

わけではないこと、(iii)患者の過去の日常生活上の断片的言動からよりもむしろ家族の意思表示による方がはるかに中止検討段階での患者の意思を推定できること、これらを根拠に「代行判断」（判決が直接この言葉を用いているわけではない）を許容できるとした。しかし、ここには患者の意思よりも家族の意思を優先する姿勢が看取される。アメリカでも一時期、判例上この傾向が広まったが、やがて患者の事前の意思表示の具体的手がかりを要求する方向に向かった。いずれにせよ、この場合、安易な代行判断を認めると、家族や関係者にとって不要な人間には何らの治療も施さずに死にゆくにまかせてよいとする他者処分に途を譲ることにもなりかねない。

ところが、今回の判決は、この点についても掘り下げた判断を示した。すなわち、「末期医療における治療中止においては、その決定時に、病状の進行、容体の悪化等から、患者本人の任意な自己決定及びその意思の表明や真意の直接の確認ができない場合も少なくないと思われる。このような場合には、前記自己決定の趣旨にできるだけ沿い、これを尊重できるように、患者の真意を探求していくほかない。この点について、直接、本人からの確認ができない限り治療中止を認めないという考え方によれば解決の基準は明確になる。しかし、その結果は、そのまま、患者の意に反するかもしれない治療が継続されるか、結局、医師の裁量に委ねられるという事態を招き、かえって患者の自己決定尊重とは背馳する結果すら招来しかねないと思われる。そこで、患者本人の自己決定の趣旨に、より沿う方向性を追求するため、その真意の探求を行う方が望ましいと思われる。その真意探求に当たっては、本人の事前の意思が記録化されているもの（リビング・ウィル等）や同居している家族等、患者の生き方・考え方を良く知る者による患者の意思の推測等もその確認の有力な手がかりとなるとと思われる。そして、その探求にもかかわらず真意が不明であれば、『疑わしきは生命の利益に』医師は患者の生命保護を優先させ、医学的に最も適応した諸措置を継続すべきである」と。「患者の真意探求」ないし「患者の意思の推測」を目指しつつ、「疑わしきは生命の利益に」という枠で絞るといふ工夫がここには見られるのである。これは、上記の私見からも支持できる論理であるように思われる。いずれに

せよ、本件では、その前提を欠いていることが問題である。

なお、イギリスでは、1993年のトニー・ブランド事件貴族院判決（Airedale NHS Trust v. Bland, [1993] 1 All ER 821.）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¹⁶⁾。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、ファジー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 以上のような限度で患者の自己決定権＝延命拒否権を認める場合、解釈論上、延命拒否と自殺および自殺関与罪との関係も、次のような論理で解明できる。

私見によれば、自殺関与罪（刑法202条）がある現行法下では、一般的自殺への補助行為と治療拒否に依る医師の行為（不作為）はいずれも自殺補助罪の構成要件に該当するであろうが、違法論のレベルで、「治療行為という場」を設定したうえで、そこに生命維持利益のほかに治療に直接関係する対抗利益（主として苦痛除去利益ないし必要以上に干渉を受けたくない利益）が生じる場合が治療拒否の範疇であり、この場合には、発生している作為義務（治療義務）が患者の延命拒否により解除され（緊急状況下で生命維持利益より対抗利益が優越）、正当化が導かれる。それ以外は、正当化困難な可罰的自殺補助の範疇と解される。このように解することにより、医師による一方的な治療中断の危険性を排除することができると思われる。また、東海大学病院事件判決が「早すぎる治療中止」に懸念を示し、対象を原則として「末期状態」に限定しつつ、「複数の医師による反復した診断」を条件に当該対象となる行為の死期への影響の程度によって相対的に決してよいとしているのも、そして今回の川崎協同病院事件第1審判決がそれに依拠しているのも、遷延性植物状態患者の場合を考えれば当然である点を別としても、上述のような患者の延命拒否を前提としてのみ理解可能である。

したがって、人工延命治療の打切りがどの時点から許されるかという問題についても、患者の延命拒否の意思が明確な場合には、必ずしも死期の切迫時点に固執する必要はないであろう。なぜなら、人工延命装置の使用により、どの時点から死期が切迫しはじめるかが予測しえない事態も考えられるからである。

この場合は、むしろ医師と患者に判断を委ねてよいと思われる。これに対して、患者の意思が十分に明確とはいえないか、あるいは完全に不明確な場合は、前者では患者の延命拒否の意思がある程度推測できるかぎりまで死期が切迫した時点（人工呼吸器使用の場合は切迫脳死の時点）、後者では少なくとも死亡時点（人工呼吸器使用の場合は脳死の時点）までは治療を打ち切るべきでないと思われる。

以上のような正当化の限界を超えた場合は、医師であれ家族の者であれ、やむにやまれぬ心情ないし良心的葛藤から人工延命治療を中止させれば、せいぜい義務衝突（医師の場合）ないし期待可能性の不存在（特に家族の場合）による免責（責任阻却）が個別的事案に応じてありうるにとどまる¹⁷⁾。

6 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。

なお、量刑事情の中で、判決が、家族らとの意思疎通を欠いたと指摘している点、そして、「病院の管理体制には相当な問題があった」と指摘しつつ、「深刻かつ重大な判断を日夜迫られる終末医療の現場において、いわゆるチーム医療充実の必要性が指摘されて久しいにもかかわらず、本件病院においては、例えば、昏睡状態の患者にどのような態度で医療に臨み、余命推定等の重要事項をどう診断するかなどについてすら、チーム医療、すなわち複数の医師及び看護婦等が連携して症例を検討し、対応を決めていくことのできる体制が確立されていなかったことを指摘せざるを得ない」と述べている点は、きわめて重要である。終末期医療においても、真のチーム医療の確立が望まれる。

かくして、本判決は、これまでの学説および判例の議論の積み重ねを十分に考慮し、これをさらに発展させる内容を含むものであり、さらに医療現場への警鐘を鳴らすものとして高く評価できる。

E. 結論

【厚生労働省「報告書」の分析と尊厳死問題ガイドライン要綱私案】

1 さて、最後に、川崎協同病院事件第1審判決が投じた問題提起や国内の最近の動向を踏まえつつ、国民および医療界に対して何らかの提言もしておく必要性を痛感することから、先に取り上げた厚生労働省の「報告書」を一定の範囲で参考にしつつ、尊厳死の問題

についてのガイドライン要綱の枠組みを呈示しておくことにする。同「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。

