

[編著]

聖隷三方原病院副院長
緩和支援治療科 森田達也

東北大学大学院文学研究科准教授 田代志門

鎮静と安楽死の グレーゾーンを問う

医学・看護学・生命倫理学・
法学の視点

中外医学社

序文

本書は、緩和ケア領域で長年にわたって実践・研究されるとともに倫理的な論争を引き起こしてきた「苦痛緩和のための鎮静（palliative sedation）」と、安楽死とのグレーゾーンを正面から取り上げるものです。

オーソドックスな「苦痛緩和のための鎮静」については、国内外でガイドラインが公表されています。日本では日本緩和医療学会が「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」を2004年から発行・改訂してきました。このガイドラインは2018年版からは名称を「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」に変え、今も改訂作業が続いています。そのなかで例外的な扱いとして保留され、位置づけのはっきりしないものがあります。例えば、予後がまだ見込める患者の精神的な苦痛に対する鎮静などがそれに該当します。

その一方で、この間海外では、フランスにおけるクレス・レオネッティ法において「治療の中止と一緒に開始されて死亡まで継続される持続鎮静」が合法化されるなど、鎮静の適応範囲を拡張しようという動きもみられています。

鎮静は、論じるそれぞれの専門や立場、経験、人生観によって考え方が異なり、統一した一つの指針を明示することは困難です。一つの角度から議論しようとしても思考が偏る恐れがあり、その像は茫漠としたままになりやすいものです。そこで本書では、鎮静と安楽死のグレーゾーンと考えられる領域について、医学（緩和医学、精神医学、疼痛・麻酔学）、看護学、生命倫理学、法学の専門家9名の立場から論じてもらうことで、グレーの明度を上げ、その像を浮かび上がらせることに挑みました。本書の目的は、結論を導き出すことではなく、多様な観点を知り、どこに論点を置くことが妥当であるかをはっきりさせることです。

本書の冒頭では緩和ケア領域において鎮静が医学上の議論になった経緯をまとめながら、議論すべき鎮静の枠組みを提案し論点をあげました。それに対して、各専門家が専門領域における見解を示し、最後に論点を整理するという構成になっています。9人の専門家はいずれも日本緩和医療学会の鎮静ガイドライン・手引きの作成にかかわっており、本書はその作業からのスピノフ作品ともいえるものです。ガイドライン・手引きには表現されにくい、議論になった「生の声」が届くといい

なと思います

緩和医学からは新城拓也と今井堅吾に依頼しました。新城は精神的苦痛が前面にあり自ら鎮静を希望する患者との出会いから、NHK クローズアップ現代『『最期のとき』をどう決める——『終末期鎮静』めぐる葛藤』への出演やSNSを通じてリアルな現場を世間に届けようとしています。今井は、淀川キリスト教病院と聖隷三方原病院という日本を代表する2つのホスピスに勤務し、鎮静の実践が施設によって大きく違う現実を目の当たりにして、鎮静の実証研究に取り組んでいます。偶然ですが両者は出身大学が同じであり、「終末期患者の苦痛は放っておくものだ」という時代を生きて今に至る豊富な臨床経験に基づく論考となっています。

精神医学からは明智龍男が、疼痛・麻酔学からは馬場美華が執筆しています。明智は、がん専門病院が精神科医を診療チームに迎え入れた時代の先駆者です。国立がんセンター東病院の緩和ケア病棟で「緩和することのできない精神的苦痛」を前に精神医学はなにができるのかを突き詰めて考えていました。馬場は、麻酔科出身の緩和ケア専門医として、疼痛に対する評価や患者の意識の評価に関して鎮静を検討するうえで必要な専門的な知見をまとめてくれました。看護学は我が国のがん看護のトップランナーである田村恵子が引き受けてくれました。彼女のライフワークである「スピリチュアルペイン」に対する鎮静についてどう考えれば良いのか、という難題に取り組んでいます。

生命倫理学からは、田代志門と有馬斉が執筆しています。田代は、国内の鎮静に関するオーソドックスな倫理的枠組みにおいて、グレーゾーンの鎮静がどのように位置づけられるかを検討しています。田代はあくまでも鎮静と安楽死との相違点を強調する立場を貫いていますが、有馬はこれとは対照的に安楽死と鎮静との道徳的な類似性を主張しています。両者の論考を読み比べることで読者は鎮静と安楽死との区別についての考え方の幅を知ることができるでしょう。

