

原 著

高校生の現状医療に対する認識度と 尊厳死に対する意識との関連性

大橋 尚弘*, 赤澤 千春**, 林 優子**

The Relationship between the Recognition of the Medical Treatment
and the awareness of the Death with Dignity in High School Students

Takahiro OHASHI, Chiharu AKAZAWA and Yuko HAYASHI

Abstract: The purpose of this study was to investigate how much patients themselves know information about the medical care, in addition, what kind of relevance is there with it and the decision making for the life-prolonging treatment. We conducted the following questionnaire to collect the information. The samples were collected from two high-schools. As a result of this study, we conclude as follow;

The possibility that just accepts a diagnosis even if I doubted a medical advice is very high.

The intention about the life-prolonging treatment changes by a change of a situation.

The intention about the life-prolonging treatment changes by recognition about the medical care.

By this conclusion, I can say that the living will making the basis of the death with dignity changes by recognition about the medical care and a change of a situation easily. So I can suggest that it is need to fix the education system, the system of public offering of information to recognize correct present conditions medical care and to consider a method showing information to a patient by the means how does not contain personal "feelings and opinion" of medical person own before aiming at the death with dignity legislation.

Key words: Death with dignity, Living will euthanasia, Life-support treatment

はじめに

終末期医療において様々な倫理的問題が浮上してきている。その問題の一つに「尊厳死」が挙げられる。尊厳死とは従来でいう消極的安楽死の事であり、尊厳死協会の定義によれば、『患者が「不治かつ末期」になったとき、自分の意思で治療をやめてもらい、安らかに、人間らしい死をとげること』¹⁾とある。一方、一般に言う安楽死は積極的安楽死の事であり、「予想される余命を人為的に短縮されること」²⁾である。しかし、この尊厳死と安楽死との境界の倫理的線引きが困難で、射水市民病院事件（2006年報道）等のように医師の独断の「尊厳死」という概念により患者の人工呼吸器を外した事が「尊厳死ではなく、安楽死にあたるのではないか」として訴訟問題にまで発展したケー

スが多数存在する。この為、尊厳死の基準を明確に設け、よりスムーズに尊厳死を行えるよう、尊厳死法制化が一部で唱えられている。実際、治癒する見込みがなく、死期が刻々と迫る患者の終末期医療において、厚生労働省は2007年4月9日、末期がんなど治る見込みのない終末期の患者に対し、医師が延命治療を中止するプロセスを明示した指針をまとめた³⁾。図1は終末期医療の方針決定に至る手続きとして、患者の意思が確認できる場合、まず医療関係者と患者との十分な話し合いが行われる⁴⁾ことを示している。この話し合いではインフォームドコンセントが当然行われるべきであるが、村上が「手術や検査に際しての必要性や危険性の説明が不十分であるとする医療訴訟は最近増加している」²⁾と述べる様に、患者に対し、十分な説明が必ずなされるとは言い難い現状がある。医療に関する正確な認識を持っていない患者は、医師の方針の下で延命治療中止を旨とする合意内容の文書化を行う可能性がある。また、罹患以前に本人の意思で意思表示書（以下リビングウィルとする）を作成する場合でも、医療に関する正確な認識の下で作成されたか否かが疑問視される。

