

第12章 何がより良い医療をつくるのか

前章まで多くの例をあげて、治療が、患者にとって重要な疑問に焦点を当てて設計された適切な研究に基づいている理由、および、そあるべき理由を述べてきました。一般市民、患者、医療従事者といった立場にかかわらず、治療効果は私たち誰もの命に何らかの形で関わってきます。だから公正な検証に基づく堅実なエビデンスが重要なのです。

本章では、こうしたエビデンスがいかに医療の実践をかたち作り、医師と患者が治療について共同で意思決定するのに役立つかを見ていきます。良い意思決定とは、良いエビデンスの情報があり、別の治療方法で想定される結果についてもわかった上でなされます。しかし、これらの結果のもつ意味や価値は個々人によって異なります。そのために同じエビデンスを用いても、ある人は他の人とは別の意思決定にたどり着くかもしれません。例えば、「完全に」機能する指の定義が、プロの音楽家が求めるものと一般の人が求めるものとで違うし、レストランのシェフにとっての良好な嗅覚、写真家にとっての良好な視力も違います。彼らは自分たちにとって極めて重要な結果を得るためにあらゆる努力を惜しまず、リスクも顧みない覚悟があります。エビデンスと意思決定の関係は複雑です。本章では主に一般的な場合に焦点を当てます。

とはいって、その前に共同意思決定 (shared decision making) について詳しく考え、医療実践においてそれがどのように使われるかを示しておきましょう。ここでの共同意思決定とは、プロである医療専門家によるパターナリズムと、患者に丸投げして結論を出させることを両極とした中間の道をとることです。患者はたいてい情報が全然足りないと不満をもちますが、それも当然で、患者が自分の責任として受け入れることはひとそれぞれだからです^{1,2}。

共同意思決定

「共同意思決定とは、『患者が治療（診療）の意思決定に参画するプロセス』と定義されている。その理念とは、医療におけるほとんどの意思決定には不確実性があることを患者が理解できるように、専門家が問題について十分な明瞭性をもって率直に説明する（そうすべき）ので、患者はあい反する選択肢の中から正しい選択ができるということである。医師はその専門知識を使い、診断を下し、臨床上の優先課題にあわせて治療選択肢を特定する。患者の役割は、自分を取り巻く社会的状況に合わせて、自らの価値観と好みを見定め、それを伝えることである。」

Adapted from Thornton H. Evidence-based healthcare.What roles for patients?In:Edwards A, Elwyn G, eds.Shared decision-making in health care.Achieving evidence-based patient choice.Second edition.Oxford:Oxford University Press, 2009, p39.

中には自分の病気や治療法の選択肢について詳細な情報を得ようとせず、すべてを専門家に任せようとする患者もいますが、多くの患者はできるだけ知りたいと強く願っています。情報をもっと得たい患者には、適切に書かれた文献や、最も適した形での情報をどこで、どのように入手するかを助言できる経験豊かな医療従事者への迅速なアクセスが提供されるべきです。

「理想的な話し合い」がどんなものかも、人によって異なります。誰かに頼ることで満足する人もいれば、誰かの先に立ちたい人もいます。医師の励ましを受けて、積極的に意思決定に参加するのが最も利益が得られる方法で、一度経験した患者は、その後もこの方法を選びます。下記に示すように、患者が発する素朴な疑問によって対話が始まります。大事なことは、患者は自分の治療において、対等なパートナーとして扱われたときに、どの程度であれ意思決定に参加したと感じるのです。

本書の考えはあなたにはどう見えるだろうか

2つとして同じ話し合いはありませんが、可能な限り最善の意思決定にたどりつくための原則は、本書に見られるものです。目指すべき目標は、患者と医療専門家が話し合いを終えた時に、入手可能な最良の関連したエビデンスのもとに話し合ったという満足感を得ることです。患者は医師に広汎な健康問題について相談します。短期的な問題、長期的な問題、命に係わる問題もあれば、「ちょっと気になる症状」もあります。個々の患者の置かれた環境はみな違いますが、誰もが疑問を抱えていて、どうしたらよいかを決めるには答えてもらう必要があるのです。

