

Medical Ethics Today

The BMA's handbook of ethics and law
BMA Ethics Department, 2004, BMJ, 361-4

- When is it appropriate to consider making a DNAR order?
 - A competent patient has refused CPR
 - Attempting CPR would not restart the patient's heart and breathing (physiologically futile)
 - There is no benefit in restarting the patient's heart and breathing (ex. very poor QOL)
 - The expected benefits to be gained from the prolongation of life are outweighed by the burdens of the treatment to the patient.

85

延命中止に関する法

- 治療行為中止(尊厳死)の要件(1995年横浜地裁傍論)
 - 患者が末期で回復の見込みがない
 - 患者の意思表示(事前指示、家族推定可)
 - すべての治療行為が対象となる

86

最後に

- 蘇生成功率が何%以下なら、DNR指示は適切でしょうか
- 重度痴呆患者さんが心肺停止を起こしたとき、蘇生を試みますか
- もし患者の立場になったら、主治医とDNR指示について話し合いたいですか

87

最後に

- 自分の家族に対して、数時間心臓を動かすために蘇生術をしたいと思いますか
- 家族が望むなら、希望しない蘇生術を受けても良いですか
 - 「医療倫理」(2002年、勁草書房)より

88

医療面接の各技法と得られる情報量について
—日本の診療現場における研究—

三重大学医学部附属病院総合診療部・大学院家庭医療学

竹村 洋典、渥美 麗子、津田 司

【目的】

医療面接で患者から情報を得る技法は、欧米の理論に基づいて教育されている。本研究は、日本における実際の診療の現場で、それらが正しいか否かを検証することが目的である。

【方法】

対象は、三重大学医学部附属病院総合診療部の外来にて行われた学生、研修医、医員による 315 回の医療面接である。すべての医療面接はビデオで撮影され、一人の評価者によって医療面接の各技法と得られた情報量が評価された。医療面接に関しては、自由質問法、促進、絞込み、まとめ、そして「ほかに何か？」の有無について評価された。得られた情報量については、症状の期間、頻度、開始時点、部位、質、強度・程度、背景、増悪寛解因子、そして随伴症状の有無から算出した。医療面接に要した時間も測定した。統計解析は、関連については ANOVA を、また、時間で補正する場合は GLM を使用した。

【成績】

促進、絞込み、まとめにおいて、情報量と正の関連が認められた ($F=14.9$, $p<0.0001$; $F=38.7$, $p<0.0001$; $F=5.4$, $p=0.02$)。これは、時間で補正しても、同様な関係が得られた ($F=21.1$, $p<0.0001$; $F=43.0$, $p<0.0001$; $F=6.5$, $p=0.01$)。自由質問法と「ほかに何か？」については、有意な相関が得られなかった。

【結論】

欧米と同様に、日本においても、医療面接の促進、絞込み、まとめの技法を使用することによって、患者から得られる情報量を増加できることが明らかとなった。

医療面接の各技法と
得られる情報量について
—日本の診療現場における研究—

三重大学医学部附属病院総合診療部
竹村 洋典
渥美 麗子、津田 司

はじめに

・医療面接は診療において重要な機能

- 患者から情報を得る
- 患者医師関係を構築
- 患者教育によって行動変容

- ・医療面接によって得られる情報は診断に必要な情報の60-80%
- ・患者から情報を得るために欧米で認められている面接技法
 - 自由質問法(Open-ended)
 - 促進
 - 絞込み
 - まとめ
 - ほかに？

- ・欧米の医療面接の原則が日本でも適応できるか？
- ・比較的大きな対象で検証
- ・評価票の妥当性・信頼性を部分的に検証
- ・重要な交絡因子で補正

方 法

対 象

- 三重大学医学部附属病院総合診療部外来に初診で来院した315人（男性152:女性163）
- 期間:2004年9月～2005年5月
- 診察者:総合診療部教官×2、医員・研修医×9、5年学生×43

