

厚生労働科学研究費補助金
医療技術評価総合研究事業

わが国の尊厳死に関する研究

平成16年度～平成18年度 総合研究報告書

主任研究者 松島 英介

平成19 (2007) 年 3月

目 次

I. 総合研究報告	
わが国における尊厳死に関する研究 1
II. 研究成果の刊行に関する一覧表34
III. 研究成果の刊行物・別冊43

わが国における尊厳死に関する研究

主任研究者 松島英介 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野 助教授

研究要旨

「尊厳ある死」については、単に法的な側面だけではなく、臨床的な側面も含めて包括的に考えることが必要であり、その際には死に至る過程の「尊厳ある生」をいかに充実させるかを検討することが重要であるという共通の認識を得て以下の研究を実施した。

分担研究者の池永昌之は、「患者の求める尊厳死に沿った緩和ケア病棟の役割に関する研究」と題して、まず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。その結果、尊厳死においては、「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」などが重要であることが示された。次に、緩和ケア病棟の運営の実態を明らかにし、今後の課題を示すために、近畿の緩和ケア病棟認可施設を対象に、郵送法による質問紙調査を行った。在宅療養に関する対応や民間療法に関する対応は、施設間で大きな差はなかったが、経口抗腫瘍薬に関する対応や病棟での安全に関する問題は施設における考え方によって、その対応方法は大きく異なっていた。今後、緩和ケア病棟での運営の実態を明らかにしていくことにより、施設におけるケアを統一していくことは、利用する一般市民にケアの実態を伝え、緩和ケアを啓蒙していくために、非常に重要な課題になっていくと考えられた。最後に、患者のニーズにあった緩和ケア病棟の役割について、全国の緩和ケア病棟を担当する責任医師を対象とし、郵送法による質問紙調査を行った。その結果、診療所と緩和ケア病棟の連携、保険適応外治療・民間療法・経口抗腫瘍薬の緩和ケア病棟における施行、その他の緩和ケアに関する問題（安全や転倒防止、喫煙、病名認知、病状認知など）などが浮かび上がった。

分担研究者の内富庸介は、「難治がん患者の抑うつに関する研究」と題して、まずがん患者の尊厳に関連する重大な因子と考えられている抑うつを取り上げ、その病態を検索した。代表的な難治がんである膵がん患者 110 名を対象に面接調査を行い、抑うつ（適応障害、うつ病）の有病率が 11-15%であり、1ヶ月抑うつ発症率が 14%であること、抗がん治療中に抑うつを発症する治療前の予測因子が、強い悲嘆、低い performance status、近親者のがん死亡体験であることを明らかにした。次に患者の尊厳を支えるために重要な、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を調査した。529 名のがん患者を対象に、質問紙調査を行ったところ、「最も良い治療法を伝えてくれる」への重要性が高く、「手や肩に触れる」への評価が低かった。また患者の意向は「情緒的サポート」、「医学的情報」、「明確な説明」、「質問の促進」、「場の設定」の 5 因子に分かれていた。

分担研究者の甲斐克則は、「尊厳死問題と法的・倫理的ルール化」と題して、法的な面から「尊厳ある死」についてドイツの事例も交え検討した。現在、日本では尊厳死問題が解決を迫られており、人工延命措置の差控え・中断が許される根拠および要件は何か、という点が重要なポイントとなっている。この問題に答えるため、この問題に関する国内外の法制度や裁判例等の分析を行い、それらを元にして、患者の事前指示ないし代行判断のあり方について考察し、暫定的ながら、尊厳死問題についてのガイドライン要綱を提案した。

分担研究者の竹中文良は、「がん患者における尊厳ある生へのサポートシステムに関する研究」と題して、「尊厳ある生」の延長線上に「尊厳ある死」があると仮定し、ジャパン・ウェルネスに所属し、逝去された 180 名のがん患者を対象に調査を行った。ジャパン・ウェルネスの提供する精神的サポートプログラムに参加していた患者は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。加えて、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 名を対象にプログラムへの参加状況および満足度についてアンケート調査を行った。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。

分担研究者の田村里子は、「終末期がん患者の療養場の選択における現状と課題」と題して、患者本人の自己決定の問題を検討した。実際の臨床では、意向確認不十分なまま療養場の選択に直面し戸惑う患者や家族が多いため、①「地域の緩和ケアサポートネットワークの現状」、②「療養場の選択におけるがん患者の意思決定の現状」、③「患者と家族の意向の相違からみた終末期がん患者の意思決定」の 3 点から、それぞれ現状と課題について検討した。まず、地域の緩和ケアサポートネットワークの現状では、がん患者の療養場の選択が尊厳を保つに困難な実情のなかで、「在宅」の療養場の選択を保証するための緩和ケアネットワークが、形成されつつある現状が明らかになった。次に、療養場の選択におけるがん患者の意思決定の現状では、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が課題であることが明らかになった。さらに、患者と家族の意向の相違については、「病状説明についての意向の相違」に関して、「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」の項目で有意な関連が認められた。

分担研究者の平澤秀人は、「認知症高齢者の終末期医療に関する家族の意識調査」と題して、病気の進行に伴って理解・判断能力が低下していく認知症患者の終末期の現状を把握するため、入院・外来通院患者家族にアンケートを行った。入院と外来で大きな差は認められず、終末期の栄養管理、急変時共に積極的な延命処置は望まない家族が多かった。しかし、認知症は慢性の経過をたどるため、事前に本人が意思を表明したり、話し合いを持ったりする機会が多くないことが窺えた。