よくある膝変形性関節症（いわゆる疲労関節炎）という問題をめぐる患者と医師の診療相談の例で、説明しましょう。そこから、臨床で研究エビデンスをどのように使うかという基本的な問い合わせ、さまざまな症状を持つ患者が医療従事者に答えてもらいたいことは何かに進みます。本書の前章までを読んだ読者も同様の疑問を持つことでしょう。



医師と患者の対話とよくある問い合わせ

共同意思決定

よくある症状での話し合いの例

医師： そうですね、両膝に軽度の変形性関節症がみられます。高齢になるとよくあることです。疲労関節炎とも言います。症状の進行は一定ではありません。軽快する時もあれば悪化する時もあり、年単位、10年単位での遅い進行です。今現在、どのようにお困りですか？

患者： あの、両膝を使いすぎると痛んで、何時間も痛みが続いてよく眠れない程度です。最近になって痛みがひどくなってきたので、膝の人工関節置換手術が必要なのはと心配になりました。

医師： 膝関節の置換手術はたしかに1つの選択肢ですが、普通まず負担が少ない単純な治療から始めて、その効果が上がらない場合に初めて置換術を考えます。

患者： それでは、どんな治療があるのですか？

医師： そうですね、単に鎮痛剤と消炎剤だけで今の痛みは治まると思います。薬以外に膝周辺の筋肉を鍛える運動は、機能を維持し痛みを軽減するのに役立ちます。これらについてもっとお知りになりたいですか？

患者： 私の場合、鎮痛剤や消炎剤は胃に負担をかけるので、運動についてもっとお聞きしたいです。

医師： わかりました。運動方法を説明したパンフレットを差し上げましょう。それと、当院の理学療法士にみてもらうようにしましょう。鎮痛薬アセトアミノフェン（パラセタモール）なら、副作用もなく、安全に飲み続けることができますし、痛みをおさえて機能を保てます。

患者： ありがとうございます。他には選択肢はありませんか？

医師： 重症の変形性関節症に対してはさらにほかの治療法もあります。けれども、あなたの今の状態なら、運動で筋肉をつけると着実に改善に向かうと思います。痛みが減り、よく眠れ、動きも徐々に良くなるでしょう。水泳や犬の散歩に頻繁に行くことも考えてみてください。筋肉が強くなるだけでなく、調子が良いと感じることが増え、体重維持もできます。一石三鳥ですよ！しばらくはこの運動と痛み止めで様子を見て、そのうえで、どうしても必要なら思い切った選択肢を考えるということいかがでしょうか。ただ、あまり良くなっていないと思われたら、いつでも遠慮なさらずにお越し下さい。

研究エビデンスを臨床に用いるにあたっての質問

質問1 生命を脅かす病気の患者は、すべての治療を試す価値があるのではないか？

最新の「奇跡の薬」や、大手メディアが取り上げた有名人が体験した治療法、検証されていないが日々的に宣伝されている「代替医療」などについて、自分も試してみたいと思うこともあるでしょう。一般的な治療法は、平凡で効きそうにないと見えてしまうのですが、生命を脅かすような病気に使われている薬のほとんどは、その効果も安全性も気が遠くなるほど細心の試験を経て検証されたものです。だからこそ、最初に最良のエビデンスを見つけておくと、時間も、気苦労も、お金も節約できます。

一般的に医療では主流として、薬の有効性と安全性には一定の不確実性があることを認識しています。その不確実性を検証によって許容できる水準まで減らし、絶えずエビデンスを系統的にレビューして、提供する治療を向上させることを目指しています。こうした改善は、これが確実に進歩するための唯一の方法だと理解してくれる患者さんたちによって支えられています。

生命の危機に脅かされている患者は絶望し、検証されていない「治療」も含め、何でも試す気持ちになります。しかし、現時点で最良とされる治療法と、新しい治療法を比較する臨床試験への参加を考える方が、こうした患者にとってはるかに良い選択です。比較試験は新しい治療がどれだけ今以上の利益をもたらすかだけでなく、不利益を起こす可能性も明らかにするからです。生命を脅かす病気には強力な治療が必要で、そのような治療には副作用がつきものだからです。だからこそ、新しい治療は、本当に患者の助けになるか

