Connect the New▶Clinical critical essay

臨床批評 VoL.3 No.3

巡る時節と時機の波に

－巻頭エッセイ－

■ 時代を想う時－少しの昭和、そして平成と令和のあいだ （青島周一）

－特別寄稿－

■ 介護ライターという生き方 （凪乃ひすい）

■ 質の高い医療・健康情報を発信するために ―医療メディア「メディッコ」の設立経緯と今後の展望― （宮座美帆）

■ 「NPO法人 くすりと地域医療を考える会・MEBiUS」発足にあたって （船見正範）

Journal of AHEADMAP.2019.summer/Clinical critical essay.Vol.3 No.3.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/n1d40f42e40a2)

Connect the New▶Clinical critical essay

臨床批評 VoL.3 No.3

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

巡る時節と時機の波に

-contents-

■ [エッセイ]時代を想う時 – 少しの昭和、そして平成と令和のあいだ P2
■ ［イベント告知］表現としての医療・健康情報ー情報をデザインし発信するということ P4
■ ［寄稿］介護ライターという生き方 P5
■ ［寄稿］質の高い医療・健康情報を発信するために-医療メディア「メディッコ」の設立経緯と今後の展望- P11
■ ［寄稿］「NPO法人 くすりと地域医療を考える会・MEBiUS」発足にあたって P17
■ ［論考］『正しさ』をめぐる問題―真理の探究はいかにして可能か？ P23
■ 【読書のススメ】不道徳的倫理学講義：人生にとって運とは何か P27
■ 編集部からのお知らせ/AHEADMAP入会のご案内 P30
■ 臨床批評投稿規定 p31
■ 編集後記 P33

AHEADMAP

https://aheadmap.jimdo.com/

時代を想う時 ー少しの昭和、そして平成と令和のあいだ

～clinical critical essay～

ぼくは昭和生まれではあるけれど、物心ついたときには既に平成の社会を生きていた。だから昭和の記憶はほとんどない。今でも微かに覚えているのは、実家にほど近い団地街の一角にあった魚屋で、母親がサンマを買っている後ろ姿だ。ぼくは海水で満たされた青いバケツの中で、ピュッと水を吹き出すあさりの姿に見とれていた。

コトバは物の名前ではない……。ソシュールに言われるまでもなく、元号は物の名前なのではなく、歴史の流れに切れ目を入れ、その時代の風景を切り取っていく記号。そう、元号は時代を表象していく。昭和という記号からぼくが受ける印象は、戦争や貧困の時代ではなく、高度経済成長の余韻を残す妙な興奮と、この先の未来に対する不安を内包した孤独な社会の姿だ。

ぼくらの世代は、人生の中でも最も多感であろう10代を、90年代という時代の中で過ごしてきた。情報通信技術の黎明期から成長期を一気に駆け抜けたその時代。ポケベルからPHS、そして携帯電話へと連なる通信端末の移り変わりをリアルタイムで経験してきた唯一の世代でもある。

そんな90年からゼロ年代へと続く平成の世は、コミュニケーションの有り様からエンターテインメント、そして学びの仕方まで、あらゆるライフスタイルを大きく変容させた時代だと言っても良い。その中でもインターネットの普及が社会構造そのものを大きく変えたことは否めないだろう。

社会構造の変化はまた、個人の生き方も大きく変えていく。多様性が急速に拡大する中で、正しさの定義は跡形もなく崩壊し、目指すべき道しるべのようなものは消滅した。昭和から平成にかけて追い求め続けてきた、大きな物語への抗いとしての自由。ようやく手にしたその自由を握りしめ、先の一歩を踏み出すことに不安を覚えた人も少なくないはずだ。

情報通信技術がもたらした社会の変容ゆえに、昭和と平成では圧倒的な断絶がある。ぼく自身のライフスタイルや価値観も平成という時代を通じて大きく変化した。そして今も変化し続けているのだと思う。歳を積み重ね、その分だけ時勢に敏感になったということかもしれないが、どちらかといえば敏感にならざるを得ないという時代の抑圧をも感じている。ぼくにとって平成は、見かけほど生きやすい時代ではなかった。

さて、日本における元号は、６４５年に難波宮で行われた大化の改新時に「大化」が用いられたのが最初である。以来、元号を用いた紀年法は現在まで続いている。日本の古代、中世史を紐解いてみると、元号の改元理由は実に様々だ。白亀を献上された祥瑞による改元、西楼上に慶雲を見た祥瑞による改元などなど、祥瑞による改元がなされることも多かった。

ある出来事を縁起の良い前兆捉え、新しい時代に夢と希望を託す。時代の移り変わりに新しい価値と意味を創造していくそのプロセスには、当然ながら政治的な意味もあったのだろう。とはいえ、やはり前向きな時代の変化は社会に少なからず明かりをともすように思える。

明治以降、天皇の在位期間と元号は一世一元と定められ、改元理由は天皇の崩御によるものとなった。だから改元と人の死は切り離せない。しかし平成から令和への改元は違う。日本の憲政史上初めてかつ、天皇の皇位継承史上、２０２年ぶりとなる生前退位による皇位継承に伴った改元なのだ。平成と令和の切れ目には、時代の変化に付きまとう死の影は薄い。

時勢の変化は誰にも予測できない。予測できないからこそ、創造する自由がある。この先の時代で、ぼくたちは新しい意味と価値をどれだけ創造できるだろうか。そんなことを考える平成最後の朝は雨空だった。

（『臨床批評』編集責任：青島周一）

【告知】表現としての医療・健康情報-情報をデザインし発信するということ

オンラインサロン、**地域医療編集室**（https://camp-fire.jp/projects/view/76122）主催のトークイベントが開催されます。

医療・健康情報発信に関わるすべての方におすすめするトークイベント

情報の高度なデザイン化が進みつつある現代社会で、医療・健康情報はどのように発信され、また日常生活にどのような影響をもたらしているのでしょうか。医療・健康情報を取り扱う様々な立場の専門家にご登壇いただき、情報との向き合い方について、多面的な視点で議論したいと考えています。このテーマに関心のある方なら、どなたでもご参加いただけるトークイベントです。

開催日時：2019/09/22　16:00 ～ 17:30
開催場所：神保町ブックセンター（千代田区神田神保町２丁目３－１　１F・２F・３F 岩波書店アネックス）
主催：地域医療編集室　　**企画：**青島周一
登壇者（敬称略）：宮座美帆（ほっち）、小嶋智美、川名紀義、青島周一
※お申込みはhttps://cmeo201909.peatix.com/よりお願いいたします

《企画概要》

情報とは、「ある事柄についての知らせ」、あるいは「判断や行動するために必要な知識」という意味を含んだ言葉であり、文字通り「知識」と密接な関係を持っています。例えば、「知識」を整理してまとめたものは、一つの「情報」を形作ることでしょう。他方で、信念という形で切り取られた「情報」の一断面を「知識」と呼ぶこともできます。すなわち、「情報」を経験から解釈したものが「知識」というわけです。

では、情報は知識によって形作られるものなのでしょうか。それとも知識は情報が生み出した信念なのでしょうか。このように考えてみると、知識と情報の境界は曖昧になっていきます。人の知的営み、文化的な生活を支えているものは知識であり、また情報そのものだと言えるかもしれません。

