

13. Morita T, Uchitomi Y, et al.: Artificial hydration therapy, laboratory findings, and fluid balance in terminally ill patients with abdominal malignancies. *J Pain Symptom Manage.* 31:130-139, 2006
14. Matsuoka Y, Uchitomi Y, et al.: Intrusion in women with breast cancer. In: Kato N., Kawata M., Pitman RK. (Eds.) *PTSD: Brain Mechanism and Clinical Implications*, pp 169-178, Springer-Verlag, Tokyo, 2006
15. Fujimori M, Uchitomi Y, et al.: Psychometric properties of the Japanese version of the quality of life-Cancer Survivors Instrument. *Quality of Life Research.* 15:1633-1638, 2006
16. 梅澤志乃、内富庸介、他：Bad news (悪い知らせ) が伝えられた患者のケア。がん看護 11 : 767-770、2006
17. 内富庸介、清水研、他：精神科医によるメンタルケア；多職種チームのための周期術マニュアル 4 / 頭頸部癌。メヂカルフレンド社。84-92、2006
18. 藤森麻衣子、内富庸介：がん医療におけるコミュニケーション；自分らしくがんと上手に取り組むために。JIM 16 : 302-307、2006
19. 清水研、内富庸介、他：成人病・生活習慣病とうつ病—誤診と見逃しを避けるために 悪性腫瘍とうつ病。成人病と生活習慣病 36 : 268-272、2006

学会発表

1. Fujimori M, Uchitomi Y, et al: Japanese cancer patients' preferences for physicians' communication style when receiving bad news. *International College of Geriatric Psychoneuropharmacology 6th Annual Scientific Meeting. Poster Session.* 2006. 10, Hiroshima, Japan
2. Asai M, Uchitomi Y: Burnout and Psychiatric morbidity among Physicians engaged in End-of-life Care for Cancer Patients. *International College of Geriatric Psychoneuropharmacology 6th Annual Scientific Meeting. Poster Session.* 2006. 10, Hiroshima, Japan
3. Uchitomi Y, et al: Psycho-Oncology of Bereavement: Cancer Incidence and Survival. *International College of Geriatric Psychoneuropharmacology 6th Annual Scientific Meeting. Oral Session.* 2006. 10, Hiroshima, Japan
4. 内富庸介：がん告知、再発、終末期におけるメンタルケア。第 106 回日本外科学会定期学術集会。一般演題。2006. 3, 東京
5. 岡村優子、内富庸介、他：乳がん初再発後の精神疾患、関連因子、生活の質との関係。第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会。一般演題。2006. 6, 京都
6. 浅井真理子、内富庸介、他：がん患者の終末期ケアにかかわる医師のバーンアウトと精神医学的障害：全国横断調査。第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会。一般演題。2006. 6, 京都
7. 秋月伸哉、内富庸介、他：がん患者の適応障害とうつ病の簡便なスクリーニングの開発：つらさと支障の寒暖計。第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会。一般演題。2006. 6, 京都
8. 清水研、内富庸介、他：看護師と精神科による抑うつ発見、治療の取り組み—有用性、実施可能性の検討。第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会。一般演題。2006. 6, 京都
9. 明智龍男、内富庸介、他：終末期がん患者の抑うつ状態のスクリーニング：簡易面接法の有用性
10. 藤森麻衣子、内富庸介、他：悪い知らせを伝える際の望ましいコミュニケーション：患者に対する面接調査による予備的検討。第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会。一般演題。2006. 6, 京都
11. 秋月伸哉、内富庸介、他：緩和ケアチームにおける精神科医の役割：現状と今後。第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会。一般演題。2006. 6, 京都
12. 平井啓、内富庸介、他：乳がん患者の心配評価尺度作成に関する研究。第 19 回日本サイコオンコロジー学会総会。一般演題。2006. 6, 京都
13. 清水研、内富庸介：頭頸部がんの Post-radical neck dissection pain に Panic Attack が合併した 2 例。第 19 回日本総合病院精神医学会総会。一般演題。2006. 12, 栃木
14. 明智龍男、内富庸介、他：終末期がん患者の抑うつ状態のスクリーニング：簡易面接法の有用性。第 19 回日本総合病院精神医学会総会。一般演題。2006. 12, 栃木

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。

尊厳死と患者の事前指示

——ドイツの議論を参考にして——

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 尊厳死問題が解決を迫られており、とりわけ患者の事前指示 (advance directive; Patientenverfügung) が法的・倫理的に重要な制度として考えられつつある。本稿では、理論的に入念な議論を展開しているドイツ連邦審議会および国家倫理評議会の最近の提言ないし勧告、さらにはドイツ連邦医師会のルールを分析・検討し、判例の動向も加味して、患者の事前指示のあり方について考察し、日本の議論の参考に供しようとするものである。

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、かつてないほどに解決を迫られた局面を迎えている。とりわけ患者の事前指示 (advance directive; Patientenverfügung) が法的・倫理的に重要な制度として考えられつつある。本稿では、理論的に入念な議論を展開しているドイツ連邦審議会および国家倫理評議会の最近の提言ないし勧告、さらにはドイツ連邦医師会の提言・勧告を分析・検討し、判例の動向も加味して、患者の事前指示のあり方について考察し、日本の議論の参考に供しようとするものである。

B. 研究方法

ドイツにおける議論の動向を、判例、ドイツ連邦医師会ガイドライン、連邦議会審議会答申中間報告の提言・勧告、国家倫理評議会の提言・勧告を素材として分析・検討した。

1 大きなインパクトを与えたケンプテン事件連邦通常裁判所判決（1994年9月13日 BGHSt. 40, 257）は、すでに紹介したように、末期とはいえない意思決定能力のないアルツハイマー病の患者（70歳）から人工栄養補給を打ち切った刑事事件であり、民法1904条（世話人による同意には家庭裁判所の許可を必要とする規定）の適用を認めると同時、厳格な要件の下での推定的同意による打切りの正当化の余地も認めた(1)。その後、フランクフルト上級地方裁判所判決（1998年7月15日 MedR 1998, S. 519ff.）は、不可逆的昏睡状態患者（85歳）の経管栄養補給打切りの許可を求めた民事事件で、本人に同意能力がない

