

## 鎮静の倫理を研究することの意義について

有馬 齊<sup>1</sup>

拙著『死ぬ権利はあるか』についていただいた書評と筆者の応答を『倫理学論究』に収録していただくに当たって、品川先生からは、さらにもうひとつ文章を書くようご提案いただいた。そこで、拙著ともつながりがあり、筆者が現在とくに関心を持っているテーマのひとつについて、触れておきたい。

今の時点で、拙著の出版からは二年経っているが、その間に拙著で十分に検討できなかった論点のいくつかがとくに気になるようになった。そのひとつに鎮静の是非がある。

鎮静とは、患者の意識を下げる処置のことである。緩和ケアの一環として臨床でも広く実践されている処置である。とくに完全な無意識にする場合を深い鎮静、患者が死亡するまで作用を維持する場合を持続的な鎮静を呼ぶ。持続的で深い鎮静では、患者は無意識の状態にされたあと、その状態のまま死亡する。

鎮静については、近年、倫理的な是非やルールのあり方に関して、国際的な議論が以前にも増して活発になってきた。拙著では、持続的で深い鎮静の是非を主題的に扱ったが、生命維持医療の見送りや致死薬の使用について論述した部分と比較すると、紹介した具体的な事例の数も、全体として論述に割いた量も目立って少なかった。実際、鎮静の是非と関わる事実や概念は複雑で、丁寧な整理が必要である。是非とも検討しておきたい論点の多くを取り上げることができていなかった。

そこで今後はこの問題にも取り組んでみたいと考えている。すでに拙著の出版後、とくに持続的で深い鎮静と積極的な安楽死との間の道徳的な差異に注目して、いくつかの学会発表や論文執筆も行ってきた<sup>2</sup>。以下では、しかし、改めて基本的な点として、鎮静の是非という問題を検討することの重要さや意義を確認しておきたい。

鎮静の是非が重要な問題であることには、実はいくつも理由がある。まず、鎮静をいつ

---

<sup>1</sup> 有馬 齊 (ありま ひとし)。横浜市立大学准教授。

<sup>2</sup> H. Arima, "Continuous Deep Sedation and the Doctrine of Double Effect: Do Physicians Not Intend to Make the Patient Unconscious until Death if They Gradually Increase the Sedatives?" *Bioethics*, 34(9), 2020, 977-89; 有馬齊、「終末期医療の倫理とルール — 尊厳死と鎮静を容認しつつ安楽死だけ禁止することはできるか」、『月刊／保険診療』、医学通信社、2021年4月号。

鎮静の倫理を研究することの意義について（有馬 齊）、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 64-73.

どのような場合に使用できるのかが明らかになっていることは、それ自体が、鎮静でしか除去できない苦痛を経験する終末期の患者にとってきわめて重要なことである。本稿では、このことに加えて、鎮静の是非を検討することが、実は、安楽死の是非を論じる上でも不可欠と思われること、さらには、帰結主義という倫理学理論上の立場の妥当性を考える際にも有益であることを述べる。

### i) 鎮静の適応を明らかにすること自体の重要性

まず、鎮静という処置は、死に際の苦痛を取り除くために不可欠であると同時に、実施のあり方に関して倫理的な懸念も出てきている。このため、どのような病態の患者に対して鎮静を実施するのが適切かという問題は、それ自体が、終末期の苦痛の緩和を望む患者や家族にとって重要な問題になっている。

終末期の苦痛の除去に鎮静が必要であることを明らかにした調査をひとつ紹介しておこう。1990年に論文化された調査では、末期がんの患者120人の状態が詳しく記録された。ミラノ国立がん研究所の医師がWHOのガイドラインにしたがって緩和ケアを施したところ、そのうち63人（52.5%）は、死の約2日前から、呼吸困難や疼痛やせん妄などの耐え難い症状を経験していたという。論文の著者らは「患者の50%には、死ぬときに鎮静以外の方法では抑えられない身体的な苦痛があった」と結論している<sup>3</sup>。

