

面する。しかし、上記（東京地裁と大阪高裁判決）に見たように、全ての裁判官が倫理的な問題に直面している、ないしは、それを検討しているのではない。

その理由は、いくつか考えられる。① 法実証主義に徹している ② 倫理的問題を知らない ③ 倫理的問題に直面すると審理や判決が複雑となるので避ける、である。①の裁判官はある程度いるであろう。本種事例のように最高裁の判例が出ているので、よりこの立場が正当化されるであろう。②の裁判官もいるであろう。法は解決に一直線であるが、倫理は答えが出ないことから、倫理問題・哲学問題に関心を持たない裁判官もいる。私が任官した際は、同期の裁判官には、ヘーゲルが好きな裁判官、カール・ポパーの *open society and its enemy* を愛読していた裁判官もおおり、私も若いころは、義父の影響もあり、ケルゼン等を読んだものである。しかし、今の裁判官は、「法哲学」「法理学」などの、法と道德・倫理の根本について学ばない（ロースクールでも司法試験科目でないので採らないことが多い）。③の裁判官は、「裁判官の良心」（憲法 76 条 3 項）について考える必要がある。最高裁の判決では、「裁判官の良心に従うとは、裁判官が有形無形の外部の圧力や誘惑に屈しないで自己内心の道德観に従う」（最大判昭和 23 年 11 月 17 日刑集 2 卷 12 号 1565 頁）とされているが、裁判官の良心を、自己内心の道德観に留まらせるのではなく、「自己外の道德・倫理」にも配慮することが必要である。直面すると、最高裁の判決を不当とする結論にたどり着くかもしれない、だから、それを避けるために、倫理的問題に直面しないようにしているという考え方も可能である。

しかし、私は、当時、上記倫理的問題を検討した上で、有罪の判決をした。

私は、もっと、倫理（道德・哲学）に関心を有する裁判官、訴訟過程で倫理に向き合う裁判官が増えることを期待したい。すなわち、「法は正しい」ことが必ずしも自明でない「生命医療倫理」分野では、「法も正しくない」ことがあることを理由づける倫理は重要であるからである。

5 最後に

高橋先生が、「人生に一つも不必要なことはなく、今は、過去の経験知識等が、結びついて、いろいろ新しい視点がわいてきている」と示唆されたことを今も鮮明に覚えている。当時（2005 年）、私は判事検事の経験はあったものの、京都大学で生命医療倫理を学んで 5 年程度であった。しかし、高橋先生を初めとして多くの熊本大学関係者から「機会」と「場」をいただき、ようやく自分の過去の経験知識が結びついて、自分の「円環状の全体像」が見えてきている。この 2 年間は、体調がままならず、高橋先生の重要な研究に貢献できなかったことをこの場を借りてお詫びしながら、先生のますますのご健勝を祈念したい。

終末医療において生命を短縮させる処置に関する態度の決定要因： 判断のモデルと個人属性

北村メンタルヘルス研究所 北村 俊則

Determinants of decision making about medical procedures leading to shortening of life in the end-of-life medical care: Models of judgements and personal attributes

Kitamura Institute of Mental Health Tokyo Toshinori Kitamura

抄録

終末期医療において患者の死のスタイル、特に延命治療の差し控え、治療の中止、安楽死のありかたについての議論は、さまざまな措置について賛成・反対に分かれて、臨床医学、倫理学、法学など多分野において多くの議論がされているが、倫理学上も一定の結論はでていない。医療者や医療を受ける者の間でも、これらの行為に賛成する率は、国ごとに、あるいは職種ごとに異なる。そこで生命倫理に関する講演会などに参加した医療職者、研究者、学生など 368 名に自己記入式調査票を配布し、調査を行った。架空事例 12 シナリオにおける延命治療の差し控え、治療の中止、安楽死の可否を 5 件法で回答させた。さまざまな可否判断モデルを確認的因子分析で検討した結果、患者希望の有無、家族希望の有無、安楽死か否かの階層モデルの適合度が良好であった。さらに、患者希望シナリオ、患者非希望シナリオ、家族非希望シナリオ、安楽死シナリオにおける可否判断の要因についてのモデルを構造回帰モデルで計算した。その結果、これらのシナリオにおける可否判断は性別、職業、パーソナリティ、功利主義傾向、看取りの経験が複雑に関与していることが明らかになった。終末期医療における生命を短縮する措置の可否を判断する際、日本人には家族の意向を患者の意向とともに尊重し、さらに様々な個人属性がその判断に影響していることが認められた。

Abstract

Although it has been intensively debated whether withdrawal and withholding of life-saving treatment and euthanasia in cases of terminal care should be permitted, conclusion has not been reached among ethicists, lawyers, and medical practitioners. Rates of endorsements of these medical procedures vary across different countries and different professions. Attendants of lectures and conferences were solicited to participate in this questionnaire survey. They

were provided with 12 scenarios of a terminally ill person with three medical procedures (withholding, withdrawal, and euthanasia) and two types (agree/disagree) of endorsement of the patient and the family member and were asked to rate agreement of the commencement of the procedure. Different models of decision making were compared in terms of confirmatory factor analysis. The best fit index was obtained in the model in that both patient's and family member's desires as well as natural death (i.e., withholding and withdrawal) and euthanasia contributed to the decision making. Decision about these procedures were predicted by the participants' gender, occupation (medical profession vs. others), personality, utilitarian attitudes, and past experience of exposure to death of a close person.

はじめに

終末期医療に対する態度

終末期医療において患者の死のスタイルをありかたについての議論は、さまざまな措置について賛成・反対に分かれて、臨床医学、倫理学、法学など多分野において多くの議論がされている（例：Baumrucker, 2006; Berghs, de Casterlé, & Gastmans, 2005; Brassington, 2006; De Vocht, & Nyatanga, 2007）。このなかには延命的治療を開始しないこと（withholding of treatment）、いったん開始した延命的治療を中止すること（withdrawing of treatment）、医師による自殺幫助（physician-assisted suicide）、安楽死（euthanasia）などが含まれる。いずれも患者の生命を短縮する措置であると考えられる。こうした終末期医療における医療行為が倫理的に許容できるかどうかについて、倫理学上も一定の結論はでていない。さまざまな意見はそれぞれに理論的な根拠を示しているが、それらは対立するものであることが多い（Dworkin, Frey, & Bok, 1998; Hope, 2004）。医療者や医療を受ける者の間でも、これらの行為に賛成する率は、国ごとに、あるいは職種ごとに異なる（表 1）。

表 1. 終末期医療における患者の死のスタイルについての意見調査

著者 (国)	年	対象 (N: 人数)	方法	賛成率
Kuhse & Singer (Australia)	1988	医師 (N = 869)	質問紙	死期を早めて欲しいとの依頼を受けた 48%
Kinsella, & Verhoef/ Verhoef, & Kinsella (Canada)	1993	医師 (N = 1391)	質問紙	安楽死 44%
Fried et al. (US)	1993	医師 (N = 392)	質問紙	気管挿管の差し控え 98%; 気管挿管の中止 59%; PAS 9%; 安楽死 1%
Folker et al. (Denmark)	1996	医師 (N = 491)	質問紙	安楽死 34%; PAS 37%; IC ないままの蘇生の差し控え 70%; ICのある蘇生の差し控え 97%
Müller-Busch et al. (Germany)	2004	医師 (N = 251)	質問紙	安楽死 10%; PAS 25%; 終末期の鎮静 94%
Bilsen et al. (Belgium)	2005	薬剤師 (N = 359)	質問紙	死を選ぶ利 54%; 安楽死 84%; PAS 61%
McDonald (US)	2005	自殺予防プログラム受講生 (N = 55)	質問紙	終末期患者の自殺 60%
Mayda et al. (Turkey)	2005	がん専門医 (N = 85)	質問紙	安楽死 44%
Rietjens et al. (The Netherlands)	2006	一般人 (N = 1386)	質問紙	安楽死 85%; 終末期の鎮静 59%; 高容量モルヒネ 82%
Marini et al. (Switzerland)	2006	医学生 (n = 140), がん専門医 (n = 87), 緩和医療専門家 (n = 404)	質問紙	安楽死: 医学生, 70%; がん専門医, 65%; 緩和医療専門家, 31% PAS: 医学生, 77%; がん専門医, 73%; 緩和医療専門家, 44%

Parpa, et al. (Greece)	2006	医師 (n = 141), 一般人 (n = 173)	質問紙	医師: 安楽死 48%; 蘇生の差し 控え 75%; 一般人: 安楽死 42%; 蘇生の差し控え 41%
Rurup, et al. (The Netherlands)	2006	老人ホームの医 師 (n = 107), 看護師 (n = 148) 認知症者 の家族 (n = 136)	質問紙	安楽死: 医師 16%; 看護師 57%; 家族 89% PAS: 医師 27%; 看護師 55%
Duncan, & Parmelee (US)	2006	一般人 (N = 1500 - 3000)	質問紙	安楽死 58-70%
Louhiala, & Hilden (Finland)	2006	医師 (N = 840)	質問紙	安楽死 30%
Karlsson et al. (Sweden)	2007	医学生 (N = 165)	質問紙	安楽死 34%
Wilson et al. (Canada)	2007	緩和医療患者 (N = 379)	半構造化 面接	安楽死あるいは SAS 63%; 死期 を早めたい 6%
Carter, et al. (Australia)	2007	がん医療外来患 者 (N = 228)	半構造化 面接	安楽死 79%, PAS 69%

PAS, 医師による自殺補助 (physician-assisted suicide); IC, 説明と同意 (informed consent)

ところで、人々が終末期医療のさまざまな決定についてその是非の判断をするに当たっては、当然に倫理的価値に基づいた意識的あるいは無意識的判断を行っていると考えられる。これには単なる倫理的理論を越えた様々な心理社会的要因が複雑に関与していると推定できる。終末期医療におけるこれら行為の可否に関するこれまでの研究は、記述的研究や倫理理論からの議論は多いが、心理社会的部分に触れた研究は少ない。

治療の差し控え、治療の中止、安楽死といった様々な対応をする状況では、患者本人の意思、家族の意思が措置の可否を決める大きな要素である(下記参照)。そこで、措置の内容、患者の意思、家族の意思の様々な組み合わせが想定できる。これらの状況で人々はどの措置は許容でき、どの措置は許容できないと判断するのであるか。こうした判断はいくつかのグループに分かれるであろう。この群分けについて様々なモデルを作成し、その現実のデータとの適合の良否を確認的因子分析で行おうとするのが本研究の第1の目的である。

次に、患者の生命を短縮する措置(治療の差し控え、治療の中止、安楽死)の可否を判断する際に、どのような心理社会的要因が関与しているであろうか。判断する者の年齢や性別、他者の死に遭遇した経験の有無、医療や看護の職に就いているかないかなどの要因が関与する可能性は少なくない。さらにその者の倫理観やパーソナリティも関与するであろう。本研究の第2の目的は、患者の生命を短縮する措置の可否判断を、こうした心理社会的要因が決定しているメカニズムを構造回帰モデルで明らかにすることである。

終末期医療の在り方に関する議論にひとつの方向をつけることが、本研究の最終段階での目的である。

終末期医療行為の決定に関わる患者の自己決定

医療において患者の自己決定権を認めることは、近年、広く支持されるようになってきた。これは個人の自律を尊重するという倫理規範の一態様と考えられる。ただし、患者が自己決定できるということはその者に判断能力があるという前提がある。内科や外科等の身体科では、患者には治療同意判断能力があるとの前提に立ち、(せん妄状態などのように明らかに治療同意判断の能力がないと判定される場合を除けば)患者は納得の行かない治療や望まない治療を拒否できる(北村、北村、2000)。一方、治療同意判断能力がないと判定されれば、患者の健康のために、代行判断者を設定し、この者が患者に代わって治療契約を結ぶことになる。日本においてもかつてのような医師主導型の治療計画の設定から、(少なくとも形式的には)患者に説明し、患者の同意を得た項についてのみ医療者が医療サービスを提供するというスタイルが主流になっている。しかし、治療の差し控え、治療の中止、安楽死といった生命を短縮すると思われる行為について、患者意思の尊重だけで可否を判断しているとも思えない。では、これら措置の可否判断で、患者意思はどれほど重みを持っているのであろうか。

一方、日本の医療は患者の属する家族全体の意向を尊重する傾向が指摘されている。特に、意識喪失の患者、重症の認知症の患者、児童、さらには通常の成人患者であっても、家族の意向が患者の意向に優先される事例も存在した(北村、北村、2007)。現在もそうした傾向が無いともいえない。家族の意向が患者の意向と一致しているときは医療に葛藤は生じない。しかし、家族の意向と患者の意向が不一致の場合、日本の医療者はそして国民一般はどのような判断をするのであろうか。患者の意向を優先する、家族の意向を優先する、あるいは両者の重みを勘案して裁量に到るのであろうか。また、こうした(おそらくは無意識の)判断基準の選択を規定している要因はなんのであろうか。治療の差し控え、治療の中止、安楽死といった生命を短縮すると思われる行為において、家族の意思は患者の意思と並行して尊重されるのか、あるいはどちらかに優先権が与えられているのであろうか。