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85%、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（床ずれの手当や喀痰吸引等）は続ける」と回答している（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（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（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（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、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、「報告書」も提言するように、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、意思確認を繰り返し行う必要がある。この点を強調している点でも、「報告書」の提言の方向性は妥当である。

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(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または何らかの手がかりとなる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、以上の世論の動向および「報告書」の提言、さらには先に示した基本的視点をもとに、尊厳死問題についての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、原則として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。また、患者の延命拒否の意思を合理的に推定できる証拠があれば、患者の病状の推移を見極めて予後が絶望的な場合にかぎり、人工延命治療の差控え・中断を認めることができる。

2) 患者の事前の意思表示については、書面(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、病院の倫理委員会またはそれに準じる委員会で確認することを要する(18)。

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ならびに中断の時期については、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な情報提供と説明を行い、同意を得ておくことを要する。

5) 人工延命治療の差控え・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が望ましい。その際、致死薬投与等の積極的な生命終結行為を行ってはならない。

以上、川崎協同病院事件第1審判決の分析をしつつ、併せて尊厳死問題の解決のためのガイドライン策定に向けた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。そして、「報告書」も指摘しているように、医療現場でのコミュニケーション・スキルの向上も不可欠である。

いずれにせよ、患者の生存権を十分に保障したうえでこの問題について何らかの具体的な措置を講じなければ、前述の川崎協同病院事件、あるいは北海道羽幌町の道立羽幌病院で患者(90歳)の人工呼吸器を家族の同意を得ただけで取り外して患者を死亡させたという事件(19)、さらには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(20)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(21)。

【参考文献】

1) 厚生労働省・終末期医療に関する調査等検討委員会(座長・町野朔教授)『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(2004年)7月)。同報告書は、厚生労働省のホームページ(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>)および部分的ながら@口範雄編著『ケース・スタディ生命倫理と法』(ジュリ増刊, 2004年)92頁以下にも掲載されている。

2) 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。平成16年度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)「我が国における尊厳死に関する研究」(代表・東京医科歯科大学・松島英介助教授)の『平成16年度 総括・分担研究報告書』所収の「アンケート調査のまとめ」(2005年)。なお、私もこの研究班に属し、「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」を同報告書に寄稿した。本稿の後半の提言部分は、その原稿に一部加筆を施したものである。

3) 毎日新聞 2005年1月10日付朝刊等参照。

4) 朝日新聞ほかの2005年3月25日付夕刊、毎日新聞および朝日新聞ほかの2005年3月26日付朝刊等参照。

5) 外国(英米独)の動向および日本の議論の詳細については、甲斐克則『尊厳死と刑法』(成文堂, 2004年)参照。本書の書評として、伊東研祐・ジュリ1285号(2005年)7頁、秋葉悦子・年報医事法学20号(2005年)176頁以下、河見誠・法の理論24(2005年)159頁以下がある。また、私見は、甲斐克則

『安楽死と刑法』(成文堂, 2003年) 163頁以下でも示している。本書の書評として、町野朔・法教 275号(2003年) 75頁、佐久間修・現刑 5巻1号(2004年) 84頁以下、井田良・年報医事法学 19(2004年) 208頁以下、石井トク・Quality Nursing vol.10 no.1(2004年) 88頁がある。いずれも丁寧な書評であり、逐一取り上げて検討すべきであるが、別途行うこととし、本稿では、重複を避けるため、学説の分析・検討は控えた。なお、河見・前掲書評に対しては、甲斐克則・法の理論 24(2005年) 173頁以下において、尊厳死問題における自己決定の意義と限界を中心に、「物語としての生と身体」論の批判的検討も含めて入念に反論をしておいたので併せて参照されたい。

6) 毎日新聞 2005年3月31日朝刊等参照。

7) この点については、甲斐・前掲注 5) 『尊厳死と刑法』 71頁参照。

8) この点については、甲斐・前掲注 5) 『尊厳死と刑法』 29頁参照。

9) この点については、甲斐・前掲注 5) 『尊厳死と刑法』 86頁以下参照。

10) 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』」参照。

11) この点については、甲斐・前掲注 5) 『尊厳死と刑法』 288~289頁参照。

12) この点については、甲斐・前掲注 5) 『尊厳死と刑法』 185~186頁参照。

13) 事案の詳細については、甲斐・前掲注 5) 『尊厳死と刑法』 207頁以下参照。

14) 例えば、1986年のプロフィー事件判決(In re Brophy, 497 N.E. 2d 626) について、甲斐・前掲注 5) 『尊厳死と刑法』 186頁以下参照。

15) この立場を表明する最近の論稿として、佐伯仁志「末期医療と患者の意思・家族の意思」樋口編著・前掲注 1) 86頁以下、特に 89~90頁、91頁がある。佐伯教授の問題提起は重要であり、別途検討したい。

16) この点については、甲斐・前掲注 5) 『尊厳死と刑法』 271頁以下参照。

17) この点については、甲斐・前掲注 5) 『尊厳死と刑法』 287~288頁参照。

18) ここで倫理委員会を挙げているのは、世界のリーディング・ケースである 1976年のアメリカ・ニュージャージー州のカレン・クインラン事件判決(In re Quinlan, 70 N.J. 10, 355 A. 2d 647) において、医師の専断を排

するために倫理委員会が重要な役割を果たすことを指摘していた点を考慮したからである。この点につき、唄孝一『『倫理委員会』考・2——カレン事件と倫理委員会』法時 61巻6号(1989年) 159頁以下参照。倫理委員会が無理でも、それに準じる特別委員会程度は必要である。

19) 読売新聞 2004年5月14日付朝刊、朝日新聞 2004年5月14日付夕刊、北海道新聞 2004年5月14日付夕刊等参照。本件は 2005年5月18日に書類送検された(読売新聞 2005年5月18日付夕刊、毎日新聞 2005年5月19日付北海道支社版朝刊等参照)。

20) 毎日新聞 2005年3月26日付朝刊等参照。

21) 本稿脱稿後、2005年6月に公表されたドイツの首相直属の国家倫理評議会の勧告『患者の事前指示——自己決定のひとつの道具だて (Nationaler Ethikrat, Patientenverfuegung—Ein Instrument der Selbstbestimmung)』に接した。同評議会は、人工延命治療の差控え・中断の問題について、積極的な生命終結(積極的臨死介助)とは一線を画しつつ、患者の事前の指示に基づく行為の許容性(世話人[Betreuer]の役割を含む)に関する 14の勧告をしている。私見と近い内容も多々あり、大変参考になるが、紙数の関係で別途取り上げて検討したい。なお、この勧告文については、ドイツから早稲田大学大学院に留学している Katharina Gauchel さんより教示を得たことを付記しておきたい。