法学からは、一家綱邦と一原亜貴子が執筆しました。一家は医事法の立場からインフォームド・コンセントの問題を中心に論じるとともに、病院としての組織的な対応や法的な環境整備の重要性を指摘しています。一原は本書の構想時に鎮静に関する論説を発表していた唯一の刑法学者であり、刑法の立場から鎮静がどのようにみえるのかを教えてください。両者は、2023年に公開予定の新しい日本緩和医療学会の鎮静の「手引き」において、鎮静の法的側面を検討しており、その過程で得られた成果の一部が本書に収められた論考として結実しました。

以上の執筆陣に加えて、鎮静に関して長くかかわってきた3人の「生き字引」的

な先生方として、臨床は池永昌之先生、倫理は清水哲郎先生、法学は稲葉一人先生にお願いしました。お三方とも国内で鎮静に関するガイドラインができたときからの関わりであり、20年にわたる歴史的な経緯を知る人たちです。

本書を通読すれば、鎮静と安楽死のグレーゾーンに関する全体像や論点を掴むことができます。编者としては、それを通じて「私ならどうするだろう？」と自分自身の考えをより深めることや、国内で既に現実的な選択肢として行われている「鎮静」の社会的な位置づけが明確になることを期待しています。最後になりましたが、本書の刊行にあたって企画段階からご尽力いただきました中外医学社の鈴木真美子さんに深謝いたします。

2023年5月

编者 森田達也 田代志門

4

鎮静は患者の苦痛を緩和する 最後の手段になるのか？

人間は一人では生きていけない。だけど、死は、自分一人で引き受けるしかないと思われている。僕は違うと思います。死こそ、他者と共有されるべきじゃないか。生きている人は、死にゆく人を一人で死なせてはいけない。一緒に死を分かち合うべきです。（平野啓一郎『本心』）

私たち人間は、だれも個人としての個人生活をいとなむだけでなく、意識するとしないにかかわらず、その時代とその時代に生きる人々の生活をも生きるのである。（トーマス・マン『魔の山』）

1

一人の医師が緩和ケアと鎮静を知るまで 1996年から2001年まで

真実を明らかにしない医師

人は自分の経験を通じて信念を固めていく。どんなに幼い子どもであってもわずかな経験から、自分がどう振る舞うかを学習するし、医師も患者の診療の経験を通じて、治療への信念を構築していく。うまくいった感触を得た経験は、信念をより補強していくし、うまくいかなかった苦い経験もまた、信念を修復することなく、さらに補強して強固にしてしまう^{1,2)}。凝り固まった信念を変えていくには、本当にそうなのかと検証する機会の到来が必要だ。例えば私の場合こういうことだ。


私は医師になってから5年、内科医として病院で働いていた。時は2000年を迎える頃だった。その病院では専門分野を定めて仕事ができるほど、医師は多くなかった。内科の疾患ならほとんどすべての患者を診療する必要があった。あらゆるがん患者も当然自分で診療した。まだ当時ではがんという病名を本人に伝える前に、家族と相談してから、どう本人に伝えるか打合せをしていた。ほとんどの場合は、嘘



7

抑うつ状態の患者に鎮静・安楽死を提供することは許容されるのか？

サイコオンコロジーの立場から



私自身は精神科医であり、長くがん医療に従事してきた。そういった意味では本書のなかでは精神腫瘍学（サイコオンコロジー）の専門家として執筆の機会をいただいたものと理解している。私は大学院および大学に勤務しているが、自身のアイデンティティは研究ではなく臨床にあり、自身の立ち位置は臨床医そのものである。臨床をよりよいものにするために臨床研究を行ってきているが、それはすべて臨床に還元するためである。なぜ、こんなことを冒頭で表明するかというと、個人的には、患者が幸せに過ごせるのであればそれでよいと単純に考えている実地の医療者であり、法律や哲学的な考察などを深めることが自身のアイデンティティではないという立場を明確に示しておきたいためである。おそらく患者や家族の立場からすると、幸せになることとは、不幸を経験しないですむこと、きわめて限られた予後であれば多くの場合は苦痛が取ればそれでよいのであって、そういった意味では、私自身は、直感的に鎮静と安楽死は大差ないと感じる側面も多い。しかし、実際に様々な面から考察を深めていくと、医療者としてはこれらについてもっと深く考え、安易な行為に貶めてはいけないのだろうとも感じている。ここで幸せとは何か、という問いが出てくる。幸せの状態自体も個別적であり、明確に定義することが難しいが、私自身は、前述したように「不幸でないと人が感じている状態」と考えている。そして不幸であると感じることに最も関連するのは後述するうつ病ではないかと思う。深刻な精神的苦痛はとてつらい、と精神科医の経験からは感じる。例えば、精神的な苦しみをやわらげるために、身体を傷つけるリストカットをすることなどもある意味その証左ではないだろうか。

