

## 持続的な深い鎮静に関する一考察

SAITO, Susumu / 齋藤, 範

---

(出版者 / Publisher)

法政大学多摩論集編集委員会

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

TAMA BULLETIN / 法政大学多摩論集

(巻 / Volume)

38

(開始ページ / Start Page)

209

(終了ページ / End Page)

228

(発行年 / Year)

2022-03

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00025121>

# 持続的な深い鎮静に関する一考察

齋 藤 範

はじめに

本稿の目的は、緩和ケアにおける鎮静の倫理的問題を考察し、特に、鎮静のなかでも最後の手段とされる「持続的な深い鎮静」に焦点をあて、そこから「苦しむ人を助けること」について考えることである。

手順としては、まず緩和ケアと鎮静の定義、およびその分類を、日本緩和医療学会が2018年に発行した『手引き』（以下『2018年版手引き』）に即して確認し、同じくそこに示されている倫理的妥当性の要件のいくつかを検討する。さらに予備的・補足的考察をおこなったうえで、「持続的な深い鎮静」および鎮静全般の倫理的諸問題を指摘したい。

## 1. 鎮静の定義と分類

WHOによれば、緩和ケアとは、「生命を脅かす病気に関連する問題に直面している患者（大人と子ども）とその家族のQOLを改善するアプローチ」であり、「身体的、心理社会的（psychosocial）、精神的（spiritual）を問わず、痛みやその他の問題を早期に特定し、正しく評価し、治療することで、苦痛を防ぎ、緩和する」こととされている<sup>1</sup>。

この緩和すべき痛みや苦痛が通常の鎮痛薬ではとりきれない場合に「苦痛緩和のための鎮静（palliative sedation therapy）」が施される。

日本緩和医療学会によれば、「苦痛緩和のための鎮静について国際的に統一された定義はない」ため、「系統的文献検索に基づいて合意の得られた定義と分類を採

用」したものであることを断った上で、2010年版の『ガイドライン』（以下『2010年版ガイドライン』）では鎮静を次のように定義していた。すなわち鎮静とは、「①患者の苦痛緩和を目的として患者の意識を低下させる薬剤を投与すること、あるいは、②患者の苦痛緩和のために投与した薬剤によって生じた意識の低下を意図的に維持すること」である<sup>2</sup>。

この定義は、『2018年版手引き』では次のように変更された。すなわち鎮静は、「医師が患者の意識の低下を意図するかしないかにかかわらず、『治療抵抗性の苦痛（refractory symptom）を緩和することを目的として、鎮静薬を投与すること』と定義し直された<sup>3</sup>。これは、2010年には〈ガイドライン〉としていたものを、2018年に〈手引き〉と改称したことにも関係している。『2018年版手引き』の目的は、鎮静を厳密に定義づけることにあるのではなく、あくまで臨床上の課題に資する、文字どおりの〈手引き〉を提供することにあるとして、鎮静の定義それ自体も概括的でゆるいものにされている。ただ、いずれにしても鎮静と呼ばれる医療行為の実際は、医療用麻酔薬を用いて患者の意識レベルを低下させ、それによって患者に苦痛を感じさせないようにすることである。

鎮静はまた、一般に次のように分類されてきた。

まず、鎮静の様式として、「間欠的な鎮静（intermittent sedation）」と「持続的な鎮静（continuous sedation）」がある。「間欠的な鎮静」とは「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鎮静」である。それに対し、「持続的な鎮静」とは「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」である。

次に、鎮静の水準として、「浅い鎮静」と「深い鎮静」の区別がある。「浅い鎮静」は「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」とされ、他方の「深い鎮静」は、「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鎮静」とされている<sup>4</sup>。

『2018年版手引き』では、これらの分類は以下のように変更された。まず、「浅い鎮静」と「深い鎮静」という区別名称は使用しないようにした。また、それがあくまで「暫定的な提案」であることを断ったうえで、「持続的な鎮静」を「調節型の鎮静（proportional sedation）」と「持続的な深い鎮静（continuous deep sedation）」に分類した。従来の「浅い鎮静」と新規の「調節型の鎮静」との違い

は、前者の指標が患者の意識水準に依拠しているのに対し、後者のそれは苦痛の強さに依拠している点にある<sup>5</sup>。

結果として、鎮静は以下の三つに分類される。「間欠的鎮静」、「持続的な調節型の鎮静」、「持続的な深い鎮静」である。「間欠的鎮静」は上に示したとおりであるが、「持続的な調節型の鎮静」は「苦痛の強さに応じて苦痛が緩和されるように鎮痛薬を少量から調節して投薬すること」であり、「持続的な深い鎮静」は「中止する時期をあらかじめ定めずに、深い鎮静状態とするように鎮静薬を調節して投与すること」である<sup>6</sup>。

## 2. 鎮静の倫理的妥当性

『2018年版手引き』では、「倫理的検討」の項目において、まず鎮静の「益と害」が示されている。益は、苦痛の緩和である。害は、意識の低下によりコミュニケーション等の人間的な生活ができなくなることと、生命予後（余命）の短縮の可能性である。そしてこれらのことを与益と無危害という倫理原則に照らしながら、実施に際して倫理的妥当性を明確にするよう求めている。その倫理的妥当性を判定する観点には、相応性、医療者の意図、患者・家族の意思、チームによる判断という四つの条件が示されている<sup>7</sup>。本稿では相応性と医療者の意図についてとりあげて考察する。

