

'19

推 薦

## 医学部医学科小論文問題 $\boxed{1}$

### 注意事項

1. 試験開始の合図があるまでこの問題冊子を開いてはいけません。
2. この問題冊子のページ数は9ページです。問題冊子、解答用紙(3枚)、及び下書き用紙(2枚)に落丁、乱丁、印刷不鮮明などの箇所がある場合には申し出てください。
3. 解答は指定の解答用紙に記入してください。
  - (1) 文字はわかりやすく、横書きで、はっきりと記入してください。
  - (2) 解答の字数に制限のある場合は、それを守ってください。
  - (3) 解答用紙にマス目のある場合は、訂正、挿入の語句は余白に記入してください。
  - (4) ローマ字、または数字を使用するときは、マス目にとらわれなくてもかまいません。
4. 試験時間は90分です。
5. 解答用紙は持ち帰ってはいけません。
6. 問題冊子と下書き用紙は持ち帰ってください。

以下の文章を読んで設問に答えなさい。\*1～\*7 のついた語句には末尾に注釈があります。

本シリーズのテーマは「医学・医療の多様性を追求する」というものです。日本内科学会雑誌の中でこのような (A) ラディカルなテーマで連載がなされていることに驚くとともに、その趣旨に対し敬意を表します。

なぜ内科学の雑誌で多様性について連載が行われることがラディカルなことなのか。それは、ヒポクラテスの時代からつい最近に至るまで、医学は価値の多様性をできる限り排除し、科学的価値の至上性を堅守してきたことで発展してきた学問だからだと私は考える。もちろん、医学的価値以外の価値がこの社会に存在することを否定してきたわけではない。しかしながら、つい数十年前まで、医師にとっては「医学的に正しいことを行うこと」と「患者にとって最善をなすこと」はほぼ同一の意味を持っていたように私には思える。医師たちの間で、医学や医療に対してその価値の多様性が気にされるようになってきたことは、医療の変化の中でも大変重要なことである。本稿では、その (B) 変化のきっかけとなった evidence based medicine (EBM) の導入と普及がもたらした意義とともに、最近その理論化が進みつつある“価値に基づく医療 (value based practice: VBP)”の紹介、そして、価値の多様性に着目した医療コミュニケーションとしての“ともに考えるインフォームド・コンセント”について紹介したい。

## 1. EBM は現代医療に何をもたらしたか？

1990 年代後半に登場した EBM は、世界の医療にいろいろな影響を与えた。EBM がそれまでの医療に対して発したメッセージはいくつかあるが、私は EBM から主に 2 つのことを学んだ。1 つは「そのプロセスを行ううえで、特定の (C) アウトカムを意識する」ということであり、もう 1 つは、「そのプロセスが、アウトカムにもたらす影響は常に限定的である」ということである。

まず 1 つ目の「そのプロセスを行ううえで、特定のアウトカムを意識する」について少し説明する。EBM は、ステップ 1“疑問を定式化する”から、ステップ 5“自分の診療行為を振り返る”までの 5 つのステップによって構成される一連の意思決定様式といってもよいと思う。そのステップ 1 の段階で、臨床家は臨床判断によって左右され得る“アウトカム”について明確に意識させられる。例えば、収縮期血圧が 160mmHg 前後でステージ G3a\*1 の慢性腎臓病を合併する 82 歳の高齢者に対して、降圧薬を処方することで、その患者の“何”を改善させようとしているのかということについてである。アウトカムが意識されることによって、それまで「高血圧患者に対して降圧薬を処方することは当たり前のように正しい」とされていた意識から、医療が支援できる患者への利益は一体何なのかということに目線が変わっていった。

2 つ目の「そのプロセスが、アウトカムにもたらす影響は常に限定的である」ということは、EBM が医療に発信したメッセージの中でもとりわけ重要なものだと考える。病態生理学的な根拠をもとに

我々医療者が患者に対する医療行為の是非を考えると、多くはその医療が病態論的に合致したもののかということをお我々は検討する。そして、病態論的に強い整合性がある場合、その医療介入は「正しい医療」と認識される。一方、疫学的根拠は、その医療の「正しさ」ではなく、「有益さ」を提示するものである。そして、その有益さは常に定量的な尺度を伴っている。例えば、前述の患者に対して降圧薬を処方するとともに、患者に対して塩分制限とたんぱく質摂取制限を厳しく指導することは、病態論的には「正しい」行いであるが、その一方で、同様の治療介入を行うことが、医学的にどの程度患者に対して「有益か」について考えると、「この患者にとっての最善の選択は何か」という答えを探すことはそれほど簡単なものではなくなってくる。

