

共同意思決定 (SDM) の具体的な実践方法

高齢化が進み、非感染性疾患 (NCD) が問題となっている現在、医療の目的は「疾患の治癒、寿命の延長」から「患者が望むように生き、幸福でいられるよう支援すること」へと変化しています。こうした中、医療者は患者中心志向の概念の下に、根拠に基づく医療 (EBM)、共同意思決定 (SDM) をよりよく進めることが求められています。本講演では、SDMが重視されるようになった背景とその実践方法について概説します。

キーワード

共同意思決定 (SDM)、科学的根拠に基づく医療 (EBM)、患者中心志向、アドバンス・ケア・プランニング、インフォームド・コンセント (IC)、患者参加型医療



こまつ やすひろ
小松 康宏

群馬大学大学院医学系研究科
医療の質・安全学講座 教授

医療者には「医療の質」を守る責任がある

世界医師会 (WMA) が1981年に採択し、1995年に改訂された「患者の権利に関するWMAリスボン宣言」では、全ての人は良質な医療を受ける権利を有するとして、**「特に、医師は医療の質の擁護者たる責任を担うべきである」と述べられています。**

では、「医療の質」とはなんでしょう。「質 (quality)」は、一般に「要求に対する合致の程度」と定義されています。この定義に則していえば、医療の質とは「患者さんや社会が要求・期待する医療」と「実際に患者さんに提供される医療」が合致している程度ということになります。

質の高い医療とは、つまり患者さんが実際に受けた医療が、患者さんや社会が期待する水準に近い状態を指すと考えることができるでしょう。医療の質に関する正式な定義は「個人や集団を対象に行われる医療が望ましい健康状態をもたらす可能性の高さ、その時々専門知識に合致している度合い」¹⁾です。この中の「望ましい健康状態をもたらす」ことや、「専門知識に合致している」ことは社会の要求でもあります。

医療者が、このような質の高い医療を提供するためには、治療方針に関する意思決定のプロセスにおいて、患者さんのニーズ、例えば患者さんが最も大切にしていること、望んでいることなどを明らかにすることが求められます。

近年、高齢化が進み、がんや糖尿病、心臓病、腎臓病、消化器疾患などの非感染性疾患 (non-communicable disease: NCD) [P33参照] が増加しています。20世紀には治療が困難であったNCDに対し、最近では有効な治療法が見いだされてきました。しかし、疾患の進行や症状を抑えることはできるようになりましたが、多くの疾患では今なお完全な治癒は望めません。

患者さんの「病気を完全に治したい」「100歳まで生きたい」といった希望をかなえることは現実的に困難であり、医療者は適切な双方向のコミュニケーションに基づいて達成可能な治療目標を探る必要があります。

こうした背景から重要視されているのが、科学的根拠に基づく医療 (evidence-based medicine: EBM) の在り方と、共同意思決定 (shared decision making: SDM) [P33参照] です。

患者さんが望むように生き、幸福でいられるよう支援する

患者中心志向 [P33参照] とは、「個々の患者の意思、ニーズ、価値観を尊重し、患者の要求に応える医療を提供し、同時に全ての診療方針は患者の価値観を尊重して決定する」という考え方を指します。

米国ハーバード大学医学部外科・公衆衛生大学院教授で作家としても活躍しているAtul Gawandeは、著

共同意思決定 (SDM) の具体的な実践方法

書の中で、次のように述べています²⁾。

「何が医療者の仕事なのかについて私たちは誤った認識をずっと引きずってきた。自分たちの仕事は健康と寿命を増進することだと考えてきた。しかし、本当はもっと大きなことだ。人が幸福でいられるようにすることであり、幸福でいるとは人が生きたいと望む理由である」

前述のように、健康と寿命を増進することには限界があります。しかし、医療者は患者さんが望むように生き、幸福でいられるよう支援することができます。Gawande は、それこそが医療の目的であると指摘しているのです。

最近ではこうした考え方が国際的に広がっており、私の専門領域である腎臓病の診療にも取り入れられています。

腎不全に至った患者さんに対する治療選択を、国際腹膜透析学会のガイドラインでは「腹膜透析は患者とケアチームとの間でSDMに基づいて処方される必要がある。目的は、現実的な治療目標を設定することであり、①患者の人生の目標を達成させ、生活の質 (QOL) をできるだけ維持する、②症状や治療の負担を最小限に抑える、③質の高いケアを提供する—ことにある」としています。

