Connect the New▶Clinical critical essay

臨床批評 VoL.3 No.2

見えるモノと見えざるモノの狭間で

－巻頭エッセイ－

■ 時間を想う時 （青島周一）

－特別寄稿－

■ 外側にいて感じること～医療をお仕事にする皆さまへ （成沢　由来）

■ それがどんなに淡く儚い夢でも （松岡　弥美）

■ 価値観についての考察 （岡本　淳志）

Journal of AHEADMAP.2019.spring/Clinical critical essay.Vol.3 No.2.Association for Appropriate Healthcare Decision-making and Practice

表紙デザイン：青島周一　photograph：糸乃空(https://note.mu/itonosora/n/n5ddd60e586c0)

Connect the New▶Clinical critical essay

臨床批評 VoL.3 No.2

Journal of AHEADMAP.2019.spring/Clinical critical essay.Vol. 3 No.2
Association for Appropriate Healthcare Decision-making and Practice

見えるモノと見えざるモノの狭間で

-contents-

■ ［エッセイ］時間を想う時 P2
■【NEWS】学会発表のお知らせ P5
■【NEWS】NPO法人アヘッドマップ　総会　開催のお知らせ P6
■［寄稿］外側にいて感じること～医療をお仕事にする皆さまへ P8
■［寄稿］それがどんなに淡く儚い夢でも P13
■［寄稿］価値観についての考察 P18
■【読書のススメ】彼女がエスパーだったころ P27
■ 編集部からのお知らせ/AHEADMAP入会のご案内 P29
■ 臨床批評投稿規定 p30
■ 編集後記 P32

AHEADMAP

https://aheadmap.jimdo.com/

時間を想う時

～clinical critical essay～

『ゆく河の流れは絶えずして、しかももとの水にあらず（鴨長明, 方丈記）』

ゆく河の水の流れは、絶える事がなく流れ続ける状態にあって、それでいて、それぞれのもともとの水ではない……。ぼくらは何かが整然と動くと、その背後に何がしかの『流れ』を感じる。河の水の流れのように目に見える現象でなくとも、木々の葉が揺れれば、あるいはアスファルトに散らばる木の葉が舞い上がれば、そこに空気の流れを感じ取る。

――『時間』はこれと同じ匂いがする。

時間から感じる『流れる』という印象は、ぼくらの日常経験によって養われた見かけのものに過ぎないのかもしれない。実際、哲学者の野家啓一さんは『時は流れない、それは積み重なる』[1]と形容した。

ただ、ぼくらが感じることができる限りにおいて、『変化』と『時間』は切り離せないように思われる。ゆえにジョン・エリス・マクタガートはA系列こそに時間の本質が宿ると考えた[2]。

『時間におけるもろもろの位置は二つの仕方で区別されている。【一つは、】それぞれの位置は他のもろもろの位置のあるものよりは前にあり、別のあるものよりは後にある【という区別の仕方であり、【もう一つは】それぞれの位置は、過去であるか、現在であるか、未来であるか、のいずれかである【という区別の仕方である】。前者の部類の区別は永続的【不変】であるが、後者の部類の区別はそうではない』[3]

A系列とは上記引用文中、後者に該当するもので、”遠い過去から近い過去を経て現在へと、そして現在から近い未来を経て遠い未来へと連なる一系列”のことである。他方で引用文中、前者に該当する”より前からより後へと連なる一系列”をB系列と呼ぶ。

---

[1]野家啓一:物語の哲学p158

[2] John McTaggart :Mind.1908.17: 457-73

[3]永井均 訳 時間の非実在性：講談社学術文庫,p17

マクタガートはA系列が時間の本質としながらも、A系列は矛盾しており、実在に当てはめることは不可能であるがゆえに時間は実在しないと論証した。

『もし出来事Mが過去であるなら、それは未来と現在であった。もしそれが未来であるなら、それは現在と過去になるだろう。もしそれが現在であるなら、それは未来だった、そして過去になるだろう。このようにしてそれぞれの出来事に、両立不可能なこの3つのタームが全て述語づけられうる。このことは明らかに、それら三つのタームが両立不可能であることと、不整合であり、それらが変化を産み出すことと不整合である』[4]

過去・現在・未来は両立不可能な規定であるが、マクタガートの言うように、どの出来事もそれらすべての性質を持つ。これがA系列に内包された矛盾であり、それゆえA系列を本質とする時間は実在しないと言うわけだ。

このマクタガートの論証には様々な批判がある。確かにこの論文を繰り返し読んでも、いまいち腑に落ちない点は多い。だけれども、その違和を精密に言葉にしようとすることもまた難しい。

時間とは、それを言葉で定義することが困難なほどに曖昧な概念であり、確かな手触りを感じることなく、そして掴もうとしても掴み取ることができない何かである。ただ、『変化』に着目すると、時間の非実在性という輪郭が少しだけ見えてくる気がしている。

変化とはつまり、物体の運動に他ならないように思えるが、僕らが認識している物体運動は物理法則に依拠している。しかしながら、物理法則も科学史を俯瞰すれば一枚岩ではない。ニュートン力学からアインシュタインの相対性理論への転換は、プトレマイオスの天動説からコペルニクスの地動説への転換に似ている。トマス・クーンの言葉を借りれば、パラダイムはいくらでもシフトしうるのが物理法則に代表される科学理論である。

絶対的な真理性を有する物理法則というものに、ぼくたち人間は容易にアクセスできない。同じ物理現象であっても、人間よりも優れた知性体が存在するならば、人間の物理法則などより、もっとシンプルかつ論理的な法則を使って、その現象を説明するだろう。

---

[4]永井均 訳 時間の非実在性：講談社学術文庫,p42

従って、時間が物理法則に依拠しているのであれば、絶対に正しい時間概念の把握などぼくたち人間には不可能である。時間の非実在性はそういう観点からも支持されるように思える。

時間が流れているから変化が発生するのではなく、変化が起こるから時間が流れているように感じる。このことは『本当に時間が流れているのだろうか？』と思える風景に出会ったとき、そこにダイナミックな変化を感じ取ることができないことにも裏打ちされている。

実感はあるけど実体がない、それがぼくたち人間にとって、時間というものの本性だ。だから人は物の動き（端的には時計の針や空の色）からでしか、時間を認識できない。このことはまた、美味しい、美しい、楽しい、といった主観的な情動と、時間という概念が極めて類似していることを示唆する。

