

持続的な深い鎮静は患者・家族間の コミュニケーションを減らすか

横道 直佑*

サマリー

持続的な深い鎮静をすることによって患者・家族間のコミュニケーションが減るかどうかを調べた。患者が意味のある会話ができなくなるまでの期間は、持続的な深い鎮静を受けたかどうかで差がなかった。また患者・家族間でお別れに関する会話ができたかどうかは、持続的な深い鎮

静の有無で差がなかった。持続的な深い鎮静が開始される前後は自然とコミュニケーションできなくなっていく時期と重なるため、持続的な深い鎮静によってコミュニケーションの機会が大きく失われるということはない。

目 的

鎮静とは、「治療抵抗性の苦痛を緩和することを目的として、鎮静薬を投与する」治療である¹⁾。その中で持続的な深い鎮静は、「中止する時期をあらかじめ定めずに、深い鎮静状態とするように鎮静薬を調整して投与すること」と定義される¹⁾。鎮静は患者の苦痛の強さや治療抵抗性の確実さや予測される生命予後を鑑みて相対的に最善と判断された場合に実施される。

持続的な深い鎮静の倫理的な課題として、コミュニケーションができなくなるので社会的な死にあたるのではないかという指摘がある²⁾。また、国内の遺族調査では、鎮静を受けた患者の家族の80%は鎮静を受けたことに満足していた一方

で、50%が「話ができなくなることがつらかった」と回答した³⁾。しかし、持続的な深い鎮静を実施することによって実際に患者・家族間のコミュニケーションの量や質が低下するかどうかを示す直接的なデータはない。

一般的に鎮静期間は数日で、鎮静の対象となる主要な症状はせん妄と呼吸困難である⁴⁾。そのため鎮静を受ける患者の多くは衰弱やせん妄や呼吸困難のために鎮静開始前にすでに会話が難しくなっている可能性がある。また、持続的な深い鎮静は生命予後を短縮しない⁵⁾。また、オランダの遺族調査では、鎮静は遺族の死亡直前期の体験や死別後の遺族の健康に悪影響がなかったと報告している⁶⁾。

本研究では、終末期がん患者において持続的な深

*聖隷三方原病院 緩和支援診療科（研究代表者）

い鎮静を受けた場合と受けなかった場合とを比べて患者が意味のある会話ができなかった期間や、遺族が患者と十分に会話することができたかどうかが持続的深い鎮静の有無で差があるかを調査する。

結 果

ホスピス・緩和ケア病棟で亡くなった患者の遺族 1,324 名にアンケートを送付した。回収できたのは 865 名 (65.3%) だった。うち 147 名が回答を拒否したため、有効回答数は 718 名 (54.2%) だった。その中から患者・家族間のコミュニケーションに関する質問 5 項目に欠損のある 118 名と一度生存退院した患者 7 名を除外して、593 名を解析対象とした。アンケート調査結果と入院中の患者の観察データを連結して解析した。

1) 持続的深い鎮静の実施状況

持続的深い鎮静を受けたのは 68 名 (11.5%) だった。持続的深い鎮静を行った期間の中央値は 2 日 (幅 0 ~ 68) だった。

2) コミュニケーションできなくなるまでの期間の比較

ホスピス緩和ケア病棟に入院してから意味のある会話ができなくなる (Communication Capacity Scale item4 のスコアが 3 になる) までの期間は、鎮静を受けた患者では中央値 13.5 日 (95% 信頼区間 7 ~ 19)、鎮静を受けなかった患者では中央値 12 日 (95% 信頼区間 10 ~ 13) で、統計学的に有意な差はなかった [$p = 0.94$, (図 1)]。

持続的深い鎮静を受けた患者のうち、鎮静開始の前日までに意味のある会話ができなくなっていた患者の割合は、42.6% (95% 信頼区間: 30.7 ~ 55.2) だった (図 2)。

