

〈総説〉

終末期医療・ケアに関連する一考察

熊澤利和・森田 稔

A Study on End-of-life Care

KUMAZAWA Toshikazu MORITA Minoru

要 旨

本論は、救急時において家族が治療・ケアの方針を代理決定しなければならない状況になった場合、患者本人の事前の意思決定への尊重度について明らかにする目的で調査を行った。それにあたり終末期医療・ケアの課題を概観し、日本における終末期医療・ケアにおいて必要な制度について考察をおこなった。また、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning、以下ACPとする）に関連する環境整備の必要性について言及した。

調査では、グループ1の学生（処置群）には、「患者の意識が無い中で家族が治療・ケアの方針を代理決定しなければならない状況が描かれた映像」を視聴してもらい、グループ2の学生（対照群）には、映像の視聴は無しとし、それぞれ同一のアンケートを実施した。統計的検定の結果は、患者が家族の場合の意思決定の尊重度について、処置群と対象群の間で統計的に有意な差があることが示された。

以上の結果から考えられることは、Living Willやアドバンス・ディレクティブ（Advance Directive、以下ADとする）といった将来家族や自身がおかれた状況を具体的に想像し話し合う環境の整えることが課題である。そして、人間をどのような存在として捉えるかという基盤の上に、患者の尊厳としての権利について考える教育が必要だと考える。

Abstract

This paper aims to clarify to what extent a prior decision-making by a patient is respected by his/her family when the family needs to make a decision about his/her treatment/care on behalf of him/her in an emergency situation, based on the investigation we conducted. For the purpose

of the study, the paper overviews the challenges of end-of-life care and discusses the systems needed for end-of-life care in Japan. And it makes mention of the need for environmental improvement to implement the Advanced Care Planning (ACP), also.

In the investigation, the group I students (experimental group) watched the video depicting the situation that a patient was unconscious and his/her family needed to make a decision for him/her about the treatment, and the group II students (control group) didn't watch the video. Both groups answered the same questionnaire. The results of the statistical test showed a statistically significant difference between the experimental group and the control group in the degree which the family paid respect to the decision-making by the unconscious patient.

The study results indicate that it is necessary to create an environment to imagine and have a family talk concretely about a living will, an advance directive and a future situation which one and his/her family will be in and that we need an education to consider the right and dignity of a patient based on the meaning of human existence.

I. はじめに

わが国における終末期医療に関するガイドラインの変遷は、末期医療に関するケアの在り方の検討会（1987年）にまで遡ることが出来る。重要な節目は、「末期医療に臨む医師の在り方についての報告（日本医師会 第三次生命倫理懇談会 1992年3月9日）」、「医療と実践と生命倫理（生命倫理懇談会）」（2004年）、そして「終末期医療をめぐる法的諸問題について（医事法関係検討委員会）」（2004年）があると考えられる。さらに、2006年の射水市民病院の人工呼吸器の取り外し事件を契機として、終末期医療に対する医療側からの要請により、2007年に「終末期の決定プロセスに関するガイドライン」、尊厳死法制化を考える議員連盟による「臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱（案）」、そして「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）（日本救急医学会）」が示された。また、厚生労働省ガイドラインについては、2015年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」へ、さらに現在の2018年には「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」へと改正され、2018年版において、ACPの概念が反映された内容が示された形となっている¹⁾。

しかしながら、2018年3月の「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」によれば、ACPについて「よく知っている」と答えた医師は22.4%、看護師では19.7%、介護職員では7.6%と、一般国民の3.3%と比較して知っている割合が高いものの、こうした医療者と介護職員でさえも認知度が低い結果となっている。加えて、患者本人の意思を尊重することを基本とする終末期医療における意思決定について、医療チームそして患者と家族が繰り返し話し合いを行

い、合意形成を実施することについてどのように理解をしているのか、根拠をもって説明することは、難しい。また、上記で示した2007年の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」では、医療・ケアチームとしての判断と患者の意思を尊重する基本方針は明示されものの、医療行為の開始・差し控え・変更・中止の判断については、ケアチームが、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきとされてきた。こういった医療におけるパターンリズム（あるいは、それを支える政策）に対する考え方へ転換が行われていないと考える²⁾。

終末期医療における医療・ケアにおける意思決定について議論することの本質は、「どのような生命観（死生観）を育むのか」、「よい生（well-being）とは何か」と言うことを考えるための環境をつくるのが重要であり、その結果としてACPが成り立つのだと考える。もう少し具体的に言うならば、「よい生（well-being）を考える為の構成される要素は何か」、「対話をするための環境をどのように整備するのか」、「日本的な価値観や文化に医療が向き合うために何が必要なのか」ということが思料されよう。

