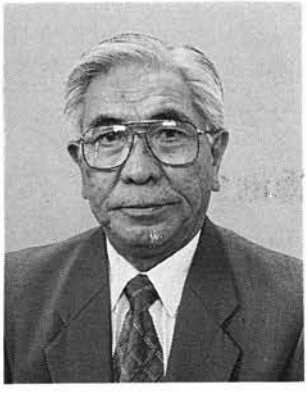
平成9年11月20日発行 ISSN 0385 924X

人間の医学

'97.11
191
Vol.33No.4

実地医家のための会

私の意見



稲福全三

『長寿宣言』と『予防給付』

私達は，太平洋戦争で郷土が戦場となり，焦土と化し，瓦礫の中の零よりの出発でした。暖かい気候と，優れた食文化，思いやりのある優しさ，ストレスの少ない県民性を背景として，百万県民の英知と努力の結晶で，戦後50年の今日，世界一長寿地域になりました。そこで，記念事業の一つとして去る平成６年８月に『沖縄県長寿の検証と長寿地域宣言』事業が行われました。しかし，現在の沖縄県の長寿社会は，光と影の部分があります。私達は影の部分を直視し，関心をもち，その対策が肝要であります。本県の Disable Free Index（健康長寿指数 DFI）は0.343～0.015の間に分布し，非常に低い Index である。すなわち寝たきり，惚け長命が現状であります。また，その予備軍である壮年期の全死亡率，特に心筋梗塞の死亡率は他府県に比し高い，これらの影の部分は，長寿地域を維持出来ない，酷しい現実があります。DFI の高い健康長寿の継続のために県民の総力を挙げ，試行錯誤の中で『少子社会』から脱却し，『寝たきり零作戦』を展開し，成功させ，21世紀の高齢社会を『障害なき成熟社会』に誘導し平和で豊かな社会を実現しましょう。医師は医療・保健・福祉のコーディネイターとしてリーダーシップを取り，『かかりつけ医』の出番がここにあります。サイエンス振興財団は21世紀に向けた医療ニーズの全体像を把握するために行った調査報告の中で，医師を対象としたアンケート調査によりますと，『予防給付』の保険適応について７割以上の大多数が必要になるとの認識を示したと報告されています。このように健康管理する側の『かかりつけ医』の意識改革が整い，かつ医療・保健・福祉の受皿側の住民の健康意識改革による医師へのニーズと相まって，今後は次の３項目の行動科学の実践が必要になってきます（予防の実体）。

(1)自分の『かかりつけ医』を選定する
(2)年一回健康診断を受検する
(3)毎年の検診データに基づいて経時的に比較して『かかりつけ医』と健康相談する

予防の実体を敷衍するには，今回の健康保険法改正で『予防給付』の概念を導入し，『生活管理指導料』の点数を設定し予防を実践することです。自分の責任で，自己の健康管理，生活管理，疾病管理に努力するようになり，先に述べた長寿の影の部分は解消し，21世紀の高齢社会は『障害なき成熟社会』が構築されるように頑張りたいと思います。

いなふく　ぜんぞう　那覇市・稲福医院

目　　次

●私の意見 ……稲福　全三… 1

△第378回「実地医家のための会」 7 月小樽例会

・モーニングレクチャー

1．糖尿病患者おちこぼれ防止法 ……斎藤　　登… 7
2．マイ・クリニック ……佐久間眞樹…13
3．大腸菌0-157とベロ毒素 ……加賀　　誠…19
4．やったぜ減量18 kg ……竹内　雅夫…23

△第379回「実地医家のための会」 9 月例会

・救急医療

1．産婦人科における救急医療 ……林　茂一郎…26
2．小児の救急医療 ……田中　哲郎…33
3．私の行っている救急医療 ……木田　威俊・木田　順子…38
4．私の経験した救急の一症例 ……奈良　浩介…42
自由交見 ……46

●研究と臨床

・無床個人診療所の待合室俳句 ……川久保　亮…47
・かかりつけ医推進事業は効果があったのか本事業に
関わった一かかりつけ医の検討 ……乾　　英明…51

・全国通信
京都実地医家の会 ……55
・会員随筆
病気の進歩と海外医療協力のあり方 ……立石　昭三…55
・マイクリニック
「マイクリニック」に至るまでの伝説と経過 ……竹内　雅夫…59
・新橋だより
厚生省カタカナ“追放” ……川久保　亮…65
・世話人会報告 ……67
・投稿規定 ……69
・編集後記 ……71
・あんな本・こんな本
たったひとつのオレンジ ……浦田　　久…22
・人と医療 ……72

表紙デザイン　木村協子／写真提供　佐藤安正

モーニングレクチャー

1．糖尿病患者おちこぼれ防止法……斎藤　登
2．マイ・クリニック……佐久間眞樹
3．大腸菌O-157とベロ毒素……加賀　誠
4．やったぜ減量18kg……竹内　雅夫

日時：平成9年7月12日，13日
会場：小樽グランドホテル
モーニングレクチャー：13日午前8時より午前10時まで

第378回「実地医家のための会」の例会は，全国例会として小樽市で開催されました。九州・四国など西日本は連日の大雨で大きな被害がでているとのことで，その地方の会員が来道できないのではないかとの心配もありましたが，参加を予定された会員は無事到着されてほっと安堵しました。道内外合わせて72名の会員および奥様等の参加が得られたのは，北海道の世話人代表・土谷茂樹先生のご努力もさることながら，同じ志を持った会員が毎年一回は一堂の会することができる唯一の機会であるということによると思います。千歳空港に出迎えられた土谷・小野両先生とともに会場の小樽グランドホテルに貸し切りバスで到着された道外勢の皆様をお迎えし，「遠路はるばるご苦労様」と道内勢は思わず拍手をもってお迎えいたしました。

12日午後7時から始まった懇親会は札幌の西川司郎先生の司会で始まり，土谷代表の歓迎のご挨拶と北大医学部教授・前澤政次先生の格調高いお話しをいただいたあと北海道の山海の味を楽しみました。会場はホテルの最上階にあり，眼下に小樽の街並の灯がきらめき，港は船の明かりを映し幻想的な思いにされる頃，土谷先生の余興が始まったのです。なんと誰も想像だにしなかった手品でした。長年練習されたというその腕前は素人の域を超え玄人はだしで，軽快な音楽に乗り，時にはうつろな目で空を見上げる仕草さはいとも可笑しく笑いを誘われるものであり，また感心もさせられて，やんやの喝采を浴び，当のご本人も誠に満足の様子でしありました。宴の最後は北大を象徴する「都ぞ弥生」の歌で締められた。音頭をとったのは札幌の宮川清彦先生で，ゆったりとしたリズムは悠久の大地，北海道に相応しく，その歌声は夜空に輝く久遠の光の中に吸い込まれていくようでした。宴の余韻覚めやらぬまま一同はガス燈に浮かび上がる小樽運河に向かい，ライトアップされた倉庫群を眺めながらそれぞれの想い

に耽る散策を楽しみました。この日の最後は繁華街の細い道を行き「ハウスハモンド」なる店にたどりつけばそこは2次会場であり，楽しく語り合い旧交を温めるうちに，誰からともなく歌の時間となり，夏の短い夜の更けていくのを忘れそうになりました。

翌日は東京の世話人代表の竹内先生が「この会始まって以来の出来事」とお話しされたごとく，午前8時の早い時間のモーニングレクチャーの開始時間でしたが，会場はすでに満席となっておりました。ただ，出席人数が多かったため会場がやや狭く，この例会の恒例となっております円卓会議の形式をとることができなかったのは残念でした。しかし，5人の先生の充実したお話しを伺うことができ，あっという間の2時間でした。

この後は楽しみにしておりました小樽の観光でした。まずバスで冬はスキーで有名な天狗山に向かいました。ロープウェイで山頂に登ると周囲の山々を背に目をやれば，小樽の家並が広がり，港より目を遠方に移せばそこは石狩湾で，遥か彼方の山並は雲紫に霞み海面は陽光に映えてまぶしく輝いておりました。山を下りる途中で土谷先生が道端に建つ古い家を指差し「この家が私の生まれた家です」と紹介されました。そして現在は先生と同期の先生が買い取られて大切に保存されていますというお話しがありました。何か目頭が熱くなる友情物語に誰もが感動させられたと思います。

バスは前夜散策を楽しんだ小樽運河に向かい，ガラス工芸ですっかり有名になったベネチア美術館や北一ガラスの店を見学いたしました。即売場もあり，大きな荷物を抱えて出てこられた会員もおられました。さて昼食はと思っておりますと，バスは小樽でも最も美味しいと評判の柏寿司なる店の前で停車し，用意されていました2階に上れば，ニギリ小さくネタ巨大にして美味，北海道の生ずしを堪能することができました。

最後はペテルブルグ美術館でピカソのデッサンや絵を鑑賞しました。やがて解散の時間となり，ホテル前で道外勢の皆様をお見送りさせていただき無事例会は終了いたしました。2日間天候にも恵まれ楽しく有意義な時を過ごすことができましたことを感謝しつつ報告といたします。

（文責：札幌市・冨澤　　中）

庚申

庚申をあくる日聞いて嫁困り

干支（かんし）が庚申（かのえさる）に当たった日の夜は「庚申待（まち）」といって，仏家では帝釈天および青面金剛（しょうめんこんごう）を，神道では猿田彦を祀（まつ）って寝ないで一夜を明かした。徹夜をしたのは道教でいう人身にいる三尸（さんし）が人の身の眠りに乗じて抜け出し，その罪を上帝に報告するのを防ぐためだとされた。命を短くするともいわれるが，何よりの問題は，その夜男女が同衾し妊娠すると，その子は盗賊となるというのである。若い嫁は知らなかったのか，うっかり忘れていたのか。「ゆふべかうしんかえと嫁ひょんな顔」「けふは庚申だと姑いらぬ世話」

（宝山源三郎著「江戸川柳の謎解き」）

１．糖尿病患者おちこぼれ防止法

斎　藤　　登

１．はじめに

糖尿病ほど生涯にわたって自己管理を必要とし，患者と医療側との密接な連係を要する疾患は，他にはあまりない。糖尿病の治療，特に外来治療では，医師の手を離れての自己管理が主となることから，患者教育が最重要課題である。

患者の食事・運動療法はもちろん，時として必要に応じて行われる薬物療法は，患者の日常生活そのものであるだけに，QOL に配慮し社会的・家庭的背景因子を吟味しながら，患者の自己管理を支援することが医療側の役割なのである。

しかし，糖尿病治療の過程において治療中断患者は後を断たず，将来的な合併症増加の一因となることを思うとき，あらためて患者教育指導のあり方を考え，中断患者防止への道を探ってみたい。

２．治療中断の実態と理由

小院における６ヵ月以上の治療中断者数は85名で，通院糖尿病患者数の約15％を占めているが，その中断理由の多くは自覚症状も何もなく元気で仕事をしている，忙がしくて受診する時間がないというものであった。

さいとう　のぼる
帯広市・斎藤内科

そこで一般的にいわれている治療中断理由を**表１**に示すが，これらの患者側のいい分を受けて医療者側は教育指導上の問題点の有無を検討するとともに，教育時点で糖尿病あるいは治療手段に対して，その人がどんな心の軌跡を描いていたのか，理解度，実行への意欲，社会的な立場，家族環境などに加えて個性についても再度分析を試みる必要があり，同じ中断を繰り返えさせないためのアプローチを考究しなければならない。

表１　治療中断理由

１．	遠くて不便　路線バスが少ない
２．	待ち時間が長い
３．	仕事が忙しい
４．	自覚症状もなく元気
５．	意欲を失った、治らない病気である
６．	いつも血糖コントロールが悪い
７．	医療者とうまが合わない
８．	転勤や転居
９．	親族の介護（入院または在宅）
10．	血糖値が良くなかったから
11．	血糖降下薬をのむと気分が悪くなる
12．	インスリン注射をして入浴したら低血糖になった
13．	食事療法が続かない（営業マン）
14．	民間療法の方が便利

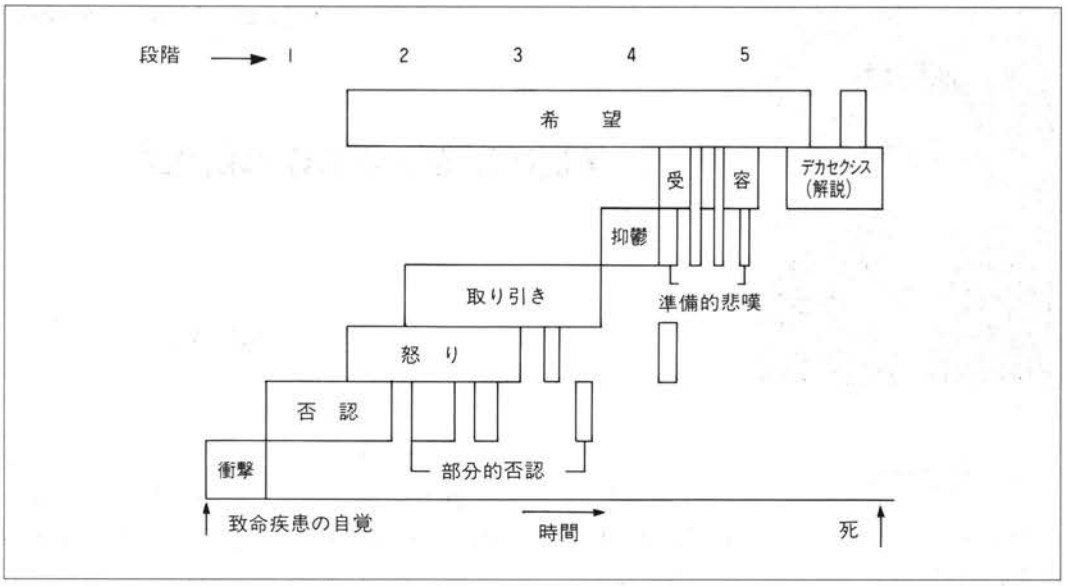


図1　死に行く過程のチャート

3．患者教育指導に際して

1）ライフスタイルを把握する

日常生活そのものの質を落とすことなく自己管理を続けることが出来るように，患者の話を聴き，その内容に共感を示しながらも患者の役割分担について納得をして貰って，医療側との共同作業であることに理解を求めることである。

2）患者の受容状況への対応

糖尿病の診断を受け，食事療法の必要を説かれ，インスリン注射の指示を受けたとき，全面的に納得して受け入れている状態にあるかどうか，食べたい物も食べられず，アルコールもタバコも禁じられて人生の楽しみがなくなったと考えてはいないかなど，患者の心理過程の変化の状況をKübler Rossのチャート（**図1**）[2]に重ね合わせて考えながら的確に患者との対話を進めて行かねばならない。

3）動機づけへの働きかけ

自覚症状に乏しく，しかも無自覚のうちに進行する糖尿病であるだけに，動機づけは困難なことが多い。患者とのパートナーシップを大切に温もりのある人間関係を維持し，最終目標だけでなく当面の短期目標をも定め，患者側のいい分をよく聴いて柔軟に対応して行くことである。

ただし，動機づけが出来たということは，行動が起きて，はじめていえるものである。そしてそれは，個人の内部にある行動を起こそうとする力をひき出すことであるから，患者教育によって動機づけが出来るのではない。出来るのは，その行動する力をひき出すことであり，つまり動機づけへの働きかけをすることにほかならないのである。このことを念頭においてのアプローチが医療者側に求められるわけである。

4）アドヒアランスサイクル

コンプライアンスでは患者の関与は受動的であり，指示や約束をどの程度守っているかがポイントになる。これよりもう一歩踏みこんで患者が医療者と相談しながらプログラムの設定（開始）と実施（維持）に主体的に参加することがアドヒアランスである。そして

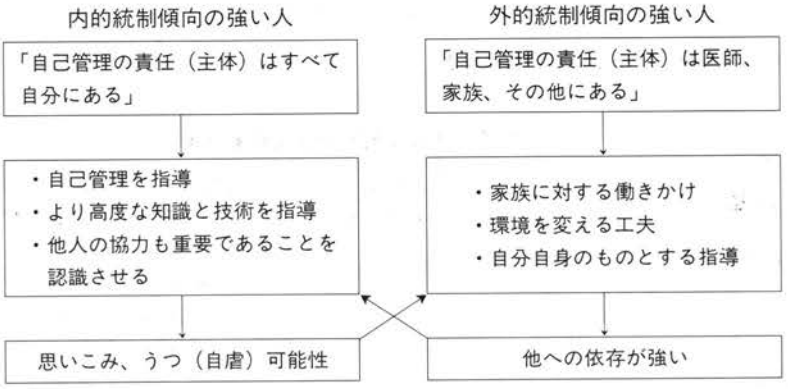
表2　糖尿病患者教育5つの㊖

1．動機
2．ヤル気
3．根気
4．暗記
5．負けん気

表3　良い患者と悪い患者

1．知らない		
2．知っている	できない	
3．知っている	できる	やらない
4．知っている	できる	やる

表4　自己管理における主体とその対応



小刻みに段階的に目標設定をしながら到達することで「やれる」という自信を育て，次の目標に向かって行動するというアドヒアランスサイクルを形成することが望まれる。

しかし，この主体的な患者参加を拒否し，または無視し，治療行動を全く起こす気がなく，治療しないために生ずる患者にとって不利益な情報を提供しても聞き入れようとしないことがある。

これに対する打開策の一つが教育入院であるが，その結果として大多数の人がアドヒアランスに参加するようになるといわれている。

5）learning-forgetting 症候群[2]

教育入院をしたから知っているはず，出来るはずと思うことは誤まりだという。退院後3ヵ月で55%は正しい回答が出来なくなり，1年も経つと半数以上が入院以前の状態に逆戻りするということである。これはせっかく教えたのに，いうことをきかない，やってくれないということではなく，忘れてしまっていると考えなければならないという。したがって，医療者側にも患者側にも賽の河原の石積みという根気強さが求められるのである。

6）患者教育のための5つの㊖（表2）

動機づけへの働きかけによって実行への行動をひき起こし，アドヒアランスサイクルによってヤル気を高め，根気強く継続する姿勢を維持するとともに，最小限必要なことを暗記し（例えば1単位＝80キロカロリーなど）食欲や環境要因に打ちかつ心と，糖尿病に負けずに健康人生への道を歩むという負けん気を持って自己管理を正しく続けるという5つの㊖をキーワードとして取り組みたい。

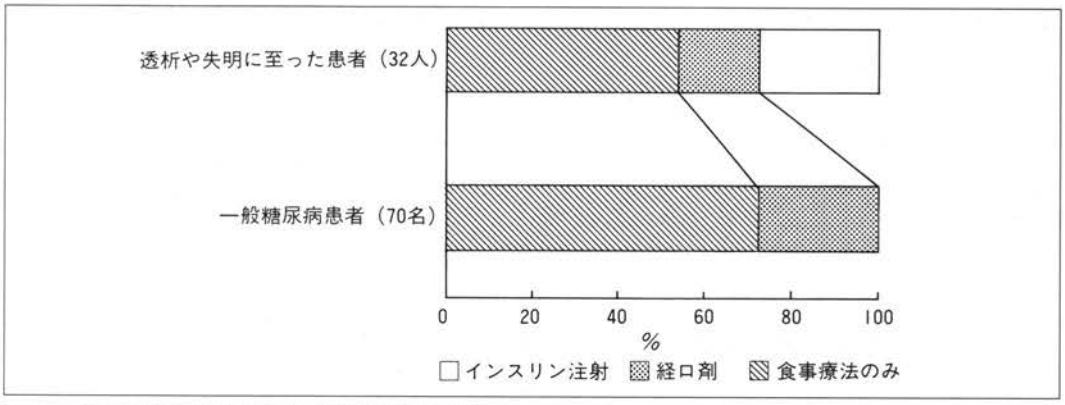


図2　治療中断糖尿病患者の中断前糖尿病治療

4．良い患者と悪い患者

医療側から見た患者分類の一つといえるか，**表3**にある3のグループが一番問題であり，どうして4へ誘導出来るかが大きなキーポイントとなる。もちろんそれぞれのグループに対する的確なアプローチが必要ではあるが，知識・技能・態度の評価をしながら実行にかかわる患者の現状を把握した上での個別のアプローチが極めて有用と考える。

表5　治療中断を予測出来る患者

1．食事療法	病気という意識なし
2．初診時肥満者	食事療法についていけない
3．減量出来ない	食べなくても肥る 運動してもやせない
4．血糖コントロール不良	どうしてもコントロール出来ない 努力はしている 自分がイヤになる
5．血糖コントロール悪化	治療が悪い なおしてくれない
6．喫煙者 7．常習飲酒者	人生に楽しみがなくなる
8．交通アクセスが悪い	時間と金がかかる
9．検査に来ないで、くすりだけ持って行く	
10．インスリン注射で低血糖をくり返す （食事・運動（体動）とインスリンの相互作用を理解していない）	

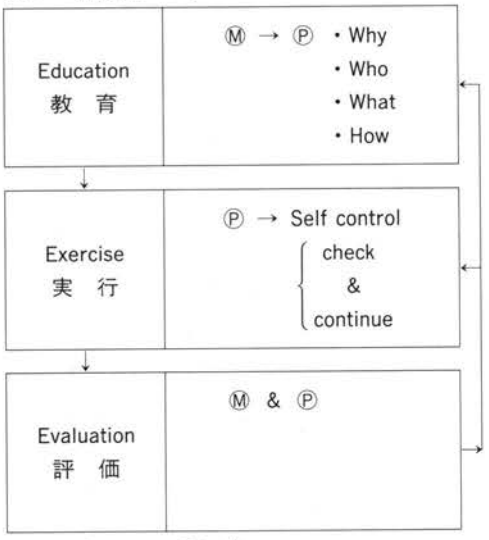
5．自己管理における主体とその対応

患者自身の個性として，すべてを自分自身の責任と考える人もいれば，すべては自分ではなく，他からいわれる通りに行動するだけと思う人もいる。**表4**[3]に示すごとく，前者は自虐性が強くうつ傾向に陥って自信喪失のリスクが高い反面，後者は教え方が悪いの一点張りで，医療側へすべての責任を押しつけようとするタイプである。他からの意見・協力の必要なことや自分で出来ることの自覚を促すような指導が，それぞれの場合に必要になるわけであり，患者の個性を対話の中から見出す努力を怠らずに，それぞれに対するアプローチの道筋を選択しなければならない。

6．治療中断前の治療法

図2に示すごとく中断者は食事療法群に多い[4]。薬物を使わないことが病的意識を薄れさせ，自己管理がいつのまにか自己流化してしまうのであろう。最も基本的な食事療法についての意識を高めるための指導をこまめに

表 6　糖尿病コントロールのための 3 E



(註) Ⓜ Medical 側の意
Ⓟ Patient 側の意

具体的に反復することが大切である。

ただいえることは，この食事療法群に血糖自己測定の道が開ければ，病気としての意識が向上し自己管理における食事療法の重要性を認識出来て治療中断の傾向に多少の歯止めがかけられるのではないだろうか。

7．中断を予測出来る患者

これまで述べてきた治療中断の理由や治療法，そして個性の問題など多くの要因から，中断のリスクの高い人をマークすることが出来れば，重点的に対応する道が開かれるかも知れない。

表 5 [5]に示すような対象を，集団として個別の指導の中で家族を交えて治療継続の必要性を理解して貰えるようなアプローチを工夫して行かなければならない。

糖尿病治療に王道はなく，模範答案もない中で，個人々々の心の軌跡と個性，そして環境要因を把握しながら，その時に応じたアプローチを進めることである。

表 7　糖尿病治療おちこぼれ対策

1．糖尿病治療＝患者教育＝自己管理
2．受容に至る心理状態の把握
　いま　どんな状態でいるのか…
3．動機づけへの働きかけ
　患者教育で動機づけは出来ない
　出来るのはそのための働きかけである
4．アドヒアランスサイクル
　コンプライアンスとアドヒアランス
5．Learning－Forgetting 症候群
　教育入院効果とその継続性
6．自己管理における主体とその対応
　内的統制傾向と外的統制傾向
7．患者タイプの 4 型
8．5 つの㊥

8．血糖コントロールのための 3 E

患者教育指導のあり方とともに治療中断患者防止のためのアプローチについて患者の心理状態の把握を中心に述べてきたが，外来治療における医療側から患者側への教育指導の段階に応じた内容の充実，そして相互のパートナーシップを軸にした血糖コントロールへの共同作業の実行とその継続をふまえて，それぞれの役割分担の評価をし合い，その結果を教育内容についての検討へとフィードバックさせるという 3 Eの反復が基本原則であることを再確認しておきたい（**表 6**）。

9．まとめ

これまで述べてきたことを要約すれば，**表 7** の通りである。

患者と医師の 2 人チーム，それにナースが加わり栄養士が加われば最強のチームづくりが出来ることを認識し，チーム医療が大病院の専売特許ではなく，個人診療所でも糖尿病センター的発想や指導は可能なことを知るべきである。

プライマリ・ケアにおける糖尿病初診患者へのアプローチの是非が，その患者の将来を

左右するとまでいわれる時代，糖尿病治療に携わるすべての職種が，食事療法の基本を身につけることと同じように，患者の心理状態の動きをキャッチ出来る態勢づくりが求められている。

そして血糖の調節のみに終始するのではなく，全人的包括医療の立場で患者のQOLを確保しつつ，個人々々の特性と環境に適合した指導を継続することこそが，治療中断－おちこぼれ－Flying away対策といえるのではないだろうか。

（本論文の要旨は第377回実地医家のための会全国例会－平成9年7月12～13日，北海道小樽市開催－で発表した）

参考文献

1）比嘉清憲：drop out患者の原因と対策．プラクティス．Vol. 10, No.5, 1993.
2）笠原　督：患者の心理と動機づけ．プラクティス．Vol. 1, No.1, 1984.
3）糖尿病患者教育スペシャリスト研修ガイドライン（案）．糖尿病治療研究班患者教育研究グループ．平成6年度．厚生省．
4）山田幸男ほか：drop out患者の原因と対策．プラクティス．Vol. 10, No.5, 1993.
5）比嘉清憲：drop out患者の原因と対策．プラクティス．Vol. 10, No.5, 1993.

