

介護・医療現場で意思決定に影響を与えている日本人の死生観

渡辺佳夫

ベタニヤ内科・神経内科クリニック
三重県津市豊ヶ丘 5 丁目 47-7
jesusisload517@wh.commuja.jp

・・・要約・・・

介護・看護・医療現場で従事する現役の訪問看護師・ケアマネージャー・医師 30 名に直接インタビューし、終末期医療の決定に際し、本人・家族に日本人の死生観を見出すことができるかを調査した。筆者は明確な「日本人の死生観」を指し示すような事例に出会うことはなかったが、患者・家族が意思を決めようとする過程において、彼らの「日本人を日本人たらしめる」何かについて情報を得ることができた。日本人の死生観を示唆するものを列挙する。(1) 個としての判断より、家族の一員としての決断を尊重する。個人のアイデンティが薄いのではなく、日本の風土の中でそのようにならざるをえなかった。(2) 主語を明確にしない日本語。会議の中で一個人が発する言葉は、主語がないセンテンスは全員の総意として受け止められやすい。(3) リビングウィルの法制化といった強力な拘束を嫌う傾向がある。一神教のような、絶大な存在を信じるというより、多様な価値観のなかでの安定を求めている。(4) さよならの言葉で分かれる。つまり、斯く斯く然然益々の状況にあるなら、つまり「さようであるなら」、仕方ありません、お別れです。モンスーン気候のもと、台風のために一夜ですべてを失う喪失感。そして、その翌朝の晴れ渡った秋晴れ。このコントラストが日本人の忍耐・切り替えの速さに大きな影響を与えた。

今回、筆者は、主要なテーマが日本人の死生観であるため、論文形式を起承転結とした。論文にふさわしくないとの意見もあるが、日本人の死生観を論じる際、おそらく、曖昧な表現、多源的価値観、抒情・・・などの価値について触れることになろう。論理的思考を抜きにしたら、今回の報告の目的を達成できないが、はたして日本人の魂に関する「何か」をその論理で説明可能か危惧する。日本語には日本語の論理があると信じ、起承転結という和風の“論文”形式を採用した。

起

筆者は、介護・医療の現場において、日本人の死生観に関わる何かが、終末期にある患者がする意思決定に影響を与えていると経験から感じている。その何かとは何か。事例の一つ一つに真実があるとの前提のもとで、介護・医療現場で実際に患者が意思決定する場面に立ち会った経験のある医師・看護師・ケアマネージャーにインタビューし、調査した。

かつて 30 年間、筆者は内科医として終末期・臨死期にある患者達を診てきた。そして終末期医療の最終的な方針の決定にあたって、患者がまだ意思決定能力が保たれていながら、自らの意思を曖昧にして、家族に決定を委ねるような姿勢をとる姿をしばしば目撃してきた。それを当初は日本人に特有な死生観・「個よりも家族としての決定を尊重」する風習のようなものと漠然と考えてきた。このグローバル化して世界の一体化が進む現代、「日本人に特有」などという形容詞が果たして存在するのかと思いつつ、医療現場にいて、次の①～③の現実から、この「日本人に特有」な現実があることを認めざるを得なかった。

① 平成 19 年 5 月、厚生省は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を発表した。その中で、「終末期医療及びケアの方針決定は、患者の意思の確認ができる場合、専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし・・・」と明記した。このガイドラインの発表後、救急医療学会・脳神経外科学会もつづけて同様なガイドラインを作成した。筆者はこれを契機に、患者本人の意思が尊重され、患者本人が自らの意思を明確に主張する風潮・習慣が養われると予想した。しかし、医療の現場では、主治医の説明に多少の変化はある認められるが、患者本人には、明かな意識改革は認められなかった。

② 我が国の尊厳死法制化。尊厳死法は、1976 年米国カリフォルニア州において自然死法 (Natural Death Act) という名称で初めて成立し、その後、欧米では次々に法制化された。我が国は明治時代、近代国家をめざしてほとんどすべての分野で欧米の文化・文明と取り入れてきたが、こと尊厳死法制化という「死」に関わる領域においては、現代に至るまで、日本的な何かがその積極的な成立を止めている。尊厳死協会が議員立法によって近々の法制化を目指しているが、法制化賛成派と反対派間の論争は続いており、終息する兆しが無い。私は欧米に追従すべきだと主張しているのではなく、我が国に特殊事情があるに違いないと思っている。

