

終末期セデーションにかんする論文の紹介 M.P. Battin, “Terminal Sedation: Pulling the Sheet over Our Eyes”, J. T. Berger, “Rethinking Guidelines for the Use of Palliative Sedation”

品川哲彦¹

1. 本稿の主題

終末期セデーション (terminal sedation) とは、耐えがたい苦痛を鎮静するために意識の喪失にいたるまで麻酔薬を投与する処置である。この処置は、その意図からすると、苦痛を緩和するという意味で治療に属しているとみなされる一方で、それがひきおこす結果からみると、患者の死 しかも、ときにはその処置を講じない場合よりも早期の死に通じるゆえに安楽死とも重なり合う面をもっている。

この処置がどれほど行われているかについては、ヨーロッパ諸国での調査やオーストラリアでの調査が紹介されており²、また、本共同研究の前身にあたる共同研究のなかでも、安楽死の代替案としての意義の分析や、オランダでこの処置が行われる動機についての分析がなされている³。ここでは、この処置の倫理的問題を簡潔に指摘したバットインの論

¹ 品川哲彦 (しながわ てつひこ)。関西大学文学部教授。本稿は、第18回関西大学生命倫理研究会 (2012年3月16日、関西大学) における報告に加筆修正を加えたものである。

『倫理学論究』, vol.1, no.1, (2014) pp.27-36, 関西大学倫理学研究会

² G・ミッチネージほか「持続的な深い鎮静：ヨーロッパ6カ国における医師の経験」、石川悦久・飯田亘之要約、飯田亘之・甲斐克則編『終末期医療と生命倫理』、太陽出版、2008年、264-266頁。アグネス・ファン・デル・ヘイデほか「ヨーロッパ6カ国における終末期の意思決定：記述的研究」、石川悦久・飯田亘之による要約、同書、257-259頁。ヘルガ・クーゼほか「オーストラリアの医療における終末期の意思決定」、村瀬智之・飯田亘之による要約、同書、240-256頁。

³ 飯田亘之「安楽死の合法化に関する覚書」、『生命倫理研究資料集V 生命・環境倫理における「尊厳」・「価値」・「権利」に関する思想史的・規範的研究』、平成20-22年度基盤研究(B)(一般)課題番号20320004報告書、富山大学、2011年、13-28頁。アグネス・ファン・ヘイデ「死を間近にした患者のための終末期の決定と持続的な深い鎮静」、南千穂訳、『生命倫理研究資料集VI 生命・環境倫理における「尊厳」・「価値」・「権利」に関する思想史的・規範的研究』、平成20-22年度基盤研究(B)(一般)課題番号20320004報告書、富山大学、2010年、200-217頁。

文⁴とアメリカにおける現行のガイドラインの修正を提言するバーガーの論文⁵とを紹介する。

なお、終末期セデーションは、緩和セデーション (palliative sedation)、持続的な深いセデーション (continuous deep sedation, CDS)、意識喪失にいたる緩和セデーション (palliative sedation to unconsciousness, PSU) とも呼ばれている。バットンは、緩和セデーションという言い回しは苦痛の緩和を目的とする緩和ケアを連想させる点で、終末期セデーションが実際には生死の選択であることをあいまいにしていると指摘している⁶。したがって、呼び方そのものにすでにこの処置にたいする評価のバイアスがかかっている。それゆえ、本稿では、バットン、バーガーの用いている呼称をそのまま用いることとする。

2. マーガレット・P・バットン、「終末期セデーション シーツを引き上げて目を覆う」

終末期セデーションの倫理的可否は、医師の幫助による死 (physician-assisted dying) とくにその一部である積極的安楽死との比較を通して論じられる。バットンはまず、医師による死の幫助にたいする倫理的賛否の論拠を整理する。医師による死の幫助を擁護する論拠には、患者の自律の原理、かつまた、慈悲の原理が援用される。禁止論には生命の神聖さと、それを望まない患者にまで適用されるのを恐れる滑り坂論法とがそれぞれ独立に、あるいは、結びつけて援用される。医師による死の幫助の倫理的可否の決着はついていない。これにたいして終末期セデーションについては、アメリカ最高裁が、たとえ余命が短くならうとも、その意図が苦痛の除去であるかぎり合法であるという判決を下している⁷。それゆえ、終末期セデーションは、医師の幫助による死にかわる「最後の方策 (last resort)」といわれている。

しかし、バットンによれば、終末期セデーションは医師による死の幫助にかわる妥協案たりえない。そのことを、バットンは、医師による死の幫助を擁護する諸論拠を観点として終末期セデーションを吟味することで立証しようとしている。

⁴ Margaret P. Battin, "Terminal Sedation: Pulling the Sheet over Our Eyes", *Hastings Center Report*, vol.38, no.5, 2008, pp.27-30.

