

綜 説

## 緩和ケアと医療倫理

間 宮 敬 子

信州大学医学部附属病院信州がんセンター緩和部門

### Palliative Care and Health Care Ethics

Keiko MAMIYA

*Division of Palliative Medicine, Shinshu University Hospital Shinshu Cancer Center*

---

**Key words :** palliative care, health care ethics, the four principles of medical ethics

緩和ケア, 医療倫理, 医療倫理の四原則

---

#### I はじめに

世界保健機構 (WHO) による緩和ケアの定義は、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、生活の質 (Quality of life : QOL) を改善するアプローチである」とあり、死を早めることも遅らせることもしないと記載されている。

緩和ケアを行う際、我々は、患者やその家族の価値観を尊重し、多様性を認めながら病気による苦痛を少しでも緩和していく努力を行わなければならない。その際、根底に流れるのは倫理的考え方であり、個別の症例に対して、医療倫理に基づいて、治療方針や方法を決定していくべきである。

#### II 医療倫理

倫理とは社会における人と人との関係を定めるところの規範、原理、規則である。倫理学が学問として成立するための要件は、論理の一貫性があること、体系性があることで、倫理学とは、対立する事象の選択など是非が問われる問題に関して論理的に (筋道を立て

て) 考えられるようにする方法、およびその学問である。聖書や論語は倫理思想であるが、倫理学そのものではない。

道徳は個人や家族など小集団の取るべき態度や心の持ち方を示す。これに対して、倫理は個々人の関係から、国際社会にいたるまでを対象にし、より普遍性を持つ。法律と倫理の違いは、法は社会の秩序を維持することを主目的にし、外に現れた行為であり、社会による強制力を伴う規範である点にある。これに対して、倫理は個人に属する事柄に重きがおかれ、人間の内面的な意志をとりあげ規制する。また、倫理は行為者の自発性が重視され、そのため、法は倫理の最低限であると言われている<sup>1)</sup>。

医の倫理は、医師の職業倫理であり、ヒポクラテスの誓いにあるように、患者の診療に際して心得ておく道徳的義務とされる。生命倫理 (bioethics) は、1970年代アメリカを中心に発展したものである。生命倫理学は一般に生命科学と医療技術の発達をもたらした社会的倫理問題を、学術的に考察する応用倫理学の一分野と定義される。生命倫理は、生命に関する倫理的問題を扱う研究分野であり、医療倫理の方が大きな概念といわれている。

医療倫理は、医療従事者と患者との間を調整するための規範である。従来の医の職業倫理に生命倫理という患者の視点、社会の視点、研究倫理が加わって、現代の医療倫理を支える学問が発展してきた。医療倫理は医療が行われる際に守られるべきルールであり、ふさわしい行われ方である。一方、臨床倫理とは臨床現

---

別刷請求先: 間宮 敬子 〒390-8621  
松本市旭 3-1-1 信州大学医学部附属病院  
信州がんセンター緩和部門  
E-mail: keiko@shinshu-u.ac.jp

場における臨床問題を解決することを主目的としており、実際の臨床現場の問題を扱う実践的な応用倫理学である。ここでは広い意味の倫理学を考察するので、緩和ケアと臨床倫理というタイトルにした。

それでは、なぜ臨床で倫理学の考え方が必要なのであろうか。臨床の場面で、同じ知識や技術を備えている医療者が、価値観の違い、個性差、タイミング、目的と状況によって、それぞれの患者に対する医療行為や医療者の行動が変わってくるからである。

緩和ケアでは、終末期鎮静の適応、輸液療法の差し控えなど、倫理的判断を要する課題が多い。ゆえに、倫理的考え方を身につける必要があり、そうすることで、治療方針の決定が困難な症例に遭遇しても一貫した判断ができるようになるのである。

