

科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）研究成果報告書

平成 25 年 5 月 31 日現在

機関番号：14301

研究種目：若手研究（B）

研究期間：平成 23 年度 ～ 平成 24 年度

課題番号：23790568

研究課題名（和文） インフォームド・コンセントの内省と自己学習を促すための観察研究

研究課題名（英文） Mixed method observational research of Informed Consent

研究代表者

八田 太一（HATTA TAICHI）

京都大学・大学院医学研究科・教務補佐員

研究者番号：40598596

研究成果の概要（和文）：インフォームド・コンセント(IC)で生じる現象に接近・共有するために、質的アプローチと量的アプローチをあわせたミックス法を用いて、化学療法を導入するための IC を観察し、その方法論を検討した。また、修練医の IC を継続的に観察し、指導医との関わりを通して生じた視座の変容プロセスを捉えた。

研究成果の概要（英文）：To investigate the phenomenon, which emerge during the process of Informed Consent (IC), this project conducted the mixed-method research observing the process of the shared decision making for starting the outpatient chemotherapy. Then the methodology was discussed. The study also made longitudinal observations of a resident doctor, and described the process how her viewpoint of IC was sophisticated by the interactions with her clinical instructor.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
交付決定額	3,400,000	1,020,000	4,420,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：境界医学・医療社会学

キーワード：インフォームド・コンセント、ミックス法、医師患者関係、事例研究、医学教育、がん医療、動機づけ、Shared Decision Making

1. 研究開始当初の背景

(1) IC に関する教育

医学教育において、医師の全人教育や生涯教育が注目され、各大学医学部や地域の特色に合わせた教育・研修が実施されている。近年、ナラティブ・ベイスト・アプローチ（斎藤・岸本『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』2004）が医学生への教育に援用されている（上野・林 2010、宮田・寺田 2010）。医学生への全人的教育として患者の物語に注目した教育カリキュラム等が一部で導入されているが、卒後教育における全人的医療は個人の医師としての成長と関心に合わせた自助努力によるところが大きい。とりわけ、インフォームド・コンセント(以下 IC)のような医師として患者や家族と個別的なやりと

りが求められる場面での振る舞いや態度については、医師が経験的に体得し身につけていくものとして扱われる部分が多い。

(2) 外来化学療法における IC

外来化学療法加算新設(平成 14 年)やがん対策基本法(平成 18 年)により外来化学療法が重点化され、医学の進歩によりこれまで入院で行われていた化学療法が外来でも行われるようになった。その結果、がんを抱えながら日常生活を送る事への患者や家族の不安、病状コントロールに対する医療従事者の不安、十分に連絡が取れないといった双方にとっての新たな不安が顕在化した。そのため、外来での化学療法を導入するための IC では、安全に化学療法を実施するための十分な情

報共有だけではなく、これまで以上に安心して治療を進められる医師患者関係の構築が重要となっている。関係構築(厚生省研究・柳田座長『元気になるインフォームド・コンセント』1996)が志向される外来化学療法(IC)では、物語が紡ぎ出されるプロセスが顕在化されやすいと考えられる。

(3) IC を観察する方法論

臨床試験における被験者の理解を促すための調査研究、がん医療における医師のコミュニケーションスキル開発研究など、ICに関する観察研究は数多く行われてきた。しかし、これらのほとんどは IC 後に行うアンケート調査やインタビュー調査を採用しているため、IC をリアルタイムで観察した研究は発表されていない。さらに、IC では医師と患者の間で極めて個性性の高く多様なやりとりが展開されるため、量的アプローチのみで IC を捉えることは難しい。また内容分析のような質的アプローチのみで IC を個々に観察したのでは、事例間の関係性を捉えにくい。IC を医師と患者の人生が交錯する場であり、物語が紡ぎ出されるプロセスと捉えるならば、そこで生じる現象を事前に予め想定することは出来ない。このことは、単一の指標やアプローチで IC を捉えることの方法論的限界と考えることもできる。

