

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

Patients' perceptions of shared decision-making and the association
with patient satisfaction in the case of chemotherapy

野呂 幾久子 Noro, Ikuko 石崎 雅人 Ishizaki, Masato

小林 伶 Kobayashi, Rei

目次

1. はじめに
 - 1.1 研究の背景
 - 1.2 研究の目的
2. 研究方法
 - 2.1 研究データ
 - 2.2 調査項目
 - 2.2.1 意思決定方法に関するもの
 - 2.2.2 決定プロセスに関するもの
 - 2.2.3 患者満足度に関するもの
 - 2.3 分析方法
 - 2.4 倫理的配慮
3. 結果
 - 3.1 回答者の属性
 - 3.2 意思決定方法
 - 3.2.1 実際の意思決定方法
 - 3.2.2 期待した意思決定方法
 - 3.3 実際の意思決定方法と決定プロセスの関係
 - 3.3.1 医師の説明
 - 3.3.2 患者の行動
 - 3.4 意思決定方法と満足度の関係

4. 考察

4.1 意思決定方法

4.2 実際の意味決定方法と決定プロセスの関係

4.2.1 共同意思決定型と医師主導型の間のプロセスの差異

4.2.2 共同意思決定型と患者主導型の間のプロセスの差異

4.3 意思決定方法と満足度の関係

5. 結論

参考文献

野呂 幾久子 東京慈恵会医科大学日本語教育研究室

石崎 雅人 東京大学大学院情報学環

小林 伶 東京大学大学院学際情報学府

キーワード：共同意思決定、患者主導、医師主導、がん患者、化学療法

1. はじめに

1.1 研究の背景

米国の Agency for Healthcare Research and Quality は、患者に自分の健康を管理することを可能にする手法として、「共同意思決定モデル (shared decision making model)」を推奨している (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014)。それは、「患者中心モデル (patient-centered model)」の 1 つとして説明されている。Roter & Hall (2006) は、診断・治療方針の意思決定に関して、主導する主体の観点から、患者と医師の関係を、「父権主義 (paternalism)」、「消費者主義 (consumerism)」、「相互性 (mutuality)」、「機能停止 (default)」の 4 つに分類している (Roter & Hall, 2006)。この中では、共同意思決定モデルは、患者と医師双方が主導権をもつ「相互性」の関係に分類されており、患者中心モデルとは区別をされている。しかし、(Roter & Hall, 2006) における「主導(control)」という概念は、抽象レベルにとどまっており、共同意思決定の具体的な特徴づけとしては十分なものとはいえない。

共同意思決定が推奨される根拠の一つは、共同意思決定が満足度などの患者アウトカムに対し、肯定的影響を与えるとの研究が見られることである。例えば、Gattellari et al. (2001) は、233 名のがん患者を対象に、医師と共同で意思決定を行った患者とそうでない患者の満足度 (診療/提供された情報量/情緒的サポート) を比較し、どの項目においても、共同意思決定を行った患者の方が満足度が高かったことを報告している (Gattellari et al., 2001)。しかし、共同意思決定の影響については、影響しない (Edwards et al., 2004)、あるいは短期的には影響しないが長期的にはする (van Roosmalen et al., 2004) との結果も見られる。他方、患者アウトカムに影響を与えるのは、共同意思決定か否かではなく、患者がもともと希望していた意思決定方法 (あるいは決定における役割) と実際の決定方法 (役割) が一致することである、との主張がなされている。Keating et al. (2002) は、1,081 名の初期乳がん患者の手術に関する意思決定について、決定前に希望した役割、実際の役割、満足度の関連を調べた。その結果、実際の役割が医師と共同で決定することであった人 (33%) とそれ以外の人の間に満足度の差はなかったが、役割への希望と実際が一致した人 (49%) は、一致しなかった人 (52%) より、満足度が高かった (Keating et al., 2002)。しかし、Kiesler & Auerbach (2006) のレビュー研究では、分析対象とした 10 研究のうち、希望と実際の一致が満足度や不安感に影響するとの結果が見られたのは、(Keating et al., 2002) を含む 5 研究であり、残りの 5 研究には影響は見られていない (Kiesler & Auerbach, 2006)。このように、共同意思決定と患者アウトカムの関係についてのこれまでの研究結果は、一貫していない。

がんは 1981 年以降日本人の死因の第 1 位であり、全人口の 2 人に 1 人が罹患する病である。がんに罹患すると患者は、治療法をはじめ様々な問題について意思決定を行うことが求められる。化学療法に関する意思決定もその一つである。化学療法は、強い副作用を伴う、治療期間が長い、治

療効果が確実ではないなどの性質から、患者にとって意思決定が困難であるとされている（佐藤，2003）。このような困難な場面においては、とくに患者が納得して意思決定を行うことの重要性は高い。しかしながら、瀬沼他（2012）によると、これまでのがん患者の意思決定についての研究には、手術や終末期の意思決定を取り上げたものが多く、化学療法についての意思決定を対象とした研究は、全体の10%にすぎない（瀬沼他，2012）。

