

(論文)

## 緩和ケア病棟における鎮静をめぐる

松岡 秀明

---

### キーワード

緩和ケア 鎮静 死の病院化 安楽死 自殺補助

---

### はじめに

「鎮静」および「セデーション」(sedation)という言葉は、ホスピスや緩和ケア病棟において日常的に用いられている言葉である<sup>1</sup>。そうした施設の医療従事者は、言うまでもなくこの言葉がそこで用いられる場合の意味を認識している。しかし、それは「鎮静」の一般的な意味や、ホスピス・緩和ケア病棟以外の医療施設で用いられる場合の意味とはかなり異なっている。

『広辞苑 第六版』(2006)は、鎮静を「騒ぎ・気持ちなどがしずまってしずかなこと。また、しずめおちつかせること」と定義している。医学的な意味を調べると、日本語の代表的な医学辞典『南山堂医学大辞典』(2006)には、「鎮静」の項目はなく「鎮静薬」の項目だけがあり、そこには「中枢神経系の興奮性を低下させ、精神活動を鎮静する薬物をいう」と記されている。また、英語の医学辞典として広く知られる *Stedman's Medical Dictionary 27th Edition* (2000) は、Sedation を 1. The act of calming, especially by the administration of sedative. 2. The state of being calm. と定義している。

一方、ホスピス・緩和ケア病棟(以下、たんに「緩和ケア病棟」)で用いられる場合、鎮静という言葉は死に近い人間のさまざまな苦痛を和らげるために意識を低下させる医療行為を指しており、以下特記なき場合、鎮静はこの意味で用いる。そして、大岩と鈴木が指摘するように、医療従事者を含めて多くの人が、緩和ケア病棟における鎮静の意味は知らないのが実情である(大岩・鈴木 2014: 77)。

本稿は、次のような構成をとる。日本の緩和ケア病棟で鎮静をかける場合の指針となるのは、日本緩和医療学会が定める鎮静についてのガイドラインである。本稿は、まずこのガイドラインを検討することによって、緩和ケア病棟において鎮静はどのようになされるべきとされているかを明確にする。次に、ある緩和ケア病棟で行なった文化人類学的フィールドワークによって得られたデータから、そこでは鎮静がどのように行なわれているかを示す。そして、死にゆくこと(dying)が、死ぬ当人とそれをとりまく人々の間のなかに立ち現れる現象であることを明らかにする。そのうえで、鎮静の孕む二つの問題を検証する。

---

まつおか ひであき：大阪大学コミュニケーションデザイン・センター 招聘教授

以上のように、本稿は (i) 文献検討、と (ii) フィールドワーク、という二つの異なるアプローチを組み合わせているが、これについては説明が必要であろう。ガイドラインを検討することによって、理念としての緩和ケア病棟における鎮静を把握する。しかし、それだけでは現場において鎮静がどのように行なわれているかを理解することはできない。それを理解するためには、許可を得たうえで緩和ケア病棟において、さまざまなカンファレンスに参加すること、カルテを読むこと、医療従事者や患者およびその家族に対してインタビューを行なうこと、等々現場に身を置くことによってデータを集める参与観察 (participant observation) と呼ばれている文化人類学のフィールドワークが有効である。以上、奥行きのある研究を期して本稿は二つのアプローチを組み合わせている。

## 1. ホスピス・緩和ケア病棟における鎮静

日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編集の『苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010年版』(以下、『ガイドライン』)は、緩和ケア病棟で広く用いられているレファレンスである。この『ガイドライン』によって、緩和ケア病棟における鎮静とはどのような医療的行為かを、詳しくみていくことにしたい。まず、『ガイドライン』は鎮静を次のように定義している。

① 緩和を目的として患者の意識を低下させる薬物を投与すること、あるいは、② 苦痛緩和のために投与した薬物によって生じた意識の低下を意図的に維持すること。a. 本定義では、睡眠障害に対する睡眠薬の投与は鎮静に含めない。b. 意図せずに意識の低下が生じた場合、意識低下を軽減させる処置を行なう場合は、鎮静に含まれない(意図せず生じた意識の低下を意図的に維持する場合は、鎮静に含める)。(日本緩和医療学会 2010: 16 以下本書からの引用は、『ガイドライン』: ページ数と表記)。

