

2020年5月11日

第3370号

週刊(毎週月曜日発行)  
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)  
発行=株式会社医学書院  
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23  
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850  
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp  
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

# 週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

## 今週号の主な内容

- [インタビュー] 費用対効果評価がめざす未来とは(中村洋)…………… 1-2面
- [寄稿] 「愛する地域で最期まで過ごす」を実現する戦略(田上恵太,他)…………… 3面
- [連載] 図書館情報学の窓から(終) 4面
- [連載] 臨床研究の実践知…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY/[視点] 今なぜ心不全療養指士が必要なのか(小室一成)…………… 6-7面

# 日本の医療保険財政を救えるか!? 費用対効果評価がめざす未来とは

interview 中村 洋氏に聞く

慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授

医療の進歩に伴い高額な医薬品・医療機器が次々に登場する近年、医療保険財政の維持をめざした保険医療の費用対効果評価が求められている。この流れを受け、2019年4月から医薬品、医療機器の新規収載品に対する費用対効果評価制度の運用(MEMO, 図1)が開始された。一部からは、本制度の導入が日本の研究開発に歯止めをかけるのではとの指摘も聞こえるが、制度の確立に尽力した中央社会保険医療協議会(以下、中医協)の費用対効果評価専門部会の真意はどこにあるのか。これまで10年以上の間、医薬品や医療機器の算定に携わり、上述の専門部会の中心的役割を担ってきた中村氏に話を聞いた。

—「医療にお金のお話をもち込むべきではない」など、これまで医療費の話はある種タブーのように扱われてきました。なぜ今、費用対効果評価制度を導入する流れとなったのでしょうか。

中村 これまでの日本の薬価制度/保険医療材料制度においても、既存製品との相対評価をする中で費用対効果の考えは取り入れられていました。例えば、新しい医薬品・医療機器が既存製品に対して有効性・安全性の面で優位であれば加算を付けるといったことです。しかし、近年は開発費などのコスト増により高額な製品が市場に投入されるケースが相次ぎ、医療保険財政ならびに患者の経済的負担の増大、日本の医療保険制度の維持可能性が懸念され始めました。そこで、欧州を中心に発展してきたQALY(註)、ICER(増分費用効果比, 図2)を用いた費用対効果評価が、日本でも検討されるようになったのです。

—類似の医療保険制度を運用する欧州諸国では2000年代から導入されていた制度です。導入に20年近くのタイムラグが発生したのはなぜですか。

中村 先ほど述べたようにこれまでも日本独自に費用対効果の考えが取り入れられてきたこと、加えて価格の決定方法に対する哲学が異なるからだと考えています。

—「哲学が異なる」とは具体的には何を指すのでしょうか。

中村 欧州諸国は基本的に企業が価格を設定し、費用対効果が悪ければ政府が保険償還をしないなどの選択が可能です。一方日本では、保険償還を前提に政府が価格決定をします。QALYやICERなどの評価方法のアイデアは欧州を参考にできても、その値をどう活用するかは全く異なります。日本の基本的な哲学は「価格はコントロールするけれども保険償還は行う」との方針であり、日本式の制度へフィットさせることに時間を要したのです。日本の場合、欧州諸国と比較し、保険償還は広範囲かつ迅速です(図3)。保険償還を制限する方法を無理に導入しても制度的、文化的に適合しないでしょう。そのため日本は、欧州の方式を修正して取り入れながら運用する形を取っています。

## 効果の高い製品を創るだけがイノベーションではない

—では、日本でQALY、ICERを用いた費用対効果評価を導入した目的を教えてください。

中村 導入の目的は大きく2つです。1つは、費用対効果が低い医薬品・医療機器の保険償還価格の引き下げによって、当該品目の費用対効果を改善し、医療保険財政ならびに患者・家族の経済的負担を軽減すること。もう1つは費用対効果に優れた革新的な医薬品・医療機器を正当に評価することで、そうした製品のさらなる研究開発を促すことです。

—前者については、保険償還価格の引き下げが主目的となり、医薬品や医療機器の開発意欲を削いでしまうのではとの批判の声が上がっています。

中村 実際の引き下げ品目数や引き下げ幅を見ていただければわかりますが、イノベーションに歯止めを掛けるようなレベルではありません。現に、2016~18年にかけて行われた試行的導入の際には13品目中2品目(オプジーボ<sup>®</sup>、カドサイラ<sup>®</sup>)しか引き下げの対象になっていません。オプジーボ<sup>®</sup>に関して言えば、上市時から2019年8



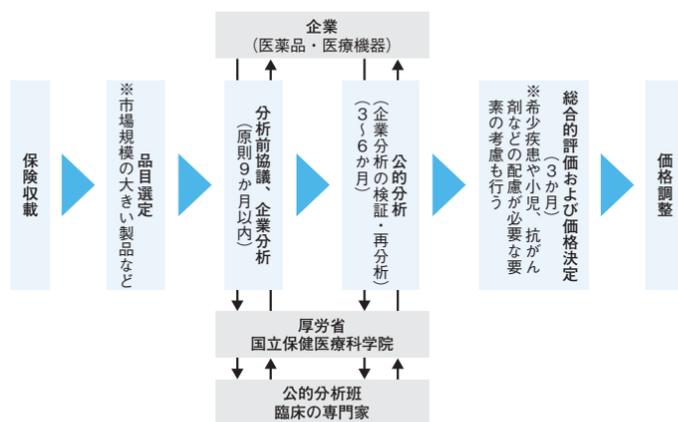
● なかむら・ひろし氏

1988年一橋大経済学部卒。96年に米スタンフォード大経済学博士課程修了(Ph. D取得)後、慶大大学院経営管理研究科専任講師に着任。助教授を経て、2005年より現職。中医協の公益委員、同業部専門部会会長、同費用対効果評価専門部会会長代理を務める。

月までに76%もの薬価が引き下げられましたが、費用対効果評価による引き下げ幅はそのうちのほんのわずかです。—費用対効果評価がわずかしか影響を与えなかったのはなぜでしょうか。

中村 日本には、もともと特例拡大再算定などの手法によって価格を引き下げる仕組みがあり、QALY、ICERに

(2面につづく)



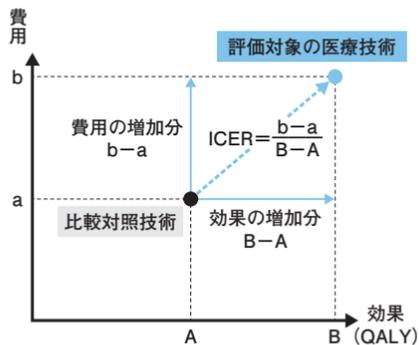
● 図1 費用対効果評価制度のフロー(中医協資料より)

保険収載後、中医協で選定された製品は、速やかに企業分析へと移行する(企業分析の開始前には分析前協議が開かれ、対象集団や比較対照技術などの分析枠組みの決定が行われる)。企業分析終了後は公的分析がなされ、総合的評価を経て価格調整が実施される。品目選定から価格調整までに要する期間は約15~18か月を想定。

## 新型コロナウイルスと闘う医療従事者の方々に敬意を表します

株式会社医学書院は、人類が経験したことのない脅威の最前線で、自身の生命が危険にさらされるような過酷な状況下で献身的な努力をされている医療従事者の方々、そして医療をはじめ、国民の健康と生活を支えてくださっている多くの関係者の皆様に、最大限の敬意と感謝を表します。

株式会社医学書院  
代表取締役社長 金原 俊



●図2 費用対効果評価におけるICER  
評価対象品目と既存の比較対照品目を比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析する指標。健康な状態で生存期間を1年延長するために必要な費用を算出する。

(1面よりつづく)

基づく費用対効果評価よりも大きな影響を価格に与えるからです。

別の視点ですが、そもそも費用対効果が低そうな製品は、研究開発の早い段階で見切りをつけ、より費用対効果が優れた製品に投資するような機運が生まれるべきだとも考えています。恐らく開発者の方も、肌感覚として「この製品開発が成功しても、既存の製品と比較して本当に費用対効果が優れているのかな？」と考える製品はあると思います。

——一方で、費用対効果に優れた製品に対しては価格を引き上げることも検討されていますよね。試行的導入の際には1製品(カワスミ Najuta 胸部ステントグラフトシステム)が引き上げの対象となりました。

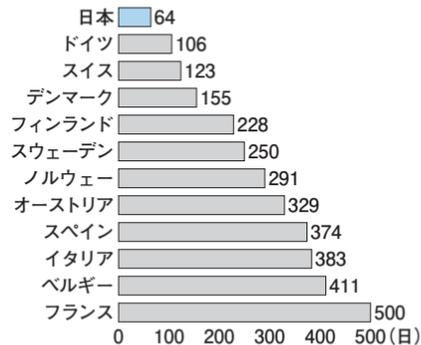
中村 企業は価格の引き上げによる収益の増加が見込まれるだけでなく、「費用対効果が高い」とのお墨付きが得られることで、製品のポジティブなプロモーションにも活路を見いだせるはずです。また、引き上げに至らないまでも費用対効果に優れていることが評価されれば、たとえ高額な製品であったとしてもその価格を維持することを正当化できるメリットも生まれますね。

