

統合失調症で精神科病院入院治療中に突然死した事例

キーワード：統合失調症、突然死

1. 事例の概要

40歳代 女性

統合失調症で閉鎖病棟に入院治療中の患者。意思疎通が困難で拒食があり、臥床傾向にあった。20時に眠前薬を内服し就寝した。翌深夜2時の巡視時に、うつ伏せで鼻出血した状態で呼吸停止しているのを発見し、心肺蘇生術を施行するも35分後に死亡確認した。

2. 結論

1) 経過

統合失調症の症例において無気力で食事を摂らない状態が続き、家族の勧めで本人も同意して精神科病院に入院した。入院後、興奮や昏迷が見られ隔離室を使用した。緊張病状態であり、抗精神病薬の投与（ジプレキサ 5 mg 2錠 1×夕、ロヒプノール 2 mg 1錠・レンドルミン 1錠 1×眠前）と（セレネース 1A+アキネトン 1A）×1筋注が7日間行われた。

入院 10 日目 日勤帯は、精神状態不安定、不眠で経過した。

10:15 セレネース 1A+アキネトン 1A を筋肉注射した。

18:00 スタッフがお膳を持って入室し夕食を勧めるが、身体を震わせ、スタッフの方を見ず、全く食事に集中できず、「私のじゃない」と口も開けず欠食した。

19:00 全身に力を入れ、落ち着かず意味不明の独語あり、疎通不良であった。

20:00 眠前薬と排便困難のためラキソベロン 1 mL を服用、白湯 100 mL 飲用した。

20:10 紙パンツ内に排尿が少量あった。生理出血があった。

22:00 布団上にうつ伏せで入眠中。

23:00 寝息をたて入眠中。

入院 11 日目

0:00 側臥位にて入眠中。

1:00 うつ伏せで臥床中。

2:00 うつ伏せで臥床中、巡回中のスタッフが全く体動が無い事を不審に思い、訪室すると鼻出血があり、脈拍触れず、呼吸停止状態確認。すぐに当直医師へ報告。心肺蘇生術開始、モニター装着、AED 開始、点滴開始。

2:13 救急隊到着したが、既に死斑（顔、手）及び四肢、下顎硬直を認め、搬送の適応でないと判断。

2:35 死亡確認。

2) 解剖結果

(1) 死因は何か：

解剖の結果、突然死の原因として考えられる諸臓器、特に生命維持臓器の器質的病変（脳：脳出血や脳梗塞、脳炎、脳ヘルニアおよび頭部の外傷、心臓の虚血性病変、心弁膜の血栓性ならびに感染性疣贅付着、刺激伝導系の障害、また肺の梗塞、細菌や真菌感染による肺炎や気道内の異物による閉塞、肝臓の広範な壊死など）は認められなかった。両肺、特に背側に顕著なうっ血水腫が認められたが、仰臥位にて行われた死亡前蘇生術施行時の輸液による影響が主な原因と考えられた。さらに肺水腫は、死後3日後に解剖が行われており、背側を主としていること、ヘモジデリンは認められないことから、死後変化として血液の沈降や分布変化が生じた為と考えられる。従って本事例の死因は、臨床経過から「突然死」と診断したが、解剖所見を加味しても、その原因は不明と判断せざるを得ない。

(2) 薬剤の影響に関して：

大腿静脈血、右心房内血液を試料とした薬物検査の結果、オランザピン（ジプレキサの成分）、ピペリデン（アキネトンの成分）、ハロペリドール（セレネースの成分）、フルニトラゼパム（ロヒプノールの成分）、プロチゾラム（レンドルミンの成分）が検出された。オランザピンは大腿静脈血において 116 ng/mL、右心房内血液において 564 ng/mL と一般的な治療レベルを越えているが、明らかな中毒・致死レベルには達していなかった。患者は入院中、「看護師らによる服薬確認をなされて」いたとのことであり、血中オランザピン濃度上昇の原因は不明であるが、オランザピン製剤の大量服薬は考え難い。その他の薬物はいずれも治療レベル以下であり、本事例において明らかな大量服薬を示唆する所見は認められない。

悪性高熱症の可能性は、解剖時の横紋筋に著変を認めなかったこと、膀胱内の尿が黄色であったことから否定的と考えられた。血中の CK (CPK) 値は 111400 U/L、AST 値は 22650 U/L、

ALT 値は 25290 U/L であったが、蘇生術を行っていたことから正確な判断は困難である。

(3) 便秘の原因：

消化管に通過障害を来す器質的な病変は認めず、中毒性巨大結腸症もみられなかった。

3) 死因

解剖が行われたが、死因となるような所見は明らかではなく、原因不明の突然死と考えられた。精神科の疾患で死亡する可能性のあるものとして悪性緊張病と悪性症候群があり、両者について検討した結果、診療録からは診断に必要な情報が十分得られず判断が難しいが、それらの病態を完全には否定できない。しかし、身体合併症の所見がないことから、それらの疾患のために亡くなった可能性は考えにくく、原因不明の突然死と考えられる。