患者が不同意の時に限って家族の意向が訊ねられるというモデルも設定できよう。あるいは、患者が不同意であればその医療行為は行わないが、患者が同意しても、医療行為を実行に移す前提として家族の同意を必要な事項として求めるというモデルも考えられる。このように患者本人の意向と家族の意向のどのような組み合わせを我々はこの国の文化風土のなかで（無意識に）とっているのであろうか。

終末期医療におけるさまざまな行為

ところで治療の差し控え、治療の中止、安楽死などを一括して表現してきたが、これらは同一のものと考えるべきか、あるいは質的に異なるものと考えるべきであろうか。倫理的に見れば（患者の自律的決定である限り）同一の行為と考えられるとい主張も強い（例：Beauchamp, & Childress, 2001; Hope, 2004）。例えば医的有用性が大きく（＝排他的に）決定に関与するのであれば、医的有用性に重要性を見出す傾向の強い人ほど、治療の差し控え、治療の中止、安楽死のいずれにたいしても賛成する態度を示すであろう。一方、医的有用性は重視せず、生命倫理原則のうち nonmaleficence に大きな価値を見出す傾向の強い人は治療の差し控え、治療の中止、安楽死のいずれにたいしても反対の態度を示すであろう。そうであれば、これらの行為のあるものに賛成する人は他の行為にも賛成する傾向があり、これら 4 行為は 1 因子を構成すると予測できる。

しかし、従来の意識調査を見ると、同一集団のなかで各行為に対する賛成率を比較すると必ずしも同一ではない（表 1）。安楽死と医師による自殺幫助に対する賛成率を見た研究の多くでは医師による自殺幫助に対する賛成率のほうがやや高かった（Folker, Holtug, Jensen, Kappel, Nielsen, & Norup, 1996; Fried, Stein, O'Sullivan, Brock, & Novack, 1993; Marini, Neuenschwander, & Stieffel, 2006; Rurup, Onwuteaka-Philipsen, Pasman, Ribbe, & van der Wal, 2006; 例外は Bilsen, Bauwens, Bernheim, Stichele, & Deliens, 2005; Carter, Clover, Parkinson, Rainbird, Kerridge, Ravenscroft, Cavenagh, & McPhee, 2007）。また、治療の差し控えと治療の中止に対する賛成率を見た研究では、治療の差し控えに対する賛成率のほうがやや高かった（Fried, Stein, O'Sullivan, Brock, & Novack, 1993）。安楽死に比較すると治療の差し控えや治療の中止に対する賛成率は高かった（Folker, Holtug, Jensen, Kappel, Nielsen, & Norup, 1996; Fried, Stein, O'Sullivan, Brock, & Novack, 1993; Parpa, Mystakidou, Tsilika, Sakkas, Patiraki, Pisteovou-Gombaki, Galanos, & Vlahos, 2006）。従って、日本の集団においても、治療の差し控え、治療の中止、医師による自殺幫助、安楽死の順に反対の態度が増加すると予測できる。

そもそも終末期医療における 3 つの行為は心理的に見ればその性格を異にしている。行為を作為（commission）と不作為（omission）に分ければ、治療の中止と

安楽死は作為に、治療の差し控えは不作為に該当すると考えられる。人間が、他の条件が同一の場合、害を発生させる行為が作為であるよりも不作為である場合の方をより非道徳である程度が軽く、悪いものではないと判断する傾向がある（Spranca, Minsk, & Baron, 1991）。こうした認識の区別は発達の早い段階から認められる可能性がある（Hayashi, 2010）。自身の行為によって害を発生させる行為は nonmaleficence の原則に抵触するものである。「何もしないことで害が発生する」という状況は、これに該当しないので、倫理原則に抵触程度が軽いと感じられるのかもしれない。そこで、死期を早める対応のうちでも作為と判断できる措置より不作為と判断できる措置を可とする判断は高いと予測できる。

また、発生する結果が有害なものでも、自らの行為が直接の原因である場合（direct agent）の場合より、自らの行為が単に自然経過の流れに変更を加えるもの（indirect agent）の方をより非道徳である程度が軽く、悪いものではないと判断するであろう。人の死が（例えば今日から 3 週間後のように）予定されているものだと考えて見よう。安楽死はその予定日を早め、前倒して死を引き寄せる行為と考えられる。一方、治療の差し控えと治療の中止は、予定日通りに死を迎えさせるものと考えられる。安楽死は direct agent の事例であり、治療の差し控えと治療の中止は indirect agent の事例である。従って、安楽死事例より治療の差し控えと治療の中止の事例においてその行為を可とする可能性が高いと予測できる。

道徳感情

人間の生死を決定するような医療行為を是とするか非とするかの判断の背景に道徳感情があることは容易に推定できる。しかし、この点を実証的に検証するには道徳感情を分類し、評価する方法が不可欠である。功利主義的観点からは医師による自殺幫助、安楽死は正当であるとの議論がある（Singer, 2003）。治療の差し控え、治療の中止、医師による自殺幫助、安楽死は功利主義的に見れば（患者の自律的決定である限り）同一の行為と考える研究者も多い（例：Hope, 2004）。

一方、近年、道徳感情と脳機能の研究が行われるようになった。Green, Nystrom, Engell, Darley, & Cohen (2004) は、難しい道徳的ジレンマ課題において、功利的判断をする群と、非功利的な判断をする群で、それぞれ脳のどの部位が活性化するかを機能的核磁気共鳴（functional magnetic resonance imaging: fMRI）にて観察した。これらの研究では、例えば「ブレーキの利かない列車が迫るレール上に一人を突き倒すことでレールの先に縛られている 5 人の人間を助けるか」という状況（これをジレンマ課題と言う）で、「はい」と答えるのが功利的判断で「いいえ」と答えるのが非功利的判断であると評価されている。研究の結果、功利的判断をする群では腹側前頭前野（BA10）、右頭頂葉下部（BA40）、後部帯状回前部（BA23/31）、また側頭葉の一部（right BA22/42, 21, left BA19）の活性化が認められた。このこ

とから、功利的判断は脳の認知調節を行う部分である腹側前頭前野が担っている可能性が示唆された。

さらに Koenings, Young, Adolphs, Tranel, Cushman, Hauser, & Damasio (2007) は感情の生成（特に社会的感情）を担う部分であることが知られている腹側正中前頭葉前部皮質 (VMPC) に障害をおった群 (n = 6) と、脳の他の部位に障害をおった群、神経学的に異常のない群で、に ① 道徳的問題のないシナリオ、② 非個人的な道徳的問題をはらんだシナリオ、③ 個人的な道徳問題をはらんだシナリオを判断させた。すると、③ においては他の二群に比べて VMPC に障害を持った群が有意に功利的な判断を下したことが分かった。こうした所見は、功利的判断と非功利的判断が異なる心理機能であることを示唆している。5 人の生命が救われるといっても、迫る列車の前に人を突き倒すことには不愉快な感情が湧くはずである。VMPC に障害のある者はこうした不快感情が生起しないのであろう。倫理判断についてのこうした脳科学研究は最近多く行われている (Berthoz, Grézes, Armony, Passingham, & Dolan, 2006; Blair, 2007; Harenski, & Hamann, 2006; Luo, Nakic, Wheatley, Richell, Martin, & Blair, 2006; Talmi, & Frith, 2007)。

そこで本研究では、Green, Nystrom, Engell, Darley, & Cohen (2004) の使用したジレンマ課題を功利主義的・道徳感情の評価法として取り上げる。この課題で功利主義的・道徳感情の強いものほど、死期を早める対応を容認する態度は強いと仮定できよう。

パーソナリティ

パーソナリティに関して、Cloninger (1997) は気質と性格の 7 次元モデルを提唱している。パーソナリティの構成概念を気質 (temperament) と性格 (character) に分けて考え、気質は遺伝的影響を受け発達の初期から認められる個体の行動特徴であり、性格は周囲の環境との相互作用を経過して形成される特徴であるとした (Cloninger et al., 1993, 1994)。気質には (a) 新奇性追求 (Novelty Seeking) (行動上の触発、探究心、衝動、浪費、無秩序)、(b) 損害回避 (Harm Avoidance) (抑制、予期懸念、悲観、不確実性に対する恐れ、人見知り、易疲労)、(c) 報酬依存 (Reward Dependence) (維持、感傷、愛着、依存)、(d) 固執 (Persistence) (固着、持続) が設定されている。気質の新奇性追求、損害回避、報酬依存はそれぞれ中枢神経内の dopamine, serotonin, noradrenaline の神経伝達物質の分泌と代謝に依存しているものであると想定されている (Cloninger, 1997)。性格には (a) 自己志向 (Self-directedness) (自律的個人、自己責任、目的志向性、臨機応変、自己受容)、(b) 協調性 (Co-operativeness) (人類社会の統合部分、社会的受容性、共感、協力、同情心、純粋な良心)、(c) 自己超越 (Self-transcendence) (全体としての宇宙の統合的部分、霊的現象の受容、自己忘却、超個人的同一化) が

含まれると考えられている。自己志向は自分が選択した目的や価値観に従って、状況に合わせた行動を取り、調整できる能力である。協調性は社会的存在としての自己を受容し、集団への共感性をもてる能力のことである。自己超越は統一的全体の本質的・必然的部分であることを認識できる能力のことである。瞑想や祈りによってこちらの満足感や幸福感を感じ取る能力ともいえる。こうした性格の特性は発達の経過と共に発生し、成熟するものと考えられている。気質が自己洞察学習行動すなわち性格の発達を動機づけるが、それによって性格が変容し、今度は逆に、性格が気質を調節するのである。このように、パーソナリティは気質と性格が相互に影響しあい発達すると考える。

こうしたパーソナリティの特徴が終末期医療における医療行為の是非の判断に与える影響は少なくないと考えられる。まず、この医療行為が患者の自己決定である場合、自己志向が強いほどその決定を尊重しようとするであろう。また、協調性が強いほど、患者家族の希望に配慮する傾向が出てくるであろう。さらに、自己超越が強いほど、患者の死を誘導する行為に対し反対の態度を取るであろう。

本研究のめざすもの

生命倫理においてその原則は autonomy, beneficence, nonmaleficence, justice であるといわれている (Beauchamp, & Childress, 2001)。日常臨床においてこの 4 つの原則は一致することがほとんどである。しかし、治療の差し控え、治療の中止、安楽死などでは、この諸原則が齟齬をきたすのである。これらの行為が患者の希望に準拠するものであれば、それは患者の autonomy を尊重することになる。しかし、nonmaleficence には反するであろう。苦痛を訴えるがそれを治療する手段がない場合、その者の死を早める行為は beneficence に当たるとも考えられる。しかし、それが justice に合致するかは疑問である。倫理原則がすべて一致する場合に多くの議論は起らない。しかし、倫理原則が相互に反対方向の判断を示唆する事例の判断において、人は葛藤を感じるであろう。その場合、いずれかの決定を迫られれば、その者の個人的特性に応じた判断を行うであろう。終末期医療における患者の死のスタイルについての議論が賛成・反対に分かれ、いまだに結論に至らない理由がここにあると本研究では仮定した。

本研究のリーサーチクエスションは 2 つある。第 1 のポイントは、われわれが終末期医療において、延命ではなく、死期を早めるような措置を可とする否とするか迫られる場面で、患者の意思、家族の意思、措置の種類 3 つの要素の組み合わせでその判断が変わるかである。もし変わるのであれば、どのような組み合わせが存在するのか。そして、第 2 のポイントは、どのような社会心理的要素が、終末期医療におけるこれら行為の可否判断を決定しているかを見ることである。こうした医療行為の是非の考え方は、一人ひとりの個人的要因に規定されていると推

定し、こうした個人的要因として、人口統計学的基本変数に道徳感情やパーソナリティなどを加え、さまざまな終末期医療状況のシナリオを提示し、行為の可否判断がこうした個人的要因とどのように関連しているのかを検討することにする。

本研究の知見は、終末期医療におけるこれら行為の可否議論に新しい視点を提供するばかりでなく、国民の中における意見集約にもつながるものであろう。

対象

講演会、会議、講義や個人的依頼を通して本アンケート調査への参加を、医師、看護師、様々な領域の研究者、医学、看護学、福祉学の学生に呼び掛けた。従って参加の募集は catch-as-catch-can basis によるものである。参加者は 368 名で、医師 18 名、看護師 159 名、他の研究者 73 名、医学生 53 名、看護学生 12 名、福祉学の学生 53 名である。残る 15 名の職業はアンケートへの記載がなかった。参加者の年齢は 18 歳から 81 歳で、平均（標準偏差）は 37.1 (14.3) 歳であった。性別は女性が 305 名、男性が 71 名であった。残る 7 名についてはアンケートに性別に記載がなかった。男性と女性で平均年齢に有意の差はなかった。