つまり、時間とは客観的な何かではなく主観姓を帯びている。確かにリアルさはあれど、時間はぼくたちの頭の中で関心相関的に構成される、ある種の錯覚に他ならない。

時系列的出来事において、「過去」「現在」「未来」があるように感じるのは、「記憶」「知覚」「予期」という人間特有の認識に対応しているからだ。おおよそこの世界に、ぼくたちの思考とは独立して「過去」「現在」「未来」などというものが存在するのだろうか。出来事の分節線は世界の側に無いと考えた方がむしろ自然ではないだろうか。おそらく人間以外の動物は、人間と同じような時間感覚を有してはいないだろう。

時の終着点、それは記憶の果て。時間に終わりがあるのだろうかと考えた時、たぶんそれは「生」の終わりを考えている。

（『臨床批評』編集責任：青島周一）

【NEWS】学会発表のお知らせ

第10回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会におきまして、アヘッドマップ研究グループによる以下の演題が採択されました。

■演題タイトル

『頭髪の抜け毛は春に少なく夏から秋にかけて増えるかもしれない』

■演題番号：10530 No.O-148

■発表形式：口頭発表

■セッション：量的研究（プライマリ・ケアにおける疫学②、慢性疾患のケア）

■発表日時：5月19日（日） 13:30～15:00

■発表会場：国立京都国際会館　第11会場 (Room K)

【研究概要】

抜け毛は、ごく身近な健康テーマだといえます。本研究では、頭髪の抜け毛に対する関心が季節と相関関係にあるのか、あるとすればどんな時期に最も関心が高まるのかについて解析を行いました。

【本発表に関わる問い合わせ先】

NPO法人AHEADMAP　共同代表　青島周一 syuichiao@gmail.com

※第10回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会の開催概要につきましては以下の公式ホームページをご参照ください。

公式HP▶http://www.c-linkage.co.jp/jpca2019/index.html

演題採択結果▶　http://www.c-linkage.co.jp/jpca2019/data/adoption_result.pdf

【NEWS】NPO法人アヘッドマップ　総会　開催のお知らせ

特定非営利活動法人AHEADMAP（アヘッドマップ）の総会・ワークショップを下記概要にて開催いたします。

ワークショップテーマ：『費用対効果の観点から医療を考える』

【開催目的】

多剤併用や不適切処方をめぐるテーマ、いわゆるポリファーマシーに関心が集まる中で、その背景として軽視できないのが**"医療療経済的な観点"**です。処方されても飲みきることができない「残薬」が、様々なメディアで問題視され「無駄な医療コスト」という考え方は、広く一般にも認知されるようになってきました。

また近年、**フォーミュラリー**という概念が新たにクローズアップされています。フォーミュラリーとは、「疾病の診断、予防、治療や健康増進に関して、医師や薬剤師、その他の医療従事者による臨床判断を行うために必要な、医薬品とその関連情報についての、継続的にアップデートされるリスト」[5]のことです。わが国では、「患者に対して最も有効で経済的な医薬品の使用方針」、あるいは「医薬品の有効性・安全性など科学的根拠と経済性を総合的に評価して、医療機関や地域ごとに策定する医薬品の使用指針」といったように、経済性を重視した概念として紹介されているようです。

薬物治療のアウトカムを考えたとき、真に達成すべきアウトカムが必ずしも経済性だけではないようにも思います。しかしながら、少子高齢化が進む中で、薬剤コストを含む医療経済の問題から目を逸らすことは難しくなってきています。

本ワークショップでは、体系的に学ぶ機会が少ない「費用対効果分析」についてレクチャーを行い、費用対効果の観点から医療を考えるとはどういうことなのか、グループワークを通じて学びを深めていきたいと考えています。

---

[5] Am J Health Syst Pharm. 2008 Jul 1;65(13):1272-83. PMID: 18589893

【開催日時と概要】

2019年6月8日（13時15分～18時00分）

以下のスケジュールを予定しています。

・ワークショップ『費用対効果の観点から医療を考える』（13時15分～16時）

・EBM実践報告会(16時～17時)

・NPO法人アヘッドマップ2019年総会（17～18時）

※日本薬剤師研修センター 2単位(予定)

【開催場所】

大阪会議室梅田北新地店第4会議室

(大阪府大阪市北区曽根崎2-1-12)

【参加費について】

非会員 ¥2,000　会員 ¥500

※参加費は当日受付にてお支払いください。

※昨年は参加費が無料となるクーポンを発行しましたが予想以上に管理が難しく、今年度から会員は主催イベント参加費が何度でも割引になる方式に変更させていただきました。

【EBM実践報告会に関するご案内】

昨年同様、会員・参加されるみなさまからEBM実践のご報告を募集いたします。自らが学び実践し、それによってどうなったのか？成功した場合でも上手く行かなかった場合でも、どんなことでも構いません。「我こそは！」という方のご発表をお待ちしております。（お一人あたり、発表5分・質疑応答4分ほどの時間を予定しております）

【入場に際して】

会場は13:00から入場可能ですが，当法人スタッフも同じ時間より入場し会場設営を行います．早めにお越し頂く場合，建物外にてお待ち頂く場合があります．ご了承ください．

【参加のお申込み・問い合わせ先】

以下のウェブページよりお願いいたします。

2019年度NPO法人AHEADMAP総会・ワークショップ

https://kokucheese.com/event/index/563714/

【寄稿】外側にいて感じること～医療をお仕事にする皆さまへ

成沢　由来

「医療に何を求めますか？」と尋ねられて、考えてみたことがあります。気になっていること、ありがたく感じたことなどを思いだしてみて、最終的にお答えしたのは**「助けを求めることができるような、信頼できる場所としてあり続けて欲しい」**でした。面白みのない答えだったかもしれませんが、今振り返ってみても、間違った答えだとは思っていません。

[信頼できる場としての医療]

誰でもケガをしますし、病気にもなります。年齢を重ねれば身体の機能も衰えてきて、今まで当たり前にこなしていた作業でさえ、容易にできなくなったりします。こうした健康状態の変化を、私たちは「納得」できるような解釈を探しつつ、受け入れていかねばならないのだと思います。それは、“医療や社会が助けてくれないから受け入れる”というよりは、むしろ“自然の流れを受け入れる”ということに近い気もします。

医療に携わる方々の努力が積み重なって、為す術もなく受け入れるしかなかった難しい健康問題にも、やがて新しい解決方法が見つかるかもしれません。救われる人が増えることを望まない人は少ないと思います。ただ、医療を受ける側にとってみれば、解決方法に巡り会えたことに喜び、提供してくれた方に感謝することであっても、それを受け取れることが当たり前ではないのだと思います。