「正しさ」ではなく、「有益さ」を提示するという医療の変化は、「医学・医療の多様性」に大変大きな意味をもたらした。まず、有益さとはどのようなアウトカムを想定したうえでの有益さを意味しているか。余命なのか。透析導入までの時間なのか。もしくは脳卒中の発作を起こす可能性なのか。このようなことについて、医療はまず検討する必要がある。さらには、その医療介入が対象とするアウトカムをどの程度変化させることをもって「有益である」とするのか。将来 10 年間の脳卒中を起こす可能性を 5%から 2%に下げること(すなわち、相対リスク<sup>\*2</sup>は 0.4、(D) NNT (number needed to treat)<sup>\*3</sup>は 33 になる)は、この患者さんにとってどれほど有益なことか。恐らく、その基準を一律に決めておくこと、例えば、このシナリオでいうのであれば、「相対リスク<0.5 をもって有益だとする」とか「NNT<20 をもって有益だとする」というような基準を一律に決めることは、あまり意味のある行為のように思えない。なぜなら、それをどれだけ有益なことだと感じるかは患者自身の中にあるからである。

EBM が現代の医療にもたらした最も大きなインパクトは、医療情報を「正しさ」から「有益さ/有害さ」に変換したこと、そして、その有益さをデジタルな「有益/無益」というものから、アナログな情報に変換したことだと私は考えている。すなわち、今まで私たち医療者側からみて「間違いなく正しい」と認識されていた医療行為に対し、私たちは価値の多様性についての検討を行わざるを得なくなったのである。

## 2. 合意形成を行う上での多様性の理解

何らかの選択について 2 人以上の人間が話し合ったうえで合意を形成しようとする場合、私たちは人が持つ様々な多様性について理解する必要がある。その多様性に対してお互いが理解し合わなくても、モノの売り買いはできる。お金という、相互から見た共通の価値基準を用意することで、人と人との間に価値の合意を形成するというのが、モノの売買の原則である。だからこそ通信販売は成立する。しかしながら、医療においては、通常の消費者モデルがあまりフィットしない。なぜなら、患者に関わる全ての関係者は皆「患者にとっての最善の選択はなにか」ということに関わろうとしているからである。これは非常に素晴らしいことではあるが、一方で人と人が多様な存在であるということを相互に認識していないと、コミュニケーションがうまくいかない。例えば、「私はあなたのためを思って自分の犠牲を払ってまであなたに尽くしているのに、なぜあなたはそれを受け入れよ

うとしないのだ」というような認識の乖離が起こり得る。ここでは、この多様性を 1) 目的、2) 認識、3) 価値に分類したうえで簡単に解説する。

### 1) 目的の多様性

患者にとっての最善の医療を提供するうえで、その医療がどのような目的を達成しようとしているのかについて、患者側と医療者側で一致していないことは少なくない。これは、医療というサービスが内在している多数の目的にも起因している。例えば、医療には「患者の苦痛を緩和する」という目的と、「破綻している患者の健康状態を改善させる」という目的、さらには「将来的に訪れ得る不幸な健康イベントの発生を予防する」という目的など、様々な目的がある。そして、異なった目的によって、行うべき医療の内容はしばしば異なったり、時には相反したりすることもある。まず、目の前の患者が医療の介入を受けることでどのような目的を達成しようとしているのかということについて、患者自身を含めた医療チームは理解し合うことから開始する必要がある。

### 2) 状況認識の多様性

状況の認識は共有することが最も難しいかもしれない。なぜなら、お互いは自分に見えているものが世界の全てであり、相手が見ているものと自分に見えているものがまるで異なっているということに気付くということ自体が困難だからである。インフォームド・コンセントのプロセスにおいて、医療者が患者に対して提供する情報の多くはこの「状況」についてである。それはどのような病気か、放っておくとどうなるのか、どのような医療行為を想定しているのか、どのような選択肢があるのか、その選択によって何が待ち受けているのかといった一連の情報は、高度な専門的知識に裏付けられた状況認識である。例えば、血圧が高い人は、高血圧の薬を「高血圧という病気を取り払ってくれる薬」だと認識する(すなわち、1ヶ月程度薬を飲み続ければ、高血圧は自分の中から逃げ出していくと認識する)ことはしばしばある。これは、「患者の無理解」ではなく、認識の多様性から来るものだと私は考える。