切見世（きりみせ）

「切見世」は遊び賃百文の下級の娼婦がいた所で，吉原遊廓の東西の河岸にもあったが，江戸の町の所々にも散在していた。切見世にはトイレはなく，長屋の奥の主人の住んでいる台所の近くにあり，娼婦も客もここを利用することになるが，遠くて不便なので娼婦はほとんど使用しない。

切見世は踏みなさるなとたれている

ここの娼婦たちは，長屋の前の狭い路地で小便をする。小便が地面に流れて溜まっている箇所があり，ひやかしの男たちに「踏みなさるなよ」と言いながら小便をしている女の言葉である。この娼婦たちは，概して無精であり，人前で尻を捲くるぐらいは平気な連中で，商売が繁盛で多忙であるため，長屋の後架まで行かず，店の前の路地で小便を済ませるのが通例であった。

（渡辺信一郎著「江戸の女たちのトイレ」）

2．マイ・クリニック

佐久間　眞　樹

私の属する羊蹄医師会は，**図1**に示すごとく，羊蹄山麓に広がる５町２村の人口約５万人の医療圏で，１総合病院，１老人病院，２国保病院，12診療所といった医療供診体制の不十分な地域で，高次医療機関は存在せず，従って，脳血管障害，脳外傷，急性心筋梗塞が発生した場合は，小樽および札幌等の機関に転送することが必要である。当院は，私と毎週金曜日に札幌医科大学第２内科より出張医，正看３名，準看６名，看護助手３名による診療所である。このような地域での私が行っている医療活動の一端を報告する。

１．救急医療

ベッドを有する病院および診療所（４病院および12診療所）が，土，日曜，祝祭日の夜間救急病院を担当し，週日当番は倶知安町での４医療機関で対応している。札幌，小樽等の高次医療機関に転送に要する必要時間は，救急車で札幌まで１時間半，小樽まで１時間，ヘルコプターを使用する際は，出動要請から約１時間で札幌まで転送可能である。このような地域であっても，救急医療に参加することにより貴重な医学的経験を享受することが出来る。その２～３例を紹介すると，

さくま　まき
北海道虻田郡・佐久間医院

(1)房室結節リエントリー性頻脈（AVNRT）

図2に示す心電図のごとく，頻脈発作にて来院，neck pounding（Frog Sign）を認める。ATP20mg, iv(10～20秒)で sinus return，その後，北大循環器内科でカテーテルアブレーションを行って，上記診断が確かめられた。P. Brugada 等は，AVNRT では，neck pounding が特徴的で，房室回帰性頻拍では neck pounding は認められないと報告している。ATP の静注は AVNRT では著効を示す。

(2)上腹部疼痛を主訴として救急外来

当医師会の留寿都診療所の山本馨先生は，長年の経験より，胃アニサキサス症は，アニサキサスによる一種のアレルギー現象との立場から，強力ネオミノファーゲンCまたはステロイドホルモンの静注療法を提言しているが，私も追試した結果，10分以内に疼痛が緩解した。諸先生の追試をお願いしたい。

(3)急性心筋梗塞の prehospital care

梗塞発生の golden time 以内であれば，**表1**の ACC/AHA の血栓溶解療法の適応と考え，静注法にて冠動脈血栓溶解法を行い，CCU を有する施設に転送する。ただし，解離性大動脈瘤との鑑別を行う必要がある。

２．Self limeted disease と Non Self limeted disease

多くの外来受診の患者は予後良好な疾患で，

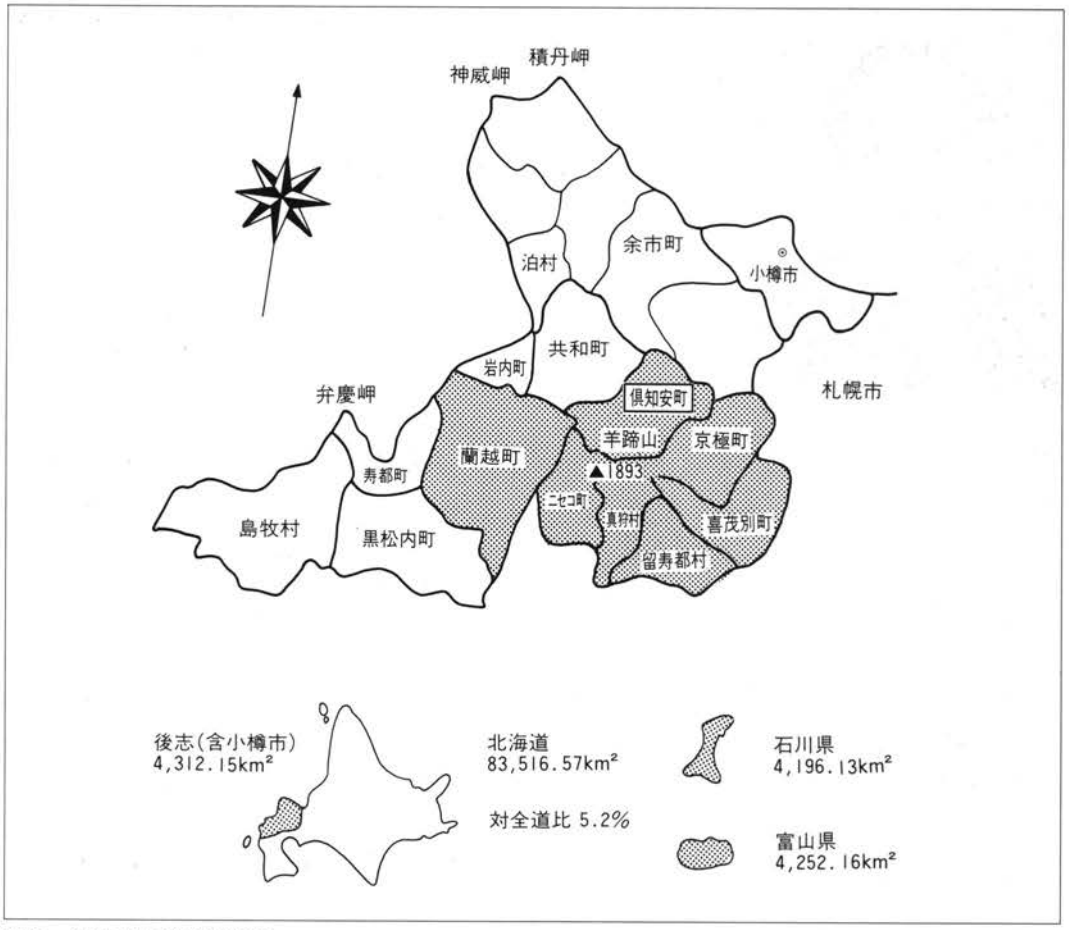


図1　後志支庁管内医療圏

特別に誤った判断をしない限り，特に問題とすることはないが，日本の死因の第1位が悪性腫瘍である故に，プライマリ・ケア医の役割の一つは早期にガンを発見し治療することである。北海道では，悪性腫瘍登録制が昭和50年より施行されているが，平成9年4月までの当院の癌登録疾患者の登録数（**表2**）を示す。胃癌，肺癌，大腸癌，原発性肝癌が多く，内視鏡，生検により消化管の悪性腫瘍の確定診断も可能となり，原発性肝癌では慢性肝炎（C型），肝硬変症などのhigh risk groupの設定が容易で，腹部エコーおよび腹部CT，およびMRI（病診連携により行っている）を行うことで疑診を置くことが可能で，確定治療は専門施設に依頼する。単一臓器の変化のみに注意を奪われることなく，全体所見の把握に注意すると多くの悪性腫瘍の発見も可能となると考えられる。胃癌症例76例中，早期胃癌は21例（27%）で，病型は**表3**のごとくIIcが81%と一番頻度が高い。悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症（humoral hypercalcemia of malignancy, HHM）は，腎臓癌および食道癌の2例で経験したが，この病態は腫瘍より分泌されるPTHrP（parathyroid hormone related protem）IL-Iの骨吸収刺激因子に由来するもので，臨床症状として，食欲不振，体重減少，意識障害，うつ状態，夜間多尿，口渇，全身倦怠感など癌末期症状

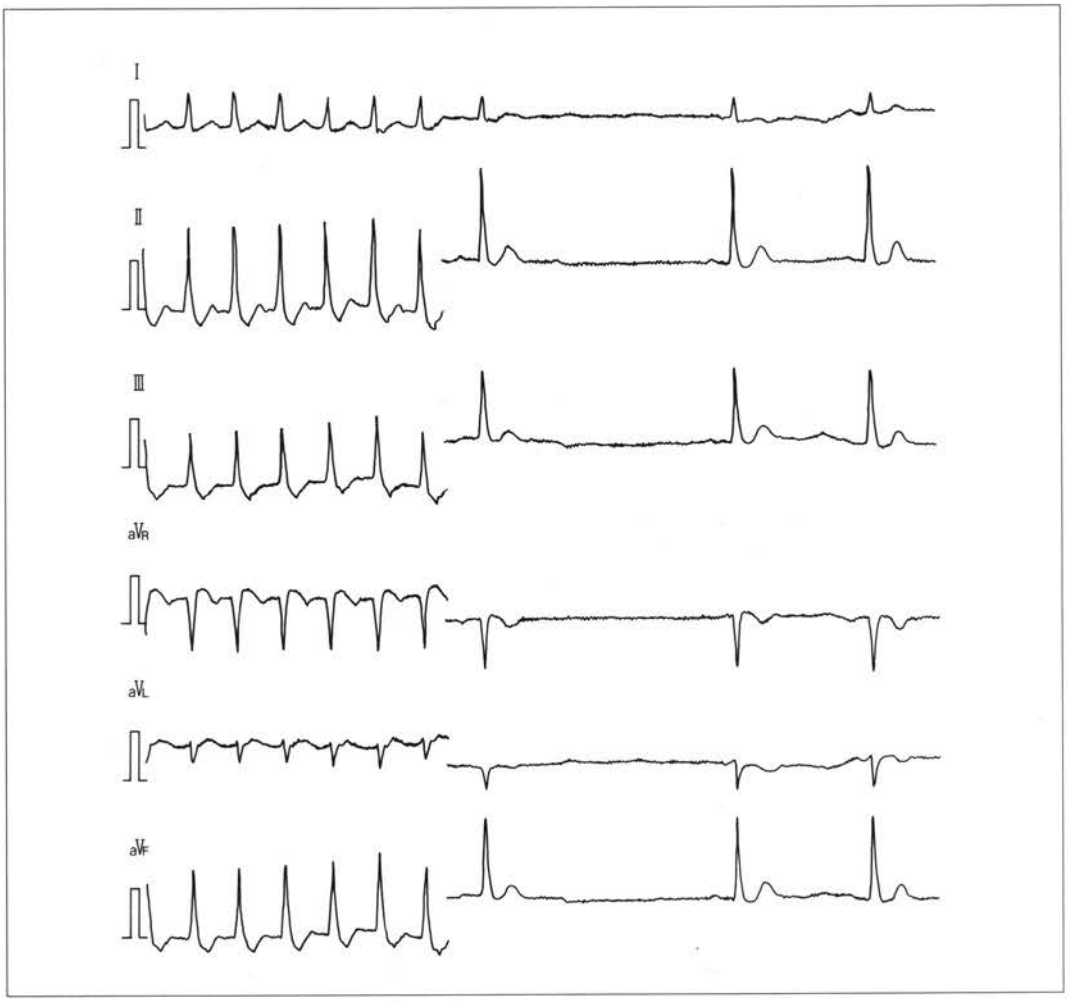


図 2

と類似するため見逃されることが多いが，治療法も確立されており，悪性腫瘍の患者では血清 Ca の測定を試みるべきと考える。Non self limeted disease の他の側面として，平成8年，難病治療患者の登録数（**表 4**）を示す。近年，患者の高齢化と大学病院への通院が困難な症例が多く，積極的に難病の診断治療を行っている。登録数では，橋本病が64例中35例と多いが，甲状腺吸引バイオプシーを行っているためと考える。

表 1　血栓溶解療法の適応

ACC/AHA のガイドライン

Class I　＝適応，有用
　　70歳未満　胸痛出現から 6 時間以内
　　EKG 変化
Class IIa＝適応，有用である可能性（＋）
　　①70～75歳　Class I と同じ
　　②胸痛 6 時間過ぎ　胸痛消長
　　③血栓溶解療法後数日
　IIb＝効果が確定不明，有害ではない
　　①胸痛出現後 6 ～24時間
　　②75歳以上
Class III　＝有害
　　①胸痛出現　24時間経過　胸痛の再現なし

表 2　各臓器別腫瘍症例（S.50～H9.4）

病　名	男(%)	女(%)	計(%)
胃癌	47(28.0)	29(23.4)	76(26.0)
肺癌	25(14.9)	15(12.1)	40(13.8)
大腸癌	14(8.3)	17(14.0)	31(10.6)
原発性肝癌	19(11.3)	7(5.6)	26(8.9)
膵臓癌	11(6.5)		11(3.8)
甲状腺癌	3(1.8)	6(4.8)	9(3.1)
前立腺癌	7(4.2)		7(2.4)
食道癌	5(3.0)	1(0.8)	6(2.1)
癌性腹膜炎		5(4.0)	5(1.7)
乳癌		5(4.0)	5(1.7)
多発骨髄腫	4(2.4)		4(1.4)
胆嚢癌	3(1.8)	1(0.8)	4(1.4)
子宮癌		4(3.2)	4(1.4)
下垂体腫瘍	1(0.6)	3(2.4)	4(1.4)
卵巣腫瘍		4(3.2)	4(1.4)
膀胱癌	2(1.2)	1(0.8)	3(1.0)
癌性胸膜炎	2(1.2)	1(0.8)	3(1.0)
皮膚癌	3(1.8)		3(1.0)
悪性リンパ腫	3(1.8)		3(1.0)
脳腫瘍		2(1.6)	2(0.7)
喉頭癌	2(1.2)		2(0.7)
ファター乳頭部癌	2(1.2)		2(0.7)
松果体腫瘍	2(1.2)		2(0.7)
腎臓癌	1(0.6)		1(0.3)
上顎洞癌		1(0.8)	1(0.3)
副腎腺腫	1(0.6)		1(0.3)
急性骨髄性白血病	1(0.6)		1(0.3)
腸間膜由来腫瘍		1(0.8)	1(0.3)
その他	10(5.9)	21(17.0)	31(10.6)
合計	168(57.5)	124(42.5)	292

3．予防医学

プライマリ・ケア医に課せられた役割は，高血圧，肥満，糖尿病，高尿酸血症等の危険因子の管理であろう。当院では，本年6月の時点でNIDDM468例を管理しているが，食事運動療法56%，SU剤14%，ビクアナイド5%，アルドース還元酵素阻害薬5%，αグルコシターゼ阻害薬9%，インスリン抵抗性改善薬5%，インスリン自己注射例6%であった（**図3**）。糖尿病治療の要諦は患者教育で，

表 3　早期胃癌21症例の病型

Ⅰa	1(4.7%)
Ⅱa	2(9.5%)
Ⅲc	17(81 %)
Ⅱc+Ⅲ	1(4.7%)

糖尿病の発病，合併症の重要性を理解させるために患者および家族を通しての教育活動で，管理栄養士を置き，教育活動の一端を担わしている。follow upを中止しているcaseも電話および手紙を通して通院を促している。糖

表 4　難病治療患者登録数（平成 8 年度）

診断名	患者数(人)	男性(人)	女性(人)
橋　本　病	35	3	32
難治性肝炎	7	5	2
下垂体機能障害	5	4	1
運動ニューロン変性疾患	3	3	0
ステロイドホルモン産生異常症	2	1	1
ベーチェット病	2	0	2
重症筋無力症	2	0	2
悪性関節リウマチ	2	0	2
潰瘍性大腸炎	2	0	2
シェーグレン症候群	1	0	1
パーキンソン病	1	0	1
溶血性貧血	1	0	1
特発性血小板減少症	1	0	1
計	64	16	48

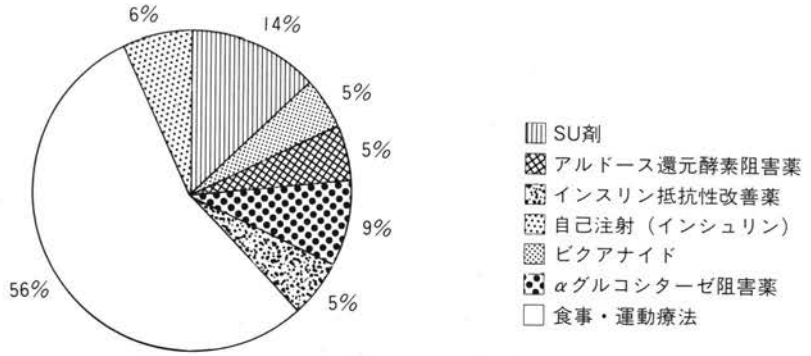


図 3　糖尿病468例の治療（投薬・注射別）

尿病管理の指標としては，早朝空腹時血糖値が最重要と考えており，そのためには，病院職員全体の協力を得て，早朝来院時の採血に協力体制をひいている。これは大病院よりも，むしろプライマリ・ケア医にして可能なことではないかと考える。高血圧の治療の有効性については，多くのメガスタディがあり（TOMHS 研究），老人収縮期高血圧にも，降圧方法の有効性が（SHEP）示されている。高血圧患者の中には白衣高血圧がある故，家庭血圧の測定を勧めるとともに，半年に一度は自動血圧計のチェックを行い，予診の際は必ず看護婦に血圧測定を行わせ，看護婦による測定値を重要視している。著しい解離を示した症例には，24時間血圧測定 ABPM を行っている。

表5　在宅医療を行っている疾患名

脳血管障害（2名はインスリン自己注射）	14例
慢性呼吸器不全	5例
悪性腫瘍	4例
骨，運動器疾患	4例
循環器疾患	3例
神経退行変性疾患	2例

表6　訪問看護内容

往診	27例
在宅酸素療法（HOT）	5例
自己インスリン注射	2例
経管栄養法	2例
バルーンカテーテル	2例
自己導尿法	1例
CAPD	1例
IVH	0

4．在宅医療

当医師会では未だ訪問看護ステーションを設置しておらず，運動機能低下による歩行通院不能例も多く，寝たきり状態の患者には在宅医療を行っている。

訪問看護を行っている症例には，**表5**に示すごとく，脳血管障害（2例はインスリン自己注射）14例，慢性呼吸不全5例，悪性腫瘍4例，骨，運動器疾患4例，循環器疾患3例，神経退行変性2例である。64歳の1例を除き70歳以上の高齢者で，訪問看護の主体は医師，看護婦，町の保健婦およびボランティアの入浴サービスで，訪問看護の内容は，**表6**に示すごとく，往診，在宅酸素療法(HOT)，自己インスリン注射の指導，経管栄養法，バルーンカテーテル自己導尿法およびCAPD等である。在宅での高齢者のTPNの経験はないが，脳血管障害のcaseで栄養管理が十分に行われないcaseも多く，経皮内視鏡的胃瘻造設術などの手技がプライマリ・ケア医に求められる時代も招来する可能性がある。

5．情報化

慢性疾患の管理にあたっては患者教育が必須であり，そのためには経時的な情報を患者に開示する必要がある。現在，慢性疾患管理ノート，糖尿病管理ノート等を用いているが，将来的には電子カルテ，検査センターデータのオンライン化，病診連携のオンライン化，在宅患者とのオンライン化等考えられるが，未だ基礎作りでの段階である。私が始めている情報化は医学知識の情報化で，感染症における起炎菌情報，医学教育プログラム，救急医療プログラムおよび文献検索をWindows95で行っている。

6．まとめ

小規模医師会での日常診断の一部を報告した。小子高齢化社会，都市化と過疎化への二極化，患者の大病院志向の中で医療保険制度が出来高払いから定額化の方向へ進み，私どもプライマリ・ケア医には厳しい条件が予想されるが，この中でプライマリ・ケア医の復権のためには，全人的医療によるきめ細やかな医療サービスを患者に提供する必要があり，予防医学的志向，prehospital case，Evidence mediated medicine，早期診断学の構築が要求される。