### 2-1. 相応性

相応性は、「ある行為において目的を達成する際に見込まれる害が最も小さい選択肢を選ぶこと」という「相応性の原則（principle of proportionality）」を基盤にしている。したがって、鎮静を相応性において倫理的に妥当とみなすためには、「患者の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ことが必要」になる<sup>8</sup>。鎮静には、意識レベルが下がり、コミュニケーションがとれなくなり、あるいは生命予後が短縮されたりするという害があるため、可能な限りそれらを避け得る処置から開始するのが妥当ということになる。つまり、少しでも害が小さく、少しでも益の大きい処置が他の処置より優先的になされている

のであれば、その処置は倫理的妥当性を有するということである。逆に、優先的に選択すべき段階を飛び越えて、相応性を無視した処置を選択することは、倫理的に許容されない。

上記に従えば、苦痛緩和のための鎮静は、相対的に最善な処置が求められ、その鎮静薬の投与量や投薬期間も必要最低限であることが目指されることになる。しかし、苦痛緩和という益はあっても、意識の低下や生命予後の短縮という害を少なからず伴う処置も、苦痛緩和のためにはそれしか選びようがない場合、それが相対的に最善な処置と現場で判断されたのであれば、結果として倫理的妥当性を有することになる。つまり、或る患者に対して選択可能な対処法の益と害を天秤にかけ、他の方法と比べてこちらの方がまだましであるとして採用された或る対処法は、まさにそのことによって「相応的 (proportional)」であることになると言える。そして「相応的」であるとみなされた対処法は倫理的妥当性を有することになるのであるから、論理的にはいずれにしても倫理的に許容されるということになるのではないか。もっと言えば、その選択が相応か不相応かを判断するのは現場の医療者であるから、当の処置を選択した医療者が「相応である」と言えばただちに倫理的妥当性が成立するだけのことでもあろう。仮に、だからこそ鎮静に関わる医療者には慎重な姿勢と真摯な判断を求めるということであれば、相応性の基準は個々の医療者や医療チームの知識と技術と倫理観次第ということになってしまい、倫理的妥当性をはかる基準としてはきわめて危ういものとなる。

ところで、患者の苦痛は本来きわめて主観的なものである。より相応的な対処法を選択するために、患者の苦痛をどのようにして客観的に判断するか。

例えば、川崎市立井田病院緩和ケア病棟では、Integrated Distress Activity Score (IDAS) を患者の苦痛の評価に採用し、より客観的に把握する試みがなされている<sup>9</sup>。IDASは、患者の食事、飲水、娯楽、会話、行動範囲に関するそれぞれの生活スコアと、疼痛、倦怠感、呼吸器症状、消化器症状、精神神経症状に関するそれぞれの症状スコアを総計したものである。そして例えばその値がゼロ以下となった場合には「持続的な深い鎮静」が客観的に相応と判断される。ただし、この報告者も示しているように、IDASはこの病院独自の指標であって、それによる医学的妥当性や信頼性の検証は行われておらず、それが今後の課題であると

いう<sup>10</sup>。このIDASは、患者を外部から見て判断できる、任意に設定された指標に基づくものである。同病棟内のスタッフが判断基準を共有し、個々のスタッフによる極端な偏りや認識の違いを是正することには成功しているだろう。また、判断項目と方法を設定することで作業を簡便にし、結果を数値化することで判断にぶれがなくなるという効果もあるだろう。

ただしこれは、「判断方法」を客観的に示すことには成功しても、「患者の苦痛それ自体」を客観的に示したことはないだろう。つまり、患者が主観的に感覚している内部の苦痛をそのまま「客観化」したものではないということである。ここでなされたのは、任意の基準にもとづいて外的に観察された現象の「数値化」である。とはいえ、個々に主観としてあるものを客観化すること自体にそもそも限界があるのだから、このIDASという試み自体は否定されるものでも非難されるものでもないだろう。ただし、この「判断方法の客観化」にすぎないものを「患者の苦痛の客観化」であると誤認し、数値による判断の自動化や効率化が目指されたのであれば、倫理的には大いに問題であろう。

本来、客観化することがほとんど不可能ともいえる患者の主観的な苦痛をどう見積もるか。そしてそれに対し、意識レベルの低下や余命の短縮といった患者にとって極めて深刻な害もたらす鎮静という処置は倫理的にどうあるべきか、が問われているのである。これに対し、「相応性」という条件は、その意味するところと実態からしてこの深刻さを十分に受け止めた要件にはなり得ていないと思われる。それはただ「現場でそのつど患者にとっての最善を目指すこと」という至極当然のことを述べるに等しい。

## 2.-2. 医療者の意図

医療者の意図については、しばしば二重結果原理（principle of double effect）において議論が展開されてきた。なんらかの善なる目的を達成すること意図しておこなった行為が、結果として悪い結果を副次的にもたらしたとしても、次の四つの要件が満たされていれば、その行為は倫理的に許容されるという原理である。その四要件とは、行為の本質が善であり、行為者は善い結果のみを意図しており、悪い結果が良い結果の手段となっておらず、善い結果は悪い結果よりもまさっていないなければならない、というものである<sup>11</sup>。

