【第７回　日本リビングウイル研究会】

テーマ「終末期鎮静」

――苦痛のない最期を迎えるために必要か――

日　時：2018 年 6 月 23 日（土）13：00～16：30
会　場：東京大学伊藤国際学術研究センター　伊藤謝恩ホール

は　じ　め　に

終末期鎮静（ターミナルセデーション）は、治療を尽くしても取り得ない患者の耐え難い苦痛を取り除くことを目的に、患者の意識を限りなく低下させる鎮静剤を投与することです。がん患者の死亡直前の苦痛に対応する緩和ケアとして位置づけられています。しかし、そのために患者との意思疎通ができなくなることから、鎮静の実施は患者や家族、医療チームにとって極めて難しい選択になっています。

「難しい」理由はいくつかあります。鎮静は、患者の症状に合わせて意識を下げる深さ、浅さ、その期間を調節できます。しかし、深い鎮静は、患者が眠ったまま死が訪れることから、安楽死に近い医療行為ではないかという根強い考えがあります。倫理的な議論です。緩和医療が発展した今日、十分にケアが行われれば苦痛はゼロに近くでき、鎮静はほとんど必要ないとする考えもあります。医療的な議論です。

これだけの難問を抱えつつも、鎮静は病院などだけでなく、在宅療養の場でも静かに広がってきています。1 年半前、NHK のテレビ番組『クローズアップ現代』が「終末期鎮静の葛藤」を取り上げた際、「在宅医師の 4 割が、過去 5 年間に終末期鎮静を行ったことがある」とする調査データが紹介されていました。そして、自分の意思で眠ったまま死を迎える患者の一方で、遺族の中には生を終わらせることに同意したことを悩み、罪悪感にさいなまれる人も多いことが伝えられていました。

国内での議論は深まっているのでしょうか。近年の医療技術の発展、医療倫理・生命倫理観の向上など変化する社会のなかで、今日的議論が少なすぎるのではないかと感じます。鎮静の目的は、「緩和ケア」であって、患者を「死なせる」ことではありません。生命を絶つ行為ではないので、違法性がないことは法的にも担保されています。それでも「安楽死の代替え物」視する声はあり、「終末期鎮静は緩和医療」という社会のコンセンサスさえ十分に得られていない危うさを感じます。

折しも、日本緩和医療学会は現在の「鎮静ガイドライン（2010 年版）」の改訂作業を進めています。苦痛のない、穏やかな尊厳ある最期の実現を目指す当協会も注目しているところです。今回は、鎮静を積極的に行っている緩和ケア病棟の医師と、その機会が少ない在宅医療医師の取り組み方の違い、患者、家族の受け取り方など、様々な切り口から終末期鎮静について議論を深めたいと思います。

【主催者　あいさつ】

日本リビングウイル研究会代表幹事　岩尾總一郎

終末期医療をめぐるさまざまな問題を、いろいろな分野で活動する方々、市民の皆さんにも参加していただいて討論していこうというのが、この「日本リビングウイル研究会」の活動です。単なる意見発表や意見交換会ではなく、いろいろな立場や見方から問題解決の糸口を探ろうと 2013 年に発足しました。それ以来、今回で 7 回目を迎えました。その積み重ねは、お手元のパンフレットにあります「これまでの活動」の通りですが、各回に共通するこの研究会のキーフレーズは「尊厳死協会の枠を超えた、タブーなき今日的議論」です。

今回のテーマは「終末期鎮静（セデーション）」です。終末期鎮静は、がん患者さんの死亡直前の苦痛に対応する医療措置でありながら、引き続き訪れる「死との関係」が意識されすぎてか、ともすればオープンに話し合われることが少ない問題になっていました。それだけにタブーなき、今日的議論がいまこそ求められているテーマだと思います。

医学会や大学医学部の関係で開催される終末期鎮静にかかわるシンポジウムは、「緩和医療における鎮静と安楽死の問題」のように、よく「安楽死」の言葉が付いています。終末期鎮静の議論では安楽死との問題を整理しておくのは大切なことです。といっても、尊厳死協会が関係する議論の場で、安楽死とのかかわりが問題となるテーマは、できることなら避けたい気持ちがあったことは正直なところです。しかし、このリビングウイル研究会は、果敢にこの「安楽死とのかかわりが問題となるテーマ」に踏み込みました。

今回は、終末期医療にかかわり鎮静の問題に深い関心を持つ医師、生命倫理から考察を重ねる研究者、そして実際に鎮静を受けた患者のご遺族をパネリストにお招きしました。会場の参加者みなさんを含めて、率直な議論を期待しています。

【第 1 部】鎮静の定義と 2 つの症例紹介

コーディネーター　**満岡　聰**（医師、日本尊厳死協会理事）

〈冒頭あいさつ〉

みなさん、こんにちは。土曜日という忙しい時に、こんなに大勢の方にお集まりいただき、ありがとうございます。

では、この「終末期鎮静」という非常に興味深いテーマについて、深く議論していきたいと思います。第 1 部はまず、聖隷三方原病院副院長の森田達也医師に「鎮静の定義」についてお話いただきます。緩和医療学会の定義と問題点、推奨される方法とそうでない方法、適応の条件などです。さらに東京大学特任教授の会田薫子さんに「鎮静の倫理」について。鎮静が許容される理由、鎮静と尊厳死・安楽死の線引きなどですね。そして、ケアタウン小平の山崎章郎医師に「在宅の症例紹介」をお願いしたいと思います。それでは始めます。

■鎮静の定義

森田達也（聖隷三方原病院副院長・緩和支持治療科）

私はがん患者さんの緩和治療を行っていますが、自分で直接診ることはなく、主治医の先生がうまくいかない場合、呼ばれて対応するということをしています。

今日お話するのは、鎮静の定義です。それぞれの国にガイドラインがありま

すが、非常に大ざっぱに言いますと、①他の方法で緩和しない苦痛――例えばモルヒネを使うとか神経ブロックをするとかいろいろな緩和の方法がありますが、そういう方法でも取れない苦痛がまず存在する、その苦痛に対して②鎮静薬によって意識を低下させること、つまり麻酔をするということですね。この２つが鎮静のコンポーネント（構成要素）です。苦痛のない人に鎮静をするということは普通、考えてはいません。あれこれと手を尽くしたんだけれど苦痛が取れない時に、最終手段として鎮静薬を使う、ということが鎮静の定義になります。

その鎮静ですが、３つに分類されます。①間欠的鎮静、②調節型鎮静、③持続的深い鎮静です。

①の間欠的鎮静は、鎮静薬によって一定期間、まあ通常は数時間程度ですが、意識の低下をもたらしたあとに鎮静薬を中止して、意識の低下しない時間を確保しようとする鎮静です。②の調節型鎮静は、苦痛の強さに応じて苦痛が緩和されるように鎮静薬を少量から調節して投与することです。苦痛がない、ちょっとウトウトするような状態にすることですね。③の持続的深い鎮静は、一般に鎮静に対してイメージされるものですが、鎮静を中止する時期をあらかじめ定めずに深い鎮静状態となるように鎮静薬を調節して投与することです。眠るのを死まで意図して行うわけではありませんが、持続的鎮静を繰り返している間に、結果的に死が訪れるということになります。鎮静には、この３つがあります。

