

資料 3

医療機関総合評価指標の検討

医療機関総合評価指標の検討

- 目的

DPCケースミックス補正を活用して医療機関の機能を比較する方法を検討した。ケースミックス(患者重症度等)の違いによる医療機関の在院日数の差異を補正し、医療機関の機能を総合的に評価するための指標の有用性を検討した。

- 方法

効率性指標(Efficiency index、同じケースミックスの患者に対して在院日数が短いことを評価)、複雑性指標(Complexity index、ケースミックスの重症度をDPC毎基準在院日数を基に評価)を求め効率性・複雑性の視点から医療機関を4群に分けてそれぞれの医療機関特性を比較した。

医療機関総合評価指標の検討

- 結果

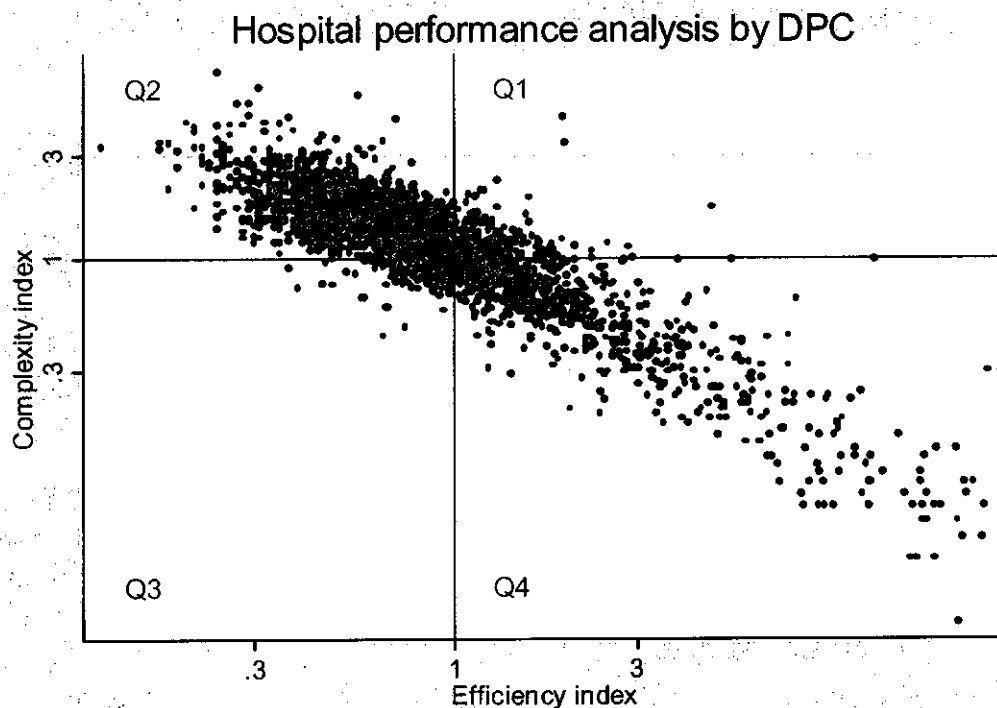
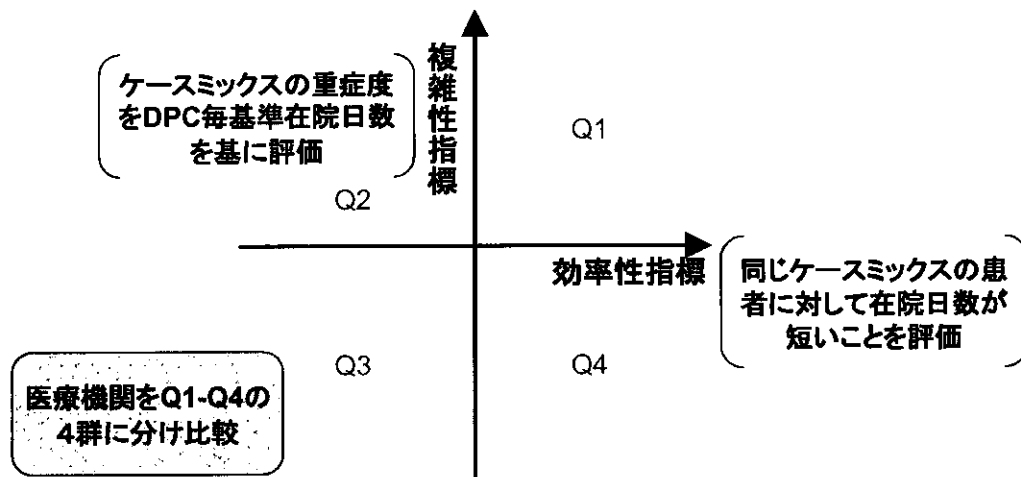
- 効率性、複雑性が共に高い医療機関のLOSは短く、効率性、複雑性が共に低い医療機関のLOSは長い傾向が示された。
- LOSが中間の医療機関では、複雑性が高く効率性が低いものから複雑性が低く効率性が低いものまで連続的に分布していることが明らかとなった。
- 複雑性が高く効率性が低い医療機関は比較的大規模であり、複雑性が低く効率性が高い医療機関は比較的小規模である傾向が示された。