そして、知識にしろ、情報にしろ、それを伝達するということにおいては表現の一形態と考えることができます。近年、“インフォグラフィックス”と呼ばれる情報を視覚化した図表が広く活用されるようになっていきました。医学論文のような専門的な学術情報においても、研究方法とその結果を図形化した“ビジュアル アブストラクト”を掲載する学術誌が増えています。

情報の高度なデザイン化が進みつつある現代社会で、医療・健康情報はどのように発信され、また日常生活にどのような影響をもたらしているのでしょうか。本セッションでは、医療・健康情報を取り扱う様々な立場の専門家にご登壇いただき、情報との向き合い方について、多面的な視点で議論したいと考えています。

（青島 周一、地域医療ジャーナル 連載記者）

【寄稿】介護ライターという生き方

凪乃 ひすい

介護ライターという生き方を目指してから半年、実際に始めてからは1ヶ月がたちました。正規雇用という安定は個人事業主という不安定へ、社員ヘルパーという肩書きは非常勤ヘルパーへと変わりました。

妻と3歳になった長女、0歳の次女がともに暮らす家族です。正社員という安定を捨てることは、もしかしたら愚かと断じられるかもしれません。信頼している人たちに相談した際も「本当に大丈夫なのか」と心配される方が多数派でした。

それでもこの生き方を選んだのは、いくつかの理由があります。そのうちの大きなひとつが〝介護の世界をより多くの人に知ってもらいたい〟という願いです。

［本当に、これでよかったのだろうか］

介護という仕事に関わるようになって7年目になります。介護といってもさまざまな形態や職種がありますが、直接的に携わった仕事は**訪問介護**です。利用者の家を訪問して、必要な介護サービスを提供すること、困りごとや心配ごとを傾聴して専門職に繋ぐこと、事故やクレームの際には飛んでいって対応すること、時に謝罪することなどを6年間続けてきました。 仕事を続ける中で思うことも多々ありましたが、その中には答えを出しようもない疑問や悩みも少なくありませんでした。

訪問介護士として働いていると、少なからず利用者との別離を経験しますが、別離には３つのパターンがあります。利用者の生活状況が改善されて支援が不必要となった場合、特別養護老人ホームといった施設に入所され訪問介護の支援が終了した場合、そして亡くなられた場合です。

亡くなられた方で、特に印象に残っている方がいらっしゃいます。毎日朝夕2回の排泄介助のために訪問していた方でした。奥さまとのふたり暮らしで、おふたりとも笑顔が素敵な、穏やかなご夫婦でした。

亡くなる前日の夕方、僕が訪問してサービスを終えると「ありがとう」といつものようにおっしゃってくださいました。口調は本当にいつも通りでした。ですが、若干の違和感は顔にあらわれていたように思います。どこか真剣な目をされていたのです。本当にかすかな変化だったので、そのことについて本人に尋ねることはできませんでした。しかし翌日、ケアマネジャーの方から亡くなったという連絡をいただいたのです。

僕は頭がふわふわ浮いているような状態で、定期的に訪問していたヘルパーへとその旨を電話で連絡しました。

なるほど、これが「死ぬ」ということか……。

電話をかけながら、僕はそう思いました。 サービスの提供にあたり、担当者としてさまざまなことを考えましたし、関係者と相談もしました。本人だけでなく奥さまやご家族の負担についても考えました。その時々で感謝もされましたし、僕自身がんばったという実感はありました。

――でも、本当に、これでよかったのだろうか。

そう思わずにはいられませんでした。死んだら、歩けません。好きなところへも行けません。食べ物を口に入れることができませんし、好きな食べ物を楽しむことはできません。手も動きません。好きな人と手を繋ぐこともできないのです。

死ぬということは、生きていればできることが、何ひとつとしてできない場所へ行くということに他なりません。そんな場所へ行こうとしている人に、何をしてあげられるというのでしょう。いえ、そもそも誰かに何かを「してあげる」ほど、僕は大層な人間なのでしょうか。

「本当に、これでよかったのだろうか」

いくら考えても、答えはいつも同じでした。

――わからない。

[『半分の月がのぼる空』という物語]

少し前の話になります。思えば僕は、死ぬことについて考えながら生きてきました。死とは、誰もが必ず遭遇する現象であるにも関わらず、誰も経験したことがないのです。死んだ人に話を聞くこともできないのですから、いつまで考えても〝わかる〟ことはありません。けれど、わからない中でも、何かを掴んだような気持ちになることがあります。それは、『半分の月がのぼる空』[1)]という小説に触れた時のことでした。

平凡な少年と余命幾ばくもない女の子の、典型的なボーイ・ミーツ・ガールです。ライトノベルのレーベルから出ていますが、超能力も世界を巻きこむ闘いも出てきません。ごくごく一般的な、僕たちが生きる世界と同じ場所で展開されていく物語です。

この物語に、大学時代の僕はどっぷりと浸りこみました。何十回読みなおしたかわからないほどです。その物語の中に、こんな一節があります。

“僕の……いや、僕たちの両手はなにかを掴むためにあるんだ”

主人公の少年には、どうしても欲しいものがありました。他のすべてを投げ捨ててでも欲しいものがあって、そこにどんな障壁があろうとも、何があろうと、絶対に辿りつきたいと願っていました。そして、苦悩の末に願いを実現させます。それは、残された時間の短い彼女とともに、一緒に生きていくことでした。それはまた、自分の行きたい場所へ行くこと、そこで見たいものを見ること、憧れを形にすることを捨てるということでもありました。掴むものを決めるということは、それは選択するということなのです。

［生き方を選ぶということ］

話を戻しましょう。訪問介護で接していた方が亡くなったとき、「この人は、これでよかったのだろうか」、そう考えてみても、その問いに対する明確な答えは得られないままでした。ところが、主語を変え問うてみると、これまでにない気づきがありました。つまり「僕は、これでよかったのだろうか」と、問うてみるのです。

縁あって人生の終わりを迎えている人と出会い、コミュニケーションをとっていくことは、決してありふれたものではありませんし、誰にでも許されることではありません。「僕は、これでよかったのだろうか」、その答えは「決して誤りではなかった」という確信でした。

理解はしていても、自分が死ぬということを受容できない方もいらっしゃいます。疲れてしまい、早く死にたいと口にする方もいらっしゃいます。迷惑をかけてまで生きたくはない、そう笑う方もいらっしゃいます。そんな方たちと接して、僕は考えます。死にたいという人は、本当に死にたいのだろうか？　本当は死にたくないけれど、家族に迷惑をかけるのが嫌でそう言っているだけなのではないか？　そうではなく、本当にもう十分生きたから死んでも悔いはないと言っているのだろうか？

死を想う理由に少しでも触れるために、丁寧に話を聞こうと心がけてきました。そして、相手の心に少しでも触れたいと思いながら話を「聞く」ということこそが、話を「聴く」という態度なのだと気づきます。傾聴して、その願いのために出来うる範囲で動くことは、僕という人間の性質にとてもよく合っていると感じました。性質に合っている行動は、自分の人生を望むものへと近づけることに気づきました。

［死ぬことについて考える、生きることについて考える］

三回目が最後で四回目はないから覚悟しろ。

何も食べるな。それが家族にとっても一番負担が少ない。

（中略）

「……残す者には、笑ってあげて……」

ホスピスを舞台とした『ナルキッソス』[2)]というノベルゲームがあります。上記引用は原作者によるノベライズ版の一節です。主人公もヒロインも不治の病に罹患した人で、物語の最後にはふたりとも亡くなります。

