

CASE  
33

## 食べられなくなってきたときの 家族ケアは？

### CASE

肺がんで抗がん治療を続けてきましたが、反応がなくなってきたため、現在は緩和治療のみを行っている70歳代の男性の患者さん。痛みや呼吸困難に対してはモルヒネなどでよく緩和されていますが、全身の衰弱が進行し1日の食事摂取は、おおよそ半分ほどに減ってきました。嘔気や嘔吐はありませんが、「何をみても食べたくない、食べる気が起こらない」と言っています。

患者さんは「頑張らなければ」ということは発言されず、「食欲もないから食べられないならそれで良い」と言っています。3人いる子供のうち、長男と長女は「父(患者)の思うとおりで良い」と言っています。一方、次女は「食べないと死んでしまうでしょう。何か食べないと、食べられるように何とかしてあげてください」と医師や看護師に強く依頼し、患者さん本人にも色々な食品を買ってきては試すことを強要しています。

医師や看護師は、次女の「食べられない」という心配にどのように向き合えば良いのでしょうか？



### あなたならどうする？

- Ⓐ 「栄養を十分に入れられるようにしてあげましょう」と、点滴や高カロリー輸液を提案する。
- Ⓑ 食べられないところや食事量が減っていくのを見ているのは、とてもつらいことと共感したうえで、「病気が進んでくると食べられなくなることは自然だから無理に食べる必要はない。無理強いすると、かえって患者さんを苦しめることがあるので、ご本人の好きなものを少し手作りしてはどうか」と提案する。
- Ⓒ 家族の「食べてほしい」という気持ちをよく傾聴し、医療者もその気持ちを理解していることを伝えたくて、どうして「食べてほしい」と思っているのかについて探索していく。背景に「何もしてあげられない」という無力感・自責感や、「脱水だと苦しくなる」というような誤解があるかもしれないことを念頭に置いて、ていねいに話を聞く。

## このケースを解くためのエビデンス

662名の緩和ケア病棟の遺族を対象として、「患者が経口摂取できなくなったとき」の家族の経験を調査した大規模調査がある(KEY ARTICLE)。回答を得た495名(有効回答率68%)のうち、終末期において水分・栄養摂取が低下した353名の患者(80%)の家族の回答について解析している。この研究では、「経口摂取できなくなったときの家族のつらさ」[1(まったくつらくなかった)~5(とてもつらかった)]と、「経口摂取できなくなったときに提供されたケアの改善の必要性」[1(改善はまったく必要ない)~4(非常に改善が必要である)]を主要評価項目として、これらに關係する要因などを抽出した。

患者が経口摂取できなくなった際に、医師や看護師が「栄養以外に家族ができることを一緒に探してくれた」、「栄養のこと以外の家族の心配に耳を傾けてくれた」のように、家族ができることや心配に対応したという場合がもっとも多かった(表1)。緩和ケア病棟では、家族から直接言葉にされるのは「栄養」のことでありながら、栄養以外の背景にある家族の心配を一生懸命に分かろうとしていた医療者の姿勢が家族にも伝わっていたことが示唆される。

輸液に対する家族の認識については、実際に終末期がん患者の介護を経験する前と後とでは、「終末期の点滴はあまり有効ではない」という認識が増えていた(図1)。実際に経験するまでは、「点滴すると良くなる」と漠然と思っている家族は少なくないが、実際の経験を通じて点滴は有益なことばかりではなく、効果がなかったり、かえって患者の苦痛を強めることに繋がることを実感したり、医療者から正しい情報を提供されることにより、認識が変化したことが示唆される。

さて、経口摂取のできない患者の家族のつらさとケアの改善の必要性に関連しているのは、「『何もしてあげられない』という無力感や自責感」、「『脱水になると患者は苦しくなる』との認識」、「医師や看護師が栄養のこと以外の家族の心配に耳を傾けてくれたこと」、「身体症状の緩和が不十分なこと」であった(表2)。つまり、家族が「食べられない姿を見ることがつらい」、「食べられないことを何とかしてほしい」と思う背景には、単純に「食べられない」という現象があるのではない。「何もしてあげられない」という無力感や自分を責める気持ち、脱水になると余計に苦しくなるのではないかという不安、患者の身体症状の緩和が不十分である状態が、その言葉の背景にあり、その無力感や不安に対し医師や看護師が相談に乗ることで家族のつらさは和らぐのである。

### KEY ARTICLE

--Yamagishi A et al: The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. J Pain Symptom Manage 40: 671-683, 2010