なお、オランダでは緩和的鎮静をめぐる、安楽死問題との関係で大きな動きがあった。この点について、ペーター・タック(甲斐克則訳)「オランダにおける緩和的鎮静と安楽死」ジュリスト 1308号(2006年) 102頁以下参照。

*本稿は、すでに公表した論文、甲斐克則「終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任——川崎協同病院事件第1審判決に寄せて」ジュリスト 1293号(2005年) 98頁以下に、若干の加筆を施したものである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表

甲斐克則:「終末期医療・尊厳死と医師の刑

事責任——川崎協同病院事件第1審判決に寄せて」ジュリスト 1293号(2005年)pp.98-106

甲斐克則：「ドイツにおける地域がん登録の法制度について——バイエルン州モデルを中心に——」比較法学 39巻1号(2005年7月)pp.49-66

甲斐克則：「尊厳死をめぐる法と倫理」分子精神医学 Vol.5 No.4(2005年10月)pp.136-143

甲斐克則：「尊厳死問題における患者の自己決定のアポリア」法の理論 24(2005年11月)pp.173-186

甲斐克則：「末期患者への治療の中止——川崎協同病院事件」判例セレクト 2005(2006年3月)p.33

甲斐克則：ペーター・タック(甲斐克則訳)「オランダにおける緩和的鎮静と安楽死」ジュリスト 1308号(2006年3月)pp.102-107

著書

甲斐克則：『実務 医事法講義』(加藤良夫編著, 民事法研究会, 東京, 2005年9月)pp.541-593

甲斐克則：『被験者保護と刑法』(成文堂, 東京, 2005年11月)

学会発表

甲斐克則：「尊厳死をめぐる法と倫理」日本サイコオンコロジー学会・第5回がん患者の抑うつと不安に関する研究会(2005年6月30日, 横浜パシフィコ)

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

がん患者における尊厳ある生への援助

分担研究者 竹中文良 特定非営利活動法人ジャパン・ウェルネス理事長

研究要旨 2001年5月17日～2005年9月30日の間に、ジャパン・ウェルネスのサポートプログラムに参加した1113名のうち、逝去された180名のがん患者を対象に入会から死に至るまでの期間、患者自身が入会時に希望したプログラムに積極的に参加できたか否か、また、その期間について考察した。逝去された180名のがん患者は、ジャパン・ウェルネスのサポートプログラムに参加した予後の限られたがん患者うち、死を受容し、他者と関わりながら前向きに生活をされることを希望していた患者は、サポートプログラムに参加することによって他者との関係性を保ち、最後まで「自分らしさ」を維持させ、尊厳ある生の全うに影響を及ぼしていることが示唆された。

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、痛みの管理およびスピリチュアルケアを通して、患者のQOL(Quality of Life)を維持し、尊厳を維持できるよう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。

そこで、ジャパン・ウェルネスでは、「尊厳ある生」の延長線上に「尊厳ある死」があると仮定し、アメリカにおいて25年にわたり、がん患者に対する精神的サポートを目的として活動を続けているThe Wellness Communityの日本支部として、ジャパン・ウェルネスの提供するサポートプログラムに参加された予後の限られたがん患者の治療ならびに緩和ケアから死に至るまでの期間に希望されたプログラムならびにその参加状況について調査し、サポートプログラムが予後の限られたがん患者のQOLあるいは尊厳ある生に影響するかについて考察することにした。

B. 研究方法

2001年5月17日～2005年9月30日の間に、ジャパン・ウェルネスのサポートプログラムに参加した1113名のうち、逝去された180名のがん患者を対象に入会から死に至るまでの希望プログラムならびにその参加状況について調査を行った。

本調査では、「尊厳ある生」を「私らしく生きられた」と思われる状態を意味するものと仮定した。そして、「自分らしさ」とは「私が私であって他人と違うところは、自分のことは自分で考えて決められる」ということであり、これができることにジャパン・ウェルネスでは価値があると考えている。

そこで、患者自身が入会時に希望したプログラムに積極的に参加できたか否か、また、逝去時までのその参加期間について検討することとした。

（倫理面への配慮）

逝去者個人が特定されるような項目はなく、倫理面での配慮は十分と思われる。

C. 研究結果

本調査対象である逝去者は180名であった。そのうち男性は75名(逝去平均年齢61.7歳)、女性は105名(逝去平均年齢50.2歳)であった。平均在籍期間は11.6か月であった。在籍期間中のサポートプログラムへの参加者は152名(84.4%)であり、不参加者は28名(15.6%)であった。不参加の理由としては、関東圏外に在住8名、入院中7名、趣意に賛同・会員登録のみ2名、不明11名であった。

対象者の逝去直近までのサポートプログラム参加期間と希望プログラムについて調査した。逝去6～12か月前まで参加されていた対象者は、同病者と対話をしたいとする「同病者間交流」を求めている者は63.2%、医療者から話が聞きたいとする「医療情報」

を求めている者は57.9%であった。逝去5か月前まで参加されていた対象者は、「同病者間交流」を求めている者は60.0%、医療者から話が聞きたいとする「医療情報」を求めている者は80.0%であった。逝去4か月前まで参加されていた対象者は、「同病者間交流」を求めている者は50.0%、医療者から話が聞きたいとする「医療情報」を求めている者は83.3%であった。逝去3か月前まで参加されていた対象者は、「同病者間交流」を求めている者は72.2%、医療者から話が聞きたいとする「医療情報」を求めている者は72.2%であった。逝去2か月前まで参加されていた対象者は、「同病者間交流」を求めている者は71.4%、医療者から話が聞きたいとする「医療情報」を求めている者は38.1%であった。逝去1か月前まで参加されていた対象者は、「同病者間交流」を求めている者は75.0%、医療者から話が聞きたいとする「医療情報」を求めている者は30.0%であった。

D. 考察

尊厳ある生とは、自分のことは自分で考えて決めることができること、自己決定、いわゆる「自分らしさ」に支えられていると考えている。そして、その「自分らしさ」はスピリチュアリティの概念における他者、時間および世界との関係性のなかに認識されるものである。しかし、がんは、医学の進歩とともに治癒率が向上しているとはいうものの、未だ死を連想させ、生との決別に伴う「絶望」、家族との断絶といった「無用の孤立」などの様々な「関係性」の喪失を意味し、すなわち「私らしさ」の喪失、QOLの低下を伴う。

