



岡山大学医学部衛生学教室

はじめに

EBM (Evidence-Based Medicine) は、文字通り証拠に基づいた医学であり、そのためには証拠を理解するしっかりとしたルールを熟知し、自分で証拠を評価し、専門家の意見を評価し判断する技術習得をおこなう必要がある(文献1)。わたくしに本セミナーにおいて与えられた役割は、そのルールを下部から支える疫学理論の概要を概説することにあると考えられる。疫学理論を踏まえているかどうかによって、自らEBMの証拠を吟味する際に、あるいは他者に説明する際にも、説得力が変わってくるものと思われるからである。

EBMは、臨床疫学という疫学の一分野に基づいて展開されている。九州大学健康科学センターの馬場園氏によると、疫学は三つの柱から構成されている。すなわち、疫学理論、生物統計学、因果関係の推論の三つである。そのうち今回の私の課題に関係することは、疫学理論と因果関係の推論についてである。因果関係の推論には、「医学は科学なのか?」「医学における因果関係とは?」というような、科学哲学の問いも含まれる(文献2,3)ので、ここでは一部を触れるに止める。また、疫学理論についても疫学的定量法をはじめとする詳しい議論はなるべく避けて、概説を試みたいと考える。詳しくは、成書を参照していただきたい(文献3-5)。

疾病量の定量化

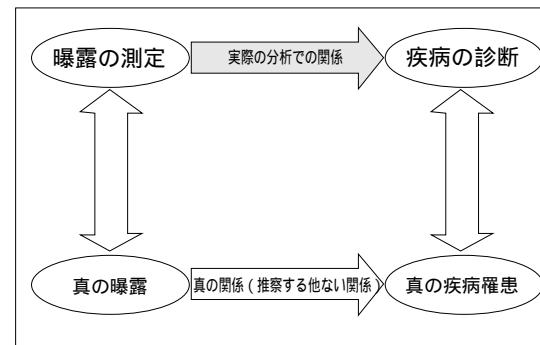
治療による効果、あるいは暴露による疾病発生や疾病治癒への影響を調べるには、その前に、暴露量の測定と疾病量の定義と疾病の診断をしなければならない。ただ臨床疫学においては、暴露量の測定(例えば薬剤の投薬量)は、比較的簡単にできるのであまり問題にはされていない。しかし、処方された薬がきちんと飲まれているかどうかは時に問題となる。一方、疾病の有無の判断とその量的な捉え方については、特に致死的な疾患でない場合はしばしば問題となる。

疾病量の捉え方としては、疾病の発生として捉える罹患率の考え方(さらにこれを罹患率とリスクとして分ける)と、ある時点で疾病の状態であるかどうかで捉える有病率の考え方の、大きく分けて二つの考え方がある。

暴露の測定と疾病の診断

さて、われわれは、暴露による疾病発生への影響の程度を知りたいのであるが、実際に知りうるのは、暴露測定値と疾病の診断結果である。この点について図に示しているのでご覧いただきたい。何かの治療法の有効性を確かめたいときに、治療は暴露に対応し、治癒は疾病診断に対応する。医学における因果関係を示したい時には、自分が何を原因(暴露)として考えているのか、何を結果(疾病)と考えているのかを

明確にしていだきたい。そして、原因と結果を、それぞれ具体的にはどのような指標(暴露の測定及び疾病の診断)でもって知ろうとして



暴露と疾病の関係、暴露の測定と疾病の診断の関係を示す図

いるのかについても明示が必要である。

診断結果が、正しく疾病の有無を捉えているかどうかについては、感度・特異度で評価される。感度とは、本当に疾病がある人を疾病があるとして捉える割合であり、特異度とは、本当に疾病がない人を疾病がないとして捉える割合である。いわゆる「疾病の見逃し」の確率は、前者を1から引いた割合となる。このことは、暴露の測定の正しさにもそのまま当てはまる。患者が処方した薬をきちんと飲んでいないのに、医師が患者が飲んでしていると判断してしまうという場合、暴露測定の特異度が下がっていることになる。図の中の「真の暴露」と「暴露の測定」の間および「真の疾病罹患」と「疾病の診断」の間の双方向矢印は、この感度・特異度で表現される暴露の測定と疾病の診断の正確性の問題を表現している。

なお、本分科会で国立名古屋病院皮膚科の深谷医師から提示された「写真とVASを用いた数値化法(アトピー性皮膚炎の病勢評価法)」は、疾病の診断をいかに正確にするかという努力であることに注目していただきたい。

影響の程度

暴露による影響の程度、つまり暴露した場合と暴露しなかった場合の疾病発生の違いを定量的に表現するには、暴露群・非暴露群それぞれの疾病量を、非暴露群を基準として割り算をす