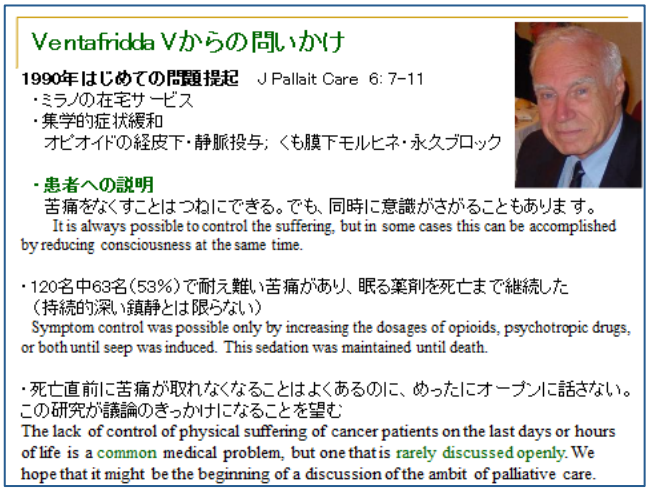
この会を主催している日本尊厳死協会との関連についてお話しますと、尊厳死協会の主たる主張は、リビングウイル（本人の意思）を前提とした治療の差し控えおよび中止があり、一方で十分な緩和ケアを受けるということですね。鎮静は、この「十分な緩和ケア」に含まれます。十分な緩和ケアというのは苦痛をとることですが、通常の方法では苦痛がとれない場合、最終的な手段として「眠る」ということは最低限できるのではないか、ということだと思います。

では、ここで鎮静の歴史的な経緯についてお話します。「鎮静」という言葉が初めて登場したのは１９９０年、イタリアのベンタフリッタさんによってです。がんの痛みを取るには、モルヒネを定期的に使うというのがＷＨＯ方式ですが、これで８～９割の人の痛みはとれるけれども１～２割はとれない。ベンタフリッタさんは、痛みのとれなかった一定数の患者さんに麻酔が必要と発表した。これが１９９０年です。

２０００年代になって、それぞれの国で研究が進み、ガイドラインが整備されていきます。死亡の直前に生じる治療抵抗性（その病気に対して有効であると科学的に証明されている治療を行っても、効果がみられなかったり、だんだんと効果が減弱し、再発や再燃してしまう状態）の苦痛を想定してのものでした。しかしこの数年、ちょっと違ってきています。対象患者の想定が違ってきている。フランスの「持続鎮静法」というものは、それまでの鎮静は亡くなる直前の、他の方法では緩和しない苦痛に対して睡眠薬を投与していましたが、もう少し全身状態のいい患者さんに対しても、苦痛に耐えられないなら死亡まで睡眠薬を続けるというものです。これは従来の緩和ケアの鎮静とは多少違う、グレーゾーンに踏み込んだ方法だろうと思います。

それから、鎮静にはやり方がいっぱいあるね、ということも言われ出しました。先ほど話しました、調節して投与する「調節型鎮静」と、深く眠る「持続的深い鎮静」ですね。こうした鎮静方法も、社会的なコンセンサスになってきています。

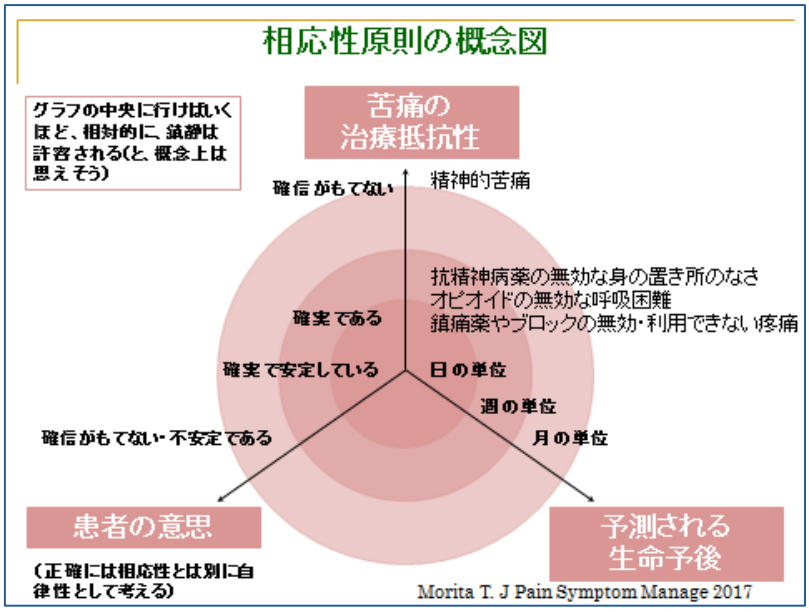
ここで初期の論文を紹介します。先ほどのベンタフリッタさんは、イタリア北部で在宅医をしていた麻酔医ですが、１９９０年に問題提起をしています。疼痛を取り除くために麻薬を注射したり神経ブロックをしたりしていましたが、そのような方法をとっても、約５０％の患者さんには何らかの眠る薬が必要だった、と発表しています。患者さんには、「一般的な方法で苦痛はとれますが、もし取れない場合、眠ることで最低限、苦痛を取り除くことはできる」と説明していたようです。そして結論ですが、亡くなる数日か数時間前に苦痛が取れなくなるということはよくあることなのに、そのことについて、これまでめったに議論がなされていない。この研究が議論のきっかけになることを望む、と問いかけています。

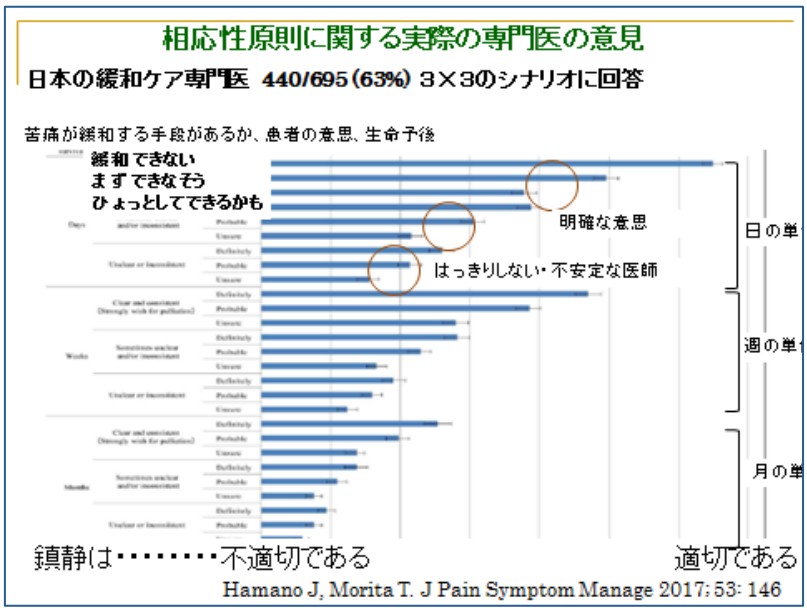


鎮静の方法には「推奨される鎮静」と「推奨されない鎮静」があります。推奨される鎮静の前提になるのは、あくまでも、患者さんに耐え難い苦痛がある場合ということです。痛みに耐えても意味を感じられるケアを深めていくとか、夜だけ眠れるとか、そういう、いろいろな手段を尽くしても、それでも他によくなる手段がない耐え難い苦痛の場合、鎮静が選択肢に上がります。それと相応性です。相応性は今日のこの会のキーワードですが、鎮静するのが妥当であるということと、患者さんが希望されていることが相応性ということになります。この２点に基づいて持続的な鎮静薬の投与が考えられます。

それでは、この耐え難い苦痛とか治療抵抗性の苦痛とは、どう決めているのでしょうか。耐え難い苦痛というのは、意識のある人であれば「耐え難い」と言えばそれは耐え難い苦痛です。意識が混濁している場合は、苦痛を評価する方法は理論上ありません。しかし最近では、苦痛に関与している場所が画像である程度わかるようになってきていますが、まだ臨床には応用されていません。治療抵抗性の苦痛ですが、これはあると言っていいと思います。特に神経の真ん中に腫瘍ができてしまったような場合ですね。これは進行性と関係なく強い痛みがあります。痛みは進行度ではなく、腫瘍のできる場所に大きく関係します。

