

平成 25・26 年度自主研究

終末期医療に対する相模原市民の意識の変遷について

市民研究員 立山 龍彦

目 次

1 . はじめに	1
2 . インフォームド・コンセント informed consent	3
(1) 意義	3
(2) インフォームド・コンセントの概念の背景	3
3 終末期医療に対する相模原市民の意識についてのアンケート調査	4
(1) アンケートの目的	4
(2) 終末期における患者の意思が不明の場合	5
(3) 家族による患者本人の意思の代行	5
(4) 医師が治療行為を中止できる場合	5
(5) 相模原市医師会会員へのアンケート調査	6
(6) 相模原市役所職員の終末期に関する意識調査	20

1. はじめに

(1) 最近、終末期における延命治療の問題や自分が認知症で終末期を迎えた場合の医療等がマスコミでも大きく取り上げられ、患者が治療を受ける際にどのような価値判断で医療行為に同意するか、若しくは拒否するかについて、事前に自分の意思を明確にしておくことが求められる時代となってきた。

千葉県では平成25年度において40歳以上の県民を対象にインターネットで終末期医療に関する意識調査を行い1万人から有効回答を得た⁽¹⁾。それによると、「延命治療を望まない」・「どちらかという望まない」と回答した者が、家族の場合で77%、本人の場合で86%であった。この回答をした者の80%以上が、苦痛を和らげ自然に最後を迎える方法を望み、一切の治療の中止を望んだ者は10%であり、家族・本人ともに約40%の者が最後の場所に医療機関を挙げ、自宅を選択した者は約30%であった。

一方、厚生労働省が平成25年3月に、無作為に抽出された20歳以上の男女5000人を対象に行った国民の意識調査の終末期の医療に関しては、次のような結果が明らかになった⁽²⁾。

認知症になって、終末期を過ごしたい場所として、多くの者は特別養護老人ホームや老人保健施設等を望んだ。

末期ガンで自力で食事や呼吸が出来ないが、正常な判断力がある場合は、点滴を望む者が61%、胃ろうを望む者は8%に過ぎなかった。ただ、意識が明確であるために、終末期を過ごす場所としては、自宅を希望する者の割合が高かった。

自分が判断出来なくなった場合に備え、自分の治療に対する希望を書面に残すことについて、70%の者が賛意を表したが、実際に当該書面を作成していた者は3%であった。

この胃ろうに関しては、厚生労働省の補助金を受けて医療経済研究機構が、平成24年12月から平成25年1月にかけて調査を行い、全国約800の病院と約1360の介護施設から胃ろうにした1467人の患者情報を得て分析した⁽³⁾。

それによると胃ろうをつけた時点で、将来において口から食べられるよう回復する可能性があったのは24%であり、可能性がまったくないのが59%との高率を占めた。

このことは、口から物を食べられなくなった患者の胃に直接栄養を送る胃ろうは、本来は回復の見込みのある患者への一時的な栄養補給手段であるはずなのに、実際には回復見込みのない患者に多くつけられていることを示しており、回復の可能性のある患者に限定して行うことが必要であろう。

さらには厚生労働省及び日本老年学会が、平成25年5月に高齢者への適切な医療提供の指針⁽⁴⁾を発表したが、それによると治癒することが期待出来ない高齢患者には、治療よりも生活の質(Quality of Life)の維持や症状の緩和を優先させることが、寿命の延長よりも重視している実態が浮かんでくる。

高齢患者が退院出来るかどうかは、介護する家族の事情や住宅等の影響が大きい。従って、家族もケアの対象として、介護負担が軽くなるような施策が必要となる。平成26年6月に成立した地域医療・介護推進法では、要介護度の低い要支援者向けのサービスを、市町村事業へと移管すると共に52万人の待機者がいるといわれる特別養護老人ホームについては、新規入居者を要介護3以上の高齢者に限定した。

介護される人も、介護する人も高齢者である、いわゆる老老介護の状態が一般化している現状では、介護力の弱体化が懸念されており、毎日訪問する24時間対応の介護サービスを確立すると同時に、相模原市としても、高齢者の孤立を防ぐための地域の支えあいの方策を模索することが肝要となる。

(2) 生命維持装置によって生物学的生命が維持されてはいるが、精神活動は全く認められず単に呼吸しているに過ぎない植物状態患者、及び意識は明確であるが回復不能な末期患者が基本的医療措置並びに疼痛治療のみを行ってもらい、いたずらに死を延期するに過ぎない延命治療を拒否して、ホスピス或いは家庭で家族と共に過ごし安らかな死を迎えることも、自己決定権に基づいた自分の意思を明らかにすることにより可能となる。いわゆる尊厳死の場合である。

そして、この判断の基準として存在するのがインフォームド・コンセント informed consent である。ただ、末期患者が昏睡状態に陥った状況では、自分の意思を表示することが出来ないのも、意識が明確なときに作成したリビング・ウィル等の事前指示に従うことが必要となる。

医師が患者の意思に反して医療行為をした最も有名なケースとしては、手術に際して輸血拒否を表明した患者に輸血をした行為が、医師のインフォームド・コンセントに反するとした事例である。

すなわち、「エホバの証人」の信者の主婦⁽⁵⁾が輸血拒否を表明し、「輸血をしなかったことによって生ずる結果について、医師の責任を追及しない」との文書を提出して、肝腫瘍の手術を東大付属病院で受けたが、手術中に輸血をされたとして、担当医6人と国に対して慰謝料1200万円の支払いを求める訴えを起こしたのである。

第1審判決(東京地裁平成9年3月12日判決)は、医師が「他に救命方法がない場合には輸血する」と明言しなかったとしても、それが直ちに医師の説明義務に反するとはいえないとして、本件において医師は治療方法を十分に説明しており、さらに手術中には予想を超えた出血があり、かなり危険な状態にあったことを指摘し、「患者の意に背いたとはいえ、生命と救うための輸血は社会的に正当な行為であり、違法性がない」として、患者側の請求を棄却した⁽⁶⁾。

患者側が控訴したため、東京高裁(平成10年2月9日判決)は、医師と患者間の輸血をしないとの取り決めに関し、「人が信念に基づいて生命を賭けても守るべき価値を認め、その信念に基づいて行動することは、それが他者の権利や公共の利益ないし秩序を侵害しない限り違法

となるべきものではなく、他者がこの行動を是認してこれに関与することも、同様の限定条件の下で違法となるものでない。」として、さらに続けて「本件のような手術を行うについては患者の同意が必要であり、医師がその同意を得るについては、患者がその判断をする上で必要な情報を開示して患者に説明すべきものである。」として、医師には「他に救命手段がない事態になれば輸血する、という治療方針の説明を怠った違法がある。」とし、被告に55万円の支払いを命じたのである⁽⁷⁾。

この患者は手術後5年後に死亡したが、ここで注目すべきは東京高裁の自己決定権に基づき、尊厳死を選択する自由を認めると同時に、インフォームド・コンセントの法的性格を明確にしたものといえよう。

この高裁判決に対して被告側が上告したため、最高裁(平成12年2月29日判決)は、医師が患者の「腫瘍を摘出するために、医療水準に従った相当な手術をしようとすることは人の生命及び健康を管理すべき業務に従事する者として当然のことであるといえることができる。しかし、患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の内容として尊重されなければならない」として、東京高裁の判決を支持した⁽⁸⁾。

2. インフォームド・コンセント informed consent

(1) 意義

患者が医師から治療行為の内容、得られる結果、治療に伴う危険性、代替的治療等について十分な情報の開示を受けた上で、医師が行おうとしている医療に自己決定権に基づいて同意することをいう。パターナリズム paternalism すなわち、医師が自己の診断と価値観を絶対的なものとして、患者に対して強権的な干渉をすることの反対概念である。

医師がインフォームド・コンセントの義務から除外されるケースとしては、緊急医療の場合、患者に判断能力がない場合、患者が医療情報の開示を望まない場合、医療情報の開示が患者に有害と考えられる場合等が挙げられるであろう。しかし、患者が重病の診断を告知されて自殺する可能性がない限り、患者の自己決定権の基礎となる情報は全て開示されるべきであろう。

ただ注意すべきは、患者が医師から説明を受けた医学情報を十分理解できない場合のあることは理解できるが、これは医師が患者にわかりやすく説明をする義務を履行すれば解決出来る問題である。

(2) インフォームド・コンセントの概念の背景

この概念はアメリカで多くの医療過誤訴訟の経験を経て発展してきたものである。1960

年代から70年代にかけて、患者の権利と医師の義務という見地から見た新たな生命倫理観に基づいた医療訴訟の裁判基準が、インフォームド・コンセントの概念であった。患者が必要な医療情報を医師から開示される権利及びインフォームド・コンセントを与える権利等の患者の人権を尊重することが不可欠との認識が確立され、自己決定権が重要な患者の権利であるために、医療における意思決定の中でも自己決定権の行使が認められたのである。

一方医師側は、患者に全ての医療情報を機械的に開示して患者の判断に委ね、どのような結果が生じても決定したのは患者であり、医師は責任を負わないとして、インフォームド・コンセントが医師の免責事由に使われる傾向を示すようになったのである。

しかし、その後、インフォームド・コンセントそれ自身が人格権としての自己決定権を認めるものであり、患者のレベルに応じてその権利を具体化するものとして、若しくは自己決定権を正当に行使するためのものとして、インフォームド・コンセントが存在する、との理解が深まっていったが、重要なことは患者と医師が同等の立場に立ち、共同して意思決定をしていくことである⁽⁹⁾。

3. 終末期医療に対する相模原市民の意識についてのアンケート調査

(1) アンケートの目的

末期患者が治療を受ける際に、どのような価値判断で医療行為に同意するか、若しくは拒否するかについては、自己決定権との関連で考えていかなければならないが、その意思決定の判断基準の要素となるのが、先に述べたインフォームド・コンセントの法理である。

相模原市役所の「広報さがみはら 平成26年6月1日号」には「歯科医師を選ぶときのポイント」として、治療を始める前に、現状、今後の治療方針・方法や治療期間、治療費などについて説明してくれる、患者の質問にきちんと応えてくれる、予防のために、個人に適した歯磨き指導をしてくれる、歯のメンテナンス時期について定期的に案内してくれるなど、との内容が記されている。これは市民に対し、正に一般の医師にも通じるインフォームド・コンセントの法理の実行を促したのもといえよう。

相模原市民には、自分の終末期医療の内容を決定する選択の基礎となるこの法理が、どの程度浸透しているであろうか、及び終末期医療にどのような意識を有しているであろうか、また医師はどのようにこの法理を具体化しているであろうか等について、「さがみはら都市みらい研究所」のご協力で、相模原市医師会会員に対するアンケート調査を平成26年2月に行い151人からの回答を得た。そして、更に相模原市役所職員に対しても同年6月にアンケート調査を行い、938人からの回答を得た。

