

原 著

消費者視点に立つ医療サービスデシジョンリテラシーの 構築に関する研究 —ヘルスリテラシーを中核概念に据えて—

田 村 久 美^{*1}

要 約

近年、増加している医療サービストラブルの一要因として、ヘルスリテラシー（健康情報に関する情報リテラシー）が十分でないという指摘がある。そのためヘルスリテラシーの考え方を中核概念とし、個人と家族の健康や健康格差が解消できるように医療情報を消費者視点で捉え、最適な選択肢、最適な意思決定に繋げるという医療サービス消費力が重要となる。本文では、こうした概念を「医療サービスデシジョンリテラシー」という呼称を用いて明らかにした。

1. 緒言

本論の研究目的は、個人と家族、人々の健康についての医療情報を、消費者視点で最適な選択肢、最適な意思決定に繋げるという医療サービスを消費する力、すなわち「医療サービスデシジョンリテラシー」を明示し構築することである。

本研究の中核概念となるヘルスリテラシーは、健康情報についての情報リテラシー、つまり健康や医療に関する情報を入手し、理解し、評価し、活用（情報を使うことでより健康に結びつくような、よりよい意思決定を行うこと）する力¹⁾を意味する。この概念を用いる際のポイントは、患者だけではなく患者になりうるすべての人々を対象として考えることの必要性である。なぜなら、超高齢社会の到来や生活習慣病患者の増加、ライフスタイルの変化により、消費者が医療機関を利用する機会が増えるからである。そのため、医療サービスを利用する医療消費者は情報をうまく活用し、最適な医療サービス治療を受けられるよう意思決定することが求められる。

しかし、医療サービス消費の過程の中で生じる医療に関するトラブルは増加傾向にある。これは、ヘルスリテラシーが十分でないために発生する問題であるといえる。例えば、筆者らが実施した高齢医療消費者を対象とした「医療サービス契約意識と医療消費者行動の関連性」の調査結果では、医療サービ

スを契約と思う人ほど、「医師に治療内容を確認する」「医師に検査内容・方法を確認する」「薬の効果・副作用を確認する」「医療費に関する疑問点を聞く」などの行動を「いつもする」「たまにする」の数値が高い（ただし、有意差は認められなかった）。逆に、契約と思わない人は「全くしない」割合が高かった²⁾。医療サービス契約意識を持たないということは、消費過程に必要な情報収集、評価、活用、意思決定をするという意識が低いことが考えられる。それゆえにヘルスリテラシー行動の一部となる上述した行動に繋がらない。その結果、確認が十分でなかったことで、「聞いていないので納得できない」というトラブルに発展するケースが多いと推測される。医療薬剤、治療や検査などの選択・受療（購入・消費）の消費過程では、幾つもの選択場面があるが、いずれも最終判断は消費者が行う。また、家族が意識喪失となった場合に当事者の家族等に代理決定が求められる。例えば、息子と長年離れて暮らす独居の母親の延命措置について、突然、医師から判断を求められた場合、息子が母親の生き方や最期の希望を知らなければ決定し難い困難な場面となる。こうした実態に対して医療現場は、例え本人が意識喪失となっても本人や家族に早い段階（できれば元気なうち）から将来の医療選択に関する備えが必要であると成本ら³⁾は指摘する。また、健康維持増進に関

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部 医療秘書学科
（連絡先）田村久美 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-mail : k.tamura@mw.kawasaki-m.ac.jp

する消費行動に対しても同様であり、病気予防のために必要な医療について最善の意思決定ができる力を育み備えることが重要である。その前提として、自身あるいは家族にとって納得のいく意思決定に近づけるための医療に関するヘルスリテラシー向上は欠かせない。これには、自分の命を護るための権利と責任ある行動により医療サービスを消費する、という理解が重要であろう。

