

迫の程度を判断する十分な検査などが尽くされていない点、(2) 家族らに対しても、患者本人の意思について確認していないのみならず、その前提となる患者の病状・余命・本件抜管行為の意味などの説明すら十分にしていなかった点で大きな問題があり、被告人の本件抜管行為は早すぎる治療中止として非難を免れないし、ましてやその後の致死薬注射行為は殺人罪の罪責を免れないものと思われる²⁰⁾。

5) なお、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始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認められうるとどまる。

3. 終末期医療（特に尊厳死）のガイドラインの枠組み呈示

以上のような最近の動向を踏まえつつ、医療現場の混乱を回避するには、ハードな立法よりも、適切な公的ガイドラインを作るほうが賢明なように思われる。そこで、最後に、国民および医療界に対して、尊厳死の問題についてのガイドライン要綱の枠組みおよびガイドライン要綱の私案を呈示しておくことにする。2段階で考えることが現実的に即した対応になるように思われる。もちろん、

これは、暫定的なものである²¹⁾。

I. あらゆる病態に共通の人工延命治療差控え・中止の基本的ガイドライン

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。

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、家族など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。なお、栄養分については、病状に応じて判断する。

6) 以上の過程において、致死薬投与などの積極的な生命終結行為を行ってはならない。

7) 死亡結果については、中止手順を各施設が責任をもって都道府県の所轄部署に届け出るものとする。この手続きを遵守している場合、医師法21条は、適用除外とする。

II. 病態ごとの人工延命治療差控え・中止のガイドライン

患者の病状は、救急患者の場合、筋萎縮性側索硬化症（ALS）のように慢性の難治性患者の場合、癌のように緩和ケアを受けている患者の場合、さらには高齢の認知症患者の場合など、多様である

ことから、それぞれの特性に応じて、上記 I のガイドラインを遵守しつつ、4 種類程度の人工延命治療の差控え・中止の手順を各専門学会が中心になって作るものとする。

結 語

しかし、問題は、それほど簡単ではない。将来的には、高齢者医療ないし終末期医療の充実とともに、意思決定が困難になる場合も想定して、成人にも身上監護権者（世話人）を指名できる成年後見制度の拡充も射程に入れるかどうかの議論も蓄積していく必要があるように思われる。そして何より、患者の生存権の保障が蔑ろにされない配慮を絶えずしたうえで幅広い議論を行う必要性を忘れてはならない。

【注】

- 1) 川崎協同病院事件をはじめとする最近の問題状況の詳細については、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「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）33 頁参照。北海道の道立羽幌病院や広島県の福山市内の病院で起きた人工呼吸器取外しをめぐる事件（前者は不起訴処分、後者は現在捜査中）のほか、特に、富山県の射水市民病院で起きた人工呼吸器取外しをめぐる事件（現在捜査中）は、大きな波紋を呼んでいる。なお、本稿は、2006 年 6 月 1 日に神戸市で開催された日本麻酔科学会第 53 回学術集会シンポジウム「尊厳死と安楽死」において報告した原稿に加筆・修正を施したものである。
- 2) 本件当時の議論の詳細については、甲斐克則『安楽死と刑法』[医事刑法研究第 1 巻]（2003・成文堂）157 頁以下、および同『尊厳死と刑法』[医事刑法研究第 2 巻]（2004・成文堂）279 頁以下参照。
- 3) 甲斐・前出注 2)『安楽死と刑法』2 頁。
- 4) 甲斐・前出注 2)『安楽死と刑法』3 頁以下および 33 頁以下参照。
- 5) 甲斐・前出注 2)『安楽死と刑法』3 頁以下および 34 頁以下参照。
- 6) 宮崎真矢：近藤均ほか編『生命倫理事典』（2002・大陽出版）492 頁。
- 7) オランダの最新状況については、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）174 頁以下参照。
- 8) 本判決の詳細な分析については、甲斐・前出注 2)『安楽死と刑法』157 頁以下参照。また、その他の関連判例については、同書 6 頁以下参照。
- 9) 詳細については、甲斐・前出注 2)『安楽死と刑法』38 頁以下参照。
- 10) 詳細については、甲斐・前出注 2)『安楽死と刑法』185 頁以下および甲斐克則『医事刑法への旅 I [新版]』（2006・イウス出版）208 頁以下参照。
- 11) 甲斐・前出注 2)『尊厳死と刑法』1 頁。
- 12) 詳細については、甲斐・前出注 2)『尊厳死と刑法』92 頁以下および 286 頁以下参照。
- 13) 詳細については、甲斐・前出注 2)『尊厳死と刑法』の随所、最近の動向については特に 233 頁以下および 261 頁以下参照。
- 14) 詳細については、甲斐・前出注 2)『尊厳死と刑法』287 頁以下参照。
- 15) この点については、甲斐・前出注 2)『尊厳死と刑法』284 頁以下参照。この点について、東海大学病院事件判決では、(i) 事前の意思表示がある場合が圧倒的に少ない現実、(ii) 医師による適正さの判断がなされ家族の意思だけで全措置が中止されるわけではないこと、(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ほう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。

- 16) この点については、甲斐・前出注 2)『尊厳死と刑法』71 頁以下参照。
- 17) 佐伯仁志「末期医療と患者の意思・家族の意思」樋口範雄編著『ケース・スタディ生命倫理』ジュリスト増刊(2004・有斐閣)86 頁以下参照。
- 18) これは、イギリスの 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。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。
- 19) 河見 誠「人間の尊厳と死の管理化—甲斐克則『尊厳死と刑法』を読んで—」法の理論 24 (2005) 159 頁以下。なお、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ー河見誠助教授の批判に答える—」法の理論 24 (2005) 173 頁以下をも参照されたい。
- 20) 本判決についての以上の分析は、甲斐・前出注 1)「終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任」ジュリスト 1293 号 98 頁以下、同「末期患者への治療の中止」判例セレクト 2005, 33 頁ですで行ったものである。
- 21) この提言は、すでに甲斐・前出注 1)「終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任」ジュリスト 1293 号 106 頁で行ったものに若干の修正を加えたものである。

オランダにおける緩和的鎮静と安楽死

ナイメヘン大学教授 ペーター・タック¹⁾ Peter Tak

早稲田大学教授 甲斐克則(訳) Katsunori Kai

【訳者はしがき】

ここに訳出するのは、オランダ・ナイメヘン大学法学部 (Law Faculty Radboud University Nijmegen, The Netherlands) のペーター・タック (Peter J. P. Tak) 教授が2005年12月14日付の私信で、「終末期医療に関する問題についてオランダで新たな動きがあるので小論を書いたが、是非翻訳して日本にも紹介して欲しい」と言って送ってこられた最新の未公表の書き下ろし論文 (原題は、Peter J. P. Tak, Palliative Sedation and Euthanasia) である。