しかし、鎮静については、苦痛の除去に不可欠だという明らかなメリットがある一方で、デメリットもまた指摘されてきた。使用する薬の種類と量、鎮静をかける期間や、患者の病態によって、患者の死期を早めるリスクがあると指摘されてきたのである。とくに持続的で深い鎮静をかける際は、他の医療（治療や水分栄養補給）を中止することも多いが、その場合だと患者の死期が早まるリスクはもっと大きくなるとする懸念もある<sup>4</sup>。

加えて、より最近の議論では、患者の意識を下げるという効果そのものを、鎮静という処置が持つ望ましくない帰結のひとつにカウントするタイプの批判的な意見も出てきている<sup>5</sup>。とくに、持続的で深い鎮静の場合、患者は死亡するまで完全に意識を失ったままになる。少なくとも患者の主観的な経験としては、ある時点から死ぬまで意識を失ったまままでい

---

<sup>3</sup> V. Ventafridda, et al. "Symptom Prevalence and Control During Cancer Patients' Last Days of Life," *Journal of Palliative Care*, 1990; 6(3): 7-11.

<sup>4</sup> J.A. Billings et al. "Slow Euthanasia," *Journal of Palliative Care*, 1996, 12(4): 21-30.

<sup>5</sup> D.P. Sulmasy, "The Last Low Whispers of Our Dead: When Is It Ethically Justifiable to Render a Patient Unconscious Until Death?" *Theoretical Medicine and Bioethics*, 2018, 39, 233-263.

鎮静の倫理を研究することの意義について（有馬 齊）、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 64-73.

ることは、同じ時点で死亡することと変わらないことであるように思われる。そこで、研究者の中には、患者の福利に及ぶ影響を比較するかぎり、持続的で深い鎮静は安楽死と同等だとする指摘もある<sup>6</sup>。

こうした懸念に応じて、鎮静の適切な用法に関してはすでに国内外でルールが作られ始めている。国内では、日本緩和医療学会が『苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン』（2010年）や『がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き』（2018年）を作成した<sup>7</sup>。海外でも、欧州緩和ケア学会が「緩和ケアにおける鎮静使用のための推奨される枠組」（2009年）を公けにしている<sup>8</sup>。フランスでは2016年、世界で初めて、持続的で深い鎮静を受ける患者の権利を保障する法律が作られた<sup>9</sup>。いずれも、鎮静剤の使用が倫理的に適切といえるための条件や範囲（倫理的な適応）を示す内容である。

鎮静の適応を明らかにする上で考察しなくてはならない論点の多くは、事実問題である。鎮静でなければ除去できない苦痛はどれだけあるのか。生命短縮のリスクはどれくらいあるのか。持続的で深い鎮静の実施に水分栄養補給の中止が伴う割合はどのくらいあって、そのことは生命短縮のリスクにどの程度影響するのか。これらの点を明らかにするには、調査研究の方法が有効である<sup>10</sup>。

しかし、鎮静の適応を見定めるためには、倫理学の方法にも貢献する余地がある。患者の苦痛が軽減されることの良さと、生命短縮のリスクを天秤にかけたり、無意識の状態で死亡するまでいることが患者にとって持つ価値を明らかにしたりすることも必要だからである。

## ii) 安楽死の是非と鎮静

以上では、鎮静の是非がそれ自体で重要な問題であることを述べた。しかし、鎮静の是非という問題には、それを研究すると他の重要な問題の考察にも貢献できるという意味で、

---

<sup>6</sup> L.J. Matersvedt and G. Bosshard, “Deep and Continuous Palliative Sedation (Terminal Sedation): Clinical-Ethical and Philosophical Aspects,” *Lancet Oncology*, 2020, 10, 622–7.

<sup>7</sup> 日本緩和医療学会、『苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010年度版』、金原出版、2010年；『がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018年度版』、金原出版、2018年。

<sup>8</sup> N.I. Cherny, L. Radbruch and The Board of the European Association for Palliative Care (EAPC), “European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework for the Use of Sedation in Palliative Care,” *Palliative Medicine*, 2009, 23(7), 581-93.

