



臨床批評 Vol.1 No.1

自分をメタ的に俯瞰するためのキーワード。それを発見する旅の羅針盤あるいは地図として

－特別寄稿－

- ネットの医療情報 -数字でみるもう一つの危機的状況- (児島悠史)
- 私の中に潜むココロのガン (kokoro)
- エビデンスはトゥルース (truth) か、ファクト (fact) か? (鈴木大介)
- 個別化医療を実現するために－薬剤師が医学論文を読む意義－ (根本真吾)
- 患者さんが薬局に来られなくなってしまった時のために (小納谷洋平)

－連載－

- 辰治さんと私(第1話：春) (桜川ののの)

Connect the New ▶ Clinical critical essay

臨床批評 VoL.1 No.1

Journal of AHEADMAP.2017.summer/Clinical critical essay.Vol.1 No.1
Association for Appropriate Healthcare Decision-making and Practice

自分をメタ的に俯瞰するためのキーワード
それを発見する旅の羅針盤あるいは地図として…

-contents-

■ 臨床批評創刊	P2
■ 『みんなで愉しくEBM！エビデンスを探して読んで行動しよう！！』ワークショップご報告	P3
■ [寄稿] ネットの医療情報 -数字でみるもう一つの危機的状況-(児島悠史)	P6
■ [寄稿] 私の中に潜むココロのガン (kokoro)	P10
■ [寄稿] エビデンスはトゥルース (truth) か、ファクト (fact) か？(鈴木大介)	P15
■ [寄稿] 個別化医療を実現するために – 薬剤師が医学論文を読む意義 – (根本真吾)	P18
■ [寄稿] 患者さんが薬局に来られなくなってしまった時のために(小納谷洋平)	P23
■ [連載] 辰治さんと私 第1話：春 (桜川ののの)	P27
■ [Press Release] EBMスタイル臨床研修プログラムの有用性検討	P32
■ 【読書のススメ】 幻想としての〈私〉：アスペルガー的人間の時代	P35
■ 編集部からのお知らせ/AHEADMAP入会のご案内	P36
■ 編集後記	P37



『臨床批評』創刊

本誌「臨床批評」はNPO法人AHEADMAPの公式な会報誌である。会報誌としては既に2017年4月「AHEADMAP通信」を発売しているが、それは本誌創刊のための準備号に過ぎない。

さて、本誌のタイトル「**臨床批評**」とは何か。創刊にあたり、まずはこの臨床と、批評について簡単に述べたい。そのうえで、本誌の役割とその展望について明らかにしよう。

「臨床」とは英語でclinicであるが、クリニックと言え、単に診療所を思い浮かべる人も多いだろう。診療所とは当たり前であるが、実際に医療が行われる現場である。つまり、臨床とは**医療における「現場を重視する立場」**を指していると言ってもよい。では「批評」とは何か。それは批判と近い意味合いで用いられることも多いが、どちらかという否定的なイメージで捉えられることも多いように思う。しかし、批評とは本来、「**ある事柄について、きるだけ無前提の思い込みを排する形で思考すること**」なのだ。医療を現場目線で、そして常識にとらわれずに思考する。そうした思考の言語化への試み。本誌「臨床批評」が目指しているのはそういう所だったりする。

しかし、僕たちは多くの場合で、「場の空気を読み」というような、環境における暗黙のコードに従って日常生活を送っている。ここで言う“コード”とは、行為の「**目的・共同的な方向づけ**」のことである。周囲に合わせて生きる、空気を読んで生きるというのは、環境におけるコードによって規定された目的を目指して振舞うことと同義である。臨床を批評するためには、こうした環境依存的振舞いからの逃走が肝要だ。

コードに従順であれば無難であり、空気の読めないやつ、と言われずに済む。僕たちはそう考えがちだが、実際は、**そう考えさせられている**と言った方が良いかもしれない。こうした事態は、つまるところ、環境の“**ノリ**”に無意識的なレベルで乗っ取られているともいえる。極言すれば、僕たちは**意志が前景化していない状態で環境依存的に振舞っている**のだ。この意志が前景化していない世界を自覚的に捉えるにはどうすればよいのか。つまり、環境の“**ノリ**”と癒着してしまった自分をメタ的に俯瞰するには、どういったパースペクティブが必要なのか。

本誌では、様々な視点から、医療を多角的に、そして批判的に検討を加えていく。掲載された数々の論考から、臨床を考察するための新たな“**キーワード**”を発見できるはずだ。環境の“**ノリ**”と癒着してしまった**自分をメタ的に俯瞰するための“キーワード”**。それを発見する旅の羅針盤あるいは地図として、本誌がお役にたつことができたら幸いである。

NPO法人AHEADMAP 『臨床批評』 編集責任者 青島周一

【報告記事】『みんなで愉しくEBM！エビデンスを探して読んで行動しよう！！』ワークショップご報告

村田 繁紀（AHEADMAP理事）

去る2017年6月10日に開催された、本ワークショップには、薬剤師以外の職種の方も含め計36名にご参加いただきました。

EBMには、①疑問の定式化、②情報収集、③批判的吟味、④適用、⑤再評価の5つのステップがあるのですが、今回は「**そもそも臨床疑問をいかに発見するか？**」というステップ1より前の段階からEBMを学んでみよう、という企画でした。

【ワークショップ概要】

みんなで愉しくEBM！エビデンスを探して読んで行動しよう！！

日時：2017年6月10日（土） 14:00～17:50

講師：青島周一（医療法人社団徳仁会中野病院）、桑原秀徳（医療法人せのがわ瀬野川病院）、黄川田修平（つばさ薬局）、稲生貴士（医療法人社団慈恵会新須磨病院）、村田繁紀（医療法人栄仁会宇治おうばく病院）、岡本淳志（日本調剤三条薬局）、細川智成（公益財団法人慈圭会慈圭病院）、山本雅洋（ヤナセ薬局）

会場：東京都台東区花川戸1-3-2 井門浅草ビル5F

主催：特定非営利活動法人アヘッドマップ（AHEADMAP）

【まずは疑問の抽出から！】

本ワークショップは、前半が“**臨床疑問を見つける（臨床疑問の抽出）**”、後半が“**臨床疑問を簡単に探して適用を考える**”という2部構成でした。

同じテーブルに座った方との自己紹介も兼ねた桑原先生のアイスブレイクから開始しました。疑問の定式化（PECO立て）の前段階として、ブレインストーミング的に日々の臨床疑問をお互いに挙げて話し合っていました。

[大切なのはむしろ“非常識”]

続いては青島先生からEBMのstep1に相当する臨床疑問の整理についてのお話がありました。**「疑問の解決に当たって、権威や常識に流されない、批判的に吟味しよう」**という熱いメッセージが参加者に投げかけられました。臨床現場で出会う疑問の多くは明確な答えのない前景疑問（例：どのくらい効くのか）であり、添付文書の記載内容で回答できるような背景疑問（例：作用機序）とは疑問の性質が異なることを紹介したうえで、参加者に桑原先生のセッションで上げてもらった疑問を1つ選んでPECOにより定式化してもらいました。

[参照すべき情報の優先度！]

前半の部の最後は細川先生からstep2に相当する、情報収集の概要の説明をしていただきました。優先的に見るのは①研究対象は？（マウス？ヒト？）②研究デザイン、③臨床的意義（真のアウトカムか？）ここで優先順位が低いと判断した論文（代用のアウトカムを検討した論文）を読むなら、**「そんな論文捨てて、患者さんのお話聞いてこい！」**という名言で前半の部は終了しました。

[パブるからググるへ]

後半の部は用意された仮想症例を行い、前半の流れに沿って現場におけるEBMの実践について学ぶセッションに入りました。テーマ論文は糖尿病患者への地中海食は心血管イベントを減らすか？ PMID:23432189です。

論文検索の具体的な方法として、稲生先生よりPubmedを使わない論文検索をご紹介いただきました。「**パブるからググるへ**」の合言葉の下、google検索で妥当性の高い情報へ、いかに容易にアクセスするかについての解説をいただきました。検索キーワードに**「地域医療日誌」「巻物」「ランダム化比較試験」**など一般の方が使わない検索語を追加することで、妥当性の高い情報へアクセスが可能であることを提示していただきました。

[如何に論文を簡単に読み、それを適用し、継続するか]

論文の吟味と結果の解釈をアブストラクトで行う方法は、黄川田先生からお話していただきました。論文情報を簡単に読みこなすポイントとして、ランダム化、PECO、一次アウトカムは明確、真のアウトカム、盲検化というキーワードを解説いただき、ハザード比、95%信頼区間、p値、NNTなどの統計指標について説明がありました。

