

図書館でのよりよい医療情報提供のあり方を考える2025

～科学的根拠に基づく予防・健康づくり

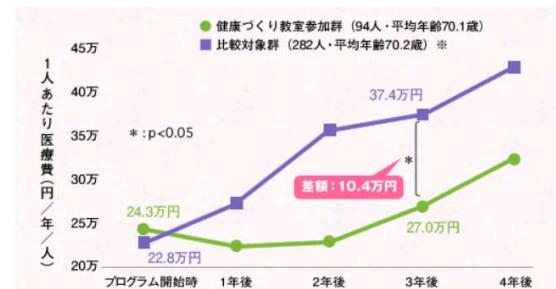


心臓血管系と脳血管障害の治療を行う
世界でも画期的な最先端の大規模医療・研究施設です。

国立循環器病研究センター/神戸大学医学部
西村 邦宏

令和7年10月22日

歩くだけで万病がよくなり医療費が減る？ 健康プログラムの例(ほかのことはしなくてよい?)



なんとなく健康によさそう

一つのことでも万事解決 過度な単純化にみんなだまされやすい(郵政民営化など)
ベストセラー化しやすい → 実際全国の100くらいの自治体がひっかかっている

選択バイアスによる素朴な間違いの可能性大

地域在住者を対象に、歩行マイレージ事業

参加群は、非参加群と比して、医療費増加が小さいか検討した事例(歩ける人と残りの歩けない人)

当事業参加群を、1年間以上継続者(ベースライン歩行数と12ヶ月目の歩行数が揃う者)が解析対象者

→参加者が最初の10分の1以下(健康おたく)

12000人が10000人以下(さらにその中の70-74歳だけ有意差) 終了できた人だけ(9割脱落→ほぼ達成困難)

・対照者(非参加群)は、参加者と年齢・性別・合計医療費(内科・歯科・調剤・DPC・施設・訪問看護・柔整の医療レセプト)でマッチさせて抽出(1:3マッチ)。対照者を1~2人しか抽出できない場合は、その参加者を解析から除外した。

→人口3万人の街でサンプル不十分でそもそも病気でマッチング

していない(骨折と心不全をマッチング?)

重篤な疾患のある人はマッチングされない

・総医療費が上位1%にあたる人を分析対象者から除いた(おそらく心筋梗塞、脳卒中、がんを除外)

・入院・入院外医療費(内科・歯科・調剤・DPC)の合算により総医療費を求め、アウトカムとしている。

・マン・ホイットニーのU検定だけ(高校生レベル)

・多重比較で70-74歳の群だけ有意差(補正すると統計上無意味)

・事業評価としては、**事業参加者全員での解析が一番重要である。**
・もともとの参加者数のうち、**継続群は何割か? CONSORT 20%以内が妥当**

・1:1、1:2、1:3とマッチングベア数がこなさっていても解析は可能

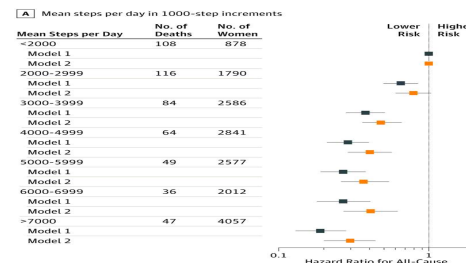
・アウトカムである医療費による解析対象者選定は**バイアスを生じさせる。**

・多変量解析で他の要因を調整しないとイケない。

疫学・統計デザインでバイアス → 無理やり出している可能性高い

その後のコホート研究では効果10~20分の1

7500歩以上あるいても効果は変わらない(死亡率)



JAMA Intern Med. 2019;179(8):1105-1112.
doi:10.1001/jamainternmed.2019.0899

世界5大医学雑誌の1つ

歩かないのは悪いけど歩きすぎもよくない

スポーツ医学では常識になっている

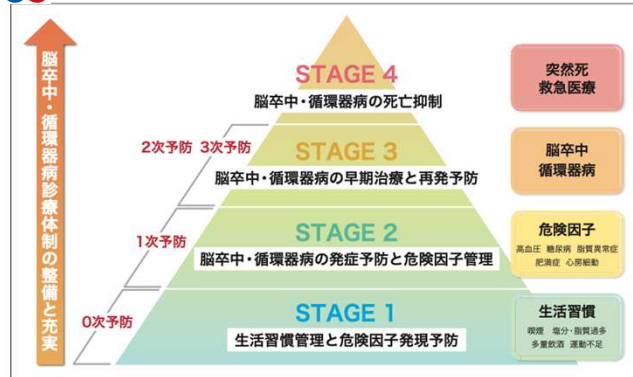
足腰に障害をもたれる方が高齢者には多いので、むやみに歩行時間を増やすとより運動器の障害が生じ、健康寿命延伸に逆効果になります。(これには多くの先行研究あり)