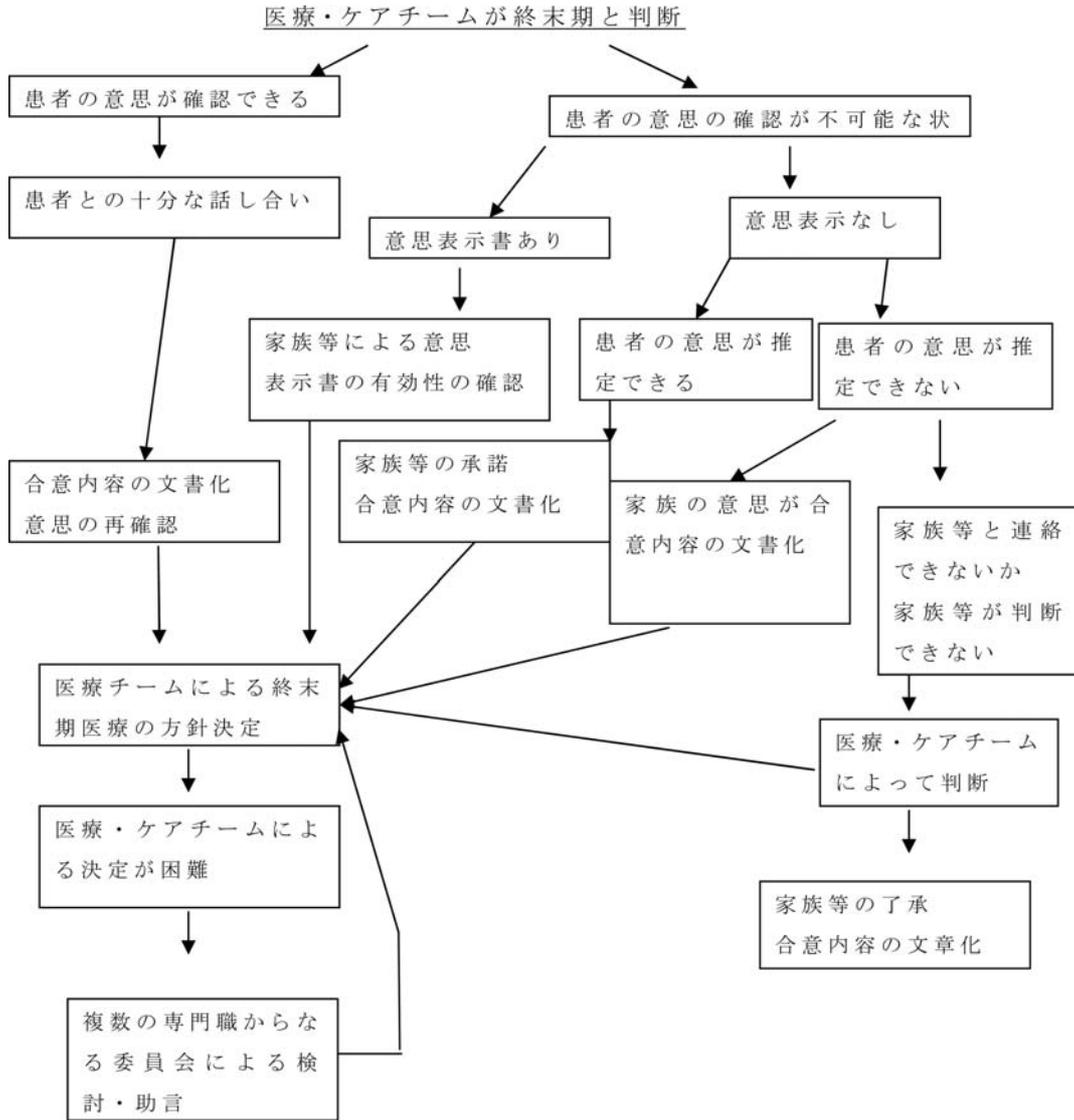
清水⁵⁾は、『元東大教授・沖中重雄氏は、沖中内科の年間誤診率が、全剖検患者750例のうち「はっきり

* 兵庫医科大学付属病院
〒663-8501 兵庫県西宮市武庫川町1番1号
Hyogo College of Medicine Hospital

** 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻臨床看護学講座
〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町53
Human Health Science, Graduate School of Medicine, Kyoto University

受稿日 2008年10月10日

受理日 2009年1月9日



日本医師会第X次生命倫理想談会『終末期に関するガイドライン』⁴⁾ より引用

図1 終末期医療の方針決定に至る手続き

誤診と言えるものが107例、平均して14.2%になる」と報告している。沖中内科においてさえ、このような誤診率であり、現代医学の知識と技術は「いわゆる安楽死」を是認する要件となし得る程確実性の高いものとはいえない』と述べている。かつては不治の病と言われた結核も現在では治療可能である事、AIDSも発症を遅らせることが可能な事、遺伝子治療の研究や皮膚からの万能細胞の作製に成功した⁶⁾事等から、現時点では治療法がないとされる疾患でも治療可能となる可能性はゼロとは言えない。このような現状でもあるにも関わらず、一般の尊厳死法制化への賛成者の中には、①医療者の判断は正確である、②末期と言われれば助かることはない、③近いうちに新しい治療法が確立される可能性は無い、④痛みで耐えられないのなら楽に逝らう方が良い等といった考えを基に尊厳死法制化に賛成している者も存在するのではないかと

