

## 鎮静の種類による家族の体験の違い —プロトコルで規定した調節型鎮静と持続的深い鎮静—

今井 堅吾\*

### サマリー

苦痛緩和のための鎮静を受けたがん患者の家族の体験について、プロトコルで規定した2種類の鎮静（調節型鎮静、持続的深い鎮静）間での違いを明らかにすることを目的とした。調節型鎮静を受けた患者の家族と持続的深い鎮静を受けた患者の家族の双方において、全例で医療者から家族への鎮静についての説明があり、9割は不満はなく、9割は鎮静開始時期は適切であったと考え、3割は強い精神的つらさがあった。一方で、調節

型鎮静の方が、持続的深い鎮静よりも、苦痛をやわらげられる他の方法があるのではないかと感じ、決める責任を負うことが重荷で、医師や看護師にもっと気持ちをくみとってほしいと感じる割合が高い傾向を認めた。調節型鎮静を受けた患者の家族では、より鎮静のプロセスに否定的な体験があり、治療抵抗性の丁寧な説明、意思決定の負担や気持ちの配慮が必要である。

### 目 的

苦痛緩和のための鎮静（以下、鎮静）は、終末期の耐えがたい苦痛に対して、患者を苦痛から解放するためにしばしば行われる<sup>1,2)</sup>。日本の緩和ケア病棟において鎮静を受けた患者の遺族に対する2002年に実施されたアンケート調査では<sup>3)</sup>、約5%の家族は鎮静に対して低い満足度であり、25%の家族は、鎮静に関して非常に強い精神的つらさを感じていた。

一方、持続的鎮静には大きく分けて2つのパ

ターンがあることが世界的に指摘されている<sup>4~6)</sup>。1つは、苦痛の程度に合わせて苦痛緩和される鎮静薬を投与する調節型鎮静で、意識が保たれた状態で苦痛緩和が達成される可能性がある一方で、迅速な苦痛緩和が不十分となる懸念がある。もう1つは、深い鎮静レベルを保つ持続的深い鎮静で、確実に苦痛が緩和される一方で、鎮静開始直後よりコミュニケーションが困難になる。家族がそれぞれの鎮静に対してどのような体験をするのかについては明らかではない。この2つのパターンは相対的なものであり医師の意図やコンセプトでは

\*聖隷三方原病院 ホスピス科（研究代表者）

不明確であるため、2つを明確に区別するためには、介入プロトコルに従って鎮静を行うことが必要であるが、この2つを区別するプロトコルの開発と実際の検証が行われた<sup>7,8)</sup>。

以上より、本研究において、鎮静方法の違いにより鎮静を受けたがん患者の家族がどのような体験をするかについて調査した。鎮静方法は、2つの持続的鎮静パターンを反映した調節型鎮静プロトコル（苦痛の程度に合わせて最小量の鎮静薬を投与する）と、持続的深い鎮静プロトコル（深い鎮静レベルを維持するように鎮静薬を投与する）とに基づいて明確化した。異なるパターンの苦痛緩和のための鎮静を受けた患者の家族が、どのような体験をし、それをどう評価をしているか、その評価にどのような因子が関与しているかを明らかにすることは、鎮静を施行する際に医療者が行うべきケアの指針を明確にする点において意義があると考えられる。本研究の主目的は、苦痛緩和のための鎮静を受けたがん患者の家族の体験について、2種類の鎮静プロトコル（調節型鎮静、持続的深い鎮静）間での違いを明らかにすることである。

## 結 果

### 1) 背景

プロトコルに基づく鎮静が行われた61名の遺族に質問紙を送付し、41名から回答を得た（回収率67%）。30名に調節型鎮静プロトコルに基づく鎮静（以下、調節型鎮静）が実施され、11名に持続的深い鎮静プロトコルに基づく鎮静（以下、持続的深い鎮静）が実施された。患者背景を表1に示す。患者の平均年齢は調節型鎮静のほうが有意に高かった（ $p=0.02$ ）。

### 2) 鎮静と意思決定過程での家族の体験

調節型鎮静を受けた38%（11/29）、持続的深い鎮静を受けた67%（6/9）の患者で鎮静を希望する（眠っても苦痛から楽になりたい）何らかの意思表示があった（ $p=0.25$ ）。調節型鎮静を受けた75%（21/28）、持続的深い鎮静を受けた73%（8/11）の家族に対して、鎮静を行うことについての明確な説明があり（ $p=0.88$ ）、鎮静についての何らかの説明は両群とも全例にあった。

