

Data input was carried out through an Internet homepage created specifically for the survey research, and electronic mail was not used. Physicians were asked to input their age, sex, number of years since graduation, and specialty; however, physicians did not provide any other personally identifying information. To achieve complete anonymity of personal information in the research, the server storing the response data was set up in a data center unaffiliated with the researchers. Information obtained by the researchers from the data center was completely anonymized, and researchers were entirely unable to obtain the internet protocol (IP) address of the respondents or other such information. For furthering the efforts to prevent the identification of individuals, the survey was carried out completely on a volunteer basis with no acknowledgements or incentives provided. The survey was opened on January 10, 2005 and remained open until March 31, 2005.

After all the survey mechanisms were complete, the researchers analyzed the anonymous data. To cleanse the data of the possibility of the same physician responding multiple times, data with identical answers for physician age, gender, field of practice, and employing institution and having a 75% or greater concordance in responses to the other questions were treated as responses from the same physician. In these cases, only data from the initial access were selected, and data from the second and subsequent accesses were deleted. In addition to descriptive statistics for each question, the statistical analysis included the calculation of kappa values for concordance between awareness and actual practice of withholding or withdrawal of specific treatments in each scenario and for concordance in responses across scenarios. The discrepancies in judgment-related awareness of the treatments were also compared by physician characteristics. The relationships between the attitudes with regard to the judgments in cases 1, 2, and 3 and the physician characteristics and experiences concerning ethical matters were analyzed using a logistic regression model. Odds ratios (OR) and their 95% confidence intervals (CI) were calculated.

The conduct of the research was approved by Tokyo Medical Center Ethics Committee in November, 2004.

## Results

Responses were received from 307 individuals. In this group, one response was deemed not to have been provided by a physician, and two couples of responses were regarded as duplicate responses; these were deleted, and the remaining 304 responses were analyzed. The sex and age distribution was as follows: female, 15%; male, 85%; 39 yrs or lower, 41%; 40–49 yrs, 42%; and 50 yrs or higher, 15%. The distribution of the fields of practice was as follows: pediatrics, 2%; family practice, 11%; general

internal medicine, 44%; specialty of internal medicine, 21%; surgery-related, 7%; and emergency medicine, 9%. The distribution of the size of the employing facilities and that of the size of the employing facilities were shown in Table 1.

In response to the question "To what extent do you consult with your colleagues regarding the attachment or disconnection of an artificial respirator to patients, the initiation or withdrawal of tube feeding, and other such matters of judgment?," 50% of the physicians responded with "frequently," 42% answered "very seldom," and 8% responded with "no experience of consultation."

In response to the question "To what extent do you use in-hospital conferences or other such means to discuss the attachment or disconnection of an artificial respirator to patients, the initiation or withdrawal of tube feeding, and other such matters of judgment?," 28% of the physicians responded with "frequently," 45% answered "very seldom," and 27% responded with "no experience of consultation."

In response to the question "Have you ever held consultations with ethics committees, medical ethicists, or other such specialists regarding the attachment or disconnection of an artificial respirator to patients, the initiation or withdrawal of enteric nutrition administration, or other such matters of judgment?," 9% of the physicians responded with "have experience of consultation,"

**Table 1: Distributions of the respondents (N = 304)**

Age stratum	(%)
39 years or younger	41
40–49 years	42
50 years or older	15
Missing data	2
Sex	
Female	15
male	85
Fields of practice	
Pediatrics	2
Family practice	11
General internal medicine	44
Specialty internal medicine	21
Surgery-related	7
Emergency medicine	9
The other fields	7
Size of employing facilities	
Office-based clinic	24
1–100 beds	13
101–250 beds	17
251–500 beds	17
501 or more beds	28

whereas more than 90% of the physicians answered that they had no experience of consultation.

With regard to Case 1, the question "What do you think should be done with regard to the initiation of enteric feeding for the aforementioned patient?" was asked. 55% of the physicians responded with "enteric nutrition should be initiated either by nasogastric intubations or gastrostomy," 15% answered that "initiation of enteric nutrition should be withheld," and 30% responded with "judgment is not possible based only on the information above." In response to the question "What do you do with regard to the initiation of enteric nutrition for such a type of patient?," 70% of the physicians responded with "usually, initiate enteric nutrition," 11% answered "usually, withhold the initiation of enteric nutrition," and 14% responded with "cannot say one more than the other." The number of physicians who selected "have not encountered a situation such as the one above" was only 5% (Table 2).

Among the 166 physicians that responded with "enteric nutrition should be initiated either by nasogastric intubation or gastrostomy," 150 answered "usually, initiate enteric nutrition" (Kappa = 0.46, P < 0.001); whereas, among the 46 physicians that responded with "initiation of enteric nutrition should be withheld," 22 physicians, i.e., roughly half, answered "usually, withhold the initiation of enteric nutrition" (Kappa = 0.50, P < 0.001).

In response to Case 2, the question "What do you think should be done with regard to the attachment of an artificial respirator for such a type of patient?" was asked. While 18% of the physicians responded with "a respirator should be attached," a majority comprising 54% of the physicians answered "attachment of an artificial respirator should be withheld," and 28% responded with "judgment is not possible based only on the information above." In response to the question "What do you do with regard to the attachment of an artificial respirator for such a type of

patient?," 18% of the physicians answered "usually, attach the respirator," 59% selected "usually, withhold the attachment of the respirator," 19% responded with "cannot say one more than the other," and 4% answered "have not encountered a situation such as that the one above" (Table 2).

Among the 163 physicians that responded with "attachment of an artificial respirator should be withheld," 140 selected "usually, withhold the attachment of an artificial respirator" (Kappa = 0.60, P < 0.001). Additionally, of the 166 physicians who responded in Case 1 that "enteric nutrition should be initiated either by nasogastric intubation or gastrostomy," only 45 of these responded with "respirator should be attached" in Case 2, and 84 physicians answered "attachment of the respirator should be withheld." Further, of the 46 physicians who responded with "initiation of enteric nutrition should be withheld" in Case 1, 42 individuals, i.e., almost all, answered "attachment of an artificial respirator should be withheld" (Kappa = 0.22, P < 0.001).

For Case 3, the question asked was "In circumstances such as those described above, do you think that enteric nutrition should be withdrawn pursuant to a family request?" To this question, 16% of the physicians responded with "should be withdrawn," 53% answered "should not be withdrawn," and 31% selected "judgment is not possible based only on the information above." In response to the question "What do you do regarding the withdrawal of artificial nutrition in cases such as the one described above?," 11% of the physicians responded with "usually, withdraw," 53% answered "usually, do not withdraw," 16% selected "cannot say one more than the other," and 20% responded with "have not encountered a situation such as the one above" (Table 2).

With regard to Case 3, physicians were also asked "Among medical interventions for the patient described above, which of the following medical interventions you would

**Table 2: "Should/should not" awareness and what is actually done answers toward the Cases (n = 304)**

	Should/should not" awareness of treatment options (%)			
	Should be done (withdrawn)	Should not be done (not withdrawn)	Judgment is not possible	
	What is actually being done (%)			
	Usually, initiate	Usually, withhold	Cannot say one more than the other	Have not encountered
Case 1	55	15	30	
(Initiation of tube feeding)	70	11	14	5
Case 2	18	54	28	
(Attachment of respirator)	18	59	19	4
Case 3	16	53	31	
(Withdrawal of tube feeding)	11	53	16	20

place in the category of life-sustaining treatment?" Physicians had to respond to two interventions: "The continuation of enteric nutrition by gastrostomy" and "The attachment of an artificial respirator when the patient described above has severe pneumonia, and separation from the respirator is foreseen to take at least 7 days." Three alternatives were available as responses: "in the life-sustaining treatment category," "not in the life-sustaining treatment category," and "cannot say one or the other." Regarding the former intervention, the proportion of the respondents selecting each alternative was 49%, 39%, and 12%, respectively, demonstrating a great disparity in opinions. Regarding the latter intervention, the proportion of respondents selecting each alternative was 74%, 17%, and 9%, respectively, with the large majority of physicians selecting "in life-sustaining treatment category" (Figure 1).

Further, with regard to the aforementioned patient, the physicians were also asked whether "the continuation of enteric feeding by gastrostomy" and "the connection to an artificial respirator when the above-described patient has severe pneumonia and recovery is foreseen to take at least 7 days" were regarded as "medical interventions futile for the patient." Regarding the former intervention, 28% of the physicians responded with "I believe that the intervention is futile for the patient," 44% answered "I do not believe that the intervention is futile," and 26% selected

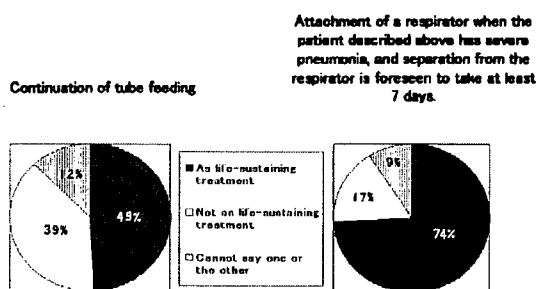
"cannot say either one." Regarding the latter intervention, the proportion of respondents selecting each alternative was 52%, 23%, and 25%, respectively.

Among the 47 physicians that responded with "should be withdrawn" to the aforementioned question regarding Case 3, namely, "In circumstances such as those described above, do you think that enteric nutrition should be withdrawn pursuant to a family request?," 22 physicians, i.e., less than half, responded with "usually, withdraw" (Kappa = 0.49, P < 0.001). Among the 160 physicians that responded with "should not be withdrawn," only 3 physicians answered "usually, withdraw."

