



臨床批評 VoL.2 No.3

医療のある風景、温故知新

— 巻頭エッセイ —

- 医療のある風景 (糸乃 空)

— 特別寄稿 —

- 今日もブレンドコーヒーをいれる (根本 真吾)
- 処方提案ワークショップを通して (新原 博輝)
- 詩が遺してくれたもの (畠 玲子)
- 疫学を過去から現代 (いま) へ (鈴木 猛弘)

— EBM実践報告 —

- CDIの新規発症・再発予防のための処方提案 (野田 学)

— 連載 —

- 辰治さんと私 第5話：秋 (桜川 ののの)

Connect the New ▶ Clinical critical essay.2018.Vol.2, No.3

Connect the New ▶ Clinical critical essay

臨床批評 VoL.2 No.3

Journal of AHEADMAP.2018.summer/Clinical critical essay.Vol.2 No.3
Association for Appropriate Healthcare Decision-making and Practice

医療のある風景、温故知新

-contents-

■ [エッセイ] 医療のある風景 (糸乃 空)	P2
■ [寄稿] 今日もブレンドコーヒーをいれる (根本 真吾)	P3
■ [寄稿] 処方提案ワークショップを通して (新原 博輝)	P9
■ [寄稿] 詩が遺してくれたもの (畠 玲子)	P16
■ [寄稿] 疫学を過去から現代(いま)へ (鈴木 猛弘)	P21
■ [報告] CDIの新規発症・再発予防のための処方提案 (野田 学)	P30
■ [連載] 辰治さんと私 第5話 (桜川 ののの)	P36
■ 【読書のススメ】物語の哲学	P42
■ 編集部からのお知らせ/AHEADMAP入会のご案内	P43
■ 臨床批評投稿規定	p44
■ 編集後記	P46



<https://aheadmap.jimdo.com/>

医療のある風景

～clinical critical essay～

夏のきらめく光が、白いエントランスホールへと降り注いでいる。明るい院内通路に並んだ、パキラの柔らかな緑が美しい。正面玄関を出て、建物から伸びた歩道を進むと、足元に落ちる木漏れ日が風に揺れていた。ベンチへとそり、腰を降ろしてみる。右手だけで、アイスコーヒーにストローをセットしようとすると、なかなかスムーズにいかず苦戦する。両手を使えば、意識すらしない当たり前のような動作。それが、片手のみでしか行えない時、あらためて不自由さというものに気づく。

私は、初めての骨折と入院生活に、少しだけ戸惑っていた。左腕を吊る三角巾の白さを眩しく見つめながら、あの日の事を思い出す。コーヒーのほろ苦さと共に……。

その日は、朝から雨が降っていた。二輪車で走行中、路上へと飛び出してきた猫に気付くのが遅れ、咄嗟に掛けたブレーキがタイヤを一気にロックする。まずい、と感じた時にはもう車両ごと転倒し、濡れたアスファルトの上を滑り出していた。その衝撃により左肩と肋骨を二本、折ってしまったのだ。

1日の大半をベットの上で過ごす時間は、時に漠然とした焦りや不安を呼び起こしたりもする。そうした中、丁寧に接して下さる看護師さんの笑顔に触れる度、心の中に温かいものが流れ込んだ。それはとても有難く、慣れない入院生活の中で安心感の源にもなっていた。

退院の日程が決まる頃になっても、不器用な私は着替えに苦労していた。

「着替えて大変、そのことよくわかるから、遠慮なく呼んで下さいね」

そう言って手を差し伸べる看護師さんの屈託ない笑顔に、困っていた心がほっとする。白衣をまとい、きびきびと活動する医療スタッフの皆さん、その凛とした姿はとても頼もしくて。その背中にどこかで、薬剤師であった父の面影を見ていたのかもしれない。

——医療のある風景。

それは私にとって、傷付いた身体だけでなく、心の隣にそっと寄り添ってくれるような、温かな空間だったように思う。あの白いエントランスへと降り注ぐ光は、今もきっと——。

糸乃 空 (いとの そら Twitter @itono_sora)

家庭動物管理士、動物飼養管理士をしております。動物の終生飼養、人と動物が共生する社会について学び中です。

生き物たちの笑顔に出会えると嬉しい。 ▶<https://kakuyomu.jp/users/itono-sora>

[寄稿] 今日もブレンドコーヒーをいれる

根本 真吾

J-DOIT3 (Japan Diabetes Optimal Integrated Treatment study for 3 major risk factors of cardiovascular diseases) ¹⁾という臨床試験をご存知だろうか。2型糖尿病患者を対象に、血圧、脂質、血糖の目標設定に加え、食事および運動療法に関する従来治療と、厳格治療を比較した臨床試験である(表1参照)。本試験の結果は2017年にThe Lancet Diabetes & Endocrinology誌に掲載された。

J-DOIT3試験は厚生労働省が創設した『戦略研究』の1つであり、本試験結果の有用な点は、日本人を対象とした臨床試験の中で症例数が比較的多いことであろう。海外で実施された先行研究、Steno-2²⁾に比べても症例数が多い(表2参照)。

このような背景から、本試験は日本の糖尿病研究におけるランドマーク論文の一つと言っても過言では無く、いわゆる“意義ある臨床試験”なのかもしれない。しかし、強いて苦言を呈するならば“試験デザインが危うい”ということである。どこが危ういのだろうか？次項から試験内容を詳しくみていこう。

[複雑な治療がお好き？]

本試験は例数が多い方であると前述したが、当初予定していた症例数では試験が成立しない可能性が出てきたため、試験実施側は試験プロトコルを変更した背景がある。

サンプルサイズ(必要症例数)としては当初2,816例と見積もられていたが、1年目の一斉調査の結果、アウトカム発生数が予想の半分であった。この結果を受け、サンプルサイズを再計算したところ3,338名となった。しかし最終登録された被験者数は2,542名であり、必要症例数には到底及ばない状況であった。そこでアウトカム、介入期間および検出力を変更することとなった(表3参照)。このような試験プロトコルの変更が試験結果に与える影響とは果たしてどの程度なのだろうか。

	厳格治療	従来治療
例数	1,269	1,271
1次予防(%)	88	89
2次予防(%)	12	11
治療目標		
HbA1c(%)	< 6.2	< 6.9
収縮期/拡張期血圧 (mmHg)	120/75	130/80
LDL-コレステロール (mg/dL)	< 80 (< 70)*	< 120 (< 100)*
HDL-コレステロール (mg/dL)	≥ 40	≥ 40
中性脂肪(mg/dL)	< 120	< 150
BMI(kg/m ²)	≤ 22	≤ 24
試験結果		
HbA1c(%)	6.8	7.2
収縮期/拡張期血圧 (mmHg)	123/71	129/74
LDL-コレステロール (mg/dL)	85	104
プライマリー・アウトカム(PriOut)	109(8.6%)	133(10.5%)
PriOutの内訳**		
総死亡	49(3.9%)	48(3.8%)
脳血管イベント	18(1.4%)	42(3.3%)
冠動脈イベント	48(3.8%)	55(4.3%)
有害事象 (一部抜粋)		
重症低血糖	7(0.6%)	4(0.3%)
低血糖	521(42.1%)	283(22.3%)
浮腫	193(15.2%)	129(10.1%)
クレアチンキナーゼ上昇	87(6.8%)	52(4.1%)

* 冠動脈性心疾患の既往がある場合

** プライマリー・アウトカムは心筋梗塞, 脳梗塞, 血行再建術および全死亡の複合であるが, 各項目のイベント数は本文に記載無し

表1. J-DOIT3試験概要および結果(参考文献1より筆者作成)

	Steno-2	J-DOIT3
対象者	2型糖尿病患者 (アルブミン尿を伴う)	2型糖尿病患者 (高血圧、脂質異常 あるいは両方を合併)
人種	デンマーク人のみ	日本人のみ
試験参加者数(例)	160	2,542
介入因子 (厳格治療 vs. 従来治療)	血糖、血圧、脂質	血糖、血圧、脂質 (+食事療法、+運動療法)
試験デザイン	PROBE	PROBE
プライマリー・アウトカム	心筋梗塞 脳卒中 全死亡 血行再建術	心筋梗塞 脳卒中 全死亡 血行再建術*
試験追跡期間(年)	7.8	8.5

* 冠動脈バイパス術、経皮的冠動脈形成術、頸動脈内膜切除術、経皮的脳血管形成術、頸動脈ステント

表2. 試験比較 (Steno-2 vs. J-DOIT3) (参考文献1, 2より筆者作成)

試験期間を延長することにより、発生するイベント数が増加することになる。これにより、アウトカムの検出力が上昇し、より群間差が出やすくなる。つまり“試験結果に有意差をつけるため”の試験プロトコルの変更と言える。しかしこうした変更点については、ハードアウトカムを検討する上でして問題では無いように思われる。試験プロトコルの変更による一番の問題点、それは過去のディオバン事件⁵⁾でも問題となった**PROBE (Prospective Randomized Open-label Blinded End point)**法と、プロトコル変更によって追加された「**血行再建術**」というソフトエンドポイントの組み合わせであろう。

	変更前		変更後
プライマリー・アウトカム	心筋梗塞 脳卒中 全死亡	⇒	心筋梗塞 脳卒中 全死亡 血行再建術
介入期間(年)	3.5	⇒	8.5(中央値)
検出力(%)	90	⇒	80

表3. J-DOIT3試験デザインの変遷(参考文献1, 3, 4より筆者作成)

[PROBE法とアウトカムと時々バイアス]

まず, PROBE法について簡単におさらいしておこう。PROBE法とは, 患者も治療者も治療内容を知っているが, 客観性を維持するために, 治療の内容を知らされていない独立した委員会がエンドポイントを判定する試験方法である。そのメリットとしては, 以下①~④があげられる。

- ①コストカット (プラセボやダミーが不要、ブラインドコントローラー不要)
- ②医師が割付を知っているため緊急時の対応が取りやすい
- ③アウトカム評価者の情報バイアスを排除できる (かもしれない)
- ④患者が治療内容を把握することで, ある程度の不安を取り除くことができ, 納得した上で治療を受けられる

①~④のなかでも, 臨床試験を実施する上でコストカットできるのは大きなメリットである。デメリットとしては, 選択バイアス, 報告バイアスの2点であろう。エンドポイント評価はマスキングさせているが, それらの報告をあげる治療者はオープンであるため, 評価項目によってはその判定に恣意性が入り込む余地がある。

死亡のような誰が見ても明らかなエンドポイント, いわゆるハードエンドポイントであればPROBE法でも問題はないが, 狭心症や心不全による入院, 血行再建術など, 患者や治療者の恣意性が入り込みやすいエンドポイント (ソフトエンドポイント) との組み合わせにおいては結果の解釈に注意が必要である。

冒頭のJ-DOIT3試験に話を戻すが、まず本試験完遂の裏には“患者の努力”があったと考えられる。表1の試験概要で示したが、試験に参加した患者は薬物治療の他に食事療法と運動療法を実践していた。この実施内容をみて筆者には、とても真似出来ないと感じた。実際の治療法については、是非、原著論文を参照して欲しい。もちろん試験実施側も努力したのであろう。しかし個人的には試験参加者の努力を最大限評価したい。正に意識、努力なくして達成は出来なかつただろう。

その上で試験結果をあらためて見ていくと、プライマリー・アウトカムのハザード比は0.81（95%信頼区間0.63～1.04、有意差なし）と統計的有意差がないものの減少傾向であった。しかしプライマリーエンドポイントには、血行再建術というソフトエンドポイントを含んでいる。他方でハードエンドポイントである総死亡については両群間でほぼ同等であった。（ハザード比1.01（95%信頼区間0.68～1.51）。

