原著 (研究)

Shared decision making を実践する医師の特徴 —都内 10 区 2 市の診療所内科医に対する郵送調査—

Characteristics of General Physicians who Practice Shared Decision Making : A Mail Survey of All Clinics in 12 Municipalities in Tokyo

久我 咲子^{*1} 可知 悠子^{*2} 井上真智子^{*3} 川田 智之^{*2}

Sakiko Kuga^{*1}, Yuko Kachi^{*2}, Machiko Inoue^{*3}, Tomonori Kawada^{*2}

要 旨

目的：プライマリ・ケアでは患者中心性が重要な要素であり，患者と医師が共同で治療の意思決定を行う shared decision making (SDM) はその一つの特徴である．しかし，我が国においてプライマリ・ケアにおける SDM の実践状況に関する研究は見当たらない．本研究では SDM の実践割合ならびに SDM を実践する医師の特徴を検討した．

方法：2014 年に都内 10 区 2 市にある全内科診療所の医師各 1 名に郵送調査を行った．治療方法の決め方は 5 件法 (paternalism, paternalism に近い, informed consent, SDM, informed decision making) で評価し，医師の背景と聴取項目は各 10 項目を評価した．

結果：治療方法の決め方は informed consent が最多であった (40.8%)．SDM を選択した医師は 14.6% であり，40～60 代や最も長く勤めた施設が診療所や病院である者に多かった．また，患者の自発的な発言を促す項目を聴取する傾向にあった．

結論：本研究により，プライマリ・ケアにおいて患者中心の医療の重要な要素である SDM の実践は現在一般的でないことが示唆された．

Abstract

Introduction : Patient-centric treatment is important in primary care, and one of the characteristics of this type of care is shared decision making (SDM) on treatment options between the patient and the doctor. However, no study has examined the circumstances of SDM practice in primary care in Japan. In this study, we investigated the proportion of doctors who practice SDM and examined their characteristics.

Methods : In 2014, we sent a postal survey to one doctor in each of the internal medicine clinics in 10 wards and 2 cities within the Tokyo Metropolitan Area. We evaluated the decision-making methods for treatment using a five-point scale (paternalism, close to paternalism, informed consent, SDM, informed decision making), and evaluated the doctors' background and patient interviews.

Results : Informed consent was the most frequently used decision-making method for treatment (40.8%), and 14.6% of the doctors opted for SDM. Most of these doctors were in their 50s, and had spent the longest period of their working life in clinics. These doctors also had a tendency to select items that encouraged spontaneous remarks of the patients.

Conclusion : The findings of the present study suggest that the practice of SDM, which is an important factor in patient-centric medicine in primary care, is not very prevalent at present.

Keywords : シェアードディシジョンメイキング (shared decision making), 医師患者関係 (doctor-patient relationship), 意思決定 (decision-making)

^{*1} 上智大学 総合人間科学部・看護学科

^{*2} 日本医科大学 衛生学公衆衛生学

^{*3} Division of General Medicine and Primary Care Research, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School

著者連絡先：可知 悠子 日本医科大学 衛生学公衆衛生学 [〒 113-8602 東京都文京区千駄木 1-1-5]

email : kachi@nms.ac.jp

(受付日：2015 年 11 月 24 日，採用日：2016 年 8 月 23 日)

© 2016 日本プライマリ・ケア連合学会

はじめに

プライマリ・ケアでは「患者中心性」が重要な要素であり、治療の意思決定に患者や家族を参与させること (shared decision making model; 以下 SDM と略す) は患者中心性をあらわす一つの特徴である。カナダの学者チャールズは、医療における意思決定には (1) paternalistic model (医師が決める)、(2) informed decision making model (当事者が決める)、(3) SDM (当事者・医師が一緒に決める) の3つのモデルがあると説明している^{1), 2)}。