4) 医学的評価

(1) 診断・治療に関する評価

入院時に血液検査、レントゲン、心電図、尿検査などのスクリーニング検査を行い、器質的疾患は除外されている。また、本事例は診断名に“てんかん”とあるが、15歳頃に「目をパチパチさせ応答しない事」から、てんかんの可能性が考えられたようであるが、これまでに大発作と思われる痙攣の病歴はなく、4カ月前の脳波検査においてもてんかん性の異常はなく、今回の事例に関与した可能性は否定的と考えられる。

診断について：23歳時に精神科に医療保護入院しており、精神病症状があり、比較的短期間に寛解した経過である。その後は特に問題なかったが、46歳時に精神病状態で入院し急速に改善し退院し職場復帰もしたが、間もなく再び悪化して再入院した。2週間で退院した後は、約1年間外来通院を行っていたが、48歳時、昼夜逆転傾向、「ふさぎ込んでいる」、「全く起きて来ない」などの症状のため、入院した。入院時は会話は可能で奇妙な言動はなかったが、入院3日目より昏迷、興奮、拒絶、無言症などの緊張病症状があり、緊張病状態となった。この経過からは緊張型の統合失調症が最も考えられる。これらのエピソードの間の寛解の時期にはあまり能力の低下がなかったことなどからは統合失調感情障害も考えるべきかも知れないが、いずれにしても非器質性（機能性）の精神疾患であると考えられる。前述のように器質性疾患の除外はなされており、解剖でも特に異常を認めなかった。

治療について：死亡時に用いられていた抗精神病薬のオランザピン（ジプレキサ）は死亡日の約1週間前より用いられており、その量は1日10mgと通常量である（通常1日量5mgから20mgの範囲内で用いられる）。同じく抗精神病薬のハロペリドール（セレネース）は5mgを筋肉注射により投与されているが、症状を早く改善させる必要がある場合に用いられる投与方法であり、一般的な量である。（通常1日1～2回で用いられる）これら2つの抗精神病薬は、それらが用いられる前に投与されていたアリピプラゾール（エビリファイ）6mgよりも鎮静作用、抗幻覚妄想作用が強い薬であり、妄想とそれに基づく異常行動が目立つ状態になったことを考えると、一般的な薬物変更と考えられる。用いられた量は一般的な量であり特別に多量ではない。いずれの薬も致死量からは遠くかけ離れた量しか使用していない。使った薬物の量は問題ないと考えられるが、一方、本事例が緊張病状態であったことから考えると、抗精神病薬を増量するような従来からの治療方法ではなく、電気けいれん療法を行うべきであった、また治療薬としては抗精神病薬より抗不安薬の方が有効性が期待できるので使うべきであったという意見もあると考えられる。この治療法の選択に関しては、我が国では症例報告による知見が蓄積されつつあるが、従来からの治療法が明らかに誤っていると言えるほどの状況ではないと考えられる。

これらから、本事例における薬物療法に関しては、適正に行なわれていたと判断される。

保護室における看護体制に関しては、2時間おきに観察して隔離の適否などを検討するとする文献があるが、隔離においては30分おきの直視下の観察が必要とする意見もある。観察間隔が決められているわけではないが、できる限り頻回に行なうことが望ましいと考えられる。本事例においては1時間おきの観察が行なわれており、これは他の調査報告と比べて平均的な間隔であるが、より頻回の観察を行なっていれば救命できた可能性が考えられ、今後改善すべき点としては、より頻回の観察が挙げられる。

(2) 患者、家族への説明（ICを含めて）の妥当性

入院後、医師から家族に対して病状や治療方針に関する説明を行った記録がないと思われる。病状に変化があり、隔離室を使用するようになっており、説明をしておくべきであった、また診療録に記載しておくべきであったと考えられる。

3. 再発防止への提言

本事例のごとき突然死を防止することは困難であろうが、医療現場での改善と再発防止へ向け

での提言として、次のとおり指摘する。

本事例では、看護記録から約 1 時間ごとに患者の状態を観察されているが、格子越しのこともあり、生体反応を詳細に評価することはできなかったと思われる。そのため、再発防止の観点からは、より頻回に詳細に観察を行う必要があると考えられる。また、患者の状態の変化については、密に家族へ説明し、情報を常に共有する体制を整える必要があると考えられる。

本事例は緊張病状態であったと考えられるが、緊張病状態に関しては近年新しい治療法の有効性が検討されつつあるところである。このような緊張病状態の患者を正確に診断し、適切な治療を行なうことが必要であり、緊張病状態に対する特別の配慮と治療法の検討が精神科臨床には求められることを認識する必要がある。

医療現場の改善へ向けての提言として、担当医は薬剤変更などの治療方針および患者の症状の変化について、その都度分かりやすく家族へ説明し、情報を常に共有する体制を整える必要があると考えられる。また、その内容をカルテに記載しておくことも重要である。

(参 考)

○地域評価委員会委員（13 名）

評価委員長 / 総合調整医	日本内科学会
臨床評価医（主） / 臨床立会医	日本精神神経学会
臨床評価医（副） / 臨床立会医	日本神経学会
解剖執刀医	日本病理学会
解剖担当医	日本病理学会
解剖担当医	日本法医学会
有識者	弁護士
有識者	弁護士
有識者	法律家
医療安全関係者	看護師
医療安全関係者	県医師会
地域代表	日本病理学会
調整看護師	モデル事業地域事務局

○評価の経緯

地域評価委員会を 1 回開催し、その後において適宜、電子媒体にて意見交換を行った。