

## ■特別講演

## 高次脳機能障害者の医療と福祉における意思決定支援

白山 靖彦\* 北村 美渚\*\* 伊賀 上舞\*\*\* 木戸 保秀\*\*\*

**要旨：**脳損傷により高次脳機能障害を呈した場合、認知能力とともに、意思決定能力も低下すると考えられている。意思決定能力とは、自分の意思を伝えることができること、関連する情報を理解していること、選択した理由に合理性があることとされており、医療同意能力や判断能力を包含する。しかし、意思決定能力を定量・客観的に測定する指標は未だなく、意思決定支援の定式化には及んでいない。したがって、多職種による合意形成や、質問方法の工夫といった支援者側のスキルが求められることになる。

本稿では、高次脳機能障害者の医療と福祉における意思決定支援に関して、それぞれの立場におけるポイントを概説し、これまで行ってきた研究の一部を紹介する。(高次脳機能研究 41 (2):172 ~ 177, 2021)

**Key Words：**高次脳機能障害、意思決定支援、合意形成、医療同意能力、質問  
higher brain dysfunction, decision-making support, consensus building, medical consent ability, question

## I. 緒言

疾病や事故により脳を損傷した高次脳機能障害者は、意思決定能力の低下が散見される場合が多い。苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン(日本緩和医療学会 2010)によると、「意思決定能力とは、自分の意思を伝えることができること、関連する情報を理解していること、…選択した理由に合理性があること、をもとに判断する」と明記されている。また、類似した用語として、「判断能力」や「医療同意能力」が散見されるが、前者は、正当な判断を下しうる能力を指し、知性・感情・意志などが具体的な状況に正しく対応する力である。後者は、医療行為の侵襲の意味が理解でき、侵襲によってどのような結果が生ずるのかを判断する能力である(日本弁護士連合会 2011)。したがって意思決定能力とは、判断能力、医療同意能力を包含するものであり、意思決定支援は多岐にわたるものと解釈できる。また、北野(2015)は「支援とは、本人の意思を促したり、容易にするための働きかけを含む、本人の希望や意思をふまえた、本人のエンパワーメントに対する働きかけ」であるとし、支援そのものが意思決定を促すことであると示唆している。そして、意思決定能力の喪失または低下によって、医療行為や福祉・行政サービスにおける本人選択に関し、受益者である

高次脳機能障害者と、サービス提供者である医療・福祉関係者との間に不適合を引き起こす可能性がある。そういったことが常に懸念されるため、エビデンスに基づいた意思決定支援の定式化が至急に求められている。

医療場面に限定した意思決定である医療同意については、以前から様々な研究がなされており、医療同意能力に関しては、Grissoら(1997)とAppelbaumら(1998)が、医療同意能力を評価するMacArthur Competence Assessment Tool-Treatment(MacCaT-T)をすでに開発している。わが国においても、認知症者に対する意思決定支援の臨床場面などに用いられている(成本ら 2016)。また、終末期医療における意思決定については、西川ら(2016)のアドバンス・ケア・プランニング(advance care planning: ACP)といった事前意思決定や合意形成の方法が定着しつつある。また、三村ら(2015)は、外傷性脳損傷患者の医療同意能力について、対照群と比較し認識・論理的思考・理解の能力低下や、同意能力と遂行機能障害の関連性があるという諸外国の研究を示し、これらは日常生活における能力の程度とは同定できないため、病院外の出来事や行動を考慮する必要性を示唆している。

福祉分野における意思決定支援については、厚生労働省(2017)が障害福祉サービスの利用等にあたっ

\* 徳島大学大学院 医歯薬学研究所 地域医療福祉学分野 〒770-8504 徳島県徳島市蔵本町 3-18-15

受稿日 2021年2月22日

\*\* 稲次病院

\*\*\* 松山リハビリテーション病院

ての意思決定支援ガイドラインにおいて「自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人が自ら意思決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討するために事業者の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう」と定義している。

本邦において、高次脳機能障害者の意思決定支援のあり方を示した研究として、白山ら(2014, 2016, 2017a, b)は、患者の意思決定能力の評価基準が職種によって異なる点を定量的に示し、医師、歯科医師、看護師、療法師、社会福祉士など、本人・家族を含めた多職種での合意形成が重要であると報告している。