このような問題意識をもとに、本論では、終末期医療における意思決定、ACPに関する現状を踏まえ、一般市民が患者中心の医療を実現するためにACPに対する理解を深め、今後、医療や福祉の受益者として、医療者や福祉従事者と「意思決定」を形成する可能性が高くなる非医療系大学生に対して調査を行った³⁾。ACPによって、医療者がEOL（End of Life）ケアの意思決定プロセスに関与することが有効であると仮定するならば、その根拠を示すことと同時に、医療・ケアに対する国民の認識を明らかにし、政策を考える必要がある。このような事から、本調査の意義があると考えられる。

本論の構成は、以下の通りである。2節では、終末期医療・ケアの課題を明記する。3節では、本論の研究で用いたアンケート調査の概要と分析結果と課題について述べる。

II. 終末期医療・ケアに関する課題

本論の調査は、救急時における、患者（家族の一員）の意識が無く、さらに家族が治療・ケアの方針を代理決定しなければならない状況になった場合、その家族が、患者本人の事前の意思決定への尊重度にどのような変化が起こるのか、その希望をどれだけ尊重するか／否かについて、どのように考えているかを明らかにすることが目的である。

「ACP」について教科書的な説明をすれば、継続した話し合いにより、医療・ケアチームと患者、そして家族で合意をすることである。医療場面において考えるならば、例えば、患者や家族に関わる時間の多い看護師の適切な支援が行われるとすると、患者が自身にあった意思決定を行うことへとつながるだろう。また、患者本人が意思決定できず、家族が代理決定人として医療・ケアの方針を決定しなければならない場面において、患者本人の事前の意思決定を家族が把握しておくことは、患者のみならず、残された家族にとっても重要なことである。よって、ACPは、事前

に家族などと自分の望む医療・ケアの方針を話し合うきっかけとして、一つ的手段として有効である可能性が高い。

しかし、ここで考えなければならないことは、必ずしも患者の希望が優先されるとは限らないことである。患者自身も、医師や家族が決めたことでよいと考える場合も十分にあり得るだろう。医療において、患者や家族は、彼ら彼女らがおかれた状況を受け入れざるを得ないことのほうが多いこともある。そこで本章では、以下の2つの問題提起について述べる。

(1) 患者の「尊厳」を保証することとACP

ACPに関する研究は、米国でのADの比較試験の結果⁴⁾から、ADの有効性が否定されたことからプロセスを重要視するACPへ考え方が移行してきた。Maria J Silveira, Wyndy Wiitala, John Piette (2014)⁵⁾によると、アメリカでは事前指示書が急速に普及し、法的拘束力をもつ、Durable Power of Attorney for Health Care (法的永続的委任状。以下、DPAHCとする)が半数を超える。DPAHCおよびLiving-Willを含めADを有する死亡者の割合は、増加したが、人生の最後の2年間に少なくとも1回の入院をした死亡者の割合は増加する一方で、10年間の病院死は減少しているものの、ADの有無は、無視できるほどの相関しかなかった結果であった。これらの点は、アメリカ社会における緩和医療のあり方として1995年の調査結果と同様にADのみでは不十分であることを示している。つまり、ACPは、患者とその家族の希望に沿ったケアを実現するための重要な事前計画のステップであり、DPAHCおよびLiving-Willを含めADと事前計画を作り上げる過程を包括したもの考える必要があるということである。そしてACPへ発展してきたことの経緯を考えると、インフォームド・コンセントを踏まえた意思決定は、法を内在化しつつ患者の価値観や選好、意思決定に伴う意図などを理解し援助をする方法としてACPを位置づけることができる点であろう。

上記のアメリカ社会でつくられてきたACPをそのままわが国に導入することでよいのだろうか。例えば、筋萎縮性側索硬化症 (Amyotrophic Lateral Sclerosis、以下ALSとする)患者で医師の竹田主子氏のACPに対する寄稿で、「日本で今、ACPの整備を余儀なくされているのは、超高齢化多死社会の到来や単身世帯の増加が背景にあるからで、医療費増加に対する懸念が見え隠れしています。欧米の「(ACPは)個人の権利を守るためのもの」という考え方とは少し趣が違いますが、と述べている⁶⁾。しかしながら、通常の医療が維持されているときは、医療倫理の四原則⁷⁾に基づき、本人の意思決定を尊重されることとなる。一方で、その状況が維持されなくなったとき、例えば、2020年3月11日に、WHOのテドロス事務局長が、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) がパンデミック (corona-pandemic) に至っているとの認識を示した後、わが国では、厚労省の専門家会議では、「いのち」に対する価値や重み付けをすることを前提として議論がなされた⁸⁾。専門家会議の記者会見で、有限な人工呼吸器をどの重症患者に優先的にあてがうかについて、生命の価値の社会的取扱に関連して「優生思想」という言葉が公言されて