『ガイドライン』はさらに、鎮静の下位分類として鎮静様式と鎮静水準を下のように定義し、これら下位分類の組合せによって鎮静を分類している。

### 1) 鎮静様式

- ・ 持続的鎮静: 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
- ・ 間欠的鎮静: 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鎮静

### 2) 鎮静水準

- ・ 深い鎮静: 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
- ・ 浅い鎮静: 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鎮静 (『ガイドライン』: 16)

2

以上二つの下位分類から、鎮静は、(1) 浅い間欠的鎮静、(2) 浅い持続的鎮静、(3) 深い間欠的鎮静、(4) 深い持続的鎮静、の四つに分けられる。

『ガイドライン』は、「間欠的鎮静や浅い鎮静を優先して行い、深い持続的鎮静は間欠的鎮静や浅い鎮静によって十分な効果が得られない場合に行なう」としており (『ガイドライン』: 38)、2ページにわたり掲載されている「苦痛緩和のための鎮静における評価・意思確認・治療・ケアのフローチャート」にも、鎮静を行なう場合には、まず「間欠的鎮静・浅い鎮静」から行なうように、と記

されている（『ガイドライン』：20）。

最後に検討すべきとされている深い持続的鎮静は、第4節で検討するように安楽死と差異がないと考えることも可能である。そのため、『ガイドライン』はこのような指針を打ち出されていると考えることができる。

さて、医師が鎮静をかけることが望ましいと考えた場合、患者や家族にどのように説明するかを『ガイドライン』は説いている。そのなかに、「深い鎮静を意図する場合」として次のように書かれている。

ぐっすり眠って苦しい感じを和らげる方法を取ると、苦しさは感じなくなりますが、ご家族とお話することは難しくなると思います（『ガイドライン』：34）。

ここで、倫理的に最も大きな問題となるのは持続的な深い鎮静であることが明確になる。なぜなら、この鎮静をかけた場合、「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」がもたらされ、その状態が鎮静をかけられた者が死亡するまで続く可能性があるからである。『ガイドライン』は、この点について医師が患者・家族に対して行なう説明の例をあげている。

お薬を使って楽になったあと、ひょっとすると（おそらくは）またお話ができるようにはならず、ずっととうとうとしたままになるかもしれません（息をひきとられるまで、ずっととうとうとしたままになるかもしれません）（『ガイドライン』：34）。

では鎮静は、どのような条件のもとで行なわれるのだろうか。『ガイドライン』第V章「倫理的妥当性」では、以下の3条件を満たす場合に鎮静は妥当だとされている。第一に、その「意図」が「苦痛緩和を目的としていること」。第二の「自律性」は「[(① または ②)] かつ ③」と書かれており、それぞれ3項目は次のごとくである。

- ① 患者に意思決定能力がある場合、益と害について必要な情報を知らせたうえで、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 患者に意思決定能力がない場合、患者の価値観や以前に患者が表明していた意思に照らし合わせて、当該の状況で苦痛緩和に必要な鎮静を希望するであろうことが合理性をもって推定できる。
- ③ 家族の同意がある（『ガイドライン』：24）。

これに従うなら、患者がせん妄（後に説明する）等で意思決定能力がないと見なされた場合、「推定」と「家族の同意」で「持続的な深い鎮静」をかけることができるのである。ここで、問題にしなければならないのは、②に推定する主体が書かれておらず、誰の推定かが明確になっていない点である。読者の誤解がないように明らかにしておくが、私はこのことを非難しているのではない。事実を指摘しているのである。この点については、第3節で検討する。

三つめの条件は、相応性（proportionality）である。この言葉は、「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評価される」ことを意味する。鎮静の害は「患者の意識を下げ、人間的な生活を難しくする」ことであり、その益は「苦痛緩和」である、とされている（『ガイドライン』：24）。

