

## 【個人研究】

# 日本人の医療行為に対する意思決定度の測定

大 木 桃 代\*

Measurement of Decision-making with Respect to Medical Practices by Japanese

Momoyo OHKI

The purpose of this study is to investigate the autonomy preference of the Japanese, particularly with regard to decision-making ( DM ) in clinical settings and also to develop an instrument for measuring this DM preference. The subjects were a representative sample of the Japanese population and comprised 3110 individuals selected using a two stage-stratified sampling of 4500 people in Japan. The questionnaire comprised 19 DM question items based on 5 hypothetical clinical vignettes with different severities as well as DM preference in general.

The factor analysis identified three major factors, based on which 18 items were selected from the original 19 items. The result reveals that unlike the information seeking scores, the DM scores for all the cases were not high. Some DM scores in the setting of “terminal cancer” were higher than those in the other settings. Lower DM scores were also associated with older age. A multiple regression analysis identified several factors for predicting DM in the “terminal cancer setting.” It showed that higher DM scores in cerebral vascular accidents (CVAs), in hemiparesis after CVAs, at a younger age, at higher education levels, and in general proved to be the significant predictors of higher terminal cancer scores.

**Key words:** decision making , autonomy , clinical settings , terminal cancer , informed consent

意思決定、自律性、医療行為、末期がん、インフォームド・コンセント

医療行為における“インフォームド・コンセント ( informed consent )”は、医療行為の実施における当然の前提条件である。現在では、インフォームド・コンセントを取得しない医療行為は成立しないと言っても過言ではないであろう。文字通り解釈すれば“インフォームド”とは“患者が医療に対する情報の説明を受けること”であり、“コンセント”とはそれに対する“同意・承諾”という意味である。

日本医師会による“説明と同意”という訳語もそれを表わしている。しかしインフォームド・コンセントとは、ただ単に医療者が“患者に疾病と治療法について十分に説明し、患者から治療に対する同意を得ること”ではない。たとえば森川 ( 1996 ) は、インフォームド・コンセントの概念を日常の治療行為に照らし合わせ、“医師が、意思能力者である患者に対して、診断結果に基づく病状の正確な内容、医師が推薦する医学的処置の性格と目的、その医学的処置が成功する可能性と

\* おおき ももよ 文教大学人間科学部人間科学科

その処置に伴う危険性，その医学的処置の結果として患者に対して生じ得る利益と不利益，代案としてのその他の適切な医学的処置の性格と目的，成功の可能性，危険性，および，利益と不利益，それらすべての医学的処置が行われない場合の予後，などの良識人が欲するであろう情報（原則として，患者がそれ以上の情報を望む場合には，その情報）を患者が十分に理解できるような方法で開示し，かつ，患者がそれらの情報を十分に理解した上で，患者が，提示された複数の医学的処置（無処置を含む）のいずれを選択するかを自己の自由意思で決定し，選択した医学的処置の実行に関して医師に対して与える許可”と述べている．日本においてはこの“患者が自由意思で決定”し，“医師に許可を与える”というインフォームド・コンセントの真の意味を理解して実行している医療者・患者は，共にあまり多くないと思われる．

真のインフォームド・コンセントが成立するためには，その前提条件として患者の自律性（autonomy）が保障され，患者の意思がその医療行為に反映されることが必要である．しかし実際に疾病に罹患した場合，様々な要因が影響して，その意思の表明が困難あるいは躊躇する場合も少なくない．したがってまず人々の一般的な自律性の傾向を把握することは，今後の医療の発展のために重要なことであると思われる．大木・福原（1997）はそのような観点から，医療行為に対する自律性の一側面として，仮定の疾病ケースにおける情報希求度（情報を求めたいという程度）を測定した．その結果，人々は基本的には医療行為の情報開示を強く求めているが，病気や病態，年齢等によって，その程度が異なることを明らかにした．とくに末期がんのケースでは情報希求度は全体的に低下し，意見の個人差が拡大すること，とくに70歳以上になると末期がんに対する情報希求度は大きく低下することが示された．したがって医療情報を提示する際には，年齢や病態も含めた個人差を踏まえ，各個人の希望に添った形で行われ