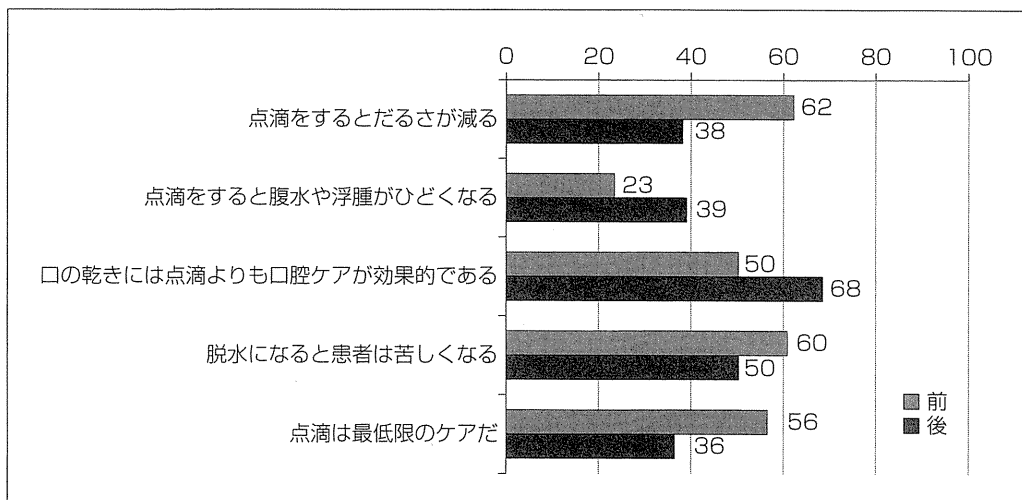
対象 662名の緩和ケア病棟の遺族

方法 質問紙調査

結果 表1, 図1, 表2に示す。

**表1** 患者が経口摂取ができなくなった際に緩和ケア病棟の医師や看護師がとった対応

|  | 「とてもそう思う」、「そう思う」と回答した家族 |
|--|-------------------------|
| 栄養以外に家族ができることを一緒に探してくれた                    | 68%                     |
| 栄養のこと以外の家族の心配に耳を傾けてくれた                     | 68%                     |
| 口から少しでも摂れるように一生懸命に工夫してくれた                  | 64%                     |
| 点滴するかどうか迷っているときは、一定期間やって効果をみてみたらよいと提案してくれた | 35%                     |
| 経口摂取が減るのは自然の経過の一部であると家族に説明した               | 21%                     |
| 患者や家族の心配よりも、「必要な栄養量」や栄養補助食品のことばかりを話題にしていた  | 4.1%                    |



**図1** 終末期がん患者に対する点滴の認識の変化  
 数値は「とてもそう思う」「そう思う」と回答した家族の%。

**表2** 家族のつらさとケアの改善の必要性に関連する医師・看護師の態度

|                               | つらさ | 改善の必要性 |
|-------------------------------|-----|--------|
| 「何もしてあげられない」という無力感や自責感        | 2.5 | 1.3    |
| 「脱水になると患者は苦しくなる」との認識          | 1.9 |        |
| 医師や看護師が栄養のこと以外の家族の心配に耳を傾けてくれた |     | 0.61   |
| 身体症状の緩和が不十分なこと                |     | 1.8    |

数値はオッズ比を示す。つまり、「何もしてあげられないという無力感や自責感がある」家族では、ない家族に比較して、つらさが2.5倍になることを示している。

**EVIDENCE SUMMARY**

- ・ 家族の気持ちのつらさとケアの改善の必要性に関与する要因として、「何もしてあげられない」という無力感や自責感、脱水状態で死を迎えることはとても苦しいという認識、家族の気持ちや心配を十分に傾聴されない経験、患者の苦痛の不十分な緩和が同定された。

- ・終末期がん患者の家族に対する望ましいケアとして、①「何もしてあげられない」という無力感と自責感を和らげること、②終末期の輸液に関する適切な情報を提供すること、③心配ごとを傾聴し精神的支援を行うこと、④患者の症状を緩和することが示唆された。

## エビデンスを臨床に生かすコツ

では、このエビデンスをどう臨床に生かせるだろうか。まず、「食べられないのを何とかしてほしい」という家族の言葉を聞いたときに、その言葉の背景に「**栄養のことだけではない色々な心配や不安があるのだろう**」という気持ちで家族の声にしっかりと耳を傾けることが重要である。

「何もしてあげられない」という無力感や自責感はないかということを念頭に傾聴しよう。その自責感の原因は「今」のことだけとは限らない。「自分が作ってきた食事が良くなかったのではないか」、「もっと早く病院に連れて行ってあげていれば手遅れにならなかったのではないか」など、自分のしてきた何かが患者のがんの原因になったのではないかと、自分を責める家族は少なくない。気持ちを傾聴したうえで、心理・社会的な理由で、がんが発症するわけではないことを医師から伝えてもらうことが安心に繋がる場合もある。

「これまでちっとも構ってあげられなかった」、「してあげたいことがいっぱいあるのに、まだ何もしてあげられていない」といったように、これまでの患者との関わりに対する後悔を感じている家族、そして「今、何もしてあげられない」という無力感を感じる家族も多い。医療者は、まず、**家族が側で寄り添ってくれていることこそが、患者本人にとって何よりも支えになるのだ**ということを家族に伝えよう。そして、楽しかった思い出を語り合うこと、すまなかったねと声を掛けることなど「**今、家族ができること**」を家族とともに探していくと良い。また足を擦る、口を湿らせるなどのケアに参加してもらうことも、家族の無力感を和らげる一助となる。

「脱水になると患者は苦しくなる」、「点滴をするとだるさが減る」といった誤解に対しては、パンフレット<sup>1)</sup>などを使って説明すると良いことがある。とくに点滴については、一番近くでよく看ている家族はこれまでの経過が分かっているが、めったに一緒にいない遠方の家族から「なんで点滴さえもしていないんだ」と言われて苦しむことも少なくない。そのような際にも、看取りまでの患者の変化やその対応についての説明パンフレット<sup>1)</sup>があることは、家族の中での情報や体験の共有にも役に立つ。

緩和されていない患者の身体症状があれば、その対応も重要である。とくに、**終末期の口渇は輸液では改善しない**ことが明らかになっており、口腔ケアの重要性が示唆されている。毎日、ていねいに口腔ケアを行い、知らないうちにカンジダ症になっていた……ということのないようにしよう。また口腔ケアは、家族が参画しやすいケアであることから、家族を巻き込んでともにケアに当たって行こう。



## PRACTICE

- ①「食べられないことを何とかしてほしい」という家族のつらさの背景に耳を傾ける。
- ②「何もしてあげられない」という無力感と自責感を和らげる。
- ③心配ごとを傾聴し精神的支援を行う。
- ④終末期の輸液に関する適切な情報を提供する。
- ⑤患者の身体症状の苦痛を緩和する。



## では、このケースではどうするか？

・ **A** を選んだ → 5点

「食べられない → 点滴」という安易な発想である。点滴で水分を補うことはもちろん重要だが、家族の気持ちにも「手当て」をしなければ、家族は「気持ちを大切にしてもらえた、分かってもらえた」とは感じられないだろう。