1.2 研究の目的

本論文では、がん患者の化学療法に関して、(1) 共同意思決定とはどのような特徴をもつプロセスなのか、(2) 共同意思決定は患者の満足度にどのように関係するのかについて、質問紙調査をもとに明らかにする。

2. 研究方法

2.1 研究データ

(Noro et al., 2013) で収集したデータ^(注)から、化学療法を実際に受けた 426 名を対象とした (表 2.1)。

表 2.1 受けたがん治療の種類

がん治療の種類	人数
化学療法のみ	53
手術のみ	104
放射線療法のみ	21
化学療法と手術	226
化学療法と放射線療法	21
手術と放射線療法	42
化学療法と手術と放射線療法	126
化学療法、手術、放射線療法を受けなかった	19

2.2 調査項目

調査項目は、大きく(1)～(3)に分けられる。

- (1) 意思決定方法に関するもの
- (2) 決定プロセスに関するもの
- (3) 患者満足度に関するもの

2.2.1 意思決定方法に関するもの

意思決定方法に関しては、概念が難しいため、誰が主に決めたと考えているかに焦点を絞り、「自分・家族」、「医師と自分・家族」、「医師」、判断が難しい場合に備えて「その他」の選択肢を用意した。自分だけでなく家族を含めたのは、患者は家族と相談して決めることが少なくないこと、「自分」と「家族」の意見が異なる場合でも、二者で決めたとであれば、「自分・家族」を選択できるという理由からである。調査では、実際の意思決定方法、および決定前に患者が期待していた決定方法について、それぞれ選択肢から一つを選んでもらった。下記では、実際の意思決定方法において、主に決める主体が「自分・家族」であるものを「患者主導型」、「医師と自分・家族」であるものを「共同意思決定型」、「医師」であるものを「医師主導型」と呼ぶことにする。

(注) (Noro et al., 2013) における調査は、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 上で回答してもらった (回答依頼者数：727 名、有効回答者数：612 名、期間：2012 年 12 月 25 日～27 日)。

2.2.2 決定プロセスに関するもの

(1) 医師の説明

医師の説明については、技術評価アプローチで多く引用されている Elwyn et al. (2003) が提案した OPTION (Elwyn et al., 2003) を参考に、(1) 治療法の選択肢の提示 (化学療法のみ提示・説明した／複数の治療法を提示・化学療法のみ説明した／複数の治療法を提示・全て説明した／その他)、(2) 治療法の推奨 (推奨した／推奨しなかった／その他)、(3) 情報提供量 (化学療法の必要性／効果／副作用／生活への影響／費用／治療期間について、どの程度説明したか)、を項目とした。それに加え、松村・箕輪 (2007)、Cole & Bird (2003)、Silverman et al. (2013) で推奨されている医師のコミュニケーションのとり方を参考に (松村・箕輪, 2007; Cole & Bird, 2003; Silverman et al., 2013)、(4) 説明方法 (話をさえぎる傾向にあった／医学専門用語が多かった／視線を合わせて話をした／丁寧に聞いた／共感した／病状の訴えを確認した／言い忘れたことがないか尋ねた／会話を早く切り上げようとした) も項目とした。項目(1)(2)は単一選択、項目(3)(4)は4件法で評価してもらった。

(2) 患者の行動

患者の行動に関しては、(1) 医療者以外の人への相談 (相談した (家族／親戚／友人・知人／その他)／誰にも相談しなかった)、(2) 説明時の質問 (疑問があったのでした／疑問があったがしなかった／疑問がなかったのでしなかった)、(3) 説明時の意見・希望 (意見・希望があったので伝えた／意見・希望があったが伝えなかった／意見・希望がなかったので伝えなかった)、(4) 説明を受けてから治療法決定までの時間 (1日以内／1週間以内／1週間を超えて／その他)、(5) 情報収集量 (化学療法の必要性／効果／副作用／生活への影響／費用／治療期間／化学療法を受けた人の体験談について、どの程度収集できたか／収集しなかったか)、(6) 信頼感 (医療機関、医師を、どの程度信頼していたか)、について質問した。項目(1)は複数選択、項目(2)～(4)は単一選択、項目(5)は5件法、(6)は4件法で評価してもらった。

2.2.3 患者満足度に関するもの

患者満足度については、意思決定方法への納得度、および治療全体への満足度について、4件法で評価してもらった。

質問項目はすべて従来の研究にもとづくか、または、概念の解釈を介在せず、経験を問う項目となっている。これらの質問項目の信頼性に関して、下位項目から構成される項目についてクロンバックの α 係数を計算したところ、0.814～0.916 の範囲であった。

2.3 分析方法

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、 χ^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、 χ^2 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、 χ^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。

