

「我国における尊厳死についての研究」班

「自宅で最期まで過ごす」ことに関して（論点整理）

1. 重い障害者あるいはがん患者は概して、自宅療養困難である。

(1) 「終末期医療に関する調査等検討会」報告書抜粋（平成15年2月～3月意識調査）

「終末期医療に関する調査等検討会」報告書より抜粋（平成15年2月～3月意識調査）
意識調査概要 ○ 一般国民、医師、看護職員、介護施設職員の計13,794人（前回14,163人）を対象に意識調査を実施。

○ 調査対象者内訳は、20歳以上の一般国民5,000人（前回5,000人）、医師3,147人（前回3,104人）、看護職員3,647人（前回6,059人）、介護施設職員2,000人（前回対象とせず）であり、回収率は50.7%（前回52.0%）。

末期状態における療養場所

○ 自宅で最期まで療養することについて、多くの者が「実現困難である」と回答しており（般66%、医52%、看48%、介56%）、「実現可能」と回答した者は比較的少ない（般8%、医29%、看34%、介21%）。

自分が痛みを伴う末期状態（死期が6か月程度よりも短い期間）の患者になった場合、多くの一般国民は、自宅療養をした後で必要になった場合には緩和ケア病棟又は医療機関に入院する（般48%）、あるいはなるべく早く緩和ケア病棟又は医療機関に入院することを希望している（般33%）。一方、自宅で最期まで過ごしたいという人は少ない。（般11%）。

○ 一方、自分が高齢となって、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾患に侵された場合、一般国民は、病院、次いで老人ホーム、自宅で療養することを希望している（各々38%、25%、23%）。また、医師は、自宅、次いで介護療養型医療施設又は長期療養を目的とした病院で療養することを希望しており（各々49%、23%）、看護職員も自宅、次いで介護療養型医療施設又は長期療養を目的とした病院で療養することを希望している（各々41%、27%）。介護施設職員は自宅、次いで介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）で療養することを希望している（各々38%、26%）。

○ いずれの場合も、自宅で療養したいのは、「住み慣れた場所で最期を迎えたい」（般62%、医66%、看65%、介70%）、「最期まで好きなように過ごしたい」（般47%、医57%、看66%、介61%）という理由が多く（P47）、自宅以外で療養したいのは、「自宅では家族の介護などの負担が大きい」、「自宅では緊急時に家族へ迷惑をかけるかもしれない」という理由が多い（般84%、医70%、看81%、介75%）

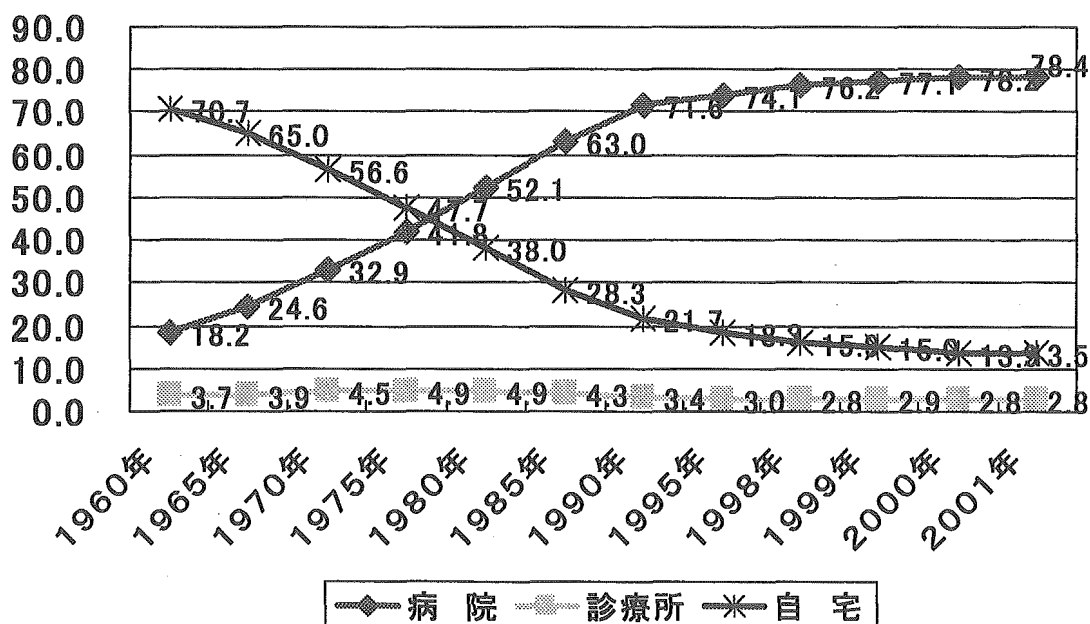
この調査結果は、「医師、看護職員の4割以上が、痛みを伴い、治る見込みがなく死期が迫っている状況においても、自宅で療養が可能と考えている」(終末期医療に関する意識調査等報告書(平成10年6月))という結果に比べて、自宅で最期まで療養することが困難であるという認識がより広がっていることを示している。

