

- 特集 久山町研究の50年から見つめる疫学研究
これまで、これから
- ・[カラー解説] 疫学研究で循環器治療が変わった……………1面
- ・[カラー解説] 久山町研究の軌跡とその成果……………2、11面
- ・[座談会] 疫学研究のこれから——いっそうのエビデンス創出をめざして(清原裕, 上島弘嗣, 大橋靖雄, 二宮利治)……………3—5面
- ・互いへの信頼と尊敬が研究を支える……………6—7面
- 新春随想……………8—9面

久山町研究(福岡県糟屋郡久山町)の10大エビデンス

- 1 脳卒中, 虚血性心疾患の発症率, 死亡率, 生命予後, 危険因子の動向
- 2 血圧レベルと心血管病の関連
- 3 糖尿病, 脂質異常症, メタボリックシンドロームが心血管病発症に与える影響
- 4 慢性腎臓病の時代的变化, 危険因子, 心血管病との関連
- 5 高血糖をはじめとする生活習慣病と胃癌発症リスクとの関連
- 6 剖検診断を基盤とした死亡診断書の正診率の検討
- 7 老年期認知症の発症率, 死亡率, 生命予後, 危険因子との関連
- 8 ゲノム疫学における新しい脳梗塞関連遺伝子の発見
- 9 地域住民における眼疾患の危険因子
- 10 地域住民における歯周病の危険因子

端野・壮瞥町研究 北海道北見市端野町, 有珠郡壮瞥町 1976年

- 1 メタボリックシンドロームの循環器疾患に対するリスクを明らかにした。
- 2 肥満とインスリン抵抗性の関連を究明した。
- 3 閉塞性動脈硬化症の危険因子を突き止めた。

久山町研究

50年から見つめる

疫学研究

これまで、これから

大迫研究 岩手県花巻市大迫町 1986年

- 1 世界初の一般住民に対する24時間自由行動下血圧および家庭血圧測定に基づくコホート研究となった。
- 2 世界で初めて家庭血圧の優れた予後予測能を明らかにし, 国際的ガイドラインの根拠となった。
- 3 自由行動下血圧の変動が大きい人は, 循環器疾患発症リスクが高かった。

九州大学大学院医学研究院
環境医学分野教授
清原 裕 ● 監修

田主丸町研究 福岡県久留米市 田主丸町 1958年

- 1 Seven Countries Studyに参加し, 飽和脂肪酸摂取と血清総コレステロール値, 心筋梗塞との関連を明らかにした。
- 2 20年間の追跡期間中の脳卒中死亡率の比較では, 日本は旧ユーゴスラビアと並び脳卒中死亡率が高かった。
- 3 6地域に分けた解析では, 年齢のほかに平均血圧が脳卒中死亡と有意に正の関連を示した。

吹田研究 大阪府吹田市 1989年

- 1 男性の喫煙の循環器疾患への人口寄与危険度は, メタボリックシンドロームよりも大きかった。
- 2 LDLコレステロールとNon-HDLコレステロールの心筋梗塞発症予測能は同等だが, 両方とも脳梗塞とは関連しなかった。
- 3 血中の酸化LDL指標が低いと脳梗塞の発症率が低かった。

- 1 追跡対象者が比較的多く, 長期追跡調査の成績より, 血清総コレステロール値と心筋梗塞の関連を明らかにした。
- 2 脳卒中, 心筋梗塞, 循環器疾患による絶対死亡リスク評価チャートを作成した。
- 3 喫煙の脳卒中死亡リスク, 心筋梗塞死亡リスクを明らかにした。

NIPPON DATA 80/90 国内の300地区を無作為抽出 1994年

疫学研究で循環器治療が変わった

日本の循環器疾患の疫学研究は、九州から始まったと言ってもよい。その1つが、米国ミネソタ大のAncel Keysらが1957年に開始した「Seven Countries Study」であり、久留米大の木村登教授らが漁村である牛深(熊本県天草市)、農村である田主丸(福岡県久留米市)の2つの集団をもって参加した。この国際共同研究の重要性は、病理学的研究、生理学的研究、あるいは疫学的研究で明らかになってきていた、「血清総コレステロール値の高いことが動脈硬化性冠動脈疾患の原因であり、欧米に多発している心筋梗塞の主因の1つである」とする仮説を実証した点にある。

日本のこの2つの集団は、1958年と1960年に調査されたが、脂肪摂取量が少なく、血清総コレステロール値も160mg/dL程度と低値であり、その後

の追跡調査によって冠動脈疾患が少ないことが明らかとなった。これにより、Keysの仮説、すなわち、食生活—血清総コレステロール値—冠動脈疾患の関連を見事に立証した。

その後、世界の多くの臨床試験によって、日本で発見された画期的なコレステロール低下薬、スタチンが血清総コレステロール値を有効に低下させることが実証され、日本においても、MEGA Studyによって、スタチン治療により動脈硬化性疾患が予防できることが明らかになった。

もう1つ、九州発の疫学研究として知られる久山町研究(カラー解説2面・11面参照)は、Seven Countries Studyとほぼ同時期の1961年に九大の勝木司馬之助教授らによって開始された。同研究は世界に類のない、一般住民における剖検率80%という偉業を成し遂げ、

今日に至っている。この苦勞とそれから生まれた成果により、同研究は日本が世界に誇るべき脳卒中疫学研究としての地位を築くこととなった。そして脳出血の割合は、それまでの死亡統計に見られるほどには多くなく、病型としては脳梗塞が脳出血よりも多いことを明らかにした(しかし、日本における脳出血の割合は、欧米に比較するとやはり多いことも明らかになった)。さらに同研究は、脳卒中が多発し、心筋梗塞が欧米に比して少ないという日本の循環器疾患の特徴も、Seven Countries Studyと同様に明らかにした。

その後、日本では端野・壮瞥町研究、秋田や大阪での研究、広島放射線影響研究所における研究など、多くのコホート研究が立ち上がった。

国民を代表する集団約1万人を追跡調査したNIPPON DATA80/90は、心筋

梗塞罹患率、死亡率の低い日本においても、冠動脈疾患の危険因子が欧米と同じであることを示した。都市部住民を対象としたわが国唯一のコホート研究である吹田研究も同様に、そのことを立証した。

一方、大迫研究は家庭血圧の有用性を明らかにした。さらに、日本における脳卒中死亡率の減少は、国民の血圧水準の低下傾向とよく一致することも明らかとなり、降圧薬による高血圧治療が循環器疾患を予防できることを示した世界各国の臨床試験も合わせ、因果関係の完結をみた。

日本は、現在世界一の長寿社会を享受しているが、脳卒中克服と心筋梗塞増加を防ぐことなくしては成り立ち得なかったことを、心に銘記すべきであろう。

上島弘嗣
(滋賀医科大学特任教授/生活習慣病予防センター)

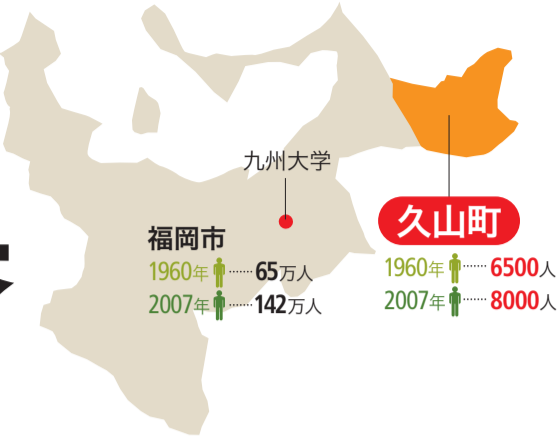
新年号特集 久山町研究の50年から見つめる疫学研究 これまで、これから

カラー解説

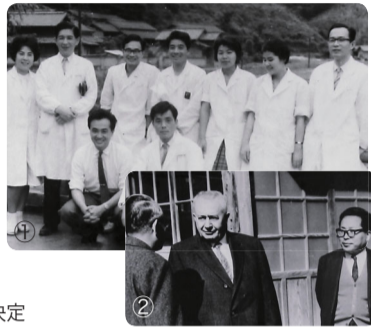
久山町研究の軌跡とその成果

1961▶2010

九州大学病院
腎・高血圧・脳血管内科
二宮利治



- 1961年 久山町に成人病研究の協力を依頼
久山町において成人病健診が開始(①)
- 1962年 最初の剖検が行われる
米国国立衛生研究所(NIH)からの研究費助成が開始(②)
- 1969年 NIHの研究費助成が中止
- 1970年 健診や剖検推進の費用を久山町が負担することで久山町研究の継続が決定
- 1973年 大学紛争のため、国立福岡東病院(当時)で剖検を行う
- 1975年 久山町と共同で西日本文化賞を受賞
久山町住民による「高血圧を追放する会」が結成される(③)
- 1984年 九大歯学部予防歯科による歯科健診が開始
- 1985年 中村学園大による栄養調査が開始
高齢者における認知症と日常生活動作の実態調査(高齢者調査)が開始
- 1988年 成人病健診にて75g経口糖負荷試験が開始(④)
- 2002年 生活習慣病のゲノム疫学研究が開始
- 2003年 九大眼科による眼科健診が開始
- 2005年 九大精神神経科による高齢者における認知症、うつ病の実態調査が開始(⑤)
- 2008年 九大呼吸器科による呼吸機能検査が開始
- 2009年 九大健康科学センターによる身体活動調査が開始
- 2010年 九大心療内科による心理ストレス検査が開始



久山町研究の特徴

- 全住民を対象 (40歳以上)
- 前向きな追跡研究
- 研究スタッフによる健診・往診
- 受診率 (80%)
- 剖検率 (80%)
- 追跡率 (99%以上)

久山町研究では、1961年から今日まで50年にわたり、福岡市に隣接した糟屋郡久山町(人口約8000人)の住民を対象に、脳卒中をはじめとする生活習慣病の疫学調査を継続している。久山町の住民は全国平均とほぼ同じ年齢・職業分布を有しており、偏りの小さい平均的な日本人集団である。また、人口の入れ替わりが少ないことも特徴である。

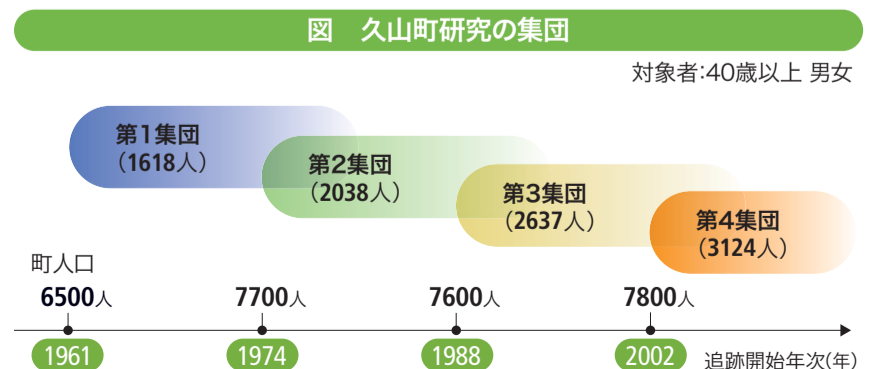
研究の発端は、日本の死亡統計の信憑性に疑問が投げかけられたことにある。当時、脳卒中はわが国の死因の第1位を占めていた。中でも、脳出血による死亡率は脳梗塞の12.4倍と諸外国に比べ著しく高いレベルにあり、欧米の研究者から誤診の可能性を指摘された。そこで、日本人の脳卒中の正確な病型頻度と死亡率の解明を目的として久山町研究が開始された。1960年代初期の剖検を基盤にした成績では、脳出血による死亡率は脳梗塞のわずか1.1倍。死亡診断書における病型診断の誤りがまればならなかったであろうことを、剖検という科学的な手法で裏付けた。

久山町研究では、これまでに40歳以上の住民の健診を繰り返してきたが、特に1961年、74年、88年、2002年において、健診受診者から設定した集団の追跡成績の解析に力を注いでいる(図)。これにより、日本人の生活習慣の変化に伴う生活習慣病とその危険因子の時代的変遷が明らかとなってきた。

久山町研究の最大の特徴は剖検率の高さにある。正確な死因を知るという点において、剖検以上に正確な診断方法はない。さらに追跡調査の精度も高い。これまでに行方不明となった追跡対象者は数例に過ぎず、追跡率は99%以上である。また、久山町研究は臨床医が中心になって行っていることも特徴の一つであろう。九大病態機能内科学、環境医学の教室員のほか、眼科、精神神経科などの臨床部門から大学院生や研究者が出向し研究室が維持されていることが、臨床と疫学の両方の視点からの意義深い疫学研究につながっている。

久山町研究で検討されている主な研

究テーマ(主なトピックスを2, 11面にて解説)としては、心血管病(脳卒中、虚血性心疾患)、腎疾患、高血圧、代謝性疾患・糖尿病、認知症、胃癌・大腸癌が挙げられる。また、最近では、従来の生活・環境因子に遺伝子検査(SNP)を加えた生活習慣病のゲノム疫学が開始され、脳卒中や潰瘍性大腸炎の疾患候補遺伝子を発見するなどの大きな成果を挙げている。その他、眼科疾患、歯科疾患、精神科疾患、呼吸器疾患の疫学など研究テーマは多岐にわたっており、生活習慣病の広い分野で重要なエビデンスを輩出している。わが国を代表する疫学研究と言えよう。