もちろん、価格の引き上げや高額製品の価格維持は医療費に少なからぬ影響を与えますが、費用対効果に優れた製品が続々と現れるようになれば、中長期的には必ず恩恵をもたらします。効果の高い製品を創るだけがイノベーションではありません。効果が同等でも経済的に優れたものを開発することができれば、社会に十分貢献するイノベーションと言えるでしょう。

目下の課題は、他の制度との連携強化と評価品目のスクリーニング

——制度の本格導入から約1年が経過しました。これまでを振り返り、今後取り組むべき課題は何でしょうか。

中村 まずは企業が抱く不透明感によ



●図3 承認から保険償還までの期間(平均値)(文献1より)

日本は原則60~90日以内で、類似の医療保険制度を持つ欧州諸国に比べても短く、日本における迅速な保険償還が見てとれる。

る不安の払拭です。依然として費用対効果評価が「研究開発の将来を脅かす制度なのでは？」ととらえられているように感じます。まだ導入され始めたばかりですので、どうしても予見性が低い制度に見えてしまうのは致し方ないでしょう。そこで、過度な不安をおおってしまわぬよう制度の目的をより明確にするとともに、その目的実現のために業界や関係団体との対話を重ねていくことが欠かせません。

——制度の中身に関する改善点はありますか。

中村 市場規模の大きい既存品など、対象となる品目を拡大することです。QALY, ICER を用いた費用対効果評価では、リアルワールドデータを活用して評価しますので、既存品の市販後データを追うことでより正確な評価をすることが可能になります。

また層別化解析で、特定の患者層でQOLの改善が認められない、あるいは費用対効果が著しく低いことが明らかになれば、フォーミュラリーや診療ガイドラインなどにおいて、その層への使用の制限や優先度を下げることを選択肢となり得ます。つまり、他の制度との連携強化ができれば、費用対効果評価自体の効果が高まります。——とすると、今後はより多くの品目を評価しなければならなくなるはずです。2019年4月の本格導入以後、対象製品は医薬品のみ7品目(表)にとどまっていますが、品目数が増える余地はあるのでしょうか。

中村 現状、費用対効果評価を行うのは年間10品目程度が目標です。この数字を少なく思う方もいらっしゃるかもしれませんが、これには理由があります。それは1品目につき最低でも「企業」「第三者機関(大学など)」「判定側(専門部会等)」の立場から、おのおの評価を下さなければならないからです。もちろん、それぞれの立場において1人でこなせるタスク量ではありませんので、相応の時間(図1)と労力、費用が掛かります。

●表 費用対効果評価の対象品目(2020年4月時点)(中医協資料より)

品目名(製造会社)	対象疾患	収載時薬価	ピーク時市場規模*1
①テリルジー(グラクソ・スミスクライン)	COPD(慢性閉塞性肺疾患)	8,692.8円(30吸入)	236億円
②キムリア®(ノバルティス)	B細胞性急性リンパ芽球性白血病 びまん性大細胞型B細胞リンパ腫	3,349万円	72億円
③ユルトミリス®(アレクシオンファーマ)	発作性夜間ヘモグロビン尿症	71万7,605円	331億円
④ビレーズトリエアロスフィア56吸入®(アストラゼネカ)	COPD(慢性閉塞性肺疾患)	4,074.8円	189億円
⑤トリンテックス®(武田薬品工業)	うつ病・うつ状態	168.9円(10mg錠)	227億円
⑥コララン®(小野薬品工業)	洞調律かつ投与開始時の安静時心拍数が75回/分以上の慢性心不全	82.9円(2.5mg錠)	57.5億円
⑦ノクサフィル®錠(MSD)	真菌症	3,109.1円	112億円

\*1 新薬収載希望者による市場規模予測(ピーク時)。

——これからはそうした状況に鑑みながら折り合いを付けなければならないということですね。

中村 試行的導入の時を振り返ると、対象となった13品目のうち10品目には価格調整がありませんでした。したがって、価格調整対象外となることにより早い段階で判断できれば、長期間の議論やそれにかかわる多数の人員は不要になります。しかしながら、この早期スクリーニングをするためには、ある程度の経験値が必要な上、作業工程の見直し、および費用対効果評価のできる専門人材の育成も求められます。——医療経済学に精通した人材の育成には手を打たれているのでしょうか。

中村 2020年度からは国立保健医療科学院のバックアップの下、慶應義塾大学で医療経済評価(HTA)コースが新たに作られ、専門人材の育成に力を入れ始めています。こうしたコースを経た方が、医療保険財政の将来を担うことを期待しています。

個々の医師に意思決定を依存しないようなシステムづくりを

——ここまで費用対効果評価について専門的な話をしてきました。では一体、臨床医は医療経済学に関する知識をどの程度持つべきなのでしょう。

中村 私自身、臨床医の方はこれまで述べてきたようなQALY, ICERを用いた費用対効果評価の内容を完全に理解する必要はないと考えています。現在の制度では、臨床医の処方制限などの実質的な影響を及ぼさないからです。

その一方で、本制度の導入をきっかけに日々の診療の中で費用対効果を考えていただきたいとも考えます。例えば抗菌薬適正使用の問題やポリファーマシーの問題です。恐らく医師の中にも「本当に効果があるのだろうか」「むしろ患者さんにネガティブに働いているのではないかと、内心疑問に思う方もいるのではないのでしょうか。こうした疑問を持つことだけでも、費用対

効果を考えていると言えるのです。——ただ、個々人の取り組みだけで、増え続ける医療費の抑制に影響を与えるには限界があるはずです。

中村 その通りです。例えば費用対効果を意識している医師が「費用の割に効果はないと思います」と、カンファレンスで発言した時に、意見が通りやすいか否かは重要な問題です。費用対効果に対する意識の高い人が孤軍奮闘し続けるのはあまりにも酷でしょう。こうした医師を守るためにも、先ほど申し上げたような診療ガイドラインやフォーミュラリーなどへの費用対効果評価の反映は一案です。ある医薬品/医療機器が特定の患者層において、費用はより多く掛かるもののQOLの改善が認められない、あるいは逆に効果が同等で費用を削減できるとの客観的な評価があれば、処方や手技選択のシステムに比較的反映しやすいでしょう。まずは費用対効果に基づいた判断、意思決定を個々の医師に委ね過ぎないようなシステムをつくるのが求められています。

\*

中村 今回は費用対効果評価から医療費の問題に触れましたが、少子高齢化が進む中、日本の医療保険財政は年々厳しくなっています。これまでの医療保険制度を崩壊させないために、まずは医師の皆さまが医療費の問題を、患者さんにとっても医療現場にとっても重大なこととして認識していただけたらと考えます。そうした小さな意識の積み重ねから、日本の将来を変えていくことを願います。(了)

註：質調整生存年。生存期間だけでなく、生存期間の生活の質(QOL)にも着目した医療行為の経済的評価指標。QOLを表す効用値(死亡を0、完全な健康を1として0~1の値を取る)で生存期間を重み付けする。

●参考URL

1) 欧州製薬団体連合会。医薬品の費用対効果評価に対する基本的見解。2019。http://efpia.jp/link/(JP)\_EFPIA\_HTA\_Viewpoint-2019Jan.pdf

5 May 2020

## 新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売・PR部へ ☎03-3817-5650  
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

**今日の診断指針 (第8版)**  
総編集 永井良三  
デスク判: B5 頁1800 25,000円 [ISBN978-4-260-03808-9]  
ポケット判: B6 頁1800 19,000円 [ISBN978-4-260-03809-6]

**耳鼻咽喉・頭頸部手術アトラス [下巻] (第2版)**  
監修 森山 寛  
A4 頁416 37,000円 [ISBN978-4-260-02425-9]

**看護研究ミニマム・エッセンシャルズ**  
川口孝泰  
B5 頁160 2,800円 [ISBN978-4-260-04179-9]

**がんゲノム医療遺伝子パネル検査実践ガイド**  
編著 角南久仁子, 畑中 豊, 小山隆文  
B5 頁252 4,200円 [ISBN978-4-260-04246-8]

**細胞診セルフアセスメント (第2版)**  
編著 坂本穆彦, 古田則行  
執筆 星 利良, 山田麻里沙  
B5 頁320 7,500円 [ISBN978-4-260-04196-6]

**(シリーズ ケアをひらく) 「脳コワさん」支援ガイド**  
鈴木大介  
A5 頁200 2,000円 [ISBN978-4-260-04234-5]

**緩和ケアレジデントの鉄則**  
編集 西 智弘, 松本積久, 森 雅紀, 山口 崇, 柏木秀行  
B5 頁250 3,800円 [ISBN978-4-260-04128-7]

**(シリーズ まとめてみた) 整形外科 (第2版)**  
天沢ヒロ  
A5 頁232 2,800円 [ISBN978-4-260-04159-1]

**臨床研究の教科書 (第2版) 研究デザインとデータ処理のポイント**  
川村 孝  
B5 頁256 4,200円 [ISBN978-4-260-04237-6]

**看護医学電子辞書14**  
電子辞書 価格55,500円 [JAN4580492610438]

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

寄稿

# 「愛する地域で最期まで過ごす」を実現する戦略

## 宮城県登米市の緩和ケアアウトリーチ活動から

田上 恵太<sup>1),2)</sup>, 和田 布由美<sup>2)</sup>, 北山 真理<sup>2)</sup>, 佐藤 麻美子<sup>1),2)</sup>, 田上 佑輔<sup>2)</sup>1) 東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野  
2) やまと在宅診療所登米 緩和ケアチーム

