

Regular Article

## 共同意思決定過程において患者が注意した方がよい点についての考察

浅井篤\* (東北大学大学院医学系研究科)

大北全俊 (東北大学大学院医学系研究科)

尾藤誠司 (国立病院機構東京医療センター)

### Abstract

人は病を得て患者となる。患者は医療現場で自分の人生を変える健康関連情報 (Life-changing health information, LCHI) に直面する。患者は疾患や障害に起因する身体的苦痛を経験するのに加えて、同情報によって大きな不安や恐怖、喪失感を抱える。患者の性格、感情、認知バイアスは共同意思決定過程に無視できない影響を及ぼす。問題が複雑で深刻な場合、意思決定自体から生じる葛藤の負担も大きなものになる。選択の基礎になる自らの価値体系は LCHI に直面し不安定になり、選択肢に関する選好はそもそも存在しないかもしれない。加えて共同意思決定の相手である医師が陥りやすい意思決定に関わる認知バイアスや感情の影響も明らかにされている。このような状況において、本論では人が病を得て患者となり LCHI に直面し共同意思決定に参加する際に、予め注意していた方がいい、自分に関わる主たる意思決定影響因子について検討する。そして共同意思決定に参加する患者は、それらの潜在的影響を予めよく知った上で意思決定に臨んだ方が、よりよい結果が生じる可能性があると主張する。

**キーワード：**人生を変える健康関連情報、共同意思決定、性格、不安、認知バイアス、価値観

A person becomes a patient when they fall ill and need medical attention. Patients must face life-changing health information (LCHI) in a clinical setting. In addition to experiencing physical distress due to illness or disability, the LCHI can cause anxiety, fear, and a sense of loss. A patient's character, emotion, and cognitive bias have non-negligible effects on the shared decision-making process. When a patient's problem is complex and serious, conflict in decision-making is great. The patient's value system, which is the basis of their choices, becomes unstable in the face of LCHI, and their preference for alternatives may not exist. In addition, the undesirable effects of cognitive bias and emotions related to decision-making that physicians suffer have also become a factor. Patients, therefore, should be careful about several self-related influential factors in the decision-making process when faced with LCHI, and have to participate in shared decision-making. We conclude that patients involved in the shared decision-making process would realize better outcomes in healthcare if they were aware of the potential impacts of their own character, emotion, cognitive bias, and instability in their value.

\* Corresponding Author (E-mail: aasai@med.tohoku.ac.jp)

**Keywords:**

life-changing health information (LCHI), shared decision making, character, anxiety, cognitive bias, value

**1. はじめに**

人は病を得て患者となる。患者は医療現場で自分の人生を変える健康関連情報（Life-changing health information:以後 LCHI と記述）に直面する。本論において LCHI は、知った瞬間からその人の人生を不可逆的に変え得る診断や予後、診療選択肢などの健康関連情報を意味する。たとえば、半月程度続くしつこい頭痛と眩暈感で神経内科を受診した患者 A が脳 MRI 検査を受け、脳幹部にある脳腫瘍から出血していると医師から告げられる。これは LCHI である。なぜなら A さんは脳腫瘍という深刻な診断を受け、開頭手術という大手術を受けるべきか否かの選択を迫られ、自分の選択がもたらす帰結と共に一生生きなくてはならないからだ。再発の可能性も決してゼロにはならないし手術の合併症も起きる恐れがある。後遺症も起きるかもしれない。A さんの自己イメージと将来像は LCHI を知る前後で激変し二度と元通りにはならない。A さんの人生は LCHI を知って大きく変容してしまった。

近年、「患者中心の医療」(person-centered care)として知られるアプローチが医療におけるゴールドスタンダードとなり、個人の価値観と選好が診療方針決定の中心に置かれるようになって<sup>1)</sup>いる。結果が確実ではなく選択がリスクを伴う意思決定において、最も望ましいプロセスは共同意思決定 (SDM) とされる<sup>2)</sup>。A さんのケースにおける診療方針決定には、複数の選択肢とそれらのリスクと不確実性から SDM が最も適している。SDM は、医師が様々な治療オプション、その利益、害、それらの可能性を提示し、患者が選択肢の賛否両論を

秤にかけ、自らの価値観に基づいて自分が望む決定を形成していく過程である。同過程では医師と患者が決定の責任を共有しつつ協働する<sup>3)</sup>。

患者の選好と価値体系（個人が持つ一定の優先順位を持った複数の価値観の総体）及び人格を尊重した意思決定は重要であり、SDM 過程とインフォームド・コンセント取得は医療倫理領域で最重要概念・実践に含まれる。そして患者が十分な説明を受けしっかり理解・納得した上で持つ選好と意思決定の重要性と妥当性は、患者本人が十分な健康関連情報を正確に理解し、自らの置かれている医学的状況を的確に認識した上で、冷静に複数の選択肢を比較衡量し、自らの希望と価値体系そして人生の目的と矛盾しない意思決定を下し得ることを大前提としている。

しかし近年の多くの心理学領域の研究は、必ずしもこの大前提は正しいとは言えず、人々の意思決定は性格や感情の状態、認知バイアスに強く影響を受けることを示唆している<sup>2,4)12)</sup>。理性的思考過程は疾患、薬物、精神疾患、うつ等の情緒障害、否認や抑圧、恐怖、または認知バイアスによって損なわれる<sup>13)</sup>。医師の推奨や態度、患者医師関係も、患者の意思決定に影響を及ぼすだろう。西垣は「人間の思考、行動は合理的、客観的、理性的なものというよりは、非合理的で主観的で感情的であることが多い。臨床の場で患者の最善の利益にかなう倫理的判断をするためには、非合理性や感情を排除したり主観を否定したりするのではなく、むしろそれらを含めた上で当事者が心から納得できる判断をすることが必要である。」と指摘している<sup>14)</sup>。人間の行為は通常は理性的であるというア