⁵ Jeffrey T. Berger, "Rethinking Guidelines for the Use of Palliative Sedation", *Hastings Center Report*, vol.40, no.3, 2010, pp.32-38.

⁶ Battin, op., cit., p.28

⁷ 1997年のWashington 対 Glucksberg判決、および、Vacco 対Quill判決。

まず、終末期セデーションは自律の原理を満たさない。それが要請される時期には、激しい苦痛のために患者の意志決定能力が疑われるということのほか、原理的な問題もある。すなわち、終末期セデーションは苦痛の緩和を目的とするゆえに、その使用の可否を患者に問う問いは「苦痛を和らげるか否か」であって、「死を選ぶか否か」ではない。もし、後者を問うなら、医師の幫助による死を選択することになってしまう。したがって、終末期セデーションは、概念上、患者の自律を前提できない。慈悲という観点からみても、終末期セデーションはこの規範を必ずしも満たしているわけではないとバッチェンは論じている。というのも、終末期セデーションは、終末期セデーションのほか緩和する手段のないような激しい苦痛が現にある患者にだけ適用されることがゆるされているのだから、患者が今後生じることが予想される激しい苦痛を恐れてまだ苦痛が始まらないうちにその適用を求めても、慈悲によって許容することはできないからである。生命の神聖さという観点は、殺すことを悪とし、「自然」な死を要請する。「自然」な死とは、患者がもともとかかっていた病気 基礎疾患 が原因で死ぬことと受けとめられている。だが、終末期セデーションでは、死にいたるまでの時間とコストを減らすために、通常、水分と栄養の補給を停止する⁸。それゆえ、患者は「自然」に死ぬのではなく、脱水によって死ぬか、死を早められるかして死ぬわけである。さらに滑りやすい坂道に陥る危険性からみると、終末期セデーションには制度的な歯止めが組み込まれていないために濫用されやすい。家族の要求、医療関係者の過重労働、コストの削減など、それを推進する因子は多い。終末期セデーションに踏み切るには、「そんなに苦しむ必要はないのですよ」というだけですむ⁹。

アメリカ医師会の倫理的法的問題に関する委員会は、2008年に、報告書を出した¹⁰。それは、患者がこの方策を適用するほかない病状であること、学際的な(複数の診療科による)検討、入念なモニタリングを要求し、身体的苦痛にのみ適用すべきであって、実存的苦痛には社会的援助を要請するなどによって、安楽死との違いを明確にしようとしてい

⁸ 終末期セデーションのなかで水分補給や人工栄養を停止するケースの比率がどれくらいについて、バッチェンは言及していない。ちなみに、ヨーロッパでの調査によれば、その比率の最も高かったのはオランダで64%(5384例)、最も低かったのはイタリアで35%(2604例)と報告されている(G・ミッチェネーほか「持続的な深い鎮静：ヨーロッパ6カ国における医師の経験」、石川悦久・飯田亘之要約、飯田亘之・甲斐克則編、前掲、269頁)。

⁹ Battin, op., cit., p.28.

¹⁰ American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs, CEJA Report 5-A-08, "Sedation to Unconsciousness in End-of-Life Care". バッチェンによれば、同報告書では、終末期セデーションではなく、緩和セデーションという言い回しが採択されている。

る。その究極の違いとして挙げられるのは、二重結果説¹¹にいわゆる意図の違いである。だが、バットインによれば、同報告書がもちだす医師の意図の判定基準はあまりに素朴で¹²、患者の死のあとから推測を働かすことができないものである¹³。