- 結論

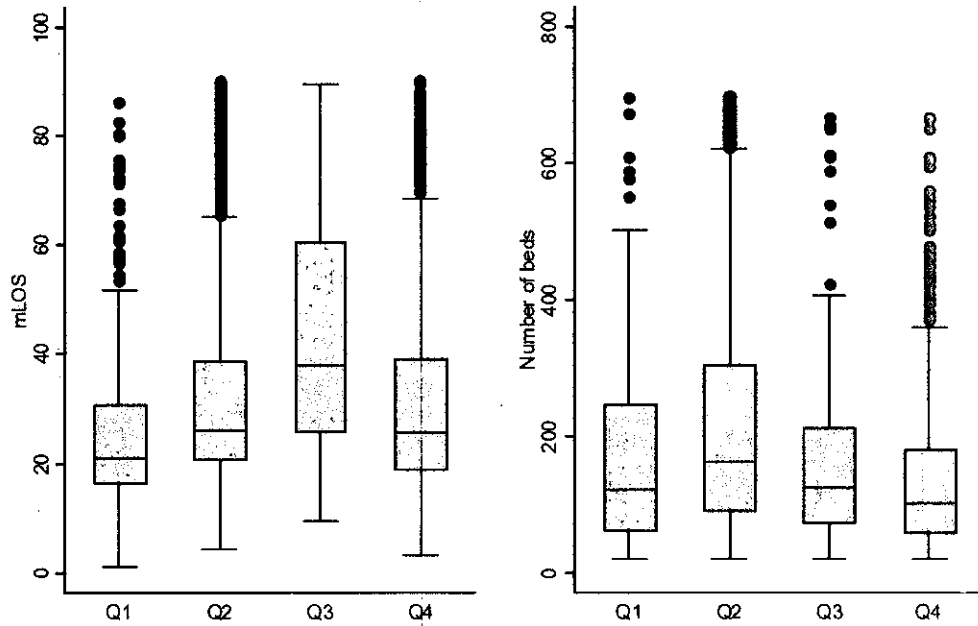
- 各種統計調査データにケースミックス評価を組み合わせることにより、総合的で多様な医療機関評価につながる可能性が示された。将来的に、医療経済調査等とリンクすることにより、医療提供体制を適切に評価し、合理的な政策立案につなげる有用な統計調査分析となりうる可能性が示された。

DPCケースミックス補正を活用して医療機関の機能を比較

- ケースミックス(患者重症度等)の違いによる医療機関の在院日数の差異を補正

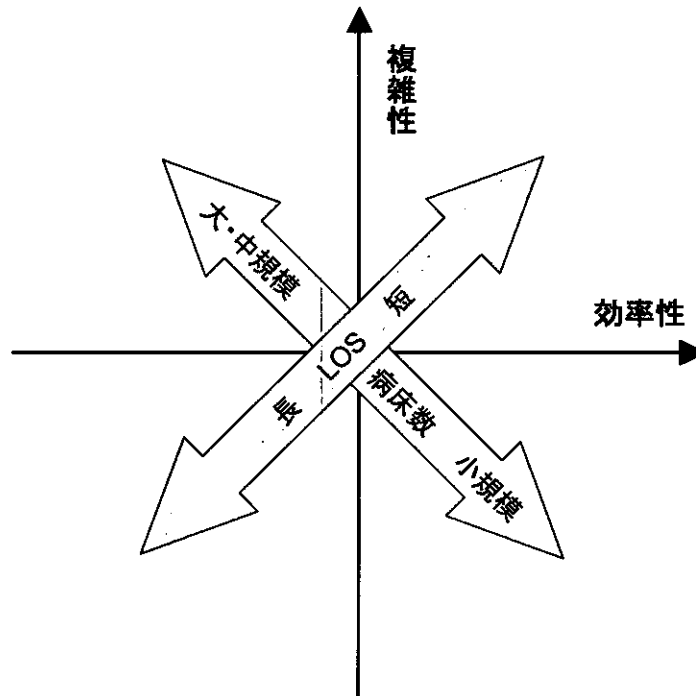


Comparison of hospital groups by index analysis



Q1: high efficiency, high complexity; Q2: low efficiency, high complexity; Q3: low efficiency, low complexity; Q4: high efficiency, low complexity

ケース・ミックス インデックス分析による医療機関類型



資料 4

医療の専門化・高度化の進展についての
医師の臨床倫理に関する意識

医療の専門化・高度化の進展に際しての医師の臨床倫理に関する意識

前田まゆみ（研究協力者） 伏見清秀 高瀬浩造（同） 田中雄二郎（同）
東京医科歯科大学

【要旨】

医療に対する社会的要請が増すなか、法改正による卒後臨床研修制度が義務化される。これに合わせ、卒前・卒後教育、受け入れ病院での研修カリキュラムの構築が急務とされている。特に医学教育では臨床倫理教育、すなわち、患者との信頼関係・医療秩序・医療モラルに関する教育の不足が近年認識され、新たな教育カリキュラムの導入が待たれている。しかし具体的な教育内容については議論が始まったばかりであり、医師の倫理意識の現状把握さえも十分とはいえない。そこで今回、卒前教育を終えたばかりの研修医を対象に、臨床倫理教育という観点より教育内容を検討する目的で意識調査を試みた。調査の結果、比較的患者側に配慮する意識と法・倫理への興味の存在が明らかになったが、臨床倫理の意識は低いものであった。また、研修医の意識の背後にある因子を主成分分析により抽出し、判例教育という注目すべき項目を導き出した。この判例教育内容の工夫によって倫理的な判断や分析、解決、評価の思考能力を習得できると思われた。具体的な教育方法としてはPBLやロールプレイを提案した。

【はじめに】

現代の医療現場において、医療側に対する患者と社会のニーズの幅が広がっている。特に、先端医療の発展、技術の向上、新たな検査機器、治療新薬が医療水準を上げ、不確実性の医療から確実性が求められるようになった。また、患者側の自己管理能力の向上に伴い、カルテ開示や詳細な治療の説明、医師を選ぶ権利も主張されている。

そこで必要となるのが、社会的に要求される医師の技量や知識量、患者との信頼関係の構築に、医療現場で生ずるであろう倫理的な場面での思考・分析・解決・評価能力である。しかし、技術・知識の量は増したとはいえ、旧来のパターンナリズムの診療がまだまだ踏襲されている現場も多い。患者のニーズに合う医療現場を実現するためには、医師の意識改革が重要であり、そのなかでも倫理的素養を身に付けることが今後の医療を変えるきっかけとなる。

