

医療タイムス

週刊医療界レポート

2014.6/2 No.2160

特集

「個別化医療」と「地域医療」 富士通フォーラム2004から



タイムスインタビュー

医療現場での法律問題は
医療に特化した弁護士に任せる

棚瀬法律事務所 代表

棚瀬慎治氏

タイムスレポート

看護の日PR大使就任式

PR大使に蛸原英里さんが就任
「看護職の経験を生かしたい」

Top News

次期介護報酬改定に向け介護サービスの在り方を議論 介護給付費分科会
医療事故調査の在り方について緊急声明を発表 全国医師連盟

冬の時代の診療所経営

「ニンチ」にこそ必要な個別化医療



医療法人社団裕和会理事長
長尾クリニック(尼崎市)院長 **長尾 和宏**

1958年香川県生まれ。東京医科大学卒業、医学博士、日本慢性期医療協会理事、日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授、近著「平穏死・10の条件」「胃ろうという選択、しない選択」「平穏死という親孝行」など。
クリニックHP <http://www.nagaoclinic.or.jp>
長尾和宏オフィシャルサイト <http://www.drnagao.com/index.html>

「個別化医療」と聞いてまず頭に浮かぶのは、遺伝子解析技術の進歩です。「遺伝子解析で個別化医療を目指しませんか？」という趣旨の検査の宣伝がよく舞い込みます。やろうと思えば診療所においても、遺伝子解析に基づいた個別化医療（のようなもの）が現実に行える時代になりました。また抗がん剤治療はすでに個別化医療の時代に入っています。近著「抗がん剤が効く人、効かない人」（PHP）には、町医者から見た抗がん剤の近未来像を書かせていただきました。

一方、細胞内の種々の代謝産物を測定するメタボローム解析技術もめまぐるしい進歩を遂げています。例えば生活習慣病の薬物療法や食事療法も、メタボローム解析により個別性が格段に高まることでしょう。しかし遺伝子解析やメタボローム解析は、あくまで治療の成功確率を高める指標にすぎず絶対的なものではありません。遺伝子の周辺、すなわちエピジェネティック医学の発達と相まって、真の意味で患者さんの幸せに寄与するまでには、もうしばらく時間がかかるだろうと思っています。

さて、今日からできる個別化医療は何かと聞かれたら私は「認知症ケア」と答えます。ご承知のように、認知症は患者さん400万人と予備軍（MCI）460万人の合計860万人が公式発表の数字です。介護の世界では認知症のことよく「ニンチ、ニンチ」と呼んでいます。しかし「ニンチが進んだ」とはなんとも不思議な言葉です。「認知が進む＝改善した」、ではないのですから。

また認知症＝アルツハイマー型認知症ではありません。レビーもピックも脳血管性も含めての「認知症」のはずです。しかし面倒くさいので介護意見書にも、ついつい「アルツハイマー型」と書かずに、ただ「認知症」と書いてしまいがちです。考えてみれば、

「認知症」という呼び名は実に曖昧な病名です。「首から上の病気」あるいは「脳みその病気」と同じ程度です。「胸の病気」といっても、肺の病気、心臓の病気、乳房の病気などいろいろです。同じく、「お腹の病気」といっても、胃の病気、大腸の病気、膵臓の病気、肝臓の病気、腎臓の病気など実にいろいろな病気を包含していることを考えれば大雑把さは明らかです。しかしそんな曖昧な病名を、さも分かったかのような烙印として患者さんに押しつけては抗認知症薬を飲ませるのが認知症医療、ではもちろんありません。しかし知らず知らずのうちにそんな傾向に陥りそうな自分にはたと気がつくときがあります。

要介護判定においては調査員によるニンチの程度の評価が重要です。しかしそれは認知症を評価する能力が同じであるという仮定が前提です。そもそも認知症の本質は「関係性の障害」ですから、もし10人の調査員がいれば、10通りの判定能力や感受性があるうえに、10通りの関係性も存在します。すなわち10通りののらつきがあるものを、1つしかないという仮定のもとに介護判定が行われていることが私は不思議でなりません。実は認知症医療に対しても同じような大きな疑問があります。ですから、がんや生活習慣病の前に、認知症ケアにこそ「個別化」という視点が必要な気がしてならないのです。しかもこれは難しい機械もお金も一切不要な「個別化医療」だと思ってしまうのですが。