

日本における「尊厳死」の現状について

野口海¹⁾²⁾，松島英介¹⁾，松下年子¹⁾，小林未果¹⁾¹⁾ 東京医科歯科大学大学院 歯医学総合研究科 心療・緩和医療学分野²⁾ 東京海上日動メディカルサービス

The Present State of “Death with Dignity” in Japan

Wataru NOGUCHI, Eisuke MATSUSHIMA, Toshiko MATSUSHITA, Mika KOBAYASHI

¹⁾Section of Liaison Psychiatry & Palliative Medicine, Graduate School, Tokyo Medical and Dental University²⁾Tokio Marine & Nichido Medical Service

抄録

現在，緩和医療に取り組む医療施設は徐々に増加してきてはいるが，実際は90%近くの患者が「一般病院での死」を迎えている現状に鑑みると，一般病院における「ホスピス・緩和ケアマインド」に基づいた医療や看護の提供が必要となってくると言える。しかし，緩和医療についての十分な教育と研修を受けた医療スタッフは未だ極めて少ない現状があり，緩和ケア専門病棟などと比べて，一般病院において満足すべき緩和医療が行われているとは言い難い。また，終末期のDNR (Do Not Resuscitate) など，いわゆる尊厳死を求める患者やその家族に対しては，一般の関心は深いものの，多忙な実際の医療現場ではその対応に苦慮しているというのが現状であると思われる。

終末期医療における患者およびその家族の声や，実際の問題として日々直面している医療現場からの意見や示唆を汲みとり，今後のわが国の尊厳死問題を方向付ける上で有効と思われる方策を探り出すことを目的として「わが国における尊厳死についての研究」班（主任研究者：東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野 松島英介助教授）は，現状調査を実施した。

その内容は，全国の一般病院の中から無作為に抽出された1000病院を対象に尊厳死に関する意識調査アンケートを送付し，返送された結果から一般病院における尊厳死の現状を考察したものであり，病名，余命告知，終末期の治療方針は，患者本人よりも，家族に伝えられ，意思を確認するケースが多く，多くの病院が終末期医療システムの不備を感じており，患者が「尊厳ある生」を過ごしながらか，尊厳死を達成するための前提条件として，終末期医療システムの整備をする必要があることが明らかとなった，とまとめている。

そこで本稿では，この調査結果について詳細に報告し，「尊厳死」問題の現状を分析していきたい。

キーワード：尊厳死，病名告知，家族，一般病院での緩和医療

Abstract

Although the numbers of medical facilities providing palliative care have increased in recent years, almost 90 percent of terminal patients still die in primary-care hospitals. These hospitals are required to provide medical treatment and nursing care based on "hospice and palliative care" conditions. However, at present, very few medical staff receive satisfactory levels of education and training about palliative care medicines. Therefore, compared with palliative care units, it is difficult to say that sufficient palliative care is provided in primary-care hospitals.

Also, the general public, especially patients who request death with dignity and their families, take great interest in terminal medical treatments, such as DNR (Do Not Resuscitate). However, medical staff seem to struggle over terminal care in busy day-to-day hospital work.

Therefore, an evaluation study was conducted to study effective measures for coping with the issue of death with dignity in Japan by taking opinions and suggestions from medical facilities. (Research group "A study of death

with dignity in Japan"; Chief researcher: associate professor Eisuke Matsushima, MD, Ph.D Graduate School of Tokyo Medical and Dental University, Department of Liaison and Palliative Medicine.)

In the study, questionnaires were sent to randomly sampled 1,000 hospitals selected at random, and the data analyzed. The study revealed that, in many cases, the name of the disease, disclosure of life expectancy, and options for care were provided to patients' families rather than the patients themselves. Also, many hospitals feel that there is a lack of options for palliative medicine. The result suggests that the healthcare system should be changed to allow patients to live with dignity and die with dignity.

This paper reports the details of the study's findings, and analyzes the issues surrounding death with dignity.