したがって本論では、ヘルスリテラシー概念に介在する意思決定に特化した議論として、医療サービス消費視点の「医療サービスデザインリテラシー」の捉え方について論じる。

2. ヘルスリテラシーを用いた医療サービスに関する意思決定研究の意義

ヘルスリテラシーには諸説がある。一般的な解釈としては、「健康情報を入手し、理解し、評価し、活用するための知識、意欲能力であり、それによって、日常生活におけるヘルスケア、疾病予防、ヘルスプロモーションについて判断したり意思決定をしたりして、生涯を通じて生活の質を維持・向上させることができるもの⁴⁾」である。また、Sørensen et al.⁴⁾は健康情報の「評価」を追加して、「入手」「理解」「評価」「活用」という4つの能力にまとめている（図1）。例えば、健康維持のための一手段としてサプリメントを飲むことや運動療法を学ぶとする。これらの有形・無形の活用（方法）が自分にとって良いか悪いかを判断・評価しながら、このプロセスを繰り返す。こうした医療サービス消費は、一般消費と同じようなプロセスを辿りながら、目的を達成する消費者行動である。

そもそも医療サービス消費の目的とは、薬剤、治療や検査などの選択・受療（購入・消費）を通して、QOL（生活・生命・暮らしの質）の基盤となる健康の予防・回復・維持を図ることである。ところが、これまでわが国では医療トラブルや医療事故、医療訴訟件数の増加、医療費高騰問題などがあり、決して

安全・安心な医療消費が将来的に確約されてきたわけではない。あくまでも消費主体である医療消費者（患者及び患者になりうるすべての人々）が自身にとって有益な医療情報に基づき、権利と責任ある行動を取ることが重要視される⁵⁾。この行動への移行は、本人の意思表示があって初めて実行されるものだが、医師優位の時代が長く続いたわが国にとって、自己決定権の主張はそう容易くない。それゆえに、医療サービス受療者側の意思決定は、治療により元の状態に戻す、あるいは元の状態に近づけることを目標とし、消費の対象が自身の体に関わる点である点に自覚を持つ。さらに、どのようなヘルスリテラシー行動が自分にとって最適判断へと導けるか、という消費行動の一環として主体的な判断と捉える必要があるのではないか。

したがって本論では、生命・健康に直結する医療サービスについて、受療者が納得する消費の実行可能な意思決定とは何かを探究する意義はあると考えている。

3. 医療動向に関連する意思決定の研究

医療に関する意思決定問題が注視されるようになったのは、1960年代にアメリカにおけるインフォームド・コンセントの概念が導入されてからである。わが国では日本医師会による「『説明と同意』についての報告」（1989年）で、医療分野で初めて明文化された。意思決定が必要となる場面には、医療機関、診療科、医師の選択、受診、治療・検査、手術、薬の選択、セカンドオピニオン利用の検討、通院・入院・転院の選択、病名告知を受けるかどうかなど様々である。医療サービスの消費過程が長期に渡る場合もあり、幾度も意思表示が求められる。ただそれは、選択肢が示されかつ医療消費者主体で判断が可能な状態のときであり、病状によっては不可能なケースもある。判断能力はあるが何が正しいか不明で決断できない（意識のある状態でも起こり得る状況）、低年齢や身体機能減退・認知機能が低



出所：福田と江口¹⁾

図1 ヘルスリテラシーにおける4つの能力とプロセス

下した高齢者など、意識障害や重篤の場合などは判断が難しい。とりわけ判断能力がある場合でも、明確な自己表現を控えることを伝統的に求められてきたわが国の社会においては、臨床上の意思決定の場において明確な自己表現を求められても躊躇する国民性が判断を鈍らせている⁶⁾という指摘もある。

こうした動向は、医療サービスの意思決定関連研究にも影響を与えた。図2は、関連ワードの文献数と医療サービス相談件数（PIO-NET）に加え、増減数推移の特徴を知るために医療動向を照合したものである。検索ワードは、「医療」と「意思決定」、「医療事故」、「患者の権利」で論文情報ナビゲーターCiNiiを用いた（2018年3月現在）。

上記のキーワードを指定した理由は、これらの関連文献が増加することとなった契機として厚生労働省の「患者白書」において医療はサービス業であると明記されていること、医療費自己負担が増加し消費者意識の高まりにより、医療への見方が変わったこと、改めて患者の権利主張が注目されたことが挙げられる。特に、安全神話崩壊のきっかけとなった患者取り違え事件とその後メディアで多く取り上げられるようになった医療事故を境に徐々に増えたという背景がある。

