

平成22年度第2回2010年6月9日

演題：健康への道、病院の外のメインストリート ～いま考えるべきこと、やらねばならないこと～

演者：大西 丈二

演者は平成22年4月特任教員として新しく赴任いたしましたので、ご挨拶と自己紹介を兼ね以下の発表を行わせていただきました。

病院の外のメインストリート

健康はもちろん、病院でつくるものではありません。特に高齢者の健康は暮らしが大きく関与します。足が悪くても安全に出かけられるような補助具の使用や住環境、体調不良の時に相談や支援を頼める人とのつながり、介護を要する場合の家族の助け、療養施設の存在など、医学だけではなく運動教育学、工学、環境学、社会福祉学、医療経済学、心理学、倫理学など学際的な対応が要されます。しかしわが国では歴史的に、健康はおよそ専ら医療保険の中で担われ、疾病管理が中心で、予防が遅れをとることとなりました。世界一の長寿を果たしたわが国では、いくつかの疾病を患っていても健やかに長生きができるために、疾病の新規発生を防ぐ一次的な予防ばかりでなく、疾病の増悪や他の疾病の発生を防ぐ二次的な予防を含め、予防医療の重要性がますます高まっています。健康づくりのメインストリートは病院の外にこそあるのです。

Clinical decision making

演者は重度認知症患者の人工栄養を研究テーマの一つとしており、学位もこの関連で取得しました (Onishiら、2004、2005)。近年、経口摂取ができない患者に対し胃瘻栄養が多く行われていますが、重度認知症患者に対し胃瘻造設を行うことには反対意見も多く表明されています (Finucaneら、1999)。演者は昨年、デンマークの医療介護施設を視察してまいりましたが、同国では胃瘻患者はほぼ皆無でした。重度認知症のために食事ができなくなった時、胃瘻をはじめとした人工栄養を行うのは必ずしも世界的に合意された標準治療ではなく、社会の文化や制度、人々の考え方や強く関連しています。胃瘻造設の臨床判断においては本人の生命・機能的予後およびQOLの他、介護負担や家族の満足度、療養環境、医療経済的課題、倫理的課題など考えなくてはならない事項が多く、極めて複雑な問題であり、解きほぐすのは容易ではありません。

老年医学ではこうした多様な評価軸を持つ問題に対するためのツールとして、高齢者包括評価 (CGA; Com-

prehensive Geriatric Assessment) があり、その有用性が知られています (Stuckら、1993)。これは罹病疾患のほか、認知機能、気分障害、ADL、視力・聴力、栄養、家族構成や経済状況などの社会的環境、QOLなどを全人的に理解しようとするものです。

Clinical decision making のためには単に治療が効くかどうかというばかりでなく、どのくらい効くかという程度の評価が必要です。例えば下図のような2×2表で人数を表すと、次のように治療効果が計算式で表されます。

| | 治療群 | 非治療群 |
|------|-----|------|
| 疾病群 | a | b |
| 非疾病群 | c | d |

- ①オッズ Odds : $(a/c)/(b/d)$
- ②相対危険度 (RR) : $(a/(a+c))/(b/(b+d))$
- ③相対危険度減少率 (RRR) : $(b/(b+d)-a/(a+c))/(b/(b+d))$
- ④絶対危険度減少率 (ARR) : $(b/(b+d)-a/(a+c))$
- ⑤治療必要人数 (NNT) : $1/ARR$

例えば、高脂血症の薬であるプラバスタチンの効果をわが国で調べた MEGA study (Nakamuraら、2006) の結果にあてはめると、食事療法単独群の死亡率は3.6%、食事療法+プラバスタチン群は2.4%であったため、 $RR=0.036/0.024=0.667$ 、 $ARR=0.036-0.024=0.012$ 、 $NNT=1/0.012=83.3$ となります。プラバスタチンは単価が163円であるため、5年間毎日飲むと30万円が必要で、83.3人飲んだら2,478万円となります。話を単純化すれば、この2,478万円が1人の命を救える計算です。「人命は地球より重い」と発言された時代がありましたが、今、医療はかなりのことができるようになりました。生命を長らえるためにできることをすべて行ってきた医療から、医療を限りある資源ととらえ、幸福のために大切なものを選択することが求められています。

ライフトピア

本学では平成17年より、少子高齢化社会のための新しい保健医療生活モデルを提案する研究教育拠点「ライフトピア」® 構想が進められてきました (平野眞一、2005)。高齢者を対象とした学際的学問を老年学 (Gerontology) と呼びますが、井口昭久・前附属病院長/名誉教

