

## 原著論文

# 医療情報源が多様化する現代社会における患者の意思決定プロセス に関する質的分析

## A Qualitative Analysis of Patients' Decision-Making Processes in a Modern Society with Diversified Sources of Medical Information

菊地真実<sup>1)</sup>、松村真司<sup>2)3)</sup>、尾藤誠司<sup>3)</sup>  
Mami Kikuchi<sup>1)</sup>, Shinji Matsumura<sup>2)3)</sup>, Seiji Bito<sup>3)</sup>

1) 帝京平成大学薬学部

2) 松村医院

3) 国立病院機構東京医療センター臨床疫学研究室

1) Faculty of Pharmaceutical Sciences, Teikyo Heisei University

2) Matsumura Clinic

3) Division of Clinical Epidemiology, NHO Tokyo Medical Center, Tokyo, Japan

### Abstract

This qualitative study explored the impact of different sources of medical information on patient decision-making in shared decision-making (SDM) processes. Survey participants were recruited from registered monitors who, as patients, considered themselves to have made significant decisions in their own illness experience. Semi-structured interviews were conducted with 20 eligible participants. The study was not restricted by participant disease type but focused on interactions with different sources of medical information. Verbatim transcripts of the interviews were analyzed using narrative analysis methods, from which four decision-making models were identified: I) openness to doctors, II) openness to familiar persons, III) closedness to doctors, and IV) openness to the environment. These models reflect the relative openness or closedness of the patients to primary information sources. Results highlight that the decision-making process is significantly influenced by the availability and type of information source. Additionally, the relational aspect of the information provider is more important than the content itself. This suggests that healthcare providers need to understand patients' information access preferences to effectively facilitate SDM.

### 要旨

近年医療現場において、Shared Decision Making(SDM)の概念が広まりつつある。現代社会において医療情報源が多様化しているが、SDM プロセスにおいてこれらの医療情報源と患者との関係性については不明である。そこで本研究は、医療における意思決定の経験を持つ 20 名を対象に半構造化インタビューを行い、意思決定に至る経験を尋ね、医療情報源が多様化する現代社会における患者の意思決定プロセスについて質的分析によりモデル化を試みた。対象者の疾患は、限定しなかった。逐語録を作成し、患者と医療情報源とのやりとりに着目して分析を行った。分析の結果、患者の医療情報入手チャネルを想定し、その開閉状態により、[I:医師に開く] [II:近い人に開く] [III:医師に閉じる] [IV:周囲に開く] という 4 つの医療における意思決定プロセスモデルを導いた。医療情報入手チャネルの開閉の状態が、意思決定のプロセスに影響を与え、さらに情報の内容以上に医療情報源となる「人」との関係性の影響が大きいことが示された。医療者は、情報入手チャネルの特性とその状態を理解した上で、患者の意思決定を支援することが SDM プロセスには重要であることが示唆された。

**キーワード：**意思決定プロセス、シェアード・ディシジョン・メイキング、医療情報源、インタビュー調査、質的分析

**Keywords:** Decision-making process, shared decision making, sources of medical information, semi-structured interview, qualitative analysis

## 1. 序文

従来の治療方針決定における医師のパターナリズムの態度が批判され、1960 年代、医師は治療方針について十分な説明を患者に行い、患者が医師の説明を理解した上で同意する、インフォームドコンセント (Informed Consent : 以下 IC) という概念が生まれ広まっていった。しかし IC は、医師による情報提供と患者による「同意」に重点が置かれ、医師は患者に治療方針の決断を委ね、「同意」のプロセスにおける医師の関与は、中立的な情報開示のパイプ役に限定されているといった認識、さらにルーチン化といった IC の欠点が指摘されるようになった (Childress & Childress, 2020)。そして、1980 年代になると、IC の限界への対応として、シェアード・ディシジョン・メイキング (Shared Decision Making : 以下 SDM) という概念が登場した (Elwyn, Cochran, & Pignone, 2017)。その後、2000 年前後から SDM の実践や研究が活発化した (中山, 2017, p. 1)。

SDM とは、患者が自身の状態について理解し、治療によって何を達成したいのか明確に説明できるよう医療者は支援し、その上で、利用可能な治療や支援の選択肢、その利点とリスクを患者に伝え、患者と医療者が相互に情報を共有し、両者が連携して最適な治療選択を行うプロセスである (Coulter & Collins, 2011)。このプロセスにおいては、患者の希望や価値観に基づく治療方法と、医療者の専門的知識に基づく治療方法の両面の調和が重視される。SDM において重要なのは、患者と医師の相互関与であり、SDM は患者の満足度や治療結果の改善、治療遵守の向上に寄与するといった報告がされている (Coulter & Collins, 2011; Covvey et al., 2019; Joosten et al., 2008)。

我が国では、SDM は「共同意思決定」のほか、「協働的意思決定」「患者参加型医療」「共有意思決定」などと訳され、定訳はない (中山, 2017, p. 1)。腎代替療法選択 (日村 et al., 2022)、乳がん手術と乳房再建 (名倉 et al., 2022) などにおける SDM の実践に関する報告が 2020 年以降見られるようになっているが、研究・実践に関する報告は海外と比較すると少ない (中山, 2017, p. 3)。

SDM には「少なくとも患者と医師が関与する」とされている。すなわち、複数人が患者の意思決定に関与することにより、患者がよりよい意思決定を行うことを目指している。患者の意思決定プロセスには、専門的な医療情報を提供する医療者のみが関与するわけではない。患者は医療者以外とも情報のやりとりを行い、意思決定プロセスとは多くの要因に影響される複雑なプロセスであるといえる。たとえば Thompson (Thompson, 2007) は、家族や友人とのコミュニケーションが患者の治療選択に影響を与えていることを報告しており、家族や友人などからの意見や推奨は患者にとって重要な決断要因となりうる。

さらに、1990 年代後半より普及しはじめたインターネットは、2010 年頃には PC からスマートフォンなどのモバイル端末での利用へと移行し (総務省, 2019)、多くの人が気軽にインターネットから医療情報を入手している。医療における意思決定の場面に立たされた患者は、家族や友人といった「人」を介して医療情報を入手するのみならず、「人」を介さずに医療情報を入手するようになった。我が国においても、広い世代で医療情報をインターネットから入手する傾向にある (内閣府政府広報室, 2023)。また、SNS を通して他の患者や医療者と情報を共有する機会が増加しており、中でも SNS は新しい情報源としての役割を果たし、患者同士のコミュニケーションやピアサポートとしての役割も担っている (Tan & Goonawardene, 2017)。そして、インターネットや SNS で得られた情報が、患者の医療に対する認識やアプローチに影響を与えることが報告されている (Bujnowska-Fedak & Wegierek, 2020; Fox, 2013)。

また、Watt (Watt, 2000) は、疾患による意思決定の相違点に着目し、急性疾患と慢性疾患に関する意思決定には共通点がある一方、相違点があることを指摘し、これらの相違は、疾患の特徴、意思決定の性質や回数の多様性、状況における患者の役割の相違といった環境の影響の相違が意思決定に反映していると論じている。たとえば、様々な要因の影響を受けることによるがん患者の治療における意思決定プロセスの複雑性については、これまで報告されている (Glatzer, Panje, Sirén, Cihoric, & Putora, 2020; Pinguart & Duberstein, 2004; Zafar, Alexander, Weinfurt, Schulman, & Abernethy, 2009)。

