

# の緩和の ための 鎮静



現場で迷ったときの

聖隷三方原病院ホスピス科部長

**今井堅吾**

聖隷三方原病院副院長/緩和と支持治療科

**森田達也**

# 序

終末期の患者さんが苦しんでいる時、とりわけ苦痛緩和のための鎮静を行うかという場面は、最も難しくそして悩む状況の一つです。本書は、ガイドライン（日本緩和医療学会の「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」）を読んだだけでは解決しきれない「現場で実際に迷う場面」「目の前の患者さんにどう対応するのか」に焦点を当てました。

各論はQ & A形式で構成されています。前半では、羽目を外せない？ 今井が、コミュニケーション、チーム内の対立、倫理的葛藤、医療者自身の感情や負担などについて臨床医の本音や悩みを言語化し手引きの背景や学会公式本では言えないことが伝わるようにまとめました。後半では「二次会かな？」と思わせる軽妙な文調で森田が、医療者にも分かりやすい形で法律的な疑問を整理しています。特に、「これって大丈夫なのだろうか」「あとで問題にならないだろうか」と、多くの医療者が内心で不安に感じている点を取り上げました。

筆者が医師になった1990年代は、「緩和ケア」は言葉すら一般的でなく、患者さんが苦しみながら亡くなっていくことが当たり前がありました。不穏になった患者さんの手足が縛られ、「最期はみんな動物みたいになるものよ」とベテランスタッフから言われ衝撃を受けたことを鮮明に覚えています。何とかしたいと見学に行った緩和ケア病棟では、患者さんたちが家族と共に大変穏やかに過ごしていました。その穏やかさに鎮静が一役買っていることを後に知り、これが私の鎮静との出会いとなりました。30年近く経った今でも、緩和ケアや鎮静に出会えていない患者さんが苦しみ続けている場面があり、極端な昔話と片付けられないと憂えています。

もし目の前の患者さんにとって鎮静が最善の選択である場合には、たとえ最期の数時間と思われる切迫した状況であっても、あるいは非常に不安定な病状であっても、必要な時に躊躇なく提供され、患者さんが望む最期を過ごし、ご家族がその後の人生を少しでも力強く歩んでいけるようなお別れにつながることを願っています。本書がその一助になれば幸いです。

2026年5月

聖隷三方原病院ホスピス科部長 今井 堅 吾

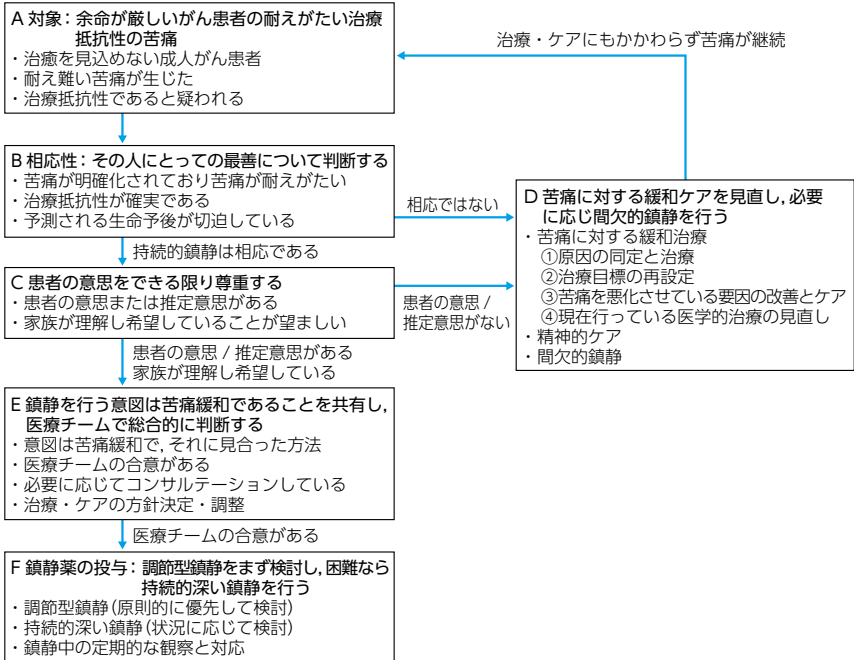
## 2 鎮静の手引きの要点: フローチャートに沿って考え方を整理する

### 要点

- 鎮静の妥当性を判断する上で相応性が重要であり、鎮静が相応であるかは、①苦痛が耐えがたいか、②治療抵抗性が確実か、③予測される生命予後が切迫しているかを基に判断する
- 患者の意思または推定意思を尊重し、鎮静を含めた十分な苦痛緩和が患者の希望に沿って受けられるように支援する
- 鎮静を行う意図は苦痛緩和であることをチームで共有し、多職種カンファレンスや専門家へのコンサルテーションを通して治療方針に対する医療チームの合意を形成する

### はじめに

死亡直前期のがん患者さんのなかには、積極的に緩和ケアを行っても、なお耐えがたい苦痛症状の緩和が困難となる方がいます。こうした症状は「治療抵抗性の苦痛」と呼ばれ、せん妄、呼吸困難、痛みなどがその代表的なものです。このような治療抵抗性の苦痛に対しては、他の手段では十分な緩和が得られない場合に最後の手段として「苦痛緩和のための鎮静（palliative sedation）」が行われます<sup>1,2)</sup>。本章では、2023年に改訂された『鎮静の手引き』に示された考え方をもとに、治療抵抗性で耐えがたい苦痛が疑われた場合に、どのようにして鎮静の妥当性を判断していくのかについて、**図3**のフローチャートに沿って説明していきます<sup>3)</sup>。