どうかを見極めるために、綿密かつ公正に検証され、発見が系統的に記録されることが何よりも大事なのです。

質問2 患者は治療が効くかどうか知りたいと思っても、そこまで詳しく知りたいわけではないのでは？

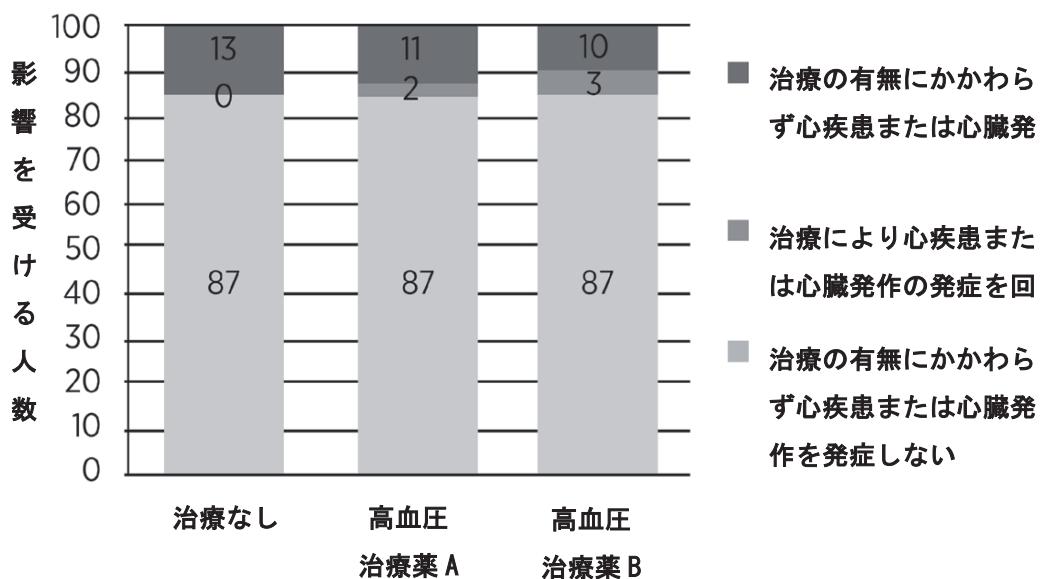
患者が適切なインフォームドチョイス（情報をもとにした選択）をできるようにするには、過剰に情報を与える状態と、十分な情報を与えない状態との間で、適正なバランスをとるのが大事です。同様に、人は最初の段階ではある程度の情報しか必要としませんが、結論を導くのに利点と問題点を検討するうえで、次第により多くの情報を求めるということを覚えておくことも重要です。話し合いを重ねて医師も患者も達成感があるのは、患者がある一定量の情報を得て、医師とともに現時点での最善の行動を選択できた時です。ただしそこで終わりではありません。その後ゆっくり考えて、患者が疑問を持ち、もっと詳しく知りたくなった場合には、医師は患者が疑問に対する答えを見つけられるよう、また不明確な点を解消できるよう助けるべきです。

ある選択肢には困難な代償も含まれます。両方とも好ましくない選択肢から、ましな方を選ぶこともあります。例えば、第4章で心臓から出る最も太い血管にこぶができる大動脈瘤を取り上げましたが、これは致命的大出血を起こす可能性があります。大きな手術で治せますが、100人中1~2人は手術が原因で死亡します。つまり手術による早期死亡リスクと、後にくる致命的大血管破裂リスクのどちらをとるかの選択です。長い目で見れば、手術が良い選択ですが、患者によっては合理的に考えた上で手術のリスクをとらない、あるいは少なくも娘の結婚式といった大事な行事が終わるまで手術を延期するといった選択をするかもしれません。「これしかない」と思える解決策に目をつぶって飛び込むより、リスクを考えた上で、相応しいタイミングを選ぶほうが賢明だと言えます。

質問3 統計は分かりにくい—患者は本当に数字を見ないといけませんか？

数字が出てくると非常に気が重くなります。また実際に、数字が誤解を与えることもあります。しかし、本当に2つの治療法を比較したいなら、また自分の状況が自分と同じような人にどう影響するかを知りたいなら、数字は避けて通れないものです。数字も、表現方法によってはわかりやすくなります。