そのキーポイントとなるのが医学教育である。諸外国¹と比べてみても日本の医

学教育は遅れている感があり、なかでも倫理教育²に関しては、ほとんどなされていないのが現状である。医師は育った環境や社会生活、医療現場の経験の中から、倫理的な思考能力を自ら身に付けているといえるものの、未だ不十分で、医療従事者としての臨床倫理、生命倫理を理解・習得する必要がある。そのためには、今までの知識詰め込み型の教育から患者とのコミュニケーションや安全面への配慮、倫理的な問題解決能力を身につけられるような学習方法への転換³、教養・基礎医学・臨床医学の区分を取り除いた医学教育形態⁴、進路や社会的需要の多様化

1 アメリカにおける医学教育についての参考として、Marshall W. Raffle, *Comparative Health System USA* 536,543(1984). Marshall W. Raffle, *Health care and reform in industrialized countries*272,273(1997).

2 倫理教育について、Michael L.Gros, *Ethics education and physician morality*, 49 *SOCIAL SCIENCE&MEDICINE* 329-342(1999).参照。

3 赤林朗「生命・医療倫理教育の評価について」*医学教育* 32巻5号（2001年）288頁

4 伊東洋「医学教育と直面する医療問題」大

に合わせたカリキュラム作りのような確かな教育が不可欠である⁵。

平成16年度からは卒後臨床研修制度が義務付けられ、各受入れ病院では優秀な医師の育成のため、新たなる指導体制やシステムづくりが始まる。これに合わせ、卒前教育の内容も見直され、医の倫理・生命倫理を含めたコア・カリキュラム⁶が提唱され、その内容の工夫が今後の課題とされるなど、時代の要請に合わせた再編成が急務とされている。だが、コア・カリキュラムはガイドラインであり教育方法を示しているわけではなく、各大学での教育改革の基本方針を示しているに過ぎない。日本における医療教育改革として期待されているものではあるが、その教育内容は各大学での工夫を要する。

今回、現在までほとんど報告のなかった、卒後臨床研修医の意識調査を行い、倫理教育という観点より改革が必要とされる医学教育の内容についての一考察を試みた。すなわち、医学教育を終えたばかりの研修医の意識を調査することで、患者と社会のニーズに合った医師の養成がなされているのか、またどのような教育を行えば医師としての倫理的な思考能力が身に付くものかを明らかにし、教育

学時報 51 巻 283 号 (2002 年) 11 頁

⁵ 卒前教育・卒後教育について、「特集 第34回日本医学教育学会大会記録」医学教育 33 巻 5 号 (2002 年)、参照。

⁶ モデル・コア・カリキュラムについて、http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/13/03/010331.htm 佐藤達夫「急ピッチで進む医学教育改革」日本農村医学会雑誌 50 巻 6 号 (2002 年) 763-767 頁。医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協議者会議「21 世紀における医学・歯学教育の改善方法について一学部教育の再構築のために一別冊」(2001 年)、参照。

海外の卒前教育コア・カリキュラムについて、Schwarz MR, Wojtczak A, *Global minimum essential requirements: A road toward competence-oriented medical education*, 24 MEDICAL TEACHER 125-129 (2002). を参照。

内容を提案する目的がある。

【方法】

2002 年 5 月に東京医科歯科大学医学部付属病院で行われた新人卒後臨床研修医の必修義務講習において「医師の臨床倫理」と題し、医療倫理を中心にした意識調査を実施した。医学教育内容を検討するにあたり、卒前教育を終えたばかりの研修医に、医療現場の医師として必要となるであろう倫理的意識を問うものである。調査対象の研修医には、機関に所属する医師としてではなく、医師として個人的に思うところに答えてもらった。

意識調査の内容は、特に大切といえる患者との診療におけるコミュニケーションの意識を問うための質問と、患者の病状・精神状態に影響を与え、誤投与により訴訟にまで発展する薬についての考えを問うもの、また、中心的な質問項目として法・判例の興味や医師として必要となる「臨床倫理」という言葉に対する個人イメージや考えの質問を含めた。実際に直面するであろうと想定される場面の質問と、各自の興味や意識の範囲の質問とを合わせた。

この調査は義務講習の最終日に研修医 102 名に配布しその場で回収したため、回収率は 100% である。調査内容は 3 群にわけ計 22 問、うち 20 問は 5 段階評価の選択とし、残り 2 問は記述式とした (表 1)。回答の所要時間は 10 分程度であった。

回収した調査票の統計解析には医学統計解析ソフトウェア (SPSS) を用いた。各項目の単純集計のほかに、項目間の類似度を調べるための相関分析をおこない、さらに研修医の意識の背後にある因子を見つけるべく主成分分析をおこなった。

【結果および考察】

A 医師と患者の関係

診療において患者とのコミュニケーションが治療効果に影響を与えることが理解されつつある⁷。患者も医師に任せきり

⁷ Irena Heszen Klemens, *Doctor-*

の治療から、患者自ら自己の疾患についての知識を得、病状を管理するという自助努力への意識の変化が表れている。こうした状況の中で、医師と患者の関係を問う質問について、全体的に患者側に配慮した回答が多かった。

まず、「患者がインターネットや各種書籍を通じ、自己の疾患について知識を得る行為をどう思いますか」という質問に対して、ほとんどの研修医が「大変いいと思う」53.3%、「いいと思う」34.3%という答えであった(図1)。その理由として、「信頼関係」ができ「インフォームド・コンセントが円滑に進む」として、説明の重要性を感じつつ、患者自身の自助努力を歓迎している(表2)。ただし、「民間療法に惑わされる危険性」を指摘し、「患者の過剰知識」を危惧する記述例もあったが、全体的に医師と患者の協力のもと円滑な診療が進むことを望んでいる結果となった。