そこで本稿では、高次脳機能障害者の医療と福祉における意思決定支援について、これまでの研究から得られた知見を紹介するとともに、そのあり方について概説する。

## II. これまでの研究

### 1. 高次脳機能障害者における意思決定支援の定式化がなぜ必要なのか

上記根拠を示すため、以下2つの社会調査を実施した。

- ① 2014年度に愛媛県・和歌山県において計7回開催された高次脳機能障害関連研修に参加した医療・福祉・行政関係者のうちアンケートに回答した383名を対象とした医療同意に関する調査。
  - ② 全国の高次脳機能障害支援拠点機関(以下、拠点機関)に配置している支援コーディネーター(以下、Co: 医師を除く)100名および、徳島大学脳神経外科同門の医師(以下、Neuro)63名を対象とした医療同意能力の判定に関するアンケート調査。
- ①、②とも徳島大学病院医学系研究倫理委員会(2399号)の承認を得て実施し、 $\chi^2$ 検定などの統計分析を行った(有意水準を5%未満に設定)。

#### 1) ①の結果について

回収率は100%であり、383名を分析の対象とした。欠損値がある場合は該当項目ごとに除外した。対象者の属性は、平均年齢44.1歳(±11.0)、男性76名(19.9%)、女性302名(79.1%)、公的機関勤務111名(29.1%)、民間機関勤務234名(61.4%)、平

均勤続年数8.2年(±7.2)[3年未満=119名(31.2%)・3年以上=233名(61.2%)、職種は保健師・看護師>社会福祉士>介護福祉士の順に多かった。医療同意に関心があるものは、全体の350名(91.9%)で圧倒的に多く、今までに患者の医療同意に困った経験があるものは、12名(4.1%)でごく少数であった。医療同意が得られない場合の回答として、「担当医師と相談する」が229名(60.1%)でもっとも多かったが、なかには「治療をあきらめる」「わからない」としたものが15名(12.6%)であった。つづいて、「今の立場で医療同意の代理を求められたら」という問いに対し、「しない」88名(23.1%)、「する」47名(12.3%)、「わからない」231名(60.6%)であった。特に、公的機関勤務より民間機関勤務の方が、民間機関勤務では勤続3年未満の者より3年以上の者の方が、「する」と回答した者が有意に多かった。

通常、医療同意権は、患者本人にしか認められていない。ただし、家族同意については、慣習的手続きとして違法性が阻却される場合が多い。しかし、付き添いなどの第三者が同意した場合、違法性と責任賠償の双方が同時に付与されることとなり、同意した第三者だけでなく、同意を求めた医師も係争の対象となりうる。ここで整理しておきたいことは、緊急性がある医療行為を提供する場合は、侵襲行為であっても医師の判断により行うことができ、意識がない場合は、推定同意として扱われる。したがって問題となるのは、緊急性のない医療行為を提供する際に、本人の判断能力が欠如または低下しており、医療同意が得られないことを理由に医療が中断、または放置されることである。すなわち、結果として患者の「生きる権利」が阻害されてしまう。また、第三者による同意を取って医療行為を行った場合、何らかの問題が起これば、同意を求めた医師と同意した第三者の双方に一定の責任が課せられることがある。本調査では、民間機関に勤務するベテラン職員の同意容認が明らかになった。「患者を気遣えばこそ」の判断であろうが、現法制度化においてその行為に違法性があることの周知警鐘を促すことが先決である。

#### 2) ②の結果について

回収率は、Coは49.0%、Neuroは33.3%であり、欠損値のあるデータを除外した結果、Coは44名、Neuroは19名を分析対象とした。対象のCoの平均

年齢は40.2歳(±10.6), Neuroは49.6歳(±12.7)であった。「医療同意に困った経験がある」がCo 55.1%, Neuro 47.4%であり、「意思決定支援の定式化が必要」と回答したのは, Co 65.3%, Neuro 73.7%であった。今回患者の医療同意能力の有無について, どういった観点により判断するのかを測定するために, MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T) 10項目を用いて, 臨床する上で着目する項目について多重回答を求めた。その結果, 「疾患の特徴と理解」「治療(リハ)の特徴と理解」「検査の特徴と理解」「結果の推測の理解」という項目において, いずれもCoが有意に多く選択回答していることがわかった。「診断の理解」「疾患の経過の理解」などについては, CoもNeuroも同等に着目しているが, Coの方がより広範囲な観点から患者の医療同意能力を判断しているものと推測される。したがって, 認知能力が低下した患者の医療同意能力を判断する場合, 担当の脳神経外科医だけでなく, 他の専門職などとの合意形成プロセスが必要である(図1)。