一般向け（医師にとっても！）に数字に意味をもたせる最良の方法は頻度を使うことです。つまり整数を使います。例えば、100人中15人と表した方が、15%という表記より一般的に好まれます。これを文字だけでなく、図などで表示すると大変わかりやすいです。例えば色分けの棒グラフや円グラフ、数を表す人型マーク、笑顔や泣き顔の表情マークなどでもよいです。「数字」をこれらの「意思決定支援」手段と一緒に提示することで、多くの人が、データの意味を把握できるようになります。ここに1つの説明方法として、高血圧を有する心疾患または脳卒中リスク患者における、10年間の高血圧治療薬の効果を棒グラフで示します³。



あなたも含めて100人は今後10年でどうなるでしょうか？

高血圧で何の治療もしない100人のうち、13人が10年以内に心疾患か脳卒中を起こすと推測されます。この100人全員が血圧薬Aを服用した場合、心疾患や脳卒中は11人に発症すると考えられ、また2人は心疾患や脳卒中を予防できることになります。100人全員が血圧薬Bを服用した場合は、心疾患や脳卒中になるのは10人で、3人がこれらの疾患を発症せずにすみます。これなら、明快でしょう。それなのに、こうした単純な数値が、しばしば統計学者にしかわからないような書き方で報じられています。

では、同じ数値を、棒グラフを使わずに表にしてみましょう。この例では、良い治療、血圧薬Bに注目します。

まずは数値を、頻度で表し、そこから考えていきます。

	治療なし	薬B服用
心疾患または脳卒中 (10年間)	100人中 13人	100人中 10人
心疾患または脳卒中なし	100人中 87人	100人中 90人
合計	100	100

治療なしの場合の心疾患や脳卒中のリスクは 13%（100 人中 13 人）で、薬 B 服用の場合のリスクは 10%（100 人中 10 人）。この差は 3%（100 人中 3 人）です。薬 B の服用で、心疾患や脳卒中にならう 13 人のうち 3 人を防いだので、相対的リスク軽減率は $3/13$ つまり 23% です。すなわち治療によるリスク軽減率の**絶対値**は 3% で、**相対値**は 23% だと言えます。異なる 2 つの表現で、同じことを表しているのです。

相対的リスク軽減率はいつも高い数値になり、時には著しく高くなるため、注目を集めます。見出しに「23%の脳卒中リスクを回避した」とあっても、それには何の意味もありません。なぜなら調査対象となった特定の集団についても、調査期間についても、そして最も重要な無治療だった場合の脳卒中リスクが示されていないからです。これはおそらく相対的リスク軽減率です（でも確認する必要があります）。

数字は時に著しく異なります。前立腺がん検診に関する研究についての新聞報道を考えてみましょう。「20%死亡を減らせる可能性」は大きな数字見えます。同じ結果はまた、1,410 人をスクリーニングしたところ 1 人の死亡を防いだという形で記述されています（これは 0.07% という極めて小さな数字です。スクリーニングを受けた 10,000 人の男性につき、7 人の早期死亡を防いだという意味）。20% は相対的リスク軽減率で、0.07% は絶対的リスク軽減率です。前立腺がんは死亡率が低いため、後者の数字は極めて小さく、ニュースになることはないでしょう。結局のところ、あまりに楽観的な数字の見出しを見たら、それはたぶん本当に楽観的過ぎる主張なのです⁴。

目を奪う数字に踊らされるな

「あなたのコレステロール値が高い場合、50歳代で心臓発作を起こすリスクが50%高いとしよう。かなり悪い数字という印象だ。では、コレステロール値が高いと2%だけ心臓発作になるリスクが増えるとしよう。それなら大丈夫なように感じる。しかし、これは2つとも同じことを言っている（架空の数値）。次のように考えてみよう。コレステロール値が正常な50歳代の男性100人のうち4人が心臓発作を起こすとされるが、それに対して、コレステロール値が高い男性100人のうち6人が心臓発作を起こすとされる。100人つき2人の心臓発作が増えたということなのだ。」

Goldacre B. Bad Science:London:Fourth Estate 2008, pp239-40.

したがって数字は重要であり、十分な配慮のもとに提示された数字は意思決定の役に立ちます。患者は医師に対し、必要なら視覚に訴える資料なども使って、理解しやすい形で結果を説明してくれるよう躊躇することなく求めるべきです。治療の意思決定が共同で行われるなら、医師も患者も数値が本当に意味するところを明確に理解している必要があります。

質問4 研究のエビデンスが自分にあてはまるかどうかやってわかるのでしょうか？

意思決定には、個人として、あるいは集団としてのそれまでの経験が影響してきます。ランダム化試験のような治療法の公正な検証は、単にそうした経験のバイアス（偏り）を最小化するように設計され、適切に構築されたものです。適切に構築されたかどうかにかかわらず、どれだけ上手く過去の経験が次の人への助言を形作るかという点では、常に一定の不確実性が伴います。したがって、患者が、過去に公正な試験で試されたものと同様の症状、同様のステージすなわち病気の進行度合いであるならば、その患者がよほど顕著な相違点を持っていない限りは、試験で示されたのと同じような反応を示すというのが合理的な推察です。

もちろん、そのエビデンスが適用できても、患者は「人は皆違うのだから、違う反応をするのですよね？」という質問をするかもしれません。治療の「公正な検証」が示すのは、単に、平均的に作用するかどうかなので、すべての人に等しく効くと保証することはまずありません。そして、誰が望まぬ副作用を経るかを予測することは難しいのが普通です。研究のエビデンスはどの治療が最善かという見通しをつけるのに使われ、その後、個人で検証されます。例えば皮膚の発疹では、エビデンスに基づく治療を身体の一部の皮膚で試し、他の部分の皮膚にも使って対照比較で検証します（第6章 p61を参照）。2か所での反応を比較することで、医師も患者もどちらが効くか、あるいは副作用があるかわかります。実際、顔のニキビ治療など、最初に皮膚治療をする際には、パッチテストで試すのが普通です。

ただ、大抵はそんなわかりやすい比較が簡単にできるわけではありません。痛みや痒みといった生命を脅かさない、慢性的な症状では、一人の患者で薬を使ったり、休んだりする期間を繰り返して試すことも可能です。この方法は、N=1試験と呼ばれ、参加者の数（n）が1人で、その1人に対して行われる試験を指します。このような患者1人に対する試験にも第6章で概説したバイアスのない、あるいは盲検結果解析などを含む公正比較原則が適用されます。理想的には、皮膚治療薬や飲み薬でもプラセボ（偽薬）対照群を用いますが、こうした試験の実施は難しいことが多いのです。

多くの症状について、「試してみて、様子を見る」ことはできません。結果が出るのが遅すぎたり、不確実すぎたりするからです。例えば、発症前に、アスピリンが患者の脳卒中を予防するかどうかは知りようがありません。これは予防薬のほとんどに共通する問題で、多くの急性期の治療でも同じことが言えます。髄膜炎、肺炎、ヘビ咬傷では、一人一人にテストしてみる機会はありません。他の研究経験からそのエビデンスを適用するかどうか、そしてどのように適用するかを考えるしかないのです。

臨床で、もし、エビデンスがうまく適用できたなら、試験対象となった人との比較で患者の重症度（また現在、元気な場合は予測されるリスクレベル）を問うことが重要です。一般的に重症な患者ほど治療から得る利益は多いです。したがって患者の重症度が、試験対象で治療の恩恵を受けた患者の重症度と同等かそれ以上であれば、おおむね安心してこのエビデンスを適用することができます。病気がそれほど重症でない（あるいはまだ元気で相対的にリスクが低いと思われる）場合は、研究で示された利益よりもさらに小さい利益を得るために、治療する価値があるかどうかがポイントとなります。

質問5 遺伝子検査と「個別化医療」は、医師が個人別の治療を行うことになり、こうした検証試験は不要になるのではないのでしょうか？

各個人が必要とする個別化治療は疑いもなく魅力的で、ごく少数の病気ではあり得るでしょうが、この方法が治療の主流になるとは考えにくいでしょう。第4章 p35で遺伝子検査について説明したように、大半の疾患はいくつかの遺伝子の複雑な相互作用だけでなく、さらに複雑な遺伝子と環境因子の相互作用にも要因があります。

遺伝子解析の結果は、ハンチントン病や地中海貧血（遺伝性血液障害）や他の（ほとんどはまれな）疾患などの遺伝性疾患を持つ家族や個人にとっては、重要な意思決定情報です。遺伝子情報はこのような状況の家族をカウンセリングする上で大きな利益をもたらしました。しかし、私たち全員に関係するような一般的な疾患においては、家族歴と診察からすでに得られている情報に、遺伝子解析から得られる追加すべき情報は、ほとんどありません。こうした状況は変わっていくでしょうが、現在の限られた知識を考えれば、遺伝子解析に基づいて一般的な疾患のリスクを過大に解釈しないよう注意する必要があります。

私たち著者の中で遺伝子解析を受けた人は誰もおらず、受ける予定もありません。したがって、（1）家族歴により特定の既知の遺伝性疾患が疑われる、または（2）治療の奏効

を遺伝子で明確に予測できる疾患として知られている少数の疾患でない限り、一般的には遺伝子検査は推奨されません。

質問6 現在臨床試験が行われている疾患を持つ患者は、主治医がその臨床試験について知らない場合、どのように臨床試験の情報を入手したらよいのでしょうか？（追加資料を参照）

臨床試験に参加するのは、医者にかかった100人の患者中わずか1人未満です。この割合は状態や状況によっても、大きく異なるでしょう。臨床試験が広く受け入れられ、実施されているがんセンターの中でも状況に大きな開きがあります。小児がんの子どもはほとんどが試験に参加しますが、大人は10人中1人未満です。ほとんどの試験の参加は、患者が通う医療施設によって左右されます。もしその施設が試験施設に含まれていなければ、患者を参加させることはできません。その場合、患者は、臨床試験に参加している施設を探す必要があるでしょう。数は少ないですが、患者が直接参加できる地域主体の試験もあります。例えば、うつや不安障害など精神的な問題を抱える人々を援助する方法を探る目的の研究などではよくみられます。また、最近ではインターネットで直接参加者を募る試験も出てきました。例えば、運動前のストレッチの効果を測定する最近の研究では、参加者全員がこの方法で集められ、彼らはクリニックに行くこともなくインターネットを通じて、すべての指示を受け取り、その後の追跡調査も受けています。

医者が患者の試験参加に消極的な場合、患者はその理由をつきとめるべきです。例えば、その患者が試験に適格ではないかもしれません。しかし、試験が要求する煩雑な手続きがあるために、医者が先延ばしにしているだけかもしれません（第9章を参照）。現行の試験に参加する資格があると思う患者は、参加を希望すると主張するべきです。患者に適した試験が存在し、患者が強い参加意思を示しているなら、医師はこれを支援すべきです。

質問7（ネットなどで知った）エビデンスが信頼できるものかどうかを判断する最良の方法は？何に気をつければよいですか？

残念なことに、信頼できる情報を見分けるための、信頼できる簡単で完璧な目印などありません。もしあなた自身で、その研究の原著論文を読まないのなら、他の誰かの評価に判断を委ねることになります。そのため、その誰か（や組織）の能力を評価し、利益相反（あるいは利己的な感情）がないかどうかを見定めることが重要です。そうでなければ、最良の研究を見つけてそれを評価したものと信用できるか、自問することです。その研究についてきちんと記述され、参考文献が示されているでしょうか。

例えば、ベータカロチン（ビタミンAに関連）が、がんリスクを増すか減らすかについて知りたいとしましょう。グーグル検索で「ベータカロチン がん」で80万件以上も検索結果が出てきます。最初の10件を見ると、4つの主要な研究と6つのレビューや意見が出てきます。この6つのうち3つには、同じページにビタミンの広告や代替医療を掲載しています。怪しい徵候です。

その中で、質の劣る劣悪なウェブサイトではこう述べています。

質問：ベータカロチンはがんを防ぎますか？

答え：研究によりベータカロチンががんのリスク低減に役立つことが分かっています。ベータカロチンは黄色、赤色、濃緑色野菜や果物に含まれています。ベータカロチンサプリを摂取することで、それを含む果物や野菜をとると同じ効果があると考えられています。しかしこれは当てはまりません。研究では、試験参加者で肺がんリスクが増したことがわかりました。

広告以外には、「研究」についての説明や、公表されたどの研究の何の記述を参照したかも何も書かれていません。これは怪しい徵候です。記者がこの「研究」を本当に調べて称賛しているのか、単に記者が気に入る結論にたまたま行きついただけなのか。判別するのは不可能です。これをウイキペディアにある説明（最初の10件にある）と比較してみましょう。

2007年JAMAに出版された、コクラン共同計画による科学論文のすべてのランダム化対照試験のレビューで、ベータカロチンで1～8%死亡率が増加する（相対リスク1.05 95%信頼区間1.01–1.08）ことが示されました。¹⁵しかし、このメタアナリシスは、2つの大規模な喫煙者研究を含んでいた為、一般の人にこの結果が当てはまるかどうかは明らかではありません¹。

この記載はエビデンスの型（ランダム化試験）および、引用（カッコ内の数字）を明示しています。広告がなく、特定のエビデンスについて詳細情報があるという事実は、安心感を与えます。

質問8 推薦できるような信頼できる情報源はありますか？（追加資料を参照してください）

すべての疾患や治療に関する唯一の情報源というものはありません。本書で説明した原則をもとに、読者の皆さんのが情報を見る目を養うべきなのかもしれません。例えば、本書の第6章～8章に加えて「Smart Health Choices」⁵という本は、良い情報を見つける方法や、どこに注意すべきかについてヒントをくれます。

いまあるウェブサイトでは、系統的レビューに基づくものはわずかです。系統的レビューのコクランデータベース（www.cochrane.org/cochrane-reviews）には、分かりやすく書かれた要約が含まれています。また IQWIG（ドイツ語ですが、英語版もあります）のウェブサイトもあります。さらに、必ずしも最良のエビデンスの系統的レビューに基づいているわけではありませんが、大抵は良い情報を提供しているサイトも多数あります。例えば、NHS

Choices (www.nhs.uk) や PubMed Health (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/) で、質の高い情報を多く提供しています。

もちろん注意すべきことは多くあります。特に利益相反については厳しく目を光らせるべきです。例えばその情報を信じる人々から金銭的な利益を得たり、何かを販売しようとするサイトです。これを見破るのは難しいこともあります。例えば、第 11 章でふれたように、患者団体の中には公表せずに製薬企業の資金提供を受けている団体もあり、恣意的な情報を提供している可能性もあります。

質問 9 人々が「病気」と分類されたり、必要のない治療を受けたりするのをどのように防ぐべきか？

医学は驚異的に進歩しました。感染症を防ぎ治療するワクチンや抗生物質、人工関節置換術や白内障手術、小児がん治療など数多くあります。しかし、その成功は、利益があまりない分野にまで、医学にその手を伸ばすように促してきました。かなづちを手にした人には全世界が釘に見えてしまうように、新しい治療法を手にした医師には（製薬企業にも！）すべてが病気に見えます。例えば、糖尿病や高血圧のより良い治療が出てくると、医師はほんのわずかな異常でも、患者にそれを使うよう指示したくなります。これで糖尿病や高血圧と分類される人の数が劇的に増加し、以前は正常と分類されていた多くの人が「処方」の対象にされています。

なんらかの（ときに不必要的）副作用に加えて、この「病気と分類される」ことは心理社会的な結果をもたらします。個人の幸福感に影響し、雇用や保険では新たな問題まで引き起こします。それゆえ、患者や一般市民は、こうした事象の連鎖を認識して、治療への同意を急ぐ前に、立ち止まり、利益と不利益のバランスをじっくり考えることが重要なのです。第 4 章で議論したように、スクリーニングはしばしば過剰診断で人を病気と分類し、人を病気と分類し、過剰治療の可能性を生む問題の原因になっています。

こうした問題から身を守るには、病気という分類に用心深い目を向け、調べてみることです。「正常な人とは今まで一度も病気を調べられたことがない人」というのは、冗談のようですが、事実をついた面もあります。常にその病気が高いリスクなのか、低いリスクなのかを考えるべきです。前にも述べましたが、今すぐ何もしなかったらどうなるのかを考えてみることです。どのように症状を観察し、どのような徴候が出たら行動をとるのか。患者が今すぐに検査や治療を望まないと知って、ほっとする医師もいるでしょう。しかし大抵の医師は、分類のわなにはまり、分類=疾患=治療が絶対に必要と考えてしまいます。症状が時間とともに良くなるか、悪化するか、しばらく様子を見ると言う対処を患者が歓迎するなどとは思わないのです。

誰が糖尿病なのか？

誰が糖尿病かをどのように決めているのか。私が医学生の時は、空腹時血糖値が 140 以上なら糖尿病という決まりだった。ところが 1997 年の糖尿病診断分類専門家会議で、異常値が再定義された。今は空腹時血糖値 126 で糖尿病とされる。このため、かつては正常と言われた 126–140 の人が全員、糖尿病となった。この小さな変更で 160 万人が患者になってしまった。

これは問題だらうか。そうであるとも、そうでないとも言える。私たちが決まりを変えたのだから、今はより多くの糖尿病患者を治療している。それにより新たな患者が糖尿病の合併症になるのを減らしたかもしれない。しかし、この患者たちは程度が軽いため、（126–140 の比較的低い血糖値）そもそも合併症のリスクも比較的低かったのだ。

Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press, 2011: p17-18.

ここからどこに向かうのか

これまで、個人の心配や価値観、統計的理解とそれをどう個人に適用するか、軽い疾患に対しても治療を増やしていくことの問題点について述べてきました。これらはすべて患者と医師、あるいは医療分野と受益者である一般の人々とのより良いコミュニケーションの必要性を物語っています。この章を、異なる集団による協働を向上させていくための共同意思決定の議題をまとめたザルツブルグ宣言で締めくくりたいと思います^{6,7}。

ザルツブルグ宣言 共同意思決定について

すべての医療者に求めること

- ・ 患者と共同で重要な意思決定をするという倫理的な義務が課せられていることを認識すること
- ・ 双方向の情報の流れを奨励し、患者に質問を促し、彼らが置かれた状況を説明し、患者個人の嗜好を表明するよう促すこと
- ・ 治療選択肢や不確実性、利益と不利益について正確な情報を、最良のリスク伝達手法を用いて伝えること
- ・ 個々の患者のニーズに合わせた個別の情報を用意し、患者が選択肢を考えるのに十分な時間を与えること
- ・ ほとんどの意思決定は、即座に採用される必要はないと考え、患者や家族に考える材料を提供し、決定にたどりつくまで支援すること

医療者、研究者、出版社、ジャーナリスト等に求めること

- ・ 提供する情報が明快で、エビデンスに基づく最新のもので、利益相反を明示することを保証すること

患者に求めること

- ・ 知りたいこと、疑問、自分たちにとって何が大事かを正しく伝えること
- ・ 自分のケアにおいて平等な参加者としての権利があると認識すること
- ・ 質の高い医療情報を探して利用すること

政策担当者に求めること

- ・ 改善を誘引する意味でも、測定を含む共同意思決定を促す方針を採用すること
- ・ インフォームドコンセント法を改正し、共同意思決定の実現のためにスキルやツールの開発を支援すること

なぜなら

- 患者が受けるケアの大半は、それを提供する個々の医療者の能力と習熟にかかっており、最善の医療実践で広く認められた水準や、治療に対する患者の嗜好にはよらないからである。
- 医療者は、患者がどこまで自分の健康問題について理解し参加したいと思っているかを認識するのが遅い。患者は選択肢を知り、自分の嗜好が考慮される意思決定をしたいと思っている。
- 多くの患者や家族は医療の意思決定に積極的に参加するのが難しいと考えている。自信がなくて医療の専門家に質問できない人もいる。健康とその決定要素についてごく限られた知識しかなく、明瞭で信頼できる、わかりやすい情報をどこで見つけられるのかも知らない。