数々の医療訴訟事件や私自身の経験から推測した。その為、人々の医療に対する正確な情報認識の度合いがどれ程であるか、また医療に関する正確な情報認識と延命治療に対する意思決定にはどのような関連性があるのかを調査することで、尊厳死法制化を提唱する以前に医療教育の充実、正確な医療の現状の情報提供を行う事の必要性を示唆する事ができると考えた。

そこで、人々が医療に関する正確な情報を認識しているのか、また本人の知らない医療に関する新しい情報を得た際、果たして延命治療に関する意思は新しい情報を得る前と比較して変化するかを調査することとした。仮に変化が見られたならば、尊厳死法制化を説く以前の問題として、正確な医療の現状を認識できるだけの医療教育や情報公開が必要である事を示唆できると考え、本研究においてこれを目的とした。

表1 アンケート内容の概要

1 性別	2 意識のない場合
2 生命倫理に関する教育の受けた事があるか	① 治療法がないと言われ、数日以内に死亡すると診断された時
3 自分の死について考えたことの有無	② 人工呼吸器のような機械なしでは生きる事ができない状態になった時
4 家族の死について考えたことの有無	③ 脳の機能がほぼ停止し、治る可能性もないと言われた時
5 身内や親友などの死に立ち会った事の有無	④ 末期ということが判明した時
6 病院に行ったことの有無	⑤ その他
7 医師の診断に疑いをもった事の有無	12 あと一日あれば自分の赤ん坊の顔が見られる様な状況でも末期なら死なせてほしいと感じるか
8 あると答えた者はその時どうしたか?	13 なぜそのように思うか?
① 結局はその診断を受け入れる	14 末期の状態に家族がなくなってしまったら
② あえて何もしない	① 本人が死を望もうが、なんとしても最期まで治療を続けてもらうようにする
③ 他の病院にも行ってみる	② 本人が死を望めば、治療は断念しても仕方がないが、最期まで生きてほしい
④ その他	③ 本人が望むなら死なせてあげたい
9 末期との診断で『もう終わりだ』と思うか?	④ その他
10 末期の状態になってしまった時の希望	15 なぜそのように思うか?
① 無理でも死ぬまで治療を続けてほしい	
② 痛みなどで苦しいのなら、死なせてほしい	
③ 痛みなどがなくても、死なせてほしい	
④ 薬などで死なされるのは嫌だが延命治療は望まない	
⑤ その他	
11 10で2, 3, 4, 5を選んだ者はどのような病気なら早く死なせてほしいか	医療の現状で知っているものを全て選択して下さい
1 意識のある場合	A 末期と宣告されても回復した例がある。
① 治療法がないと言われ、数日以内に死亡すると診断された時	B 末期でも現在の医療では適切な治療を行えば痛みはほぼ完全になくなると言われている。
② 人工呼吸器のような機械なしでは生きる事ができない状態になった時	C 医師の誤診率は意外に高いというデータがある
③ 脳の機能がほぼ停止し、治る可能性もないと言われた時	D 実際人工呼吸器をつけている方で楽しく人生を送っている方もいる。
④ 末期ということが判明した時	E 現時点で治療法がないと言われている病気でも新しく治療法が発見される可能性はゼロではない。
⑤ 末期で痛みが激しい時	F 末期の患者への治療を無駄であると考えている医者もあり、そのような医者は死を勧めるような言い方をしている。
⑥ その他	