満足度に関して、調節型鎮静を受けた10.7%（3/28）の家族は何らかの不満があり、「満足」

表1 患者背景

|           | 調節型鎮静プロトコル<br>n=30 | 持続的深い鎮静プロトコル<br>n=11 | $p$  |
|-----------|--------------------|----------------------|------|
| 年齢        |                    |                      |      |
| （平均、標準偏差） | 70.1（11.5）         | 58.5（13.0）           | 0.02 |
| 性別        |                    |                      | 0.88 |
|           | 男 15               | 5                    |      |
|           | 女 15               | 6                    |      |
| 原発巣       |                    |                      |      |
|           | 膵 6                | 0                    |      |
|           | 結腸・直腸 4            | 3                    |      |
|           | 胃 4                | 0                    |      |
|           | 肺 3                | 0                    |      |
|           | 乳房 1               | 3                    |      |
|           | 食道 2               | 0                    |      |
|           | 子宮・卵巣 1            | 2                    |      |
|           | 肝臓・胆管 2            | 0                    |      |
|           | 他 7                | 3                    |      |

／「どちらともいえない」，がそれぞれ 57.1 % (16/28) /32.1 % (9/28) であった。持続的深い鎮静を受けた家族には不満足はなく，「満足」／「どちらともいえない」，がそれぞれ 87.5 % (7/8) /12.5 % (1/8) であった (図 1)。鎮静を開始した時期について，調節型鎮静を受けた 85 % (23/27) の家族，持続的深い鎮静を受けた 90 % (9/10) の家族にとって，鎮静を始めた時期は適切であった ( $p = 0.70$ )。調節型鎮静を受けた 32 % (9/28)

の家族，持続的深い鎮静を受けた 25 % (2/8) 家族は，鎮静について強い精神的つらさがあった ( $p = 0.70$ ) (図 2)。

鎮静開始後の患者の苦痛に関して，調節型鎮静では 44 % (11/25) で苦痛がなくなった（全くなかった：0 %，ほとんどなくなった：44 %）に対し，持続的深い鎮静では 50 % (5/10) で苦痛がなくなった（全くなかった：20 %，ほとんどなくなった：30 %）と評価した ( $p = 0.75$ )。