2.4 倫理的配慮

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。

3. 結果

3.1 回答者の属性

回答者の属性を表 3.1 に示す。

表 3.1 回答者の属性

年齢層・性別	男性		女性	
	N	%	N	%
20-39 歳	9	2.1	22	5.2
40-59 歳	81	19.0	169	39.7
60 歳以上	115	27.0	30	7.0
合計	205	48.1	221	51.9
学歴	N		%	
中学・高校卒業または在学中	147		34.5	
専門学校・短大卒業または在学中	92		21.6	
高等専門学校・大学・大学院卒業または在学中	183		43.0	
その他	4		0.9	
罹患したことのあるがんの種類（複数がん有）	N		%	
乳がん	143		33.6	
大腸がん	77		18.1	
前立腺がん	23		5.4	
胃がん	39		9.2	
肺がん	37		8.7	
子宮癌	7		1.6	
肝がん	22		5.2	
膀胱がん	15		3.5	
悪性リンパ腫	26		6.1	
その他	105		24.6	

3.2 意思決定方法

3.2.1 実際の意思決定方法

実際の意思決定方法では、共同意思決定型が最も多く 206 名 (48.4%)、患者主導型 151 名 (35.4%)、医師主導型 69 名 (16.2%) であった。その他はなかった。

3.2.2 期待した意思決定方法

意思決定が行われる前に患者が期待していた決定方法も、共同意思決定型が最も多く 245 名 (57.5%)、患者主導型 135 名 (31.7%)、医師主導型 46 名 (10.8%) であった。その他はなかった。

実際の決定方法との関連を見ると、実際の方法が期待した方法と一致した人（一致群）は 300 名 (70.4%)、一致しなかった人（不一致群）は 126 名 (29.6%) であった。一致群のうち、患者主導型で一致した人は 103 名 (24.2%)、共同意思決定型で一致した人は 168 名 (39.4%)、医師主導型で一致した人は 29 名 (6.8%) であった。不一致群のうち、期待した決定方法より実際の決定方法

の方が受動的であった群（患者主導型を期待したが実際は共同意思決定型／患者主導型・共同意思決定型を期待したが実際は医師主導型）は 66 名（15.5%）、逆に能動的であった群（医師主導型を期待したが実際は患者主導型・共同意思決定型／共同意思決定型を期待したが実際は患者主導型）は 60 名（14.1%）であった（表 3.2）。

表 3.2 実際の意思決定方法と期待した意思決定方法

		実際の意思決定方法		
		患者主導型	共同意思決定型	医師主導型
期待した意思決定方法	患者主導型	103	26	6
	共同意思決定型	43	168	34
	医師主導型	5	12	29

3.3 実際の意思決定方法と決定プロセスの関係

3.3.1 医師の説明

(1) 治療法の選択肢の提示（表 3.3.1）

(a)「化学療法のみ提示・説明した」、(b)「複数の治療方法を提示・化学療法のみ説明した」、(c)「複数の治療方法を提示・全て説明した」、(d)「その他」に関して、意思決定方法間で有意差が認められた ($\chi^2_{(6)}=13.75, p=0.033$)。残差分析を行ったところ、共同意思決定型の場合は、(c)「複数の治療方法を提示・全て説明した」が期待度数より有意に多く ($z=3.442, p=0.001$)、(a)「化学療法のみ提示・説明した」が有意に少なかった ($z=-3.310, p=0.001$)。患者主導型は、(c)が期待度数より有意に少なく ($z=-2.228, p=0.026$)、(a)が有意に多かった ($z=2.415, p=0.016$)。多重比較の結果、共同意思決定型と患者主導型とに有意差が認められた ($p=0.041$)。

表 3.3.1 治療法の選択肢の提示

	患者主導型	共同意思決定型	医師主導型
(a)化学療法のみ提示・説明した	86	84	39
(b)複数の治療方法を提示・化学療法のみ説明した	16	25	9
(c)複数の治療方法を提示・全て説明した	43	90	18
(d)その他	6	7	3

(2) 治療法の推奨（表 3.3.2）

(a)「推奨した」、(b)「推奨しなかった」、(c)「その他」に関して、意思決定間で有意差は認められなかった ($\chi^2_{(4)}=2.59, p=0.628$)。

表 3.3.2 治療法の推奨

	患者主導型	共同意思決定型	医師主導型
(a)推奨した	85	127	40
(b)推奨しなかった	61	68	26
(c)その他	5	11	3

(3) 情報提供量 (表 3.3.3)

選択肢は、(a)「十分説明した」、(b)「まあ説明した」、(c)「あまり説明しなかった」、(d)「まったく説明しなかった」とした。調査協力者は、選択肢に対応するラジオボタンから1つを選択した。

(i) 必要性

意思決定方法間で有意差が認められた (Fisher's exact test: $p=0.001$ (両側検定))。多重比較の結果、共同意思決定型と医師主導型 ($p=0.004$)、共同意思決定型と患者主導型 ($p=0.002$) に有意差が認められた。

(ii) 効果

意思決定方法間で有意差が認められた (Fisher's exact test: $p=0.001$ (両側検定))。多重比較の結果、共同意思決定型と医師主導型 ($p=0.001$)、共同意思決定型と患者主導型 ($p=0.037$) に有意差が認められた。

