

臨床の意思決定における患者参加

Patient participation in clinical decision making

患者と医療者との関係は、その病状や病態、あるいは治療の経過によって異なってくる。臨床におけるコミュニケーションのレベルは、この両者の関係を示す一つの指標である。例えば、急性疾患と慢性疾患、難治性の疾患などに関わる治療の場面と発病・再発の予防やメンテナンスの場面では、医師側の裁量と技術でその医療の成果が左右される場合と、患者側の保健行動にかなり依存する場合とがあり、医療者側の説明に対する患者の同意のレベルは、それぞれで異なった様相を示すと考えられる。実際に、治療や予防法の決定という場面で、患者側のQOLの判断や態度によって「最善」が異なってくる場合には、医療者が一方的に決めることは現実的には困難なことが多い。しかも、医療者の治療の技術と病状に対する治療・予防の成果に関する予知性には、限界があることを前提として、医療者側の説明は行われる。患者側がしばしば求める「丁寧でわかりやすい」説明には、医療者側の専門性に基づいた、しかも正直で誠実な態度が前提となる。

臨床における意思決定の共有

医師が一方的に意思決定を行い、患者がそれに従うことは、これまでパターンリズム (paternalism) として、できるだけ避けなければならない医療者の態度とされ、むしろ患者の同意や満足度が得られるのは、「相互参加の関係 (mutual participation)」であり、医療における患者参加の重要性が強調されるようになってきた¹⁾。この相互参加の状態を「意思決定の共有 (shared decision making)」と表現される場合もある²⁾。しかしながら、その具体的内容や評価法については、必ずしも明確ではない。

医療における情報の非対称性 (information gap) としばしば表現されるように、医療者と患者との間には、その専門性に基づく知識と予見性、治療技術の点で残念ながら明らかな差異がある。そのためどんなに患者側が主体性をもって、最終的には患者は、医療者にその治療を任せて委ねざるを得ない。そして、この「任せる」までにたどる患者側のプロセスとそれに要する時間には個別性がある。幸運にも医療者と患者とのエンカウンターの場面で患者が「任せる」心理になることもあれば、自分で調べ確認しながら、時間をかけてその状態に達する場合もある。あるいは、患者側が「本当の」情報を求めるあまりに迷い、治療の選択を放棄したくなることもあるだろう。

医療における意思決定に関わる場面は、①診査・診断から治療の選択肢の決定などその病態に関わる問題解決 (problem solving)、②治療のリスク・負担の受容と治療法の選択 (choice and acceptance)、③予後の判定 (assessment)、④保健行動 (coping behavior) などがある。一般的には前半の場面ほど医療者側の裁量が大きく、後半になれば患者側の意思が大きく反映される³⁾。意思決定の共有は、これらの枠組みのなかで議論される問題であり、しかもこの医療の体系は、技術進歩によって変化していくものである。重要なことは、保健医療情報の公開性と、医療の state of the art のなかでの患者の自己決定を支援するシステムおよびその具体的な手段 (decision aids) ⁴⁾ である。

患者の自己決定を支援するシステム

患者の自己決定を支援するシステムをここで仮に、①社会・環境的な支援システムと②臨床における支援システムに分類するとしよう。

社会・環境的な支援システムとは、何よりも診査・診断から治療と予後評価に関わる医療の体系化をは

かり、それを受け手側に明示することであり、そのための情報技術（IT）の向上である。次には、住民側が正確な情報源にできるだけ早く到達できるための保健情報の提供と、個別的な治療に関わる問題についてセカンド・オピニオンなどを介して自己確認が容易となる医療システムである。

臨床における支援システムには、コミュニケーション技術に関する問題が大きい。患者が話しやすい雰囲気と「何を質問してよいかかわからない」という状態を解消するためのわかりやすい情報の提供が必要になる。患者が求めている情報は、①わたしの状態が良くなるために何が必要なのか、②わたしは何をしたら良いのか、③治療の選択肢とそのリスクは何か、④そのための治療の期間や負担、⑤予後と今後の予防法など、一般論よりも個別的な対応である。このとき医療者側には、患者の選好度（patient preference）を評価するための科学的な情報の蓄積が求められる。どんなに「わかりやすい説明」であっても、それが病状や対応の経過で変化していく患者の求めに合致していなければ、一方的なコミュニケーションに陥ることになる。

求められる患者参加度の評価

この患者の自己決定の前提として、医療者の説明を患者が「理解した」、「受け入れた」という過程を確認し、患者の参加度をどのように評価するかという課題が大きい⁵⁾。患者側の表情や態度で医療者側が患者の同意を推し量る場合もあるが、医療者の前で拒否しにくいという患者のおかれている立場を考えれば、例えば表情分析を用いたスケール（facial image scale）^{6,7)}など具体的な評価法の開発が期待される。また、患者の質問の頻度や希望が表現され、それに医療者が的確に応答できたかどうかについての会話分析を用いた実践的な報告の蓄積はさらに必要となるだろう。質問紙を用いた分析も考えられるが、果たして患者が満足度評価などを現場で答えることができるのかという課題も残されている。このような患者の参加度や理解度の評価は、自己決定支援システムと表裏一体であり、さらに追究され実証的なデータが蓄積されていくことが求められる。

本稿で提案した患者の自己決定を支援するシステムは、医療者と患者という個人対個人の関係にとどまらず、地域における保健医療システムとも関連する問題であり、健康における人々の主体性と地域レベルのヘルスプロモーションとして追究される課題である。

深井 稜博

深井保健科学研究所所長

Kakuhiro Fukai

Director, Fukai institute of health science

文 献

- 1) Tones K, Tilford S: Health Promotion-effectiveness, efficiency and equity, Nelson Thornes Ltd, UK, 3rd ed., 2001.
- 2) Street RL Jr, Millay B: Analyzing patient participation in medical encounters, Health Communication, 13 : 61-73, 2001.
- 3) Schouten BC, Eijkman MAJ, Hoogstraten J: Information and participation preference of dental patients, J Dent Res, 83 : 961-965, 2004.
- 4) Barry MJ: Health decision aids to facilitate shared decision making in office practice, Ann Intern Med, 136 : 127-135, 2002.
- 5) Harmsen JAM, Bernsen RMD, Meeuwesen L, Pinto D, Bruijnzeels MA: Assessment of mutual understanding of physician patient encounter: development and validation of a mutual understanding scale (MUS) in a multicultural general practice setting, Patient Education and Counseling, 59 : 171-181, 2005.
- 6) Ekman P, Rosenberg EL, What the face reveals-basic and applied studies of spontaneous expression using the Facial Action Coding System (FACS), Oxford University Press Inc, New York, 2nd ed., 2005.
- 7) Buchanan H: Development of computerized dental anxiety scale for children: validation and reliability, Br Dent J, 199 : 359-362, 2005.