

〈症例報告〉

深い悲しみを持たせないことを目的とした 終末期がん患者のせん妄への早期対応の提案

佐野 史典, 山口 佳之

川崎医科大学臨床腫瘍学

抄録 余命2週間のがん末期の患者が、終末期のせん妄による看護師への暴力をきっかけに、「医療者に暴力をふるうような患者です。」と悪評され、不名誉を拭えないまま、両親に見守られる中、亡くなった。対応するスタッフが、終末期がん患者のせん妄に対し早期に対応できていればこのような事態を招かなかつたと考えられる。今回の症例を通して、せん妄への早期対応を提案したく報告する。症例は30歳代男性で、4年前、中枢神経がんに対して化学療法が施行され奏効し寛解に到達した。しかし、社会復帰は困難な状況であったため、両親は共に仕事を辞め、付き添い本人を支えた。外来での経過観察中、1年前の3月に別のがんを発症した。後遺症による精神状態とPS不良を理由に化学療法は不可能と判断された。20XX年2月になり、呼吸状態が悪化したため入院となった。入院後、状態悪化に伴うせん妄症状が出現し、せん妄のため看護師へ暴力行為を行ってしまった。暴力行為のため、転院せざるを得ない旨を両親に説明することとなったが、転院には間に合うことなく、転院の説明から1週間で永眠された。せん妄と、それに伴う暴力行為に対する早期予防・対策が立案できていないことが、この状況を招いた要因と考えられる。せん妄症状の発生に早い段階で気づき、暴力リスクを理解し対策していくことが、がん終末期患者とその家族の深い悲しみを回避する医療を行うために大切なことと考える。

doi:10.11482/KMJ-J202046015 (令和2年1月9日受理)

キーワード：せん妄，終末期がん患者，緩和ケア

緒言

20XX年2月、30歳代のがん末期の患者が、「医療者に暴力をふるうような患者です。」と評価され、その不名誉を拭えないまま、両親に見守られる中、亡くなった。終末期におけるせん妄のためにおきてしまった看護師への暴力がきっかけで、余命2週間程度のがん末期の患者および家族に対し「転院を検討させてください。」と、主治医が涙を流しながら説明した。家族の悲痛な思いを主治医は感じていた。終末

期がん患者のせん妄対策が早期に執られていればこのようなことにならなかつたのではと考えられる。今回の症例を通して、せん妄への早期対応を提案したい。

症例

30歳代男性

現病歴

4年前(20XX-4)、中枢神経がんに対して化

別刷請求先

佐野 史典

〒701-0192 倉敷市松島577

川崎医科大学臨床腫瘍学

電話：086 (462) 1111

ファックス：086 (464) 1134

Eメール：sfuminori@med.kawasaki-m.ac.jp

学療法が施行され奏効し寛解に到達した。寛解を維持することができたが、中枢神経がんの後遺症があり、年齢には合わない幼稚な精神状態や会話内容があり、動作は緩慢で在宅療養がなんとかできる状態であった。てんかん発作を起こすことがあり、抗てんかん剤の内服を開始し継続していた。両親は共に仕事を辞め、付き添って本人を支えた。

外来での経過観察中、1年前(20XX-1)の3月に別のがんを発症した。しかし、中枢神経がんの後遺症による精神状態とPS(Performance Status)不良を理由に化学療法は不可能と判断された。半年から1年の予後が説明され、対症療法を外来通院で継続した。時折、てんかん発作、気管支肺炎、うっ血性心不全のため短期入院を繰り返していた。入院には、毎回両親が付き添われ、暴力行為が行われることは一度もなかった。

20XX年1月に入り、がんの病状が進行し全身状態が悪化した。可能な限り在宅療養を希望していたこともあり、外来通院治療を継続していたが、2月になり、解熱剤を内服しても高熱が続き、呼吸状態が悪化したため入院となった。

入院後経過 (図1)

今回の入院が最期になる可能性(予後予測2~3週間程度)を両親に説明し、今回も両親が付き添われた。解熱剤を使用しても高熱が続き、食事が徐々に摂れなくなり、誤嚥に伴い呼吸状態も悪化した。入院3日目に、突然、両親へ「お前は誰だ。帰れ。」などと発言があったり、急に不機嫌になったりと日内で変動を認め、スタッフの話を理解することが難しい状況になった。意識ははっきりしていたが、支離滅裂な思考になっており、両親へがん終末期によるせん妄症状を発症していることを説明し、残された時間が短いことを伝えた。せん妄対策としてハロペリドールの点滴を開始し、若く体格が大きいため、せん妄による暴力行為をスタッフがうけてしまった場合、ひどい外傷になってしまう可能性があるため、スタッフには常に患者をみて点滴交換や身体ケアを行うなどの慎重な対応をするように指導をしていた。しかし、看護師が患者に暴力行為を受けてしまった。患者が尿管バルーンをひっぱっていたため、手はずそうとしたところで逆の手で肩をたたかれ、また、再度本人に近づいた看護師が腕を強くにぎられ

