

検査後から治療法を選択までの一連の診療過程における  
患者の意思決定に関する研究  
-がん診療における住民の意思決定に関する調査を中心に-

一 戸 真 子

①

## 博士論文

検査後から治療法の選択までの一連の診療過程における  
患者の意思決定に関する研究  
-がん診療における住民の意思決定に関する調査を中心に-

指導教官 川田智恵子教授  
東京大学大学院医学系研究科  
平成5年4月入学  
博士後期課程  
健康科学・看護学専攻

一 戸 真 子

## 目次

I、はじめに.....	2
II、研究目的.....	3
III、本研究の特徴.....	4
IV、対象と方法.....	7
V、調査項目と作成手順・内容妥当性.....	8
1. 調査項目.....	8
2. 調査項目作成手順と内容妥当性.....	9
VI、調査結果.....	13
1. 単純集計結果.....	13
2. 解析結果.....	21
3. 結果のまとめ.....	24
VII、考察.....	26
VIII、結論- 本研究結果からの提言 .....	35



## 1. はじめに

患者の意思の決定のしかたを問うことの意義と本研究の動機

Christineらは、「現代は、医師-患者関係の変革期であり、『患者中心の医療』の実現は、医療の各領域において、患者の要求、ニーズ、嗜好などに対応することにより可能となり、これまでの医師中心の時代では、患者の医療への参加は医師の指示に従うコンプライアンス(compliance)にのみ限定されていたが、『情報』と『意思決定』を、医師と患者とが分けあうことにより、患者の真の意味での医療への参加が可能となった」と分析している<sup>1)</sup>。この『患者中心の医療』が必要とされた背景には、さまざまな事柄が関連していると思われるが、Christineらは、「消費者主義 (consumerism)の発展」や、「医療過誤訴訟 (medical malpractice)の増大」を主な背景として挙げている。日本においても、「患者中心の医療の実現は重要である」との理論は多く論じられているが、医師と患者が『情報』と『意思決定』の共有を行うことにより、患者中心の医療の実現が可能となったといった報告は少ない。

ここで取り上げる患者の「意思ないし意思の決定」とは、診療場面における医師の診断や説明に対する患者の意思のことである。検査や入院、手術などの診療の場面においては、医師が必要な医療情報を十分に患者に開示することが重要であり、その情報に基づき、患者が自らの意思で納得し、同意することが必要であるという、いわゆるインフォームド、コンセントの概念が最近、急速に高まってきた。

また、近年、アメリカでは「患者の自己決定による医療」という考え方が、特に70年代頃からひととき強まり、「患者の自己決定法」という法律が制定されるまでになった<sup>2)</sup>。しかし、患者の自己決定という考え方が法律家や生命倫理学者、さらには一部の患者団体または医師の間でこのように強くなってきた反面、医療のありかたとして「患者の自己決定」という理念の偏重に対する批判が生じ、最近では、そのことを示す実証的な調査結果もアメリカでは出されている<sup>3) 4)</sup>。

医師と患者との関係は、一方は、高度な医療知識と技術をもち治療を施す医師であり、他方は、自らの身体に関する治療を医師に委ねざるを得ない立場に置かれた患者であるという特別な関係である。自らの身体に関する医療上の決定に患者の意思を反映させようという意味での「自己決定」の考え方は尊重されるべきではあるが、「自己決定」という言葉は非限定的であるため、医療上の判断についてまで患者自身の決定に任せるべきだ、という極端な考え方を招きかねない。

このように「患者の自己決定」の理念自体究明の余地があり、その研究は緒についたばかりであるため、患者の意思決定傾向を把握する調査内容や方法もまだ未熟な段階にあり、これからの本格的研究が待たれている状況である。

患者の権利運動が高まり、医師に情報開示を求め、おびたしい医療訴訟の提起に悩んでいるアメリカほどではないが<sup>5)</sup>、日本においても、近年、医療訴訟も増加傾向にあり、患者の権利法運動や医療消費者ネットワークといった活動も盛んになりつつあり、医療における「自己決定の尊重」を論ずる風潮が見られてきている。以上のような状況をふまえて、人々が、果たして診療の過程において、経験上、あるいは観念的に、どのような場面においてどのような意思決定のしかたを望んでいるかを把握しようとするのが本調査研究の動機である。

「患者の自己決定法」を成立させたアメリカの「自己決定」の考え方は、患者個人の意思を医療に反映させるという原則と考えられるが、社会の中で生きている以上、患者の周囲には家族などを代表とする人々が存在しており、それらの人々と何らかのコミュニケーションをとっているのが通常と考えられる。よって「自己決定」を行使する場合においても、周囲の人々の意見が反映されることは十分考えられる。

「セルフケア」の概念が「医師などのプロフェッションの助けを全くかりない場合」、「実行に際しての意思決定は患者（住民）自身が行うが、ある程度のアドバイスや助けを専門家から受ける場合」、「医師などの専門家の指示を直接受けて行う場合」と、多義的であり学説も異なることと同様に、「患者の自己決定」の定義も範囲・対象も議論の分かれるところであろう。

本調査研究では、「担当医師の判断に委ねる場合」以外を「患者の自己決定」の類型として検討した。

## II、研究目的

本調査研究の目的は以下の4点である。

1. 住民の医師-患者関係に関する意識と行動を明らかにする。
2. がん診療における住民の意思決定の特徴を明らかにし、その傾向は「自己決定」傾向か、「医師に委ねる」傾向かを明らかにする。
3. がん診療における住民の意思決定傾向は、①検査・検査後の確定診断までの対処方法、②告知、③治療法に関する情報の開示、④治療方法の選択の各段階によってどのように異なるかを明らかにする。
4. がん診療における住民の自己決定願望傾向に影響を及ぼしている要因を明らかにする。



### III、本研究の特徴

以下に本調査研究の特徴を挙げ、あわせて調査に当たり特に留意した点を付記する。

#### 1. 患者の意思を意思決定の過程を中心に捉えようとしたこと

前述のように、近年、医療の基本理念の一つとして「医師が患者に十分に治療情報を与え、治療方法について説明し、患者の納得と同意のうえで治療する」といういわゆるインフォームド・コンセントの理念が世界各国で重視され、実際の治療の中にも取り入れられるようになってきた<sup>6) - 11)</sup>。このことは、従来、医療知識および医療技術の専門者である医師の判断にすべてを任せるという前提にたって行われた医療行為の中に、患者の意思という新たな要素が加えられたことを意味する。

それではなぜ患者の意思が問題となるに至ったのであろうか。医療における治療行為は、患者の生命にかかわり、高度な専門的判断と技術が必要とされる。自らの身体のことではあるが医学の専門家ではない患者には、高度な知識と技術をもつ医師の判断に口をはさむ余地は乏しく、まして患者が主体的に意思決定を行うというようなことは従来まではほとんど考えられなかった。しかし、近年、急速な診断技術や治療技術の進歩により、助かるか助からないか、治るか治らないかといった医療の限界が明瞭になり、また、同一の疾患でも、時には複数の治療方法が存在するといった事態が生じるようになってきたため、患者に情報を伝えて患者が治療方法などを選択する必要性が出てきた。同時に、医療の分野においてもQOL(生活の質)が重視され、自らの身体に関する問題に何らかの程度において関与し、自らの意思を反映させたいとする患者も少なくなってきた。とはいえ、患者が医療について自らの意思を述べるということになれば、その分、結果に対しても責任をもたなければならぬことになる。多くの患者は生死に関わるような治療の場面においては、自分の責任で決定したいとは思えないであろうが、逆に生死に関わることからこそ自身の意思を反映させたいと考える者も決して少なくないかもしれない。患者の意思、とりわけ意思決定という問題は、突き詰めれば一つの矛盾をはらんでおり、どうあるべきかについては各人ごとに見解の異なるところであろう。

現代の医療は、一般的な趨勢としては患者の意思の尊重の方向へ進んでおり、治療が患者の意思をあまり反映することなく行われがちな現状の中で、少なくとも患者に自らの医療に関して、医師から必要な情報を与えられ、その上で治療方法等について意思を述べるという形で、医療行為への参加を求めるという意味の「患者主体の医療」が要請されているといえよう<sup>12) - 16)</sup>。

患者の意思あるいは意識について、例えば心理学的に調査した研究は古くからあり、臨床に大きな貢献をしてきているが、本調査研究は、患者の意思一般ではなく、患者が、自ら受ける治療行為を想定し、それへのかかわりかたに関して抱いている

(と思われる)意思を取り上げた。理由は、前述したように、最近の日本における医療が患者の意思を尊重する方向に動いている中で、人々の考え方が果たしてどのような現状にあるかを把握することが必要と考えたからである。

## 2. 患者の「意思」、「意思決定」、「自己決定」について

本論文の中では、患者の「意思」「意思決定」および「自己決定」という用語を用いているが、特に後者の2つは、社会的にしばしば混乱されているように見受けられるので、あらかじめ、用語の使い分けについて以下のように説明しておく。

### (1)患者の「意思」(意志と同義)

この言葉自体には、特に誤用や混用の問題はない。

### (2)「意思決定」

患者が医療行為に際して自らの判断を行うことを「意思(の)決定」という言葉で表わした。例えば「意思決定」のしかた、といった表現である。

### (3)「自己決定」

「自己決定」とは、患者の意思決定の1つの方式であり、判断が必要な場合に「最終的に」自らの判断で事を決めることである。典型的には、決定を「医師の判断に委ねる」他律的決定に対応する。もっとも、患者が医療の場で「自らの判断で」事を決定するといっても、実際には、その前に医師の説明を聞いたり、相談した上で決定するのが通常であるから、患者が「最終的に判断する」以上の意味はない。

本調査においても、「自己決定」を患者が「専ら」医師の判断に委ねることなく、自らの意思で決定する方式として使用している。なお、調査結果の分析では、患者の自己決定「願望」(傾向)という言葉を用いているが、これは、著者が調査対象者の回答を「患者として『自己決定』を望んでいる」という意味に捉えていることを表わすものである。

なお、告知や医療情報の開示についての「自己決定」には、情報の開示の是非を医師に委ねるのではなく、「告知してほしい」、「情報を開示してもらいたい」という希望の他に、逆に「告知してもらいたくない」、「情報を開示してもらいたくない」といった意思も含める。更に、自己決定には、医師の診断に従わず、「自らの意思で転院する」や「セカンド・オピニオン」を求めることを希望する場合も含める。本論文では、「自己」には「家族が主に決定する場合」も含めて扱うこととする。



### 3. 調査の対象となる患者の疾患をがんの場合に限定したこと

患者が自らの意思を決める場合に、医師から当該疾病に関する医療情報を得ているかどうかは、その判断に大きな影響を持つと考えられる。一般に「インフォームド・コンセント」が十分に機能するためには、医師による医療情報の開示が前提であると説かれる。しかし、患者はもとより、医師にとっても情報開示の量が多ければ多いほど治療にプラスになるとは必ずしも言えない。その典型が「がんの告知」の場合と思われる。がんは、日本人の死因の第一位を占めており<sup>17) 18)</sup>、それだけに「がん告知」は、患者にとっては「死の宣告」にも等しい。医師の側からみても、患者に対しがんであることを告知することが患者のその後の治療に果たしてプラスになるかどうかという医療方針を決めることは大問題であろう。患者自身がこの相矛盾する状況の下でどう考えているかを本調査で問うこととした。

患者の意思決定と情報開示との関係が上記の意味で問題となる疾患は、がんに限らず糖尿病などの慢性疾患の重症患者の場合にも起りうるところであるが<sup>19) 20)21)</sup>、調査対象者にとって問題の意味するところを最も理解しやすい状況として設定するのに適していると思われるがん診療の場合を調査の対象疾病とした。

### 4. 診療における患者の意思決定場面を、①検査・検診から確定診断までの対処方法についての意思決定、②告知についての意思決定、③治療法に関する情報の開示についての意思決定、④治療方法の選択についての意思決定、の各場面を設定したこと

患者の意思決定の生じる場面は、医療現場においては検査から治療までの一連の診療過程において発生し、各場面で状況を異にする。これまでの研究では、告知、あるいは、治療方法の選択だけが患者の意思決定の選択に作用するとした前提に立つものが多かった<sup>22) 23)</sup>。患者の意思決定問題が議論されているアメリカで注目されているEndeらの調査も、意思決定傾向の把握のための設問が「もし、病気が進行したら、医師により多く指示されることを望むか」といった、一般的な内容にとどまり、具体的なケースとしても、患者にとってさして問題でないと思われる「風邪」の場合のレントゲンの撮影とか、インフォームド・コンセント理論においても例外として扱われている救急診療について、「心筋梗塞」の場面が例とされているため、患者の意思決定傾向が全体的に捉えられているかどうか疑問である<sup>24)</sup>。この点はMargaretも指摘している<sup>25)</sup>。

そこで本調査研究では、一連の診療過程の中から4つの段階を取り上げ、それぞれの場面において意思決定傾向を把握する方法をとった。



5. 住民の自己決定に影響を与える要因として、属性、性格、医師像、医療観、医療経験などの項目を設定し分析したこと。

先行研究にあっては、主として自己決定の傾向を把握することに関心が向けられ、それがどのような要因により異なるのかといった要因の分析にまで踏み込んだ研究は比較的乏しく、基本属性との関連を見る程度であった<sup>26)~28)</sup>。本研究では、患者が自己決定を行う際に最も影響を与える因子は医師と考え、属性の他に、医師-患者関係に関する意識や行動である医師像、医療観、医療経験などとの関連を調査した。

6. 調査対象者を一般住民とし、調査対象地域を都市部としたこと

患者の考え方や意識を把握するためには、現在療養中の患者を対象者とすることが、よりリアルな心象を得られる点で適当である。しかしその反面、現在特定の病院の患者の場合は、担当の医師との関係等から、回答するにあたって、「真意を述べるににくい」といったバイアスがかかることも考え得る。そこで、本調査では、調査時点において患者である者もない者も含めて一般住民とした。

医療環境には地域による特徴があり、その地域で暮らす住民の意識ないし考え方にも差異があると思われる<sup>29)</sup>。農村地域では、住民が利用できる医療機関ないし医師の選択範囲が都市に比べて狭いことから、本調査研究では、まず、医療情報や環境がより整備されている都市部における傾向を把握することが必要と考えた。さらに都市による差を検討するため、調査対象地域は2都市とした。

#### IV、対象と方法

調査の対象と方法は以下に述べる通りである。

1. 調査対象者：満20歳以上79歳未満の成人男女とした。
2. 調査地域：都市部とし、人口の極端に多い八王子市を除き、人口10万以上の東京都下の全市より無作為に抽出した三鷹市と国分寺市を調査対象地域とした。
3. サンプル数：1,000人（三鷹市500人、国分寺市500人）
4. 調査方法：質問紙を使用した郵送調査
5. 調査実施時期：平成8年5月に著者が歯学部の子生120名にプレテストを実施したのち、三鷹市、国分寺市の両市とも、同時に平成8年6月24日～7月29日までに調査を実施した。
6. サンプリング方法：平成8年2月時点での三鷹市、国分寺市の選挙人名簿を使用し、二段無作為抽出により行った。

7. 分析方法：住民の医師-患者関係に関する意識と行動、がん診療における住民の意思決定の特徴の把握には単純集計を行い、属性を含む各項目に対し地域差の検定（量的変数にはt検定、離散変数には $\chi^2$ 検定）を行った。

がん診療における住民の意思決定傾向の段階の分類は、主因子分析（バリマックス回転）により確認し、各段階ごとに意思決定傾向を点数化し、平均値の比較を行った。

自己決定傾向に影響を及ぼしている要因の分析には、各段階の意思決定傾向を従属変数とし（各項目ごとに自己決定-1点、医師に委ねる-0点を与える）、自己決定傾向に影響を与える要因として、性別、年齢、健康状態などの属性の他に、診療における積極的なコミュニケーション経験の有無、一般的な医師像、医師の性別や所属する病院など医師自身の属性による信頼感、マルチディメンショナル・ヘルス・ローカス・オブ・コントロール(MLOC)、がんの告知を受けた場合の自己像、誤診経験や、信頼できる医師の有無、自分や身近な人のがん経験の有無を独立変数として重回帰分析を一括投入方式により行った。

調査枠組みは図1に示す通りである。

尺度化した各項目は信頼性係数（Cronbachの $\alpha$ 係数）を求め、内的整合性を検討した上で投入した。独立変数間の共通性の検定のため相関分析を行った（ピアソンの積率相関係数）。

有意水準は0.1%、1%、5%を使用した。

データの解析には、統計ソフトSPSS-6.1を使用した。

## V、調査項目と作成手順・内容妥当性

### 1. 調査項目

分析に使用する調査項目は以下に示す通りである。

(1)がん診療における患者の意思決定

①がん検診・検査後の確定診断までの対処方法についての意思決定（2項目）

①自覚症状がなく6ヶ月後再検査の場合、②自覚症状があり2ヶ月後再検査の場合

②がんの告知についての意思決定（3項目）

①早期がん、②転移しているがん、③末期がん

③がんの治療法に関する情報の開示についての意思決定（6項目）

①手術の危険性-死亡率、②手術の危険性-後遺症の確率

③抗がん剤の危険性-死亡率、④抗がん剤の危険性-副作用

⑤再発の確率、⑥余命



④がんの治療方法の選択についての意思決定（6項目）

- ①早期がんでの手術か内視鏡治療実施かについての選択
- ②手術か放射線治療実施かについての選択、
- ③再発防止のための抗がん剤治療の実施の有無についての選択
- ④末期がんでの抗がん剤治療の実施の有無についての選択
- ⑤末期がんでの臨床試験実施の有無についての選択
- ⑥疼痛治療の実施の有無についての選択

④-1 選択的治療方法の具体的な選択（6項目）

(2)診療における患者の積極的コミュニケーション経験の有無（10項目）

(3)一般的な医師像（10項目）

(4)医師の属性による信頼感の違いの有無（8項目）

(5)マルチディメンショナル・ヘルス・ローカス・オブ・コントロール(MLOC)  
(18項目)

- ①内向性(INTERNAL)-6項目
- ②運性向(CHANCE)-6項目
- ③他者依存性向 (POWERFUL OTHERS EXTERNALITY)-6項目

(6)意思決定に関連する項目

- ①がん告知を受けた場合の自己像
- ②医師に誤診された経験の有無と誤診内容
- ③信頼できる医師の有無とその医師とのつきあい年数
- ④がん治療経験の有無とがんの部位（本人、身近）

(7)属性

- ①年齢
- ②性別
- ③学歴
- ④健康状態

2. 調査項目作成手順と内容妥当性

「1.がん診療における患者の意思決定項目」については、医療一般において、患者の意思決定の重要性が最近漸く指摘され始めた現状にかんがみ<sup>30)</sup>、数名の医師に対して行ったヒアリング調査を参考に、がん診療における患者の意思決定の過程をチャート化した（図2）。

そして、①「検査・検診後の確定診断までの対処方法についての意思決定」、②「告知についての意思決定」、③「治療法に関する情報の開示についての意思決

定」、④「治療方法の選択についての意思決定」の四つの段階に注目して項目を設定した。

設問における患者の意思決定のしかたは、大別して「自ら決定する-自己決定」と「医師に委ねる」の2つに分類できる。

第一段階の「検診・検査後の確定診断までの対処方法についての意思決定」では、医師の診断後、患者の意思決定のありかたとして考えられる状況として、①「考えることなく（無条件に）医師の判断に従う」、②「本を調べたり、周囲の人達に相談し、自分で決定する」、③「考えることなく（無条件に）家族の判断に任せる」、④「考えることなく（無条件に）他の医師にかかる」の4つの選択肢を設定した。②は、自分自身を最終的な決定者とする場合であるが、③の家族の判断に任せる場合は、ある意味では②の類型に含まれると考えられるが、自分だけで判断する場合との違いを重くみて類型に加えた。④の他の医師にかかる場合は、現在の日本では、別の医師の診断所見を仰ぐ「セカンドオピニオン制度」が発達していないため、別の病院や医師にかかる場合として設定した。

以上の選択肢のうち、①の迷うことなく医師の判断に従う場合以外は、すべて「自己決定型」と考えられる。

「自覚症状がなく6ヶ月後再検査の場合」と「自覚症状があり2ヶ月後再検査の場合」の2場面を設定した。

第二段階の「告知についての意思決定」では、医師からの告知について患者の選択する意思決定のしかたとして、もっぱら医師に委ねる場合である①「自分に知らせかどうかは医師の判断に任せる」と、告知を望むか、望まないかという自己決定②「知らせてほしい」③「知らせてほしくない」が考えられる。望むことだけでなく告知を望まないことも自己決定の一つの形であると捉えた。一般に告知の議論をする際に、患者の自己決定を実現させるためには、告知が理にかなっているといった議論が展開されているが、告知を拒否することも患者の自己決定と考えられる。さらに、家族の判断をあおぐ④「自分に知らせかどうかは家族の判断に任せる」を選択肢として設定した。

「早期がん」、「他の臓器にも転移しているがん」、「末期がん」の3つの場面を設定した。

第三段階の「治療法に関する情報の開示についての意思決定」は、第二段階と同様に、①「自分に知らせかどうかは医師の判断に任せる」、②「知らせてほしい」、③「知らせてほしくない」、④「自分に知らせかどうかは家族の判断に任



