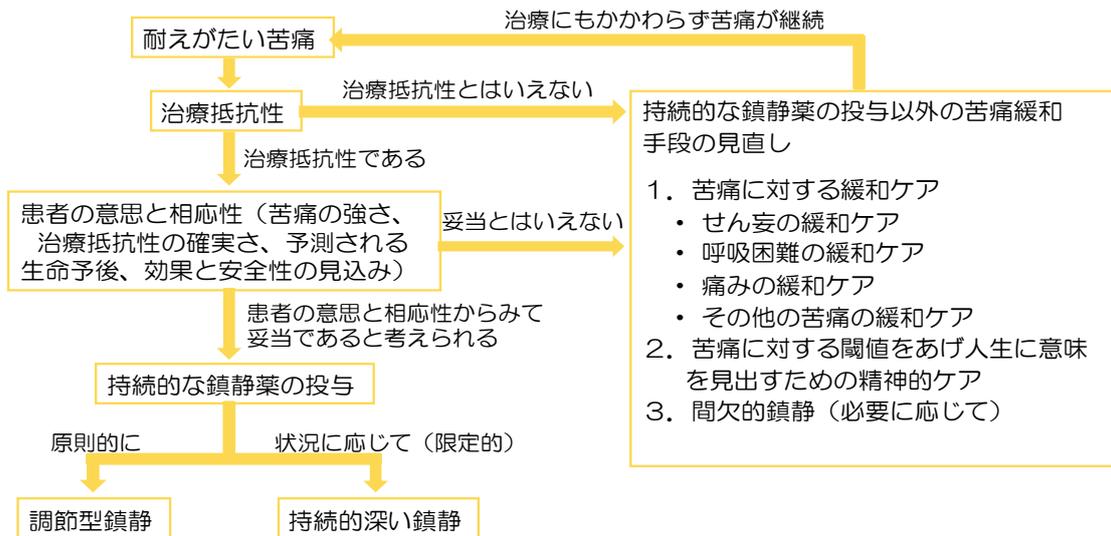


領域 8 倫理的法的側面

8-6 在宅医療における鎮静

治療抵抗性の耐えがたい苦痛が疑われた場合の対応についての基本的な考え方のフローチャート



出典：日本緩和医療学会「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き 2018年版」

持続的な鎮静薬の投与を行う要件

<p>A 相応性</p> <p>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、効果と安全性の見込みから考えて、持続的な鎮静薬の投与は妥当な方法である。</p>
<p>B 医療者の意図</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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
<p>C 患者・家族の意思</p> <ol style="list-style-type: none"> 患者 <ol style="list-style-type: none"> 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 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 家族がいる場合には家族の同意があることが望ましい
<p>D チームによる判断</p> <ol style="list-style-type: none"> 医療チームの合意がある。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。 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。

出典：日本緩和医療学会「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き」

鎮静薬の持続投与にあたって説明を検討すべき情報	
項目	具体的な内容
全身状態	身体状況についての一般的な説明（根治的な治療がないこと、予測される状態と生命予後など）
苦痛	耐えがたく治療抵抗性の苦痛の存在、苦痛の原因、これまで行われた治療、鎮静以外の方法で苦痛緩和が得られないと判断した根拠（専門家へのコンサルテーションの結果など）
鎮静の目的	苦痛の緩和であること。調節型鎮静では、苦痛の強さを指標として鎮静薬の投与量を調節するため、結果として患者の意識は低下することもしないこともありうる。持続的深い鎮静では、患者の意識そのものが深い鎮静状態になるように鎮静薬の投与量を調節する
鎮静の方法	鎮静薬を目的にあった投与方法で調節して使用すること
鎮静が与える影響	予測される意識低下の程度、精神活動・コミュニケーション・経口摂取・生命予後に与える影響、合併症の可能性
鎮静後の治療やケア	苦痛緩和のための治療やケアは継続されること、患者・家族の希望が反映されること、状況に応じて中止することができることなど
鎮静を行わなかった場合に予測される状態	他の選択肢、苦痛の程度、予測される生命予後