③ WHO 憲章では、前文に有名は「健康」についての定義がある。1998 年、WHO 執行理事会は新しい提案をした。「Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.」つまり健康には spiritual という観点があり、人間の尊厳や生活の質を考えるために本質的なものだという理由から提案された。これを総会提案とすることが、執行理事会で賛成 22 反対 0 棄権 8 という圧倒的多数で採択され、大きく報道された。

しかし、その後、我が国では **spiritual** という概念が看護・医学教育にまったく見られない。医療の技術水準は世界の最高レベルにありながら、患者の満足度は低い。英誌 Economist の調査部門「エコノミスト・インテリジェンス・ユニット」は 2010 年、日本の Quality of Death は世界で 23 位だと発表。先進国で最下位だった。看護・医療で mental quality に触れない、否、触れさせないというこれも本邦の特殊事情があるに違いない。

「日本人に特有」なものの存在を認めつつ、介護・医療現場にある患者各人の個別性の中に、意思決定に際して何か共通したものを抽出できないか、これが今回の目的の一つだ。しかし、一言、現場と言っても、千差万別である。ある個人は、「個人の権利」を最優先にする視点、個別的・偶然的な現実的存在で考える。一方ある個人は、家族や介護・医療者が構成する「集合体としての了解」を求めて、普遍的・必然的な本質的意味まで検討する場合もある。いずれが妥当かなどという問いは、医療現場ではあまり意味をもたない。患者たち自身は決断できずに立ちつくしても病気は進行していく。今回、筆者は患者・家族・介護と医療関係者が下す終末期医療の決定プロセスが、妥当とか不適切であるなどとは関係なく、現実的な決断をしている実際の姿を知ること努める。個人がいかなる意思決定に至ったか、そのプロセス（個人の信念、こだわり、家族・介護・医療者からの働きかけへの本人の対応、・・・）を記録し、それらより、決断の背後や根底に見え隠れする日本人の死生観、日本人ならではの思考・・・等を明らかにしたい。

《対象》介護・医療現場の最前線で従事した経験のある主に訪問看護師（4 名、経験 22～30 年）・往診の医師（3 名、経験 25～35 年）・ケアマネージャー（23 名、経験 7～16 年）を対象にする。

《方法》面談での聞き取りをした。ヒアリングの時期は、2015 年 5 月～2016 年 2 月。ヒアリング時に留意すること・確認することを次に列挙する。

- (1) ある患者が、またその家族が、患者の終末期にあって今後の医療・看護・介護の方針を決めようとするとき、さまざまな状況が繰り広げられるが、総じて何か確固とした（あるいは何らかの根拠）にもとづいての決定をしているにちがいない。（かりに認知機能障害のために意思決定ができなくても、それも身体的な確固とした理由となる。）何が各人を最終的な決定に導くのか。何を最も重要なよりどころとなったか（宗教か、生きがい、価値基準になるものがあるか・・・等）を明らかにする。
- (2) 患者自身の意思が不明である場合、家族が代理をするが、この際、患者自身の希望が何であるかを尊重する考えに立ったか。立つことができなかつたなら、その原因は何か。
- (3) （本人・家族に対し）意思決定するように求められた時、家族の意思、介護者からの助言、主治医からの助言・・・等の中で最も尊重するのは誰からのものか。

尊重するとしたその理由は何か。

- (4) 本人・家族が意思決定を求められた時、決定を遅らせたい、決定したくない・・・等、そのような場面にいたくないと思ったこと・・・そのような様子が観察されたことはあるか。もしあるなら、その主たる原因は何か。意思決定を妨げるものがあるなら、それは何か。

承

50 症例のうち、25 例は終末期において自ら意思表示することなく、家族が代理人になった。10 例は明確に意思を提示し家族も同意した。10 例は・・・。サービス担当者会議で、本人・家族を交え担当医・看護師・ケアマネージャーなどが話すその会話内容そのものより、合意にいたるプロセスに、日本人の死生観に関係する「何か」を認めた。

医療・介護現場で実際に従事している医師・訪問看護師・ケアマネージャーに直接インタビューした。経験した直近の症例において、終末期における意思決定に日本人としての死生観を思わせるものに触れる機会があったか、情報収集した。

(表 1) 別紙

(表 2) 別紙

「本人が意思決定した」14 例の意思決定の状況を詳細に知ると、単にこれだけの表現だが、真に立体的で膨大な内容であることがわかる。明確な意思を表明した場合でも、本人個人が自身のことだけで決定していることは少ない。たとえば、ある患者(A) 意思を表明して、家族や友人・医師達からの返答を待っている、それからまた自分で考える。そのための見かけだけの明確な意思表示。ある患者(B) 自分の意思であるが、家族への多大な負担を避けるために延命を拒否した。しかし、家族に負担をかけたくないというのは、家族にとって受け入れがたい。それが本人には痛いほどわかるので、自身のみの判断であることを強調する。患者(C) 一見、明確で意思のぶれはない印象を受ける。しかし、本人は軽度認知症であった。家族に依存し、家族から言われるままに従順な生活をしてきた。終末期にあつて、本人は内心で家族に依存し家族の意向を察知しつつ、彼らの意思を自らの意思のごとく語った・・・・・・・・etc。

このように「本人の意思」をさまざまな事例をとおして考えると、私がこだわっていたこと、つまり「終末期に患者本人が発する意思は存在として大きい。なぜならそこにとても大切な何かが提示されるに違いない。」という確信があった。しかし、ここまで来

て気付かされたことは、「終末期に患者本人が発する意思は存在として大きい」と思うのは、あなたが一人で勝手に考えていることではということだ。それでは、どう先に議論をすすめるか？

ある高齢者 A がある意思表示をしたとしよう。家族 B に配慮して、「迷惑をかけたくない」という思いから、延命処置の一切を拒否した。家族には経済的余裕もあり、マンパワーも十分にある。看護・医療面からみたら、「生きながらえる可能性があるのに、そして人生でなすべき役割がまだあるのに、それを放棄している」印象を受ける。この時、A からの意思表示が、A のみの尊重によるのか、B が実質決定か、AB の融合したものかは、特に医師等の医療を施す側から見るとできるものなら確認したいと思う。しかし、介護・看護・医療は所詮、A, B からみれば部外者である。AB の関係に踏み込むことは、プライバシーに関わるとも言える。また AB からの意思表示の結果の責任をとれるのは AB であって、責任取れる人が、意思表示をし、その真意の説明をたとえ主治医にも口外する義務も責任もない。

では今回のこの研究を、これからいかにすすめるべきか。筆者はこう考える。我々は「何が最も標準的で模範的で推奨されるもので、何が避けるべきか、あってはいけないのもか？」という追及をしているのではない。また「何が各人を最終的な決定に導くのか。何を最も重要なよりどころとなったか」に問いにおいても、最終決定に特別な重要な意味があるとすれば、ただ時間的に人生の最終での決定ということだけである。その最終章での決定に、何を根拠にし、いかなるプロセスを経て決定にいたるのか。つまり、介護・看護・医療の実際に患者たちがいる空間で、患者の身体的な情報をもとにその方針を決定するだけでなく、生きる上での信条のようなもの、特に生まれながらに持つ「日本人の死生観」のようなものが実際に存在するのか、あるならどのように存在するのかを検討する、このことを目的にしたい。

転

各事例の中に個人の最終的意思決定の理由があるとみなしつつも、目を日本をとりまく風土や地球規模での民族的特質等を考えると、やはり日本人特有の spirituality があるように考えられる。これが人間の終末期にくだす意思に影響を与えないはずはない。

目を現場から総論的世界に向けてみよう。各論である介護・医療の各現場では、千差万別の状況があり、またそれぞれに真実な人間の姿がうかがい知れる。その多彩な現場であるが、通奏低音のような基調となるものに我々は明らかに規定されている。

たとえば、次の (i、ii、iii) ような出来事からそれを知ることが出来る。(i) 2011年3月11日に発生した東日本大震災は、死者・行方不明者2万5000人以上という大惨禍をもたらした。この時に見せた、被災者たちの行動は、世界中から称賛と

感動の嵐を巻き起こした。諸外国では、先進国・途上国を問わず、自然災害の後には暴動や略奪が大量発生し、社会が無秩序化するのが通例である。ところが、日本では、そういった犯罪が全く起きなかったのだ。むしろ、日本人は平時以上に冷静に行動し、「助け合いの精神」を発揮した。日本人からみれば、ごく当たり前のことながら、諸外国から見ると奇異な現象に見えるのだろう。(ii) 関東大震災発生の数日前に日本の横浜に着いたドイツ人のカトリック宣教師のヘルマン・ホイベルスの報告である。大きな揺れを感じ、「アアこれが地震か、なるほど」と思っていた。しかし、部屋に入ってきた先輩牧師の顔が真っ青になっているのを見て、「これは大変だ」と初めて知った。その晩、ホイベルスの宿舎の前を、大八車に荷物を積み、また荷物を担いだ、被災民の群れが黙々と通っていった。嘆きの中にあっても、わめくことなく冷静に静かに通っていく多くの人々を見て、ホイベルスは、日本人に好感を抱くようになったと書いている。(iii) 私の友人で、アメリカのキリスト教会に長年務めた牧師がいる。彼がこう話してくれた、「英語で話す時、ストレートに聴衆にむかって語ることが出来る。しかし、同じ内容を日本語で伝えるとき、・・・した方がいいと思うのですがいかがでしょうか、のような曖昧な表現になる。そのようが日本人にはすんなりと受け入れられる。」

(i、ii) の現象について、筆者は考えた。日本は、四つのプレート（北米プレート、ユーラシアプレート、太平洋プレート、フィリピン海プレート）の上に位置しており、太古から地震や津波に見舞われてきた。しかし、国土の約 7-8 割は森林であり、周囲には豊富な漁場がある。山の幸、海の幸に恵まれ、人口扶養能力は極めて高かったと考えられる。そこで、多くの人々を狭い平地で住まわせることになるが、大昔から、秋の収穫前に台風のために一日で全滅したり、一晩で村が火事で全滅する・・・など、繰り返してきたに違いない。冬に備えるべき稲作が全滅し、途方に暮れる。村人のほぼ、全員がうなだれている。しかし、村人には希望があったに違いない。一部の住人や隣接する村が僅かな収穫を分かち合う習慣があっただろう。かならず助けがあるという確信があるからこそ、「待つ」、「耐える」ことができた。待ちさえすれば、助けが必ずある、この一種の信仰のようなある種の自信が東日本大震災にも見られたのだろう。もし隣接の村も全滅なら、同じ村人同士で互いに身を寄せ合って苦難に耐えようとした。この台風一過で、日本人を日本人らしくさせるのは、翌日の目の覚めるような青空と心地よいそよ風だったのではないか。これが、迅速な切り替え、復興の早さをもたらす日本人の気質になったと推察する。つまり、日本人の品格などと表現すると何かが抜け落ちてしまう。司馬遼太郎風に言うなら、「日本人の痛々しいまでの忍耐強さと落ち着きや助け合いの精神は、太古から繰り返された自然災害によって必然的にそうならざるを得なかったに違いない。」

和辻哲郎は「風土——人間学的考察」の中で、気候風土によるわが民族の性質を解説している。「人の存在は歴史的・風土的な特殊構造を持っており、モンスーン地域における人間の存在の仕方をモンスーン的と名付けた。日本人のその特殊な存在の仕方におい

てはまさにモンスーンの、すなわち受容的・忍従的である。大洋のただ中において吸い上げられた豊富な水を真正面から浴びせられるという点において外国のモンスーン地域と共通であるとしても、その水は一方においては「台風」というごとき季節的ではあっても突発的な、従ってその弁証法的な性格とその猛烈さにおいて世界に比類なき形を取り、他方においてはその積雪量において世界にまれな大雪の形を取る。温帯的なものは総じて何ほどかの程度において両者を含むのではあるが、しかしかくまで顕著にこの二重生活を顕すものは、日本の風土を除いてどこにも見いだされない。・・・だから台風が季節的でありつつ突発的であるという二重性格は、人間の生活自身の二重性格にほかならぬ。豊富な湿気が人間に食物を恵むとともに、同時に暴風や洪水として人間を脅かすというモンスーンの風土の、従って人間の受容的・忍従的な存在の仕方の二重性格の上に、ここにはさらに熱帯的・寒帯的・季節的・突発的というごとき特殊な二重性格が加わってくるのである。・・・モンスーン的な受容性は日本の人間においてきわめて特殊な形態を取る。第一にそれは熱帯的・寒帯的である。・・・四季おりおりの季節の変化が著しいように、日本の人間の受容性は調子の早い移り変わりを要求する。・・・変化の各瞬間に突発性を含みつつ前の感情に規定せられた他の感情に転化するのである。あたかも季節的に吹く台風が突発的な猛烈さを持っているように、感情もまた一から他へ移るとき、予期せざる突発的な猛烈さにおいて現れた。それは執拗に持続する感情の強さではなくして、野分のように吹き去る猛烈さである。だからそれはしばしば執拗な争闘を伴わずして社会を全面的に変革するというごとき特殊な歴史的現象さえ作り出している。さらにそれは感情の昂揚を非常に尊びながらも執拗を忌みという日本的な気質を作り出した。」

(iii) について。同様なことは、複数の外国語を流暢に話す人達が話している。★。言語のもたらす力とコメントするなら、その以前に解決しなければならないテーマがある。それは、言語とはどのように発生したかという言語の発生学だ。その風土なら、このような言語がいい等と言いつつ、言語の文法や語彙を増やしたとは考えにくい。言語のその民族に与える影響にていては、少なからざる言語学者が報告しているというに留めたい。

結

個々の介護・医療現場で、インタビューで注意しつつ、これが「日本人の死生観か」と気付かされる明確なものはない。ただ、各現場の状況を観察し、意思決定のベースになっていると思われる日本人らしさに気付かされた。それは、日本の風土とそれに培われた魂、そして日本語という言語であり、これらが日本人を日本人足らしめるものと考えられた。

日本人の死生観とは・・・と断定できるような、明文化できる何かを見出すことはなかった。ただ、家族が本人にかわり意思表示される時、家族には明らかに「自分が本人にかわり、介護・医療の処遇を決定できる立場にある」という確信に似た思いがある。その発生源こそ、今回の追及していたものであった。

たとえば筆者が経験した1例だが、父親が癌のために終末期にあり、全身転移のために激痛と呼吸困難の状態にあった。意思決定能力はなかった。そこで家族は本人の立場に立つことを勧められながら、点滴・延命処置などの処置を医療者に依頼した。この時、家族は父親が辛い状況にあっても、家族の一員である子供が父にかわって意思を主張し、延命のための処置を依頼をした。主治医からみて、明らかに本人の意思という発言はなく、「自分たち家族のために生きて」と願う幼い子供のように見えた。ここまで、子供が願い出ることが出来る理由は何か？家族としての一体感があり、それを失いたくないためか？父親は家族のために犠牲になっていいという思いか？本人の辛さはともかく、家族として生きることを優先にしてほしいという願いか？・・・等など。

発生源として、私は2つのものを上げる。

- (1) 主語を明確にしなくても、会話が通じる日本語。中国語などの他の言語でも主語の省略ができる。分からない時は「誰が？」と聞く。また、SVOの方が論理的だとか言われるが、言語の形式なんて論理性とかの意味とは関係がない。主語の省略などを日本語だけの稀な特徴だと結論づけるためには、統計学的に有意な数の言語データを取り、多くの日本語以外の言語が同じ特徴を持たないことを証明しない限り、断言できない。しかし、日本人が主語を省略して話す際、話し手と聞く側間で相互理解は特別なものになると考える。たとえば介護保険でいうところのサービス担当者会議などで、終末期にある患者のその後の処置について確認する目的で、担当医が「さあ、認知症があるので、積極的な治療は控えた方がいいのでは・・・」と口にしたとしよう。このとき、担当医のこの発言には主語が明確ではない。これを耳にした者は、会話のながれや文脈の中で担当医の個人的なコメントか、医療に従事する医師としての一般論か、・・・など等を各人が各人のやり方で瞬時に取捨選択する。しばしば主語の明確にしない会話では、自ずとそこで形成される集合体として考えているかのような錯覚を持つのだろう。日本の風土とこれによって培われた魂。「さようなら」の接尾語（さようであるならば）で分かれるのは、日本語だけらしい。これも日本の風土からもたらされた無常観の現れではないか。
- (2) 終末期、日本人の多くが「これまで長期間を費やして治療に専念してきた。しかし、癌の進行を止めるまではいかなかった。そうであるなら・・・」と現実を受け入れることだろう。台風の後、収穫間際の田畑が一夜のうちに消失し、呆然となりつつも、二本足でしっかりと立ち、後片付けに励む先祖の胸の内にある思いと同じではないか。さらに東日本大震災のグリーフケアにかかわった経験者から聞いた話を引用する。

「震災で残された家族は亡き家族のために祈る。それは、死者の魂が救われるとか、亡き家族が平安でありますようにと祈るのでなく、死者が存在し、残された自分と交流することを実感したい、その本人の悲しみを私も共にしたいのだそうだ。」それは、「この世に自分が生かされて残ったが、自分がここにいていいのかな・・・」と思うからだそうだ。おそらく生前、残された者の家族としての一体感や、家族がみな集まった集合体としての存在が忘れられないための一種の **reaction** だろう。こういう世界こそが、日本人の信仰と言われるものかもしれない。WHO が 1998 年、健康の定義の変更を提起したが、そこにある「spiritual においても well being である」ことの解釈をなぜか厚生省をはじめ内科学会や看護学会は明確にしてこなかった。これは、死や別れをそのまま受け入れようとする日本人にとって、それが well being であるとは到底受け入れられないためかもしれない。

(3) 明確な意思を示すことなく亡くなった 14 名に見られる日本人の委ねる行為。我が国の介護・医療現場で認められる最も多い本人の意思決定様式は、自ら病状の悪化傾向はいとわず、自らへの処遇を家族にゆだねることだ。意思をもってゆだねるのでなく、「あいまいなまま」自分自身を閉じていくのである。・・・そうする理由は、次のようなものがある。① 家族にまかせておくのが BEST だと信じている。否、そういうものだとして受け入れている。② 病状が悪化傾向でも、先を楽観している。「皆がきっときちんとしてくれる」と信じている。③ 自らの意思を不明にすることで、家族がかわりにしてくれる、それにより家族を信頼している意思表示になる。④ みずからの意思を残すことは、家族を窮屈にさせるとも感じている。⑤ 老いては子に従えを実践している。⑥ 日本人としてもっともきらうのは、自分が村八分になること。村つまり、集合体からの離脱を恐れる心理がある・・・など等。

筆者の疑問を示して、この報告を締めくくりたい。終末期医療の決定プロセスにおいて、何が患者本人の最終的な決定に導くのかと考えたとき、さまざまな疑問に我々は襲われる。たとえば、「最終的な決定」とは、患者の場合、生命が活動を停止する時間的な制約があり、そのタイムリミットをもって「最終的」とするか？ それとも、その患者個人の最も豊かな資質を保持していた頃の姿を示すということになるのか？ 別の言い方をすれば・・・人格の成長とは、常に右肩上がりの発展とは言えない。アルツハイマー病や脳卒中により中枢機能が低下した場合に、それでもそこそこの中枢機能をもって思考し判断することができるなら、それがその患者の意思といえるか？

謝辞 今回の研究に対し、財団法人在宅医療助成勇美記念財団より助成を頂いたことに深謝致します。

表 1

事例	年齢	性別	意思決定の状況
1	64	F	家族に一任 軽度認知機能障害の時期にあった。自らの理解力の低下を理解し、家族にゆだねた。
2	92	M	本人に決定能力なし。家族が代わって決定。健常な時から意思は明確。
3	94	F	自己決定
4	98	F	家族の意思。高度な認知機能障害にあった。
5	92	F	家族が決定。本人に決定能力なし。しかし、健常な時から意思は明確であり、家族が本人の意思を推測。
6	45	M	分類不能。自ら決定したように見えつつ、友人からのすすめで決定。しかし、数日後には意思が曖昧。
7	68	F	自己決定
8	86	F	家族の意思。高度な認知機能障害にあった。
9	65	M	自己決定・・・家族には配慮
10	50	M	自己決定。SeiQOL 不明。
11	90	F	自己決定
12	48	M	生きたかった。意思に反し、病が悪化。
13	45	F	家族が決定。本人は認知機能が低下。
14	102	M	家族が代理決定。高齢になり、すべてが介護されていた。認知障害はなかった。信頼する家族にゆだね一任。
15	98	F	自己決定。自らの意思を家族にも説明し、終末期は家族が本人に意思を代弁。
16	80	F	家族に一任。本人は娘に配慮し、娘の考えを尊重した。 おそらく内心、強い意志を持ちつつ、同期することを期待し娘に委ねた。
17	82	M	家族の意思。本人の意思は不明。本人の意思や生きる信条などより、身体的要素が主体。
18	40	F	自己決定
19	45	M	本人・家族による合議で決定。しかし、医師からみて、実質は家族からの誘導があり、それを察知した本人が同意。実質は家族。
20	88	F	自己決定・・・本人が家族に配慮した様子であった。 (結局のところ、本人の意思はわからないまま)
21	88	M	家族の意思。高度な認知機能障害にあった。
22	89	M	家族が代理。本人に意思決定能力なし。
23	45	F	自己決定
24	88	M	大方は本人が意思決定。しかし、細部は思考混迷。
25	82	M	すべて、自らの意思決定。
26	78	F	本人に決定能力なし。家族が代わって決定。健常な時から意思不明。
27	52	M	自己決定。SeiQOL 不明。
28	92	M	家族が代理で決定。 高度な認知症にあった。
29	62	M	自己決定。しかし、妻に操作されつつ、見かけ上は自己決定
30	84	M	自己決定。家族や知人への配慮なし。戦友に会わず顔がないといいつつ。

年齢	性別	意思決定の様子
94	F	特に明確な説明ないまま、自己決定。 特定の宗教(-)、生きる信条の吐露(-)、
68	F	自己決定能力をもち、明確な意思表示をした。家族は同意。戦前にキリスト教会で洗礼をうけ、クリスチャン。
65	M	自己決定能力をもち、明確な意思表示をした。おそらく家族に配慮した。多くを語らない性格であり、心底何を思っていたか、不明。
50	M	自己決定能力をもち、明確な意思表示をした。多くを語らない性格であり、心底何を思っていたか、不明。
90	F	自己決定能力をもち、明確な意思表示をした。まったく身寄りなし。クリスチャン。
98	F	自身で決め、LW はなかったが、彼女の生活すべてが家族をして「尊厳死を選ぶにちがいない」と言わしめるものだった。
40	F	若くして癌の末期にあり、死を理解し受け入れた。信仰宗教(-)、明確な生きる信条(-)。家族に支えられ、家族を尊重した。
88	F	高齢でも意思決定能力をもち、明確な意思表示をした。家族を説得し、みずからの意思を貫いた。人工透析を拒否。その理由は？
45	F	自己決定能力をもち、明確に人工呼吸器をつけるという意思表示をした。俳句作りが生きがい。句仲間と自らの創作がまだ可能。
88	M	ALS の終末期にありながら、呼吸器装着は拒否。最期まで苦しさを除いてほしいとねがったが、モルヒネは拒否。心底は？
82	M	すべて、自らの意思決定。家族も同意。本人の元気な時からの、誠実な人柄がすべて本人の意思尊重に働いた。
52	M	自己決定能力をもち、明確な意思表示をした。多くを語らず、心底何を思っていたか、不明。
62	M	自己決定。しかし、妻に操作されつつ、見かけ上は自己決定。もとラガーマンで、多くの友人に支えられる最期を希望。
84	M	癌の終末期、すべての緩和ケアを拒否。「戦友は断末魔で死んだ、自分だけ楽しんで死ねない」。彼の末期を支えたのは、戦友？！