### 3) 価値の多様性

同じ目的を共有し、1 つの事実について同じ認識を共有できたとしても、それだけでは必ずしも合意が形成できるわけではない。なぜなら、人は 1 つの事実に対して異なる価値付けをするからである。命が延長されることに対する価値、他者から干渉を受けず自由であることの価値、苦痛を最小限にすることに対する価値、これらは、医療に対する意思決定を行ううえで大切な価値であるが、多くの場合、患者と医療者の間のみならず、医療者の間でも異なっている。ある特定の医療判断を行ううえで、医療は価値の不均一性について認識していたし、これまでもそれらを意識したうえでの判断を行ってきた。とはいっても、今まで医療者が検討に挙げていた価値は、「医学的に正しいこと」と「患者が望むこと」を、お互いに相反し合い、どちらの価値を優先するのかという図式の中での議論であった。しかし今後、患者にとっての最善を患者に関わる医療チームがともに考えていくうえで、「どちらを取るのか」という図式から、より (B) 個人がそれぞれ持つ価値をお互いが理解したうえで対話が行われることが望ましいと思われる。

### 3. “価値に基づく医療”とは

以上のような背景から、最近注目を浴びているものに「価値に基づく医療 (VBP)」がある。VBP は、EBM の発展形のようなものでもあるが、同時に臨床倫理の視点やナラティブ<sup>44</sup>の視点も踏まえた包括的な考え方であり、主に医療に対する意思決定を支援するうえでの考え方や手順をまとめたものである。VBP では、患者やその家族と、患者に関わる医療者が持つ価値に力点を置いたうえで、その価値の多様性を尊重し合いながら、いかに患者にとって最善となる意思決定について関係者同士が対話を行っていくのかということについての仕組みや手順が紹介されている。例えば、ニキビによる見た目の変化など、医療者にとっては取るに足らないと考えられた事案が、患者自身にとっては一大事であるようなことは、私たちの日常の臨床でしばしば起きることである。その認識のずれに対して、気づき、修正していく能力を医療者は持つ必要がある。さらには、VBP においては、患者と医療者の間にある価値の多様性だけでなく、医療者間で起こり得る価値の多様性についても目を向けている。例えば、看護師と医師と MSW (medical social worker)<sup>45</sup>と病院経営に従事する事務職の間では、何を重要とするのかについての考え方がしばしば大きく異なる。そして、各職種が重要だと捉えているものは、実際患者ケアを行ううえで重要なことであり、どれかの視点を優先するものではないということをこのコンセプトは主張している。

VBP のコンセプトを象徴的に表す重要な言葉に <sup>(F)</sup>「デイスセンス (dissensus)」と言う造語がある。すなわち、最善の意思決定を行ううえでの合意形成に向けた対話を進めるうえで、全員のコンセンサスを得るよりは、むしろお互いが大切にしている価値観やその価値観に基づく意見を尊重し、「解り合えないことについて分かり合う」という視点を持つということである。ただ、これは「何でもあり」というニヒリズムとは異なるものである。なぜなら、ここには患者の意思決定があり、実際にその意思決定に対し、関係者は積極的に関与する意志を持っているからである。ただ、その中で価値観の違いによって納得できないことや十分に同意できないことはあるということ、そして、そこに全員の同意や納得を強制していくよりも、わかり合えない部分をお互いが理解し尊重したうえで合意形成を図っていくことの大切さをこの言葉は表現しているのだと私は理解している。

### 4. “価値に基づく医療”実践のための考え方

VBP を実践するうえで、このコンセプトの提唱者である英国 Warwick 大学のグループは、いくつかの重要で興味深い原則や意思決定のスタイルを提示している。以下にその一部を紹介したいと思う。

#### 1) 二本の足の原則

患者にとって最善となる意思決定を行ううえで、医療チームは根拠とともにその選択を検討する必要がある。そのうえで、2本の足、すなわち、1本は医学的根拠であり、もう1本は患者自身の選好も含めた、患者を取り巻く様々な事情を根拠とするべきであるという原則である。言い換えるなら

ば、2本の足の1本は「客観的事実」(しかし、実はこれも価値的判断が含まれるのではあるが、ほとんどの「客観的事実」というのは、大勢の人たち、もしくは強者によって共有された「認識」なのだというのが筆者の意見である)であり、もう1つは「価値」であり、その2本の足が土台となって初めて患者にとっての最善の医療は実現されるという考え方である。「科学について考え、同時に価値について考える」ということを、全てのヘルスケアに関連する意思決定において医療チームが意識することを例えたものである(図1)。