鎮静は、原則的には調節型鎮静を優先しますが、最初から持続的深い鎮静を行う場合があります。それは、苦痛の強さが著しい、治療抵抗性が確実で生命予後が切迫している、副作用のリスクを許容しうる、患者の希望に沿っている、などの場合ですね。具体的には、調節型鎮静では患者にとって十分に苦痛が緩和されないことが予測され、患者自身が確実な苦痛の緩和を希望する場合となります。ここまで述べてきました相応性原則の概念図をここに示します。





図で表せば、こういうことになると思いますが、相応性原則に関する実際の専門医の意見も、ここに示した表のようになります。３の３乗ですから 27 の項目を作って持続的鎮静の妥当性を専門医に聞いたところ、連続変数みたいになっていて、これこれの条件だからこれこれがいい、というようなきれいな線引きができないことがよく分かると思います。

それでは、推奨されない鎮静とはどんなものでしょうか。当然のことですが、これまで述べてきたこととほぼ逆になります。まず①患者さんが希望しない。②相応ではない。つまり、まだ治療法があるとか生命予後が長い場合など。③意図が死亡である。これはゆっくりした安楽死ですね。鎮静を開始するときに「死亡まで確実に鎮静するぞ」と決めて進むようなことです。

それでは最後に鎮静の論点に移ります。大事なのは医学的課題と社会的課題をはっきり分けたほうがいいということです。医学的課題というのは、例えば呼吸困難な患者さんに対応する方法はあるのかないのか、というようなことです。これは研究していけばやがて何とかなる、正解に辿り着きそうなことですね。

しかし社会的課題には正解がありません。一つの論点は、患者さんは身体的苦痛の予防のために鎮静を使うことができるのか、つまり「自分は深い鎮静がいいからしてほしい」ということが果たして許されるのか、ということです。次の論点は、精神的苦痛に対して鎮静は許されるのかということ。生きることに意味がない、楽しみがない、寂しい、人に介助されて生きていることに尊厳を感じない、というような精神的な辛さに対しての鎮静です。これについては、一つの考え方として、精神も身体と同じくらい辛いので鎮静は適応とすべきというもの。これは安楽死、自殺幇助につながりますね。もう一つの考え方は、

そもそも「生きている意味がない」とかの実存的な苦痛は、医学的介入の対象ではないという考え方です。私は、この問題には正解があるものではないと思っています。

推奨されない鎮静

患者が希望しない

相応じゃない
・患者の状況に相応ではないような場合に実施してはならない
　まだ治療法がある or 生命予後が長い

意図が死である＝ゆっくりとした安楽死
・鎮静を開始するときに、「死亡まで確実に鎮静するぞ」と決める
　cf. オランダの「死亡まで継続する持続的鎮静」(continuous deep sedation until death) や、フランスの「持続鎮静法」は本来の鎮静ではないとの意見

・鎮静と治療中止を「自動的に」同時に行う
・鎮静薬を投与した後、投与しっぱなしである（苦痛の評価をしない）
・苦痛が取れる以上の大量の鎮静薬を投与する

鎮静については家族の役割も、特に日本では重要です。日本緩和医療学会のガイドラインでは、2005 年には「家族の同意も得るべき」としていましたが、2017 年には「同意が望ましい」に変わってきています。家族の同意は重要ですが、遠くの日ごろ疎遠な親せきが最後にやって来て医療現場が混乱したりすることを、できるだけ避けようという判断からでしょう。

最後に私が強調しておきたいことは、最初にベンタフリッタさんのところで述べましたが、苦痛緩和に向けていろいろ行ったんだけれど、他に全く手段がないときに、それでも患者さんが苦しまれていて「何とかしてほしい」という希望を持っている場合に、最低限麻酔を使うことができるのではないかということです。麻酔を使えば苦痛はとれるし、苦痛のない状態で最期を迎えることができる――これはガイドラインでも合法とされていて、そこの終末期鎮静のところだけは、ちゃんと維持していきたいと思います。終末期以前のところで鎮静を行うかどうかについては、これまで述べてきましたが議論があります。

その鎮静は、終末期の、他に緩和の方法がない場合の「鎮静」のことなのか、あるいは終末期以前の「死に向かう鎮静」のことなのか、その区別をしっかりする必要があるということを強調し、私の話を終わりたいと思います。

■鎮静の倫理

会田薫子（東京大学特任教授）

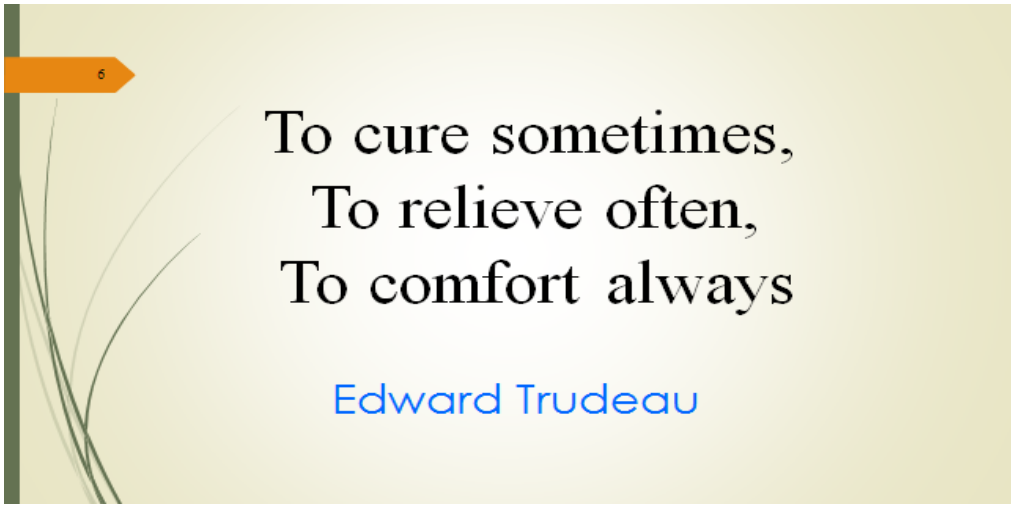
私は「鎮静の倫理」についてお話しますが、今日は①鎮静が許容される理由と、②鎮静と安楽死・尊厳死との違い、この２点について話を進めていきます。

①の鎮静が許容される理由ですが、ではなぜ、鎮静が許容されるのかという問いが出てくるのでしょうか。それは森田達也さんのお話にもありましたが、鎮静には害・デメリットがあるからなんです。それは意識の低下ですね。意識が下がると自律的な判断ができなくなります。そういう事態を、医師の力で起こしていいのかというのが一つあります。それから意識が低下すれば意思の疎通ができなくなります。家族と話ができなくなる。このような事態をあえて招いていいのか。そういうことが問われています。さらに、鎮静すると生命予後が短くなるのではないかと言われたりしますが、そうでないという研究報告もあります。

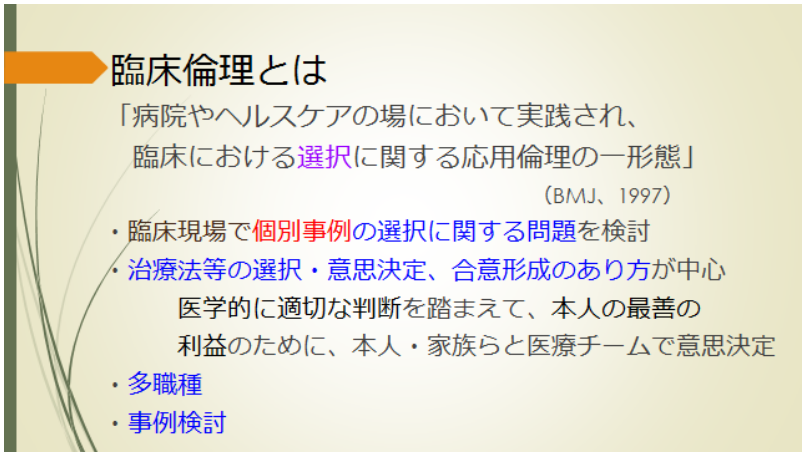
こうしたことを考える場合に、医療とケアに関わる応用倫理のなかで、医療倫理と臨床倫理について見てみたいと思います。「医療倫理」は医師の職業倫理です。医師の職業倫理を端的に表しているのは次の警句です。この警句は１９世紀のアメリカの医師であるエドワード・トゥルードーの論文の中にあり、これまで多数の医師に引用されてきました。