(2) 終末期における患者の意思が不明の場合

末期患者が昏睡状態に陥った状況では、自分の意思表示が出来ないので、意識が明確な時に作成したリビング・ウィル等の事前指示に従うことが必要になる。

一方、患者が自分の意思を表明しないまま意識不明になった場合には、その家族が患者本人に代わって治療についての同意若しくは指示をすることが出来るのが問題となる。いわゆる家族による患者の意思の代行である。

これに関して最高裁（平成21年12月7日決定）は、重い気管支喘息の発作で呼吸が一時停止し、病院に搬送されて来た58歳の患者が、呼吸は回復したものの意識不明のまま2週間経過後に、同病院の担当医が患者の家族の同意があるものと誤解し、患者の呼吸を助ける気管内チューブを抜管した結果、患者が苦しみ始めたため准看護師に指示して筋弛緩剤を投与して死亡させた、いわゆる川崎協同病院事件において、二審の東京高裁が言い渡した懲役1年6月執行猶予3年に対し、無罪を主張し上告をしていた同医師に上告棄却の決定をしたのである。

その根拠として最高裁は、同医師が患者の家族からの要請に基づいて抜管したことは認めただが、検査等が不十分であったため患者の回復の可能性や余命についての的確な判断を下せる状況でなかった点、及び患者の病状について適切な情報が伝えられた上での家族の抜管要請ではなかった点、更に患者の意思による抜管要請でもなかった点を指摘し、法律上許容される医療中止にも当たらないとして、殺人罪の成立を認めた。

(3) 家族による患者本人の意思の代行

横浜地裁（平成7年3月28日判決）は、東海大学安楽死事件において患者の家族が患者本人の意思を代行出来るかについて、その内容を示した。

すなわち、「……家族が、患者の性格、価値観、人生観等について、十分に知り、その意思を的確に推定し得る立場にあることが必要であり、さらに患者自身が意思表示をする場合と同様、患者の症状、治療内容、予後等について、十分な情報と正確な認識を持っていることが必要である。そして患者の立場に立った上での真摯な考慮に基づいた意思表示でなければならない。」としている。

(4) 医師が治療行為を中止できる場合

前掲横浜地裁（平成7年3月28日判決）は、医師が治療行為を中止出来る3つの要件も示した⁽¹⁰⁾。すなわち、患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく、死が避けられない末期状態であること、治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し、それは治療行為の中止を行う時点で存在すること。患者の事前の明確な意思表示が不可能なときは、リビング・ウィル等の意思表示がその証拠となる。また事前の意思表示が存在しない場合は、家族の意思表示によることが許される、治療行為の中止の対象となる措置は、薬物投与、化学療法、

人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給等、疾病を治療するための治療措置及び対症療法である治療措置、さらには生命維持のための治療措置等、全てが対象となるとしている。そして、中止時点においては、死期の切迫の程度及び当該措置の中止による死期への影響の程度等も考慮する必要がある。

治癒不可能な病気に冒された患者が回復の見込みがなく、治療を受け続けても迫っている死を避けられないとき、なお延命のための治療を続けなければならないか、あるいは意味のない延命治療を中止することが許されるか、というのが治療行為の中止の問題であり、無駄な延命治療を打ち切って自然な死を迎えることを望むいわゆる尊厳死の問題でもある。

こうした治療行為の中止は、「意味のない治療を打ち切って人間としての尊厳性を保って自然な死を迎えたいという、患者の自己決定を尊重すべきである」との患者の自己決定権の理論と、「そうした意味のない治療行為までも行うことは、もはや義務ではない」との医師の治療義務の限界を根拠に、一定の要件に下に許容されると考えられるのである。

(5) 相模原市医師会会員へのアンケート調査

相模原市医師会会員及び相模原市内の病院に勤務する医師2000人にアンケート用紙を平成26年2月27日に郵送して、同年3月に151人からの回答があった。

ただし、年代別統計では20歳代が1名であるため、この世代を割愛した。

【相模原市医師会会員の皆様へのアンケート】

以下の設問に該当する番号を、回答欄にご記入ください。

- Q 1 あなたの年齢は (20 歳代 30 歳代 40 歳代 50 歳代
60 歳代 70 歳代 80 歳代)
- Q 2 あなたの性別は (男性 女性)
- Q 3 あなたの診療科目は (内科 耳鼻咽喉科 眼科 小児科 泌尿器科
産婦人科 精神科 麻酔科 外科 皮膚科
整形外科 _____)
- Q 4 あなたはインフォームド・コンセントを全ての治療に対し、
(実施している 実施していない 実施しないこともある)
- Q 5 緩和ケアに関し、あなたは医療用麻薬を、(ガン以外の痛みにも使用している
使用していない)
- Q 6 あなたは医療用麻薬を使用するのに (躊躇しない 躊躇する)
- Q 7 医療用麻薬の使用に関し、(だんだん効かなくなる 麻薬中毒になる
適切に使用すれば問題ない)
- Q 8 あなたは、リビングウィルを有する意識不明の回復不能な末期患者の生命維持装置を、
患者の自己決定権による意思表示に従い取り外しをしますか (はい いいえ)
- Q 9 あなたは、リビングウィルの無い意識不明の回復不能な末期患者の生命維持装置を、
患者の意思の代行をする家族の要請により取り外しますか (はい いいえ)
- Q 10 上記の Q 9 における患者の意思の代行をする家族の範囲は、
(親 配偶者 配偶者+子ども 配偶者+子ども+親
配偶者+子ども+親+二親等の血族)
- Q 11 上記の Q 10 における家族の意思決定について、
(家族全員の意思の一致が必要
家族の意思が一致しなかった場合、多数決によって何れかの結論を決定する)
- Q 12 意識不明の回復不能な末期患者が、事前にいたずらな延命医療措置をリビングウィルで
否定していた事例で、家族がそれに反し延命医療を希望した場合、あなたは
(患者の意思を尊重し、延命医療を中止する
家族の意思を尊重して延命医療を続行する)
- Q 13 あなたの「死」の判定基準は (脳死 瞳孔拡大・心停止・呼吸停止の三徴候)
- Q 14 あなたは、肝臓・腎臓等の生体移植の現状を (肯定する 好ましくない)

アンケートの結果

1) 回答者の年齢

20歳代：1人 30歳代：11人 40歳代：30人 50歳代：47人
 60歳代：38人 70歳代：16人 80歳代：8人 性別無回答：1人

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	合計
男性	0	8	25	43	36	14	8	134
女性	1	3	5	3	2	2	0	16

2) 回答者の診療科目

回答者数が2桁の診療科目

内科：63人 整形外科：16人 産婦人科：12人 外科：12人

耳鼻咽喉科：10人

回答者数が1桁の診療科目

泌尿器科：9人 小児科：6人 眼科：5人 精神科：4人 皮膚科：2人

麻酔科：0人 その他：7人

3) 設問に対する回答(男女別)

Q4 インフォームド・コンセントに関し		実施している	実施していない	実施しないこともある	無回答
	男性	84	8	40	2
	女性	14	1	1	0
	合計	98	9	41	2

Q5 緩和ケアに関する医療用麻薬の使用		ガン以外の痛みにも使用	使用していない	無回答
	男性	25	99	10
	女性	4	10	2
	合計	29	109	12

Q6 医療用麻薬の使用について		躊躇しない	躊躇する	無回答
	男性	92	34	8
	女性	9	7	0
	合計	101	41	8

Q7 医療用麻薬を使用すると		段々効かなくなる	麻薬中毒になる	適切に使用すれば問題ない	無回答
	男性	10	3	115	6
	女性	0	0	14	2
	合計	10	3	129	8

Q8 患者の意思表示に従い、生命維持装置の取り外しをする		はい	いいえ	無回答
	男性	60	67	7
	女性	12	4	0
	合計	72	71	7

Q9 患者の意思を代行する家族の要請により、生命維持装置の取り外しをする		はい	いいえ	無回答
	男性	58	70	6
	女性	9	6	1
	合計	67	76	7

Q10 Q9において患者の意思を代行する家族の範囲		親	配偶者	配偶者+子ども	配偶者+子ども+親	配偶者+子ども+親+2親等の親族	無回答
	男性	2	1	17	73	16	24
	女性	0	0	3	9	3	1
	合計	2	1	20	82	19	25

Q11 家族の意思決定について		家族全員の意思の一致が必要	一致しなかった場合は多数決で決定	無回答
	男性	95	16	23
	女性	11	4	1
	合計	106	20	24

Q12 意識不明の末期患者が、いたずらな延命措置をリビング・ウィルで否定していた事例で、家族が延命医療を希望した場合		患者の意思を尊重	家族の意思を尊重	無回答
	男性	31	94	9
	女性	3	11	2
	合計	34	105	11

Q13 死の判定基準		脳死	瞳孔散大・心停止・呼吸停止の3徴候	無回答
	男性	43	89	2
	女性	5	11	0
	合計	48	100	2

Q14 肝臓・腎臓等の生体移植の現状		肯定する	好ましくない	無回答
	男性	112	17	5
	女性	13	3	0
	合計	125	20	5

4) 設問に対する回答(男性年齢別)

2桁の世代のみ集計。従って、20代・30代・80代は除く。女性は全ての世代で1桁のため、集計せず。

Q4 インフォームド・コンセントに関し		実施している	実施していない	実施しないこともある	無回答
	40代	18	0	7	0
	50代	26	1	15	1
	60代	24	3	9	0
	70代	6	3	4	1

Q5 緩和ケアに関する医療用麻薬の使用		ガン以外の痛みにも使用	使用していない	無回答
	40代	8	16	1
	50代	8	31	4
	60代	4	29	3
	70代	2	11	1

Q6 医療用麻薬の使用について		躊躇しない	躊躇する	無回答
	40代	18	6	1
	50代	28	12	3
	60代	26	8	2
	70代	9	3	2

Q7 医療用麻薬を使用すると		段々効かなくなる	麻薬中毒になる	適切に使用すれば問題ない	無回答
	40代	3	0	21	1
	50代	4	1	36	2
	60代	1	2	32	1
	70代	1	0	11	2

Q8 患者の意思表示に従い、生命維持装置の取り外しをする		はい	いいえ	無回答
	40代	8	16	1
	50代	18	21	4
	60代	18	17	1
	70代	10	3	1

Q9 患者の意思を代行する家族の要請により、生命維持装置の取り外しをする		はい	いいえ	無回答
	40代	10	14	1
	50代	13	28	2
	60代	16	18	2
	70代	12	1	1

Q10 Q9において患者の意思を代行する家族の範囲		親	配偶者	配偶者+子ども	配偶者+子ども+親	配偶者+子ども+親+2親等の親族	無回答
	40代	0	1	1	13	3	7
	50代	1	0	4	27	5	6
	60代	1	0	8	14	6	7
	70代	0	0	4	7	1	2