測定方法と統計解析

終末期医療の可否判断

本研究のために End of Life Medical Decision Attitude Scale (ELMDAS) を独自に作成して使用した（付録）。これは同一の A さんという患者について 12 のシナリオを作成したものである。患者（性別は明記せず）は長期に慢性閉塞性肺疾患を有しており、次に呼吸困難があれば予後が極端に不良であり、人工呼吸器による延命措置は医学的適応ではないと判断されている。発作が起きて救急搬送された時点で患者は意識がない。生命を短縮する措置についての患者の希望（「延命して欲しくない」「延命して欲しい」）は事前に述べられていると設定した。一方、家族（配偶者と娘）の希望は今回入院に際して直接聞いていると設定した。ここから患者の希望（「あり」、「なし」）と家族の希望（「あり」、「なし」）の組み合わせで 4 ケースを作った。さらに各ケースについて、治療の差し控え、治療の中止、安楽死の是非を問う設問を作った。総計 12 のシナリオができた。

参加者の可否判断は、それぞれのシナリオで、「絶対してはいけない: 1」から「絶対するべき: 5」の 5 件法で評価した。いずれも生命を短縮する操作（治療の差し控え、治療の中止、安楽死）を容認するほど得点が高くなる。

参加者の属性：性別、年齢、職業を確認した。

看取りの経験

これまでの人生で、個人としてもしくは仕事として看取った経験の有無を確認した。

パーソナリティ

Temperament and Character Inventory (TCI; Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993; 木島, 斎藤, 鈴木, 吉野, 大野, 加藤, 北村, 1996; Kijima, Tanaka, Suzuki, Higuchi, & Kitamura, 2000) は自己記入式尺度である。今回の調査では 130 項目 4 件法 の TCI を使用した。

功利主義傾向：Moral Dilemma Questionnaire (MDQ; Green, Nystrom, Engell, Darley, & Cohen, 2004) は功利主義的道徳感を測定する自己記入式尺度である。原版 64 項目のなかから 2 設問を選んで利用した。第 1 の設問は次のようなものである。

暴走トロッコが 5 人の労働者の方に向かって線路を下っていて、もしトロッコが現在のコースを進めば、その人たちは殺されてしまいます。あなたは線路に架かる歩道橋の上において、近づいてくるトロッコと 5 人の労働者の間にいます。歩道橋の上のあなたとなりにはたまたまとも体の大きい見知らぬ人います。5 人の労働者の命を救う唯一の方法は、この見知らぬ人を下の線路の上に突き落とし、そこで彼の大きな体でトロッコを止めることです。あなたがこれをすれば、見知らぬ人は死にますが、5 人の労働者は救われます。5 人の労働者を救うために、線路の上に見知らぬ人を突き落とすことは、あなたにとって妥当ですか？

第 2 の設問は以下の通りである。

あなたは線路の分岐点に急速に近づきつつある暴走トロッコを運転しています。左側に伸びている線路の上には 5 人の鉄道労働者のグループがいます。右に伸びている線路の上には、たった一人鉄道労働者がいます。もしあなたが何もしなければ、トロッコは左側に進み、5 人の労働者の死をもたらします。これらの労働者の死を回避する唯一の方法は、トロッコを右側に進めさせて、一人の労働者の死をもたらすダッシュボードのスイッチを叩くことです。5 人の労働者の死を回避するために、スイッチを叩くことはあなたにとって妥当ですか？

社会的望ましさによる反応：Social Desirability Scale (SDS; Crowne, & Marlow, 1960) は社会的望ましさによる反応バイアスを測定する尺度であり、10 項目の日

本語版（北村，鈴木，1986）を用いた。この得点が高いほど（自分の本当の感じ方ではなく）社会的に許容される方向でアンケートに答える傾向が強いと判断される。

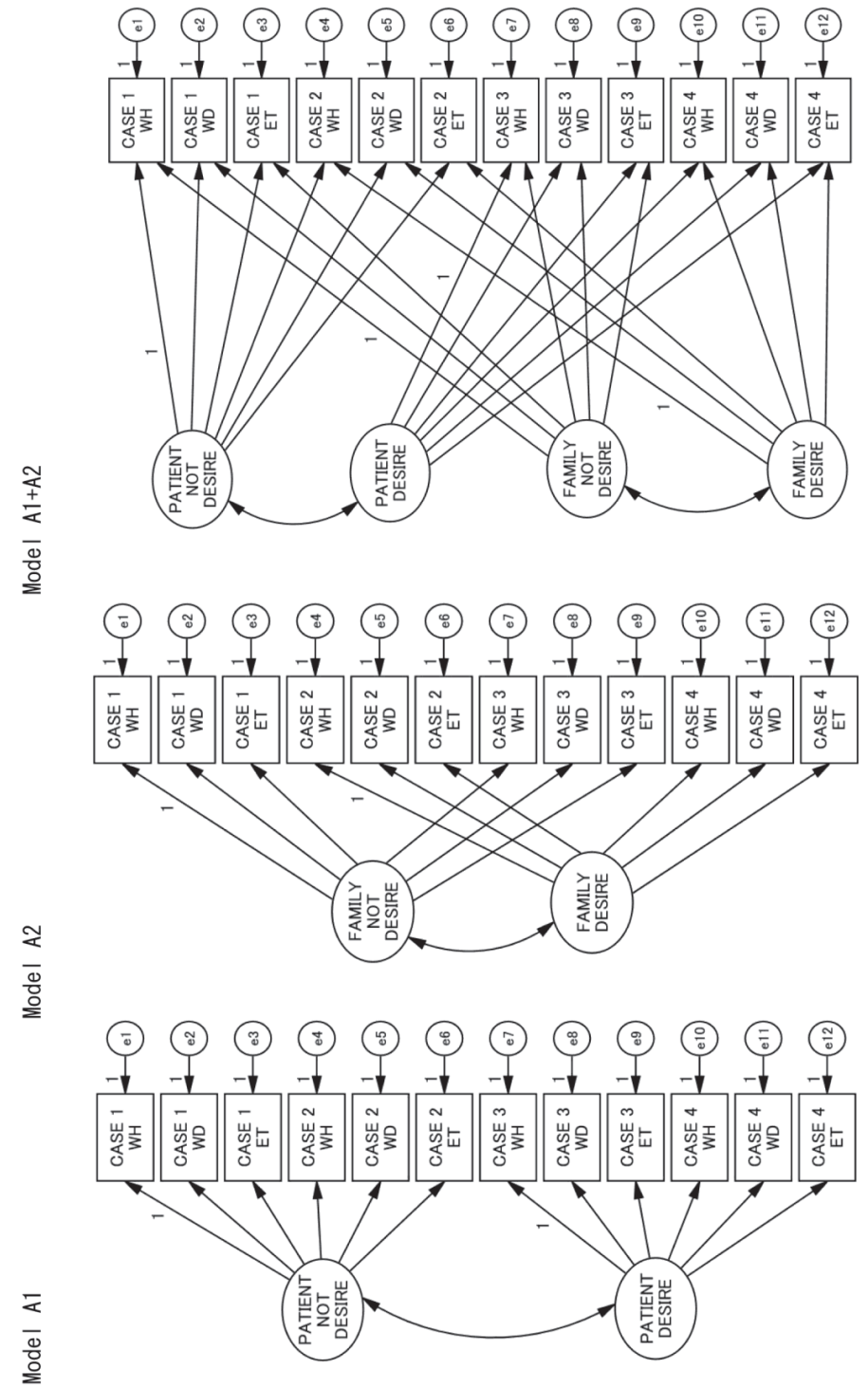
統計解析

この研究では、終末期医療の 3 つの出来事（治療の差し控え、治療の中止、安楽死）についての可否を決める際、参加者はいくつかのモデルを（無意識のうちに）想定し、それによって判断しているであろうと仮定した。そして、考えられるモデルを設定し、それが現実のデータをどれほど正確に出来るか（適合度）を確認的因子分析で測定することで、日本人の有する終末期医療可否判断の基準を探ることとした。モデル作成に当たり、患者と家族の希望に関するモデルと終末期医療の内容についてのモデルにわけて複数のモデルを検討し、最後に両者を合わせたモデル構築を図った。

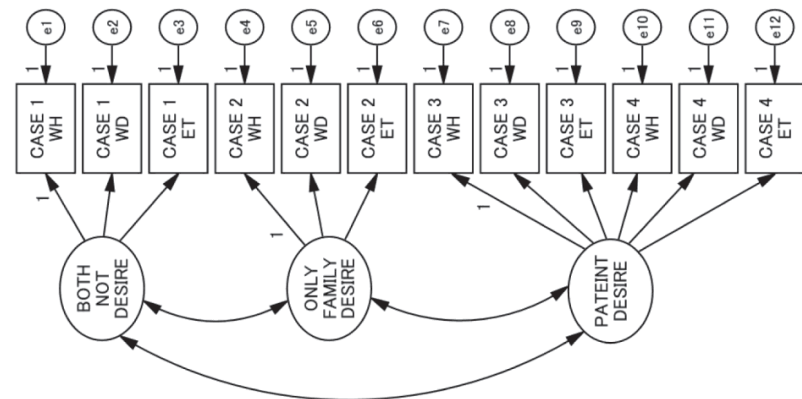
まず、患者と家族の希望についてのモデルとして 8 つのパターンを設定した（図 1）。

モデル A1 は、参加者が終末期医療についての可否を決めるに当たって考えるは患者の希望のみであるという仮説を示すものである。患者がそれを望まないシナリオ（ケース 1 とケース 2 の差し控え、中止、安楽死）についての判断がひとつの因子を構成し、一方、患者がそれを望むシナリオ（ケース 3 とケース 4 の差し控え、中止、安楽死）も別のひとつの因子を構成するというものである。2 つの因子間に共分散を設定した。このモデルは、今回取り上げた措置の可否を決めるに当たり、当該措置の内容の影響はなく、もっぱら患者自身の意思を尊重して判断していると仮定するものである。