「医師は時に治し、しばしば症状を軽くし、常にコンフォートする。」このコンフォートは緩和することだと思います。私が思うに、痛みがあったら痛みをとる、苦しかったら苦しくないようにする、できるだけ本人が快適に生きていけるようにサポートする――これが医師の仕事の基本だと思います。苦痛を緩

和することは医療者の基本の仕事なのです。ということで私は、他の方法では痛みがとれない場合、鎮静することに医療倫理の点で問題があるとは思いません。

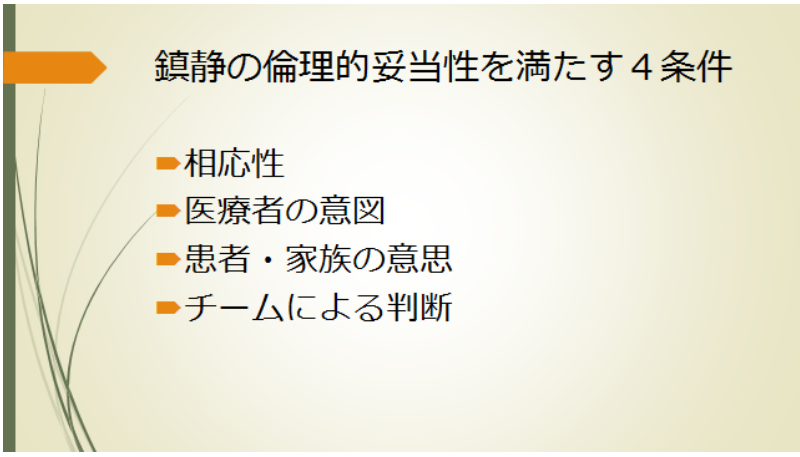


もう一つの臨床倫理ですが、これは病院やヘルスケアの場において実践され、臨床における「選択」に関する応用倫理の一形態であるとされています。ちょっと難しいので、くだいていいますと、臨床の現場での個別事例の選択に関する問題といえます。個別事例とはつまり、お一人お一人の患者さんのことです。治療やケアの選択、きょうの問題でいいますと鎮静するかどうかの選択です。ではどのように合意形成がなされるのでしょうか。まず医学的に適切とされる判断を踏まえて、本人の最善の利益のために、本人や家族、医療ケアチームで意思決定をする。つまり適切に合意形成のプロセスを踏んでいくということです。これが臨床倫理の考え方です。



特徴の一つはチームで対応するということです。多職種の人がみんなでチームを組んで対応するには、カンファレンスが必要になります。そしてカンファレンスの際に、鎮静の倫理的妥当性を満たす４つの条件について検討します。①相応性、②医療者の意図、③患者・家族の意思、④チームによる判断、の４つです。

①の相応性の原則は、選択肢の中で最も益が多く害が少ないものを選ぶということ。つまり「一番ましな方法を選ぶ」といっていいでしょう。「ましな」には、「現状ではしょうがないよね」という意味がありますよね。鎮静も他の３つの条件を満たせば行えます。②は医療者の意図。意図があくまで苦痛の緩和にあり、生命予後の短縮ではないことが明示される必要がある。生命の短縮を意図することは、鎮静とは呼びません。③は患者・家族の意思ですが、患者に意思決定能力がある場合は、当然ですが鎮静を希望する明確な意思表示があることが必要です。意思決定能力がない場合は、以前に患者が表明していた意思に照らして、みなさんのようにリビングウイルを書いて残しているとか、そういう意思に照らして判断することになります。難しいのは、家族の同意が得られていない場合です。どうしても家族の同意を得られない場合は患者の意思が優先されます。これは倫理的に適切な態度だと思います。苦痛の緩和は医療者の基本の務めです。コンフォート・オールウェイズ（常に苦痛を緩和する）です。家族の同意を得られないことを理由として鎮静を実施しないことは、倫理的に妥当ではありません。最後に④のチームの判断。ここで問題となるのは、在宅などで医師が１人しかおらずチームで相談する時間がない場合などですが、何よりも苦痛の緩和が優先します。緊急避難的に苦痛緩和を行ったあとで、可能なかぎり早く、他のチームメンバーと相談することが必要です。



では最後に「鎮静と安楽死・尊厳死との違い」に移ります。安楽死とはどう

いうことかと言いますと、患者さんの「安楽死したい」という意思表示に従って、医師が致死性の薬物を投与すること。患者の生命を終わらせるという意図があり、生命が終わるから苦痛も終わるということなんです。①持続的深い鎮静と②安楽死を、「意図」と「方法」と「結果」の３点で比較しますと、①の意図は、意識を下げることによる苦痛緩和ですが、②は死による苦痛緩和。①の方法は、深い鎮静をもたらす鎮静薬の投与ですが、②は致死量の薬物の投与。①の結果は、苦痛が緩和された生の状態ですが、②は死による苦痛の終わり、ということになります。

さて尊厳死ですが、１９７０年代のアメリカでDeath with Dignity（尊厳死）を求める運動が起こります。カリフォルニア州で尊厳死法が作られました。本人が望まない延命医療を終了して死ぬ権利を確立する、そのためにリビングウイルや代理人指名の制度化がなされました。このあとこの運動は全米に広まったので、運動の意味がなくなりました。そして１９９０年代以降のアメリカでは、尊厳死は「医師の自殺幇助による死」を指しています。「オレゴン州尊厳死法」が最初です。末期患者が医師に致死薬の処方を依頼し、患者は自分で服用する。自分で服用できるだけの体力のあるうちに飲んで、自分で自分の生命を終わりにするということです。尊厳死の概念が始まった英語圏では、現在、尊厳死といえば医師による自殺ほう助を指しているということを申し上げておきます。

でも尊厳死って、そもそもどういうことなんでしょうか。尊厳ある生き方、生き終わり方は、人それぞれだと思います。

例えばＡさんは、持続的植物状態になったら延命治療を行わないでというリビングウイルを準備している。Ｂさんは、なんでも家族に任せます。自分はそれでいいんです、と表明している。Ｃさんは、生命を延長する手段をすべて使って可能な限り生命期間を延長したい、と言っているとします。３人とも、これはこれで、各自にとっての尊厳ある生き方と生き終わり方なのではないかと私は思います。

