

'26

編入学

小論文 1

(医学部医学科)

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. 問題冊子は1冊（7頁）、解答用紙は3枚、下書用紙は3枚です。落丁、乱丁、印刷不鮮明の箇所等がある場合には申し出てください。
3. 氏名と受験番号は解答用紙の所定の欄に記入してください。
4. 解答は指定の解答欄に記入してください。
 - (1) 文字はわかりやすく、横書きで、はっきり記入してください。
 - (2) 解答の字数に制限がある場合には、それを守ってください。句読点や括弧も1文字として数えます。段落を変える際に解答用紙にできる空欄は文字数に含みません。この場合、字数制限を守れば解答欄の枠をはみ出ることを可とします。
 - (3) 英数字を使用する場合は、2文字で1字とカウントしてください。ただし、「abc」や「1,000」など奇数個の文字が並ぶ場合には、最後の1文字を1字とカウントしてください。
5. 解答用紙は持ち帰ってはいけません。
6. 問題冊子と下書用紙は持ち帰ってください。

(空白ページ)

(空白ページ)

以下の文章を読んで、問1～問4に日本語で答えなさい。

いわゆる「発達障害ビジネス」について

はじめに

発達障害の児の保護者は、その子の将来を考え、必死になって「改善，治癒させるための治療法」にすがりつこうとする。その気持ちは強いものであるが、一方で、「何か、一つボタンを掛け直せば、あっという間に改善する」ことを期待していることも多い。

この状況に付け入るのが、いわゆる「発達障害ビジネス」である。それらには、医学的根拠の全くない、思い込みに近いものもあり、児と保護者に害を及ぼすばかりである。また、いわゆるアトピービジネスや、反ワクチン思想とも共通する点が多い。自己のビジネス利益のために患者家族を誘導しようとする悪質な者から、自分の思い込みに基づいてアドバイスをしている者まで幅は広い。また、発達障害の児とその保護者を取り巻く環境は複雑であり、さまざまな人間がインフォーマント（情報提供者）になりうる。たとえば、親族、児を預かる園の保育士や学校の教員などが、誤誘導しているケースも往々にして存在する。

本稿では、発達障害ビジネスサービスの提供者に焦点を当て、臨床医として相談を受けた際に、いかに適切にアドバイスできるかという点に力点をおくこととする。

情報源1:医療従事者

発達障害に関する情報を提供している医療従事者は多いが、そのなかでも医師資格をもつ者、医師資格をもたない医療従事者（国家資格としての一定の職種に従事している）、そして、国家資格をもたない者に分類される。

自閉症児に対する水銀キレート療法の事例

医師が提供する誤情報のうち代表的なものは、発達障害、とくに自閉症が水銀の影響によるものであるとする議論である。また、この説を流布する医師は、水銀キレート療法なる治療を保険外診療として提供している。この行為を提供する医師たちには、一定の論拠があるが、最終的な効果評価の部分で質の低さを露呈している。

一定の論拠とは、水俣病の原因として無機水銀中毒が特定されたことなどにに基づき、ワクチン含有物として有名な有機水銀含有物チメロサルが自閉症の原因である、という仮説がElsevier社が発行するMedical Hypothesis誌に2001年に掲載されたことである。しかし、この仮説は、2003年にPediatrics誌において、両者の関連は理論的根拠に乏しいとして否定されている。しかし、この初期の言説はなおも定着し、2004年3月には、TBSの報道特集において、「自閉症の原因は水銀？」という番組が放送され、このなかで水銀キレート療法という治療法が紹介され、効果があったという内容の報道がなされた。このインパクトは強く、今も水銀キレート療法を自閉症治療として保険外診療として提供する医療施設が

後を絶たない。しかし、この水銀キレート療法の効果に関しては、2004 年 6 月の段階で日本小児神経学会、日本小児精神神経学会、日本小児心身医学会が 3 学会合同で「自閉症における水銀・チメロサールの関与に関する声明」を公表している。この声明では、①自閉症の原因が水銀中毒であるということを積極的に肯定する根拠は乏しい、②自閉症とチメロサール含有ワクチンとの間に明確な関連性は見いだされていない、③自閉症に対する水銀キレート療法の有効性を支持できる根拠は乏しい、と明言されている。