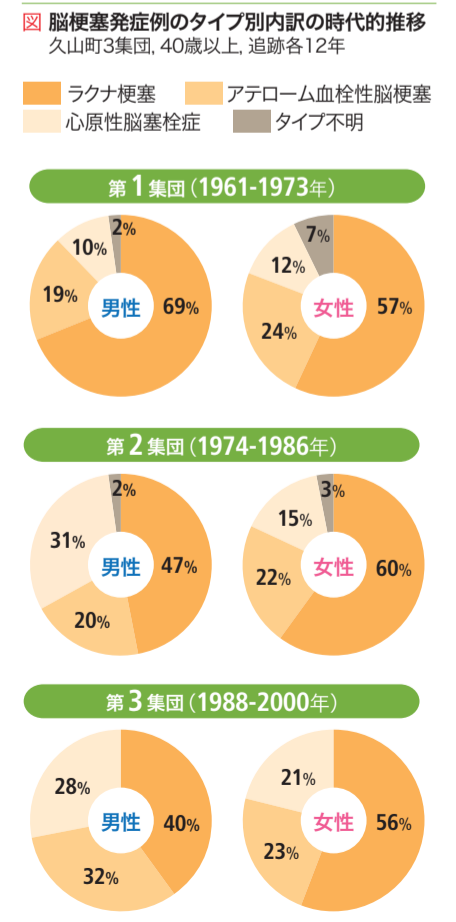
新たなエビデンス創出へ

心臓 心血管病

生活習慣の変化に伴い、心血管病の実態も大きく様変わりするなか、久山町の第1集団(1961年)、第2集団(1974年)、第3集団(1988年)をそれぞれ12年間追跡した成績を比較し、心血管病発症率の時代的变化とその要因を検討した。その結果、脳卒中発症率は高血圧治療の普及とともに有意に低下したが、近年その低下傾向が鈍化した。3集団の脳梗塞発症例をラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症のタイプに分けてその内訳の時代的推移をみると、時代とともにラクナ梗塞の割合が減少し、相対的にアテローム血栓性脳梗塞と心原性脳塞栓症の割合が増加している(図)。つまり、日本人の脳梗塞タイプが欧米化しつつあることが伺える。一方、虚血性心疾患の発症率には明らかな時代的变化はみられなかった。その要因として近年、肥満、脂質異常症、耐糖能異常など代謝性疾患が急増し、高血圧治療の普及による予防効果を相殺したことが挙げられる。

また、久山町研究では、各集団の追跡調査において、高血圧、耐糖能異常/糖尿病、脂質異常症、肥満、飲酒、喫煙など古典的な危険因子と心血管病発症との関係を検討してきたが、近年の研究で耐糖能異常/糖尿病、脂質異常症、肥満、メタボリックシンドロームなど代謝性疾患が心血管病に与える影響が増大していることが明らかとなった。

福原正代
(九州大学大学院医学研究院・環境医学分野)



代謝性疾患・糖尿病

1961年, 1974年, 1988年, 2002年に久山町で行われた循環器健診を受診した40歳以上の住民を対象に, 代謝性疾患の有病率の時代的推移を比較・検討すると, 肥満 (body mass index $\geq 25.0\text{kg/m}^2$), 高コレステロール血症 ($\geq 220\text{mg/dL}$), 耐糖能異常の有病率が時代とともに急速に増加していることが明らかになった。2002年における肥満の頻度は, 男性29%, 女性24%, 高コレステロール血症の頻度はそれぞれ27%, 42%, 耐糖能異常の頻度はそれぞれ55%, 36%となった。最近の久山町集団の追跡調査では, これら代謝性疾患が脳卒中 (脳梗塞),

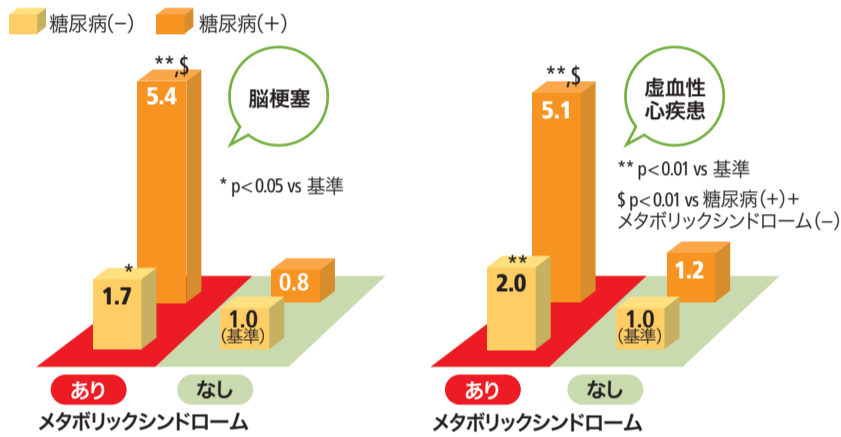
虚血性心疾患, 慢性腎臓病と密接に関連していることが明らかとなってきた。特に, メタボリックシンドロームに糖尿病をはじめとする他の危険因子が合併すると, 脳梗塞および虚血性心疾患の発症リスクが飛躍的に上昇した (図)。

上記の結果から, 現代日本人の心血管病を予防するためには, 高血圧治療をさらに徹底して行うとともに, 増え続ける代謝性疾患を包括的に管理することが大きな課題になったと考えられる。

土井康文

(九州大学大学院医学研究院・病態機能内科学)

図 糖尿病とメタボリックシンドロームの有無別にみた心血管病の相対危険
久山町第3集団 2452人, 40歳以上, 1988-2002年, 多変量調整[†]



[†]年齢, 性, 総コレステロール, 心電図異常, 蛋白尿, 飲酒, 喫煙, 運動, 糖尿病(空腹時血糖 $\geq 126\text{mg/dL}$) and/or 糖尿病治療有りにて調整

胃癌

胃癌の疫学研究は, 一般的に登録研究やコホート内患者対象研究によって行われることが多い。しかし, この方法では胃癌罹患者の把握が登録率に大きく左右され, 集団の実態が正確に把握できない可能性がある。久山町研究では, 長年にわたり心血管病とともに胃癌の前向き追跡研究を行い, 胃癌の発症例をほぼ全例とらえてきた。よって, 本研究は, 日本人の胃癌とその要因の実態を正確に把握している数少ない疫学研究の一つといえる。

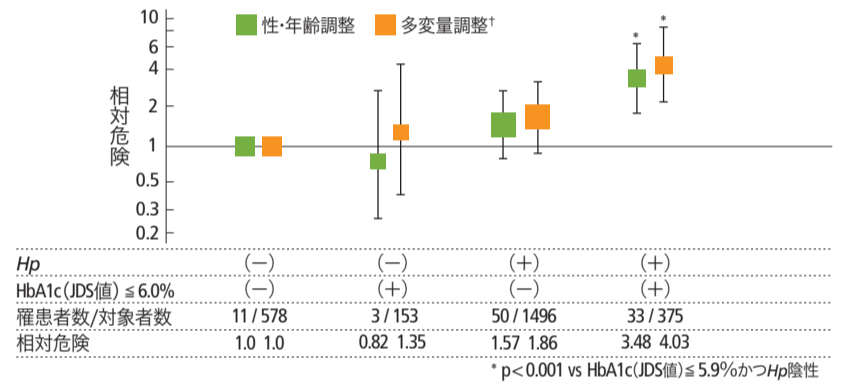
久山町研究では, 時代の異なる集団を追跡した成績を比較し, 胃癌罹患率および死亡率の時代的推移について検討するとともに, 特に1988年に設定した第3集団の追跡調査で, 胃癌罹患

者の生命予後や, ヘリコバクター・ピロリ (Hp) 感染とともに, 萎縮性胃炎, 高食塩摂取, 喫煙, 低コレステロール, 高血糖などが胃癌発症の有意な危険因子であることを明らかにしてきた。中でも, Hp感染と高食塩摂取および高血糖の間に胃癌発症に対する相互作用が認められている (図)。胃癌の最も重要な危険因子はHp感染とされているが, Hp感染者の多くは胃癌を発症しないことから, Hp感染に高食塩食や高血糖などの環境要因が加わって初めて胃癌のリスクが上昇することが示唆される。しかし, その機序は今のところ不明な点が多く, 今後解明すべき課題である。

池田文恵

(九州大学大学院医学研究院・環境医学分野)

図 HbA1cレベルとHp感染の有無別にみた胃癌発症の相対危険と95%信頼区間
久山町男女 2602人, 40歳以上, 1988-2002年



[†]年齢, 性, 消化性潰瘍の既往, body mass index, 総コレステロール値, 飲酒, 喫煙, 食事因子(総エネルギー, 総脂肪, 塩分, ビタミンA, ビタミンB₁, ビタミンB₂, ビタミンC, 食物繊維摂取量)にて調整

認知症

老年期認知症は, わが国の高齢人口の急増に伴い, 医学的・社会的に重要な問題として近年注目されている。久山町では, 1985年に65歳以上の高齢者を対象に老年期認知症と日常生活動作の実態調査が行われ, その後1992年, 1998年, 2005年にも同様の調査が繰り返された。久山町における老年期認知症の疫学調査の特徴は, 受診率が92-99%といずれも極めて高いことと, 認知症の死亡例を高率に剖検して神経病理学の専門家が最終的に病理診断を行っていることである。

最近の研究では, 4つの断面調査成績を比較し, 老年期認知症の有病率の時代的推移を検討した。その結果, 近

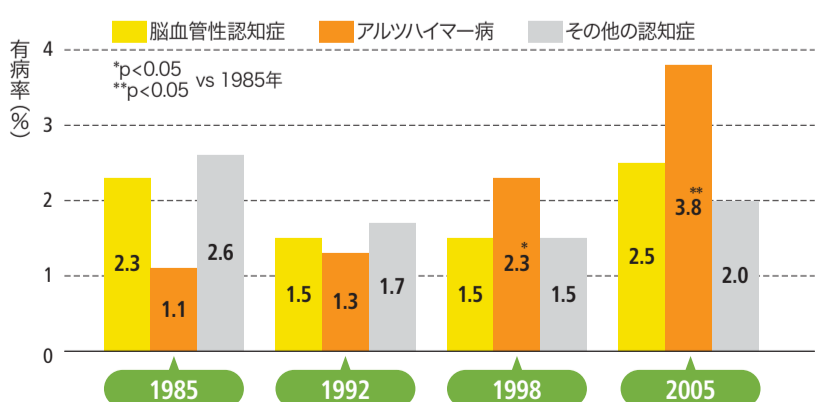
年アルツハイマー病の有病率が急速に増加していることを明らかにし, わが国においてアルツハイマー病の予防対策が急務であることを示した (図)。

さらに, 追跡調査や剖検診断の成績を用いて, 脳血管性認知症やアルツハイマー病など病型別にみた認知症の危険因子の探索を行っている。中でも, 糖尿病がアルツハイマー病の発症率を高めることを明らかにした報告や, アルツハイマー病の中核的な形態学的変化である老人斑の形成に, インスリン抵抗性が関与していることを示した研究は, 世界的にも注目を集めている。

二宮利治

(九州大学病院 腎・高血圧・脳血管内科)

図 認知症の病型別有病率の経年変化
久山町男女, 65歳以上, 性・年齢調整



ゲノム疫学

久山町研究では, 2002年に文部科学省リーディングプロジェクトの指定を受け, 東京大学, 理化学研究所と共同で生活習慣病のゲノム疫学研究を開始した。この年の健診には40歳以上の住民3328人(受診率78%)が受診し, このうち3196人(96%)がゲノム疫学研究への参加に同意した。

この研究の主なテーマとして, 新規の脳梗塞関連遺伝子の探索を行った (図)。まず, 九州大学と関連病院から収集した脳梗塞患者群と, 久山町住民から選択した健常者対照群のDNAサンプルを用いて, 一塩基多型 (SNP) の分布をゲノム全体にわたって網羅的に比較した (ゲノムワイド関連研究)。

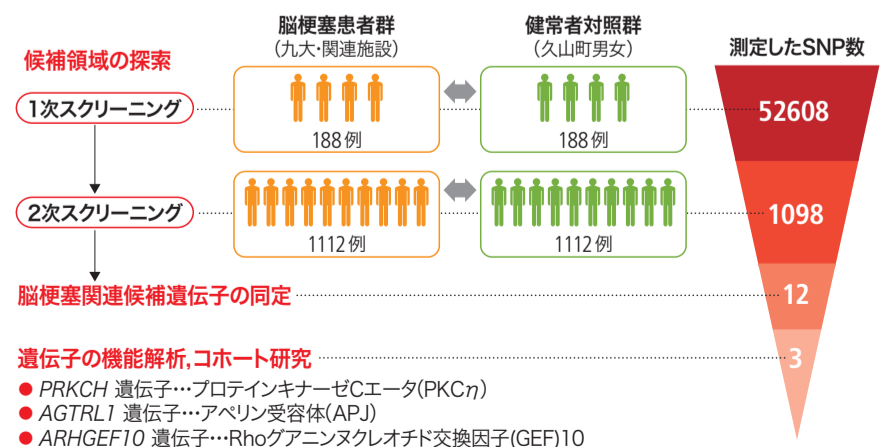
その結果, 12か所の脳梗塞関連遺伝子の候補領域を同定し, そのうち3つの遺伝子について分子生物学的実験による機能解析を実施した。さらに, 久山町の長期追跡調査の成績を用いて, これらのSNPが脳梗塞発症の有意な遺伝的危険因子であることを確認した。

