

論文の内容の要旨

論文題目 乳腺外科医はなぜ再発転移乳がん患者の抗がん剤治療を続けるのか
—抗がん剤治療の開始から終了までの判断プロセスに関する質的研究—

氏名 大関 令奈

序文

がん患者への治療の第一目標は根治であり、治療（手術、放射線や化学療法）が行われるが、固形がんの進行・転移・再発のように治癒が望めないと考えられる場合は、進行を遅らせて延命や症状緩和をする目的で、抗がん剤投与などの化学療法が行われる。

このうち、死に近づいた時期の化学療法は生存期間に寄与せず、患者の終末期 QOL の悪化につながると報告されており、アメリカ臨床腫瘍学会は、死に近い時期の化学療法は推奨していない。このような議論があるにも関わらず患者の死亡直前まで化学療法が継続されることはあり、その傾向は年々高くなっているとされる。

これまで、化学療法を継続する要因（医師の価値観や考え方など）の調査はいくつかある。また、治療中止の意思決定プロセスにおいては、医師は様々なコミュニケーションパターンで治療中止していることが指摘されている。

しかし、どのような医師の考え方や価値観が、どのようなコミュニケーションにつながり、それがどう治療プロセスに関連しているのかの報告はほぼない。そこで本研究は、乳腺外科医を対象とし、再発転移乳がん患者の再発診断から死に至るまでに、医師がどのように考えて抗がん剤治療を開始・終了しているのかを明らかにし、さらに質的研究法を用いて、再発転移乳がん患者の治療意思決定プロセスのモデルを構築することを目的とした。

方法

対象医師は、国内で再発転移乳がん患者の治療に携わる乳腺外科医とし、サンプリング方法は、スノーボールサンプリングと理論的サンプリングを行った。

データ収集と分析はグラウンデッド・セオリー法に準じた。データ収集期間は 2013 年 12 月から 2017 年 9 月であり、1 名平均約 86 分間の半構造化面接を行って収集した。インタビューでは、実際に再発転移乳がんの抗がん剤治療の継続や中止をどのように考え、どのように患者と話し合い、どのように決定しているのかについて質問した。

本研究は、東京大学医学系研究科・医学部研究倫理審査委員会の承認（No.10317）を得て行った。

結果

研究対象は、乳腺外科医 21 名（男性 16 名；年齢中央値 48 歳、35-56 歳）であった。

1. 患者の死の受容に対する二つの医師の考え方

乳腺外科医は、再発転移乳がん患者の診療において、二つの考え方を持つ者に大別された。一つは《患者とは死を受け入れられない存在であるという信念》（以下《受容不可信念》）であり、もう一つは、《患者とは死を受け入れることもできる存在であるという信念》（以下《受容可能信念》）である。

《受容不可信念》を持つ医師は、患者は死を受容できないと考え、〈患者と共に死と向き合うことを避けるコミュニケーション〉をしていた。また、再発への無力感や罪悪感から外科医としての治療へのこだわりを持ち、最後まで一番患者を理解する自分が患者を診たいとしていた。このような医師は〈外科医として治療で患者の生を支え続けることが医師の使命〉であると考えていた。

一方で《受容可能信念》を持つ医師は、患者は死を受容できると考え、〈患者が死に向き合うことを支えるコミュニケーション〉をし、信頼関係と自己決定のために、死を含めた病気全体の見通しを患者と共有することが必要とする。さらに〈患者の納得のいく死まで支え続けることが医師の使命〉であると考え、患者が希望する最期が過ぎせるよう治療中止していた。

2. 再発転移乳がん患者の治療プロセス

（本文 図 1 「再発転移乳がんの治療意思決定プロセスモデル」を参照のこと）

実際の再発転移乳がんの治療プロセスは 4 つのステップを経る。

Step1 は延命のための治療継続である。患者が再発転移と診断されると、ホルモン治療の適応がなければ、治療の第一選択は抗がん剤になる。医師は、初期治療（1～3 次治療）に延命のエビデンスがあるとして多くは患者に治療を勧める。この段階で、《受容不可信念》を持つ医師は、病気は治らないとは伝えるが、死を含む病気の全体像は共有せず、多くは治療の話を行き先させる。一方《受容可能信念》を持つ医師は、信頼関係と自己決定のために、死を含めた病気の全体像を患者と共有する。

Step2 は奏効可能性を試すための治療継続である。4 次治療以降でも患者の身体状況は良好であることが多く、エビデンスは不十分だが複数の治療選択肢が存在する。しかし、医師は、現在のエビデンスに対する不信や、公的保険医療適応薬への期待などの〈効く可能性がゼロではない治療への期待〉を持ち治療を継続する。この段階で《受容不可信念》を持つ医師は、予後の話に抵抗感を持ち、あまり患者と予後を共有しないが、《受容可能信念》を持つ医師は、悪い話への準備をしながら、ときに予後の見通しも患者と共有する。