今回の調査から逝去前3か月となった状況におかれてもなおサポートプログラムに参加されていた対象者の身体的状況は、医学的に極めて厳しい下にあり、現疾患の治療を続けながら緩和ケアとを平行して通院していた。そのような状況において、逝去前3か月以内の期間にサポートプログラムに参加されていた対象者が希望し、参加していたプログラムは、セカンド・オピニオンなどの医療情報よりも同一部位のがん患者同士との交流を求めていることが明らかになった。

近い将来に訪れるであろう死を意識する状況下で、ジャパン・ウェルネスのサポートプログラムに参加した予後の限られたがん患者うち、その死から目を逸らすことなく死を受容し、自分の内面を見つめながら自分の

納得する生き方を模索し、他者と関わりながら前向きに生活をされることを希望していた患者は、サポートプログラムに参加することによって他者との関係性を保ち、最後まで「自分らしさ」を維持させ、QOLを高く保ち、については尊厳ある生の全うに影響を及ぼしていることが示唆された。

また、予後の限られたがん患者うち、医療情報を求めている者と同病者同士の交流を求めている者が逝去前3か月を基点として「医療情報>同病者間交流」から「医療情報<同病者間交流」へと変化していたこともわかった。これは、逝去前3か月で積極的な治療から緩和ケアへギア・チェンジしたことによるものと考えられる。

E. 結論

現状では積極的な治療から緩和ケアへの円滑なギア・チェンジが行われることは困難であるが、今回の調査によって逝去前3か月を基点として予後の限られたがん患者が求めるプログラムが医療情報から同病者間交流へシフトしていることから、その基点に関わるサポートシステムの意義の分析の必要性があることがわかった。

さらに医療情報を求める患者よりも同病者間交流を求める患者がより逝去前直近までサポートプログラムに積極的に参加され、QOLあるいは尊厳ある生を維持していたことからジャパン・ウェルネスのサポートプログラムは発展途上にあるが、こうしたサポートシステムをさらに充実していくことが望まれていることがわかった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

竹中文良：がん患者自助グループの活動と支援技術. MB Med Reha No.60:69-74, 2005.

2. 学会発表

一般口演

大井賢一、中神百合子、渥美隆之、柳澤博、竹中文良：がん患者における尊厳ある生への援助. 第11回日本臨床死生学会・第30回日本自殺予防学会合同大会、2005.11.26. (東京)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

我が国の尊厳死に関する研究
療養場の選択における患者の意思決定をめぐる現状

分担研究者 田村 里子 東札幌病院 MSW 課課長

研究要旨 尊厳死とは、過ごす場所についての選択肢が準備されたうえでの療養場の自己決定が保証される「尊厳ある療養生活」によってもたらされうる。療養場の選択において、患者本人の希望する療養生活の実現にむけ援助するソーシャルワーカーを対象にアンケートを実施した。結果から、本人の意向を中心とした療養場の選択には、本人と家族への情報開示による合意形成や社会システム上の不備等の課題が明らかになった。

A. 研究目的

療養の場の選択においては、社会制度上の問題や本人と家族へのインフォームドコンセントの問題などが指摘され、患者本人の意思が充分反映された決定が難しい現状がある。そこで、療養場の選択を支援しているソーシャルワーカーにアンケートを行い、療養場の選択における患者の意思決定をめぐる現状について明らかにする。

（倫理面への配慮）氏名および病院名は無記名とし統計的に集約し、個人として情報が特定されないよう配慮した。また提供されたデータを、本研究目的以外に使用しないことを伝えた。

B. 研究方法

ホスピス緩和ケアの領域で実践を行っている、日本ホスピス緩和ケア協会 A 会員 153・B 会員 65 の施設 223 に所属するソーシャルワーカーを対象に、依頼説明文および 37 項目からなる療養場の選択に関する質問票、返送用封筒を郵送し、返送されたものについて考察する。

C. 研究結果

返答が得られたのは、152 通、回答率 68%であった。返答したソーシャルワーカーの業務担当割合は「緩和ケア病棟専任・緩和ケアチーム・緩和ケアの領域は専任」が 33.3%であり、「緩和ケアの領域は兼務」が 66.7%であった。

こうした状況の過半数においてソーシャルワーカーは、「感情表出を促し精神的にサポートし介護負担

感の爆発、怒り、悲嘆等の感情表出をうけとめる」

「在宅療養か施設内療養かなどどのような過ごし方をしたいか共に明らかにする」「病状理解のための納得する病状説明などの情報提供の機会調整等の情報のサポート」。「患者-家族間、患者-家族-医療者間、など様々な関係形成に関する橋渡しや、葛藤介入などの関係形成サポート」「介護保険制度、支援費制度などの制度活用」。「生活保護、医療費、生命保険、傷病手当、等の経済的相談」の援助をそれぞれ 90%以上の割合でおこなっていた。

「これらの介入や援助の後にも、どこで療養するか選択が最終的に本人の希望や考えが尊重されない結果となった」とする過半数のケースで、本人と家族の間で意向の相違が 48.6%、本人と医師との間で意向の相違が 40.3%指摘された。

「本人と家族間での意向の相違傾向」には「ソーシャルワーカーによる制度活用援助」との間に関連 ($p<0.05$) および「ソーシャルワーカーによる経済的相談」の間に関連 ($p<0.05$) がみられた。「本人と医師間での意向の相違傾向」には、「ソーシャルワーカーによる感情表出援助」との間に有意な関連はみられなかったが、改善と不変は同傾向ではなかった。

療養場の選択にさいして本人の希望や考えが反映されない要因としては、本人が病状予後について聞かされてない (70.1%)、本人と家族が病状や予後の理解についての受け止めが異なる (83.0%) などの情報開示の現状が示された。

緩和医療施設の選択に関しては緩和ケア施設の不足 (76.2%) が、また在宅療養の選択に関しては介護保

険や支援費制度等の制度活用の認定開始に時間を要す(79.6%)家族の介護力不足(96.6%), 家族の精神的不安へのサポート体制不足(89.2%), 緩和医療に精通した訪問看護ステーション不足(76.4%) 往診医不足(85.4%)看とり医不足(86.4%)が明らかになった。

D. 考察

今回の調査から、療養場の選択における患者の自己決定をめぐる現状には、選択に関する検討に際する問題として本人の意向確認・コミュニケーションの不足があり、選択と自己決定を担保するための前提となる患者本人への情報開示の不足、そこから生じる患者本人と家族の現状理解のずれが生じている。さらに、早い時期からの療養場の選択肢への情報提供不足、また緩和ケア施設不足の状況がある。ことに在宅生活に関しては、医師により病態的に在宅が可能と判断された場合でも、在宅サービスに関する制度の活用に時間を要すことや家族支援や在宅医療資源の不足など、サポートシステムの不十分さも、患者本人の意思が充分反映された決定・選択を困難にしていることが考察された。

E 結論.