(iii) 副作用

意思決定方法間で有意差が認められた (Fisher's exact test: $p=0.000$ (両側検定))。多重比較の結果、共同意思決定型と医師主導型に有意差が認められた ($p=0.000$)。

(iv) 生活への影響

意思決定方法間で有意差が認められた (Fisher's exact test: $p=0.000$ (両側検定))。多重比較の結果、共同意思決定型と医師主導型 ($p=0.000$)、患者主導型と医師主導型 ($p=0.001$) に有意差が認められた。

(v) 費用

意思決定方法間で有意差が認められた ($\chi^2_{(6)}=30.40, p=0.000$)。残差分析を行ったところ、共同意思決定型は、(d)「まったく説明しなかった」が有意に少なかった ($z=-3.940, p=0.000$)。医師主導型は、(a)「十分説明した」 ($z=-3.079, p=0.002$)、(b)「まあ説明した」 ($z=-2.174, p=0.030$) が期待度数より有意に少なく、(d)が有意に多かった ($z=3.525, p=0.000$)。多重比較の結果、共同意思決定型と医師主導型 ($p=0.000$)、共同意思決定型と患者主導型 ($p=0.037$)、患者主導型と医師主導型 ($p=0.006$) に有意差が認められた。

(vi) 治療期間

意思決定方法間で有意差は認められなかった (Fisher's exact test: $p=0.062$ (両側検定))。

表 3.3.3 情報提供量

		患者主導型	共同意思決定型	医師主導型
必要性	(a)十分説明した	71	115	33
	(b)まあ説明した	71	91	31
	(c)あまり説明しなかった	9	0	4
	(d)まったく説明しなかった	0	0	1
効果	(a)十分説明した	61	101	23
	(b)まあ説明した	80	102	37
	(c)あまり説明しなかった	10	3	8
	(d)まったく説明しなかった	0	0	1
副作用	(a)十分説明した	61	101	24
	(b)まあ説明した	78	98	31
	(c)あまり説明しなかった	12	7	12
	(d)まったく説明しなかった	0	0	2
生活への影響	(a)十分説明した	46	71	16
	(b)まあ説明した	80	108	24
	(c)あまり説明しなかった	24	27	25
	(d)まったく説明しなかった	1	0	4
費用	(a)十分説明した	28	42	3
	(b)まあ説明した	43	65	12
	(c)あまり説明しなかった	47	77	31
	(d)まったく説明しなかった	33	22	23
治療期間	(a)十分説明した	69	100	31
	(b)まあ説明した	63	91	25
	(c)あまり説明しなかった	15	15	11
	(d)まったく説明しなかった	4	0	2

(4) 説明方法 (表 3.3.4)

選択肢は、(a)「とても当てはまる」、(b)「まあ当てはまる」、(c)「あまり当てはまらない」、(d)「まったく当てはまらない」とした。調査協力者は、選択肢に対応するラジオボタンから1つを選択した。

(i) 話をさえぎる傾向にあった

意思決定方法間で有意差は認められなかった (Fisher's exact test: $p=0.563$ (両側検定))。

(ii) 医学専門用語が多かった

意思決定方法間で有意差が認められた (Fisher's exact test: $p=0.025$ (両側検定))。多重比較の結果、患者主導型と医師主導型に有意差が認められた ($p=0.039$)。

(iii) 視線を合わせて話をした

意思決定方法間で有意差は認められなかった (Fisher's exact test, $p=0.192$ (両側検定))。

(iv) 丁寧に聞いた

意思決定方法間で有意差は認められなかった (Fisher's exact test: $p=0.051$ (両側検定))。

(v) 共感した

意思決定方法間で有意差が認められた (Fisher's exact test: $p=0.004$ (両側検定))。多重比較の結果、共同意思決定型と医師主導型 ($p=0.019$)、共同意思決定型と患者主導型 ($p=0.019$) に有意差が認められた。

(vi) 病状の訴えを確認した

意思決定方法間で有意差は認められなかった (Fisher's exact test: $p=0.201$ (両側検定))。

(vii) 言い忘れたことがないか尋ねた

意思決定方法間で有意差が認められた ($\chi^2_{(6)}=21.16, p=0.002$)。残差分析を行ったところ、共同意思決定型は、(a)「とても当てはまる」が期待度数より有意に多く ($z=2.130, p=0.033$)、(d)「まったく当てはまらない」が有意に少なかった ($z=-3.713, p=0.000$)。患者主導型は、(d)が有意に多かった ($z=3.333, p=0.001$)。多重比較の結果、共同意思決定型と医師主導型 ($p=0.019$)、共同意思決定型と患者主導型 ($p=0.001$) に有意差が認められた。

(viii) 会話を早く切り上げようとした

意思決定方法間で有意差が認められた (Fisher's exact test: $p=0.025$ (両側検定))。多重比較の結果、共同意思決定型と医師主導型に有意差が認められた ($p=0.046$)。