3．大腸菌O-157とベロ毒素

加賀　誠

まえがき

大腸菌O-157：H7の出現にはいささか面食らった。「オーイチゴーナナ」といい，「ベロ」といい，今までに聞いたことのない呼び名が奇妙に響いた。手がかりを求めて学生時代に購入した本から調べてみることにしたが，これは結構役に立った。

OおよびHなる略語

O抗原のO，H抗原のHは，今の教科書では固有の符号として用いられているようだが，昭和20年代の本[注1~3]には，OおよびHなる略語の由来が詳しく書かれてある。

この略語のルーツは，発疹チフスの血清診断法で有名なWeilとFelix時代からのものである。変形菌で鞭毛を有する菌と鞭毛を失った裸菌とでは，寒天培地上のコロリーの外観がちがう。Hauchbildungか Ohne Hauchbildungかの違いで，この頭文字をとってH型菌，O型菌と呼んだ。

その後になって両者は免疫学的に異なった抗原性を示すことが分かり，この点に重点がおかれて，鞭毛抗原をH抗原，菌体抗原をO抗原と呼ぶようになり，この習慣は今日まで引き継がれてきている。

かが　まこと
帯広市・加賀内科小児科医院

抗原構造による大腸菌の解析

大腸菌の抗原構造が，凝集反応で解析され始めたのは今世紀の半ばころと推定できたのは，1957年（昭32年）に発行された本[注4]の中に「Kauffmannが抗原構造による大腸菌の分類を試みている。しかし，研究が始まったばかりで‥‥」と書かれてあったからである。

これを手がかりにさらに調べてみると，1959年（昭34年）発行の本[注5]に，「1954年のKauffmannの腸内細菌科によると，大腸菌に126のO群が認められている」とある。この事からして，問題のO-157菌は少なくとも1953年の終わりまでには，確認されていなかったことが分かった。

O-157は1972年，ベロ毒素は1977年に

大腸菌O-157もベロ毒素もともに，米国で起きた集団食中毒事件（1982年）以前に別々に発見されている。大腸菌O-157は1972年，アルゼンチンで子牛の腸から分離されていた。一方のベロ毒素は，その5年後の1977年にカナダのコノワールチェックらによって報告されていた。

ベロ毒素発見のきっかけは，当時盛んに研究されていた「腸管毒素原性大腸菌[付1]」の出す毒素を調べていたときに，ある特定の大腸菌がある物質を出していることに気がついた

ところにある。

この物質は，毒素原性大腸菌の出すエンテロトキシンに感受性のある細胞にはまったく作用しないが，ベロ細胞(付2)に対して致死的に働くことから，「ベロ毒素」と名づけられた。

しかし，大腸菌O-157もベロ毒素も，研究者の間では知られていたのであろうが，一般の人に注目されることはなかった。

状況は急展開

大腸菌O-157が注目されたのは，1982年に起きた米国オレゴン州でのハンバーグ事件であろう。この時に下痢患者からO-157：H7という大腸菌が検出された。ヒトからO-157が検出されたのはこの時が最初である。さらに原因食と推定されたハンバーグの牛のひき肉からも同じ菌が検出されたので，牛からヒト社会への汚染が取りざたされた。

翌年の1983年になって新しい事実が相次いで報告された。大腸菌O-157：H7が，先にコノワールチェックらが報告したベロ毒素を産出すること。このベロ毒素が志賀毒素に似ていること。さらに従来から血液学の分野で注目されていた「溶血性尿毒症症候群」との因果関係が明らかになるに及んで，状況は急展開を遂げていった。

ベロ毒素は外毒素？

ベロ毒素は「細菌が死滅する時に放出される」と聞いて，果たして外毒素といえるかどうか疑問に思った。細菌が破壊されて出てくる毒素といえば，外毒素よりも内毒素としての特徴を備えていると感じたからである。

細菌の毒素には外毒素と内毒素の二つがあって，外毒素は主としてグラム陽性菌の出すもの。内毒素はグラム陰性菌特有なもの。という従来からの常識が下地にあったことも，一つの要因であったかも知れない。

グラム陰性菌でも志賀菌や百日咳菌が外毒素を出すことは，確かに昔の本の中にも書かれている。しかし，これからの外毒素は，外毒素の原型ともいうべきジフテリア毒素や破傷風毒素とは，種々の点で異なっているし，また，昭和・平成の時代に話題になったことはほとんどなかったのではないか。

そのようなわけで，ベロ毒素は外毒素であるといわれても，にわかにイメージとして浮かんでこなかったのが本音である。

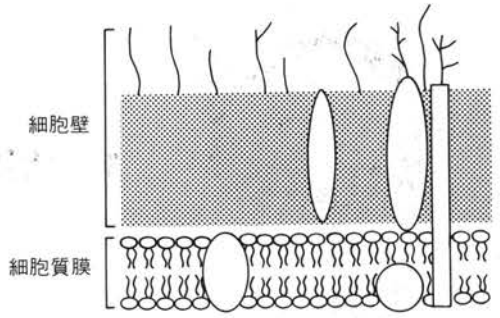


図1－A　グラム陽性菌

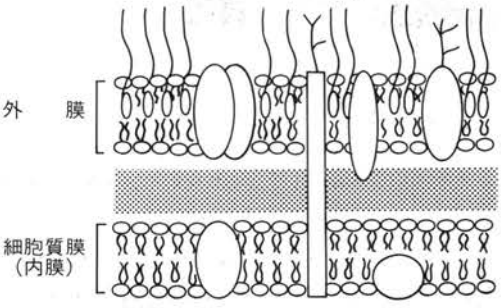


図1－B　グラム陰性菌

大腸菌は三層の膜

大腸菌O-157の出す毒素は，なぜ菌体外に出ないで菌体内に蓄えられるのか。これを解くカギは大腸菌の細胞膜の構造にある。大腸菌のようなグラム陰性菌では，陽性菌にはない「外膜」というもう1つの膜をもっている。これがポイントである。

細菌の構造は，まず細胞質（原形質）があって，その周りに薄くて柔らかい細胞質膜がある。さらに外側には細胞壁という硬い膜が

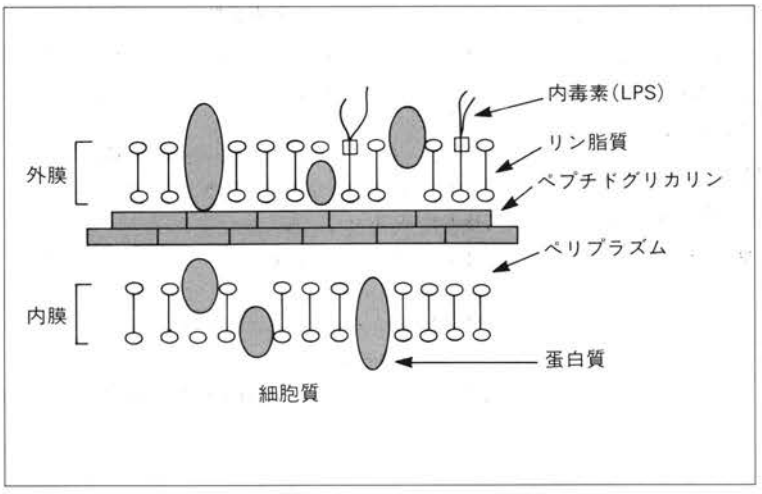


図２　グラム陰性桿菌の細胞構造

あって菌の形を保っている。

ところがグラム陰性菌では，さらに細胞壁の外側に「外膜」という膜がある。もともと大腸菌は三層の膜で覆われていて，菌体内で物質を生産しても外部に分泌しない構造になっている(注6)。

以上の説明を理解していただくために，**図1－A**としてグラム陽性菌を，**図1－B**としてグラム陰性菌を，それぞれの細胞膜の構造を図示してある。この図は「シンプル微生物学(注7)」からコピーしたものであるが，構造の違いを強調したいがために，構成成分の名はカットしてある。

ベロ毒素は内膜と外膜の空間

ベロ毒素の大半は外膜を通過できず，内膜と外膜の空間のペリプラズムに蓄えられる。(**図２**)(注8)。そして菌が死滅するか死にそうになると，初めて菌体外に放出される。蓄えられる割合はベロ毒素の型によって異なり，ＶＩの１型では99%，ＶＴの２型では50%以上といわれている。

外毒素とは，厳密には細胞質膜（内膜）外に分泌される毒素のことを指すらしい。したがって，ジフテリア菌や破傷風菌のように産出された毒素が完全に菌体外に出てしまう場合と，ベロ毒素のように，内膜は出たものの外膜を通過できずに，菌体内に蓄えられる場合の二通りがあることになる。

あとがき

今回の勉強を通して新しく知ったのはLPSと呼ばれる構造物である。グラム陰性菌の外膜に存在していて，図２で見るとヒゲのようにのびている部分がLPSに相当する。その最先端を構成する物質がO抗原である。

O抗原は，ちょうど化合物の分子の配列のように複雑な構造をしていて，糖の種類と配列によってさらに細かく分別される。Oの157というのも157番に確認されたO抗原を持つという意味になる。

一度覚えてしまえば頭のどこかの隅に残っていようが，知らないでいるといつまでも知らない。グラム陽性菌と陰性菌の構造上の違いなど，実に50年もの間知らないで過ごしてきた。惰眠をむさぼってきた頭に活をいれてくれたのは，O-157の出現のおかげと思っている。

〔付１〕　腸管毒素原性大腸菌

下痢原性大腸菌として三番目に発見された菌。主に開発途上国の乳児下痢の原因菌。成人でも旅行者下痢症の形で見られる。

この菌はコレラ毒素とそっくりの毒素を出す能力を持っている。しかし，実際は下痢症状は軽い。その理由は，この菌はコレラ毒素を活性化する酵素を持っていないから。

〔付２〕　ベロ細胞

ベロ細胞は1963年に千葉大学の安村先生に

よって作られた細胞で，正常なアフリカミドリザルの腎臓を継代培養したものである。

ウイルスの組織培養に適した細胞で，この特性を利用して細菌学領域でも用いられる。

緑を表わすVerdaと腎臓をさすRenoを合わせてVero（ヴェーロ）と名づけられた。世界語のエスペラントで真理という意味を持つという。

参考書物

（注1） 中村　豊：細菌学免疫学講本Ⅰ，Ⅱ第7版（昭22年発行）

（注2） 安東洪次：感染と免疫（昭28年発行）

（注3） R.J.デュボス：細菌細胞（1953年）

（注4） 臨床細菌学提要　丸善　（昭32年）

（注5） 細菌を扱う人のために　（昭34年）

（注6） 生命40億年はるかな旅Ⅰ　日本放送（1994年発行）

（注7） 東，小熊：シンプル微生物学　改訂2版（1995年）

（注8） 日本医事新報　No.3782号　98頁　ベロ毒素の作用

●あんな本・こんな本●　　浦田　久

たったひとつのオレンジ

フェルナンド・ナモーラ著
（彌永史郎訳）
彩流社　発行
定価 1,800円

私はモラエスによって，ナモーラを知った。本書はポルトガル文学叢書の一つで，原題は「一医人の人生記録」である。二部作よりなり，第一部より8編，第二部より7編を選んでいる。出版以来現在にいたるまでたびたび版を重ねているという（1983年現在，第一部は24版，第二部は14版）。

どうして「一医人の人生記録」が「たったひとつのオレンジ」という日本語訳の題になったかは知らない。訳者の巻末の解説をみても，このことに関しては触れていない。ただ想像するに，ナモーラが日本語版への序として「ポルトガル人は，かの謎の東洋の国々や人々を探索した最初のヨーロッパ人でした。こうした魅惑的な出会いのなかで，拙書が象徴的な足跡を残し，そして，同胞愛という果実を結ぶオレンジの樹の園で，読者がその実を摘まれるよう願ってやみません」と述べているし，第二部の最後編に「たったひとつのオレンジ」という短かい文があり，それに由来しているものと推測される。

著者ナモーラは大学の医学部を卒業し，医師となり，農村医から首都リスボンにある腫瘍研究所勤務となるが，のち専業作家として今日に至っている。ナモーラの作品は十数か国語の外国語に翻訳されており，現代ポルトガルの作家のうちでは国際的にも知名度の高い作家の一人である。本書はナモーラが医療を通じて得た体験にもとづいて書いたフィクションである。

4．やったぜ減量18kg
—8年間悩んだ頸腕症候群も完治—

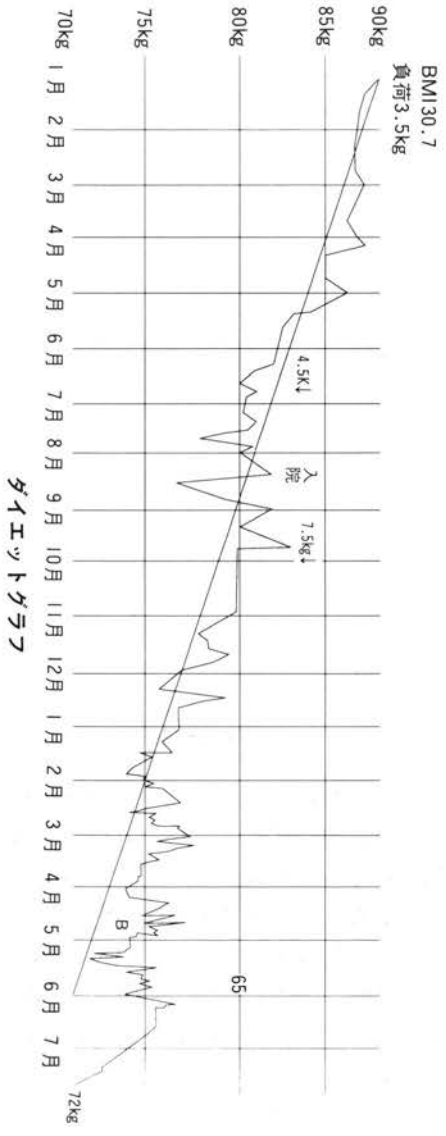
竹内雅夫

私は昨年1月4日『体重が90kg』になりました。今の言葉で表現するならば，『BMI』30.7と言う『肥満』になっていたのです。

ダイエットしなければ，しかし，具体的にいかなる手段で？となると，まず『食事と運動』ではなかろうか。

まず肉食をやめ，菜食主義に徹した。魚はトロや油身は避け，加工にも気を使い，一切『油』を使わず，飯150gm，おかずも毎回2品，野菜だけ。朝食はウーロン茶一杯，昼は普段は職員4名で近所の食堂で，出来合いの昼食をいただくが，店主も私の減量努力を心得ており，飯も皆の半分，おかずは『豆腐』『佃煮』ぐらい，晩飯は毎回一人でスーパーの『寿司』，カロリー表示されている約600Kcalを主食，さらに日本酒2合を寝酒かわりに飲む。1日総カロリーは1600Kcalを越えない範囲で毎日ワンパターンな食事生活をしています。

1月4日からは，両足首に各750gmの砂重りを縛り，ウエストポーチに2kgのダンベルを入れて，計3.5kgの負荷で，早朝2時間散歩を開始しました。以後1カ月1kgのダイエットは順調で，図のグラフのごとく，ダイエット直線に沿って，リバウンドを繰り返し，しかし，そのピークは緩やかではありますが，



たけうち　まさお
東京都・竹内医院

右下がりになっています。

8月になり，『安田病院』で手術（胆石）を受けたときは，5日で5.5kgもダイエットしましたが，リバウンドが激しく，3カ月努力は見事に粉砕されて愕然と致しました，諦めることなく，さらに7.5kgの負荷を掛け，散歩を続けます。3日で3kg減量成功，しかし，80kgの壁は厚く，40日間も継続，時期的には秋で天候は連日晴天，だが心は鈍天，10月末『職員旅行』で香港へ行き，暖かいウーロン茶が減量効果ありと知り，以来暖かいウーロン茶を一日2リットル飲みだしたら，図のように急速に減量しました。

その後1月・2月・3月と数日間は減量直線を下回っていますが，75kgの壁は相当に厚く，5カ月継続し，ついに目標の72kgに到達したのは，昨日の朝散歩から帰宅したときです。1年7カ月，1カ月1kgの減量は今年5月5日に負荷を9.5kgに着衣やカメラを合計すると，負荷は12kgにもなります。左手甲300gm，手首200gmの計500gmの負荷をかけたら，8年間痛みを堪えていた左頚腕症候群は3日で完治，思わぬところに『減量効果』が出現，驚いています。

今後は私の『BMI 21』＝64kgを目指してさらに努力を重ね，次回北海道例会では，64kgのスリムな体になりたいものです。

おおわらわ

〈おおわらわ〉（大童），つまり懸命になって立ち働く有様をいうこの言葉は，軍記物語などの合戦描写によく見られる。

○悪源太袴のそばとり，石切といふ太刀ぬいて大わらはになり……。（平治物語）

○八騎が中にとり籠められるれば，甲（かぶと）もうちおとされて，大わらはの姿と成て……。（謡曲『箙（えびら）』）

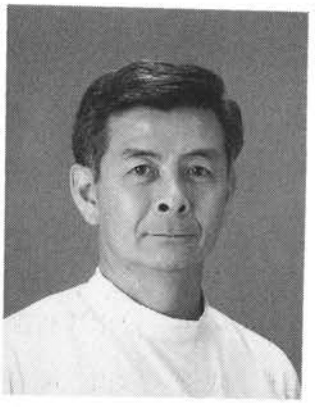
いずれも，一騎当千の武者の孤軍奮闘ぶりを示しているが，ただ右の〈大わらわ〉は，たんに必死の働きをいうのみでなく，具体的には，髪ふり乱しての勇戦をあらわしていた。兜（かぶと）（甲）をつけるさいには，髪を束ねたもとどり（髻）を解いておかなければならない。激戦ともなれば兜は落ち，髪もバラバラとなってしまうその姿を，大きな（童（わらわ）），つまり（大わらわ）と形容したのである。（阪下圭八著「ことばの散歩道」）

第379回「実地医家のための会」9月例会

救急医療

1．産婦人科における救急医療……林　茂一郎
2．小児の救急医療……田中　哲郎
3．私の行っている救急医療……木田　威俊・木田　順子
4．私の経験した救急の一症例……奈良　浩介
自由交見

日　時：平成9年9月14日（日）午後1時～5時
場　所：中央区立シニアセンター（東京都中央区佃1-11-1）
TEL03-3531-7813
司　会：竹内　雅夫
記　録：佐々木　明



1．産婦人科における救急医療

林　　茂一郎

救急医療を代表する病態のひとつに，突然襲う強い下腹部痛を主訴とする急性腹症があげられるが，産婦人科領域の救急疾患は，必ずしも急性腹症のみではない（**表1**）[1]。いくつか例をあげれば，頻回の嘔吐から，脱水を来し，全身衰弱が激しく，搬送されてきたところが，妊娠の自覚がなかったために，悪阻に対する対処がうまくいってなかったとか。いつもの月経より出血が多く，トイレから立てなくなったとの連絡の患者が，流産が開始していたり，子宮筋腫の筋腫分娩であったりで，たかが流産といっても，その出血量の多さに驚かされることもしばしばである（**表2，3**）。

しかし，この十数年の間に，産婦人科領域では，超音波診断装置の普及，妊娠診断薬の高感度化などにより，以前とは比較にならないほどの情報量を得ることが可能になってきた。

そこで，今回は，産婦人科領域における救急疾患のなかでも，時に産婦人科医ではなく，他科の医師の診断を受ける可能性の比較的高い，子宮外妊娠，卵巣出血，卵巣腫瘍茎捻転などの疾患の診断方法について述べる。

はやし　もいちろう
立正佼成会附属佼成病院産婦人科

問診

疼痛が強いときには，詳細は聞き取れないこともあるが，最終月経，月経周期，月経障害の有無，性交渉の有無，疼痛開始の時期，疼痛の状態（持続的か，断続的か），疼痛の位置，方向などは，どうしても聞き出しておくべきである。なかでも，最終月経と月経周期は，産婦人科の疾患を考える時に，多くの疾患に好発時期があることからも，診断の上で非常に役立つので，ぜひチェックしておきたい項目である。

1．子宮外妊娠

典型的な子宮外妊娠の症状は，無月経後の下腹部痛と，性器出血であることに変わりはないが，近年，高感度のhCG測定キットの開発（しかも，医家向けとほぼ同等の感度を有する妊娠反応キットの市販），経膣超音波検査，腹腔鏡検査などの普及から，診断，治療の面で大きく変化しつつある。

診断面では，以前のようにショック状態に陥るほどの腹腔内出血を来す前に，すなわち，卵管流産や卵管破裂などに至らぬ前に診断可能になり，その結果，開腹手術にしても，腹腔鏡下の手術にしても卵管を温存することが可能になってきた。

表1　急性腹症の分類

1．手術の対象とならない内科的疾患
　1）腹部疾患
　　排卵痛，胃腸炎，尿路結石，後腹膜出血，リウマチ性腹膜炎，腹部アレルギー発作，腸管膜リンパ腺炎
　2）胸部疾患
　　胸膜炎，肺炎
　3）循環器疾患
　　心筋梗塞，急性心嚢炎，脊髄労性クリーゼ
　4）その他
　　糖尿病クリーゼ，急性ポルフィリン症，尿毒症，腎盂炎，急性鉛中毒，Henoch-Schönlein 紫斑病，急性副腎不全，ヒステリー
2．緊急手術を要するもの
　1）臓器の破裂・穿孔
　　汎発性腹膜炎：胃・十二指腸潰瘍穿孔，胃癌穿孔，小腸・大腸穿孔，虫垂穿孔，尿管・膀胱破裂
　　腹腔内大量出血：卵管妊娠破裂，腹部大動脈瘤破裂，脾・肝・膵・腎破裂
　2）臓器の血行障害
　　絞扼性イレウス，急性腸管血管閉塞症，大動脈分岐部の栓塞症，卵巣嚢腫茎捻転，大網・脾・胆嚢・腎腫瘍・憩室などの軸捻転
　3）臓器の炎症のうちの重症例
　　急性虫垂炎，急性胆嚢炎，急性憩室炎，急性膵炎
3．症状によっては手術を必要とするもの
　　臓器の破裂・穿孔による限局性腹膜炎，または腹腔内出血（少量）
　　臓器の炎症のうちの軽症例
　　単純性イレウス

（四方，石田ほか：救急治療の実際；急性腹症．治療，61：93－98，1979）

1）診断

無月経後の下腹部痛と，性器出血を訴える患者に対しまず行うのは，超音波検査と尿中hCGの定性反応であろう。

①高感度尿中hCG測定キット

我々の日常診療において入手可能な測定キットは**表4**のごとくで，尿中hCG濃度の25～50 IU/*l*を定性法ではあるが1～3分程度で判定してくれるようになっている。

また，一般家庭用でも50 IU/*l*という感度を有した判定キットが売り出されている（**表5**）[2]。

尿中hCGが25～50 IU/*l*を越えるのは排卵後14～16日目で，以後は2日ごとに倍に急上昇する。

尿中hCG値が200 IU/*l*を越えると，経膣超音波検査で胎嚢が確認可能となり，1,000 IU/*l*を越えると経腹超音波検査でも胎嚢を確認可能となるので，1,000～2,000 IU/*l*以上で，子宮内に胎嚢を認められないなら子宮外妊娠か完全流産を考える[3]。