患者が尊厳ある死を実現するうえで「尊厳ある療養生活」を過ごすにあたっては、本人の意向を中心とした療養場の選択を可能とする必要がある。本人の意思決定の意向を明確にし具体的に実現に向かうためのために、本人と家族への情報開示による方向選択に関する合意形成プロセスのあり方の改善整備、選択肢が保障されるために社会制度システムの整備の必要が明らかとなった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

・論文発表

なし

・学会発表

パネルディスカッション

田村里子：症状緩和中心への医療へのギアチェンジ

への援助ーソーシャルワーカーの立場から
第10回日本緩和医療学会，第18回日本サイコオン
コロロジー学会合同学会，横浜，2005年6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.

その他

認知症高齢者の終末期医療に関する家族の意識調査

—認知症病棟入院患者について—

分担研究者 平沢記念病院 平澤秀人

研究要旨 当院に入院している認知症患者の家族に「終末期における延命処置に関する調査」としてアンケート調査を行った。終末期の栄養管理や急変時に積極的な延命処置を望まない家族が多く、その傾向は配偶者に強かった。終末期に関する意識は非常に高く、積極的に自分や家族の意向を反映させていきたいという姿勢が窺えた。この結果、病気になる前に家族内の話し合いや病院側においても終末期について体制を整備しておく必要性が感じられた。

A. 研究目的

高齢者では合併症悪化や肺炎罹患、転倒などを起こしやすい。特に認知症患者ではその危険性が高く、生命予後に深く影響する。そこで、認知症患者の家族がこの危険性や容体急変時の処置をどこまでするかなどについて、どの程度理解しているか、どのような考えを持っているかを調べ、今後の認知症患者の終末期のあり方について考える。

B. 研究方法

2005年12月現在、当院認知症病棟（96床）に入院している患者の家族に、仮の事例として肺炎を繰り返し経口摂取困難な高度認知症例を提示して、もし患者がこのような状態になった場合「栄養補給をするか」「急変時にはどのような医療を望むか」「家族自身がそのような状態になった場合どのような医療を望むか」などの質問紙（無記名回答）を送付した。（倫理面への配慮）

アンケートの内容により患者への診療・看護が変わることは一切ないことを付記し、無記名回答、郵送による返答など倫理面での配慮を十分行った。

C. 研究結果

対象となった入院患者は94例（男性38例、女性56例）、平均年齢84歳、MMS平均は10.0点であった。回答が得られたのは66家族（70.2%）、続柄は配偶者14例、子供36例、子供の配偶者4例、兄弟姉妹4例、甥姪6例、その他2例であった。

終末期の栄養管理では「しない」「経鼻チュ

ーブ」「胃ろう」がそれぞれ77%、20%、3%であった。その判断は「本人」41%、「子供」32%、「配偶者」10%であった。

急変時には「積極的延命処置を望む」が2%、「点滴、酸素、栄養チューブなどを用いた延命処置を続ける」が38%、「自然の経過で見守る」が61%で、子供より配偶者の方が「自然の経過で」を選ぶ割合が多かった。家族自身に対する急変時の処置は、患者に対するものよりも「自然の経過で」が多かった。

終末期医療について家族と話し合ったことがある例が半数以上を占め、話し合いのある方が急変時に「自然の経過で」を選ぶ傾向が強かった。各個人もこの問題について8割以上が考えていた。

尊厳死とは何かという設問では「本人が苦痛でないよう緩和すること」64%、「延命処置をしないこと」20%であった。感想は「当然のことと思った」74%、「戸惑いを感じた」12%であった。

D. 考察

終末期には苦痛緩和し自然の経過で静かに見守るという回答が多かったが、中にはある程度の処置を望むという回答も見られた。

今回のアンケートは回収率も高く、終末期について以前から考えていたという回答も多かったため、認知症入院患者の家族の終末期や尊厳死についての関心は非常に高いと考えられる。むしろ、急変時の処置は「主治医」より「本人」「子供」が判断する割合が高く、アンケートについて「当然のことと思った」ということから、積極的に意志を反映させて

いきたい、あるいはいくべきだという姿勢が感じられた。

E. 結論

入院認知症患者の家族は、終末期に「自然の経過で静かに見守る」意向を持つ割合が高いが、「点滴、酸素、栄養チューブなどを用いた延命処置を続ける」を選ぶ割合も少なくない。

終末期に関する意識は非常に高く、主治医任せにするのではなく、判断のできるうちに家族と話し合いを持ち、どのような処置を望むにしろ、積極的に意向を反映させていくべきだという姿勢が感じられた。病気になる前からの国民の意識の向上、病院側の体制の整備などが必要と考えられた。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 井川真理子、平澤秀人:第42回埼玉県医学会総会、「睡眠障害外来の傾向ー平沢記念病院の1年間の診療からー」,平成17年2月27日(さいたま)
2. 井川真理子、平澤秀人、宗岡克政、三上智子、木田次朗、渋谷陽子、栗林政恵、深山牧子:第42回日本老年医学会関東甲信越地方会、「老人性痴呆病棟で集団発生した院内感染の一事例」,平成17年10月1日(東京)

論文発表

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

一般病院におけるがん告知の実態調査

主任研究者 松島英介 東京医科歯科大学大学院助教授
研究協力者 野口 海 松下年子 小林未果 松田彩子

研究要旨 全国の中・小規模の一般病院（50床以上300床未満）の中から無作為抽出した2397病院に質問紙を送付し、医師を対象に担当がん患者への告知および、それに関連した対応等の実態について尋ねた（回収率21.4%）。その結果、担当患者に占めるがん患者の割合は2割未満とする医師が62.7%であり、55.7%の医師において、自らが告知していない患者数が、自ら告知した患者数よりも多かった。また、最初の告知対象者は「家族」が最も多く、次に「本人と家族」、「本人」と続き、がん患者を担当する割合が高い医師ほど告知率は高く、そうした医師ほど最初の病名告知の対象は本人が多かった。また、告知時の望ましい面接方法はルーチン化されていたが、告知後の対応は十分といえず、これらの対応は医師個人ごとにある程度一貫していた。