主任研究者の松島英介は、「一般病院における緩和医療の実態」と題して、全国の一般病院 1499 病院を対象にがん患者に対する緩和医療の実態について調査をおこなった。その結果、がん患者本人への病名告知や緩和医療への移行確認は、病院の規模(病床数)で相違があり、病床数の少ない病院ほど低いことがわかった。逆に、延命処置の確認は病床数の多い病院で低い傾向にあった。終末期の医療方針の確認については、患者本人の意思が確認できる場合でも、家族の意向が尊重され、とくに病床数の少ない病院ほど、また終末期患者の割合が高い病院ほど家族重視の傾向が認められた。十分に緩和医療への対応ができた、すなわち「尊厳ある死」が迎えられたがん患者は半数以下で、なかでも本人への精神的サポートは病院の規模に関係なく不十分であることがわかった。また、全国の中・小規模の一般病院の主治医 513 名を対象にした調査において、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。その結果、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。

分担研究者の松島たつ子は、「尊厳ある生と死—ホスピス緩和ケアの視点から考える—」と題して、ホスピス緩和ケアにおける医療の現状を分析した。まず、ホスピス緩和ケアの普及について教育的視点から検討し、教育の果たす役割の大きさが確認されたが、基本的な知識や技術の学習だけでなく、特に倫理に関する問題は臨床現場で継続的に取り組んでいくべき課題であることが示唆された。全国の緩和ケア病棟の看護師および医師を対象とした調査においては、患者の意思を尊重したケアの提供に取り組んでいる様子が確認できたが、意思決定の過程への支援など、臨床現場において倫理的葛藤が多いことも確認された。尊厳ある生と死を考えると、患者が自己決定をしていく過程をいかに支援していくのか、更なる検討が必要であり、チームケアの充実も期待される。

分担研究者の和田忠志は、「自宅で最期まで過ごすことについて」と題して、自宅で最期まで過ごすことが、わが国においてなお困難な現状に鑑み、その解決にはどのような方策が必要かという目的で調査を行った。がん患者では、非がん患者に比べて、在宅医療のインフラストラクチャーが整備されるだけで、多くが自宅で死亡可能と考えられた。また、自宅のほうが病院よりも苦痛が少ない可能性も示唆された。

分担研究者

池永昌之 宗教法人在日本南プレスビテリアンミッション淀川キリスト教病院
内富庸介 国立がんセンター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部
甲斐克則 早稲田大学大学院法務研究科
竹中文良 特定非営利活動法人 (NPO) ジャパン・ウェルネス
田村里子 医療法人 東札幌病院
平澤秀人 医療法人啓仁会 平沢記念病院
松島たつ子 財団法人 ライフプランニングセンター ピースハウス病院
和田忠志 医療法人財団 千葉健愛会 あおぞら診療所新松戸

A. 研究目的

(患者の求める尊厳死に沿った緩和ケア病棟の役割に関する研究：池永昌之)

患者の求める尊厳死に沿った緩和ケア病棟の役割について検討するために、まず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ことを目的にした。また、緩和ケア病棟は急速に増加しているが、各施設の運営においてはさまざまな問題があることが報告されており、この緩和ケア病棟の運営の実態を明らかにし、今後の課題を示すことを第二の目的にした。さらに、患者のニーズにあった緩和ケア病棟の役割について、専門職の意識調査を行い、よりよい緩和医療提供システムを確立することに寄与することを第三の目的とした。

(難治がん患者の抑うつに関する研究：内富庸介)

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の有病率と抑うつ発症予測因子を明らかにすることを目的に行われた。また、難治がんの病名や再発、積極的抗がん治療の中止といった「悪い知らせ」は伝えられる患者にとって辛い出来事であり、その際の医師のコミュニケーションが患者のストレスに関連することが示唆されている。悪い知らせの伝え方に関して医療者の経験からガイドラインやコミュニケーション・スキル・トレーニング法が開発されているが、これらは必ずしも患者の意向に即していないことが指摘されている。そこで、米国で開発された悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を評価する質問票を用

いて、わが国のがん患者の悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を検討することを目的に研究を行った。

(尊厳死問題と法的・倫理的ルール化：甲斐克則)

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。しかし、問題設定を明確にしておかないと、議論に混乱をきたす懸念がある。そもそも、尊厳死にせよ安楽死にせよ、この種の問題の前提として、いかなる状況にあり、患者の生存権を十分に保障することが重要である。それによつてはじめて、「自分らしい最期をどう生きるか」ということ、その反射的效果として「自分らしい最期をどう迎えるか」ということが法的・倫理的議論の俎上に上ることになるのである。

そこで、本研究の目的は、混乱状態にある尊厳死問題に対して法的・倫理的ルールを与えるべく、患者のリビング・ウィルないし事前指示(advance directive)、さらには代行判断というものが法的・倫理的に重要な制度として考えられることに着眼して、日本の議論およびドイツにおける提言・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、日本におけるガイドラインの枠組みを呈示しようとするものである。

(がん患者における尊厳ある生へのサポートシステムに関する研究：竹中文良)

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。そもそもジャパン・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、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。そこで、提供するプログラムに参加することによって、予後の限られたがん患者の「尊厳ある生」がどのような影響を受けるかについて考察し、がんが再発・転移し、死の危険が迫る患者の考えをまとめることで、尊厳死に関する方針が得られることを目指した。

（終末期がん患者の療養場の選択における現状と課題：田村里子）

終末期がん患者の療養場の選択における現状と課題を明らかにする本研究では、以下の3点を研究目的とした。①がん患者の療養場の選択における現状について把握し、尊厳死を可能とするための、療養場の選択を支える緩和ケアネットワークの現状を検討する。（ネットワークとは、ソーシャルワークにおける用語規定すなわち「何らかの生活課題を抱える人々を支援するための連携や協力体制」と規定する。）②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、療養場の選択を支援するソーシャルワーカーへの調査から明らかにする。③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。

