

## 治療関係としてのインフォームド・コンセント —医療情報の提供のあり方に関する一検討—

中島一憲\* 大芦 治\*\* 山崎久美子\*\*\*

### Informed consent as therapeutic relationships

#### —A study on the way of medical information service—

Kazunori Nakajima, M.D., Department of Neuropsychiatry, Sanraku Hospital, Tokyo Japan

Osamu Oashi, M.A., College of Liberal Arts and Sciences, Kurashiki University of Science and the Arts, Okayama Japan

Kumiko Yamazaki, Ph.D., Section of Psychology Research, College of Liberal Arts and Sciences, Tokyo Medical and Dental University, Tokyo Japan

#### Abstract

The purpose of this research was to investigate the relationship between medical information service in practice and patients' attitudes to the medical treatment.

Questionnaires following a method of experimental social psychology were handed out to healthy students. The relationships between two factors of medical information service by a physician, that was the amount of information and the manner of treatment, and parameters of emotional aspects and decision-making constructing patients' attitude to the treatment were examined. The style of patients' recognition was determined with Health Locus of Control Scale.

The parameters of emotional aspects made higher scores in situations with a higher amount of information or better manner of treatment by the physician. Voluntary decision-making was influenced by the manner of treatment rather than by the amount of information, while the result concerning leaving decision-making to the physician was the reverse.

There was no difference between the high score group and the low score group

\* 東京都教職員互助会三楽病院精神神経科 \*\* 倉敷芸術科学大学教養学部 \*\*\* 東京医科歯科大学教養部心理学

of the “internal” factor or “professional” one in the parameters of emotional aspects. On the contrary, the parameters of decision-making made a difference between the two groups of the “professional” factor.

These findings suggest that both more information and a better manner of treatment are necessary to medical practice in future, which may favorably influence patients’ emotional aspects and promote voluntary decision-making. Furthermore the results imply that informed consent as therapeutic relationships requires medical practice according to patients’ style of recognition.

#### キーワード

治療関係 therapeutic relationships

情報量 amount of information

診療態度 manner of medical treatment

情緒的側面 emotional aspects

意思決定 decision-making

## I はじめに

近年わが国においても、インフォームド・コンセントという言葉が社会一般に広く知られてきている。現状はその法的あるいは手続き論的な側面が強調されることが多く、本来の臨床的意義はいまだ十分認識されているとはいえない。しかもその重要性と問題点は医療者の視点から議論されることが大半であり、医療サービスを受ける側である患者の視点からの検討は十分に行われていない。本来、インフォームド・コンセントは治療関係についての倫理的概念であり<sup>1,6)</sup>、患者と医療者の対話を通して共同の意思決定を行い、患者自身が医療に主体的に参加するという意義を有する<sup>7,8)</sup>。したがってインフォームド・コンセントをより望ましい医療の実現に役立てるためには、「治療関係のあり方」に関する患者の立場を踏まえた検討をわが国の現状に即して行っていく必要がある。本研究は、こうした取組みの1つとして、診療場面における医療情報の提供のあり方と患者側の診療に対する態度との関連性を検討し、それをモデル化

することを目的としたものである。

実際の医療現場において、医療情報の提供のあり方を規定する要因は様々である。しかしこれを患者と医療者の治療関係に沿って患者側の視点からとらえるとすれば、2つの要因、すなわち「情報量」と「診療態度」に大別されよう。したがって情報量が多く説明が詳しいか否かにより、あるいは診療態度が保護的・支持的であるか否かによって、それぞれ患者側の診療に対する態度がどのように変容するのかを検討する必要がある。一方、診療に対する患者の態度は情緒的側面と意思決定から成り立つ。情緒的側面は、受診の意欲、診療に対する満足感、病気についての不安や悩みからの解放感などから構成されるものといえる。また意思決定の内容には医師の提案する治療方法に対しての同意または拒否といった直接的な判断だけでなく、実際には医師に決定をゆだねる、他の医師や家族に相談するといった求助行動も含まれる。

以上の要請を考慮に入れて、本研究では医療情報の提供のあり方を規定する2つの要因と情緒的側面および意思決定の内容との関係を実験的に調べることを目的とした。ところで実際に受診中の患者に対する検討となると、現罹病疾患の多種性や様々な受診状況などさらに研究結果にバイアスを与える諸要因が混入してくる可能性が高い。したがって今回は、健常者に対して操作的に仮想場面を設定した実験デザインを用いるという実験社会心理学的な方法を採用了。

一方、患者の病気対処行動を議論する際には、健康・疾病に対する患者の認識体系をとらえておくことが重要である。たとえば、患者コンプライアンスに関して、Podell<sup>9)</sup>は、医師が患者の6つの認識に沿って、コンプライアンス志向の病歴や患者歴を調べて評価することを推奨している。また Jenkins<sup>4)</sup>は、診断の過程で、患者の Health Belief Model の各要素に注意を払うことによって、治療上あるいは患者教育上、医師がどのような点に態度変容の力点をおけばよいかがわかるとしている。このように、患者の病気対処行動に注目する際、患者側の信念体系を医療者が把握していることが不可欠といえよう。すなわち、患者が何を求めているか、患者が健康や疾病についてどのように考えているの

