



臨床批評 Vol.3 No.1

生活のある場所、日常と医療

— 巻頭エッセイ —

- 振り返った時に、そこにあるもの (青島周一)

— 特別寄稿 —

- 「いらっしゃいませ」を言わなくなった。 (織枝 凜)
- 言葉たちが向かう先、たどり着く場所。 (糸乃 空)
- 魔弾と呼ばれた薬 (鈴木 猛弘)
- 薬屋の生活と意見 (畠 玲子)
- 相手のやる気を引き出すコミュニケーション ～動機づけ面接とは何だろう～ (細川智成)

Connect the New ▶ Clinical critical essay

臨床批評 VoL.3 No.1

Journal of AHEADMAP.2019.winter /Clinical critical essay.Vol. 3 No.1
Association for Appropriate Healthcare Decision-making and Practice

生活のある場所。日常と医療

-contents-

- [エッセイ] 振り返った時に、そこにあるもの (青島 周一) P2
- [寄稿] 「いらっしゃいませ」を言わなくなった (織枝 凜) P6
- [寄稿] 言葉たちが向かう先、たどり着く場所 (糸乃 空) P12
- [寄稿] 魔弾と呼ばれた薬 (鈴木 猛弘) P17
- [寄稿] 薬屋の生活と意見 (畠 玲子) P26
- [寄稿] 相手のやる気を引き出すコミュニケーション～動機づけ面接とは何だろう～(細川 智成) P30
- 【読書のススメ】 P40
- 編集部からのお知らせ/AHEADMAP入会のご案内 P42
- 臨床批評投稿規定 p43
- 編集後記 P45



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

振り返った時に、そこにあるもの

～clinical critical essay～

僕は、薬剤師という仕事柄、「薬が効く」ということについて、あれこれ考えを巡らせてきました。同じ薬であったとしても、ある人に対しては小さな効果しかなくて、別の人に対しては大きな効果があったりすることは稀ではありません。そもそも理論上は効果がほとんど期待できないはずの薬に、何故だか大きな効果を実感している人もおります。もちろん、薬剤効果は潜在的な疾患の重症度にも大きな影響をうけますし、プラセボ効果の存在は軽視できるものではありませんけれど……。

薬の効果に関して学びを深める過程で「因果関係」という言葉にとっても敏感になったと思います。因果関係とは、二つ以上のものの間に原因と結果の関係があることです。薬の効果で言えば、薬を飲んだことが原因で、その結果なんらかの効果が（主観的であれ、客観的であれ）現れること、その連関。そんなふうに言うことができるでしょう。

薬を飲んだら症状が改善した、なんて話をよく聞きますが、風邪のような症状であれば、薬を飲まなくても自然経過により改善しますので、症状の改善が本当に薬の因果効果によるものかは厳密には判別できません。他方で、薬学的には薬の効果に関して因果関係が成立するはずなのに（そういう作用機序が学術的に解明されているはずなのに）実際には効果が示されないことも多いのです。

——そもそも因果関係なんてものが実在するのでしょうか？

そんな問いかけは常識的に考えれば馬鹿げていますし、因果関係が存在しないのであれば、あらゆる物理法則は偶然の産物に過ぎないということになってしまいます。でも、僕は思うのです。「偶然」に対して「必然」が優位である明確な根拠は存在しないのだと。

今現在という結果をもたらしたものの、僕たちはそれを原因というよりは「きっかけ」とか、そんなふう呼びます。物事を始める「きっかけ」となったもの、それは自分の意志による将来の選択でもあります。そして、その選択の多くは自らの判断で行なうもの、つまり自由意志に基づいていると考えています（もちろん選択を強いられるということはあるかもしれませんが）。

しかし、あらためて「きっかけ」なるものを振り返った時、それを明確に特定できるのだろうかと思うのです。つまり、原因と結果の連関において、原因の特定というのは極めて困難な作業ではないか、ということなのです。

例えば、僕が薬学部に進学した「きっかけ」を考えてみると、高校時代に影響を受けた小説の作者が薬学部出身だったことが挙げられます。しかし、それが唯一の原因だったわけではありません。国語に苦手意識があったことから、文系への進学をあきらめていたこと。文系への進学をあきらめていたにも関わらず、数学がそれほど得意ではなかったこと。そして、高校時代に付き合っていた方のご両親が薬剤師だったこと。そもそも、その人とお付き合いすることになった「きっかけ」は、高校時代の友人と出会ったことをはじめとする様々な「原因」に支えられています。さらに言えば、違う高校あるいは中学に通っていたら、それ以前に住んでいた場所が異なっていたら……。

——歴史は一体どこで分岐したのだろう。

『歴史の分岐という考え方は、じつは大変に謎めいている。それが分岐であるからには、分岐後のどの未来から見ても、分岐点までの歴史は同一のはずだ。しかし同一の歴史から、いったい何を根拠にしてその後の歴史が選ばれるのか。無根拠な歴史の選択は、選択というより偶然に過ぎない。(青山拓央. 時間と自由意志p33)』

きっかけとなる「原因」を特定できないのであれば、何かを選択する、決断するという行為の中に含まれている「意志」の存在性を疑うことができますし、意思決定において自由に選択していると思われる「自由」の存在自体も自明なものではなくなるように思います。そして、それはある種の偶然なのかもしれません。

『われわれは、「偶然 chance」あるいは「運 luck」といった語に、ある先入観をもっている。「たんなる」といった修飾を付けずとも、それらを価値のない「たんなる」ものとして見てしまうという先入観を。(青山拓央. 時間と自由意志p108)』

そもそも、僕が大学に進学するという意思決定、あるいは選択的決断において、明確に自らの意志を有して能動的に決断をしたかといえば、必ずしもそうではなく、環境的な要因を含め、なんとなく成り行きに近いものだった、つまり能動的な意思決定というよりは能動的でも受動的でもない仕方での決断だったという答えの方が、より正解に近いのかもしれません。

『われわれはどれだけ能動に見えようとも、完全な能動、純粹無垢な能動ではあり得ない。外部の原因を完全に排する様態には叶わない願いだからである。(國分功一郎. 中動態の世界p258)』

『選択は不断に行われている。意志はあとからやってきてその選択に取り憑く。(國分功一郎. 中動態の世界 p132)』

『意志を有していたから責任を負わされるのではない。責任を負わせてよいと判断された瞬間に、意志の概念が突如出現する。……つまり責任の概念は、自らの根拠として行為者の意志や能動性を引き合いに出すけれども、実はそれらとは何か別の判断に依存している。(國分功一郎. 中動態の世界 p26)』

今現在を作り上げた「きっかけ」を特定することができるように思うのは、ある種の錯覚にすぎません。きっかけのような過去の事実があったというよりも、そういう過去物語を作成しているということに近い。過去の出来事を今現在から語ろうとするとき、僕たちは過去を事実（ノンフィクション）としてではなく物語（フィクション）として語るより他ないからです。

『過去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」していくものと言えます。(野家啓一.歴史を哲学する p166)』

当然ながら僕たちは過去そのものにアクセスすることはできません（タイムマシンなどのようなものがあれば別ですが……）。そして、そうであるのならば過去は想起されるものでしかないと言えます。過去は想起から独立に客観的に存在するものではなく、想起を通じてのみ認識される、こうした考えを哲学者の大森荘蔵さんは想起過去説と呼びました。

そして、想起を通じて過去が構成されるのだとしたら、それはある種の傾向性、ないしは指向性を持っているはずで。記憶の想起は、少なからず関心相関的に再構築されるからです。人は見たいものしか見ないし、関心の無い事柄は記憶にさえ残らないので想起しようがありません。

『意識的であろうと無意識的であろうと、記憶それ自身が遠近法的秩序(パースペクティブ)の中で情報の取捨選択を行い、語り継がれるべき有意味な出来事のスクリーニングを行っているのである。(野家啓一.物語の哲学 p17)』

『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。(野家啓一.物語の哲学 p121)』

今現在という状況、情景、信念、価値体系、環境、認識。それらを形作っているのは過去から今現在に至るまでに生じた事実の流れ、あるいは積み重なりには他なりません。僕らはそれを都合の良いように解釈し、そして「きっかけ」や「原因」を作り上げているという側面が確かにあります。それが良いことなのか、悪いことなのかは別としても、きっかけが輪郭を残したままスクリーニングできないということは、自由や責任という概念が、僕たちが思うより希薄で、それほど自明なものではないものだ、ということを示唆しています。

今現在を変えたいと思う。過去の時間を巻き戻したいと思う。自責の念からそういう苦しみを感じることは多いかもしれません。だけれど、どこまでも「きっかけ」を遡っていくと、たどり着く先には何もなかったりすることも少なくないはず。振り返るという行為そのものに大切なことが含まれている。その時々で真剣だった、そして今現在においてでも……。そういうことなのだと思います。

未来に何が起こるのか、なんて誰も予測できないし、想像すらできません。時間の積み重なり、それはある種の運命と言ってしまえば、残酷でしょうか。それとも希望につながる何か……。でしょうか。

【寄稿】「いらっやいませ」を言わなくなった。

織枝 凜

登録販売者として働き始めて、8年目になります。私の勤務先は、農産水産畜産、日配/加工食品、お惣菜にインスタベーカリーといった食料品を中心に、衣料品、日用雑貨、書籍、医薬品、化粧品などの生活用品まで幅広い商品を取り扱っている店舗で、いわゆるGMS（ゼネラルマーチャングイズストア）に分類される小売店です。お客様は1.5 km圏内の地域にお住まいの方が中心で、特に平日は7～8割が毎日のように来店される常連客の方々です。

今の勤務先で働く前は、関西ではわりと名の知れた中小チェーンのDgS（ドラッグストア）で、4年ほど一般従事者としてアルバイトをしていましたが、その期間中に登録販売者資格を取得しました。

【店舗での仕事】

以前の勤務先も、今の勤務先も、医療機関からの処方箋薬を取り扱わず、市販薬の相談・販売のみを取り行う店舗です。したがって私は、保険薬局で処方箋を受け取ってから、どのような流れで投薬されているのか、その現場を経験したことはありません。