自験例では、受け取った自閉症児の毛髪を米国まで送付し、毛髪中の水銀濃度を測定した結果とともにキレート剤が送付されてくるという様式のビジネスが行われ、検査 1 回あたり数万円のやり取りがあったと聞いている。これらの医師には、エビデンスのない医療行為に患者家族を誘導しようとする悪質な者と、疫学的な訓練経験がなく、情報の真偽を批判的に判断することができない者とに分かれるようである。いずれにしても、治療効果を正当に評価するのであれば、無作為化比較試験が行われるべきであるが、無作為化比較試験の成果を示す論文は存在しない。また、無作為化比較試験研究を登録する米国のサイトにて検索をすると、“Mercury Chelation to Treat Autism (自閉症治療のための水銀キレーション)” というタイトルがいったんは登録されているが、取り下げになっているようである。

情報源 2: 医師以外の医療従事者

誤情報発信源を調べてみると、鍼灸師、看護師、臨床検査技師といった資格を名乗る者による情報発信が目立つようである。いわゆる「トンデモ理論」の発信者としては非常に多いものである。しかし、本名で発信している者は少なく、本当にこれらの医療資格取得者であるかどうかは確認しようがない。しかし、彼らは共通の独特の健康感を提示している。病気の原因はすべて環境汚染であり、発達障害は経皮毒（シャンプー、入浴剤などに含有される有害化学物質が皮膚を通じて吸収され、子宮に蓄積され胎児のときから経皮毒が蓄積する）が原因であると主張する。また、予防接種などの確立された予防介入法に否定的であること、必ずといってよいほどアレルギー性疾患（とくにアトピー性皮膚炎）に対する治療法について述べていることなどの特徴がある。さらに、自身の臨床経験らしきものに関連させて、情報を伝えようとすることもある。経皮毒という「トンデモ理論」などを発信するために、「私は出産に同席した際に、羊水からシャンプーの匂いを感じました。そういったお子さんたちは、後になって発達の障害を抱えることが多いのです」といったまことしやかな「経験談」を伝えているのである。

情報源 3: 非医療資格者

この分野では、ヒーリング教室などを主催して少数の支持者を得ている者から、〇〇式療法認定セラピストなどと名乗る一群が存在する。また、整体師、カイロプラクターなど民間の団体が独自の基準で知識や技術を資格認定している職種の者も関与している。共通しているのは、独自の健康感を主張するが、医学的な基礎教育を受けている者ではないということ

である。科学的に判断する能力も、当然もたない。しかし、自分で立ち上げた「理論」に、一部の人間が賛同を示すことで自らの「正しさ」に自信を深めていくという過程を経てきているため、その考えに固執している場合には否定のしようがない。そもそもの医学的な常識に基づいて判断するわれわれ医療者と、全く異なる「思い込み」に立脚している者との間での議論は成立しようがないからである。彼らに共通しているのは、対人能力が高く、患者家族をうまく取り込んでしまうことである。前述したように、さまざまな人間がインフォーマントになりうる。これらのケースでは、善意に基づいて、本当に効果を信じて誘導していることがあるため、頭ごなしに否定するのは難しい。患者-医師関係を壊してしまう可能性があるからである。

発達障害ビジネスの特徴

上記のような人材が誘導する治療ビジネスには以下の特徴がある。ここで注意すべきは、この治療誘導は明らかな医療行為であり、医師法 17 条に規定される「医業」に該当するという点である。

1. ホームページ (HP)、ブログなどの特徴

悪質なビジネスに関連して目立つ特徴は以下である。①まずは、発達障害の特徴について概説している。発達障害で困っている保護者への共感を示すことも多い。この際に、病因論についても概説しているが、この部分が正確ではないことが多い、②とくに医師がかかわっている場合に、独自の検査法について述べていることが多い、③次に治療誘導する。この治療にはエビデンスがないものが大半であり、デトックスなどと称してサプリメントなどを紹介していることも多い。また、一部の悪質な HP では、施設に訪問して特殊な機器による治療を紹介することもある。これらの治療に関するエビデンスが掲載されていることはなく、また、無作為化比較試験が行われていることももちろんない。つまり、治療効果は立証されていない。④最後に治療経験者の経験談が掲載される。必ずといってよいほど、児の状態が改善した、といった報告が掲載されている。

2. 好転反応への言及

エビデンスのない治療に手を出しても、児の状態がよくなることはまずない。また、デトックスなどと称してある種の食材を摂取すれば、下痢がひどくなることもある。つまり、サプリメントの摂取により状態が悪くなる可能性があるのである。ところが、こういった場合に必ず用いられるのが、「これは体内から毒素が排出されているための一時的な反応であり、好転反応というのです」といった説明がなされる。しかし、医学的に「好転反応」なる状態は存在しない。いわば、サプリメントを販売した業者が、消費者からのクレームをかわすための方便なのである。この好転反応について HP などと言及されていれば、間違いなく悪質な業者である。