せる」の4選択肢を設定した。

医師からの情報が開示される場面については、「手術（死亡率と後遺症）」、「抗がん剤（死亡率と副作用）」、「再発」、「余命」を設定した。

第四段階の「治療方法の選択についての意思決定」では、がんの治療の場合、臨床上、多くの治療方法があると思われるので<sup>31)</sup>、どのようなケースをいかなる基準によってしぼり込むかについて悩んだが、質問を受けた患者にとっても用語上、あるいは経験上、理解し易いことを考慮して、次の6つのケースを取り上げた。

第1ケースは、早期がんの手術と内視鏡、第2ケースは、手術と放射線治療、第3ケースは、手術後の再発防止のための抗がん剤の使用、第4ケースは、末期がんにおける抗がん剤の使用、第5ケースは、末期がんにおける臨床試験への参加、第6ケースは痛みを除去するための疼痛治療の希望を設定した。そして、各ケースにつき2種類の治療方法に関する情報を提示し、比較した上で選択してもらう方法をとった。

回答の選択肢は、上記の一連の意思決定段階と同様、「医師に委ねる型」として、①「どちらの治療方法にするかは主治医の判断に任せる」、「自己決定型」として、②「どちらの治療方法にするかは自分自身で決める」、③「主治医に他の医師の判断も聞いてくれるよう求める」、④「どちらの治療方法にするかは家族の判断に任せる」とした。③「主治医に他の医師の判断も聞いてくれるよう求める」は、実際には起こり難いと思われるが、患者の意思決定の一つの選択肢と考えられるので設定した。

さらに、想定したおのおの2つの選択肢のどちらをとるかについても回答してもらった。

「2. 診療における患者の積極的コミュニケーション経験の有無」についての項目は、患者の権利概念がかなり浸透しているアメリカにおいて、「賢い」医療消費者として、診療の場面における医師-患者関係のコミュニケーションに必要な項目として調査された項目を使用した<sup>32)</sup>。

なお、最近のアメリカでは、医療消費者向けの診療のための情報雑誌が出版されており<sup>33)</sup>、自律的な患者の意識や行動様式に関して、医師や医療機関に対する実行方法についての研究が進んできている。本調査項目の日本語訳は、アメリカの調査項目を日本に紹介した医療情報誌<sup>34)</sup>が使用しているものを、内容を再検討した上で、一部修正の上使用した。<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 日本語訳の作成は、著者と川田智恵子教授と共同で行った。

回答形式は、経験の「1.ある、2.ない」と設定し、分析の際には、「経験あり」を1点、「経験なし」を0点として、全項目を加算した。よって、点数が高いほど、積極的コミュニケーション経験が高いことを示す。

「3.一般的な医師像」に関しては、先行研究の中にスケール化されたものはないが、「医師イメージ」や「医師像」項目が使用されているので<sup>35) 36)</sup> 参考にした。また、一方で、著者が、学生を対象にブレインストーミングを行うことにより、医師イメージを列挙した上で、「好意的イメージ」と「嫌悪的イメージ」に分けてそれぞれの項目を各5項目ずつ絞り込んだ。

回答形式は、「1.非常に思う、2.やや思う、3.あまり思わない、4.全く思わない」の程度に応じた4段階順序尺度を採用し、分析の際には、「好意的イメージ項目」については、「1.非常に思う-4点」「2.やや思う-3点」、「3.あまり思わない-2点」、「4.全く思わない-1点」とし、「嫌悪的イメージ項目」については、逆にして各項目の得点を加算した。各項目間の相関係数を見てみたところ、1項目のみ全項目と負の相関が見られたので、変数を変換し直した上、使用した。よって点数が高いほど医師イメージが良い傾向を示す。

「4. 医師の属性による信頼感の違いの有無」項目は、著者が1995年に行った「医療消費者としての住民の意識調査」<sup>37)</sup>によると、医療機関や医師の性別や年齢によって信頼感が異なるとの回答が約半数あるという結果が示されている。この結果より、患者の意思が、医師の属性により影響を受けることはあり得ると考えられるので、本調査では8項目を設定した。回答方法は、「医師の属性により信頼感が異なるか」という設問に対し、2選択肢の「1.異なる」「2.異なるない」とし、分析の際には、「異なるを1点」、「異なるないを0点」とし、各項目を加算した。よって点数が高いほど医師の属性による違いが高い傾向を示す。

5. 本調査で使用した「マルチディメンショナル・ヘルス・ローカス・オブ・コントロール尺度」は、18項目で各6項目の3つの下位尺度（Internal Health Locus of Control(IHLC)-内向性、Chance Health Locus of Control(CHLC)-運性向、Powerful Others Externality(PHLC)-他者依存性向）から構成されている。

著者らが翻訳作業を行った上で、使用した<sup>2</sup>。

質問文は、オリジナルでは、フォームAとフォームBの2種類を設定し、双方の

<sup>2</sup>日本語訳の作成は、「診療における患者の積極的コミュニケーション経験」項目と同様に、著者と川田智恵子教授と共同で行った。



フォームを使用することにより検証を行っているが、本調査では、フォームAを使用した<sup>38) -40)</sup>。

回答形式は、オリジナルと同様、6段階のリッカートスケールを使用し、「1.強く反対～6.強く賛成」のうちから一つを選択してもらった。

下位尺度のおのについて、「強く反対を1点～強く賛成を6点」として、各項目を加算した。よって点数が高いほど内向性、運性向、他者依存性向の高いことを示す。

「6.意思決定に関連する項目」については、まず①「がん告知を受けた場合の自己像」項目は、「希望を取り戻して立ち直れるタイプ」と「落ち込みが激しく絶望感から脱却できないタイプ」の2通りのタイプを設定し、対象者に自ら判断してもらった。

②「医師に誤診された経験の有無と誤診内容」項目については、回答者や身内にこれまで医師に誤診あるいは、後に問題を生じた診断をされた経験の有無につき「1.ある、2.ない」で回答してもらい、具体的にその内容を記述してもらった。ここに、「誤診」とか「問題を生じた」とは、あくまで患者が「そう思った」判断をいう。

③「信頼できる医師の有無とその医師とのつきあい年数」については、「具合の悪い時に相談できる医師の有無」を「1.いる、2.いない」で回答してもらい、さらに「つきあっている年数」について回答してもらった。

④「がん治療経験の有無とがんの部位（本人、身近）」については、回答者本人ががん経験者であるか、自分の身近にがん経験者がいるかどうかを「1.いる、2.いない」で回答してもらい、がんの部位についても回答してもらった。

## VI、調査結果

有効回答数は、506名（50.6%）で、地域別には三鷹市が251名（50.2%）、国分寺市が255名（51.0%）である。

### 1. 単純集計結果

#### (1) 医師-患者関係に関する住民の意識と行動

分析対象者の属性や各項目結果は、表1に示す通りである。

各項目について、地域差の検定を行ったところ、「年齢」にのみ地域差が見られたが（ $p < .05$ ,  $t$ -test）、他のすべての項目において差は見られず、三鷹、国分寺市

ともほぼ同様の結果が得られたので、各項目とも2地域の変数を合成し、都市部の住民の特性として扱うこととした。

### ①属性

「年齢」の平均は51.0±14.7歳で、「男女の内訳」は男性228名(46.0%)、女性268名(54.0%)と女性が若干多い。「学歴」は、高等学校卒業、専門学校卒業、短大卒業、大学卒業にほぼ分布が集中した。「現在の健康状態」については、「まあまあよい」が58.8%でもっとも多く、ついで「よい」が29.1%、「あまりよくない」と「よくない」は合わせて12%と少なかった。

### ② 意思決定に関連する項目

「がん告知を受けた場合の自己像」については、自分自身を自己判断した場合、「はじめはショックだが、やがて”生きてはいけない”という希望をとりもどすタイプ」と回答したものは全体で81.6%で、かなりの人が「希望を取り戻せるタイプ」と自己判断している。一方、自分自身を「落ち込みが激しく、なかなか絶望感からはあがれないタイプ」と判断している人が18.4%いた。

「医師に誤診された経験の有無」については、「ある」と答えた人が全体で26.9%おり、実際に転院して他の医師の診断を受けて、誤診が判明したというケースであった。

「信頼できる医師の有無」では、50.3%が「ある」と回答している。「信頼関係のある医師とのつきあい」の年数は、全体での平均値は13.626±9.401年で、「信頼関係のある医師をもっている」と回答した人は、「比較的付き合いも長い」傾向が見られた。

「がん治療の経験の有無」については、回答者自身の経験の有無では、6.6%の人が「がん経験者」であった。がんの部位の内訳は、全体で「胃がん」が12人でもっとも多く、ついで「乳がん」7名、「子宮がん」7名、「大腸がん」4名となっている。「身近のがん経験者の有無」では、72.1%(830名)がいると答えており、そのうち518人(62.4%)の方々がすでに亡くなっている。がんの部位別では、胃がんが最も多く(248名)、次いで肺がん(103名)、乳がん(67名)、大腸がん(56名)の順である。

### ③ 診療における患者の積極的コミュニケーション経験割合

診療において患者が積極的に医師とのコミュニケーションを図った経験の有無の割合をアメリカと比較すると、表2のようになる。もちろん、医療制度、歴史的背



景や文化的背景が異なる両国を単純に比較することはできないが、参考資料とした。  
なお、アメリカの調査は、600名の医療雑誌購読者を対象としたものである。

本調査において経験有の高かった項目は、「痛みの原因についての意見を医師にきく：65.7%」、「症状を自分で調べる：64.3%」、「不明な用語を医師に尋ねる：53.9%」であった。半数近くが経験している項目は、「薬の副作用や代替薬の危険性の有無を医師に尋ねる：47.5%」、「代替治療法を医師に尋ねる：44.3%」、「治療によって症状が改善されないことを医師に訴える：43.4%」であった。

30%程度の項目は、「検査や手術の危険性を医師に尋ねる：39.0%」、「家族や友人を同伴させる：35.3%」、「診断や治療に関し、他の医師の意見を聞く：35.2%」、「代替検査や代替手術の有無を医師に尋ねる：34.9%」となっている。10～20%程度と経験者が少なかった項目は、「症状の記録をとる：20.9%」、「治療に苦痛を伴いすぎることを医師に告げる：17.6%」、「医師の説明を書き取る：14.3%」、「質問や疑問のメモを持参する：14.2%」、「もっと情報がほしいことを医師に告げる：12.2%」、「同様ケースの経験を医師に確認する：11.4%」であった。

回答の少なかった項目は、「カルテの開示を医師に求める：3.6%」、「治療費が安くすむ方法を医師と話し合う：8.2%」であった。これらの項目は、カルテの開示という慣行がないこと、アメリカと違って、国民皆保険制度がとられているといった医療制度の違いより生じるものであることが考えられる。

#### ④ 一般的な医師像

一般的な医師像については表3のような結果となった。

全体的に、「医師は頼れる」、「優秀である」、「尊敬できる」といった医師に好意的なイメージを示す比率が高かった。

まず、好意的なイメージに関する各項目結果を見ると、「一般的にいて医師は責任感が強いと思うか」という設問では、「非常に思う」が15.1%、「やや思う」が54.4%で、合わせて69.5%が医師は責任感が強いと感じている。「一般的にいて医師は尊敬できると思うか」という設問では、「非常に思う」が12.9%で、「やや思う」が63.0%と、強くは思っていないが、多くの住民が医師を尊敬できると感じている。「一般的にいて医師は優秀であると思うか」では、「非常に思う」が12.9%、「やや思う」が59.6%であり、合わせると約7割が一般的に医師は優秀であると感じている結果となった。「一般的にいて医師は頼れると思うか」という設問では、「非常に思う」が15.9%で、「やや思う」は64.5%となり、約8割もの住民が一般的にいて医師は頼れるとしていることがわかる。

「一般的にいて医師は人間性豊かであると思うか」という設問では、「やや思

う」が31.1%あるものの、「あまり思わない」が57.2%、「全く思わない」が7.5%あり、一般的な医師イメージとしてはあまり人間性が豊かであるとは感じていないことがわかる。

次に、嫌悪的なイメージに関する項目については、「一般的にいつて医師は金儲け主義であると思うか」では、「非常に思う」が9.1%、「やや思う」が49.6%という結果であり、約半数が医師は一般的にいつて金儲け主義であると感じている。

「一般的にいつて医師は話し方が下手だと思うか」という設問では、「やや思う」が35.7%、「あまり思わない」が51.6%であり、医師は話し方が下手だと感じている割合もややあるが、半数以上は医師は話し方が下手であるとは感じていないことが読みとれる。「一般的にいつて医師はこわくて近寄りたいたいと思うか」という設問については、「あまり思わない」が61.6%、「全く思わない」が17.3%であり、一般的にいつて医師はこわくて近寄りたいたい存在だとは感じられていないことがわかる。「一般的にいつて医師はごう慢だと思うか」という設問では、「やや思う」が45.7%、「あまり思わない」が41.8%という結果であり、一般的に医師はごう慢であると感じている者とそうでないと感じている者の割合はほぼ半数ずつであった。

「一般的にいつて医師は患者をものとしか見ないと思うか」という設問では、「やや思う」が35.7%であるものの、「あまり思わない」が48.2%、「全く思わない」が8.3%であり、半数以上の人、医師は患者をものとしか見ないとは思っていないことが読みとれる。

#### ⑤ 医師の属性による信頼感の違いの有無

医師の属性による信頼感の違いの有無についての結果は表4の示す通りである。医師の属性として用意した8項目を、信頼感が異なると回答した割合の多かった順にあげると、①「医師の経験年数」：85.0%、②「医師の所属する病院・医院の評判」：74.3%、③「医師の所属する病院・医院の設備」：74.0%、④「医師の髪型などの身だしなみ」：43.8%、⑤「医師の出身大学」：38.6%、⑥「医師の所属する病院経営形態」：33.8%、⑦「医師の学位取得の有無」：30.7%、⑧「医師の性別」：17.7%となった。

これらの結果から、「医師としての経験年数」により医師への信頼感が異なると感じている人がかなり多いこと、また「医師の所属する病院・医院の評判や設備」によって、信頼感が異なると感じているものの割合が高いことがわかる。半数以下ではあるが、「医師の髪型などの身だしなみ」によっても信頼感が異なると感じており、その他、「医師の出身大学」、「医師の所属する病院経営形態」、「医師の学位取得の有無」などによっても信頼感が異なると感じている人がいることがわか



る。「医師の性別」により信頼感が異なると感じている人はきわめて少なかった。

#### ⑥ マルチディメンショナル・ヘルス・ローカス・オブ・コントロール(MLOC)

マルチディメンショナル・ヘルス・ローカス・オブ・コントロールの各下位尺度毎の集計結果は①内向性(INTERNAL)については図3、②運性向(CHANCE)については図4、③他者依存性向(POWERFUL OTHERS)については図5に示す通りとなっている。

##### ①内向性(INTERNAL)

全体的には、内向性が高い。項目別では、「自分の健康は自分で管理する」項目に対する賛成の割合が最も高く、「健康に影響を与えることは、自分自身の健康である」、「もし病気になったら、早くよくなるかどうかは自分の行動にかかっている」の各項目に対する賛成の割合が多かった。「病気になるのは、自分自身に責任があるからである」が6項目のうち賛成の割合が低かった。

##### ②運性向(CHANCE)

全体的には、運性向はあまり高くない。6項目のうち、最も賛成率の高い項目は、「たとえどんなことをしても、病気になってしまえばしかたがない」であり、最も低い項目は「たとえどんなことをしても、私は病気になりがちだ」であった。

##### ③他者依存性向(POWERFUL OTHERS)

全体的にみて、他者依存性向は、項目によりばらつきの傾向を示している。「医師に定期的に診てもらうことは、病気をふせぐのに一番よい方法である」項目では、かなりの人が賛成しているのに対し、「私の健康については、医師の指示に従っていればよい」、および「医師や看護婦などの医療の専門家は、私の健康を支配している」の項目では、半数以上が反対している。

#### (2)がん診療における住民の意思決定結果

がん診療における住民の意思決定結果は表5に示す通りである。

##### ①検査・検診後の確定診断までの対処方法についての意思決定結果

「自覚症状あり」の設定と「自覚症状なし」の設定のどちらの設定においても、自己決定の希望者のうち、「自分自身で決定する」が最も多く(「自覚症状なし: 39.7%」、「自覚症状あり: 33.4%」)、次いで「セカンド・オピニオン(別の医師の意見)を転院によって求める」者の割合が高く(「自覚症状なし: 36.3%」、「自覚症状あり: 36.2%」)、「考えることなく医師の判断に任せる」割合は20%

台、「家族に任せる」割合は極めて少ない。

さらに、「自覚症状あり」の設定と「自覚症状なし」の設定とでは、後者の方が自分自身での決定率が高く（「自覚症状なし：39.7%」、「自覚症状あり：33.4%」）、逆に、自覚症状のある者ほど医師の判断に任せる割合が高くなっている。この結果には、「自覚症状あり」の設定では2ヶ月後再検査であるのに対し、「自覚症状なし」の設定では6ヶ月後再検査と、期間が長くなっていることも影響していると思われる。

## ②告知についての意思決定結果

「知らせてほしい」割合が早期がんにおいて最も多く（80.7%）、告知の是非を医師に委ねる割合は、どの状態のがんにおいても10%程度と少ない。家族の判断に任せる割合はほぼ10%以下ではあるが、「検診」についてのそれよりは高い。また、「早期がん」、「転移しているがん」、「末期がん」の場合の回答を比較してみると、「知らせてほしい」割合が、「早期がん」では80.7%もあるのに、「転移しているがん」では69.7%に下がり、さらに「末期がん」になると69.5%となる。「転移がん」、「末期がん」では、告知希望率が10%以上も下がっている。

がんの進行が進むほど、告知希望の割合が減る一方で、不告知を希望する割合が増えていると同時に、家族に任せる割合も徐々に増えている（5.2%→8.2%→10.8%）。

なお、医師の診断に委ねる割合が一番多いのは、転移しているがんの場合（12.7%）となった。

## ③治療法に関する情報の開示についての意思決定結果

まず全体的に見ると、がん治療に関する情報の開示について、医師に委ねる割合は、各項目とも10%程度にとどまっている。がん治療に限らず、これまで治療に関する情報を医師が小出しにしたり、調節してきた風潮があるように思われるが、このデータからみても、医師に情報の提供を一任する割合は非常に少なく、患者自身による情報の開示についての決定を希望している。

具体的には、手術については、後遺症の確率に比べ、死亡率の告知を望む人の割合が減り（死亡率：71.1%、後遺症の確率：81.5%）、非告知希望が増えている。抗がん剤治療に関しても、手術の危険性開示希望と同様に、副作用の確率よりも、死亡率について、告知を望む人の割合（死亡率：78.4%、副作用：82.8%）が低くなっている。

手術の危険性と抗がん剤の危険性を比べると、同じ死亡率でも、手術の死亡率に



対する開示の希望が低くなっている（手術：71.1%、抗がん剤：78.4%）。徐々に蓄積されていく抗がん剤の場合に比べ、手術による死のおそれの方が、より患者にとって恐ろしいからであろう。

再発の確率、余命については、一度がんとわかって治療を開始する際には、知らせしてほしいと希望する傾向が強く見受けられる（再発：83.1%、余命：72.3%）が、余命については、10%以上も再発に比べ低い。直面するには大きな勇気があることゆえ、これらの情報に対し抵抗感を感ずる者が多いのは自然なことと思われる。

#### ④治療方法の選択についての意思決定結果

第一に言えることは、他の意思決定段階に比べ、自分自身による自己決定希望の割合がすべての項目を通じて低いことである。そして逆に専門家である医師に委任する傾向がこの段階では高い（各ケースとも30%前後）。この結果から、実際の治療方法の選択は、高度な専門的判断を要することもある、自己決定をするのをためらっていることがわかる。二者択一を迫られる場面では、高度な医療知識が必要であるため、知識の乏しい患者にとっては、どちらが良い結果をもたらすかを予測することが非常に困難なように見える。

また、全体的な傾向として、医師のセカンド・オピニオンを求める割合が、末期の抗がん剤治療や、疼痛治療の場合になるほど低くなっていることが注目される。この理由は、選択肢に微妙な相違が見られるケースとは異なっているためかもしれないが、すでに末期に近い場合にはどの医師の診断や意見を求めたところで大差がないだろうといった気持ちの現れかもしれない。また、疼痛治療については、痛い思いをするのは自分だという気持ちの現れと思われる。

際立って自己決定を選択する割合が高く、医師に委ねる意思が低いのは、末期がんにおける抗がん剤の使用と疼痛治療の有無である。医学的にはほぼ手の施しようがない末期状況下では、患者はより自己決定を望むのではないかと考えられる。

各ケース別にみても、まず、第一ケースの早期がんでの手術か内視鏡治療実施かについての選択、第二ケースの手術か放射線治療実施かについての選択では、2つのケースともほぼ同様の結果が得られており、どちらも40%くらいの人が自分自身による自己決定を望んでいる（手術対内視鏡：44.8%、手術対放射線：42.6%）。

抗がん剤治療の実施の有無についての選択では、再発予防のための抗がん剤使用、末期がんでの抗がん剤治療の実施の有無を比べてみると、全体的特徴としても述べたが、末期になると、自分自身による自己決定の割合がかなり増えること（再発予防：42.1%、末期：59.0%）と、もう一つは、情報の開示についても同様の傾向が

見られたのであるが、末期になると若干であるが、家族の判断に任せる割合が増えている（再発予防：3.9%、末期：6.4%）。

末期がんでの臨床試験実施の有無についての選択項目では、他のケースと性質をやや異にするかと思われるが、51.4%と約半数が治療効果がわからず、危険性も可能性もその両方を持ち備えている臨床試験の参加の有無を自分自身で決定するとしている。