アプローチは適切ではないとの臨床医の見解もある<sup>15)</sup>。

本論ではこのような状況を鑑み、LCHIを知った患者がより良いSDMを行えるようにするためには、自分自身について何に留意した方がいいかを検討する。以下、SDM過程で患者の理解や決定を左右し得るその性格、不安や恐怖などの感情、認知バイアス、患者の価値観と選好について検討する。我々は現在健康であっても、いつ何時病を得て患者になってもおかしくない存在であり、常にLCHIに直面する可能性がある潜在的な患者であり、現時点で医療を必要としている人もそうでない人も本論で言及する共同意思決定における注意点を知っていた方がよいと思われる。そして、我々は患者がSDMで自らに影響し得る諸因子を予めよく知った上で意思決定した方が、そうでない場合に比べ、より良い結果が生じる可能性がある結論する。

SDMには患者と医師の二者が最低でも参加し情報を共有し合意形成を目指す<sup>16)</sup>。共同意思決定は患者と医師がチームとなって取り組むものであり、両者の関係性に対する配慮は極めて大切である<sup>17)</sup>。患者家族および多専門職種の間も同様に重要であろう。しかし本論ではもっぱら患者本人が自覚した方がよい留意点に焦点を当て、家族や医療従事者、環境整備による患者に対する意思決定支援や同過程における医師の在り方については述べない。関係依存性自律性 (relational autonomy) の問題にも言及しない。

## 2. 本論で患者の性格、不安等の感情、認知バイアス、価値観・選好を述べる理由および各要因の相互作用について

SDMには本論で言及する患者の性格、感情、認知バイアス、価値観・選好の他にも、患者が生まれ

持った気質、人生経験、生育環境、そして意思決定が必要になった時に患者が置かれている環境などの全てが大きな影響力を有していると想定される。今回我々が患者の性格、感情、認知バイアス、価値観・選好の四つについて特に焦点を当てたのには以下の理由がある。まず続く諸セクションで述べるように、これらの四つの要因とSDMまたは意思決定の関連について多くの実証研究が行われ一定の知見が存在することである。たとえば、感情と意思決定の関連性についての35年間の諸研究の成果の結果として、患者の性格、選好、決断時の状況や環境に左右される感情が意思決定に有意に影響することが明らかになっている<sup>18)</sup>。SDMにおいて共有すべき大切なことに、価値観、健康問題に対する不安や懸念が含まれていることを示唆する研究もある<sup>19,20)</sup>。意思決定において、患者の感情は合理的な意思決定の妨げになること、研究レベルでは意思決定促進に重要な役割も果たすことが明らかになっている<sup>21)</sup>。加えて、患者の感情、特に恐怖や罪の意識や医師の提供する情報が患者に引き起こし得る不安もSDMのバリアになりやすいことが示唆されている<sup>22)</sup>。

患者の選好や価値観がSDMにおいて重視されるべきことは、倫理的観点およびSDMが患者中心の医療を実現するために提唱された経緯から考えて、論を待たないだろう。最後に性格、不安を含めた感情、認知バイアス、価値観・選好の包括的な相互関係について明らかにした実証研究は我々の知る限りでは存在しなかったため、相互関係については言及しない。

## 3. 性格

性格(character)は、各個人に特有のある程度持続的な感情・意志の面での傾向や性質である<sup>23,24)</sup>。

あらゆるできごとに対して、どのような反応し、考え、行動するかは人によって異なり、それぞれのパターンがあり、それが性格とされる<sup>25)</sup>。人の性格は学問的には多くの側面が独立した因子として区別され測定されているが、現実的には一人の人間が多種多様な性格、つまりランダムに例を挙げれば、社交的性格、内向的性格、几帳面、感情的または感情的ではない性格、執着の強い性格、思い込みの強い性格、責任感の強い性格、他罰的性格、不安傾向が大きい性格、依存的性格、完璧主義的性格、臆病な性格等を、それぞれ微妙に異なる度合いで併せ持っている。性格のかたよりと精神科的な病気の区別も明確ではない<sup>25,26)</sup>。意思決定及びそれに基づく行動は相互に関連し合う多くの要因に影響され、自己評価を含めた個人の性格も同決定と行動に影響する。その人がその時に置かれた状況の影響も大きい。意思決定スタイルは通常の性格構造に強く結びついている<sup>21,27,28)</sup>。

グループマンは、毎日多くの人々が薬を新しく始めるかどうか、医療処置を受けるべきか頭を悩ませており、健康でいるための予防治療を始めるか否か、病気の治療に対する複数の選択肢のうちどれを選べばいいかで悩んでいるとし、患者の性格がその人の健康関連行動に影響すると述べている<sup>2)</sup>。たとえば患者は医療情報や医師の説明に対して様々な態度をとる。医療全般を疑う者(doubters)は可能な限り医療的介入を避ける傾向がある一方、「信じる人」(believers)は医療情報と医師の推奨を受け入れ治療をすぐに開始する。ある人が「疑う人」または「信じる者」になるきっかけに、身近な人の医療体験や家族歴が影響する場合がある。また最大限医療を活用したいと考える最大限主義者(マキシマリスト)もいれば、最小限の介入しか受けたくない最小限主義者(ミニマリス