るか引き算をするかになる。わり算をした結果として得られる影響の程度の指標は、一般に相対危険度と呼ばれる。影響の程度の指標は様々な工夫されているが、相対リスク減少(RRR)は割り算の考え方に基づいており、絶対リスク減少(ARR)およびNumber Needed to Treat(NNT)は引き算の考え方に基づいていることになる¹⁾これらによって、定量的に影響の程度を表現できることになる。このような数字によって疾病に関する判断が本当にできるのかという疑問は当然生じて来るであろう。しかしむしろ、このような定量的な数字によって、ようやくいくつかの治療法の具体的な比較や議論の摺り合わせが現実可能になると考えるべきではないだろうか。このような数字が万能であると言っているのではなく、少なくとも使わなかったときよりは議論がしやすくなっているということだけは、お認めいただきたい。

影響の程度の誤差

観察された指標に誤差が入っている可能性がある。そのためには誤差の分類をあらかじめ知っておいて、その解釈の仕方や対処法を分類に従って行えば、観察された指標への信頼性は増してゆき、自らの臨床判断に用いようという気になってくるであろう。誤差の分類は、表に

1. 偶然の変動による誤差 (random error: chance)
2. バイアス (systematic error: bias)
 - 2-1. 選択バイアス (selection bias)
 - 例, 健康労働者効果 (healthy-workers effect), 対照選択のバイアス (referent selection bias)
 - 2-2. 情報バイアス (information bias: misclassification)
 - * 暴露の誤分類 (exposure misclassification)
 - ・ differential misclassification
 - 例, リコールバイアス (recall bias)
 - ・ non-differential misclassification
 - * 疾病の誤分類 (disease misclassification)
 - ・ differential misclassification
 - 例, 診断バイアス (diagnostic bias)
 - ・ non-differential misclassification
 - 2-3. 交絡バイアス (confounding bias)

疫学における影響の程度の指標における誤差の分類

示した。

偶然の変動による誤差については、理解は容易であろう。白玉 100個、赤玉 100個を入れたブラックボックスから10個の玉を取り出すときに、常に赤玉の割合が2分の1になると思う人はいないであろう。例えば、10分の3にもなるし、極端な場合は赤玉だけのこともあり得る。しかし、一度に取り出す個数を増やしていくと、赤玉の割合は2分の1に近づいていくということも、われわれは直感的に知っている。観察数を増やしていけばそれだけ偶然の変動による誤差は小さくなるのが期待される。ちなみに200個取り出せば、割合2分の1で偶然の誤差はなくなる。

図において説明した暴露測定や疾病診断が、真の暴露や疾病の有無と若干のズレがある際に、指標に及ぼす誤差(バイアス)は、情報バイアス(誤分類)に分類される。暴露の誤分類と疾病の誤分類があり、それぞれ誤分類の性質により differential と non-differential に分類される。選択バイアス・情報バイアス・交絡バイアス、それぞれの説明は省略するので、詳しくは成書を参照にしていきたい(文献4)。

アトピー分科会において一部の医師から、日や時間によってアトピー性皮膚炎は病状が変わるので、それを数量化することに関する疑問の声が挙がった。しかし、時間による病状の変動は、疾病情報の non-differential な誤分類に含まれて整理できることにご注意いただきたい。

なお、RCT(ランダム化比較試験)におけるランダム割付は、この誤差の分類の中の交絡バイアスにおいて、「未知の交絡要因」を調整するために行われるものである。しかし環境問題などの疫学では、未知の交絡要因というのは実際はあまり問題にはされていない。一般人口では極端に他要因の分布が偏ることはあまり想定できないからである。

一方、二重盲検法は、誤差のうち、交絡バイアス(例:患者が自分の治療状態に気づいたら他の治療を始めてしまう) differential な疾病の誤分類(例:患者や医者が治療状態を知ることにより、診断に影響を与える)、選択バイアス

(例:治療状態を知ることにより患者が選択的に追跡不能例になってしまう)を防ぐために行うものである(文献4)。

逆に言えば、個々の研究テーマにおいてこれらの具体的なバイアスが考えたい時は、研究テーマの推論において何も二重盲検法やランダム割付が必要不可欠ということはないのである。ましてや暴露による影響が明瞭に出てくる場合は、暴露の影響の程度の推論は容易で、倫理的にもすぐにRCTは中止される必要がある。RCTは、まるで最上で因果推論において必要不可欠な研究デザインであるかのように語られることがあるが、コストもかかり、完遂にはしばしば困難が伴い、さらに倫理的にも問題があることもある。少なくとも、RCTでなければ因果推論は何もできないという態度は控えるべきであろう。