しかし、自宅で療養できない要因が、「自宅では家族の介護などの負担が大きい」、「自宅では緊急時に家族へ迷惑をかけるかもしれない」であり、実際には、家族に対する負担への配慮から、自宅以外での療養を希望するというアンケート結果になっていると思われる。

なお、あとに述べるように「自宅では、がんでも死亡時まで強い痛みが出ない方も半数程度存在」し、「自分が痛みを伴う末期状態」という前提でのアンケート自体に無理があることが分かる。

また、過去の様々な調査において、最期の場所として、自宅を希望することが多いことは明確である。1982年の総理府の高齢者に対する調査「ついの看とりに関する調査」では、最期の場所を希望して表明した人のうち、自宅で最期を迎えたい人が9割以上とされる。また、最期の場所として自宅を希望する現象は高齢者ばかりでなく予後不良疾患をもつ人にもみられる。1990年の厚生省「保健福祉動向調査」によれば、自分あるいは家族ががんになったときに、最期の場所として自宅を希望する人が過半数となっている。

(2) 自宅死亡率の推移



(出典：人口動態統計)

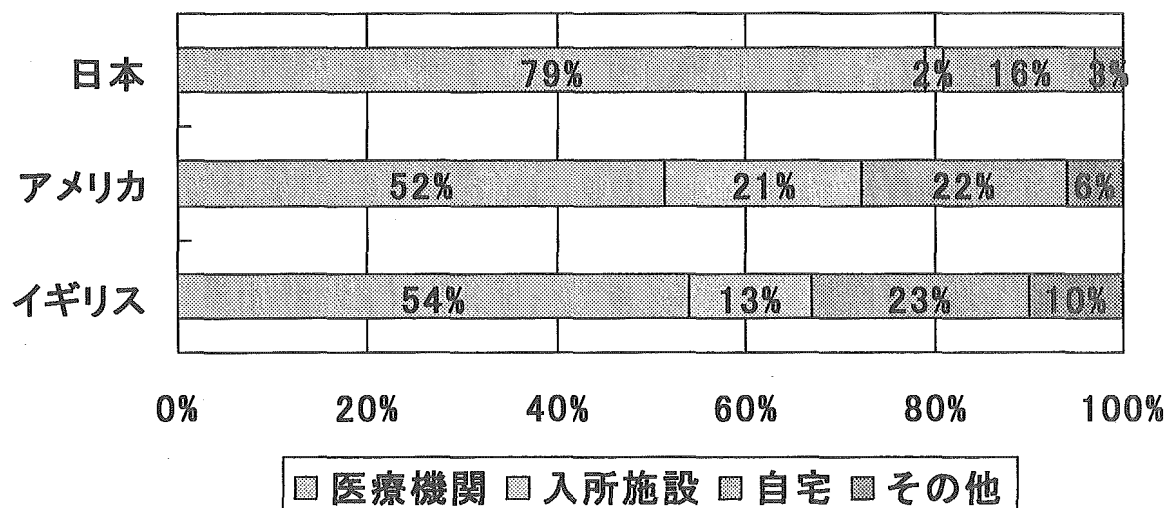
全死亡者の死亡場所は、2001年(平成13年)は病院死78.4%、自宅死13.5%と圧倒的に病院死が多数を占める(厚生労働省統計表データベース(平成13年度版))。

また、悪性新生物（がん）による死亡場所については、2001年度統計では91%が病院死であり、診療所、介護老人福祉施設、介護老人保健施設等の施設での死亡が約3%程度、自宅での死亡は6%。また、緩和ケア病棟は全がん死亡の3%程度の人を利用した。更に、2004年度に緩和ケア病棟に入院した人は18,205人で、がん死亡者(2004年約32万人)の6%にあたる。

このことから、全死亡に比べてがん死亡者は、自宅で死ぬことがより困難であるという現実がある。

(3) 自宅死亡率国際比較

(「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究」報告書(2000年3月医療経済研究所))



このように、日本では自宅で最期まで療養することは現実にも困難であり、医療従事者・一般国民の意識も、終末期自宅療養を困難と考えている。特にがん患者は最期まで自宅で療養することがより困難といえる。

一方、終末期医療に関する意識調査等報告書(平成10年6月)では、「医師の約6割、看護職員の約7割が、末期医療の普及に関し、在宅ケアを推進していくべき」と考えている。

2. 在宅医療費は増えているが、医師の訪問サービスとしての在宅医療は増えていない

(1) 保険診療上の「在宅医療」の反映としての在宅医療費の推移

<在宅医療費>

年度	在宅医療費計	一般医療費に占める割合
1990	2700億円	1.3%
1999	7800億円	3.3%
2001	5100億円	2.6%

(出典 厚生労働省 医療施設静態調査 分析 大久保一郎 菅原民枝 2003)

