

＜原著論文＞

鎮静の分類と倫理的論点の整理

——鎮静とはどのような処置で、どこまで許されるのか——

Categories of sedation and the points of the moral debate:
what sedation is and to what extent it is acceptable有馬 斉（横浜市立大学 大学院都市社会文化研究科）
Hitoshi ARIMA (Yokohama City University,
Graduate School of Urban Social and Cultural Studies)

要旨

鎮静について、それがどのような処置のことを指すのかを明らかにしたあと、倫理的な論点を整理する。まず、鎮静について、つらい症状に由来する苦痛や実存的苦痛を取り除くために意識低下作用のある薬を投与した結果、実際に薬の効果で意識が低下することである、とする広い定義を示す。次に、全身麻酔、鎮痛、安楽死のそれぞれについて、鎮静との違いがどこにあるかを述べる。

続いて、鎮静の区分を紹介する。鎮静は、持続的か間欠的か、深いか浅いか、調節型か無意識直行型か、二重効果か単一効果かの四つの軸にそっていくつかの類型に分けることができる。しかし、このうちの調節型の鎮静や二重効果鎮静については、そもそも鎮静とは呼べないとする意見があることを紹介する。これらの意見に従えば、鎮静にかんする上記の広い定義はまちがっているということになる。

最後に、これらの類型を念頭に置きながら、倫理的な論点を確認する。鎮静の良い効果と悪い効果のバランスにかんする論点と、医師の意図にかんする論点に分けて整理する。

Abstract

This paper first aims to clarify what sedation is and then introduces the points of moral debate concerning sedation. First, I show that sedation can be broadly defined as follows: Namely, sedation is the actual reduction in consciousness caused by drugs that physicians administer in order to relieve distress stemming from serious symptoms or existential distress. Next, I explain how sedation differs from general anesthesia, analgesia, and euthanasia, respectively.

Then I will introduce the categories of sedation. Sedation can be divided into several types along four axes: continuous or intermittent, deep or light, proportionate or direct, and double or single effect. However, I also explain that some people deny that proportionate sedation and/or double-effect sedation should be called sedation in the first place. These people should object to the broad definition of sedation I stated above.

Finally, with these distinctions in mind, I will review the ethical issues. I will explain the points of moral debate concerning sedation by dividing them into those related to the

balance between the positive and negative effects of the procedure and those related to the physicians' intention.

Keywords : 安楽死 (euthanasia)、意図 (intention)、調節型鎮静 (proportionate sedation)、鎮静 (sedation)、二重効果鎮静 (double-effect sedation)

1. はじめに——鎮静の広い定義

終末期医療の臨床では、緩和ケアの一部として、患者の意識を下げる処置を施すことがある。これを鎮静と呼ぶ。たとえば、強い痛みを訴えるがん患者に鎮静をかけると、患者は痛みを意識しなくなっていくため、苦痛が軽減される。

苦痛の軽減は良いことだが、意識の低下は望ましいことではない。また、鎮静は、使う薬の種類や量によって、患者の生命を短縮するリスクがある。そのため、倫理的な是非が問題になってきた。

本稿の最終的な狙いは、鎮静の倫理的是非にかんする論点をできるだけ広く洗い出して、簡潔に整理することである。また、そのために、そもそも鎮静とは何かを明確にすることを試みる。

実は、鎮静とは正確にいったどのような処置を指すのか、ということについては、広く合意のある定義が存在していない。これにはいくつかの要因がある。まず、意識を下げる効果のある薬には、非常に多くの種類がある。鎮静薬というのは、意識低下作用のある薬の総称に過ぎないのである。加えて、意識低下作用がある薬のほとんどは、同時に、せん妄や吐き気、呼吸困難など、終末期の患者が経験することの多いつらい症状そのものを抑える効果も有している。そのため、薬を投与しているときの医師が必ず患者の意識を下げようとしているとはかぎらない。意識低下作用があれば鎮静薬と呼ばれるともかぎらない。

さらに、鎮静ということばには、否定的な響きがある。そのため、倫理的に問題のないことがあきらかと思われるタイプの処置を鎮静と呼ぶことには抵抗を示す人がいる。これらのことが重なって、鎮静とは何かを正確にあきらかにするのは、実のところ容易なことではないのである。しかし、鎮静の定義が明確でなければ、それについて是非を検討することはままならない。

本稿では、鎮静ということばについて、ひとまずできるだけ広く定義しておくことにしよう。かわりがありそうな倫理的論点をもれなく取り上げることができるようにしたいからである。命にかかわる重い病気やケガの患者は、さまざまな身体的、精神的な症状に苦しむことがある。また、とくにこれといった特別につらい症状はなくても、からだの不自由や生活の不便などが原因で、生き続けることに価値を見出せないと苦しむことがある。いわゆる実存的苦痛である。医師は、これらの苦痛を緩和、除去するために、意識を下げる作用のある薬を投与することがある。その結果、薬が効いて実際に意識が下がるケースは、すべて鎮静と呼ぶことにしたい。

いずれあきらかになる通り、これはかなり広い定義である。つらい症状などに由来する苦痛を取り除くために、意識を低下させる作用のある薬を投与して、実際に患者の意識が低下するケースであっても、必ず鎮静と呼ばれるべきだとは考えられていないことがある。鎮静ということばをもっと狭い意味で使う人々は、何を基準にどこで限っているのか。本稿では、このことも同時にあきらかにしていきたい。

本稿の残りの構成は以下の通りである。次の三つの節では、鎮静を今述べたように定義した場合に、具体的にどんな処置が鎮静に含まれて、どんな処置が鎮静ではないことになるのかを確認する。先に、鎮静ではないものの方から見ていこう。第2節では、すぐ上のように広い定義を採用したときに、鎮静とは呼べないものの、鎮静と紛らわしかったり、鎮静との境界がはっきりし

ないと思われたりすることのある処置を、いくつか取り上げて見る。具体的には、全身麻酔（i項）、鎮痛（ii項）、安楽死（積極的安楽死）（iii項）である。また、「ゆっくりとした安楽死」の事例（事例①）を紹介する。

続く第3、4節では、鎮静に含まれる処置にも、詳しく見ていくと、さまざまなタイプがあることを確認する。ひとくちに鎮静といっても、個々の具体的なケースは、対象になる症状や病気、薬の種類と用法、医師の狙いやそこから実際に生じる結果などの点で、さまざまに異なっている。鎮静にかんする議論、実態調査、ガイドラインなどはいずれも、これらの違いに注目して鎮静をいくつかのタイプに区別してきた。第3節で具体的な事例（②から⑤）を列挙したあと、第4節で主な区別の立て方を紹介する。実際に見るのは、鎮静が持続的か間欠的かと、深いか浅いか（i項）、調節型か無意識直行型か（ii項）、二重効果かと単一効果か（iii項）の四つの区別である。

さらに、第5節では、こうして区別された鎮静のいくつかのタイプについて、それが鎮静であることを否定する意見もあることを確認する。具体的には、調節型鎮静（i項）と二重効果鎮静（ii項）を鎮静と見なさない意見である。

最後の第6節では、それまでの論述を踏まえて、倫理的論点を整理する。鎮静の良い効果と悪い効果の比較にかんする論点をi項で、医師の意図にかかわる論点をii項で確認する。

後述する通り、今述べた鎮静にかんする区別はどれも、ひとえに倫理的な考慮のもとに提案されてきた。つまり、正当化しやすいかどうかの点で差があると思われるところに線を引いて、許容できそうなタイプ、正当化が難しそうなタイプ、あるいはその両方に名前が付けられてきたのである。さて、すぐ上で述べた通り、区別された行為の一部については、あえて鎮静と呼ぶべきではないと言われたり、ガイドラインの対象外とされたりすることがある。第5節であきらかにする通り、こうしたことが起きるのも、少なくとも部分的には、区別の基礎にあるのが倫理的な考慮であることによる。したがって、鎮静とは何かをあきらかにしていくと——とくに鎮静に含まれるものとそうでないものを区別し、鎮静の中身を類型化していくと——、鎮静の是非をめぐる倫理的論点の大部分が自然と整理されてくるだろう。

2. 鎮静ではないもの——全身麻酔、鎮痛、安楽死

前節では、鎮静を、つらい症状や実存的な悩みに由来する苦痛を取り除くために患者の意識を下げる処置のことである、と広く定義した。鎮静をこのように広く捉えても、鎮静とは呼べない処置がある。

i. 全身麻酔

ひとつは、全身麻酔である。大きな手術などでは、切開による痛みを患者が経験しないで済むように、意識低下作用のある薬を投与することがある。このように、医学的処置によって引き起こされる苦痛を避ける目的で患者の意識を低下させる処置は、鎮静を上のように広く定義するとしても、鎮静とは見なせない。取り除くことを目的としている苦痛が、つらい症状や実存的な悩みに由来するものではないからである。

もちろん、意識を低下させるという点では、全身麻酔は、上に定義した鎮静と変わらない。実は、使用する薬も部分的に共通する。たとえば、プロポフォールという薬は、全身麻酔でよく使われる薬だが、後述する持続的鎮静でも使用されることが稀にある¹。文脈は違うが処置の内容そのものは同じである場合が考えられる。

しかし、本稿では、全身麻酔を含むことができるような仕方では鎮静を定義していない²。こ

これは、関連する倫理的な論点をできるだけ広く取り上げるという本稿の目的に照らしても、そうすることが必要ではないからである。いいかえれば、全身麻酔について倫理的な是非が議論になることはほとんど考えられないからである。もちろん、たとえば、事前に患者の同意を得ていなかったり、必要がないのに全身麻酔をかけたりなど、全身麻酔についても倫理的に正当化できないケースを考えることは可能である。しかし、こうしたケースはどれも倫理的に正当化できないことがあきらかなので、その是非は話題にならない。また、個別のケースについて、それが全身麻酔なのか、それとも緩和的な鎮静なのかがはっきりしないということも考えにくい。

ii. 鎮痛

次に鎮痛を見てみよう。鎮痛も鎮静ではないが、やはり鎮静といくつか共通する点がある。そこで、とくに、医療の専門家ではない筆者のような人には、両者は紛らわしく感じられることがあるかもしれない。