この他に, 久山町研究では潰瘍性大腸炎, 加齢黄斑変性, アルツハイマー病について同様のゲノムワイド関連研究を実施している。今後, SNPデータと久山町研究の疫学 (臨床) データを組み合わせた研究成果を積み重ね, 個人の遺伝的体質に合わせた疾病予防 (オーダーメイド予防) の実現をめざす。

秦淳

(九州大学大学院医学研究院・環境医学分野/シドニー大学ジョージ国際保健研究所客員研究員)

図 脳梗塞のゲノムワイド関連研究



日常診療に欠かせない新刊と電子ジャーナル

わが国の最も信頼できるゴールド・スタンダード

今日の治療指針

TODAY'S THERAPY 2011

私はこう治療している

総編集 山口 徹・北原光夫・福井次矢
第一線のエキスパートが最新治療法を毎年書き下ろし

■医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2011」との連携: 「治療薬マニュアル2011」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利(「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)

■各領域の「最近の動向」を解説

- 1103疾患項目、1080専門医の治療法がこの1冊に
- 増加する新薬に対応、(R) 処方例)では薬剤を商品名で記載
- 付録「小児薬物療法の注意点」を新規収録
- カラー図譜(正常CT・MRI解剖と基本的病変像、肺・肝の区域図、胸部・腹部リンパ節の部位、輸入感染症の世界分布) / 中毒起因物質と治療の要点 / 介護保険(主治医意見書・居宅療養管理指導) / 抗菌薬による感染症の外来治療 / 高齢者の薬物療法 / 妊婦・授乳婦への薬物療法と公的リスク分類 / 肝・腎障害時の薬物療法の注意点 / 皮膚外用薬の使い方 / 漢方製剤(健保適用)の使い方 / 薬物の副作用と相互作用 / 薬物治療モニタリング(TDM) / 新薬、医薬品等安全性情報 / 臨床検査データ一覧 / 診療ガイドラインを収録
- 研修医、看護職、薬剤師にも役立つ情報が満載

- デスク判(B5) 頁2042 2011年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01105-1]
- ポケット判(B6) 頁2042 2011年 定価15,750円(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01106-8]



(2011年1月上旬発行予定)

圧倒的な情報量が支持されています! 治療薬情報を網羅した年鑑最新版

MANUAL OF THERAPEUTIC AGENTS 2011

治療薬マニュアル

監修 高久史磨・矢崎義雄
編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

本書の特徴

- 全医療関係者必携の治療薬年鑑
- ほとんどすべての医療用医薬品を収録
- 各領域の専門医による、実践的な臨床解説
- 添付文書にはない「適用外使用」が充実
- ポケットサイズの別冊付録、「重要薬手帳」

2011年版の特徴

- 2010年中に発売された新薬を掲載
- 主要商品の薬価を網羅
- 国立高度専門医療研究センター採用の後発品を掲載
- 新規付録「後発医薬品に関する情報と選択の留意点」
- 先発品と後発医薬品の効能・効果の違いが分かる

- B6 頁2628 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01144-0] (2011年1月中旬発行予定)



「治療薬マニュアル2011」×「今日の治療指針2011年版」合同プレゼント企画

特製USBメモリを抽選で300名様!
「今日の治療指針2011年版」と「治療薬マニュアル2011」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます(300名様)。ご応募の際は「治療薬マニュアル2011」のジャケット折り返しの部分にある応募券を「今日の治療指針2011年版」に同封の書籍の「ご注文書ハガキ」に貼付してお送りください(2011年9月30日消印分まで有効)。

「今日の治療指針」の姉妹編!! 本格的診療マニュアル 待望の改訂版!!

今日の診断指針

第6版

総編集 金澤一郎・永井良三

- デスク判(B5) 頁2136 2010年 定価26,250円(本体25,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00794-8]
- ポケット判(B6) 頁2136 2010年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00795-5]

ご購入をお奨めいたします
●研修医には、即実践に役立つ臨床診断技術の研修のために
●勤務医には、診療現場で直面する難しい事態の解決のために
●実地医家には、最新の診断情報の研修と診療上の問題の解決のために
●医学生には、ベッドサイド教育のキーポイントを学ぶために

第6版の特徴

- 900の専門医が、193症候項目、684疾患項目の診断の実際を紹介
- “症候編”と“疾患編”の2部構成。それらを相互に有機的に結びつけて斯界の専門医が執筆
- ガイドラインの制定などをふまえ、内容を全面的に刷新
- 疾患の動向に合わせ「疾患編」「感染性疾患」の項目を大幅増のほか、「精神疾患」「循環器疾患」などの項目立ても大幅変更
- 本文全ページ2色刷りとなりさらに見やすく、カラー図譜も多数掲載
- 各疾患の発生頻度をそのタイトルに表示
- 全身の約10,000種の疾患の検索が可能
- 索引には、疾患名・症状・症候・検査所見・病態からあらゆる疾患(病態)を識別できる詳細な項目を採録
- 図・写真1300点、カラー写真500点
- それぞれの診断における一般血液検査から遺伝子診断にいたる最新の検査法までさまざまな検査法を掲載



医学書院の電子ジャーナル

良質な情報を提供する医学書院発行雑誌を、オンラインで読んでみませんか?

参考文献へのリンクや論文検索機能といった便利な機能を備えた医学書院の電子ジャーナル。使い方やご利用環境にあわせて購読方法を選べるほか、いつからでも購読を開始できるようになりました。

雑誌(冊子体)の年間購読オプション

雑誌(冊子体)の年間購読にプラスして、オンラインでもその内容を開覧いただけるサービスです。例えば、自宅では電子ジャーナル、オフィスでは冊子と使い分ければ、いつでも愛読誌があなたのそばに。



電子ジャーナル<個人版>

電子ジャーナルのみの購読です。これでもうあなたの本棚が雑誌で埋まってしまうことはありません。USB認証キーさえあれば自宅でもオフィスでも、契約雑誌の開覧が可能!



電子ジャーナル<共有版>

電子ジャーナルのみの購読ですが、こちらは個人名で登録する必要がありません。医局や研究室の皆で使いたい、そんなときにご利用ください。きっと強い味方になってくれるはずです。



1 ログインはUSB認証キーを差すだけ



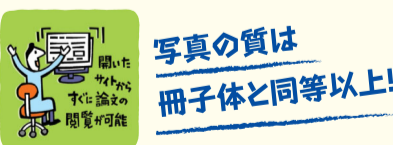
USB認証キーをパソコンに装着するだけで自動的にアクセス! ID・パスワードを覚える必要がありません。

2 膨大な量のバックナンバー



各誌最大過去8年分(2003年以降*)のバックナンバーを用意しています。*1 一部の雑誌は2004年以降の収録となっております。

3 論文は誌面に掲載されたとおりに表示



様々な方法で検索ができ、目的の文献をいち早く探し出せます。文献本文は、PDFファイルで提供します。誌面そのままの開覧が可能です。

4 国内・海外の電子ジャーナルにリンク



引用・参考文献リストから、国内・海外の電子ジャーナルにリンクしています。

動作環境 対応OS: Windows XP Service Pack2以降、Windows Vista、Windows 7、Mac OSX10.4以降
推奨ブラウザ: Internet Explorer 6以降、Fire Fox 2以降、Safari 3以降

MedicalFinder 法人サービスもございます。詳しくは、医学書院ライブラリー 検索



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693

新春座談会

疫学研究のこれから

——いっそうのエビデンス創出をめざして



清原 裕氏 司会

九州大学大学院医学研究院教授
環境医学分野

大橋 靖雄氏

東京大学大学院医学系研究科教授
生物統計学

上島 弘嗣氏

滋賀医科大学特任教授
生活習慣病予防センター

二宮 利治氏

九州大学病院
腎・高血圧・脳血管内科

「心血管疾患は予防可能」。これは半世紀以上にわたる疫学研究から得られたエビデンスだ。疫学研究から得られる知見は医学のエビデンスとして、臨床での実地医療だけでなく基礎研究から医療政策まで大きな影響を与えてきた。

一方、医療や社会の変化とともに疫学研究の在り方も変わりつつあり、統計などの解析手法の発展からも新しい研究の戦略が求められてきている。

本紙では、新年号特集「久山町研究の50年から見つめる疫学研究 これまで、これから」で監修を務める清原裕氏の司会のもと、日本の疫学界をリードしてきた上島弘嗣氏、疫学だけでなく臨床研究でも指導的立場にある大橋靖雄氏、久山町で疫学研究にあたる二宮利治氏の3氏を迎え座談会を企画。いっそうのエビデンス創出をめざして、疫学研究の将来を展望する。

清原 日本人のエビデンス、日本発のエビデンスが求められるなか、疫学研究の重要性は高まっています。一方、日本では疫学に対する関心があまり高くなく、質の高い臨床研究の論文も欧米に比べ極めて少ないのが実情です。そこで本日は、疫学研究のさらなる充実をめざし、日本の疫学研究のあるべき姿を先生方と展望できればと思います。

まず最初に、先生方と疫学とのかわりからお聞かせください。

疫学研究に魅入られて

上島 私は公衆衛生を専門として疫学にかかわってきました。医師をめざしたきっかけが自分自身の病気だったため、最初は臨床医になろうと考えていました。しかし、ひよんなことから集団健診を行う部署に入り、予防医学に魅力を感じて今日に至っています。

二宮 私は卒業当初、輸液を学びたくて腎臓内科に入りました。腎臓内科医として糖尿病性腎症の予防に力を注ぎたいと考え、疫学的な研究の必要性を感じていたところ清原先生から声を掛けられ、「渡りに船」と久山町研究に2003年から加わっています。

清原 大橋先生は、統計学の方面からユニークな道を歩んでこられましたね。

大橋 はい、私はもともと工学部計数工学科の出身です。大学卒業後は、ランダム化比較試験(RCT)の方法論を日本の農事試験に初めて導入した故奥野忠一先生のもとで、工学部の助手をしていました。そのようななか、1982年に東大で統計パッケージの紹介と利用法の検討を行う研究会をつくりました。

ただ、周囲の専門家からは「統計学者が手を出すことではない」と言われました。というのは、当時は理論の開発が統計学者の仕事で、既存のプログラムでデータを解析することはお門違いと考えられていたのです。その後、開原成允先生(現国際医療福祉大学教授)に招かれ、84年に新設された東大病院中央医療情報部に異動しました。当時の「日本の医学にないものが2つある。データベースと統計だ」という開原先生のセリフを今でも覚えています。

清原 それは現在でも当てはまる部分がありますね(笑)。

大橋 そこで生物統計家としての活動を開始し、その後、日本の生物統計学

講座の第1号となる現在の講座を主宰し今に至っています。米国留学時に、データセンターで臨床試験だけでなく疫学の大規模研究も行っていることを目の当たりにしたことから、現在統計の面から疫学研究を支援させていただいています。

資金不足が疫学研究の発展を妨げている

清原 それでは、歴史を振り返りながら、疫学研究の在り方を考えていきたいと思います。

上島 循環器疾患領域から眺めると、久山町研究そのものが日本の疫学研究の歴史です。また、国際共同研究の引き金となった「Seven Countries Study」(本紙1面参照)も日本では九州で立ち上がったので、日本の疫学研究は九州から始まったと言ってもいいでしょう。

久山町研究は、コホート研究として世界最高レベルの研究を継続し、日本各地のコホート研究の牽引役となってきました。私自身、対抗心を燃やししながら疫学研究を始めたのが正直なところでした。

清原 久山町研究が先生の若かりしころの刺激になったとは大変光栄です。地域のコホート研究の誕生後は、それらを統合したメタアナリシスも発展してきましたね。

上島 はい。日本でもJALS(註1)など多くのメタアナリシスが立ち上がってきました。個人データに基づいて個々のコホート研究を統合し、さまざまなリスクの検討を性別や年齢別に詳細に行うメタアナリシスは、今日の観察疫学における最先端の研究手法となっています。

清原 現在、世界的な潮流として疫学研究の大型化があります。また個々のコホート研究は、対象者数や集団の特性・偏りによりリスク評価に一定の限界があるため、メタアナリシスにますます注目が集まるようになりました。

このように発展を遂げてきた疫学研究ですが、研究を進めていく上では何が課題となっているのでしょうか。

上島 最大の課題は研究資金の不足です。久山町研究もSeven Countries Studyも海外の研究助成により始まりましたが、日本ではゲノム研究には莫大な予算がつくものの、コホート研究にはほとんど予算が下りないのが実際です。