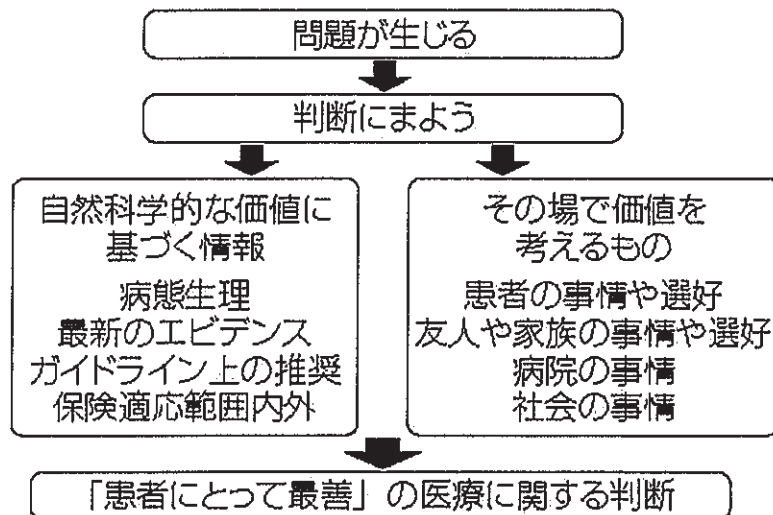


図1. 実際の臨床 (二本の足モデル)

## 2) 軋む車輪の原則

異なる人間が同じ目的に向かって進んでいくとき、少なからずそこには (6) 軋轢が生じるもの ということを経験しながら対話を進めていくことを、「軋む車輪」という比喻を用いて紹介している。全ての人々が納得し、同じ考え方の中で、同じ方向を向いて進んでいるということは、恐らく現実的ではないし、それは誰かしらの価値を否定したり支配したりしている可能性がある。軋む車輪のどこが最も軋んでいるのかについて冷静に分析を行い、その部分に油を差しながら、可能な限りスムーズに進めていくために、対話を続けることが医療における重要な技術であることについて紹介している。

## 3) 多職種による共同作業

1人の患者をケアする上での専門医療チームには、看護師、医師、医事職員、薬剤師、リハビリテーションスタッフなど、さらにはNST (nutrition support team)<sup>\*6</sup> や ICT (infection control team)<sup>\*7</sup> などの職種横断チームなど、様々な人間が関与する。そして、それらのプロフェッショナルは、それぞれその道のプロフェッショナルとしての価値観を持ち、その価値観に基づいて現在の患者ケアに関する価値を考える。これら多職種が、多様な価値を提示し合いながら、1人の患者の1つの

意思決定について相談を行うことで、独善的な価値に支配されない民主的な考え方とプロセスを生むことができる。図 2 にそのイメージを表現した。それぞれの職種に、今何が見えているのか、それについてどう考えているのかについて、1 つの円卓にカードを出し合っていたりするようなイメージである。

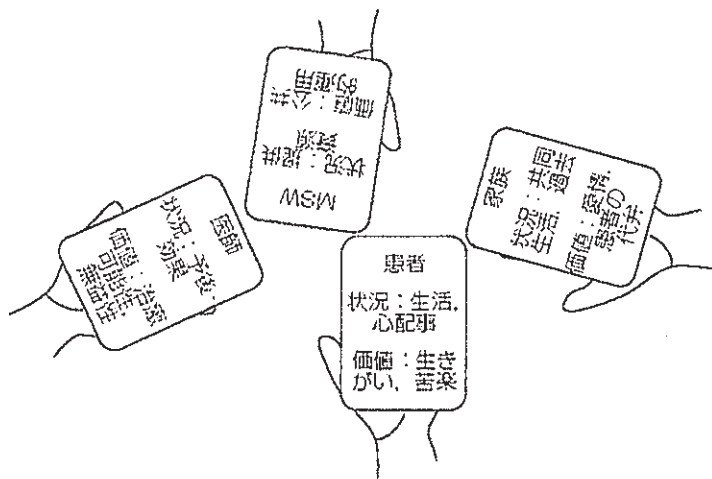


図 2. 各関係者が持つ情報（状況と価値）のカード

## 5. 意思決定プロセスとしてのインフォームド・コンセントを再考する

最後に、医療サービスへの多様性の導入と VBP を踏まえたいうえで、もう一度、患者ケアに関する意思決定プロセスであるインフォームド・コンセントについて再考してみたいと思う。患者が行うインフォームド・コンセントのプロセスの中で、医療者は常に情報の提供者であり、患者はその情報を受け取り、解釈する者として現実的には位置付けられることが多い。医療者から一方的に発信される医学的な情報を受けて、患者は医療者側からの提案を承諾、選択、拒否する。もしくは「お任せします」と言う行為しか行うことが許されないような状況にあるのではないかと。もし、これをもって、患者の権利の擁護、もしくは患者中心の医療の推進と謳うならば、私は (H) 強い違和感を覚える。