【図3】 治療抵抗性の耐えがたい苦痛が疑われる場合の基本的な考え方の概要

## ▶▶▶ A. 対象: 余命が厳しいがん患者の耐えがたい治療抵抗性の苦痛

手引きでは、治癒を見込めない成人がん患者を対象としています。がん以外の疾患や小児については個別の検討がなされていないことから対象には含まれていません。そのため、他の疾患や小児に本手引きを参考として用いることは可能ですが、あくまでがん患者を前提として作成されているため、そのまま適用することの妥当性については保証できない点に留意が必要です。また、苦痛緩和のための鎮静を検討する状況としては、一般に生命予後が週単位から日単位に限られた患者であり、かつ耐えがたい苦痛が生じ、かつその苦痛が治療抵抗性であると疑われる場合が想定されています。

## 治療抵抗性の判断

Q4

治療抵抗性なのかがわからず、鎮静に踏み切れません。どうしたら良いですか？

A

予後や苦痛の程度、Time-Limited Trial (期間を決めた治療) や間欠的鎮静の効果、医療チーム外からの助言、持続的鎮静を行わなかった場合に予想される経過などを総合的に考慮します。その上で、例えば死期が切迫しており治療効果が間に合わない場合や、苦痛が極めて強い場合、また患者自身が苦痛緩和治療を強く希望している場合などには、ある程度で見切りをつけて鎮静を行う判断が必要です。



Q1

「法的な問題」とは何か？

鎮静薬のせいとは必ずしも断言できなくても、鎮静を開始した後にすぐ患者が亡くなってしまった場合には、なにか「法的な問題」が生じますか？

A



この質問はよくされます。筆者が質問されると「その法的な問題ってなにを想像してるの？」と聞き返すことが多いのですが、医療者の言う法的な問題がはっきりしていないことが多いです。まずここを整理しましょう。

## 刑事訴訟と民事訴訟の違い

法的な問題という時に漠然と考えるのは、「裁判になる」だと思いますが、人によっては、「警察に捕まる」とか「マスコミでさわがれて謝罪会見をしないといけなく」とか「賠償金を払うことになる」を心配している人もいます。医療者がまず区別しておくといいのは、裁判には刑事訴訟と民事訴訟があって大きな違いがあることです。

### ● 刑事訴訟

刑事訴訟は、窃盗とか強盗とか放火のような、要するに、「犯罪」を扱うものです。筆者は鎮静がらみの警察の捜査に協力したことがありますが、聞き取りに来た刑事さんは捜査一課で、「普段何のお仕事してるんですか？」と聞いたら、「あ～～放火とか強盗です」と答えられました（こわいわ……）。刑事事件では、法律（刑法）で禁止されている行為をした場合に、国（検察庁）

## あとがき—鎮静とのつきあいの個人史

あとがきにかえて、筆者（森田）からみた、本書を担当した2名の緩和ケア医の鎮静とのなれそめを記載しておく。

「いくら苦しいからって、意識なくしちゃうのはどうなのでしょう？」—1990年代、最終手段（last resort）としての鎮静を我が国に導入しつつある時期、筆者の勤務する病院の倫理委員会に指針を出したときの複数の委員の反応であった。いやでも他に手段がないので、苦しい苦しい言いながら患者さん亡くなっちゃうけどな……と内心思いつつ、汗をかきかき返答していたのは卒後6年目くらいの若いホスピス医（筆者）であった。筆者には、鎮静を上手に使うと患者さん・ご家族の幸せに貢献するという確かな手ごたえがあった。しかし、学問上の位置づけは国際的にも定まっていなかった—そういう時代だった。そこから、臨床、倫理、法律の全方位にわたって研究をはじめた10年後の2004年、世界でもはじめてとなる鎮静のガイドラインをエビデンスや倫理・法理論のもとに誕生させることができた。臨床医学、倫理学、法学のエビデンスと理論の積み上げをていねいに行ったところは自慢である。筆者（森田）の鎮静との付き合いは、臨床の実感を学問的に説明するところまでが山場であった（その後も付き合いは続いているがそれなりに倦怠期かもしれない笑）。

共著者の今井先生は我が国の鎮静を語るうえで特別な経験をもっている。彼は淀川キリスト教病院と聖隷三方原病院という2つの伝統あるホスピスを経験している唯一の医師である。そして、この2つのホスピスでは鎮静の位置づけが明らかに違っていた。淀キリでは苦痛がないように先に先に鎮静をそなえていくが、聖隷ではなるべく意識を維持するように治療してどうしてもだめな時に登場するものであった。この差は医療者の考えもあるだろうが、複雑な苦痛を抱えて全国から患者が訪れていた淀キリと、地方都市の農村エリアの平均的な患者さんをみる聖隷との違いもあり、一概にどちらがいいとはいえない。だからこそ、この経験が今井先生の鎮静についての考えを進化させているのは間違いなく、彼の体験に基づく洞察は鎮静を考えるうえでここにしかない貴重なものである。個人的なことではあるが、筆者の続けてきた鎮静の研究も今井先生が堅吾の名前の通り一步一步確実に引き継いでくれており、しあわせなことだと思う。

さて、本書、筆者の担当した法律の部分は、どこまでなにを言っているのかが難しく、一連の鎮静の研究の中でももっとも最後に残ったところである。法学の考え方を我流でそれなりには把握した臨床医という限界はあるが、鎮静に限らず終末期

の法的問題に通じるところもある。読み物として楽しみながらご覧いただけたら幸いです。

2026年5月

聖隷三方原病院副院長/緩和支援治療科 森田達也