因果に関する自らの確信と他者への説得

二つの事象が、時間的・空間的に接近して継起し、しかも類似の事象が反復して心に知覚される場合、先行事象を原因、後続事象を結果として、心は関係づける。因果関係とはこのような心の結合慣習から作られる観念であると、イギリス経験論の哲学者、デビット・ヒュームは、すでに18世紀に指摘している(文献6,3)。

自ら施した食事療法で自分の息子のアトピーが改善した。あるいは、自分が決めた治療方針で、患者の皮膚炎が治った。その経験は、あなたにとっては十分に力強い証拠であろう。そして、あなたの周りの人々にも、そして私にとっても信頼するに足る証拠である。しかしそれは、あなたと意見を異にする人にとっては不十分なものであるかも知れない。たまたまそうなったのにすぎない、と言い張るかも知れない。

そのようなやつはその様に考えれば良いと議論を遮断する前に、そのような人にとっても力強い証拠となるには、どのようにすれば良いかを考えていただきたい。そのような問いかけに対し一定の答えを与えているのが、EBMであり、疫学である。アトピーに関する治療法も例外ではなく、論争がある点については、EBMによっ

て検証が試みられるべきであろう。これらには、今日までの長い間の医学における議論の積み上げや合意の成果が集積されている。そのためには特別に難しいことは要求されておらず、一定のテクニックで、研究計画を立てて証拠を積み重ねれば良いのである。なお、証拠を積み重ねていくのに、医師免許証を保持していることは便利ではあるが、必要条件ではない。

おわりに

分科会においては、「自分はNew England Journal of Medicine も読んでおり、RCTについても情報を仕入れている。しかし、自分としてはRCTよりも症例報告を重視したい。」という意見が、現役の皮膚科医から表明された。これは、症例報告とRCTが医学における因果推論において担う役割を整理しておられないことから生じた発言であろう。もし症例報告とRCTの重み(情報量と情報の質)が同じであるとするなら、なぜ研究者は多大なコストと時間をかけてRCTを試みるのであろうか?

発がん物質の問題での話ではあるが、「『ある特定の物質が人体に対して発がん性を示すかどうか?』という問いに対する、間接的と言うよりもむしろ直接的な答えは、疫学的方法を使った人体に関する研究からのみ得られ、疫学は、症例報告、もしくは統計を使った探索的な研究結果や動物実験結果に動機づけられて行われる」(文献7)は、WHO(世界保健機関)の国際がん研究機関(IARC)の出版物に記載されている言葉である。

この言葉は、発がんが疑われる物質とその人体における発がん影響との因果関係に関して証拠を提出する様々な情報を整理し、それらの位置づけを端的に表現している。それぞれの情報にはそれぞれの役割がある。しかし、最終的には疫学に基づく証拠によって、医学・医療の選択の方向性は合意が得られるのである。その方向づけを整理し動機づけるのも、われわれ疫学者の役目であるのかもしれない。

【参考文献】

- 1)山本和利:2基礎編 臨床医学の新しい流れ EBM入門.メディカル朝日1997;2月号:47-50.
- 2)津田敏秀、馬場園明、三野善央、松岡宏明、山本英二:医学における因果関係の推論 疫学での歴史的流れ.日本衛生学会1996;51:558-568.
- 3)Rothman KJ and Greenland S: Modern Epidemiology. 2nd ed. Lippicott-Raven Publishers, Philadelphia, 1998.
- 4)Norell SE: Workbook of Epidemiology. New York:Oxford University Press, 1995
- 5)Greenberg RS.ほか: Medical Epidemiology. 第2版、LANGE medical book, Appleton & Lange, 1996.(第1版1993は、新興医学出版社から「医学がわかる疫学」:熊倉伸宏監訳として訳書が出版されている)
- 6)青柳知義ほか:新資料集.倫理-現代を生きる-.東京;一橋出版、1997.
- 7)International Agency for Research on Cancer. In: Tomatis L, et al, editors. "Cancer" Causes, Occurrence and Control. Oxford: Oxford University Press, 1990: p97.

松下：（アトピー・ステロイド情報センター）アトピー治療のほとんどが「3た論法」で成り立っている。また、それが臨床の場で使われている。果たしてそれが「Evidence-Based Medicine」に基づいた論証として成り立っているのか、また、そのためにはどれくらいのコントロールを含めた患者群を対象にすればいいのか知りたい。

津田：いくつも質問がありますが、まず多要因。多要因はつまり交絡バイアスの問題です。この交絡バイアスを調整する方法は4つあります。1つは、「制限」という方法。たとえばですね。たばこについて調べる場合は、たばこを吸っている人ばかりについて調査をする。性については男ばかりを対象に調査する。そうするとバイアスの問題については調整したことになる。これが「制限」です。次は「層別」です。ついでに「女」についても調査したとします。たばこを吸わない人についても調べます。タバコ+はたばこを吸わない人。