第一に、鎮痛と鎮静は、対象になる患者の範囲が重なっている。鎮痛と鎮静は、どちらも、たとえば末期がんの疼痛を管理するために実施されることがある。「痛い、痛い」といって苦しむがん患者には、鎮静薬が投与されることも、鎮痛薬が投与されることもある。

第二に、薬によっては、鎮痛と鎮静の両方の作用を持つものがある。たとえば、モルフィネは、オピオイドと呼ばれる薬のグループに属している³。オピオイドは、強力な鎮痛薬だが、同時に、投与量が多くなると患者の意識を下げることがある。このため、鎮静の話をしているにもかかわらず、モルフィネやオピオイドといったことが登場することがある。

もちろん、痛みを抑えるためにオピオイドを投与している医師からすれば、この意識低下は、そもそも鎮静ではなく、鎮痛に伴うたんなる副作用として理解されているかもしれない。しかし、実際のところ、このような意識低下も、鎮静の倫理にかんする議論の中で主題的に扱われることがある。オピオイドの投与による意識低下は、後述する二重効果鎮静の一例である（第4節）⁴。

さらに、第三に、鎮痛と鎮静では倫理的な論点も部分的に重なっている。モルフィネは、投与量が多いと、意識を低下させるだけでなく、患者の生命を短縮することがある。そのため、モルフィネについては、生命短縮のリスクがあると分かっているにもかかわらず多量に投与してもよいか、ということがよく議論されてきた⁵。後述の通り、鎮静にかんしてもこれと全く同じことが倫理的論点になっている⁶。

たとえば、1995年の東海大学安楽死判決において、横浜地方裁判所は、安楽死を積極的、消極的、間接的の三つに区別した。このうちの間接的安楽死について、判決文は、「死期の迫った患者がなお激しい肉体的苦痛に苦しむとき、その苦痛の除去・緩和を目的とした行為を、副次的効果として生命を短縮する可能性があるにもかかわらず行うという場合である」と説明した⁷。これは、おそらくは鎮痛薬（とくにモルフィネ）の多量投与について述べた文章と思われる。しかし、この部分を今読むと、実のところ鎮痛薬の話をしているのか、鎮静薬のことを述べているのか、判然としない。

つまり、鎮痛と鎮静は、対象になる患者、具体的な薬の名前、倫理的な論点が部分的に共通する。

しかし、もちろん、両者は異なる処置である。繰り返しになるが、鎮痛とは痛みを抑えることであり、鎮静は意識を低下させることである。つまり、概念的に言えば、両者の区別はむしろきわめて明瞭である。詳しく見ると、対象になる患者も、具体的な薬名も、倫理的な論点も、どれも部分的にしか重複していない。オピオイド以外で意識低下作用を有する薬の具体的な名前や、鎮静の倫理にかんする論点のうちで生命短縮のリスクには触れないものについては、あとで詳述する。

対象になる患者の範囲にかんしても、鎮痛と鎮静で全く同じでないことは少し考えれば自明と思われるが、この点については簡単に説明を補っておこう。あとで二重効果鎮静を説明するときにはその方がスムーズだからである。

鎮痛と鎮静はどちらも痛み（疼痛）を訴える患者に有効である。しかし、鎮痛が痛みを苦しんでいる患者の助けにしかならないのに対して、鎮静は他のどんな症状に苦しんでいる患者にも有効である。両者の違いはひとまずこのように述べるができる。

終末期の患者は、痛みの他にも、せん妄、呼吸困難、吐き気、不安感など、さまざまなつらい症状を経験する。たとえば、せん妄（幻覚や興奮を伴う意識障害）に苦しんでいる患者に少量のモルフィネを与えても、薬は患者の苦しみを軽減しないだろう。しかし、せん妄でも、呼吸困難でも、どんな症状に苦しんでいる患者であっても、鎮静をかければ、患者の苦しみを止めることができる。

ただし、ここの事情は正確に理解しておくことが重要である。今述べたことは、正確に言えば、鎮静によってどんな症状でも抑えることができる、ということではない。意識を低下させることは、症状そのものを抑えることとは、区別できる。ちょうど痛みには鎮痛薬が効くように、せん妄には抗精神病薬、不安感には抗不安薬など、症状そのものを抑える薬がそれぞれ別にある。これらの薬は、いわば、痛みやせん妄や不安感を生じさせている身体の不具合そのものを取り除く⁸。これに対して鎮静は、痛みやせん妄などを引き起こすからだの不具合そのものの解決には役立たない。ただ患者の意識を低下させることによって、本人がそれらの不具合をつらいものとして経験しなくなるようにするに過ぎない。

この点は、呼吸困難を例にとって考えると分かりやすい。呼吸困難は、呼吸不全によって生じる息苦しさをいう。呼吸不全とは、血液中の酸素が少ない状態のことである。当然ながら、鎮静は呼吸不全を解決するものではない。呼吸不全の患者の意識を下げても、血液中の酸素が増えるわけではないからだ。しかし、意識が低下すれば、息苦しさが経験されなくなっていくのである⁹。

そこで、鎮痛と鎮静の概念的な違いは、症状緩和と苦痛緩和という表現を用いて、上で述べたよりも一般的な仕方で次のように述べる事が可能である。すなわち、鎮痛は、症状緩和のひとつだが、鎮静はそうではない。また、鎮痛も鎮静も苦痛緩和をもたらすが、前者が症状緩和を介してそれを実現するのに対して、後者がそれを実現するのは意識低下によってである。もちろん、くり返しになるが、モルフィネの投与は、痛みそのものを抑えると同時に、意識低下も引き起こすことがある。この場合、投薬は、症状緩和と意識低下の両方を介して苦痛緩和を実現する。モルフィネの投与が鎮痛でありかつ鎮静でもあると述べたのはこのことを意味している。

iii. 安楽死（積極的安楽死）

鎮静と区別しにくいように考えられていることがある行為の三つ目は、安楽死（積極的安楽死）である。安楽死（積極的安楽死）とは、致死的な薬を投与して患者を死なせる行為である。今世紀に入ってから、オランダ、ベルギー、ルクセンブルク、カナダ、コロンビア、スペインで合法化された。以下ではこれを単純に安楽死と表記する。

安楽死と鎮静の区別がつきにくいと考えられる最大の理由は、鎮静でも、使用する薬の種類と量によって、患者の死を早める場合があることである。後述する持続的鎮静（第4節）でもっともよく使用されるのは、ミダゾラムという薬である。（商品名はドルミカムで、ベンゾジアゼピンと呼ばれる薬のグループに属している。そのため、文献には商品名やグループ名で出てくることも少なくない。）意識低下作用は強いが、投与量が増えてくると呼吸を抑制して患者の死を早めるリスクがある¹⁰。

また、ベンゾジアゼピンでは十分な意識低下を得られないときなどに使用されるフェノバルビタールという鎮静薬がある。バルビツール酸と呼ばれるグループに属する薬である。バルビツール酸も、やはり量が多いと死を早めるリスクがある。ベンゾジアゼピンと比較しても、安全に使用できる薬量の幅が狭く、使用には注意を要する¹¹。

ベンゾジアゼピンやバルビツール酸は、安楽死でも使用されることがある。安楽死の実施にかんするオランダのガイドラインは、ロクロニウム、アトラクリウム、シサトラクリウムなどの筋弛緩剤の使用を勧めていて、ベンゾジアゼピンやバルビツール酸については使用しないように求めている¹²。しかし、ベルギーでは、ガイドラインの内容はオランダとほぼ同じとされているが、実際に安楽死を実施している医師を対象に行われた調査の結果によると、少数ではあるもののバルビツール酸やベンゾジアゼピンを使う医師もいるという¹³。

ベンゾジアゼピンの投与が患者の死を早めた現実の事例をひとつ挙げておこう（事例①）。カナダの大学病院で起きた有名なケースである。

事例①：ゆっくりとした安楽死のケース

非常に大きい脳浮腫を伴う進行性の脳腫瘍で、マギル大学の緩和ケア医療施設に来た59才の実業家 [のケースである]。[…] かれの容体は、最初の24時間で、コルチコステロイド、ベンゾジアゼピン、抗精神病薬と […] 丁寧な人格的ケアによって、かなり改善した。痛みはなくなり、意識ははっきりして、会話も可能、機嫌も良いようだった。家族は、協力的で、思いやりのある家族だった。

ところが、その後の数週間に渡って、この患者は、自分は死ぬ準備ができており、終わりが早く来てほしいと口にするようになった。[…] 入院後38日目には、安楽死を希望した。[…] さらにその数日後、かれはこういった。「ただ死にたいんだ。生きていたくないのに、朝目が覚めたら自分がまだ生きてると分かるときの気持ちがあなたに分かりますか？ものすごくつらいんです。」精神科医は、かれには判断能力があり、うつ状態ではないと判断した。

スタッフとの議論や相談を丁寧に行ったあと、倫理の専門家は、この患者の感情的で、スピリチュアルな苦痛に対しては、薬理的な鎮静が倫理的に許容できると結論した。その根拠としては、米国医学会の文書を引用しながら、二重効果原則に基づいて、次の区別が立てられた。すなわち、適切な緩和ケアでは、致死的な副作用の可能性があっても、苦痛を取り除くことが意図されているのに対して、安楽死では、死を引き起こすことによって苦痛を取り除くことが意図されている。

41日目、ベンゾジアゼピンの持続的な静脈投与が開始され、コルチコステロイドについてはそこから6日間かけて少しずつ減量するように指示が出された。42日目、ベンゾジアゼピンの投与量が増やされ、痛みがあるといけないので少量のモルフィネの持続的な静脈投与が追加された。患者は43日目には朝食をとったが、その翌日には会話に反応しなくなり、さらにその翌日にはどんな反応もしなくなった。入院から45日目、それは何度かの発作があり、コルチコステロイドとさらに増量されたベンゾジアゼピンの静脈投与を受けた日だったが、かれは亡くなった。記録によれば、それは「家族と医療チームに見守られる中での、信頼と穏やかさにつつまれた」やすらかな死だった¹⁴。

