様　式　Ｃ－１９、Ｆ－１９、Ｚ－１９　（共通）

科学研究費助成事業　　研究成果報告書

平成 ２８ 年　 ６ 月　 ７ 日現在

機関番号：１２６０１
研究種目：基盤研究(C)（一般）
研究期間：2012～2015
課題番号：２４６１６００３

研究課題名（和文）医療コミュニケーションにおける共同意思決定過程の解明

研究課題名（英文）Exploring the characteristics of shared decison making in medical communication

研究代表者
石崎　雅人（ISHIZAKI, Masato）

東京大学・大学院情報学環・教授

研究者番号：３０３０３３４０

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費）　　4,200,000円

研究成果の概要（和文）：本研究は、化学療法の受診を検討し、実際に受診した対象者426名に対して、患者主導型／共同意思決定型／医師主導型の意思決定方法の特徴を明らかにした。それぞれの意思決定方法ではそのプロセスに差があることが明らかになったが、共同意思決定と意思決定方法への納得度、治療全体への満足度の関連は認められなかった。しかし、希望していた方法で意思決定を行った患者は、そうでない患者に比べ、治療全体への満足度が高かった。

研究成果の概要（英文）：This study explores the characteristics of various medical decision making methods such as patient-centered, shared decision, physician-centered for the patients who examine and receive chemotherapy by using statistical analysis on the relationship between (1) the decision making methods, and (2) the process of the decision, (3) the patients' understanding of the methods, and (4) their satisfaction of the medical treatment. There is no statistical differences among (1) concerning (3) and (4). However, the patients who match their preference on decision making are more satisfied on their treatment that those who do not.

研究分野：専門家社会のコミュニケーション

キーワード：医療における意思決定　共同意思決定　化学療法

１．研究開始当初の背景

(1) ケア概念については、医療、看護、介護など多様な観点からの議論が行われている（川本 2005）。その中でも最も重要なものの１つに、ケアする側とケアされる側の関係についての議論がある。（中西・上野 2003）。ケアする側とケアされる側には、知識、経験、行うことのできる行為に違いがあり、ケアする側によるパターナリズム（温情的庇護主義）が批判されてきた。それに対してケアされる側の自己決定権を尊重する当事者主権であるべきとの主張がなされており（中西・上野 2003）、この概念を基盤として、女性がケアを担う、ケアを労働とみなさないといった歴史・文化的に形成された問題に対する経済・制度的な提案が行われている（上野 2011）。このような政策的な議論は、ケアする側、ケアされる側にとって、良いケア環境を構築するのに貢献するが、実際にケアが行われる現場のレベルで、両者がどのように振る舞えばよいのかについては、さまざまな経験談はあるものの、まとまった形では明らかにされていない。

(2) 医療コミュニケーション研究において、Roter&Hall（2006）は、医師と患者の関係を、パターナリズム、消費者主義、相互性、機能停止と分類している。前記の当事者中心は、相互性と大きく重なるが、当事者主権が消費者主義を否定しないのに対して、医療においては消費者主義の問題点が多く指摘されている点が異なる。Elwyn et al.(2003)は、医師と患者の共同意思決定プロセスを測定する評価項目を提案した。評価項目は、(a)複数の治療方針を示した、(b)治療のメリット・デメリットを話した、(c)患者が気にしていることを尋ねた等 12 項目から成っている。実際の共同意思決定のプロセスでは、医師、患者とも相矛盾する目標をもつことがあり、それをどのようにしてすり合わせていくのかが難しい点である。Salmon&Young(2006)が批判するように、一般に評価項目アプローチは、目標の状態を規定するが、その具体的なあり方を示さないため、相矛盾する目標のすり合わせのような難しいプロセスを明らかにすることができていない。

２．研究の目的

ケア学において、ケアする側とケアされる側がどのような関係にあるべきかという問題は、より良いケアを考える上で中心的課題である。本研究は、理想的な関係とされる共同意思決定に焦点をあて、ケアコミュニケーションの中の医師と患者のコミュニケーションを対象として、その実態の解明を行う。具体的には、共同意思決定の概念、共同意思決定への医師・患者の意識、共同意思決定コミュニケーション過程の具体的なあり方、情報環境等の要因の共同意思決定過程への影響を明らかにすることにより、ケア学、医療コミュニケーション研究へ実証的な観点からの貢献を行うことを目的とする。