最後に山本先生からstep4の適用についてお話していただきました。再評価の大切さ、「**実践とは反復する行為である**」という名言で締めくくられました。

参加された皆様のご協力もあって、終始笑顔にあふれる楽しいワークショップになりました。皆様、ありがとうございました。



“パブるからググる”へ。論文検索レクチャーの様子

【寄稿】 ネットの医療情報 -数字でみるもう一つの危機的状況-

児島 悠史

昨年末、DeNAが運営していた健康情報サイト「welq」の内容が問題となったことは、記憶に新しいことと思います。インターネットの情報は玉石混交と言いますが、こと医療情報については、執筆者も情報源もわからない「その症状、実は○○かも？」というコラム風のまとめサイトばかりが増え、まともな情報を探すことは難しい状況が続いています。

インターネットで調べれば何でもわかると言われていたのも今は昔、インターネットで検索しても本当に必要な情報は見つからなくなってしまっています。こうした惨状は、医薬品の名前で検索した場合でも例外ではありません。むしろ、別の大きな問題が起きていることをご存知でしょうか。

【ボタン1つで抗菌薬が購入できる地獄】

「クラビット（一般名レボフロキサシン：抗菌薬）」と検索してみてください。検索結果に表示されたWebサイトの説明文を見ても、「通販での購入」や「最安値」、「正規品」といった怪しい言葉がちらほらと目に留まると思います。これらはいずれも、医薬品を通信販売しているWebサイトです。

ここでは個人輸入や零売の是非、違法性の有無については述べませんが、処方箋医薬品やそれと同成分の海外製品¹⁾を安易に購入して使うことは、決して望ましいことではありません。（※例：個人輸入した薬は「副作用被害救済制度」の対象外になる）

こうした状況は「クラビット」に限らず、抗ウイルス薬・解熱鎮痛薬・利尿薬・睡眠薬など、多岐に渡る薬で同じことが起こっており、中には半数近くが通販サイトで埋め尽くされているものすらあります。

※検索1ページ目の10件中、通販サイトが複数表示される例²⁾

クラビット……………2件
バルトレックス…5件
セレコックス……3件
ラシックス……………5件
デパス……………3件

我々薬剤師は、添付文書やガイドライン・文献などから調べることも多いため、医薬品名でダイレクトに検索する機会は少ないかもしれません。また、もし検索したとしても専門知識を持っているため、このような通販サイトは避けて通ることができます。

しかし、一般の国民であればどうでしょうか。我々薬剤師も、例えば全く専門外の「住宅ローン」のことを調べようと思った場合、ダイレクトに「住宅ローン」と検索して、検索結果の一番上から順番に見ていくと思います。

つまり、今インターネットを使う日本国民は、ボタン1つで抗菌薬などの処方箋医薬品を購入できてしまう、危険な情報に日々曝され続けているのだ、ということです。

では実際、どのくらいの人がこういったWebサイトを訪問してしまっているのでしょうか。

[検索を介した不正流通を、数字で見る]

「クラビット」という単語は、GoogleとYahoo!を合わせて、1ヶ月に10万回ほど検索されています。³⁾

また、先述のように“上から順番に”読んでいく人が多いため、検索結果の上に表示されるWebサイトほど多くの人々が訪問されます。検索順位とクリック率については、以下のようなデータがあります。

※検索順位とクリック率⁴⁾

1位：19.35%
2位：15.05%
3位：11.45%
4位：8.86%
5位：7.21%

今回、私が調べた段階では、「クラビット」の通販サイトは3位と4位に表示されていました⁵⁾。つまり、全体の20%近く(11.45% + 8.86%)、月に2万回ほど、誰かがこうした通販サイトを訪問してしまっている、という計算になります。

こうしたインターネットを介した通信販売では、情報収集を目的に検索した人、何かを買うつもりで検索した人、全てひっくるめて検索した人の1%が商品購入や資料請求などのアクションを起こすとされています。⁶⁾

「クラビット」は医薬品なので、より慎重になることを考慮して、このコンバージョン率をかなり低めの0.1%程度だと見積もったとしても、月20回、年間240回近く、検索を介して「クラビット」が購入されているということになります。

これらはあくまで推測値ではありますが、こうした不正な流通があらゆる医薬品名の検索を介して行われている可能性があること、さらに通信販売では100錠・200錠といった箱単位で薬が売られていることから、いま日本のインターネットが不正流通の大きな温床になっているということは、想像に難しくありません。

[薬の専門家たる薬剤師が、何をすべきか]

このような危険なインターネットの情報から国民を守るため薬剤師ができることは、危険な情報は厚生労働省やGoogleに知らせて改善してもらうこと、そして、自ら価値ある情報を発信することです。特にGoogleには、検索結果に対して意見や要望を送る「フィードバック機能」がついています。

何か調べ物をしていて、医薬品を不正流通させているWebサイトや、明らかなデマを流布するWebサイトなどを見つけた際には、この機能を使って、Googleに「○○.comというサイトは、△△という点で違法・危険だから、検索結果から削除して欲しい」といったような通知を送ることで、危険な情報を減らしていくことができます。

現状、ほぼ放置されているような状態ですが、処方箋医薬品の不正流通に対する声が大きくなれば、Googleも本腰を入れて動いてくれるのではないかと思います。

※フィードバック機能を送る方法

1.スマートフォンアプリの場合

検索結果の左上「三」のようなメニューボタンから

2.ChromeやInternet Explorerなどのブラウザの場合

検索結果画面の一番下の「フィードバック」というメニューから

また、医薬品名での検索結果が、不正な通販サイトや無責任な情報を垂れ流すメディアに圧倒され、使い物にならなくなっている現状は、これまで我々 薬剤師が情報発信を怠ってきたことのツケとも言えます。 今後は、薬剤師が自ら価値ある情報を積極的に発信し、通販サイトや無責任なメディアを圧倒する、そんな反撃の時期にしていかなければなりません。

インターネットは非常に便利な情報収集のツールですが、「医療情報だけは例外」となって良いはずがありません。インターネットを使っても価値ある医療情報に触れられる、という世の中にしていくために、薬の情報は薬剤師が主体となって変えていきたいと思います。

今回、私もこうした情報発信に必要な知識や情報収集能力を培うため、AHEADMAPに参加させて頂きました。精一杯頑張りたいと思いますので、今後ともよろしくお願い致します。

※注釈

- 1) 海外医薬品の個人輸入については現状、薬機法68条「未承認医薬品の広告」でしか取り締まれません
- 2) 2017年6月22日14:00時点でのGoogle検索結果による
- 3) Google AdWordsで取得した過去12ヶ月間の月間平均検索ボリューム
- 4) 英国Netbooster社による2014年の調査結果
- 5) アカウントや位置情報による影響を除外し一般的な検索結果を得るため、Chromeのシークレットタブで検索した結果を参照
- 6) eコマースにおける、ごく一般的なコンバージョン率

－執筆者プロフィール－

児島悠史（こじまゆうし）

薬剤師 / 薬学修士。2011年に京都薬科大学大学院を修了後、薬局薬剤師として活動。「誤解や偏見から生まれる悲劇を、正しい情報提供と教育によって防ぎたい」という理念のもと、Webサイト「[お薬Q&A～Fizz Drug Information](#)」を運営。PharmaTribuneのWeb版で「[今月、世間を賑わせた健康情報](#)」を連載中、テレビや雑誌・漫画の薬学監修などにも携わっています。

【寄稿】私の中に潜むココロのガン

kokoro

いつの間にか“ソレ”は、私のココロの横にいた。最初に気付いた母親は、私にこう言った。「あなたはおかしい」、「お願いだから仕事はやめてほしい」
生まれてこのかた、そんなことを母親に言われた記憶はない。むしろ仕事は簡単に辞めてはいけないもの、それが我が家の暗黙のルールだった。そして更に母親は私言った。「精神科に行こう……」

【“ソレ”の名は……】

精神疾患に対する、ある種の偏見のようなもの、それが我が家では顕著だったように思う。精神疾患の存在そのものがあってはならないというように。

だから、「精神科に行こう」と母親に言われた時は正直驚いた。母親にそんな事を言わせてしまったというような自責の念すらあった。自分自身、“ソレ”が原因なのではないか、とは思いつつ、せわしく働いている社会人は多かれ少なかれ皆“ソレ”のようなものを抱えている、みんな大変なんだ、当たり前じゃないか、だから多くの人達がこんな気持ちを抱えているんだと思っていた。特別病気だとか、治療がどうか、そんなことは正直どうでも良かった。

とはいえ、結局私はインターネットで近くの心療内科を検索し受診をした。この時初めて、精神科や心療内科の初診は、予約が必要である事を知った。昔の、いわゆる精神科に行く事が恥ずかしいというような風潮が取り払われつつあり、気軽に行けるように社会が変わってきているように感じた。