3) ①, ②の考察

医療は歯科も含めて, 患者の疾患を適切に治療し, QOLを維持向上させることが求められる。提供には, インフォームド・コンセントという契約の原則に基づいた手法が導入され, 患者の同意が必須となっている。ただし, その場合は, 患者自身の医療

同意能力が正常であることが前提であり, そうでない場合は家族同意によって「同意したことにみなす」という解釈が用いられているのが現状である。それら以外の場合は, 違法性は阻却されず, 後に経過悪化や処置の不具合が生じれば, 代わりに同意した第三者, およびその同意を求めた医師・歯科医師の双方に責任が問われることになる。今後, 独居で身寄りがいない高次脳機能障害者が増加することが予想されている中で, 医療同意の取得に関する問題を早急に解決しなければならない。そのためには, 患者の意思決定能力の客観的評価法の確立, 意思決定支援の定式化と合意形成の法整備など, 医療分野だけでなく, 保健, 福祉, 行政や法律などの多様な領域を交えた活発な議論が必要である。

2. 高次脳機能障害者の相談面接における「質問」は意思決定支援に重要な要素か

本研究(北村ら 2018)の対象は, A拠点機関に通院または入院している高次脳機能障害者9名に対するCoの相談面接場面における質問である。

方法は, Co 1名に2017(平成29)年5月15~24日の間, 相談面接場面に同行し, 面接時のCoによる質問をすべて記録した。また, Coは, コーディネーター歴10年, 基礎資格は社会福祉士である。面接記録シートには, 面接日時, 氏名, 面接場所に加えて, 面接のテーマと, 質問内容の逐語および回数などを記入した。面接場所は, A拠点機関相談室,

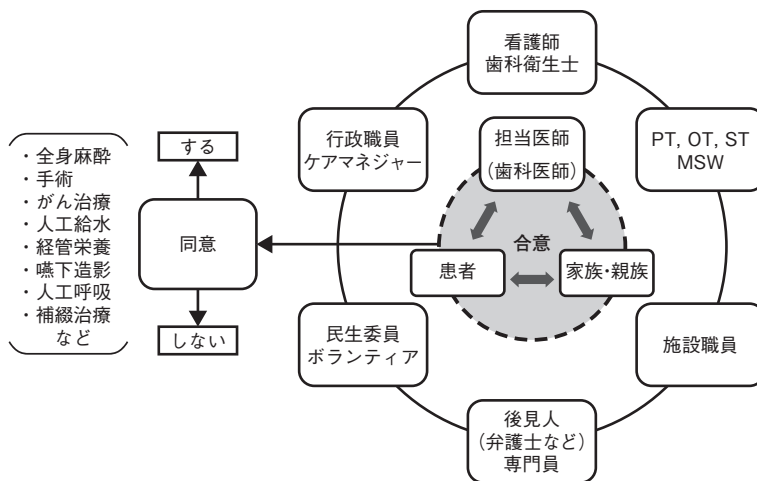


図1 意思決定支援の定式化に向けた合意形成のあり方 (白山靖彦: 社会福祉の立場から認知症高齢者の意思決定プロセスを考える, 日補綴, 6 (3): 261, 2014. より転載)

患者自宅、福祉サービス事業所などであった。また、相談面接場面を記録する高次脳機能障害者の基本的な情報は、院内のカルテおよび相談記録から転記した。項目に関しては、年齢、性別、原因となった傷病名（受傷後期間）、診断名、受傷原因、障害者手帳の有無、Mini-Mental State Examination (MMSE) の得点、失語の有無、記憶障害・注意障害・遂行機能障害・社会的行動障害の有無などを記録した。質問の種類については、谷原（2016）による分類を参考とし、開かれた質問であるオープンクエスチョン（以下、Op）、オープンではあるが、話題が限定されているセミオープンクエスチョン（以下、SeOp）、クローズではあるが応答内容の範囲が広いセミクローズクエスチョン（以下、SeClo）、閉ざされた質問であるクローズクエスチョン（以下、Clo）の4種類とした。