患者は、医療者のみならず、家族、友人、インターネット等の多様な医療情報源より情報を得て意思決定に至っていることが考えられる。しかし、SDM プロセスにおいてこれらの医療情報源と患者との関係性については不明である。

そこで本研究は、医療における意思決定を行った経験を持つ患者の語りを医療情報源とのやりとりに着目して分析することにより、医療情報源が多様化する現代社会における患者の意思決定プロセスについて質的分析によりモデル化を試みた。疾患、決断の内容を限定せずに分析することにより、患者の疾患および環境の影響が意思決定モデルにどのような影響を与えているかを考慮し検討を行った。そして、見出された意思決定プロセスモデルにおける患者と医療情報源との関係性の特徴から、SDM プロセス促進のための方策の検討を行った。

## 2. 方法

### 2-1.対象者の選定方法

医療における意思決定を行った経験を持ち、その経験について語ることを承諾してくれた人、Web 会議システムでのインタビュー参加が可能な人であることを前提条件とし、株式会社クロス・マーケティング（以下 CM 社）に以下の 3 条件、①自身が経験した病気の経験において、重大な決断をしたと自身が考えている、②医療に関する重大な決断をした後、1 年以上が経過している、③PC やスマートフォンなどを通して、医療情報を収集した経験がある、を提示し、登録モニターに対して研究への参加応募を募った。CM 社から提供された研究参加応募者リストから、内科的治療に関する服薬開始もしくは中止に関する意思決定、外科的手術を必要とする疾患における治療方針や術式に関する意思決定など、医療における多様な意思決定に関する語りを得ることを目的に、MK および SB により対象者サンプリングを行い、調査対象候補者 20 名を選定した。

### 2-2.インタビュー実施方法

インタビューは、2020 年 12 月～2021 年 3 月に行った。調査実施者 1 名（MK）が、調査対象者全 20 名のインタビューを行った。調査はすべて Web 会議システム（Zoom）を用いて行った。インタビューは「インタビューガイド」（表 1）をもとに半構造化インタビューを行ったが、調査対象者の自由な語りを優先できるよう配慮した。インタビュー時間は、概ね 70 分間（57 分-88 分）であった。調査対象者には謝礼として、CM 社規定の金額（8000 円）をギフトカードで CM 社を介して渡した。

表 1

インタビューガイド（大項目のみ）

|                                        |
|----------------------------------------|
| 意思決定に至るまでの経験                           |
| 医療に関してインターネットや AI アシスタントからもたらされる情報について |
| もたらされた情報と個人の価値観、認識、規範との関係性について         |
| 医療専門家（医師など）との関係について                    |
| 決断を振り返って                               |

### 2-3.分析方法

守秘義務契約を締結したテープ起こし会社に依頼し、インタビューの録音データから逐語録を起こした後、Riessman(Riessman, 2014)によるナラティブ分析における構造分析およびテーマ分析を参考に、両分析法を組み合わせた形式により分析を行った。構造分析とは、文学的テキストを研究対象としていた物語論でなされた理論構築と密接に結びついており(Riessman, 2014, p. 151)、物語がどのように展開するのか、物語の構造に着目し、語りを構造化する要素を見出す分析法である。構造分析を採用したのは、研究対象者は医療における意思決定に至った自らの経験をどのように語るのか、語りを構造化する要素の共通性を見出すためであり、テーマ分析を行うにあたって、語りを要素ごとに整理することが有用と考えたためである。そしてナラティブ分析におけるテーマ分析とは、一つひとつの事例のストーリーを損なわずに、何が語られているのか、語りのテーマに着目して分析する(Riessman, 2014, p. 142)方法である。分析に際しては、分析の単位（焦点）を定め、本研究においては、「医療における意思決定」を分析の単位（焦点）とした。また、エムデン(Emden, 1998)によるホリスティック分析を参考に、個々の対象者の語りを全体的に理解しテーマを導きだすことに重点をおいた。テーマ分析を採用したのは、テーマ的アプローチは、個々の人々や集団についての類型論を生成することができ、多くの事例に共通のテーマの要素を見つけ出すことで理論化することが可能である(Riessman, 2014, p. 141)ためである。

以下に分析の手順の詳細を示す。

- ① 逐語録のインタビューアーの発話はすべて削除し、研究対象者の一人称語りデータとして再構築したテキストデータを作成した。これは、テーマ的ナラティブにおいては、ストーリーが構築されていく際に質問する側の果たす役割には関心を向けず、インタビューアーとの協働構築過程についての洞察は行わない(Riessman, 2014, p. 110)という点を参考にしたことによる。なお、インタビューアーからの質問に対する回答で、語りの中に指示語が含まれている場合は、インタビューアーの言葉を（ ）をつけて追記し内容を補った。
- ② ①の方法により再構築した研究対象者 20 名のテキストデータを十分に読み込み、医療における意思決定に至った経験の語りを構造化する要素を検討した。[構造分析]
- ③ 研究対象者の語るストーリーを損なわないよう、Excel で作成した表を用いて、テキストデータを②で導かれた

語りの要素に分類、整理した。

- ④ ③で作成した表から、医療における意思決定に至るまでの、研究対象者と意思決定影響因子（意思決定に影響を与えた医療情報源）とのやりとりに着目し、研究対象者個々の「医療における意思決定ストーリー」を文章化し、個々の研究対象者の「決断（意思決定）テーマ」を検討した。[テーマ分析]
- ⑤ 研究対象者 20 名の個々の医療における「決断（意思決定）テーマ」を俯瞰し、テーマ内容の類似性からカテゴリーを生成した。
- ⑥ ⑤で得られたカテゴリーを概念的に解釈し、「医療における意思決定モデル」を検討した。

上記①については第 1 分析者である MK がテキストデータを作成し、第 2 分析者である SM と共有した。②③④については、MK が分析を行った上で、SM と分析に関する議論を継続的に実施した。④において個々の研究対象者の「決断（意思決定）テーマ」について意見の相違があった場合は、テキストデータを両者で確認し、修正を加えることで合意形成した。⑤においても、MK がカテゴリーを生成したのちに、SM と議論を行い、修正を加え合意形成した。このように継続的に研究者トライアンギュレーションを行うことにより、テキストデータから導かれた分析結果の妥当性の担保に努めた。さらに分析結果として導かれた 4 つのカテゴリー、およびモデルについて SB を含めて 3 名で妥当性の検討を行い、合意に至った。なお、MK は薬剤師、SM は医師の資格を持ち、ともに研究者としてこれまで質的研究に継続的に取り組んでいる。SB は医師の資格を持ち、研究全体を統括する立場にある。また、SM および SB は、臨床において患者の意思決定に医師としてかかわっている。

## 2-4. 倫理的配慮

インタビュー開始前に、研究対象者に対して、研究目的、研究内容、インタビュー時間、個人情報保護、研究結果の公表方法について説明し、参加は自由意思に基づく任意のものであり、研究に不参加であっても何ら不利益がないことを文書を用いて口頭で説明し、書面にて同意を得た。

本研究は、国立病院機構東京医療センター倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 R20-164）。

## 3. 結果

### 3-1. 研究対象者の概要

調査対象者は表 2 に示した通りである。対象者はアルファベットの仮名とした。20 名のうち、性別は男性 10 名、女性 10 名、年代は 20 代 1 名、30 代 2 名、40 代 3 名、50 代 8 名、60 代 4 名、70 代 2 名であった。既婚者は 15 名、子ありは 11 名であった。A～H は内科的疾患の治療における主に服薬の開始、中止に関する意思決定の経験があり、I～T はがんに関する治療方針、および外科的療法の術式に関する意思決定の経験があった。