東北地方は慢性的に医療者が不足しており「緩和ケア均てん化」実現への道はまだ遠い。そこで東北大学病院緩和医療科(以下、当科)は、緩和ケア専門家が不在の地域における医療機関と連携し、緩和ケアに関するアウトリーチ活動を2018年から行っている。本稿では宮城県登米市の実践例を中心に、現場の多職種の声も交え紹介する。

### 専門的緩和ケアに関するアウトリーチ活動の現状

アウトリーチ活動とは、地域医療の中心的役割が期待されるものの、専門性が求められる診療のスキルや知識がまだ十分でない医療機関に対し、専門家が定期的に訪問して共に診療にかかわりながら専門性の向上を図る活動である。専門的緩和ケアアウトリーチ活動の有効性や教育面の効果は世界中で実証されており、本邦でも「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIMプロジェクト)」で検証されてきた。これまで、ソーシャルネットワークサービス(SNS)などで、緩和ケアに関する勉強会の開催や短期間の診療支援、WEBを用いた症例検討会に関する記載を目にしてきたが、一方向性のアプローチは地域の実情に沿わない場面も見受けられた。また、診療支援や症例検討会の中には、中長期的な戦略がないために、いつの間にか消滅しているものもあった。

がん緩和医療に関する地域連携では「顔の見える関係」が最も重要な因子とされ、話す機会を重ねることで信頼関係を構築することが重要と報告されている<sup>1)</sup>。現地に定期的に赴き、共に診療を行い、地域の問題を同じ目線で話し合う中で信頼関係を築くことの大切さを実感している。

「緩和ケアの専門家が外勤や出向するのと何が違うの?」と思われる方もいるだろう。私たちが展開しているアウトリーチ活動は、外勤や出向と何が違うのだろうか。今回紹介する宮城県登米市の他、当科では鹿児島県の徳之島(徳之島徳洲会病院緩和ケアチーム)などでアウトリーチ活動を行っている。両地域に共通する活動の契機は、「自身や大切な人が老いて病気になったとき、地域で安心して暮らせるのか。緩和ケアや終末期ケアを受けられるのか」という問題意識、言い換えれば地域に対する愛と危機感である。

なお、アウトリーチ活動を始めるに

当たり当科では、協働できるキーパーソンを地域で設定してもらった上で、戦略的・計画的に活動内容の検討を進めている。「自分たちの地域でも行ってほしい」との要望も受けることがあるが、私たちは地域のニーズや実情に即したアウトリーチ活動をめざしており、共に成長できる活動かを踏まえ協力していくことを考えている。

### 知識やスキルの伝承を現場に出ているかに行うか

さて、私たちがアウトリーチ活動を開始した登米市には、緩和ケア病棟などのリソースがもともとなく、地域の中核病院は救急対応やアドバンス・ケア・プランニング(ACP)を行っていない高齢者の対応で疲弊気味だった。さらに、病院の再編・縮小の重点地域に指定され、緩和ケアの専門施設が新設される見込みも少なかった。

そこで「自宅や施設で安心して終末期ケアや緩和ケアを受けられる町、登米」を合言葉に、2018年から当科によるアウトリーチ活動を始めた。当科の医師が市内のやまと在宅診療所登米(以下、診療所登米)に週に1~3日出向し、現地の医療者と共にベッドサイドで知識やスキルを伝授している。と同時に、私たちも地域について学んでいるのだ。

診療所登米では、「将来の地域医療や生活を考える、推測する、準備する」をテーマに地域の医療・福祉関係者を対象とした聴衆参加型の勉強会を月に1~2回のペースで開催している。

笹川保健財団から助成を受ける2020年度は、県外から4人の講師を招聘し、「地域のこれからをより考える」ための企画を開催する予定である。本企画は勉強会の開催だけにとどまらないのが特徴だ。勉強会の翌日、講師と共に実際に地域で実臨床を行い、知識やスキルの伝承を行う。

教育の他に研究も進めている。例えば、終末期の特異的な症状に対応しやすい常備薬を、訪問看護師・薬剤師と相談しながらリストアップし(登米には夜間・休日に開いている薬局がない)、がん治療の有害事象や有症時対応を在宅医療で担うシステム構築などを行い、研究を通してその効果を検証している。

地域のアウトリーチ活動には多職種の関与が欠かせない(写真)。以下で、診療所登米に勤務するスタッフの声を

紹介したい。

### 地域の方と共に考える場を創る

#### ◆非医療者の視点で緩和ケアと看取りを考える

「誰かの役に立ちたい!」。医療者でない私が東日本大震災をきっかけに当診療所の診療アシスタントとして働き始めた理由です。今まで医療や介護にかかわることが一切なかった私にとって、訪問診療や自宅での看取りは未知の世界。「人は誰でも死を迎える」ことを初めて身近に感じ、死生観が変わりました。

登米市内に緩和ケア病棟はありません。地域の方が入院して緩和ケアを受けられる病院まで車で1時間以上かかります。自宅にいても「何かあったらどうしよう……」と常に不安を抱えるような状況でした。そんな患者さんやご家族が最期まで安心して自宅や施設で過ごせるよう支援することが、今後の登米の医療に求められます。

アウトリーチ活動の一環として私は、ACPや症状緩和をテーマにした地域の医療・福祉関係者向けの勉強会を運営しています。今後は、地域の方向けに公民館や介護施設へ出向いて行う、看取りや緩和ケアに関する座談会を計画しています。地域の方と共に命について考える場面では、非医療者の視点も生きると思っています。

登米市に住んで8年、この土地と人々の温かさを日々実感しています。登米の皆さんが最期まで、この土地で安心して老いていけるよう支えていきたいと思います。(北山真理)

#### ◆患者さんの食べる喜びを最期まで支える管理栄養士

当診療所は登米市内で唯一、訪問栄養食事指導を行っており、終末期の患者さんが抱える食事の悩みや困りごとについて対応しています。病気になっても自宅や住み慣れた施設で過ごすためには、家族や施設職員の栄養面への理解と協力が重要です。患者さんや介護者が直面する食事の不安解消に、在宅緩和ケアにおける管理栄養士が担う役割は大きいと感じています。

大腸がんで腸閉塞を繰り返し、病院で「絶飲食」と言われ退院した患者さんが、「自宅の畑で採れたかぼちゃをどうしても食べたい」と希望され、どうしたらよいか悩む奥さまからの相談が、以前私にありました。当診療所の



●写真 多職種で地域の緩和ケアを支える前列左端・診療アシスタントの北山真理氏、後列左から2人目・管理栄養士の和田布由美氏、前列右から2人目が田上恵太氏。他、訪問薬剤師、医療社会福祉士、やまと在宅診療所登米運営のカフェのシェフら。やまと在宅診療所登米のカフェで多職種ミーティングを月に数回行い、地域の課題などを本音で語り合う。

皆で病態を吟味し、状態に沿った調理法や食事形態を考え、念願のかぼちゃをおいしく食べることができ、本人も奥さまも喜んでいました。患者さんはその数週間後に旅立ちましたが、奥さまから「かぼちゃと一緒に食べることができて幸せだった」との言葉をいただきました。

食事は「最期まで元気に生きる」ための大切な手段です。人生の最終段階まで、「食べる喜び」「作り支える喜び」を感じながら過ごせる登米にしたいと考え、食事や栄養面の知識やコツを発信しています。積み重ねた成功体験は地域の自信となり、文化として根付き、生きる力を支えるエネルギーになると信じています。

当診療所はカフェ「coFFee doctors」を運営しており、管理栄養士とシェフが協働して地域食材を使用した渾身のランチを提供しています。「困ったらあのカフェに相談に行ってみよう!」と、地域の方が気軽に医療や介護の相談ができる場として、看護師や医療社会福祉士、管理栄養士がお待ちしています。誰もが最期まで「食を通じ愛する登米を五感で感じる」ことを使命に活動を続けています。

(和田布由美)

\*

本活動も6月で3年目に入る。今後は地域内の絆をさらに強くしていくとともに、地域住民をもっと巻き込んだ活動を展開していくことが目標である。2020年度から筆者(田上恵太)は地元ラジオ局(H@! FM、はっとエフエム)で緩和ケアの情報提供を毎月行うコーナーを担当している。緩和ケアの地域への啓発に前進していきたい。

緩和ケアや終末期ケアを丁寧に提供し、「在宅緩和ケアを受ければ、地元登米の自宅や施設で最期まで安心して暮らせる」ことを本人や家族はもちろん、医療・福祉関係者に体験してもらうことを何より大切にしたい。一人ひとりの成功体験の積み重ねから、そのノウハウを他の地域に伝えるプロジェクトの構築が、次の新たな目標である。

#### ●参考文献

1) 森田達也, 他. 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か? Palliative Care Research. 2012; 7 (1): 323-33.

