

200401020A

厚生労働科学研究費補助金  
医療技術評価総合研究事業

我が国の尊厳死に関する研究

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 松島 英介

平成17（2005）年 4月

## 目 次

### I. 総括研究報告書

我が国の尊厳死に関する研究	松島英介	3
---------------	------	---

### II. 分担研究報告書（五十音順）

1. 一般市民における尊厳死の考え方に関する研究	池永昌之	9
2. 難治がん患者の抑うつに関する研究	内富庸介	11
3. 尊厳死問題の法的・倫理的側面に関する一考察 ——ガイドライン策定のための提言——	甲斐克則	16
4. 尊厳死に関するがん患者の選択に関する研究	竹中文良	20
5. 我が国における尊厳死に関する研究	田村里子	22
6. 特別養護老人ホームにおける尊厳死に関する研究	平澤秀人	30
7. 中・小規模の一般病院（50床以上300床未満）における尊厳死についての意識調査 （資料）	松島英介	32
8. ホスピス緩和ケアの役割とその普及—教育的視点から考える—	松島たつ子	84

III. 研究者一覧		87
------------	--	----

# 総括研究報告書

我が国における尊厳死についての研究

主任研究者 松島英介 東京医科歯科大学大学院助教授

**研究要旨** わが国の終末期医療における患者やその家族の声を反映すべく、こうした医療に携わる現場のスタッフが現在直面している問題を明らかにし、今後のわが国の尊厳死の問題を方向づける上で有効と思われる点を見出すことを目的に本研究を行った。その結果、尊厳死の定義のあいまいさや不十分な緩和ケアの実態、患者と家族の意思の調整の必要性、緩和ケア供給システムの整備などが問題として挙げられた。患者が「尊厳ある生」を過ごしながらか、尊厳死を達成するための前提条件として、これらの問題を解決することが重要であると示唆された。

A. 研究目的

2004年6月、厚生労働省は終末期医療のあり方などを論議してきた「終末期医療に関する調査等検討会」の報告書に定める形で、無理な延命行為をしない、または医療行為の中止を決定すると考えられるときの手順などを示すガイドラインを策定する研究班を立ち上げる考えを明らかにした。また、2005年1月には「尊厳死とホスピスを推進する与党議員懇話会」が設置され、尊厳死を認める法案を議員立法で提出する動きも見られており、「尊厳死」問題をめぐる情勢は大きく、しかも急速に変化しようとしている。

こうした中で、実際の終末期医療における患者やその家族の声を反映すべく、こうした医療に携わる現場のスタッフが現在直面している問題や課題、さらに現場から生み出された示唆や方策を汲みとり、今後のわが国の尊厳死の問題を方向づける上で有効と思われる点を見出すことを本研究の目的とする。

B. 研究方法

上記の目的を達成するために、問題を以下の4つに分けて検討する。

第一は尊厳死の定義の問題で、医療現場ではいまだ共通の認識ができていない「尊厳死」の定義や法的な意味づけについて、分担研究者の甲斐克則を中心に国内外の文献や判例に基づいて研究していく。また、主任研究者の松島英介も研究協力者の野口海、松下年子、小林未果とともに、全国規模の医療機関を対象としたアンケート調査から、この点につい

て研究する。

第二は緩和医療供給システムの問題で、一般病院と緩和ケア病棟ないし在宅との連携の困難さなどについて、実際に多くの利用者（患者や家族）から相談を受ける立場にある分担研究者の田村里子を中心に具体的な相談例について分析し、研究していく。

第三は患者本人と家族の意思の問題で、この問題は、「尊厳死」を考えていく上で最も重要なテーマである。この問題についてはまず、がん患者やその家族に数多くの「セカンド・オピニオン」を提供している分担研究者の竹中文良を中心に、相互の意思の差やその対応などについて検討していく。また、認知症を含めて老年の患者及びその家族の対応（意思確認）を数多く経験している分担研究者の平澤秀人を中心にして、とくに老年患者の意思をどのように確認し、家族の希望を踏まえてどのように対応しているかについて検討する。また、主任研究者の松島英介も全国規模の医療機関を対象としたアンケート調査からこの点について研究する。

第四は「尊厳ある生」についてである。すなわち、「尊厳ある生」を充実させることによって、患者やその家族の尊厳死への認識が変わる可能性があり、そうした意味でも、この問題に取り組む必要がある。そこで、分担研究者の池永昌之は一般市民を対象としたアンケート調査から、「尊厳ある生」についての考え方について検討する。また、緩和医療において患者のQOLを損ねる可能性のある疼痛や精神症状、呼吸苦、倦怠感などの対応に精

通している分担研究者の内富庸介を中心に、緩和医療の現場での実態やその治療法の確立などについて研究していく。さらに、ホスピスケア教育を行っている分担研究者の松島たつ子を中心に、患者の「尊厳ある生」を過ごすための環境について、現場の医療者からみて何が必要であるかという視点で分析をする。

#### (倫理面の配慮)

いずれの研究も、患者個人及び家族の同意の下に実施されたものであり、また患者が特定されるような結果を示すものでもないため、倫理面での配慮は十分であると思われる。

### C. 研究結果

尊厳死の概念について、松島英介は一般病院を対象にした全国調査で、「延命処置をおこなわないこと」よりも「苦痛を緩和すること」が高率に選択され、医療者でさえ「尊厳死」について従来の法的な面よりも広く捉えていることを報告している。甲斐克則も先の厚生労働省の終末期医療に関する報告書をもとに、「尊厳ある死」にふさわしいものとして、延命処置をしないことと同時に、本人が苦痛でないよう緩和することがあげられていることなどに注目している。また、これらの検討をもとに「尊厳ある死」を実施するにあたっては、立法というハードな方式ではなく、ガイドライン方式のような柔軟な対応をすることの妥当性を指摘し、尊厳死ガイドライン要綱私案をまとめている。