本研究グループは IC で生じる現象に接近するために、研究代表者の他、臨床心理士 3 名、腫瘍内科医 2 名、臨床試験や医学教育に携わる内科医 2 名によって構成され、IC 観察方法論の構築を試みてきた。本研究課題では、IC 実施前から IC 実施後までをリアルタイムで観察し、質的データと量的データを収集し、統合的分析を行なうミックス法を援用した。

2. 研究の目的

IC の個別性に留意し、そこで生じる現象と医師患者関係の一端を明らかにする。そして、指導医との関わりの中で修練医の視点が変わるプロセスを捉える。また、量的指標として使用する『医療に関する達成動機尺度』の妥当性を再検討する。

3. 研究の方法

以下、3 つの研究を実施する。

- 研究Ⅰ. 健常人を含む質問紙調査
- 研究Ⅱ. 医師と患者の物語を捉える研究
- 研究Ⅲ. 医学教育に還元するための研究

(1) 健常人を含む質問紙調査(研究Ⅰ)

IC 観察研究の量的指標として使用する『医療に関する達成動機尺度』(以下、動機づけ尺度)の妥当性・信頼性は、大学生集団にて検討されている(八田・成田『心身医学』2011)。がん患者を含む異なる集団における尺度の

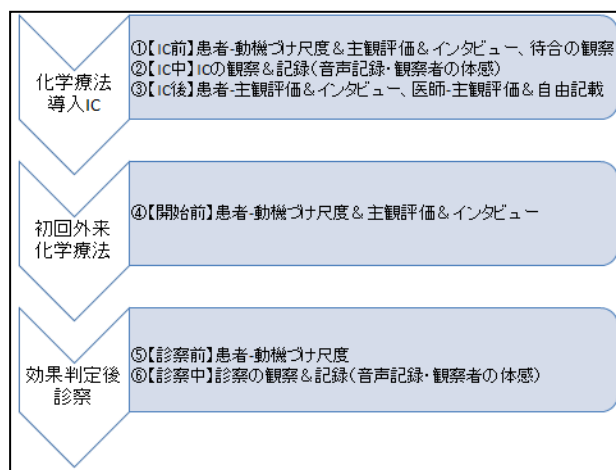
妥当性を検討するため、大学生、健康診断受診者、がん患者の 3 母集団による確認的因子分析を実施する。

(2) IC 観察研究(研究Ⅱ、研究Ⅲ)

下記の手順で IC を観察し、医師患者関係に焦点を当てた分析(研究Ⅱ)と医師の成熟に焦点を当てた分析(研究Ⅲ)を実施する。

〔観察対象〕

乳がんでは術前化学療法や術後アジュバント療法を導入するための IC を対象に、肺がんでは退院後外来で化学療法を導入するための IC を観察の場とした。乳がん専門医 1 名と肺がん専門医 1 名の IC を観察し、IC から効果判定後の診察までを追跡した(図 1)。なお、乳がんについては、専門医の下で修練医が説明を行った事例も含まれた。



(図 1 : データ収集の流れ)

〔方法論的視座〕

柳田邦男によって論じられているように(『元気になるインフォームド・コンセント』1996)、本研究では患者も医師も互いに治療を進める上で必要となる安心と期待を育むための信頼関係が構築されるプロセスとして IC を位置づける。IC で生じる現象に接近するために、単一のアプローチやモデルではなく、質的アプローチと量的アプローチを合わせたミックス法を用いて多様なデータを収集し関心相関的に分析する(関心相関性は西條『構造構成主義とは何か』2005 を参照)。

〔データ収集〕

IC に立ち現れる事象は、対話内容や話者の言葉づかいのような客観的に記録される事象だけでなく、その場の緊張感のような主観的体験も含まれる。この主観的体験は、IC の当事者である患者と医師、参与者である観察者によって体験のされ方は変わる。本研究では、客観的事象も主観的体験も観察時に記