だからといって、バットインは終末期セデーションを終末期医療の選択肢として否定しているわけではない。むしろ、バットインの趣意は、安楽死よりは「自然な感じ」「安心な感じ」「患者が自由に選択できる感じ」「殺すことを禁じる医療綱領に合うような感じ」¹⁴に訴えて終末期セデーションを正当化することによって、実際にそれが安楽死と似ている点については(論文の副題にいうように)「シーツを目の上まで引き上げて」直視しないでおこうとする欺瞞を暴露することにある。以上から、バットインは、終末期セデーションと並んで、「患者が選択した水分補給・人工栄養の停止や直接的な医師の幫助による死を含めて、最後の方策にはいくつかの選択肢がある」¹⁵と結論している。

3. ジェフリー・T・バーガー「緩和セデーション使用ガイドライン再考」

バーガーは「意識喪失にいたる緩和セデーション」(PSU)という語を用いているので、以下、PSUと略記する。

PSUは治療とみなされ、積極的安楽死ではないということでコンセンサスを得ている。だが、その適用は、終末期の患者を対象とし、患者の意識レベルに影響しない緩和治療が見出せない場合にかぎられる。つまり、通常の治療ではない。また、PSUは二重結果説によって正当化されている。だが、患者の多くは水分補給の停止による脱水によって死ぬ。

¹¹ 二重結果説 (double effect theory) は、「意図された結果」と「たんに予見されているだけであって、意図されているのではない結果」とを区別することで、行為の許容性を判定する理論。この場合では、医師が患者に麻酔薬を投与するときに、それによって患者の死期が早まることが予見されているにしても、医師の意図はそこにはなく、患者の苦痛の緩和にこそあるなら、その行為は許容されるという論理構成になる。医師の意図がどこにあったかを、本人以外が判定するための客観的証拠には、患者の病状などとあわせて、とりわけ、投与した麻酔薬の量が挙げられよう。

¹² バットインが引用している同報告書が挙げている基準は、たとえば、「大量の投与」とか「間をおいて処方したか、連続して注入したか(repeated doses or continuous infusions)」である(Battin, op., cit., p.29)。

¹³ バットインは、「終末期セデーションの平均的生存は、わずか 1.5 日から 3.1 日である」と説明している (Ibid., p.30)。この数字は、以下の二つの資料をもとにしている。C. Vena, K. Kuebler and S.E. Schrader, "The Dying Process," in K. Kuebler, M.P. David, and C.C. Moore, eds., *Palliative Practices* (St. Luis, Mo.: Esvelier Mosby, 2005), p.346(1998年と2000年のデータによる)。また、Veterans Affairs National Ethics Teleconference, Terminal Sedation, August 27, 2002, online at http://www.ethics.va.gov/ETHICS/docs/net/NET_Topic_20020827_Terminal_Sedation.doc。ただし、次に紹介するバーガーの論文にあるように、終末期セデーションで予想される生存期間はガイドラインによっていろいろで、オランダでは1-2週間と想定されている。

¹⁴ Battin, op., cit., p.29.

¹⁵ Ibid., p.30.

水分補給の停止はPSUの構成要素ではない。だから、二重結果説を用いて「脱水による死を緩和の不可避な副作用として正当化するのは困難である」¹⁶。

そこで、バーガーはいくつかの権威あるガイドラインを参照しつつ、PSUの位置づけを再考する¹⁷。

まず、PSUは医療処置 (medical treatment) であるというところから出発してみよう。それなら、PSUの使用には、ハイリスクな処置や生命維持処置と同様、医療介入一般の適正な使用を決めるのと同じ基準が適用されるはずである。その基準とは、その介入が(患者に)受け入れられており、医療上の効果に釣り合ったものである、その介入が患者の治療上の目標に適うものである、その介入のもたらす負担と益の計算が患者に受け容れられうるものである。だが、どのガイドラインもこれらの観点を参照せず、かわりにオランダの積極的安楽死の要件を反映している。すなわち、PSUは、¹⁸の観点からすれば劣っていると見込まれる選択肢を含めて他のあらゆる措置を試した後で初めて利用可能となる。また、ガイドラインは、病状の処置しがたさ (refractoriness) や意識の維持の優先を要求している。だが、とりわけ終末期に近い患者が求めるケアの目標は多様である。病状の処置しがたさや意識の維持の優先といった要件は、その多様な目標に対応できるものではないだろう。では、なぜ、これらの要件が挙げられるかといえ、それはPSUが死

¹⁶ Berger, op., cit., p.33.