Q11 家族の意思決定について		家族全員の意思の一致が必要	一致しなかった場合は多数決で決定	無回答
	40代	15	3	7
	50代	34	2	7
	60代	27	2	7
	70代	8	5	1

Q12 意識不明の末期患者が、いたずらな延命措置をリビング・ウィルで否定していた事例で、家族が延命医療を希望した場合		患者の意思を尊重	家族の意思を尊重	無回答
	40代	6	18	1
	50代	9	30	4
	60代	9	25	2
	70代	3	9	2

Q13 死の判定基準		脳死	瞳孔散大・心停止・呼吸停止の3徴候	無回答
	40代	10	15	0
	50代	7	35	1
	60代	13	22	1
	70代	8	6	0

Q14 肝臓・腎臓等の生体移植の現状		肯定する	好ましくない	無回答
	40代	22	3	0
	50代	35	5	3
	60代	27	8	1
	70代	12	1	1

5) 設問に対する回答(診療科別)

内科68名と外科12名との対比。

Q4 インフォームド・コンセントに関し		実施している	実施していない	実施しないこともある	無回答
	内科	45	3	18	2
	外科	9	0	3	0

Q5 緩和ケアに関する医療用麻薬の使用		ガン以外の痛みにも使用	使用していない	無回答
	内科	15	49	4
	外科	4	8	0

Q6 医療用麻薬の使用について		躊躇しない	躊躇する	無回答
	内科	46	19	3
	外科	11	1	0

Q7 医療用麻薬を使用すると		段々効かなくなる	麻薬中毒になる	適切に使用すれば問題ない	無回答
	内科	7	1	57	3
	外科	0	0	12	0

Q8 患者の意思表示に従い、生命維持装置の取り外しをする		はい	いいえ	無回答
	内科	29	38	1
	外科	3	9	0

Q9 患者の意思を代行する家族の要請により、生命維持装置の取り外しをする		はい	いいえ	無回答
	内科	26	41	1
	外科	4	8	0

Q10 Q9において患者の意思を代行する家族の範囲		親	配偶者	配偶者+子ども	配偶者+子ども+親	配偶者+子ども+親+2親等の親族	無回答
	内科	0	0	7	40	9	12
	外科	0	0	0	6	3	3

Q11 家族の意思決定について		家族全員の意思の一致が必要	一致しなかった場合は多数決で決定	無回答
	内科	44	14	10
	外科	8	1	3

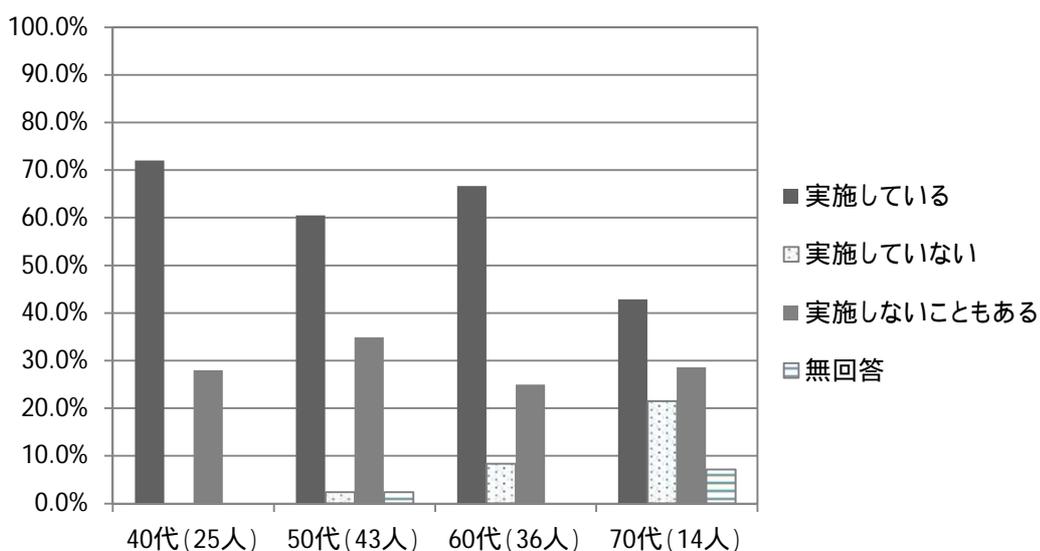
Q12 意識不明の末期患者が、いたずらな延命措置をリビング・ウィルで否定していた事例で、家族が延命医療を希望した場合		患者の意思を尊重	家族の意思を尊重	無回答
	内科	12	53	3
	外科	2	9	1

Q13 死の判定基準		脳死	瞳孔散大・心停止・呼吸停止の3徴候	無回答
	内科	23	44	1
	外科	4	8	0

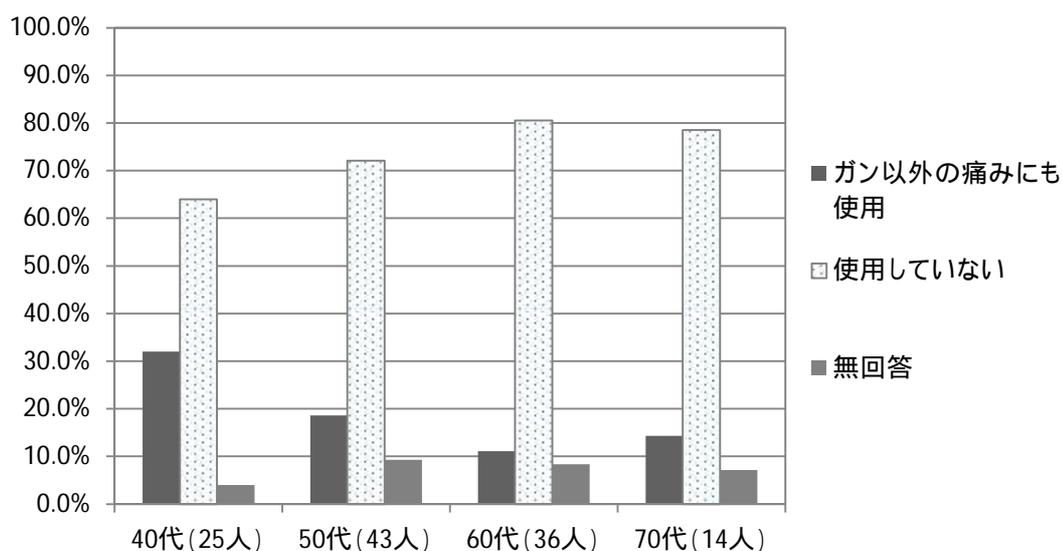
Q14 肝臓・腎臓等の生体移植の現状		肯定する	好ましくない	無回答
	内科	53	12	3
	外科	12	0	0

6) 年齢別グラフ

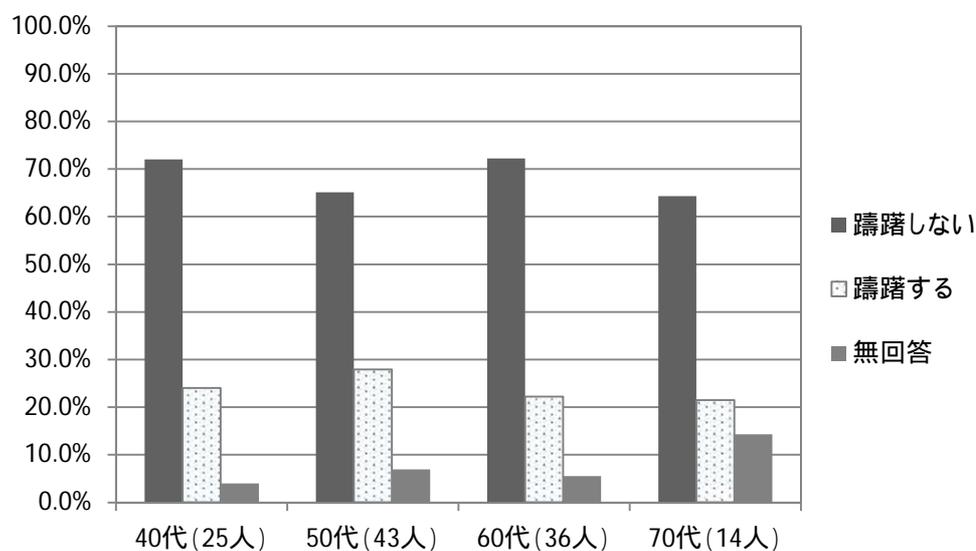
Q 4 : あなたはインフォームド・コンセントを全ての治療に対し、(実施している
実施していない 実施しないこともある)



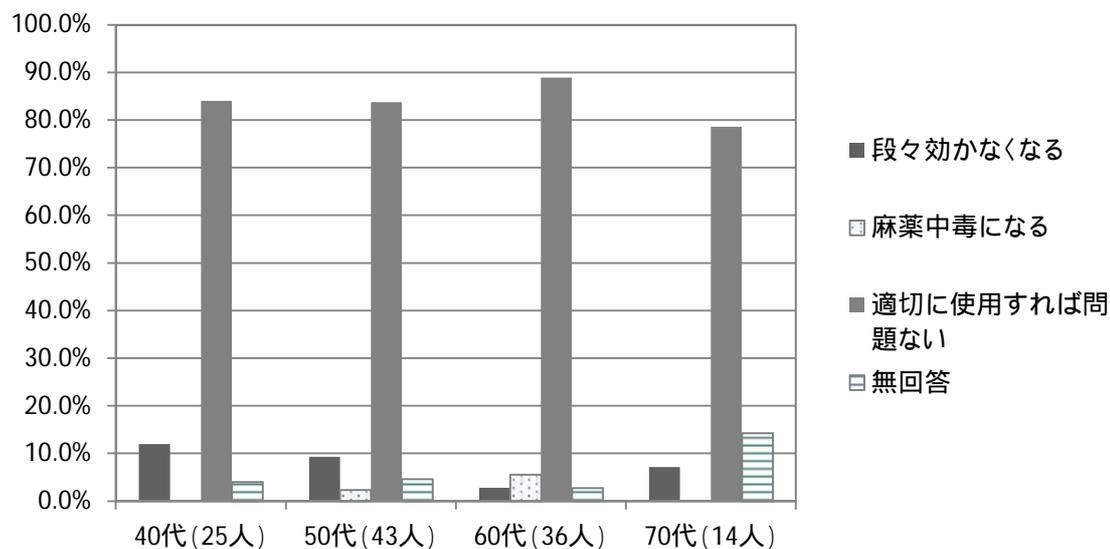
Q 5 : 緩和ケアに関し、あなたは医療用麻薬を、(ガン以外の痛みにも使用している
使用していない)



