

## 苦痛緩和のための鎮静（セデーション）に関する 家族への説明・ケアについての検討

池永 昌之\*

### サマリー

本付帯研究では、わが国の緩和ケア病棟において患者を看取った遺族に対して、鎮静に関する説明やケアに関する実態と希望についての調査を行った。そのうえで、鎮静に関する説明やケアに対しての満足感、精神的つらさ、意思決定に関する負担感を評価した。また、鎮静に関する説明の方法と内容について尋ね、それぞれの影響要因も探索した。

鎮静を行うと患者との会話が難しくなることを説明する場合や、鎮静についてあらかじめ説明する場合には、説明に対

する不満感が高く、十分な工夫が必要であると考えられた。また、患者がしっかりしていたらどのように考えるかを家族に聞く場合や、鎮静開始時に心残りはないか聞く場合には、家族の精神的つらさが強くなる可能性があり、他の家族とも相談できる機会を積極的につくっていくことは精神的つらさを軽減する可能性がある。鎮静についてあらかじめ説明する場合には、家族の意思決定に関する負担感が増すことが少なくなく、十分な配慮が必要であると考えられた。

### 目 的

鎮静開始後の患者や家族に対するケアについては、わが国のガイドラインや諸外国のガイドライン<sup>1~4)</sup>においてその重要性は報告されているものの、そのケアに関する方法には十分な知見はそろってはいない。また、わが国における一般人口を対象とした質問紙調査では、鎮静によって意識が低下することやコミュニケーションができなくなることについて、85%が明確に知りたいと述べたが、一方で6%は知りたくないとして述べてい

たとの報告もある<sup>5)</sup>。特に、鎮静を受けた患者の遺族を対象としたわが国の多施設研究によると、78%の遺族は鎮静に満足していると答えていたが、25%の遺族は強い精神的苦痛を体験したと報告している<sup>6)</sup>。

そして、家族の低い満足感に関係していた要因として、①鎮静後に苦痛が十分緩和されなかったこと、②情報提供が不十分であったこと、③鎮静が生命予後を短縮すると感じたこと、④鎮静以外に苦痛を緩和する手段が他にあると感じたこと、を挙げている<sup>6)</sup>。

\* 淀川キリスト教病院 ホスピス・こどもホスピス病院ホスピス科（研究代表者）

また、家族の精神的つらさに関係していた要因としては、①鎮静後に苦痛が十分緩和されなかったこと、②意思決定の責任を負うことが負担に感じられたこと、③患者の状態の変化にこころ構えができていなかったこと、④医師や看護師に気持ちを十分にくみ取ってもらえないと感じたこと、を挙げている。

つまり、このことから鎮静前後における家族に対する情報提供の内容とそのケアが、遺族の満足感と精神的つらさに影響していると予測される。したがって、鎮静を受ける患者や家族に対する情報提供の方法について詳細に評価することにより、終末期がん患者に対する鎮静の関連した説明方法やケアの方法を確立していくことは、今後、非常に重要な課題であると考えられ、施行する医療従事者のジレンマを軽減すると考えられる<sup>7)</sup>。

本付帯研究では、わが国の緩和ケア病棟において患者を看取った家族に対して、鎮静に関する説明やケアに関する実態と希望についての調査を行った。そのうえで、鎮静に関する説明やケアに対しての満足感、精神的つらさ、意思決定に関する負担感を評価した。また、鎮静に関する説明の方法と内容について尋ね、それぞれの影響要因も探索した。その調査をもとに、鎮静施行時におけるよりよい情報提供とケアのあり方について検討することを、研究の主たる目的とした。

なお、患者に施行された鎮静に関して、家族が十分な説明を受けていないことも予測されるため、本研究では患者に行われた鎮静を、先行研究を参考にし、「患者さまの苦痛が非常に強く、他の方法では十分に和らげない時に、睡眠薬などを用いて、眠っていて苦しさを感ぜなくてもすむようにする治療」と定義した。

## 結 果

調査対象となった緩和ケア病棟の死亡退院患者の背景を表1に示す。総患者数は1,001名（男性54%、女性46%）であり、患者の平均年齢は71.8歳（中央値74歳）であった。また、患者の平均入院期間は41日（中央値24日）であった。

