

医療からみた日本における意思決定支援の 課題と展望

成 本 迅

はじめに

国連障害者権利条約が平成26年2月に批准されたことに伴って、精神障害者においても必要な支援を提供した上で本人の意思決定を尊重することがこれまで以上に医療現場でも求められている。精神障害においては、感覚障害や身体障害と比較して障害パターンの同定が難しいことや本人に障害の自覚を欠く場合も多いことから、支援についても他の障害に比べて十分に研究されているとはいえない。また、国連障害者権利条約では、ICT機器の活用や開発についても言及されているが、この点についても精神障害は他の障害に比べて不十分である。また、アジア諸国との比較においてもなお制度面で未整備の部分もみられる⁽¹⁾。

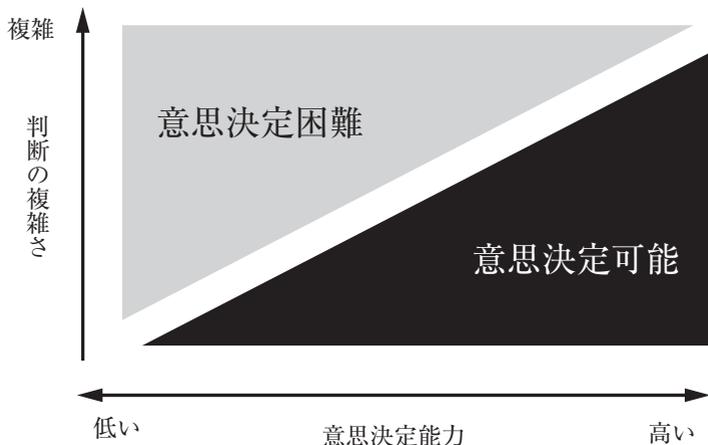
精神障害者が地域生活を送るにあたっては、様々な場面で意思決定を求められることがある。理解力、判断力が低下している場合は、その理解を助ける工夫や、助言が必要となるが、一方で介入しすぎると権利や自律を損なう危険性も伴っている。意思決定を支援するにあたって自律と保護のバランスをとるには、本人の理解を最大限高める工夫を行った上で意思決定の内容ごとに能力評価を行い、低下している部分を補う支

(1) Tsoh J, Peisah C, Narumoto J, Wongpakaran N, Wongpakaran T, O'Neill N, Jiang T, Ogano S, Mimura M, Kato Y, Chiu H. Comparisons of guardianship laws and surrogate decision-making practices in China, Japan, Thailand and Australia: a review by the Asia Consortium, International Psychogeriatric Association (IPA) capacity taskforce. *Int Psychogeriatr.* 2015; 27(6): 1029-37.

援をきめ細かく行っていく必要がある。例えば意思決定能力が低下した患者に医療行為を行う場合は、その同意能力について評価し、これから行おうとする判断の複雑さに応じて意思決定支援を行う必要がある(図1)。しかしながら、医療福祉の現場においては時間や人員の制約から必ずしもこのような原則が守られているとはいえないという課題がある。

現在日本では、精神障害者の意思決定支援が必要とされる場面としては、先述の医療行為の同意以外に、精神保健福祉法に基づく入院、成年後見制度利用者の経済活動、日常生活自立支援事業、介護保険契約、介護施設などへの入所、一般経済活動における契約、遺言などがあげられる。これらの場面はいずれも理解力、判断力が低下した精神障害者の意思決定を支援しながら決定を行うという共通の構造を持つが、場面によってその背景となる法律や能力評価の手法、評価者などが異なっている。例えば、認知症患者が精神科病棟に入院する際には精神保健福祉法に基づいて医師が同意能力を評価し、低下していれば医療保護入院の形態をとり、医師の判断に加えて家族の同意を得る形をとる⁽²⁾が、介護施設への入所に際しては本人の能力評価は行われず、拒否のある場合でも多くは家族の同意によって強制的な入所が行われている。また、民間で

図1 医療行為の複雑さと必要とされる医療同意能力



の契約については、高齢者との契約についてガイドラインが定められるなどの取り組みはあるが、一律に年齢の基準を設けて契約を制限するなど保護に主眼が置かれており、逆に権利制限につながっている可能性もある。本稿では、本邦における精神障害者の意思決定支援の課題をいくつか取り上げて述べると共に、最近の医療現場での取り組みについて紹介したい。