緩和医療供給システムの問題について、田村里子はがん患者の療養場の選択における現状を支援するソーシャルワーカーの立場から解析し、療養場の選択における制度資源の壁や医療者の在宅医療に関する認識不足理解不足、家族側の医療機関依存の意識などによって、選択肢がせばめられている状況を明らかにした。また、緩和ケアネットワークの現状については、先進的な試みをしているネットワーク資源として、岡山緩和ケアモデルや宮城方式について検討し、さらに札幌での試みについても言及した。

患者本人と家族の意思の問題では、竹中文良が今回はがんが再発あるいは転移した患者の意思についてのみ調査しており、積極的な治療よりも緩和ケアを望む傾向や、終末期の療養の場として、自宅ないし緩和ケア病棟を希望する傾向が見出された。また、平澤秀人は全国の特別養護老人ホーム（特養）を対象

にした調査において、病名や余命の告知、延命処置など最終末期の要望を本人に確認する施設はほとんどなく、家族に確認する施設がほとんどであったことを報告し、患者本人と家族の意思の異同が問題になることを指摘している。

「尊厳ある生」については、池永昌之が一般市民における尊厳死に関する考え方を調査し、「家族とともに過ごす」、「好きなことをして過ごす」、「身辺整理をする」、「苦痛なく過ごす」ことが重要という結果を示している。また、内富庸介は「尊厳ある生」を送る際に妨げとなる抑うつを中心とした精神症状を取り上げ、難治がん患者についての実態調査をしている。一方で、このような患者の対応にあたる実際の医療現場について、松島たつ子はホスピス教育プログラムを受講した医療者に行った質問紙調査の結果、受講者の多くは自施設における緩和ケアの実践を十分な段階に至っていないと評価しており、実践に必要なものとして「基礎的な知識」、「緩和ケアの理解」を上位に上げたこと、今後学びたいテーマとして「疼痛マネジメント」や「患者心理の理解とそのケア」が上位を占めていたことを報告し、医療現場ではまだ緩和ケアが十分に行われていない実態を明らかにした。

### D. 考察

わが国の尊厳死に関する問題を4つの側面に分けて検討を行った結果、それぞれに多くの課題を抱えていることがわかった。尊厳死の定義については、そのあいまいさや法的な問題点が浮き彫りになり、今後さらに明確化していく必要がある。緩和医療供給システムについては、患者が尊厳ある死を遂げる場の選択さえ保障されていない実情があることが指摘され、今後の緩和ケアネットワーク作りが大きな課題であることがわかったことは、医療の方向性を示す重要な所見である。患者本人と家族の意思の問題では、家族の意思が尊重されるというわが国の医療現場の特徴が改めて明らかにされ、とくに老年者の場合の患者の意思の捉え方についての問題は、今後議論の余地が残るところである。そして、何よりも「尊厳ある死」に至る「尊厳ある生」を如何に充実させるかという問題では、まだまだ解決すべき点が多く、現実の医療現場に根付いたさらに詳しい検討が必要である。

### E. 結論

尊厳ある死を達成するためには、医療現場ではまだまだ問題が多いことがわかった。とくに病名や余命告知、終末期における治療方針や延命処置の希望は、患者本人に直接伝えられるよりも、家族に伝えられるケースが多く、患者と家族の意思の異同をどう扱っていくかが大きな課題である。さらに、緩和医療の現場では、ほとんどの医療関係者が終末期医療システムの不備を感じており、終末期患者が「尊厳ある生」を過ごしながら、尊厳死を達成するためには、緩和ケア供給システムの整備をする必要があることが明らかとなった。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

松島英介：がん治療と心の問題，その解決法．日本放射線腫瘍学会第17回年次学術集会，千葉，2004年11月．

#### H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

## 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）  
分担研究報告書

一般市民における尊厳死の考え方に関する研究

分担研究者 池永昌之 淀川キリスト教病院ホスピス長

**研究要旨** 一般市民における尊厳死に関する考え方を明らかにするために、一般市民を対象とした講演会の参加者を対象に質問紙による調査を行った。一般市民における尊厳死に関する考え方には、「家族とともに過ごす」、「好きなことをして過ごす」、「身辺整理をする」、「苦痛なく過ごす」ことが重要と示された。しかし、具体的内容は多岐にわたっており、個々によって異なることから、臨床現場では事前のコミュニケーションをしっかりとることが重要であると考えられた。

A. 研究目的

一般市民における尊厳死に関する考え方を明らかにする。

B. 研究方法

一般市民を対象とした講演会（死の準備と看とりを学ぶフォーラム：大阪府看護協会主催、参加者：146名（男性：33名、女性：120名）、平均年齢45歳（17-86歳））における参加者を研究対象とした。まず、講演会を始める前に、「貴方がもし末期のがんであと1カ月のいのちと宣告された場合」と仮定した上で、参加者の考える尊厳ある生き方と死に方について、自由質問紙に記入することを依頼した（調査1）。その後、研究者が1時間ホスピスについての講演を行ったあと、「もし貴方が末期のがんで、あと1週間のいのちである場合」と仮定した上で、いくつかの具体的な状況における希望について確認した（調査2）。

（倫理面への配慮）

質問紙調査は参加者に強制ではなく、すべて匿名で行い、結果は研究以外の目的以外には使用しないことを説明し、参加者の同意を得た。

C. 研究結果

（調査1）：回答者数は120名であった。内容としては、「家族と過ごす」、「好きなことをして過ごす（旅行などする）」、「家族のために過ごす」、「身辺整理を行う」、「苦痛なく安らかに過ごす」、「家族に迷惑を掛けない」、「子供達とのいのちについて語りたい」などが抽出された。

（調査2）：回答者数は100名であった。あと1

週間のいのちであることを教えて欲しいかどうかについては、「教えて欲しい」が77%、「あまりつらいことは言わなくてもよい」が23%であった。最後に過ごしたい場所については、「できるだけ家で最後まで過ごしたい」が55%、「病院（ホスピスを含む）で最後を過ごしたい」が43%であった。終末期の点滴の希望については、「食事ができなくなっても点滴はして欲しくない」が63%、「食事ができなくなれば点滴をして欲しい」が37%であった。終末期の鎮静についての希望については、「苦痛が強くて、できるだけ人と話ができる状態で居たい」が54%、「苦痛が強いならば、眠ったままで過ごしたい」が45%であった。