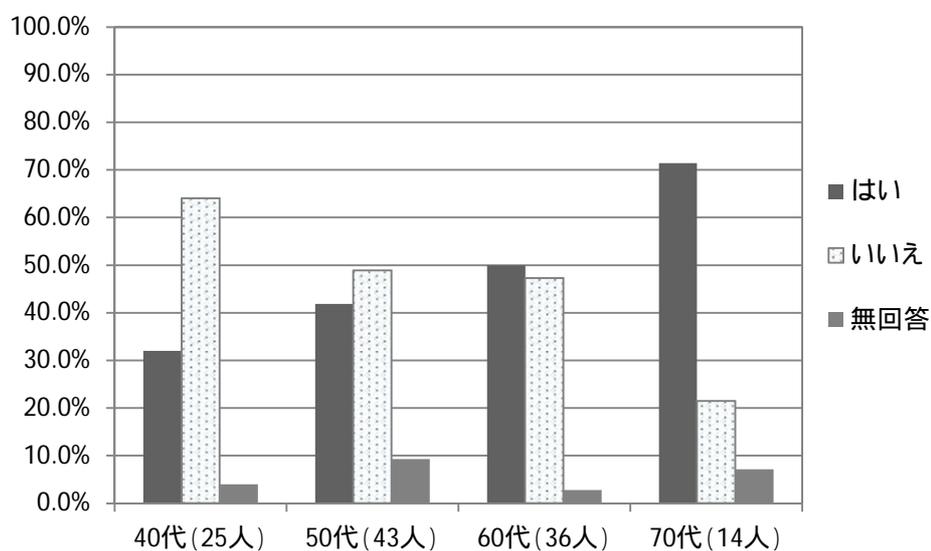
Q 6 : あなたは医療用麻薬を使用するのに (躊躇しない 躊躇する)



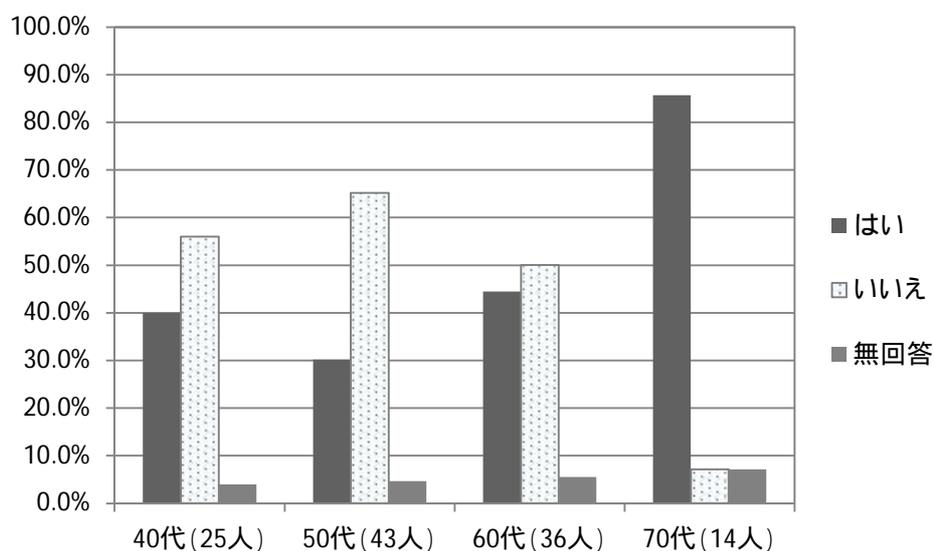
Q 7 : 医療用麻薬の使用に関し、(だんだん効かなくなる 麻薬中毒になる 適切に使用すれば問題ない)



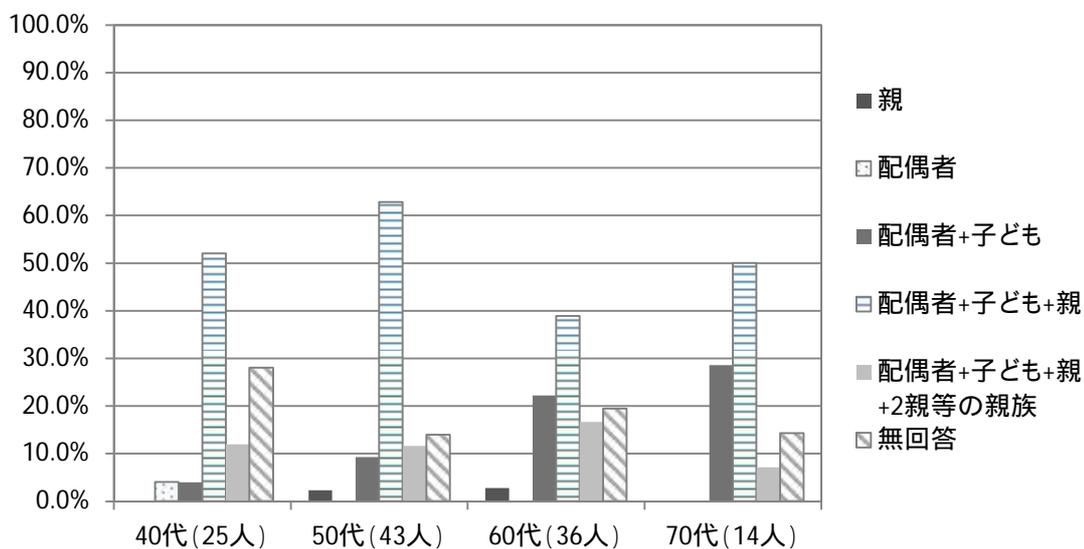
Q 8 : あなたは、リビングウィルを有する意識不明の回復不能な末期患者の生命維持装置を、患者の自己決定権による意思表示に従い取り外しをしますか (はい いいえ)



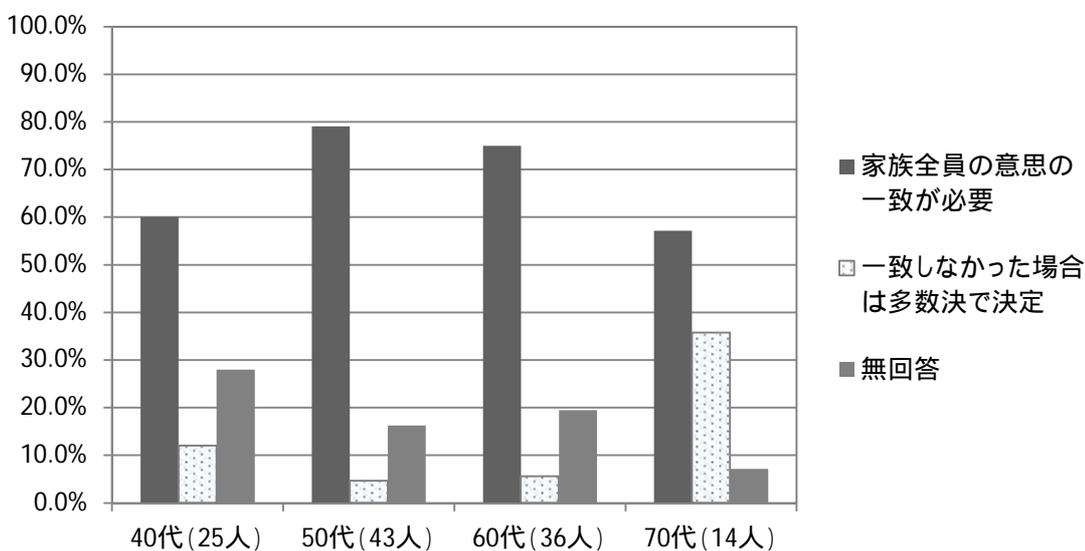
Q 9 : あなたは、リビングウィルの無い意識不明の回復不能な末期患者の生命維持装置を、患者の意思の代行をする家族の要請により取り外しますか (はい いいえ)



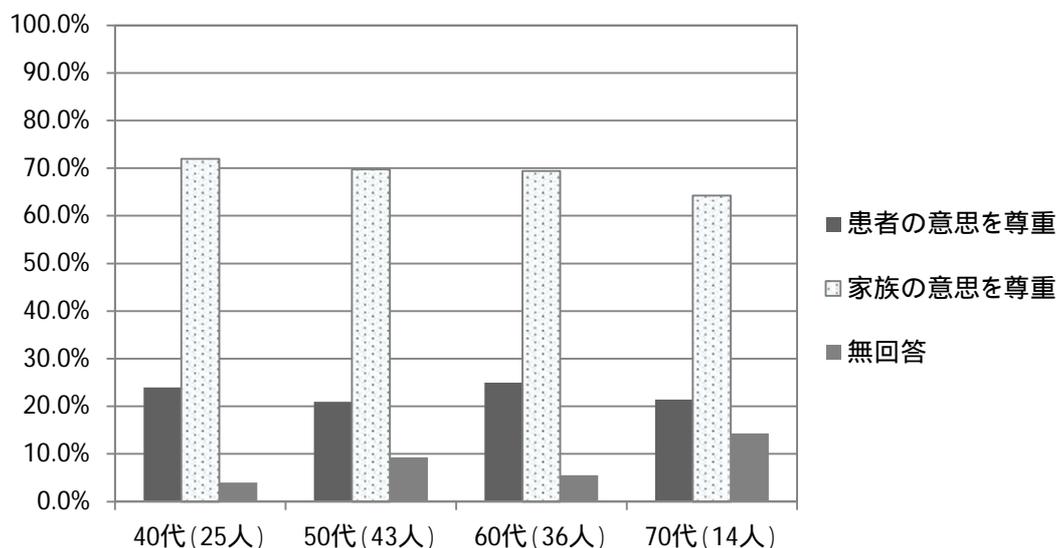
Q 1 0 : 上記の Q 9 における患者の意思の代行をする家族の範囲は、(親 配偶者
 配偶者+子ども 配偶者+子ども+親 配偶者+子ども+親+二親等の
 血族)



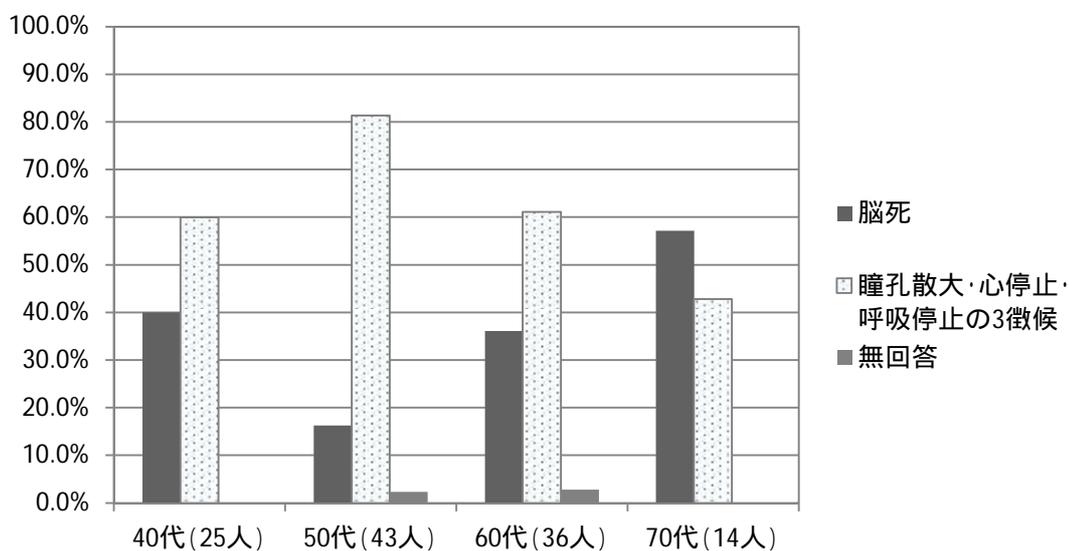
Q 1 1 : 上記の Q 1 0 における家族の意思決定について、(家族全員の意思の一致が必要
 家族の意思が一致しなかった場合、多数決によって何れかの結論を決定する)