一方、わが国におけるこれまでの判例をもとに考えると（章末参考資料）、肉体的苦痛でない、うつ病を含めた精神的苦痛が、鎮静や間接的なものも含めて安楽死に際しては法的には許容されないと思われるが（間接的安楽死：苦痛除去・緩和のために医療行為の副作用により生命の短縮を伴うこと）、本章では、あえてその法的解

①現場での悩み

何が本人にとっての最善の治療方針なのか

1 臨死期における QOL の向上と医療・ケアの目標

WHO の定義¹⁾によると、緩和ケアの目標は「患者と家族の QOL の向上」とされている。しかし、そのとき、その場での個人の QOL の総体を簡単に評価することは難しい。現場で提供される医療を評価するために利用される QOL 評価は、提供される医療に関連付けられ、健康関連 QOL とも言われているが、そもそもその人の QOL は健康の概念だけで評価されるものではない。社会学の立場から捉え直すと、経済的な視点や住居などの生活環境、人間関係、生きがいなどの視点で評価することも重要とする見方もある。つまり、一言で QOL といっても、その測定者の専門性や測定すること（研究すること）の目的によっても、様々な捉え方が存在しており、なにをもって個人の QOL が向上したと評価するかは難しいと言える。

一方、緩和ケアの現場で利用される QOL 評価は全人的苦痛に配慮されたものが多いが、これも提供されるケアの性質から身体症状や精神症状の評価に比較的重きが置かれている。しかし、個人において各項目の重みづけは異なると言える。つまり、その人の価値観や人生観、余命が限られた状態で何を大切にしたいかということは、その人それぞれの希望によって異なるものだからである。そのうえ、緩和ケアにおいては、患者の家族の QOL の向上も重要な目標になる。つまり、患者が期待する医療の目標と家族が期待する医療の目標が相反するような場合、我々が目指すべき緩和ケアの目標は大変複雑で、簡単に方向性や答えを示すことは難しい。

それでは、終末期患者において、その臨死期（予測される生命予後が 1~2 週以内）における医療・ケアの目標は何であろうか。特に、臨死期における苦痛緩和のための鎮静において、苦痛の緩和とコミュニケーション能力の低下に影響する鎮静の深さのバランスを、個人の QOL の観点からどのようにとるのかは、様々な要因が関係すると考えられる。ある人にとっては、しゃべられなくとも、目を開けられなくとも、動けなくとも、苦しそうではないことが QOL の良い状態と捉えるかもしれない。しかし、一方で、ある人にとっては、いくらか苦しうでも、返事ができ、家族とコミュニケーションがとれることが QOL の良い状態と捉えるかもしれない。治療方針を決定する時点で、患者がその希望を伝えることが困難になっている場合、患者に





9

持続的深い鎮静の倫理

安楽死と何が違うのか

1 鎮静のルールをどう考えるか

鎮静が倫理的に許容される要件を考えるうえで重要なことは、要件を緩和しすぎて安楽死との境界を曖昧にしないようにしつつ、過度に厳格化することで患者の苦痛を放置するような実践を助長しないことである。これまで筆者は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年版）¹⁾」（以下「手引き」と略）の作成・改訂に生命倫理の専門家として関与するなかで、この2つの視点の間でバランスを取ることの重要性を強く意識するようになった。

実際、鎮静の実践は施設ごと医師ごとの考え方の違いも大きく、医療従事者は自分の見てきた現場を念頭に置いた主張にコミットしやすい。「医師があまりにも厳格に適応を考えるため患者の苦痛が放置されている」「まだやれることがあるのに患者を寝かせようとする医師がいて困っている」といった声はいずれもその現場のリアリティを伝えているのだろう。そのため、鎮静のルールを考える際には、こうした両極端の事態をともに気にかけて議論を進めていくことが求められる。

もっとも、緩和ケアの専門家の間では後者のような安易な鎮静はあまり多くは行われていないと考えられているのかもしれない。しかし一般病棟や病院以外の高齢者施設においてはどうか。また、「手引き」の内容は洗練されたものだが、そもそも一般のがん治療医はその内容を知悉しているわけではない。私自身、がん専門病院に勤務していた際には、治療医側の「もう鎮静を」という主張と緩和ケアチーム側の「まだできることがあるのでは」という主張の間で板挟みになったこともある。その意味では、鎮静の倫理を考える際には、緩和医療の専門家が不在の場で行われている実践も含めて考える必要がある。それゆえ、「手引き」とは別に広く一般の医療者や市民に対しても鎮静の倫理的な許容要件についてよりわかりやすくか