タック教授は、検察官の経験もある刑事法学者であり、『Essays on Dutch Criminal Policy』(2002年)をはじめ、刑事司法制度に関する多くの著書がある (邦訳されたものとして、ペーター・タック [中山研一ほか訳]『オランダ刑事司法入門—組織と運用』(2000年、成文堂)がある)。訳者とタック教授とは長年の親交があり、これまでも数度の来日で講演された医事刑法に関するいくつかの原稿を邦訳したことがあるが (ペーター・タック [甲斐克則訳]「オランダにおける安楽死の法的諸側面」*広島法学* 19巻1号 [1995年] 165頁以下、同「オランダにおける人工妊娠中絶(1)(2・完)」*広島法学* 21巻4号 [1998年] 343頁以下、22巻1号 [1998年] 299頁以下、同「オランダ刑法における後期妊娠中絶(1)(2・完)」*広島法学* 25巻3号 [2002年] 139頁以下、25巻4号 [2002年] 53頁以下参照。なお、ペーター・タック [山下邦也 = 上田健二訳]「オランダにおける安楽死問題についての最近の発展」*同志社法学* 50巻2号 [1998年] 163頁以下、同 [上田健二 = 浅田和茂訳]「オランダ新安楽死法の成立について」*同志社法学* 53巻5号 [2002年] 179頁以下参照)、本稿は、2001年に成立し施行された注目のオランダの安楽死等審査法 (正確には「要請に基づいた生命終結と自殺援助に関する審査、並びに、刑法と遺体処理法の改正

法」：同法については、山下邦也「オランダ安楽死法」*年報医事法学* 16 [2001年] 309頁以下等参照) のその後の運用をめぐる具体的状況を簡潔に伝えるものである。とりわけ終末期医療における緩和的鎮静のあり方ないし人工的栄養・水分補給の打切りをめぐる問題は、世界共通の問題であり (ちなみに、2006年7月にオランダのユトレヒトで開催予定の第17回比較法国際会議の刑事法の分科会のなかの1つのテーマも「安楽死」である)、日本も例外ではない (甲斐克則『安楽死と刑法』[2003年、成文堂]、同『尊厳死と刑法』[2004年、成文堂]、同「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* 1293号 [2005年] 98頁以下参照)。本稿は、安楽死等審査法を有しながらもその運用に苦悩するオランダの現状を的確に把握して論じたものであり、緩和ケアをめぐる検察当局と王立オランダ医師会との攻防やガイドラインの策定をめぐり、興味深いものがある (日本のガイドラインの一例として、厚生労働省厚生科学研究「がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学のあり方と普及に関する研究」班・苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン作成委員会「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」[2004年9月30日付]参照)。本訳稿が、日本の今後の議論の参考になれば幸いである。

なお、読者の便宜を図るため、原題に「オランダにおける」という表現を加えた、また、適宜、各章に題目を加えたり番号を付したりしたほか、本文の区切りにも適宜番号を付した。

—*—

1) E-mail address: P.Tak@jur.ru.nl.

I オランダにおける安楽死をめぐる近年の問題状況

1 2003年5月のある週末に、ある病院で勤務中の若い医師が、神経科の看護師から77歳の高齢患者を診察するようにとの連絡を受けた。その患者は、重大なCVA（脳梗塞）に罹患しており、唾液の異常分泌および酸素欠乏によりほとんど窒息寸前であった。その苦痛を緩和するため、医師は、20mgのモルヒネの静脈注射を常用し、そして後の段階では5mgの睡眠薬（Dormicum）を追加した。彼は、その投薬（与薬）がその患者の死期を早めるかもしれないことを認識していたけれども、彼の主な関心事は、緩和ケア・プログラムの下にあってさらなる治療を差し控える決定が下されていた患者の苦痛を緩和することにあった。彼の処置の目的は、緩和的鎮静（palliative sedation）であった。その処置の後まもなくしてその患者は死亡し、医師は、自然死のための登録形式を整えた。

その病院の病院長は、明確にその処置に異議を唱えた。彼の意見は、その若い医師が実際上安楽死を行おうとしたというものであり、それで地方検察官に通報した。検察官は、その医師が「要請に基づいた生命終結と自殺援助に関する審査、並びに、刑法と遺体処理法の改正法」（the 2001 Termination of Life Request and Assistance in Suicide (Review Procedures) Act [以下、本訳稿においては「安楽死等審査法」と表記する])においてルール化された、安楽死のために規定された諸規則および諸手続を充足していなかったという理由で、犯罪捜査を開始した。生命の終結を行うようにとの患者による事前の明示的かつ真摯な要求は存在しなかったため、検察官は、その若い医師を謀殺罪（murder）で起訴する決定をした。刑事手続に加えて、その医師に対する地域医療懲戒委員会（the Regional Medical Disciplinary Board）での懲戒手続が開始された。

緩和的鎮静の法的性格に関する議論は、「Opportuu」と呼ばれる検察官たちのための毎月の審査における高等検察庁（高検）検事長会議議長（the Chairman of the Board of Prosecutors General）の短い所見によって活気づいている。

オランダでは、オランダ高検検事長会議（the

Dutch Board of Prosecutors General）が、安楽死等審査法においてルール化された諸手続を遵守することなく誰かの生命を終結させた医師が訴追されるべきかどうかを決定する。

同会議議長は、その所見において、次のように書いた。

「医学的観点からすると、誰かある者を深昏睡に陥らせるために、耐え難く苦痛に苛まされているその者に鎮静剤を投与することは、よく計画されることかもしれない。さらに、状況によっては、深昏睡にある者に対して水分および栄養分を中止することは、承認可能である。医師たちにとって、これらは、2とおりの考えがある。しかしながら、法的には、状況は完全に異なる。ある者を深昏睡に陥らせる医師と食物および液体の提供を中止する医師は、誰かの生命を終結する意図を有していなかったかもしれないが、刑法的観点からすれば、重要な関係がある。もし患者の死が医師の行為にまさに蓋然的な原因があるとすれば、刑法上の故意は証明できる。というのは、刑法上の故意については、医師が患者の死を意図したということが必ずしも要求されないからである。

誰かある者を末期的深昏睡に陥らせる医師が安楽死等審査法の下で審査を免れるということは、不条理である。そのようなケースは報告されていないし、——地方審査委員会または高検検事長会議（the Board of Prosecutors General = (PT)）によって——何ら審査されてもいない。検察官が直接通報を受けるということは、起きるかもしれないことであるが、このようなことは、めったに起きるものではない。それは、1つの問題である。この問題が——刑法によるのであれ審査委員会による審査によるのであれ——どのように解決されるかは、どうでもよい。要は、その影響を受ける末期の鎮静（terminal sedation）が安楽死と同等なものであるということである。その理由は、——2001年法において示されている——適正な注意（due care）の基準を遵守することによる外部的コントロールが可能なものとされるべきである、ということにある」²⁾。

2 医師を刑事訴追するという決定および高検検事長会議議長の意見は、医学界に大きな波紋を

投じた。なぜなら、緩和的鎮静は、近年オランダではますます利用されているからである。刑事訴追の懸念は、保健大臣が、緩和的鎮静は通常の治療とみなされるべきであり、安楽死と同等ではない³⁾、という宣言を出したときに減少したし、さらに、裁判所および地域医療懲戒委員会の決定によっても減少した。すなわち、刑事事件においては、その医師は、第1審裁判所および控訴裁判所の両方によって謀殺罪について無罪とされたのである⁴⁾。無罪の理由は、両裁判所が、本件においてその処置は呼吸困難に陥っている患者のための適切な治療行為であり、それゆえに適切な緩和ケアであった、という多くの医学専門家証言によって表明された意見を採用したからであった。

