

緩和医療の「最後の砦」としての終末期鎮静

Kobayashi, Atsuko / 小林, 亜津子

(出版者 / Publisher)

法政哲学会

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

法政哲学 / 法政哲学

(巻 / Volume)

7

(開始ページ / Start Page)

1

(終了ページ / End Page)

12

(発行年 / Year)

2011-06

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00007953>

緩和医療の「最後の砦」としての終末期鎮静

小林 亜津子

オランダでは、安楽死法制定以降、人びとの関心が高まって緩和医療に向けられている。

一九九〇年以降、オランダでは、五年ごとに、終末期の意思決定についての全国規模の経験的調査が行なわれており、最新の二〇〇五年の調査は、オランダで安楽死法が施行された（二〇〇二年）後の初めての調査ということで、注目を集めていた。調査結果は大方の予想を裏切り、それまで増加傾向にあった安楽死や自殺幫助の実施件数が、調査開始以降、ともに初めて減少に転じたことが報告された。

安楽死の場合、二〇〇一年に全死亡者数のうちの二・六％だったのに対し、二〇〇五年には一・七％に減少している。実施件数とは別に、安楽死の依頼件数も減少しており、安楽死のリクエスト自体が減っている。自殺幫

助も二〇〇一年の〇・二％から〇・一％に減少している。

こうした現象の大きな要因として、二〇〇二年の安楽死法制定以降、人びとの関心が緩和医療に向けられたことが挙げられる。とくに安楽死や自殺幫助に代わって、「鎮静」という方法が導入されたことが指摘されている。オランダで「持続的な深い鎮静」を受けながら亡くなった患者は、二〇〇一年には五・六％だったのに対し、二〇〇五年には八・二％に増加している。

「持続的な深い鎮静 (continuous deep sedation)」は、終末期の徴候管理の「最終手段」とされており、治療抵抗性をもったがんの疼痛、窒息や呼吸困難の苦しみに対処するために、鎮静剤を用いて、苦痛を知覚する意識主体の活動そのものを封じ込めることである。すなわち、モルヒネによるペインコントロールが限界に達したとき、

鎮静剤を投与して、患者の意識を失わせることで、患者を末期の耐えがたい苦痛から解放するという方法である。

実際に、終末期に「鎮静」を必要とする患者は、がん患者の場合、その約一割と言われている。日本で二〇〇四年に行なわれた、終末期の痛みの発生頻度にかんする調査によると、終末期に「鎮静」を必要とした患者の割合は一〇・六%であった⁽¹⁾。

海外の統計でも、ほぼ同じ割合であり、末期の肉体的苦痛を回避するために、約一割の患者が鎮静を必要としている現状があることが分かる。日本での近年のがん死亡者が三二、三万人であることを鑑みれば、そのうちの一割、約三万人が、終末期に「鎮静」を必要とする状況にあることになる。

この持続的な深い鎮静は、アメリカでは一九九〇年代から、ヨーロッパでは二〇〇〇年に入ってから、生命倫理の議論の表舞台に登場し、安楽死や自殺幫助と並ぶ、あるいはそれ以上に好ましい（倫理的、法的问题の少ない）終末期の新たな選択肢として注目を集めるようになった。現在、終末期の耐えがたい苦痛に対する医療の最終的な対応として、安楽死か、自殺幫助か、それとも「持続的な深い鎮静」か、という形での議論が活発に行なわれており、この「持続的な深い鎮静」の道德的、法的評

価が、欧米の終末期医療の研究者たちの主要な関心事となっている。ただし、この行為の道德的、法的評価は複雑である。

「持続的な深い鎮静」の開始と同時に、それまで行なっていた医学的治療（透析、血圧の管理、抗生剤の投与など）や栄養と水分の補給を中止したり、鎮静による意識消失によって、それまで経口摂取できていた飲食物を摂れなくなった場合、あえて栄養や水分の人工的な補給をしない（差し控え）という決定が、併せてなされることが多い。

