

2017年7月17日

第3232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]リアルワールド・データが示すDOAC時代の心房細動診療(赤尾昌治)……………1—2面
- [寄稿]わが国の臨床疫学教育の現状と未来(康永秀生)……………3面
- [連載]ジェネシャリスト宣言……………4面
- [連載]がんと感染症……………5面
- 緩和医療学会/精神神経学会……………6面
- MEDICAL LIBRARY,他……………7面

リアルワールド・データが示すDOAC時代の心房細動診療

interview

赤尾 昌治氏に聞く

国立病院機構京都医療センター診療部長/伏見心房細動患者登録研究・研究代表者

心房細動（atrial fibrillation；AF）による脳梗塞発症の予防薬としては、半世紀にわたりワルファリンがほぼ唯一の選択肢であった。近年になって異なる作用機序を有するDOAC（direct oral anticoagulant；直接型経口抗凝固薬）が続々と登場し、RCTにおいてはワルファリンと同等以上の効果と安全性を示したことから、抗凝固療法における新時代の幕開けを告げることとなった。

DOAC時代の変化に注目が高まる中、AF診療における国内屈指のリアルワールド・データとも評される伏見心房細動患者登録研究（以下、伏見AFレジストリ）の最新報告が今年4月に発表された（MEMO）。しかしその結果は、RCTに基づく楽観的な期待を裏切るものであった。なぜRCTとリアルワールドでこうも結果が異なってしまうのか。今後のAF診療にどのような教訓を残したのか。伏見AFレジストリ研究代表者の赤尾氏に聞いた。

——伏見AFレジストリはどういった経緯で始めたのでしょうか。

赤尾 発端は地域連携パスの導入です。2009年に私が京都医療センターに着任した後、近隣の慢性期病院や診療所との病診連携を推進するために地域連携パスを構築しようという話になりました。その協議の中で2010年春頃、「診療情報の共有も兼ねて、AF患者のデータを取ってみたいだろうでしょう」と、伏見医師会に提案したのです。

ちょうど翌2011年には新しい抗凝固薬、今でいうDOACが臨床使用可能となることが決まっていました。AFの治療方針やアウトカムが今後どう変わっていくのか、注目を集めるのは間違いない。それを見越して、データを取っておこうと考えたわけです。——絶好のタイミングでしたね。

赤尾 そうなのです。現在も世界各国

で新たなAFレジストリが次々と立ち上がっていますが、伏見AFレジストリの強みのひとつが「ワルファリン時代からDOAC時代への変遷を示すデータがあること」です。今振り返ると、いいタイミングで開始できました。——2010年に提案し、11年3月に登録開始。準備も大変でしたか。

赤尾 研究計画の策定に始まり、伏見区内の医療機関への参加要請や研究費の確保など、その1年間は多忙を極めました。私自身は大学から異動してきたばかりで人脈もなかったのですが、当時の伏見医師会長だった依田純三先生をはじめ、多くの方が後押ししてくださって、人のつながりに助けられましたね。

それに、対象疾患がAFだったのも大きいです。AFは心電図のみで容易に診断ができるので、登録研究に向い

ているのです。もし特殊な検査が要る疾患だったら、開業医の先生方を巻き込むことは難しかったでしょう。——調査票の設計は、どのような観点で行ったのでしょうか。

赤尾 調査項目の取捨選択は、最も頭を悩ませたところでした。開業医の先生方が診療の合間を縫ってデータを入力してくださるわけですから、項目が多く入力作業があまりに大変だと続かなくなり、研究自体が頓挫してしまう。かといって項目を削りすぎると、必要なデータが取れません。

私自身、それまでさまざまな症例登録を行ってきた経験から、入力が面倒だとイヤになることも多かったのですね。ですから、調査票入力のウェブサイトを作製する過程では、何度も自分で入力してみて、適度な時間で完了できる分量をめざしました。その設計には非常にこだわりましたね。

——ジレンマの中で諦めた項目もあったのですか。

赤尾 もちろん、あります。今になってみて、「あの項目はやはり入れておけばよかった」という後悔もあります。でも、全てを網羅するのは無理ですし、ある程度の諦めも大切だと思います。

唯一の真実は存在しない、多様性に富むリアルワールド

——伏見AFレジストリにはどういった特徴があるのでしょうか。

赤尾 世界各国で、さまざまなAFレジストリが進行中です。国内だけをみても、症例数最大のJ-RHYTHM（日本不整脈心電学会）のほか、心研データベース（心臓血管研究所）、KiCS AF（慶大）など数多くあります。ただ、登録患者の背景がそれぞれ大きく異なっているのです。伏見AFレジストリの最大の特徴は、大病院だけではなく、診療所を含む地域全体をみている点です。患者背景としては、高齢・低体重、併存症が多い傾向があります。そのせいか、「伏見AFのデータは自分たちが診ている患者の実感に近い」



●あかお・まさはる氏

1991年京大医学部卒。静岡市立静岡病院、京大大学院、米ジョンズ・ホプキンズ大研究員・客員准教授、京大循環器内科助手・助教などを経て2009年に国立病院機構京都医療センターに着任。現在、同センター診療部長（病棟管理、救命救急担当併任）、循環器内科診療科長。京大臨床教授。

という評価を、実地医家の先生方から受けることがよくあります。

——まさにリアルワールドである、と。

赤尾 ただ、よく誤解されるのですが、「伏見こそが日本のリアルワールド」というわけではありません。高齢化率や医療機関の機能など地域によって千差万別で、都心には「都心のリアルワールド」があるし、農村部には「農村部のリアルワールド」があるのです。多様なリアルワールドがあるなか、地方都市の平均的な現実を、伏見AFレジストリがうまく描き出すことができたのだと考えています。

——登録基準も各レジストリでかなり異なるのですか。

赤尾 心電図にてAFが記録されていることはどのレジストリも共通です。ただ、「直近1年に発作があった症例のみ」「新規発症の患者に限定」「外来患者に限定」など登録基準がそれぞれ異なります。伏見AFレジストリの場合、時期は問わず1回でもAFと診断されれば登録していて、除外基準も特に設けていません。そういう意味では幅広く取っています。

——レジストリ研究としては選択バイアスはないほうが良いのでしょうか。

赤尾 研究の目的に適した登録基準・除外基準があるので、一概には言えません。逆に言うと、目的に応じて適切

（2面につづく）

MEMO リアルワールド・データと伏見AFレジストリ

RCTで得られるエビデンスは一定条件下の限られた母集団での結果であるため、多様な条件下の幅広い患者を対象とする実臨床（＝リアルワールド）にそのまま当てはまるとは限らない。そのため、観察研究（レジストリ等）、市販後調査、データベース研究（レセプト・保険等）といったリアルワールド・データによってRCTとのギャップを検証する試みが近年注目されている。

伏見AFレジストリは、京都市伏見区において2011年3月に登録を開始したAF患者の前向き観察研究。登録基準は心電図にてAFが記録されていることのみ。伏見医師会所属の区内医療機関に通院しているAF患者を可能な限り全例登録し、患者背景や治療調査、予後追跡を行っている。伏見区は、居住人口28万人を超える京都市内最大の行政区。伏見AFレジストリの登録患者総数は5136人（2017年7月3日現在）。

循環器科医・研修医が臨床の現場で求められる知識を、最新のエビデンスに基づいて徹底的に解説!

循環器ジャーナル

●年4回刊 1部定価：本体4,000円＋税

2017年年間購読料（税抜本体価格） 冊子版15,480円 冊子＋電子版（個人）20,480円 電子版（個人）15,480円

2017年の特集

- 1号 Clinical Scenarioによる急性心不全治療
- 2号 心電図診断スキルアップ
- 3号 不整脈診療 ずっと疑問・まだ疑問
- 4号 ACSの診断と治療の進歩（10月発行予定）



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693

インタビューリアルワールド・データが示す DOAC 時代の心房細動診療

(1 面よりつづく)

な登録基準・除外基準を設ける必要があります。

選択バイアスがない研究はありませんし、レジストリ研究によって患者背景はさまざまで、そこから得られる結論も異なります。ですからデータを読む側としては、「どのリアルワールドが自分の診療現場に近いのか」「どのデータが明日からの診療に活かせるのか」を見分ける能力が求められるのだらうと思います。

DOAC「以前」「以後」でみる AF 診療のリアルワールド

——伏見 AF レジストリが示すリアルワールドについてお聞かせください。
赤尾 まず、DOAC が本格的に普及する以前のデータからお話しします。2012 年 10 月までに登録された AF 患者（2914 例）の 1 年追跡調査で、ワルファリン投与群と非投与群で臨床イベントの発生頻度に有意差はありませんでした¹⁾。内訳をみると、出血を恐れるあまりにワルファリン投与が低用量となり、脳卒中の予防効果が不十分となっている現状が示唆されています。——つまり、抗凝固薬を投与しても実際には脳卒中を予防できていなかった。ショッキングなデータです。
赤尾 発表時は、日本全国で驚きの声が聞かれました。ただ、「今後普及が進む DOAC は固定用量の薬なので低用量にはならないし、アウトカムは改善するだろう」と楽観的な予想もありました。