３．研究の方法

インターネット調査会社に委託し、その会社に登録しているモニターに対して質問紙調査を行った。モニターの中から、「過去 3 年間にがんと診断され、治療の過程で医師から化学療法について説明を受け、治療を受けるか否かについて検討した経験がある」対象者に対して Web 上で回答をしてもらった（回答依頼者数：727 名、有効回答数：612 名、期間：2012 年 12 月 25 日～27 日）。

その中から実際に化学療法を受診した対象者 426 名に対して、意思決定方法 3 群（患者主導型／共同意思決定型／医師主導型）の特徴を明らかにするために､決定方法 3 群と、決定プロセスに関する全項目、および意思決定方法への納得度、治療全体への満足度、それぞれに対してクロス集計表を作成し、$\chi 2$ 検定を実施した｡5 未満の期待値が 20%以上、または、1 未満の期待値が 1 つでもある場合は、フィッシャーの正確確率検定を行った。また、カイ二乗検定により、5%水準で有意差が認められた場合には、残差分析と多重比較を行った。フィッシャーの正確確率検定により、5%水準で有意差が認められた場合には、多重比較を行った。p 値の調整はホルム法を使用した。実際の意思決定方法への期待と実際の決定型の一致／不一致と、意思決定方法への納得度、治療全体への満足度それぞれに対してもクロス表を作成し、$\chi 2$ 検定またはフィッシャーの正確確率検定を実施した。統計分析は、すべて R を使用した。

調査会社に登録しているモニターは、登録する際に、調査協力、データ分析・公表について承諾している。また、調査データは匿名化がなされており、本研究関係者は、個人が特定できないように管理されている。医療コミュニケーションに関する調査研究は、一般の社会調査のように、無作為に対象者を選ぶことが難しい。そのため、調査者または身近な医療機関などに協力依頼をして、調査対象者を集めることが多い。このことは、分析結果の一般化には注意を要することを示唆するが、それは分析結果に意味がないということと同義ではない。南風原（1995, 2002）は、「追試による一般化」という考え方を説明している（南風原, 1995; 2002）。1 つの研究から一般化するのではなく、サンプルを積み重ねることにより、最終的に一般化できる知見を得るという考え方である。本研究の分析も、追試による一般化に貢献する 1 つの研究として考えることができる。

４．研究成果

(1) 本研究の結果、化学療法を受けるか否かの意思決定方法は、決定前に期待した方法、実際に行われたと認識している方法ともに、共同意思決定型が最も多かった（期待：57.5%、実際：48.4%）。次いで多い患者主導型（期待：31.7%、実際：35.4%）と合わせると、8 割以上の人が、意思決定に能動的に参加することを望み、実際に能動的に参加したと認識していた。反対に、医師主導型、すなわち受動的に参加した人は、期待、実際の認識ともに少数であった（期待：10.8%、実際：16.2%）。日本の医療はお任せの傾向が強いと言われてきたが（宗像, 1999）、本研究の結果からは患者はそのように認識していない可能性が示唆される。

(2) 決定プロセスについては、共同意思決定型と医師主導型の間に、全体 26 項目の内、15 項目で有意差が認められた。医師からの費用に関する情報提供量への認識については、共同意思決定型は、「まったく説明しなかった」と評価する人の割合が有意に少なかったのに対し、医師主導型は、「まったく説明しなかった」と評価する人の割合が有意に多く、「十分説明した」「まあ説明した」と評価する人の割合が有意に少なかった。費用や治療期間に関する患者の情報収集量については、共同意思決定型は、「まあ収集できた」（費用）、「十分収集できた」（治療期間）と評価する人の割合が有意に多く、「まったく収集できなかった」（費用）と評価する割合が有意に少なかった。医師主導型は、「十分収集できた」（費用・治療）、「まあ収集できた」（費用）と評価する人の割合が有意に少なく、「まったく収集できなかった」（費用）、「収集しなかった」（治療期間）と評価する人の割合が有意に多かった。家族、親戚、友人・知人など医療者以外の人への相談については、共同意思決定型は、「相談した」人の割合が有意に多く、「相談しなかった」人の割合が有意に少なかった。反対に、医師主導型は、「相談した」人の割合が有意に少なく、「相談しなかった」人の割合が有意に多かった。医師への質問については、共同意思決定型は、「疑問があったので質問した」人の割合が有意に多かったのに対し、「疑問があったが、しなかった」人の割合が有意に少なかった。反対に、医師主導型は、「疑問があったので質問した」人の割合が有意に少なく、「疑問があったが、しなかった」人の割合が有意に多かった。