たとえば、オランダ王立医師会による二〇〇五年の「緩和鎮静のガイドライン」では、持続的な深い鎮静を始めたら、人工栄養と水分補給を提供しないか継続しないことが勧告されている。その場合、ほとんどの患者は、「持続的な深い鎮静」の開始から三日以内に脱水症状で死亡することになる。実際に、二〇〇五年のオランダの調査では、三分の二以上のケースで、生命維持治療の中止が並行して行なわれていた。オランダ国内でも医療施設等によって差があり、二〇〇八年の調査で、オランダのナッシング・ホームでは、持続的な深い鎮静と並行して人工輸液を中止するという決定が、極めて頻繁に（九一・三%）行なわれていることが分かった⁽²⁾。

この生命維持治療のカットと結びついた「持続的な深い鎮静」は「終末期鎮静 (terminal sedation)」(オランダでは「緩和鎮静」と呼ばれている)。

この「終末期鎮静」の道徳的評価は分かれており、これを安楽死とは厳密に区別される緩和的介入の一形態ととらえる見方もあれば、これは緩和ケアの姿を借りた「緩慢な安楽死」ないしは「偽装された安楽死」であるという批判的な見方もある。

緩和医療の側からは、「終末期鎮静」は当初、「最後の皆 (a last-ditch)」と言われており、追いつめられた時の最終手段、すなわち、モルヒネによるペインコントロールが失敗したときの、苦し紛れの(緊急避難的)措置とされてきた。「終末期鎮静」自体が、緩和ケアの「限界」や「失敗」を象徴するものだったのである。

ところが、最近、主にオランダやアメリカのホスピスでは、「終末期鎮静」がルーティン化されつつあり、これも緩和的介入の一手段であるという認識に変わってきている。つまり、「終末期鎮静」をルーティン化して、緩和ケアの一部とすれば、緩和医療に対応できない苦痛はないと言えるのではないかというある種の「開き直り」である。

さらに、「終末期鎮静」を緩和ケアのルーティンとし

て取り込んでしまえば、これまで、緩和ケアの「失敗」の結果と見なされてきた、苦痛から逃れるための安楽死や自殺補助を不要にするのではないかという主張も出されている。

「鎮静が、終末期患者のための緩和ケア全体の本質的な要素として含まれるならば、医療者による自殺補助の必要性は生じない。」⁽³⁾

本稿では、①「終末期鎮静」は、見かけ以上に(積極的)安楽死や自殺補助に近く、これ自体が両者とは倫理的に等価である。②「終末期鎮静」のこのような性格を省みずに、これを緩和医療として推奨することは、(積極的)安楽死や自殺補助のニーズを回避するのではなく、むしろ両者の社会的な黙認を促すことになる。さらに、③「終末期鎮静」を推奨することは、末期患者の尊厳の喪失にもつながり、それはけつして緩和医療の目指す方向とはならない。この三点を論じていくことにする。

1. 自殺補助と「終末期鎮静」

「終末期鎮静」には、コンピテンス(対応能力)のある患者の自発的な要請に応じる形で行なわれる場合と、すでに対応能力を失っている患者(意識混濁やせん妄、

昏睡状態など) に対して、医師や患者の家族が、その実施に駆り立てられる場合とがある。

対応能力のある患者がみずから「終末期鎮静」を要請する場合は、患者が自発的に飲食(チューブ栄養や静脈内への水分補給を含む)を拒否し、そのことにともなう苦痛や不快感(飢えや渇き)、さまざまな身体的徴候(脱水症状に付随する)を緩和するために、死に至るまでの間、「深い鎮静」の持続を医療者に要請するという形で行なわれる。これは、自殺幫助の是非が終末期の議論の争点となっているアメリカで広く実施されている。