男	病気		女	病気	
	+	-		+	-
タバコ+	a	b	タバコ+	a	b
-	c	d	-	c	d

これをどうやって一緒にするかというのは統計的処理の問題になります。

3番目は、数理モデルによる方法。例えばロジスティック回帰モデルによる方法です。今、医学においてもっともよく使われるのが、データの型によって使い分けるのですが、どのデータの型にどれを入れるかは、この辺はあまり詳しくは申しませんが、大学でも院生くらいに教えています。どんなに要因が多かろうと統計的処理は出来ます。

次の質問に関しては病気の分類です。肺癌には4種類あります。それぞれについて関係を調べるのですが、アトピーの型がどのように増えようと認識できる限りは、分けて考えられます。これがうまくいかないと情報バイアスで疾病の誤分類が生じます。曝露と関係のないとき、これは相対危険度を過少評価します。必要なサンプルサイズについては、期待できる影響の大きさ、エラー、エラーを考慮に入れれば必要なサンプルサイズが得られる式がありますので、それを使ってほしいの数を決めればいわけです。

革島：（医師、外科）玉置ドクターの治療方針には基本的には賛成ですが、まずステロイドを切るという考え方には賛成しかねます。ステロイドを切るとリバウンドがきます。必ずよくなるといわれましたがそれはおそらくかなりセレクトされた結果であって、決して全例が良くなっていく訳ではないはずで、確実にリバウンドなしで離脱できる方法をこそ考えていくべきだと思います。

ストレスが関係しているだろうというのは間違いなくそうだと思いますので、私も大賛成です。「EBM」というのはアトピー治療に適用できるかという非常に難しいと思います。深谷さんと玉置さんの話はあまりに楽観的すぎます。たとえばエンドポイントはどうするのか。アトピーの患者さんには非常に長い病歴があります。短い期間でみれば、ステロイドで良くなったというデータだってもちろんとれるわけです。またいろんな要因が重なっている中でどの要因を取り上げるのかということも大変難しいでしょう。

また「RCT」は、被害者という表現がきついかもしれませんが、被験者つまり受ける側にとっては不利益を伴います。薬にもする思いで来られる患者さんに効くか効かない薬を飲まして結果をみると説明するのは困難ですし、かといって被験者に黙ってやればそれ

こそ犯罪行為です。

また、メタアナリシスはそのもとなる論文自体にいい結果が出たものは割合に発表されやすいが、悪い結果のものは発表されにくいというパブリケーション・バイアスがかかっていますので、やって悪いとは思わないが、それが正しい情報を与えてくれると信じるのはあまり短絡的ではないかと思います。

深谷：ディスカッションしたいと願ったのですが、質疑応答形式になりますと、どうしても言いたいこと言う人ばかりでおとなしい人は何も言えないということになりがちなので、まず医者とそうでない人たちとに別れて、それぞれで疑問点を話合ってから後に話合いたいと思ったのですが。医者の方は（挙手あり）。（会場から、「薬剤師は？」「コ・メディカルは？」の声）。では、医者とそれ以外の医療関係者とその他の方々の3グループに別れて15分間くらい話をして、その後で...

革島：今の質問に対しての答えを聞きたいのですが。

玉置：ステロイドを止めればリバウンドがくるというふうには私は理解しておりません。必ずしも考えていません。ステロイドを止めればリバウンドがくるということをマスコミや患者団体から植え付けられているんですね。だから止めればリバウンドが来ないといけな思っている患者さんが多いです。私自身が学会で発表したときにやはりそのリバウンドが来たら困るというふうにいわれましたから、そしたらリバウンドが来ないように努力しようとして実際にリバウンドなしでステロイドを止めることができるようになりました。条件さえ整えばリバウンドなしでやめることができます。

林：革島さんはどういった治療方針で治療されていますか。

革島：それはもちろん患者さんと相談しながらです。

林：先生の意見としてどういったものに基づいて治療されているんですか

革島：論文とか自分なりの経験です。

林：どんな論文ですか。

革島：ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディスンや日本の文献特に心身医学会の論文などです。

林：その中で最も信用できるものというものは何ですか。

革島：だから、先生のいわゆる「RCT」が信仰だと思っんです。と言いますのは、「RCT」の場合、脱落がかなりあります。その脱落の発生自体にバイアスがかかっているんです。脱落例によって生じるバイアスは補正できない。先ほど二人の患者さんが話されたようなケース・レポートは大事です。