表2　産科救急疾患の分類

流産
子宮外妊娠（中絶）
胞状奇胎
早産
前置胎盤
常位胎盤早期剝離
子宮破裂
子宮内反症
弛緩性出血

②内診所見

表 3　婦人科救急疾患の分類

I．細菌感染症と関係しないもの
1）卵巣腫瘍の茎捻転：類皮嚢胞腫（最多），線維腫
2）子宮外妊娠中絶
3）子宮内膜症：重症月経困難症，卵巣チョコレート嚢腫の破裂
4）卵巣出血
II．細菌感染症と関係するもの
1）女性内性器感染症
a．子宮内膜筋層炎，卵管炎，骨盤腹膜炎
b．卵管溜嚢腫（破裂），ダグラス窩腫瘍，子宮溜膿腫
（c．妊娠中の虫垂炎）
2）ショックや DIC を併発
a．外毒素：黄色ブドウ球菌，ウエルシュ菌
b．内毒素：グラム陰性菌
III．子宮出血と関係するもの
1）過長ないし過多月経
a．卵巣機能不全
b．ITP
2）その他
a．子宮内膜異常病変：子宮内膜増殖症，子宮内膜癌
b．進行期子宮頸癌
IV．その他
1）卵巣過剰刺激症候群

（玉舎，産婦人科治療；Vol.66 No.5　642～646）

ダグラス窩の圧痛と膨隆，ダグラス窩穿刺により，非凝固性の血液を吸引する。

③超音波検査

現在は，経膣超音波検査が主体となっている。本法では，妊娠 4 ～ 5 週にかけて高輝度エコー（White ring）に囲まれた胎嚢を確認することが出来る。子宮外妊娠であれば，子宮内の胎嚢は欠如する。また，卵管流産や卵管破裂の状態で，腹腔内に出血が始まっていれば，ダグラス窩に echo free space（EFC）として血液の貯留を認めることが出来る。

しかし，未破裂の症例では，子宮外に卵黄嚢を含む胎嚢や，胎児心拍を確認できる症例を除きその診断には苦慮することが多い。

④腹腔鏡検査

腹腔鏡による検査では，直接病巣を確認できる。さらに最近では，そのまま腹腔鏡下手術により，患部を切除したり，保存的処置のために，患部に抗癌剤などの注入を行う症例もふえてきている。

2）治療

全身状態の把握を行っている間に，まず血管確保を行う。留置針は，輸液のスピード，輸血の可能性も考えると，18G にて確保すべきであろう。

腹腔内出血が確認され，貧血も認められれば，ただちに緊急開腹手術の適応となる。

一方，未破裂で，安定した状態であれば，緊急時の対処をしつつ，保存的経過観察（hCG 値が1,000 IU/*l* 以下の場合），薬物療法（MTX，Actinomycin-D など）[4]，外科的治療（開腹，または腹腔鏡下手術）などにより卵管を温存する。

ただし，患部の切除を行った症例では問題ないが，保存的処置を行った症例では，絨毛組織が完全に除去されていなかったり，薬物

表 4　現在市販されている医家向き妊娠診断薬　　(1995年 9 月 1 日現在)

キット名	取扱社名	原理 方法	感度 IU/l	反応 時間
HCG「ロシュ」スライドテスト	日本ロシュ	LAIR（P）	2,000	2 分
ゴナビス	持田	HAIR（P）	1,000	2 時間
UCG タイトレーション・セット	杏林	HAIR（M）	1,000	2 時間
プレグノスチコンオール・イン1000M	三共	HAIR（M）	1,000	2 時間
HCG ハイテストワコー	和光純薬	HAR	1,000	2 時間
HCG スライドテストワコー	和光純薬	LAR（P）	1,000	30分
ゲステートスライド '栄研'	田辺	LAR（P）	1,000	3 分
ゴナビスライド	持田	LAR（P）	1,000	3 分
LA-hCG '栄研'	田辺	LAR	200	5 分
LX 試薬 '栄研' hCG	田辺	LAR	200	5 分
ハイプレックス	富士製薬	SPIA（M）	200	2 分
新ゴナビスライド	持田	LAR（M）	200	2 分
ツインクロン hCG '栄研'	田辺	LAR（M）	200	2 分
レッドプラノ	三共	LAR（M）	200	2 分
テストパックプラス	ダイナボット	EIA（M）	50	5 分
クリアビュー HCG	富士製薬	EIA（M）	50	5 分
オーラテック hCG	三共	SPIA（M）	50	4 分
ゴナカード HCG	持田	CICA（M）	50	3 分
HCG クイックチェッカー	ミズホメディー	CICA（M）	50	3 分
ゴナクローム50	持田	EIA（M）	50	3 分
シュアーステップ hCG	日研化学	金コロイド(M)	50	3 分
セロテスト50	帝国臓器	LAR（M）	50	1 分
ゴールドサイン HCG ワンステップ	森永乳業	金コロイド(M)	25	5 分
G チェック FT	ニプロ	金コロイド(M)	25	2 分
ペントレスクリーン hCG	医学生物学研究所	EIA（M）	20	6 分
ハイゴナビス	持田	RPHA（P）	5	2 時間
HCG ハイテストワコー	和光純薬	RPHA（P）	5	2 時間
ハイツインクロン hCG '栄研'	田辺	LAR（M）	1	2 時間

LAIR：ラッテクス凝集阻止反応，HAIR：赤血球凝集阻止反応，HAR：赤血球凝集反応，
LAR：ラッテクス凝集反応，金コロイド：金コロイド免疫測定法，SPIA：金ゾル粒子免疫測定法，
EIA：酵素免疫測定法，RPHA：逆受身赤血球凝集反応
P：ポリクローナル抗体，M：モノクローナル抗体　　(産婦人科の実際：Vol.44.No.11.1995)

の効果が不十分であったりした場合には，絨毛残存症となる可能性もあり，再度の薬物使用となる症例もあることを考慮し，救急疾患だからといっても，時間の許すかぎり，事前に十分な説明，事後の予測（IC）がなされるべきである。

2．卵巣出血

卵巣出血は，腹腔内出血が卵巣に起因する場合の診断名であり，腹腔内出血以外には特徴的な検査所見がないが，その原因は**表 6** のごとく，多岐にわたっており，その原疾患の診断には苦慮することが多いようである。

1）診断

腹腔内出血の診断には，超音波検査，中でも経膣式の超音波検査が有用で，卵巣などに器質的変化を認めず，ダグラス窩や子宮周囲に echo free space を認めるか，凝血の貯留による high echoic な不定形像が認められる。貯留液の確認には，ダグラス窩穿刺が有用で

表5　現在市販されている一般向き妊娠検査薬

キット名	取扱社名	原理 方法	感度 IU/l	反応 時間
ルーテスト	ロート製薬	金コロイド	50	1分
ハートサインHCG「ニュータイプ」	エスエス製薬	金コロイド	50	1分
ワンヘルシー・HCG	日邦薬品工業	金コロイド	50	1分
ユリニック	湧永製薬	金コロイド	50	3分
マイチェッカー	ゼリア製薬	金コロイド	50	3分
チェックワン	アラクス	金コロイド	50	3分
サンモアチェッカー	三宝製薬	金コロイド	50	3分
ファーストチェックL	日本製薬	金コロイド	50	3分
プレディクターペン	ライオン	SPIA	50	3分
アン・ドウ・トロワS	久光製薬	EIA	50	3分
クリアブルーワンステップ	オムロン	EIA	50	3分
ホームテスターHCG	大正製薬	EIA	50	5分
ファクトプラス	明治乳業	イムノクロマト	50	5分

金コロイド：金コロイド免疫測定法，SPIA：金ゾル粒子免疫測定法，EIA：酵素免疫測定法，イムノクロマト：イムノクロマトグラフィー

（産婦人科の実際：Vol.44.No.11.1995）

あるが，未婚若年婦人には困難なことがある。

子宮外妊娠との鑑別は，最近の低単位の妊娠診断薬を用いることにより容易となった。先天性凝固因子欠損症の診断は，緊急時には結果が出るまで，時間がないことがあるので，出血時間，凝固時間などで代用することも必要である[5]。

急性虫垂炎や大腸憩室炎などの炎症性疾患との鑑別は，炎症性変化が強くなると，腹腔内に炎症性浸出液の貯留を認める場合があり，超音波検査上からの鑑別は困難となるが，炎症性疾患の方が比較的痛みの範囲が限局しており，白血球増多，CRP陽性などの検査所見が得られることが多く，それに比して，卵巣出血の場合には白血球増多が少ないようである。

腹部の単純X-P検査は，ショック状態がないかぎりなるべく立位で撮影することが好ましく，消化管穿孔の鑑別において，大切な検査になることがある。

2）治療

問診および必要な検査を行いつつ全身状態を把握し，腹腔内出血がわかった時点では，まず血管確保を行うべきである。

出血のスピードは，子宮外妊娠ほど緊急性はない場合が多く，軽症例では，ダグラス窩穿刺にて腹腔内の血液を吸引しただけで腹痛が軽減してしまう場合がある。痛みがとれてしまえば，貧血の推移に注意しながら，経膣式超音波検査があれば，しばらく後に再度腹腔内の状態を観察し，それ以上の変化がなければ全身状態の落ち着きを待って外来観察かいなかを決定する。

ショック状態ではないが，痛みがとれないような場合には，入院の上，経過観察を行う。この場合，症状の悪化を考え，しばらくの間は禁飲食とし，緊急手術も考慮し，輸液を十分に行い。緊急時に出来なかった術前検査などを行う。

腹腔内の出血量が多く，貧血を来すほどであれば開腹手術を行う。必要であれば事前に輸血の承諾を得ておくことも必要である。開腹するか，腹腔鏡下に処置をするかは，全身状態と施設の状態にもよるが，いずれの場合

表6　卵巣出血の原因として考えられる要因

1．主として外因性と思われるもの
1）外傷性：腹部への直接外力が加わったもの
交通事故，性交後，内診後，体外受精時の採卵後など
2）非外傷性：腹腔内の病変，炎症や子宮内膜症などによる癒着
抗凝固剤の投与（血栓予防，透析など）
2．主として内因性と思われるもの（卵巣自体の易出血性）
1）出血傾向：ITP（血小板減少症），無力症，白血病，凝固因子の欠乏（血友病）
DIC，肝硬変など
2）血管病変：結節性多発動脈炎
3．特発性：（卵巣の周期性変化以外に誘因がないもの）
卵胞出血（排卵期），黄体出血，妊娠黄体からの出血，出血性卵巣嚢腫

でも，患側の附属器切除を必要とすることはまずなく，卵巣楔状切除術か卵巣部分切除術または電気メスやレーザーメスによる止血で納まることが多い。

3．卵巣腫瘍茎捻転

卵巣腫瘍はあらゆる年代に見られる疾患であるが，ある程度まで増大しないと症状が出ることはなく，急性腹症で受診し，偶然発見されることもしばしばである。卵巣腫瘍の茎捻転は卵巣の腫大により卵巣固有索，卵巣堤索が進展し，体位変換などが原因となって靭帯の捻転を起こす結果，血行障害を併発し，突然の下腹部痛と，悪心・嘔吐などをともなう急性腹症で，その卵巣腫瘍は良性腫瘍，悪性腫瘍のいずれでも起こりうるために，その診断および治療には迅速かつ的確な処置を要する。

1）頻度

卵巣腫瘍の約10%に起こると考えられている。また，組織型別頻度を見ると，皮様嚢腫が多く，茎捻転を起こした卵巣腫瘍は良性腫瘍が多く，悪性腫瘍は少ないといわれている[6]。また，妊娠中に発生することが多く，妊娠中の急性腹症としても重要な疾患である。

2）診断

問診，全身状態，内診，血液検査，画像診断などから総合的に判断するが，捻転を起こしている卵巣腫瘍の良性か悪性かの鑑別が重要であり，状態が落ち着いていて，時間と設備があれば術前の検査を出来るかぎり十分に行うことが必要である。

内診では，骨盤内に有痛性腫瘤を触れ，腫瘍の茎部に強い痛みを訴える。

腫瘍の確認には，超音波検査，中でも経膣超音波検査は有用で，腫瘍の大きさ，内部エコーの状態，乳頭状に発育した部位の有無，壁の厚さ，状態を検索する。

症状が強く，診断が困難な場合には，腹腔鏡検査を行い確定診断を行う。

3）治療

症状が軽く，大きさが7 cm以下で，画像診断上悪性所見が認められない場合は保存的経過観察でもよい[7]。症状が軽快しても画像診断上悪性が疑われる場合や，腫瘍径7 cmを越える大きさの時には開腹手術となる。

開腹時には，腫瘍の良性，悪性の診断，妊孕性温存の可能性の判断が重要であり，腹水細胞診を必ず行い，時間的に可能であれば腫瘍の一部を迅速組織検査で診断し，悪性であればStagingと卵巣癌根治術を行う。良性であれば，卵巣腫瘍核出術，または患側の卵巣切除術などを行い，極力，妊孕性の温存に努める。

まとめ

以上，産婦人科における救急疾患のなかで，比較的他科の分野でも最初の診察を受けやすい疾患として，子宮外妊娠，卵巣出血，卵巣腫瘍茎捻転の3疾患について，それぞれの対処について述べた。以前のように子宮外妊娠で腹腔内が血だらけという症例には遭わなくなったが，その分，早期であれば早期であるほど，症状に特徴がなく診断に苦慮することも多くなってきている。その反面，早期に処置が出来るようになったため，機能温存処置も可能になり，そのための利点，欠点も出始めており，救急疾患だからとは言っても，事前に十分な説明とその処置に対する理解を得ることが必要になってきている。

文　献

1）四方淳一，他：救急治療の実際；急性腹症．治療．**61**：93～98．1979．
2）高橋　通，他：尿による妊娠の診断．産婦人科の実際，**44**：1624～1633，1995．
3）Fossum GT，et al.：Early detection of pregnancy with trnsvaginal urtrasound．Fertil Steril，**49**：788，1988．
4）望月　修，他：子宮外妊娠の診断と治療－最近の進歩－．日産婦誌，**45**：71～73，1993．
5）石原　理，他：卵巣出血．産婦人科治療，**66**：660～662，1993．
6）Sommerville，et al.：Ovarian neoplasmas and risk of adnexal torsion．Am．J．Obstet．& Gnecol．，577～578，1991．
7）寺島　芳輝：婦人科悪性腫瘍の早期発見に関する Up to date－卵巣腫瘍．日産婦誌，**40**：N-12～15，1988．

井上井月

花に客しらで碁をうつ一間かな

井月は知人や土地の人の情けで生活している身分。伊那富村の長久寺を訪れたが，居留守をつかわれた。ハハン。彼には直ぐピンとくるものがある。しかし，さりげなく去る。居間では主人と客がパチン，パチン。碁石の音さえする。そこで一句が浮かぶ。「碁をうつ一間かな」と揶揄する。屋内の一室に閉じ籠り，花のさやしさ，客の心をも知らぬ熱中ぶりよ。自然も人間も，ホレ，こんなに愉しく豊かなのにと。狭い世界で勝負を競う気持ちが理解できぬ。

森閑とした庭前（にわまえ）の花の美しさ。

井月は自らを客と称するユーモアも持ち合わせていた。

（大星光史著「漂泊詩人」）

2．小児の救急医療
—特に心肺蘇生を中心に—

田　中　哲　郎

はじめに

心肺蘇生法(cardiopulmonary resuscitation)は，意識障害，呼吸停止，心停止，もしくはこれに近い状態に陥ったとき，呼吸，循環を補助し、救命するための処置をいう。

現在のような蘇生のABC,すなわち気道確保，人工呼吸，心マッサージを組み合わせる心肺蘇生法の歴史はさほど古くはなく，1961年，Peter Safar[1]により提唱され30年を経たに過ぎない。

心肺脳蘇生を成功させるためには，心肺停止発生現場での心肺蘇生が重要とされ，蘇生率を高めるため一般人への普及が行われるようになっている。

なぜ，実地医家が心肺蘇生法について，今考えてみる必要があるかは，①救急救命士の誕生，②運転免許教科中への心肺蘇生法の導入，③高校の保健体育教科に心肺蘇生法教育の導入など，社会的な変化があげられる。

我々医師は心肺蘇生法の知識や技術について，万が一にも一般人より劣っていてはならず，この際もう一度心肺蘇生法について考えてみる必要があると思われる。

たなか　てつろう
国立公衆衛生院母子保健学部部長

1．小児の心肺蘇生の特殊性

心肺蘇生は，他の処置などと大きく異なる。心停止により脳血流が数分間停止すると，不可逆的な脳障害をもたらすことより，発見または搬入され次第，緊急に処置を行わなければならない。他の疾患の治療では，治療法を成書で確認したり，他の医師に尋ねる時間的余裕があるが，これと異なり心肺停止の際には直ちに行える知識および技術の習得が必要である。また，小児では心肺停止の原因として，心停止が一次的な原因であることは少なく，呼吸停止に引き続き心肺停止となることが多い[2]。このため，成人に比べ気道確保や人工呼吸を行うことにより蘇生に成功，回復する可能性が高い[3]。

2．実地医家の心肺蘇生

1）過去5年以内に小児に対する心肺蘇生経験の有無

日本小児科学会員で診療所勤務医では過去5年以内に心肺蘇生の経験のあるものは216名中33名：(15.3%)，ないものが183名(84.7%)であり，経験のないものが圧倒的に多かった。

2）蘇生器具の準備状況

診療所勤務者210名中，酸素の準備175名(83.3%)，マスクバック158名（75.2%)，喉

頭鏡，チューブ70名（33.3%），吸引器141名（67.1%），救急薬品173名（82.4%）で，必ずしも十分とはいえなかった。

3．小児の心肺蘇生の際の問題点

心肺蘇生の基本になる文献は，American Heart Asscociationのガイドラインが中心になっており，最も新しいものは，1992年のJAMA[2]に掲載されたものである。

わが国においては，日本医師会監修，救急蘇生法の指針（1990年）[5]および1993年に発表された「一般市民のために」[6]がある。

蘇生法の実際については紙面の関係で全てを述べられないが，心肺蘇生のABC順に2～3の問題点や最近のトピックスについて述べることとする。

（i）気道確保

最近の気道確保の方法としては，頭部後屈顎先（頤部）挙上法が望ましいとされている。以前よく行われていた頭部後屈だけでは，舌根が十分に挙上されず気管の開放が不十分であることと，頸椎（髄）損傷の際に悪化をまねくことがあるとされている。

（ii）人工呼吸

マスクとバックにより，大部分の患児の人工換気は可能であり，蘇生開始時には，はじめから挿管を試みず十分にマスクとバックで換気し，少し落ち着いた時点で挿管することが望ましい。

表1　年齢による心マッサージ

	圧迫部位	圧迫の程度	回数
乳児	左右の乳頭を結んだ線より1横指下を2～3本の指で圧迫	1.3～2.5cm	100回/分以上
幼児	胸骨の下縁より2横指上で片手で圧迫	2.5～3.8cm	100回/分
8歳以上	成人と同様	3.8～5.0cm	80～100回/分

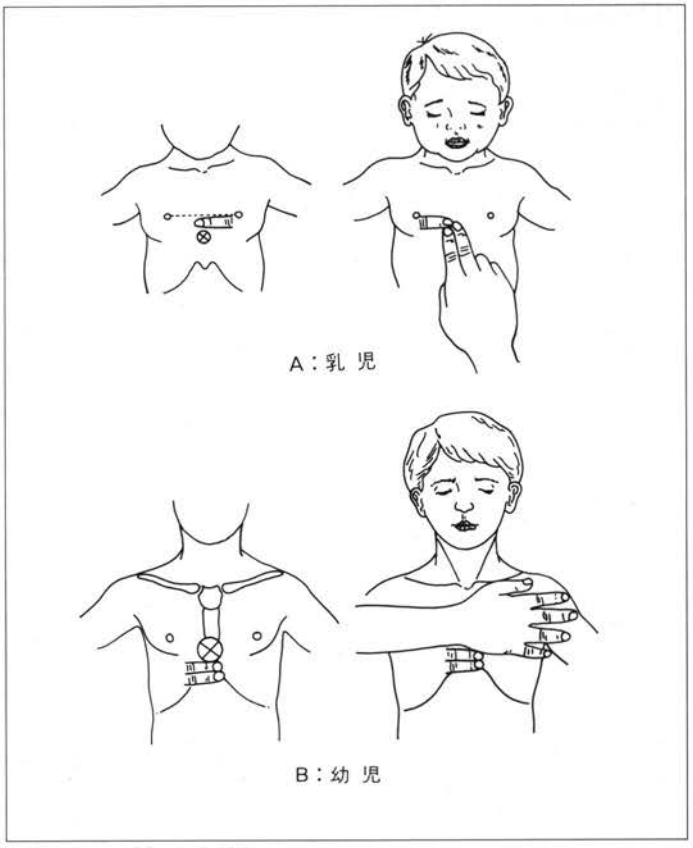


図1　心マッサージの部位

マスクによる換気の場合，身体の大きさにあったマスクを用意しておくことが大切である。また，バックはSeft-inflating型のアンビューバックとSeft-inflating型でない麻酔用のジャクソンリースのTピースが使われる。

アンビューバックは酸素供給のない場所にても，外気を利用して送気できる利点がある

表2　主な蘇生薬剤と投与量

薬品名			投与方法	薬用量	投与量（ml）
エピネフリン ボスミン注 1 mg/ml (1,000倍液)	徐脈時		静脈・骨髄	0.01mg/kg (10,000倍液)	10倍に薄めたボスミン　0.1ml/kg
			気管内	0.1mg/kg (1,000倍液)	ボスミンの原液　0.1ml/kg
	心停止	初回量	静脈・骨髄内	0.01mg/kg (10,000倍液)	10倍に薄めたボスミン　0.1ml/kg
			気管内	0.1mg/kg (1,000倍液)	ボスミンの原液　0.1ml/kg
		2回目	静脈・骨髄・気管	0.1mg/kg (1,000倍液)	ボスミンの原液　0.1ml/kg
		3回目	静脈・骨髄・気管	0.2mg/kg (1,000倍液)	ボスミンの原液　0.2ml/kg
硫酸アトロピン 0.5mg/ml			静脈・骨髄	0.02mg/kg	5倍に薄めた液　0.2ml/kg (=0.1mg/ml)
リドカイン (キシロカイン2%= 5ml=20mg/ml)			静脈.・骨髄	1mg/kg	2%キシロカイン　0.05ml/kg
重炭酸ナトリウム メイロン（7%）			静脈・骨髄	1mEq/kg	メイロン　1 ml/kg
塩酸カルシウム （2%）			静脈・骨髄	20mg/kg	2%塩化カルシウム　1 ml/kg
ブドウ糖（20%） （50%）			静脈・骨髄		20%　2ml/kg 50%　1ml/kg