[幸福と安心を得るためにコーヒーをいれる]

ここまでをまとめると、臨床試験デザインとアウトカムの選択により“質の高いエビデンスを集積できそう”ということである。また情報を鵜呑みにしないこと、一歩立ち止まり試験背景等に目を向けることで情報の確からしさは自ずと顔を出すのではなかろうか。臨床試験の本来の目的は、薬剤の安全性および有効性の検証にある。しかし、こと新薬承認申請資料としての臨床試験においては、プライマリーエンドポイントに有意差を出すための試験、言わば“出来レース”と化してしまっている。

J-DOIT3試験の結果から厳格治療効果は非常に限定的であり、またPROBE法とソフトエンドポイントとの組み合わせにより結果の解釈がより一層困難となってしまった。つまり中年期2型糖尿病患者の治療において、生活スタイルの変化に勝るものは無く、これに比べれば薬剤の効果はかなり小さいと言えるのではなかろうか。そうすると薬物治療とは無力に近いものなのだろうか？この問いの答えは、現段階では否である。

筆者の考える薬物治療とは、「**どんな時、どんな人に、どんな薬剤が適しているか**」これらを踏まえた上で、さらに患者の意向の裏側にある潜在的ニーズを探り、本当に必要な薬剤は何なのかを思考し続ける個々の『**姿勢**』である。

食事や運動療法を個別に設定しても、100%実施できる人がどの程度いるのだろうか。そんな時に薬物療法によって患者に少しでも益があるとしたら、十分な選択理由になるのではなかろうか。もちろん患者の理解度や承諾度を勘案しつつである。そのために我々、薬剤師が様々な情報を得て、目の前の患者と話し、今より少しでも良いと考えられる薬物治療を提案できたとしたら、こんなに素敵なお仕事はない。

様々な情報を収集し、吟味し、目の前の患者に対し現在最も良いであろうと考えられる処方提案を行う。これはブレンドコーヒーをいれることに似ていないだろうか。患者にとって、処方医にとって、そして我々自身に対して、より良い医療情報を提供するために今日も私は最高のコーヒーをいれる。

[参考文献]

- 1) Ueki K, et al : for the J-DOIT3 study group. Effect of an intensified multifactorial intervention on cardiovascular outcomes and mortality in type 2 diabetes (J-DOIT3): an open-label, randomised controlled trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2017; 5: 951-64. PMID: 29079252
- 2) Gaede P, et al : Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2003; 348: 383-93. PMID: 12556541
- 3) Ueki K, et al : Design of and rationale for the Japan Diabetes Optimal Integrated Treatment study for 3 major risk factors of cardiovascular diseases (J-DOIT3): a multicenter, open-label, randomized, parallel-group trial. BMJ Open Diabetes Res Care. 2016 Jan 25;4(1):e000123. PMID: 26843962
- 4) ClinicalTrials.gov. The Japan Diabetes Optimal Integrated Treatment Study for 3 Major Risk Factors of Cardiovascular Diseases (J-DOIT3). (<https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT00300976>)
- 5) 桑島 巖, 赤い罨 デイオバン臨床研究不正事件. 2016.9 日本医事新報社(東京)

—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。唐揚げとビールをこよなく愛する薬剤師。

Evidence never tells you what to do, Evidence-Blended Making irresistible decisionをモットーにブログを書いています。(<https://noirvan13.xsrv.jp/>) 是非ご訪問ください

[寄稿] 処方提案ワークショップを通して

新原 博輝

NPO法人AHEADMAP関西支部と、兵庫医療大学EBM倶楽部共催の、処方提案ワークショップが2017年11月、及び2018年4月に開催されました。私自身は2回ともスタッフ側として参加させて頂きました。そこで本稿では、処方提案ワークショップの具体的な内容や、参加して得られた雑感を述べてみようと思います。

処方提案ワークショップの基本的な流れは以下に示したとおりです。

【スケジュール】

- ①アイスブレイク・グループ内で自己紹介
- ②グループディスカッション（処方提案を行う上で障壁となっているものは何か？処方提案を行う上で必要なものは何か？）
- ③EBM概論レクチャー、仮想症例提示
- ④グループワーク（仮想症例に対する臨床疑問の定式化[PECO立て]）
- ⑤エビデンス提示（症例検討に参考となるエビデンスの紹介）
- ⑥グループディスカッション(提示されたエビデンスを踏まえ、仮想症例の患者にどう適応するか？)

ご存知の方も多いと思いますが、EBMの実践には次の5つのステップがあります。

Step1 問題の定式化

Step2 問題についての情報収集

Step3 情報の批判的吟味

Step4 情報の患者への適応

Step5 一連の流れの振り返り

今回の処方提案ワークショップは、このうち**Step1**と**Step4**に焦点を当てた内容となっております。

[グループディスカッション～EBM実践の障壁となるもの、必要なもの～]

まず、最初のグループディスカッションにおいて、処方提案を行う上で**障壁となっているもの**と、処方提案を行う上で**必要なもの**について、実際に挙げた意見をまとめます。

☆処方提案を行う上で障壁になっているものは何か？

- ・処方提案を行える自信が無い
- ・意見を言いやすい医師と、言いにくい医師がいる
- ・自分の知識に自信が無い
- ・業務が忙しくて時間が無い
- ・英語論文は読むのが大変、解釈も大変

☆処方提案を行う上で必要だと思うもの

- ・患者さんの話を聞く時間
- ・コミュニケーション力
- ・知識や経験
- ・医師との治療方針やゴールの共有

様々な意見が挙がっていましたが、皆さんはいかがでしょうか？他にもいろいろ障壁とを感じる事があるかもしれませんね。

[仮想症例]

2018年4月に開催されたワークショップの仮想症例をご紹介します。皆さんなら、このような患者さんにどのような対応をするか、少し考えてみてください。

【仮想症例】

あなたは、とあるクリニック門前薬局に勤務する薬剤師です。ある日、外来患者の梅田太郎さん(58歳男性)が、そのクリニックの処方箋を持って来局されました。

梅田さん「血糖値もそんなに高くないし、できたら薬を減らしてもらいたいんだけどね。糖尿病のお薬は2種類もあるし、このネシーナ®(一般名：アログリプチン)っていうお薬が追加になってから、お薬代も一気に高くなったし……。これが止められればなあ」

あなた「そうですね。このお薬はジェネリック医薬品がまだ出ていないので、まだ値段が高いですよね」

梅田さん「先生も、減らしてもいいかもしれないけど、もうしばらく様子を見ようって。先生も止めてもいいのか迷っていました」

あなたは、午前診の患者の流れが落ち着いてから、早速論文を調べて読んでみることにしました。

(患者背景)

梅田太郎さん 58歳男性(会社員)

HbA1c=6.9 血圧=135/79

併存疾患：高血圧症 飲酒：週2回程度 喫煙：無し

(処方薬)

アムロジピン錠5mg 1錠 分1 朝食後

メトホルミン錠250mg 2錠 分2 朝夕食後

アログリプチン錠25mg 1錠 分1 朝食後

アスピリン腸溶錠100mg 1錠 分1 朝食後

調剤薬局では、日ごろ経験するような場面かもしれませんね。

[エビデンスの提示]

今回提示されたエビデンスは主に以下の3つでした。他にも色々に関連するエビデンスはあるでしょうが、ひとまずこの3つの論文を見つけられたという設定です。調べようと思ってすぐにピンポイントでこの論文を見つけられたら凄いですし、出来過ぎかとは思いますが、あくまで見つけれられたという設定です。

- ①VADT試験 (PMID : 19092145) ¹⁾
- ②ACCORD試験 (PMID : 18539917) ²⁾
- ③EXAMINE試験 (PMID : 23992602) ³⁾

上記①、②は共に、血糖値を厳格にコントロールした場合と、緩やかにコントロールした場合で、主要心血管イベント(心血管死、非致死性心筋梗塞、非致死性脳卒中)の発生率に違いがあるかを比較したランダム化比較試験です。

VADT試験は、2型糖尿病の退役軍人(平均年齢60.4歳、平均罹患期間11.5年)を対象とした研究です。厳格治療群はHbA1c < 6.9%、標準治療群はHbA1c < 8.9%を目標としています。

また、ACCORD試験は、40歳以上で心血管疾患既往あり、または55歳以上で心血管疾患リスクありの2型糖尿病患者(平均年齢62.2歳)を対象にした研究です。厳格治療群はHbA1c < 6.0%、標準治療群はHbA1cを7.0~7.9%を目標としています。

以下に、VADT試験、ACCORD試験の研究結果をまとめます。

研究名	心血管疾患のハザード比	95%信頼区間
VADT試験 ¹⁾	0.88	0.74~1.05
ACCORD試験 ²⁾	0.90	0.78~1.04

③のEXAMINE試験は、アログリプチンとプラセボで主要心血管イベント(心血管死、非致死性心筋梗塞、非致死性脳卒中)の発生率に違いがあるかを比較した非劣性試験です。その結果、主要心血管イベントはプラセボに比べてアログリプチンで、ハザード比0.96[95%信頼区間上限1.16 (非劣性マージン1.3)]という結果でした。つまり、「アログリプチンは、プラセボと比較して少なくとも心血管イベントは増やさない」ということが示されています。

以上、主に3つの研究結果をお示しし、仮想症例の患者に対してどう対処するかをグループ内で話し合っていました。なお、今回のワークショップでは、論文の細かな批判的吟味は行っておりません。

[提示されたエビデンスをもとに症例患者にどう対応するか？～]

同じシナリオとエビデンスをお示したにもかかわらず、グループによって様々な意見が出されました。「VADT試験とACCORD試験の結果から、現状はアログリプチン錠を中止してもいいのではないか？」という意見や、「EXAMINE試験の結果は使わない」というグループもありました。

「値段を気にしているのであれば、アログリプチンを中止する代わりにメトホルミンの増量を検討する」という意見も挙がっていました。また、「どのように医師への提案を行うか？」や「医師に直接会うためには、アポイントをどのように取るか？」について話し合っている班もありました。

[参加して考えた事]

このグループワークで個人的に実感したのは、まず**患者の情報や思いをしっかりと把握する必要がある**という事です。実際、参加者からは「患者の家庭の状況や経済状況を把握したい」、「糖尿病歴やこれまでの経過を知りたい」などの意見が挙がっていました。これらの情報を知ることで、より患者さんの生活に寄り添った選択が出来るのではないのでしょうか。

私が薬剤師として大きく影響を受けている書籍の中に、川添哲嗣先生の『川添式 熱血患者指導術 「Do処方、特変ナシ」から脱却せよ！』⁴⁾があります。その本の中で、「患者さんの事が気になってしゃあない」という言葉が出てきます。まさにそういう事なのではないかと思えます。まず、患者さんの事に関心を持つこと、そして困っていたら何とかしてあげたいという思いが大切なのではないのでしょうか？

そしてもう1点、処方提案を行った結果、**処方変更になった後の事まで考えて提案する必要がある**のではないかという事です。処方変更後、患者に体調変化が起こった場合どのような対処をすればよいのか？という所まで選択肢を考えて処方提案する必要があるなと感じました。

今回のグループワークでも、「まずアログリプチンを止めてみる、その代わりに生活習慣を見直してもらおう、これでHbA1cが維持できていればそのままアログリプチンを中止して経過観察する。もし血糖値が上がってくるようであれば、メトホルミンの増量を検討する、アログリプチンを再開する」というような意見が出てきました。処方提案後も、その後の経過を医師に丸投げするのではなく、医師と共に考えていく、というスタンスが大事なのだと思います。