（認知症高齢者の終末期医療に関する家族の意識調査：平澤秀人）

尊厳死について考えるとき、本人の意志は重要であると考えられるが、認知症患者は病気の進行に伴って理解・判断力が低下していく。また、合併症悪化や肺炎罹患、転倒などの危険性が高く、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。

（一般病院における緩和医療の実態：松島英介）

わが国の臨床現場で、「尊厳ある生」を保障するための緩和医療が実際にどの程度浸透しているのかを把握するために、全国の一般病院を対象にして、緩和医療に関する大規模な実態調査をおこなった。また、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。

（尊厳ある生と死—ホスピス緩和ケアの視点から考える—：松島たつ子）

本研究においては、緩和ケア教育プログラム参加者を対象に各施設における緩和ケアの実践の状況や教育に対するニーズを調査し、ホスピス緩和ケアの普及について教育的視点から検討することを第一の目的とした。次に、緩和ケア教育の中でも、知識や技術の提供だけでなく、臨床現場で、日々遭遇しながら、継続的に取り組んでいくべき課題である倫理的な問題に注目し、緩和ケア病棟において看護師の直面する倫理的な問題や葛藤、緩和ケア病棟における倫理的課題への取り組み状況などを調査し、臨床現場の現状と課題、また、ケアに望むスタッフへのケアについて検討することを第二の目的とした。さらに、倫理的課題の中から、終末期における患者の意思決定の問題を取り上げ、緩和ケア病棟における患者への病状説明や医療者と患者との治療法についての話し合いの現状、終末期患者が意思決定能力を失った場合の代理意思決定の現状などを明らかにし、「尊厳ある生、そして死への過程」をいかに支援していくのか、今後のホスピス緩和ケアのあり方を検討することを第三の目的とした。

（自宅で最期まで過ごすことについて：和田忠志）

在宅ケアにおける「尊厳死」の問題は、その死亡場所選択を含めた、「自己決定の困難さ」に本質がある。この問題に対して、国は平成18年度より「在宅療養支援診療所」制度を創設し、在宅医療推進に本格的に取り組み始めている。わが国においては、「病院や施設で最期を迎えたい人」はその希望は確実に実現するが、「自宅で最期のときを過ごしたい人」は、国民の圧倒的多数であるにもかかわらず、たいていは、その希望は実現されない。本分担研究では「自宅で死亡したいという国民」の自己実現を行うための在宅医療における解決すべき問題点を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

（患者の求める尊厳死に沿った緩和ケア病棟の役割に関する研究：池永昌之）

一般市民を対象とした講演会における参加者146名(男性:33名、女性:120名)、平均年齢45歳を対象とした。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ヵ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)。つぎに、近畿における緩和ケア病棟認可施設(21施設)の病棟責任者に対して、郵送法による質問紙調査を行った。質問紙には緩和ケア病棟の運営において直面することの多い問題を8つの仮想症例として提示し、その対応と意見についての回答を求めた。また、患者のニーズにあった緩和ケア病棟の役割について、専門職の意識調査を行った。

(難治がん患者の抑うつに関する研究：内富庸介)

抑うつに関する研究は、抑うつの有病率、発症予測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と診断され、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。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、デモグラフィックデータ、医学的要因、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。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。つぎに、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を明らかにするための横断調査を行った。対象の適格基準は、1. がんの診断が伝えられている、2. 20歳以上である、3. 日本語が理解できる、4. 書面によ

る同意を得られた患者とした。がんセンター東病院外来を受診したがん患者に対して、社会的背景、医学的状態、心理的状態(がんに対する適応感、抑うつ・不安)を評価した。悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向については、米国MDアンダーソンがんセンターで開発されたThe Measure of Patients' Preferences (MPP)を用いて評価した。

(尊厳死問題と法的・倫理的ルール化：甲斐克則)

わが国における議論の動向を、判例、各種ガイドライン等を素材として、また、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。

(がん患者における尊厳ある生へのサポートシステムに関する研究：竹中文良)

本調査では、第一に、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い、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した。第二に、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い、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。

(終末期がん患者の療養場の選択における現状と課題：田村里子)

以下の3つの方法によって検討した。①「緩和ケアサポートネットワークの現状と課題」について、緩和ケアサポートネットワークの現状について訪問調査を行い、ネットワーク分析の観点から、普遍化の可能性について考察する。②「療養場の選択における患者の意決定をめぐる現状について」については、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。
③「患者と家族の意向の相違からみた終末期がん患者の意思決定」については、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する。

(認知症高齢者の終末期医療に関する家族の意識調査：平澤秀人)

2005年12月現在、当院に入院している認知症患者の家族94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送付した。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。また、2006年8月に同様のアンケートを外来患者家族に行った。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。

(一般病院における緩和医療の実態：松島英介)

1. 一般病院における緩和医療の実態を調査するために、平成18年11月～12月にかけて、「2003-2004年版 病院要覧」(医療施設政策研究会編)に記載されている9239病院のうち、無作為に抽出した全国の一般病院4911の病院長宛に15の大項目からなる質問票を郵送した。また、2. 一般病院の主治医のがん患者に対する告知の実態を調査するために、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。

(尊厳ある生と死-ホスピス緩和ケアの視点から考える-：松島たつ子)

1) ホスピス緩和ケアの普及-教育的視点から考える-

2004年9月から11月の期間に、ピースハウスホスピス教育研究所にて開催されたホスピス緩和ケア講座を受講した128名、緩和医療研究会参加者42名、および2002年度から2004年度前期までにピースハウスホスピスで緩和ケアの研修に参加した30名、合計200名を対象とした。対象者の各施設における緩