3) 家族が体験した患者・家族間のコミュニケーションの比較

遺族に、Q1「患者様は、大切な人に伝えたいことを伝えられた」、Q2「患者様は、大切な人にお別れのことばを伝えられた」、Q3「あなたは、

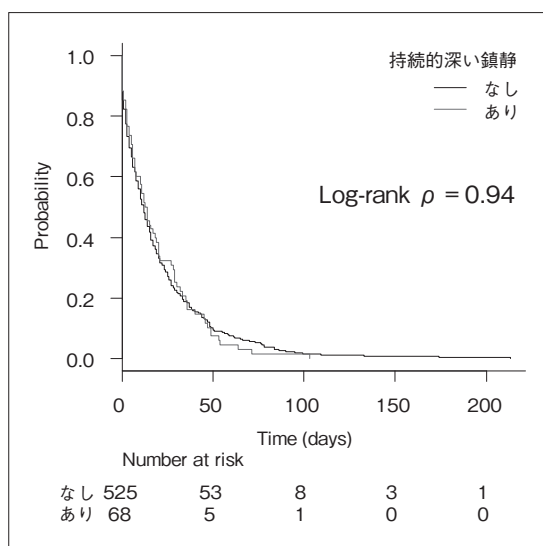


図 1 入院から意味のある会話ができなくなる*までの日数
* Communication Capacity Scale item4=3

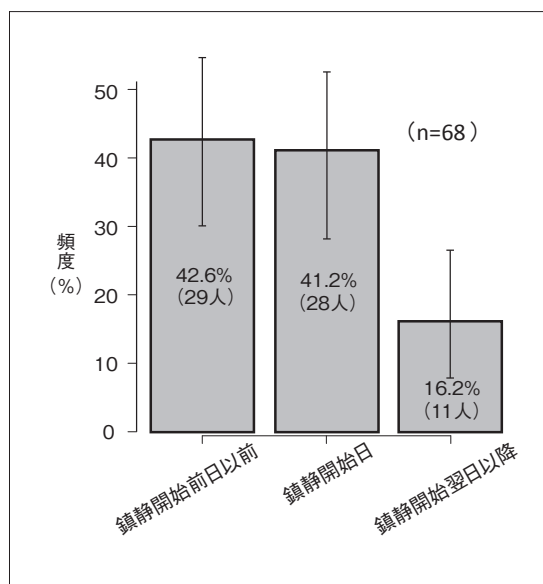


図 2 持続的深い鎮静を受けた患者 (n=68) が意味のある会話ができなくなった*タイミング
* Communication Capacity Scale item4=3

患者様に、伝えたいことを伝えることができた」、Q4「あなたは、患者様に、お別れのことばを伝えることができた」、Q5「あなたは、患者様が亡

くなられる前に、十分そばにいられたことができた」の5つの質問に、1（あてはまらない）、2（あまりあてはまらない）、3（ややあてはまる）、4（あてはまる）の4段階で回答してもらった⁶⁻⁸⁾。3または4（ややあてはまる、あてはまる）と回答した割合は、Q1で50.7%（鎮静なし群）対60.3%（鎮静あり群）、Q2で36.6%対42.6%、Q3で44.8%対51.5%、Q4で35.0%対29.4%、Q5で81.7%対79.4%だった（図3）。

Q1からQ5までの合計点の中央値は鎮静なし群で12（幅5-20）、鎮静あり群で12（幅5-20）で、有意な差はなかった（ $p=0.51$ ）。

考 察

本研究は、筆者らが知る限り、持続的深い鎮静と患者・家族間のコミュニケーションの量や質の関係を調査した初めての報告である。本研究では2つの主要な結果が得られた。

1つは、持続的深い鎮静をするかしないかはコミュニケーションができる期間に影響しなかったことである。鎮静期間が2日間であることや、4割以上の患者が鎮静開始前日までにコミュニケーションができなくなっていたことを合わせて考えると、持続的深い鎮静が開始されるのは死亡直前期に自然とコミュニケーションができなくなっ