以上のように、化学療法を受けるか否かについての意思決定の方法への患者の認識が、共同意思決定型であったか、医師主導型であったかによって、医師からの情報提供量への認識、患者自身の情報収集量、周囲の人への相談行動、医師への質問行動が異なっていた。医師が治療についての情報を十分に伝え、患者側も積極的に情報収集を行い、周囲へ人に相談をし、医師の説明に疑問があったら質問することにより、患者が十分な情報を持つことが、共同意思決定型と医師主導型を区別する決定プロセス上の違いであると考えられる。

(3) 共同意思決定型と患者主導型の間に、全体 26 項目の内、7 項目で有意差が認められた。共同意思決定型は、医師から「複数の選択肢を提示・説明された」人の割合が有意に多く、「単一の選択肢を提示・説明された」人の割合が有意に少なかった。反対に、患者主導型は、医師から「複数の選択肢を提示・説明された」人の割合が有意に少なく、「単一の選択肢を提示・説明された」人の割合が有意に多かった。医師からの費用に関する情報提供量への認識については、共同意思決定型は、「まったく説明しなかった」と評価する人の割合が有意に少なかったのに対し、患者主導型は、説明の度合いに関して有意に人数の割合が異なる選択肢はなかった。費用に関する患者の情報収集量については、共同意思決定型は、「まあ収集できた」と評価する人の割合が有意に多く、「まったく収集できない」と評価する人の割合は有意に少なかった。患者主導型は、「十分収集できた」と評価する人の割合が有意に多かった。

共同意思決定型、医師主導型、患者主導型に関して、医師の説明に対する患者の認識、患者の行動を合わせて考えてみると、共同意思決定型と医師主導型は異なる傾向が明確であった。患者主導型は、共同主導型と医師主導型の間に位置づけられ、医師の説明に対する患者の認識に関しては、医師主導型とは差異が認められないことが多く、患者の行動に関しては、共同意思決定型と差異が認められないことが多かった。共同意思決定モデルを患者中心モデルの 1 つとするとらえ方（Agency for Healthcare Research and Quality, 2014）がある。患者中心モデルと患者主導型は必ずしも同じではないが、評価の対象によって患者主導型と共同意思決定型との関係が変わりうるという知見は、患者中心モデルの精緻化への手がかりとなる可能性がある。

(4) 共同意思決定型、医師主導型、患者主導型とは決定プロセスの差が見られたにも関わらず、それぞれの意思決定方法を行ったと認識している人の間には、意思決定方法への納得度、治療全体への満足度ともに、有意差は見られなかった。しかし、期待と実際の決定型が一致しているか否かによる有意差は認められ、治療全体への満足度に関しては、期待した方法で意思決定を行った患者は、「とても満足している」人の割合が有意に多く、「やや満足している」人の割合が有意に少なかった。反対に、期

待した方法で意思決定を行っていない患者は、「とても満足している」人の割合が有意に少なく、「やや満足している」人の割合が有意に多かった。この結果は、がん患者を対象とした国外の研究（Keating et al., 2002; Lantz et al., 2005）、関節リウマチ患者を対象とした国内の研究の結果（青木, 2011）と同様であった。しかし、期待と実際の一致／不一致群の中では、意思決定方法間で、納得度、満足度に有意差は認められなかった。以上のことから、どの意思決定方法をとるかではなく、意思決定に関する希望と実際の一致が満足度と関係する可能性が示唆された。Gattellari らは、期待した方法で意思決定ができなかった患者は、自分の価値観が反映されないまま決定が行われたと感じることにより、アウトカムが低下すると述べている（Gattellari et al., 2001）。今回の結果は、彼らの結果と整合的であり、医師が、治療方法の決定について、患者の希望を探り、それに沿った方法で決定を行うことが重要であることを示唆するものであると考えられる。