ることが必須であることが提言された．

しかし自律性のもう一側面である，自分で医療行為を決定したいという希望の程度（以下，意思決定度）についてはまだ明らかにされていない点も多い．たとえば自らの身体になされる医療行為に対する意思決定のパターンは，積極的，協同的，依存的（Degner, 1992；Degner & Sloan, 1992）や，自発的同意，積極的同意，受動的同意（Sainio, Lauri & Eriksson, 2001）のように分けることができる．確かに人々はこのような基本的な意思決定の傾向を持っているかもしれないが，罹患した疾病や決定する内容によって，その傾向が変化することも十分考えられる．したがって患者の立場である人々の状況別意思決定度の全体的な傾向を把握することは，実際の医療現場におけるインフォームド・コンセントを有効なものとし，効果的な医療サービスを提供する上でも重要な一情報となる．

また，末期がんに対する告知は年々増加しているものの，未だ議論の対象となっている．さらに実際の医療においては，告知だけですべての問題が終わるわけではない．その後患者になされる医療行為に対して，患者自身がどの程度その決定に関わったのか，あるいは患者の意思が反映されたのかということが，その医療に対する満足感に大きく影響すると思われる．また告知を希望しない人に対しては，実際に末期がん罹患した時に，病名告知のみならずその後の処置等の希望について，その意思を直接尋ねることはできない．あるいは告知を希望して情報提示がなされたとしても，医療者との上下関係の意識から，いざその場になると実際の治療に対しては十分な意思を表明できない可能性もある．場合によっては“自分が意思決定における役割をもっている，ということを受けとめられないために，意思決定をしたいと全く思わない人もいる”（Waterworth & Luker, 1989；Degner, 1992；Beaver, Luker, Owens, Leinster, Degner & Sloan, 1996）のである．したがってあらかじめ他の方法によって，その意思を把握するこ

とができれば、実際の医療現場においてその情報を役立てることができると思われる。

そこで本研究では、日本人を代表すると考えられる対象を抽出して大規模な調査を行い、一般の人々を対象として、がんを含めたさまざまな疾病に自分が罹患したという仮定の下で、医療行為に対する意思決定度を測定し、その傾向を検討することを第一の目的とした。具体的には疾病内容・年齢・性別による意思決定度の差を検討した。さらに“末期がん”という疾病に対する意思決定の程度を“がん”という言葉を用いずに測定するための説明変数を検討することを第二の目的とした。

## 方法

### 被調査者

1995年10月現在満16歳以上の男女4500名を対象とした。調査地域は日本全国であった。調査母集団には1990年国勢調査人口を使用し、2段階化無作為抽出法を用いた。このうち全質問項目に回答した3110名を本研究での分析対象とした。年齢と性別の内訳はTable 1の通りである。

### 調査用紙

Ende, Kazis, Ash & Moskowitz (1989) を参考にし、Ohki & Fukuhara (1995) から改訂を加えた全19項目からなる(付録)。改訂に際しては、日本人の死因の第1位である“がん(早期・末期)”と第2位の“脳卒中”、また成人に多くみられ一般的な病気である“(本態性)高血圧”という3つのケースを設定し、それに適合するよう項目内容も変更した。またEnde et al. (1989) は自分と医師の二者のみを意思決定の関与者として挙げており、両者の関与の程度を変えた5つの選択肢から成って

いた。しかし日本においては、医療行為の決定に家族が関わることがきわめて多いため、意思決定の関与者として家族を追加した。その結果、本調査で用いた調査用紙は2つのパートに分かれ、以下のような項目から構成された。

パート1では“高血圧”“脳卒中”“(その後の)マヒ”“早期がん”“末期がん”という5つの異なる具体的な病気のケースを設定した。各疾病ケースにおいて、“治療法”や“検査”、“生活スタイル”などの3項目を決定する際に、“自分”“家族”“医師”の三者の意見をどの割合で考慮するか、合計が100%になるように記入を求めた。パート2は医療行為に対する“意思決定”に関する一般的な質問4項目であり、“全然あてはまらない”～“非常にあてはまる”までの5段階で回答する形式であった。これらに属性(年齢、性別、学歴、収入)を尋ねる質問項目から構成されていた。