いる。

誰もが、「もしもの時（自信の命の有限であることを知ったとき）」が目の前に現れた状態と、医学的トリアージ（triage）に対してどのように考えればよいのか⁹⁾。このことは、川口浩一・吉中信人(2020)によるとcorona-pandemicによる医療の逼迫した条件下においてのトリアージについて、効率性基準を擁護する立場と、権利の観点から特定化されなければならないと論じる立場を示し、さらに、優先順位の付け方について、全身状態や既往について客観的な尺度に用いて評価する立場からの見解を示している立場があり、結論において欧米において見解の一致をみていない¹⁰⁾。つまり状況によりACPによる意思決定についての限界としてとらえることができる可能性がある。

現代医療においてACPを患者中心の医療を展開するため必要不可欠とするならば、その裏付けが必要となると考える。現在、国内では、ACPの推進として地域包括ケア病棟入院料に適切な意思決定支援に関する指針を定めていることが要である。地域包括ケア病棟入院料は、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めることから、2020年度の診療報酬改定において、適切な意思決定支援に関する指針を定めることに変更された¹¹⁾。現状では、適切な意思決定支援に関する指針を定めることのみが要件とされ、方法などの規定はない。しかしACP本来の目的である将来的に意思決定能力を失った場合の医療やケアのため、患者の尊厳に関する権利¹²⁾を保証するため熟考した計画である「ACP」の意味が、削がれていくのではないかと憂慮する。

（2）なぜ、患者中心の医療・ケアへ転換が図られないのか

わが国は、終末期医療における意思決定プロセスに対して、厚生省ガイドラインで示している。しかし示されている内容では、患者の権利を尊重するということについて考え方に不十分さがあると考え。「終末期の決定プロセスに関するガイドライン」（2007年）、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」（2015年）、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（2018年）について、患者の意思決定を基本としているものの、終末期医療・ケアの最終的な決定権は、医療・ケアチームにあり、患者の自己決定権について熟考する必要があると考える¹³⁾。

誰でも、自分自身のいのちや死について考え、治療やケアを受ける／受けないことが尊重され権利をもっていると考える。そしてそれは、医学知識に基づかない選好や希望であることも考えることができる。谷口聡(2020)は、「アイルランドの意思決定支援法2015では、『事前のヘルスケア指示』に関する最も基本的な指導理念が規定されている。治療が本人の『意思と選好』に基づいてなされるべきこと、および、意思能力を有する者の指示が仮に『賢明ではなく』『医療上の原則に基づいておらず』また『死亡に至らしめる』ものであっても尊重されるべきであると謳っている。」と述べている¹⁴⁾。障害者権利条約を踏まえたわが国の成年後見制度は、代理による意

思決定という基本的な考え方に対する課題が、指摘されている。上山泰（2014）は、障害者権利条約は、「法律の前にひとしく認められる権利」を定めた条約12条は、「保護の客体」から「人権の主体」への障害者の再定位を目指した条約の思想的根幹であると述べている¹⁵⁾。これら自己決定支援へのパラダイムに対する考え方は、医療と障害者の権利の共通問題として捉えられる。言い換えるとつまり、障害者権利条約の策定過程において「代理・代行決定」を「支援付き意思決定」に置き換える議論されてきた焦点¹⁶⁾は、わが国の終末期医療の意思決定支援の考え方においても同様の問題を孕んでいる可能性がある。

わが国では、厚生労働省や関連学会が主導してきた各ガイドラインの基準により専門的行為を担保するという制度であり、欧州、北米、東アジア諸国、豪州とは異なる方法で歩んでいる。その理由として、1995年のインフォームド・コンセントの在り方に関する検討会報告書によれば、「インフォームド・コンセントの法制化については医療従事者と患者の信頼関係を損なう恐れがあるとして法制化に対して否定的な見解を示した経緯がある。そのため意思決定支援に基づく同意や撤回について、患者の権利を保証することまでは明文化することが出来ておらず、諸外国では乗り越えてきた、パターナリズムから患者中心の医療・ケアへという文脈について議論が進まず、患者の意思決定に関連した法制化に対する議論が行われない状況が維持されている。

