

## 終末期医療に関する態度とパーソナリティ

北村俊則  
森田敏子  
坂梨京子

### I. 背景

#### (1) 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についての議論は、患者と家族のみならず死に関与する者の人生観や死生観、医療観や看護観等によって関与の状況が賛成・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)。このなかには治療を開始しない (withholding of treatment)、いったん開始した治療を中止する (withdrawing of treatment)、医師による自殺幫助 (physician-assisted suicide: PAS)、安楽死 (euthanasia) が含まれる。しかし、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、一定の結論はでていない。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 (Folker, Holtug, Jensen, Kappel, Nielsen, & Norup, 1996; Fried, Stein, O'Sullivan, Brock, & Novack, 1993; Parpa, Mystakidou, Tsilika, et al., 2006)。また、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 (Hope, 2004)。ところで、人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。例えば、withholding of treatment, withdrawing of treatment, physician-assisted suicide, euthanasia は倫理的に見れば (患者の自律的決定である限り) 同一の行為と考える研究者も多い (例: Hope, 2004) が、心情的には異なるものであろう。それぞれの行為に対する賛否の比率が同じ対象集団内で大きく異なることはこのことの表れであろう。終末期医療におけるこれら行為の可否に関する研究は、記述的研究や倫理理論からの議論は多いが、心情部分に触れた研究は少ない。

本研究の最大の関心事は、どのような個人的特性が、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。個人的特性に関する新たな発見は、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る。そこで我々は、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、道徳感情、死生観、パーソナリティを取り上げ、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研究計画を立案した。本報告はこのうちパーソナリティの傾向が、意識のない患者に対する終末期医療の是非判断に与える影響に関する部分の報告である。意識のない患者事例のみを扱うため PAS についてはこれ以降、言及しない。

## (2) 終末期における行為、自己決定、パーソナリティの観点からみた態度の仮説

### 1) 終末期医療におけるさまざまな行為

ところで withholding of treatment, withdrawing of treatment, euthanasia などを一括した表現をしてきたが、これらは同一のものと考えるべきか、あるいは個別のものと考えられるであろうか。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(例: Hope, 2004)。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。Withdrawing of treatment に比べ、withholding of treatment に対する賛成率がやや高いと報告されている (Fried, Stein, O'Sullivan, Brock, & Novack, 1993)。また euthanasia に比較すると withholding of treatment や withdrawing of treatment 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, Pistevou-Gombaki, Galanos, & Vlahos, 2006)。従って、日本の集団において、患者の死を容認する意見(本研究では「死亡容認態度」と呼ぶ)は euthanasia, withdrawing of treatment, withholding of treatment の順に上昇してゆくと予測できる【仮説1】。

### 2) 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。患者の自己決定権の尊重が受け入れられてきた社会において、(A)「死亡容認態度」は患者の希望がない事例より患者の希望がある事例において高い【仮説2A】、(B)「死亡容認態度」は家族の希望がない事例より家族の希望がある事例において高い【仮説2B】、と予想される。

### 3) パーソナリティ

パーソナリティに関して、Cloninger ら (Cloninger, 1997; Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993; Cloninger, Przybeck, Svrakic, & Wetzel, 1994) 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 の4次元と性格 character の3次元に分けて考え、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。性格は自己概念の成熟とともに発展する。Cloninger et al. (1993, 1994) は、そこから精神疾患との関連を推測している。

気質には、(a) 新規追求 (Novelty Seeking: NS) = 行動上の触発、探究心、衝動、浪費、

無秩序, (b) 損害回避 (Harm Avoidance: HA) = 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: RD) = 感傷, 愛着, 依存, (d) 持続 (Persistence: P) = 固着, 固執, 持続, がある。一方, 性格には, (a) 自己志向性 (Self-Directedness: SD) = 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 (Cooperativeness: C) = 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: ST) = 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る。自己志向性は, 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である。瞑想や祈りによってこころの満足感や幸福感を感じ取る能力ともいえる。こうした3種類の性格の特性は発達経過と共に発生し, 成熟 (特に SD と C) するものと考えられている (Cloninger & Svrakic, 1997; Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993)。こうしたパーソナリティ傾向を評価する尺度として Temperament and Character Inventory (TCI; Cloninger et al., 1993; Kijima, Tanaka, Suzuki, Higuchi, & Kitamura, 2000) が開発された。