採点の際に、パート1では“自分”“家族”“医師”の三者の割合のうち、“自分”の割合を意思決定度とした。パート2では意思決定度が高いほど高得点になるように、各項目の回答を5段階評価から100点満点に換算した。手続き

上記の自記式調査用紙を使用し、調査員による訪問留置調査を行った。本人が直接記入できない場合には口頭で回答し、同居家族などが記入した。調査時期は1995年10月であった。

## 結果

意思決定に関する各項目の平均値と疾病ケースによる差

意思決定に関するパート1とパート2の19項目の平均値と標準偏差をTable 2に示す。各

Table 1  
被調査者の年齢と性別の内訳(人)

年齢	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-	計
男性	93	183	224	343	350	269	93	17	4	1576
女性	98	235	282	328	272	222	78	17	2	1534
計	191	418	506	671	622	491	171	34	6	3110

Table 2  
意思決定各項目の平均値と標準偏差

ケース	1.高血圧			2.脳卒中		
項目	a.検査	b.生活スタイル	c.治療スタイル	a.検査	b.治療法	c.生活スタイル
平均値	27.1	43.2	39.0	16.9	25.8	39.9
標準偏差	28.0	28.1	26.6	22.0	23.4	31.7

  

ケース	3.マヒ			4.早期がん		
項目	a.リハビリ	b.治療スタイル	c.延命治療	a.検査	b.治療法	c.生活スタイル
平均値	36.0	33.7	35.4	32.5	29.4	40.3
標準偏差	28.2	25.2	36.3	29.5	25.5	27.7

  

ケース	5.末期がん			一般質問			
項目	a.治療法	b.治療スタイル	c.延命治療	a	b	c	d
平均値	36.3	37.3	37.6	25.8	37.1	36.3	25.2
標準偏差	29.9	29.5	38.0	24.4	25.2	28.7	24.3

項目の平均値は16.9点～43.2点の範囲であり、全体の平均値は33.4点であった。“検査（CT、血圧など）”や“治療法（とくに手術の有無）”に関する項目は比較的平均値が低く、“生活スタイル（今まで通り仕事や家事を続けるか）”や“治療スタイル（入院か通院か）”“延命治療”に関する項目は比較的高い傾向が見られた。

各疾病ケースにおいて類似し

た内容の質問項目（検査、生活スタイル、治療スタイル、治療法、延命治療）の平均値について、それぞれ疾病ケース間で対応のあるt検定を行った。その結果、生活スタイルにおける高血圧と末期がん間以外の、すべてのケース間において有意差が認められた（Table 3）。いずれの内容も脳卒中のケースが最も低得点であった。

意思決定項目の因子構造と項目の選択

意思決定に関するパート1とパート2の計19項目を因子分析（主成分分析、プロマックス回転）した結果、3因子が抽出された（Table 4）。第1因子は“高血圧”“脳卒中”“早期がん”の各3項目と“マヒ”の2項目から成り、早急に死と直面するのではない状態の意思決定を問う項目であった。第2因子は“末期がん”3項目と“マヒ”の“延命治療”に関する1項目から構成され、死を想定した状況の意思決定を問う項目であった。第3因

Table 3  
内容別疾病ケース間の平均値の比較結果

[検査]							
早期がん (32.5)	***	[8.71]	***	[30.26]	[生活スタイル]		
高血圧 (27.1)					高血圧 (43.2)	***	
脳卒中 (16.9)					早期がん (40.3)	***	[5.35]
					脳卒中 (39.9)	***	[5.13]
[治療スタイル]					[治療法]		
末期がん (37.3)	***	[7.19]	***	[20.10]	高血圧 (39.0)	***	
マヒ (33.7)					末期がん (36.3)	***	[4.56]
					早期がん (29.4)	***	[13.43]
					脳卒中 (25.8)	***	[8.92]
						***	[18.56]
						***	[27.24]