林：ケースレポートは信用して「RCT」は信用しない？

革島：アトピー性皮膚炎の最善の治療法をみつけるようなRCTを計画できますか。

林：私は「RCT」というのは、薬の効果を判定する最も効果的な方法だけれど、それだけを言っているのではなく、ケースレポートから始まって、特にケースレポートは薬の副作用を調べるのには重要ですが、そういった研究をきちんとまとめて、自分の都合のいいところだけを選び出すような作業をするのではなく、先生が今やられていようなことをきちんとまとめていきましょうというのが日本ではされていないんですね。

日本の医学会のガイドラインなんかみて下さい。抗ヒスタミン剤ガンガン出していますよ。ステロイドもガンガン出しています。そして副作用のことを何も書いていない。そういうことが日本の医学会で当たり前のこととして平気でされていますよ。そういったガイドラインに対抗できるようなもの、いやそれ以上のものをわれわれが作っていかねばならないんです。

革島：それならRCTにあまりこだわらない方がいんじゃないんですか。

深谷：ちょっと待ってください。私があえてここにアトピーにあまり詳しくない林さんや津田さんをおよびしたのは、アトピー治療や脱ステロイドというのは科学的な手法は当てにならないからと、どうしても個々の経験だけ、ケース・レポートに流れやすいので、それを見直して、整理できるように、科学的な根拠を示して批判的な目でみていただきたいと考えたからです。

春本：もう一人のレポーターの発言がまだですが。

水間：（薬害・医療被害情報センター事務局局長）私どものセンターでは、以前、大津市の山元真理子医師（東京女子医大出身、皮膚科）をお呼びしてアトピー性皮膚炎の治療の話をお聞きしましたが、基本的にはアトピー性皮膚炎にはステロイド軟膏を上手に使うということで、ステロイドには強いものから弱いものまで種々あるので、患者さんによって徐々に変えていくなどの正しいステロイドの使い方をすることです。とにかく痒みをとめるのが先決で、痒いから掻く、掻いてる限りは治らないので上手にステロイドを使って痒みをコントロールしていく。ステロイドのことをよくわかって使えば、アトピーは十分コントロールできるという話でした。

深谷：今のご意見に賛成の方（挙手、少）、反対の方（挙手、多）。

幸寺：（医師、アレルギー科）私もアトピーに基本的には弱いステロイドを使うならばそれほど大きな問題はないと昔は固く信じていましたし、必要悪だというのが、現在の学会のとっている基本的な認識であります。また、アトピー性皮膚炎に関しての副作用の発表も皮膚の萎縮などのチェッカーを使ったものくらいです。アトピー・ステロイド情報センターのアンケートではほとんどの医者がス

テロイドを使う期間を4週間以内と答えていますが、実際には10年、20年と使われているのが現実です。ステロイドについての研究もかなりされてきていますが、ステロイド依存症としての研究はほとんどありません。現実にはステロイドはすごい依存症を起こすものだということがかなりわかってきています。

ずいぶん以前に、原重正先生という方がかなりのご苦労をされて『さよならステロイド軟膏』という本を出され、ステロイドの恐ろしさをわかりやすく患者さんに伝えておられます。それらを参考に私もステロイドを切るようになったのですが、ステロイドを切った直後は多くの患者さんは一時ひどいリバウンドを経験します。しかし、アトピーは本来免疫機構の異常ですから、原因があって発症しているわけです。ダニやあるいは歯科金属であるとかの環境因子、子どもであればダニや食べ物などの原因抗原を厳密に見つけ出して回避することによって、一定のリバウンド期間をすぎればアトピーが速やかに改善していきます。これは多くの患者さんの協力を得て、データや報告書などもまとめております。

さらにホルモンの変動、これは玉置医師も学会で発表されていますが、ステロイドホルモンのコルチゾールの変動だけではなくて、脳下垂体の働きはどうだろうかということで変動をみてみますと、多くはステロイドを切りますと抗利尿ホルモンがバーンと上がって、それがだんだん平均化してくるとリバウンド症状もよくなっていくというのを経験してきました。そういう意味では、医者は、ステロイドは使わなければいけない薬と教えられていましたが、それを逆転して考えなければいけない状況が起こってきています。

例えば、接触性皮膚炎。うるしにかぶれたとかいう場合、これを一番早く治す方法はステロイド軟膏です。しかし、これは毎日、毎日、漆（うるし）にさわって毎日、毎日ステ

ロイドを塗っているという状況が現在の環境汚染の中で現実に皮膚の上で起きているわけです。原因をとらないでステロイドを塗ることによって、ステロイド依存の状態を、われわれ医者が作り出しているわけです。そして、ステロイド依存の状況を作り出しておいて、ステロイドを止めればリバウンドが起こると脅しているのが、現在の多くの皮膚科の医者の姿です。そういう状況を我々医者は反省しなければならない。ステロイドによる治療法をもう一度改めて見直さなければならない。