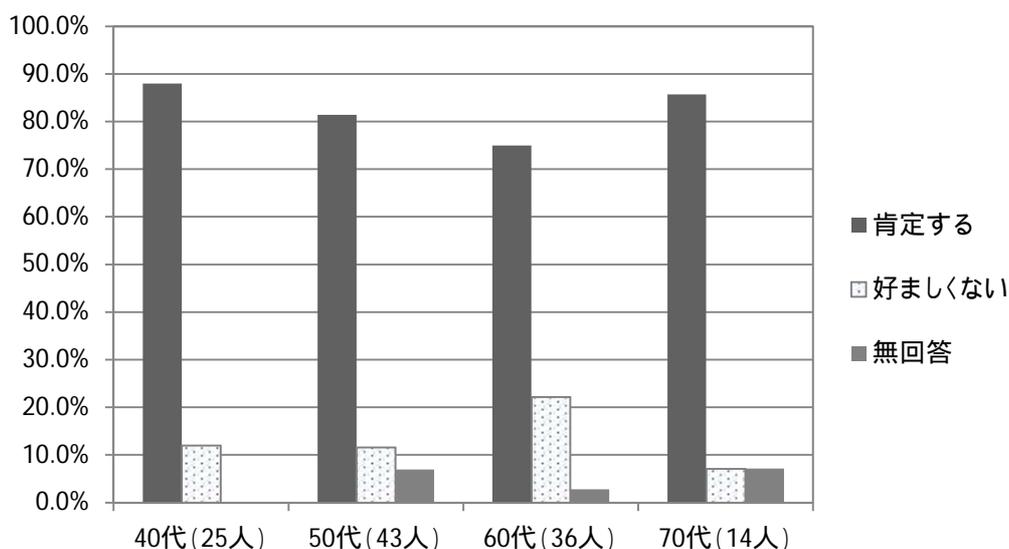
Q 1 2 : 意識不明の回復不能な末期患者が、事前にいたずらな延命医療措置をリビングウィルで否定していた事例で、家族がそれに反し延命医療を希望した場合、あなたは(患者の意思を尊重し、延命医療を中止する 家族の意思を尊重して延命医療を続行する)



Q 1 3 : あなたの「死」の判定基準は(脳死 瞳孔拡大・心停止・呼吸停止の三徴候)



Q14：あなたは、肝臓・腎臓等の生体移植の現状を（ 肯定する 好ましくない）



インフォームド・コンセントに関しては、男女別では男性の63%、女性の86%、男子年齢別では40代で72%、50代では61%、60代では65%、70代では42%の医師が実施していると回答しているが、終末期医療において、自己決定権に基づく延命医療の内容の決定に重要な要素となるインフォームド・コンセントの実施状況としては不十分と言わざるを得ないであろう。ただ、内科と外科を対比させると、内科67%に対し、外科75%と人体にメスを入れる外科の方が患者への説明がより詳しくなされる傾向が見られる。医療用麻薬の使用については、躊躇しないとする者が男性では69%、女性では53%を示し、男子年齢別では60代、70代が7割を超えている。しかし、医療用麻薬を使用すると段々効かなくなるとする者及び麻薬中毒になると誤った判断をした医師の存在は問題としなければならない。

リビング・ウィルの存在を前提に、末期患者の生命維持装置の取り外しを認める者は男性58名で女性11名、拒否するものが男性64名で女性4名となっており、男性では両者がほぼ拮抗しているが、女性では認める者が圧倒的に多い。このことは自己決定権の意義への理解が男性では少し不足していると同時に、尊厳死に如何に向きあうかが明確になっていないために、患者の意思に沿って生命維持装置を取り外すことが殺人罪を構成するのではないかと恐れるからであろう。一方、リビング・ウィルでいたずらな延命措置を否定しているのに、患者の家族が延命治療を希望した場合、男女の医師の大多数が家族の意思を尊重すると答えている。しかし、このように患者の明確な意思に反する行為は、認められない場合があることを認識すべきであろう。

リビング・ウィルが存在しない末期患者が昏睡状態の場合、家族の要請により生命維持装置を取り外すかについては、認めるとした者が65名であるのに対し、否定した者が72名

となっているが、女性に関しては認める者が否定する者より多くなっている。これは、女性の方が末期状態患者の家族の究極の意思表示に同情の念が強く作用しがちであるからであろう。ただし、女性の場合でも、内科医は否定論の方が多数である。

終末期医療の際には、患者の家族の意思の存在が重要な位置を占める場合があるが、その家族の範囲はどこまでであろうか。法律での規定は無いので、世俗的に考えていかなければならないが、アンケートの結果では、男女とも配偶者と子どもと親の三者を圧倒的多数で挙げている。世代的には50代が最も多く、60代以降になると配偶者と子どもの組み合わせが多くなり、年齢的に妥当な傾向であろう。

そのような家族が複数人存在する場合には、家族内の意思決定の方法が問題となる。家族全員の意思の一致が必要とする者が男女とも多数であるが、一致しなかった場合はどうするのであるか。結論が導き出される間に多くの時間が費やされることになり、一人でも反対すれば家族の意思決定が不可能となる。一方、多数決を選択した場合は人の生命を十分論じないまま、単に多数の意見で一人の生命を奪って良いのか、という疑念も生ずるのである。

さらに、人の生命の終焉である死はどの時点で判定されるのであろうか。脳死説が随分理解されるようになってはいるが、医療の現場ではどのような状況で進んでいるのであろうか。今回のアンケート調査では、伝統的な死の判定基準である3徴候死、すなわち瞳孔拡散・心停止・呼吸停止の3徴候が現出した時点で死と判定する者が全体の66%を占め、内科と外科の対比では、内科・外科とも全体の33%が脳死を死の基準としている。これは全体の傾向と同様であるが、実際には各診療科目によって死の判定基準の割合が異なることがあり得る。

欧米では、生体移植は日本ほど用いられていないが、男女併せて全体の83%の医師が、肝臓・腎臓等の生体移植を肯定しており、この傾向が定着することによる弊害、例えば親が子に或いは子が親に臓器を移植し、それが社会通念として認められるようになり、そのような移植行為をしない者が非難されるようになる社会の到来が懸念される場所である。

(6) 相模原市役所職員の終末期に関する意識調査

平成19年6月、今よりちょうど7年前に「ターミナルケアにおける患者の自己決定権と家族の同意」と題する調査研究を、相模原市役所職員を対象に前掲さがみはら都市みらい研究所の下で行い、一定の成果を得た。

この7年間に相模原市民としての市役所職員の終末期医療に対する意識の変遷を知るためのアンケート調査を、さがみはら都市みらい研究所の協力の下、平成26年6月に行い、938名からの回答を得た。

【相模原市職員に対する終末期医療に関するアンケート】

以下の設問に対し、あなたの考えに一番近い番号をご回答ください。

- Q 1 あなたの年齢は (20 歳未満 20 歳代 30 歳代 40 歳代
50 歳代 60 歳代)
- Q 2 あなたの性別は (男性 女性)
- Q 3 あなたが終末期で意識不明の状態になり、リビング・ウィル (終末期の医療・ケアについての意思表示書) 等による事前の延命治療についての指示をしていなかった場合、延命治療の内容、例えば人工呼吸器の取り外し等を家族の判断に委ねますか
(はい いいえ)
- Q 4 あなたは人工呼吸器の取り外しに関し、あなたの家族の意思決定の過程について、次のどちらを望みますか
(家族全員の意思の一致が必要 (1 人でも反対があれば、人工呼吸器の取り外しはできない)
家族の意思が一致しなかった場合、多数決によっていずれかの結論を決定する)
- Q 5 上記の Q 3 及び Q 4 でのあなたにとっての家族の範囲は、
(親 配偶者 配偶者+子ども 配偶者+子ども+親
配偶者+子ども+親+二親等の血族
配偶者+子ども+親+二親等の血族+三親等の血族)
- Q 6 あなたは、終末期に自分で判断できなくなった時に備え、あなた自身どんな治療を受けたいかを文書で残しておきたいですか
(はい いいえ)
- Q 7 終末期の医療措置の期間、あなたは医療施設若しくは在宅医療のどちらの場所を選択しますか
(医療施設 自宅)
- Q 8 あなたが初診で病院を訪れた際、担当医はあなたの現状、今後の治療方針・方法や治療期間等について説明し、あなたの質問に答えてくれますか (いわゆるインフォームド・コンセントです)
(はい いいえ たまに)

アンケートの結果

1) 設問に対する回答(男女・年齢別)

Q3 あなたが終末期で意識不明の状態になり、リビング・ウィル(終末期の医療・ケアについての意思表示書)等による事前の延命治療についての指示をしていなかった場合、延命治療の内容、例えば人工呼吸器の取り外し等を家族の判断に委ねますか			はい	いいえ	合計
	20歳未満	男性		0	0
		女性	1	0	1
20歳代	男性		85	7	92
		女性	61	7	68
30歳代	男性		149	11	160
		女性	71	3	74
40歳代	男性		182	6	188
		女性	61	3	64
50歳代	男性		211	9	220
		女性	34	5	39
60歳代	男性		28	1	29
		女性	3	0	3
合計			886	52	938

Q4 あなたは人工呼吸器の取り外しに関し、あなたの家族の意思決定の過程について、次のどちらを望みますか			家族全員の意思の一致が必要	一致しなかった場合は多数決で決定	合計
	20歳未満	男性		0	0
		女性	0	1	1
20歳代	男性		36	56	92
		女性	36	32	68
30歳代	男性		70	90	160
		女性	44	30	74
40歳代	男性		77	111	188
		女性	16	48	64
50歳代	男性		64	156	220
		女性	16	23	39
60歳代	男性		14	15	29
		女性	1	2	3
合計			374	564	938

