

## 第9回朝食会ご報告

(要旨)

戦略研究とは、行政のニーズにより計画され、その成果を「国民の健康に関する課題」や「国民の生活の安心・安全に関する課題」を解決するために使用されることを前提として開始された、我が国最初で唯一の大型の公的研究資金が投入されたアウトカム研究事業です。「医療の標準化」を促進し、医療費の増大への対策と医療の質の担保に寄与すること、また、この分野での日本発のエビデンスを発信することを期待したものです。ここで、従来の厚生労働科学研究一般公募課題と異なる点を説明しておきます。従来は、まず研究課題の提示があり、研究者は自身で考えた研究計画を応募します。一方、戦略研究では、まず、大局的観点から政策目標および課題が提示され、研究課題、アウトカム（想定成果）、プロトコール（研究方法）の設計、財団などの **Funding Agency** が設立されます。その後、提示された研究計画に対して研究者が参加を申請します。ここでの成果は、必ずアウトカムとなります。「糖尿病予防に関する戦略研究」は、研究機関を平成 17 年～平成 21 年と予定しており、予算は年間約 8 億円（平成 17 年度参考）、国際協力医学研究振興財団が **Funding Agency** となっています。

2005 年 4 月、厚生労働省は医療制度改革の柱を「生活習慣病予防」にしぼり、その基本方針として「メタボリック症候群」について、比較的早期から健康診断と保健指導を徹底する体制を整備する方針を打ち出しました。生活習慣病対策の概要を「予防」、「医療」、「介護」の 3 段階に分けると、「予防」段階においては、生活者の意識改革、運動する習慣、禁煙（自助努力）、検診システムの強化、国民運動などが、「医療」段階では、病気に対する正しい知識の普及啓発、食事・運動療法等、薬物療法、医療の標準化と体制整備、治療方法の確立などが対策として挙げられます。「メタボリック症候群」とは、内臓脂肪型肥満（内臓肥満・腹部肥満）に高脂血症・低HDL血症・高血圧・高血糖のうち 2 つ以上を合併した状態を指します。高カロリー摂取、運動不足を背景として発症し、心臓病・脳卒中の発症・糖尿病と合併症のリスクを高めるという一方で、内臓脂肪は運動で燃焼しやすく比較的治療に対する反応が良いということもあり、予防が重視されています。

生活習慣病が問題となる大きな理由の一つに、医療費および介護費用・負担の増大が挙げられます。メタボリック症候群から引き起こされる心筋梗塞や脳卒中とその後遺症障害、糖尿病から引き起こされる腎症および腎不全による透析医療などが大きな経済的負担となります。近年の糖尿病発症者数は、緩やかな増加傾向にあり、1999 年あたりからは多少現象していますが、その一方で、慢性透析患者数の数は毎年 4% ずつ増加しており、減少傾向は見られません。2005 年では 26 万人もの人が慢性透析療法を受けています。最近になって、やたら「メタボリックシンドローム」が提唱されている狙いを考えると、最終的な狙

いは、やはり糖尿病対策と考えられます。糖尿病をより早く見つけて早く治療に入るためには、市民の意識を変えるきっかけが必要であり、今回、「メタボリックシンドローム」の広まりをうまく利用しているようです。

糖尿病を例にして生活習慣病対策を考えていきます。糖尿病人口は、可能性がある人も含めて1260万人いると言われていています。その中で、本当に糖尿病の470万人のうち治療中の人は228万人しかいません。ここでの問題点は、健康診断で糖尿病の可能性がある、また実際に診断されていても、治療している人がごく僅かしかないということです。臨床でやっていたときの感想は、「ようやく病院にきたら明日からすぐ透析です」という患者さんがいかに多いかということです。患者さんの意識としては、そこまで重大だと思っていなかったという、つまり、病気の知識がしっかり広まっていないということが一つあります。次の問題点として、合併症の対策について、糖尿病性腎症を例に述べたいと思います。現在の医療は、ポイント・オブ・ノーリターンのところまで進行しないよう予防することしかできません。ここで、予防のところの患者さんを誰が診ているのかという問題があります。糖尿病性腎症に起因する腰痛なのに整形外科に通うとか、女性ならば体調不良で婦人科に通っているうちに、本来の糖尿病や腎症の診断・治療が遅くなっているということがあるのではないのでしょうか。

日本は健康大国で、日本ほど健康診断をしっかりやっている国はないと思うのですが、検診制度と医療保険制度はくっついているようで、まったく連携できておらず、ぷつぷつ切れてしまっているところは問題ではないのでしょうか。健康診断で要診断・要治療となっても、本人が治療を始めないということが多いように見受けられます。また、近くの診療所のかかりつけ医が糖尿病の専門家とは限りません。かかりつけ医が悪いのではなく、早い段階で専門病院の専門医のところに行き、しっかりとした治療を立ててもらうことが重要なのです。

(質疑応答)

Q1：糖尿病発生患者25%減少という目標が厚労省で立てられています。アウトカム達成の見込みについて教えてください。

A1：率直に申し上げますと予測が立ちません。なぜ、予測が立たないかというと、アウトカム研究をやってみてよく分かったことですが、日本では基礎データ、疫学データがあまりにもないからです。糖尿病はまだいいほうかもしれません。何%減少と計画を立てるためのデータがない。外国のデータを使ったり、臨床家がエイヤこれくらい！で決めている。日本には研究の基礎となるデータがあまりにもない。あったとしてもオープンにされていないために、研究者がたどり着けず、研究計画を立てられないのです。最近の傾向として、数値目標を立てるとよく言われますが、検討する基礎資料がない。みんな曖昧な中でやっているという状況ではないのでしょうか。

Q2：生活習慣病対策における IT の有効性について。また、生活習慣病対策のために IT を組み込むポイントは？

A2：私が考えるのは、検査データと診療とアウトカムと費用とが統合的に記録されるシステムが必要だと思います。電子カルテはレセプト請求システムのためのものであって、実際の診療行為とはかけ離れているように感じていました。

Q3：健康診断を受けてから治療開始までのプロセスの中で、あらゆる段階で患者をしっかりと取り込めていないという問題点があるとおもいます。プロセスの中の、どの段階が重大な問題点で、解決の糸口となるとお考えですか。

A3：まずは病院に行くよう肩を押すことが重要ではないかと思います。ある会社で、健康診断後の再検査やプログラム参加などをメールで呼びかけるだけでは参加率が悪いが、電話をすると参加率が上がるということがあったそうです。さらに、再検査のために病院に来た時に、医師が短時間でいいから「こういうプログラムをやってみようよ」と誘うとさらに参加率が上がるということです。つまりは、システムに効率よく人を絡めていくことによって全体のシステムがうまくいくという印象を持っています。今のところ、健康診断・人間ドッグをやっても、その後は紙媒体で再検査・要診断と連絡しているだけですが、紙だけではなくて、人が関わることで効率が上がるのではないかと考えています。

(黒川代表理事)

今日の話の基本的なクエスチョンは、生活習慣病という大きな課題に対して公費を使っていかに減らすかということ。厚労省が研究を公募して、いろんな先生が応募しているが、どうしてこういう全国的なコンソーシアムでやらないのか。大学の縦割りのマインドが悪い、誰がボスになるとかやっているようではクリエイティブな研究が出てくる訳がない。研究デザインをつくるどころからやらなくてはいけない。NEJM などは大きなアウトカム研究は政策に反映させるためにやっているのに、厚労省はぜんぜんやっていない。過去の研究ではうまくいってないのに全く反省していない。研究結果はうまくいなくてもいい、失敗を隠すのではなくて、活かすことが重要だ。