では、鎮静はどのような場合に行なわれるのか。「患者の耐えがたい苦痛」がある場合であり（『ガイドライン』：20, 26）、「耐え難い苦痛の評価・内容」は、次のように定義されている。

3

1) 評価

① 患者自身が耐えられないと表現する、あるいは、② 患者が表現できない場合、患者の価値観に照らして、患者にとって耐え難いことが家族や医療チームにより十分推測される場合、苦痛を耐え難いと評価する。

2) 内容

鎮静の対象になり得る苦痛は、せん妄、呼吸困難、過剰な気道分泌、疼痛、嘔気・嘔吐、倦怠感、痙攣・ミオクローヌス、不安、抑うつ、心理・実存的苦痛（希望のなさ、意味のなさなど）などである。ただし、不安、抑うつ、心理・実存的苦痛が単独で深い持続的鎮静の対象となることは例外的であり、適応の判断は慎重に行なうべきである（『ガイドライン』：27）。

注目すべきは、評価の後半の部分にある「患者が表現できない場合、患者の価値観に照らして、患者にとって耐え難いことが家族や医療チームにより十分推測される場合、苦痛を耐え難いと評価する」という文言である。つまり、たとえば大岩と鈴木が指摘するように家族や医療チームが患者の苦痛を判断する可能性があるのである。大岩と鈴木は、「患者」と「家族と医療チーム」を同等に扱っているため、「患者」の耐え難い苦痛を、後者が判断するということが起こっていると批判している（大岩・鈴木 2014：72）。

2. ある緩和ケア病棟における鎮静の実際

全国の緩和ケア病棟37施設で死亡したがん患者2,802名を対象に診療記録調査を実施した佐藤によれば、鎮静は死亡前1週間以内に26%の患者に実施され、鎮静日数は81%が1週間以内であった。また、鎮静に対する患者・家族の希望は、患者の希望が48%、家族の希望が82%の診療記録に記載されていた（佐藤 2010：107）。

ある緩和ケア病棟で、鎮静が実際にどのように行なわれているかを見ていきたい。まず、執筆者がフィールドワークを行なっている緩和ケア病棟について記しておく。東京都にある病床数500床のA病院の倫理委員会の複数のメンバーによる書類審査および面接によって許可を得て、この病院の緩和ケア病棟（1990年代開設、現在18床）において文化人類学的フィールドワークを行なって得られたデータを用いている。フィールドワークとは、具体的には、医療従事者が行なうさまざまなカンファレンスや、患者・家族のために行なわれる花見等のイベントへの参与観察、医療従事者そして患者およびその家族に対するインタビュー等々である。インタビューに対しては、事前にその目的と方法、任意の調査であること、プライバシーの保護等々を説明し、口頭および文書で同意を得た。なお、以下に現われる人物の名前はすべて仮名である。

看護師は、この緩和ケア病棟で大きな役割を担っている（松岡 2012）。まず、彼らの鎮静についての意見に耳を傾けてみよう。

4 羽田さんは50代の女性看護師で、33年間この病院に勤務してきた。さまざまな科に勤務した後に緩和ケア病棟に配属となり、その後4年と少し働いている。ベテランの羽田さんも、痛みを取るために麻薬が頻繁に用いられることと鎮静が行なわれることには、勤務当初戸惑いを感じたという。

麻薬についての知識は、ここに来て得ました。その使い方とか。それからセデーションをかけるとか、そういうふうなことを実際に（やっているんだ）、という部分は、結構驚きでありましたね（括弧内は松岡の補足：以下同様）。

羽田さんのこの発言には、苦痛緩和のために麻薬を用いることや鎮静をかけることを初めて目の当

たりにした看護師の戸惑いが見て取れる。

他の病棟では、せん妄に対してある程度寝ていただくというセデーションに近い形をとるときもありましたけれども。ここではせん妄であっても、それが転倒とか転落とか自分の体に危害が及ばない程度であれば、そんなにひどく薬を使わなくてもいいなと選択することもありますし。