ものの，リザーバーバックを使用しないと高濃度の酸素での換気ができない。10l の酸素を投与しても，リザーバーバックがないと，患児への酸素濃度は30～80%とされている[8]。また，バックのゴムが硬いので患児の肺のコンプライアンスがわかりにくい欠点がある。

ジャクソンリースのTピースは患児に100%酸素を投与できる利点があるものの，バックに酸素が入り過ぎないようにするなど術者は多少のトレーニングを必要とする。

挿管による呼吸管理は最も確実な方法であるが，挿管に手間取り時間がかかる場合は，いったん中止し，マスクとバックで十分換気を行い再度挿管を試みるべきである。

チューブのサイズは患児の小指の太さや，年齢/4＋4などの決め手があるが，我々のところでは年齢より最適と思われるものを決め，その前後2本を用意している[9]。

経口挿管後適切な長さになるように前もって余分な部分のチューブを切り，コネクターをチューブの根元までしっかり入れ固定しておく。さらに経口挿管時適切な気管内の深さになるようにチューブに前もって印をつけておき，切歯の位置に印の部分をあわせ固定することにより，慌てていても挿管が深すぎ，片肺挿管にならないように工夫しておくとよい[10]。

また，挿管後は必ず聴診し，左右両肺が換気されていることをチェックし，少し落ち着いた時点でレントゲン撮影によりチューブの

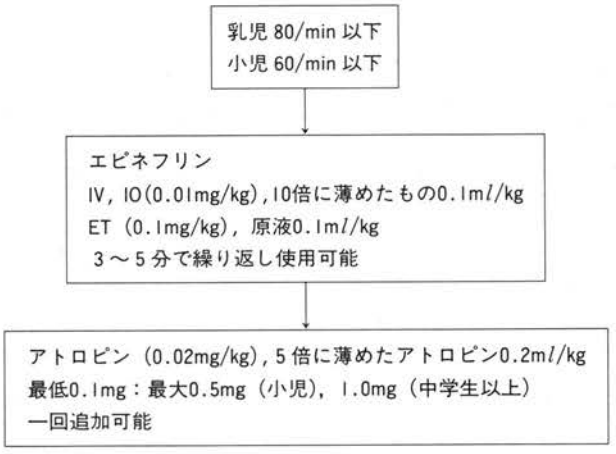


図2　徐脈時の治療法

位置を確認する。

非侵襲的なパルスオキシメーターは動脈血の酸素飽和度を測定でき有用である。

(iii) 心臓マッサージ

心マッサージの際には，患児の背中に板を入れるなど硬く平坦な所で実施する。

マッサージの圧迫部分は，乳児では両乳頭を結んだ線より1横指下の中央部を術者の第2，第3指で上から直角に1～2.5cmくらい沈む強さで圧迫する。(**表1，図1**)。

幼児では，胸骨の下縁より2横指上を片手で2.5～3.5cm沈む強さで圧迫する。

8歳以上は成人と同じとされている。

(iv) 薬剤投与

成人では，中心静脈よりの薬剤投与が末梢静脈に比べ効果発現が早いことや，早期に高血中濃度を得ることができ勧められているが，子どもでは，この点に関して，あまり差がないとされている[3]。中心静脈は大腿静脈が最も安全とされている。

薬剤の投与ルートは，静脈以外にも骨髄内や気管内ルートがあり，静脈ルートが容易にとれない場合に使用される。気管内ルートは脂溶性の高い薬剤エピネクリン，アトロピン，リドカインの投与が可能である。脂溶性の低い重炭酸ナトリウム，カルシウムは投与できない。投与量についてはまだ完全には確立されていないが，気管内投与では静注で投与した場合に比べ10%の血中濃度とされ[11,12]，JAMAでは10倍量を投与するプロトコールが作られている[3] (**表2**)。

蘇生開始時の輸液は一般にショックや心停止による循環血液量を補うために，リンガー液，生理食塩水，アルブミン，プラズマ，新

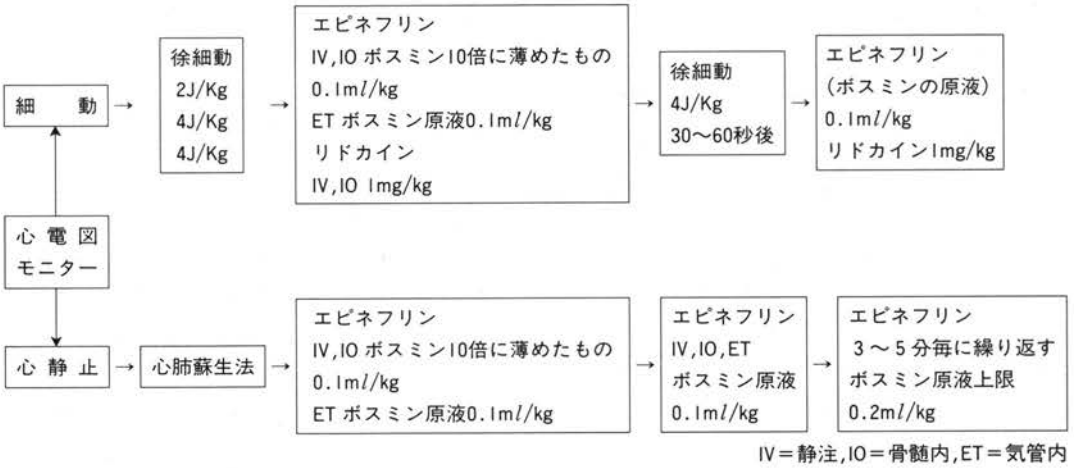


図3　心停止または脈が触れない時の方法

鮮凍結血漿（FEP）が使用される。

エピネフリンは，α-βアドレナリン作効薬で蘇生時に最も重要である。

徐脈の際の投与量は0.01mg/kg（静脈）～0.1mg/kg（気管内）とされ，アシドーシス，低酸素血症の際にはカテコールアミンの効果は弱いので，換気，酸素投与などにて改善をすることが必要である（**図2**）。

心停止の場合，初回量は0.01mg/kgとされ，これにて回復しない場合は3～5分毎に繰り返し使用することができ，2回目の投与量は0.1mg/kg，3回目には0.2mg/kgに増量した方がより効果的とされる（**図3**）。

カルシウムは心筋の収縮力を増すとされていたが，最近の研究では，心肺蘇生時に蘇生率の著しい改善がないなどの理由で使用されなくなっている。

重炭酸ナトリウムは心停止による代謝性のアシドーシス改善のために，以前はよく使用されていたが，効果が少ないことと，副作用の報告が出されるようになり，以前より使用されなくなっているが，使用する際には使い過ぎによる高Na血症，高浸透圧血症にならないように注意が必要である。

初回量は1mgEq/kgとされ，新生児には2倍に薄めて使用する。

おわりに

小児救急の中で心肺蘇生法は重要な位置を占めており，最近の問題点について触れた。社会全般が一般人への心肺蘇生法の普及につとめており，実地医家が心肺蘇生法についての知識や技術を高めるのはもちろん，子どもや保護者，子どもを扱う人々に対して応急手当の指導を行うべきである。

乳幼児死亡の約3分の1を占める事故に対しても防止の啓発・教育を積極的に進めるべきである。

文　献

1）Safar P, Brown TC, Holtey WH, et al.：Ventilation and circulation with closed chest cardiac massage in man. J Amer Med Assoc；**176**：574-577, 1961.

2）American Heart Association. Guide-line for cardiopulmonary recuscitation and emergency cardiac care JAMA；**268**：2171-2295, 1992.

3）Lewis JK, Minter MG, Eshelman SJ, et al.：Outcome of pediatric resuscitation. Ann Emerg Med；**12**：297-299, 1983.

4）田中哲郎：小児救急における心肺蘇生法，小児科学会雑誌，**98**：1975-1978, 1994.

5）救急蘇生法の指針，監修日本医師会．東京：へるす出版，1990.

6）救急蘇生法の指針――一般市民のために，へるす出版，1994.

7）Finer NN, Barrington KJ, Al-Fadley F, et al.：Limitations of selfinflating resuscitators. Pediatrics **77**：417-420, 1986.

8）田中哲郎，三川　宏，宮坂勝之：一側無気肺を呈する先天性心疾患，臨床呼吸生理；**11**：117-125, 1979.

9）Ralston SH, Tacker WA, Showen L, et al.：Endotracheal versus intravenous epinephrine with CPR in dogs. Ann Emerg Med. **14**：1044-1048, 1985.

10）Quinton DN, O'Byrne G, Aitkenhead AR.：Comparison of endotracheal and peripheral venous intravenous adrenaline in cardiac arrest：is the endotracheal route reliable？ Lancet. **1**：828-829, 1978.

3．私の行っている救急医療

木田威俊，木田順子

私は学生時代より，すぐ役に立つ医師になりたい，自分の能力の範囲内で，病める人がそれを望むならば，どんどんやってゆこうと思っていました。そのためには1つの分野にとどまることなく，広く浅く医学を学び，技術を身につけ，さらに世間一般のことにも目を向け知識を広めてゆこうと思ってきました。そのためか，老境に入った今かえり見ると，まるで何でも屋のような医者になってしまいました。

私は昭和26年に若干24歳で木田医院を自宅で開き，昭和28年に結婚，2人とも医師で，力を合わせて昭和58年までやってきました。そこで，昭和59年に念願の病棟を新築し23床のミニ病院にしました。昭和50年代になるともはや戦後でなく，世の中も安定し，豊かさを人々がエンジョイ出来るようになりました。しかし，医療の分野では何かが不足している，また，何か変な方へ動いているように感じ，いろいろ考えた末，身近な医療，プライマリ・ケア医療が人々より遠ざかりつつあることに気付きました。そこでミニ病院の診療の中心に救急医療を取り上げることにしました。ところが，厚生省が打ち出した地域医療計画がらみでミニ病院は将来的にも存続が不可能なことに気付きました。しかし，どうしても身近な医療を続けたいので，やむなく僅か4カ月間で木田病院を閉じ，昭和60年，19床の有床診療所・木田医院に生れ変わりました。同時に救急医療を告示し，県・市より救急指定をもらいました。

木田医院の立地は金沢市のほぼ中央の小立野台地の東の辺りの崖の上にあります。交通の便が悪く，周りには学校が5つ，寺院が4つあり，住宅は疎（まばら）で，夜は静かですが，女の一人歩きには向かない環境です。周囲の人口は金沢市の後背地の山間部を含めて約2万人くらいです。近くの医療機関は，金沢大学病院，国立金沢病院，私立の大病院が存在し，開業医院も22カ所もあり，まさに医療機関過密地域です。これまで5カ所あった有床診療所は次々と閉鎖，または無床化し，木田医院を残すのみとなりました。また，3カ所あった外科医院，病院も消滅し，2カ所あった産婦人科も閉鎖しました。その中で唯一，木田医院が内科，外科，産婦人科，小児科を標榜する有床診療所で，救急医療をかかげて地域医療の砦を死守しております。

今時（いまどき）ベッドを確保し救急態勢を維持してゆくことは大変な赤字を覚悟しなければなりません。もちろん木田医院も例外でなく，大変苦しい経済状況にあります。でも地域においてプライマリ・ケア医療を実践するには救急医療を捨てては意味がなく，一大決意のもと

きだ　たけとし，きだ　じゅんこ
金沢市・木田医院

に学生時代からの思いを貫いております。経済的に苦しい中でどうしたら救急部門を維持してゆけるかを考えた末，一つの方策が浮かびました。それは救急医療を特別なものと考えない意識革命から始まりました。日常診療と救急診療とを分けることなく，救急医療のベースに日常診療を乗せて運営すれば良いのです。一体化することにより，人的，物的，場所的，時間的なロスが排除され，効率よく動くようになりました。

救急指定の基準として一応，救急入口，救急室，救急ベッドを設けなければなりませんが，救急入口は入院入口の隣に設け，中に入りますと同じホールになります。救急室では外科的処置，小手術(局麻の範囲)，整形外科処置，(観血手術は行いません)，リハビリ，イメージ診断，血液検査，循環器検査，点滴，O_2吸入，蘇生処置，呼吸管理等が救急，日常の外来，入院の別なく行われます。

救急ベッドは4床確保することになっていますが，空いていれば適当に一般患者に利用しています。ファジーにアクティブに施設を利用することにより重複をさけ，無駄を排除することが出来ます。

昼間救急患者が搬入されると，受付係からナース，補助ナース，事務員すべてそこにいる職員を一斉に動員して，直ちにそれぞれの役割に応じて対応します。最初の15分間くらいは外来診療は一時ストップです。状況が把握されれば必要な人員を救急室に残し元の仕事にもどります。夜間は主として私と副院長の2人の医師が協力して対応しますが，人手が足りない時は病室の当直を短時間使います。処置がすみ入院となれば病室当直の構いとなります。すなわち，最少の人員で最大の効果を挙げているのです。私ども2人の医師は職住一体で，院内に居室と寝室を持っていますので，いわゆる常時当直です。日常診療では副院長が主として一般外来診療を外来第2診療室で行い，私（院長）は超音波断層検査，X線検査，内視鏡検査，その他特殊検査を行います。もちろん特別にむつかしいか，2人で診た方が良い患者さんは私も診ますが，手術，外科処置は私が，産婦人科の診療は副院長がやります。木田医院には事務長がおりませんので，院長自から院内をかけずり廻って雑用をこなしております。

2人で外出(30分以上)，旅行等の場合は消防本部へ電話を入れ，何時から何時まで救急を休止する旨を通知します。また，金沢市内より外へ出る時は携帯電話によるオンコール態勢を設定して旅行等に出かけます。多少出入りの時は面倒でも，馴れればあまり苦痛には感じません。救急告示だからと言って強くしばられることなく，わりと行動は自由です。

では当院の設備をご説明します。

救急入口，病棟入口のすぐ隣にあり，中に入りますと同じホールになり，日常的に入院患者，その家族等が出入りしています。ただ1つ不便なことは，病棟の床面が道路よりも1.2mも高く，そのために4段の石段があることです。そのために救急隊員がストレッチャーを搬入するのに難儀しておられます。改造してリフトを設けたいのですが，少なくても300万円以上かかるとのことで現在思案しております。

ストレッチャーは宝製作所製の天板ゴムの移動型のものを使用しています。このストレッチャーを救急入口に常駐し，入口のホール(病棟入口と共同）で乗せ変えます。

救急室：ベッド6床室の広さがあります。救急入口ホールのすぐ左側にあり，入ってすぐ前が外科用処置兼ストレッチャー兼X線撮影台，その左が内科用ベッド，さらに左が超音波断層検査用ベッド，さらにその左奥がリハビリ用牽引ベッドです。入って左側の壁面に沿って移動型X線撮影装置，フィルム観察用シャーカステン，IMX微量分析装置，ビジ

ョン血清自動分析装置，自動血球計算器，検査流しと続いております。入口の右側の壁面は処置用流し，洗浄用シャワーカランがついております。温水も出ます。流しに続いてステンレス製の台および棚があり，いろいろと材料が格納されております。最後に，入口より向かって正面の壁面（北　側）には右より聴力検査機，呼吸機能計，カウンターショック機，モニター機器（HR，EKG，呼吸，PO_2），ホルター型心電計解析用コンピューターが配置されております。なお，室の中心まで伸びる小型無影灯，O_2吸引，笑気ガス（現在使用しておりません），供給アームが壁面より伸びております。入って右側の棚には救急用の外科セット，材料セット，薬品セット，O_2セットが格納されております。右から2番目の内科用ベッドでは，日常的EKGの測定，ホルターEKG，モニターの装着が行われます。

X線TV室：島津製コンデンサー式140KV自動露出，カセットレスリングスタンド透視台，救急室には院内移動型，東芝製，40mA，120KVがありますが，最近は良い写真をとるためにもX線TV室で撮影することが多くなりました。

当院では1次～1次半の救急患者が主として搬入されます。時として3次の患者がまぎれて搬入されることがありますので，十分注意する必要があります。

個々の症例については，時間と紙面の関係で割愛させていただきます。

これからの医療は行政の締め付けが強くなり，慢性病を主とした外来医療中心の診療所では運営が困難になってゆくと思われます。

昨年，名古屋でのプライマイ・ケア学会の，プライマリ・ケア研究会の席上，これからの診療所は規制のゆるやかな2～4床のベッドを持ち，検査入院，救急医療の部分を強化してゆくべきではなかろうかと提案しました。今日もまた同じ気持ちで同じ提案をさせていただきます。

今日の話をまとめさせていただくと，

1）救急医療を特別扱いしないで，日常的な医療の一部として実践すれば良い。

2）人，物，場，時のロスを排除するような基本プランをあらかじめ用意し，医師も職員も一体となって，その線に沿って常々トレーニングし，日常のこととして馴れるように心掛ける。

3）日常的に救急をベースにした態勢下では日常診療のなかに軽い緊張が常々あり，仕事のミスが減少する。

4）救急患者は外来からばかりでなく，自院のかかり付け患者の急変にも十分対処出来る。

5）地域の医療は地域住民の生活と深くかかわっている以上，出来る限り職住一体が良く，夜間当直を必要とせず，経済的にも良く，また，地域住民の信頼も厚くなる。

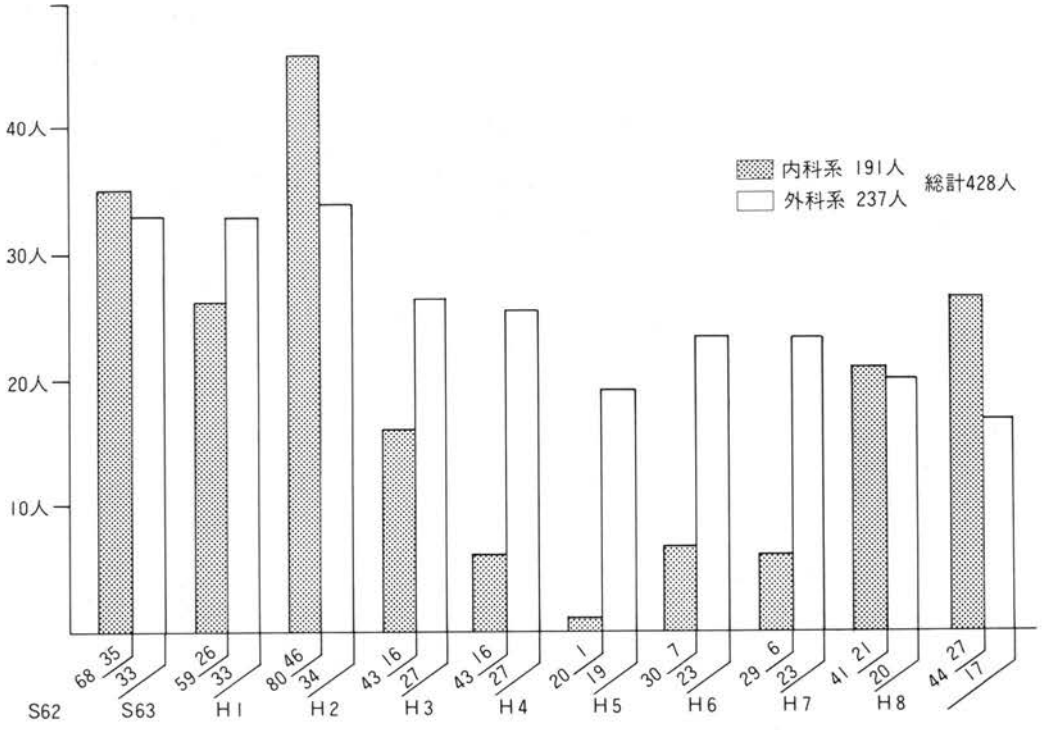
6）可能な限り救急告示をした方が運営上有利です。

7）診療所の新築，改築の時には救急医療を念頭に置いて計画を立てると効率的な運営が可能となる。

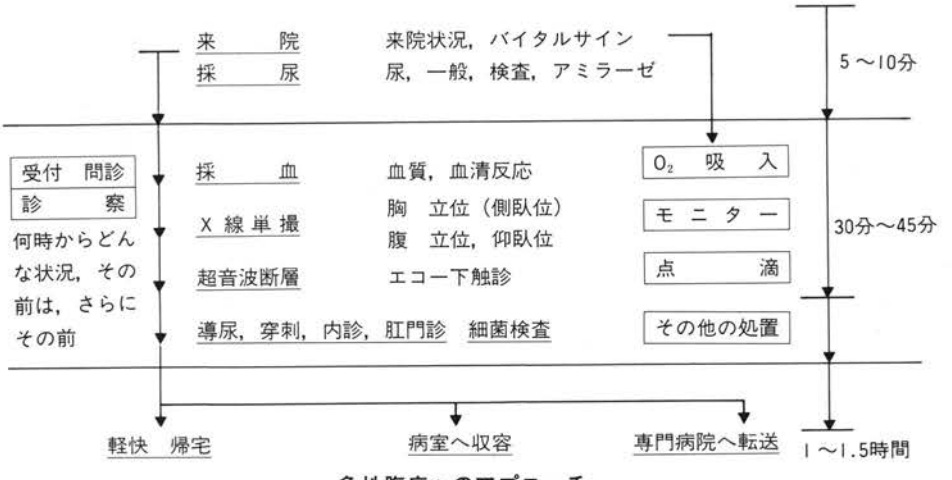
8）2次転送の病院をあらかじめ決め，人的なつながりを常々心掛けて，急場に間に合うようにしないと，重傷者の紹介に困ることがある。オープンベッド，またはオープン病院の登録医になっていると大変都合がよい。

9）あらかじめ急患別の対応の仕方を表記して，医師および職員全体をそれに従ってトレーニングしておくと円滑に運ぶ。その一例として急性腹症へのアプローチを表記したものを別表にあげます。

また，当院における最近10年間の救急車搬入状況を表記しましたので，ご参考にして下さい。



最近10年間の救急車搬入状況（昭和62年～平成8年）



急性腹症へのアプローチ

4．私の経験した救急の一症例
—防水スプレー中毒による急性肺水腫の一例—

奈良浩介

〔**症例**〕57歳，女性。

病歴：○年△月，10時頃より自宅の8畳の部屋を完全に密閉した状態で，新しく購入したソファーベッドに市販の防水スプレーを一缶すべてを噴霧し椅子に座っていたところ，約2時間後より呼吸苦が始まり，また嘔吐も起こるようになった。至急，近医を受診，胸部レントゲン上スリガラス状陰影を認め，動脈血液ガスにて PaO_2 48.1 torr と著しい低酸素血症を認めたため，当日，J医科大学救急部に転送となった。

入院時現症：身長155cm，体重41kg，意識清明，体温37.8℃，血圧140/70mmHg，脈拍102/分，呼吸数34回/分，両側下肺野に fine crackle を聴取した。

入院時検査所見：赤血球数459万，Hb15.1 g/d*l*，Ht46.1%，白血球数15,200で好中球が増加，血小板24.1万，その他，血液生化学では異常所見を認めず，CRP も0.6と陰性であった。胸部レントゲン上，両肺野にびまん性のスリガラス状陰影を認め，胸部CT上では両側肺野に間質陰影の増強と気管支壁の肥厚を認めた（**写真1**）。

