

審査の結果の要旨

氏名 大関 令奈

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、さらにグラウンデッド・セオリー法を用いて、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試みたものである。実際に乳腺外科医に再発転移乳がん患者の抗がん剤治療をどのように開始・終了しているのか、その際に行われるコミュニケーションなどについて1対1の半構造化面接を行い、面接内容の逐語録に対し、**Open coding, Axial coding**を進めたのちに、各カテゴリーを体系的に関連付ける **Selective coding**を行っている。その結果、乳腺外科医が再発転移乳がん患者への抗がん剤治療をどのように考え、治療を継続、中止するのにかつてのプロセスモデルを構築し、そのプロセスにおける乳腺外科医と患者のコミュニケーションのありようについて以下のような結果を得ている。

1. 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. 実際の再発転移乳がんの治療プロセスは4つのステップを経ている。

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、多くは治療の話の先行させる。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。患者の気持ちを忖度し、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、治療をちょっと休ませようという提案し、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。

以上、本論文は、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、さらに考察でこのような医師の医師患者関係が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、学位の授与に値するものと考えられる。