D. 考察

1ヵ月から1週間という非常に厳しい生命予後が予想される状況では、患者への生命予後の告知や最後を過ごす場所の決定、経口摂取できない時に点滴を行うことや、緩和困難で耐えられない苦痛を緩和することを目的とした鎮静を開始することの是非は、決して医学的に一定の見解があるものではない。したがって、方針の決定に関しては患者へのできる限り正確な病状説明と、それに基づいた自己決定が非常に重要となる。今回の調査からは、市民における個々の希望は多岐にわたっており、様々な状況においても治療方針に関する希望は一定ではないために、実際には患者としっかりとコミュニケーションをとりながら、検討してゆかなければならないことがわかった。また、非常に厳しい状況についてはあまり聞きたくないというような患者の



希望もあり、厳しくなる以前から希望を確認することも重要と考えられた。しかし一方で、臨死期には鎮静が必要になることが約 40%の患者にみられるという報告を考えると、苦痛が強くなり必ずしも患者の希望通りには治療できないこともあり得ることを伝えていくことも重要と考えられた。

#### E. 結論

死に関する講演会に参加した一般市民を対象に、尊厳死に関する考え方の調査を行った。様々な状況における個々の希望は様々な場合が多く、できる限り患者本人に事前に確認することが臨床現場では重要と考えられた。

#### F. 研究発表

##### 論文発表

##### 1. 著書

池永昌之, 木澤義之: ギア・チェンジ 緩和医療を学ぶ二十一会. 医学書院, 東京, 2004年6月.

##### 2. 原著

坂口幸弘, 高山圭子, 田村恵子, 池永昌之, 恒藤 暁, 柏木哲夫: わが国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの実施方法 (2) 遺族のサポートグループの現状. 死の臨床 27(1): 81-86, 2004.

坂口幸弘, 恒藤 暁, 柏木哲夫, 高山圭子, 田村恵子, 池永昌之: わが国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの提供体制の現状. 心身医学 44(9): 697-703, 2004.

##### 3. 総説

池永昌之: 癌による症状への対策 緩和医療における鎮静 (セデーション). コンセンサス癌治療 3(4): 210-211. 2004.

池永昌之: ホスピスにおける緩和医療とチーム医療の実践. 臨床麻酔 28(3): 575-580, 2004.

池永昌之: 経済面からみた緩和ケア病棟入院料. がん患者と対症療法 15(1): 62-65, 2004.

池永昌之: 緩和医療を学ぶ 進行癌患者に「死にたい」といわれた時 希死念慮をもった患者をいかに支えるか. JIM 14(2): 156-159, 2004.

##### 学会発表

池永昌之, 田村恵子, 坂口幸弘, 恒藤 暁, 柏木哲夫: わが国の緩和ケア病棟における遺族ケアの現状と課題. 第 17 回日本サイコオン

コロジ学会総会, 福岡, 2004年5月.

池永昌之, 森田達也: 鎮静における薬物投与プロトコール: 現時点での推奨と今後の課題. 第 9 回日本緩和医療学会総会, 札幌, 2004年6月.

厚生労働科学研究費補助金（わが国における尊厳死に関する研究）  
分担研究報告書

難治がん患者の抑うつに関する研究

分担研究者 内富庸介 国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究室

研究要旨 緩和ケアや予後の限られたがん患者において、尊厳は非常に重要な概念として考えられており、緩和ケアの目指すべき目標の一つとされている。抑うつはがん患者の尊厳に関連する重大な因子であることが示されており、抑うつを改善を通じて、がん患者の尊厳の維持・回復を図れる可能性がある。一方でがん患者の抑うつについての病態はいまだ十分明らかになっていない。本研究は、代表的な難治がんである膵がん患者を対象にして、抑うつ有病率、危険因子を明らかにすることを目的としている。現在症例収集が終了した段階である。

A. 研究目的

予後の限られたがん患者に対する緩和ケアの目標は、痛みの管理やスピリチュアルケアを通して、患者のQOLを維持し、尊厳を維持できるように援助を行うことと考えられている。一方で尊厳を持って生きている状態とはどのような状態なのかということについては、明確でなく、十分な研究もされていない。

2002年にChochinovらがSense of Dignity Itemsという尊厳の低下を測定する尺度を開発し、少しずつ終末期がん患者の尊厳に関する研究が行われるようになってきている。HackらはSense of Dignity Itemsと同時に、患者のQOL、痛み、道具的・社会的支援ネットワーク、情緒的・社会的支援ネットワーク、絶望・抑うつ、入浴、排泄など個人的な問題に関する依存という6つの背景因子を測定し、関連を解析することで、絶望・抑うつと入浴、排泄など個人的な問題に関する依存の2つの因子が尊厳の低下の背景因子であることを明らかにした。

このような背景から、難治がん・進行終末期がん患者の尊厳の維持・回復には抑うつ・絶望感に対する介入が必要であると考えられる。難治・進行がん患者の抑うつに関する実態調査はいくつか報告されているものの十分ではなく、特に難治がんの代表である膵がんについては、抑うつが広く存在し大きな問題であることが言われている一方で、信頼にたる実態調査は存在しない。

本研究は、膵がん患者の抑うつ有病率と抑うつ発症危険因子を明らかにすることを目的に行われた。

B. 研究方法

本研究は抑うつ有病率、発症危険因子を明らかにするための前向き観察研究である。

対象の適格基準は、1.画像または組織診で膵がん診断され、その診断を知らされている、2.国立がんセンター中央病院に初回治療目的で入院中、3.18歳以上、4.書面による同意を得られた患者とした。調査の支障になるような認知機能障害や重篤な身体症状をもつ患者は除外した。