上記のように在宅医療費は、1990年以降順調に伸びるが、2000年の介護保険導入時にやや低下する（これは、訪問看護や通所リハビリテーションが介護保険給付に移行したことによる医療費の低下であり、サービス供給量の低下ではない）。基本的に、在宅医療費は増加しており、これまで厚生労働省は、このような在宅医療費の伸びを根拠に、「在宅医療は増えており、その増加割合は一般医療の増加率より高い」としてきた。

しかし、「在宅医療費」には在宅自己注射指導管理料なども含まれており、外来診療で行われるものが多く含有されている。そのため、在宅医療費には、訪問サービスとしての在宅医療の実態が正確に反映されていない。そこで、私たちは医師の訪問サービスのみを抽出して毎年計算している。

(2) 医師の訪問サービスとしての在宅医療

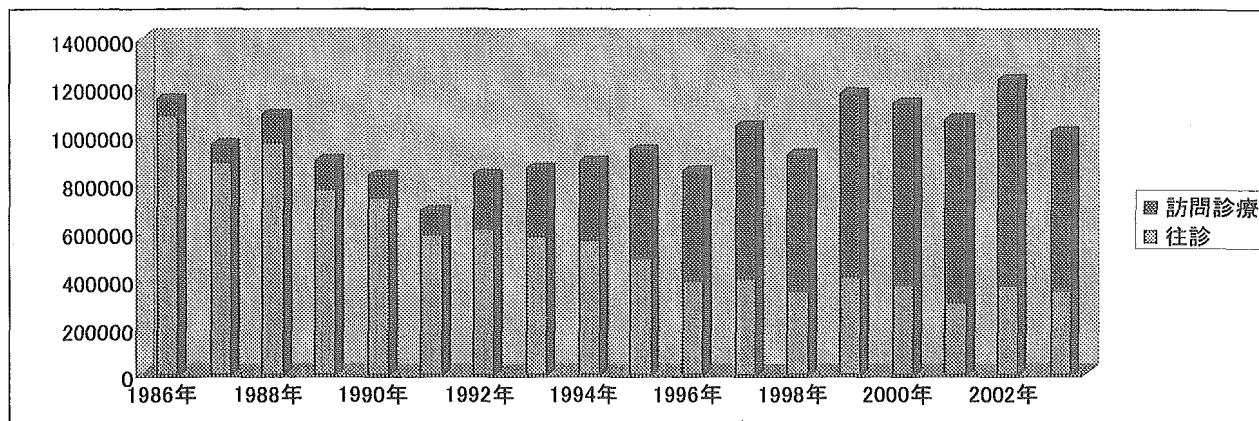
医師の訪問サービスとして在宅医療をみた場合、往診と訪問診療の合計は（月当たり）増えていない。

表 1986年～2003年における一ヵ月あたり往診数と訪問診療数

	1986年	1987年	1988年	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年
往診	1074677	884252	962182	770876	734594	584282	607437	575952	559141
訪問診療	70766	69257	117383	116893	91206	95965	224733	280955	322906
計	1145443	953509	1079565	887769	825800	680247	832170	856907	882047

	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年
往診	480071	387489	398898	346177	402386	368723	296314	371921	344527
訪問診療	453376	456725	632989	565922	762286	754116	763334	854273	665275
計	933447	844214	1031887	912099	1164672	1122839	1059648	1226194	1009802

グラフ 1986年～2003年における一ヵ月あたり往診数と訪問診療数



(出典 厚生労働省 社会医療診療行為別調査 分析 藤井博之 和田忠志 2005)

(3) 看取り可能な在宅医

仙台往診クリニック川島孝一郎氏の調査(2005年11月)

居宅における年間みとりが、10名を超えている在宅医療担当医師の数は199名。うち、46名が東京都内、10名が千葉県内である。

199名の受け持ち在宅療養者数は13,233人、年間在宅みとり数4415人、在宅療養者に対する自宅みとり率は33.4%。

このデータを見る限り、日本の市町村が3200としても、日本で在宅医療が普及した市町村は少数と推測される。「自宅で死亡できる」ということを在宅医療の普及としてみると、在宅医療が普及している市町村は少ないと推測される。

3. 日本医療全体では「がん患者は自宅で死亡する確率が低い」が、在宅医療を積極的に行う医療機関の立場では、「がん患者のほうが自宅で死亡する可能性が高い」

医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所・あおぞら診療所新松戸死亡患者統計
(1999.4.1～2005.11.30)

通算導入在宅患者数	770	
在宅医療全死亡数	336	うち自宅死亡数189 (自宅死亡率56.2%)
悪性疾患死亡患者数	188	うち自宅死亡数118 (自宅死亡率62.8%)
良性疾患死亡患者数	148	うち自宅死亡数71 (自宅死亡率48.0%)