診察した医師からは“ソレ”がうつ病という名前だと知らされた。そして、病状の初期に良く処方されるような精神科の薬剤を薬局で貰った。とりあえず2週間、服用してみたが、特にこれといった変化はなかった。結局、数か月経けても、大きな変化を感じることはなかった。それから通院が面倒になり、薬を飲んで、飲まなくても、うつ病という名前の“ソレ”は良くも悪くもならなかった。

母の言うことは必ずと言っていいほど後々母の言う通りにして良かった、そう私は思っていたので、周りに相談しながらも、最後には苦渋の決断で10年近く働いた会社を辞めた。“まだ働ける” “私にしかできない仕事があるのに……”という強い想いとは裏腹に、仕事を辞めた瞬間は、忘れられないくらい解放された感覚、抑えていた感情が溢れ出た。圧力から抜け出せたなんとも言えない良い気分だった。

しかし、そう思えたのも2日くらいだった。仕事を辞めるということは社会人としてふさわしくない。それはつまりところ無収入であり、いい歳をしてフリーター、そういう事に他ならないのではないか……。それは普通では無いということ。どの面下げて両親の顔を見るのだろう……。そんな風に思うようになった。仕事を辞めなければ良かったという思いは今でもある。しかし、その事を言うと、母は「未だにあのままだったらあなたは死んでいた」という。確かにその当時、元々痩せていた体重は32キロまで落ちていた。

[ココロを蝕んでいく“ソレ”]

その後、私は結婚をした。そして、“ソレ”は徐々にうつ病という病名と共に大きくなっていった。ココロの横に存在していた“ソレ”はいつしかココロを包み込んでいった。

結婚をしてすぐ、私は暴力や言葉の暴力に怯える事になる。我慢に我慢をして、半年後、全身痙攣発作を起こし、救急車で搬送された。救急車の中、薄れゆく意識と、それでも消えない意識にいらだち、顔面麻痺の苦痛の中で「殺してくれ、殺してくれ、頼むから死なせてくれ」と叫んだ。救急車には当時の夫も乗っていて「ごめんな、ごめんな俺のせいだ」と手を繋いでくれていた。夫は理学療法士なので、私はその時どうなっているのか把握していたように思う。

病院の受け入れ先がなかなか見つからないまま、身体も精神も限界の中で4時間を耐えた。ようやく病院の受け入れ先が決まったと聞かされた時、私はそれと同時に意識をなくしたそうだ。気がついたときには、集中治療室で、酸素マスクやら、何かの点滴やら、全身が管で繋がれていた状態だった。

意識が戻ると、そこに夫の姿はなく、両親と姉夫婦が来てくれていた。私は無理やり笑顔を作って「大丈夫、大丈夫。ごめんね」と、まだろれつが回らない状態で、元気な自分を取り繕った。夫は、私の両親宛に「娘さんが入院しました。着替えを持って来てください」とだけメールをしたようだった。おそらく両親はいきなりこのことに驚いただろう。それから退院するまで夫が面会に来ることはなかった。

様々な検査を受けたが脳波に多少異常が見られた程度で、それもすぐに正常に戻り、あっという間に退院が決まった。ただ、実際には、立つことも歩くこともままならなく、家事ができるような状態ではなかった。そのためしばらく実家で休む事になった。しかし、実家で休むと言っても、親の辛そうな顔を見るのが、私にとってもつらいものだった。だから、1週間程で、夫のいる自分の家へと戻った。

そのころ、まだ体調は万全ではなく、ずっと床に伏せていた為に足の筋肉が落ちているようで、以前のように歩くのは大変だった。自宅に着くと、私がいないうちのごみや洗濯物や何から何までが散乱していた。手足が上手く動かせない状態の中で、私は片付けをするより他なかった。涙が頬をつたい、視界がぼやけた。

それから夫の暴力や暴言が途絶えることはなかった。「お前など死ねばいい、いる意味なんて無い。お前は生きている資格はない。世の中のごみだ」 こうした状況の中で、私はパニック発作を起こすようになった。毎日毎日「今日も怒られる、否定をされる、どうしたらいい？」と、ココロの中で我慢をするとそのパニック発作が私を襲う。私は2回目の精神科へと足を運ばざるを得なかった。もう限界だった。しかし、医師に対して、この状況をうまく言葉にできず、どう説明したら良いのか分からなかったし、言葉にしようとするたび涙が溢れて止まらなかった。

そして、私にうつ病、そしてパニック障害という診断名が付いた。抗うつ剤はなかなか効く気配がなく、精神科に行けば行くほど新しい薬に切り替わってどんどん強いものになっていくような気がした。私は以前、調剤薬局で働いていたので、多少薬の事は知っていた。だから、変更されていく抗うつ薬に対して、徐々に抵抗感を強めていった。

その抵抗感から、セカンドオピニオンを受けることを考え、近くの心療内科を受診した。やはりうまく状況を伝えられなかったのだが、薬剤の処方安定してきた。担当した医師は抗うつ薬を使わず対症療法という形をとった。「もし、抗うつ薬を使いたいなら出すけど？」とは言われたが、とりあえず使わないで様子を見たい旨を伝えると安定剤と睡眠剤が処方された。

ただ、やはり安定剤を飲んでいないと、夫といるのに震えが止まらなかった。その身体もココロもある意味洗脳されていた。“生きてはいけない”と。ある時はカッターやハサミで体を切り刻み、ある時は電車で飛び込もうとしたり、隙あれば死ぬ方法を考え、インターネットを検索したりもした。私が死ぬことが一番良いことだと信じ込んでいた。

[うつはココロのガン]

そこから5年にわたり罵倒され、人間扱いすらされない奴隷のような結婚生活を終えた。私に残されたのは腕や足のぐちゃぐちゃになった傷だけとトラウマだけだった。

その後、いくつかの新しい出会いがあり、“生きていても良いんだ” “自分の意見を言っても良いんだ” と、やっと普通といわれるような生活に近づきつつある。勿論パニック発作や震えが止まらない時もある。トラウマで身体が動かなくなることもある。まだ薬がないと生きていけない自分も確かにいる。薬に依存している事も重々承知だ。

工作中にも、作業によっては時間がかかることがある。今は働くべきではないと担当医からはしつこく言われているが、働かなくては生活出来ないの、リハビリ的感覚で今は仕事をこなしている。医師の言う通り、今まで出来たことが出来なくなっていて、当たり前のことでのミスが続くこともある。それでも働いている。世間と繋がっていること、外へ出るということ、仕事をするという多少のプレッシャーを背負うこと。それこそが私なりのリハビリだと思っている。

これから私はどうなるのだろう、と不安に駆られることもあるが、今は懸命に生きようと思う。向精神薬などの常用量依存はとても難しいところだが、薬剤そのものに罪は無い。なぜなら、こうした薬剤は、人の病気を治す、あるいは少なくとも改善させることを目的に作られているものだから。とはいえ、罪は無いという所で、つながっている安心感があったりする。実際薬を飲むと、心身共に楽になる。

かつて、ある医師は今の薬を全て止めよと言ったが、私には必要不可欠なものだった。薬剤を止めず、パニック発作起こし、救急外来へ行ったことがある。そこで「大丈夫、パニック発作では死なないから」といわれた拳句、栄養剤を点滴され、どうにもならなかった過去もある。

結局のところ、どれだけ自分に合った医師や病院、あるいは環境に恵まれるかという問題なのかもしれない。いずれにせよ、私には今、処方されている薬が命を握っているように思う。甘えて怠けていると言われればそうかもしれない。それを私は否定しない。“ソレ”は、実は一般的に病気と呼ばれるようなものではないかもしれない。ただ、時として“ソレ”が病気であることと認定されることでホッとすることもあるのだ。「病気なのかあ。それじゃ仕方ないな……」というように。

別にそこに甘んじてる訳ではない。患者にとって、何が必要なことなのか、しっかり見極めることも大事なことだと思う。**うつ病はよく心の風邪というが、私は心のガン**だと思っている。ガンは切除しても再発することもある。転移してもはやどうにもならないこともある。一方で、もちろん治癒することもある。精神疾患もなんだか似ているように思う。治る人もいれば、良くなったけど、まだ心のどこかにガンが潜んでいるように。

風邪の治療は治ることを前提にした医療だと言えるかもしれない。でもガンの治療はどうだろう。もちろん治ることを前提としたがん治療もあるかもしれない。しかし、そうではないがん治療もあるだろう。そう考えたときに精神疾患に対する医療とは、いったいどのような前提に基づいているのだろう。