ここからは、第一に医師と患者の間の情報や知識の格差が縮み、診療がスムーズに行くとの意識と、第二に患者が誤った知識を得たり、知識を得ることによって担当医の診療に疑問や不安が生じ、トラブルにまで発展する事態には注意が必要だと意識がうかがえる⁸。

一方、平成11年度受療行動調査(厚生

労働省)⁹から患者の「カルテ内容を知りたい理由」の質問の回答として、「受けている治療について理解を深めたい」が最も多く、次いで「病名・病状・治療内容につき本当のことを知りたいから」であった。このことは、患者の自助努力の理由がそのほとんどを占め、医師との信頼関係を疑うものは約2割程度ということを表している(図2)。つまり、ここでの回答からは医師と患者の信頼関係において、意識の差がほとんどないことを示している。

次に、医師と患者の信頼関係についてまとめて集計した。「患者との信頼関係は構築できると思いますか」という質問に対し、約9割が信頼関係の構築ができるとしており、「ほとんどできない」「できない」と思う研修医は0%であった(図3)。一方、「セカンド・オピニオン制度についてどう思うか」との質問に対しては「大変よい」が62.9%、「よい」が29.5%で、約9割がこれを好意的にとらえている。医師と患者の診療における信頼関係の構築と、セカンド・オピニオン制度は患者の意識からすると一見相反するようにも思える。しかし、この調査の医師の意識からは患者がセカンド・オピニオンに意見を聞くことも安心して薦めることができることを表しているといえよう。

信頼関係を構築するためには、診療に対するインフォームド・コンセント¹⁰が不可欠で、これにはカルテ開示やセカンド・オピニオン制度の定着が必要と考えられる¹¹。

また、治療継続後の処置について、「緩

patient interaction, patient's health behavior and effects of treatment, 19
SOCIAL SCIENCE & MEDICINE 9-18(1984).

⁸ 神戸地判平6・3・24 判時1525号115頁、「医療行為は、その性質上医師と患者の信頼関係、協同関係を基礎としておこなわれるものであるから、患者としても誠実にできる限り正確な情報を提供すべきであり、患者が誤った情報を提供した結果、医師が診断を誤ったとしても、医学常識に照らし容易にそれが誤った情報であることが判明する場合は別として、医師の注意義務が軽減されると解する」患者が情報を得る行為はこうしたマイナス面を引き起こす危険性もある。

⁹厚生労働省大臣官房統計情報部『平成11年度受療行動調査(財団法人厚生統計協会)』(2001年)、全国の医療施設を利用する患者の状況や満足度等を調査し集計したもので、3年に一度調査を実施している。

¹⁰ Ruth R. Faden et al., *A history and theory of informed consent*(1986)参照。

¹¹ 拓殖あずみ「医療と社会」『科学技術と社会を考える』科学技術社会論学会(2002年)195頁

和ケア制度についてどう思いますか」との質問で「よい」とするものが 82.9%だが、「積極的緩和治療」を進めることに関しては 11.4%と慎重な姿勢がうかがえ、「積極的治療を継続すべき」「賛成できない」は共に 0%であった。緩和ケアに対しては、医師の意識の中で不明確なものとして理解されている側面もあり、これを積極的に取り入れるかどうかは医師個人の治療方針によると思われる。

大きな問題とされるのが尊厳死と安楽死である。世論でも賛否両論があり、これは患者本人や家族の意識を医師がどのように理解するかで方向性が変わってくるといえる。訴訟にまで発展するこの問題に対して、医師個人としての立場で思うところを答えてもらった。

「尊厳死について」の回答は「賛成できる」が 52.4%と半数にのぼったが、なかには「ケースバイケース」として 32.4%が流動的に考えている。反対に「賛成できない」は 0%で、死に対する自己選択の必要性が大切であるとの意識であった。

尊厳死は消極的安楽死ともいわれ、不作為による死の招来を意味する¹²。患者の尊厳を法益とし、自己決定権が必要であるが、リビング・ウィルに対する法的問題も多い¹³。

他方、訴訟にまで問題が波及しているのが安楽死である¹⁴。安楽死は患者の権利か、実行した医師の行為は犯罪か、という多くの難問を含んでいる。「安楽死について」の質問では「賛成できる」が 9.5%、「賛成できない」が 15.2%と、賛成できないとする方が多くなっている。しかし、

「ケースバイケース」が 55.2%と半数を占め、その時々状況に応じて対処すべきとの意識がうかがえる。安楽死には死期のせまった患者の肉体的・精神的苦痛と、積極的な死を迎えたいという患者の真摯なる思いがある。死期に関するこれらの質問は、議論のある問題だけに難しい選択枠といえた。また、尊厳死 (1.9%) より安楽死 (4.8%) の「法制化」の意識が強く、難問ゆえに統一した規則が必要だとの意識の表れと考えられた。人間としての各自の考えと医師の立場としての考えは共通するものではないが、患者の苦痛を理解しながら医師として社会的責任を問われることは避けなければならない、境界問題である。

B 薬と治療

近年、薬依存症や副作用の危険性・薬害について社会的な問題となり、訴訟も後を絶たない。しかし、薬の投与は治療を進めるために欠かすことのできない条件であるうえ、患者も医師から処方を得ることにより「安心」感を得られるというメリットもある。診療で薬を処方するにはその副作用の危険性を考え、患者の希望と医師側の裁量の中で処理していかなければならない。薬に対し一旦、不都合が起これば倫理的な場面も絡んだ問題となる。

「薬に多く依存する医療をどう思いますか」(図 4) という質問に対し、「薬と他の方法をあわせたらいいと思う」が 54.3%で薬のみの治療の危険性を意識している回答が約半数であった。「いいと思う」が 1%、「患者が安心するならいい」が 4.8%であったが、これに対し「よくない」が 17.1%と上回った。患者側も薬を処方してもらうことにより、自分の主張が反映されているとして安心し、薬を処方しない場合「薬は飲まなくていいのか」「薬を出して欲しい」との要求もあるという。