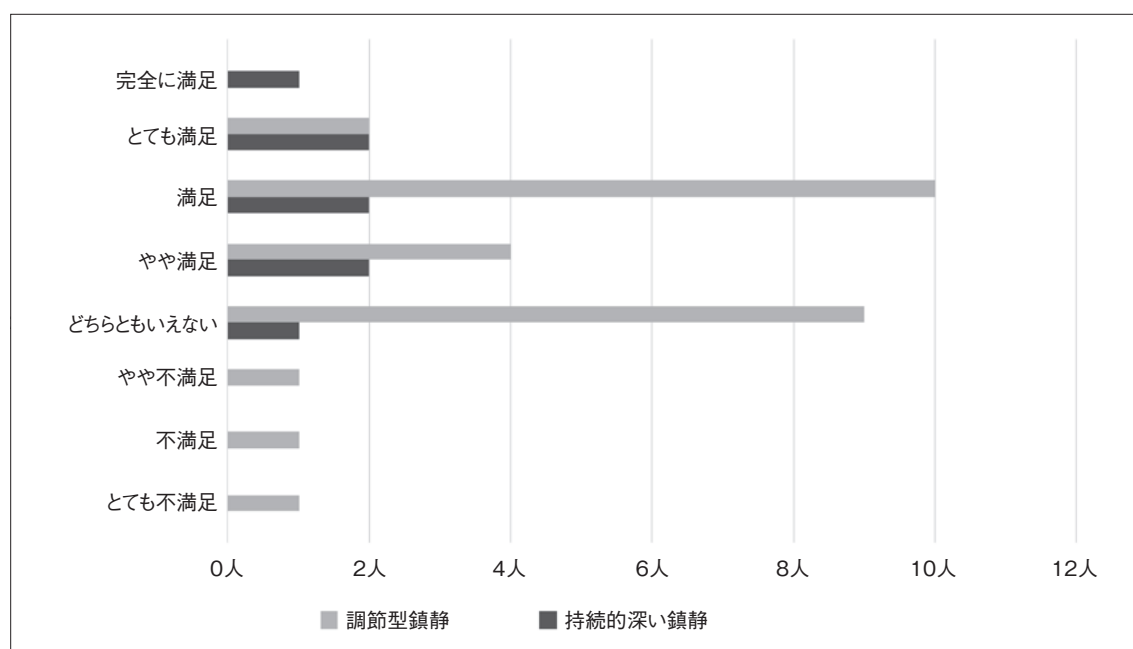


図 1 鎮静に対する家族の満足度

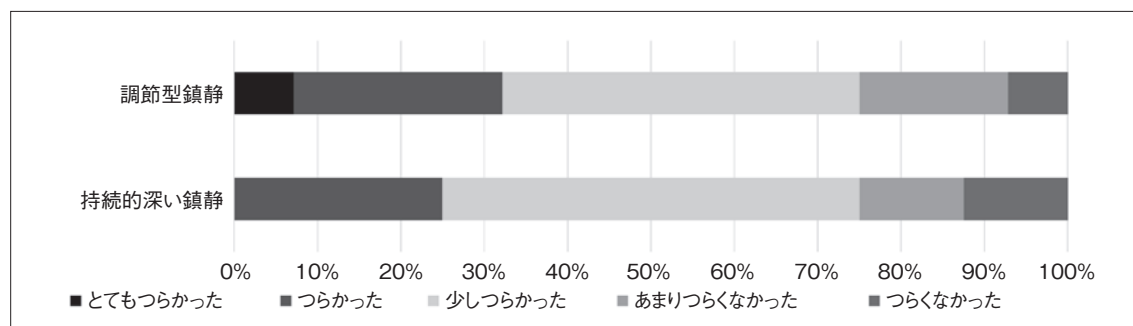


図 2 鎮静に関する家族の精神的つらさ

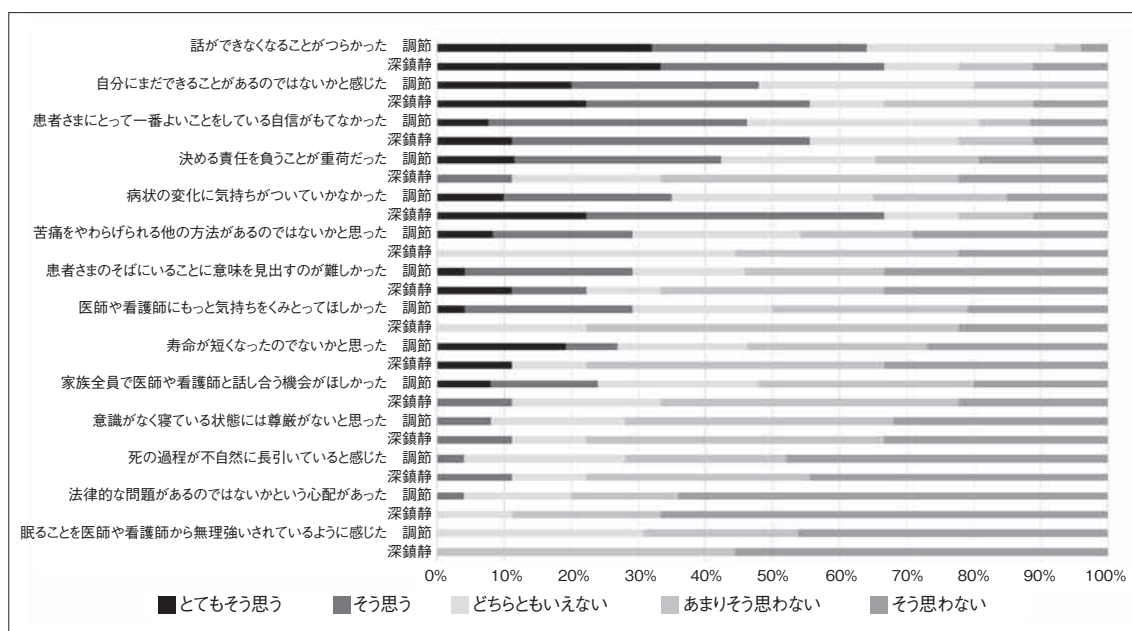


図3 鎮静に関する家族の気がかり

### 3) 鎮静に関する家族の気がかり

患者が鎮静を施行している際の鎮静に関する家族の気がかりについて図3に示す。それぞれの質問について、「とてもそう思う」、「そう思う」、「どちらともいえない」、「あまりそう思わない」、「そう思わない」の5項目のうちから1項目を選択する設問を設定した。「話ができなくなることがつらかった」、「自分にまだできることがあるのではないかと感じた」、「患者さまにとって一番よいことをしている自信がもてなかった」について、調節型鎮静、持続的深い鎮静いずれにおいても、「とてもそう思う」、「そう思う」の割合は、4割以上であった。