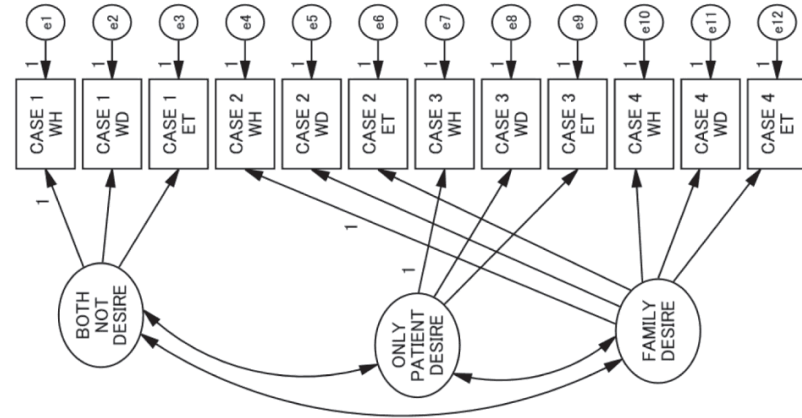
図 1. 患者と家族の希望についてのモデル



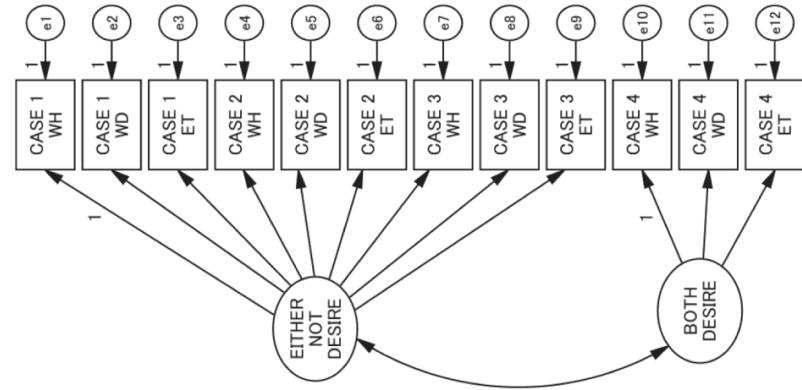
Model A3



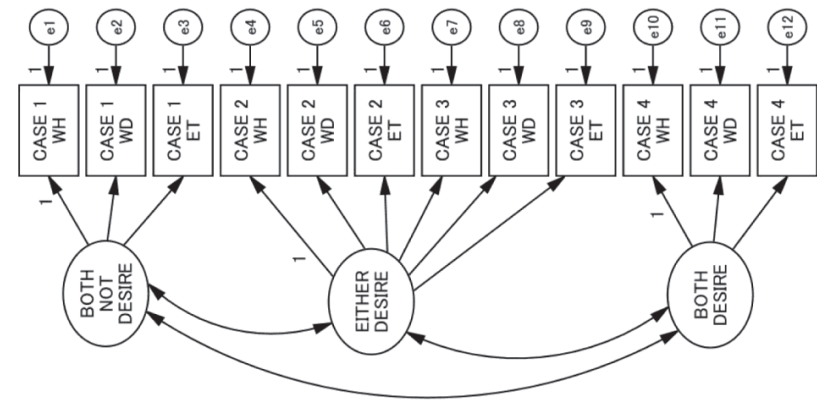
Model A4



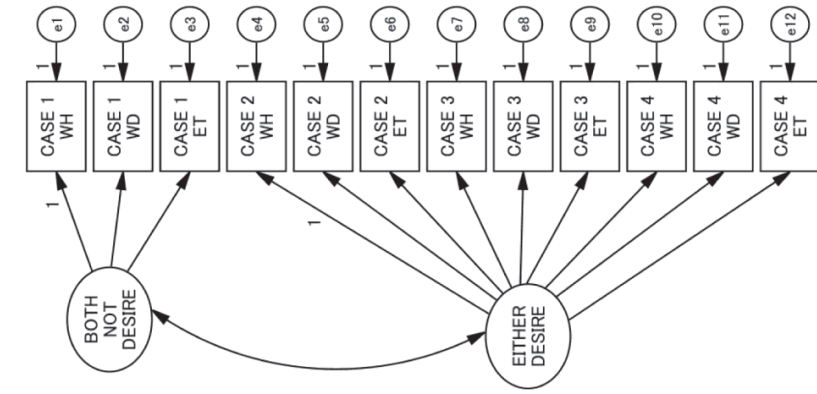
Model A5



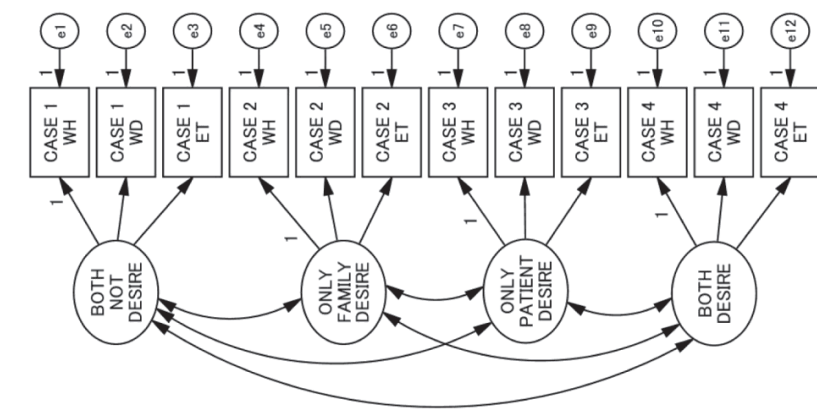
Model A6



Model A7



Model A8



モデル A2 は、参加者が終末期医療についての可否を決めるに当たって考えるは家族の希望のみであるという仮説を示すものである。家族者がそれを望まない事例（ケース 1 とケース 2 の差し控え、中止、安楽死）についての判断がひとつの因子を構成し、一方、家族がそれを望む事例（ケース 2 とケース 4 の差し控

え、中止、安楽死)も別のひとつの因子を構成するというものである。2つの因子間に共分散を設定した。ここでも当該措置の内容は可否判断に影響せず、加えて患者の意思も勘案されないという仮説を設定している。

モデル A1 とモデル A2 を合体したのがモデル A1+A2 である。このモデルでは、参加者が患者の希望と家族の希望を独立して勘案し、その上で終末期医療についての可否を決めるというものである。

患者の希望と家族の希望の間の交互作用を想定したものがモデル A3 からモデル A8 までの 6 つのモデルである。モデル A3 では、「患者も家族も希望しない」、「家族のみが希望する」、「(家族の希望の有無にかかわらず)患者が希望する」という 3 つの因子を想定した。つまり、患者意思は、その措置を患者が希望する場合には家族意思に優先するが、患者がその措置を希望しない場合には、家族意思の有無が判断に組み込まれるというモデルである。

モデル A4 では、「患者も家族も希望しない」、「患者のみが希望する」、「(患者の希望の有無にかかわらず)家族が希望する」という 3 つの因子を想定した。つまり、家族意思は、その措置を家族が希望する場合には患者意思に優先するが、家族がその措置を希望しない場合には、患者意思の有無が判断に組み込まれるというモデルである。

モデル A5 では、「患者か家族のいずれかが希望しない」と「患者も家族も希望する」という 2 つの因子を想定した。つまり、患者意思と家族意思がそってその措置を希望する場合は可とし、それ以外(少なくとも一当事者が希望しない場合)は同一の判断になるモデルである。ここでは、患者と家族の意思の統一がその措置を実行する上での絶対的条件となっている。

モデル A6 では、「患者も家族も希望しない」、「患者か家族のどちらかが希望する」、「患者と家族の両方が希望する」という 3 つの因子を想定した。つまり、患者と家族が「希望」と「非希望」で一致を見た場合と、両者の希望に乖離がある場合が区別されるというモデルである。

モデル A7 では、「患者か家族の両方が希望しない」と「患者あるいは家族のいずれかが希望する」という 2 つの因子を想定した。つまり、患者かあるいは家族の少なくとも一方が希望すれば当該行為の実行は許容され、患者と家族の双方が「非希望」の場合のみ別途に考慮されるというモデルである。

モデル A8 は「患者も家族も希望しない」、「家族のみ希望する」、「患者のみ希望する」、「患者と家族の両方が希望する」という 4 つの因子を想定した。つまり、患者と家族の希望・非希望は別途に扱われる。モデル A1+A2 と異なるのは、両者の希望に齟齬がある場合の重み付けが自由に設定されていることである。

次に終末期医療の内容についてのモデルについては、4 つのモデルを想定した(図 2)。モデル B1 では、治療の差し控え、治療の中止、安楽死はそれぞれ独立して可否が判断されると設定した。したがって 3 つの因子が仮定された。

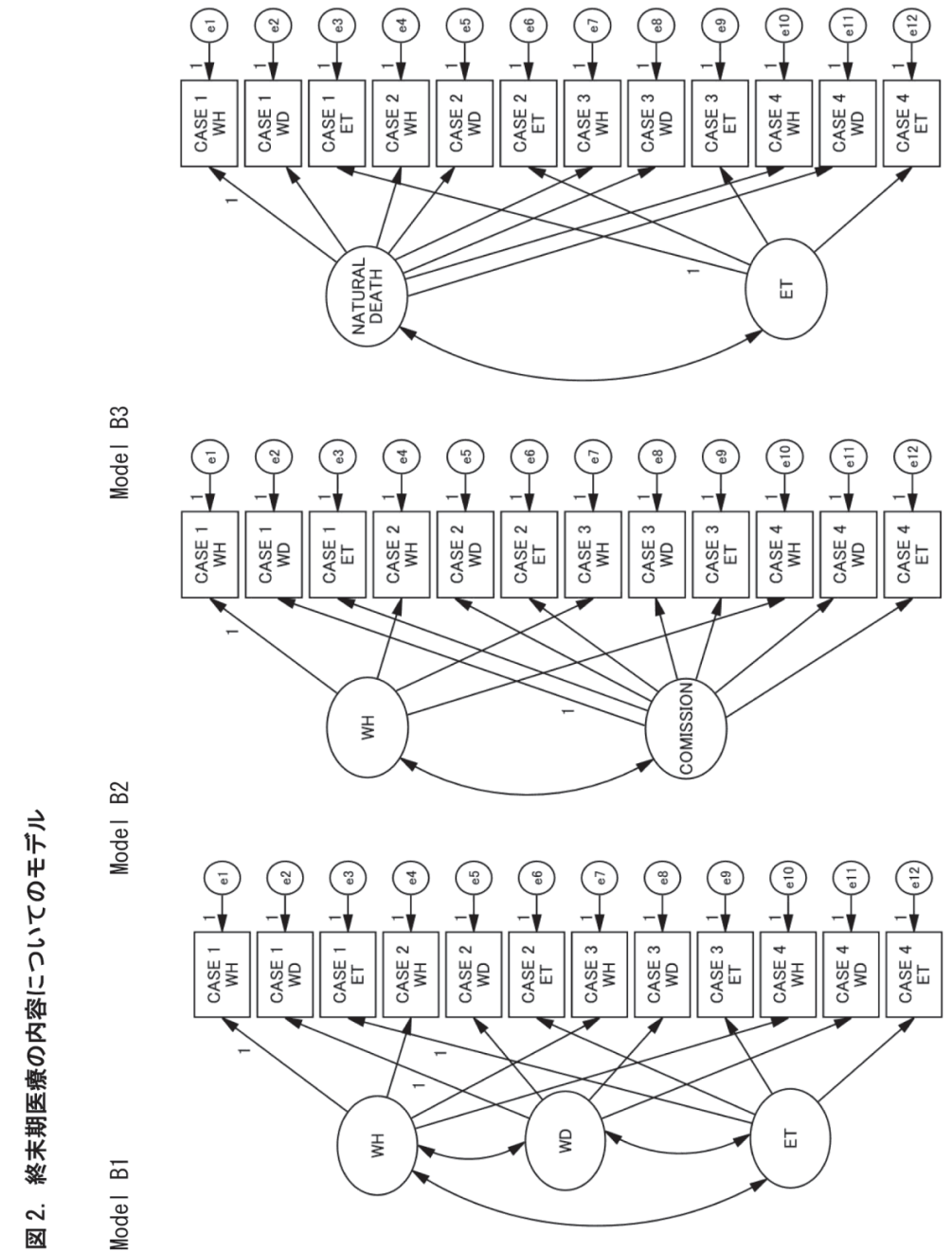
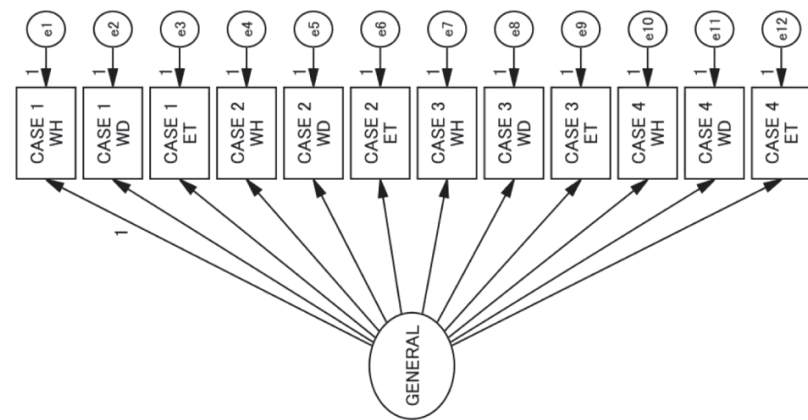


図 2. 終末期医療の内容についてのモデル

Model G



WH, 治療の差し控え; WD, 治療の中止; ET, 安楽死

モデル B2 は、参加者は何もしない場合（つまり omission）と何かする場合（つまり commission）で可否判断を変更すると仮定した。前者は治療の差し控えの事例であり、後者は治療の中断と安楽死の事例である。

モデル B3 は、疾患の自然経過による死亡と、生命を積極的に短縮することで可否判断が異なると設定し、前者に治療の差し控えと治療の中止の事例を含め、後者を安楽死の事例とした。

最後にモデル G は、終末期医療の内容による区別はなく、生命の短縮にいたる操作に対して均等に可あるいは非を判断する傾向を設定した。これは医的定容の有無が可否判定に排他的要因として関与しているというモデルである。

それぞれのモデルの適合度はカイ 2 乗値 (chi-squared)/自由度 (degree of freedom, df)、comparative fit index (CFI)、と root mean square error of approximation (RMSEA) にて算定した。Chi-squared/df < 3、CFI > .95、RMSEA < 0.08 を acceptable fit、chi-squared/df < 2、CFI > .97、RMSEA < 0.05 を good fit とした (Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003)。モデル間の比較は Akaike Information Criterion (AIC) を用いた。AIC が 2 点以上低いモデルがより望ましいモデルであると判断した (北村, 2013)。

さらに、患者と家族の希望についてのモデル及び終末期医療の内容についてのモデルを合わせた階層モデルを作成し、最も適合度の良いモデルを同定した。

最終的に最も適合度の良いモデルの潜在構造に従った下位尺度得点を計算した。各下位尺度得点と参加者の属性の関連を計算した。なお、多重比較を行ったため有意水準を $p < .001$ に設定した。最後に共分散構造分析により構造回帰モデルの検討を行った。このモデルは理論的考察から構造回帰モデルを作成した。良好な適合

度が得られた後に、model trimming を行った (Klein, 2005)。つまり、最も有意性の低いパスを順次削除し、自由度を 1 度ずつ上昇させた。この際、 χ^2 が有意の上昇を見なければさらに最も有意性の低いパスを削除する作業を繰り返した。

計算には SPSS ver. 20 と AMOS ver. 20 を使用した。

手続きと研究倫理

アンケート用紙を講演会、会議、講義や個人的依頼を通して配布し回収した。本研究は熊本大学大学院生命科学研究部倫理審査委員会の審査承認を受けた (第 267 号)。

結果

可否判断のモデル

まず患者と家族の希望についての 9 つのモデルの適合度を比較してみた (表 2)。AIC が最も低い値を示したのはモデル A1+A2 であった。つまり、参加者は患者の希望と家族の希望を独立して評価し、可否判断に利用しているというものであった。しかし、このモデルは CFI = .775、RMSEA = 0.171 と決して良好な適合度ではなかった。