ただ、これまで2か所の「薬店」での勤務を通じて、少なくとも「薬の相談・販売」の業務においては、GMSとDgSといった店の形態による違いはないと感じています。

ただ、以前に勤めていたDgSでは、医薬品や食品、そして日用雑貨も全て一緒にお会計をしており、お客様の行列が捌ききれずにレジ応援のベルを鳴らして、従業員総出で対応することが多々ありました。他方、いま勤めているGMSの店舗では、医薬品以外のお会計は原則中央レジにて行っています。医薬品に関しては、専用レジにて専従者（有資格者）が対応しているので、医薬品部門（薬店ブース）が独立しており、お客様との「マンツーマン度」が高いといえるかもしれません。

特に、いま勤めている店舗では、お薬相談カウンターや医薬品レジが大混雑することは少ないので、次のお客様がお見えになるまで、お客様と長くお話しをしていることもよくあります。

「長くお話をされていて問題ないの？」と思われるかもしれませんが、GMSの場合、店舗全体の管理職である店長が、必ずしも薬剤師や登録販売者の有資格者であるとは限らないので、医薬品や薬店ブース内の管理はもちろん、売り場づくり、相談カウンターの雰囲気づくりに関して薬剤師と登録販売者に任されていることが多いのです。

「お薬相談カウンターに来られるお客様との信頼関係を、専門家の皆さんで協力して作ってくださいね」という雰囲気がありますので、有資格者の判断で臨機応変に対応できる範囲が広いといえます。もちろんこれは、各店舗の運営方針や、それを決める店長の方針によるのかもしれないので、あくまで自店にて感じている「私見」ということでご容赦いただければと（笑）

【Dgsで働くことになったきっかけ】

こんなことを申し上げてよいのか分かりませんが、私は医薬品に携わる仕事や人の健康に関わる仕事がしたくて薬屋さん（DgS）で働こうと思ったわけではありません。学校を卒業してからは、しばらくシルクスクリーン印刷・製版の会社で、グラフィックデザインの仕事をしていました。元は「製造畑」の人間で、医療関係とは仕事の接点もなかったのです。あえて、接点を探すとしたら、当時の得意先だった曲面印刷会社の仕事で、薬品や化粧品ボトルの外側印刷に使う焼き付け用のフィルムを製作していたことくらいでしょうか。

これは、きっと面接とかで言わないほうがいい話でしょうね……。聞いた相手はきっと、リアクションに困ることでしょう。そんな私が何故、薬屋さん（DgS）で働こうと思ったのでしょうか。改めて考えてみると、単に「身近だった」からかもしれません。そう、薬屋さんという場所がとても身近だったのです。

飲食店やガソリンスタンドなど、学生時代のアルバイトで接客経験はありましたが、DgSは自分自身が知っているところであり、また行き慣れているところであったため、とても安心感がありました。そこで働いたことはないけれど、客としてはよく利用しているし、お店の人とも話している、そんな身近な存在だったのです。

例えば、風邪をひいたけど病院に行くほどでもなくて、でもちょっと辛い時。あるいは、なんだかよく分からないけどお腹が痛い時、普段使いの日用品が欲しい時や、食品の買い忘れなどに気づいた時。そんな時に気兼ねなく立ち寄れる場所が、私にとってDgSだったのです。

また、私には子どもがいるので、子どもの看病や育児に関する「ちょっと聞きたい、こんなこと」の相談に行くこともよくありました。朝からずっと元気だったのに、夕方にご飯の支度をしている時になって、子供が急に赤い顔して「……なんか、しんどい」なんてこと、良くありますよね。

子供が小さいうちは夜間救急などに駆け込むことも多々ありましたが、子どもの成長に伴い、親も育児慣れをしていくのもあってか、救急に行くほどでもないし、様子を見ようと思うことも多くなりました。そんな時、いつも行くDgSの薬剤師さんに聞いてみよう、お店を訪ねるのです。

【登録販売者を目指した理由】

そんな身近な場所だった薬屋さん（DgS）で、自分がレジ打ちや品出しなどで売り場にいると、当然ながらお客様からいろいろと声をかけられます。もっとも多いのが、売り場を尋ねられることです。例えば「台所用品はどこ？」などなど……。その時のやり取りを少し再現します。

「いらっしゃいませ、台所用品の何をお探しですか？」

「フライパンが欲しいんやけど」

「でしたら、こちらですね～」といった感じでご案内をして……。

「ごゆっくりどうぞ～」とお辞儀をして去る。……いや、去らない。

去りませんよ、まだ。

あえて去らずにしばらくその辺りで商品の前出し（メンテナンス）などをしながら、さりげなく待機しています。

——すると。

「このフライパン、どっちがいいと思う？」と、さらに声をかけてこられたりするのです。

そこで、それぞれの商品の特徴やメリット・デメリットなどの情報提供をしつつ……。

「今回は何を求めてフライパンを買いに来られたのか？」を聞きながら、私も話しをして、一緒に考えていくと……。

「……そうか。それやったら、フライパンより深い片手鍋のほうがいいよね。うん片手鍋にするわ」

このお客様、当初はフライパンが欲しいと言って来られて、私と話をし、その結果、片手鍋を購入していかれたわけです。それは、つまりお客様の「真のアウトカム」はフライパンを買うことは別にあって、フライパンが欲しいと思われたのは「代用のアウトカム」だったということかもしれません。のちに、AHEADMAP (JJCLIP) で学んだ「真のアウトカムは何か？を考えること」は、そうした「台所用品の購入相談」の中にもあったのかもしれない。そして、こうした事例はわりと頻繁に起こるのです。

真面目な話にしろ、お笑い話にしろ、私は何か目的を持って話題や想いを共有しながら人と話すのが好きなのです。だから、販売の仕事での接客のやりとりを「楽しい」と感じています。もっとお客様の選択の役に立つ情報提供がしたいと、担当の社員さんに質問をしたり、自分でも調べてみたり使ってみたりして商品知識を高めたりもしました。

ただ、薬に関しては全くの素人だったため、薬剤師や登録販売者につなぐために「聞いておくといい情報」や「まとめておくといい情報」が良く分かりませんでした。そうしたときにも、お客様と専門家をうまくつなげるようになりたいと思い、そのための勉強の具体的な目標として「登録販売者試験に合格する」というのが、私が登録販売者試験を受けた「理由」だったのです。そう、最初から登録販売者になりたかったのではなく、何かから手をつけていいのかわからない中で、目標とした「ひとつの目印」だったのです。

【お大事に……】

日用雑貨類や一般食品類と、医薬品類の相談・販売の大きな違いは、「お客様のお好みで良いと思いますよ（笑）」と言えないところにあります。医薬品類・健康食品類の場合は「お好み」というようなインスピレーション的なもので決めてもらうのではなく、何をどう選べばお客様ご自身の目指すところに近いものになるのか？を意識することが大切です。そのため、商品の探し方、比べ方などの「仕方」を提示・提案した上で、お客様に「選択」をしてもらうということになります。さらには、お客様がいくら望まれても、注意をしなくてはいけないことは注意をしないとけないし、売れないことには「売れない」と言わないといけません。

しかし、これは考えてみればすごいことですよ。商品としては売っている（置いている）けれど、これは（今あなたには）売らないってことです。こうした状況があり得るのも、数ある販売業の中で、薬屋さんぐらいなものでしょう。

いったいどういふつもりなのか？ 売るのが君らの仕事なんじゃないのか？ と、思われる方もおられるかもしれません。受診勧奨をするときにしても、病院に行けない・行きたくない「何らか」があって来られた方にすれば、一言目にアッサリ「それは病院に行ってください」と言われたら、ここは使えないところだなと、そんなふうと思われるでしょう。

こうしたことを、どう話したらご理解していただけるか、ご納得していただけるか、その説明のほうがむしろご購入に向けての選択のご相談よりも難しいです。だからコミュニケーションに工夫がいるのです。

登録販売者として働くようになってからも、基本的な私の接客スタイルは一般従事者だった頃から変わっていません。お客様の話を聞いて、私から話をして、一緒に考える。また聞いて、話して、一緒に考える……。その繰り返しです。

とはいえ、薬屋さんに来られるのは、お客様であると同時に患者（未満）さんでもあります。実は、「いらっしゃいませ」……って、言わなくなったんです。いや、もちろん言うときは言いますよ。お店ですし、接客用語のいちばん初めにもくる挨拶ですから……。

いらっしゃいませ

かしこまりました

少々お待ちくださいませ

お待たせいたしました

おそれいります

申し訳ございません

ありがとうございました

さまざまなバリエーションがあるけれど、接客五大用語とか、接客七大用語とかいわれる用語のマニュアルがありますよね。接客に携わる業種では、開店・営業前の朝礼で発声練習を兼ねて、これらを唱和したりする店舗や会社もあります。

でも、その第一声が出る前ご来店のときの様子から

「こんにちは、お元気そうで」

「あら、どうされたんですか？足……？」

「今朝は寒かったですね～。腰、痛い言うてはったの大丈夫でした？」

……そうしたお声かけが先に出るようになったから、私は「いらっしゃいませ」を言わなくなったのかもしれない。

そして、もっと大切な事。それはお帰りの際の「お大事に」。

これは、どんな「接客」用語集にも記載はありません。

－執筆者プロフィール－

織枝 凜（おりえ りん）

1974年生。夫と2人の娘と暮らす主婦であり、登録販売者。

座右の銘は「一日一笑」。

twitterでJJCLIP（薬剤師のツイキャス論文抄読会）参加者の視聴コメントを見かけたことから、EBMの手法や考え方に興味を持ち、楽しみながら視聴参加している。

【寄稿】言葉たちが向かう先、たどり着く場所。

糸乃 空

冬の空気が街へ降りてくる。

澄んだ夜空に輝く星、あれはシリウス。

漆黒の中へ浮かぶ光を目にした人々は、その胸にどんな思いを抱くのだろう。想いとは、いつの時代でも変わらないものなのだろうか。そんなことを考えつつ、バスの乗車口が開くのを待つ。