「患者」と「意思決定」を組み合わせた関連文献は、これまで9,191件ある。また、「患者」と「意思決定」のキーワードに、分野別キーワードを1つ追加し検索した結果、追加キーワードが「看護」の場合は532件、「家族」285件、「がん」271件、「終末期」136件、「医師」123件、「認知」89件、「緩和ケア」88件であった。重篤あるいは完治の困難な疾病に対する治療等の判断、受療者のQOL維持やそれによる家族の生活変化等を含めた判断、医療提供者の技術的支援、精神的支援などについて論じた文献が多くみられた。また、「意思決定支援」(+「患者」と「意思決定」)に関する文献も210件あった。

以下、わが国の「医療の意思決定」に関連する文献数と医療動向を概観してみる。平成元年頃から、患者が医療サービスに主体的にかかわることができるようになる患者の権利やインフォームド・コンセント(IC)の考え方が広がり始めた。対価を払ってサービスを購入する消費者権利を尊重する消費者運動の高まりからも、医療において受療者権利が尊重されるようになった。医療サービスの受療を自分のこととして捉えることは、治療などに関して疑問に思うこと、不安や不満を表明する行動へと繋がった。また、医師の説明に対する同意(IC)の普及は、パター

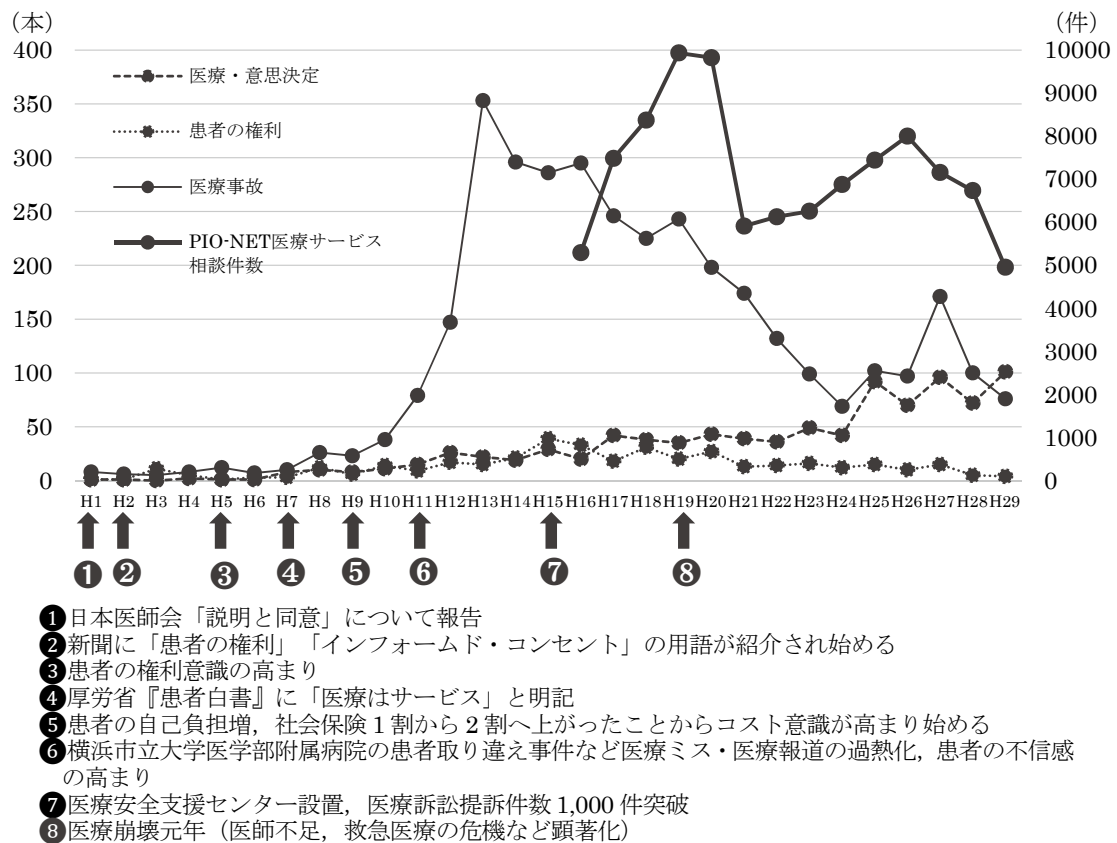


図2 「医療の意思決定」に関連する文献数と医療動向

ナリズム（父権主義）の反省から生まれた。患者と医師との対等性を追求した結果が医療法にある。すなわち、「第1条の4第2項「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」とされている。受動的な医療への移行の中で、平成11年の医療事故（図2⑥）を契機に医療への不信感を一気に抱かせた。これは文献数急増との関連性が推察される。また、医療に関する相談窓口としては、行政主管である消費生活センターが主であったが、平成15年より医療安全支援センターが全国に設置（図2⑦）され、相談窓口の拡大で相談しやすくなり、苦情も言いやすくなったなどの要因も考えられる。こうした動向から「医療」と「意思決定」の関連文献は増加傾向にある。

研究背景から示唆されたのは、医療サービスの受療者だけではなく、受療する可能性のある医療消費者自身はもちろんのこと、家族なども含め、どのように生活の中の医療サービスを捉え、意思決定の最適化を図ることができるか、である。

4. 医療における意思決定過程と意思決定能力

病院選択や受診有無など医療に関する選択も、医療消費者自身の意思で決めるという認識が緩やかに浸透している。選択時に用いる情報には、専門書やインターネット、口コミなど主観的な情報と医療従事者などによる客観的情報がある。例えば前者の場合、薬などの医療用品購入では普遍的な情報や経験値で測れる範囲の情報を基に、消費者が自由にかつ消費者のタイミングで消費できる。後者は医師などの限られた情報提供者から、科学的に検証された情報である。患者は主観的情報よりも専門者からの方が信頼性は高いと判断するため、多くの場合早い段階で同意し消費しようとする。