直面する身体的な不条理の多くに、なにがしかの理由はあるのかもしれませんが、医療やそれに携わる方々のせいではありません。医療に携わっている方々は、どうしようもなかった不条理から救いを見つけてくれる方々なのだと感じています。

とはいえ、あなたは○○だから、特別に助けてあげましょう――。ということになんとなく違和を覚えるのです。世の中は偶然に溢れていて、不幸に見舞われたのだから、見ず知らずの誰かから救いが与えられても良い。それはそれで、誤りではないかもしれませんが、自分だけに与えられる「特別」を、誰もが望んでいるとは限らないのです。語弊を恐れずに言えば、誰かを救いたいのではなく、救い手になることで満足したいのかもしれない、医療にはそういった側面があるように見えるのです。

何を信じるかを自由に選べるということは幸せなことではありますが、それはまた、容赦のない厳しさも合わせ待っているように思います。融通がきかないくらい公平だからこそ、わたしには信頼できると感じることもあります。

目の前の人が救われるべき人間かどうかを考慮しない、つまり医療を提供すべき人かどうかを考慮しないということは、その人がどんな状況であろうとも、医学的に不健康と判断されたのであれば、標準的な医療は提供するということです。理由をつけてひいきはしないし、排除もしない。だからこそ信じられたこともありました。

むしろ、どんな人なら医療を提供し、どんな人なら医療を提供しなくてもよい、というような線引きがあるのなら、それはそれで倫理的な問題を孕んでいます。だから決して冷徹であって欲しいと思っているわけでもありません。ただ、医療は信頼できる場としてあり続けてほしい、そう思うのです。

[“信頼できる場”を継続的なものに]

医療従事者になる方々は、より人の役に立ちたい、困っている人を助けたいと考えたからこそ「医療」の道を選ばれたのではないかと思います。また才能や運でお仕事をされているわけではなく、自らの意志で積み重ねた努力と忍耐によって医療を支えていらっしゃるのだと思います。

しかし、人の欲求には際限がありません。できる限りの精一杯で応えても、もっと欲しいと思うのが人間です。その気持ちは自然なことですが、医療者が患者の欲求に応え続けることには限界があります。ある人にとってはただ一度のわがままであっても、応える人にとっては毎日のことかもしれない。あと少しの無理でも、ずっと重ねていけば耐えられなくなる日がきてしまうかもしれません。

わたしは医療に携わる方々が毎日くたびれた顔をして、イライラを抱えながらお仕事をして欲しいとは思いません。なによりも本当に困っているときに、助けを求められる人がいなくなっていたら、患者としては本当に困ってしまいます。持続できる範囲で“信頼できる場としての医療”を続けて頂きたいです。

また、医療に限らずたくさんの知識や技術の多くが、一世代で始まって終わりになるものではありません。引き継がれてきたことがあって、次の世代に受け継いでいかなくてはならないこともあるのだと思います。この先も続いていくために、次世代の担い手も大切にして欲しいと思っています。

[“より良い”を目指す前に一人の“人間”として……]

医療関係の方々が「今のわたしたちがどうするべきか」、「次の世代に何を引き継いでいくのか」といったお話をされているところをインターネット上でも目にします。より良い医療を目指して、議論が白熱している。もちろんそれ自体に違和を感じないのですが、気になることありますので、関連してお話させて頂きます。

医療業界に限ったことではないのですが、ＳＮＳでは、誰かを罵ったり、ヤジったりする発言を目にすることがあります。誰でも不満はたまりますし、真剣に向き合っているからこそ、言葉にしたくなるときはあるのだと思います。ＳＮＳとはそういうものだといえばそうかもしれませんし、嫌ならば見なければ良いという指摘はもっともだと思います。

超高齢化社会へと変貌を遂げている現代社会の只中で、これからの医療の在り方や医療者としての今後を議論することはとても有用なことだと思います。しかし、時に議論をしている医療者どうしの意見が食い違い、SNS上で罵りや煽りのような発言も見受けられます。

こうしたSNSのやり取りを見ているのは医療関係者だけではありません。インターネット上で情報を集めることが当たり前になっている今、これから医療に助けを求めようとしている人も、そうした発言を目にすることはあるはずです。そんな時、一般の方はどんなふうに感じるのでしょうか。建設的な議論に必要を感じるからこその発言だと想像はできるのですが、どうか言葉を選んで頂きたいと感じることも少なくありません。

医療の現場では違う言い方をしているのかもしれませんが、SNSを見ている人には実際にどんな言い方をしているのかはわかりません。発言の内容まではわからないことが多いですが、少なくとも、やる気がないなら辞めればいい、意識が低いから辞めればいい、という方向性のお話には疑問を感じてしまいます。

人が余っているわけではない医療現場で、ますます人がいなくなってしまったら、利用者としてはとても困ります。残った人も、ひとりで何人分もの仕事はできません。やる気を出しなさいと言われてもやる気は出ませんし、意識を高く持ちなさいと迫られても意識は高くなりません。人材が不足している状況で、できることをしてもらえるだけでもありがたいと感じるのは、わたしが違う業界にいるからでしょうか。

どの業界も厳しい状況に立たされていることは理解しています。そのような中で、より良い医療を目指して、ある種の競争のような状況を生き残ったといえる今があるのだとしても、必ず誰かに支えられてきて、頑張ってこられた理由があるはずです。

医療者として前向きになれない人に、どうしたらできるようになってもらえるか、意欲を取り戻してもらえるのかを考えてみることも大切だと思いますし、自分がされて辛かったことであれば尚のこと、同じようにするほかに手段はないのかと、そういった発言を批判的に吟味して欲しいと思います。目的に対して選択した手段はどのくらい有効でしょうか。純粋にストレスの発散のために行われているのだとしても、見ている方からはどんな意図はあるのかまではわかりません。

このように感じるわたしに問題があるのかもしれませんが、誰かに怒号を飛ばしていた医療者が、隣にやってきて、「今のところ、あなたは言うことをきいているからいいんだよ」と微笑んだとしても、わたしは怖くて仲良くできる気がしません。患者として頼っていいのかと考えると、ほかを探そうかと考えてしまいます。

もちろん、SNSでの発言に関して、一貫して内容に共感できないわけではありません。むしろ、より良い医療を目指すために、とても大切なことを言われていると感じることも多いです。わたしは変化が不要だと考えているわけでも、理想を追いかけることが悪いと思っているわけでもないのですが、もしそのように捉える方がいらしても、おかしなことを考えていると想像して頂いても、それは構いません。目指す方向が変わるわけではないでしょうし、おかしければ笑って頂いて結構です。