専門医としては、自分の所属する学会のガイドラインは守らなければならないという圧力がかかると考える。所属学会等が示すガイドラインは、医行為において厳しい枠組みであると考えることが標準的であると言えるが、終末期医療に関するガイドラインの使用状況は、「利用している」と答えた病院は33.3%となっている。その内訳は、病院が独自に作成したものが16.4%で最も多く、厚生労働省と日本医師会が作ったものはそれぞれ4.9%と6.4%という結果であった（2012年）¹⁷⁾。これらから、医師にとって、終末期医療に関するガイドラインは、優先順位として高くないのではないかと考える。

一方、診療報酬制度からインフォームド・コンセントに関してみると、2020年度診療報酬改定に向けて、内科系学会社会保険連合、外科系学会社会保険委員会連合、看護系学会等社会保険連合が2019年「第20回三保連合同シンポジウム」において「意思決定支援管理料」の新設を求めた。千葉県こども病院では、看護師の試みとして、インフォームド・コンセントの「看護師同席基準」を明文化し、医師による説明と患者側の理解度の差を埋めるため等に使われている¹⁸⁾。

関連団体からの申し出は、臨床における一人あたりの患者に必要な時間等を根拠に基づくものであり、臨床での看護師の取り組みは、その病院や病棟での取り組みとして医療の質の担保とリスクマネジメントして参考となるものである。

近年の欧州の診療や意思決定の関連法の動向を注視すると、ドイツでは2013年にドイツ民法典の改正法の施行により、民法典の条文の中に「診療契約」という条文が盛り込まれた。アイルランドでは「意思決定支援法2015」が施行され、障害者権利条約に準拠した立法として評価されている。また、オーストリアにて「代弁人法」という法律が立法化された。

これまで述べたことから終末期医療・ケアの規範に関してして再考し、独自の規範を構築することならば、性急に法制化の議論は必要がない。ただし、患者を「人権の主体」としてとらえ「支援付き意思決定」への転換を図るということへシフトすることを検討するのであれば、2018年のガイドラインによるACPの普及を契機に、日本版「意思決定支援法」の法制化を検討することが必要ではないかと考える。そして可能であれば、その選択を市民によって行いたいと考える。

Ⅲ. 調査結果と分析

(1) アンケート調査の概要：

本稿の残りでは、患者の意識が無く、家族が治療・ケアの方針を代理決定しなければならない状況になった場合、その家族が患者本人の事前の意思決定への尊重度にどのような変化が起こるのかを、2019年度に実施したアンケート調査から得たデータを用いて検証する。

今回の調査の対象者は、2019年度時点において公立大学法人高崎経済大学地域政策学部在籍している学部生となっている。アンケートを実施するにあたり、我々は学生を2つのグループに分けた。グループ1の学生（処置群）には、「患者の意識が無い中で家族が治療・ケアの方針を代理決定しなければならない状況が描かれた映像」を視聴（＝トリートメント）してもらい、その後にアンケートへの回答を求めた。一方、グループ2の学生（対照群）には、映像の視聴はせず、同一のアンケートのみを実施した。各グループへの割り振り方法としては、ランダム・サンプリング法ではなく、同年度に開講された1年生から4年生までが受講可能なオムニバス形式の講義を受講しているか否かで、各グループへの振り分けを行った。つまり、上記の講義を受講している学生はグループ1に、残りの学生はグループ2に振り分け、学内のポータルサイトを通じてアンケート調査票を配布した。

表1：アンケート調査の調査項目

項目	
患者＝「家族」の意思決定への尊重度	5段階評価（1：まったく尊重しない～5：絶対に尊重する）
患者＝「回答者」の意思決定に対する尊重度	5段階評価（1：まったく尊重されたくない～5：絶対に尊重されたい）
重い病気に罹ったときの治療方針の相談相手	1：医師、2：看護師、3：家族、4：友人、5：その他
家族内での治療方針（延命治療は除く）の話し合いの有無	1：経験がある、0：経験がない
家族内での延命治療の話し合いの有無	1：経験がある、0：経験がない
家族の入院経験の有無	1：経験がある、0：経験がない・覚えていない
回答者の入院経験の有無	1：経験がある、0：経験がない
性別	1：女性、0：男性
年齢	

表1は、アンケート調査の調査項目がまとめられている。今回のアンケート調査では、調査対象である社会科学系の大学生が、ACPや人生の最終段階における医療・ケアに対してどのような

