

3

高齢がん患者のコミュニケーション

コミュニケーションは、がん医療において治療方針に関する意思決定が適切に行われるために重要である。適切なコミュニケーションは、患者の意思決定に関する主体的な参加を強め、意思決定に関する満足度を高める。その手段として shared decision making（協働意思決定）が提言されてきた。

近年、超高齢社会を迎え、高齢者、特に認知症患者への意思決定支援が課題となる。

重要な場面において適切な意思決定を行う能力を総称して意思決定能力と呼ぶが、意思決定能力がその人の生涯でどのように発達するかについては常に問題となってきた。例えば、青年期では経験の不足から無茶な判断をしがちな面があり、交通事故を比較的多く起こしやすいことが指摘されている¹⁾。一方、高齢者では経験は積んでいるにもかかわらず、今後の展開を十分に想像することが難しいことから破産する者も多い²⁾。加えて、医療においても治療が必要にもかかわらず、処方された薬を内服しなかったり、必要な治療を受けないことが指摘されてきた³⁾。適切な意思決定が難しい場合には患者の能力を適切に評価し、能力の向上を図る効果的な支援を提供することが期待され、そのための意思決定支援やコミュニケーションの改善が検討されている。

1

意思決定能力

医療において、適切なインフォームド・コンセントが成立するためには、患者が医療者から受けた説明内容を適切に理解し判断する能力を有していることが前提となる。この前提となる能力を「意思決定能力（decision making capacity）」という。

意思決定能力に関しては、わが国では意思決定支援に関するいくつかのガイドラインに記載されている。意思決定支援における基盤となる支援方法を記載した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」では、意思決定能力は、以下の4つの機能が統合されたものとしている⁴⁾。

- ①理解力（understanding）：提供された情報を理解・保持し、自分の言葉で説明できる。
診断や治療を理解できる
- ②認識する能力（appreciation）：自分自身の診断や治療、治療の選択により将来起こりうる結果を自分のこととして認識し考える能力
- ③論理的な思考能力（reasoning）：診断や治療に関する情報を参考に、論理的に比較考察する能力
- ④選択を表明する能力（states a choice）：意思決定の内容を明瞭に表明する能力
物事理解や判断を行う精神機能に対して一定の基準を設定し、それを満たすかどうかにより、その人の意思表明を認めるかどうかを判断する概念が意思決定能力であ

る。歴史的に障害のある人を無能力視する偏見や固定観念が存在してきた。その経緯から、障害者の権利に関する条約では、法的能力の平等と意思決定への必要な支援を要請するよう定められるに至った。わが国においても、障害者権利条約の批准を受け、成年後見制度利用促進基本計画が生まれ、意思決定に関するガイドライン作りが進められている。医療においても、医療者は自らが行う説明を患者が理解できているかどうかを評価し、可能な限り本人が自ら決定できるように支援をする必要がある。

2 医療における意思決定

一般に、課題に応じて適切な判断を行う能力は、加齢に伴い大きく落ちることはない。しかし、その判断に至る過程で、若年者と高齢者では用いる方略が異なる⁵⁾。

一般に若年者は、情報を多く網羅的に収集し、系統立てて情報を統合しながら判断するボトムアップスタイルをとることが多い。このスタイルは、経験に依存せず、客観的な情報を多量に収集し、検討する能力に余裕のある場合に適応しやすい。

一方、高齢者は、経験を基とした判断のプロセス、言い換えれば過去の経験から「こうあるだろう」という予測により進めていくプロセスをとる傾向がある。このプロセスは、相応の経験と信頼できる知識が蓄積されていることが前提となる。

3 家族の影響

がんなどの治療を受ける・受けないという選択は、本人の生命はもとより、家族の生活にも大きな影響を与えることから、家族が同伴する・しないということがその決定を左右する。

例えば、高齢者腫瘍の代表例である前立腺がんは、その悪性度に幅があることが知られている。言い換えれば、生命に影響するリスクが高い場合から低い（余命に影響をしない）場合までである。特にリスクが低い場合には、治療をせずに経過をみても余命に影響しないことが科学的にはわかっている。しかし、実際には、経過をみることを「何もしない」ことととらえ（実際には積極的に定期的な観察をするため、何もしないわけではない）、何もしないことに耐えられずに治療を希望することがしばしばある。医師と患者が治療をするか、経過観察をするかを話し合う際に、妻が同席すると、医師が経過観察の案を提示しない傾向があるとの報告がある⁶⁾。

4 認知症と意思決定支援

わが国では65歳以上の15%が認知症に罹患している。そのうえ、ほぼ同等の数が、認知症の予備軍（軽度認知機能障害）と見積もられている⁷⁾。今後、日本人の5人に1人は認知症になると推測されることを考えると、認知症は決してまれな疾患ではないことがわかるだろう。

従来、認知症の意思決定支援は、ともすると本人が物事を決めることが難しくなり、

不適応などの問題に直面してから議論されることが多く、困難事例への対応として認識されがちであった。

特に認知症の領域での意思決定支援の議論では、認知症の診断と「意思決定ができる・できない」の概念（意思決定能力）が混同されていたり、従来の障害者支援の流れから保護的な面を強調する傾向が強かった。

そこで、認知症の領域において、ノーマライゼーションの流れに沿い、認知症の人の自己決定を可能な限り補うための支援とはどのようなものか、その考え方や実践を提示することを目的に、厚生労働省は2018年6月に、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を公開した⁴⁾。