また、懲戒事件においては、地域医療懲戒委員会⁵⁾は、本件において専門的行為を行った医師は、医学の見識、医療の諸規範および緒基準に合致して行為した、という結論に至り、その医師に対する国家医療監督官 (the medical inspector) による申立てを受け入れがたいものだと宣言した。検察官および国家医療監督官の双方は、明らかに、緩和的鎮静が安楽死の一形態であり、それゆえに安楽死等審査法の法制度の下に入るという意見であった。

一方で裁判所および地域医療懲戒委員会の見解と他方での検察官および国家医療監督官の見解との間の相違は、長い間、緩和的鎮静が安楽死の一形態であるのかが明確でなかったという事実から基本的に生じる。緩和的鎮静が一種の安楽死として考えられた理由は、緩和的鎮静という現象の明確な定義が存在しないこと、および緩和的鎮静がもたらす誰かの生命の末期段階で行われるという事実から生まれた。緩和的鎮静は、末期段階におけ

る鎮静、生命ケアの終局における鎮静、あるいは末期の鎮静とも呼ばれ、安楽死と同様、生命の終焉に関する医療上の決定の領域に属する。

3 緩和的鎮静は、安楽死の諸事案における審査手続に関する最近の評価研究において示されているように、むしろしばしば行われている⁶⁾。これは、オランダにおける緩和的鎮静に関して見積もられた数値が産み出された最初の研究であった。毎年、約14万人がオランダで死亡している。全死者の約10%に末期の鎮静が行われていた⁷⁾。その研究によって、緩和的鎮静が行われる場合に適用される注意深さ (carefulness) に関する懸念について理由があったことが明らかになった。この懸念は、緩和的鎮静が用いられたとき、注意深さが実質的に欠如していたという証明によるものではなく、3つの不明確さによるものであった。すなわち、

(1) 末期の鎮静の透明性および審査可能性がいかに証明されうるかが不明確である。

(2) 末期の鎮静がどのような用語および条件の下で良きメディカル・ケアとなるのかが不明確である。

(3) 末期の鎮静の実践への見通しが限定されている。

安楽死の事案では、安楽死等審査法が、地域審査委員会がディシジョン・メイキング・プロセス (decision making process) を審査し、かつその医師が適正な注意をもって行為し、安楽死についての訴追からその医師を保障するために同法において定式化された6個の基準を遵守したかどうかを審査することを可能にするために遵守すべき審査手続を規定している⁸⁾。

緩和的鎮静は、安楽死等審査法のルールの下ではなく、それゆえに地域審査委員会によっては審

2) J. de Wykerslooth, Two gaps in the euthanasia regulation, *Opportuun*, June 2005.

3) Response on questions put by Members of Parliament 21 August 2003.

4) District Court Breda, 10 November 2004, *Medisch Contact* 2004, pp. 1876-1878 and Court of Appeal 's Hertogenbosch, 19 July 2005, *Medisch Contact* 2005, p. 1359.

5) Decision 10 March 2005, *Medisch Contact* nr. 12, 25 March 2005, pp. 499-501.

6) G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen, *Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie (Medical decisions at the end of life. Practice and review procedure euthanasia)*, Utrecht, De Tijdstroom, 2003, pp. 75-101 and J.A.C. Rietjens, A. van der Heide, A.M. Vrakking et al., *Physicians report of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing deaths in the Netherlands*. *Annals of Internal Medicine* 2004, 141, 178-85.

7) これらの数字の議論については、www.annals.org/cgi/content/full/141/3/178? を見よ。

査されえない。

終末期の鎮静のための諸々の用語および条件が定式化されているガイドラインが存在しないかぎり、一定の事案で終末期の鎮静が良きメディカル・ケアであったか否かを審査することは困難であった。このような不明確さがあるかぎり、緩和的鎮静を用いる医師は、緩和的鎮静が安楽死の法的範囲内に入らずに謀殺罪または故殺罪を構成する生命の終結とみなされ、後者について訴追されるというリスクを冒す。このような不安定さは、患者の緩和ケアのプロセスにおいて緩和的鎮静を用いる医師たちにとって受け入れることができない。

緩和ケアは、生を肯定し、死にゆくこと (dying) を通常のプロセスとみなす。それは、死を早めることを意図するものではないし、引き伸ばすものでもない⁹⁾。緩和的鎮静は、その治療が不十分な効果しか持たないこと、およびその徴候がもはや治療できないことが明らかになるとき、緩和ケアの部分になるといってよからう。

緩和的鎮静は、生の末期段階における患者の意識の意図的減少として定義される。

緩和的鎮静の対象は、意識の減少による苦痛の緩和である。緩和的鎮静の対象は、死を早めたり引き伸ばしたりすることではない。

治療——例えば、苦痛減少のためのモルヒネの恐怖や管理を制限するために通常量の抗不安薬 (Anxiolyticum) を使用すること——の副次的効果としての意識の減少は、緩和的鎮静であるとは考えられない。

II 緩和的鎮静のためのガイドライン

1 2005年12月にオランダ王立医師会 (the Royal Dutch Medical Association) は、緩和的鎮

静のためのガイドラインを出した¹⁰⁾。そのガイドラインは、死亡の時点までの継続的な緩和的鎮静の状況に言及しているにすぎない。ガイドラインにおいては、緩和的鎮静のための適応および諸条件が定式化されている。

緩和的鎮静のための適応は、患者の耐え難い苦痛に至る疾患の1つまたはそれ以上の医学的に不治もしくは制御し難い徴候、いわゆる難治性の徴候 (refractory symptoms) が存在することである。ある徴候が難治であるといえるのは、一般に行われている治療のいずれもが徴候救済に効果がないか、またはこれらの治療が受け入れ難い副作用を有する場合である¹¹⁾。その適応は、第1次的には医療上の決定であるが、当該患者の意見こそがきわめて重要である。ある患者が、自己のための治療があまりに絶え難いか効果がないという理由から、不治の疾患のための治療を認めない場合、このことは、緩和的鎮静の適応が存在するという医師の決定に影響を及ぼすかもしれない。

最も重要な難治性の徴候は、疼痛、呼吸困難 (dyspnoea)、および難治性の悲嘆 (distress) もしくはせん妄 (delirium) もしくは重大な心理学的苦痛と結び付いた重大な吐き気 (nausea) ないし呼吸の低下といったような複合的徴候である。難治性の徴候がなければ、緩和的鎮静のための適応はない¹²⁾。

緩和的鎮静のための条件は、1週間ないし2週間以内に患者の死が予測されるべきこと、である。緩和的鎮静の事案においては、人工的な水分補給もしくは栄養分補給が何ら行われまいであろうということが想定されている。患者の大多数は、緩和的鎮静が開始されて数日以内に死亡する時点では、もはや飲食をしない¹³⁾ (3日以内が85%、7日以内が98%)。

8) Peter J.P. Tak, *Das Niederländische Gesetz zur Kontrolle der Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Selbstmord.*, ZStW 2001, pp. 905-923 and idem *The Doshisha Hogaku*, Vol. 53, (5), 2002, pp. 179-210. オランダにおける安楽死の立法および実務の発展に関する論文は、様々な日本の法律雑誌に公表されている。Peter J.P. Tak (Katsunori Kai), *Legal Aspects of Euthanasia in the Netherlands*, Hiroshima Hogaku, Vol. 19, (1), 1995, pp. 165-199, Peter J.P. Tak, *Recent Developments Concerning Euthanasia in the Netherlands*, *The Doshisha Hogaku*, vol. 50, (2), 1998, pp. 163 ff. を見よ。

9) 緩和ケア (palliative care) については、WHO の定義 www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ を見よ。

10) KNMG - *richtlijn palliatieve sedatie (Guideline palliative sedation)*, Utrecht, December 2005.