あおぞら診療所では、悪性腫瘍の患者の自宅死亡率のほうが、良性疾患の患者の自宅死

亡率より高い。実はこの傾向は、在宅医療を積極的に行う医療機関で共通に見られる現象であり、在宅医療の基盤整備がなされると、がん患者の自宅死亡率が良性疾患の自宅死亡率を超えて高くなることが推測される。

これにはいくつかの要因が考えられる。「がん患者の場合明確な最期まで自宅でという意志が明確である」こと、良性疾患の患者の場合、「急性増悪したときに回復可能性を求めて病院入院を行うことが多い」ことなどが要因に考えられる。

また、臨床家の意識でも、良性疾患のターミナルケアのほうが困難である、という意識が聞かれる。

4. がんは、自宅では、病院などの施設に比べて苦痛が少ない可能性がある

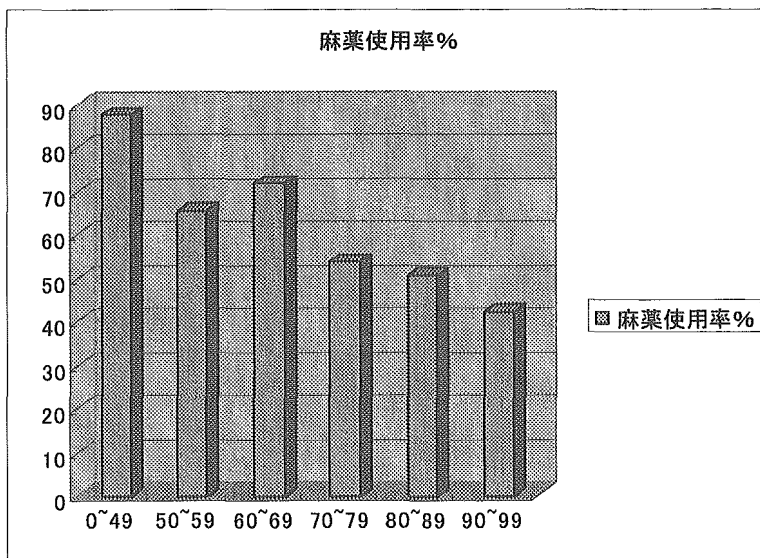
対象

あおそら診療所において、1999.4.1~2003.7.31 に在宅診療を行い死亡した患者 112 人、いらはら診療所において、1994.4.1~2003.7.31 に在宅診療を行い死亡した患者 76 人、みさと健和クリニックにおいて、1997.4.1~2003.12.31 に在宅診療を行い死亡した患者 102 人、亀田クリニックにおいて、1999.1.1~2003.3.31 に在宅診療を行い死亡した患者 202 人、梶原診療所において、2000.4.1~2004.3.31 に在宅診療を行い死亡した患者 48 人の合計 540 人を対象とした。悪性疾患とは、呼吸器・消化器・泌尿器・子宮および付属器・骨・軟部組織・皮膚の悪性腫瘍、悪性脳腫瘍、神経原性腫瘍、白血病、悪性リンパ腫、原発不明がんである。死亡時の年齢階級別構成は、0~9 歳 2 人、20~29 歳 1 人、30~39 歳 2 人、40~49 歳 12 人、50~59 歳 58 人、60~69 歳 97 人、70~79 歳 177 人、80~89 歳 36 人、90~99 歳 36 人であった。

在宅死亡患者

年齢階級	0~9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80~89	90~99	合計
麻薬使用	2	0	0	0	8	22	47	60	51	11	201
症例数	3	0	0	0	9	33	65	110	106	29	355
麻薬使用率%	66.7	0	0	0	88.9	66.7	72.3	54.5	48.1	37.9	56.6

在宅死亡患者



在宅医療における末期がん診療における麻薬使用率は、上記のように半数程度であった。比較研究のため、在宅ケアベースの緩和医療の文献をいくつか検索した。

イタリアの Mercadante S. による 3678 人の在宅緩和ケアプログラムに紹介された患者のうち、死亡時より一週間以内において strong opioids が使用された患者は 35% であったという。

合衆国における、100 人の在宅ホスピスにおける癌患者 cancer patients を調査した、Anthony McCormack らによれば、強麻薬 (intravenous analgesic, oral morphine sulfate, oral hydromorphone, or oral methadone) を使用した患者は 60% であったという。

一方、病棟ベースのデータでは、聖隷三方原病院ホスピスにおける緩和ケアを実施した患者 248 名のオピオイド投与率を検討した森田らの報告によれば、オピオイド投与を受けた患者は全体の 87% であったという。

また、フィンランドの、20 の病院病棟 health center wards、および 30 のホスピスを調査した Heikki Hinkka らの文献によれば、死亡日に麻薬が使用されている確率は 84% であったという。