疼痛治療の実施の有無についても臨床試験とほぼ同様の結果となっている（自分自身で決定する：55.5%）。

#### ⑤具体的な治療方法の選択結果

「あえてどちらかの治療方法を自分で選択しなければならないとした場合、どちらの治療方法を選択するか」を回答者全員に各ケースごとに選択してもらった結果は、表6に示すような結果となっている。

第一ケースでは、早期がんで手術の危険性が1%、内視鏡治療に比べ術後の時間がかかると想定し、内視鏡治療は、がんをとりきれないといった可能性や転移の可能性があると設定したところ、78.1%が「手術を選択する」と回答している。

第二ケースでは、手術に比べ放射線治療の生存率が10%低く（手術50～60%、放射線治療40～50%）、その反面、後遺症の重さは手術の方が大きく、日常生活に及ぼす影響は少ない設定では、放射線治療が圧倒的に多く、76.7%となっている。10%生存率が低くとも放射線を選択する割合が多くなっている。

第三ケースでは、再発防止のための抗がん剤治療については、行わない場合には、行った場合に比べ副作用がない分再発に対する恐れや不安が高い設定にもかかわらず、57.4%と抗がん剤の使用希望回答よりも上回った結果となった。

第四ケースの末期がんにおける抗がん剤使用については、これもまた、抗がん剤治療を行わない場合は、家に帰れたり、やり残したことはできるが死を待つだけとわかっていても、実に77.9%もの人が抗がん剤の不使用を選択している。

第五ケースでは、臨床試験に対する考え方がほぼ半数である（受ける：49.3%、受けない：50.7%）。

第六ケースでは、疼痛治療は、81.8%が「希望する」としている。



## 2. 解析結果

### (1) データの加工処理と信頼性分析

まず、重回帰分析に使用する各変数のデータの処理の方法と信頼性の分析を行った結果について述べる。

#### ① 従属変数の尺度化と因子分析結果

がん診療における住民の意思決定傾向を把握するために用意したすべての項目を因子分析した結果が表7である。分析は主因子法、バリマックス回転により行った。因子は、0.5以上のもののみ取りあげた。因子分析の結果、「告知の末期がん項目」、「治療方法に関する情報開示の末期項目」の2項目は他の因子にそれぞれ影響を及ぼしているものの、本調査研究の枠組み通り4因子に分かれた。上記の2項目については、内容が重複する面もあるかと思われるが、それぞれの段階には不可欠な因子と考え、取り除かず分析を行うことにした。第一因子の固有値は5.328と高く、因子負荷量は31.3%であり、また4因子全体での因子負荷量は60.4%であり、意思決定傾向を把握するのに十分耐えられるものと評価した。

そこで、因子分析によって得られた4つの下位尺度ごとに点数化した。はじめに論述したように、患者の意思決定のしかたには、大きく分けて「自ら決定する」と「医師に委ねる」の2つがあると考えられるので、それぞれの項目について、「医師に全てを任せる」と答えたものに0点、「その他の選択肢を回答したもの」に1点を与え各段階ごとに点数を加算した。よって、点数が高いほど自己決定傾向が高いことを示す。

また、これら4つの下位尺度を一括して意思決定傾向ということにはそれぞれの性質や含む問題点が若干異なることより意味を持たないと考えられるため、今後の分析では合成しては使用せず、それぞれ単独で下位尺度ごとに分析することとする。

#### ② 各項目群得点の平均値、標準偏差と地域差の検定

分析に使用する各尺度の平均値と地域差の検定結果は、表8に示す通りである。

意思決定傾向については、「検診・検査後の確定診断までの対処方法」では、2点満点中、実際の得点範囲は0～2点までで、平均は $1.5 \pm 0.8$ 点であった。「告知」については、3点満点中、得点範囲は0～6点までで、平均は $2.7 \pm 0.8$ 点であった。「治療法に関する情報の開示」については、6点満点中、得点範囲は0～6点であり、平均は $5.4 \pm 1.5$ 点と高い平均値を示した。「治療方法の選択」については、同じく6点満点中、得点範囲は0～6点までであり、平均は $3.9 \pm 2.3$ 点であった。

次に独立変数についてであるが、「積極的なコミュニケーション経験」について

は、17点満点中、実際の得点範囲は0～15点であり、平均は $5.1 \pm 3.4$ 点と低い結果となった。「一般的な医師像」については、40点満点中、実際の得点範囲は、8～32点であり、平均は $21.3 \pm 4.4$ 点という結果であった。「医師の属性による信頼感」については、8点満点中、実際の得点範囲は0～8点までであり、平均は $3.9 \pm 2.0$ 点であった。「他者依存性向」については、36点満点中、得点範囲は11～36点で、平均は $22.3 \pm 4.3$ 点であった。「運性向」は、同様に36点満点中、得点範囲は6～36点で、平均は $17.3 \pm 5.0$ 点という結果であった。「内向性」については、他の2尺度同様に36点満点中、実際の得点範囲は3～36点で、平均は $26.1 \pm 5.0$ 点であった。

地域差が生じた項目は、意思決定段階でのみ見られ、「検診・検査後の確定診断の時期」についてと、「選択的治療方法」についての項目が、5%水準で有意に差が見られた(t検定)が、その他の項目では有為差は見られなかった。

### ③がん経験と各段階における意思決定傾向との関係

本調査対象疾患であるがんの経験により、意思決定傾向に違いが生じているかを検討するため、がん経験の有無による各段階ごとの意思決定得点との平均値の差の検定(t検定)を行ったところ、回答者本人ががん経験者の場合も、身近にがん経験者がいる場合にも、すべての診療段階における意思決定傾向に差は見られなかった。

### ④内的整合性の検討

上記で作成した各尺度の信頼性係数(Cronbachの $\alpha$ 係数)を求めた結果が同じく表8である。「他者依存性向」が0.6104で「医師の属性による信頼感」が0.6850であるものの、ほとんどの尺度が0.7以上であり、使用に耐えうるものと判断した。

### ⑤独立変数間の相関分析

重回帰分析に使用する各項目間の相関分析結果を表9に示す。係数はピアソンの積率相関係数による。運性向と他者依存性、年齢と他者依存性向との関連がやや高いものの、各項目間の相関は低いので、独立変数間の共通性は低く、それぞれの変数を独立変数として使用することが可能と判断した。

### (2)重回帰分析結果

提示した分析枠組みにそって、意思決定を従属変数とし、患者の診療における積極的コミュニケーション経験、一般的な医師像、医師の属性による信頼感、他者依存性向、運性向、内向性、性別、学歴、健康状態、がん経験の有無(身近)、がん経験の有無(本人)、信頼できる医師の有無、誤診経験の有無、がん告知を受けた



場合の自己像、年齢を独立変数として、一括投入方式により分析した。結果は表10に示す通りである。

まず、モデルの適合度を見てみると、「検診・検査の確定診断の時期についての意思決定」を従属変数とする分析では、 $R: .3927$ 、 $RSquare: .1542$ で0.001%水準で有意な傾向が見られた。「告知についての意思決定」を従属変数とする分析では、 $R: .2723$ 、 $RSquare: .0742$ で0.01%水準で有意な傾向が見られた。「治療法に関する情報についての意思決定」を従属変数とする分析では、 $R: .3360$ 、 $RSquare: .1129$ で0.001%水準で有意な傾向が見られた。「治療方法の選択についての意思決定」を従属変数とする分析では、 $R: .3949$ 、 $RSquare: .1559$ で0.001%水準で有意な傾向が見られた。以上の結果より、告知モデルの安定性が他の意思決定段階に比べやや低い傾向が見られた。

次に影響因子ごとに見てみると、「検査・検診後の確定診断までの対処方法」についての自己決定願望傾向には、多くの因子が影響しており、各因子のうち「一般的な医師像」および「年齢」の影響が最も大きく（ともに有意差  $p<0.001$ ）、医師イメージの悪い人ほど自己決定願望傾向が強く、年齢の若い人ほど、自己決定願望傾向が強いことが言える。さらに、「性別」や「健康状態」の影響も見られ（ともに $p<0.01$ で有意）、女性ほど、健康状態のよい人ほど自己決定願望傾向が強いことがわかる。また、「積極的なコミュニケーション経験」、「学歴」も影響しており（ともに $p<0.05$ で有意）、積極的なコミュニケーション経験の多い人ほど、学歴の高い人ほど自己決定願望傾向にあることが示された。

「告知」についての自己決定願望傾向には、「年齢」が強く影響しており（ $p<0.01$ で有意）、年齢の若い人ほど、告知に関しての自己決定願望傾向が強いことがわかった。また、「一般的な医師像」、「がん告知を受けた場合の自己像」がともに自己決定願望傾向に影響しており（ $p<0.05$ で有意）、医師イメージの悪い人ほど、がんの告知を受けた場合の自己像が立ち直れるタイプとした人ほど、自己決定願望傾向が強いことがわかった。

「治療法に関する情報の開示」についての自己決定願望傾向では、「年齢」および「一般的な医師像」が影響しており（ともに $p<0.01$ で有意）、年齢の若い層ほど、一般的な医師イメージの悪い人ほど、自己決定傾向の強いことが示された。

「治療方法の選択」についての自己決定願望傾向では、「一般的な医師像」が最も関連しており（ $p<0.001$ で有意）、医師イメージの悪い人ほど、自己決定願望であることが示された。他には「年齢」（ $p<0.01$ で有意）、「積極的なコミュニケーション」、「MLOCの他者依存性向」、「がん告知を受けた場合の自己像」（3因子とも $p<0.05$ で有意）の各因子がそれぞれ自己決定願望傾向に影響しており、積極

的なコミュニケーション経験のある人、MLOCの他者依存性向の小さい人、がんの告知を受けた場合の自己像が立ち直れるタイプの人ほど、自己決定願望傾向の強いことが示された。

### 3. 結果のまとめ

単純集計結果と解析結果を要約すると以下ようになる。

1. 医師と患者の関係に関する住民の意識と行動については、「診療における患者の積極的なコミュニケーション経験」は、17点満点中、平均が5.1±3.4点で少なく、あまり積極的にとられていない傾向が見られた。

「医師の好意的イメージ」は、40点満点中、平均が21.3±3.9点で、ほぼ中位であった。「医師の性別や所属する病院など医師自身の属性による信頼感の違い」の高さは、8点満点中、3.9±2.0点で、属性による違いはそれほど感じていなかった。

26.9%が「医師に誤診された経験あり」で、50.3%が「信頼できる特定の医師をもって」おり、「自分自身ががん告知を受けた場合の自己像」では、81.6%が「立ち直れるタイプ」で、残る18.4%は「絶望感タイプ」という結果となった。「がん経験者」は6.6%で、「身近にがん経験者のいる」割合は72.1%であった。なお、これらの各項目に地域差は見られなかった。

2. 住民の意思決定傾向のうち、まず「検査・検診後の確定診断までの対処方法」(問3)については、「自己決定(自分で決める)」は、「自覚症状なし」の設定が39.7%で、「自覚症状あり」の設定の33.4%よりも強い。同じく自己決定(他の医師にかかる)、「家族の判断に任せる」割合は、「自覚症状あり」「自覚症状なし」の2設定ともほぼ同様の結果となった。

「告知」(問4①)については、「知らせてほしい」、「知らせてほしくない」、「家族の判断に任せる」を合わせると、「早期がん」、「転移しているがん」、「末期がん」とも約9割が自己決定願望傾向を示した。また、早期ほど「医師の判断に委ねる」ものは少なかった。自己決定のうち、告知希望は末期にいくほど低くなっている(「告知してほしい」が早期がんで80.7%、転移しているがんで69.7%、末期がんで69.5%)。

「治療法の危険性に関する情報の開示」(問4②-⑤)については、「手術の危険性」では、「知らせてほしい」、「知らせてほしくない」「家族に任せる」を合わせると、「死亡率」、「後遺症の確率」のどちらについても、約9割が自己決定を希望しており、中でも、開示希望が高かった(「知らせてほしい」が「死亡率」で71.1%、「後遺症の確率」で81.5%)。「抗がん剤治療」についてもほぼ同様の結果が



得られた。「再発情報」や「余命情報」では「開示を望まない」者の割合が高くなっている。

「治療方法の選択」（問5）については、「自己決定（自分自身で決定する）」と回答した割合は、設定した6場面のうち、「末期における抗がん剤の使用」では59.0%、「疼痛治療」では55.5%、「臨床試験」では51.4%と順に高く、それ以外の場面では40%程度となっている。自己決定のうち「セカンド・オピニオンを求める」割合は、「手術対放射線」では17.0%、「手術対内視鏡治療」では16.1%、「再発予防のための抗がん剤の使用」では15.7%で、それ以外の場面では10%前後となっている。一方、「医師の判断に委ねる」割合は、「手術対内視鏡治療」では36.7%、「手術対放射線治療」では36.3%であるのに対し、「末期における抗がん剤の使用」については25.8%、「末期における臨床試験の実施」については29.7%と、「医師の判断に委ねる」割合が低くなっている。

3. 意思決定傾向の各段階ごとの平均は、「告知」では、3点満点中 $2.7 \pm 0.8$ 点、「治療法に関する情報の開示」については、6点満点中、 $5.4 \pm 1.5$ 点で、自己決定願望傾向が強かった。これに対し「治療方法の選択」については、他の段階に比べ6点満点中 $3.9 \pm 2.3$ 点とやや低い結果となった。

4. 第四段階における具体的な治療方法の選択結果については、「手術対放射線治療の設定」についての設問結果より、生存率があまり変わらなければ多少低くても、患者はよりQOLの高い治療方法を望むことがわかる。さらに、「末期における抗がん剤の使用の有無」については、その使用によって数カ月延命できる可能性があっても、家に帰りたいと望んでいる者が多いことが示されている。

「臨床試験」についての考え方についての結果は、肯定と否定に見解が分かれている。実際の臨床試験実施においては、がんの種類、時期により目的や内容、臨床試験の相期も異なる<sup>41)</sup>。本調査においては、臨床試験参加意識希望の傾向をつかむ目的で、一つの設問のみを設定したが、同じ設定を例示されても、考え方が人それぞれで違っていることは本調査結果より読みとれる。

「疼痛治療」については、副作用があっても、痛みの除去を希望している者が多いことが示されている。1986年にWHOから出された「Cancer Pain Relief」レポートにより、がん疼痛治療法を示し、特にモルヒネの経口剤の有効利用によって、がんの痛みの90%は取り除くことができることが明らかにされた。レポートによると、70%の末期がんの患者の主症状は痛みであり、痛みの大部分はモルヒネをはじめとする鎮痛剤が有効であることが報告されている。この報告書以後、疼痛治療が急速に普及したが、まだ認識していない医療関係者がいる、乱用を恐れている、疼痛治

療の系統的な教育が行われていないなどの理由から、十分に実施されていないとの声も聞かれる<sup>42)</sup>。疼痛対策の徹底と向上が望まれるところである。

5. 自己決定願望傾向に対する影響要因の分析結果は、四つの段階を通じて「年齢」が有意に強く関連しており、「年齢が若い」ほど自己決定願望傾向が強いことが示された。また、「一般的な医師像」も、すべての段階において有意に高く、「一般的な医師イメージの悪い人」ほど、自己決定願望傾向が強い結果となった。

「検診・検査後の確定診断までの対処方法」では、他に、「積極的なコミュニケーションを行っている人」ほど、「女性」ほど、「学歴の高い人」ほど、「健康状態のよい人」ほど自己決定願望傾向が強いことが示された。「告知」では、他に、「自分自身ががん告知を受けた場合の自己像が立ち直れるタイプ」ほど、自己決定願望傾向を示した。「治療法に関する情報の開示」では、他に有意に高い因子はなかった。「治療方法の選択」では、他に、「積極的なコミュニケーションを行っている人」ほど、「自分自身ががん告知を受けた場合の自己像が立ち直れるタイプ」ほど、「MLOCの他者依存性向のより小さい人」ほど自己決定願望傾向の強いことが示されている。

「告知」についての自己決定傾向願望におけるモデルの適合性が低かった。

## VII、考察

1. 本調査結果から患者の意思決定について、以下のようにいうことができる。

①目的1および4の結果からみると、患者は「自らの身体に対して関心が高く、熱心」であり、医師との関係においては、医師への発言など「積極的な患者役割」はあまり行っていないことが分かった。

「積極的コミュニケーション経験」については、「症状を自分で調べる」、「痛みの原因についての意見を医師に聞く」といった対応を示す者の比率が相当に高いことが注目される。反面、診療に際して「疑問点のメモを持参する」、「医師の説明を書きとったりする」といった積極的行動に出る者の比率は低い。(同主旨のアメリカの調査データと比較すると、日本の患者の特徴がある程度はつきりする。)

自己決定願望傾向についての分析結果からは、「診療における積極的コミュニケーションの経験」は、情報に関する意思決定(告知、治療法に関する情報)以外の段階である「検診・検査後の確定診断までの対処方法」、「治療方法の選択」における自己決定傾向に影響を及ぼしており、「積極的なコミュニケーション経験の多い



者」ほど自己決定願望傾向が高いことが分かる。

これらの結果からみて、患者が医師に対して、より積極的な意思の表示をすることにより、意思決定における主体性を保持することができるように思われる。

②同じく目的1および4の結果から、医師-患者間の信頼関係の確立、相互のコミュニケーション活発化が必要であることが示唆された。

本調査結果から、各診療段階すべてにおける自己決定願望傾向と「医師像」との間に関連性があることが明らかにされた。すなわち、「医師イメージの悪い人」ほど自己決定願望が強く、「医師に対する信頼感の薄い人」ほど、「自分の身は自分で守ろう」とする傾向が強いということである。

これまで、一般に、医師-患者関係については、相互の信頼関係が重要であり、インフォームド・コンセントが実効を上げるには、相互の信頼関係の確立が不可欠であると論じられてきている<sup>49) - 51)</sup>。しかし、両者間の「信頼」関係の意味や実態についての実証的研究はほとんど行われていないため、抽象論にとどまっている観がある。また、「患者中心の」医療とか、「自己決定の尊重」、「患者のニーズの把握」の重要性が説かれているが、これらについて実証的調査を通じて検討されたものはほとんどないといってよい。本調査も、医師-患者間の信頼それ自体を対象としていないが、医師への信頼感と患者の意思決定願望との間には関連性が見られたことより、医師への信頼感は、患者の意思決定に影響を及ぼしていることは考えられる。中村は、科学的臨床医学において必要なことは、医師は一人ひとりの患者に直面していることを臨床に生かすことが必要であり、診断と治療の対象となるのが、病を負った患者個人であるということの認識の重要性を説いている<sup>52)</sup>。人間としての両者の関係を重要視したものと思われる<sup>53)</sup>。

本調査結果から、日本では、一般に診療の場面において、患者が医師に対し積極的なコミュニケーションを行っておらず（17点中平均5.1±3.4点）、また医師に対する好意的なイメージの比率も比較的高くない（40点中21.3±3.9点）ことが示された。

医師-患者間の信頼関係の形成、コミュニケーションの円滑化が、今後の大きな課題であると思われる。

③目的2、3、4、の結果からみて、患者に対する情報の開示と程度、がん告知には、微妙な問題が含まれていることが示された。

住民の意思は、医師が提供する医療情報の程度にかなり左右されること、また、病状の軽重によっても、意思決定の傾向が異なることが本調査研究より明らかにさ

れた。すなわち、患者が意思を積極的に表示するかしないかは、医師からどれだけ医療情報を受けるかによって大きく左右される。そして病状が軽い場合には、自己決定への願望が強いが、重くなれば、先行き悪い結果となる可能性が大きいために、医師に判断を委ねるという傾向が見られる。さらに病状が悪化し末期状態に近くなってくると、再び自己決定への傾向が強まるようである（特に「末期がんの告知」、「末期がんでの抗がん剤の使用」において顕著）。末期状態の患者の意思を尊重すべきことが、本調査の結果からも裏づけられているように思える。

Waitkinらの調査研究では、医療情報の開示が、患者および医師の性格に関連していることを指摘し、特に、情報に関する医師の権限が大きすぎることを批判している<sup>54)</sup>。Dianna が行った272人の外来患者についての調査によると、医師の情報提供が少ないほど、患者の満足度やコンプライアンスが低くなることが示されており、患者の要求を理解することは、医療従事者の第一の仕事であるとしている<sup>55)</sup>。

本調査研究結果によれば、「告知」および「治療法に関する情報の開示」に関し、自己決定願望のうち、開示希望が非常に高く、情報の開示をすべて医師に委ねるとする者の割合はわずか1割程度である。医師-患者間のコミュニケーションも情報が患者に十分に知られることによって円滑に進むと考えられる。

本調査において、「告知」や「情報の開示」については、開示してほしいか否かという意思がはっきりしている者の比率が高いが、末期がんの告知や、余命に関する情報の開示については、開示を希望する者の割合が減ることが明らかにされた。医師が患者に情報を提供する場合に考慮しなければならない重要なことである医療情報には、手術などの成功の確率、生存率や余命、それを実施した場合の薬の副作用などの統計的データが含まれる。しかし、これらの統計数値にはどれほどの価値を認めるかは問題である。

なお、アメリカで最初のインフォームド・コンセント判決が出たのは約20年前であるが、判決は、1%の手術の危険性しかない場合にも医師はそのことを説明する義務があるとした。最近の判決では、医師には余命がどれくらいあるかといった統計的数値まで告知する義務はない、としている<sup>56)-61)</sup>。統計的データに基づく数値（危険性、成功率、死亡率）が情報開示に含まれることは否定できないが、統計数値が、果たしてどの程度の客観性を持つかが明確にされない限り、そこまでの全面開示(full disclosure)は疑問に思われる。