[処方提案例]

話は変わりますが、私も少しずつEBMの実践を始めています。現状は、処方提案というより、情報提供といった方が良いのかもしれませんが、臨床でのエビデンスの活用を模索しています。

具体的には、在宅施設の往診時に、処方医が迷っている事があれば、それに関する文献を調べて簡単にまとめ、次回の往診時に見てもらうというものです。もちろん初めは勇気も必要でしたし、見つけた論文が妥当な物なのか自信もありませんでしたが、その1例を少しご紹介させていただきます。

一過性の吐き気に対し、ドンペリドン錠が毎食前に処方追加になった患者さんがおられました。その次の往診時、患者さんから「最近動悸がすることがある」という訴えがありました。しかし、往診の医師は、「ドンペリドンは心臓にそんなに悪影響は無いんじゃないかな？ 継続でいいと思う」という見解でした。

そこで、次回往診までの2週間で、ドンペリドンの心臓へのリスクを検討した論文がないか、調べてみました。すると、ドンペリドンの使用が、心室性不整脈や心臓突然死などに関連するという文献がいくつか見つかりました^{5) ~7)}。これら論文情報ついて、その研究概要と結果をまとめ、次回往診時に医師に見て頂きました。その結果、吐き気も治まっていたこともあり、ドンペリドンは吐き気時の屯用に変更となりました。そして、2週間後の往診時には「あの薬を止めてから動悸は治まりました」と患者さんも安心したようでした。

結局のところ、動悸がドンペリドンの影響だったのかは不明ですし、残念ながらその後すぐに施設を転居されたため、これ以上のフォロー出来ていません。しかし、医師と連携をする**きっかけ**を作れたことは大きな一歩だったと思います。この例は、普段から医師とも顔を合わせることでできる環境だったため比較的实践しやすい症例だったかもしれません。今後は、処方提案ワークショップで出てきた意見なども参考に、実践が難しい外来患者の処方提案についても模索していこうと思っています。

処方提案を行う上での障壁として、「自信が無い」という意見も多かったのですが、何よりも大切なのは「やってみよう」「一歩踏み出してみよう」という思い切りなのではないかなと思います。皆様もお忙しい業務の中だとは思いますが、出来る事からやってみませんか？ まずは、薬や健康問題について困っている患者さんがいたら、話をよく聞き「この患者さんの事が気になってしゃあない」というところからニーズを探ってみるといいかもしれません。

処方提案ワークショップに限らず、最近は様々なワークショップが開催されています。家庭の事情や交通事情などで難しい方も多いと思いますが、チャンスがあれば、一度参加してみるといいのではないかと思います。勇気は要りますが、何事もまずは一歩踏み出してみる事からです。JJCLIP(薬剤師のジャーナルクラブ：<https://twitcasting.tv/89089314>)の配信や録画配信を聞いてみる所からでもいいと思います。行ってみなければ分からないことがある。一歩踏み出してみると、これまで知らなかった新しいキーワード(視点)が見つかるかもしれません。新しいキーワードを探す旅に出てみませんか？

8)

[参考文献]

- 1) Duckworth W, et al : Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2009 Jan 8;360(2):129-39.PMID : 19092145
- 2) Gerstein HC, et al : Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008 Jun 12;358(24):2545-59.PMID : 18539917
- 3) White WB, et al : Alogliptin after acute coronary syndrome in patients with type 2 diabetes.N Engl J Med. 2013 Oct 3;369(14):1327-35.PMID : 23992602
- 4) 川添哲嗣.川添式 熱血患者指導術 「Do処方、特変ナシ」から脱却せよ！
日経BP社. 2010/6
- 5) van Noord C, et al : Domperidone and ventricular arrhythmia or sudden cardiac death:a population-based case-control study in the Netherlands.
Drug Saf. 2010 Nov 1;33(11):1003-14. PMID : 20925438
- 6) Arana A, et al : Risk of Out-of-Hospital Sudden Cardiac Death in Users of Domperidone, Proton Pump Inhibitors, or Metoclopramide: A Population-Based Nested Case-Control Study. Drug Saf. 2015 Dec;38(12):1187-99.PMID : 26350642
- 7) Johannes CB, et al : Risk of serious ventricular arrhythmia and sudden cardiac death in a cohort of users of domperidone: a nested case-control study.
Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2010 Sep;19(9):881-8.PMID : 20652862
- 8) 東浩紀. 弱いつながり 検索ワードを探す旅 幻冬舎文庫.2016/8

—執筆者プロフィール—

新原 博輝 (にいほら ひろき)

鹿児島県出身。大学進学をきっかけに大阪へ。そのまま大阪の調剤薬局に就職。2015年に鹿児島で開催された日本薬剤師学会の分科会でEBMに出会う。「学びは楽しく」がモットー。あるワークショップでお会いした先生と共に、お酒を飲みながら気楽な雰囲気の中で臨床医学論文を読み、その内容に関して議論する「居酒屋抄読会」を立ち上げた。[医学論文の要約ブログ](#)も時々更新している。

[寄稿] 詩が遺してくれたもの

畠 玲子

とある休日、カフェでコーヒーを飲んでいたらわたしの耳に女性2人のこんな会話がとびこんできた。

「仕事なにやってるの？」

「施設で働いてるよ。そんなに忙しくないし悪くないよ」

「でもー、高齢者マジ無理。話し相手とか無理」

聞こえてきたのは、なにか気持ちがモヤッとするやり取りだった。モヤモヤの理由はよくわからないのだけれど……。

施設といっても色々あって、心身ともに健康に近い高齢者が集うところもあれば、なにかしらバランスを崩して生きている高齢者が集うところもある。うーん。若い人の価値観ならまあ“無理”って思うことがあっても仕方がないのかな。

[出会いのこと]

わたしは山に囲まれた田舎にある薬局で働いている。薬局というところは、というより、わたしが働く薬局がそうなのだけれど、何か苦痛を抱えながらも元気で過ごしている高齢者がたくさん集う場所だ。長く同じ場所に立ち続けると、顔馴染みが増えて、訪れる患者さんと共有する時間も長く深くなる。共有する時間軸には物語性を感じることも多い。わたしにとっては、患者さんというよりも尊敬すべき人生の先輩と言える方々と出会うことが出来る場所かもしれない。

そんなことを考えていたときに、ふと本棚に眠っていた詩集の存在を思い出した。それは、わたしが訪問している施設に暮らしていた患者さんが綴ったものだ。

ある日の夕方、主治医と一緒にわたしは彼女の居室を訪れた。

「これから、薬剤師さんが薬を届けてくれるから」

それだけを言い残して主治医は部屋を去ってしまった。

……（えっ！？）

たぶん、彼女も同じ思いだったはずだ。90歳を超えた女性のところに、たかだか30歳を超えたぐらいの見ず知らずの小娘が突然放り出されたのだ。仕方ないから何か話しかけてやろうか、そんな空気をわたしは感じ取った。少しの失笑から会話が始まった。これが、彼女とわたしの出会いだった。

【船出のかなわぬ港】

それから、2週間に1回ペースで施設を訪問するようになった。他にも5人ぐらいの患者さんの部屋を訪問していたが、彼女の部屋を訪れるのはいつも最後にしていた。どうしても話が長くなるからだ。最後に訪問することで、夕食の時間が来ると話を打ち切ることが出来た。そんなずい計算もあった。こうして言葉にすると、わたしもどこかで「高齢者、マジ無理」って思っていたことがわかる。

それでも、彼女の話聴くのは嫌いではなかった。だから、彼女もわたしを信頼して色んなことを話してくださったのだと思う。ときどき人生論のような話にも飛躍したが、きれいな言葉でお話する方だったので難しく聴こえることはなかった。その他に話すことと言えば、お天気のこと、同じ施設で暮らす人々のこと、主治医が往診に来た時の会話の内容など、至って普通のことばかり。小娘が言うのもなんだが、可愛らしい方だった。

彼女の部屋はいつもきれいだった。一輪ざしにはいつも花が飾られていた。週刊新潮の表紙を創刊当時から描き続けていた谷内六郎さんの絵が好きで、雑誌の切り抜きやカレンダーが飾られていた。一方、部屋をきれいに保つことには「いつここで死んでも恥ずかしくないように」というような、彼女の強い覚悟があったように思う。90歳を超えて生き続けるということは、「死」を意識しないことの方が難しい。

わたしが訪問するようになってまもなく、彼女は詩集を出版した。当時彼女は93歳、発行した詩集としては11冊目になるそうだ。幸せなことにわたしはその詩集¹⁾を頂くことができた。

詩集には、「老い」によって先祖代々から受け継がれてきた家を守る力を失い、老人ホームに暮らしの場を移した彼女が見たもの、感じたことが、強くてうつくしい言葉で綴られていた。その中で、わたしが印象的だと感じた一文を引用する。

"長い長い航海の果て

傾いて 破れて 錆びついて

横倒しにおかれ

二度と海へもどれぬ山の難破船

窓のあかりがどんなに美しく闇に映えていても

ここは山の港

船出のかなわぬ港"

――落日の花 p113

これは、わたしが訪問している、つまり彼女自身が暮らす老人ホームのことを綴ったものだ。この老人ホームはわたしの働く薬局から北に15 kmほどのところにあり、家や店も少なく、周囲を見渡せば、連なる山々のみ。なるほど「山の難破船」か……。うつくしくも哀しい表現に思えた。それよりも、「船出のかなわぬ港」。この言葉には「老いること」に対する覚悟のようなものを感じた。

この詩集の表紙が彼岸花だったのも彼女らしい。彼女は地元秋田で詩集を出し続けた、いわば土着の詩人だ。土着というと、ずっとそこに在る桜の木がイメージに合いそうだが、「私は病院に行かずにこの部屋で死にます」という毅然とした態度や、するどい感性をもつ彼女には、彼岸花の燃えるような赤の方が似合っていた。

[めぐりめぐる人の世の輪廻]

2011年、彼女が100歳を迎えた年。彼女は部屋で倒れた。脳梗塞だったそうだ。彼女は主治医にも「この部屋で死にたいから何があっても病院には運んでくれるな」と意思表示をしていた。だけど、「はい、わかりました」と言えないところに医療の難しさがある。主治医は息子さんに彼女の状態を説明した。

「まだ呼吸しているけどどうします？」

結局、救急搬送されて病院へ向かった。彼女とわたしの関わりはここで途切れることになった。退院した後、彼女は他の施設で生きた。脳梗塞によって彼女から言葉という羽を奪われたまま、生きた。

——そして、2012年の春。彼女は老衰で亡くなった。101歳だった。

その年の8月。彼女の息子さんから遺稿詩集が送られてきた。最後の詩集を発行したあとにしたためた作品が見つかったからとのことだ。最後の詩集を発行した後、94歳から100歳で絶筆するまでの22の作品がまとめられていた。訪問した際にノートを見せていただいたことはあるけれど、22もの作品が残っているのは衝撃的だった。老いてもなお、研ぎ澄まされたままの感性だった。

わたしはおそらく中秋の名月を見つめながらしたためたであろう、「たましい」という詩がとても好きだ。「いつまで生かされるのか？」「いつになったらお迎えが来るのやら」という長く生きている人たちが感じるモヤモヤした想いを、満月を見つめながら美しい言葉で紡いでいる。市販されている詩集ではないのでこれ以上紹介できないのが残念でならない。