ただ、インターネット上に限らず、誰かを罵ったり誰かが罵られたりすることを見ていることにうんざりしています。わたしは、誰かに行動の変化を促そうとするとき、ヤジったりけなしたりすることは有効ではないと思っています。ある程度の効果があったとしても選びたい選択肢ではありません。ストレスの発散に効果はあるのかもしれませんが、所属や立場を明らかにした上で公共の場で行うことは、とても推奨できません。

このような感想をお話することにどのくらい意味があるのかわかりませんが、もしお役に立つようなことがあれば幸いです。

医療でお仕事をされる皆さんも、医療従事者である以前に１人ひとりが人間だと思います。誰かのためだけではなく、ときにご自身の時間を大切になさってもいいと思います。好きなことをしてみたり、お仕事は横に置いて、ご家族やご友人と一緒に時間を過ごすことがあっていいと思います。やる気がないと言われても、意識が低いと言われても。

無理をして身体を壊してしまったり、仕事が続けられなくなってしまうことを、わたしだけではなく、おそらく多くの利用者の方が望んでいないはずです。どうかお元気でお過ごしください。

－執筆者プロフィール－

成沢　由来（なるさわ　ゆらい）

ささやかなお手伝いをさせて頂くこともありますが、医療とは利用者として関わってきました。

【寄稿】それがどんなに淡く儚い夢でも

松岡弥美

[未来を夢見ることの残酷さ]

――10年後の自分のことを考えて、今を大切に過ごしましょう。

娘の学校の校長先生のお話に、そんな言葉があった。 先生の言葉は、いつの時代もとても綺麗事。私はそれを複雑な思いで聞いていた。子どももそう感じていたかもしれない。

私のここ10年は、全然思った通りにならなかった。 頑張って生きてきたとは思うが、想像もつかない展開の連続。そんなことはよくある話で、程度の差はあれ、誰しもがそうなのかもしれない。10年後、思い通りになっている人のほうが少ないだろう。親だってそうだし、子どもだってそうだ。きっと本当はみんなわかっている。

だけどやっぱり、私がこの10年の間に失ったものは、他の人より少し多いんじゃないかと思ってしまうのだ。何故だろう、そう思うのは……。 逆に、きっとみんな同じくらい辛いはずだと思ってしまうことも、考え方としてあって良いのだけれど、そうは思えない。

私が双極性障害と診断されて、早10年が過ぎた。 その中で、自分の経験したことを少し話そうと思う。 失うばかりだと思っていたけれど、何か得たものもあったかもしれない。

[ネットで口コミを求める人々]

精神疾患と呼ばれるような病気になると、医師の説明だけではもの足りず、本やネットで情報を得ようとする人がいる。もちろん、何をどうしたって、そうそうすぐに治るというものではない。 それは医師からも十分に説明されるだろう。

だけど自分だけはすぐに良くなる、そんな方法がある。きっとあるはず。 早く良くなって、元通りに生活したい。 学業に、仕事に復帰したい。多くの人がそんなふうに思い、あてのない情報に期待する。だから、かなり胡散臭いものでも試してみようとする。もしかしたら良くなるかもしれないと、半信半疑で。

また、ネットなどじゃなくても、親や友人から勧められることがある。 私のところにも健康食品やサプリ、民間療法の類などいろいろな話を持ち込まれてきた。 本人が求めなくても、善意の誰かが持ってくる話は多い。

別に信じて飲んでいるのなら好きにすればいいし、効果を感じるならそれは最高に良いことだと思う。とってもいい話だ。私はあんまり信じられないほうで、だからいつも断っている。 体の声に耳を澄ませていれば、もしかしたら何かの効果が感じられるのかもしれないけれど、残念ながら、私はそんなふうに生きてはいない。 そのこと自体、うさんくささしか感じない、残念な人間なのである。

[病気が重いほうが偉いの？]

ネットやリアルで仲間を探す人もいる。同じ境遇の仲間と話をしたいと思うのだ。私は一時期これにハマった。 当時流行っていたSNSのコミュニティで、私は積極的にコメントを書いた。

そこで気づいたのだが、精神疾患を患っている人が集まると、不思議なことに、何故だか決まったかのように薬の話になる。 これは他の病気でも同じかもしれない。 何の薬を飲んでいるか、効果はどうか、副作用は……。そして、主治医は自分が望んだ薬を出してくれているのか。

希望する薬を出してくれない医師は、たいてい悪だと捉えられる。

「主治医は私の苦しさをわかってくれてない。医者として最低だ」

最近もそんなことを言っている人を見かけた。 こうした意見に賛同する人も多い。

かつて私が希望する薬を出してくれていた医師は、とてもとてもいい人だったけれど、その時の私の病状はめちゃくちゃだった。無論、誰のせいでもなく、ただそういう時期だったのだろう。

人間的に合わなくても、治療の結果としては良い方向に持って行ってくれる医師もいる。 今の主治医はそういうタイプで、とっても不満なのだが、病気のコントロールはわりと（今までよりは）うまくいっているように思う。

――悔しい。何故だ！　私の体よ！

そして、これも不思議なことに、精神疾患を患っている人の中では、“症状が重いほうが偉い” という風潮のようなものがある。 症状に偉いも偉くないもないし、よく考えれば軽い方が良いはずなのに。

「私はもっと酷くて」

何故かその一言で、周りに一目置かれる存在になる。

「俺なんかもっと酷い」

そして、自分語りが始まる。 これも必ずといっていいほど、みんなよく語る。 聞いているうちに、自分の中で芽生える「なんだ、私の方が悲惨じゃん」という気持ち。これはなんなのだろう。

そんなふうに患者同士が情報交換をする。それはいい面もあるし、もちろん悪い面もある。 たよりない日々に疲れているせいか、とにかく人に影響されやすい。 だから自傷行為や自殺が流行る。 もちろんそれが病気として感染するわけがないのだが、強く影響されてしまうのだ。 私も、ほとんど他人の自傷行為や自殺でさえ、かなり動揺してしまう。

また、精神疾患を患う人どうしの関係は長期的にみるとその維持が難しい。双方が当事者であるため、心に余裕がないからだ。 お互いがひどい心の傷を負って、離れてしまうことだってよくある。 朝まで理詰めで言い負かして、勝ったことに満足したこともあった。 朝までありえない話につき合わされて、心が疲れてしまったこともあった。正直なところ、診断当初は誰も彼も私も、めちゃくちゃだったのだ。