和ケアの実践状況、実践において必要なこと、今後学びたい学習テーマ、緩和ケアの普及のために必要と思うことなどについて郵送法による無記名・自記式質問紙調査を実施した。

2) 緩和ケア病棟において看護師の直面する倫理的問題に関する調査

2005年8月現在の緩和ケア病棟届出受理施設(150施設)に勤務する看護師、一施設3名、計450名を対象とした。看護師が、臨床現場で遭遇する倫理的課題(患者の尊厳、善行・無害、自律、公平性)に関連した状況についての看護師自身の問題意識や葛藤、倫理的問題に遭遇した時の個人的な対処法、施設内の倫理委員会の状況、施設内のスタッフ支援の状況などについて、郵送法による無記名、自記式質問紙調査を実施した。

3) 終末期における患者の意思決定に関する調査

2006年9月現在の緩和ケア病棟届出受理施設の病棟医長、計162名を対象とした。緩和ケア病棟入院時の患者の現状(病名・病状理解の状況、意思決定能力など)、終末期ケアにおける患者・家族との話し合いの現状、意思決定能力が失われた場合の代理意思決定の現状、治療の選択におけるチームの役割、医師の倫理的葛藤の状況などについて、郵送法による自記式質問紙調査を行った。

(自宅以最期まで過ごすことについて：和田忠志)

1. 千葉県松戸市に所在する「あおぞら診療所」「あおぞら診療所新松戸」において、在宅医療を受けて死亡したがん患者161名を対象とし、在宅療養中のカルテを検索し、在宅医療を受けた期間、がんの原発部位、疼痛緩和において使用した薬剤、末期に実施した医療処置を調査した。

2. 対象施設7施設において在宅医療を受け、自宅で死亡した非がん疾患患者症例、252例(男性103、女性149)を対象とし、死亡者の在宅医療実施中のカルテを主治医が検索し、その苦痛について調査した。

C. 研究結果

(患者の求める尊厳死に沿った緩和ケア病棟の役割に関する研究：池永昌之)

1. 一般市民における尊厳死の考え方に関する研究

(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%、「苦痛が強いのであれば、眠ったままで過ごしたい」が45%であった。

2. 緩和ケア病棟の運営における問題とその対応に関する研究

回答率は95%であった。在宅療養に関する対応(往診可能な診療所があれば以下の対応は可能、HPN(在宅中心静脈栄養):75%、在宅での看取り:70%)や民間療法に関する対応(できるだけ対応:70%)については、施設間で差は少なかった。しかし、長期入院に関する問題(期限なく入院可能:65%、期限がある:25%)や保険適応外治療に関する対応(できるだけ対応:70%、原則として関与しない:45%)、喫煙の援助(日勤帯のみ:55%、夜勤も可能:30%)については、施設によって対応の差が認められた。また、経口抗腫瘍薬に関する対応(不可能:35%、処方する医療機関があれば可能:30%、院内一般科で対応:20%)や病棟での安全に関する問題(行動を制限する意味と目的について繰り返し説明する:60%、同意があれば本人の希望に沿う:45%)に関しては、各施設における方針はまったく異なっていた。

3. 患者のニーズに合った緩和ケア病棟の役割に関する研究

質問紙を送付した施設は163施設であり、うち有効回答施設数は100施設で、回答率は61.3%であった。なかでも、診療所と緩和ケア病棟の連携、保険適応外治療・民間療法・経口抗腫瘍薬の緩和ケア病棟における施行、その他の緩和ケアに関する問題(安全や転倒防止、喫煙、病名認知、病状認知など)などの問題が挙げられた。

(難治がん患者の抑うつに関する研究:内富

庸介)

1) 調査期間中の適格症例は125例であり、うちベースライン調査には110例(88%)が参加した。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、91例(73%)が参加した。ベースライン時の背景として、対象者の年齢は平均 62 ± 10 歳(範囲27-90歳)、男性が62%、Karnofsky Performance Scaleによる全身状態は平均 85.7 ± 9.8 (範囲60-100)であった。ベースラインの半構造化診断面接で、適応障害を6.4%、うつ病を5.5%、その他の精神疾患(気分変調症、パニック障害)を1.8%に認め、抑うつ(適応障害、うつ病)の有病率は11.8%であった。治療開始後1ヶ月後のフォローアップ調査では、適応障害を11.0%、うつ病を4.4%、その他の精神疾患(気分変調症)を1.1%に認め、抑うつ有病率は15.4%であった。フォローアップ調査を完遂できた91例を対象とした解析で、ベースライン調査で精神疾患を認めなかった79例中、11例

(14%)が治療開始後1ヶ月以内に抑うつを発症した。抑うつ発症予測因子の検討としてロジスティック回帰分析を行ったところ、ベースライン時で悲しい気持ちが強いこと、Karnofsky Performance Statusが低いこと、近親者ががん死経験を有していることが、抗がん治療開始1ヶ月以内の抑うつ発症を有意に予測していることが示された。

2) 調査期間中36名の医師の外来を受診した1056名のうち、適格症例は656例であり、うち566名の患者に対して質問紙を配布し、529例(93.5%)が回答した。適格症例の80.6%(529名/656名)が解析対象となった。背景として、対象者の年齢は平均 62 ± 11 歳(範囲26-97歳)、男性が51.8%、既婚者が85.4%、教育経験年数が10年以上が81.5%であった。がん種としては消化器がんが34.7%、乳がんが23.5%、頭頸部がんが21.2%、肺がんが20.2%であった。再発・転移例が56.5%、現在治療中の患者は25.5%であった。MPPの各項目の平均値を算出した結果、「直接会って伝える」の重要性の評価が最も高く、次いで、「最も良い治療法を伝えてくれる」「最善を尽くすことを伝えてくれる」が挙げられた。一方、重要性の評価の低い項目は、「手を握ったり肩に手をかける」「他の医療者(例えば、看護師)を同席させる」「自分のがんを家族や友人に伝える方法を手助けする」であった。構成概念を検討するために探索的因子分析を行い、モ