彼女の詩集をあらためて読み返したわたしは今、その言葉に突き動かされるようにキーボードを叩いている。最後に出版された詩集から、彼女のあとがきを少し長い引用する。

人の住むところ老人ホームも人の世、余命を人の世話にゆだねる、その矛盾を、福祉という名に変えて、一人、一人が買いて生きてきた人生観を伝家の宝刀のように秘めながらの集団。(中略) やがて人に預ける命も終りを見れば、私もまた、長く住んだ風葬の村にかえり、その土になる。そして、いつの日か、千年の種子のようにこの世によみがえるかも知れない。めぐりめぐる人の世の輪廻。

——落日の花 p 137

生まれ変わるその日のために、詩集を出版する決意をしたのだそうだ。「老いること」と真摯に向き合い毅然と生き続けた一人の女性の人生観が綴られて、圧倒される一文だった。

高齢者と言うと、なんとなく“弱者”のような印象を与えるかもしれないが、それ以上に人生の先輩であるという尊敬の念は忘れてはいけないのだと思う。輪廻ではないけれど、詩集が出版されて数年たった今、わたしは彼女の言葉をふたたび受け取り、自分で言葉にすることで誰かにつながっていくことを願いながらキーボードを叩いている。

[脚注]

1) 坂本 梅子. 落日の花. 文芸社 (2004/10)

(今回の寄稿にあたり、ご家族の了承を得ております。ここに御礼申し上げます。)

— 執筆者プロフィール —

畠 玲子 (Twitter @hataboSAN)

昭和薬科大学卒。秋田県の内陸部にある保険薬局に勤務しております。

過疎地の医療において薬剤師に出来ることは何か、模索し続ける日々です。

[寄稿] 疫学を過去から現代（いま）へ

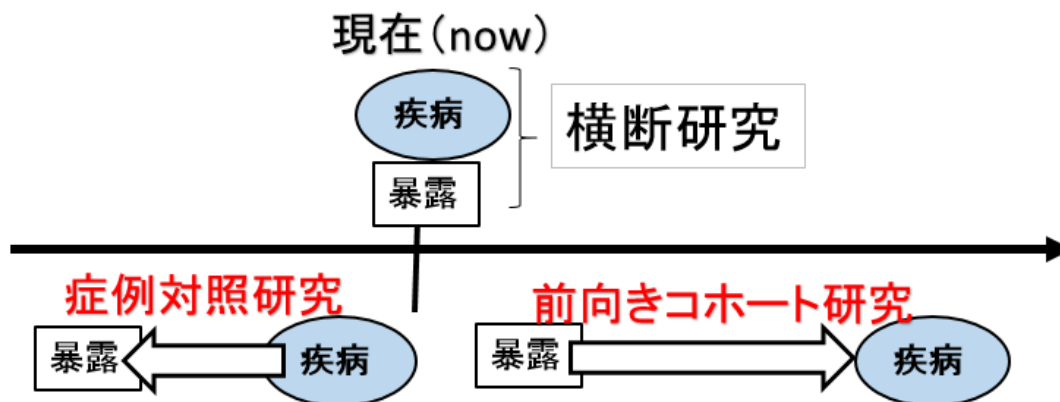
鈴木 猛弘

世界の歴史をみても、人類はこれまでに多くの飢餓や流行り病に悩まされてきました。流行り病とは伝染病のことですが、伝染病は疫学的手法によって研究され、予防策が立てられてきました。

2009年、現代から幕末へタイムスリップした医師の活躍を描いたTVドラマである『JIN-仁-（TBS系の日曜劇場）』という作品が放送されましたが、同作品中ではコレラ（作中ではコロリと呼ばれていました）が題材として取り上げられていました。また、コレラに関して、薬剤師国家試験第93回の間73にジョン・スノウに関する問題が出題されていましたが、このジョン・スノウは疫学やコレラと非常に関連の深い人物なのです。本稿では、疫学の歴史をたどりながら、疾病とその予防について考えていきたいと思います。

[疫学と疫学的研究]

疫学とは、明確に定められた人間集団の中で生じる様々な健康問題に対する頻度と広がりに影響を与える要因を明らかにすることで、病気予防や健康増進に役立つ科学の一つです¹⁾。疫学を探究するための研究手法は、大きく**観察研究**と**介入研究**の2つに分けることができます。観察研究は時系列で調査する出発点をどこにするか？ どこに向かうか？ によって、その手法が変わってきます(図1)。

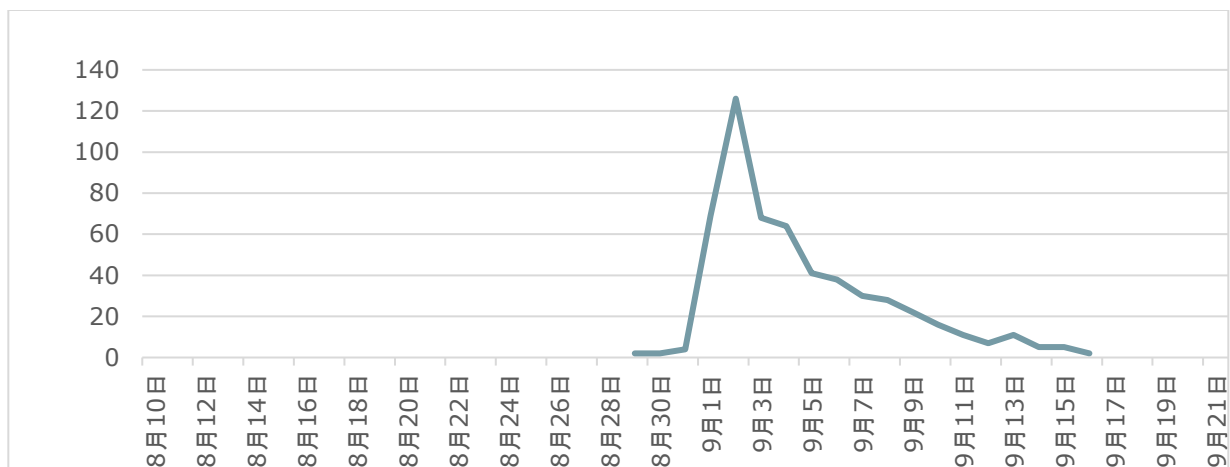


(図1)参考文献2より引用・改変

[疫学の始まり]

疫学の父と呼ばれているジョン・スノウは、1813年3月15日、イギリスのヨークシャーで労働者の長男として誕生しました。14歳の時（1827年）ニューカッスル・アポン・タインで外科医の徒弟となり、ロンドンのハンテリアン医学校で正式な医学教育を受け、30歳（1843年）の時、ロンドン大学で医学士を取得します。そして麻酔科医として働いていました。

そんな中、1845年8月末、イギリス・ロンドンのブロード・ストリーートのソーホー地区という場所でコレラが発生します。発生から9月2日までに203名もの人々が死亡し、更に9月16日までには557名が死亡するに至りました(表1)²⁾¹²⁾。

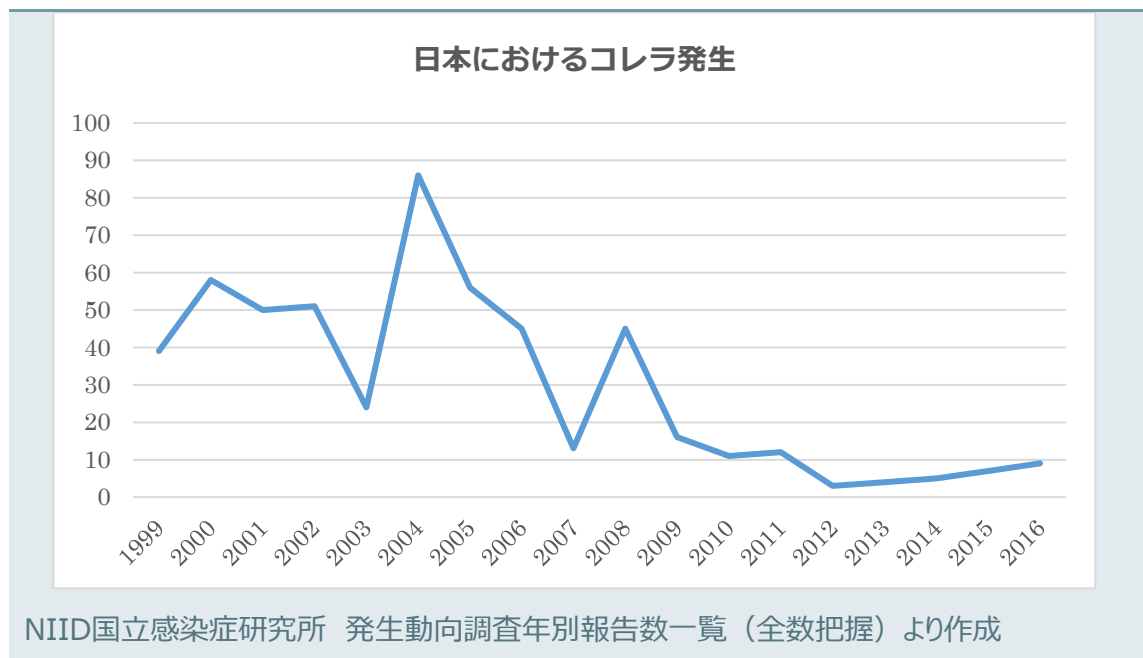


(表1) 1854年のブロード・ストリートにおける1日のコレラ死亡者数（引用文献12より作成）

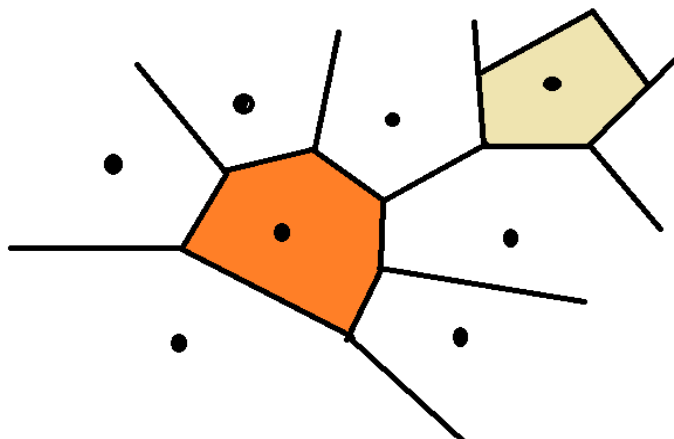
[コレラについて]

コレラ菌は、ロベルト・コッホ（1843年12月11日 - 1910年5月27日）により、1884年に発見されました⁴⁾。コレラはコレラ菌（*Vibrio cholera*）によって引き起こされる経口感染症で、コレラ菌で汚染された水や食物を摂取することによって感染します。食物や水とともに体内に入ったコレラ菌は、酸に弱い胃内の酸性環境で多くが死滅しますが、死ななかった菌は、小腸下部に到着して定着・増殖し、コレラ毒素が細胞内に侵入して病態を引き起こします。特徴的な症状は、コメのとき汁様下痢で、数時間から数日の潜伏期間の後に急激に発症します。短時間で大量の水分を失うため脱水症状となり、意識障害を引き起こすこともあります。重症例では1日10L以上もの水分が失われ、脱水によって死亡することもあります⁵⁾。

国立感染症研究所から得られた最近の日本のコレラ発生についてのデータを以下のグラフにまとめました。現代の日本でも数例発生しているのが分かります。決して過去の感染症ではないのですね。