暖かい車内で、鞆から取り出すのは一冊の本。冷えた指先が温度を取り戻すのを待ち、そっと開いた。ゆっくりと発車したバスは動力を徐々に上げながら、駅前の混雑した道をゆるゆると進んでいく。開かれた紙のさらりとした質感は、いつだって優しい。意識の外を流れる窓越しの景色を肌で感じながら、言葉たちを追っていく。

それは、日常が切り替わるほっとするひと時でもあって。

【物語を共有すること】

物心が付く頃から、本はいつも私のそばにあったように思う。読書を趣味とする父の休日は、本と共にあり、湯気の立つコーヒーを片手に、ページをめくる仕草を目にするのが好きだった。そんな父の隣で、私もお気に入りの絵本を静かにめくっていく。遠い思い出は、陽だまりのようなあたたかさを伴い、時にふわっと立ち上がる。

淡く、穏やかなかつての時間に心を寄せることは、自分にとって大切な時間だったりもして。

大人になってからも本と関わってきたことがきっかけとなり、図書館やミニホール、学校などで朗読や読み語りをする機会を、思いがけず持たせていただくことになるのだが、最初はひどいあり様だった。

様々な想定をして、しっかりと準備したはずなのに、ガチガチに緊張してしまい、ウサギのように跳ねまわる鼓動がどうにも止まらない。「落ち着け、落ち着け」と心の中で言い聞かせながらロボットのような動作で会場へ入るころには、もうすっかり顔色をなくしてしまっていたと思う。

そんな自分を迎えてくれたのは、小学生の子供たちだった。

出会ったのは、まぶしいぐらいに輝く沢山の瞳。彼らから発せられていた、あふれ出るような好奇心と期待感を前にした時、あ、これは——。と背筋がずっと伸びた。その瞬間に生まれたのは、たぶん使命感のようなもの。

大切な時間を使って来てくれているこの場を、無駄なものにしてはいけない。

本の楽しさを、物語の世界を、言葉が持つ力を、伝えることにのみ集中する。

ひとつの物語を共有することで世界を共有する、それはもしかしたら分かり合うという感覚にも近いのかもしれない、そんなふう感じた。

【「静」から「動」へ】

一年の月日が過ぎようとする頃、彼らのもとに足を運ぶ最後の日がおとずれた。

朗読を終えた本を静かに閉じた時、お別れの時間を告げるベルが鳴る。一人一人とハイタッチをしながらの明るいさよならは、少しだけ寂しさを薄めてくれた。

最後の挨拶を交わして図書室を後にしたその時、長い廊下を進む私のスカートが不意に後ろへと引かれた。驚いて振り向くと、今さよならをしたばかりの男の子が、本を両手に抱え俯き加減で立っている。

「どうしたの？」

クラスの中で一番物静かな男の子、そう思いつつ腰を落とすと、少し恥ずかしそうな表情を浮かべた彼は顔をスッとあげ、真っ直ぐ目を合わせてくれた。

「僕は、本が好きになりました」

それだけをはっきりと告げて、ぱっと身を翻し図書室へ駆け戻る小さな彼の背中。

伝えに来てくれたんだ——。

その胸にある気持ちを——。

あたたかい衝撃に胸を打たれ、廊下でしばし立ち尽くす。

どうにもこうにも熱いものが込み上げて、大切な思いがこぼれてしまわないよう窓の外に浮かぶ空を見た。ありがとう。本当に。本当にありがとうございます。

人生を歩み始めたばかりの幼児のクラスから、人生において大先輩であるクラスまで、幅広い年齢層の中でひとつの物語を共有することが出来た時、自分の中にあった本に対する意識が「静」から「動」へと変化した時であったようにも思う。

誰かに何かを伝えたいと思ったら。
相手にきちんと伝わる言葉を使う。
言葉を選び用いそして届けにゆく。
心を伝えるには心を使って伝える。
それは当たり前のようにだけれども。
決してそうではないことを知った。

あの日のこと――。

【言葉と言葉の間にあるもの】

窓の外を流れる景色が、見慣れたものへと変わる。もう降車するバス停が近い。
徐々に減速する車内に流れるのはいつものアナウンス。ステップから地面へ降りると冷えた空気が一気に押し寄せた。

車内ですっかり暖まった頬には、その冷たさが心地良かったりもして。
街灯の影がそっと落ちる歩道を緩いペースで歩く。国道を照らすテールランプの光の群れが遠くなり、辺りは急に静かになる。落ち葉の絨毯が広がる誰もいない夜の公園には、いつも見かける猫たちがいなかった。

そうかぁ……。今日は寒いものね。
見上げた空に白い息が消えてゆく。その先には静かに佇むお月様。

カーテンを開けたままの窓から、月明かりが見える。

オイルヒーターではほんのり暖まった室内でコーヒーを淹れ、書きかけの原稿を開く。肩口で、少し調子の外れた歌声をあげていたインコが、ぱたぱたとパソコンの前へ降りてきた。インコである彼女の得意技は、キーボードはがし……。しかも俊敏な連続技を繰り出してきたりするので本当に油断がならない。

そうしたインコをやんわりとかわしながら、自分の内から発信され重ねられた文字たちを追う。

それは、自分自身と向き合う時間でもあって。

文字と文字が繋がり意味のある言葉となってゆくその過程がとても好きだ。どこまでも広がりを見せる可能性のようなものを感じるからなのかもしれない。

「ではお願いします」

原稿の中で待機していた主人公たちへそっと声を掛ける。彼らが小さくうなずいたのを合図に、止まっていた物語が動き出す。その行先を静かに見詰めながら、脳内で再生されるコマ送りのような映像を言葉へと変えてゆく。ラストシーンは私にもまだわからない。それはもしかすると、書き手と言うよりは、語り手のような感覚に近いものなのかもしれないと、思ったりもする。

物語の中で彼らは、時に悩み、迷い、葛藤し、それぞれの人生を懸命に生きる。ずっと頑張り続けることはしんどいし、いつも前向きではいられない。その中で活路を見出せることもあれば窮地に立たされることもある。そしてその思いが現実世界の読み手とリンクした時、たとえ実態が存在しなくとも、共鳴した心にとっては確実な存在となったりもする。その境目は常に、自由だ。

【言葉の向かう先へ】

日々、文字に触れながら時折思う事がある。それは、一度外に出た言葉たちは取り戻すことが出来ない、ということ。訂正することは出来るだろう、取り消すことも出来るだろう、だが取り戻すことだけは出来ないんだ。一度、誰かのもとへ届いてしまったら、その言葉がもたらした感情や心の変化をも合わせて元に戻すことは出来ない。何かを知った後で知る前に戻ることが出来ないように。

揺さぶられる心。胸打たれる感情。
湧き上がる情動。込められる思い。
人の心を動かす力が言葉にはある。
私はその言葉達を護りたいと願う。

本を読むこと、物語を書くことは、長い長い旅のようなものではないだろうか。
一艘の船に乗り、言葉という海へ漕ぎ出していく。行先はわからない。波間を越えいくつもの夜を
越え、頬に風を受けながら前へ、前へ。
そして辿り着いた先が、言葉にとって希望に満ちた世界であったなと思う。その言葉に触れる
人々の心をほんのりと照らしたような光を持つ世界であったなと。

願わくば――。

見上げた空に光る星、それはシリウス。
その輝きは、澄んだ空を照らし続ける。

－執筆者プロフィール－

糸乃 空 (いとこのそら)

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。

(カクヨム ▶ <https://kakuyomu.jp/users/itono-sora>)

【寄稿】魔弾と呼ばれた薬

鈴木 猛弘

風邪をひいた！！先生、抗生物質ください！！あれよく効くんですよ！
そんな日常の診療の1コマ

そんなすごい大活躍の抗生物質は一体どうやって誕生したのでしょうか？そして今はどんなことが問題となっているのでしょうか？

——いざ、タイムマシンに乗って旅をしましょう。

【抗菌薬の始まり】

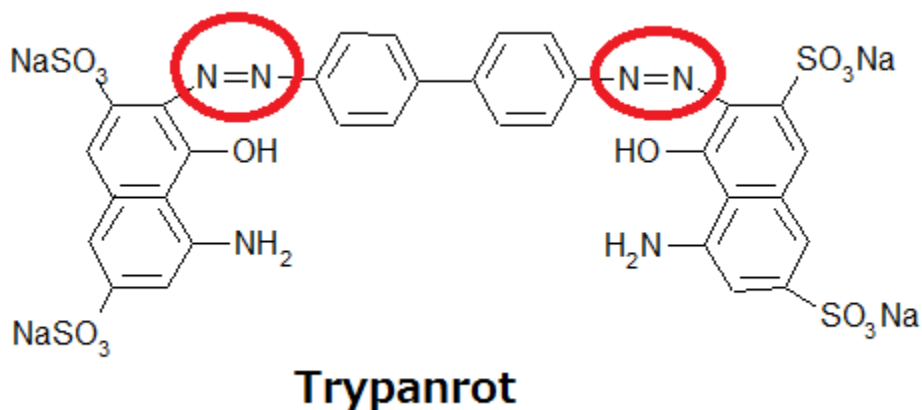
薬学や医学の世界で、世界で初めて発見された抗生物質は、一般的にはペニシリンと習います。それは、イギリスの細菌学者、アレクサンダー・フレミング（1881年8月6日 - 1955年3月11日）が、ブドウ球菌の培養シャーレの中に青カビが生えているのを見つけた1928年のことです。なんと青カビのはえた周囲のブドウ球菌が死滅していたのです。このことをきっかけに抗生物質が発見され、アオカビのペニシリウムという学名から「ペニシリン」と名付けられました。

