

## 乳がん患者の術式選択に向けた 医師の情報提供と患者の認識

佐藤冨美子\*

### Information Provision Structures of Physician Regarding Surgical Options for Breast Cancer Patients and Attitudes of Patients toward Those Structures

Fumiko Sato

School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University

To clarify the information provision structures of physician regarding surgical options for breast cancer patients and the attitudes of patients toward those structures, a study was conducted among 18 subjects using participant-observation and semi-structured interview methods. The results showed that physicians selected and provided information based on the individual circumstances of the patient around the time of their admission to the hospital.

Researchers extracted physician response attributes focused on the sharing of information with patients, such as promotes understanding, as well as response attributes focused on earning trust, such as takes my feelings into consideration, is reassuring, and honors my intentions. However, a physician's decision to recommend a surgical option to the patient before their admission was based on the patient's desire and ability to ask for that information. Also, because physicians' expressed different attitudes about surgery at the time of admission than they expressed during the patients' clinic visits, some patients felt confused or uncertain. Patients' attitudes toward physicians' structures of information provision are classified by what they deem to be appropriate, such as facilitates understanding, is reassuring, deals with me calmly, is careful, and is encouraging, and what they deem to be appropriate of the information, such as information quantity, times of information provision, quantity of communication, the attitudes of physicians, concerned by physicians, encouraging by physicians.

Also, patients did not see nurses as being people with whom they could discuss their concerns about surgery options or other worries.

Physicians provide information gradually as they gauge the patient's treatment option preferences and concerns. This suggests that there is a need for team-based support for patients.

---

\*山形大学医学部看護学科

## キーワード

乳がん患者 breast cancer patients

意思決定 decision-making

医師患者関係 physician-patient relationship

インフォームド・コンセント informed-consent

## I. はじめに

近年、わが国のがん医療は、がん告知の普及と共にインフォームド・コンセント（以下IC）に基づく患者参加型の医療が推し進められている。ICの意義は、医師と患者とが共同の意思決定を行い、患者自身が主体的に治療に取り組んでいくことにある（中島，1995）。しかし、先行研究では、医師から診療内容の説明を受けていないと回答した者が3割いたという報告（読売新聞社，2001）や、医師に治療の選択を勧められた患者が戸惑ったり、意思決定に困難さを感じている実態が報告されている（小松他，1996；佐藤，2004）。このICの現状をさらに裏づけるように、医師との円滑なコミュニケーションや納得した医療を望む患者を支援する医療コーディネーターの活動が、全国紙で報じられている（朝日新聞，2004）。わが国のICの困難さは、患者自身がどうしたいのかを判断できない人が多いことに加え、医師が患者に選択するに十分な情報を提供していない点にある（木村，2000）。また、戈木（2001）は、医師と患者との治療選択をめぐる迷いの共有が、治療決定までの過程を共有する状況をつくりあげるために不可欠な条件であるとしている。治療選択に向けた医師と患者とのICは、その双方の向き合い方をふまえた検討が重要である。

乳がんは他臓器のがんと比較して治療成績がよいために、患者への病名をはじめとする情報開示が高い頻度で行われている。そして、近年、早期乳がんの手術は、術式による再発・生存率に差がないという報告を受けて、身体侵襲が少ない乳房温存術の実施率が増加している（池田他，1999）。それに伴って医師は患者に、胸筋温存乳房切除術（以下、乳房切除術）と乳房温存術の二者択一の選択を求めるようになってきた。しかし、がんの脅威や乳房喪失の不安によって選択に迷いが生じる事例もみられ（佐藤，2004）、その援助が課題になっている。これまでの乳がん患者の術式選択に関する研究は、そのプロセス（国府他，2002 a）や選択に影響する要因（国府他，

2002b), 患者のストレス・コーピング(温井, 2001)であり, 医師の情報提供とそれを受ける患者の認識に焦点をあてた報告はみあたらない。

したがって本研究の目的は, 乳がん患者が乳房切除術または乳房温存術の一方を選択する際に, 医師がとった情報提供の体制と, その情報提供に対する患者の認識を明らかにすることである。そして, それを基に, 乳がん患者が術式を選択する際に有用な看護援助への示唆を得たいと考えた。ここで情報とは, 患者が術式を選択する際に必要とする知識とする。