このケースにおけるベンゾジアゼピンの投与が鎮静の定義に当てはまることはあきらかである。患者は、最初の治療が功を奏して、からだの症状はほぼ解決していたが、実存的な苦しみ（生きていることに価値を見出せないことの苦しみ）が残った。この苦しみを取り除くために、患者の意識を低下させる処置がとられたのである。

しかし、ベンゾジアゼピンの持続的な投与は、数日かけて、まず患者の意識を低下させたあと、さらに患者の死を導いている。致死的な薬を投与して患者を死なせる行為を安楽死と呼ぶなら、この処置が安楽死でもあることは否定できない。

もちろん、オランダなどで実施されている安楽死は、投薬の開始からごく短時間（数十秒から数分）で患者の死を引き起こす。ところが上のケースでは、患者が亡くなるまでに4日間かかっている。その点で、これは典型的な安楽死のケースではない。しかし、短時間で患者を死なせることが、安楽死という行為を定義づける本質的な要素であるとは思われなくてもいい。そこで、このケースに注目したJ・アンドリュー・ビリングス（J. Andrew Billings）とスーザン・D・ブロック（Susan D. Block）は、これを「ゆっくりとした安楽死」（slow euthanasia）と呼んだ。

なお、先の東海大学判決は、積極的安楽死を「苦痛から免れさせるため意図的積極的に死を招く措置をとる」と定義した¹⁵。この定義にしたがえば、行為は、患者の死が意図されていないかぎり、安楽死とは見なせない。今のケースでも、倫理の専門家が、ベンゾジアゼピンを持続的に投与するという行為の意図は、あくまで「苦痛を取り除く」ことにあるからそれは「適切な緩和ケア」であって「死を引き起こすことによって苦痛を取り除く」ことが意図されている「安楽死」とは区別できると考えていた。しかし、このケースのような仕方での投薬する医師が常に患者の死を意図していないといえるかにかんしては、議論の余地がある¹⁶。また、死が意図されていることが積極的安楽死ということばの定義の一部であるとは考えられていないこともある¹⁷。

そこで、上のようなケースは、鎮静であると同時に、安楽死でもあるといえる可能性がある。鎮静について安楽死と区別しにくいように言われることがあるのはこのためである¹⁸。

しかし、どちらでもあるともいえるケースがあることは、両者を区別できないということではない。ちょうど鎮痛でもありかつ同時に鎮静でもある処置が存在するからといって、両者が区別できないとは考えなかったのと同じである。少なくとも概念的なレベルでは、鎮静は意識を低下させることであり、安楽死は患者の死を早めることなので、むしろ非常に明瞭に両者を区別することが可能だと考えることもできる。

もちろん、同時に安楽死であるとも見なせそうなケースがあることは、同時に鎮痛であるとも見なせるケースがあることよりも、倫理的な議論をする上ではより重要である。安楽死は、少なくとも今のところ、日本を含むたいの国や地域では認められていない。したがって、同時に安楽死でもあると断定できるケースがあるとしたら、そのタイプの鎮静は、少なくとも今のところ、これらの国や地域では認めにくいと考えるべきだろう。加えて、やはり倫理的な議論をする上では、両者が概念的に区別できるかどうかの点だけでなく、両者の間に道徳的に重要な違いがあるかどうかの点にも注目する必要がある。安楽死ではないとはっきりいえるケースであっても、道徳的には安楽死と同じように評価されなければならないと思われるようなタイプの鎮静がある。この点については最後の第6節で戻ってきたい。

3. 鎮静の事例

前節では、鎮静と似て非なる行為をいくつか確認した。本節と次の節では、鎮静の中身をもっと具体的に見ていこう。

鎮静を上で述べたように広く定義すると、その中には、対象になる症状や病気、使う薬の種類と用法、投薬しているときの医師の狙いやそこから実際に生じる結果などの点で、さまざまに異なるいくつかのタイプの処置が含まれることになる。お互いにかなり違っているため、一部についてはそれを鎮静とは呼べないように感じる医療者もあるほどだ。そこで、次節では、実際に鎮

静にかんする議論や、実態調査、ガイドラインなどの中でこれまでに注目されてきた違いを四つ紹介する。

本節では、その準備として、いくつかのタイプの鎮静の典型的な具体例を列挙する。例に即して見る方が違いを理解しやすいからである。いずれも、他の論文や本からの引用である。事例②は元の論文の著者が案出した事例である。事例③と④はそれぞれアメリカ合衆国とスウェーデンで現実に起きた事例の報告である。事例⑤はフィクション（小説）の中の会話である。

事例②：痙攣〔調節型の二重効果鎮静〕

ジョーさんは30才、骨肉腫の末期だった。手術や化学療法を何年も続けてきたが、回復は見込めない状態である。オピオイドを大量に長く使ってきたことの副作用としてミオクロヌス（痙攣）が出ており、呼吸困難もあって、死が近い。ミオクロヌスは、標準的な量の筋弛緩剤では取り除けなかった。他にも処置は試したが、痛みはさらに強くなっていて、オピオイドをさらに増量する以外に効果のある治療はないが、増量すればミオクロヌスがさらに悪化する。ジョーさんはへとへとに疲れていたが意識ははっきりしていた。完全に意識がなくなるリスクがあることも伝えながらジョーさんや家族と話し合ったあと、担当医は、ミオクロヌスがなくなるまでベンゾジアゼピン〔ミオクロヌスを抑える効果がある〕を増量しながら投与し続けるように指示した。症状がとれるのに必要な量のベンゾジアゼピンは、ジョーさんを昏睡状態にした。ジョーさんはその二日後に死亡した¹⁹。

事例③：吐き気と恐怖心〔調節型の単一効果鎮静〕

50才の男性は、数年間、肺がんの治療に取り組んだあと、ホスピスに入所した。彼は、自宅で家族と静かに死にたいと思っていたが、親類が亡くなったときの経験から、激しい苦痛が来るのを恐れていた。緩和ケアの専門医は、苦痛が激しくなって受け入れられないほどになったときには、最後の手段として、「全面的な鎮静」を受けられることができると請け負った。…後日、専門的な技術を有するホスピスの医療者による治療を受けたにもかかわらず、肉体的、心理的に受け入れられないほどの苦痛（取り除くことのできない悪心、嘔吐、だるさ、恐怖）が出てきたとき、彼は「全面的な鎮静」を要求した。

…鎮静効果のある薬が、数時間かけて少しずつ増量されていき、患者は静かに休むことができたが、その結果、彼は最終的に意識を完全に失った。彼はその四日後に安らかに亡くなった²⁰。

事例④：助からない大やけど〔無意識直行型鎮静〕

「ミスター・ラウンズの火傷は致命傷です」医師は言った。「痛みは緩和することができ、その措置はとるつもりですが。火を吸いこんだので喉と肺にも損傷があります。もう意識は戻らないかもしれません。こういう状態ですから、むしろ本人にとってはありがたいことでしょう。

もし意識を取り戻したら質問に答えられるかもしれないので、人工気道ははずすようにと市警から言われています。私は短時間ならかまわないと同意しました。

いまのところ、彼の神経終末は火で麻痺させられています。この先たいへんな苦痛が訪れます、もしそれだけ長く生きていれば。警察にもあなたがたにもはっきり伝えておきたいのですが、彼がそうして欲しいと言ったら、あなたがたのどんな質問を遮ってでも、鎮静をかけさせてもらいます。よろしいですね²¹

事例⑤：末期がんの実存的苦痛〔無意識直行型鎮静〕

カルトープホスピスで働く医師のマッツ・ホルムバーグ氏は、1996年に二つ、1997年に一つの

事例で、三人の終末期の患者に鎮静をかけた。彼らは全員、ドルミカム（ミダゾラム）の点滴を受けて二日または四日後に眠りながら亡くなった。…

その中の二人目の患者のハルさんは、1932年生まれだった。末期の膀胱がんを患っていた。肉体的な苦しみは取り除くことができていたが、ホスピスに入所して以来、安楽死を何度も希望した。耐えがたいほどの不安感に苛まれていて、生きることに意義を見出せなかったのだ。彼女は、安楽死は違法だが、ドルミカムによる間欠的な鎮静を受けることならできると言われた。それを聞いた彼女は、死ぬまでずっと鎮静をかけ続けてほしいと言った。夫も彼女の言うとおりにしたいと言っており、医師も彼女の希望を尊重した。夫と子どもたちに分かれを告げたあと、ハルさんは薬で眠らされ、五日後に亡くなった²²。

4. 鎮静の分類

それでは鎮静の分類を見ていこう。第2、3節に挙げた五つの事例（①～⑤）に引き付けて具体的にイメージしながら読み進めてほしい。

i. 持続的／間欠的、深い／浅い

日本緩和医療学会の「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン（2010年度版）」は、鎮静を、(ア)投薬時間の長さ、(イ)意識低下の深さに注目して、四つの類型に区別した²³。すなわち、まず、「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」場合を「持続的鎮静」、「一定期間意識の低下をもたらしたあとに薬剤を中止・減量して、意識の低下しない時間を確保する」場合を「間欠的鎮静」と呼んだ。

加えて、「言語的・非言語的コミュニケーションができないような、深い意識の低下をもたらす」場合を「深い鎮静」、「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」場合を「浅い鎮静」と呼んだ。また、これらを組み合わせて、「持続的深い鎮静」、「間欠的浅い鎮静」など、四つの類型に区分できるとした²⁴。

また、同じガイドラインは、これら四つのタイプの鎮静について、すべて倫理的に許容できる場合があるとしつつも、「鎮静を実施する時間は持続的よりは間欠的のほうが、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ほうが、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」と述べている²⁵。