### III 医療倫理の四原則

1970年、アメリカでは医学や医療の倫理問題に場当たり的に対応しており、それは善行原則と無危害原則だけに基づいていた。そんな中、1978年、ベルモントは「生物医学および行動科学研究におけるヒト被験者保護のための国家委員会報告書」のレポートの中で、自律尊重原則、善行原則、正義原則の三原則を発表した。1979年、ビーチャムとチルドレスは「生物医学・医療倫理の諸原則」のなかで、この三原則に無危害原則を加えた四原則を提示した。すなわち、自律性の尊重 (respect for autonomy)、善行原則 (beneficence)、無危害原則 (non-maleficence)、公正 (justice) である<sup>2)</sup>。

自律性の尊重 (respect for autonomy) の自律性とは自由かつ独立して考え、決定する能力のことである。臨床場面において、患者の自律を尊重することとは、患者が自分で決定できるよう、重要な情報の提供、疑問への丁寧な説明などの援助を行い、患者の決定を尊重し従うことを、医療専門職および患者の家族など、患者に関わる周囲の人々に対して求めていることを意味する。

善行原則 (beneficence) とは、一言で言えば、患者に対して善をなすことである。患者をケアする医療者は客観的な評価によって、その患者に最善の利益をもたらす決定することに意を注ぎ取り組むと解釈され易い。しかしながら、患者の最善の利益とは、医療者の考える患者にとっての最善の利益をさすのではなく、その患者の考える最善の利益をも考慮することを意味していることを認識する必要がある。

無危害原則 (non-maleficence) とは、善行原則と連動した意味合いをもち、人に対して害悪や危害を及ぼすべきではないということである。医療専門職の無危害の責務を考える場合、危害を加えない責務および危害のリスクを背負わせない責務を含むと考えられる。

公正 (justice) とは、正当な持ち分を公平に各人に与える意思であり、社会的な利益や負担は正義の要求と一致するように配分されなければならない。しかしながら、臨床現場においては、十分な医療資源（たとえば、集中治療室のベッド、災害医療時の医療資源など）をすべての人に提供できるわけではない。ゆえに、様々な状況の中で、医療者は、個々の患者に費やすことができる資源の範囲、提供できる治療の限界について判断することを求められる。

### IV 倫理的意思決定の流れ

一般的な倫理的意思決定の流れは、① 医学的事実を明確にして整理する。② 当該事例についての関係者の意思、特に患者および家族の希望を明確にする。③ 関連する倫理問題を明確にする。④ 患者に対する診療行為の目的と誰が最終的に治療決定権をもつのかを明確にする。⑤ 決定を実行し、その結果を再評価する<sup>3)</sup>、となる。これらの原則、プロセスを大切にすることで、より倫理的な判断が可能となる。倫理的課題を検討するための道具として、Jonsen ら<sup>4)</sup>は、直面したケースを整理し、よりスムーズに問題解決にいたるシートとして4分割表を考案している (図1)。倫理的問題がありそうな症例では、問題点を理解するために4分割表を利用することを推奨している。具体的には、2つのボックスに入るような問題があれば、両方に入れても良い。また4つのどれにも入らないような問題は、周囲の状況に置いておく。それぞれあげられた問題についてわからない部分を調査し、4分割表全体を見て、出来ることから対策を立てる。医師は最初の医学的適応だけに目を奪われがちになったり、看護師やソーシャルワーカーはQOLだけを強調したり、法律家は患者の意向だけを強調するような傾向にある。それゆえ、この4分割表を使用して、様々な職種の方が広い視野から倫理問題を検討する必要がある。