これまでの TCI を用いた研究から, 性格の項目, 特に SD と C が低いほどパーソナリティ障害の症状が強く, 一方, 気質のパターンがパーソナリティ障害の亜型分類を予測することが知られている (Joyce, McKenzie, Luty, Mulder, Carter, Sullivan, & Cloninger, 2003; Joyce, Mulder, Luty, McKenzie, Sullivan, & Cloninger, 2003; Svrakic, Draganic, Hill, Bayon, Przybeck, & Cloninger, 2002)。さらに, 抑うつ症状や不安症状あるいは気分障害や不安障害を有するものは SD 得点が低いことが数多く報告されており (Cloninger, Bayon, & Svrakic, 1998; Josefsson, Larsson, Sydsjö, & Nylander, 2007; Kimura, Sato, Takahashi, Narita, Hirano & Goto, 2000; Richter, Eisemann, & Richter, 2000; Marijnissen, Tuinier, Sijben, & Verhoeven, 2002; Matsudaira & Kitamura, 2006; Tanaka, Kijima, & Kitamura, 1997), SD の低いものほど継時的に追跡すると抑うつが出現すること (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 2006; Naito, Kijima, & Kitamura, 2000) も知られている。

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, SD が強いほどその決定を尊重しようとするであろう【仮説3A】。また, C 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【仮説3B】。さらに, ST 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【仮説3C】。

## II. 対象と方法

### (1) 対象

学生の講義, 連続する一般講演会などの際に, 趣旨説明を行い, アンケートを配布した。

比較的長いアンケートであるためいったん持ち帰り、記入した上で、料金受取人払封筒にて研究者に直接返送するよう依頼した。

回答は 100 名から得られた。性差は極端に女性に高く、女性 92 名、男性 5 名、性別未回答 3 名であった。これは職業からも分かることで、医学生 5 名、看護学生 5 名、その他の学生 19 名、医師 2 名、看護職 53 名、その他の職業 10 名、職業不明 6 名と、看護職が大半を占めていた。年齢は 19 歳から 76 歳で、その平均（標準偏差）は 36.0 (12.4) 歳であった。年齢に男女差はなかった。

## （２）評価方法

### １）事例

終末期医療で問題になる withholding of treatment, withdrawing of treatment, euthanasia に該当する架空事例を作成した。事例の基本骨格は以下の通りである。

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が、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。

その上で、担当医が (1) 治療の開始時点で人工呼吸器を付けるべきか否か、(2) いったん装着した人工呼吸器を取り外すべきか否か、(3) 致死量の薬物を投与すべきか否かを問う事例 (3 事例) を準備し、さらに各事例を (1) 患者も家族も人工呼吸器の装着・継続を希望する場合、(2) 患者は希望するが家族は希望しない (= 患者の早期の死を望む) 場合、(3) 患者は希望しない (= 自身の早期の死を望む) が家族は希望する場合、(4) 患者も家族も希望しない (= 患者自身の早期の死を望む) 場合の 4 パターンを作った。従って、総計 12 事例を準備した。

回答選択肢は 5 件法とした。治療開始時点での人工呼吸器の取り付けについては、1 = 絶対；開始すべき；2 = どちらかというところ開始すべき；3 = どちらともいえない；4 = どちらかというところ開始してはいけない；5 = 絶対開始してはいけない、いったん装着した人工呼吸器を取り外すかについては、1 = 絶対取り外してはいけない；2 = どちらかというところ取り外してはいけない；3 = どちらともいえない；4 = どちらかというところ取り外すべき；5 = 絶対取り外すべき、致死量の薬物を投与すべきかについては、1 = 絶対してはいけない；