<sup>9</sup> フランスの法律については、盛永審一郎、『認知症患者安楽死事件：事前意思表示書か「いま」の意思か』、丸善出版、2020年：71-85頁等。

<sup>10</sup> 生命短縮のリスクに関する国内の調査結果を報告した論文として、森田達也、前田一石、「死亡直前の持続的深い鎮静は生命予後に影響しない」、『緩和ケア』、26(2): 146-151.

鎮静の倫理を研究することの意義について（有馬 齊）、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 64-73.

波及的な意義もあると思われる。波及的に貢献できる問題は、少なくとも二つある。ひとつは、安楽死の是非である。もうひとつは、行為の正しさと行為する人の意図の関係というもつと抽象的な問題である。ここでは、安楽死の是非との関わりから見ておこう。

安楽死の是非を考える際、鎮静を含む緩和ケアの技術の発達と普及という事実には必ず注目しておかなければならない。緩和ケアの発達と普及は、安楽死のありかたを変えてきた。緩和ケアが発達すると、患者を死なせずに除去できる苦痛の範囲が広がる。そこで、以前なら安楽死を希望したり受けたりしていたかもしれないような状態の人が、安楽死を希望したり受けたりしなくなるようになる。ニーズが減ることに伴って、倫理的にも、安楽死が許容できる範囲は狭くなっていくと考えられるにちがいない。

さてしかし、正確にいつその範囲がどのくらい狭くなるのかをはっきりさせようとする、実は丁寧な検討が必要になる。とくに、鎮静を含む緩和ケアによって除去できる苦痛の範囲を明らかにするだけでは、この問題は解決しない。むしろ、鎮静が倫理的に許容できる場合や、鎮静と安楽死との道徳的な差異について、つまりひとことで言えば、鎮静の是非についても同時に検討していく必要がある。

緩和ケアの発達は、これまでもすでに安楽死の是非に関する議論やルールのありようを変えてきた。たとえば1997年、横浜地方裁判所は、東海大学安楽死事件の判決で、積極的安楽死が容認できるための要件を4つ示した。会田薫子は、これについて、現在では「緩和ケアが適切に実施される限り、日本のこの判例によって安楽死が実施されることはないといえるだろう」と述べている<sup>11</sup>。

東海大学安楽死事件判決の要件とは「①患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいること、②患者は死が避けられず、その死期が迫っていること、③患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がないこと、④生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること」の4つである<sup>12</sup>。しかし、今日では、①と③が同時に成立することはない。かりに肉体的苦痛を除去・緩和するための他の方法を尽くせば、それでも依然として患者が耐え難い肉体的苦痛に苦しんでいるという状況は起きないはずだからである。そこで会田によれば、「緩和ケアがある程度普及し疼痛緩和の方法が知られるようになった現代では、一般の臨床現場でこれらの要件がすべて揃うことはないはず」である<sup>13</sup>。

<sup>11</sup> 会田薫子、『長寿時代の医療・ケア—エンドオブライフの論理と倫理』、ちくま新書、2019年：274頁

<sup>12</sup> 町野他編著、『資料・生命倫理と法II——安楽死、尊厳死、末期医療』、信山社、1997年：29頁。

<sup>13</sup> 会田、前掲書：274—5頁。

鎮静の倫理を研究することの意義について（有馬 齊）、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 64-73.

松田純にも同様の指摘がある。安楽死の事例と呼べるようなケースは、国内でも戦後の1940年代から複数起きているが、1991年に起きた東海大学附属病院事件より前を見ると、ほとんどの場合、亡くなったのは終末期の病人で、激しい肉体的苦痛に耐えかねた本人が死にたいといったケースだった。松田はこのようなケースを「古典的な安楽死」の事例と呼び、緩和医療薬学が発展した結果、「いまではほとんど存在しない」ことを強調している。

実際、安楽死がすでに合法化されている海外の国や地域で実施されている安楽死を見ると、対象になっているのは主に精神的な苦痛である。具体的には、患者が安楽死を希望するのは「生きる意味の喪失、自立・自律・尊厳の喪失、まわりに迷惑・負担をかけたくない」などの理由からである<sup>14</sup>。こうした事情を総括して、松田は次のように述べている。「耐えがたい肉体的な苦痛は現代医療でほぼコントロール可能になってきている。安楽死を合法化した国々のなかで、このような状態で生きたくないという精神的な苦痛が安楽死の理由となっている。これらの苦痛は死によってのみ解決されるものなのかが問われるであろう」<sup>15</sup>。