考え方を持っているのかを調査したものである。そのため調査項目には、厚生労働省の意識調査を参考に、日常生活に関連する必要最小限の項目のみとした。アンケート調査より、806名の学生（グループ1：240名、グループ2：566名）から調査票を回収することができた。

記述統計量：

表2は、今回のアンケート調査から得たデータの全サンプルにおける記述統計量がまとめられる。今回の調査対象のうち、回答者が女性の割合は39%、男性の割合は61%となった。また、回答者の平均年齢は19.8歳であり、最も割合が高かった年齢は19歳（38.8%）であり、20歳（19.5%）、21歳（18.1%）、18歳（12.5%）、その他（10.5%）であった。

表2：記述統計量（全サンプル）

	Mean	Std. Dev.	Min	Max
患者＝「家族」の意思決定への尊重度	4.03	0.85	1	5
患者＝「回答者」の意思決定に対する尊重度	3.91	0.90	1	5
重い病気に罹ったときの治療方針の相談相手	2.07	1.10	1	5
家族内での治療方針（延命治療は除く）の話し合いの有無	0.17	0.38	0	1
家族内での延命治療の話し合いの有無	0.13	0.34	0	1
回答者の入院経験の有無	0.30	0.46	0	1
家族の入院経験の有無	0.59	0.49	0	1
性別	0.39	0.49	0	1
年齢	19.8	1.31	18	26

まず、家族が患者の場合、意思決定ができない状況下で患者本人の事前の決定に対してどの程度尊重するかを5段階で評価してもらった結果、回答が最も高いものはレベル4（57.7%）であり、レベル5（絶対に尊重する）の割合は26.6%であった。他のレベルを回答した割合は、レベル1（まったく尊重しない）が2.4%、レベル2が3.5%、レベル3が9.9%であった。

次に、回答者自身が患者の場合、意思決定できない状況下で自身の事前の決定に対してどの程度、家族に尊重してもらいたいかを5段階で評価してもらった結果、回答が最も高いものはレベル4（47.5%）であり、レベル5（絶対的に尊重されたい）の割合は25.8%であった。他のレベルを回答した割合は、レベル1（まったく尊重されたくない）が2.0%、レベル2が4.3%、レベル3が20.4%であった。

回答者あるいは家族が重い病気に罹り、その治療方針を決定しなければならないときに誰の意見を最も重視するかの調査項目については、医師と回答した割合が49.4%と最も高く、次に家族が47.8%であった。友人とその他を回答した割合は2.9%であり、看護師と回答した割合は0%であった。（グループ1：240名、グループ2：566名）このことから、今回の回答者である学生は、医師か家族のどちらかを信頼していることがわかった。

次に、ACPの取組み状況について見てみる。仮に家族の誰か（回答者も含む）が重い病気に罹った場合、どのような治療を受けたいかについて家族内で話し合った経験があるかの項目については、話し合った経験があると回答した割合は17%のみであった。また、仮に家族の誰か（回答者も含む）が延命治療を必要とする状況になった場合、その治療を続けるべきか否かを話し合った経験があるかの項目では、話し合った経験があると回答した割合は13%のみであった。この結果より、今回の回答者である学生の多くが事前の話し合いを行っておらず、ACPの取組みが進んでいないことが伺われる。最後に、回答者本人あるいは家族の入院経験の有無については、回答者本人が入院した経験があると回答した割合は30%、家族の誰かが入院した経験があると回答した割合は59%であった。

調査対象者である大学生が、「患者の意識が無い中で家族が治療・ケアの方針を代理決定しなければならぬ状況が描かれた映像」を視聴することで、患者である家族あるいは本人が事前に決定した意思に対する尊重度に変化が発生するかを検証するにあたり、他の要因にグループ1とグループ2の間で差があるのかを確認する。表3は、グループ1とグループ2について、性別と年齢に加え、ACPの取組み状況、回答者及び家族の入院経験の有無の記述統計量をまとめたものである。

表3：記述統計量（グループ間の比較）

	グループ1（処置群）				グループ2（対照群）			
	Mean	Std. Dev.	Min	Max	Mean	Std. Dev.	Min	Max
家族内での治療方針（延命治療は除く）の話し合いの有無	0.20	0.40	0	1	0.16	0.37	0	1
家族内での延命治療の話し合いの有無	0.16	0.37	0	1	0.12	0.33	0	1
回答者の入院経験の有無	0.32	0.47	0	1	0.28	0.45	0	1
家族の入院経験の有無	0.63	0.48	0	1	0.57	0.50	0	1
性別	0.40	0.49	0	1	0.39	0.49	0	1
年齢	19.2	1.07	18	25	20.1	1.31	18	26