表 2

研究対象者の概要

|   | 性別 | 疾患名          | インタビュー時の年齢 | 罹病時の年齢                      | 婚姻 | 子       |
|---|----|--------------|------------|-----------------------------|----|---------|
| A | 女性 | 1 型糖尿病       | 32 歳       | 16 歳                        | 既婚 | なし      |
| B | 男性 | 2 型糖尿病       | 53 歳       | 40 歳頃                       | 既婚 | あり      |
| C | 男性 | 2 型糖尿病       | 53 歳       | 50 歳                        | 既婚 | あり      |
| D | 男性 | 腎不全（人工透析）    | 59 歳       | 53 歳                        | 既婚 | あり      |
| E | 男性 | うつ病          | 63 歳       | 30 歳頃                       | 既婚 | あり      |
| F | 女性 | うつ病          | 48 歳       | 33 歳頃                       | 既婚 | なし      |
| G | 男性 | 心筋梗塞         | 50 歳       | 43 歳                        | 既婚 | あり      |
| H | 女性 | 多発性硬化症       | 32 歳       | 28 歳                        | 既婚 | なし      |
| I | 女性 | 膵臓がん         | 49 歳       | 47 歳                        | 未婚 | なし      |
| J | 男性 | 大腸がん・前立腺がん   | 63 歳       | 大腸がん 47 歳・前立腺がん 53 歳        | 既婚 | あり（孫あり） |
| K | 男性 | 前立腺がん        | 70 歳       | 61 歳                        | 既婚 | あり      |
| L | 男性 | 十二指腸がん・前立腺がん | 72 歳       | 十二指腸がん 70 歳・前立腺がん 70 歳      | 既婚 | あり      |
| M | 女性 | 乳がん          | 50 歳       | 初発：30 歳 再発：46 歳             | 既婚 | あり      |
| N | 女性 | 乳がん          | 52 歳       | 40 歳頃                       | 未婚 | なし      |
| O | 女性 | 乳がん          | 53 歳       | 44 歳                        | 未婚 | なし      |
| P | 女性 | 子宮筋腫・乳がん・肺がん | 56 歳       | 子宮筋腫 42 歳・乳がん 50 歳・肺がん 53 歳 | 既婚 | なし      |
| Q | 女性 | 乳がん          | 63 歳       | 56 歳                        | 未婚 | なし      |
| R | 女性 | ホジキンリンパ腫     | 28 歳       | 25 歳                        | 未婚 | なし      |
| S | 男性 | 肺がん          | 47 歳       | 45 歳                        | 既婚 | あり      |
| T | 男性 | 胸腺がん         | 65 歳       | 58 歳                        | 既婚 | あり      |

### 3-2. 研究対象者の語りの構造分析

研究対象者は、医療における意思決定についてどのように語るか、テキストデータから語りの構造を分析した。その結果、語りは以下の 4 つの要素により構造化されていることが示された。

#### ① 状況の把握

自らの体調の違和感、健康診断の結果、医師からの病名告知など、研究対象者が意思決定を行う必要性に迫られた状況をどのように把握したのかについての語り。

#### ② 対応（行動／理解内容）

状況を把握した上で、相談、疾患に関する情報入手など、決断に向かうための行動、および行動によって理解した内容についての語り

#### ③ 決断

決断についての語り。

#### ④ 振り返り

決断を振り返っての語り。

本調査は、「インタビューガイド」に基づきインタビューを行い、意思決定に至るまでの経緯、および振り返りについて研究対象者が語っていたことから、研究対象者 20 名すべてのテキストデータには①②③④全要素が構造上見出された。なお、医療における意思決定場面は 1 回とは限らないことから、①②③④の語りが繰り返される構造が見られた。なお、対象者は意思決定について語るとき、「決めた」という表現を用いていることから、「決断」という言葉を「意思決定」と同義として用いる。

### 3-3. 研究対象者の語りのテーマ分析

4 つのカテゴリーを生成した。生成したカテゴリーは、【Ⅰ：専門家である医師への委託による決断】、【Ⅱ：近い人とともにある自己による決断】、【Ⅲ：自己の選好重視による決断】、【Ⅳ：自己の価値観に加え多方面からの情報入手と相談による決断】となった。各カテゴリーを概念的に解釈し、医療における重大な意思決定において、様々な医療情報源とやりとりを行う情報入手チャンネルを想定し、チャンネルの状態を「開く」「閉じる」と表現し、4 つの医療における意思決定モデル【Ⅰ：医師に開く】、【Ⅱ：近い人に開く】、【Ⅲ：医師に閉じる】、【Ⅳ：周囲に開く】を導いた。（図 1）。

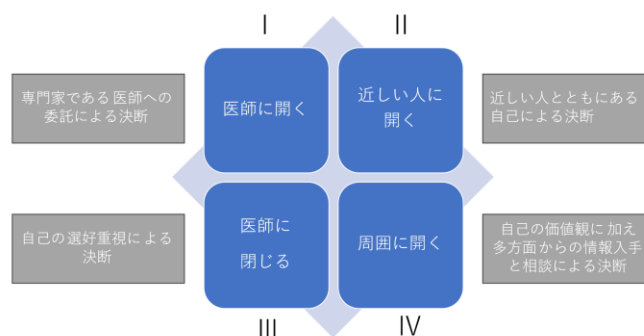


図 1. 医療における意思決定プロセスの 4 つのモデル

情報入手チャンネルが「開く」とは、医療情報源から入手する情報への信頼度が高く、入手した情報の受容への抵抗感が小さいことを意味する。構造分析を通して、対象者は決断に至るまでに様々な医療情報源とやりとりを行っていることが示されたが、重要な決断において影響を及ぼす医療情報源の存在が浮上する。すなわち、やりとりの相手からの情報入手チャンネルが「開く」状態にあると、その医療情報源からの情報を抵抗感なく受容し、決断に至っているという解釈である。すなわち、チャンネルが「開く」状態にあると、その医療情報源からの情報が意思決定プロセスに大きな影響を与える。一方、情報チャンネルが「閉じる」状態にあるということは、その医療情報源からの情報を受容することへの抵抗感が大きいという解釈である。

以下、4 つのモデルについて研究対象者の語りを引用しながら述べる。提示した表は、決断内容、決断テーマ、決

断に大きな影響を与えた医療情報源、インターネットから入手した医療情報をまとめたものである。なお、AI アシスタントから情報を入手しているという語りは得られなかったため表中に含んでいない。文中、対象者の語りは斜字体で記述する。

#### モデルⅠ [医師に開く] : 【専門家である医師への委託による決断】

モデルⅠについて表 3 に示す。モデルⅠを構成する研究対象者 8 名の疾患は、がんが 5 名、腎不全が 1 名、心筋梗塞が 1 名、うつ病が 1 名であり、疾患の共通性は見られなかった。研究対象者からは、医療に関する医療情報源としての医師の言葉のみならず態度、また存在そのものによる影響を受け決断に至ったストーリーが語られた。そこには、医師主導による治療方針の決定への期待があった。うつ病による向精神薬開始の決断が、インターネットが普及していない 1990 年頃であった E 氏を除き、他 7 名は、状況を把握した後、インターネットで疾患や手術方法について調べていた。しかしその内容を十分に理解した上でというわけではなかった。モデルⅠの対象者には、自身の自覚症状の辛さを含めた病気の重大性、および限られた時間内で決断する必要性という状況の共通点があり、医師に委託し決断するというストーリーが見出された。