また、「薬の投与が患者の精神面にどの程度影響するか」という質問には、「大変影響している」58.1%、「まあ影響している」37.1%の合計が約 9 割で、「影響していない」は 0%であった。薬の投与は患者

¹² 日本では一般的に消極的安楽死を「尊厳死」と言うが、アメリカでは自然死を意味する。アメリカにおける尊厳死は「積極的安楽死」「医師による自殺帮助」という意味内容である。

¹³ 塚本泰司「安楽死と尊厳死」『現代医療のスペクトル』(2001年) 343~344頁

¹⁴ William F. May「臨終と死に関してのバイオエシックス—積極的安楽死をめぐる」『死の尊厳』123-135 (1995) 参照

の精神面に影響し、信頼関係にも関与すると考えているが、薬の投与だけの医療はよくないと思っている結果となった。患者側の薬に対する信頼性と、医師側の治療上での薬の使用について、微妙な意識のズレが生じている。

次に、治験は新薬を開発する上で必要なものであるが、治験に対する国民の理解度はまだ低いといえる。医師側からみた治験制度への理解度に対する質問では（図5）、医師は「だいたい理解している」が63.8%、「まったく理解していない」が1%で、ほとんどの研修医が理解していると答えた。一方、患者の治験の理解度には消極的な回答が多く、「ほとんど理解していない」が47.6%、「全く理解していない」9.5%で、「まあ理解している」は9.5%と少なく、医師と患者の知識の不均衡、すなわち治験の際のインフォームド・コンセントの大切さを、医師自身が意識していることをうかがわせる結果となった。治験は、第1相試験（臨床薬理試験）・第2相試験（探索的試験）・第3相試験（検証的試験）に分かれ、被治験者である承諾能力のある患者の承諾と、デメリットも含めた適切な説明、自由意思による取りやめやプライバシーの保護を必要とする¹⁵。患者と製薬会社、医師による連携によって成り立つため、仲介者としての医師の役割は重要といえよう。

C 法と倫理

ここでは法と倫理の意識についてまとめて質問をしたが、関心のある研修医とそうでない研修医の差が特に顕著にあらわれていた。医学部教育において、知識・技術面での余裕ある教育が望まれ、基礎教養の重要性も指摘され始めており¹⁶、特に、現在までほとんどなされていなかった法・倫理教育に注目が集まっている。

¹⁵ 井上通敏 楠岡英雄『治験—あなたの疑問にお答えします』日本製薬工業協会（2002年）参照。

¹⁶ 黒川清「21世紀国際化時代へ向けたプロ医師の育成」医療と社会 10巻4号（2001年）45頁

患者を主体とした医療を目指すため、医師にしっかりと倫理感を身に付けさせる環境づくりが始まっている。法・倫理に対する質問に、個人的に経験し感じているところを、わかる範囲で述べてもらった。ここでの倫理の定義は「臨床倫理」として、「医療現場における医師と患者の人間関係（信頼関係）や、医師としてなすべき医療秩序、これらを保持すべくモラルを示すもの」というコメントを付記しての質問とした。

はじめに「臨床倫理の理解度」と「記述例」から、研修医の倫理に対する意識が浮かび上がった。臨床倫理という言葉自体の理解度では「よく理解している」は1%であったが、「まあ理解している」が30.5%であった。一方「あまり理解していない」が22.9%、「理解していない」が4.8%で、理解している医師が理解していない医師より多少上回った。しかし、「どちらともいえない」が39.0%を占め、倫理に対する曖昧な理解の現状が表面化した結果となった（図6）。この意識調査の時点では、実際の臨床の場で患者との間に、倫理的な場面に遭遇した研修医は数少ないといえる。よって、これから臨床の場に出る研修医にとって倫理的な場面を想定し理解することは難しいといえた。

そのため、臨床倫理に対し個人的に感じることを記述式（表3）とし、自由に答えてもらった。ここでは、漠然とした理解ではあるが、臨床倫理の必要性を強く意識している様子がうかがえた。臨床倫理を「医師に絶対必要なもの」として捉え、「行動規範、良心、道徳」であり、「漠然として難しいもの」であるとの認識であった。今回対象となった新人の卒後臨床研修医は出身大学もさまざま、卒前教育の内容にも多少の違いがある。法・倫理に関しても、ほとんどの研修医は教育をあまり受けていないか、または受けていたとしても教育内容が倫理的事例の解決能力を身につけるものではなかったものといえる。それは、医学教育が科学の進歩に合わせ、年々習得すべき情報量

が多くなり、卒前教育のカリキュラムが飽和状態として、法・倫理教育にまで時間を割けないという現状が原因となっているといえよう。

しかし、臨床倫理における記述例では比較的良好な結果が得られ、知らず知らずのうちに、漠然とではあるが倫理観が身につけていると想定できた。

次に、法律と判例の意識では(図7)、「医師法・医療法の条文を読んだ経験がありますか」との質問に対し、「ところどころ読んだことがある」が43・8%を占め、「あまり読んだことがない」31.4%、「まったく読んだことがない」9.5%という結果となった。卒前教育では条文を読む機会が多くはなく、条文は難解な場合もあり、読んでも理解しづらく、部分的に目を通した程度の研修医が多かったのではないであろうか。

一方「医療過誤判例を読んだ経験がありますか」の問いに対しては「読んだことがある」34.3%が多く、「あまり読んだことがない」29.5%、「まったく読んだことがない」が27.6%にも及んでいた。医師法等の条文は医療過誤判例よりも読まれていたが、条文は断片的に読まれるにとどまり、判例は比較的しっかりと読まれていた。これは単に条文だけを読むよりも、現実的な事例展開のある判例に興味があり、読みやすいという意識の表れと理解できる。