－執筆者プロフィール－

kokoro

1981年生まれ 女性。調剤薬局勤務の後、現在は一般の接客業で日々奮闘中。精神科医療に関して、当事者の視点からいろいろ考察したいと思っています。

【寄稿】 エビデンスはトゥルース (truth) か、ファクト (fact) か？

鈴木 大介

昔からラジオっ子でした。ここ何年か、TBSラジオのコンテンツが大好きで、iPhoneでpodcastやラジオクラウドを使い、移動中はほぼラジオを聞いています。もう何年も聞いている番組に『文化系トークラジオ Life』があります。以前は毎週、その後毎月、そして今は隔月（偶数月）の最終日曜日に放送されています。もともとはサブカルチャーを中心に扱う番組でしたが（番組タイトルにある「Life」はあの小沢健二の名盤が元ネタです）、最近では社会批評の側面が強くなっています。個人的に東浩紀さんや國分功一郎さんを知ったのもこの番組でした。毎回異なったテーマで放送されますが、今年の2月のテーマは「ポスト・トゥルースのその先へ」でした。

「**ポスト・トゥルース**」という言葉は、昨年Brexit（欧州連合からのイギリス脱退）やトランプ政権の誕生など、戦前の予想を覆す結果が続いた背景から、「**客観的な事実より虚偽であっても個人の感情に訴えるものの方が強い影響力を持つ状況や事実を軽視する社会**」という意味で用いられます。この言葉は、英国・オックスフォード英語辞典が「2016 Word Of The Year（2016年を象徴する言葉）」として選んでいます。日本のメディアでも取り上げられていたので耳にされた方も多いのではないのでしょうか？

【トゥルースとファクト】

さて、そんな2月の放送の中で興味深い指摘がありました。それは、「**トゥルース (truth)**」と「**ファクト (fact)**」の違いです。一般的には、truthとは“真実”、factとは“事実”と訳されることが多いと思います。先ほど引用した「ポスト・トゥルース」の意味にも「客観的な事実」や「事実を軽視する社会」など「トゥルース＝真実」が「ファクト＝事実」の意味で用いられているように、普段私たちはあまりこの2つの違いについて意識することは少ないかと思います。特に欧米人と比較して宗教上の背景が異なる日本人にとって「トゥルース (truth)」はやや縁遠い言葉かもしれません。

今回の放送の中でこの違いについて印象に残った部分がありました。この2つの言葉を明確に区別するものです。以下にその部分を引用します。

『トゥルース (truth) は構成されるもの』

『ファクト (fact) はそこにあるものだがフレームが必ずあって、どこから見るかによって全然違う形に見えてしまう』

『 (ファクトを) 引用する側がトゥルースにしてしまう』

こうしたニュアンスの違いは、医療現場においても科学的根拠に関する情報を活用する際に重要な示唆をもたらすように思います。しばしばEBM (Evidence-Based Medicine) が誤解 (対立) を生んでしまう場合があります。その際の指摘に「**エビデンス (evidence) を振りかざす**」というのがあります。何故提案 (指摘) される側がそのように感じるのでしょうか？これについて考えるため、「エビデンス (evidence) 」が他のどのような言葉と置き換え可能なのか考えてみました。すなわち、「エビデンス (evidence) 」は「トゥルース (truth) 」なのか「ファクト (fact) 」なのか。もしかしてどちらでもない別のものなのか。

[エビデンスはトゥルースではない]

私はその答えが放送中にあったように思います。それは上記に引用した部分です。放送中の発言を引用し、自分なりに言い換えるとすれば、吟味に耐えうる「エビデンス (evidence) 」であっても、それは「トゥルース (truth) 」ではありません。**質の高い「エビデンス (evidence) 」は「ファクト (fact) 」であり、「トゥルース (truth) 」を構成するものであってそれと同質のものではありません。**時に他者が「エビデンス (evidence) を振りかざす」と感じる時、それは「エビデンス (evidence) 」が「トゥルース (truth) 」として扱われた時、すなわち引用する側が「トゥルース (truth) 」として扱ってしまった時なのではないでしょうか。「トゥルース (truth) 」として扱われた「エビデンス (evidence) 」を“振りかざす”ことも別の意味で「ポスト・トゥルース」なのかもしれません。

「エビデンス (evidence) 」にもフレームがあって、論文の読み手によって解釈は様々です。どこから (どの立場から) 見るかによって全然違う形 (結果) に見えてしまうものです。しかし、それを意識することは案外難しい。メタ的な視点を意識的に持たないと「エビデンス (evidence) 」の持つフレームには気がつきません。そのため1人で論文を読みすすめていると無意識に単一的な見方、解釈に陥ってしまいます。「エビデンス (evidence) 」を「トゥルース (truth) 」にしないこと。それには例えばワークショップなどで時に他者との議論を経ることが重要だと思えます。

なかなか日常業務の中で議論をする環境をつくることは難しいですが、SNSやブログを活用し、他者の意見を意識するのも良いかもしれません。また、AHEADMAPの活動がそのような環境の形成に寄与できることを願っています。

放送の中ではデ○バン事件についても軽く触れられています。その他にも「医師と権威」の話などは興味深いです。ご興味のある方は是非聞いてみてください。『文化系トークラジオ Life』の番組[HP](#)から試聴可能です。

－執筆者プロフィール－

鈴木 大介 (すずき だいすけ)

2003年 名城大学薬学部卒業

2004年 愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院 薬剤科

ふてくされてばかりの10代をすぎ、分別もついて歳をとり、中日ドラゴンズとプロレスと映画を愛しながら腎臓を通して薬物療法を考えている薬剤師です。

【寄稿】 個別化医療を実現するために-薬剤師が医学論文を読む意義-

根本 真吾

論文なんか読んで何になる？ 筆者が直接言われた言葉ではないが、内心、そう思っている薬剤師は決して少なくないと思う。多くの場合、薬剤師は医師からの処方箋に従って薬を出していれさえすればよい、というような思考が前景化しているのではないか。「いやいや、疑義照会しているよ？」という方もいらっしゃると思う。しかし、ここで言いたいことは保険診療やレセプト請求等の、いわゆる形式的な薬の適正使用についてではなく、薬学的な薬の適正使用についてである。

【診療ガイドラインとは何か】

現在の日本の医療は保険診療であり、かつガイドラインに準拠して行われていることが多いと感じる。ここで言うガイドラインとは、診療ガイドラインを指しており、臨床研究の結果を基にエキスパートコンセンサス、いわゆる専門家集団のディスカッションとコンセンサスを経て、各学会から発信されている。診療ガイドライン作成の本来の目的としては、保険診療を適切に実施するための指針提示であり、参考であり、根拠でもある。ここで簡単に、診療ガイドラインの歴史について触れておく。

1998年、厚生省（現：厚生労働省）による「医療技術評価推進検討会」で、診療ガイドラインが作成されるべきであるとされた。翌1999年4月から診療ガイドライン作成が始まった。さらに2000年には当時の国立公衆衛生院（National Institute of Public Health: IPH）に、Evidence-Based Medicine（EBM）情報センターを設置し、作成された診療ガイドライン、その患者向けバージョン、またコクランライブラリーのアブストラクト翻訳等の収載プロジェクトが始まる予定であったが、最終的には財団法人日本医療機能評価機構にMedical Information Network Distribution System（Minds）が作成され、2004年から診療ガイドラインが収載されるようになった。¹⁾

また、診療ガイドラインとは別に、学会としての声明、いわゆるステートメントも存在し、実際の臨床現場ではこれらの情報が臨床判断に強く影響を及ぼしている。

【ガイドラインやステートメントは妄信できるのか】

こうした、診療ガイドラインやステートメントを盲信しても問題ないのだろうか？ 糖尿病治療を例に考えてみよう。

日本における血糖コントロール指標の根拠として、2013年に日本糖尿病学会から "熊本宣言"²⁾が、2016年に日本老年医学会および日本糖尿病学会から "高齢者糖尿病の血糖コントロール目標2016"³⁾が発表された。

熊本宣言により策定された**糖尿病診療ガイドライン**では、6%未満（血糖正常化を目指す際の目標）、7%未満（合併症予防のための目標）、8%未満（治療強化が困難な際の目標）という3段階の血糖コントロール目標値が設定されている。このなかでも6%未満という設定の根拠はどこにあるのだろうか？ 一次情報（原著論文）を読んでみると、どうやらUKPDS35⁴⁾を基に設定したようだ。（表1）

研究デザイン	対象	プライマリーアウトカム	結果
前向きコホート研究 (追跡期間は10.4年)	2型糖尿病患者 (50~54歳、 罹患期間:7.5~12.5年)	糖尿病合併症 糖尿病関連死 全死亡	HbA1c値が1%低下する毎に死亡や合併症発症リスクが低減し、6%未満で最もリスクが低かった。 しかし、リスクの閾値は見出せなかった。

表1. UKPDS35 (BMJ 2000; 321: 405-412) より作成

確かに各アウトカム発生はHbA1c値が低下するほど少ない。しかし本研究結果のみで治療目標を設定してしまうことは甚だ疑問である。糖尿病分野におけるランドマーク論文の一つACCORD*¹試験⁵⁾によると、HbA1c 6%未満の厳格な血糖コントロールを目標とし、試験開始時の8%から6.7%まで低下させた群では、7~7.9%を目標に治療を行っていた群に比べ、全死亡が増加してしまった。この死亡リスク増加は試験開始1年後から認められ、その後も持続していたため3.5年後に試験が早期中止となった。