### V 緩和ケアと医療倫理

緩和ケアの臨床を行うにあたってしばしば問題になる倫理的事項に、病名告知とインフォームド・コンセント、事前指示、安楽死と尊厳死、終末期輸液、終末

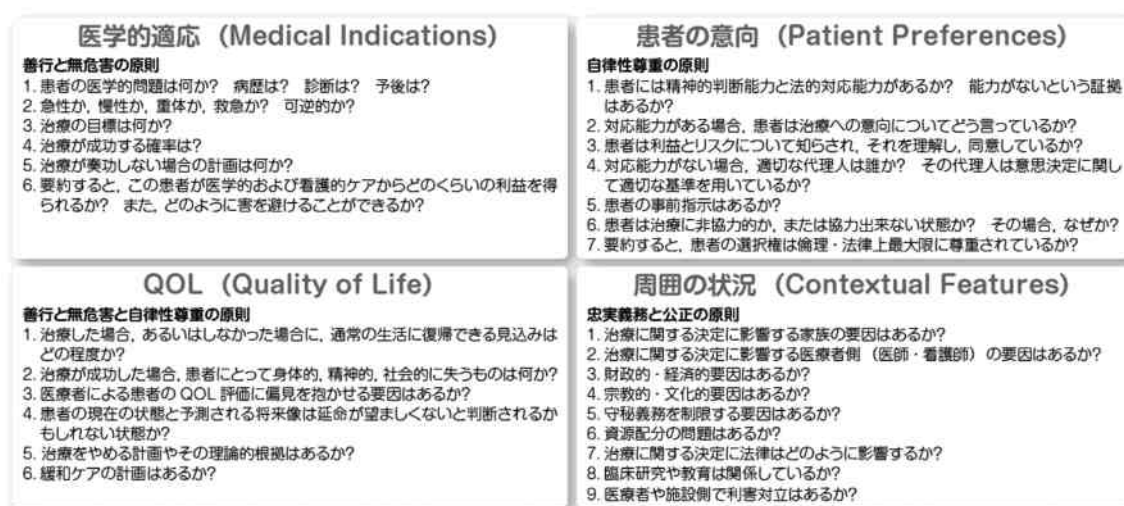


図1 臨床倫理4分割法

(Jonsen AR ほか著。赤林朗ほか監訳。臨床倫理学 第5版。新興医学出版社。2006；p13より転載)

期鎮静などがある。これらのことについて、医療倫理の考え方に基づいて説明する。

#### A 病名告知とインフォームド・コンセント

病名告知と検査や治療に関するインフォームド・コンセントは今日の医療では一般的で、その際には医師、看護師などの医療者が、それぞれの観点から、患者、家族と十分にコミュニケーションをとることが重要となる。

病名告知に関しては、患者の自己決定権が重要視されており、「患者のために知らせない」という医療者のパターナリズム的な態度は批判される傾向にある。

現在では本人への告知は当然であり、議論されるべきことは、「誰がどう告げるか」、「告げた後にどうするか」に焦点があてられる。

真実を告知することが患者に著しい悪影響を及ぼし、以後の治療に支障を来すおそれが強いと判断されるような場合は、告知を控えたり、先延ばししたりすることも考慮する。このように判断する場合は、しかるべき家族による、告知内容に対する同意が必要とされる。一方でこれは、患者の自己決定権と相反するので適用にあたっては慎重でなければならない<sup>5)</sup>。

インフォームド・コンセントでも患者の自己決定権が尊重されるようになり、患者が医療者から事前に十分に説明を受けたうえで、検査や治療を受けることに同意する必要がある。患者の権利意識が高まった今日、さまざまな治療法のメリット、デメリットを患者に説明した上で患者自身が自分で検査や治療法を決定する。ここで、患者の自己決定権は、判断能力のある患者が十分な情報を得ているときに初めて有効な行使が可能

となる。インフォームド・コンセントは医師基準ではなく、合理的患者基準（合理的な平均的の患者が必要と考える事項の説明）を医師に義務づけている。重要なのは、インフォームド・コンセント後、患者がどのように理解したかである。よって、患者が理解できる言葉でかつ十分な内容を説明し、同意を求めることが必要となる。

