

平成 30 年 6 月 7 日現在

機関番号：15301

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2015～2017

課題番号：15K15168

研究課題名(和文)「Slow code」の再検討

研究課題名(英文) Reappraisal of the "Slow code"

研究代表者

齋藤 信也 (Saito, Shinya)

岡山大学・保健学研究科・教授

研究者番号：10335599

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,200,000円

研究成果の概要(和文)：蘇生の見込みのない患者に対する形式的な心肺蘇生を「Slow code」と呼ぶが、これは医療倫理の教科書では厳しく禁止されている一方で、家族の気持ちを考えれば、これを許容しても良いのではないかという意見もある。そこで今回、医師のSlow codeに関する認識とその実施の実態について調査を行った結果、Slow codeに対する基本姿勢では、絶対に行うべきでないという回答は3%に過ぎず、大半はこれを許容していた。家族の気持ちを考えると積極的に行って良い行為であるという答えも16%あった。このように多くの医師がSlow codeを許容していることが判明した。

研究成果の概要(英文)：Most bioethicists condemn the practice of "slow codes", which refers half-hearted or submaximal attempt at resuscitation. Nevertheless, some complain that the slow code should be allowed for the satisfaction of the family. Therefore, we conducted the survey for current condition of the slow code and physicians' concerning. There were only 3% answered that the slow code must not be performed, while almost all physicians allowed and accepted it. Moreover, 16% answered that it was a good practice to perform, when considering sentiment of the patient family. On the contrary to the ethical textbook, most of physicians accept the "Slow code".

研究分野：医療倫理学

キーワード：Slow code スローコード 心肺蘇生 医学的無益性

1. 研究開始当初の背景

蘇生の見込みのない患者に対する形式的な心肺蘇生を「Slow code」と呼ぶが、これは医療倫理の教科書では厳しく禁止されている。一方で、家族の気持ちを考えれば、これを許容しても良いのではないかという意見も散見された。

2. 研究の目的

医師の Slow code に関する認識とその実施の実態を明らかにする。

3. 研究の方法

これまでに心肺蘇生を行った経験がある病院勤務医 204 人を対象にウェブ調査を行った。

医師 12 名を対象に、インタビュー調査を行った。

4. 研究成果

ウェブ調査

対象医師の内訳は、一般内科(80 人)、一般・消化器外科(74 人)、麻酔科・ペインクリニック(40 人)、救急・ICU(10 人)であった。

まず、無益と感じながら、心肺蘇生を行った経験のある医師は 95% であった。無益と感じた理由では、「医学的に蘇生の可能性がない」が最も多かった(図 1)。

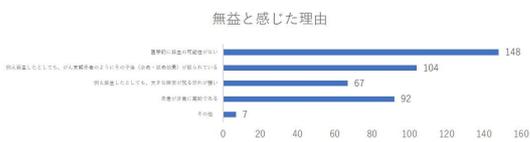


図1

また、無益と感じながら蘇生を行った理由で最も多かったのは、「心肺蘇生方針が決まっていない患者、もしくは、方針がすぐに確認できなかったから」であった(図 2)。

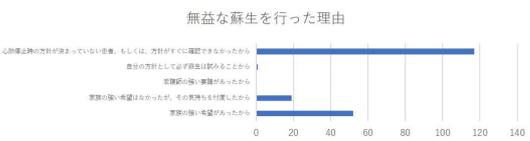


図2

家族が医学的に無益な蘇生を希望した場合には、蘇生には意味がないと家族を説得し、家族が反対しても、蘇生は行わない者が、7%、蘇生には意味がないことを説明するが、それでも家族が望む場合は、形式的な蘇