驚くべきことに、ACCORD試験の約40年前、1971年に発表されたUGDP*²試験では、スルホニル尿素系薬剤のトルブタミド使用が、プラセボ群やインスリン投与群に比べ死亡リスクを増加させることがすでに明らかとなっていた。⁶⁾ 一方、いくつかの論文結果を統合し解析するメタ分析*³の結果⁷⁾では、厳格な血糖コントロールによる死亡リスク増加は示されていない（リスク比 = 1.00、95%信頼区間 = 0.92~1.08）。しかし、重篤な低血糖はリスク比 = 2.18（95%信頼区間 = 1.53~3.11）と、かなり増加している。

また詳細は省くが、本論文ではベネフィットを過大評価、リスクを過小評価している可能性が高い。是非、本論文を参照していただきたい。そして糖尿病治療における低血糖は死亡リスクを増加（ハザード比 = 2.48、95%信頼区間 = 1.41~4.38）させることが示唆されている。⁸⁾

では、**高齢者糖尿病の血糖コントロール目標2016**についてはどうだろうか。本ステートメントのユニークな点は“血糖コントロールの下限値を設定”しているところである。低血糖症状の発症抑制の為に非常に有用であると考えられる。ただ惜しむべきは以下の3点である。

- ①対象は65歳以上の高齢者
- ②インスリン等、血糖降下作用の強い薬剤の使用が無ければ下限値は設けない
- ③認知機能やADL*⁴評価方法が煩雑

血糖コントロールにおいてJ-curve（あるいはU-curve）という現象が報告されている。⁹⁾ 本研究結果によると、HbA1cは7.5%付近が最も死亡リスクが低く、これより高くても低くても死亡リスクが上昇する可能性が示唆されている。研究に参加した患者の年齢は50歳以上（中央値63.6±11.0歳）、観察期間は7.8±5.1年であった。つまり65歳以上という患者の年齢で区分するだけでなく、罹患期間も考慮した方が良さそうということである。

ここまでを振り返ってみて如何だろうか。少なくとも私は、今まで信じて行ってきた薬物治療により、糖尿病患者の死亡リスクが増加していたという事実衝撃を受けた。今回は詳しく述べてはいないが、血糖コントロールは年齢や糖尿病の罹患期間にも影響を受ける。

さらに罹患期間が長い場合、血圧や脂質コントロールの方が重要ではないかとする研究結果も示されている。¹⁰⁾ 以上のことから診療ガイドライン等の情報を鵜呑みにするのではなく、その一次情報に当たり、情報の吟味を行うことの重要性が示唆されていると考えられる。

[継続して論文を読み続けることが肝要]

では、どのように論文情報（エビデンス）を手に入れれば良いのだろうか？ 1つ1つ論文を読んでいくのも面白みがある。しかし多忙な日常で“エビデンスを活用する”準備としては些か時間がかかりすぎる。そこで先に紹介したメタ分析やレビュー論文、つまり研究結果がまとまっている情報をまず手にとり、そして興味を持てる情報があれば、さらに個々の論文情報に当たってみては如何だろうか。また、どのくらいの頻度で情報をアップデートする必要があるのか？ という疑問についても触れておきたい。“エビデンスにも消費期限がある？”とする興味深い研究結果を紹介しよう。

2007年に発表された研究によれば、公表されたシステマティックレビュー*⁵の消費期限、つまり寿命は5.5年（95%信頼区間 =4.6～7.6年）であった。¹¹そのうち約15%が1年後に、約25%が2年後に、約50%が5年後に古くなっているという結果であった。さらに、7%は公表時にすでに期限切れであった。5.5年という結果であったが、研究が活発に行われている心血管分野のエビデンスの寿命はさらに短かった。本結果からエビデンスは“ナマモノ”であり、常に学び続ける必要があると考えられる。そして学び続けることで、より良い医療、個別化医療を実現できるのではないだろうか。“論文なんか読んで何になる？”この質問に筆者は、以下のように答えたい。

『一緒に論文読んでみませんか？』

[参考文献]

- 1) 国立教育政策研究所紀要140, 45-54, 2011-03. ISSN : 13468618
- 2) 糖尿病診療ガイドライン2016 ISBN: 978-4-524-25857-4
- 3) 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標2016 (http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/tool_01.html)
- 4) Stratton IM.et.al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study.BMJ 2000; 321: 405-412. PMID: 10938048
- 5) Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein HC, et.al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes.N Engl J Med. 2008; 358: 2545-2559. PMID: 18539917
- 6) Salsburg DS. The UGDP study.JAMA. 1971; 218(11): 1704-1705. PMID: 4940315
- 7) Hemmingsen B.et.al. Targeting intensive glycaemic control versus targeting conventional glycaemic control for type 2 diabetes mellitus.Cochrane Database Syst Rev. 2013; CD008143. PMID: 24214280
- 8) Hsu PF.et.al. Association of clinical symptomatic hypoglycemia with cardiovascular events and total mortality in type 2 diabetes: a nationwide population-based study.Diabetes Care. 2013; 36(4): 894-900. PMID: 23223349

9) Currie CJ et al. Survival as a function of HbA(1c) in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. Lancet. 2010; 375(9713): 481-489. PMID: 20110121

10) Nichols GA et al. Independent contribution of A1C, systolic blood pressure, and LDL cholesterol control to risk of cardiovascular disease hospitalizations in type 2 diabetes: an observational cohort study. J Gen Intern Med. 2013 May;28(5):691-7. PMID: 23345072

11) Shojania KG.et.al. How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. Ann Intern Med. 2007; 147(4): 224-233. PMID: 17638714

[脚注]

*¹ACCORD --- the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes

*²UGDP --- the University Group Diabetes Program

*³メタ分析 --- 複数の論文結果を統合し分析する研究手法

*⁴ADL --- Activities of Daily Living

*⁵システマティックレビュー --- 論文を網羅的に集める研究手法

－執筆者プロフィール－

根本真吾（ねもとしんご）

保険薬局勤務。薬剤師（薬学博士）

薬効薬理専門のContract Research Organizationで2年半勤務した後、転職し現職。論文情報をどのように日常で活用するか模索中。

好きな言葉「これを知るをこれを知ると為し、知らざるを知らずと為す。是れ知るなり」

【寄稿】患者さんが薬局に来られなくなってしまった時のために **－ 薬局薬剤師によるAdvance Care Planning －**

小納谷 洋平

調剤薬局で働いていて、あれ〇〇さん最近見かけないなあ、急に息子さんが薬を取りに来るようになったなあ、などの経験はよくあるのではないのでしょうか。数年関わりを続けていたのに、何の前触れもなく、急に会えなくなってしまう。入院、介護施設の利用など何かしらの人生の転機がある時、薬剤師として無力感を感じながらも、何かできることはあったのだろうかと考えていました。

[Advance Care Planningを知っていますか？]

Advance Care Planning、皆様は知っていますでしょうか？

恥ずかしながら僕は半年前くらいに知りました。

勉強中の身ではありますが、**Advance Care Planning (ACP) とは、個人の意思決定能力が低下したときのために、将来における個人の意思決定を個人・家族・医療従事者の間で理解・議論・計画していく継続的なコミュニケーションのプロセス**です。^{1), 2)}国立長寿医療研究センターでも、ACPとは“意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体を指す”としております。³⁾

つまり、自分で何かを決められなくなった時のために、自分らしく最後まで生きるためにはどうしたら良いのかを考え、それを解釈してくれる代理意思決定者を決め、みんなで話し合いながら定期的に更新していくことです。

ACPの話し合いのメリットとして、患者の希望が尊重され治療の満足度が高くなる、家族のストレス・不安が少なくなるなどの効果が挙げられます。¹⁾また、医療従事者の道徳的苦痛を和らげる可能性もあるとの意見もあります。⁴⁾

ただ、検討されているものの多くは、介護施設、がん患者などを対象としたものが多く、日本でも、在宅医療や救急医療などでの報告が多いように思います。

[ACPを実践するタイミング]

ではいつからACPを実践すべきでしょうか？ それについては、一定の見解は出ていないように見受けられます。時期によってはもっと早く始めて欲しかったとの意見もあるようです。⁵⁾

早ければ良いわけではないと思いますが、ACPの前提は、意思決定能力が低下した時のために行うものです。意思決定能力が低下してから始めても遅いのです。ある程度元気なうちから始め、いざという時のために備えておく必要があると思います。高齢になればなるほど、意思決定能力の低下するリスクが上がるということに異論は少ないでしょう。