I 氏は、「ちょっとあまりにも難しすぎて。画像とかを見ても、原発のがんは、あ、これはがんだなんて、私にも分かるけど、転移したところの、ふわってかかっていると、『先生、やっぱすごいね』とかって言って、『先生、よくこれががんだって分かるね』っていう感じだったので、これは、先生に任せていくしかないのかなと思って。」と語り、病気の重大性から医師に委ねる決断に至っていた。

N 氏は、「切除するのは最初から決めていました。このままもう、ね、亡くなったらのことを考えたら、やはりこれが一番いいのかなと思って。先生とは、いろんな面で私に合ってたんでしょうね。しゃべりやすくて、(説明も) やっぱりリスク面だと、分かりやすく。」と、医師の言葉や態度が決断を後押ししていた。

T 氏は、「テレビにも出てくる有名な教授だから、専門家ですからね。その人の意見よりも正しいことを言う人は、多分、いないだろうから、任しときゃいいというふうに自分では思ったんですね。」と、医師の背景を知ること、医師に決断を委託していた。

また、O 氏は、決断を振り返り、「全摘して再建をしたら、こんなにきれいな胸を作ってくれるんだと思った。それを見たときに、温存だからいいというわけではなく、(中略) なので、そのころにはもう、あの、後悔し始めて、まあ、今に至るっていう。もう少し説明をするんじゃないかなと、思うんですけども。私のときは、温存だからよかったっていう情報の方がまず入ってきて。」と、乳房温存が望ましいと考え術式の決断をしたが、全摘して乳房再建という方法について知らなかったことへの後悔が語られた。

#### モデルⅡ [近しい人に開く] : 【近しい人とともにある自己による決断】

モデルⅡについて表 4 に示す。モデルⅡを構成する研究対象者は、がんが 2 名、2 型糖尿病が 1 名、うつ病が 1 名と疾患の共通性は見られなかった。研究対象者からは、とりわけ配偶者など近しい人から与えられた情報を重要視し、また近しい人の存在そのものによる影響を受けて決断に至ったストーリーが語られた。4 名の共通点として、自身の疾患についての決断であるが、独立した自己ではなく、近しい人とともにある自己として決断するストーリーが見出された。

B 氏は、「(体験談の生の声としては) やっぱり妻に。妻も妊娠糖尿病で、先にインスリンを打ってたもんですから。」と、妻はインスリン注射の体験者としての情報提供者であり、また血糖コントロールがうまくいかない状況においては、「嫁さんが一番、『病院を替えて、調整したほうがいいよ』っていうのは勧めてたもんですから。」と、妻からの勧めにより転院したという経緯があった。

M 氏は、「全摘すると、放射線をやらなくていいという私はそこにメリットを感じて、放射線って結構違うのが大変。1 か月って長い間なので、それを考えると、私は、全摘でいいかなと思ったんです。私は、『全摘で』って先生に言ったら、主人が『え、それ、だめだから』とか言って。(中略) 多分、主人は本とか読んで、まだその頃はインターネットとかそんなに普及してなくて、身近にもなかったんで、本を買ってきて読んで感じでした。(私は) 主人の買ってきた本を、ばらばら、ばらばらと。」と、乳がん初発時、夫の希望により乳房温存手術を決断したが、M 氏にとっての全摘手術のメリットとは、術後の放射線治療を受ける必要がないことであり、これは子どもの世話は自分が行わなければならないという母親としての役割認識に基づくものであった。しかし、最終的には夫からの情報、さらに夫に従う妻という役割認識に基づき乳房温存手術となった。そして 10 年後に再発したときには、「めんどくさがっちゃういけないんだなというような。本当に、毎日の生活で手いっぱいだったというか。」と、家庭内での自身の役割を果たすことに懸命となっていたために、受診が遅れたことへの後悔が語られた。

表 3

モデル I を構成する研究対象者の決断内容および決断テーマ

| 研究対象者                   | 決断内容                                     | 決断テーマ                                              | 決断への影響大の医療情報源 | インターネットからの入手情報                         |
|-------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------|
| D: 男性 (59) 腎不全 (人工透析)   | 腹膜透析を選択し開始                               | 日常生活において拘束されることを避けたいと考え、医師から推奨された方法を選択し決断          | 医師            | 疾患について、患者経験 (コミュニティサイト)、血液透析について (ブログ) |
| E: 男性 (63) うつ病          | 向精神薬の服薬開始                                | 身体症状の辛さから、医師の勧めに従い服薬開始を迷わず決断                       | 医師            | 薬の効能・副作用、患者と医師のマッチング (ロコミ情報)           |
| G: 男性 (50) 心筋梗塞         | 心筋梗塞治療および服薬開始                            | 緊急であることからほかに術がない状況での決断                             | 医師            | 疾患について、治療法                             |
| I: 女性 (49) 膵臓がん         | セカンドオピニオンを受けたがん専門病院での治療、医師から提示された術式による手術 | 事の大きさに判断しきれず、医師が推奨する治療方法に対して、医師と医師の手術への信頼をもとに決断    | 医師            | 手術方法、患者経験 (ブログ)                        |
| L: 男性 (72) 十二指腸がん・前立腺がん | 十二指腸がんの手術                                | 限られた医師にしかできない手術であると聞き、迷うことなく決断                     | 医師            | 手術方法                                   |
| N: 女性 (52) 乳がん          | 乳房全摘手術                                   | 時間と選択肢が限られた中、死の不安が大きく、自分に合っていると初対面から感じた医師への信頼により決断 | 医師            | 術後について (ブログ)                           |
| O: 女性 (53) 乳がん          | 乳房部分切除による手術                              | 限られた時間の中で医師への親しみの感情を持ち決断                           | 医師            | 手術方法、患者経験 (ブログ)                        |
| T: 男性 (65) 胸腺がん         | 手術を受けることとその後の抗がん剤による治療開始                 | 治療法に選択肢がない上、担当医師が一流であることから医師に任せるという決断              | 医師            | 疾患について                                 |

表 4

モデル II を構成する研究対象者の決断内容および決断テーマ

| 研究対象者                 | 決断内容                                            | 決断テーマ                                             | 決断への影響大の医療情報源 | インターネットからの入手情報         |
|-----------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------|------------------------|
| B: 男性 (53) 2型糖尿病      | 内服薬からインスリンへの切り替えおよび転院                           | 家族が自分を心配してくれているという認識のもと家族に心配をかけたくない思いによる決断        | 妻             | 薬の効果・副作用、患者経験 (ブログ)    |
| F: 女性 (48) うつ病        | 精神科受診および服薬中止                                    | 近い人との関わりの中で決まっていくという決断                            | 母・夫           | 患者経験 (コミュニティサイト)       |
| J: 男性 (63) 大腸がん・前立腺がん | 排尿障害が起こらないことを重視しての術式および再発時の抗がん剤治療               | 自分にとって望ましい治療法の情報入手し吟味しながらも、妻からの声かけや家族の存在に影響を受けて決断 | 妻             | 治療方法                   |
| M: 女性 (50) 乳がん        | 初発時の乳房温存部分切除および再発時の乳房全摘手術、抗がん剤開始、副作用を抑えるための薬の選択 | 家庭内における母親としての強い役割認識のもとで決断                         | 夫・子           | 薬の評価・副作用、患者の服薬経験 (ブログ) |