(小児内科 Vol. 54, No. 7 (2022) より一部改変)

- 問 1 著者は、治療効果を正当に評価するエビデンスを得るにはどのような試験を行うべきであると考えているか。50 字以内で記述しなさい。
- 問 2 あなたが医師であるとして、医学教育を受けていない一般の方から「悪質な医療ビジネスに騙されないためにはどうしたらよいのか？」と質問された場合、どのようにアドバイスをするべきか。あなたの考えを 300 字以内で述べなさい。
- 問 3 真偽が明らかでない医学的情報がインターネットを通じて広まる時代において、情報発信者の責任が議論されている。以下の 2 つの立場からいずれかを選び、選んだ番号を解答欄に記入し、あなたの考えを 300 字以内で述べなさい。
- ① 誤った情報を広めた人が医療資格を持っていない場合でも、発信内容には責任を持つべきである。
 - ② 情報を信じるかどうかは受け手次第であり、発信者に過度な責任を求めるべきではない。発信者の表現の自由は守られるべきである。
- 問 4 医学的教育を受けていない一般の方が、特定の治療法の信ぴょう性を調べる際に、生成 AI を利用するケースが増えてきている。このような一般の方の AI 利用の利点と欠点について、あなたの考えを 300 字以内で述べよ。

(以下 余白)

'26

編入学

小論文 2

(医学部医学科)

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. 問題冊子は1冊(7頁)、解答用紙は3枚、下書用紙は3枚です。落丁、乱丁、印刷不鮮明の箇所等がある場合には申し出てください。
3. 氏名と受験番号は解答用紙の所定の欄に記入してください。
4. 解答は指定の解答欄に記入してください。
 - (1) 文字はわかりやすく、横書きで、はっきり記入してください。
 - (2) 解答の字数に制限がある場合には、それを守ってください。句読点や括弧も1文字として数えます。段落を変える際に解答用紙にできる空欄は文字数に含みません。この場合、字数制限を守れば解答欄の枠をはみ出ることを可とします。
 - (3) 英数字を使用する場合は、2文字で1字とカウントしてください。ただし、「abc」や「1,000」など奇数個の文字が並ぶ場合には、最後の1文字を1字とカウントしてください。
5. 解答用紙は持ち帰ってはいけません。
6. 問題冊子と下書用紙は持ち帰ってください。

(空白ページ)

(空白ページ)

下の文章を読んで後の設問に答えなさい

The exceedingly complex considerations when making decisions about cancer treatment are a challenge not only for patients to comprehend, but also for physicians to present and explain to their patients in the limited amount of time they usually have during a consultation. There is often too much potentially important information to take into account. In recent decades, patients' autonomy¹ and participation in medical decision-making processes has been encouraged and become a widely accepted goal. But in order for them to participate they require sufficient information.

Previous research shows a generally high demand in patients for information concerning their disease and treatment. A systematic review encompassing studies between 2000 and 2012 suggests a higher demand from younger patients, female patients, patients who have not been diagnosed for very long, and those who are in rather bad health or exhibit more anxious and depressive symptoms. Demand is less in patients who show higher satisfaction with their physician, trust the nurses, receive more care, and who experience more empathy from their physicians.

Beside general information needs, Butow *et al.* found already in 2004, an overall preference for shared decision-making (SDM)² in patients. However, implementation³ of SDM in clinical practice has hardly improved over time, despite evidence to its benefits. Patients tend to be more satisfied with decisions about their treatment when they feel they have been involved in the process, regardless of whether they explicitly⁴ preferred SDM before the actual consultation or not. There are, however, differences in patients' decision-making preferences, which may have to be taken into account when trying to successfully implement SDM: The younger patients are, the more they want to be involved. Gender (female) and education level (higher) has also been associated with preferring SDM. On the part of physicians, empathy⁵ during a consultation appears to be positively correlated to SDM and negatively correlated to patients'

¹ patients' autonomy 患者の自律性 患者が自分の医療行為について自らの意思で決定する権利

² SDM : Shared Decision Making 共同意思決定

³ implementation 実装

⁴ explicitly はっきりと 明確に

⁵ empathy 共感

regret after a decision has been made. Patients preferring share decision-making (as opposed to decisions made solely by the physician or themselves) have been found to have high but not excessive levels of trust in their physician.