「型」を身につければ、臨床研究はもっと面白くなる!

## もやもやした臨床の疑問を研究するための本

緩和ケアではこうする

森田達也

医学書院

●B5 頁284 2020年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-04085-3]

もやもやした臨床の疑問を研究するための本

緩和ケアではこうする



森田達也

もやもやした研究にも「型」があった!

型を身につければ、臨床研究はもっと面白くなる。疑問が解消される。臨床はもうずっと楽になる。

質問紙調査や前後比較研究、新しいプロジェクトの評価…どんな研究にも、論文を効率的にまとめるための「型」があった!

抄録や対象・方法、考察を書くためのフォーマット、英文のお決まりの表現方法、査読への対応の仕方まで、この1冊でわかります。

緩和ケア研究第一人者の著者による、臨床をしながらできる、臨床を変えるための、臨床研究のまとめ方の本。

#### Contents

Part 1 やりたいこと別! 研究の進め方  
総論 技術的なことから研究観まで  
各論 このタイプの研究はこう進める

Part 2 「型」で書く! 研究論文の書き方  
総論 論文を書く時に役立つちょっとした知恵  
各論 「型」を頼りに論文を書く  
Appendix

# 図書館情報学の窓から

第12回  
(最終回)

佐藤 翔 同志社大学免許資格課程センター准教授

## 新型コロナウイルス感染拡大と図書館の在り方



「図書館情報学」というあまり聞き慣れない学問。実は、情報流通の観点から医学の発展に寄与したり、医学が直面する問題の解決に取り組んだりしています。医学情報の流通や研究評価などの最新のトピックを、図書館情報学の窓からのぞいてみましょう。



前回(第3363号)で新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に関する研究成果公開の在り方を取り上げましたが、その当時から感染拡大は急激に進み、外出・移動の制限や施設の閉鎖等の措置を取る国・地域も増えてきました。日本でも感染拡大の瀬戸際である、と言われる状況が続いています。

大学や図書館がサービスを縮小したり、閉鎖したりせざるを得ない例も増えており、国際図書館連盟(The International Federation of Library Associations and Institutions)によれば本稿執筆時点(2020年4月初週)でイタリア、スペイン、英、仏、独など、世界48の国・地域で国内全ての公共図書館(特に利用者を制限しない、日本で言えば市区町村立や都道府県立図書館のような、いわゆる「図書館」)が閉鎖されています<sup>1)</sup>。日本でも感染が拡大している地域を中心に複数の都府県立図書館や市立図書館等が閉鎖している他、国立国会図書館も閉鎖しています(東京本館・国際子ども図書館。京都府にある関西館は開館)<sup>2)</sup>。

各国の大学・学校も授業をオンライン化するなどの対応に追われています。教育・研究のデジタルプラットフォームを運営する米国の特定非営利団体ITHAKAの調査によれば、米国の大学の80%以上は対面授業をオンラインあるいは遠隔授業に移行したとされています<sup>3)</sup>。日本の場合はちょうど大学の春休み期間が続いていましたが、新学期開始を遅らせつつ、オンラインへの移行を検討する大学が多数現れています。自分が所属している同志社大学も、少なくともゴールデンウィーク明けまでは対面授業をせず、オンライン同時授業や教材配信等の代替措置を取ることを決めました。

**授**業ができない状況ですから、当然、大学の図書館もサービスの縮小や閉鎖を検討することになります。先述のITHAKAの調査によれば、3分の2以上の大学で少なくとも1つの図書館が閉鎖しているとされています<sup>3)</sup>。また、研究大学の図書館の団体である北米研究図書館協会(The

Associaton of Research Libralies: ARL)に所属する図書館に限れば、118大学で図書館が閉鎖しており、何らかの利用制限を伴いつつも開館しているのは6大学にとどまっています<sup>4)</sup>。日本でも、開館時間の短縮、土日祝日の休館など、サービスの一部休止に踏み切る大学図書館が多数現れている他、一部には全面休館の動きもあります。

近年の図書館業界には、空間共有・コミュニティ創出の場としての図書館の在り方を模索する潮流がありました。それは、大学・研究図書館においてラーニング・コモンズという学習スペースの形で現れています。大学にお勤めの方は、自分の大学にもここ数年の間にそう称する空間ができた、という心当たりがあるかもしれません。

公共図書館においては、佐賀県武雄市の図書館にTSUTAYAなどを経営するカルチュア・コンビニエンス・クラブ(CCC)社が指定管理者として参入したことが良くも悪くも話題になったことに代表される「にぎわいを創出する」、居心地のいい空間+多様なイベントの開催、というモデルが広がりを見せていました。これらは情報がオンラインで容易に入手できるようになったときに、それでも空間としての図書館を維持する意義として、空間を共有し、見知らぬ第三者と接触することが生み出す刺激に着目したものとと言えます。

これは日本に限らず多くの国で広がりを見せていたコンセプトですが、見知らぬどころか気の知れた友人ともなるべく接触を避けるべしというCOVID-19の出現・蔓延はこのコンセプトを直撃しました。実は自分も本業の研究では空間としての図書館の在り方に着目してきたのですが、当面、このようなモデルには逆風の時代となりそうです。

**と**はいえ大学・研究図書館に関して言えば、オンラインやリモートであっても授業が行われ、また研究活動も停止していない以上、空間を閉じたとしても情報の提供をやめるわけにはいきません。授業や研究を完全にいつも通りとは言わずともそれなりに進めようとするからには、CO-

VID-19 関連に限らないあらゆる分野の情報に自宅等からアクセスできないことには話にならないわけです。

幸いにして研究に必要な情報源の電子化・オンライン化やリモートアクセスの提供は欧米を中心にかなりのところ進んでいるので、分野によっては必要な情報はあまり問題なく手に入るでしょう。また、本来であれば有料の電子コンテンツについて、非常事態であるとして公開範囲を拡大したり、無償公開したりする例も出ています。日本でも医中誌 Web の契約機関に対しリモートアクセスプランが一時的に無料で提供されたり<sup>5)</sup>、「雑誌記事索引データベース ざっさくプラス」が無償公開されたりする<sup>6)</sup>など、さまざまな試みがなされ始めています。

ただ、特に日本において厄介なのは、そもそも電子化されていない資料の存在です。もちろん欧米でも古い資料は冊子しか存在しない上に既に絶版となっていることもあり、電子で手に入らないものは例えばスキャンしたファイルを送付する、あるいは一時的にそれを公開してしまう、といった試みがなされています<sup>7)</sup>。しかし日本で出版される日本語で書かれた資料、特に図書のは大半は、最新のものでも電子書籍がなく、紙の本でしか読めない状況です。さらに電子書籍があったとしても、Kindle 等で提供されるのみで、図書館が契約できるプラン等はほとんど普及していません。

これまで、日本語資料を用いた研究や多くの資料を見ながらの教育は、紙の本にアクセス可能な図書館なしには成立し得なかったのです。この問題はそうした環境が存在しない、海外の日本学研究者からは常々指摘されてきたのですが、国内では何とかなってきたので、ほとんど放置されてきました。しかし今回、日本でも多くの大学が自由に図書館にアクセスできる環境を保証できなくなったことで、否応なしの対応が迫られることになっています。

既に採用済みの教科書についてはPDFへのオンラインアクセスを提供する出版社が出てきたり、多くの大学で教材として用いる資料の電子公開を求める署名活動等も起こったりしてい

ますが、今のところは提供側である出版社や、利用側である研究者の動きです。ここで図書館がどう囁んで存在感を見せるのか、集まったの会合もなかなかしづらい状況にもかかわらず、日本の大学・研究図書館は大きな課題に直面することになります。

まあずっと直面していたのを放置してきたのが悪いと言えばそれまでですが……。逆に言えば社会的要請がピークに達している今が、これまで閉塞していた事態を一気に変えるチャンスとも言えます(実際、教育の情報化のための著作権一部制限については改正著作権法を前倒しで施行することに既になりました)。空間共有に力を割けない今だからこそ、情報提供・情報共有というかねての役割をオンラインでどれだけ実現できるか、図書館の在り方が問われています。

**さ**て本連載についてはこれにて終了となります。社会がとんでもない状況で、図書館も大きな岐路を迎えているところでいささか心残りではありますが、この分だと当面、COVID-19 関連以外では大きな新しい動きもなかなか出てきにくいでしょうし、だからと言って毎回 COVID-19 関連の図書館対応の話をするのも、連載の趣旨と離れてきてしまいます。こころが潮時なのでしょう。物理的には図書館に行きにくい今ですが、そんな中でも図書館と図書館情報学が皆さんの研究と教育を支えられるものであるかどうか、引き続き厳しい目で見守っていただければ幸いです。

- 参考文献・URL
- 1) IFLA. COVID-19 and the Global Library Field. 2020. <https://www.ifla.org/covid-19-and-libraries>
  - 2) Current Awareness Portal. 新型コロナウイルス感染症による都道府県立図書館・政令指定都市立図書館・国立国会図書館への影響(第6報). 2020. <https://current.ndl.go.jp/node/40666>
  - 3) ITHAKA. Academic Library Response to COVID19. <https://bitly/2V4AbTc>
  - 4) ARL. ARL Member Libraries-Status Spreadsheet-Public. 2020. <https://bitly/3b7URPY>
  - 5) 医学中央雑誌刊行会. 臨時のリモートアクセス利用についてお知らせ. 2020. <https://www.jamas.or.jp/news/news123.html>
  - 6) 皓星社. 新型コロナウイルス感染症拡大に伴う「雑誌記事索引データベース ざっさくプラス」無償公開のご案内. 2020. <http://www.libro-koseisha.co.jp/info/zassaku-free/>
  - 7) 生員直人. 【翻訳記事】非常事態のデジタル化: フェアユース/フェアディリングと図書館のパンデミック対応. 2020. <https://news.yahoo.co.jp/byline/ikegai/20200406-00171682/>

痛みのメカニズムがみえる! 腹痛診療のレベルをぐいっと上げる画期的実践書、誕生!