録し、分析の対象とするため、心理面接の訓練を受けた臨床心理士を観察者とした。より具体的には、以下のデータを収集した(図 1)。

①IC 実施前

観察者から見た患者の臨床像、同席者の有無、医師の様子などを観察し記録した。患者の治療に対する関心を捉えるために、動機づけ尺度を用いた。さらに、治療に関するイメージと安心感について数量的主観評価(VAS: Visual Analogue Scale)を患者に依頼した。乳がん IC では、指導医と修練医の対話も音声記録として収集した。

②IC 実施中

観察者が IC に陪席し、音声記録を取りながら話者の表情やその場の緊張感などを記録した。音声記録は逐語記録として文字化された。

③IC 実施後

患者には IC 前と同様に VAS を依頼し、やりとりについてショートインタビューを行った。医師にも IC に対する数量的自己評価(100 点満点)と自記式自由記載を依頼した。乳がん IC では、指導医と修練医の対話も音声記録として収集した。

④初回外来点滴

診察から点滴開始までの間に、動機づけ尺度、IC 前と同様の VAS を依頼し、IC で印象に残ったことなどショートインタビューを行った。

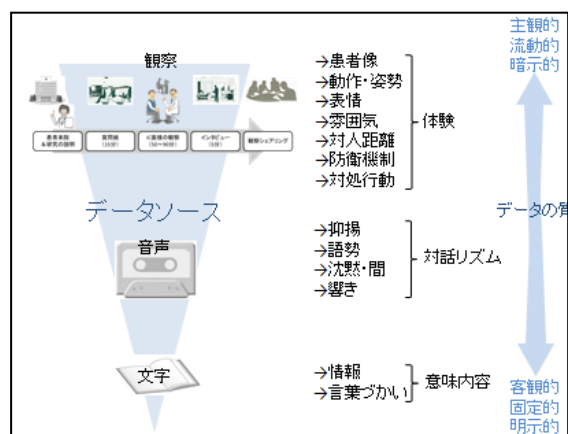
⑤⑥効果判定後の診察

化学療法の導入後に行われる検査で、抗がん剤の効果判定が行われる。効果判定後に予定されている専門医の診察前に動機づけ尺度への回答を依頼した。観察者はその診察に陪席し、音声記録を取りながら話者の表情やその場の緊張感などを記録した。

〔事例記録の作成〕

IC 中の逐語記録に対話記号を追加し一連の観察記録(①～⑥)を合わせた事例記録を作成した。また、IC 観察の直後、観察者は研究グループメンバーとシェアリングを行い、患者像が浮かび上がるまでディスカッションを行った。

本研究課題で作成した事例記録は、患者の臨床像や対話の雰囲気といった観察者の主観的体験、音声に含まれる対話リズム、逐語化された文字情報のような客観化されたデータ、これら多層的なデータソースによって構成される(図 2)。



(図 2: 多層的データを含む事例記録)

〔データの分析〕

質的データと量的データの統合的分析については、その目的によって分析手順やデータの重みづけが異なる。

医師患者関係に焦点を当てる研究Ⅱでは、全患者の動機づけスコアの継時的変化を概観し、特異的にスコアが変動した個別事例を抽出する(量的分析)。そして、事例記録より浮かび上がる現象や展開を記述する(質的分析)。さらに、動機づけの変動と事例展開とを(質と量の統合)。この再検討では、個別事例で生じた現象や観察プロセスを軸に動機づけスコアの変動を位置づけるため、量的データが質的データを補完する埋め込みデザイン QUAL(quan)をとる(J.W.Creswell 著、大谷 訳『人間科学のための混合研究法』2010 を参照)。

医師の成熟に焦点を当てる研究Ⅲでは、外来化学療法の研修を受ける修練医 1 名を追跡し、研修後にインタビューを行った。得られたデータのうち、修練医と指導医のやり取りやインタビューを中心に内容分析し、修練医の視点が変容するプロセスを記述する。

〔倫理的手続〕

本研究課題で実施した調査は、京都大学医学部・医の倫理審査委員会による承認を受け、UMIN-CTR(試験 ID: UMIN000007607)へ登録後実施された。全ての IC 事例の観察および追跡は、患者より同意を得て実施された。