*項目16は9, 17は10, 18は11, 19は12, 20は13, 21は14と同じ質問内容である。

方 法

1. 対 象

大阪府の現役の高校3年生、2校、104名を対象とした。高等学校に依頼し、事前に用意したアンケート用紙を対象者に配布し、回答後回収した。対象を高校生としたのは、中等教育終了後、高等学校への進学率は95%を超えること、また高等学校から大学へと進学する者の割合は50%を下回っており、専門学校、就職の割合が約20%である⁷⁾ことから、大多数の国民に同等の教育が行われるのは高校までであると考え、その教育が終了する段階である社会人への前段階として最も適切と思われるためである。またエリクソンの発達段階によればこの年代は青年期のちょうど中間地点であり、様々な事象を考える年代でもある。そのため、対象を高等学校3年生とした。

2. 本研究論文に関する定義

「尊厳死」は主に日本国内では尊厳死協会が主に進めており、尊厳死協会の定義する『患者が「不治かつ

末期」になったとき、自分の意思で治療をやめてもらい、安らかに、人間らしい死をとげること¹⁾とした。また、「末期」に関しても、尊厳死と関係することから、この定義も日本医師会第X次生命倫理想談会が出した「終末期医療に関するガイドライン」の「患者が終末期の状態にあることの決定は、医師を中心とする複数の専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって行う⁸⁾とした。

3. アンケートに関して

アンケート内容は大きく4つに分かれており、項目1~9、項目10~15、項目A~F、項目16~21である。最初の項目1~9は、基礎データとして性別、延命措置への判断に影響を及ぼすと考えられる死に関する経験について、2番目の項目10~15には延命措置に対する意識を、3番目の項目A~Fには医療の現状に対する認識を、4番目の項目16~21には項目9~14と同じ質問を行った。また一部自由記載も取り入れた。同じ質問を繰り返した理由としては医療の現状についての情報を得た後に意識がどのような変化をするのかを

調査する為である。

アンケートはオリジナルであるが、各項目に関しては以下の文献を根拠とした。医療の現状に関する6項目の情報うち、項目A「末期と宣告されても回復した例はある」と項目D「人工呼吸器をつけても楽しく人生を送っている方もおられる」は清水照美氏の「安楽死・尊厳死」⁹⁾を参考とした。項目B「末期でも適切な治療により疼痛はほぼ100%なくなる」は村上國男氏の「ターミナルケア・ガイド」²⁾から、項目C「医師の誤診率は意外に高いというデータがある」は清水照美氏の「ジュリスト」での誤診率に関する報告を基にした⁵⁾。項目E「新しい治療法が発見される可能性はゼロではない」は再生医療や遺伝子治療の分野がめざましく発展して⁶⁾いる事に基づいた。項目F「医師の価値観により生死が決められる可能性がある」は小倉剛氏¹⁰⁾の「緩和医療学」を根拠とした。また、アンケート内容のうち項目11-1③の「意識がある状態で脳の機能がほぼ停止し、治る可能性もないといわれたとき」とあるが、この項目は、古川氏の「脳死患者に本当に意識はないのか」¹¹⁾を参照されたい。

4. データ分析法

SPSS for windows 12.0J を使用し、クロス検定を行い5%未満を有意差ありとした。また、アンケートのコメントから質的要素も取り入れる事とした。

5. 倫理的配慮

対象者にアンケートを依頼する際、文書により研究の主旨を伝え、参加は自由意志であること、匿名性の保持、目的以外にデータを利用しないこと、また協力頂いた高等学校には研究結果を報告する事を説明し同意を得た。

結 果

質問紙104部を配布し、回収率は100%であった。

1. 対象者の基礎データと延命措置に関する意思との関連性 (表2参照)

男女の割合は男性31.1% (33人)、女性67% (71人)であった。性別と項目12「あと1日あれば赤ちゃんの顔を見ることができるとすれば、末期でも死なせてほしくない」で有意差が見られた。女性は全ての者が「あと1日あれば赤ちゃんの顔を見ることができるとすれば、末期でも死なせてほしくない」と回答した。項目2「生命倫理に関する教育を受けたか」でないと答えた者は57.7%で、半数以上が倫理的な教育を受けた事がないという結果であった。また、項目2と項目11-1「意識のある場合」の③「脳の機能停止」、11-2「意識のない場合」の④「末期が判明したとき」で有意差が見られ、『意識があり、「脳の機能がほぼ停止し、治る可能性がないと言われた時」、「末期という事