### モデルⅢ [医師に閉じる] : 【自己の選好重視による決断】

モデルⅢについて表 5 に示す。モデルⅢを構成する研究対象者の疾患は、がんが 2 名 (うち 1 名は他疾患もあり)、2 型糖尿病が 1 名であり、疾患の共通性は見られなかった。研究対象者からは、医師に治療に関する希望を明確に伝えることを望み、医師と対等の立場でやりとりを行うためにも、インターネットからの情報入手に励み、また自己の身体感覚を重視して決断に至ったストーリーが語られた。3 名の共通点として、医師とのやりとりの中で、治療方針をめくり意思疎通がうまく図れなかった点、また医師と意思疎通が図れないことによる心理的傷つきの経験があり、医師の推奨する治療法の拒否など、次第に強固となっていく自己の選好を重視した信念に基づく決断のストーリーが見出された。

K 氏は、「ネットで調べて、やっぱり代謝が活発じゃないと効果は限定的っていう表現が、ほとんどなんですよ。代謝が活発にならないとっていう話をしたら、そんな、悪くなってからやっても、良くなったためしがないっていうことで、で、あなたの場合は、考え方が間違ってるって言われたんですよ。要するに、悪くなってからやっても効果がないから、『今、やりなさい』っていうことなんですよ。」という医師とのやりとりを通して、最終的に医師の推奨には従わず、服薬しないという決断した。そして K 氏は決断を振り返り、「正しいかどうかというのは、今でもちょっと分からないですね、自分の判断がね。」と自己の決断に対しての不安を語った。

P 氏は、「主治医の方は、エビデンスがないからできないってやっぱり言い張るばかり。」そして「『治療には口出ししないでください』って言われてしまった。」と語った。また、「(医療者は) 標準治療だけにとらわれないでほしいと思います。もっと、臨機応変に、柔軟に。いろんな情報を比較できないものかなっていうふうに思います。」と、治療法をめぐる医師との対話を望んでいた。

### モデルⅣ [周囲に開く] : 【自己の価値観に加え多方面からの情報入手と相談による決断】

モデルⅣについて表 6 に示す。モデルⅣを構成する対象者の疾患は、がん (悪性リンパ腫含む) が 3 名、1 型糖尿病が 1 名、多発性硬化症が 1 名であり、疾患の共通性は見られなかった。研究対象者からは、医師をはじめとした医療者、周囲の人とやりとりを行い、またインターネットから情報を入手し、自己の価値観に基づいた決断のストーリーが語られた。5 名の共通点として、医療者、周囲の人からの情報を受け入れる寛容な態度があり、同時に率直な気持ちを周囲に伝える、質問するなどし、一層情報が集まりやすい環境に自らを置き、医療情報源が対象者の周囲を取り囲むような状況で決断に至ったストーリーが見出された。

R 氏は、「『私はもうこれ以上治療を受ける気力が残ってないです。もう副作用がつかずぎたので、もう無理です』っていうふうに言ってしまった。先生が、『つらい治療なのは分かってるし、申し訳ないけど、R さんみたいな、まだまだ元気になれる可能性がある人が、どんどん最先端の治療を受けて元気になってほしいから、お願いだから話だけでも聞きにいったほしい』って、先生が言うてくださって、『話だけでも聞きにいきます』って、そこで言いましたね。」と、医師とのやりとりを通して転院することに気持ちが変わっていた。

S 氏は、「もちろん (先生には) 質問して、不明な点は、全部、確認して、しました。もちろん聞けば、ちゃんと教えてくれるんで」、「抗がん剤をやるときの方が、やる・やらないが自由なんで、『決めてください』でした。(抗がん剤は、) 調べてやろうと決めました。何%でもちょっと上積みした方がいいんじゃないかっていう、確率が、少しでも上げようって思ったっていうのが一番の理由ですね。」と、子どもがまだ小さいことを何より考慮し、抗がん剤による治療効果について医師からの説明と調べたインターネットの情報とを照合することで決断していた。そして、「やって良かったなと思ってますけど。数%でも。」と、振り返りでは決断を肯定的にとらえていた。

表 5

モデルⅢを構成する研究対象者の決断内容および決断テーマ

| 研究対象者                          | 決断内容                                                      | 決断テーマ                                                    | 決断への影響大<br>の医療情報源         | インターネットからの入<br>手情報                  |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| C: 男性 (53)<br>2型糖尿病            | 糖尿病治療のために注射を開<br>始したが、副作用により中止                            | 可能な限り自己管理したいと考<br>え、結果への自己責任の不安を<br>抱えながらも信念に基づき決断       | インターネット・<br>友人            | 副作用、疾患について、治<br>療エビデンス              |
| K: 男性 (70)<br>前立腺がん            | 治療薬の選択および服薬拒否                                             | 自分で調べて得た情報に基づ<br>き、医師との対等の対話を希望<br>しながらも叶わず、信念に基づ<br>き決断 | インターネット                   | 疾患について、薬の効果                         |
| P: 女性 (56)<br>子宮筋腫、乳<br>がん、肺がん | 子宮筋腫による子宮全摘手術、<br>乳がんによる乳房全摘手術、肺<br>がんによる手術および抗がん<br>剤の拒否 | 病い経験を積み重ねる中で強固<br>となる信念に基づく決断                            | インターネット・<br>コミュニティサ<br>イト | 手術方法、病院、患者経験<br>(ブログ、コミュニティ<br>サイト) |

表 6

モデルⅣを構成する研究対象者の決断内容および決断テーマ

| 研究対象者                      | 決断内容                                                     | 決断テーマ                                                   | 決断への影響大<br>の医療情報源                    | インターネットからの入<br>手情報            |
|----------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| A: 女性 (32)<br>1型糖尿病        | 思いがけない妊娠に対して、胎<br>児、母体両方に危険性があるこ<br>とから妊娠の継続をあきらめる<br>こと | 周囲からの助言も含め情報につ<br>いて自己の価値観に照らし合わ<br>せながら取捨選択し決断         | 同病者、医師、パ<br>ートナー                     | 治療薬について、病院選<br>択              |
| H: 女性 (32)<br>多発性硬化<br>症   | 受診、治療開始にあたって注射<br>か内服かの選択、3 回の転院                         | 自己の価値観に重きをおきなが<br>ら、周囲の信頼する人の助言に<br>は耳を傾け決断             | 友人、医師、イン<br>ターネット上の<br>コミュニティサ<br>イト | 疾患について、病院選択、<br>生活支援について      |
| Q: 女性 (63)<br>乳がん          | 手術のための病院選択、手術、<br>抗がん剤開始および抗がん剤の<br>中止                   | 知人からの情報入手と自身の身<br>体感覚をもとに決断                             | 友人・知人、自己                             | 疾患について、治療法、副<br>作用、治療経過 (ブログ) |
| R: 女性 (28)<br>ホジキンリ<br>ンパ腫 | がんセンターへの転院および抗<br>がん剤治療前の妊娠性温存 (卵<br>子凍結) を行うこと          | 医師をはじめとした医療者、お<br>よび周囲とのやりとりを通して<br>得た情報を基に関係性の中で決<br>断 | 医師、友人、イン<br>ターネット                    | 疾患について、生存率                    |
| S: 男性 (47)<br>肺がん          | 術式と病院選択、術後の抗がん<br>剤治療を受けること                              | インターネットから情報を入手<br>しながら、医師の説明との整合<br>性を確認し決断             | インターネット、<br>医師、妻                     | 疾患について、治療法、治<br>療効果           |