#### B 事前指示

自律性の尊重のためのインフォームド・コンセントの概念は、わが国でも普及したが、「インフォームド・コンセント用紙」を手渡すだけにとどまっている。自律性の尊重を、終末期の場面で表明する手段が事前指示であり、将来患者が判断能力を失った際に、患者自身に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示することを指す。その方法としては、事前指示書（リビング・ウィル）と代理人指名に分かれる。事前指示書は自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療をうけたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面であり、広義の意味ではこの中にDNAR (Do Not Attempt Resuscitation) の同意書も含まれる。代理人指名は自分で判断できなくなった場合に備えて、あらかじめ定めた者で、その人が治療方針を決定する。我が国では、事前指示書、代理人指名に従った治療を行うことの法律上の規定はない<sup>6)7)</sup>。病気の進行に伴って、患者や家族の考え方もかわることがあるので、事前指示はいつでも変更可能であることが重要である。また、患者の自己決定と家族の願いが異なるとき、家族や医療スタッフ間で意見が異なるときには、結論を急がず、結果よりもそのプロセスに

関わったことに価値を見出す姿勢が重要となる。

### C 安楽死と尊厳死

尊厳ある死 (Death with Dignity) とは、人間としての尊厳を保って死に至ることであり、単に「生きた者」としてではなく、「人間として」遇されて、「人間として」死に至ること、ないしそのようにして達成された死を指す。このように、定義から考えると、尊厳死は目指されるべき目標となる。日本での尊厳死は患者の自己決定に基づいて、過剰な医療をさけて尊厳をもって自然な死を迎えることと理解されており、これはアメリカでは自然死のことで、患者の人権として法律で認められている。

安楽死とは、苦しい生ないし意味のない生から患者を解放するという目的のもとに、意図的に達成された死、ないしその目的を達成するために意図的に行われる「死なせる」行為である。安楽死には積極的安楽死 (active euthanasia)、消極的安楽死 (passive euthanasia) があり、前者は死なせることであり、後者は死ぬに任せることである。

これに対し、非意図的に達成された死があり、その中に、QOL 保持を意図する治療が、縮命を伴う場合 (積極的) と、QOL 保持を意図する治療停止が、縮命を伴う場合 (消極的) がある<sup>9)</sup>。

世界保健機構 (WHO) の専門委員会は、緩和ケアにおける治療法が充実している現在、安楽死を法律によって認める必要はないとの立場をとっている。痛み苦しみながら死ぬことを避けるための実際的な方法が存在するので、安楽死を認めるのではなく、緩和ケアの実践に力を注ぐべきという考え方である<sup>9)</sup>。

### D 終末期の輸液療法

終末期患者の輸液療法を行う際、特に減量・中止を考慮する場合は倫理的考察が必要である。輸液療法は、終末期において、患者に対する誠実さの表現、文化的規範、ケアのシンボル、最後まで希望を捨てないことの証であり、象徴的な意味が極めて大きい。また、他の延命治療の中止を検討するときよりも、患者・家族のみならず、医療者にも強い感情的感応を引き起こす。そのため、いったん始めると中止することは非常に困難な場合があり、患者の全身状態が悪化したあとも、継続することとなりがちである<sup>10)</sup>。医療者は、患者の希望と患者の最善の利益の実現を第一の目的とした決定を行うべきであり、患者の QOL を改善させない治療、害を与える介入は行うべきではない。判断が困難な場合は、暫定的に輸液を開始もしくは中止し、

治療が患者の利益になるかどうかを定期的に評価する方法 (time-limited trial) をも考慮してもよい。

患者が正常な判断ができない状況では、事前指示書を確認することも大切になる。日本緩和医療学会の終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン (2013 年度版) には患者の意思決定能力の有無、患者の希望、情報提供の有無、医療チームの判断などによって、4 つの状況を設定し、それぞれについて倫理的判断を推奨している<sup>11)</sup>。しかしながら、倫理的検討を要する場合のアルゴリズムやツールの提示はされていない。今後、海外のガイドラインも参考にして、終末期の輸液療法に関する倫理的な検討を要する症例に対する我が国独自のアルゴリズムが作成されることを期待する。