先に『ガイドライン』が示す耐え難い苦痛の内容をあげたが、その一つに「せん妄」が含まれている。『現代精神医学辞典』（2011）によれば、「せん妄」とは「軽度の意識障害の一つで、意識混濁、注意の障害、睡眠-覚醒リズムの障害、幻覚（とくに幻視）、思考のまとまりのなさ、不安、興奮、失見当などが顕著にみられる状態」である。そして、せん妄は夜間に出現することが多く、その場合は「夜間せん妄」と呼ばれる。

羽田さんが看護師として経験してきた緩和ケア病棟以外で行なわれる「ある程度寝ていただくというセデーション」は、興奮を鎮めるための鎮静であり、患者の意識が戻ることを前提としている。一方、緩和ケア病棟で行なわれる鎮静では、場合によっては患者の意識が戻らないまま死亡する場面がある。このような背景があるため、羽田さんは、この緩和ケア病棟ではせん妄に対してただちに鎮静するのではないと話しているのである。つまり、彼女の一連の発言は、本稿の「はじめに」で述べたように、緩和ケア以外での医療現場での鎮静と、緩和ケアでの鎮静の差異を示していることになる。そしてそれは、30年以上この病院で看護師として勤務してきた羽田さんが感じた緩和ケアにおける鎮静の特殊性を示している。

今度は、若い看護師の声に耳を傾けてみよう。原さんは20代の女性の看護師で、臨床経験年数は5年4か月である。インタビューしたのは、原さんが緩和ケア病棟で働き始めて11か月が過ぎた頃だった。原さんは、疼痛に対する鎮痛剤として用いている麻薬の量を増やすことと、耐えられない苦痛を感じる患者に鎮静をかけることを峻別している。なお、いずれを行なう場合もこの緩和ケア病棟では医療従事者がカンファレンスを行っており、原さんの以下の発言はそのことを踏まえてお読みいただきたい。

麻薬について「(患者さんが) 痛そうだから、ちょっと(鎮痛剤としての麻薬の) 量を上げます」という場合だと、(患者の) 表情をみんなで見て「本当に苦しうだね」とかとなるので、(医療従事者のカンファレンスで) そんなには意見がぶつかったりはしないですけど。セデーションの方が、意見がぶつかるまではいなくても、その患者さんなりに何か訴えたいことがあったりするから動いてしまったりとかするのだから、その気持ちを分かろうとしないで、ただ単に薬で抑え込むみたいなのはどうかみたいな話(出ることはあります)。

原さんの発言の終わりの部分に注目してみよう。「その患者さんなりに何か訴えたいことがあったりするから動いてしまったりとかするのだから」とは、せん妄状態に陥っていることを意味する。それを「薬で抑え込む」ことが問題にされているのである。

鎮静をかけることを最初に希望するのは、(1) 患者、(2) 家族、(3) 医療従事者の三つの場合がありうる。まず、患者が、医師や看護師に鎮静をかけてほしいと要求すると、次のような流れとなる。たとえば、患者がまず看護師に「辛くないように逝きたいので、寝かせてほしい」と訴える。この時点で家族は鎮静とはなにかをよく知らないとする。看護師はこのことを主治医に知らせるとともに、主治医から家族に対して鎮静について説明してほしい、と促す。

フィールドの緩和ケア病棟の二人の医師のうちの一人である内田医師(50代、男性)は、この病棟の開棟以来10年以上勤務してきたベテランである。彼は次のように語る。

5

患者さんが希望していることをご家族にちゃんと納得させなくてはいけないので、ご家族にも入ってもらって、「そう言っていますけれども、よろしいでしょうか」と話します。…ご家族が「ちょっと待ってくれ」と言われたならば、「じゃあ、よく患者さんと話し合ってくださいね。患者さんもそれを希望していますよ」という話をするわけです。