11) T. Morita, S. Tsuneto, Y. Shima, *Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria*, *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002 (24), pp. 447-453.

12) KNMG richtlijn, p. 15.

水分を飲み続ける患者は、概してずっと後になって死亡する。緩和的鎮静の下にある患者のための人工的な水分補給は、意味のない治療と考えられている¹⁴⁾。なぜなら、水分補給は、苦痛を引き伸ばし、そして、水腫 (oedema)、疼痛、気管支分泌作用 (bronchial secretion) の増幅、尿の生成ないし失禁の増幅による苦痛を増幅するかもしれないからである。その治療の対象と適用される手段との間には、もはや合理的な比例性 (reasonable proportionality) は存在しない。それゆえ、水分補給をしないことは、適切な治療であると考えられる¹⁵⁾。

水分を補給しないことが緩和的鎮静の一部であることをその患者が理解できるかぎりでは、彼は、十分な情報提供を受けなければならない。患者が拒否すれば、短期間または間隔を空けての緩和的鎮静が許容されるにすぎない。

筋ジストロフィー (muscle dystrophy) だとか心機能不全 (cardiac insufficiency) といったような難治性の徴候が出現するが内在的な死亡の予測がない事案においては、短期間の緩和的鎮静または間隔を空けての鎮静は、より適切な医療上の決定である。

緩和的鎮静を適用する決定は、注意深く行われなければならない。また、メディカル・スタッフ (看護師)、患者自身および患者の近親者によって提供された情報を考慮しつつその適応性について厳格に検討することが求められる。

むしろ緩和的鎮静は、患者の明示的意思——いつ開始するか、どこで死ぬか、お別れの訪問 (farewell visits) 等——を考慮しつつ患者によるインフォームド・コンセントに基づいて行われる。患者が自己の意思を (もはや) 表明できない場合、彼の法定代理人がディシジョン・メイキング・プロセスにアプローチしなければならない。法定代理人

の拒否は、当該患者の利益に左右される。

相談することが不可能な緊急の事案においては、医師は、事前の相談なしでその決定を行うことができる。

2 緩和的鎮静は、注意深い準備 (患者、患者の家族およびメディカル・スタッフに対する情報) を必要とし、概して医師のみが開始できる。鎮静に用いられた手段は、その徴候をコントロールするのに相当かつ相応のものでなければならない。モルヒネそれ自体は、相当であるとは考えられない。中枢神経抑制剤である塩酸ミダゾラム (midazolam) は、きわめて適切な手段であるように思われる¹⁶⁾。

緩和的鎮静は、次のようなことを意味する適切な報告および評価を要求する。すなわち、報告書においては、緩和的鎮静の開始および継続は、患者の現実の状態に基づいて根拠づけられねばならず、その結果、緩和的鎮静の使用は、その適用に関する議論が生じるかもしれない事案において透明性をもってなされ、かつ審査可能なものとなるのである。

さらに、ガイドラインは、緩和ケアを提供することを管理するチームに対して数多くの指示を与えており、その結果、そのチームは、緩和的鎮静の最中に何が起きるかについて近親者に情報を提供し、彼らの死別に際して近親者を援助し (カウンセリングと支援)、かつ彼らにアフターケアを提供することができるのである。

近親者が情報提供を受け、援助を受け、かつ支援されなければならないのみならず、緩和ケアチームもまた、用いられた緩和的鎮静について情報提供を与えられるべきであり、かつ感情面での援助のほかに臨床上および実践上の支援を提供されなければならない¹⁷⁾。

3 緩和的鎮静の定義、緩和ケアの適応性およ

13) J.A.C. Rietjens, A. van der Heide, A.M. Vrakking et al., *Physicians report of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing deaths in the Netherlands*. *Annals of Internal Medicine* 2004, 141, 178-85.

14) Gezondheidsraad, *Patiënten in een vegetatieve toestand (Vegetative patients)*, Den Haag, 1994/2 and Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen KNMG, *Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten (Medical decisions concerning the end of life regarding mental unable patients)*, Houten/Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.

15) KNMG richtlijn, p. 23.

16) KNMG richtlijn, p. 26.

17) KNMG richtlijn, pp. 33-38.

び条件は、ディシジョン・メイキング・プロセス、飲料水の不提供、緩和的鎮静の注意深い適用、報告および評価、そして支援体制に関するオランダ王立医師会の立場と同様、(国際的) 国内的文献および専門家の諸々の意見の中の見解に基づいている¹⁸⁾。

III おわりに

1 医療上の緩和ケアの一部としての緩和的鎮静は、医学準則(レーゲ・アルティス [lege artis])に従った専門的な治療であり、適切に用いられれば死期を早めるものではない。緩和的鎮静は、不当にも、生命終結の一種であると考えられてきたのであり、それゆえに不当にも、安楽死等審査法の法的枠組の下に入れられるべき行為であると考えられてきた。

緩和的鎮静は、緩和的鎮静と安楽死が異なった対象を伴うまったく異なる行為であるがゆえに、要求に基づく生命終結を過剰なものたらしめるわけではない。しかしながら、緩和的鎮静は、誰かの生命の末期段階における耐え難い肉体的苦痛に対する究極の医学的対応たりうるがゆえに、安楽死の要求は、より例外的なものになるであろう¹⁹⁾。心理学上の苦痛——身体的な屈辱 (physical humiliation) への恐怖といったようないわゆる実存的理由——については、緩和的鎮静は、1つの選択肢にはならない。それらの事案においては、安楽死は、1つの選択肢となるかもしれないが、ブロンガースマ事件 (Brongersma-case)²⁰⁾における最高裁判所のルール化により、医師たちは、安楽死が要求されるそのような事案において積極的に対応する気がなくなってしまった。

2 訴追政策による緩和的鎮静に関するガイドラインの効果は、どのようなものになるであろうか。緩和的鎮静を実施したために若い医師が訴追された主な理由は、透明性の欠如と明確なルールの欠如であった。その結果、緩和的鎮静は、検察官によって、何か生命の終焉に関する医学的決定のグレーゾーンにおいて起きていることとみなさ

れたのである。このガイドラインにより、緩和的鎮静の決定は、透明なものとなり、同僚による審査が可能となるであろう。このことは、オランダの検察当局が、緩和的鎮静がレーゲ・アルティスに則らずに行われて刑事事件となる嫌疑を生ぜしめるような諸事案だけに司法的に介入するよう制限する1つの根拠となるかもしれない。ガイドラインによってもたらされた緩和的鎮静のための透明性および明確なルールのおかげで、刑事事件となるのは、ごく例外的な事案にすぎなくなるであろう。

3 オランダ王立医師会は、検事長会議とガイドラインについて相談し、検察当局がガイドラインをその訴追政策の根拠として用いるであろうという期待をしている。検事長会議が本件においてその視点をすぐにでも発することが期待される。



18) KNMG richtlijn, pp. 39-46.