上に挙げた具体例でいえば、事例①から⑤の五つはすべて持続的な深い鎮静の事例である。事例①、②、③、⑤では記述からこのことがあきらかである。投薬は意識の一時的な低下を目的としたものではなく、事実、死亡するまで継続されている。また、意識低下のレベルはコミュニケーションができないほどである。事例④にかんしては、これから鎮静をかけるかもしれない場面の記述なので、実際どのような結果になったかは分からない。しかし、全身に致命的な大やけどを負った患者が、死亡するまえにいつか意識を回復したとして、するどい痛みを苦しめ始めたとしたら、その痛みを十分に抑えるためには、やはり患者の意識を死亡するまで深く低下させる必要が生じる可能性は高い。

日本緩和医療学会は、2018年にこのガイドラインの改訂版を出版した。新しいガイドラインでは、「結果的に死亡まで持続的な深い鎮静状態が維持された場合」をとくに「死亡まで継続した持続的深い鎮静（continuous deep sedation until death）」（CDSUD）と呼んでいる²⁶。上の事例①から⑤はすべてこれに該当する。

なお、新しいガイドラインは、「浅い鎮静」という表現を使うのを止めた。このことはすぐ下で説明したい。

ii. 調節型／無意識直行型

ティモシー・キル (Timothy Quill) らは、2009年に出版した論文の中で、鎮静を、薬が投与されるスピードに注目して二つのタイプに区別した²⁷。すなわち、鎮静剤の投与は、(ア) 苦痛緩和に必要な最小限と思われる量から開始して、それでも苦痛緩和が得られないときに少しずつ増量していく場合と、(イ) 最初から患者を無意識にすることがあきらかな量を投与する場合があるという。

かれらは、前者を「調節型鎮静」(proportional palliative sedation: PPS)、後者を「無意識直行型鎮静」(palliative sedation to unconsciousness: PSU) と呼んだ²⁸。

キルらの表現にしたがえば、調節型鎮静では、使用される薬は「たいていはベンゾジアゼピン」であり、対象になるのは「まもなく死亡する患者の治療抵抗性の身体的な苦痛」である。薬は「時間や日の単位で」少しずつ増やされるが、結果として「患者を無意識にすることもある」²⁹。

これに対して、無意識直行型鎮静が実施されるのは、苦痛の除去にとって患者を無意識にすることが必要と思われるような場面である。キルらは二つの可能性を挙げている。ひとつは、「たとえば手の施しようのないひどい出血」があるような場合である。これはつまり、身体的な症状のつらさのていどが特別に大きい場合ということだろう。先に本稿第2節で挙げた事例④の大やけどもこのようなケースだと考えてよいだろう。

もうひとつは、「主として実存的な苦痛や、自分のことを自分でコントロールしたいというニーズに由来する苦痛」がある場合である。これらの苦痛は、患者の思考に由来する苦痛である。鎮静をもって除去しようとするれば、患者の思考が止まるまで意識を下げる必要がある。無意識直行型鎮静では、薬の量は「数分から数時間のうちに、患者の反応がなくなるまで、急速に増やされていき、そのあとは患者が死亡するまでそのレベルが維持される」³⁰。上の事例⑤がこれに当たる。アンソニー・タクラ (Anthony Takla) らは、これを「緩和的麻酔」(palliative anesthesia) と呼んでいる³¹。

キルらによれば、調節型についてよりも、無意識直行型についての方が人々の倫理的な意見は分かちがちである。調節型にかんしては、場合によって適切であるという考えが(米国内では) 広く倫理的、政策的な合意を獲得している。しかし、無意識直行型にかんしては、反対意見も多い。実施したくない個人や組織には、これを良心的に拒否する権利があるという³²。

鎮静が調節型と無意識直行型に区別できるという見方は、広く受け入れられてきた³³。日本緩和医療学会は、キルらの提案を受けて、ガイドラインの改定に合わせて、鎮静の区分を変更した。新しいガイドラインは、鎮静を、まず間欠的と持続的の二つに大別した上で、後者をさらに「調節型鎮静」と「持続的深い鎮静」に区別している。ガイドラインの説明にしたがえば、前者は「苦痛の程度にあわせて鎮静薬を少量から調節して持続投与する場合」である³⁴。

なお、キルらが鎮静を調節型と無意識直行型に分けたのと比べて、新ガイドラインでは、「調節型鎮静」の対概念は「持続的深い鎮静」となっている。新ガイドラインの「持続的深い鎮静」は、キルらの「無意識直行型鎮静」とは微妙に異なる概念である。新ガイドラインは持続的深い鎮静について、「苦痛が非常に強い場合に少量からの投与では十分に緩和できないという見込みのもとに最初から深い鎮静を導入する場合」だと説明している³⁵。この説明の中で、最初から深い鎮静にするという点は、無意識直行型にかんするキルらの説明と変わらない。しかし、少量では十分に緩和できない見込みがあるという点は、キルらの説明ではとくに強調されていない。そこでたとえば、無意識にまでしなくても苦痛は除去できるが、患者からの強い要望があるなどして、最初から無意識にすることがあきらかな量の薬が投与されるケースを考えてみよう。このケースは、持続的深い鎮静には該当しないが、無意識直行型鎮静には該当する可能性がある。

事実、新ガイドラインはこの点をくり返し強調している。すなわち、「持続的深い鎮静でも患

者の苦痛と全身状態にあわせて鎮静薬を調節して投与する点では「調節型鎮静と」同じ」であり、またしたがって「「すべての鎮静は調節型である」ともいえる」というのである³⁶。さてしかし、これらの文章は、純粋な事実を述べた文章として理解するなら、おそらく間違っている。まず、少なくとも技術的には、すぐ上の段落に述べたような、無意識にする必要がないのに最初から無意識にする鎮静薬の使い方は当然実施可能である。事実として、世界中どこでもこれまでに実施されたことがないとは考えにくい。むしろ、これらの文章は、そのような投薬法は許容できないという規範的な趣旨の文章として理解する方が適当だろう。鎮静が調節型と無意識直行型に区別できるという見方や、前者の方が後者より倫理的に望ましいとする意見を、日本緩和医療学会が否定しているということではないということである。

また、もう一点、新ガイドラインは、「調節型鎮静」という表現を使う代わりに、旧版の「浅い鎮静」という表現を止めた。これは、「浅い鎮静／深い鎮静という分類は、結果を意味しているのか目的を意味しているのかがあいまいなため」であるという。すべての鎮静は、苦痛の程度に合わせて投薬量が調節される。意識低下がどのくらい進むかは、こうした調節の結果にすぎない。ところが、浅い鎮静という表現は、あたかもコミュニケーションを許す程度の意識低下で済ませることが最初から目的とされていたり、あるいは反対に、苦痛の程度によらず深い鎮静が最初から目指されていたりすることを許すような印象を与える、ということだろう³⁷。この書きぶりにも、苦痛緩和に必要である以上に意識を低下させることを倫理的に問題視する学会の立場がよく表れている。

さて、意識を低下させることが望ましくないことだとすれば、せめて苦痛緩和にとって必要な範囲に収めるべきだ、という考え方は、直観的にもよく理解できる。他方、苦痛緩和にとって必要な範囲であれば、たとえどれだけ意識を低下させたとしても常に許容できるという主張は、正しくない可能性がある。たとえば、鎮静は、患者を完全な無意識にしてその状態を死亡時まで維持することがある（上述の死亡まで継続した持続的深い鎮静（CDSUD））。第6節で確認する通り、このタイプの投薬法にかんしては、患者の苦痛がどれだけ大きいかにかかわらず、常に許容できないという考え方の方にも、それを支持する強力な理由がある。そこで、結果的に意識低下が患者のコミュニケーションを許す程度で済んだのか、そうでないのかは、倫理的な検討にとってはあくまで重要な点である。目的ではなくあくまで結果を意味する表現であることを強調しつつ、「浅い鎮静」ということばは残すほうが便利だろう。

上の例では、事例②と③が調節型、④と⑤が無意識直行型である。①の事例は、どちらであるともはっきりとは言いにくい。この事例では、鎮静薬の投与が開始されて三日後になっても患者はまだ朝食をとることができていた。「数分から数時間」で患者の反応がなくなるというキルらの説明にしたがえば、これを無意識直行型とは呼びにくい。他方、患者は、自分がまだ生きているという意識そのものを耐えがたいと感じており、投薬の目的はこの苦痛を取り除くことにあった。つまり、最初から患者を無意識にすることが目指されていたように見える。薬の量は少しずつ増やされているものの、それが苦痛の程度に合わせて調節された結果とは考えにくい。そこであえてどちらかに分類するなら、これは変則的ではあるものの無意識直行型に入れる方が適切と思われる³⁸。

iii. 二重効果／単一効果

ダニエル・P・サルメイシー（Daniel P. Sulmasy）は、2018年に出版した論文で、鎮静についてさらにもうひとつ区別を追加する提案を行った。かれが目にしたのは、患者の意識を低下させている薬が、患者を苦しめている症状そのものに対しても同時に有効であるかどうかの点である。有効である場合を「二重効果鎮静」（double-effect sedation）と呼んで、たとえ他のタイプ

の鎮静が許容できないとしても、このタイプの鎮静は正当化できると論じた³⁹。

鎮静薬ということばは、意識低下作用がある薬の総称であり、その中には多種多様な薬が含まれる。実際、その多くが、何らかの具体的な症状そのものを抑える効果を有している。たとえば、すでに第2節で述べた通り、モルフィネなどのオピオイドには、鎮痛作用（痛みを抑える効果）がある。また、やはり上述のミダゾラムには、痙攣（ミオクローヌスと呼ばれる）を抑える効果がある。

さらに、アルプラゾラム、ロラゼパム、クロナゼパム、ジアゼパムなど、ベンゾジアゼピン系抗不安薬（マイナートランキライザー）と呼ばれるグループに属する薬は、不安感や呼吸困難、吐き気、痙攣等に効果がある。ハロペリドール、クロルプロマジン、レボメプロマジンなどは、抗精神病薬（メジャー・トランキライザー）と呼ばれる薬で、せん妄（幻覚や興奮を伴う意識障害）に効き目がある。しかし、これらの薬はいずれも、投与量が増えてくると意識の低下を引き起こす。他方、はっきり効果のある症状を対象としてとくに持たない鎮静薬としては、全身麻酔で使われるプロポフォールなどがある。