コレラの発生をうけて、ジョン・スノウは地図を用いて感染経路の仮説を立てました。空間的（距離的）と時間的の2点で分析を行って、仮説を立てるために「**ボロノイ図**」を用いたのが彼の分析の特徴です。これは、現代の疫学的手法の1つである「**記述疫学**」にあたります。ボロノイ図とは、「**各ポイント（母点）がいくつか与えられたときに、どの点に一番近くて最短なのか**」を点の集合平面で**分割したもの**を示します(図1)。黒い点を「母点」、各領域を「ボロノイ領域」、境界線を「ボロノイ境界」、接点を「ボロノイ点」と呼びます⁶⁾。ボロノイ図は、数学の分野でも用いたり、自然には亀の甲羅や植物の脈がボロノイ図となっています。数学が美しいとは、こういう事をいうのかもしれないですね。ああ、美しい・・・



(図1)手書きで作成したボロノイ図

さて、分析をするにあたってジョンが行ったことは、4つあります。

- ① コレラで死亡した人の死亡場所をプロット
(散布図を用いて、死亡率の高い場所を黒など色分けする)
- ② コレラで死亡した人の家で死亡するまでの状況を聞き取る
- ③ 似たような症状のある人とない人の違いを探す
- ④ その違いを利用してさらに大規模な人数データを集める

この①～④の調査の結果、利用している井戸の違いによって死亡率の差が生じていることが判明しました(表2)。

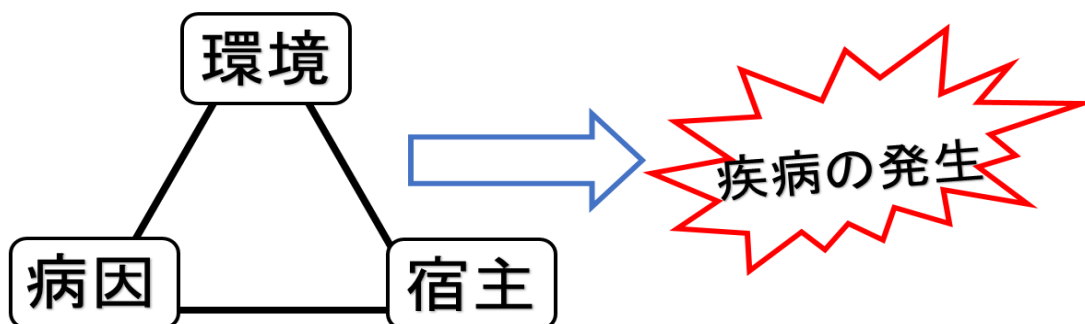
(表2) 水道会社別死亡率(年間千人当たりの死亡率)⁷⁾

水道会社	人口 (1851年7/8~8/26)	死亡数	死亡率(千人対)
Southwark and Vauxhall	167654	844	5
Lambeth	19133	18	0.9

(調査期間: 1854年7月8日~8月26日)

Southwark and Vauxhall社の水は川の下流の水を、Lambeth社の水は川の上流の水を水源として用いている違いがありました。そして、下流の水を使用している前者の方の死亡率が高いことが分かりました。この結果から下流域の水を使用している井戸水を停止し、汚染度の低い上流の水を使用することで、コレラ発生率を減少させることが出来ました⁷⁾。

疾病の成り立ちには、「病原体(病因)」「環境」「人間(宿主)」の3要因が関与しています。ジョン・スノウは真の原因(コレラ菌)が特定されなくても、3要因のひとつ「環境」に着目することで発生拡大予防を可能にしました。こういった功績が認められて、彼は疫学の父と呼ばれているのです。



[介入研究]

ここで、もう少し過去に遡ってみましょう。なんと、1740年代に壊血病について介入研究が行われていました。観察研究に対して一足早かったのですね！！

壊血病はビタミンCの欠乏により毛細血管が脆弱化し、出血症状をきたす疾患ですが、大航海時代（1415年～1648年）によく発生したと言われていました。大航海時代といえば、船に乗って海外進出をして貿易をしようとするのが主な目的でした。そこには、ヴァスコ・ダ・ガマのインド発見やコロンブスのアメリカ大陸発見、マゼランの世界一周などという歴史的な出来事が絡んできます。その壊血病はコロンブス一行や世界一周をしたマゼラン一行に対しても起こりました。壊血病には大航海の病という表現もあるくらい長い期間の航海についてくる話題の1つです⁸⁾。

1747年、イギリス海軍軍医ジェームズリンズ（James Lind）は、当時まだ名のついていない壊血病の分析を試みました⁹⁾。航海中の船上で壊血病症状を有する12名の兵士彼らの症状は、これ以上ないほど似通っていました。全員が歯茎に問題があり、皮膚に吹き出物があり、だるさを訴え、膝に力が入らないものもいた。そんな12名を対象に6つの飲み物で分けて比較を行いました。

- ① 2名に1日1クオート（約1.13L）の林檎酒を飲ませた
- ② 2名に硫酸液（サイダー）を1日3回、25滴ずつ
- ③ 2名に空腹時に1日3回、酢を飲ませた
- ④ 膝の後ろが硬直している（他の患者には見られない）症状のあるもっとも重症の2名には海水を飲ませた
- ⑤ 2名に1日2個のオレンジと1個のレモンを与え、6日間の実験に使用可能な果実がなくなるまで食べさせた
- ⑥ 残りの2名には、病院の医師の勧めにより、ニンニク・マスタードシード、乾燥させたラディッシュの根、ペルーバムサム、没薬樹脂で作った舐剤を1日3回、ナツメグの粒ほど摂らせた

その結果、もっとも早く明確な治療効果を示したのは、オレンジ/レモン群だけでした。これらを食べた2名のうち1人は、実験の最終日6日目には職務に就けるほど回復をしました⁹⁾¹⁰⁾。

後に、壊血病の原因はビタミンC欠乏による症状であると判明します。1927年にアルベルト・セント＝ジェルジというハンガリー人が、柑橘系果物の中の壊血病を予防する成分ヘキサロン酸（ビタミンC＝アスコルビン酸）の単離に成功します。そして、「ヘキサロン酸含有の餌を与えたモルモット群」と、「ビタミンCを破壊した餌を与えたモルモット群」で比較した実験を行い、後者のモルモット群が壊血病症状を有して死亡することが分かりました。

このヘキサロン酸が、アスコルビン酸と名称変更されたのは約170年もの後の話でした¹⁰⁾。アルベルトはビタミンC発見で1937年にノーベル生理学医学賞を受賞しています。

リンドが行った研究では、①割り付け ②比較 ③介入を行う手法を用いて、壊血病症状の原因がまだビタミンC欠乏と判明する前に、治療法の一部を見つけ出しました。これはとても画期的だったと思われれます。

余談ですが、柑橘系のレモンやオレンジが壊血病に対して有効だと分かれば、レモンやオレンジに対する需要が高まります。壊血病が流行していた当時、ヨーロッパでレモンやオレンジの主な生産場所はシチリアでした。シチリアにおける柑橘系の争奪戦が始まります。そこで地元の柑橘系の農家を守るために立ち上がり、正義の味方として出てきたのが、「マフィオソ」と呼ばれていたグループです。1861年にイタリア王国がシチリアを統合すると、シチリア市民による新政府への反政府運動が頻発しました。その運動の中心にいたのが正義の味方だったマフィオソであり、彼らは犯罪行為や物質調達をするようになって、次第に悪の組織へととなり現代のマフィアとなりました¹¹⁾。

[最近の疫学]

記述疫学の始まりで紹介したボロノイ図に関して調べてみると、GISという単語を良く目にします¹⁴⁾。**GIS** (Geographic Information System : 地理情報システム) とは、地理的位置を手がかりに、位置に関する情報を持ったデータ (空間データ) を総合的に管理・加工し、視覚的に表示して高度な分析や迅速な判断を可能にする技術のことです¹³⁾。日本では平成7年1月に起こった阪神淡路大震災をきっかけにGISの本格的な取り組みが始まりました。地理の情報には、地理空間情報というものがあり、地域における自然や災害、社会経済活動、疾病など特定のテーマと地理という位置情報をキーワードとして重ね合わせて分析などを行います。

Webアクセスで利用できるGISを**WebGIS**と呼びます。Google Mapsや Google EarthはGoogleという一企業が運営提供しているWebGISになります。日本企業であればZENRINという企業のNAVITIME®が有名ですね。ちなみにこのGISは昨年から流行っているPOKEMON GOでポケモンたちの出現場所を地図にマッピングするサービス「POKEVISON」というサイトにも利用されています。

GPS (Global Positioning System : 全地球測位システム) は、御存じのとおり、現在位置の緯度・経度が分かるシステムです。GIS、GPSともに、とても難しそうなシステムですが、私たちの生活の身の回りに馴染の多いものであり、知らず知らずのうちに使っているシステムの1つなのですね。これから更に、人工衛星などが発達して、GPS機能だけでなく、位置情報管理や分析に関するリアルタイムな統計を得ることができるようになれば、これからAI時代において、疫学的な研究手法は大きく変化するかもしれません。

ボロノイ図とGIS技術を用いた現代では、実際に興味深いプロジェクトが行われていました。1997年から行われているJICA (国際協力事業団) によるプライマリ・ヘルス・ケア (PHC) のプロジェクトの事例と、日本におけるGISサーベイランスの事例を紹介します。

1. ザンビア国ルサカ市におけるコレラ流行の事例¹⁴⁾

2003/2004年にルサカ市において、176名の死亡を伴う6,058名の患者発生がみられ、デジタル地図を人工衛星から新たに作製し、GISを使用したルサカ市コレラ流行の空間疫学解析を行った結果、西側に患者の約8割を占める地域的な偏重がみられました。この違いは、英国の植民地時代に西側が労働者 (黒人居住区)、東側をそれ以外の人々の居住区 (白人居住区) にする都市設計、都市整備との関連性が示唆されました。

2. ザンビア国ルサカ市の排水溝設備環境とコレラ流行の事例¹⁴⁾

2005/2006年度のコレラの流行では、GISによる解析によって、排水溝施設 (下水、便所の有無、浅井戸の使用状況など危険因子) 完備度の低さと患者発生数増加が相関していることが示唆されました。

3. 日本での事例

日本で流行する感染症といえば、「インフルエンザ感染症」があります。このインフルエンザ感染症は季節に限定して地域に広がっていきます。インフルエンザ感染症の影響によって小学校、中学校などで学級閉鎖を行うことは、感染拡大予防で考えてみると、実は感染症に罹ると重大な症状が起こると考えられる患者さん (ハイリスクな患者さん) へ感染拡大を予防するのに大いに役立っているのだと考えられます。このような学級閉鎖をGISによる感染症サーベイランスを利用して感染拡大を防ぐ基礎研究の報告¹⁵⁾もありました。

このように、疫学的調査とGISを併せてリアルタイムな情報更新を行うことは、現時点で流行している感染症の状況を把握、分析して感染拡大予防を行うことが出来るというジョン・スノウの行動が現代にもしっかり引き継がれているんですね!!