入院後経過：入院時理学所見，検査所見，画像所見より急性肺水腫ならびに間質性肺炎が疑われたため，50%ベンチュリーマスクによる酸素投与とメチルプレドニゾロンを1 g／日の容量でステロイドパルス療法3日間を開始した。入院翌日には解熱し，動脈血液ガスが上記条件で151.6 torr と低酸素血症も著しい改善を認めた。画像所見もほぼ正常所見を呈し（**写真2**）。第3病日目には動脈血液ガス所見が室内大気で PaO_2 75 torr となり，酸素投与も中止となった。その後，院内の呼吸器内科に転科となり，1ヵ月後には退院となった。なお，呼吸器内科で発症数日後に経気管支肺生検を施行したところでは，肺胞隔に軽度のリンパ球浸潤を認め，alveolitis の所見が得られた。約20病日目の呼吸機能検査では% VC137.9%，FEV1.0%，72.1と拘束性ならびに閉塞性の障害は認められなかった。退院後は何らの後遺症も残さず通常の生活をおくっている。

防水スプレーとはスキーウエアーや傘などの防水を目的として用いられる。主成分はフッソ樹脂などの撥水剤とトリクロロエタン，ヘプタンなどの溶剤ならびに噴射剤としてのプロパンなどから成る。噴射され衣類などに付着するとフッソ樹脂などの撥水成分が撥水効果を表わし防水効果を示すと考えられている。防水スプレーを狭い空間などで噴霧することによって，その成分を吸入することによって中毒症状を起こす。本症例の防水スプレーは420m*l* 中，成分として，フッソ樹脂3

なら　こうすけ
自治医科大学救急医学教室

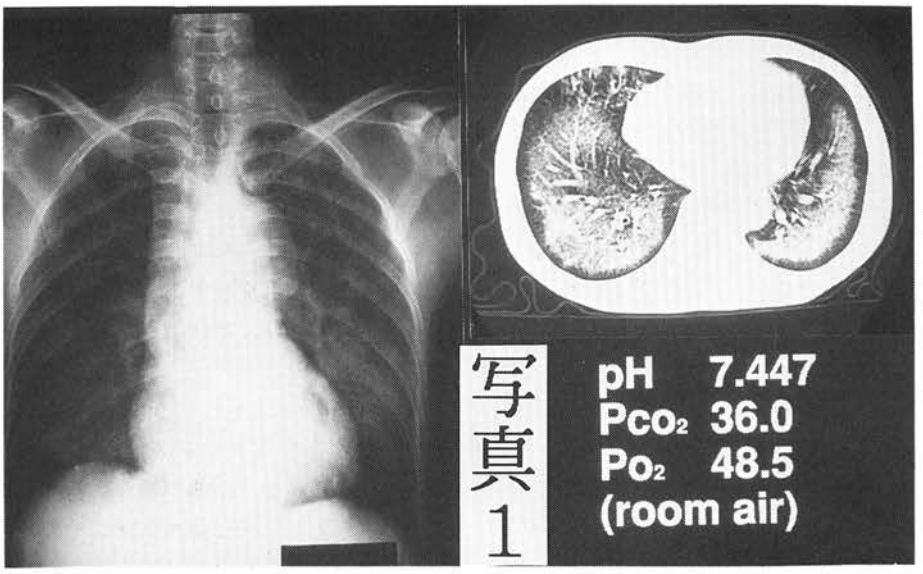


写真 1

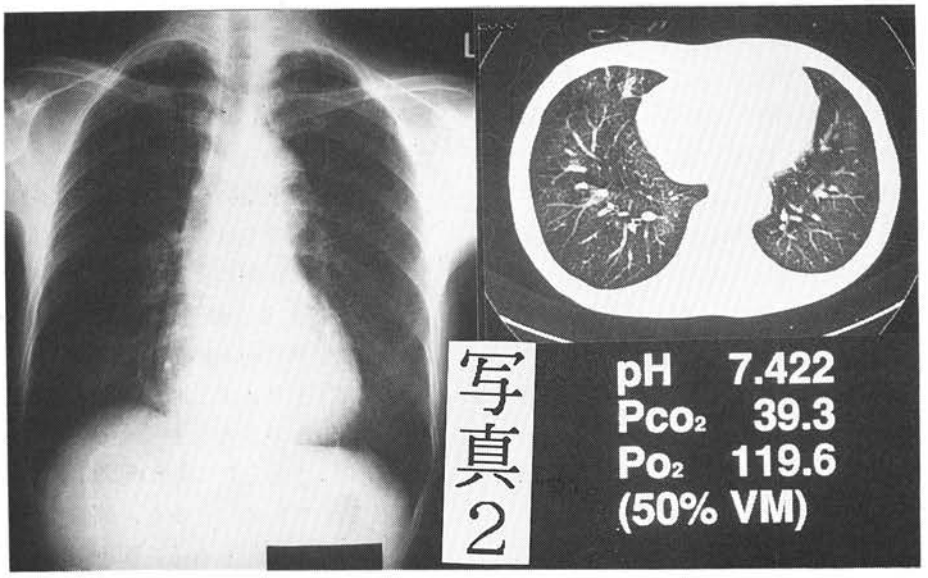


写真 2

%，1－1－1トリクロロエタン80%，LPG，CO_2を含有していた。今回の症例の使用スプレーの溶剤としての1－1－1トリクロロエタンは，1995年に国際的に全廃された。また，防水スプレーについては，1994年に厚生省から，1）噴霧粒子経は10μm以下は0.6%以下，2）噴霧距離10cmでの5分後の付着率は20%以上という通達が出されている。

現在，国内で販売されている種類は約20種類で，溶剤はそれぞれ異なるが，フッソ樹脂が共通している。年間，約150件の中毒事故の報告がある。日本中毒情報センターの報告で

は，過去に1993年から1994年にかけて中毒事故のピークがあったとしている。この時に事故報告された防水スプレーは溶剤はそれぞれ異なっていたが，フッソ樹脂が共通していたと報告されている。

歴史的には西ドイツで1979年から1983年の間に防水スプレーを使用後，咳，呼吸困難などの症状を呈した症例が200件発生したのを初めとし，アメリカでは，1981年から1982年にかけてサンフランシスコで防水スプレー使用後に同様な症状を呈した9症例の報告がある。

中毒機序として，以前は溶剤の占める割合が多いことから，溶剤の吸入が主たる原因と考えられていたが，咳，呼吸困難などの呼吸器を標的とする症状は溶剤の麻酔作用では説明できないことと，マウスを用いた動物実験で防水スプレー中毒症状と同様な症状を起こさせることが証明されたことにより，撥水剤が主たる原因と考えられている。撥水剤であるフッソ樹脂の吸入毒性は古くからポリマーヒューム熱として知られている。したがって，撥水剤であるフッソ樹脂により，びまん性の肺胞虚脱を生じ，換気血流のミスマッチが起こるために低酸素血症を引き起こすと考えられている。また，溶剤による麻酔作用により軽度の意識障害を引き起こすと考えられている。

体内における代謝は成分中の有機溶剤，噴射剤は吸入後ほとんど気道からそのまま排出される。しかし，撥水剤であるフッソ樹脂は肺胞に入ると付着し，容易には排出されない。また，スプレーされた粒子の大きさにより吸入されやすさが影響されることがわかっている。さらに，フッソ樹脂は熱に反応し，500～600℃でフッ化水素が発生するため非常に危険性が高い。中毒症状ではスプレーを200～500m*l*使用したケースが多いが，100m*l*以下の使用例でも発症例がある。中毒症状として，使用後まもなく深呼吸ができなくなり，呼吸困難，咳が止まらなくなる。寒気，発熱が起こるというのが典型的な臨床症状である。症状出現までの時間は，1時間以内が84%，3時間以内が95%で，最長6時間以内である。呼吸器症状としての咳，呼吸困難，胸痛，低酸素血症，中枢神経症状として頭痛，意識低下のほか循環器症状である頻脈，消化器症状として嘔気嘔吐，咽頭刺激症状などが主な臨床症状である。

その他の所見として発熱，白血球増多，CRP上昇，胸部レントゲン異常所見（スリガラス状陰影）などが典型的な所見である。

診断方法としては防水スプレーの使用歴と臨床経過から診断可能である。

また，重症度は胸部X線，動脈血ガス分析，白血球数，CRP値で判断する。

基本的治療としては低酸素血症に対する対症療法，酸素投与，症状が激しい場合には人工呼吸器を使用しCPAP，PEEPも必要に応じて使用する。

また，二次感染防止のため抗生物質の投与，去たん剤，気管支拡張剤の投与も有効である。また，今回の症例のようなステロイド剤の投与も有効である。最近，普及されつつあるmask CPAP，nasal CPAP（BiPAP）などは患者に負担を与えず，非常に効果的な酸素化が得られると考えられる。

一般的な予後として約80%の者が2週間以内に完治している。しかし，間質性肺炎を合併し死亡した報告もある。国内では平成6年に最初の死亡例が報告されている。なお，現在まで事故のあった主な製品はメーカーにより回収されており，市場にでまわっていないが，現在も市場に出回っている製品でも使用方法によっては中毒症状を起こす可能性は十分ありえる。

中毒予防のための指針として，狭い部屋などで密閉した状態では噴霧しない。使用時に

は窓を開放するなどの換気を十分にした状態で使用することが大切である。防水スプレーを直接噴霧する人以外に同室内に居合わせる人も暴露されうる。事故発生状況では，自宅室内，宿泊先室内，自動車内が多く，屋外での事故報告は現在のところ一件もない。中毒患者の年齢層は全体として20歳台が最も多く，スキーに出かける前に自宅室内や宿泊先室内，自動車内で使用した例が多く報告されている。

いずれにせよ，防水スプレー中毒事故の患者を診たら，出来るだけすみやかに新鮮な空気を呼吸できる場所に移し，場合によっては酸素投与をすみやかにおこなうことによってかなりの症例が軽症ですむことが可能である。

俳句

俳句に対しては，気負った考えはまったくありませんでした。俳句のため生きるなどという考えもさらさらなかったのです。第一，俳句をそれほど重い表現手段とは考えていませんでした。私にとって俳句とは，家族との対話や自分の信念，あるいは自分の理想と同じ役割をするものです。つまり緩衝剤です。生きていく中で，衝撃をゆるめる緩衝剤の役目をしていました。もちろん，これは今振り返ってみてそう思うのですが，結果として，そのような役目を果たしていたのが，私にとっての俳句でした。事実，俳句は私にとって内面のカタルシスの場と言ってもいいものです。浄化，つまり吐き出しの役目です。自分の中にたまった鬱屈のかなりの部分を俳句を書くことで吐き出していたのです。

（金子兜太著「二度生きる」）

自　由　交　見

林　茂一郎先生への質問

Q：試験管ベビーの症例はありますか？

A：当院ではありません。

Q：頸癌の初期にラジウム針は使っているか？

A：使っていない。

Q：LHとHCGとの交叉反応はないのか？

A：低レベルのHCGが一般の人が使えるようになったのは，モノクロナール抗体になって，その交叉反応がなくなったからであろう。

Q：受精から着床までは数日と思われるが，50単位と言うのは，どの時期か？

A：50単位とは受精して着床するかしないかのところである。尿中でHCGを検出出来ても，妊卵は存在は確認出来ない。

Q：外妊のときのHCGは何単位ぐらいか？

A：HCGは正常妊娠のほうが高く出て，外妊のほうが低く出る。何単位以下なら外妊とは決められない。

Q：外妊の着床部位の場所による頻度は？

A：卵管膨大部が一番多く，以後，采部，間質部，卵管，腹膜の順で昔と変わりない。

Q：卵巣出血が卵巣妊娠の場合の診断法は？

A：卵巣出血の原因が卵巣着床かどうかは，一般的にはホワイトリングが見えない，卵胞の壁が薄い，その周りに卵胞と同じものが，二つも三つも見えるなどと言われているが，実際には開腹所見，あるいは腹腔鏡をしてみないと分からない。現実には，腹腔内出血との診断で開腹し，後で妊娠部位の診断を追加する。それでどこどこの外妊といえる。

奈良　浩介先生への質問

Q：防水スプレーは屋外ですべきか？

A：窓を開けた屋内と，屋外では防水スプレーの暴露濃度に差はないとのデータがあります。

Q：マスクをしてやるべきか？

A：マスクにスプレーは付着するので，マスクをした方が良いでしょう。

Q：皮膚に対する毒性は？

A：皮膚に付いても洗い流せば落ちます。慢性に使用した時には，可能性としては肺水腫，間質性肺炎の可能性はある。

木田　威俊先生への質問

Q：木田先生の救急医療に対する情熱は何から出てくるのですか？

A：妻がいなかったら死んでいたでしょう。万年当直で不規則が自分のリズムになっているのでしょう。

Q：中毒情報センターとは？

A：筑波と大阪にあり，会員になれば情報が得られる。

研究と臨床

無床個人診療所の待合室俳句

三鷹市　川久保　亮

無床診療所の患者待合室の壁面に**図1**に示すようなホワイトボードを掲げて，患者さんから三ないし五句を頂戴して，一週間掲示した。この試みは評判がよく，昭和62年3月1日から現在まで満10年間続いている。

初めは患者さんとコミュニケーション作りと思って始めたのである。

ところが，始めてから1年目の昭和63年3月23日の読売新聞の多摩版に，医院の俳句コーナー大人気として記事（**図2**）に取り上げられた。このように取り上げられたからといっても，別に患者さんが増えるわけではない。ただ，こうなると，やめるわけにはいかない。とうとう満10年間となった。

この間，**図3**にあるように，平成4年5月，カナダ・バンクーバーのWONCA：国際家庭医学会に世界の健康戦略として俳句は医師患者関係の交流に役立つかというテーマ[3,4]で重本先生の翻訳されたCOOPチャートを用い，生きがいと俳句ということについて，このホワイトボードを用いて調査した結果を発

医院の俳句コーナー 大人気

満一年、掲載は順番待ち

院長の趣味、ヒット

武蔵野版

図2

図1

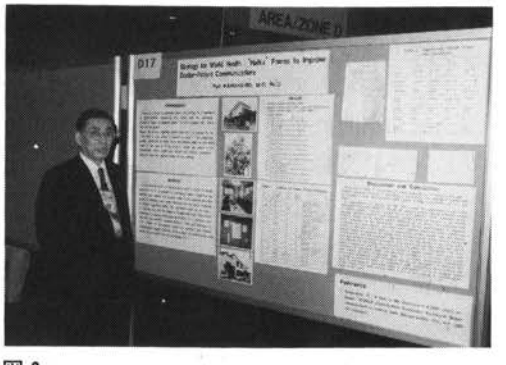


図3

自平成八年三月一日
至平成九年二月二十八日

句座

花海棠第十集

東京都三鷹市上連雀六丁目
二十九―十一
川久保医院
待合室

図 4

終りに

今年も第十集をお贈りすることが出来ました。
句を寄せて下さった方に厚くお礼を申し上げます。
また、お友達やご親族にまでご協力を頂いたことに感激しています。いろいろな地域から変わった句を頂けると嬉しいなと大それたことを考えています。
俳句は詩です。一番短い詩です。大体三句から五句頂けると白板一枚に掲載出来ます。
今年も沢山の句を頂けることを楽しみにしています。
恒例により院長の句をお目に掛けます。

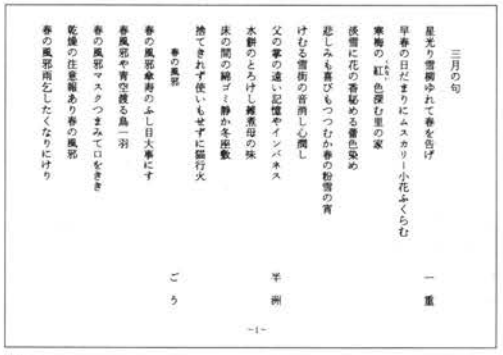
藤豆腐は忘れる話し聞いている　亮

敬白

平成九年四月吉日

川久保医院　院長
川久保　亮

図 6



三月の句

星光り雪綿ゆれて春を告げ
早春の日だまりにムスカリー小花ふくらむ
寒梅の紅色深む里の家
夜雪に花の香秘める優色染め
悲しみも喜びもつつむか春の粉雪の宵
けむる雪街の音消し心潤し
父の家の遠い記憶やインバネス　半洲
水餅のとろけし雑煮母の味
床の間の絵ゴミ静かか冬座敷
捨てきれず使いもせずに節行火　ごう
春の風邪
春の風邪傘寿の上に日大事にす
春風邪や青空親る鳥一羽
春の風邪マスクつまみて口をきき
乾燥の注意報あり春の風邪
春の風邪雨乞したくなりにけり

―1―

図 5

表した。その内容は，高齢者の社会的活動性を増し，ウエル・ビーイングの感覚と，医師との連帯と感情の共感を覚えるという結論にした。

今年は待合室俳句を毎年句集として発行してから10年目になる。**図 4** の句集が10冊目の記念号である。10年間を振り返ってみると，男性は延べ44名，541句，女性は延べ78名，1,067句，計1,674句を収集することが出来た。

方法：**図 5**，**6** のような体裁で，毎年編集して，来院する患者の希望者に配布している。

過去10年間に予後の判明している患者の男女二例の最高齢者の句を紹介する。また，俳句により異常な心理状況にあることを発見した二例の句を紹介する。

成績：

第 1 例：辰，画家，男性。

病名：胃切除術後後遺症，高血圧，冠動脈硬化症，前立腺肥大，骨粗鬆症。

91歳から94歳までの句

寝酒ひゆ吉野はわびし雪模様
木蓮の白きに拝むあしたかな
うまず女の乳房や白き花八つ手
大寒や雀のいきも凍りつつ

95歳から97歳までの句

はぐれ鳥ひたすらに追う夕明り
妻の背の衰えわびし花八つ手
戻り梅雨人目も草も枯れんとす

98歳から死亡 1 ヵ月前まで

野もはるか名のなき花のしげりたる
ひとり臥の枕にわびし村時雨
われ行かな星くづになり弥陀浄土
果てしらぬ虚空の旅ゆ思うだに

以上の句の最後は死亡 2 ヵ月前であった。この句のとき，奥様は肺炎で入院していた。妻は退院後，夫の最後の 3 ヵ月を看病していた。死因は肺炎。

第 2 例：成，無職，女性。

病名：高血圧，胆石症，不整脈。

80歳から87歳まで

白椿錆しは老いの姿かと
春の雪幼友達土佐言葉
夏衣たまさか眉をかくことあり
痩身の足踏みしめる春嵐

第 3 例：勉，会社役員。46歳。

病名：アルコール嗜癖。

心院春香に見ゆる嵐山

以後来院しない。精神病院入院。

第4例：孝子，無職。

病名：脳動脈硬化症，高血圧，変形性脊椎症，胃炎。

73歳から75歳まで

音の無き蛍は光りシンホニー

人生は甘くないぞえからたちの

転生の願いを込めて曼珠沙華

この後来院しない。

第5例：園子，保母。61歳。

病名：上気道炎。

昨年夏同居の父親が死亡。昨年の正月を思い出して。

元旦や父のおむつをとりかえて

祝箸持つこと出来ぬ老のぼけ

考察

俳句を学校教育で無理に作らせられた時代は昭和25年ごろまでのようである。少年少女のころ訓練を受けた人たちは青年期に俳句を休んでも，高齢になっても読者の心情に訴える句を作るようである。

松尾芭蕉は『俳諧は老後の楽しみなり』と述べた[1]。ある年齢に達すると，自己の心象風景を他人に知らせたいと思う人もいるようである。

この方法の利点の1つは，提供された俳句を鑑賞することにより患者の心象風景を医師が端的に汲み取ることができることにある。

また，第2の利点は，句を中心として，患者とコミュニケーションを取ることができることである。外来のコミュニケーション技法の一つとなるだろう。

なお，第3の利点は，患者が楽しみながら医師と会話できること，および，診療に親しみをもつことが出来る点にある。

また，第4の利点として，患者が句をつくることによって，生きがいを見出して，治療に専念することができることである。

なお，精神療法に俳句・連句療法を採り入れた徳田・飯森・浅野ら編著の俳句・連句療法（創元社から平成2年発行）[2]の著書を最近発見した。また，精神科領域に日本芸術療法学会があることをその著書で知った。

まだ，この他に，自分の作詩や作歌や書画や川柳を待合室に展示している医師を知っているが，患者さんの作品を待合室に展示した事例は寡聞にして知らない。30年ほど前，私の待合室に近くの子供の絵画教室の絵を貼らせたことがあったが，午後になると，待合室の窓から覗く者や，入っていいと断って入る子や，友達を連れて来る子がいたり，応対に目を回したが，絵画教室が引っ越したので，しばらくは静穏であった。俳句は1週間に一人3～5句であるので，待合室は静かである。

なかには，自分の友達や先輩の句を持参するものがいる。句集は無料であるので，10部ほど持っていく人もいる。人気のあることは良いことだと思っている。

また，偶然のことだが，今年の2月の実地医家のための会で，渡辺淳先生がYOU ARE OKAY，I AM OKAYと題された講演の末尾に，患者さんの価値観，生活信条，個人的背景を良く知ることの必要性を強調された。

私のこの方法が先生の言われることの一つの道具として用いられることではないかと密かに考えている。

結論

待合室のホワイトボードによる俳句発表が，患者・医師の意思疎通のツールとして用いられ，病歴採取の手掛かり，患者自身のQOLを増進することなど診療の手段として有用であることを紹介した。

謝辞

演説後，渡辺淳先生から懇篤なる教示を賜った。記して感謝の意を表します。

参考文献

1）松尾芭蕉：花実集．俳句名言集，R企画，1988．
2）飯森眞喜雄・浅野欣也編：俳句・連句療法，創元社，大阪，1990，2．
3）R.Kawakubo：Strategy for world health：“Haiku” poems to improve doctor-patient communications：oral presentation at WONCA(Bancoover，CANADA) May，1992．
4）川久保　亮：医院待合室の俳句：游星（東京）第8巻，第1号，p102～104，1994，6．

（なお，本論文の要旨は第20回日本プライマリ・ケア学会に発表した。）

おしし組

おしし組（小便組）とは，「小便組　近世，大金を受け取って妾となり，適当な時期にわざと寝小便をしていやがらせ，ひまをとる一種の詐欺行為。また，その女」（広辞苑第四版）と，現代の辞書に説明までされるような悪質な稼業をした女たちが存在したのである。

ここで三両かしこで五両取って垂れ

解約されるたびに，この程度の金をもらったが，ただし「ここで三両かしこで五両」という文句は浄瑠璃の「ひらがな盛衰記」（元文四―1739）にある有名な文句を借用することにより，可笑しみを強調する趣向である。

（渡辺信一郎著「江戸の女たちのトイレ」）

研究と臨床

かかりつけ医推進事業は効果があったのか
本事業に関わった一かかりつけ医の検討

岡山市　乾　　英明

私の診療所は岡山市の東の郊外にあり、近くに老人や障害者の入居が多くなったマンモス市営団地があります。しかし，周辺はまだまだ緑が多く，アパートや新興住宅地が田畑の中に点在し、ホタルや天然記念物の鮎もどきが生息する旭川支流の澄んだ祇園用水が流れる田園地帯です。患者層も開業当初に比べ、小児の患者さんが減り、高齢化した患者さんが年々増加しております。内科医の私と皮膚科医の妻とで、内科・小児科・皮膚科を標榜する開業20年になる無床診療所です。