そういうことを経験してきているので言うのですが、今、水間さんの発言の中にあつた山本医師は、日本で最もステロイドを使う皮膚科の教授がいる滋賀医科大学の人でしょう。この教授は「私はステロイドによって副作用なんか起こしたことはない」と豪語している医者で、多くのステロイド依存者をどんどん生み出している医者です。その医者が前回の皮膚科学会で「ウーロン茶でアトピーを治す」などと非常にふざけたことを発表しています。そういう現状があるわけだから、水間さんが、ステロイドは断続的に使ったらいいんだ、というステロイドの使用を推奨する医者の言い分を勝手に信じられるのは間違いだと思います。

深谷：今の意見に賛成の人、反対の人。では反対の人。

春本：患者の立場から言わせていただきますと、みなさんそれぞれ確かに正しいとは思いますが、正しいけれど現実には解決できない問題があります。私はステロイド依存症かもしれませんが、私の原因はなんだかわかりますか。（ドクター：診察していないからわかりません。）そんな言い方しないでください。聞いてください。私はお料理が原因なんです、お料理をしないで済ますということは主婦には不可能です。それとももちろんストレスもで

す。地震で家がこわれちゃって、ものすごい借金を背負っているでしょ。ストレスがない世界なんてありえないのです。そういう時にステロイドを切るということはとってもつらいことです。使わないと生きていけません。以上です。

（会場騒然として聞き取れず）

深谷：今の意見に賛成の人。反対の人。

松下：賛成、反対とかいうことではないでしょう。今はアトピー性皮膚炎にステロイドが必要かどうかという話をしているのであって、今の発言とは問題が全然違います。私たちはステロイドそのものを否定しているわけではなく、あくまでも認めたと、「アトピーにステロイドが必要かどうか」ということを議論しているわけです。そのテーマの枠内で議論していただかないと話が混乱します。ステロイドが全部だという形で議論してしまうと...

春本：いえ、ちゃんと理解しています。今の日本の医療現場のありようがおかしいから、そういう意見をみなさん言っていっていいのでしょけれど、アトピー患者が痒みを耐えるということがどんなに辛いのか。例えば私はがん患者でもありますが、その痛みを耐えるのがどんなに辛いのか、その痛みをドクターにちゃんと認識してほしいという意味で言っているのです。

深谷：少し言っておきますが、私にしる玉置医師にしる、絶対、ステロイドを出さないとやっているわけではありません。本人がステロイドのことを十分認識していて、それでも使うのであれば問題ないと思います。今、問題にしていることは、なんだかわからないけれど軟膏を渡されて、これを塗っておけばアトピーが治るというような状況を問題にしているわけです。ステロイドを使うか使わないかは患者自身が決めることであって、医者が決めるべきことではないと思っています。

林：水間さんの意見のときに、手をどっちに上げるかを迫られて大変困ったのですが、幸寺ドクターがおっしゃることもよく理解できます。ある意味で緊急非難的にステロイド軟膏を使用することもあり得るという意味で、「賛成」に手を上げたのですが、幸寺医師がおっしゃったようなそういう医療界とどう闘うかという視点で議論するのか、ステロイドをアトピーに使う使わないで議論するのか、まとめていただきたい。

深谷：議論のテーマをはっきりさせますが、少し話させてください。先ほど滋賀医科大学の教授の話が出ましたが、脱ステロイドについての論文がなぜないかと申しますと、論文を書いて（学会関係図書や医学雑誌で）アクセプト（受け入れ）してくれないんです。こちらが理論武装して、どこから突かれても大丈夫な論文を英文で作って発表するなどしていくしかないんです。そのための作戦会議のつもりでもあったのですが、みなさんの関心がステロイドを使うとか使わないのかというところにあるようです。

会場：（医師）今日、患者さんが非常に辛い体験を話されて、日本のアトピー治療で言えば10万人の中の1人が2人の経験談だったかもしれないけれど、たとえ1人でもステロイドの重篤な副作用にかかる患者さんを出してしまうというのは非常に大きな問題だと思いますし、その問題をきちんと議論していくことは大変大事なことだと思います。水間さんの言われることは今の皮膚科の一般的な意見で、ステロイドを使わないでいこうというのは非常に少数の医者です。ですからまだまだ少数の意見として脱ステロイド治療をやっていくのは大変なところもあるのですが、今回の会のように多くの方々の関心を集める場を持って理解を深めてもらうことが大事だと思います。

松下：情報センターでお医者さん対象にし

たアンケートですが、ステロイドの副作用のところを見ていただきますと、副作用を経験した患者に出会った数が多い医者ほど、ステロイドは使いにくい薬だ、なるべく使わないようにしたいというふうに回答されています。さきほどから何度も議論されているベネフィットとリスクとの関係の中でもう一度ステロイド治療というものを考えなおさなければならないのではないかということ、このアンケート結果は示していると思います。