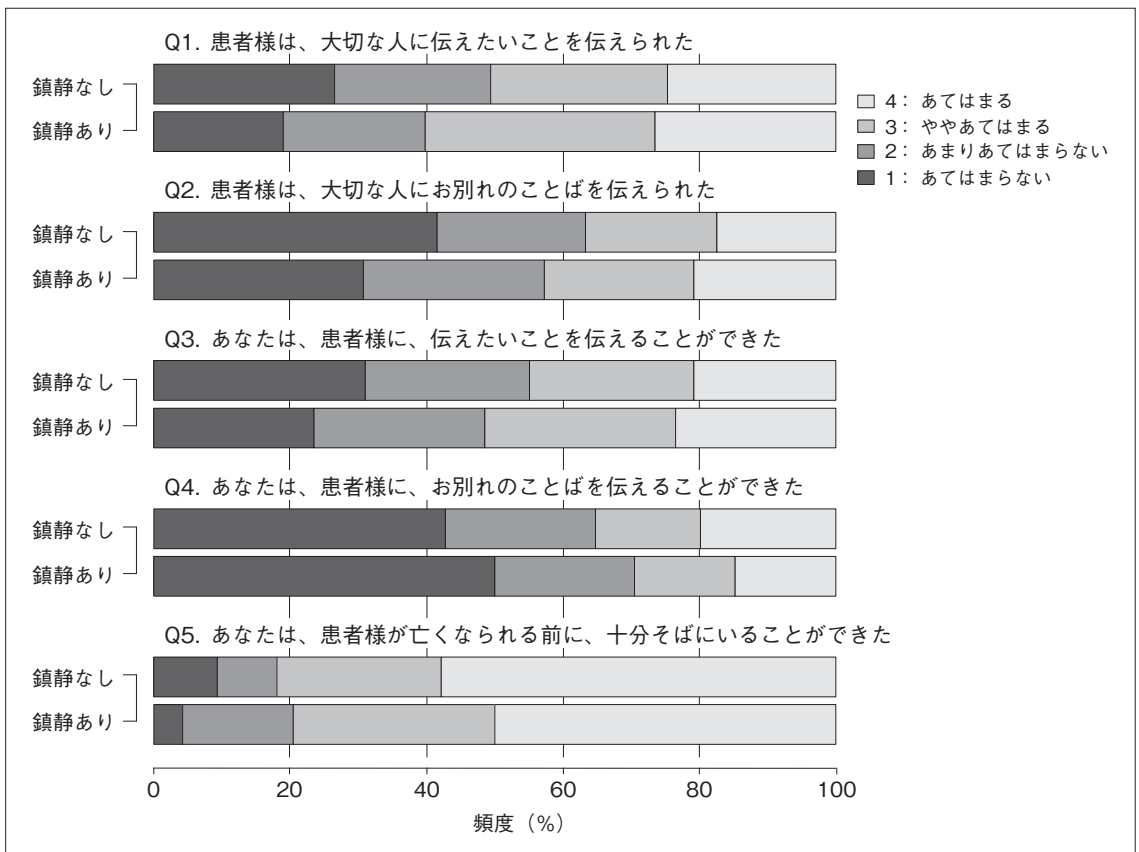


図3 患者・家族間のコミュニケーションに関する遺族へのアンケート調査結果

いく時期と重なると推察される。

もう1つは、持続的深い鎮静を受けた患者の家族が体験した患者・家族間のお別れに関するコミュニケーションは、持続的深い鎮静を受けなかった患者の家族の体験と比べて差がなかったことである。持続的深い鎮静をしたがために感謝やお別れを伝えるなどの大切な会話の機会が失われるということは通常はなさそうだ。

これらのことより、ホスピス・緩和ケア病棟で持続的深い鎮静を行った場合、平均的には患者・家族間のコミュニケーションの量や質が低下しないことが分かった。

まとめ

持続的深い鎮静が開始される前後は自然とコミュニケーションができなくなっていく時期と重なるため、持続的深い鎮静によってコミュニケーションの機会が大きく失われるということはない。今回得られた知見によって、患者、家族、医療者が鎮静を選択するうえでの心理的な障壁が減って、治療抵抗性の耐えがたい苦痛がある患者により適切に鎮静が行われるようになることが期待される。

文 献

- 1) 日本緩和医療学会ガイドライン統括委員会, 日本緩和医療学会. がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き. 第2版: 金原出版; 2018.
- 2) Materstvedt LJ, Bosshard G. Deep and continuous palliative sedation (terminal sedation): clinical-ethical and philosophical aspects. *Lancet Oncology* 2009; 10: 622-627.
- 3) 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.
- 4) Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *Journal of clinical oncology: Am Soc Clin Oncol* 2012; 30: 1378-1383.
- 5) Maeda I, Morita T, Yamaguchi T, et al. Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer (J-Proval): a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study. *Lancet Oncology* 2016; 17: 115-122.
- 6) Bruinsma SM, Brown J, van der Heide A, et al. Making sense of continuous sedation in end-of-life care for cancer patients: an interview study with bereaved relatives in three European countries. *Support Care Cancer* 2014; 22: 3243-3252.
- 7) 中里 和弘, 塩崎 麻里子, 平井 啓, et al. ホスピス・緩和ケア病棟における患者と家族間の思いの言語化を支える家族支援—遺族調査による家族支援と「患者と家族との良好な関係性」および「ケアの全般的満足度」との関連性の検討. *Palliative Care Research* 2018; 13: 263-271.
- 8) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Uchitomi Y. Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 486-498.

〔付帯研究担当者〕

森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援診療科）、今井堅吾（聖隷三方原病院 ホスピス科）、森 雅紀（聖隷三方原病院 緩和ケアチーム）