また、日本人の調査では、60歳以上のおよそ半分の人が、自身の人生の最終段階における医療について誰とも話し合ったことがないという結果が出ています。⁶⁾この結果は何らかのリスクを伴うことの多い高齢者ではあまりに無防備ではないでしょうか。

とはいえ、英国のACPのガイドライン⁷⁾には、ACPは日常的に提供されるべきものではありませんが、押し付けるべきものではないことに注意すべきと書かれています。理想を言えば、何か起こる前のプライマリケアや外来診療の時点で開始しておくべきですが、決して焦らず、時間をかけることが大事であり、適切な訓練を受けた人が担うべきだとされています。

人生の最終段階のことについては、簡単に決められることではなく、全員がいつでも始められるという状態でもありません。時間をかけゆくりと、進めていく。そのためにも、余裕を持って始めておくべきだと思います。

[薬局薬剤師によるACPの実践]

調剤薬局で、ACPの実践はできないでしょうか？ 調剤薬局におけるACPの取り組みはあまり聞いたことがありません。人生の最終段階における医療はある意味で、究極のプライバシーとも言え、容易に話すことができるものではないでしょう。また、ACPの訓練を受けていないものが安易に取り組むのは、信頼関係に亀裂を生んでしまう可能性があるかもしれません。

ただACPという存在を知らせてあげることだけでも、何か意義があるのではないのでしょうか？例えば、教育用小冊子の活用だけでも、ACPの話し合いに良い結果や関係性の向上に役立つという意見もあります。⁸⁾

筆者がACPの話し合いで得られる一番大切なことは、患者さん、医療者での壁のない良好なコミュニケーションが得られることだと思っています。私見ではありますが、そういった良好なコミュニケーションを通じて、治療への嗜好、人生の目標などを教えてもらうこと、それは副次的に、目の前の患者さんに沿った適切な薬物治療を行うきっかけの一つになりうるかもしれません。

目の前の患者さんが、自分の薬局に来られなくなったとき、ACPの話し合いをしておくことが、少しでも心の支えになってくれればと願っております。根拠のない稚拙な文章で申し訳ありません。最後までお読みくださりありがとうございました。間違った解釈などございましたら、ご指摘ください。

[参考文献]

- 1) Weathers E.et al. Advance care planning: A systematic review of randomised controlled trials conducted with older adults. Maturitas. 2016 Sep;91:101-9. P MID: 27451328
- 2) Detering KM. et al. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ. 2010 Mar 23;340:c1345. P MID : 20332506
- 3) 在宅医療連携部. アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning)に関する解説. <http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/eol/acp/acp.html> (2017.7.20アクセス)
- 4) Elpern EH. et.al.Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. Am J Crit Care. 2005 Nov;14(6):523-30. PMID : 16249589
- 5) Pfeifer MP .et al. The discussion of end-of-life medical care by primary care patients and physicians: a multicenter study using structured qualitative interviews. The EOL Study Group. J Gen Intern Med. 1994 Feb;9(2):82-8. PMID : 8164082
- 6) 終末期医療に関する意識調査等検討会. 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. 平成26年3月.

Connect the New ▶ Clinical critical essay.2017.Vol.1.No.1

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf> (2017.7.20アクセス)

7) Royal College of Physicians . Concise guidance to good practice: A series of evidence-based guidelines for clinical management. Number 12: Advance Care Planning National Guidelines. London:RCP;2009.pp.1-17.

8) De Vleminck A.et al. Development of a complex intervention to support the initiation of advance care planning by general practitioners in patients at risk of deteriorating or dying: a phase 0-1 study. BMC Palliat Care. 2016 Feb 11;15:17. PMID : 26868650

－執筆者プロフィール－

小納谷洋平 (こなや ようへい)

薬樹株式会社 薬樹薬局越谷

学生時代は怠けていましたが、臨床の楽しさを知り、そのためにも勉強をしなければと、頑張ったり、そうでなかったりを繰り返しています。AHEADMAPでの学習はとても楽しいです。これからご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いたします。 Twitter: こなやー @BoSoBoSoSan

【連載】辰治さんと私

桜川 のの

第1話：春

それはまだまだ肌寒い3月の初めだった。薬剤師として在宅医療の仕事を始めて間もなく、まだ右も左もわからない頃に、行政機関の福祉課から在宅訪問の依頼があった。今でこそ福祉や介護職からの服薬管理困難事例の紹介はすいぶん増えてきたが、その頃はまだまだ地域のケアマネジャーにさえ「薬剤師が在宅療養支援を行う」ということ自体が認知されているかどうかあやしいくらいだった。とにかく一度詳しく話したいと、福祉課の担当の山田さんから連絡を受け、経験の浅い私だけでは心もとないと上司にも同席してもらい話を聞くことになった。

対象者は鈴木辰治さん（83歳）。要支援1でケアマネジャーは付いておらず行政の福祉課と、包括支援センターの担当者で見守りをしている状態ということだった。独居でなんとなく身の回りのことはできていそうだが、とにかく薬をちゃんと飲まないのが、どうアプローチすればよいものかと悩んでいたところ、薬剤師が在宅訪問をするということを聞きつけて、藁をもつかむ思いで連絡してきてくださったということだった。担当の山田さんは年度明けには家庭の事情で退職することが決まっていたようで、自分が担当しているうちにできる限りのことをとの思いだったらしい。辰治さんは配偶者とはすいぶん昔に離婚しており、息子と娘もいるそうだが、音信不通で親族とはほぼ絶縁状態とのことだった。頑固なところがあり、短気で、機嫌が悪くなると大きな声で怒鳴ったりするので、ヘルパーさんを入れようとしたがうまくいかなかった経緯があると山田さんは話してくれた。何はともあれ本人に会ってみないと始まらないので日を改めて山田さん、私、上司の3人で辰治さんのご自宅に訪問することになった。

初回訪問の日。辰治さんの家は坂に囲まれた不便な所にあった。大通りから離れていてバスも電車も利用しにくい所だった。着いてみるとそこは、いかにも高齢化が進んでいそうなマンションだった。まだまだ在宅訪問初心者だった私は、辰治さんの部屋がある3階に向かうエレベーターの中で内心「どんなゴミ屋敷が飛び出すのだろうか」とヒヤヒヤしていたが、行ってみるとそこは散らかってはいるがちゃんと足の踏み場がある部屋だった。

「こんにちは」と部屋に入ると辰治さんは眼鏡越しに少し気難しそうな顔で怪しげな訪問者を見ていたが、担当の山田さんのことはとても信頼しているようですぐに警戒心を解いてくれた。

「山田さんからお話を聞いて辰治さんのお薬のことをお手伝いすることになりました」

「薬なんて飲んだってしょうがねえよ。もう先も長くないし」

「まあそう言わずに、せっかく来たので、お薬を見せてくれませんか？」

と言うと、辰治さんは100円均一によくある蓋付きのプラスチックのケースを指差した。中からアスピリン腸溶錠が200錠以上出てきた。他にもウルソデオキシコール酸が300錠ほど。アムロジピン錠は5mgやら2.5mgやらが入り混じっていた。薬を入れていたケース以外にも部屋のあちこちにしわくちゃになった薬袋らしきものがあったのでかき集めた。利尿剤に狭心症の薬……片手では数え切れない種類の薬がわんさか発掘された。

「薬は嫌いなんだよ」

自宅にあった手首式の血圧計で辰治さんの血圧を測ると190を超えていた。なかなかである。嫌いと言うものを無理に飲ませるのは心苦しいけれど、こちらも関わってしまった以上、はいそうですかと帰るわけにはいかない。

その日はひとまず、見つけることができた最新の薬品情報書を頼りに処方内容を確認して小さいチャック付きのポリ袋に入れ、用法と日付を書き、使われていない埃まみれだったお薬カレンダーに1週間分の薬をセットして帰ることにした。その薬を飲んでくれるかどうかはともかく、発掘された薬をそっくりそのまま置いていくことはできなかった。ちょうど翌週に福祉課の山田さんが手伝って受診の予約を入れてあったので、その際に主治医に指示をもらってすぐにでも支援を開始していきましょうということになった。

受診には福祉課の後任の方が同行する予定になっているとのことだったが、かかっているのが近隣のクリニックではなく地域の中核病院だった。電話などでは話がたらい回しになって埒があかないのではないかと判断により、一気に話を詰められるよう上司と私も受診に同行することになった。繰り返しになるが、その頃はまだまだ薬剤師の在宅訪問なんて今以上にマイナーな仕事だった。後から考えると一度病院の地域連携室に掛け合っても良かったのかもしれないが、当時今ほど在宅への連携システムが稼働していたのかどうかはわからないし、そのときはとにかく医師の指示をもらって早く正式に支援を開始したいという思いでいっぱいだったのだと思う。

とにかく、この人を放ってはおけないと思っていたことは間違いない。とても真摯な福祉課の山田さんの人柄に感化されたせいもあるかもしれないが、何より辰治さんはどこか放っておけない感じのする人だった。