調節型鎮静を受けた42% (11/26) の家族、持続的深い鎮静を受けた11% (1/9) の家族は、「決める責任を負うことが重荷だった」と回答し、調節型鎮静のほうが持続的深い鎮静と比べて割合が高い傾向を認めた ( $p=0.09$ )。また、調節型鎮静を受けた29% (7/24) の家族、持続的深い鎮静を受けた0% (0/9) の家族は、「苦痛をやわらげられる他の方法があるのではないと思った」

と回答し、調節型鎮静のほうが持続的深い鎮静と比べて割合が高い傾向を認めた ( $p=0.07$ )。同様に、調節型鎮静を受けた29% (7/24) の家族、持続的深い鎮静を受けた0% (0/9) の家族は、「医師や看護師にもっと気持ちをくみとってほしかった」と思ったと回答し、調節型鎮静のほうが持続的深い鎮静と比べて割合が高い傾向を認めた ( $p=0.07$ )。調節型鎮静を受けた家族、持続的深い鎮静を受けた家族のいずれも、「眠ることを医師や看護師から無理強いされているように感じた」と回答した人はいなかった。

### 4) 鎮静中の医師や看護師のケア

鎮静中の医師や看護師のケアについて図4に示す。それぞれの質問について、「とてもそう思う」、「そう思う」、「どちらともいえない」、「あまりそう思わない」、「そう思わない」の5項目のうちから1項目を選択する設問を設定した。「患者さまの意識がないときも医師や看護師はご家族に心配がないか聞いてくれた」、「患者さまの意識がないときも医師や看護師は丁寧にケアしていた」につ

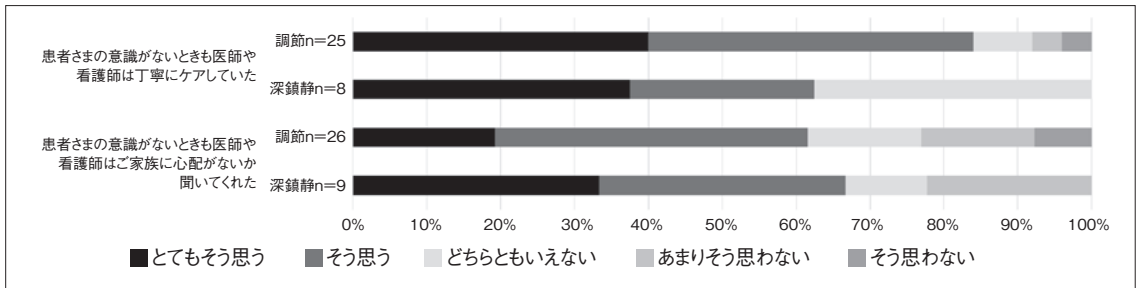


図4 鎮静中の医師や看護師のケア

いて、調節型鎮静、持続的深い鎮静いずれにおいても、「とてもそう思う」、「そう思う」の割合は、6割以上であった。

### 考 察

本研究では、鎮静パターンの違いについて2種類の鎮静プロトコル（調節型鎮静、持続的深い鎮静）により明確化し<sup>7,8)</sup>、鎮静パターンの違いでの鎮静を受けたがん患者の遺族の体験について結果を得た。

調節型鎮静と持続的深い鎮静を受けた患者の家族双方において全例で、医療者から鎮静についての説明はあった。これは日本国内の過去の研究で、高い割合で家族へ鎮静について説明されていた結果と一致する<sup>3)</sup>。ヨーロッパの実証研究では、イギリスではおもに調節型鎮静の概念に近い鎮静が症状緩和の一環として実施され、鎮静が開始されたことを家族は認識していないことが多いと報告されている<sup>6)</sup>。今回の調査では、調節型鎮静を実施する際にも持続的深い鎮静と同様に、家族は鎮静を実施することについて説明を受け、鎮静が実施されたことを認識していることが明らかとなった。