### E 終末期の鎮静

自律性の尊重の原則に照らし合わせると、意思決定能力のある患者が十分に知らされたうえで自発的に決定することが、鎮静が妥当となるために必要である<sup>12)</sup>。

鎮静がもたらす益 (benefit) は苦痛緩和であり、害 (harms) は意識の低下、コミュニケーションができなくなること、生命予後を短縮する可能性などである<sup>12)-14)</sup>。鎮静には、患者の益になるようにするという善行原則と、患者に害を与えないという無危害原則という倫理的要件の連関で、鎮静の倫理的妥当性を明確にする必要がある<sup>15)16)</sup>。これには、二重効果の原則および相応性原則が参照される。

二重効果の原則では、好ましい効果を意図した行為が、好ましくない結果を生じることが予測されるときに、良い意図の存在によって、好ましくない結果を許容しようとする。好ましくない結果が生じることが予測されても、行為自体が道徳的であること、好ましい効果のみが意図されていること、好ましい効果は好ましくない効果によってもたされるものではないこと、好ましくない結果を許容できる相応の理由がある場合に妥当であると考えられる。その中で、好ましくない結果を許容できる相応の理由がある場合は相応性原則にあてはまる。鎮静に相応性原則を適用すれば、苦痛緩和という好ましい効果に、意識低下や生命予後を短縮する可能性が伴ったとしても、相応の理由がある場合には倫理的に妥当であるとみなされる。また、意図と方法の相違により、鎮静と積極的安楽死は異なる医療行為だという考えが一般的である。

鎮静の種類には、持続的鎮静と間欠的鎮静がある。持続的鎮静のなかには、深い鎮静と浅い鎮静があり、深い鎮静は、多くの場合、意識がなくなり、終末期で

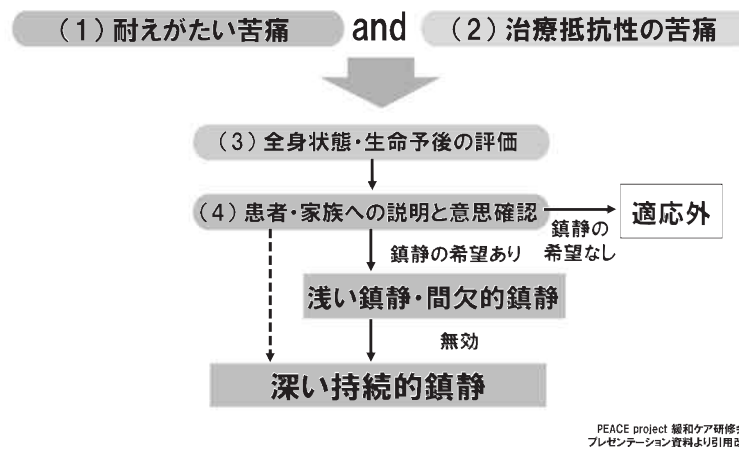


図2 鎮静実施のアルゴリズム

は患者が亡くなるまでの鎮静になる。深い鎮静を導入する際は、もっとも倫理的配慮が必要となる。これに対して浅い鎮静（意識下鎮静：conscious sedation）では、患者はうとうとしているが話せる状態である。間欠的鎮静は、夜だけの鎮静、または苦痛を伴う処置を行うときだけの鎮静となる。

鎮静が必要となる患者の耐えがたい苦痛としては、せん妄、呼吸困難、過剰な気道分泌、疼痛、悪心・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（スピリチュアルペイン）がある。不安、抑うつ、心理・実存的苦痛のみで深い持続的鎮静を行うコンセンサスは得られていない。これらの症状に対して、患者自身が耐えられないと表現するあるいは、患者が表現できない場合、患者の価値観にてらして、患者にとって耐えがたいことが家族や医療チームにより十分推測されるとき、苦痛は耐えがたいと評価される。また、全ての治療が無効あるいは患者の希望と全身状態から考えて、予測される生命予後までに