福祉や医療に携わる者がサポートする対象者を選び好みしてはいけないというのはもっともな理屈だが、やはりお互い人間同士なので、構いなくなってしまう人というのは存在する。山田さんにしたって他にも困難事例をかかえていただろうけれどこの人だけとは思ったのかもしれない。

翌週、4月初め、再び上司と連れ立って約束の時間に病院へ行くと、福祉課からは山田さんではなく後任の佐藤さんが来ていた。病院の受付付近は大勢の人でそこそこ混んでいたが名札を下げているのが見えたのですぐにそれらしい人とわかり声をかけた。軽く挨拶をして辰治さんを探すのがなかなか見つからない。何しろ探している全員が辰治さんには一度しか会ったことがないし、病院には診察待ちの高齢者が溢れている。「あの眼鏡の人じゃないですか？」と福祉課の佐藤さんが示す方に顔を向けると、黒い革ジャンにちょっとくすんだ野球帽をかぶったおじいさんがゆっくりと歩いてくるのが見えた。「鈴木辰治さんですか？」と声をかけると「そうだよ」と答えてくれたが、覚えてきているかどうか怪しかったので、「この前、山田さんと一緒にうかがったものです」と言うと「ああ」と納得した様子だった。家にいるときはステテコとじいシャツだったので、存外おしゃれな格好で、しかもちゃんと約束通りにやって来たことに感心していると、ここまで自転車で来たと言うので一同仰天である。

辰治さんの自宅から病院まではかなり急な坂がいくつもある。私が自転車を飛ばしても15分以上かかる距離だ。それを聞いて合点がいった。なんとか自転車で乗って病院に行こうと思えば行ける程度には元気なので支援しようにも介入しづらいのである。でも薬は飲まない、飲まないから余っている、余っているから病院にも行かない、なんて人は日本全国に星の数ほどいるに違いない。本人の自由といえばそれまでだし、それで本当に困っていないなら別に構わないのだけれど、行政機関の福祉が関わると「人命第一」なので放ってはおけないのである。

そうこうしているうちに診察室に入る順番になった。あんまり大勢で行くのもなんだからと、私の上司が辰治さんと一緒に診察室に入った。ほどなく出てきて「年配の先生であんまり(在宅のことは)よくわからないみたいだったけど、とにかくこれで指示はもらえたから訪問できる」とのことだった。残薬がある薬に関しては処方日数を調整してもらい次の受診は3ヶ月後ということになった。3ヶ月後はまた福祉課の佐藤さんが受診同行してくれることになった。そして私は手始めに月2回の訪問を開始して様子を見ることになった。

受診の翌日、「午前中に行きますから」とは言ったが、天気もいいし、ふらふらと出かけて留守にされると困るので出る前に電話をかけてみた。電話に出てくれたのはいいが年相応に耳が遠い辰治さんにはなかなか伝わらず、とにかくおうちにいてくださいねと言ってすぐに向かった。

家の前についてインターホンを鳴らしたが返事がないのでドアに手をかけると鍵が開いていた。「お邪魔します」と部屋に入って壁に目をやると、お薬カレンダーに飾られた手付かずの薬たちが1週間前と変わらぬ顔でこちらを見ていた。

「おはようございます。昨日も会いましたが、山田さんから頼まれて来ました」

「山田さんは来ないの？」

「都合でお仕事をお休みされることになったみたいです。昨日、後任の佐藤さんが見えでしたね」

「そうかい」

あまり覚えていないのか関心がないのか……。

「昨日病院からお薬が出ましたので、とりあえず朝の分飲みませんか？」

「後で飲むよ」

絶対飲まないだろう。怒ったり機嫌が悪かったりする様子ではないのもう少し粘ってみようと腰を落ち着けた。最初に訪問したときはあまり気に留めていなかったが、部屋を見回すと、飛行機などの模型がたくさん飾ってあった。

「飛行機とか、好きなんですか？」

「好きっていうか、道具もあるしね」

辰治さんの目線を追ってテレビ台の下を見ると、大きな工具入れいっぱいに見たこともない工具がたくさん入っていた。

「大工さんか何かだったんですか？」

「大きいものを作ってたね。トンネルとか」

どうやら高度成長時代を支えた職人のひとりだったようであると理解したところで、「こんなものもあるよ」とどう見てもその気になれば人を殺せるのではないかというくらい立派な模擬刀を見せてくれた。正直警察に見つかったら銃刀法違反かもしれない。

「若い頃はこれで喧嘩して、今でも腕に傷が残っているよ」と腕の傷を見せながら武勇伝を語ってくれた。ふむふむと相槌を打ちながら、私は手を動かしてお薬カレンダーに入っているチャック付きポリ袋をきれいに一包化された薬にとりかえた。

話が一段落したところで、「また聞かせてください。今日はそろそろおいとまさないといけないのですが、朝の分のお薬飲まれませんか？」と再チャレンジしたが、「朝飯まだだから食べたらず飲むよ」と、そう簡単には攻略できそうになかった。

「今日の分はテーブルに置いていきます。お薬カレンダーに日付を書いてセットしてあるから飲んでください。また来ます」と話して帰ることにした。

「山田さんも心配されていたので飲んでくださいね」と付け加えることを忘れなかった。

「はいよ。ご苦労さん」

という言葉聞き、その場を後にした。

マンションを出てすぐに福祉課の担当の佐藤さんに電話をかけた。

「先日はどうも。伺ったんですがすみません。飲んでもらえなくて。少しずつやってみます。あと模擬刀みたいなのが出てきて……」

と話す、どうやらその模擬刀のせいでヘルパーの導入を断念したらしいとわかった。週1回掃除だけでも、と前任の山田さんが包括支援センターに頼んで手配したけれど、ヘルパーさんが怖がってサービスが続かなかつたらしい。実際に模擬刀を振り回しはしなかったそうだが、辰治さんは話し出すと結構声が大きいし、あれを見せられてから怒りっぽく凄まじらたら確かに怖いだろう。辰治さんはきつと勝手に片付けられたり、ものを捨てられたりするの嫌だろうから、怒ったり怒鳴ったりしてしまったのかもしれない。これはなかなか気長にやっていくしかなさそうだな、と思いながら気持ちを切り替えてその日の次の訪問先へ向かおうとカバンを肩にかけ直したところで、

「あ……」

介入するにあたっての同意書にサインをもらうことを忘れていたのを思い出した。今から戻るとも憚られたので「まあ次でいいか」と顔を上げると、マンションの裏手にある小学校の桜が満開の笑顔でこちらを見下ろしていた。

この物語はフィクションです。登場する人物・団体・名称等は架空であり、実在のものとは関係ありません

— 執筆者プロフィール —

桜川 のの

本と本屋が好きな薬剤師。神保町をスキップしていたら私かもしれません。

[Press Release] オンラインによるEBMスタイル臨床 研修プログラムは、薬剤師が論文を読む頻度や、EBMの 実践を意識させる機会を増加させる。

「薬剤師のジャーナルクラブ」の取り組みに関する研究論文が2017年6月21日付で「Journal of General and Family Medicine」に掲載されました。

問い合わせ先： NPO法人AHEADMAP 共同代表 青島周一 syuichiao@gmail.com

[はじめに]

近年では、薬学教育においてもEBMに関する方法論を学ぶ機会は増えているように思います。とはいえ、我が国の薬学部学生におけるEBMの方法論に関する認知度は必ずしも高いとはいええず、実際の患者を目の前に、「臨床判断ツールとしてのEBM」を学習する機会は質、量ともにばらつきがあるのが現状です。¹⁾

その様な現状を踏まえ、2013年9月に立ち上げた「薬剤師のジャーナルクラブ (Japanese Journal Club for Clinical Pharmacists : JJCLIP)」という取り組みは、EBMスタイルの臨床教育プログラムです。臨床医学論文抄読会をインターネット上で公開することで、日本全国の薬剤師が誰でも気軽に医学論文の批判的吟味を体験することを可能にし、実際の患者へどのように適用させていくか考察しながら、EBMの手法を学ぶ機会を提供することを目的としています。^{2) 3)}

米国では学術誌論文で遭遇した統計について、研修医の75%が理解できていない可能性が示されています。⁴⁾ そのため、EBM教育プログラムは、医療者の知識拡充、及び臨床における行動選択肢の幅を広げる可能性が期待できます。実際、オンラインによるEBM教育プログラムは研修医の知識やスキル向上に有用であることが示されています。⁵⁾

しかしながら、EBM教育に関する研究の多くが、医学生や研修医を対象としたものであり、さらに非英語圏における薬剤師を対象としたEBM教育プログラムの有用性は未だ明らかではありませんでした。