ト)もいる<sup>2)</sup>。加えて、不確実性と曖昧さと不可知性から逃れられない医療意思決定に伴う葛藤がもたらすストレスを軽減するために、「ベストの医師」「ベストの病院」を探し求める患者、すべてを調べた上で全選択肢を比較衡量する「遺漏なき意思決定」を行う患者もいるという<sup>2)</sup>。

全く同一の医学的状況に直面しても、悲観的な人は「もうおしまいだ」「もう何をしても無駄だ」と思い、楽観的な性格の患者は「全然大したことはない」と受け止めるだろう。そして状況の受け止め方によって、患者の受けるストレスの度合いが変わる<sup>8)</sup>。人の衝動性や感情的安定性も意思決定に影響するだろう<sup>29)</sup>。

性格はしばしば意思決定に関する選好の潜在的な決定因子であると言われる。たとえば Flynn と Smith は高い合意傾向(協調性と耐性)及び神経症性性質の2つの性格が弱い人は、重要な医療意思決定に参加し熟考に参加することをより好むことを例証した。そして合意傾向が大きい人は意思決定において医師と対立せず、医師が伝統的なパターンナリストティックな態度を取ることをあまり気にしない可能性、そして神経症的性格が強い人は逆に意思決定への参加希望が低い可能性が示唆された<sup>30)</sup>。依存性性格を持つ人は意思決定においても依存的特徴を示すと考えられ、また社交的で感情的に安定しており独断的で大胆ではあるが自己制御感にあふれリラックスしている人は、意思決定者として自己評価が高い<sup>27)</sup>。依存性の高い人は医療現場でも患者医師関係において医師に依存的になるかもしれない、他方、意思決定者として自信のある人は、医療決断においても積極的に意思決定に参加し自律的選択をする可能性が高い。

衝動性(impulsivity)の強い人、衝動的性格の人は最初に思いついた選択肢に飛びついたり、すべ



ての関連事項の比較衡量をする前にひとつの選択肢を選んだりして、十分な意思決定過程を損なう。逆に感情性 (emotionality) の強い人は、選択肢の一つの側面だけに偏った注意を向け他の諸側面を無視すること、またはひとつの目標を、感情的な時に落ち着いたときではしない程に重要視・緊急視し、意思決定過程を損ねる。自己鎮静戦略 (self-calming strategies) 等の対抗策がない場合には、これらの性格は、衝動的または感情的な個人が入手し得る最善の選択肢を見つけるのを困難にするであろう<sup>29)</sup>。

患者自身が自分の性格的傾向に対して洞察が不十分な場合は少なくないと思われる。加えて、患者の意思決定はそれほど柔軟なものではないと主張される<sup>21)</sup>。先天的な気質に加え、様々な人生経験と社会や文化の影響を受けて形成された個人の性格は制御し難いと思われる。したがって、より良い共同意思決定過程における自らの性格の影響に関して、患者本人にできることは限られているかもしれない。

#### 4. 感情：特に不安について

LCHI に直面した患者は受診前、診断を受ける際、入院前、手術前後などのあらゆる局面で不安に陥りやすく、その意思決定に対する影響は無視できない<sup>14)</sup>。脳腫瘍の A さんは、手術をせずに様子を見ていても、突然の出血や意識障害等、いつ何が起きるかはっきりはわからない。手術を受けることを決めた時点でも手術後どう状態になるか正確には知りようがない。手術で一定の結果が出て、その後病気がどうなっていくかは誰にもわからない。知らない内に腫瘍が再発して再び出血を起こすかもしれない。したがってその意思決定には、避けがたく大きな不安と一定の無力感が伴う。

不安とは一般に安心できない、気がかり、心配な状態を指し、漠然とした不安定な気分のことをいう<sup>24,31)</sup>。実際に起きている、または将来起きるかもしれないことについて神経質になっているまたは心配しているという不快な感情である<sup>23)</sup>。自分に都合の悪い何かは今起っていないが、いつかある日起こるのでないかと思う場合に起きる感情であり、対象がはっきりしないので回避することも予防処置をとることもできないという無力感を伴う<sup>32)</sup>。なんとなくよくないこと、危険なことが起こりそうだという予感がして落ち着かず、不快や緊張などが生じ得る状態で、身体的にも緊張性頭痛、めまい、動悸、口渇、発汗が生じ得る<sup>31)</sup>。医師の尾藤は、疾患によって「病気の私」あるいは「このままだと将来大変なことになるかもしれない私」に変容してしまった患者が、避けがたい自己変容に対する抵抗感と受容姿勢の間で揺れ動く際に感じる陰性感情を不安と表現する<sup>33)</sup>。

人間の感情と認知との相互関係が指摘されている。人は判断するとき自分の感情に頼ることが知られている<sup>34)</sup>。不安があると脅威となる情報にすばやく注意が向き反応するが、注意を解く (disengage) のが難しくなる。中立的な情報を否定的なものとして認識しやすくなる。不安が強い個人は、リスクを回避し曖昧さを嫌う傾向がある<sup>30)</sup>。不安が強い人は、曖昧な将来の出来事を非現実的に、肯定的というよりは否定的に評価をする<sup>35-37)</sup>。不確実性に対する耐性低下は不安感情の特徴の一つだとされる<sup>38)</sup>。不確実性、不可知性、不条理性、運、偶然、曖昧さなどの人生の特徴は当然ながら医療にも当てはまり、重大な医療意思決定の過程で患者が不安になるのは極めて自然であろう。病んでいる人の心は不安で出来ていると言っても言いかもしれない。不安が強いと、前述の研究結果