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

（疾病ケース右の（）内は平均値）  
（\*\*\*, \*\*下の[]内はt値）

Table 4  
意思決定項目の因子分析（主成分分析、プロマックス回転）結果

項目	Factor 1	Factor 2	Factor 3	共通性
脳卒中 a検査	.788			.501
高血圧 a検査	.779			.454
高血圧 b生活スタイル	.714			.407
高血圧 c治療法	.711			.458
脳卒中 b治療法	.663			.537
早期がんa検査	.652			.469
早期がんb治療法	.630			.594
マヒ aリハビリ	.621			.511
マヒ b治療スタイル	.601			.545
早期がんc生活スタイル	.541			.490
脳卒中 c生活スタイル	.421			.370
末期がんc延命治療		.988		.764
マヒ c延命治療		.922		.677
末期がんb治療スタイル		.663		.626
末期がんc治療法		.653		.626
一般質問a			.846	.702
一般質問b			.833	.681
一般質問d			.807	.667
一般質問c			.705	.408
固有値	6.60	2.33	1.56	
寄与率(%)	34.76	12.24	8.12	
$\alpha$ 値	.87	.83	.78	

子は“一般質問”4項目から成っていた。そこで各疾病ケースと項目数をそろえるため、“一般質問”では因子負荷量の高い3項目を選択した。

次に“ 高血圧 ” “ 脳卒中 ” “ マヒ ” “ 早期がん ” “ 末期がん ” の各疾病ケースの特徴を1つの指標に表わすために、疾病ケースごとの信頼性係数を算出したところ、高血圧 = .72, 脳卒中 = .70, マヒ = .65, 早期がん = .78, 末期がん = .79という値が得られた。マヒのケースの値は十分であるとは言えないが、全体的には一定の内的整合性が確認されたため、本研究では各疾病ケースの3項目の平均値をその代表値とした。また“ 一般質問 ” においても同数の3項目が選択されているため、その3項目の信頼性係数を算出したところ、 = .82という高い値が得られた。そこで各疾病ケースと同様に3項目の平均値を代表値とした。これらの結果から、以下の分析では“ 一般質問 ” 1項目を削除した18項目を使用した。

意思決定度の年齢差・性差

まず年齢を10, 20, 30, 40, 50, 60, 70歳代以上の7群に群分けした。そして年齢群と性別を独立変数、各ケースおよび一般質問の平均値を従属変数とする2要因分散分析を行った。

いずれの変数においても両者の交互作用は認められなかったため、各要因の主効果を検討した。その結果、性別の主効果が認められた変数は“ 高血圧 (F(1,3096)=5.67, p<.05)” と “ 一般質問 (F(1,3096)=11.87, p<.001)” であった。高血圧は男性の方が高く、一般質問においては女性の方が高得点であった。

またすべてのケースにおいて年齢の主効果が認められた(高血圧F(6,3096)=4.81, 脳卒中F(6,3096)=20.05, マヒF(6,3096)=21.87, 早期がんF(6,3096)=6.90, 末期がんF(6,3096)=27.02,

一般質問F(6,3096)=73.67, いずれもp<.001)。Bonferroniの多重比較の結果、“ 高血圧 ” のケースのみ30歳代が低かったが、他のケースの大部分や一般質問においては年齢が若いほど

Table 6 「脳卒中」の意思決定度年齢別多重比較結果

人数	平均	年齢	10	20	40	30	50	60
191	35.4	10歳代						
418	32.0	20歳代						
671	29.9	40歳代						
506	26.8	30歳代	***	**				
622	26.3	50歳代	***	***	*			
491	23.0	60歳代	***	***	***			
211	19.9	70歳代	***	***	***	***	**	

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

Table 7 「マヒ」の意思決定度年齢別多重比較結果

人数	平均	年齢	10	20	30	40	50	60
191	44.5	10歳代						
418	39.3	20歳代						
506	37.1	30歳代	**					
671	36.7	40歳代	***					
622	33.6	50歳代	***	**				
491	29.1	60歳代	***	***	***	***	*	
211	25.7	70歳代	***	***	***	***	***	