医療者の臨床経験、患者さんの価値観を統合したEBMを

Gordon GuyattらがEBMを提唱してから、およそ30年が経過しました。2017年にGuyattらがLancetに寄稿した論文には、次のような記述が見られます。

「初期のEBMは診療を適正化するため、臨床医に対する論文 (系統的レビューを含む) の理解と活用を教育することに力を注いできた。その後、エビデンスだけでは限界があり、SDMを通じた患者の価値観、選好 (好み) とエビデンスの批判的吟味を結び付けることの必要性が強調さ

れるようになってきた」

Guyattの師であるDavid Sackettは「EBMとは個々の患者のケアに関する決定を下すときに、最善のエビデンスを良心的、明示的、思慮深く用いることである。EBMは臨床的経験、患者の価値観、利用可能な最良の研究情報を統合する」と述べています。

私は1984年に医師になりましたが、当時は今から考えれば非常識な医療が行われていました。例えば、輸血に対しては「10/30の法則」というものがあり、手術に際しヘモグロビンが10g/dL、ヘマトクリットが30%を下回ると輸血を開始することが正しいとされていました。手術後の創部についても、ガーゼを剥がしてヨード液を塗り、またガーゼを貼るというようなことが術後の感染防止のために慣習的に行われていました。

EBMの普及により、こうした治療の有効性にエビデンスがないことが分かり、むしろ有害な医療が一扫された意義は大きいといえます。しかし、EBMをより深く実践するためには、文献検索や批判的吟味のスキルだけでは十分とはいえません。

Guyattらが編集し、米国医師会雑誌 (JAMA) が刊行した『EBMマニュアル』には、EBMの実践に必要なスキルが示されています (図1)。ここで注目すべきことは、医療者が患者さんの価値観や選好を引き出し、患者さんとの協議による意思決定を行う能力を持つことの重要性が指摘されている点です。

また、EBMの進め方については、①疑問 (問題) の定式化、②情報収集、③情報の批判的吟味、④情報の患者への適用

図1 EBM実践に必要なスキル

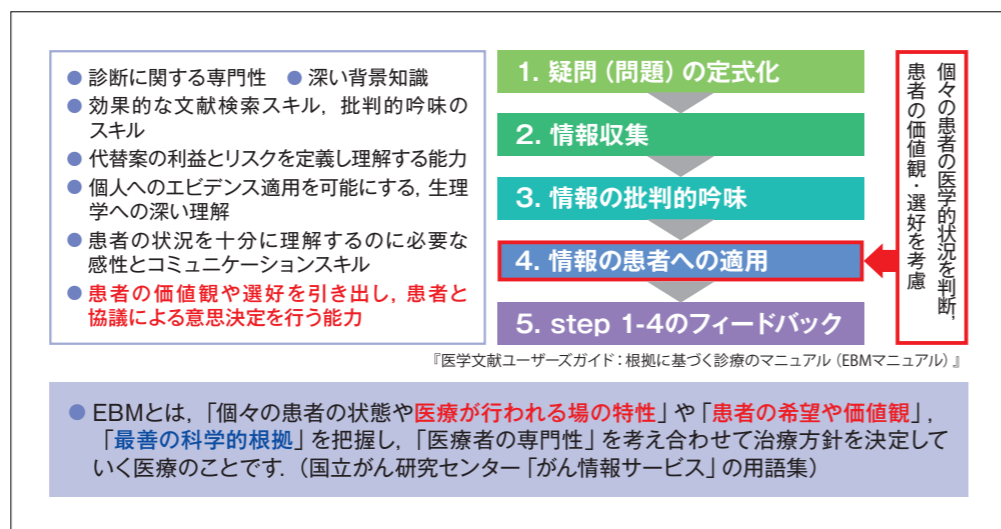


表1 SDMとは

- 医学情報と患者の価値観、選好に基づき、医療者と患者が協働して、患者にとって最善の医療上の決定を下すに至るコミュニケーションのプロセス。
- SDMとは、個人 (person) と医療者がケアに関する共同決定に至るためにともに働く共同プロセスである。個人が直ちに必要とするケアのことも、アドバンス・ケア・プランニングのように将来のケアのこともある。医学的エビデンスと個人特有の選好 (preference)、信念、価値観に基づいて検査や治療を選択することを含むものである。対話と情報共有を通じて、異なった選択肢のリスク、利益、可能性のある結果について個人が理解することを確実にする。この共同プロセスは、その時、その患者にとって最良のケアに関して患者が決定を下す (治療を受けない選択や、現在行っている治療を変えない選択も含む) ことを可能にする (NICEの定義)。