■在宅での症例紹介

山崎章郎（在宅緩和ケア充実診療所・ケアタウン小平クリニック院長）

私は在宅でのホスピスケアに取り組んでいますので、その経験のなかでお話します。これまで「鎮静」ということだけが取り上げられているように思いま

すが、鎮静に至るその背景には、チーム構成を含めたすべてが関係していると思っています。

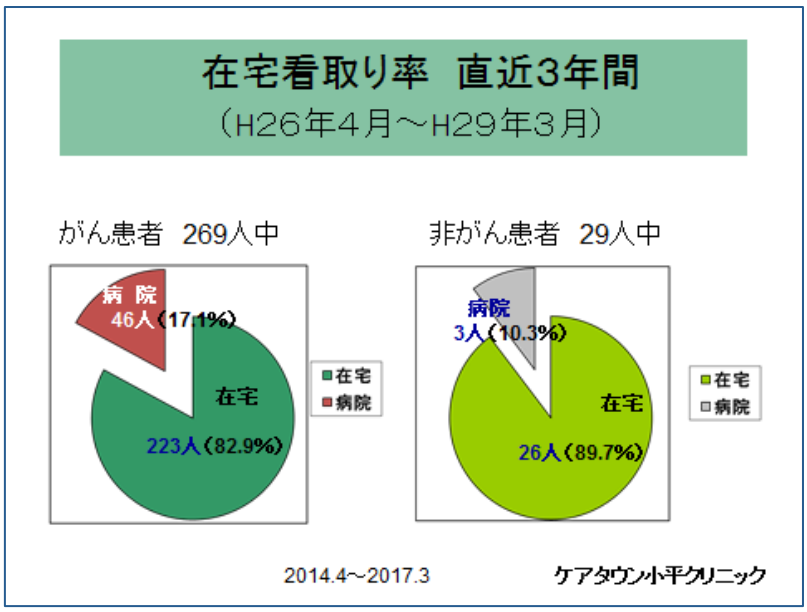
私たちは２００５年から、地域のなかで専門性の高いホスピスケアを提供していきたいという、一つの地域モデルを作ることを念頭に取り組んできています。拠点は、東京のケアタウン小平です。（掲示した写真を指して）この建物です。私たちのチームは、この１階を借りて活動しています。１階には、私どもが運営している在宅緩和ケア充実診療所があり、隣に訪問看護ステーションがあります。どちらも２４時間対応しています。近接して、がん患者さんを多くみているケアマネジャーの事業所もあります。このようにチームが物理的に近い関係にあります。

私たちは、ホスピスで知られる東京・小金井にある桜町病院で仕事をしてい

た仲間が多いので、その時に、チームが密度濃く情報交換しカンファレンスもできるということが極めて大事だと考えていましたので、この小平でもそれができる環境を作ろうと考えました。それがケアタウン小平です。

クリニックには常勤医が３人います。私は施設ホスピス１４年、在宅ホスピス１３年の経験があります。他の２人は日本緩和医療学会認定医と同学会専門医ですが、施設・在宅合わせて１７年と１１年の経験があります。こういう医療チームです。訪問看護ステーションには、常勤看護師７人、非常勤看護師２人、常勤理学療法士２人、常勤作業療法士１人がいます。このうち施設ホスピス経験看護師が５人、緩和ケア認定看護師が１人います。このように隣同士ですので、事業所は別ですけれど、いつでもカンファレンスが開かれる環境にあります。

私どもの活動範囲ですが、先ほどお話しましたように地域モデルを作りたいと考えていましたので、ある一定の領域の人たちにケアを提供しようと活動しています。訪問看護ステーションは半径３キロ、クリニックは半径４キロの人たちを主に対象として在宅でのホスピスケアに取り組んでいます。



この図は、直近３年間の在宅看取り率ですが、がん患者さん、非がん患者さんとも８割以上の方を、このチームで在宅看取りすることができました。

こうした背景のもとに、きょうのテーマである鎮静はどういう手順で行うのかについてお話します。私はまず、患者さんの病状認識を確認していきます。患者さんが病状を認識できた時点で、これからどんなことが起こってくるかについて話します。症状はしばらく小康状態を保つかもしれないけれど、この病気は急に変化することもある、急速な変化があった場合は急速に苦痛が出るこ

ともある、しかし身体的な苦痛は緩和することができるし、その一つの方法として鎮静がある、ということを話し、鎮静の方法について説明します。初診でここまで踏み込めないこともありますが、その場合は、変化した時点で鎮静の方法についてお話します。「最期まで少なくとも身体的に苦しむことはないですよ」と伝えるんです。

当然のことですが、これは医療行為ですから、医療行為のもたらすメリット、デメリットについても話します。鎮静によって苦痛の緩和は可能です、しかしそれはコミュニケーションを犠牲にするものです、と。ですから、大切な書き物や話は、早めにしておくようにとのアドバイスもします。これはご家族にも話します。

このような事前の段取りをしていきます。つまり、いきなり鎮静に入るのではなく、その人たちが可能なかぎり苦痛が緩和され可能なかぎり日常生活を送れるようなプロセスを応援しつつ、病状が悪化した時に鎮静をするかどうかということになるわけです。

持続的鎮静についての、過去２年間の私どもの調査があります。在宅看取りがん患者さんは１３７例ありました。平均７６．２歳。このうち持続的鎮静を行ったのは１２例、８．７％。７例は数時間。これは、変化があって呼ばれて自宅に行き、苦しんでいる患者さんに、以前から同意していた鎮静を行うという例ですね。残りの５例のうち６日間が１例。３日間が２例。２日間が１例。１日間が１例でした。この１２人全員の方には輸液（点滴）はしておりません。事前に話し合って経過をみてきた人たちです。当然のことですが、疼痛や呼吸困難に対してはモルヒネなどを使用します。

ケアタウン小平クリニック－持続鎮静についての調査①

調査期間：2016年6月～2018年5月の2年間

在宅看取りがん患者：137例（平均年齢　76．2才）

持続的鎮静実施：12例（8．7％）（平均年齢　73．4才）
鎮静期間：7例は数時間
5例：①6日間　1例
②3日間　2例
③2日間　1例
④1日間　1例
上記事例は全員輸液なし。
疼痛、呼吸困難に対しては、アンペック（モルヒネ）坐剤など使用

次に鎮静した理由ですが、「身の置き所のない苦痛」が８例、「急激な呼吸不全による呼吸困難」が２例、「急激な気道狭窄による呼吸困難」が１例、「肝臓に転移したがんが破裂したことによる苦痛」が２例、「腸管穿孔による苦痛」が１例いました。身の置き所のない苦痛の人が複数回答したため２例多くなりましたが、これが１２人の鎮静した理由です。そして鎮静に使った薬剤ですが、こうした場面では服用は困難ですから、私たちはほぼ座薬を使います。セニラン座薬を主に使いますね。

最後にまとめですが、がんの終末期において、ＷＨＯの定義に基づく適切な緩和ケア（スピリチユアルケアを含む）が行われても、身体的苦痛に対して持続的鎮静を必要とする患者さんは必ずいます。しかし、多くはありません。この持続的鎮静に入る前に、森田さんが言われていた、夜間だけとかの間欠的鎮静ももちろん行います。いきなり持続的鎮静に入ることはむしろ少ないでしょう。繰り返しますが、鎮静というのは、鎮静の場面だけ切り取って話されるものではありません。前後の経過、それに至る家族の同意も関係してきます。

私どもにとって、家族は大事です。患者さんは残念ながら亡くなりますが、家族の方は、そのあとも生きていかなければなりませんね。悔恨や苦痛、わだかまりを持って生きていくことは辛いです。ですから、可能な限り、いま起こっていることにご理解いただき、もし家族間で意見がバラバラであったならば、できるかぎり意見が一致できるように話し合っていただきます。その場に必要があれば、私どもも参加いたします。

鎮静の手順

1）初診時もしくは病状悪化時:
今後の病状経過予測を説明する
その中で、病状悪化による苦痛に対して
症状コントロールとしての鎮静という方法があることについて
（どのような場合でも身体的苦痛症状の緩和は可能であることを）事前に説明する