「持続的な深い鎮静」は患者に苦痛緩和という益をもたらすと同時に、意識の低下や生命予後の短縮という深刻な害をもたらす。問題は、善なる目的が苦痛緩和だとしても、同じく結果としてもたらされるそれらの害は、上の四要件に照らして倫理的に許容され得るか、ということである。いや、もっと正確に言えば、副次的にはあっても深刻な害をもたらされる行為は、その目的が善であれば許されるのか、という問題である。

だがこの点について『2018年版手引き』は、二重結果原理を経ることなく端的に「医療者の意図」として次のような見解を示している。すなわち、鎮静が倫理的妥当性を有するには、「鎮静を行う医療者の意図が苦痛緩和にあり、生命予後の短縮にはないことが明示される必要」があって、「生命予後の短縮を意図して鎮静を行うことは倫理的に許容されない」。そして、「持続的深い鎮静は意識の低下を指標として実施するものの、医療者の意図は苦痛緩和であり、その他の要件が満たされる限り倫理的に妥当である」と<sup>12</sup>。また、二重結果原理自体についても、その解釈に多様性がみられることと、最近の実証研究の知見<sup>13</sup>を主な理由として、『2018年版手引き』では本論での扱いはなく、補注として別記されるにとどまっている<sup>14</sup>。

しかし、そうは言っても、『2018年版手引き』における医療者の意図については、どれほど多様な解釈が成立可能であったとしても、あるいは害のひとつとみなされる生命予後に実証的な知見の異動が見られても、論理的には問われ続けてしかるべきであろう。なぜなら、解釈の多様性は、何を重視するかという価値の多様性を意味しているのであって、ある行為がなされる際の意図と結果との関係の論理自体が多様、ということではないからである。もちろん、二重結果原理自体が善い結果と悪い結果という価値づけのもとになされる原理であるという点では、『2018年版手引き』の主張も理解しうる。しかし、何が益で何が害か（「苦痛緩和」が益で、「意識の低下によりコミュニケーション等の人間的な生活ができなくなる」と、生命予後の短縮の可能性が害）のその価値づけ自体は基本的に変わらないことを鑑みれば、その水準で二重結果原理を適用して論理的に展開することは、やはり依然として意味があるのではないだろうか。さらに言えば、二重結果原理を取り下げたとしても、『2018年版手引き』に示される倫理的妥当性の要件としての「医療者の意図」が、より確かなものになるわけではまったくな

い。医療者によるその行為の意図のなんであるかを決定するのは、やはり当の医療者の主観に他ならないからである。

ここであえて二重結果原理に沿って考えるならば、問題は意図だけではない。意識レベルの低下や予後の短縮という害を含む「持続的な深い鎮静」という行為の本質は、何を根拠に善と見なすことが可能なかという問いが依然として残っている。また、悪い結果（害）が良い結果（益）の手段となっていないと言いきれるのか。さらには、善い結果（益）は悪い結果（害）よりもまさっていないが、益とされる苦痛緩和と害とされる意識低下ないし予後短縮との関係を倫理的にどうみればよいのか。その行為が倫理的に妥当かどうかを考えるのであれば、これはこれとしてやはり問われ続けなければならないであろう。多様な解釈が可能であるというのであれば、どれほど切迫した臨床の現実があるとしても、その解釈をひとつひとつ検討する必要があるだろう。鎮静は数ある医療行為のなかでも患者に害ももたらしうる特別な行為であって、本来、それだけ慎重でなければならないはずだからである。慎重であるということは、倫理的に妥当な道筋がつかなければ、別の道を行く用意があるということであり、あるいは、撤退せざるをえないということを明確に視野に入れておくということである。

### 3. 意図と予見

行為における意図と予見（予測）をめぐる議論がある。ある行為において、害とみなしうる副次的な結果が予見されても、それは意図したものではないから、その行為はひとまず倫理的に許容されるという二重結果原理のひとつの要件である。この予見と意図の区別の難しさこそが、ある意図がまぎれもなく意図であり、そこにはいささかの疑いもないと言い切ることを難しくしている。鎮静において、苦痛緩和を意図し、あくまでその副次的な結果として予後短縮や意識レベルの低下が生じたとは言い得ても、何がそれを保証するのか。これら後者の副次的な結果という害は、緩和ケアにおいておおかた予見されている。それゆえ、予見しても意図しないという事態を客観的に確保することは、本当のところは極めて難しいと言わねばならないだろう。

この問題は、それが鎮静の分類のなかでも「持続的な深い鎮静」という段階においていっそう深刻となる。「持続的な深い鎮静」は、すでに定義を確認したように、中止する時期を設定せずに意識の低下を継続して維持し、それもコミュニケーションができないほど深い意識の低下をもたらして、そのまま患者が亡くなるまで続けられる鎮静である。ここでは次の二点を指摘すべきだろう。

まず、二重結果原理の要件にもなっている、害が益の手段になっていないかという問題である。そもそも意識レベルを低下させることにより苦痛緩和が実現すると考えるならば、二重結果原理の要件はクリアできないことになる。鎮静という処置ないし苦痛緩和の結果として意識レベルが下がるのか、鎮静薬の投与で意識レベルを下げた結果として苦痛緩和が実現するのか。そもそも苦痛緩和が本当に実現しているか（患者が痛みから開放されているかどうか）も、すでに述べたようにそれが主観的なものであるだけに、正確には当の患者でなければわからないという事実を鑑みれば、常に益が害に勝っているとは言いがたい。