場合に世話人の同意が後見裁判所の許可を必要とするかにつき、ドイツ民法1904条の類推適用を認めた(2)。また、ミュンヘン地方裁判所判決（1999年2月18日 MedR 2000, S. 89ff.）は、脳梗塞に罹患した重度の脳組織精神症候群の患者から栄養補給チューブを打ち切るよう世話人（＝息子）が許可を求めた民事事件において、ドイツ民法1904条の直接提供ないし類推適用を否定し、延命措置に関する決定は世話人に委ねることのできない事柄であり、それゆえ後見裁判所の決定を必要とする事柄ではない、と判示した(3)。

その後、さらに重要な判例が登場した。2003年3月17日のリュウベック事件連邦通常裁判所決定である(BGHZ 154)。本件は、失外套症候群に罹患した患者の世話人に指定された息子が患者の事前指示に基づいて「ゾンデ送管による栄養補給」中止を求めた民事事件である。区裁判所およびラント裁判所は請求を却下したが、連邦通常裁判所は破棄差戻しの決定を下した。その柱となる論拠は、(i)「人間の尊厳」からの帰結として、患者に同意能力がなく不可逆的な経過を辿りはじめた場合は、「患者の事前指示」の意思表示に基づいて延命措置を中止すべきである、(ii) 世話人は、医師や看護スタッフに対して、自己の法的責任および民法1901条の基準に従って患者の意思を表現し、認めさせなければならないが、医師から生命維持処置の申出がある場合には家庭裁判所の許可がなければこれを拒否できない、というものであった(4)。世話人の権限については、なお不明確な部分を残すとはいえ、患者の事前指示が法的に拘束力

を有することは、判例によっても認められているといつてよい。

2 これらの一連の判例に触発されて、ドイツ連邦医師会を中心に医学界にも変化が出てくる。

ドイツ連邦医師会は、古く1979年に「臨死介助の指針」(Bundesärztekammer, Richtlinien für die Sterbehilfe)を出していた。それによれば、臨死介助は、不可逆的な過程の途上にあり、近いうちに死に至る不治の疾病に罹患している患者の場合にのみ許容されるのであり、事前の書面が手掛かりに患者の推定的意思を顧慮しようとするものであった。そして、その後の状況および議論の変遷に対応すべく、1993年には、「医師による死の看取りのためのドイツ連邦医師会の指針」(Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung)が出された。それによれば、「死にゆく人(Sterbender)」とは、ひとつまたはいくつかの生命機能が不可逆的に不全し、死の到来が近いうちに予想されている患者であるという前提のもと、延命処置の中止は、死の到来の引き延ばしが死にゆく人の苦痛の過酷な引き延ばしであり、原疾患の不可逆的な過程に影響を与えることはもはや不可能である場合に許容されるというものであった。「死にゆくことの看取り(Sterbebegleitung)」（「死にゆくことに寄り添っての介助」という訳語もある）という言葉がこのころから使われ始めている点に留意する必要がある。

そして、前述のケンプテン事件判決の影響を受けて、1998年には、「医師による死にゆくことの看取りのためのドイツ連邦医師会の諸原則」(Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung)が出された。それによれば、臨死介助は、不治の疾病に罹患しているが死への過程がまだ始まっていない患者でも、生命維持処置が苦痛を引き延ばすにすぎない場合には許容される。具体的には、①臨死介助は、患者の意思に合致しなければならぬ、②患者指示(Patientenverfügung)は、医師の活動の「本質的な援助」であり、治療を必要とする具体的な状況に言及し、患者により撤回された示唆がないかぎり、拘束力を有する、という内容のものであった。これは、かなり支持を得ていたようである。しかし、前述のリュベック事件決定の影響を受けて、これに修正を加え、2004年に、「医師による死にゆくこと

の看取りのためのドイツ連邦医師会の諸原則」の改定版を出した。それにより、①患者指示を定義し（「意思表示無能力となった場合に将来の治療についての承諾能力ある患者の文書または口頭的意思表示」）、患者指示で述べられた意思が医師を拘束する、②栄養および液体の補給は必ずしも基本看護に含まれない、という具合に変更された。

3 この動向に触発されて、公的ルール策定の動きも始まった。2002年のドイツ連邦議会審議会答申「最終報告書」『現代医療の倫理と法』(Ethik und Recht der Modernen Medizin)は、「死にゆくことの看取りと臨死介助」について問題提起をしていたが(5)、2004年9月13日に『患者の指示に関する中間報告』(Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, Patientenverfügungen)を出した(6)。『中間報告』とあるが、同審議会の解散により、実質的には『最終報告』である。詳細は割愛するが、そこでは、入念な検討と事前指示に関するいくつかの提言(少数意見付)が行われている。とりわけ患者の事前指示の射程範囲を、基本疾病が不可逆的であり、医学的な治療にもかかわらず死に至る事案に限定し、基本看護を患者指示によって除外することはできない、と提言している。しかも、有効条件として、書面主義を堅持すべきだとしている。かなり厳格な立場を打ち出したといえよう。提言実施のための法整備(特に民法1901条bに患者による事前指示のための規定創設)を提唱している。

他方、2004年6月10日、司法大臣ツィプリース(Zypries)が設置した「末期における患者の自主性」を検討する作業部会が「報告書」(Patientenautonomie am Lebensende – Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen. Bericht der Arbeitsgruppe “Patientenautonomie am Lebensende” vom 10. Juni 2004. www.bmj.bund.de/media/archive/695.pdf)を出している。そこでは、終末期医療における自己決定権の尊重が説かれ、とりわけ推定的意思の尊重にウェイトが置かれている。これを受けて、2004年11月1日に患者の事前の指示に関する司法省第三次世話法改正法参事官草案が作成されたが、棚上げになり、2005年2月末に撤回された。