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence (英国国立医療技術評価機構)

者への適応、⑤ステップ①～④のフィードバックという5つのステップが示されています。④「情報の患者への適応」では、ガイドラインなどで推奨される治療法が、患者の価値観や希望に合っているかどうかを検討する必要性が指摘されています。

EBMが誤解され、「一人歩きしている」と批判される背景には、①、②、③に関するスキルや手法が広まっているのに対し、④「情報の患者への適応」の重要性が十分に浸透していないことが挙げられます。

SDMは「現在」だけでなく「将来」の治療選択も視野に

SDMは時代とともに進化していますが、現時点の定義を一言で表せば「医学情報と患者の価値観、選好に基づき、医療者と患者が協働して、患者にとって最善の医療上の決定を下すに至るコミュニケーションのプロセス」ということになります。

英国国立医療技術評価機構 (NICE) のガイドラインでは、次のようにアドバンス・ケア・プランニング [P33参照] についても示されています (表1)。

「SDMとは、個人 (person) と医療者がケアに関する共同決定に至るためにともに働く共同プロセスである。個人が直ちに必要とするケアのことも、アドバンス・ケア・プランニングのように将来のケアのこともある。」

NICEのガイドラインでは、このように「現在」だけでなく「将来」のケアも対象にしています。

患者参加型医療に期待されること

一方、患者参加型医療 [P34参照] に期待されることとしては、患者さんの経験価値・満足度が高まる、患者さん・ご家族の自己管理向上、QOL向上、治療成績向上などが挙

表2 患者参加型医療に期待されること

- 患者の経験価値・満足度が高まる
- 患者・家族の自己管理 (self-management) 向上
- QOL (人生・生活の質) 向上
- 治療成績向上
- 不要な入院・救急外来受診の減少
- 入院期間の短縮
- 医療費の低減
- 患者・医療者関係・信頼関係の強化
- 医療者の職務満足度向上
- 医療者の燃え尽き、離職の減少

Frampton S. Harnessing Evidence and Experience to Change Culture. National Academy of Medicine, 2017

げられます (表2)。また、入院期間の短縮、医療費の低減、患者さん・医療者関係・信頼関係の強化、医療者の職務満足度向上など、医療経営面でもメリットが期待されます。

一昨年、群馬大学病院では患者さんを対象に患者参加型医療に関するアンケート調査を行いました。患者さんが考える医療への参加方法についての回答は、「自分の病気・健康に関する情報を医療者にしっかり伝えること」が70.3%、「病気や治療について十分理解し、納得できるまで質問すること」が69.6%、「自分の生活や人生観に合った治療についての希望や意見を伝えること」が65.4%を占めました。

また、患者参加型医療に「参加したい」理由については「自分のことだから (他人任せにしたくない、よく理解したい、自分で決めたい)」「どんなことでも相談できる環境・関係の中で安心して医療を受けたいと思うから」「本人の治療に対する前向きな気持ちが重要だと考えるから」といった回答が寄せられました。

一方、「参加したくない」という回答としては、「治療に関しては専門家である医師の判断に任せたい」「最後は自分で決めることで全責任を押し付けられ、突き放される気がする」「どこまで関わっていいのかわからない」などが挙げられています。医療者は、患者さんのこのような気持ちをくみ取ってSDM、インフォームド・コンセント (informed consent: IC) を進める必要があります。

患者が同意文書に署名するために必要な情報量は膨大

ICは、「特定の医療介入や研究参加を、患者が十分に理解した上で承認し、実施する権限を委任するという自律的な行為」「患者が特定の医学的介入に対して許可・同意するに至る、医療者と患者のコミュニケーションのプロセス」と定義されています。一方、ICの実態を調査した海外の研究によると、「説明を聞き、同意文書に署名した後でも、18～45%の患者は手術の主なリスクを思い出せない」「多くの患者は治療に関する基本事項を答えられず、44%は手術そのものをよ

共同意思決定 (SDM) の具体的な実践方法

表3 インフォームド・コンセントとは

<p>インフォームド・コンセント</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定の医療介入や研究参加を、患者が十分に理解した上で承認し、実施する権限を委任するという、自律的な行為 患者が特定の医学的介入に対して許可・同意するに至る、医療者と患者のコミュニケーションのプロセス
<p>インフォームド・コンセントの現実</p> <ul style="list-style-type: none"> 説明を聞き、同意文書に署名した後でも、18~45%の患者は手術の主な危険を思い出せない¹⁾ 多くの患者は治療に関する基本事項を答えられず、44%は手術そのものをよく理解せず、60~69%は自分が署名した文書を読んでいない^{2,3)} 説明資料を直接手渡しても、9割の患者は受け取ったことを忘れていた⁴⁾

1) Saw KC, et al. J R Soc Med. 1994; 87: 143-4.
 2) Byrne DJ, et al. Br Med J (clin Res Ed). 1988; 296: 839-40.
 3) Parker R. Health Promot Int. 2000; 15: 277-83.
 4) Russell JSC, et al. Semin Dial 2018; 31: 122-8.