なお、本調査は松山リハビリテーション病院倫理審査委員会の承認（17042101号）を得て実施した。

結果は、面接場面に同席した高次脳機能障害者は9名であった。平均年齢は43.6歳（±11.7）であり、性別は男性6名、女性3名であった。受傷原因は脳外傷5名、原発性脳出血2名、その他2名であった。

面接毎に質問種類別の回数を比較したところ、1面接あたりの平均質問回数は、Opが3.7回（±1.5）、

SeOpが3.3回（±1.8）、SeCloが1.8回（±1.3）、Cloが15.3回（±6.6）であり、割合に換算するとOpが15.9%、SeOpが13.1%、SeCloが8.6%、Cloが62.5%であり、Cloが最も多く使われていた（図2）。本来は受傷原因、障害者手帳の有無、MMSEの得点、失語の有無、記憶障害・注意障害・遂行機能障害・社会的行動障害の有無などとの照合が必要であるが、紙面の都合上、割愛する。

考察としては、高次脳機能障害者に対してCloが最も多く用いられていたことから、Coは、判断能力・認知能力の低下した高次脳機能障害者が、できるだけ答えやすいよう質問を単純化し、意思の明確化に配慮していることがわかった。

まとめ

今回紹介した研究は、高次脳機能障害者の意思決定能力を客観的に測定する指標がない中、どちらかといえば、支援する側がどのような点に配慮し支援するかについて検証したものである。1の①では、治療場面の付き添いにあたったと仮定した専門職の医療同意については、勤務経験が長い職員の方が短い職員に比べて代理同意をする傾向が高いことがわかった。CoとNeuroのアンケートでは、Coの方がより広範囲な観点から患者の同意能力を判断して

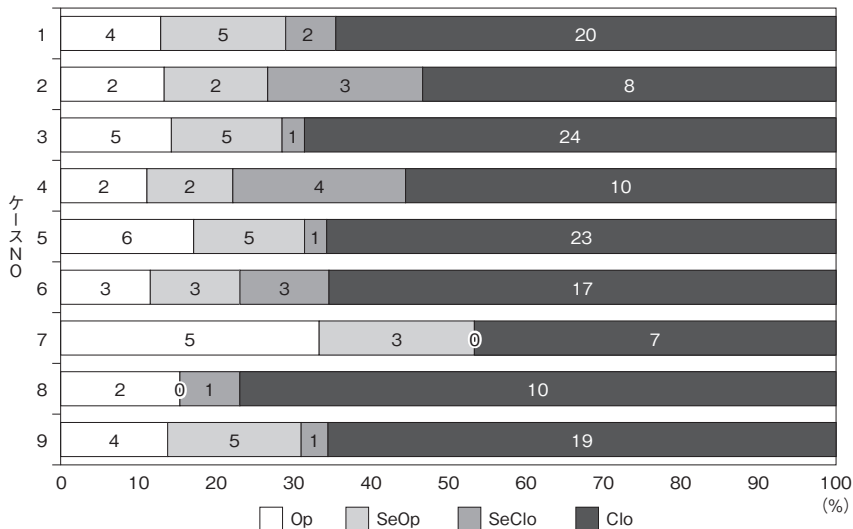


図2 相談面接時における支援コーディネーターの質問種類別回数割合 (%)

グラフの中の数値は回数

Op: オープンクエスチョン, SeOp: セミオープンクエスチョン, SeClo: セミクローズクエスチョン, Clo: クローズクエスチョン

いるものと推測された。そして、高次脳機能障害者の面接場面において、Coは回答しやすいクローズな質問を多く用いることにより意思決定の支援を図っていると考えられた。

以上のことから、高次脳機能障害者の意思決定支援は、法的妥当性に配慮しつつ、本人意思の確認や意思および選好を高い質問応答のスキルによって推定し、将来において重大な局面と判断した場合は、本人・家族だけでなく多職種との合意形成を図っておくことが重要である。