確かにペニシリンは抗生物質としては初めての発見でしたが、抗菌薬としては、世界初ではなかったのです。遡ることさらに18年前の1910年。パウル・エールリッヒ（1854年3月14日 - 1915年8月20日、以下：エールリッヒ）と、秦佐八郎（1873年3月23日 - 1938年11月22日、以下：秦）がサルバルサンという、世界初の合成化学療法薬を発見していました。サルバルサンの名前の由来は、救世主(Salvator)-ヒ素(arsenic)です。世界初の合成化学療法薬発見に日本人が関与していたとは驚きです。

【開発の経緯】

開発の経緯を見てみましょう。そもそも抗菌薬歴史の始まりは、1858年マラリア治療薬のキニーネを合成する時に塩基性染料「モーヴ」の発見（ウィリアム・パーキン）がきっかけでした。合成化学染料の開発が盛んな時代に生まれたエールリッヒは、染色は染色でも「細胞染色」に興味を抱きました。

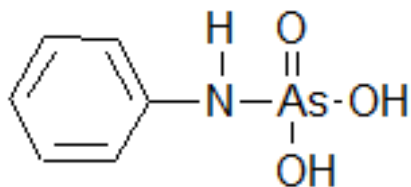
エールリッヒが実験を行っていたある年、日本で赤痢菌の研究をした志賀潔（1871年2月7日 - 1957年1月25日）が、研究所にやってきます。そして2人は当時流行っていた、アフリカ睡眠病（African-sleeping sickness）の原因である原虫トリパノソーマに、アニン色素からの誘導体 Trypanrot が抗原虫作用を持つことに気づくのです。この Trypanrot と化学染色の繋がり、アゾ化合物（-N=N-）にあります【図1】。



【図1】Trypanrot の構造式（引用文献1より筆者作図）

しかし、Trypanrot で治療した症例のなかに、再発してしまった症例が出てきてしまいました。そんな中、1964年にアフリカ睡眠病の治療には Atoxyl が有効だとトーマス（H. Wolferstan Thomas : 1875-1931）が発表しました。Atoxyl とは1863年にベシャン（Antoine Be' champ : 1816-1908）が合成をした化学物です。

Trypanrot での再発例に、Atoxyl が有効だと分かったとき、Atoxyl の構造式について議論が起こっていました。その理由はベシャンが発見した時に考えた構造式は【図2】のものだったからです。

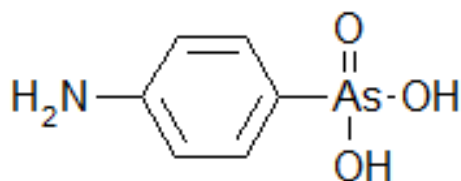


【図2】ベシャンが考案したAtoxylの構造式

この議論の焦点としては大きく2つあります²⁾

- ①ヒ素と窒素は直接結合しているのか
- ②ヒ素と窒素はベンゼン環に結合しているのか

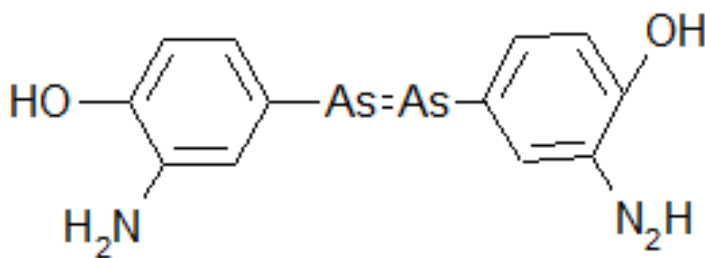
その後、エールリッヒとベルトハイム（Alfred Bertheim : 1879-1914）は構造式研究を続け、Aoxyl の構造式は「5 価のヒ素で、ベンゼン環に直接結合している」ことを発見します。その構造式が【図3】のものです。



【図3】エールリッヒとベルトハイムにより考案されたAtoxylの構造式

そんなAtoxylですが、人体に対する有毒性（目障害）がとても大きくて、そのままではヒトの治療に使えませんでした。そのため、毒性の弱い誘導体を探すようになりました。そのときに志賀が日本に帰り、入れ替わりでエールリッヒの研究室に入ったのが日本人の秦です。

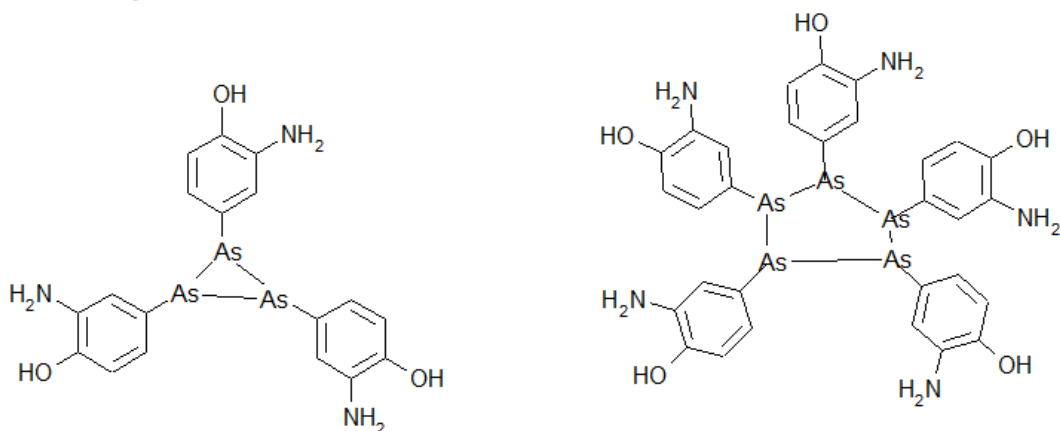
1909年、ヒ素化合物が梅毒スピロヘータに有効だと発見されたきっかけもあり、ヒ素が含まれているAtoxyl の誘導体が梅毒治療にも使えるのではないかと、様々な研究が行われるようになります。そして、秦により、1910年世界初の合成化学療法薬「サルバルサン」を合成することに成功しました【図4】。さらにサルバルサンは量産に成功し、梅毒治療に使われるようになります。



【図4】開発当初に考えられていたサルバルサンの構造式

開発されたサルバルサンは、多くの患者を救うことになり「魔法の弾薬＝魔弾」と呼ばれるようになりました。しかし、サルバルサンよりも有効で安全なペニシリンが発見・開発されると、梅毒治療にペニシリンを使用するように変化していったのです。

その後、サルバルサンの構造式は、2005年に液体クロマトグラフィーという分析方法によって、正確な構造式が解明されました【図5】。当初の構造式【図4】とはすこし違っていたのです。時代を超えて解明されるなんて、ロマンです！



【図5】液体クロマトグラフィーによって同定されたサルバルサンの正確な構造式（多量体構造）

これまでの流れを年表にまとめると【表1】の通りです

1512年	日本で初めて梅毒の記録が残る
1700年代	18世紀半ばから遊郭が拡大庶民化するに伴い、梅毒の急速な蔓延(日本)
1830年代	脂肪族ヒ素の研究盛り上がる
1856年	キニーネ合成時に塩基性染料モーズを発見(ウィリアム・パーキン)
1858年	アゾ化合物を発見ヒドロキシアゾベンゼンとして発表(グリース(英))
1880年代	脂肪族ヒ素の研究下火になる
1883年	atoxylの合成(ベシヤン)
1904年	トリパソノーマにアニリン色素からの誘導体 trypanrot が有効と分かる(エールリッヒと志賀潔) Trypanrot で治療したが再発するトリパソノーマ症例には atoxyl が有効と分かる(エールリッヒ)
1905年	アフリカ眠り病(African-sleeping sickness)は atoxyl が有効と発表(トーマス医師とBreini医師、Ayrco-kopke医師)
1906年	atoxylの構造式は5個のヒ素で、ベンゼン環に直接結合していると判明する(エールリッヒとベルトハイム)
1909年	Atoxylだと有毒性(目障害)が大きいの、毒性の弱い誘導体を探す(エールリッヒとベルトハイム)
1909年	ヒ素化合物が梅毒スピロヘータに有効だと発見
1910年	サルバルサンを合成する(エールリッヒと薬)
1927年	梅毒患者をマラリアに感染させて、梅毒トレポネーマを殺す治療法が編み出される(ウィーンの精神科医ユリウス・ワグナー・ヤウレック)
1928年	カビから抽出したペニシリンを発見(フレミング)
	花柳病予防法で梅毒が対象に含まれる
1940年	ペニシリンの精製、分離に成功(エルンスト・チェーンとハワード・フローリー)
1943年	ペニシリンの治療への実用化(マホニー)
1948年	性病予防法で梅毒が対象に含まれる
2005年	液体クロマトグラフィーによって、サルバルサンの正確な構造式が判明

【表1】サルバルサンの開発経緯 (引用文献1～4より筆者作成)

