

積極的抗がん治療の中止に際する医師からの説明に関する行動経済学的研究

吉田 沙蘭*

サマリー

本研究の目的は、積極的抗がん治療の中止に際して医師から行われる説明の内容およびそれに対する遺族の評価を明らかにすることである。治療を行わないことのメリットや、治療を行うことのデメリットについては7割程度説明がなされていた一方で、医師が推奨する方針を明確にするような説明は5～6割、身近な例を用いた説明は2～3割にとど

まることが明らかとなった。また、治療を行うことのデメリットに関する説明が、遺族からもっとも役立つと評価された。次いで治療を行わないことのメリットに関する説明、医師が推奨する方針を明確にするような説明の評価が高く、こうした説明を積極的に取り入れていくことが有用である可能性が示唆された。

目 的

医療における意思決定に関して、現在では、医師と患者が協働し、協議を重ねることで最終的な意思決定を導き出す shared decision making が推奨されている。一方で、進行がん患者を対象とし、End-of-Life discussion（以下、EOLd）のあり方に関する意向を明らかにした研究においては、「共感的パターナリズム」の姿勢を示すことが望ましいとの結果が得られている¹⁾。共感的パターナリズムという概念は、患者に対して言語的・非言語的な共感を示しながら、病状の見通しについても説明を行ったうえで、今後の方針につ

いては医師側がある程度主導的に示すということの意味している。

ところで、行動経済学の分野において「ナッジ」という概念が提唱されている²⁾。提供する情報に強弱をつけたり、提示の際の表現を工夫したりすることで、患者自身が選択する余地を残しつつも、専門家としての医師が医学的に「望ましい」と判断する選択へ導きやすくなる、というのがナッジの基本的な考え方である。この概念は、先述の共感的パターナリズムを実践する1つの方法となりえると考えられ、まだ数としてはきわめて少ないものの医療における研究にも取り入れられ始めている^{3～5)}。

*東北大学大学院 教育学研究科（研究代表者）

ここで、EOLdを踏まえた意思決定の1つとして、抗がん治療の中止が挙げられる。がん治療の中止は、患者にとって困難な課題であるだけでなく、意思決定に必要な説明を行う医師にとっても、負担の大きな課題である⁶⁾。また、標準的な治療の効果が認められなくなった際の治療選択に関して、家族主体での決定を希望する患者が6%、家族との相談による決定を希望する患者が36%、家族の意見を踏まえ自身で決定することを希望する患者が46%、であったこと⁷⁾から、終末期における意思決定には少なからず家族も関与すると考えられる。したがって、治療中止に際する医師からの説明におけるナッジの利用について、その実態や有用性に関する遺族の評価を明らかにすることで、共感的パターンリズムを取り入れたコミュニケーションの指針を検討するための資料が得られると考えられる。

結 果

緩和ケア病棟またはホスピスで患者を看取った遺族1,028名に質問紙を発送し、650名から回答を得た（回収率63.2%）。質問紙への回答応諾が得られた549名のうち（回答応諾率53.4%）、がんに対する治療を行わなかった199名を除く350名（男性202名、女性148名）を対象として解析を行った（有効回答率53.8%）。

1) 抗がん治療中止に関する意思決定者

抗がん治療の中止に関する意思決定を誰が行ったか、ということについては、「患者や医師と話し合って決めた」という回答が最も多く（40.2%）、次いで医師（28.0%）、患者（19.3%）、家族（9.5%）、わからない（3.0%）であった。なお、抗がん治療中止を選択した時点で、治療継続の選択肢があったと回答した者は52.7%、なかったと回答した者は47.3%であった。

2) 抗がん治療中止を選択した際に受けた医師からの説明内容

抗がん治療の中止を選択した際に、医師から行

われた説明について、図1にまとめる。治療を行わないことのメリット（70.9%）や、治療を行うことのデメリット（69.1%）については、多くの場合において説明がなされていた。一方で、治療を行わないことを医師として勧めるということ（59.5%）や、治療を行わないのが最善の選択だということ（50.5%）など、医師として推奨する方針を明確にした説明は半数程度にとどまった。さらに、同じ状況では多くの人が治療を行わないこと（28.5%）、似た状況の人が治療を行わないことを選択した（21.0%）、もし自分だったら治療を行わないこと（22.1%）など、身近な例を用いるような説明は、2割程度とほとんど行われていなかった。

3) 抗がん治療中止を選択した際の医師からの説明に対する評価

医師から行われた説明について、その説明を受けることが「抗がん治療を中止する」ことを決めるためにどの程度役立つかについて尋ねた結果を図2にまとめる。説明を受けることが「不可欠である」または「とても役にたつ」と回答した人の割合がもっとも高かったのは、治療を行うことが患者にとって負担になるということ（55.9%）、次いで、治療を行うことのデメリット（53.0%）であった。治療を行わないほうが患者にとって良いということ（52.6%）や治療を行わないことのメリット（51.6%）についても同様に高い評価を得た。また、治療を行わないことを医師として勧めるということ（45.7%）や、治療を行わないのが最善の選択だということ（41.7%）といった医師の方針を明確にするような説明についても4割を超える対象者から評価を得た。