[病気にするということ]

「病院の薬なんて飲まないで、これを飲んだら治るわよ」

それにしても、どうしてあんなふうに、キラキラした目で勧めてくるのだろう。 何かの宗教なのだろうか。純な、本当に信じている目をしている。

病院で処方された薬に対する、一部の人が持っている嫌悪感は、どこから来るのだろうかといつも思う。 病院そのものが嫌いなのだろうか。 時々見かけるワクチン接種を受けるかどうかの問題も同じようなものなのか。 どうしてそこまで嫌うのかが不思議だ。自分だけが嫌っていたらいいのに、なぜ押し付けてくるのかわからない。 それもまた、それが良いことと心底信じているからなのだろうか。

昔、いきなり薬を捨てられたことがあった。

「こんなものを飲んだら頭がおかしくなる！」

と怒鳴られた。 じゃあどうしたらいいのかと言うと、薬よりは、お祓いのようなもののほうがいいらしい。

何それ……。

そっちのほうがとても不気味だ。気持ち悪い。 ドン引きである。 悪霊がついているのか私には。何の霊？ こんなことが続くとそれだけで疲れてしまう。 人の善意は怖い。ただ怖いだけだ。

今日、バスに乗っていると、後ろの席で苦しそうに喘いでいる人がいた。 連れの人に「息が苦しい」と言っている。 心配になったが、一人ではないので声はかけなかった。

その人は、

「病院には行かない。病気にされてしまうから」

そんなことを言う。 その気持ち、わからなくはなかった。

――病気にされる。

心にひっかかるものを感じた。 それはなんとなく懐かしかったのだけど、何故だろう。

私たちの心に、少しはある気持ち。

「もしあの時、診断されていなければ、私は《病気》ではなかった。そういう目でみられることもなかった。人生のあらゆることに影響するようなこともなかった」

「病院に行かなかったら」

「治療を受けなかったら」

「もしあの時薬を飲まなかったら、こんなふうにはならなかったかもしれない」

実際、どんなにへんてこりんなことをしていても、診断されていなければ、病気ではないのだ。 本人がすごく辛くて、まわりにとってはとても困った人ではあろうけれども。

効いているのかどうだかわからない薬を飲み続けて、それでも苦しさから逃れられない。それがきっと死ぬまで続く。未来を夢見ることは残酷だ。病気になる前は、こんな世界があるなんて思いもしなかった。敷かれたレールにも、敷いたレールからも外れて、どこまでも転がり落ちていく。 それが私の10年だった。

私の次の10年はどうなるのだろう。 それは誰にもわからない。 夢なのだから、良い夢を見る。 それがどんなに残酷でも、人は夢を見ずにいられない。

ー執筆者プロフィールー

松岡 弥美（まつおか　ひろみ）

双極性ものかきすと。

「いつも笑っているお母さん」が主な仕事。

北海道在住。

【寄稿】価値観についての考察

岡本　淳志（オカピー）

「ものづくり未来図」というサイトで、2002年にタンパク質の質量分析技術開発への貢献によりノーベル賞を受賞された田中耕一先生が、イノベーションが起こる環境についての考えを質問された際に、次のような趣旨の回答を述べられているのを見つけた [1]。

イノベーションは「技術革新」と日本語では表現されるが、多くの人はそれを余りに杓子定規に捉えすぎている。イノベーションの本来の定義は、「新結合、新しい捉え方・活用法」である。その実現のためには異分野融合は有効であり、異分野融合の場を利用すれば、イノベーションや独創は意外と簡単に実現できるのではないか。

誰かが失敗したと思って、くしゃくしゃに丸めて捨ててしまった紙くずも、それを拾った別の人間にとっては大きな発見を生み出すための宝物になるかもしれない。改めて考えてみると、失敗というのは後づけの解釈に過ぎない。仮説という的があって、そこから外れてしまったから失敗と言っているに過ぎないからだ。僕は、AHEADMAPのポリシーである「Connect the New」という言葉を思い出した。

イノベーションを起こすためには、ひとまずチャレンジしてみる。そして、自身の解釈に縛られず、その過程や結論をいろいろな人と共有する。そこから生まれる多面的な解釈の結合により、新たな発見が実現されるかもしれない。

僕自身は非常に面倒くさがりやで、不特定の人々に物事を発信することに抵抗があった。しかし、そのような状況をなんとかしたいという思いもある。そんな僕に、AHEADMAPの仲間が 「一度オカピーさんの考えを誌面に投稿しては？」 と提案してくれた。優しさや温かさに溢れた環境や、新結合によって発見が生み出されるかもしれないという可能性や魅力は、僕に一歩を踏み出すための勇気を与えてくれたような気がする。

このような心境の変化もあり、僕自身が最近考えた事柄を、陳腐でありきたりなものかもしれないが、失敗を恐れず投稿してみようと思う。

[価値観との遭遇]

お薬をお渡ししているときに、次のような場面に出くわしたことがあった。状態が改善し、くすりの内服を医師から終了して良いと言われているにも関わらず、服用を続けようとする方がいらっしゃったのだ。理由を伺うと、「ずっと飲んでいたものなので、無くなると寂しくなるなと思って……」とのことだった。

医師や薬剤師などの医療者からすると無意味な継続服用となるかもしれないが、その方にとっては意味のある服用ということになる。このような経験を度々重ねるに連れ、ありきたりかもしれないが、医療に関わる様々な人々の価値観に違いがあるのではないか、と考えるようになった。

――そもそも、価値観とはなんだろうか？

価値観について調べて見ると以下のような記載を見つけた。

価値観とは、ある状態の方が他の状態より好ましいと思う傾向である。価値観は、肯定的な側面と否定的な側面の両極をあわせて持つ感情である [2]。

物事の判断に関する主観的な基準、といった感じだろうか。例えば、善と悪、上品と下品、異常や正常、非合理的や合理的などの基準は価値観の範疇に属するだろう。これでは、限りなく主観的な概念ではあるけれども、価値観を定量的に測定する方法はあるのだろうか？

オランダの社会科学者ヘールト・ホフステッドは1970年代に世界の50ヵ国以上の国々で働く多国籍企業IBMの社員、約11万人の価値観に関するアンケートの回答について、統計的に解析する機会を得た。分析する中でホフステッドは、**4つの文化の次元（cultural dimension）**を見出した。文化の次元とは、文化間で比較した時に、相対的に違いを捉えることのできる側面のことである。その4つの次元とは、

