

二〇二五年度 医学部医学科一般選抜試験(二日目)

「論文」問題用紙

注意事項 1 解答用紙に受験番号と氏名の記入を忘れないこと。

2 問題用紙、下書用紙は解答用紙とともに机上において退出すること。持ち帰ってはいけない。

次の文章を読んで、問いに答えなさい。

ここでは難病療養者(患者および介護者)との臨床場面を念頭に置く。脳神経内科医として、いずれのキャリアを選択したとしても臨床にかかわるなら遭遇する場面である。

本邦の「難病」は政策的に規定された疾患の総称である。希少性が前提に置かれ、診断に難渋し、多くは有効な治療法がない。厚生労働省の指定難病の1/4(84/338)は神経・筋疾患である。この「難病」に加えて、脳血管障害、認知症など頻度の高い疾患にも治療困難となる経過がある。加齢により諸機能が喪失し死に至るプロセスにも個人差は大きい。いくつかの脳神経内科学講座では老年病学や老年学の領域名が併記されている。脳神経内科医として臨床に携われば、難病や治療困難な状況に陥った療養者との対話は避けられない。本稿では、難病の定義を指定難病に限らず少し緩やかに「慢性の経過で、経済的な問題や介護等に人手を要するため家族等の負担が重く、精神的にも療養者の負担が大きい」疾病と捉えてみたい。

私は1981年に大学を卒業し、研修の2年間を含め11年間で市中病院での臨床に従事した。いつも、難病等の診断や進行していく見通しを伝える場面では辛かった。療養者にとって聞きたくない診断や予後の見通しを伝えるのは医師である。研修した病院では療養者とともに悩みながらもなんとか対話する上級医の背中を見た。別の病院に異動すると、診断名として筋萎縮性側索硬化症(ALS)を認めず頸椎症として説明しようとする医師や、ALSの診断を本人には伝えてはいけないという上級医もいた。

出身校に神経内科の診療科が設置され、1992年に大学病院へ異動した。病棟医長を担当し多くの難病療養者に接したが、悪い知らせ(bad news)を伝える場面では悩ましく冷や汗をかいていた。この苦手意識は自分だけではないことがわかってきた。

Aounらは2014年、豪州の神経内科医を対象に無記名での調査を行った。神経内科医73名の70%はALS患者への病名告知と説明は非常に困難と回答し、65%は高いストレスと不安を感じていた。同じ時期(2014-2015年)Aounらは豪州のALS療養者に対して診断名を伝えられたときの状況を調査した。回答者248名の36%が満足できなかったと回答した。療養者は、共感的対応、情報共有と具体的ゴール設定、療養者側の希望を聞く、次の受診の計画など、長時間かけて対応することを期待していた。

Aounらの研究を受けて、英国のAnestisらは2018年から2020年9月までの2年間、英国の神経内科医を対象にウェブ上で神経疾患：Parkinson病、多発性硬化症、Huntington病および運動ニューロン疾患患者への病名告知に関する無記名調査を行った。回答した医師は49名で(神経内科専門医43、神経内科専攻医4、神経・精神科専門医1、臨床医1)経験豊かな者が多かった。しかし、46.5%が悪い知らせを伝える(breaking bad news)面談に中等度以上のストレスを感じ、78.5%が、もしあればその研修に関心を示した。続いてAnestisらは、苦手意識の内容について英国の8名の神経内科医に聴き取り調査を行い、患者の感情への対応、必要とされる情報量、および共感の問題が悩ましい要因であることを抽出した。

本邦では、日本神経学会専門医のうち、女性医師を対象に、また、大学所属の医師(男女を問わず)を対象に、それぞれ燃え尽き症候群(バーンアウト)に関する二つのアンケート調査が行われた。いずれの調査でも脳神経内科医のバーンアウトの頻度が高いことが報告された。これを契機に、脳神経内科医のバーンアウトについて日本神経学会の全会員を対象とした調査が行われた。バーンアウトを「仕事上の慢性的な感情的・対人的ストレスに対する反応」と定義し、日本版のバーンアウト尺度を用いて評価した。本邦の脳神経内科医のバーンアウトは、労働時間や患者数などの労働負荷ではなく、自身の仕事を有意義と感じられないことやケアと直接関係のない作業などと強く関連していた。この「脳神経内科医におけるバーンアウトの現状と対策」第1報に難病という表現は明示されていなかった。しかし、同第2報(女性学会員の分析)において「特に女性医師の場合は男性医師よりも思いやりのある態度が期待されることが多い。さらに、神経疾患は進行性の難病も多く、脳神経内科医は『悪い知らせ(bad news)』を患者・家族に伝えなければならず、その後も患者・家族の精神的なケアが必要となるため、このような場面でのコミュニケーションでは患者・家族への配慮が大きな比重を占める」と考察された。悪い知らせ(bad news)を伝えることが「仕事上の慢性的な感情的・対人的ストレス」と関連していることが示唆された。

本邦のALS療養者が診断名を伝えられた状況についてHirayamaらが報告した。2020年ウェビナーでの「ALS Cafe」が開催された。このときの調査で、回答者56名(ALS患者32名と介護者24名)のうち84%が、時間や対応に不満があり不安に感じていた。Aounらの報告と同様の不足感を呈していた。

一方、悪い知らせを伝えることの知識や技術について方法や効果の研究は乏しい。特に若い医師には不安かつ不満である。Breaking bad newsの手順として、悪性腫瘍では6段階で進めるSPIKESという手順がある。これはALSにおいても応用され、ほかにABCDE(5段階)・BREAKS(6段階)あるいはALS ALLOW(8段階)などいくつかの方法が提案された。ただ、いずれが良いとの報告はなく、一定の研修方法も示されていない。個々の患者の状況に応じて柔軟に調整すべきものと理解される。私の場合はSPIKESで準備することが多かった。ALSの告知と進行後の病態の説明や助言など「悪い知らせ(bad news)を伝える」とは、長年この疾患を専門に扱ってきた高名な臨床医(三本博教授)にとっても一番難しいことと表明されていた。

(成田有吾著 「難病と脳神経内科医のキャリアパス」 脳神経内科)

問1 20文字以内で本文の内容を表すタイトルをつけなさい。

問2 傍線で著者は「辛かった」と述べている。著者は何を辛く感じたのか、なぜ辛く感じたのか、100文字以内で説明しなさい。

問3 本文全体の文意をふまえて、医師の燃え尽き症候群につながる医療現場の課題を抽出し、その課題に対してどのような対策が必要かについて、医師を目指す者として自分の考えを800文字以内で述べなさい。

「論文」
解答用紙

問

問二

100

得 点 2

問三

得 点 3	

総 得 点

總 得 点