¹⁷ 参照されているのは、以下の6つの組織(組織名は仮の訳である)と一組の著者である。米国ホスピス緩和医療学会 (American Academy of Hospice and Palliative Medicine. 1988年に設立された、ホスピスと緩和医療の専門医を中心とし、看護師、その他の医療職にも開かれた組織で、会員約4500人。患者とその家族が質の高い緩和ケアを広く受けられるように、専門職の教育、研究、協力関係の樹立をめざしている)。米国内科医学会 - 内科医学会同意委員会 (American College of Physicians- American Society of Internal Medicine Consensus Panel. American College of Physiciansは1915年に設立されたアメリカの内科医の組織で、会員約13万人。American Society of Internal Medicineは1956年に設立された、医療の経済的側面を研究する組織。両者は1998年以降、合体して活動している)。カルガリ地域ホスピス (Calgary Regional Hospice)。米国医師会の倫理的法的問題に関する委員会 (Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association)。Cherny and Portenoy (N.I Cherny and R.K. Portenoy, "Sedation in the Management of Refractory Symptoms: Guidelines for Evaluation and Treatment," *Journal of Palliative Care*, vol.10 (1994): pp.31-38)、International Consensus Panelの指針 (A. De Graeff and M. Dean, "Palliative Sedation Therapy in the Last Weeks of Life: A Literature Review and Recommendations for Standards," *Journal of Palliative Medicine*, vol.10, no.1(2007), pp.67-85に提示されているもの。同論文は、29人の緩和ケア専門家による国際委員会によって行われた文献の体系的なレビューをもととしている)。オランダ王立医師会 (Royal Dutch Medical Association)。「終末期にある患者だけに使用するか」という問いと「病状が耐えがたく、処置しがたいときのみ使用するか」という問いには、すべてが肯定している。しかし、「予想される生存期間」については、¹⁸のオランダ王立医学会が「1 - 2週間」と答えているほかは、¹⁹が「数日」、²⁰が「数時間から数日」のほか、²¹と²²が「終末期 (end of life)」は「終末が差し迫っている時期 (very end of life)」、²³が「終末期の病気の最後の諸段階 (final stages of terminal illness)」と答えている。「実存的苦痛にたいして適用するか」という問いには、²⁴が肯定し、²⁵は否定、²⁶は決めておらず、²⁷は「異論あり」と答えている (Berger, op., cit., p.33)。

に通じているというその致命性のゆえである。しかし、致命性を強調すれば、PSU が医療措置だという主張は掘り崩される。したがって、PSU を医療措置のなかに位置づけると齟齬が生じる。

PSUの使用を厳格に制限する方針は、PSUが積極的安楽死であると考えれば正当化されるだろうか。だが、バーガーによれば、PSUは積極的安楽死ではない。積極的安楽死が「死による(through)緩和」なのをたいして、PSUは「死をとまなう (alongside) 緩和」だからである¹⁸。それなら、PSUを積極的安楽死からはっきりと切り分けるために、PSUをするさいに、死の原因となる水分と栄養の補給停止をしないように要請すればどうだろうか。だが、このやり方は強制しがたい。というのも、バーガーによれば、治療法を決定するさいの現行の標準的なやり方は患者中心ということであり、したがって、「PSUの今以上にリベラルな使用」をバーガーは求めているからである。

以上から、PSU は、医療措置のパラダイムのなかにおいても、安楽死のパラダイムのなかにおいても適合しないことがわかった。それでは、どう考えればよいか。PSU の致命性こそが問題だとすれば、患者の存命期間にもとづいて PSU を評価すればどうだろうか。こうしてバーガーはそのモデルを提案する。

バーガーによれば、セデーションにともなう脱水によって死がひきおこされるのは、通常、2週間以内と想定される¹⁹。存命期間を基準として、PSUをカテゴリー分けすれば、次のとおりとなる。

生存期間が短縮しない場合： 患者がもともとかかっていた疾病がもとで死ぬと予想される場合。たとえば、余命1 - 2日と予想される患者。

存命期間が短縮するか、判別しがたい場合： もともとかかっていた疾病がもとで死を迎えると予想される時期が、たとえば、2週間かそれ以内で、したがって、脱水による死が予想される時期に匹敵している場合。

存命期間の短縮が予想される場合： 脱水が死期を早めると予想される場合。

¹⁸ Berger, *ibid.*, pp.34-35.