4 さらに重要なのが、2005年6月2日に首相直属の国家倫理評議会(Nationaler Ethikrat)が出した「患者の指示——自己決定のひとつの道具立て」(Patientenverfügung—Ein Instrument der Selbstbestimmung)という報告書である(7)。本文では入念な検討が行われているが、ここでは紙数の関係で、最後にまとめられた勧告14のポイント(立法提言も含む)を簡潔に紹介しておくことにする。立法化には疑問点もあるが、論理は、日本の議論においても実に参考になる。

1. 議論が積極的臨死助命の禁止に疑問を投げかけるものであってはならない。

2. 決定能力を有する者は、将来に決定能力を失う場合に備えて、患者の指示により、将来採られる医学的処置(生命維持処置を含む)についてそれを受けるか否かを決定する権利を有する。患者の指示の要件および射程範囲は、法律によって規定されなければならない。

3. 患者の指示は、患者と医師、看護師、介護師、代理人もしくは近親者との間の法律関係に影響を及ぼすので、民法典の中に規定されるべきである。刑法においても補充的規制が望ましい。

4. 立法者は、ある人が明確かつ十分に具体的にある医学的処置に関して決定した患者指示が医師・看護師・介護師に対して拘束力を有することを明確にすべきである。

5. 患者の指示の射程範囲と拘束力を疾病の特定の段階に限定すべきではない。

6. 患者の指示の規律を行うと同時に、世話人および任意代理人の権限を法律上明確化すべきである。立法者は、本人が指名した代理人や裁判所が選任した世話人が患者の指示で定められた治療のあり方を、医師・看護師・介護師に対して、場合によっては近親者に対しても貫徹しなければならない、と命じるべきである。

7. 患者が明確かつ十分に具体的に懸案の状況に関して自己決定した患者指示は、たとえ世話人や代理人の視点から見れば患者の福祉に反している場合であっても、世話人や代理人に対して拘束力がある。

8. 代理人や世話人が患者の指示を濫用している根拠が存在する場合には、後見裁判所の管轄を準備すべきである。さらに、立法者は、患者の指示の承認と解釈にあたり、世話人、医師、看護師もしくは介護師、および近親者の間に意見の相違が生じる場合には、世

話人の決定について後見裁判所の許可を必要とする規定すべきである。

9. 当該患者の指示が存在しない場合、代理人と世話人の権限をそれぞれ区別して規定すべきである。

上記の場合、世話人は、被世話人の推定的意思に沿った被世話人の福祉に拘束されるべきである。世話人は、被世話人にとって死亡や相当程度重大かつ長期的な被害の危険と結びつく決定についてはすべて後見裁判所の許可を得なければならないようにすべきである。

これに対して、任意代理人の決定権限は、委任状とそれによって与えられた裁量の余地に従うべきである。後見裁判所は、任意代理人が与えられた裁量の余地を越えていることに根拠がある場合にかぎり、管轄が認められるべきである。

10. 立法者は、書面またはそれに比肩しうる確実な証拠記録(ビデオテープ等)を患者の指示の有効要件とすべきである。この要件に合致しない表明は、推定的意思の探求にあたって斟酌されるべきものとする。

11. 患者の指示の有効性は、専門的知識に基づいた相談の先行に関らしめるべきではない。

12. 患者の指示に現実性(Aktualität)をもたせるべきである。

13. 立法者は、とりわけ認知症患者の増加を顧慮して、決定能力を有しない人が生きる意欲の徴候を示したときは、治療行為を拒絶する患者の指示の拘束力が取り消されることを明確にしなければならない。ただし、以下の場合には、このかぎりではない。

a) 医療に関する決定を行う状態が患者の指示の中に十分に具体的に記述されている場合。

b) 患者の指示が上述の生きる意欲の徴候に言及し、それが決定要素として重要性を有することを否定している場合。

c) 患者の指示が書面で作成され、またはそれに比肩しうる方法で確実に記録されている場合。および

d) 患者の指示の作成に先立って適切な相談が行われている場合。

14. 患者の指示の有無は、養護施設の入所の要件にされてはならない。患者指示は、決して経済的な目的で濫用されてはならない。

5 以上の法曹界、医学界および政界の動きに触発されて、2006年には、ドイツ刑法学会でも、刑法改正を含む新たな「死にゆくこ

との看取り法対案(Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung)」がハインツ・シェヒ(Heinz Schöch)やトルステン・ヴェレル(Torsten Verrel)ら24名の学者から提言された(8)。1986年の「臨死介助法対案(Alternativentwurf eines Gesetz über Sterbehilfe)」(9)に次ぐ立法化の提言ではあるが、賛否両論があり(詳細は別途取り上げる)、連邦医師会の上記ガイドラインで柔軟に対応するのが趨勢のようである。

C. 研究結果

最近、日本においても、終末期医療ないし尊厳死に関する事件(射水市民病院事件等)、判例(川崎協同病院事件第1審判決(横浜地判平成16・3・25判タ1185・114)に触発されて、医学界のガイドラインの策定や厚生労働省を中心にしたガイドライン策定の動き

(たたき台の呈示)があり、また、国会議員も超党派で立法化を目指す動きがある状況にあり(10)、「患者の事前指示」を中心にした以上のドイツの議論は、日本の議論への示唆を含むものが多いように思われる。

D. 考察

1 尊厳死問題を考えるうえで重要な基本的視点をまず確認しておく必要がある。

第1に、「疑わしきは生命の利益に(in dubio pro vita)」という基本的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、あるいは中止する場合、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。「疑わしきは生命の利益に」の原則は、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」という価値判断を押し付けてはならないことを意味する。