デルの適合度を検討した結果、「情緒的サポート」、「医学的情報」、「明確な説明」、「質問の促進」、「場の設定」の5因子構造であることが示唆された。MPPの各因子と社会的背景、医学的状态、心理的状态の関連を検討するために重回帰分析を行った結果、女性、より前向き、より不安が強い患者はすべての因子に対して重要性の評価が高かった。

(尊厳死問題と法的・倫理的ルール化：甲斐克則)

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)および第2審判決(東京高判平成19・2・28判例集未登載)に触発されて、日本緩和医療学会、日本救急医療学会、日本医師会等、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り、「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。

(がん患者における尊厳ある生へのサポートシステムに関する研究：竹中文良)

1. 逝去者を対象とした調査

本調査対象である逝去者に関する調査では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。

2. 現在の参加者を対象とした調査

本調査の対象者に対するプログラムの満足度に関するアンケート調査では、回収率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。

(終末期がん患者の療養場の選択における現状と課題：田村里子)

「緩和ケアサポートネットワークの現状と課題」については、尊厳を保つに困難ながん患者の療養場の選択についての現状がある。また、療養場の選択を保証するための緩和ケアネットワークのネットワークについては萌芽期といえる。まずどのように医療資源のネットワークすなわち緩和医療サービスの供給体制を作っていくのかをメインのテーマとしながら、サブテーマとして、療養生活上の生活資源の整備を掲げていく段階にあると捉えられた。

「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」については、「ソーシャルワ

ーカーの介入や援助の後にも、どこで療養するかを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」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。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いない(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。

「患者と家族の意向の相違からみた終末期がん患者の意思決定」については、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。「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、「患者と家族の情報量の大きさ」(1%水準)、「家族から本人に働きかけることの辛さ」(0.1%水準)「家族の本人へのサポート不安」(0.1%水準)と関連があった。

(認知症高齢者の終末期医療に関する家族の意識調査：平澤秀人)

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%)であった。外来患者は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。回答は97例(50.3%)から得られた。終末期の栄養管理では「しない」「経鼻チューブ」「胃ろう」が入院では76%、23%、2%、外来では81%、15%、4%であった。その判断は「本人」「子供」「配偶者」が入院では50%、26%、11%、外来では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」が入院では2%、35%、63%、外来では3%、26%、70%で、どちらも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、入院、外来共に患

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、入院では半数以上を占めるが、外来ではやや少ない結果となった。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」が入院では63%、19%、外来では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」が入院では83%、11%、外来では71%、17%であった。

(一般病院における緩和医療の実態：松島英介)

1. 一般病院における緩和医療に実態について：4911 病院に郵送したうち、返送件数は1499 件で30.5%の有効回答を得た。全ての病期を含むがん患者本人への情報提供については、病名告知 $65.9 \pm 32.4\%$ 、積極的な抗がん治療から緩和医療への移行など治療方針の確認 $63.9 \pm 35.3\%$ 、延命処置の希望確認 $53.9 \pm 39.4\%$ 、余命告知 $30.1 \pm 29.5\%$ で、提供内容が重いほど実施率が下がることがわかった ($F=291.85$, $p<0.0001$ ：一元配置分散分析)。また、病名告知、治療方針の確認、余命告知の実施率は病床数の少ない病院ほど低くなる(それぞれ $F=36.29$, $p<0.0001$ ； $F=4.34$, $p=0.005$ ； $F=3.44$, $p=0.016$ ：一元配置分散分析) 一方で、延命処置の希望確認は病床数が多くなるほど低い傾向がみられた ($F=2.57$, $p=0.053$ ：一元配置分散分析)。終末期の治療方針の確認について、患者本人の意思が確認できる場合に原則的におこなわれている対応を調べたところ、「患者の意思決定だけで十分で、家族の意向を確認する必要はない」が11件(0.8%)、「患者の意思確認とは別に、必ず家族の意向を確認」が704件(48.6%)、「先に家族に状況を説明し、家族の意向を確認」が674件(46.6%)などとなり、本人の意思が確認できるときでも家族の意向が尊重されることがわかった。とくに病床数の少ない病院ほど、また終末期患者の割合が高い病院ほど家族重視の傾向が認められた(それぞれ $\chi^2=67.422$, $p<0.0001$ ； $\chi^2=51.147$, $p<0.0001$ ：カイ二乗検定)。緩和医療への対応については、「疼痛の緩和」は、十分に実施できていると回答した病院が251件(17.5%)、ほぼ十分が726件(50.7%)、余り十分とはいえないが336件(23.5%)、やや不十分が91件(6.3%)、不十分が28件(2.0%)、また呼吸困難や全身倦怠感などの「不快な身体症状の緩和」は、十分が78件(5.5%)、ほぼ十分が598件

(41.9%)、余り十分とはいえないが577件(40.4%)、やや不十分が157件(11.0%)、不十分が17件(1.2%)であった。一方、「精神的な援助」は、十分が49件(3.4%)、ほぼ十分が282件(19.8%)、余り十分とはいえないが625件(43.8%)、やや不十分が400件(28.1%)、不十分が69件(4.8%)、また「社会的な援助」は、十分が45件(3.2%)、ほぼ十分が272件(19.2%)、余り十分とはいえないが546件(38.4%)、やや不十分が424件(29.9%)、不十分が132件(9.3%)、さらに「家族への支援」は、十分が43件(3.0%)、ほぼ十分が299件(21.1%)、余り十分とはいえないが620件(43.6%)、やや不十分が365件(25.7%)、不十分が94件(6.6%)であった。これらの緩和医療への対応については、「緩和医療」「不快な身体症状の緩和」「精神的な援助」「家族への支援」は、いずれも病院の規模(病床数)に関係がなかった(それぞれ $\chi^2=10.946$, $p=0.534$ ； $\chi^2=13.372$, $p=0.343$ ； $\chi^2=14.871$, $p=0.461$ ； $\chi^2=14.205$, $p=0.288$ ； χ^2 検定)のに対して、「社会的援助」は病院の規模が大きくなるほど高くなることがわかった($\chi^2=44.491$, $p<0.0001$ ：カイ二乗検定)。緩和医療の対応が十分で、患者も家族もまた医療者も含めて「尊厳ある死」が迎えられたと思われる患者の割合について尋ねたところ、1割未満が369件(25.9%)、2割～4割が378件(26.6%)、5割～7割が297件(20.8%)、8割以上が230件(16.2%)、不明が150件(10.5%)となっていた。「尊厳ある死」を迎えることが困難な理由としては、複数回答で「本人への精神的サポート」が860件(57.4%)、「緩和ケア体制の不十分」が666件(44.4%)、「告知に関する点」が589件(39.3%)、「医療制度上の問題」が563件(37.6%)、「家族への対応」が555件(37.0%)、「医療行為の判断」が469件(31.3%)、「特に困難だとは思わない」が123件(8.2%)などであった。

2. 一般病院の告知の実態について：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%)。

「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。

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。「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)、「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)、「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)、「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)などが有意に相関していた。

（尊厳ある生と死—ホスピス緩和ケアの視点から考える—：松島たつ子）

1) ホスピス緩和ケアの普及—教育的視点から考える—

有効回答182名(回収率91.0%)、受講者の40%が自施設で緩和ケアを実践していると答えているが、その内82%は充分ではないと評価していた。実践に必要なものとして、全体としては「基礎的な知識」「緩和ケアの理解」が上位に上げられ、ケアを実践できているという者では「ケア評価」、経験年数の長い者では「管理職の理解」や「教育プログラム」などの必要性を高く認めていた。今後学びたいテーマとしては「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、特に、緩和ケアの実践が未熟なところ、経験年数の短い者において、「患者心理の理解とそのケア」をあげる者が多かった。研修での学びが十分とはいえ今後学びたいテーマとしては、「精神症状のマネジメント」、「ストレスマネジメント」、「倫理的課題」などがあげられた。緩和医療研究会を通しての地域緩和ケアネットワーク化については、95%の者がその可能性を認めていた。緩和ケアの普及のためには、医師・看護師の卒後教育の必要性と同時に、患者・家族への情報提供の必要性、特に、ケアを実践しているという者が一般への広報活動の必要性を高くあげていた。

2) 緩和ケア病棟において看護師の直面する倫理的問題に関する調査

有効回答256名(56.9%)。緩和ケア病棟において、看護師は、患者の人間としての尊厳の尊重、善行・無害、患者の自律の尊重などに関して実践できていると評価するものが多かった。しかし、栄養補給、鎮静の時期、ADL介助と転倒、意思決定への支援、「死にたい」という言葉への対応などの具体的場面では、悩んでいる者が多かった。「鎮静の時期」への悩みは、看護師経験、緩和ケア経験、緩和ケア病棟認可からの期間、いずれも短い方が有意に多かった。「死にたい」という言葉への対応についての悩みは、緩和ケア経験の少ない者に有意に多かった。倫理的な葛藤や悩みへの個人的対処法はチームミーティングで話し

うが最も多く、組織としてのスタッフの悩みに対する支援体制としてもチームによるカンファレンスをあげる者が多かった。倫理委員会がある施設は約3割で、構成メンバーは医療者が中心で、倫理に関する専門家の参加は少なかった。

3) 終末期における患者の意思決定に関する調査

有効回答 97 名 (回収率 59.9%)。ホスピス緩和ケア病棟において、病状や予後についての説明、また、病状安定期に終末期の治療方針や代理意思決定などに関する話し合いは行われているが、患者からの質問がない場合はあえて触れないという傾向がみられた。また、話し合わなくてもケアに支障はないという意見も多かった。患者側から終末期の治療について希望を伝える者はいるが、自己の意思を明確に伝える者や代理意思決定者を指定する者は多くない。家族との話し合いについては十分行っていると評価していた。一方、臨床の場での倫理的葛藤の有無については半数の者があると答えており、具体的には、患者より家族の意思が優先されていると思われる時、また、終末期のことについて話合う時期などがあげられた。なお、治療方針の決定が難しい時、担当医のみの考えで行動することは少なく、チームでの検討を繰返し行っていた。

(自宅まで最期まで過ごすことについて：和田忠志)

1. がん自宅死亡者：在宅医療を受けて死亡するまでの期間平均は 106.9 日であった。100 日以内に 125 名 (78%) が死亡し、200 日以内に 143 名 (89%) が死亡した。在宅緩和ケア期間中に麻薬を使用する必要があった患者は 90 名、麻薬使用率は 55.9% であった。死亡当日または前日に行われた医療処置では、在宅酸素療法が 55 名 (34.2%) に使用され、抹消輸液は 32 名 (19.9%)、中心静脈栄養は 27 名 (16.8%) に行われた。

2. 非がん自宅死亡者：対象者の在宅医療開始時平均年齢は 83 歳、死亡時平均年齢 85 歳、平均在宅医療実施期間 739 日であった。主治医が、予測しなかった死は 31%、予後を予測したケースは 38%、明確に予後は予測できなかったが概ね終末期と考えていたケースは 21% であった。死亡前一週間に、主治医から見て緩和すべき症状は、ケース全体の 80% に存在した。緩和すべき症状では、呼吸困難感が痛みよりも高頻度であった。呼吸困難感の

頻度は、基礎疾患がそれぞれ、呼吸器疾患、神経難病、心不全、腎不全、脳血管障害、認知症、老衰の患者で、おのおの 100%、94.4%、77.0%、55.5%、63.1%、31.4%、63.2% であった。

D. 考察

(患者の求める尊厳死に沿った緩和ケア病棟の役割に関する研究：池永昌之)

1 ヶ月から 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。

回答の施設間のばらつきは、質問項目によって大きく異なっていた。つまり、在宅療養に関しては、緩和ケア病棟のみで対応できることは少なく、往診可能な診療所の存在が重要であった。また、民間療法については施設で対応していることが多かったが、保険適応外治療については、施設によって対応している施設もあれば、関与しない施設も多かった。症状が落ち着いているにもかかわらず、長期入院を希望する患者 (社会的入院) に対して、入院できる期間は施設によって異なっていた。喫煙に関するスタッフの援助も、夜勤帯などでは限界があると考えている施設は多かった。経口抗腫瘍薬の使用に関する対応と、転倒・転落などの病棟での安全に関する問題は、施設における考え方によって、その対応方法は大きく異なっていた。今後、緩和ケア病棟での運営の実態を明らかにしていくことにより、

施設におけるケアを統一していくことは、利用する一般市民にケアの実際を伝え、緩和ケアを啓蒙していくために、非常に重要な課題になっていくであろう。

診療所と緩和ケア病棟の連携の問題について、多くの緩和ケア病棟の責任担当医師は、診療所との連携が重要であると考えていた（全くそう思う：81%）。また、半数以上において、緊急時には診療所の要請により、緩和ケア病棟は緊急入院を受けるべきと考えており（全くそう思う33%、少しそう思う25%）、一方で、緩和ケア病棟自体も訪問診療の機能を持つべきと考えていた。今後、緩和ケア病棟は診療所との連携と訪問診療の充実が重要になってくると考えられる。また、末期がん患者の在宅中心静脈栄養施行に関する問題については、緩和ケア病棟において在宅中心静脈栄養施行に積極的な関心を持っている施設は4分の1程度であったが（全くそう思う24%）、診療所が担当すべきとする意見のほうが多かった（全くそう思う38%）。実際的な在宅患者の医療行為については、診療所が担当すべきと考えていると予測された。在宅での看取りに関する問題について、在宅での看取りに関して積極的な関心を持っている緩和ケア施設は決して多くはなく（全くそう思う12%）、診療所や訪問看護ステーションが積極的に関わるべきとする意見が多かった。長期入院に関する問題については、長期入院に関する意見としては、緩和ケア病棟としては入院期間によって入院の適応を決めるべきではないとする意見が大多数を占め（全くそう思う53%、少しそう思う32%）、平均在院日数も何ヶ月間が適当という判断もできなかった。また一方で、症状緩和などが十分に行うことができれば、他の療養場所への転棟も考慮すべきであるという意見も多かった（全くそう思う25%、少しそう思う43%）。このことは、患者が家族の介護力の不足などにより、長期入院になった場合は、相反する悩み（入院継続と転院の促進）があることを示していると考えられる。保険適応外治療に関する問題（保険適応外治療：リンパ球療法、免疫賦活療法など）では、まず保険適応外治療に関しては、患者が希望すれば協力すべきという意見に対しては、否定的な回答が目立った（全くそうとは思わない26%、あまりそうとは思わない24%）。しかし一方で、すべて協力すべきではないという意見に対しても否定的な回答が多く（全くそうとは思わ

ない37%、あまりそうとは思わない31%）、患者と家族の希望に合わせて、ケースバイケースで対応している緩和ケア病棟の現状がうかがい知れた。民間療法施行に関する問題（民間薬：サプリメント、補助食品など）については、施行にすべて協力すべきではないとする意見に、大部分の施設が否定的な回答をしていた（全くそうとは思わない40%、あまりそうとは思わない30%）。保険適応外治療と同じような傾向が強かったが、比較して民間療法のほうが緩和ケア病棟における許容度が高い傾向が認められた。また、経口抗腫瘍薬に関する問題（経口抗腫瘍薬：イレッサやTS-1など）については、意見が分かれた。緩和ケア病棟では経口抗腫瘍薬の使用はできないとする施設だけではなく、患者の希望によっては緩和ケア病棟で処方しても良いとする施設もあった。緩和ケア病棟は定額制であるので、保険適応外でも処方することはできるが、薬剤費による支出が増加するため、各施設における考え方によって行われていると推測される。おそらく、治療効果よりも患者の治療に対する希望をどこまで尊重するかによって、施行が決定されていると考えられる。院内の事故防止や安全に関する問題について、転倒の危険性が高いが患者の同意がない場合、行動の制限はしないが、繰り返し危険性を説明し、行動の制限の同意が得られるよう努力すべきであるとする意見が、大部分を占めた（全くそう思う45%、少しそう思う32%）。多くの施設においては、患者の行動をできるだけ制限したくないという意見と、しかし一方では、患者の安全のために行動を制限せざるを得ない現状であることが伺われた。喫煙の援助に関する問題に関しても、各施設によって考え方が分かれた。つまりできる限り援助すべきであるとする施設、業務の範囲内で援助を行う施設、スタッフが援助するより家族に援助してもらおうべきという施設もあった。また、約半数の施設においては（まったくそう思う20%、少しそう思う26%）、患者のための24時間喫煙できるスペースを施設内で確保すべきであると考えている。患者に対する病名や病状の告知に関する問題では、緩和ケア病棟に入院する患者に対して、病名や病状の認知をどの程度まで求めるかについても、各施設によって異なった。つまり、認知障害がない限り、病名告知を必要条件にしている施設から、必ずしもそう限定していない施設もあった。また、病状（治癒が不可能

であるという事実)の認知についても、各施設によって異なった。最後に、遺族のケアに関する問題については、半数以上の施設において、遺族ケアの必要性は感じているものの、診療報酬上は認められていないため、改善を期待する声が多く寄せられた(全くそう思う30%、少しそう思う30%)。また今後、遺族ケアの基準が明確化されるべきである意見というも多く認められた(全くそう思う18%、少しそう思う43%)。

(難治がん患者の抑うつに関する研究：内富庸介)

1) 本研究では、代表的難治がんである膵がん患者の抑うつ有病率、1ヶ月発症率、発症予測因子を明らかにした。100名を超える膵がん患者を対象とし、半構造化診断面接を用いて抑うつの有病率を見た研究は国際的に見ても例がなく、重要な報告である。

膵がん患者には抑うつの頻度が高いといわれており、診療を行う上で抑うつの評価は非常に重要とされている。今回の研究における抑うつ有病率は11-15%であり、これまで日本国内で他のがん種、病期を対象に行われてきた抑うつ有病率調査の結果(9-42%)と比べて特に高い有病率とは言えず、膵がんに関するこれまでの報告と一致しない結果となった。先行研究と一致しない原因として、先行研究ではほとんど信頼性の高い調査方法を使用しておらず、症例数も少なかったことが考えられる。

今回の調査ではほとんどの抑うつ症例は専門家によるケアを受けておらず、オンコロジストや看護師による抑うつの過小評価が問題であると考えられる。特に膵がんは生存期間が短いことから、抑うつに対して頻繁にスクリーニングを実施し、可能な限り速やかに精神保健の専門家と連携してケアに当たることが重要になると思われる。またスクリーニングに今回明らかになった発症予測因子を組み合わせることで、より効率的なスクリーニング法が開発できる可能性がある。

本研究の限界として、がん治療を専門とする単施設での調査であることがあげられる。抗がん治療導入できない膵がん患者は非常に多く、今回の結果が抗がん治療の適応外の患者に対しても一般化できるかどうかは定かでない。また、難治がん症例を対象とした調査としては少ないものの、12%の拒否、15%の脱落は本研究の結果に影響している可能性がある。

2) 本研究では、わが国のがん医療における悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を明らかにした。500名を超える比較的大きな数のさまざまな背景のがん患者を対象とした。

各項目の平均値の順位は米国の結果と見比べると、「最も良い治療法を伝えてくれる」に対する重要性が高く、「手や肩に触れる」や「他の医療者を同席させる」への評価が低いなど部分的に共通点が認められた。一方で、「家族にがんの診断を伝えて欲しい」、「家族に予後を伝えて欲しい」といった家族中心的なコミュニケーションに関連する項目は米国よりも日本のがん患者の方が重要性への評価が高かった。また、「十分気遣ってくれる」、「あらゆる治療選択肢を提示する」に関する重要性の評価が米国の結果よりも低く、「よく知っている医師から伝えられる」への評価が高いなど、Akabayashi(1999)が指摘しているように、わが国における患者-医師関係では欧米よりも医師に父権性が求められるようである。患者のコミュニケーションに対する意向の構成概念を因子分析を用いて検討した結果、米国の3因子構造を支持せず、5因子構造であることが示唆された。米国よりもわが国のがん患者の意向が複雑であることを示唆していると考えられる。「情緒的サポート」因子の寄与率が最も高かったことから、わが国のがん患者は悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションとして医師に対して気持ちへの配慮が最も強く望んでいると考えられる。

コミュニケーションに対する患者の意向の関連要因として、性別、教育経験年数、年齢といった社会的要因、前向き、不安といった心理的状態、身体的状態としては再発・転移の有無がコミュニケーションに対する意向の各因子と関連していることが示唆された。しかしながら各因子への関連がそれぞれ小さいことから医師は個々の患者の意向を把握するコミュニケーション・スキルが必要であると考えられる。

本研究の限界として3点挙げられる。第一に米国における結果と本研究結果の相違点は文化による違いだけでなく、対象となった患者のがん種の違いがあるかもしれない。しかしながら、本研究においても米国の研究においてもがん種によってコミュニケーションに対する意向の違いが認められていないことから、結果の解釈に影響する要因ではないと考えられる。第二に、単一施設による調査であると

いう点である。わが国のがん患者のコミュニケーションに対する意向を反映していない可能性があるため、本研究ではさまざまな背景の患者を対象とした。第三に横断調査であるため、病気の進行度による意向の違いなどは不明である。しかし、さまざまな病期の患者を対象とした。

(尊厳死問題と法的・倫理的ルール化：甲斐克則)

1 ドイツでは、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、末期とはいえ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ち切りの正当化の余地も認めた(2)。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)の経管栄養補給打ち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(3)。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(4)。

その後、さらに重要な判例として、2003年3月17日のリュウベック事件連邦通常裁判所決定(BGHZ 154)では、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に関して、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(5)。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であり、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ない、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の意味表示」）、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(6)、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(7)。『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。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、司法大臣ツイプリーが設置した「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」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(8)。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. 議論が積極的臨死介助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と規定すべきである。
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付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すぎ、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・シェヒヤトルステン・ヴェレルら24名の学者から提言された(9)。1986年の「臨死介助法対案(Alternativentwurf eines Gesetz über Sterbehilfe)」(10)に次ぐ立法化の提言ではあるが、賛否両論があり、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。

6 さて、日本でも、尊厳死問題を考えるうえで重要な基本的視点を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

7 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、そのかぎりでは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、そのかぎりでは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。

8 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。

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。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、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