実際、本人が鎮静を希望しても、配偶者や子が鎮静をかけることを拒否することは決して希ではないという。たとえば、ある女性の患者さんが「もう鎮静をかけてもらって眠りたい」と同居している娘に話したところ、娘はまだ母と話したいのでその願いは受け入れられない、と母と看護師に語ったというケースがある。

二番目の家族が患者に鎮静をかけてほしいと依頼してくる場合だが、たとえば患者は苦しそうな表情をしていて、身の置き場のないような感じで始終手足を動かしているし、足や腰や背中を痛がっているように見える<sup>2</sup>。辛そうだから眠った方が楽なのではないか、と家族が医師や看護師に相談する。患者本人の意思を確認することになるが、患者は鎮静をかけられることを拒否することがある。

第三に、医療従事者が患者の上記のような状態を見て、患者と家族に対して、鎮静をかけた方が楽ではないか、と伝えるということがありうる。たとえば、医師や看護師が患者と家族に、鎮静剤を使って眠った方がいいのではと提案する。この場合も、当然のことながら、患者と家族が鎮静してほしいとする場合と、患者と家族の間で意見が分かれる場合がある。

ここまでみてきた三つのいずれの場合でも、当事者間で意見が一致しない場合はある、と内田医師は語る。そうした時は、患者と家族にゆっくり考えてもらおうという。だが、内田医師が鎮静の対象となると考えた患者の多くは、鎮静を受けることになるという。

(患者さんは) そのうちどんどん苦しくなりますからね。そうしたら、(家族は) もうこれは見ていられないという話になってきます。…本当に苦しくなってしまうたら、どうしようもないのです。それを見ていて耐えられる人ってなかなかいないですしね。だから、状態を見ていただければ、だいたい「鎮静しましょう」という話にはなっています。

この緩和ケア病棟のもう一人の医師である中川医師(50代、男性)も、この病棟のオープン以来緩和ケアにかかわってきた。以下、中川医師に対して行なったインタビューで鎮静にかんする部分の一部を示す。

松 岡：患者さんの家族や患者さん当人には、鎮静をどういうふうに説明するのですか。

中川医師： どういう家族か、最初の段階で把握していますから。どこまで受け入れられるか(を見て)、やばそうな人にはちゃんと言いますし。その家族との距離感を微妙に測りながら。

松 岡：患者さん当にお話ししますか。

6 中 川：言うときは言いますが、(患者と)相談できなくなったら、家族と相談しますし。

中川医師は、辛くなったら、眠るという方法もあるということ。「どこか日々の話の中で、(患者や家族と)話しています」と言う。そして、中川医師は鎮静をかけた方がいいと思われる患者あるいは／かつその家族に対しては、阿吽の呼吸とでも呼ぶべきタイミングで、その提案をしているのである。

### 3. 死は誰のものか

あらためて言うまでもなく、誕生と死は個人の生にとって最も重大な出来事である。そして、これら二つの経験は個人を超えた社会的な出来事でもある。死についていえば、死亡から葬儀、そして埋葬までの過程でさまざまな手続きが必要となるし、葬儀は個人の最後の通過儀礼として大きな意味を持っている。本節では、死 (death) と、死にゆくこと (dying) というプロセスを検討してゆく。無論、人間は誰も死に向かって生きているのだが、ここで「死にゆくこと」とは現在の医療では治療できない疾患で一その最も代表的な疾患は、がんである一、死が確実に近づいていることが予測できた時点で始まるプロセスを意味している。

まず、バイオメディシンは死とどのようにかわってきたかを把握しておきたい。いわゆる「早すぎる埋葬」が社会問題となった西洋では、医学が死の厳密な判定を行なうようになる時期、すなわち18世紀後半から19世紀前半に死が医療化された (市野川 2000)。

現在の日本において人の死の確認は医師の専権事項であり、死は医療化されているとすることができる。1948年に施行された医師法施行規則の20条の死亡診断書の作成についての規定が法的な根拠だが、近年の脳死を人の死とするか否かの論議が起こるまで、死は、心拍停止、呼吸停止、瞳孔散大、といういわゆる死の三徴候によって確認されてきた<sup>3</sup>。