が示唆するように、医療の不確実性に対する耐性が低下し、脅威に焦点を当て過ぎ、否定的な色眼鏡を掛けて情報を見、中立的見地から吟味できず、患者の意思決定が本人にとって振り返って不本意な内容になる可能性がある。不安のせいで過剰な安全希求行動に走る可能性も指摘されている<sup>33)</sup>。このように、LCHIに直面した患者の意思決定において不安感情に注目するのは重要と思われる。

正常な感情と異常な感情の明確な境界、健全な不安と不健全な不安、適切な安全希求行動と過剰な当該行動の明確な線引きは困難であるにもかかわらず、患者が置かれた状況からみて強過ぎ長過ぎる、つまり原因と釣り合いが取れない過剰な不安は健全でもなく適切でもなく、患者の重大な意思決定に悪影響を与える可能性があるため、より良い意思決定のためには可能な限り第三者的に考える試みを行い適度な不安状態を実現・維持することが好ましい<sup>39)</sup>。ある精神科医は自分の感情の動きを客観的に「現象」と捉える、物事を第三者の見地から見るのが大切だと述べている<sup>40)</sup>。

誰でも意思決定では不安になり、病気や治療がどんなものであれ、それらと共に生きることは基本的には不安である。我々は、患者が自分の判断は不安で影響を受け得ることを自覚すること、自身の不安感情にある程度慣れること、過剰な不安反応は本人に不利益をもたらす可能性があることに留意することが大切だと考える。

## 5. 認知バイアス

認知バイアスとは考え方の癖であり、出来事に対する捉え方や受け止め方の偏りである<sup>8,25)</sup>。患者は意識的または無意識的に意思決定の労力を節約するために、または複雑な医療意思決定に対処するためにヒューリスティクス（経験則、heuristic:

Short cut in decision makings)を用いるが、これが誤用され一時的で衝動的な判断で長期的な利益を犠牲にしてしまうような場合を、意思決定バイアスまたは認知バイアスと呼ぶ<sup>7)</sup>。主要なものだけでも最低20種類はある<sup>2,6-8,11,13,21,25,41-46)</sup> (表)。

グループマンは、複雑性への対処として、選択肢の側面だけに注目し将来起こり得る他の事は無視する焦点効果と呼ばれる傾向性を挙げている。この対応をすれば決定に伴う葛藤は減り選択への対処が楽になる。生き延びる可能性だけに着目して、手術に伴う痛みや傷、身体へのダメージ、合併症は無視するという姿勢を取れば意思決定自体は楽になるが、手術後に大きな後悔を経験することになるかもしれない<sup>2)</sup>。

Levyは臨床意思決定に関わる患者の考え方の癖として、「未来に対する近視眼的傾向」(現在バイアス)、「動機付けられた推論」(確認バイアス)、感情的予測の3つに言及している<sup>42)</sup>。「自分には(悪いことは)起きない」という害に対する自身の脆弱性に関するマジカルな錯覚に基づく信念が意思決定に影響することが指摘されている<sup>41)</sup>。選択科学専門の心理学者シーナ・アイエンガー人の選択に影響を及ぼす主要な認知バイアスとして、フレーミング効果、錯誤関連、可用性バイアス、確認バイアスの4つに言及している<sup>7)</sup> (表参照のこと)。

表 主な認知バイアスと簡単な説明 2, 6-8, 11, 13, 21, 25, 41-46)

名称	説明
代表性ヒューリスティック	実際の頻度を無視した、ステレオタイプ（型にはまった画一的なイメージ）に基づいた判断
フレーミング効果	情報の提示のされ方で意思決定が影響される効果（例：「生のフレーム」と「死のフレーム」、相対リスクと絶対リスク）
デフォルト効果	デフォルトとして設定された選択肢を選びやすい傾向
可用性バイアス	記憶の中の想起しやすい情報を重視し、それを基にして判断を下す
アンカーリング効果	事前に与えられた数値（アンカー）が、他の事柄についての数値の評価を歪める傾向
日和見（バンドワゴン）効果	選択において多数派の他者へ同調する傾向
確認バイアス	ある選択肢を選んだ時、その選択肢を選んだことを正当化する（または自分のもともとの直観や見解と一致する）情報を探し、思い込みを裏付けようとする
後方視バイアス	事後に、その出来事は予測可能だったと信じる傾向
錯誤関連（根拠のない関連付け）	様々な情報間の関係を明らかにしようと、無意識のうちに秩序を探そうとする傾向
順序効果	最初または最後に提示された選択肢や出来事を思い出し、選択時に影響をうけること
自信過剰	自分の知識の量や信頼性を過大評価する傾向
損失嫌悪	新たな行動を起こして状況をいっそう悪くする可能性があるなら、現状に耐えた方がましという態度（新たに利益を得るよりも、今持っているものを失うことを嫌う傾向）
無為バイアス	後悔を恐れて、積極的に自分で決定を下したくないという考え方、無作為による結果の方を、作為によって生じた結果よりも好ましいと思う傾向（例：自然死の方が治療の結果の死よりもましと考える）
焦点効果	複雑性への対処として、選択肢の一側面だけに注目し、将来起こり得る他の事は無視するという傾向
感情的予測	病気やそのために二次的に起きる好ましくない出来事の影響を、negativeな感情面ばかりに注目し、自らの適応力を過小評価し positiveな面を見過ごす結果、将来における感情的反応を現時点で過大に見積もる傾向
権威バイアス	権威者の言った意見を重視しそれに従う傾向
現在バイアス	現在の利益・楽しみを優先し、将来のより大きな利益獲得に資する決定や行動を先延ばしにする傾向（例：将来の健康よりも今の食事の楽しみを優先する）
楽天主義バイアス	悪いことは自分には起きないという魔術的思考
サンクコスト（埋没した費用）・バイアス	よりよい新たな選択肢ではなく、すでに多くの各種投資をした行動を続けていく傾向
投射バイアス	他者も自分と同じ考え、知識、感情、価値観を共有していると無意識に想定する傾向