イタリアの De Conno F らの報告によれば、イタリアの国立がんセンター National Cancer Center において、強麻薬の使用率は、それぞれ 1987 年、1993 年、2000 年において、おの 81%、75%、56% であったという。

これらのデータを含め、基本的には在宅医療においては麻薬の使用が少なくすむ可能性が示唆される。

結論

自宅で最期のときを過ごすことを希望する日本人は多いが、多くの場合、その希望は実現していない。日本において自宅死亡率は下がり続けており、医師の訪問サービスとしての在宅医療は増えておらず、高齢者・がん患者の増加に比して、在宅医療は供給が相対的に減少している実態がある。国内における「最期まで診ることのできる在宅医療」の基盤整備は遅れており、在宅医療でカバーされる市町村は日本でも比較的少数であると推測される。

特になん患者は、一般の患者に比べて自宅で死亡できる可能性がマクロで見ると低いが、在宅医療の基盤整備が進むとがん患者が高率で自宅で最期を迎える傾向となる。在宅医療の基盤整備が進むと、良性疾患の自宅でのターミナルケアの問題が浮上する。良性疾患患者のターミナルケアは討論蓄積が少なく、技術基盤が弱いと思われる。

また、自宅ではがん患者の痛みが少ない可能性があり、医療従事者にも一般国民にも、そのことは、まだ理解されていないと思われる。

文献

1. 厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」 2004
2. 総理府老人対策室調査「ついの看とりに関する調査」 1982
3. 厚生省大臣官房統計情報部編「保健福祉動向調査」 1990
4. 医療経済研究所「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究」2000
5. 厚生労働省「終末期医療に関する意識調査等報告書」 1998
6. 厚生労働省「医療施設静態調査」 1990～2001
7. 厚生労働大臣官房統計情報部「社会保険診療行為別調査」1986～2003
8. Mercadante S: Pain treatment and outcomes for patients with advanced cancer who receive follow-up care at home. *Cancer*85:1849-1858, 1999

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松島英介	緩和医療でみる精神疾患とその対応	堀川直史、野村総一郎	精神科必修ハンドブック	羊土社	東京	2005	163-164
松島英介	尊厳死と安楽死について	保坂 隆	精神科－専門医にきく最新の臨床	中外医学社	東京	2005	235-238
野口 海、 松島英介	終末期患者との会話で困ったときに	保坂 隆	精神科－専門医にきく最新の臨床	中外医学社	東京	2005	239-240
甲斐克則	責任原理と過失犯論		責任原理と過失犯論	成文堂	東京	2005	全 249 頁
甲斐克則	被験者保護と刑法		被験者保護と刑法〔医事刑法研究第3巻〕	成文堂	東京	2005	全 218 頁
甲斐克則 戸波江二 棚村政行 曾根威彦 岩志和一郎	安楽死・尊厳死と法		生命と法	成文堂	東京	2005	123-165
甲斐克則 石原 明	法と生命倫理		法と生命倫理	慶應義塾大学出版会	東京	2005	55-100
甲斐克則	第6章「医事刑法」	加藤良夫	実務 医事法講義	民事法研究会	東京	2005	541-593
清水研, 内 富庸介, 他	いろいろな症状に対する緩和ケア; その他の書状の緩和ケア	小川道雄	一般病棟における緩和ケアマニュアル	へるす出版	東京	2005	174-181
Matsuoka Y, Uchitomi Y, et al	Intrusion in women with breast cancer	Kato N, Kawata M, Pitoman RK	PTSD; Brain mechanisms and clinical implications	Springer	Tokyo	2006	169-178

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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巻1号	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巻2号	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			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巻4号	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巻5号	489-492	2005
小林未果、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巻3号	240-243	2005
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巻1号	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巻1号	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巻1号	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巻2号	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巻1号	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巻6号	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ピーング	総合病院精神医学	17巻2号	170-179	2005
Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M	Anxiety and depression of patients with digestive cancer	Psychiatry and Clinical Neurosciences	59巻5号	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巻3号	278-286	2005
松下年子、濱島央、松島英介	癌患者の心理特性と SOC	日本社会精神医学会雑誌	14巻2号	171-178	2005
Fukui T, Uchitomi Y, et al	Clinical effectiveness of evidence-based guidelines for pain management of terminal cancer patients in Japan	JMAJ	48	216-223	2005
Iwasaki M, Uchitomi Y, et al	Cigarette smoking and completed suicide among middle-aged men; a population-based cohort study in Japan	Ann Epidemiol	15	286-292	2005
Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, Nakano T, Uchitomi Y	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