2）医療行為としての鎮静の、メリット、デメリットも説明:
苦痛は緩和できても、コミュニケーションは犠牲になる

3）今後、急な変化や衰弱や、症状コントロールとしての
鎮静でコミュニケーションが困難になることがあり得る
大切な書き物や話は早めにしておくようアドバイスする

鎮静というのは、患者さんがたどる経過の１イベントです。その場面に至るまでの間に起こるさまざまな出来事、例えば患者さんたちが直面する心理的な

苦痛・苦悩もありましょうし、生きている意味が見えなくなるような苦悩もありましょう。人は、自分が生きている意味を感じるというのは、必ず他者との関係性を通してなんだと思います。嬉しい、悲しい、つらい……すべて人との関係性においてですし、生きている意味がないというのも他者との関係性がもたらす苦痛です。とすれば、関係性の改善をすれば、苦痛は除かれる可能性があるわけですね。

ですから、改善する可能性のある苦痛・苦悩に対して鎮静を行ってしまうというのは、これは、その人の尊厳を奪ってしまうことにもなりかねません。ケアする人が、人間の尊厳を守ることを放棄することにほかならないという気がしておりますので、様々なプロセスを踏んだうえでの「鎮静」であるんだ――ということを、ご理解いただきたいと思います。

【第 2 部】講演とパネルディスカッション

■【講演その 1】リビングウイルと終末期の持続鎮静

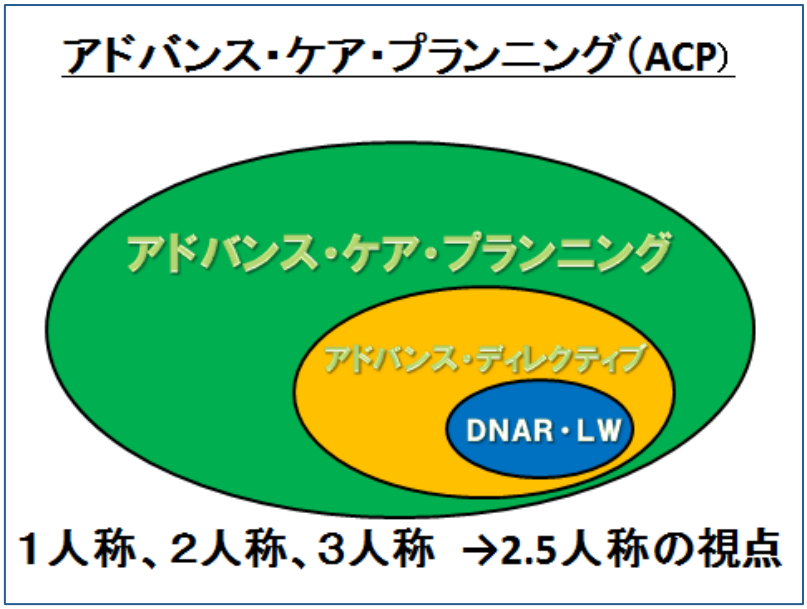
長尾和宏（長尾クリニック院長、日本尊厳死協会副理事長）

第 1 部の森田さん、会田さん、山崎さん、素晴らしい講演で、頷きながら聴いておりました。

今日は、リビングウイル（ＬＷ）と終末期の深い鎮静の関係などについてお話します。私はこれまで２３年間、開業医として在宅も外来も診てきており、のべ１０００人以上を看取った立場からお話します。昨年の看取りは１２０人。半数は、がん患者さん。在宅看取り率は、山崎さんとほぼ同じ９割です。

ところで、日本は変わった国だと思いますね。本人の意思よりも家族の意思が優先される。アジアでも台湾では２０００年に、韓国でも２０１６年にリビングウイルが法制化され、何千人もの方々が、リビングウイルに基づいた尊厳死を迎えています。日本は法制化の議論が事実上、停止している状態で、３分の２の方々の最終的な医療が、家族の意思に従って決められている、というのが実態です。

では本人の意思はどうなるのでしょうか。これから急速に進む多死社会を迎えるなかで、いまＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）ということが国策のようになっています。自分の意思を家族や介護者の意向も交えて書面にして記録しておこうというものですが、コアになるのは本人の意思です。すなわち「リビングウイル」です。それを家族が同意するというのがアドバンス・ディレクティブ。図の黄色の部分ですね。こうしたことをしっかりしていくことが、がんをはじめそれ以外の病気に対しても必要になります。



さて尊厳死ですが、うちの協会のリビングウイルを書いている人が１１万人います。病院や自治体などで作成した書面にご自身の意思を残している人を含めると２％といわれています。

では尊厳死とは何か。それは、ＬＷを書いている人が、不治かつ末期になった時、延命治療を差し控え、充分な緩和ケアを受けて最期を迎える――ということです。今日のテーマ「鎮静」は、この「充分な緩和ケア」のなかに含まれ

るということの確認作業だと私は思っています。では、末期がんにおけるこの鎮静率ですが、在宅クリニックでは１％とか１０％とかのデータがあります。私は５００人以上のがんの方を在宅で看取りましたが、鎮静は２例だけでした。ですからおそらく全体での鎮静率は数％くらいとみていいでしょう。

一方ホスピスでは５０％、Ａという大病院では７０％とかのデータもあります。在宅とのこの差はどう解釈すべきでしょうか。そのＡ病院に行ってみました。Ｂさん、６０歳。胃がん、がん性腹膜炎で腸閉塞。高カロリー栄養（点滴）、酸素吸入、経鼻チューブをしていました。非常に苦しみますから、主治医が鎮静を提案。こういう症例について考えてみます。がんの増殖に関する基礎的な研究がありますが、がん細胞はブドウ糖と酸素を優先して取り込むとされます。とすれば、がんはＢさんのような状態に大喜びし、その一方でＢさんは命を縮めるということになります。例えば１日に２リットルの点滴は、腹水や胸水を増やして腸閉塞を助長し、心不全や肺水腫になって苦痛を増やすということがいわれています。

最期まで延命治療を続けるということは、もちろん「よかれ」と思ってするわけですけれど、その結果、苦痛が増すことにもなるということですね。そしてその苦痛に対して持続的鎮静が行われるということになります。こういう循環はどうなのかな、と私は思っています。

尊厳死とは

- LWを書いている人が、
- 不治かつ末期になった時、
- 延命治療を差し控え、
- 充分な緩和ケアを受けた最期

＊緩和ケアには医学的･倫理的に妥当な終末期鎮静も含まれる

一方、尊厳死というのは、枯れて死ぬということです。終末期になったら過剰な医療を行わないということ。この反対語は「延命死」になります。溺れて死ぬ、ということです。枯れたほうが苦痛が少なく、しかも長生きする。この「脱水」の効用は欧米の論文でもたくさん出てきています。

では「過剰医療」とは何をもって言うのでしょうか。これは非常に難しい。明らかな過剰医療に起因した有害事象というのはあります。そして現代医療の落とし穴といっていいかも知れませんが、過剰医療に起因した有害事象に対して新たな過剰医療を加えていることに気づいていないということがあります。例えば、抗認知症薬によって引き起こされた暴力や「あばれ」に対して、抗精神病薬投与がふつうに行われている。そして延命治療に起因した苦痛に対して持続的鎮静を行うということもあると思われます。つまり、私のような医師による「自作自演」ということもあり得るわけですね。

延命というのは、医療者のまさに善意なんですが、そこに無知というのが入る場合もあるのではないでしょうか。ですから、今こそ「尊厳死」を理解し、リビングウイルを書くことがいかに大事かということを知っていただきたい。そこで私は思います。終末期鎮静だけ切り取って議論しても本質には迫れないのではないか。そこに至るまでの延命治療の「やめどき」が、鎮静需要を左右する因子なんじゃないかと思っています。いま、その「やめどき」が問われているのではないでしょうか。

終末期鎮静だけを切り取って
議論しても、本質に迫れない

そこに至るまでの
延命治療の“やめどき”が
鎮静需要を左右する因子

最後にまとめですが、①終末期鎮静は当然、尊厳死に含まれます。医学的・倫理的に妥当なものであればですけどね。②延命治療を控えれば持続的鎮静が必要となるという症例は、そう多くありません。私の場合は５００人中２例、0.4%でした。③過剰・不要な鎮静を避けるためにもリビングウイルのさらなる啓発が必要である、と思います。