¹⁹ 「大半の患者は水分補給をしなければ1週間以内に死ぬだろうが、2週間かそれ以上生存する患者も多い」(Berger, *ibid.*, p.36)。バーガーがその典拠としている論文は、T. Morita, J. Tsunoda, S. Inoue, and S. Chihara, "Survival Prediction of Terminally Ill Cancer Patients by Clinical Symptoms: Development of a Simple Indicator," *Japanese Journal of Clinical Oncology*, vol.29, (1999), pp.156-159.

バーガーの判定では、は倫理的に問題なく、もとくに問題があるというわけではない。というのも、医師は存命期間を長く取る傾向にあり、「予測の不確定さは臨床のあらゆる場面で受け入れられ、うまく処理されている (manage)」からである²⁰。が容認されるとすれば、どのような論拠を援用できるか。たとえば、セデーションのめざすものは安楽死と違って死ではないという論拠がもちだされるだろう。逆に、積極的安楽死を支持する論者ならば、のPSUは積極的安楽死よりも、「死の過程を無意味に引き延ばす点で患者の尊厳を侵している」²¹と批判するだろう。バーガーによれば、現行のガイドラインのなかで、予期される死期を明示せずに病状の耐えがたさと処置しがたさだけを要件として挙げているようなガイドラインのもとでは、は正当化できる。というのも、死期が2週間以内にまで迫っていないとしても、病状の耐えがたく癒しがたさという条件を満たす患者はいるからである。では、の患者にもPSUが使用できるようなガイドラインを作るとすれば、どこに注意すべきだろうか。

第一に、多くのガイドラインが用いている「終末期」の規準があいまいである。「終末期の病い (terminal ill)」「終末期の状況 (terminal condition)」「死期が迫っている (the very end of life)」「進行性の疾病 (advanced disease)」等々が用いられている。だが、「病い」は患者の視点からみたもので、「疾病」は医学用語である。また、「終末期の状況」「死期が迫っている」は疾病なしでも起こりうる。たとえば、自発的に水分補給の停止を選んだ患者はそれである。その患者にPSUを行なうことは倫理的に問題がないという論者もいようが、逆に問題があるとみる論者もいるだろう。なぜなら、そのPSUはPSUというよりも、医師の幫助による自殺の一種になるからだ。以上の理由から、バーガーは(状況や病いといった語を用いず)「終末期の疾病」の患者だけにPSUを適用するようなガイドラインを推奨する。

第二に、の患者にPSUを使用可能とするとしても、その使用は、どれほどの予想存命期間の患者に限定されるべきか。これが大きな問題である。

ここでバーガーは、もう一度、現行のガイドラインの掲げる要件に目を向ける。バーガーによれば、現行のガイドラインが要求する差し迫った死期と病状の処置しがたさという要件は、耐えがたい苦痛があるがその要件を満たしていない患者については、PSUが予想される存命期間を短縮するおそれのない場合には、はずすべきである。というのも、前述

²⁰ Berger, op., cit., p.35.

²¹ Ibid.

のように、バーガーは治療法の決定は、効果との釣り合い、インフォームド・コンセント、患者への負担と益の分析にもとづくべきだと考えるからである。もちろん、患者はPSUが意識喪失をもたらすことについて十分な相談を受けられるようにするべきである。医療関係者がスピリチュアル・ケアや情緒面での患者のサポートという難しい仕事を避けるためにPSUが使われないように注意されているなら、実存的苦痛にたいしてPSUを使用してもよい。

そのうえで、PSUが存命期間を短縮させてしまうような患者にPSU使用を認めるべきかについては、バーガーは「さらなる討議が必要だ」²²と結論する。そうしたPSUの利用を害と益の比率や思いやりを根拠に許容するか、あるいは、殺すことの禁止や社会的利害を根拠に禁じるべきか。バーガー本人は「政策の問題」²³として禁止に賛成している。というのも、それは積極的安楽死ときれいに切り分けることができないからである。

以上がバーガーの主張である。バーガーがPSUの使用の拡大の可否についてどのようなケースを念頭において検討しているかは、説明の順序の都合上省いたその冒頭の例から想像できる。すなわち、

