

〔第21回 学術集会教育講演1〕

## 「決められない患者たち」への提言 —後悔のない医療選択のために—

丸の内クリニック

堀内 志奈

近年、医学の進歩とともに、検査、治療の選択の幅はますます広がっている。これは本来喜ばしいことであろうが、選択肢が増えたことによってかえって決断を下すのが難しくなったという皮肉な現実もある（この点についてアメリカの心理学者バリー・シュワルツ博士が提唱した「選択のパラドックス」という有名な仮説がある。それによると、選択肢が増えることでかえって選択自体が難しくなり、少ない選択肢のときに比べて決断の結果の満足度も低くなる、という。数年前ベストセラーとなったシーナ・アイエンガー教授の「選択の科学」にもこの説をサポートする実験結果が報告されており興味深い）。

かつては医療決定の主役は、医学の専門家たる医師であった。すなわち、医師が「こうしましょう」と方針を提示し、原則的に患者がそれに同意する、という形で決定がなされるのが一般的だったのだ。だが、近年医療の現場では、患者の自律性・自己決定権（autonomy）をより重視し、最終的に決断するのは患者自身であるべきだという考えが主流を占めるようになってきた。医師は中立の立場で情報を提供するにとどまり、患者が下した選択に沿った医療を行うべきだ、という考え方である。この動きはもともとアメリカから始まったものであるが、これは医療訴訟の増加とも無関係ではなからう（つまり医療者側の保身という側面もある）。「進歩的」かつ「民主的」な医療になってきたとも言えるが、医学知識が限られているにもかかわらず、決断を迫られ、その結果責任も負わなくてはならなくなった患者側は大きなストレスを抱えることにもなった。も

はや好むと好まざるとにかかわらず、「誰かえらいひとが決めてくれる」という「安楽」は期待できなくなってしまったのだ。

では、自分が患者になったとき、どうしたら自分にとって望ましい選択ができるのだろうか。この間に答えるために書かれたのが、ハーバード大学教授のジェローム・グループマン、パメラ・ハーツバンドによる「決められない患者たち（原題：Your Medical Mind）」である。この中で著者は、高血圧治療や癌治療、終末期医療といった大小様々な選択に迫られた患者の実例をあげながら、意思決定の際陥りやすい認知心理学的バイアスについて述べている。バイアスとは「考え方のくせ」あるいは個性のようなものとも言え、必ずしもネガティブなものとは限らないが、重要な決断をするときに考えを歪ませ、間違った選択の原因ともなりうる。だからこそ、自分がある特定の状況下でどういうバイアスにとらわれやすいのかを知ることが重要である、と著者は強調する。また、バイアスは誰もが程度持つものであり、医師も決して無縁ではない。この点を、患者の意思決定に大きな影響を及ぼしうる立場にある医師は自覚しておかなくてはならない。

神ならぬ身の我々が、複数ある選択肢のうちどれが最終的に自分の望む結果をもたらすかを確実に予測することは不可能だ。例えば、現在医師がもっぱら治療方針の根拠とする「エビデンス」であるが、たしかにこれは重要な科学的事実／情報である反面、結局のところ「統計」であり、そこから言えることはどちら（どれ）が確率的に良いかということにすぎない。ある特定の人物が統計に示された大

多数の患者と同じ経過を辿るのか、あるいは例外的なケースとなるのかは誰にもわからないのだ。また、仮に「薬を服用した100人のうち1人に副作用が出る」というエビデンスがあったとしても、誰がその「1人」になるかはどんな名医にも予想することはできない。であるからこそ、現実的にめざすべきは「正しい選択」ではなく、「後悔のない選択」である。選択のプロセスでいかに自分が納得をしたうえで決断をしたかは、最終的に不本意な結果となった場合でもその心情に大きな差を生む、とグループマン教授は言う。

そしてこの医療意思決定のプロセスにおいて鍵を握るのが、患者と医師のパートナーシップである。良くも悪くも最終的な結果を身をもって負うのは患者自身であるから最終的な決定は本人がなすべきという論はもっともであるが、医師も意思決定において部外者などではなく、もう一方の重要な当事者である。後悔のない選択をするために、医師には正しい情報の提供、そして患者の思考の道筋をつける手助けをすることが期待される。求められるのは、決断に至るまでのガイド、相談相手（コンサルタント）としての働きだ。その責を果すためには、正し

い医学知識はもちろんだが、それに加え患者そして自分自身がなんらかのバイアスに陥っていないかどうかを冷静に見つめること、そしてそのうえで患者の意向をきちんとくみとることが必要である。これらは双方向の健全なコミュニケーションによってのみ可能なことであり、時間も手間もかかるやりとりである。実際の医療現場では時間的な制約も多く、医療経済的な面からも理想論にすぎないとの批判もあるが、こうしたコミュニケーションに近道はなく、またこれを省いては双方が十分納得したうえでの合意形成、意思決定は難しい。

実のところ、これまでの医学教育でも患者医師間のコミュニケーションというものはあまり重視されてこなかった。権威的、父権的医療が中心だった時代はそれでも良かったかもしれない。しかし、患者医師間の関係が大きく変わってきた今、意思決定の過程でいかに健全かつ建設的なやりとりを行うかという技術論、方法論は今後ますます力をいれられるべき領域であろう。「患者中心の医療」の実現のための要となる部分であり、今後の集学的研究、教育が期待される。