表 3.3.4 説明方法

		患者主導型	共同意思決定型	医師主導型
話をさえぎる傾向にあった	(a)とても当てはまる	4	4	2
	(b)まあ当てはまる	10	8	5
	(c)あまり当てはまらない	61	98	34
	(d)まったく当てはまらない	76	96	28
医学専門用語が多かった	(a)とても当てはまる	1	2	3
	(b)まあ当てはまる	18	21	12
	(c)あまり当てはまらない	91	144	46
	(d)まったく当てはまらない	41	39	8
視線を合わせて話をした	(a)とても当てはまる	60	78	25
	(b)まあ当てはまる	73	117	38
	(c)あまり当てはまらない	12	8	6
	(d)まったく当てはまらない	6	3	0
丁寧に聞いた	(a)とても当てはまる	55	82	21
	(b)まあ当てはまる	77	113	37
	(c)あまり当てはまらない	14	10	10
	(d)まったく当てはまらない	5	1	1
共感した	(a)とても当てはまる	44	59	14
	(b)まあ当てはまる	78	127	38
	(c)あまり当てはまらない	23	20	16
	(d)まったく当てはまらない	6	0	1
病状の訴えを確認した	(a)とても当てはまる	46	65	18
	(b)まあ当てはまる	87	124	40
	(c)あまり当てはまらない	14	17	10
	(d)まったく当てはまらない	4	0	1
言い忘れたことがないか尋ねた	(a)とても当てはまる	39	75	20
	(b)まあ当てはまる	76	102	29
	(c)あまり当てはまらない	23	28	16
	(d)まったく当てはまらない	13	1	4
会話を早く切り上げようとした	(a)とても当てはまる	3	1	1
	(b)まあ当てはまる	10	5	8
	(c)あまり当てはまらない	71	118	36
	(d)まったく当てはまらない	67	82	24

3.3.2 患者の行動

(1) 医療者以外の人への相談（表3.3.5）

(a)「家族／親戚／友人・知人／その他の人に相談した」、(b)「誰にも相談しなかった」に関して、意思決定方法間で有意差が認められた ($\chi^2_{(2)}=8.63, p=0.013$)。残差分析を行ったところ、共同意思決定型の場合は、(a)「家族／親戚／友人・知人／その他の人に相談した」が期待度数より有意に多く ($z=2.177, p=0.029$)、(b)「誰にも相談しなかった」が有意に少なかった ($z=-2.177, p=0.029$)。反対に、医師主導型は、(a)が期待度数より有意に少なく ($z=-2.711, p=0.007$)、(b)が有意に多かった ($z=2.711, p=0.007$)。多重比較の結果、共同意思決定型と医師主導型に有意差が認められた ($p=0.016$)。

表 3.3.5 医療者以外の人への相談

	患者主導型	共同意思決定型	医師主導型
(a)家族／親戚／友人・知人／ その他の人に相談した	87	131	30
(b)誰にも相談しなかった	64	75	39

(2) 説明時の質問 (表3.3.6)

(a)「疑問があったのでした」、(b)「疑問があったがしなかった」、(c)「疑問がなかったの
しなかった」に関して、意思決定方法間で有意差が認められた ($\chi^2(4)=18.15, p=0.001$)。残差分析を
行ったところ、共同意思決定型の場合は、(a)「疑問があったのでした」が期待度数より有意に多く
($z=2.696, p=0.007$)、(b)「疑問があったがしなかった」が有意に少なかった ($z=-2.808, p=0.005$)。
医師主導型は、(a)が期待度数より有意に少なく ($z=-3.475, p=0.001$)、(c)が有意に多かった ($z=2.591,$
 $p=0.010$)。多重比較の結果、共同意思決定型と医師主導型に有意差が認められた ($p=0.001$)。

表 3.3.6 説明時の質問

	患者主導型	共同意思決定型	医師主導型
(a)疑問があったのでした	89	136	28
(b)疑問があったがしなかった	13	6	8
(c)疑問がなかったのしなかった	49	64	33

(3) 説明時の意見・希望 (表3.3.7)

(a)「意見・希望があったので伝えた」、(b)「意見・希望があったが伝えなかった」、(c)「意見・
希望がなかったので伝えなかった」に関して、意思決定方法間で有意差は認められなかった
(Fisher's exact test: $p=0.436$ (両側検定))。

表 3.3.7 説明時の意見・希望

	患者主導型	共同意思決定型	医師主導型
(a)意見・希望があったので伝えた	39	57	12
(b)意見・希望があったが伝えなかった	1	2	0
(c)意見・希望がなかったので伝えなかった	111	147	57

(4) 説明を受けてから治療法決定までの時間 (表3.3.8)

(a)「1日以内」、(b)「1週間以内」、(c)「1週間を超えて」、(d)「その他」に関して、意思決定
方法間で有意差は認められなかった (Fisher's exact test: $p=0.078$ (両側検定))。

表 3.3.8 説明を受けてから治療法決定までの時間

	患者主導型	共同意思決定型	医師主導型
(a)1日以内	116	155	62
(b)1週間以内	17	25	3
(c)1週間を超えて	17	22	2
(d)その他	1	4	2

(5) 情報収集量 (表3.3.9)