When selecting and presenting patient information, there are ethical issues to consider but also central methodical aspects to enable patients to actively participate in decision-making while avoiding potential harm. An increasingly popular approach to help patients take an active part in the decision-making process is the use of patient decision aids (PDAs)⁶. They cater to patients' information needs, explain the decision that has to be made, and endorse⁷ the patients' active role in it. A recent study found that cancer patients primarily require information on treatment experience, post-treatment quality of life, and the impact of side effects, while clinicians are more focused on clinical outcome⁸ in their consultations. Another potential problem is the evidence of decisive⁹ differences between what patients and physicians perceive as actual decisions during a consultation. Both these findings emphasize the previously proclaimed¹⁰ necessity for patients and clinicians to actively communicate and discuss important issues, to truly share in the decision-making process. Patient decision aids attempt to close these gaps by providing all potentially relevant information in a patient-centered way to facilitate communication for both sides.

Research findings on the benefits of PDAs are heterogeneous: They generally enhance knowledge and the feeling of being well informed, but may or may not have an influence on decision conflicts and patient satisfaction, anxiety or depression. Specific attributes of decision aid content and format have not been found to mediate their effectiveness, as long as they meet sufficient standards as described by the International Standard for Patient Decision Aids (IPDAS). Handing out patient information material shortly before medical consultation does

⁶ patient decision aids (PDAs) : 難しい決定の時、よりよい意思決定を助けてくれるツールを、patient decision aids=意思決定ガイドと呼ぶ。意思決定ガイドは、治療や検査などの意思決定において、患者の積極的な参加をサポートするために用いるパンフレット、ビデオ、またはインターネット上のツールのことを指す。

⁷ endorse 裏付ける、公式に承認する

⁸ clinical outcome 臨床研究や医療において、治療や介入の結果として得られる、患者の状態の変化や結果。具体的には、症状の改善、機能の回復、生存期間の延長など

⁹ decisive 決定的な

¹⁰ proclaimed 以前から指摘されていた

not necessarily encourage SDM during consultation. Evidence suggests it is important that the physician is the one giving the information and actively involving the patient in the decision-making process to enhance trust and avoid mistrust.

To summarize, Shared decision-making enhances patients' satisfaction with a decision and is a relevant factor for compliance with and adherence¹¹ to cancer treatment. To support this kind of decision-making process, patients need an amount of information which remains manageable and is not overwhelming but at the same time addresses what is important to them. They also need a good working relationship with their physician based on trust. This may be enhanced by empathy as well as the physician being the one giving the patients access to the information they require. Physicians need easy-to-access guidelines on how to best involve the individual patient in the decision-making process. The question remains how those heterogeneous¹² findings on PDAs may be explained and how they can be more successfully implemented.

Josfeld L., Keinki C., Pammer C., et al. Cancer patients' perspective on shared decision-making and decision aids in oncology. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology* 147, 1725-1732 (2021)より

- 問1. 現在の医療において Shared Decision Making が重要とされる理由と、そのメリットについて、本文の記載に基づいて、日本語 400 字以内で説明しなさい。
- 問2. Shared Decision Making (SDM) を実行するにあたって、考慮すべき問題点と、その解決手段を、本文の記載に基づいて、日本語 400 字以内で説明しなさい。

¹¹ adherence 遵守。患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って自ら行動すること

¹² heterogeneous 異なる種類や性質のものが混ざり合っている状態を表す

問3. Shared Decision Making (SDM) の実施を具体的な事例で考えてみる。
BRCA1/2 遺伝子の変異は、いろいろながんの発症リスクを高めることが知られている。この変異を持つ人の場合、乳がんは 60~70% (10%)、卵巣がんは 40~60% (1%) の確率で発症するとの報告もある（かつこ内は変異がない人の発症確率）。

さて、医師となったあなたのもとに BRCA 遺伝子変異を持つ 40 歳の女性が紹介状を持って訪れ、今後の検査と治療の方針について意見を求められた。女性の職業は俳優である。今のところ本人にがんの所見はないものの、家系に乳がんで亡くなった人が多く、とても心配をしている。子供はなく、今後持つ意向もない。日頃から SDM を実践しているあなたは、この人にどのようにアドバイスをしていくだろうか。倫理的配慮や心理的サポートも含めて、400 字以内でまとめなさい。

(以下 余白)

