

1 手引きの要点

1 用語の定義

要点1 治療抵抗性の苦痛

患者が利用できる緩和ケア^{注1)}を十分に行っても患者の満足する程度に緩和することができないと考えられる苦痛。治療抵抗性であると判断されるには、「①すべての治療が無効である、あるいは、②患者が利用できる緩和ケアから考えて、予測される生命予後の期間内に有効で、かつ、合併症の危険性と侵襲を許容できる治療手段がないと考えられること」が必要である。 [⇒P18, 42, 54, 66]

注1) 患者が利用できる緩和ケアは、1) 患者の利用できるリソース、2) 患者がリソースの利用をどの程度まで希望するか、3) 患者の全身状態、などによって決まる。

要点2 耐えがたい苦痛

患者が耐えられないと明確に表現する、または、患者が苦痛を適切に表現できない場合には患者の価値観や考えをふまえて耐えられないと想定される苦痛。

[⇒P18, 88]

要点3 苦痛緩和のための鎮静

治療抵抗性の苦痛を緩和することを目的として、鎮静薬^{注2)}を投与すること。

[⇒P18]

注2) 代表的な鎮静薬：ミダゾラム、フルニトラゼパム、ジアゼパム、プロマゼパム、フェノバルビタール。これ以外にも鎮静薬に該当する薬剤はあるが、日本の実臨床で使用されている頻度の高い薬剤を鎮静薬とした。

要点4 間欠的鎮静

鎮静薬によって一定期間意識の低下をもたらしたあとに鎮静薬を中止して、意識の低下しない時間を確保しようとする鎮静。

[⇒P20, 81]

要点5 調節型鎮静（苦痛に応じて少量から調節する鎮静）

苦痛の強さに応じて苦痛が緩和されるように鎮静薬を少量から調節して持続的に投与すること。

[⇒P20]

要点6 持続的深い鎮静（深い鎮静に導入して維持する鎮静）

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節して持続的に投与すること。

[⇒P20]

2 治療抵抗性の苦痛への対応の考え方

要点7 治療抵抗性の苦痛が疑われた場合、実施可能な緩和治療を最大限再検討することが重要である。 [⇒P18, 89]

5 鎮静薬を投与する意図

要点 16 鎮静薬を投与する意図は、生命の短縮ではなく、苦痛緩和であることを、医療チームと、患者・家族で共有する。 ————— [⇒P93]

6 患者・家族の意思

要点 17 持続的な鎮静薬の投与を行う要件として、患者自身が自己の価値観に照らして鎮静を希望する、または、鎮静を希望することが推定される必要がある。意思決定能力がない場合、患者の価値観や以前の意思に照らして、現在の状態で何を希望するかを、家族または家族がいない場合には、親しい友人や介護者などの患者の価値観を知りうる人と共に検討する。 ————— [⇒P86, 94]

要点 18 家族がいる場合には持続的な鎮静薬の投与を行うことを家族が理解し、希望していることが望ましい。 ————— [⇒P86, 100]

7 医療チーム内の合意

要点 19 治療方針の決定は医療チーム内の合意として行い、多職種が同席するカンファレンスを行うことが望ましい。判断が困難な場合には、適切な専門家や、実施可能な範囲でより臨床経験の多い医療者の意見を得る。 ————— [⇒P86, 104]

要点 20 鎮静を実施する場合には、目的、治療のプロセス（鎮静前と鎮静中の過程）、説明と同意の内容について診療録に記載する。 ————— [⇒P104]

8 患者の意思確認の過程

要点 21 患者が将来起きることについて知りたいと希望しており、患者が知ることが利益になるなら、緩和困難な苦痛が生じた時の手段について、前もって情報を提供し、鎮静について本人の希望を確認しておくことを検討する。 ————— [⇒P94]

要点 22 鎮静に関する患者・家族への説明内容は、患者・家族の病状認識や情報提供に関する希望を確認し、情報提供の影響を検討したうえで個別に判断する。 — [⇒P97]

要点 23 本人が鎮静を希望し、家族が反対している場合には、患者の希望ができる限り尊重される対応を行う。また、患者と家族がお互いの気持ちを理解し、お互いの納得につながるように両者を支援する。さらに、意思の相違に影響している家族の心理的要因（悲嘆や自責感など）に配慮した情緒的サポートを行う。 — [⇒P100]

9 鎮静薬の選択

要点 24 持続的鎮静のために鎮静薬を投与する場合、ミダゾラムを第一選択とする。
————— [⇒P106, 148]

要点 25 オピオイドは意識低下作用が弱く、蓄積で神経毒性を生じうるため、鎮静のための主な薬剤として用いない。ただし、痛み・呼吸困難が苦痛症状である場合には、症状緩和として適切な量を鎮静薬と併用することを考慮する。 — [⇒P36, 62, 106]

要点 26 ハロペリドールは意識の低下をもたらす作用が弱いため、鎮静に用いる主な薬剤としては使用しない。ただし、せん妄が苦痛症状である場合には、症状緩和として適切な量を鎮静薬と併用することを考慮する。 ————— [⇒P106]

10 鎮静薬の投与方法

要点 27 鎮静薬の必要量は患者の状態によって大きく異なるため、注意深く患者を観察して調節する。 ————— [⇒P106]

要点 28 調節型鎮静では苦痛の強さを指標とし、苦痛が緩和される最小量の投与量になるように調節する。苦痛が緩和された場合はそれ以上鎮静薬を増量しない。苦痛緩和が得られたが鎮静が深くなりすぎた場合は、減量を検討する。 — [⇒P20, 106]

要点 29 持続的深い鎮静では、(深い鎮静でなければ患者の希望する苦痛緩和が得られないという前提のもとに) 深い鎮静状態となるまで鎮静薬を増量する。鎮静を開始する時点で患者の死亡まで深い鎮静を維持すると意図するのではなく、深い鎮静の継続が必要かを定期的に確認する。もし必要でなければ鎮静薬の減量や中止を検討する。 ————— [⇒P20, 106]

11 鎮静中の評価とケア

要点 30 苦痛の程度は、Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) または Support Team Assessment Schedule (STAS)、意識と不穏は、Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) を用いて評価可能である。 ————— [⇒P20, 109, 184, 185]

要点 31 死期が切迫しており治療目標が苦痛緩和である場合には、バイタルサインの精密な監視、定期的な採血など、治療目的と一致しない治療や検査の実施は行わないことについて、あらかじめ患者・家族と相談しておくことを検討する。 — [⇒P109]

要点 32 苦痛の程度、意識水準、鎮静による有害事象、鎮静以外の方法で苦痛が緩和される可能性、病態の変化、患者・家族の希望の変化について、定期的に評価する。
————— [⇒P109]

要点 33▶ 水分・栄養の補給は、患者・家族の希望を考慮したうえで利益と負担を総合的に評価し、鎮静とは別に判断する。 ————— [⇒P110]

要点 34▶ 環境整備などのケア，不快な症状の出現の観察を行う。患者・家族と共に鎮静薬の評価について話し合い，家族の心配や不安の傾聴，悲嘆や身体的・精神的負担に対する支援を行う。 ————— [⇒P109]

要点 35▶ 経過に従って必要とされる情報（患者の状態，苦痛の程度，予測される変化など）を患者・家族へ十分に提供する。 ————— [⇒P110]