そうであるならば、鎮静という行為が本質的に善と言えるかどうかさえ、疑わしくなるのではないだろうか。苦痛を緩和することは本質的に善であると言い得ても、ほぼ同時に意識レベルを下げること、予後を短縮すること、そのまま死亡に至ることは、善と言い得るかどうか。この問題はふたたび意図と予見の問題を召喚することになるだろう。

#### 4. 「助ける」の意味

別な事例に置き換えて考えてみる。例えば、池で溺れている人に板きを投げ助けようとする場合を想定してみよう。意図は、助けることである。その行為は善であると言えるだろう。ただし、ひとつの予見がある。板きを投げるコントロールがうまくいかず、板きが溺れた人の頭部に直撃し、意識を失わせてしまうか、あるいは殺してしまうかもしれない、という予見である。この場合、溺れている人に殺意をもって板きを投げつければ、結果として板きが溺れている人のすぐ前に落ちて助けることができたとしても、その殺意、すなわち殺す意図があったということにおいて、倫理的とは言いがたい。逆に、溺れている人を

板きれにつかまらせて助けることを意図して投げたが、板きれが溺れている人に直撃してしまった場合はどうなるか。意図は助けることであつたから、その行為は倫理的に許容されるだろうか。詳細な分析は省くが、少なくとも意図においては許容されるだろう。

さらに深刻な場合を想定してみよう。川で溺れて激流に流されている人がいる。もはや板きれを投げてうまい具合にそれにつかまることができたとしても、激流ゆえに流されて助かる見込はほとんどない場合である。すでに水を大量に飲んでしまい、思うように息もできず、ただ溺れつづける苦しみに加え、もう助からない、死が間近に迫っている、という恐怖で混乱しているとする。「この人を助ける」にはどうしたらよいか。

ここで「この人を助ける」と言う場合、実際はふたつのことが考えられるだろう。ひとつは、いま想定として「助かる見込がない」としたが、その想定を無視してとにかく生還させるべく手を尽くし、溺死寸前の状態から文字どおり命を「助けて」川岸に生還させることである。

もうひとつは、「助かる見込がない」という言葉に従って、それならば少しでも早く現状の苦しみと恐怖と混乱から解放してあげることが、溺れている当人を「助ける」ことになる、という考え方である。この場合、具体的な実際の行為としては、溺れている人の頭部に板きれか何かを直撃させ、意識を失わせることで溺れていることを忘れさせたり、恐怖を感じさせなくしたり、あるいはそのまま死なせてあげる、ということになるだろう。生還できないが、溺死寸前の苦しみと恐怖からは「助けた」ことになるという考え方である。

後者の行為は、二重結果原理で正当化できるだろうか。この場合でも、意図は助けることである。ただし、板きれに直撃して死亡することは、予見はしたが意図しなかった、と言えるだろうか。この行為に倫理的妥当性を見出すには、おそらく「ほんとうは板きれにつかまって激流のなかでも奇跡的に助かってほしかったし、それが本来の意図であって…」と言わねばなるまい。しかし実際は、生還という「救命としての救助」はもはや不可能だとして、当人のおかれた苦しみと恐怖からの解放というもうひとつの「救助」を実現するために、正確に溺れた人の頭部をめがけて板きれを投げつけたのだった。これを、予見はしたが意図しなかったと言えるだろうか。この状況を正確に記述するならば、目的と意図は苦し

みと恐怖からの解放であるが、そのために気絶させるか殺すことを「意図して」板きれを当人めがけて投げつけた、ということになるのではないだろうか。

「持続的な深い鎮静」は、論理的には後者のケースと重なる点が多くあると思われる。だがそうであれば、それはまた「安楽死」と呼ばれるものと厳密にどう異なっていると言えるだろうか。

『2018年版手引き』では、「医療者が「(命を縮めることで)早く楽にしてあげたい」と患者に伝えて鎮静を行うのであれば、それは生命予後の短縮を意図した行為とみなされるため、許容されない」と明確に示している。しかし他方、「医療者は、生命予後の短縮を予見していたとしても、鎮静をした理由を尋ねられたならば目的は苦痛緩和であり、生命予後の短縮は(もし生じたとしても)副次的な結果にすぎないと説明する」かぎりにおいて、その行為は倫理的に許容されるという見方を示している。だがこの場合、その倫理的妥当性を支えているは、予見と目的と副次的結果の「説明」だけであるとも言えなくもない。

## 5. 苦しむ人を助けるということ

さらに広く考えてみよう。あるなんらかの悩みをかかえ、それに深く苦しみ、悶え、もはや生きるのがつらくてつらくてたまらないという人がいたとする。そのような人を、どのようにして助けるべきか。

さまざまなことが考えられるだろう。しかしまずは、苦しみを生じさせている悩みの原因になんらかの働きかけをすることが考えられるにちがいない。悩みの種を明らかにすることができて、それを完全に排除ことができると分かれば、そうしてあげることがなによりだし、おそらくそれが、根本的と言いうるほとんど唯一の救済法になるだろう。

だが、原因を取り除くことができない場合には、救済の視点は原因から苦しみそのものに移るだろう。そして、苦しみ自体を緩和したり、つらさそのものを軽減したりする方法が考えられるはずである。なんらかの方法で、それが実現されるならば、あるいは全部とは言わずとも、苦しみやつらさがそれなりに解消し、耐えうる範囲にまで押さえ込めるならば、この方法は有効だろう。しかし、「それ