また、「医療と法の関わりに興味がありますか」の質問では、「大変興味がある」14.0%、「まあ興味がある」52・4%で、約7割が興味を示し、「興味がない」は1%程度であった。医療にとって法の関わりは必要であるが、それほど重要視するものではないと考えているようである。さらに、「法律により現場の医療が萎縮している現象があると思いますか」との質問に、「あると思う」が21.0%、「多少あると思う」が49.5%と、法は医療にとってマイナスイメージを与えていると感じていることがわかった。

判例に対しては、「医療過誤判例に興味がありますか」という質問でも、「大変興

味がある」22.9%、「まあ興味がある」56.2%と、約8割は興味があり、分布的にも「医療と法の関わりに興味があるか」と同一傾向であった。このことから、法・判例には興味があり、これらを習得しようとする意識をもつため、教育の機会さえ与えれば、必ずしも高度な教育をしなくとも、法・判例の思考能力はある程度身につけることができるといえる。その際は、事例をあげ¹⁷、用語の説明・解説も含めることで¹⁸、教育内容を理解しやすく習得することが必要である。

D 判例教育

最後に、研修医の意識として背後にある主因子を見つけるため、今回の意識調査全体についてSPSSにより主成分分析をおこなった。

その結果、「判例」という注目すべき要素が表れたため、これをもとに医師の臨床倫理観を分析するとともに、教育の観点からも考察することにした。これは、多数の質問項目を主成分分析し、数百にのぼる結果の中から、注視すべき結果を抽出しさらなる分析を試みたものである。その中で「判例」の項目が注目されたことは大きな意味を持つと考える。

そこで、まず全体的な分析の中で顕著な結果が現れた「患者はなぜカルテ開示請求すると思いますか」という質問の回答を主成分分析した。カルテについては判例上、多くの事例があり医療訴訟の事実認定において重要な役割をはたしている¹⁹。この分析から、成分1「治癒への意欲」と成分2「医師への不信」という2成分を抽出した。この二つの関係を見る

¹⁷反町吉秀・安原正博「医療紛争判例を用いた problem based learning による医事法教育の試み」医学教育 29 巻 5 号 (1998 年) 314 頁

¹⁸村岡潔「医療倫理研究における事例演習の役割」文学部論集 85 号 (2001 年) 53～54 頁

¹⁹森豊「カルテ等記載と事実認定についての判例研究」判例タイムズ 987 号 (1999 年) 65～86 頁、参照。

ためその強弱に着目し2×2のマトリックスに配し、A（治癒への意欲があり医師への不信も持ち合わせる）、B（治癒への意欲があり医師への信頼もある）、C（治癒以外での興味があり医師への信頼がある）およびD（治癒以外での興味と医師への不信を持ち合わせる）の4項目に分類した。次に判例として「医療過誤判例を読んだことがありますか」という質問に対する回答と組み合わせ主成分分析で出てきた因子得点分布をクラスタ分析し人数を分類、その中に医療過誤判例の回答数の割合を円グラフとしてまとめた（図8）。

分析の結果から、判例を読んだ経験がある医師ほどAに近づいていることが明らかとなった。つまり、判例を読むこととカルテ開示の要因に関する理解には関連があることがわかった。

また、前記の受療行動調査から患者側の「カルテ内容を知りたい理由」を調べると、「受けている治療について理解を深めたいから」が過半数を占め、もっぱら患者の自助として「治癒への意欲」があることは前述してある。これは、患者の意識として成分1が影響するA・Bと同様の傾向であった。

そこで、A・Bのうちどちらが最も適したカテゴリーであるかを調べるため、同じく判例として「医療訴訟は医師に対し勉強意欲を増加させると思いませんか」という質問の回答と成分2を分析した。また因子得点の散布図からは「医師への信頼」「どちらともいえない」「医師への不信」という明確な3クラスタに分類することができた。そして、最終的に最も適したものとしてAが得られた（図9）。

抽出されたAは、判例を読む医師ほど患者の治癒への意欲や医師への不信感を認識しつつ、これを払拭すべき、勉強意欲を増加させ、信頼できる医療を目指すという、ある意味で現実の診療を反映した状態のものであるといえる。このことから、倫理教育の一環としても判例教育が研修医の意識発展に反せず、むしろ医学教育にとってプラスになることが予測

された。

E 教育内容

上記の結果を踏まえ、医学教育としての判例教育の内容について検討したい。

Dの分析の結果、もっとも適したカテゴリーとしてAが抽出されたが、判例を読む医師ほど患者への治癒の意欲と勉強の意欲が増し、患者の医師への不信感の増強を意識する不都合も表れた。これは、医師への不信感の原因となる要因は判例の読み方、解釈の仕方だと考えられる。判決内容の説明を簡略化しすぎるならば、事件の背後に控える事実・判断を示すことができず、いたずらに不信感を煽ることになる。また、専門用語が混ざり、少々難解で、読みづらい判例を、ただ読むだけの教育では正しい理解と分析、倫理的思考・解決能力は身につかない。判例教育の内容の工夫が課題となる。

この点、解決型テュートリアル教育（Problem Based Learning:PBL）やロールプレイ（Roll Play）は優れているといえよう²⁰。PBLは能動性の向上や探究心の刺激、思考過程の訓練、コミュニケーションの熟練に学習に対する責任感の発生、といった優れた点がある。また、ロールプレイは最も簡単なシミュレーションで、各自が医師や患者に扮し事例に応じて演ずるといふ争いの論点や解決に必要な情報収集、医師と患者の共感構築を拾い出せる利点がある。

これらは科目としては倫理の枠で行っていくことになる。判例事例演習として、医療訴訟の代表的な先例を中心に、事案用紙の配布をして少人数に別れたグループによる討論の構成とさせる。受講者は