73歳の男性が腹痛と吐き気を訴えて入院してきた。三年前に結腸癌の摘出手術を受けている。癌が再発し、肝臓や骨にも転移している。存命期間は1カ月前後と予想された。入院後1週間たって、苦痛も腸の閉塞も改善されなかった。医師はカテーテルによって脊髄に麻酔薬を送りこむ方法を提案した。患者はそれを恐れてセデーションを求めた。医師は、セデーションではあと数日の命となると告げたが、患者は、それでかまわないと答えた。脊髄にチューブを差し込まれて数週間を耐えしのばなくてはならない理由が、患者には理解できなかった。²⁴

バーガーが再考を求めている現行のガイドラインは、病状の処置しがたさを要件として掲げている。それからすると、この患者には、脊髄へのカテーテル挿入というPSU以外の手段が残っているから、PSUを処置することは許されない。医師の期待するとおりに脊髄へのカテーテル挿入で身体的苦痛が軽減されうるとすれば、この患者の訴えている苦痛は、身体的苦痛よりもむしろ、自分が脊髄にチューブを差し込まれて数週間生きながらえ

²² Ibid., p.37.

²³ Ibid.

²⁴ Ibid., p.32にあるエピソードの要約。

ことにたいする実存的な苦痛に属している。実存的な苦痛であるとすれば、現行のガイドラインでは、この患者は PSU 適応の対象ではないか、適応されうるかどうかについて異論のあるケースである。したがって、現行のガイドラインでは、この患者に PSU の処置をすることを避けるだろう。一方、この患者は、脊髄へのカテーテル挿入の提案時点で存命期間が 3 週間程度と予測されるから、先の のカテゴリーに属している。すると、バーガーの提案する存命期間の基準からして、バーガーもまたその時点でのこの患者への PSU 使用には反対するだろう。

しかし、かりに、脊髄へのカテーテル挿入の提案がこの患者の存命期間が数日に迫っている時点になされたならば、どうであろうか。バーガーが再考を求めている現行のガイドラインからすれば、その時点でも脊髄へのカテーテル挿入という代替手段と実存的苦痛にたいする適応の問題は残っているので、依然としてこの患者に PSU を処置することはできない。しかし、バーガーは、患者本人がそれを望んでいるならば PSU を提供すべきだと主張するだろう。というのも、その時点では PSU によって死期を早める懸念はなくなるであろうし、脊髄へのカテーテル挿入が医師からみて「効果があると合理的に考えられる処置のひとつ」²⁵であることがたしかだとしても、患者はその選択肢を受け容れず、しかも、治療法が決定されるさいの現行の標準的なやり方が、バーガーの考えとおり、患者中心ということだとすれば、患者が PSU のほうを選ぶことは正当化されるからである。

4 . コメント

国ごとに、医療の慣習や体制は異なっているので、終末期セデーションの概念の分析だけで、その可否を云々することはできない。しかし、バツィンが鋭く指摘しているこの方法の擁護論の欺瞞性や、バツィン、バーガーがともに指摘している、本人の意向ではなく、医療関係者や周囲の人間の負担をなくすためにこの方法がとられる危険性に留意すべきことにかわりない。

「一般的には、持続的な深い鎮静は、患者やその代理人は死へのプロセスの主導権の喪失を受け入れることとなる。安楽死を依頼する患者にとって、人生の最終段階での尊厳の喪失の認識が大きな問題である」²⁶とヘイデも指摘しているように、終末期セデーションは苦痛の緩和を目的とするゆえに、少なくともこれまでの議論のなかでは患者本人の明確

²⁵ Ibid., p.36.

²⁶ ヘイデ、「死を間近にした患者のための終末期の決定と持続的な深い鎮静」、前掲、209 頁。

な意思の表明が決定的な意味をもってきた安楽死とくらべて、本人の意思が反映されないままに進められやすいことはたしかであろう。

日本についていえば、ヘイデによれば、「日本人への調査では、終末期の持続的な深い鎮静を拒否すると回答した人は、終末期の鎮静を評価すると回答した人より、尊厳と死への準備を重要視する傾向であることが示された」²⁷。しかしそれと同時に、バツティンがその欺瞞性を指摘した「自然な死」という言い回しは、日本でも、他の国におけるのと同様に魅力的にみえるだろうし、いや他の国にまして魅力的なものとしてうけとられるのかもしれない。したがって、終末期セデーションについて議論するさいには、尊厳、自然という概念をどのような意味で捉えているかということが重要な論点となる。

²⁷ ヘイデ、同上、208頁。