### 腹痛の「なぜ?」がわかる本

痛みのメカニズムがみえれば診療が変わる!

謎多き腹痛のメカニズムをわかりやすく説き起こし、その診かた・考え方を解説する画期的な診療本が完成。まるでお腹の中が見えているかのようにリアルな病態解説と、それに基づく論理的かつ説得力のある診断推論は感動すら覚えるほど。持続痛・間欠痛・消長痛といった痛みの種類による主訴の違いや陥りやすいポイントなど、"今日の臨床"で役立つポイントも盛りだくさん。腹痛を診る機会のある医師にとって必読の1冊!

編著 腹痛を「考える」会

まるでお腹の中が見えているかのようだ!

「まずはここから」。がん薬物療法の「疾患」「レジメン」「副作用対策」の入門教科書

### がん薬物療法のひきだし

腫瘍薬学の基本から応用まで

がん薬物療法に関する知識をわかりやすく解説し、臨床業務で生じる課題・疑問を解決するための「ひきだし」となる入門教科書。学生などの初学者から、専門・認定資格を目指す中堅・若手まで、がん薬物療法のステップアップを目指す人に最適! がん薬物療法の「疾患」「レジメン」「副作用対策」をバランスよく取り上げ、最新のガイドラインに準拠。免疫関連有害事象(irAE)についてもフォロー。

編 松尾宏一

「まずは、ここから」。

# 臨床研究の知

臨床現場で得た洞察や直感をどう検証すればよいか。臨床研究の実践知を、生物統計家と共に事例ベースで紹介いたします。

JORTCの活動概要や臨床研究検討会議の開催予定などは、JORTCのウェブサイト、Facebookを参照してください。

## 第14回 欠測の取り扱い

小山田 隼佑

JORTC データセンター統計部門 部門長

第13回(3366号)の中で、「欠測が発生した場合、何らかの対処が必要となる可能性がある」ことをお伝えしました。今回は第6回(3336号)でも紹介した研究<sup>1)</sup>を基に、欠測の取り扱いを決定する際の考え方・プロセスについて紹介します。

### 欠測による検出力不足やバイアス混入を、どう回避する？

本研究はがん患者の神経障害性疼痛に対する、デュロキセチンの疼痛軽減効果を検討するためのプラセボ対照のランダム化二重盲検比較試験です。評価は治療開始前(Day 0)、治療開始後3日目(Day 3)および10日目(Day 10)に実施され、主要評価項目はDay 10におけるBrief Pain Inventoryのitem 5「評価前24時間の平均の痛み」(以降、BPI)です。

主要評価項目の解析として、2標本t検定が計画段階から採用されています。また、本研究では片側検定を計画し、有意水準を片側5%(両側10%)と事前に設定したため、対応する信頼区間は「90%信頼区間」です。

サンプルサイズ設計の結果、目標登録症例数は両群で70例と設定されました。本研究では実際に70例が登録され、解析対象集団(プロトコル治療を受けた症例)は両群で67例でした。しかし、解析対象集団のうち2例で、主要評価項目が欠測してしまいました。

欠測が生じた場合、大きく2つの問題が発生します。1つ目は、欠測が生じた症例を除外した場合に検出力が低下してしまう点です。これは、欠測が生じない前提でサンプルサイズ設計を実施した場合には特に問題です。しかし本研究では、計画の段階で治療前や治療途中での中止などを考慮し、症例を上乗せしていました。その結果、当該2例を除外することで「検出力が足りない

くなる」という事態は回避できました。問題は2つ目の、欠測が生じた症例を除外した場合にバイアスが混入する可能性がある点です。例えば、あるQOLのスコアは状態が悪いと欠測が生じやすい(状態が良好なほど欠測が生じにくい)とします。この場合、観測データのみに基づく推定値は過大評価となってしまうかもしれません(図)。欠測が生じた場合、まず「欠測した理由」を調査する必要があります。次に欠測理由とアウトカムの関連の程度を推測し、欠測の発生メカニズムとして何が妥当でありそうかを考えます。欠測の発生メカニズムは表で示す通り、Missing Completely At Random(MCAR)、Missing At Random(MAR)、Missing Not At Random(MNAR)の3種類があります。

### 欠測の発生理由から対処法を検討する

本研究ではデータ固定前に盲検化の下で症例検討会を実施しました。その中で、主要評価項目が欠測した2例について「欠測した理由」を調査したところ、共に「臨床症状の悪化による中止」が理由とのことでした。

まず、「疼痛の強弱」によって「臨床症状の悪化」が生じているとは考えにくいことから、「BPIの欠測の発生は、BPIの欠測データそのものには依存していない」、つまりMNARではないと判断しました。一方、「BPIの欠測の発生が、観測データのみで説明可能」とは言い難く(MARの仮定が困難)、MCARを仮定することも不可能と考えました。つまり、いずれの欠測発生メカニズムも積極的に仮定することは難しいという状況でした。

協議の結果、MARを積極的に支持することは難しいものの、MNARを仮定するよりは妥当と判断し、本研究では欠測発生メカニズムの仮定にMARを採用しました。その上で欠測に対する対処法を模索し、正規の解析結果として採用する「主解析」と、結果の安定性を確認するための「感度解析」を決定する方針としました。

一般に、欠測を含むデータを解析する際は、欠測発生メカニズムに関する仮定の下でバイアスのない推定値が得られる手法を主解析に採用します。今回仮定したMARの下で妥当な結果が得られる手法としては、多重補完法

●表 欠測の発生メカニズム

名称	概要	具体例*
Missing Completely At Random (MCAR)	欠測するかどうか、観測データにも欠測データにも依存しない(完全にランダム)	ある患者が、来院予定日を完全に忘れており、来院しなかった。 ⇒この欠測は、患者の状態や治療効果を一切反映していない。
Missing At Random (MAR)	欠測するかどうか、欠測データには依存せず、測定できている他の観測データにのみ依存	ある患者が、観測された一連の有効性データが悪い値であったことを受けて、効果不十分を理由に治療中止とされた。 ⇒治療中止後の有効性データの欠測理由が、観測された「一連の有効性データ」で説明可能、かつ「治療中止後の有効性データも、悪い値であったらう」と仮定することが可能。
Missing Not At Random (MNAR)	欠測するかどうか、欠測データそのものに依存	患者の状態が悪くなった結果、QOLスコアが下がり、研究に参加できなくなってしまい、QOLスコアが欠測した。 ⇒欠測データであるQOLスコアそのものの値に、欠測するかどうか依存している。

\*あくまでも「そのように判断することが可能」というもので、真実がどうかは検証不可能

(Multiple Imputation)が挙げられます。これは観測データに基づく統計モデルを作成し、モデルから発生させた予測値を欠測に補完した完全データを複数個作成し、得られた複数個の解析結果を併合して1つの結果を得る手法です。これが最も良さそうな手法にも思いますが、作成した統計モデルが適切かどうか分からない点に懸念があります。

また、従来よく利用されてきた手法として、LOCF (Last Observation Carried Forward)があります。これは欠測を直近の先行観測データ、つまりDay 3のBPIで補完して解析する手法です。「Day 3のBPIが中止後もDay 10まで続く」と仮定できる場合は妥当ですが、仮定が適切でない場合にはバイアスが入りますし、肯定することは非常に難しいと考えられます。

他にもさまざまな手法を検討しましたが、最終的に本研究ではCC (Complete Case)を主解析に採用しました。これは欠測が生じなかった症例のみで解析する手法です。欠測が生じた症例を除外しているため、今回仮定したMARの下では解析結果にバイアスが混入する可能性が否めませんが、2例分のデータの有無が結果を大きく変えることは無いだろうと判断しました。

また、感度解析としてはBOCF (Baseline Observation Carried Forward)を採用しました。これは「治療終了後、ベースラインの状態に戻る」という前提の下、欠測をベースライン値、つまりDay 0のBPIで補完して解析する手法です。研究対象である慢性疼痛の「自然治癒しない」という症状特性が、手法の前提に合うと判断しました。

今回採用した解析の結果を「群間差[90%信頼区間]、p値」で示すと、主解析(CC)では「-0.84 [-1.71, 0.02]、p=0.0533」、感度解析(BOCF)では