かといった観点を含めて患者の全体像をとらえることの意義が強調されているのである。したがって本研究においても、このような患者の認知のスタイルと情緒的側面および意思決定との関連性を検討した。

## II 方 法

### 1. 対象と質問紙の作成

健康な一般大学生を対象とした。質問紙は4種類として場面設定法により独自に作成し、それらを対象者にいっせいに配布して、患者の立場としての回答を求めた。すなわち具体的には、回答者自身が腎臓病という一身体疾患を発症し、医療機関の受診を通して検査や治療を受けていくという診療場面を設定した。場面設定に際しては、医療情報の量について2種類、診療態度の質について2種類、これを組み合わせて合計4種類の場面設定を行った(図1)。つまり、通常の診療からみて医療情報の説明が詳しいかどうか、すなわち情報量が多いか少ないかについて二分し、診療態度が保護的・支持的であるか否かにより便宜的に「よい」「わるい」に二分設定した。たとえばていねいな思いやりのある口調を「よい」、そっけない事務的な口調を「わるい」といった具合である。このような文章表現については、本調査に先立って行った自由記述式の予備調査において、実際に回答者のあげた用語を盛り込むようにした。そして表1a～d

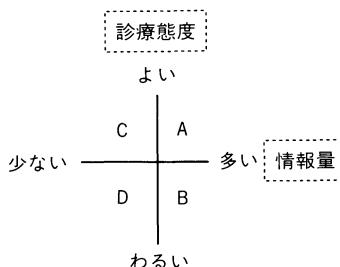


図1 質問紙の場面設定（AからDまで計4種類）

のように、「情報量が多く、診療態度がよい」という診療場面を質問紙A、「情報量が多く、質問態度がわるい」という診療場面を質問紙Bといった具合にして、AからDまでの4種類の質問紙のいずれかを対象者に無作為に配布した。

表1a 質問紙A（多い情報量・よい診療態度）

以下の文章は、仮にあなたが病気になった場合を想定したものです。この文章を読んで、質問にお答えください。

最近わたしは体調がわるくなってきました。どうも食欲がない、体が何となくだるくて腰のあたりが重い、足がむくみやすいなどの症状がみられ始めたのです。そこでわたしは自宅から近いA病院の内科を受診しました。あいにく他の患者さんも大勢待っていたためA医師は大変忙しそうにしていましたが、わたしが自覚症状を話すと真剣に聴いてくれ、やさしい口調で、「肝臓や腎臓の障害も考えられるため、血液と尿の検査をしたほうがいいですね。結果は来週お話ししましょう」と告げました。説明を受けて一応理解できましたので、言われたとおりに検査を受けました。翌週受診したところ、「腎臓の検査をしたほうがいいと思いますよ」と言われ、その必要性や検査方法、少し苦痛を伴うことなどをていねいに説明されました。言われたとおり、実際に痛い検査だったのでうんざりしていました。後日A医師は、「腎臓病にかかりていますね。薬をお出ししますから飲んでみましょう。栄養もよくとってくださいね」と、どういう病気であるのか、薬の効果と副作用、具体的な食事内容、生活上の注意点などについて詳しく指導してくれました。意味がわからないところもあったため質問しましたが、それにもていねいに答えてくれ、思いやりのある態度で、「大丈夫ですよ。安心してわたしに任せてくださいね。また何か質問があったら遠慮なくおっしゃってくださいね」と言われたので、A医師に任せることにしました。

治療を開始してからは体調はいく分よくなっていましたが、次第に気分が不安定となり、何かにつけていらだちやすくなりました。A医師にこのことを話したところ、「精神症状に対しては専門的な治療を受けるのがいいと思いますよ。より適切な精神安定剤の処方を受けることもできますから。少し抵抗があるかもしれません、よい先生を紹介しましょうか」と言われ、同じ病院内の精神科を紹介されました。

その後わたしは精神科を受診しました。一時は気分も安定してきましたが、2か月たっても完全にはすっきりとしませんでした。そこでA医師を受診した際にそのことを話したところ、「それはおそらく腎臓病の薬の副作用かもしれませんね。判断に迷われるかもしれません、薬をやめてみましょうか?」と尋ねられ、薬を継続した場合に予想される病状経過、他の治療法に変更した場合の利益と不利益などについてていねいに詳しい説明を受けました。

この際、回答者に対して各質問紙の分類が知らされないように配慮した。

実験の結果、有効とされた対象者は、A群61名、B群56名、C群56名、D群49名、合計222名（平均年齢18.9歳、男性120名、女性102名）であり、いずれの群も実験社会心理学的な解析を行うには十分な数を確保することができた。