[歴史を現代（いま）につなげる]

どうでしたか？ 疫学的研究を歴史的に追ってみた結果、ジョン・スノウが行った疫学的分析を基礎として、現代の感染症拡大防止に繋がっていましたね。私もまさか調べ始めた当初は、ジョン・スノウの研究が現代に通じているとは思っていませんでした。

話題は戻って、国家試験の話をしします。先日2018年2月に行われた薬剤師国家試験103回においても、疫学や論文検索などに関する問題が盛り込まれていました。このような問題がなぜ増えてきたのでしょうか？

私は今こう考えています。現代は、対物業務から対人業務へシフトしていく薬剤師の働き方の中で、様々な情報が入ってくる時代です。その情報の分析や読み方を誰かに頼るだけではなく自らが行って、判断して、目の前の患者に医療（医療情報）を提供する時代がやってきたのかもしれないと思うのです。分析をする方法が沢山あるなかで、その手段の1つとして近年ではAIの利用が注目されています。

疾病や死亡などの変動的な情報を地理に乗せる空間疫学という概念で分析、予防していく手法は、近い将来、AIがより高精度に実施しているかもしれません。歴史を学ぶことによって得られるものはたくさんありますが、過去の事例が、例え失敗例であっても学び知ることが沢山あり、そういった事例を改良したり重ね合わせたりすることで新しい手法や考え方が生まれるのではないかと思います。

[参考文献]

- 1) 日本疫学会.疫学用語の基礎知識2018.07.04アクセス
http://jeaweb.jp/activities/files/basic_terminology.pdf
- 2) メディセレ教育出版.薬剤師国家試験対策参考書ORENGBOOK 4巻衛生
- 3) Shiode N, et al : Erratum to: The mortality rates and the space-time patterns of John Snow's cholera epidemic map.Int J Health Geogr. 2015 Nov 16;14:34 P MID: 26572748
- 4) Howard-Jones N : Robert Koch and the cholera vibrio: a centenary Br Med J (Clin Res Ed). 1984 Feb 4;288(6414):379-81. PMID: 6419937

- 5) 石井 秀美, 杉浦 隆之:衛生薬学 第2版.2008,朝倉書店(東京)
- 6) 杉原 厚吉. なわばりの数理モデル -ポロノイ図からの数理工学入門 2009,共立出版(東京)
- 7) World Health Organization.WHOの標準疫学(第2版) 2008.p2
- 8) 大航海の病 (Scurvy: The Disease of Discovery) : Jonathan Lamb : The Disease of Discovery.2016. Princeton Univ Pr (米国、ニュージャージー州)
- 9) Baron JH : Sailors' scurvy before and after James Lind--a reassessment. Nutr Rev. 2009 Jun;67(6):315-32 PMID: 19519673
- 10) ヘレナ・アトレー : 柑橘類と文明: マフィアを生んだシチリアレモンから、ノーベル賞をとった壊血病薬まで. 2015 築地書館(東京)
- 11) Arcangelo Dimico, et al: Origins of the Sicilian Mafia : The Market for Lemons. The Journal of Economic History .2017.Dec;77(4).1083-1115
DOI: 10.1017/S002205071700078X
- 12) Shiode N, et al : The mortality rates and the space-time patterns of John Snow's cholera epidemic map.Int J Health Geogr. 2015 Jun 17;14:21 PMID: 26081106
- 13) GISとは (国土交通省国土地理院) <http://www.gsi.go.jp/GIS/whatisgis.html>
- 14) 鈴木 宏,他: GIS (地理情報システム) を用いた感染症の空間的疫学解析. 小児感染免疫 20(4), 497-502, 2009-01-01
- 15) 有馬 昌, 他 : GIS を活用した学級閉鎖情報の住民への迅速な公開が感染予防行動に及ぼす効果についての基礎的研究 地理情報システム学会講演論文集, Vol.18, pp.251-254
<https://www.gisa-japan.org/conferences/proceedings/2009/papers/5C-2.pdf>

－執筆者プロフィール－

鈴木 猛弘(すずき たけひろ)

薬剤師としてまだまだ修行しながら、面白い事をやってみたいと模索中。在宅や緩和ケアに興味があります。

[EBM実践報告] clostridioides difficile 感染症(CDI)の新規発症・再発予防のための処方提案

野田 学

私は100床弱の小規模病院に勤める薬剤師です。本項では、数年前に院内で発生したclostridioides difficile 感染症（CDI）の新規・再発症例の増加の際に実施した、処方提案事例についてご紹介いたします。本事例では、CDIの新規・再発症例の増加に対し、薬剤師として何かできることはないか？ と考え、CDIの要因として報告されている様々な因子が、どの程度疾患に寄与しているかを文献ベースで調べてみました。さらに、薬剤師として介入可能と考えた3つの因子(①抗生剤の種類、②整腸剤、③PPI)に関して、各事例2つの医学論文を用いて考察を行い、医師に介入提案を行いました。

本題に入る前に、Clostridioides difficileについて簡単に説明します。Clostridioides difficileは芽胞を形成する偏性嫌気性グラム陽性桿菌です。その産生する毒素(トキシンA、BのうちトキシンB)によって引き起こされる疾患がCDIです。症状としては、水様性下痢、発熱、腹痛、血便などが起こります。すべての抗菌薬がCDI発症のリスクとなり、抗菌薬投与下、または抗菌薬投与後がリスクとなります。

その他のリスク因子としては、プロトンポンプ阻害薬(PPI)投与中、65歳以上の高齢者、ICU入室歴、経鼻チューブ挿入、手術後、免疫不全者などが挙げられます。CDIの治療には、メトロニダゾール(内服・注射)、バンコマイシン(内服)が用いられます。最近では、フィダキソマイシン(内服)やベズロトクスマブ(静注)も発売されております。なお、CDIは保菌者や発症者の糞便を介した接触感染も知られており、院内でアウトブレイクしうる軽視できない感染症です。

「clostridioides difficile」は昨年度、「clostridium difficile」より名称が変更になりました。今回紹介する論文では「clostridium difficile」という記載になっておりますが、原文のままとしております。

[抗菌薬に関する提案]

抗菌薬とCDIリスクの関連について参照した1つ目の文献は、静注抗生剤投与後のCDIリスクを検討したシステマテックレビュー&メタ解析¹⁾です。

この研究において、CDI発症のリスク比(RR)は、カルバペネムvsフルオロキノロン：RR2.44(95%信頼区間1.32~4.49)、カルバペネムvsセファロスポリン：RR 2.24(95%信頼区間1.46~3.42)、カルバペネムvsペニシリン：RR 2.53(95%信頼区間0.87~7.41)、セファロスポリンvsフルオロキノロン：RR 2.84(95%信頼区間1.60~5.06)、セファロスポリンvsペニシリン：RR 2.36(95%信頼区間1.32~4.23)、クリンダマイシンvsセファロスポリンおよびペニシリン：RR 3.92(95%信頼区間1.15~13.43)となっており、カルバペネム、セファロスポリン、クリンダマイシンによるCDI発症のリスクが、フルオロキノロン、ペニシリンよりも高いことが示唆されました。

2つ目の文献は入院中にCDIを発症した患者と、抗菌薬使用との関連を検討した観察研究(症例対照研究13件、コホート研究1件)のメタ分析²⁾です。この研究結果によれば、クリンダマイシンのオッズ比(OR)2.86(95%信頼区間2.04~4.02)($I^2=28.5\%$)、セフェム系：OR1.97(95%信頼区間1.21~3.23) ($I^2=89.9\%$)、カルバペネム：OR1.84(95%信頼区間1.26~2.68)($I^2=0\%$)と、クリンダマイシン、セフェム、カルバペネムによるCDIリスクが比較的高いことが示唆されました。

一方で、ペニシリン系のリスクは他の種類の抗生剤に比べると比較的低くなっておりました(OR1.45 [95%信頼区間1.05~2.02]、 $I^2=54\%$)。また、セフェム系の中でもより広域な種類の薬剤で、リスクが高いことも示唆されました(第1世代セフェム：OR1.36[95%信頼区間0.92~2.00]、第2世代セフェム：2.23[95%信頼区間1.47~3.37]、第3世代セフェム：3.20[95%信頼区間1.80~5.71]、第4世代セフェム：2.14[95%信頼区間1.30~3.52])。統合結果の異質性は高いように思いますが、全体的にリスクの増加傾向が見られるのではないかと思います。

この2つの文献を通じてセフェム系、特に3世代セフェムのCDIリスクが高く、ペニシリン系のリスクが低いことが示唆されました。以上を踏まえ、かなり強引ではありますが、当院で使用頻度の多い3世代セフェムの静注抗生剤に関して、「3世代セフェムに替えてペニシリン系の抗菌薬を使用していきませんか？」という提案を行いました。その結果――

特に抗菌薬の処方動向に変化はありませんでした。

提案内容が強引過ぎたのと、伝え方が悪かったのではないかと反省しております。抗菌薬の処方に関しては、もっとさまざまな視点から見直していく必要があるのではないかと考えております。

[整腸剤に関する提案]

整腸剤に関する一つ目の文献は、クロストリジウムデフィシル関連下痢症(CDAD)における整腸剤の予防効果を検討したランダム化比較試験23研究のメタ分析³⁾です。

このメタ解析において、CDAD発症率は、整腸剤群2%、プラセボおよび未治療群で5.5%と、整腸剤の使用にてCDADが有意に減少(リスク比[RR] : 0.36[95%信頼区間0.26~0.51])しており、そのNNT(Number Needed to Treat ; 治療必要数)は29という結果でした。また、整腸剤による有害事象については、大きな問題はない(副作用発症のRRは整腸剤群vsプラセボおよび未治療群で0.80[95%信頼区間0.68~0.95])と予測され、臨床的にも十分に使用に値するのかな、という印象でした。なお、この文献は処方提案当時のものですが、2017年にアップデートされています。⁴⁾こちらでもほぼ、同様の結果となっております。

二つ目の文献も、整腸剤によるロストリジウムデフィシル関連下痢症(CDAD)の予防効果を検討したランダム化比較試験26研究のメタ分析⁵⁾で、先ほどの文献と同時期のメタ解析ということもあり、CDADの発症率についてはほぼ同様の結果でした(整腸剤群 vs 非整腸剤群 : 1.5% vs 3.8%(リスク比[RR]0.395[95%信頼区間0.294~0.531] ; I²=0%)。

これらの文献では整腸剤の種類による違いも検討されておりましたが、Lactobacillus群 : RR 0.363 (95%信頼区間0.225~0.585)、Saccharomyces群 : RR 0.415(95%信頼区間0.217~0.796)、2種混合群 : RR 0.418(95%信頼区間0.263~0.664)と、ほとんど変わりはないようでした。

これらの文献を元に、「抗菌薬を処方する際にはどの種類でも構わないので整腸剤を飲みませんか？」と提案を行いました。その結果――

整腸剤の処方が追加されることはなく、処方動向に変化が見られないという、残念な結果となりました。比較的大きな差がついているので、自信のある提案ではあったのですが……。

[プロトンポンプ阻害薬に関する提案]

プロトンポンプ阻害薬（PPI）に関する1つ目の文献は、酸分泌抑制薬と抗菌薬によるCDIのリスクを検討した観察研究42件のメタ分析⁶⁾です。

この研究では、PPIの使用によるCDIの発症リスクの増加(オッズ比[OR]：1.74[95%信頼区間1.47～2.85]； $I^2=85\%$)、CDIの再発リスクの増加(OR：2.51[95%信頼区間1.16～5.44]； $I^2=78\%$)、 H_2 ブロッカーの方がPPIよりCDI発症率が低い(OR：0.71[95%信頼区間：0.53～0.97])ことが示されていました。 H_2 ブロッカーとの関連については他の文献もいくつか読みましたが、リスクは非投与と比べて同等か、ややリスク上昇程度で、PPIよりは安全といった印象でした。

2つ目の文献は、PPIによる治療の継続とCDI再発リスクの関連を検討した後ろ向きコホート研究⁷⁾です。この研究では、発症から15日～90日以内のCDI再発に関して、PPIの継続使用によってCDIの再発リスクが増加(ハザード比[HR]：1.5[95%信頼区間1.1～2.0])することが示されています。一方で抗菌薬の投与は、HR1.3 [95%信頼区間0.9～1.7]であり、PPIの継続投与は抗生剤の投与と同じくらいのリスク因子となることが示唆されました。