調節型鎮静と持続的深い鎮静を受けた患者の家族双方において、約9割は不満はなく、約9割は鎮静を開始した時期について適切であったと考えた一方で、約3割の家族は、鎮静について強い精神的つらさがあった。また、調節型鎮静と持続的深い鎮静を受けた患者の家族双方において、鎮静

中の医療者の対応として、6割以上で家族の心配に配慮し、丁寧にケアしていたと感じていた。鎮静に対する不満足や鎮静についての強い気持ちのつらさに関係する要因については調査数が少なく今回の調査では結論できなかったが、いずれのタイプの鎮静においても、家族には同じ程度の精神的つらさがあることが示唆された。

持続的深い鎮静を受けた家族の方が、調節型鎮静を受けた家族よりも、「苦痛をやわらげられる他の方法があるのではないかと思った」、「決める責任を負うことが重荷だった」、「医師や看護師にもっと気持ちをくみとってほしかった」と回答した割合が低い傾向であった。持続的深い鎮静が選択されるのは、苦痛の強さが著しい、治療抵抗性が確実である、予測される患者の生命予後が切迫している、持続的深い鎮静でなければ苦痛が緩和されないと見込まれる場合などである<sup>9)</sup>。このため持続的深い鎮静を施行される状況にある家族にとって、治療抵抗性であると実感しやすいために他に方法がないと確信が持ちやすくなると考えられる。そのことによって、鎮静を行うのはやむをえない選択であるために決めることに迷いがなくなり、決める責任も重荷となりにくくなる。医療者側は、意識が確実に低下する持続的深い鎮静を行う際は、家族の気持ちをくみとるようにより慎重に取り組んだと推測される。これらのことより、調節型鎮静を行う場合は特に、治療抵抗性と判断した根拠や治療過程について丁寧に家族へ説明し、家族の意思決定の負担があることを考慮

し、家族の気持ちに配慮する必要があることが示唆された。

また、調節型鎮静では、意識が保たれた状態で苦痛緩和が達成される可能性がある一方で、迅速な苦痛緩和が不十分となる懸念があり、持続的深い鎮静と比較した鎮静後の苦痛緩和の不十分さが家族の体験に何らかの影響を与えた可能性もある。調節型鎮静、持続的深い鎮静のうちいずれを行うかは苦痛の程度や治療抵抗性の確実さ、生命予後や全身状態、患者・家族の価値観などに基づくものである。そして相対的にどちらの種類が良いかを決める場合は<sup>9)</sup>、鎮静後の家族の体験も考慮に入れて適切に選択する必要があると考えられる。

## 文 献

- 1) Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, et al. Efficacy and safety of palliative sedation therapy : a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005 ; 30 (4) : 320-328.
- 2) 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 Oncol* 2016 ; 17 : 115-122.
- 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) Quill TE, Lo B, Brock DW, et al. Last-resort options for palliative sedation. *Ann Intern Med* 2009 15 ; 151 (6) : 421-424.
- 5) Swart SJ, van der Heide A, van Zuylen L, et al. Considerations of physicians about the depth of palliative sedation at the end of life. *CMAJ* 2012 17 ; 184 (7) : E360-366.
- 6) Seymour J, Rietjens J, Bruinsma S, et al. Using continuous sedation until death for cancer patients : a qualitative interview study of physicians' and nurses' practice in three European countries. *Palliat Med* 2015 ; 29 : 48-59.
- 7) Morita T, Imai K, Yokomichi N, et al. Continuous deep sedation : a proposal for performing more rigorous empirical research. *J Pain Symptom Manage* 2017 ; 53 : 146-152.
- 8) Imai K, Morita T, Yokomichi N, et al. : Efficacy of two types of palliative sedation therapy defined using intervention protocols : proportional vs. deep sedation. *Support Care Cancer* 2018 ; 26 : 1763-1771.
- 9) 日本緩和医療学会. ガイドライン統括委員会編. 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| 2018 版. 金原出版. 2018 : 64-84.

## 〔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）、森 雅紀（聖隷三方原病院 緩和ケアチーム）、横道直佑（聖隷三方原病院 緩和支援診療科）