表1b 質問紙B（多い情報量・わるい診療態度）

以下の文章は、仮にあなたが病気になった場合を想定したものです。この文章を読んで、質問にお答えください。

最近わたしは体調がわるくなってきました。どうも食欲がない、体が何となくだるくて腰のあたりが重い、足がむくみやすいなどの症状がみられ始めたのです。そこでわたしは自宅から近いA病院の内科を受診しました。ところがあいにく他の患者さんも大勢待っていたためA医師は大変忙しそうにしており、わたしが自覚症状を話しても真剣に聴こうとせず、事務的な口調で、「肝臓や腎臓の障害も考えられるため、血液と尿の検査をする必要がある。結果は来週お話しします」と告げました。説明を受けて一応理解できましたし、わかりもしないのに忙しい時にくどくと聞くなと言わんばかりの雰囲気だったため、言われたとおりに検査を受けました。翌週受診したところ、「腎臓の検査をやります」と言われ、その必要性や検査方法、少し苦痛を伴うことなどを説明されました。言われたとおり、実際に痛い検査だったのでうんざりしてしまいました。後日、A医師は、「腎臓病にかかっている。薬や栄養については……」と、どういう病気であるのか、薬の効果と副作用、具体的な食事内容、生活上の注意点などについて詳しく指導してくれました。意味がわからないところもあったため質問しましたが、それにも事務的に説明され、「あまり気にしないほうがいい。質問があれば答えますが」としか言われませんでした。そっけない態度で多少不安になりましたが、十分な説明は受けましたのでそれ以上質問しませんでした。

治療を開始してからは体調はいく分よくなっていましたが、次第に気分が不安定となり、何かにつけていらだちやすくなりました。A医師にこのことを話したところ、「精神症状に対しては専門的な治療を受ける必要がある。より適切な精神安定剤の処方を受けることもできる。精神科を受診しなさい」とあっさりと言われ、同じ病院内の精神科を紹介されました。

その後わたしは精神科を受診しました。一時は気分も安定してきましたが、2か月たっても完全にはすっきりとしませんでした。そこでA医師を受診した際にそのことを話したところ、「腎臓病の薬の副作用かもしれない。薬をやめますか？」と淡々と問われ、薬を継続した場合に予想される病状経過、他の治療法に変更した場合の利益と不利益などについて詳しい説明を受けました。

## 2. 質問内容

まず4群の分類の妥当性を確認しておくために、情報量と診療態度という2要因に対する評価を求めた。すなわち回答者が各質問紙を読んだあとに、「治療の説明は十分であったかどうか」と「患者への接し方は十分であったかどうか」についてそれぞれ0から100点までの点数評価を行うことを求めた。次に情緒的

表1c 質問紙C（少ない情報量・よい診療態度）

以下の文章は、仮にあなたが病気になった場合を想定したものです。この文章を読んで、質問にお答えください。

最近わたしは体調がわるくなってきました。どうも食欲がない、体が何となくだるくて腰のあたりが重い、足がむくみやすいなどの症状がみられ始めたのです。そこでわたしは自宅から近いA病院の内科を受診しました。あいにく他の患者さんも大勢待っていたためA医師は大変忙しそうにしていましたが、わたしが自覚症状を話すと真剣に聴いてくれ、やさしい口調で、「検査したほうがいいですね。結果は来週お話ししましょう」とだけ告げました。なぜ検査をするのか質問したかったのですが、A医師が忙しそうだったのでやめて、言われたとおりに検査を受けました。翌週受診したところ、「腎臓の検査をしたほうがいいと思います」と言われました。どういうことなのかよくわからず、また苦痛を伴う検査だったのでうんざりてしまいました。後日、A医師は、「腎臓病にかかっていますね。薬をお出ししますから飲んでみましょう。栄養もよくとってくださいね」とやさしく指示してくれました。どういう薬なのか質問ましたが、思いやりのある態度で、「大丈夫ですよ。安心してください。わたしに任せてくださいね」と言われたので、A医師に任せることにしました。

治療を開始してからは体調はいく分よくなっていましたが、次第に気分が不安定となり、何かにつけていらだちやすくなりました。A医師にこのことを話したところ、「精神科を受診したほうがいいと思います。少し抵抗があるかもしれません、よい先生を紹介しますよ」と言われ、同じ病院内の精神科を紹介されました。

その後わたしは精神科を受診しました。一時は気分も安定してきましたが、2か月たっても完全にはすっきりとしませんでした。そこでA医師を受診した際にそのことを話したところ、「それはおそらく腎臓病の薬の副作用かもしれませんね。判断に迷われるかもしれません、薬をやめてみましょうか?」といいねいな口調で問われました。