Keywords : death with dignity, cancer disclosure, family, palliative care in primary care hospitals

1. はじめに

現在、緩和医療に取り組む医療施設は徐々に増加してきてはいるが、実際は90%近くの患者が「一般病院での死」を迎えている現状に鑑みると、一般病院における「ホスピス・緩和ケアマインド」に基づいた医療や看護の提供が必要となってくると言える。しかし、緩和医療についての十分な教育と研修を受けた医療スタッフは未だ極めて少ない現状があり、緩和ケア専門病棟などと比べて、一般病院において満足すべき緩和医療が行われているとは言い難い。また、終末期のDNR (Do Not Resuscitate) など、いわゆる尊厳死を求める患者やその家族に対しては、一般の関心は深いものの、多忙な実際の医療現場ではその対応に苦慮しているというのが現状であると思われる。

2003年(平成15年)に厚生労働省が全国の20歳以上の男女5000人(回収率51.6%)を対象に実施した「終末期医療に関する調査」によれば、自分自身が痛みを伴う末期状態になった場合に延命医療をするかどうかという問いに対して、20.5%の人が「やめるべきである」、53.5%の人が「やめた方がいい」と答えており、「続けるべきである」という答えは12.7%にすぎなかった。また、「やめるべきである」「やめた方がいい」と答えた人の58.9%は延命医療を中止したときに、「あらゆる苦痛を和らげる」ことに重点を置く事を望んでおり、「自然に死期を迎えさせる」は24.5%、「医師が積極的に生命を短縮させる」が13.8%であり、苦痛の緩和という視点が注目を集める結果であった。(図1・2)

図1
平成16年「終末期医療に関する調査等検討会報告書」

あなた自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合、単なる延命医療についてどのようにお考えになりますか。

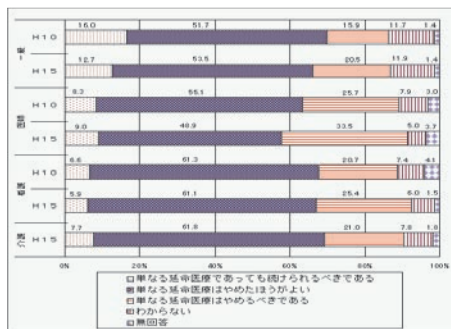
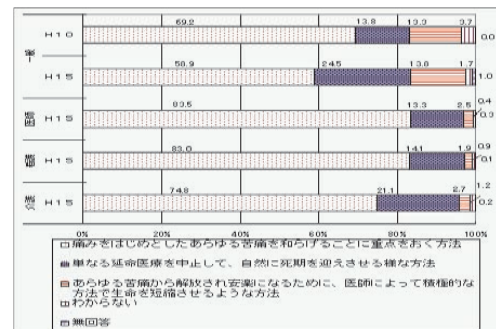


図2

平成16年「終末期医療に関する調査等検討会報告書」
単なる延命医療を中止するとき、具体的にはどのような方法が考えられますか。お考えに近いものをお選びください。



厚生労働省の他の調査によると、事前に患者本人の意思が確認できない場合、患者本人の代わりに、家族や後見人が治療方針などを決定する(代理人による意思表示)という考え方には、過半数の人が「それでよい」、または「そうせざるを得ない」と回答しており、肯定的である。代理人としては配偶者を上げる人が多いが、医師をはじめとする医療関係者は、代理人の意見の取扱いについて、十分な意見交換を踏まえて、一律に機械的に扱うのではなく、慎重に判断する必要がある、との報告も出されている。

これらの調査結果も含めて、終末期医療のあり方などを議論してきた「終末期医療に関する調査等検討会」は報告書を作成した。それに応える形で、2004年6月、無理な延命行為をしない、または医療行為の中止を決定するときの手順などを示すガイドラインを策定することを目的に、厚生労働省は「終末期における望ましい医療に関するガイドラインの策定に関する研究」班(主任研究者:国立保健医療科学院 林謙治次長)を立ち上げ、これにより「尊厳死」をめぐる具体的で、本格的な作業が始められることとなった。

こうした流れの中で、終末期医療における患者およびその家族の声や、実際の問題として日々直面している医療現場からの意見や示唆を汲みとり、今後のわが国の尊厳死問題を方向付ける上で有効と思われる方策を探り出すことを目的として「わが国における尊厳死についての研究」班(主任研究者:東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野 松島英介助教授)は、現状調査を実施した。その内容は、全国的一般病院の中から無作為に抽出された1000病院を対象に尊厳死に関する意識調査アンケートを送付し、返送され

た結果から一般病院における尊厳死の現状を考察したものであり、病名、余命告知、終末期の治療方針は、患者本人よりも、家族に伝えられ、意思を確認するケースが多く、多くの病院が終末期医療システムの不備を感じており、患者が「尊厳ある生」を過ごしながら、尊厳死を達成するための前提条件として、終末期医療システムの整備をする必要があることが明らかとなった、とまとめている。