欧米では SDM への関心の高まりから多くの研究が報告され、多くの医師が SDM を有用と捉え、実践していることが明らかにされている^{3), 4)}。例えば、米国の研究で、回答したプライマリ・ケア医のほぼ全員が SDM を有用と捉え、治療内容によりばらつきはあるものの3割から6割が常に SDM を実践しているとの報告がある³⁾。また、SDM の実施への患者のニーズが高いことや SDM の実施が患者アウトカムの改善につながることを示されている。例えば、治療方法の選択における患者の選好に関するレビュー論文では、疾患により結果にばらつきはあるものの、2000 年以降はそれ以前と比べ治療方法の選択への参加を希望する患者が増えていると報告されている⁵⁾。また、SDM と患者アウトカムとの関連に関するレビュー論文では、SDM が実践された場合に患者の感情面や認知面の症状が改善されると報告されている⁶⁾。

わが国でも SDM の治療における有用性が高いことが報告されている。すなわち、精神科において向精神薬使用に対する SDM の必要性が明らかになり SDM は精神保健医療の質の向上と患者の治療への参加、医療への満足度を高めることや⁷⁾、在宅医療での看取り・療養に際して、家族の主体的な受け入れを促すことが示されている⁸⁾。また、SDM 実施への患者のニーズに関して、約半数の高血圧患者が治療方法の意思決定に参加したいと考えているとの報告がある⁹⁾。

しかし、わが国の SDM 実践に関しては、病院の医師を対象とした研究で、SDM の実践を意味する「医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、患者が医師と相談して決める」と回答した医師は 19% であったと報告されているのみであり¹⁰⁾、プライマリ・ケアにより関与する診療所の医師がどの程度 SDM を実践しているかは知られていない。また、どのような特徴や実践スタイルを持つ医師が SDM を実施しているのか、あるいはしていないのかも知られていない。今後、プライマリ・ケア領域において SDM

の実践の推進を検討する上での基礎資料を得るために、本研究では、診療所の医師の SDM の実践割合ならびに SDM と関連する医師の背景と診察で患者に聴取する項目を検討した。

方 法

本調査は、経済的理由による受診抑制に関する調査の一貫で行われた¹¹⁾。調査実施期間を 2014 年 7 月 1 日～9 月 30 日とする郵送による無記名自記式質問紙調査であった。対象者は都内 10 区 (足立、荒川、板橋、江戸川、葛飾、北、新宿、墨田、台東、豊島) と 2 市 (清瀬、立川) において、内科を標榜する全診療所に勤務する内科医各 1 名とした。調査項目は、郵送調査に先立ち実施したインタビュー調査の結果を参考に研究者間で協議の上決定した。

分析項目については、まず、「治療方法の決め方」を先述したモデル¹⁾及び先行研究¹⁰⁾を参考に以下の 5 件法で評価した。括弧内に選択肢の定義を示す。

- (1) 医師が全て治療方法を決めている (paternalism)
- (2) 医師が最良だと思う治療方法について説明し、患者の同意を得ている (paternalism に近い)
- (3) 複数の治療方法について説明した上で、医師が最良だと思う治療方法を説明し患者の同意を得ている (informed consent [以下 IC と略す])
- (4) 複数の治療方法について説明した上で、医師が患者と相談して決めている (SDM)
- (5) 複数の治療方法について説明した上で判断は患者に任せている (informed decision making)

先行研究¹⁰⁾を参考に IC を選択肢に含めたが、これは「説明と合意」の意であることから、先述の 3 つモデルの中で考えると、paternalistic model と SDM の間にあるものであると考えられる¹²⁾。Informed decision making に関しては、該当者が極端に少なく分析に耐えないものとし除外した。

次に、「診療で聴取している患者情報」について以下の 10 項目を設定した：症状に関する悩み、症状の社会生活への影響、治療への希望、治療への疑問、治療への理解度、治療に従う意思、家族構成、就労状況、居住環境、生活習慣。各項目を (1) いつも行っている、(2) だいたい行っている、(3) ときどき行っている、(4) あまり行っていない、(5) 全く行っていない、の 5 件法で評価し、(1)～(3)を行っている群、(4) (5)を行っていない群とした。また、医師の背景として性別、年齢、診療の範囲、最も長く勤めた施設の種類などの 10 項目を評価した。最も長く勤めた施

設に関しては、(1) 診療所、(2) 病院、(3) 大学病院、(4) 介護老人保健施設等、(5) 企業、(6) その他、の6つの選択肢を設定したが、(4)～(6) はごく少数であったため除外した。

