

なぜ「多剤処方」は続くのか

—医師-患者間に作用する認知バイアスの研究—

県立広島大学 澤田千恵

1 目的

日本の精神医療においては、長らく「多剤処方」の是非が問題になってきた。「多剤併用」を批判する論拠として、健康に与えるダメージや医学的エビデンスの乏しさなどが主張されている。それらの主張に従えば、精神科医は「無知」や「差別意識」ゆえに「多剤処方」を行っていることになる。しかし、本当にそうなのだろうか。宮岡等氏が「本当にだめと主張できる理由がもう一つない」（宮岡他、2014）と述べているように、現場の精神科医にとって「多剤処方」がダメな理由はうまく説明できないというのが本音だろう。「多剤処方」は日本独自の悪習と非難されてきたが、にもかかわらず続いてきたのは、然るべき理由があると考えられる。「多剤処方」はいわば「専門家文化」として脈々と引き継がれてきたのであり、その文化を支える認知バイアスを明らかにすることが本報告の目的である。

2 方法

データとして、患者と医師に行ったインタビューのデータ、ならびに文献資料を用いる。報告者は2012年から2016年にかけて聞き取り調査を行った。その対象は以下の通りである。精神科で薬物療法を継続的に受けていたが、断薬して治療終結し、薬物療法の問題点を認識している元患者たち。そして、薬物療法の問題点を自覚し、減断薬に積極的に取り組んでいる精神科医。これらの調査協力者たちが、「多剤処方」を必要なものとして受け入れていた時期の認知バイアスと、その考えが変容し「多剤処方」を問題視するようになってからの認知バイアスを明らかにする。その際に、医師-患者間の相互作用に着目しながら、診療過程を通じて「多剤併用」を受容・促進することに影響を及ぼす認知バイアスについて分析する。

3 結果

「多剤処方」を受容する患者要因として“医師の処方する薬は安全”であり、“医師の指示通り服薬を続けるのが患者としての役割”だとする考え方がベースにある。薬の副作用を感じた時には医師にそれを伝えているが、医師の対応から患者も“副作用は受容すべきもの”と受け入れさせられている。症状に関しては細かく報告することが推奨され、毎回の診療は患者の症状の訴えや状況報告に応じて薬物調整する場となっている。「多剤処方」に対して、患者は疑問を感じるより、薬の種類や量が多いのは“病気がそれだけ重いからだ”と考えていた。精神疾患は脳の病気であるとする【生物医学バイアス】の影響により、患者は“薬を飲まないで治らない”、“治療しないと悪化していく”と信じて、薬物療法を継続している。精神科医が薬物療法を重視し「多剤処方」を必要な治療として実践するうえで、【生物医学バイアス】、【廃人化バイアス】（精神疾患は薬物での治療を行わなければ悪化し、廃人になる）、【奇跡の薬バイアス】（向精神薬の開発が精神病患者を救った）などが影響していると考えられる。

4 考察

医師は患者の最善を知っているというパターンリスティックな医師-患者関係のもと、【生物医学バイアス】【廃人化バイアス】【奇跡の薬バイアス】等の認知バイアスにより、「多剤併用」はむしろ精神科治療に必要なものと認識されている。患者は治療を通じて精神科医が持つ認知バイアスの影響を受けており、医師と患者双方が各種バイアスを共有することで、相互行為的に「精神疾患」「精神障害者」という状態定義が構築されている。「断薬」という選択は、薬物療法を継続させてきたそれまでの認知バイアスの見直し、他のバイアスへの変化によってもたらされていた。精神科の治療を患者にとってより納得のいくものにするためには、医師は患者に、治療のメリットや治療を受けないデメリットを強調するだけでなく、治療のデメリットや治療を受けないことのメリットも説明しなければならない。それらの情報をふまえながら、治療に関する患者の意思決定を支援するようなコミュニケーションが求められている。