
 話 題

臨床決定分析と医療評価

前 谷 俊 三

タクシーで京都の四条河原町を通ったとき、交叉点の中央では交通巡査が車の整理に大奮であった。排気ガスの中で御苦労な事と思っていたら、運転手は意外なことを言った。「巡査が交通整理をすると反って渋滞がひどくなる。信号だけの方がスムーズに行く」。どちらがよいかは、難しい議論をしなくても、いずれの場合に渋滞や事故が少ないかで決められるはずである。臨床においてもある患者に多数の治療法があるとき、どれを選ぶべきかは、どの結果がもっとも良いかによって決定すべきである。これが臨床決定分析 clinical decision analysis であり、日本でもようやく注目されるに至った。裏返せば、この当り前のことがこれまで必ずしも行われていなかったのである。その1例は前世紀中頃、世界最高水準を誇ったウィーン総合病院での出来事である。

その頃この病院ではおびただしい数の産婦が産褥熱で死亡していた。産科医 Semmelweis は、医師や医学生の手を洗う病棟の方が助産婦のための病棟よりも、産褥熱の死亡率が3倍も高いと述べ、これは医師の手が産褥熱を媒介するという衝撃的な発表をした。かれは手や器具の洗浄を行なってから、実際にその死亡率は著減した。細菌の存在がまだ知らなかった当時にはかれの支持者は少なく、多くの医師は反対を唱え、嘲笑さえ浴びせたという。かれは失意の中にウィーンを去り、死後始めてその功績は Lister によって認められた。当時病理学は隆盛期にあり、研究熱心な臨床医ほど剖検室に出入りしていた。こうして産褥熱の病原菌は病棟に持ち帰られていたという。注目すべきことは、Semmelweis に反対したのは、病理学の権威 Virchow や産科の専門医であった。一方、助産婦の病棟ではかれの洗浄法を実施して、死亡率はさらに減少している。つまり、細菌学が知られない時代でも、洗浄の結果を重視していれば、何がよいかの判断ができていた。当時の専門家はいたずらに既成の理論や権威にこだわり、産褥熱減少のための柔軟な対応ができなかったのである。

臨床決定分析は確率的にもっとも望ましい結果が期待される治療行為を求めることにあるので、このケースに適用すれば答えは明らかである。手や器具を洗わない限り、出産は助産婦の下でせよということになる。というのは Semmelweis によれば回転異常で産科医が腕を奮える症例は、産褥熱死亡数の1割以下であった。したがって医者にかかるよりは助産婦にかかる方が、母子が生きて退院できる確率は高くなる。読者の中にはこの考えに批判的で、正しい判断は細菌学に基づくのが本筋と言うものもあるかもしれない。そこでもう一つの例を挙げると、直腸手術後の排尿障害に対して、非無菌的の自己導尿法が報告されたとき、その実施に反対する医師や看護婦は少なかった。これは消毒もしていないカテーテルを、素人の患者が膀胱内に入れることは膀胱炎のもとという考え

SHUNZO MAETANI: Clinical Decision Analysis and Medical Technology Assessment.

Associate Professor of Operative Department, Kyoto University Hospital.

Key words: Clinical decision analysis, Medical technology assessment.

索引語: 臨床決定分析, 医療評価.

に基づく。しかし実際には遠方の患者が病院に来るまで長時間尿をうっ滞させる方が遙かに有害である。この場合は細菌学の知識が反って邪魔をして、非無菌の導尿で膀胱炎が起きるかどうかなという事実の確認、結果の評価が軽視されていた。遠い未来から見れば、現在もまた無知蒙昧の時代である。現在通用する学問や理論が正しいという保証はない。既に1世紀以上も前に Claude Bernard は「理論はいくつかの事実をもとに立てられた仮説に過ぎず、決して絶対的なものではない。それは科学の進歩と共に変わり、新事実の出現にともない確かめられ、批判されなければならない」と述べている。

治療法の評価において追跡調査の重要性を指摘したのは、止血鉗子で有名な Kocher である。かれは自分の手術した患者を追跡して、始めてその結果が予期に反して不満足であることを悟ったという。かつてはある治療法の評価のためには、薬理学や病理学など基礎医学と動物実験の裏付けを最優先として、付け足しのような臨床データで事足りた。しかし今や治療法の厳密な評価には、前向き臨床比較試験が不可欠となっている。検査についても同じことがいえる。ある検査が診療に組込まれるためには、それが新しい知見や、より多くの情報を提供するということだけでは不十分である。その検査をやった場合とやらなかった場合を前向きに比較して、救命率や合併症、治療日数や費用などに差が出なければならない。例えば日本では大腸癌手術後の定期検査は当然の診療行為とみなされている。しかし欧米ではその研究上の意義は認めても、臨床的価値を疑問視するものは少なくない。たしかに、何らかの症状が出てから来院するよりは、定期的に CEA、超音波などの検査をする方が、再発がより早い時期に発見できる筈である。ところがこのより早い発見が実際には救命率の向上につながってはず、したがって定期検査は、そのために要する時間や費用などに値しないというのが、かれらの考え方である。もっとも、レーガン大統領は大腸癌切除後に検診を受けているので、上の考え方はアメリカで主流かどうかは疑問である。ただ、報道によれば大統領は癌化学療法は受けていない。また数年前狙撃され、銃弾摘出のための開胸手術を受けたときも、術後抗生物質の指示は熱発して始めて出されたという。これに比べて日本では果して検査や投薬が適正に行われているだろうか。もし濫用されているとすれば、その一因はわれわれ大学の教官が研究と診療を混同し、両者の区別ができない医師を世に出してきたためではないだろうか。もち論、現行の保険支払い制度にも大きい問題がある。もし不必要な検査や投薬を控えて同等の治療成績を得たならば、その技術に対しては無駄な治療に要する費用以上の報酬が与えられてしかるべきである。アメリカの政府管掌保険では出来高払いを排して、いわゆる DRG 制度を導入してから、平均入院期間は6日になったという。今の日本では同じ6日間でどれだけの治療ができるだろうか。

このアメリカにおいて、医療の評価 (medical technology assessment) が必要という声が高まっている。日本でもこれに呼応する動きが輪を拡げつつある。医療従事者は大学病院と一般医療施設を問わず、この厳しい評価を受け入れ、これに耐え得る医療をすることを求められているのである。

文 献

- WEINSTEIN MC, FINEBERG HV. Clinical decision analysis. W. B. Saunders, Philadelphia, 1980.
KRONBORG O. Controversies in follow-up after colorectal carcinoma. J Theoretical Surgery, 1: 40-46, 1986.