Kobayakawa M, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Levels of omega-3 fatty acid in serum phospholipids and depression in patients with lung cancer	Br J Cancer	93	1329-1333	2005
Kumano H, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Harmony-seeking and the risk of prostate cancer; a prebiotic study	J Psychosom Res	59	167-174	2005
Matsuoka Y, Inagaki M, Sugawara Y, Imoto S, Akechi T, <u>Uchitomi Y</u>	Biomedical and psychosocial determinants of posttraumatic intrusive recollections in breast cancer survivors	Psychosomatics	46	203-211	2005
Morita T, Akechi T, Ikenaga M, Kizawa Y, Kohara H, Mukaiyama T, Nakaho T, Nakashima N, Shima Y, JaeJoon S, <u>Uchitomi Y</u>	Late referrals to specialized palliative care service in Japan	J Clin Oncol	23	2637-2644	2005
Morita T, Bito S, Kurihara Y, <u>Uchitomi Y</u>	Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method	J Palliat Med	8	716-729	2005

Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, Miyoshi M, Nakaho T, Nishitaten K, Sakonji M, Shima Y, Suenaga K, Takigawa C, Kohara H, Tani K, Kawamura Y, Matsubara T, Watanabe A, Yagi Y, Sasaki T, Higuchi A, Kimura H, Abo H, Ozawa T, Kizawa Y, <u>Uchitomi Y</u>	Ethical validity of palliative sedation therapy; a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan	J Pain Symptom Manage	30	308-319	2005
Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, Miyoshi M, Nakaho T, Nishitaten K, Sakonji M, Shima Y, Suenaga K, Takigawa C, Kohara H, Tani K, Kawamura Y, Matsubara T, Watanabe A, Yagi Y, Sasaki T, Higuchi A, Kimura H, Abo H, Ozawa T, Kizawa Y, <u>Uchitomi Y</u>	Efficacy and safety of palliative sedation therapy; a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan	J Pain Symptom Manage	30	320-328	2005
Morita T, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Opioid rotation from morphine to fentanyl in delirious cancer patients; an open-label trial	J Pain Symptom Manage	30	96-103	

Nakaya N, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Twenty-four-hour urinary cortisol levels before complete resection of non-small cell lung cancer and survival	Acta Oncol	44	399-405	2005
Nakaya N, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Personality and cancer survival; the Miyagi cohort study	Br J Cancer	92	2089-2094	2005
Shimizu K, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral	Cancer	103	1949-1956	2005
Yoshikawa E, <u>Uchitomi Y</u> , et al	No adverse effects of adjuvant chemotherapy on memory function and hippocampal volume in Japanese breast cancer survivors	Breast Cancer Res Treat	92	81-84	2005
Okamura M, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence; prevalence, associated factors and relationship to quality of life	Jpn J Clin Oncol	35	302-309	2005
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	98-106	2005
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	49-66	2005
甲斐克則	尊厳死をめぐる法と倫理	分子精神医学	5巻4号	136-143	2005

甲斐克則	大学病院耳鼻咽喉科において、がん患者に抗がん剤を過剰投与したため、その副作用により同人を死亡させた医療過誤について、主治医、指導医、科長の過失の競合が認められた事例	年報医事法学	20 卷	146-151	2005
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 卷	173-186	2005
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	33	2006
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	102-107	2006

2. 尊厳死と安楽死について

■回答■

松島英介

2003年（平成15年）に厚生労働省が全国の20歳以上の男女5,000人（回収率51.6%）を対象に実施した「終末期医療に関する調査」¹⁾によれば、自分自身が痛みを伴う末期状態になった場合に延命医療をするかどうかという問いに対して、図24のように20.5%の人が「やめるべきである」、53.5%の人が「やめたほうがいい」と答えており、「続けるべきである」という答えは12.7%にすぎなかった。また、「やめるべきである」「やめたほうがいい」と答えた人の58.9%は延命医療を中止したときに「あらゆる苦痛を和らげる」ことに重点をおくことを望んでおり、「自然に死期を迎えさせる」は24.5%、「医師が積極的に生命を短縮させる」が13.8%であった（図25）。

この調査結果も含めて、終末期医療のあり方などを議論してきた「終末期医療に関する調査等検討会」は報告書¹⁾を作成し、それに応える形で2004年6月、厚生労働省は無理な延命行為をしな