19) B.J.P. Crul, *Euthanasie moet uitzondering zijn (Euthanasia shall be exceptional)*, NRC 7 December 2005, p. 7.

20) Supreme Court 24 December 2002, NJ 2003, 167.



終末期におけるステージ別のケア—捉え方と実践

ターミナルステージで心理社会的側面をどう支えるか

How to Support the Patients and Their Families with Psycho-social Needs

田 村 里 子

Satoko Tamura

Key words : ソーシャルワーク, ターミナルステージ, 心理社会的援助

● 緩和ケア 16 : 406-410, 2006 ●

緩和ケア別刷

VOL.16, No.5 2006

青 海 社 発 行



終末期におけるステージ別のケア—捉え方と実践

ターミナルステージで心理社会的側面をどう支えるか

How to Support the Patients and Their Families with Psycho-social Needs

田 村 里 子*

Satoko Tamura

Key words : ソーシャルワーク, ターミナルステージ, 心理社会的援助

● 緩和ケア 16 : 406-410, 2006 ●

はじめに

高いQOLの実現を目指し全人的にアプローチする緩和ケアにおいて、ソーシャルワーカーは医療チームの一員として、相談援助を通じ心理社会的に支援する。“心理社会的”，すなわち個人の気持ちと暮らしを、個人の心理的支援と個人の社会との接点としての制度や資源、人間関係、交流、つながりといった局面からサポートしている。

ターミナルステージにおけるソーシャルワーカーの役割と実践について、終末期各期における患者とその家族が直面する心理社会的課題とソーシャルワーカーの支援を通して述べる。

ターミナル前期：生命予後が 数カ月とされる時期

一般医療機関からの緩和ケアへの紹介は、この時期に集中している。積極的な治療が終了したために緩和ケアが紹介され、支援を開始する。

① 治癒的な治療から緩和的な治療の選択 —ギアチェンジへの援助

患者と家族は転入院相談で、緩和ケアの紹介について「もう治療ができないから、これ以上入院できないと急に言われ、見離された」と語り、「医療者側からの一方的な突然の方向転換」と受けとっていることが多い。

医師の情報提供がプロセス不足ゆえに「がんばっていた治療が無駄だったと突き放された」と感じ、医療者自身の緩和ケアへの認識不足から「肺炎でも抗生剤を使わず、胸水も抜けない所」と説明され、「死ぬ患者はもうどうでもいいのか！なんにもせず死ぬのを待つのか」という嘆きと怒りの受けとめとなることも少なくない。

ソーシャルワーカーは、聴くことで思いを受けとめ、感情表出を保証する。まず患者や家族が、「不安な患者に何もできないとは、医師が言う言葉か！」といった怒り、「今までやってきたつらい治療が何の意味もなかったなんて！」という嘆き、「やることがない、すぐ退院してくれとは！」といった不信や、「ただ手をこまねき、死が近づくのを

*東札幌病院 MSW 課 : Higashi Sapporo Hospital [〒 003-8585 札幌市白石区東札幌 3 条 3-7-35]
0917-0359/06/¥400/論文/JCLS

待つしかない…」など絶望の思いを言葉にし、気持ちを「受けとめられた」と患者と家族自身が実感される関わりが、緩和中心の医療へのギアチェンジの第一歩となる。

さらに、先医の病状説明とそれについての受けとめや、今までの医療体験への評価、サポートネットワークの状況、今の気持ちのつらさや希望、コーピングスタイル、患者とその家族の固有の価値について、などを聴くことで支えつつ、心理社会的アセスメントを行う。

そこから医師へ「求められている情報や程度、今まで受けてきた説明で不足していることや納得に至れない背景、現状認識を深めるために必要なこと」などのアドボカシー（患者の意思を代弁する）を行う。そして病状説明において、求める情報が提供される機会を保障し、患者と家族の状況に合った妥当な情報提供がなされるよう支援する。

医療チームカンファレンスにおいても、患者と家族の緩和ケアへの背景や心情について共有し、医療チームメンバーの共感的理解への橋渡しを行い、適切なケアの提供を共に指向する。

さらに患者と家族へ継続的に関わり、互いの思いを十分に聴きつなぎ、両者の合意のうえでの方向づけや選択を支えていく。

緩和ケアへのギアチェンジ初期における集中的な心理社会的支援は、緩和ケアへのソフトランディングの鍵である。それにより、患者・家族自身はその後のQOLの高い療養生活の実現に向け、自ら向かっていくことが可能となる。

② 在宅療養の検討と整備—在宅療養支援

苦痛症状の緩和が図られた場合、短時間でも在宅療養の可能性が検討となる。

療養の場の選択のため、ソーシャルワーカーは患者と家族の意向の明確化と合意形成を支え、患者とその家族が医療資源などのサポートネットワークを活用し、自分の暮らしをつくっていくことを支援する。

医療者側の在宅移行への気持ちが先行し、患者

と家族の選択における自己決定が保障されない事態とならないよう、十分に注意が必要である。

今後の病状経過や予後についての説明と受けとめ、家での暮らしへの希望、その家族の問題解決の方法、フォーマル・インフォーマルな資源活用状況、さらに介護に関する体験、希望、意欲、ワーカビリティ（動機や援助活用能力）、交渉力についてアセスメントし、在宅療養について「共に」検討し、患者と家族が選択したうえで「共に」具体的に実現する。

社会制度や社会福祉サービスの活用により経済的負担の軽減や療養環境の整備、具体的には、訪問看護、往診医、病診連携などニーズに応じた適切な医療提供の継続や、介護力の調整、日常生活支援用具などの福祉諸サービスの整備など、包括的なコーディネーターとしての役割を担う。

制度の壁や在宅支援システム不備などの現状の中で、ソーシャルワーカーは、あくまでも患者の意向を中心とした地域的資源の連携や協体制づくりのネットワークとして、地域に緩和ケアを拡大していく。

③ 社会生活上の重要課題の身辺整理

—依頼や委譲と身辺整理支援

身辺整理は、患者と家族がオープンには話したいが、両者にとって実際には気がかりで、それぞれから仲立ちを依頼される課題である。

自分の変化を実感した患者自身が、身辺整理を希望することもある。通常、社会生活が滞っている件や気がかりについて、日々の関わりから患者自身の明確な意向を伝えることが可能な時期に、訊ねておく配慮も必要である。

実際には、預貯金、住宅ローンの件、生命保険証書などの書類の関係や、社会的役割について、ゆだねられる人の選定や役割の委譲などが含まれる。患者の意向を実現するかたちで、患者と家族の話し合いを促し、希望により遺言状の作成を弁護士や公証人役場との連携で支援する。

ターミナル中期：数週間の生命予後であらうと判断される時期

予後数週間と予測される時期は、状況に揺れる家族に寄り添いつつ、患者と家族がお互いの思いを表出し過ごすことを配慮し、支える。

① 本人のスピリチュアルな苦痛—ナラティブアプローチとライフレビューのサポート

患者本人からのスピリチュアルな苦痛は、自分自身と向き合い意思疎通が可能なこの時期に最も多く表出される。「自分がこうして長引くことが家族の負担になる。生きる目的はない」と語る本人に、家族は「何と声をかけ、支えたらよいのか」と困難を深める。