²⁰ アメリカでは模擬患者（simulated patient:SP）やPBLが医学教育に利用されだして40年近くなるが、日本では教育カリキュラムとして、PBLやクリニカル・クラークシップ（clinical clerkship）、Roll Playにスキルス・ラボ（skills laboratory）が提唱されている。大滝純司「基本的臨床技能教育とその評価」現代医療 34 巻 7 号（2002 年）119～125 頁

当事者（原告・被告）・裁判官、便宜的に陪審員²¹に分かれ、主張と反論、当事者の主張の整理から結論を導き出す。さらに、受講者の出した結論と実際の裁判所が出した判決とを比較し、事案における争点・証拠・論点・経過を討論、評価と妥当性、注意点や解決策の確認を検討する。こうした、少人数のグループ分けをすることで、より身近に深い思惟や医療現場で直面する倫理的諸問題を分析・解決・評価できる能力を習得できると思われる。もちろん、事案の分析の仕方や用語の説明、解説を加え、一人一人が答えを出し、他者との討論がスムーズにいくように法的知識のあるチューターが指導することも一考である。さらに、医療訴訟裁判を傍聴する機会を与えることも有効であろう。

【まとめ】

医療の質の向上、医師の技量と倫理的な思考能力、患者と社会の要請から医療が変わりつつある。研修医の意識調査からは、比較的患者側に配慮した回答が導き出され、法・倫理に対する意識は低いに興味は大きかった。また、研修医の意識の背後には判例教育という注目すべき項目が存在し、教育内容の工夫によって倫理的な思考能力を習得できることが期待された。たとえば、判例教育を医学教育の教養・倫理の枠内でおこない、PBLやロールプレイを駆使し、少人数のグループによる討論を経ることが考えられる。こうした教育内容の工夫が、卒前・卒後の教育上、患者と社会のニーズに合った医師の育成、医師に倫理的思考能力を得させるうえで有効であると思われた。

²¹ 日本では陪審員制度ではなく、裁判員の導入が考えられているが、詳しくは http://www.nichibenren.or.jp/jp/katsudo/s_hihokai/saibaninseido.html を参照。

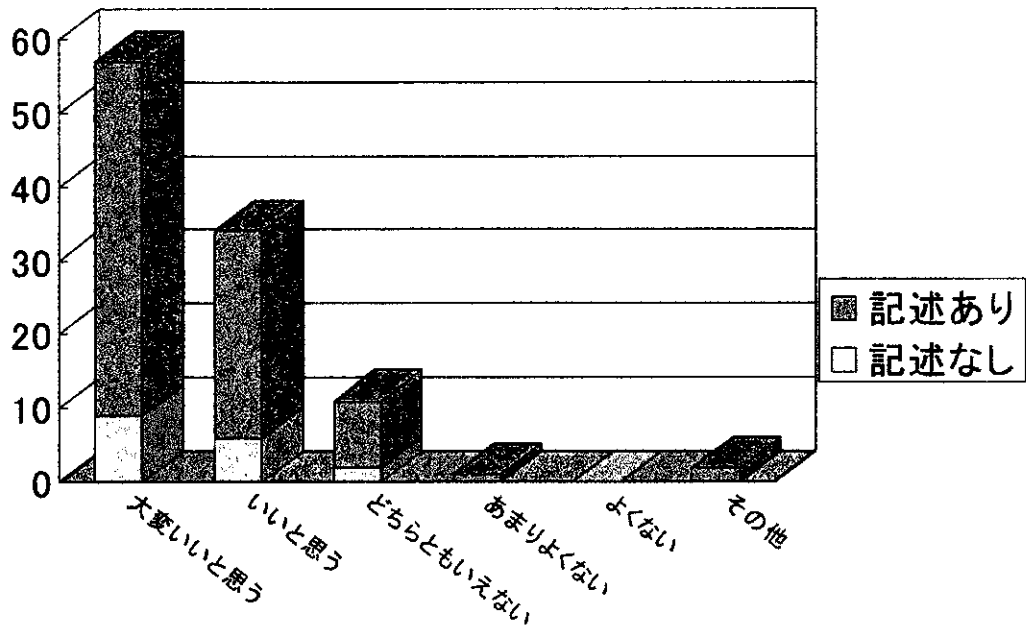


図1 情報収集への理解と記述例
 (患者がインターネットや書籍で医療情報を得ることに対する医師の意識)

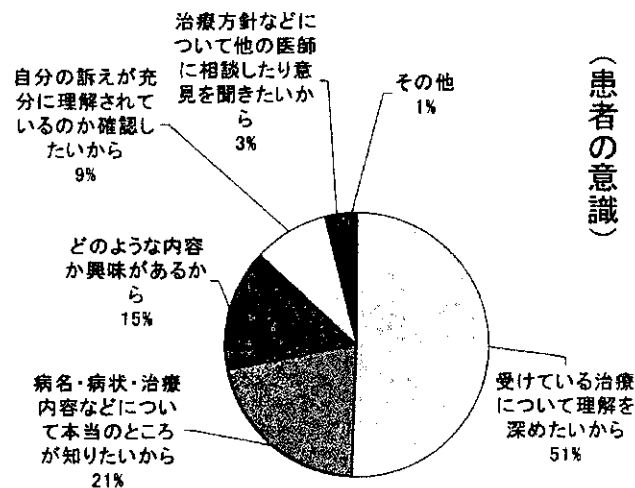
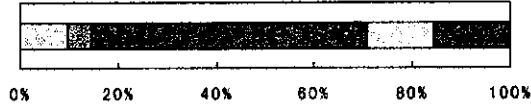


図2 患者のカルテ内容を知りたい理由
 (平成11年受動行動調査・厚生労働省より)

図3 患者と倫理的側面

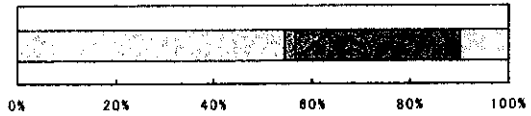
(患者さんとの関係で必要となる倫理的な場面)