がんセンター中央病院を受診した膵がん患者のうち、抗がん治療対象と考えられる症例は全例入院するが、膵がん診断を伝えられた後、初回抗がん治療が始まる前にベースライン調査を行った。ベースライン調査では、性別、年齢などのデモグラフィックデータ、がんの病期、組織型、performance status、身体症状などの医学的要因、婚姻、信頼できる人の有無など社会的要因に加え、痛み、倦怠感などの身体症状は自記式評価法であるM. D. Anderson Symptom Inventoryを用いて評価した。本研究のメインアウトカムである抑うつについては、米国精神医学界の診断基準に基づく半構造化診断面接（SCID）を使用して、適応障害またはうつ病と診断された症例を抑うつありと評価した。

手術、化学療法を含む抗がん治療が開始し、1ヶ月の時点でフォローアップ調査を行った。フォローアップ時も同様に抑うつの評価と、その時点での症状評価を行った。

解析として、有病率については記述的に

う。抑うつ発症の危険因子の同定については、ベースラインからフォローアップまでの抑うつ発症を従属変数とし、ベースラインでのデモグラフィックデータ、医学的要因、社会的要因、身体症状を独立変数として、まず単変量の解析を行い、単変量でP値が0.25以下の変数について、ロジスティック回帰分析を行うこととした。

(倫理面への配慮)

本研究計画は国立がんセンターの倫理審査委員会に承認されている。また、研究内容について十分な説明を行った上で、書面による本人の同意をいただいた上で実施された。

#### C. 研究結果

現在のところ、適格症例は125例、うち2例とはコンタクトが取れず、13名は研究への参加を拒否し、ベースライン調査には110例(88%)が参加。フォローアップ調査はベースライン調査の中央値45日後(範囲;30-80日)に行われたが、転院、死亡、拒否などのため19例が脱落し、91例(73%)が参加している。

#### D. 考察

難治がん患者の精神医学的有病率調査であることを考慮すると、かなり高い研究参加率であると考えられる。

#### E. 結論

次年度に向け、症例収集が終了後、結果の解析を行う。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

#### G. 研究発表

##### 論文発表

1. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer; prevalence, patient perceptions, contributing factors, and longitudinal changes. *Cancer* 100:183-191, 2004
2. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Major depression adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients; associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22:1957-1965, 2004

3. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Post traumatic symptoms experienced by a nurse after a patient suicide. *Jpn J Gen Hosp Psychiatry* 16:49-54, 2004
4. Inagaki M, Uchitomi Y, et al: Hippocampal volume and first major depressive episode after cancer diagnosis in breast cancer survivors. *Am J Psychiatry* 161:2263-2270, 2004
5. Morita T, Ikenaga M, Uchitomi Y, et al: Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care. *Ann Oncol* 15:1551-1557, 2004
6. Morita T, Uchitomi Y, et al: Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer* 12:137-140, 2004
7. Morita T, Ikenaga M, Uchitomi Y, et al: Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy. *Support Care Cancer* 12:885-889, 2004
8. Morita T, Ikenaga M, Uchitomi Y, et al: Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 28:557-565, 2004
9. Murakami Y, Uchitomi Y, et al: Psychological distress after disclosure of genetic test results regarding hereditary nonpolyposis colorectal carcinoma; a preliminary report. *Cancer* 101:395-403, 2004
10. Okuyama T, Uchitomi Y, et al: Adequacy of cancer pain management in a Japanese cancer hospital. *Jpn J Clin Oncol* 34:37-42, 2004
11. Suzuki S, Uchitomi Y, et al: Daily omega-3 fatty acid intake and depression in Japanese patients with newly diagnosed lung cancer. *Br J Cancer* 90:787-793, 2004
12. Akizuki N, Uchitomi Y, et al: Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage*

- 29:91-99, 2005
13. Fujimori M, Uchitomi Y, et al: Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *Psycho-Oncology*, in press
  14. Matsuoka Y, Uchitomi Y, et al: Biomedical and psychosocial determinants of posttraumatic intrusive recollections in breast cancer survivors. *Psychosomatics*, in press
  15. Morita T, Ikenaga M, Uchitomi Y, et al: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol*, in press
  16. Nakaya N, Uchitomi Y, et al: Twenty-four-hour urinary cortisol levels before complete resection of non-small cell lung cancer and survival. *Acta Oncol*, in press
  17. Shimizu K, Uchitomi Y, et al: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral. *Cancer*, in press
  18. Sugawara Y, Uchitomi Y, et al: Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression. *Support Care Cancer*, in press
  19. 吉川栄省, 内富庸介, 他: リエゾン精神医療におけるうつ病; サイコオンコロジー. *Clinical Neuroscience* 22:173-175, 2004
  20. 秋月伸哉, 内富庸介, 他: 薬物療法. *Depression Frontier* 2:21-25, 2004
  21. 秋月伸哉, 内富庸介, 他: がん患者の精神症状とその対応. *日本病院薬剤師会雑誌* 40:521-523, 2004
  22. 秋月伸哉, 内富庸介, 他: 海外におけるサイコオンコロジーの現状. *臨床精神医学* 33:489-493, 2004
  23. 小早川誠, 内富庸介, 他: がん患者の心身ケア. *からだの科学* 238:104-107, 2004
  24. 松岡豊, 内富庸介, 他: 神経画像を用いたサイコオンコロジーの展望. *最新精神医学* 9:445-449, 2004
  25. 清水研, 内富庸介, 他: 緩和ケアチームの現状と将来. *総合臨床* 53:2776-2779, 2004
  26. 清水研, 内富庸介, 他: 癌による症状への対策; 精神症状への対策. *コンセンサス癌治療* 3:193-197, 2004
  27. 中野智仁, 内富庸介, 他: 緩和ケアチームの現状と将来. *精神神経学雑誌* 106:776-781, 2004
  28. 藤森麻衣子, 内富庸介, 他: がん医療におけるコミュニケーションスキルトレーニング法. *臨床精神医学* 33:533-557, 2004
  29. 内富庸介: 特集「がん患者のうつ病」にあたって. *Depression Frontier* 2:7, 2004
  30. 内富庸介: 日本における緩和ケアチームの今後の方向性; 精神科医の立場から. *ターミナルケア* 14:245-247, 2004
  31. 明智龍男, 内富庸介, 他: がん患者の自殺・希死念慮へのアプローチ. *臨床精神医学* 33:681-691, 2004
  32. 明智龍男, 内富庸介, 他: 進行・終末期がん患者に対する精神療法. *精神神経学雑誌* 106:123-137, 2004
  33. 明智龍男, 内富庸介, 他: 緩和医療における精神症状への対応. *臨床消化器内科* 19:59-66, 2004
  34. 明智龍男, 内富庸介, 他: サイコオンコロジーの科学的基盤; 精神症状の緩和を目指して. *精神神経学雑誌* 106:764-771, 2004
  35. 明智龍男, 内富庸介, 他: がん患者のための包括的支援プログラムの開発. *心身医学* 44:503-508, 2004
- 学会発表
1. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Major depression adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients; associated and predictive factors. 7th World Congress of Psycho-Oncology. Paper Session. 2004. August, Copenhagen, Denmark
  2. Akizuki N, Uchitomi Y, et al: Development of the Impact Thermometer added to the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in patients with cancer. 7th World Congress of Psycho-Oncology. Paper Session. 2004. August, Copenhagen, Denmark