表 2. 各モデルの適合度

モデル	Chi-squared	df	Chi-squared/ df	CFI	RMSEA	AIC
A1	785.151	53	14.8	.593	0.200	835.151
A2	898.433	53	17.0	.530	0.215	948.433
A1+A2	444.198	40	11.1	.775	0.171	520.198
A3	698.626	51	13.7	.640	0.192	752.626
A4	773.593	51	15.2	.599	0.203	827.593
A5	904.607	53	17.1	.527	0.216	954.607
A6	726.996	51	14.3	.624	0.196	780.996
A7	778.650	53	14.7	.597	0.199	828.650
A8	668.101	48	13.9	.655	0.194	729.101
B1	700.741	51	13.7	.639	0.192	754.741
B2	844.960	53	15.9	.560	0.208	894.960
B3	731.331	53	13.8	.623	0.193	781.331
G	905.448	54	16.8	.527	0.214	953.445
A1+A2+B1	不適解					
A1+A2+B2	140.956	28	5.0	.937	0.108	240.956
A1+A2+B3	44.485	27	1.6	.990	0.043	146.485
A1+A2+G	不適解					

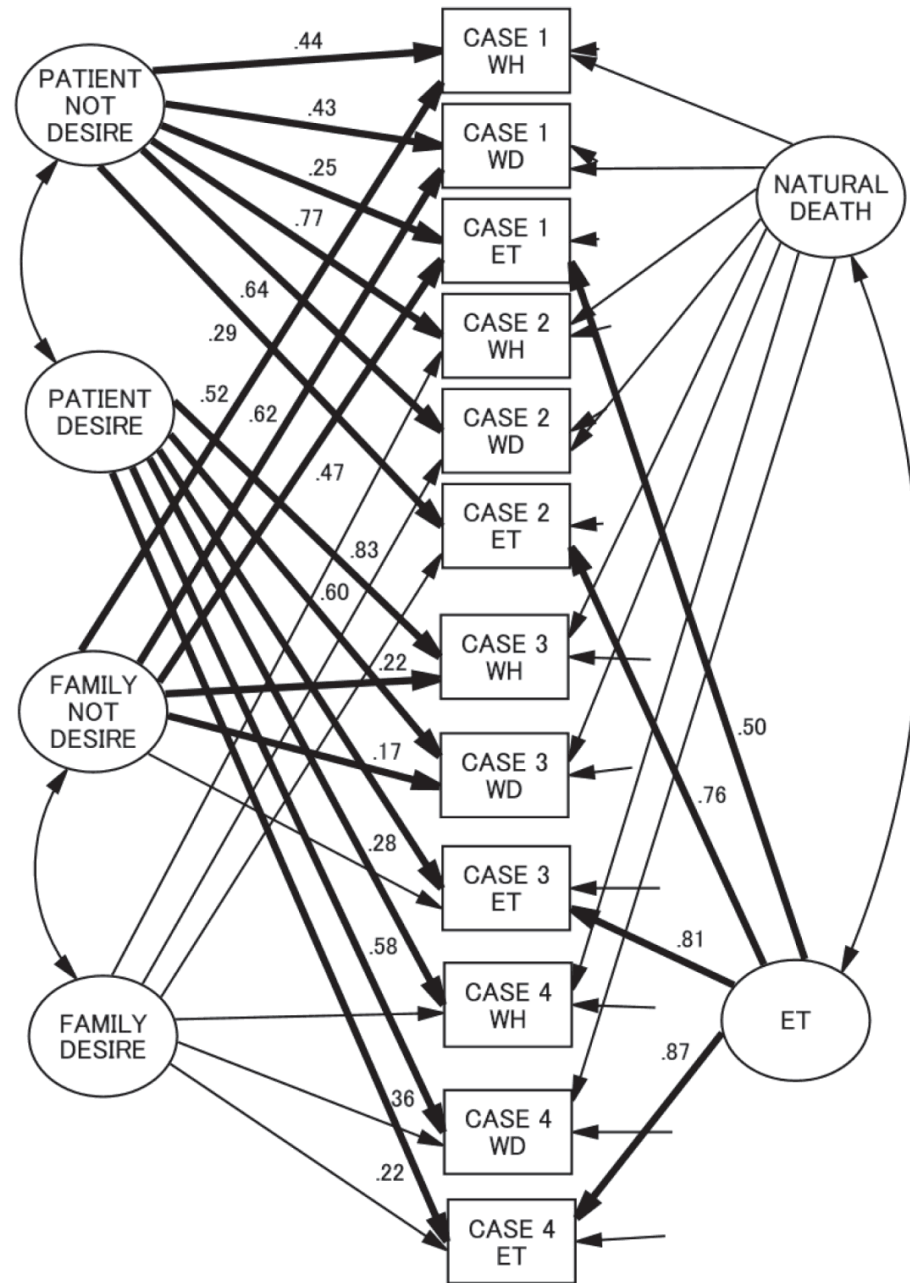
df, 自由度; CFI, comparative fit index; RMSEA, root mean square error of approximation; AIC, Akaike information criterion

次に終末期医療の内容についてのモデルを比較した(表 2)。すると AIC が最も低値であったのはモデル B1 であった。このモデルは、参加者が治療の差し控え、治療の中止、安楽死の 3 つを分けて評価しているという仮定を表わすものであった。

しかし、患者と家族の希望についての 9 つのモデルのうち AIC の最も低かったモデル A1+A2 と終末期医療の内容についてのモデルのうち AIC の最も低かったモデル B1 を合体した階層モデル (A1+A2+B1) は不適解であった。そこでモデル A1+A2 に他の終末期医療の内容についてのモデルを組み合わせることで適合度を求めた。するとモデル A1+A2 とモデル B3 を合わせた階層モデルが AIC = 146.485 と低い値を示した。さらにこのモデルは CFI = .990、RMSEA = 0.043 と良好な適合を示した。さらにこのモデルのパス係数を見てみると(図 3)、潜在変数のうち観察変数に有意にパスを送っていないものが 2 つ(家族の希望と安楽死以外の方法)認められた。このモデルから次のことが推論できる。今回の参加者が

処置の可否を決めるに際し、患者が希望している、患者が希望していない、家族が希望していない、さらに処置が安楽死であることが考慮の材料とされているのである。家族の希望および治療の差し控え・治療の中止は可否判断に影響しなかった。なお、潜在変数間の共分散は有意のものでなかった。

図 3. モデル A1+2+B3



WH, 治療の差し控え ; WD, 治療の中止 ; ET, 安楽死

可否判断の決定要因

次に確認的因子分析で認められた 4 つの潜在変数、「患者希望」、「患者非希望」、「家族非希望」、「安楽死」について、それぞれの観察変数の事例の得点を合算して下位尺度得点を出した。いずれも SDS 得点との相関は低く、社会的望ましさが回答のバイアスとして関与している可能性は低いと判断できた。また、4 尺度相互の相関は、患者希望・患者非希望 $r = .44$ ($p < .001$)、患者希望・家族非希望 $r = .78$ ($p < .001$)、患者希望・安楽死 $r = .75$ ($p < .001$)、患者非希望・家族非希望 $r = .71$ ($p < .001$)、患者非希望・安楽死 $r = .66$ ($p < .001$)、家族非希望・安楽死 $r = .71$ ($p < .001$) といずれの中程度以上の正の相関を示した。

それぞれの下記尺度と参加者の属性の相関を見ると (表 3)、患者希望得点は性別が男性であるほど、また功利主義傾向が高く、職業が医療職でなく、看取りの経験がないほど高値 (= 生命短縮を実施を是認する) であった。患者非希望得点は、職業が医療職でないほど高値 (= 生命短縮の実施を是認する) であった。家族非希望得点は、功利主義傾向が高く、職業が医療職でなく、看取りの経験がないほど高値 (= 生命短縮の実施を是認する) であった。安楽死得点は、自己志向が低く、功利主義傾向が高く、職業が医療職でなく、看取りの経験がないほど高値 (= 生命短縮の実施を是認する) であった。つまり、女性より男性のほうが、患者が希望する場合に限って生命短縮手続きを是認する傾向にあった。さらに、医療職者に比べて非医療職者はいずれの状況でも生命短縮手続きを是認する傾向にあり、また看取りの経験がないおよび功利主義傾向の強いものほど、患者が希望する場合、家族が希望しない場合、安楽死の場合に生命短縮手続きを是認する傾向にあった。パーソナリティでは自己志向が低いものほど安楽死について、それを是認する傾向にあった。

表 3. 終末期医療可否判断の下位尺度と関連変数 (N = 362)

	患者希望	患者非希望	家族非希望	安楽死
社会的望ましさ得点	-.06	.08	.03	.00
年齢	-.06	.08	.03	-.16**
性別 (男性 1; 女性 2)	-.24***	.07	-.04	.03
医療職 (非医療職 0; 医療職 1)	-.33***	-.20***	-.28***	-.36***
看取りの経験 (なし 0; あり 1)	-.32***	-.17**	-.22***	-.32***
新奇性追求	.05	.01	.07	.06
損害回避	.16**	.07	.08	.16
報酬依存	-.03	-.10	-.12*	-.03
固執	.07	-.10	-.05	-.02
自己志向	-.14*	-.10	-.12*	-.19***
協調性	-.04	-.06	-.11*	-.04
自己超越	.01	.01	.05	-.06
功利主義傾向	.26***	.16**	.24***	.26***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

構造回帰モデルでは 4 下位尺度と $p < .001$ で有意の相関を示した変数である性別、職業、看取りの経験、自己志向、功利主義傾向をモデルに組み込んだ(図 4)。ここでは生命を短縮させる操作への承認の程度を測る 4 下位尺度を基準変数とした。これに影響を与える変数として、性別、職業、看取りの経験、自己志向、功利主義傾向を挙げた。さらに、性別、職業、看取りの経験、自己志向が功利主義傾向を予測すると仮定した。そして、自己志向が性別、職業、看取りの経験が予測すると仮定した。看取りの経験は性別と職業に規定されると仮定した。職業が性別で規定されるとした。最後に功利主義傾向は 2 つの観察変数で評価される潜在変数であるとした。

