

第 49 回緩和ケアチーム抄読会

平成 22 年 4 月 21 日

担当 木村理恵子

Exploration of Concerns of Relatives During Continuous Palliative Sedation of Their Family Members with Cancer

Silvia van Dooren, Hetty T.M. et al.

J Pain and Symptom manage. 2009;38(3)452-459

<導入>

持続緩和鎮静中患者の家族の体験のデータは不足している。The European Association for Palliative Care は、緩和的鎮静とは、耐え難い苦痛とつらさを患者の意識状態を低下させることによって緩和するために鎮静薬を使用することと定義している。

<鎮静を必要とする難治性症状>

最も一般的なものは終末期の身の置きどころのなさ、呼吸苦、疼痛が上げられる。鎮静の分類（森田ら（2001 年）鎮静の深さ、期間、鎮静に使用される薬剤によるサブカテゴリーを提唱した。

<先行研究>

オランダの調査では、鎮静に関して 93%が家族とのみ話をしており、そのうち 25%では患者は決定する能力がないと判断していた。

緩和的鎮静中の家族の心配とニーズについて調査（森田ら（2004）185 名の遺族の満足度と負担感を調査し、78%はある程度満足していたが、25%は鎮静期間に負担を感じたと述べていた。他の調査では、家族は罪悪感や救いが無い感じを持ち、身体的、心理的疲労をこの時期に感じていた。またその一方で症状緩和を希望し、鎮静が始まる前の話し合いや辛さを理解してもらい、患者が尊厳を持ってケアされることを希望していた。

アメリカの PCU と ICU の看護師に対する緩和的鎮静の質的研究では、家族にとって鎮静が辛い体験につながる一方で、鎮静が患者の苦痛緩和だけでなく、家族にとっても鎮静をすることで、穏やかな死とこれまでの苦しみを終わりにすることが出来るという良い体験につながることも報告された。

<研究目的>

この研究では、急性期緩和ケア病棟で持続緩和鎮静を受けている患者家族の懸念について調べた。鎮静を受けている最中の研究であるため、思い出しのバイアスがないことが

この研究の特徴である。

<調査方法>

緩和ケアユニット（11床の症状コントロール目的が主）では通常は退院を目標としているが、死が近いと入院中に考えられた場合には、そのまま入院継続し、LCPを用いた専門的な看取りのケアが提供されている。LCP（Liverpool Care Path）は、2001年にスタートした臨死の時期にある患者への標準的ケア（現在行われている医療は検討され、重要でない薬剤は中止される。継続される薬剤で経口薬は、持続皮下注に変更する。血液検査や経静脈輸液、定期的な体位交換などは中止される）をモニターするツールである。

調査期間：2001年10月～2004年10月3年間に対象（緩和的鎮静を施行した45名）となった患者記録をレトロスペクティブに調査。1名の患者に対して、4-5名の家族が関わっている場合もあった。

調査には、LCPの第一パート（患者と家族が鎮静について話し合い、ケアプランを理解する）と第二パート（12時間の登録シートを使用して、適宜起こる家族の心配に対応）使用。

倫理委員会の許可は、標準的なケアに基づいたもので新たな負担を患者や家族に与えることがないとして、求められなかった。

統計的分析は、記述的分析。分散分析、フィッシャー正確検定—SPSS 14.0。

<結果>

患者（表1）：男女差なし、平均57歳（27-89）、鎮静時間中央値21時間（2-114時間）、鎮静の理由（終末期の苦痛64%、呼吸苦44%、疼痛33%）、使用した薬剤（ミダゾラム、2mg/時間でスタートし、最終的には10mg/時間が中央値）その他は、クロナゼパム1名、プロポフォール3名。91%の患者は投与量の増量が必要だった。

家族：鎮静の必要性、ゴール、持続鎮静で予測される経過については、すべての家族との話し合いを鎮静が開始される前に行っていた。患者のうち、67%とは同じように話し合いが行われていたが、残りの33%では苦痛のために行えず、家族とのみ話し合った。すべての家族は、説明を理解し、同意をしていた。23名の患者（51%）、家族は、鎮静のスタートから亡くなるまでの間に1つ以上の心配を表現していた。（表2）

持続鎮静の目的：12名の患者の家族（27%）は鎮静が開始された後に鎮静の目的について懸念を感じた。

患者の苦痛の可能性：13名（29%）は、鎮静中であっても苦痛があるのではないかと心配していた。

家族自身のwell-being：8名（18%）は、不眠による倦怠感や死にゆく家族を見ていることに耐えられないなどを表現した。

これらのケースでは年齢、性別、鎮静を必要とした耐え難い症状の数に違いはなかった。心配がある場合の鎮静の期間は長い傾向があった。(46 時間 V S 19.5 時間) ミダゾラムの最終投与量には、差がなかった。

