

大竹 文雄 評

決められない患者たち

J・グループマンほか著(医学書院・3360円)

検診で高コレステロールだと判明したあなたが、「スタチンを飲むことによって、これから10年の間にあなたが心臓発作を起こすリスクを30%も減らす」と

医師に言われたとする。「副作用のリスクは非常に小さいです。多くて数%の患者さんに筋肉痛

が起きます」と医師が説明した。あなたは医師に勧められたス

タチンを服用するだろうか。医師である著者たちが聞き取りを行ったスーザン・パウエルという患者は、240という高コレステロール値にもかかわらず、スタチンを服用しなかった。彼女は様々な理由で服用をしないことを選んでいたのだ。

第一に、彼女がスタチンの副

作用でひどい筋肉痛に悩んでいる知人に教会であったことだ。

物語やクチコミなどが私たちの思考に強い影響を与える「可用性バイアス」だ。

第二に、現在まで大きな病気をせず健康であって、何もしな

ければこのまま健康であるにもかかわらず、薬を飲むことで副作用が生じることを恐れているという可能性だ。これは、利益よりも損失を嫌う「損失嫌悪」と呼ばれるものだ。

第三に、彼女がインターネットで得たスタチンに関する知識

である。彼女の検査結果を米国

政府のサイトで入力すると、10年以内の心臓発作発症のリスクが計算できた。その結果は1%である。つまり、彼女の検査結果だと、100人に1人が10年

以内に心臓発作を発症する。スタチンは30%心臓発作のリスクを減らすのだから、スタチンのおかげで心臓発作が未然に防がれるのは300人で1人ということだ。

「心臓発作を30%減らす」と言われるとスタチンの利益は大

きく感じられるが、「300人が服用して恩恵を受けるのは1人だ」と言われると利益は小さく感じられる。「フレーミング」効果である。副作用の発生率についてフレーミング効果を考える必要がある。「何人のひと

を治療したところで通常副作用を被るひとが一人出るか」を示

す「有害必要数を知る」ことだ。

スーザンが医学の標準的な治療法に従わなかったのは、いくつかのバイアスに加えて、彼女自身の価値観もあったのだ。

患者が意思決定する上で難しいのはそれだけではない。治療前の段階で治療後の状態をどのように評価するかという問題がある。第一に、医師と患者で異なる場合がある。薬を一生服用し続けるという状況を患者は極度に嫌うかもしれないが医師は

そう思わないかもしれない。第二に、患者本人が、治療前の段階で想像していたことと、治療後に感じるものが異なる場合だ。

もっと深刻なのは、延命治療を望まないという意思決定をしていた人が、その意思を変えたいケースである。さらに問題が難しくなるのは、本人の状態が悪

くなり、自分で意思決定ができなくなった時である。その時、家族などの代理人は、本人の意思を正しく反映できるのか、医師はどのように判断すべきか。

本書では、こうした問題が実際の患者へのインタビューをもとに議論されており、そうした問題の難しさを実感できる。

治療法選択が難しい理由は、医学が「一つの問題には一つの正解しかない」精密科学ではなく、「不確実な科学」であるからだ。そのため、治療法にグレイゾーンが存在し、患者によって異なる意思決定がなされ得る。著者たちは、「使用可能なエビデンスを考えに入れる」だけではなく、「それを個人個人にどのようにあてはめるかを慮った医療を行う」医師を「ベストの医師」と定義している。本書は病気の人にも健康な人も、よりよい治療法の選択の一助になるはずだ。(堀内志奈訳)

医師とともに よりよい治療法を選ぶために