く理解せず、60~69%は自分が署名した文書を読んでいない「説明資料を直接手渡しても、9割の患者は受け取ったことを忘れていた」といった結果が示されています(表3)。

よりよいICがもたらす利点について考察した論文では、①患者が自分にとって大切なことを熟慮し、治療に関する決定を下す準備となる、②患者の自己決定権を尊重する、③医療者・患者関係を強化する、④患者の選考、価値観に沿った治療提供につながることなどが挙げられています³⁾。

さらに、医療者と患者さん・ご家族の認識のズレを埋める、患者さん・医療者の満足、納得につながる、訴訟の際に病院を守るといった利点も期待できるでしょう。

一方、手術前に患者さんが署名を求められる文書は多数あり(麻酔、手術、輸血、造影CT、深部静脈血栓予防処置、学生実習許可、入院診療計画書など)、一つ一つの文書を詳細に説明し、質問に答えればかなりの時間を要します。体力が低下し、手術前の不安な精神状態にある患者さんに、短時間で説明を行って同意を得ることは患者さんにとって心身

ともに負担が大きいのといえます。一方、多忙な医療現場で医師が説明にかけられる時間も限られます。

そこで、理解を助ける資料やツールの開発、外来などで医師以外の医療職による説明、ピアサポーターとしての患者さん・ご家族による説明、後述するティーチャックの手法を用いるなどの取り組みが行われています。

群馬大学病院では医療安全に関する改善・改革の取り組みを進めていますが、その一環としてIC時の会話を録音し、電子カルテ内に保存するとともに、希望する患者さんにお渡しする取り組みを開始しました。

限られた時間内に、心身疲労している患者さんが自らの価値観・選好を明らかにし、治療選択肢を比較して合理的な判断を下すことができるとは限りません。そのため、患者さんの価値観・選好を明らかにし、治療法の比較検討、決定を支援することも医療者の役割と考えられます。同時に、医療者の価値観を押し付けたり、強制・不当な操作にならないようにするためには、医療者は高度なコミュニケーション能力と倫理観を育む必要があります^{4,5)}。

SDMを円滑に進めるための3つのステップ

多忙な医療現場でSDMを実践するためのさまざまな手法が提唱されていますが、最近ではスリー・トーク・モデルが注目されています(図2)。

このスリー・トーク・モデルとは、①チーム・トーク、②オプション・トーク、③ディジション・トークの3ステップ

図2 スリー・トーク・モデル (Three talk model)