Brody は、医師が、がん患者の5年生存率が34%であることを知っている場合にも、その患者が34%のグループに入るのか、残る66%のグループに入るのかは医師にもわからないと指摘している<sup>62)</sup>。水野も、末期がん患者に告知することは時代



の趨勢ではあるが、末期であることを告げても、余命がいくらかというのは言うべきではない。その理由として、医師が知っているのは、単に統計に過ぎず、個人のそれとは別である。「ホスピス」の患者が、病院で告げられた余命期間の3～4倍も生きている例があると指摘している<sup>63)</sup>。

本調査研究における自己決定願望傾向に関する要因の分析において、他の段階に比べ、告知についての自己決定傾向要因の説明力がやや低いことより、本調査研究に使用した要因以外のものが関連をもっている可能性が考えられる。告知の自己決定においては、本調査の独立変数として使用した医師-患者との関係における意識や行動とは関連が薄く、従って告知の場合の住民の意思の決定には別の要因が働いているものと思われる。一体告知希望の有無に影響を及ぼしている因子は何なのであろうか。今後の検討課題である。

がんは昭和56年以来わが国において第一の死亡原因であり、毎年増加の一途をたどっている。がん死亡数に対する割合は27.8%であり、およそ3.6人に1人が死亡している<sup>64)</sup>。こういう状況において患者への直接の告知をためらう医師も多く、患者に告知することが、治療上プラスかどうかは、すでに指摘されたように大きな問題である。告知が一般的となっているといわれるアメリカの医師にとっても、がん患者への告知は医師にとって難しいとされている<sup>65)</sup>。額田は、全体としては日本は告知の方向へいくべきであるとしながらも、1.確実に死を目前にしている、2.全身状態が極度に悪く、肉体的に極めて劣悪な条件にある、3.がん告知により精神的に絶望にまで追いつめられる可能性がある、4.本人の言動より積極的な告知を望んでいるとは考えられない、といったケースの場合は、医師は実践例の中から、厳密なプロトコルを作成していくべきであるとしている<sup>66)</sup>。

④目的2、3の結果から、第四段階である治療方法の選択には、インフォームド・コンセントの原則が重要であることが示唆された。

結果を見ると、「治療方法の選択についての意思決定」では、6つの各場面ごとにやや割合が異なるにせよ、他の3段階に比べ、医師に委ねる割合が高くなっている。この理由は、前述したとおり、判断が難しことが考えられるが、このことより、住民は、治療方法の決定は、専門家である医師に委ねたいと望んでいる傾向が他の段階に比べて強いことになる。ここで重要なことは、医師は、選択可能な治療方法が存在する場合において、「医師に委ねること」を希望する患者に対しては、これから行おうとする治療方法について、十分に説明をした上で、納得してもらうこと、すなわちインフォームド・コンセントを得た上で実施することである。逆に、難し

い決定にもかかわらず、自分自身で決定したいと望む者も比較的多いことにも注意しなければならない。「自分自身で決定すること」を希望する患者に対しては、医師は十分な説明をした上で、決定してもらうこと、すなわちインフォームド・ディシジョン・メーカーリングを得ることが重要であると考えられる。

ちなみに、秋山は、臨床試験にはしっかりとしたインフォームド・コンセントが重要であり、そこには隠し事や偏見があってはならず、臨床試験に関する説明文書を客観的に審査するチェック機構が必要であるとし<sup>67)</sup>、河野は、今後のがん治療の主流は「人間学的」医療であり、患者の精神を重視したサイコオンコロジーが重要と指摘している<sup>68)</sup>。

⑤目的2の結果から、患者と家族、医師と家族の関係を重視する必要があることが示唆された。

本調査では、患者と家族の関係について、「家族の判断に任せる」場合も、患者の「自己決定」に含まれるものとして扱った。調査結果から見ると、実際に「家族の判断に任せる」と回答した者の割合は、どの場面についても極めて少数にとどまった。「積極的コミュニケーション経験」の項目の中の「家族や友人を診察に同伴させる」では、アメリカに比べればやや多いものの、35.3%であった。

日本では、がんの告知に関しては、家族に患者よりも先に告知をする医師が多いといわれる。例えば、神奈川県がんセンターが実施した「緩和医療施設に関する遺族アンケート」によると、「患者が告知を受けた理由」については、「本人の希望：39人」、「家族の希望：22人」「医師の希望：31人」であり、さらに「患者が告知を受けなかった理由」については、「患者本人が知らうとしなかった：32人」「家族の希望：55人」、「医師の方針：19人」という結果となっている<sup>69)</sup>。これで見ると、日本の現状は、家族の希望に基づいて、患者に対する告知が行われたり、逆に、家族の希望により告知がなされなかったりしていることが多いようであり、結局、患者本人の意思が考慮されたかどうかが明らかでないというケースも相当ありそうである。

しかし、がん患者の家族は、患者のよき理解者であり、心理的な側面から患者を癒すことができるという研究報告もなされており、家族の役割はきわめて重要と思われる<sup>70) 71)</sup>。

日本に限らないと思われるが、人々が医療を受ける際の、本人と家族の関係は、特にがんのような疾病の場合の告知の問題については、理屈と感情とのギャップが大きいように思われる。本調査結果からは、家族に意思決定を委ねることを希望する傾向はあまり見られなかったが、今後は、患者と家族、医師と家族との関係につ



いて更に検討する必要があると思われる。

⑥目的4の結果から、年齢と自己決定願望傾向との間に関連があることが示唆された。

分析結果は、4つのすべての段階において、年齢因子と自己決定願望傾向との関連が強く、年齢の低いほど自己決定願望傾向が強いことが明らかにされた。

この結果からみて、医師は情報の開示についても、告知についても、年齢にしたがった対応が必要と思われる。年齢に応じて医療についての価値観が異なることは当然のことと思われる。これまで、医師主導の医療を受けてきた高齢層の者が「患者の自己決定」とかインフォームド・コンセントという言葉に耳にしても対応できないのも、無理はないであろう。

一方、情報化社会の中で生活している若い層にとっては、「自己決定」の理念が相当浸透していて「権利」と考える者も少なくないのかも知れない。

日経ウエルネスが1995年に30代から60代の女性556人を対象に行った調査によると、「若い人ほど医師をかえる」傾向が見られているという<sup>72)</sup>。Endeらの調査でも、「年齢の低い者」ほど「自己決定傾向」にあるという結果となっている<sup>73)</sup>。

## 2. 本調査研究の限界と今後の課題

本研究の方法論上の問題点について検討する。

### ①対象者とがん診療における意思決定との関係

本調査研究は、一般住民が、がん診療における意思決定をどう考えているかを把握するものであるが、回答者には実際のがん患者も含まれている。

がん経験の有無と意思決定傾向の関係については、本調査から以下の2点が明らかになった。

①がん経験の有無による各段階ごとの意思決定得点との平均値の差の検定において、回答者本人ががん経験者(6.6%)の場合も、身近にがん経験者がいる(72.1%)場合にも、四段階すべての場面における意思決定傾向について、とりたてて差異は見られなかった。

②本人や身近な人のがん経験は、がん診療における住民の自己決定願望傾向に影響をおよぼす因子ではなかった。回答者本人ががん経験者であるかどうか、身近にがん経験者がいるかどうか、といった実際の疾患の経験は、4段階のどの分析においても有意に認められなかった。経験因子は、個々人の意思決定傾向を規定する因子でなかった。

このことより、がん経験の有無により、自己決定願望傾向は異ならない事が示された。しかし、これらの経験者は、調査実施時点においては、調査回答が可能であったことを考慮すると、比較的軽い状態であったかもしれず、現実に入院しているがん患者には必ずしも同様の傾向が現れないかもしれない。

## ②農村地域での実施の必要性

本調査研究では、医療供給体制も整っている都市部における傾向を把握することを目的としたが、医療供給側の環境、医療受給側の環境がそれぞれ異なると、住民の意思決定傾向に違いが生じることは十分に予想される。今後は、医療設備の整っていない、医師人数の少ない、などの医療環境の異なる農村部においても同様の調査を行いたいと考えている。

## ③連続的な意思決定、連続的な告知・情報の開示の必要性

本研究では、患者の意思決定を4段階に分け、各段階ごとに場面をそれぞれ設定したが、診療現場では、おのおのの段階にはさらに多くの意思決定場面が生じており、それらが1回きりではなく繰り返行われており、連続的であることが考えられる。笹子は、再発治療が困難であることがほとんどであり、患者の落胆が大きいため、再発の告知をする場合には、一つの診断で決定的なこととして患者に伝えるのは避けるべきであると言っている<sup>74)</sup>。このことから、本調査で設定した「検診・検査後の確定診断までの対処方法」、「告知」、「治療法に関する情報の開示」、「治療方法の選択」の各場面は、連続した一連のプロセスの一部分である、という点に注意が必要であり、今後は、さらに別の場面においての意思決定を把握することによって、連続的な意思決定、連続的な告知・情報の開示について検討することが重要である。

## ④患者の意思決定能力の問題

医師と同様の医学知識や技術を兼ね備えていない患者の自己決定を考える場合、患者自身の能力がしばしば問題とされる。本研究では、住民の自己決定意識については把握することは出来たが、住民の意思決定能力を測定することは出来なかった。

実際の臨床試験において混乱する患者が多い、あるいは、患者の理解力には個人間差が大きいという結果が報告されており<sup>75)・76)</sup>、医学のもつ高度な専門性という特徴からしても、患者の理解力にはやや問題があるかもしれないが、重要なのは、白井も論じていることであるが<sup>77)</sup>、意思決定を行うに足る能力をもつ患者に対しては、自律性を尊重すること(患者の自己決定を妨げないこと)であり、逆に能力に



欠ける患者に対しては、誤った意思決定を強いたり、誤った意思決定を行わせないことが重要なのではないだろうか。

近年、患者の権利についての宣言がアメリカ各州やヨーロッパ各国において次々と出され、患者の権利が保障されつつあるが、それらの中には、医師には患者が理解できるようにわかりやすく説明することが要求されている<sup>78) - 82)</sup>。

患者の理解力や能力には、医師のコミュニケーションスキル、医師の説明テクニック、あるいは医師の優しい暖かい思いやりの心といった医師側の要因が関連すると思われる。

#### ⑤医師に決定を委ねることを希望する理由の解明

本調査研究では、自己決定傾向がどのような要因により影響を受けるかについての分析は行ったが、逆に医師にすべてを委ねたいと考える患者が、どのような理由あるいは医療環境によりそのように思っているのか、単純に自分は素人だから専門家に任せるのがよいと考えているのか、あるいは医療についての決定が難しすぎるので医者に任せるのが安全と考えているのか、といった根底の問題の所在までを捉えることはできなかった。

#### ⑥各意思決定段階の設定と設問形式の評価

本調査では、抽象的ではなく具体的な設問を設定することによって、よりリアルな住民の意思を把握できると考え、診療における患者の意思決定場面を4段階に捉え、それぞれの段階ごとに幾つかの場面を設定することによって状況を限定し、さらに実際の複雑な決定過程の流れを経た最終的な決定を「自らが決定する」か、あるいは「医師に委ねるか」という基準に二分化し、場面ごとに用意した幾つかの選択肢により回答してもらう方式をとった。結果は、各段階の各場面ごとに住民の意思決定願望傾向は微妙に異なっていることを明らかにすることができ、設問の設定は評価できると考えられる。

第四段階の治療方法の選択では、6つの場面を想定し、おのおのの場面に2つの治療方法を設定し、それぞれの方法についての特徴的な情報を例示し、その情報をもとに回答してもらったため、4段階の設定のうち、回答が比較的複雑と思われたが、回答率に他の設問との差はなく、誤った解釈による回答も見られなかったことからすると、質問の意図は理解されていたと考えられる。

しかし、複雑な状況設定のため、設問がやや誘導的になった可能性は考えられ、また微妙な表現の違いにより回答に影響が出た可能性も考えられる。

### ⑦医師と患者間の意思決定に関する認識のずれの生じる恐れ

本調査研究においては、住民（患者側）の調査のみを実施し、意思決定傾向を把握することを行った。医師は患者が本調査結果のような意識を持っていることを認識しているであろうか。あるいは、本調査結果をどのように受けとめるであろうか。

Strullは、210名の高血圧患者と医師に対し、「日頃どのようにして意思決定が行われているか」についての調査を実施したところ、患者側では「医師が通常行っている」が63%、「医師が決定をするが患者の意見を強く聞く」が23%、「医師と患者が一緒に行く」が11%、「患者が決定するが、医師の意見が強く反映される」が3%であったのに対し、医師側では順に20%、61%、14%、4%と両者に認識の差が見られた<sup>83)</sup>。医師-患者間に認識のずれが生じている背景には、疾患が慢性疾患であり、比較的緊急を要する手術や重い選択を迫られる可能性が少ないせいから、意思決定が連続的であるためと考えられるが、果たして本調査対象疾患のような場合はどうであろうか。

また、Groomeらが、末期の腎臓病における治療方法の選択、決定内容分析を43人（医師10名、看護婦11名、患者22名）に対しインタビューにより行ったところ、病気について種々の治療方法を選択するとき、どのような情報が必要であるかについてでは、医療従事者と患者間には認識のずれが生じていたことが報告されている<sup>84)</sup>。

医師と患者間に、意思決定過程、情報ともに互いに認識のずれが生じたまま診療や治療を行っていくということは、治療結果に期待もできないのではないかとと思われる。今後両者を対応させた調査検討が必要であると思われる。

さらに、Gerryの研究によると、精神科医と外科医と産婦人科医との間ににおいて、インフォームド・コンセントと実施の仕方が異なることが明らかにされており、また、患者との意思決定の際に困難だとする問題も各領域の医師によって異なっている。精神科医では、「患者の治療拒否」についてが最も多く、他の外科医と産婦人科医では「患者の能力の問題」、「治療の不確かさの問題」をあげている<sup>85)</sup>。それぞれの診療の特徴からすれば当然の差であるとも読みとれるが、医師側にもその領域ごとに意思決定過程の実施の仕方、捉え方が異なると推察される。患者と医師、そして、医療者間の認識の共通性を図ることが先決かと思われる。

### 3. 患者の意思が十分に反映される医療の実現のための環境づくり

本研究より、各段階において住民はより自己決定を望む傾向にある者が多いことが明らかにされた。また反面、医師に委ねることを望む者がいることも明らかにされた。日本においては、自己決定理念はまだ無理であり、時期が早い、あるいは実



際に日本人は望んでいないであろうから、患者に対する情報の提供も、複数の治療方法の提示も不要であるとする医師のバナーナリスティックな見解は、もはや今の日本の現状とは不対合いと思われる。しかし、より医学的判断の難しい治療方法の選択においては、医師に委ねる割合が高くなっていることにも注意が必要である。現代は自己決定の時代であるので、難しい治療の決定まで全て患者に選択させるという簡単な構図であってはならないと思われる。患者が医師に決定を委ねることを求めてきた場合には、医師は専門家としての判断に基づき、決定を行うべきであると思われる。その際に患者の意見を尊重し、取り入れることが重要である。

また、患者が自己決定を行うには、医師から与えられる情報が非常に重要になってくる。本調査分析結果からも、情報の程度により意思決定願望傾向に違いが生じていることが明らかにされている。医師側からの情報に操作があつては、患者は正しい判断のもとでの自己決定を行うことが出来ない。ましてや、自己決定の内容がより複雑で、より難しい選択であればあるほどなおさらである。患者の意思決定がより尊重されるためにも、医師からの情報は正確でなければならない。

具体的な環境の整備としては、カルテの開示、セカンドオピニオンなどが考えられるが、これらの医療環境は他の先進国においてはすでに整っているといった状況である。日本においても、早急な対応が必要であろう。

医療は複雑である。ケースバイケースにより、いろいろな要因がかかわり、状況も異なるであろう。微妙なニュアンスを含んでいる医療上の意思決定は、より患者の意思を尊重した上での医師と患者との継続的な「協同意思決定プロセス」を経ることが重要かと思われる。そのためにも、医師-患者関係における信頼関係の樹立と維持は必須であると思われる。

## Ⅷ、結論-本研究結果からの提言

以上、本調査研究では、がん診療に関する住民の意思決定願望傾向についての分析を、一連の診療過程における意思決定を「検査・検診後の確定診断までの対処方法について」、「告知について」、「治療法に関する情報の開示について」、「治療方法の選択について」の4段階に分け、意思決定の選択方法を「自ら決定する」「医師に委ねる」の2選択肢に大別して、単純集計と多変量解析により、それに影響すると思われる要因の解明を行った。結果に基づく考察はⅦにまとめた通りである。

最後に、本調査研究から得られた結果をもとに（若干逸脱した部分もあるかとは

思われるが）、よりよい医師-患者のありかたを模索する意味で、今後の医師に対する提言をまとめて結びとしたい。

1) 「診療における積極的コミュニケーション経験の有無」についての結果の特徴から言えること

住民は、自分の身体には関心が高く熱心だが、医師に対しては積極的なコミュニケーションをあまりとっていない。

自分の身体に対し、熱心であるということは、それだけ真剣に考えていると思われるので、医師は、患者が質問や意見を気軽に言えるムードづくりをすることが必要である。また、患者が「医師の説明を書き取る」ことや「質問や疑問のメモを持参する」ことが可能な診察の場を提供することにより、医師の説明に対する患者の理解度も高まると思われる。

2) 「一般的な医師像」についての結果の特徴から言えること

一般的に、住民は医師に対しては、好意的なイメージをもっていることが示された。

近年、医療不信、医師不信といった言葉をよく耳にするが、本調査結果より、医師に対するイメージはそれほど悪くないことより、患者は、医師に対抗し、診断を疑い、何かあったら訴訟に持ち込もうと思っているのではなく、より信頼したいと望んでいることが推察される。よって、医師は、患者の信頼に応えるためにも、最善の医療を尽くす義務があり、人間としての心を忘れずに接することが肝要である。

3) 「検診・検査後の確定診断までの対処方法」についての意思決定傾向結果より言えること

精密検査後、期間をおいて再検査となった場合、再検査までの期間の長短に関わらず、「他の医師にかかることを望む」割合が3割程度あった。

この結果より、住民はたとえ医師の診断が期間をおいて再検査であっても、他の医師にもう一度確認をしたいと望んでいることがうかがえる。医師は、患者に不安と疑問を与えないような診断と説明が求められる。

4) 「告知」、「治療法に関する情報の開示」についての意思決定傾向結果より言えること

住民の大半は、情報の開示については、医師の裁量に委ねるのではなく、開示を望むか望まないかといった意思決定を自己で決定したいと考えている。



このことより、告知をするかしないかの決定は医師がするのではなく、患者が決定すべきであると言える。しかしながら、本論の考察でも論じた通り、現場では、家族の役割が大きく、患者も願望と現実とのあいだにはギャップが生じている可能性があるのも、医師は、情報の開示については、家族を視野にいたした上で、患者の意思決定を尊重することが必要である。カルテは誰のものかといった議論は最近よくなされているが、カルテそのものは医師のメモであり、所有は病院のものであっても、その中に書かれている患者に関するデータについては、患者自身が知る権利を持つと考えられる。本調査結果からも、がんの程度により情報開示の希望の割合も、深刻になるほど減少していることを考えると、難しい場面には医師の判断は必要となろうが、いずれにせよ、開示して欲しいか、欲しくないかの決定は医師がするのではなく、患者が決定すべきであると考えられる。

#### 5) 「治療方法の選択」についての意思決定結果より言えること

他の段階に比べ、自己決定願望が低い結果が得られた。

この結果より、患者はより判断が困難な場面では、医師に決定を委ねたいと望む傾向が見えられる。治療方法が複数存在する場合は、医師にとってもより判断の難しいところと思われる。この場合、医師に必要とされることは、患者の希望や、自らの身体に関して患者自身が知りうる情報や意見を最大限に考慮し、おのおのの治療方法について、治療の効果、危険性、将来予測的な経過などについて、詳しくそして分かりやすく患者に説明することであり、患者の納得を得た上で、最善の治療方法を絞り込むことが肝要と思われる。そして最終的には、医師-患者が協同で決定することが望ましいと考える。医師、患者双方の歩み寄りにより深いコミュニケーションが重要と思われる。

また、本調査結果より、治療方法が複数存在する場合、他の医師の判断を求める（セカンドオピニオンを求める）割合が各場面において、1割程度あった。

この結果より、おそらく患者は医師の診断を確認したいと望んでいるのではないかと考えられる。重大な選択になればなるほど、その情報のもつ確かさにかかってくると思われる。このセカンド・オピニオンを得ることは、日本においてはまだ整備されていない環境であり、制度化もされていないので、現状では困難と思われるが、医師は、患者の求めがあれば、セカンド・オピニオンを快く得るようにすべきであると思われる。

6) 「具体的な治療方法の選択結果」より言えること

同一の設問にも関わらず、治療方法の選択結果は、臨床試験の実施や疼痛治療の実施などについては意見が分かれている。

この結果より、色々な社会事象に対する価値観が人それぞれによって異なっていることと同様に、医療観、死生観も個々人により異なることは理解できる事である。たとえ、疾患が同一であっても、一人一人の患者を取り巻く環境は異なり、社会的立場も違えば、家族構成も違っている。治療を行うにあたっては、患者の希望を聞くことが重要であり、患者の意思を尊重することが重要と考える。