A. 研究の目的

わが国の終末期がん医療においては、ホスピスや緩和ケア病棟、また在宅緩和ケアといった環境下で亡くなる患者数よりも、一般病院で亡くなる患者数の方がはるかに多い。そこで一般病院、特に中・小規模の一般病院の臨床医が日常、どのくらいの割合でがん患者を担当し、患者ないしその家族への、病名をはじめとする一連の告知をいかなる頻度で、どのように実施しているのか、また、その後の対応等、告知をめぐるがん患者及びその家族へのかかわりの実態を把握するとともに、告知のあり方に関連する諸因子を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

全国の50床以上300床未満の一般病院（「2004年版病院総覧」に記載されている9239病院）から無作為抽出された2397病院に、調査依頼書、医師対象の質問票（担当がん患者の割合、告知の実施状況、その後の対応等について尋ねた設問、33項目）、返送用封筒を一式として郵送した。

データ解析は記述統計を中心としたが、設問回答肢のおおよそは順位尺度として扱えるよう作成したことから、各設問結果間の相関をSpearmen順位相関係数にて評価するとともに、その一般化可能性を検定した。

（倫理面の配慮）

無記名での回収を原則とし、質問紙には病院ないし個人が特定されるような設問を含まないよう配慮した。したがって、守秘義務は

遵守されていると考える。

C. 研究成果

2397病院に郵送したうち、返送件数は510病院、513件（回収率：21.4%）であった。病院の平均病床数は 138.6 ± 81.5 床、臨床医の性別は男性が487名（96.6%）、年代は40歳代と50歳代で69.8%を占めた。臨床医としての経験年数は、最も多いのが20年以上30年未満群（41.3%）で、次が同数で、10年以上20年未満群と30年以上40年未満群であった（それぞれ22.0%）。

1) 担当がん患者の割合と、告知の実態

担当患者に占めるがん患者の割合は2割未満とする医師が62.7%であり、自ら最初の「病名」告知をしたがん患者割合が担当がん患者の7割以上と答えた医師は31.5%、1割未満と答えた医師は28.5%であった。結局、55.7%の医師において、自らが告知していない患者数が、自ら告知した患者数よりも多かった。一方、48.6%の医師が、何らかの理由であえて本人に未（病名）告知にしている割合は1割に満たないと回答した。

次に、自らが最初の「再発」告知をした患者の割合となると、担当がん患者の何割が再発しているかは不明なものの、51.6%の医師が、担当がん患者の2割未満に自らが再発告知を行ったとし、一方で、24.7%の医師は、担当がん患者の7割以上に自らが再発告知を行ったと回答した。自らが最初の「積極的がん治療（抗がん剤の使用など）」の中止を告知した患

者の割合については、担当がん患者の10%未満という医師が61%、2割未満という医師が77%であった。自らが最初の「余命」告知を告知した患者の割合もほぼ同じで、10%未満という医師が67%で、2割未満という医師が79%であった。また、すでに他院で「病名」告知をされているにもかかわらず、患者が理解していないために改めて、自ら「病名」告知をしなければならなかった患者の割合は、担当がん患者の10%に満たないという医師が65%を占めていた。

なお、最初に「病名」告知する対象者について尋ねた結果では、最初に「家族」に告知する医師が最も多く、次が「家族と本人と同時」で、最も少ないのが「本人」であった。たとえば、担当がん患者の半数以上のケースにおいて、最初に「家族」に告知するという医師が44.8%、「家族と本人と同時」に告知が29.2%、「本人」に告知が23.8%であった。

2) 告知が行われる場と状況

入院中のがん患者に「病名」告知する場所として最も使用されているのは、「面接室もしくはそれに準じた個室」と回答した医師が44.6%、次が「診察室ないし処置室」で39.9%であった。また、入院および外来がん患者に「病名」告知する際に、家族に同伴してもらうケースの割合は(7区分の%選択肢より)、最も多いのが「70%以上」で49.1%、次が「50-70%」で19.3%であった。さらに、入院・外来がん患者に「病名」告知する際、他のスタッフが同伴するか否かという問いに対しては(「自分一人で」、「他の医師が同伴」、「看護師が同伴」、「それ以外のスタッフが同伴」の4選択肢より、複数回答可)、「看護師が同伴することが多い」という答えが最も多く、回答者の77.0%が肯定、次が「自分ひとりが多い」で19.0%が肯定していた。

3) 告知する際の面接方法

「告知の際に実行していること」という設定で、告知の際、望ましい面接方法がどの程度実施されているかを尋ねた結果では、望ましい面接方法の実施割合が高かった結果から順に、それぞれの面接方法を「いつもしている」医師の割合を列記すると(「いつもしている」、「していることが多い」、「半分くらいはしている」、「あまりしていない」、「していない」、「しなくてもいい」の6選択肢より選択)、「面接の最後に、質問がないか必ず患者に確認する」が77.1%、「できるだけ専門用語を使わず、わかりやすく説明する」が71.9%、「主治医として精一杯がんばる旨を伝える」が66.6%、「患者の理解度を確認しながら話

を進める」が66.0%、「患者の心理的な反応を確認しながら、話を進める」が60.2%、「悪い情報は少しずつ段階的に伝える」が34.2%、「患者が希望を持てるよう、楽観的な見方も妥当な範囲で内容に加える」が30.4%、「不確実な情報も含めて、提供する情報量はできるだけ多くする」が21.8%であった。

4) 告知後1-2週間の対応(実行していること)

がん告知後1-2週間に実行している望ましい対応について質問した結果を、実行頻度が高い望ましい対応から順番に、それぞれの対応を「いつもしている」と回答した医師の割合を示すと(「いつもしている」、「していることが多い」、「半分くらいはしている」、「あまりしていない」、「していない」、「しなくてもいい」の6選択肢より選択)、「身体状態、特に睡眠状況や食事摂取などを、直接患者本人もしくは、他のスタッフから確認する」が44.7%、「不安や抑うつの有無を、患者本人から直接、もしくは他のスタッフから確認する」が38.7%、「患者が告知の内容を正しく理解しているか否か、患者本人もしくは他のスタッフから直接確認する」が21.3%であった。

5) がん告知後の状況

がん告知後の状況に関して質問した結果では、55.4%の医師が、告知後数週間のうちに患者の精神状態が不安的になって、向精神薬を処方したケースの割合は1割に満たないと回答、また、90.1%の医師が、精神科受診もしくはカウンセリングなどを依頼したケースは10%未満と回答した。さらに、患者への告知後に、何かトラブルが生じたケースの割合については、95.5%の医師がそういうケースは1割に満たないと回答した。