「-0.85 [-1.69, -0.01]、p=0.0476」となり、2つの結果が有意水準5%をちょうど挟むような形となりました。サンプルサイズを上乗せしてもなお、主解析のp値が0.05を上回った事実は受け入れる必要がありますが、推定値としては2つの解析でほとんど差異が無く、「デュロキセチンに一定の効果がある」という傾向は確認されました。

\*

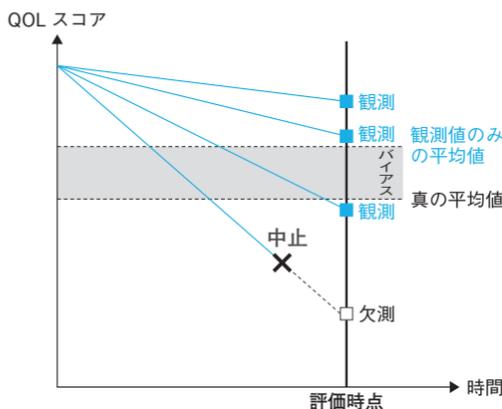
今回はあくまで「本研究ではこのような検討を経て方針を決めた」という紹介で、同じ状況でも研究チームが違えば結果は異なるものとなり得るでしょう。また、欠測の数がより多い状況では結果への影響も甚大なものとなりますし、欠測の発生メカニズムに対する仮定が真実とは異なる可能性も大いにあります。欠測に対する絶対的な対処法は存在しないため、欠測が発生しないよう予防策を検討することが最も重要で、やはり「臨床研究は計画が命」と言えるでしょう。

### 今回のポイント

- 欠測が生じた症例を除外して解析した場合、検出力の低下やバイアスの混入が懸念される。
- 欠測の発生メカニズムとして何が妥当かを考えた上で、対処法を模索する必要がある。
- 欠測が発生しないよう予防策を検討することが最も重要。

謝辞：本研究の研究代表者である近畿大心療内科/緩和ケアセンターの松岡弘道氏に資料提供と助言をいただきました。感謝の意を表します。

参考文献  
1) Matsuoka H, et al. J Pain Symptom Manage. 2019 [PMID:31254640]



●図 欠測によるバイアスの混入の例

**症例ベースの問題と解説により 診療で“ものを言う”読影力を身につける!**

**新刊 症例から学ぶ 産婦人科疾患の画像診断**

▶はじめに症例画像、あとで疾患名を提示する形式により、緊張感をもって考えながら学べる、画像診断の読影力向上に資する実地テキスト。個々の症例は3段階のレベルに分け、画像所見の解説、Q&A形式の設問を通して、自身の実力がチェックできる。鑑別診断の解説に加え、可能な限り類似疾患の画像も掲載。産婦人科疾患の病理を概説した章も設ける。専門医試験の準備にも役立つ。放射線科、産婦人科の研修医から専門医にまで最適な必携書。

監修：鳴海善文 大阪医科大学名誉教授/京都大学健康科学部教授  
編集：高濱潤子 市立東大阪医療センター放射線科部長  
山本和宏 大阪医科大学放射線診断学教室専門教授

定価：本体7,800円+税  
B5 頁496 図45・写真948 2020年  
ISBN978-4-8157-0186-4

TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

**疫学研究の分析と解釈のしかたを指南した名著**

**新刊 アドバンスト分析疫学**

369の図表で読み解く疫学的推論の論理と数理  
Epidemiology: Beyond the Basics, 4th Edition

▶ジョンスホプキンス大学公衆衛生大学院の疫学(中級コース)の講義内容をもとに書籍化。観察的疫学から正確な結論を導くための、論理と数理を踏まえた分析と解釈のあり方を提示。600の文献を踏まえて作成され、369もの精選された図表を用い、40の基本的数式に基づく「具体的な計算例」を通して細やかに解説。誤差による研究の「無意味化」を防ぐべく、疫学研究の各プロセスの意義やそこで生じうる問題を、前提となる「仮定」を強調しながら明らかにする。

訳：木原正博 一般社団法人国際社会疫学研究所代表理事/京都大学名誉教授  
木原雅子 一般社団法人国際社会疫学研究所代表理事  
京都大学学際教育研究推進センター特任教授

定価：本体5,600円+税  
B5 頁544 図148 2020年  
ISBN978-4-8157-0189-5

TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

# Medical Library

書評・新刊案内

## 医療者のためのExcel入門 第2版 超・基礎から医療データ分析まで

田久 浩志 ● 著

B5・頁184  
定価:本体2,400円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-04079-2

「医療者のためのExcel入門」とタイトルにあり、サブタイトルには「超・基礎から医療データ分析まで」とある。そのため、「Step1 Excelに慣れよう 基本操作編」から始まる。

読者が少しでもパソコンやExcelの操作に慣れていれば、Step1には見向きもしないで他のステップへ進んでしまうかもしれない。しかし、私はStep1から目を通すことをぜひともお勧めする。具体的には、私たちがExcelの操作時に「間違えやすい文字(表1-2)」が列挙してあり、「編集操作でよく使うショートカット(表1-3)」も表にまとめてある。Step1を読んで理解すれば、

データ入力時あるいは分析時、セルに数値を入力したはずが、思ったように計算できないことにイラついたり、大量のデータ処理時に煩わしさを感じたりすることを避けられるかもしれない。

そして、初版からある「データ入力」が楽になる裏ワザ(pp.37-44)は見ものである。今回、私もじっくりと目を通してみると、例えば、**(Ctrl)+(;) (セミコロン)**で、「現在の日付を入力します」とあるので、実際に入力してみると日付が表示されるので驚いた。同様に、**(Ctrl)+(:) (コロン)**で、「時刻が入力される」ことを確認し、こちらも時刻が表示できた。これだけでずいぶんと得をした気持ちになる。このようにキーボード操作で得られる「お徳感」も随所にある。

さらにStep2は、読者が練習用データ(医学書院Webサイトから入手可能)を

### 「こんな便利な機能があった」 Excelをマスターするための 必携書



評者 濱岸 利夫  
中部学院大准教授・理学療法学

使いながら情報処理を練習できるようになっており、テキストを読み進めながら一人でも学習する工夫がされている。

またStep3は、グラフの作成について記載されており、WordやPowerPointへの貼り付け方の形式も詳しく解説されている。一読すれば、グラフをうまく貼り付けることができる。

本書の中で、私が最もお勧めしたい内容は「Step4 ピボットテーブルを使ってみよう 集計とグラフ応用編」である。ぜひとも熟読していただきたい。そこには「ピボットテーブル」というキーワードがあり、耳慣れない方がいるかもしれない。

ただ、一度使い始めると、その便利さを実感できる。特にExcelシートのデータからクロス集計表を作成する作業の上ではマスターしておきたい。「データから一瞬でクロス集計表を作成するテクニックね……」とご存じの読者もいるかもしれないが、もし、初めて聞く読者であれば、ぜひとも試してみることをお勧めする。もちろん、ピボットテーブルからすぐにグラフも作成することができ、その操作についても詳しく記述されている。私も著者から教わったとき、最初は驚いた。それ以降、何度もクロス集計表やグラフ作成に役立っている。「Excelには、こんな便利な機能があったのだ……」と当時の記憶が今でも残っている。

初心者だけでなく、Excelを使い慣れたベテランにもぜひお勧めしたい。

## 精神疾患をもつ人を、病院でない所で 支援するときにはまず読む本 “横綱級”困難ケースにしないための技と型

小瀬古 伸幸 ● 著

B5・頁184  
定価:本体2,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03952-9

評者 生田 真衣  
訪問看護ステーション和来・作業療法士

本書を通して読むと、浮かび上がってくるキーワードがありました。それは、「利用者の主体性」です。主体性とは、暮らしの中で自らの「権利」と、それに伴う「責任」の両方を持つという在り方です。

病院では病の治療が優先されるため、社会人として当然持つべき「権利」や「責任」はいったん保留にされます。しかしいざ退院して地域で生活するとなれば、それらは再び本人に返されなければなりません。

本書には、さまざまな横綱級ケースが出てきますが、地域に住む彼らに対して小瀬古伸幸氏がどのような技と型を用いて本人に「権利」や「責任」を返していき、「主体性」を獲得させていったかが、ハラハラするようなストーリー展開で解説されています。

「主体性」というテーマに触れた時、私には思い出されたクライアントが1人いました。うつ病があり引きこもっていた女性です。

「同世代は仕事をしていたり、結婚して家庭を持っていたり、皆自分の生き方をしている。それなのに自分は……」と他人と比較して彼女は焦りと葛藤を抱えていました。私が訪問している間は、「話をし、作業するのが楽しい」と言いますが、その言葉には空疎さが漂います。「好きに使えるお金もなく、友だちと呼べる人もいない」と嘆くこともあり、たまに「仕事をしたいほうがいいんでしょね」と話すこともありました。そこで彼女が動き出すきっかけになればと、近隣のB型事業所への見学を手配し体験に同行したりしましたが、「障害がある人の中で私が仕事をするのは違うと思う」と