会田や松田が指摘する通り、緩和ケアの発達により、一部の安楽死は、正当化できる余地がなくなったし、実際にも行われなくなってきている。また、したがって、その部分の安楽死に関しては、是非を議論する必要がなくなったといえるだろう。この意味で、緩和ケアの発達は、安楽死の是非に関する議論のありかたを変える。

しかし、安楽死との関わりで、正当化の余地や是非を論じる必要がなくなった部分がどこなのかというと、それを正確に言い表すことは、実は容易なことではないと思われる。

たとえば、会田と松田は、緩和ケアの発達によって肉体的な苦痛がほぼ制御できるようになったと指摘した。そこで、是非について議論しなくてもよくなったのは肉体的苦痛を除去するために実施される安楽死だ、ということはできるだろうか。また、したがって、これからは精神的苦痛を除去するための安楽死についてだけ議論すればよい、と考えればよいだろうか。以下に述べる通り、このように考えることの妥当性は、少なくとも自明ではない。

これには二つ理由がある。第一に、現実には緩和ケアの発達によって除去できるようになったのは肉体的苦痛だけではないからである。とくに、持続的で深い鎮静を使用すれば、少なくとも技術的には、肉体的な苦痛はもちろんのこと、精神的な苦痛も含めてどんな苦痛でも除去することが可能である。

念のためにいえば、せん妄や呼吸困難や疼痛などの肉体的な苦痛に関しても、すべて取

<sup>14</sup> 松田、『安楽死・尊厳死の現在』、中公新書、2018年、11-12頁。

<sup>15</sup> 松田、前掲書：98-99頁。

鎮静の倫理を研究することの意義について（有馬 齊）、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 64-73.

り除こうとすれば、鎮静を使わなければならない。終末期のがん患者の約半数が、鎮静でなければ取り除けない肉体的苦痛を経験するといわれていることは、すでに述べた通りである<sup>16</sup>。しかし鎮静を用いるなら、技術的には肉体的な苦痛だけでなく、精神的な苦痛もすべて除去できる。実際にそうすることがあるかや、そうしてもよいかとは別に、たとえば神経難病や認知症の患者が純粋に精神的に苦しんでいる（生きる意味が見つからない等の）場合でも、鎮静をかけて死亡するまで無意識にしてもらえば、それ以上苦しむことはなくなるだろう<sup>17</sup>。

他方で、第二に、鎮静に関しては、やはり上述したように、その適応の範囲が倫理的な議論の対象になってきた。このことが、緩和ケアと安楽死との関係をさらに複雑にしている。すなわち、少なくとも鎮静を使用しなければ除去できない種類の苦痛に関しては、緩和ケアでも除去できるのだからその種類の苦痛を除去するために行われる安楽死は不要だ、とはいえない可能性が出てくるのである。鎮静でなければ除去できないある種の肉体的、精神的な苦痛に関して、ガイドラインや法律が鎮静の使用を禁止しているということがありえる。その場合、苦痛は技術的には除去できるが、実際にはおそらく除去してもらえない。

もう少し具体的に考えてみよう。この点は、精神的な苦痛の場合から考えるほうが分かりやすいだろう。たとえば、神経難病や認知症の患者を精神的な苦痛から解放するために鎮静をかけて死亡するまで深く眠らせることは、鎮静の使用に関する国内外の主なガイドラインが認めていない<sup>18</sup>。しかし、安楽死や医師による自殺幫助が合法の国や地域では、神経難病や認知症の患者も現実に致死薬を与えられて死亡している。また、たとえば日本人でも、スイスへ渡航して自殺を幫助されることは不可能ではない。そこで、自分が経験している苦

---

<sup>16</sup> V. Ventafridda, et al. "Symptom Prevalence and Control During Cancer Patients' Last Days of Life," *Journal of Palliative Care*, 1990; 6(3): 7-11.