そして、近年、日本ではこの死の医療化とは区別しなければならない現象が起きている。それは、市野川が、「死の『病院化』 (hospitalization)」「施設化」 (institutionalization)」と呼ぶ現象である (市野川 2012: 140)。医療機関において死亡する者の割合が年々増加し、1978年に自宅で死亡する者の割合を上回り、2014年には90パーセントを超えるに至っている<sup>4</sup>。

死、そして死にゆくことという経験は、社会・文化のあり方やその変容を映し出す「鏡」である。先に示したように、医療化の産物としての医療機関での死、すなわち死の病院化 (hospitalization)・施設化 (institutionalization) は、比較的近年になって顕著になった現象なのである。そして、鎮静はこのような事態のなかに立ち現われた。

ベテランの看護師ではあるが緩和ケア病棟で働き始めてから日が浅い40代の女性の目に、鎮静はどのように映ったのだろうか。橋本看護師にインタビューを行ったのは、彼女が自らの希望で緩和ケア病棟に勤務し始めてから4か月たった時点だった。彼女は、次のように話してくれた。

せん妄とか混乱が強くて、もうどうしようもなくて…。結局家族も見るに見かねるという感じのパターンが、なんか多いですね。また、ちょっと動けたりするとね、それこそ転んじやったりもあるだろうし。そんな中で、最後は結局鎮静して。「なんだかなあ」って…。それは致し方ないことなんだろうけど。その中でどうやって家族が満足、満足ってうか納得してってうか…。だいたい亡くなるパターンが分かってくると、なんか辛くなってきますよね。今こうでも、痛みがひどくなって食べられなくなって、せん妄になって混乱して鎮静されてって、なんとなくパターンが決まってくると、「この人もこうなっちゃうのかな」と思うと辛い。

ここには、病院化された死における鎮静に至るひとつのパターンが示されている。

以下の文は、当時ホスピスの責任者を務めていた医師の山崎章郎が書いたものである。

ターミナルケアというステージでは、主役は常に患者です。家族も主役に近い存在ではありますが、主役にとってかわることはできません (山崎 [1993] 1997: 185 傍点松岡)。

しかし、そうだろうか。少なくとも鎮静にかんしては、必ずしもそうではない。これまで見てきたように、ある患者に鎮静かけられる状況は、患者自身、その家族、そして医療従事者いずれかの

主導で起こるからである。つまり、山崎のような問題設定をした場合に、家族や医療従事者が主役にとってかわる場合があるのだ。

倫理的に問題になるのは、まさしくこのような場合、すなわち患者が意思を表現できない状態になっていると思われる場合に、家族、医療従事者が鎮静をする場合である。大岩と鈴木は、こうした場合に起こる次のような問題を指摘している。死が迫ってきている時期の患者の状態を見た家族が、それを見ることの辛さを患者の苦しさとしり替えて、医療従事者に伝えることが「日常的に起こっている」という（大岩・鈴木 2014：22）。換言すれば、死を間近に控えた患者の一定の精神・身体表出を、家族が「耐え難い苦痛」と翻訳し、それを見ていることの辛さに耐えられず、鎮静をかけてほしいと医療従事者に申し出ることが起こっているのである。大岩と鈴木は、さらに1991年に起こったいわゆる東海大学安楽死事件について言及している。

この事件のあらまは、次のようなものである。昏睡状態が続くがん患者の長男が、患者の状態を苦しんでいると捉え、さらにそれを見るのが辛いので楽にしてやってほしいと医師に懇願した。それを受けて、医師は心停止を起こさせる薬物を投与し、その結果患者は死亡した。大岩と鈴木は、「この事件の経過で一貫して言えるのは、苦しい（辛い）のは患者本人ではなく、長男であるということだ」と指摘している（大岩・鈴木 2014：31）。