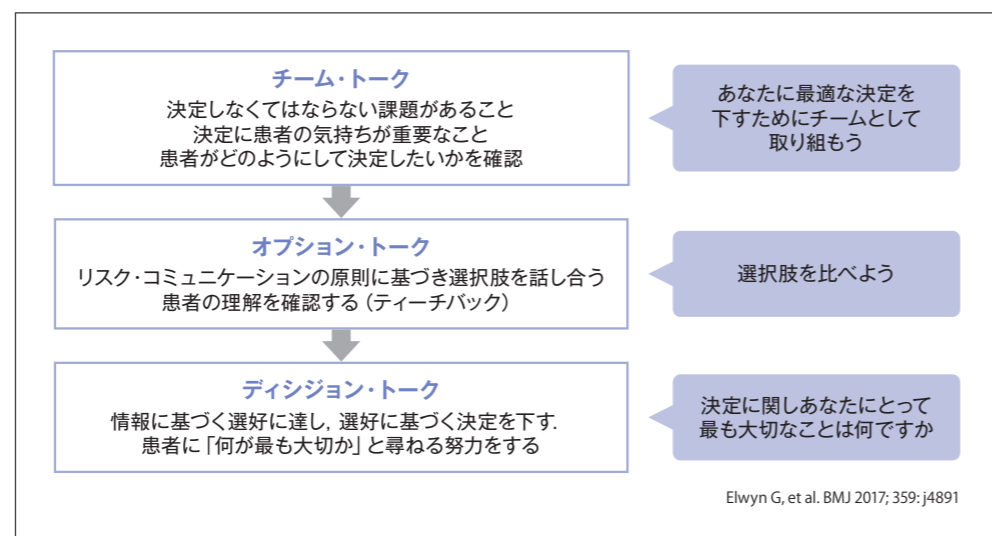


表4 チーム・トークとは

<ul style="list-style-type: none"> 診断や決定すべき問題が明らかになった時点で、患者の価値観、選好が決定に重要なことを確認するための話し合い 選択肢を比較する話し合いを進めてよいか、まだ十分に心の準備ができていないかを判断 患者が気兼ねなく発言できる信頼関係を構築する
<ul style="list-style-type: none"> 信頼関係構築 選択肢を提示 選択に当たって、患者の価値観、選好が重要であること、不確実性があることを確認 患者の反応を確認 保留・先延ばし(患者が迷っていたら、時間を取ってよいことを伝える)

でSDMを進める手法です。

チーム・トークでは、決定しなくてはならない課題があること、その決定には患者さんの気持ちが重要なことを伝え、患者さんがどのようにして決定したいか(自分で決めたい、一緒に考えたい、医療者に決めてほしい)を確認します。このチーム・トークで一番大切なのは、信頼関係を構築することと、一緒に考えなければならない問題があることを確実に伝える点です(表4)。

チーム・トークを行うのは容易ではなく、患者さんに「透析のお話をしましょう」「ナースを交えてお話ししましょう」とお誘いしても、「まだ透析のことは考えたくない」と言われ、先延ばしになるケースをよく経験します。患者さんが迷っていたら、考える時間を取っても構わないことを伝え、保留、延期にする判断も大切です。

患者の理解度を確認するためのテクニック

オプション・トークでは、さまざまな選択肢があることを説明し、患者さんの理解度を評価します(表5)。「あなたの状態、治療についてどのようなことを見聞きしていますか」などと尋ね、患者さんの知識・理解度を確認します。その上で治療選択肢を並記し、それぞれについて説明しますが、その際は治療のメリットとデメリットをきちんと伝えることが大切です。

オプション・トークを円滑に進めるためには、決定支援ツールを活用して選択肢をまとめ、ティーチャックという手法を用いて患者さんの理解を確認することが有用です(表6)。

ティーチャックとは、まず医療者が患者さんに説明し、次に患者さんに自分の言葉でそれを復唱してもらうという手法です。復唱できなければ、医療者が再度説明し直すことで患者さんの理解度を深めます。医療者が「分かりましたか」と尋ねると、理解していなくても多くの患者さんは「はい」と回答してしまうので、注意が必要です。患者さんにティーチャックを受け入れていただくための話

表5 オプション・トークとは

<ul style="list-style-type: none"> 選択肢を説明し、患者の理解度を評価し、決定を支援するもの
<ul style="list-style-type: none"> 患者の知識・理解度を確認 <ul style="list-style-type: none"> 「あなたの状態、治療についてどのようなことを見聞きしていますか？」 選択肢を並記 選択肢を説明 書と利益を説明 決定支援ツールを活用 選択肢をまとめる <ul style="list-style-type: none"> 患者の理解を確認するには、ティーチャックを使う。

表6 ティーチャック：患者の理解度を確認する

<ul style="list-style-type: none"> 「分かりましたか」と質問せず、患者に話したことを説明してもらって確認復唱、できなければもう一度説明し直すテクニック
<ul style="list-style-type: none"> 「これらの選択肢について私がうまく説明できたのか、それらの違いがよく分かっていただけたのかを確かめさせてください。よかったら、これらの選択肢の違いと、それらを選ぶことによってあなたの生活にどのような影響が及ぶと考えられるかについて、あなた自身の言葉で教えてください。」 「私は時に全てをうまく説明できないことがあります。私の説明が明確であったかを確認するために、治療の選択肢についてのあなたの理解を述べてもらえますか？」

Anthony Back 他著、植村健司訳：米国緩和ケア医に学ぶ医療コミュニケーションの極意。中外医学社、2018.