<sup>17</sup> 近年、精神的苦痛を除去するために持続的で深い鎮静が実施された事例が、国内外で報告されるようになってきている。たとえば、T. Morita, "Palliative Sedation to Relieve Psycho-Existential Suffering of Terminally Ill Cancer Patients," *Journal of Pain and Symptom Management*, 2004, 28(5), 445-450; S. Swart et al. "Continuous Palliative Sedation: Not Only a Response to Physical Suffering," *Journal of Palliative Medicine*, 2014, 17(1), 27-37.

尚、本文では、精神的な苦痛でもすべて除去できると述べた。しかし、不自由な身体で長生きして他人に迷惑がかかることを苦にしている患者にとっては、鎮静をかけられても無意識になってからある程度以上長く生きることになるとすると（また、したがって、その間は家族等の周囲の人の負担が続くとすると）、鎮静を受けることは望ましいことではないかもしれない。もちろん、それでも、実際に鎮静をかけられて無意識の状態になるとすれば、本人はそれ以上苦しまない。つまりこの場合、鎮静は、患者の問題を解決することにはならないが、精神的苦痛は確かに除去する。

<sup>18</sup> Cf. 日本緩和医療学会、『がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き：2018年版』、金原出版、2018年；N.I. Cherny, L. Radbruch and The Board of the European Association for Palliative Care (EAPC), 2009, "European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework for the Use of Sedation in Palliative Care," *Palliative Medicine*, 23(7), 581-93.

鎮静の倫理を研究することの意義について (有馬 齊)、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 64-73.

痛は技術的には緩和ケアで除去できるはずなのだが、倫理的な理由でそうすることが認められていないので、苦痛から逃れるには安楽死や自殺幫助しか選択肢がない——こうした状況は、現実には起きている<sup>19</sup>。

さらに、同様のことは、肉体的な苦痛の場合でも生じうる。たとえば、上述の欧州緩和ケア学会 (EAPC) のガイドラインにしたがえば、持続的で深い鎮静は、激しい苦痛があり、長くても数日以内に患者が死亡すると予想できるなどの条件を満たす場合しか使用できない<sup>20</sup>。ところがこれは、安楽死や自殺幫助が合法化されている地域で患者が医師から致死薬をもらえるために満たさなければならない条件と比較して、より厳しい内容になっている。たとえば、オランダでは、医師から致死薬の投与を受けることができるための条件に、死期が間近であることは含まれていない。米国オレゴン州の規定は、致死薬の処方を受けることができるための条件として、苦痛が激しいことを挙げていない。鎮静と安楽死についてこれらのルールの組み合わせが同時に採用されている国や地域を考えれば、肉体的苦痛に関しても、鎮静で除去することはできないが安楽死でなら許される、という可能性は出てくる (一般的には鎮静のほうが安楽死や自殺幫助よりも倫理的な問題は少ないと思われていることが多いことに鑑みると、こうした状況はやや奇妙ではあるが<sup>21</sup>)。

そこで、肉体的苦痛は緩和ケアで除去できるようになったから今後は精神的苦痛を対象とする安楽死の是非だけが問題になる、という理解は、必ずしも正しくないというべきだろう。精神的苦痛でも鎮静を使えば除去できるし、肉体的苦痛のほうも倫理的な理由から除去されない場合がある。では、正確に言って、緩和ケアの発達が安楽死に関する倫理的な議論に及ぼすインパクトはどのように理解できるかといえ、それは、鎮静の是非と同時に考えていかなければ分からないのである。また、鎮静と安楽死の間の道徳的な差異についても合わせて検討していく必要がある。

もしも鎮静の使用がいつでもどんな病態の患者にたいしてでも倫理的に正当化できるといえて、かつ、鎮静のほうが安楽死よりも常に道徳的な問題が少ないといえ、とすれば、安

---

<sup>19</sup> 2020年7月、SNSで知り合ったALSの患者に致死薬を投与して死なせたとしてふたりの医師が逮捕された(患者が死亡したのは前年の11月である)。亡くなった患者は、逮捕された医師から致死薬の投与を受けるまえ、やはりSNSを使って鎮静をかけてくれる医師を探していたという(NHK、「NHKスペシャル 患者が“命を終えたい”と言ったとき」、2020年12月26日)。

<sup>20</sup> N.I. Cherny, et al. op cit: p.586.