そこで本稿では、この調査結果について詳細に報告し、「尊厳死」問題の現状を分析していきたい。

2. 研究目的

現在、わが国の終末期患者は、ほとんどがホスピスや緩和ケア病棟といった緩和医療専門施設や在宅での緩和ケアを受けて亡くなっているわけではなく、地元の「一般病院」でなくなっているのが実情である。そこで、「一般病院」ではどのような緩和医療を行い、また緩和医療を行っていく上で、どのような問題を抱えているのかといった現状を把握するため、以下の調査が実施された。

3. 研究方法

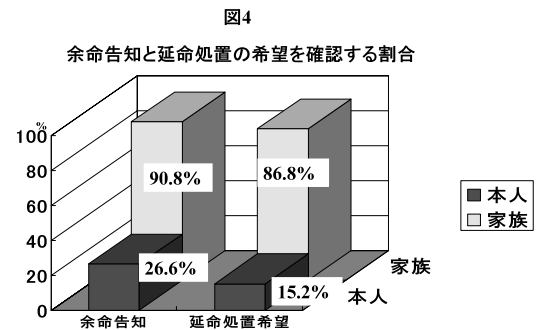
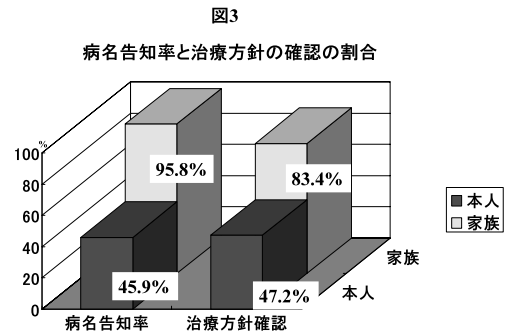
2004年10～11月の間に、「2004年版 病院総覧」内に掲載された病院（8171病院）から無作為抽出した全国の50床以上300床未満の一般病院1000病院（一般病床のみ病院群（500床）、療養病院も含む病院群（500床）」を対象に、説明文および35項目からなる「尊厳死に関する質問票及び返送用封筒を同封し、病院院長宛に郵送した。

送付先は、その都道府県の病院数に応じて割り振った結果、東京・大阪40病院、北海道・福岡39病院、沖縄19病院、三重・鳥取18病院、滋賀・島根16病院、山形15病院、その他の県20病院となった。

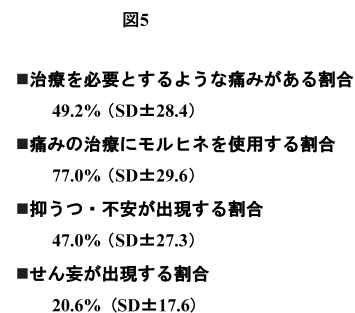
4. 研究結果

回答が得られたのは145病院（14.5%）であった。病床数の平均（±標準偏差；以下同じ）は164.5（±63.5）床、患者の平均在院日数は62.8（±151.3）日、病名割合では、悪性新生物が13.1%（±11.8）・脳血管疾患が28.2%（±41.3）・循環器系疾患が15.4%（±12.6）を占めていた。年間入院患者数の平均は2248.4人（±2749.2）、年間退院患者数の平均は1762.1人（±1411.0）、年間死亡退院患者数の平均は102.8（±66.0）人であった。入院患者のうち、終末期患者の占める割合は9.1%（±13.3）であった。

終末期における患者本人への病名告知の達成率は、病院間でかなりの幅があり、平均45.9%であった。同時に、本人への治療方針確認は47.2%であり、本人への延命処置の希望確認や余命告知となるとさらに低い値（15.2%、26.6%）であった。一方、患者の家族に対しては、病名告知率は95.8%、余命告知率は90.8%で、治療方針の確認や延命処置の希望確認の割合も、平均で8割を超えていた（83.4%、86.8%）。（図3・図4）



終末期における痛みの発生頻度については、治療を必要とするような痛みがある割合は49.2%（±28.4）、痛みの治療にモルヒネを使用する割合は77.0%（±29.6）で、鎮静（セデーション；呼びかけに応じない程度に意識を深く低下させる）を必要とした患者の割合は、10.6%であった。終末期における精神症状の発生頻度については、抑うつ・不安が出現する割合は47.0%（±27.3）、せん妄が出現する割合は20.6%（±17.6）であった。また、終末期患者の抑うつ・不安やせん妄など精神症状の対応は、主治医・看護師でなされている場合がほとんどであった。（図5・図6）