VBP においては、意思決定に関与する関係者が、自らの価値について語り、お互いがそれについて理解し合うというプロセスを重要視する。もし、そのプロセスが患者にとっての最善の医療を支援するプロセスなのだとなれば、医療者が行うべきことは「説明すること」ではなく、むしろ「聴くこと」、言い換えるのであれば「患者に理解してもらおうとする」ことではなく、「患者を理解しようとする」ことなのではないかと私は考えている。そのような考え方から、私は数年前より有志で「(I) “ともに考える”インフォームド・コンセント」というプロジェクトに関与し、この推進を行っている。本プロジェクトでは、医療者から患者に情報を伝えると同じくらい、患者が自らの状況や考え方、不安、そし

て感情について医療者に伝えることで、患者側が医療情報について理解するとともに、医療者側が患者の持つ価値について理解することに重点を置いた対話のプロセスを行うための仕組みを作った。価値に気付くこと、そして、円卓に置かれた多数の状況や価値を並列に眺めることがパターンリズム、もしくは医学的価値観によって支配されがちな現代医療への1つのアプローチなのだと考えている。

これからの新しい社会を構成していくうえで、多様性への気付きと尊重は大変重要なテーマである。医療は、今後社会の構造や人の生き方、人と人との関係性のあり方が変革していくうえで、複雑に絡まる価値を単純化せず複雑なまま扱い、その中で共通の目標と選択をともに見出していくための先陣を切っていくことができるのではないかと期待している。

[出典]尾藤誠司「医療の多様性と“価値に基づく医療”」

(日本内科学会雑誌 103:2829-2834、2014)

#### 注釈

- \*1 慢性腎臓病の重症度分類における軽度～中等度の段階。
- \*2 疾患を罹患する危険度の増減を比として示した数値。
- \*3 「治療必要数」のこと。ある治療の効果が1人の患者への効果として認められるためには、何人に治療を行う必要があるかを示す。
- \*4 「物語と対話に基づく医療」などと訳される。医療において、患者が語る経験や人生における意味づけに注目すること。
- \*5 医療ソーシャルワーカーのこと。病院などで、患者が家庭や社会で自立生活を送ることができるよう、社会福祉の立場から支援する専門職。
- \*6 病院などにおける栄養サポートチームのこと。栄養管理が必要な患者に最良の栄養支援を行うための多職種スタッフからなるチーム。
- \*7 病院などにおける感染対策チームのこと。病院で起こる感染症から患者や職員の安全を守るための多職種スタッフからなるチーム。



問 1 日本内科学雑誌における「医学・医療の多様性を追求する」というテーマの連載を著者が下線部 (A) と評価している理由を 80 字以内で説明しなさい。

問 2 下線部 (B) に関連して、以下の問いに答えなさい。

(1)EBM とはどのようなものかを 80 字以内で説明しなさい。

(2)EBM が「変化のきっかけとなった」理由を、80 字以内で説明しなさい。

問 3 下線部 (C) の語が指している内容を文脈に即して 40 字以内で説明しなさい。

問 4 下線部 (D) について、33 と計算できる理由を計算過程を示しつつ説明しなさい。

問 5 下線部 (E) に関連して、「個人がそれぞれ持つ価値をお互いに理解」するだけでなく「対話」が望ましいとされている理由を、80 字以内で説明しなさい。

問 6 下線部 (F) の対語として想定されている英単語を記し、その対語の考え方を 60 字以内で説明しなさい。

問 7 下線部 (G) に関連して、「軋轢が生じるものだということを前提としながら対話を進める」ことの比喻に「軋む車輪」を用いた意図はどのように推測できるかを、100 字以内で説明しなさい。

問 8 下線部 (H) の理由を、80 字以内で説明しなさい。

問 9 下線部 (I) の表現に込められた主張を 60 字以内で説明しなさい。

問 10 医療における下線部 (J) とは何かを 60 字以内で説明しなさい。

問 11 本文に例示されたもの以外で、あなたが考える VBP の例を挙げなさい。

(以下、余白)