先に引用した内田医師の「それ（苦しそうにしている、と家族が理解しうる患者の様子）を見て耐えられる人ってなかなかいないですしね」という発言も、患者が実際に苦しいのか、あるいは家族がそう思うだけに過ぎないのかにかかわらず、家族が耐えられないということがしばしば起こることを示している。

文化人類学者の波平恵美子は、新潟県の山村でどのように死の看取りが行なわれたかを紹介している。そこでは、人が異常な姿で死ぬことを嫌った。異常な姿というのは、具体的には「立ち上がったまま」とか「這いつくばったまま」死ぬことであり、それを避けるために次のようなことが行なわれたという。

死が間近になると患者の家族たちが集まって、患者を押さえつけるのです。患者が起きあがろうとするので、肩を一人が、両足を一人ずつ、それから、手を持つ人というように六人掛りで患者を押さえつけ、仰向けで死ぬようにしたそうです（波平 1998：259～60）。

死が病院化される以前の日本では、各地でこれに近い出来事が起こっていたであろう。このような例では、亡くなる人が主役であるとか、それを押さえつける人々が主役であるとかという主役探しよりは、死にゆく個人とそれを見守る人々の関係という社会性を検討することが、少なくとも社会科学的には重要である。

この例で死にかかわっていたのは、死にゆく個人、そして親族、さらには近隣の人々である。現代日本においては、死は死にゆく個人やその周囲の人々だけの問題ではない。死が病院化されている状況のもとにおいては、そこに必然的に医療が介入してくる。そして、死が医療化された現代日本において死にかかわるのは、死にゆく個人、家族、そして医療従事者ということになる。

8

#### 4. 鎮静の孕む問題点

鎮静は、少なくとも検討すべき二つの問題を孕んでいる。第一に、鎮静と安楽死や自殺補助との連続性を否定できないという事実である。日本では安楽死は法的に認められていないが、世界には2014年11月現在で安楽死を合法としている国や州が存在している。それは、スイス、オランダ、ベルギー、ルクセンブルグ、アメリカの4つの州（ワシントン、オレゴン、モンタナ、バーモント）



である<sup>5</sup>。日本でも、将来安楽死が合法となる可能性はある。安楽死は倫理的に重要な問題であり、法律が改正されようとした場合には活発な議論がなされるだろう。また、仮に改正された場合も、法律が認めているからといって、それについて議論されなくなることはないと思われる。

長年緩和ケアに従事してきた二人の医師の見解を、以下に示す。カナダのエドモントンの病院の緩和医療部門で部長を務める樽見葉子は、緩和ケアにおける鎮静は、安楽死と自殺幫助とどう違うかは、はっきりさせられない部分もあるのではないかと考えている（樽見 2009：119）。また、千葉市にある在宅緩和ケアを専門とする医院の院長の大岩孝司は、緩和ケアにおける鎮静全般に対して懐疑的であり、持続的な深い鎮静について次のように指摘する。

深い鎮静のまま死を迎えることになるのであれば、安楽死とは手段（薬剤の選択など）、時間の経過だけの違いにすぎないのではないか（大岩・鈴木 2014：84）。

鎮静が安楽死となりうる可能性があるとするれば、倫理的に最も問題になるのは、誰の意志で鎮静がかけられるのかという点である。

これまで見てきたように、家族や医療従事者の意思で鎮静がかけられる場合があるが、そのなかには患者以外が患者を安楽に死なせる場合が含まれているはずだ。筆者は、死にゆくことは当人とそれを取りまく人々との間に立ち現れる現象であると考え。だが、死が死にゆくものの意思、あるいは意識が正常であった状態の最後の瞬間の意思を反映しないとすれば、大きな問題である。

