

1 要件

持続的な鎮静薬の投与は、調節型鎮静と持続的深い鎮静とに概念上区別される。実際にはこれらの区別は相対的なところがあるため、適応となる要件をまとめて示す（表 1）。A, B, C はそれぞれ、相応性原則（principle of proportionality）、医療者の意図、自律原則に基づく倫理的基盤を与える。D は鎮静の安全性を高める。適応に関する基本的な考え方をまとめたフローチャートは P14 を参照。鎮静を行うに至った意思決定過程や根拠を診療記録に記載するようにする（P104, V章-5-2「診療記録への記載」参照）。

表 1 持続的な鎮静薬の投与を行う要件

A. 相応性^[注 1]

苦痛緩和を目指すいろいろな選択肢のなかで、鎮静が相対的に最善と判断される。すなわち、苦痛の強さ、治療抵抗性の確実さ、予測される患者の生命予後から考えて、持続的な鎮静薬の投与は妥当な方法である。

B. 医療者の意図

- 1) 医療チームが鎮静を行う意図が苦痛緩和であることを理解している*。
- 2) 鎮静を行う意図（苦痛緩和）からみて適切な薬剤、投与量、投与方法が選択されている。

C. 患者・家族の意思

- 1) 患者
 - ①意思決定能力がある場合：必要な情報を提供されたうえでの苦痛緩和に必要な鎮静を希望する意思表示がある。
 - ②意思決定能力がないとみなされた場合：患者の価値観や以前の意思表示に照らして、患者が苦痛緩和に必要な鎮静を希望することが推測できる。
- 2) 家族がいる場合には家族が理解し、希望していることが望ましい^[注 2]。

D. 医療チームによる判断^[注 3]

- 1) 医療チーム内の合意がある。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。
- 2) 意思決定能力、苦痛の治療抵抗性、および予測される患者の生命予後について判断が困難な場合には、適切な専門家〔緩和医療医、精神科医、心療内科医、麻酔科医（ペインクリニック医）、腫瘍医、専門看護師など〕にコンサルテーションすることが望ましい。

*調節型鎮静では鎮静薬の投与量を調整する指標は苦痛緩和であって意識の低下ではない（意識の低下が明確に意図されているとはいえない）。持続的深い鎮静では、患者が深い鎮静状態となることを指標にして鎮静薬の投与量を調節する。いずれの鎮静も最終的な意図は苦痛緩和であり、生命の短縮ではない。

[注]

- 1) 2018年版では相応性に「効果と安全性の見込み」が含まれていたが、鎮静による効果と安全性の見込みを考慮するのは、実際に鎮静薬の投与を行う時であるとの意見で本鎮静ガイドライン委員は合意した。そのため、V章-6-1「鎮静薬の投与方法」中の記載へ変更し、相応性の要件には含めないこととした。
- 2) 従来（2010年版まで）は家族の同意を鎮静の必須要件としてきたが、前版（2018年版）で、「家族の同意があることが望ましい」と変更した。これにより、患者と家族の希望が異なる場合には患者の意思を優先し、本人の意思または推定意思により鎮静が実施されることが示された。この場合の「家族の同意があることが望ましい」の意図するところは、家族の意向を十分に酌んだうえで、家族が鎮静の必要性を理解し、希望していることが大切である、という意味合いである。しかし今回の改訂の議論で、「同意」という言葉は、家族が承諾していること、あるいは家族による代諾を指している印象があるとの意見があり、「家族が理解し、希望していることが望ましい」という表現へ変更した。
- 3) 本来は、医療チーム全体が治療方針の決定に参加して、かつ、経験のある専門家が行うべきものである。しかし、現実的に、患者が緩和ケアを受けている状況によっては、夜間などの緊急時、地域に経験のある専門家がない時もあるため、「望ましい」という表現にとどめた。チームで判断することが可能で、経験のある専門家にコンサルテーションできる状況であれば、医師1名の判断ではなく、チームでの判断をするべきである。

医療チームで一定のプロセスを踏むことで、一人の医師による独断を避けるとともに、多職種がそれぞれの専門性を発揮することで、より総合的判断が可能となることが期待される。一方で、チームでの判断は、責任の所在があいまいになるという懸念があるが、これは医師の免責を意味するものではない。医師は患者を支援するチーム体制を整えることが専門家として求められ、医療チームのリーダーとして最終的な責任をもつ。V章-5「チーム医療」の項（P104）も参照。