3. Fujimori M, Uchitomi Y, et al: Good communication when disclosing bad news; patients' perspective in Japan. 7h World Congress of Psycho-Oncology. Paper Session. 2004. August, Copenhagen, Denmark
4. Fujimori M, Uchitomi Y, et al: Japanese cancer patients' preference of communication when receiving bad news. 7h World Congress of Psycho-Oncology. Paper Session. 2004. August, Copenhagen, Denmark
5. Inagaki M, Uchitomi Y, et al: Lack of association between hippocampal volume and a first major depressive episode after cancer diagnosis in breast cancer survivors. 7h World Congress of Psycho-Oncology. Paper Session. 2004. August, Copenhagen, Denmark
6. Mikami I, Uchitomi Y, et al: Continued smoking after successful treatment in patients with respectable non-small cell lung cancer; a 12-month follow-up study. 7h World Congress of Psycho-Oncology. Paper Session. 2004. August, Copenhagen, Denmark
7. Murakami Y, Uchitomi Y, et al: Psychologic distress after disclosure of genetic test results regarding HNPCC; a preliminary report. 7h World Congress of Psycho-Oncology. Paper Session. 2004. August, Copenhagen, Denmark
8. Okamura M, Uchitomi Y, et al: Psychiatric disorders following recurrent breast cancer; prevalence, associated factors and relation to quality of life. 7h World Congress of Psycho-Oncology. Paper Session. 2004. August, Copenhagen, Denmark
9. Shimizu K, Uchitomi Y, et al: Feasibility and usefulness of the Distress and Impact Thermometer as a brief screening tool to detect psychological distress in clinical oncology practice. 7h World Congress of Psycho-Oncology. Paper Session. 2004. August, Copenhagen, Denmark
10. Suzuki S, Uchitomi Y, et al: Daily omega-3 fatty acid intake and depression in Japanese patients with newly diagnosed lung cancer. 7h World Congress of Psycho-Oncology. Paper Session. 2004. August, Copenhagen, Denmark
11. Uchitomi Y, et al: Mental adjustment after surgery for non-small cell lung cancer. 7h World Congress of Psycho-Oncology. Paper Session. 2004. August, Copenhagen, Denmark
12. Yoshikawa E, Uchitomi Y, et al: Amygdala volume in patients with first episode of depression after breast cancer. 7h World Congress of Psycho-Oncology. Paper Session. 2004. August, Copenhagen, Denmark
13. 内富庸介: サイコオンコロジー; がん医療における心の医学. 第100回日本精神神経学会総会. 教育講演. 2004. 5, 札幌
14. 明智龍男, 内富庸介, 他: 終末期がん患者の希死念慮の関連要因および経時的変化. 第17回日本サイコオンコロジー学会総会. 一般演題. 2004. 5, 福岡
15. 奥山徹, 内富庸介, 他: がん患者において、精神症状は日常生活活動に大きな支障をもたらす; 日米の比較から. 第17回日本サイコオンコロジー学会総会. 一般演題. 2004. 5, 福岡
16. 中野智仁, 内富庸介, 他: 精神科医の立場から. 第9回緩和医療学会総会. シンポジウム. 2004. 6, 札幌
17. 明智龍男, 内富庸介, 他: 終末期の抑うつとせん妄の治療可能性; 現時点で推奨薬と今後の課題. 第9回緩和医療学会総会. パネルディスカッション. 2004. 6, 札幌
18. 明智龍男, 内富庸介, 他: 終末期がん患者の希死念慮の関連要因および経時的変化. 第9回緩和医療学会総会. 一般演題. 2004. 6, 札幌
19. 前山悦子, 内富庸介, 他: 緩和ケア病棟入院中の終末期がん患者の実存的苦痛. 第9回緩和医療学会総会. 一般演題. 2004. 6, 札幌
20. 村上好恵, 内富庸介, 他: 遺伝性非ポリポーシス大腸がんの遺伝情報開示1ヶ月後の精神的負担. 第10回家族性腫瘍研究会学術集会. 一般演題. 2004. 6, 東京
21. 長谷目悦子, 内富庸介, 他: 前立腺癌患者のパーソナリティ、感情状態、対処