選択肢は、(a)「十分収集できた」、(b)「まあ収集できた」、(c)「あまり収集できなかった」、(d)「まったく収集できなかった」、(e)「収集しなかった」とした。調査協力者は、選択肢に対応するラジオボタンから1つを選択した。

(i) 必要性

意思決定方法間で有意差が認められた (Fisher's exact test=0.000 (両側検定))。多重比較の結果、共同意思決定型と医師主導型 (p=0.002)、共同意思決定型と患者主導型 (p=0.023)、患者主導型と医師主導型 (p=0.002) に有意差が認められた。

(ii) 効果・副作用

意思決定方法間で有意差が認められた (Fisher's exact test: p=0.013 (両側検定))。多重比較の結果、共同意思決定型と医師主導型 (p=0.012)、患者主導型と医師主導型 (p=0.012) に有意差が認められた。

(iii) 生活への影響

意思決定方法間で有意差が認められた (Fisher's exact test: p=0.019 (両側検定))。多重比較の結果、共同意思決定型と医師主導型 (p=0.027)、患者主導型と医師主導型 (p=0.006) に有意差が認められた。

(iv) 費用

意思決定方法間で有意差が認められた ($\chi^2_{(8)}=41.16, p=0.000$)。残差分析を行ったところ、共同意思決定型は、(b)「まあ収集できた」が期待度数より有意に多く (z=2.533, p=0.011)、(d)「まったく収集できなかった」が有意に少なかった (z=-2.512, p=0.012)。医師主導型は、(a)「十分収集できた」 (z=-3.200, p=0.001)、(b)「まあ収集できた」 (z=-2.829, p=0.005) が期待度数より有意に少なく、(d)「まったく収集できなかった」 (z=3.889, p=0.000)、(e)「収集しなかった」 (z=3.381, p=0.001) が有意に多かった。患者主導型は、(a)が期待度数より有意に多かった (z=2.296, p=0.022)。多重比較の結果、共同意思決定型と医師主導型 (p=0.000)、患者主導型と医師主導型 (p=0.000) に有意差が認められた。

(v) 治療期間

意思決定方法間で有意差が認められた ($\chi^2(8)=19.00, p=0.015$)。残差分析を行ったところ、共同意思決定型は、(a)「十分収集できた」が期待度数より有意に多かった ($z=2.544, p=0.011$)。医師主導型は、(a)が期待度数より有意に少なく ($z=-2.585, p=0.010$)、(e)「収集しなかった」が有意に多かった ($z=1.997, p=0.046$)。患者主導型は、(c)「あまり収集できなかつた」が期待度数より有意に多かった ($z=2.160, p=0.031$)。多重比較の結果、共同意思決定型と医師主導型 ($p=0.017$) に有意差が認められた。

(vi) 化学療法を受けた人の体験談

意思決定方法間に有意差は認められなかった ($\chi^2(8)=13.67, p=0.091$)。

表 3.3.9 情報収集量

		患者主導型	共同意思決定型	医師主導型
必要性	(a)十分収集できた	25	55	8
	(b)まあ収集できた	94	99	30
	(c)あまり収集できなかつた	15	19	7
	(d)まったく収集できなかつた	1	0	3
	(e)収集しなかつた	16	33	21
効果・副作用	(a)十分収集できた	34	49	8
	(b)まあ収集できた	91	120	35
	(c)あまり収集できなかつた	14	15	11
	(d)まったく収集できなかつた	0	0	1
	(e)収集しなかつた	12	22	14
生活への影響	(a)十分収集できた	29	39	6
	(b)まあ収集できた	94	120	34
	(c)あまり収集できなかつた	15	24	12
	(d)まったく収集できなかつた	2	2	1
	(e)収集しなかつた	11	21	16
費用	(a)十分収集できた	32	33	2
	(b)まあ収集できた	58	95	17
	(c)あまり収集できなかつた	28	40	16
	(d)まったく収集できなかつた	8	6	11
	(e)収集しなかつた	25	32	23
治療期間	(a)十分収集できた	33	60	8
	(b)まあ収集できた	67	99	35
	(c)あまり収集できなかつた	25	19	7
	(d)まったく収集できなかつた	6	3	4
	(e)収集しなかつた	20	25	15
治療を受けた人の体験談	(a)十分収集できた	16	10	4
	(b)まあ収集できた	54	82	23
	(c)あまり収集できなかつた	32	49	9
	(d)まったく収集できなかつた	13	11	8
	(e)収集しなかつた	36	54	25

(6) 信頼感 (表3.3.10)

選択肢は、「とても信頼できる」「やや信頼できる」「あまり信頼できない」「まったく信頼できない」とした。調査協力者は、選択肢に対応するラジオボタンから1つを選択した。

(i) 医療機関に対して

意思決定方法間で有意差は認められなかった (Fisher's exact test : $p=0.154$ (両側検定))。

(ii) 医師に対して

意思決定方法間に有意差は認められなかった (Fisher's exact test : $p=0.577$ (両側検定))。

表 3.3.10 信頼感

		患者主導型	共同意思決定型	医師主導型
医療機関 に対して	とても信頼できる	60	102	28
	やや信頼できる	83	101	38
	あまり信頼できない	7	3	3
	まったく信頼できない	1	0	0
医師に対 して	とても信頼できる	69	106	33
	やや信頼できる	74	95	33
	あまり信頼できない	6	5	3
	まったく信頼できない	2	0	0