言い、中断してしまいました。何回か同じようなことが繰り返され、私もついに通所を促すのをやめてしまいました。ただ、私が訪問すると、「何のために生きているのかなって」「死ぬ方法をネットで探してました」と話すことも増え、これからどうしたらよいかと私自身も自問する日々でした。ご家族は、仕事をするまでに至らなくてもいいから、穏やかに生活してもらいたいと話していました。

ある日、彼女が家族の知人と話す機会がありました。その人は医療者ではありませんでしたが、彼女の生き立ちや状況を丁寧に聞き、一般的な視点からのアドバイスをしてくれたといえます。

するとその日以来、彼女自身の思考が少しずつ前向きに変容し、どう生きたいのかを考えるようになっていきました。長期的な目標を自分で立て、以前は拒否していたB型事業所についても「今の自分はここから始めて体力をつけないと普通に仕事はできない」と話し、自ら施設とやりとりをして通所を開始しました。「数年後には一般就労をめざしたい」と希望を持つようになり、訪問する私に「自立して生活できるようになったら、友だちとして会いたいです」と笑顔で言ってくれるまでになりました。

彼女が変容するきっかけを作ってくれたその家族の知人は、いったいどのように彼女の気持ちに寄り添い、本人がどうしたいのかをうまく導き出したのでしょうか。それは想像するしかありませんが、私も含めた支援者が、ともすると「症状再燃や再入院を防ぐ」ことを優先し、落ち着いた生活を送る

### 地域での支援をする中で 迷った時に読みたい本



# 今日の診断指針

第8版

Today's Diagnosis 8th edition

総編集 永井良三 自治医科大学・学長



## “診断のエンサイクロペディア” 全身の症候と疾患を網羅

- 症候編約190項目と疾患編約680項目を相互リンクで構成し、臨床医として知っておきたい全身の症候とあらゆる臓器・器官の疾患を網羅
- エビデンスに基づいた最新知識+各領域におけるエキスパートの経験則を1冊に凝縮
- 第8版では見出しや執筆内容を精選。知りたい情報へのアクセスがよりスムーズに

● デスク判(B5) 頁1800 2020年 定価:本体25,000円+税 [ISBN978-4-260-03808-9]  
 ● ポケット判(B6) 頁1800 2020年 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-03809-6]

医学書院

全項目  
新訂!

# シリーズ〈栄養と疾病の科学〉1 摂食と健康の科学

高田 明和 ● 編

A5・頁272  
定価:本体4,500円+税 朝倉書店  
http://www.asakura.co.jp

家内と二人暮らしになって番組の選択に「健康番組」が増えた。子どもが巣立った高齢者の増加を反映してか、ゴールデンタイムは「健康」番組ばかりである。「〇〇を食べると□□にならない」など「摂食と健康」をテーマにした番組が多い。「納豆」「ニンニク」「みかん」「かき」など多様である。テレビのインパクトは大きく、良いと放映された食材は翌日は品薄になるらしい。

視聴者の大きな興味にもかわらず科学的文献に基づいた番組は少ない。もともと「摂食と健康」は世界人類共通の課題であるが科学的研究も少なかった。今は欧米の一流の科学雑誌に精密な臨床的研究が多数発表されるようになった。評者が編集している循環器内科の世界一流雑誌『Circulation』でも食材に事前に追加される食塩の問題、ビタミンDと心不全の関係など重要な論文が最近発表されている。興味深い論文であっても英語論文なので番組作成のディレクターのアクセスは容易ではないと思われる。番組が興味本位に作成され、十分な科学的根拠が示されていないと批判するのは容易であるが、視聴者や番組ディレクターが容易にアクセスできる日本語書籍を作った。また、コメンテーターとして番組に参加している医師、研究者も幅広

## 健康番組は多いけれど 意外に知らない「摂食と健康の科学」に期待の新刊!



い「摂食と健康の科学」の知識を有していない場合も多い。

今回、社会の強い要請に応じて『摂食と健康の科学』が出版された。本書は「栄養と疾病の科学」シリーズの1巻である。編集者である高田明和教授は、評者の尊敬する血栓止血学の泰斗である。「摂食と健康」の研究の第一人者である。冊子は寝転んで通読できるサイズである。ペーパーバックで携帯できる。学者、研究者には「摂食と健康の科学」の最適の入門書と推薦できる。「摂食と健康」が仕事に直結する医師、医学生、栄養士、栄養学部生にはぜひ読んでほしい。

医食同源とされながら、日本には医学者が読むべき「食と健康」の書籍がなかった。本書が生まれてよかった。

本書の特徴は学術書であっても読みやすいことにある。「食と健康」に関する番組を作るディレクター諸氏にはぜひ読んでいただきたい。各章の著者に番組のアドバイザーを依頼する価値もある。番組で意見を述べるタレントの皆さん、ご多忙でしょうが、ご発言の前に本書をお読みいただきたい。医師、医学部学生には必読の書籍と思います。

本書は移動中の通読も可能な読みやすさだ。一般の皆さんにもぜひお読みいただきたいと思う。また、今後引き続き出版される『血栓症と食』、『糖尿病と食』の巻にも注目してほしい。

今後も私は訪問支援を続ける中で、展開に迷った時は、きっとこの本を開くと思います。そのたびに、「主体性」が地域の基本であることを思い出し、それに向けて一緒に踏み出す勇気を持つように思うからです。(『作業療法ジャーナル』54巻4号より)

# 視点

## 今なぜ心不全療養指導士が必要なのか



小室 一成 日本循環器学会代表理事/  
東京大学大学院医学系研究科循環器内科学 教授

わが国では現在約100万人もの心不全患者が存在すると推計され、超高齢化の進行により今後患者数、死亡者数ともに急増すると考えられている。そこで日本循環器学会は「心不全パンデミック」という言葉で警鐘を鳴らしている。

心不全は通常呼吸困難で発症し、時には救急車で病院に搬送されることがあるものの、ほとんどの急性心不全患者は適切な治療により改善し退院することができる。しかし、これは症状が改善しただけであって心不全が治癒したわけではなく、以降は慢性心不全の状態となる。

退院後は専門医やかかりつけ医によって診療が継続されるが、多くの患者は再び呼吸困難の悪化といった急性増悪を発症し再入院する。慢性心不全患者はこのように入退院を繰り返すたびに、一段ずつ階段を下りるかのようADLを低下させ最終的に死に至るのである。

心不全の予後は大変不良であり、急性心不全を一旦発症した患者の5年生存率は60%ほどで、がんと変わらない。この急性増悪を防ぎ、階段を下りる速度を少しでも遅くするためには、怠業、過労、感冒罹患、暴飲暴食などをしないといった日常生活の管理、および適切な運動や栄養指導が重要である。しかし、そうした適切な管理、指導は専門医だけでは到底達成できるものではない。看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、臨床工学技士、公認心理師、歯科衛生士、社会福祉士など多くの職種の人が必要となる。あらゆる心血管病の終末像である心不全は命にかかわる重篤な疾患であるが、さまざまな職種の人がおおのこの専門知識と技術、経験を生かしながら、患者の情報を共有し連携して総合的に診ることによって予後やQOLを改善できるのである。

日本循環器学会ではこの目標を達成するために、新たに「心不全療養指導士」制度を設けることにした (http://



● 図 心不全療養指導士のイメージ画像

資格を取るまでのフロー (2020年度版)

**受験資格確認, 受験申込**

- Web 申請期限: 2020年6月1日(月) ~ 7月31日(金)
- 郵送申請期限: 2020年8月1日(土) ~ 8月10日(月)

(申請までにeラーニングの受講が必要)

↓

**受験資格審査**

2020年11月中旬に書類審査可否連絡

↓

**認定試験受験**

2020年12月20日(日) 会場: 東京, 大阪

↓

**認定試験合格**

2021年3月頃に合格通知。認定証とバッジの授与。認定後は5年ごとの更新が必要

※詳細なスケジュールは、必ずWebサイトをご確認ください。

www.j-circ.or.jp/chfej/)。少しでも多くの人に心不全療養指導士になっていただきたいが、心不全療養指導士をめざす人には、単に心不全に関する知識を修得するだけでなく、より良い心不全診療を実践するためのチーム医療の在り方も学んでいただきたい。そして心不全療養指導士が中心となって各地域でより良いチーム医療を実践することによって、「心不全パンデミック」が克服されることを期待したい。

●こむろ・いっせい氏/1982年東大医学部卒業、89年米ハーバード大医学部留学。93年東大医学部第三内科助手。98年同大医学部循環器内科講師。2001年千葉大大学院医学研究科循環器内科学教授、09年阪大大学院医学系研究科循環器内科学教授を経て、12年より現職。

「ことを良しとしがちに時に、「主体性」を持つことが人として当たり前というスタンスで接したことが彼女の背中を押して、自分の人生を自分で決める権利と、それに伴う責任を理解した上で、自己決定していったのかもしれない。