患者にとって何が利益になるか、患者にとっての利益と副作用（害反応）とのバランス、現場の医師にも当然そういう考え方が必要なわけで、こういうことを考えなおす分科会であったと理解しています。

谷尾：たっぷりディスカッションの時間があると思っていたのですが...。「アトピーなんか飛んで行け！」の会の者です。唐突な言い方に聞こえるかもしれませんが、わたしたちは食事療法でアトピーが治ったと思っています。これを広めたいと話しても偶然だろうとか言われますが、確かなことだと思っています。

（食事療法についての話、省略）会として考えていることを述べたい。ステロイドを抗炎症剤と医師は捉えています、アトピーのときに黄色い汁のようなものが出ます。わたしは油、植物性油の色ではないかと思い、相談を受けた場合に、植物性油を抜くようにしてもらおうと湿疹が消えて行きます。思うに、湿疹にステロイド剤を塗ると、油が体中に運ばれるのではないかと思います。もう一つ、蛋白質を取りすぎるとよくないのではないかと。

深谷：あの、あなたの言うことを信じていないわけじゃなくて、それはあくまでも非常に多くのアトピー性皮膚炎の一部の治療のことですので、それが有効である部分とそうでない部分もあるので...

谷尾：だから全部とは言わないけれど、少

しは考えていただきたい。もう少しディスカッションがあるかと思っていたのですが、時間がないようなので、せめてここにいるお医者さんだけでも、もう少し食生活というものを具体的に患者から聞き出して対処していただきたい。

深谷：アトピーのおかあさんというのは非常に苦労されていて、食事関連の会は各地にいろいろあるわけですよ。

谷尾：食事というのではなく...

松下：今日のセミナーは「アトピーとステロイド」がテーマで議論しようと思ってるわけですから、そういう意見はまた違った場で...

（しばらくこの意見での議論続く）

松下：だからステロイドが必要だとおっしゃっているのですか。

深谷：ステロイドを急に切るのではなくて、食事療法をしながらゆっくり切りましょう、という提案でしょう。

谷尾：時間があればそれも言いたかったのですが、今言っているのは、...

林：食事の問題では、小児科医ですので、小児のアトピー性皮膚炎に、妊娠中、授乳中、育児で、いろいろな面で議論されていて、大切な問題とは思いますが、行政がいきなり除去食を進めているのはおかしいと思います。

（議論続く）

深谷：例えばあなたがこのやり方が良いと人に勧めて、その後もきちんと追跡調査して本当にどの程度効果があったのかとか...

谷尾：それは医者の論理だと思います。症例を集めて、学会で発表しなければいけないというのは。

深谷：そうではなくて、こうしたら良かった、あの人も良かったばかりを集めて広めることを、医者じゃないから勝手にしてよいか

というふうではないのです。民間療法でいろいろ困難が生じているのはみんなそういうパターンなんです。

（その後深谷医師と谷尾さんとの議論が続く）

津田：わたしが仕切ります。こういった時に証拠をそろえるためにEvidence-Based Medicineが必要なんです、こういう議論では裁判になった時に裁判に勝てないし、証拠をそろえましょう。（会場笑）あなたの提言は仮説としてこの場で承っておくということではないんじゃないんですか。（会場拍手で決着。ここで午後8時30分）

会場：（化学物質過敏症の提言）
（化学物質過敏症の議論続く）

革島：提案です。ステロイドを突然切るという方針と1年くらい徐々に漸減していく、そして1年後に両方の結果を見る、というテストを是非してほしいと思います。ただし、「RCT」は患者さんの選択を制限することになりますので患者さんの意思を尊重する非確立化臨床試験の形ですが。

深谷：それは重要でして、いかに離脱療法を進めるかというために必要ですが、今回のセミナーはステロイドを止めたらいかんぞ、という医者たちにどうやって反論するかの作戦会議のつもりだったのです（会場笑い）。

松下：せっかく議論を始めようとしたのですが、関心の範囲が非常に広くて収拾がつかなくなったのですが、今日のせっかくの機会ですから、もし関心がおありでしたら、「アトピーにステロイド治療があるかないか」を理論的に客観的に論争しようというグループを作りたい、と提案したいのですが。あくまでもテーマに沿って議論する、という集まりを持ちたいのですが。

深谷：ところで「化学物質過敏症」という言葉を参加のみなさんはご存知でしたか（あまり挙手がない）まだ認知されていないですね。これについて津田さん。

津田：病名には2つあるんです。化学過敏症というのは、原因論的病名です。もう一つは、症候論的病名があります。原因論病名には原因が入っています。これをごっちゃにしますと議論ができない。これを延々40年間してきたのが水俣病なんです。