たとえば、全米ホスピス緩和医療協会では、この「終末期鎮静」を「道徳的、臨床的に好ましい手段」であるとしている。というのも、飲食の自発的な拒否は、患者の治療拒否権の行使であり、それに並行する「鎮静」は、緩和ケア、苦痛緩和のための臨床的サポートである。飲食の自発的な中断と「持続的な深い鎮静」は、そのどちらにおいても、医療者が患者の死を故意に早めることがないからなのだという。この点で「終末期鎮静」は、自殺幫助や安楽死とは違って、医療者にとつての心理的負担の軽減にもつながるともいわれる。

飲食を拒否する権利が、患者の治療拒否権のなかに含まれるか、ということは議論の余地がある。アメリカ最

高裁は、一九九七年、自殺幫助を禁じる判決を述べた際、患者がみずから飲食を拒否することは、判断能力のある患者の治療拒否権に含まれるという見解を示唆している。それ以降、このことは患者の法的権利として認められるようになってきている⁽⁴⁾。

しかし、治療拒否権は通常、延命治療などの医学的治療の拒否権をさしている。ローマ・カトリック教会では伝統的に、患者に飲食を提供する(栄養チューブや点滴による水分補給も含まれる)ことは、「通常の治療手段」であるとされてきた。患者(あるいは家族や医療者)が飲食のような「通常の」(苦痛やリスクの考えにくい)手段を拒否する場合には、そのような拒否は自殺か、生命を故意に終わらせることに該当すると見なされてきた。

この伝統的な見方からすると、患者がみずからの死期を早めるために飲食をやめるとき、その決定を臨床的に支持することは自殺幫助と倫理的に等価であると思われる。少なくともそれが、緩和ケアにあたるのかということには、疑問の余地がある。

2. 「自然死」としての「終末期鎮静」

先ほどとは対照的に、すでに対応能力を失っている末

期患者を対象にして、「終末期鎮静」が行なわれるケースもある。

オランダで行なわれた二〇〇八年の調査によると、「安楽死」を要請するのは、比較的若く（平均年齢六三歳）、判断能力のクリアな患者であるのに対して、「終末期鎮静」を受ける患者の方は、より高齢で（平均年齢七十二歳）、容態が悪く、すでに意識混濁やせん妄を起こしている、対応能力を持たないケースが半数以上である。

「鎮静」を開始するとき、またはそれ以前の容体の落ち着いていたときに、患者本人が「終末期鎮静」を望む意思表示をしていたケースは、全体の七〇・三%であり、残りの約三〇%は、医師や家族が（患者の苦しみを見かねて）「終末期鎮静」に駆り立てられているという状況である。

アメリカの場合は、先にみたように、「終末期鎮静」を患者の治療拒否権の行使として捉えているので、対応能力をもたない患者に対して、患者の家族や医師がパターナスティックにこの行為に及ぶ場合には、刑事訴追のリスク（故殺罪となる）を負うことになる。

それに対して、オランダでは「終末期鎮静」（オランダでは「緩和鎮静」という）は、「安楽死」とは違い、可能な場合にのみ患者の同意を得ればよい「通常の医療行

為」とされている。報告義務もないうえに、外部の審査が立ち入ることもなく、「終末期鎮静」による患者の死は、「自然死」として登録されることになっている。

けれども、「鎮静」によって、すでに対応能力のない患者の意識を失わせ、栄養や水分の補給をカットしてしまふという行為、その「終末期鎮静」による死は、はたして「自然死」、「ナチュラル・コースによる死」なのだろうか。

3. 緩和ケアと「消極的安楽死」？

緩和医療では、「終末期鎮静」における「鎮静」と生命維持治療のカットを区別して捉える見方が主流になっている。たとえば、アメリカホスピス緩和ケア協会では、つぎのように言われる。

「人工的な輸液と栄養の差し控へは、通常、鎮静と並行しているが、そのような治療を提供するか、中止するか、差し控えるかの決定は、鎮静を提供するか否かの決定とは切り離されるべきである。」⁽⁵⁾