前述した不安等の感情の影響も併せて、我々の考え方のくせが事実認識や確率、将来の状態の冷静な評価を妨げ、賢明な意思決定を妨げる可能性があり対応が必要であろう。The gerontological society of America も単に様々なヒューリスティクスと我々の思考に影響する認知バイアスの存在に気付くだけでも我々の意思決定は改善すると述べている<sup>41)</sup>。そのような自覚はより良い選択、少なくとも重要な個人的な価値観と選好に沿った選択を導くことができると主張されている<sup>47)</sup>。このように自らの意思決定過程に認知バイアスが存在することを認識することが肝要である。

グリーンフィールドは、不安感情や認知バイアス一般の影響を避けるための方策として、選択がなされる文脈について十分に認識しておく、自分の判断の限界と不合理性に気づくこと、自分の選択能力に謙虚になること、自分の判断の欠陥部分について理解すること、自分の習慣に注意を払うこと、文化の影響に対する気づきを育むことを具体的対策として挙げている<sup>9)</sup>。同様にアイエンガーも自分のヒューリスティック誤用経験を検証し、自分がなぜ特定の選択に到達したかを自問自答するよう勧めている。誤りへの気づきは間違いの再発を防ぐであろう<sup>7)</sup>。しかし、これらの自覚促進対策の有効性の大きさと臨床現場での実践性は不明であり、それがどの程度可能か否かは今後の検討課題だと言わざるを得ない。

## 6. 価値観および選好

一人の社会人として日々を送っている人は、当然のことながら一定の気質、性格、意志等からなる人格、価値体系、人生観と世界観、人生経験、そして人間関係を持って生きている。生き甲斐、好き嫌いや欲望、生き方に関するこだわりは人それ

ぞれだろう。その時の社会の優勢な考え方や世間の雰囲気にも個人の思想や行動は影響を受ける。人生における出来事や出会いによって、人の価値序列や人生の目的は変化していく。個々人の持つ価値体系は固定的でも明確でもないと思われる<sup>48)</sup>。人が慢性疾患に罹患したり不可逆的の身体的障害になったり場合でも同様であろう。また LCHI に直面して患者は混乱し同体系内での諸価値の優先順位は不安定になろう。価値観に基づく選好についても同様である。

患者の価値観と選好を尊重した意思決定実現には、他にも以下のような問題がある。患者はしばしばその場で自分の意向を定める。介入の負担、目標設定、結果の評価が患者と医師の間で大いに違う。強い意志を持ち知識も十分ある人でも病気の際は普通通りの自主性を発揮するのが難しくなる等である。SDM における責任の共有は、患者に一定以上の心理的負担を課す。患者は心身共に弱っていて共同意思決定は重荷になり得る<sup>2,3,10,49)</sup>。一般に、治療に関する選好は以前から存在し安定しているというよりは、LCHI を知った後に構築されるものであり不安定なものである<sup>49)</sup>。病を得て患者となった人は、もはやそれまでとは同じ人物ではないと考えるべきであるという見解もある<sup>3)</sup>。Aさんは当然ながら「出血している脳腫瘍にどう治療をしたいか」に関する選好を、LCHI を知った時点では持っていない。したがって患者はたとえそれが不安定であっても、担当医や家族と共に自分の価値観や人生のゴールに照らしつつ、状況が許す範囲で時間をかけて選択肢に関する選好を形成し SDM していく必要がある。

## 7. 結論：より良い共同意思決定を目指して

本論では、人が病を得て患者となり LCHI に直



面した後に SDM に参加する場合に注意しなければならない、自らの性格、不安等の感情、認知バイアス、そして価値観の不安定性や選好の不在について言及した。SDM の当事者である患者は、これらの潜在的影響を予めよく知った上で意思決定プロセスに臨んだ方が、よりよい結果が生じる可能性があると思われる。諸研究から SDM 参加によって患者の意思決定に関する満足感が高まり、意思決定葛藤と決定後の後悔が低下することが示唆されている<sup>52,53</sup>。自分の性格、感情反応、認知バイアスについての自覚は、SDM による決断後の満足度を高め後悔を低減するかもしれない。

患者が SDM で自らに影響し得る諸因子を予めよく知った上で意思決定した方が、そうでない場合に比べ、より良い結果が生じる可能性があるという我々の結論に疑問が出るかもしれない。そもそも良い医療決定を定義すること自体最も難しいことであるという見解がある<sup>10</sup>。にもかかわらず、我々は、患者が納得できる意思決定プロセスを経た決定で、たとえ選択した診療方針の結果が不本意でも後悔を最小限化できるような意思決定プロセスと選択結果が、SDM のより良い結果だと考える<sup>52</sup>。さらに患者が意思決定をして長い時間が経過した後その決定を振り返った時でさえ、深い後悔を感じる可能性を低減し、満足度を高める選択であることが望ましい<sup>53</sup>。我々もこれらの見解に賛成し、患者の選好満足と後悔の最少化が重要だと信じる。ここでいう後悔とは、自分の選択した行動と選択しなかった行動を比較し、選択しなかった行動の方がよりよい結果が得られたと感じる場合に生じる苦痛を伴った認知的感情である<sup>54</sup>。