測定方法

- すべての医療面接をビデオに収録
- 1人の十分に訓練された評価者が医療面接評価票を用いて
 - 各医療面接技法の使用の有無
 - 患者から得られた主訴に関する情報を評価した

測定方法(つづき)

- 医療面接評価票
 - 医療面接技法
 - 自由質問法、まとめ（使用・非使用の2段階尺度）
 - ほかに？、促進、絞込み（高頻度・中頻度・非使用の3段階尺度）

測定方法(つづき)

- 医療面接評価票
 - 患者から得られた情報量の評価
 - 主訴に関する発症時期、頻度、期間、部位、質、程度、症状が起こった場所や時間、寛解・増悪因子、随伴症状（得られたか否かの2段階評価）
 - 情報量＝上記9項目の合計

評価票の妥当性・信頼性

- 妥当性
 - 表面的妥当性→デルファイ法
- 信頼性
 - 再検査法による再現性(κ 係数)
 - 各医療面接技法 :0.98-1.00
 - 9つの各情報項目:0.86-1.00
 - 情報量(合計) :0.87

統計分析

- 各医療面接の使用・非使用による情報量の差の検定:ANOVA
- 量反応関係の検定:単純回帰モデルにてp for trend
- 他の医療面接や面接時間にて補正:GLM(Generalized Linear Model)
- 統計計算はSAS version 9

結 果

- 医療面接時間:
19.9 ± 11.5 (Mean ± SD)
- 情報量(最高9点):
7.2 ± 1.6 (Mean ± SD)

表 1 使用された医療面接技法

面接技法	高頻度使用	中等度使用	非使用
促進	125 (39.8)	167 (53.2)	22 (7.0)
絞込み	208 (66.2)	100 (31.9)	6 (1.9)
	使 用	非使用	
自由質問法	220 (70.1)	94 (29.9)	
まとめ	120 (38.2)	194 (61.8)	
ほかに？	198 (63.1)	116 (36.9)	

表 2 医療面接によって得られた情報

項 目	得られた		得られなかった	
期 間	143	(45.5)	171	(54.5)
頻 度	237	(75.5)	77	(24.5)
発症時期	308	(98.1)	6	(1.9)
部 位	310	(98.7)	4	(1.3)
質	273	(86.9)	41	(13.1)
程 度	216	(68.8)	98	(31.2)
時期や場所など	257	(81.8)	57	(18.2)
寛解増悪因子	210	(66.9)	104	(33.1)
随伴症状	296	(94.2)	18	(5.8)
情報量	7.17 ± 1.62*			

* mean ± SD

表 3 医療面接技法と患者から得られる情報量の関連

面接技法	情報量*	関 連†		他の面接技法 で補正‡		面接時間で補 正‡	
		F	p	F	p	F	p
自由質問法		0.24	0.62	0.32	0.57	0.25	0.62
使 用	7.14						
非使用	7.23						
促進		14.9	<0.0001	18.2	<0.0001	15.3	<0.0001
高頻度使用	7.66						
中等度使用	6.96						
非使用	5.91						
p for trend	<0.0001						

* 情報量 = 期間 + 頻度 + 発症時期 + 部位 + 質 + 程度 + 時間や場所 + 寛解増悪因子 + 随伴因子

† ANOVAを使用

‡ GLMで補正

表 3 医療面接技法と患者から得られる情報量の関連 (つづき)

面接技法	情報量	関 連†		他の面接技法 で補正‡		面接時間で補 正‡	
		F	p	F	p	F	p
絞込み		38.7	<0.0001	41.4	<0.0001	40.1	<0.0001
高頻度使用	7.65						
中等度使用	6.32						
非使用	4.50						
p for trend	<0.0001						
まとめ		5.41	0.021	7.08	0.0082	5.57	0.019
使 用	7.43						
非使用	7.00						
ほかに？		0.91	0.34	1.21	0.27	0.94	0.33
使 用	7.23						
非使用	7.05						