#### 4. 考察

本研究は、疾患、また決断内容を限定せずに医療における意思決定プロセスを検討し、患者と医療情報源との関係性に焦点を当て、意思決定プロセスのモデル化を行った。まず、各モデルの特徴を整理した上で、各モデルにおける意思決定に影響を与えた医療情報源との関係性を検討する。さらに、各モデルにおける患者と医療情報源との関係性の特徴から SDM プロセス促進の方策について検討する。

##### 4-1. 各モデルの特徴および意思決定に影響を与えた医療情報源との関係性

モデルⅠ[医師に開く]は、決断までの時間的制約という共通点があり、医師への治療方針の「委託」が特徴として見出された。そして、語りからは、医師への「信頼」という言葉が多く聞かれた。この「信頼」という言葉を発する心情としては、決断の医師への「委託」という意味合いを含んでいるともとらえられる。モデルⅠを構成する 8 名の

うち 5 名が、がん治療に関する意思決定経験者であった。Whitney ら(Whitney, McGuire, & McCullough, 2004)は、がん治療の意思決定場面に立たされた患者は、主体者として、自身の価値観や意向、不安を医師に伝え、医師はその意向を踏まえて、治療法について提案するプロセスが本来は重要となると指摘する。意思決定場面において時間的制約がある状況とは、急性疾患と同様の状況ともとらえられるが、Watt(Watt, 2000)は、急性疾患においては、医療者が健康回復に必要な情報、技術、資源を管理しているため、患者の意思決定能力は低下しており、このような状況では、医療提供者が臨床的意思決定のコントロールを放棄する意思を持つかどうかに反映されると述べ、患者が主体者となって意思決定ができるかどうかは、医療者の態度次第であることに言及している。すなわち、モデルⅠのような、決断までに時間的制約がある場合においては、医師は、パターンリズムを発動しやすい状態になるといえる。そしてモデルⅠの場合、決断において医師からの情報への信頼感が強く、また医師とのより良い関係性の維持を望んでいるため、対象者は決断を振り返り、たとえ後悔があった場合も、「自分で決めた」という認識のもと、医師に責任を求めることはなく、自身の胸のうちに収めていた。

モデルⅡ「近い人に関与」は、近い人への依存が特徴として見出され、特に家族やパートナーとの関係性に重きをおき、家族内での自身の役割認識が強いことが示唆された。Lamore ら(Lamore, Montalescot, & Untas, 2017)は、治療における意思決定場面において、家族の関与のタイプは、疾患、治療法の選択、患者の文化によって異なることを報告している。患者の文化について着目すると、たとえば家族やパートナーとの関係性は、とりわけ患者が属する社会文化による影響を受けていると考えられる。たとえば、Menon ら (Menon, Entwistle, Campbell, & van Delden, 2020)は、シンガポールでは、家族が高齢の親族を介護することを積極的に奨励し、重篤な病気に対する医療方針の決定に家族が大きく関与するのは、儒教的な親孝行の習慣を反映している面もあると述べている。これは、文化的影響が親子間の関係性に及び、さらには治療方針決定にも大きく関与していることを示している。我が国におけるこれまでの調査からは、がん治療を受ける決断をする際に、家族と意見が一致することや、家族からの励ましで患者の決断を後押しするという報告がある(瀬沼, 清原, & 神田, 2022)。一方で、患者の意思決定を支援する看護師は、家族の意向が重視され患者の主体的な意思決定が阻害されることに対して困難感を抱くという報告がある(山内, 寺町, 植田, 東, & 鈴木, 2023)。すなわち、家族は患者の意思決定における情報提供者としての存在のみならず、意思決定者としての存在ともなりうる。本調査からは、とりわけ配偶者との関係性の影響を強く受けていることが示され、我が国においては家族、とりわけ配偶者など近い人の意思も患者本人と同等、もしくはそれ以上に尊重される可能性がある点、患者は内面化されている家族内での役割認識により決断するという点が示唆された。そして、自身の意思決定を振り返った時に、後悔が語られることもあったが、それはモデルⅠと同様に、敢えて自ら語ることはなく、自身の胸のうちに収めていた。すなわち、他者への委託、依存による意思決定は、後悔を生む可能性があることに注意する必要がある。

モデルⅢ「医師に閉じる」は、医師との治療法をめぐる確執から自己の選好へのこだわりが強まるという特徴が見出された。モデルⅢを構成する研究対象者は、医師からの情報の受容を拒否し、自身で入手した情報をもとに自己の選好を重視した意思決定を行っていた。対象者は、治療法をめぐる医師と対等にやりとりを行うための手段として、積極的にインターネット情報を入手していた。しかし、それらの情報を提示した際の医師の否定的態度により、治療に対する自己の選好の信念を裏付けるための手段として情報が用いられるようになり、結果として医師とのコミュニケーションが断絶されていた。Murray ら(Murray et al., 2003)は、患者がインターネット情報を持ち込み、自分の権威に挑戦していると医師が感じると、医師-患者関係の悪化につながる可能性を報告している。対象者の語りからは、医師は患者の選好を考慮した治療方針の決定よりも医学的正当性を根拠に標準治療の推奨に重きを置き、無意識に権威支配的態度になっていたと考えられる。そのような医師の態度に対して、対象者は抵抗していたとも考えられる。対象者は、医師の機嫌を損ねないようにすることを心掛けていると語っていることから、医師には、自身の権威支配的態度の認識がなく、表面化しない医師-患者間のコミュニケーションの断絶が起こっていたといえる。一方で、インターネットや SNS から得られる情報の不正確性の問題点についても指摘されており(Cline & Haynes, 2001; 横井 & 福田, 2013)、SNS 上の健康に関する誤情報が患者の治療選択や医療機関との関係性に悪影響を与える可能性を Chou ら(Chou, Hunt, Beckjord, Moser, & Hesse, 2009)は示唆している。モデルⅢの対象者は決断において、モデルⅠのような委託、モデルⅡのような依存はなく、決断には自律性が高かった。しかし、振り返りでは、自らが下した決断についての不安を語った。対象者はあくまでも患者であり医療専門家ではない。インターネットから入手した医療情報の吟味にも限界があると考えられる。インターネット情報へのアクセスは容易になってきているが、インターネット上の医療情報が少なすぎることも多すぎることも(Silberg, Lundberg, & Musacchio, 1997)についても指摘されており、情報の受け手となる患者のデジタルリテラシーおよび情報評価能力が意思決定を行う上で重要な要素となる(Alonso Galbán & Vialart Vidal, 2019; Park, Cormier, Gordon, & Baeg, 2016)。また対象者が医療の不確実性についての認識が不足していることも考えられ、モデルⅢにおいては、治療法を巡る医師との対話の重要性がより顕著であるといえる。対象者の語りからは、自らの選好を医師に伝え、対話を通して意思決定を行うことを望んでいたことも

うかがわれ、すなわち、積極的にインターネットから情報を入手し治療法について相談する患者は、自己の選好と照らし合わせながらより適切な治療法を慎重に探し、医師との対話の中で納得の上で決断することを望んでいたとも考えられる。患者・医師間において良好なコミュニケーションが、患者の治療において重要であり、医師の言葉によるコミュニケーションが患者の満足度と健康に与える影響は大きく、医師の言葉遣いの改善、傾聴スキルの向上、共感性により、患者-医師間のコミュニケーションは改善される可能性について報告されている(Jahan & Siddiqui, 2019)。自身の話に耳を傾けてくれる医師に対しては好意的な印象を対象者は持っていたことから、医師との関係性の悪化を望んでいないことがうかがわれた。患者が持ち込むインターネット情報について否定的態度を示し、無意識的な権威支配的な態度、および言動がもたらす患者の決断への影響について医師は認識することが必要であろう。医師の態度、言動如何により、「医師に閉じる」意思決定プロセスは、モデルⅣの「周囲に開く」意思決定プロセスにもなる可能性があると考えられる。