間違ったデータでは、一部の対象者のみでのデータで70-74歳の女性などを選択し、何もない健康な人を対象にしたと考えられます。

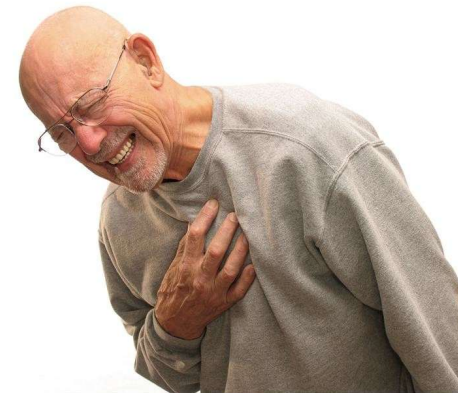
(宮崎大学帖佐前病院院長、整形外科教授)



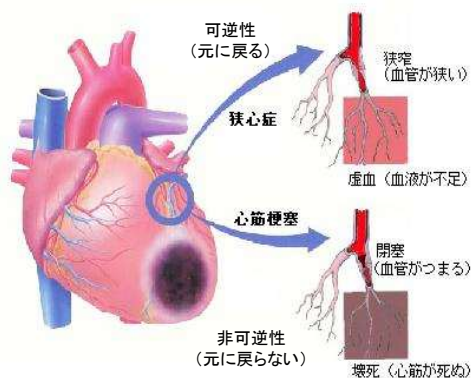
～脳卒中・循環器病予防対策～ 死亡率の減少と健康寿命の延伸へ向けて



胸痛



狭心症・心筋梗塞



吹田スコアを用いた冠動脈のリスク予測 動脈硬化学会のガイドライン

危険因子①～⑥の点数を合算する。

		(点数)
①年齢 (歳)	35-44	30
	45-54	38
	55-64	45
	65-69	51
	≥70	53
②性別	男性	0
	女性	-7
③喫煙*	喫煙有	5
④血圧* (mmHg)	収縮血圧 <120 かつ 拡張血圧 <80	-7
	正常高血圧 120-129 かつ/または80-84	0
	1度高血圧 130-139 かつ/または85-89	0
	2度高血圧 140-159 かつ/または90-99	4
	3度高血圧 160-179 かつ/または100-109	6

①～⑥の得点の合計 点

⑤ HDL-C (mg/dL)	<40	0
	40-59	-5
	≥60	-6
⑥ LDL-C (mg/dL)	<100	0
	100-139	5
	140-159	7
	160-179	10
	≥180	11

オリジナルの吹田スコアにはない追加リスク

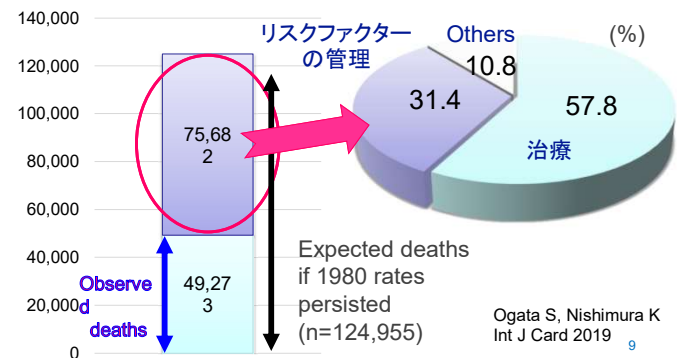
⑦耐糖能異常	あり	5
⑧早発性冠動脈疾患家族歴*	あり	5

* 第1度近親者かつ発症時の年齢が
男性 55歳未満、女性 65歳未満

リスクの高さは複数あると**かけ算**でどんどん増える
たばこ 3倍 × コレステロール 3倍 × 糖尿病 3倍 (27倍増える)