出典：日本緩和医療学会「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き 2018年版」

診療記録に記載すべき内容
<p>1) 目的 鎮静薬の投与は苦痛の緩和を目的として行われていること</p>
<p>2) 治療のプロセス</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 苦痛が何か ② 苦痛が患者にとって耐えがたいと判断した理由 患者に確認した、患者が意思表示できない場合は一般的に耐えがたい苦痛と判断された、など ③ 苦痛を治療抵抗性と判断した根拠 ④ 予測される患者の生命予後とその医学的根拠 ⑤ 鎮静を実施するうえで相談した他職種や専門家がいる場合、その過程 ⑥ 患者の状態や苦痛を継続して評価した過程、特に鎮静薬の増量をした場合は増量した理由
<p>3) 説明と同意</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 患者に伝えられた情報と意思表示 患者に説明した内容、それに対してどのような話し合いを行い、最終的に患者はどのような希望を表現したか。患者に意思決定能力がない場合には鎮静を希望することが推測された理由 ② 家族に伝えられた情報と意思表示

出典：日本緩和医療学会「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き 2018年版」

在宅での「調節型鎮静」薬物療法

持続的鎮静のための薬剤は少量で緩徐に開始し目的が得られるまで投与量を漸増する。

第一選択薬はミダゾラム（ドルミカム®）である。

【治療目的】 耐えられる程度になるまでの苦痛の緩和（結果として意識が低下する場合もしない場合もある）である。

【指標】 苦痛の程度は「STAS \leq 2」を指標として、持続的に少量から開始する。

できるだけコミュニケーションがとれる状態を確保し、苦痛を最大限緩和することが患者の利益になる。

【対象】 せん妄や呼吸困難、痛み（持続的に苦痛が強い場合）である。

【導入】 ミダゾラム（ドルミカム®）を0.5～1mg/時で持続皮下・静注を開始する。

15～30分で苦痛緩和を評価、不十分の場合は持続投与量を30～50%程度増量する。

【維持】 数時間毎に評価する。不十分の場合持続投与量を30～50%程度増量する。深くなりすぎた場合には減量、中止を行う。

在宅での「間欠的鎮静」薬物療法

【治療目的】 一定期間（通常数時間から一晚）患者が意識の低下により苦痛を体験せずに就眠できることである。

【指標】 一定期間の就眠を指標に、間欠的に鎮静薬を投与する。一時的でも苦痛を感じない時間を確保することが患者の利益になる。

【対象】 せん妄や呼吸困難、痛み（間欠的に苦痛が強い場合）である。

【投与量】

- ① プロマゼパム（セニラン®）坐薬：〔製剤規格3mg〕 1.5～3mg/回を投与する、必要時は追加投与する。
- ② ジアゼパム（ダイアップ®）坐薬：〔製剤規格4mg、6mg、10mg〕 4～6mg/回を投与する、必要時は追加投与する。
- ③ フェノバルピタール（ワコビタール®）坐薬：〔製剤規格15mg、30mg、50mg、100mg〕 50～200mg/回を投与する、必要時は追加投与する。
- ④ ミダゾラム（ドルミカム®）注射薬：〔製剤規格10mg/2ml〕

持続皮下or静脈内投与：0.5～1mg/時間で開始し患者の状態を観察しながら投与量を調整する。

在宅での「持続的深い鎮静」薬物療法

持続的鎮静のための薬剤は少量で緩徐に開始し、目的が得られるまで投与量を漸増する
第一選択薬はミダゾラム（ドルミカム®）

【治療目的】「持続的深い鎮静」でなければ苦痛が十分に緩和されていないという見込みを前提としている

【指標】意識水準は「RASS=-4：深い鎮静」を指標として持続的に鎮静薬を投与する。コミュニケーションが取れなくなっても、苦痛を確実に取り除くことが患者の利益になる。

【対象】致死性の消化管穿孔・肝出血などによる鎮痛剤が無効な非常に強い痛み、窒息・気道出血などによる非常に強い呼吸困難、すでに間欠的鎮静や調節型鎮静が試みられたが十分に緩和しないまたは緩和しないことが予想される非常に強いせん妄、呼吸困難