追跡が難しい観察研究には、人件費

清原 最後に私ですが、脳卒中の専門医を志望して九大医学部第二内科に入局しました。しかし、当時の教授だった尾前照雄先生に久山町でも脳卒中の勉強はできると誘われ、2年間の約束で久山町研究に参加して以来30年、疫学研究にとりつかれ今日まできました。

をはじめ多額の費用がかかります。しかし、「データを集めるだけでなぜお金がかかるのか?」と言われ、なかなか資金の必要性が理解されません。

二宮 私が留学していたオーストラリアでは、人件費に莫大な資金が投入され、医師のほかデータを集めるリサーチナースやプロジェクトマネージャーなど、多職種による疫学研究が行われていました。一方、日本は研究のデザインからデータ集めまで医師自身が行うという状況ですから、オーストラリアとはシステムが大きく違うと実感しました。

上島 ええ、本当に大きく異なります。また研究資金が不足すると、地域のコホート研究が育たないためメタアナリシスができないという課題もあります。時宜に応じたメタアナリシスを行うためには、地域のコホート研究が耕されいつでも収穫できるよう、管理・維持されている必要があります。

大橋 公衆衛生上の対策のためのエビデンスづくりも、地域のコホート研究がある程度ないとできません。

清原 疫学研究の推進には、現在研究資金の部分で課題があるのですね。

マネジメント機関が研究推進の原動力となる

清原 Seven Countries Studyや久山町研究では、臨床医が旗振り役を務めたことも特徴的でした。しかし、疫学研究ではデータ解析をはじめ専門的なスキルも多く要求されるため、研究の輪が広がるためには臨床以外の専門家の関与がやはり必要です。

大橋 そうですね。規模や継続性を考えたときには、研究をマネジメントする組織がどうしても必要になります。

米国のNIHでは、コーディネーティングセンター(データセンター)を公募し、10年規模の長期研究を支援しています。英国オックスフォード大の疫学者リチャード・ピートはCTSU(Cancer Trials Support Unit)という疫学や臨床試験のデータマネジメントを行う組織を立ち上げ、乳癌治療の進歩に大きなインパクトを与え続けています。

二宮 オーストラリアでもCTRU(Clinical Trials Research Unit)という機関が中心になって、オーストラリア全土の大学と協働し、約300人のスタッフで国際的な共同研究も含め約60の臨床研究を動かしています。

大橋 日本でもJALSが始動する際に、データマネジメントと研究をコーディネートする組織として、CTSUをまねたJ-CRSU(日本臨床研究支援ユニット)を作りました。現在約90人のスタッフで、JALSやCKD-JAC(註2)な

(4面につづく)

明けましておめでとうございます
本年もどうぞよろしくお願ひ申し上げます

2011年新春

代表取締役社長	金原 優
常務取締役	金原 俊
常務取締役	七尾 清
常務取締役	高橋 明裕
常務取締役	富永 恵夫
常務取締役	阪本 稔
常務取締役	早坂 和晃
監査役	金原貴美子
顧問	小林 謙作
社員一同	

医学書院

新春座談会 疫学研究のこれから——いっそうのエビデンス創出をめざして

(3面よりつづく)

どが行われています。

私は、若い研究者がフェローやインターンとしてこのような組織で学ぶことで、将来の疫学研究を担う人材に育ててほしいと考えています。

清原 確かに疫学研究を担う人材の育成は重要な課題ですね。

上島 日本では、言わば自前で何でもやるというシステムでしか疫学研究が成り立ってきませんでした。欧米の疫学研究はシステム化されていて、各部

門がそれぞれ機能する状態ができあがっている。これは、日本がこれから解決しなければいけない課題です。

清原 そういう意味では、JALSは大橋先生の生物統計グループと上島先生の疫学グループが、共同で取り組んだ最初の大規模観察研究ですので、非常によい経験になりましたね。

上島 共同研究は人材を育てるよい機会です。個々のコホート研究の研究者にとっても、メタアナリシスでできないような研究を行うための基盤づくりの機会となります。



●清原裕氏

1976年ソ連邦ロシア国立医大卒。78年九大医学部第二内科入局、83年九州歯科大内科講師、96年九大医学部第二内科講師を経て、2006年より現職。91年より久山町研究をリードし、脳卒中の疫学研究として始まった久山町研究を、虚血性心疾患、悪性腫瘍、認知症、眼科疾患、歯科疾患、高血圧、糖尿病、食事性因子などの生活習慣病全般およびゲノム研究など幅広い領域に発展させる。日本老年医学会代議員、日本脳卒中学会評議員、日本高血圧学会評議員、日本疫学会評議員などを務める。



●上島弘嗣氏

1971年金沢大医学部卒。72年大阪府立成人病センター集団検診第一部、81年阪大、同年米国ノースウエスタン地域保健・予防医学講座研究員。84年国循集団検診部医長を経て、89年滋賀医大教授。2009年より現職。日本疫学会、日本公衆衛生学会、日本高血圧学会などの理事を歴任。循環器疾患の予防を中心にさまざまな疫学研究に取り組む。NIPPON DATA 80/90を主導し、JALSを大橋氏とともに遂行している。08年日本医師会医学賞受賞。滋賀医大名誉教授。

臨床と疫学の相互理解を深めるために

清原 地域のコホート研究を充実させるためには、疫学研究と臨床とを結びつける人材も必要となりますね。

二宮 オーストラリアでは、プロジェクトマネージャーが臨床医と疫学者をつなぐ役割を担っていました。そして、互いの考え方の違いや研究遂行上の問題点の解決を促し、臨床医と疫学者の合同会議を開催するなど、きめ細かなプロジェクト遂行がなされていました。

上島 臨床医と疫学者が共同で疫学研究や臨床研究を行い、お互いに学び合うことは非常に大事です。

大橋 ええ。その過程で、研究全体をマネジメントができる人材も育ってきますね。

上島 疫学者は臨床医と共同研究をすることで、臨床上でポイントとなる部分を学びますし、臨床医も追跡調査の困難さを理解します。これは一緒に研究をして初めて気づく部分ですね。

清原 久山町研究ではほとんどのスタッフは臨床医です。臨床医としてのマインドを持ちつつ疫学も理解することで、疫学と臨床のどちらにも視野を広げられる人材を育成しようという狙いがあります。

大橋 臨床医が総合的な感覚を持ちながら、疫学研究の道に入るのはよいことですね。疫学の方法論もしっかり勉強したいと考える臨床医を育てるのがいちばんの近道です。

清原 ええ。ですから、これからの疫学研究の推進のためには、もっと臨床医を疫学に惹きつけなければいけないのですが、何かお考えはありますか。

上島 私は若いころ、臨床医の側から疫学を学びに来るべきだと思っていたのですが、それは間違いでした。お互いに意見を戦わせて理解し合うことから交流が始まるので、やはり疫学者側が臨床に出かけていくことも、今後は非常に大事になると思います。

私自身、高血圧学会など臨床の学会に参加し、臨床医と交流するなかで疫学の重要性を伝えられたと思います。そしてそれが、疫学者も携わるガイドラインづくりにつながりました。

二宮 若い臨床医に話を聞くと、疫学自体に興味は持っています。ただ、疫学を体系付けて学べるシステムが医学

教育にないことは問題です。

上島 確かにそれはありますね。

二宮 一つの症例報告がケース・シリーズとなり、ケース・コントロールからコホート研究へつながっていきます。学生には「いざ研究したいときに備え、勉強するように」とよく話していますが、公衆衛生学で統計を習うだけでは疫学研究を行うことは難しいでしょう。やはり一度、実際の臨床研究を経験するなど医学教育を充実させていく必要があると思います。

大橋 もう一つ、ポストも重要だと思います。大型共同研究に医師のポストやフェローの制度をつくり、その後腰を据えられるポストに導けるようなキャリアパスを構築する必要があります。大学はポストの数が限られていますが、製薬会社や民間のシンクタンク、また保険会社でも仕事が得られるようになればよいと思います。

疫学研究の複雑化に対抗する“武器”が生まれてきた

清原 ここからは視点を変え、テクニカルな部分としてデータの解析手法の将来を展望したいと思います。大橋先生、統計学の中で解析手法はどのように進歩を遂げてきたのでしょうか。

大橋 歴史的な話から始めると、フランシス・ゴルトンによる回帰分析の提唱は1877年まで遡ります。しかし、それが一般の応用手法として使われるようになったのは1960年代半ばです。ノーマン・R・ドレーパーとハリー・スミスによる統計の教科書『Applied Regression Analysis』は、1966年の初版から81年の改訂版でページ数が3倍に増えたのですが、この15年間でコンピュータの導入によって高度な統計手法が急速に普及した時代です。

疫学との関連では、1957年にジェローム・コーンフィールドによりロジスティック回帰が発明され、また72年には医学統計上最も引用されたCox回帰の論文がデイビッド・コックスから発表されています。その後、86年にKY・リャンとスコット・ゼーガーが、いわゆる一般化推定方程式(GEE)という相関データの解析手法を提唱し

ました。

清原 このころ、現在利用される主要な統計手法がほぼそろい踏みしました。

大橋 はい。そしてコンピュータの圧倒的な進歩で、2000年代からは多数のパラメータがあるような変量モデルの計算が、比較的容易になりました。観察研究では、数多くの交絡因子を考慮し、その交絡因子が治療法選択やアウトカムに与える影響を調整しつつ真の治療効果を推定する、「因果推論」という考え方も普及してきました。

因果推論の方法論としては、IPTW推定を用いるMarginal Structure Modelやg推定という方法を用いるStructural Nested Modelなどが、世界で定着しつつあります。しかし日本ではまだ教科書もほとんどなく、一般的に用いられるようになるのはこれからです。

清原 今日の疫学研究を行う上で不可欠な、新しい統計の“武器”がどんどん誕生してきたのですね。

大橋 そうです。多変数で大量のデータがデータベースとして利用できるようになるとともに問題が複雑化し、今までの統計手法が通用しなくなり、新しい武器が必要になってきました。

二宮 以前、観察研究のデータから薬剤の治療効果を検討するため、Marginal Structure Modelを学ぼうとしたのですが、その方法がなく苦労しました。

大橋 勉強法の問い合わせは、私のところにも多くきます。ところが、こういった統計手法はまさに職人芸の部分があり、パラメータをわずかに変えるだけで解析結果が大きく変わることがあります。結果の頑健性に留意しつつ、検証できる形で結果を提示しなければいけないので、このような解析はやはりプロの統計家の分野となります。

一方統計家にとっても、実際のデータがなければ手法を知っていてもトレーニングできず、スキルを伸ばすことができないという課題があります。

清原 なるほど、疫学者と統計学者とのコラボレーションが今後ますます大事になりますね。

上島 解析手法が進歩した一方で、医学の因果関係や医学固有の問題もきち

んと理解する必要があります。これはエンドポイントとしての「総死亡」がよい例ですが、臨床試験では有用な総死亡での比較も、観察研究では因果の逆転が入るリスクがあるのです。

例を挙げると、アルコールのリスクについて「禁酒した・もともと飲まない・ちょっと飲む・多量に飲む」の4群で検討すると、持病でお酒をやめた人なども含まれるため「禁酒した」群の総死亡リスクが最も高いという結果が出ます。これを結果のまま解釈したら「禁酒したら死亡率が上がるから禁酒はするな」となるわけです(笑)。総死亡という条件だけでは交絡因子を除きようがないため、原理的に因果の逆転が多数あるものを扱っていると理解しなければいけません。

大橋 医療のプラクティスを知らないといけなわけですね。

上島 私が挙げたのは明らかにおかしいとわかる事例ですが、これがコレステロールや血圧に変わるととたんにわからなくなります。

二宮 そうした研究結果がメディアに流れ、結果だけが一人歩きしてしまうこともありますね。

大橋 ケネス・J・ロスマンの教科書に、「疫学は誰でもできる。ただし、見識と常識を持たねばならない」という言葉がありますが、“見識と常識”を持つことこそが、いちばん難しいのかもしれないですね。

データベースは公共の福祉

清原 疫学研究に活用できるデータベースがほとんどないことも、研究の発展を障害する大きな問題ですよ。

大橋 確かに、日本にはデータベースがないと長らく言われてきましたが、DPC病院のデータが公表され、来年度からは全国規模でレセプトデータの収集・学術研究への活用が実施されることになっていますので、標準化されたデータベースができつつあるところなんです。ただ、研究利用でいつも問題となるのは、「国民の理解が得られるか」という部分です。

在宅医療はどう始めて、どう軌道に乗せるのか? 第一線で活躍する医師が手ほどき

＜日本医師会生涯教育シリーズ＞ 在宅医療 午後から地域へ

在宅医療の考え方から、制度を含めた実践的な知識、効率的な連携の方法など、第一線で活躍する医師が、自らの経験をもとにした本物の知識と技術をわかりやすく解説。在宅医療とは何か? どう始めて、どう軌道に乗せるのか? 使える制度・サービスは何か? 各章をたどることで、在宅医療の今とこれからが見える。自治体・医師会、病院、診療所における実践例も豊富に収載。

編・発行 日本医師会
監修・編集 林 泰史
東京都リハビリテーション病院院長
黒岩卓夫
浦佐明気園診療所所長
野中 博
博野会野中病院院長
三上裕司
日本医師会常任理事
編集協力 太田秀樹
医療法人アスムス理事長
おやま城北クリニック院長



力量のある病院総合医が地域医療を救う!