表7 ディジション・トークとは

<ul style="list-style-type: none"> 患者の意向を明らかにし、決定を下す 患者に「何が最も大切か」と尋ねる努力をする。深く考え、選択肢をよりよく理解できるようになる 最終決定に至った場合でも、いつでも変更できること、不安や疑問があれば遠慮なく医療者に連絡してもらうよう伝える
<ul style="list-style-type: none"> 「難しいことは分からないので医師に決めてほしい」 「お任せしたい」 <ul style="list-style-type: none"> 患者との会話の中から、患者の生活習慣、価値観、懸念事項を聞き出し、それらを尊重した選択を提案すればSDMの目指すものに近づけることができるでしょう(腎代替療法選択ガイド 2020)

し方には、次のような例が示されています⁶⁾。

「これらの選択肢について私がうまく説明できたのか、それらの違いがよく分かっていただけたのかを確かめさせてください。よかったら、これらの選択肢の違いと、それらを選ぶことによってあなたの生活にどのような影響が及ぶと考えられるかについて、あなた自身の言葉で教えてください。」

「私は全てをうまく説明できないことがあります。私の説明が明確であったかを確認するために、治療の選択肢についてのあなたの理解を述べてもらえますか」

ディジション・トークは、患者さんの意向を明らかにし、決定を下すための話し合いです。患者さんに「何が最も

大切に」と尋ねる努力をすることで、患者さんは深く考え、選択肢をよりよく理解できるようになります。ここで大切なのは、最終決定に至った場合でも変更が可能なこと、不安や疑問があればいつでも相談に応じることを伝える点です(表7)。

患者さんに「難しいことは分からないので先生に決めてほしい」「お任せしたい」と言われた場合でも、会話の中から患者さんの生活習慣、価値観、懸念事項などを聞き出し、これらを尊重した選択を提案すればSDMの目指すものに近づけることができると考えられます。

治療法選択支援ツールなどを活用して、よりよいSDMを

高齢化社会における医療の目的は、身体的健康と寿命を増進することではなく、個々の患者さんが望む人生を支援することです。私たち医療者が、患者さんにとって価値がある医療を提供する上で要となるのは、患者中心志向、患者参加型医療、EBM、SDMです。

SDMの対象は、腎代替療法やがんの治療選択の決定

図3 SDM支援ツール



などに限ったものではありません。診療科や専門を問わず、日常診療における治療方針や目標の設定、薬剤処方の変更などに際しても、SDMのプロセスは有用でしょう。

日本腎臓学会と関連学会は治療法の選択を支援するための各種資料を、腎臓病SDM推進協会は患者さんとの話し合いを促進するためのツールを、日本医療研究開発機構(AMED)研究班は「高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法」についてのテキストを、それぞれ作成しています(図3)。

SDMを進める上ではこうしたツールなどを活用し、多職種により患者さんとの継続的な対話を適切に進めていただきたいと願っています。

参考文献

- 1) Lohr KN(ed): Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Vol. I and II. National Academy Press, Washington DC, 1990.
- 2) Atul Gawande著, 原井宏明訳: 死すべき定め。みすず書房, 2016。(原著Being Mortal: Medicine and What Matters in the End. Metropolitan Books, 2014.)
- 3) Spatz ES, et al.: BMJ Open. 2020; 10: e033299.
- 4) Entwistle VA, et al.: J R Soc Med. 2012; 105: 416-21.
- 5) Elwyn G, et al.: Shared Decision Making in Health Care: Achieving Evidence-Based Patient Choice(3rd edition). Oxford Univ Press, 2016.
- 6) Anthony Back 他著, 植村健司訳: 米国緩和ケア医に学ぶ医療コミュニケーションの極意。中外医学社, 2018.

略歴 小松 康宏 (こまつ やすひろ)

1984年 千葉大学医学部卒業
聖路加国際病院 小児科 レジデント
1987年 東京女子医科大学 腎臓病総合医療センター 小児科助手
1990年 フロリダ大学 医学部薬理学教室 (Postdoctoral fellow)
1995年 千葉県こども病院 腎臓科 医長
1997年 聖路加国際病院 腎臓内科 (1998年内科医長, 2007年腎臓内科部長)
カリフォルニア大学ロサンゼルス校 (UCLA) 腎臓内科・腎臓小児科 客員医師 (Visiting Physician)
医学博士 東京女子医科大学 (尿管プロトンポンプの発達)
2010年 ノースカロライナ大学チャペルヒル校公衆衛生大学院卒業・MPH (公衆衛生学修士)
2011年 聖路加国際病院 副院長, QIセンター長
2017年 群馬大学大学院医学系研究科 医療の質・安全学講座 教授
2018年 群馬大学医学部附属病院 特命副院長 (病院機能評価担当)
現在に至る