統計学的分析は、統計パッケージ SPSS Statistics 21 を用いた。治療方法の決め方とその他の変数との関連を調べるために χ^2 検定を行った。有意水準は両側 5% とした。

倫理的配慮として、研究計画は日本医科大学の倫理審査委員会の承認を得た（受付番号 25-16）。

結 果

配布数 1989 票のうち、回収票は 617 票（回収率

31.0%）であり、分析項目に欠損のない 534 票を分析対象とした。（表 1）

(1) 対象者の特徴

表 1 に示すように、年齢は 50 代が最も多く（39.0%）、次が 60 代（27.0%）であった。性別は、男性が 81.8% であった。これまで最も長く勤めた施設の種類のについては、診療所であるとする医師が過半数であった（58.6%）。

(2) 治療方法の決め方の実際

治療方法の決め方の中で最も多くの医師が回答したのは、IC であり（40.8%）、paternalism に近い項目（38.0%）がその後続いた。さらに SDM が続き（14.6%）、最も低いのが paternalism による治療方法

表 1 治療方法の決め方 N=534

特徴		全体 N	paternalism N (%)	paternalism に 近い N (%)	IC N (%)	SDM N (%)	p 値
人数		534	35 (6.4%)	203 (38.0%)	218 (40.8%)	78 (14.6%)	
性別	女性	97	5 (5.2%)	33 (34.0%)	41 (42.3%)	18 (18.6%)	0.536
	男性	437	30 (6.9%)	170 (38.9%)	177 (40.5%)	60 (13.7%)	
年齢	39 歳以下	16	0 (0.0%)	6 (37.5%)	9 (56.3%)	1 (6.3%)	<0.001*
	40～49 歳	106	1 (0.9%)	33 (31.1%)	56 (52.8%)	16 (15.1%)	
	50～59 歳	208	13 (6.3%)	80 (38.5%)	80 (38.5%)	35 (16.8%)	
	60～69 歳	144	9 (6.3%)	61 (42.4%)	52 (36.1%)	22 (15.3%)	
	70 歳以上	60	12 (20.0%)	23 (38.3%)	21 (35.0%)	4 (6.7%)	
卒後年数	19 年以下	68	0 (0.0%)	24 (35.3%)	37 (54.4%)	7 (10.3%)	0.003*
	20～29 年	167	7 (4.2%)	59 (35.3%)	72 (43.1%)	29 (17.4%)	
	30～39 年	195	14 (7.2%)	76 (39.0%)	73 (37.4%)	32 (16.4%)	
	40～49 年	69	6 (8.7%)	28 (40.6%)	25 (36.2%)	10 (14.5%)	
	50 年以上	35	8 (22.9%)	16 (45.7%)	11 (31.4%)	0 (0.0%)	
専門分野	総合診療	263	19 (7.2%)	100 (38.0%)	105 (39.9%)	39 (14.8%)	0.924
	その他専門	271	16 (5.9%)	103 (38.0%)	113 (41.7%)	39 (14.4%)	
種類	無床診療所	511	33 (6.5%)	194 (38.0%)	209 (40.9%)	75 (14.7%)	0.942
	有床診療所	23	2 (8.7%)	9 (39.1%)	9 (39.1%)	3 (13.0%)	
医療ソーシャルワーカー	いる	64	2 (3.1%)	17 (26.6%)	31 (48.4%)	14 (21.9%)	0.058
	いない	470	33 (7.0%)	186 (39.6%)	187 (39.8%)	64 (13.6%)	
職位	院長	493	33 (6.7%)	188 (38.1%)	202 (41.0%)	70 (14.2%)	0.276
	副院長	22	1 (4.5%)	8 (36.4%)	6 (27.3%)	7 (31.8%)	
	その他	19	1 (5.3%)	7 (36.8%)	10 (52.6%)	1 (5.3%)	
外来患者数/週 (1 施設あたり)	～99 人	123	12 (9.8%)	42 (34.1%)	50 (40.7%)	19 (15.4%)	0.761
	100～199 人	145	11 (7.6%)	57 (39.3%)	55 (37.9%)	22 (15.2%)	
	200～299 人	131	5 (3.8%)	49 (37.4%)	58 (44.3%)	19 (14.5%)	
	300 人以上	135	7 (5.2%)	55 (40.7%)	55 (40.7%)	18 (13.3%)	
診療の範囲	総合的	462	29 (6.3%)	182 (39.4%)	185 (40.0%)	66 (14.3%)	0.024*
	専門的	42	1 (2.4%)	9 (21.4%)	25 (59.5%)	7 (16.7%)	
	その他	30	5 (16.7%)	12 (40.0%)	8 (26.7%)	5 (16.7%)	
長く勤めた施設の種類の	診療所	313	26 (8.3%)	126 (40.3%)	109 (34.8%)	52 (16.6%)	0.007*
	病院	124	5 (4.0%)	45 (36.3%)	55 (44.4%)	19 (15.3%)	
	大学病院	97	4 (4.1%)	32 (33.0%)	54 (55.7%)	7 (7.2%)	