7) 住民の自己決定願望傾向に対する影響要因分析結果より言えること

本調査研究結果からは、住民の自己決定願望傾向に、なぜ年齢が関連しているかについての説明までは行うことができなかったが、自己決定を希望する傾向がすべての段階において、若い人ほどあることが明らかになった。

この結果より、医師には患者を疾患名、症状・病状などの臨床医学的な分類のみにより判断するのではなく、患者の年齢を意識した対応が求められ、一様の接し方ではなく、年齢を考慮したコミュニケーションをはかることが望まれる。

更に、医師の信頼感と自己決定願望傾向との関連が4段階すべてにおいて見られ、医師イメージの悪い人ほど自己決定傾向を示した。

本分析結果から、あくまで関連性のみであるが、医師への信頼感の程度により、患者が医師に委ねるか、自己で決定したいかといった希望は異なることが示唆された。このことより、医師に対し信頼がもてないと感じる者ほど、自分自身がしっかりしなくてはと感じていると思われる。医師は、専門家として患者の信頼を得ることが必要と考えられる。

以上のように、医師に対する提言を述べたが、医師のみではなく、患者側も変化して行かなければ、よりよい医師-患者関係を築くことはできないと思われる。今後、患者に求められることとしては、以下の3点があげられると思われる。

1. 治療に積極的に参加すること
2. 医師に一方的に依存する態度ではなく、患者としての責任を持つこと
3. 日頃から「自分の医療観」「自分の死生観」を持つこと

これらの結論は、あくまで調査対象がごく限られた本調査データから導き出したものに過ぎないが、今後の同旨の調査研究に何らかの参考となれば幸いである。



## 謝辞

本論文の作成にあたり、御指導下さいました川田智恵子教授に心より感謝申し上げます。また、質問紙作成にあたり、医師の立場からの御指導をいただきました日本医学協会副会長の川上立太郎先生に感謝の意を表します。調査に御協力くださり、貴重なご意見をお寄せいただきました三鷹市、国分寺市の住民の方々に厚く御礼申し上げます。最後に、研究立ちあげから調査実施、分析までいろいろと助言やお世話くださいました保健社会学教室の先生方、院生、卒論生の皆様、小倉真理子さん、そして、大学院事務課の皆様、ほんとうにありがとうございました。

## 引用文献

- 1) Christine Laine, Frank Davidoff: Patient-Centered Medicine, -A Professional Evolution-. JAMA vol.275 No.2: 152-156,1996.
- 2) 丸山英二: 患者の自己決定法. 年報医事法学: 64-68,1991.
- 3) Jack Ende Lewis Kazis, Arlene Ash, Mark A. Moskowitz: Measuring Patients' Desire for Autonomy-Decision Making and Information-seeking Preference among Medical Patients. Journal of General Internal Medicine vol.4 (Jan/Feb): 23-30,1989.
- 4) カール・シュナイダー・樋口範雄(訳): アメリカ医事法における患者の自己決定権-その勝利と危機. ジュリスト No.1064: 86-93,1995.
- 5) Nathaniwl Hupert, Ann G. Lawthers, Troyen A. Brennan, Lynn M. Peterson: Processing the Tort Deterrent Signal: A Qualitative Study. Soc.Sci.Med. vol.43, No.1: 1-11,1996.
- 6) Ruth R.Faden/Tom L.Baucham: A History and Theory of Informed Consent.OUP: 1986
- R. フェイドン/T. ビーチャム・酒井忠昭、秦洋一(訳): インフォームド・コンセント-患者の選択. みずす書房: 1995.
- 7) Stephen Wear: Informed Consent -Patient Autonomy and Physician Beneficence within clinical medicine. Kluwer Academic Publishers: 1993.
- 8) K.W.M.Fulford, Steven Ersser, Tony Hope: Essential Practice in Patient-Centred Care.Blackwell Science: 1996.
- 9) Robert M. Veatch: The Patient-Physician Relation -The Patient as Partner. Part2 Indiana University Press: 1991.
- 10) Paul,S.Appelboun/Charles W.Lidz/Alan Meisel 杉山弘行(訳): インフォームド・コンセント-臨床の現場での法律と倫理. 文光堂: 1994.
- 11) 杉田勇、平山正実編著: インフォームド・コンセント-共感から合意へ-. 北樹出版: 1994.
- 12) Sheila A.M.Maclean: A Patient's Right to Know. Dartmouth: 1989.
- 13) Leanna Darvall: Medicine Law and Social Change. Dartmouth: 1993.
- 14) Sheila A.M.McLeaw: A Patient's Right to Know Information Disclosure the Doctor and the Law.Dartmouth: 1989.
- 15) 鈴木利廣: 患者の権利とは何か. 岩波ブックレット No.297: 1993.
- 16) 池永満: 患者の権利. 九州大学出版会: 1994.
- 17) 国民衛生の動向: 厚生統計協会: 48-53,1996.
- 18) 国内基盤技術に関する調査報告書: -医療ニーズに関する調査-. ヒューマンサイエンス振興財団: 1994.
- 19) 塚本泰司: 患者の自己決定権と医師の倫理的統合性. 生命倫理 vol.6, No.1: 22-26,1996,6.
- 20) 川田智恵子: 日常生活行動・ライフスタイルの変容. 園田恭一、川田智恵子編, 「健康観の転換-新しい健康理論の展開」 東京大学出版会: 231~244,1995,9.
- 21) 日本保健医療行動科学学会年報: 自己決定の行動科学. メヂカルフレンド社: 1996.
- 22) Susan G. Nayfield, Gregory C. Bongiovanni, Marianne Haenlein Alciati, Ruth A. Fischer, Lawrence Bergner, : Review, Statutory Requirements for Disclosure of Breast Cancer Treatment Alternatives. Journal of the National Cancer Institute vol.86 No.16: 1202-1208,1994.
- 23) 渡会丹和子: 特集・健康と疾病意識、日本人の疾病意識とインフォームド・コンセント-「がん告知」を妨げている要因-. 看護教育 30/10: 587-607,1989.



- 24) Jack Ende : *supra* note.
- 25) Margaret Holms-Rovner, Jill Kroll, Neal Schmitt, David R. Rover, M. Lynn Breer, Maril Yn L. Rothert, Georgia Padonu, Geraldine Talarczyk : Patient Satisfaction with Health Care Decisions : The Satisfaction with Decision Scale, *Medical Decision Making*, vol.16 No.1 58-64, 1996.
- 26) William M. Strull, Bernard Lo, Gerald Charles, Bernard Lo, Gerald Charles : Do Patients Want to Participate in Medical Decision Making?, *JAMA* vol.252 No.21 : 1984.
- 27) Momoyo Ohki, Shunichi Fukuhara : Development of the Autonomy Preference Index for Japanese. *Japanese Health Psychology* vol.3 : 1995.
- 28) Patti A. Groome, Tom A. Hutchinson, Pierre Tousignant : Content of a Decision Analysis for Treatment Choice in End-stage Renal Disease : Who Should Be Consulted?, *Medical Decision Making* vol.14 No.1 : 91-97, 1994.
- 29) 杉澤秀博他 : 医療に対する意識と保健行動との関連に関する研究-中高年齢層の場合-, *日本公衆衛生雑誌* 第37巻 第8号 : 593-602, 1990.
- 30) Christine Laine : *supra* note.
- 31) 西満正 : 癌の告知について. *外科治療* vol.75 No.3 : 309-314, 1996.
- 32) Consumers Union : You and Your Doctor -How to get the best care. *Consumer Reports* : 81-88, 1995, 2.
- 33) Stephen Isaacs Ava C. Swartz : The Consumer's Legal Guide to Today's Health Care. Houghton Mifflin Company : 1992.
- 34) ささえあい医療人権センターCOML : コムルNo.67 : 1996, 3.
- 35) 辻村明編 : 講座21世紀へ向けての医学と医療 第5巻 医療と社会 日本評論社 : 1987.
- 36) Schneider, David Ernest : The Development of a Communication Satisfaction Scale to Evaluate Doctor-Patient Relations. U.M.I Dissertation Services : 1987.
- 37) 一戸真子 : 医療消費者の医療観について-都市部の住民を対象とする調査を中心に-, 明治生命厚生事業団「健康文化」研究助成論文集 : 1-11, 1995, 3.
- 38) John P. Robinson / Phillip R. Shaver/Lawrence S. Wrightsman : Measures of Personality and Social Psychological Attitudes. vol.1 Measures of Social Psychological Attitudes-, Academic Press INC : 1991.
- 39) Kenneth A. Wallston, Barbara Strudler Wallston : Health Locus of Control. *Health Education Monographs* vol.6 No.2 : 1978.
- 40) 宗像恒次 : 行動科学からみた健康と病気 メヂカルフレンド社 : 1990.
- 41) Ezekiel J. Emanuel Nancy Neveloff : Preserving the Physician-Patient Relationship in the Era of Managed Care, *JAMA*, vol.273, No.4 : 323-329, 1995.
- 42) GCPにおけるインフォームド・コンセント-厚生省説明会講演内容を中心として-, ミクス : 1993.
- 43) 厚生省薬務局麻薬課監修 : がん疼痛緩和とモルヒネの適正使用-普及と理解に向けて-, ミクス : 1995.
- 44) Editorials : The Patient-Physician Relationship *JAMA* Focuses on the Center of Medicine. *JAMA* vol.275 No.2 : 147-148, 1996.
- 45) Jay Katz : The Silent World of Doctor and Patient. The Free Press : 1984.
- 46) 日本臨床内科医会 監修 : 医師と患者のハ・モ・ニ-. 共和企画 : 1993.
- 47) 中川米造 : 素顔の医者-曲がり角の医療を考える-. 講談社現代新書 : 1993.
- 48) 厚生省 : インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会-報告書 : 1995.
- 49) インフォームド・コンセントの在り方で報告、元気の出るインフォームド・コンセント目指して普及方策等提言. 週刊保健衛生ニュース 第801号 : 1995年7月3日.

- 50) 厚生省健康政策局指導課医療関連サービス室：医療機関業務委託関係法令解説集-改正医療法・通達・全資料-、ぎょうせい、1993。
- 厚生省健康政策局総務課、患者サービスガイドライン-患者サービスの在り方に関する懇談会報告書-、金原出版：1993。
- 51) 岩崎榮：特集-患者サービスの改善、病院 55巻 1号：1996。
- 52) 中村雄二郎：臨床の知とは何か、岩波新書：1992。
- 53) Editorials：Informed Consent ,Cultural Sensitivity ,and Respect for Persons. JAMA vol.274 No.10 : 844-847,1995.
- 54) Howard Waitzkin : Doctor-Patient Communication Clinical Implications of Social Scientific Research.JAMA vol.252 No.17 : 2441-2446,1984.
- 55) Dianna T. Kenny : Determinants of Patient Satisfaction with the Medical Consultation. Psychology and Health vol.10 Harwood Academic Publishers GmbH : 427-437,1995.
- 56) Informed Consent ,Arato v. Avedon 858 P.2d 598 (Cal.1993) .
- 57) Informed Consent, Arato v. Avedon, 11 Cal.Rptr.2d 169 (Cal.App.2 Dist.1992) .
- 58) Canterbury v. Spence (1972) 464 F 2d 772.
- 59) Sidaway v. Bethlem Royal Hospital Governors and others,Court of Appeal [1984] 1 ALLER 1018・House of Lords [1985] 1 ALLER 643.
- 60) Arato v. Avedon: Medical Malpractice : Informed Consent, AMERICAN Journal of Law & Medicine vol.xix No.3 : 355-356,1993.
- 61) Korman v. Mallin, medical malpractice : Informed Consent,AMERICAN Journal of Law & Medicine vol.xix No.3 : 357,1993.
- 62) Howard Brody : The Physician/Patient Relationship. James and Bartlett Publishers : 65-91,1989.
- 63) 水野肇：インフォームド・コンセント-医療現場における説明と同意-、中公新書：1990。
- 64) 厚生統計協会：国民衛生の動向：1996。
- 65) The Medical Clinics of North America , Volume 80-Number 1 : January 1996.
- 66) 額田勲：終末期医療はいま-豊かな社会の生と死-、筑摩書房：1995。
- 67) 秋山秀樹：日本のインフォームド・コンセント、講談社：1994。
- 68) 河野友信編：医学と医療の行動科学、朝倉書店：274-278,1991。
- 69) 神奈川県がんセンター：末期がん医療に関する調査報告：平成2、3年度。
- 70) Lea Baider, Cary L. Cooper & Atara Kaplan De-Nour: Cancer and the Family. John Wiley & Sons : 1995.
- 71) ステファニー、M. サイモントン/ ロバート、L.シュック、菅原なるみ他訳：がんを癒す家族、創元社：1993。
- 72) 日経ウエルネス調査：私にとっての「名医」の条件、日経BP社：168-175,1995。
- 73) Jack Ende : supra note.
- 74) 末舛恵一監修、笹子三津留編：これからの癌告知をどうするか-インフォームド・コンセントと心のとまどい-、医薬ジャーナル社：1994。
- 75) Ciro Gallo, Francesco Perrone, Sabino De Placido, Carla Giusti : Informed versus randomised consent to clinical trials. The Lancet vol.346 : 1060-1064, 1995.
- 76) 嶋津聡美：臨床試験の対象となる患者へのインフォームド・コンセント-主として進行癌患者の場合-、東京大学医学部保健学科修士論文：1992。
- 77) 白井泰子：インフォームド・コンセントの原理と社会意識、小児内科 第26巻第4号：1994。



- 78) Code of Ethics of the American Medical Association (1847).  
American Medical Association : Principles of Medical Ethics (1980).  
American Medical Association : Code of Medical Ethics, Current Opinions  
With Annotations. xxxiv~xxxvii : 1994.
- 79) 国立国会図書館調査立法考査局 : 特集-患者の権利. 外国の立法 31巻2号 :  
1992.
- 80) 日本医師会生命倫理懇談会 : 「説明と同意」についての報告. 1990.
- 81) WHO : A Declaration on the Promotion of Patient's Right in Europe :  
1994.
- 82) 患者の権利法をつくる会編 : ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣  
言-患者の権利に関するヨーロッパ会議- (訳) : 1995.
- 83) William M. Strull : supra note.
- 84) Patti A. Groome : supra note.
- 85) Gerry Kent : Teaching Analysis, Informed Consent : A Case for Multi-  
Disciplinary Teaching. Health Care Analysis vol.4 : 1996.

## 参考文献 (和文)

- ・浅井賢：インフォームド・コンセント-いま改めてなぜ-。いずみ：22-25,1995.
- ・飯島克巳：外来でのコミュニケーション技法〔診療に生かしたい問診・面接のコツ〕。日本医事新報社：1995.
- ・池上直己, J.C キャンベル：日本の医療。中公新書：1996.
- ・石川稔：第1章 医療における代行判断の法理と家族-誰が代行判断者か-。家族と医療。弘文堂：1994.
- ・堀毛裕子、日本版 Health Locus of Control 尺度の作成、健康心理学研究4 (1) 1-7,1991.
- ・今中雄一：医療の質と経済性、週刊社会保障。No.1897：1996
- ・岩崎栄編：からだの科学 特集インフォームド・コンセント。日本評論社 No.181：1995.
- ・岩森茂 監修：よくわかるインフォームド・コンセントの実践。金原出版：1991.
- ・International Medical Benefit/Risk Foundation：患者に提供する医薬品情報と医薬品に関する患者教育の向上に向けて。Report from the Foundation Committee on Patient Information：1993.
- ・インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会：インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会報告書：1995,6.
- ・宇都木伸、平林勝政編：フォーラム医事法学。尚学社：1994.
- ・太田和雄、石垣靖子編著：癌診療におけるインフォームド・コンセントの実践と検証-質を問われる新しい医療に向けて-。先端医学社：1994.
- ・奥野善彦：末期医療の現場での誤ったインフォームド・コンセント観。看護管理, vol.6 No.2：1996.
- ・カール・E・シュナイダー/木南敦(訳)：命の終端における医療の決定について-クルーザン事件、事前の指示および個人の自己決定-。ジュリスト No.1076：130-137, 1995.
- ・加藤一郎、末期医療をめぐる諸問題-脳死、安楽死、リビング・ウィル、告知等。法学教室 No.155：11-23, 1993.8.
- ・神奈川医療問題弁護団編：末期医療と患者の権利-東海大学「安楽死」事件をめぐって-。ふれあい企画：1992.
- ・河野友信編：入院患者の心理。講談社：1995.
- ・北里大学病院 医の哲学と倫理を考える部会編：医の心(五)-医の哲学と倫理を考える。丸善株式会社：1985.
- ・木村利人：厚生省検討会報告書の問題点-誤解されたインフォームド・コンセント-。国際 BIOETHICS NETWORK, No.20,1995.
- ・厚生記者会発表：「外来看護アンケート」結果(速報)。日本医療労働組合連合会：1996.
- ・厚生省大臣官房統計情報部編：働き盛りのがん死-患者家族の声と統計-。南江堂：1994.
- ・厚生省編：平成7年版 厚生白書 医療-「質」「情報」「選択」そして「納得」：1995.
- ・厚生省大臣官房統計情報部編：平成6年度人口動態社会経済面調査報告-末期患者への医療-。厚生統計協会：1994.
- ・厚生省医務局医事課監訳 アメリカ大統領委員会：生命倫理総括レポート。篠原出版：1984.
- ・近藤誠：患者と語るガンの再発・転移。三省堂：1994.
- ・ジョージ・J、アナス 上原鳴夫、赤津晴子訳：患者の権利。日本評論社：1992.
- ・白井泰子：患者主体の医療とインフォームド・コンセント、精神の病理学-多様と凝集-。金芳堂：1995.



- ・杉澤秀博、西三郎：住民の医療機関の選択傾向を規定する要因-病院志向の背景-日本公衆衛生雑誌 第42巻第7号 : 463-470,1995.
- ・生命倫理: vol.6 No.1 通巻7号 生命倫理学会: 1996
- ・園田恭一: 健康の理論と保健社会学. 東京大学出版会: 1993.
- ・園田恭一: 講座人間と医療を考える 第5巻 社会学と医療. 弘文堂: 1992.
- ・武村真治他: 医療機関選択行動とかかりつけ医の有無との関連. 病院管理vol.33 No1: 19-26, 1996.
- ・寺本松野: 村上國男、小海正勝: IC 自己決定を支える看護. 日本看護協会出版会: 1994.
- ・塚本泰司: 判例からさぐる医療トラブル-裁判が明らかにした医療の姿-. 講談社: 1994.
- ・津田司他: 医療の人間学3-医療はコミュニケーション. 講談社: 1993.
- ・特集-始まった医療評価-医師の手腕が問われる時代に-. NIKKEI MEDICAL: 44-59, 1996年8月10日号.
- ・中野秀一郎: 医療と社会-医療社会学序説 (1)、(2)、関西学院大学社会学部紀要 第67号: 177-190, 第68号: 89-106, 1993.
- ・中野夕香里: 特別記事、医療を評価する試み (その1). 看護学雑誌 60/4 330-334, 1996.
- ・波平恵美子: 脳死・臓器移植・がん告知-死と医療の人類学-. 福武書店: 1990.
- ・新美育文他: 座談会、患者の権利宣言 (案) をめぐって. 判例タイムズ NO.551: 1985.
- ・二本立: 日本の医療費-国際比較の視点から-. 医学書院: 1995.
- ・日本医事法学会編: 年報医事法学11 日本評論社: 1996.
- ・日本経済研究機構編: 医療白書1996年版. 日本医療企画: 302-305, 1996.
- ・日本病院会: 病院に対する国民の意識調査: 平成3年9月.
- ・唄孝一: いわゆる「東海大学安楽死判決」における「末期医療と法」-横浜地裁平成七年三月二八日判決を読んで-. 法律時報 67巻 7号 1995.
- ・長谷川浩・宗像恒次: 講座人間と医療を考える 第3巻 行動科学と医療. 弘文堂: 1991.
- ・星野一正: 医療の倫理. 岩波新書: 1991.
- ・町野朔: 特集・東海大学安楽死判決「東海大学安楽死判決」覚書. ジュリスト No.1072: 106-115, 1995.
- ・松栄達朗他: がん死亡者の告知・生活の質・説明と同意-平成4年度人口動態社会経済面調査 (悪性新生物) の概要-. 「厚生指針」 第40巻第7号: 1993.
- ・箕輪良行: 医者と患者のリスクコミュニケーション. 日本リスク研究学会誌6: 1994.
- ・武藤孝司他: 一般成人用の健康統制観 (HLC) 尺度の作成とその信頼性および妥当性の検討. 健康の科学 34: 458-463, 1992.
- ・宗像恒次: インフォームド・コンセントをめぐる現状とその問題点. ジャミックジャーナル: 28-31, 1996.
- ・村岡潔: 「インフォームド・コンセント」の可能性-新しい (患者-医療者関係) についての検討-. 医学史研究, 第65号: 40-45, 1993.
- ・村上國男: 病名告知とQOL-患者家族と医療職のためのガイドブック-. メディカルフレンド社: 1990.
- ・メデイカル用語ライブラリー-癌-分子メカニズムから病態、診断、治療まで. 羊土社: 1996.
- ・森岡恭彦: インフォームド・コンセント. NHKブックス vol.11: 1994.
- ・森川功: 専門家の特徴からがん告知を考える. 際 BIOETHICS NETWORK No.13: 1-12, 1993.