Q5 Q3 及びQ4 でのあなた にとって の家族の 範囲は									合計	
	20歳未満	男性	0	0	0	0	0	0	0	0
		女性	1	0	0	0	0	0	0	1
	20歳代	男性	7	4	16	59	5	1	92	
		女性	12	0	6	40	10	0	68	
	30歳代	男性	11	15	46	77	11	0	160	
		女性	8	4	10	39	12	1	74	
	40歳代	男性	10	13	56	91	15	3	188	
		女性	10	4	17	27	6	0	64	
	50歳代	男性	7	21	96	81	13	2	220	
		女性	0	3	19	12	4	1	39	
	60歳代	男性	1	1	16	7	4	0	29	
女性		0	0	2	1	0	0	3		
合計			67	65	284	434	80	8	938	

親 配偶者 配偶者+子ども 配偶者+子ども+親

配偶者 + 子ども + 親 + 二親等の血族

配偶者 + 子ども + 親 + 二親等の血族+三親等の血族

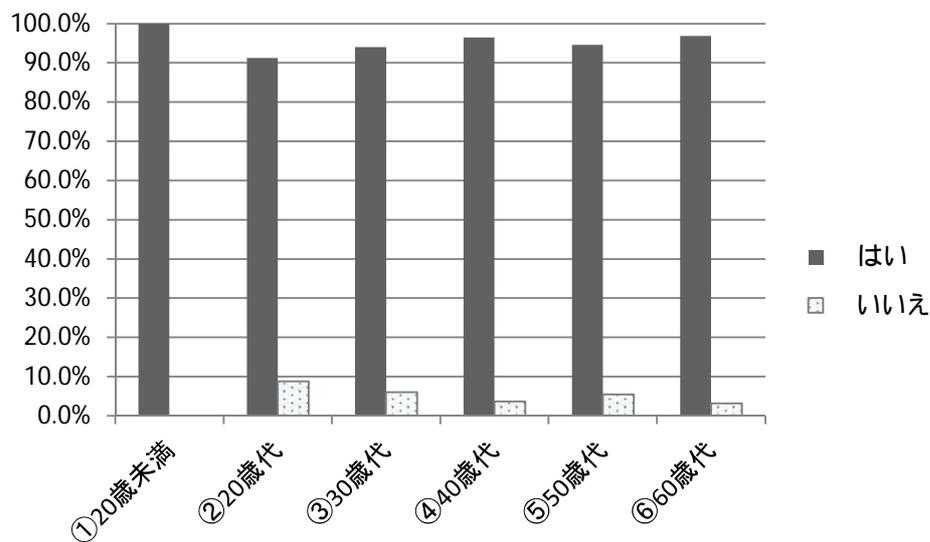
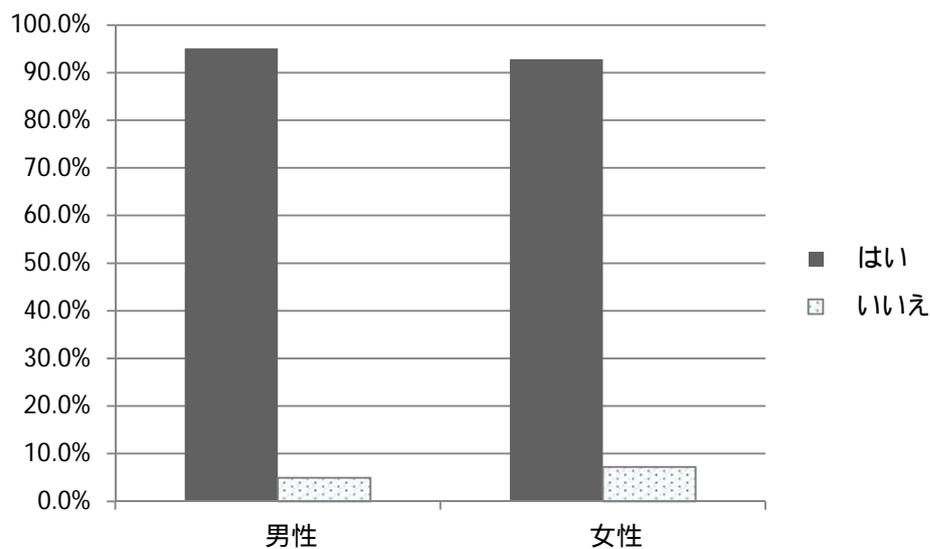
Q6 終末期に自 分で判断が出来 なくなったときに備 え、あなた自身ど んな治療を受けた いか、文書で残し ておきたいですか			はい	いいえ	合計
	20歳未満	男性	0	0	0
		女性	1	0	1
	20歳代	男性	55	37	92
		女性	46	22	68
	30歳代	男性	97	63	160
		女性	51	23	74
	40歳代	男性	109	79	188
		女性	46	18	64
	50歳代	男性	108	112	220
		女性	27	12	39
	60歳代	男性	15	14	29
女性		3	0	3	
合計			558	380	938

			医療施設	自宅	合計
Q7 終末期の医療措置の期間、あなたは医療施設若しくは在宅医療のどちらの場所を選択しますか	20歳未満	男性	0	0	0
		女性	0	1	1
	20歳代	男性	44	48	92
		女性	33	35	68
	30歳代	男性	103	57	160
		女性	40	34	74
	40歳代	男性	129	59	188
		女性	43	21	64
	50歳代	男性	144	76	220
		女性	32	7	39
60歳代	男性	24	5	29	
	女性	1	2	3	
合計			593	345	938

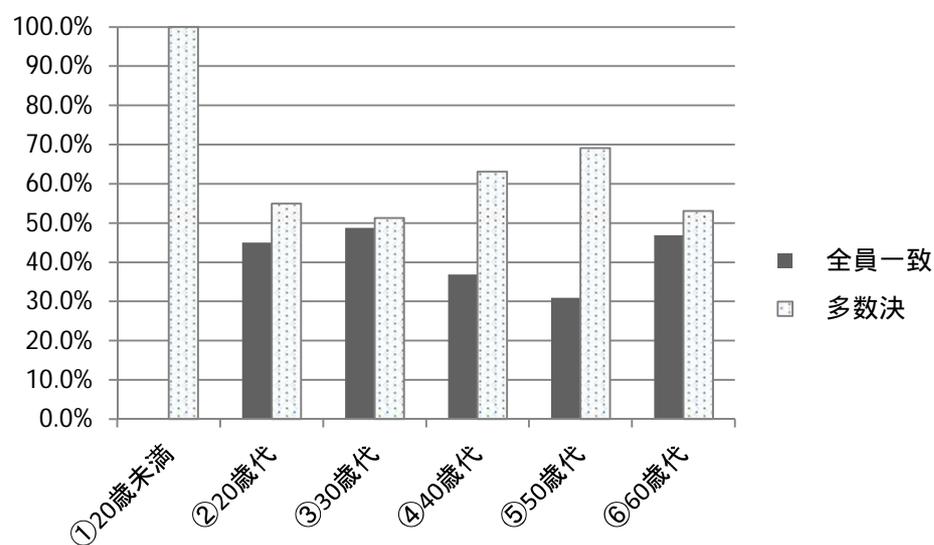
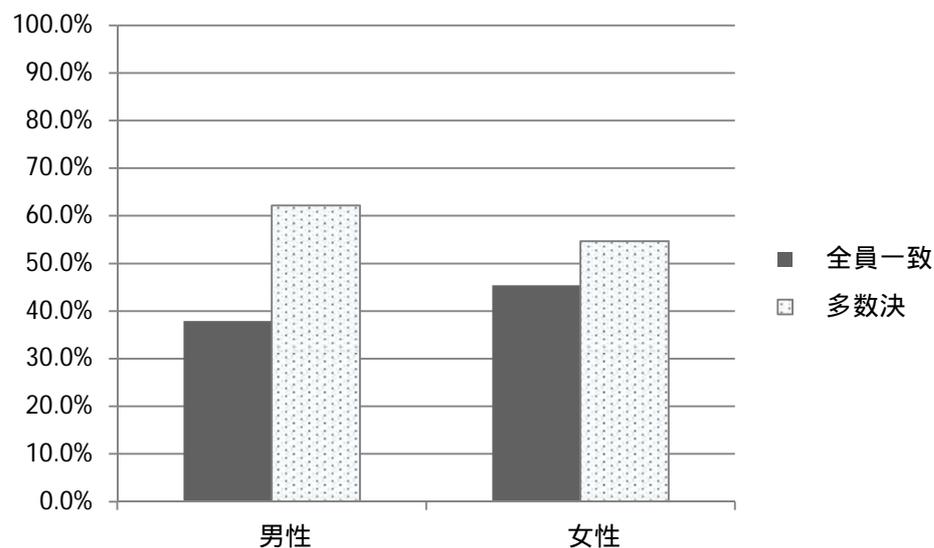
			はい	いいえ	たまに	合計	
Q8 あなたが初診で病院を訪れた際、担当医はあなたの現状、今後の治療方針・方法や治療期間等について説明し、あなたの質問に答えていますか	20歳未満	男性	0	0	0	0	
		女性	0	0	1	1	
	20歳代	男性	53	12	27	92	
		女性	36	10	22	68	
	30歳代	男性	83	23	54	160	
		女性	38	6	30	74	
	40歳代	男性	100	21	67	188	
		女性	29	11	24	64	
	50歳代	男性	127	27	66	220	
		女性	21	4	14	39	
	60歳代	男性	22	3	4	29	
		女性	2	0	1	3	
	合計			511	117	310	938

2) 男女別・年齢別グラフ(上:男女別、下:年齢別)