表1 患者と回答応諾者の背景

総患者数：1,001名（男性544名、女性457名）
患者平均年齢：71.8 ± 12.5歳（中央値74歳）
入院期間：41 ± 54日（中央値24日）
回答応諾数：573名（男性：32%、女性：68%）
回答応諾率：57%
回答者平均年齢：61.2 ± 13.0歳（中央値62歳）

調査対象患者1,001名の遺族に対して、質問紙を送付した。回答応諾数は573名（男性54%、女性46%）であり、回答応諾率は57%であった。回答応諾者の平均年齢は、61.3歳（中央値62歳）であった。

### 1) 鎮静に対する遺族の考え方

鎮静に対する遺族の考え方について表2に示す。回答に応諾した遺族のうち、70%以上の遺族が患者に対する鎮静の施行を支持していた。遺族のほとんどが苦痛緩和を優先的に希望しており、その決定に患者本人の意思を重要視していた。一方で、鎮静を行うと命が短くなると考える遺族が39.1%、できるだけしないほうがよいと考える遺族が27.9%、鎮静を行うと十分なケアがしてもらえなくなると考える遺族が26.9%いた。

### 2) 鎮静の有無の遺族の判断と鎮静を受けたと考えている遺族の鎮静の捉え方

鎮静の有無の遺族の判断と鎮静を受けたと考えている遺族の鎮静の捉え方について、表3に示す。本調査では実際の鎮静の施行の有無は不明ではあるが、約6割の遺族がなんらかの鎮静を受けたと考えていた。

鎮静を受けたと考えている遺族の94.4%は、受けた鎮静とその説明について良い評価をしていた。

### 3) 鎮静に関する説明の有無と説明についての遺族の評価

鎮静に関する説明の有無と説明についての遺族

表2 鎮静に対する全遺族の考え方

94.2%	鎮静は必要な治療である
91.1%	鎮静によって会話ができなくなっても苦痛がないほうがよい
76.1%	鎮静を行うかどうかの判断は、患者本人の意思を尊重してほしい
58.4%	鎮静によって会話ができなくなることは、家族には苦痛である
57.8%	鎮静を行うかどうかの判断は、家族で決めたい
43.7%	鎮静を行うかどうかの判断を家族がすることは負担である
42.3%	鎮静を行うかどうかの判断は、医療従事者にしてほしい
39.1%	鎮静を行うと命が短くなる
27.9%	鎮静はできるだけしないほうがよい
26.9%	鎮静を行うと十分なケアがしてもらえなくなる

表3 鎮静の有無の遺族の判断と鎮静を受けたと考えている遺族の鎮静の捉え方 (n=418)

62.7%	鎮静を受けたと考えている遺族
→	94.4% 鎮静は苦痛を和らげた
	83.4% 鎮静の開始前に十分な説明を受けた
	86.6% 鎮静が行われて安心した
18%	鎮静を受けなかったと考えている遺族
19.3%	よく分からないと答えた遺族

表4 鎮静に関する説明の有無と説明についての遺族の評価

52.7%	鎮静に関する説明を受けた
→	19.8% 鎮静の説明について改善の必要がある
	54.7% 鎮静の説明はつらかった
	42.8% 鎮静を開始することの判断に対する負担感があつた
24.3%	鎮静に関する説明を受けなかった
22.9%	よく分からない

の評価について表4に示す。回答応諾者に鎮静に関する説明を受けたかどうかについて質問したところ、約半数の遺族は鎮静に関する説明を受けていたが、約24.3%においては説明を受けていなかった、約22.9%においてはよく分からないと回答していた。

また、19.8%の遺族では鎮静に関する説明について改善の必要があると答えていた。54.7%では説明に関して精神的つらさを感じていた。そして、42.8%においては、鎮静を開始することに対する負担感を感じていた。

#### 4) 鎮静に関する説明の仕方と内容

鎮静に関する説明の仕方と内容について、表5に示す。回答者のうち、「非常にそう思う」「そう思う」「どちらかというと思う」と回答した遺族の割合を示した。説明の仕方と内容について