したがって、本章では、医療サービスの意思決定の捉え方について文献から探ってみる。

4.1 文献からみる概念

医療受療者は、「医療サービスの意思決定とは何か」を正しく理解することが必要だが、その捉え方には時流が見られる。以下のとおり、意思決定に関する文献から、(1)～(8)のような意思決定の特性を示すことができる。

- (1) 自分自身に関することを自分で決定することで、「①成人で判断能力のあるものは、②身体と生命の質を含む『自己のもの』について、③他人に危害を与えない限り、④たとえ本人にとって理性的にみて不合理な結果になろう

とも、⑤自己決定の権利を持ち、自己決定に必要な情報の告知を受ける権利がある⁷⁾。

- (2) セルフケアをおこなうために必要な能力として、①特定のことに注意を向ける能力、②知識を得る能力、③決断する能力（自己決定能力）、④変化を起こす能力が挙げられており、特に自己決定能力が重視されている。自己決定とは、日常のセルフケアに必要な行動を、自分自身で決定できる能力のことである⁸⁾。
- (3) 意思決定能力という概念は情報開示や自律性などと並んでインフォームド・コンセントの中核となる。意思決定能力は幾つかの心理的機能の複合体とされる⁹⁾。
- (4) 医療の場における受療者側の自己決定権の保障として、「患者が、自分の病気の診断や治療方針に関して、医師やその他の医療者による解説、病院図書館やその他の方法で得られた書物・ビデオ等の閲覧などによって意思決定に必要な十分な医療情報を得て、医師が提案する医療（診断・検査・治療）に同意したり拒否したりすることが保障されるシステム」と定義している¹⁰⁾。
- (5) 意思決定のためのインフォームド・コンセントを成立させるためには、医療者により医療情報の十分な提供と患者の理解・判断力、患者の自発的な意思決定、という三つの要素が不可欠としている¹¹⁾。
- (6) 意思決定能力を構成する4要件とは、①同意不同意の選択の明示：治療を受けたい、受けたくないなどの意思を言葉で伝えたり、文書に書き起こすなど、本人が自らの意思を表明できること、②事実の理解：診断や疾病の内容や経過などを把握できる能力、③情報処理の合理性：治療を受けた場合と受けない場合とでどのような結果が予想されるのかなど合理的・論理的に推測する能力、④状況の特性の把握：認識として「自分のこと、わが身のこと」としてとらえ、納得する、治療を受ける、受けないことが最終的に自分自身のためになる、ならないことをとらえる能力である¹²⁾。
- (7) 受療者が自身のこととして必要な情報を知ることができて初めて、「患者が自分で受ける医療について、説明を受けたうえで、なされた説明を理解し、そのうえで医療を受けるか否かを価値観で照らし判断、表明する」能力である¹³⁾。
- (8) ①患者は、医師及びその他の医療従事者から、自己の病状、医療行為の目的、方法、危険性、