1. **権力格差の程度（power distance index：PDI）**
2. **個人主義傾向の強さ（individualism index：IDV）**
3. **男性らしさを求める強さ（masuculinity index：MAS）**
4. **不確実性の回避の強さ（uncertainity avoidance index：UAI）**

である。その後、西洋的な調査票や捉え方のバイアスを軽減させるために、ホフステッドとカナダの社会科学者マイケル・ポンドは、香港と台湾で多くの社会科学者の協力を得て、中国人の持つ基本的な価値観のリストを作成し、その調査票をもとに23ヵ国の男女50名ずつの100名の学生を対象に中国的価値観調査を行った。その結果、未来志向と過去・現在志向という対立する新たな価値観の側面を見出し、ホフステッドはこの次元を第5の次元として、

5.　長期志向を求める強さ（Long Term Orientation index：LTO）

と名付けた。また、現在ではアメリカの社会学者ロナルド・イングルハートの主導で定期的な「世界価値観調査」が行なわれ、継続的なデータ収集が実施されている。異文化理解と組織行動の研究を行うマイケル・ミンコフは、その「世界価値観調査」の結果を解析する中で、さらに新たな次元として、

6.　放縦 - 抑制の程度（indulgence versus restraint index：IVR）

を発見した。これら6つの次元は、文化間の価値観の違いを解析する上で重要なものとなっている。以下、それぞれの次元について簡単に説明する。

1.権力格差の程度（PDI）

権力格差とは、ある社会の制度や組織において、立場の弱い成員が、権力が不平等に分布している状態を予期して、受け入れている程度を表す。制度とは、家族や学校、地域社会のように社会を構成する基本的な要素であり、組織とは、人々の労働の場とされている [2,3]。これはまた、**集団における平等性の程度**と言えるかもしれない。

2.個人主義傾向の強さ（IDV）

個人主義の対極は集団主義である。個人主義を特徴とする社会では、個人と個人の間の結びつきはゆるく、人は自分自身と肉親の面倒だけを見ることが期待される。一方、集団主義を特徴とする社会では、人は生まれた時から内集団に強く結び付けられ、絶対的忠誠を誓う限りは、生涯を通じて内集団に守られる [2,3]。個人主義的傾向の強さとは、**自分のために物事を行うか、自身が属する集団のために物事を行うか、というモチベーションの内向き、外向きの程度**と言えるだろう。

3.男性らしさの強さ（MAS）

男らしさの対極は、女性らしさである。男性らしさを特徴とする社会では、性別による社会的役割は明確に区別される。男性は、自己主張が強く、たくましく、物質的な成功に焦点を当てるものと考えられており、女性は謙虚で優しく、生活の質に関心を持つものと考えられている [2,3]。簡単に言えば、**社会の優しさの程度、といったように社会の性格を表す指標**のようなものだろうか。

4.不確実性の回避の強さ（UAI）

不確実性の回避の強さは、ある社会の制度や組織に属する成員が、不確実な状況、未知の状況、曖昧な状況や組織化されていない状況に対して脅威を感じる程度と定義される [2,3]。**社会が冒険を好む程度**、と言えるだろうか。

5.長期志向の強さ（LTO）

長期志向の対極にあるのは短期志向である。長期志向を特徴とする社会では将来的な報酬を志向する忍耐と倹約の精神が育まれ、謙虚さや柔軟性、環境への適応性が重んじられる。一方、短期志向を特徴とする社会では過去と現在に関する徳、特に伝統の尊重、「面子」の維持、社会的な義務を果たす精神を育む [2,3]。

将来の価値を現在の価値に直すために用いる率のことを経済学では**割引率**[6]と言うが、割引率の大きさと関係しているかもしれない。**短期的なアウトカムを優先するか、長期的なアウトカムを優先するかといった、尊重するアウトカムの焦点深度の違い**とも言えるかもしれない。

6.放縦 - 抑制の程度（IVR）

放縦を特徴とする社会では、人生を味わい、楽しむことに関わる人間の基本的かつ自然な欲求（余暇や友人との娯楽、出費や消費、セックスなど）を比較的自由に満たそうとする傾向を示す。一方、抑制を特徴とする社会では、厳しい社会規範により欲求の充足を抑え、コントロールすべきだという傾向が働く [2,3]。**楽観主義的傾向の強さ**、と言うことができるかもしれない。

---

[6] 例えば、今すぐに10,000円もらえるのと、1年後に10,100円もらえるのでは、どちらを選ぶだろうか。多くの人が前者を選択するように思われるが、これはつまり1年間で100円分の価値を割り引いているということに他ならない。このように報酬が手に入る時点が今からどれくらい先かによって、その報酬の価値を割り引く傾向のことを時間割引（time discounting）と呼ぶ。

国別のそれぞれの次元のスコアを【表1】に示す。

【表1】国別の価値観に対する次元スコア（ホフステッド指数）

（文献[2]より筆者作成。国については一部抜粋。算出方法などは文献[3]を参照）

	ホフステッド指数					
国名	PDI	IND	MAS	UAI	LTO	IVR
日本	54	46	95	92	88	42
アメリカ	40	91	62	46	26	68
オーストラリア	11	55	79	51	21	71
ドイツ	35	67	66	65	86	40
オランダ	38	80	14	53	67	68
フランス	68	71	43	86	64	48
中国	80	20	66	30	87	24
韓国	60	18	39	85	100	29

国別に見ても、その特徴はバラエティーに富んでいることが分かる。よって海外の知見を自国に落とし込む際にも注意が必要である。海外から持ち込んだ種を自国に持ち込んで単純に植えても、土壌が異なれば、うまく育つかどうかは分からないからだ。育つように、土壌に合った肥料を加えてやる必要があるかもしれない。

ここで注意が必要なのは、以上で述べた文化の次元が、個人レベルではすんなりと適用できない可能性があるということだ。文化とは個人の集合で形成される。**文化の次元とは、集団の特性として捉えた時に、平均的な特徴として相対的な違いが傾向として見られる側面**である。

国レベルだけではなく、ある程度の人員を抱える組織レベルでは、平均的特徴として固有の文化が形成されるかもしれない。そのような場面では、文化の次元は適用できるだろう。ただ、個人レベルになると平均的特性という性質が消失してしまう。このような理由で、個人レベルでの議論には注意する必要があると思う（パーソナリティーと文化は独立していないというデータは得られているようである［2］）。とはいえ、医療は集団を扱うことが多いので、価値観の次元は汎用性が高いものと考えている。