2 = どちらかというとしてはいけない; 3 = どちらともいえない; 4 = どちらかというと投与して死なせるべき; 5 = 絶対投与して死なせるべき, というアンカーポイントを用意した。従って, 得点が高いほど「死亡容認態度」が強い。

## 2) パーソナリティ

上記の TCI を用いて参加者の気質と性質を評価した。全 130 項目で各項目は 4 件法で採点した。

## 3) 人口統計学的指標

年齢, 性別, 職業について調査した。

### (3) 倫理的配慮と個人情報取り扱い

本研究は, 熊本大学外学院医学薬学研究部倫理委員会の審査により承認を受けた上で実施した。対象者に研究を依頼する際は, 研究への協力あるいは不参加は, 自由意思で決められること, 参加しない場合でも不利益を被ることはないこと, 回答の途中であっても辞められることを説明し, 文書で同意を得て行った。

### (4) 統計解析

本研究は 100 名の参加者が 12 事例のそれぞれについて「死亡容認態度」を回答しているので, 1 回答を 1 例として計算した。

## III. 結果

### (1) 仮説 1

死亡容認態度得点の平均(標準偏差)は withholding 3.0 (1.3) withdrawal 2.8 (1.2) euthanasia 1.1 (0.6) と, 一元配置分散分析で有意の群間差を認め ( $F(2, 1158) = 83.0, P < .001$ ), Bonferroni post hoc comparison では 3 者それぞれの間の差が有意であった。仮説 1 は指示された。

次に職種による死亡容認態度得点をこれも一元配置分散分析で見ると, その平均(標準偏差)は医師 1.8 (1.0), 看護職 2.4 (1.3), 医学生 2.6 (1.4), 他の職業 2.7 (1.1), 看護学生 2.8 (1.2), 他の学生 3.0 (1.3) の順で上昇していた。医師と看護職という臨床現場にいるものが学生など臨床業務に従事しない者より死亡容認態度得点が低いことから, 以降は医療職とその他に分けて解析した。

### (2) 仮説 2

患者が早期の死を希望しない事例 (mean = 2.03; SD = 1.0) に比べ患者が早期の死を希望する事例 (mean = 3.1; SD = 1.3) での死亡容認態度得点は有意 ( $t = 15.4; P < .001$ ) に高かった。また, 患者家族が患者の早期の死を希望しない事例 (mean = 2.2; SD = 1.1) に比べ患

者家族が患者の早期の死を希望する事例 (mean = 3.0; SD = 1.3) での死亡容認態度得点も有意 ( $t = 11.3; P < .001$ ) に高かった。なお、患者の希望の有無と家族の希望の有無の間には死亡容認態度得点に関する交互作用は認められなかった。従って仮説 2 も検証された。

### (3) 仮説 3

死亡容認態度得点、年齢、性差、職業、事例、患者希望、家族希望に加えて TCI で測定したパーソナリティの 7 下位度の相互の相関並びに各項目の平均値と標準偏差を表 1 に示した。年齢が若いほど、女性ほど、非医療職ほど、事例が withholding に近いほど、患者・家族の希望があるほど、HA が高いほど、SD と C が低いほど、死亡容認態度が有意に高い傾向を示した。

そこで、死亡容認態度を基準変数とし、他を説明変数とした重回帰分析を実行した。説明変数の投入は、(1) 人口統計学指標 (年齢、性差)、(2) 職業差、(3) 事例の特徴、(4) 患者・家族の希望、(5) パーソナリティ、(6) 交互作用項目 の順に強制投入を行った (表 2)。その結果、まず年齢が若いほど、非医療職であるほど、事例が withholding に近いほど、患者・家族の希望があるほど死亡容認態度が有意に高いことが確認できた。次にパーソナリティに関して、SD が低いほど死亡容認態度が有意に高いことが明らかとなった。加えて、P が低いことと NS が低いことがわずかではあるが死亡容認態度を予測していた。