- ・吉田邦彦：論説-近時のインフォームド・コンセント論への一疑問（一）．（二・完）  
-日本の医療現場の法政策的考察を中心として-．民商（110-2），（110-3）：  
1994.
- ・吉田由美、高木廣文、稲葉裕：健康情報の収集行動とHealth Locus of Control  
との関連．第42巻日本公衛誌第2号：1995.2.
- ・渡邊亮一：医療・看護における患者の情報と権利-患者のプライバシー権を中心と  
して-看護・特別臨時増刊号：30-41,1994.5.



## 参考文献 (欧文)

- Alan Beattie, Marjorie Gott, Linda Jones and Sidell eds.: Health and Wellbeing : A Reader. The Macmillan Press, 1993.
- AMA/Medical Liability Project : Risk Management Principles & Commentaries for the Medical Office. 2nd Edition : 1995.
- Analee E. Beisecker, Robert A. Murden, William P. Moore, Deborah Graham, Linda Nelms : Attitudes of Medical Students and Primary Care Physicians Regarding Input of Older and Younger Patients in Medical Decisions. Medical Care vol.34 No.2 : 126-137, 1996.
- Becky Cox White : Competence to Consent. Georgetown University Press : 1994.
- Bernice A. Pesocolido, et al : Health, Illness, and Healing in an Uncertain Era : Challenges From and for Medical Sociology. Journal of Health and Social Behavior (Extra Issue) : 5-33, 1995.
- Betty Chewing, Betsy Sleath : Medication Decision-Making and Management : A Client-Centered Model. Soc. Sci. Med. vol.42 No.3 389-398, 1996.
- Bok S. Lying : Moral Choice in Public and Private Life. New York, Vintage Books : 232-255, 1979.
- Daphne Phillips : Medical Professional Dominance and Client Dissatisfaction. Soc. Sci. Med. vol.42, No.10 1419-1425, 1996.
- Donald A. Redelmeier, Elder Shafir : Medical Decision Making in Situations that Offer Multiple Alternatives. JAMA vol.273 No.2 : 302-305, 1995.
- Donald J. Cegala, Deborah Socha McGee, Kelly S. McNeill : Components of Patients' and Doctors' Perceptions of Communication Competence During a Primary Care Medical Interview. Health Communication 8 (1) : 1-27, 1996.
- Editors of U.S. News & World Report, With the National Research Center at the University of Chicago : America's Best Hospitals. John Wiley & Sons, INC. : 1996.
- Francis X. Campion : Grand Rounds on Medical Malpractice. The Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions Incorporated : 1990.
- George J. Annas, et al : The Empire of Death : How Culture and Economics Affect Informed Consent in the U.S., the U.K., and Japan. American Journal of Law & Medicine, vol.xx, No.4 : 357-394, 1994.
- Henk Leenen, J.K.M. Gevers, G. Pinet : The Rights of Patients in Europe. WHO Regional office of Europe. Kluwer : 1993.
- Hippocrates : On Decorum and the Physician, London Heinemann Medical Books vol.12 : 1923.
- Howard B. Beckman, Kathryn M. Markakis, Anthony L. Suchman, Richard M. Frankel : The Doctor-Patient Relationship and Malpractice, Lessons From Plaintiff Depositions. Arch Inter Med vol.154 : 1994.
- Howard Waitzkin, Aurora Cabrera, Emilia Arroyo de Cabrera, Myra Radlow, Felix Rodriguez : Patient-Doctor Communication in Cross-National Perspective. A Study in Mexico. Medical Care vol.34, No.7 641-671, 1996.

- James F. Holzer : Theme Issue Getting it Right : The Making of Practice Guidelines-The Advent of Clinical Standards for Professional Liability . Journal of Quality Assurance vol.16 No.2 : 1990.
- Jay Katz : Informed Consent : Are "Miracle, Mystery and Authority" Better Medicine?. Conn Med. 50(7) : 457-460, 1986.
- Lawrence W. Green/Judith M. Ottoson : Community Health. Seventh Edition Mosby-Year Book, Inc. : 1994.
- Marc A. Rodwin : Consumer Protection And Managed Care : The Need For Organized Consumers. Health Affairs vol.15, No.3 : 110-123, 1996.
- Marita Johanson : Communicating about Health in Health Care - Perspectives on life style and post-operative complications. Linköping University : 1994.
- Mary Klein Buller, Davis B. Buller : Physicians' Communication Style and Patient Satisfaction. Journal of Health and Social Behavior. vol.28 : 375-388, 1987.
- McInemey v MacDonald, [1992] a3 DLR [4th] 415.
- Petersdorf RG, Adams RD, Braunwald E, et al (eds) : Harrison's Principles of Internal Medicine. New York, McGraw-Hill Book Co : 4-5, 1983.
- Robert Dingwall, et. al : Quality and regulation in health care-International experiences-. Routledge : 1992.
- Robert M. Veatch : Medical Ethics. Jones and Bartlett Publishers, Inc : 1989.
- Robert M. Veatch : Abandoning Informed Consent. Hastings Center Report : March-April 1995.
- Rose Wiles and Joan Higgins : Doctor-patient relationships in the private sector : patients' perceptions. Sociology of Health & Illness vol.18 No.3 Blackwell Publishers Ltd : 1996.
- Sams, Jessie M. : A Comparative Survey of the Concept of Informed Consent as Understood by Health Care Providers and Health Care Consumers. U.M.I Dissertation Services : 1986.
- Sarah Ford, Lesley Fallowfield, Shon Lewis : Doctor-Patient Interactions in Oncology. Soc.Sci.Med. vol.42, No.11 : 1511-1519, 1996.
- Sharyn M. Sutton, George I. Balch, R. Craig Lefebure : Strategic Questions for Consumer-Based Health Communications. Public Health Reports : vol.110 725-733, 1995.
- Simon J. Williams, Michael Calnan : The 'Limits' of Medicalization? : Modern Medicine and The Lay Populace in 'Late' Modernity. Soc.Sci.Med. vol.42 No.12 : 1609-1620, 1996.
- Stephne Herselman : Some Problems in Health Communication in a Multicultural Clinical Setting : A South African Experience. Health Communication 8(2) : 153-170, 1996.
- Thomas Osborne : Power and persons : on ethical stylisation and person-centred medicine. Sociology of Health & Illness vol.16 No.4 Blackwell Publishers Ltd : 1994.
- William C. Cockerham : Medical Sociology. Handbook of Sociology , 1988.



# 图 · 表

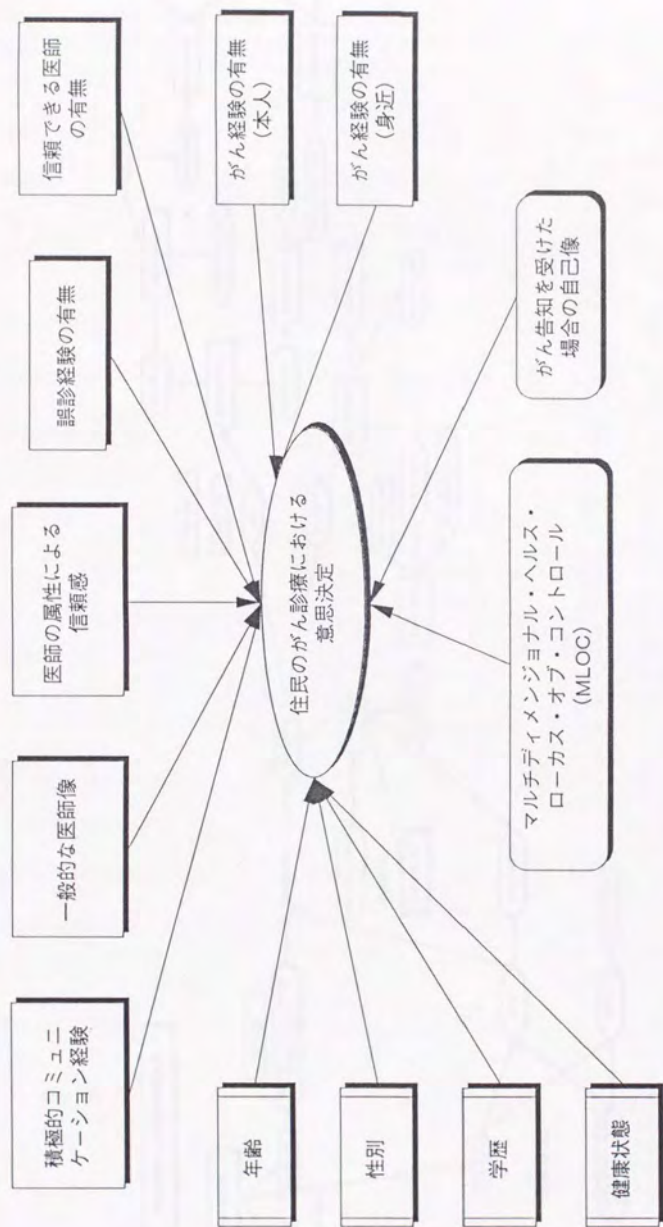


図 1 分析枠組み





表1 分析対象者の特徴

項目		全体	三鷹市	国分寺市	地域差 #
年齢	平均	50.905	50.668	51.141	p < .05
	標準偏差	14.704	15.524	13.870	
性別	男性 (%)	46.0	48.2	43.8	n.s.
	女性	54.0	51.8	56.2	
職業	医療従事者 (%)	2.8	3.7	2.0	n.s.
	あり	54.0	53.3	54.7	
	なし(無職、主婦、学生等)	43.2	43.1	43.3	
学歴	中学校卒業 (%)	6.7	4.1	4.0	n.s.
	高等学校卒業	35.2	35.9	32.5	
	専門学校、短大卒業	19.8	20.8	18.9	
	大学卒業	34.2	31.8	38.6	
	大学院卒業	4.0	7.3	6.0	
結婚経験の有無	あり-離婚、死別含 (%)	84.2	84.6	83.8	n.s.
	なし	15.8	15.4	16.2	
子供の有無	あり-妊娠中含 (%)	79.0	77.5	80.6	n.s.
	なし	21.0	22.5	19.4	
子供の人数	平均値	2.071	2.076	2.067	n.s.
	標準偏差	.708	.728	.691	
収入 (1年間) 家族単位	250万円未満 (%)	5.4	6.1	4.6	n.s.
	250万以上~500万円未満	18.0	17.5	18.4	
	500万以上~1000万円未満	40.5	44.3	36.8	
	1000万以上~2000万円未満	29.8	26.3	33.1	
	2000万円以上	6.4	5.7	7.1	
医療費 (1年間) 家族単位	1万円未満 (%)	12.8	14.4	11.2	n.s.
	1万以上~10万円未満	58.1	58.5	57.7	
	10万以上~50万円未満	21.0	19.5	22.4	
	50万以上~100万円未満	4.8	3.4	6.2	
	100万円以上	3.4	4.2	2.5	
がん治療経験の有無 (本人)	あり (%)	6.6	6.7	6.6	n.s.
	なし	93.4	93.3	93.4	
がん治療経験の有無 (身近)	あり (%)	72.1	69.8	74.3	n.s.
	なし	27.9	30.2	25.7	
現在かかっている病気の有無	あり (%)	31.1	33.5	28.7	n.s.
	なし	68.9	66.5	71.3	
現在の健康状態	よい (%)	29.1	25.2	32.9	n.s.
	まあまあよい	58.8	63.4	54.3	
	あまりよくない	10.8	9.7	11.9	
	よくない	1.2	1.7	.8	
宗教の信仰の有無	あり (%)	18.9	18.3	19.4	n.s.
	なし	81.1	81.7	80.6	



がん告知を受けた場合の自己像	希望をもてるタイプ (%)	81.6	81.6	81.6	n.s.
	希望をもてないタイプ	18.4	18.4	18.4	
がんに関する医療記事の接触頻度	非常によく読む (%)	8.9	10.1	7.7	n.s.
	よく読む	39.7	36.4	42.9	
	あまり読まない	46.4	48.6	44.1	
	まったく読まない	5.1	4.9	5.3	
生活・仕事への満足度	非常に満足している (%)	9.5	9.7	9.3	n.s.
	満足している	62.5	58.1	66.9	
	あまり満足していない	23.4	27.0	19.8	
	満足していない	4.6	5.2	4.0	
人生に対する目標の有無	もっている (%)	68.4	66.8	70.0	n.s.
	もっていない	31.6	33.2	30.0	
相談できる友人の有無	いる (%)	72.6	71.7	73.6	n.s.
	いない	27.4	28.3	26.4	
相談できる家族の有無	いる (%)	84.3	83.5	85.1	n.s.
	いない	15.7	16.5	14.9	
家族に頼られる存在か否か	非常に頼りにされている (%)	24.8	25.5	24.2	n.s.
	頼りにされている	60.9	60.7	61.1	
	あまり頼りにされていない	12.2	11.7	12.7	
	頼りにされていない	2.0	2.0	2.0	
医師に誤診された経験の有無	ある (%)	26.9	27.1	26.7	n.s.
	ない	73.1	72.9	73.3	
医師に助けてもらった経験の有無	ある (%)	52.0	54.8	49.4	n.s.
	ない	48.0	45.2	50.6	
信頼できる医師の有無	いる (%)	50.3	50.2	50.4	n.s.
	いない	49.7	49.8	49.6	
信頼関係のある医師とのつきあい年数	平均値	13.626	12.730	14.508	n.s.
	標準偏差	9.401	9.317	9.438	

# : 地域差の検定 量的変数の場合にはt-検定で、離散変数の場合には  $\chi^2$  検定で行った

表2 診療における患者の積極的コミュニケーション経験の有無

(%)

	日本	アメリカ
① 不明な用語を医師に尋ねる	53.9	65.0
② 薬の副作用や代替薬の有無を医師に尋ねる	47.5	62.0
③ 検査や手術の危険性を医師に尋ねる	39.0	50.0
④ 症状を自分で調べる	64.3	48.0
⑤ 代替検査や代替手術の有無を医師に尋ねる	34.9	44.0
⑥ 代替治療法を医師に尋ねる	44.3	44.0
⑦ 同様ケースの経験を医師に確認する	11.4	43.0
⑧ 痛みの原因についての意見を医師に聞く	65.7	37.0
⑨ 質問や疑問のメモを持参する	14.2	36.0
⑩ 症状の記録をとる	20.9	30.0
⑪ 家族や友人を診察に同伴させる	35.3	26.0
⑫ 医師の説明を書き取る	14.3	26.0
⑬ 治療によって症状が改善されないことを医師に訴える	43.4	25.0
⑭ 診断や治療に関し、他の医師の意見を聞く	35.2	22.0
⑮ カルテの開示を医師に求める	3.6	19.0
⑯ 治療に苦痛を伴いすぎることを医師に告げる	17.6	18.0
⑰ もっと情報がほしいことを医師に告げる	12.2	18.0
⑱ 治療費が安くすむ方法を医師と話し合う	8.2	17.0



表3 一般的な医師像

	非常と思う	やや思う	あまり思わない	全く思わない	人数 (%)
①一般的にいて医師は責任感が強いと思う	76 (15.1%)	274 (54.4%)	145 (28.8%)	9 (1.8%)	
②一般的にいて医師は尊敬できると思う	65 (12.9%)	318 (63.0%)	110 (21.8%)	12 (2.4%)	
③一般的にいて医師は金儲け主義であると思う	46 (9.1%)	250 (49.6%)	191 (37.9%)	17 (3.4%)	
④一般的にいて医師は話し方が下手だと思う	39 (7.7%)	180 (35.7%)	260 (51.6%)	25 (5.0%)	
⑤一般的にいて医師は優秀であると思う	65 (12.9%)	299 (59.6%)	125 (24.9%)	13 (2.6%)	
⑥一般的にいて医師はこわくて近寄りがないと思う	13 (2.6%)	96 (19.0%)	308 (61.1%)	87 (17.3%)	
⑦一般的にいて医師は頼れると思う	80 (15.9%)	325 (64.5%)	88 (17.5%)	11 (2.2%)	
⑧一般的にいて医師は人間性豊かであると思う	21 (4.2%)	157 (31.1%)	289 (57.2%)	38 (7.5%)	
⑨一般的にいて医師はごう慢だと思う	41 (8.1%)	231 (45.7%)	211 (41.8%)	22 (4.4%)	
⑩一般的にいて医師は患者をものとしが見ないと思う	39 (7.7%)	180 (35.7%)	243 (48.2%)	42 (8.3%)	

表4 医師の属性による信頼感

	人数 (%)	
	異なる	異ならない
①医師の出身大学	192 (38.6%)	306 (61.4%)
②医師の学位取得の有無 (医学博士かそうでないか)	153 (30.7%)	345 (69.3%)
③性別	88 (17.7%)	409 (82.3%)
④医師の経年数	424 (85.0%)	75 (15.0%)
⑤医師の所属する病院・医院の設備	367 (74.0%)	129 (26.0%)
⑥医師の所属する病院・医院の評判	370 (74.3%)	128 (25.7%)
⑦医師の所属する病院の経営形態 (国立病院か私立病院か)	168 (33.8%)	329 (66.2%)
⑧医師の髪型などの身だしなみ	217 (43.8%)	279 (56.3%)



図3 内向性

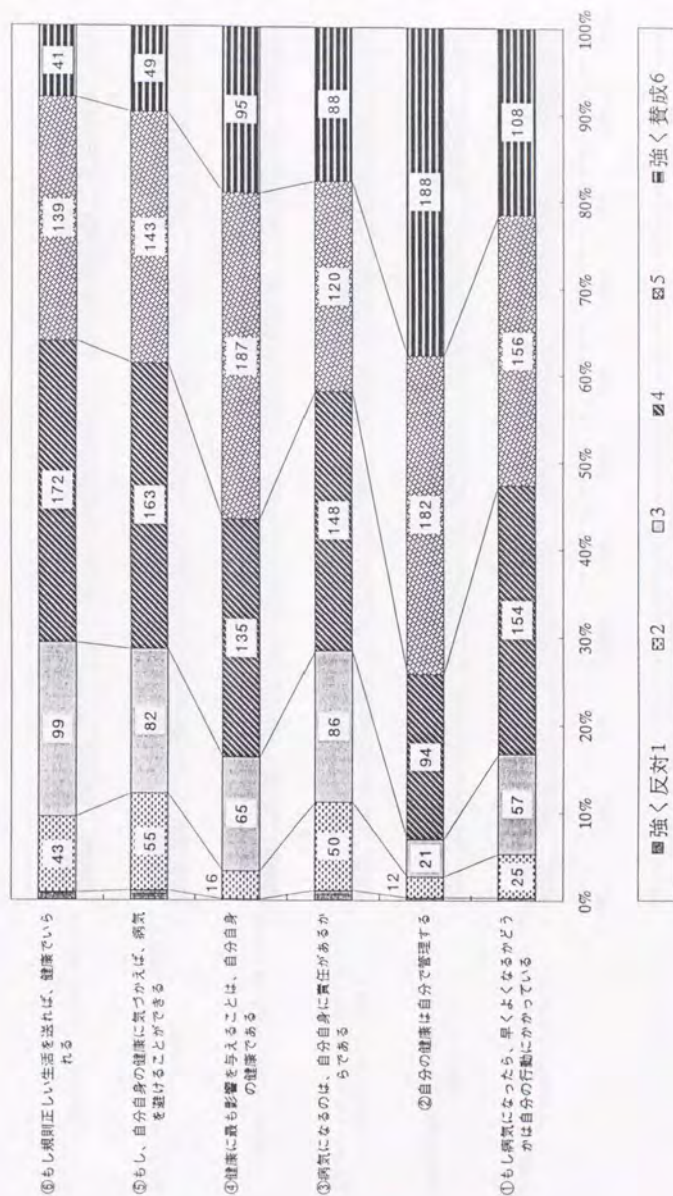
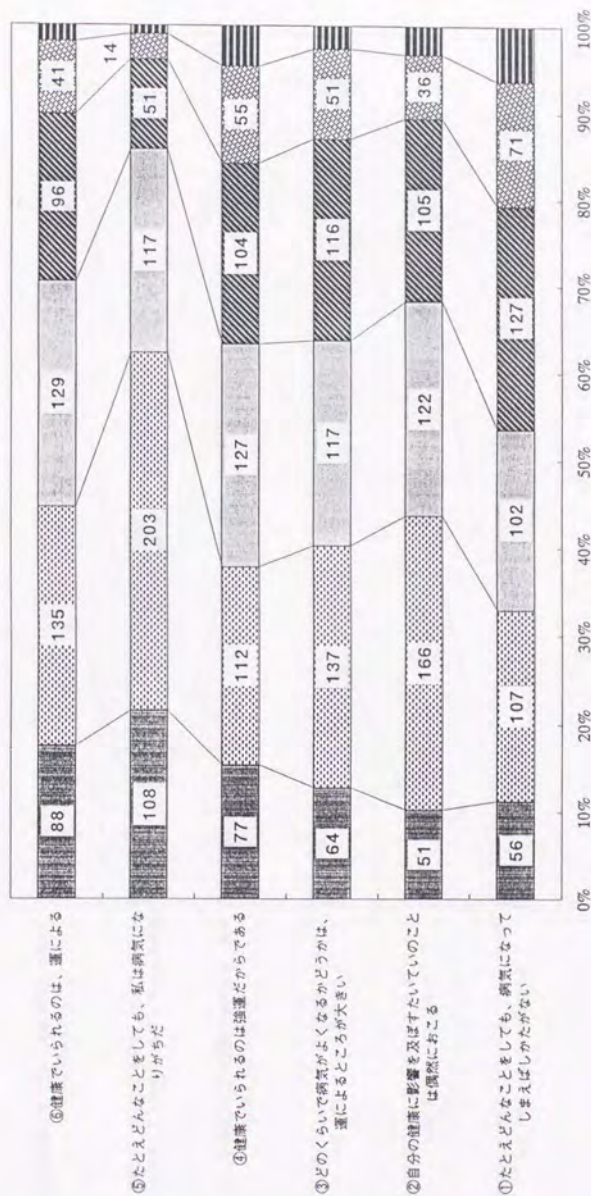


図4 運性向



① 強く反対1
  ②
  ③
  ④
  ⑤
  ⑥ 強く賛成6



図5 他者依存性向

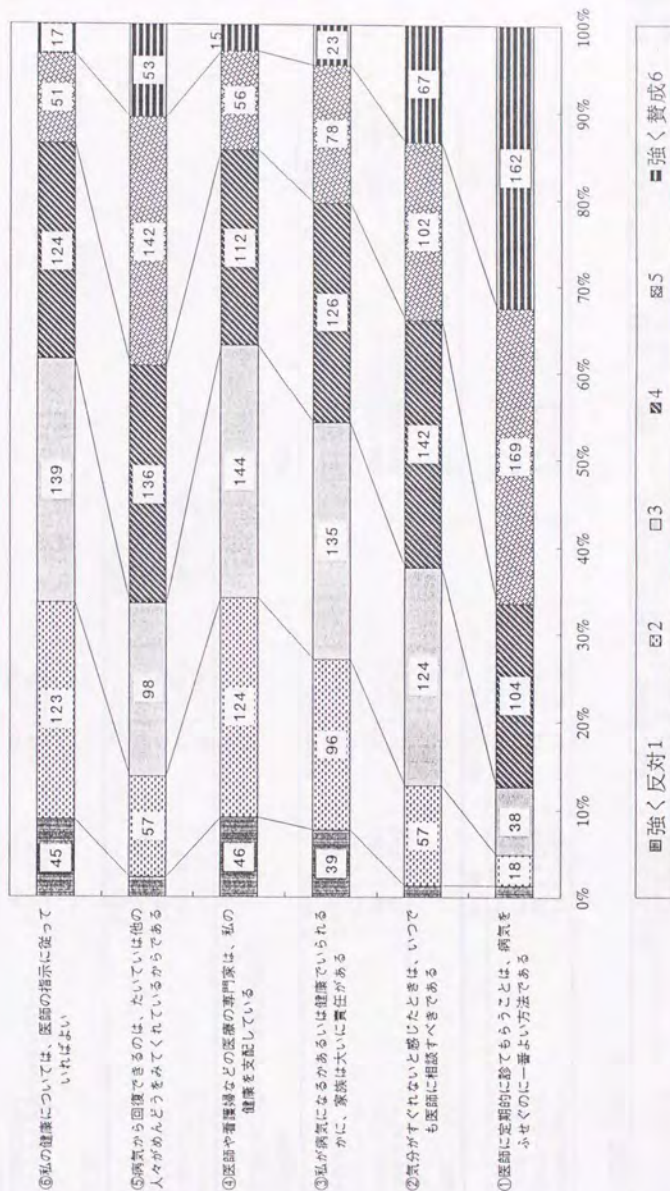


表5 がん診療における住民の意思決定

## 1. 検査・検診後の確定診断までの対処方法

	自覚症状なし	自覚症状あり
自分自身で決定する	200 (39.7%)	168 (33.4%)
他の医師にかかる	183 (36.3%)	182 (36.2%)
家族の判断に任せる	9 (1.8%)	10 (2.0%)
考えることなく医師の判断に任せる	112 (22.2%)	143 (28.4%)

## 2. 告知

	早期がん	転移しているがん	末期がん
知らせてほしい	405 (80.7%)	350 (69.7%)	349 (69.5%)
知らせてほしくない	27 (5.4%)	47 (9.4%)	45 (9.0%)
家族の判断に任せる	26 (5.2%)	41 (8.2%)	54 (10.8%)
医師の判断に任せる	44 (8.8%)	64 (12.7%)	54 (10.8%)

## 3. 治療法に関する情報の開示

## 手術の危険性

	死亡率	後遺症の確率
知らせてほしい	355 (71.1%)	406 (81.5%)
知らせてほしくない	43 (8.6%)	19 (3.8%)
家族の判断に任せる	38 (7.6%)	23 (4.6%)
医師の判断に任せる	63 (12.6%)	50 (10.0%)

## 抗がん剤

	死亡率	副作用の確率
知らせてほしい	391 (78.4%)	419 (82.8%)
知らせてほしくない	32 (6.4%)	18 (3.6%)
家族の判断に任せる	25 (5.0%)	19 (3.8%)
医師の判断に任せる	51 (10.2%)	43 (8.5%)

## 4. 治療方法の選択

	手術 vs 内視鏡	手術 vs 放射線	抗がん剤 (再発予防)	抗がん剤 (末期)	臨床試験	疼痛治療
自分自身で決定する	222 (44.8%)	210 (42.6%)	206 (42.1%)	286 (59.0%)	251 (51.4%)	269 (55.5%)
セカンド・オピニオンを求める	80 (16.1%)	84 (17.0%)	77 (15.7%)	43 (8.9%)	58 (11.9%)	42 (8.7%)
家族の判断に任せる	12 (2.4%)	20 (4.1%)	19 (3.9%)	31 (6.4%)	34 (7.0%)	23 (4.7%)
医師の判断に任せる	182 (36.7%)	179 (36.3%)	187 (38.2%)	125 (25.8%)	145 (29.7%)	151 (31.1%)

## 再発

	再発
知らせてほしい	414 (83.1%)
知らせてほしくない	20 (4.0%)
家族の判断に任せる	21 (4.2%)
医師の判断に任せる	43 (8.6%)

## 余命

	余命
知らせてほしい	360 (72.3%)
知らせてほしくない	43 (8.6%)
家族の判断に任せる	43 (8.6%)
医師の判断に任せる	52 (10.4%)



表6 治療方法の選択結果

手術vs.内視鏡治療

	人数	(%)
手術	370	78.1%
内視鏡	104	21.9%

手術vs.放射線治療

	人数	(%)
手術	111	23.3%
放射線	366	76.7%

抗がん剤の使用 (再発防止)

	人数	(%)
抗がん剤使用	203	42.6%
抗がん剤不使用	274	57.4%

抗がん剤の使用 (末期)

	人数	(%)
抗がん剤使用	105	22.1%
抗がん剤不使用	370	77.9%

臨床試験

	人数	(%)
受ける	234	49.3%
受けない	241	50.7%

疼痛治療

	人数	(%)
受ける	392	81.8%
受けない	87	18.2%

表7 住民のがん診療における意思決定変数の主因子分析 (バリマックス回転)

	Factor 1	Factor2	Factor3	Factor4
検診1 (自覚症状あり)	.0849	.1897	.0348	.8240
検診2 (自覚症状なし)	.1347	.1855	.0620	.6600
告知1 (早期がん)	.2452	.0750	.8621	.0104
告知2 (転移しているがん)	.3020	.1127	.6967	.0717
告知3 (末期がん)	.4394	.0334	.5190	.0161
情報の開示1 (手術の危険性-死亡率)	.8362	.0562	.1681	.0507
情報の開示2 (手術の危険性-後遺症の確率)	.7975	.0734	.1520	.0752
情報の開示3 (抗がん剤の危険性-死亡率)	.7957	.0550	.1573	.0615
情報の開示4 (抗がん剤の危険性-副作用の確率)	.7113	.0740	.1815	.0726
情報の開示5 (再発率)	.6796	.0870	.3433	.1079
情報の開示6 (余命)	.5249	.0983	.4896	.1157
治療法の選択1 (手術vs.内視鏡治療)	.0538	.8059	.0735	.0917
治療法の選択2 (手術vs.放射線治療)	.0957	.7938	.0475	.0882
治療法の選択3 (抗がん剤の使用-再発予防)	.0403	.7830	.0720	.0742
治療法の選択4 (抗がん剤の使用-末期)	.0850	.7184	.0395	.0951
治療法の選択5 (臨床試験)	.0403	.6833	.0239	.1356
治療法の選択6 (疼痛治療)	.0458	.6812	.0622	.0736
固有値	5.328	3.065	1.007	0.875
因子負荷量 (%)	31.3	49.4	55.3	60.4



表8 各尺度の平均値と信頼性係数、地域差の検定

尺度	項目数	得点範囲	平均値±SD	α係数	地域差
意思決定尺度 (従属変数)					
①検査・検診後の確定診断までの対処方法	2	0-2	1.492±.775	0.7445	*
②告知	3	0-3	2.677±.789	0.8062	n.s.
③治療法に関する情報の開示	6	0-6	5.389±1.473	0.8958	n.s.
④治療法の選択	6	0-6	3.911±2.274	0.8889	*
独立変数					
⑤積極的なコミュニケーション経験の有無	17	0-15	5.085±3.400	0.8203	n.s.
⑥一般的な医師像	10	8-32	21.305±3.865	0.8442	n.s.
⑦医師の属性による信頼感の違いの有無	8	0-8	3.934±2.005	0.8850	n.s.
⑧内向性	6	3-36	26.073±5.029	0.7435	n.s.
⑨選性向	6	6-36	17.283±5.021	0.7333	n.s.
⑩他者依存性向	6	11-36	22.301±4.335	0.6104	n.s.

①~④ 1:自己決定、0:医師の数量重視

⑤ 1:ある、0:ない

⑥ 1:全く思わない~4:非常に思う

⑦ 1:異なる、0:異なるない

⑧~⑩ 1:強く反対~6:強く賛成

\*: t-test p<.05

表9 独立変数相互の相関係数

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 積極的コミュニケーションの有無	—													
2 一般的な医師像	-.0958 *	—												
3 医師の属性による信頼感	.0678	-.0233	—											
4 他者依存性向	-.0431	.2456 ***	.1355 **	—										
5 避性向	-.0927 *	-.0792	.0459	.2609 ***	—									
6 内向性	.0233	.0905	.0639	.2988	-.0539	—								
7 性別	-.0768	.0118	.0480	-.0943 *	.0027	.1319 ***	—							
8 学歴	.1080 *	-.1535 *	.1489 *	-.3298 ***	-.0945 *	-.0201	.2737 ***	—						
9 健康状態	.1673 ***	-.1199 **	-.0414	-.0175	.1315 **	-.1332 **	-.0635	.0026	—					
10 がん経験の有無(身内)	.0539 **	.0687	.0550	-.0379	.0291	-.0508	.0226	-.0146	.0637	—				
11 がん経験の有無(本人)	.1345	-.0097	.0271	-.0219	-.0181	-.0416	-.0659	-.0035	.0245	.0550	—			
12 信頼できる医師の有無	.1153 *	.1093	.0032	.1787 ***	.1002 *	-.0138	-.1562 **	-.1192 **	.0397	.0046	.0707	—		
13 通診経験の有無	.2405 **	-.1860 ***	.0354	-.1247 **	-.0329	-.0560	-.0595	.1228	.1402	-.0046	.0868	.0126	—	
14 がん告知を受けた場合の自己像	.1021 *	.0003	-.0546	-.0876	-.0096	.0166	.0741	.0665	.0028	.0555	-.0091	.0494	.0325	—
15 年齢	-.0142	.1771 ***	.0316	.3817 ***	.1159 *	.1016 *	.0496	-.2860 **	.0388	.0710	.0809	.2924 ***	-.1288	-.0020

ピアソンの積率相関係数

\*:p&lt;.05, \*\*:p&lt;.01, \*\*\*:p&lt;.001



表10 住民のがん治療における意思決定要因分析結果(重回帰分析)

要因	検査・検診後の 確定診断までの 対処方法		告知		治療法に関する 情報の開示		治療方法の選択	
	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )
積極的なコミュニケーション	.1127 *	.0223	.0355	.1066 *				
一般的な医師像	-.1825 ***	-.1111 *	-.1602 **	-.1997 ***				
医師の属性による信頼度	.0109	.0085	.0271	-.0120				
他者依存性傾向	.0382	-.0771	-.0635	-.1119 *				
連性傾向	-.0185	-.0238	-.0587	-.0268				
内向性	-.0305	.0835	.0831	.0558				
年齢	-.1729 ***	-.1503 **	-.1342 **	-.1389 **				
性別	-.1268 **	.0019	-.0311	-.0686				
学歴	.1293 *	-.0146	-.0078	.0355				
健康状態	-.1454 **	.0119	-.0435	-.0326				
がん経験の有無(身内)	.0448	-.0303	.0290	-.0040				
がん経験の有無(本人)	.0280	.0573	.0445	.0146				
信頼できる医師の有無	.0278	.0088	-.0630	.0000				
誤診経験の有無	.0318	.0011	.0828	.0459				
がん告知をうけた場合の自己像	-.0068	.1033 *	.0774	.0943 *				
R	.3927	.2723	.3360	.3949				
R Square	.1542 ***	.0742 **	.1129 ***	.1559 ***				

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$ 

性別: 1=男, 0=女, 健康状態: 1~4点(点数が高いほど健康状態が悪い)  
 がん経験の有無(身内): 1=身内のがん経験者あり, 0=身内のがん経験者なし  
 がん経験の有無(本人): 1=本人のがん経験者あり, 0=本人のがん経験者なし  
 誤診経験の有無: 1=あり, 0=なし  
 がん告知を受けた場合の自己像: 1=希望をもちたいタイプ, 0=絶望感からはいがれないタイプ

## 調査項目一覧と調査票

1. 調査項目一覧

2. 調査票

3. 調査票の記入方法

4. 調査票の記入例

5. 調査票の記入欄

6. 調査票の記入欄の名称

7. 調査票の記入欄の名称

8. 調査票の記入欄の名称

9. 調査票の記入欄の名称

10. 調査票の記入欄の名称

11. 調査票の記入欄の名称

12. 調査票の記入欄の名称

13. 調査票の記入欄の名称

14. 調査票の記入欄の名称

15. 調査票の記入欄の名称

16. 調査票の記入欄の名称

17. 調査票の記入欄の名称

18. 調査票の記入欄の名称

19. 調査票の記入欄の名称

20. 調査票の記入欄の名称

21. 調査票

22. 調査票の記入欄

23. 調査票の記入欄

24. 調査票の記入欄

25. 調査票の記入欄

26. 調査票の記入欄

27. 調査票の記入欄

28. 調査票

29. 調査票の記入欄

30. 調査票の記入欄

31. 調査票の記入欄

32. 調査票の記入欄

33. 調査票の記入欄



調査項目一覧

		項目数
問 1	診療における患者の積極的コミュニケーション経験の有無	10
問 2	MHLOC (マルチ・ディメンショナル・ヘルス・ローカス・オブ・コントロール、 INTERNAL、 CAIINCE、 POWERFUL OTHERS	18 6 6 6
問 3	患者の意思決定 1—がん検診 自覚症状あり 自覚症状なし	2 1 1
問 4	患者の意思決定 2—告知 早期がん 転移しているがん 末期がん 患者の意思決定 3—情報の開示 手術の危険性 抗がん剤治療の危険性 再発の危険性 余命	3 1 1 1 6 2 2 1 1
問 5	患者の意思決定 4—治療法の選択 手術 vs. 内視鏡 (早期がん) 手術 vs. 放射線治療 抗がん剤治療 (再発防止) 抗がん剤治療 (末期がん) 臨床試験 (末期がん) 疼痛治療 具体的な治療方法の選択	6 1 1 1 1 1 1 6
問 6	一般的な医師像	10
問 7	医師の属性による信頼感	8
問 8	1 がん告知を受けた場合の自己像 2 がんに関する医療記事の接触頻度 3 生活・仕事への満足度 4 人生に対する目標の有無 4—1 目標 5 相談できる友人の有無 6 相談できる家族の有無 6—1 相談できる家族 7 家族に頼られる存在か否か 8 医師に誤診された経験の有無 8* 誤診された患者—本人か身内か 8—1 誤診内容 9 医師に助けてもらった経験の有無 9* 助けてもらった患者—本人か身内か 9—1 助けてもらった内容 10 信頼できる医師の有無 10—1 信頼関係のある医師とのつきあい年数	1 1 1 1 自由回答 1 1 自由回答 1 1 自由回答 1 1 自由回答 1 1

属性 1	性別	1
2	年齢	1
3	職業	1
4	学歴	1
5-1	配偶者の有無	1
5-2	子供の有無	1
6	収入（1年間）家族単位	1
7	医療費（1年間）家族単位	1
8	がん治療経験の有無（本人）	1
8*	がんの部位	自由回答
9	がん治療経験の有無（身近）	1
9*	がんの部位	自由回答
10	現在かかっている病気の有無	1
10*	現在かかっている病名	自由回答
11	現在の健康状態	1
12	宗教の信仰の有無	1
12*	宗教名	1

---



「がん診療における住民の意思決定に関する調査」へのご協力をお願い

新緑の頃、皆様方におかれましてはますますご健勝のことと存じます。

突然お手紙差し上げまして、誠に失礼致します。

さて、高齢化社会に入った現代の日本にとって、医療はますます重要になって参りました。それだけにわれわれが安心して医療を受けられる環境作りが切実に求められています。よりよい医療にとっては、医師と患者との間に真の信頼関係があることが何よりも大切であると考えられます。

このため、私ども東京大学医学部保健社会学教室では、患者中心の医療環境のあり方を検討するため、住民の方々が実際に診療の場面においてどのような意思決定を望んでおられるかについて、とりわけがん診療についての皆様のご意見をうかがいたく、本調査を行うこととしました。

なお、この調査の対象者は、満20歳以上の方の中から無作為に（くじ引きのような方法）あなた様を選ばせていただきました。このアンケート調査以外に何かお願いすることは致しません。お答えいただいた結果は当方のコンピュータによって統計的に処理致しますので、あなた様のご意見が他に知られるなど、ご迷惑をおかけすることは全くありません。

当教室ではこれからも皆様のご意見を反映した医療のための提言を行っていく所存でおりますので、本調査の趣旨をご理解の上、率直なご意見をお聞かせくださいますよう、お願い申し上げます。

本調査についてご不明な点などがございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

お忙しいところ、大変恐縮ですが、平成8年7月5日（金）までに同封いたしました返信用封筒（切手不要）にてご投函下さい。

なお、ご回答いただいた方には本調査へのご協力に対する感謝の気持ちをこめてわずかばかりの粗品をお送り致したいと存じます。よろしくご協力のほどお願い申し上げます。

東京大学医学部保健社会学教室

教授

川田智恵子

調査実施者

一戸 真子

〒113 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学医学部保健社会学教室

☎ 03-3812-2111（内線3514）

FAX 03-5684-6083

お問い合わせは、月、火、水、木 の 午前 10時～午後1時 にお問い合わせ致します。

以下の各項目についてそれぞれ答えを一つだけ選び○印をつけてください。  
また、( )の中には具体的な答えを記入してください。

問1 あなたはいままでに医師の診察を受けた際、次のような経験をしたことがありますか。  
それぞれの項目についてあてはまるものを1つ選び○をつけてください。

- |                            |                |
|----------------------------|----------------|
| ① 不明な用語を医師にたずねた            | 1. ある    2. ない |
| ② 薬の副作用やほかに選択する薬があるかをたずねた  | 1. ある    2. ない |
| ③ 検査や手術の危険性についてたずねた        | 1. ある    2. ない |
| ④ 症状について自分で調べた             | 1. ある    2. ない |
| ⑤ 提示された検査や手術のほかに方法があるかたずねた | 1. ある    2. ない |
| ⑥ ほかの治療法をたずねた              | 1. ある    2. ない |
| ⑦ 過去の同様なケースにおける医師の経験を確かめた  | 1. ある    2. ない |
| ⑧ 痛みの原因についての医師の考えを聞いた      | 1. ある    2. ない |
| ⑨ 質問や疑問を書いたものを持参した         | 1. ある    2. ない |
| ⑩ 症状の記録をとった                | 1. ある    2. ない |
| ⑪ 家族や友人を診察に同伴した            | 1. ある    2. ない |
| ⑫ 病気に関する医師の説明を書き取った        | 1. ある    2. ない |
| ⑬ 治療によって症状が改善されないことを訴えた    | 1. ある    2. ない |
| ⑭ 診断や治療に関してほかの先生の見解も聞いた    | 1. ある    2. ない |
| ⑮ カルテを見せるよう求めた             | 1. ある    2. ない |
| ⑯ 治療に苦痛を伴いすぎること医師に告げた      | 1. ある    2. ない |
| ⑰ もっと情報がほしいことを医師に告げた       | 1. ある    2. ない |
| ⑱ どのようにしたら治療費が安くすむかを話し合った  | 1. ある    2. ない |

問2 あなたは次のような考え方にどの位賛成ですか、反対ですか。  
それぞれの項目についてあてはまる程度を1つ選び○をつけてください。

例 医師は患者の気持ちのことまで考えなくてもよい

1	②	3	4	5	6
強く反対					強く賛成

「強く反対」とは少し違うがかなり反対なので2につけた。  
(どちらともいえないがちょっと賛成よりだと思えば4になります。)  
逆も同じように考えてください。

① もし病気になったら、早くよくなるかどうかは自分の行動にかかっている

1	2	3	4	5	6
強く反対					強く賛成



- ② たとえどんなことをしても、病気になってしまえばしかたがない
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ③ 医師に定期的に診てもらふことは、病気を防ぐのに一番よい方法である
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ④ 自分の健康に影響をおよぼすたいのことは偶然におこる
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ⑤ 気分がすぐれないと感じたときは、いつでも医師に相談すべきである
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ⑥ 自分の健康は自分で管理する
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ⑦ 私が病気になるかあるいは健康でいられるかに、家族は大いに責任がある
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ⑧ 病気になるのは、自分自身に責任があるからである
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ⑨ どのくらいで病気がよくなるかどうかは、運によるところが大きい
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ⑩ 医師や看護婦などの医療の専門家は、私の健康を支配している
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ⑪ 健康でいられるのは強運だからである
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ⑫ 健康に最も影響を与えることは、自分自身の行動である
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ⑬ もし、自分自身の健康に気づかえば、病気を避けることができる
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ⑭ 病気から回復できるのは、たいていは他の人々（たとえば医師、看護婦、家族、友人）がめんどろをみってくれるからである
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ⑮ たとえどんなことをしても、私は病気になりがちだ
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ⑯ 健康でいられるのは、運による
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ⑰ もし規則正しい生活を送れば、健康でいられる
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |
- ⑱ 私の健康については、医師の指示に従っていればよい
- |      |   |   |   |   |      |
|------|---|---|---|---|------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6    |
| 強く反対 |   |   |   |   | 強く賛成 |

問3 がん検診についてお聞きします。

あなたはもし、次の2つの場面に自分自身がなった場合、それぞれどのようにしますか。  
それぞれの項目についてあてはまるものを1つ選び○をつけてください。

- ① 自覚症状はないが、がん検診を受けたところ、異常ありと診断され精密検査を受けました。  
結論が出ず、6ヶ月後再検査ということになった場合  
6ヶ月間そのままにしておくか、転医するか

- |                             |
|-----------------------------|
| 1. 考えることなく医師の判断にまかせる        |
| 2. 考えることなく家族の判断にまかせる        |
| 3. 考えることなく他の医師にかかる          |
| 4. 本を調べたり、周囲の人達に相談し、自分で決定する |

- ② 具合が悪く、がんを疑って受診し、精密検査を行ったが結論が出ず、  
2ヶ月後再診ということになった場合  
2ヶ月間そのままにしておくか、転医するか

- |                             |
|-----------------------------|
| 1. 考えることなく医師の判断にまかせる        |
| 2. 考えることなく家族の判断にまかせる        |
| 3. 考えることなく他の医師にかかる          |
| 4. 本を調べたり、周囲の人達に相談し、自分で決定する |

問4 医師からの情報の開示についてお聞きします。

あなたがもし、「がん」だとしたら、次の各情報についてはどのようにしてほしいですか。  
それぞれの項目についてあてはまるものを1つ選び○をつけてください。

- ① がんの告知について  
(a) 早期がんであることの告知

- |                           |
|---------------------------|
| 1. 知らせてほしい                |
| 2. 知らせてほしくない              |
| 3. 自分に知らせるかどうかは医師の判断にまかせる |
| 4. 自分に知らせるかどうかは家族の判断にまかせる |

- (b) ほかの臓器にも転移しているがんであることの告知

- |                           |
|---------------------------|
| 1. 知らせてほしい                |
| 2. 知らせてほしくない              |
| 3. 自分に知らせるかどうかは医師の判断にまかせる |
| 4. 自分に知らせるかどうかは家族の判断にまかせる |

- (c) 末期がんであることの告知

- |                           |
|---------------------------|
| 1. 知らせてほしい                |
| 2. 知らせてほしくない              |
| 3. 自分に知らせるかどうかは医師の判断にまかせる |
| 4. 自分に知らせるかどうかは家族の判断にまかせる |



② がんの病巣摘出手術のもつ危険性について

(a) どのくらいの割合で手術のために死亡するか

1. 知らせてほしい
2. 知らせてほしくない
3. 自分に知らせるかどうかは医師の判断にまかせる
4. 自分に知らせるかどうかは家族の判断にまかせる

(b) どのくらいの割合で後遺症が残るか

1. 知らせてほしい
2. 知らせてほしくない
3. 自分に知らせるかどうかは医師の判断にまかせる
4. 自分に知らせるかどうかは家族の判断にまかせる

③ 抗がん剤治療のもつ危険性について

(a) どのくらいの割合で抗がん剤が原因で死亡するか

1. 知らせてほしい
2. 知らせてほしくない
3. 自分に知らせるかどうかは医師の判断にまかせる
4. 自分に知らせるかどうかは家族の判断にまかせる

(b) どのくらいの割合で、どのような副作用が出るか

1. 知らせてほしい
2. 知らせてほしくない
3. 自分に知らせるかどうかは医師の判断にまかせる
4. 自分に知らせるかどうかは家族の判断にまかせる

④ がんの再発について

どのくらいの割合でがんが再発するか

1. 知らせてほしい
2. 知らせてほしくない
3. 自分に知らせるかどうかは医師の判断にまかせる
4. 自分に知らせるかどうかは家族の判断にまかせる

⑤ がんの末期医療について

あとどれくらい生きられるのか

1. 知らせてほしい
2. 知らせてほしくない
3. 自分に知らせるかどうかは医師の判断にまかせる
4. 自分に知らせるかどうかは家族の判断にまかせる

問5 がん治療についてお聞きします。

あなたがもし次の6つの場面に自分自身がなったとき、2通り ((a)、(b)) の治療法があると医師に言われたらどのようにしますか。それぞれの項目についてあてはまるもの1つに○をつけてください。

①-1 早期がんで、手術を行う場合と内視鏡による治療のみを行う場合とがあり、

それぞれの治療法に以下のような特徴があるとき

(a) 手術を行う場合

手術そのものによって死亡する例が1%あり、(b)にくらべ術後時間がかかる。再発率は低くなる。

(b) 内視鏡治療のみを行う場合

手術に伴う危険はないが、がんを取りきれない場合もあり、5年以内に2割の確率で転移する可能性がある

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは主治医の判断にまかせる |
| 2. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは自分自身で決める    |
| 3. 主治医に他の医師の判断も聞いてくれるよう求める         |
| 4. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは家族の判断にまかせる  |

①-2 あなた自身がもし決めなければならなくなったら、a、b のどちらを選びますか

a、b

②-1 がん治療で、手術を行う場合と放射線治療を行う場合とがあり、

それぞれの治療法に以下のような特徴があるとき

(a) 手術を行う場合

生存率は50~60%だが、日常生活に及ぼす影響が大きい(後遺症が重い)

(b) 放射線治療を行う場合

生存率が40~50%だが、日常生活に及ぼす影響は小さい

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは主治医の判断にまかせる |
| 2. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは自分自身で決める    |
| 3. 主治医に他の医師の判断も聞いてくれるよう求める         |
| 4. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは家族の判断にまかせる  |

②-2 あなた自身がもし決めなければならなくなったら、a、b のどちらを選びますか

a、b

③-1 がん治療で手術後に、再発を防ぐ目的で抗がん剤を使うかどうかで、

以下のような特徴があるとき

(a) 抗がん剤治療を行う場合

副作用に苦しむ(激しい頭痛、吐き気、高熱、体力低下による自己免疫力の低下、時には命を縮めることもある)が、がんの進行を遅らせたり、目にみえない腫瘍のような再発をおさえることができることがある

(b) 抗がん剤治療を行わない場合

副作用に苦しむことはないが、何も治療を行わないので、再発に対する恐れや不安が高い

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは主治医の判断にまかせる |
| 2. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは自分自身で決める    |
| 3. 主治医に他の医師の判断も聞いてくれるよう求める         |
| 4. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは家族の判断にまかせる  |

③-2 あなた自身がもし決めなければならなくなったら、a、b のどちらを選びますか

a、b



- ④-1 もう助かる見込みのない末期がんの状態、抗がん剤治療を行うかどうかで、  
以下のような特徴があるとき

(a) 抗がん剤治療を行う場合

腫瘍が小さくなり、数カ月延命され、場合によっては治ることがあるかもしれないが、  
副作用で苦しむことになり、死が早まることもある

(b) 抗がん剤治療を行わない場合

家に帰れたり、やり残したことができるが、死を待つだけである

1. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは主治医の判断にまかせる
2. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは自分自身で決める
3. 主治医に他の医師の判断も聞いてくれるよう求める
4. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは家族の判断にまかせる

- ④-2 あなた自身がもし決めなければならなくなったら、a、b のどちらを選びますか a 、 b

- ⑤-1 末期がんの状態、臨床試験（まだ効き目や副作用がはっきり分らない治療法）を行うか  
どうかで、以下のような特徴があるとき

(a) 臨床試験を行う場合

治療効果がはっきりわからないので、薬がきいて助かるかもしれないし、副作用で死ぬかもしれない

(b) 臨床試験を行わない場合

これまで行われてきた末期がん治療を行うか、死を待つだけである

1. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは主治医の判断にまかせる
2. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは自分自身で決める
3. 主治医に他の医師の判断も聞いてくれるよう求める
4. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは家族の判断にまかせる

- ⑤-2 あなた自身がもし決めなければならなくなったら、a、b のどちらを選びますか a 、 b

- ⑥-1 がん治療で、がんによる激しい痛みを押さえるための治療（疼痛治療）をモルヒネを使って  
行うかどうかで、以下のような特徴があるとき

(a) モルヒネによる疼痛治療を行う場合

痛みはやわらぐが、副作用（眠気、吐き気、便秘など）があり、劇薬なので薬物中毒になる恐れがある

(b) モルヒネによる疼痛治療を行わない場合

副作用に苦しむことはなく、薬物中毒にもならないが、激しい痛みと戦い続けなければならない

1. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは主治医の判断にまかせる
2. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは自分自身で決める
3. 主治医に他の医師の判断も聞いてくれるよう求める
4. (a)、(b)どちらの治療方法にするかは家族の判断にまかせる

- ⑥-2 あなた自身がもし決めなければならなくなったら、a、b のどちらを選びますか a 、 b

問6 あなたの一般の医師に対する印象についてお聞きします。

それぞれの項目についてあてはまる程度を1つずつ選び○をつけてください。

① 一般的にいて医師は責任感が強いと思う

1.非常に思う 2.やや思う 3.あまり思わない 4.全く思わない

② 一般的にいて医師は尊敬できると思う

1.非常に思う 2.やや思う 3.あまり思わない 4.全く思わない

③ 一般的にいて医師は金もうけ主義であると思う

1.非常に思う 2.やや思う 3.あまり思わない 4.全く思わない

④ 一般的にいて医師は話し方が下手だと思う

1.非常に思う 2.やや思う 3.あまり思わない 4.全く思わない

⑤ 一般的にいて医師は優秀であると思う

1.非常に思う 2.やや思う 3.あまり思わない 4.全く思わない

⑥ 一般的にいて医師はこわくて近寄りたいたいと思う

1.非常に思う 2.やや思う 3.あまり思わない 4.全く思わない

⑦ 一般的にいて医師は頼れると思う

1.非常に思う 2.やや思う 3.あまり思わない 4.全く思わない

⑧ 一般的にいて医師は人間性豊かであると思う

1.非常に思う 2.やや思う 3.あまり思わない 4.全く思わない

⑨ 一般的にいて医師はごう慢だと思う

1.非常に思う 2.やや思う 3.あまり思わない 4.全く思わない

⑩ 一般的にいて医師は患者をものとしか見ないと思う

1.非常に思う 2.やや思う 3.あまり思わない 4.全く思わない

問7 あなたは、次の各項目によって医師への信頼感が異なりますか。

あてはまるものを1つ選び○をつけてください。

① 医師の出身大学

1.異なる 2.異なるない

② 医師の学位取得の有無（医学博士かそうでないか）

1.異なる 2.異なるない

③ 性別

1.異なる 2.異なるない

④ 医師の経験年数

1.異なる 2.異なるない

⑤ 医師の所属する病院・医院の設備

1.異なる 2.異なるない

⑥ 医師の所属する病院・医院の評判・知名度

1.異なる 2.異なるない

⑦ 医師の所属する病院の経営形態（国立病院か私立病院か）

1.異なる 2.異なるない

⑧ 医師の髪型などの身だしなみ

1.異なる 2.異なるない



問8 以下の質問についてお答え下さい。

- ① がんの告知を受けた患者には、一般に2つのタイプがあると言われています。  
あなたは次の2つのうちのどちらのタイプだと思いますか。

1、はじめはショックだが、やがて「生きなくてはいけない」という希望をとりもどすタイプ  
2、落ち込みが激しく、なかなか絶望感からはいあがれないタイプ

- ② あなたは一般に新聞や雑誌のがんに関する医療記事をよく読みますか。

1、非常によく読む 2、よく読む 3、あまり読まない 4、まったく読まない

- ③ あなたは現在の仕事や生活に満足していますか。

1、非常に満足している 2、満足している 3、あまり満足していない 4、満足していない

- ④ あなたは今後の人生において何か目標をもっていますか。

1、もっている 2、もっていない

- ④-1 それは具体的にはどのようなことですか。さしつかえなければお書きください。

- ⑤ あなたには何でも相談できる友人がいますか。

1、いる 2、いない

- ⑥ あなたには家族の中に何でも相談できる人がいますか。

1、いる 2、いない

- ⑥-1 それは具体的には誰ですか。複数いる方はすべてお書きください。

- ⑦ あなたは家族に頼りにされるほうですか。

1、非常に頼りにされている 2、頼りにされている  
3、あまり頼りにされていない 4、頼りにされていない

- ⑧ あなたやあなたの身内の方は、これまで医師に誤診されたこと（誤った診断をされたこと）や、あとで問題の生じた診断をされたことがありますか。

1、ある（あなた自身、 あなたの身内） 2、ない

- ⑧-1 それは具体的にどのようなことですか。

- ⑨ あなたやあなたの身内の方は、これまで医師に治療や手術で助けてもらったと感じたことがありますか。

1、ある（あなた自身、 あなたの身内）

2、ない

- ⑨-1 それは具体的にどのようなことですか。

- ⑩ あなたには、具合が悪いときにまず相談する特定の医師がいますか。

1、いる

2、いない

- ⑩-1 その医師とは何年くらい前からのつきあいですか。

およそ 年

質問は以上で終わりですが、この調査の統計的な処理のため、以下の質問にもお答え下さい。

- ① 性別

1、男

2、女

- ② 年齢

満

歳（大正、昭和 年 月 日生）

- ③ 職業

1、医療従事者

2、農林漁業（農林漁業、畜産業等）

3、商工サービス業（小規模の商工業、サービス業）

4、自由業（弁護士、著述業、塾、花の教授等）

5、管理職（官公庁の課長、会社の部長以上、役員等）

6、専門技術職（研究員、技師、裁判官等）

7、事務職（一般事務職、営業社員、銀行員、教員等）

8、労務職（工員、店員、守衛、運転手等）

9、主婦

10、学生

11、無職

12 その他（ ）

- ④ あなたが最後に卒業された学校

1、中学校卒業（旧制小学校、旧制高等小学校）

2、高等学校卒業（旧制中学校、旧制高等女学校）

3、専門学校卒業、短期大学卒業（旧制高等学校卒業、在学中含）

4、大学卒業（在学中含）

5、大学院卒業（在学中含）

- ⑤-1 配偶者の有無

1、未婚

2、既婚

3、離婚

4、死別

5、その他（ ）

- ⑤-2 子供の有無

1、なし

2、妊娠中

3、あり（ ）人

- ⑥ さしつかえなければあなたの家（一緒に住んでいらっしゃる家族を合わせて）の去年1年間の収入をお聞かせください。

1、250万円未満

2、250万以上～500万円未満

3、500万以上～1000万円未満

4、1000万以上～2000万円未満

5、2000万円以上



- ⑦ 一緒に住んでいらっしゃる家族全員で去年1年間におよそどれくらい医療費がかかりましたか。

1、1万円未満      2、1万以上～10万円未満      3、10万以上～50万円未満  
4、50万以上～100万円未満      5、100万円以上

- ⑧ あなた自身は、これまでにがんの治療を受けたことがありますか。

1、ある      2、ない

1、胃がん      2、肺がん      3、大腸がん      4、直腸がん  
5、肝がん      6、すい臓がん      7、食道がん      8、口腔がん  
9、舌がん      10、ぼうこうがん      11、白血病      12、子宮がん  
13、乳がん      14、その他 (      )

- ⑨ あなたの身近に、がんの治療を受けた方がいらっしゃいますか。  
特に印象に残っている方々についてお答えください。

1、ある (      人、うち死亡者      人 )      2、ない

1、胃がん (      ) 人      2、肺がん (      ) 人      3、大腸がん (      ) 人      4、直腸がん (      ) 人  
5、肝がん (      ) 人      6、すい臓がん (      ) 人      7、食道がん (      ) 人      8、口腔がん (      ) 人  
9、舌がん (      ) 人      10、ぼうこうがん (      ) 人      11、白血病 (      ) 人      12、子宮がん (      ) 人  
13、乳がん (      ) 人      14、その他 (      )

- ⑩ あなたは現在かかっている病気が何かありますか。

1、ある (      )      2、ない

- ⑪ あなたの現在の健康状態はどうか。

1、よい      2、まあまあよい      3、あまりよくない      4、よくない

- ⑫ あなたは特定の宗教を信仰していますか。

1、している      2、していない

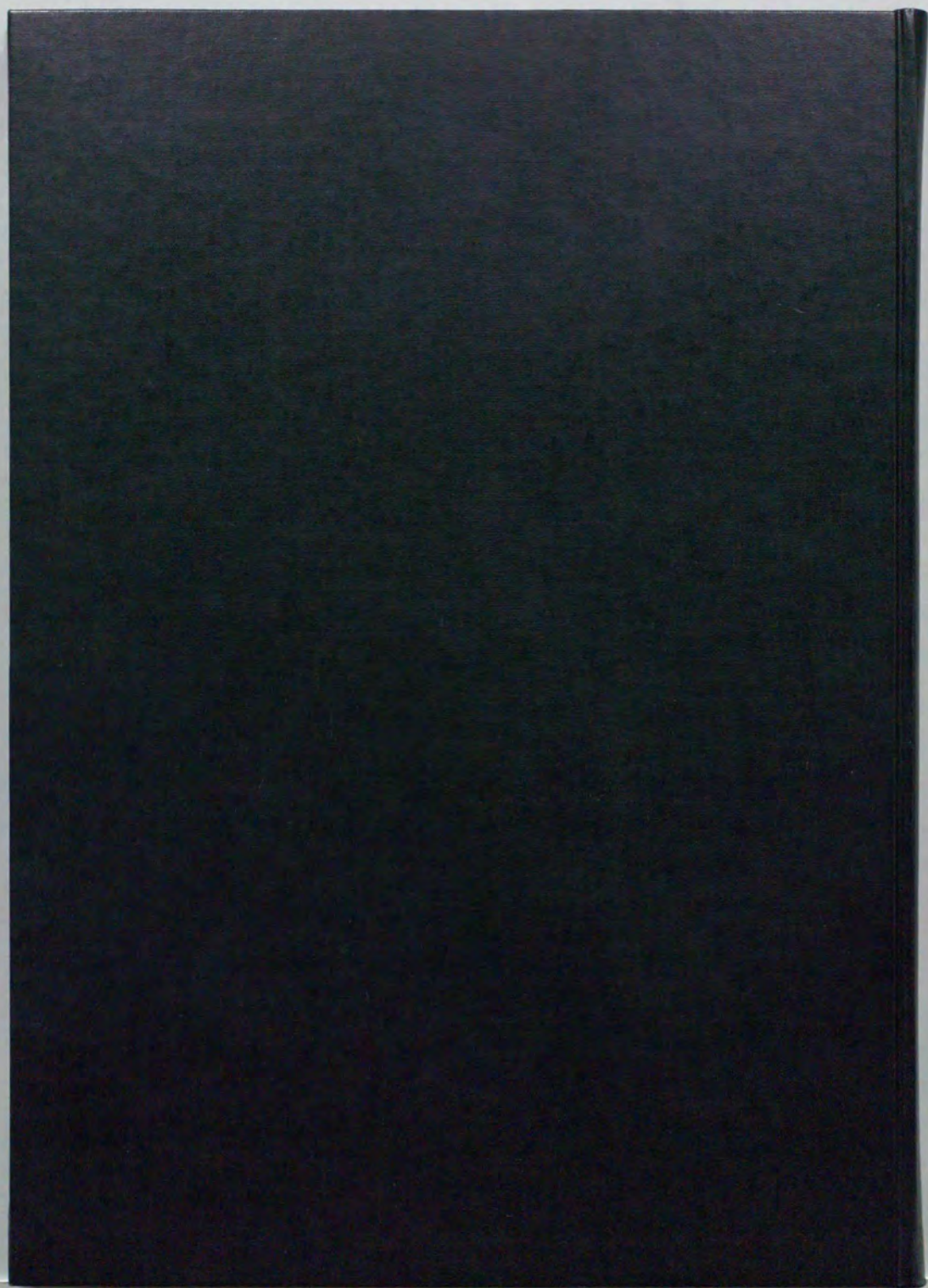
1、仏教      2、キリスト教      3、その他 (      )

医師－患者関係について日頃お考えになっておられることがありましたら、自由にお書きください。

質問は以上で終わりです。御協力いただきまして誠にありがとうございました。

大変お手数をおかけいたしますが、いま一度記入もれがないか確かめただけましたら幸いです。

(せっかくご回答いただいても記入もれがあると、処理できません。)







# Kodak Color Control Patches

Blue Cyan Green Yellow Red Magenta White 3/Color Black

© Kodak, 2007 TM-Kodak

## Kodak Gray Scale

C Y M

© Kodak, 2007 TM-Kodak

A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19