[価値観が影響するもの]

以上の文化の次元を用いれば、価値観の多様性は表現することができそうだ。文化の次元は医療においてどのような影響をもたらすのだろうか。それについて述べたレビュー論文がある [4]。その文献の図表を参考に作成したものを【表2】～【表4】に示す。価値観は実際に医療における様々な意思決定の過程に影響していることがうかがえる。

【表2】権力格差が医療に与える影響（参考文献[4]より筆者作成）

格差が大きい	格差が小さい	文献
患者は医師を目上の人として見る。	患者は医師を対等な存在として見る。	[5]
意思決定の際にも情報はあまり共有されない。	意思決定の際には、積極的に情報が共有される。	[5], [6], [7]
医師は、確実な診断でないと受け入れることができない。	医師は、診断があいまいでも受け入れることができる。	[5]
抗菌薬の処方は権力と専門性の象徴である。	抗菌薬は象徴的な重要性をさほど持たない。	[5]

【表3】不確実性の回避の程度が医療に与える影響（参考文献[4]より筆者作成）

回避の傾向が大きい	回避の傾向が小さい	文献
患者は病気や想定される厄介な事態への脅威は、リスクが高いと認識。	患者は病気や想定される厄介な事態への脅威は、リスクが高いものではないと認識。	[8],[9],[10]
患者は病気に関する明確な原因が特定され、治療がなされた時のみ信頼する。	患者は医師が明確な診断をしなかったり、治療を施されないような不明確な状況でさえ、信頼する。	[5]
患者は「備えあれば憂いなし」の姿勢を好む。	患者は「様子見(静観)」の姿勢を受け入れる。	[5],[8],10]
病気は戦うべき悪の現象として受け取られる。	病気は自然な成り行きで発生する、尊重されるべき自然現象として受け取られる。	[11]
医師はミスをすることを、不快で気がかりなものと感じている。	守りの姿勢は危険であると認識している。	[5]
医師は自身を専門家として見ており、「何かしたい」という内なる衝動を感じている。それが、患者にとって、短期的によりリスクの少ない何かを処方することにつながる。	医師はある程度の不確実性や「様子見（静観）」を受け入れる。	[5]
抗菌薬の処方は医師と患者双方にとっての不確実性に関連する不安を軽減させる。	抗菌薬の処方は、医師や患者の不確実性に関連した不安を軽減させない。	[5],[8],[10],[12]

【表4】男性らしさの程度が医療に与える影響（参考文献[4]より筆者作成）

男性らしい社会	女性らしい社会	文献
病気に罹るべきではなく、患者は速やかに仕事や活動に復帰することが求められる。	病気に寛容で、病気になると、仕事や活動を休止することことができる。	[12]
抗菌薬は可能な限り迅速に仕事に復帰するために不可欠な医薬品であると見なされる。	抗菌薬は不可欠な医薬品とは捉えられず、迅速に仕事に復帰することも重要ではない。	[12]

[価値観の可能性]

以上、価値観の考察を踏まえ、筆者が考える薬の効果について一つの考えを示したい。

薬の効果とは……

見かけの効果 ＝ 薬剤がもつ固有の効果 ＋ ゆらぎによる効果

で表されると僕は考えている。ここで、固有の効果というのは薬理学的に予測、期待される効果であり、ゆらぎによる効果とは消化管内部の環境の多様性（吸収のゆらぎ）やSNPによる代謝酵素の多様性（代謝のゆらぎ）、服用する主体の認識や感覚、個人や集団の価値観に関する多様性（プラセボ効果など）などがもたらす影響としている。

医療の場では、それに関わる人々の様々な価値観が交錯する。服用する主体の内的な価値観だけではなく、周囲の人々の外的な価値観も、プラセボ効果を含む、ゆらぎによる効果に影響することも考えられる。価値観とポリファーマシーも関連しているかもしれない。因子解析などを用いれば、どの価値観の次元が、どの程度の影響をもたらすか、といった定量的な知見も得られる可能性がある。最後は、妄想劇場になってしまった。傷が深くならないうちに、筆を置くことにする。

[参考文献]

[1].「イノベーションに天才は不要、異分野融合の場こそが重要」田中耕一氏インタビュー

https://project.nikkeibp.co.jp/atclmono/vision/081600012/

[2]. Geert Hofstede, Gert J. Hofstede and Michael Minkov, Cultures and Organizations: Software of the Mind, Intercultural Cooperation and Its Importance for Survival, 3rd ed., McGraw Hill, 2010（岩井八郎・岩井紀子訳『多文化 世界―違いを学び未来への道を探る 原書第 3 版』有斐閣， 2013 年）.

[3]. Hofstede, Geert and Minkov, Michael (2013): Values Survey Module 2013 annual, Available at: www.geerthofstede.nl.

[4]. Touboul-Lundgren, P., Jensen, S., Johann, D., & Lindbæk, M. Identification of cultural determinants of antibiotic use cited in primary care in Europe: A mixed research synthesis study of integrated design “Culture is all around us”. BMC Public Health. 2015 (PMID: 26381376)

[5]. Deschepper R, Grigoryan L, Stålsby Lundborg C, Hofstede G, Cohen J, Van Der Kelen G, et al. Are cultural dimensions relevant for explaining cross-national differences in antibiotic use in Europe? BMC Health Serv Res. 2008 (PMID: 18538009)

[6]. Pechère JC, Cenedese C, Müller O, Perez-Gorricho B, Ripoll M, Rossi A, et al. Attitudinal classification of patients receiving antibiotic treatment for mild respiratory tract infections. Int J Antimicrob Agents. 2002 (PMID: 12458132)

[7]. Rosman S. Les pratiques de prescription des antibiotiques en médicine générale en France et aux Pays-Bas. Médicaments et société: entre automédication et dépendence. Sociologie Santé 2009

[8]. Pechère JC. Patients’ interviews and misuse of antibiotics. Clinical Infectious Diseases. An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America. 2001 (PMID: 11524715)

[9]. van Duijn H, Kuyvenhoven M, Jones RT, Butler C, Coenen S, Van Royen P. Patients’ views on respiratory tract symptoms and antibiotics. Br J Gen Pract. 2003 (PMID: 12939903)

[10]. Deschepper R, Van der Stichele R, Haaijer-Ruskamp F. Cross-cultural differences in lay attitudes and utilisation of antibiotics in a Belgian and a Dutch city. Patient Educ Couns. 2002 (PMID: 12401419)