4. 研究成果

I. 健常人を含む質問紙調査

動機づけ尺度は他者基準的達成動機(AMO)と自己基準的達成動機(AMS)の 2 因子が想定される。大学生 414 名(平均 20.8 歳)、健康診断受診者 154 名(平均 46.3 歳)、がん患者 44 名(平均 61.5 歳)の 3 母集団にて 2 因子モデルの妥当性を再検討するために、確認的因子分析を実施した。

多母集団分析にて等値制約条件を検討したところ、因子から各項目へのパスに等値制約を課した測定不変モデルにて最適な適合度が得られた。この等値制約条件下で、がん患者を含めた3母集団にて動機づけ尺度の二因子モデルは一定の適合度を有することが確認された($\chi^2(118) = 255.25, p > .05, GFI = .925, CFI = .912, RMSEA = .044$)。このことから、3母集団において動機づけ尺度は二因子構造をとり、各因子の各項目への寄与も母集団間で等質であることが示唆される。しかしながら、がん患者群の二因子間相関が極めて大きな値であり($r = .93$)、一因子モデルの可能性も考えられる。すなわち、動機づけ尺度の項目得点は5項目2因子とするか10項目1因子とするか、患者群のサンプルサイズや分析の目的に合わせて使用することが考えられる。

II. 医師と患者の物語を捉える研究

外来化学療法は個人の医学的状態と生活スタイルに合わせた個別的な治療プロセスを辿り、モチベーションの維持のされ方も千差万別であると考えられる。本研究では、①患者の動機づけ尺度スコアの変動に注目し(量的分析)、②個別IC事例で生じた現象を捉え(質的分析)、③統合的にプロセスを概観する(質と量の統合)。そして、④統合的分析を可能にする方法論的工夫について言及する。

①動機づけ尺度スコアの変動(量的分析)

本研究に協力したがん患者は、乳がん患者13名(平均54.7歳)、肺がん患者16名(平均61.4歳)であった。

IC前、初回外来化学療法、効果判定後診察の3時点で得られた動機づけ尺度スコアは、各時点で天井効果を示していた。また、サンプル数が少ないことから、10項目1因子としてFriedman検定をしたところ、時系列で分布に差がなかった。本研究の対象集団は大病院で治療を受ける患者であり、治療に対する関心が高いと考えられ、定常的に高いスコアが得られたと考えられる。VASや医師の主観評価と合わせた解析については、今後、学会や論文にて公表する。

全患者のスコアをプロットしたところ、初回外来化学療法時にスコアが落ち込み、効果判定時に上昇した患者が1名確認された。次に、この患者のICプロセスを記述する。

②個別IC事例で生じた現象(質的分析)

動機づけスコアの変動より抽出された患者は、60代男性の肺がん患者であった。この患者のICプロセスを追体験すべく、事例記録を分析したところ、誤解を招きやすい話題である寿命をめぐる対話に医師と患者の人物像が現れていた。

患者の様子や関心事に注意を払いながらも、寿命についての考え方を正しく伝えようとするあまり厳しい口調で説明する医師は、しかし、それを瞬間的に自省したかのようなあたたかい口調を織り交ぜて伝えていた。その医師の立ち振る舞いに、患者を敬う姿勢が滲み出ているように感じられた。

一方、自分なりに寿命について調べ、出典のはっきりしない切抜きを持参し、その内容をたどどしく、絞り出すように医師に伝え、少しでも希望を持てるような話を求め患者はもがいているように見られた。この「もがき」は、苦しみを表す否定的な意味合いだけではなく、その状況下であっても諦めることなく前を向いていく姿勢が複合した態度を示す。

ICでは、患者は資料を持参しているように、治療や自分の寿命に対する関心の強さが伺え、前向きな姿勢としての「もがき」も観察された。しかしながら、初回外来化学療法時には、「がんは治らない」と自分に言い聞かせるかのように語る一方で「腫瘍マーカーは下がっていてそれは良かった」とインタビューに答えていた。そして、効果判定後診察でも、寿命について質問をしており、自分なりに納得しようとするもそれを呑み込めないことを医師に伝えようとする患者の振る舞いが見られた。