(テープ入れ替えのため中断)

化学物質で起こる過敏症だと言っているわけです。ここをきちんとしないと。疫学の常識なんです、これを日本の医者はよく理解していない。

(時間切れ)

編集部：分科会のテーマは「アトピーとステロイド剤」だったのですが、司会進行の不手際で、議論未消化のまま、不本意な思いで帰られた参加者もいらっしゃいます。報告集の一部分科会だけでなく、全体をお読みいただいて、是非今後の議論の参考にしていただけたらと思います。セミナー当日は時間が不足し、参加者を交えた十分な議論ができませんでした。会場からの発言者である谷尾敦子さん(アトピーなんか飛んで行け!の会代表)から発言の補足とその後の状況をいただきました。

食生活の改善でアトピーを克服

——— 谷尾敦子

私は、娘のアトピー性皮膚炎を食事の改善によって克服した経験から、ボランティアの会を作り、アトピー患者さんたちに食生活のアドバイスをしてきました。2年前はまだ20人ほどの会員でしたが、今では100人以上の患者さんが入会し、食生活の改善によって、多くの患者さんが、緩やかな脱ステロイドとアトピーの克服に成功されています。

最近、生活習慣病という言葉が定着し、アトピーに関しても食生活の改善が重要であるという医師が少しずつ増えてきて、効果をあげられているように思います。(食養生という考え方)当会にも、食生活の改善を試みていた人や、アトピーに食生活が関与している事を聞いたことがあった方の入会が最近増えています。しかし、実際に食生活をどのように変えればいいのかをきちんと把握できている人は少ないようです。今まで食事を改善していたつもりなのに、とても重症だった方もたくさんいらっしゃいます。

長年の医学界の意見の対立から考えて、アトピー性皮膚炎を今までの考え方とは全く違った面から捉え直してみようと思い、娘のアトピーを観察して行った結果、私はアトピーの湿疹は食生活のバランスが崩れて、特定の栄養素(蛋白質・植物油・動物性脂肪)が過剰になった時に起こるものではないかと考えるようになりました。これをオーバーフロー説と名づけています。植物に与える肥料が高濃度すぎたり、成長の止まっている冬場に夏と同じように肥料を与えると、植物は油やけを起こしたり、葉の精気が失われたりする事は周知の事実です。特に肥料中の窒素量(人間の蛋白質に当たる)が高すぎると、カビや虫がつきやすいと言われていました。同じような事が人間でも起き得ると考えています。つまり、食養生により「自然治癒力の向上」を

はかるなどというあいまいな考え方ではなく、もっと直接的に具体的に湿疹の原因を食生活に結び付けて考えています。

栄養過剰はアトピーの重要な原因なのでは?

私たちは、栄養素の過剰や、運動量の不足などがアトピーの原因と考えられる事、食事の改善や運動量の増加で症状が改善する事など、食生活・運動量と症状の関係を3年かけてデータとして蓄積してきました。しかし、もっと科学的な数値として表すことができれば、もっと説得力が増すと考えています。

たとえば、最近アトピー性皮膚炎で肝臓機能の異常や脂肪肝の合併が多いと指摘する医師も出てきています。アトピー患者の内臓脂肪などを測り、食事の改善による内臓脂肪の減少に伴って皮膚症状の改善や、ステロイド剤の減量が可能かを見る事もできるでしょう。また、脂肪の過剰で出ている湿疹にステロイド剤をつけると、体内に脂肪を押し込み、長年使っていたステロイド剤を急に止めると、その脂肪が皮膚に噴き出してくると考えていますが、その滲出液を分析することで容易に証明できるでしょう。ステロイド剤でアトピー症状をうまくコントロールすれば、副作用もなく安全であるという医師も未だにたくさんいますが、食事療法で治った人と、ステロイド剤で症状をコントロールしている人で、外見的には変わりがなくても、体内の脂肪がどう違うかを調べることも可能と思います。また、これらの事から、一気に脱ステロイドをしなくても、食生活の改善をすれば、徐々に脱ステロイドできることが、簡単に証明できるはずですよ。

アトピー性皮膚炎に関しては、食物アレルギーが関与しているのかいないのか、ステロイド剤による治療が有効なのか、かえって悪化させるだけなのか、医学界でも未だに混乱を極めているようです。残念ながら2年前にセ

ミナーが開催された頃と、その状況はあまり変わっていないように思います。食事療法を荒唐無稽の物のように批判したり、悪徳療法かのように弾圧する事ばかり考えずに、もっと科学的に検討しようとする医師が一人でも増えて下さる事を期待しています。

アトピーなんか飛んで行け!の会

URL : <http://www.tondeke.syslabo.co.jp>