側面の各指標、すなわち受診意欲の程度、診療に対する満足度、病気についての悩みからの解放度という3指標に対する評価を求めた。これはたとえば、「治療を受ける意欲」についてであれば、「十分もつことができた」から「まったくもてなかつた」までとするなど4件法で回答を求めた。さらに「薬をやめるかどうか」という意思決定の内容について7項目をその指標として設定し、いずれか1項目の選択を求めた。すなわち、「A医師に、薬を続けることを申し出る」、「A医師に、薬をやめることを申し出る」、「A医師に、さらに説明を求める」、

表1d 質問紙D（少ない情報量・わるい診療態度）

以下の文章は、仮にあなたが病気になった場合を想定したものです。この文章を読んで、質問にお答えください。

最近わたしは体調がわるくなってきました。どうも食欲がない、体が何となくだるくて腰のあたりが重い、足がむくみやすいなどの症状がみられ始めたのです。そこでわたしは自宅から近いA病院の内科を受診しました。ところがあいにく他の患者さんも大勢待っていたためA医師は大変忙しそうにしており、わたしが自覚症状を話しても真剣に聴こうとせず、事務的な口調で、「検査します。結果は来週お話ししましょう」とだけ告げました。なぜ検査をするのか質問したかったのですが、わかりもしないのに忙しい時にくどくと聞くなと言わんばかりの雰囲気だったので、言われたとおりに検査を受けました。翌週受診したところ、「腎臓の検査をやります」と言されました。どういうことなのかよくわからず不安になり、また苦痛を伴う検査だったのでうんざりしてしまいました。ところがA医師は、「腎臓病にかかっている。薬を出すから飲みなさい。栄養もよくとりなさい」とだけ指示しました。どういう薬なのか質問しましたが、言葉をさえぎるように、「あまり気にしないほうがいい。病気のことは医者に任せなさい」としか言われませんでした。とても不安になりましたが、さりとてこれ以上質問するわけにもいきませんでした。

治療を開始してからは体調はいく分よくなっていましたが、次第に気分が不安定となり、何かにつけていらだちやすくなりました。A医師にこのことを話したところ、「精神科を受診しなさい」と言われ、同じ病院内の精神科を紹介されました。

その後わたしは精神科を受診しました。一時は気分も安定してきましたが、2か月たっても完全にはすっきりとしませんでした。そこでA医師を受診した際にそのことを話したところ、「腎臓病の薬の副作用かもしれない。薬をやめますか」とだけあっさりと言われました。

「何も言わないでだまっている」、「A医師に決定してもらう」、「他の医師に相談する」、「家族や信頼できる知人に意見を聞く」およびその他の項目とした。7項目の設定に際しては、選択項目の偏りをできるだけ避けるために、合理的な医学的判断からみて明らかな正解がないように、またいざれも誤りと断定できるものがないように配慮した。

### 3. 認知のスタイルの調査

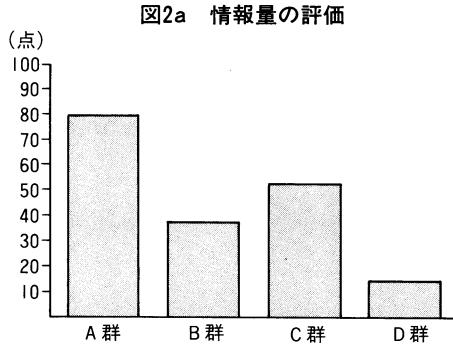
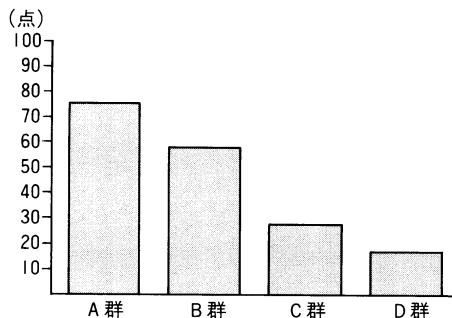
情緒的側面や意思決定の内容に対する影響が想定される回答者の認知のスタイルを調査した。人の行動に影響を及ぼす認知のスタイルを尋ねる尺度としては、Rotter<sup>11)</sup>の Locus of Control Scale が知られている。これは個人がその行動を統制する主体の所在をどこに求めるかを問題にしている。さらにその応用として、Wallston ら<sup>14)</sup>は、人の健康一般に対する帰属傾向を評定するために、Health Locus of Control Scale を開発し、その後改訂版である Multidimensional Locus of Control Scales を発表した<sup>15)</sup>。堀毛<sup>2)</sup>の日本版 Health Locus of Control 尺度は、未解決な基本的問題や日本文化を考慮したうえで作成されたものであり、Internal, Professional, Family, Chance, Supernatural の 5 因子を含んでいる。この尺度については、堀毛の指摘にあるように、健康や疾病に関する人々の信念体系は、Internal, Professional, Chance といった簡単な分類にのらないような複雑な帰属態度（病因論）をもつことが推測されるという今後の検討課題が残されている。しかし本研究では、診療場面における医療情報の提供のあり方と情緒的側面や意思決定との関係を検討することを目的としたため、Internal と Professional という 2 因子と情緒的側面および意思決定の各指標との関連性を調べた。すなわち、Internal(例：病気がよくなるかどうかは、自分の努力次第である、以下 I と略す)、Professional(病気がどのくらいよくなるかは、医者の腕次第である、以下 P と略す) の 2 因子を扱うこととした。2 因子 10 項目に対して「非常にそう思う」から「まったくそう思わない」まで 6 件法で回答を求めた。2 因子ごとの得点を算出し、高得点群と低得点群に区分して各指標との関係を検討した。