頻度が60%以下であった項目6項目であり、「寿命が縮まる（呼吸が止まる）かもしれませんが、使いますか」と聞かれた（37.3%）、「一緒に決める」のではなく、「ご家族で決めておいてください」と言われた（38.7%）、「眠らせることにより苦痛をやわらげる治療」をした場合としなかった場合の予測される命の長さについて説明があつた（45.8%）、「それ以外の方法を医療チームで考えたが、他の方法がないと考えられる」とはっきりと言われた（49.7%）、合併症として、時に患者さまへの悪い影響（呼吸が弱くなったり、水を間違つて飲んで窒息するなど）が起こりうる可能性について説明があつた（50.5%）、「眠らせることにより苦痛をやわらげる治療」を行っても寿命は短くならない医学的根拠があることについての説明があつた（58.1%）であつた。

表5 鎮静に関する説明の仕方・内容と遺族の評価

項目	回答者数(名)	頻度(%)	説明の改善の必要性		単変量解析		多変量解析(変数増加尤度比)	
			必要がない 平均点 標準偏差	必要がある 平均点 標準偏差	Odds ratio	p 値	Odds ratio	95% 信頼区間 p 値
<b>(説明の仕方)</b>								
1. わからないことがあれば、いつでも聞けるような雰囲気だった	245	94.7%	2.079	0.8498	2.698	1.1027	1.937	0.000
2. 私のこころの準備にあわせて説明してくれた	243	93.3%	2.209	0.8404	2.884	0.9810	2.289	0.000
3. 患者さまの希望が何であるかを確認してくれた	235	84.2%	2.368	0.9838	3.362	1.3498	2.117	0.000
4. 患者さまが、もししっかりしていたら、どのように考えるかを中心に聞いてもらった	236	84.3%	2.480	0.9673	3.372	1.3278	2.036	0.000
5. 「眠っていて苦痛を和らげる治療」を行うことについて、ご家族がどう思うのかをよく聞いてくれた	240	85.9%	2.394	0.9546	3.442	1.1402	2.527	0.000
6. 「一緒に決める」のではなく、「ご家族で決めておいてください」と言われた	233	38.7%	3.697	1.4030	4.256	1.2168	1.366	0.021
7. ご家族だけに判断させずに、「医師や看護師にいつこれが一番よいと思う」などと、最善の方法であることを言葉で伝えてくれた	238	81.3%	2.663	1.0952	2.767	1.1092	1.090	0.580
8. 自分ひとりだけでなく、他のご家族とも相談できる機会を作ってくれた	235	81.3%	2.553	1.2205	3.163	1.3789	1.420	0.007
9. 患者さまの希望が間違ではなく、以前からの一貫した考えだと確認した	231	61.1%	3.312	1.3071	3.907	1.6008	1.482	0.002
10. 苦痛が強くなってからではなく、あらかじめ相談する機会があった	238	80.6%	2.536	1.1019	3.744	1.4815	2.018	0.000
11. 患者さまやご家族の意思が違うときに、話し合う時間を十分にとってくれた	221	87.0%	2.494	0.9882	3.161	1.1472	1.756	0.001
12. 今から「眠っていて苦痛をやわらげる治療」を行うことで、心残りはないか確認してくれた(話し合っておきたいことや、会わせてあげたい人など)	230	79.1%	2.518	1.1189	3.599	1.3150	1.980	0.000
13. 行うかどうか迷っているときに、判断をせまらずに、医療従事者がともに考えてくれた	229	85.5%	2.505	0.9979	3.452	1.2667	2.038	0.000
<b>(説明の内容)</b>								
1. 患者さまの苦痛がやわらぐことについて説明があった	232	97.0%	2.007	0.6460	2.650	1.0497	2.652	0.000
2. 行うことによって患者さまとの会話が難しくなることについて説明があった	229	81.2%	2.283	0.9641	3.395	1.3299	2.319	0.000
3. どれくらい眠気がくるか(ウトウトするくらいなのか、ぐっすり眠るのか)について説明があった	226	72.1%	2.617	1.1030	3.767	1.3599	2.086	0.000
4. コミュニケーションや思考力にどれくらい影響が出るのか説明があった	229	72.9%	2.651	1.1231	3.791	1.3550	2.028	0.000