サルメイシーによれば、二重効果鎮静は、倫理的に正当化できる。また、意識低下が一時的の場合（上述の間欠的鎮静）にも問題がない。しかし、これら以外の鎮静は、倫理的に正当化するのが極めて難しいという⁴⁰。これら以外の鎮静とは、つまり、患者を苦しめている症状そのものに対しては効き目のない薬を使って患者の意識を持続的に低下させるタイプの鎮静である。具体的には、まず、特定の症状に効き目を有する鎮静薬をそれとは別の症状に苦しんでいる患者に持続投与する場合。たとえば、痛みを訴える患者にミダゾラムを投与する場合などである。もうひとつは、どんな文脈でも意識低下作用しかない薬を使う場合。たとえばプロポフォールで鎮静をかける場合などである。ここでは、これらのケースを単一効果鎮静と呼んでおこう。

二重効果鎮静という表現は新しいが、何らかの症状そのものを抑える目的で投与した薬が結果的に患者の意識を低下させるに至った場合は倫理的に問題がないという考え方は、サルメイシーに独自の理解ではない。サルメイシーは、同じ考え方を示す例として、シシリー・ソンドース（Cicely Saunders）の論文など、複数の先行研究を挙げている⁴¹。森田達也は、後述するストーンらの論文にある区別について、サルメイシーの区別と同じ内容であると指摘している⁴²。上掲のキルらも、不安感やうつ、不眠などの治療のために使った薬が患者の意識を下げる場合を「通常の鎮静（ordinary sedation）」と呼んで、これには倫理的な問題が全くないかのように論じている⁴³。

前節の具体例の中では、事例②が二重効果鎮静である。このケースでは、患者のミオクローヌス（痙攣）を抑えるためにベンゾジアゼピンが投与された結果、患者は昏睡状態になり、そのまま亡くなっている。

最後に、ここまでで紹介してきた四つの区別について、それぞれがお互いとどのように関係しているかを述べておこう。上述の通り、日本緩和医療学会の旧ガイドラインは、持続的か間欠的か、深いか浅いかという二つの軸に沿って、鎮静を四つ（ 2×2 ）のタイプに類型化した。かりにここまでで紹介した四つの区別をすべて互いに独立した軸と見なすことができるとすれば、鎮静には16（2の4乗）のタイプがあることになる。しかし、実際には、検討しなければならない類型の数はもっと少ない。

まず、無意識直行型の鎮静は、必ずコミュニケーションができないほど患者の意識を下げる。そこで、浅くてかつ無意識直行型の鎮静というのはいりえない。また、二重効果鎮静は、特定の症状に効く薬を少しずつ増量しながら投与していくことの結果として患者の意識が低下することを意味する。そこで、無意識直行型の二重効果鎮静というのはいりえない。加えて、間欠的な鎮静は、倫理的な是非が話題になることがほとんどない。そこで、倫理的な是非を議論するさいに

は、基本的には持続的な鎮静に注目するだけでよい。

そこで、倫理的な議論をする上で注目しなければならないタイプにかぎれば、図1のように比較的すっきりと鎮静を五つの種類にまとめることができる。すなわち、持続的な鎮静は、(ア) 結果的に深くなる二重効果の調節型鎮静（事例②）、(イ) 浅いまま終わる二重効果の調節型鎮静、(ウ) 結果的に深くなる単一効果の調節型鎮静（事例③）、(エ) 浅いまま終わる単一効果の調節型鎮静、(オ) 無意識直行型鎮静（事例①、④、⑤）の五つである。

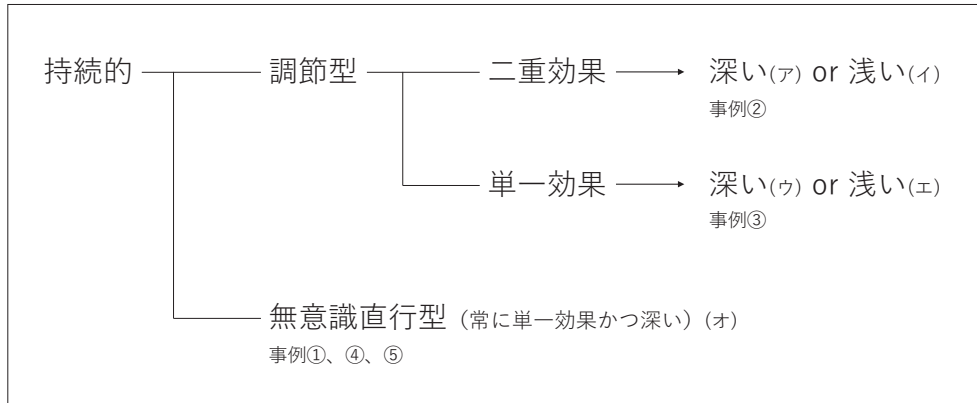


図1 鎮静の種類

5. 鎮静をもっと狭く定義すべきだという意見

本稿では冒頭、鎮静を広く定義した。つらい症状や実存的な悩みに由来する苦痛を取り除く目的で意識低下作用のある薬を投与した結果、実際に患者の意識が低下する場合をすべて鎮静と呼んだ。しかし、この定義には反対する意見がある。どんな意見があるのか確認しておこう。

i. 二重効果鎮静は鎮静ではないという意見

反対意見は、二つある⁴⁴。第一は、すぐ上で紹介した二重効果鎮静について、それを鎮静と呼ぶべきではないとする意見である。

たとえば、イギリスのパトリック・ストーン (Patric Stone) らは、イギリスで鎮静薬がどのくらい頻繁に、どのような目的で使われているかをあきらかにするために、調査研究を行った。その結果を報告する論文の中で、「鎮静をかけるために (in order to sedate them) 鎮静薬が処方されたケース」と「症状コントロールのために (for symptom control) 鎮静薬が与えられたケース」を区別している。かれらの理解に従えば、「鎮静 (sedation)」とは、このうちの前者のことであり、それは「意識レベルを低下させることが苦痛の除去を目的とした治療戦略の一部であるような鎮静薬処方」として定義できる。具体的には、「うまく抑えられていない呼吸困難がある患者のシリンジポンプにミダゾラムを加えること」などが考えられるという⁴⁵。

逆に言えば、ストーンらの理解に従うなら、鎮静薬が投与されていても意識低下が目的ではないケースがあり、それは鎮静と見なせない。かれらのいう症状コントロールのための鎮静薬使用がそのケースだというのである。具体的には、「制吐剤としてのハロペリドールや、精神安定剤としてのジアゼパムを処方すること」が考えられる⁴⁶。上述の通り、ハロペリドールは抗精神病薬のひとつで、吐き気を抑える効果があり、抗不安薬のジアゼパムには不安を軽減する効果がある。もちろん、これらの薬には鎮静効果もある。だからストーンらもそれを鎮静薬 (sedatives) と呼んでいるのである。しかし、これらの薬がそれぞれ吐き気に苦しむ患者、不安を訴える患者に投与されているかぎり、意識低下が起きてもそれは鎮静とは呼ばないというのである。

同様の考え方は、日本緩和医療学会が2018年に出版した鎮静に関する新しいガイドラインの中

にも出てくる。新ガイドラインは、鎮静を「治療抵抗性の苦痛を緩和することを目的として、鎮静薬を投与すること」と定義した。同時に、「鎮静薬の定義を広くすれば鎮静の範囲が広くなり、議論の焦点があいまいになる」ので、「日本の実臨床で使用されている頻度の高い薬剤」に限定して考えたいとしている。具体的には、「オピオイドと抗精神病薬（ハロペリドール、クロルプロマジン、レボメプロマジン）は、本手引きで指す鎮静薬には含めない」。そこで、このガイドラインに従えば、「痛みや呼吸困難・せん妄の緩和のためにオピオイド・抗精神病薬を適切な投与量に増量した結果患者の意識が低下した場合は鎮静とはみなされない」。ガイドラインはこれらの投薬法を「従来は副次的鎮静と呼ばれていた」と述べているが⁴⁷、つまりは二重効果鎮静のことである。

ただし、正確を期して追記すれば、ガイドラインは、行為を鎮静と見なすかどうかの基準を使用する薬の具体的な名前に置いている。そのため、いわゆる副次的鎮静のすべてについてそれが鎮静であることを否定しているわけではない。

ガイドラインが鎮静薬と見なすのは、具体的には、ベンゾジアゼピン系の麻酔導入薬であるミダゾラム、ベンゾジアゼピン系の睡眠薬であるフルニトラゼパムとジアゼパムとプロマゼパム、バルビツール系のフェノバルビタールの5つである。このうち、たとえばミダゾラムにはミオクロノスそのものを抑える効果があり、ジアゼパムには不安そのものを軽減する効果がある。さて、上の事例②では、ミオクロノスに悩まされている患者にミダゾラムが持続投与された結果、患者の意識が低下していた。したがって、このケースは、二重効果鎮静だが、同時に、新ガイドラインの鎮静の定義にも当てはまる。

しかし、いずれにしても、新ガイドラインは、二重効果鎮静の大部分をそもそも鎮静とは見なしていないということが出来る⁴⁸。

ii. 調節型鎮静は鎮静ではないという意見

第二に、やはり前節で述べた調節型鎮静についても、それが鎮静であることを否定する意見がある。

2011年から翌年にかけて、アンバイアスド・コンソーシアムという研究グループが、死亡まで継続した持続的深い鎮静（CDSUD）の実態をあきらかにする目的で、イギリス、オランダ、ベルギーで緩和ケアに携わる医療者130人を対象にインタビュー調査を行った。今述べた趣旨の意見は、この調査の結果を報告した論文の中で見る事が出来る。論文の著者によれば、イギリスの医療者は、ほとんどの場合、「鎮静をかける」という表現を使わない。イギリスでは、鎮静薬の投与量は概ね少なく、深い鎮静になることは稀である。そのため、意識低下は副作用として理解されているという⁴⁹。