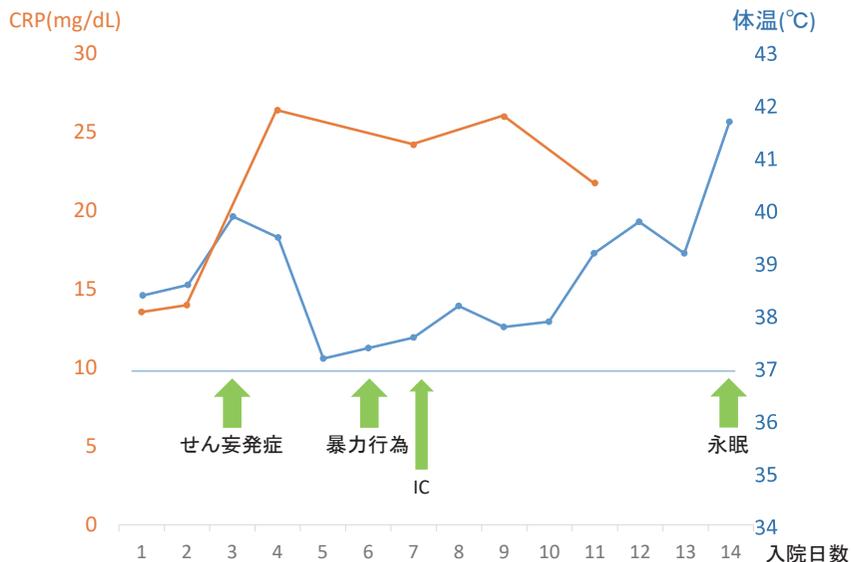


図1：入院後経過

た。看護師への暴力行為と判断され、上級医から、せん妄による行動であったにもかかわらず転院をさせるよう主治医は指示された。主治医は、終末期状態によるせん妄のために起きてしまった行為であり、転院できる状態でないことは明白であるにもかかわらず、どうして転院をさせなければいけないのかと、上級医に問うと、「看護師が暴力と感じたものが暴力であり、その暴力を行った患者は当院から出て行かなければいけない、それがこの病院の方針である。」との返答であった。上級医に倫理カンファレンスの開催を提案したが拒否された。両親へ、暴力行為のため転院する必要があることを説明した。父親は、「どこでも一緒だよ、大丈夫。命は延びないから。」と言われ、母親は「もうここには入れないと思う。わかっています。」と言われた。主治医は、悔し涙を流しながら、「ごめんなさい、彼を守れなかったです。」と伝えた。転院までの間、体温測定は母親にしてもらい、複数の看護師で対応するように主治医は指示し、患者に近づかなくてもいいように点滴ルートを延長して対応した。その後は暴力行為がでることなく経過をみることができたが、転院には間に合うことなく、転院の説明から1週間で永眠された。最期、両親からは、「ありがとうございました。」とは言っていただけなかった。

考 察

「医療者に暴力をふるうような患者です。」という悪評を拭えないまま、この患者は亡くなられた。せん妄と、それに伴う暴力行為に対する早期予防・対策ができていないことで、この状況に至ったと考えられた。

せん妄とは、身体的異常や薬物の使用を原因として発症する意識障害であり、失見当識などの認知機能障害や幻覚妄想、気分不良などのさまざまな精神症状を呈する病態である¹⁾。会話に集中できない、視線が合わないなどの注意障害、数時間や数日単位で変化するなどの症状の短期間の変動、見当識障害や記憶障害などの認

知の障害、の3つが重要なポイントになる²⁾。患者は、せん妄状態になると、周囲の状況が認識できず、錯視・幻視・幻聴などの認知障害をきたすため、患者自身が恐怖のために、その場から逃げ出したりなくなったり大きな声をあげて追い払ったり、ときには殴り倒そうとしたりすると考えられている。本症例において、肩を叩かれたり、腕をつかまれたりしたスタッフには申し訳ないが、患者が助けてとすがる気持ちの表現であったと考えられる。

せん妄は、術後や集中治療室など、身体的に重症度の高い状態や医療的処置の侵襲度の高い状態によく認められるが、がん患者でも終末期には高頻度に認められる³⁾。終末期がん患者におけるせん妄は、原因によってせん妄の回復可能性が予測されており、脱水、電解質異常、薬物によるせん妄は終末期においても回復の可能性が残され、脳転移、肝不全、低酸素脳症など、臓器不全に伴うせん妄は回復が困難であることが多いとされている⁴⁾。