5. 意識が低下する薬(睡眠薬や鎮静薬)を使用することの説明があった	226	87.2%	2.385	1.0025	3.012	1.1672	1.662	0.001
6. 使用する薬の投与方法(1日とおして注射することや状況に合わせて中止すること)について説明があった	227	79.3%	2.520	1.0855	3.395	1.2371	1.834	0.000
7. どれくらいの長さ眠るのか(いったん眠るがまた目が覚めるか、ずっと眠るのか)について説明があった	224	70.9%	2.624	1.1495	3.648	1.2343	1.948	0.000
8. 患者さまがどれくらい苦痛を感じていると考えられるかについて説明があった	226	71.6%	2.796	1.1923	3.419	1.2580	1.500	0.004
9. 鎮静を行う苦痛とその原因が治療できないこと(脳に転移があって混乱している、肺に腫瘍があって息ができなくなっているなど)について説明があった	208	72.1%	2.751	1.1498	3.556	1.4031	1.660	0.000
10. 「それ以外の方法を医療チームで考えたが、他の方法がないと考えられる」とはっきりと言われた	205	49.7%	3.412	1.3595	3.849	1.5831	1.247	0.076
11. 他の方法では苦痛がやわらがないと判断した理由を納得のいくように説明があった	208	67.8%	2.874	1.1950	3.744	1.3817	1.698	0.000
12. 状況に応じて「眠っていて苦痛をやわらげる治療」は中止することもできることについて説明があった	215	62.3%	2.866	1.2351	3.979	1.3163	1.931	0.000
13. 点滴や水分・栄養の補給についてどうするのか説明があった	221	79.2%	2.627	1.2261	3.274	1.4379	1.431	0.005
14. 水分や栄養を口から摂取することにどれくらい影響が出るのか説明があった	215	67.9%	2.866	1.2510	3.816	1.4507	1.678	0.000
15. 「眠っていて苦しくない治療」を行っても寿命は短くならない医学的根拠があることについての説明があった	217	58.1%	3.099	1.2975	4.171	1.4735	1.756	0.000
16. 「寿命が縮まる(呼吸が止まる)かもしれませんが、使いますか」と聞かれた	217	37.3%	3.828	1.4683	4.535	1.4534	1.420	0.007
17. 合併症として、ときに患者さまへの悪い影響(呼吸が弱くなったり、水を間違えて飲んで窒息するなど)が起こりうる可能性について説明があった	214	50.5%	3.382	1.3499	4.163	1.5420	1.492	0.002
18. 患者さまの状態が(「眠っていて苦痛をやわらげる治療」をするしなに問わず)非常にきびしく、余命が数日から数週であると説明があった	220	76.7%	2.390	1.1643	3.129	1.6145	1.495	0.002
19. 「眠っていて苦痛をやわらげる治療」をした場合としなかった場合の予測される命の長さについて説明があった	221	45.8%	3.278	1.3859	4.408	1.2638	1.859	0.000
20. 「眠っていて苦痛を和らげる治療」を行わなかったときの患者に起こりうること(苦痛の程度や予測される予後など)について説明があった	216	64.8%	2.959	1.2941	3.841	1.4444	1.590	0.000
21. 今後ともこれまで行っていた「体をきれいにしたり、声を掛けたりする」などのケアは変わらずに行うことの説明があった	216	85.2%	2.419	1.0518	3.176	1.3700	1.661	0.000
22. 今後とも必要な緩和治療(痛み止めなど患者さまの苦痛をとるための治療)は変わらずに行われることの説明があった	218	84.9%	2.422	1.0482	3.363	1.4347	1.829	0.000
23. 「苦痛をやわらげること」が目的である(「安楽死」のように患者さまの命を短くすることが目的ではない)ことについて説明があった	218	76.6%	2.625	1.2732	3.574	1.5345	1.595	0.000
24. 法律的に問題のない行為であることについて説明があった	211	64.9%	3.083	1.3511	3.890	1.5432	1.476	0.001