IC は informed consent, SDM は shared decision making の略である。 * p 値<0.05

の決め方であった (6.4%)。

(3) 治療方法の決め方と医師の背景との関連

治療方法の決め方と有意な関連が見られた医師の特徴は、年齢、卒後年数、診療の範囲、これまで最も長く勤めた施設の種類の種類であった。SDM を実践する医師の割合は 40 代から 60 代では同程度であり (15.1%~16.8%), 39 歳以下 (6.3%) と 70 歳以上 (6.7%) ではやや少なかった。卒後年数もそれに準じたものとなっていた。診療の範囲について「特定の疾患をもつ患者を専門的に診ている (専門的)」と考えている医師より、「さまざまな疾患をもつ患者を総合的に診ている (総合的)」としている医師の方が治療方法の決め方を paternalism に近いと回答する傾向にあった。また、長く勤めた施設別の SDM の実践割合は診療所 (16.6%) と病院 (15.3%) で同程度であり、大学病院 (7.2%) ではやや少なかった。大学病院での勤務が長かった医師は、IC を実践している割合が最も多かった。

(4) 治療方法の決め方と患者への聴取内容との関連

図 1 に示すように、SDM による治療方法の決め方を実践している医師は、「症状の社会生活への影響」、「治療への疑問」といった患者自身が発言をすることを促すような項目を聴取していた。また、「家族構成」や「生活習慣」など患者の生活環境を知るために必要な項目をより聴取している傾向にあった。また、「就労状況」に関しても医師の治療方法の決め方との間で有意な関連がみられたが、この項目については IC を実践する医師が最も聴取しているという結果であった。

図 1 治療方法の決め方と診察における聴取項目

* $p < 0.05$ χ^2 検定により、治療方法の決め方で聴取頻度が違うかどうかを検討した。

考 察

(1) SDM の実践割合について

SDM によって治療方法を決めている医師はまだ少なく、IC や paternalism に近い方法を用いる医師が多いことが明らかになった。このことから、SDM を用いた治療の意思決定は都内診療所の内科医において一般的ではなく、IC に留まっていることが考えられた。米国で 2008 年にプライマリ・ケア医を対象に実施された全国規模の調査では、意思決定の内容によって実施割合は異なるが、31% (脳画像診断のための意思決定) から 58% (生活習慣改善のための意思決定) が SDM を実践していた³⁾。本研究では治療内容別の SDM の実施割合は調査していないため厳密な比較はできないが、米国の調査と比較して本研究対象者の SDM の実践割合は少ないと考えられた。

先述した、病院の医師を対象に SDM の実践割合を検討した研究では IC (61.9%) と SDM (19.1%) の実践が約 8 割を占め、paternalism の実践は限られていたが¹⁰⁾、本研究では IC (40.8%) と SDM (14.6%) の実践が 55.4% で、paternalism の実践が 44.6% を占めた。結果が異なった要因として、対象が先行研究においては病院に勤務する医師であったことに対し、今回の研究においては地域の診療所の医師であったことや、先行研究の方が対象者の年齢分布が若い方に偏っていたこと (最頻値は 40 代の 35.6%) などが考えられる。

(2) 治療方法の決め方と医師の背景

治療方法の決め方と年齢の関連について、若い世代は paternalism の選択者は少なかった。これは 1997 年に『医療法』が改正され、我が国において IC を医師の努力義務として定めされたことから¹²⁾、比較的若い世代では IC の実践が多く、paternalism の選択が少なかった可能性がある。また、大学病院での勤務の長い医師と比べ、診療所や病院での勤務の長い医師が SDM を実践する傾向が高いのは、患者背景をよく知っていることや、より継続的な関係構築が行われていることによる医師患者関係の良好さが関連すると考えられた。

(3) 治療方法の決め方と患者への聴取内容との関連

最後に治療方法の決め方と患者への聴取内容との関連に関して、SDM を実践する医師は、症状の社会生活への影響や治療への疑問など、患者自身が発言をすることを促すような情報収集を行っていた。また、家族構成や生活習慣のような患者の社会的背景を聴取する傾向にあった。このような項目を聴取している医師

は、患者の社会的背景により興味を持っており、そのことが治療方法の決定にも影響を及ぼしていることが示唆された。

(4) 本調査の強みと限界

本調査は、SDM を視点とした医師の治療方法の決め方の実態と SDM を実施する医師の背景および診療中に患者から得る聴取項目について、具体的に調査したのはじめての研究である。しかし、本調査の回収率は31%であり、対象医師が一部の地域に限られていることや、回答者が患者中心の医療に対する意識の高い医師に集中していた可能性があると考えられるため、結果の一般化には注意が必要である。また、本調査結果はあくまで医師の主観的な回答に基づくものであり、社会的に好ましい方向にバイアスがかかっている可能性がある。また、本調査では調査対象者の SDM という言葉の認知については尋ねておらず、「複数の治療方法について説明した上で、医師が患者と相談して決めているかどうか」という行動の有無で SDM の実践を評価した。しかし、質問の仕方によって、SDM の実践割合が変わる可能性がある。

結 語

本研究により、プライマリ・ケアにおいて患者中心の医療の重要な要素である SDM の実践は一般的でなく、SDM を実践する医師は患者の社会的背景を聴取する傾向にあることが明らかになった。

謝 辞

本研究は医療経済研究機構「平成 25 年度研究助成」を受けて実施された。利益相反に関わる事項はない。

文 献

- 1) Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter : what does it mean ? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.* 1997 ; 44 (5) : 681-692.
- 2) Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter : revisiting the shared

treatment decision-making model. *Soc Sci Med.* 1999 ; 49 (5) : 651-661.

- 3) Foundation for informed medical decision making. Informing and involving patients in medical decisions : the primary care physicians' perspective. http://informedmedicaldecisions.org/wp-content/uploads/2009/02/PCP_Perspective_WhitePaper.pdf (参照 2016-4-19)
- 4) King VJ, Davis MM, Gorman PN, Rugge JB, Fagnan LJ. Perceptions of shared decision making and decision aids among rural primary care clinicians. *Med Decis Making.* 2012 ; 32 (4) : 636-644.
- 5) Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions : a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2012 ; 86 (1) : 9-18.
- 6) Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence ? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making.* 2015 ; 35 (1) : 114-131.
- 7) 宮本有紀, 辻脇邦彦, 樋口和央. 看護師等による向精神薬に対する効果的な情報提供・支援法の開発に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 向精神薬の処方実態に関する国内外の比較研究分担研究報告書. 2011 ; 87-101.
- 8) 大原宏夫, 佐藤睦子. 在宅医療での看取り, 療養に際しての Shared Decision Making の有用性の検討. 癌と化学療法社. 2014 ; 41 (1) : 39-41.
- 9) 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) : 1403-1408.
- 10) 山内信一, 真野俊樹, 塚原康博, 藤澤弘美子 : 医療消費者と医師とのコミュニケーション—意識調査からみた患者満足度に関する分析—. 医薬産業政策研究所リサーチペーパー・シリーズ No.29. 2005.
- 11) 可知悠子, 井上真智子, 川田智之. 低所得者への医療提供体制のあり方に関する研究 : 受診抑制と治療中断の改善に向けて. *Monthly IHEP.* 2014 ; 236 : 43-45.
- 12) 会員の倫理向上に関する検討委員会. 医の倫理綱領 医の倫理綱領注釈. 日本医師会. 2000-02. <http://www.med.or.jp/nichikara/kairin11.pdf> (参照 2015-11-17)