3.4 意思決定方法と満足度の関係

選択肢は、「とても納得／満足している」「やや納得／満足している」「あまり納得／満足していない」「まったく納得／満足していない」とした。調査協力者は、選択肢に対応するラジオボタンから1つを選択した。

(1) 意思決定方法への納得度 (表 3.4.1)

意思決定方法間に有意差が認められた (Fisher's exact test: $p=0.040$ (両側検定))。多重比較の結果、個々の意思決定間には有意差は認められなかった。

(2) 治療全体への満足度 (表 3.4.1)

意思決定方法間に有意差は認められなかった (Fisher's exact test: $p=0.154$ (両側検定))。

表 3.4.1 意思決定方法と納得度／満足度

		患者主導型	共同意思決定型	医師主導型
意思決定方法への 納得度	とても納得している	75	129	36
	やや納得している	68	71	27
	あまり納得していない	6	6	6
	まったく納得していない	2	0	0
治療全体への満足度	とても満足している	54	95	26
	やや満足している	80	97	36
	あまり満足していない	11	13	6
	まったく満足していない	6	1	1

(3) 意思決定方法に関する期待と実際の一致／不一致と、納得度／満足度の関係

(i) 意思決定方法への納得度 (表 3.4.2)

意思決定方法に関する期待と実際の一致／不一致に、有意差が認められた (Fisher's exact test: $p=0.002$ (両側検定))。

一致群、不一致群の中では、意思決定方法間に有意差は認められなかった (Fisher's exact test: $p=0.310/p=0.812$ (両側検定))。

表 3.4.2 期待と実際の一致／不一致と意思決定方法への納得度

	一致群	不一致群	一致群			不一致群	
			患者主導型	共同意思決定型	医師主導型	能動	受動
とても納得している	182	58	56	109	17	27	31
やや納得している	107	59	43	54	10	29	30
あまり納得していない	10	8	3	5	2	3	5
まったく納得していない	1	1	1	0	0	1	0

(ii) 治療全体への満足度 (表 3.4.3)

意思決定方法に関する期待と実際の一致／不一致に、有意差は認められた ($\chi^2_{(3)}=10.19, p=0.017$)。残差分析を行ったところ、一致群に関しては、「とても満足している」が期待度数より有意に多く ($z=3.185, p=0.001$)、「やや満足している」 ($z=-2.548, p=0.0011$) が有意に少なかった。反対に、不一致群は、「やや満足している」が期待度数より有意に多く ($z=2.548, p=0.011$)、「とても満足している」が有意に少なかった ($z=-3.815, p=0.001$)。

一致群の中では、意思決定方法間に有意差が認められた (Fisher's exact test: $p=0.043$ (両側検定))。しかし、多重比較の結果、個々の意思決定方法間には有意差は認められなかった。不一致群の中では、期待した決定方法より実際の決定方法が能動的であったか受動的であったかの間に、有意差は認められなかった (Fisher's exact test: $p=0.854$ (両側検定))。

表 3.4.3 期待と実際的一致／不一致と治療全体への満足度

	一致群	不一致群	一致群			不一致群	
			患者主導型	共同意思決定型	医師主導型	能動	受動
とても満足している	138	37	42	82	14	16	21
やや満足している	138	75	50	77	11	37	38
あまり満足していない	19	11	6	9	4	6	5
まったく満足していない	5	3	5	0	0	1	2

4. 考察

4.1 意思決定方法

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。それに対し、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。

4.2 実際の意思決定方法と意思決定プロセスの関係

4.2.1 共同意思決定型と医師主導型の間の決定プロセスの差異

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・治療期間）、「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」（費用・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。医師主導型は、「疑問があったのでした」人の割合が有意に少なく、「疑問がなかったのでしなかった」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に関係していると考えられる。

4.2.2 共同意思決定型と患者主導型間の決定プロセスの差異

共同意思決定型と患者主導型の間、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・全て説明された」人の割合が有意に多く、「化学療法のみ提示・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・全て説明された」人の割合が有意に少なく、「化学療法のみ提示・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かった」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位置づけられ、医師の説明に対する患者の認識と患者の行動を比較すると、前者は、共同意思決定型と異なる項目が多く、後者は、医師主導型と異なる項目が多かった。共同意思決定モデルを患者中心モデルの 1 つとする考え方 (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014) に対して、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、患者中心モデルを考える上での手がかりとなる可能性がある。

4.3 意思決定方法と満足度の関係

共同意思決定型、医師主導型、患者主導型との間に、いくつかの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、有意差は認められなかった。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、期待と実際がどの意思決定方法

で一致したのか、あるいは、期待した意思決定方法より実際の意思決定方法の方が能動的であったか受動的であったかについては、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 et al. (2001) 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. 結論