5 次治療以降になると、医師は次の治療は効かないと予測するようになる。《受容不可信念》を持つ医師は、患者の納得という治療の心理的作用への期待から、**Step3A** 納得のための治療継続へ進む。医師は、治療の効果より治療の継続による患者の納得を重視し、患者の希望を叶えることで医師自身も満足できるとする。しかしこのとき医師は、治療を患者に諦

めさせる抵抗感から、必ずしも患者の治療への意向を確認しないことがある。患者の気持ちを付度し、本人の拒否がない限り治療を提示するか、治療推奨はしないが治療継続の余地を残した伝え方をする。ここで患者が予後について聞いてきても、予後を話す抵抗感からはっきりと伝えないことが多い。

一方で《受容可能信念》を持つ医師は、**Step3B** 納得のいく死のための治療中止へ進む。医師は、次の治療をすれば患者が一番大事にしていることができなくなると考え、患者に治療をやめて緩和医療を中心にするよう提案する。多くの患者は提案を受け入れ、抗がん剤治療は中止され緩和医療のみが行われるが、治療継続を強く希望する患者には、やむを得ず治療を試すこともある。しかし効果がないと判断すれば、治療の中止を提案し、ほとんどの患者はそれを受け入れる。従って《受容可能信念》を持つ医師の患者は **Step4** に進むことはまずない。ただ、《受容可能信念》を持つ医師の中には、どうしても患者が死の受容が難しいと判断する場合、**Step3A**、4へ進むこともあったが、《受容不可信念》を持つ医師は、この段階でも中止の選択肢はなく、**Step3B** に進むことはなかった。

患者の病状が、化学療法の施行が危険なほど悪化すると、《受容不可信念》を持つ医師は、患者に害しかない治療はできないと考え、**Step4** 危害回避のための治療休止へ進む。このとき、これ以上の治療はできないと患者へ伝えることもあったが、死に向き合う辛さから患者を守る思いやりにより、治療をちょっと休みましょうと提案し、治療再開の期待を持たせたまま結果として治療終了となることも多かった。

考察

終末期の化学療法の治療意思決定に関して、治療継続に影響を与える要因や治療中止パターンについての報告はあるが、その関係性について必ずしも明らかにされていない。医師の考え方の違いにより、治療のプロセスや治療中止パターンが異なることは、本研究が初めて明らかにした点である。

本研究では、考え方の違いにより、終末期についての話し合いへの態度が異なり、そのことによって、治療意思決定プロセスが影響を受けていることを示した。終末期の話し合いの実施は、患者 QOL の向上につながる可能性が指摘されており、話し合いに抵抗がある医師には、緩和ケアチームへの紹介がサポートとなる可能性があると考えられる。

そして、医師の考え方の違いは、患者の「良い死」への対応態度も変えていた。《受容不可信念》を持つ医師に比べ、《受容可能信念》を持つ医師は、患者の「良い死」という個別性に対応しているように見える医師が多かった。先行研究では、「良い死」の定義は個人によって様々であることが指摘されている。医師が患者の「良い死」を理解しているという実感は患者にとって支えになる可能性があり、**Advance Care Planning** という方法によって患者の意向や価値観の情報を得ることが、その一助となる可能性があると考えられる。

また、《受容不可信念》を持つ医師は、自らが最後まで患者を支えたいという使命感か

ら、患者と閉鎖的な関係性を築いているように見え、こうした患者と医師の密な関係性が終末期の治療継続を促進する可能性が示唆された。日本では、多職種医療者が終末期の治療意思決定に関与できる環境は少ないと推察され、リソースの充実と参加への仕組みづくりが終末期医療の最適化へ寄与する可能性があると考えられる。

本研究での《受容不可信念》を持つ医師の患者との関係性は、これまで報告されているモデルでは必ずしも説明しきれない。日本では、患者を傷つけまいとして癌などの診断告知をしないことが倫理的に正当とされてきたが、このような行為は先行研究により「マターナリズム」とも説明される。《受容不可信念》を持つ医師が患者を傷つけまいと患者の意向を推察して意思決定する行為もマターナリズムに類似しているが、このような医師が、再発転移乳がん患者の再発診断から死に至るまでこうした診療を行うことで、患者の死の受容と理解プロセスを妨害しているようにもみえる。これは母親が子供を傷つけまいとするあまり成長や自立のプロセスを妨害する「過保護」にも似る。このことから《受容不可信念》を持つ医師と患者の関係を「過保護モデル」と表現したい。

本研究では、再発転移乳がん治療に携わる乳腺外科医に二つの考えがあることを明らかにし、治療意思決定プロセスモデルを構築した。その上で《受容不可信念》を持つ医師の医師患者関係は、従来のモデルでは説明しきれないことを指摘し、新たに「過保護モデル」という概念を提唱した。本研究は、明確な指針がない中で再発転移乳がん患者の抗がん剤治療の意思決定を行う医師たちの困難さの理解に寄与し、今後のガイドライン作成や医師の教育に役立つと考えられる。