【抗菌薬が発見されたことの弊害？】

サルバルサンやペニシリンが発見されるまでの梅毒や脚気、コレラなど、原因不明の疾患に対する治療方法は主に3つありました。

- ①ヒ素や垂鉛、水銀など有毒物質を成分とする薬剤の投与
- ②下剤や嘔吐剤による胃腸洗浄
- ③大量の血を抜く瀉血

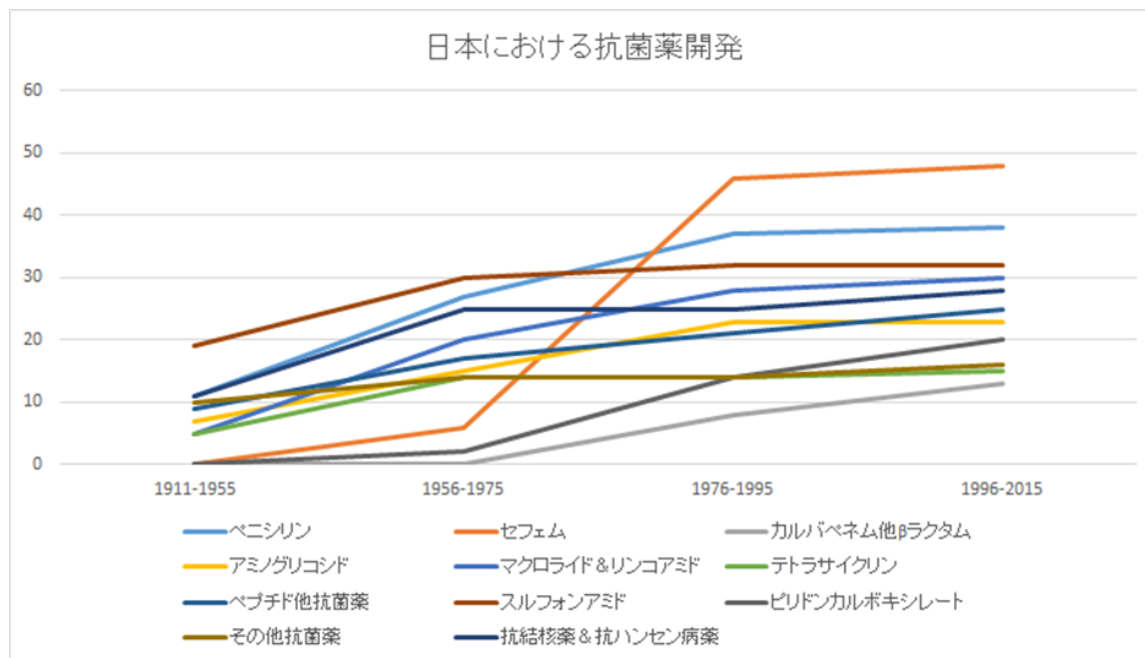
それに比べると、抗菌薬の発見と開発によって、有効性や安全性の観点から治療方法が飛躍的に進歩したといえるのではないのでしょうか。科学技術の進歩によって、2000年までに様々な抗菌薬が開発されていきます【表2】【図6】。

発売されていない 経口&注射 経口

	1940年代	1950年代	1960年代	1970年代	1980年代	1990年代	2000年以降
ペニシリン系	ペニシリンG		アンピシリン オキシシリン	アモキシシリン	ピペラシリン アモキシシリン/クラバン酸	スルバクタム/アンピシリン	ピペラシリン/タゾバクタム
セフェム系			セファロチン	セファゾリン セファレキシム	セファクロル セフメノキシム セフメタゾール セフォチアム セフォタキシム セフォペラゾン セフトリアキソン セフトアジジム セフボドキシム ラタモキセフ フロモキセフ	セフジニル セフピロム セフェピム セフォゾフラン セフジトレン セフカペン	
カルバペネム系					イミペネム	バニペネム メロペネム	ドリペネム ビアペネム デビペネム
モノバクタム系					アズトレオナム		
ホスホマイシン					ホスホマイシン		
キノロン系					ノルフロキサシン オフロキサシン シプロフロキサシン	トスフロキサシン スバルフロキサシン レボフロキサシン	ガチフロキサシン バスフロキサシン フルリフロキサシン モキシフロキサシン ガレノキサシン シタフロキサシン
マクロライド系		エリスロマイシン		ジョサマイシン	ロキタマイシン	クラリスロマイシン ロキシスロマイシン	アジスロマイシン
リンコマイシン系				クリンダマイシン			
テトラサイクリン系				ミノサイクリン ドキシサイクリン			
アミノグリコシド系	ストレプトマイシン カナマイシン			ゲンタマイシン トブラマイシン	アマカシン イセパマイシン	アルベカシン	
サルファ剤				ST合剤			
グリコペプチド系					バンコマイシン	テイコブラニン	
ストレプトグラミン							キヌプリステン/ダルホプリステン
オキサゾリジノン							リネゾリド
リポペプチド							ダフトマイシン
ケトライド							テリスロマイシン

日本内科学会雑誌 第103巻 第9号 平成26年9月10日より 編集

【表2】抗菌薬の開発 (引用文献5より作成)



【図6】日本で発売された抗菌薬の累計数 (引用文献6より筆者作成)

このような状況に対して、かのフレミングは、ノーベル賞受賞時講演（1987年）において、以下のように警笛を鳴らしました⁷⁾。

「やがてペニシリンがお店で誰でも買えるときが来るかもしれません。そのとき、無知な人が安易に、過少な服用を行い、菌を殺すに至らない量の薬を微生物に暴露させることによって、菌を耐性化させる恐れが出てくるかもしれません」

多くの抗菌薬が使われていく中で、細菌や原虫も生き残るために必死です。細菌たちが、抗菌薬に対する耐性を獲得して生き延びようとする結果、抗菌薬耐性菌が増えてきます。では、薬剤耐性菌とはどのようなものなのか、1つ例を挙げてみましょう。

ヒトの皮膚に常にいる細菌と言われている菌に、黄色ブドウ球菌というのがあります。黄色ブドウ球菌に対して、人類はメチシリンという抗菌薬を使ってきました。しかし、その抗菌薬に対する耐性を獲得した黄色ブドウ球菌が出現してきました。メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）と名付けられた耐性株ですが、その耐性率は、1984年時点で6.2%であったものが、1987年には58%へと急増したと報告されています⁸⁾。

【耐性菌が増えた理由は？】

抗菌薬に対する、耐性を獲得した菌が増えてきたのには、いくつかの理由があります。

- ① 同じ抗菌薬を繰り返し使用してきた（過剰に使ってきた）
- ② ウイルス感染を疑われる症例でも抗菌薬を使用してきた
- ③ いろいろな細菌に効果的な抗菌薬を使用してきた
（※スペクトラムの広い抗菌薬を使用してきたと表現することがあります）
- ④ 患者が処方された抗菌薬を途中でやめてしまう
- ⑤ 医療機関における不十分な院内感染対策
- ⑥ 手指衛生や環境整備が不十分
- ⑦ 畜産業、養殖などにおける抗菌薬の過剰投与
- ⑧ 新しい抗菌薬の開発遅れ

また、風邪のような抗菌薬が不要な疾患であっても、「抗菌薬を使って治療をした影響で回復した！」と感じさせてしまったことが、抗菌薬を欲してしまう患者さんを増やしてしまったのかもしれない。また一方で、医師もなるべく患者さんの気持ちに寄り添いたい、楽になって欲しい、処方することで安心して頂けるならと抗菌薬を出していたこともあるかもしれませんね。

【僕らができることってなんだろう？】

いろいろな問題が山積みの中で、実際にどんなことをすれば良いのでしょうか？厚生労働省は2016年、薬剤耐性（AMR：Antimicrobial Resistance）についてアクション方法を提示しました⁸⁾。

『抗菌薬等の抗微生物剤に対する薬剤耐性(AMR)の発生を遅らせ、拡大を防ぐには、薬剤耐性(AMR)や抗微生物剤の使用に関する保健医療、介護福祉、食品、畜水産等の分野の従事者を中心とした国民の知識と理解の増進、薬剤耐性（AMR）の発生状況や抗微生物剤の使用実態の把握（動向調査、監視等）を行うこと』

<アクション方法>

2015年5月の世界保健総会「薬剤耐性（AMR）に関するグローバル・アクション・プラン」を参考に書きました。主に6つのアクション方法が書かれています。

- ① 普及啓発・教育、② 動向調査・監視、③ 感染予防・管理、④ 抗微生物剤の適正使用、⑤ 研究開発・創薬 ⑥ 国際協力

沢山ありますね。その中で私たちがAMR対策や適正使用問題について出来ることは何でしょうか？私も考えてみましたが、ぜひ皆さんも考えてみてください。

<私が考える対策として出来ること>

1. 手指衛生（手洗い） 2. ワクチン接種 3. 咳エチケット 4. うがい 5. 抗菌薬を欲しがらない

この中で、最もハードルが低かった方法は「手洗い・うがい」です。手洗い・うがいは感染拡大を防ぎ、家族や周囲の人を守るという単純かつ重要な感染対策手法なのです。病原菌を全滅させる手洗いの方法は、石鹼と水を使って15～20秒の手洗いと言われています。このとき手のひらだけでなく、手の甲や指の間、爪の間、シワ部分にも病原菌が潜んでいます。しっかり泡立てて洗うことで風邪やインフルエンザだけでなく胃腸炎などの感染症予防にもつながります。

今年はツイッターやブログを通して薬剤師達が #立てよ薬剤師 というタグで2018年11月の抗菌薬適正使用期間の運動について情報発信をしておられました。私も参加させていただきました。医療者じゃなくても、ひとり一人がお薬の使い方、風邪などの感染症との向き合いかたを触れて、未来を守るために今出来ることや世界で何が起きているのか知るきっかけになれば幸いです。

なによりも私自身、文献を遡っていると当時の先生方に会えるのが楽しいです。自分のしたことを残すというのは、次に生かす第一歩目であります。そして自分の生きた証拠だったり、後世の誰かが自分を見つけてくれるわくわく感があります。自分もいつか……。なんて思わせてくれるからタイムスリップは止められませんね。ありがとうございました。

【参考文献】

- 1) 志賀 潔, 細菌及免疫学綱要 (オンデマンド・復刻版) 南山堂 p361
- 2) 石田 三雄, 医薬第1号を生んだ科学者精神 秦佐八郎医師の手堅い実験手法 近代日本の創造史, 2008年5巻 p. 24-39 DOI: 10.11349/rcmcjs.5.24
- 3) 秦藤樹 秦佐八郎の生涯と業績 日本医史学雑誌第三十三巻第三号 281-293
- 4) 紺野昌俊, モダンメディア 2011, 57(9), 16-20
http://www.eiken.co.jp/modern_media/backnumber/pdf/MM1109_03.pdf
- 5) 松本 哲哉, 新規抗菌薬の開発 日本内科学会雑誌2014年103巻9号 p. 2282-2291, DOI: 10.2169/naika.103.2282
- 6) 八木澤 守正 抗菌薬を概観する: 過去, 現在, そしてこれから 日化療会誌, 2017, 65(2): 149-167 <http://www.chemotherapy.or.jp/journal/jjc/06502/065020149.pdf>
- 7) Sally Davies (著), 忽那 賢志 (監修), 抗菌薬が効かなくなる —AMR(薬剤耐性)との闘いに人類は勝てるのか? 丸善出版 2018
- 8) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン (National Action Plan on Antimicrobial Resistance) 2016-2020 厚生労働省資料
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000120769.pdf>