③統合的考察(質と量の統合)

統合的分析に関して、本研究では、量的データが質的データを補完するQUAL(qual)デザインを採用する。本事例記録に基づいてICで生じた現象に接近したところ、医師の患者を敬う姿勢と患者の「もがき」様子が浮かび上がった。この患者の人物像を受けて事例記録を読み進める。初回外来化学療法時、動機づけ尺度への回答直後のインタビューで、患者は「がんは治らない」と開口し、「腫瘍マーカーは下がっていてそれは良かった」と加えて語っていた。ここで、患者は今後の不安を感じつつ、現状の自分を保とうとする様子は「もがき」と重なる。そして、不安を語る様子と動機づけスコアの低下とが並列して現れていた。効果判定後診察時、「呑み込めないことを医師に伝えようとする」患者の姿勢は、ICと同様に「もがき」のもつ前向きな側面が動機づけスコアの高さと同様に並列して現れている。

一方、質的データが量的データを補完するQUAN(quant)デザインで分析した場合、IC前の動機づけの高さは資料を持参しているという行動に、初回外来化学療法時の動機づけスコアの低下は「がんは治らない」という発言に、効果判定後診察での動機づけスコアの上昇は寿命についての質問という行動に、それぞれ関連付けられる。

一見、どちらのデザインからも同じような解釈が得られたように見えるが、これらの解釈を導く方法論の違いを検討する必要があるように思われる。

④方法論的考察

本研究のように、量的に抽出された事例に対して量的データが質的データを補完するQUAL(quan)デザインで統合的分析を進める場合、量的モデルが有する意味が事例解釈の基盤となり、QUAN(qual)デザインで統合的分析を進めてしまう恐れがある。例えば本事例について、QUAN(qual)デザインにて動機づけスコアの変動を説明する発言や態度を抽出して関連付けることも可能であった。量的に抽出された事例をQUAL(quan)デザインで統合的分析を進める場合、この一応の解釈によって分析者や読み手の視座がマスクされ、現象により接近する機会を逸するリスクを孕んでいる。

〔方法論的視座〕で述べたようにICで生じる現象への接近と共有を主眼に置く本研究課題では、そこに居合わせた観察者の体験を追体験できるように多層的なデータを収集し事例記録を作成した。事例記録そのものにある程度の解釈の方向性が含まれてしまうため、事後的な分析に対しても事例記録は惰性的な作用を示す。したがって、量的モデルと質的データを統合的に解釈する際、この惰性は明らかにされた上で、積極的かつ建設的に組み込まれる必要がある。

本研究のQUAL(quan)デザインは、一度量的に抽出された事例を質的に分析する際に、その量的発見によるマスクの影響を最小化して統合する試みに他ならない。ここでは、ICで生じる現象に接近し、その痕跡が刻まれた事例記録から惰性的に描かれる人物像を軸とし、動機づけスコアの変動を相対化させ、質と量を並列させるにとどめた。

また、量的なマスクを最小化する際、事例記録の惰性は方法論的に組み込まれるが、惰性による解釈の方向性そのものは固定的なものではない。心理臨床学的事例研究のようなより深い分析の対象となることで、事例記録に新たな読み筋が生まれる可能性が十分にある。ミックス法の方法論について、今後とも検討を続け、学会や論文で公表する。

III. 医学教育に還元するための研究

ICのような医師として患者や家族と個別性の高いやりとりが求められる場面での振る舞いや態度については、医師が経験的に体得し身につけていくものとして扱われる部分が多い。本研究では、修練医(20代女性、後期研修医)のICを継続的に観察し、研修後にインタビューを行うことで、ICに対する視座の変容プロセスを捉える。

〔観察の概要〕

本研究に参加した乳がん専門医は、約3か月の外来化学療法研修を修練医に行っている。本研究では、修練医より協力を得て、観察者はIC前後の指導医と修練医の対話や様子を記録した。研修後、インタビューを行い、研修中の体験を振り返った。この過程で得られた質的データを内容分析し、指導医の指摘ポイントと修練医の自省をまとめた(表1)。