ホスピスには、患者間でだけ共有されるルールがあります。引用中、(中略) の前半がもともとあったルールで、冒頭のルールに出てくる回数は仮退院数について言及したものです。三回目のときにホスピス以外で死ぬか、四回目を迎えられずホスピスで死ぬかを選べということです。中略の後は、ヒロインが追加したルールです。

死ぬこととは何かを考えさせられると同時に、生きることとは何かを考えさせられました。そして僕は、**生きることは、選べるということ**ではないかと思ったのです。死ぬ場所を選ぶことも、食べないことを選ぶことも、残す人に笑ってあげることも、選ぶことができるものだと感じました。明日死ぬとしても、自分の生き方を自分で選ぶのであれば、それは限りなく強い生という形になるのではないでしょうか。そんなことを考えました。

［介護とは何か］

介護を必要とする方にはさまざまな年齢の方がいらっしゃいますが、65歳以上の高齢者の方に対する介護について考えてみましょう。 この場合の介護とはなんでしょうか。長く家政婦として働いていたヘルパーは**「本人ができなくなったことをかわりにやってあげること」**と答えるかもしれません。厚生労働省は**「本人ができることに着目し自立支援を促進すること」**と答えるかもしれません。でも僕は、**「死ぬまでの時間における選択肢を増やすこと」**ではないかと考えています。主観ですが、とても強い確信があります。

男性の平均余命は81.09年、女性は87.26年です[3)]。あくまで平均ではありますが「自分があとどれくらい生きることができるのか」を考えたときに、この数値が感情に与える影響は少なくないでしょう。介護を必要とされている高齢者は、死が近づいているという感覚を、程度の差はあれ誰でも持っています。

人生の後半となる大切な時間です。ともに過ごす人が誰でもいいわけはありません。どんな生活でもいいわけはありません。そんな時間を共有するのであれば、相応の覚悟が必要になるといっても過言ではありません。そうした覚悟をもって利用者とコミュニケーションをとり、生活における選択肢を増やすことができる人のことを、介護士と呼ぶのではないでしょうか。

［生きるとは何か―ライターという生き方を選んだこと］

選ぶことによって生を実感できたとしても、死という状態は人間なら誰しもが必ず迎える結末です。出典は忘れてしまいましたが **「人生において決まっていることはたったひとつ。それは、いつかは死ぬということだ」** という言葉が思いだされます。ですが、死について考えることは、よりよく生きることに繋がるのではないかと考えています。これまで述べたように、僕は死について考えつづけ、答えの出ない問いを何度も繰りかえしきました。その中で、選ぶことができるということ、選んだ上で行動するということ。それが、生きることではないかという僕なりの考えにたどり着きました。

ライターという生き方を選んだことは、僕が望む形で生きるための答えです。掴むものと掴まないものを考えぬいた末に、書くことを選び、かわりに安定を捨てることになりました。

書くことは僕にとって、何かを提示することです。両手に載せたものを差しだすのではなく、「ここにこんなものがあります」と、ただ見てもらうことが、提示することだと思っています。介護に携わる人間として生きてきて、みなさんに提示したいものがあります。それは死に関わることであり、同時に生に関わることでもあるのです。生と死について考えることは、僕の人生をより望むものへと近づけてくれました。だから、この文章は以下の言葉で結ばせていただきます。

「ここに介護という世界があります。さまざまな問題が山積する、けれどとても大切な世界です。よりよい介護の方法を、問題を解決する方法を、一緒に考えてはいただけないでしょうか？」

［参考文献］

1) 橋本 紡. 半分の月がのぼる空4 grabbing at the half-moon. アスキー・メディアワークス (2005/2/)　ISBN-10: 4840229368

2) 片岡とも.ナルキッソス. メディアファクトリー (2008/7/23)　ISBN-10: 4840123659

3) 厚生労働省　平成29年簡易生命表の概況　1　主な年齢の平均余命

[online]https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life17/dl/life17-15.pdf

－執筆者プロフィール－

凪乃ひすい（なぎの　ひすい）

物書きです。物語を書いたり、WEBライターとして書いたりしています。

翡翠ライティングオフィス　ウェブサイト【https://www.hisuiwritingoffice.com/】

【寄稿】質の高い医療・健康情報を発信するために

―医療メディア「メディッコ」の設立経緯と今後の展望―

宮座美帆

近年、ソーシャル・ネットワーク・サービス（以下SNS）やインターネットを利用して情報を発信・収集する医療者が増え、「医療リテラシー」「情報リテラシー」などの言葉が多く飛び交うようになった。私は2017年に臨床工学技士から医療ライターへと転身し、現在は医療ライター、編集者としてウェブメディアや紙媒体、県や企業の広報などを行っている。また、本職と並行して多職種連携を推進する医療メディア、**「メディッコ（https://medicco-lab.com/）」**の代表を務め、日夜、医療・健康情報と向き合っている。

今回は医療系国家資格を持った医療ライターという視点から、現代の医療・健康情報について思うところ、それを踏まえてメディッコの立ち上げに至った経緯をお伝えさせていただく。

［医療・健康情報について思うところ］

2015年に開設されたDeNAが運営する医療・健康系のキュレーションサイト、「WELQ」が根拠のない記事、いわゆる「トンデモ記事」を掲載していたとして大きな問題になったことは記憶に新しい。「WELQ問題」以降、医療・健康情報は専門性の高い医療者による執筆、もしくは監修がなされているかどうかに関心が集まっている。

しかしながら、Google検索における健康・医療ジャンルの度重なるアルゴリズム改変や評価方法のアップデートによって、質の高い医療情報を提供している医療従事者の個人ウェブサイト（ブログ等）の検索順位が落ち、上位表示されにくくなってしまった現状もある。そのため、医療従事者による質の高い医療・健康情報が、必要な人の元に届きにくいという状況が少なからず存在する。

［現在のWEBメディア・SNSの現状］

通勤時間や隙間時間を利用してインターネットから情報収集をする人も少なくないだろう。総務省が2018年8月に公表した「情報通信機器の保有状況」[1)]によれば、世帯全体でモバイル端末全体（携帯電話、PHS及びスマートフォン）の保有率は94%を超えており、今やインターネットは我々の生活には欠かせないものとなっている。

現に私も、朝から晩までスマートフォンやパソコンを使用しており、情報収集はもっぱらインターネットからである。Twitterやそのほかの SNS、動画配信サイトの普及もあり、発信者との距離が近いインターネットは、テレビ放送に比べてリアルタイムでよりディープな情報を得られるといっても過言でもない。

しかしながら、SNSをはじめとしたインターネット情報にはデマ情報も多く、それはまた、医療・健康情報においても例外ではない。「WELQ問題」は、医療者にとって科学的根拠のある医療情報の発信の在り方を考えるきっかけとなったことだろう。また、医療・健康情報の妥当性に関する問題は、医療者に限ったことではなく非医療者も同様である。働き方改革により、副業・兼業が促進されたことを受け、厚生労働省は「副業・兼業の促進に関するガイドライン」[2)]を発行した。こうした社会変容の中で、副業として「WEBライター」を生業にする人も少なからず増加したからだ。