論文には実際にこのように述べた医療者のことばがいくつか直接引用されている。すなわち「実際、私たちがしようとしていることは、症状をコントロールするために必要な最小限の鎮静なんです…。すると、通常の薬より多めに投与しなくてはならなかったり、かなり、そう、かなり大量の鎮静が必要になったりもします。でも、分かるでしょう。鎮静をかけることが目的ではなくて、目的は症状を緩和することなんです。…私たちは一生懸命、薬を使って症状を緩和しますが、副作用があることは分かっていますそれは最小限に抑えようとしています」。また、ある看護師ははっきり「私はふだん「鎮静」ということばを使いません。患者さんが「もっと楽になって落ち着く」ようにすると云います」と述べた⁵⁰。

最初の医師のことばが表現しているのは、苦痛の除去に必要な最小量の薬しか投与していない場合、意識低下が起きてもそれは投薬の目的ではない、という理解である。投薬の目的は、あくまで苦痛の除去であって、意識低下は副作用にすぎないのである⁵¹。しかしイギリスでは、多く

の医療者は、患者の苦痛の程度に合わせて必要な最小量の鎮静薬しか投与しない。つまり、本稿の前節で見た調節型鎮静しか行わない。だから、イギリスではそもそも自分たちが鎮静を行っているとは考えない医療者が多い、ということになる⁵²。

一般的なこととして、医療者の視点に立てば、たんなる副作用としてしか理解されていないものを自分の行為の一部だとは見なしにくいところがある。たとえば、歯科医は、歯を削ったり、抜いたりすると激痛が走ることを当然理解している。また、がん専門医は、抗がん剤を使うと脱毛の可能性があることを知っている。しかし、歯科医は、自分はただ虫歯を治療していると思うだけで、自分が患者を痛めつけているとは考えないだろう。がん専門医も、自分のがん細胞を減らしていることは認めるに違いないが、自分のしていることが患者の毛髪を減らすことであるとは考えないかもしれない。激痛や脱毛はたんなる副作用にすぎないと理解されているからである。イギリスの医療者の言い分はこれと似ている。

つまり、以上で見てきた二つの意見に従うと、本稿が4節で二重効果鎮静と呼んだ行為も、調節型鎮静と呼んだ行為も、鎮静ではない。正しく鎮静と呼ぶことができるのは無意識直行型の鎮静だけということになる。

ひとこと補足しておこう。調節型鎮静を鎮静と呼ばない人がいるのは、調節型鎮静では意識低下が意図されていないという理解があるからだとして述べた。これと同じことは、実は二重効果鎮静の場合にもおそらく当てはまる。

上述の通り、二重効果鎮静でも、それを鎮静とは呼ぶのはおかしいと考える人々がある。同時に、二重効果鎮静にかんしても、投薬している医師に患者の意識を低下させようという意図はないと考えられていることがある。二重効果鎮静では、使われている薬に症状そのものを抑える効果がある。そこで、サルメイシーによれば、医師の意図は、あくまで症状を抑えることにある。意識低下は副作用に過ぎないというのである⁵³。もちろん、サルメイシー自身は、二重効果鎮静を鎮静の一部だとは見なししている。しかし、医師の意図をサルメイシーのいうように理解するべきだとすれば、その行為はそもそも鎮静ではないと考えるのは、決して不自然なことではない。上の歯科医やがん専門医の場合と同じである。

6. 倫理的な論点の整理

最後に、鎮静の倫理的な論点を整理していこう。論点は、大きく二つに分けることができる。ひとつは、それがもたらす良い効果と悪い効果をどのようにバランスするかである。もうひとつは、悪い効果が意図されているかどうかである。これらの点が、第3節で確認したさまざまな鎮静のタイプのそれぞれについて検討されてきた。

i. 良い効果と悪い効果の比較

第一の大きな論点から見ていこう。鎮静は、患者の苦痛を取り除く。これは良い効果である。同時に、鎮静は、患者の意識を低下させ（浅い鎮静）、場合によって患者を無意識にする（深い鎮静）。患者は無意識の状態のまま死ぬことがあり（死亡まで持続する深い鎮静）、とくにそのようなケースでは、生命を短縮する可能性もある。つまり、悪い効果もあるのである。鎮静についてそもそも倫理的是非が議論になるのも、このために他ならない。

良い効果も悪い効果もあることが分かっている行為の是非は、どのように評価すればよいだろうか。ひとつの考え方は、良い効果と悪い効果を比較して、良い効果の方が大きいと判断できる場合だけ、行為が正当化できると見なすことである。意識の低下は望ましいことではないが、そうすることで取り除くことのできる苦しみが耐えがたいほど大きいなら許容できる、というので

ある。

今述べた考え方は、とくに鎮静が浅いケースや、一時的（間欠的）である場合に比較的受け入れやすいかもしれない。意識低下は、浅くても、一時的でも、人間らしいさまざまな活動や交流を妨げるから、望ましいことではないに違いない。しかし、終末期の吐き気や呼吸困難、疼痛やせん妄といった症状は耐えがたいほど強いことがある。一時的あるいは浅い意識低下の悪さと、終末期のきわめて強い苦痛の悪さとを比較して、後者を避けることの方がより望ましいと思われることはあるかもしれない。

しかし、意識低下が深く、持続的な場合では、このような考え方には反対する意見も強い。とりわけ問題になるのは、鎮静をかけることで患者の死が早まると予想できるケースである（事例①）。たとえば月単位など、比較的長い予後が期待できる患者に、深い持続的鎮静をかける場合、投薬そのものに患者の死を早める効果があると考えることは妥当だろう。そのようなケースでは、たとえ患者がどんなに強く苦しんでいても、鎮静は正当化できないと主張されるかもしれない。

この主張にはいくつかの根拠が考えうる。ひとつは、患者が死ぬことの悪さが非常に大きい、という理解である。この理解に従えば、患者の死は、たんに患者の意識を低下させることよりもずっと悪い。終末期の苦痛がたとえどれほど強くても、それに耐えることの悪さと比較して、患者が死ぬことの悪さの方が小さいということは起こりえないのである。

もうひとつは、患者が死ぬことの悪さは、何か特別な種類の悪さで、他の良いことや悪いこととはそもそも比較することさえできないのだ、という理解である。このタイプの理解に従うと、たとえば、人が幸せに生きていたり、耐えがたいほど苦しんでいたりすることは、そもそもその人が生きていることの価値を高くすることも低くすることも全くない。本人の幸不幸とは無関係に、人の命には破壊してはならないといえるだけの価値が備わっているのである。かりに何かしらこのような理解が正しいとしよう。すると、良い効果と悪い効果を単純に比較することで行為が許容される範囲を決めることができるという考え方は、患者の死を引き起こすタイプの鎮静薬投与の正当化には役立たない。

さらに、患者の死を早める鎮静薬使用は患者がどんなに強く苦しんでいても許容されない、という主張には、もうひとつそれを支持する重要な考え方がある。少なくとも今のところ、安楽死にかんしては、道徳的に許容できないという見方が強い。日本を含む多くの国と地域では、法的にも許容されていない。今かりに、このような道徳的、法的な立場が正しいとしよう。さて、安楽死は、それを要求する患者がどれほど強く苦しんでいても、常に許容できないとされている。すると、患者の死を早めるタイプの鎮静についても、やはり患者の苦しみの強さにかかわらず、決して許容できないと考えなくてはならなくなる可能性がある。このタイプの鎮静は、その効果だけに注目すれば、安楽死とあまり変わらないからである。効果が同じであるにもかかわらず、ひとつだけ認めてもうひとつを許容しないというのでは、立場が一貫しないように思われるのである。

安楽死との比較から言えることをもう少し掘り下げておこう。実は、安楽死の是非も合わせて考慮したときに正当化しにくくなると考えられているのは、患者の死を早めるタイプの鎮静だけではない。死亡まで継続する持続的で深い鎮静（事例①～⑤）は、たとえ患者の死を早めることがなくても、すべて正当化できなくなるはずだ、という意見がある。これは、やはり結果だけに注目した場合、死亡まで持続する深い鎮静は、たとえ死を早めなくても、安楽死とあまり変わらないと考えられていることがあるためである。

死亡まで持続する深い鎮静では、患者は、投薬により完全な無意識の状態になり、そのままの状態がしばらく維持されたあと死亡する。しかし、ある時点で投薬によって無意識になりそのまましばらくしてから死亡することと、同じ時点で投薬によってすぐに死亡することとは、少な

くとも患者の主観に立って見た場合、全く区別することができない。どちらにしても患者はその時点以降、何かを経験するということが全くないからである。したがって、もしも患者をある時点で死亡させることが非常に（あるいは特別に）悪いことであるなら、患者を同じ時点で無意識にさせてそのまま死亡するまで待つことも同じように悪いことだと考えられるのである⁵⁴。

かりにこの考えが正しいとしよう。その場合、安楽死が許容されていない国や地域では、患者の死を早めるタイプの鎮静だけでなく、死亡まで持続する深い鎮静が一般に、すべて許容できないと言わなければならない可能性がある。

ii. 医師の意図

さて、以上のように考えてきたときに出てくるのが、最初に述べた二つ目の大きな論点である。つまり、悪い効果が意図されているかどうかである。

鎮静には悪い効果がある。それは、場合によって、安楽死と比べてもあまり変わらないと理解されていることがあるほどだ。しかし、それでも鎮静が比較的広い条件の下で正当化できると考える人々は、鎮静をかけているときの医師によって当の効果か意図されていない可能性に注目してきた。

たとえば、鎮静薬の投与で患者の死が早まると予見できるケースを考えよう。それでも、投薬する医師には、患者の死を早める意図はないと言えるかもしれない。医師はあくまで苦痛の除去を意図しているに過ぎないからである。さて、かりにこのように言えるとすれば、ただ悪い結果が起きるというだけで、鎮静を許容できないと結論するのは早すぎると思われるかもしれない。