有効で、かつ、合併症の危険性と侵襲を許容できる治療手段がない場合、苦痛は治療抵抗性と評価される（図2）。苦痛緩和の鎮静実施のアルゴリズムを示す（図3）。

## VI おわりに

緩和ケアと医療倫理について考察した。緩和ケアでは、患者や家族のQOLに優先的に注目することが、様々な局面においての基本姿勢となる。患者や家族のQOLに注目して、個別性に配慮し、それぞれの価値観を大切にしながら、現時点で得られているエビデンスを基にした、標準治療を提案する。そして標準治療を提供できない場合には、それぞれの倫理観の中で、患者や家族の価値観を大切にしながら、可能な限りにおける最良のケアを提供していく。緩和ケアに関わる医療者は、医療倫理の基本四原則である、自律尊重原則、善行原則、正義原則、無危害原則を常に念頭におき、患者の事前意思の確認、終末期輸液、終末期鎮静などを決定する場面で、倫理的に判断する必要がある。

## 文 献

- 1) 下山理史：臨床倫理．ペインクリニック 36：619-626，2015
- 2) 水野俊誠：医療倫理の四原則．赤林朗（編），入門・医療倫理 I，pp 53-68，勁草書房，東京，2005
- 3) 福井次矢，浅井 篤，大西基喜：臨床倫理学入門．pp 194-195，医学書院，東京，2003
- 4) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ: Clinical ethics: A practical approach to ethical decision in clinical medicine. 8th ed. pp 1-10, McGraw-Hill, New York, 2015
- 5) 日本臨床倫理学会ホームページ：http://www.j-ethics.jp/gaiyo\_4\_1.htm（2015年12月24日最終アクセス）
- 6) 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン：http://27.100.10.181/002/001/009/p022251\_d/fil/250701shuemat-suki.pdf 2007年5月，厚生労働省（2015年12月24日最終アクセス）
- 7) 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン：http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\_iryuu/iryuu/saisyu\_iryuu/index.html 改定2015年3月，厚生労働省（2015年12月24日最終アクセス）
- 8) 清水哲郎：緩和ケアの倫理．臨床倫理学 1：35-39，2000