仕事柄、非医療者が書いた医療記事を校正・校閲、編集する機会は多いが、しばしば問題として取り上げられるのが、情報の参照元や引用されているエビデンスについてである。現在、医療系ウェブメディアは数多く存在するが、メディアごとにレギュレーションが異なり、引用情報の記載に関して統一的な見解やルールは明文化されていない。

サイトの権威性や記事の信頼度を上げるために、医師をはじめとした専門家の監修を行うメディアも多くなったが、検索上位にある既存の記事をリライトしているだけのメディアも多く、その中には医学的根拠がないものや薬機法（旧薬事法）、医療広告ガイドラインなどに抵触しているものもある。そして、非医療者の中には、質の高い医療情報をどのように見分けて良いかわからず、知らず知らずのうちにデマ情報の発信に加担しているケースも少なくない。

［SNSは良くも悪くも利用者に委ねられる］

SNSは気軽に発信することができ、短時間で多くの人をつながることができるなどのメリットもあり、ここ数年、医療者の情報収集ツールとしてその利用が増加している。そのような中で、医師を筆頭に、医療者によるデマ情報のスクリーニングや訂正を促す指摘が行われるようになり、SNSを利用した質の高い医療情報提供の枠組みも生み出されつつある。

しかしながら、その手軽さと匿名性ゆえに、科学的根拠を含まないデマ情報や攻撃的な内容を含むウェブサイトも依然として多い。SNSは同じ目的を持った者同士で集まりやすいが、不特定多数がツイートを見ることができるという特性がある以上、予期せぬリプライや炎上もある。SNSは良くも悪くもどう使うかを利用者に委ねられており、医療や健康を含む発言には十分な配慮が必要である。

［医療者が質の高い情報発信をするために］

医療ライターや編集者を主たる業務としている私にとっては、トンデモ記事やデマ情報の予期せぬ量産と拡散は深刻な問題である。現在、「非医療者が医療情報を扱う際に、どのようにすれば質の高い医療・健康情報を、妥当性を損なわないまま自分の言葉として記事にできるのか」を考えており、適正な情報発信のための手順書を作成している。

医療記事の作成には資格は必要ないからこそ、誰もが質の高い記事を書けるようにしていく必要があると強く思う。そしてもう一つ、非医療者の質の高い医療記事作成も大事であるが、それ以上に現場で働く医療者の声も大切にしていきたいと思っている。そんな思いから立ち上げたのが『**メディッコ**』だ。

［多職種連携を推進するサイト『メディッコ』の誕生］

2018年6月頃、「多職種が集まるWEBメディアを作りたい……」と私はTwitterでポツリつぶやいた。そう思ったのは、看護師や医師向けのウェブサイトなど、特定の医療職種向けのウェブサイトはいくつか存在しているにも関わらず、多職種向けで当時活発な発信をしているウェブサイトを見つけることができなかったことと、そして、インターネットの普及によって、医療者の情報発信がより活発になっているにも関わらず、有益な情報が散見していることなどに疑問を持ったからだ。

思い立ってからメンバーの募集を開始し、その集まりを『メディッコ』と名付け、2019年4月のウェブサイトリリースまではあっという間であった。メディッコは、薬剤師、看護師、助産師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士など20名を超えるメンバーで構成されており、多職種連携を推進することで、様々な観点から質の高い医療・健康情報を発信し、医療へ貢献することを目指している。本会報誌の寄稿依頼を受けたとき、メンバーになぜメディッコの加入を志望したのかと聞いてみたところ、こんな返答が返ってきた。

「現場ではなかなかうまく進まないことも多いなと悩んでいた、でもなにか行動しなければと思っていたタイミングだったから（看護師・女性）」

「院内で多職種チームを立ち上げて、そこで難しいなと思ったことに対するヒントがもらえそうだったからというのがあります。（理学療法士・男性）」

「作業療法士で、多職種連携が大事なのはわかっているけど、なかなか理解されないことが多くて、そうしたモヤモヤを解決したいという思いがありました。（作業療法士・男性）」

「助産師は同じ看護職者でも看護師さんたちに、私達とは違うし何をやっているか分からないよね……と思われているような実感があり、助産師ってこういう人達だよ！ ということを、是非、他職種の方々に知って頂きたかった。（助産師・女性）」

「臨床工学技士はまだまだ認知度が低く、診療報酬も十分とはいえないという状況を解決する方法の1つが『多職種連携』だと思ったから。（臨床工学技士・男性）」

「教育に携わる中で、多職種連携を教えていますが、実際をなかなか知れていなかったのと、これまで他職種の方と関われる機会が少なかったからです。（看護師/大学教員・男性）」

「僕は精神科で働いていて、多職種連携をすることにより患者さんにより良いものが提供できるなと思ったことがきっかけです！ （作業療法士・男性）」

「病棟で他職種と一緒に働くにつれ、自分が思わないような質問や疑問があること、自分にとっては当たり前の知識や常識が他職種には新鮮な発見だということを実感しました。他職種がもっとフランクに連携することによって起きる化学反応はすさまじいのではないかと思ったのがきっかけです。（薬剤師・男性）」

「薬剤師時代、薬薬連携がうまくいってなくて、なんで同職種なのにこんなにお互いのこと知らないのだろうと思っていたから。（薬剤師/編集者・女性）」

この回答をもらって、メンバーを募ったときの新鮮さと、あの時の答え合わせができたような気がして、私は少しだけ泣いた。

［メディッコが向かう先は……］

メディッコをリリースするまでに、メンバーと繰り返しオンラインミーティングを行い、活動の方向性や本当にやりたいこと、届けたいことを確認しあって連日睡眠時間を削っていた。職種ごとに抱える悩みや知ってほしいこと、達成したいことは違うけれど、その実現のために垣根を越えて情報発信に前向きな仲間がいるのは実に心強い。

多職種連携の重要性はこれまでも多くの論文などで扱われてきたが[3)~7)]、インターネットが普及しSNSなどで手軽に情報発信ができるようになった今、住む場所も勤め先も職種も違う医療者が一つのサイトに集い、より規模の大きな多職種連携を図るきっかけになれば良いと考えている。メディッコは引き続きウェブメディアを中心に多職種で議論や症例検討などをする場を作るなどをして、今後も多職種の視点から医療を考える場の提供をしていきたい。

［おわりに］

健康・医療情報に限らずンターネットやSNSを使用した情報発信は今後も形を変えながら活発になっていくだろう。しかし、医療・健康情報は、知識を増やし、その理解を深めるほど、扱う内容に明確な回答を与えることが難しく、情報収集する側のニーズと、情報提供者側の想いにギャップが生じることもある。私自身も医療者という立場と、ライターという立場でジレンマを覚えることも少なくない。しかし、そのジレンマと私の経験不足を埋めるかのように協力してくれる仲間もいる。これから先も微々たる力ではあるが、質の高い医療情報の発信に尽力していきたい。トンデモ記事との戦いはまだ始まったばかりだ。

［参考文献］

1）総務省, 平成30年版　情報通信白書, 情報通信機器の保有状況,　第2節 ICTサービスの利用動向 1.インターネットの利用動向

［on-line］http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h30/html/nd252110.html

2）厚生労働省, 副業・兼業の促進に関するガイドライン

［on-line］https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyoku/0000192844.pdf