モデルⅣ【周囲に開く】は、全医療情報源への寛容的態度が特徴として見出され、比較的年齢層が若い傾向があった。自身の考えを周囲に隠さず開示する、すなわち「開く」ことにより、周囲からの情報が集まりやすい環境に自らを置く形となっていた。モデルⅠのように、医師に決断を委託するわけではなく、モデルⅡのように特定の近い人との関係性を重視するわけではなく、またモデルⅢのように、自己の強い選好に基づき決断するわけではなく、自身にとって良い治療アウトカムを自己の価値観に基づき考え、また医療情報源となる周囲の人との適切な応答があり、患者と医師の両者の価値観の調和が重視された SDM のプロセスが見出された。また、振り返りにおいても、後悔が語られることはなく、自身の行った自己決定を肯定的にとらえていたことが対象者の語りから示された。Kon(Kon, 2010)は、意思決定をチームアプローチに拡大するには、医師の経験と優れたコミュニケーションスキルの必要性、さらに、チームメンバー全員がプロセスと目標を理解し、患者の価値観が優先されることの理解の必要性を述べていることから、患者が「周囲に開く」ことができるためには、周囲の環境も重要であると考えられる。

#### 4-2. SDM プロセス促進の方策についての検討

本研究の結果より、インターネットから入手した情報の内容については、各モデルで大きな差異はみられなかった。研究対象者は、自らの体調の違和感、健康診断の結果、医師からの病名告知など、意思決定を行う必要性に迫られた状況に置かれたとき、早い段階でインターネットを通して情報収集を行っていた。一方、「人」を介して情報を入手する場合、情報の内容以上に医療情報源となる「人」との関係性が意思決定に影響を与えていることが明らかになり、SDM に関与する医療情報源としての「人」と患者との関係性における課題が示された。

モデルⅠ【医師に開く】では決断における医療専門家である医師への「委託」が顕著であった。限られた時間内で患者が意思決定を行わなければならないような状況においては、医師の医学的専門知識に基づく価値観が優先され、医師のパターンリズムが発動される可能性が高くなっていた。一方、モデルⅠと対照的なのがモデルⅢ【医師に閉じる】である。モデルⅢの場合、医師との対等なやりとりを希望していたが、医師が医学的専門知識に基づく標準治療への同意を促すような態度で患者に関与するため、結果的に医師からの情報の受容を拒否し、自身の選好を重視して決断に至っていた。すなわち、モデルⅠとⅢはモデルとしては対照的ではあるが、SDM プロセスにおいて重要となる患者と医師の相互関与の難しさという点において一致した課題が示された。時間的な制約がある中で、医師が治療の意思決定をためらう患者から選好を引き出すことの難しさ、また患者の意思決定を支援する適切な情報不足について指摘されている(Say & Thomson, 2003)。また、がん領域における SDM の促進因子のテーマは、患者の嗜好に対する医師の配慮、医師の積極的な行動や言動、支援システムの利用や奨励といった点であることが報告されている(Covvey et al., 2019)。すなわち、モデルⅠおよびモデルⅢのようなプロセスを回避し、患者と医師が相互関与する SDM プロセスとなるためには、患者の意思決定場面において、医師が専門的医学知識に基づくパターンリズム的態度、さらには権威支配的態度となっていないかどうかを自覚的に確認するプロセスが組み込まれる必要があるであろう。

モデルⅡ【近い人に開く】においては、医療情報源が配偶者、家族に偏っていないか、また患者との関係性についての確認が必要となるであろう。そして患者本人が自身の選好を伝えることができる環境作りがなされることが望ましい。モデルⅣ【周囲に開く】は、理想的な SDM プロセスといえるが、患者側の様々な医療情報源からの情報受容の寛容性という特徴も見られた。今後、SDM の概念への認知が広まることが、患者となって意思決定場面に立った時に、よりよい意思決定を行うことにつながると考えられる。

### 5. 本研究の限界

本研究は、日本人 20 名という限られた対象者の語りをもとに導き出したモデルである。そのため、とりわけ家族、配偶者との文化的な関係性が対象者の意思決定に影響を及ぼし、モデルⅡについては日本人の特性が表れている可能性がある。そのため、本モデルは日本人のみに適用が限られることが考えられる。また、対象者は、過去の医療にお

ける意思決定の経験を語り、本研究はその語りを分析したものである。そのため、医療情報源としてのインターネットの使用頻度は、意思決定を行った年代によって異なる。本調査の対象者が意思決定を行ったのは 1990 年頃から 2020 年頃と幅があり、スマートフォンの普及率から鑑みると、インターネット情報を気軽に入手できる環境になかった頃に意思決定を行った対象者もいる。そのため、意思決定の時期によりインターネットを介した医療情報源へのアクセスの差異が意思決定プロセスに影響を与えていたことも考えられる。さらに、現在は AI の発達が目覚ましく、今後は臨床の場における対話型 AI の活用、また患者自身が対話型 AI を介して医療情報を入手する可能性が高い。医療情報源として対話型 AI については今後の研究課題としたい。同時に、医療情報源が多様になるほど情報へのアクセス難民となりうる高齢者についても検討が必要であると考えられる。

## 6. 結語

本研究は、医療情報源が多様化する現代社会における患者の意思決定プロセスのモデル化を行った。患者は医療における意思決定を行うにあたり、多様な医療情報源から医療に関する情報を入手するが、情報入手チャンネルを想定したとき、医療情報源との間のチャンネルの開閉の状態が、意思決定のプロセスに大きな影響を与えることが本研究より示された。さらに、患者は医療情報源から入手した情報の内容のみをよりどころに意思決定に至るのではなく、医療情報源となる「人」との関係性がその内容以上に大きな影響を与えていた。医療者は患者の医療に関する情報入手チャンネルの特性とその状態を把握し、理解した上で、患者の意思決定を支援することが重要であり、その理解が、ひいては SDM の実践につながると考えられる。

## 謝辞

本研究の実施にあたり、インタビューにご協力いただいた皆様に心より感謝を申し上げます。

## 研究資金

文部科学省科学研究費助成事業 令和 2 年度 (2020 年度) 基盤研究 (B) (課題番号: 20H03922)