かかりつけ医推進事業と実地医家

平成５年から７年までの３年間、岡山市医師会は厚生省の「かかりつけ医推進事業」を受けました。かかりつけ医が最も専門制を発揮出来、住民にも分かりやすい在宅ケアに力をいれてきました。「かかりつけ医の推進事業」について医師会単位の成果は日本プライマリ・ケア学会を始めいろいろな場所で発表されており、私ども医師会も発表してきました。しかし、本事業に関わるかかりつけ医個人の評価はほとんど見られません。今回この事業に関わってきたかかりつけ医の一人として、平成４年から８年までの５年間、主として在宅ケアについて個人的な成果を考察して見ました。かかりつけの患者さんや住民から評価を受けるのが正しい評価ですが、現実にはスケールがなく、難しいので、在宅患者さんの推移やスタッフの機能，他の職種との連

表１　岡山市医師会の“かかりつけ医推進事業”の特徴

平成８年度（３年目）

１．広報活動
診療機能要覧、医療マップ、パソコンネットワーク、かかりつけ医ノート
２．生涯教育のシステム化（病診連携、かかりつけ医機能）
３．在総診、24時間連携申請
４．訪問看護ステーション（OT も含む）
５．往診応需の専門医、呼吸器専門医（在宅酸素療法）、緩和医療専門医（在宅ターミナル）、泌尿器専門医との連携システム
６．かかりつけ薬局との連携
７．小規模デイケア開設の推奨
８．在宅グループ支援の会
９．各種厚生省支援事業への参加
高齢者ケア支援に関する基礎調査研究
病診連携推進事業
高齢者ケア支援サービス調整モデル事業

表 2　在宅患者の概要　　**乾医院**

	4年	5年	6年	7年	8年	合計
患者数	13	15	18	22	24	92
死亡（在宅死）	4(2)	3(2)	5(3)	7(3)	4(2)	23／12
入院	5	1	1	1	3	11
訪問看護	4	3	5	11	14	37
ヘルパー	4	3	5	8	7	27
ショートステイ	1	1	1	3	5	11
入浴サービス	1	1	1	1	3	7
訪問薬剤師				5	9	14
訪問リハビリ		1	1			2
デイケア		1			2	3
家政婦	1	1	1	2	3	8
HOT		1	2	2	2	7
自己導尿				1	2	3
CAPD				1	1	2

携など具体的に評価できるスケールで考察してみました。

岡山市医師会のかかりつけ医推進事業

まず岡山市医師会のかかりつけ医の推進事業の特徴（**表 1**）をあげて、一開業医としてそれぞれにどう関わってきたのか振り返ってみたいと思います。

広報活動については、昨年、市民向けにかかりつけ医の医療マップを作成しましたが、市民に好評です。ユーザーとしても患者紹介に活用しております。岡山市医師会のプライマリ・ケア研究会（日本プライマリ・ケア学会支部）は、当初より地域のニーズを最優先して在宅ケアの勉強に力をいれてきました。私も出席率ほぼ100％です。岡山市の医師会員は、在宅総合診療、24時間連携加算を当初より取っているかかりつけ医が多く、私も取っております。

訪問看護は医師会の訪問看護ステーションを利用していましたが、在宅患者さんの利用が増えてきたため，当院スタッフの看護婦が訪問しております。専門医との連携も、医師会の専門医往診リストがありますので、その都度スポットでお願いしております。歯科の先生も気軽にきていただけます。近所のかかりつけ薬局 3 軒とも、主として在宅ケアの患者さんに出す訪問薬剤提供指示書を出して、在宅患者の服薬指導等に協力いただいております。

在宅ケアを推進するために、診療所の外来機能に通所機能である小規模デイケアを加えることを事業開始より会員に推奨してきました。寝たきりや施設入所を防いだり、退院後も継続したリハビリができ、痴呆性老人が地域で生活できるような施設としてデイケアを

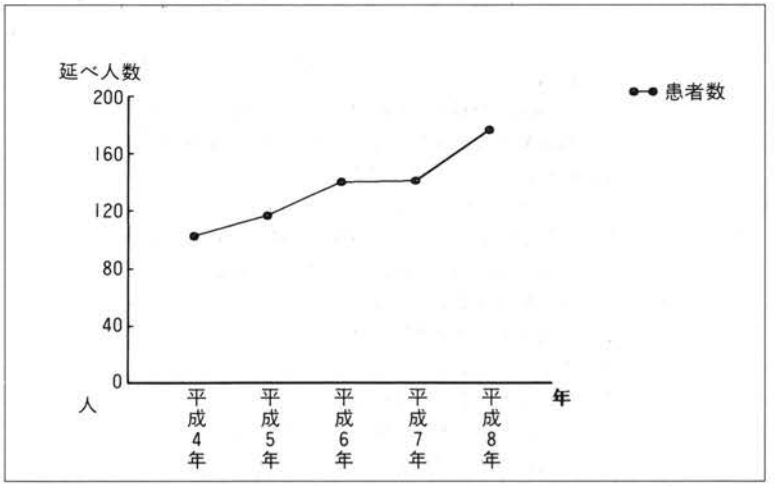


図 1　月別在宅患者数

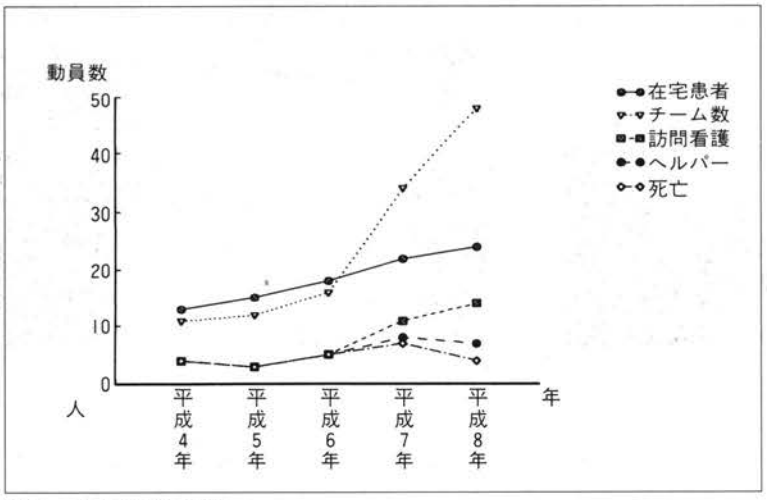


図2　在宅患者の概要

写真1

位置付けしました。私の診療所もこれら虚弱老人の自立を助けるための小規模デイケアを平成7年開設しました。

岡山市医師会は在宅ケアを熱心にやられている先生方のために、近くのかかりつけ医が連携して、留守の時、副主治医の役割をするシステム（在宅グループ支援の会）を5つのモデルで実験しました。幸い、私の場合、妻がプライマリ・ケアの機能を持っているので、二人のかかりつけ医がいるグループ診療所と言えます。医師会活動等で私が不在時の妻の診療は、診察に少し時間がかかることと、急病時専門医への紹介が多いぐらいで、あまりさしつかえはありません。在宅患者さんの24時間連携も、もう一人連携医がいますが、妻と私の二人の対応と携帯電話で十分です。

平成7年の高齢者ケア支援に関する基礎調査研究には5例の在宅患者さんの事例研究で参加しました。平成8年の高齢者ケア支援サービス調整モデル事業にはかかりつけの10例の要介護高齢者・要支援高齢者の調査し、かかりつけ医として意見書を出しました。

また、介護支援専門員指導者講習会にも参加しました。

以上のように、岡山市医師会かかりつけ医推進事業のシステムに一かかりつけ医として参加し、協力し実践してきました。

いぬい医院の在宅ケア

自院の在宅ケアについては、患者数の推移、チームアプローチ、連携について5年間の変化を表2にまとめました。

図1は、毎月の訪問診療数を12ヵ月合計したものを年毎に延べ人数としてグラフにしました。平成4年103名が、平成8年には141名と増加しております。**図2**は、毎年の在宅患者数、それに関わる訪問看護、ヘルパー、そしてショートステイ、入浴サービス、訪問薬剤師、在宅リハ、デイケア、家政婦をチーム数としてカウントしました。グラフのようにチーム数、訪問看護、在宅患者が年々増加しております。在宅死も死亡の半分を占め、毎年増えております。以上から在宅患者数および、いろいろな職種の方々との連携が年々増えているのがよくおわかりと思います。

スタッフは、平成5年、事務員2名、看護

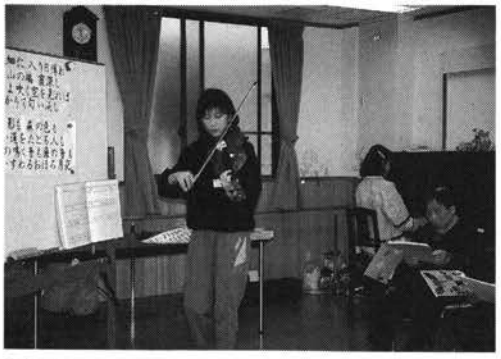


写真 2

写真 3

婦1名、准看護婦1名の計4名でしたが、現在、事務員2名、看護婦3名、准看護婦2名、臨床心理士1名の計8名と倍以上に増えました(**写真1**)。これは看護婦さんが採用しやすくなったこと、デイケアを開設したこと、在宅ケアの訪問看護のニーズが増加したことが大きな原因です。この他にも、デイケアの音楽療法を手伝ってもらっているボランティアの方、研修にきている看護婦さん、岡大医学部5年生の在宅実習生、川崎医大6年生の院外実習生等が毎週参加しています。

写真2はデイケアで、ビオラを演奏している川崎医大の実習生です。

プライマリ・ケア医が卒前教育に携わることは、学生のとって大変意義のあることであります。平成4年から岡大医学部5年生の在宅実習を、平成8年より川崎医大6年生の院外実習を引き受けています。小さな診療所ですが、大学で学べないプライマリ・ケアの第一線を経験させる教育の場として、それなりに学生から評価を受けております。

写真3はデイケアの風景です。

まとめ

かかりつけ医推進事業に関わって旗ふりだけでなく、実践を通して当院の5年間の歩みを振り返ってみました。外来診療、在宅ケア、そのはざまの患者さんのための小規模デイケア（通所ケア）の三つの機能がうまくシステムとして働き、地域へのかかりつけ医としてのサービスを通して活性化したように思います。また、かかりつけ医が医学教育へ参加し、それなりの成果もあげてきました。本学会でも、国の補助金を受けた自己完結型の施設が大変元気がいい発表が多い中で、一般のプライマリ・ケアを担う診療所が元気がないのが最近の傾向です。多様な連携やかかりつけ医機能を大事にして、地域の中で小回りのきくプライマリ・ケアを提供していくことが国民に求められ、信頼を得るキーワードではないかと思っております。

最後に、在宅ケアの患者さんの歌を二、三披露して私の発表を終わらせていただきます。

82歳の独居の女性です。訪問する看護婦が薦めて歌を作るようになりました。関わる人を歌ったものを選んでみましした。

あ～　いたい　あ～　いたいとて　今日もまた　今日も一日くれにけり

目がさめて　曜日わからぬままにして待てど暮らせど先生みえず

淋しさを　まぎらすために　綴るなむ歌を友として今日も一日

愛らしき学生さんに　血圧をみて頂いて　大丈夫

一人居の　淋しさまぎれ　歌づくり　くすりやさんも　手助けありて

京都実地医家の会

(京都実地医報第15号)

第53回例会

「加齢と女性ホルモン—身も心も美しく—」 ……大島　正義

「冷泉家の歴史と文化」 ……冷泉貴美子

第54回例会

「ハイテクを駆使した在宅ターミナル・ケア」 ……伊藤　光保

「頸肩腰膝疼痛の内科治療のポイント」 ……琴浦　良彦

第55回例会

「情報と意思—インフォームド・コンセントにおける<知る自由と知らない自由>
知らせる義務と法的責任について— ……折田　泰宏

「白内障手術の術前・術後管理および眼鏡処方について」 ……多田万砂子

第56回例会

「神秘的なチベット医学—ダラムサラを訪問して—」 ……中井脩太郎

「肺癌のはなし」 ……岡田　慶夫

会員随筆

病気の進歩と海外医療協力のあり方

国立比良病院長　立石　昭三

進歩という言葉は人間の幸福に結びつけられやすい感じがするが，病気とか死に関しては先進国民が必ずしも幸せとは云えない。痛覚に対する寛和とか免疫，代謝・内分泌や遺伝に関するメカニズムに関しては，進歩が病気の解明に連ったり延命をもたらすことはあるが，現代医学が幸福に直結することは必ずしも多くはない。

人の歴史をみると，人の死因には進歩があった。歴史的にはその順序は栄養失調・外傷・急性感染症・慢性感染症・腫瘍・変性疾患と辿って来たように思う。これは病理学的分類である。

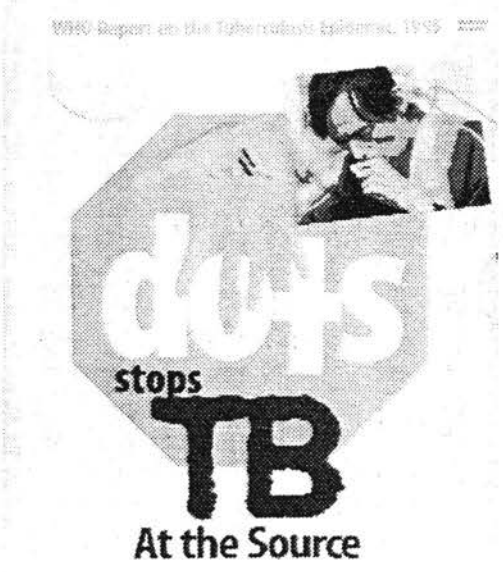
万年単位の太古には，人は生まれて来ても大人に成長するまで栄養をとることは大変だっただろうし，千年単位の昔では，成長する

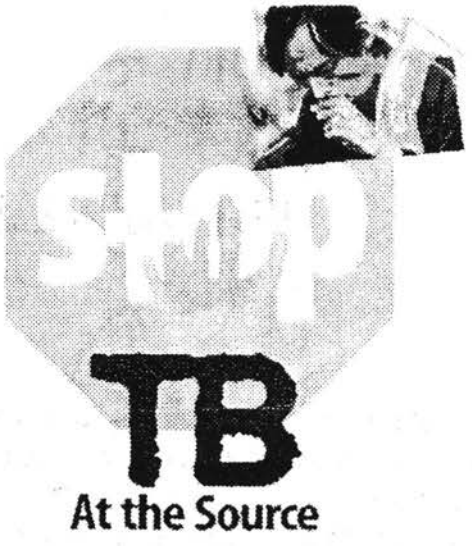
過程に天変地異や人や動物との争いによる外傷は日常のことであっただろう。百年前後の過去には，目に見えない微生物による感染症が，死因の最たるものであった。抗生物質により急性感染症が克服されたかのように見えたのは近々60年以内のことである。コレラ・ペスト・チフスなどの細菌感染症は抗生剤の出現以前には大流行したものだし，天然痘が免疫的に終息したのも最近のことである。そして平均寿命も10年，20年，30年から，この頃は70年，80年に延びたが，これにも「歴史は繰返す」の譬え通り，幼児の死亡原因の第一位は今も外傷であり，O-157やMRSA，エイズ，さらには細菌やウイルスによらない狂牛病などの感染症が誌上を賑わせている今日である。

現在先進国では急性感染症の大方は克服し，結核やハンセン氏病などの慢性感染症も根治とは行かないまでも，医学的には解釈した所なのでその記憶は未だに生々しく，発展途上国に結核・ハンセンが未だたくさん存在すると聞けばその医療援助は国民一般の納得を得やすい。

発展途上国に行くと，国の保健上の重要問題として結核が第一位に挙げられていることが多く，JICA（ジャイカ）もネパール・フィリピン・イエメンなどで実際に医療協力を行っているが，これは結核というと先進国の理解が得られやすいということを意識した政策的な感があり，いざ現地へ行くと，未だ慢性感染症以前の急性感染症が猖獗をきわめていたり，戦乱による外傷，さらには貧困による栄養失調が問題であることに直面し，医療の援助よりは政治的解決が先ず必要であると感じられ，無力感に囚われる。全世界的には，タイ国のようにエイズの蔓延で合併症としての結核が多くなってきた国もある。

私は1983年，ネパールの結核対策にNGOとして参加し，1984年文部省の科研でタイ国の僻地を調査し，1987年海外協力事業団から





WHOが作ったDOT(S)を推奨するパンフレット。表紙の細工を180度回転させると，stop TB（「ストップ結核」・右)が，dots stops TB（「DOT(S)は結核をなくす」）に。

北イエメンへGOの専門家として赴任した。この間，公務員としての身分が途切れなかったことを有難く思っている。

1996年には厚生省の海外医療協力の班員として中国を担当し，WHOの抗結核剤の内服方式を推進するべく中国の河南省へ出張した。

このプロジェクトは今後も二年は続くと思われるので，私の停年までの在職期間中の仕事になるでしょう。この間ずっと結核対策できたが，先述したような病気の歴史観をもつと私共のしていることが本当に途上国の人のためや，ひいては世界のためになっているのか悩むことがある。つまり病気の進歩を助長し，エコロジカル・バランスを崩すようなことにならないか，人口爆発を助長して国の経済成長を妨げていないか，日本のような高齢社会を来すことがよいことなのか等々，迷えばきりがない。

途上国の役人，医師は自国の病気の現状が歴史的にどの位置にあれ，先進国のようなCTとか内視鏡などの斬新な器機の援助や技術的な希求が強く，その辺にもこれでよいのかという思いがする。バングラデシュの循環器センターの援助もその一つである。

中国はICBMも原爆も所有し，途上国とは云えないが，その現状をみると鄧小平が急速な改革解放路線をさけようとした理由が判らないでもない。すなわち民衆が十分に成熟しないまま自由経済化すると，ソ連邦の崩壊のようなことになるのを恐れて社会主義体制という箍(たが)をゆるめなかったのではなかろうか，とも思う。先述の病気の進歩の歴史としては，慢性感染症の時代にあるようで，結核対策の対象としては最も適した国である。色々な文献からみると，中国では人口10万人対有病率500，排菌陽性率135，死亡率30という所かと思われる。1991年，中国は世界銀行の資金援助とWHOなどの技術援助でDOTS（Directly Observed Treatment, Short course chemotherapy），すなわち「患者の服薬を一回毎に投薬者が見届ける」という方法を採用した。この方法は発展途上国で始まったものではなく，米国の結核患者に対して始められた方法で，その成績は従来の方式一患者に一週間分から四週間分の抗結核剤を投与して患者がきちんと内服していると信じていた方式に比べて格段に治療成績がよく，逆にアジア・アフリカの途上国で試みられ始めた方式で，コンプライアンスの向上にはこれ以外の方法はなく，その治療完了率も90%以上となっている。

わが国でも，新宿保健所や国際医療センターでホームレスや外国人の結核患者の一部にこの方法を採用している。

わが国はやっと感染症の時代を経て，腫瘍の時代も大まかに踏み越え，今や変性疾患の時代に入った。肺気腫・肺線維症・肝硬変・動脈硬化症・骨粗鬆症などの変性疾患は今なお部分的治療にとまどっている。そして物質的な欲望は一応充たされたはずなのに，精神的不平・不満・不安は社会に満ちており，医療界の行方も先が見えてこない。若い頃はわが国の過酷な医療資源を資源の少ない途上国に頒けることが，双方によいことだと単純に思ってきたが，それが通らない時代になってきたようだ。人間中心の人道主義に代わって，全地球的なエコロジーに惻隠の情を注ぐような日本的な新しい哲学が医療に必要な時代になってきたのかと思う。

（1996年10月，中国人医師を結核対策のため招聘した日に）

マイクリニック■その8

『マイ・クリニック』に至るまでの伝説と経過

東京都　竹内　雅夫

母校『東京医科大学』を昭和41年に卒業，昭和42年11月１日に『医師免許』を取得，インターン制度に反対し，春の国家試験をボイコット，秋の国家試験に合格したからだ。

インターンを１年半もやると，学生時代から父の外来や手術の助手をしていたので，外傷の縫合等『屁』とも思わなかった。

正常分娩，流産掻爬，人工妊娠中絶・帝王切開・卵巣膿腫・外妊等手慣れたもので，医師免許獲得時には，臨床的実力は，新入医局員等問題外だった。

私は『竹内医院』の３代目，母の家系は，270年19代も続く代々医家の家系，『医家の歴史学会』にも家系図が掲載され，祖先は『解体親書』の翻訳者の一人『杉田玄白』の２～３代目の弟子らしい。甲府の出身，東大医学部初代耳鼻咽喉科教授は『広瀬渡』と言って，私の母系祖父と聞く。

母の実家は「広瀬」といい，母系家族で『広瀬家』は代々『養子』縁組が続ている。母系祖父は『クメ』との間に５人の女性を授けたが，ついに男児には恵まれず，長女『清子』に岡山県出身の東大医学部耳鼻科に在籍中の『隆』を学生時代から面倒を見ていたらしい，いわゆる『書生』だったのだろう，『養子縁組』した叔母は19歳で結婚したが，二人続いて女児出産，３人目やっと『男子』が生まれ，喜んだ祖父は『肇』と言う名前を付けた。現在『東大音声言語学』の教授を退職し，『北里大学』で教授をしているが，滅多に会う機会もないので，疎縁になっている。

次男は『実』と名づけ，男子二人は，経済的心配もなく，次男は『歯科医師』となり，現在母の実家で開業している。

なお，『広瀬　隆』は戦後『東京医大耳鼻咽喉科』の４代目の教授となった。

次女『治子』は，『陣内日出二』に嫁ぎ，伯父は海軍経理学校の教官となり，私が４～５歳の頃，白馬に乗り真っ白な海軍の制服に身を包み，家来とともに父の所へ遊びに来ていた。二人とも酒豪だった記憶がある。『日出二』は２男１女をもうけ，長男は『横市』を卒業し『国立横浜小児病院』の整形外科に在籍しているはずだが，もう15年も会ったこともなく何処にいるのか消息不明になっている「陣内一保」といった。

母『澄子』３女で，私と弟の男２人兄弟，父は『酔いどれ天使』等々騒がれたが，私が小学校の頃だったので記憶はうすい。たしかによく『民生丸』と言う舟に乗って，『水上生活者』の巡回診療に連れていかれた，停泊中に乗船上から『はぜ』を釣るのが目的だったからだ。

４女『浜子』は『白岩家』に嫁ぎ『満大』の教授（耳鼻科）に伯父はなったが，終戦とともに日本に帰国，経済的に困り，一時期母の別荘地『鎌倉』に居候をしていたが，いつの間にか『東京医大耳鼻咽喉科教授』５代目に治まっていた「白岩俊雄」である。