予後及び選択し得る代替的治療などにつき正確で分かりやすい説明を受け、十分に理解した上で、自由な意思に基づき、医療行為につき、同意、選択又は拒否することができる。②患者は、前項の自己決定のための必要な援助を受けることができる¹⁴⁾。

(1)～(2)の内容は憲法にある自己決定、個人を害さない限りで、自己の私的な事柄について自由に決定する権利、自己の判断に基づき好きなことをなす権利、個人個人が自ら「善い」と信じる生き方を追求する自由の色が濃い。

(3)～(7)は、患者の権利尊重がより大きく、自分にとってより納得いく決定をするための有益な情報収集を重視した概念である。

(8)は自身で完結する意思決定だけではなく、医療者や家族などの支援をどう受けるかを含めた意味がある。

医療上の自己決定場面は、軽微な侵襲から死を帰結する可能性のある重大な侵襲（不必要・自然な延命治療の拒否（尊厳死）、安楽死、輸血拒否、インフォームド・コンセントなど）までである。後者の方がより意思決定が難しくなることは当然である。本人の意思決定が困難だと分かると周囲（医療従事者、患者の家族など）は、理解できていないだろう、説明しても分からないからと決めつけ、本人の意向を確認せずに医療方針を決定、治療を行ってしまうことが懸念される。どのような状態でも医療上の意思決定は医療消費者が行うものという認識を患者とその家族とが持たなければ、ヘルスリテラシーに基づく消費行動意識は持ちにくくなる。こうした点について医学・看護・社会福祉などの研究分野においては、意思決定能力が低下している場合であっても、できる限り本人が決定できるよう周囲の者による支

援の必要性とその方法が探究されている。

4.2 消費生活から概観する医療サービスの意思決定

消費生活の質向上を指向する意思決定に対して、医療における意思決定は、健康・生命に直結する「身体」にかかわる問題に対する解決方法・手段となる。状態によっては生死を左右しかねない事態であるため、何に依拠して判断すればよいか不鮮明であるにもかかわらず緊急性を伴う場合も少なくない。突発的で切迫した事態の中、個人が持ち得た知識や経験だけでは判断しようのない場面もあり決断を躊躇することが多い。それが自分や家族の命にかかわることや、関連することならなお更である。ゆえに意思決定には、「患者が自律的に自分で決める」「医師が決める」から「医師と患者と一緒に決める方法（SDM：shared decision making）」（表1）へと変化している。

軽傷症状、例えば誰でも一度は発症する風邪による発熱では、完治までの期間は誰かの手助けがあれば助かる、あるいは手を借りなければ生活上困ることもあり、互助（家族などの助け）が必要になる。重症度や緊急度が高い、慢性的な疾患であるほどSDMに加え家族の意思を含むことが求められる。一般消費も医療サービス消費も契約者の権利であり、最終的には消費者（受療者）自身が行うのが意思決定である。加えて医療サービス消費の場合は、そうでない状況を想定すること、意思決定の際に何らかの影響を与える要因があることを理解する必要がある。

その要因として藤倉ら¹⁵⁾は、①疾患（患者の意思判断能力の正常さ、鬱や認知症など意思判断能力に影響を与えるもの）、②情報不足・理解不足（症状や予後、治療方法や他の医療的選択肢に関するもの）、③社会的圧力（高額な医療費・薬剤費などの