リビングウイルを書くと何がいいことあるのか、と聞かれます。まず延命治療を差し控えていますから鎮静になる割合は低くなるんじゃないでしょうか、

と答えます。つまり最期まで家族とコミュニケーションをとることができます。もちろん、必要とあらば鎮静はしてもらえますよ、とお答えしています。

■【講演その 2】患者家族からのコメント

中野貞彦（がん遺族の会「青空の会」共同代表）

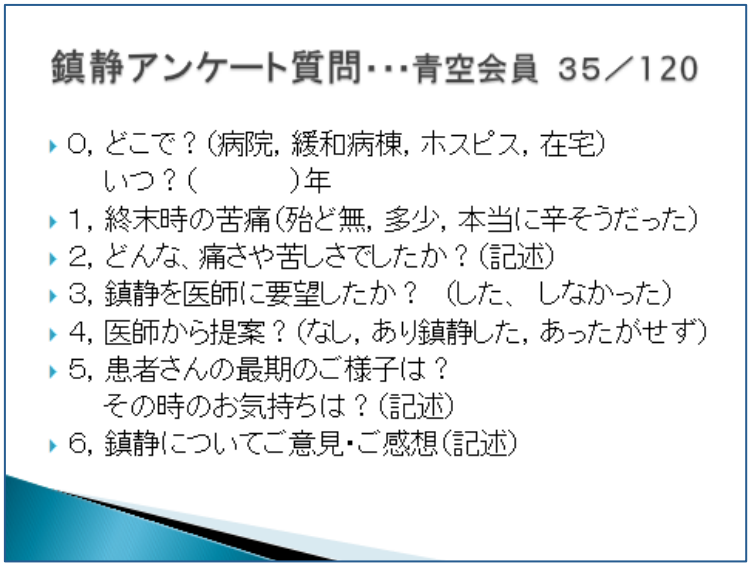
１９８７年に、がん患者がモンブランに登って話題になり、がん患者の「どんぐりの会」ができました。私の妻も会員で、その会員の中に亡くなる方もおり、１９９２年に「がん遺族の会・青空の会」ができました。私も「青空の会」の立ち上げに参加し、活動は今に続いています。

「青空の会」は３カ月に１回、「つどい」を開き、８月で１００回になります。「つどい」での体験発表などを掲載した冊子『青空の会のつどい』」を年４回発行しています。１９９８年と２０１２年には遺族にアンケート調査を実施しました。記述欄に遺族の思いが非常に多く書かれており、それらをすべて掲載して『ガン患者を介護した家族の声』『続　ガン患者を介護した家族の声』として自費出版しました。

少し私自身のことについてお話します。１９９１年に妻を４年余りの闘病の末に亡くしました。直腸がんで、最期はホスピスでした。亡くなる２日前くらいから呼吸が苦しくなり、ベッドに横になると苦しいので座って布団を抱きかかえて過ごしていました。亡くなる朝に医師に「家族を呼びなさい」と言われました。私はお昼からベッドに上がり、後ろから抱きかかえる形で、亡くなる夜の８時まで支え続けました。息子が遠方から駆けつけるというので、鎮静は断りました。１９９９年には父を肝臓がんで亡くします。３カ月の介護休職を

とり、個室で介護しました。老々介護で看ていた母も、父の死の５日後に亡くなりました。慌ただしい世紀末の日々でした。

きょうのこの会に向けて「青空の会」で「鎮静」についてのアンケートをとりました。１２０通出して３５通の戻りです。アンケートは①鎮静はどこで？（病院、緩和病棟、ホスピス、在宅）、②終末期の苦痛は？（ほとんど無し、多少、本当に辛そうだった）、③どんな痛さや苦しさでしたか？（記述）、④鎮静を医師に要望しましたか？（した、しなかった）、⑤医師からの提案は？（なし、提案があって鎮静した、提案があったが鎮静しなかった）、⑥最期のご様子は？その時のご自身のお気持ちは？（記述）、⑦鎮静についての意見と感想（記述）、というものです。



苦痛を縦、鎮静を横にまとめました 表１

苦痛	計	家族から鎮静を要望			医師から鎮静の提案			
		した	しなかった	選択回答無	なかった	あり･鎮静した	あったがせず	選択回答無
殆ど無かった	7	病	病，病，病，病，在，在		病，病，病	病，在，在		病
多少あったが堪えていた	8	在	病，病，病，病，病，緩，緩		病，病	病，緩，在	病	病，緩
本当に辛そうだった	15	病，病，病，病，病，病，緩，在	病，病，緩，ホ	病，病，緩	病(した)	病，病，病病，病，病緩，在	ホ	病，病，病，緩，緩
選択回答無	5	病，病	病，在			病，病，病		在，在
計	35	12	19	4	6	17	2	10

（図を示して）これが苦痛を縦軸、鎮静を横軸にまとめた図です。いくつか見

てみますと、例えば、苦痛は「本当に辛そうだった」が１５人で、無回答を含めると２０人（３５人中）に上りました。「家族から鎮静を要望した」のが１２人、「しなかった」のが１９人、医師からの鎮静提案については「あって、した」が１７人でした。

と、このような結果でしたが、記述でみると、鎮静をしているのか緩和ケアの鎮痛なのか、よくわからないというようなものもありました。そういうあいまいさは予想されましたので、アンケートの最初に、「鎮静とは『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、意識の低下を維持すること』というのが定義です」という説明を入れて出したのですが、回答をみると、みなさんが鎮静を幅広く、あいまいにとらえていることがわかりました。回答でも「鎮静をした」（１５人）、「鎮静をしなかった」（１５人）に対し、鎮静なのか鎮痛なのかよくわからないという「不明」が５人いました。

最期のご様子とその時のお気持ち

●鎮静をしなかったグループ

「静かに息をひきとりました。」「その相(顔)はとてもおだやかでした。」という記述があり、このような表現は他のグループには見られません。

●鎮痛か鎮静かはっきりしないグループ

本人もご家族もお辛らかった状況が伝わってきます。「私は今でも、『私が殺してしまった』との思いから逃れられないでいます。」という記述が強く印象に残ります。

●鎮静をしたグループ

「後悔はありません。」「あれで良かった。」など、15人中7人が書いている。「これでよかったのだと思っています。思いたいです。」と強調している方もいる。「後悔はありません。」という記述は、鎮静をしたグループに固有のものです。

この表は「最期のご様子とその時のお気持ち」の記述をまとめたものです。●鎮静をしなかったグループでは、「静かに息をひきとりました」「その顔はとてもおだやかでした」という記述があり、このような表現は、他のグループには見られません。●鎮静か鎮痛か不明なグループでは、本人も家族も辛かった状況が伝わってきます。「私は今でも『私が殺してしまった』との思いから逃れられないでいます」という記述が強く印象に残っています。●鎮静をしたグループでは、「後悔はありません」「あれでよかった」などと１５人中７人が書いています。「これでよかったのだと思っています。思いたいです」と強調している人もいました。「後悔はありません」という記述は、鎮静をしたグループに固有のものでした。「鎮静についての意見と感想」では、肯定的な意見が３１％でした。