<sup>21</sup> 事実、致死薬の投与や処方が合法化されたオランダでは、鎮静の適応も広がってきているとする報告もある。Cf. S. Swart et al. op cit.

鎮静の倫理を研究することの意義について（有馬 齊）、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 64-73.

安楽死が正当化できる余地は全くないか、あるとしても非常に小さいと考えなければならなくなるだろう<sup>22</sup>。あるいは、鎮静をかけることが許されない場合があっても、鎮静が許されないケースでは常に安楽死もまた許されないと一般にいえるとすれば、その場合もやはり安楽死が正当化できる余地はなくなるにちがいない。しかし、すぐ前に確認した通り、少なくとも鎮静や安楽死に関する現実のルールを見ているかぎり、以上のような理解にはしたがっていない。また、これも上述した通り、研究者の中には、持続的で深い鎮静に関しては、安楽死と道徳的に同等だ（どちらも同じだけ良いあるいは悪い）と主張する人もある。さらには、終末期の患者の中にも、持続的で深い鎮静を受けるよりむしろ安楽死で死にたいと希望する人もあるという<sup>23</sup>。（実際、たとえば余命が長い場合などでは、持続的で深い鎮静の適応とは考えにくい、だからといって安楽死も正当化できないと自動的に結論することはできないように感じる人は少なくないのではないだろうか。）これらの現実や意見や要望があることを考慮すれば、鎮静があっても安楽死が正当化できる余地は残りうる。

まとめておこう。鎮静を含む緩和ケアの発達は、安楽死の是非をめぐる議論のありかたを変える。それは、正当化できる安楽死の範囲を明らかに狭くする。会田や松田の指摘する通り、以前なら正当化できたかもしれないタイプの安楽死の一部が、今はもはや論外になった。しかし、正当化できる安楽死の範囲を正確に見定めようとするれば、たんに事実としてどこまでの苦痛が除去できるようになったのかを確認するだけでは不十分であり、あくまで鎮静を含む緩和ケアの是非について同時に検討することが必要になってくる。つまり、鎮静の是非を検討することが、安楽死の是非を明らかにするためには不可欠なのである。

### iii) 帰結主義の妥当性と鎮静

最後に、鎮静の是非に関する研究の意義について、もう一点だけ述べて終わりにしたい。鎮静の是非に関する先行研究の多くは、行為者の意図が持つ道徳的な意義を検討している。持続的で深い鎮静の使用を擁護する立場の倫理学者たちは、二重結果原理に訴えることも少なくない。これらの議論は、行為の正しさは帰結によってのみ評価されるべきか、それと

---

<sup>22</sup> 非常に小さいとしても正当化できる余地があるとすれば、それは、安楽死が鎮静より倫理的に問題は大きいにもかかわらず依然として許容できる場合である。患者の中には、仮に安楽死と鎮静のどちらでも選んでよいといわれたら安楽死を選ぶ人もいるかもしれない（Cf. 盛永、前掲書、82頁；T.E. Quill, B. Lo and D.W. Brock, 2008, “Palliative Options of Last Resort: A Comparison of Voluntarily Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia” in D. Birnbacher and E. Dahl eds. *Giving Death a Helping Hand: Physician-Assisted Suicide and Public Policy*, Springer, 49-64: p. 52).

<sup>23</sup> 盛永、前掲書：82頁。



鎮静の倫理を研究することの意義について（有馬 齊）、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 64-73.