3）佐藤 保, 求められる多職種連携・医療連携, 日本歯科医師会雑誌;2013, Vol.65, No.11 ［on-line］ http://www.imu-dent-aa.com/sato2013-2-01.pdf

4) 平野聖.他, 医療福祉における多職種連携のあり方に関する研究, 川崎医療福祉学会誌;2015, Vol.24, No.2, 209－220

［on-line］　http://www.kawasaki-m.ac.jp/soc/mw/journal/jp/2015-j24-2/P209-220_hirano.pdf

5) 河野 高志, 地域包括ケアシステムにおける多職種連携の促進要因, 社会福祉学; 2019 , 60 巻 1 号 p. 63-74, DOI: 10.24469/jssw.60.1_63

6) 榎本 陽介.他, 脳神経外科病棟における転倒転落予防に向けた多職種連携の効果, 敬心・研究ジャーナル; 2017, 1 巻 2 号 p. 25-29, DOI: 10.24759/vetrdi.1.2_25

7) Green BN,et al : Interprofessional collaboration in research, education, and cl
inical practice: working together for a better future. J Chiropr Educ. 2015 Mar;2
9(1):1-10. PMID: 25594446

－執筆者プロフィール－

宮座 美帆（みやざ　みほ）

医療ライター・編集者etc/臨床工学技士/医療メディア「メディッコ」代表。

医療者の情報発信の在り方を考え、非医療者の医療リテラシーの向上を目指す。文章で”受診するきっかけ”を作る。

【寄稿】「NPO法人 くすりと地域医療を考える会・MEBiUS」発足にあたって

船見　正範

去る6月26日、栃木県宇都宮市に、EBMとポリファーマシーの研究会を主な活動とする**「NPO法人 くすりと地域医療を考える会・MEBiUS」**を発足させることができました。今回は、この場をお借りして、NPO法人の設立に至った経緯と、僕たちの想いをご紹介させていただきます。

[閉局後の薬局の待合室でスタートした論文抄読会]

「“the lower, the better” でしたっけ 。LDLコレステロールを下げておくことで、あんなに心血管イベントを抑えることができるんですね」

EBM研究会を立ち上げたきっかけは、あるメーカー主催の講演会に、一緒に出席した薬剤師がポロリと口にしたこんな一言でした。その頃、僕はちょうどEBMの勉強を始めた頃で、エゼチミブのランダム化比較試験、IMPROVE-ITの論文 [1] を直近のセミナーで読み終えたばかりでした。

「確かに、LDLコレステロールを十分に低下させることで、心血管イベントの発生を抑えることはできるかもしれないですけど、その効果の大きさが、本当に、先ほどの講師の先生が話していたような差かどうなのかは、実際の論文を読んで、自分で判断した方がいいと思うんですよね」

「そんなことができるんですか？」

「そうですね。じゃあ、みんなで一度集まって、論文を読む会を開いてみましょう」

そんなことから2017年12月、**「講演会やパンフレットに惑わされずに論文を読む会」**として、閉局後の薬局の待合室に集まった6人でスタートしました。

[論文を読む会から“MEBiUS”へ]

実際に論文を読み始めてみると、EBMの勉強を始めたばかりの僕たちには消化できないことが山ほどありました。とはいえ、それまで漠然と感じていた治療効果の大きさと、実際に論文から読み取ってみた治療効果の大きさ（小ささ）とのギャップを感じ、新鮮な驚きを感じたことも少なくありませんでした。

また、参加したメンバーが、それぞれに友人・知人を誘ってくれるようになり、「EBM研究会」と題して、毎月1回開催できるようになりました。そして、半年ほど経過した頃、この会に**「MEBiUS」**という名前をつけました。

「MEBiUS」という名前は、「the Meeting of Evidence-Based practice in Utsunomiya for Suffers」の頭文字をとって名付けています。それは、僕自身がEBMの勉強を始めたきっかけにも通じる思いからでした。当時、僕が勤務していた薬局の周辺には医療機関が少なく、近隣の医療機関は、いわゆるホームドクターとして、いろんな疾患を抱える患者さんが通院されていました。

必然的に、幅広い疾患について学ぶ機会が増えましたが、それと同時に、学んだ内容と実際の処方内容とのギャップに悩むことも多くなっていきました。そして、同じように患者さんからの相談も増えていきました。「このまま様子を見ていて大丈夫なの？　専門の病院に紹介してもらわなくて大丈夫？」「新しい薬に変わったけど、どんな薬なの？」「こんなにたくさんの薬を飲んでいて大丈夫なの？」などの質問です。

多くの医学書やガイドラインには、推奨の治療法が書かれています。しかし、その推奨以外の治療を行った場合の効果について書かれたものはほとんどありません。当然ながら、新しく発売された医薬品の情報も限定的です。

またその当時、ポリファーマシーについての話題に関心が集まるようになってきました。こうした状況の中で、患者さんの疑問や不安に応え、安心して薬を飲んでもらうためにエビデンスの使い方を学ぼうと考えていたのです。そんな訳で、「患者さんの利益のためにEBMを学んでいく」ことを会の目的としました。

EBMを学び続ける中でエビデンスの曖昧さを感じることが多々ありました。5%の有意水準を下回ったかどうかで判断するのではなく、そのエビデンスを患者さんに適用することの妥当性（外的妥当性の吟味）について検討することで、“エビデンス”には表の顔と裏の顔の両面があることに気づかされます。そして、この表の顔と裏の顔は（僕たち自身が、職場と家庭とで、あるいは、リアルとネットとで、その“顔”を無意識に使い分けているのと同じように）シームレスに繋がっていることに気付かされるのです。まるで“メビウスの輪”のように……。そこで、Evidence-Baced からインスピレーションを得て「MEBiUS」という名称にたどり着きました。

[MEBiUSの活動と継続のための工夫]

僕たち薬剤師が論文を読んでいくにあたり、超えなければならないハードルがいくつかあると思います。それは、各個人の知識やスキルによって大きく異なるとは思いますが、**(1)言語（英語）**、**(2)統計学的知識**、**(3)疾患に関する知識**、**(4)過去のエビデンスに関する知識**の4つをあげることができます。MEBiUSでも論文を読んでいくうちに、それらの問題に直面していきました。

例えば、上述のIMPROVE-ITを読むにあたっても、Cholesterol Treatment Trialists'（CTT）共同研究[2)]のような研究結果を踏まえて読むのと、そうでない状態で読むのとでは、解釈に差が出るのは当然です。英語に関しても、各自が逐次翻訳していたのでは、時間が足りなくなってしまいました。そこでMEBiUSでは、初心者でも参加してもらえるハードルをできるだけ低くするための工夫をしています。

(1)の言語に関しては、予め論文の「PICO」（臨床疑問の定式化）に関する部分に日本語訳をつけて配布をするようにしています。言語的な問題にとらわれず、疑問の定式化に時間をかけられるようにするためです。

また、(2)統計、(3)疾患、(4)過去のエビデンスに関しては、会の前半の30～45分程度をミニレクチャーに当てて、それぞれ少しずつ紹介して、できるだけ皆が同じ情報を共有した状態から論文に触れられるような工夫をしています。こうした工夫が功を奏したのか、MEBiUSに参加していただけるメンバーは順調に増えていきました。