がん患者におけるせん妄に伴う暴力行為に対する早期予防・対策にとって必要なのは、まずせん妄の早期発見と考えられる。複数あるせん妄診断ツールの中で、簡便であり、重症度評価ができるツールがよいと思われる。Confusion Assessment Method (CAM) は、①急性発症で変化する経過、②注意力散漫、③支離滅裂な思考、④意識レベルの変化、の4項目から構成されており、①②の症状を必須とし、かつ③または④を満たせば、せん妄と診断する、というツールである^{5, 6)}。Wong CLらは、CAMにおける positive likelihood ratio は9.6 (95% CI, 5.8-16.0)、negative likelihood ratio は0.16 (95% CI, 0.09-0.29) と報告しており、感度・特異度ともに高い⁷⁾。Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R-98) は①短期間での症状発症、②症状重症度の変動性、③身体疾患で診断評価し、重症度項目として13項目があり、せん妄評価において必要な項目が網羅されており、看護師のせん妄診断のトレーニングに有用とされている⁸⁾。この日本語版も開発⁹⁾されており、加藤

らは感度98%・特異度94%と報告している¹⁰⁾。Communication Capacity Scale (CCS) /Agitation Distress Scale (ADS) は、終末期がん患者のコミュニケーション能力の評価(低活動型せん妄の場合の評価)と不穏・興奮の評価(過活動型せん妄の場合の評価)を目的としており、暴力行為を起す可能性のある過活動型せん妄の場合の評価をしておくことで早期に対応できると考えられる¹¹⁾。そして、暴力リスクのアセスメント法には、短期的な暴力発生リスクの予測ツールとして、Broset Violence Checklist(BVC)がある¹²⁾。早期に察知して予防的な介入を行うことができる。これらのツールを知っておくこと、その項目内容を知っておくことで、スタッフは早期予防と対策ができると考えられる。

せん妄状態や、その他の原因により暴力リスクが高い場合には、患者との物理的距離を適切に保つことが大切になる。また、ケアにあたる医療スタッフを複数とすることが必要であるが、女性医療スタッフだけで対応したりすることや、患者が興奮している場合は真正面から接近したりボディタッチをしたりすることは避けるべきである。せん妄をきたしている場合は、医療スタッフの言動のみでは対応困難であることを理解し、暴力行為がでる可能性を常に考え、薬物療法でせん妄を治療しながらケアをすすめていくことが大切であり、スタッフは周知しておくべきことである(表1)。本症例では、スタッフはせん妄が起きていることへの意識が少なく、暴力行為が起きる可能性を考えられずに、距離を適正に保てなかったため、結果として患者、そして家族に悲痛な想いをさせてしまった。

患者の暴力に対するマネジメントプロ

グラムである包括的暴力防止プログラム(Comprehensive Violence Prevention and Protection Program: CVPPP)が、2004年に国立肥前病院(現在:肥前精神医療センター)が、英国研修の成果をもとに開発されている¹³⁾。これは、精神科病院における精神科患者の暴力に対応するもので、攻撃的な患者に対してケアとしていかに患者に寄り添い、その怒りがおさまるように治療的に関わるかという視点から、安全で治療的な環境を守る、という理念である¹⁴⁾。このCVPPPの理念や技術が一般科医療の現場において活かすことができるのかを検討した研究報告があり、CVPPPは暴力を解決することはできないが、現場のスタッフ個人の暴力に対する危機対処能力の向上と患者中心の暴力へのケアに活かすことができると報告している¹⁵⁾。CVPPP研修がさまざまな精神科病院にて開催されており、その研修がせん妄とそれに伴う暴力行為に対する早期予防・対策に活かされると考えられる。

結語

状態の悪い終末期がん患者ほど、せん妄症状が発症しやすく、暴力行為が発生しやすい。患者の転倒予防を早期対応する体制はできているが、せん妄と、それに伴う暴力行為に対する早期予防・対策は不十分と言わざるをえない。がん患者に寄り添った看護やケアはとても大切だが、せん妄症状の発生に早い段階で気づき、暴力リスクを理解した適切な看護やケアを施行していくことが、がん終末期患者とその家族へ深い悲しみを持たせない医療を行うために大切なことと考える。せん妄とそれに伴う暴力行為に対する予防・対策の確立が早急に望まれる。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示

本論文発表内容に関連して特に申告なし。

引用文献

- 1) 福村直樹: がん患者におけるせん妄ガイドライン 2019年版. 東京, 金原出版株式会社. 2019, pp3

表1 せん妄状態や、その他の原因により暴力リスクが高い患者への対応の提案

- ・患者との物理的距離を適切に保つこと
- ・ケアにあたる医療スタッフを複数にすること
- ・女性医療スタッフだけでの対応を避けること
- ・真正面からの接近やボディタッチは避けること
- ・言動のみでは対応困難であることを理解すること
- ・暴力行為が出る可能性を常に考えておくこと
- ・スタッフにせん妄状態であることを周知させておくこと