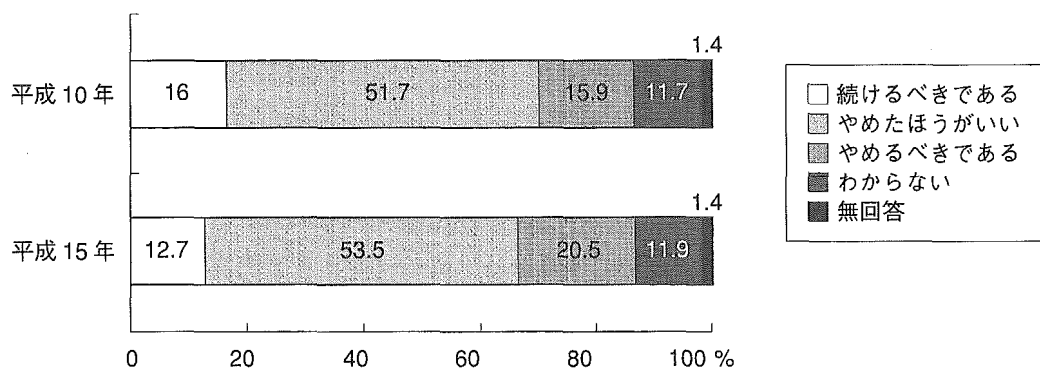


図24 終末期医療に関する調査結果1

「あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている（6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、単なる延命医療についてどのようにお考えになりますか」という質問に対する一般国民の回答（厚生労働省¹⁾より作成）

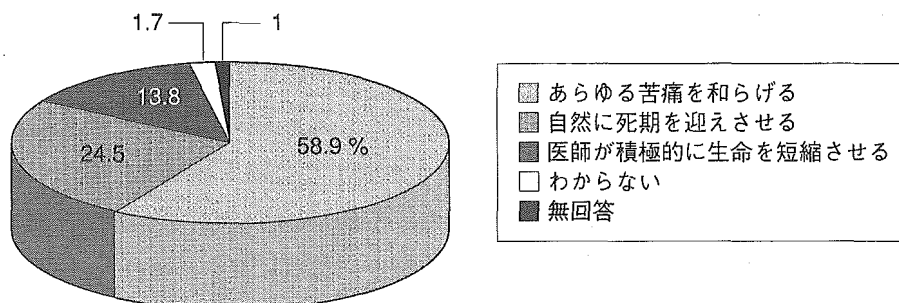


図25 終末期医療に関する調査結果2

「単なる延命医療を中止するとき、具体的にはどのような方法が考えられますか」という質問に対する一般国民の回答（厚生労働省¹⁾より作成）

い、または医療行為の中止を決定す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。これは、取りも直さず国のレベルで尊厳死に取り組む姿勢を示したもので、今後の行方が注目される。

A. 「尊厳死」問題の経緯

1975年4月、米国ニュージャージー州において、精神安定剤を常用していた21歳の女性カレン アン クインラン (Kalen Ann Quinlan) は、友人宅のパーティで酒を飲み、そのあと昏睡状態に陥った。人工呼吸器を取りつけてやっと生命活動は維持されていたが、持続的な植物状態であると診断された。そこで彼女の養父は、生命維持装置を外して自然のままに死なせてほしいと希望したが、主治医はこれを拒否した。このため同年9月、養父は生命維持装置を取り外すことを決定できるように自分を後見人に指定することを同州の高等裁判所に訴え出た。ここでは、「患者が自らの意思を決定できない場合、患者は生き続けることを選ぶものとみなす」とされ、この訴えは退けられたが、最終的に翌年3月の同州最高裁判所の判決では、患者が今後治療を続けても回復する見込みが全くない場合は、意識喪失者のために後見人がそれを代行しうると判断し、父親を後見人に指名した上で人工呼吸器の撤去を容認する結果となった。判決から2カ月後にカレンの人工呼吸器は外されたが、自発呼吸があり、その後8年間ほど生き続けた。

このいわゆる「カレン裁判」は、死の自己決定権をある条件下に容認したものとして画期的であったが、これを契機に、カリフォルニア州で生命維持装置による延命医療を拒否する運動が起こり、これを受けて「カリフォルニア州自然死法 (Natural Death Act)」が制定された。その内容は、末期状態になったときに、生命維持装置を中止するか取り外すように、医師に対して文書をもって指示する書面を予め作成しておく権利を認めたものであり、世界で初めてリビング ウィル (Living Will) を法制化したものである。この自然死法の条文の中に、「患者が期待する権利である尊厳とプライバシーを認めることによって、州議会は、カリフォルニア州法律が、末期の状態の場合に、生命維持装置を差し控えたり取り外したりするのを医師に通告する指示書を作成する成人の権利を承認する旨を明言する」とあり、「尊厳」という言葉が初めて用いられた²⁾。さらに1983年にはカリフォルニア州で、ヘルス ケアのための持続的委任権法 (Durable Power of Attorney for Health Care) が制定され、終末期になったときのみ自分に代わって依頼された代理人に委任権が生じ、依頼人に代わって Living Will や脳死の場合の臓器提供、献体の指定書を医師に提示することが可能になった。これらはすべて、医療のためのアドバンス ディレクティブ (Advance Directive for Medical Care) と法的にはよばれている³⁾。

これらと相前後して1981年9～10月、ポルトガルのリスボンで開催された世界医師会第34回総会において、その宣言の第5条で「患者は尊厳をもって死を迎える権利を有する」と謳っており(「患者の権利に関するリスボン宣言」)、その後「尊厳死」という言葉は一般的に使われるようになった。この宣言は1995年9月にインドネシアのバリ島で開催された同会第47回総会で改訂され、尊厳死については新たに第10条「尊厳性への権利」の条項にまとめられた。