このアンケートについて私がまとめたものが以下のようなものです。①緩和ケアのいっそうの普及と充実を。緩和ケア病棟やホスピスはもちろんですが、一般病棟でも在宅でも十分に受けられるようにしてほしい。特に終末期の「痛さ・苦しさ」に対しては強く求められていると思います。②家族に寄り添い支えるケアを。闘病中に家族は途切れることのない不安とストレスを背負っているものです。そばで寄り添い支えてほしい。そして「鎮静は最後の選択肢である」ということを理解できるように、医師からていねいに話をしてほしいと思います。③鎮静は、やはり生命への介入であることを認め合うこと。「鎮静は苦痛の緩和であって決して死期を早めるものでもなく、安楽死でもない」といくら言われても、人間の根源的なところで「取り返しのつかない過ちを犯してしまった」という意識が沸き起こり、自らを責めます。このことを「いや、そんなことはありません」と言われても納得できないと思います。医療側も家族もお互いに「鎮静は生命への介入である」ということを認めたうえで話し合いをすることが必要であると思います。④最後に「鎮静の位置づけ」ですが、鎮静は苦痛除去のために行う緩和ケアの処置であるけれど、生命への介入の危険性のある特別な処置である、ということ――以上、これらのことを、医師による鎮静の説明の際に是非生かしてほしいと思います。家族は責任をもって受け止めることができますから。

そして最後に一言。今回、これまで講演をお聞きし、医療側が「鎮静」についてこれだけ真剣に議論をし、悩み、そして実践しておられることについて、私としては頼もしく思い、かつ信頼を覚えたということを最後に申し述べて、終わりにしたいと思います。

【第２部　パネルディスカッション】（質疑応答ともに省略）

コーディネーター　**満岡　聡**（医師、一般財団法人日本尊厳死協会理事）
総合司会　**丹澤太良**（一般財団法人日本尊厳死協会理事）

【解説と感想】医療者側に見た「切実度」

郡司　武（日本尊厳死協会　会報編集）

それぞれ専門のお立場から、６人の方々が熱く強い口調で、きわめて重いテーマ「ターミナル・セデーション」（終末期鎮静）について話されるのを聴きながら、ふと思ったのは「隔靴掻痒」という言葉でした。

がん末期の痛み、それはいったい、どれほどのものなのだろうか。そのとき「今わの際」で人生の終末を迎えつつある患者は、いったい最後に何を切望するのだろうか。死まで深く眠り続けたいのか（持続的深い鎮静）、それとも痛みがあっても耐えて（鎮静による意識の低下を求めず）愛する家族と最期の別れというコミュニケーションをとりたいのか、あるいは何も求めず、心はすでに「この世からあの世」へと移っているのだろうか……当人は口を開くことがかなわないから、こちらとしてはその真意を知ることができない。終末期の痛みについても誰も経験がないから、よくはわからない。すべては想像するしかない……。

こうした「終末期患者のリアル」に対して、ある“もどかしさ”を残しながらも、今回の「第７回　日本リビングウイル研究会」は、「終末期鎮静」という一種のタブーに切り込みました。このテーマはこれまで、冒頭で岩尾總一郎・日本尊厳死協会理事長が述べているように「がん患者さんの死亡直前の苦痛に対応する医療措置でありながら、引き続き訪れる『死との関係』が意識されすぎてか、ともすればオープンに話し合われることが少ない問題」になっていた

ようです。いわゆる安楽死との関係で、ためらわれてきたわけですが、今回は真正面から「終末期鎮静」の本丸に攻め入ったのです。

まず森田達也医師が「鎮静」の定義について整理します。鎮静の前提として、他の方法で緩和しない苦痛が「まず存在すること」とし、そして「あれこれ手を尽くしたんだけれど、その苦痛が取れない時に、あくまでも最終手段として鎮静薬を使う」と定義します。そして、その鎮静は「終末期の、他に緩和の方法がない場合の『鎮静』のことなのか、あるいは終末期以前の『死に向かう鎮静』のことなのか、その区別をしっかりする必要がある」と力説しました。

会田薫子・東京大学特任教授は「鎮静の倫理」について、米ハーバード大などでの経験から述べ、「（鎮静という）意識の低下を医師の力で起こしていいのか」と問題提起をしました。

地域のなかで専門性の高いホスピスを提供している山崎章郎医師は、多くの症例を紹介しつつ、患者には常に「鎮静によって苦痛の緩和は可能だけれど、それはコミュニケーションを犠牲にするものですから、大切な書き物や話は、早めにしておくようにアドバイスしている」と終末期の現場での対応を話されました。

長尾和宏・日本尊厳死協会副理事長も、これまで１０００人以上を看取った経験を踏まえ、体に管を巻かれ溺れて死を迎える「延命死」より、枯れて死を迎える脱水による「尊厳死」のほうが苦痛が少ない、と持論を展開しました。

最後に、がん遺族の会の中野貞彦・共同代表が「医療側がこれだけ真剣に『鎮静』について悩み、実践していることに頼もしさと信頼を覚えた」と述べているように、私も、隔靴掻痒の感はあったものの、「終末期鎮静」という重いテーマに多方面から症例やデータを出し合い議論し合った、今回の「第７回ＬＷ研究会」に、医療者側の「切実度」と「本気度」を見た思いがしました。

満岡　聰　医師、満岡内科クリニック理事長

産業医科大学卒、長崎大学大学院修了。佐世保中央病院、国立佐賀病院勤務を経て、満岡内科消化器科医院開業。癌の告知や死とその過程の講義を佐賀大医学部で講義を行っている。佐賀県内の在宅医療介護に携わる多職種連携ネットワーク「在宅ネット・さが」を有志と立ち上げた。「在宅ネット・さが」は 2017 年共同通信社主催の「地域再生大賞・優秀賞」を受賞。日本尊厳死協会理事。

森田　達也　医師、聖隷三方原病院副院長

京都大学医学部卒。聖隷三方原病院ホスピス科に勤務、緩和ケアチーム医長、緩和支持治療科部長、副院長。緩和治療の専門医として、「時期を問わない」治療に携わる。現在、京都大学臨床教授。著書に『終末期の苦痛がなくならない時、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、2017 年）など。

会田　薫子　東京大学特任教授

東京大学大学院医学系研究科健康科学博士課程修了。米ハーバード大学メディカルスクール医療倫理プログラムフェロー、東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上

廣講座特任准教授を経て、現職。専門は臨床倫理学、臨床死生学、医療社会学。著書に『延命医療と臨床現場：人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』（東京大学出版会 2011 年）など。

山崎　章郎　医師、在宅緩和ケア充実診療所　ケアタウン小平クリニック院長

千葉大学医学部卒、大学病院外科医局在職中に期長休暇をとり南極地質調査船の船医も経験。一般病院での終末期医療に取り組んだ体験を『病院で死ぬということ』(主婦の友社、1990 年）に著した。その後、ホスピス医に転じ、聖ヨハネ会桜町病院ホスピス科部長を経て、２００５年より現職。最新の著書『在宅ホスピスと言う仕組み』（新潮選書）では、鎮静についても詳述。日本死の臨床研究会代表世話人。

長尾　和宏　医師、長尾クリニック（兵庫県尼崎市）院長

東京医科大学卒、大阪大学病院第２内科、市立芦屋病院勤務を経て、開業し在宅医療、在宅看取りに取り組む。個人ブログ「Dr.和の町医者日記」は人気ブログで、『平穏死 10 の条件』（2012 年)、『薬のやめどき』(2016 年)、『男の孤独死』(2017 年、いずれもブックマン社）など著書多数。日本ホスピス・在宅ケア研究会、一般社団法人エンドオブ・ライフ協会理事。日本尊厳死協会副理事長。

中野　貞彦　がん遺族会「青空の会」共同代表

青空の会はがん患者の遺族の会、1992 年発足。東京都新宿区高田馬場で定例の「つどい」を年４回開催し会報を発行、現在 99 号になる。アンケート報告集である『ガン患者を介護した家族の声』を出版、学生・大学院生の研究に協力し、また医療関係者の研修会などに講師を派遣するなど、社会的活動にも取り組む。日本ホスピス・在宅ケア研究会の理事を務め、グリーフケア部会を担当。