- 行動の手術前後での変化. 第 45 回日本心身医学会総会. 一般演題. 2004. 6, 北九州
22. 吉川栄省, 内富庸介, 他: がん体験後の大うつ病・小うつ病と前頭前野及び扁桃体体積の関連について. 第 23 回躁うつ病の薬理・生化学的研究懇話会. 一般演題. 2004. 6, 群馬
  23. 永岑光恵, 内富庸介, 他: 刺激の予期状況における心拍が情動性記憶に及ぼす影響. 第 34 回日本神経精神薬理学会第 26 回日本生物学的精神医学会合同大会. 一般演題. 2004. 7, 東京
  24. 松岡豊, 内富庸介, 他: がん患者における侵入性想起と透明中隔腔開存との関連. 第 34 回日本神経精神薬理学会第 26 回日本生物学的精神医学会合同大会. 一般演題. 2004. 7, 東京
  25. 内富庸介: がん患者のうつ病の疫学. 第 63 回日本癌学会学術総会. シンポジウム. 2004. 10, 福岡
  26. 鈴木志麻子, 内富庸介, 他: 新規原発性肺がん患者の抑うつと  $\omega$ -3 系脂肪酸摂取量の関連の検討. 第 63 回日本癌学会学術総会. 一般演題. 2004. 10, 福岡
  27. 稲垣正俊, 内富庸介, 他: がん診断後の初発大うつ病と海馬体積の関連について. 第 17 回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題. 2004. 11, 東京
  28. 明智龍男, 内富庸介, 他: 終末期がん患者の適応障害、大うつ病、外傷後ストレス障害の頻度および関連要因. 第 17 回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題. 2004. 11, 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得  
なし。
2. 実用新案登録  
なし。
3. その他  
なし。

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）  
分担研究報告書

尊厳死問題の法的・倫理的側面に関する一考察  
——ガイドライン策定のための提言——

分担研究者 甲斐克則 早稲田大学大学院法務研究科教授

研究要旨

A. 研究目的

尊厳死問題をめぐる最近の日本における動向は、新たな局面を迎えつつある。

まず、2004年7月には、厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書——今後の終末期医療の在り方について——」（平成16年7月）（以下「報告書」という）が公表された。この報告書は、5年毎に実施されているアンケートをもとにしてまとめられたものであるが、後述のように、今回の報告書は、大規模な病院が対象であるとはいえ、尊厳死の許容性の枠組みについて一定の方向を示している。また、2004年度に、中小規模の病院については、東京医科歯科大学の松島英介助教授の研究班が調査を実施しており、同様に興味深い傾向が示されている（本報告書参照）。

つぎに、医療現場および関係者の間で、尊厳死のためのガイドライン策定の希望が一定程度出されつつある。しかし、必ずしも公的な動きにはなっていない。他方、日本尊厳死協会によるリビング・ウィルを中心とした立法化要請の動き、あるいは自民党と公明党が「尊厳死」の容認に向けた与党協議機関（会長、丹羽雅哉元厚相）を新設するという表明（2005年1月9日）もある。

さらに、いわゆる川崎協同病院事件判決（横浜地判平成17年3月25日）は、後述のように、各方面に終末期医療のあり方について改めて問題提起をした。しかし、このような事件の背景を調べると、かつての東海大学病院「安楽死」事件（横浜地判平成7年3月28日判例時報1530号28頁、判例タイムズ877号148頁）当時と変わらず、終末期医療におけるチーム医療のあり方がきわめて不十分であること、また、それに関するガイドラインが存在しないこと、その結果、担当医の一方

の思い込みが悲劇を招く傾向がある。これに対して、欧米では、入念にガイドラインを策定する傾向にある（外国（英米独）の動向（甲斐克則『尊厳死と刑法』（2004年・成文堂）参照））。

なお、2004年12月18日フジテレビ「（サイエンス・ミステリー）テリー・ウォレス：20年ぶりに植物状態から意識を回復」では、アメリカにおいて、交通事故で意識を喪失し、遷延性植物状態となった患者が母親の懸命の介護（特に連日の声かけ）により、損傷していたアデニテート（7番染色体）が回復し、20年ぶりに意識を回復したという報道がなされた。この点も忘れてはならない。また、アメリカでは、フロリダ州で15年間も植物状態を続けるテレサ・シャイボさんの人工栄養補給チューブ取外しをめぐる問題が政治問題とも絡んで大きな関心を呼んでいる（毎日新聞2005年3月31日朝刊等参照）。

以上の動向を踏まえて、法的・倫理的観点から尊厳死問題のガイドライン策定のための枠組みを呈示しようというのが、本稿の目的である。以下、まず、尊厳死問題へのアプローチの基本的視点を述べ、つぎに、厚生労働省「報告書」の分析をしつつ、尊厳死ガイドライン要綱私案を呈示することにした。

B. 研究方法

1. 尊厳死問題へのアプローチをする際に、基本的視点を確認しておくことは重要である。まず第1に、「疑わしきは生命の利益に（in dubio pro vita）」という視点は不可欠である。この原則は、生命の尊重および平等性の保障を与えるものであり、人工延命治療を最初から施さない場合、あるいは中断する場合、そこに合理的な疑念が存在する以上、生命に不利益に解釈してはならないことを意味する

(甲斐・前出『尊厳死と刑法』71頁)。川崎協同病院事件判決でも、この原則は立論の基礎に置かれた。具体的には、例えば、本人の意思を何ら確認することなく、医師が一方的に当該延命治療について「無意味」とか「無益」という判断を押し付けてはならないことを意味する。

2. これと関連して、第2に、「人間の尊厳」を保障することである。これは、生存権の保障と生命の平等性の保障を当然含むほか、患者を医療技術の単なる客体に貶めること(人間を手段としてのみ用いること)を避けるよう要請する。もちろん、過剰な延命が「人間の尊厳」を侵害する場合とはどのような場合かをより具体的に呈示する必要がある。少なくとも、移植用の臓器確保のためにだけ、あるいは人体実験のためにのみ延命する場合は、それに該当するといえよう。

3. 第3に、対象の明確化が必要である。典型例とされるいわゆる植物状態患者の病状も多様であり、遷延性植物状態(PVS)の段階からその程度の慎重な把握が必要であるし、がんの末期患者の病状も多様であるので、その慎重な把握も必要である。さらに、差控え・打切り対象となる延命治療の内容も、人工呼吸器、人工栄養補給、化学療法等多様である。しかし、重大な侵襲を伴わない水分や栄養分の補給については争いがある。すべてを対象にしてよいとする見解もあるが(例えば、1994年5月26日付で出された日本学術会議「死と医療特別委員会報告書『尊厳死について』」)、本人が栄養分・水分のすべてについて拒否をしていない以上、最低限それらは(特に水分は)補給することが「人間の尊厳」に適った段階的な治療解除であると思われる。