——ワルファリンの限界が明らかになる一方、DOAC への期待が高まったわけですね。
赤尾 そして、DOAC 時代のリアルワールドを示す伏見 AF レジストリの最新知見を、今年 4 月に発表しました。その主要アウトカムをみると、「DOAC とワルファリンで、脳卒中/全身性塞栓症、大出血とも出現率に差はなし」という結果でした²⁾。さらには、抗凝固薬投与例（DOAC/ワルファリン）と抗凝固薬非投与例を比較しても、やはり差は見られませんでした。——DOAC 発売後、抗凝固療法の施行率自体は増加しているのでしょうか。
赤尾 徐々に増えていて、53%（2011 年）が 64%（2015 年）となっています。AF が注目されるなか、抗凝固薬の重要性が徐々に認識されてきたのは間違いありません。ただし、結果が伴っていないのです。

DOAC でもアウトカムが改善しない 2 つの理由

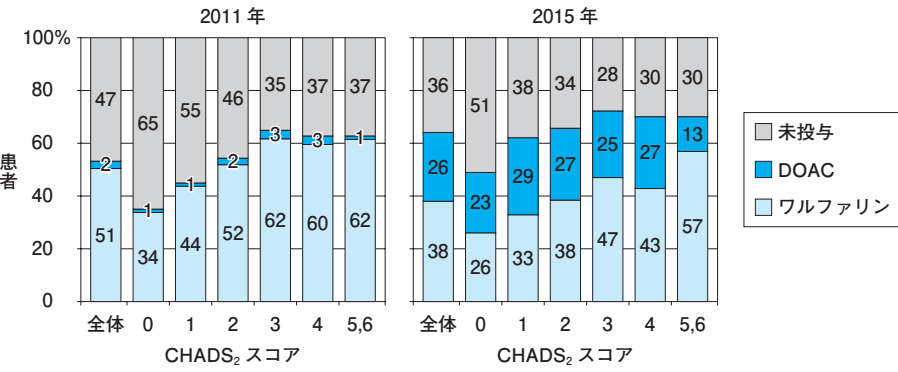
赤尾 アウトカムが改善しない理由として、2 つ挙げられます。まず、DOAC の under-dose。例えば、伏見 AF レジス

トリにおける 2015 年時点のリバーロキサバンとアピキサバンの減量投与例をみると、添付文書の記載通りに減量されている例は約 3 割に過ぎず、添付文書に反した不適正減量 (under-dose) がおよそ半数を占めるという状況でした。——Under-dose は日本特有の問題なのでしょう。
赤尾 抗凝固薬に限って言えば、出血を恐れて under-dose となるのは世界共通の課題であり、決して日本に限った話ではありません。——論文中では「ワルファリン時代の問題点がまだ克服されていない」と指摘されています。

赤尾 私自身は、DOAC の under-dose が今後問題になるだろうという予感がありました。出血を恐れて少量で、という医師の「習性」はそう簡単には変わらないだろうと思っていたからです。抗凝固薬というのは「出血のリスクを冒してでも脳卒中を減らす」、いわばハイリスク・ハイリターンを狙う薬です。それが現実には、出血はしてないけど脳卒中も予防できていない。つまり、ノーリスク・ノーリターンとなっているのです。——その点は、ワルファリン時代から変わっていないのですね。
赤尾 もう一つの理由は、アドヒアランスです。伏見 AF レジストリはアドヒアランスに関するデータを持っていますが、米国の病院処方データを用いた検討では、アドヒアランス低下が予後不良に関連することが示されています³⁾。抗凝固薬のアドヒアランスの問題は昔から指摘されてきました。降圧薬ならば服用により血圧が下がることで効果も実感できますが、抗凝固薬の場合は服用して症状が良くなるわけではないし、それなりに費用もかかります。どうしても患者さんの服薬意欲は時間とともに薄れがちになります。

RCT ならば治験の間は万全のサポート体制の下で under-dose が回避され、アドヒアランスも保たれますが、実臨床ではそうはいかない。これこそが、RCT とリアルワールドのギャップなのです。——RCT を基にしたガイドラインは、現状に即していないのでしょうか。
赤尾 いえ、今が過渡期なのでしょう。DOAC が出た当初は、新薬ということもあって「慎重に、まずは低リスク例から使いましょう」という啓発がなされたのは確かです。実際、DOAC の新規処方例は CHADS₂ スコアの低～中リスク例（0～1 点）に比較的多いことがわかります（図）。

低～中リスク例ならば安全に使えることはわかってきました。今後は、これまで避けていたような高齢者や腎機能障害といったハイリスク例にどう処方していくか。それによって患者アウトカムはどう変わっていくか。DOAC は、これからまさに真価問われる正



●図 CHADS₂ スコア別にみる経口抗凝固薬の内訳（文献 2 より）

念場を迎えるのだと思います。

「どの薬剤を選ぶか」よりも大切なこと

——ハイリスク・ハイリターンでなければ本当の効果を得られないわけですね。一方で、慎重にならざるを得ない気持ちもわかります。
赤尾 もちろん、その通りです。ただ、投与する側の医師が十分な説明もせず低用量を処方して、患者さんも不十分な理解のまま服用するのが現状ならば、それは望ましくありません。いったん服用を始めたら多少のリスクを負ってでも続ける。リスクを取りたくなければやらないほうがいい。医師も患者さんも、そういう“覚悟”を持つべき治療なのだと私は思っています。——それでは、先生ご自身の診療スタンスについてもお聞かせください。
赤尾 まず薬剤の選択に関しては、新規発症の AF 患者は、基本的に DOAC を処方しています。ワルファリンを処方するのは、これまでワルファリンでコントロールできていて DOAC に変更する理由がない場合、弁膜症性 AF など DOAC が禁忌である場合に限られます。

腎機能が低下して DOAC 禁忌となる患者にはワルファリン、という考え方もありますが、私自身はむしろ抗凝固療法自体を見送るケースが最近が多いです。伏見 AF レジストリのデータをみても、クレアチニン・クリアランスが 30 mL/分を切るような症例だと、脳卒中だけでなく出血やその他の有害事象も非常に多く、生命予後も不良です⁴⁾。そういう患者さんに無理に抗凝固療法を行っても、おそらく何もいいことはありません。——DOAC の用量選択についてはいかがでしょうか。
赤尾 添付文書通りの用量を杓子定規に守って投与するか、無理ならば投与しない。その二択で、添付文書に反して用量を減らすことはありません。添付文書に記載された用量は厳密な RCT で効果が証明されていて、逆に言うとそれ以外のエビデンスはないわけです。医師のさじ加減で用量を減らすことには、基本的に反対です。——伏見 AF レジストリの経験を通し

て、診療スタイルが変わってきた点がありますか。
赤尾 アドヒアランスの問題を先ほど挙げましたが、良好な AF 管理のためには、患者さん自身が服薬の重要性を理解して、モチベーションを継続させることが欠かせません。ですから、患者教育に対する意識は以前にも増して強くなりました。

以前、当科の外来通院患者に対する抜き打ちのアンケート調査を行ったことがあるのですが、約 3 割の患者さんは疾患や治療について全く理解できていないという結果でした。オリジナルの説明資料などを活用しながら時間をかけて説明するなど、患者教育には比較的熱心に取り組んでいるつもりでしたが、教育の難しさを改めて思い知らされました。——説明する側とされる側のギャップは大きいのですね。

赤尾 そのギャップに気付いた後は、より丁寧な説明を心掛け、患者教育と医療連携に役立てるための「伏見区心房細動連携手帳」も作成しました。ただ、アドヒアランス向上の決め手は見つからないのが正直なところですよ。とは言え、何事もガイドラインやエビデンス通りにいくわけではありません。患者さんの価値観や人生観を傾聴しつつ、治療方針について合意を形成していく。そうやって患者さんと人間関係を構築していくのが、抗凝固療法の醍醐味とも言えるのでしょうか。——最後は「医師と患者の信頼関係に行き着く」と？
赤尾 「信頼する先生が出してくれるお薬だからきちんと飲もう」というのは当然あるだろうと思います。RCT の結果を受け、DOAC さえ処方すれば脳梗塞を減らせると勘違いしてしまいがちですが、リアルワールドではそう上手くはいきません。「誰が」「誰に」「どのように処方するのか」が大切で、このことを医療者は肝に銘じる必要があるのだらうと思います。（了）