† ANOVAを使用

‡ GLMで補正

考 察

- 促進、絞込み、まとめと情報量の関連は、欧米と同じ結果
- 自由質問法およびほかに？と情報量の関連は本研究では有意でなかった。

自由質問法と情報量の関連

- 本当に関連がないのか・・・。
- 日本人は自由質問法に戸惑う？
- 日本でも自由質問法と情報量が正の関連との報告も・・・。
(Takemura Y. 2005)
- 初対面の医師には言いにくい？
再診以降は関連性が出る？

ほかに？と情報量の関連

- ほかに？は面接の後半に使われる
→この頃には多くの情報を伝えている？
- 本研究では面接時間が比較的長かった・・・。
- ほかに？は面接の後半に使われる
→主訴以外の情報は得ていた？

本研究の長所

- 実際の患者を使用
→結果を一般化しやすい
- 比較的对象が多い→検出力向上
- 評価票の妥当性・信頼性部分検証
→バイアス低下
- 影響の大きい交絡因子で補正

本研究の限界

- ほかににも補正すべき交絡因子が・・・。
- 例：患者や医師の性格など
- 他のアウトカムがあるのでは・・・。
- 例：主訴以外の情報、心理的情報

結 論

- 我が国でも、促進、絞込み、まとめの使用と患者からの情報量とは有意な関連があった。
- 本研究では、自由質問法やほかに？の使用と患者からの情報量には有意な関連が見出せなかった。

ありがとうございました！



研修医の終末期コミュニケーション および意思決定についての態度と 診療経験に関する研究

Negotiating End-of-life Decision-making:
Comparison of Japanese and US Residents'
Approach

2005・10・29

御茶ノ水プライマリ・ケア研究会

研究チーム

松村真司	松村医院・東大医学教育国際協力研究センター
塩尻敏明	国保旭中央病院
井村洋	麻生飯塚病院
斎藤蘭子	聖路加国際病院
武田裕子	琉球大学医学部附属病院地域医療部
前野哲博	筑波大学臨床医学系附属病院卒後臨床研修部

Baback B Gabbay, Karl A. Lorenz
Steven M. Asch, Kenneth E. Rosenfeld

VA Greater Los Angeles Healthcare System
David Geffen School of Medicine at UCLA

背景

- 急速に変化する終末期医療の環境
 - ・がん告知率の急速な上昇
 - ・終末期治療に関わる倫理的ジレンマへの注目
- 経験の浅い若年の医師は年配の医師とは異なる考え方を持っている
- 将来の医療を担う研修医の意識は重要と考えられるが、これまで調査はほとんどなされていない。

目的

- 日米の研修医/レジデントが終末期医療について、とくに癌の告知および終末期の意思決定方法に関し、どのような態度や診療経験を持っているのか明らかにする。
- 研修プログラムの観点から、研修中の医師が、倫理的ジレンマをどの程度経験しているのかを明らかにする。
- 結果を、両国で比較する。

方法

- 研究デザイン: 無記名自記式質問紙による横断研究
- 研究時期: 2003年9月より2004年6月
- 研究場所: 全国2大学附属病院、5臨床研修指定病院(筑波、千葉、沖縄、九州)およびUCLA関連2病院(米国カリフォルニア州ロサンゼルス)
- 測定方法: ケース・シナリオを用いた10項目の自己記入式無記名質問票、それぞれの施設の調査協力者が配布・回収

結果: 回答者背景

	日本側研修医 N=265	米国側研修医 N=103
回答率 (施設ごとの回収率)	86% (73%-100%)	72%
臨床経験		
卒後1年目	170 (64.6%)	45 (43.7%)
卒後2年目-4年目	85 (32.3%)	57 (55.3%)
卒後5年目以上	8 (3.0%)	1 (1.0%)