も行為者の意図も考慮して評価されるべきかという、もっと抽象的なレベルにおける正しさの基準の定式化の問題につながっている。

上述した通り、鎮静に関しては、苦痛を緩和するという明らかなメリットだけでなく、患者の福利に悪影響が及ぶというデメリットもありえることが同時に指摘されてきた。すなわち、薬の量や用法によって、患者の生命を短縮するリスクがあるといわれる。また、患者の意識を下げるといふ鎮静作用そのものも、鎮静という処置が持つ望ましくない帰結のひとつとして理解されていることがある。加えて、とくに持続的で深い鎮静については、患者の意識を完全に喪失させるものであり、これでは患者にとっては死んでいる状態と変わらないため、患者の福利に及ぶ影響を比較するかぎり、安楽死と同等だとみなす研究者も存在する。

一方、鎮静の使用を擁護する立場の人々からも、こうした批判にたいしてさまざまな応答がなされてきた。中には、鎮静剤の使用に伴うとされる望ましくない帰結の存在自体を否定するタイプの反論もある。たとえば、少なくとも国内外の主なガイドラインに従って実施されているかぎり、鎮静が死期を早めると考える証拠はないとする調査研究の結果も複数報告されている<sup>24</sup>。

加えて、たとえ鎮静に望ましくない帰結があるとしても、鎮静をかけているときの医師はそうした帰結が生じることを意図していないとする反論も出されてきた。すなわち、医師には、患者の生命を短縮させたり、患者を無意識にしたり、無意識のまま死なせたりする意図がないという反論である<sup>25</sup>。このタイプの反論の前提にあるのは、行為者の意図が道徳的な重みを持つという理解に他ならない。たとえ帰結が悪くても、行為者がその帰結を意図していなければ、行為は許容できることがあるというのである。二重結果原理がこうした理解の根拠として持ち出されることもある<sup>26</sup>。

一般に、行為を道徳的に評価するに当たって、帰結の良しあししか考慮しなくてよいのか、それとも行為の作為性の有無や行為者の意図といった他の要素も考慮しなくてはなら

---

<sup>24</sup> 森田、前田、前掲論文; M.Maltoni, et al. “Palliative Sedation Therapy Does Not Hasten Death: Results from a Prospective Multicenter Study,” *Annals of Oncology*, 2009; 20: 1163-1169; I. Maeda, et al. Effects of Continuous Deep Sedation on Survival in Patients with Advanced Cancer, *Lancet Oncology*, 2016; 17:115-122.

<sup>25</sup> M.S. Putman, J.D. Yoon, K.A. Rasinki and F.A. Curlin, “Intentional Sedation to Unconsciousness at the End of Life: Findings From a National Physician Survey,” *Journal of Pain and Symptom Management*, 2013, 46(3), 326-334 は、医師対象のアンケート調査の結果に基づいて、鎮静をかけている医師に患者を無意識にする意図がないことを主張している。

<sup>26</sup> D.P. Sulmasy, “Reinventing” the Rule of Double Effect,” in B. Steinbock ed. *The Oxford Handbook of Bioethics*, Oxford University Press, 2007, 114-149.

鎮静の倫理を研究することの意義について（有馬 齊）、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 64-73.

ないのか、という問題（帰結主義の妥当性の問題）は、倫理学理論の領域の重要問題である。

かつては、苦痛緩和のためにモルフィネを多量に投与する処置が、やはり生命短縮のリスクがあるとして間接的安楽死などと呼ばれ、その是非がよく議論された。これは、二重結果原理の応用問題の中では代表的な問題のひとつだったといっただろう<sup>27</sup>。最近ではこの処置に生命を短縮するリスクがあることは否定されたといわれており<sup>28</sup>、二重結果原理との関わりでは、持続的で深い鎮静の是非がこれに代わる問題としてより頻繁に論じられるようになってきている。二重結果原理を用いながら、持続的で深い鎮静が倫理的に許容できることを説得力のある仕方で示すことが仮にできるとすれば、帰結主義の妥当性というもっと抽象的な問題に関する議論のありかたにもインパクトを与えられる可能性がある。

---

<sup>27</sup> 二重結果原理をモルフィネ投与の是非に応用した議論としてたとえば、G. Beabout, “Morphine Use for Terminal Cancer Patients: An Application of the Principle of Double Effect,” *Philosophy in Context*, 1989, 19, 49-58 (reprinted in P.A. Woodward ed. *The Doctrine of Double Effect: Philosophers Debate a Controversial Moral Principle*, University of Notre Dame Press, 2010, 298-311); D.P. Sulmasy, op.cit. 2007 等。

<sup>28</sup> 森田達也、『終末期の苦痛がなくなる時、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：126頁。