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

Table 8 「早期がん」の意思決定度年齢別多重比較結果

人数	平均	年齢	10	40	20	50	30	60
191	40.4	10歳代						
671	36.1	40歳代						
418	34.7	20歳代						
622	34.3	50歳代	*					
506	33.2	30歳代	**					
491	31.5	60歳代	***	*				
211	28.4	70歳代	***	***	*	*		

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

Table 9 「末期がん」の意思決定度年齢別多重比較結果

人数	平均	年齢	10	20	30	40	50	60
191	47.5	10歳代						
418	43.2	20歳代						
506	40.9	30歳代						
671	39.4	40歳代	**					
622	34.7	50歳代	***	***	**	*		
491	28.9	60歳代	***	***	***	***	**	
211	24.6	70歳代	***	***	***	***	***	

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

Table 5 「高血圧」の意思決定度年齢別多重比較結果

人数	平均	年齢	50	40	60	10	20	70
622	38.4	50歳代						
671	38.4	40歳代						
471	37.7	60歳代						
191	36.5	10歳代						
418	34.3	20歳代						
211	33.9	70歳代						
506	33.0	30歳代	***	***	*			

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

Table 10 「一般質問」の意思決定度年齢別多重比較結果

人数	平均	年齢	10	20	30	40	50	60
191	38.3	10歳代						
418	37.7	20歳代						
506	36.9	30歳代						
671	31.6	40歳代	***	***	***			
622	25.0	50歳代	***	***	***	***		
491	18.6	60歳代	***	***	***	***	***	
211	17.1	70歳代	***	***	***	***	***	

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

得点が高く、特に60歳代以降は大きく低下していた (Table 5-10)。

末期がんに関する意思決定度を説明する変数の抽出

“末期がん”に関する意思決定度を説明する変数を抽出するため、基準変数を“末期がん”の平均値, 説明変数を“高血圧”“脳卒中”“マヒ”各ケースの平均値 (計3変数), “一般質問”の平均値 (1変数), 属性 (年齢・性別・学歴・収入) (4変数) の計8変数とする重回帰分析 (ステップワイズ式, 変数の選択基準は下値の  $P_{in}=.05$ ,  $P_{out}=.10$ ) を行った。その結果, “マヒ” “一般質問” “脳卒中” “学歴” “年齢” の5変数が選択された ( $R^2=.49$ ,

Table 11  
末期がんを基準変数とした重回帰分析結果

説明変数	$\beta$	$t$	$p$
マヒ	.58	34.90	.001
一般質問	.15	9.75	.001
脳卒中	.06	3.42	.001
学歴	.04	2.83	.01
年齢	-.03	-2.18	.05

Table 11)。年齢のみが負の、他の変数は正の影響が示された。

## 考察

本研究で用いた調査用紙のケースや項目は、いずれも実際の医療現場において決定が必要とされる状況を仮定したものである。大木・福原 (1997) が同ケースに対して情報希求度を検討した際には、すべての項目が80～90点台であり、かなり多くの人々が自分の病気に対して積極的に情報開示を求めていることが示された。それと比較すると本研究ではそれほど高い意思決定度は示されなかった。すなわち、医療行為を“決定する”ということについては、必ずしも“自分1人”ではなく、専門家である医師や世話をする家族と相談の上、決定したいという傾向があるといえる。Ende et al. (1989) は288名の患者に自律性傾向質問紙 (The Autonomy Preference Index) を実施し、情報希求度はきわめて高いにもかか

わらず、意思決定度は高くないという結果を導いている。この研究は対象が入院経験のある患者という違いはあるが、本研究はこれと同様の結果を導いたといえる。

一方疾病ケースごとに意思決定度を比較すると、情報希求度とは異なる傾向が示されている。大木・福原 (1997) では末期がんに対する情報希求度は、他の疾病に比べて大きく低下していた。しかし本研究における類似した項目間の比較結果では、むしろ末期がんの方が意思決定度が高いものが多く見られた。これは治療効果が期待できない状態であるならば、今後どのような治療を受け (無処置も含む)、どのように過ごすかということ、自分で決定したいという気持ちが高まることを表わしている。また脳卒中のケースが全体的に低かったのは、項目内容でとくに医療の専門性に関わるものがあったため、医師の判断に委ねたいという意識が強く働いたものと思われる。