地域医療は再生する 病院総合医の可能性とその教育・研修

多くの勤務医が専門医である日本の病院では、常に「非互換性の無駄」が付きまとう。また国民に対して「断らない救急医療」を質高く恒常的に展開することも難しい。しかしながら間口が広いだけでは、一人前の総合医ではない。当然、実行が必要なのである。地域医療崩壊の危機を前に、期待されるべき病院総合医の可能性と彼らの育成について、大リーガーでも知られる音羽病院ほかの実践を詳述。

編著 松村理司
浴和会音羽病院院長





●大橋靖雄氏
1976年東大工学部卒。79年同大学院工学系研究科博士課程中退。84年東大医学部講師、86-87年米国ノースカロライナ大、ワシントン大へ留学。

88年東大医学部助教授、90年同教授。2007年の大学の機構改革を経て現職。J-CRSU(日本臨床研究支援ユニット)では、JALS、CKD-JAC以外にも数多くの疫学研究、臨床試験のデータマネジメントを担い、本分野の日本の発展に尽力している。現在、J-CRSU理事長、日本メディカルライター協会理事長、日本臨床試験研究会代表理事を務める。

上島 プライバシーの意識は確かに高まっていますが、個人情報研究には何も出さないとなると、かえって公共の福祉の低下につながる危険があります。研究利用の上では、いかに個人情報を保護しながら国民の福祉に役立つデータを出していくかが問われますね。

清原 データは国民に還元できるものだから、データベースへの参加義務があることを国として示すことも必要でしょう。現代はあまりにも権利ばかりが主張され、義務はあまり言われません。ですから、データの提供は義務であるという視点も必要です。

大橋 私もそう思いますが、あまり強く言えないのが実情です。米国のHMO(Health Maintenance Organization)では、高水準の医療を適正な価格で提供する目的で、収集したデータを活用する合意が利用者との間になされています。翻って日本では、意識的な合意がないまま健康保険が運用され、診療上の権利のみを主張する方もいます。やはり保険制度の根幹に立ち返り、双方のメリットについて合意しないと行けません。上島 いずれにしても秘密保護をきちんとし、それを破るようなデータベースの使用には罰則を設け、公共の福祉のために有効なデータベースを活用するという方針を打ち出さない限り、前には進みません。

大橋 その通りです。韓国は単一保険者の保険制度をつくり、うまく国民の合意が得られました。日本での合意形成にも、保険制度を一新するなどの過激な対応が必要かもしれませんね。



●二宮利治氏
1993年九大医学部卒。同年、同大学院病態機能内科学に入学。2003年より久山町研究に学術研究員として参加し、06年豪シドニー大ジョージ国際保健研究所に留学。09年帰国し現職。これまでに、慢性腎臓病が心血管病発症の危険因子であることや慢性腎臓病者の心血管病発症や腎機能障害進行の予防における降圧療法的重要性をつきとめた。そのほか、JALSやBPLTTCなどの疫学・臨床研究のデータベースを用いたメタアナリシスにも従事した経験を持つ。

国際保健研究所に留学。09年帰国し現職。これまでに、慢性腎臓病が心血管病発症の危険因子であることや慢性腎臓病者の心血管病発症や腎機能障害進行の予防における降圧療法の重要性をつきとめた。そのほか、JALSやBPLTTCなどの疫学・臨床研究のデータベースを用いたメタアナリシスにも従事した経験を持つ。

長期の追跡が いっそう求められる

清原 それでは話題を変え、これからの疫学研究の方向性について、先生方のご意見をお聞かせください。

大橋 まず対象者ですが、女性や癌生存者を考えています。例えば乳癌では、若くして罹患しその後何十年も生存する方も多くいます。長く健康に生きるためにはどのような因子があるのか、現在コホートを作りつつありますが、なかなか情報がありません。

清原 そういった特殊な集団での疫学も、今後は注目されそうですね。

大橋 ええ。またマーカーとしては、エビジェネティックな解析も含めたゲノムが発展していく必要があります。

上島 ゲノムは注目を集めています。生活習慣と一緒に考えなければ意味がありません。例えば、活性型の通常のアセトアルデヒド代謝酵素ALDH2遺伝子を持つ人は、持たない人より高血圧になりやすいのですが、ゲノムだけを見るとALDH2遺伝子が高血圧に直接関与する要因だと思ってしまう。しかし、ALDH2遺伝子を持つとアルコールに強くなるので、お酒をよく飲みます。アルコールの影響で血圧が上がり、お酒を飲まないとい血圧は全く上がらないこともあります。

大橋 イベントでは、自立度に関係する要介護度と認知症が注目されるのではないのでしょうか。

二宮 私も高齢者の認知症と身体障害

には興味を持っています。高齢者では、どうやって健康的に寿命を迎えるかがいちばんの課題となるので、どのような生活がよい影響を与えるのかを明確にしたいと考えています。

清原 日本は世界で最も高齢者人口の割合が多いので、高齢者のQOLをどう維持するかは大きな問題ですね。

上島 高齢者を考える上では、歳をとってしまっただけではもはや是正できない問題もあるので、中年期から人口寄与危険度の割合を算出して、何がその世代と性別にとって重点項目かを詳細に検討する必要があります。

清原 確かに、中年期の危険因子が高齢者の疾病にどのような影響を与えるかについて、日本のエビデンスはまだあまりありません。

上島 米国では、中年期から低リスク

の人を追跡すると、循環器疾患の発症が少ないという長期のコホート研究があります。日本でもそういった長期の研究がますます重要になってきますね。二宮 久山町研究では、高血圧が認知症発症に及ぼす影響が中年期と老年期では若干異なるというデータを得つつあり、これからも追跡していきたいと考えています。

上島 久山町研究を1つの典型例として、長期の追跡の結果、短期ではわからなかったことも多くわかってきたという事実があります。ですから、長期の研究が重要だということも多くの人に知ってもらうことが大事です。

清原 長期の疫学研究によって、今後は中年期、あるいは青年期や幼少期からの危険因子の予防・管理の重要性が明らかとなる可能性がありますね。

時代の要請に応える疫学研究を

清原 さまざまな観点から日本の疫学研究を考えてきましたが、理想的な疫学研究の在り方について、最後に先生方の考えをお聞かせください。

二宮 まず疫学を勉強できる機会の充実を図るべきだと考えます。疫学研究の発展には人材が第一ですので、学生時代に1年でも疫学研究のトレーニングを行うような教育体制が必要です。

大橋 現在の疫学研究では、制度上の問題はあつたもののやはり国民の理解を得ることが大切で、そこが出発点になると考えています。理解を得るためには、医療コミュニケーションの在り方を見直す必要があります。巷にあふれる医療情報のなかで正しい情報が、きちんと国民に届くことが大切です。

さらに届くだけでなく、国民がその情報を正確に受け取ることが重要ですので、通訳としての疫学者も絶対に必要です。そういった双方向での「国民の理解」が求められますが、これはやはり久山町が模範となりますね。

清原 もっと国民一人ひとりに疫学研究を知っていただけて理解を得ることは、今後の発展に不可欠でしょう。

最後に、日本の疫学界を長年にわたってリードしてこられた上島先生からひと言いただければと思います。

上島 理想的な疫学研究とは、その時代時代で求められるエビデンスを出していくことだと思います。確かに疫学

研究は過去の課題をもとに開始されているので、現代の課題とずれが生じるという矛盾もあります。しかし、久山町研究のように常にコホートが維持されなければ、喫緊の課題として求められるものに回答することはさらに難しくなります。地道な努力ですが、個々の研究を長期間維持し時代の要請に応じていくことが、疫学研究の理想です。

わが国のコホート研究を牽引してきた久山町研究には、50年と言わず、ぜひとも100年の計を見ながら継続していただきたいと思います。

清原 久山町研究へのエールをいただきありがとうございます。今日は、これからの日本の疫学研究にとって大変貴重なご意見を多くいただきました。ありがとうございました。(了)

【註】

1) JALS (Japan Arteriosclerosis Longitudinal Study) は、日本で2001年にスタートした動脈硬化性疾患発症要因の解明を目的とした統合研究(メタアナリシス)。全国各地で行われている循環器コホート研究から匿名で集積した個人データに基づき、危険因子の評価を行っている。

2) CKD-JAC (Chronic Kidney Disease Japan Cohort Study) は、慢性腎臓病の予後に影響を及ぼす因子の検出を主な目的とした、日米共同の臨床疫学研究。

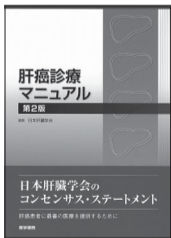
◎最新のガイドライン・学会でのコンセンサスをもとに改訂

肝癌診療マニュアル 第2版

編集 日本肝臓学会

肝臓専門医はもとより、肝臓を専門としない医師にも有用な診療マニュアル。早期発見のためのスクリーニング法、各種検査の使い分け方、さまざまな治療法の概要と適応、治療効果判定の仕方、フォローアップのポイントなど、最新の診療ガイドライン、肝臓学会におけるコンセンサスをふまえて簡潔に解説する。肝癌患者に最善の医療を提供するために必要な情報を凝縮した1冊。

●B5 頁192 2010年 定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01071-9]



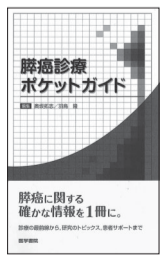
◎膵癌に関するあらゆる情報をコンパクトにまとめた書

膵癌診療ポケットガイド

編集 奥坂拓志・羽鳥 隆

日々、第一線で膵癌を診ている臨床医らがまとめた診療マニュアル。むずかしい診断のポイントやコツから、治療の適応の考え方、実際の治療の進め方、その他膵癌に関するあらゆる最新情報、患者サポートの知識までが、1冊で容易に手に入るよう工夫されている。膵癌は癌の死因別で第5位と、実に身近な癌である。ポケットにぜひ備えておきたいガイドブック。

●B6変 頁320 2010年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00951-5]



◎末期がん、進行がん患者の諸症状管理のためのバイブル

トワイクロス先生の がん患者の症状マネジメント 第2版

著 Robert Twycross・Andrew Wilcock・Claire Stark Toller
監訳 武田文和

初版刊行後、トワイクロス先生はその原著をWEBで公開。全世界の専門家からコメントが寄せられ、その叢書は、本書の刷新と充実に注ぎ込まれた。末期がんや進行がんに限らず、がんによる痛みや諸症状、さらには心の苦しみにまで手をさしのべた本書は、すべてのがん患者にとっての「福音の書」として、さらなる発展を遂げた。新設章「最期の日々」が加わった。

●A5 頁520 2010年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01073-3]



◎定評あるマニュアル、待望の全面改訂版!

がん診療レジデントマニュアル 第5版

編 国立がん研究センター内科レジデント

国立がん研究センター内科レジデントが中心となり、腫瘍内科学を主体とした治療体系をコンパクトにまとめたマニュアル。①practical(実際の)、②concise(簡潔明瞭)、③up to date(最新)を旨とし、可能な限りレベルの高いエビデンスに準拠。がん対策基本法が制定され、がん薬物療法に関する専門医・専門スタッフの育成は待たない。日本人の2人に1人ががんになる時代、がんに関わる多くの臨床医、看護師、薬剤師、必携の書。

●B6変 頁504 2010年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01018-4]



取材記事

研究者、行政、町内開業医、そして住民 — 互いへの信頼と尊敬が研究を支える



●写真 久山町役場にて住民とともに。角森輝美氏(中央)、稲田泰子さん(左)、久永ミドリさん(右)

久山町が九州大学第二内科の成人病共同研究町になったのは、1961年のこと。以来、毎年、成人病健診と5年に1度の40歳以上の住民全員を対象とした一斉健診、長期追跡調査を50年にわたって続けてきた。成人病健診を開始した翌年には、死亡原因の究明を目的とした剖検が始まった。調査・研究を行う九州大学(以下、九大)、健診業務・健康行政を担う行政、かかりつけ医として診療に当たる町内開業医による三位一体の取り組みは、「ひさやま方式」として当時大きな脚光を浴びた。