なお、筆頭著者および共同執筆者における利益相反(COI)の状態は存在しない。

**謝辞:**このような機会を賜りました第44回日本高次脳機能障害学会学術集会会長 椿原彰夫先生に深くお礼申し上げます。

## 文 献

- 1) Appelbaum, P. S. & Grisso, T.: *Assessing Competency to Consent Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. Oxford University Press, Oxford, 1998. (北村總子, 北村俊則, 訳: 治療に同意する能力を測定する—医療・看護・介護・福祉のためのガイドライン—. 日本評論社, 東京, 2000.)
- 2) Grisso, T., Appelbaum, P. S. & Hill-Fotouhi, C.: *The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions*. *Psychiatr. Serv.*, 48 (11): 1415-1419, 1997.
- 3) 北村美渚, 白山靖彦, 木戸保秀, ほか: 高次脳機能障害者の相談面接における「質問」に関する研究. *高次脳機能研究*, 38: 91, 2018.
- 4) 北野誠一: ケアからエンパワーメントへ一人を支援することは意思決定を支援すること—. ミネルヴァ書房, 京都, 2015.
- 5) 厚生労働省: 障害福祉サービスの利用等に当たっての意思決定支援ガイドライン. 2017. ([https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tc2677&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc2677&dataType=1&pageNo=1)) (参照 2021-02-11)
- 6) 三村 将, 監修, 成本 迅, 監訳: 医療従事者のための同意能力評価の進め方・考え方. 新興医学出版社, 東京, 2015.
- 7) 成本 迅, 「認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発」プロジェクト: 認知症の人の医療選択と意思決定支援—本人の希望をかなえる「医療同意」を考える—. クリエイツかもがわ, 京都, 2016.
- 8) 日本弁護士連合会: 医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱. 2011. ([http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/111215\\_6.pdf](http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/111215_6.pdf)) (参照 2018-03-12)
- 9) 日本緩和医療学会: 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン. 2010. (<https://www.jspm.ne.jp/guidelines/section/2010/index.php>) (参照 2018-03-12)
- 10) 西川満則, 長江弘子, 横江由理子, 編: 本人の意思を尊重する意思決定支援—事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング—. 南山堂, 東京, 2016.
- 11) 白山靖彦: 社会福祉の立場から認知症高齢者の意思決定プロセスを考える. *日本補綴歯科学会誌*, 6: 255-260, 2014.
- 12) 白山靖彦, 柳沢志津子, 吉岡昌美, 他: 高次脳機能障害支援における地域支援ネットワーク会議(研修)に関する予備的研究. *四国公衆衛生学会雑誌*, 61 (1): 63-70, 2016.
- 13) 白山靖彦, 白谷佐和子, 北村美渚: 高次脳機能障害(意思決定支援における工夫). *臨床精神医学*, 46 (12): 1527-1532, 2017a.
- 14) 白山靖彦: 高次脳機能障害者に関する意思決定支援の定式化に向けた報告. *歯界展望*, 129: 1184-1186, 2017b.
- 15) 谷原 誠: 「いい質問」が人を動かす. 文響社, 東京, 2016.

**Abstract**

---

## Decision-making Support in Medical Care and Welfare for Peoples with Higher Brain Dysfunction

Yasuhiko Shirayama\* Mio Kitamura\*\* Mai Igaue\*\*\* Yasuhide Kido\*\*\*

Higher brain dysfunction due to brain injury is thought to reduce cognitive ability as well as decision-making ability. Decision-making ability is defined as being able to convey one's intentions, understanding relevant information, and having a rational reason for selection, and includes medical consent ability and judgment ability. However, there is no index for quantitatively and objectively measuring decision-making ability, and it has not reached the formulation of decision-making. Supporter skills such as consensus building by multiple occupations and devising questioning methods will be required.

This paper outlines the points in each position regarding decision-making support of medical and welfare for peoples with higher brain dysfunction, and introduces some of the research conducted so far.

---

\*The University of Tokushima Graduate School. 3-18-15 Kuramoto, Tokushima-shi, Tokushima 770-8504, Japan

\*\* Inatsugi Hospital

\*\*\* Matsuyama Rehabilitation Hospital