- 参考文献
- 1) Circ J. 2014 [PMID : 24976391]
 - 2) Circ J. 2017 [PMID : 28428449]
 - 3) Am Heart J. 2014 [PMID : 24890529]
 - 4) Am J Cardiol. 2017 [PMID : 28219663]

目で見てわかる OCT／OFDI アトラスと明日から使えるエビデンス

PCI にかす

OCT／OFDI ハンドブック

冠動脈インターベンションにおける新たな血管内イメージングデバイスとして、今後ますます普及が期待される OCT／OFDI 画像を IVUS 画像とも比較しながら読み解いていくアトラス。さらに OCT／OFDI ガイドの PCI のために、必要なセットアップ、きれいな画像を撮る手順、治療にかすコツなどを満載。これまでに蓄積されてきたエビデンスについても十分にページを割いている。

監修 森野禎浩

岩手医科大学教授・
内科学講座循環器内科分野

編集 伊藤智範

岩手医科大学教授・
内科学講座循環器内科分野

房崎哲也

岩手医科大学准教授・
内科学講座循環器内科分野

PCI にかす

OCT／OFDI ハンドブック

新時代の心臓血管内イメージング

B5 頁160

2017年

定価：本体5,000円＋税

[ISBN978-4-260-03017-5]

医学書院

臨床に還元できる腎病理の“読み方”をナビゲート！

なぜパターン認識だけで腎病理は読めないのか？

臨床に活かせる病理診断のあり方と実践について、「腎病理に詳しい病理医」と「腎生理を専門とする臨床医」が徹底トーク。腎病理を読み解くために必要な“本当の知識”と、病理所見から得るべき“真の情報”の輪郭を、2 人の専門家のクロストークが浮き彫りにする新感覚の病理解説本が登場！

長田道夫

筑波大学医学医療系 教授

門川俊明

慶應義塾大学医学部
医学教育統轄センター 教授

なぜ

パターン認識だけで

腎病理は

読めないのか？

病態を覆う

病理医の思考プロセスを

臨床医が徹底解明！

B5 頁200

2017年

定価：本体4,500円＋税

[ISBN978-4-260-03169-1]

医学書院

寄稿

わが国の臨床疫学教育の現状と未来

日本臨床疫学会への期待

康永 秀生 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻臨床疫学・経済学教授



●やすなが・ひでお氏
1994 年東大医学部卒。
東大病院、竹田綜合病院、国保旭中央病院での臨床研修・外科臨床を経て、2000 年東大大学院医学系研究科公衆衛生学教室、03 年東大病院企画情報運営部、08 年東大大学院医学系研究科医療経営政策学講座特任准教授。11 年ハーバード大医学校 Department of Health Care Policy 客員教員を経て、13 年 4 月より現職。専門は臨床疫学、医療経済・政策学。Journal of Epidemiology 編集委員。日本臨床疫学会理事。

材育成を通じて推進し、現在の医療が直面する諸課題の解決に貢献する」ことをミッションに掲げている。特定の診療科に限定されず、医師・看護師・薬剤師など全ての医療従事者をはじめ、臨床研究にかかわる全ての人を対象とする学会である。また、各臨床専門学会や研究団体とも連携し、学会レベルでの大型共同研究の計画や、次世代リーダーの人材育成をめざしている。

臨床疫学教育には座学形式の講演だけでは不十分だろう。観察研究の手法を身につけるにはクリニカル・クエスチョンの定式化や観察研究における疫学研究デザインおよび統計的因果推論などの教育が特に重要であるが、これらには参加型・双方向性のワークショップやハンズオン・セミナーが適していると考える。日本臨床疫学会第 1 回年次学術大会では、こうした実践的な教育コンテンツが多く提供される（表）。本学会は、教育講演・統計セミナー・研究実践ワークショップなどを通じた参加者の臨床研究実践能力向上を第一の目的としている。

わが国の臨床疫学の発展には、大学院など個別の教育機関による教育体制の一層の充実はもとより、学会を通じた臨床家向けの卒後臨床疫学教育プログラムの提供・拡充が不可欠である。こうした系統的な教育システムの構築によって、日本発の良質なエビデンスをさらに増やし、医学界全体の発展に貢献できるものと期待している。

●日本臨床疫学会第 1 回年次学術大会 概要

会期：2017 年 9 月 30 日～10 月 1 日
場所：東京大学
詳細は <http://www.pw-co.jp/jsce2017/>

●参考文献

- 1) Fletcher RH, et al. Clinical Epidemiology —the Essentials. 5th ed. LWW；2012.
- 2) Tagami T, et al. Prophylactic antibiotics may improve outcome in patients with severe burns requiring mechanical ventilation: propensity score analysis of a Japanese nationwide database. Clin Infect Dis. 2016；62 (1)：60–6.
- 3) Sasabuchi Y, et al. Increase in avoidable hospital admissions after the Great East Japan Earthquake. J Epidemiol Community Health. 2017；71 (3)：248–52.

近 4 年間で、筆者の教室の在学生・卒業生たちによる総計約 130 編の臨床研究論文がピアレビュー・ジャーナルにアクセプトされた^{2,3)}。卒業生の多くは文科省科研費などのグラントを積極的に申請し、若手研究（A）に採択された者も複数いる。このように大学院教育で臨床研究の手法を系統的に学ぶことで、実際にエビデンス創出や人材の育成につながっていると言えるだろう。規模の大小に違いはあれ、同様の取り組みがいくつかの大学院やその他の教育機関で広がりつつあり、臨床疫学教育プログラムは強化されてきた。とはいえ、わが国全体として見れば、その質・量共に向上の余地があるだろう。

学会を通じて新たな臨床疫学教育の機会を

SPH の数は少なく、定員も限られている。また、SPH の学生は在学中の 1～2 年間、臨床の常勤職からの一時離脱を余儀なくされてしまう。現時点で SPH は臨床研究を志す全ての若手臨床医の受け皿にはなり得ない。そのため、大学院教育だけでなく、学会などを通じた卒後教育プログラムの提供が重要だ。その代表的なものが学会であるが、これまでわが国には、臨床疫学研究・教育の核となる基幹学会がなかった。

そこで昨年、筆者を含む国内の臨床疫学者を中心に、「臨床研究で医療を元気にする」というキャッチフレーズのもと、「日本臨床疫学会」を設立した（発足記念講演会の模様は本紙第 3207 号）。

本学会は、「クリニカル・マインド」とリサーチ・マインドを持つ医療者による質の高い研究を、医療ビッグデータを活用した研究などの振興と研究人

●表 日本臨床疫学会第 1 回年次学術大会の主なテーマ

教育講演 - 医療技術評価の国際動向と今後の展開 - コクラン・レビュー - ロコモの疫学 - 統合研究（pooled analysis）の実際 - シンポジウム - ビッグデータを用いた臨床疫学研究 - 観察研究における統計手法 - 医療者と企業と官との産官学連携の新しい方向性 - 日本臨床疫学会と各臨床専門学会の連携 - 個人情報保護法・倫理指針の改正は臨床研究をどう変えるか？	研究実践ワークショップ - 臨床研究者のための生物統計学 - 今日から始めるデータベース研究：研究デザイン上の工夫と注意点 - QOL 評価の現状と費用効果分析への応用 - QOL を活用した臨床研究を計画しよう - 救急診療のデータ集積と診断特性に関する臨床研究 - 論文の批判的吟味——研究計画と情報収集など - 統計セミナー - 初めての統計解析——データクリーニングから統計解析まで
---	--

こうした状況を踏まえ、本稿では臨床疫学教育の現状と教育システム構築の在り方について述べていく。

教育の中心は大学院に、質・量共に向上の余地あり

臨床疫学の系統的な教育は、主として大学院で行うべきである。臨床研究の出発点となるクリニカル・クエスチョンは、医師免許を取得し、ある程度臨床経験を積んだ後に初めて湧いてくるものだ。医学部 6 年間の教育は医学の基礎知識の涵養と基本手技の修練で手一杯であり、臨床疫学までカリキュラムに含めることはあまり現実的ではない。

臨床疫学では臨床をテーマにしつつ疫学・統計の方法論を用いるため、その教育は主に公衆衛生学分野の大学院で実施されている。わが国では 2000 年、初めての公衆衛生大学院（School of Public Health；SPH）が京大に設置された。現在、東大、京大、帝京大などいくつかの SPH に公衆衛生学修士（Master of Public Health；MPH）課程が設置され、臨床疫学の教育プログラムが提供されている。