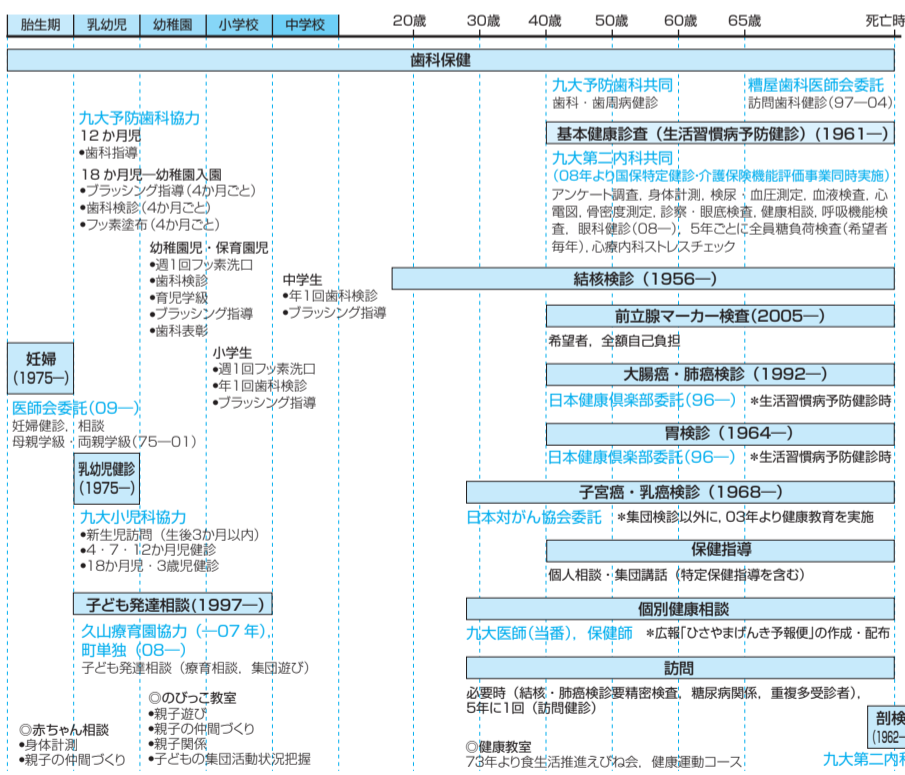
50年続いてきた間には、存続が危ぶまれたこともある。久山町研究はもとも米国立衛生研究所(NIH)の助成により開始された。しかし、一定の成果が見いだされたことで1969年に研究費補助の打ち切りが決まった。このまま終了するかと思われた成人病

健診だったが、久山町は町費で継続することを決める。その背景には、健康に対する住民の意識の高まりや、町長の大きな決断があったという。

以降、久山町は本格的な健康行政へと大きく舵を切る。1972年には胃癌等で開腹手術した住民による「はらきり会」が、1975年には拡張期高血圧者による「高血圧を追放する会」が結成されるなど、住民同士が励まし合いながら健康維持に努めてきた。行政も、地域保健活動担当の保健師を1971年に採用して以降、保健師の増員等を図りながら健康指導に力を入れてきた。現在もライフステージに合わせたチェックとケアを行い、一人ひとりの健康状態を見守っている(図)。

住民との個別のかかわりを重視

取材当日、最初に訪ねたのは久山町



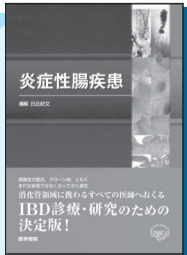
●図 久山町における保健事業体系の概要

消化管領域に携わるすべての医師に必須となった知識。

炎症性腸疾患

炎症性腸疾患(IBD : 潰瘍性大腸炎とクローン病)は、近年患者数が増加の一途をたどっており、いまや専門医のみならず、消化管領域に携わるすべての医師にとってその全体像を正しく知っておくことが必須の状況となってきている。本書は、本邦のIBD研究をリードしてきた厚労省研究班(日比班)のメンバーにより、基礎から臨床まで今現在におけるすべての知見を集大成した決定版。

編集 日比紀文
慶應義塾大学教授・消化器内科



福岡市の東側に隣接する久山町は、山林が面積の3分の2を占め、農林業と工業が共存する町とされる。全国平均とほぼ同じ年齢・職業分布を持つこの町で行われてきた疫学研究「久山町研究」が世界的に注目される理由の一つは、受診率、剖検率の高さ(カラー解説・2面参照)。

半世紀にわたり、本研究が町民の協力と信頼を集め、日本発のエビデンスを創出し続けてきた原動力を探るため、久山町を訪ねた。

のヘルスC&Cセンターに併設されている九大大学院環境医学分野の久山町研究室。ここには10人あまりの医師のほか、薬剤師や栄養士などの専門職が常駐し、脳卒中、高血圧、消化器疾患、糖尿病、腎臓疾患、心療内科、精神科、眼科などの分野で、日々データの解析や情報収集を行っている。また、研究室には、50年間追跡してきた久山町民の健診カルテや剖検結果のファイルが保管されており、何世代にもわたる幅広い研究を可能にしている。

研究室に勤務する医師たちは、週1回町内開業医を巡回し、受診患者に関する情報収集や主治医との情報交換などを行う。また、住民が研究対象となっている疾患を発症した場合には、受診あるいは入院している医療機関を毎週訪ねてカルテを閲覧し、健康状態をチェックしている。

そのようにして緻密な情報収集を行う一方で、個々の住民とのかかわりも大切にしている。その一つが、健康相談窓口の設置だ。久山町研究室に所属する医師の大半は臨床医だが、観察研究という手法をとっていること、また開業医との役割分担という観点から、住民の診療に当たることはない。その代わりに、住民の相談に応じ、九大病院

また、住民が入院している病院を巡回する際には必ず病室を訪ね、住民が最適な療養生活を送れているか、声を掛ける。さらに、町の保健師とともに各家庭を訪問し、生活指導を行うこともある。住民が死亡した際に医師が自ら出向き、家族に剖検への協力をお願いするというスタイルも、剖検を開始した1962年から変わっていない。

当日案内してくれた同研究室の向井直子氏は、「研究は、住民とのコミュニケーションなしには成り立たない」と語る。その言葉通り、1985年より久山町の保健事業に参画し、食物摂取状況調査等を実施する中村学園大学も、住民が提出した記録票を基に、個別の指導を行っている。また、町主催の健康教室の講師を研究者が務めることも多い。「研究者と住民の距離が近い」ことも、「ひさやま方式」の特

徴なのかもしれない。

健診結果は診療の貴重なツール

保健師として「ひさやま方式」にかかわってきた角森輝美氏は、「久山町研究を基盤とした健康行政は、町内開業医の理解と協力なしでは継続できなかった」と語る。開業医は、どのような役割を担っているのだろうか。

志方建氏(志方医院)は1976年から約10年間、久山町研究室のスタッフとして研究にかかわってきた。町から開業医を求める声が挙がったのをきっかけに開業し、25年が経つ。研究者と町内開業医という2つの立場を経験し、志方氏はあらためて「ひさやま方式」の意義を実感しているという。「普段から高血圧で受診している患者さんがもし癌になったとしたら、患者さんや家族は『病院にかかっていたのに、なぜ?』と思うでしょう。だからと言って、何も症状がないのに過剰な検査はできない。年1回、成人病健診を受診してもらうことで、安心して日常診療に専念できるし、健診結果に基づいて治療を組み立てることができる」。そのため志方氏は、住民に対して積極的に健診の受診を勧め、診察時に健診結果を持参してもらっている。「早期発見、早期治療が有効な時代になってきたからこそ、健診結果をぜひ生かしてほしい」。

両親の代から町内開業医として久山町研究にかかわっている大国篤史氏(大国医院)も、「健康上何らかの問題がある住民の場合には、久山町研究室から主治医宛ての手紙が健診結果に添えてあるため、問題点が明確にわかり経過観察がしやすい」と話す。久山町研究室の医師による巡回も「患者についての相談だけでなく、最新の治療に関する知識をアップデートするよい機会」になっているとのこと。

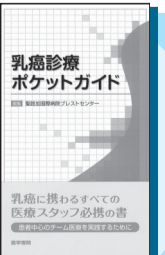
一方で、研究の充実を図るためには、現場からのフィードバックも不可欠だ。大国氏は、自身が診ている患者が癌や心筋梗塞になったり、認知症が疑われたりしたときなどは、久山町研究室に必ず連絡している。また、健診において異常と診断されたにもかかわらず

聖路加国際病院のプレストセンターが総力を上げて企画編集

乳癌診療ポケットガイド

近年、わが国における乳癌罹患率は増加の一途をたどり、女性の癌罹患数の第1位、死亡数では第3位となり、まさに最も深刻な疾病のひとつといえる。本書は、聖路加国際病院のプレストセンターが総力をあげて、将来乳癌の専門医をめざす若手医師や、癌医療に携わる看護師、薬剤師に向けて、乳癌の臨床に役立つ知識・新しい知見をコンパクトにまとめたマニュアルである。

編集 聖路加国際病院プレストセンター
責任編集 中村清吾
昭和大学教授・乳癌外科
聖路加国際病院乳癌外科非常勤嘱託
編集協力 山内英子
聖路加国際病院プレストセンター
中野絵里子
聖路加国際病院プレストセンター
梶浦由香
聖路加国際病院プレストセンター



ず、その後の精密検査で異常がみられない住民が何人もいた場合には、カットオフ値に問題があるのではないかなど、問題提起をしているという。

両氏に、今後の久山町研究に期待することを尋ねた。志方氏からは「九大が現在進めているゲノム疫学によって、高血圧や糖尿病などの慢性疾患を完治させる方法を見いだしてほしい」という答えが返ってきた。大國氏も「生活習慣病と胃癌発症リスクとの関連性など、研究の積み重ねによって、思いもかけないような研究成果が出てくるのが楽しみ」と期待を寄せた。

医学に貢献しているという誇り、身を委ねられる安心感

では、住民は“ひさやま方式”にどのような思いを抱いているのだろうか。話を伺った久永ミドリさんと稲田泰子さんは、ともに町外の出身。久山町の成人病健診のことは、親戚の話や報道により以前から知っており、久山町に住んだら必然的に受診するものかと思っていたという。剖検も然り。久永さんの義理の両親、夫、稲田さんの義母も剖検に同意した。稲田さんの義母は糖尿病を持っていたことから、生前「医学の発展に貢献できるのであれば解剖してかまわない」と話していた。

久山町に住んでいれば、健診や剖検は当たり前。このような風土はいかにして根付いてきたのだろうか。「健康福祉課の河邊シカノさんと和田紀子さん、角森さんたちが夜遅くまで熱心に各家庭を回って保健指導をしたり、健診への協力をお願いしておられるのを見て、協力しようと思った」と久永さん。「保健師は会うたびに声をかけてくれるし、信頼して何でも話せる。九大の先生が『僕たちには話してくれないのに』ってこぼすほど」と笑う。

久山町は、保健師と住民とのかかわりが非常に強い。具合が悪いときにまず相談するのも保健師だ。町はこれまで、成人病健診で異常のあった住民を対象とした「糖尿病教室」「高脂血症教室」「ダイエット教室」「高血圧教室」を開催するなど、住民に寄り添いながら健康づくりに取り組んできた。

また、現在は解散してしまった婦人会においても、保健師を講師に迎えた健康づくりに関する勉強会を頻繁に開



●大國篤史氏

「臨床現場のデータが自分の健康づくりを実感している」



●志方建氏

「企業健診でも、結果を自分の健康づくりに活用してほしい」

催してきた。今とは違って参考になる情報が少なかったため、皆一生懸命勉強したと懐かしむ。角森氏は、「今の若い世代は、情報があふれているがために、自分にとって何が有効な情報かをかえって見きわめられずにいる。その点、保健師による指導は、個々の住民に必要なことを伝え、その後のフォローもできるため、身に付きやすいのではないかと話す。稲田さんは、勉強会で学んだ食生活の重要性について、小学校で子どもたちに教えることもあるそうだ。

もう一つ、医療機関へのアクセスの良さも、住民にとっての安心につながっている。身体の不調について健康相談窓口や保健師に相談すると、久山町研究の医師が診療科を選択し、九大病院や近隣の病院に紹介状を書いてくれる。そしてある程度回復したら、町内開業医のもとで治療を続けることができる。「開業医と急性期病院がともに患者を抱え込まず、うまく機能分担ができています」と角森氏。“ひさやま方式”を基盤とした医療機関同士の連携が「最後まで面倒を見てもらえるから、安心して委ねられる」と久永さんが語るような体制につながっているのだろう。

自分の体調を知るためのデータと、いつでも相談できる環境がある。“研究のため”ではなく、“自分のため”であるという意識が、長きにわたる住民の協力体制を支えてきたのだ。

わかりやすく意義を伝えていく

2010年10月末現在、久山町民数は8370人、世帯数は2869世帯。7000人台を推移していた人口も、住宅地の造成などにより2007年には8000人を越

研究者・開業医・住民の橋渡し役を担う

角森 輝美氏(久山町健康福祉課長/保健師)に聞く

——最近、企業健診なども内容が充実してきていますが、久山町の成人病健診を受診することは、住民にとってどのようなメリットがあるのでしょうか。

角森 通常の健診は、後日結果が郵送されてくるものが多いですが、久山町の健診では検査当日に血液検査の結果がわかるため、他の検査結果や過去の健診データなども参照しながら、健診医が総合的に診断することが可能です。より詳しい検査が必要な場合は、その場で紹介状を書いてもらえます。ですから、年に1度主治医とは違った視点からの診察を受けるよい機会になっているのではないのでしょうか。

さらに医師の診察後、保健師による面接の時間を設け、医師の診断結果と生活習慣調査票とを合わせて生活指導を行っています。面接は、私たち保健師が住民が抱えている問題を把握する機会にもなり、その後のフォローにも役立っていると思います。——保健師にとっての“ひさやま方式”の意義を教えてください。