このガイドラインは、本人の残存能力を活かして、本人が可能な限り意向を表明できるように支援することを目指して、意思決定支援を、①意思形成支援、②意思表明支援、③意思実現支援の3つのプロセスに分け、それぞれのプロセスが適切に進んでいるかどうかを確認することを通して、本人の能力に応じた適切な支援が提供できているかを検討する枠組みを示している。

特に、自ら意思決定できるように、認知症が軽度の段階から、今後の生活がどのようになるかの見通しを、本人を中心に話し合っていくという「早期からの継続的な支援」をガイドラインの柱の一つとして提案し、認知症におけるアドバンス・ケア・プランニングの考えを反映させている。この視点の転換は非常に大きい。新たな支援の流れをどのように実現していくか、今後の具体的な実践と経験を共有していくことが重要である。

それでは、高齢者の意思決定に対して、どのような支援を行えば、より質の高い支援といえるだろうか。

支援を考えるうえで押さえるべき点は、高齢者の意思決定の特徴を踏まえることである。前述の通り、高齢者は経験や既に得ている知識を基に判断を進める傾向がある。そのため、

- ①事前にもつ知識と親和性が高くなるように情報を体系化して提示する方が、理解が促進される可能性が高い
 - ②情報も、より問題に直結するものを中心にまとめることが好まれる
 - ③選択肢を提示する場合も主たる要素3、4点に絞って系統立てて提示する工夫が望まれる
- といえる。

特に、価値観に沿った提示は重要であることから、

- ①患者の価値観や大事に思っていることをあらかじめ確認し、その価値観を軸にして選択肢を提示する
- ②治療を決めるに際して、考えておかなければならない重要な項目を優先して提示する
- ③決めなければならない項目が何かをあらかじめ確認して共有する
- ④意見が分かれることの少ない点については、医療者側が勧める選択肢を示す（強制はしない）

⑤選択肢の提示は比較が容易な3, 4点に留めるようにすることが工夫として挙げられる。

次に配慮すべきは、経験に基づく判断がバイアスの影響を受けやすくなる点である。医療者はバイアスについて知ることが重要である。

支援をするうえで重要な点は、コミュニケーションである。あらかじめ価値観を確認したうえで、価値観に沿って検討しなければならない項目を優先して先に挙げることに加えて、どのような基準で判断をしているのかに注目した支援が求められる。

例えば、がんの治療を受ける場合でも、その治療をどのように受け止めるかは患者によって全く異なる。ある患者は、がんに罹患したことを「損失」ととらえ、失ったものを取り返すことを意識することがある。この場合、効果が未確立の治療や治験への参加を希望したり、民間療法を選んだりすることがある。別の場合では、がんに罹患したことよりもがんの治療を受けること自体をリスクとしてとらえる場合もある。この場合、「今はなんともないのに、がん治療を受けることでかえって体がボロボロになる」と治療を避けることもある。患者が考えている基準を理解し、言語化したうえで患者の価値観に沿った選択肢かどうかを確認することも重要である。

上のような取り組みは、支援者がある程度時間をかけて意思決定に継続的に関わることで、実現が可能となる。特に、治療の初期の段階で、今後起こりうることを考えるきっかけを医療者が提案することは、重要な機会となりうるだろう。たとえば、終末期の事前指示に関連する厚生労働省の調査では、事前指示について話し合ったことがない理由を尋ねると、一般国民の56%は話し合うきっかけがなかったからと回答している。また、話し合うきっかけとなった出来事については、52%が自分の病気、61%が家族などの病気や死、19%が医療者などによる説明の機会を得た時と回答しており、自分や家族が病気に関わった時に話し合う機会を得ていることがわかる⁸⁾。同じく、死が近い場合に受けたい医療・受けたくない医療についての情報をどこから得たいか、との問いには、国民の67%が医療機関などからと回答していた。このことから、生命に関わる病気の治療を行う際には、治療の早い段階で、今後のことを話し合う機会を提案することは、意思決定における患者自身の検討を促し、いざという時に決めることができなくて右往左往するリスクを回避する働きかけとなりうるだろう。

5 おわりに

高齢者の医療における意思決定支援について、その現状と課題を整理した。わが国では、高齢者の意思決定の特徴に関する知見、特徴に基づく意思決定支援の体系的な指針が十分でない現状がある。高齢者の意向に沿った意思決定支援を提供しコミュニケーションを改善するための研究、指針づくりが求められる。

(小川朝生)

II 文献

- 1) Turner C, McClure R. Age and gender differences in risk-taking behaviour as an explanation for

- high incidence of motor vehicle crashes as a driver in young males. *Inj Control Saf Promot* 2003; 10: 123-30
- 2) Thorne D, Warren E, Sullivan TA. Increasing vulnerability of older Americans: evidence from the bankruptcy court. *Harvard Law & Policy Rev* 2009; 3: 87-101
 - 3) Park DC, Morrell RW, Frieske D, et al. Medication adherence behaviors in older adults: effects of external cognitive supports. *Psychol Aging* 1992; 7: 252-6
 - 4) 厚生労働省. 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>
 - 5) Sinnott D. A model for solution of ill-structured problems: Implications for everyday and abstract problem solving. Sinnott JD, ed. *Everyday problem solving: Theory and applications*. pp72-99, Praeger, New York, 1989
 - 6) Davis K, Bellini P, Hagerman C, et al. Physicians' perceptions of factors influencing the treatment decision-making process for men with low-risk prostate cancer. *Urology* 2017; 107: 86-95
 - 7) 朝田隆. 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応: 総合研究報告書. 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業
 - 8) 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. 参考資料4: 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000199004.html>