表1 医師と患者の関係性による意思決定タイプ

	父権主義 (Paternalism model) 患者<医師	消費者主義 (informed decision model) 患者>医師	相互参加型 (協働的意思決定モデル SDM: shared decision model) 患者=医師
目的設定	医師が設定	患者が設定	共同の主体で設定 (医療方針が患者の人生や生活の中で認められること)
患者の価値観	医師が推測	医師との間で検討されず	共同で検討 (患者は何を重視したいと考えているかを患者から聞く)
医師の役割	保護者	技術的な相談役	助言者 (患者の価値観に配慮した提案をする)

出所：臨床倫理プロジェクトHPの医師-患者関係のプロトタイプをもとに筆者が作成

負担、疾病にとって終わりが見えない、家計費にも影響を及ぼすという経済状況、家庭・家族の事情)、④家族の圧力(世話・介護が必要な場合など、家族形態により家族からの強い要望がある)、⑤価値観(個人主義よりも家族/集団主義、他者への配慮が優先で、患者個人にとって最善の治療を優先しない)の5つを示した。①は病気のためにやむを得ない状態であるが、①以外の外部要因が作用すると、場合により受療者の意思決定を惑わせ、結果的に自身にとって最善とは言えない選択をしてしまうことになる。

さらに、受療者自身の問題として①選択肢についての知識・情報の不足、②ある選択肢への過大・過小な期待、③自分の価値観が明確ではない、④周囲の価値観や意見がよくわからない、⑤ある1つの選択肢に対する周囲のプレッシャー、⑥自分の選択を聞き、認めてくれる人がいない、⑦これらの障害を乗り越えるスキルや支援がない¹⁶⁾という意思決定を困難にする要因が発生することもある。

生活基盤である健康はもちろん、生死にかかわる決断を迫られるのが医療サービス消費だからこそ、より多くの医療情報を得た上で慎重に判断したい、という意識は当然強くなる。したがってICに対する同意能力、判断能力が可能な限り自分で決定することを望む力は、よりよい消費生活を目指す医療消費者として備えるべき能力であろう。すなわち、最適な意思決定を行うのが困難、不可能状態の場合にどうするかを、患者と家族が理解しておかなければならないのが医療サービス消費における意思決定の特徴である。

4.3 受療者に対する意思決定支援の現状

医療提供者は患者の代理となる家族・親族へ意思決定を委ねる状況があることを前述した。この場合、家族は代理意思決定(意思決定能力が消失した患者に代わって代理人(多くは家族)が生命維持治療の選択を行う)として同意を得るか否かを判断する必要がある。つまり、家族自身が患者の意思や希望を知らなければ決断は難しく、医療提供者は治療方針を決定できず、治療を中断せざるを得ない。

こうした問題は、核家族化が進み家族の病気や看病、死に直面する場面に遭う機会が減少している現代において、医療に対する関心が希薄、自身の終末期について考える機会がない¹⁷⁾ことが要因としてある。医療サービスは、最終的には生命に通ずる消費という理解と大事な意思決定を自身で行うか、あるいは家族や後見人などによる代理決定となるため、身近な家族の病気を自分に置き換えて考え、日頃から受療者の意思や希望を事前に知っておこうという

意識づけが重要である。

患者の意思決定に家族の関与も期待され、その要望が強い¹⁸⁾ことや、意思決定能力は患者自身の本来持つ要素だけではなく、病気の性質、時期、家族や医師がそこにどのような形でどれだけ参加するかが重要な要素と述べた文献¹⁹⁾も散見されることから、医療サービスの意思決定概念は「個人を対象としていない」ことが明らかになった。