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。

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)の段階からそこに至らない程度のものであるのでそ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。また、慢性疾患の場合もあるし、救急患者の場合もある。さらには、筋萎縮性側索硬化症(ALS)のような難病患者の場合もある。治療中止が患者の自己決定権に由来するとはいえ、その権利は死ぬ権利を認めたものではなく、死の迎え方ないし死に至る過程についての選択権を認めたにすぎない点、および差控え・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再確認する必要がある。ちなみに、重大な侵襲を伴わない水分や栄養分の補給については、前述のようにドイツでも争いがある。すべてを対象にしてよいとする見解もあるが、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。

第4に、患者の意思の確認が重要である。厳密には、それも、いくつかの場合分けが必要である。そこで、つぎに、その場合分けをしつつ、「患者の事前指示」について検討することに

2 結論的に、「患者の事前指示」のように、患者の延命拒否の意思が明確な場合は、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同様、患者の意思を尊重して、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、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、原則としてその意思が継続しているとみることができ、基本的にその意思に拘束力があると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・ディレクティブないし事前の指示は、そのかぎりでも尊重してよいと考える。ドイツの連邦議会審議会答申および国家倫理評議会の報告書は、そのかぎりでも妥当な方向性を示している。

しかし、「患者の事前指示」やリビング・ウィルの拘束力については、かねてより、その場面に直面した場合と事前の健常時の判断

状況とでは（情報を含め）格差があるという観点から、その後の意思の変更可能性に関する疑念がある。当然ながら、この点については、事前の意思表示の撤回を保障することが重要である。同時に、延命治療の差控え・中止の決断を迫られる場面とはいかなるものかを広く情報提供しておくことも重要だと思われる。

また、ドイツの議論では、書面に固執する傾向が強いが、アメリカの議論に見られる「明白かつ説得力ある証拠」（複数人の証言）があれば、口頭でも認めるべきではないかと考える。

3 しかし、現実には患者の意思が必ずしも十分に明確でない場合やまったく明確でない場合が多いという現実がある。前者の場合には、すでに別途論じたように(11)、アメリカの判例理論のような「代行判断 (substituted judgment)」ないしドイツの議論に見られる推定的同意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。ドイツの判例理論では、必ずしも明確でない。これに対して、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。

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、問題である。川崎協同病院事件第1審判決では、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。また、仮に本件のような場合に正確な情報が家族に伝わっていて、家族が判断を迫られた場合、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、あるいはその判断が適法性を導けるかは、もう少し慎重に議論する必要がある。近時、「問題は、家族の意思による推定を広く認めることが理想的かどうかではなく、認めない場合と比較してどちらが望ましいかである」という観点から、家族の意思による推定を認めることを支持する有力説も出始めたが、家族の有り様が多様なだけに、疑問がある。それが認められるのは、患者本人の延命拒否の意思の合理的な推定が可能な場合に限定されるべきものと思われる。

この点について、川崎協同病院事件第1審判決が、「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・考え方等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」とした点は評価できる。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」の原則に則り、患者の生命保護を優先させるべきである。

E. 結論

患者の事前指示 (アドバンス・ディレクティブ) ないしリビング・ウィル (書面による生前の意思表示) については、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方が妥当ではないかと思われる。なぜなら、立法化は、技術的にかかなりの困難を伴い、必ずや拡張解釈が繰り返されるだろうからである。もちろん、ガイドラインの場合でも、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。そして、信頼できるガイドラインができれば、法実務においても尊重されるであろう。ドイツやオランダでは、現実にはその方向にある(12)。

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。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。後見人制度を絡ませる場合には、立法論議が出てくるであろう。

【参考文献】

- 1) 本判決の詳細については、甲斐克則『尊厳死と刑法』(2004・成文堂) 233 頁以下参照。
- 2) 詳細については、甲斐・前出注 1) 254 頁以下参照。
- 3) 詳細については、甲斐・前出注 1) 255 頁参照。
- 4) 詳細については、武藤眞朗「人工栄養補給の停止と患者の意思」東洋法学 49 巻 1 号(2005) 1 頁以下、特に 12 頁以下参照。
- 5) Deutscher Bundes Referat Öffentloch-Keit(Hrsg.), Enquete-Kommission. Recht und Ethik der modernen Medizin. Schlussbericht, 2002, SS. 428-437.
- 6) この邦訳として、ドイツ連邦議会審議会中間答申(山本達監訳・松田純・宮島光志・馬淵浩二訳)『人間らしい死と自己決定——終末期における事前指示——』(2006・知泉書館)がある。以下、この中間答申については、同訳書による。
- 7) 詳細については、カタリナ・ガウヘル「患者の自己決定権と臨死介助の規制——自己決定の手段としての患者指示に関するドイツ国家倫理評議会の報告(翻訳と解説)——」生命と医療・法と倫理 Vol. 1(2006)(早稲田大学) 36 頁以下参照。
- 8) GA2005, S. 553ff.
- 9) 甲斐克則『安楽死と刑法』(2003・成文堂) 80 頁以下参照。
- 10) 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) 98 頁以下、同「法律からみた尊厳死」医療情報センター編『尊厳死を考える』(2006・中央法規) 77 頁以下、同「尊厳死・安楽死をめぐる法と倫理」麻酔 55 巻増刊号(2006) 93 頁以下参照。

11) 甲斐・前出注 10) 参照。

12) 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が、王立医師会のガイドライン策定により問題を当面克服したようである。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。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表

甲斐克則：「尊厳死・安楽死をめぐる法と倫理」麻酔 55 巻増刊号(2006) pp. 93-99

甲斐克則：「「官僚の不作为と刑事過失責任——薬害エイズ事件厚生省ルート」宇都木伸・町野朔・平林勝政・甲斐克則編『医事法判例百選』(pp. 62-64) (有斐閣・2006)

甲斐克則：「「遺伝情報と法の関わり」甲斐克則編『遺伝情報と法政策』序章(pp. 1-5) (成文堂・2007)

甲斐克則：「ドイツにおける遺伝情報の法的保護——『連邦議会審議会答申』を中心に——」甲斐克則編『遺伝情報と法政策』第 7 章(pp. 199-229) (成文堂・2007)