鎮静は、もう一つの問題を孕んでいる。まず、著者が調査を行なった緩和ケア病棟ではそのようなケースはなかったが、一般論として病院あるいは施設の都合で鎮静が行なわれる可能性があることは否定できない。たとえば、著者はある緩和ケア病棟の医師から次のような話を聞いたことがある。その緩和ケア病棟の入院患者は20人で、深夜勤務する看護師は2人である。せん妄をきたす患者がいると、1人の看護師は、患者の手を握っていたり、マッサージをしたり、あるいは患者が歩き出して転倒しないように注意したりと、患者に付きっきりにならなければならない。そのような事態になると、看護師から次の日に「夜歩きまわっているこの人につきっきりで、私何もできなかった」といった苦情が出るという。たしかに、せん妄状態になると医療への協力が得られなくなり、チューブ類の除去や転倒事故などのリスクが高まる。この背景にあるのは、言うまでもなく深夜の病棟の人手不足なのだが、このように看護師が医師に対して鎮静の可能性を打診することはありうるだろう。

先に見たように、『ガイドライン』は、せん妄を「鎮静の対象になりうる苦痛」としている。医療従事者がせん妄状態となっている患者に対して、施設の都合によって鎮静を促したならば、意識がある時点で患者本人が鎮静を受け入れたとしても大きな問題と言わざるをえない。このような鎮静こそ、病院化された死の最もネガティブな一側面であろう。

以上、鎮静について検討してきたが、本研究はまだ端緒に着いた就いたばかりであり、今後さらに考察を深めていきたい。

## 追記

本研究は、科学研究費助成を受けた研究「終末期医療で看護師が体験する困難 —患者の自己決定を支えるためのケアをめざして—」（挑戦的萌芽研究 236045 代表者 松岡秀明 2011年～2014年）の成果の一環である。

【註】

- <sup>1</sup> 日本では、緩和ケア病棟は、終末期の患者が安らかな最期を向かえるという、ホスピスとほぼ同じ機能を持つため、以下、ホスピス・緩和ケア病棟と記す。
- <sup>2</sup> 終末期には、身の置き場のないような焦燥感がしばしば出現する。
- <sup>3</sup> 三徴候によって死を判定することがいつ、どのようにして行なわれるようになったかについての歴史的研究は意外にも少ない。たとえば、小松 1996を参照のこと。
- <sup>4</sup> 下の厚生労働省のウェブサイトによる。  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/tdfk01-02.pdf> 最終アクセス日2014年11月28日。
- <sup>5</sup> ベネルクス3国における安楽死については、盛永 2012を参照のこと。

【引用文献】

市野川容孝

2000 『身体／生命』東京：岩波書店

2012 「尊厳死法における生権力の作動」(小松美彦との対談)『現代思想』40(7):136-157

大岩孝司・鈴木喜代子

2014 『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』東京：中外医学社

小松美彦

1996 『死は共鳴する』東京：勁草書房

佐藤一樹

2010 「緩和ケア病棟で提供された終末期がん医療の実態 ― 多施設診療記録調査」遺族によるホスピス・緩和ケアの質に関する研究運営編集委員会編『遺族によるホスピス・緩和ケアの質に関する研究』大阪：日本ホスピス・緩和ケアの質に関する研究振興財団、pp.135～141

樽見葉子

2009 「海外の緩和医療の現場からの終末期医療の現状と展望」石谷邦彦編『安楽死問題と臨床倫理』東京：青海社、pp.135～141

波平恵美子

1998 「死と医療 ― 医療人類学からの提言 ―」神山有史編『生命倫理学講義』東京：日本評論社、pp.247～268

南山堂(編)

2006 『南山堂医学大辞典』東京：南山堂

日本緩和医療学会(編)

2010 『苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン』東京：金原出版

松岡秀明

2012 「生、死、プリコラージュ ― 緩和ケアで看護師たちが直面する困難への医療人類学からのアプローチ」、安藤泰至・高橋都編『シリーズ生命倫理 第4巻 終末期医療』東京：丸善出版、pp.177～192

10

盛永審一郎(編)

2012 『シンポジウム：ベネルクス3国安楽死法の比較検討』富山大学医学部哲学研究室

山崎章朗

[1993] 1997 『ここが僕たちのホスピス』東京：東京書籍

(受理 平成26年11月29日)