4. 第4に、患者の意思の確認が重要である。それも、いくつかの場合分けが必要である。まず、①患者の延命拒否の意思が明確な場合は、結論的に、それを尊重して、かりに患者が死亡しても、法的に民事・刑事の責任を負わないであろう。より厳密には、さらに、(1)患者が延命治療当時に直接意思表示ができ、かつ延命拒否の意思表示をしていた場合と、(2)延命治療当時には直接意思表示ができなかったが、一定期間内の事前の明確な意思表示がある場合とに分かれる。前者の場合には、自殺との区別が問題になりうるが、プライバシー権としての延命拒否権の尊重ということであり、一般的な自殺とは区別すべきであり、特段の問題はないと考える(甲斐・前

出『尊厳死と刑法』185-186頁参照)。後者の場合も、一定期間内の事前の明確な意思表示があれば、その意思が継続しているとみることができ、基本的に同様に解釈してもよいと思われる。リビング・ウィルやアドバンス・ディレクティブ(事前の指示書)は、そのかぎりでは尊重してよいであろう。

つぎに、②患者の意思が必ずしも十分に明確でない場合には、「代行判断(substituted judgment)」を考えざるをえない。問題は、どのような場合に誰が代行判断をすることが許されるかである。ここで参考になるのが、1985年のアメリカのニュージャージー州におけるコンロイ事件上告審判決(In re Conroy, 486 A.2d 1209)である(事案の詳細は、甲斐・前出『尊厳死と刑法』207頁以下参照)。本判決では、代行判断の際の代行決定方式として、(a)主観的テスト(代行決定者が患者の願望を十分に知ったうえで明確な証拠に基づいて決定する)、(b)制限的客観的テスト(患者の治療拒否を推定せしめるある程度信頼に値する証拠があるとき、および患者の生命保持の負担が生存利益より明らかに重いと決定者が判断するとき、差控え・撤去(抜去)を認める)、そして(c)純客観的テスト(患者の生の負担が生存利益より明らかに重く、治療実施がインヒューマンなものになる場合、主観的証拠なしで差控え・撤去(抜去)を認める)というテストが呈示された。主観的テストは患者本人の意思と同視してよいであろうし、制限的客観的テストも患者の意思の手がかりを探りつつ客観的状況を加味して判断するというものであるから、客観面の状況把握をきめ細かく行う体制が整えば考慮に値すると思われる。しかし、純客観的テストは、すでに代行判断の枠組みを超えるものであり、例えば、遷延性植物状態の患者を単なる人体実験の客体としてのみ延命するとか、臓器確保のためにだけ延命する場合が考えられるが、むしろこのような場合には「人間の尊厳」に反するという論理で延命治療を打ち切るべきであると思われる。以上の点に留意すれば、これは、日本でも導入可能なテストであると思われる。

最後に、③患者の意思がまったく不明確な場合には、なお「代行判断」を採用できるか、疑問である。アメリカでは、家族の意思だけで代行判断を認めたケースもあるが(例えば、1986年のプロフィー事件判決について、甲斐・前出『尊厳死と刑法』186頁以下参照)、問題である。日本でも、前述の川崎協同病院



事件判決では、医師は患者の家族側の了解があったと「誤解」したと認定されたように、家族の判断は複数人にわたることもあり、確認しにくいケースもある。正確な情報提供ないし説明が誰に対してなされたかも、重要な要因となる。それよりも、家族が本人に代わって本当にこの種の問題で判断できるかは、家族の有様が多様なだけに、もう少し慎重に議論する必要がある。

これに対して、イギリスでは、1993年のトニー・ブランド事件上院判決に代表されるように、患者の自己決定権よりも患者の「最善の利益(best interests)」テストを重視する傾向にある(甲斐・前出『尊厳死と刑法』271頁以下参照)。しかし、このテストも、「最善の利益」の中に何を盛り込むかによって、フジな議論になる可能性を秘めているので、その判断構造を明確化する必要がある。

5 その他、最初からの差控えと開始後の打切りは区別すべきかという問題や医療費の問題もあるが、ここでは割愛する。

#### C. 研究結果

致死的な疾患に罹患したときは、積極的な治療よりも緩和ケアを望むとの回答が多い傾向にあった。

また、終末期にあなたが選択する場所はどこかとの問いには、自宅ないし緩和ケア病棟との回答が多い傾向にあった。

また、あなたが尊厳ある死にふさわしいと思うものとはとの問いには、延命処置をしないことと、本人が苦痛でないよう緩和することとの回答が多い傾向にあった。

#### D. 考察

厚生労働省「報告書」分析と尊厳死ガイドライン要綱私案

1. さて、先に取り上げた厚生労働省の「報告書」は、貴重なデータを提供しているが、ガイドラインの枠組みを呈示するうえで重要と思われる部分の分析を簡潔にしておこう。そして、それを踏まえて、先の基本的視点について考察してみたい。

まず、「自分が治る見込みのない持続的植物状態の患者になった場合、単なる延命医療について、「やめたほうがよい」、または「やめるべきである」と回答した者が多く(一般80%、医師8%、看護職員87%、介護施設職員84%—以下略称とする)、その多くは、単なる延命医療を中止するとき、「人工呼吸器等生

命維持のために特別に用いられる治療は中止して良いが、それ以外の治療(床ずれや喀痰吸引等)は続ける」と回答している(一般53%、医62%、看71%、介65%)が、「一切の治療を中止してよい」とするものも少なくない(一般28%、医22%、看14%、介18%)。ここから、やはり中止の対象として、人工延命治療のような侵襲の程度の強いものが広く容認されていることがわかる。逆に、水分や栄養分の補給については、原則として維持すべきことが方向として出てくる。

2. つぎに、リビング・ウィル(書面による生前の意思表示)については、5年前の調査よりも賛成者が増加している(一般59%、医75%、看75%、介76%)。とはいえ、割合は医療関係者において多いものの、一般国民にはまだ周知されていない部分があるように思われる。しかし、書面に固執せずとも、「患者の意思を尊重するという考え」には、全般的により賛同者が多い(一般84%、医88%、看89%、介87%)。また、リビング・ウィルの立法化については、いたって慎重な姿勢がみられ、5年前の調査よりも賛成者が減少している(賛成は、一般37%、医48%、看44%、介38%)。