	1月目(#1~#2)	2月目(#3~#4)	3-4月目(#5~#7)
指導医の指摘	迷走している	ポイントのズレ	患者が選択
指導医の具体的コメント	やりとりする情報にメリハリがなく、医師の伝えたいことを説明。	医師からの情報が多く、患者の話が現れにくい流れ。	患者の話や聞き方に迷走、患者の選択とは如何に…。
修練医の自省	説明に手一杯	話の進め方	医師の自覚
修練医の具体的反応	・相手の話をきくこと。 ・患者に言った量と患者が受け取った量とのバランスに注意。	・患者の気持ちを汲めなかった。 ・患者さんに「全然わからなかった」と言われた。	・IC中に指導医の補足説明が減った。 ・まだ自分のスタイルで伝えていない。
IC時間	92-136min	70-96min	64-104min

(表1: 修練医の研修体験プロセス)

注: #は観察したICの回数を示す。

〔修練医の体験を追う〕

研修1月目、最初に観察されたIC(#1)は術前化学療法導入のためのICであった。修練医は指導医にICで何を説明するか尋ね、指導医は説明すべき情報ではなく、化学療法を行なう医師の立場でICの要諦を伝えている(図3)。研修1月目(#1-#2)では、修練医は患者の話や聞き方に注意を向けつつも主だった関心は説明することであり、化学療法で説明すべき情報の複雑さに手一杯な様子であった(表1)。指導医は最初にICの要諦を伝えつつも、修練医の関心に合わせたフィードバックを行なっていた(表1)。

修練医: 何を説明したらいいでしょうか?
指導医: 患者さんが頑張ってるような説明ですな。結果がすべて、例えば印象が悪くたって構わない。良いことだけ言って途中でドロップアウトするんだったらね、それは最終的に良くない。 (中略)
時間見ながら、相手に合わせて、話す順番とか、準備が大切。 (中略)
頑張りましょうでなく、頑張らないかん～って思わせる。どうやったら、相手が完遂できるか、同じ副作用でも完遂できる人とできない人がいる。
修練医: どうしよう...
指導医: 最初から他力本願はダメ。

(図3: #1-IC前の修練医と指導医の対話)

研修2月目(#3-#4)では、指導医から話の組み立て方を含めた伝えるポイントのズレを指摘されつつも、修練医の自記式評価では自らのICを振り返り、患者の気持ちを汲めなかったことや患者に伝わっていないことに注意が向いていた。情報を説明する立場から患者に伝える姿勢へと医師の志向が変容している様子が伺える(表1)。

研修3-4月目(#5-#7)では、修練医の変容プロセスの転換期であったように思われる。これまでの4回の観察では、医師としての自覚を明示する発言は確認されなかったが、3月目(#5)のIC後の指導医とのやり取りでは、「プロとして喋れていない、医者として確立していない」と自省していた(図4)。そして、患者が選択するという事について指導医と修練医の姿勢の違いが映し出される。このやりとりの直後、修練医は「何か、無理をしていますよね。今、スタイルを変えようと無理しています」と語っており、修練医自身が変容しようとしていることが伺える。

その後観察されたICでは(#6-7)、修練医は指導医からの補足説明の回数が減ったことを自己評価するようになるも(表1)、最終回IC(#7)では100分を超えるICとなり、患者が選択できるような話の組み立て方や時間配分について指導医より指摘を受けていた。

指導医：(自記式評価を記入しながら)手応えはないな。
 修練医：プロとして喋れてない、医者として確立していない感じ。
 指導医：患者さんが脱毛を嫌がっていたけど。
 修練医：その時、無理にアジュバントしなくても良いんじゃないかって。
 指導医：それは脱毛の話と再発の話をセットに説明して、それでも脱毛を避けたいんだったらアジュバントなしです。
 修練医：そうなんです、そう思ったんです。
 指導医：でも、先生、脱毛の話だけで止まった。がんの説明の時に、先生が治療したいんでしょって患者さんに言われていたし、脱毛が嫌ですって言うのはインフォームされてないんです。患者さんが十分な情報を得ていない段階で副作用の話がされたら、そりゃ嫌って言う。リスクとベネフィットを知らされて患者さんが嫌っていうなら、それは患者さんの選択です。
 修練医：私の中ではアジュバントをしない選択肢はないんですよ。
 指導医：あるよ。患者さんがそれでも脱毛が嫌だって言うんだったら、やめるかどちらにしましょうか？って話になる。