患者が自分の認知バイアスを知った場合に認知バイアスが一層悪くなる可能性は否定できないが、現時点でのエビデンスはないと思われる。少なく

とも、この意見を支持し得るエビデンスは我々が検索し得た範囲ではなかった。もちろん直感や本能にしたがった方がよい結果が出る、自分の性格を知って自己嫌悪に陥る、内省的になり過ぎて抑うつ的になる、自分が認知することがすべて歪んでいると考え自信を喪失し医師に依存的になる、自分の価値観について考えすぎて逆に自分の求めていることがわからなくなる、自分で考え過ぎるより家族や医療専門職に助言を求めた方がよい等の可能性はもちろん否定できないが、その真偽については現時点では不明としか言いようがない。もちろん LCHI に直面し心身ともに脆弱な患者が困難な医療意思決定過程に参加している時に、自己省察まで強いられるのは負担が過大ではないかという批判は正当であり、患者が困難な心理状態になりそうな場合には、適切な他者の支援が必要であろう。

我々としては「あの時自分のせっかちさを認識できていたら」「あの時もう少し冷静だったら」「あの時もう少し他の人の考えに謙虚に耳を傾けたら」「あの時もう少し意地を張らず素直になっていたら」「あの時もう少し落ち着いて時間をかけて検討したら」「あの時痛みのことだけでなく、その他の帰結も考慮に入れていたら」「あの時本当に自分がしたいことを慎重に考えていたら」等の後悔の念を、患者が自分でできる範囲で最小化できるなら好ましいということの本論で主張したいだけである。

加えて患者が自分の意思決定に影響する要因を誰からどのように知るのがよいのか、自分で Do-it-yourself (DIY) 的にやるよりも SDM 過程に関わる医師や同過程に参加する家族に聞く方が好ましいのではないかという反論はあり得るだろう。しかし我々は医師や意思決定に関与する家族は必

ずしも適切な助言者にはならないのではないかと考えている。まず医師がSDMを適切に行っていない、医師の態度がSDMの主たる障害だという研究報告は複数ある<sup>55-61)</sup>。さらに、医師の診療行動は認知バイアスに影響を受けている。たとえば2020年のレビューでは、医師の認知は認知バイアスに影響されている。医師が持つ一般的な認知バイアスとして、可用性バイアス、アンカーリング効果、確認バイアス、代表性ヒューリスティック、自信過剰、日和見(バンドワゴン)効果が認められている<sup>62)</sup>。救急外来医師がアンカーリング・バイアス、確認バイアス、属性エラー(患者のひとつの特性に過大な影響をうけ判断を誤ること)、他者も自分と同じ考え、知識、感情、価値観を共有していると無意識に想定する投影バイアスを持っているという研究結果もある<sup>63)</sup>。医師は患者をステレオタイプに当てはめがちで、神経性食思不振症や過食などの疾患、アルコール依存症や精神疾患患者とレッテルを貼られた患者に対して否定的感情を持ち、否定的な烙印(stigma)を押しがちである。先に患者を診た医師が付与した枠組みに患者を当てはめ、自分の固定観念に当てはまらない情報は無視・軽視し、医師の感情が、医師の判断力、思考力を曇らせる<sup>4)</sup>。したがって、医師が患者を個人としての確に認識し、患者の性格や感情状態、認知バイアスを的確に判断できない可能性があり、患者が医師に自身の性格や感情状態、認知の歪み、価値観について助言を求めるのは適切ではないかもしれない。

家族も患者同様に冷静さを欠いていて患者に対する客観的な評価になるのは難しい。患者とその家族の愛情関係は、冷静な判断を難しくする可能性がある。また家族関係が破綻している場合は、家族が患者の利益の代弁者になるとは限らない。

家族の意向が患者の希望と異なる場合は、意思決定に好ましくない影響を与えるため注意が必要だという見解もある<sup>64)</sup>。

したがって患者自身が自分の性格、感情、認知バイアス、価値観をできるだけ知ることが大切であり、その機会は日常生活での他者との違いに対する自覚、心理学書を使った学習、同居家族や親族からの日常的な発言、文学や映画などの登場人物と自分との比較等で得られるのではないかと思われる。とりわけCOVID-19パンデミック時または今後同様の疫病が蔓延した場合は、患者はひとりで受診したり、ひとりで診療方針の説明を聞いたり、一人で治療介入の結果を説明されることが多くなると思われる。家族を交えた場で診療方針の説明を医師から聞いて皆で意思決定する機会は減少している。したがって、自分で自分のことを知ることが今後は一層大切になるのではないだろうか。

患者の意思決定が医師の推奨に大きな影響を受けることを考えると、SDMにおける医師の見解や態度については別途詳細に検討する必要があるだろう。加えて心身共に脆弱な状態にある患者のSDMに対する手厚い支援が大切なことも論を待たない。さらに、本論のスコープを大きく超えるが、純粋な自由意志や完全に自発的な意思が存在することへの疑問や、「仕方なく同意する」という意味での非自発的同意の存在の指摘があり<sup>65,66)</sup>、これらのより深いレベルの問題もさらに考察されなければならないだろう。

最後に病を得てLCHIに直面した、我々を含む患者にとって、自分の性格や感情状態、認知バイアス等について自問自答し自己洞察を深め、可能な限り理性的な意思決定に努める、自分の価値体系や選好についても時間をかけて見直す、その上

で落ち着いて意思決定に臨むことは、言うは易く行うは難しだが大切であろう。同様に重要なこととして、患者が自分の感情、認知バイアス、価値観の動揺性を十分には認識できないという「自覚できないことへの自覚」に至った場合には、困難な自己認識を一旦諦め、自ら単独での自己決定は望ましくないという結論に至る可能性がある。この場合は、本論では議論の対象外ではあるが、共同意思決定における他者からの介入や関係依存性自律性に基づいた選択、今の自分の状態について他者の意見に慎重に耳を傾けることが求められるだろう。