角森 久山町研究の結果は、住民自身の健康状態を物語るものです。例えば、予防できるタイプの癌が町民に多いとわかれば、住民に対し、その予防法の周知に努めることが可能です。住民の健康を守るための一歩先の手を打つことができるんですね。これは、非常に精密な健診を行っている久山町ならではの利点だと思います。

——高い受診率は、どのようにして維持しているのですか。

角森 受診率80%というのは、住民が根こそぎ受けている状態に近く、さらに上をめざすのは本当に大変なことです。しかし、受診率の向上は久山町研究の結果を基盤とした健康行政を進めている私たちにとっても非常に重要な課題です。皆さんに受診してもらわなければ、現状把握に偏りが出てしまいます。ですから、健診前になると1軒1軒訪ねたり、電話したりしながら協力をお願いしています。

ただ説得するだけでなく、その方が受診できるような環境を整えていくことも大切です。健診の受診日は可能な限り多く設定していますし、交通手段がないという方は迎えに行き、アンケートを書くのが大変という方には問診で対応します。そういった個別の対応を行うためにも、普段から住民一人ひとりの生活を知って、かかわっていくことが重要だと考えています。

——家庭訪問の際には、久山町研究の医師と同行されるそうですね。

角森 久山町研究に携わっている医師の大半は臨床医です。そのため、住民の生活の場や、生活の場での患者さんの顔を知ること、患者さんの個別性を重視できる医師になってほしいという願いから、どんどん現場に入ってもらっています。

私たち保健師も、講習会や家庭訪問などの機会を見つけ積極的に現場に出ることで、住民に育られてきたという実感があります。住民の方々とは本当に長い付き合いなので、非常に親身になって接していただいています。

——今回久山町を訪れて、皆さんが共通して「研究を利用する」という視点を持っていることが印象に残りました。

角森 久山町では、研究を開始した当初から、九大、町内開業医、行政が対等な立場で協力し合ってきました。健診を受ける住民も、「自分たちの健康づくりのためだから」と能動的にかかわっています。そのようななかで、そうした視点が自然と根付いてきたのかもしれないですね。これからも、「住民の生活」を第一に考え、住民と九大・開業医の先生方のパイプ役として、研究にかかわってきた先輩方が作り上げてきたものを発展させ、次の世代に引き継ぎたいです。

えた。町外から転入してきた住民の多くが“ひさやま方式”に理解を示してくれるが、「今後の継続に向けて、若い世代に研究の意義を日々発信していくことが重要」と角森氏は話す。

特に近年、剖検数が減少している。本人は拒否していなくても、町外に住む家族に反対されることもある。しかし、剖検では死因だけでなく、直接の死因以外に問題がなかったのが明らかになるため、残された家族の健康にとっても意味あることだ。

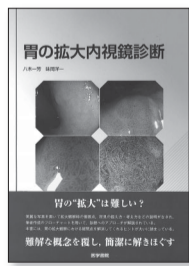
現在住民に対しては、町の広報で健診速報を伝えたり、久山町研究室が発行している広報誌「ひさやまげんき予報便」などの配布を行っている。また、成人病健診の際には、町民の目に付きやすい場所にポスターを掲示するなど工夫も行っている。住民に対し、久山町の成人病健診が日本だけでなく世界の医療に貢献していることをわかりやすい言葉で伝え、「健診を受けたほうが得」だと思えるような働きかけを、今後も続けていくという。

胃の拡大内視鏡診断

八木一芳・味岡洋一

胃の拡大内視鏡診断は「難解」とのイメージが拭い去れない。本書では、癌だけでなく、胃炎の拡大像も提示し、捉えられるさまざまな所見を解説。所見から診断へのアプローチの解説には、著者作成による胃癌診断フローチャートを用い、「簡潔に」解説した。また、実際の症例に当てはめ、拡大像と組織像との対比による検証もなされ、読者の診断能向上だけでなく、難解さも解さばぐされるに違いない。

●B5 頁148 2010年 定価10,500円(本体10,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01039-9]

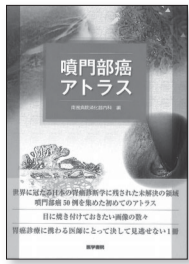


噴門部癌アトラス

南風病院消化器内科 編

胃癌は語り尽くされたか。胃上部、特に噴門部周辺の癌は依然未解決の問題が多い。世界に冠たる日本の胃癌診断学もその意味で完成したとは言えない。本書は噴門部領域の癌50例について、消化管形態診断学の王道というべきX線・内視鏡・病理の三位一体となった解析でその本態に迫るとともに、診断上のヒントを数多く提供している。胃癌の診断・治療に携わる医師にとって必読の1冊。

●B5 頁168 2010年 定価8,400円(本体8,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01049-8]



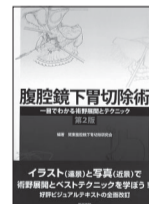
腹腔鏡下胃切除術

一目でわかる術野展開とテクニック 第2版

編著 関東腹腔鏡下胃切除研究会

いまや胃癌の標準手術となった腹腔鏡下胃切除術、その究極のテクニックを図版のみで解説するビジュアルテキスト。写真、イラストを全面的にリニューアルした、ベストテクニックを極めるための改訂第2版。

●B5 頁200 2010年 定価9,450円(本体9,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00998-0]

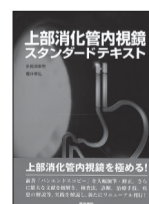


上部消化管内視鏡スタンダードテキスト

多賀須幸男・櫻井幸弘

今日の消化管内視鏡検査・治療は、著者らにより始まったといっても過言ではない。本書は、1994年刊行の「パンエンドスコープ」を全面リニューアル。内視鏡学の教科書の決定版ともいえる、著者ら渾身の1冊である。

●B5 頁344 2010年 定価14,700円(本体14,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00369-8]



胃内視鏡検診マニュアル

編集 日本消化器がん検診学会 胃内視鏡検診標準化研究会

日本消化器がん検診学会の付置研究会「胃内視鏡検診標準化研究会」による検討を元に纏められた「胃内視鏡検診標準法」をベースに、本書はattractiveに、convenientに、usefulに仕上がっており、マニュアルとして手元に置き、活用できるテキストである。

●A4変 頁116 2010年 定価3,360円(本体3,200円+税5%) [ISBN978-4-260-00967-6]





「日本病院団体協議会」6年間の足取り

邊見 公雄

(全国自治体病院協議会会長／中央社会保険医療協議会委員／赤穂市民病院名誉院長)

日本病院団体協議会(以下、日病協)は、2005年7月の郵政選挙で大勝した小泉内閣が9月に「中医協の在り方に関する有識者会議」なるものを立ち上げ、中医協診療側委員の中で医師委員5名を日本医師会(以下、日医)が実質的に独占しているのを改めようとした動きが設立の契機になった。守旧派の日医役員からは、官制野合団体だと嫌みも言われたが、まんざらの外れでもない。

当時、病院医療費が総医療費の5割を超え、当面山積する問題を内科無床診療所を主力とする日医執行部に相談してもらわなければならないと考えた保険局医療課や、医療費抑制策を錦の御旗にしていた内閣府の経済財政諮問会議、規制改革・民間開放推進会議をバックに医療改革を強力に推し進めようとした小泉内閣の絶頂期での出来事であった。

日病協は、初め7つの団体が始まり、数か月後に4つの団体が加わって11団体となり、病院数で85%、病床数では90%を超す大集団であり、厚労省もいろいろな団体と個別交渉をする手間が省け、重要視せざるを得なくなった。それが目的の一つでもあったのであろうが……。

2005年の9月に中医協の委員に、日本病院会の石井映禧先生と全国公私病院連盟の私とが選ばれた。私たちの立場は、医師ではあるが医師の代表ではなく、30近い職種が働く病院の代表であり、過去の議事録を読んでも全く出てこないが、医療安全に重要な役割を果たしている臨床工学技士や、病診連携・病病連携など地域医療連携のキーパーソンであるMSWの意見も代表する、と初参加のときに申し上げた。

不幸にも2006年診療報酬改定はマイナス3.16%と史上最悪の改定率であり、辛うじてチーム医療としての栄養管理や褥瘡ケアに加算が付いたが、ほとんどの主張は見送られた。私たちが

主張した入院医療、救急医療、高度先進医療、手術やチーム医療は日医の弱かった部分であり、私たちが初めて強く主張したために1号側(支払側)や3号側(公益側)も戸惑い、厚労省も資料がそろっていなかったように見受けられた。

しかし相撲界で3年先の稽古と言うように、2008年改定では臨床工学技士による医療機器中央管理が医療安全で評価され、MSWも退院時カンファレンス参加での退院指導地域連携が評価された。

そして何と言っても今回の『手術報酬に関する外保連試算』第7版に基づく手術手技料の大幅アップである。外保連は、10数年前から膨大な調査と資料を出し続けてきたが中医協に無視され続け、イエローペーパーになっていた。今回やっとそれがエビデンスとして採用されたのである。外科医療の崩壊や外科医減少という社会現象の後押しもあるが、ようやく中医協が掴み金配分方式からコスト積み上げ方式という真つ当な道に立ち戻り始めたかと私は評価している。

日病協は当初、診療報酬の問題だけで集まったわけであるが、今では医療安全や日本の医療制度、医学教育や卒後研修、救急医療や外国人医療など多くの問題に前向きに取り組み、近江商人の言う「先義後利」、すなわち義に則ったことをやっていけば、利は後から付いてくるという行動形態をとる団体へと成長し、マスメディアも「病院のことは日病協に」というのが定着してきた。日ごろの活動の成果であろう。

最後に、新春らしく今年の初夢3題。“ノーベル生理学・医学賞日本人医師初受賞”“医療基本法、超党派議員立法で成立”“医療にかかる消費税は0税率に”

本年が皆様にとってよい一年となりますように!!

震災17年 辛卯 正月



患者の立場から見た薬事行政

片木 美穂

(卵巣がん体験者の会スマイリー代表)

2000年に広島県のすい臓がん患者が、当時、日本では非小細胞肺がんだけに承認されていた抗がん剤「ジェムザール」のすい臓がんへの適応追加を求めて声を上げました。当時の日本では、がん患者がメディアに顔を出すことは珍しかったといいます。

2010年になり、がん患者がメディアに顔を出すことは珍しくなくなってきました。しかし、私たちが「ジェムザール」の卵巣がん治療における使用の保険適応化を求める姿は、10年前のすい臓がん患者の姿と何も変わっていません。2000年当時は「未承認薬問題」として報じられていた問題が「ドラッグ・ラグ」と名を変えて10年経っても根深く患者を苦しめていたのです。

「ジェムザール」が最初は非小細胞肺がんに対する抗がん剤、その後、すい臓がん、胆道がん、上皮性尿路がん、再発乳がんの治療薬としても承認されたように、抗がん剤は、最初の承認以降にほかのがんの治療にも有用であることがわかり、適応追加されることは

少なくありません。しかし、日本では長年にわたり「薬事承認」=「保険適応」が1対1の関係であり、治療薬の有用性がわかっても承認のプロセスを踏むという方法以外、保険の追加適応につながる道はありませんでした。

2010年2月より「医療上必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」が始まり、学会や患者会から要望があった治療薬の有用性を検討し、企業に開発を要望する取り組みが始まりました。中央社会保険医療協議会でも有用性が高い治療薬の保険適応化を迅速に進めるための議論が行われています。その結果、2010年8月に「ジェムザール」は卵巣がんにも有用であることが認められ、薬事承認前に保険適応されるなど、「ドラッグ・ラグ」が少しずつ改善されています。ただ、「ドラッグ・ラグを根本的に解決する」という議論ではないため、いのちのためにはもう一步踏み込んだ取り組みが必要です。

私たちががん患者会は、よりよい薬事行政を願って、2011年も積極的に各所に働きかけを行いたいと思っています。



あらためて「看護とは何か」を問う——看護師一人ひとりの看護哲学

中山 洋子

(福島県立医科大学看護学部教授／日本看護系大学協議会会長)

2010年は、私にとって激動の年であった。文部科学省の「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」の座長として、厚生労働省の「看護教育の内容と方法に関する検討会」の委員として、学士課程における看護基礎教育や保健師の役割についての検討を重ね、方向性を出さなければならなかった。それに加えて、「特定看護師」問題というもう1つの課題にも直面した。「二足の草鞋を履く」という言葉があるが、私の場合、草鞋は二足どころではなく、三足も四足も履いてしまった。

草鞋を履いてみてわかったことがある。それは、検討会の中で考え方はいくつあってもよいが、決めるときには、1つにしなければならぬということである。当たり前のことであるが、この当たり前が難しいのである。決断はしたものの目先のことばかりにとらわれて看護の本質的なものを失っているのではないかと不安になった私は、原点に戻って「看護とは何か」を考えたくなくなった。

書棚から取り出したのは、芝田不二男先生の『看護哲学』(メヂカルフレンド社、1974年)である。40年前、私が

看護大学を卒業するころに執筆された本であり、当時、看護学の学問としての独自性を熱く語っていた先生の姿を思い出す。著書の中で「看護哲学とは、全体としてのあるべき看護を考え、その上で看護に対して1つの態度をとらせようとする」とあり、「看護師はすべて看護師であるかぎり、看護哲学者でなければならない」と強調している。

政策決定の過程では必ず妥協が必要になってくる。自分の主張だけで押し通せるものではない。しかし、「看護とは何か」を問われたとき、「看護として譲れないもの」が必ずある。そこに看護師としての「看護哲学(Nursing Philosophy)」が現れてくる。看護専門職というのは、個ではなく、いつも集団として見られてきた。反対に、問題に立ち向かうときには一枚岩になれないことが多いとも言われてきた。私は、価値が多様化する時代状況にあっては、看護師一人ひとりが看護哲学を持ち、自分の哲学に基づいて決断するのならば、必ずしも考えは1つにならなくてもよいのではないかと思う。今年には原点に戻って「看護とは何か」を考える旅に出たい。

Health and Medicine advertisement with image of pills and a person's head.