まず、性別と年齢についてグループ間での比較を行った結果、性別については両グループ間に大きな違いが無いことが確認できた。一方、年齢については、回答者の割合が最も高いものは19歳（グループ1：55.8%、グループ2：31.6%）で同一であったが、グループ2の方がグループ1に比べて20歳（グループ1：11.7%、グループ2：22.8%）と21歳（グループ1：6.7%、グループ2：23.0%）の割合が高い傾向となった。逆に、グループ1ではグループ2に比べて18歳（グループ1：22.1%、グループ2：8.5%）の回答が多い傾向となった。このことから、年齢構成には両グループ間で違いはあったが、すべて学部生であるため、結果には大きく影響はないものと考えられる。

次に、回答者本人あるいは家族の入院経験の有無について、グループ間での比較を行った。回答者の入院経験があると回答した割合は、グループ間で大きな違いは見られなかった。さらに、

家族の入院経験があると回答した割合も、グループ間で大きな違いは見られなかった。よって、両グループ間において、過去の病気や治療・ケアの体験や家族の経験から受ける影響には違いはないと考えられる。

次に、ACPの取組みの有無について、グループ間での比較を行った。延命治療を除く治療について、事前に家族内で話し合った経験があると回答した割合は、グループ1（20%）の方がグループ2（16%）に比べて高い結果となった。さらに、延命治療について、事前に家族内で話し合った経験があると回答した割合も、グループ1（16%）の方がグループ2（12%）よりも高い結果となった。これらのことは、患者が意思決定を下せない状況下で家族が代理決定する場合に、事前の意思をどの程度尊重するか（あるいは尊重してもらいか）に影響を与えるものと考えられる。この点については、考慮する必要があると考えられる。

まず、患者が家族の場合、その患者が意思決定できない状況下で事前の意思をどの程度尊重するかについて、グループ間で違いがあるのかを検証してみる。

表4：患者＝「家族」の事前意思決定への尊重度

	グループ1（処置群）		グループ2（対照群）	
	Freq.	Percent	Freq.	Percent
1=全く尊重しない	0	0.0	19	3.4
2	1	0.4	27	4.8
3	26	10.8	54	9.5
4	159	66.3	306	54.1
5=絶対に尊重する	54	22.5	160	28.3
Total	240	100	566	100

表4は、グループ1とグループ2それぞれで回答者の回答結果をまとめたものである。トリートメントを受けたグループ1の学生は、レベル4と5を回答した割合が88.8%であったが、レベル1と2を回答した割合はわずか0.4%であった。一方、トリートメントを受けていないグループ2の学生は、レベル4と5を回答する割合が82.3%であったが、レベル1と2を回答した割合は8.13%であった。中立の水準であるレベル3については、両グループの間で大きな違いは見られなかった。

上記のグループ間での違いが統計的に有意な差として示せるのかを検証するため、カイ二乗検定を行った。検定の結果は、 $\chi^2=23.99$ となり、有意水準1%以下で統計的に有意な差があることが示された。さらに、フィッシャーの直接確率法による検定も行ったところ、統計的に有意な差があることが示された。ただし、グループ間の比較を行ったときにも指摘した通り、グループ

1の方がグループ2に比べてACPの取組みを行っている傾向があった。よって、こうした影響が患者の事前の意思決定に対する尊重度を高めている要因として寄与していることも考えらえる。よって、我々はACPの取組み状況をコントロールした上でも、グループ間の間に統計的に有意な差がしめされるのか検証を行った。

まず、延命治療を除く治療方針について事前に家族内で話し合ったことがある回答者のみのデータを用いて、カイ二乗検定を行った。検定の結果は、 $\chi^2=9.00$ となり、有意水準10%以下で統計的に有意な差があることが示された。一方、延命治療を除く治療方針について事前に家族内で話し合ったことがない回答者のみのデータを用いてカイ二乗検定を行ったところ、 $\chi^2=16.34$ となり、有意水準1%以下で統計的に有意な差があることが示された。

次に、延命治療について事前に家族内で話し合ったことがある回答者のみのデータを用いて、同様にカイ二乗検定を行った。検定の結果は、 $\chi^2=14.41$ となり、有意水準1%以下で統計的に有意な差があることが示された。一方、延命治療について事前に家族内で話し合ったことがない回答者のみのデータを用いてカイ二乗検定を行ったところ、 $\chi^2=16.96$ となり、有意水準1%以下で統計的に有意な差があることが示された。