考 察

医師の説明への評価については、治療を行うことのデメリットに関する説明が、多くの遺族から役立つかとされていた。行動経済学の観点からは、意思決定の際、利得よりも損失に関する情報がより影響を与えるという損失回避傾向がはたらくこ

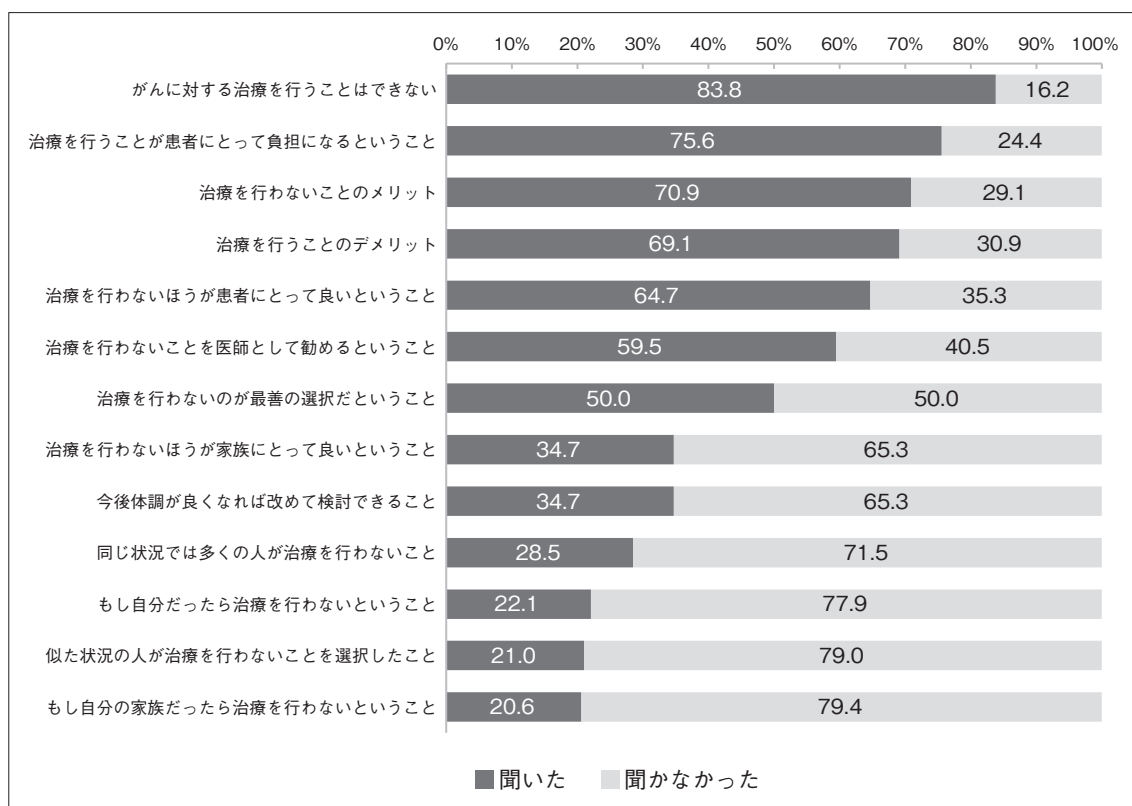


図1 抗がん治療中止を選択した際に受けた医師からの説明内容

とが知られており⁷⁾、治療を行うことによる損失を強調する説明が役立つという本研究の結果は、理論的に有効であると考えられる説明の仕方とも合致している。選択肢のメリットやデメリットに関する説明は医療現場では原則的に行われているものであるが、医学的に推奨される方針がある場合、推奨しない選択肢のデメリットを強調することで、提供する情報に強弱をつけるという緩やかなナッジを導入することができると考えられる。

また、医師が推奨する方針を明確にするような説明については4割強、「やや役に立つ」を加えれば8割以上と、メリットやデメリットの説明と同程度の遺族が役立つと評価していた。このような説明は、5～6割の実施率にとどまっていたが、EOLdにおける医師の態度としても望まれている共感的パターンリズム¹⁾にも通じるものであり、

抗がん治療中止を検討する際のコミュニケーションに取り入れていくことが有用である可能性がある。

一方で、身近な例を用いた説明については、高い評価が得られなかった。これらの説明は、意思決定者にとって想起しやすい身近な事例が、選択に影響を及ぼすという「利用可能性バイアス」⁸⁾を活用したナッジである。利用可能性バイアスは医療場面でも生じることが示されている⁹⁾が、本研究の結果からは推奨される説明とはならなかった。主治医が説明する際に用いるほかの患者、あるいは「自分だったら」という仮定は、意思決定者がもともと有している情報ではないため、利用可能性バイアスとしては機能しない可能性も考えられた。またバイアスは無意識的に作用するため、本研究のように実際の意思決定場面以外での