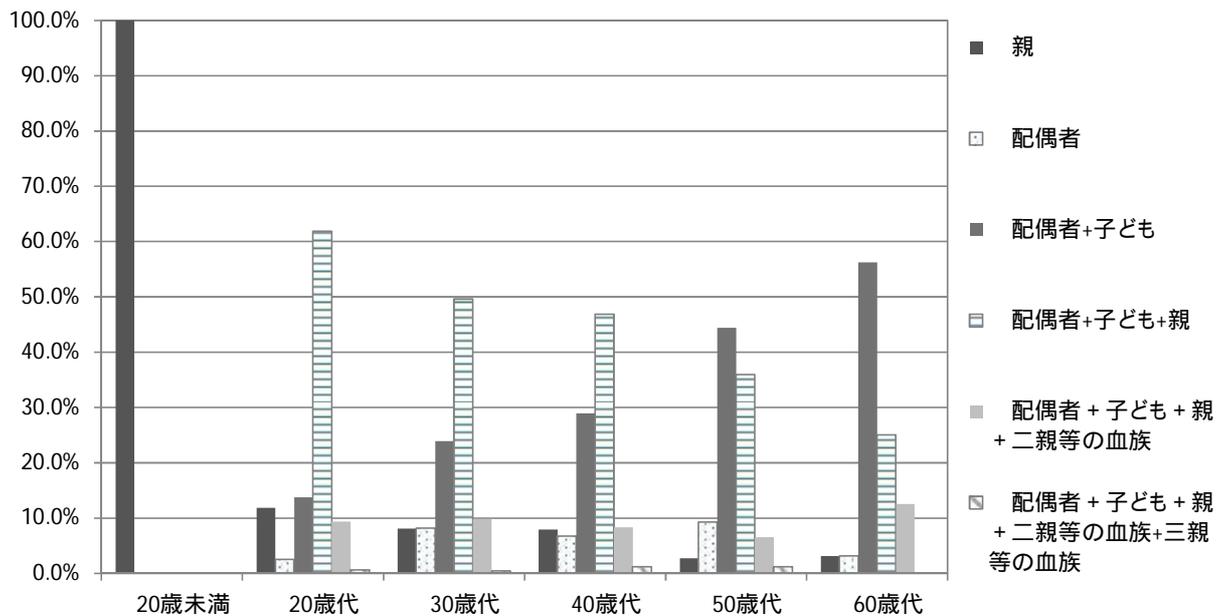
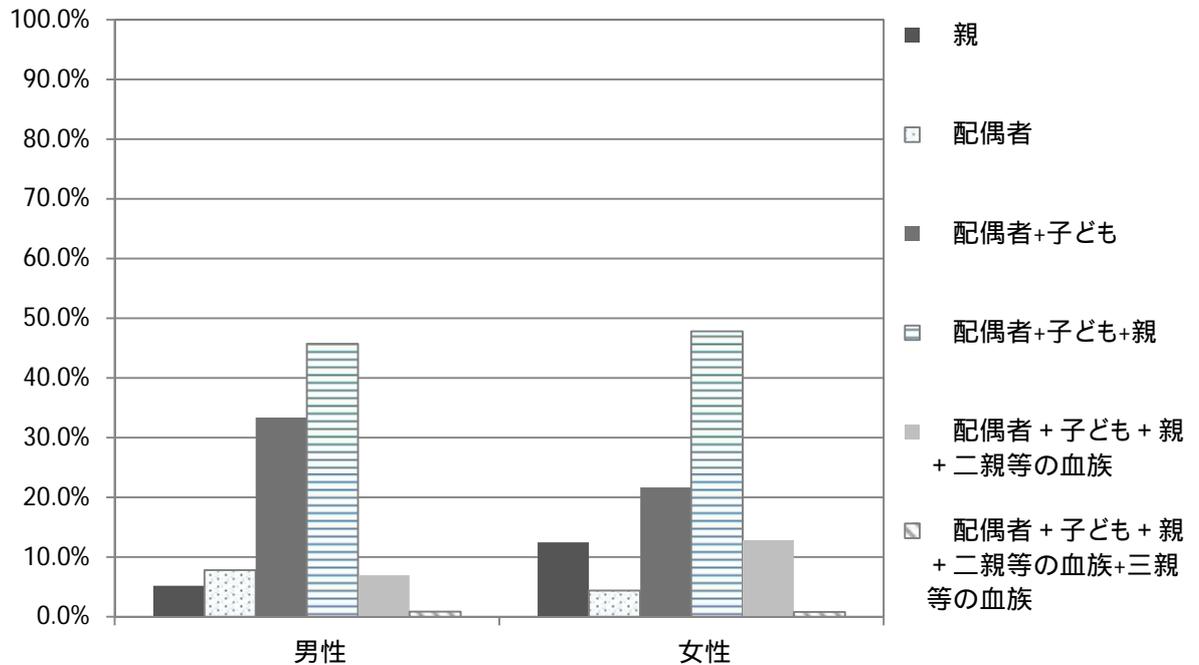
Q3:あなたが終末期で意識不明の状態になり、リビング・ウィル(終末期の医療・ケアについての意思表示書)等による事前の延命治療についての指示をしていなかった場合、延命治療の内容、例えば人工呼吸器の取り外し等を家族の判断に委ねますか
(はい いいえ)



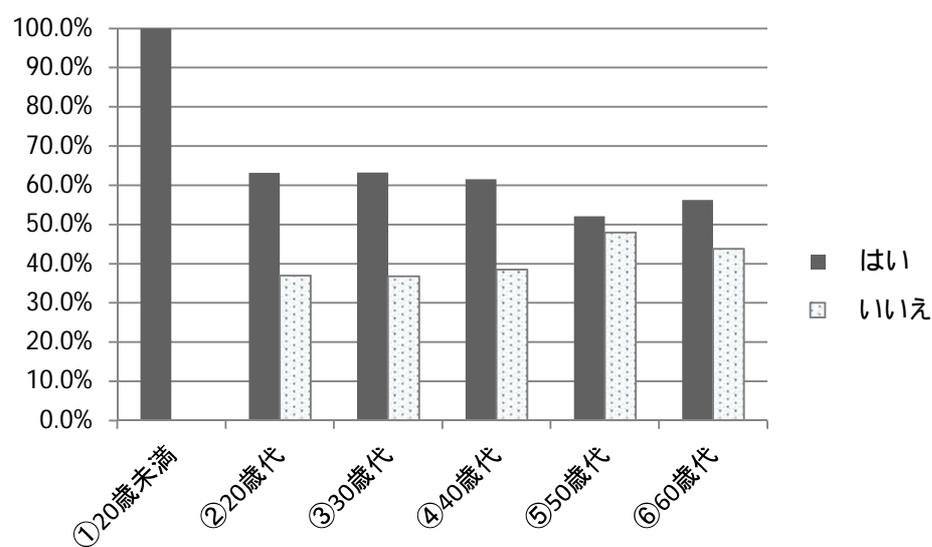
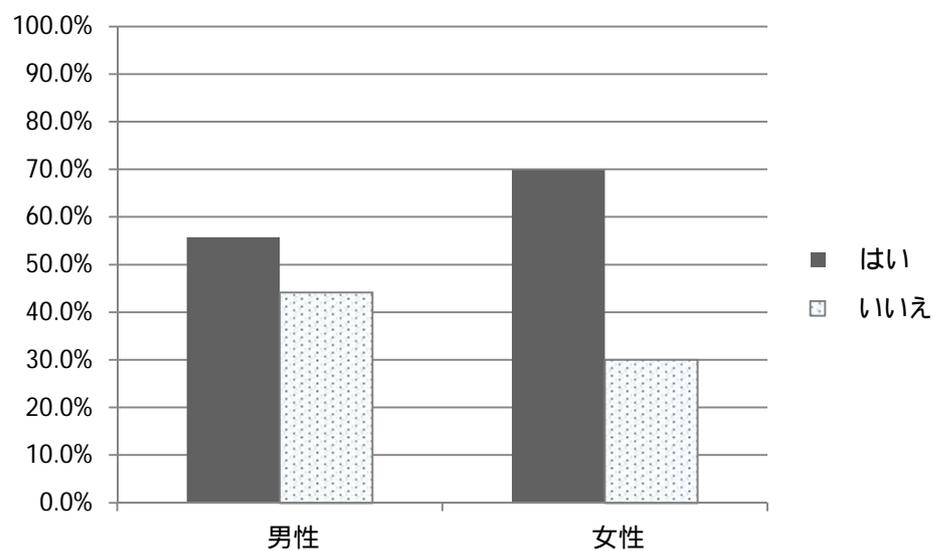
Q 4 : あなたは人工呼吸器の取り外しに関し、あなたの家族の意思決定の過程について、次のどちらを望みますか(家族全員の意思の一致が必要(1 人でも反対があれば、人工呼吸器の取り外しはできない) 家族の意思が一致しなかった場合、多数決によっていずれかの結論を決定する)



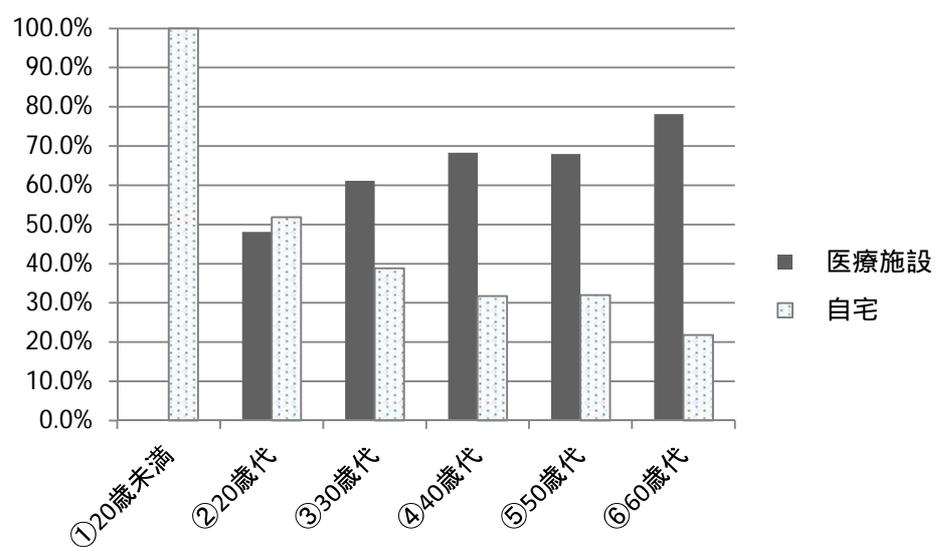
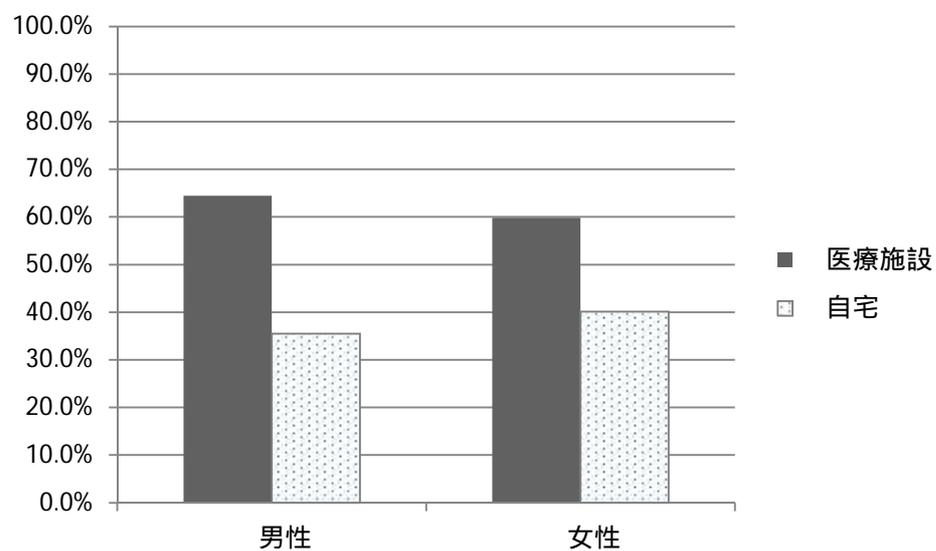
Q 5 : 上記のQ 3 及びQ 4 でのあなたにとっての家族の範囲は、(親 配偶者
 配偶者+子ども 配偶者+子ども+親
 配偶者+子ども+親+二親等の血族
 配偶者+子ども+親+二親等の血族+三親等の血族)