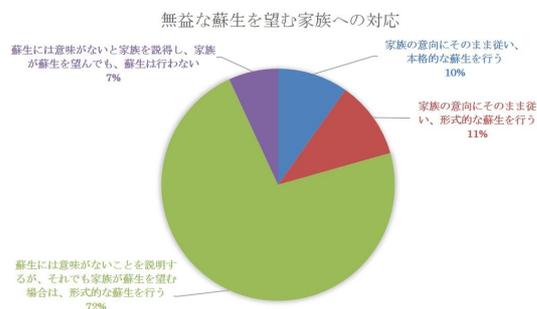


図3

生を行う者が、72%、家族の意向にそのまま従い、形式的な蘇生を行う者が、11%、家族の意向にそのまま従い、本格的な蘇生を行う者が、10%であった(図 3)。

次に、がん末期で予後不良なことが予測されているもの、医師も家族も予期していない時期に心肺停止が生じた場合、蘇生を行うか?という質問に対し、疾患の性質上、家族が希望しても蘇生は行わない者が 17%、疾患の性質上、蘇生は行わないことが原則であるが、家族が望めば、本格的な蘇生を行う者が 49%、蘇生の可能性があれば、本格的な蘇生を行う者が 19%、蘇生の可能性がなくても、家族の気持ちを忖度して蘇生を行う者が 15%であった(図 4)。

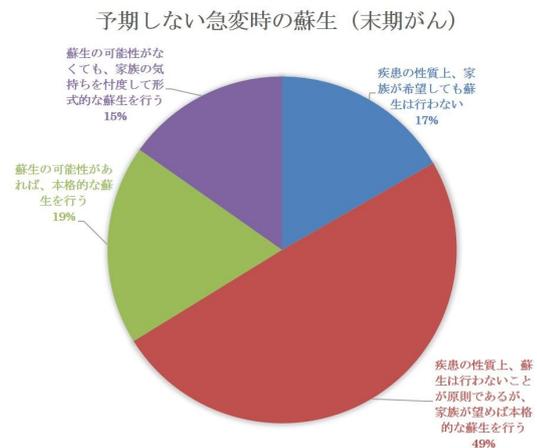


図4

次に、「スローコード」という言葉についての認識度を問うたところ、スローコードという言葉は聞いたこともないし、そうした概念も今回初めて知ったと答えた者が 58%、

スローコードという言葉は知らないが、そうした概念があることは知っていると答えた者が 32%、スローコードという言葉を知っているし、概念も理解していると答えた者が 6%、スローコードという言葉は聞いたことがあるが、そうした概念であることは知らなかったと答えた者が 4%であった。また、そうしたスローコードの実施経験が在る医師は 87%であった(図 5)。

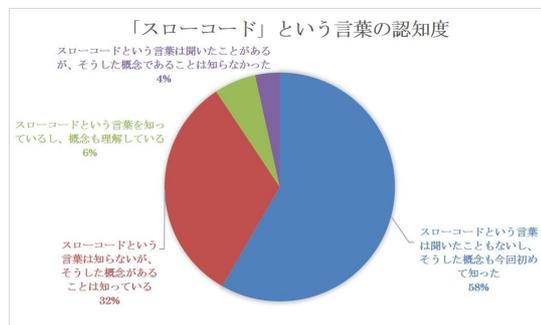


図5

スローコードを行った際、本来の積極的な蘇生では行う行為のうち、控えたものは、強い胸骨圧迫 51.7%、除細動 44.9%、エビ

ネフリン投与 33.1%、気管内挿管 45.5%、人工呼吸 39.3%であった(図6)。

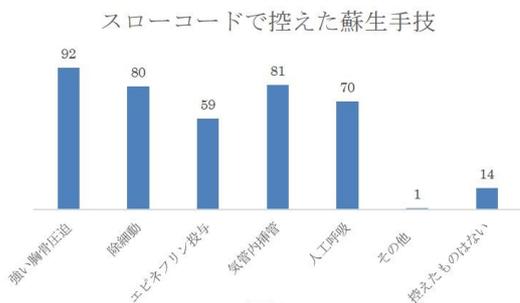


図6

スローコードをどう考えるかという質問に対しては、医師に対する信頼を損なう行為であり、絶対に行うべきではないという回答は3%に過ぎず、基本的には行うべきではないが、場合によっては許容されるという回答は35%、望ましい行為ではないが、家族の希望が強ければ行わざるを得ない行為であるという回答が46%、家族の気持ちを考えると、ある程度は積極的に行って良い行為であるという回答が16%であった(図7)。