5. 医療サービスデシジョンリテラシーとは何か

一般商品の消費者の権利と責任は、1982年に国際消費者機構(CI: Consumer International)が発表し広く国民に意識づけた。医療サービスにおいても、患者自身の判断には責任が伴うという解釈が含意されるはずであったが、医療を特別視し続けてきた時代が、こうした意識を当然視することを遅らせた。また、医療の信頼を著しく損なう事故(患者取り違え事故、投与内容の取り違え事故など)は国民の注目を集め、医師の過失を疑い、医療訴訟を増加させた。医療に対する安心感の喪失は権利意識を高揚させ、自身が受けた治療等の詳細に関心を抱かせる結果を招いた。消費者意識を持つという点では発展したと言えるが、医療を巡る世論の動向が生んだのは、医療提供者の一方的な説明と内容を十分に理解できないままの合意形成というICの言葉だけが先行した点にある。つまり受療者は、当事者主体で決める医療サービス消費に慣れておらず、思考・判断を備えてこなかったため、何が正しいかわからない状態のまま、同意を求められる状況である。

医療サービス消費の特徴は、慢性疾患やインプラント治療など、時間を掛けて治療方針を決定した方がよい消費もある。一方で、生命にかかわる事態の重大性、突発性、緊急性や専門性が高いなどの要素が加味され、意思決定までに時間的余裕のない消費もある。医療消費者自身あるいは家族が何らかの決断を迫られた場面で、どう意思決定するか。疾病時や疾病後に初めて「医療サービスとは何か」に向き合うのではなく、生活基盤となる身体を「予防」「早期発見・早期治療」「治療」「リハビリテーション」「介護」の一連で医療サービス消費に繋げるという捉え方が重要である。

生活者は生涯消費者であり、よりよく生活するために自分なりの考え方をもち、合理的・倫理的な思考に基づき消費行動をとる。意思決定をする際に、必要な消費者情報をできるだけ多く収集し的確に処理する²⁰⁾。こうした能力が消費生活において重要なならば、消費生活に含まれる医療もまた同様に、最適な医療サービス消費をするためのサービスに関する

情報収集, 比較・検討, 判断, 決定, 再検討という消費行動プロセスが必要になる。これは, 病気に罹り治る(患者)期間だけが消費と捉えるものではない。したがって, 健康維持増進に関する消費行動の中で, 最善の意思決定ができる力を育み備える。その前提として, 自身あるいは家族にとって納得のいく意思決定に近づけるために医療リテラシー²¹⁾向上への取り組みは欠かせない。これらの基軸となるのが, 健康や医療に関する情報を入手, 理解, 評価, 活用し, よりよい意思決定に結びつけるというヘルスリテラシーなのである。例えば, 親の決定権下に置かれがちな子どもは, 年齢や意思決定能力の程度にかかわらず, 子どもを治療の場に導く雰囲気づくりが重要で, その体験が治療関与の形成のみならず

長期予後にも影響¹⁸⁾する。子どもの権利が尊重される時代においては, 発達段階において決定責任を学ばせ, 意思決定の過程で重要な情報収集, 判断力を育む。高齢者においても, 自ら医療を受ける権利を擁護できるように, 主体的にかかわるために, 判断能力が維持されているうちに任意後見や事前指示書などを活用する決断をしておくこと²²⁾が, 救急医療や終末期医療などに備える自助力となる。

以上のことから, 「医療サービスデザインリテラシー」とは, ヘルスリテラシーを基軸に, 個人と家族の健康や健康格差が解消できるよう医療情報を消費者視点で捉え, 最適な選択肢, 最適な意思決定に結実させるという医療サービス消費力である, と解せられよう。