授の主導のもと、大幸キャンパスを中心に活動が展開され、演者はその中で医学部に設置された老年情報学(中部電力) 寄附講座にて同構想の事務局を担当しました。本学には工学、環境学など優れた知識や技術があり、例えば生体情報や位置情報をリアルタイムで分析・管理する研究プラン、スマートハウスを利用した生活空間設計プランが議論され、大きな夢が豊かに談じられました。健康づくりはまちづくり、人づくりでもあります。

わが国は世界一の超高齢社会です。世界はわが国に注目しており、わが国は高齢化に即した社会システムを作り上げ、世界を先導する責務を負っています。Clinical decision making のために大切なことは何か。どんな知識、技術が効果をどれ程与えるか。人類未踏の超高齢社会でそれらを知るためには当事者である高齢者の評価をまず集めなくてはなりません。基礎的成果は多く蓄積されながら、実社会に多く還元されていない現状があり、実用化を促進させるシステムも必要で、学際的な臨床研究、実証研究が行えるフィールドが強く求められています。

これらの評価は人生を通して主のアウトカム(目標)を追う必要があり、横断研究または短期間の縦断研究では不十分です。このためには個人の健康情報を自らが所持できる仕組みである Personal Health Record (PHR) や、病院や診療所間で情報共有が行える Electronic Health Record (EHR) の導入が強く求められます。PHR は今、わが国でも導入が検討されていますが、北欧や英国、オランダらのヨーロッパの主要諸国、そして韓国、台湾などで既に導入がなされており、大規模臨床研究においてもわが国はこれらの国に大きく水をあけられています。わが国で PHR、EHR が進まない理由の一つに、個人情報保護への不安があります。IT の技術的な課題もありますが、わが国は人々の行政や研究主体への信頼が薄い背景があり、大切なシステムとして市民とともに作り上げる努力が必要です。ライフトピアは地域を重視する大幸キャンパスの趣旨にも合致し、極めて重要な構想だと思います。これからも足を止めることなく本学は構想を推進すべきと考えます。

専門職の人材育成

個人情報管理等の倫理的配慮も十分に行った上で、個人と集団の両方を扱い、学際的な研究教育を行うためには、相応の人材が必要です。これらを担う専門職の

養成プログラムとして、特に老年学と公衆衛生学が挙げられます。老年学は欧米の60以上の大学で学位が授与されていますが、わが国では桜美林大学1つに限られます。高齢者の専門家だと言っても、それを国際的に示す方法が他国にはあって、わが国にはほとんどない状態です。急ぎわが国でも老年学の大学院プログラムを整えるべきです。もう一つ、公衆衛生学は欧米では人気のプログラムですが、Master of Public Health (MPH) は米国で年間2,000名が輩出されているのに比べ、わが国ではまだ京都大学や東京大学などで年間90名程しか養成されていません。これではわが国で健康医療政策を担う人材が十分に育たない。本学でも公衆衛生大学院 (School of Public Health) が早く開設されることを願います。

おわりに

高齢化をはじめ現実には急速に進み、待ったなしの状況です。健康への道は長く険しく見えますが、「勇気ある知識人」[®](名古屋大学)たらんとするわれわれは、大切なことを見つめ直し、科学的知見を活かして、時代に遅れることなく進まねばなりません。健やかで幸福な超高齢社会を導くため、学際的な連携が社会に強く望まれていると感じています。

文献

- Finucane TE, Christmas C, Travis K. (1999)., Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. JAMA., 282: 1365-70.
- Nakamura H, Arakawa K, Itakura H, Kitabatake A, Goto Y, Toyota T, Nakaya N, Nishimoto S, Muranaka M, Yamamoto A, Mizuno K, Ohashi Y; MEGA Study Group. (2006). Primary prevention of cardiovascular disease with pravastatin in Japan (MEGA Study): a prospective randomised controlled trial. Lancet., 368: 1155-63.
- Onishi J, Sakaguchi H, Kuzuya M. (2004)., Survival rate after percutaneous endoscopic gastrostomy in a long-term care hospital. Clin Nutr., 23: 1248-9.
- Onishi J, Masuda Y, Kuzuya M, Ichikawa M, Hashizume M, Iguchi A. (2004). Long-term prognosis and satisfaction after percutaneous endoscopic gastrostomy in a general hospital. Geriatr Gerontol Int., 4: 127-131.
- Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet., 342:1032-6.
- 平野眞一. (2005). 名古屋大学運営の基本姿勢.