## II. 研究方法

### 1. 対象者

対象施設は, 乳腺専門外科医が治療にあたるA大学病院を選択した。対象の条件は, 初めて乳がんの診断・治療を受けること, がんの既往がないこと, がんの告知から退院まで面接が可能なこと, 初回面接時に研究参加の承諾を文書で得られた者とした。

### 2. 調査期間

2000年12月から2002年5月にかけて調査を実施した。

### 3. データの収集

#### 1) 参加観察法

観察は, 外来・病棟における医療者と患者および家族の会話場面とし, 参加者(医療者・患者・家族)の表情や言動をフィールドノートに記述した。

#### 2) 面接法

面接は半構成的質問法で行った。面接は外来および入院後の手術に関するIC後の各1回と, 手術3週間前後に1回の計3回実施した。インタビューガイドは, 医療者の対応や提供された情報に関して自由に語ってもらうものであった。面接の際には対象の許可を事前にて得て, テープレコーダーを使用した。面接に要した時間は, 1回あたり45分~2時間であった。

#### 3) 診療録から得たデータ

対象の年齢, 職業, 家族構成, 診断名, 受診までの経過, 治療方針, 病状の説明内容, 退院までの経過に関するデータを基礎資料とした。

#### 4. データの分析

逐語録とフィールドノートの記述によるデータから、対象が情報提供された入院前後のICの特性を記述した。さらに対象が認識する医療者の情報提供の適切性・効果・影響の部分を抽出しコード化した。次にそれらの内容の類似性を検討し、カテゴリーに分類し名称をつけた。これらの分析過程では質的研究者のスーパービジョンを受け、信頼性と妥当性を確保した。

#### 5. 倫理的配慮

初めて面接する際に、対象者から参加の同意を文書で得た。対象への説明内容は、研究目的・方法（参加観察・面接・診療録からのデータ収集）、調査の途中でいつでも拒否でき、それによって対象者に何ら危害を与えることがないこと、得られたデータはこの研究以外に使用しないこと、対象者を特定できないようにデータを処理することとした。これらの手続きについては、A医科大学看護学部の研究倫理要綱に基づき委員会にて承認された。

### III. 結果

#### 1. 対象者の背景

対象者は18名で、年齢は28～70歳（平均48.8歳）、婚姻状況は既婚14名、未婚2名、離婚もしくは死別2名、職業は主婦7名、会社員5名、自営業5名、教師1名であった。対象が最終的に受けた術式は、乳房切除術が9名、乳房温存術が9名であり、告知から入院までは2～32日（平均14.2日）、入院から手術までは2～25日（平均9.7日）であった。対象者の背景をまとめたものを表に示す。

#### 2. 乳がん患者の術式選択に向けた医師による入院前後の情報提供体制

##### 1) 入院前の情報提供体制

乳がん患者に対する外来の情報提供者は、乳腺外来の専門医2名が担当していた。だが、専門医が手術を担当する週2日は、消化器など他の専門領域の外科医が担当することもあった。医師以外の外来スタッフは、看護師1～2名、医療事務職1名が配置されていた。医師は、初回診察時に問診と画像・細胞診検査を実施し、1週間から

表 対象者の背景

対象者	年齢	職業	婚姻・家族構成	実施術式	手術後の補助療法	告知から入院までの日数	入院から手術までの日数	備考
A	39	会社員	夫・子2人(12・10歳)・ 義父母	乳房温存術+AX	放射線療法 ホルモン療法	30	11	
B	28	教師	未婚 近くに母親・姉夫婦在住	乳房温存術+AX	放射線療法 ホルモン療法	18	6	母親が乳がんで 乳房切除術
C	46	主婦	夫・子2人(20代・県 外に在住)	乳房切除術+AX	化学療法	22	6	義母が乳がんで 乳房切除術
D	49	会社員	夫・子3人(20代2人・ 10代1人)・義父母	乳房温存術		21	8	義姉が乳がんで 乳房切除術
E	64	自営業	夫・子2人(成人・県外 に在住)・義母	乳房温存術	放射線療法	32	4	
F	70	主婦	夫・娘夫婦(県内で別居)	乳房切除術+AX		6	25	
G	53	会社員	夫・子1人(成人・県外 に在住)	乳房切除術	化学療法	21	13	
H	58	自営業	夫・子3人(成人・2人 は県内で別居)	乳房切除術		22	13	
I	53	自営業	夫・子2人(10代後半・ 県外に在住)・義母	乳房切除術+AX	化学療法	19	6	
J	51	自営業	子2人(成人)	乳房切除術+AX	他院で免疫療法	7	12	母親が乳がんで 乳房切除術 夫が肝がんで死亡
K	64	主婦	夫・長男夫婦	乳房切除術+AX	化学療法	2	8	
L	30	主婦	夫 子1人(1歳)	乳房温存術+AX	放射線療法	6	11	
M	43	主婦	子1人(15歳)・母・妹 (成人)	乳房温存術+AX	放射線療法	15	14	
N	37	会社員	夫 子1人(8歳)	乳房温存術	放射線療法	18	2	
O	41	会社員	夫・子2人(15・13歳)	乳房切除術+AX		2	6	
P	48	自営業	20代で離婚 一人暮らし	乳房温存術+AX	放射線療法 ホルモン療法	2	12	
Q	48	主婦	夫 子2人(成人)	乳房切除術+AX		11	11	
R	57	主婦	夫 子2人(成人)	乳房温存術+AX		3	7	

AX：腋窩リンパ節郭清

10日後の2回目の診察時にその結果を20～45分間で説明した。

医師が患者および同行していた家族に最初に伝えた情報は「乳がんである」であり、続いて「手術が必要である」「(温存術の場合) 補助療法が必要である」「乳がんに関する一般知識(性質・罹患率・治療の有効性・術式の種類・予測される手術後の機能障害・治癒率・術後痛の有無)」「予測される術式」「術式を自己決定すること」「検査予定と目的」「診療体制」「相談体制」などの病態・治療・医療体制に関してであった。医師は、これらの情報に加えて、患者や家族が知りたい情報をコミュニケーションの中で確認しながら提供していた。

「術式を自己決定すること」は、患者が医師に希望する術式を伝えたり、術式に関する情報を求めたりした場合に提供された。医師が術式選択を患者に勧める方法には、2通りあった。一つは“温存か切除術にするかを〇〇さんと一緒に決めていきたいと思います”というように、患者と医師との共同決定を提案したのが2事例、二つは“術式は〇〇さんの希望とがんの大ききで決めます”と患者に術式の選択に関与できると伝えたのが6例みられた。選択を勧めない事例には、入院後に担当医が説明すると伝えられた。

A大学病院乳がん専門医は患者用に病気や治療方法を解説したパンフレットを作成し、医師・看護師がIC後の患者にそのパンフレットを手渡ししていた。もし、患者がその受け取りを拒否した場合には、その意思を尊重して手渡さない方針になっていた。しかし、本調査中にそれを拒否した者はいなかった。

## 2) 入院後の情報提供体制

患者は病名告知を受けてからの時間の長短に関わらず、手術を受け入れる決意で入院してきた。入院した患者への情報提供は、外科系乳がん専門医3名を含む6名の医師が担当していた。医師に担当患者の割り振りはなく、全員が主治医であった。病棟には化学療法や放射線療法を受けている者、ターミナル期にある者など治療や健康段階が多様な10名前後の同病者が入院していた。

医師は患者のベッドサイドに最低1日2回、午前と午後に出向いていた。その際に患者に体調を確認しながら、検査や治療の予定等を説明した。また、患者から診療に関する質問があった場合には、質問を受けた医師がその場で答える体制をとっていた。

患者・家族との最終的な術式の選択・決定に向けた話し合いの場には、診療の責任者である専門医と、担当看護師各1名が出席した。その日程は医師がまず設定し、家

族の事情を確認した上で夕方約1時間が予定された。患者が既に術式を選択している場合には、その意思に添えるかどうかを説明した。しかし、患者が術式の選択を医師に委ねたり、迷いがあったり、医師が患者の意思に添えない場合には、医師の方針とその根拠を説明した。その上で、さらに患者の意思を確認した。術式以外に提供された情報は、「術式による乳がんの再発率・生存率に差がない」「術式による術後の機能障害」「手術による生活の影響」、温存療法を選択した患者に「術後に放射線療法が必要になる」などであった。これらの情報の多くは患者に既に説明されていたが、初めて聞く家族が理解できるように具体的になされた。最後に医師が手術同意書に説明内容と術式を記述し、その記述を確認した上で患者、家族、医師、看護師の順で署名した。

この手術同意書の署名に至るまでの時間は入院から平均8.1日（1～21日）、入院から手術まで9.7日（2～25日）であり、対象18名中14名が手術同意書の署名を手術前日に行った。手術前日に術式を最終決定する体制は、医師が手術日の前日に検査結果が全て揃うように日程を組み、医師の方針がその時期まで決められないことであった。

一方、看護師は、患者の術式の選択に関する迷いや不安を観察した場合に対応していた。また、手術前日の医療者と家族とのICに同席し、医師の説明事項や患者・家族の反応を記録した。しかし、患者が医師によるIC後に看護師に何かを確認するという行為は観察されなかった。

### 3. 情報提供者である医師の対応

（以下【 】：カテゴリ、〈 〉：サブカテゴリとする）

医師が情報提供する際には、患者と【情報の共有】をはかる〈理解を促す〉〈真実を伝える〉対応をした。また、情報によって受ける患者の衝撃を予測したり、不安を示したりした場合には【信頼の獲得】をはかる〈安心を保証する〉〈意思を受けとめる〉という患者の心理的・社会的な側面を考慮した態度を示した。一方で、医師の【異なる見解を伝える】は、術式を選択する患者の不安や混乱の原因になっていた。

#### 1) 【情報の共有】

〈理解を促す〉は、患者が乳がんの病態や術式について理解できるように説明する医師の対応である。具体的には、マンモグラフィーや組織検査のデータを提示しながら検査結果を説明したり、生存率や再発率などの確率のデータを引用しながら再発の

不安に答えたり、術式を図式化して説明したりしていた。

〈真実を伝える〉は、患者や家族にがんであることを正直に伝える対応である。伝え方は“やはり、乳がんと思われます”“悪い細胞でした。乳がんです”と明確に伝える方法と、“細胞診の結果、悪性です”“腫瘍の大きさや形から臨床的にはがんに近いです”と患者の衝撃を和らげる伝え方をしていた。だが、患者や家族は間接的な伝え方をされても、“がんですね”と医師に確認し、医師がそれに同意するというプロセスをとっていた。また、がんの告知に動揺する患者には、その気持ち理解できると伝えていた。

## 2) 【信頼の獲得】

〈安心を保証する〉は、医師の能力と治療の有効性を説明する対応である。具体的な対応は、チームで診療することを伝える、専門医の研究領域を説明する、乳がんの治癒率を示しながら手術の高い有効性を説明するのである。さらに、患者が希望すればセカンドオピニオンを提案する対応をしていた。

〈意思を受けとめる〉は患者が1つの術式を選択した場合に、それが最善の治療かを検討すると伝えた上で、再発の可能性や補助療法の必要性を説明する対応である。

## 3) 【異なる見解を伝える】

【異なる見解を伝える】は、複数医師が患者にそれぞれ異なる見解を伝える対応である。この対応によって混乱や不安をきたした事例がA氏、L氏の2例にみられた。

A氏は外来医師から“がんが乳頭に近いところにある。全摘した方が再発の危険性が少ない”という説明を受け、再発を避ける最良の方法が切除術と判断し選択した。しかし、入院5日目に専門医には“温存で大丈夫でしょう。手術は温存でいきます”と伝えられた。後に聞いたその時のA氏の思いは、“温存術はがんを残すことがあるわけだから、それが心配なんですけれども。それはもう、先生にお任せするしかない”というものだった。入院前は再発を避けるために切除術で、入院後は本人が密かに希望していた温存術が可能であるという医師によって異なる見解に再発の不安を強くした。最終的にA氏は、専門医の方針に従って、温存術を選択した。

同様にL氏は、入院前に“乳頭に近いがんなので切るしかありません。悪いところだけ取って、もうおしまいっていうわけにはいかない”という説明を受けた。L氏はこの説明で自分に術式を選択する余地がないことと、科学的なデータに裏づけられた医師の見解である切除術を選択することが最良の方法と判断した。しかし、手術前日の最終的なICの場で初めて医師から、術式を選択するように勧められた。L氏は医



師に“再発した人や、(がんを)残して再手術した人の話を聞くと決められない。自分は全部取ってしまっても構わないと思っている”と伝えた。L氏は外来医師の術式選択に納得して全摘術を受ける決意をしていた。そのため、温存術との二者択一の選択に迷い、決断ができなかった。最終的に医師に任せようという父親の提案で温存術を受けた。術後L氏は、“今でも決めたことに揺らいでいる。(中略)全部取るように言われた時はがんで死ぬのは嫌だし、そうしなければいけないと納得した。でもどちらでも結果が同じと聞けば誰だっておっぱいは残したいし、お任せしますとしか言えなかった”と語った。

#### 4. 医師の情報提供に対する患者の認識

(以下【 】: カテゴリー, 〈 〉: サブカテゴリーとする)

医師の情報提供に対する患者の認識は【情報提供の適切さ】であり、〈情報量〉〈情報提供の時期〉〈情報内容〉〈コミュニケーションの量〉〈医師の態度〉〈医師の気遣い〉〈医師の力づけ〉から構成されていた。これらのうち〈情報量〉〈情報提供の時期〉〈情報内容〉〈コミュニケーションの量〉には、適切さと不適切さの相反した内容が含まれていた。

外来医師に意思決定を勧められなかった事例は、希望する術式が選択に反映できると考えていなかった。そのため、自ら情報を入手する行動はみられず、その結果として患者は医師による情報に頼り、〈情報量〉〈情報提供の時期〉〈情報内容〉に不適切さを感じていた。また、患者は医師とコミュニケーションがとれない、少ないと感じていた。患者はこういった〈コミュニケーションの量〉の不適切さを、複数担当医体制で相談する医師が特定できないこと、医師と術式や病気について話し合う自信が自分がないためであると語った。〈コミュニケーションの量〉の不適切さによる患者への弊害は、氾濫する情報の真偽を医師に確かめられずに不安や苛立ちが生じることであった。

一方、患者は看護師に親近感をもち、治療等の影響で自分でできなくなった生活を助けてくれる機能が看護師にあると認識していた。しかし、患者は術式を選択に迷い、不安が生じたときに相談する対象として看護師を捉えていなかった。実際に術式の迷いを看護師に相談した患者は、一般的な情報や医師の方針を伝えられただけの経験を通し、病状や治療に関する個別的な情報提供を看護師に期待できないと認識していた。

## IV. 考察

### 1. 医師による情報提供体制と患者の認識

医師による情報提供は患者の社会的な役割や情報ニーズを確認しながら、乳がんの術式や診療体制等について具体的に説明する体制をとり、患者との【情報の共有】と【信頼の獲得】をめざすものであった。しかし、がん告知を受けた直後の患者や家族は、医師の情報を理解し受け入れる心理的な準備がなく（猪俣，2004）、まして術式に関する知識や自己決定する態度を持ち合わせている患者は少ない（佐藤，2004）。そのような時期に医師が患者に提供する情報は、その後の患者の情報解釈や術式選択に影響することが明らかになり、慎重さが求められる。

入院前後の医師が【異なる見解を伝える】によって術式選択に不安や混乱が生じた2事例はともに30歳代で、乳房喪失による形態の変化を怖れて温存術を希望していた。しかし、全摘術の適応であると外来医師の説明を受けてからは、自分の希望を伝えずに全摘術を選択した。その後の担当医による温存術の提示は、その時の選択が熟慮したものだっただけに患者に混乱を生じさせ、医師に“お任せします”と言わざるを得ない状況が作られていた。医師に術式選択を委ねざるを得なかった状況には、患者の考える時間の不足と選択を変更する困難さが影響していた。患者は様々な情報や体験を通して納得を積み重ね、段階的に術式を選択決定していく。患者に選択や意思決定を求める場合は、情報を吟味する時間的猶予が必要である。また、医師の説明に一度納得して術式を選択した患者が新たな選択肢を提示する場合には、それを吟味する十分な情報が提供されなければならないことが示唆された。本研究の対象となった施設のように外来と病棟で担当医師が異なる体制や複数の医師が担当する体制をとっている場合は、【異なる見解を伝える】場合がこりうる。患者は医師が提供する情報をもとに術式を選択していくため、各医師の連携体制をとることが大事である。望ましい体制は、患者と医師が互いの信頼関係形成の過程で術式選択に関して議論できるように、1名の医師によるICが望ましい。そして、医師は患者がどのような情報によって術式を選択したいと考えているのか確認しながら、提供する情報を慎重に選択していかなければならない。

本研究結果で注目すべき点は、医療者が情報提供を拒否する患者の意思を尊重し、患者が希望した場合に限ってパンフレットを配布していたことである。確かに情報が少なければ患者の心配度が低い（Miller, 1983）という指摘もあり、情報提供を望

まない患者の気持ちに配慮した援助も必要である。だが重要なことは、医療者が患者から情報を遠ざけて不安に陥らせない配慮をするよりも、患者がなぜ情報を拒否するのかを知り、情報に関する患者の理解を助けて不要な不安や恐怖に陥らせないように、患者と積極的に会話する場面を作ることである。また、同じパンフレットでも、患者が欲しい情報を選択できる方式のものを作成するなど、情報提供方法の検討が必要である。

入院した患者はがん告知を受けた時期と比較し、がんや手術を受け入れていた。これは時間経過とともに病名告知による衝撃から心理的安定が得られ、治療に関するコントロール権を意識し始めた時期と考えられる(保坂, 2001)。その時期に乳がん患者の専門治療病棟には多様な治療・健康段階にある同病者が入院しており、様々な体験による情報が提供された。このような医療環境で患者に求められる能力は、適切な医療情報を選択する理解力とそれに基づいて行動する判断力である(Freedman, 1974)。加えて、その能力を助ける医師との会話や議論が不可欠である。しかし、本研究対象の医師と患者間には、術式選択をめぐる議論する場面や、戈木(2001)がいう「迷いの共有」は観察されなかった。医療者には、患者が術式選択の根拠にしようとしている情報とその解釈を把握する積極的な関わりが必要である。

## 2. 医師が自己決定を勧める患者の特性

ICにおける医師と患者関係の重要なポイントは、両者が共同して意思決定していくことである(平林, 1996)。本研究において、外来医師が患者に共同決定を提案した事例は、2事例であった。その事例のうち、患者が術式を選択する上で必要な知識を持ち、自己の意思を医師に伝え、医師から共同決定を提案された者はわずか1名であった。また、医師が患者に術式選択に関与できると伝えた事例は6例であった。医師が患者に意思決定を勧めるかどうかの判断は、患者に術式の希望や選択の意思表示があるかどうか、治療に関する情報を自ら求める意思や能力があるかであった。医師が患者の反応からその能力を判断するためには、患者とのコミュニケーションに十分な時間をかけなければならない。今回の調査では、医師が一人の患者に20～45分間をかけて情報提供をしていた。それでも、外来医師が患者に向き合える時間は限られ、浅い関係性の中で重要な情報の交換が行われていた。そして、患者は自分の能力に自信がないと意思を示すことに躊躇し、医師に情報を求められない傾向にあった。医師は、患者の情報に対するニーズや意思について時間をかけて確認し、患者の反応を捉

えた意思決定の勧めが重要であろう。さらに、外来医師は患者に術式の共同決定を提案した上で、術式選択に参加する意思・能力がどの程度あるかを個別に判断していく必要がある。

### 3. 看護への提言

本研究の対象が捉えている看護師の役割は、情緒的および生活に関する支援者であり、術式選択をめぐる迷いの相談や、治療や病気に関する諸々の不安を緩和する情報提供者と認識されるまでに至っていなかった。この結果は岩崎ら（2002）の調査と一致し、ICにおける看護の課題でもある。

ICは、医療提供者である医師と、それをうける患者との関係性がクローズアップされがちである。しかし、チーム医療で患者を支えれば、患者が認識していた医師による情報の量と質、医師との関係性の不適切さを補うことが可能になるのではないだろうか。それは患者が看護師を身近な存在として捉え、医師と比較して意思の疎通がとりやすい位置にあるからであり、看護師には医師と患者との関係性を調整する役割が期待されている（Henderson & Shum, 2003 ; Fawzy, 1995）。その役割を達成するためには、看護師はもっと患者の術式選択に関する諸々の思いに関心をもち、個々の患者が求めている情報を理解することである。加えて、患者の理解や判断力、術式選択の意思を確認したうえで、ICに関わることが重要である。

## V. 結論

本研究は、乳がん患者の術式選択に対する医師の情報提供体制と患者の認識を明らかにすることを目的に参加観察、半構成的面接を行い、以下の点が明らかになった。

- ① 乳がん患者の術式選択に向けた医師のICは、患者との情報の共有と信頼の獲得をめざしたものであった。
- ② 入院前後で関わった医師による術式の見解が異なったために、混乱や不安をきたした事例がみられた。
- ③ 医師が入院前の患者に術式の選択を勧めるかどうかの判断は、患者の情報を求める態度で行う傾向にあった。
- ④ 医師の情報提供に対する患者の認識は【情報提供の適切さ】であり、〈情報量〉〈情報提供の時期〉〈情報内容〉〈コミュニケーションの量〉〈医師の態度〉〈医師の気

遣い)〈医師の力づけ)で構成されていた。そして、〈情報量)〈情報提供の時期)〈情報内容)〈コミュニケーションの量)には、適切さと不適切さの相反した内容が含まれていた。

- ⑤ 医療者の情報提供は患者の術式選択の意思や不安を確認しながら段階的に実施し、チームで患者を支えていく必要性が示唆された。

## 謝辞

本研究にご協力いただきました対象および施設の方々にご心より感謝申し上げます。

本研究は日本がん看護学会第1回国際学術集会で一部発表したものであり、平成13～15年度文部科学省科学研究費基盤(C)(2)の助成による研究の一部である。

## 引用文献

- 1) Fawzy, N. W. (1995) : A psychoeducational nursing intervention to enhance coping and affective state in newly diagnosed malignant melanoma patients. *Cancer Nursing*, 18, 427-438.
- 2) Freedman, B. A. (1974) : A moral theory of informed consent. *Hastings Cent Rep.* 5, 32.
- 3) Henderson, A. & Shum, D. (2003) : Decision-making preference towards surgical intervention in a Hong Kong Chinese population. *International Nursing Review*, 50, 95-100.
- 4) Miller, S. M. (1983) : Interacting effects of information and coping style in adaptating to gynecologic stress. *J Personal Soc Psychology*, 223-226.
- 5) 朝日新聞 (2004) : 患者と医師を橋渡し—医療コーディネーターの活動広がる。5月8日付朝刊。
- 6) 池田正・正村滋・北島正樹 (1999) : 乳がんの手術療法。からだの科学, 209, 62-65.
- 7) 猪俣克子 (2004) : 外来でがんと診断されて間もない時期にいる乳がん患者への看護介入ならびに本看護介入を促進する医療的環境。日本看護学会誌, 24 (1), 30-36.
- 8) 岩崎朗子・池田紀子・石川利江ほか (2002) : がん患者の心理的ケアに関する研究—がん告知に対する医療者・患者の認識および看護婦の役割について。長野県看

- 護大学紀要4, 85-93.
- 9) 木村利人 (2000): 自分のいのちは自分で決める—生病老死のバイオエシックス = 生命倫理. 集英社, 74.
  - 10) 国府浩子・井上智子 (2002 a): 手術療法を受ける乳がん患者の術式選択のプロセスに関する研究. 日本看護科学会誌, 22 (3), 20-28.
  - 11) 国府浩子・井上智子 (2002 b): 患者による乳房切除術か乳房温存術かの選択に影響を及ぼす要因に関する研究. 日本がん看護学会誌, 16 (2), 46-54.
  - 12) 児玉宏 (1998): 乳がんの手術 I. 乳房温存療法, 金芳堂, P.79.
  - 13) 小松浩子・小島操子・渡邊真弓ほか (1996): がん告知を受けた患者の主体的ながんととの共生を支える援助プログラムの開発に関する研究 (1) 告知に関連した患者の困難とその対処に関する分析. 死の臨床, 19 (1), 39-44.
  - 14) 戈木クレイグヒル滋子 (2001): 迷いの共有—治療決定のための医師と両親との共同作業. 日本保健医療行動科学会年報16, 152-168.
  - 15) 佐藤富美子 (2004): 乳がん患者が術式選択をめぐって心理的衝撃を受けた情報とその対処. 日本がん看護学会誌, 18 (2), 47-55.
  - 16) 中島一憲 (1995): インフォームド・コンセントとは. 現代のエスプリ, 至文堂, 9.
  - 17) 温井由美 (2001): 乳房切除術と乳房温存術を受ける患者の術前・術後のストレスコーピングとその比較. 日本がん看護学会誌, 15 (1), 17-26.
  - 18) 平林勝正 (1996): インフォームド・コンセントをめぐる法と倫理. インフォームド・コンセント—日本学術会議主催公開講演会における記録 (財団法人日本学術協力団体編), 大蔵省印刷局, 94.
  - 19) 福西隆志 (2002): 改訂第2版 乳がんカウンセリング—ここまで患者に伝えたい基礎知識. 南江堂, P.42.
  - 20) 保坂隆 (2001): ナースのためのオンコロジー. 南山堂, P.18.
  - 21) 読売新聞社 (2001): 全国世論調査 21世紀 日本人の意識, 12月29日付朝刊.