また、意図を考慮に入れると、鎮静は、安楽死と比べてもそれほど似ているとは思われなくなる可能性がある。安楽死では、投薬する医師が、患者を確実に死亡させようとする意図を持っていることは、一見していかにも否定しがたいからである。確かに、結果だけに注目すれば、鎮静と安楽死は似ているかもしれない。しかし、実施する医師の意図に注目すれば、両者には依然として大きな違いがある。だから、たとえ安楽死が正当化できなくても、鎮静は許容できるのだ、と、このように考えることが可能かもしれない。

こうした考えが正しいといえるためには、次のような道徳的な原則が正しいといえなければならない。——すなわち、行為は、悪い結果を生じることが分かっている場合、その結果が意図されていれば許容できないが、意図されていないなら正当化の余地がある⁵⁵。

はたして、鎮静では悪い効果が意図されていない、と考えることは妥当だろうか。また、悪い効果が意図されていないことは、行為が正当化できる理由になるだろうか。第3節では、鎮静を調節型と無意識直行型に区別したクイルらの論文を紹介した。クイルらによれば、鎮静薬を投与するときの医師に患者の死を早めたり、患者を無意識にしたりする意図があるのは、無意識直行型の場合だけである。調節型では、たとえ結果として患者が無意識になったり、患者の死が早まったりするとしても、医師にそのようにする意図があるとは考えられないという。

かりにこの主張が正しいとしよう。また、悪い結果を予見していても意図していなければ行為は許されるという主張も正しいとしてみよう。その場合、調節型の鎮静はたとえ結果的に患者を無意識にしたり、無意識のまま死亡させたり、あるいは患者の死を早めたりしても、正当化できる可能性が出てくる。日本緩和医療学会の新ガイドラインは、すべての鎮静は調節型でなければならぬと述べていた。そこで、今述べた二つの主張があれば、ガイドラインで認められている鎮静法はすべて正当化できるといえるかもしれない。二つの主張が本当に正しいかどうかは非常に重要な論点である。

さて、やはり第3節では、鎮静の一部を二重効果鎮静として区別できるとするサルメイシーの見解も紹介した。サルメイシーによれば、二重効果鎮静をかけるときの医師には、（たんに患者

を無意識にしたり死を早めたりする意図がないだけでなく) 患者の意識を低下させる意図さえないという。

他方、サルメイシーによれば、患者の意識を低下させることは、たとえ完全な無意識や死を早めることにつながらなくても、それ自体で非常に悪いことである。患者の意識を意図的に低下させることは、低下が一時的である場合を除いて、ほとんど常に正当化できないという⁵⁶。もちろん、二重効果鎮静以外の調節的鎮静や無意識直行型鎮静のケースでは、医師は、患者の意識を低下させる意図をもって投薬しているように見える。キルらも調節型鎮静にかんして、意識低下そのものが意図されていないとは主張していない。そこで、サルメイシーの考えに従えば、正当化できる鎮静薬使用は、基本的には二重効果鎮静だけだということになる。(ただし、第5節のiiで確認した通り、イギリスには調節型鎮静でも意識低下そのものが意図されていないと考えている医療者が多いという。)

サルメイシーの主張が正しいとすると、現実に国内外で実施されている持続的な鎮静の多くについては、正当化できない可能性が出てくる。たとえば、緩和医療学会の新ガイドラインは、そもそも二重効果鎮静の大部分を鎮静と見なしていない。疼痛を訴える患者にベンゾジアゼピンを持続投与する場合など、新ガイドラインが鎮静と認める行為の大半は、調節型の単一効果鎮静である。これは正当化できない可能性が出てくる⁵⁷。

サルメイシーの主張とは、詳しく見ると、(ア) 意識低下がそれ自体で極めて重大な悪である、(イ) 医師が意識低下を意図していないのは二重効果鎮静の場合だけである、の二つである。これらの主張の妥当性を検討することも今後の重要な課題である。

まとめておこう。鎮静の是非をめぐる論点はまず大きく二つに分けることができる。第一の大きな論点は、それがもたらす良い結果と悪い結果をそれぞれどのように評価し、どのようにバランスするかである。具体的には、悪い効果とは、意識低下そのもの、完全な無意識、無意識のまま死亡すること、死が早まることの四つである。これらはそれぞれ、どれだけ悪いことなのか。苦痛の除去という良い結果と比べて、どちらの方が重要なのか。これらの点が検討されなければならない。

また、とくに死を早めることと、無意識のまま死なせることについては、安楽死がもたらす帰結と比べてもあまり変わらないほど悪いと主張されることがある。この主張の妥当性が検討されなければならない。かりにこの主張が正しいとすると、たとえば今の日本では、安楽死が容認されていない以上、とくにこれらの結果をもたらすタイプの鎮静についてはどれだけ患者の苦痛が大きくても常に認められないと結論しなければならない可能性がある。

第二の大きな論点は、鎮静をかけるときの医師の意図がどこにあるかである。キルらは、調節型鎮静では、患者の死を早めたり、患者を無意識のまま死なせたりすることは意図されていないという。かりにこの主張が正しいとすれば、たとえばこれらの結果が極めて悪いことだとしても——またとくに、たとえば安楽死がもたらす結果と同じだけ悪いとしても——、調節型鎮静は正当化できるかもしれない。

また、サルメイシーは、二重効果鎮静以外の鎮静では、患者の意識を低下させることが常に意図されており、また、患者の意識を意図して低下させることは極めて稀な例外を除いて常に正当化できないという。こちらの主張が正しいとすれば、二重効果鎮静以外の鎮静は、単一効果しかない調節型鎮静も含めて、すべて正当化が難しくなる。キルらやサルメイシーの主張の妥当性もそれぞれ重要な論点である。

7. 結論

各節の内容を改めて要約する代わりに、これまでに述べてきたことの全体によってあきらかになった点を、ひとつだけ強調して終わりにしたい。

本稿の第4節では、調節型鎮静の一部である二重効果鎮静、あるいは調節型鎮静の全体について、そもそも鎮静であることを否定する意見があると述べた。その背景にあるのは、これらのケースでは患者の意識を下げるのが意図されていないように見えることがある、という事実だった。さてしかし、第5節では、これと全く同じ事実が、二重効果鎮静と調節型鎮静のそれぞれについて倫理的に正当化できるという考え方の根拠にもなっていることをあきらかにして述べた。つまり、鎮静とは何かという問題は、鎮静が正当化できるのはどのような場合かという問題とつながっている。

もちろんこれは偶然のことではない。上述の通り、ふだんから私たちは、自分が意図せず引き起こした結果について、それを自分の行為の一部だとは考えないところがある。しかし、それが自分の行為でないとすれば、たとえそれが悪い結果だったとしても、それを引き起こした責任を自分が負わないと考えるのは、やはり不自然なことではないのである。

しかし、やはり第5節で述べた通り、二重効果鎮静と調節型鎮静が正当化できるかどうかは、これから検討されなければならない問題である。これらのタイプの鎮静で意識低下が常に意図されていないという主張の妥当性にも検討の余地がある。したがって、少なくとも倫理的な議論の先行きにある程度の見通しがつくまでは、鎮静ということばはできるだけ広く定義しておく方が良いと思われるのである⁵⁸。

注

- 1 M.T. Heijltjes, et al., “Physicians’ Opinion and Practice With the Continuous Use of Sedatives in the Last Days of Life,” *Journal of Pain and Symptom Control*, 2022, 63(1), 78-87, p.82, table 2. また A. Takla, et al. “A Conscious Choice: Is it Ethical to Aim for Unconsciousness at the End of Life?” *Bioethics*, 2021, 35, 284-291は、プロポフォルによる緩和的な鎮静の例を検討している (p.286)。
- 2 日本緩和医療学会の『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年度版)』(金原出版、2018年)による鎮静の定義(「治療抵抗性の苦痛を緩和することを目的として、鎮静薬を投与すること」)もこの点では同様である。
- 3 緩和ケアで使用される薬の特徴については、たとえば、森田達也、白土明美、『緩和治療薬の考え方、使い方 Ver.3』、中外医学社、2021年が分かりやすい。森田達也先生と内藤(白土)明美先生、また今井堅吾先生からは、2020年に研究会で一緒にした際にも、鎮静薬について多くのことを教えていただいた。また、研究会を企画して下さった田代志門先生には、考えを整理するのを大いに助けていただいた。
- 4 D.P. Sulmasy, “The Last Low Whispers of Our Dead: When is it Ethically Justifiable to Render a Patient Unconscious Until Death?” *Theoretical Medicine and Bioethics*, 2018, 39, 233-263. とくにモルフィネ投与による意識低下の例は p.246.
- 5 たとえば、J.A. Billings and S.D. Block, “Slow Euthanasia,” *Journal of Palliative Care*, 1996, 12(4), 21-30; N. Skykes and A. Thorns, “The Use of Opioids and Sedatives at the End of Life,” *Lancet Oncology*, 2003, 4, 312-8.
- 6 もちろん、鎮痛剤であるオピオイドの投与は同時に鎮静でもあるという上述の理解が正しい