[outputの場「薬剤調整提案研究会」]

その一方で、僕は物足りなさを感じていました。疾患について学び、論文を読み、仮想症例への適用の是非について話し合いをしてはいるのですが、それが、実際の患者さんにどのくらい役に立っているのか、確信が持てずにいたのです。MEBiUSは、inputの場としては適した場所だったのかもしれませんが、実際の患者さんへの適用というoutputを意識する場としては、十分に機能しているとは言えませんでした。

そんな疑問を抱えていた時、ポリファーマシーへの介入とトレーシングレポートの書き方についての相談を受けることになりました。「10種類以上の内服薬が処方されていて、飲み忘れもあるし、本当に必要かどうかもわからない。でも、どのように整理を提案していったら良いのかわからない」というものでした。

すでに数十件のトレーシングレポートを提出してきた僕にとっては、トレーシングレポートを書くことは、特別なことではありませんでしたが、MEBiUSに参加しているメンバーに話を聞いても、実際にトレーシングレポートを書いたことがあるメンバーはほとんどいませんでした。僕は、この現状こそが、outputにつながらない要因の1つではないかと思い、ポリファーマシーへの介入とトレーシングレポートの書き方について考える**「薬剤調整提案研究会」**を、EBM研究会とは別に、同じく月1回ずつ開催することにしました。「論文を読むのは苦手であっても、ポリファーマシーには興味がある」「トレーシングレポートの書き方がわからなくて悩んでいる」という方々が参加してくれるようになり、EBM研究会とはまた違った雰囲気で勉強会を進めていけるようになりました。

[安定的な会の運営を目指して]

こうして、「EBM研究会」と「薬剤調整提案研究会」の2つを併催し、inputとoutputのそれぞれについて学ぶ場を設けてきた会ではありましたが、回を重ね、参加メンバーが重複するにつれて、今度は別の問題が表れることになります。それは、日程調整でした。平日の夜に会を設けているため、予め主要メンバーと調整し、かつ、研究会の会場となる会議室の予約を行う――そうした日程調整が次第に困難になってきたのです。また、参加メンバーが、毎月2回、平日夜に研究会に参加する、ということも負担になってきたようです。

当初は、研究会の質を担保できるかどうか不安だったこともあり、お互いに面識のあるメンバーを招待する、いわゆるクローズドな研究会でした。しかし、回を重ねることで質のバラつきが少なくなっている、という自信もあり、逆にアピールをして、この輪を広げていくべきではないかと感じていた時期でもありました。

また、同じ時期に、ポリファーマシーへの取り組みに積極的である、栃木医療センターの薬剤部の先生方とも繋がりができる機会をいただき、より安定的な会の運営を目指したい、と考えるようになっていきました。そこで、いきついた結論がNPO法人化だったのです。

‘きっかけ’は、論文の読み方について学ぶことでした。しかし、前述のとおり、論文を読めるようになることが最終的な目的ではありません。論文の結果を適正な医療の提供につなげることこそが、僕たちの目指すべき着地点であり、ポリファーマシーへの介入やトレーシングレポートの提出を通じて、医師をはじめとする多職種との連携を円滑に行うことを目指していました。これまでの取り組みを通じて、薬局間や病院と薬局の垣根を超え、より良い地域医療の提供に貢献したい、そのような思いから、「不特定多数の利益の増進に寄与する」ことを掲げ、NPO法人設立に至りました。

[Happiness is not a destination.]

このような道筋をたどりながら、たくさんの仲間の協力によって、6月26日、**「NPO法人 くすりと地域医療を考える会・MEBiUS」**を発足させることができました。会の運営や活動についてはホームページ（**https://npo-mebius.jimdosite.com/**）をご参照いただければと思いますが、この会を発足する少し前、ある素敵な言葉に出会うことができました。

Happiness is a journey, not a destination.（幸せは旅であり、目的地ではない）

僕たちは、つい、「患者さんにとって『良い状態』は、○○であろう」「『健康になってもらうこと』が、薬剤師の役割」と考えてしまいがちです。その考え自体は、崇高なものであり、尊重すべき考え方です。僕自身も、EBMを学び始め、トレーシングレポートを書きはじめた頃は、正直、「適切ではない処方を受け続ける患者さんは、不利益を被り続けているのではないか」という思いにかられていた部分があります。医師にトレーシングレポート提出して、それがいかに反映してもらえるか、に腐心していた時期もあります。

しかし、EBMやポリファーマシーへの介入について学びを深めるにつれて、「その考え方だけでは、どうやらこれらの問題は解決できないのではないか」と考えるようになっていきました。実際に、減薬を提案したことで、かえって症状が不安定になり、結果、介入前よりも処方数が増えた、という例も経験しました。「幸せ」や「健康」「心地よさ」は、人生の道程であり、決して目標ではない、ということに気づかせてくれた言葉でした。

僕自身のトレーシングレポートを通じた潜在的不適切処方（PIMs）やポリファーマシーへの介入の検証でも、介入した患者さんだけではなく、介入しなかった患者さん達全体のPIMs処方が減っていたという結果が得られました。一人の患者さんに対する介入で、医師の処方傾向の変化（行動変容）がもたらされ、診療を受ける患者さん全体に還元されていくのかもしれません。もしこの仮説が正しいのだとしたら、トレーシングレポートによる提案が医師に採用してもらえるかどうかは、個別の事例としては重要な問題ではないのかもしれません。処方提案やトレーシングレポートをきっかけに、患者さんや家族の価値観や希望、医師の治療方針の“ギャップ”を埋めていく――そんなサポートができたら良いなと考えています。

NPO法人として活動を始めた僕たちですが、これからも初心を忘れることなく、更なる仲間との出会いと、たくさんの学びを得ながら、地域の住民の皆さんの医療に役立っていきたいと考えています。今後も、皆さんからの暖かな叱咤激励をいただければありがたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします！

[参考文献]

1) Cannon CP, et al ：Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. N Engl J Med. 2015 Jun 18;372(25):2387-97. PMID: 26039521

2) Baigent C, et al：Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. Lancet. 2005 Oct 8;366(9493):1267-78. PMID: 16214597

ー執筆者プロフィールー

船見正範（ふなみ　まさのり）

製薬会社勤務を経て薬局薬剤師へ。2019年6月、EBMとポリファーマシーの研究会を行う「NPO法人くすりと地域医療を考える会・MEBiUS」を発足し代表に就任。趣味は御朱印集めと美術鑑賞。

【論考】『正しさ』をめぐる問題―真理の探究はいかにして可能か？

青島 周一

絶対確実な真理の探究において、カントは分析的（アプリオリ）な言明と、綜合的（アポステリオリ）な言明を区別することで、必然性を選り分けてきた。

分析的な言明とは経験によらず決定可能な言明のことであり、述語が主語の概念のうちに含まれているような判断を分析的判断と呼ぶ。分析的判断は主語に含まれている概念をとりだすだけであり、ぼくたちの知識を増やすことは無く、ただ概念を明晰にする役割をもつだけである（演繹的推論に近い）。

他方で、綜合的な言明とは経験によって決定される言明のことを指す。綜合的判断とは主語概念に本質的に含まれない情報を付け加える判断であり、それゆえ、僕たちの認識を拡張する（帰納的推論に近い）。