筆者は 2013 年から、東大大学院の SPH および医学博士課程で、臨床疫学の系統講義（105 分×16 回、延べ 28 時間）を担当している。毎年 40～50 人の受講者に対して講義を行っている。また、文科省科研費・若手研究（B）のフォーマットに沿った研究計画書の書き方と医学英語論文の書き方についても、少人数の臨床疫学演習（105 分×28 回、延べ 49 時間）を開講し実践的に指導している。

さらに臨床研究の直接指導を受けたい学生は、筆者の主宰する臨床疫学教室への配属を希望する。毎年 5～6 人の MPH 学生に指導を行っており、最

日本の臨床疫学を取り巻く現状

わが国の臨床疫学の発展に向けては二つの問題がある。一つは、大学医学部の多くが臨床系の教室でも基礎実験研究に注力していることだ。若手研究者に臨床研究を指導できる教員は少ない。臨床疫学を学ぶ場もあまりない。そしてもう一つはわが国の臨床研究に割り当てられる研究費予算は、米国とは比較にならないほど少ないことである。

それでもわが国の臨床研究は、EBM の概念が普及してきた 2000 年以降、少しずつ増えている。しかしこれは臨床疫学の系統的教育の成果というより、独学で臨床疫学を身につけたごく一部の優秀な臨床家の努力に依存したものだと言えるだろう。こうした状況から脱却するには、多くの臨床家に臨床疫学教育の機会を提供するシステム構築が肝要だ。

また、臨床研究には臨床試験（介入研究）だけでなく観察研究も含まれることにも注意すべきである。実際、最もエビデンスレベルの高いランダム化比較試験（RCT）は、倫理的・経済的な制約から実現困難なことが多く、PubMed に公開されている臨床研究論文の約 9 割は観察研究である。現在わが国では、さまざまな学会や研究団体が独自に症例データベースを構築している。臨床疫学教育ではこれまで RCT の手法習得に重きが置かれがちであったが、データベースから得られるビッグデータを活用した観察研究の手法の教育にも力を入れるべきだ。

本紙編集室の Facebook ページです。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

医学界新聞 Facebook 検索

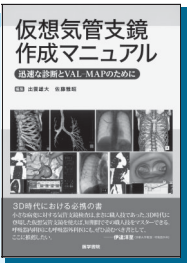
カーナビが進むべき道を教えてくれるように、仮想気管支鏡は枝読みを助けてくれる！

仮想気管支鏡作成マニュアル

迅速な診断とVAL-MAPのために

「気管支鏡は難しい」呼吸器専門医ですらそのように感じる人は多い。既に多くの病院で導入されている多列CTにブレインストールされているCT workstationを活用すれば、簡単に仮想気管支鏡が作成でき、その仮想気管支鏡でシミュレーションを行うことにより、もっと効率よく、安全・正確な検査を提供できる。さらに本書では、現在先進医療として行われている肺癌の縮小手術のためのVAL-MAPについても解説。

編集 出雲雄大
日本赤十字社医療センター
呼吸器内科・内視鏡診断治療科
副部長
佐藤雅昭
東京大学医学部附属病院
呼吸器外科 講師

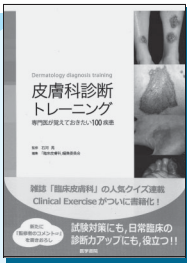


人気クイズ連載が書籍化！ 試験対策や日常臨床の診断力アップに、厳選100問

皮膚科診断トレーニング

専門医が覚えておきたい100疾患

監修 石河 晃
東邦大学教授・皮膚科学
編集 「臨床皮膚科」編集委員会



日本の医療費は増加し続けており、医療費の抑制は非常に大きな課題である。どのくらいの医療費が適正な医療費なのかについては諸説ある。が、医療費について全く無頓着であっても構わないという暴論を唱える人はそう多くはない(皆無ではないが)。

プライマリ・ケア医の存在はゲートキーパーとして機能し、専門家へのアクセスを抑制し、よって医療費は下がる。これはぼくが研修医だった1990年代のアメリカでよく言われた言説だった。しかし、現実には「プライマリ・ケア医＝ゲートキーパー」策は医療費抑制には効果がなかった。医療訴訟が非常に多いアメリカでは、リスクヘッジのためにほとんど無意味なコンサルテーションが専門医に連打され、結局多くの医者に関与する高コスト体質になってしまったのだ。

日本の場合にはゲートキーパーの仕組みはゆるい。大学病院のような特定機能病院は初診料の設定や紹介状の要求によってある程度の「ゲート」を作り、役割分担をしようとしている。とはいえ、初診料を払えば紹介状なしでの受診も可能だ。やはり日本は医療へのアクセスが極め付きに良い国だ。

アクセスの良さは、一長一短だ。医療へのアクセスの良さは患者の過密を生み、受診、検査、処方での長い長い待ち時間を生み、患者一人当たりの診療時間の短縮や医療者の疲弊につながる。日本の医療の最大の武器は「アクセス」であるが、これが最大の弱点にもなっている。

ぼくは10年ほど前、亀田総合病院にいたときから、患者の待ち時間を減らすにはどうしたらよいか、一生懸命考えてきた。亀田総合病院の外来の意見箱に寄せられる患者の苦情で一番多かったのが「待ち時間が長い」だったからだ。

そもそも予約制をとっている業界で、サービスを提供する側が予約時間を守らずに、サービスを受ける人を何時間も待たせるのは日本の医療界だけである。美容院とか弁護士事務所であ

The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

「ジェネラリストか、スペシャリストか」。二元論を乗り越え、「ジェネシャリスト」という新概念を提唱する。

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学 / 神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第49回】

エコノミカルなジェネシャリ

ポを取って、数時間も待たされたらもうそこには二度と行きたくないだろう。落語の「五貫裁き」じゃあるまいし、ずっと患者を待たせるのは「罪悪」と考えるべきだ。ぼくらは患者の善意に甘え過ぎなのである。

その長い待ち時間に拍車を掛けるのが、大学病院などにありがちな「たらい回し」だ。患者の腎機能が低下したら腎臓内科紹介、血糖値が高くなれば糖尿病・内分泌内科紹介、脚が痛ければ整形外科、頭が痛ければ神経内科……次から次へと他科に紹介するから、患者は延々と待たされなければならない。また、そういう紹介によって同じ患者がいくつもの外来を受診するから、各科の待ち時間はさらに延びる。

さらにひどいのは、診療科における細分化だ。「自分は血液内科医だけど、リンパ腫は診ない」「貧血は専門にしていない」と言われて、特定の血液内科医しか紹介できない。患者は他日、もう一度病院に来なければならない。医師の専門性が先鋭化されればされるほど、その医師は「そのシチュエーション」でしか使えなくなる。多発性骨髄腫しか診ない血液内科医では、使い勝手が悪いのである(まあ、日本に1人くらいはそういう尖った医者もいてもいいとは思いますが)。

第5回(本紙第3053号)で、大学病院こそポリバレントな能力が必要だという話をした。例えば、自分が診ている患者が風邪をひいたとしたら、その対応くらいは主治医の自分ができるべきだ。

そして、ポリバレントな能力を持つ

専門家、すなわちジェネシャリストは大学病院外来の経済性を上げる。全ての医者が軽度のCKD(chronic kidney disease)、糖尿病、痛みなどの主訴に対応できる総合力を持っていれば、不要な紹介は減る。外来の重複(redundancy)はなくなる。よって外来患者リストは短くなり、待ち時間は減り、患者一人当たりの診療時間は延びる。

紹介される患者を診なくて良くなるから、長い目でみると各診療医の負担も減る。患者は病院のあちこちを歩き回り、たらい回しにされ、他日にまた病院に来る負担もなくなる。何より、自分の主治医は私(患者)の全体像を把握してくれる。腎機能に配慮して薬の量を調節し、血糖に配慮して栄養指導をしてくれ、転倒のリスクに配慮して降圧薬を調整してくれる。このような目配せの効いた医療は、ある特定の病気が治療できない医者にはできない。

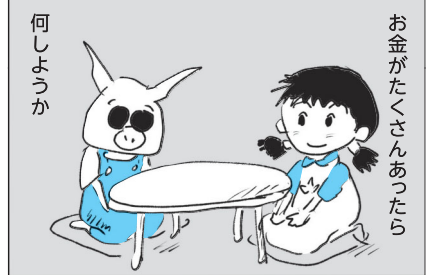
もちろん、抱え込み過ぎはよくないから、専門性の高い問題は専門家に任せようがよいに決まっている。でも、ちょっと血糖が高いくらいで全部糖尿病の専門家に丸投げでは、その専門性がスボイルされてしまう。難治性のもので限定すべきだ。そして紹介を受ける専門家はその領域くらいはベーシックなマネジメントができるべきだ。貧血を診ることができない血液内科医は極めて不経済である。