- とすると、この処置にかかわる倫理的な論点は、生命短縮とかかわらない論点であっても（たとえば、苦痛緩和と引き換えに意識低下を引き起こしてもよいか）、この処置にかかわるといふ点で、鎮痛と鎮静の両方に共通する論点だといえる。
- 7 町野朔他編著、『安楽死・尊厳死・末期医療』、1997年、信山社、27頁。
 - 8 「症状を抑える」や「症状を緩和する」や「症状を取り除く」といった表現は、一般的にはこのことを意味すると思われる。もちろん、症状と、それを生じさせているからだの不具合とを区別して、前者を患者が意識の上で経験している感覚（痛いという感覚、息苦しいという感覚、不安な感じ）の意味に限定して理解すれば、鎮静は後者の不具合は取り除けないが、症状についてはそのものを取り除くことができる、のようということも可能であるかもしれない（鎮静をかければ、痛い、苦しい、などと感じなくなるのは事実だから）。しかし、現実には、このような区別を立てることなく、医療者であっても「鎮静の目的は苦痛を緩和することだ」といふべきところを「鎮静の目的は症状を緩和することだ」のように述べるようなことがある（第4節iiに引用した医療者のことばを見てほしい）。こうした表現は、正確には間違いであるといふべきだろう。
 - 9 2022年の日本臨床死生学会年次大会のシンポジウム「呼吸不全の死生」で一緒した竹下啓先生、井上卓先生、松村優子先生には、呼吸不全と呼吸困難の違いや、呼吸不全の患者に対する鎮静の事例などについて教えていただいた。
 - 10 しかし、日本緩和医療学会のガイドラインに従って処方されているかぎり、患者の死を早めるリスクがあると考える根拠はないとする実証研究の結果報告がある。もちろん、ガイドラインに従っていないケースなどで、死を早めるリスクのある使い方があることは疑えない。森田達也、前田一石、「死亡直前の持続的深い鎮静は生命予後に影響しない」、『緩和ケア』、2016年、26(2)、146-151頁が分かりやすい。また、高草木光一、「公立福生病院事件の闇」、小松義彦、市野川容孝、堀江宗正編、『〈反延命〉主義の時代：安楽死・透析中止・トリアージ』、2021年、91-113頁は、ミダゾラムの投与が患者の死につながった国内の事例などをいくつかまとめて紹介している（102-6頁）。
 - 11 森田、白土、2021年、前掲書、324頁。
 - 12 Royal Dutch Medical Association, “KNMG/KNMP Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide,” August, 2012 (<https://derechoamoris.org/wp-content/uploads/2018/09/2012-guia-eutanasia-colegio-medicos-pbajos.pdf>, 2023年1月23日最終閲覧), p.16.) ただし、医師による自殺補助ではバルビツール酸の使用を勧めている (p.17)。
 - 13 S. Dierickx, et al. “Drugs Used for Euthanasia: A Repeated Population-Based Mortality Follow-Back Study in Flanders, Belgium,” *Journal of Pain and Symptom Management*, 2018, 56(4), 551-559, p.554, table 2.
 - 14 J.A. Billings and S.D. Block, 1996, op.cit., pp.24-5. 事例はもともと B.M. Mount and P. Hamilton, “When palliative care fails to control suffering,” *J Palliat Care*, 1994, 10(2), 24-6が報告したものである。
 - 15 町野朔他編著、1997年、前掲書、27頁。
 - 16 たとえば、日本緩和医療学会の鎮静にかんする新しいガイドライン（2018年、前掲書）は、ゆっくりとした安楽死の事例について、「比較的全身状態が良く、経口摂取ができていなど死期が迫ってはいない患者に対して […] 死亡まで持続的深い鎮静が継続され、同時に人工的な水分・栄養補給も中止された場合、医療者が生命予後の短縮を意図していないと説明することは合理的とは考えにくい」と述べている（VI章 倫理的検討、90頁、補注2）。

- 17 たとえば、安藤泰至、『安楽死・尊厳死を語る前に知っておきたいこと』、岩波書店、2019年は、積極的安楽死をシンプルに「医師が致死薬を患者に注射して死なせること」と定義している（16頁）。
- 18 たとえば、日本緩和医療学会、「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010年度版」、金原出版、2010年は、鎮静と積極的安楽死が連続的であると見なす見解と、明確に区別できるとする見解があるとして、両者の文献を紹介している（53頁）。
- 19 L.A. Jansen and D.P. Sulmasy, “Sedation, Alimentation, Hydration, and Equivocation: Careful Conversation about Care at the End of Life,” *Ann Intern Med.* 2002; 136: 845-849. P.846.
- 20 T.E. Quill, “Last-Resort Options for Palliative Sedation,” *Annals of Internal Medicine*, 2009, 151, 421-424, p.421.
- 21 トマス・ハリス、加賀山卓朗訳、『レッド・ドラゴン 新訳版 下』、早川書房、2015年、7-8頁 [Thomas Harris, Red Dragon, Barkley, New York, 2009, pp.223-4]。引用箇所中、最後から二つ目の文章は、英語の原文では「I'll interrupt ... to sedate him if he wants me to」だが、出版されている和訳では「かれが鎮痛剤を要求したら割りこませてもらいます」となっている（強調は筆者）。ひょっとすると、訳者には鎮静と鎮痛の区別がつかなかったのかもしれない。（あるいは、鎮静ということばが多く読者にはなじみがないと考えてあえて鎮痛に置き換えたのかもしれない。）いずれにしても、この部分だけ原文に忠実になるように訳を直した。
- 22 T. Tansjo, “Terminal Sedation: A Substitute for Euthanasia?” in T. Tansjo ed. *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?* Springer. 2004, 15-30, p.16. 原文では患者の名前は Mrs. Spring である。
- 23 日本緩和医療学会、2010年、前掲書。
- 24 同上、16頁。
- 25 同上、24頁。
- 26 日本緩和医療学会、2018年、前掲書、11頁。
- 27 T.E. Quill, et al. 2009, op cit., pp.421-424.
- 28 Ibid., pp.421-2.
- 29 Ibid., p.421.
- 30 Ibid., p.422.
- 31 A. Takla, et al. 2021, op.cit., p.286.
- 32 T.E. Quill, et al. 2009, op.cit., p.423.
- 33 たとえば、以下の調査では、調節型と無意識直行型の区別を前提とした質問紙が使われている。M.S. Putman, et al. “Intentional sedation to unconsciousness at the end of life: Findings from a national physician survey,” *Journal of Pain and Symptom Management*, 2013, 46(3), 326-334.
- 34 PPS を調節型鎮静と訳したのは新ガイドラインである。本稿もこれに従った。
- 35 日本緩和医療学会、2018、前掲書、10-11頁。
- 36 同上、14頁。
- 37 日本緩和医療学会 ガイドライン統括委員会、2018年、14頁、注5）。
- 38 Putman, et.al. 2013, op.cit は、無意識直行型とゆっくりした安楽死を同一視している（p. 327）。
- 39 D.P. Sulmasy, 2018, op.cit.

- 40 Sulmasy, 2018, op.cit., pp.246-52.
- 41 C. Saunders, *Cicely Saunders Selected Writings 1958-2004*, Oxford University Press, 2006; A. Jonsen et al. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, MacMillan, 1982; E.D. Pellegrino, “Emerging Ethical Issues in Palliative Care,” *JAMA*, 1998, 279(19), 1521-2.
- 42 森田達也、『続 終末期の苦痛がなくなる時、何が選択できるのか？ 苦痛緩和のための鎮静 [セデーション]』、医学書院、2022年、126頁。ストーンらの論文は、P. Stone, et al. “A Comparison of the Use of Sedatives in a Hospital Support Team and in a Hospice.,” *Palliative Medicine*, 1997, 11, 140-144.
- 43 Quill et al. op. cit., p.421.
- 44 森田、2022年、前掲書、Chapter 3に詳しい。本文以下で見るストーンらの論文とアンバィアスト・コンソーシアムの研究についても解説がある。
- 45 P. Stone, 1997, op.cit, pp.140-1.
- 46 Ibid., p.141.
- 47 日本緩和医療学会、2018年、前掲書、9頁。
- 48 鎮静をこのように定義することで検討対象から漏れてしまうことになる倫理的な論点について、新ガイドラインは自覚的である。具体的には「例えば、ハロペリドールを非常に高用量で投与する」ことが許容できるかといった疑問には答えられないと述べられている（日本緩和医療学会、2018年、前掲書、13頁、注4）。これは、二重効果鎮静でさえあればどんな投薬法でも許されるのか、という疑問と同じである。
- 49 J. Seymour, et al. “Using continuous sedation until death for cancer patients,” *Palliative Medicine*, 2015, Vol.29(1) 48-59, p.56. 森田、2022年、前掲書が、イギリスでは調節型鎮静がそもそも鎮静と呼ばれていないことを示す例としてこの論文を挙げている（51-2頁）。森田も本文で引用したのと同じ看護師のこぼしを引用している。
- 50 Ibid., p.51.
- 51 正確には、この医師は、投薬の目的が苦痛を除去することにあるとは言わず、「症状をコントロールする (to get symptoms under control)」ことや「症状を緩和する (to relieve symptoms)」ことにあると述べている。しかし、これらの表現が厳密に「症状そのものを抑えること」の意味で使われているとは考えにくい。この医師が（あるいはイギリスの医療者が一般に）、使おうとしている薬に目の前の患者を苦しめている症状そのものを抑える効果がある場合以外、意識低下作用のある薬を全く使用しないと考えるからである。
- 52 森田、2022年、前掲書、48-53頁。
- 53 Sulmasy, 2018, op.cit., p.246.
- 54 L.J. Matersvedt and G. Bosshard, “Deep and continuous palliative sedation (terminal sedation): Clinical-ethical and philosophical aspects,” *Lancet Oncology*, 2009, 10, 622-627.
- 55 たとえば、二重結果原則を挙げることができる。二重結果原則の古典的な定式化は、J.T. Mangan, “An Historical Analysis of the Principle of Double Effect,” *Theological Studies*, 1949, 10, 41-61.ただし、鎮静の正当化や安楽死との差別化のためには本文で述べた通りの原則が必要だということではない。すでに本文でも述べた通り、悪い結果を生じることが分かっているにもかかわらず、それを上回る良い結果も生じることが分かっているならば、行為は正当化できる、という原則（たとえば功利主義の原則）が正しければ、かなり広い範囲で鎮静を正当化できると考えられるかもしれない。また、安楽死と差別化する目的のためでも、たとえば、同じ

だけ悪い結果が生じると分かっている場合でも、その結果が意図されている行為よりも意図されていない行為のほうが正当化しやすい、という原則さえあれば十分である。後者の原則が提案された例としては F. Kamm, “The Doctrine of Double Effect: Reflections on Theoretical and Practical Issues,” *Journal of Medicine and Philosophy*, 1991, 16, 571-585.

- 56 「ほとんど常に」と述べたのはサルメイシーがごく稀な例外を認めているからである。しかし本稿では詳細を割愛する。
- 57 「可能性が出てくる」と述べるに留めたのは、この点も、注40に述べた例外がどのように解釈できるかによるためである。
- 58 『北海道生命倫理研究』の二名の匿名査読者から投稿原稿について非常に有益なコメントをいただいた。ここで感謝したい。