(図4：#5-IC後の修練医と指導医の対話)

研修を終えて1月後、修練医にインタビューを実施し、研修に関する語りを聞く場を設けた。修練医の語り内容は、指導医の医師としてのスタンス、ICで伝えようとする姿勢が中心的に語られた(図5)。また、「ICを観察されることで、コミュニケーションをいう概念を意識するようになった」と語り、修練医はこの研修の前にムンテラに関する本を探し、Negative Dataの伝え方について書かれた本を読んだが、「知りたいのはそこではないという思いをした」と語っていた。

研究者：このIC研修の間、特に気づいたことは？
 修練医：ICではないけども病棟の患者さんに指導医が「一生懸命、治らないんだよってことを伝えているんだよ」って話していて、すごい優しさだと思うようになりました。指導医は自分が患者さんに良く思われようとは思っていないんです。
 研究者：ICについては？
 修練医：ICの難しい所は、医師患者関係が出来ていない中で患者さんにとってnegativeな情報を伝えなくちゃいけない。この使命感、それが私の仕事だっと思うようになった。それをどう伝えるか、この仕事はこれからきちんとしたい。最初は乳腺外科に入って手術して治そうと思っていたけども、今はちゃんと死なせてあげようって思うようになった。この研修で進路が変わりました。

(図5：研修後のインタビュー)

[プロセスを捉えるための工夫]

本研究では、IC観察研究で得られた多層的なデータのうち、指導医と修練医の対話や自己評価、修練医の語りを中心に内容分析し、修練医の視座の変容プロセスを記述した。しかし、本研究グループは、これらのデータ収集と分析のみで、このプロセス描写が可能になったとは考えない。修練医がそうであったように、観察者もまた指導医の一举手一投足に注意を払い、安易にその場で確認を行わず、継続的に関わることで指導医の立ち振る舞いが腑に落ちるまで時間が必要であった。

より具体的な医学教育への応用を視野に入れ、今後、変容プロセスの観察方法論の検討を続ける。

5. 主な発表論文等

[学会発表] (計11件)

- ①八田 太一、観察/事例報告/逐語化/事例検討プロセスがもたらした観察者視座の連鎖的変容 科研費自主シンポジウム～心理学から医療現場へのトランスレーショナル・スタディ～、2012.7.29、キャンパスプラザ京都
- ②成田 慶一、八田 太一、他、心理学から医療現場へのトランスレーショナル・スタディー-其々の人生が交錯する場-、日本心理学会第74回大会、2012.9.13、専修大学
- ③成田 慶一、八田 太一、他、がん医療における生存期間中央値の伝えられ方② 一当意即妙が機能する事例一、日本心身医学会第54回近畿地方会、2013.2.2、国立病院機構大阪医療センター (優秀演題)
- ④八田 太一、外来化学療法におけるインフォームド・コンセントの観察研究～患者と医師を対象にした質問紙と観察によるミックス法を用いた研究～、第18回ヘルスリサーチフォーラム、2011.11.5、千代田会館(招待講演)
- ⑤八田 太一、“Informed Consent”と『インフォームド・コンセント』～歴史の変遷から浮かび上がるねじれの構造～、日本臨床試験研究会第3回学術総会、2012.2.23、福岡国際会議場 (優秀演題)

[その他] MORE-IC ホームページ

<http://www.kuhp.kyoto-u.ac.jp/~rinsho/more-ic/index.html>

6. 研究組織

(1) 研究代表者

八田 太一 (HATTA TAICHI)
 京都大学・大学院医学研究科・教務補佐員
 研究者番号：40598596

(2) 研究分担者

なし

(3) 連携研究者

なし