大学病院に通院する患者でシングル・イシューを抱えている患者はむしろまれな存在で、難治性の疾患はあちこちの臓器、システムに影響を与える。大学病院こそが、総合診療力が必要としているのである。もちろん、大学病院だから総合診療「だけ」しかできない医者は活躍しにくい。だから、ジェネシャリなのだ。

地域医療においてもジェネシャリは有益だ。いろいろな主訴に対応できるポリバレントな能力があれば、たとえ医者数の絶対数が少なくてもその地域で

ちえぬしゃりちゃん 49

もがみぢょーじ



●今回より iPad でイラストを描くようにしました (by もがみぢょーじ)。

の問題はうまくマネジメントできる可能性が高いからだ。「うちは呼吸器内科がないので、喘息は診られません」みたいな病院は地域医療にフィットしないのである。

先日、家族が整形外科を受診した。すぐに治してくれた。直接整形外科医にかかることのなんと素晴らしいことか。日本の医療アクセスの良さは恩恵だとぼくは思う。ゲートキーパーは監視社会的だ。マイクロマネジメントになって結局事務作業が増え、患者にストレスが掛かり過ぎて長期的にはうまくいかない(のがアメリカだ)。

アクセスの良さをスボイルすることなく、金銭的、労働環境的な制限を乗り越えるためのシングルアンサーは存在しない。しかし、ジェネシャリは少なくとも、貴重な「回答の一つ」なのである。

がん診療のための新しいプラットフォーム

Cancer Board Square

2017年7月号 vol.3 no.2

Feature Topic

がん診療のコスト原論

後藤 励/五十嵐 中/清水久範/下妻晃二郎
齋藤信也/立岩真也/國頭英夫

View-point がん診療

卵巣がん・卵管がん・腹膜がん

企画 勝俣範之(日本医科大学武蔵小杉病院 腫瘍内科)
Q&A 松本光史・相原聡・喜多川亮



- 1部定価:本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-02456-3]
- 年間購読受付中! 2017年 年間購読料:本体9,240円+税(冊子+電子版/個人)

医学書院

●書籍のご注文・お問い合わせ

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売部まで

☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804

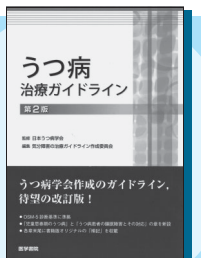
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)にて承っております。

DSM-5診断基準に準拠した改訂版ガイドライン。書籍版オリジナルの「補記」付き。

うつ病治療ガイドライン 第2版

「大うつ病性障害・双極性障害治療ガイドライン」の「うつ病」部分の改訂版。DSM-5診断基準に準拠するとともに、新たに「児童思春期のうつ病」と「うつ病患者の睡眠障害とその対応」の章が加わった。各章末尾に書籍版オリジナルの「補記」があり、ガイドラインに基づいた診療を行う上で知っておくべき実践的な知識がまとめられている。精神科医だけでなく、うつ病診療に携わる一般内科医やコメディカルにもお勧めの1冊。

監修 日本うつ病学会
編集 気分障害の治療ガイドライン
作成委員会



目からウロコ！

4つのカテゴリーで考える がんと感染症

森 信好 聖路加国際病院内科・感染症科副医長

〔第14回〕

HIV 感染症とがん

がんそのものや治療の過程で、がん患者はあらゆる感染症のリスクにさらされる。がん患者特有の感染症の問題も多い——。そんな難しいと思われがちな「がんと感染症」。その関係性をすっきりと理解するための思考法を、わかりやすく解説します。

今回は少しテイストを変えて HIV 感染症とがんについて解説します。米国での感染症診療で真っ先に驚くのが HIV 感染症の多さです。日本ではエイズ治療拠点病院で仕事をしない限り、日常診療で HIV 感染症に出会う場面はほとんどありませんが、米国では日常茶飯事です。入院患者には必ず抗 HIV 抗体の検査をしますし、症例のプレゼンテーションでも必ず HIV 感染の有無を確認します。HIV 感染の有無により鑑別が大幅に異なるからです。

本稿では、皆さんがあまり遭遇することのない HIV 感染症についてお話ししたいと思います。そもそも HIV 感染症とがんにどのような関係性があるのでしょうか。ピンと来る方は少ないかもしれませんが、2020 年には東京オリンピックが開催されるなど、訪日外国人が増えることで、今後日本も HIV 感染症の増加の恐れがあります。ちょうど良い機会ですのでぜひお付き合いください。

HIV/AIDS では どの免疫が低下する？

まずは、言葉のおさらいです。HIV は Human immunodeficiency virus、つまりウイルスの名前です。では AIDS とは何でしょう？ Acquired immunodeficiency syndrome のことです。正確な定義はご存じですか？「HIV に感染していて免疫が下がった状態」では不十分です。正解は「HIV に感染していて、23 の AIDS 指標疾患のうち、1 つでも満たすもの」です。AIDS 指標疾患を全て暗記する必要はないものの、日和見感染症やがんなどが含まれていることは、ぜひ覚えておいてください。

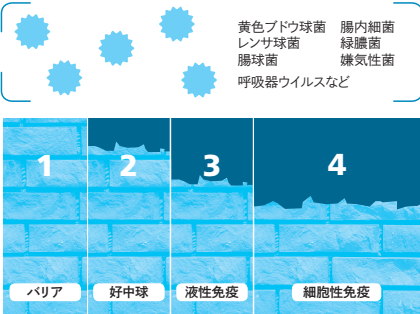
では HIV/AIDS ではどのような免疫の壁が下がるのでしょうか？ 皆さんもよくご存じのように、HIV は CD4 陽性 T 細胞に感染し CD4 数を直接的に減少させます。そう、「細胞性免疫低下」ですね。がんの感染症と異なり、

日和見感染症は CD4 数によっておおむね規定されますので取っ付きやすいのではないのでしょうか（図）。

では他の免疫はどうでしょうか。実は HIV 感染症では「好中球減少」と「液性免疫低下」も見られます。

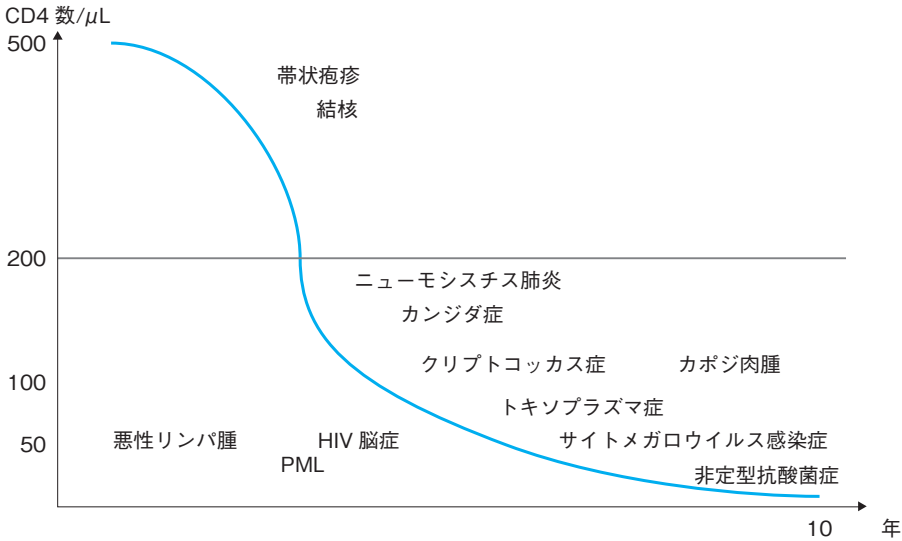
国際的な多施設研究によって、HIV 感染患者のうち 14% 程度で「緩やかな好中球減少（ANC<1300/ μ L）」が見られることが知られています²⁾。HIV そのものが造血前駆細胞に感染し骨髄基質を変化させる³⁾こと、また HIV 感染患者では非感染者と比べて顆粒球コロニー刺激因子（G-CSF）が低下している⁴⁾ことがその原因と考えられています。

次に液性免疫についてです。HIV 感染患者では B 細胞の異常調節が起こり、細菌感染症に罹患しやすくなることはよく知られています⁵⁾。ところが最近の研究では、HIV が直接 B 細胞に働き掛けて B 細胞の機能異常を引き起こしていることがわかりました⁶⁾。その他、免疫グロブリンのポリクローナルな増殖がよく見られますが、これは正常な機能を果たしているわけではありません⁷⁾。また、CD27 陽性のメモリー B 細胞の低下も見られます⁸⁾。つまり HIV 感染症では直接的、間接的に「液性免疫低下」が起きているのです。