またこの文献で興味深かったのは、「PPIは60.7%の患者に使用されていたが、そのうちエビデンスに基づいて使用されていたのは47.1%だった」という記載があったことです。やはりPPIの不適切使用は多いんですね。

これらの2つの文献を元に、「CDI発症患者においては再発予防の関連からPPIは H_2 ブロッカーへの変更もしくは中止」を検討していただくよう提案しました。ややハードルの高い提案かなと思っておりましたが、私の予想に反して、処方考慮頂けるようになりました。

[考察]

処方提案をして思ったのは、「**実際のところ、どの提案が受け入れられるかは分からない**」ということです。自分の持っている情報が本当に適切なものかどうかは分かりませんし、もっと実用的で妥当性の高い情報があるかもしれません。とはいえ、自分の提案そのものが、これまでにない全く新たな視点を提供することもあります。

自分の提案したことが受け入れられるかどうかは、提案する時点では分かりようがありませんが、「受け入れられる」ことがゴールではありませんので、まずは提案してみることが大切かと思います。そして何よりも、**提案することで生まれるディスカッションこそが重要**なのではないかと思います。

また、介入の「タイミング」も重要です。医師が悩んでいる時というのは一つのタイミングかと思いますが、そこで「一緒に悩む」というのはとても大切なことだと思います。患者さんが困っている時に関しては、その都度、適宜提案していけばよいかと思います。「鉄は熱いうちに打て」といいますが、その熱い「タイミング」を逃さないことが、議論を深めるコツではないか思います。この「タイミング」をできるだけ逃さないようにしたいものです。まあ、実際のところなかなか難しいのですが……。

処方提案に関しては私自身、1つ困っていることがあります。一度受け入れられなかった提案でも、自分としてはやっぱり大事だから、もう一度提案したいという事もよくあります。ただ、そういった提案はなかなか言い出しにくいというのが現実ではあります。こういった場合の提案をどのようにすればいいか？と日々悩んでいます。それこそ「タイミング」の問題なのかもしれませんけれど……。何か良い案があれば、是非教えてください。

私はJJCLIP（薬剤師のジャーナルクラブ：オンライン論文抄読会をウェブ上でラジオ配信している取り組み）⁸⁾を聞き始めるまでは英語の文献を読んだことがなかったのですが、JJCLIPを聞くことで英語の論文を読むテクニックが身につく、解釈がそれなりにできるようになってきました。

英語の論文を読むことができるようになって良かったことの1つが、検索言語に「英語」が加わったことです。これは本当に大きなことでした。特にこの分野は、日本語の情報より英語の情報の方が圧倒的に多いですし、質が高いものも多いです。そういった意味でも、普段から英語の論文を読み、英語に触れておくことで、医師に対して、より実践的な情報提供ができるのではないかと思います。

※本記事は、NPO法人AHEADMAP2018年度総会において開催された、「EBM実例報告会」での発表演題をまとめたものです。

[参考文献]

1) Vardakas KZ, et al : Clostridium difficile infection following systemic antibiotic administration in randomised controlled trials: a systematic review and meta-analysis. Int J Antimicrob Agents. 2016 Jul;48(1):1-10. PMID : 27216385

- 2) Slimings C, et al :Antibiotics and hospital-acquired Clostridium difficile infection: update of systematic review and meta-analysis. J Antimicrob Chemother. 2014 Apr;69(4):881-91.PMID : 24324224
- 3) Goldenberg JZ, et al :Probiotics for the prevention of Clostridium difficile-associated diarrhea in adults and children. Cochrane Database Syst Rev. 2013 May 31;(5):CD006095. PMID: 23728658
- 4) Goldenberg JZ, et al :Probiotics for the prevention of Clostridium difficile-associated diarrhea in adults and children. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Dec 19;12:CD006095. PMID: 29257353
- 5) Lau CS, et al :Probiotics are effective at preventing Clostridium difficile-associated diarrhea: a systematic review and meta-analysis. Int J Gen Med. 2016 Feb 22;9:27-37. PMID : 26955289
- 6) Kwok CS, et al :Risk of Clostridium difficile infection with acid suppressing drugs and antibiotics: meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2012 Jul;107(7):1011-9.PMID : 22525304
- 7) McDonald EG, et al :Continuous Proton Pump Inhibitor Therapy and the Associated Risk of Recurrent Clostridium difficile Infection. JAMA Intern Med. 2015 May;175(5):784-91. PMID : 25730198
- 8) Aoshima S, Behavioral change of pharmacists by online evidence-based medicine-style education programs. J Gen Fam Med. 2017 Jun 21;18(6):393-397. PMID: 29264070

－執筆者プロフィール－

野田 学（のだ まなぶ）

チェーン調剤薬局勤務を経て、生まれ育った人口1万人ほどの自然豊かな小さな町にある唯一の病院で薬剤師として勤務しながら、地域に対して薬剤師・医療者・地域住民として自分に何ができるのかを日々模索中。ブログで、地域医療のことや臨床疑問について調べたことを書いています。

【ブログ】

▶リンコ's diary : <http://www.rincos-diary.com/>

▶リンコ's ジャーナル : <http://www.rincos-journal.com/>

【連載】辰治さんと私（第5話）

桜川 のの

私が辰治さんに借りた『女来也』^{じょらいや}は、男装の美少女が活躍する時代物のファンタジーだった。自分が生まれるより前にこんな話が書かれたのかと、感心しながらとても面白く読んだし、もうとっくに読み終わっているのだけれど、何となく返せないままだった。辰治さんの訪問の日は必ずカバンの中に忍ばせていたのだが、そうしているうちにもう一冊、時代小説を借りることになった。「じゃあ、これを」と並んでいながら一冊の本を引っ張り出した際に、一枚のハガキがヒラッと落ちてきた。

拾い上げてみると、かなり前の年賀状のようだった。

「辰治さん、年賀状が出てきましたよ」

辰治さんは眼鏡に手をかけながら私が差し出したハガキをグッと覗き込んで、

「ああ。ずいぶん前だね。女房だよ。離婚してるけどね。今はもう連絡とってないなあ」

と言った。確かに福祉課から辰治さんの件を頼まれた時に、別れた妻と子どもがいるという話は聞いていた。敢えて触れる話ではなかったのも、こちらからその話をしたことはなかった。辰治さんの顔色をうかがうと機嫌が悪い風でもなく、当時の話を聞けそうだったので、私はそのまま続けた。

「どこで、知り合われたんですか？」

「九十九里の方だよ。仕事であちこち行ってた頃」

「千葉県ですか？」

そのハガキの差出人の住所は東京だったが、

「ああ。その頃はちよつとの間、住んでたね」

「そうだったんですね」

別段楽しくも、悲しくもない静かな空気の中で、使われなくなった仕事道具がたくさん入った工具箱が、部屋の隅で存在感をあらわにして鎮座していた。

「ハガキ、どこか、仕舞っておきましょうか」

捨てるでもなく、特に大事にしていたわけでもなさそうだったが、せっかく見つけたのでと、錆びた5円玉や画鋲、蓋のないボールペンといったガラクタや大事なハンコなどが入っているレターケースにそっと仕舞っておいた。余計なことしたかな？ と思ったけれど、辰治さんは何も言わなかった。

第5話 秋

この日は、福祉課の佐藤さんも辰治さんに用事があるというので、時間を合わせて訪問した。ちょうどマンションの前で一緒になり、「今日も暑いですね」などと話しながらエレベーターで3階まで上がった。「こんにちは」とドアを開けると、玄関を数歩入ったところで、辰治さんが座り込んでいた。

私も佐藤さんもちょっとびっくりして「どうしたんですか？」と言いながら、慌てて部屋に入った。

辰治さんは、やや疲れた表情で、ゆっくり顔を上げると「ああ。どうもね」とだけ言った。

「お出かけでもしたんですか？」

9月半ばになっても昼間はまだ暑い日が続いており、いつもの辰治さんなら上半身は下着だけで過ごしていたが、半袖のポロシャツ姿だったため、出かけたのではないかと思ったのだ。

「ああ。ちょっと煙草をね」

「買いに、行ったんですか？」

恐らく坂の上の煙草屋さんに行ったのだ。

「行きは良かったんだけど、帰れなくなっちゃってさ」

「それで、どうしたんですか？」

「車に乗っけてもらってさ」

「煙草屋さんに？」

「うちの前まで押して送ってくれたんだよ」

——車で？ 押して？

私と佐藤さんは交互に質問して何があったのか聞いてみたが、いまいち話が読めず、顔を見合わせた。煙草屋さんに話を聞きに行ってみた方がいいだろうか……。それは出過ぎた真似だろうか……。そんな考えが頭をよぎっていく。

ともあれ、本人も疲れている様子だし、これ以上聞いても混乱してしまいそうだったので、私たちはそれ以上質問するのをやめた。辰治さんの介護スケジュールでは、今日は午前中にヘルパーさんが入る予定のはずだった。この様子だと、恐らくヘルパーさんの時間には、もう辰治さんは煙草屋さんに出かけてしまっていて、ヘルパーさんは入れなかつただろう。

下駄箱の上にはお昼の宅配弁当があり、その下に連絡ノートがあった。お弁当が届いてから、ヘルパーさんが来るまでの間に出かけたのだろうか、などと推理しながら、お弁当箱を少しよけて連絡ノートを開いた。最後は昨日の訪看さんの記述だった。「血圧は142 / 85か」とついでに確認した。

「ヘルパーさん、入れてないようですね」と佐藤さんに言って視線を辰治さんに戻した。

辰治さんはダイニングテーブルと食器棚の間に座り込んで、玄関から真っ直ぐ奥の部屋に向かう通路を通せんぼしていた。奥の部屋のちゃぶ台が生活の中心となっているため、ダイニングテーブルは上に載っている電気ポットやよく使うお皿、カップラーメンなどがある以外は大きなオブジェと化している。私はお弁当箱を持ち、辰治さんを迂回してダイニングテーブルと流し台の間を通り奥の部屋に入った。お弁当をちゃぶ台に置きながら、壁に貼ってあるお薬カレンダーを見ると、案の定今日の日付が書かれた葉が「ええ。まだいますよ」と訴えていた。

佐藤さんが辰治さんの目線までしゃがんで「奥、行けますか？」と問いかける。ダイニングテーブルと合わせてオブジェになっている椅子に手をかけて、辰治さんがよしよと立ち上がる。佐藤さんは倒れないようにとその椅子を軽く押さえた。辰治さんの体は玄関の方を向いていた。こちら側を振り返るかと思いきや、そのまま一歩玄関の方に歩み出し「しょんべん」と言った。佐藤さんはスツと横によけて食器棚と椅子に手をかけながらトイレに向かう辰治さんを見送る。かくして私はダイニングの椅子に対する認識をオブジェから不安定な手すりへ改めた。

「つっぱり棒、あった方がさそうですね」

歩くだけならまだそれほどふらつきはない様子だが、立ち上がる際などは何かしっかりと掴まるものがあった方がいい。私は福祉用具の手すりや、つっぱり棒を思い浮かべていた。

