

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

「学習処方箋」を用いた病院図書室機能の活性化と

協働の医療推進に関する研究

平成20年度 総括研究報告書

研究代表者 郡司 篤晃

平成21(2009)年 3月

## 目 次

### I. 総括研究報告

「学習処方箋」を用いた病院図書室機能の活性化と

協働の医療推進に関する研究 -----1

郡司 篤晃

### II. 分担研究報告

1. 2型糖尿病における医師患者関係の評価に関する研究 ----- 4

山崎喜比古

2. 医師の説明と患者の理解の分析に関する研究 -----12

福井次矢

3. 電子医療図書館の作成・評価に関する研究 -----19

小西敏郎

4. 栄養コーチングシステムの開発に関する研究 -----23

本田佳子

5. 学習処方箋の評価に関する研究 -----57

郡司篤晃

(資料) 「学習処方箋」

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 81

IV. 研究成果の刊行物・別刷 ----- 81

研究代表者 郡司 篤晃 特定非営利活動法人医療の質に関する研究会副理事長

#### 研究要旨

2006年、河北総合病院に患者図書室を建設し、患者図書室を運営しつつ、本年度は最終年度のなるので図書室の利用状況、学習処方箋を用いた糖尿病の患者教育システムの調査研究・開発と多面的な評価を実施した。

福井次矢らは、文献レビュー研究を行い、医師は患者に対して説明をするが、患者の理解のレベルも内容も医師の想定するものとは、極めて異なっていること、患者の理解を向上させるためには、医師の協働的な態度や具体的な方法重要であることを明らかにした。

山崎喜比古らは、2型糖尿病患者における自己管理と医療者との協働の実態及び意識に関して59名のインタビュー調査を行い、患者の一層の主體的参加とそれを促す協働的パートナーシップが重要であると結論した。

河北総合病院の患者図書室の利用者は、団塊世代以降の若い世代が多く、世代による医療への態度の変化を示していた。図書室を拠点とし、学習処方箋を用いた2型糖尿病患者との協働の医療推進と評価を行った。入院患者の知識の改善には大きく寄与していたが、外来患者ではさほど顕著ではなかった。クイズ自体の評価を行い、識別力を求め、今後の継続的な改善につなげるとともに、患者のヘルスリテラシーの評価尺度となりうるということがわかった。また、患者会からボランティア1名のプロジェクトへの参加者を得て患者会の活性化に取り組んだ。

小西敏郎ら、図書室内のPCを用いた優良サイトの検索システムを構築した。本システムは、今後寄贈される病院向けに改変しつつ提供される。

本田佳子らは、携帯電話カメラでの撮影と伝送による食事の映像によるエネルギー量がどの程度の精度で行えるのか、また精度に影響する諸要因として、カメラ、ランチョンマット栄養士従事年数について実証的に検討し、多くの知見を得た。

山崎喜比古（東京大学大学院健康社会学分  
野助教授）

福井次矢（聖路加国際病院院長）

小西敏郎（NTT東日本関東病院副院長）

本田佳子（女子栄養大学教授）

#### （倫理面への配慮）

研究は各対象施設内の倫理委員会で承認を得て実施した。研究協力の依頼にあたり、研究目的、研究方法、研究への参加は強制ではなくいつでも中止が可能であること、同意しない場合も不利益を被らないこと、今後の診療に影響しないこと、個人のプライバシーの保護、研究成果の公表について書面および口頭で説明し、書面にて同意を得た。

#### A. 研究目的

患者図書室を運営しつつ、図書室の利用状況、学習処方箋を用いた糖尿病の患者教育システムの研究開発・評価を実施する。

糖尿病患者の交流会の効果を評価する。  
また、携帯電話による撮影と伝送による食事のコッキングシステムを開発・評価を行なう。

他の疾患の患者に対するリテラシー改善のためのシステムを構築し評価する。

本年度は、さらに新たに5病院に患者図書室を構築する。

#### B. 研究方法

分担研究者がそれぞれの課題に取り組んだ。洲之内廣紀氏の死去に伴い、総括研究者が代行した。

#### C. 研究結果

医師から患者・家族への説明がどの程度理解されているかに関する実証研究のリビューを行った。その結果、医師の説明内容を、患者は予想以上に理解していないことが明らかにされた。また、患者の理解の程度や正確さを、医師が確認することは効果的であるにも関わらず、診察の間に行うことは、医師も患者も現状の医療精度下では困難であり、何らかのサポート体制を広く社会で考えていくべきであるが、その重要なものが病院内の患者図書室機能であることを確信させるものである。

我々は、河北総合病院内に患者図書室を設立し、実際に運営しつつ、そこを拠点として実践的な研究と開発に取り組んできた。図書室は月曜日から土曜日まで、午前10時から午後4時まで開館し、一日平

均ほぼ20名の患者が利用した。

本年度は、研究の最終年度でもあり、図書室の利用状況について年度末に調査を行った。入院患者の年齢分布と異なり、65歳以下の患者が圧倒的に多かった。自ら学ぼうとする患者は、この世代であることが示されたことは興味深く、今後の患者図書室の意義に大きな示唆を与えた。

慢性疾患においては、患者は医療の消費者であるばかりでなく、医療資源であり、患者のヘルスリテラシーのレベルが医療の質の大きな決定要因であることから、糖尿病患者を選び、患者図書室において、学習処方箋を用いた教育システム（糖尿病Expert Patient Project）の研究・開発に取り組んできた。

本年度は、学習処方箋による患者教育システムの教育の効果を評価するために、同一クイズを用いて教育の前と後で比較検討を行った。また、クイズ183問を、正解率、識別力で評価した。今後、継続的に改善し、糖尿病の知識レベルの評価尺度としていきたい。また、交換表のe-learningシステムを作成したので、とりあえず教育入院の副教材として使う予定である。

栄養指導は糖尿病の管理には中心的に重要であるので、日常生活の中でも十分な精度で栄養コーチングができるシステムを構築するため、携帯電話やデジタルカメラの映像による栄養指導システム作成のための基礎的な研究を行った。撮影の画質、下に敷くランチョンマット、栄養士の経験年数が有意に関係すること、料理の諸特性が、精度と偏りに影響することがわかった。

糖尿病の患者会を開催し、図書室の利用の現状、将来の利用意向を調査した（2009年3月7日）。その結果、参加者53名のうち、38%が既に患者図書室を利用していた。また、72%が今後利用したいと答えた。CDSMの準備として小グループの話し合いを試みたが、その効果の評価は今後の課題である。

#### D. 考察

戦後世代は、豊かな市場から自分の納得いくものを購入する経験をつんできた。しかし、健康を害してみると、現状のわが国の医療システムでは、どこで、どのようなケアを受けるべきかについて消費者主権を発揮することができない。

患者は医療者からの説明を望んでおり、また説明を受けたと感じているものは多いが、必ずしも十分納得しているわけではない。そこから、不信が生じ、摩擦が生ずる可能性が生じることになる。

慢性疾患においては、患者のヘルスリテラシーはケアの質そのものであり、患者は重要な医療資源である。しかし、現在の医療サービス体制の中には、患者がみずから主体的に疾病を学び、ケア提供者と協働するためのシステムがない。

NPO質研は、研究機関や行政でも研究できない、実践的な諸々の研究・開発を行うことを自らの使命

としてきた。2006年より、河北総合病院内に患者図書室を設置し、病院と共同して運営をしつつ、多面的な研究・開発に従事してきた。

その結果、患者図書室は患者に利用され、高く評価されてきた。また、慢性疾患の一例として、2型糖尿病患者に対して医師が「学習処方箋」で指示した内容の学習を図書室で行うことによって、ケア提供者の説明と効率の向上に寄与すると同時に、患者のヘルスリテラシーが改善することが示された。

しかし、糖尿病の患者は、管理不良の者が多い。インタビュー調査の結果は、患者の内的な心理や思いは医療者の想定とはかなりずれていることが明らかになった。このことは、従来のコンプライアンス、オドヒアレンス・モデルではなく協働的パートナーシップの重要性を示している。

教育入院等が疾病管理に有効であることは明らかであるが、その効果を持続させることが課題である。中でも栄養管理が重要であるが、食生活は生活習慣の中で最も変化しにくいものである。原理原則を学ぶだけでは、不規則な生活や外食が多いなど、現在の食生活での実践は困難である。IT技術を用いたコーチングのシステムを構築し、その有効性を評価すべきである。しかし、画像によるエネルギーなどの栄養素の推定がどの程度の精度で可能なかを実証的に明らかにしておく必要がある。

本田らの実証研究結果は、ランチョンマットを用いて、一定の撮影条件であれば、エネルギー量の推定は可能であることを示した。ただし、料理や盛り付けの条件によっては偏りやばらつきが大きくなるので、別のアプローチが必要となる。

このようなコーチングシステムが実現できれば、スタッフとして栄養士を確保しにくいプライマリケアの場でも質と効率の高いケアの提供が可能となるであろう。

しかし、患者図書室は病院にとっては不採算部門であり、建設のコスト及び人を配置することが困難である。医療事務の補助者の延長として、何らかの政策的な支援が望まれる。

#### E. 結論

病院内の患者図書室は患者に利用され、特に若い世代の患者に好んで利用され、協働の医療を促進する。患者図書室の機能は地域における慢性疾患の管理にも用いられる可能性がある。

しかし、患者図書室は病院にとっては不採算部門であり、建設のコスト及び人を配置することが困難である。医療事務の補助者の延長として、何らかの政策的な支援が望まれる。

#### G. 研究発表

1. 論文発表
- 1) 藪岡雅登「2型糖尿病外来患者における自己管理と医療者との協働の実態及び意識に関する研

究」東京大学医学部健康科学看護学科修士論文、2009.