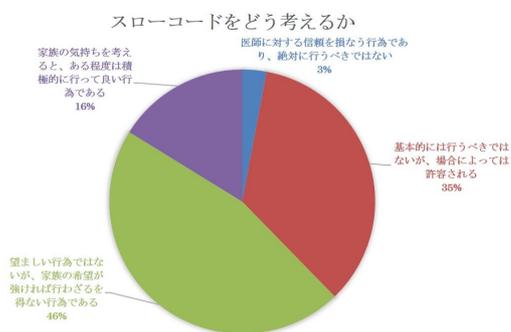


図7

最後に、スローコードについて、統一的な対応の必要性について問うたところ、医師個々人の裁量に任せるべきであって、統一的な対応は不要であると答えた医師が53%、病院、あるいは診療科として、統一的な対応を取り決めるべきであると答えた医師が26%、蘇生に関係する学会等で、全国的にスローコードは行わないことを宣言すべきであると答えた医師が19%、日本医師会の医師の行動規範にスローコード禁止を書き込むべきであると答えた医師は2%であった(図8)。

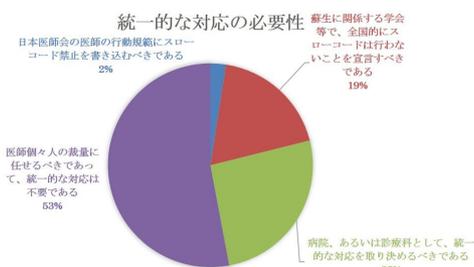


図8

以上のことから、我が国において心肺蘇生を

行ったことのある医師の間では、Slow codeの概念の認識はそれほど高くないものの、そうした医学的には無益と思われる形式的な蘇生を行った経験のある医師は非常に多いことが分かった。また、医療倫理学の教科書的な記載と異なり、それを絶対行うべきでないとした医師はごくわずかにとどまり、望ましい行為ではないものの、家族の気持ちを考えると許容されると考える医師が大半であったことは注目に値すると思われた。

インタビュー調査

インタビュー調査の結果からは、こちらが主として考えていたがんの終末期におけるSlow codeは、あまり想定されていないことが判明した。つまり、がんのような慢性疾患であれば、終末期に心肺蘇生を行わないという意思決定がなされているのが普通であり、また、医師を始めとする医療スタッフは、患者や家族と事前によく話し合い、そうした意思決定を支援する努力を行うのが当たり前であるという意見が有力であった。

もしがんの終末期にSlow code的なことが要請されるとすれば、それは準備不足に外ならず、それを、家族を欺くような形式的な蘇生で糊塗するのは言語道断という厳しい意見もあった。

一方、救急の場面では、家族が愛する人の突然の死を受容できないことが多く、それに対して、Slow codeのような対応は致し方ない面があるとの意見が多くみられた。もちろんこの場合、蘇生の可能性が少しでもあれば、全力で心肺蘇生を行うことが、大前提である。しかし明らかに蘇生の可能性のない患者に対して、その旨を家族に告げて、理解をしてもらうのが本来の姿はあるものの、あきらめる理由を縷々述べるよりも、一生懸命患者を救おうとしてくれたという気持ちは、何者にも代えがたい。そうした感謝の言葉を医療者に向かって発する家族も多いとの回答があった。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計7件)

Yoshikawa A, Saito S, Kondo K, Tsuyumu Y, Taira N, Shien T, Doihara H, The sexual lives of breast cancer patients. Clinical Nursing Studies, 査読あり、6(1),2018,61-75, DOI: <https://doi.org/10.5430/cns.v6n1p61>
 Noto S, Igarashi A, Shiroya T, Fukuda T, Ikeda S, Moriwaki K, Saito S, Shimozuma K, Ishida H, Reliability and validity of two proxy versions of EQ-5D-5L in Japan, Value in Health, 査読あり、20, 2017, 682-683, DOI: 10.1016/j.jval.2017.03.1834

齋藤信也, Quality of life-医療のコストをどのように評価してゆけばよいの

か?、Cancer Board、査読なし、3巻、
2017、240-246、
DOI:http://doi.org/10.11477/mf.1430
200190

Hagiwara Y, Shirowa T, Shimozuma K,
Kawahara T, Uemura Y, Watanabe T,
Taira N, Fukuda T, Ohashi Y, Mukai H,
Impact of adverse events on health
utility and health-related quality of
life in patients receiving first-line
chemotherapy for metastatic breast
cancer: Results from the SELECT BC
study, Pharmacoeconomics, 査読あり、
36,2017,215-223, DOI:
10.1007/s40273-017-0580-7