—執筆者プロフィール—

鈴木 猛弘 (すずき たけひろ)

緩和ケアやプライマリ・ケア、地元の地域医療に思いをはせている薬剤師です。

歴史が好きです。沢山一緒に学びましょう

【寄稿】薬屋の生活と意見

畠 玲子

わたしは薬剤師の資格を持っている。

国家試験に合格してすぐに、ドラッグストアで働いた。学生時代にアルバイトをしていたので、仕事内容はおよそ分かっていて、何より、朝あまり早く出勤しなくていいのがよくて、「遅番」という魔法の言葉が大好きだった。帰りがちょっとぐらい遅くたって、朝ゆっくりできるなら幸せだ。おかげで満員電車で縁のない生活を送ることができていた。

【街に触れる、人とつながる】

3年の月日が経過した。その間、3か所の店舗を経験して、それぞれの街の良さも知ることが出来た。最初の店舗はJRと関東鉄道という私鉄が接続している駅ビルで、サラリーマンや高校生が多く利用する店だった。毎日いろんな人たちが行き交う場所だ。記憶に残っているのは、買い物もしないで「ケロちゃん（の人形）くださーい」と遊びに来る高校生たち。恐れを知らない可愛らしさが炸裂していて羨ましかった。ああ、戻りたい。自分は社会に出てしまったことを痛切に実感した。そして、初めての上司であるS店長。足を引きずって歩く姿といい、ちょっとシャイなところといい、わたしの父のような人だった。言葉を選んで話すわたしをみて、「お前はアー、ウー、星人だなあ」といつも笑っていたことを覚えている。

2店舗目は、ホームセンターの隅っこにある店舗だった。同世代の化粧品担当のA店長がわたしの上司として勤務していたが、「あなたは(部下として)使いやすい人だよ」と言われたことを強く記憶している。確かに、拡声器片手にタイムセールの呼び込みもした。褒めてくれているのはわかったけど、使いやすいって何だろう？ 便利屋か？ 女性が上司になるのも初めてで新鮮だった。あと1人、年下の化粧品担当のYちゃんと3人でキャピキャピしながら切り盛りしていた店は、女子高さながらのノリだったように思う。

最後の店舗はお寺の近くで、毎月の大師さまの縁日に合わせ、洗剤やら何やらを山積みして売っていた。お参りに来る人たちが、帰り道に安売りの洗剤を手土産に買って行くのだ。信ずるものは救われる、日本らしい光景かもしれない。そんな街を、わたしは自転車で通勤していた。田舎者のわたしにとっては、どの街の景色も新鮮だった。この時期あたりから、自転車のスピードで眺める景色の良さに気がつき、知らない街を自転車で探検する事が好きになったように思う。

ここまで書き連ねたが、薬剤師らしい話題は一つもない。あるのは、その街とそこで関わった素敵な人たちとの記憶ばかりだ。

【対話の中にある安堵】

その後、私は病院に転職した。

小学生の頃、学校帰りに父が勤務する病院の外来に遊びに行くのがわたしの日常だった。病院に行くとき、いろんな人たちがいて、いろんな部屋があって、いろんな仕事があるということは子供なりに感じ取っていた。独特の消毒薬の匂いも印象的で、よく覚えている。そんなわたしも、病院で働くようになった。

前職よりも始業が早かったことや、今度は社会人らしく電車通勤してみたい、などと考えを巡らせ、それなりの場所を選んでアパートを借りた。けれど、のちに電車より自転車で近道すると早く職場に到着することが判明する。結局、自転車で通勤する日々となった。電車の時刻に合わせる必要がなく、自分のペースで動ける自転車は、結局のところ、わたらしいアイテムなのだろう。

一度だけ、一泊だけ、自分が勤務する病院に入院した事がある。

ある日の終業後、病院の50周年パーティの打ち合わせを行い、それが終わってから歯医者に行った。歯茎に塗布された化膿止め（抗菌薬）が、疲労困憊のわたしの身体を蝕んだのか、あっという間に全身が痒くなり、息苦しくなった。必死に自宅に戻って、鏡で自分の姿を確認したところ、発疹だらけでゾンビのような顔が映り愕然とした。過呼吸を起こしてしまったこともあり、やむなく救急車を呼んだ。

軽度のアナフィラキシーだった。救急隊員さんから、どこか知っている病院はありますか？と聞かれて、わたしは自分の職場を指定した。病院勤務、実に有難い。いつも自転車で猛ダッシュしていた道を、救急車という乗り心地の悪い乗り物でガタンゴトンと移動して、妙な時間に見慣れた病院に戻った。救急外来には内科外来の美人のY看護師長がいて、思わず「ただいま」と言ってしまった。

アナフィラキシーで気道が塞がれることがあれば死に至る。でも、わたしは名前を名乗り、おしゃべりできていた。当直医から「死なないから大丈夫」と言われ少し安心した。200mlの小さな点滴に、ステロイドという指示が頭の上で聞こえた。点滴が終わったら帰っていいと言われたが、1人暮らしだったわたしの不安を汲み取ってもらい、一晩泊めてもらった。点滴も、時間をかけられる分、500mlの大きな瓶に変更してくれた。

医療というのは、対話が大事なんだなあと、こんな場面で学ばせてもらった。

たまたま開きがあり、最上階の個室に泊めてもらった。わたしが入院した最上階の病棟の隅っこに、通り慣れた薬局がある。明日の朝、どんな顔をして薬局に顔を出そうかなどと思いを巡らせるうちに、点滴が効き始めた。徐々に眠気を思い出し、ウトウトと眠った。

この病院の近所には、日蓮宗の総本山にあたるお寺があった。噂には聞いていたけれど、朝5時に大きな大きな鐘の音がゴーンと病室に響いた。とんでもない目覚まし時計だ。これでは目がさめない方がおかしい。入院している方々はどうしているのだろうか？二度寝するのかな？いろいろなことを考えているうちに、朝ごはんの時間が来てしまった。

その後、病棟のH看護師長や、主治医の先生が大変だったね、という表情をして病室に顔を出してくれた。主治医は、仕事のことと頼りにしていた内科のM先生だった。診察してもらい、退院の許可が降りた。病院というところは、いろんな人が関わり、チームプレイで成り立っていることを実感した一夜が終わった

わたしは病院というチームに、薬剤師として所属していた。薬剤師が扱う医薬品は、いろんな職種を繋ぐアイテムだ。だからわたしは、自分の仕事は病院の中を繋ぐハブのようなものと自然と考えるようになった。大事な要件は電話ではなく、自分の足で相手のいるところに向かい、ということに愚直に繰り返しながら、病院中のいろんな職種の人たちと関わり続けた。そうすると、信頼関係は自然と出来上がる。この病院で身についた感覚が、今の仕事の土台になっているのだろう。病院を退職する日、M院長に「この病院に来て良かったです」という言葉を伝えて辞めることができた。

やっと、薬剤師らしい文章になった。

【薬屋であるということ】

田舎に帰り、転職した。

自分に合いそうな求人は、精神科専門の病院と、新規開業する保険薬局との2択だったが、薬局の社長から声がかかり、面接して今に至った。

今、「薬屋の生活と意見」と題してあれこれ書き連ねているが、「薬屋」という表現、実は正しくない。わたしが働く薬局は法の上では医療機関であって、商店ではないからだ。でも、飴も売っているし、ジュースや雑穀も売っている。「この黒飴美味しいから」と買い物に来てくださる方もいる。わたしは、薬屋のおばちゃんがいいのだ。あれこれ色々なアイテムを扱うのには一つだけ理由がある。開業してまもなくのころ、品のある高齢の女性からこんなことを言われた。

「お菓子でもなんでも、売ってあげて。ここはみんな、買い物に出かけるのが大変なのよ」

それだけ、田舎にある薬局だ。地域に何かを提供する責任は重い。近くにあるコンビニも、全県の売上、上位に入るらしい。それは、近くにスーパーマーケットがないからで、コンビニが地域の生活を支えている状況だからだ。とある患者さんの話で、嘘かホントかはわからないが、他の薬局でここに飴は売っていないのか？と尋ねたところ、「うちは飴屋じゃありません！」と薬剤師さんに怒られたという話を聞いたことがある。わたしにはそんなプライドはない。

あるとすれば、桜の樹のごとく、ここに居続けたい、ここで仕事を続けたいという思いだけだ。

—執筆者プロフィール—

畠 玲子 (はた れいこ 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】相手のやる気を引き出すコミュニケーション

～動機づけ面接とは何だろう～

細川智成

変わった方が良いと思うけど、変わらない人っていませんか？ もしくは変わりたいとは言っているけど中々変わらない人っていないのでしょうか？

筆者はアルコール依存症の患者さんと関わる機会がありますが、お酒をやめたほうが良いと思っています。飲酒に限らず、血圧のことが気になって塩分に注意した方が良いとは思いますが、ついつい味の濃いものを食べてしまう、あるいは筆者自身のことを言えば、痩せたいとは思いますが、ついついラーメンの大盛を食べてしまうように、こうした葛藤やジレンマは日常にありふれています。

そんな人達に対して、治療者の立場でどのように接すれば良いか悩んだことはありませんか？ 色々アドバイスや情報提供、行動を変える必要性を繰り返し伝え、説得を促しても中々変わらないことに困ったことはありませんか？ そんな人たちにどのように対応したらよいか、今回は「**動機づけ面接**」という手法を紹介いたします。

【動機づけ面接とは】

動機づけ面接(Motivational Interviewing: 以下MI)とは、アメリカニューメキシコ大学のウィリアム・ミラー名誉教授と、イギリスカーディフ大学のステファン・ロールニック教授が開発した、**対人援助理論**で、患者さんのお話に対して、受容的かつ共感的な応答を行いながら、特定の方向への変化にガイドし、行動変容を促す協働的な会話のスタイルです。