「ええ。そうよねえ。いつ転んでもおかしくない感じ」

もしかしたら初めて見たかもしれない辰治さんが歩く後ろ姿は、私が思っていたよりもずっと、おじいさんだった。

「後で煙草屋さん、行ってみます」

「じゃあ私も。いいですか一緒に」

私もそうしようと思っていた。

「ええ。時間、大丈夫だったら是非」

ケアマネさんや佐藤さんを差し置いて勝手にそんなことをしてもいいものかと思っていたので、ホツとした。

トイレを済ませて幾分スッキリした顔で奥の部屋にやってきた辰治さんは、ちゃぶ台の前の定位置に座ってやっと一息ついた様子だった。

「お昼まだですよ。お弁当、温めますか？」

「いや、いいよ。そのまま」

今日はまだ服薬していないことを確認し、手近にあったコップをサッと洗って多めに水を入れて辰治さんに渡し、服薬してもらった。ちゃぶ台の下に転がっていた血圧計を手首に巻く。測定結果は「178 / 97」と表示された。

「いつもより高めですね。頭痛いとか、フラフラするとかないですか？」

「大丈夫」

辰治さんはそう答え、もう一口、水をゴクリと飲んだ。

そして佐藤さんが、「疲れているところすみません、とりあえずこれだけ」と最低限の用事を済ませている間に私は連絡ノートに血圧や服薬確認の旨など訪問の記録を書いた。

「それじゃあまた」

「どうもね」

「お昼食べて休んでくださいね」

と辰治さんのもとを後にし、辰治さんにはそうとは言わず二人で煙草屋さんに行ってみることにした。

普段、車や自転車で通過しているその坂は、歩いてみると思っていた以上にきつくて長かった。緩やかにカーブになっている箇所思わず「よいしょ」と言ってしまう。確かに高齢者にはしんどいし、帰りは下りだから踏ん張らないと転んでしまうだろう。

「煙草、吸いたかったんですね」

「そうですね……」

辰治さんの部屋の絨毯に煙草の焦げ跡が目立つようになったことをきっかけに乳酸菌飲料の訪問販売の人が煙草をまとめて買って来ていたと分かり、それはやめてもらうようにと話をつけてから1ヶ月ほど経っていた。

「こんにちは」

ガラガラと戸を開けてお店に入ると、ピンポン、と音が鳴った。

レジには誰もおらず、少しすると奥から、「はい」と声が聞こえ、中年の男性が顔を出した。

どちらかと言うと覇気はなく、特段商売上手でもなさそうなおじさんだった。

店の商品棚には、まばらにパンやお菓子が並んでいたが、よく知っているお菓子のパッケージがくすんでいるのが目に入り、賞味期限は大丈夫だろうか心配になる。

「何でしょう」

店のおじさんも、客ではなさそうな私たちに少し不思議そうな顔をする。

「あの、坂の下に住んでいる、煙草を買いに来るおじいさんのことで」

「……ああ」

とおじさんは少し話が見えてきた様子。

「申し遅れまして。福祉課の担当の佐藤と言います」

佐藤さんは言いながら名刺を出した。ややこしくなるので、私はその連れという設定にして名乗らなかつた。

「今日、お見えになりましたよね」

「送っていただいた、と聞きまして」と私が付け加える。

「ええ。まあ。座り込んじゃって。帰れなそうだったんで」

「あの、どうやって」

「店の、大きめの台車に乗かってもらって何とか家の前まで」

ああ、なるほど。だから押してもらったと言ったのか、と私たちは納得した。

「下り坂は……」

あの斜面、台車に何かを載せて真っ直ぐ下るのは難しいだろう。

「あー。まあ、後ろ向きでゆっくりなんとか」

とおじさんは表情を変えずに話しているが、結構大変だったのではなかろうか。

「そういうの、今日が初めて、ですか？」

「あー。前にも一度」

「こちらのお店には、よく、来られるんですか？」

「あー。そういえば最近は、あまり。以前ほどは……」

「そうでしたか。どうもご面倒をおかけしました」

「もしまた何かありましたらこちらに……」と、佐藤さんはおじさんに渡した名刺の連絡先を指した。

「お仕事中、お邪魔しました」

お店を出て、私たちは車と自転車を置いてあるマンションの方に戻った。やはりその下り坂は、私でも少し踏ん張らないと、特にカーブの辺りでトトトツとつんのめってしまいそうだった。

「ケアマネさんには、私から」

と佐藤さん。

「はい、お願いします。また連絡してください」

それからしばらく、佐藤さんからもケアマネの井上さんからも連絡はなかったが、次の訪問の際、連絡ノートを見ると、「尿臭あり、失禁の可能性」という旨のヘルパーさんの記録が目に入った。先日、立ち上がるのに苦労していた姿を思い出し、「やっぱりそうなるよな」と呟いた。

その日の夕方、こちらから連絡しようと思っていたところにケアマネの井上さんから連絡が入った。新たに福祉用具の人にも関わってもらうことになり、辰治さんの介護の短期目標の見直しも兼ねて近々会議を開くので参加してくださいとのことだった。そして、今後の選択肢として施設入所も提案する、という言葉聞いてようやく気がついた。

「ああ……」

そうか。借りた本を返してしまうと、それきりになってしまうんじゃないかと不安だったのか。返せない理由に気がついて胸の奥がキュウツと締め付けられる感じがした。

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。

Vivere cogitare est.

剣よりも強いペンに、愛を込めて。

【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–

物語の哲学(岩波現代文庫)

野家 啓一 (著) 岩波書店; 増補版 (2005/2/16) A6 382頁

『思い出は過去の出来事のありのままの再現ではない。それは経験の遠近法による濾過と選別を通じて一種の「解釈的変形」を被った出来事である』

(物語の哲学 p121)

過去の出来事。それは確かに実在していると僕たちは確信しています。もちろん、過去が実在しなければ、今現在も存在しえないということになりますから、過去なるものが存在する（あるいは、した）ことは間違いないでしょう。

しかしながら、過去そのものについて、僕たちはそれを手に乗せて眺めてみたり、過去の体験をリアルに、あるいは直接的に経験することはできません。できたとするならば、それは過去ではなく、単に現在と呼ばれるような何かです。著者、野家さんの言葉を借りれば、過去とは『われわれの想起や物証から独立のどこかに「存在」するものではなく、社会的に公認された公共的手続きを通じて「生成」していくもの（歴史を哲学する p166）』という事ができるでしょう。

意識的にであろうと、無意識的にであろうと、僕たちが言語によって記述をおこなうとき、そこには関心の遠近法が働いており、記録に値する有意味な情報の取捨選択がなされています。過去の実在は、歴史的過去を体験的過去に結び合わせ、それに知覚的現在に接続する「物語り」のネットワークの中で志向的に構成されていくのです。そして、野家さんは、『物語り（物語ではなく）』こそが、体験的過去と歴史的過去をつなぐ鍵概念であるとしています。

歴史的な事実は、それ自体で「神意」や「運命」といった意味をもつものではありません。人生の意味や目的を決定するのが僕たち自身であるように、歴史の意味や決定も僕たち自身の手ゆだねられているのかもしれない。

(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。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 syuichiao@gmail.com までご連絡ください。詳細は「[臨床批評](#)」投稿規定をご参照ください。

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 3,000円
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

臨床批評の投稿規定

【編集方針】

『臨床批評』は、特定非営利活動法人AHEADMAPの公式な会報誌です。医療、臨床にかかわるテーマについて論理的、批判的な考察を加えた論考、書評、コラム、あるいは医療をテーマにした小説などを募集しています。本誌は質の高い臨床情報発信媒体を目指すとともに、投稿者および、読者双方の教育的機会創出を目指しています。また、本誌はAHEADMAP会員のみならず、広く一般に無料で公開します。

【論文審査（査読）方針】

投稿いただいた論考は「臨床批評」編集部にて査読・校正を経て、必要に応じて執筆者に加筆訂正（著者校正）を依頼いたします。

【投稿資格】

医療従事者のみならず、またAHEADMAP非会員の方でも投稿可能です。

【執筆要項】

図表は著者のオリジナルのものに限ります。論文等からの許諾なき図表転載はご遠慮ください。なお、論文データを用いてご自身で作図されたものであれば掲載は可能です。原稿は**Wordファイル**にまとめていただき、図はJPGファイルで添付してください。（パワーポイントで作図し、併せて添付いただいても大丈夫です）また表についてはWord直接作成、もしくはエクセルで作成していただいたものを添付してもかまいません。（エクセル作成時は原稿と共にエクセルファイルも送付してください）

文字数に制限はありません。引用文献は論考と直接関連するものを本文の最後にまとめ、引用順に配列してください。本文中には文献番号を肩付きとして、引用個所に記載してください。文献の記載方法は次に示す通りです。

〔英文誌〕 Aoshima S, et al : Behavioral change of pharmacists by online evidence-based medicine-style education programs. *J Gen Fam Med.* 2017 Jun 21;18(6):393-397. P MID: 29264070

〔和文誌〕 青島 周一, 他 : 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* / 52 巻 (2016) 10 号p. 948-950. doi.org/10.14894/faruawpsj.52.10_948

本文冒頭に**タイトル**と**執筆者名**（ペンネームでも構いません）、本文末尾に執筆者簡単な**プロフィール**をご執筆ください。なお本文中には必要に応じて**小見出し**をつけていただくことを推奨します。

【原稿送付先および問合せ先】

臨床批評編集部 青島周一 宛
syuichiao@gmail.com

【著作物の利用について】

当会報誌におきまして、著作物の利用を以下のように定めたいと思います。

- 1) ご執筆いただきました著作物の著作権は著作者に帰属します。
- 2) 複製権等（著作物を複製し公衆に譲渡する権利、送信、上映に関わる権利）、翻訳・翻案などの権利はNPO法人AHEADMAPが保有します。
- 3) NPO法人AHEADMAP会報誌編集部は著作物の増刷・電子化・二次利用にあたり、著作者者にその旨を通知します。
- 4) 著作権使用料に関して、AHEADMAP会報誌編集部は、著作者者と協議の上決定します。
- 5) 著作物の利用について疑義が発生した際には、著作者者とAHEADMAP会報誌編集部が双方誠意をもって協議の上解決します。
- 6) その他、原則的に著作権法の諸規定に従います。

【掲載料】

掲載料は無料です。

【発刊予定日と原稿締め切り日】

・発刊予定日

冬号（1月末日）、春号（4月末日）、夏号（7月末日）、秋号（10月末日）

・原稿締め切り

冬号（12月末日）、春号（3月末日）、夏号（6月末日）、秋号（9月末日）

編集後記

昔の事をたずね求めて、そこから新しい知識・見解を導く、温故知新。僕たちは歴史から何かを学ぶことができるのでしょうか。今回も数多くのご寄稿をいただき、一つ一つの論考を読む中で、とても深く考えさせられました。

未来に対して「目的」を設定する、人は少なからずそのような仕方です。人の生、そして生きてきた時間と、過去の経験。少なくともそうした出来事を踏まえることで、現在、あるいは未来に向けて「希望」を見出すことはできるのだと思います。

(青島周一)

今回もたくさんの寄稿ありがとうございます。今年は初めて名古屋でのNPO総会になりました。全国各地からのご参加ありがとうございました。

日時や場所の都合で参加できなかった方もたくさんいらっしゃると思います。AHEADMAPワークショップを大分で開催できるよう用意中です。ご都合が宜しければふるってご参加ください。新たな気付きと出会いが待っています！

(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、上映に関わる権利、翻訳・翻案などの権利はNPO法人AHEADMAPに帰属します）

NPO法人AHEADMAP賛助会員（団体）



<https://cmj.publishers.fm/>

地域医療に関わるプロガーらが、日常臨床から感じたことを寄稿記事として掲載する、新しいウェブマガジンです。

「臨床批評」Vol.2 No.3

2018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](#)