Bonferroni correction: 0.001 = 0.05/38

3. 苦痛緩和のための鎮静（セデーション）に関する家族への説明・ケアについての検討

精神的つらさ				単変量解析		多変量解析 (変数増加法尤度比)			意思決定の負担感				単変量解析		多変量解析 (変数増加法尤度比)			
なし		あり		Odds ratio	p 値	Odds ratio	95% 信頼区間	p 値	なし		あり		Odds ratio	p 値	Odds ratio	95% 信頼区間	p 値	
平均点	標準偏差	平均点	標準偏差						合計点	標準偏差	合計点	標準偏差						
2.066	0.8538	2.346	1.0026	1.937	0.000				2.124	0.9462	2.341	0.9325	1.279	0.115				
2.136	0.8059	2.552	0.9629	2.289	0.000				2.207	0.8572	2.565	0.9553	1.563	0.008				
2.336	1.0958	2.807	1.1532	2.117	0.000				2.435	1.1545	2.797	1.1128	1.321	0.032				
0.389	0.9380	0.930	1.2011	2.036	0.000	1.608	1.167-2.215	0.004	2.481	1.0341	2.947	1.1752	1.472	0.005				
2.391	1.0824	2.829	1.0532	2.527	0.000				2.507	1.1564	2.788	0.9653	1.272	0.076				
3.787	1.3701	3.849	1.3961	1.366	0.021				3.864	1.4298	3.760	1.3165	0.946	0.601				
2.573	1.0415	2.785	1.1377	1.090	0.580				2.620	1.1019	2.777	1.0887	1.140	0.325				
2.740	1.3787	2.641	1.1894	1.420	0.007	0.689	0.513-0.924	0.013	2.685	1.3495	2.691	1.1826	1.004	0.972				
2.966	1.3670	3.598	1.3870	1.482	0.002				3.108	1.4017	3.572	1.3853	1.268	0.024				
2.501	1.2038	3.065	1.3168	2.018	0.000				2.554	1.2233	3.144	1.3163	1.437	0.002	1.437	1.140-1.813	0.002	
2.457	1.0417	2.802	1.0530	1.756	0.001				2.483	1.0827	2.859	0.9916	1.408	0.016				
2.467	1.0661	3.010	1.3374	1.980	0.000	1.504	1.110-2.039	0.008	2.542	1.1707	3.052	1.2908	1.401	0.006				
2.471	0.9880	2.926	1.2065	2.038	0.000				2.580	1.1437	2.897	1.0917	1.285	0.056				
2.045	0.7136	2.221	0.8471	1.339	0.125				2.045	0.6994	2.268	0.8896	1.440	0.056				
2.478	1.2403	2.572	1.0667	1.075	0.568				2.500	1.2027	2.567	1.0766	1.052	0.686				
2.752	1.2478	2.998	1.2542	1.193	0.132				2.786	1.2637	2.986	1.2423	1.136	0.273				
2.813	1.2988	2.980	1.2384	1.111	0.359				2.885	1.3279	2.926	1.2432	1.026	0.824				
2.423	1.0644	2.611	1.0725	1.183	0.224				2.483	1.1099	2.580	1.0167	1.088	0.531				
2.571	1.2306	2.837	1.1157	1.218	0.118				2.628	1.2189	2.829	1.1089	1.157	0.236				
2.702	1.2777	2.979	1.1986	1.202	0.120				2.742	1.2800	2.998	1.1760	1.182	0.156				
2.922	1.3015	2.942	1.1727	1.013	0.910				2.946	1.2736	2.915	1.1780	0.979	0.859				
2.776	1.2268	3.063	1.2643	1.206	0.112				2.933	1.2555	2.922	1.2548	0.993	0.954				
3.490	1.4023	3.525	1.4404	1.018	0.863				3.527	1.4467	3.483	1.3888	0.978	0.829				
3.006	1.3251	3.119	1.2563	1.071	0.541				3.102	1.3425	3.016	1.2121	0.949	0.645				
2.940	1.3570	3.262	1.2994	1.203	0.094				3.102	1.4201	3.125	1.2108	1.013	0.908				
2.665	1.3821	2.861	1.2231	1.125	0.295				2.713	1.3719	2.848	1.1978	1.083	0.473				
2.959	1.4524	3.177	1.2571	1.129	0.260				2.984	1.4268	3.201	1.2409	1.126	0.270				
3.110	1.3753	3.532	1.4108	1.245	0.038				3.322	1.4323	3.354	1.3792	1.016	0.875				
3.868	1.4997	4.086	1.4820	1.104	0.308				3.929	1.5161	4.060	1.4602	1.062	0.542				
3.448	1.4654	3.647	1.3944	1.104	0.330				3.508	1.4828	3.618	1.3546	1.056	0.596				
2.431	1.2620	2.660	1.3459	1.146	0.223				2.370	1.2214	2.806	1.3892	1.294	0.023				
3.397	1.3996	3.641	1.4638	1.127	0.238				3.489	1.4087	3.580	1.4792	1.046	0.659				
3.060	1.3934	3.235	1.3593	1.098	0.374				3.120	1.4125	3.199	1.3278	1.043	0.694				
2.503	1.1833	2.659	1.1572	1.123	0.353				2.578	1.2196	2.597	1.1029	1.014	0.913				
2.567	1.2477	2.684	1.1713	1.085	0.500				2.613	1.2619	2.653	1.1312	1.028	0.820				
2.762	1.3982	2.897	1.3830	1.074	0.496				2.862	1.4445	2.846	1.3154	1.010	0.992				
3.008	1.3685	3.412	1.4742	1.174	0.116				3.222	1.4661	3.315	1.3893	1.047	0.652				