パーソナリティのなかで SD と P が死亡容認態度を予測していたことから、この 2 変数と患者・家族の希望および事例の特徴の間に交互作用があるかを最終ステップで投入した。その結果、事例と SD、職種と SD の間で明らかな交互作用を見出した。SD の平均値で区切った高値群と低値群に分けると、死亡容認態度得点は、Euthanasia 事例では低 SD 群 2.3 (1.2)、高 SD 群 1.6 (0.9)、Withdrawal 事例では、低 SD 群 2.9 (1.2)、高 SD 群 2.6 (1.3)、Withholding 事例では、低 SD 群 3.0 (1.3)、高 SD 群 3.0 (1.3) であった。すなわち、withholding 事例での死亡容認度は SD に影響されないが、euthanasia 事例では低 SD の者の方が死亡を容認する傾向が強くなる。一方、職種でみると、死亡容認態度得点は非医療職では、低 SD 群 2.9 (1.5)、高 SD 群 2.2 (1.3)、医療職では低 SD 群 2.8 (1.1)、高 SD 群 2.8 (1.5) であった。すなわち、医療職の者では SD は死亡容認度に影響しないが、非医療職の者では低 SD の者の方が死亡を容認する傾向が強くなる。

この結果は仮説 3 を否定するものであった。また、重回帰分析における説明できる分散の増加がもっとも大きいステップが、患者・家族の希望 ( $R^2$  増加 .27) と事例の特徴 ( $R^2$  増加 .12) であり、両者で分散の約 40 % を説明していた。これに比べると後段で投入されたパーソナリティの説明力は弱かった。

## IV. 考察

今回の調査結果からは、仮説 1 と仮説 2 については、それが実証的に支持されたが、仮

説3は却下された。生命倫理において autonomy は最も重要な概念であり、20世紀において医療における患者の権利がインフォームド・コンセントという手段を用いて広く認められるようになった理論的裏づけであった。自律性を持った個人は自己の人生の目的を明確に認識し、自己の責任と権限を理解し、それを基に臨機応変に人生のストレスフルな変化に対処・適応してゆく力量を有し、自分の限界についても正しい認識を持っている人間である。こうした自律のプロトタイプは、まさにパーソナリティの中で自己志向性に反映されている。パーソナリティ障害ではSDが低く、SDが低いほどうつ病が多いことも、自律と自己志向性が表裏の事柄であることの傍証になる。一方、終末期医療で患者がそれを望めば、治療を開始しない、いったん開始した治療を中止する、安楽死を行うことは患者の自律的自己決定を尊重すると考えることができるから、そうした行為を是認する態度も事項志向性に裏打ちされていると我々は仮定したのである。

得られた結果は全く逆方向であり、SDの高い者ほど患者の死を早める行為に慎重な意見を有していた。低いSDと死亡容認態度の関連は、安楽死事例で顕著であったように、刑事罰に該当する可能性があるような事例においてSDがより慎重な方向に誘導する、いわばブレーキを踏むような判断をするようにさせるのであろう。また低い自己志向性と死亡容認態度の関連が医療職の者で薄くなっているのは、卒前・卒後の教育による影響であるかもしれない。また、表2のステップ6から明らかなように、SDの高低は患者の希望を尊重する程度に影響していない。

生命の価値は生きているからこそ確認できるものであり、その中ではSDの高さと患者の自己決定を尊重する態度は関連するのかもしれない。今回の調査は終末期医療の事例を扱ったが、今後はそれ以外の医療場面を設定した同様の研究を行うべきであろう。一方、生命を（通常の医療行為をした場合より）早く終結させる行為については、自己志向性の強いものほど臨機応変に他に患者の生命の質を維持する手法を模索するのかもしれない。あるいは、SDの高いものは、自分の人生の価値を明確に認識しているだけ他者のそれも認識する力があり、そのことが患者の生命を極力守る方向の態度を取らせているのかもしれない。一方、SDが低いものは「患者が望めば死も許される」という短絡的認識を取るのであろうと推察される。自殺企図者のSDが低いという従来の報告から推論すれば、自らの生命の価値を重く受け止めないからこそ、他者（患者）の生命も同様に捉えるのであろう。「生きることの自己決定権」と「死を選ぶ自己決定権」は異なるものとして認識しなければならず、今回の所見はこうした見解を示唆するものである。