安楽死について思うところに0をつけてください



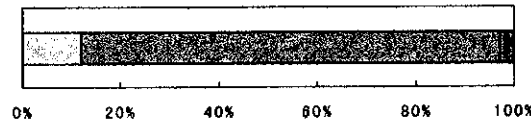
- 法制化すべき
- 賛成である
- ケースバイケース
- 賛成できない
- わからない

尊厳死についてはどう思いますか



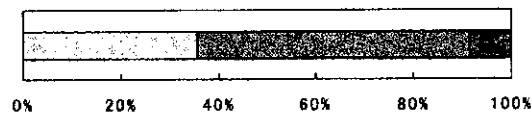
- 法制化すべき
- 賛成である
- ケースバイケースだと思う
- 賛成できない
- わからない

緩和ケアについてどう思いますか



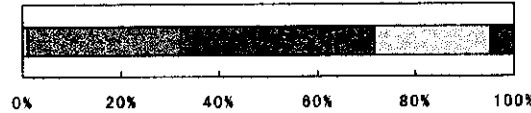
- 積極的緩和治療を進めるべき
- よいことだと思う
- どちらともいえない

医師と患者の信頼関係は診療で構築できると思いますか



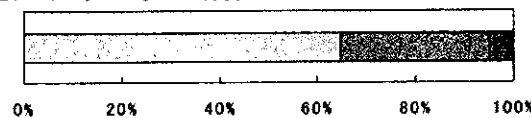
- そう思う
- だいたいそう思う
- どちらともいえない

「倫理」をどの程度理解していると思いますか。

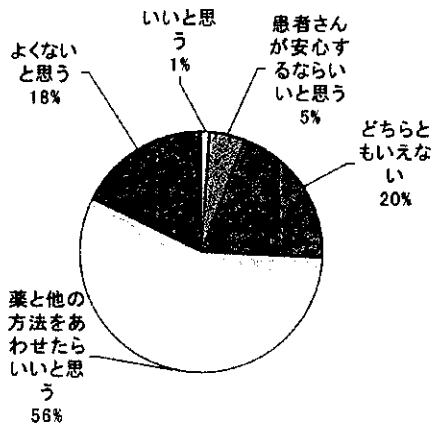


- 興味がない
- まあ理解している
- どちらともいえない
- あまり理解していない
- 理解していない

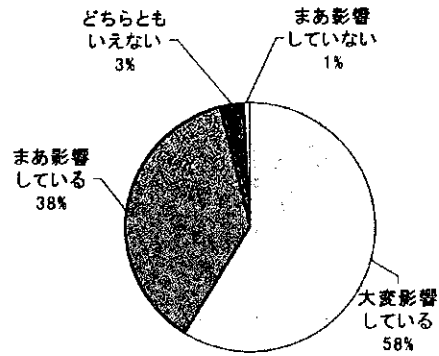
セカンド・オピニオンの制度についてどう思いますか



- 大変よいと思う
- まあまあよいと思う
- どちらともいえない

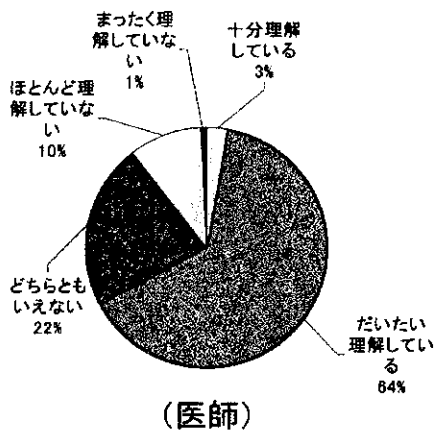


薬に多く依存する医療をどう思いますか

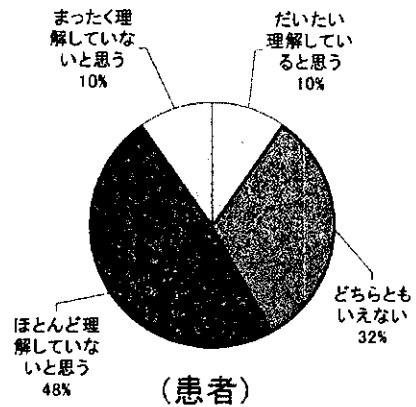


薬の投与が患者の精神面にどの程度影響していると思いますか

図4 薬の依存性と精神面



「治験」という制度についてどれくらい理解しているか



「治験」について患者はどれくらい理解していると思うか

図5 薬と治験についての意識

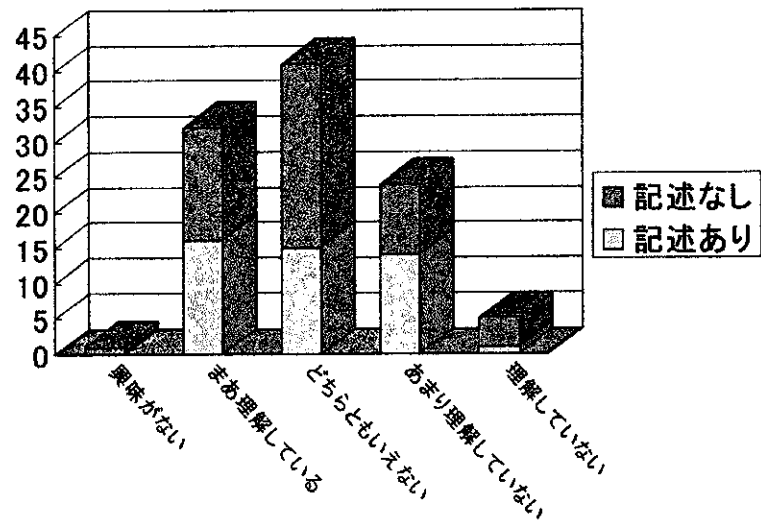


図6 倫理の理解度