医療行為への同意における意思決定支援

医療行為への同意は一身専属的な行為とみなされ、本人が一義的な決定権を有すると考えられる。このため、同意能力に疑問が生じた場合は、適切に同意能力を評価し、低下している能力を補うための工夫をしたり、代行決定者の関与を求めたりすることが必要となる。当初この分野は、精神障害者に対して電気けいれん療法などの侵襲的治療を行う際の医療同意能力の評価とそれに基づく意思決定支援を中心に発展してきたが、高齢化社会の到来と共に、認知症高齢者に対する評価と支援が注目されるようになってきている。

医療同意能力評価においてもっとも広く用いられているのが医療同意能力の4要因モデルである。すなわち、医療同意能力を、理解、認識、論理的思考、選択の表明の4要因に分けて評価していこうとするモデルである。このモデルに従って評価するための手法が開発されており⁽³⁾、それに基づいた実践と研究がおこなわれている⁽⁴⁾⁽⁵⁾。疾患ごとにどのような能力が失われやすいかの研究もなされている。例えば、アルツハイマー型認知症においては、理解、認識、論理的思考が障害される一方

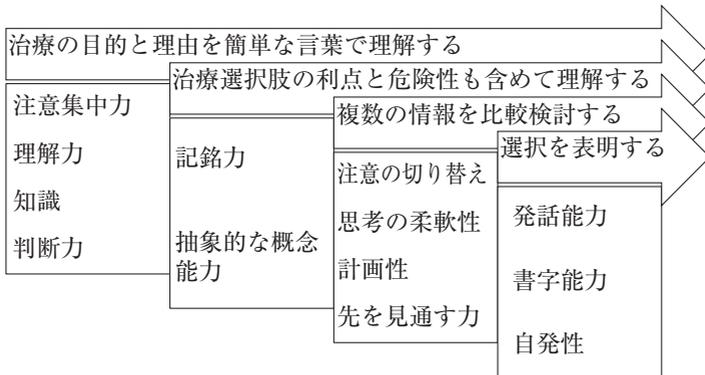
(2) 成本 迅。精神科医療におけるインフォームド・コンセント。2014年版 今日の治療指針、東京：医学書院、917-918、2014。

(3) Grisso T, Appelbaum PS (1998) Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals. Oxford University Press, New York(北村總子・北村俊則 訳(2000)治療に同意する能力を測定する：医療・看護・介護・福祉のためのガイドライン。日本評論社、東京)

で、選択の表明の機能は保たれることが多く、十分にリスクとベネフィットを理解しないまま、同意してしまう危険性がある。図2に能力の各要素で必要とされる認知機能をまとめた(図2)。

しかしながら、医療行為を行う医師は多くの場合、認知症をはじめとする精神障害や意思決定能力評価などについて専門ではなく、しばしば本人の意思を確認することなく、家族の意見だけで治療を進めたり、逆に本人が十分内容について理解していないにも関わらず、本人からの同意だけで治療を進めたりすることがしばしば見受けられる。アメリカでは、以前から精神科医以外の一般医の医療同意能力評価のスキル向上に向けてさまざまな取り組みがなされ、研修プログラムにも取り入れられている。表1はアメリカの一般医向けのガイドに掲載されている医療同意のチェックリストである(表1)⁽⁴⁾。一方、日本では家族に同意を得る

図2 医療同意能力に必要な認知機能



(4) 加藤佑佳、松岡照之、小川真由、谷口将吾、藤本 宏、占部美恵、柴田敬祐、中村佳永子、江口洋子、飯干紀代子、小海宏之、仲秋秀太郎、三村将、福居顯二、成本 迅。認知機能障害により医療行為における同意能力が問題となった2例—MacCAT-Tを用いた医療同意能力の評価について—。老年精神医学雑誌。2013; 24: 928-936.

(5) 加藤佑佳、成本 迅(2014)身体疾患に対する治療同意能力。臨床精神医学 43(3): 331-339

ということが医療慣行上行われてきたため、このような取り組みが注目されることはなかった。しかし、高齢化と核家族化、地縁の消失により、高齢者が単独で医療機関を訪れることも特に都市部を中心に増えてきており、一般医の間でこの問題への関心が高まっている。将来的には、一般医に対して認知症への対応力向上プログラムの一環として、医療同意能力評価とそれに基づいた意思決定支援に関する研修が行われることが望ましいと考える。