わかりにくい精神科をさらにわかりやすく。 **新刊**

**精神診療プラチナマニュアル 第2版**  
& 精神診療プラチナマニュアル Grande 第2版

著 松崎 朝樹 筑波大学医学医療系臨床医学域精神神経科講師

★ 全体をアップデート、より臨床現場に即した内容に。  
★ 妊娠婦への向精神薬の使用の章を追加。  
★ アルコール依存症の治療薬の章を追加。  
★ アルコール使用障害、依存、嗜癖として大幅加筆修正。

★ 新規に承認あるいは販売停止となった薬物(および新たな剤型)につき、適宜アップデート。旧版よりも約30頁増、定価据え置き。

改訂 しました。

精神科医・精神科以外の医師・看護師・薬剤師・心理士・初期研修医・医学部生のみならず、ご好評につき

定価: 本体 2,000円+税  
三五変 頁272 図15  
2020年  
ISBN978-4-8157-0182-6

定価: 本体 3,500円+税 A5変 頁272 図15 2020年 ISBN978-4-8157-0183-3

DSM-5に準拠し大改訂! 精神科診療のエッセンスをコンパクトに凝縮

**カプラン臨床精神医学ハンドブック 第4版**  
DSM-5® 診断基準による診療の手引

Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, 6th Edition

監訳 岩臨 淳・仙波純一 ISBN978-4-8157-0184-0 定価: 本体 6,800円+税

MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

進展ステージ別に理解する **心不全看護**

編集 眞茅 みゆき

「心不全パンデミック」時代に必携の1冊

心不全の病態と必要なケアを、病の軌跡にそって、リスクのある状態(ステージA)から難治性心不全(ステージD)まで、進行ステージ別に解説。器質的疾患の予防、心不全の初回発症の予防、心不全発症後の再入院予防、心臓リハビリテーション、補助人工心臓を使用する患者へのケア、緩和ケアのポイントがわかる。心不全患者の退院支援や在宅ケアについても解説。

目次 contents

- B5 頁264 2020年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-03896-6]
- 序章 心不全の現状と病の軌跡の理解
- 第1章 心不全ステージAの看護 心不全につながる心疾患を予防する
- 第2章 心不全ステージBの看護 心不全の発症を予防する
- 第3章 心不全ステージCの看護 心不全増悪を予防し、再入院を回避する
- 第4章 心不全ステージDの看護 症状を緩和し、患者・家族に寄り添う
- 第5章 地域・在宅における多職種連携と看護師の役割

医学書院

初版発行から46年、ベストセラー内科学書の最新版

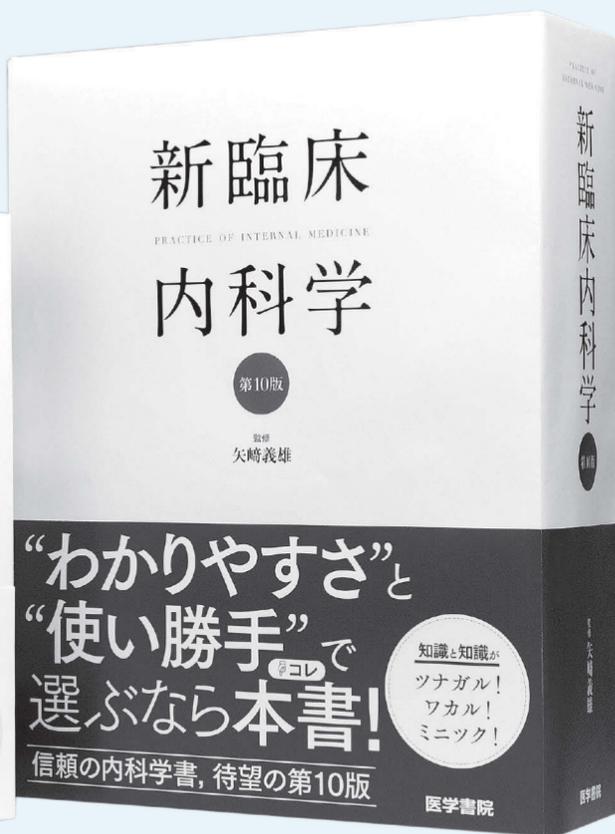
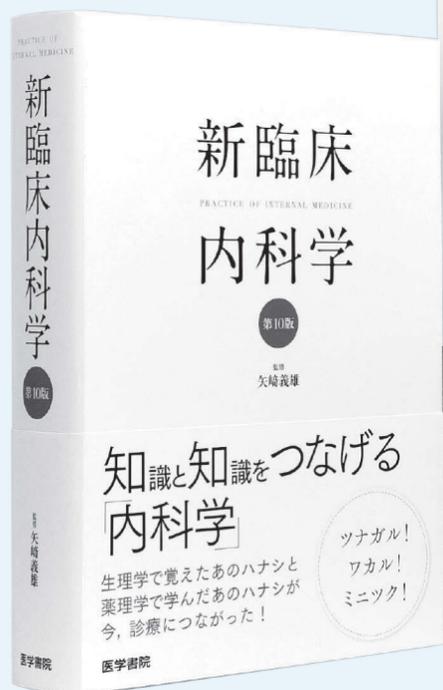
# 新臨床内科学

第10版

PRACTICE OF INTERNAL MEDICINE

監修 矢崎義雄

学校法人東京医科大学・理事長



- テスト前・国試前に要点を確認したい!
- 疾患の全体像を押さえたい!

- 臨床実習のポイントを知りたい!
- 病態をきちんと理解したい!

多様なニーズにお応えする、“使い勝手抜群”の内科学書になりました

[目次]

主要症候／呼吸器疾患／循環器疾患／消化管疾患／肝・胆・膵疾患／代謝・栄養疾患／内分泌疾患／血液・造血器疾患／腎・尿路疾患、水・電解質代謝異常／神経疾患／感染疾患／アレルギー疾患／膠原病・リウマチ性疾患、原発性免疫不全症／中毒・環境要因疾患

デスク判(B5) 頁2000 定価:本体24,000円+税

[ISBN 978-4-260-03806-5] 2020年4月発行予定

ポケット判(A5) 頁2000 定価:本体18,000円+税

[ISBN 978-4-260-03807-2] 2020年3月発行

## 2020年5月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。 医学書院発行

<b>公衆衛生</b> 6月号 Vol.84 No.6 1部定価:本体2,400円+税 <b>次代の公衆衛生を展望する</b>	<b>臨床整形外科</b> 増大 5月号 Vol.55 No.5 特別定価:本体5,800円+税 <b>臨床整形超音波学</b> 一エコー新時代、到来
<b>medicina</b> 5月号 Vol.57 No.6 1部定価:本体2,600円+税 <b>教えて! 健診/検診 “ホントのところ”</b> 一エビデンスを知り、何を伝えるか	<b>臨床婦人科産科</b> 5月号 Vol.74 No.5 1部定価:本体2,700円+税 <b>エコチル調査からみえてきた 周産期の新たなリスク要因</b>
<b>総合診療</b> 5月号 Vol.30 No.5 1部定価:本体2,500円+税 <b>誌上Journal Club</b> 一私を変えた激アツ論文 <ビジュアルアブストラクトつき!>	<b>臨床眼科</b> 5月号 Vol.74 No.5 1部定価:本体2,800円+税 <b>第73回日本臨床眼科学会講演集(3)</b>
<b>呼吸器ジャーナル (旧 呼吸と循環)</b> Vol.68 No.2 1部定価:本体4,000円+税 <b>呼吸器感染症診療の最前線</b> 一症例から学ぶエキスパートの視点一	<b>耳鼻咽喉科・頭頸部外科</b> 5月号 Vol.92 No.5 1部定価:本体2,700円+税 <b>高齢者のめまいを治す</b>
<b>胃と腸</b> 5月号 Vol.55 No.6 1部定価:本体3,200円+税 <b>スキルス胃癌</b> 一病態と診断・治療の最前線	<b>臨床泌尿器科</b> 5月号 Vol.74 No.6 1部定価:本体2,800円+税 <b>高齢患者の泌尿器疾患を診る</b> 一転ばぬ先の薬と手術
<b>BRAIN and NERVE</b> 5月号 Vol.72 No.5 1部定価:本体2,700円+税 <b>多発性硬化症の現在</b>	<b>総合リハビリテーション</b> 5月号 Vol.48 No.5 1部定価:本体2,300円+税 <b>周術期のリハビリテーション診療</b> 一何を考え何を診て何をするのか
<b>精神医学</b> 増大 5月号 Vol.62 No.5 特別定価:本体5,000円+税 <b>精神科診療のエビデンス</b> 一国内外の重要ガイドライン解説	<b>理学療法ジャーナル</b> 5月号 Vol.54 No.5 1部定価:本体1,800円+税 <b>投球障害を捉える</b> 一動作、機能解剖、エコーの活用、予防に対する理学療法士の英知
<b>臨床外科</b> 5月号 Vol.75 No.5 1部定価:本体2,700円+税 <b>taTMEのすべて</b>	<b>臨床検査</b> 6月号 Vol.64 No.6 1部定価:本体2,200円+税 <b>超音波レポートの書き方</b> 一良い例、悪い例
	<b>病院</b> 5月号 Vol.79 No.5 1部定価:本体3,000円+税 <b>地域包括ケアで輝く病院</b>



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>  
[販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp