

CQ10 Web 掲載資料

表 6 鎮静前後の家族の体験に関する原著論文

◆質的研究

文献番号 著者 発表年 国	調査方法 対象 セッティング	家族の体験			
		家族の満足度	家族の評価	家族の懸念	その他の家族の体験
55 Bruinsma 2013 オランダ	フォーカスグループインタビュー調査 遺族 14 例 在宅もしくは施設（ホスピス、ナースィングホーム、病院など）	【家族の満足感】 ほとんどの家族が、患者の苦痛の緩和と快適さを感じ、患者の死に備えるための機会を得た	—	【家族の懸念と不満】 多数の家族： 医療者から受け取った情報やコミュニケーション全般への不満 鎮静の期間が長い場合の患者のウェル・ビーイング 一部の家族： 看護師が決定を下す権限がない/週末に医師がいないことへの懸念	—
56 Bruinsma 2014 イギリス オランダ ベルギー	フォーカスグループインタビュー調査 遺族 38 例 在宅、施設（病院、緩和ケア病棟など）	【良い死の達成】 ほとんどの家族は鎮静が患者の「良い死」に貢献したと感じた	—	【家族の懸念】 多くの家族の懸念： 患者と家族自身のウェル・ビーイングに関する不安 代替アプローチの方が良かった 継続的な鎮静が患者の寿命を縮めた（イギリス）	【患者への別れの会話】 数人の家族が鎮静によって「さようなら」を言う瞬間ができた（オランダ、ベルギー） 鎮静が開始された明確な時期も、別れも認識しなかった（イギリス） 【安楽死の問題】 ほとんどの家族が何らかの形で安楽死について言及した。一部の家族は鎮静と安楽死を明らかに異なる選択肢として区別したが、他の家族は鎮静を「遅い安楽死」と呼んだ 【情報提供とコミュニケーション】 家族は、患者、家族、医療者間の適切な情報とコミュニケーションが重要であると考えており、ほとんどの家族は、病気のプロセスのさまざまな段階で終末期の問題を話し合っていた

(つづく)

表6 つづき

文献番号 著者 発表年 国	調査方法 対象 セッティング	家族の体験			
		家族の満足度	家族の評価	家族の懸念	その他の家族の体験
57 Eun 2017 韓国	インタビュー調査 終末期がんで予後3カ月 未満の患者と家族13例 三次医療施設	—	—	—	<p>【患者・家族の認識】 患者と家族は以下の問題を提起した：</p> <p>延命の希望と平穏な死への願いを同時に抱いている 家族間で死に関して正直に話し合うことが困難な場合、鎮静に関する知識と情報提供が不十分になる 苦痛が増強する前に鎮静に関する決定が下されることを期待する</p>

(つづく)

表6 つづき

◆量的研究

文献番号 著者 発表年 国	調査方法 対象 セッティング	家族の体験			
		家族の満足度	家族の評価	家族の懸念	その他の家族の体験
58 Morita 2004 日本	質問紙調査 遺族 185 例 緩和ケア病棟	<p>【家族の満足度】 満足 78% (144 例) どちらともいえない 16% (30 例) 不満足 5% (9 例)</p> <p>【家族の苦痛】 非常に苦痛/苦痛 10% (9 例) 苦痛/わずかに苦痛 50% (92 例) それほど/まったく苦痛でない 40% (73 例)</p>	<p>【鎮静開始時期の適切さ】 適切 77% (143 例) 早すぎる/多分早すぎる 9.2% (17 例) 遅すぎる/多分遅すぎる 9.7% (18 例)</p> <p>【患者の苦痛】 (鎮静前) 患者がかなり/非常に苦しんでいた 69% (129 例) (鎮静後) ほとんど解決された/完全に解決された 60% (111 例)</p>	<p>【家族の懸念】 患者とコミュニケーションをとることができない 50% (93 例) 病状の変化に気持ちがついていかない 38% (63 例) 決定に責任を負うことが負担 25% (51 例) 鎮静が患者の寿命を縮める可能性がある 21% (44 例)</p> <p>【家族の満足度の低さの決定要因】 鎮静後の症状緩和の不十分さ ($P < 0.01$), 情報提供の不十分さ ($P = 0.011$), 患者の寿命を縮める可能性があるという懸念 ($P = 0.014$), 他の方法があるかもしれないという気持ち ($P = 0.024$)</p> <p>【家族の苦痛の決定要因】 症状の緩和の不十分さ ($P < 0.01$), 決定に対する責任を負うことの重荷 ($P = 0.020$), 患者の病状の変化に準備がない ($P < 0.01$), 医師と看護師は十分な思いやりがない ($P < 0.01$), 患者の死までの期間が短かった ($P = 0.034$)</p>	<p>【医療者の対応】 医師が以前と同じかそれ以上の頻度で患者を訪問した 94% (173 例) 看護師が以前と同じかそれ以上に注意深く患者をケアした 95% (176 例)</p> <p>【情報とコミュニケーション】 家族の 75% (139 例) は、医療者から提供された情報で十分であると感じていたが、22% (40 例) は不十分であると感じていた</p>

(つづく)

表6 つづき

文献番号 著者 発表年 国	調査方法 対象 セッティング	家族の体験			
		家族の満足度	家族の評価	家族の懸念	その他の家族の体験
59 Vayne- Bossert 2013 スイス	質問紙調査 遺族 10 例 大学病院	<p>【家族の満足度】 Visual Analogue Scale (VAS) での平均 9.4 であり満足</p> <p>【家族の個人的な困難さ】 VASの平均5.6であり、鎮静について受け取った情報、鎮静の成功とも関係し、個々の家族のパターンを示した</p>	<p>【鎮静開始の時期】 適切であった 7/10 例</p> <p>【患者の苦痛】 VASにより推定される患者の苦痛が鎮静後に6.25減少した 10/10 例</p>	<p>【家族の懸念】 決定に伴う責任を感じた 3/6 例 患者の寿命が縮まった 3/6 例</p>	<p>【医療者の対応】 半数の家族は、鎮静後に看護師の注意がより頻繁にあることに気づき、以前と患者に提供されるケアに違いを感じなかった</p> <p>【情報とコミュニケーション】 鎮静について十分に説明された9/10 例</p>
60 Bruinsma 2016 オランダ	質問紙調査 遺族 241 例 ホスピスもしくは病院	<p>【良い死の達成】 鎮静を受けた家族 (151 例)、鎮静を受けなかった家族 (90 例) で以下、有意差なし： 終末期ケアの質 (P=0.888) 死亡 1 週間前の患者の QOL (P=0.888) Quality of Death (P=0.273)</p>	<p>鎮静を受けた/受けなかった家族で以下、有意差なし： 患者の死後の家族のウェル・ビーイング： 患者の死後3カ月の家族の生活の満足度 (P=0.970) 現在の生活の満足度 (P=0.581) 家族の一般的な健康 (SF-36) (P=0.288) 心の健康 (SF-36) (P=0.371)</p>	—	<p>【ケアの特徴】 鎮静を受けた家族は、鎮静を受けなかった家族よりも、「ケア提供者は患者の死までの期間を家族が耐えられるように何かすることができたかもしれない」と評価した (P=0.013)</p>

(つづく)