MIはアルコール依存症の治療において、治療成績が良かった治療者のカウンセリングを分析して開発されました。1991年に初版が発表されてから、現在も研究は活発に行われており、新たな研究結果を受けて現在も進化し続けています。またMIは様々な領域で研究がなされ、医療関係者だけでなく、教育、司法領域に渡る全ての対人援助職に広がりを見せています。

“動機づけ”というと、どこかのもとと何もない動機を外からくっつけるような印象を持ちやすいですが、実際のMIでは、患者さんの話を傾聴し共感的理解を示しながら、患者さんに眠っているそれぞれの動機を引き出します。

MIはアルコールや薬物など、様々な依存症治療から、ダイエット¹⁾、治療アドヒアランス²⁾、禁煙³⁾、家庭問題⁴⁾など、多岐にわたってその効果が検討されています。研究によってはネガティブな結果や効果にバラつきがあったり、研究自体の妥当性が疑わしいものも含まれていますが、今後も様々な分野でMIの活用が広がっていくことでしょう。

薬剤師によるMIでは、日本を含む薬局薬剤師によるMIを含む介入が高血圧患者さんの血圧を低下させたという研究⁵⁾や、糖尿病患者さんのHbA1cを改善させたという研究⁶⁾、海外の薬剤師が入院患者にMIを用いた積極的介入によって、ポリファーマシーを解消し、さらには30日以内の再入院を減少させたという研究⁷⁾が報告されています。

【動機づけ面接における重要なキーワード】

MIを説明する上で、重要なキーワードは①**両価性**、②**チェンジングトークと維持トーク**、③**間違い指摘反射**の3つです。

① 両価性

人は1つの事柄に対して相反する気持ち、矛盾した気持ちを往々にして持ち合わせていることがあります。これを**両価性**といい、**人が合理的に行動を変えられないときには、両価性の問題が潜んでいる可能性があります。**

【両価性の例】

- ・お酒やたばこをやめたいのにやめられない。
- ・やせたいのにやせられない（食べてしまう）。
- ・勉強したいと思っているのにできない。

両価性を抱いている状態は、端的に言えば「**わかっちゃいるけどやめられない**」状態で、そういう気持ちを抱く人に「ああしろ、こうしろ……」と指示してもこちら側の意図とは逆の気持ちを強めてしまいます。MIでは両価性のバランスをうまく変えることで、行動変容へ導いていきます。

② チェンジトークと維持トーク

チェンジトークとは患者さんが面接中に発する**変化へ向かう言葉**で、**変わりたい気持ちの表明**です。MIでは患者さんからチェンジトークを引き出し強化していくことで、行動変容へ導くことができます。

【チェンジトークの例】

「お酒をやめたいと思っています」

「タバコのせいで咳が続くのもかもしれません……」

維持トークは、患者さんが面接の中で発する**現状維持にとどまろうとする言葉**で、**行動変容に対する抵抗の表明**です。MIでは維持トークを減弱して、自然と発言量が少なくなるのが理想的です。

【維持トークの例】

「酒はストレス解消になるので飲まないとしようがないです」

「タバコがないと職場での交流とか情報収集ができないのでやめられないです」

③ 間違い指摘反射(正しい反射)

人は間違っことを言われると反射的に正しくなります。治療者は、患者さんが、誤ったことを言うと、良かれと思ってその間違いを指摘したり、矛盾を直面化させたり、正論を言いたくなりがちです。この反応を**間違い指摘反射**と呼びます。

治療者が間違い指摘反射を起こすと、患者さんへの傾聴や共感的理解の妨げとなる上に、患者さんが防衛的反応を引き起こすため、維持トークを引き出し、行動変容から遠ざかることが多くなります。場合によっては、治療者と患者さんの関係性を悪化させることもあるので注意が必要です。治療者は客観的に自分を見つめ、受容的態度を維持することが大切です。

とはいえ、間違い指摘反射は一概に悪いものとは言えません。MIを進める中で治療者が患者さんの間違い指摘反射を誘導することで、維持トークが続く話の中からチェンジトークを引き出すきっかけになることもあります。

MIの実践では、患者さんの話を傾聴し共感しながら、維持トークを弱め、時には間違い指摘反射を誘導しながらチェンジトークを引き出し強化することで、両価性のバランスを変化させ、行動変容へ導くことが基本的な戦略となります。

【動機づけ面接のスピリット: PACE】

MIを円滑に進めていくためには、治療者はMIに必要な基本的態度（スピリット）を身に着ける必要があります。MIスピリットには、**Partnership(協働)・Acceptance(受容)・Compassion(思いやり)、Evocation(喚起)**という4つの要素があり、その頭文字をとって**PACE(ペース)**と呼ばれています。

Partnership(協働)

治療者は患者さんと一緒に協働して問題解決にあたります。医療者-患者関係は上下の関係をつくりやすいですが、例えば自分は医療等の専門家、患者さんは患者さん自身の専門家という見方をするのも良いかもしれません。

Acceptance(受容)

受容には、患者さんには行動や能力などと無関係の絶対的な価値がある存在として尊重すること、正確な共感を伝えるように努めること、患者さんの自立性を援助すること、患者さんを強みや努力等を是認すること、といった4つの側面があります。

Compassion(思いやり)

治療者は患者さんの福利向上を第一とするという考えです。患者さんの願望と福利にずれがあるとき、患者さんの本当の福利とは何か考える必要があります。また当たり前ですが、治療者の福利を優先（治療成績向上等）してはいけません。

Evocation(喚起)

行動変容のための動機は、患者さんのそれぞれの中に既に眠っており、治療者が押し付けたりするのではなく、治療者は患者さんが本来持っている内的な動機を引き出していきます。

MIスピリットを身につけている治療者の面接は、患者さんの話を傾聴・共感しながら、ダンスを踊るかのようにガイドしていきます。しかしMIスピリットの欠いた面接は、指示的になったり、相手を説き伏せたりする綱引きやレスリングのような面接になりかねません。スキルがあってもMIスピリットが欠けた面接はMIではありません。

【動機づけ面接の中核的スキル: OARS】

本MIを効果的な面接にするために根本的に必要なものは傾聴と共感のスキルです。MIでは、患者さんのお話を傾聴し、治療者が共感的理解を伝えるために**OARS(オールズ)**というスキルがあります。OARSとは4つのスキル**Open question(開かれた質問)**、**Affirming(是認)**、**Reflective Listening(聞き返し)**、**Summarize(要約)**の頭文字をとったものです。MIでは基本的にOARSを用いて面接を進めていくことになります。

Open question(開かれた質問)

コミュニケーションの話題の中でよくでてくるので、ご存知の方も多いでしょう。「はい」、「いいえ」で答えられない質問のことです。

Affirming(是認)

相手の強みや努力を伝えることです。これは褒めることとは厳密には違い、特に相手への十分な理解を伴わないものは是認ではありません。

Reflective Listening(聞き返し)

動機づけ面接における最重要スキルです。聞き返しは、相手の言葉をそのまま、または発言の背景にある考えや感情を言葉にして返します。聞き返しには単純な聞き返しと、複雑な聞き返しの二種類あります。聞き返しを行う時には、相手が責められているように感じさせないため語尾を下げ、つぶやくのように返し、相手の考えていることを確認していきます。

■ 単純な聞き返し

いわゆるオウム返しです。相手の発言を繰り返したり、別の言い方で返します。

患者:「太るのはわかってるし、体にも悪いのは分かっているけど、むしゃくしゃするとつい食べてしまいます」

治療者:「太るのはわかっている……」、「健康にも悪影響がある……」など

■ 複雑な聞き返し

相手の発言の背景にある考えや感情を推測し聞き返すことで、意味や感情を明確にしていきます。通常MIではこの複雑な聞き返しを使って相手に共感的理解を伝えます。

患者:「太るのはわかってるし、体にも悪いのは分かっているけど、むしゃくしゃするとつい食べてしまいます」

治療者:「太るといんな病気ににかかってしまうかもしれない……」、「むしゃくしゃしても食べずにいられたらなと思われている……」

Summarize(要約)

面接の中で、患者さんが語ったことや、患者さんの合意がとれた複数の聞き返しを箇条書きのようにまとめて返します。

[動機づけ面接のプロセス]

MIはOARSを用いながら、一般的に4つのプロセスを経て行われることが望ましいと言われています。4つのプロセスは、①**関わる**、②**焦点化する**、③**引き出す**、④**計画する**というプロセスに分かれており、それぞれのプロセスの中で面接の細かい目的が変わってきます。

① **関わる**

関わるとは、主に患者さんとの良い関係性を構築し、面接そのものを継続し、協働して問題解決に取り組めるようにすることを目的とします。そのためにOARSで患者さんに正確な共感を示すなどして、不満や不信感を和らげ、話を続けようと思ってもらえることが大切です。

② **焦点化する**

患者さんと関係性を築くことができたなら、焦点化のプロセスに移行します。焦点化では行動を変えるための目標を決めていきます。たとえばダイエットしたい患者さんにOARSを用いて、協働的、共感的に話を聴いていくことで、運動をしていくのか、食事制限をするのか、それとも他に何か新しい課題が生じ何とかしていくのかなどを整理していきます。ぼんやりとした問題から話を整理し、目標を明確にしていきます。

③ **引き出す**

引き出すプロセスでは焦点化した課題に関するチェンジトークを引き出していきます。具体的にはOARSを用いて、維持トークを減らし、チェンジトークを引き出し深めて強化していきます。

④ **計画する**

目標を達成するために具体的に計画を立てていきます。患者さんのチェンジトークが増えてきたからといって、このプロセスに移行するのは注意が必要です。治療者が早とちりすると維持トークが噴出し、関係性が悪くなることもありえます。動機づけ面接で、「計画する」のプロセスは入っていないとよとされており、引き出すまでのプロセスが重要です。

4つのプロセスは片方向に一直線に進んでいくものではなく、患者さんの気持ちに応じて進んだり戻ったりします。図1のように「関わる」のプロセスを基盤に、それぞれのプロセスを積み重ねていくようなイメージになります。