もう一つの課題として、事前指示の問題があげられる。エンディングノートや事前指示の普及が進んでいるが、一方でその医療現場での取り扱いはまだ一定のルールはないのが現状である。本人がどのような状態で作成したものかや、実際に本人が作成したとものかという疑念が生じる場合もあり、医療者側としては法的な規定もない中で取り扱いに苦慮している。病院で様式を用意して、地域包括ケアの中で、事前指示を作成していく取り組みもなされており、介護と医療の一連の流れの中で関係者が支援しながら本人の意向を繰り返し確認して事前指示を準備しておくことは有用であると考え。法的な根拠を与えることについては、

表1 医療同意をめぐる10の誤解

-
1. 臨床的な能力低下と法的な能力低下を同じと考える
 2. 患者がこちらの指示に従わなければ同意能力がないと考える
 3. 患者が治療に従っているうちは同意能力を評価する必要はない
 4. 同意能力はあるかないかの二つに一つである
 5. 認知機能障害があれば同意能力が欠けている
 6. 同意能力の低下は永続的である
 7. 十分な情報を提供せずに同意能力がないと決めつける
 8. 認知症など精神疾患の患者はすべて同意能力を欠いている
 9. 非自発的入院の対象となっている患者は同意能力を欠いている
 10. 専門家でない同意能力は評価できない
-

Ganzini Lら、2004年より著者が翻訳

(6) Ganzini L. Ten myths about decision-making capacity. J Am Med Dir Assoc. 2004; 5(4): 263-7.

医療関係者が安心して対応することができるようになるというメリットはある一方、現在行われているさまざまな取り組みの足かせとなる可能性もあり慎重な運用が求められる。筆者が医療側の外部委員として加わった成年後見センター・リーガルサポートの医療行為の同意検討委員会においては、法律側の外部委員として参加した千葉大学法政経学部(当時)の小賀野晶一教授と共に、リーガルサポート内の委員と医療現場の現状を伝えつつ実現可能で患者の権利擁護につながる法整備とはどのようなものかについて議論が交わされた。結論として、患者の意思決定支援を行うためのプロセスが提案され、今後の法制化への方向性を示す報告書が作成された⁽⁷⁾。現場で行われている工夫や課題を取り入れつつ新しい法整備を検討する一つのモデルとなるのではないかと思われる。

意思決定の共有

医療行為のように医療者と患者で圧倒的な情報量の差が存在する場合、どのように意思決定のプロセスを進めていくかについて、これまでいくつかの変遷を経てきた。当初医療者がよいと考える医療行為を患者の同意なしに進めていくパターナリスティックな手法が行われていたが、患者の知る権利の重要性が認識されるようになり、アメリカにおいて1950年代からインフォームド・コンセントの概念が導入された。しかしながら、インフォームド・コンセントはともすると医療者側は医療行為の内容とリスク・ベネフィットについて説明することが役割で、意思決定は患者に委ねる形になりがちであった。このような状況を改善するため、意思決定の共有という概念が提唱されるようになり、研究と実践が行われている。

本邦においては、渡邊らがうつ病患者を対象として、抗うつ薬の選択

(7) 公益社団法人 成年後見センター・リーガルサポート「医療行為における本人の意思決定支援と代行決定に関する報告及び法整備の提言」(http://www.legal-support.or.jp/act/index_pdf/index_pdf10_02.pdf(平成27年5月31日確認))

をディジションエイドと呼ばれる治療内容についてわかりやすく書かれた資料を使って情報量の不均衡を補いながら相談して決めていくという実践と効果の検証を行っている⁽⁸⁾。渡邊によれば、このような手法により患者の治療に対する積極的な参加姿勢が醸成され、治療遵守にもつながるといふ。今後は、各精神疾患に特化したディジションエイドを開発して意思決定を患者と共有していく取り組みが求められている。また、この手法は財産管理や介護サービスの決定など他の意思決定場面でも応用できる手法である。

おわりに

日本で行われている精神障害者への意思決定支援について、特に医療の立場からその基本的な概念と取り組みについて紹介した。今後はこれまで専門家による評価と意思決定支援のノウハウが活かされていない民間会社との契約場面などにおいても、医療行為への同意と同様に、各分野の実務家と専門家が連携して精神障害者の権利擁護のための意思決定支援の仕組みを作っていくことが急務であると考ええる。

(8) 渡邊衡一郎、澤田法英。患者とディジションメイキングを行うに際し必要な評価とは—Shared Decision Makingはどこまで臨床応用可能か。臨床精神薬理。2012; 15(2): 161-9.