

精神障害者に対する意思決定支援について

尾 口 昌 康

【要 旨】

精神科病院等の精神障害者を対象とした医療の現場では、措置入院や医療保護入院等の患者本人の同意に基づかない入院が存在したり、治療や処遇の方針を決める際に、症状によっては医療スタッフ主体で決定することも多い。近年は患者が医師に対し、治療上の不安や心配をきちんと伝え、治療方針を一緒に考える「共同意思決定」という方法が導入されつつある。本稿では、我が国において動き始めた共同意思決定支援について、その概要をまとめ、今後の課題について若干の考察を加えるものとする。

【キーワード】

精神障害者、自己決定、共同意志決定、インフォームド・コンセント、ピアスタッフ

はじめに

かつては医療の現場で何か大きな決断をせざるを得ないとき、多くの場合、医師が大きな責任を負いながらもその役割を担い、患者は医師に委ねるとするのが常識であった。

その後、「インフォームド・コンセント」「インフォームド・チョイス」という考えが生まれ、2000年代になると、SDM (shared decision Making) という考え方も導入されるなど、患者と医師の協働で治療方針を決めるという風潮もみられるようになった。

しかし、特に精神科医療の領域においては、患者本人の同意に基づかない強制的な入院が法的に許されていたり、医療スタッフ主体で治療や処遇の方針を決めることも未だ多く、本人の自己決定権が尊重されているとは言い難い。

確かに、精神障害者は症状の悪化時は判断能力が低下することも多く、病状に左右された選択をしてしまうおそれもあり、その結果、本人はもとより周囲の者にとっても好ましくない事態を招くこともあり得る。

その後、診察やケア会議の場で本人の判断能力の有無や残存の程度について意見交換がなされるようになったが、患者とスタッフが閉ざされた状況の中で本当に対等になれるのか？という疑問も残る。そのような中で、患者と医療スタッフが必要な情報を共有、かつ患者の希望に沿って共に治療方針を決める、「共同意思決定 (SDM : Shared decision making)」が少しずつ導入されるようになった。これは精神疾患のある患者がきちんと医師に分からないことを質問したり、不安や心配を打ち明けた上で、治療方針を一緒に考えて決めていくためのコミュニケーションを促進することを目的としている。

近年、共同意思決定支援を実践するために、コンピューターを用いたツール「SHARE」が開発された。これは、「希望とリカバリーの支援：Support for Hope And Recovery」の頭文字を取ったもので、現在少しずつであるが、各地の精神科病院・クリニックにて試験的に導入されている。

SHAREを用いた共同意思決定のすすめ方

① ピアスタッフとの事前面接

- ・ 診察前の別日程で実施する。
- ・ 「希望とリカバリーのノート」を作成する。
- ・ 専用のパソコンのソフトに、可能な範囲で患者本人に打ち込んでもらう。
- ・ 症状や体調によってはピアスタッフが代行してもよい。
- ・ 内容は「自分はどうなりたいか」それに近づくための「元気の鍵」を見つける。
例えば「音楽を聴く」「買い物に行く」「1人カラオケに行く」など。
- ・ パソコン入力されたこれらの今後の診察の資料として非常に役立つものとなる。
※ プリントアウトして本人に渡すことも可能である。

② 診察前の「SHAREシート」を作成する

- ・ 体調も含め、今日現在の状況を、ピアスタッフ（当事者スタッフ）とともにパソコンに入力する。
例えば「今日までに“元気の鍵”を使うことができましたか？」などを確認する。

③ 今日の診察における「私の目標」を立てる

- ・ 目標として「倦怠感が強いことを主治医に言えるようになる」と立てた場合は、「強いだるさを相談したい」など入力する。場合によってはピアスタッフのサポートを受けても良い。

④ 「SHAREシート」を介した診察

- ・ ②で作成した、目標が記された「SHAREシート」を医師が確認したうえ、今何ができるかを医師から患者に伝える。例えば前出の「体のだるさ」の場合は「薬の影響かも知れない」ことを医師から伝える。
- ・ もし患者から「薬を減らすこと可能ですか？」等の質問が出た場合は、患者とともに減薬や通院の間隔を決定する。

上記のように、医師が決定した治療方針を提供するのではなく、医師と患者の双方で策定する方法を取る。さらにこの診察で合意した目標や方針について、プリントアウトし、医師・患者2名のサインをし、本人が持ち帰る。その後スタッフミーティングで情報共有を行う。

共同意思決定の効果

SHARE等の共同意思決定ツールを用いた実践例では、従来は医師を中心とするスタッフの意見が治療に大きく影響していたが、それが患者の関心ごとへ焦点が定まるようにシフトしてきたという声を多く耳にする。例えば今まで出てこなかった患者の不安や悩みなどの深い話題が診察の場面で出てきたり、話がまとまりにくい患者でも治療方針が定まりやすくなるなどの意見

が聞かれる。

また、医師も診察前に「SHAREシート」等を読むことで、その患者への理解が深まることや、医療的解決以外の選択肢に気づくことができるなどの効果もあるだろう。

また、実際に危険的に導入した精神科病院では、薬物療法ばかりに頼るのではなく、本人から提示された「元気の鍵」を参考とした治療をしようという考え方に変化してきたり、患者中心の医療へ変革しようというスタッフの士気の向上もみられるようになったという。

今後の課題

医師と患者の二者関係では意思決定が難しい場合、ピアスタッフの力を借りるなど、今後さらなるピアスタッフの活躍が期待される一方、彼らを誰がどのように教育するのも特に定められてはいない。また、ピアスタッフだけでなく、共同意思決定ツールを使うスタッフ側にも十分な研修の機会が必要である。

また、精神科は他科と違い、共同意思決定を実践するにあたって困難な部分も多い。患者の症状によって強制的に入院させることが可能であり、医療スタッフは権限を用いて「家族等、本人以外の人が困っているから入院させる」ということが実際に起こりうる。いわば精神科医療の構図が問題である。そのような中で、今後どのような工夫をして共同意思決定支援を実践していくのか考えなければならない。

また、共同意思決定支援の実践において、精神障害者の権利擁護の専門家である精神保健福祉士の役割が特に定められていない点も気になる点である。今後精神保健福祉士がどのように関わっていくのか明確にしていくことも必要であると考えられる。

【参考文献等】

1. インフォームド・コンセントと共同意思決定（特集 精神科診療・研究に役立つ実践的倫理）山口創生，松長麻美，種田綾乃 臨床精神医学 47(1) 2018年
2. 質問促進パンフレットを用いたリカバリー志向の診療（特集 リカバリーの脳科学と支援ガイドライン）熊倉陽介 精神神経学雑誌 118(10) 2016年
3. 「精神科担当医の診察態度」を患者・家族はどのように評価しているか：約6,000人の調査結果とそれに基づく提言 夏苺郁子，夏苺直己，金原明子，熊倉陽介，笠井清登，福田正人，池淵恵美 精神神経学雑誌 120(10)，2018年
4. 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所社会復帰研究部ホームページ <https://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/> (2019年1月25日 閲覧)