日本緩和医療学会のガイドラインでも、同じ趣旨のことが述べられている。もちろん、これは「鎮静」の悪用に対する抑止力となるだろう。けれども、「鎮静」と生命

維持治療のカットを区別して考えることは、「終末期鎮静」の道徳的評価を誤らせることになるのではないか。

「終末期鎮静」が倫理的にきわめて問題の少ない方法だと推奨される場合には、さきの緩和ケア学会のガイドラインが引用され、「鎮静」と生命維持治療のカットを区別して、「鎮静」は緩和的介入、生命維持治療のカットは「鎮静」から独立した「治療の差し控え、ないし中止」、いわゆる「消極的安楽死」と考えればよいとされる。

致死薬の投与による「積極的安楽死」とはことになって、「消極的安楽死」は、対応能力を失っている患者に対してでも道徳的に許容可能だとされる場合がある。たとえば患者によるアドヴァンス・ディレクティブがある場合や、それらがなかったときでも、治療の継続が「無益」だと思われたり、治療が患者に「過度の負担」を強いることになったりする場合、パターナリスティックな判断による実施が許容されている。

けれども、「鎮静」は緩和的介入、そして死ぬまで意識を消失した状態であるなら、治療の継続は「無益」であるから、その「差し控え、ないし中止」は許容されるという二段構えのとらえ方は、「終末期鎮静」の道徳的評価としては不適切ではないだろうか。人為的な「鎮静」下での生命維持治療のシャットアウトは、「消極的安楽

死」で想定されていた「死にゆく過程を遮らないこと」とは状況がことなると思われる。

少なくとも、臨床の場面で、実際に患者の鎮静に関わる医療者は、「終末期鎮静」を何らかの「積極的」な行為として経験していることが報告されている。

4. 看護師たちの心情的負担

緩和ケア科やICUで「終末期鎮静」に携わった経験をもつ看護師を対象にした調査（合衆国）によると、看護師たちの多くが、「終末期鎮静」を行なっている最中に、その実施が「積極的安楽死」や「自殺幫助」と「紙一重（a fine line）」であるという「倫理的苦闘（ethical struggle）」を感じていたことが報告されている⁽⁹⁾。

「私が苦闘しているのは……安楽死と緩和鎮静の間の紙一重の差のところで勤務していることです。私は安楽死に完全に反対ではありませんが、安楽死は合衆国では非合法です。」⁽¹⁰⁾

「紙一重」という感覚を、別の看護師がつぎのように表現している。

「明らかに、いったん鎮静がなされたら、患者さんたちはそれ以上何も食べたり、飲んだりすることができませ

ん。だから、終末期鎮静は、わたしには自殺幫助のように思われます。というのも、ある人を自分自身では何もできない程度にまで鎮静し続けているからです。われわれは、そのような介入を行なっているのであり、それが彼らの死の原因となっているからです。」⁽⁸⁾

5. 「兵糧攻め」とのアナロジー

このことはまた、「兵糧攻め」とのアナロジーで表現されることもある。

「たとえば、Aを、都市Bを降伏させることを意図して、都市Bを飢えさせる軍隊として考えてみよう。もし都市Bの人びとが降伏に応じずに餓死を選んだなら、AがBを「死ぬに任せた」という表現は不十分であるように思われるだけでなく、誤つてもいる。この表現が意味しているのは、BはAの行動とは無関係な原因で死に至ったということである。」⁽⁹⁾

軍隊Aが、都市Bを陥落させるため、B市の生活物資の経路を絶ち、飢えさせる作戦を実行したとする。もし、B市の人びとが、街の引き渡しに応じずに、みずから餓死することを選んだなら、AがBをたんに「死ぬに任せた」わけではない。AがBを餓死させる状況に「追い込