<p>①せん妄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 環境調整を行ったか。</li> <li><input type="checkbox"/> 治療可能な原因を探索し、治療を検討したか。 (高カルシウム血症、低ナトリウム血症、高アンモニア血症、感染症、低酸素血症、血糖異常、脱水、脳腫瘍など)</li> <li><input type="checkbox"/> 薬剤の調整を検討したか。 (必須ではない薬剤・神経毒性を有する薬剤の減量・中止・変更)</li> <li><input type="checkbox"/> 疼痛・呼吸困難など緩和されていない苦痛の治療を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> 残尿、便秘による不快がないか。</li> <li><input type="checkbox"/> 向精神薬投与を検討したか。</li> </ul> <p>②呼吸困難</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 治療可能な原因を探索し、治療を検討したか。 (胸水、心嚢水、上大静脈症候群、気道狭窄、気管支喘息、肺炎、気胸、がん性リンパ管症、放射線性肺炎、心不全、貧血、腹水、不安など)</li> <li><input type="checkbox"/> 酸素投与を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> モルヒネ投与を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> 不安に対する治療・ケアを検討したか。 (抗不安薬、精神的援助、リラクゼーション、アロマセラピーなど)</li> </ul> <p>③過剰な気道分泌</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 治療可能な原因を探索し、治療を検討したか。 (肺炎、心不全、食道気管支ろう、過剰な輸液など)</li> <li><input type="checkbox"/> 喀痰ドレナージの施行を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> 気道分泌抑制薬(抗コリン薬)の投与を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> 輸液の減量・中止を検討したか。</li> </ul> <p>④疼痛</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 治療可能な原因を探索し、治療を検討したか。 (骨折、膿瘍、胃十二指腸潰瘍、消化管穿孔、急性肺炎など)</li> <li><input type="checkbox"/> オピオイド、非オピオイド、鎮痛補助薬の投与を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> 鎮痛薬による有害事象に対する治療を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> 神経ブロック、放射線治療、外科的治療の施行を検討したか。</li> </ul> <p>⑤嘔気・嘔吐</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 治療可能な原因を探索し、治療を検討したか。 (NSAIDs、オピオイドなどの薬剤、高カルシウム血症、脳腫瘍、消化管閉塞、便秘、胃十二指腸潰瘍など)</li> <li><input type="checkbox"/> 制吐薬(ドパミン遮断性、ヒスタミン遮断性、セロトニン遮断性、コリン遮断性)の投与を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> コルチコステロイドの投与を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> 消化管分泌抑制薬(オクトレオチド、抗コリン薬)の投与を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> 経鼻胃管挿入の適応を検討したか。</li> </ul> <p>⑥倦怠感</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 治療可能な原因を探索し、治療を検討したか。 (高カルシウム血症、低ナトリウム血症、感染症、貧血、脱水、抑うつなど)</li> <li><input type="checkbox"/> 倦怠感の悪化と誤認されやすいアカシジア<sup>*)2</sup>、せん妄などの鑑別を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> コルチコステロイドの投与を検討したか。</li> </ul> <p>⑦痙攣・ミオクローヌス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 治療可能な原因を探索し、治療を検討したか。 (薬剤[特にオピオイド]、脳転移など)</li> <li><input type="checkbox"/> 抗痙攣薬の投与を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> 脱水の評価と補液の実施を検討したか。</li> </ul> <p>⑧不安、抑うつ、心理・実存的苦痛</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 治療可能な身体的原因を探索し、治療を検討したか。 (薬剤、緩和されていない身体的苦痛、低酸素血症、脳腫瘍、アカシジアなど)</li> <li><input type="checkbox"/> 身体的機能喪失の最小化(リハビリテーションや代替手段の検討など)を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> 精神的支援(傾聴、感情表出の促し、ライフレビューなど)の提供を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> 気分転換、環境整備、リラクゼーションの提供を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> ソーシャルサポートの強化を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> 薬物療法(抗不安薬、抗うつ薬などの投与)を検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> 心理専門家へのコンサルテーションを検討したか。</li> <li><input type="checkbox"/> 必要に応じて宗教家への相談を検討したか。</li> </ul> <p style="text-align: center;">苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン(2010年) P29-30 日本緩和医療学会 金原出版株式会社</p>
--

図3 治療抵抗性判断のためのチェックリスト  
鎮静を考慮している苦痛を同定し、以下の項目について確認してください。

- 9) 伊藤道哉：生命と医療の倫理学第2版. pp 170-203, 丸善，東京，2013
- 10) 平井栄一，越谷典保：末期がん患者の輸液治療における倫理. 静脈経腸栄養 23：613-616, 2008
- 11) 終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン：2013年度版, pp 137-144, 金原出版，東京
- 12) Morita T, Tei Y, Inoue S: Ethical validity of palliative sedation therapy. J Pain Symptom Manage 25: 103-105, 2003
- 13) Jansen LA, Sulmasy DP: Sedation, alimentation, hydration, and equivocation: careful conversation about care at the end of life. Ann Intern Med 136: 845-849, 2002
- 14) Gert B, Bernat JL, Mogielnicki RP: Physician involvement in voluntary stopping of eating and drinking. Ann Intern Med 136: 1010-1011, 2002
- 15) 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン：日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン 2010年
- 16) De Graeff A, Dean M: Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. J Palliative Med 10, 67-85, 2007

(H 27. 12. 28 受稿)