著書

甲斐克則：『医事刑法への旅 I (新版)』(イウス出版、東京、2006 年 6 月)

甲斐克則：『医事法判例百選』(有斐閣、東京、2006 年 9 月)(共編)

甲斐克則：『尊厳死を考える』(中央法規、東京、2006 年 11 月)(医療教育情報センター編・共著)

甲斐克則：『遺伝情報と法政策』(成文堂、東京、2007 年 1 月)(編著)

甲斐克則：『生命倫理百科事典』(丸善、東京、2007 年 1 月)(共編訳・編集幹事)

学会発表

甲斐克則「医療事故の届出義務と医療事故防止」医療事故問題研究会 10 周年記念大会(2006 年 5 月 27 日・ウィル愛知)

甲斐克則「PT/OT の『医行為』の将来展望と教育への提言」2006 年度理学療法士作業療法士連絡協議会(2006 年 6 月 3 日・首都大学

東京保健福祉学部)

甲斐克則：「尊厳死・安楽死をめぐる法と倫理」 日本麻酔科学会第 53 回学術集会シンポジウム「尊厳死・安楽死」(2006 年 6 月 1 日, 神戸ポートピアホテル)

甲斐克則：「医療事故の届出義務と医療事故防止——21 条の問題点と法改正への提言——」 第 112 回日本産科婦人科学会関東連合地方部会 2006 年 10 月 29 日, 横浜パシフィコ)

甲斐克則：「医療情報と刑事法」 第 36 回日本医事法学会 (2006 年 11 月 26 日, 國學院大學)

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

がん患者における尊厳ある生への援助の評価に関する研究

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 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行っている 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プログラムに参加し、2006年10月1日現在、ジャパン・ウェルネスに在籍し、かつ郵送による連絡が可能な会員453名を対象にアンケート調査を行った。

がん患者のプログラムへの参加状況および満足度について調査し、がん患者の尊厳ある生に影響するかについて考察することにした。プログラムに参加した8割のがん患者は、プログラムに対して満足であると回答しており、プログラム参加期間においてQOL(Quality of Life)を維持し、「尊厳ある生」を維持され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。

また、近年、終末期医療をめぐる問題として新たな延命技術の開発により、患者が医療の客体にされることに抵抗すべく、人工延命治療を拒否し、医師が患者を死にゆくことに任せることを許容する尊厳死 (death with dignity) あるいは自然死 (natural death) の議論が盛んに行われている。尊厳死を議論するうえで、死ぬことを先行して問題設定することは適切ではなく、やはり患者がまず自己の最期を「どう生きるか」が重要である。

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行っている 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プログラムに参加し、予後の限られたがん患者のプログラムへの参加状況および満足度について調査し、プログラムが予後の限られたがん患者の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

2006年10月1日現在、ジャパン・ウェルネスに在籍し、かつ郵送による連絡が可能な会員453名を対象に、サポートグループおよびセカンド・オピニオンの参加状況および満足度について郵送によるアンケート調査を行った。

本調査では、尊厳死を「尊厳ある生」の延長線上にあるプロセスと仮定した。この「尊厳ある生」への援助がジャパン・ウェルネスのプログラムであり、それに対して満足度が高いということは「尊厳ある生」を全うしていると推察できるものと考えた。

そこで、患者がジャパン・ウェルネスのプログラムに積極的に参加できたか否か、また、そのプログラムに関して何を期待し、また何に満足したかについて検討した。

(倫理面への配慮)

回答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

アンケートの回収率は49.0% (222/453) であった。本調査対象であるがん患者のジャパン・ウェルネスの平均在籍期間は2年8か月であった。

患者の年齢構成としては、20歳代0.5%、30歳代1.8%、40歳代12.2%、50歳代24.3%、60歳代34.7%、70歳以上24.3%であった。

患者の疾病部位の構成としては、乳がん(19.8%)、大腸がん(19.8%)、肺がん(8.6%)、胃がん(8.1%)、前立腺がん(6.3%)、卵巣がん(4.5%)、子宮がん(2.3%)、食道がん(1.8%)、肝臓がん(1.4%)の順であり、重複がんについても21名(9.5%)いた。また、再発・転移をしている患者は、61名(27.5%)であった。

プログラム参加状況について、サポートグループには160名(72.1%)が参加しており、セカンド・オピニオンには102名(45.9%)が参加したことがあったと回答した。プログラム参加者のうち、サポートグループおよびセカンド・オピニオンの満足度について調査したところ、以下のような結果を得た。

(1) サポートグループ

サポートグループに参加者したことがあると回答した160名のうち「満足している」(45.0%)および「大体満足している」(36.3%)とを合わせて81.3%の者が満足していると回答していた。

サポートグループに参加しようと思った理由(複数回答)としては「同じ病気の人の体験を聞いて参考にしたり、励ましあったりする」(80.4%)、「がんという病気やその治療法についての知識・情報を得る」(69.0%)、「お互いの情報を交換し合う」(59.5%)、「がんという病気をどのような気持ちで受け止めるか学ぶ」(56.3%)、「普段言えない気持ちや体験を話せる」(53.8%)であった。

サポートグループに参加して満足しているところ(複数回答)としては、「同じ病気の人の体験を聞いて参考にしたり、励ましあったりする」(72.8%)、「がんという病気やその治療法についての知識・情報を得る」(55.7%)、「普段言えない気持ちや体験を話せる」(53.2%)、「お互いの情報を交換し合う」(49.4%)、「がんという病気をどのような気持ちで受け止めるか学ぶ」(45.6%)であった。

サポートグループに参加して自分が変わったと思えるところは何か(複数回答)との問いに対しては、「がんに関する情報が増えた」(57.0%)、「同病の友人が増えた」(43.0%)、「生き方が前向きになった」(41.1%)、「落

ち着いた気持ちで生活できるようになった」(37.3%)であった。

また一方で、サポートグループについて「参加したことがない」と回答した者(62名)の多くは、「開催日程が都合と合わない」(35.3%)、「遠方のため参加できない」(24.7%)との理由から参加できないでいることがわかった。