「意味」を見出せず、スピリチュアルな苦痛の中にある患者に対し、ソーシャルワーカーは、ドミナント（支配的）なものとして現状を語る患者に聴き尋ねることで、認識された現状からの脱構築を支える。本人は語ることで別のナラティブを生み、意味を見出す。語ることは、「橋をかける＝関係づける」行為となる。この「橋」がつながりとして患者自身によって認識されることで、スピリチュアルな苦痛への手がかりが得られることもある。

また、ライフレビューをサポートし、「やりたいことをやり、好きなように生きてきた。人生、悔いはない」との振り返りや、「家族はばらばらだったが、がんになったことで家族が再度集まり、凝縮した時間を過ごせた」と、肯定的な意味づけが語られることもある。

② 未完の仕事—未完の仕事の完遂へのサポート

未完の仕事のニーズは、時間が差し迫ってきていることが実感した患者本人から、先述の社会生活上の身辺整理とは異なり、「人生のやり残し」として語られる。

患者本人が自身の生きてきた意味とも重なり、先のスピリチュアルなニーズと連動して語られることも多い。それが「家族との和解」をはじめ、

断絶した人間関係やつながりの再構成の場合、ソーシャルワーカーは患者の気持ちを代弁し、家族内の調整や話し合いの場の設定など、さまざまなかたちで未完の仕事の完遂へのサポートを担う。

③ 家族の介護負担増大—感情表出のサポートと介護体制の検討

家族は状況が切迫してくるにしたがい、家族自身の状況より患者を優先し、「患者を支える家族」としての医療者からの役割の期待を、無言の内に強く感じる。

家族は不安や役割の増大から、「患者も大事だが、どこかでこの気持ちを聴いてほしい」といった感情表出のニーズをもつ。また、「本人は勝手、なぜ自分だけが犠牲になるのか」「余命が短いと言われがんばってきたが、いつまで続くのか、もう疲れた。こういう自分も情けない」と介護負担感に消耗しつつも、自責の念にさいなまれる。

こうした思いを家族が言葉にできる関係を基盤に、家族に向き合い共感的に支えつつ、医療体験の中で家族に染みこみ拘束する「家族としてこうすべき」から、「今ここで、どうしていききたいのか」に添った介護体制を共に検討する。

患者にとってかけがえのない時間を支えている家族の今を、家族自身が評価し、価値づけ、折り合っていくことができるよう、聴くことで支えていく。

④ 家族の予期悲嘆—グリーフワークのサポート

患者との実際の死別以前に、患者の死を先取りし悲嘆する予期悲嘆の状況は、多くの家族にみられる。

「亡くなった後どうすればいいのか」と、遺族となった自分を想定し、悲嘆、自責の念、不安や苛^{いらだ}ち、怒り、無力感などに陥る。また、集中力や気力を失い、日常生活に支障を生じ、「自分がすっかりおかしくなってしまった」と混乱し、生活上の困難として語られることもある。

こうした喪失への予期悲嘆は異常なことでないことを伝え、感情表出を促し、気持ちを支えてい

く。また、ライフレビューにより患者と過ごした時間や関係を振り返り、つながりや絆の確かさが実感されることを支える。病的な悲嘆の出現にも注意を払い、継続的に関わっていく。

予期悲嘆を支えることは、家族にとっては死別後の悲嘆の準備ともなる。悲嘆についての知識を得ることが、自分の状況を理解し、折り合うことの助けとなる家族もある。悲嘆の思いを聴き、気持ちを支える中から、具体的な不安として遺族となってからの住居や健康保険、年金、親族との関係、子どもとの同居など、暮らしの相談へ展開し、準備を支援することもある。

ターミナル後期：数日の生命予後であらうと判断される時期

予後の数日が見込まれる時期は、家族の緊張がさらに高まり、「患者のために、家族としてできることはないのか」という焦燥感や無力感、医療スタッフへの怒りや拒否感なども表出される。

① 患者・家族と医療者間の合意形成—橋渡しのサポート

医療者からの現状認識を促すことを意図した介入が、度重なる病状説明となり、切迫した家族の心情には添わないものになることも多い。「なぜ何度もつらい話を聞かなくてはならないのか」との憤りや、看護師の日常生活のケアや対応の細かな事象がすれ違いを生じることもある。ソーシャルワーカーは病状説明に同席し、意図的に家族が心情を表現することを支え、両者の気持ちや意図をつないでいく。

セーションについて、患者や家族とガイドラインに添った話し合いがすでになされている場合でも、患者と家族の意向の相違や、家族間での意向が異なり、家族間に葛藤が生じることもある。医療チームと共に話し合いを促進し、合意の再形成をサポートする。

② 家族間の葛藤—その緩和と橋渡しのサポート 患者の変化を予測して、さまざまな家族が訪れ

るこの時期は、家族内のバランスが崩れ、葛藤が生じやすい。

特に疎遠で関係も薄かった親族が、主たる介護者である家族に批判的な場合には、今まで見てきた家族に、「今まで何も協力せず今になって批判だけ、発病からどんな気持ちで見てきたと思っているのか」といった、憤りや嘆きが生じる。

情報量の差が原因している場合は、適切な情報提供の機会を保障し、医療者へ率直に疑問や感情の表出を促す。さらに今まで主たる介護者として、継続して患者を支えてきた家族に対しては、理不尽と感じている思いを受けとめつつ、今までのケアに対する敬意とねぎらいを伝える。

いずれにしても、すべての家族にとって意味のある体験として価値を見出すことを目指し、サポートする。

③ 看取りと葬儀の打ち合せ—橋渡しと葛藤の調整

看取りや葬儀に関する相談は、この時期の特徴的なニーズであり、この時期に集中している。葬儀に関して、患者本人から「散骨したい」「葬儀についての希望を家族が取り合ってくれない」などの相談がある一方、多くの家族は患者本人からの葬儀の話題はつらく、直面化を避ける傾向がある。

ソーシャルワーカーは、家族の直面しがたい気持ちを受けとめつつ、患者が自分の納得するかたちで生き納めたいという現れとして求める葬儀のかたちであることを代弁し、両者の思いをつないでいく。「そこまでが本人の生き方」と家族自身が理解し、それを支えたいと話し合い、両者が大切なことを共有することで安心し、絆を深めることとなる。

看取りのあり方、葬儀、お墓をめぐる患者と家族や家族間の考えが異なり、家族調整を必要とすることもある。お互いが十分に話し合い、納得した合意に至れるよう、プロセスに配慮する。

死亡直前期および看取り：数時間で命を終えるであろうと判断される時期

看取りの時期は、とりわけ家族の印象に強く残る時間である。看取りを終えた家族が遺族となり来院されたおり、繰り返して語られる場面でもある。臨終場面の支配性とでもいうべき現実がある。

尊厳ある最期—患者と家族への配慮

医療機関の病室という場所であっても、患者と家族にとっては、かけがえのない人との限りある時間と空間である。医療チームには、患者とその家族との時間と空間に侵入しない存在のあり方、たたくまいへの配慮が求められる。これまでの患者と家族の価値や歴史を尊重したケアの集大成の時期である。医療者の誠実な対応の必要はいうまでもない。

