

St. Luke's International University Repository

患者の意思決定を支援する医療③医療における患者の意思決定支援の方法

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2014-09-11 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 中山, 和弘 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/12349

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



医療における患者の意思決定支援の方法

患者がよりよい意思決定を行うためには、医師と患者はどのような関係になればよいのでしょうか。今回はヘルスリテラシーのある病院とはどんなものなのか、意思決定を支援するためのガイドについて考えてみましょう。

3つの意思決定の方法

患者にとって、よりよい意思決定とは、「情報に基づいている」「よいエビデンスがある」「患者の価値観や好みに合っている」「メリットとデメリットを比較している」という特徴を持っています。反対に、「データが不十分」「選択肢が少なく代替案も不明確」「価値観や好みが不明」な意思決定は避けたいものです。

そのため、医師と患者はどのような関係になればよいのでしょうか。医師-患者関係において、意思決定には3つのスタイルがあります。「医師が決める方法」「患者が自主的に自分で決める方法」「医師と患者と一緒に決める方法」の3つです。最後の方法は、シェアードディシジョンメイキングと呼ばれ、医師による次にあげる3つのステップからなるとされています¹⁾。

- 1) 決めなくてはいけないことがあり、患者の好みや希望にもとづいて話し合っ
て決めることを伝える
- 2) 選択肢をリストにして示し、メリットと
デメリット、身体的・心理的・社会的
な影響を伝え、それらは患者によって
受け止め方が違うことを説明する
- 3) 何を大事にして決めたいと思うかを尋
ね、好みの選択肢を明らかにしてい
き決定する

というものです。

みなさんは3つの意思決定のうち、どの決め方が好みでしょうか。日本では、まだ医師

に決めてもらうのが好みの方も多いのかもしれませんが、今後を占う意味で、日本と米国の大学生を比較した研究を紹介します²⁾。

上気道感染で受診をした設定で、3つのシナリオに沿って実際に対処方法を決める経験をしてみて、どの方法がいいと思ったかを尋ねました。すると、日本人は「自分で決める」を最もよいと評価し、「一緒に決める」は2番目でした。米国人はこれとは逆で、「一緒に決める」が1番で、「自分で決める」は2番目でした。そして、「医師が決める」はどちらの国でも3番目の評価でした。次第に患者中心に情報を得た意思決定が望まれる時代になっていくことが予想されます。

ヘルスリテラシーのある病院づくり

そこで必要になることとして、患者のヘルスリテラシーに合わせた情報やサービスの提供があります²⁾。米国の医学研究所(IOM)は、よりユーザーフレンドリーな、ヘルスリテラシーのある組織(病院など)に変えていくことを主張し、それに必要な10の特徴をあげています。例えば、患者のヘルスリテラシーが低いことを決してスティグマ(烙印)としてはならず、幅広いヘルスリテラシーを持つ人々の多様なニーズに合わせる必要があります。そして、大切な方法として、患者や家族に、組織のトレーニング、マネジメント、ガバナンスに参加してもらうことをあげています。そうすれば、いつも患者や家族からのフィードバックをもらえるからです。ヘルスリテラシーという新しい考え方を、これまでの組織のありかたや医療の質の管理と統合していかななくてはならないとしています。

意思決定を支援するためのガイドとは

また、海外では、「ディシジョンエイド」というものが開発されています。患者や家族が治療を選ぶ意思決定に参加できるように作られたツールで「意思決定ガイド」と呼べるものです。それは、パンフレット、ビデオ、ウェブなどで治療の選択肢についての情報を提供し、患者が自分の価値観と一致した選択肢を選ぶように支援するものです。日本において、筆者が関わっているものでは、胃ろう造設³⁾、乳がんの術式選択、HPVワクチン接種の意思決定を支援するガイドがあります。世界で中心的に意思決定支援に取り組んでいるOttawa Health Research Institute(OHRI)などが作成したものを参考にしています。胃ろうのガイドは、造るときと造らないときのメリットとデメリット、身体的・精神的・社会的な影響などについて紹介し、患者のQOLについて考えてもらうものです。

このような支援がとくに必要になるのは、候補として2つ以上の選択肢があって、いずれも健康アウトカムに大きな差はなく、選ぶのが難しいという場合です。エビデンスも確率的なものですから不確実です。そのため、選択肢をよく比較し、自分に合ったものを選びたいわけですが、診療場面だけでは時間が足りないということもあります。

また、意思決定ガイドでは、作成者によって選択肢の選べれやすさに違いが出ないことが求められます。言い換えれば、誰もが中

中山 和弘

聖路加国際大学教授(旧聖路加看護大学) 保健医療社会学、看護情報学
日本学術振興会特別研究員、愛知県立看護大学助教授を経て現職。
東京大学大学院医学系研究科非常勤講師ほか。主な著書「患者中心の意思決定支援」「市民のための健康情報学入門」「看護情報学」など。メールアドレス▶nakayama@slcn.ac.jp

立的な立場から患者中心に支援するため、そのための国際基準(International Patient Decision Aids Standards: IPDAS)が作られています。ポジティブな表現とネガティブな表現の両方を提示すること(例えば、生存率と死亡率の両方を説明する)など、多くのポイントがあげられています。

これらが患者にどのような効果をもたらすかの研究も行われていて、通常のケアと比べて次のような結果が得られてきています。

- 知識が向上する
- 確率を示してある場合、正確にリスクを認識しやすい
- 情報が足りないとか価値観がはっきりしないなどの葛藤が少ない
- 意思決定で受け身になりにくい
- 決められない人が少ない
- 医師と患者のコミュニケーションが向上する
- 意思決定やそのプロセスに満足しやすい

しかし、まだエビデンスの質が低いものもあって、患者の体験談を入れたほうがいいのかどうかなど、わかっていないこともあります。日本では研究が開始されたばかりで、今後、研究をさらに進めていきたいと考えています。皆さんも一緒にいかがでしょうか。

1) 健康を決める力 <http://www.healthliteracy.jp/>

2) Alden, et al. Young adult preferences for physician decision-making style in Japan and the United States. Asia-Pacific J of Public Health, 2012;24(1):173-184.

3) 胃ろうの意思決定支援サイト <http://irouishikettei.jp/>