(2) セカンド・オピニオン

セカンド・オピニオンに参加者したことがあると回答した102名のうち「満足している」(45.1%)および「大体満足している」(38.2%)とを合わせて83.3%の者が満足していると回答していた。

セカンド・オピニオンを受けた後の行動については「助言に従った」(58.3%)、「サポートグループに参加した」(16.5%)、「別のセカンド・オピニオンを受けた」(5.8%)であった。

ジャパン・ウェルネスのセカンド・オピニオンの特徴である複数の相談者による対応については、「よいと思う」(86.0%)、「どちらとも言えない」(3.6%)、「一人で良い」(3.2%)であった。

相談時間を30分としていることについては、「妥当だと思う」(66.7%)、「短いと思う」(26.1%)であった。

相談料30分3,000円としていることについては、「妥当だと思う」(60.8%)、「安いと思う」(28.4%)、「高いと思う」(5.0%)、「無料にして欲しい」(1.8%)であった。

D. 考察

本来、病死を含む自然死であれば人間は尊厳を保ったまま死にゆくことができるはずである。しかし今日の医療の発達によって延命技術が進歩したため、死を迎える段階でただ「生かされている」だけの状態となってしまうことが多くなった。こうした状態で死に臨むことを望まない立場から、「尊厳死」の概念が発生し広まってくることとなった。尊厳死を保つための手段として、苦痛から解放されるためにペインコントロール技術の活用および無意味な延命行為の拒否が挙げられる。しかし、いずれも死を望むものではなく、「人間らしく生きる」ことを前提としている。したがって、ジャパン・ウェルネスでは、尊厳死を「尊厳ある生」の延長上にあるプロセスと考えている。

そして、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、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「自分らしさ（主体性）」の喪失、QOLの低下を伴う。

今回の調査からサポートグループに参加しようと思った理由（複数回答）に関して「同じ病気の人の体験を聞いて参考にしたり、励ましあったりする」（80.4%）、「がんという病気をどのような気持ちで受け止めるか学ぶ」（56.3%）、「普段言えない気持ちや体験を話せる」（53.8%）といった他者との関係性に関わる事項をがん患者が強く求めていることが明らかになった。

がん患者の多くが直面する「絶望」「無用の孤立」「主体性の喪失」を乗り越えるためのジャパン・ウェルネスのプログラムにおいて、サポートグループに関しては「満足している」「大体満足している」を合わせて81.3%との結果を得ており、とくに前述の「同じ病気の人の体験を聞いて参考にしたり、励ましあったりする」ことについて、72.8%が満足している点として挙げている。また、サポートグループに参加して自分が変わったと思えるところとして情報量の増大（「がんに関する情報が増えた」（57.0%））の他に「生き方が前向きになった」（41.1%）、「落ち着いた気持ちで生活できるようになった」（37.3%）と回答しており、サポートグループに参加することによって、がんとの向き合い方が前向きとなり、QOLが向上していると考えられる。

これらのことからサポートグループに参加することによって「絶望」「無用の孤立」「主体性の喪失」といったことから開放されていることが示唆された。

また、セカンド・オピニオンに関しても「満足している」「大体満足している」を合わせて83.3%との結果を得ている。また、セカンド・オピニオンを受けた後の行動について、「助言に従った」患者が58.3%と約6割を占め、セカンド・オピニオン後は同病者間交流

である「サポートグループに参加した」患者さんが16.5%となっており、7割の方が継続してジャパン・ウェルネスのプログラムに参加していることから患者に対する満足度は充足されていたものと考えられる。

このようにジャパン・ウェルネスが提供するプログラムに参加することによって他者との関係性を維持し、「尊厳ある生」を充足させていることが示唆された。

E. 結論

がん患者の多くは、自身と同様の環境下にある他者との関係を求めており、その他者との関係の充足が「尊厳ある生」への援助において重要であることがわかった。

ジャパン・ウェルネスのプログラムに積極的に参加している状況は、尊厳ある死へ向うプロセスであり、そのプロセスにおいて満足度が高いことは、「尊厳ある生」を維持していたと考えられる。

このことからジャパン・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今回の調査からわかった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

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

終末期がん患者の意思決定をめぐる現状と課題－患者と家族の意向の相違を中心に
分担研究者 田村 里子 東札幌病院 MSW 課課長

研究趣旨

尊厳死とは、選択肢が保証され自己決定が尊重された尊厳ある療養生活からもたらされる。患者の自己決定の局面に、家族との関係や家族の考えは大きな陰を落とす。昨年平成17年度の「養場の選択における患者の意向をめぐる現状」の筆者の研究においても、医療の受け手の本人に選択肢が示されず、療養先に関する自己決定の保証が困難な状況が明らかになった。同患者本人への情報の開示や、患者と家族が情報共有のプロセスが、自己決定の鍵となる事が示唆された。患者と家族の意向の相違がある場合 MSW は患者本人の自己決定を支援する上で、患者家族関係、医療者との関係への介入を行う。そこで「患者と家族の意向の相違について、どのような状況でどのような意向の相違が生じているか」について、相談事例・カンファレンス記録を基に分析した。そこから「病状説明についての意向の相違」について多くの項目で有意な関連が認められ、要因として「家族と本人の情報量の差の大きさ」「本人へのサポート不安」があり、そこへの介入が患者本人の意思決定プロセスを保障する上で重要であることが示唆された。

A. 研究目的

患者と家族の意向の相違について、どのような状況でどのような意向の相違が生じているか、その背景と要因について明らかにし、患者の自己決定を支援するための援助の手がかりを得る。

B. 研究方法

平成18年4月から平成19年1月の間に、東札幌病院医療相談室に寄せられた相談のうち、患者と家族の意向の相違が生じていた相談事例の記録、また医療チームカンファレンスの記録をもとに、1事例ごとに質問紙に記入し、その結果について集計し、分析を行った。