表5：患者＝「回答者」の事前意思決定への尊重度

	グループ1 (処置群)		グループ2 (対照群)	
	Freq.	Percent	Freq.	Percent
1= 全く尊重されたくない	2	0.8	14	2.5
2	10	4.2	25	4.4
3	53	22.1	111	19.6
4	112	46.7	271	47.9
5= 絶対的に尊重されたい	63	26.3	145	25.6
Total	240	100	566	100

表5は、グループ1とグループ2それぞれで回答者の回答結果をまとめたものである。トリートメントを受けたグループ1の学生は、レベル4と5を回答した割合が72.9%であったが、レベル1と2を回答した割合はわずか5.0%であった。一方、トリートメントを受けていないグループ2の学生は、レベル4と5を回答する割合が73.5%であり、レベル1と2を回答した割合は6.9%であった。中立の水準であるレベル3については、グループ1では22.1%、グループ2では19.6%であった。この結果より、単純比較において、グループ間で大きな違いは見受けられないが、統計的に違いがあるのかを検定した。

上記のグループ間での違いが統計的に有意な差として示せるのかを検証するため、カイ二乗検定を行った。検定の結果は、 $\chi^2=2.89$ となり、統計的に有意な差があることが示されなかった。

フィッシャーの直接確率法による検定も行ったところ、こちらの方も統計的に有意な差があることが示されなかった。さらに、ACPの取組みを行っているか否かで、こうした取組みを行っている場合と行っていない場合それぞれにおいて統計的に有意な差があることは示されなかった。

以上の結果から、ACPの取組みを行っている回答者とそうした取組みを行っていない回答者それぞれで統計的検定を行った結果、既に取り組みを行っている状況では、今回のトリートメントの効果は行っていない状況のときよりも有意水準は緩くなるが、統計的に有意な差が存在することが示された。

仮に医療者や社会福祉（介護）関係者や研究者が、「ACPが必要だ」と言ったとしても、医療や社会福祉（介護）制度を必要とする前の段階であれば、話し合う人は、家族や友人に限られ、医療者や社会福祉（介護）関係者と話をするきっかけはない。

今回の学部生への調査結果から考えられることは、LivingWillやADといった将来家族や自身がおかれた状況を具体的に想像し話し合いをする環境を整えることが課題である。そして、人間をどのような存在として捉えるかという基盤の上に、患者の尊厳としての権利について考えるという教育が必要だと考える。

IV. おわりに

本論をまとめるにあたり、共同執筆という形を取ることで、著者らのACPに対する理解が深まったことと考えている。そして、今後、バイオエシックスに対して領域横断的な調査や分析・考察を行う際に重要なことだと考える。またお互いにコミュニケーションがとれる関係性と場があったことに感謝したい。

最後になりましたが、調査に協力を頂きました皆様に感謝いたします。なお、本研究は、高崎経済大学研究奨励費（2019年度）の助成を受けその調査結果の一部を基に報告した。

（くまざわ としかず・高崎経済大学地域政策学部教授）

（もりた みのる・高崎経済大学地域政策学部准教授）

註・参考文献

- 1) 2018年改定ガイドラインでは、ACPは「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」とされている。
- 2) 日本経済新聞 病院の3分の2、終末期医療の指針使わず 全日本病院協会 2012年5月16日https://www.nikkei.com/article/DGXNASDG1104V_W_2A510C_1CR8000（2020年12月12日 取得）
 - ・全日本病院協会の調査によると、終末期医療に関するガイドラインの使用状況を聞いたところ、「利用している」と答えた病院は33.3%。内訳は、病院が独自に作成したものが16.4%で最も多く、厚労省と日本医師会が作ったものはそれぞれ4.9%と6.4%だった。
 - ・ガイドラインは、厚労省と日本医師会のほか、全日本病院協会や日本救急医学会なども作成している。施設の職員を対象にした調査では、全体の7割以上がこれらの内容などについて、「知っているものは特にない」と答えた。職種別では、介護職82.6%、看護師72.2%、医師49.5%等だった。
 - ・患者の家族に対する調査では、本人の意思を生前に書面化する「リビングウィル」について、約7割が「聞いたことがない」と回答していた。