では足りない、まだまだつらい、苦しい」と言われてしまった場合には、果たして次はどのようにするべきか。

この場合、死なせることはしてはいけない、と端的に言うておこう。いま考えているのは、どのようにして救うかだからだ。このこと自体は極めて単純なことのはずであるが、複雑に考えられてしまいがちだ。死なせることをこうした場合の救済の手段として提示するという事は、ある種の飛躍であって、論理的に整合しない。あるいは言葉の意図的な誤用と言ってもよいかもしれない。死なせてあげれば、精神的には救われるはずだという反論も、それが理由で認められない。精神的であれ身体的であれ、あるいはそれ以外の水準があったとしても、いずれにしても死んでしまっているのなら、字義通りに救ったことにはならないからだ。それは、「救ったこと」と呼ぶことにしただけの、「殺したこと」に他ならない。客観的な事態として生じているのはそういうことであるはずだ。

「苦しみに耐えろと言うのか」という反論も、注意が必要である。「我慢せずに休んでもよい」とか「我慢せずに泣いてもよい」などと言われるのと、「我慢せずに死んでもよい」と言われるのは、何かが決定的に異なるように思われないだろうか。

「苦しみから解放される」という事態の実現には、解放されたあとに、解放されたことが確認できる、当事者の「生存」が必須となるはずである。例えば「食べる」という行動が実現し、その動作が完遂したと言いうるには、なにかを食べたあとで、食べた人がそこにまだ（生存して）いる、ということが、暗黙の、それも当然すぎるほどの前提としてある。「死ぬ」という動作を除けば、およそたいの動作がそうであろう。おそらく「死ぬ」という行為のみ、その動作の完了に、当事者の「不在」が要求されている。「われわれが存するかぎり、死は現に存せず、死が現に存するときには、もはやわれわれは存しない」。そして死は、「生きているものにも、すでに死んでいるものにも、かわりがない。なぜなら、生きているものところには、死は現に存しないのであり、他方、死んだものはもはや存しないからである」と言っていたエピクロスを思い起こすべきであろう<sup>15</sup>。

苦しみから「解放される」という事態は「食べる」という事態と同様である。食事が終わったあともそこに当事者の生存が要求されるように、解放されてまだそこにいるという事後の生存がなければ（死んでしまったのであれば）、当事者が

ほんとうに解放されたのかどうか、実際は誰にも分からないからである。そしてまた、そうであれば、解放するという動作自体、いまだ完了したとは言いきれないことになる。「解放されていない」と断言することもできないが、「解放された」と断言することもできないということだ。要するに、「死なせることで苦しみから解放する」という文言は、死なせたことで、「解放したとは必ずしも言いきれない事態をつくっている」ということになるのである。

では、苦しい人を助けるために、「死なせること」は避けるとして、それ以外の手としては、何が考えられるだろうか。死なせるところまではいかずとも、しかし苦しみを感じできなくなるほどにまで「気絶させること」が考えられるだろう。

一般的にわたしたちが外科手術を受ける際にかかる麻酔は、一部これに相当する。全身麻酔を一定時間効かせられることによって、手術における切開等の侵襲の痛みを感じなくて済む。ただこれは、治療目的でこれから意図的に加えられる痛みを一定時間回避するためになされる行為であって、もともと断続的であった痛みを可能なかぎり持続的に消失させることをねらってなされる鎮静とは異なる。いまここで、苦しみを感じできなくなるほどにまで「気絶させること」と言う場合、それはあくまで後者の意味においてである。

また、就寝することによって、つまり眠り込むことによって、一時的に痛みや苦しみを忘れるということはあるだろう。ただし、いわゆる自然な睡眠と、鎮静薬よってもたらされる意識レベルの低下とでは、それらは状態として異なるものであるし、それが「持続的な深い鎮静」であれば、基本的に死なせるところにまでたどり着くことになり、自然な睡眠とはまったく違って二度と目覚めることはない。加えて、自ら眠る行為と、他者に眠らされる行為とでは、仮に身体にもたらされる状態が同じでも、そこに至る契機における自律性をめぐっても厳密には違いがある。

要するに、鎮静には、それが「持続的な深い鎮静」でなくても、苦しみから解放するためにその人を前後不覚に陥らせることは倫理的に許されるのか、恐怖や苦痛から解放するためにその人を気絶させることは倫理的に許容されるのか、という問題がある、ということである。

## 6. 目的としての人間性と人間の価値

カントが『人倫の形而上学の基礎づけ』のなかで「君は自らの人格および他のすべての人格のうちにある人間性を、いつでも同時に目的として使用しなければならず、いかなる場合にも単に手段として使用しないように、行為しなさい<sup>16)</sup>」と述べて人間の「人間性 (Menschheit)」を「それ自身における目的」として強調するとき、そこで求められているのは、他者における人間性を手段として利用することの否定だけでなく、自己のそれもまた手段として利用してはならないということであった。続く文脈でカントは自殺を分析する。自殺が、あるつらい状態から逃れるために自らを破壊することであるならば、それはその目的を達成するために自らを「単なる手段」として使用したことになり、「だからわたしはわたしの人格のうちにある人間をいささかも思いのままに処分することができず、傷つけたり、駄目にしたり、殺したりすることはできない」としている<sup>17)</sup>。