<表 3 心配の例>

鎮静の目的：息子が母はこのような苦しみは望んでいないと安楽死について話した。しかし、母親の状況をみると安楽死の実行は無理だった。もう一つは、親族が酸素や鎮静で愛する人が苦しむのをこれ以上望んでいない。

苦痛の可能性：患者がうめき声を上げるため、苦しんでいると義理の息子が心配し、薬剤を増量できないか尋ねてきた。患者が終末期の呼吸となっているのを苦しんでいると心配した。

家族自身：妻がこれまでの経過を大変負担に感じ、これ以上続かないで欲しいという気持ちを表した。家族が患者の最期に立ち会いたいと希望し、不眠のために疲労した。

<考察>

急性期の P C U で持続鎮静を行った患者のうち、半数の患者の家族が懸念をもっていた。これらの心配を見ると 3 つのテーマに分かれており、1. 鎮静の目的について 2. 患者が苦痛を感じている可能性について 3. 家族自身の **well-being** についてであった。持続的な鎮静スタート後の比較的落ち着いた期間は、家族に鎮静を決定したことについて考えなおす機会となる。鎮静中で患者とコミュニケーションがとれないために、患者がうめく、呼吸が変化したなどでも十分な鎮静となっているか、不安になると考えられる。

<安楽死と鎮静>

この研究で持続鎮静を受けた患者の 1/4 の家族が安楽死を紹介されていることは検討に値する。一方で家族は安楽死をするかどうかはそれ以上問題にはならない状況でもあるにも関わらず、以前の安楽死のリクエストが考慮されなかったと心配していた。オランダの研究 (Rietjen et.al.2008) では、持続鎮静のケースの 9 % では、以前に安楽死の希望があったが、実際には安楽死に関わる手続き (他の医師へのコンサルト) には時間がかかるため実行されなかった。急性期の P C U では、持続鎮静は地域のガイドラインにそって開始され、耐え難い苦痛があり、残された時間が 1 ~ 2 週間の場合に検討する。苦痛の緩和には、鎮静と安楽死 2 種類の異なった方法があるのだけでも、医療者以外の人々は、これらを区別することは難しい。したがって緩和的鎮静の実施には良いコミュニケーションと教育が重要になる。

P C U 以外の I C U でなくなる家族の **end-of-life Care**

先行レビューに取り上げられた 3 つのニーズ、1. 死にゆく患者の変化してゆく体調の

情報 2. 何が患者に行われていて、なぜ行われるのか 3. 患者の安楽の保障について は、今回の結果にも現れていた。安楽へのニーズに対応することや家族が感じていることを表現させることは、家族の **well-being** に関連する。ICUの **end-of-life care** への家族の満足感の研究でもICUスタッフから情報が十分に伝えられた時に満足度は高かった。ケアする側と家族の効果的なコミュニケーションはキーワードである。情報を繰り返し提供することと新たな情報を提供していくことは懸念があると表明された時の解決に役立つ。

<持続鎮静をスタートする前>

家族に対して、亡くなる過程の徴候、鎮静がどのようにモニターされるか、そして症状が再発した時にはスタッフがどう対応するかをよく説明する必要がある。

もっと重要なのは、持続鎮静中の間には特別なケアが必要であることである。

この研究結果からは、持続的なモニタリングは患者の症状だけでなく、家族のニーズと懸念についても必要であることがわかった。そのためにLCPは役立つ。

鎮静で懸念を示した家族と示さなかった家族の特徴の違いについては、鎮静期間の長さ以外には、明らかな違いはなかった。亡くなるまでの鎮静の期間が長くなると、家族はより懸念を示すようになる。これは期間が長くなると家族はより負担を感じ、より考え、懸念を示す時間をもたらすことになるからである。医療者は、長期の鎮静患者にはより注意を払うべきである。

<まとめ>

持続的な緩和鎮静を受けて亡くなる患者家族の半数は、何らかの心配を持っていた。これらの懸念は、鎮静の目的自体／患者が今も苦痛を感じているかもしれないこと／家族自身の **well-being** についてであった。LCPのような看護ガイダンスと明確な経過の記録があることは、持続的な緩和鎮静を受けている患者や家族へのケア提供に重要で不可欠なものである。特に鎮静期間が長期になった場合にはより重要になる。

<コメント>

今回の研究は、日本とは違い、安楽死が選択できるオランダでの調査という大きな違いがある。しかし、日本の看取り、特に耐え難い苦痛により鎮静を受けている患者・家族にとっても、鎮静開始前、鎮静期間中に大事なこと、その中でも特にケアが必要なグループが明らかになったのは重要だと思う。今後の緩和ケアチームの実践にも生かしていきたい。また、以前簡単に紹介したことのあるLCPが研究に使用されたことも今後の緩和ケアチームの参考になると思う。