[11]. Rosman S, Le Vaillant M, Schellevis F, Clerc P, Verheij R, Pelletier-Fleury N. Prescribing patterns for upper respiratory tract infections in general practice in France and in the Netherlands. Eur J Public Health. 2008 (PMID: 18160392)

[12]. Borg M. National cultural dimensions as drivers of inappropriate ambulatory care consumption of antibiotics in Europe and their relevance to awareness campaigns. J Antimicrob Chemother. 2012 (PMID: 22200725)

ー執筆者プロフィールー

岡本　淳志（おかもと　あつし）

オカピー、AHEADMAP監事。

2019年の抱負は「形」。無精者だが、何かしらその性格に抗いたいと考えている。

周囲の人々の優しさに支えられて生息している、数学や物理が好きな医療系哺乳動物。

一応論文書いています。（PMID: 29038292、PMID: 30198379）

【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－

彼女がエスパーだったころ

宮内 悠介 (著),講談社 (2018/4/13) 講談社文庫：272ページ, 本体610円

表題作『**彼女がエスパーだったころ**』を含む6編の短編小説に共通するのは、SFにもミステリーにもカテゴライズされないジャンル横断的なテーマを扱っていること。物語を一直線に流れていく宮内さん独特の時間遷移がとても心地よい。個々の物語で描き出される情景は、一見すると無機質だが、無駄なく丁寧に配置された言葉たちが一瞬で読み手の心を連れ去っていく。

『景色は心に入ることなく、記号のように右から左へ通り抜けていく。ふと、自分の感性の磨耗が気にかかり、かつてそうしていたように、目の前の景色を文章化してみようと試みた。いくつかの常套句が浮かんでは消えたところで、匙を投げた』

（宮内悠介 彼女がエスパーだったころp218/沸点）

歴史全体に意味を吹き込もうとする試み、そういう観点からすれば、科学も文学も同じようなところを目指してきた。科学的知識の解釈も歴史的事実の解釈も、客観的な出来事の発見というよりは、ある種の物語性を帯びて”構成”されている。そのどちらにもリアリティが含まれているにもかかわらず……。

『医療においては厳密な根拠以上に、ある種の勘所のようなもの、たとえば良識にもとづく漠然とした社会的な合意の類いが肝要であるのかもしれない。

ーー少なくとも、それが他人事である限りは』

（宮内悠介 彼女がエスパーだったころp90/ムイシュキンの脳髄）

僕たちがリアリティを感じる対象には大きく2種類ある。それは『**客観的なコト**』と『**成立しているモノ**』だ。前者はしばしばエビデンスだとか科学的根拠だとか言われる。つまり客観的な出来事そのもののことである。

他方で、『成立していモノ』とは何か。それは１＋１＝２のようなものだ。足し算という演算プロセスは、手のひらにのせて眺めることができるような客観的な出来事というよりは、僕らの認識の中で成立していモノであろう。だから成立しているモノには客観的な要素のみならず、主観的な要素を多分に含んでいる。情報の意味や価値が、それ自体で存立するものではなく、一定の目的連関のなかで生じていくのはこのためだ。別言すれば、**“リアル”にはある種の『あそび』が存在する**と言っても良い。**客観的な出来事のみで“リアル”が構成されているわけではない**。

エビデンスを突き付けられた時、僕たちがそれに違和を覚えることがあるのは、エビデンスには『あそび』を消去する力が宿っているからなのだと思う。エビデンスは、時に人それぞれの頭の中で成立しているモノというリアリティを明確に否定する。その人がもっとも大切にしている信仰心を根底から突き崩すように。

人は確かに信仰なしには生きられない。誰もがそれぞれのリアル、つまり人それぞれ固有な物語を拠り所にして生きている。だがしかし、ぼくはそれでも科学的でありたいと思っている。信仰対象を一度は疑ってみる。物語の内側で、その流れに身を任せるのではなく、その流れに抗って物語の外側に出てみる。それはとても大事なことだと思う。自身の物語を信仰し続けるかどうかは、前提を疑ってみてから決めても遅くはないのだから。

人には物事をリアルだと感じられる閾値がある。ただ、その閾値は人それぞれで異なっている。だから、科学と非科学に明確な境界線を引くことは難しい。何かが科学的であると判断することが、人の解釈に存している限り、科学は非科学との境界線を明確に設定しえない。本作品は、そんな困難な線引きに挑もうとする。そして、読み手のぼくたちは最後に知ることになる。科学と非科学との境界の間に立ちはだかっているもの、それは倫理のエッジに立たされた時に気づく、ある種のうしろめたさのような感情ではないかと。

“ライナー・マリア・リルケのような詩人たちのほうが優れた現象学者である” そう言ったのはドイツの若き哲学者、マルクス ガブリエルだった[7]。

（青島周一）

[7] マルクス ガブリエル：なぜ世界は存在しないのか p140

『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。入会をご希望を方は、**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. PMID: 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

今季号のテーマは「見えるモノと見えざるモノの狭間で」とした。医療者の視点から見えること、見えないこと、患者の視点から見えること、見えないこと。その狭間を繋ぐ「価値」そして「エビデンス」。編集作業を終えた今、寄稿いただいた3つの論考が、その架け橋を鮮やかに描き出しているように感じている。

さて、話は変わるが、ぼくが書いた小説が、とあるウェブの小説コンテストの中間選考を通過した。ひとえに小説を読んで下さった方々のおかげなのだが、創作の世界で文章が評価されたことは素直に嬉しい。

ぼくはこれまで数多くのウェブメディアや書誌上で文章を書いてきたけれども、いわゆる医療や健康に関する論考を書く時と、小説を書く時ではそのモチベーションがまるで異なっている。どちらも書いているときは無心になれるし、文章を書くこと自体が好きなぼくにとって、それは楽しい作業ではある。でも本当に書きたいのはどちらなのだろう、と考えたときに、実は小説ではないかと最近は思っている。

本誌でも、「辰次さんと私」という中編小説を桜川ののさんに連載頂いていた。本誌の特徴は論考（事実）と創作（虚構）を繋ぐところにあるのかもしれない。「批評」と銘打ってはいるが、ジャンル横断的なテクストを発信することこそが、文壇、論壇そのものに対する批評空間を演出するのではないかとひそかに思っている。

（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）

地域医療ジャーナル

https://cmj.publishers.fm/

地域医療に関わるブロガーらが、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.2

2019年4月30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