## 謝辞

論文最終版作成にあたって有益な示唆および助言をいただいた東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野の圓増文先生に感謝申し上げます。本研究は、科学研究費補助金基盤研究(B) (一般)「高度情報技術が実装された臨床現場における患者-医療者の意思決定プロセスと役割」(研究代表者尾藤誠司、20H03922、令和2年-4年)を用いて実施された。

## 文献

- 1) American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-centered care: a definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64:15-8.
- 2) ジェローム・グループマン、パメラ・ハーツバンド著 決められない患者たち(堀内志奈訳)、2013年、医学書院、東京
- 3) Olthuis G, Leget C, Grypdonck M. Why shared decision making is not good enough: lessons from patients. *J Med Ethics* 2014;40:493-495.
- 4) ジェローム・グループマン著 医師は現場でどう考えるか(美沢恵子訳)、2013年、石風社、福岡
- 5) デビッド・D・バーンズ著 いやな気分よ さようなら コンパクト版(訳者代表 野村総一郎)、2013年、星和書房、東京
- 6) 大竹文雄・平井啓編著 医療現場の行動経済学、すれ違う医師と患者、2018年、東洋経済新報社、東京
- 7) シーナ・アイエンガー著 選択の科学(櫻井祐子訳)、2014年、文春文庫、東京
- 8) 小林孝雄・城佳子著 大木桃代編著 患者さんの心理学、2013年、西東社 東京
- 9) ケント・グリーンフィールド著 選択の神話(高橋洋訳)、2012年、紀伊国屋書店、東京
- 10) Hamilton J, Lillie S, Alden D, et al. What is a good medical decision? A research agenda guided by perspectives from multiple stakeholders. *J Behav Med.* 2017;40:52-68.
- 11) The gerontological society of America. Communicating with older adults. Recognizing Hidden Traps in Health Care Decision Making. 2016  
GSA Communication with older adults -- recognizing hidden traps.pdf (arizona.edu) [http://www.u.arizona.edu/~jharwood/pdf/GSA\\_Communication\\_with\\_older\\_adults\\_-\\_recognizing\\_hidden\\_traps.pdf](http://www.u.arizona.edu/~jharwood/pdf/GSA_Communication_with_older_adults_-_recognizing_hidden_traps.pdf) 令和3年6月3日閲覧
- 12) Heyhoe J, Birks Y, Harrison R, et al. The role of emotion in patient safety: Are we brave enough to scratch beneath the surface? *Journal of the Royal Society of Medicine* 2016;109:52-8.
- 13) Rhodes R, Strain J. Affective forecasting and its implications for medical ethics. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2008, 17, 56-65.

- 14) 西垣悦代 倫理的判断に関わる関係者の心理とコミュニケーション 浅井篤・高橋隆雄編 臨床倫理 2012年、丸善出版、東京
- 15) Spike J. Getting to “Yes” when the patient says “No.” *American Journal of Bioethics* 2015;15:66-7.
- 16) Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997;44:681-692.
- 17) Elwyn G. Shared decision making: What is the work? *Patient Education and Counseling* 2020 Dec 1;S0738-3991(20)30656X.  
doi:10.1016/j.pec.2020.11.032. Online ahead of print.
- 18) Lerner J, Li Y, Valdesolo P, et al. Emotion and Decision Making *Annual Review of Psychology* 2015; 66: 799-823.
- 19) Ventres W. ABCDE in clinical encounters: Presentations of self in doctor-patient communication. *Annals of Family Medicine* 2015; 13: 276-8.
- 20) Shay L, Lafata J. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making* 2015;35:14-131.
- 21) 鈴木貴之 意思決定の科学と新たな人間観社会と倫理 2015;30: 169 -184
- 22) Wiener R, Koppelman E, Bolton R, et al. Patient and Clinician Perspectives on Shared Decision-making in Early Adopting Lung Cancer Screening Programs: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med* 2018;33:1035-42.
- 23) McIntosh C Edition, Cambridge Advanced Learner’s Dictionary 4th edition, 2013, Cambridge University Press, Cambridge.
- 24) 新村出編 広辞苑第7版、2018年、岩波書店、東京
- 25) 上島国利著 精神医学、2011年、ナツメ社、東京
- 26) American College of Physician (ACP)著 内科医のための「こころの診かた」(PIPC研究会訳、井出広幸・内藤宏監訳)、2011年、丸善株式会社、東京
- 27) Radford M, Mann L. 太田保之、中根 允文 個人の意志決定行為と人格特性—ある大学の学生を対象として. *The Japanese Journal of Experimental Social Psychology* 1989; 28: 115-122.
- 28) Iennaco D, Messina, M, Moretto E, et al. Decision-making Style and Personality Traits A pilot study on the predictive capacity of the TCI regarding the quality of the decision. *The 9th IEEE International Conference on cognitive info-communication (CongInfoCom 2018) · August 22-24, 2018, Budapest, Hungary.*
- 29) James Byrnes. The development of decision-making. *Journal of Adolescent Health* 2002;31:208–215.
- 30) Flynn K, Smith M. Personality and Health Care Decision-Making Style. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62:261–P267.
- 31) 齋藤英二 心の病気 2012年、西東社、東京
- 32) 大庭健他編集 現代倫理学辞典、2006年、弘文社、東京
- 33) 尾藤誠司 (「うまから」2019年7月30日 研究ノート：情報化される個人の現在と未来【後編】—自己変容と不安、情報との関係 | m3.com AI ラボ  
<https://medicalai.m3.com/open/news/190730-series-bit06> 令和3年6月3日閲覧