シナリオ1

医師は50歳のあなたの担当患者が広範囲に肺転移・肝転移のみられる進行胃がんであると診断しました。医師はこのがんは治癒不可能だと考えました。

結果:シナリオ1

	日本研修医 N=265	米国研修医 N=103
あなたがこの医師なら、がんの診断は誰に伝えますか？ *		
患者のみ	19 (7.0%)	54 (52.9%)
家族のみ	5 (1.9%)	0 (0%)
患者と家族の両方	246 (91.9%)	47 (46.1%)
どちらにも伝えない	0 (0%)	1 (0.9%)
この決定について、あなたはどの程度確信がありますか？		
完全に確信がある	22 (8.3%)	64 (62.1%)
だいたい確信がある	111 (41.9%)	36 (35.0%)
まあ確信がある	68 (25.7%)	2 (2.7%)
あまり確信がない	57 (21.5%)	0 (0%)
まったく確信がない	7 (2.6%)	0 (0%)

*P < 0.001

結果:シナリオ1(続き)

	日本研修医 N=238	米国研修医 N=47
もし「患者と家族の両方」と答えた場合、患者と家族のどちらに先に伝えますか？ *		
患者が先	101 (42.4%)	42 (91.3%)
家族が先	102 (42.9%)	2 (4.0%)
患者と家族に同時に伝える	18 (7.5%)	3 (6.0%)

*P < 0.001

シナリオ2

医師はこの患者ががんでまもなく死ぬと考えました。

結果:シナリオ2

	日本研修医 N=265	米国研修医 N=103
あなたがこの医師だとした場合、患者はまもなく死ぬことを誰に伝えますか？ *		
患者のみ	15 (5.7%)	46 (44.7%)
家族のみ	58 (21.9%)	1 (1.0%)
患者と家族の両方	189 (71.3%)	52 (50.5%)
どちらにも伝えない	3 (1.1%)	4 (3.9%)
この決定について、あなたはどの程度確信がありますか？ *		
完全に確信がある	14 (5.3%)	50 (49.0%)
だいたい確信がある	90 (34.0%)	44 (43.1%)
まあ確信がある	67 (25.3%)	7 (6.9%)
あまり確信がない	83 (31.3%)	1 (1.0%)
まったく確信がない	11 (4.2%)	0 (0%)

*P < 0.001

結果:シナリオ2(続き)

	日本研修医 N=183	米国研修医 N=51
もし「患者と家族の両方」と答えた場合、患者と家族のどちらに先に伝えますか？ *		
患者が先	76 (42.4%)	42 (82.0%)
家族が先	70 (38.6%)	2 (4.0%)
患者と家族に同時に伝える	37 (20.1%)	7 (14.0%)

*P < 0.001

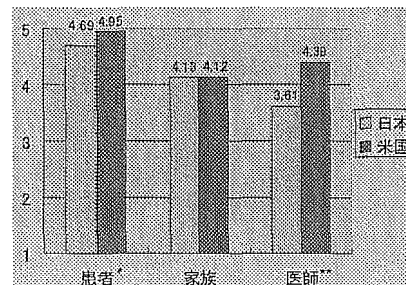
シナリオ3

この患者は閉塞性の肺炎をおこし、状態がきわめてわるくなりました。患者の呼吸状態は悪化し、気管内挿管をすべきかどうかの決定をしなければなりません。気管内挿管は患者の命を数日のばすと思われませんが、患者に苦しい思いをさせるかもしれません。この決定に以下の人々はどの程度関わるべきでしょうか？

A) 患者 B) 家族 C) 医師

- 1 = まったくかかわるべきでない
2 = 少しかかわるべき
3 = ある程度かかわるべき
4 = ほとんどかかわるべき
5 = おおきくかかわるべき

結果: 終末期意思決定への関与



(1 = まったくかかわるべきでない... 5 = 大きくかかわるべき)

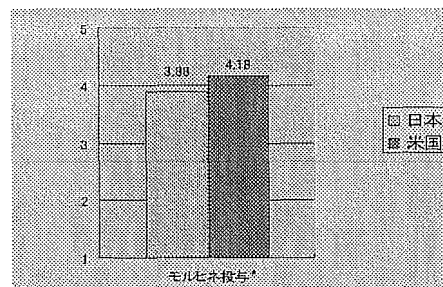
*P < 0.05 **P < 0.01

シナリオ4: モルヒネ投与

患者には人工呼吸器がつけられました。意識はありますがとても苦しうにみえます。しかし患者の血圧は低く、もしモルヒネの投与をすればさらに血圧が下がりそうです。この患者へモルヒネを投与することについて、あなたはどのように思いますか？

- 1 - そうは思わないー私はモルヒネを投与しない
2 - 少しそう思う
3 - まあそう思う
4 - ほとんどそう思う
5 - まったくそう思うー私ならモルヒネを投与する

結果: モルヒネ投与



(1 = 私はモルヒネを投与しない... 5 = 私ならモルヒネを投与する)

*P < 0.05

結果: 死に瀕した患者の診療経験 (1)

	日本側研修医 N=265	米国側研修医 N=103
死に瀕したがん患者の治療を担当したことがある*	107(49.3%)	101(98.1%)
家族の依頼にしたがってがんの診断を患者に告げなかったことがある*	77(74.0%)	18(17.8%)
このことで罪の意識を感じたことがありますか？*		
いつも罪の意識を感じる	12(15.6%)	6(33.3%)
ほとんどの場合、罪の意識を感じる	21(27.3%)	5(27.7%)
ときどき、罪の意識を感じる	30(39.0%)	4(22.2%)
たまに、罪の意識を感じる	10(13.0%)	2(11.1%)
まったく罪の意識を感じたことはない	4(5.2%)	1(5.5%)

*P < 0.01

結果: 死に瀕した患者の診療経験 (2)

	日本側研修医 N=107	米国側研修医 N=101
がん患者にとって利益はないと知っていたにもかかわらず、治療をしたことがある*	56(54.9%)	73(73.7%)
このことで罪の意識を感じたことがありますか？		
いつも罪の意識を感じる	13(23.2%)	8(11.0%)
ほとんどの場合、罪の意識を感じる	15(26.8%)	13(17.8%)
ときどき、罪の意識を感じる	17(30.4%)	28(38.4%)
たまに、罪の意識を感じる	8(14.3%)	14(19.2%)
まったく罪の意識を感じたことはない	3(5.4%)	10(13.7%)

*P < 0.05

まとめ・考察

- 日本の研修医は診断・予後の告知に関して、家族の意向を尋ねることを重要視する
 - ・ これは過去の医師や一般住民の調査結果と同様
- この判断についての日本の研修医の確信の程度は高くない
- 多くの研修医が、実際に家族の依頼で患者にがんの診断を告げなかったり、無益な治療を行った経験がある
- 日米でこのような経験に差があるものの、どちらもその経験の中で罪の意識を感じている

結論

- 日米で、研修医においても終末期医療への態度に相違がある
- しかし日米両国とも研修医は、倫理的にジレンマを感じる診療経験をしていると報告している。
- 卒前・卒後教育を通じて、わが国の文化背景にあう倫理教育プログラムの開発が急がれる

本研究の限界

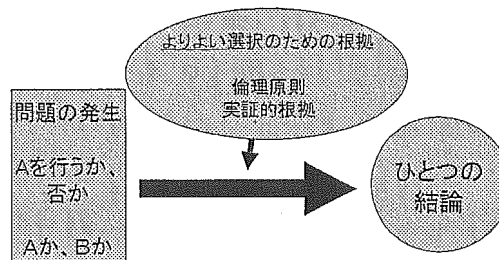
- 簡易サンプリング
- 調査対象：日米の研修医の位置付けの違い
- 調査時期の問題
- シナリオを利用した研修医の認識を調査しているので、実際の診療行為を測定しているのではない。

倫理的に医療行為を考える ことについて

尾藤誠司

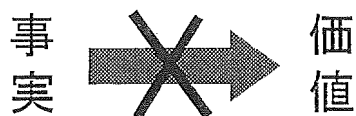
1

倫理的な判断を行うこと



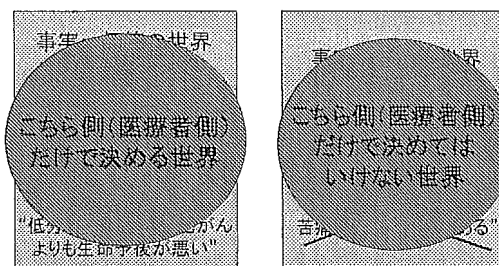
2

倫理的な考え方の 根幹にあるもの



3

事実＝価値の世界と、 事実≠価値の世界

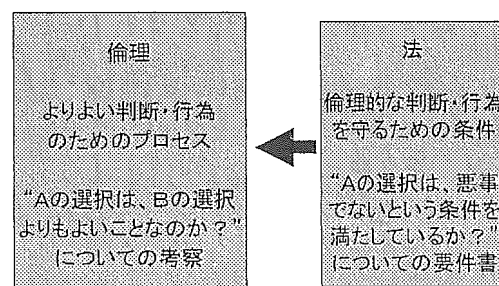


4

医療に関する判断は、
すべからく倫理的判断
である。

5

倫理と法



6

治療行為中止の要件(1995年横浜地裁傍論)

- 患者が末期で回復の見込みがない
- 患者の意思表示(事前指示、家族推定可)
- すべての治療行為が対象となる

7

患者の死に直結する治療の判断

治療開始を差し控える 例: COPD + 肺炎の患者に人工呼吸器を装着しない。	治療を中止する 例: 植物状態の患者に対する経腸栄養投与を中止する。	死を目的とした医療行為を行う 例: 緩和的呼吸停止を目的にモルヒネの大量投与を行う。
--	---	---

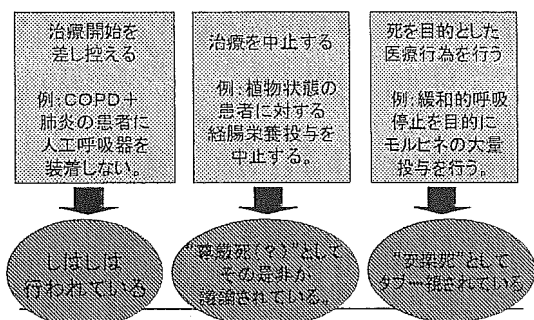
8

患者の死に直結する治療の判断を行う際の勘案事項

- A医学的に患者は回復可能か?
- B患者はどうしてほしいと思っているか?
- C患者に与える苦痛や尊厳の損失は?
- D社会的公正性は? 法的な保護は?

9

患者の死に直結する治療の判断



10

重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ 渡井篤・福岡俊一編 「重症疾患の診療倫理指針」 医庫文化社 2005年 12月 出版予定

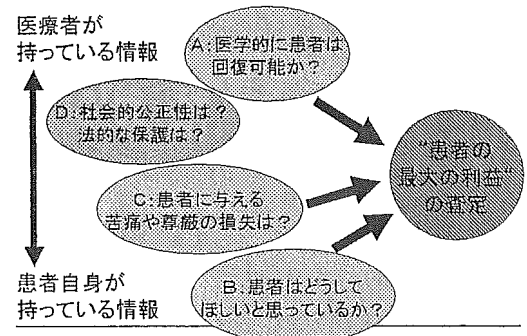
- 医療の目的: 医療行為の一般的な指針を考えるにあたっては、まず医療本来の目的を確認する必要がある。本指針では医療の目的を次のように定転する。

□ 医療の目的: 医療は患者の最善の利益のために行われる。

“患者の最善の利益”を患者および患者関係者とともに査定することが大切

11

患者の最大の利益の査定



12

患者自身の意思が正確に確認できないとき、いかに“最善の利益”を査定するか？

- 事前に表明された意向・希望の証拠
- 患者の希望に影響を与える、宗教的・文化的背景
- 患者の人生に寄り添える、代理意思決定者の見解
- 患者が改善不可能な重度の痛みや苦痛を経験している可能性の査定
- 治療がもたらす改善の可能性
- 治療の侵襲性の正当性

13

どれくらい確かな情報を得ることができるか考えてみてください(10を確信情報とした場合)。

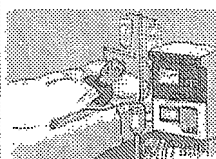
	差し控え	治療中止	安楽死
医学的に患者は回復可能か？ 医療者	／10	／10	／10
患者・家族	／10	／10	／10
患者はどうしてほしいか？ 医療者	／10	／10	／10
患者・家族	／10	／10	／10
患者の苦痛や尊厳の損失は？ 医療者	／10	／10	／10
患者・家族	／10	／10	／10
公正性は？法的な保護は？ 医療者	／10	／10	／10
患者・家族	／10	／10	／10

14

論理のすり替え

- 例：高齢腎不全患者の透析導入差し控え

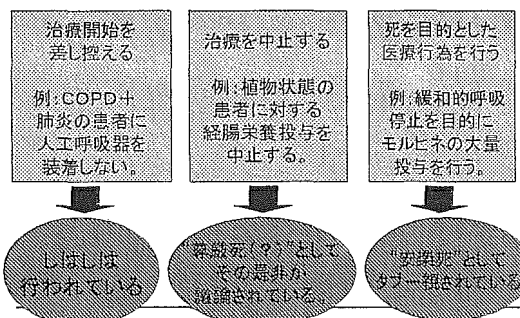
しばしば、「高齢者への導入は、患者の負担になり〇〇にも悪影響をおよぼす」



実際は、有誤を源の公正配分を期して差し控えられているのかも
米国では、明確に「透析は有効です。差し控えないければ、高齢者には差し控えさせていた」という選択がある。

15

患者の死に直結する治療の判断



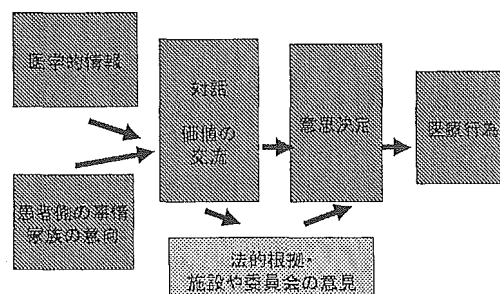
16

重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ著 辻井篤・篠原悠一編
「重症疾患の診療倫理指針」
医風文化社 2005年12月 出版予定

- 意思決定における重要因子
 - 医学的状況の確認
 - 関係者間のコミュニケーション
 - 患者の意思決定能力
 - 家族の意向：誰が最終的に決定するのか
 - 患者の事前の希望：リビングウィル等の存在
 - 患者の利益：患者の利益とは？
 - 判断の合法性・社会性
 - 倫理カンファレンス、倫理委員会
 - 「三人寄れば文殊の知恵」

17

実際の意思決定プロセス



18

重要な医療判断を行う際の チェックポイント

治療を開始すること、続けることの医学的な有効性や、将来の改善の可能性について、十分検討されたか？

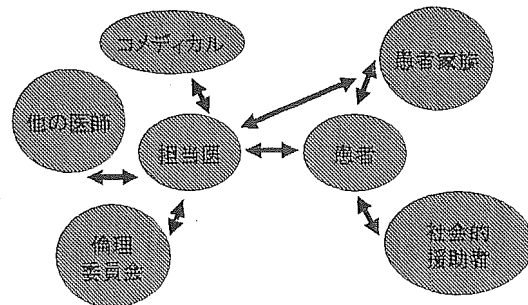
患者自身の意向に関する情報は十分に入手されたか？
患者が意思疎通不可能なときは、間接的な情報がさまざまなコミュニケーションを通して入手・検討されたか？

治療行為が与える患者への苦痛や、尊厳への影響について、十分検討されたか？

上記の情報や状況が、医療提供側と医療側で共通認識として理解されているか？

上記の情報や状況が、倫理委員会など担当医のチーム以外のグループによる見解と一致しているか？

コミュニケーションが価値をつなぐ



28

重要な判断においてもっとも大切なこと

- 一人で決めない
- 一度に決めない

29