んだ」のであり、むしろこう言わなければならない。

「AがBを、その生存がAの行為にかかっている状況へと積極的に追い込む。そしてAは実行を拒む」と⁽¹⁰⁾。

同様に、医療者が患者を鎮静状態にして、生命維持に不可欠な治療をシャットアウトすることは、たんにAがBを「死ぬに任せる」ことではない。鎮静状態の患者は、食物や水、薬を摂取したり、それらを要求したりすることができなくなる。そのような無防備な状態に患者を追い込んだうえで、患者の生存に不可欠な行為を医療者が敢えて拒むことは、患者の死期を故意に早めること、言い換えれば、患者を作為的、計画的に死のプロセスに追い込むことであり、患者を「殺すこと」あるいは「死ぬに任せること」によって、殺すことである。

この議論は、さきにみた現場の医療者の感覚と一致している。

さらに、「終末期鎮静」の道徳的評価は「消極的安楽死」とはことなるとい主張は、それを受けた患者の死因に着目して論じられることもある。

6. ナチュラル・コースと人為的な不作為

「終末期鎮静はたんに「自然にその経過を辿らせること」

であるという考えは、問題である。というのも、しばしば、患者は、基礎疾患ではなく、水分の差し控えによる脱水症状で死ぬからである。」⁽¹¹⁾

鎮静を受けている患者から、医学的適応外で栄養や水分をカットした場合、多くの患者は脱水症状によって死亡する。よって、それは「ナチュラル・コースによる死」ではない。患者は、自分の病気ではなく、栄養や水分を故意にカットされたことによって死亡したからである。

これに対して、つぎのような反論がある。

「喉の渇きあるいは空腹によって死ぬことは、病気によって死ぬことと同様、まさしく自然である。双方のケースにおいて、自然はその経過を辿る。」⁽¹²⁾

たしかに、栄養や水分が摂取できなければ、餓死や脱水症状という現象は自然に起こることである。しかし、栄養や水分があっても、それを提供できる人が与えなければ、餓死や脱水症状は起こる。その死は、人為的な不作為の結果であると見なされるのではないか。

それはたとえば、母親がわが子に授乳をせずに餓死させた場合と同じであろう。授乳しようと思えばできたのに、「死んでもかまわない」という気持ちで授乳を放棄し、子どもを死亡させた場合には、刑法では殺人罪が成立する（不真正不作為という）。

鎮静前には、生命維持治療が有効であったり、飲食物を経口摂取できていたりしていた患者に対して、鎮静開始を理由に、それらをカットしてしまうことも、これと同じことではないだろうか。鎮静によって、患者の意識を奪い、飲食を要求しない状態を人為的に作り出した上で、医学的適応外で、生命維持に不可欠な栄養と水分の補給をシャットアウトするということは、死の条件提供であり、患者を意図的、作為的に、死にゆく過程のなかに置いたということになる。言葉を換えれば、それは「死ぬにまかせろ」ように見せかけた計画的な殺人になるのではないだろうか。

このように「終末期鎮静」は見かけ以上に「積極的安楽死」や「自殺補助」「慈悲殺」に近いものであり、両者が合法化されていない国や地域で「終末期鎮静」が実施された場合、患者本人の要請があれば、嘱託殺人罪か、もしくは自殺補助罪、本人の要請がなければ故殺罪（殺人）になると思われる。

7. 終末期鎮静と安楽死の交差

では、「積極的安楽死」や「自殺補助」を容認する立場の論者にとっては、「終末期鎮静」は、どのように捉え

られているのだろうか。

たとえば、「終末期鎮静」は「積極的安楽死」や「自殺幫助」の代替となり、これらの行為が法律で禁じられている国でも容認可能な「安楽死の議論における妥協策」⁽¹³⁾であると言われることがある。

たしかに、「終末期鎮静」が「安楽死」や「自殺幫助」の代替として利用されるケースも報告されている。

二〇〇八年のオランダの調査では、「鎮静」の実施件数の増加は、一般開業医の診療を受けているがん患者のケースが大部分を占めており、これは「安楽死」の依頼や実施がもつとも頻発する患者層である⁽¹⁴⁾。そこで「安楽死」の減少と「持続的な深い鎮静」の増加が顕著に見られるため、両者の置き換えが可能な場合もあると推測される。さらに、「持続的な深い鎮静」を受けた患者の九%は、それに先立って、「安楽死」や「自殺幫助」の要請を拒否されていた。「安楽死」等が認められなかったから、「鎮静」を選ぶというケースが約一〇人に一人ということになる。

このように、「終末期鎮静」が、「安楽死」や「自殺幫助」の代わりとして用いられているという現状はあるが、そのことが患者の希望に当たっていたかどうかは、別の問題である。

一般に、「終末期鎮静」と「安楽死」は、異なった臨床の問題に対処すると言われている。オランダの調査によると、患者による「終末期鎮静」の依頼は、身体的な苦痛を理由にしたものが多いのに対して、「安楽死」の依頼は、身体的苦痛よりも自己の「尊厳の喪失」や「自律の喪失」の認識を根拠としてなされることの方が多い。これは、一九九五年にオランダで全国規模の終末期の意思決定に関する調査が始まった当初から、報告されていることである。

尊厳の喪失感が、「安楽死」や「自殺幫助」の依頼の動機になるということを支持する報告は、オランダ以外にもなされている。「自殺幫助」が合法的に実施可能なアメリカ合衆国のオレゴン州でも、「自殺幫助」の依頼の最大の動機は、身体的苦痛ではなく尊厳の喪失である。

患者がみずからの死に際して、「尊厳」を守りたいと考え場合には、「終末期鎮静」はそのニーズには答えられないのではないだろうか。

日本人を対象にした調査では、終末期に際して、みずからの「尊厳」と「死への準備」を重要視する患者は、最後のときに意識が清明であることを望んで「終末期鎮静」を拒否することが報告されている⁽¹⁵⁾。尊厳を重視する人にとっては、薬で「寝かしつけられる」終末期鎮

静は受け入れがたいという。また、別の調査では、患者は医療者が考える以上に、精神的な清明さ、クリアな判断能力を維持したまま死を受容することを重視していることが示されている。

「一般の人びとは、医学的介入が自分たちの精神的能力に影響を与えるかどうかについてより高い価値を置いているのに対し、医療者は主に患者の生命への医学的介入の影響に関わっている……このことは、「よき死」の調査による経験的な研究結果——それは精神的清明さが、よき死にゆく過程を達成する際に、医療よりも患者にとつて、より重要であると考えられている——および、鎮静はしばしば「精神的な安楽死」と呼ばれるという予備段階の研究結果と一致している。」⁽¹⁶⁾

このように、最期のときを自分でコントロールできない「終末期鎮静」は、「尊厳」や「自律」を守りたいという患者の欲求に応えられるものではない。そのため、たんなる肉体的苦痛の回避ではなく、自己の「尊厳」を守るために「安楽死」や「自殺補助」を支持する論者にとっては、「終末期鎮静」は、必ずしも支持できる行為ではないのである。

8. 緩和ケアの「理想」と終末期鎮静

さらに、死に至るまでの意識消失をとまなうこの「精神的な安楽死」は、緩和ケアの理念とも相容れない性格をもっている。「終末期鎮静」は、緩和ケアの「理想」と真逆である。少なくとも、このことがWHOの「緩和」の定義にあてはまるのかどうかは疑問である。

WHOの緩和ケアの定義によれば、緩和ケアは「QOLを改善するためのアプローチ」である。浅い鎮静であれば、患者は完全な意識消失に陥ることなく、改善されたQOLを享受することができる。けれども、「終末期鎮静」では、患者は苦痛から解放されるが、その改善された状態、QOLを認知する意識は、患者から失われてしまっている。WHOの「緩和」の定義がQOLの改善であるならば、このQOLのセンシビリティを低下させる、あるいは封じ込めてしまう「終末期鎮静」を緩和的介入とすることには議論の余地がある。

緩和医療の理想は、患者の意識レベルを下げることでなく、身体的な苦痛から解放することである。すなわち、意識レベルの低下という「悪い結果」を伴わずに、苦痛からの解放のみを実現することであり、患者が判断能力を維持したままに静かに死を受容できるようにするこ

とである。緩和医療の「限界」を補完するものとして登場した「終末期鎮静」は、身体的な苦痛からの解放という目的を果たせたとしても、「緩和」医療の目指す「QOLの享受」、さらに「判断能力を維持した状態で、尊厳ある死を受容する」可能性を閉ざしてしまう。ここには、人間の尊厳にふさわしくない身体的苦痛を回避する「緩和」的介入が、人為的な植物状態という人間の尊厳にふさわしくない状況を作り出すという新たな問題が生じている。

また、従来の緩和ケアでは、飲食の提供やチューブによる栄養補給、点滴による水分補給は、病気の種類や段階に関わらず、患者に対する「通常の」治療手段として不可欠なものとされていた。それは、たんに飢えや脱水症状を防いだり、身体機能を維持させたりするだけでなく、無防備な状態の患者に対する愛情や連帯感を表現するための最も重要な方法とされていたのである。

「苦痛を緩和する」ということと、「死なせても構わない」ということは別のことであり、「終末期鎮静」を緩和ケアの一手段と見なすことは、緩和医療と安楽死、あるいは緩和医療へのアクセス権と自殺権との境界線をシームレスにすることになるのではないだろうか。

注

(1) 「わが国における尊厳死に関する研究」 主任研究者 松島英介、厚生労働省科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業、平成一六年度総括・分担研究報告書、二〇〇五年。

(2) Hasselaar J.G., Verhagen S.C., Wolff A.P., Engels Y., Cui B.J., Vissers K.C., Changed patterns in Dutch palliative sedation practices after the introduction of a national guideline. Arch Intern Med. 2009, Mar⁹; 169(5): 430-7. CARR et al, Palliative Sedation as Part of a Continuum of Palliative Care, *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE*, Volume 11, Number 1, 2008.

(3) MARK F. CARR, GINA JERVEY MOHR, Palliative Sedation as Part of a Continuum of Palliative Care, *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE*, Volume 11, Number 1, 2008, p.80

(4) Vacco v. Quill, 117 S. Ct. 229(1997)

(5) American Association for Hospice and Palliative Medicine, Position statement on the end-of-life, 2003, p.128.

(6) Judith AC Rietjens, Joshua Hauser, Agnes van der Heide, Linda Emanuel, Having a difficult time leaving:

experiences and attitudes of nurses with palliative sedation, *Palliative Medicine*, 21: 643-49, 2007.

(7) Rietjens, 2007, p.647.

(8) Rietjens, 2007, p.646.

(9) Dieter Birnbacher, Terminal Sedation, Euthanasia, and Causal Roles, *Medscape General Medicine*, Vol. 9(2), 2007, p.3.

(10) Birnbacher 3/11.

(11) Timothy E. Quill, Bernard Lo, and Dan W. Brock, Palliative Options of Last Resort, *JAMA*, Vol.278, 1997, reprinted in *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?*, Kluwer Academic Publishers, 2004., p.7-8.

(12) Torbjörn Tännsjö, A Substitute for Euthanasia?, *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?*, Kluwer Academic Publishers, 2004. p.22.

(13) Tännsjö, 2004, p.29.

(14) Rietjens, 2008.

(15) Morita et al. 2003 p.361.

(16) *ibid.*

本研究は、科研費（基盤研究(C)22520029）による研究成果の一部である。