- 34) Greifeneder R, Bless H, Tuan M. When Do People Rely on Affective and Cognitive Feelings in Judgment? A Review *Pers Soc Psychol Rev* 2011;15:107-141.
- 35) Butler G, Mathews A. Anticipatory anxiety and risk perception. *Cogn Ther Res* 1987; 11:551-565.
- 36) MacLeod A, Williams J, Bekerian D. Worry is reasonable: The role of explanations in pessimism about future personal events. *J Abnorm Psychol* 1991;100:478-486.
- 37) Eysenck M, Derakshan N. Cognitive biases for future negative events as a function of trait anxiety and social desirability. *Person Indiv Diff* 1997;22:597-605.
- 38) Reuman L, Jacoby R, Fabriccant L, et al. Uncertainty as an anxiety cue at high and low levels of threat. *Journal of Behavior therapy and experimental psychiatry* 2015; 47: 111-9.
- 39) Murray B. Clinical judgment, moral anxiety, and the limits of psychiatry. *Med Health Care and Philos* 2017 20:495-501.
- 40) 精神科医 Tommy 1秒で不安が吹き飛ぶ言葉 2020年、ダイヤモンド社、東京
- 41) Brock D, Wartman S. When competent patients make irrational choices *NEJM* 1990; 332: 1353-5.
- 42) Levy N. Forced to be free? Increasing patient autonomy by constraining it. *J Med Ethics* 2014;40:293-300.
- 43) Ozdemir S, Finkelstein E. Cognitive Bias: The Downside of Shared Decision Making *Clinical Cnacer Informatics* 2018;2:1-10.
- 44) Janvier A, Barrington K, Farlow B. Communicating with parents concerning withholding or withdrawing of life-sustaining interventions in neonatology. *Seminars in perinatology* 2014; 38; 38-46.
- 45) Stanak M. Nudging in neonatology: Practical wisdom and accountability for reasonableness. *International J of technology assessment in health care* 2019;35: 5-9.
- 46) Croskerry P. The Importance of Cognitive Errors in Diagnosis and Strategies to Minimize Them. *Academic medicine* 2003; 78; 776-780.
- 47) Li M, Chapman G. Nudge to health: harnessing decision research to promote healthy behavior. *Soc Personal Psychol Compass*. 2013;7:187-98.
- 48) Minsky M、ミンスキー博士の脳の冒険(竹林洋一訳)、2009年、共立出版、東京
- 49) Slovic P. The construction of preference. *American Psychologist*. 1995; 50(5):364-371.
- 50) Pieterse A, Finest A. Shared decision making – Much studied, much still unknown. *Patient Education and Counseling* 2019; 102:1946-1948.
- 51) 野呂幾久子 石崎雅人 小林伶. 化学療法における患者の共同意思決定についての認識および満足度との関係 東京大学情報学環紀要 情報学調査研究 2015;31:89-113.
- 52) 堀内志奈 「決められない患者たち」への提言—後悔のない医療洗濯のために—*家族看護学研究* 2015;20:143-144.
- 53) Milkman K, Chugh D, Bazerman M. “How Can Decision Making Be Improved?” *Perspectives on Psychological Science* 2009;4:379-383.
- 54) Gilovich T, Medvec V. The experience of regret: What, when, and why. *Psychological Review* 1995;102:379-95.
- 55) Covvey J, Kamal K, Gorse E, et al. Barriers and facilitators to shared decision-making in oncology: a

- systematic review of the literature. *Supportive Care in Cancer* 2019;27:1613-1637.
- 56) King T, Likis F, Wilson-Liverman A. Shared Decision Making: Misconstrued and Misused. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2018;63:257-8.
- 57) Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, et al. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ* 2017;357:j1744.
- 58) Elwyn G, Durand M, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ* 2017;359:j4891.
- 59) Benecke M, Kasper J, Heesen C, et al. Patient autonomy in dentistry: demonstrating the role for shared decision making. *BMC Med Inform Decis Mak* 2020;20:318  
<https://doi.org/10.1186/s12911-020-01317-5> 令和3年6月3日閲覧
- 60) Mendel R, Traut-Mattausch E, Frey D, et al. Do physicians' recommendations pull patients away from their preferred treatment options? *Health Expectations*; 2011: 15; 23-31.
- 61) Paton A, Armstrong N, Smith L, et al. Parents' decision-making following diagnosis of a severe congenital anomaly in pregnancy: Practical, theoretical and ethical tensions *Social Science & Medicine* 2020; 266:113362.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113362>  
 令和3年6月3日閲覧
- 62) Whelehan D, Conlon K, Ridgway P. Medicine and heuristics: cognitive biases and medical decision-making *Irish J. Medical Science* 2020;189:1477-1484.
- 63) Pines J, Andrew S. Cognitive bias in emergency physicians: A pilot study *The Journal of Emergency Medicine* 2019; 57:168-72.
- 64) Laryionavak K, Hauke D, Heubner P, et al. "Often Relatives are the Key [...]" –Family Involvement in Treatment Decision Making in Patients with Advanced Cancer Near the End of Life. *The Oncologist* 2020;25:1-7.
- 65) 國分功一郎 中動態の世界 意志と責任の考古学 2017年、医学書院、東京
- 66) 國分功一郎 熊谷晋一郎 〈責任〉の生命—中動態と当事者研究、2020年、新曜社、東京

(2021年3月16日受理/同年6月23日採択)