- 2) 本田明: 看護師のための不穏・暴力対処マニュアル. 東京, 医学書院. 2017, pp9-11
- 3) Uchida M, Okuyama T, Ito Y, *et al.*: Prevalence, course and factors associated with delirium in elderly patients with advanced cancer: a longitudinal observational study. *Jpn J Clin Oncol* 45: 934-940, 2015
- 4) Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson J, Suarez-Almazor ME, Bruera ED: Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med* 160: 786-794, 2000
- 5) Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI: Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 113: 941-948, 1990
- 6) 渡邊明: The Confusion Assessment Method (CAM) 日本語版の妥当性. *総合病院精神医学* 25: 165-170, 2013
- 7) Wong CL, Holroyd-Leduc J, Simel DL, Straus SE: Does this patient have delirium?: value of bedside instruments. *JAMA* 304: 779-786, 2010
- 8) Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Canary K, Norton J, Jimerson N: Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 13: 229-242, 2001
- 9) Paula T. Trzepacz, 岸泰宏, 保坂隆, 吉川栄省, 中村優里: 日本語版せん妄評価尺度98年改訂版. *精神医学* 43: 1365-1371, 2001
- 10) Kato M, Kishi Y, Okuyama T, Trzepacz PT, Hosaka T: Japanese version of the Delirium Rating Scale, Revised-98 (DRS-R98-J): Reliability and Validity. *Psychosomatics* 51: 425-431, 2010
- 11) Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S, Oka K: Communication Capacity Scale and Agitation Distress Scale to measure the severity of delirium in terminally ill cancer patients: a validation study. *Palliat Med* 15: 197-206, 2001
- 12) 下里誠二, 塩江邦彦, 松尾康志, 他: Broset Violence Checklist (BVC) 日本語版による精神科閉鎖病棟における暴力の短期予測の検討. *精神医学* 49: 529-537, 2007
- 13) 下里誠二, 松尾康志: 『包括的暴力防止プログラム』の開発. *看護管理* 14: 1008-1014, 2004
- 14) 包括的暴力防止プログラム認定委員会: 医療職のための包括的暴力防止プログラム. 医学書院, 2005
- 15) 北野進, 藤原雅司, 高橋寛光, 熊上秀幸, 金城圭, 柳澤敏子, 大井延之, 鈴木綾子, 山口球: CVPPP は一般科医療に活かせるのか 文献レビューから見えること. *精神科看護* 45: 41-49, 2018

〈Case Report〉

A Proposal for an Early Response to Delirium in Terminal Cancer Patients with the Aim of Preventing Extreme Grief

Fuminori SANO, Yoshiyuki YAMAGUCHI

Department of Clinical Oncology Kawasaki Medical School, Kurashiki, Japan

ABSTRACT A terminally ill patient with a life expectancy of two weeks was labeled as “a patient who is violent toward medical professionals.” The cause was his violent behavior toward the nurses, which was triggered by delirium that is prevalent in such end-of-life patients. Unable to overcome this unfortunate reputation, he passed away in the presence of his parents. It is thought that this would not have occurred if the support staff had taken some measures against delirium with the terminal cancer patient at an earlier stage. Through the example provided in this case, this paper proposes an early response to delirium. The patient, in this case, was an adult man in his 30s, who received chemotherapy for cancer of the central nervous system four years earlier and achieved remission. However, because of the difficulty he faced in returning to society, both of his parents quit their jobs to help support him. During an outpatient follow-up in March of the previous year, another cancer was detected. Due to his mental state caused by sequelae and his poor PS (performance status), chemotherapy was deemed impractical. In February 20XX, the patient was admitted to the hospital because of an aggravated respiratory condition. After his hospitalization, delirium symptoms associated with his aggravated condition developed. Because of his delirium, unfortunately, the nurses became victims of his violence. The patient's parents were given the explanation that their son needed to be transferred to another hospital due to his violent behavior. However, before the transfer took place, just one week from the time the transfer was explained to the family, the patient passed away. It is believed the lack of early prevention and countermeasures against delirium and the associated violence had created this situation. It is thought that recognizing the appearance of delirium symptoms in their early stages, taking preventative measures with an understanding of the risk of violence, and providing medical care to end-stage cancer patients to prevent extreme grief for their families is important.

(Accepted on January 9, 2020)

Key words : **Delirium, terminal cancer patients, palliative care**

Corresponding author
Fuminori Sano
577 Matsushima, Kurashiki-City, Okayama, 701-0192,
Japan

Phone : 81 86 462 1111
Fax : 81 86 464 1134
E-mail : sfuminori@med.kawasaki-m.ac.jp