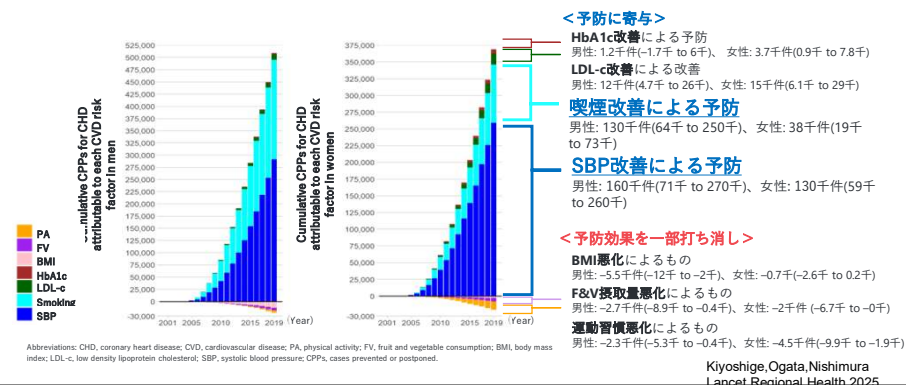
心臓病のこの30年間の死亡の減少の1/3は予防のおかげ

日本においては欧米に比べ治療の普及(ACE/ARBなど)が大きい。減塩による高血圧減少効果が大きい(40%)が、コレステロール、糖尿病、肥満(-10%)により将来は増加に転じる可能性あり



循環器疾患 累積発症数に対する各CVDリスク要因の影響(2001~2019): IMPACT NCD Japan

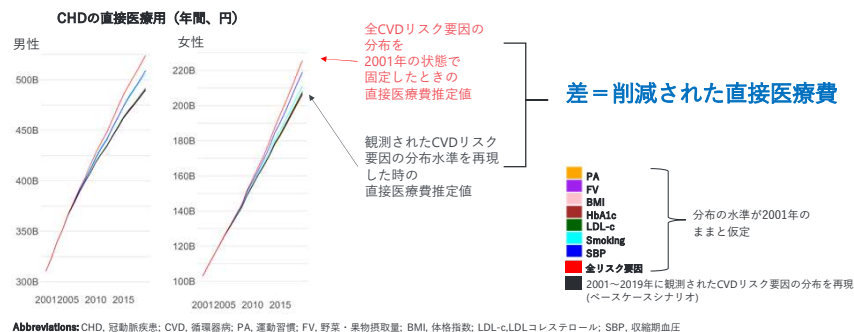
- SBP改善と喫煙状況改善がCHD発症の予防に大きく寄与し、LDL-cとHbA1cの改善も一部寄与。
- BMI、野菜・果物摂取、運動習慣は分布が悪化し、その発症予防効果を一部打ち消した。



CHDの直接医療費に対する、CVDリスク要因の水準の変化の影響(2001~2019): IMPACT NCD Japan

2001~2019年に全国で起きたCVDリスク要因の変化は、CHDの直接医療費を

男性で**2100億円**(1200億 to 3400億)、女性で**1100億円**(720億 to 1600億)削減した。



生活習慣の改善目標:高血圧治療ガイドライン2019

- 減塩: 6g/日未満
- 食塩以外の栄養素:
 - 野菜果物の積極的摂取
 - コレステロールや飽和脂肪酸の摂取を控える
 - n3系多価不飽和脂肪酸(魚)の積極的摂取
- 適正体重の維持: BMI25未満
- 運動習慣: 心血管病のない者が対象、中程度の強度の有酸素運動を中心に定期的に(毎日30分以上を目標)
- 飲酒: 男性1合、女性・やせは半合まで
- 禁煙(受動喫煙を含む)

常識的なことをひとつひとつ 魔法は存在しない

似非科学に騙されないための図書の選び方

- 医学的に地味な普通のことと逆をいったほうが話題になりやすい
- 漢方薬、サプリメントは症状緩和で根本治療ではないことが多い
- 1つの習慣でバラ色の未来は大抵うそ、誤解、宗教
(循環器は複合リスクです)
- たったひとつのさえたやり方的な本よりは当たり前の他の選択肢を勧めたい
- 著者に一人は少なくとも医師か医学部の先生はいていたほうがよい (スポーツ専門家だけとか栄養学者だけとかは少し心配)
- 名前の短い学会の出している一般人向けの本などは安心 (動脈硬化学会 VS 日本脂質栄養学会 長寿のためのコレステロールガイドライン)
- 結局手に入りやすく一番信頼できるのは。。。