そこで、薬剤師のジャーナルクラブという取り組みが、臨床における薬剤師の行動や態度にどのような影響を及ぼすのかを検討しました。

[発表論文]

S.Aoshima, H.Kuwabara, M.Yamamoto. Behavioral change of pharmacists by online evidence-based medicine-style education programs. Journal of General and Family Medicine. First published: 21 June 2017. DOI: 10.1002/jgf2.110

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jgf2.110/full>

[日本語アブストラクト]

■ 背景

オンラインによるEvidence-based medicine (EBM)臨床教育プログラムは、研修医の知識や技能向上に有用であることが示されているが、非英語圏における薬剤師に与える影響は不明である。本研究では、インターネット上で実施した薬剤師のためのEBMスタイル臨床教育プログラムの有用性を検討した。

■ 方法

EBMスタイルオンライン学習プログラム（Japanese Journal Club for Clinical Pharmacists : JJCLIP）はスカイプを使用し、3名の薬剤師によって運営されている。本研究ではプログラム視聴者を対象にインターネット上でアンケート調査を行い、論文を読む頻度、EBM実践を意識する機会の頻度を視聴前後で比較した。各頻度は「ほぼ毎日」「週に1～2回」「月に1～2回」「年に1～2回」「全くない」の5つに分類し視聴前後の変化についてWilcoxon符号順位検定を用いて検討した。

■ 結果

インターネット上でのアンケート調査は2014年8月24日と9月7日にアナウンスされ、同日の最大視聴者数は113人であった。このうちアンケート調査の回答が得られた36例を解析した。視聴前に比べて、論文を読む頻度、EBM実践を意識する機会の頻度ともに、「週に1～2回」、「ほぼ毎日」が増加し、「全くない」は大きく減少した。各頻度の全体変化は、視聴前後で有意であった（ $p < 0.001$ ）

■ 結論

インターネット上でのEBMスタイル臨床教育プログラムは、薬剤師の卒後臨床教育において、重要な役割を果たすかもしれない。

【謝辞】

JJCLIPを視聴者いただきました皆様のおかげで、本取り組みを論文化することができました。この場をお借りして深く深謝申し上げます。

—参考文献—

- 1)田中 守, 末丸 克矢, 荒木 博陽. 病院実務実習への Evidence-Based Medicine(EBM)教育プログラムの導入と評価 医療薬学 2007.33 (4) 318-323
- 2)青島 周一, 桑原 秀徳, 山本 雅洋.薬剤師のジャーナルクラブ インターネット上でのEBMスタイル臨床教育プログラムの概要とその展望.ファルマシア Vol. 52 (2016) No. 10 p. 948-950
http://doi.org/10.14894/faruawpsj.52.10_948
- 3)青島 周一.薬剤師のジャーナルクラブ インターネット上でのEBM学習の場を提供する試み.医学書院/週刊医学界新聞(第3084号 2014年07月14日)
http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03084_03
- 4)Windish DM, Huot SJ, Green ML. Medicine residents' understanding of the bio statistics and results in the medical literature. JAMA. 2007 Sep 5;298(9):1010-22. PMID: 17785646
- 5) Kulier R, Gülmezoglu AM, Zamora J, et.al.Effectiveness of a clinically integrated e-learning course in evidence-based medicine for reproductive health training: a randomized trial.JAMA. 2012 Dec 5;308(21):2218-25. PMID : 23212499

【読書のススメ】—このコーナーでは編集部お薦めの書籍をご紹介します—

幻想としての〈私〉: アスペルガー的人間の時代

大饗 広之 (著) 勁草書房 (2017/3/29) 四六判・224ページ 本体2,600円

『もともと精神疾患というのが、モダン時代の「大きな物語」から排除されたものの総称であったことを考えると理解はそれほど難しくないだろう。地が変わればそこに浮かび上がる図も変わってくる。極論すれば古典的な精神疾患の全体がモダン時代に特化された幻想であったといえないこともない』(幻想としての〈私〉: アスペルガー的人間の時代 p98)

今回紹介したいのが、大饗 広之さんの『幻想としての〈私〉: アスペルガー的人間の時代』です。生物学的精神医学では捉えきれない心の深層に迫る内容は圧巻です。精神科を専門としない一般の方でも読みやすい文体で書かれています。

いわゆる「定型発達」とは、一つの自分になる過程のことと言えます。それはつまるところ、大きな物語に符合する一つの物語、これはアイデンティティとも言えますが、そこに収斂し、それ以外の物語を排除することです。従って物語の複数性は許容されません。これが「ふつう」と呼ばれるものでした。

しかし、現代社会において、既に中心となる大きな物語は失効しています。少し考えてみればお分かりいただけるでしょう。僕らは程度の差はあれ、コミュニティにより物語を使い分けているはずですが、それは時に「キャラ」と呼ばれます。こうした物語の複数性は、アイデンティティの喪失と共に、主体の多重化を要請します。

そして、大きな物語が存在しない現代社会において、主体の中心もまた存在しません。小さな物語を環境に合わせながらすり替えていくうちに、主体もすり替えられていく。これは決して解離性同一性障害というわけではないのです。それはコミュニティに応じキャラの設定を変えていく感覚に近いといえましょう。

ふつう/異常の境界が崩壊していることが自明となっている現代社会で、それでもアイデンティティを基盤に編み上げられた〈私〉のイメージは、いまや多元化する渦の中に巻き込まれています。それは誰でも「幻想としての〈私〉」を受け入れていかねばならない、そんな時代の到来なのかもしれません。

(青島周一)

『臨床批評』編集部からのお知らせ

コラム・論考の執筆者募集

『臨床批評』は、特定非営利活動法人AHEADMAPの公式な会報誌です。年4回の発行を予定しており、本誌はAHEADMAP会員のみならず、広く一般に公開します。『臨床批評』ではコラムや論考、書評などの執筆者を募集しています。内容は、医療に関するテーマであれば何でも構いません。執筆をご希望の方は、NPO法人AHEADMAP会報誌『臨床批評』編集部 青島周一 syuichia_o@gmail.com までご連絡ください。折り返し、執筆要綱を送付させていただきます。

NPO法人AHEADMAP ご入会の案内

NPO法人AHEADMAPは、医療従事者及び一般市民を対象に、主に臨床医学論文のような妥当性の高い情報の入手と吟味ならびに活用のための知識や技術の普及啓発を通じて、社会または個人が健康関連の諸問題に対してより良い意思決定ができるよう支援することにより、国民の健康な生活の向上に寄与することを目的としたNPO法人です。

適切なヘルスケアの意思決定と実践のために、様々な情報コンテンツの提供と、その研究、及び国民のヘルスリテラシー向上のための取り組みを行っています。

NPO法人AHEADMAPでは常時、会員を募集しております。これを機会にぜひご入会いただけましたら幸いです。入会をご希望の方は、**氏名、フリガナ、所属、職種、連絡先住所およびメールアドレス、入会希望の旨**をご表明・ご記入の上、aheadmap@gmail.com までご連絡ください。年会費は以下の通りです。

(1) 入会金

- 正会員 個人 0円 団体 5,000円
- 賛助会員 個人 0円 団体 5,000円

(2) 年会費

- 正会員 個人 2,000円 ※2018年度(2018年1月以降請求予定)から3,000円に改訂されます。
団体 5,000円
- 賛助会員 個人 1口5,000円（1口以上） 団体 1口5,000円（1口以上）

下記口座までお振込をお願いいたします。（振込手数料はご自身でご負担くださいますよう、お願い申し上げます）

ジャパンネット銀行 ビジネス営業部 普通 1424676 トクヒ) アヘッドマップ

編集後記

最後までお読みいただきありがとうございます。『自分をメタ的に俯瞰するためのキーワード。それを発見する旅の羅針盤あるいは地図として…』いかがだったでしょうか。

今回、大変興味深い論考を、数多くご寄稿いただきました。依頼原稿であるにもかかわらず、無報酬で引き受けて下さった執筆者の方々に、あらためて感謝申し上げます。（青島周一）

AHEADMAPの公式会報誌『臨床批評』創刊号はいかがでしたでしょうか？執筆者の皆様の寄稿はどれも読み応えがあり、編集側ではありますが興味深く読ませていただきました。

お忙しい中、執筆していただいた皆様には、ただただ感謝します。また、書いてみたいという方は是非お声がけください。楽しい学び、共に学べる仲間とのつながりをAHEADMAPで形にしませんか？（村田繁紀）

「臨床批評」に掲載されている著作物の複製権等（著作物を複製し公衆に譲渡する権利、送信、上映に関する権利）、翻訳・翻案などの権利はNPO法人AHEADMAPに帰属します

NPO法人 AHEADMAP会報誌「臨床批評」Vol.1 No.1

2017年7月31日発行

■ 編集責任者 青島 周一

■ 編集委員 村田 繁紀

■ 発行 [NPO法人AHEADMAP](#)