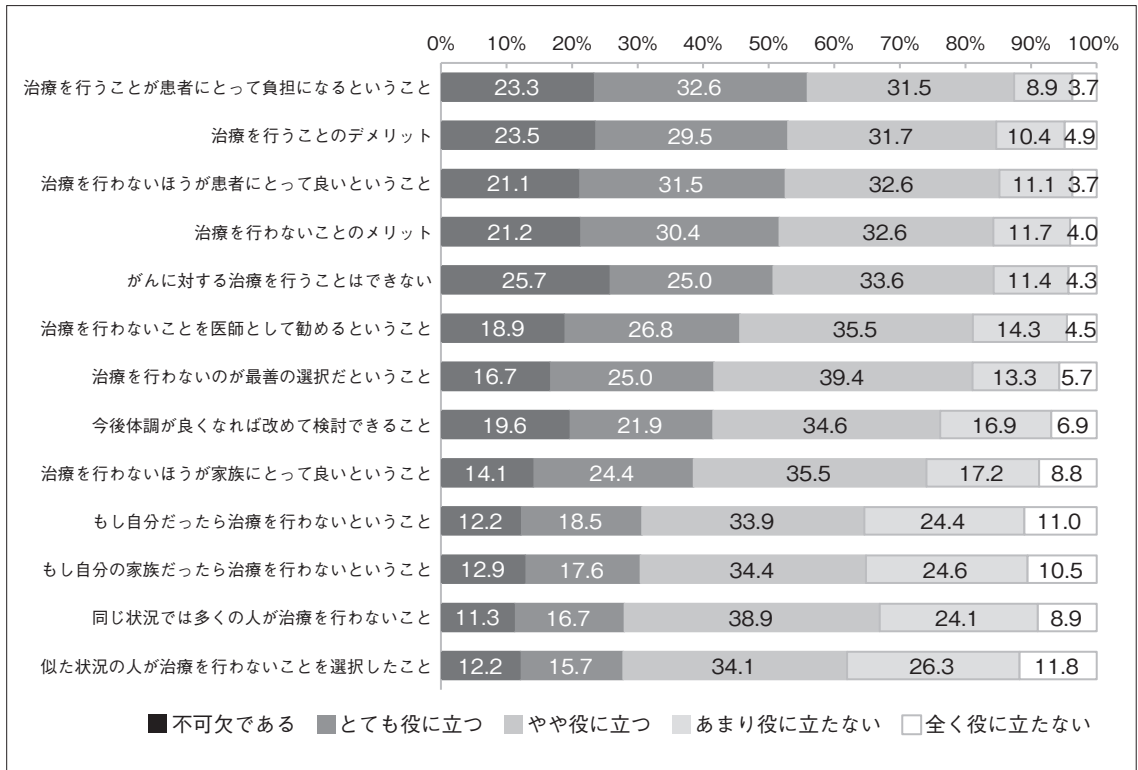


図2 抗がん治療中止を選択した際の医師からの説明に対する評価

調査には影響しないという可能性もあり、今後さらなる検討が期待される。

まとめ

本研究の結果から、治療を行うことのデメリットや治療を行わないことのメリット、医師が推奨する治療方針についての説明を行っていくことが、抗がん治療を中止するという意思決定に役立つことが明らかとなった。

文 献

- 1) Umezawa S, Fujimori M, Matsushima E, et al. Preferences of advanced cancer patients for communication on anticancer treatment cessation and the transition to palliative care. *Cancer* 2015 ; 121 (23) : 4240-429.
- 2) Thaler RH, Sunstein CR. Nudge, choice architecture, and libertarian paternalism. *Michigan Law Review* 2010 ; 108 (6) , : 913-924.
- 3) Halpern SD, Loewenstein G, Volpp KG, et al. Default options in advance directives influence how patients set goals for end-of-life care. *Health Affairs* 2013 ; 32 (2) : 408-417.
- 4) Sussman BS, Sharma S, Alter LA. Framing charitable donations as exceptional expenses increases giving. *J Exp Psychol Appl* 2015 ; 21 (2) : 130-139.
- 5) Heisig SR, Shedden-Mora MC, Hidalgo P, Nestoriuc Y. Framing and personalizing informed consent to prevent negative expectations : an experimental pilot study. *Health Psychol* 2015 ; 34 (10) : 1033-1337.
- 6) Otani H, Morita T, Esaki T, et al. Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment. *Jpn J Clin Oncol* 2011 ; 41 (8) : 999-1006.
- 7) Kahneman D, Tversky A. Prospect theory : an analysis for decision under risk. *Econometrica* 1979 ; 47 : 263-292.

-
- 8) Kahneman D. A perspective on judgment and choice : mapping bounded rationality. *Am Psychol* 2003 ; 58 (9) : 697-720.
- 9) Heath L, Acklin M, Wiley K. Cognitive heuristics and AIDS risk assessment among physicians. *J Appl Soc Psychol* 1991 ; 21 : 1859-1867.

〔付帯研究担当者〕

平井 啓（大阪大学大学院 人間科学研究科），大竹文雄（大阪大学大学院 経済学研究科）