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　9　件）

①片桐恭弘・石崎雅人・伝康晴他「会話コミュニケーションによる相互信頼感形成の共関心モデル」,『認知科学』, 22(1), pp. 97-109, 2015.（査読有）
②野呂幾久子・石崎雅人・小林怜「化学療法における患者の共同意思決定についての認識および満足度との関係」, 東京大学情報学環紀要 情報学調査研究, 31, pp. 89-113, 2015.（査読無）
③石崎雅人「専門家のことばが納得を生むとき」,『日本語学』, 33(3), pp. 16-29, 2014（依頼／査読無）.
④辛昭静・石崎雅人「医師の丁寧表現の不使用に対する患者と医師による認識の比較」,『待遇コミュニケーション研究』, 11, pp. 69-85, 2014.（査読有）
⑤野呂幾久子・川野雅資「うつ病および統合失調症患者と看護師の会話の RIAS による分析」,『精神看護におけるディスコース分析研究会誌』, 2, pp. 15-21, 2014.（査読無）
⑥石崎雅人「視線－気になる視線」,『日本語学』, 32(5), pp. 93-104, 2013.（依頼／査読無）
⑦辛昭静・石崎雅人「医療面接における謝罪表現に対する患者と医師の認識」,『社会言語科学』, 16(1), pp. 65-79, 2013.（査読有）
⑧片桐恭弘・石崎雅人他 3 名「保健指導対話を対象とした相互信頼感形成過程の分析とモデル」,『人工知能学会 言語・音声理解と対話処理研究会資料』, SIG-SLUD-B203, pp. 43-48, 2013.（査読無）
⑨野呂幾久子「医療コミュニケーション分析方法 RIAS と精神科コミュニケーション研究への応用可能性」,『精神看護におけるディスコース分析研究会誌』, 1, pp. 15-21, 2013.（査読無）

〔学会発表〕（計　6　件）
①野呂幾久子「インフォームド・コンセントのための説明文書のわかりやすさ」第 15 回 CRC と臨床試験のあり方を考える会議, シンポジウム 臨床試験・治験のインフォームド・コンセント―どう伝えていますか？ どう伝わっていますか？―. 神戸国際展示場（兵庫県神戸市）. 2015 年 9 月 13 日.
②辛昭静・石崎雅人「診療場面における医師の丁寧表現不使用に対する日本人患者と韓国人患者の意識比較」, 第 36 回社会言語科学会研究大会, pp.142-145, 京都教育大学（京都府京都市）, 2015 年 9 月 6 日.
③Ishizaki, M., Noro, I. and Kobayashi, R., “The Underlying Causal Structure Explaining Patients’ Satisfaction for Shared Decision-Making in Chemotherapy,” European Association for Communication in Healthcare/ International Conference on Communication in Healthcare, Amsterdam, Netherland, 2014.
④Noro, I. and Ishizaki, M., “Exploring Shared Decision Making for Cancer Patients,” International Conference on Communication in Healthcare, Montreal, Canada, 2013.
⑤野呂幾久子・石崎雅人・小林伶「抗がん剤治療に関する意思決定とその実際」, 第 33 回医療情報学連合大会／第 14 回医療情報学会学術大会, 神戸ファッションマート（兵庫県神戸市）, 2013 年 11 月 23 日.
⑥Ishizaki, M., “Bridging the gap between the guidelines and the practice in medical consultation, ” European Association for Communication in Healthcare/ International Conference on Communication in Healthcare, St.Andrews, UK, 2012.

〔図書〕（計　4　件）
①野呂幾久子「医療コミュニケーションと医療コミュニケーション研究」, 澤田治美編『意味論』, ひつじ書房, pp. 141-154, 2015.
②石崎雅人・野呂幾久子『これからの医療コミュニケーションへ向けて』, 篠原出版新社, 2013.
③石崎雅人・三浦純一「医療コミュニケーションにおける共同意思決定再考」, 石崎雅人・野呂幾久子『これからの医療コミュニケーションへ向けて』, 篠原出版新社, pp.

126-139, 2013.
④野呂幾久子・渡辺弥生・味木由佳『看護系学生のための日本語表現トレーニング』, 三省堂, 2013.（第 1 章, 第 2 章, 第 4 章, 第 8 章, 第 9 章）

〔産業財産権〕
○出願状況（計　0　件）

名称：
発明者：
権利者：
種類：
番号：
出願年月日：
国内外の別：

○取得状況（計　0　件）

名称：
発明者：
権利者：
種類：
番号：
取得年月日：
国内外の別：

〔その他〕
ホームページ等

６．研究組織
(1)研究代表者
石崎　雅人（ISHIZAKI, Masato）
東京大学・大学院情報学環・教授
研究者番号：　30303340

(2)研究分担者
野呂　幾久子（NORO, Ikuko）
東京慈恵医科大学・医学部・教授
研究者番号：　10242752

(3)連携研究者
なし

(4)研究協力者
東京大学大学院学際情報学府・博士課程
小林　伶（KOBAYASHI, Rei）