終末期医療・ケアに関連する一考察

- 3) 先行研究の検索を行った結果、非医学系学生を対象とした終末期医療やACP等の調査が行われていなかった。結果を下記に示す。
J-STAGE、検索キーワード:「延命治療」and「家族」658件、検索条件:キーワード検索を行った、他の条件を入れなかった、検索日:2020年12月15日(最終取得)、医中誌、「非医療系」93件、「非医療系」and「意思決定」2件、「ターミナルケア」and「非医療系」3件、「アドバンスケア・ケア・プランニング」and「非医療」2(なお「非医療系」とする0件、検索条件:キーワード検索を行った、他の条件を入れなかった、検索日:2020年12月14日(最終取得)である。
- 4) Alfred F. Connors Jr, MD; Neal V. Dawson, MD; Norman A. Desbiens, MD; et al A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. JAMA 1995; 274: pp.1591-1598.
- 5) Maria J Silveira, Wyndy Wiitala, John Piette Advance directive completion by elderly Americans: a decade of change Journal of the American Geriatrics Society 2014 Apr;62(4):706-10.
- 6) 【寄稿】患者の人生を事務処理しないで—ALS当事者の声 東京メディカルラボ代表・竹田主子(医師)—Vol. 2 m3.com <エムスリー> <https://www.m3.com/clinical/news/708590> (2020年12月1日取得)
- 7) 米国では、自律性の尊重[respect for autonomy]、無危害[non-maleficence]、善行[beneficence]、正義[justice]、ヨーロッパでは、自律[autonomy]、尊厳[dignity]、不可侵性[integrity]、弱さ[vulnerability]日本では、米国型を用いられることが多い
- 8) 人との接触を8割減らす10項目とは? 専門家会議が会見(2020年4月22日)
https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=8Bu0TBScn90&fbclid=IwAR2juUdhjLn7LUSYDZtG8moqZ56coHvpr0PZRfcVhOBj_ExjapvxbeI0AWI (2020年5月24日取得)
47分以降、1時間1分以降、やり取りなどなど複数の場面で出ている。
・専門家会議の記者会見で、有限な人工呼吸器をどの重症患者に優先的にあてがうかについて、生命の価値の社会的取扱いに関連して「優生思想」という言葉が公言されている。
- 9) このことは、corona-pandemicによる医療の逼迫した条件下においてのトリアージについて、効率性基準を擁護する立場と、権利の観点から特定化されなければならないと論じる立場を示し、さらに、優先順位の付け方について、全身状態や既往について客観的な尺度に用いて評価する立場からの見解を示している立場があり、結論において欧米において見解の一致をみていない。
川口浩一・吉中信人「イタリアにおける集中治療トリアージ」『法律時報』日本評論社 2020年 92(7) 56-61
- 10) 川口浩一・吉中信人「イタリアにおける集中治療トリアージ」『法律時報』日本評論社 2020年
- 11) 医学通信社『月刊/保険診療 2020年2月号・特集/2020年4月改定「新旧対照表」完全読解〜新』医学通信社(2020) p82
- 12) 患者の権利に関するWMAリスボン宣言(日本医師会訳)1981年
日本医師会 http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/lisbon_j.pdf (2020年12月5日取得)
- 13) シリーズ生命倫理学編集委員会編『臨床倫理』丸善 2012年 pp.69-73
- ※それぞれのガイドラインの該当する箇所は、下記の通りである。
- ・終末期の決定プロセスに関するガイドライン(2007年)
「終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種(医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。」
 - ・人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン(2015年)
「人生の最終段階における医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種(医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。」
 - ・人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン(2018年)
「医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種(医師、看護師、介護従事者)から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。」
「人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。」
- 14) 谷口聡「アイルランドの意思決定支援法2015における『事前のヘルスケア指示』の検討」高崎経済大学論集 第63巻 第1号 2020 pp.4-71
- 15) 上山泰「障害者権利条約の視点からみた民法上の障害者の位置づけ」論究ジュリスト 8号2014年p42
- 16) 同上15) pp.42-43
- 17) 病院の3分の2、終末期医療の指針使わず 全日本病院協会 2012年5月16日
日本経済新聞 https://www.nikkei.com/article/DGXNASDG1104V_W2A510C1CR8000 (2020年12月16日取得)
医学通信社『月刊/保険診療 2020年2月号・特集/2020年4月改定「新旧対照表」完全読解〜新』医学通信社(2020) pp.6-9
- 18) 医学通信社『月刊/保険診療 2020年2月号・特集/2020年4月改定「新旧対照表」完全読解〜新』医学通信社(2020) pp.6-9