## 利益相反自己申告

なし

## 引用文献

- Alonso Galbán, P., & Vialart Vidal, N. (2019). Digital Literacy Program for the Use of Social Media, Aimed at Health Professionals. *Stud Health Technol Inform*, 264, 1895-1896. doi:10.3233/SHTI190701
- Bujnowska-Fedak, M. M., & Węgierek, P. (2020). The Impact of Online Health Information on Patient Health Behaviours and Making Decisions Concerning Health. *Int J Environ Res Public Health*, 17(3), 880. doi:10.3390/ijerph17030880
- Childress, J. F., & Childress, M. D. (2020). What Does the Evolution From Informed Consent to Shared Decision Making Teach Us About Authority in Health Care? *AMA J Ethics*, 22(5), E423-429. doi:10.1001/amajethics.2020.423
- Chou, W. Y., Hunt, Y. M., Beckjord, E. B., Moser, R. P., & Hesse, B. W. (2009). Social media use in the United States: implications for health communication. *J Med Internet Res*, 11(4), e48. doi:10.2196/jmir.1249
- Cline, R. J., & Haynes, K. M. (2001). Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health Educ Res*, 16(6), 671-692. doi:10.1093/her/16.6.671
- Coulter, A., & Collins, A. (2011). Making shared decision making a reality. Retrieved from <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-shared-decision-making-reality>
- Covvey, J. R., Kamal, K. M., Gorse, E. E., Mehta, Z., Dhumal, T., Heidari, E., . . . Zacker, C. (2019). Barriers and facilitators to shared decision-making in oncology: a systematic review of the literature. *Support Care Cancer*, 27(5), 1613-1637. doi:10.1007/s00520-019-04675-7
- Elwyn, G., Cochran, N., & Pignone, M. (2017). Shared Decision Making-The Importance of Diagnosing Preferences. *JAMA Intern Med*, 177(9), 1239-1240. doi:10.1001/jamainternmed.2017.1923
- Emden, C. (1998). Conducting a narrative analysis. *Collegian*, 5(3), 34-39. doi:10.1016/s1322-7696(08)60299-1
- Fox, S. (2013). After Dr Google: peer-to-peer health care. *Pediatrics*, 131 Suppl 4, S224-225. doi:10.1542/peds.2012-3786K
- Glatzer, M., Panje, C. M., Sirén, C., Cihoric, N., & Putora, P. M. (2020). Decision Making Criteria in Oncology. *Oncology*, 98(6), 370-378. doi:10.1159/000492272
- Jahan, Firdous, & Siddiqui, Hiba. (2019). Good communication between doctor-patient improves health outcome. *European Journal of Medical and Health Sciences*, 1(4). doi:10.24018/ejmed.2019.1.4.84.
- Joosten, E. A., DeFuentes-Merillas, L., de Weert, G. H., Sensky, T., van der Staak, C. P., & de Jong, C. A. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother*

- Psychosom*, 77(4), 219-226. doi:10.1159/000126073
- Kon, A. A. (2010). The shared decision-making continuum. *JAMA*, 304(8), 903-904. doi:10.1001/jama.2010.1208
- Lamore, K., Montalescot, L., & Untas, A. (2017). Treatment decision-making in chronic diseases: What are the family members' roles, needs and attitudes? A systematic review. *Patient Educ Couns*, 100(12), 2172-2181. doi:10.1016/j.pec.2017.08.003
- Menon, S., Entwistle, V. A., Campbell, A. V., & van Delden, J. J. M. (2020). Some Unresolved Ethical Challenges in Healthcare Decision-Making: Navigating Family Involvement. *Asian Bioeth Rev*, 12(1), 27-36. doi:10.1007/s41649-020-00111-9
- Murray, E., Lo, B., Pollack, L., Donelan, K., Catania, J., Lee, K., . . . Turner, R. (2003). The impact of health information on the Internet on health care and the physician-patient relationship: national U.S. survey among 1,050 U.S. physicians. *J Med Internet Res*, 5(3), e17. doi:10.2196/jmir.5.3.e17
- Park, H., Cormier, E., Gordon, G., & Baeg, J. H. (2016). Identifying Health Consumers' eHealth Literacy to Decrease Disparities in Accessing eHealth Information. *Comput Inform Nurs*, 34(2), 71-76; quiz 99. doi:10.1097/CIN.0000000000000205
- Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2004). Information needs and decision-making processes in older cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*, 51(1), 69-80. doi:10.1016/j.critrevonc.2004.04.002
- Riessman, Catherine Kohler.(2008). Narrative Methods for the Human Sciences, California: Sage Publications,Inc. (大久保功子・宮坂道夫監訳.(2014). 人間科学のためのナラティブ研究法: クオリティケア)
- Say, R. E., & Thomson, R. (2003). The importance of patient preferences in treatment decisions--challenges for doctors. *BMJ*, 327(7414), 542-545. doi:10.1136/bmj.327.7414.542
- Silberg, W. M., Lundberg, G. D., & Musacchio, R. A. (1997). Assessing, controlling, and assuring the quality of medical information on the Internet: Caveant lector et viewor--Let the reader and viewer beware. *JAMA*, 277(15), 1244-1245. doi:10.1001/jama.1997.03540390074039
- Tan, S. S., & Goonawardene, N. (2017). Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: A Systematic Review. *J Med Internet Res*, 19(1), e9. doi:10.2196/jmir.5729
- Thompson, A. G. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Soc Sci Med*, 64(6), 1297-1310. doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.002
- Watt, S. (2000). Clinical decision-making in the context of chronic illness. *Health Expect*, 3(1), 6-16. doi:10.1046/j.1369-6513.2000.00076.x
- Whitney, S. N., McGuire, A. L., & McCullough, L. B. (2004). A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med*, 140(1), 54-59. doi:10.7326/0003-4819-140-1-200401060-00012
- Zafar, S. Y., Alexander, S. C., Weinfurt, K. P., Schulman, K. A., & Abernethy, A. P. (2009). Decision making and quality of life in the treatment of cancer: a review. *Support Care Cancer*, 17(2), 117-127. doi:10.1007/s00520-008-0505-2
- 日村美玲, 葛西真綾, 村上礼一, 沖田暁子, 田澤宏龍, 関野佳奈子, . . . 大山力. (2022). 【Better kidney, Better life】弘前大学における腎代替療法選択の共同意思決定 レシピエント移植コーディネーターによる貢献. *腎移植・血管外科*, 34(2), 48-53.
- 名倉直美, 竹井淳子, 吉田敦, 林直輝, 松井瑞子, & 山内英子. (2022). リスク低減乳房切除手術を含む乳房再建治療への患者意思決定支援. *Oncoplastic Breast Surgery*, 7(4), 108-114.
- 内閣府政府広報室. (2023). 「がん対策に関する世論調査」(令和5年7月調査) 概略版. Retrieved from <https://survey.gov-online.go.jp/r05/r05-gantaisaku/gairyaku.pdf>.
- 中山健夫. (2017). これから始める! シェアード・ディシジョン・メイキングー新しい医療のコミュニケーションー: 日本医事新報社
- 瀬沼麻衣子, 清原文, & 神田清子. (2022). 治療を受けることを選択した後期高齢がん患者の意思決定に影響した要因. *The Kitakanto Medical Journal*, 72(4), 361-370. doi.org/10.2974/kmj.72.361
- 総務省. (2019). 情報通信白書令和元年版 インターネットの登場・普及とコミュニケーションの変化. Retrieved from <https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r01/html/nd111120.html>
- 山内洋子, 寺町芳子, 植田喜久子, 東清己, & 鈴木志津枝. (2023). がん患者と家族の合意形成による意思決定支援において臨床現場で看護師が抱えている困難. *JNI: The Journal of Nursing Investigation*, 20(2), 18-30. doi.org/10.32273/jni.JNI\_020\_004
- 横井遥, & 福田里砂. (2013). インターネット上の医療情報の信頼性の検討: 開腹手術に伴う術後疼痛に関する情報について. *医療情報学*, 33(1), 49-59. doi.org/10.14948/jami.33.49

\*責任著者 Corresponding author : 菊地真実 (e-mail: m.kikuchi@thu.ac.jp)

投稿日: 2023年12月27日 受理日: 2024年5月24日