家族に対し、共に患者を支えてきた仲間・伴走者として家族の労をねぎらい、ここで患者と過ごした時間を共に振り返り、語ることで支える。

家族が患者を大切に思う気持ちと同様に、医療チームメンバーからも最期の時も尊厳ある人として尊重され大切にされていると実感できることが、家族の思いを支え、遺族となったおりのグリーフワークへの助走となる。

おわりに

終末期のステージ別のケアにおけるソーシャルワーカーの役割と実践について述べた。

ソーシャルワーカーは、患者と家族の心理的サポーターや代弁者、患者と家族、そして彼らと医療者との仲介者、療養環境や社会資源のコーディネーター、地域と緩和ケアのネットワークナーなどの役割を担う。

このたびは当企画に沿い、前期・中期を重点的に述べたが、すべての期を通じて、特に初期介入において心理社会的ニーズがどれだけ満たされたかが、その後の療養期間全体の満足度を左右すると考える。

がん診断初期よりの心理社会的サポートの必要性や、闘病期間長期化の動向も考慮し、終末期にだけではなく、より広い視野に立った、発症からの継続的な緩和ケアのサポートシステムの構築は必須であろう。

参考文献

- 1) 青山こずえ, 田村里子, 塚田亜子: プロセスに応じた緩和ケアの多様性に関する研究 2—緩和ケアのプロセスに応じたがん患者へのソーシャルワークの分析. 第10回日本緩和医療学会総会抄録. p.162, 2005
- 2) 石谷邦彦: 臨床死生学会「プロセスに応じた緩和ケアの多様性について」2004. 11・21
- 3) Kassa S, Loge JH: Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliat Med* 17: 11-20, 2003
- 4) 田村里子: がんの痛みの緩和ケア: ソーシャルワーカーからみたがんの痛みの緩和ケア. *がん看護* 8: 115-120, 2003

インフォメーション

☆インフォメーション掲載希望の方は編集室までご連絡ください。☆

第3回 医学生への緩和ケア教育のための 教員セミナー

日時: 2006年10月21日(土)~22日(日)

会場: 昭和大学横浜市北部病院(横浜市都筑区茅ヶ崎中央35-1)

テーマ: 「講義力アップを目指す 緩和ケア模擬授業体験」

対象: 緩和ケアの講義をしている医療者(医師, 看護師,

コメディカル)

内容: (基調講演)「学習者中心の医学教育(仮)」大西弘高(東京大学医学教育国際協力センター) スモールグループにより以下の体験授業を行います。日頃の講義を15分に凝縮して模擬授業に挑戦, 学生役にもなってみて講義のツボを体得する。

主催: 大学病院の緩和ケアを考える会

問合先: 大学病院の緩和ケアを考える会 事務局

E-mail: da-kanwa@hkg.odn.ne.jp

がん患者に対するFunctional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) 日本語版の信頼性・妥当性の検討

野口 海 大野 達也 森田 智視 相原 興彦
辻井 博彦 下妻晃二郎 松島 英介

Japanese Journal of General Hospital Psychiatry

総合病院精神医学 Vol. 16 No. 1 別刷

【複製禁】

Original article

原 著

がん患者に対する Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) 日本語版の信頼性・妥当性の検討

野口 海*^{1,2} 大野 達也*² 森田 智視*³ 相原 興彦*¹
辻井 博彦*² 下妻晃二郎*⁴ 松島 英介*¹

【要約】 がんなど慢性疾患患者の spirituality を簡便に調査するためにアメリカで開発された Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) スケール日本語版の信頼性と妥当性の検討を行った。306名のがん患者を対象に、FACIT-Sp 日本語版と Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) を用いて調査を施行した。内的整合性の検討では、下位尺度のクロンバックの α 信頼性係数は 0.81~0.91、因子分析による妥当性の検討では良好な因子妥当性を有し、各尺度が独立していることが示された。感情尺度と spirituality 尺度はそれぞれ独立尺度であることが示唆された。宗教の有無によって spirituality スコア・HADS スコアに有意差はみられなかった。以上の結果より FACIT-Sp 日本語版が良好な信頼性・妥当性を有し、わが国のがん患者を対象とする spirituality 研究において有用な尺度であると考えられた。

はじめに

「がん」という死を自覚させられる疾患にかかった患者は、身体的・機能的に大きなダメージを蒙ると同時に、「なぜこんなに苦しまなくてはならないのか」、「なんで自分がこんな病気にかかるのか」、「自分の一生は何だったのか」など、人生の意味や目的、価値の喪失への苦しみ、自己や他

者あるいは人間を超えた存在との断絶に苦しむ、と指摘されている¹⁾。今日、がん患者の total pain を理解するために、上記のような「spiritual pain」の評価の重要性が指摘されるようになってきている²⁾。WHO 専門委員会も spiritual とは「人間として生きることに関連した経験的一側面であり、身体的・心理的・社会的因子を包含した人間の“生”の全体像を構成する一因としてみることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念とかかわっていることが多い³⁾と臨床に関連する重要な要素として定義している。精神医学領域においても、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth Edition (DSM-IV)⁴⁾ のなかに spiritual pain を含む診断カテゴリーとして「religious or spiritual problem」(臨床的関与の対象となることのある状態)が明記されるようになってきている。しかし、概念が広範で、宗教性 (religiousness) との区別の問題や、日本において実際に患者の spir-

キーワード: Spirituality, QOL, Cancer, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

*¹ 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野 (〒113-8519 文京区湯島1-5-45)

*² 放射線医学総合研究所重粒子医学科学センター病院

*³ 京都大学大学院医学研究科疫学研究情報管理学講座

*⁴ 流通科学大学サービス産業学部医療福祉サービス学科

Table 1 患者背景 (n=306)

年齢	平均	62.9	
	分布	(22~87)	
		n	(%)
性別	男	164	(53.6)
	女	142	(46.4)
教育経験	義務教育まで	60	(19.6)
	高校卒以上	246	(80.4)
雇用状況	有職(常勤)	90	(29.4)
	パート	21	(6.9)
	無職	113	(36.9)
	主婦	66	(21.6)
	その他	16	(5.2)
婚姻状況	結婚(配偶者健在)	255	(83.3)
	結婚(配偶者と死別)	24	(7.8)
	未婚	27	(8.8)
がんの原発部位	前立腺	74	(24.2)
	子宮	70	(22.9)
	頭頸部	42	(13.7)
	乳腺	33	(10.8)
	肺	31	(10.1)
	その他	56	(18.3)
Performance status (ECOG)	0	179	(58.5)
	1	93	(30.4)
	2	30	(9.8)
	3, 4	4	(1.3)

spirituality を評価する適当な測定法がなかったことなどにより、緩和ケア領域を中心に医療者間に混乱をもたらしていることも否めない。そこでわれわれは、がん患者の spirituality に関する QOL を簡便に調査するために米国で開発された Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) スケールの日本語版における信頼性と妥当性の検討を行った。

対象と方法

調査は、放射線医学総合研究所重粒子医科学センター病院に入院中および通院中のがん患者で、①病名告知がされていること、②18歳以上、③初診から1カ月以上経過していること、④質問紙への回答および同意書記入に耐え得る身体状態にあるもの、および⑤重篤な精神障害や痴呆がないもの、の条件を満たす患者を対象とした。適格者