6) 「告知のあり方」間の関連性

今回用意した設問の回答肢のほとんどが、順位尺度として扱えるデザインであったことから、各設問結果間の相関を Spearman 順位相関係数にて評価したところ、以下の「告知のあり方」間において、Spearman 順位相関係数0.4以上の関連が有意に認められた(すべて $p < .001$ にて)。

①「担当患者の中でがん患者が占める割合」対「担当がん患者の中で自ら再発告知をした患者の割合」(Spearman 順位相関係数: .403)、②「担当がん患者の中で自らががん告知した患者の占める割合」対「再発告知の割合」および、「積極的がん治療中止の告知割合」(Spearman 順位相関係数: .764、.484)、③「再発告知の割合」対「積極的がん治療中止の告知割合」および、「余命告知の割合」(Spearman

順位相関係数：.543、.436)、④「余命告知の割合」対「他病院からきた担当がん患者にあらためて告知する割合」(Speaman 順位相関係数：.412)、⑤「担当がん患者の中で自らが告知した患者の占める割合」および「再発告知の割合」対「最初の告知対象(「本人」と「家族」)」(Speaman 順位相関係数：.493、.410、-.450、-.408)、⑥「告知の際に、できるだけ専門用語を使用せず、わかりやすく説明する」対「患者の理解度を確認しながら話を進める」および「患者の心理的反応を表情や言動から確認しながら話を進める」(Speaman 順位相関係数：.581、.422)、⑦「告知の最後に、質問の有無を確認する」対「告知の最後に、質問あるいは面接を希望するならばいつでも応じる旨を伝える」(Speaman 順位相関係数：.528)、⑧告知の最後に、質問あるいは面接を希望するならばいつでも応じる旨を伝える」対「主治医として精一杯がんばる旨を伝える」(Speaman 順位相関係数：.506)、⑨「告知後、患者が告知の内容を正しく理解しているか否か、患者本人ないしスタッフから確認する」対「患者の告知後の身体状況、睡眠状態、食事量などを確認する」および、「不安や抑うつの有無を、患者本人ないしスタッフから確認する」(Speaman 順位相関係数：.502、.553)。

D. 考察

1) 中小規模病院一般臨床医におけるがん患者の診療と告知率

中小規模病院では、担当患者のうちに占めるがん患者数は2割未満という臨床医が6割強であり、担当がん患者の割合は決して高くはないことが示された。また臨床医が、自ら最初の病名告知を行ったがん患者の割合については、担当がん患者の7割以上に告知したという医師群と、1割に満たないという医師群の2群に大きく分けられたが、全体的には、半数以上の医師が、自らが最初に告知しなかった担当がん患者数が告知した患者数よりも多いという状況であり、がんの病名告知率は決して高くないことが明らかにされた。一方、何かしらの理由であえて病名を未告知にしている担当がん患者の割合については、半数近くの医師が1割に満たないと回答しており、自ら病名告知するケースは多くないものの、あえて未告知にするケースも少ないという現状、ある意味で、他病院(例えば大学付属病院などの大病院)で告知や治療を受けた後に、中小規模病院に紹介されてくるがん患者数が少なくない可能性が示唆された。なお、告知割合は「病名」告知、「再発」告知、「積極的がん治療の中止」告知、「余命」告知となるに

つれて、その実施率は低く、最初に病名告知する対象が「本人」よりも「家族」が圧倒的に多かったことから、告知内容が患者にとって侵襲的であるほど医師が告知を控える傾向と、がん医療の告知をめぐる「家族重視」が示唆された。

2) 告知の方法(悪い情報の伝え方)とその後の対応

がん患者に悪い情報を伝えるとき、「面接の最後に、質問がないか、必ず患者に確認する」、「できるだけ専門用語を使わず、わかりやすく説明する」、「主治医として精一杯がんばる旨を伝える」、「患者の理解度を確認しながら話を進める」、「患者の心理的反応を確認しながら、話を進める」といった望ましい告知法が、3/4 から少なくとも半数以上の臨床医においてルーチンに行われていた。一方、「悪い情報は少しずつ段階的に伝える」、「患者が希望を持てるよう、楽観的な見方も妥当な範囲で内容に加える」、「不確実な情報も含めて、提供する情報量はできるだけ多くする」については、3割強から2割強の医師がルーチンに実施しており、その率は若干低くなった。さらに、告知後の対応では、「身体状態、特に睡眠状況や食事摂取などを、直接患者本人もしくは、他のスタッフから確認する」、「不安や抑うつの有無を、患者本人から直接、もしくは他のスタッフから確認する」という対応が4割前後の医師において常時行われていたが、「患者が告知の内容を正しく理解しているか否か、患者本人もしくは他のスタッフから直接確認する」という対応は、常時実施している医師が2割にとどまった。

以上より、全般的に、告知の際の望ましい面接法はある程度ルーチン化されているものの、告知後の対応は十分といえないこと、したがって、今後は告知の際の面接方法のみならず、告知後の対応にも配慮していく必要があること、そのためのスタッフ教育や体制づくりに着眼する重要性、また、そうした方策により、告知時の対応については、現状よりもかなり望ましくなり得る可能性があること等が示唆された。

3) 告知後の状況

告知後数週間のうちに精神状態が不安定になり、向精神薬を処方するケースは「1割」に満たないという医師が半数を超え、他にも、精神科受診もしくはカウンセリングを依頼している医師、トラブルを体験している医師は少ないことが示された。これは、精神的に不安定になる患者は実際に少ないという可能性と、不安定になる患者が少なくないにも関わ

らず、それを掌握しきれていない可能性のいずれかを、または両者が同時に生じている可能性を示唆しているといえる。一般的に、がんの病名告知によって受ける患者の精神的負担は、がんの重症度によって相違はあるものの少なくないと考えられる。適応障害をはじめとする精神疾患の診断を得るには至らずとも、何かしらの対処が求められる状況が、本調査結果より多くとも不思議ではない。したがって、今後は、告知後の患者の状況を十分アセスメントできる体制づくりや、そういった手順の標準化等が整備されていくことが望まれよう。

4) 告知に関連する要因

担当患者の中に占めるがん患者の割合が高い医師ほど、告知全般に関する実施率が高く、実施率が高い医師ほど、最初の病名告知対象は「本人」が多く、「家族」は少なかった。つまり、がん医療にかかわっている医師ほど告知に積極的であり、かつその対象を「本人」としていた。これは、臨床医ががん医療を体験するにつれて告知の必要性、特に本人に告知する必要性を認識すると共に、告知に対する抵抗が減じている可能性を示唆している。また、告知方法および告知後の対応は医師個人によってある程度一貫していたことから、告知のあり方が患者や状況によってケースバイケースというよりも、つまり患者要因や環境要因よりも、臨床医側の要因、医師自身の認識や考え方に依拠している可能性が高いことが示唆された。標準化されたがん医療を受けられる体制を作るのであれば、臨床医の姿勢や対応の標準化も効果的かもしれないが、本来ならば、その前に、臨床医のそうした個人要因に依拠することなく、一貫した告知のあり方が保証されるような医療体制（ハード面）の基盤構築が重要と考える。