With regard to the patient in Case 3, among the 149 physicians that responded that "the continuation of enteric nutrition by gastrostomy" was "in the life-sustaining treatment category," 71 physicians, i.e., less than half, answered that this medical intervention was "futile for the patient." Conversely, among the 86 physicians who answered that this medical intervention was "futile for the patient," a majority of 71 physicians responded that this medical intervention was "In the life-sustaining treatment category" (Kappa = 0.38, P < 0.001).

Among the 225 physicians who responded that "the connection to an artificial respirator when the above-described patient has severe pneumonia and recovery is foreseen to take at least 7 days" was "in the life-sustaining treatment category," 150 physicians answered that this medical intervention was "futile for the patient"; however, nearly all the physicians who answered that this medical intervention was "futile for the patient" also responded that this medical intervention was "in the life-sustaining treatment category" (Kappa = 0.44, P < 0.001).

"Among medical interventions for the patient described above, which of the following medical interventions would you place as life-sustaining treatment?"



**Figure 1**  
Physicians' perceptions toward continuation of tube feeding and attachment of a respirator for seriously ill patients. Toward the questions asking about continuation of tube feeding and about attachment of a respirator when a persistent coma elderly patient by stroke in the scenario has severe pneumonia, three of four physicians answered that attachment of a respirator would be placed as "life-sustaining treatment" while about a half of the physicians answered that continuation of tube feeding is placed as "life-sustaining treatment."

Table 3 shows the relationship between responses indicating that a certain treatment "should be withheld" in Case 1 and Case 2 with factors such as physician characteristics, field of practice, employing facility characteristics, and experience in ward or conference consultation concerning artificial respirator attachment and indication of enteric nutrition. Table 3 also shows the relationships of these factors to the response that the continuation of enteric nutrition "should be withdrawn" in Case 3.

The results showed that physician characteristics and employment characteristics were not significant explanatory factors for preferences pertaining to the withholding or withdrawal of treatment. Physicians possessing experience in consultation with ethics committees or medical ethicists were more likely to respond that the administration of enteric nutrition "Should be withdrawn" in Case 3 (OR, 6.4; 95% CI, 2.5-16.3; P < 0.001). Significant relationship to other factors was not observed in any case.

**Table 3: Predictors of the attitudes for withholdings in Case 1 and 2, and for withdrawal of tube feeding in Case 3\***

Predictors	Odds Ratio [95% CI]		
	Case 1	Case 2	Case 3
Female (male)	0.7 [0.3 – 1.5]	0.6 [0.4 – 1.1]	1.2 [0.5 – 2.7]
Age over 50 (younger age)	0.8 [0.4 – 3.0]	0.7 [0.4 – 1.5]	1.2 [0.4 – 3.1]
Surgical specialty (others)	0.5 [0.2 – 2.1]	0.6 [0.3 – 1.2]	0.3 [0.1 – 1.1]
Large volume facility over 500 beds (under 500 beds)	0.3 [0.1 – 0.9]	1.3 [0.7 – 2.4]	1.3 [0.6 – 2.9]
Primary care clinic (hospital)	0.9 [0.4 – 2.2]	0.8 [0.4 – 1.5]	0.9 [0.4 – 2.2]
Urban area (rural)	1.5 [0.7 – 3.0]	0.2 [0.4 – 1.2]	1.4 [0.7 – 2.7]
"Frequently" consult with colleagues ("very seldom" or "no")	0.4 [0.3 – 1.6]	1.0 [0.5 – 1.8]	0.8 [0.3 – 2.0]
"Have experience of consultation" with ethics committees (have no experience)	2.1 [0.8 – 6.2]	1.0 [0.4 – 2.2]	6.4 [2.5 – 16.3]

\* Reference category in parentheses

\* If the independent variables were missing, there were indicated as reference data.

## Discussions

Our internet survey has several methodological problems. First, the publicity of the survey primarily targeted internist physicians in primary care settings. The distribution of the physician specialties shows that despite responses being obtained from a certain proportion of emergency care physicians and surgeons, the responses from internists comprised a large proportion. Therefore, the results of this study cannot be representative of the overall awareness of Japanese physicians on these issues. Additionally, this study was a web-based survey in which the responses were obtained from a homepage; this clearly indicates that the set of physicians accessing the homepage were not representative of the typical Japanese physician population [12]. In all likelihood, the physicians who participated in the survey were largely physicians with an interest in treatment decisions concerning "life-sustaining treatment"; thus, the sample analyzed must necessarily include substantial bias.

We received a number of major suggestions from this survey despite the above-noted limitations. In the course of routine treatment, most physicians had personal experience of having to make difficult decisions like those presented in the three scenarios. Nonetheless, we observed discrepancies in judgment among physicians related to specific "life-sustaining treatment" in specific scenarios. Further, we found disparities among physicians with regard to whether such medical interventions were "life-sustaining treatment." For example, there were great differences in the respective proportions of physicians who regarded nutritional supplementation by tube feeding and respiratory assistance by an artificial respirator as interventions that "should" be undertaken for patients with a prolonged disturbance of consciousness. In such circumstances, we found that physicians demonstrated a greater resistance to the attachment of an artificial respirator than to the initiation of tube feeding, and the extent of withholding of such treatment was actually greater. As has

previously been studied, we hypothesized in similar fashion that for physicians, the attachment of a respirator was an alternative to which they exhibited a greater resistance among potentially permanent treatments; this is because of the high invasiveness of this procedure [13,14]. In our case scenarios, approximately half of the physicians surveyed responded that tube feeding "should be initiated" in situations of judgment during the acute phase of an illness where the potential for recovery remained; however, approximately the same number of physicians responded that medical treatment "should not be withdrawn" in scenarios where more than half a year had passed, and the medical potential for recovery was extremely low. This result underscores the strength of the resistance to the withdrawal of treatment relative to that for the withholding of treatment [15,16].

Despite the fact that the results for descriptive analyses were virtually the same with regard to the withholding of treatment in Case 1 and the withdrawal of treatment in Case 3, the lack of high concordance in these responses suggests that there is no fixed consensus among physicians concerning the withholding or withdrawal of treatment. A greater number of affirmative opinions were obtained from physicians who possessed an experience in ethical consultations for the withdrawal of treatment for patients in whom the potential for recovery was extremely low, and the next of kin had requested the withdrawal of treatment. In other words, more affirmative opinions were obtained in Case 3; moreover, according to the general ethical principles, among our three cases, this case is understood to be the one in which the selection of withdrawal would be most valid [17]. This result suggests that there is a need for ethical consultants, and that an experience in ethical consultation is effective for producing judgments of greater validity in end-of-life care. Simultaneously, the fact that no significant relationship was observed between judgment and preference with regard to either physician characteristics or hospital characteristics

suggests that there is no decision model from which to undertake ethical instruction in the current physician environment [18].

The physicians participating in our internet survey took part voluntarily after encountering survey publicity, despite the lack of any financial incentive. We therefore hypothesized that this group of physicians had a higher awareness of ethical issues in medical treatment than our target population of Japanese physicians in general. However, even among this group, we found that there was negligible consultation with colleagues, conference studies, or other such activities addressing ethical issues. In particular, nearly all of the physicians had no experience of activities such as applications to specialists in clinical ethics or to ethics committees. This finding may suggest that the environment and culture that allows physicians to consult with other medical staff is currently limited.

Another finding from our research is the fact that there is more than a slight discrepancy between the "should/should not" awareness of treatment options and what is actually being done. In particular, in Case 3, very few physicians who believe that enteric nutrition "should not" be withdrawn actually withheld or withdrew medical intervention. This fact signifies that there is a high resistance to genuine action, which is distinct from the issue of whether the withdrawal of treatment is valid. Strong considerations include psychological resistance concerning the causation of death through intentional acts by the physician, and the contravention of legal norms [19,20]. The intent of the treatment providers was more distinct with respect to the withdrawal of treatment than to the withholding of treatment. Consequently, we believe that such intent resides in a perspective of physician responsibility, and that the psychological resistance engendered by responsibility creates a disconnect between judgment based on ethical validity and actual treatment decisions.

We believe that the current survey results point to a plan that should be undertaken to ensure that difficult decisions regarding life-support care in medical settings are made with greater validity. First, we discern a need for individuals or organizations to provide specific support for clinical decisions that encompass ethically complex elements. In practice, the accessibility of hospital ethics committees and clinical ethicists must also be enhanced. Currently, the matters considered by ethics review committees in Japan primarily concern research, and these bodies do not serve as organizations supporting clinical decision-making in actual clinics [21]. Additionally, while specialists in medical ethics exist, an extremely limited number of personnel actually travel to treatment settings and are able to establish close communication with treatment staff and address the resolution of clinical problem

on-site. Infrastructural investments in personnel should be made.

Second, there is a need to reach a certain degree of consensus regarding the conduct of ethical decision-making in end-of-life care taking into account of the tendency Japanese physicians' attitudes toward some different clinical situations; variations of specific treatments; withholding or withdrawal of treatment. The term "life-sustaining treatment" has generally been perceived as a negative image of a practice not commonly done; however, our research suggests that there is a great discrepancy as to whether specific medical interventions based on detailed scenarios constitute "life-sustaining treatment" even among physicians. A more detailed study is required on specific medical interventions, rather than that on the image projected by "life-sustaining treatment." In Japan, in particular, notwithstanding the presence of major confusion in treatment settings, we are currently far from a consensus of opinion on the ethical differences and equivalencies in the withholding and withdrawal of medical interventions. The withholding of treatment that should not be carried out and the withdrawal that is judged to be valid must be deliberated from a greater number of bases and perspectives.