320名に研究への参加を依頼し、研究目的の説明を行ったうえで、書面による同意が得られた306名を解析対象とした。

今回用いた FACIT-Sp は、米国の Cella ら⁵⁾ によって開発された41項目からなる自己記入式の spirituality 追加尺度を含む QOL 尺度である。physical (身体面) 7項目・family and social (家族・社会面) 6項目・emotional (感情面) 6項目・functional (機能面) 7項目・spirituality 12項目の5つの下位尺度から構成され、包括的・全人的 QOL (total QOL) の評価が可能である。各質問項目に対して「非常によく当てはまる」から「全く当てはまらない」までの5段階で回答を行う。これまでの海外の調査でこの尺度が良好な信頼性・妥当性を有し、臨床的に有用な測定法であることが示されている^{6,7)}。FACIT-Sp 日本語版は、下妻によって開発者より許可を得た後 back translation の過程を経て作成された⁸⁾。また、spirituality と不安・

Table 2 FACIT-Sp 調査表各尺度の記述統計量と内的整合性

尺度	項目数	平均スコア	標準偏差	クロンバックの α 係数
身体面	7	21.5	5.5	0.82
家族・社会面	6	19.2	5.6	0.81
精神面	6	17.3	5.2	0.83
機能面	7	19.6	5.6	0.86
Spiritual	12	32.0	9.2	0.91
Spiritual (質問1~8; meaning/peace 「生きる意味・平穩」)	8	22.2	6.3	0.89
Spiritual (質問9~12; faith「信念」)	4	9.8	3.6	0.82

n=306

抑うつとの関連を検討するため、全例にHospital Anxiety and Depression Scale (HADS)⁹⁾を施行した。HADSは14 itemsから構成され、不安・抑うつを測定する自己記入式質問紙として日本語版の信頼性・妥当性も確立されている¹⁰⁾。このほか、人口統計学的背景・がんの原発部位・Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) -performance status (PS)・宗教の有無などの記録を行った。なお、PSとは、患者の身体的機能の指標として繁用されているものであり、0(平常の活動可能)から4(終日臥床)までの5段階で評価される。宗教の有無がspiritualityへどのような影響を与えるかを調査するため、「信じているもの」がありますか(宗教や信仰など)との項目に「ある」、「どちらともいえない」、「ない」の三段階で答える質問を行った。

統計解析はThe SAS software (SAS for Windows release 8.02, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA)を用いて行った。なお、本研究は、放射線医学総合研究所倫理審査委員会の承認を得て実施された。

結 果

患者背景をTable 1に示した。平均年齢は62.9歳で、男性が53.6%を占めていた。10年以上の教育歴を有する者が80.4%で、83.3%が既婚者であった。58.5%はPSが0で全身状態が良好な者が多かった。がんの原発部位で多かったのは前立腺

24.2%と子宮22.9%であった。

信頼性については、Table 2にFACIT-Sp 調査票各尺度の記述統計量とクロンバックの α 信頼性係数による内的整合性の検討結果を示した。5下位尺度のクロンバックの α 信頼性係数は0.81~0.91であった。

妥当性について、FACIT-Sp 調査票26項目(FACIT-G)(GS7は「性の満足度」についての質問で、回答必須項目ではなく、回答者が少なかつたため解析対象から除外した)とspirituality追加尺度12項目に対する因子分析の結果をTable 3に示す。

FACIT-Gは、原版で想定された4因子が抽出され、良好な因子妥当性がみられた。spirituality尺度についても、原版と同様、宗教感との関連は薄く自己内面の満足度との関連が強い1~8因子(meaning/peace「生きる意味/平穩」と、宗教観に関連が深い9~12因子(faith「信念」)の2因子が抽出された。

下位尺度の独立性の検討結果をTable 4に示した。尺度間の相関係数が0.7以上の場合はdistinctivenessが疑われるとの指摘^{11,12)}があるが、今回の調査では相関係数がすべて0.7以下であり、各下位尺度は独立していることが示された。

宗教の有無とspiritualityスコアおよびHADSスコアの群間差をTable 5に示した。「信じているものがある」と答えた者は53名(17.3%)、「どちらともいえない」が85名(27.8%)、「ない」と答えたものが167名(54.6%)であった。宗教

Table 3 FACIT-Sp調査票26項目の因子構造とSpiritual 12項目の因子構造

項目	第1因子 (身体面)	第2因子 (精神面)	第3因子 (身体面)	第4因子 (家族・社会面)	項目	Meaning/peace (生きる意味・平穩)	Faith (信念)
GP1	0.338	0.343	0.671	-0.097	Sp1	0.740	0.597
GP2	0.080	0.189	0.389	0.053	Sp2	0.708	0.683
GP3	0.296	0.518	0.628	-0.144	Sp3	0.795	0.660
GP4	0.241	0.339	0.654	0.003	Sp4	0.572	0.338
GP5	0.198	0.375	0.549	0.060	Sp5	0.636	0.682
GP6	0.350	0.544	0.636	-0.064	Sp6	0.838	0.655
GP7	0.368	0.444	0.755	-0.107	Sp7	0.876	0.612
GS1	0.300	0.054	-0.058	0.467	Sp8	0.496	0.324
GS2	0.087	-0.071	-0.058	0.711	Sp9	0.631	0.866
GS3	0.249	-0.066	-0.202	0.500	Sp10	0.577	0.846
GS4	0.255	0.085	0.004	0.826	Sp11	0.388	0.652
GS5	0.221	0.042	-0.005	0.771	Sp12	0.473	0.513
GS6	0.215	0.080	-0.001	0.624			
GE1	0.341	0.717	0.404	0.028			
GE2	0.447	0.490	0.241	0.208			
GE3	0.355	0.637	0.502	0.047			
GE4	0.302	0.754	0.445	-0.049			
GE5	0.188	0.732	0.337	0.014			
GE6	0.208	0.645	0.416	-0.134			
GF1	0.670	0.092	0.406	0.119			
GF2	0.698	0.141	0.326	0.165			
GF3	0.845	0.355	0.228	0.255			
GF4	0.642	0.366	0.176	0.354			
GF5	0.469	0.424	0.270	0.102			
GF6	0.745	0.399	0.245	0.180			
GF7	0.747	0.449	0.275	0.207			

Table 4 FACIT-Sp調査票下位尺度間のピアソン相関係数

尺度	身体面	家族・社会面	精神面	機能面	Spiritual	Spiritual (質問1~8 ; meaning/peace 「生きる意味・平穩」)	Spiritual (質問9-12 ; faith 「信念」)
身体面	1	-0.05	0.60	0.42	0.36	0.40	0.23
家族・社会面		1	0.02	0.28	0.24	0.23	0.20
精神面			1	0.45	0.54	0.59	0.36
機能面				1	0.67	0.68	0.52
Spiritual					1	1	1

感の有無で spirituality 尺度, 不安尺度, 抑うつ尺度, トータルスコアともに群間に有意差はみられなかった。

HADSスコアと FACIT-Spとの相関を Table 6 に示す。spirituality 尺度と HADS 下位尺度である

抑うつ尺度および不安尺度との相関係数はそれぞれ -0.58 と -0.51 であり, トータル尺度との相関は -0.62 であった。