カントはまた、『人倫の形而上学』において、次のように言っている。「自己自身の人格における人倫性の主体 (das Subjekt der Sittlichkeit) を壊滅するということは、まさしく、目的それ自体である人倫性そのものの存在を、その主体に関しては、この世から根絶することに等しい。したがって、任意の目的のための単なる手段として自己を処理することは、その人格における人間性の尊厳を奪うということなのである<sup>18)</sup>。」この点について、例えばジョン・ロールズは、自殺が常に間違った行いであるとは解釈しないとしているが、しかしそこには常に道徳的大義名分が必要とされ、しかも「それは自然な傾向性が求める目的では与ええない」と解している<sup>19)</sup>。

自殺が人格の手段化であるとして、これを不正とするカントの考え方を、例えば有馬齊はさらにディヴィッド・ヴェレマンを援用して「人の尊厳」概念を論理的に展開し、「持続的な深い鎮静」のデメリットを指摘している<sup>20)</sup>。また有馬は、ロナルド・ドゥオーキンによる「手段的価値 (何かの目的を達成させるために手段として役立つという価値)」と「主観的価値 (それを好む人にとってのみ発生する価値)」との対比による「人の内在的価値」という概念の検討を経て、「持続的な深い鎮静」は「内在的な価値を有する人の合理性を破壊するふるまい」であって、正当化できないとしている<sup>21)</sup>。この「内在的価値」とは、「手段的価値」と

「主観的価値」がなくともなお存在する価値である。有馬は次のように述べている。「内在的ということばが使用されているのは、その価値が、問題のものそのものの内側に宿っている価値として理解されていることを意味している。だれかがそれを必要としているかどうかや、それを好んでいるかどうかといったことは、価値があるとされている当のものからすればいわば外側の事情である。これらの外在的な事情に左右されない価値を内在的価値と呼ぶ<sup>22</sup>。」なにかにつけて、他者との関わりがどのようなか、あるいは、社会的文脈にどのように位置づけられ、他者との比較においてその能力がどうであるか、といった観点ばかりから評価されがちな現代において、「人の価値」を、そうしたものとは一切無関係にそれ自体として認めるということは、個々人の置かれた状況や境遇がどのようなものであれ、それ自体として自他共に認め合うことのできる、普遍化可能なすぐれた価値のあり方と言えるだろう。「持続的な深い鎮静」を実施するということは、そうした「人の価値」を否定することに他ならない。これに対し、「それでもつらい痛みや苦しみがあるのだからしかじかの鎮静は正当化されるべき」という反論があったとすれば、個々のもつ「内在的価値」は条件次第でその消滅を許すことになる。条件や状況に左右されるということは、人には確たる価値などそもそもない、ということ、論理的に認めてしまうことになる。その先にはどのような状況が待っているか、歴史を繙くまでもなく、容易に想像がつくだろう。

## 7. 安楽死との違い

「持続的な深い鎮静」は安楽死とは異なるとされている。『2018年版手引き』では、補注としてその見解が示されている。それによれば、両者は「意図（意識を下げることによる苦痛緩和vs死による苦痛緩和）、方法（深い鎮静をもたらす鎮静薬の投与vs致死量の薬物の投与）、および、成功した場合の結果（苦痛が緩和された生vs死による苦痛の終わり）の三点において異なる医療行為」とされている<sup>23</sup>。また、現実的には両者のあいだにグレーゾーンが存在することを認めながらも、『2018年版手引き』においては「最初から患者が死亡するまで鎮静を継続すると決定して開始される鎮静を許容していない」としている<sup>24</sup>。

だがもし死亡するまで「持続的な深い鎮静」が行われれば、目に見える事態としては、苦痛緩和の処置を実施することで結果として死期が早まるいわゆる「間接的安楽死」と異なる点はなにもない。鎮静の開始から死亡までの時間によっては、苦痛緩和が目的だが死をもってそれを達成する「積極的安楽死」とも異なることはない。異なる点があるとすれば、それはただとにかく、「安楽死の意図は患者の死亡、鎮静の意図は苦痛緩和」と唱え続けることでしかない<sup>25</sup>。

死亡に至らなければ、安楽死とは異なると言って、倫理的に許容されるだろうか。すでに定義や分類を見たように、『2018年版手引き』では許容可能とされている。しかし、鎮静によって意識レベルが低下させられるということに、やはり問題がある。「浅い鎮静」や「間欠的な鎮静」は意識の低下しない時間を確保する鎮静であるため、それを確保できない「深い鎮静」や「持続的な鎮静」に比べれば倫理的妥当性は相対的にはまだあると言うことは可能だろう。「深い鎮静」や「持続的な鎮静」は、患者を死亡に至らせるわけではないとしても、すでに「助けるために気絶させることの是非」として考察したように、「意識活動を閉ざす」という点で、やはり倫理的に問題がある<sup>26</sup>。意識レベルを低下させ、その状態を保つということは、自己の判断能力が奪われた状態に置かれるということであり、さらには、人としての内在的価値をも喪失させられる状態に留め置かれることになるからである。それはまた、どこまでも目的として尊重すべき自己の人間性を手段として奪うことに他ならない。

## 8. 生への態度

これまでの議論に対し、患者のQOLよりSOL (sanctity of life : 生命の神聖性・尊厳性) を絶対視する極端な見方ではないかという反論があるかもしれない。しかし、あたかも道は二者択一でしかないかのように、こうした用語のあれかこれかに飛びつくことの方が極端な態度と言えるのではないだろうか。そもそも医療が生を肯定し、患者の延命を第一とすることは当然のことである。これには異論がないだろう。また、わたしたち個々の生について言えば、その生が、わたしたち自らの意志によって始められたものではないことも、誰もが認めることであ

ろう。わたしたちはみな、なぜかこうして生まれてしまっていたのである。それはまた、常に自らの意志よって容姿や気質や能力が決められたのではないことにも通じることであろう。わたしたちは、自分の生が、何によって、またどんな理由でこのようにここにあるか、よくわからない。また、生の過程で見えてくる自身の状態や状況も、自らの意志とは無関係のことがらがここに出来る事実を鑑みれば、人はその実存としての意義もやはり不明のままということになるだろう。この「わからなさ」が根拠となって、さらに不明であるものは、自らの生の目的である。なぜ生を受け、なぜこのように生きるのか。なんのために生を受け、なんのためにこのように生きるのか。そもそも理由も目的もないのか、等々。しかしこうした不明さこそが、わたしたちの生のひとつの絶対的な事実であり、本質であるならば、わたしたちはその「わからなさ」を肯定せざるを得ないだろう。その肯定は、自身に到来する状況や境遇を全面的に引き受けることを意味するのではないだろうか。

人生には、不可避なものとして「出来る」災厄や災難や不幸がある。そしてまた人生には、不可避なものとして「到来する」身内や親しき者との別離がある。わたしたちはそれを、受け入れざるを得ない不条理として、しかしまた受け入れざるを得ない事実として、ただ受け入れるしかない。わたしたちは否応なくその事実を全身で受け止めて、理解しようとしまいと生きている。自身の意志とは関係なく、抗うこともできずに、ただ生きるなかに出来し、また到来する災厄や他者の死の経験を重ねていく。

「善く生きる」ということは、この悲惨で偶発的な「出来と到来」に直面し、自身が自身の主となって、ふたたび生を回復し、その先に生を引き延ばしていくことではないだろうか。そして本来追求されるべきはそうした「善き生」であり、到来する災厄に対してもひるまず生を貫こうとすることが人の世の「教え」（広い意味での教育）の根本にあるのではないだろうか。しかし他方、現代は「良き死」なるものが脚光を浴びてすでに久しい。あたかもコントロール可能であるかのように、あたかも理解可能であるかのように、あたかも選択可能であるかのように、死が客観的かつ意図的に教室で教えられて久しい。その取り組みの是非は脇に置くとしても、こうした人類の経験が積み重なって公共的な死生観を良かれ悪かれ育てていく可能性があることは指摘しても良いだろう。「持続的な深い鎮静」や

安楽死の是非をめぐる問題は、実はこうしたことからのただなかにあり、こうした問題と切り離せない。「死とはこういうものであり、心身がしかじかの状態になったのであれば、こういう選択肢があるのだから、先人にならって、こんなふう<sup>1</sup>に死ぬこともできるのです」と、明確には意図しなくても、結果として語りついでしまうことになってはいないだろうか。

事態はすべて医療現場で生じているのである、と言われるかもしれない。ある部分はそのとおりである。患者中心に、患者のために医療が医療の現場で実践されている。ただ、現場での判断とその実績が、積み重なって公共的な死生観を良かれ悪しかれ育てていくのも事実である。とりわけ医療行為の集積は、それが医療専門職というプロフェッショナル集団によるものだけに、一般の人々への影響力は計り知れない。他方、医療現場の外側では「良き死」の準備教育が過剰に活性化する。そうなると、もはや事態はそのすべてが医療現場で生じているのではない。そのときそこで「できること」は、ほんとうに「すべきこと」であるのかどうか、立ち止まってでも考えることが、常に、医療現場にもそのまわりにも求められている。

## おわりに

『2018年版手引き』の倫理的妥当性の四条件には、「相応性」と「医療者の意向」のほか、「患者・家族の意思」と「チームによる判断」という項目がある。前者については、患者自身が自律的に判断しているのか、自律的でありさえすればよいのか、また何を考慮して決めているのか、後者については、適正なメンバーが適正にチームとして働けば鎮静の倫理的妥当性は確保されるのか、あらためて問われねばならない。また、鎮静の是非をめぐることは、医療者からも慎重な声があがっている<sup>27</sup>。さらにまた、鎮静に関連する尊厳死や良き死をめぐる問題は、生権力や生政治に深く関わる広範な射程をもっている<sup>28</sup>。特に社会的弱者への影響というなかなか公共に認知されにくい問題が懸念される。これらのことは、多様な解釈と多くの医療的知見の検討とともにさらに追究する必要があるだろう。稿を改めて考究したい。

- 
- <sup>1</sup> World Health Organization, 10 Facts on palliative care(23 February 2018)  
<https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/palliative-care> (2021年10月24日参照)
  - <sup>2</sup> 日本緩和医療学会編『苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン2010年版』  
[https://www.jspm.ne.jp/guidelines/sedation/2010/chapter03/03\\_01.php](https://www.jspm.ne.jp/guidelines/sedation/2010/chapter03/03_01.php)  
(2021年10月24日参照)
  - <sup>3</sup> 日本緩和医療学会編 上掲書 (『2018年版手引き』) pp. 8-9. 「治療抵抗性の苦痛」とは「患者が利用できる緩和ケアを十分に行っても患者の満足する程度に緩和することができないと考えられる苦痛」を指す。(同書 p. 8)
  - <sup>4</sup> 日本緩和医療学会編 上掲 website (『2010年版ガイドライン』)  
[https://www.jspm.ne.jp/guidelines/sedation/2010/chapter03/03\\_01.php](https://www.jspm.ne.jp/guidelines/sedation/2010/chapter03/03_01.php)  
(2021年10月24日参照)
  - <sup>5</sup> 日本緩和医療学会編 上掲書 (『2018年版手引き』) pp. 9-13
  - <sup>6</sup> 同書 pp. 10-11
  - <sup>7</sup> 同書 p. 86
  - <sup>8</sup> 同書 p. 86
  - <sup>9</sup> 宮森正, 服部ゆかり, 石黒浩史「持続的深い鎮静の Integrated Distress Activity Score(IDAS)による判断方法の試み」 in *Palliative Care Research*, 2020; 15(3), pp. 245-249, [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jspm/15/3/15\\_245/\\_pdf-char/ja](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jspm/15/3/15_245/_pdf-char/ja) (2021年10月24日参照)
  - <sup>10</sup> 同論文 p. 248
  - <sup>11</sup> ビーチャム, T. L., チルドレス, J. F., 立木教夫, 足立智孝監訳『生命医学倫理第五版』麗澤大学出版会, 2009年, pp. 157-158
  - <sup>12</sup> 日本緩和医療学会編 上掲書 (『2018年版手引き』) p. 87. ここでの「その他の要件」とは、相応性、患者・家族の意思、チームによる判断である。
  - <sup>13</sup> 例えば鎮静は生命予後を極端に短縮しないなどの知見。
  - <sup>14</sup> 同書, p. 89なお、「手引き」の①相応性は、二重結果原理の四番目の条件をより明確にしたものとされている。
  - <sup>15</sup> エピクロス「メノイケウス宛の手紙」 in 『エピクロス 教説と手紙』 出隆・岩崎

- 允胤訳, 岩波文庫, 1996年, pp. 67-68. あるいはまた、「死はわれわれにとって何ものでもない。なぜなら、(死は生物の原始的要素への分解であるが) 分解したものは感覚をもたない、しかるに、感覚をもたないものはわれわれにとって何ものでもないからである」(同書 p. 75) とも言っている。
- <sup>16</sup> Kant, Immanuel: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. 1786: Ak.429 [Reclam, 1984, S. 79], (カント『人倫の形而上学の基礎づけ』in『カント全集7』平田俊博訳, 岩波書店, 2000年, p. 65)
- <sup>17</sup> *ibid.* Ak.429[Reclam, 1994, S. 80], (カント, 同書 p. 66)
- <sup>18</sup> Kant, Immanuel: *Die Metaphysik der Sitten*. 1797: Ak.422-423[Reclam, 1990, S. 304], (カント『人倫の形而上学』in『カント全集11』樽井正義, 池尾恭一訳, 岩波書店, 2002年, p. 294).
- <sup>19</sup> ジョン・ロールズ『ロールズ哲学史講義 上』坂部恵監訳, 久保田顕二, 下野正俊, 山根雄一郎訳, みすず書房, 2005年, pp. 287-288. ここでロールズはさらに次のように換言している。「カントの教説は、ただ自然的傾向性だけに基づいた理由による自殺を排除しているが、その一方で、理由が何であれ自殺はつねに禁止されているというわけではない。ただし必要なのは、責務としての目的に基づいた非常に強固な理由である」と。この「責務としての目的に基づいた非常に強固な理由」には、自己の苦しみを回避して安楽になるためといった理由は含まれない。
- <sup>20</sup> 有馬斉『死ぬ権利はあるか——安楽死、尊厳死、自殺幫助の是非と命の価値』春風社, 2019年, 第5章および第6章 (pp. 414-497) 参照。
- <sup>21</sup> 同書 p. 496 (註23). 有馬はまた、「持続的な深い鎮静」のもうひとつのデメリットとして、それが「社会的弱者にリスクを強いる危険があることを指摘している (同書 第4章 p. 345-348)。
- <sup>22</sup> 同書 pp. 415-416
- <sup>23</sup> 日本緩和医療学会編 上掲書 (『2018年版手引き』) p. 89. 補注2)
- <sup>24</sup> 同書 p. 90
- <sup>25</sup> 飯田亘之 「[安楽死の意図は患者の死亡、鎮静の意図は苦痛緩和] という二極分化的思考の問題点」 in『終末期医療と生命倫理』太陽出版, 2008年, pp. 138-167 参照。

<sup>26</sup> 同書 p. 151

<sup>27</sup> 大岩孝司, 鈴木喜代子『その鎮静, ほんとうに必要ですか——がん終末期の緩和ケアを考える』中外医学社, 2014年. 本書は在宅緩和ケアに関わる医師と看護師が、緩和ケアと鎮静を倫理的観点からではなく医療的視点から医学的根拠をもって論じている。大岩・鈴木は本書の最後の方で近代ホスピスの創始者シリリー・ソンドースが安楽死に反対していたことを強調するとともに、患者が痛みのコントロールをほとんど常にできていて、自分自身を失わず、覚醒した状態を保つことができることを主張している。

<sup>28</sup> 小松美彦『生権力の歴史——脳死・尊厳死・人間の尊厳をめぐる』青土社, 2012年 参照。