尊厳死に関して、カレン事件と並んで重要な判決はナンシー クルーザン事件においてなされた。ミズーリ州に住む当時25歳の女性ナンシー クルーザン (Nancy D. Cruzan) は、交通事故による脳障害のため植物状態となり、以後7年間にわたり自発呼吸はできるものの水分・栄養補給を

受け続けていたが、両親は彼女の「死ぬ権利」を主張し、チューブを取り外す許可を同州の高等裁判所に求めた。最終的に1990年6月、連邦最高裁判所はこの「死ぬ権利」を認める判決を下したが、延命治療拒否の決定は本人の意思が明確なときになされ、かつ合法的である場合にのみ認められるとし、ナンシーの場合は本人の意思が明確にできないことから両親の要求は退けられた。その後、ナンシーの元同僚の証言により同年12月、延命のためのすべての器具の取り外しが認められ、水分補給と栄養補給の中止によって12日後彼女は死亡した。このナンシー・クルーザン事件は患者の死の選択権を容認した最初の判決として注目された。

B. 安楽死との違い

前田⁴⁾によれば、カール・エンギッシュは広義の安楽死を以下のように4つに分類している。すなわち、

- ① 生命の短縮を伴わず、死に至るまで苦痛の除去ないし緩和の処置をする（純粹安楽死＝主に身体的な苦しみの除去を目的とする）。
- ② 苦痛の除去・緩和のために麻酔薬などを使用し、その副作用によって患者の生命が短縮される（間接的安楽死＝苦痛を除去するために麻酔薬などを用いたことにより、必然的に生命が短縮される）。
- ③ 延命治療を行わないという意味で「不作為の安楽死」とする（消極的安楽死＝いわゆる尊厳死）。
- ④ 生命の直接的な短縮を患者の苦痛除去の方法とする（積極的安楽死＝現在の苦痛から逃れるために死を患者に与える＝いわゆる安楽死）。

このうち、いわゆる尊厳死③と安楽死④との違いは、この分類を引用した前田⁴⁾も述べているように、安楽死が従来から問題となっていた古典的な死をめぐる問題であるのに対して、尊厳死はむしろ近代の医療技術の進歩によって起こった死をめぐる問題であり、歴史的経緯から大きな違いがあることがわかる。

C. 尊厳死のあり方

このように尊厳死の問題は、本来ならば自然の形で死を迎えていた患者が、高度な医療状況の中で延命されるようになったことに端を発しており、どうしたら患者自身が考える人間としての尊厳ある死を迎えることができるかというところにある。この尊厳死を考える際に、対象となる患者の病状としては、いわゆる持続的植物状態のほか、がんの終末期や寝たきりの痴呆老人などがあげられる⁵⁾。またその現実的な制度としては、リビング・ウイル（Living Will）や持続的委任権（Durable Power of Attorney for Health Care）などがあげられるが、こうした制度をわが国に適用していくためには、国民性や医療制度など社会的背景について十分考慮されなければならない⁶⁾し、立法化には一層の議論が必要となろう⁷⁾。さらに、先の調査結果¹⁾にもみられたように、こうした制度上の問題と並行して、あるいはこうした制度を支えるために、患者の苦痛を十分に取り除いていくための緩和ケアの普及も重要な意味をもってくる。柏木ら⁸⁾は、緩和ケアにおいて患者の苦痛を身体的だけではなく、精神的、社会的、スピリチュアルにも把握し、それらが相互に関連する「全人的苦痛」として理解することの重要性を唱えている。今後は、こうした緩和ケアの充実も含

めて尊厳死のあり方を検討していかなければならない。

- 文 献
- 1) 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>, 2004.
 - 2) 日本尊厳死協会. 自分らしい終末「尊厳死」. 東京: 法研; 1998.
 - 3) 星野一正. いのちは誰のもの - 自然死と尊厳死と安楽死と慈悲死と. 臨床外科. 2000; 55: 1083-8.
 - 4) 前田和彦. 安楽死と尊厳死における法と倫理. 日本放射線技師会雑誌. 2000; 47: 98-104.
 - 5) 岩崎康孝. わが国における緩和医療の現状と展望. 臨床消化器内科. 2004; 19: 7-14.
 - 6) 岡田一義. 本邦における終末期医療のあり方. 腎と透析. 2003; 55: 815-8.
 - 7) 甲斐克則. 尊厳死と刑法. 東京: 成文堂; 2004.
 - 8) 柏木哲夫, 恒藤 暁, 池永昌之, 他. 身体的ケア. In: 淀川キリスト教病院ホスピス, 編. 緩和ケアマニュアル. 改訂4版. 大阪: 最新医学社; 2001. p.31-74.