謹賀新年 広告のご用命は

● 医学薬学専門 総合広告代理店

株式会社 医薬広告社

〒113-0033 東京都文京区本郷2-26-3 TEL:03-3814-1971 FAX:03-3814-8915

http://www.iyaku-ad.com/ E-mail: info@iyaku-ad.com

医学部再入学支援 編入学試験制度の利用による再出発を支援します。(東京・大阪) www.seiko-lab.com

(株)清光教育総合研究所 スクール事業部 清光学院本部 〒530-0047 大阪府大阪市北区西天満3丁目4-5 西天満ワークビル3F TEL(06)6363-5541(代)

続 アメリカ医療の光と影 バースコントロール・終末期医療の倫理と患者の権利 李 啓充

患者の権利の中核をなす「自己決定権」が確立された歴史的経緯を、気鋭の著者が古典的事例を交えて詳述。延命治療の「中止・差し控え」に適用すべき原則を考える。さらに、セイフティ・ネットが切れ始めた米国の医療保険制度を明日の日本への警告としてとらえ、笑いながら真剣な問題を考える「医療よもやまばなし」、患者の権利運動の先駆者である池永満弁護士との対談も収録。 ●四六判 頁280 2009年 定価2,310円(税込) [ISBN978-4-260-00768-9] 医学書院



大学病院でてんかん科を標榜して

中里 信和

(東北大学病院てんかん科教授)

昨年2月に母校の教授に着任し、大学病院でてんかん科を標榜するという念願をかなえることができた。民間病院で10年続けた「てんかん診療」を、大学で行うことの意義を強く意識するこのごろである。

最初は家内に、てんかんの病名を表に出したら患者さんが嫌がるのでは、と反対された。差別や偏見の多い疾患だからだ。先輩や同僚も、疾患名の標榜で大丈夫か、と心配した。

しかし、海外では多くの大学病院が地域の「包括的てんかんセンター」を担っている。この疾患がもつ複合的問題を解決するには、てんかんの4文字を前面に出すのが近道、と私は考えた。

最初、痙攣が来るとすぐ呼ばれた。「痙攣=てんかん」と考える医療関係者のなんと多いことか。痙攣の原因には、代謝異常・脳卒中・脳炎など、てんかん以外の緊急疾患が多いため、救急疾患として取り扱うべきである。一方、てんかんは慢性疾患であり、患者の悩みに長期的に対応する必要がある。痙攣を止めれば済む問題ではないのである。

てんかんは有病率1%、日本では

百万人の病である。患者の多くは正しい治療を受ければ普通の生活を送れるはずだが、日本の患者の約8割は、非専門的治療を受けているとの統計がある。医師がてんかんになると、自分で治療して失敗する、との報告もある。脳神経領域の専門家でさえ誤診・誤治療はざらであり、私自身もその例外ではない。ひとりの医師や単一診療科による診療のリスクを回避するには、チーム医療が極めて重要である。コメディカルの役割も大きく、大学病院クラスの総合病院こそ、地域の包括的てんかんセンターとして機能すべきであろう。

東北大学病院では関連各科の医師とコメディカル、地域の勤務医・開業医が集まって、毎月の症例検討会が開催されている。ビデオ脳波モニタリング検査の結果も踏まえながら、症例ごとの治療方針が討論され、次々と見直されていく。患者の利益になるのは当然であり、さらに参加者の医療レベルの向上に資する点が重要である。

チームで診療する。大学病院てんかん科の喜びは、ここにある。



「希望」の意味をあらためて考える

田村 恵子

(淀川キリスト教病院ホスピス主任看護課長/がん看護専門看護師)

約4年前にある雑誌で「尊厳と希望」をテーマとした特集が企画され、私は考察論文を執筆させていただいた。そして、論文の終わりに以下のような問いを記した。¹⁾

では、Tさんの希望は何だったのだろうか。稿を書き進める間、「いのちを終わりにしてほしい」とのTさんの訴えを〈希望〉と捉えるべきであろうか、とすればわれわれはその希望を叶えることはできないと自問を続けた。しかし、ホスピスで繰り返される日常の営みでTさんが徐々に穏やかさや喜びを感じていたという事実を読み返すうちに、この日常性を保つこと、すなわち、その人の視点を現在の生活のひとつの営みに集中させることが、〈今〉を生きる希望を開けゆく可能性をもつものではないだろうかとの思いが浮かんできた。だが、これはあくまでも私の感覚を越えるものではない。人が生きていくには必要不可欠とされる〈希望〉と希望を支えるケアについては、今後の課題としたい。

この問いがいつも私の脳裏にあり、折に触れて希望とは何かを見つめ直す作業を繰り返してきた。自らの死の病に直面した人の希望にこめられた意味は、私の臨床経験や既存の研究から、「苦痛がない」「自立して生きる」「今後の楽しみや願い」「家族の存在」「生きる意味や目的」等多岐にわたっ

ている。しかもその意味は、Maslowの欲求段階説における第1段階の生理的欲求から第5段階の自己実現まで、生じている次元がさまざまである。このような希望の特徴がその意味を複雑にしていると言えるだろう。

今秋、ある研究会で「希望」について多職種でディスカッションする機会を得た。私は緩和ケアにおける希望について、「患者と家族は、死という現実と直面しているという認識を求められる。そこでは、価値観が変容し、人生の物語を書き換えることが必要になる。この大きな変革のときに求められるのが希望であり、それを模索するプロセスが重要である」と述べた。もちろんこれで希望が十分に表現されたとは思っていないが、Tさんから与えられた課題に少しは近づけたのだろうかと思問しているところである。

新しい年の歩みに向けて、Viktor E. Franklの「希望」をあらためて心に刻みたい。²⁾

それは、生き延びる見込みなど皆無のときにわたしたちを絶望から踏みとどまらせる、唯一の考えだったのだ。

引用文献

- 1) 田村恵子. 尊厳と希望——がん患者のスピリチュアルケアの現場から. 緩和ケア. 2007; 17 (5): 415-9.
- 2) Viktor E. Frankl 著, 池田香代子訳. 夜と霧. みすず書房; 2002.



ワクチン「予診」義務が医師に負わされている？

村重 直子

(東京大学医科学研究所)

皆さん、ワクチン接種のために受診した患者さんに、アレルギーなどの病歴聴取や体温測定などの「予診」を、何気なく行っていませんか。これが、法的・社会的にどのような意味を持つか、考えたことがあるでしょうか。

実は、判決の積み重ねが背景にあるのです。例えば1968年に小樽市保健所で痘そうのワクチン接種後、下半身麻痺、知能障害が残ったとして、国に損害賠償請求したケースで、1991年4月19日の最高裁判決に次の記載があります。

「予防接種によって右後遺障害が発生した場合には(中略)被接種者は禁忌者に該当していたと推定するのが相当である」

「予防接種を実施した医師が禁忌者を識別するために必要とされる予診を尽くしたかどうか等を更に審理させる必要があるので、本件を原審に差し戻すこととする」

裁判所の机上の理論の世界では「必要な予診を尽くしたかどうか」が論点となっていますが、予診をしたら未来を予言できるとでもいうのでしょうか？

この不毛な議論が繰り返されるのは、日本には無過失補償・免責制度がないためです。日本の裁判所は、救済のために広く過失責任を認める傾向があります。誰かに過失があることにして、その人に賠償金を支払わせる仕組みです。

諸外国でも、ワクチンに関する不幸な歴史がありました。ワクチン接種後の有害事象が、ワクチンによる副作用だとされ(後にワクチンとの因果関係が否定されたものがたくさんあります)、訴訟などのトラブルを繰り返してきました。国やワクチンメーカーが

訴えられ、メーカーがワクチン製造から撤退すると、国民に必要なワクチンが供給されなくなりました。ワクチンの接種率が低下し、ワクチンで防げる病気が再び流行し死者が増えるなど、惨事が繰り返されました。これは国民全体の不利益です。

こうした歴史から学んだ諸外国は、無過失補償・免責制度という第2の道を作ってきました。例えば米国の国民は、この制度で新たな権利を得ました。補償金を受け取るか、従来通り裁判で誰かの過失を追及するかのどちらかを選択できるのです。補償金を受け取ったら訴訟を起こせませんし、訴訟を起こすなら補償金を受け取ることはできません。

無過失補償・免責制度は、訴訟のように誰かに「過失があったか、なかったか」を議論するのではなく、重篤な有害事象に見舞われた人々を広く救済しようという考えに基づいています。人々がわずかずづお金を出し合い、有害事象が起きた人々の生活を支え合おうという発想なのでしょう。有害事象のリスクを分散して受け止めるための制度だから、皆で出し合ったお金を受け取った人は、誰に対しても訴訟を起こさないという約束が、国民の合意となったようです。

一方、無過失補償・免責制度がない日本では、人類には不可能な「予診」義務なるものが医師に負わされています。「過失がないのに過失を認定」されるため、その架空の「過失」責任を、国から医師に転嫁するためのセレモニーというわけです。

あなたは、医療の有害事象に関する日本の制度をどうしたいですか？



一人は社会のために、社会は一人のために

川原 尚行

(NPO法人ロシナンテス代表/医師)

明けましておめでとうございます。

私は、現在アフリカ・スーダンで医療活動を中心に水事業、教育事業を続けています。その中で、日本・スーダン間の人的交流を支援しています。日本の宝は、「人」です。ものでも金でもなく、「人」を動かすことによってこそ、何かが巻き起こると期待しています。われわれのようなNGOは、国の事業のように大きなことはできませんが、心の通った事業を展開していきます。この活動を通じて、貧しさの中の光を見いだせました。日本に再び貧しくなれとは言えませんが、この光を見つけることのできる日本になってほしいです。

スーダンは、長年の内戦を2005年に終結させ、和平合意を結びました。その合意の中に6年後の11年1月に南部の住民投票を行い、南部スーダンの独立の是非を問う、というものがあります。今後、平和に向かうのか、再び争いが起こるのか、誰も予想のつかないことであります。

アフリカの国のことで、誰も自分

のこのように感じないでしょうが、私にとってスーダンは第二の故郷の国ですから、何とか平和の方向に向かってほしいと願っています。そして、願うばかりでなく、自分に何ができるかを考え、北スーダンの子どもたちを南スーダンに連れて行って、サッカーをして、友だちになってもらいました。将来は子どもたちがつくるものです。その子どもたちに、可能性を与え続けなければなりません。

もう、誰かがやってくれるのを待つ時代から、自分に何ができるのかと考える時代になってきたと思います。ラグビーで一番大事にされる、One For All, All For One。一人は、みんなのために、みんなは一人のために。「みんな」を「社会」と言い換えることもできます。それぞれの立場で、社会に貢献できることを考え、行動していけば、きっと社会はより良くなると思います。そして、われわれのアフリカのための活動が、日本のためになることを信じています。

●弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください
記事内容に関するお問い合わせ

☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ

送付先(住所・所属・宛名)変更および中止

FAX(03)3815-6330 医学書院出版総務部へ

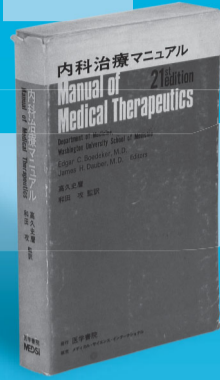
書籍のお問い合わせ・ご注文

お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ

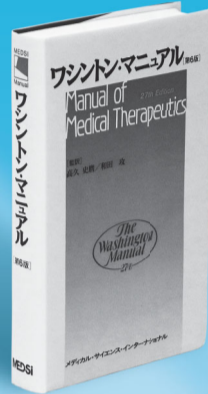
ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

内科治療のバイブル「ワシントンマニュアル」の歴史的変遷

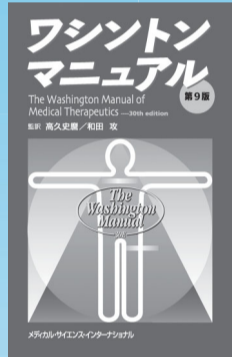
●1943年 原著初版発売



●1977年 初の邦訳版「内科治療マニュアル」発売



●1993年 「ワシントンマニュアル」に改題、第6版発売



●2002年 第9版



●2005年 第10版



●2008年 第11版

2011年3月 「ワシントンマニュアル 第12版」 発売予定 (原著第33版)

きっちり3年で、きっちり改訂

「ワシントンマニュアル」関連書