2) 田中かおり「デジタル画像によるエネルギー推定に関わる要因の検討」女子栄養大学大学院修士論文、2009.

3) 郡司篤晃「NPO医療の質に関する研究会の患者図書室プロジェクトについて：協働の医療を築く：患者図書室機能の新たな展開、病院図書館、28(3):113-118,2008.

## 2. 学会発表

1) 郡司篤晃、河北博文、山崎敏「河北総合病院における「患者図書室」の目的・実績・評価、全日病学会（2008、東京）

2) 田尾一郎、佐々木純子、武田朝子、中北由美、小林仁、郡司篤晃、角田圭子、吉田勢津子、「Expert Patient 育成を目指した当院の取りくみ」、日本糖尿病学会（2008.5.24）

3) 田中かおり、本田佳子、郡司篤晃「デジタル画像におけるエネルギー推定に関わる要因」第12回日本病態栄養学会（2008、岐阜）

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 2型糖尿病外来患者における自己管理と医療者との協働の実態及び意識に関する研究

山崎喜比古、轟岡雅晋

本研究では、患者との協働的パートナーシップが不可欠であるという観点から、患者の *insider perspective* に着目し、患者が自己管理の現状についてどのように評価しているのか、そして医療者との関係をどのように捉えているのかについて探り、インタビュー調査を行った。

その結果、不良群では、血糖コントロールは維持出来ていないものの、自己管理にそれなりに努力していることや、患者が抱える自己管理上の問題が語られた。このような対象者の自己管理への苦労をまずは共感的に理解し受け止めることが、長期に渡る自己管理維持の促進につながる事が考えられた。

対象者は、医療者と、自分の自己管理について自分の考えや悩みを相談できる関係を必要としていることが示唆された。しかし、不良群では血糖コントロール状況が医療者の期待に答えられていないことから、追求され責められるという気持ちが生じ、それゆえに医療者と相談することを躊躇していることが明らかとなった。

この障壁を打開するために、患者が自己管理に関する考えを構えることなく相談できる関係づくりが治療への患者の参加を促す上でまず必要であり、決定的に重要なことであると考えられた。

以上から、糖尿病患者の治療への主体的な参加と、そのために不可欠な医療者との協働的パートナーシップを促進する手掛かりが得られたと考える。

### 【研究目的】

糖尿病治療において日常生活と両立できる積極的な自己管理が行われるためには、患者の治療への主体的な参加が強く求められている<sup>1)3)</sup>。患者の治療への主体的な参加は、患者のニーズに沿った治療ならびにそういった治療の継続につながると同時に、医療費の削減など効率的な医療につながるとされる<sup>4)7)</sup>。

患者の治療への主体的な参加において、「協働的パートナーシップ」の関係づくりが不可欠の要因として挙げられている<sup>8)10)</sup>。「協働的パートナーシップ」とは、医療者が患者の治療の意思決定に積極的に関与し、患者の自己管理能力を高めるよう援助するという関係を意味している<sup>10)</sup>。協働的パートナーシップで期待される成果として、患者と医療者双方が合意の上で目標を決定し、その達成度合いを共にアセスメントすることで、現在の問題または将来起こりうる問題に対する患者の対処能力が高まる事が挙げられている。そのため、患者と医療者間のコミュニケーションが良好に図られることが極めて重要とされている<sup>10)12)</sup>。しかしながら、一般的に、患者は治療の意思決定への関与に消極的であり、医療専門家に決定を委ねる傾向にあるとされている<sup>13)14)</sup>。この理由として医療者からの情報提供の在り方や患者の治療への理解の低さが問題として指摘されているが、それだ

けでは説明できないという指摘もある<sup>15)</sup>。

これまでの2型糖尿病患者の自己管理支援に関する研究は、医療者の健康教育の介入とその効果についてなど、*outsider perspective* からの調査・研究が多く、それらは一定の成果を生んでいる。しかし、依然として血糖コントロールが不良にある患者が多く、患者と医療者の関係についてさらに深く注目していく必要が考えられる。これに伴い、自己管理とその実行や医療者との関わりについて患者がどのような困難感を抱えているのかについて、患者の *insider perspective* から理解することが重要であると考えられる<sup>6)</sup>。

以上を踏まえ、本研究では、第1に2型糖尿病患者が、血糖コントロールが十分でない現状をどのように評価しているのか、またその評価にはどのような事が考慮されているのかを明らかにし、第2に患者は糖尿病自己管理について医療者と忌憚なく相談し得ているのか否か、そしてそう感じる理由について明らかにする。これらの結果から、患者に何が必要とされているのかを考察し、患者の治療への主体的な参加と、患者と医療者が協働的パートナーシップを促進するための双方への示唆を得ることを目的とした。

## 【対象者】

都内2施設(河北総合病院(病床 400 床以上)、NTT 東日本関東病院(病床 600 床以上))の糖尿病専門外来に通院中で、(1)2 型糖尿病と診断されて 1 年以上経過した者、(2)重篤な合併症および他に治療中の疾患がない者を対象とした。62 人中、時間がないことを理由に辞退した 3 人を除き、同意を得た 59 人に対し面接調査を行った。最終的に入院中又は同伴の家族の応答が多かった 15 人を除外し、44 人を分析対象とした。男性 25 人女性 19 人、それぞれの平均値(±SD)は、年齢 60.9(±10.6)歳、治療歴 7.9(±6.4)年、HbA1c 値 7.5(±1.3)%であった。

以下、診療ガイドライン<sup>10)</sup>に基づき HbA1c 値が 6.5%未満を血糖コントロール良好群(以下、良好群)、6.5%以上を血糖コントロール不良群(以下、不良群)とした。また、調査当日の HbA1c 値がコントロール不良に相当する結果にあっても、過去のデータから継続的にコントロールが改善していると担当医が判断した場合はコントロール改善群(以下、改善群)とした。本調査における良好群は 44 人中 12 人、不良群は 28 人、改善群は 4 人であった。

本研究において、自己管理とは、2 型糖尿病の血糖コントロールを良好に保つために必要とされる食事療法、運動療法、薬物療法を表す。全ての対象者は食事および運動療法を実施していたが、服薬は 23 人、インシュリン注射は 12 人、その両方は 6 人であった。

また、対象者の多くは自己管理に関する情報を医療者からのみ得ており、本や各種メディア、患者同士の交流を活用していると回答した対象者は良好・改善群では 6 人、不良群では 4 人であった。

## 【データ収集】

2 施設各 1 人の担当医の紹介により、調査協力の同意を得た対象者に対し、診察終了後院内の個室にて、半構造化面接を実施した。面接時間は平均 55 分(Range 27~90)であった。インタビューガイドを用いて、自己管理の実行状況の程度を 100 点満点で尋ね、①答えた点数まで出来ていると評価する理由、100 点に至らない理由、②医療者と自己管理実行状況について相談しているのかどうか、③2 型糖尿病治療においてこれまで受診した全ての医療者との関係をどのように受け止めているのか、などを尋ねた。面接内容は対象者の同意を得て IC レコーダーに録音した。調査期間は予備調査も含め、2007 年 7 月~2008 年 3 月であった。

また、結果に対する解釈と理解を深めるため、研究者の機縁により、本研究に関心を示した平均 10 年(Range 2~30)の臨床経験を有し、2 型糖尿病治療に携わるあるいは携わった経験を持つ看護師 8 人、栄養士 1 人、薬剤師 1 人の 10 人に対しフォーカスグループインタビューを実施した。インタビュー時間は

115 分だった。結果は考察の参考とした。以下、フォーカスグループと称す。

## 【倫理的配慮】

本研究は各対象施設内の倫理委員会で承認を得て実施した。研究協力の依頼にあたり、研究目的、研究方法、研究への参加は強制ではなく、いつでも中止が可能であること、同意しない場合も不利益を被らないこと、今後の診療に影響しないこと、個人のプライバシーの保護、研究成果の公表について書面および口頭で説明し、書面にて同意を得た。