表6 つづき

文献番号 著者 発表年 国	調査方法 対象 セッティング	家族の体験			
		家族の満足度	家族の評価	家族の懸念	その他の家族の体験
61 Tursunov 2016 イスラエル	質問紙調査 家族 34 例 腫瘍病棟	【家族の満足度】 医療者のケアと鎮静に満足/非常に満足 80%以上 (鎮静中 T1: 28 例, 死別後 1~4 カ月 T2: 22 例)	【患者の苦痛】 鎮静開始前の患者の苦痛/大きな苦痛 (T1: 32 例, T2: 24 例) 【鎮静開始の時期】 T1 では大多数が適切であると評価したが (26 例), T2 では 62% (16 例) のみであり, 遅すぎると感じた家族が増加した (T1: 4 例, T2: 7 例)	【家族の懸念の経時的変化】 T1 と T2 の家族の懸念の経時的変化に有意差はなかった 一部の家族は, 鎮静が患者の寿命を縮めたと考えていた (T1: 11 例, T2: 7 例)	【情報とコミュニケーション】 鎮静開始日に鎮静の説明が 30 分だった 家族は準備ができていないと感じ, 医師と治療について話し合う機会を増やしたいと考えていた 一部の家族は, 医療者に真剣に受け止められなかったと感じていた 【倫理的な意味】 家族は, 鎮静が苦痛を軽減する倫理的な方法であると感じていた (T1: 34 例, T2: 23 例) 鎮静以外に患者の苦痛を適切に緩和する方法はないことに同意した (T1: 12 例, T2: 11 例)
62 横道 2020 日本	質問紙調査 遺族 593 例 緩和ケア病棟	—	【患者と会話ができなくなるまでの期間】 鎮静あり 11.5% (68 例): 中央値 13.5 日 (95%信頼区間 7~19), 鎮静なし 88.5% (525 例): 中央値 12 日 (95%信頼区間 10~13) (P=0.94)	—	【患者との別れの会話】 「患者は大切な人に伝えたいことを伝えられた」「あなたは、患者に伝えたいことを伝えることができた」などの質問の合計点の中央値は, 鎮静の有無で有意差がなかった (P=0.51)

表中の「—」は該当するデータがないものを示す。各文献に症例数 (例) の記載があるものは記載、ない場合は頻度 (%) のみを記載した

表 7 鎮静を受けた家族の体験に関するレビュー論文

文献番号 著者 発表年	対象期間 対象文献の件数	家族の体験			
		家族の満足度	家族の評価	家族の懸念	その他の家族の体験
63 Claessens 2008	1966～2007 年 33 件	<p>【家族の満足度】 家族の 78% (144 例) は、鎮静に満足していた*</p> <p>【家族の苦痛】 鎮静に関連する高レベルの精神的苦痛の経験 25% (100 例)*</p>	<p>【患者の苦痛】 鎮静前に患者が非常に苦しんでいる 69% (129 例) 鎮静が症状の苦痛を大幅に軽減するのに役立った 88% (162 例)*</p> <p>【有効性と安全性】 家族の 67% は、鎮静に満足し、この治療が患者にとって最良の選択肢であることに同意した</p>	<p>【家族の懸念】 鎮静以外の解決策がなかったのか 鎮静に関連するリスク 鎮静が開始される前に患者に別れを告げる時間をもつこと 意識のある患者と同じように尊厳のあるケアを受けたい</p>	<p>【医療者の対応】 医師や看護師が以前と同じかそれ以上に患者を訪問した 94% (173 例)*</p> <p>【情報とコミュニケーション】 家族の 75% (139 例) は、医療者から提供された情報で十分であると感じていたが、22% (40 例) は不十分であると感じていた*</p>
64 Bruinisma 2012	1991～2010 年 39 件	<p>【家族の満足度】 家族は鎮静の使用に満足していた 78～93%</p> <p>【家族の苦痛】 量的研究：家族が苦痛を経験した 25% 質的研究：怒り、欲求不満、失望、懸念、闘争、罪悪感、無力感、肉体的および感情的な消耗</p>	<p>【患者の苦痛】 鎮静が患者の症状の苦痛を軽減するのに役立った 88% (162 例)* 鎮静が適切であった 93%</p> <p>【鎮静開始の時期】 適切だった 77% (143 例)*</p>	<p>【家族の懸念】 家族が懸念を表明 51% 家族は鎮静に満足していない 5% 家族が鎮静をやめるように頼んだ 5%</p>	<p>【情報とコミュニケーション】 医療者から情報を受け取った 60～100% (情報の種類：意識の低下、患者とコミュニケーションができなくなる、生命を脅かす合併症、身体的変化、身体の状態、患者の予後) 家族の情報の理解： 理解している 89～100% であったが、他の研究では不十分 75% (139 例)/わずかに不十分 22% (40 例)/不十分である 2.2% (4 例) と感じていた*</p> <p>【家族への支援】 0%</p>

各文献に症例数（例）の記載があるものは記載、ない場合は頻度（%）のみを記載した。*は文献 58 の Morita（2004）の引用を示す