米国の哲学者、ウィラード・ヴァン・オーマン・クワイン（Willard van Orman Quine）は「経験主義の二つのドグマ（Two Dogmas of Empiricism）」[1)]という論文で、分析的真理と綜合的真理を明確に区別することは困難であり、“有意味な言明は直接経験に分解可能である”という還元主義に対して否定的な立場をとった。

［分析的な真理は存在するか？］

分析的言明は、端的には必ず真になるような言明のことである。クワインによれば、こうした言明には論理的なものと定義によるものの2種類があるという。

①論理的な分析的言明：結婚していない男はだれも結婚していない
②定義による分析的言明：独身男はだれも結婚していない

①の形式は論理的に正しく、必ず真となる言明であり、これ以上、検討を加える余地はない。問題なのは②の定義による分析的言明である。『結婚してない男』を『独身男』という言葉に置き換えることによって、①へ帰着するタイプの言明であるが、これが分析的（アプリオリ）に成立すると言えるだろうか？

②の言明を①に帰着させる場合、『独身男』と『結婚していない男』 が必ず同値でなければならない。クワインが問題としているのは、『結婚していない男は独身の男である』ということが、分析的に成立するのかということである。

一般的に、「ＡとＢは同義である」とは「「ＡはＢである」が必ず真（分析的）である」ことを意味しており、同義性は「分析性」が前提となっている。これは、ある種の循環であり、概念を別の概念で説明する行為は分析的に成立しているとは言えない。つまり、『主語に本質的に含まれる概念をとりだす』ことは厳密には不可能なのだ。従って、分析的な真理なるものは存在せず、少なからず綜合的（アポステリオリ）に決定される側面を含んでいることになる。

［機能していない意味の検証理論］

意味の検証理論とは、論理実証主義者により提唱された理論であり、『命題の意味とはその検証方法、すなわち実験や観察によって真偽を確かめる手続きであるとする説』 のことである。つまり、言葉（命題）の意味を経験的に確証もしくは反証することだ。ちなみに分析的言明とはいかなる場合おいても確証されるという極限的場合であるともいえる。

さて、ここからは薬の効果を例に意味の検証理論を考えていこう。『薬Aが心臓病を予防する』という言明は、『薬A』と『心臓病を予防する』が同値ではないため、少なくとも分析的真理ではありえない。臨床試験（ランダム化比較試験）は『薬Aが心臓病を予防する』という言明を経験的に確証、もしくは反証する手続きといえる。試験結果によって、実際に心臓病予防効果が示されれば、『薬Aが心臓病を予防する』は綜合的真理になり得るだろう。しかし、こうした意味の検証理論は実臨床で成功しているかと言えば、答えはノーである。

2型糖尿病患者を対象に、HbA1cを標準値まで厳格にコントロールする治療と、ゆるめにコントロールする治療を比較して、心血管合併症を検討したランダム化比較試験[2)]では、両群で合併症の発症に有意な差はなく、厳格コントロール群で死亡のリスクが有意に増加した。2008年に報告されたこの研究結果が、実際の臨床現場にすぐに反映されたかと言えばそうではない。米国内科学会（ACP）がこうした経験知を取り入れ、成人2型糖尿病患者の薬物療法に対するガイダンスを発表したのは10年後の2018年である[3)]。

『地理や歴史についてのごくありふれた事柄から、原子物理学、さらには純粋数学や倫理に属する極めて深遠な法則に至るまで、われわれのいわゆる知識や信念の総体は、周縁に沿ってのみ経験と接する人工の構築物である（クワイン；論理的観点からP63　経験主義の二つのドクマ6節）』

“糖尿病は血糖が高い状態であるがゆえに、高い血糖値を標準的な値まで下げることによって、健常者と変わらない予後が見込める” というのは、経験から離れた知識体系の深部にある理論ともいえる。カントに倣えば分析的真理に分類されるものかもしれない（とはいえ、この理論もDCCT[4] やUKPDS[5]などの臨床研究に裏打ちされた綜合的真理ともいえる。従って、やはり綜合的/分析的という区別は困難なのだ）。

こうした知識体系はその周辺部で時に経験知と衝突することもある。厳格な血糖コントロールは予後改善どころか悪化の懸念さえあるという臨床試験結果は、まさにこれまでの知的体系の周辺部と衝突しうる経験知であろう。

しかし、臨床試験の結果が知的体系を大きく揺るがすまでに10年以上の歳月が伴っている（いや、未だに変わっていないのかもしれない）。つまり意味の検証理論は少なくとも速効的には機能していないのだ（このとはまた、トマス・クーンの”パラダイムシフト”という概念を根底から揺るがす）。

科学的根拠、いわゆるエビデンスが知識の信念体系と衝突した際、その体系の深部が直接的に変更されることは稀である。所詮は仮説にすぎない（二次アウトカムの結果ゆえに）と経験知を全否定することも可能だ。あるいは、UKPDSの結果を持ち出して、糖尿病初期では厳格な血糖コントロールが有用であり、依然として血糖値を下げる治療は正当化されると主張する人もいるだろう。

［種類の差ではなく程度の差］

クワインが『経験主義の2つのドクマ』という論文で主張しているのはドグマの否定ではなく、ドグマなき経験主義の提案である。それはある種のプラグマティズム的思想に近い。

『認識論的身分の点では、物理的対象と神々の間には程度の差があるだけであって、両者は種類を異にするのではない。どちらのたぐいの存在者も、文化的措定物としてのみ、われわれの考え方の中に登場するのである。物理的対象の神話は多くの他の神話よりも認識論的に優れているのは、経験の流れの中に扱いやすい構造を見出す手立てとして、それが他の神話よりも効率がよいことが分かっているためである。（クワイン；論理的観点からP66　経験主義の二つのドクマ6節）』

経験「措定物」を扱う言明という意味では、科学の対象は神話の対象と同じ地平にあり、種類の差ではなく程度の差であるとクワインは主張する。そして、科学を信じることが科学的である理由を“うまく説明できるから”ということに帰着させる。

このことはまた、いわゆる『トンデモ医療』と『正統医療』も、種類の差の問題とするのではなく、程度の差の問題と捉えることを可能にしてくれる。クワインの全体論の中に絶対的な「正しさ」が身を置く場所は存在しない。

『正しい医療情報』という言葉をしばしば耳にするが、「正しい」「正しくない」という種類があるわけではなく、程度の差の問題なのだと考えると、窮屈な思考から抜け出せる気がしている。『正しさ』が人の価値観や大切な想いを否定するための武器にならないようにと、僕はそう思うから。

［参考文献］

1) Willard Van Orman Quine. 論理的観点から―論理と哲学をめぐる九章. 勁草書房 (1992/11/1) ISBN-10: 4326198877
2) Gerstein HC, et al :Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008 Jun 12;358(24):2545-59. PMID: 18539917
3)Qaseem A, et al :Hemoglobin A1c Targets for Glycemic Control With Pharmacologic Therapy for Nonpregnant Adults With Type 2 Diabetes Mellitus: A Guidance Statement Update From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2018 Apr 17;168(8):569-576. PMID: 29507945
4) Nathan DM, et al :The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med. 1993 Sep 30;329(14):977-86. PMID: 8366922
5) Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Lancet. 1998 Sep 12;352(9131):837-53. PMID: 9742976