今後、一般病院での終末期医療の普及に関し、どのようなことを充実させていくべきかとの問いについては、「在宅医療の体制整備」や、「医師への研修制度」、「患者や家族の相談窓口の充実」など、ソフト・ハード両面の体制の充実を指摘する声が多かった。（図7）

図7

終末期医療の普及に関し、どのようなことを充実させていべきだとお考えですか



(複数回答)

また、終末期患者の診察に関わり、どのような点に困難を感じるかという質問に関しては、「患者へ病名、病状の説明をすること」、「患者や家族のための病院内の設備や終末期医療の施設が乏しいこと」「在宅医療を実施したくても、体制が十分でないこと」など情報の伝達（コミュニケーション）に絡む指摘が多かった。（図8）

図8

終末期患者の診察に関わり、どのような困難を感じているか



(複数回答)

最後に、尊厳死の定義についての質問については、「延命処置を行わないこと」（6.9%）という回答よりも、「苦痛を緩和すること」（71.5%）が高率に選択され、医師にとっても、「尊厳死」については単なる延命医療の中止だけではなく、もっと広いイメージをもっていることがわかった。

5. 考察

1) 情報提供

今回明らかになったことは、一般病院においては、まずは家族に病状や今後の方針についての意見を求めることが多く、積極的に本人の意思が確認されることよりも、家族の意見が医療行為に反映されていると考え得る場合が多いことである。患者本人の希望をじっくり聞きたい思いはあるが、時間的・物理的制約から、まずは家族に情報を伝え、意向を聞くことで、トラブルとなるのを避けようとしている背景もあると思われる。もちろん、各病院により、返答内容には大きな違いがあり、全国の一般病院を一括りにするのは困難であるが、現場で対応している医療者の困惑は明確に存在していると思われる。このことから考えれば、終末期において「本人への情報提供（告知率、余命率、治療方針、延命処置の希望等）」が100%近い割合で行われている主要な基幹病院やセンター病院の現状と、50~300床の一般病院では、医師・患者関係にも大きな違いがあることが明らかと

なり、病院背景に合った対応を考えていかななくてはならないことが示唆された。また、基幹病院で診断を受け、紹介されて療養等のため、一般病院などに転院してきた際など前病院でどの程度告知がなされているのか、患者はどの程度理解しているのか、家族はどのように考えているのか、など様々な情報を短期的に収集し、処理していこうとする場合には、患者の状況の確認を含めて、どうしてもまず家族に話をしてしまうという流れがあるように思われる。

これらの問題を解消していくためには、一般病院の医師や看護師向けの、告知や情報収集についてのフローチャート（作業図）のようなものを用意していくことで、同様の対応を行うことが出来るようになり、医療従事者のストレスも低減されるように思われる。さらに、一般病院で緩和医療を担当する医師や看護師には、患者の意思や家族の意向を的確に把握するコミュニケーション技術を身につけてもらう必要がある。このための教育・研修を積極的に進めることが重要な施策となるであろう。緩和医療においては、医師や看護師がカウンセラーの役割をも含めて期待されているという背景もあるので、患者や家族の思いを聞くために医療関係者がコミュニケーション技術を身につける必要性はかなり高いと考えられる。

同時に、家族への十分な対応が出来ているのかという視点も重要になってくる。患者にとって精神的支えとなり、看病や医療従事者からの病状説明において中心となる人（キーパーソン）が誰になるのかを早期に見つけることが肝心であるが、終末期になると人間関係が複雑となり、法的な問題も介在してくるので、医療従事者が積極的に家族関係に介入するのは難しい状態であるという側面もある。そのため、まずは、身近な家族に患者の状況や方針について話をし、患者へどの程度状況を報告するかを検討するという流れになってしまうことについては、仕方がない部分もある。コミュニケーション技法については、患者が希望するものとして「環境設定（質問の促し方、家族の同席など）」「情報提供（今後の治療、日常生活や仕事への影響など）」「伝え方（はっきりと正直に、適切な表現）」「情緒的サポート（患者の感情を受け止める、家族へも患者同様の配慮）」などが言われている。がんセンターなどを中心にして、コミュニケーション技法研修も行われているので、積極的に参加出来る体制を一般病院の中に作っていくことも大事である。