【導入】ミダゾラム（ドルミカム®）を3～5mg/時で持続皮下・静注を開始する

- ・15～30分で苦痛緩和を評価、不十分の場合は持続投与量を30～50%程度増量する
- ・患者の状況によっては5mg/時まで増量する
- ・目的の鎮静レベルに達したら持続投与量を1/2～1/3に減量して維持する

【維持】数時間毎に評価する。不十分の場合持続投与量を30～50%程度増量する

- ・深くなりすぎた場合には減量、中止を行う。鎮静薬を調整る過程で十分な苦痛緩和が得られた場合には、目的を調節型鎮静に変更することを検討する

出典：日本緩和医療学会「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き018年版」



ミダゾラム以外の薬剤を持続的鎮静に用いる場合

薬剤名	投与経路	製剤規格	使用例
注射薬 フェノバルビタール (フェノバル)	皮下	100mg/1ml	25mg/時間で投与する。開始時に50～100mgの皮下注射を行ってもよい（持続量は通常15～50mg/時間）
坐薬 フェノバルビタール (ワコビタール)	経直腸	15mg,30mg, 50mg,100mg	50～200mg/回を患者の状態をみながら定期的に1日2～3回投与する
坐薬 ジアゼパム (ダイアップ)	経直腸	4mg,6mg, 10mg	4～6mg/回を患者の状態をみながら定期的に1日2～3回投与する
坐薬 プロマゼパム (セニラン)	経直腸	3mg	1.5～3mg/回を患者の状態をみながら定期的に1日2～3回投与する

出典：日本緩和医療学会「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き018年版」



鎮静の時に使用される評価尺度（苦痛の程度を評価）
Support Team Assessment Schedule (STAS) 日本語版 症状版

症状が患者に及ぼす影響	
0	なし
1	時折、断続的。患者は今以上の治療を必要としない。 （現在の治療に満足している、介入不要）
2	中等度。時に悪い日もあり、日常生活動作に支障を来すことがある。 （薬の調節や何らかの処置が必要だが、ひどい症状ではない）
3	しばしばひどい症状があり、日常生活動作や集中力に著しく支障を来す。（重度、しばしば）
4	ひどい症状が持続的にある。（重度、持続的）

鎮静の時に使用される評価尺度（意識の水準を評価）
Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) 日本語版

スコア	用語	説明
+4	好戦的	明らかに好戦的、暴力的で、スタッフに危険が迫っている
+3	非常に興奮している	チューブやカテーテルを引っ張ったり抜く；攻撃的
+2	興奮している	頻繁に目的のない動きがある
+1	落ち着きがない	不安そうだが、動きは攻撃的でも活発でもない 完全に意識清明ではない患者で、頻繁に動き、攻撃的でない
0	意識清明で落ち着いている	
-1	傾眠	完全に意識清明ではないが、呼びかけに覚醒状態 （開眼・アイコンタクト）が続く（≧10秒）
-2	浅い鎮静	呼びかけに短時間覚醒し、アイコンタクトがある（<10秒）
-3	中等度鎮静	呼びかけに動きか開眼で反応するが、アイコンタクトはない
-4	深い鎮静	呼びかけに反応はないが、身体刺激に動きか開眼がある
-5	覚醒不可能	呼びかけにも身体刺激にも反応がない

【鎮静を始める際のチェックポイント】

疼痛緩和が適切に行われていないために患者が苦痛から鎮静を希望していないか？

1. 麻薬の持続皮下注射や硬膜外ブロック等を試みたか？
2. 自分の能力に限界があるときに専門医に相談したか？

本人の希望か？

患者ではなく家族の要請に従って鎮静をしようとしていないか？

関係するスタッフとの話合は行ったか？

患者の苦痛を引き起こしている心理的、スピリチュアルな、社会的側面の評価が不十分ではないか？

患者・家族へのケア（説明を含めて）が不十分ではないか？

効果を得られる必要最小量を決めるための段階的増量をせずに急いで増量していないか？

表面上は症状を緩和するためとしながら暗に死を早めることを意図して深い鎮静を行っていないか？（これは安楽死であり適切ではない）