表2 各項目の人数

	ある or はい	ない or いいえ	①	②	③	④	⑤	⑥
項目2	42.3% (44人)	57.7% (60人)						
項目3	82.7% (86人)	17.3% (18人)						
項目4	86.5% (90人)	13.5% (14人)						
項目5	44.2% (46人)	55.8% (58人)						
項目6	98.1% (102人)	1.9% (2人)						
項目7	42.3% (44人)	57.7% (60人)						
項目8			44.2% (19人)	23.3% (10人)	32.6% (14人)			
項目9	59.6% (62人)	40.4% (42人)						
項目10			40.6% (41人)	25.7% (26人)	3.0% (3人)	22.8% (23人)	7.9% (8人)	
項目11-1			10.7% (11人)	28.2% (29人)	37.9% (39人)	3.9% (4人)	36.9% (38人)	3.9% (4人)
項目11-2			19.4% (20人)	34.0% (35人)	45.6% (47人)	19.4% (20人)	5.8% (6人)	
項目12			2.9% (3人)	97.1% (101人)				
項目14			18.4% (19人)	59.2% (61人)	19.4% (20人)	2.9% (3人)		
項目A	55.8% (58人)	44.2% (46人)						
項目B	21.2% (22人)	78.8% (82人)						
項目C	41.3% (43人)	58.7% (61人)						
項目D	33.7% (35人)	66.3% (69人)						
項目E	71.2% (74人)	28.8% (30人)						
項目F	39.8% (41人)	60.2% (62人)						
項目16	48.0% (49人)	52.0% (53人)						
項目17			48.0% (49人)	23.5% (24人)	2.9% (3人)	17.6% (18人)	7.8% (8人)	
項目18-1			8.7% (9人)	24.0% (25人)	33.7% (35人)	1.9% (2人)	27.9% (29人)	3.8% (4人)
項目18-2			16.3% (17人)	30.8% (32人)	39.4% (41人)	17.3% (18人)	1.9% (2人)	
項目19			9.8% (5人)	88.2% (45人)	2.0% (1人)			
項目21			34.6% (36人)	52.9% (55人)	8.7% (9人)	3.8% (4人)		

*①～⑥は項目8, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 21のみ該当する。

が判明した時』, 「意識のない状態で末期という事が判明した時」に延命措置を避けたい者は生命倫理に関する教育を受けた事のない者が受けた事のある者より多く見られた。

項目3「自分の死について考えた事があるか」に対し, あるが82.7%, ないが17.3%であった。項目3と項目9「医師に末期と言われたらもう終わりだと思いか」とで有意差が見られた。項目3と11-2①では有意差が見られ, 「意識がなく, 治療法がないと言われ, 数日以内に死亡すると宣告された時」に延命措置を希望しないとした者は自分の死について考えた事のある者のうちの28.6%であるが, 自分の死について考えた事のない者は18人全員が延命措置を希望した。項目4「家族の死について考えた事があるか」では, ある86.5%, ない13.5%であった。項目5「身内, 友人の死に立ち会った事があるか」というに対し, ある44.2%というデータが得られ, 約半数が身内, 友人の死に立ち会った経験を持つ事がわかった。

項目6「今まで病院に行った事があるか」は98.1%があると回答した。また, 項目7に挙げた「医師の診断に疑いを持ったことのある」者は, 病院に行った事のある102人のうち, 42.3% (44人) であった。項目7と項目9で有意差は見られなかった。項目8より, 医師の診断に疑いを持ったことのある者のうち44.2%が結局は診断を受け入れ, 23.3%があえて何もする事はなかったと回答した。

2. 状況変化により延命治療に対する意思は変化するか (表2)

項目10「末期になった時の希望」と項目12「あと1日あれば赤ちゃんの顔を見ることができれば, 末期でも延命を希望する」で有意差が見られた。項目10で①以外を選択した者は延命措置を希望しない可能性のある者である。彼らのうち95.2%が「あと1日あれば自分の赤ちゃんが見られる」となれば, 死にたくないという回答に変化した。また項目10で③, ④を選択した, とりわけ強く延命措置を希望する者の92.6%が, 同様の変化を見せた。

3. 医療の現状に関する認識度 (表2参照)

項目A～Fにおいて知らないと回答した者はそれぞれ, A 55.8%, B 78.8%, C 8.7%, D 66.3%, E 28.8%, F 60.2%であった。項目E以外は半数以上が知らないという結果であった。

また, 項目2と項目B「末期でも適切な医療により痛みをほぼ完全になくせる」との間に有意差が見られ, 生命倫理に関する教育を受けた事のある者の方が項目Bに関しては高い認識度が見られた ($P < 0.05$)。この他, 項目2はB以外の項目で有意差が見られなかった。また, 項目5の身内や友人の死と項目Bで有意差が見られた ($P < 0.05$)。項目7医師への疑いと項

目D, E, Fでそれぞれ有意差が見られた。

4. 現状医療の情報認識後における延命措置への意思変化について (表2, 3参照)

現状医療に関する情報を認識する前後で, 同じ質問に対する回答がどのように変化するのか調査を行うため, 項目9と16, 10と17, 11と18, 12と19, 13と20, 14と21の回答結果をクロス検定を用いて調査し, 有意差の見られたものに注目した。前後で有意差があった

表3 項目11と項目18の関連で有意差のみられたもの一覧表

		項目18-1①	
		選 択	選択せず
項目11-1①	選 択	8.7%	1.9%
	選択せず	0.0%	89.3%
		項目18-1②	
		選 択	選択せず
項目11-1②	選 択	23.3%	4.9%
	選択せず	1.0%	70.9%
		項目18-1③	
		選 択	選択せず
項目11-1③	選 択	32.0%	4.9%
	選択せず	1.9%	60.2%
		項目18-1④	
		選 択	選択せず
項目11-1④	選 択	1.9%	1.9%
	選択せず	0.0%	96.1%
		項目18-1⑤	
		選 択	選択せず
項目11-1⑤	選 択	27.2%	9.7%
	選択せず	1.0%	62.1%
		項目18-2①	
		選 択	選択せず
項目11-1①	選 択	15.5%	3.9%
	選択せず	1.0%	79.6%
		項目18-2②	
		選 択	選択せず
項目11-2②	選 択	30.1%	3.9%
	選択せず	1.0%	65.0%
		項目18-2③	
		選 択	選択せず
項目11-2③	選 択	39.8%	5.8%
	選択せず	0.0%	54.4%
		項目18-2④	
		選 択	選択せず
項目11-2④	選 択	16.5%	2.9%
	選択せず	1.0%	79.6%

項目は9と16, 10と17であった ($P<0.05$)。

また、項目10で④「薬などで死なされたくないが、延命治療は望まない」と回答した者のうち、17.4%が①「無理でも延命治療を望む」、8.7%が「痛みで苦しければ死なせてほしい」という回答に変化した。次に「どのような病気なら早く死なせて欲しいか」という質問を項目11と18で行い、項目18-1で項目11-1の時と同じ番号を選択しない割合は、④末期が50%、⑤末期で痛み26.3%の順であった。同じように「意識がない」という条件下では項目11-2の①～④を選択した者のうち、項目18-2で同じ番号を選択しない割合は、①20%、②11.4%、③12.8%、④15%であった。

また、「家族が末期状態になってしまったらどうするか」という項目14と21で回答が異なった者の割合は25.2%であった。なかでも、①「本人が死を望んでいても延命治療を続けてもらう」を回答した者の割合が前半では18.4%であったのに対し、後半では35%になった。また、②「本人が死を望めば治療は断念しても仕方がないが、最後まで生きてほしい」と項目14で回答した者が項目21で、①「本人が死を望んでいても延命治療を続けてもらう」に変更した割合は19.7%であった。項目③「本人が望むなら死なせてあげたい」を選んだ者の割合は、前後で19.4%から8.7%まで減少した。

考 察

1. 対象者の基礎データと延命措置に関する意思との関連性

生命倫理に関する教育を受けた事のない者は約半数存在した。生命倫理に関する教育を受けたことのある者はない者と比較して、延命治療中止を望む数が多く、さらに、自分の死について考えた事のある者は医師に末期と言われたらもう終わりだと思ふ者や、「意識がなく、治療法がないと言われ、数日以内に死亡すると宣告された」時には延命措置を希望しないという者の割合が多いという結果が得られた。つまり、生命倫理に関する教育を受けた事のある者はない者よりも「尊厳死」についてより知っており、その結果、末期状態での延命治療の中止を希望すると回答したのではないかと考えられる。また、医師の診断に疑いを持った事のある者の方がいない者よりも「人工呼吸器で楽しく生活している者の存在」や「新しい治療法発見の可能性がゼロではないこと」、「医師によっては末期の治療を無駄と考えている者もいること」を認識している事より、医療に関する情報の認識は医師の診断に疑いを持つか否かに対する影響因子であるといえる。しかし、医師の診断に疑いを持ったことのある者のうち44.2%が結局は医師の診断を受け入れ、23.3%があえて何もする事はなく、67.5%が結局は診断を受け入れ

るというデータが得られた。つまり対象者は医師の診断に疑いを持ったとしても、特別何か行動をするわけではないという事が示唆された。

2. 意思表示後の状況変化で意志は変化するのか

対象者に延命措置に関する意思表示を行ってもらった後の「自分の赤ん坊が見られるという様な状態になっても死なせてほしいか」という質問に対し、全体の90%以上、女性に関しては全員が死なせてほしくないと回答した。つまり、状況変化により延命措置に対する意思表示は変化するということがいえる。項目中の赤ん坊という単語に女性は反応した可能性もあり、個人の反応しやすい単語を項目に含めればより高い割合の変化を見られる可能性もあると推測される。

3. 対象者の基礎データと現状医療の認識度との関連性

「現状医療に関する情報を知っているか否か」と関連性が見られたものは、生命倫理に関する教育や医師の診断に疑いを持った事の有無であり、それぞれ有る者の方が現状医療に関する認識率が高かった。しかし、生命倫理に関する教育の有無で現状医療に関する情報の認識度に有意差の見られるのは項目B「末期でも適切な治療を行えば疼痛はほぼ完全になくせる」だけであり、正確な医療に関する教育が行えているとは言いがたい。また、診断に疑いを持った事のある者の方が、現在医療に関する情報の認識率が高いことより、疑いを持つ者は情報を知っている為に診断を疑う事ができると言える。

4. 現状医療の情報認識後における延命措置への意思変化について

末期状態に陥っているのが本人か家族かに関わらず、医療に関する情報提供により延命措置を希望する割合が前半から後半にかけて増加し、本人自身の延命措置を望まない者の割合や、家族に対する延命措置に関して「本人が望んでいても死なせてあげたい」という者の割合が後半では大きく減少した事から、現状医療に関する情報を認識しているか否かは延命措置に関する意見を左右し、また認識する事で延命措置を望む者が増加するという事が示唆された。また、対象者が前半で、延命措置を受けたくないとする症状に挙げていた項目を後半では挙げない割合が高かった事より、医療に関する情報提供を行った事により延命措置を望む者が多くなったと言える。以上より、新たな情報、例えば、尊厳死とは必ずしも楽な死に方ではなく、栄養不足で手足が腫れ上がる様な状態になって死ぬこともありうる¹²⁾といった様な情報を提示する事で更なる割合の変化が見られると考えられる。

また、延命措置を希望しない者の為にリビングウィルという考え方がある。リビングウィルは死後に効力が発生するのではなく、「生きている本人の生きた遺

言書, つまり生前発行の遺言という意味である¹⁾と尊厳死協会では定義している。状況の変化や医療に対する認識の変化により延命措置への意思が変化する事より, リビングウィルが変化する事は十分に考えられるが, 意識がなくなればリビングウィルの撤回はできない。今回の研究で意識がない状態であっても状況の変化により延命措置を希望する可能性も十分に考えられると示唆された。つまり延命治療に対する意思は, 医療の情報を少し得るだけでも変化する。仮にそういった情報に触れることがなければ, 最初に掲示したリビングウィルをそのまま続行してしまい, 延命が行われないという可能性もある。2005年財団法人日本ホスピス緩和ケア研究財団の調査によれば, 死に直面した際に心の支えになる人は23.8%が医師, 11.2%が看護師と回答している¹³⁾。しかし, 「手術や検査に際しての必要性や危険についての説明が不十分であるという医療訴訟は最近増加している」⁴⁾とあるように死に直面した際に心の支えとなるはずの医療者が正確な情報を患者に伝えない可能性もある。小倉は「本来, リビングウィルは患者本人が健全な判断力のもとで自己決定権にもとづいて表示されるべきで(中略), 患者の意思決定能力を評価するにあたっては評価者の価値観など, 個人的な属性の影響が大きいことが報告されている」¹⁰⁾と述べているように, 医療者の価値観で患者の動向が左右されてしまう事も生じる。これは, 今回の診断に疑いを持ったとしても患者は具体的な行動を起こしにくいという結果からも考えられることである。仮に医師によって末期と誤診され, 医師の価値観が尊厳死に賛成であった場合, 患者は医療の現状をよく知らないが為に医師に同調し, 延命措置を回避してしまうといった恐れも十分に生じる。実際に射水市民病院事件のように法制化以前にして医師の独断で人工呼吸器を取り外されたという事例も挙げられる。

結 論

本研究で得た結論は以下の様である。

- 1 現在の学校教育や学生の日常生活において生命倫理に関する教育を約半数の者が受けた事がなかった。
- 2 医療倫理に関する教育を受けた事があるか否かで現状医療の認識に大きな差はみられなかった。
- 3 医師の診断に疑いを持ったとしてもそのまま診断を受け入れてしまう恐れが多い。
- 4 延命治療に関しての意思は状況変化により変化する事がある。
- 5 延命治療に関しての意思は医療に関する認識で変化する事がある。

以上より, 尊厳死の根幹を成す, リビングウィルは医療に関する認識や状況変化により変化するという事から, 尊厳死法制化を目指す以前に, まず正確な現状医療を認識する為の教育, 情報公開制度, 医療者の個人の見解の入らぬような情報提示を患者に行う事がまずは先決であると示唆できる。

謝 辞

本研究にご協力頂きました尊厳死協会, 安楽死尊厳死法制化を阻止する会, 高等学校の先生および学生の皆様, ご指導頂いた京都大学医学部保健学科の皆様にご感謝致します。

引用・参考文献

- 1) 尊厳死協会ホームページ. <http://www.songenshi-kyokai.com/>
- 2) 村上國男: ターミナルケア・ガイド, 大阪, 関西看護出版, 2003; P 95
- 3) 厚生労働省ホームページ 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>
- 4) 日本医師会第X次生命倫理懇談会: 終末期に関するガイドライン
- 5) 清水照美: 「いわゆる安楽死」とその背景 三, 診断の不確実性, ジュリスト
- 6) 山中伸弥: IPS 細胞の展望と課題, 糖尿病, 2008; 51(1): 3
- 7) 総務省ホームページ: 学校卒業者の卒業後の進路. <http://www.stat.go.jp/data/nihon/zuhyou/n2201500.xls>
- 8) 日本医師会第X次生命倫理懇談会: 終末期医療に関するガイドライン. http://www.med.or.jp/teireikaiken/20070822_1.pdf
- 9) 清水照美: サテライトシンポジウム 6. 安楽死・尊厳死, P 11
- 10) 小倉 剛: 緩和医療学. 2003; vol. 5 no. 1
- 11) 古川哲雄: 脊髄反射でも問題は解決しない 脳死と臓器移植 —脳死患者に本当に意識はないのか?—, 神経内科, 2001; 54(6): 529-533
- 12) 清水照美: 「安楽死」「尊厳死」「自然死」の検証を射水市民病院事件から考える. Nursing Today, 2006-2007; P26(6)
- 13) 財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団ホームページ. <http://www.hospat.org/research-13.html>