医師等の医療関係者と患者との間に日頃から信頼関係が構築されていることが、終末期において、患者の意思に沿った医療の基本となる。したがって、医療関係者は患者との信頼関係を逸早く築く努力をすべきである。

2) 痛み、精神症状と鎮静

痛みや抑うつ・不安・せん妄など精神症状の出現率は、基幹病院などの調査から一般的に報告されているものとはほぼ同様であり、病院形態間で大きな差は見られなかった。この点からは、終末期の症状緩和に対するマニュアルをより充実し、共有していくことは有効であろう。終末期患者の精神症状や身体症状など、症状に関わる対応などの指針やマ

マニュアルは、症例数が多い基幹病院やセンター病院が収集し、データをまとめ各病院群に配布するという方向性には大きな意味があると思われた。

終末期に出現することが多いといわれている精神症状については、一般病院において主治医や看護師が対応しており、精神科医などの介入は少なかった。一般病院に精神科医が常駐していることは少なく、良くて非常勤での勤務が多い。そのような環境のなかで、精神症状への対処は、担当医師や看護師が行うしかなく、担当者の負担が増える状況となっている。時間的制約がある中でやるべきことが増えていき、本人や家族と良いコミュニケーションを心がけなくてはいけないという状況は、担当者にとってかなりストレスフルな状況になっていると言えるだろう。

鎮静を必要とした患者の割合は、我々が予想していたものより低い値であったが、基幹病院では良く施行されている状況が一般病院の担当医師まで情報が伝わっていない可能性もあり、終末期患者への対応という部分では、研修制度の充実や、相談窓口の創設なども検討し、データや情報を全国的に一元化することで、全国で同様のサービスが提供できるようにしていくべきであると思われた。

3) その他

終末期医療の普及に関し、どのようなことを充実させていくべきかとの問いについては、医療従事者への卒前・卒後教育や生涯研修の充実や患者・家族への相談体制の充実、在宅医療の体制整備、一般病棟において十分な終末期医療が行えるような体制づくりなどソフト・ハード両面の体制の充実を指摘する声が多かった。この意見は、そのまま現在の一般病院における終末期医療体制の問題点を指摘しているとも言える。十分な教育がなされることなく、多忙を極める一般病院の医師が、終末期ケアや本人や家族への情報提供を十分にするというのは極めて困難な状態である。そのためには、本人・家族等への相談窓口の充実と共に、医療者の相談窓口も創設していくことが重要である。一般病院の医師にとっては、すぐに相談できる同僚や専門家がそばにおらず、不安感が強いと話している方もみられた。緩和ケア病棟などを含め、チームケアの重要性が謳われていることから考え

れば、一般病院の医療従事者間でのネットワークを構築し、情報の共有や勉強会、研修会などを相互に開催することで、他病院での状況を把握することが、更なる一般病院での緩和医療の充実につながっていくものと思われる。保健所などの公的機関も積極的に勉強会やネットワークに参加し、それぞれのメンバーが顔見知りになっておくだけでも、従事者の安心感につながっていくであろう。

一般病院の医師が考える「尊厳ある死」とは、「本人が苦痛でないように緩和をすること」という意見が最も多かった。その思いを実現させるためにも、より良い体制を構築していくことが重要であろう。

6. まとめ

今後は、上記の様な一般病院での医療背景があることを加味しながら、インフォームド・コンセントの問題や緩和ケアシステムの整備、「尊厳ある生」を迎えるための環境整備などを行っていかなくてはならない。終末期患者の精神症状や身体症状など、症状に関わる対応などの指針やマニュアルは、症例数が多い基幹病院やセンター病院が収集し、データをまとめ各病院群に配布するという方向性には大きな意味があると思われる。50床以上300床未満の一般病院において、病名・余命告知、終末期における治療方針や延命処置の希望は、患者本人に直接伝えられるよりも、家族に伝えられるケースが多かった。

他病院（例えば大学付属病院などの大病院）で告知や治療を受けた後に、中小規模病院に紹介されてくるがん患者数が少ない現状では、一般病院の担当医に対しての啓発活動、告知マニュアルなどの作成をしていくことが必要になってくるとと思われる。

多くの病院が、終末期患者が「尊厳ある生」を過ごしながらか、尊厳死を達成するためには、終末期医療システムの整備をする必要があると考えている。

参考資料

- 1) 終末期医療に関する調査等検討会報告書 平成16年3月
- 2) 「わが国における尊厳死に関する研究」平成16年度 総括・分担研究報告書（主任研究者：松島英介）