Finally, in clinical matters where the consideration of ethical issues is strongly indicated, we look forward to clinical conferences and other efforts toward regular and active information exchange among medical personnel.

### Conclusion

The study indicated that Japanese physicians tend to harbor greater negative attitudes toward the withdrawal of life-support care than its withholding. On the other hand, they favor withholding invasive life-sustaining treatments such as the attachment of a respirator over less invasive and long-term treatments such as tube feeding. Discrepancies were demonstrated between attitudes and actual behaviors. Physicians may need systematic support for appropriate decision-making for end-of-life care.

### Competing interests

The author(s) declare that they have no competing interests.

### Authors' contributions

SB: Designing overall research. Completing the survey and analysis

AA: Developing and modifying the survey questions

Sponsor's Role: National governmental funding agency

## Appendix

### The case scenarios used in the survey

#### Case 1

An 84-year-old man with mild dementia at the outset and Level 3 care requirement\* for daily living, hospitalized for unilateral paralysis in conjunction with loss of consciousness due to left internal carotid artery embolism. Life was preserved in the acute phase, but the patient is wholly incapable of coherent conversation at 6 days after admission. The patient is completely bedridden and requires a change of position every few hours. There is pooling of saliva and sputum in the mouth, and oral suctioning is performed approximately 10 times per day. The administration of enteric nutritional agents as part of the nutritional management is required to maintain the nutritional status. When the administration of these nutritional agents via nasogastric intubation or the creation of a gastrostomy was explained to the family, their response was, "As long as he will not suffer, we will leave the decision to you." There is no information from which to infer the prior wishes of the patient.

\*Level 3 care requirement means the requirement of support from others for daily bathing and toileting according to the category decided by the Ministry of Health, Labour and Welfare. They cannot stand up and walk by themselves.

Question 1: "What do you think should be done with regard to the initiation of enteric feeding for the aforementioned patient?"

Question 2: "What do you do with regard to the initiation of enteric nutrition for such a type of patient?"

#### Case 2

An 84-year-old man hospitalized for unilateral paralysis in conjunction with loss of consciousness due to internal carotid artery embolism, with the clinical progress in the acute phase the same as in Case 1. Enteric nutrition was initiated by nasogastric intubation on day 6. The paralysis and state of consciousness remained unchanged, and the overall condition stabilized as bedridden, with regular administration of enteric nutrition alone apart from several drugs given. The respiratory status deteriorated abruptly on day 20 of admission, and major aspiration pneumonia was developed. Hypoxemia and labored breathing developed, and the attachment to an artificial respirator became necessary for life saving and recovery. Complete recovery from pneumonia may be possible, but attachment to the artificial respirator for several weeks is required, and depending on the circumstances, tracheotomy may be necessary. The family has again responded,

"As long as he will not suffer, we will leave the decision to you."

Question 3: "What do you think should be done with regard to the attachment of an artificial respirator for such a type of patient?"

Question 4: "What do you do with regard to the attachment of an artificial respirator for such a type of patient?"

#### Case 3

An 84-year-old man hospitalized for unilateral paralysis in conjunction with loss of consciousness due to internal carotid artery embolism, with the clinical progress in the acute phase the same as in Cases 1 and 2. Tube feeding was initiated by nasogastric intubation on day 6. The paralysis and state of consciousness remained unchanged, and the overall condition stabilized as bedridden. A gastrostomy was then performed, and the patient was transferred to a recuperative unit on day 28. After 6 months, the patient was bedridden, unable to communicate his will, and was in a state still requiring oral suctioning 10 times per day and changes of position several times a day. On a certain day, the routine visitors from the family (the wife and the oldest son) made a request to you as the ward physician: "We cannot go on seeing him suffer; we would like you to remove the feeding tube."

Question 5: "In circumstances similar to those described above, do you think that enteric nutrition should be withdrawn pursuant to a family request?"

Question 6: "What do you do regarding the withdrawal of artificial nutrition in cases such as the one described above?"

## Acknowledgements

This study has been completed with support by the grant for the health technology assessment research by the Ministry of Health, Labor and Welfare. We have not received financial support by specific industry that could cause conflict of interest.

## References

1. Perry JE, Churchill LR, Kirshner HS: **The Terri Schiavo case: legal, ethical, and medical perspectives.** *Ann Intern Med* 2005, **143**:744-748.
2. Cranford RE: **The vegetative and minimally conscious states: ethical implications.** *Geriatrics* 1998, **53**(Suppl 1):S70-S73.
3. Doyal L, Wilsher D: **Withholding and withdrawing life sustaining treatment from elderly people: towards formal guidelines.** *BMJ* 1994, **308**:1689-1692.
4. Kaufman SR: **In the shadow of "death with dignity": medicine and cultural quandaries of the vegetative state.** *Am Anthropol* 2000, **102**:69-83.
5. Pullman D: **Death, dignity, and moral nonsense.** *J Palliat Care* 2004, **20**:171-178.
6. Derse AR: **Limitation of treatment at the end-of-life: withholding and withdrawal.** *Clin Geriatr Med* 2005, **21**:223-38. xi
7. Onwuteaka-Philipsen BD, Fisher S, Cartwright C, Deliens L, Miccinesi G, Norup M, Nilstun T, van der Heide A, van der Wal G: **End-of-life**

- decision making in Europe and Australia: a physician survey. *Arch Intern Med* 2006, **166**:921-929.
8. Yaguchi A, Truog RD, Curtis JR, Luce JM, Levy MM, Melot C, Vincent JL: International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit: results of a survey. *Arch Intern Med* 2005, **165**:1970-1975.
  9. Miyata H, Shiraiishi H, Kai I: Survey of the general public's attitudes toward advance directives in Japan: how to respect patients' preferences. *BMC Med Ethics* 2006, **7**:E11.
  10. Asai A, Maekawa M, Akiguchi I, Fukui T, Miura Y, Tanabe N, Fukuhara S: Survey of Japanese physicians' attitudes towards the care of adult patients in persistent vegetative state. *J Med Ethics* 1999, **25**:302-308.
  11. Miura Y, Asai A, Matsushima M, Nagata S, Onishi M, Shimbo T, Hosoya T, Fukuhara S: Families' and physicians' predictions of dialysis patients' preferences regarding life-sustaining treatments in Japan. *Am J Kidney Dis* 2006, **47**:122-130.
  12. Solomon DJ: Conducting web-based surveys. *Practical Assessment, Research & Evaluation* 2001, **7**(19): [<http://PAREonline.net/getvn.asp?v=7&n=19>]. Accessed June 27, 2006
  13. Willms DC, Brewer JA: Survey of respiratory therapists' attitudes and concerns regarding terminal extubation. *Respir Care* 2005, **50**:1046-1049.
  14. Payne K, Taylor RM, Stocking C, Sachs GA: Physicians' attitudes about the care of patients in the persistent vegetative state: a national survey. *Ann Intern Med* 1996, **125**:104-110.
  15. Farber NJ, Simpson P, Salam T, Collier VU, Weiner J, Boyer EG: Physicians' decisions to withhold and withdraw life-sustaining treatment. *Arch Intern Med* 2006, **166**:560-564.
  16. Wenger NS, Lynn J, Oye RK, Liu H, Teno JM, Phillips RS, Desbiens NA, Sehgal A, Kussin P, Taub H, Harrell F, Knaus W: Withholding versus withdrawing life-sustaining treatment: patient factors and documentation associated with dialysis decisions. *J Am Geriatr Soc* 2000, **48**:S75-S83.
  17. Vincent JL: Withdrawing may be preferable to withholding. *Crit Care* 2005, **9**:226-229.
  18. Curtis JR: Interventions to improve care during withdrawal of life-sustaining treatments. *J Palliat Med* 2005, **8**(Suppl 1):S116-S131.
  19. Hinkka H, Kosunen E, Lammi EK, Metsanoja R, Puustelli A, Kellokumpu-Lehtinen P: Decision making in terminal care: a survey of Finnish doctors' treatment decisions in end-of-life scenarios involving a terminal cancer and a terminal dementia patient. *Palliat Med* 2002, **16**:195-204.
  20. Hinkka H, Kosunen E, Metsanoja R, Lammi UK, Kellokumpu-Lehtinen P: Factors affecting physicians' decisions to forgo life-sustaining treatments in terminal care. *J Med Ethics* 2002, **28**:109-114.
  21. Thompson BT, Cox PN, Antonelli M, Carlet JM, Cassell J, Hill NS, Hinds CJ, Pimentel JM, Reinhart K, Thijs LG: Challenges in end-of-life care in the ICU: statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003: executive summary. *Crit Care Med* 2004, **32**:1781-1784.

### Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6939/8/7/prepub>

Publish with **BioMed Central** and every scientist can read your work free of charge

"BioMed Central will be the most significant development for disseminating the results of biomedical research in our lifetime."