E. 結論

中小規模病院では、担当患者のうちに占めるがん患者数は多くないこと、また臨床医のがんの病名告知率も決して高くないこと、一方で、何かしらの理由であえて病名を未告知にしているケースも少ないという実態が把握された。また、告知内容が患者にとって侵襲的であるほど医師が告知を控える傾向と、がん医療の告知をめぐる「家族重視」が示唆された。さらに、告知の際の望ましい面接法はある程度ルーチン化されているものの、告知後の対応は十分といえないこと、告知後の状況に関しては、精神的に不安定になる患者が実際に少ないという可能性と、不安定になる患者が少なくはないにも関わらず、それを掌

握しきれていない可能性等が示された。なお、担当患者の中に占めるがん患者の割合が高い医師ほど、告知全般に関する実施率が高く、実施率が高い医師ほど、最初の病名告知対象は「本人」が多く、「家族」は少なかったことから、がん診療の体験を積んでいる医師ほど告知に積極的であり、かつその対象を「本人」としていること、告知方法および告知後の対応は医師個人によってある程度一貫していることが明らかにされた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

総説

野口 海、松島英介：精神疾患患者に対する緩和ケア。精神科 6(1): 48-51, 2005.

野口 海、赤澤輝和、松島英介：がん患者のスピリチュアルケア。緩和医療学 7(2):48-55, 2005.

松下年子、松島英介：癌患者のQOLの軌道—自記式質問紙（EORTC QLQ）を用いた癌患者のQOL調査から—（その1）。精神科 6(3): 272-276, 2005.

松下年子、松島英介：癌患者のQOLの軌道—自記式質問紙（EORTC QLQ）を用いた癌患者のQOL調査から—（その2）。精神科 6(4): 389-395, 2005.

赤澤輝和、松島英介：緩和ケアにおける終末期がん患者の希死念慮。精神科 6(5): 489-492, 2005.

小林末果、松島英介：頭頸部がん患者のQOLにおける心理社会的側面の重要性。精神科 7(3): 240-243, 2005.

松島英介：緩和医療でみる精神疾患とその対応。精神科必修ハンドブック（堀川直史、野村総一郎編集）。羊土社、東京、pp.163-164, 2005.

松島英介：尊厳死と安楽死について。精神科—専門医にきく最新の臨床（保坂 隆編集）。中外医学社、東京、pp.235-238, 2005.

野口 海、松島英介：終末期患者との会話で困ったときに。精神科—専門医にきく最新の臨床（保坂 隆編集）。中外医学社、東京、pp.239-240, 2005.

原著論文

松下年子、松島英介、丸山道生：消化器癌患者の心理特性。総合病院精神医学 17(1): 37-47, 2005.

野口 海、森田智視、大野達也、相原興彦、辻井博彦、下妻晃二郎、松島英介：がん患者

の Spirituality とロゴセラピーを用いた spiritual care の可能性. 総合病院精神医学 17(1): 48-56, 2005.

松下年子、松島英介：手術を受ける消化器癌患者の不安、抑うつおよびQOL(Quality of Life)と対処行動の関連. 日本保健科学学会誌 8(1): 5-14, 2005.

松下年子、松島英介、丸山道生：手術を受ける消化器癌患者のQOLと心理特性. 癌と化学療法 32(2): 209-214, 2005.

野口 海、三上明彦、永井英明、松島英介：緩和ケア病棟に入院した乳癌を合併した統合失調症患者の一症例. 緩和医療学 7(1): 60-64, 2005.

松下年子、村田比奈子、松島英介、坂田 優、宮坂尚幸、麻生武志：手術を受ける婦人科腫瘍患者のQOL. 臨床婦人科産科 59(6): 919-925, 2005.

松下年子、村田比奈子、松島英介、坂田 優、宮坂尚幸、麻生武志：手術を受ける婦人科腫瘍患者の心理特性とコーピング. 総合病院精神医学 17(2): 170-179, 2005.

Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M: Anxiety and depression of patients with digestive cancer. Psychiatry and Clinical Neurosciences 59(5): 576-583, 2005.

松下年子、大木友美、濱島 央、松島英介：外科的治療を受ける癌患者と循環器疾患患者の首尾一貫感覚：SOC (Sense of Coherence). 総合病院精神医学 17(3): 278-286, 2005.

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

<資料・一般病院におけるがん告知の実態調査>

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)

我が国におけるがん告知の実態調査

平成17年度 アンケート調査結果

1: はじめに

「2004年版病院総覧」に記載されている全国9239病院のうち、50床以上300床未満の一般病院から2397病院を無作為に抽出した。がん患者を比較的多く担当している臨床医を対象とし、調査依頼書、質問票(33項目)、返送用封筒を一式として、無作為抽出された上記の病院に郵送した。

回収率は2397病院に郵送したうち、返送件数が510病院、513件(回収率:21.4%)、そのうち有効回答件数が504件(有効回答率:21.0%)だった。

2: 集計結果

I. 回答医師の属性について

Q1.1 性別

男性: 487名(96.6%)

女性: 16名(3.2%)

不明: 1名(0.2%)

Q1.2 年代

30歳未満	2 (0.4%)
30歳代	34 (6.7%)
40歳代	169 (33.5%)
50歳代	203 (40.3%)
60歳代	70 (13.9%)
70歳代	26 (5.2%)

N=504

Q1.3 臨床医としての経験年数

5年未満	2 (0.4%)
5年以上10年未満	10 (2.0%)
10年以上20年未満	117 (23.3%)
20年以上30年未満	220 (43.7%)
30年以上40年未満	117 (23.3%)
40年以上	37 (7.4%)

N=503

Q1.4 現在就業されている病院の所在地

北海道	36 (7.1%)
東北	41 (8.1%)
関東	122 (24.2%)
信越・北陸	29 (5.8%)
東海	39 (7.7%)
近畿	87 (17.3%)
中国	52 (10.3%)
四国	20 (4.0%)
九州	77 (15.3%)
沖縄	1 (0.2%)

N=504

Q1.5 現在就業されている病院の全病床数

平均病床数 : 138.6±81.5 床