

希死念慮への対応としての 持続的鎮静に関する考察

聖路加国際病院緩和ケア科
林 章敏

1

Mrs. Brittany Maynard の事例

- 2014年10月6日、末期の脳腫瘍と診断されたオレゴン州在住のブリタニー・メイナードさん29歳女性は、11月1日に死ぬ予定であると公表した。そして、11月1日に、自宅の寝室で家族など親しい人々が見守るなか、医師より処方された薬物を服用して、穏やかに息を引き取った。
- “Death With Dignity Act (DWDA)”とは、ターミナル疾患に罹り死期が迫っているオレゴン州在住の患者に、医師によって処方された致死薬を自分自身で服薬し、自らの命を絶つことを認める法律。

2

安楽死と医師に幫助された自殺

- 安楽死 Euthanasia
 - 医師による苦痛からの解放を目的とする、薬を用いて死を積極的に早めること
 - WHO 緩和ケア報告書 1990
- 医師に幫助された自殺 physician-assisted suicide
 - 医師に処方された薬を用い、自らが服用して自殺すること

3

日常臨床でのある一例

- 70歳代 女性
- 膵臓がん
 - 末期 推定予後は2か月程度
- 症状 軽度の腹痛と軽度の食欲不振
- 病識 予後も含めて認識している
- 家族背景 夫と死別、二人の子供とは疎遠
- 今後への思い
 - 十分満足した人生を送ってきたので幸せ
 - これから苦しむくらいなら、今のうちに逝かせてくれないかしら...

4

日常臨床でのある一例

- 70歳代 女性
- 膵臓がん
 - 末期 推定予後は1週間程度
- 症状 軽度の腹痛と軽度の食欲不振
- 病識 予後も含めて認識している
- 家族背景 夫と死別、二人の子供とは疎遠
- 今後への思い
 - 十分満足した人生を送ってきたので幸せ
 - これから苦しむくらいなら、今のうちに逝かせてくれないかしら...

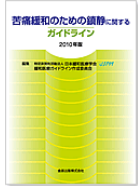
5

持続的鎮静が希死念慮への対応として 考慮されることがある

- Muller-Busch et al., 2003
- Pomerantz et al., 2004
- Rietjens et al., 2009
- Blondeau et al., 2009
- Seale, 2010
- Chambaere et al., 2010
- Raus et al., 2012

6

苦痛緩和のための鎮静に関する ガイドライン



日本緩和医療学会
2010年版

7

鎮静の定義

苦痛緩和を目的として患者の意識を低下させる薬物を投与すること

苦痛緩和のために投与した薬物によって生じた意識の低下を意図的に維持すること

- 本定義では、睡眠障害に対する睡眠薬の投与は鎮静に含まない。

8

鎮静と積極的安楽死の違い

	鎮静	積極的安楽死
意図	意識を下げることによる苦痛緩和	死による苦痛緩和
方法	苦痛が緩和されるだけの鎮静薬の投与	致死性薬物の投与
成功した場合の結果	苦痛が緩和された生	死による苦痛の終わり

9

鎮静の分類1

• 鎮静様式

– 持続的鎮静

- 中止する時期をあらかじめ定めずに、意識の低下を継続して維持する鎮静

– 間欠的鎮静

- 一定期間意識の低下をもたらした後に薬物を中止・減量して、意識の低下しない時間を確保する鎮静

10

鎮静の分類2

• 鎮静水準

– 深い鎮静

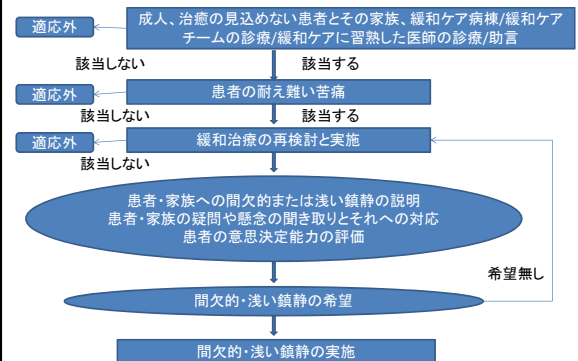
- 言語的・非言語的コミュニケーションができない様な、深い意識の低下をもたらす鎮静

– 浅い鎮静

- 言語的・非言語的コミュニケーションができる程度の、軽度の意識の低下をもたらす鎮静

11

鎮静のフローチャート



12

倫理的妥当性

- 鎮静の益と害
- 鎮静の倫理的妥当性
- 鎮静が予後を短縮する効果を伴う場合をどう考えるか
- 家族の役割

13

鎮静の益と害

- 鎮静がもたらす益(好ましい効果)は、苦痛緩和である
- 害(好ましくない効果)は、意識の低下によりコミュニケーションをはじめとする通常の人間的生活ができなくなるなどである。
- このように、鎮静には益と共に害が伴うため、医療者が担う「相手の益になるようにする(与益)」と「相手に害を与えない(無加害)」という、倫理的要件との連関で、鎮静の倫理的妥当性を明確にする必要がある

14

鎮静の倫理的基盤

- 鎮静は、以下の3条件を満たす場合に妥当と考えられる
 - 意図 鎮静は苦痛緩和を目的としていること
 - 自律性[(①または②)かつ③]
 - ① 患者に意思決定能力がある場合、益と害について必要な情報を知らされた上での苦痛緩和に必要な鎮静を希望する明確な意思表示がある
 - ② 患者に意思決定能力が無い場合、患者の価値観や以前に患者が表明していた医師に照らし合わせて、当該の状況で苦痛の緩和に必要な鎮静を希望するであろうことが合理性をもって推定できる
 - ③ 家族の同意がある
 - 相応性 (proportionality)

15

鎮静の倫理的基盤

- 鎮静は、以下の3条件を満たす場合に妥当と考えられる
 - 意図
 - 自律性[(①または②)かつ③]
 - 相応性 (proportionality)
 - 患者の苦痛緩和をめざす諸選択肢の中で、鎮静が相対的に最善と評価される。鎮静は患者の意識を下げ、人間的な生活を難しくするという害を伴って、苦痛緩和という益を得るものである。そのような害を伴わずに苦痛緩和を達成できる他の方法がなく、かつ、そのような害に甘んじてでも苦痛を必要とするほどに苦痛が耐え難い状況で、初めて相対的に最善となる。
 - また、鎮静が相対的に最善である場合でも、耐えがたい苦痛の緩和が達成できる限りで鎮静を実施する時間は持続的より間欠的の方が、また、鎮静の目標とする意識の低下は深いよりはできるだけ浅いが、人間的な生活(コミュニケーション能力)を確保するという観点から好ましい。

16

鎮静が予後を短縮する効果を伴う場合をどう考えるか

- 稀ではあるが、鎮静が予後を短縮する効果を伴う場合がある。このような場合にも前項の諸条件を満たしていれば、倫理的に妥当である。
- 我が国の緩和ケア病棟における前向き観察的調査では
 - 対象 緩和ケア専門病棟 21 施設で持続的深い鎮静が行われた102名
 - 効果 症状緩和 83%に有効
 - 呼吸抑制(8回/分以下)や循環抑制(60mmHg以下または50%以上の低下)は20%
 - 致命的な状態になったもの 3.9%

Morita T, et al: J Pain Symptom Manage 30: 320-328, 2005

17

持続的深い鎮静を行う要件

- 医療者の意図
- 患者、家族の意思
- 相応性
- 安全性

18

持続的深い鎮静の要件

- 医療者の意図
 - 医療チームが、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)からみて相応の薬物、投与量、投与方法が選択されている

19

持続的深い鎮静の要件

- 患者・家族の意思 1)かつ2)
 - 1)患者
 - ① 意思決定能力がある場合
 - 益と害について必要な情報を提供されたうえで、苦痛緩和に必要な鎮静を希望する明確な意思表示がある
 - ② 意思決定能力が無いとみなされた場合
 - 患者の価値観や以前の意思表示にてらして患者が苦痛緩和に必要な鎮静を希望することが十分に推測できる
 - 2)家族
 - (家族がいる場合には) 家族の同意がある

20

持続的深い鎮静の要件

- 相応性
 - 苦痛緩和を目指す諸選択肢のなかで、鎮静が相対的に最善と判断される。すなわち具体的には、
 - ① 耐え難い苦痛があると判断される
 - ② 苦痛は、医療チームにより治療抵抗性と判断される(ほかに苦痛緩和の方法がない)
 - ③ ①②の条件を満たす状況になり得るのは、通常、原疾患の増悪のために、数日から2-3週間以内に死亡が生じると予測される場合である

21

持続的深い鎮静の要件

- 安全性
 - 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(緩和医療専門医、精神腫瘍医、精神科医、心療内科医、麻酔科医(ペインクリニック医)、腫瘍専門医、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
 - 鎮静を行った医学的根拠、意思決定過程、鎮静薬の投与量・投与方法などを診療記録に記載する

22

治療とケアの実際

- 医学的適応の検討
 - 耐えがたい苦痛の評価・内容
 - 治療抵抗性の定義・評価
 - 全身状態・生命予後の評価
- 患者・家族の希望の確認
- 鎮静の開始
- 鎮静開始後のケア

23

耐え難い苦痛の評価

- ① 患者自身が耐えられないと表現する
- ② 患者が表現できない場合、患者の価値観に照らして、患者にとって耐え難いことが家族や医療チームにより十分推測される

24

耐え難い苦痛の内容

- せん妄、呼吸困難、過度な気道分泌、疼痛、嘔気・嘔吐、倦怠感、痙攣・ミオクローヌス、不安、抑うつ、心理・実存的苦痛
 - ただし、不安、抑うつ、心理・実存的苦痛が単独で持続的深い鎮静の対象症状となることは例外的であり、適応の判断は、慎重に行うべきである

25

実存的苦痛や精神的苦痛への持続的鎮静の実態

研究者	研究実施年	研究フィールド	鎮静実施率	実存的、精神的苦痛に対する持続的鎮静の実施率(実施した患者中)	鎮静後の生存期間
野澤	2012	大学病院	32.8%	7.7%	5.1 ± 7.3日
Maltoni	2012	緩和ケア病棟	22%	38%(他症状との重複)	32.2時間
Radha	2012	がん病棟	29%	24%(他症状との重複)	8日
Alonso	2010	在宅	12%	7%	2.6日
Maltoni	2009	ホスピス	51.5%	6%	4日
Rietjens	2008	緩和ケア病棟	43%	6%	8日
Stone	1997	ホスピス	26%	8%	1.3日

26

安楽死等と持続的鎮静に関する報告

- Rietjens et al 2008
 - 鎮静の9%は安楽死を受け入れてもらえないことへの対応してなされた
- Blanke et al., 2012
 - 安楽死の77%では持続的鎮静が先行して話し合われていた
- Morita et al., 2002; Billings & Block, 1996; Quill & Byock, 2000
 - 熟練していない医師や疲弊した医師が、安楽死の要請に対して持続的鎮静を行いやすい

27

日本での医師に対する質問紙調査

頻度	身体的苦痛	心理実存的苦痛
0%		64%
0.5%~5%		32%
10%未満	41%	
10%以上		3.6%
10~50%未満	53%	
50%以上	6.2%	

Morita T. Differences in physician-reported practice in palliative sedation therapy. Support Care Cancer 2004a; 12: 584-92

28

鎮静を希望した理由

理由	割合
意味のなさ／価値のなさ	61%
他者への迷惑／依存／セルフケアの低下	48%
強い不安／恐怖／パニック	33%
死亡時期を自分で決めたい	24%
孤独／ソーシャルサポート不足	22%
経済的負担感	8.7%

Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 2004c; 28: 445-50

29

治療抵抗性の定義

- 全ての治療が無効である
- もしくは、患者の希望と全身状態から考えて、予測される生命予後まで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無いと考えられる場合

30

治療抵抗性の評価

- 治療可能な因子について、原因療法、対症療法、および寄与因子、それぞれについて検討する
- 十分な評価、治療を行わずに治療抵抗性であるとしてはならない
- 苦痛の治療抵抗性が不明瞭な場合、期間を限定して苦痛緩和に有効な可能性のある治療を行うこと

31

治療抵抗性判断のためのチェックリスト 不安、抑うつ、心理的・実存的苦痛

- 治療可能な身体的原因を探索し、治療を検討したか
 - 薬剤、緩和されていない身体的苦痛、低酸素血症、脳転移、アカシジアなど
- 身体的機能喪失の最小化(リハビリテーションや代替手段の検討など)を検討したか
- 精神的支援(傾聴、感情の表出の促し、ライフレビューなど)の提供を検討したか
- 気分転換、環境整備、リラクゼーションの提供を検討したか
- ソーシャルサポートの強化を検討したか
- 薬物療法(抗不安薬、抗うつ薬等の投与)を検討したか
- 心理専門家へのコンサルテーションを検討したか
- 必要に応じて宗教家への相談を検討したか

32

鎮静前に実施された対応

対応	割合
間欠的鎮静	94%
うつ患者への抗うつ薬	89% (23/26)
特別な精神的、心理的、宗教的ケア	59%

Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 2004c; 28: 445-50

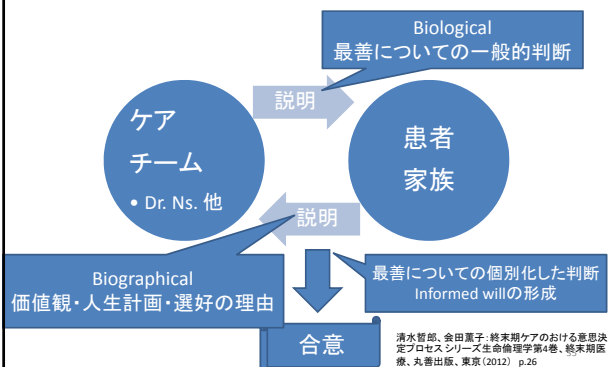
33

意思表示の自発性・継続性

- 心理的・社会的圧力により患者・家族の意思決定が影響されていないことを確認する
- 鎮静を希望する反復した意思表示がある、あるいは苦痛緩和を希望する一貫した意思表示があるなど、意思が一時的なものではないことを確認することが望ましい

34

情報共有-合意モデル 意志決定のプロセス



人工的な水分・栄養の補給 についての決定

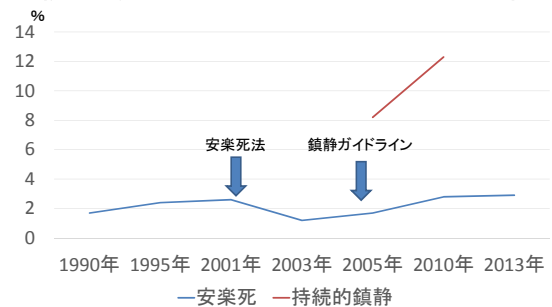
- 水分・栄養の補給は、鎮静とは別に判断すべきものである。鎮静開始前に患者が経口摂取できている場合、あるいは水分・栄養の補給を受けている場合、鎮静開始後の水分・栄養の補給についてあらかじめ患者・家族と相談しておくことが望ましい
- 水分・栄養補給による体液過剰兆候が苦痛を増悪させる場合、患者・家族の意思を尊重したうえで減量・中止を検討する
- 水分・栄養補給が患者の苦痛を和らげている可能性がある場合、患者・家族の意思を尊重したうえで継続する

36

尊厳死法の制定と緩和医療の進歩

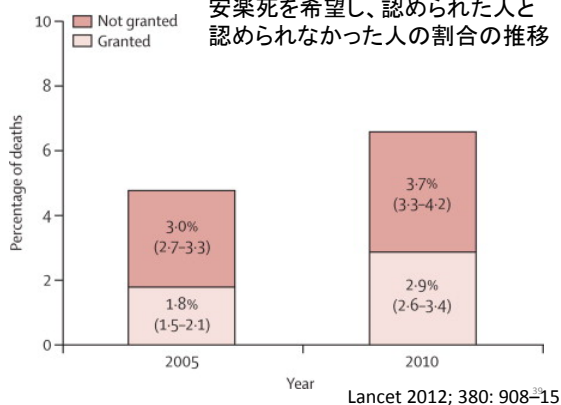
	尊厳死法等の制定	緩和医療の進歩
20世紀初頭	オハイオ州議会、アイオワ州議会(連邦政府は認可せず)	
1967年		イギリスでセントクリストファーホスピスが設立
1970年代		カナダで緩和ケアが始まる
1976~1985年	アメリカの36の州で尊厳死(消極的安楽死)を認める「自然死法」を法制化	
1987年		WHO「がんの痛みからの解放」が出版
1995年5月~1997年3月	オーストラリア北部準州(積極的安楽死)。その後連邦議会で認可されず	
1997年	オレゴン州(医師による自殺補助)	
1988年		ヨーロッパ緩和医療学会(EAPC)設立
2001年4月	オランダ(積極的安楽死)	
2002年5月	ベルギー(積極的安楽死)	
2004年9月		日本で苦痛緩和のための鎮静ガイドライン作成
2005年4月	フランス(尊厳死)	同法に緩和医療の積極的導入が盛り込まれる
2005年12月		オランダで鎮静のガイドラインが作成
2008年	ルクセンブルク(積極的安楽死)	

オランダの安楽死と持続的鎮静を施行した人の割合の推移



Lancet 2012; 380: 908-15

安楽死を希望し、認められた人と認められなかった人の割合の推移



Lancet 2012; 380: 908-15

持続的鎮静に関する報告

- Anquetin et al., 2012
 - 持続的鎮静の施行率には、個々の患者の臨床的状況よりも法的、文化的、社会的、そして組織的な要因の方が影響している
- Rietjens et al., 2012
 - 医師の鎮静に関する話しやすさは、法律や倫理に関係する
- Serge et al., 2014
 - 医師による自殺補助が認められている状況では、実存的苦痛を訴える患者には、予後が長いほど、医師は持続的鎮静よりも医師による自殺補助を選択する傾向がある

40

現時点でどのように考えるか

- 多くの安楽死法は、緩和医療が十分に発展、普及される前に制定されている
- 苦痛緩和のための鎮静の認識を広めることが重要である
- 希死念慮に対しても、苦痛緩和のための鎮静を前提にした話し合いをすることによって対応することが可能であると考え
- しかし、苦痛緩和のための鎮静だけで対応できない場合が増えつつある可能性がある

41

今後の課題

- 医師の習熟度や疲弊度の評価と対応
- 耐え難い苦痛の妥当性
 - 患者評価に加えて、社会一般に納得できるものであることが必要か
- 家族同意の必要性
- 苦痛緩和の評価と普及

42