## 5) 説明について改善の必要があると答えた遺族に対する鎮静に関する説明の仕方と内容 (表5)

鎮静に関する説明に関して改善の必要性があると答えた遺族は19.8%であった。これらの遺族に対して行われた説明の仕方と内容について多変量解析を行ったところ、「行うことにより患者さまとの会話が難しくなることについて説明があった(オッズ比:2.170, p値:0.000)」「苦痛が強くなってからではなく、あらかじめ相談する機会があった(オッズ比:1.940, p値:0.000)」の2つの項目が挙げられた。

## 6) 説明についてつらかったと答えた遺族に対する鎮静に関する説明の仕方と内容 (表5)

鎮静に関する説明に関して説明がつらかったと答えた遺族は54.7%であった。これらの遺族に対して行われた説明の仕方と内容について多変量解析を行ったところ、「患者様がしっかりしていたら、どのように考えるかを中心に聞いてもらえた(オッズ比:1.608, p値:0.004)」「今から“眠っていて苦痛を和らげる治療”を行うことで、心残りはないか確認してくれた(話し合っておきたいことや、会わせてあげたい人など)(オッズ比:1.504, p値0.008)」「自分ひとりだけでなく、他の家族とも相談できる機会をつくってくれた(オッズ比:0.689, p値0.013)」の3つの項目が挙げられた。

## 7) 鎮静を開始することの判断に対する負担感があつた遺族に対する説明の仕方と内容 (表5)

鎮静を開始することの判断に対する負担感があつたと答えた遺族は42.8%であった。これらの遺族に対して行われた説明の仕方と内容について多変量解析を行ったところ、「苦痛が強くなってからではなく、あらかじめ相談する機会があつた(オッズ比:1.437, p値:0.002)」の1つの項目が挙げられた。

## 考 察

緩和ケア病棟に入院していた患者の遺族の70%以上で苦痛緩和のための鎮静は必要な治療として受け入れられていたが、約30%ではできるだけしないほうがよいと考えていた。また、鎮静を行うと命が短くなる、十分なケアをしてもらえなくなるというような不安や懸念をもっていた遺族も認められた。