### III 結 果

#### 1. 情報量と診療態度の評価

まず情報量について、各回答者ごとの評価点を集計し、4群それぞれの平均値を算出した。結果は、図2aに示すように、A, B, C, Dの各群の順に高い評価点であった。しかし統計的にみると、A群とB群はそれぞれC群、D群と1%水準で有意な差を認め、A群とB群およびC群とD群との間にはいずれも有意差を認めなかった。すなわち、情報量についての分類は妥当であったことが確認できた。

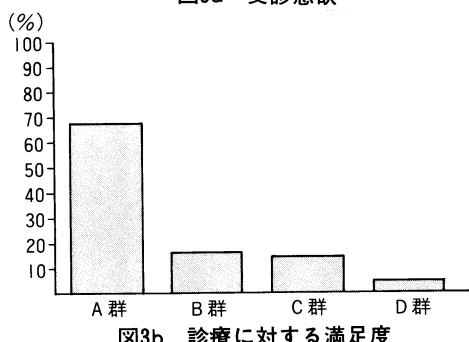
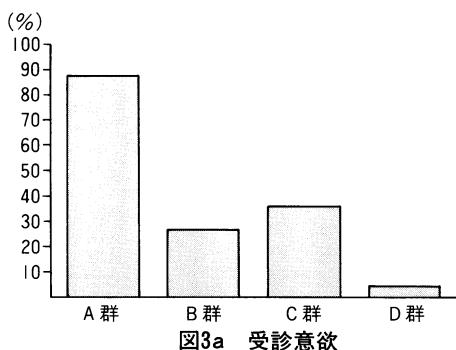
同様に、診療態度についても各群の平均値を算出した。図2bのように、A, C, B, Dの各群の順に高い評価点であった。統計的には、A群とC群はそれ



ぞれB群, D群と5%水準で有意な差を認め, A群とC群およびB群とD群との間にはいずれも有意差を認めなかった。したがって診療態度についての分類は妥当であったことが確認できた。以上2つの結果から, われわれが操作的に設定した場面は, 情報量と診療態度という2つの要因について4群に妥当に分類されたことが確認できた。

## 2. 情緒的側面の指標

情緒的側面の3指標について, 「高い」に回答した者, すなわち肯定的な回答の占める割合を百分率で比較した。まず受診意欲については, 図3aに示すように, A群が最も高く, D群が最も低い割合であった。各群の特性の比較から, 情報量が多いあるいは診療態度がよいほうが受診意欲が高いことがわかった。またB群とC群を比較するとC群のほうが高いが, B群が情報量の多い群, C群が診療態度のよい群であることから, 診療態度のほうが情報量よりも受診意



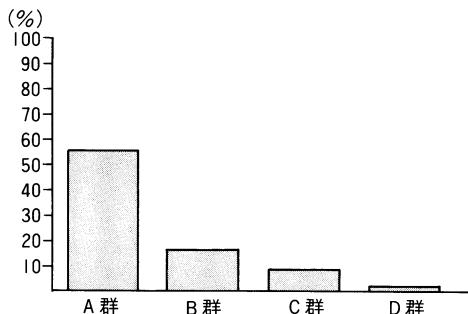


図3c 病気に対する不安、悩みからの解放度

欲に影響していることが示された。

満足度については、図3bに示すように、A群が最も高く、D群が最も低い割合であった。B群とC群ではB群のほうがわずかに高いことから、情報量のほうが診療態度よりも満足度に影響していることがわかった。

最後に解放度については、図3cのように、同様にA群が最も高く、D群が最も低い割合であった。またB群とC群ではB群のほうが高いことから、情報量のほうが診療態度よりも解放度に影響していることが示された。

なお、以上の結果はすべて統計的にも1%水準で有意であることが確認された。

### 3. 意思決定の指標

「薬をやめるかどうか」についての意思決定の指標を集計した。各群について選択された回答数を百分率に換算して比較した。結果は表2に示した。このクロス表に対して実施した統計的検定では1%水準で有意であることが示された。すなわち最も高い割合を示したのは、A群とC群では「A医師に、さらに説明を求める」という項目であり、B群とD群では「他の医師に相談する」という項目であった。これより各群の特性の比較から、診療態度のよしあしが相談を求める意思に関係しており、診療態度がよいと当該医師に説明を求める傾向があり、わるいと当該医師ではなく他の医師に相談する傾向があることがわかった。また「A医師に、薬をやめることを申し出る」という項目も同様の傾

表2 場面設定による「薬をやめるかどうか」についての意思決定 単位：人(%)

	場面設定			
	A群	B群	C群	D群
A医師に、薬を続けることを申し出る	1( 1.6)	1( 1.8)	0( 0 )	0( 0 )
A医師に、薬をやめることを申し出る	15(24.6)	7(12.5)	9(16.1)	2( 4.1)
A医師に、さらに説明を求める	24(39.3)	14(25.0)	27(48.2)	17(34.7)
何も言わないでだまっている	2( 3.3)	0( 0 )	2( 3.6)	1( 2.0)
A医師に決定してもらう	9(14.8)	7(12.5)	4( 7.1)	0( 0 )
他の医師に相談する	4( 6.6)	17(30.3)	9(16.1)	24(49.0)
家族や信頼できる知人に意見を聞く	6( 9.8)	7(12.5)	4( 7.1)	4( 8.2)
その他	0( 0 )	3( 5.4)	1( 1.8)	1( 2.0)
計	61(100.0)	56(100.0)	56(100.0)	49(100.0)

向がみられた。一方、「A医師に決定してもらう」という項目はA群とB群で比較的高く、C群とD群で低かった。すなわち、各群の特性の比較から、情報量の多少が意思決定に関して医師に任せるか否かに関係しており、情報量が多い場合は任せる傾向があり、情報量が少ない場合にはそうでないことが示された。

なお、「その他」に記述された回答内容は、他の複数の項目を組み合わせたものが大半であった。

#### 4. 各指標と認知のスタイルとの関係

情緒的側面との関係については、受診意欲、満足度、解放度いずれの指標においても、PとIという2因子ごとの高得点群と低得点群との間には明らかな差は認められなかった。

意思決定の指標との関係は、表3に示す結果であった。このうち、Pと各指標との関係においては5%水準で有意な偏りがみられたが、Iについては各指標の選択に有意な偏りは認められなかった。すなわち、「A医師に、薬をやめることを申し出る」という項目では、Pの低得点群はPの高得点群に比べて選択率が大きかった。「A医師に決定してもらう」という項目については、Pの高得点群はPの低得点群に比べて選択率が大きかった。さらに「家族や信頼できる

表3 意思決定の指標と認知のスタイルとの関係 単位：人（%）

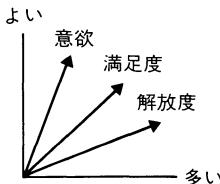
	Internal		Professional	
	低得点群	高得点群	低得点群	高得点群
A医師に、薬を続けることを申し出る	1( 1.0)	1( 0.8)	0( 0 )	2( 1.6)
A医師に、薬をやめることを申し出る	14(13.6)	19(16.0)	21(21.9)	12( 9.5)
A医師に、さらに説明を求める	35(34.0)	47(39.5)	39(40.6)	43(34.1)
何も言わないでだまっている	4( 3.9)	1( 0.8)	2( 2.1)	3( 2.4)
A医師に決定してもらう	13(12.6)	7( 5.9)	5( 5.2)	15(11.9)
他の医師に相談する	25(24.3)	29(24.4)	23(24.0)	31(24.6)
家族や信頼できる知人に意見を聞く	9( 8.7)	12(10.1)	5( 5.2)	16(12.7)
その他	2( 1.9)	3( 2.5)	1( 1.0)	4( 3.2)
計	103(100.0)	119(100.0)	96(100.0)	126(100.0)

「知人に意見を聞く」という項目では、Pの高得点群はPの低得点群に比べて選択率が大きかった。

#### IV 考 察

Tomamichel ら<sup>13)</sup>は、第1相臨床試験におけるインフォームド・コンセントの手続きについて調査研究を行い、情報量は十分満足できるものであったのに対して情報伝達の仕方が不十分であったことから、患者の不安を軽減するようなコミュニケーション技術をさらに習得する必要があると報告している。また Stoffelmayr ら<sup>12)</sup>も、医師は患者の医療参加を円滑に進めるために、単に情報提供するだけではなく、患者の情緒的反応にも留意した支持を心がける必要があると指摘している。こうした報告に示されるように、医療情報の提供のあり方、とりわけ患者の情緒的側面への配慮はインフォームド・コンセントについて議論する際に見落とせない重要な点であろう。しかしこのような先行報告では、医療情報の提供のあり方が患者側の診療に対する態度に与える影響について要因ごとの系統的な解析を行っていない。さらにこうした解析結果をモデル化することも今後の議論を深めるためには必要であると思われる。そこで、われわ

診療態度



診療態度

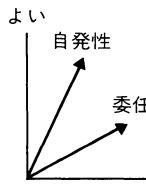


図4a 情緒的側面と2要因の関係

図4b 意思決定と2要因の関係

これは実験社会心理学的な方法を用いてこれらの要因に関する解析を行い、このようなモデル化の試みとしてその結果を図4aおよびbにシェーマとして表した。以下、本研究結果について考察したい。

最初に、われわれが操作的に設定した場面は、情報量と診療態度という医療情報の提供のあり方を規定する2つの要因について4群に妥当に分類されたことが確認できた。これは本研究結果の前提となるものであり、その妥当性を踏まえて以下の結果を考察する。

まずこの2要因と診療に対する情緒的側面の関係を検討した結果、受診意欲、満足度、解放度いずれの指標においても、情報量が多い、あるいは診療態度がよいほど高い回答が得られた。さらに受診意欲は診療態度に、満足度および解放度は情報量にそれぞれより影響されることがわかった。以上の結果から、情報量が多く診療態度がよい、つまり説明が詳しく保護的・支持的な接し方であるほど診療に対する情緒的側面が好ましくなること、そして診療態度がよいと特に受診意欲が高められること、情報量が多いと診療に対してより満足しやすく、また病気についての悩みからより解放されやすいことが示唆された。これらの結果は日常臨床での印象に一致するものであり、それを場面設定法による実験研究を通してモデル化することができたといえよう。

次に2要因と患者の意思決定の関係を調べた結果、患者自身の自発的な意思決定や説明要求は情報量よりも診療態度に影響されやすいこと、意思決定に関して医師に任せるかどうかという態度は診療態度よりも情報量に影響されやす

いことなどが明らかとなった。すなわち、診療態度がよいと意思決定しやすい、あるいはしようとする自発的な態度がみられること、診療態度がわるいと当該医師との間で意思決定を回避して治療関係そのものを放棄しやすいこと、さらには情報量が多いと意思決定を回避し、当該医師に対していわゆる「お任せ」の態度を示しやすいことがわかった。この結果から、患者の自発的な意思決定を促すためには、まず診療態度を保護的・支持的な接し方とすることが重要であり、説明を詳しくするだけではかえって自発性を損なわせる場合があることが示唆される。この点に関しては、Janis ら<sup>3)</sup>の提唱した意思決定に関する葛藤理論が参考となる。彼らは、ストレスと意思決定の質との間に曲線的な関係があるとしている。すなわちストレスが小さいと情報処理能力は十分發揮されない一方、大きすぎると反対に疑惑や不安感に圧倒されてしまい、認知の狭窄や固執により誤った情報処理へ進んでしまう。したがって中等度のストレス状況においてはじめて十分な問題解決の動機をもって質の高い意思決定がなされるというものである<sup>5)</sup>。本調査は意思決定の質に関しては検討していないが、このような葛藤理論を援用するとすれば、以上に述べた結果は、診療態度のよしあしが患者の問題解決に伴うストレスを適切なレベルに保ち、その結果として自発的な意思決定に導きうることを示唆するものといえる。こうした点からも診療態度のあり方が患者の病気対処行動に無視できない影響を与えることが理解されよう。

診療に対する患者側の態度の各指標と認知のスタイルとの関係については、まず情緒的側面との関係では、受診意欲、満足度、解放度いずれの指標においても、2因子ごとの高得点群と低得点群との間には明らかな差は認められなかった。すなわち、患者の認知のスタイルは診療に対する情緒的側面には直接の影響をもたないことが示唆される。次に意思決定の指標については、「薬をやめることを申し出る」という項目では、Pの低得点群はPの高得点群に比べて選択率が大きく、「医師に決定してもらう」および「家族や信頼できる知人に意見を聴く」という項目では、Pの高得点群はPの低得点群に比べて選択率が大きかった。これらは日常臨床からみて妥当な結果であり、患者の認知のスタイル

が診療場面における意思決定という1つの病気対処行動に影響することを示唆するものといえよう。Radfordら<sup>10)</sup>は意思決定行為と人格特性について調査研究を行っているが、それによると意思決定者としての自己評価と意思決定パターンとの間には相関関係があり、自己評価が低いと防衛的回避などの不適切な対処行動をとりやすいと報告している。本調査の結果はこれと直接関連するものではないが、情報量と診療態度という医療情報の提供のあり方を規定する要因がどのようなものであれ、患者の意思決定はその認知のスタイルにも影響されることは間違いないであろう。したがって、この点を十分考慮に入れた個々の患者についての診療のあり方が良好な治療関係の維持のために重要であることになる。これは冒頭に述べた従来の見解を支持する結果である。

なお今回の実験研究は健康な一般大学生を対象としたものであり、実際の診療における患者では、受療歴や罹病疾患の多種性、年齢あるいは知的水準などの様々な要因がその心理・病気対処行動に多少なりとも影響することは疑いえない。しかしながら本研究はその基本的構造を実証的に明らかにする意義を備えたものといってよいであろう。

## V まとめと展望

- 1) 診療場面における医療情報の提供のあり方と患者側の診療に対する態度との関連性を実験社会心理学的方法を用いて検討した。
  - 2) 受診意欲、満足度、解放度いずれの指標においても、情報量が多い、あるいは診療態度がよいほど高い回答が得られた。さらに受診意欲は診療態度に、満足度および解放度は情報量にそれぞれより影響されることがわかった。
  - 3) 患者自身の自発的な意思決定や説明要求は情報量よりも診療態度に影響されること、意思決定に関して医師に任せるかどうかという態度は診療態度よりも情報量に影響されることが明らかとなった。
  - 4) 自発的な意思決定の程度と認知のスタイルとの間に関連性がみられた。
- 最後に、以上の結論を現実の医療状況に照合してみたい。

従来、わが国では情報量は少なく、しかも診療態度は患者の情緒的側面に十分配慮しているとはいえない医療者中心型ないしは「お任せ」型の診療が主流であったといえる。一方、近年のいわゆる米国式のインフォームド・コンセントの形式的な導入だけでは、情報量を多くしつつも診療態度にはいまだ配慮がなされない診療形態をもたらすことになる。こうした診療形態は、本調査結果からみれば、患者の病気に対する不安や悩みを和らげることはできるとしても、受診意欲を高め、患者の自発的な意思決定を促すものとはいいにくい。今後、医療者が目指すべき診療のあり方は、情報量を多く、しかも診療態度にも十分配慮したものでなければならない。このような診療姿勢こそが患者の情緒的側面に好ましい影響を与え、なおかつ自発的な意思決定を促すことにもつながるのである。

さらに患者の認知のスタイルを考慮に入れた診療態度が良好な治療関係を維持するうえでもきわめて重要となってくる。ここで Radford ら<sup>10)</sup>が「国民性」の相違は社会的に受容されうる意思決定の方法の相違に反映され、わが国では意思決定を行う主たる目的が個人の葛藤を緩和するためというより集団の調和をもたらすためであると指摘した点が興味深い。このような患者側の諸要因にも配慮したインフォームド・コンセントをわが国固有の医療文化に融合させ、それをよりよい方向に深化させていくことが今後ますます重要になってくるであろう。そうでなければかえって不適切な意思決定や治療関係の歪みを招来し、場合によっては医療現場に混乱をもたらすことにもなりかねないのである。

本論文の要旨の一部は、第91・92回日本精神神経学会総会にて口頭発表した。

## 文 献

- 1) Gillett,G.R. (1989) : Informed consent and moral integrity, Journal of Medical Ethics, 15(3) : 117.
- 2) 堀毛裕子(1991) : 日本版 Health Locus of Control 尺度の作成, 健康心理学研究, 4:1.

- 3) Janis,I.L. & Mann,L. (1977) : Decision Making : A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment, Free Press.
  - 4) Jenkins,C.D. (1979) : An approach to the diagnosis and treatment of problems of health related behavior, International J Health Educ, 22 : 3.
  - 5) マーク・ラドフォード, 中根允文 (1991) 意志決定行為—比較文化的考察一, ヒューマンティワイ.
  - 6) 中島一憲 (1994) : 治療文脈におけるインフォームド・コンセント—意思決定能力の理論的分析と臨床の意義一, 精神経誌, 96(11) : 1010.
  - 7) 中島一憲(1995 a) : 精神科におけるインフォームド・コンセント, 治療, 77(8) : 44.
  - 8) 中島一憲編 (1995 b) : インフォームド・コンセント—これからの医療のあり方—現代のエスプリ, 339, 至文堂.
  - 9) Podell,R.N. (1975) : Physician's guide to compliance in hypertension, West Point, Pennsylvania, Merck & Co.
  - 10) Radford,M.H.B., Mann,L., 太田保之・中根允文 (1989) 個人の意志決定行為と人格特性 (第1報), 実験社会心理学研究, 28(2) : 115.
  - 11) Rotter,J.B. (1966) : Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, Psychological Monographs, General and Applied, 80(1) : 1.
  - 12) Stoffelmayr,B., Hoppe,R.B., & Weber,N. (1989) : Facilitating patient participation : the doctor-patient encounter, Primary Care ; Clinics in Office Practice, 16(1) : 265.
  - 13) Tomamichel,M., Sessa,C., Herzig,S., de Jong,J., Pagani,O., Willems,Y., & Cavalli,F. (1995) : Informed consent for phase I studies : evaluation of quantity and quality of information provided to patients, Annals of Oncology, 6(4) : 363.
  - 14) Wallston,B.S., Wallston,K.A., Kaplan,G.D., & Maides,S.A. (1976) : Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44 : 580.
  - 15) Wallston,K.A., Wallston,B.S., & Devellis,R. (1978) : Development of the Multidimensional Locus of Control (MHLC) Scales, Health Education Monographs, 6 : 160.
-