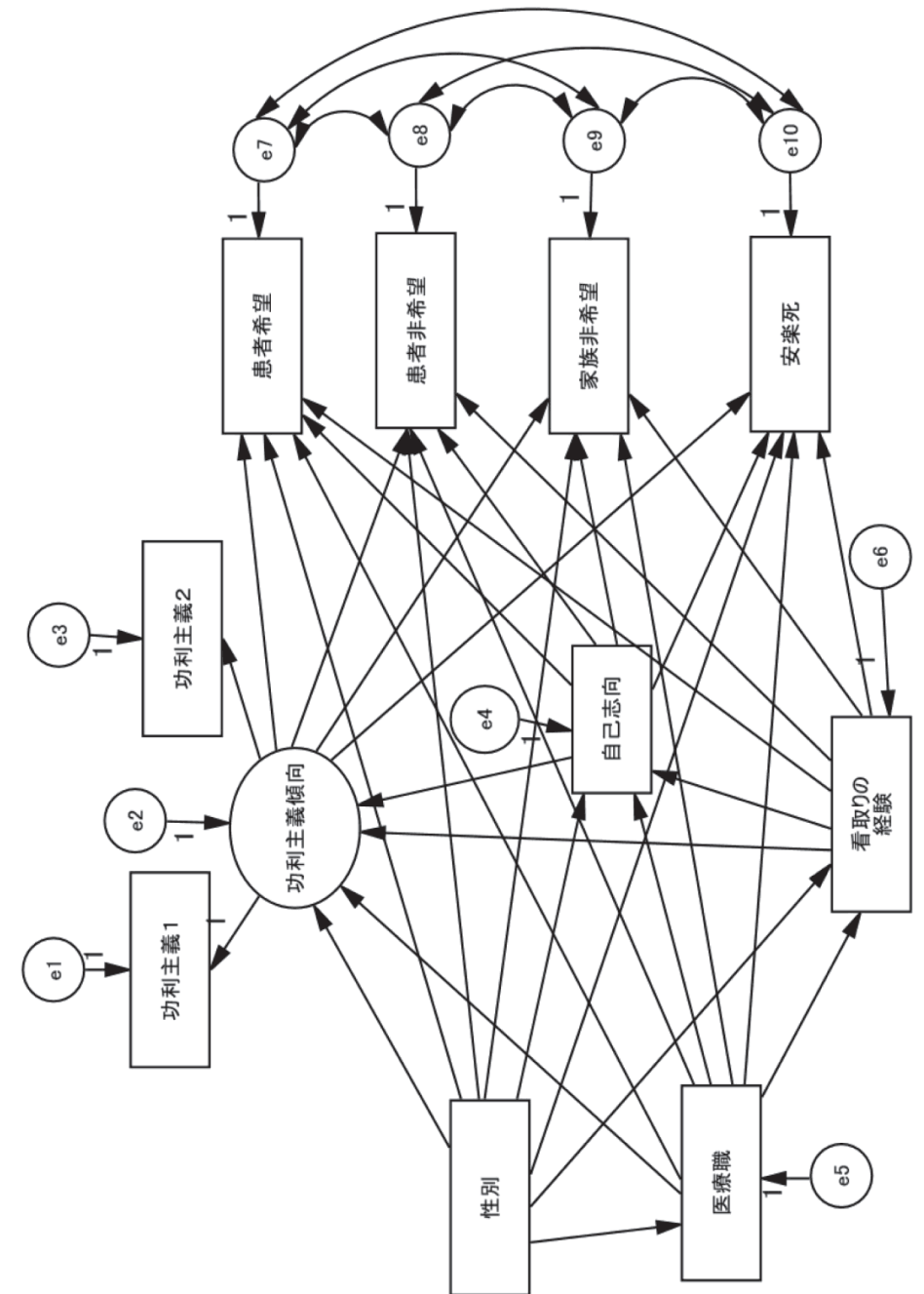


図 4. 構造回帰モデル

共分散構造分析に使用した全変数の平均値、標準偏差、歪度、尖度、変数間の相関を表 4 に挙げる。

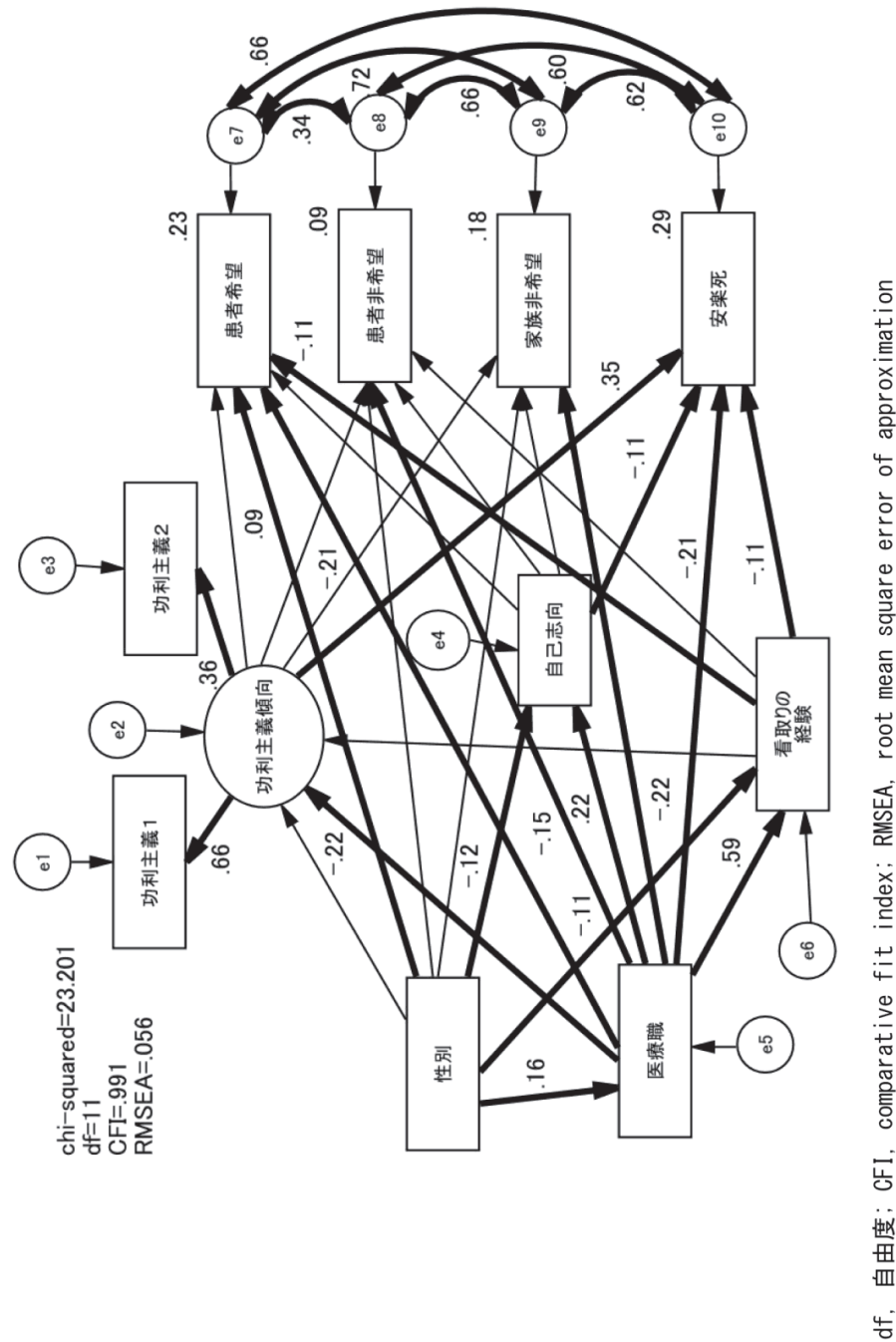
表 4. 共分散構造分析に用いた全変数

	患者希望	患者非希望	家族非希望	安楽死	性別	自己志向	功利主義	医療職	看取り
患者希望	—								
患者非希望	.44***	—							
家族非希望	.78***	.71***	—						
安楽死	.75***	.66***	.71***	—					
性別 (男性 1 ; 女性 2)	.11*	.06	.07	.03	—				
自己志向	-.14*	-.10	-.12*	-.19***	-.05	—			
功利主義傾向	.26***	.16**	.24***	.26***	-.07	-.05	—		
医療職 (非医療職 1 ; 医療職 2)	-.33***	-.20***	-.28***	-.36***	.15**	.19***	-.19***	—	
看取りの経験 (なし 1 ; あり 2)	-.32***	-.17**	-.22***	-.32***	-.02	.16**	-.14**	.58***	—
平均値	3.1	2.1	2.2	2.0	1.8	41.1	5.7	0.5	0.7
標準偏差	0.7	0.6	0.6	0.9	0.4	9.0	2.1	0.5	0.5
歪度	0.1	0.1	0.1	0.1	-1.6	0.1	0.1	0.2	-0.6
尖度	-0.1	0.3	0.4	-1.0	0.6	0.0	-0.2	-2.0	-1.6

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

model trimming をした最終版では (図 5)、女性の方が患者希望の場合に生命短縮を是認していた。4 つの下位尺度のいずれにも医療職であるものの方が生命短縮に否定的な態度を示していた。看取り経験がない者ほど患者希望の場合と安楽死について生命短縮を是認していた。自己志向の低い者ほどそして功利主義傾向の高いものほど安楽死については是認していた。さらに看取りの経験は男性ほど、医療職者ほど高かった。医療職者は功利主義傾向が低かった。

図 5. 最終モデル



df, 自由度: CFI, comparative fit index; RMSEA, root mean square error of approximation

考察

可否判断のモデル

国外の調査 (表 1) からも分かるように、医療職者や非医療職者が生命を短縮する様々な措置について、その可否判断を異にしていることが知られている。今回の調査でも我々がおそらく多くの要因の影響で可否判断を変更していることが読み取れた。

患者意思と家族意思の組み合わせの様々なモデルを比較してみると、モデル A1+A2 に見るような、患者意思と家族意思を並行して取り入れた判断を我々を行っているようである。つまり、われわれはどちらかを優先するのではなく、患者意思と家族意思を「足して二で割る」という思考を取っているのである。西欧的倫理観では個人の *autonomy* は十分な尊重を与えられている。したがって終末期医療において患者の意向には当然の敬意が払われる。しかし、日本風土の中では、それだけで可否か決定されてこなかったし、おそらく現在も決定されていないであろう。「自己決定」という概念における自己の範囲は日本の文化の中ではかなり広く、重要他者の決定まで含まれ得ることが言われている。「私の決定」では「私たちの決定」が日本の生命倫理であるという主張は今回のデータと一致するところである。

倫理観は 3 種類あると主張している Schweder (1997) の議論に従えば、第 1 は自律の倫理 (*ethics of autonomy*) である。個人の自己選択の尊重に重きが置かれる。ここから発生する概念が権利、正義、公平、自由などがある。しかし、倫理観はこれだけではない。第 2 は共同体の倫理 (*ethics of community*) であると Schweder, Much, Mahapatra, & Park.(1997) は主張する。世界を個々人の集合体とみるのではなく、さまざまなグループの集合体であると捉える考え方である。家族、部族、職能団体などがここにふくまれる。これら有機体の道徳的統一性を維持することが追求されるのである。ここから発生する概念が義務、尊敬、忠誠、相互依存である。そして第 3 は神聖性の倫理 (*ethics of divinity*) で、霊的精神が身体に宿るとい世界観である。ヒトは絶対的存在の一部であるといものである。霊的汚染を回避することが道徳規範であるといえる。

こうした主張に準拠した考え方に Haidt and Graham (2007) のいう 5 つの道徳観がある。第 1 は損害とケア (*harm/care*) で、他者の苦痛の兆候を自己の苦痛であるように捉える道徳感である。残酷さや攻撃性は悪で、親切や思いやりが善であると考えられる。第 2 は公正と互惠 (*fairness/reciprocity*) である。家族を越えて人々が協調することの価値がここに含まれ、愛他主義につながる。公正と正義の概念がここから生まれる。第 3 は内集団と忠誠 (*ingroup/loyalty*) である。内集団の構成員を認識し、信頼し、それら構成員と協調する。そして内集団のため犠牲になる者を尊重し、忠誠、愛国といった道徳規範が生み出される。第 4 は権威と尊敬 (*authority/respect*) である。権威への尊敬、畏敬、称賛といった概念が生

まれる。最後に純粋と清浄 (purity/sanctity) が挙げられる。身体的吐き気という感覚から身体的外見 (病気) に対する不快感覚が生まれたと Haidt and Graham (2007) は主張する。

個人の自律を尊重する考え方は欧米でも古くからあるものではなく、現在でも保守的な人々は共同体の倫理を強く持っていると考えられる (Haidt, & Graham, 2007)。妊娠を中絶する権利を女性に認めるか否かについて、いまだに議論が終結しないこともこうしたところの一因があろう。患者個人の希望と家族の希望が一致しない場合の葛藤はいずれの文化でも、程度の差はあっても存在するのではないだろうか (Loiselle, & Sterling, 2011)。

さらに、図 4 に示した確認的因子分析モデルから、患者希望、患者非希望、家族非希望は安定した潜在変数として確認できたが、患者希望はそうでなかった。つまり、われわれは家族が「希望しない」という意見を出した際にそれを勘案するが、家族の希望そのものにはさほど強い影響を受けないのであろう。

日本の臨床現場における治療方針決定の歴史を振り返ると、あまりにパターンリステックな傾向が強く、患者の意思や希望でなく、医的必要性と (特に重症疾患であるほど) 家族の意向を判断の根拠とすることが主流であった。個人の価値観や希望は二の次にされていたとあって良いであろう。20 世紀後半の学問的および臨床的動向は明らかに患者個人の意思を尊重する方向に動いてきている。しかし、患者の意向を尊重する原則は守りつつも、患者を取り巻く人々の意向についても、それをどのように治療方針決定に取り組みのかの方針と根拠について、真剣に考察する時期に来ていると考えられる。人間は個人と尊重される一方で、関係性の中で生きる存在でもある。自身の価値観の中で自己を定義する一方で、周囲の人々との関係の中で自己定義をする部分も大変重要である。

生命倫理学と臨床現場で十分な検討をしなければいけないもうひとつの論点は、齟齬を来している患者意思と家族意思のどちらを尊重するかという議論からさらに歩を進め、患者と家族の希望の間の乖離をどのように修復するかという点であろう。両者の希望に齟齬があるまま治療を進める (あるいは中止する) ことはいずれの側にとっても幸福なことではない。医療の目的も個体としての患者の身体的疾患治癒ばかりでなく、患者の心理社会的 well-being を目指すのであれば、患者の有する周囲の重要な人々との良好な関係性を維持することも医療の重要な目標のひとつである。特に、終末期医療のように、身体的回復が望めない場合には、患者とその関係する人々全体の心理的 well-being がこそが医療・看護の主たる目標になる (Hannon, O'Reilly, Bennett, Breen, & Lawlor, 2012)。

可否判断の決定要因

今回の構造回帰モデルから、患者希望、患者非希望、家族非希望、安楽死のそれぞれを可とする要因が同一ではないことが認められた。女性、非医療職、看取りの経験がない場合に、患者希望のシナリオで、生命を短くする措置を有意に可としやすいことが明らかとなった。

大変興味深いのは、患者非希望のシナリオ及び家族非希望のシナリオで、医療職者に比較して非医療職であるほうが生命を短くする措置を有意に可としやすいという所見である。医療職者が否とする一方、非医療職者が是とする関係が発生し得るのである。この影響は功利主義傾向や自己志向によって介在されるのではなく、このモデルの範囲では直接のものであった。あるいは非医療職者の方が医的適応を考え、むしろ医療職者の方が医的適応を低く扱う傾向があるのかもしれない。

看取りの経験がある方が患者希望のシナリオと安楽死のシナリオで生命を短くする措置を否とする有意の傾向が認められた。また医療職であることが看取りの経験を介在してこれらの判断に影響していることも認められた。医療者であれば患者の死に対する不安も強く出るであろう (Kelly, & Nisker, 2010)。Anderson, Williams, Bost, & Barnard (2008) は医学部の学生を調査し、個人的に看取りの経験のある学生ほど終末期患者のケアを負担と感じず、さらに患者の看取りを経験した学生ほど終末期患者と死を語り、なおも希望を維持できる傾向にあることを見出した。看取り経験は人の死に対する否定的な態度を軽減させ、それが残された生命に希望を持つ態度を作っているのであろう。残された生命に希望を持つほど、死の「前倒し」には不賛成の態度を取るようになるのではないだろうか。