ここから、患者の意思を尊重するにせよ、立法というハードな方式ではなく、選択肢としては、書面に限らず多様な方式を採用するガイドライン方式のような柔軟な対応をすることの妥当性が導かれるように思われる。もちろん、その場合でも、患者の意思の確認には慎重さが要求され、意思確認を繰り返す必要がある。

しかし、課題として、家族・後見人の意思をどの程度考慮すべきか、という問題は残る。この点についてのアンケートの結果は、肯定的回答はそれほど多くない(一般57%、医67%、看62%、介60%)。ということは、患者本人が明確な意思表示をしていない。

以上、現段階では問題点の解決にはならないということであろうか。さらに検討を要する。

3. 最後に、以上の世論の動向と先に示した基本的視点をもとに、尊厳死ガイドライン要綱の私案を示しておくことにする。

もちろん、これは、暫定的なものである。

1) 尊厳死問題の中心となる人工延命治療の差控え・中断に際しては、患者の現実の意思表示または事前の意思表示(2年以内のもの)を中心に考えるべきである。

2) 患者の事前の意思表示については、文書（リビング・ウィルやアドバンス・ディレクティブ）のみならず多様な形式を採用すべきである。ただし、口頭の場合には、家族および担当医・看護師を含め、複数人の確認を要する。いずれの場合も、最終的には、病院の倫理委員会で確認することを要する。

なし

3) 人工延命治療の差控え・中断の対象患者および対象治療については、複数のスタッフが患者の病状を多角的に検討しつつ、個別的に慎重に判断すべきである。

4) 人工延命治療の差控え・中断に際しては、家族等の近親者に十分に説明を行い、同意を得ておくことを要する。

5) 人工延命装置の差控え・中断に際しては、原則として栄養分・水分の補給を維持しつつ、「人間の尊厳」を侵害しないよう段階的に解除することを要する。その際、致死薬投与行為を行ってはならない。

#### E. 結論

以上、尊厳死問題の解決のためのガイドライン策定に向けた基本的視点ないし要綱私案を呈示してきたが、あくまで議論のたたき台であり、今後さらに患者側や医療職の意見を盛り込みつつ、もう少し具体化する必要がある。

いずれにせよ、何らかの具体的措置を講じなければ、前述の川崎協同病院事件や、最近報道された福山市内の病院で家族の意思を尊重して医師が患者の人工呼吸器を取り外して死亡させたという事件（毎日新聞 2005 年 3 月 26 日朝刊等参照）のように、この種の事件は日本でも頻発し、医療現場は混乱するであろう。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

論文発表

著書

甲斐克則：尊厳死と刑法。成文社，東京，2004 年 7 月。

甲斐克則：医事刑法への旅 I，現代法律出版，東京，2004 年 8 月。

戸波江二，棚村政行，曾根威彦，甲斐克則，岩志和一郎：生命と法，成文社，東京，2005 年 2 月。

学会発表

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）  
分担研究報告書

尊厳死に関するがん患者の選択に関する研究

分担研究者 竹中文良 ジャパン・ウェルネス理事長

**研究要旨** 近年、医学の進歩により、がん患者の5年生存率は50%を越えた。それでも昨年のがん死亡者数は30万人を越え、依然として増加傾向にある。一方、がんを経験した「がんサバイバー」は現在300万人に近く、2015年には533万人に到達すると予測されている。周知の通り「がんと言う疾患に対する治療」の特長はその不確実性にあると言われ、多くの患者が初期治療後に再発・転移を繰り返し、極めて不安な精神状況の中で死と向き合って過ごしている。ジャパン・ウェルネスは、この4年間で1040名のがん患者さんに利用されてきた。その過程で死亡された方は141名、再発転移を持つ患者数は60%を越えている。このがん患者さん達の尊厳死に関する考え方と健常者との比較・検討を行い、尊厳死の在り方を考察する。

A. 研究目的

がんが再発・転移し、死の危険が迫る患者さん達の考えをまとめることで、尊厳死に関する何らかの指針が得られる事を目指す。

B. 研究方法

がん患者に今後の医療についてのアンケート調査を行った。引き続き健常者との比較検討を行う予定である。

（倫理面への配慮）

調査の目的について事前説明を行い、その目的を理解し同意されたがん患者にのみ参加を戴くものとし、データの処理に関しては個人が同定できないようにデータをナンバーリング処理することとした。がん患者に対し、事例紹介を掲載する場合は、匿名処理を行ったデータを利用するものとした。

C. 研究結果

致命的な疾患に罹患したときは、積極的な治療よりも緩和ケアを望むとの回答が多い傾向にあった。

また、終末期にあなたが選択する場所はどこかとの問いには、自宅ないし緩和ケア病棟との回答が多い傾向にあった。

また、あなたが尊厳ある死にふさわしいと思うものとの問いには、延命処置をしないことと、本人が苦痛でないよう緩和することとの回答が多い傾向にあった。

D. 考察

治療後に再発・転移したがん患者にとって、その後の医療をどう選択していくかは、現実のしかも重要な問題である。この調査の結果からは、そうした患者が医療の限界において、何らかの療法を模索している姿を把握することができ、今後の緩和医療の現場に生かすことができよう。

E. 結論

実際のがん患者に、致命的な状態になった場合の医療について質問すると、積極的な治療よりも緩和ケアへの希望が多く、また最終的な尊厳死のあり方についても、延命処置をしないことや苦痛を緩和することと考えていることがわかった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表

原著

吉田みつ子, 遠藤公久, 守田美奈子, 朝倉隆司, 奥原秀盛, 福井里美, 竹中文良: がん患者のための地域開放型サポートグループ・プログラムの効果検討. 心身医学 44(2): 133-140, 2004.

総説

竹中文良: 患者が医療に求めるもの. 病院

63(1): 18-23, 2004.