Sir Paul Nurse, Cancer Research UK

Your research papers will be:

- available free of charge to the entire biomedical community
- peer reviewed and published immediately upon acceptance
- cited in PubMed and archived on PubMed Central
- yours — you keep the copyright

Submit your manuscript here:  
[http://www.biomedcentral.com/info/publishing\\_adv.asp](http://www.biomedcentral.com/info/publishing_adv.asp)



# 総合診療の将来

司会 伴信太郎

出席者(発言順) 尾藤誠司  
山田隆司

## I 総合診療とは

伴 本日は「総合診療の将来」をテーマに、国立病院機構東京医療センターの尾藤先生と社団法人地域医療振興協会の山田先生をお迎えしております。

総合診療はとても幅の広い概念ですので、まず先生方が総合診療をどのようにとらえ、取り組んでこられたのか、自己紹介を含めてお話いただければと思います。それでは尾藤先生からお願いいたします。

尾藤 大学に在籍していたころは人生を楽しんでいました。周りの先生方から「どこの医局に入るのだ」といわれてもピンとこず、専門分野についての興味はもっていませんでした。ただ漠然とですが、全体的に健康をマネジメントし、患者さんとともに生きていくような医師像は描いていました。しかし該当する診療科がなかったため、1990年、当時はまだ珍しかった長崎医療センターのローテーション研修に入りました。そこで総合診療科を中心に離島医療を経験させていただきました。また、雲仙・普賢岳の噴火(1991年)の際には医療者としての大変さを肌で感じ、いろいろと考えさせられました。そしてジェネラルな医師として人とかかわりたい気持ちが強くなりました。そのときの指導医に「総合診療をカリキュラムで行っている東京第二病院に行ってみなさい」とアドバイスされたことがきっかけで、国立東京第二病院総合診療科のレジデントとして働き始めました。その後組織は国立病院機構東京医療セン

ターとなりましたが、私の医師としてのライフストーリーの中心として、佐渡島では地域医療を、米国ではアカデミックな経験をさせていただき、現在に至っております。

伴 尾藤先生は国立病院機構全体の総合診療にもかかわっておられるのですか。

尾藤 国立病院機構全体の総合診療にかかわっているわけではありません。まだ国立病院機構全体として総合診療という概念が明確に位置づけられている状況ではありません。ただ、今後は国立病院機構に限らず、病院での総合診療の役割は徐々に拡大していくと思います。

伴 続いて山田先生、お願いします。

山田 私は自治医科大学の3期生(1980年卒業)で、大学修了後の義務年限としてへき地医療にかかわりました。学生時代や研修医時代は総合診療や地域医療に対して、どちらかといえば否定的で、へき地に勤務するようになってから徐々に、自分なりの地域医療を体験し、その重要性を理解してきた感じです。当時は自分自身がやりたい医療というよりも、役に立つ医師として地域住民に認めてもらわなければいけない、という思いで、日々の診療で精一杯だったため、へき地医療や地域医療、総合診療、プライマリ・ケアを行っている意識はありませんでした。そのうちにだんだんおもしろさがわかってきて、地域に密着した診療を行うことに充実感を感じるようになりました。初期のころからプライマリ・ケアなどの関連学会に参加していたこともあり、地域医療や総合医療がどういうものが徐々にわかってきまし



た。そのころから少しずつ、地域医療という枠のなかで楽しみながら、診療に取り組めるようになりました。へき地医療に携わり20年を経過したあたりから、自治医科大学の卒業生として、さまざまな仕事にかかわるようになりました。当初は“診療所命”で、地域に密着したプライマリ・ケアや家庭医療に対して非常に興味があり、どちらかといえば病院勤務はあまり好きではありませんでした。しかし、卒業生の組織のなかでさまざまな支援に関係した仕事を仰せつかり、地域病院で管理的な仕事に従事して3年になりますが、病院にも家庭医療的なジェネラルな視点が必要なのだと考えるようになりました。現在の施設はベッド数が170床程度ですので、例えば臓器別内科の集合では機能しにくい面があるのです。

尾藤 そうですね。

山田 最近ではプライマリ・ケアや家庭医イコール診療所ではなく、病院医療のなかでもそういった総合的な医師が一定の役割を担わなければいけないと感じます。現在は用語や概念にこだわることなく、ジェネラルな視点がどの医療施設でも必要だと思います。

伴 そうすると、入院患者を診療する機会があるのですか。

山田 はい。療養型なのですが、受けもち患者もいます。病院の内科外来も行いつつ、往診にも行っています。

伴 それは知りませんでした。

山田 診療所時代は整形外科的疾患や子どもも診たりしていましたが、病院という枠で内科という領域に狭められてしまうのは少し残念に思います。

伴 現在、小児は診ていないのですか。

山田 診ています。小児科がないものですから、たまたま受けもっているという感じなのですが……。

伴 私も総合診療とのかかわりを簡単に披露しますと、1979年に大学を卒業し1年間、小児科の研修を行った後の2年目に、厚生省（現厚生労働省）の臨床研修指導医海外派遣制度によって米国のfamily medicineのresidencyに入りました。私も尾藤先生と近い考え方で、幅の広い医療を目指していましたので、family medicineを専攻するというこだわりはありませんでした。当時のfamily medicineは内

科や小児科、産婦人科も診ると聞いて渡米したのですが、これが一つの専門領域になっていることを知って、family physicianとして米国での専門医資格をとって1983年に帰国しました。

その後国立長崎中央病院で6年間、主に内科や小児科の外来、内科の入院を診ていました。1989年に川崎医科大学へ移ってからは、小児科の患者を診ることはなくなり、卒後から卒前、病院から大学に移りました。1998年には名古屋大学に移りました。当初はfamily medicineという概念で、アイデンティティを主張していましたが、病院に移るうちに、幅広く診療するには共通した知識や技能、態度が求められるとわかり、「総合診療はジェネラルに行うことを共通基盤に、それをどこで実践するかの違いだけ」という結論に達しました。

## II 地域医療における「総合する専門医」としての診療

伴 それぞれのバックグラウンドやお立場で診療・研究・教育に携わっておられると思いますが、総合診療とはどのようなものか、山田先生からお話しいただけますか。

山田 私自身はへき地や離島診療所での後輩の代診支援、またそれをサポートする中核病院など、さまざまな地域での診療経験があります。

いずれも限られた環境のなかで、ニーズに応じた医療の実践が求められ、例えば小児科医がいなければ小児も診なければいけませんし、離島であればすべて診るのが大前提です。ジェネラリストはその場その場に応じて臨機応変に対応することになります。

伴 よく若い先生方が「内視鏡なども使うのですか」と具体的に聞いてこられますが、山田先生は内視鏡はいかがでしょうか。

山田 上部も下部も一応実施します。スキルとして一人で行えるものはすべて習得したいという思いが若いころからありました。例えば眼科でしたらスリットランプや眼底鏡検査、耳鼻咽喉科でしたら耳鏡や簡単な器具を使った耳鼻科的処置という具合です。「芸は身を助く」といいますが、外来で一人でもできる技能を多く身につけていれば、離島へ赴任



伴 信太郎 先生

名古屋大学  
医学部附属病院  
総合診療部教授

した際も有利です。内視鏡については、診療所レベルでも装備が整ってきていますので、できたほうがよいと思います。

### III 大規模病院における総合診療

伴 尾藤先生はどのような診療をされていたのですか。

尾藤 私が勤務している施設は非常に大きくて、専門医も多く、検査機器などもそろっています。「離島や地域での総合診療とは違うではないか」とよく聞かれますが、決してそうではなく、基本的な姿勢は非常に似ていると思います。例えば、冬場は脳梗塞の患者すべてを神経内科の外来で診きれませんから、一般的な症状の患者さんは総合診療で診ることが常です。夏や冬、朝や夜など、季節や時間帯によっても診療範囲が異なります。内視鏡やエコーのスタッフが不足がちになってからは、勉強を兼ねて補佐させていただくというスタンスで臨んでいます。これにより、われわれは検査技術を習得でき、専門スタッフも助かるという関係で病院全体のバランスを保っている状況です。このようにほかの分野のことも考えると、専門と総合はそれぞれ、腰を据えた診療、フットワークがよい診療という形態の違いではないかと思います。

伴 診療所や小規模病院についてはどのように診療を行っているかをイメージしやすいのですが、大規模病院で行われている総合診療はイメージしにくいと思います。東京医療センターでは、具体的にどのように診療されているのでしょうか。

尾藤 東京医療センターの総合診療医が地域医療と

少し違うのは、内科が中心であることです。ですから、科としては“総合内科”と名乗っています。内科のなかでもいちばん機能を期待されているのが初診と昼間の救急で、具合が悪く、明らかな外傷等でなければまずは総合内科という具合です。「専門医に診てもらいたい」との不満もあれば、「たらい回しにされずに便利だ」という声もあります。入院については最近、救急車の受け入れ要請件数が増えたこともあり、総合診療科や総合内科の役割は非常に大きくなっています。すなわち入院日数が短い救急患者が多くなるわけです。このようなケースにおいては、各専門診療科への振り分けのために時間をかけるよりも、迅速にマネジメントし、治療を施すことに重きを置きます。夜間の救急外来で一晩明かして、いざ患者をどこに紹介しようかというとき、多くの先生方が総合内科に思っているようです。

伴 現在は何床受けもたれているのですか。

尾藤 病院全体では740床で、このうち定床は50程度ですが、実際には常時70床以上の入院患者を診ています。

伴 そのあたりが大規模病院における総合診療科の特徴の一つだと思います。現在大学でも総合診療部門が増加傾向にありますが、私が経験した川崎医科大学や名古屋大学では、必要なベッド数は30数科の専門科が取り巻いているので20床程度だと思います。青木誠先生が副院長をされていたころの東京医療センターのデータでも、外来の10%は所属科が不明とされていました。私が川崎医科大学や名古屋大学で調査したデータでも、約10%は所属科が不明なために、総合診療に訪れています。診療所や小規模病院ではジェネラルな医師が求められます。大規模病院についてもジェネラルな医師でなければ対処できない部分があります。例えば専門科が充実している大学病院ではカバーする人数は少なくなりますが、それでも総合診療部門の存在価値は高まりつつあるのです。

### IV 研究における役割

伴 総合診療部門のもう一つの役割として研究があ

ります。尾藤先生は研究面でも総合診療の世界で若手のリーダーとして頑張っておられますが、研究において総合診療が果たす役割とはどのようなものでしょうか。

**尾藤** 研究において総合診療医が果たす役割は、大きく分けて二つあります。現在EBMが非常に普及していますが、これをベースにした臨床疫学の分野に精通した人が総合診療には多いのです。それは臨床疫学が臓器に特化するのではなく、治療や診断、予後、リスクという横系の概念でものをみるからで、ジェネラリストとして自然な考え方だと思います。臨床疫学に総論的な視点でかかわり、例えば心臓や肝臓など各論的な研究を共同で行うことによって、日本の臨床研究をより高いレベルにすることが総合診療医のかかわり方だと思います。もう一つ総合診療医が行わなければいけないテーマとして強調したいのは、医療と社会の橋渡しです。現在、新聞紙上を賑わしている医療問題の多くはそれだと思います。例えば終末期における延命治療の問題、医師の偏在・不足、そして患者-医療者間のコミュニケーションに関する問題や患者との紛争問題などを研究テーマとするには、現在の臓器別専門分化形式にはそぐわないのです。医療管理学のなかで取り上げられることはありますが、マクロな視点が中心となります。医療と社会とのかかわりをテーマにした研究は、総合診療のなかでしっかりとしたエビデンスを示し、社会に発信していく必要があると考えます。

**伴** 山田先生は診療所や小規模病院を中心に診療されてこられた経験から、なにがわかりましたでしょうか。

**山田** 尾藤先生のご意見に賛成です。診療所や小規模病院では単一の疾患だけが対象ではなく、総合的な視点で診療を行う傾向があります。病気を中心に診るのではなく、患者の立場から問題を解決しようと努力するようになるのです。分類不能な病気や複雑な疾病を併せもっている患者ならなおさらです。もう一つの特徴として、診療所では患者と病初期から関与するケースが比較的多いため、例えば頭痛で訪れた患者に早い時期から臨床意思決定をしなければいけません。しかしそういった時期の判断材料はあまり十分ではありません。従来の医学研究は

## 尾藤誠司 先生

独立行政法人国立病院機構  
東京医療センター  
臨床疫学研究室室長



disease orientedでした。例えば脳腫瘍や脳血管疾患の症状は疾病ごとによく整理されていますが、軽症なものも含めて発症して1時間以内の頭痛はどのような疾患がどのような割合で、どのような問診や初期検査が有効であるのか、腹痛が初診時の主訴である人に心筋梗塞は何%程度あるかなどという本来あるべき研究が実はあまり行われていません。尾藤先生が着眼された臨床疫学的なアプローチこそが最も臨床の現場では役に立ち、専門診療科だけに限定した従来型の研究ではスポットライトがあてられなかった分野です。

**伴** このようなテーマにこそ臨床疫学という調理法が求められているということですね。

**山田** 初診を対象にデータを収集し、その傾向を徹底的に解析した結果は、臨床医にとって、診断の一助となり、ある程度整理された学問よりも、総合診療医や救急医が初期に判断しなければいけない場面で役立つエビデンスだと思います。それは総合診療、プライマリ・ケアという分野での重要な研究テーマだと思います。もう一つ気になるのは、これまでの医学は自然科学的な側面ばかりに焦点があてられ、臓器から細胞、さらには遺伝子分析といった流れになっています。

**伴** 自治医科大学でも行っていますよね。

**山田** はい、人間を科学的に解析しようという流れは当然です。医学は科学的に進歩しなければいけません。現場ではそれを超え、倫理的な問題や現実社会のなかで決断し、患者と信頼関係を培っていかねばならず、医学一辺倒では済まないのです。学際的なアプローチとして倫理学や社会学、心理学の人たちにも参画してもらい、人文科学的な要素を総合診療や地域医療の先生方が研究題材にし、従来



山田隆司 先生

社団法人地域医療振興協会  
地域医療研究所所長、  
公立黒川病院管理者

のメンタロジとは違うアプローチを考えることも、重要だと思います。

伴 保健から医療、福祉まで一体化した地域包括医療があります。その実践はかなり進んでいますが、あまり研究対象とされていないと思います、いかがでしょうか。

山田 医療の社会性という面からのアプローチは少ないですね。現在、日本で必要とされているのは、実学としての医療が地域社会にどう貢献するかです。地域学、コミュニティ論などの視点で地域医療を論ずると、総合診療の枠を越えてかなり幅が広い議論になります。しかし、考えるべきだと思います。伴先生がご指摘されたように、確かにこのような視点は少なかったのではないのでしょうか。

## V ジェネラリストと教育のかかわり

伴 診療や研究についてお伺いしましたが、もう一本の柱は教育です。総合診療に携わる医師がどのように教育にかかわっていただけるのか、総合診療に携わる医師をどう育てていくか、この両面が教育であると思いますが、いかがでしょうか。

尾藤 総合診療を行っている先生方は教え好きであるとよくいわれますね。

伴 それでは、教えるほうのかかわりからお伺いします。

尾藤 なぜ教え好きかといいますと、ニーズに対する感度が高いからだと思います。日常診療でも患者がなにを求めているのかを察知し、ニーズに応じた医療を実践するのがわれわれの役目であるのと同時に、若い医師たちがなにをどう知りたいのか、それ

に答えるには自然と一生懸命になってしまうのです。また、ジェネラリストとして医療に携わる自身のモチベーションを高める意味でも、教育と積極的にかかわることが欠かせないと考えています。

伴 教育は大きく分けると卒前、卒後、卒後は初期、現在の臨床研修医に該当するところと、さらに後期研修といわれるそれぞれの専門領域の教育、生涯教育、それに加えて再研修のようなものもあります。私の経験からいいますと、卒前教育と卒後初期における研修医教育は将来どの専門科に進むかにかかわらず求められる基本的臨床能力の教育ですから、その教育には総合診療の先生方が最も向いていると思うのです。

## VI どう養成すべきか

伴 今度は総合診療に携わろうとしている先生方をどのように育てるのかについて、山田先生よりお願いします。

山田 ジェネラリストあるいは家庭医は、勤務地や施設の形態などにより守備範囲が異なりますが、基本的なことは一とおりでできなければなりません。個々の要素をとると専門の診療科で学ぶほうが優れているわけですが、しかしそれではすべての教をそれぞれの専門科に請わなければいけません。私も若いころは、「総合診療医としてなんでもできるけれども、すべて中途半端だ」という劣等感を抱いていました。

伴 よくいわれることですよ。

山田 聴打診などは往診に行く設定が多いとその重要性が非常によくわかります。ジェネラリストが教える重要な要素なのですが、総合診療を目指す若い医師になにをどのように伝えればよいのか、最初は自信がありませんでした。しかし、学生や研修医を診療所に受け入れたり、私や患者と向き合った診療を一緒に体験させるだけで、意外に伝わってしまうものなのです。患者と長い時間をかけて築いた信頼関係、例えば私の顔をみた瞬間に患者の表情が穏やかになる様子を目のあたりにすると、学生はびっくりします。往診先で患者さんの手を取った際に、

「先生がくるのを待っていた」と患者さんが涙ながらにいつてくれたりすると、医療行為に人間的な心が触れ合うシーンがあることを体感的に理解するようです。

伴 言葉で表せないことですからね。

山田 総合診療医、家庭医としての私の生き方を示し、そこからなにかを感じ、学び取ってくれることに期待するのですが、実はそれによって私自身も学んでいるのです。学生に「あるとき患者さんは本当に喜んでましたね。感動しました」といわれると、「ああ、こんなことから信頼関係の大切さを学んでくれるんだ」とわかります。

## VII 学会認定研修プログラム

伴 一方で広く訴えかけるには、教育の方向性を明示することも必要です。現在、総合的な診療を行う医師をどのように育てるかを、明示しているのは、日本家庭医療学会だと思います。山田先生は代表理事を務めていらっしゃいますが、現在発表されている認定研修プログラムをご紹介いただけないでしょうか。

山田 患者に近く、専門分野や疾患にとらわれることなく、どんな相談にもものごとで、患者との信頼関係を築くことができる医師を育てたいと考えています。専門医療が進むなかで、患者にとって弁護士的な役割を果たせる医師として育ててほしいと思っています。患者中心の医療の担い手としての医師ですが、そのような理念だけでは、総合医の存在価値がなかなか理解されません。まして、頭痛で病院を訪ねればMRIの撮影までできてしまうという医療環境のなかで、そういった設備をもたない医師に対して「この先生は質が高い」といわせるには、相応の臨床技能が求められます。また「この先生を頼れば質が担保され、専門医との橋渡しもしてくれ、安心できる」と評価されるには、基本的診療技能とともに、患者が安心するだけの態度も重要な要素です。

伴 具体的な内容はいかがですか。

山田 初期研修後、3年間と規定されていて、その中心となる内科は6カ月、総合的内科や総合診療科

で研修していただきます。基本的には地域病院で内科全般を診ることができ、全科当直やありふれた疾患の病棟管理ができるように研修を行っていただきます。そして診療所のエッセンスを学んでもらえるように6カ月の診療所研修が入っています。また現在社会問題にもなっている小児科医不足にも対応するため、3カ月の小児科研修を加えました。

伴 このように、はっきりとした基準が示されると、説得力がありますね。

## VIII 総合診療医の質の保障にむけて

伴 最近厚生労働省が総合（診療）科あるいは総合（診療）医を検討するという構想が出てきていますし、尾藤先生がいらっしゃる国立病院機構では医師を全国に派遣する構想もあるようです。総合診療医が派遣されるのはよいと思いますが、全国に総合診療医を養成する部門をつくる必要があります。その際には、日本家庭医療学会の基準が参考になると思いますが、尾藤先生より総合診療医・総合診療科に関する全国的な構想についてお話を聞きたいと思っています。

尾藤 総合診療医が必要であること、また養成するべきであることについては賛成です。しかしその前に専門医と総合診療医が、左足と右足のようになり、互いの役割を効率的に行うことで、医療サービスはバランスよく提供できるということを、医療者に対してはもちろん、広く国民に認知されるような文化づくりが必要だと思います。総合診療医の養成をどうするかについては、まず一つ目は日本家庭医療学会が提示したカリキュラムのような明確な枠組みは重要だと思います。もう一つは総合診療医として真髓的なもの、すなわち知識が豊富で、臨機応変に対処できるだけでなく、患者の立場になって問題を一緒に探り、適宜勉強する、すぐに行うべきことと後でもよいことなど、優先順位を判断できることなどの能力をどのように標準化するかが問題です。こういった能力を可視化して教育することは難しく、現時点では背中をみせているだけだと思います。しかし、私も研修医たちから「総合診療医の

真髓をわれわれにわかるように示してくれ」と毎日突き上げられていますので、毎日研修医の目線で考えるようにしています。そうすることで、問題を察知し解決するまでの情報の収集方法やコミュニケーション、コンサルテーションの仕方なども含め、標準的な形にしなければいけないと痛感しています。

伴 山田先生はいかがでしょうか。

山田 これまではどちらかというと専門医が主流でしたが、それではなかなか地域医療が機能せず、まして大学病院でさえ、専門医に診てもらえない患者が10%程度いるわけです。これ以上専門医を増やしても、おそらく10%以下にはならないと思います。分類不能な患者さんや疾患を併せもつ高齢の患者さんも多く、いずれにせよ限られた医師数で現状を打開するためには総合診療医の養成が不可欠だと思います。海外と比べて、日本は遅れているという実感がありますが、ここへきて「総合」が求められているのは医療に限ったことではないように思います。しかし、その価値を説明するのはとても難しいのです。政府が総合診療科を取り上げること自体は、われわれにとっては待ち望んでいたことですが、間違った解釈をされると少々危険です。総合診療とは質を上げる医療であり、必ずしもコストを下げる医療ではありません。限られた資源のなかで良質な医療を提供するには、専門と総合がバランスをとりながら医療を担うことが重要です。そのような意味でわれわれ医師が時間をかけてでも、総合診療が不可欠であることを訴え続ける必要があると思います。

伴 これまで専門医は領域を絞り深く診療する医師と位置づけられてきましたが、それとともに機能するのが“総合する専門医”なのですが、両方の立場の医師がそれぞれの専門性を生かし日本の医療を担っていくという考え方で現在示されつつある方針はよいのですが、実際に運用する際は注意が必要ですね。

山田 診療所や総合病院、大学病院というように、施設の規模によって同じ総合診療を目指している先生方にも微妙な違いがあると思うのです。しかしその違いを強調するのではなく、総合することの価値観を共有しなければ、力にはならないと思うのです。

## IX 総合診療の将来展望

伴 では、どのようにすればよいのでしょうか。

山田 総合診療自体、日本ではまだ日の浅い学問ですから、家庭医・プライマリ・ケアを推奨している先生方と共有できるものはできる限りともし、それぞれにもっている総合力がいかに重要であるかを社会や医学界に対して訴えなければいけません。われわれが「総合」という理念を共有しないと、総合診療そのものが危ういものになってしまいます。理念のずれや経緯の違いはあっても、一致団結して臨む必要があると思います。

伴 尾藤先生はいかがですか。

尾藤 ジェネラリストを目指す医療者が同じビジョンであることは重要です。山田先生もおっしゃっていましたが、問題やニーズに対する処理的思考が求められて登場したのが総合診療医です。つまり、われわれの存在理由うんぬんよりも、目の前にある健康、そして社会の問題に総合診療医として地道に取り組み対処することが、国民から理解を得るためにいちばんの方略だと思います。

伴 具体的には初期研修後、例えば眼科を専攻する先生は卒後臨床研修の2年間でも基本的な臨床能力を一とおり習得できるのでよいと思いますが、内科や外科を専攻する先生は、もっとジェネラルな部分を学ばなければいけないと思います。そうすると、地域で総合診療を継続的に行う先生と、病院で総合診療を継続的に行う先生も共有できる1年ないし2年があり、そのままジェネラルを行う研修期間、さらに専攻を絞り込むための研修期間という枠組みで教育がなされるとよいと思うのですが、いかがでしょうか。

山田 これまでは座学中心の卒前教育を行った後に、突然専門的な実技教育が始められていました。しかし臨床研修が必修化され、専門医教育がいくぶん幅広い臨床に即した教育に改変してきたと思います。しかし卒前卒後教育ともにもっと地域のニーズに合わせたものにする必要があります。大学病院の医師や地域病院の医師、へき地診療所の医師や都市

部の開業医師では、同じ総合医にしても対応する疾患が異なります。われわれの教育は一種の職業訓練ですから現場のニーズに合わせて効率よく、訓練しなければいけません。これまでは紋切り型で、大学に都合のよい医師ばかりを育成し、のちに地域に赴任したことがきっかけで総合診療の魅力を知り、へき地で診療を続けられる医師が育つという順序でした。開業医を希望する医師には、それなりの訓練を最初から計画的に実施したほうが賢明であるように、地域の医療ニーズに合わせた柔軟な研修がもっと取り入れられればよいと思います。2年の卒後臨床研修についてもすべての医師に必須である必要はなく、将来的には変えてもよいのではないかと個人的には思います。臨床教育を含めて6年間に詰め込めるものはもっと詰め込んでよいのではないのでしょうか。総合医を目指す医師には、今後も卒後2年間くらいのスーパーローテートは必要でしょうね。常に変化する医療ニーズを教育カリキュラムに適宜、フィードバックさせて、さまざまな改革をもっと行ったほうがよいのではないのでしょうか。もっと大胆な変化があってもよいと思うのです。

**伴** 先ほど話が出ました総合診療科や総合診療医のあり方にもかかわると思うのですが、しっかりした青写真を描いたうえで実践しなければいけません。現状は、その描き方をさらに議論しなければいけない段階だと思います。

**山田** 全体構構がないのに、医療費の話だけをされても無理です。われわれが行おうとしているのは、限られた時間や資源のなかで良質なものを生み出す努力です。医師という専門職であるわれわれが知恵を絞る、全体構想を提案し、よく話し合ったほうがよいと思います。

**伴** そうですね。ただ一つ注意しなければいけないのは、医師には総合的な視点で診療を行ったうえでさらに深く掘り下げていくという考え方があり、卒後臨床研修の2年間ができた現在、そこですべて総合的に診られるようになるのではないかという意見があります。しかし、卒前6年間と卒後2年間は、将来どのような臨床を行うにしても、最低限必要な基本的臨床能力を身につけるための課程であり、総合診療や各専門領域のスペシャリストになるための研修

とは別であることを、はっきりさせておく必要があると思います。尾藤先生はどのようにお考えですか。  
**尾藤** 学術的に考えているわけではないのですが、日本の医療に足りないものは二つあると思います。それは“普通の医療”と“話し合う医療”です。本来あるべき普通の医療が日常的に行われていない現実をわれわれは直視するべきだと思います。日本の医療は、まずこれを目指さなければいけません。もう一つの話し合う医療が実践されてこなかった背景には、これまで医師がチャホヤされて人の話に耳を貸さなかったことがあり、そのツケが医療不信をまねく原因になっていると思います。話し合う医療の重要性は、今後さらに増してくると思いますし、医療の質を上げると思います。ですから“普通の医療”，そして“話し合う医療”を日本に根づかせるうえでも、総合診療医の役割はきわめて重要ではないかと考えています。

**伴** 日本を支える総合医療とは、今までひた走ってきた専門医療と両輪になり、尾藤先生がおっしゃった通常の医療と話し合う医療を実現するための役割を担っているということですね。

**山田** 現在の医療には不信の連鎖があり、疾病本来の危険性や不確実性までもが医療者側で解決されるべきだと過剰な責任が医療に求められています。そのような時代にわれわれ総合医が率先して行わなければいけないのは、意思疎通と信頼関係の構築です。しかしそれには、一人の患者と長くつき合える医師がいなければ実現困難です。現在の医療環境で通常の医療をよくしながら、話し合う医療を実現するのは難しいですね。

**尾藤** 非常に難しいです。

**山田** 患者にとっては医療の内容に差があっても欲しくありません。質が担保され、患者との信頼関係がしっかりしていることは、われわれが目指す総合診療医の欠かせない要素だと思います。

**伴** ようやく国民が総合診療に目を向ける時代になりました。そこで拙速に陥ることなく、この領域を育てていきたいと思います。

本日はどうもありがとうございました。

一同 ありがとうございました。

# 談話室

## 治らない時代の 医療コミュニケーションと “医師アタマ”

### 尾藤 誠司

独立行政法人国立病院機構本部  
研究課 臨床研究推進室長

びとう せいじ

#### ■ 略 歴

1990年 岐阜大学医学部卒業  
1990年 国立長崎中央病院研修医  
1992年 国立東京第二病院レジデント  
1993年 国立佐渡療養所 内科  
1995年 UCLA公衆衛生大学院/UCLA一般内科 客員研究員  
1997年 NHO東京医療センター 総合内科  
2005年 独立行政法人国立病院機構本部 研究課  
臨床研究推進室長  
内科専門医 科学修士 (医療サービス学)



#### 医療の何が変わってきているのか

最近新聞紙上をにぎわしている医療に関するトピック、そしてわれわれ医療従事者の頭を悩ませているトピックは、新しい技術や新しい病気についてよりも、医療事故やそれに伴う紛争、終末期医療のあり方、医療格差や医師の過剰な業務負担など、科学や技術の力だけではなかなか解決しがたいものが多くなってきた。これらの問題について考えるとき、私は常に医療を提供する側と受給する側とのコミュニケーションが、その問題の根底に流れていると感じている。現代の医療が抱える多くの問題は、コミュニケーションの問題であるといっても過言ではないであろう。

一方で、医療安全、終末期医療、医師不足といった問題について、コミュニケーションという視点から解決を目指すという試みは決して本流ではない。思うに、それは医療の世界においては、病気と戦い、勝つことで問題を克服してきたという歴史が関係しているように思われる。医学は、基本的に勝つための学問だった。

ところが、この10年ほどで、医療の文脈にはいくつかの大きな変化が起きている。1つには、よく言われるように、医療が戦う対象、すなわち

病気の対象の中心が急性疾患から高血圧や糖尿病などの慢性疾患にシフトしてきたこと、さらにはそれら慢性疾患に対して、どうやら完全に医療がKO勝ちをする、という目はなさそうであることが挙げられる。KO勝ちができないのであれば、判定勝ちに持っていか、もしくはうまく付き合っていく、というスタイルに視点の変化が必要になる。第2には、患者-医療者関係の変化に伴い、患者側に知る権利や治療に関する意思決定に参加する権利が保証されてきた社会変化の背景がある。患者-医療者関係の変化は必然としてコミュニケーションを促進する。さらに、コミュニケーションの促進はいままで封印されていた患者-医療者間の文脈の乖離を明らかにする。

そして、おそらく最も大きな文脈の変化は、インフォームドコンセントの推進やメディアの影響も含め、医療に関する情報を医療受給者側が受ける機会が膨大になってきているという点である。医療を受ける立場の人が、医療の情報を多く得ることができるのは基本的によいことである。ただ、情報を受け取ればそこには価値が生まれ、その価値は多様化する。現代における医療の混乱をみると、その情報の整理や価値の多様化について、医療提供者側も受給者側も、まだうまく折り



合いを付けることができないような状況にあるのではないかと感じている。

専門的知識や技術の差はあったとしても、医療専門職、特に医師の中において、個々の医療情報をどうとらえ、どう価値づけを行なうか、さらに問題についてどう対処するべきか、どのような優先順位であるべきか、についての考え方はほとんどの場合において一様である。一方で、患者の持つ考えは千差万別で、しばしば医学的な論理から大きくはずれている。医療にかかわるコミュニケーションにおいて、患者と医療専門職との考えに食い違い、すれ違いがみられるとき、医学的な視点からは、多くの場合において医療専門職の考えのほうが正しい。しかし、慢性疾患を中心とする“治らない時代”の医療を考えると、医学的に正しい文脈を持つ専門家の理屈が、果たして本当に患者にとってよい理屈となるのかどうかについて、われわれ医療者はもう一度自らをふり返ってみる時期にきているのではないだろうか。

### 異文化コミュニケーションとしての患者－医療者関係

医療におけるさまざまな情報について、医療者と医療受給者との間で食い違いが起こる原因は、本当に「我々は知っている」ためであり、「患者は知らない」ためであろうか。これを言い換えると、「医学的によいこと」は、常に「患者にとってよいこと」なのか、という問である。医療の目的は何か。それは、少なくとも国民すべてが社会保険に属しているわが国においては、患者にとって最善の健康利益のために行われるもの、と考えてよいであろう。そうであれば、さまざまな患者の利益について、医療専門職は患者以上に「知っている」ことは少ないのではないだろうか。利益＝お金、という約束で動いている商業サービスとは違った形の利益を求める形態として医療サービスがあるのであれば、医療サービスにおける患者の利益について、患者と医療専門職の中に共通のものが設定される必要がある。そして、その共通のものは、おそらく事前に、一様に決められるものではない。おそらく、そこに患者－医療者間のすれ違いの理由がある。

なぜ、同じもの、すなわち“患者にとって最善の利益”を求めているはずの医療提供者と医療受給者にすれ違い、食い違いが起こるのであろうか。患者が変なのか。ただ、患者団体など特殊な例は除き、一人ひとりの患者が“私たち患者”と意識しつつ、固有の文化をもって生活しているわけではない。患者一人ひとりとは通常、普通の国民である。だとすれば、食い違いの原因は、むしろ医療専門職がもつ一様の情報と価値観の世界の中にあるのではないか。その世界を、私は“医師アタマ”と呼んでいる。そして、患者－医療者関係は、“医師アタマ”と一般世界との異文化コミュニケーションであると考えられる。

### 良くも悪くも、医師の頭は“医師アタマ”である

“医師アタマ”，これを私は、「自然科学としての医学に依拠する医師を代表とする医療専門職独特の思考過程で、個人の健康に関するすべてのことは正しいことと間違ったことに分類され、それはすべての人にとって一様に当てはまる、という考え方」と定義している。考え方には、事象の認知の仕方から、判断までの論理の立て方までさまざまであるが、それらは意識するしないにかかわらず、明らかに医師の行動の規範となっている。例えば、血圧や血糖値など連続的な数値に対して、どこかの1点で線を引き、異常と正常、病気の有無を決める、という認識の仕方は、よく考えてみると本当にそれでいいのか考えてこんでしまう。152/84という血圧を持った患者は本当にすべて“高血圧”と診断されるべき患者なのか、人間ドックで単独のγ-GTP80が見つかった場合、それは本当に“異常が見つかった”のか、ということであるが、やはりわれわれ医療専門職にとってこれらは通常“病気”であり、“異常”である。

そして、“病気”は克服され、“異常”は診断されるときともに修正されるべきである、という原則も、われわれ医療専門職の中には確かにある。医療行為を行ううえで、評価→診断→治療→観察→効果の判定という一連のストーリーは不可欠なものであり、診断のない治療を行うことや、異常を個性としてとらえることは、医療専門職にとって

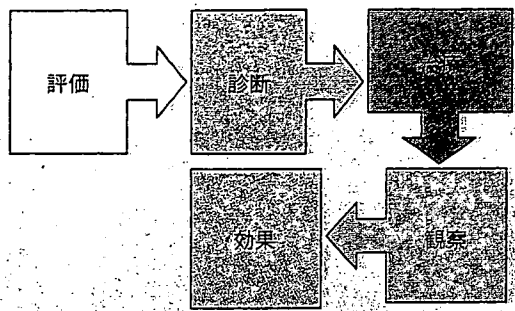


図1 医療専門職の思考プロセス

はあるべきではない、または、間違った考え、もしくはは行為であると認識される[図1]。お腹の調子がずっと今ひとつな患者に処方をし続けるためには、“過敏性腸症候群”という診断を必要とするし、余命の延長を目指さない、という治療方針を打ち出すためには、患者が終末期状態にある、という評価を前提として取得しないと、われわれは前に進めないような頭の構造になっているのだ。

“医師アタマ”は、おそらくプロの医療専門職として患者と向き合ううえでは持っていないといけな文脈である。患者とともに泣いてしまったり、気持ちがブレてしまったりしては、本当に患者の利益を希求する判断をプロとして行うことはできないであろう。十分な医学的情報とともに、自然科学の論理で患者を評価しつつ、余命や検査値の改善など、一定の尺度をもって患者の利益を考えるプロセスは、確かに必要なことである。

### EBMと“医師アタマ”

実は、私が“医師アタマ”と、それに対する違和感を真剣に考え始めたきっかけは、いわゆるEvidence Based Medicine (EBM)を臨床で意識的に実践するようになったことから始まる。臨床エビデンスは事実を臨床家に突きつける。そして、事実、実はわれわれ医療専門職が信じる価値観に穴をあけるようなことをしばしば突きつける。例えば、救急外来に来院した急性の腹痛患者を前にして、ある程度診断が確定するまではオピオイドによる鎮痛を行うべきではないという“原則”がまことしやかに存在した。鎮痛によって、腹膜刺激所見など身体所見が出にくくな