・ **B** を選んだ → 20点

患者が食べられないことについての家族のつらさに共感し、「できるかぎりのことをしたい」という家族の希望に応じている。しかし、家族のつらさのもっとも重要な要素に対応できていないかもしれない。また、家族によっては、「自然なことである」という言葉は、医療者の価値観の押しつけのように受け取られるかもしれない。

・ **C** を選んだ → 80点 *good!*

家族への共感とともに、「食べてほしい」という気持ちの背景にアプローチできている。合格！この家族の持っている個別の心配を理解し、対応することができるだろう。

## このケースの解説

「何も食べられないから何とかしてほしい」という家族の声を聞いたときの対応として、「栄養のこと」のみに焦点を当てても、それは家族にとって十分なケアにはなっていない。家族はそのとき、単に「栄養」のことのみを語っているのではなく、「何か自分にできることはないだろうか」、「自分は十分なことをしているのだろうか」、「脱水になったら苦しむのではないだろうか」という気持ちの中にあることを医療者が意識することが重要である。

このケースでは、次女だけがとくに「食べられない」ことへのつらさを感じていることにも注目しよう。栄養のことばかりに捉われず、次女が今の気持ちに至った経緯に注意深く耳を傾けていくことで、ケアの糸口を掴むことができるかもしれない。

心理的なことに医療者が踏み込んでいくことは、ときに家族にとって「余計なお世話」と思われることもある。したがってまず、家族が必要としていること、関心を向けていることに関わっていくこと

が重要だ。このケースでは、次女が買ってくる色々な食品の相談に乗りながら、「お父さんはどんなものが好きだったんですか」のように、「今、話題となっていること」を接点に話を膨らませることができれば良いだろう。その過程で、具体的な無力感や自責感の原因がみえてくれば、その手当をしていく。「今できる最大限のことをしてあげられた」と家族が思えることが重要である。そのために、「十分なことをしている」、「本当によく看ている」という労いの言葉を家族に伝えることも大切なケアの1つである。

## 文 献

- 1) 緩和ケア普及のためのプロジェクト：「これからの過ごし方について」(看取りのパンフレット) (<<http://gankanwa.jp/tools/pro/pdf/mitori02.pdf>> (2011/5))

CASE

34

## 終末期せん妄をどうするか？

## CASE

乳がんで骨転移・肺転移があり、疼痛のためにモルヒネを内服している40歳代の女性患者さん。子供はまだ幼く、行く末を気がかりに思っていました。肺転移の増大に伴い呼吸困難感が出現し、酸素投与を始めました。病状の進行とともに肺機能は悪化し、同時につじつまの合わない言動がみられるようになり、夜間に突然点滴チューブを抜いて服を着替えて、「家に帰る。早く帰らなきゃ。〇〇ちゃん(子供の名前)はどこにいるの?」と言って病室から出ていこうとすることがありました。ご家族は患者さんの変化に驚きと不安を隠せない様子で、モルヒネのせいでおかしくなったのではないかと不信感を抱いています。患者さんの状態にどのように対応し、家族にはどのように説明したら良いでしょうか？



Q

## あなたならどうする？

- Ⓐ 点滴チューブを抜くなどの危険な行為がみられているため、患者の安全を確保するために抑制する。家族には、このような患者の変化は一時的なものであり、治療をすれば良くなるので心配ないことを説明する。
- Ⓑ 夜間に着替えだしたりする際には、「ここは病院ですよ、今はまだ夜ですよ」など現実を繰り返し伝えて患者の見当識を修正するようにする。家族には、患者の言動はモルヒネのせいではなく、酸素が足りなくて思考力が落ちているためであることを説明する。
- Ⓒ 患者が夜間に着替えだしたことの理由を推察し、対処する。また、子供のことが気になって家に帰ろうとしたのかもしれないので、「お子さんのことが心配なのですね。ご家族に連絡を取ってみましょうね」など、否定や修正をせずに付き合う。家族には、患者の言動はモルヒネのせいではなく、現時点では肺機能の悪化で酸素が足りずに思考力が落ちていることが原因として考えられ、酸素投与を行っていることを説明する。ただし、治療に反応しない場合は、病状の悪化とともに会話が困難となることが予測されるため、家族に別れの準備を促す。

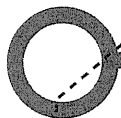
## このケースを解くためのエビデンス

せん妄は終末期がん患者の85～90%に生じ、50～70%は回復しないまま死に至り、終末期せん妄を体験した家族の70%が「つらい体験と感じている」<sup>1-5)</sup>。終末期せん妄が認められたがん患者20名の遺族を対象とした国内の調査結果では、せん妄患者の家族がどのような体験をし、どのような感情を持つか、また家族のつらさを和らげるために医療者に期待されることは何か明らかにされた (KEY ARTICLE)。

それによると、せん妄状態にある患者を目の当たりにして、家族は「以前と違う姿を見るのがつらい」、「本人の魂が乖離していくような不安」という感情や、「精神的に追いつめてしまった」と自責感を抱いていた。また、患者のつじつまの合わない言動を「頭の異常だ」と捉える一方、これまで痛みなどで苦しむ様子を見てきた家族は、「現実のつらさから解放されている」と感じたり、「あの世に行く過程」と意味付けていた。そして、医療者に対しては、せん妄の原因や経過、治療方法がきちんと説明され、患者の意識が混濁するまでにお別れができること、不穏の場合は苦痛を和らげてもらいたいが、眠ってほしくはないというアンビバレントな気持ちに配慮した対応を望んでいた。また、患者をこれまでと変わらないその人自身として尊重し、患者がおかしなことを言っても否定や修正をせずに付き合い、不穏行動があっても抑制をしない対応を望んでいた。

この研究結果を踏まえて、さらに8つの緩和ケア病棟において、せん妄が認められたがん患者の遺族560名を対象に質問紙調査を行い、家族の「つらさ」と「ケアに改善が必要だった」との評価に関連した要因が分析された。その結果、「心配なときに医療者が側にいる」、「つじつまの合わない話でも否定や修正をせずに患者に合わせて話をする」、「日々の変化や予測される経過を家族によく分かるように十分説明する」ことで、家族のつらさが和らぐことが明らかにされた<sup>6)</sup>。

すなわち、せん妄が回復可能かどうかは重要なポイントであり、回復困難な終末期せん妄の場合は、そのまま患者との別れを迎えることになるだろう家族の気持ちを十分に踏まえた対応が重要なのである。



### KEY ARTICLE

Namba M et al: Terminal delirium: families' experience. *Palliat Med* **21**: 587-594, 2007

**対象** ホスピスにて死亡した終末期せん妄が認められた患者の遺族20名

**目的** がん患者の遺族の終末期せん妄に関する経験や感情と、医療者に期待される支援を明らかにする。

**方法** 半構造化面接

**結果** 遺族の終末期せん妄に関する体験は、個性が大きく、おのおのの体験によって感情や認識には相違があった。医療者に期待される支援として13項目が得られた(表1)。



**表1** 医師・看護師に期待される支援

|   |
|---|
| ①せん妄患者の主観的な世界を大切にされた対応  |
| 「『今ちょっと飛行機に乗ってただけど気持ちが良いよね』とか言われたら、『冷たくなかった?』とか、『風邪引かないようにね』とか、相槌を打ってもらえた方が良い。『いや、違いますよ、ここ病院ですよ』なんてこと言われるとがっかりしちゃう」 |
| ②「これまでと変わらないその人」として尊重された対応  |
| 「ホスピスでは生前どういう方だったか、偉い方には偉い方、職人さんには職人さんという風に接してくれる」  |
| ③抑制しない対応  |
| ④別離への準備の促進  |
| 「非常にきっちり説明していただいて、いつくらいから意識が朦朧としてきますから準備してくださいと、そういう形で仰っていただいたので、伝える期間があったということは大きい」                                |
| ⑤質の高い専門医療   |
| ⑥苦痛緩和   |
| ⑦患者の生活環境の整備   |
| ⑧申し訳なさを和らげる対応   |
| 「大部屋だとそういう興奮状態になったときに迷惑が掛かるというのを(本人に)話された」  |
| ⑨十分な説明  |
| 説明の内容：原因、病態、今後の経過、治療方法、対応の仕方、せん妄は一般的によく生じること  |
| 説明の仕方：・患者の状態の変化に伴って適時説明される  |
| ・家族に理解できるように説明される   |
| ・家族から尋ねなくても医療者から説明される   |
| ⑩家族の身体的な介護負担の軽減   |
| ⑪家族に対する精神的支援  |
| ⑫医療者の人間的な態度   |
| ⑬医療者間での連携のある迅速な対応   |

**EVIDENCE SUMMARY**

終末期せん妄の患者の家族が求めるケアは以下のとおり。

- ①せん妄の原因、経過、治療方法などを適時・適切に説明する(痛みや薬のせいではなく、〇〇のための意識障害であること)。
- ②今後の病状の変化を予測し、意識が混濁するまでに家族が患者との別れができるように調整する。
- ③患者の不穏を緩和する。その際、家族の「安らかでいてほしい反面、眠ってほしくない」というアンビバレントな気持ちに配慮する。
- ④患者のせん妄による言動には、否定や修正をせずに付き合う。また、おかしなことを言っていると患者自身に気づかせない。

**エビデンスを臨床に生かすコツ**

患者にせん妄がみられた場合、まずは原因を評価し、せん妄が回復可能かどうかを医学的に判断することが重要だ。そして、回復不可能……すなわち終末期せん妄と判断された場合には、今後の病状の変化を予測したうえで、家族の気持ちに十分に配慮した対応をしなくてはならない。

せん妄状態にある患者の姿をみることは、これまで長年ともに過ごしてきた家族にとってつらい体験であることが多い。そのような気持ちのまま、十分に心の準備もできずに患者との別れを迎えてしまうことは、残される家族の悲嘆を強くしてしまう。終末期せん妄であると正しく判断することで、意識が混濁するまでに(会話ができる状態で)患者と家族が別れの準備ができるというのは、残される家族の悲嘆のケアとしても大きな意味がある。その時期を逸しないためにも、せん妄の病態をきちんと評価することは非常に重要なのだ。

また、過活動のせん妄の場合は、患者の苦痛の緩和のために薬剤で鎮静を図ることがあるが、その際には家族の「安らかでいてほしい反面、眠ってほしくない」というアンビバレントな気持ちに十分に配慮することが大切である。医療者からすると、鎮静しながら意思疎通が図れる状態を保つことは矛盾していると感じるかもしれないが、家族にとっては切なる願いであり、揺れる気持ちに寄り添いながら、症状緩和を図っていかなければならない。



がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM)では、上記のようなせん妄への対応の仕方をまとめたパンフレットを作成している。詳しくはホームページ(<http://gankanwa.jp/index.html>)にアクセスのうえ、医療者向けツール・資料の中の「看取りのパンフレット」を参照のこと。



## では、このケースではどうするか？

### ・ を選んだ → 0点

回復可能なせん妄と判断しており、病態を正しく評価できていない。さらに、患者への見当識を修正する抑制は尊厳を傷つけるものであり、家族がその姿をみたらどんなに悲しむだろうか……。

### ・ を選んだ → 50点

せん妄の原因は評価できているようだが、これでは家族への説明は不十分だ。患者への対応は、回復可能なせん妄の場合には有効だが、終末期せん妄と判断した場合には不適切なことがある。

### ・ を選んだ → 80点 *Good!*

終末期せん妄と判断できており、家族にも適切な説明がされている。患者への対応も、まずはせん妄行動の理由を推察して対処し、否定や修正をせず、尊厳が守られた対応をしているようだ。合格！

## このケースの解説

このケースでは、終末期せん妄であることをきちんと評価できること、そのうえで、終末期せん妄の患者を見守る家族の気持ちに配慮した対応ができることが重要となる。

このケースの場合は、肺転移に伴う肺機能の悪化による低酸素がせん妄の原因と考えられ、回復困難な終末期せん妄と判断できる。また、患者が幼い子供の母親であることを踏まえると、患者・家族

とも大きな不安と悲しみを抱えていることが予測できる。患者が夜間に着替えだしたりする言動には、不快に感じていることをうまく表現できずにいる場合や、残される家族が心配で家に帰ろうとするなど、そのときの心情が反映されている場合がある。医療者は、そうした背景に十分に配慮して対応しなければならない。このような患者の変化に、家族は大きな戸惑いを感じていると思われるが、今後の病状の変化を踏まえると、これは別れの準備をする好機でもある。**患者が気がかりに思っているであろうことを家族とともに考え、それを少しでも解消できるように支援していくことは、家族にとって患者との別離のプロセスとなるかもしれない。**

また、このケースでは、さらに低酸素が進めば、過活動のせん妄状態となることも予測できる。したがって、家族に対して、さらに不穏行動が激しくなり患者がつらそうなときは、一時的に休めるように薬を使うことも可能であり、家族の思いに沿いながら薬の量を調整することも伝えておくとおおいだろう。

#### ①患者への対応

回答③のように、「患者の見当識を修正する」ことは、患者に自分がおかしなことを言っていることを気付かせ、患者の尊厳を傷つけ、不安にさせる場合がある。回復可能なせん妄では、あえて見当識を修正することがケアになる場合もあるが、このケースでは患者さんの気がかりが言動に表れている可能性がある。患者の言動に付き合う対応の方が、患者自身の安心にも繋がるだろう。

回答④の「患者の安全を確保するために抑制する」ことは、よほどの状況でないかぎり、倫理的にも問題のある対応だ。安全確保のためであれば、点滴の固定の仕方を工夫したり、夜間は点滴チューブをロックするなど、他の方法を取るべきだろう。

#### ②家族への説明

病状の説明については、まずは病態を正しく判断できることが前提であり、そのうえで、終末期せん妄と判断した場合には、原因だけではなく今後の経過や治療方法、対応の仕方などを家族の気持ちに配慮しながら説明することが必要だ。家族は、患者のつじつまのあわない言動を「モルヒネのせいで頭がおかしくなっている」「自分たちが追い詰めてしまった」などと認識している場合があるので、**病態を正しく説明することは家族の不安や自責感を軽減することになる。**また、**せん妄はがん患者の誰にでも起こりうることであり、特別な状況ではないことを伝えることで、家族の安心に繋がる**だろう。

## 文 献

- 1) Bruera E et al: Cognitive failure in patients with terminal cancer. A prospective study. J Pain Symptom Manage 7: 192-195, 1992
- 2) Lawlor PG et al: Occurrences, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer. A prospective study. Arch Intern Med 160: 786-794, 2000
- 3) Massie MJ, Holland J, Glass E: Delirium in terminally ill cancer patients. Am J Psychiatry 140: 1048-1050, 1983
- 4) Morita T et al: Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. J Pain Symptom Manage 22: 997-1006, 2001
- 5) Pereira J, Hanson J, Bruera E: The frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. Cancer 79: 835-842, 1997
- 6) Morita T et al: Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences: J Pain Symptom Manage 34: 579-589, 2007

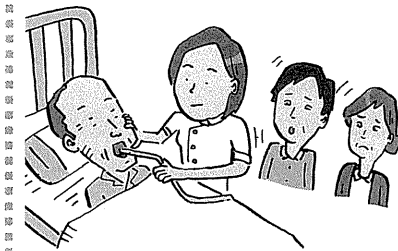
CASE

35

## 死前喘鳴に補液と吸引？

## CASE

末期がんで、あと数日の予後が予想される患者さんに、咽頭喘鳴が聴取されるようになりました。患者さんの意識レベルはJCS (Japan coma scale) III - 200 ~ 300 で苦悶様顔ぼうもないのですが、ご家族が「苦しいのではないかと大変気にされ、不安な表情で付き添っています。吸引チューブで咽頭貯留物を吸引しようとしても十分には引けず、一時的には改善されてもまたすぐにゴロゴロと不快な音が始まってしまい、1時間置きに吸引を行っている状況です。現在、補液は1,500 mL/日投与しており、吸引される気道分泌物はそれほど粘稠ではありません。この患者さんの「気道分泌物が多くて苦しそうな状態」を改善する方法はあるのでしょうか？



Q

## あなたならどうする？

- Ⓐ 半坐位とし、補液を500 mL/日程度まで減量する。また、抗コリン薬を併用して気道分泌物の減少に努める。さらに、家族には本人に苦痛はないことを説明する。
- Ⓑ 家族に本人に苦痛はないことを説明し、家族の不安に対処したうえで、薬物・非薬物的な介入は行わずに様子を見る。
- Ⓒ 気道分泌物の粘稠度を低下させ吸引しやすくするために、補液を2,000 mL/日に増やし、プロムヘキシン塩酸塩(ビソルボン吸入液<sup>®</sup>)を投与して口腔からの吸引の回数を増やす。

## このケースを解くためのエビデンス

死前喘鳴は終末期にはよくみられる症状の1つである。亡くなる数日前から出現し、23 ~ 92%の患者で生じるとされている<sup>1)</sup>。この時期には患者本人は昏睡状態で苦痛を感じることは少ないようだが、付き添っている者が不安や恐怖を感じる事が多く、対処すべき問題だ<sup>1)</sup>。

死前喘鳴には2種類ある。衰弱により唾液などの喀出できなくなった体液が上気道に溜まり、呼吸とともにゴロゴロと音がする死前喘鳴と、呼吸器感染症、誤嚥、心不全、肺水腫などの二次性に聴取

される下気道での喘鳴(pseudo-death rattle, 偽性死前喘鳴)である。

また、喘鳴の強さは0～3の4段階で表される[喘息スコア：0(聴取されない), 1(患者の近くに耳を近づけて聴取できる), 2(静かな部屋で、患者のベッドサイドではっきりと聴取できる), 3(病室の出入り口付近でも聴取できる)](KEY ARTICLE)。

死前喘鳴への一般的な対応としては、抗コリン薬による薬物的治療と、体位の工夫(半腹臥位、頭位を高くする)や気道分泌物の吸引などの非薬物的治療がある。抗コリン薬は死前喘鳴(偽性死前喘鳴ではない)に効果があるとされている。ベルギーで行われた大規模な無作為化比較試験(KEY ARTICLE)によれば、わが国でも使用可能な3種類の抗コリン薬[アトロピン®(アトロピン硫酸塩水和物)、ブスコパン®(ブチルブロマイド)、ハイスコ®(スコポラミン)]はそれぞれ喘鳴の改善に効果があったが、薬剤間では効果に関して有意な差はみられなかった。有害事象に関しては、ハイスコ®投与群で他2剤と比較して意識レベルの低下が有意であった。ただ、この研究では薬剤間で効果に差がないことは証明されたものの、プラセボ群と効果の比較がされていないことから、抗コリン薬が死前喘鳴に有効かどうかは結論付けられていない。しかし、この3種類以外の抗コリン薬についても、プラセボとの比較研究はまだほとんどない。さらに、体位変換や吸引といった非薬物的治療介入群とコントロール群を比較した研究も、今のところ報告されていない。そのため、コクランレビュー<sup>1)</sup>では、薬物的治療、非薬物的治療いずれにも確立されたものはないと結論付けている。だが、これは抗コリン薬や非薬物療法が効かない、と結論付けているのではなく、効くことも効かないことも証明されていないということを示している。

## KEY ARTICLE

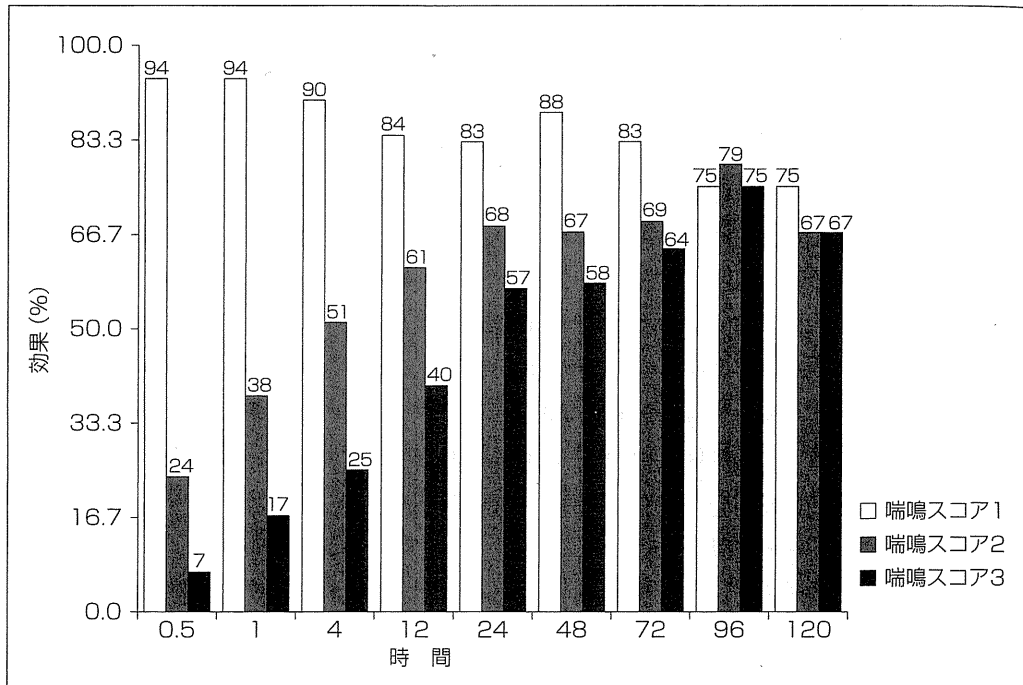
Wildiers H et al: Atropin, hyoscine butylbromide, or scopolamine are equally effective for the treatment of death Rattle in Terminal Care. *J Pain Symptom Manage* **38**: 124-133, 2009

**対象** 喘鳴スコアが1以上の末期がん患者

**方法** アトロピン®群、ブスコパン®群、ハイスコ®群に分けた患者にそれぞれの薬剤を投与し、効果や有害事象を調査。

**結果** アトロピン®, ブスコパン®, ハイスコ®はそれぞれ効果的であり、喘鳴スコアが1の時点で治療を開始すると、スコアが2～3で開始した場合と比較して、スコアが有意に改善した(図1)。薬剤間の効果に有意な差はなかった。有害事象も3剤でほぼ変わらなかったが、意識レベルの低下のみ、ハイスコ®で他2剤より顕著であった。

薬物的治療・非薬物的治療とプラセボを比較した研究は報告がない。そのため、死前喘鳴治療に対して明確なエビデンスを持ったアプローチは存在しない。喘鳴の原因を理解し、付き添い者の不安に適切に対処することが重要である。



**図1** 抗コリン薬の喘鳴スコアに対する効果

喘鳴スコアが1のときに抗コリン薬投与を開始すると、スコアが2～3で開始するよりも有意に改善した ( $p < 0.001$ )。

#### EVIDENCE SUMMARY

- ・現在、死前喘鳴に対する治療について、プラセボ群との比較研究がないためにその効果に明確な根拠は存在しない。だが、治療効果を否定する根拠もない。
- ・薬物的・非薬物的介入は、それぞれ臨床的には効果があると考えられて使用されており、まず検討されるべき選択肢として前述した体位の工夫やアトロピン硫酸塩水和物、ブチルプロマイド、スコポラミンの投与がある。

## エビデンスを臨床に生かすコツ

以上を踏まえ、「少し喘鳴が出てきた」という初期の段階で、まず体位を工夫したり、何らかの抗コリン薬を使用してみると良いだろう。どの抗コリン薬を選択するかについては、効果に差がないのでどれが正解ということはない。強いて言えば、意識がある患者で、意識レベルを低下させたくない場合はアトロピン硫酸塩水和物やブチルプロマイドを選択し、逆に少しうとうとした方が楽だと言う患者には鎮静効果のあるスコポラミンを選択すると良いかもしれない。ここは、患者の苦痛や付き添い者の思いに配慮して薬剤を選択すると良い。



## PRACTICE

## ①薬物治療

・抗コリン薬：アトロピン硫酸塩水和物、ブチルブロマイド、スコポラミンなどを投与する。

・アトロピン<sup>®</sup>0.5 mg/回を4時間おきに1日6回皮下注。もしくは持続皮下注(もしくは持続静注)3 mg/日。

・ブスコパン<sup>®</sup>20～60 mg/日、持続皮下注(もしくは持続静注)

・ハイスコ<sup>®</sup>舌下投与(もしくは皮下注)0.15～0.25 mg/回を1日4回。もしくは持続皮下注(持続静注)0.5～2 mg/日

例

## ②非薬物治療

・体位変換：Sims体位(semiprone position, 半腹臥位), 半坐位とする

・吸引

## ③付き添い者への対応

・喘鳴が生じている理由を説明し、患者の意識レベルが低下している場合は「苦痛を感じていない可能性が高いこと」などを説明し、付き添い者の不安や恐怖の軽減に努める。



## では、このケースではどうするか？

・ **A**を選んだ→80点 *Good!*

確実な根拠はないものの、臨床的に有効と考えられている薬物療法・非薬物療法を、患者や家族の苦痛に配慮したうえで行えている。合格！

・ **B**を選んだ→60点

付き添い者への説明は重要であり、基本的には間違っていない。だが、薬物療法や非薬物療法は確立されたものがないだけで、まったく効かないわけではない。ここは、できる治療をご家族やスタッフで話し合っただけで済ませた。

・ **C**を選んだ→0点

補液の増量は、喘鳴を改善する効果がないばかりが増悪させる可能性がある。さらに、気道分泌物の吸引は非薬物治療の1つではあるものの、頻回にわたる吸引は患者の身体的苦痛や付き添い者の精神的苦痛に繋がるかもしれない。

## このケースの解説

このケースでは、死前喘鳴に対しての薬物的治療・非薬物的治療の考え方や、付き添い者への対応が重要となる。

繰り返しになるが、回答 ⑤ のように「あえて何もしないで経過観察」することは決して間違いではないが、患者・家族が苦痛を感じているのを目の当たりにしたら、医療者なら「何らかの対策を講じたい」と思うのではないだろうか。そこで、明確なエビデンスはないものの、**患者が安楽と感じる体位の工夫や輸液の減量、抗コリン薬の投与といったケアと治療の工夫**を行うことをぜひお勧めしたい。

このタイミングで輸液を増量したり、頻回の吸引を行ったりすることは、筆者の経験では治療を受ける者、行う者、見守る者にとって苦痛が大きくなることが多い。回答 ④ を選んでしまったあなた。死前喘鳴の原因を理解して、終末期の輸液に関する自分の診療を見直すこと、吸引が患者・付き添い者にとって非常にストレスフルな医療行為である可能性があることも念頭に置いて、今後の診療に当たってほしい。

## 文 献

- 1) Wee B, Hillier R: Interventions for noisy breathing in patients near to death(review). Cochrane Database Syst Rev: CD005177, 2008



CASE  
36

## 苦痛緩和のために 鎮静はしてもいいの？

### CASE

進行膵がん、多発肝転移であなたが受け持っていた 70 歳の男性患者さんが、今回、肝転移による肝不全でせん妄状態となり、入院しました。PS(performance status)は4(Eastern Cooperative Oncology Group : ECOG)で、入院時の血液検査では、GOT 223 U/L, GPT 163 U/L, 総ビリルビン 23.5 mg/dL, アンモニア 131  $\mu$ g/dL, 尿素窒素 (BUN) 42.3 mg/dL, 血清クレアチニン 2.1 mg/dL と、肝機能障害と高アンモニア血症、腎機能障害を認めました。分枝鎖アミノ酸製剤(アミノレバン<sup>®</sup>)の点滴とラクツコース(モニラック<sup>®</sup>)投与による排便コントロールを行いましたが、次第に経口摂取はできなく



なり、せん妄状態も悪化、コミュニケーションもほとんど取れなくなりました。看護師の報告によると、昨夜はハロペリドールの静注を行いました。身の置きどころのないような不穏状態が続いているようです。予測される生命予後は1週間と判断しました。看護師からは、とても見ていられないような状況なので、鎮静(セデーション)を開始してほしいとの依頼がありました。あなたは指導医に相談しましたが、「セデーションはよく分からないな。しかし、セデーションは下手すると安楽死になるから、あまりしたくないな」と言われました。さて、どうしましょうか？



### あなたならどうする？

- Ⓐ とりあえず看護師の言うとおりに、鎮静を開始してみる。
- Ⓑ 治療抵抗性で耐えがたい苦痛であることを医療チームで判断し、患者・家族に必要な情報を提供したうえで意向を確認し、鎮静を開始する。
- Ⓒ 鎮静は安楽死を行うことと同義であるので行わないようにし、どうしても苦痛が強い場合はとりあえずモルヒネを少量投与してみる。

### このケースを解くためのエビデンス

苦痛緩和のための鎮静(palliative sedation therapy)は、終末期がん患者の症状緩和に有用で副作用も少ないと報告されているが、後ろ向き調査や症例報告がほとんどである。また、信頼性・妥当性の

ある評価方法で効果と安全性について前向きに検討している報告は今のところ認められない。また、多くが単一施設の報告であり、鎮静前後のコミュニケーションレベルに関して検討した報告もない。一方で、倫理的妥当性も議論のあるところであり、このことが鎮静を行う医療従事者の感情的な負担になっていることも少なくないだろう。苦痛緩和のための鎮静に関する倫理的妥当性は、①二重結果の原則、②相応性の原則、③自律の原則、に従って容認されるとする報告が多いが、臨床現場での報告はほとんど認められないというのが現状だ。

## KEY ARTICLE

① Morita T et al: Efficacy and safety of palliative sedation therapy: a multi-center, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* **30**: 320-328, 2005

② Morita T et al: Ethical validity of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* **30**: 308-319, 2005

**対象** 年間100名以上の患者数があり、同意の得られたわが国の緩和ケア病棟(21施設)による多施設前向き観察研究(各施設連続最大7名:2004年2~7月)である。

**方法** 評価項目としては、不穏(Agitation Distress Score)、過活動型せん妄(Memorial Delirium Assessment Scale:MDAS)、気道分泌(Backによるスコア)、疼痛・呼吸困難・倦怠感・嘔気・ミオクローヌス・痙攣(ad hoc scale)、コミュニケーションレベル(communication capacity scale)、呼吸数などを調べた。合併症として、呼吸抑制・呼吸停止、循環抑制・心停止、誤嚥・誤嚥性肺炎、奇異性反応・興奮を調べた。倫理的妥当性の評価項目として、鎮静の理由(主要症状)、主要症状の原因、鎮静薬の種類・開始量・最大投与量、鎮静開始後の人工的水分補給の差し控え・中止・減量、患者・家族の同意を調べた。

**結果** ・鎮静は83%の症例において症状緩和に有効であった。  
 ・呼吸・循環抑制は20%の患者で認められ、致命的な状態に陥ったのは3.9%で、せん妄に対して鎮静が行われ、せん妄の程度の強い患者ほど有意に多く認められた(表1)。  
 ・人工的水分投与か経口より水分が摂取できていた59名の患者のうち、63%は鎮静後も人工的水分投与が行われていた。  
 ・言語的コミュニケーションが取れる患者66名のうち、95%では鎮静開始前に「苦痛は耐えられない」と述べていた。  
 ・鎮静が必要となった症状の原因は、がん悪液質や臓器不全などのような悪性疾患の進行によるものであり、標準的な緩和医療でも改善が得られないもので、94%の患者が3週間以内の生命予後と判断された。

- ・鎮静開始前に67%の患者は鎮静に対する明確な希望を述べていた。患者が治療方針の決定に参加できなかった主な理由は認知障害であった。

**表1** 重篤な合併症とその関連因子( $n=102$ )

|         | %              |  |  |
|---------|----------------|--|--|
| 呼吸、循環抑制 | 17.6( $n=18$ ) |  |  |
| 呼吸、循環停止 | 3.9( $n=4$ )   |  |  |

| 重篤な合併症                   | あり<br>( $n=22$ ) | なし<br>( $n=80$ ) | $p$   |
|--------------------------|------------------|------------------|-------|
| せん妄                      | 54%              | 28%              | 0.017 |
| Agitation Distress Scale | 9.2 ± 4.9        | 6.5 ± 3.8        | 0.006 |

### EVIDENCE SUMMARY

- ・鎮静は緩和困難な症状を持つ終末期がん患者の大多数において有効かつ安全な治療であり、鎮静に関連した致命的な合併症はわずかにしか認められなかった。
- ・また、鎮静は二重結果の原則、相応性の原則、自律の原則に沿って行われていた。

## エビデンスを臨床に生かすコツ

終末期がん患者に対する苦痛緩和のための鎮静(palliative sedation therapy)を行う場合のポイントは、①治療抵抗性の苦痛、②耐えがたい苦痛であることの判断に尽きる。

①については、専門家へのコンサルテーションを行ったうえで、すべての治療が無効であるという判断が必要である。また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ないと考えられる場合に、治療抵抗性の苦痛であるという判断を行おう。また、②については、患者本人が「耐えがたい」と訴えた場合には、「耐えがたい苦痛」と判断する。ただし、患者の訴えが合理的で継続的なものであるかどうかは、検討するべきだ。また、鎮静の対象となる苦痛を明確にさせることも重要だ。

なお、鎮静の具体的な方法については、「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010年版」(日本緩和医療学会：編)を参考にしていきたい<sup>1)</sup>。



## PRACTICE

「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010年版」<sup>1)</sup>では、持続的に深い鎮静を行う要件を以下のように定めている。

A, B, Cはそれぞれ、医療者の意図、自律性原則、相応性原則(principle of proportionality)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。

## A. 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)からみて相応の薬剤、投与量、投与方法が選択されている。

## B. 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十分に推測できる。
- 2) (家族がいる場合には) 家族の同意がある

## C. 相応性

苦痛緩和を目指す諸選択肢の中で、鎮静が相対的に最善と判断される。すなわち、より具体的には、

- 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) 1)2)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。

## D. 安全性

- 1) 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。
- 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。
- 3) 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。



## では、このケースではどうするか？

## • ㊶を選んだ→30点

とりあえず看護師の訴えに耳を傾け対応したといえる。しかし、医師としては鎮静の倫理的な要件を確認しておきたい。もう一步！

• ㊵を選んだ→80点 *Good!*

鎮静のガイドラインに沿った適切な対応、チームでの適応の判断、患者・家族の意向の確認が押さえられている。合格！

## • ㊴を選んだ→0点

とりあえずその場をしのぐ対応だ。患者・家族は臨死期において、激しい苦痛を体験することになるだろう……。