（倫理面の配慮）

匿名性を保護し、データについては数量化を行い、回答者が特定されることのないように配慮し、情報を研究目的以外に利用しないこと、また、回答内容による不利益は一切ないよう配慮を行った。

C. 研究結果

はじめに、患者と家族の意向の相違につ

いての該当事例 65 例の属性を示しておきたい。

患者についてみていくと、性別は男女が半々であり、年齢階層は60-70代が63.1%であった。また、癌腫は25種にわたり最も多かったのは肺ガン(20.1%)であった。一方、相談者の家族は、女性が64.6%、40-50代が44.6%、患者との同居・別居はほぼ同数であった。また、家族の23.1%が調査時点で通院中であった。

患者と家族の意向の相違があったものは、「今後の療養先について」が回答者の47.7%で最多となり、「病状説明について」30.8%、「治療方針について」27.7%と続いた。

これらの相違と、患者・家族の状況、関係性、認識等についての関係を、設問ごとに得られた回答を質的変数化して分析を行ったところ、以下のような結果が認められた。特に、「病状説明についての意向の相違」について、多くの項目で有意な関連が認められた。

「病状説明についての意向の相違」については、「発病前より最期についての会話や

共有がないこと」および、「発病によって最期についての会話や共有ができなくなったこと」との関連がそれぞれ認められた（それぞれ1%水準、表1・2）。つまり、「発病前より最期についての会話や共有がなかった」あるいは「発病によって最期についての会話や共有ができなくなった」群では、「病状の説明への意向の相違」が多く見られることがわかった。

また、この相違に関しては、「患者と家族の情報量の大きさ」（1%水準、表3）、「家族から本人に働きかけることの辛さ」（0.1%水準、表4）「家族の本人へのサポート不安」（0.1%水準、表5）と関連があった。情報量が大きいことや家族の本人に対するサポート不安は、病状の説明への意向の相違を多く生んでいることがわかった。

これらの項目のうち、「患者と家族の情報量の差」と「家族の本人へのサポート不安」の関連をみたところ、1%水準で有意差が認められた。このことから、患者・家族間での情報量の多寡が、家族自身による患者本人へのサポート不安を助長していることが考えられる。（表6）

「情報量の差の有無」をコントロール変数として、「サポート不安の有無」と「病状の説明への意向の相違」の関係をみたところ、「情報量の差が大きい」群のうち、「本人へのサポートに不安がある」グループでは、「病状の説明への意向の相違」が多く見られることがわかった。反対に、「情報量の差が大きい」群では、その多くが「病状の説明への意向の相違」がないと表明している。（5%水準、表7）

さらに「本人へのサポート不安の有無」をコントロール変数として、「病状と向き合

う辛さの有無」と「病状の説明（の意向の相違）」の関係をみたところ、「本人へのサポート不安がある」群のうち、「病状と向き合うつらさがある」グループでは、「病状の説明（への意向の相違）」が多く見られることがわかった。（0.1%水準、表8）

同じく「本人へのサポート不安の有無」をコントロールして、「本人の気持ちの落ち込み不安」と「病状の説明（の意向の相違）」の関係をみたところ、「サポート不安がある」とした群のうち、「本人の気持ちの落ち込み不安がある」と回答したグループでは、「病状の説明（の意向の相違）」が多く見られることが分かった。（5%水準、表9）

D. 考察

患者と家族の意向の相違、ことに「病状説明についての意向の相違」が生じている背景には、「家族と本人の情報量の差の大きさ」「本人へのサポート不安」が要因として考えられる。またこうした相違は、「最期についての会話や共有が病前よりない」といった従来からの患者家族の関係性、また「発病によって最期についての会話や共有ができなくなった」という現在の患者家族の関係性、にも起因していることが考察される。

E. 結論

終末期がん患者の意思決定をめぐる現状と課題について患者と家族の意向の相違を中心に、患者と家族の意向の相違が生じていた相談事例やカンファレンスの記録をもとに、どのような状況でどのような意向の相違が生じているかについて検討した。

患者と家族の意向の相違、ことに「病状説明についての意向の相違」に関しては、

「患者・家族の両者の持っている情報量の差」そこから関連して生じる「家族自身の患者本人へのサポート不安」についていかに介入するかが、患者本人の意思決定プロセスを保障する上で重要であることが示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

田村里子 第 12 回 日本緩和医療学会 2007.6 予定

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案特許

なし

3. その他

なし

表 1

			病状の説明		合計
			相違あり	相違なし	
最期について(発病前よりなし)	あてはまる	度数 %	14 53.8%	12 46.2%	26 100.0%
	あてはまらない	度数 %	5 15.6%	27 84.4%	32 100.0%
合計		度数 %	19 32.8%	39 67.2%	58 100.0%

p<.01

表 2

			病状の説明		合計
			相違あり	相違なし	
最期について(発病によって)	あてはまる	度数 %	14 56.0%	11 44.0%	25 100.0%
	あてはまらない	度数 %	5 15.2%	28 84.8%	33 100.0%
合計		度数 %	19 32.8%	39 67.2%	58 100.0%

p<.01

表 3

			病状の説明		合計
			相違あり	相違なし	
情報量の差大きい	あてはまる	度数 %	15 55.6%	12 44.4%	27 100.0%
	あてはまらない	度数 %	5 14.7%	29 85.3%	34 100.0%
合計		度数 %	20 32.8%	41 67.2%	61 100.0%

p<.01

表 4

			病状の説明		合計
			相違あり	相違なし	
病気と向き合うつらさ(働きかけづらい)	あてはまる	度数 %	18 58.1%	13 41.9%	31 100.0%
	あてはまらない	度数 %	2 6.5%	29 93.5%	31 100.0%
合計		度数 %	20 32.3%	42 67.7%	62 100.0%

p<.001

表 5

			病状の説明		合計
			相違あり	相違なし	
サポート 不安	あてはまる	度数	17	16	33
		%	51.5%	48.5%	100.0%
	あてはまらない	度数	3	27	30
		%	10.0%	90.0%	100.0%
合計		度数	20	43	63
		%	31.7%	68.3%	100.0%

p<.001

表 6

			サポート不安		合計
			あてはまる	あてはま らない	
情報量の 差大きい	あてはまる	度数	20	8	28
		%	71.4%	28.6%	100.0%
	あてはまらない	度数	11	23	34
		%	32.4%	67.6%	100.0%
合計		度数	31	31	62
		%	50.0%	50.0%	100.0%

p<.01

表 7

情報量の差大きい				病状の説明		合計
				相違あり	相違なし	
あてはまる	サポート 不安	あてはまる	度数	14	6	20
			%	70.0%	30.0%	100.0%
		あてはまらない	度数	1	6	7
			%	14.3%	85.7%	100.0%
合計			度数	15	12	27
			%	55.6%	44.4%	100.0%
あてはまらない	サポート 不安	あてはまる	度数	3	8	11
			%	27.3%	72.7%	100.0%
		あてはまらない	度数	2	21	23
			%	8.7%	91.3%	100.0%
合計			度数	5	29	34
			%	14.7%	85.3%	100.0%

「情報量の差大きい：あてはまる」 p<.05
 「情報量の差大きい：あてはまらない」 n.s.

表 8

サポート不安				病状の説明		合計
				相違あり	相違なし	
あてはまる	病氣と向き合う つらさ(話題)	あてはまる	度数	17	6	23
			%	73.9%	26.1%	100.0%
		あてはまらない	度数	0	9	9
			%	.0%	100.0%	100.0%
合計			度数	17	15	32
			%	53.1%	46.9%	100.0%
あてはまらない	病氣と向き合う つらさ(話題)	あてはまる	度数	2	11	13
			%	15.4%	84.6%	100.0%
		あてはまらない	度数	1	16	17
			%	5.9%	94.1%	100.0%
合計			度数	3	27	30
			%	10.0%	90.0%	100.0%

「サポート不安：あてはまる」 $p<.001$

「サポート不安：あてはまらない」*n.s.*

表 9

サポート不安				病状の説明		合計
				相違あり	相違なし	
あてはまる	落ち込みへの不安や心配	あてはまる	度数	16	8	24
			%	66.7%	33.3%	100.0%
		あてはまらない	度数	1	7	8
			%	12.5%	87.5%	100.0%
合計			度数	17	15	32
			%	53.1%	46.9%	100.0%
あてはまらない	落ち込みへの不安や心配	あてはまる	度数	1	7	8
			%	12.5%	87.5%	100.0%
		あてはまらない	度数	2	20	22
			%	9.1%	90.9%	100.0%
合計			度数	3	27	30
			%	10.0%	90.0%	100.0%

「サポート不安：あてはまる」 $p<.05$

「サポート不安：あてはまらない」*n.s.*

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

認知症高齢者の終末期医療に関する家族の意識調査
- 外来患者について -

分担研究者 平沢記念病院 平澤秀人

研究要旨 当院に外来通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、急変時ともに積極的な延命処置は望まない家族が多く、その傾向は配偶者に多かった。しかし、終末期についての話し合いを持っている家族は半数に満たず、本人の意向が表明されていることが少ないと考えられた。

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調査を行い、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

2006年8-9月に、当院の外来に通院した認知症患者の家族193名に「終末期における延命処置に関する調査」としてアンケートを主治医からの手渡しで配布した。アンケートは、家族への反応もほとんどない80歳の重度の認知症患者で、肺炎を繰り返し余命6ヶ月（終末期）と判断されている架空の事例に当てはめて答えるものとした。得られた回答を集計し、認知症患者の終末期に対する家族の意識を把握する。

（倫理面への配慮）

アンケートの内容で診療が変わることは一切ないことを付記し、原則無記名での返送で患者を特定することはないため倫理面での配慮は十分と思われる。

C. 研究結果

対象となった入院患者は193例（男性62例、女性131例）、平均年齢83.5歳、MMS平均は15.9点であった。回答が得られたのは97家族（50.3%）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81%、15%、4%であった。その判断は「本人」「子供」「配偶者」が入院

59%、29%、7%であった。

急変時には「積極的延命処置を望む」「点滴、酸素、栄養チューブなどを用いた延命処置を続ける」「自然の経過で見守る」が3%、26%、70%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。

家族との話し合いがあると答えた例は、44.1%と半数に満たない結果となった。

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」「延命処置をしないこと」が58%、31%であった。感想は「当然のことと思った」「戸惑いを感じた」が71%、17%であった。

D. 考察

終末期に関するアンケートを外来患者家族に行った。終末期の栄養補給や急変時に多くの処置を望まない家族が多かった。

しかし、終末期医療について考えていた割合や話し合いを持ったことがある例は半数に満たず、本人の意向がはっきり表明されている例は少ないと考えられる。

自由意見の中には、「本人の意志がしっかりしているうちに話し合っておくべき」「（アンケートが）話し合いのいい機会になった」なども多く、慢性の経過をたどる認知症では、話し合いのきっかけを掴むことが難しい現状が窺われた。

E. 結論

外来通院患者家族は、患者の終末期に多くの処置を望まない傾向が強い。また、患者の

意向を反映してそうした判断をしたいと考えているにも関わらず、話し合いを持ったことがある例は多くない。

認知症は慢性の経過をたどり、その症状や介護に意識が集中する。特に外来通院患者の家族は、入院などの患者の大きな生活の変化もないため、終末期について直接考え、判断する機会が少ない。

日々の生活を共にしているからこそ、症状や介護に意識が集中しがちである在宅認知症患者の家族も、何らかの形で終末期について話し合う機会を持つことが重要と考えられる。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 秋山英恵、桐谷優子、渋谷陽子、平澤秀人：第48回日本老年医学会学術集会、「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-」，平成18年6月9日（金沢）

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