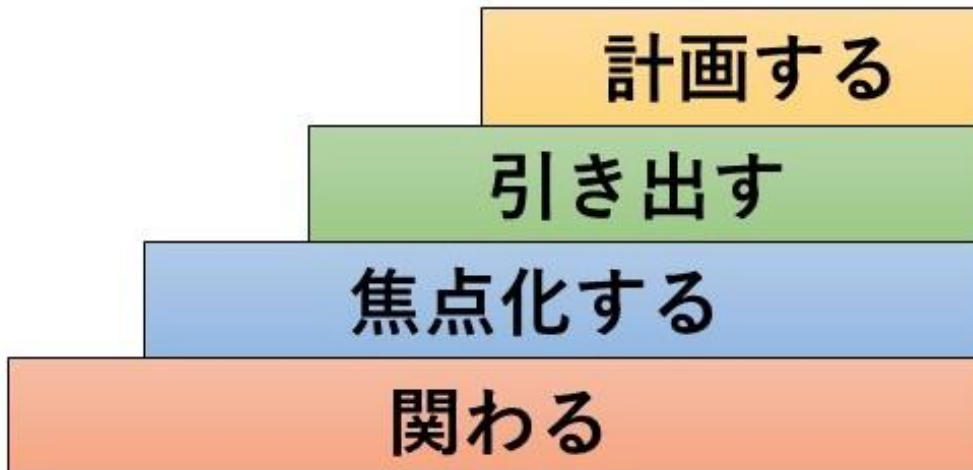


図1. 動機づけ面接のプロセス

【おわりに】

変わりたいのに変わらない、分かってはいるけど変わらない人に、変わることを繰り返して説明し説得しても、むしろその人の反発を生んでしまい、変わりたくない気持ちを強めてしまいます。MIから学べることは、そういった人たちにとっても、傾聴・共感し、相手の自立性を尊重し、専門家の意見を押し付けないことが、その人たちが良い方向へ向かっていく第一歩になるということではないでしょうか。勿論MIが全てではないですし、他のやり方でうまくいくということもあれば、他のやり方が必要なこともあります。

とは言っても、患者さんの会話が停滞してうまくいかないときや、関係がうまくいかないときにはMIのスキルを使ってみるのも一つの方法でしょう。受容的で共感的なやり取りのほうが上手いきやすく、関係もぎゅぐゅしてないので、治療者も消耗しづらいと思います。

MIに出会う前をあらためて振り返ってみると、一方的に情報提供や必要性を繰り返し話して、何か会話が表面的なやり取りで留まって終わることが多かったと思う一方で、拒薬している患者さんが服薬を決めたときなど上手いときにはMIに似た受容的・共感的なやり取りをしていたということもありました。そして、MIを学んでからは、患者さんが良い方向に進んでいる実感が持てることが多くなりました。

MIはコミュニケーションスタイルなので、少ない時間でも実践できます。筆者は院内処方病院に勤めているので、外来投薬時の数分の間でできることをしています。もっと時間がとれる人にとってはさらに良いと思います。

筆者はMIをすること自体がEvidence based Practiceで、さらにMIとEBMの考え方は相反しないので、組み合わせる実践することが可能だと考えています。MIとEBMを組み合わせることで、より患者さんの価値や患者さん自身の専門性を引き出し、かつ治療者の専門性も必要とするので高い次元で意思決定できるのではないのでしょうか。

もしMIについて興味を持ち、勉強したいと思う方がいらっしゃいましたら、一緒に勉強しませんか。MIの技術や理論は単純ですが、奥深くて楽しいです。ワークショップで幅広い領域の仲間を作ることもできます。いつかアヘッドマップでも一緒に勉強する機会を作れたらと個人的には考えています。

【参考図書】

- 1) Miller, W. R., Rollnick, S.: Motivational Interviewing (Third Edition): Helping People Change. Guilford Press, 2012
- 2) 原井宏明：方法としての動機づけ面接。岩崎学術出版社，2012
- 3) 北田雅子，磯村毅：医療スタッフのための動機づけ面接法。医歯薬出版，2016
- 4) 青木 治，中村 英司：矯正職員のための動機づけ面接。公益財団法人矯正協会，2017
- 5) 磯村毅，加濃正人：ゆるーい思春期ネットワーク第8回MI集中講座資料。2018年7月(東京)

【引用文献】

- 1) Armstrong MJ, et al: Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*. 2011 Sep;12(9):709-23. PMID: 21692966
- 2) Palacio A, et al: Motivational Interviewing Improves Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2016 Aug; 31(8): 929-940. PMID: 27160414
- 3) Soria R, et al: A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice*. 2006 Oct 1; 56(531): 768-774. PMID: 17007707
- 4) Saftlas AF, et al: Motivational interviewing and intimate partner violence: a randomized trial. *Annals of Epidemiology*. 2014 Feb;24(2):144-50. PMID: 24252714
- 5) Okada H, et al: Effects of lifestyle advice provided by pharmacists on blood pressure: The COMMunity Pharmacists ASSist for Blood Pressure (COMPASS-BP) randomized trial. *Biosci Trends*. 2018 Jan 9;11(6):632-639. PMID: 29249774
- 6) Okada H, et al: Effects of Lifestyle Intervention Performed by Community Pharmacists on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes: The Community Pharmacists Assist (Compass) Project, a Pragmatic Cluster Randomized Trial. *Pharmacology & Pharmacy*. 2016 Jan 07(03):124-132

7) Ravn-Nielsen LV, et al: Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2018 Mar 1;178(3):375-382. PMID: 29379953

－執筆者プロフィール－

細川智成（ほそかわ ともなり）

精神科薬剤師。AHEADMAP理事、総務部担当。

動機づけ面接にはまりすぎて、司法関係者しかいない遠方のワークショップに一人混じった際、強面の矯正職員の人にスナフキンと言われる。EBM×動機づけ面接のコラボを模索している。

【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–

哲学がわかる 因果性

(A VERY SHORT INTRODUCTION)

スティーヴン・マンフォード (著), ラニ・リル・アンユム (著), 塩野 直之 (翻訳), 谷川 卓 (翻訳)

岩波書店 (2017/12/15) 単行本 (ソフトカバー) : 200ページ 本体1,700円

『世界は規則的で予測可能であるが、完璧にそうだとは言えない。ある結果をもたらすには何を試みるべきかを私たちが知ることができる程度には、十分に規則的であろう。しかし、これもまた私たちが知っているように、実際には期待が満たされないこともありうる』(哲学がわかる 因果性p62)

因果性 (causality) とは、2 つの出来事が原因と結果という関係で結びついているかどうかを問題にした概念のことです。一般的に、二つ以上の出来事の間、原因と結果の関係があることを因果関係と呼びます。

僕らの日常世界は、常にこの因果性を前提として成り立っています。例えば、列車が定刻通りにホームに滑り込んでくるのも、毎朝、東の空から太陽が昇ってくるのも、物事の因果的な結びつきをなしには思考できません。

あるいは責任や意志という概念も、因果性と密接に関わっています。行為とその帰結に因果的な結びつきが無いのであれば、僕たちはそもそも行動を意図しようがありません。このように、人は少なからず、因果性に依拠する仕方です。

ところで、因果関係は「**必然的に起こさせる関係**」と言い換えてもよいでしょう。つまり、二つの出来事の結びつきは「偶然」ではなく「必然」というわけです。ピアノの鍵盤を叩けば偶然的に音が鳴るのではなく、それは必然的に音が鳴っていると考えることに違和感はありませんよね。

しかし、イギリスの経験論者デイヴィッド・ヒュームは、このような考えに意を唱えました。因果関係は「必然的に起こさせる関係」というのだけれども、「必然的に起こさせる」というその必然的な何かを経験することはできないと、ヒュームは主張します。

確かに鍵盤を叩いて音が鳴ったとしても、それが必然か、偶然かなのかを論理的に証明することはできません。私たちは鍵盤を叩くという現象に引き続いて音が鳴るとい現象を知覚しているだけで、その間に存在すると確信している（ヒュームに言わせればそう錯覚している）必然性を手の平にのせて眺めたり、直接的に知覚することはできないからです。

因果性を巡る議論はとても興味深いのですが、日本語で読める平易な解説書は皆無でした。そんななか、本書は因果性に関する議論を体系的にまとめた、貴重な入門書となっています。

因果性は薬剤効果に関する考察においても重要な概念です。例えば、ランダム化比較試験における介入効果の内的妥当性とは、介入とアウトカムの因果関係に他なりません。ランダム化比較試験は反事実条件的依存性テストによる因果効果の検出を目的とした研究なのですから。

一般的には内的妥当性が高いと言われるランダム化比較試験ですが、哲学的には様々な批判が可能です。

『医療専門職では、因果性の反事実条件的依存性テストが確かに真剣に受け取られているのである(p80)』

『一つの結果に同時に作用する原因が二つあり、そのどちらも原因として十分であることは、完全に可能な筋書きであるように思われる。その筋書きを排除しようとする動機が、それで因果性の反事実条件的依存性理論が救われるということだけにあるなら、その場しのぎな手立てに見えてしまう(p82)』

僕たちは因果性を深く信じ、世の中は打てば響くようになっていくと確信しています。しかし、その確信に懐疑の視線を向け、改めて議論の俎上に載せることで、科学的に考えるとはどういうことかに関する考察を深めることができるでしょう。

(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. 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、著作権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、著作権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、著作権者と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

代わり映えのない時間の繰り返し。その繰り返しの中に垣間見える風景は往々にして関心の的にさえならず、そのほとんどが無視され、記憶に残ることは少ないことでしょう。圧倒的な情報フローに晒されながらも忘れ去られていく時間、それを日常と呼びます。しかし、そんな日常のサイクルが、支障なく回転しつづけるということは案外大切なのだと思います。日常は、程度の差はあれ非日常に変わる可能性を常に抱えているのだから。

(青島周一)

「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.3 No.1

2019年1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](#)