り、手術の適応など重要な判断を鈍らせる、というのがその理由である。ところが、臨床研究の結果は、「オピオイドを使用しても、腹膜所見に関する身体診察の精度に変化はない。手術の適応を見誤るのは、オピオイドの使用が原因ではない」という事実情報をわれわれ医師に突きつけてくる。治療に関していえば、これだけ糖尿病に関する薬剤が開発され、多くの薬剤が使用されているにもかかわらず、2型糖尿病患者に対して、生活習慣の改善以上に余命により影響を与えるものはない、という情報は、われわれが原則的に持っている「しなければならない」、「してはならない」という思考の構造に穴をあけ、風通しをよくしてくれる。その事実を目にして、ようやくわれわれ医療者は、患者さんのもつ苦痛の除去を、診断の精度に優先する情報として受け取る感受性をもう一度持つことができるのだ。

私は、EBMが医療になしえた最も大きな功績は、具体的な“アウトカム=利益もしくは不利益”について、少なくとも医療者に強制的に意識させたことだと思っている。医師アタマからみた「べきである」は、あくまでも血圧値の低下など特定の利益に対する「べきである」であり、それは多くの場合、患者にとっての利益の一部にすぎない[図2]。そう考えれば、少しいろいろな「しなければならない」から解放されるかもしれない、というのがEBMから得た私の一番の収穫である。

### “医師アタマ”への処方

“医師アタマ”は医療専門職にとっては持っていないなければならない文脈である一方、“医師アタマ”のために患者と医療者に折り合いがつかない。では、どうすればよいのだろうか。しばしば、患者に対し啓蒙と教育が必要である、という

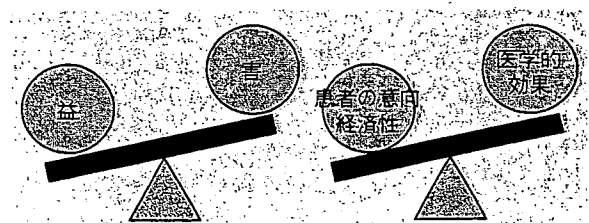


図2 いろいろなアウトカム (=利益の基準) の釣り合い

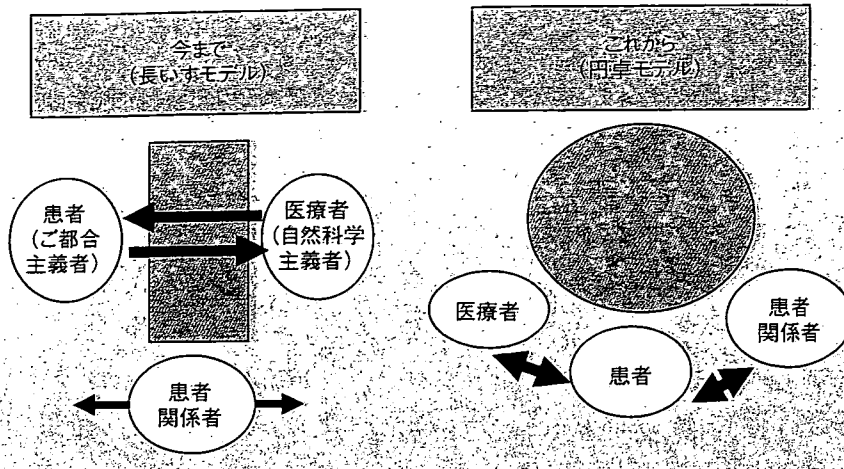


図3 “ともに考える”医療のイメージ

意見を聞く。そして、私はそれは問題の解決にならないと考えている。むしろ、現状での一般社会の“医師アタマ”化は、市民の健康利益をより不幸な方向に進めているのではないだろうか。

「血液はドロドロよりサラサラがいい」、「納豆で血液がサラサラになる」、「背中が痛いのは膵臓がんの印」というのは、一般世界の医師アタマ化を示している。自分は自分、という考え方から、人生を自然科学に従属させる考え方が、一般生活の中にも強いられるようになってきた。最近では、病気の男性が倍増したように見える。“メタボリック・シンドローム”という病名の登場により、社会は不健康者で満たされてしまった。そのうち、男性というだけで病人とされるようになるかもしれない。また、インフルエンザに関連したワクチンや抗ウイルス薬に関連する一連の混乱は、わが国全体の医師アタマ化を非常にわかりやすく描き出している。医療は、患者にとっての利益とともに不利益ももたらし、それはどちらも不確実なものである。しかし、「医療は常に患者への利益をもたらす」という神話は、実はかつては医療者側が信じていたものでもあるのだ。

医師アタマ的な思考のスキームに自己批判的になることは、自らのプロフェッショナルとしての役割を放棄するものでは決していない。むしろ、自分たちの規範について明確に意識したうえで、どこまでその規範の特殊性に自覚的であることができるか、一般であり個別である患者一人ひとりの

雑多さに対してどれほど想像力を働かせることができるか、ということこそが、プロフェッショナルとしては求められる姿であろう。“医学的によいこと”と、“患者にとってよいこと”はしばしば同じではない。そして、“医学的によいこと”の強さと弱さを知り、常に意識的・批判的であることが、医療専門職が“患者にとってよいこと”を患者とともに考える出発点である。

医療コミュニケーションの授業などでは、医師と患者との目線について、180度向き合うのではなく90度の角度で座るのがよろしい、といわれる。これは、物理的な配置だけではなく、医療プロフェッショナルの意識としても重要なことかと私は考えている。みずからの患者ケアにかかわる姿勢を“長いすモデル”から“円卓モデル”へ転換させることで、自分たちが無意識に患者に対して意識を押しつけていないか、患者の質問や意見を医師アタマにもの申す反論としてとらえていないか、ということに気づくためのきっかけになるであろう【図3】。また、円卓に“患者にとって最善の利益”をおくことで、自分が求めている利益を俯瞰図の一部としてとらえることが可能になる。異常と正常の切れ目や、診断と治療の連鎖、医学的利益の絶対性に自由になることで、われわれはもう少しだけ患者とともに考える医療に近づくことができるかもしれない。そしてそれは、医療の目的である“患者にとって最善”を目指す医療に近づくことでもあるであろう。

## Symptoms Associated with Parvovirus B19 Infection in Adults: A Pilot Study

Kazuhiro Waza<sup>1,2,3,4</sup>, Kazuo Inoue<sup>5</sup> and Shinji Matsumura<sup>6,7</sup>

### Abstract

**Background and Objectives** The clinical features of parvovirus B19 infection in adult patients have not been well described. The aim of this prospective study was to clarify the clinical features of adult patients with parvovirus B19 infection in primary care settings.

**Methods** The study subjects were adults over age 18 years who had visited one primary care clinic over a period of one year. They were chosen if they had at least two of the following three symptoms: edema, joint pain, and rash, and if they had contact with children with erythema infectiosum. The diagnosis was confirmed if anti-parvovirus B19 antibodies were identified. The process of these symptoms was recorded until they resolved.

**Results** Twenty patients met the inclusion criteria, and 14 (70%) patients were diagnosed with parvovirus B19 infection. The 14 adult patients consisted of two men and twelve women ranging from 33 to 63 years (median, 38 years). The patients consisted of two groups. In the first group, they presented with the first phase of infection showing symptoms such as malaise, muscle pain, and fever, and in the second phase presented with edema, rash, and joint pain that developed within two days of the first phase. In the second group, the first and second phases were clearly separated.

**Conclusions** Parvovirus B19 infection in adults can be efficiently diagnosed in primary care settings by observing clinical symptoms such as edema, joint pain, and rash, and by asking patients about their contact with children who have erythema infectiosum.

**Key words:** parvovirus B19, adults, primary care, erythema infectiosum, case series

(DOI: 10.2169/internalmedicine.46.0366)

### Introduction

Parvovirus B19 infection is generally known as childhood erythema infectiosum, and it causes a facial rash. Children with a parvovirus B19 infection are most likely to be treated by pediatricians. Accordingly, primary care physicians who mainly treat adult patients are not necessarily aware of the clinical features of parvovirus B19 infection (1). Thus, adult patients with parvovirus B19 infection may not be accurately diagnosed.

Some studies have explored parvovirus B19 infection in adults. Among them, one study was a retrospective chart re-

view of consecutive adult patients and it reported the incidence of major symptoms such as edema, joint pain, and rash (2). In a previous report of experimental infection for adults, the first phase of infection included malaise, muscle pain and fever, appearing 4 to 14 days after infection, and the second phase presented with edema, rash and joint pain that occurred a few days to one week after the first phase (3). The first phase corresponded to the patient's peak viremia.

Immunocompetent individuals will begin to produce B19-specific antibodies that will form immune complexes with circulating virus during the second phase (4).

In other reports, symptom severity varied from asymptom-

<sup>1</sup>Waza Clinic, Matsudo, <sup>2</sup>Department of Community and Family Medicine, Jichi Medical School, Shimotsuke, <sup>3</sup>Department of Family Medicine, Case Western Reserve University, School of Medicine, Cleveland, OH, USA, <sup>4</sup>Department of General Medicine, Tokyo Medical and Dental University, Tokyo, <sup>5</sup>Department of Public Health Graduate School of Medicine, University of Tokyo, Tokyo, <sup>6</sup>Matsumura Clinic, Tokyo and <sup>7</sup>Division of Clinical Epidemiology, National Hospital Organization, Tokyo Medical Center, Clinical Research Center, Tokyo

Received for publication June 5, 2007; Accepted for publication September 3, 2007

Correspondence to Dr. Kazuhiro Waza, QZD10356@nifty.ne.jp