HIV とがんの関係

では HIV とがんはどのような関係があるのでしょうか？ 実は HIV により、がんのリスクが増大します。



● 図 CD4 数の低下によって引き起こされる疾患（文献1より改変）

HIV に関連するがんを AIDS-defining cancer（ADC）、関連しないものを non-AIDS-defining cancer（NADC）と呼びます。ADC は前述のエイズ指標疾患に入っていましたね。

ADC	NADC
・カポジ肉腫 ・非ホジキンリンパ腫 ・浸潤性子宮頸がん	・肛門がん ・ホジキンリンパ腫 ・肝細胞がん ・皮膚がん ・大腸がん ・肺がん など

さて、抗 HIV 薬（antiretroviral therapy；ART）の導入により ADC は減少している一方で、長期生存が得られるようになったことも相まって、NADC は増加の一途をたどっています⁹⁾。最近の大規模研究でがんの種類や進行度、また治療方法にかかわらず、HIV 感染症があるだけでがんの予後が悪いことが報告され、衝撃を与えました¹⁰⁾。では、われわれ医療者はどのように対応すれば良いのでしょうか。一つは適切なスクリーニングの実施です。特に men who have sex with men（MSM）では肛門がんのリスクが極めて高いため、米国では多くの病院で肛門がんのスクリーニングを行っています。また肝細胞がんの原因としてウイルス性肝炎（B、C 型肝炎）が重要でありスクリーニングが必要です。

もう一つは HIV に対する早期治療です。HIV 感染診断後早期に ART を開始することで予後を改善させること

が 2015 年に報告¹¹⁾され、一斉にガイドラインが改定されました。その後のサブ解析の結果、早期治療により HIV 関連のがん発症リスクをも大幅に軽減させる¹²⁾ことがわかりました。「HIV とわかればすぐに治療する」。これが現在の HIV 診療の基本となっています。

今回は皆さんになじみの薄い HIV 感染症について、免疫低下の様子とがんとの関係を中心に解説しました。HIV 感染患者では細胞性免疫低下に加えて好中球減少や液性免疫低下も見られること、また HIV 感染症ではがんのリスクが増大するだけでなくがんによる死亡率が高くなることがわかっていますので、ART による早期治療が重要であることをお伝えしました。

今回はモノクローナル抗体による感染リスクについて解説します。お楽しみに。

〔参考文献〕

- 1) Ann Intern Med. 1996 [PMID：8607591]
- 2) Int J Infect Dis. 2010 [PMID：20961784]
- 3) Blood. 1987 [PMID：3663934]
- 4) J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol. 1997 [PMID：9170417]
- 5) Lancet Infect Dis. 2008 [PMID：17974480]
- 6) Nat Immunol. 2013 [PMID：24162774]
- 7) N Engl J Med. 1983 [PMID：6224088]
- 8) Front Immunol. 2012 [PMID：22566879]
- 9) J Natl Cancer Inst. 2011 [PMID：21483021]
- 10) J Clin Oncol. 2015 [PMID：26077242]
- 11) N Engl J Med. 2015 [PMID：26192873]
- 12) Clin Infect Dis. 2016 [PMID：27609756]

緩和ケアの必携書、待望の改訂

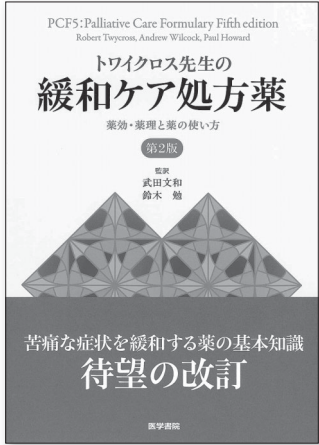
トワイクロス先生の 緩和ケア処方薬 薬効・薬理と薬の使い方 第2版

編集 R.Twycross・A.Wilcock・P.Howard

監訳 武田文和・鈴木 勉

原書は“Palliative Care Formulary 5th edition”（2014 年）。ロバート・トワイクロス博士（オクスフォード大学緩和ケア学講座初代教授）の編纂による緩和ケア界の必携書。最新のエビデンスに基づいて改訂された。緩和ケア薬を網羅した薬剤情報集と基本知識（オピオイド効力換算比、終末期の薬の投与法、薬物間相互作用など）の二部構成。新章「かゆみの治療薬」なども追加された。

● A5 頁 928 2017 年 定価：本体 5,500 円＋税 [ISBN978-4-260-03031-1]



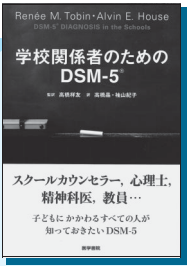
医学書院

学校関係者のためのDSM-5®

DSM-5® DIAGNOSIS in the Schools

児童・思春期の子どもたちが学校で直面する多様な精神的問題に、どのようなケアを提供できるのか。スクールカウンセラー、心理士、精神科医、教員…子どもにかかわるすべての人が知っておくべきDSM-5の知識を、ベテラン心理士が解説する。

原著 Tobin RM House AE
監訳 高橋祥友 筑波大学災害・地域精神医学教授
訳 高橋 晶 筑波大学災害・地域精神医学
袖山紀子 筑波大学災害・地域精神医学



第22回日本緩和医療学会開催

第22回日本緩和医療学会学術大会(大会長＝帝京大・有賀悦子氏)が6月23～24日、パシフィコ横浜(横浜市)にて医師・看護師ら8857人の参加者を集め開催された。本紙では、二人主治医制を実施する意義と、在宅における医療用麻薬の使用推進について議論された2つのシンポジウムについて報告する。

患者に伴走する二人主治医制

がん治療を受ける患者に対しては、生活全般を見る視点が欠かせない。シンポジウム「腫瘍内科と緩和ケアが力を合わせて伴走する二人主治医制」(座長＝あおぞら診療所・川越正平氏、千葉県がんセンター・坂下美彦氏)では、初めに座長の川越氏が趣旨説明を行った。がん患者が早期から必要としている支援例として、①疾病や症状に関する理解の助け、②自己管理の方法を知り、日々の生活に活かすこと、③情報収集を支援してもらい、質を吟味すること、④患者家族の不安や相談を受け止めてもらい、孤立を防ぐこと、⑤Advance Care Planningに関する継続的な支援の5つを提示。「腫瘍内科医は患者に対し、化学療法施行の早期からかかりつけ医を持つことを推奨してほしい」と述べ、切れ目のない支援の必要性を強調した。

続いて登壇したのは、腫瘍内科医の菓子井達彦氏(富山大病院)。在宅緩和ケアにおける在宅看取りの要因を明らかにする氏らの研究から、在宅看取り率の変化、在宅看取り・自宅で過ごした割合への影響因子に、在宅医・訪問看護師の緩和ケア継続教育プログラム「PEACE」の受講があると報告した。地域連携パスの使用が自宅で過ごした割合に影響を与えることも判明してお

り、質の高い在宅緩和ケアの達成に「PEACE受講と連携パス作成はgood factorになる」と話した。

「最期まで患者を困らせない、見放さないことが大切」。こう語った廣橋猛氏(永寿総合病院)は、外来から在宅へ移行する「連携」は患者にとって大きな不安になるため、二人主治医制による「並行」の関係が重要と指摘した。二人の医師に診てもらうことで患者も意思決定ができ、「見捨てられるのでは」という不安の払拭につながるという。と意義を語り、二人主治医制には医師同士の役割分担や相互連絡を密に行うことが不可欠と強調した。

森清氏(村山大和診療所)は、在宅医として二人主治医制にかかわる。化学療法の効果が乏しくなった段階での在宅への移行は、患者・家族に不安や戸惑いを与えることもある。一方で、療養の場が自宅になることで、在宅医の他、訪問看護師やケアマネジャーら多職種のかかわりや配慮が増えるため、患者は病院にいるときに比べ自分の人生の方針を決めやすくなるという。「家に帰ることが「当たり前」になるよう、連携、調整、統合を進めてほしい」と呼び掛けた。

在宅緩和ケアの医療用麻薬使用推進には「病診薬」の連携を

在宅緩和ケアのニーズが高まる一方で、緩和ケアに欠かせない医療用麻薬の在宅での使用には、病院とは異なる課題がある。シンポジウム「在宅医療における医療用麻薬の使用推進を考える」(座長＝東女医大東医療センター・伊東俊雅氏、愛知県がんセンター中央病院・立松三千子氏)では、訪問看護師、在宅医、薬局、病院薬剤師の立場から議論がなされた。

在宅緩和ケアを実施する訪問看護師の岩本ゆり氏(楽患ナース訪問看護ステーション)は、「麻薬」という言葉に患者・家族が抱くイメージの課題を紹介した。初めての訪問薬剤管理指導(以下、訪問薬剤)が医療用麻薬使用開始時のことが多く、顔なじみの訪問診療医からの説明では気にならなくとも、初対面