Shirowa T, Saito S, Shimozuma K,
Kodama S, Noto S, Fukuda T, Societal
preference for interventions with
same efficiency: Assessment and
application to decision making, Appl
Health Econ Health Policy, 査読あり 14,
2016,375-385,DOI:10.1007/s40258-016
-0236-3

Shirowa T, Ikeda S, Noto S, Igarashi
A, Fukuda T, Saito S, Shimozuma K,
Comparison of value set based on DCE
and/or TTO data: Scoring for EQ-eD-5L
health states in Japan, Value Health,
査読あり、19,2016,648-654,DOI:
10.1016/j.jval.2016.03.1834

Shirowa T, Fukuda T, Shimozuma K,
Mouri M, Hagiwara Y, Doihara H,
Akabane H, Kashiwaba M, Watanabe T,
Ohashi Y, Mukai H, Long-term health
status as measured by EQ-5D among
patients with metastatic breast
cancer: comparison of first-line oral
S-1 and taxane therapies in the
randomized phase III SELECT BC trial,
Qual life Res, 査読あり、
26,2016,445-453, DOI:
10.1007/s11136-016-1388-1

〔学会発表〕(計10件)

齋藤信也、公衆衛生と医療倫理 -医師
の立場から-、高等研セミナー、2018年
2月10日、国際高等研究所(京都府木津
川市)

齋藤信也、どうなる?がん対策~今まで
とこれから~がん医療と費用対効果、日
本緩和医療学会、2017年6月23日、パ
シフィコ横浜(神奈川県横浜市)

齋藤信也、試行的導入の振り返り地点:
本格導入に向けたよりよい評価プロセ
スのありかたについて、ISPOR(国際医薬
経済アウトカム研究学会)日本部会、
2017年3月30日、星陵会館(東京都千
代田区)

齋藤信也、医療資源配分の倫理、2017

年1月28日、高等研セミナー、国際高
等研究所(京都府木津川市)

田中美穂、児玉聡、世界の安楽死の動向
と日本への影響、日本生命倫理学会、
2017年12月17日、シーガイア宮崎(宮
崎県宮崎市)

齋藤信也、緩和医療と費用対効果、日本
緩和医療学会、2016年6月18日、京都
国際会議場(京都府京都市)

齋藤信也、長江弘子、岩城典子、高橋在
也、片山陽子、酒井昌子、日本在宅ケア
学会、2016年7月17日、東京ビッグサ
イト(東京都江東区)

Saito S, Noto S, Miyazaki M, Health
utility measured with EQ-5D-5L in
Japanese patients undergoing
hemodialysis, ISPOR(International
Society for Pharmacoeconomics and
Outcome Research)-Asia-Pacific
Conference, (2016年9月5日、シンガ
ポール国際会議場(シンガポール))

Yamaguchi M, Kawamura Y, Saito S,
Shimozuma K, Shimizu ME, The results
of the veterans health
administrations' ethics
consultation proficiency assessment
tool survey in Japan, ASBH(American
Society for Bioethics and
Humanities),2016年10月9日、ハイア
ットリージェンシー・ワシントン(米国
ワシントンDC)

齋藤信也、白岩健、能登真一、児玉聡、
下妻晃二郎、医療ラショニングおよび
ベッドサイドラショニングに対する医
師の基本姿勢について、日本生命倫理学
会、2015年11月29日、千葉大学(千葉
県千葉市)

〔図書〕(計2件)

田中美穂、児玉聡、勁草書房、終の選択-
終末期医療を考える、2017、3-316

齋藤信也、山代印刷出版部、医学的無益
性と医療経済、医学的無益性の生命倫理
2016、75-94

6. 研究組織

(1)研究代表者

齋藤 信也 (SAITO, Shinya) 岡山大学・
大学院保健学研究科・教授 研究者番号: 1
0 3 3 5 5 9 9

(2)研究分担者

下妻 晃二郎 (SHIMOZUMA, Kojiro) 立
命館大学・生命科学部・教授 研究者番号:
0 0 2 4 8 2 5 4

児玉 聡 (KODAMA, Satoshi) 京都大学・
大学院文学研究科・准教授 研究者番号: 8
0 3 7 2 3 6 6