文 献

- 1) 福田洋, 江口泰正編著: ヘルスリテラシー—健康教育の新しいキーワード—. 大修館書店, 東京, 2016.
- 2) 田村久美, 矢吹香月, 水谷節子: 高齢医療消費者の医療サービストラブル未然防止につながる有効情報の探究. 消費者教育, **36**, 97-106, 2016.
- 3) 成木迅, 宇都宮宏子, 川島篤志: 多職種と地域の連携で進める高齢者の意思決定支援. 週刊医学界新聞, (3181), 1-3, 2016.
- 4) Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H and (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European: Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, **12**, 80, 2012.
- 5) 田村久美, 水谷節子: 医療消費者の権利と責任に関する調査研究—医療安全支援センターを対象に—. 消費者教育, **33**, 59-68, 2013.
- 6) 会田薫子: 4. 患者の意思を尊重した医療およびケアとは—意思決定能力を見据えて—. 日本老年医学会雑誌, **50**(4), 487-490, 2013.
- 7) 加藤尚武, 加茂直樹編: 生命倫理学を学ぶ人のために. 世界思想社, 京都, 1998.
- 8) 岡谷恵子: セルフケア看護モデルを使って, 患者の意思決定にもとづく自己コントロール力を高める. 精神看護, **16**(3), 38-43, 2013.
- 9) 酒井明夫: 精神疾患患者の意思決定能力と身体合併症治療. 総合病院精神医学, **11**, 62-66, 1999.
- 10) 村岡潔: 医師—患者関係における医療情報の<交換>はいかにおこなわれるべきか. 文学部論集, (86), 129-138, 2002.
- 11) 塚本康子: 検査の意思決定過程における医療者—患者関係. 静岡県立大学短期大学部研究紀要, **16**, 89-98, 2002.
- 12) Appelbaum PS: Assessment of patients' competence to consent to treatment. *The New England Journal of Medicine*, **357**(18), 1834-1840, 2007.
- 13) 小川朝生: 意思決定能力. 臨床精神医学, **45**(5), 689-697, 2016.
- 14) 日本弁護士連合会: 患者の権利に関する法律大綱案の提言.
https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/2012/opinion_120914_2.pdf, 2012.
- 15) 藤倉恵美, 大内雄太, 宮崎真理子, 伊藤貞嘉: 患者本人決断した維持血液透析の見合わせについて, 「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」を運用するうえでの課題. 透析会誌, **48**(12), 705-712, 2015.
- 16) 中山和弘: 患者中心の意思決定に向けて医療者が取り組むべきこと. CLINIC BAMBOO, **429**, 28-33, 2016.
- 17) 平原佐斗司, 早坂由美子, 福井里美, 山口育子: 「どのような生き方をしたいか」意思決定支援はこの問いかけからはじめるべき. CLINIC BAMBOO, **429**, 22-26, 2016.
- 18) Padon K, Deschepper R, Stichele RV, Bernheim JL, Mortier F, Bossuyt N, Schallier D, Germonpré P, Galdermans D, Van Kerckhoven W and Deliens L: Preferences of patients with advanced lung cancer regarding the

involvement of family and others in medical decision-making. *Journal of Palliative Medicine*, 13(10) , 1199-1203, 2010.

- 19) 宇治雅代：子ども，高齢者だからといって意思決定能力がないと決めつけてはいけない！—倫理的ジレンマと医療現場でのかかわりについて—。治療，85（2003年増刊号），99-103，2003.
- 20) 日本消費者教育学会編：消費者教育 Q&A—消費者市民へのガイダンス—。中部日本教育文化会，愛知，2016.
- 21) 加藤眞三：患者学のすすめ（その6）今こそ医療リテラシーを。医と食，3(2)，87-90，2011.
- 22) 小此木清：高齢者における医療同意—日本弁護士連合会「患者の権利に関する法律大綱案の提言」と意思決定支援制度—。実践成年後見，58，72-76，2015.

（平成30年7月2日受理）

Development of Medical Service Decision-Making Literacy from a Consumer Perspective with a Focus on Health Literacy

Kumi TAMURA

(Accepted Jul. 2, 2018)

Key words : consumers, decision making, medical service, health literacy

Abstract

Recently a lack of sufficient health literacy has been cited as one of the causes in the growing number of medical service problems. Therefore, in order to resolve health inequalities experienced by individuals and families, it is essential to create an approach in which health literacy is the central focus. Furthermore, this approach should utilize medical information viewed from a consumer perspective to empower medical consumers through the development of optimum choice and optimum decision-making processes. Given such an interpretation, it becomes clear that what is necessary is not just health literacy, but medical decision-making literacy.

Correspondence to : Kumi TAMURA

Department of Medical Secretarial Arts
Faculty of Health and Welfare Services Administration
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
E-mail : k.tamura@mw.kawasaki-m.ac.jp
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.28, No.1, 2018 157 – 165)