本調査では実際の鎮静の施行については不明ではあるが、約6割の遺族がなんらかの鎮静を受けたと考えていた。日本緩和医療学会の苦痛緩和のための鎮静に関するガイドラインでは、深い持続的鎮静が必要な患者数を20~35%と見積もっているため、今回の調査対象の遺族は間欠的鎮静や浅い鎮静、睡眠の確保としての使用を含めて、遺族は鎮静を捉えている可能性があると考えられた。

鎮静を受けたと考えている遺族のうち94.4%は鎮静により苦痛は和らいだと回答していた。2004年の調査では、39.8%の遺族は鎮静後も苦痛を感じていたと評価しており、遺族の捉え方における鎮静の有用性は上昇していると考えられる。

鎮静を受けたと考えている遺族のうち19.8%は、鎮静に関する説明に関して改善の必要性があると答えていた。そのような遺族が受けたその説明の仕方と内容との関連を検討すると、鎮静を行うことにより患者との会話が難しくなることについて説明があつた場合と、鎮静に関しての説明をあらかじめ相談する機会とつた場合とであった。

鎮静を受けたと考えている遺族のうち54.7%は、鎮静に関する説明に関して説明がつらかったと答えていた。そのような遺族が受けたその説明の仕方と内容との関連を検討すると、患者がしっかりしていたら、どのように考えるかを中心に聞かれた場合と、今から鎮静を行うことで、心残りはないか確認してされた場合とであった。一方で、自分ひとりだけでなく、他の家族とも相談できる機会をつくつた場合は、つらさが軽減していたと考えられる。

鎮静を受けたと考えている遺族のうち42.8%は、鎮静を開始することの判断に対して負担を感じていた。そのような遺族が受けたその説明の仕方と内容との関連を検討すると、鎮静に関しての説明をあらかじめ相談する機会とった場合であった。

### 鎮静に関する説明におけるケアのまとめ

今回の調査で予測される鎮静に関する説明の仕方と内容についてのケア指針をまとめると、以下のようになる。

1) 緩和ケア病棟に入院した患者の遺族は苦痛緩和のための鎮静の必要性について肯定的な考え方を持っているが、不安や抵抗感を持つ家族も約3割程度は存在すると考えられる。

2) 鎮静に対する満足度は前回調査に比べて上昇している。

3) 19.8%の遺族は鎮静に関する説明について不満足感をもっていた。また、54.7%では説明に関して精神的つらさを感じていた。そして、42.8%においては、鎮静を開始することの意思決定に対する負担を感じていた。

4) 鎮静を行うと会話が難しくなることを説明する場合や、鎮静についてあらかじめ説明する場合には、説明に関して不満足感が高く、十分な工夫が必要であると考えられる。

5) 患者がしっかりしていたらどのように考えるかを家族に聞く場合や、鎮静開始時に心残りはないか聞く場合には家族の精神的つらさが強くなる可能性があり、他の家族とも相談できる機会を積極的につくっていくことは精神的つらさを軽減

する可能性がある。

6) 鎮静についてあらかじめ説明する場合には、家族の意思決定に関する負担感が増すことが少なくなく、十分な配慮が必要であると考えられる。

### 文 献

- 1) de Graeff A, Dean Ml. Palliative sedation therapy in the last weeks of life : a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007 ; 10 (1) : 67-85.
- 2) Committee on National Guidelines for Palliative Sedation Royal Dutch Medical Association (KNMG), Utrecht December, 2005.
- 3) Verkerk M, van Wijlick E, Legemaate J, et al. A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. *J Pain Symptom Manage* 2007 ; 34 (6) : 666-670.
- 4) 日本緩和医療学会ガイドライン作成委員会編：苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン。2010, 金原出版。
- 5) Morita T, Hirai K, Okazaki T. Preferences for palliative sedation therapy in the Japanese general populations. *J Palliat Med* 2002 ; 5 : 375-385.
- 6) Morita T, Ikenaga M, Adachi I, et al. Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2004 ; 28 : 557-565.
- 7) Morita T. Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. *Palliat Med* 2004 ; 18 : 550-557.

### 〔付帯研究担当者〕

平井 啓（大阪大学 大型教育研究プロジェクト支援室）、森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援療法科）、恒藤 暁（大阪大学大学院 緩和医療学講座）