最後に、本研究の限界についても触れなければならない。まず参加者が無作為抽出の一般人口ではなくその数も少ないことが指摘される。参加者が看護職に偏ったことも注意せねばならない。次に、ひとつの事例設定であるため、臨床像が異なれば、異なる所見が得られたかもしれない。また、臨床の現場で発生した状況においては、事例で示した判断とは異なる態度を示す可能性もあろう。各医療行為の賛否へのパーソナリティ傾向の影響は、有意ではあるが僅かであった。この点からも結論を出すのには慎重でなければならない。

## V. 結論

治療を開始しない (withholding of treatment), いったん開始した治療を中止する (withdrawing of treatment), 安楽死 (euthanasia) を含む終末期医療において患者の死のスタイルに関する賛否の態度は, その者のパーソナリティで規定されるという仮説を検証すべく, 仮想の 12 事例を提示し, 上記 3 つの医療行為の可否を 5 件法で問うアンケート調査を 100 人の被検者に実施した。

予想通り, 患者の死を容認する意見 (「死亡容認態度」) は, euthanasia, withdrawing of treatment, withholding of treatment の順に上昇した。「死亡容認態度」は, 患者あるいは家族の希望がない事例より希望が表明されている事例において高かった。また, 非医療職のものより医療職の者は患者を死に導く行為に反対の態度を示していた。

パーソナリティのうち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り, 性格は自己概念の成熟とともに発展するといわれている。そこから, 自己志向が強いほど患者の決定を尊重し, 協調性が強いほど患者家族の希望に配慮する傾向が強く, 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と想定した。しかし, 年齢, 性別, 職業差, 事例の特徴を統制した後, 性格のうち自己志向性 (Self-Directedness) と気質の持続 (Persistence) が低いほど死亡容認態度が強かった。低い自己志向性と死亡容認態度の関連は安楽死事例で, また非医療職の者でより顕著であった。

終末期医療において患者の死を誘導する行為を容認する態度の背景には, 僅かに一部にその者のパーソナリティ未熟さが存在することが推定できた。

## VI. 文献

- Baumrucker, S. J. (2006). Amyotrophic lateral sclerosis and physician assisted suicide. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 23, 332-337.
- 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.
- Brassington, I. (2006). Killing people: What Kant could have said about suicide and euthanasia but did not. *Journal of Medical Ethics*, 32, 571-574.
- 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., Bayon, C., & Svrakic, D. M. (1998). Measure of temperament and character in mood disorders: A model of fundamental states as personality types. *Journal of Affective Disorders*, 51, 21-32.



- Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (1997). Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry*, *60*, 120-141.
- 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., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (2006). Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *Journal of Affective Disorders*, *92*, 35-44.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Hope, T. (2004). *Medical ethics: A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Josefsson, A., Larsson, C., Sydsjö, G., & Nylander, P.O. (2007). Temperament and character in women with postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, *10*, 3-7.
- Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Mulder, R. T., Carter, J. D., Sullivan, P. F., & Cloninger, R. C. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*, 756-764.
- Joyce, P. R., Mulder, R. T., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Sullivan, P. F., & Cloninger, R. C. (2003). Borderline personality disorder in major depression: Symptomatology, treatment, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Comprehensive Psychiatry*, *44*, 35-43.
- 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.
- Kimura, S., Sato, T., Takahashi, T., Narita, T., Hirano, S., & Goto, M. (2000). Typus melancholicus and the Temperament and Character Inventory personality dimensions in patients with major depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *54*, 181-189.
- Marijnissen, G., Tuinier, S., Sijben, A. E. S., & Verhoeven, W. M. A. (2002). The temperament and character inventory in major depression. *Journal of Affective Disorders*, *70*, 219-223.
- Matsudaira, T., & Kitamura, T. (2006). Personality traits as risk factors of depression and anxiety

- among Japanese students. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 97-109.
- Naito, M., Kijima, N., & Kitamura, T. (2000). Temperament and Character Inventory (TCI) as predictors of depression among Japanese college students. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1579-1585.
- Parpa, E., Mystakidou, K., Tsilika, E., Sakkas, P., Patiraki, E., Pistevou-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.
- Richter, J., Eisemann, M., & Richter, G. (2000). Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 250, 40-47.
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 189-195.
- Tanaka, E., Kijima, N., & Kitamura, T. (1997). Correlations between the Temperament and Character Inventory and the self-rating depression scale among Japanese students. *Psychological Reports*, 80, 251-254.