## 【研究結果】

### 1. 血糖コントロール不良群における自己管理実行状況評価

対象者が自己管理を「出来ている」と評価して挙げた点は、

【自己管理の必要性を常に意識出来ている】

【自分の考える自己管理が実行出来ている】

【問題なく生活出来ている】であり、

「出来ていない」と評価したこと、「出来ない」理由としては、

【自己管理への意欲が持てない】

【自己管理を厳格に守る必要を感じない】

【自分らしい生活が出来ない】が挙げられた。

以下、【】は抽出されたカテゴリー、<>はサブカテゴリー、本文中の「」はコード、斜体は対象者の発言、①は研究者による補足を示した。#は各対象者番号である。

### 1) 自己管理が「出来ている」と評価して挙げられた点

【自己管理の必要性を常に意識できている】

28 人全員が自己管理実行状況を「出来ている」と評価した根拠として、糖尿病自己管理が自分に必要であることを常に意識していることを述べた。

<常に心がけていることがある>

ほぼ全員の対象者が医療者の期待している結果には及ばないが、自分なりに心がけていることがあると述べた。

それでも一応やっているぞ、と思っているんですね、私の中では。(中略)少しずつ努力してきましょう、とは言われたんですけど。その努力が一応、食事に気をつける(こと)。ちょっと心がけているというので(評価した)。(＃40)

＜糖尿病の深刻さを理解している＞

全ての対象者が、自己管理は自分にとって必要であると述べ、糖尿病の合併症とその深刻さを常に考えていた。

いや、糖尿病怖いから。(中略)合併症が怖いんで。血管でしょ。神経系もあるでしょ。例えば、コタツなんかで(火傷をして)足を切る人もいますでしょ。それで怖いんで(自己管理を)頑張っている。それで(評価した)。(#16)

#### 【自分の考える自己管理が実行出来ている】

対象者は、医療者の示す臨床数値目標や自己管理に関するアドバイスに沿う必要を理解していると述べる一方で、医療者とは異なる独自の目標を持ち、個々の日常生活に実行可能な自己管理の方法を考え、実行していることを評価した。

＜自分の決めた目標に近づいている＞

ほぼ全員が医療者が示す臨床数値目標は自分にとって「難しい目標」と述べるとともに、「自分が達成できると判断した目標」を独自に持ち、それに近づいていると述べた。目標として述べられたのは、それぞれHbA1c値(14人)やカロリー(12人)、体重(5人)などであった。

普段の自分の血糖値を見ていたら、この程度ならいいかなって。(中略)やっぱりヘモグロビンは7.5(%)以上は上がりたくないですね。(医師の指示する)6.5(%)というのはすごく難しいんですね。私の過去のデータから言っても。ちょっと厳しいかなと思っているんで。(#42)

＜自分の出来る範囲で管理出来ている＞

全員が負担のない程度の自己管理方法を独自に考え、それを適切だと判断し、実行していた。

自分のやり方で少しずつ、改善していきたいと思っているんですよ。(中略)食べたい時には食べようと思っっているんですよ。週に1回はショートケーキを食べたいなと思うんで。前は毎日食べていたんですよ。今は週に1回くらいで。(中略)そんなに難しいことではないように思います。(#34)

#### 【問題なく生活できている】

自分の考える自己管理を実施した結果、対象者のほぼ全員が、自分の健康に「大きな問題がない」「生活に支障がない」と述べた。

＜自分には症状が全くない＞

ほぼ全員が、自覚症状がないことから自分は自己管理を上手く実行出来ていると述べた。

まあ、いろんな行動をする上で特に支障がないで

すしね。元気な時と同じですから。(中略)健康についや、まあ今は別に快調だし。健康が悪くなると食べるものがうまくないっていうし。だけど、こっちは食べるものは、一杯飲むのに、非常にうまいわけですよ。(#30)

＜自分の納得のいく生活が出来ている＞

23人が自分の納得のいく生活を送っていることから自分は自己管理が出来ていると評価した。

日常の食事、これせい、あれせい、早く寝ろ、朝早く起きて歩いてみろとか。もうそりゃね、起きている間中毎日あるんですよ、家内から。そうするとね、やっぱり胃にストレスによる負担があるんですよ。(中略)それじゃ人生つまらんじゃないですか。(中略)そういうことで、家内の目が遠ざかる時は(中略)天ぷら食い放題しようが焼肉食おうが(やっている)。もちろん、一般論として(治療計画が)あるんだけど、あれだけ守ってやっている、優等生になるだろうけど、(人生がひからびるように)カサカサにならんのかなって。(#28)

2) 自己管理が「出来ていない」と評価したことの「出来ない」理由

#### 【自己管理への意欲が持てない】

対象者は医療者のアドバイス通りの自己管理が出来ないため、「自分には出来そうもない」など、自己管理への意欲が持てないと述べた。

＜自己管理の意思が弱い＞

ほぼ全員が医療者のアドバイスに沿った自己管理への意欲が持てない理由として「意思が弱い」ことを述べた。

気が弱いんだろうね。(中略)自分の欲しいものを食べているからいけないんだ。だからこれはよくないなと思っているんですけどね。(#5)

＜自己管理にあきらめがある＞

治療歴が10~18年におよぶ6人から、糖尿病は完治しないという理由から、自己管理を実行しても仕方がないというあきらめがあると述べられた。

(言われていることが)できない。やりたくないことはないんだけど、やれないっていうか。意欲がないっていうか。やってもしょうがないと思っっている。いずれにしても(糖尿病に)なっちゃったんだし。非常に消極的だけだね。(#24)

#### 【自己管理を厳格に守る必要を感じない】

対象者は、医療者のアドバイスを厳格に守ることで血糖値が下がることを理解していたが、自分の生活が犠牲になるためその自己管理を続ける必要を感じ



ないと述べた。

<必要になったら血糖値を下げればよい>

8人が、自己管理を実行することで一時的ではあるが血糖値が下がることを経験しており、医療者が示す通りに自己管理を実行する必要を感じないと述べた。

気まぐれなんです。あの、先生に強く言われた時はやらなくちゃという感じで一生懸命やるんですけど、血糖値が下がると安心しちゃって。なんか、安心感かな。これがあって、やっぱり(自己管理を)しなくなっている感じなんです。(#31)

【自分らしい生活が出来ない】

9人が「仕事との両立が出来ない」など、自己管理はこれまでの生活の障害になると述べた。

(生活と自己管理の)どっちをメインにするかです。管理をメインにするのであれば、それなりのものしか生活ができないわけで。仕事をメインになると、管理がおろそかになる危険性があるわけで。(中略)正直今は生活がメインです。仕事はメインです。(#8)

2. 自己管理実行における医療者との協働に対する対象者の意識

全対象者の44人中、「先生の言う通りにしていれば大丈夫」と述べた良好群の1人を除く43人が、医療者と自己管理実行状況に関する相談をしたいと考えていた。医療者と実際に相談しているかどうかを尋ねたところ、良好・改善群の15人は医療者と相談していると述べた。しかし不良群の全員が自己管理実行状況について医療者と相談していないと述べ、医療者とのコミュニケーションを躊躇していることを挙げた。以下に、対象者が自己管理実行状況を医療者と相談しやすいと感じる理由と、相談することに躊躇を感じる理由を示す。

1) 自己管理実行状況について医療者と相談しやすいと感じる理由

対象者が自己管理実行状況を医療者に相談しやすいと感じる理由として、

【検査値のこと以外の自己管理に関する会話がある】

【自己管理に関する相談にのってもらえる】

【自分の自己管理を受けとめてもらえる】

の3つのカテゴリーを抽出した。

【検査値のこと以外の自己管理に関する会話がある】

良好・改善群は、医療者に検査値の結果とその評価のみではなく、自己管理に関する不安や疑問を聞いてもらっていると述べた。

やっぱり機械(的)じゃなく、先生とこう、お話してもらって、見ていただいて、それは絶対必要ですよ。(中略)こうやって問診していただいたり、いろいろ話をさせていただいてやるのがいいと思います。(中略)お医者さんだって言わないとわからないと思う。(#32)

【自己管理に関する相談にのってもらえる】

良好群の7人、改善群の2人が、医療者と自分が聞きたい自己管理に関する相談が出来ると感じ、自分の考えを話しやすいと述べた。

出来るだけ自分のやれる範囲でやってみて、それがうまく行かなかったときに(中略)食事して30分くらい後に10分でも15分でも動くと運動すると効果がありますよっていうのは(アドバイスとして)いただきましたね。(医療者との関係で)メリットはあると思いますよ。ま、相談しやすいというのがありますけど。悩みを聞いてもらえるとかね。やっぱり共有してもらっているっていうのがあるかと思いますよ。(#43)

【自分の自己管理を受けとめてもらえる】

良好群の3人、改善群の4人が、自分が実行している自己管理を医療者に受け入れてもらっていることで、自分は無理なく自己管理を実行しているという安心感を得ていると述べた。

あれだめだ、これだめだって先生はおっしゃらないですから。それが楽ですね。お薬もずっと飲みたくない、頑張るから飲ませないでくださいって言い続けてきたんですね。でも自分で頑張ってこれ以上は無理だからお薬いただくかなって。でもむくむくからお薬を半錠にしてくださいって。そうしていただいたことで(自分の考えを)聞いてくださるっていうのがすごくありがたいですよ。(#41)

2) 自己管理実行状況について医療者と相談することに躊躇を感じる理由

対象者が自己管理実行状況について医療者と相談することに躊躇を感じる理由として

【医療者のアドバイスが重荷になる】

【模範解答が繰り返される】

【質問することが難しい】

【医療者に自分の考えを受けとめてもらえない】

【外来では相談する時間がない】

の5つのカテゴリーを抽出した。

【医療者のアドバイスが重荷になる】

不良群のほぼ全員が、医療者の自己管理に関するアドバイスについて、「聞いても出来ない」「自分が

出来ると思えない内容」などと述べた。

<医療者の過剰な期待>

24人が医療者からの教育的介入や情報提供を過剰であると述べ、ストレスに感じていた。

(前の病院の)先生はすごく私のことを心配してください。それがね、私ね、重荷になっちゃった。それが逆にストレスになっちゃって。(中略)ちょっと重くなってきて。つらくなってきたんですよ。深刻なんですよ。深刻な内容なんですけど。(中略)この教値だといつ倒れてもおかしくないんですよ。それを毎回毎回言われるとね、なんかもう、ちょっとつらくなって。(#34)

<アドバイス通りに出来ない罪悪感がある>

医療者からの自己管理に対するアドバイスが自分にとって難しい、あるいは実行しにくい内容であり、その通りに実行できないことにつらさを12人が感じていた。

いや、あんまり先生とか看護師さんとは話さないけど。お友達と(の方が話しやすい)。(中略)結局先生と何か言っても、(アドバイスを)守れない、自分がつらいですよ。だからよほどのことがあったら相談するんですけど。(#34)

【模範解答が繰り返される】

16人が医療者からの自己管理に対するアドバイスは「模範解答」と表現するような、共通した内容であると述べ、何度聞いてもその内容は変わらないと述べた。

保健婦さんに言っても、さっきも言いましたが、結局模範解答しか出てこないの、何回聞いても一緒。(#40)

【質問することが難しい】

不良群は、医療者に質問することの難しさについて述べた。

<自分の聞きたい事をうまく伝えられない>

18人が相談したいことがあるにもかかわらず、その内容が漠然としていることや、考えをうまく伝えられず戸惑いを感じていると述べた。

自分が何をしたらいいのかわからないから。なんていうの、質問も、何を質問したらいいのかしらって。なんていうのかしら、わからないんですよ。それがあつたんですよ。質問の仕方もわからないっていうのかしら。(#31)

<自分の現状を聞くのが怖い>

9人が自分の血糖コントロールが良くない状況であるため、それについて医療者と話すことに不安がある

と述べた。

いや、もう、本当はね、聞きたいことはいろいろあるんですけど。なんかね、聞くのがね、ちょっと怖い。その前に本を読もうとかね。なんかね、あの、いろいろこれも糖尿病のせいかしら、あれも糖尿病のせいかしらと思うこともあるんですけど、その前にちょっと本でも読んでから、本当のところを聞こうと思ったりね。(#34)

<つまらない質問をするべきではない>

7人が自分が相談したい内容が医療者にとってつまらない内容なのではないかと危惧し、医療者に聞くべきではないと考えていた。

聞いている内容もくだらんことなんです。自分で見たら(調べたら)すぐわかるだろうと。自分もすごくつまらんことを聞いていると他の人の迷惑になる。そんなこと聞くべきじゃないというふうにも、もちろん自制しますよね。(#35)

【医療者に自分の考えを受けとめてもらえない】

全ての対象者が、自己管理に対する医療者の考えと自分の考えに違いがあると述べ、その中で不良群の多くがその違いを意識し、自分の考えを話すことに戸惑いを感じていた。

<自分と医療者の考えにずれを感じる>

不良群の6人が、医療者は専門家であり、自分たちとは違う立場にあるということ、「段差がある」と述べ、生活習慣に関する相談の対象ではないと感じていた。

やっぱり先生の見方から見ればね。だけど実際に、こっちのほうの、患者のほうになると、イメージで言う段差がね。(中略)立場立場でしようがないんじゃない?あの、先生の立場で、こういう仕事で、一応医者という立場でやっている部分であつて、そうしないとこの病気が治りませんよっていう。そういう立場上でやっている、医者としてこうしたいというのでやっていると思うんだよね。(#39)

<患者らしくあることを期待される>

不良群の13人が医療者から糖尿病という病気の治療をしている患者として扱われ、アドバイス通りの自己管理に取り組むように医療者から期待されていると感じていた。

患者は患者らしく(しているように言われる)。「病気なんです」って。(中略)他の先生(前の主治医)は「あなた病気なんです。糖尿病なんです。一生治らない、一生お付き合いしないといけないんですよ。それが悪くなったら命を縮めるんですよ。何を言うんですか」って、大体そうでしょ。(#28)

## 【外来では相談する時間がない】

糖尿病の外来は採血検査の結果をもとに診察するため、対象者は「時間がかかる(#32)」「仕事を休まないといけない(#8)」など通院の苦痛を述べた。また、不良群のほぼ全員が、外来では「喋る暇がない」と、医療者と話す難しさを述べた。

### <相談する時間が取りにくい>

不良群の13人が外来では待ち時間が長く、診察時間が短いことから相談するための時間がないと述べた。また、対象者は長い待ち時間による疲れを感じており、診察の中で医療者に相談する気力がないことも挙げた。

(医療者に相談することは)あんまりないですね。もう疲れちゃって。何時間も待ってね。予約が何時で決まっても待ち時間が2時間ぐらいあって、やっと診察でしょ。(＃31)

### <医療者が忙しそうで相談しづらい>

18人が医療者は多忙であり、自分の相談で時間を取ってもらえないと聞いていた。また、その内16人が、自分が相談することで時間を余計に取ることが他の患者の迷惑になるのではないかと気がねしており、院内に相談できる場所があるといいと述べた。

混んでますから長くお話できないですよ。(中略)直接先生に聞いてもいいんですけど、もうね、言えない場合もあるんでなかなか。(中略)自分の不安とか考えを聞いてくれる場所があってもいいですね。先生のお話に対して疑問に思うこととか、そういうのを聞いてくださる専門の方がいらっしゃっていいですよ。(＃27)

## 【考察】

### 1. 血糖コントロール不良群の自己管理実行評価と自己管理支援上の問題

本調査の結果より、血糖コントロール不良群は、血糖コントロールこそ出来ていないものの、現実には、

【自己管理の必要性を常に意識出来ている】

【自分の考える自己管理が実行出来ている】

【問題なく生活出来ている】

と述べて自己管理を、「出来ている」と評価し、血糖コントロール以外の自己管理の実行に努めていることが伺えた。同時に不良群は、医療者からその事がほとんど評価されていないと感じていることが伺えた。

よって、自己管理における第1の問題は、不良群が「出来ている」と評価した自己管理を、医療者に評価されていないと感じている点にあると考えられ、

血糖コントロールが出来ていない事だけが問題にされ、自分なりに考え実行している事を否定されているかのように対象者が感じていることが伺えた。

第2に、血糖コントロールの維持が出来ない自己管理を実行する意欲が出ないという問題に対して、従来糖尿病の合併症の怖さに関する知識が不足している事や、しばしば無症状である事が原因として強調されてきたが<sup>17)</sup>、本研究の結果、血糖値が高い状態が続くことがどのような結果をもたらすのか、あるいは、血糖値を良好に保つ事の意義を実感出来ない事にもあることが示唆された。

第3に、自己管理行動と日常生活の調整、特に生きがいや楽しみを阻害しないことを、極めて重要な基準として自己管理を妥協しながら、あるいは、両者の調整に相当な苦勞をして実行していることが伺えた点である。これは、患者が自身の生活習慣を保護するために医療者のアドバイスを意図的に調整する「strategic management(戦略的な自己管理)」<sup>18)</sup>や、「conscious deliberation(意識的な配慮)」<sup>19)</sup>が示す自己管理への能動的な対応に相当すると考えられる。このような調整は、患者の自己管理への能動的な対応に強く関連があることが報告されている<sup>20)</sup>。

従って、日常生活との調整や両立へのきめ細かいアドバイスやサポートが極めて重要である事が示唆された。また、後に述べるように、このような対象者の自己管理行動は、最終的な血糖コントロールの維持という目標への一ステップとなり得ると考えられ、患者の自己管理への主体的な参加という観点からは評価する必要がある。

### 2. 自己管理上の問題についての医療者との相談実態と相談を妨げている要因

患者が自己管理について抱える問題や悩み、不安を医療者と相談し解決することは、自己管理を継続していく上で必要な医療者との協働的パートナーシップの確立に極めて重要なことである。医療者と治療について十分話し合っていると感じる患者が自己管理をよく維持できていることも指摘されている<sup>21)</sup>。

しかし本研究では、相談していると答えたのは血糖コントロール良好・改善群のみであり、不良群の全員が相談していないと答えているという実態が明らかになった。これにより、血糖コントロールの状況が、相談するか否かを決定する要因であることが伺われた。フォーカスグループでも、医療者から患者に質問した場合に、「はあ」という、理解しているかどうか、医療者を不安にさせるような答えに終始する患者が少なくない問題が指摘された。

具体的には、【医療者のアドバイスが重荷になる】では、医療者のアドバイス通りに自己管理を実行できないことを責められるのではないかとという対象者の罪悪感が、相談意欲を低下させていることが考えられ、

対象者が抱える問題の共有それ自体を妨げ、ひいては、治療への主体的な参加を妨げると言える。

また、【医療者に自分の考えを受けとめてもらえない】では、自己管理に対する考えのずれや、患者としての立場を期待されていることが、相談意欲低下の要因となっていた。これは、患者の自己管理実行について医療者は依然としてコンプライアンスやアドヒアランスという観点から評価しているということを指摘するものであり<sup>22)</sup>、双方のパートナーシップの障壁となると考えられる。

### 【実践への示唆】

本研究の結果から以下のような示唆が得られた。

第1に、不良群は自己管理について自分の考えや悩みを話す場がないことを挙げ、コミュニケーションの初期段階で躊躇を感じていることが明らかとなった。これは患者が抱える自己管理に伴う問題の把握を困難にするものである。このような現状に対し、グループ教育を組むことや電話での個別相談などが有効であること<sup>23)24)</sup>、さらに外来の待ち時間を利用し、糖尿病患者に医師への質問の方法などを教育した結果、血糖コントロールの改善が見られたと報告する研究<sup>25)</sup>もある。このように診察室の外における支援を有効に利用することで、患者と医療者のパートナーシップが可能であると考えられる。

第2に、2型糖尿病患者が自己管理を実行する際、血糖コントロール状況とは別に評価基準を設けて自己管理を「出来ている」と評価し、努力して実行していることを明らかにした。糖尿病治療において、血糖コントロールを良好に維持することは最大の目標である。しかし、長期に渡る糖尿病自己管理を支援していくために、このような不良群の自己管理への対処が妥当なものである場合、それをある程度肯定的に評価することも必要と考えられる。

最後に、医療者のアドバイスが「重荷になる」「模範解答」と述べられていた。これは患者が自己管理において抱える問題が、医療者のアドバイスによって解決されることが難しいことが言える。しかし、フォーカスグループでは、医療者が患者の社会生活とそれに伴う困難を理解することに限界があることが挙げられた。このため、患者の主体的な治療への参加を促し、患者と医療者が共に解決を見出すことが重要である。

### 【本研究の限界】

まず対象者は2ヶ所の総合病院の糖尿病専門外来受診患者であり、かつ主治医の選定により紹介された対象者に限定されているという点が挙げられる。また、通院が難しく、治療を中断し血糖コントロールが維持出来ない患者が多数いると言われている。このような対象者では異なった要因が見出される可能性があり、今後このような患者へのアプローチも必要であると考えられる。

次に、本研究では参考意見として用いたが、今後は医療者に対する本格的な調査を実施し、患者と医療者双方の視点を明らかにすることで、より明確な協働的パートナーシップの促進への検討を深める必要がある。

### 【結論】

1. 本研究では、患者との協働的パートナーシップが不可欠であるという観点から、**insider perspective**でもって、患者が自己管理の現状についてどのように評価しているか、そして医療者との関係をどのように捉えているのかについて探り、詳細に拾い上げた。
2. 不良群では、血糖コントロールは維持出来ないものの、自己管理にそれなりに努力していることや、患者が抱える自己管理上の問題が語られた。このような対象者の自己管理への苦労を共感的に理解し受け止めることが、長期に渡る自己管理維持の促進につながる事が考えられた。
3. 対象者は、医療者と、自分の自己管理について自分の考えや悩みを相談できる関係を必要としていることが明らかになった。しかし、不良群では血糖コントロール状況が医療者の期待に応えられていないことから、追及され責められるという気持ちが生じ、それゆえに医療者と相談することを躊躇していることが明らかとなった。
4. この障壁を打開するために、患者が自己管理に関する考えを構えることなく相談できる関係づくりが治療への患者の参加を促す上でまず必要であり、決定的に重要なことであると考えられた。

以上から、糖尿病患者の治療への主体的な参加と、そのために不可欠な医療者との協働的パートナーシップを促進する手掛かりが得られたと考える。

### 【文献】

- 1) 石井均. (2006). 患者心理と糖尿病治療—EBM, NBMと医師・患者関係—. 日本臨床内科医会会誌, 20(5), 505-517.
- 2) Brearley, S. (1990). *Patient participation: The literature*. London: Scutari Press.
- 3) Anderson, R., Funnell, M. (2000). *The art of empowerment: Stories and strategies for diabetes educators*. American Diabetes Association, Alexandria, VA (石井均監訳. 糖尿病エンパワーメント. (2001). 医歯薬出版)
- 4) Thompson, A. G.H. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy.

- Social Science & Medicine*, 64, 1297-1310.
- 5) Hollman, H., Lorig, K. (2000). Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ*, 320, 527-528.
  - 6) Department of Health. (2001). *The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21<sup>st</sup> Century*. London: Department of Health.
  - 7) WHO. (2005). Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. Copenhagen: World Health Organisation.
  - 8) Mead, N., Bower, P., Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110.
  - 9) Gallant, M., Beaulieu, M.C. and Carnevale F.A. (2002). Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 149-157.
  - 10) Laurie, N. G., Feely, N., Dalton, C., 吉本照子監修・訳. (2007). 協働的パートナーシップによるケア 援助関係におけるバランス. エルゼビア・ジャパン
  - 11) Ciechanowski, P., Katon, W.J. (2006). The interpersonal experience of health care through the eyes of patients with diabetes. *Social Science & Medicine*, 63, 3067-3079.
  - 12) Bissell, P., May, C.R., Noyce, P.R. (2004). From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. *Social Science & Medicine*, 58, 851-862.
  - 13) Entwistle, V.A., Watt, I.S., Gilhooly, K., et al. (2004). Assessing patients' participation and quality of decision-making: Insights from a study of routine practice in diverse settings. *Patient Education and Counseling*, 55, 105-113.
  - 14) Say, R., Murtagh, M., Thomson, R. (2006). Patients' preference for involvement in medical decision-making: A narrative review. *Patient Education and Counseling*, 60, 102-114.
  - 15) Entwistle, V., Prior, M., Skea, A.C., Francis, J.J. (2008). Involvement in treatment decision-making: Its meaning to people with diabetes and implications for conceptualization. *Social Science & Medicine*, 66, 362-375.
  - 16) 日本糖尿病学会編. (2004). 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン. 南江堂.
  - 17) Murphy, E., Kinmonth, A.L. (1995). No symptoms, no problem? Patients' understandings of non-insulin dependent diabetes. *Family Practice*. 12(2). 184-192.
  - 18) Kelleher, D. (1998). Coming to terms with diabetes: coping strategies and non-compliance. In Anderson, R., & Bury, M. (Eds.), *Living with chronic illness: the experiences of patients and their families*. London: Unwin Hyman.
  - 19) Maclean, H. M. (1991). Patterns of diet related self-care in diabetes. *Social Science & Medicine*, 32(6), 689-696.
  - 20) Campbell, R., Pound, P., Pope, C., et al. (2003). Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. *Social Science & Medicine*, 56, 671-684.
  - 21) Funnell, M. M. (2006). The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) Study. *Clinical Diabetes*, 24, 154-155.
  - 22) Rogers, A., Kennedy, A., Nelson, E., Robinson, A. (2005). Uncovering the limits of patient-centeredness: Implementing a self-management trial for chronic illness. *Qualitative Health Research*, 15(2), 224-239.
  - 23) Piette, J.D., Weinberger, M., McPhee, S. J. (2000). The effect of automated calls with telephone nurse follow-up on patient-centered outcomes of diabetes care a randomized controlled trial. *Medical Care*, 38, 218-230.
  - 24) Piette, J.D., Weinberger, M., McPhee, S. J., et al. (2000). Do automated calls with nurse follow-up improve self-care and glycemic control among vulnerable patients with diabetes? *The American Journal of Medicine*, 108, 20-27.
  - 25) Greenfield, S., Kaplan, S.H., Ware, J. E., et al. (1988). Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetics. *Journal of General Internal Medicine*, 3, 446-457.