生命を短くする措置のうち安楽死が独立した潜在変数として確認できた。そして、功利主義傾向、低い自己志向、非医療職、看取りの経験のないことが安楽死を有意に可とすることが認められた。特に功利主義傾向の影響が目立っていた。興味あることに、功利主義傾向は患者希望のシナリオにおいて延命措置を非開始・中断する患者希望を是とする傾向を示していない。ジレンマ課題で確認できる功利主義傾向は患者の自律尊重とは無関係であり、むしろ前倒して死期を早める commission への抵抗の低さの現われであると考えられるかもしれない。

患者希望、患者非希望、家族非希望、安楽死という 4 つの潜在構造の間に有意の正の相関が認められた。もし、われわれが患者意思を排他的に尊重するのであれば、たとえば患者希望シナリオにおける今回のような措置を是とする態度は、患者非希望のシナリオではこれを否とする態度と強く結びついているはずである。それが今回の所見のように正の相関があることは何を意味するのであろうか？おそらくいずれのシナリオでも患者の延命を図る必要はない、あるいは積極的に短縮すべきであるという (おそらく無意志の) 意思が関与しているのであろう。これは医的必要性がなければ医療は行う意味がないという概念に関連しているのであろう。

また、これは単に延命措置の拒否のみならず、死期の前倒しである安楽死を認めることと関連していることが読み取れる。

患者が希望を尊重し、事前の指示があれば蘇生措置や延命措置は行わないという主張は、患者の自己決定権という観点からは認されるものであろう (Bendiane, Galinier, Favre, Ribiere, Lapiana, Obadia, & Peretti-Watel, 2007)。しかし、その背後にある「不要な生命の排除」という顕在化されない意志と結びついているとすれば、死期を早める行為—医師による自殺補助や安楽死—を認める傾向に進む危険性を持っていよう。自殺企図者に見るように、死を希望する者の心理状態は冷静な自己決定を行えるものではない。こうした状況で医療者が専ら行うべきことは、冷静な自己決定を行えないような心理状態(身体状態ではない)に対する援助である。この点を見過ごせば、自殺容認の医療が際限なく進んでしまう。Autonomy の名の下に nonmaleficence の侵害が発生し、本来生命倫理の根本であった個の尊厳を低くしてしまう結果になってしまう。

研究の限界と今後

本研究の限界でまず挙げなければいけないのは、対象となった参加者の募集の仕方である。生命倫理関係の研究会や講習会に出席したものを対象としているため、当然、今回のような事例に以前から強い関心を持っていた者が多数を占めるであろうことは予想できる。終末期医療に特段の興味を持っていない一般人を対象にする研究は不可欠である。一方、日常的に終末期患者を扱っている人々における可否判断のスタイルを調査することも重要であろう。さらに、今後医療現場に向かうであろう医学、看護学、福祉学などの領域の学生も、独自の調査対象として意味があると思われる。

次に、仮想事例における各種措置の可否を問うのが今回の研究の手法であった。しかし、この結果は参加者、特に医療従事者が実際の臨床場面で取る対応を正しく反映しているかどうかには疑問が残る。実際の現場での可否判断には多種多様な要因が影響を与えるであろう。実際、各基準変数の重相関平方は .09 ~ .29 であり、必ずしも高いものではない(図 5)。今回扱わなかった項目には、死生観、宗教(Inghelbrecht, Bilsen, Mortier, & Deliens, 2009)、医的適応の程度、複数家族がいた場合に誰の意思に優先権を与えるか、さらには患者の年齢、性別、職業、既往歴などの属性などが挙げられよう。また、多数のケースを扱うことも困難であろう。しかし、例えば事前に倫理観やパーソナリティを調査した人々の勤務する医療機関において、こうした症例が数例でも認められた場合の可否判断を問い、これを解析の対象とすることも考えられる。

理論から現場に向かって

従来、患者の希望であれば、その者の死を早める行為であっても倫理的に共有すべきであるという議論が強い発言力を持っていたように思われる。しかし、今回の研究結果は、我々が治療の差し控え等、患者の延命につながらない決断をする際に、必ずしも患者の自己決定のみに準拠して可否判断をしているものでもないことを示している。各人の人生観、価値観がその判断に深くかかわっているのであろう。そしてそうした人生観は、その者が生まれ育った地域や国土の独自の文化風土に強い影響を受けるのであろう。道徳感も同じように文化風土に影響されるものであろう(Malloy, Seigny, Hadjistavropoulos, Jeyaraj, McCarthy, Murakami, Paholpak, Lee, & Park, 2009; Malloy, Williams, Hadjistavropoulos, Krishnan, Jeyaraj, McCarthy, Murakami, Paholpak, Mafukidze, & Hillis, 2008)。そうであれば、臨床現場で医療の受け手と提供者、そして患者に近い人々のすべてが「納得のゆく決定」を行うに当たって、文化風土と個人個人の価値観を十分取り入れた判断が求められよう。今回の研究は医療提供者側の判断に焦点を当てた。次に必要なのは医療サービスの受け手の判断における文化風土やパーソナリティの影響である。

ところで、患者や家族一人一人の人生観価値観を確認するにはどうすれば良いのか。医療従事者は実際どれほど患者や家族の個人的要因を聞いているだろうか。生活史や人柄を聞き出すだけでなく、「なぜこの判断をしたのか」という問いかけを常に行わなければならない。そして一人の人物の深い意味での価値観を問うには十分な時間が必要である。さらに聞き出す能力も当然求められる。従来の「医療者が知りたいことを患者に尋ねる」スタイルの面接から「患者が語りたいことを傾聴する」スタイルへの変更が大切である。しかし、医学や看護学の専門にした人々にとってこれほど困難な技術もあまりないのである。

「前倒しの死」を希望する患者あるいは家族の希望は真摯に個人の価値観に拠ったものであるのか、あるいは「死んでしまいたい」くらいの不安であるのかの評価も重要である。前者であれば当然に尊重される。後者であればそれは first-order desire ではあるが second-order desire とは言えない(Frankfurt, 1971)。これは家族の希望についても同様である。「苦しそうな様子を見続けるのはたまらないから、早い死期」を望むのであれば、そのした家族の心理に対する援助を開始すべきであろう。「殺してやってください」は治療の中止や安楽死の希望と拙速に受け取るのではなく、十分な心理援助が必要であるというサインであると解釈するのが本来の医療・看護である。

患者と家族の双方の意向を尊重してきた日本の文化風土のなかでこそ、患者と家族の双方の well-being を心理的適応を含めて尊重する終末期医療が行われるべきであろう。

文献

Anderson, W. G., Williams, J. E., Bost, J. E., & Barnard, D. (2008). Exposure to death is associated with positive attitudes and higher knowledge about end-of-life care in graduating medical students. *Journal of Palliative Medicine*, 11, 1227-1233.

Baumrucker, S. J. (2006). Amyotrophic lateral sclerosis and physician assisted suicide. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 23, 332-337.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethic* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press.

Bendiane, M.-K., Galinier, A., Favre, R., Ribiere, C., Lapiana, J.-M., Obadia, Y., & Peretti-Watel, P. (2007). French discred nurses' opinion towards euthanasia, involvement in end-of-life care and nurse-patient relationship: A national phone survey. *Journal of Medical Ethics*, 33, 708-711.

Berghs, M., de Casterlé, B. D., & Gastmans, C. (2005). The complexity of nurses' attitudes towards euthanasia: A review of the literature. *Journal of Medical Ethics*, 31, 441-446.

Berthoz, S., Grézes, J., Armony, J. L., Passingham, R. E., & Dolan, R. J. (2006). Affective response to one's own moral violations. *NeuroImage*, 31, 945-950.

Bilsen, J., Bauwens, M., Bernheim, J., Stichele, R. V., & Deliens, L. (2005). Physician-assisted death: attitudes and practices of community pharmacists in East Flanders, Belgium. *Palliative Medicine*, 19, 151-157.

Blair, R. J. R. (2007). The amygdala and ventromedian prefrontal cortex in morality and psychopathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 11, 387-392.

Brassington, I. (2006). Killing people: What Kant could have said about suicide and euthanasia but did not. *Journal of Medical Ethics*, 32, 571-574.

Carter, G. L., Clover, K. A., Parkinson, L., Rainbird, K., Kerridge, I., Ravenscroft, Cavenagh, J., & McPhee, J. (2007). Mental health and other clinical correlates of euthanasia attitudes in an Australian outpatient cancer population. *Psycho-Oncology*, 16, 295-303.

Cloninger, C. R. (1997). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: a proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.

Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A psycho-biological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.

Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M. & Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory: A Guide to Its Development and Use*. Washington University: St. Louis.

Crowne, D. P., & Marlow, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 24, 349-354.

De Vocht, H., & Nyatanga, B. (2007). Health professionals' opposition to euthanasia and assisted suicide: A personal view. *International Journal of Palliative Nursing*, 13, 351-355.

Duncan, O. D., & Parmelee, L. F. (2006). Trends in public approval of euthanasia and suicide in the US, 1947-2003. *Journal of Medical Ethics*, 32, 266-272.

Dworkin, G., Frey, R. G., & Bok, S. (1998). *Euthanasia and physician assisted suicide*. Cambridge: Cambridge University Press.

Folker, A. P., Holtug, N., Jensen, A. B., Kappel, K., Nielsen, J. K., & Norup, M. (1996). Experiences and attitudes towards end-of-life decisions amongst Danish physicians. *Bioethics*, 10, 233-249.

Frankfurt, H. G. (1971). Freedom of the will and the concept of a person. *Journal of Philosophy*, 68, 5+20.

Fried, T. R., Stein, M. D., O'Sullivan, P. S., Brock, D. W., & Novack, D. H. (1993). Limits of patient autonomy: Physician attitudes and practices regarding life-sustaining treatments and euthanasia. *Archives of Internal Medicine*, 153, 722-728.

Green, J. D., Nystrom, L. E., Engell, A. D., Darley, J. M., & Cohen, J. (2004). The neural bases of cognitive conflict and control in moral judgment. *Neuron*, 44, 389-400.

Haidt, J., & Graham, J. (2007). When morality opposes justice: Conservatives have moral institutions that liberals may not recognize. *Social Justice Research*, 20, 98-116.

Hannon, B., O'Reilly, V., Bennett, K., Breen, K., & Lawlor, P. G. (2012). Meeting the family: Measuring effectiveness of family meeting in a specialist inpatient palliative care unit. *Palliative and Supportive Care*, 10, 43-49.

Harenski, C. L., & Hamann, S. (2006). Neural correlates of regulating negative emotions related to moral violation. *NeuroImage*, 30, 313-324.

- Hayashi, H. (2010). Young children's moral judgements of commission and omission related to the understanding of knowledge or ignorance. *Infant and Child development*, 19, 187-203.
- Hope, T. (2004). *Medical ethics: A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., & Deliens, L. (2009). Attitudes of nurses towards euthanasia and towards their role in euthanasia: A nationwide study in Flanders, Belgium. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1209-1218.
- Karlsson, M., Strang, P., & Milberg, A. (2007). Attitudes toward euthanasia among Swedish medical students. *Palliative Medicine*, 21, 615-622.
- Kelly, E., & Nisker, J. (2010). Medical students' first clinical experiences of death. *Medical Education*, 44, 421-428.
- Kijima, N., Tanaka, E., Suzuki, N., Higuchi, H. & Kitamura, T. (2000). Reliability and validity of the Japanese version of the Temperament and Character Inventory. *Psychological Reports*, 86, 1050-1058.
- 木島伸彦, 斎藤令衣, 鈴木美香, 吉野相英, 大野裕, 加藤元一郎, 北村俊則 (1996). Cloninger の気質と性格の 7 因子モデルおよび日本語版 Temperament and Character Inventory (TCI). *精神科診断学*, 7(3), 379-399.
- Kinsella, T. D., & Verhoef, M. J. (1993). Alberta euthanasia survey: 1. Physicians' opinions about the mortality and legalization of active euthanasia. *Canadian Medical Association Journal*, 148, 1921-1926.
- 北村總子、北村俊則 (2000). 精神科医療における患者の自己決定権と治療同意判断能力. 学芸社, .
- 北村總子, 北村俊則 (2007). 日本の精神科医療の回顧と展望—精神疾患を有する者の医療における自己決定—. 高橋隆雄、浅井篤 (編) 日本の生命倫理: 回顧と展望. pp. 131-159. 九州大学出版会.
- 北村俊則 (2013). 臨床で働きながら研究をしよう: 統計の裏技と SPSS の使い方. 北村メンタルヘルス研究所.
- 北村俊則, 鈴木忠治 (1986). 日本語版 Social Desirability Scale について. *社会精神医学*, 9, 173-180.
- Klein, R. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.), New York: Guilford Press.
- Koenings, M., Young, L., Adolphs, R., Tranel, D., Cushman, F., Hauser, M., & Damasio, A. (2007). Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgement. *Nature*, 446, 908-911.
- Kuhse, H., & Singer, P. (1988). Doctors' practices and attitudes regarding voluntary euthanasia. *Medical Journal of Australia*, 148, 623-626.
- Loiselle, C. G., & Sterling, M. M. (2011). Views on death and dying among health care workers in an Indian cancer care hospice: Balancing individual and collective perspectives. *Journal of Palliative Medicine*, 26, 250-256.
- Luo, Q., Nakic, M., Wheatley, T., Richell, R., Martin, A., & Blair, J. R. (2006). The neural basis of implicit moral attitude: An IAT study using event-related fMRI. *NeuroImage*, 30, 1449-1457.
- Louhiala, P., & Hilden, H.-M. (2006). Attitudes of Finnish doctors towards euthanasia in 1993 and 2003. *Journal of Medical Ethics*, 32, 627-628.
- Malloy, D. C., Seigny, P., Hadjistavropoulos, T., Jeyaraj, M., McCarthy, E. F., Murakami, M., Paholpak, S., Lee, Y., & Park, I. (2009). Perceptions of the effectiveness of ethical guidelines: An international study of physicians. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 12, 373-383.
- Malloy, D. C., Williams, J., Hadjistavropoulos, T., Krishnan, B., Jeyaraj, M., McCarthy, E. F., Murakami, M., Paholpak, S., Mafukidze, J., & Hillis, B. (2008). Ethical decision-making about older adults and moral intensity: An international study of physicians. *Journal of Medical Ethics*, 34, 285-296.
- Marini, M. C., Neuenschwander, H., & Stieffel, F. (2006). Attitudes towards euthanasia and physician assisted suicide: A survey among medical students, oncology clinicians, and palliative care specialists. *Palliative and Supportive Care*, 4, 251-255.
- Mayda, A. S., Özkara, E., & Çorapçioğlu, F. (2005). Attitudes of oncologists toward euthanasia in Turkey. *Palliative and Supportive Care*, 3, 221-225.
- McDonald, M. G. (2005). Attitudes of trainees in suicide intervention toward euthanasia and suicide among the nonterminally ill. *Psychological Reports*, 96, 709-712.
- Müller-Busch, H. C., Oduncu, F. S., Woskanjan, S., & Klaschik, E. (2004). Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation: A survey of the members of the German Association for Palliative Medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 7, 333-339.
- Parpa, E., Mystakidou, K., Tsilika, E., Sakkas, P., Patiraki, E., Pistevo-Gombaki, K., Galanos, A., & Vlahos, L. (2006). The attitudes of Greek physicians and lay people on euthanasia and physician-assisted suicide in terminally ill cancer patients. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 23, 297-303.