第113回日本精神神経学会開催

第113回日本精神神経学会(会長＝名大大学院・尾崎紀夫氏)が6月22日～24日、名古屋国際会議場(名古屋市)で開催された。本紙では、2018年の公表に向けて準備が進むICD(疾病及び関連保健問題の国際統計分類)-11について現状の報告がなされたシンポジウム「ICD-11の最新の進捗状況、フィールド・スタディを中心に」(司会＝NTT東日本関東病院・秋山剛氏、聖徳大・丸田敏雅氏)の模様を紹介する。

◆ICD改訂に当たり、検証研究が初めて日本語で行われる

ICDは異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡・疾病データの体系的な記録、分析、解析及び比較を目的にWHOが作成している。1900年の初版以来約10年おきに改訂を行ってきたものの、現在の版(ICD-10)の採択は1990年にさかのぼる。森桂氏(厚労省)は現在進行中の改訂の全体像を説明し、ICD-11では医学の進歩に合った分類整理の他、漢方医学などの新項目が入ること、さらに電子環境でのデータ利用など現代のシステムを前提とした改訂が進められていると述べた。現在はICD-11草案の内容を各国の研究機関が検証する段階にあるという。

神庭重信氏(九大大学院)は「精神、行動又は神経発達障害」分野における2つのフィールド・スタディの概要を国際的観点とともに報告した。その内容は、①医師に同じ症例を提示し、ICD-10とICD-11の基準を用いて診断傾向を比較するCase-controlled研究と、②実際の患者に対して2人の医師がICD-11を用いて診断し、医師間の診断差異の程度(評価者間信頼性)とICD-11の有用性を検討するEcological implementation研究。日本精神神経学会は今回の改訂に学会を挙げて協力し、①は世界第3位の人数である約1000人(世界合計で約1万2800人)の医師が登録、②は国内23施設で実施するなど、国際的枠組みでの作成に向けた日本の貢献を強調した。

これらの研究推進のためにはICD-11草案の日本語版が欠かせない。松本ちひろ氏(日本精神神経学会)は、ICD-10までは英語版の完成後に和訳を進めていたが、今回改訂では草案の段階で各言語に翻訳し、英語圏以外での検証研究への活用が進んでいると述べた。日本の立場からは検証研究への参加の他、ICD-11完成後により速やかな普及につながると見込まれる点もメリットとなる。

シンポジウムではこの他、座長の秋山氏が、「臨床医がICDを適切に運用し、同じ患者に対して同じICD診断に到達するためには研修が重要」と訴え、三浦智史氏(九大病院)は国内で2017年1月より開始されたEcological implementation研究の途中経過を報告し、ICD-11草案の評価者間信頼性を検証する研究が進行中であると話した。



●尾崎紀夫会長

の薬剤師に言われたことで不安になることもある。特別な薬剤であることを過度に強調した扱いを医療者がしないこと、取り扱いの誤りも生じ得るため交付翌日は必ず訪問することを訴えた。

在宅での医療用麻薬の処方経験が豊富な小林徳行氏(ホームケアクリニック田園調布)は、一般の調剤薬局は医療用麻薬の取り扱い経験が少ないことを指摘した。特に予期せぬ進行や突発的な痛みが生じた際の処方には間に合わないことが多い。病状の進行を考えた余裕を持った処方、在宅に適した処方選択、訪問薬剤を手掛ける薬局との連携が重要だと述べた。

在宅基幹薬局からは前田桂吾氏(株式会社フロンティアファーマシー)が登壇。氏は病院勤務時に、医療用麻薬を交付できる薬局がないために患者の退院希望を断念した経験を語った。調剤薬局は人手不足で在宅訪問をする余裕が乏しいこと、医療用麻薬は高価か

つ不良在庫が多いこと、金庫管理が必要なことといった課題を挙げた。氏は、地域に必要な薬剤を供給するためには、薬局の機能分化を図り、薬局同士の連携により支える体制が必要だと見解を示した。

病院薬剤師の谷口雅彦氏(東女医大病院)は、在宅に適した処方設計支援、保険調剤薬局との薬業連携、麻薬に対する不安を解消するための服薬指導を行うことで、退院困難な医療用麻薬使用患者にも在宅医療の選択肢を用意しているという。在宅では薬の管理を主に介護者が行うことになるため、介護者が管理しやすい種類や投与デバイスに変更することで、在宅での継続が可能となり、患者の苦痛を和らげることにつながる。在宅での医療用麻薬の現状を知った上で、患者の症状や病態に合わせた薬物療法の最適化と介護者負担のバランスを考慮した退院調整が必要だと呼び掛けた。

『科研費 採択される3要素 第2版』 刊行記念セミナーのお知らせ

平成30年度(2018年度)科研費に応募予定の研究者の方はぜひこの機会をご活用ください!

「科研費」―採択されるために 実例から学ぶ

講師 郡 健二郎 先生

(本書著者/名古屋市立大学 学長)

日時 2017年9月23日(土)

(第1回と第2回は同内容です。入れ替え制です)

第1回: 13:00~15:00

第2回: 15:30~17:30

会場 医学書院 本社会議室

(東京都文京区本郷1-28-23)

定員 各回 80人

受講料 3,000円 *指定テキスト代別
(税込・資料代など含む・当日払い)

驚異の採択件数を誇る教室のトップである講師が執筆した『科研費 採択される3要素―アイデア・業績・見栄え 第2版』が、このたび医学書院より出版されました。第2版では初版で好評を博した本書の基本構成は踏襲しつつ、「第2章 科研費の制度を知る」については平成30年度助成(平成29年9月より申請)から制度が大幅に改定されることに伴い、内容を全面刷新しています。本書で講師が述べているように、科研費獲得に向けた第一歩は「研究の楽しさ、美しさ」を知ることであり、本セミナーでもそれをまず踏まえたうえで、科研費獲得のために必要なことは何かを、事例を用いながら解説します。また、どのような申請書なら審査委員の心をつかむのかを事例とともに詳述し、「見栄え」をよくすることで受け手の印象がガラッと変わることも、多くの実例を用いて示します。本セミナーでは、本書で解説している科研費採択に至る秘伝を講師が懇切丁寧に受講者に示します。

新刊!!

科研費
採択される
3要素 第2版

アイデア・業績・見栄え

名古屋市立大学 学長
郡 健二郎

大好評を博した本書待望の第2版
ついに刊行!

平成30年度助成に
(平成29年9月より申請)

完全
対応

大幅改定される平成30年度助成
(平成29年9月より申請)
に完全対応した最新版!

参加お申込み方法 以下のセミナーページからお申込みください

<https://seminar.igaku-shoin.co.jp/>

*指定テキスト: 郡 健二郎著『科研費 採択される3要素―アイデア・業績・見栄え 第2版』(医学書院刊)をテキストとして使用いたしますので、各自ご持参ください。当日会場での販売もごございます。

お問い合わせ

株式会社医学書院 PR 部
tel: 03-3817-5698
(平日9:00~17:00)

●B5 頁196 2017年 定価:本体3,800円+税
[ISBN978-4-260-03220-9]

書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売部（03-3817-5657）まで
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店（医学書院特約店）へ

肝胆膵高難度外科手術
第2版

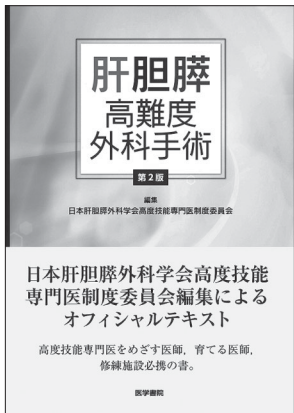
日本肝胆膵外科学会高度技能専門医制度委員会 ● 編

B5・頁368
定価：本体10,000円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02792-2

【評者】 平田 公一
JR札幌病院顧問

評者は、外科専門医取得者の約5%弱の外科医が肝胆膵外科高度技能専門医取得者という現状を、なんとか10%にしていきたいと願う一人である。他に類を見ない徹底した認定制度——国民に説明責任を果たせる正確で厳しい制度として確立し、その制度の運用においても確かな検証業務が実施されていることが、最も厳しい制度との評判を呼んでいるゆえんである。したがって、周りの誰もが「あの先生は、確かに！」とうなずく方が肝胆膵外科高度技能専門医を取得しているはずである。

評者もこの制度に若干なりともかかわらせていただいていた。その経験からこれからの新規申請者、更新予定者にあえて述べたい。これまで、誰もが確かな肝胆膵外科の専門と認める医師であれば、彼らの手術記事を拝見すると、経験者である者としては「さすがである」あるいは「お主、やるな！」と感じる記載が随所にうかがわれるものであった。達成過程上の個別的特性、共通の課題点・困難点への対応、想定外操作対応の記載などにおいて先を見据え焦点を押さえた記載内容となっている。記載文のみならず、適切な図の多用と図内解説を加える姿勢については、それだけで“専門性の高さ”と“人柄の確かさ”をうかがいが知ることができる。