属性による比較では、まず2項目の性差が認められた。高血圧では男性が高く、一般質問では女性が高かった。高血圧では、“今まで通り仕事や家事を続けるか”という生活スタイルに関する項目で差が見られており、男性は仕事に対する意思決定意識が高いといえる。

また年齢差の比較では、60～70歳代以上の高齢になるほど、医療行為を自分で決定することに対して消極的になることも明らかになった。Cassileth, Zupkis, Sutton-Smith & March (1980) は、年齢が若く高学歴であるほど意思決定に積極的である、という本研究と同様の結果を導いている。年齢差が医療に対する考え方のコホートの差なのか、あるいは加齢の影響なのかは今回の調査のみからは不明であるが、個々の患者への対応を考える上で、年齢の要因はとくに考慮すべきであるといえる。

一方で性別や年齢などの属性は意思決定の志向にあまり大きな影響を与えておらず、むしろ医学的な問題の方が大きく影響を与えている (Degner, 1992; Degner & Sloan, 1992),

あるいは生命を脅かす症状であると、人々はより受動的になり、意思決定の程度が減少する (Degner, 1992 ; Beaver et al., 1996) とする研究もある。これらの研究は患者に対してなされたものであり、実際に自分が自分に対する医療行為を決定する場面に直面すると、表面化する行動は変化するのかもしれない。たとえば Jensen, Madsen, Anderson & Rose (1993) によると、自分の決定が治療に対する責任を負うことになる、と患者が強く思うようになると、医療行為への参加・選択が困難になるといわれている。人々の本質的な意思決定志向が、実際に疾病に罹患したときには変化する可能性も十分ある。したがって、今後疾病の罹患経験の有無やその病態の状況など、意思決定に影響を与える可能性のある他の要因の検討も必要であろう。

重回帰分析の結果からは、末期がんの意思決定の説明変数として、マヒと脳卒中のケース、一般質問、学歴と年齢が選択された。情報希求度においても脳卒中、マヒ、一般質問、年齢が選択されており (大木・福原, 1997)、自律性の2側面いずれにおいても、これらの変数は末期がんの説明変数となることが示された。前述のように、直接患者本人に対して意思決定の希望を尋ねても、医療スタッフに本当の意思表明がなされるとは限らない。たとえば本当はより決定に関わりたいたいにもかかわらず、患者役割意識あるいは医師の機嫌を損ねたくないという気持ちから、医師の勧めに対して全面委託を表明するということもありえる。しかし人生の最終期であるからこそ、患者の真の希望は一層尊重されなければならない。したがって、仮のケースという限界はあるものの、本研究で得られたような意思決定に対する希望の情報を前もって知ることは、スタッフが今後患者に接する時の一指針となりえよう。

森川 (1999) は、“インフォームド・コンセントはあくまでも患者の自律と自己決定に基礎を置く概念であり”... “患者が自ら決定を行った (したがって、その結果については自

らが責任を負わなければならない) と感じる”と述べている。すなわち自分の人生は自分のものであり、自分の身体に対してなされることについては、当然自分自身で決定する権利を有する。しかしそれは同時に、この決定に自己責任を負うことも意味する。患者がたとえ “先生に全てお任せします” というような表現で医師への全面委託を表明したとしても、それは患者の一選択である。したがっていかなる結果になったとしても、それは自己決定の結果なのである。しかし患者がこのように自己責任を受けとめることができるのは、従来のパターンリスティックな医師 - 患者関係の下では難しい。十分な説明による理解に基づき、自らの自由意思で同意を与えたと実感できるインフォームド・コンセントがなされて、初めて納得できるものである。仮のケースと現実では異なる可能性がある、という限界はあるものの、患者の意思決定に焦点を当てた本研究は、このような真のインフォームド・コンセントを成立させるための有効な第一歩となると位置づけられよう。

#### 引用文献

- Beaver, K., Luker, K, Owens, R., Leinster, S., Degner, L., & Sloan, J. 1996 Treatment decision-making in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer Nursing*, 19, 8-19 .
- Cassileth, B., Zupkis, R., Sutton-Smith, K., & March, V. 1980 Information and participation preference among cancer patients. *Annals of Internal Medicine*, 92, 832-836 .
- Degner, L. 1992 Patient participation in treatment decision making. *AXON*, September, 13-14 .
- Degner, L., & Sloan, J. 1992 Decision making during serious illness : what role do patients really want to play ? *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 941-950 .
- Ende, J., Kazis, L., Ash, A., & Moskowitz, M. 1989 Measuring patients' desire for autonomy. *Journal of General Internal Medicine*, 4, 23-30 .
- Jensen, A., Madsen, B., Anderson, P., & Rose, C. 1993 Information for cancer patients entering a clinical trial

- an evaluation of an information strategy. *European Journal of Cancer Supplement*, 29A, 2235-2238 .
- 森川功 1996 インフォームド・コンセントの法理の形成過程 矢頭敏也先生古稀記念刊行委員会(編) コモン・ローの機能と法典化 敬文堂 Pp. 322-323 .
- 森川功 1999 インフォームド・コンセント 保健の科学, 41(4), 255-263 .
- Ohki, M., & Fukuhara, S. 1995 The Development and validation of the Autonomy Preference Index for the Japanese subjects. *Japanese Health Psychology*, 3, 11-24 .
- 大木桃代・福原俊一 1997 日本人の医療行為に関する情報希求度の測定 健康心理学研究, 10(2), 1-10 .
- 大木桃代・福原俊一 1999 日本人の医療行為に関する自己決定度の測定 日本心理学会第63回大会発表論文集, 1084.
- Sainio, C., Lauri, S., & Eriksson, E. 2001 Cancer patients' participation in care and decision making. *Nursing Ethics*, 8, 2 .
- Waterworth, S., & Luker, K. 1989 Reluctant collaborators : do patients want to be involved in decisions concerning care ? *Journal of Advanced Nursing*, 15, 971-976 .
- (注1) 本研究の一部は日本心理学会第63回大会(1999)において発表された .
- (注2) 本調査用紙においては“ガン”とカタカナ表記を用いていたが、その後の調査および発表においてはすべて“がん”とひらがな表記に変更したため、本論文においては付録の調査用紙を除いてひらがな表記とした .
- 謝辞 本研究の実施に際して多大なるご尽力を賜りました福原俊一先生(京都大学医学研究科)に深謝致します .

#### 要旨

本研究はさまざまな疾病に自分が罹患したという仮定の下で、医療行為に対する意思決定度を検討することを第一の目的とした。さらに末期がんに対する意思決定の程度を、“がん”という言葉を用いずに測定するための説明変数を検討することを第二の目的とした。

被調査者は日本全国から抽出した3110名であった。調査用紙は5つの仮定の疾病ケースと、医療行為に対する一般的な意思決定を尋ねる19項目から成っていた。

その結果、情報希求度とは異なり、意思決定度は全体的にあまり高くなかった。また末期がんにおける意思決定度は、他のケースより高いものもあった。因子分析の結果、3因子が抽出され、それを基に19項目中18項目を採択した。すべてのケースと一般質問において年齢差がみられ、年齢が若いほど意思決定度は高かった。重回帰分析の結果、末期がんの説明変数として、マヒ、一般質問、脳卒中、学歴、年齢の5変数が選択された。



日本人の医療行為に対する意思決定度の測定

付録：意思決定度質問項目

1. これから、かりにあなたが病気になったとしたら、どのように考え、行動するかについておたずねします。症例は全部で4つありますので、それぞれについてお答え下さい。

症例1：定期検診を受けたところ、血圧が異常で上が170で下が100でした。医師からあなたにはまだ説明されていませんが、実はあなたは「本態性高血圧」と診断されています。

その場合、次のことは誰が決めた方がよいですか？ 「あなた」「家族」「医師」の意見を、どれくらいずつ取り入れるか、全部で100点になるように、下記の記入例をみて、それぞれの点数を書いて下さい。