## 医師の説明と患者の納得に関する文献的研究

福井次矢、池崎澄江

これまでの実証研究によると、医師の説明内容を、患者は予想以上に理解していない可能性がある。また、患者の理解の有無や正確さを、医師が確認することは効果的であるにも関わらず、診察のたびに行なわれることはまれである。説明を欲している患者であれば、それを診察の間に表明できればよいが、それが難しいと多くの患者が考えている。こうした患者の欲求不満は、疾患を自己管理しようとする意欲・自信を失わせ、心理的な健康にも影響することが明らかとなった。

この問題を、医師と患者に起こる問題だからといって、その解決を診察室の中にだけ求めるのではなく、広く社会で考えていくべきであろう。説明が理解できないと患者が感じた場合に相談できる場所、診察時の理解に不安がありそうな患者を医師が紹介できる場所、そういうサポート体制があれば、医師と患者のコミュニケーション・ギャップを橋渡しできる可能性がある。

### 1. はじめに

インフォームド・コンセントという言葉が日本に紹介されたのは、1980年頃である（森岡1996）。父権主義的な医療やお任せ医療ではなく、医師は自ら行う医療について患者にきちんと説明し、患者はそれを聞いて治療を受けるかどうかを決めるという患者の当事者性を重視した理念は、それ以後繰り返し社会で主張されてきた（小川2001）。

それから20年以上が経過した2008年「病院の言葉をわかりやすくする提案」に、このインフォームド・コンセントが項目の1つとなっている（国立国語研究所2008）。定義を引用すると「治療法などについて、医師から十分な説明を受けた上で、患者が正しく理解し納得して、同意することです・納得診療」とある。なお、この言葉の国民の認知率は70.8%となっており、「重要で新しい概念を普及させる」ためのランクCに位置づけられている。裏を返せば、この言葉は、現在の国民にこの概念がまだ普及しているとはいえず、そのための言い換えであることを示している。

20年前と比べれば、患者や家族に対して、治療や検査や薬について説明する労力は確実に増えているというのが多くの医師の率直な感想であろう。もはや医師にとっては、患者や家族に対する説明は、医療を行ううえで必須のものとして考えられている（日本医師会、2004）。

平成17年と平成8年の国の受療行動調査を比較する。設問の構成が全く同じとはいえないが、まず、平成8年の調査をみると、外来診療を受けた患者のうち、「説明があった」が81.1%、「説明を受けなかった」が5.2%である。説明に際して

用紙を受け取っているのが16.0%である。平成17年の調査では、同順に、85.5%と4.7%となっている。説明に際しては、29.7%が診療記録のコピーを、13.2%が文書を受け取っており、複数回答なので3・4割は書類等を受け取っていることになる。次に、説明に対する理解度であるが、平成8年は「わからない」が2.1%に対して、平成17年は2.4%である。平成8年に比べると、用紙等の資料を受け取る割合はかなり増加しているが、その他はあまり変わっていないようにみえる。むしろ、説明があったがそれを理解しなかった割合は若干であるが増加している。この数値をどのように評価するかは、難しい。大方、医師の説明と患者の理解に関して、日本の診察はうまくいっていると考えられるのか。説明がなかった4.7%や、説明があってもわからなかった2.4%という数値を問題ととらえ、この割合を限りなく0にすることが必要ならば、どうすればよいのか。患者の言う「わかった」とは、医師が期待したとおりの理解だと考えてよいのだろうか。

現代においては、多くの医学的な情報が入手できる環境にあり、自己決定を主張するコンシューマリズム（消費者主権）の影響もあって、自分の健康や疾患に関して理解することは、社会から期待されているともいえる（Parker 2003）。

診察室の中で行なわれる医師と患者の会話は多様であり、何を誰が評価するかによって、違ってくる。通常の診療においては、医師が医学的情報について説明し、患者への理解を求め一方で、患者が医師に伝えたいことを説明して理解してもらおうとする。この相互の対話が、コミュニケーションである。

本稿では、主に医師の説明に対する患者の理解を扱った実証研究を整理し、今後の双方の望ましいコミュニケーションのあり方を考えるうえでの示唆とする。

## 2. 患者の理解の不正確さ

インフォームド・コンセントに関するもので最も古典的なものに、カシレスの研究がある (Cassileth 1980)。入院中の200人のがん患者のうち、インフォームド・コンセントの次の日に、説明された副作用の内容を1つでも覚えていたのは、わずか55%であった。さらに、用紙を注意深く読んだのは40%のみであった。多くの患者はこのインフォームド・コンセントについて、単なる手続きに過ぎないと考えていた。

(Gattellari 1999)の研究は、外来で244人のがん患者を対象にしたものである。これによれば、患者の71%しか疾患の状態を正しく理解していなかった。医師が完治できると伝えている患者のうちそれを正しく認識したのは41%で、医師が末期と伝えた患者のうち、末期と認識できたのは64%であった。(Mackillop 1988)の研究は、がんの専門医への初診後に、100人のがん患者にインタビューした。その結果、がんであるという認識は、97%にあった。しかし限局した癌(転移はない)であるにもかかわらず、3分の1は既に転移をしていると思っていた。

(Temple 1998)の研究は、乳がんを対象に26例を分析している。検査直後の診察において、治療を話し合った後24時間以内に医師・患者双方から回答を得て比較を行なった。「その腫瘍は取り除くべきか」という問は、医師と患者で100%一致したが、「全摘出か温存かのどちらの治療法を選択したか」については、88%しか一致していなかった。

(Chow 2001)の研究では、完治する見込みのないがんの緩和治療のために放射線療法を受けに来診した60人に尋ねたところ、35%は自分の癌が完治すると考えており、38%は放射線療法によって延命が可能と考えていた。

(Rosenberg 1989)の研究は、メディケアでセカンドオピニオンを強制的に受けるプログラムを902例に行なったものである。この場合、最初の医師も2番目の医師も同様に手術を勧めたのに、患者の理解は違ったのが7%あった。また、セカンドオピニオンで行なったアドバイスの内容を患者が正しく理解したのは3割に満たず、「決める前にもう一度検査をしたらどうか」「手術以外の治療法をまず試したらどうか」というアドバイスは、患者に理解されにくいことがわかった。

日本で行なわれた萩原らの研究では、630人の診察では、検査結果について患者は理解して

いたものの、その結果を加味した診断結果については正しく理解されていなかった (Hagihara, 2006)。

医師の態度によっても、患者が理解は影響を受ける。がん専門医が結果を説明しているビデオを乳がんのリスクのある40人に対してRCTで、2種類のビデオを見せた。両方のビデオの医学的情報は全く同じであり、診断の結果を「(悪性とも良性とも)どちらも言えない」と説明しているが、一方の医師の態度は、かなり心配そうに見えるものであった。心配そうに見えた医師のビデオを見た患者の方が、記憶している情報が少なく、深刻な状況であると受け止めていた (Shapiro, 1992)。

これらの研究が示すことは、患者は医師が説明する医学的で客観的な情報について、必ずしも正しく理解していない・記憶していないということである。また、患者は医師の非言語的な印象を含めて理解するので、さらに複雑であるといえる。こうした誤解を生み出す要因として、「悪い知らせを聞きたくない」ため否定する気持ち (Gattellari 1999)や、知らずにいることで希望を持ちたい (Leydon GM, 2009) という指摘がある。

これらの研究は、ある1回の診察を対象にしたものである。医師と患者の関係は継続するものなので、初回の診察で理解が違っていても、次回の診察には、誤解が認識されて修正されるかもしれない。または、その認識の違い自体が医療のアウトカムに影響を与えなければ、この認識の違いはあえて明るみにでないまま、問題なく治療が終了することもあるだろう。医師は、患者の理解が違っていることをほとんど認識することはない (Mackillop 1988)。一般的に、コミュニケーションを意識するのは、コミュニケーション上の問題が起こってからのことが多く、結果的に、医師や患者またはその両者が混乱したりがっかりしたり、あるいはいらいらしたり怒ったりという状況に陥ってしまうことになる (Roter 2006)。医療訴訟の70%には、当該事象が起こる前のコミュニケーション不足が指摘されている (Beckman 1994)。

## 3. 患者の理解の不正確さは、診療場面で明らかにされない

上記のように医師と患者で診察後の理解が異なっていることについて、医師はほとんど認識していなかった。

その理由として、診察の会話が医師主導であることが考えられる。診療場面の会話を分析したベックマンらの分析によれば、医師の最初の開放型の質問に対し、患者が最後まで話し終えたのは23%に過ぎず、医師は患者が言い出した問題に

追加の質問をするために患者の言葉の平均 15 秒後に話を遮っていた。(Beckman 1984)。診療においては、常に患者の話は医師よりも少ないことが研究によって明らかにされている。

(Korch 1968) では、800 回の小児外来の会話を分析した結果、小児科医が使った用語によって母親はしばしば混乱し、よくわからなくなっていたが、それを医師に伝えることはまれであった。その理由は「無知だと思われるのが怖い」であった。(Tuchket 1985) の研究においても、インタビューした患者の 4 人に 3 人は診察中に具体的な疑問や質問があったが医師に言わなかった。彼らは医師が患者に質問して欲しいとは思っていないと考え、焦らされていると感じており、質問を控えていた。診察中に患者も話をするが、その多くは医師の質問に対する情報提供であり、患者が医師に質問をするのは診療中の会話全体の 6% 程度であり、わずかな部分しか占めていない (Roter 2006)。しかしながら、患者が情報を求めるニーズに、医師が十分には対応していないことを示す研究が多く、とくにがん患者においてはその傾向が強い (Weeks 1998, Ong 1995)。がん患者の 92% は悪い情報を含め全て知らせたい (Blanchard CG, 1988) という調査結果もある。

患者の情報ニーズや治療の決定にあたっての参加についてレビューした結果、患者は治療に関して別の選択肢がある場合には、情報を求める場合が多く、その選択の決定に参加したいので、医師が情報を提供することは重要であると指摘している (Guadagnoli 1998)。

診察中の医療の説明には独特な専門用語が使われ、それが患者の理解を妨げていることも指摘されている。同じ内容でも専門用語の使用頻度が高いと、患者がその情報を覚えているのが困難になる (Roter 2009)。特殊なものだけでなく頻繁に使われる医療用語であっても、その解釈が正しかったのは、患者の 30% しかいなかった

(Hadlow 1991)。患者がわかっているだろうと期待して特別な注意を払わずに医療者が用いる言葉にも誤解が生じやすいことが示されている。

次に、患者の理解能力が不十分なことがあるが、それが診察場面ではわかりにくい。ヘルスリテラシーを測定するために開発された TOFHLA は、薬の指示書などを読解するものであるが、これを用いた実証研究が多く見られる。アトランタとロサンゼルスで救急外来受診患者 2,659 名に TOFHLA を実施したところ、「基準に到達」したのは全体の 41%、60 歳以上の人にとっては、2 割にも満たなかった (Williams 1995)。これは、医療関係者に大きなショックを与えた。なぜなら、患者がこれほど理解していないことを医療者は認識していなかったからである。

また、ヘルスリテラシーが低い人は、それを恥ずかしがり、読めるふりをすることも多い。医師からもらった説明用紙の内容の意味がわからなくても、配偶者にも言ったことがない人が 67.2% おり、その 4 人に 3 人は、病院で誰にも助けを求めたことがなかった (Parikh 1996)。医師が患者のリテラシーの不十分さに気づいたのは 1 割のみであった (Bass 2002)。

医療情報に関する理解能力が乏しい患者は、医師の説明への理解も困難であり、それが疾患の管理にも影響をもたらす可能性が実証研究で明らかにされている (Mancuso 2006, Schillinger 2002, Gazmararian 2003)。これらの研究は、喘息や糖尿病や高血圧などの慢性疾患患者であり、患者の理解をどのように高めるかが重要な課題となっている。多くの高齢者が複数の慢性疾患を抱えて受診している日本においては、特に重要な問題となる。

#### 4. 患者の理解を高めるための取り組み

患者の理解を高めるために、診察後に用紙やビデオを渡す RCT が行なわれている。それによれば、説明を要約した用紙や診察の際の録画ビデオを渡すことは、診療への満足度を高め (Damian 1991, Thomas 2000)、その後の治療への不安を減少させる効果はあるが (Thomas 2000)、情報の正確な理解には、効果がある場合 (Ong 2000) と、ない場合 (Damian 1991) があつた。患者の理解を高め、意思決定への参加を高めるためには、情報の媒体は様々なものを使うのがよいとされており (Davis 2001)、口頭だけではなく、活字や映像など、様々な媒体を用いた介入研究が行なわれている。また、こうした媒体の利用によって、その後の医師との対話により影響をもたらす場合がある。Ford S (1995) によれば、説明時の内容のビデオを渡した群は、そうでなかった群に比べ、次の診察の時に、患者が医師に確認を求める会話が多く、なかった群では 1 度目に説明した内容が再び質問することが多かった。用紙などの媒体自体が、医師の説明に対する患者の理解を高める場合と、それによって医師との会話が増えることで理解につながるという効果があるといえよう。

患者の医療情報への理解が予想以上に悪かったことを重要視したアメリカ医師会では、病院における患者への対応として指針を作成しており、その中には、患者とのコミュニケーションの方法が具体的に紹介されている。その中では、「内容について診察の合間に確認をする。患者に伝える新しいことは 1 度に 2、3 個までとし、理解しているかどうか復習して確認する作業をする」とし、まずは医療者が患者にできる働きかけの方法を具体的に提示している (AMA 2000)



## 5. 患者の理解と健康のアウトカムとの関連

医師の患者への対話のアプローチが、患者の理解と健康に影響を与えた研究は少なく、その効果ははっきりとはしていない (Guadagnoli 1998) が、これを実証した研究を2つ紹介する。

高血圧や糖尿病などの患者 252 名に対する調査では、医師との会話を患者が主導し、患者の感情表現が多く、患者の求めに応じて医師が情報を提供していた場合ほど、健康アウトカムがよかった (Kaplan 1989)。著者によれば、患者が主導する立場にあることが疾患の自己管理能力への自信につながり、感情表出が満足感につながったと述べている。

74 人の糖尿病の患者においては、医師が薬の飲み方などの重要な情報について、確認したり強調した群では、糖尿病のヘモグロビン A1c の値が平均より低くなる傾向があった (Schillinger D 2003)

## 6. 患者が持つ説明への期待とその結果

医師と患者のコミュニケーションと、医師・患者の満足度や健康アウトカムに一貫した関連はなく、患者中心医療のアプローチの良し悪しは双方の価値観でも異なるし、結果にも結びつかない (Winefield 1996)。患者が持つ医師の説明への期待のレベルは、患者によって異なっていることが明らかになっている。例えば、医師からの説明をより多く望むのは、性別では女性であり (Arora 2000, Mechanic 1978, Nomura 2007)、年齢では若い人であり (Arora 2000, Blanchard 1988)、教育歴については高い人である (Arora 2000)。不安が強く (Kaplowitz 2002)、より重症だと認識している患者は (Degner 1992)、あまり医師に情報を求めたいと考えない。

患者が積極的に医師の説明を理解して治療の決定に参加したいかどうかの信念・態度を測定する指標を開発した Arora は、医師に任せたいと考え情報を求めないグループは、治療の決定に参加するメリット (例: 医師は完璧ではないので、医療に関する決定には自分も参加することが重要だ) よりもデメリット (例: もし自分が決めることになったら間違えた選択をすると思う) の評価の点数の方が高かった (Arora 2005)。医師に情報を求め主体性を持ちたいかどうかは、それが自分により結果をもたらすという患者の医療に対する価値観によって異なっているといえよう。こうした患者の価値観が多様にあることを考慮すると、診察においては、その患者がどういう医療を望むのかという点に、まずは注目することが必要である。

患者があらかじめ持つ説明や理解に対するニーズを重視するのは、その診察においてそのニーズが満たされているか (preference-match)

が患者の健康アウトカムや満足度に影響を与えることが研究で明らかにされているからである (Kiesler 2005)。

リウマチ患者を対象とした医師と患者のコミュニケーションでは、患者が診察において、医師に言いたいことを伝え、また質問もできたと考えると、診察に対する満足度が高く、医師に理解されたと認識していた (Ishikawa 2006)。同様に、乳がん患者の場合は、こうした診察のコミュニケーションで患者が言いたい・聞きたいことについて希望通りコミュニケーションができた場合、診察後の不安を有意に減少させていた (Takayama 2004)。

一方、患者の求める情報が十分に提供されてないと、患者に負の影響をもたらす。がんや診断された患者が、「欲しい情報が十分得られていない」と考えている場合、医学的な疾患の状態を調整しても、心理的健康に有意に負の影響を与えていた (Arola 2002)。

## 7. 医師と患者の相互作用

医師と患者の会話は双方向のものであり、両者の人間関係のうえに行なわれる社会的な会話である。

統計によれば、医師と患者の両者は、お互いに対する好き嫌いを統計学的な有意差をもって言い当てることができるという (Hall 2002)。医師の説明と患者の理解では、医師による一方的な説明 (モノローグ) ではなく、患者との対話 (ダイアログ) によって成り立っていることを認識することは重要である (Mishler 1984)。医療における人間関係では、医師の行動は患者に対して一方的に行なわれるが、患者は自分と医師の両方に対して行動をとることができる。つまり、患者は医師の指示と自分の意思の2つから選択することができる。医師に希望する薬を出してもらえなかったことに対する落胆の気持ちとして、処方薬の指示に従わないという選択をするかもしれない。その結果、適切な治療がされず、健康を害する可能性がある (Roter 2006)。

情報が多く得られる患者は、それだけ多く医師に質問をしている (Pendleton 1980)。理解を求めて、患者が医師に働きかけることは効果的であるといえよう。

Street (2007) の研究は、医師と患者のコミュニケーションが互いに影響し合っていることを実証したものである。29 人の医師で 207 人の患者の診察について調査した結果、患者が医師に対してよいコミュニケーションがとれていると感じ、医師に満足していると、医師はその患者に対して患者中心アプローチを行っていた。患者の積極的な対応が医師の患者中心指向を引き出しているのである。これまでは、医師のコミュニ

ケーションスキルによって患者の対応を引き出すことの重要性が指摘されてきたが、医師の対応も、実は患者によって引き出されていることが明らかとなった。

#### 8. おわりに

これまでの実証研究をみる限り、医師の説明内容を、患者は予想以上に理解していない可能性がある。また、患者の理解の有無や正確さを、医師が確認することは効果的であるにもかかわらず、診察の度に行なわれることはまれである。説明を欲している患者であれば、それを診察の間に表明できればよいが、それが難しいと多くの患者が考えている。こうした患者の欲求不満は、疾患を自己管理しようとする意欲・自信を失わせ、心理的な健康にも影響することが明らかとなった。

この問題を、医師と患者に起こる問題だからといって、その解決を診察室の中にだけ求めるのではなく、広く社会で考えていくべきであろう。説明が理解できないと患者が感じた場合に相談できる場所、診察時の理解に不安がありそうな患者を医師が紹介できる場所、そういうサポート体制があれば、医師と患者のコミュニケーション・ギャップを橋渡しできるのではないだろうか。

#### 文献

1. American Medical Association. (2000) *Health Literacy introductory kit*. Chicago: American Medical Association.
2. Arora NK, Ayanian JZ, Guadagnoli E. Examining the relationship of patients' attitudes and beliefs with their self-reported level of participation in medical decision-making. *Med Care*. 2005 Sep;43(9):865-72.
3. Arora NK, Johnson P, Gustafson DH, McTavish F, Hawkins RP, Pingree S. Barriers to information access, perceived health competence, and psychosocial health outcomes: test of a mediation model in a breast cancer sample. *Patient Educ Couns*. 2002 May; 47(1):37-46.
4. Arora NK, McHorney CA. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Med Care*. 2000 Mar;38(3):335-41.
5. Bass PF 3rd, Wilson JF, Griffith CH, Barnett DR. Residents' ability to identify patients with poor literacy skills. *Acad Med*. 2002 Oct;77(10):1039-41.
6. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med*. 1984 Nov;101(5):692-6.
7. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med*. 1994 Jun 27;154(12):1365-70.
8. Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Soc Sci Med* 1988;27:1139-1145
9. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Informed consent -- why are its goals imperfectly realized? *N Engl J Med*. 1980 Apr 17;302(16):896-900.
10. Chow E, Andersson L, Wong R, Vachon M, Hruby G, Franssen E, Fung KW, et al. Patients with advanced cancer: a survey of the understanding of their illness and expectations from palliative radiotherapy for symptomatic metastases. *Clin Oncol*. 2001;13(3):204-8.
11. Damian D, Tattersall MH. Letters to patients: improving communication in cancer care. *Lancet*. 1991 Oct 12;338(8772):923-5
12. Degner LF, Sloan JA. Decision making during serious illness: What roles do patients really want to play? *J Clin Epidemiol* 1992;45:941-950.
13. Davis TC, Dolan NC, Ferreira MR, Tomori C, Green KW, Sipler AM, Bennett CL. The role of inadequate health literacy skills in colorectal cancer screening. *Cancer Invest*. 2001;19(2):193-200.
14. Ford S, Fallowfield L, Hall A, Lewis S. The influence of audiotapes on patient participation in the cancer consultation. *Eur J Cancer*. 1995 Dec;31A(13-14):2264-9.
15. Gattellari M, Butow PN, Tattersall MH, Dunn SM, MacLeod CA. Misunderstanding in cancer patients: why shoot the messenger? *Ann Oncol*. 1999 Jan;10(1):39-46.
16. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Educ Couns*. 2003 Nov;51(3):267-75.
17. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med*. 1998 Aug; 47(3): 329-39.
18. Hadlow J, Pitts M. The understanding of common health terms by doctors, nurses and patients. *Soc Sci Med*. 1991;32(2):193-6.
19. Hall JA, Horgan TG, Stein TS, Roter DL. Liking in the physician-patient relationship. *Patient Educ Couns*. 2002 Sep;48(1):69-77.
20. Ishikawa H, Hashimoto H, Yano E. Patients' preferences for decision making and the feeling of being understood in the medical encounter among patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2006 Dec 15;55(6):878-83.
21. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr.

- Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989 Mar;27(3 Suppl):S110-27.
22. Kaplowitz SA, Campo S, Chiu WT. Cancer patients' desires for communication of prognosis information. *Health Commun*. 2002;14(2):221-41.
  23. Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient Educ Couns*. 2006 Jun;61(3):319-41. Epub 2005 .
  24. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. 1. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*. 1968 Nov;42(5):855-71.
  25. Mackillop WJ, Stewart WE, Ginsburg AD, Stewart SS. Cancer patients' perceptions of their disease and its treatment. *Br J Cancer*. 1988 Sep;58(3):355-8.
  26. Mancuso CA, Rincon M. Asthma patients' assessments of health care and medical decision making: the role of health literacy. *J Asthma*. 2006 Jan-Feb;43(1):41-4.
  27. Mishler EG. *The disclosure of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ: Ablex. 1984
  28. Mechanic D. Sex, illness, illness behavior and use of health services. *Soc Sci Med* 1978;12B:207-214.
  29. Ness DE, Ende J. Denial in the medical interview. Recognition and management. *JAMA*. 1994 Dec 14;272(22):1777-81.
  30. Nomura K, Ohno M, Fujinuma Y, Ishikawa H. Patient autonomy preferences among hypertensive outpatients in a primary care setting in Japan. *Intern Med*. 2007;46(17):1403-8. Epub 2007 Sep
  31. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995 Apr;40(7):903-18
  32. Ong LM, Visser MR, Lammes FB, van Der Velden J, Kuenen BC, de Haes JC. Effect of providing cancer patients with the audio taped initial consultation on satisfaction, recall, and quality of life: a randomized, double-blind study. *J Clin Oncol*. 2000 Aug;18(16):3052-60.
  33. Parikh NS, Parker RM, Nurss JR, Baker DW, Williams MV. Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Educ Couns*. 1996 Jan; 27(1):33-9.
  34. Parker RM, Ratzan SC, Lurie N. Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care. *Health Affairs* . 2003; 22(4):147-53,
  35. Pendleton DA, Bochner S. The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' social class. *Soc Sci Med* . 1980 Dec; 14A(6):669-73
  36. Rosenberg SN, Gorman SA, Snitzer S, Herbst EV, Lynne D. Patients' reactions and physician-patient communication in a mandatory surgical second-opinion program. *Med Care*. 1989 May;27(5):466-77.
  37. Roter DL, Erby L, Larson S, Ellington L. Oral literacy demand of prenatal genetic counseling dialogue: Predictors of learning. *Patient Educ Couns*. 2009 Feb 26.
  38. Roter DL & Hall JA. Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors-Improving Communications In *Medical Visits*. 2006 邦訳「患者と医師のコミュニケーション」篠原出版新社、監訳：石川ひろの・武田裕子. 2007
  39. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Sullivan GD, Bindman AB. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*. 2002 Jul 24-31; 288(4):475-82.
  40. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, Leong-Grotz K, Castro C, Bindman AB. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med*. 2003 Jan 13;163(1):83-90.
  41. Shapiro DE, Boggs SR, Melamed BG, Graham-Pole J. The effect of varied physician affect on recall, anxiety, and perceptions in women at risk for breast cancer: an analogue study. *Health Psychol*. 1992;11(1):61-6.
  42. Street RL Jr, Gordon H, Haidet P. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Soc Sci Med*. 2007 Aug;65(3):586-98.
  43. Takayama T, Yamazaki Y. How breast cancer outpatients perceive mutual participation in patient-physician interactions. *Patient Educ Couns*. 2004 Mar;52(3):279-89.
  44. Temple W, Toews J, Fidler H, Lockyer JM, Taenzer P, Parboosingh EJ. Concordance in communication between surgeon and patient. *Can J Surg*. 1998 Dec;41(6):439-45.
  45. Thomas R, Daly M, Perryman B, Stockton D. Forewarned is forearmed--benefits of preparatory information on video cassette for patients receiving chemotherapy or radiotherapy--a randomised controlled trial. *Eur J Cancer*. 2000 Aug;36(12):1536-43.

46. Tuckkett D., Boulton M, Olson C, Williams A. 1985 *Meeting between experts*. New York: Tavistock publications.
47. Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, Peterson LM, Wenger N, Reding D, Harrell FE, Kussin P, Dawson NV, Connors AF Jr, Lynn J, Phillips RS. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA*. 1998 Jun 3;279(21):1709-14
48. Williams MV. Parker RM. Baker DW. Parikh NS. Pitkin K. Coates WC. Nurss JR. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA*.274(21):1677-82, 1995
49. Winefield HR, Murrell TG, Clifford J. Process and outcomes in general practice consultations: problems in defining high quality care. *Soc Sci Med*. 1995 Oct;41(7):969-75
50. 国立国語研究所, 「病院の言葉」をわかりやすくする提案—中間報告—, 2008
51. 日本医師会, 「医師の職業倫理指針」日本医師会雑誌 131(7), 1-46, 2004
52. 厚生労働省, 「受療行動調査」平成 17 年・平成 8 年
53. 小川圭子, 「セカンドオピニオンの現在地—患者の当事者性追求の観点から」社会科学研究, 19, 3-34, 2001
54. 森岡恭彦, 「インフォームド・コンセント」日本放送協会出版<NHK ブックス>, 1994 年