肝胆膵の領域を超え、誰もが
座右に置くべき必読の書

コピペ技術高度技能(?)を有する手術記載をする申請者がほどなく生じるのではないかとの気配を感じた時期に危機感を覚え、消化器外科専門誌と

評される某商業誌において、①コピペ技能の応用は科学者の研究書類においては禁止行為として定められていること、②必須となる手術記載内容をいかに記載すべきか、を紹介した膨大な特集を組んだことがあった。その特集号を持参し、ある専門医制度のサイトビジット時に合格予定者に見せて「君の手術書の記載と比較し、帰るまでに感ずることを聞かせてほしい」と問うた

ものであった。いわゆる賢い答えは決まってはいたのだが。

ただ、中には訪問を終えしばらく経てから、「先生の訪問以降は、手術記載をこうしています。特集号を座右の書としています」と、個人情報伏せた肝胆膵高難度手術記録を多数入れた書留を頂けることもあった。もちろん、返信用書留を同封していた。本人の感性の素晴らしさに、うれしさを隠し得なかったものである。この場合は、当該施設の慣例・指導者資質が問われる事例であった。

高度技能専門医制度発足と相まって日本肝胆膵外科学会から本書の初版が刊行され、2016年9月に改訂されて第2版を今日目にすることができる。お持ちであろうか？

肝胆膵に限らず、手術が上手になるための条件を読み取れる書である。熟読すると、人間性溢れる精緻な判断力、学習力、誰もが悩む感性の限界の打破を教わることとなる。また、指導者にあっては何をすべきかを具体的に記載指導として、あるいは指導方法についても提示されている。肝胆膵の領域を超えての指導書として、誰もが座右に置くべき必読の書であると申し上げたい。

第18回日本言語聴覚学会開催

第18回日本言語聴覚学会（学会長＝山陰言語聴覚士協会会長／錦海リハビリテーション病院・竹内茂伸氏）が6月23～24日、「地域に開かれた、地域に愛される、地域に信頼される言語聴覚士になる。——地域包括ケアに求められる言語聴覚士の役割」をテーマに、くにびきメッセ（松江市）で開催された。本紙では、シンポジウム「地域包括ケアに求められる言語聴覚士の役割」（座長＝竹内氏、島根県言語聴覚士会会長・門脇康浩氏）の模様を報告する。

◆各協会会長が考える、言語聴覚士に求められる役割とは

初めに登壇した半田一登氏（日本理学療法士協会会長）は、地域包括ケアの推進にはリハビリテーション技術“Hands-on skills”に加え、多施設・職種間の情報提供などの“Hands-off skills”が求められると述べた。また氏は、市町村と連携した介護予防活動などの理学療法での取り組みに触れ、言語聴覚療法でも地域に根ざした同様の取り組みを進めるべきと提案した。

続いて日本作業療法士協会会長の中村春基氏は、高齢者に限らず「地域で住みにくさを感じている全ての人を支えるのが地域包括ケアである」と指摘し、退院後の患者の生活をイメージした支援が重要だと述べた。そのためには病院やリハビリ室にとどまるのではなく、積極的に地域に出向き、生活全体を支える姿勢を持つべきだと訴えた。言語聴覚士が対象とするコミュニケーション障害、摂食・嚥下障害への支援は高齢化に伴い需要増大が続く。深浦順一氏（日本言語聴覚士協会会長）は、社会の要請に比べ言語聴覚士の数は不足していると述べ、数を捕うには一人ひとりの総合的評価力・マネジメント力の向上が必要との見解を示した。

最後に全国デイ・ケア協会会長の斉藤正身氏が、自身が理事長を務める医療法人真正会での言語聴覚士の活動を紹介した。おいしいスープを病棟で作り、良い匂いや食べる喜びを患者と共有する「スープの会」、高齢者・障害者やその家族らと言語聴覚士との交流の場となる「STカフェ（Café Smile Times）」をこれまでに開催したという。今後も言語聴覚士の専門性を生かして、コミュニケーションや食べることの喜びを患者や地域住民に提供していきたいと締めくくった。



●竹内茂伸学会長

《がん看護実践ガイド》
女性性を支えるがん看護一般社団法人 日本がん看護学会 ● 監修
鈴木 久美 ● 編

B5・頁220
定価：本体3,400円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02140-1

「人は女として生まれるのではない、女になるのだ」とボーヴォワールは言った。

この本では、まず、女性のライフサイクルと女性性の発達について述べている。女性としての自己を確立し、楽しみ、最後まで尊厳を持って生きる一生を支援するために、医療者は何ができるだろうか。

これまで、医学の中では、女性患者を単に医療の対象としてとらえ、また、がんは臓器の疾患として取り扱ってきた。しかし、ジェンダー（社会的文化的な存在）としての女性は、身体のみならず精神的、社会的にも女性性を内包し、表現し、全人的に女性を生きている。医療者も、患者の人間性＝女性性に寄り添う時代になってきた。

女性性を考える場合、第一に身体的特性として、次に生殖能力（リプロダクティブファンクション）を持つ者として、また女性ホルモンの状態と心身のかかわりとして、最後に社会的存在として考えていくことが重要である。この本では、序章において「女性性を支える」ことの意味と重要性を論じ、続いて、第1章ではがん遺伝子を受け継いだ女性、第2章ではがんによって生殖機能障害を受けた女性、第3章ではボディイメージ変容を体験している

女性、第4章ではがん患者の役割、そして第5章ではがん患者の性と、それぞれ、がん看護にまつわる具体的な症例に結びつけてすぐ学べるように、内容をわかりやすく展開している。カラーや図を多用

して、細かい医療やヘルスケアの情報、相談先まで見やすく活用しやすい。患者にとっても見やすくわかりやすいのは言うまでもない。

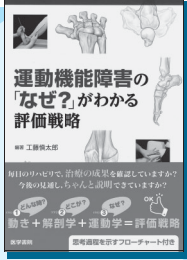
がんは臓器の疾患であるが、その発生と診断、治療、治癒にはタイムラグがあり、その医療と看護は、その人の生命のみならず、生活や生き方を見つめながら、時間軸に寄り添って診ていくことになる。現代女性の場合には、次世代を産み育てる主体としてばかりでなく、家族や地域を支える家庭人として、また働いて社会に貢献する職業人として、多機能を期待されている。医療も新しい役割を要求される。

今後“全人的で生涯にわたる女性の健康支援”が、医学医療の発展のためにも社会や次世代のためにも重要となる中で、性別を問わず、“女性性”の視点を持って支援できる医療者となっていたきたい。それによって、多くの女性ばかりでなくその家族も、“がん”を乗り越え、幸せな一生を送ることになるだろう。

リハの成果、毎日確認していますか？ 今後の見通し、ちゃんと説明できていますか？

運動機能障害の「なぜ？」がわかる評価戦略

編著 工藤慎太郎
森ノ宮医療大学保健医療学部
理学療法学科



「今日の理学療法はこれで終わりです」。しかし、どんな効果があったのだろうか？ まだ痛むのはなぜか？ 今後の見通しは？ 患者と理学療法士の間に浮かぶ「？」の数々。本書の3つのステップで患者の状態を評価し、理学療法を実施することで、これらの「？」を確実に解決できる。思考過程を示したフローチャートで、たどるべき行程が明らかに！ ①どんな時？（動き）＋②どこが？（解剖学）＋③なぜ？（運動学）＝評価戦略OK！

B5 頁356 2017年 定価：本体5,200円＋税 [ISBN978-4-260-03046-5]

医学書院

週刊医学界新聞 WEB版

📖 バックナンバーが読めます
🔍 キーワード検索できます

📱 スマホアプリも配信中
🔍 医学界新聞 で検索！

新刊 臨床での思考を組み立てる技術が「診療の質」を改善する！

循環器研修テクニカルノート
虚血性心疾患 臨床を上手に行うための「頭と実地」のテクニック

▶循環器診療において、頭の中の知識をどう整理し、実際にどのように診療するか……。思考と実地をつなぐ実践的な技術を解説した、『心不全』に続くシリーズ第2弾。虚血性心疾患診療の基本を理解するだけでなく、症例を通じて具体的な臨床ストーリーを疑似体験しながら、必要となるテクニックの手ほどきが受けられる。循環器医・研修医はもちろん、心筋虚血に必ず遭遇する総合診療・救急・集中治療医にも必読の1冊。

著：七里 守 名古屋第二赤十字病院循環器内科部長

定価：本体5,000円＋税
A5変 頁284 図124・写真55 2017年
ISBN978-4-89592-887-8

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