	あなたの意見	家族の意見	医師の意見	合計
a いつ、次の血圧を計るのがよいか				100点
b 今まで通り、仕事や家事を続けるかどうか				100点
c 薬を使う治療と、薬を使わないで食事や運動などによる治療法の、どちらを選択するか				100点

記入例	タバコを控える方がよいか	80	10	10	100点
-----	--------------	----	----	----	------

症例2：食事をしていたら、突然右手と右足がしびれ、力が入らなくなりました。あなたは救急車で病院へ運ばれ、医師の診察・検査の結果、緊急入院することになりました。医師からあなたにはまだ説明されていませんが、実はあなたは「脳卒中」と診断されています。

その場合、次のことは誰が決めた方がよいですか？全部で100点になるように、それぞれの点数を書いて下さい。

	あなたの意見	家族の意見	医師の意見	合計
a どの位の間隔でCT（脳のレントゲン検査）をとるか				100点
b 手術をするか、薬で治療するかどうか				100点
c 家族以外の人との面会を許可するかどうか				100点

症例3：その後2、3ヶ月たって、あなたの右半身のマヒはそのまま、歩くのがむずかしいため入院しています。

その場合、次のことは誰が決めた方がよいですか？全部で100点になるように、それぞれの点数を書いて下さい。

	あなたの意見	家族の意見	医師の意見	合計
a リハビリをするかどうか				100点
b 入院で治療するか、通院で治療するか				100点
c 病状が悪化して意識がなくなった時に、積極的な延命治療*をするかどうか				100点

※『延命治療』とは、心臓や呼吸が停止したとき、心臓マッサージや人工呼吸をすること、人工呼吸器につなぐこと、人工的に栄養を与えることなどを言います。

症例4：定期検診で胃に異常があると言われました。医師からあなたにはまだ説明されていませんが、実はあなたは「早期ガン」と診断されていて、治る可能性は十分にあります。

その場合、次のことは誰が決めた方がよいですか？ 全部で100点になるように、それぞれの点数を書いて下さい。

	あなたの意見	家族の意見	医師の意見	合計
a 再検査をするかどうか.....				100点
b 手術をするか、薬で治療するかどうか.....				100点
c 今まで通り仕事や家事を続けるかどうか.....				100点

症例5：定期検診で胃に異常があると言われました。医師からあなたにはまだ説明されていませんが、実はあなたは「末期ガン」と診断されていて、寿命はあと半年ほどです。現在の医学では治る可能性はありません。

その場合、次のことは誰が決めた方がよいですか？全部で100点になるように、それぞれの点数を書いて下さい。

	あなたの意見	家族の意見	医師の意見	合計
a どのような治療法（治療を受けないことも含む）を選ぶか.....				100点
b 入院で治療するか、通院で治療するか.....				100点
c 病状が悪化して意識がなくなった時に、積極的な延命治療 <sup>※</sup> をするかどうか.....				100点

※『延命治療』とは、心臓や呼吸が停止したとき、心臓マッサージや人工呼吸をすること、人工呼吸器につなぐこと、人工的に栄養を与えることなどを言います。

2. 医療と健康の問題についてお伺いします。

問 医師からあなたの病状について十分な説明がなされ、よく理解したとしたら、あなたはaからdまでの考え方について、賛成ですか、反対ですか？ それぞれ一番よくあてはまる番号に1つずつ○をつけて下さい。

(それぞれ○は1つ)

	全くその通り	ほぼあてはまる	言えない	どちらとも	ほとんどあてはまらない	全くあてはまらない
a 医療に関する重要な決定は、あなたではなく医師がした方がよい.....	1	2	3	4	5	
b たとえ医師の助言に同意できなくても、それに従う方がよい.....	1	2	3	4	5	
c 入院したら、あなたは自分では治療方針を決めない方がよい.....	1	2	3	4	5	
d もし病気になったとしたら、状態が悪ければ悪いほど、あなたは医師の決定にもっと従うようにした方がよい.....	1	2	3	4	5	