本研究は、がん患者の化学療法に関して、(1) 共同意思決定とはどのような特徴をもつ過程なのか、(2) 共同意思決定は患者の満足度にどのように関係するのか、の2点について明らかにすることを目的に行った。

その結果、(1)については、共同意思決定型と、医師主導型・患者主導型とが異なる、いくつかの決定プロセス上の特徴を明らかにした。共同意思決定型であったと認識している人は、医師主導型であったと認識している人に比べ、医師から十分な情報を提供されており、自身でも情報収集行動や相談行動を行い、また医師に自分の疑問を伝えるなど、より積極的に決定に参加していたと認識していた。患者主導型は、評価の対象によって、共同意思決定型、医師主導型との関係が変化することが示唆された。

(2)については、(1)のような決定プロセスの差にも関わらず、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。このことから考えると、医師が、患者が持っている意思決定方法についての希望を探り、それを考慮して意思決定を行うことが、患者の満足度へ貢献することが示唆される。

参考文献

- 青木昭子 (2011) 「関節リウマチ患者は治療の意思決定にどの程度関与したいと考えているか」, 『日本プライマリ・ケア連合学会誌』, 34 (1), 24-31.
- Agency for Healthcare Research and Quality. Shared Decision-Making. <https://cahps.ahrq.gov/Quality-Improvement/Improvement-Guide/Browse-Interventions/Communication/Shared-Decision-Making/index.html> (2014年8月16日参照).
- Cole, S.A. & Bird, J. (2000) *The medical interview: three-function approach* (2nd Ed.), Mosby. (飯島克己・佐々木将人 (2003) 『メディカルインタビュー：三つの機能モデルによるアプローチ』, メディカル・サイエンス・インターナショナル.)
- Edwards, A., Elwyn, G., Hood, K., Atwell, C., Robling, M., Houston, H., Kinnersley, P., & Russell, I. (2004) Study Steering Group: Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Journal of Family Practice*, 21(4), 347-54.
- Elwyn, G., Edwards, A., Wensing, M., Hood, K., Atwell, C., & Grol, R. (2003) Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality and Safety in Health Care*, 12(2), 93-9.
- Gattellari, M., Butow, P.N., & Tattersall, M.H.N. (2001) Sharing decisions in cancer care. *Social Science and Medicine*, 52(2001), 1865-78.
- Keating, N.L., Guadagnoli, E., Landrum, M.B., Borbas, C., & Weeks, J.C. (2002) Treatment decision making in early-stage breast cancer: should surgeons match patients' desired level of involvement? *Journal of Clinical Oncology*, 20(6), 1473-9.
- Kiesler, D.J. & Auerbach, S.M. (2006) Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient Education and Counseling*, 61(3), 319-41.
- Noro, I., Ishizaki, M., & Kobayashi, Rei (2013) Exploring Shared Decision Making for Cancer Patients, International Conference on Communication in Healthcare, 29 Sep.-2 Oct. 2013. Montreal, Canada.
- Lantz, P.M., Janz, N.K., Fagerlin, A., Schwartz, K., Liu, L., Lakhani, I., Salem, B., & Katz, S.J. (2005) Satisfaction with Surgery Outcomes and the Decision Process in a Population-Based Sample of Women with Breast Cancer. *Health Services Research*, 40(3), 745-68.
- 松村真司・箕輪良行 (2007) 『コミュニケーションスキル・トレーニング-患者満足度の向上と効果的な診療のために』, 医学書院.

- 南風原朝和（1995）「教育心理学研究と統計的検定」、『教育心理学年報』, 34, 121-31.
- 南風原朝和（2002）『心理統計学の基礎－統合的理解のために』, 有斐閣.
- 宗像恒次（1999）「おまかせ医療」、『保健医療行動科学事典』, 49-50, メヂカルフレンド社.
- Roter, D.L. & Hall, J.A. (2006) *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communications in medical visits* (2nd Ed.), Praeger Publishers. (石川ひろの・武田裕子(監訳)(2007)『患者と医師のコミュニケーション: より良い関係作りの科学的根拠』, 篠原出版新社.)
- 佐藤れい子「シリーズがんの化学療法と看護 No.3 がん化学療法における看護のあり方」
<http://www.bms.co.jp/pdf/medical/sizai/OncolNurse-03.pdf>.2003 (2013年12月10日参照).
- 瀬沼麻衣子・武居明美・神田清子（2012）「がん患者の意思決定に関する研究の動向と課題」,
『群馬保健学紀要』, 33, 19-28.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013) *Skills for communicating with patients* (3rd Ed.), Radcliffe Medical Press LTD.
- van Roosmalen, M.S., Stalmeier, P.F., Verhoef, L.C., Hoekstra-Weebers, J.E., Oosterwijk, J.C., Hoogerbrugge, N., Moog, U., & van Daal, W.A. (2004) Randomized trial of a shared decision-making intervention consisting of trade-offs and individualized treatment information for BRCA1/2 mutation carriers. *Journal of Clinical Oncology*, 22(16), 3293-301.