Rietjens, J. A. C., van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Maas, P. J., & van der Wal, G. (2006). Preferences of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decision-making. *Palliative Medicine*, 20, 685-692.

Rurup, M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Pasman, H. R. W., Ribbe, M. W., & van der Wal, G. (2006). Attitudes of physicians, nurses and relatives towards end-of-life decisions concerning nursing home patients with dementia. *Patient Education and Counseling*, 61, 372-380.

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8 (2), 23-74.

Schweder, R. A., Much, N. C., Mahapatra, M., & Park, L. (1997). The “big three” of morality (autonomy, community, and divinity) and the “big three” explanations of suffering. In A. Brandt and P. Rozin (Eds.) *Morality and health*. Routledge, New York, pp. 119-169.

Singer, P. (2003). Voluntary euthanasia: A utilitarian perspective. *Bioethics*, 17, 526-541. Spranca, M., Minsk, E., & Baron, J. (1991). Omission and commission in judgment and choice. *Journal of Experimental Social Psychology*, 27, 76-105.

Spranca, M., Minsk, E., & Baron, J. (1991). Omission and commission in judgment and choice. *Journal of Experimental Social Psychology*, 27, 76-105.

Talmi, D., & Frith, C. (2007). Feeling right about doing right. *Nature*, 446, 865-865.

Wilson, K. G., Chochinov, H. M., McPherson, C. J., Skirko, M. G., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., Macmillan, K., De Luca, M., O’Shea, F., Kuhl, D., & Fainsinger, R. L. (2007). Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care. *Health Psychology*, 26, 314-323.

付録：End of Life Medical Decision Attitude Scale (ELMDAS)

事例：Aさんは高齢で、長年B病院に通院しています。家族は、配偶者と一人娘がいます。慢性閉塞性肺疾患で、治療を受けていました。これまでも何回か危機的状況を経験し、気管切開で人工呼吸器をつけ、一命を取り留めたこともありました。しかし、また同じような状況になれば、その際の生命予後は非常に悪いと判断されました。ところが今回、再び呼吸が苦しくなり、救急車で来院。入院となりました。

Aさんの意識はありません。会話は全くできない状態です。担当医のあなたは、今回の人工呼吸器の装着はわずかな延命効果があるものの、長期的経過から見れば何の医学的適応はなく、Aさんの生命予後はきわめて不良で、長くて数週間であろうと判断しました。

ケース 1: 治療の差し控え

担当医のあなたは気管切開をして人工呼吸器をつけることを提案しました。前回、同様の処置で一命を取り留めた後、「今後も同じような状況になったら、人工呼吸器をつけて救ってほしい」と述べ、さらに家族宛および病院宛のメモを作成していることが明らかになりました。配偶者も娘も「人工呼吸器はつけてほしい」といえます。

人工呼吸器による治療は開始してはいけませんか？

絶対開始すべき	どちらかというを開始すべき	どちらともいえない	どちらかというを開始してはいけない	絶対開始してはいけない
1	2	3	4	5

ケース 1: 治療の中止

担当医のあなたは気管切開をして人工呼吸器をつけました。前回、同様の処置で一命を取り留めた後、「今後も同じような状況になったら、人工呼吸器をつけて救ってほしい」と述べ、さらに家族宛および病院宛のメモを作成していることが明らかになりました。しかし、人工呼吸器をつけてしばらくしてから、Aさんがあまりに苦しうるので、あなたは人工呼吸器の取り外しを提案しました。しかし、配偶者も娘も「人工呼吸器は外さないでほしい」といえます。

この段階で人工呼吸器を取り外すべきでしょうか？

絶対取り外してはいけない	どちらかという取り外してはいけない	どちらともいえない	どちらかという取り外すべき	絶対取り外すべき
1	2	3	4	5

ケース 1: 安楽死

担当医のあなたは気管切開をして人工呼吸器をつけました。前回、同様の処置で一命を取り留めた後、「今後も同じような状況になったら、人工呼吸器をつけて救ってほしい」と述べ、さらに家族宛および病院宛のメモを作成していることが明らかになりました。しかし、人工呼吸器をつけてしばらくしてから、Aさんがあまり

に苦しうなので、あなたは致死量の薬物を投与して死を迎えさせたほうがよいと考えました。配偶者と娘は「苦しうだが、先生が致死量の薬物を患者に投与はしないほしい」といます。

致死量の薬物を投与して死なせるべきでしょうか？

絶対してはいけない	どちらかというとしてはいけない	どちらともいえない	どちらかというとして投与して死なせるべき	絶対投与して死なせるべき
1	2	3	4	5

ケース 2: 治療の差し控え

担当医のあなたは気管切開をして人工呼吸器をつけることを提案しました。前回、同様の処置で一命を取り留めた後、「今後も同じような状況になったら、人工呼吸器をつけて救ってほしい」と述べ、さらに家族宛および病院宛のメモを作成していることが明らかになりました。あなたが人工呼吸器を付けようとする、配偶者と娘は「苦しうだ。人工呼吸器はつけないほしい」といます。

人工呼吸器による治療は開始してはいけませんか？

絶対開始すべき	どちらかというとして開始すべき	どちらともいえない	どちらかというとして開始してはいけない	絶対開始してはいけない
1	2	3	4	5

ケース 2: 治療の中止

担当医のあなたは気管切開をして人工呼吸器をつけました。前回、同様の処置で一命を取り留めた後、「今後も同じような状況になったら、人工呼吸器をつけて救ってほしい」と述べ、さらに家族宛および病院宛のメモを作成していることが明らかになりました。しかし、人工呼吸器をつけてしばらくしてから、配偶者と娘は「苦しうだ。人工呼吸器は外してほしい」といます。

人工呼吸器を取り外すべきでしょうか？

絶対取り外してはいけない	どちらかというとして取り外してはいけない	どちらともいえない	どちらかというとして取り外すべき	絶対取り外すべき
1	2	3	4	5

ケース 2: 安楽死

担当医のあなたは気管切開をして人工呼吸器をつけました。前回、同様の処置で一命を取り留めた後、「今後も同じような状況になったら、人工呼吸器をつけて救ってほしい」と述べ、さらに家族宛および病院宛のメモを作成していることが明らかになりました。しかし、人工呼吸器をつけてしばらくしてから、配偶者と娘は「苦しうだ。先生が致死量の薬物を患者に投与して楽に死なせてあげてほしい」といます。

致死量の薬物を投与して死なせるべきでしょうか？

絶対してはいけない	どちらかというとしてはいけない	どちらともいえない	どちらかというとして投与して死なせるべき	絶対投与して死なせるべき
1	2	3	4	5

ケース 3: 治療の差し控え

担当医のあなたは気管切開をして人工呼吸器をつけることを提案しました。しかし、前回、同様の処置で一命を取り留めた後、「今後は同じような状況になったら、人工呼吸器は絶対つけないほしい。そして早く死なせてほしい」と述べ、さらに家族宛および病院宛のメモを作成していることが明らかになりました。配偶者と娘は「苦しうだ。でも人工呼吸器はつけてほしい」といます。

人工呼吸器による治療は開始してはいけませんか？

絶対開始すべき	どちらかというとして開始すべき	どちらともいえない	どちらかというとして開始してはいけない	絶対開始してはいけない
1	2	3	4	5

ケース 3: 治療の中止

担当医のあなたは気管切開をして人工呼吸器をつけました。しかし、人工呼吸器をつけてしばらくしてから、前回、同様の処置で一命を取り留めた後、「今後は同じような状況になったら、人工呼吸は絶対つけないほしい。そして早く死なせてほしい」と述べ、さらに家族宛および病院宛のメモを作成していることが明らかになりました。配偶者と娘は「苦しうだ。でも人工呼吸器は外さないほしい」といます。

人工呼吸器を取り外すべきでしょうか？

絶対取り外してはいけない	どちらかという と取り外しては いけない	どちらともい えない	どちらかとい うと取り外す べき	絶対取り外す べき
1	2	3	4	5

ケース 3: 安楽死

担当医のあなたは気管切開をして人工呼吸器をつけました。しかし、人工呼吸器をつけてしばらくしてから、前回、同様の処置で一命を取り留めた後、「今後は同じような状況になったら、人工呼吸は絶対つけないでほしい。そして早く死なせてほしい」と述べ、さらに家族宛および病院宛のメモを作成していることが明らかになりました。Aさんがあまりに苦しそうなので、あなたは致死量の薬物を投与して死を迎えさせたほうがよいと考えました。配偶者と娘は「苦しそうだ。でも先生が致死量の薬物を患者に投与はしないでほしい」といいます。

致死量の薬物を投与して死なせるべきでしょうか？

絶対してはい けない	どちらかとい うとしてはい けない	どちらともい えない	どちらかとい うと 投与して死な せるべき	絶対投与して 死なせるべき
1	2	3	4	5

ケース 4: 治療の差し控え

担当医のあなたは気管切開をして人工呼吸器をつけることを提案しました。しかし、前回、同様の処置で一命を取り留めた後、「今後は同じような状況になったら、人工呼吸は絶対つけないでほしい。そして早く死なせてほしい」と述べ、さらに家族宛および病院宛のメモを作成していることが明らかになりました。配偶者も娘も「苦しそうだ。人工呼吸器はつけないでほしい」といいます。

人工呼吸器による治療は開始してはいけないでしょうか？

絶対開始すべ き	どちらかとい うと開始すべ き	どちらともい えない	どちらかとい うと開始して はいけない	絶対開始して はいけない
1	2	3	4	5

ケース 4: 治療の中止

担当医のあなたは気管切開をして人工呼吸器をつけました。しかし、人工呼吸器をつけてしばらくしてから、前回、同様の処置で一命を取り留めた後、「今後は同

じような状況になったら、人工呼吸は絶対つけないでほしい。そして早く死なせてほしい」と述べ、さらに家族宛および病院宛のメモを作成していることが明らかになりました。配偶者も娘も「苦しそうだ。人工呼吸器は外してほしい」といいます。

人工呼吸器を取り外すべきでしょうか？

絶対取り外し てはいけない	どちらかとい うと 取り外しては いけない	どちらともい えない	どちらかとい うと取り外す べき	絶対取り外す べき
1	2	3	4	5

ケース 4: 安楽死

担当医のあなたは気管切開をして人工呼吸器をつけました。しかし、人工呼吸器をつけてしばらくしてから、前回、同様の処置で一命を取り留めた後、「今後は同じような状況になったら、人工呼吸は絶対つけないでほしい。そして早く死なせてほしい」と述べ、さらに家族宛および病院宛のメモを作成していることが明らかになりました。配偶者も娘も「苦しそうだ。先生が致死量の薬物を患者に投与して薬に死なせてあげてほしい」といいます。

致死量の薬物を投与して死なせるべきでしょうか？

絶対してはい けない	どちらかとい うとしてはい けない	どちらともい えない	どちらかとい うと 投与して死な せるべき	絶対投与して 死なせるべき
1	2	3	4	5