ー執筆者プロフィールー

青島周一（あおしま しゅういち）

NPO法人アヘッドマップ共同代表。本誌『臨床批評』の編集責任者でもあります。たまには自分も寄稿してみようと思いました。

【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－

不道徳的倫理学講義: 人生にとって運とは何か

古田 徹也 (著), 筑摩書房 (2019/5/7) : 366ページ, 本体1100円

ぼくたちは、何らかの「行為」とその「帰結」について、「意志」の付随を意識せずにはいられない。ある行為によって、良くない帰結がもたらされた時、その行為責任の帰属を意志の問題として扱うことができるからこそ、司法制度が成立しているといっても良い。しかし、良い・悪いにかかわらず、行為のすべてが意志に帰属していると明言できるだろうか。そこには何がしかの「運」のようなものが影響していないだろうか？

思いがけなかった良い出来事が急に舞い込んできたとき、ぼくたちは「運が良い」と感じるだろう。あるいは何か不幸なことが突然起きてしまった時には「運が悪い」などと考える。運という要素は、意識的であろうが、無意識的であろうが日常の一部であることに疑いの余地は少ない。

では、勉強もしていないのにテストで満点をとれたのは、運が良かったのか、それとも偶然の仕業なのだろうか……。そのように考えてみると、運や偶然、そして偶然の対極にある必然や運命という概念が、実は地続きであることに気が付く。

『「運」というのは出来事の重要性としばしば深く関係し、よいとか悪いといった価値を帯びるが「偶然」それ自体がそうした価値を帯びることはない』（不道徳的倫理学講義p20）

ぼくたちは、「運がある」とは言うが「偶然がある」とは言わない。他方で、状況に応じて、「ただの運だよ」とも「ただの偶然だよ」とも言うことがある。

『「運」はしばしば「偶然」に置き換え可能である一方で、「運命」が「偶然」の意味を持つことは基本的にない。言い換えれば、ときに「運」は「運命」と同様に「必然」よりのニュアンスをおびることもあるが、どちらかと言えば「偶然」の領域に重心を置いた言葉だ』(不道徳的倫理学講義p22)

運がもたらす帰結というものは、人の意志とは独立した制御不可能なものであり、人知の及び知るところではない、という観点からすれば運命という概念に近い。つまり偶然の対極にある必然こそが運命ということだ。

例えば、自分の生まれが不遇な環境だったとしよう。経済的に困窮した社会で、満足に食事もできず、生活インフラもない街で暮らしを強いられる。こうした境遇に生まれ育つことを、「運が悪い」つまり偶然がもたらした帰結と捉えることもできるし、「運命に他ならない」というような必然がもたらした帰結と捉えることもできる。運という言葉が表す概念と、偶然という言葉が表す概念が、その一部を共有しているように、偶然も必然も明確な仕方で区分けできるような概念ではないのだ。

『古代ギリシア語には「運命」という意味合いを帯びつつ、「偶然」の領域に深く根をおろした言葉も存在する。「テュケー（Τύχη）」である（不道徳的倫理学講義p62）』

『人間には、テュケーの支配がすべて。先のことなど何ひとつ、はっきり見通せるものではありません。できるだけそのときどきの、成り行きに任せて生きるのが、最上の分別と申すもの(オイディプス王 977−979 不道徳的倫理学講義p71)』

オイディプス王の話の中ででてくる『テュケーの支配』とは、偶然の支配とも運命の支配とも訳すことができよう。この世界の成り立ちを偶然の側面から切り取るのか、それとも必然の側面から切り取るのか。どちらが正しい世界の記述なのかという問題ではなく、それは関心の向け方の問題なのかもしれない。

従って、行為の良し悪しには少なからず運や偶然が含まれている。そして、この「含まれている」というのが案外大切だ。どちらも含まれているという中腰の姿勢。行為の帰結は偶然/必然、その両極に片寄っているのではなく両者の中間にある。それはつまり、意志とは偶然の一種であり、そしてまた必然の一種でもあるということに他ならない。

日々の生活の中で、時に運命がもたらす必然性が際立ち、絶望を感じてしまうかもしれない。しかし、そんな絶望の中にも、偶然という微かな希望が宿ることもまた確かであろう。

『自分の力の及ばぬものを前に、賢者のごとく達観するにではなく、あくまでも手を伸ばそうと悪あがきする、神ならぬ人間ならではの姿である。そしてそこに、ある種の偉大さが宿る（不道徳的倫理学講義p339）』

『はかれないもの(計り知れないもの)はかないものがあってこそ、我々は絶望し、歓喜し、虚しさや意義を得る。はかないものは、はかないがゆえにこの現実の生にとって決定的に重要なのだ（不道徳的倫理学講義 p339）』

道徳は自由な主体が、自らの意志に基づいて選択した行為にのみ責任を帰すことができるという前提の上に成り立っている。しかし、純粋に意志に基づいて選択した行為などというものが存在しないのは、偶然や必然の影響を鑑みれば明らかである（この点については中動態的考察も可能だ）。行為の帰結に対して道徳性を問題とするときには、より思慮深くなる必要があろう。

『道徳は現在、しばしば陳腐なお説教と化し、万人がこの現実の社会で当然果たすべき義務として受けとめられている。そして、道徳性への潔癖さそれ自体がときに、安全なところから他者を容赦なく叩きのめすための手段となっている（不道徳的倫理学講義p343）』

道徳性と呼ばれるある種の正義を無自覚に振りかざすことは避けたい。だからこそ、ぼくは偶然と必然の微妙なバランスの上に行為の帰結が宿るということに意識的でありたい。

（青島周一）

『臨床批評』編集部からのお知らせ

コラム・論考の執筆者募集

『臨床批評』は、特定非営利活動法人AHEADMAPの公式な会報誌です。年4回の発行を予定しており、本誌はAHEADMAP会員のみならず、広く一般に公開します。『臨床批評』ではコラムや論考、書評などの執筆者を募集しています。医療に関するテーマであれば何でも構いません。執筆をご希望の方は、NPO法人AHEADMAP会報誌『臨床批評』 編集部　青島周一 **syuichiao@gmail.com** までご連絡ください。詳細は**「臨床批評」投稿規定**をご参照ください。

NPO法人AHEADMAP　ご入会の案内

NPO法人AHEADMAPは、医療従事者及び一般市民を対象に、主に臨床医学論文のような妥当性の高い情報の入手と吟味ならびに活用のための知識や技術の普及啓発を通じて、社会または個人が健康関連の諸問題に対してより良い意思決定ができるよう支援することにより、国民の健康な生活の向上に寄与することを目的としたNPO法人です。

適切なヘルスケアの意思決定と実践のために、様々な情報コンテンツの提供と、その研究、及び国民のヘルスリテラシー向上のための取り組みを行っています。

NPO法人AHEADMAPでは常時、会員を募集しております。これを機会にぜひご入会いただけましたら幸いです。入会をご希望を方は、**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

季節は春から夏へ。時代は平成から令和へ。時節が巡って行くその瞬間に、時機が訪れる。転帰となる出来事が交錯する場所。絶対的な正しさへの抗いからもたらされる自由な想像力。そこから生まれる新しい価値の創造。本誌がそんな役割を担えたら良いなと思いました。

（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.3

2019年7月31日発行

■編集責任者　青島 周一

■編集委員　村田 繁紀

■発行　NPO法人AHEADMAP