表 1. 死亡容認態度とその説明変数の平均, 標準偏差, 相互の相関

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1: 死亡容認態度	---													
2: 年齢	-.17 ***	---												
3: 性差 (1: 男性 ; 2: 女性)	.06 *	-.17 ***	---											
4: 職業 (1: 非医療職; 2: 医療職)	-.17 ***	.58 ***	-.02	---										
5: 事例 (1: euthanasia; 2: withdrawal; 3: withholding)	.34 ***	.00	.00	.00	---									
6: 患者希望 (0: なし; 1: あり)	.41 ***	.00	.00	.00	.00	---								
7: 家族希望(0: なし; 1: あり)	.31 ***	.00	.00	.00	.00	.00	---							
8: NS	.06	-.29 ***	-.03	-.23 ***	.00	.00	.00	---						
9: HA	.09 **	-.36 ***	-.01	-.28 ***	.00	.00	.00	-.22 ***	---					
10: RD	.01	-.27 ***	.10 **	-.23 ***	.00	.00	.00	.07 *	-.02	---				
11: P	-.06	-.01	.04	-.02	.00	.00	.00	-.23 ***	-.06 *	.36 ***	---			
12: SD	-.13 ***	.30 ***	.04	.34 ***	.00	.00	.00	-.22 ***	-.64 ***	.09 **	.16 ***	---		
13: C	-.09 **	.12 ***	.05	.08 **	.00	.00	.00	-.18 ***	-.31 ***	.50 ***	.42 ***	.44 ***	---	
14: ST	-.01	.09 **	.02	.01	.00	.00	.00	.13 ***	-.17 ***	.14 ***	.39 ***	.14 ***	.21 ***	---
取りうる得点範囲	1-5	19-76	1-2	1-2	1-3	0-1	0-1	0-57	0-60	0-48	0-30	0-75	0-75	0-45
平均	2.6	36.0	2.0	1.6	2.0	0.5	0.5	25.9	33.4	31.5	17.1	41.6	49.7	20.7
標準偏差	1.3	12.3	0.2	0.5	0.8	0.5	0.5	6.6	7.5	5.7	3.0	10.0	6.8	6.8

\* P < .05; \*\* P < .01; \*\*\* P < .001

表 2. 死亡容認態度の重回帰分析

	R2	R2 increase	F (df)	標準化 $\beta$
Step 1 人口統計学指標	.03	.03	18.1 (2,1100) ***	
年齢				-.12 ***
性差 (1: 男性; 2: 女性)				.03
Step 2 職種差	.04	.01	8.5 (1,1099) **	
職業 (1: 非医療職; 2: 医療職)				-.82 ***
Step 3 事例の特徴	.16	.12	158.2 (1,1098) ***	
事例 (1: euthanasia; 2: withdrawal; 3: withholding)				.66 ***
Step 4 患者・家族の希望	.43	.27	263.8 (2,1096) ***	
患者希望 (0: なし; 1: あり)				.59 ***
家族希望(0: なし; 1: あり)				.30 ***
Step 5 パーソナリティ	.45	.01	3.2 (7,1089) **	
NS				-.07 *
HA				-.04
RD				.00
P				-.25 *
SD				-.60 ***
C				-.04
ST				.05
Step 6 交互作用	.47	.02	6.2 (8,1081) ***	
患者希望/SD				.08
家族希望/SD				-.01
事例/SD				-.41 ***
SD X 職種				.68 ***
患者希望/P				-.26 *
家族希望/P				.03
事例/P				.01
P X 職種				.26

\*  $P < .05$ ; \*\*  $P < .01$ ; \*\*\*  $P < .001$