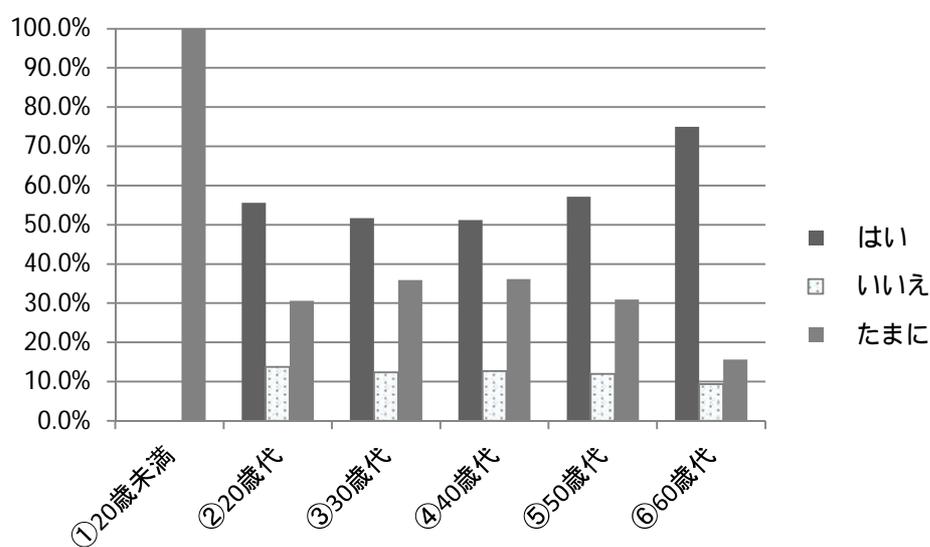
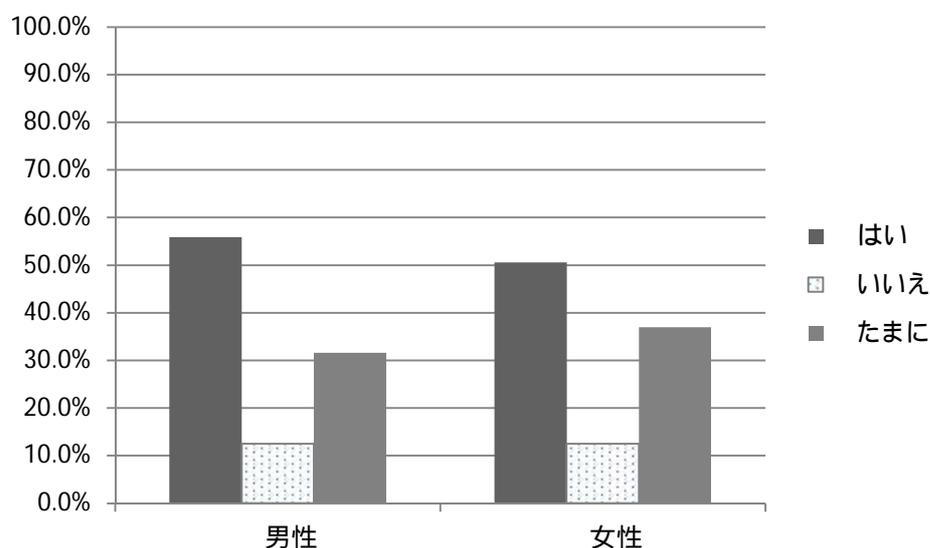
Q 6 : あなたは、終末期に自分で判断できなくなった時に備え、あなた自身どんな治療を受けたいかを文書で残しておきたいですか (はい いいえ)



Q 7 : 終末期の医療措置の期間、あなたは医療施設若しくは在宅医療のどちらの場所を選択しますか (医療施設 自宅)



Q 8 : あなたが初診で病院を訪れた際、担当医はあなたの現状、今後の治療方針・方法や治療期間等について説明し、あなたの質問に答えてくれますか（いわゆるインフォームド・コンセントです）（ はい いいえ たまに）



Q 3 延命治療についての家族の判断

終末期で昏睡状態になり、何らかの事前指示がなかった場合、延命治療の中止を家族の判断に委ねるかに関しては、全体の94%の者が家族の判断に信頼をおいている。これに関しては、前出の横浜地裁（平成7年3月28日判決）において示された、患者の家族が患者本人の意思を代行出来る条件を十分勘案する必要がある。

逆に家族の判断による生命維持装置の取り外しに、否定的見解を有する者の割合が多かった世代は20代で、同世代の9%がこれにあたり、世代間の差が多少認識出来る。

ただ、女性で家族の判断を否定した割合の一番高かった世代は50代で、同世代女性の13%を占め、介護の重要部分を担わざるを得ない世代としての家族の判断に、多少のためらいを感じているのかも知れない。

このように、各世代とも家族の判断を受け入れている訳であるが、一方医師側からすると、家族の要請により生命維持装置の取り外しをするものは47%であり、過半数の者は取り外す行為を否定している。

Q4 家族の意思決定の過程

家族全員の意思の一致を必要とする者は全体の40%で、一致しなかった場合は多数決で決定するとした者が60%であった。しかし、20代女性と30代女性の両者においては、全員一致を必要とする者が前者では同世代の53%、後者では59%を占め、全体の傾向とは異なる結果となっている。これを同世代の男性と比較すると、20代では39%、30代では44%となり、女性との意識の差が見受けられる。

この数字を7年前の調査の結果と比較すると、全員一致とする者が502人中の258人(51%)を占め、今回の調査とは逆の傾向を示しているが、この7年間における終末期医療に対する意識の高まりが、自分がその場所に置かれた場合の措置を考え、多くの人々の意見を基に結論を得たいと思い始めた結果であろう。

一方医師側からすると、家族間の意見の相違が発生した場合のトラブルを避ける見地から、家族全員の意思の一致を要求する者が89%を占めている。

Q5 家族の範囲

家族の範囲として1番多くの支持を集めたのが、「配偶者・子ども・親」で全体の46%で、特に世代別では20代の男性64%、女性59%が突出しており、次いで「配偶者・子ども」が30%を占めている。この全体の傾向に対して、50代の男女及び60代の男女の2世代の多くが、逆に「配偶者・子ども」を選択しており、50代を境に家族像に関する考え方の差が明らかになってきている。

これに対して7年前の調査では異なった結果が生じている。すなわち、1番多く選択されたのが「配偶者・子ども」で全体の43%、次いで「配偶者・子ども・親」が3%、「配偶者」のみが14%となり、「配偶者・子ども・親・2親等の血族」を選択した者は10%で4位であった。

これは介護の問題、終末期医療の問題等の超高齢化社会に顕現する事象に対する意識の変化がもたらしたものと言えよう。

男性医師の立場からの家族の範囲は、「配偶者」を選択した者は40代の医師1名のみで、1位に選ばれたのは「配偶者・子ども・親」で55%、次いで「配偶者・子ども」15%、「配偶者・子ども・親・2親等の血族」11%の順になっており、今回の相模原市役所職

員に対する調査結果の20代～40代の意識と一致している。

Q6 リビング・ウィル等の作成

インフォームド・コンセントに基づく自己決定権の発露としての、終末期医療に対する患者自身の意思を表明することが、重要な意義を有する状況になっている現代において、これを認める者が男女・年齢を問わず過半数(60%)を占めていることは好ましい傾向ではある。しかし、作成の意識と作成そのものが一致しなければ、意味のない結果となる。

前掲、千葉県県の県民1万人を対象とした調査によると、終末期の延命治療について60%の人が、「家族と全く話し合ったことがない」と答える一方、「自分の死について、家族と話し合うことへのためらいや抵抗感」が全くない人が52%で、ややある・かなりある人が48%もいた。

このように、リビング・ウィル等の事前指示が必要であると認識はしていても、実際には作成されていない現状では、行政が相模原市民に対しても、作成の持つ重要性を啓蒙していく必要があるであろう。

Q7 終末期医療の場所

終の棲家として医療施設を選択するものが全体の63%を占め、この傾向は年代を経るに従って顕著となる。ただ、20代だけは男女とも自宅を希望するものが多数を占めるが、この年代は終末期には程遠く、両親も健在で同居している者が多数であるところから、居心地の良い自宅を選択するのは当然であろう。

一方、高齢になるにつれて両親の介護等が現実の問題として浮上する。厳しい局面に立ち入ることもあるであろう。親の介護が、自宅では十分に出来ない場合は医療施設等に頼らざるを得ないケースも出てくる。

自分が高齢になって、介護を受けざるを得ない立場を想定すると、家族に介護の苦勞をかせさせたくない、との心境に達し医療施設を選ぶのであろう。40代からこの傾向が顕著に見られる。これに対し20代は、その高齢者の心境を理解するには、若すぎるのであろう。

Q8 インフォームド・コンセント

前述の通り、終末期に至った患者が医療現場において、十分なインフォームド・コンセントの基に、いたずらな延命措置を拒否するか或いは患者が延命治療を受ける際に、どのような価値判断で医療行為に同意するか、自己決定権との関連で考えていかなければならない時期に至ったのである。

今回の調査では、全体の54%の者がインフォームド・コンセントを受けていると述べてはいるが、否定した者とたまにあると答えた者が併せて46%も存在するのは問題であろう。すなわち職員の半数近い者が十分な医療情報を得ていないということになる。筆者の

経験からしても、今まで十分なインフォームド・コンセントを受けた覚えがない。ただし、こちらから質問をすれば、一応説明はしてくれるが、医師より積極的に医療情報を受けた経験は皆無である。

翻って医師側の態度は、全体の66%がインフォームド・コンセントを「実施している」とするが、「実施していない」と「実施しないこともある」とする者が併せて34%で、医師の3分の2しか実施していないことになる。

このように、医療において患者に最も重要であるとされるインフォームド・コンセントの実施が、医師側の怠慢とパターンリズムそして患者側の医療知識の不足と相まって、十分実施されていないことは、相模原市民にとって不幸なことであり、啓蒙運動が必要となるう。

注)(1)朝日新聞 平成25年5月28日 夕刊

(2) 同新聞 同年6月28日 朝刊

(3) 同新聞 同年9月13日 朝刊

(4) 同新聞 同年5月13日 朝刊

(5)キリスト教の一派で、自分の血でも他人の血でも、一旦体外に出たものを再び自分の体内に取り入れることは、聖書の教えに反することになり、輸血をした途端「生ける屍」になるとして、輸血を拒否している。

(6)判例タイムズ 1964号56頁

(7)浅野博宣「自己決定権と信仰による輸血拒否」別冊ジュリスト154号56頁

(8)判例タイムズ 1710号97頁

(9)立山龍彦「自己決定権と死ぬ権利」154頁 東海大学出版会

(10)町野朔「東海大学安楽死判決覚書」ジュリスト1072号111頁