２男１女をもうけたが，長女は『鎌倉・ヌ

カガ病院々長』と結婚2男をもうけ，2人とも『医者』になったが，主人は5年前「白血病」で他界した。

『白岩』の二人兄弟は，『東京医科大学』へ入学し，長男も次男も私ともども剣道部で活躍した思いでいっぱいの学生生活だった。兄は登戸で『耳鼻科』を，弟は『皮膚科』を品川で開業している。

5女『津子』は『竹中長次郎』に嫁ぎ『和歌山日赤・耳鼻科部長』を定年退職し，横浜の林間学園に居を構えたが，一男一女を残したが，誰とも『医者』に縁がなく，竹中家は一代で医師は終焉した。さらに長女は超美人にもかかわらず，一昨年『子宮癌』で比較的早期発見だったが，剖検結果が原発が直腸癌であったため，半年の闘病であっけなく『他界』してしまった。

このような環境に飼育された私は生まれながら『職業選択』の自由を剝奪され，医師になることが『運命』だったようだ，父の弟（私の叔父）も医師で最盛期には17名の医師・歯科医・薬剤師が私の回りにいたが，父を含めて『叔父』は全員死亡，従兄弟と再従兄弟は現在7名の医師・歯科医師1名・薬剤師1名の『小世帯』になってしまった。

母系祖父はお洒落だった。娘5人になぜか名前に三水を使用している。さらに『耳鼻咽喉科』は，『目と耳』に縁ありとし，『象』のコレクションをさかんにし，電話番号まで『3387』ミミハナと言う懲りようだった。今でも，3387は変わらない。

父系祖父は，岡山県の片田舎，スモン病で世界に名を馳せた『井原市民病院』の隣『吉田村』に明治12年頃に誕生，15歳で単身上京『日本医科学専門学校』に入学と聞いたが，真意のほどの確認は出来ない。本当なら現日本医大のOBと言うことになる。

当時無医村『吉田村』から『医者』が出るなど『夢想だ』にしなかったらしい。私の父系曾祖父は当時『吉田村々長』だったという。曾祖父は隣村の『庄家』の娘（私の祖母）『田村家』の長女を持参金7,000円で結婚させた，今流に言えば約7億円の持参金になるらしい。

父系祖父は，明治35年頃，現在の私の開業場所から800メートルほど離れた，当時の商店街の中心に3,000坪の土地を購入，かなりな規模の病院を建築したらしい，近隣の土地も買い集め，時代流の賃貸住宅を建築（当時は8軒長屋とか4軒長屋と言われていた），『院長兼大家』さらに『在郷軍人会々長』『月島第二国民小学校々医』，さらに祖母は『在郷軍人婦人会々長』の要職を持ち，土地の名士夫婦であったと，現在89歳の父の小学校の同級生の患者さんから，来院のたびに聞かされるから，嘘ではなかろう。当時の学校医は，修学旅行にも同行した証拠もある。昭和15年の高尾山の山頂の記念写真には，校長の隣に口髭をたくわえ，サーベルを持った祖父の写真が，軍服姿で6年生の学童ともども写っている。一種の軍事教練ではなかったのかと想像する。

運命は非情なもので，明治35年頃に祖父が建築した病院は，『関東大震災』で，月島勝どき地区は，鉄筋倉庫一建を残し，『病院』もろとも全焼。

大正14年，新装なった『病院』は，現在地に移転して来た。理由は36メートルの大通りに面し防災上安全地域だったからだと父から聞いた，焼失した『病院』は8メートル通りに面していて今も現存し，震災後祖父がその地に建てた賃貸住宅は一部そのまま『商店』となり，洋服店や菓子屋が営業されている。

私が4～5歳の頃，子供心にも新装された『病院』は広大だった記憶がある。総二階，一部鉄骨，全体はほぼ木造だが，中庭には池もあり，アヒルや，池には鯉金魚が私の遊び相手，裏庭には私たち一家が住む『一戸建』住宅があり，病院とは渡り廊下で結ばれていた。

その他，そろそろ『世界大戦』の予兆が一

般的になりだした。物資不足・配給制・灯火管制・朝幼稚園に登園する時にも『防空頭巾』をかぶり，朝礼にも『皇居礼拝』『教育勅語』を強いられ，全く何をしているのか，見当もつかず，都バスに乗っても，都電に乗っても，円タクでも，『日比谷交差点』にさしかかると，乗務員ともども，客全員が起立脱帽し，運転手の合図で，軍人関係者は，脱帽せず敬礼をし，我々庶民は約5分間頭を垂らし，警視庁前か桜田門まで走行した，私には意味など理解は出来なかった。皆がやるから，物真似をしただけだ。

物資不足は年とともに激しくなり，医療費の支払いに困り，ペットや愛犬を置いていく『患者さん』が出現，一時は『ドーベルマン・セントバーナド・セパード』等が番いで飼っていた時もあり，毎日6頭の散歩に『私』は乳母車に乗り，6頭が『乳母車』を牽引していた。さぞやお手伝いは大変だっただろう。戦争とは惨めなもので，散歩の途中敵の砲弾で，一瞬で『お手伝いと6頭は即死』幸いにも私は昼寝の最中で，不幸中の幸いで，被弾をまぬがれたそうだ。母から12歳頃聞かされた。

さらに病院の裏には祖父の建てた『借家』が数十軒のきを連ねていた。今にして思えば，幸せなボンボン生活をしていたことになる。当時『健康保険制度』などある由もなく，どうやって祖父は『生活資金』を得ていたか，もちろん『医療収入』で生活はしていた訳だが，診察料や家計費，再建された病院や賃貸住宅等の資金繰り等，どうやっていたのか？今となっては知る由もない。

ただ，年末になると，人力車に乗って，総婦長ともども集金と称し，要は患家を回り，酒の接待を受け，某かの一年分の医療費を集金に出掛けたと，母と祖母が，私が高校生の頃話してくれたが，300円から1,500円ぐらいだったと記憶している。現在の金額からの換算は，時の経済観念が全く分らない私には一体いくらぐらいの貨幣価値なのか想像出来ないが，昭和14年に，父の聖路加病院の月給が『55円』というから，相当な金額であったのだろう。

運命とはさらに皮肉なもので，大正14年新装なった45床の『病院』は，昭和20年3月20日の『東京大空襲』で，またもや全館消失してしまった。私は6歳，幸にも母系祖母の田舎に一家全員疎開していたので，家族の命は救命出来たものの，二回にわたり病院を全て灰に帰した祖父は，人生の希望を失い，自暴自棄になり，酒浸りの生活が続いていたらしい。

父は昭和18年招集を受け，マニラへ出征軍人『見習士官』となり，野戦病院勤務となった。1年後被弾により，軽症ながら傷病軍人として，国立岡山陸軍病院へ入院した。軽症左片麻痺だった。

リハビリ等の言葉もない時代，いかに社会復帰したのか，物心がついた頃には，岡山県の片田舎『井原町』の中心街で父は開業した。

昭和20年8月15日の玉音放送を聞いたのが小学校1年生。ラジオなど一家に一台の時代ではなく，明日昼ラジオで重大発表があると両親から聞かされ，何事かも分からず，庄屋の家に隣組70人ほどが集合，放送の内容が6歳の私には理解も出来ず，昔の短波放送のようなラジオの音を聞き，参加者全員が泣き崩れ，私はなすすべもなく，庄屋の家の土間にたたずんでいた。

最後の国民小学校の新入生は，1学期で終り，2学期には『岡山県ひつぎ郡井原町立小学校』と改名されていた。

教科書など1クラス2冊ぐらいしかなく，自宅に持ち帰り，母が書き写し翌日学校に返還し，2冊は4冊，4冊は8冊，蒲の油の口上のごとく，50人が1冊の本を1週間かかって，クラス全員が手にする訳だが，満足な紙

もない状況で，新聞紙に書き写したり，風呂敷らしい布地に墨み書きしたものなど惨憺たる教科書ではあった。

疎開先で驚いたことが幾つかあった。まず『朝礼』。全校生徒が校庭に集合，号令台から校長命令一下全員起立脱帽直立不動で東を向き『君が代』斉唱『皇居礼拝』『教育勅語』朗読，雨天は体育館にきまっていたが，全く理解の範疇を越え，強制だった，さらに物資欠乏の折，公然と物々交換が行われ，闇米・母の嫁入り道具の『桐箪笥』『絹の和装品』が芋や米・玄米・粟・稗・に化けて食卓を賑わした。医師の父は各種動物の内臓を肉屋から密かに購入し，牛・豚・野兎・鰻・なまず・鯉・泥鰌・などを何処からともなく仕入れて来ては，庭でバーベキューを親子・親類・近隣の人々と，当時酒等一般庶民が手に入れられぬものを入手し接待をしていた，一番は陸軍から『カッパラッテ』来た消毒用エタノールト・メタノールアルコールだった。

さらに『開墾』に母ともども夏休み強制労働として，ノルマ化され，母とは『ノミ・クワ・シャベル・軍手（破れた）麦藁帽子・頭巾・手ぬぐい・藁草履』等を支給，毎日昼夜24間『勤労奉仕』を強制された。

当時５～６歳の私にも何をしているのか見当さえつかず，母の横で『芋』掘りに精をだし，なにがしかの『配給』を受けていたのだろう。

空襲警報や『台風』で増水した『河川』時には『警戒警報』に狭い町に大放送と，警戒警報で半鐘が鳴り，庶民は昼間は着の身着のまま，夜間は冬季は寝間着，僅かな日用品と，提灯で『井原川』の土手に避難したものである。

さらに驚いたのは，『農繁期』『農閑期』という，『春･秋』の特別休暇があり，１週間の休暇があった。農家の子供達は猫の手も借りたい時期に，学校が休みで，子供達が，春の麦の種蒔き，秋の米刈りに集団で村人総出で付合い，助け合う習慣に『感動』し，手伝いに奔走し，そのたび少々の『作物』のお裾分けに甘んじていて，少しは家計の支えにはなっていただろう。

さらに，教科書は３分の２は黒々と墨で消されていた。４年生の７月夏休みも近いある教室の授業中，誰か男性が教室にやって来て，担任の『的場』先生に耳打ちされた，突然『竹内君』と指名を受け起立し教壇の上に立たされた，何か悪いことを告げ口され，謝罪でもさせられる？と思ったが，先生は『これから竹内君は，皆様とお別れして，東京に帰ります。さあ竹内君，お別れの挨拶をしなさい』と言われた。一瞬のことで私は何を喋ったか記憶にない，ただむやみに寂しく，教壇上で一人で涙が出て，親友のクラスメートも泣いていた。記憶と言えばそれだけだった。

自宅に帰ると，もうすでに内装品等全てなく，100メートルほど離れた『井原駅』に母に手を引かれ，弟をおんぶしたお手伝い４人で，懐かしい『木炭ボンネットバス』に乗せられて，バスを取り巻く見送り人の拍手の中，気恥ずかしく，不安とこれから何が起こるのか皆目見当もつかず，環境の激変にボーットしていただけだった。現代風に言えば『転居引っ越し』は私に極秘裏に進められ，私に対するインホームドコンセントを欠いていた訳だ。

山陽線『笠岡駅』から汽車に乗り『山陽東海道線』と進み24時間，大船駅で突然私だけ降りるよう母から命じられた，降りてみると，懐かしい母系祖母と数人の従兄弟が待機して，暖かく迎えてくれた。行った先は母の実家『鎌倉』の別荘地だった，20坪ほどの庭先には，２メートルほどの石垣があり，その下は砂浜，そしてその先は浅瀬の砂海岸が続く，材木座海岸だった。３歳頃までの記憶と全く変わらない風景だった。現在でもその家には従兄弟が住んでいる。明治30年頃母系祖父『広瀬渡』

が『東大教授』の頃2,000円で建てたと聞いたが，なにも証拠はなく叔母から聞いた話しである。

夏休みの１ヶ月半をそこで過ごし，２学期からは，祖父が初代校医をしていた『中央区立月島第二小学校』へ編入した。幸いにも幼稚園の同期が居り比較的簡単に編入生としては，素直にクラスへ溶け込めた。

入学祝いに父は当時としては珍しい，ピアノで言う『黒鍵』のついた『木琴』を購入してきた。開けてびっくり！どうやって音を出すのか？皆目見当は着かなかった。母はピアノが弾けたので，基礎的なことを教えてくれた。何事にも新しい物に執着心とか興味を持つ子供は，即座に知ってる限りの歌を『木琴』で叩き鳴らすものである。私が『音楽』に興味を持った動機は簡単なことだった。そしてさらに楽器は『バイオリン』へとエスカレートし，中学校では『聖歌隊ボーイソプラノ』をやらされた。

話しは大分本筋から逸れてしまった。中高生の生活は省略，元来文科系大学の付属校で，理工学部系の教育には熱を入れてなかったので，頭の悪さと比例し，２年の浪人をしてしまった。

かくして21歳の医学部進学一年生が誕生。ここでも父は，入学祝いに中古車をプレゼントしてくれた。アマチャン・わが儘大学生の誕生である。剣道部に入部し，『月・水・金』が稽古日，入学した時幸運にも，真夏の『東医体』団体優勝を経験，また個人戦にも先輩が優勝するという快挙を経験，私の人生観は大きく変貌した。勝負には負けるな！である。アマチャンは一挙に稽古熱心になった。

以来，在学中『東医体』は毎回優勝決定戦まで勝ち進み，秋の『関東医歯薬獣剣道大会』を含め，７回の優勝経験をした。現在でも人生の大きな自信と支えになっている。私も昭和39年度『剣道部主将』を経験したが，春の『関東医歯薬獣』新人団体戦個人戦共優勝。『東医体』で準優勝，秋期『関東医歯薬獣』大会で『団体・個人優勝』を獲得し強運な主将と言われた。

卒業と同時に京都府立医大の産婦人科へインターン入局。半年間土曜日はアパートに洗濯に帰るだけ，後は医局ゴロのごとく，当直室で生活していた。夜間急患は全て立ち会い，約２ヵ月で慣れてくると外来の一部，当直業務のほぼ全てを任されるようになり，入局３年生を追い越し，元来学生時代から父の外来や応診に運転手として助手がわりをしていたから，先にも書いたように抵抗などはなく，全て名医のごとくズーズーシク６ヵ月の間『分娩』220例に立ち会い，一部いや夜間の分娩は助産婦相手に一人でやった。硬膜外チュウビング持続無痛分娩25例，帝切45例，外妊７例，癌意外の産婦人科のOPは夜間に限り全て執刀させてくれた。知っていたのは，OP室のナースと当直医だけだった。半年後『徳田』教授にお別れを告げ『君ホンマニやめるんか？何が気に食わんことでもあったのか？』と問われたが，次は『救急医療』を体験したいから，何処か紹介願えないか？と伺った。教授は『京都第二日赤救急病院』宛てに紹介状を書いて下さった。(現在廃院になっている)

10月１日から，環境の全く異なった『病院勤務』が始まったが，相変わらず土曜日洗濯に帰るだけの当直室勤務の明け暮れだった。

ここでのトレーニングは相当ハードだった。しかし産婦人科以外の全科の救急，レントゲン・挿管麻酔・応急処置等々ほぼ確信を得て退局した。

即座に帰京し母校『東医大麻酔科』に医局ゴロを始めた。今度は自宅に帰る必要はなかった。麻酔科はOP室の隣にあり，洗濯機が置いてあった。６ヵ月当直室から外室するのは，朝飯を新宿駅の今もある汚いガード横の大衆

食堂だけ，昼は職員食堂，夜と夜食は出前か先輩の奢り。

入局当日，夜間急患でイレウスが来た。先輩の見ている前で持続性硬膜外麻酔をした。先輩は何処で習得してきたか？と聞かれ，『京都府立医大産婦人科』では100％これで『無痛分娩』を行っていると答えた。当時麻酔は西高東低で，横綱は『兵藤教授』だった。

半年で約200例以上の様々な麻酔を体験し，一応『産婦人科・救急医療一般・全麻の手技』を獲得，次は残された全科の体験だ。

『佼成病院』がレジデントを募集していた。3年契約で全科をラウンドさせると言う。渡りに船，3年間で全科を回り，さらに3年『産婦人科』に在席した。

昭和48年7月23日父は『喉頭癌』で他界し，15床の和室の個室と，15人の職員を残したままだった。『内科・産婦人科』の標房とともに。

当時から，内科・産婦人科は既に『大病院志向』が定着しており，15床程度の有床診療所は，経営破綻は目に見えていた。

3年間我慢，昭和51年病棟閉鎖，昭和55年6月1日現在の新館落成，借入金1億，金利7％，一年据え置き，保証人不要，と当時としてはかなりの好条件で借りられた。以来私は年中無休，休日祭日も返上し，6年間馬車馬のごとく働いた。お陰で予想以上のハイピッチで借入金は完済出来た。

7年間試行錯誤の結果建築された『無床診療所』だけに，綿密な設計になっており，レントゲン室以外は，5室のコンパートメントに分けられ，一度に5人の外来患者さんをスムースに待ち時間10分以内，諸検査結果も『末血』2分，血清検査も約20種類15分で患者さんに告知出来るようにしている。最近眼底ポラロイド・カメラをリースした。外来件数は一日50人，ナース2人，事務1人で一日最高80人は遅滞なく，診療出来るように設計してある。

会員の方で，20名ほど見学に来られ，皆様かなり参考になったとおっしゃって下さる。また，昭和61年1月27日から開始された『医学生卒前教育』の一環として『家庭医実習』の受入れ診療所として，全国から6医科大学，35名の学生が何らかのインパクトを受け，臨床医に巣立っていった。その効果の評価はおそらく20年近い歳月を要すると思うが，現在私が最も楽しみにしていることでもある。

最後に私の趣味は『ウインドサーフィン・大排気量のバイクツーリング・トランプ・マジック・写真・独り旅』等，出来るだけ他人と約束せず，やりたい時にやり，やめたいときには直ぐ中止が出来る趣味を心掛けている。

何故か？携帯電話の普及した現在，何時でも患者さんのニーズに答えられるためである。所詮死ぬまでPC医者である宿命なのだろう。

最後に原稿を書き終わり，フト思ったことがある。私がインターンの頃，なけなしの『金』をはたき1ヵ月に1回，京都凡都町の『凡』と言う一流クラブで飲んでいたが，当時『渡辺　純』先生がベンツに乗って毎夜来られていた，さらに『縁』とは不思議なもので，『純』先生の開業先は，私の叔父が3年間開業していた『診療所』を買い取られたと『先生』から打ち明けられ人生の奇遇に仰天している。先生いつまでもお元気で！

私の最後の望みは第4代目の継承者の育成である。どなたか良い方はいませんか。娘26歳趣味スキー，ウインドサーフィン，バイク，東洋英和短大卒。

よろしく！

新橋だより

厚生省カタカナ“追放”

三鷹市　川久保　亮

1997年9月11日，サンケイ新聞の朝刊に，厚生省カタカナ“追放”リストと題した記事が掲載された。その記事は以下の通りである。

『「カタカナ嫌い」で知られる小泉純一郎厚相の肝いりで，わかりづらい片仮名用語を関係文書から排除することを決めていた厚生省は9月10日，「ニーズ」を「要望」や「国民の求め」と書き換えるなど約40語の“追放リスト”を公表した。「役所言葉には分かりづらい片仮名が多すぎる」という国民の批判を意識した内容。(中略)。リストは，「極力使用を避ける」として書き換える事例を明示。最近，会話でも使われることが多い「スキーム」は「計画」，「機構」などに変更，臓器移植関係では「レシピエント」を「移植希望者」とした。

専門用語などを使わざるを得ない場合は日本語の後にカッコで片仮名を表記するなどとしており，次の臨時国家で審議予定の介護保険法案絡みでは，「ホームヘルパー」は「訪問介護員（ホームヘルパー）」に書き換えることになっている。』という記事があり，書き換え事例の一部として10語が掲示されていた。

その単語の一つに，プライマリ・ケアがあった。プライマリ・ケアの書き換えは以下のようである。

『初期診療における総合的な診断と治療(プライマリ・ケア)』

プライマリ・ケアの訳語としての適否は別として，厚生省のプライマリ・ケアに対する認識がこの程度であるということについて，我々が，一般大衆は言うに及ばず，厚生省を始めとして，医学会に対して啓蒙・教育が不足していたと言うことを認識させるひとつの事実であることは確かである。

そもそも，厚生省は変な言葉をつくっては恬として恥じない役所である。例えば，かかりつけ医である。かかりつけ医を英訳しようとしたが，どうしても，日本人の考えている概念に合った訳語が見つからないので，仕方がないから，ローマ字で書いたら，外人から何のことか分からないと言われたという悲喜劇を聞いたことがある。もっともらしくて胡魔化されるのが，家庭医の訳語である。正しくはファミリー・ドクターと言う。時々，ホーム・ドクターと言う言葉を見かけるが，ホーム・ドクターはナーシングホームのドクターと言う意味である。

ひとつの言葉には歴史がある。どうして，自分にとって耳慣れない言葉であるからといって安易に変更を命ずるのだろうか。為政者のおごりとも言えよう。あの大戦中に野球用語から，ストライク，アウトを消し去った暴挙を再び思い返すことでもあった。

少なくとも，厚生省の方々は，辞書を引き，それぞれの専門学会，プライマリ・ケア学会ばかりでなく，社会・福祉に関係する学会，国語審議会などに諮問してくれなかったのだろうか。

無用の言葉いじりは無要である。いったん，法として認められれば，それが大手をふってまかり通るのが世間の常識である。プライマリ・ケアは初期診療だけを取り扱っているのではない。プライマリ・ケア学会認定医としてこの国の将来に不安を抱いている。

編　集　後　記

第191号をお送り致します。

第378回（小樽）例会と第379回（東京）の２例会をまとめたものです。編集後記を書くのは久しぶりです。私が代表になってはじめてと思います。小樽例会，東京例会ととても盛会でした。順調に例会が続いていますが，このペースで行くと私達編集長はじめ代表・副代表ともども1999年７月で任期満了となり，その時の例会は400回記念例会となります。あまり編集後記とは関係はないことですが，今からPRをしておきたいのです。出来ることなら400回記念例会は東京ではなく札幌で行うことが可能ならと思っています。７月の北海道は涼しいし，東京で例会を行いますと，招待者の対象の人選が大変で，全く編集後記になってはいませんが…。

（竹内　雅夫）

人間の医学　Vol.33　No.4　（通巻 191号）

1997年12月20日　発行

発行人　竹 内　雅 夫
編集人　佐々木　　明
〒176 東京都練馬区豊玉北4-8-14
ＴＥＬ（03）3991-2351
ＦＡＸ（03）3993-0302
事務局　〒105 東京都港区新橋2-20　新橋駅前ビル１号館
株式会社　協和企画通信内「実地医家のための会」
ＴＥＬ（03）3575-0181(代)
ＦＡＸ（03）3575-4748
制作・印刷　共立印刷株式会社　ＴＥＬ（03）3382-1211(代)
ＦＡＸ（03）3380-6591

□本会へ入会ご希望の方は

上記事務局へお申し込み下さい。会費は，本誌（年６冊発行）のほかに各種プリント代，その他も含めまして，年額15,000円です。
□本誌へ広告掲載ご希望の方は事務局へご連絡ください。

第379回「実地医家のための会」（9月）に出席された先生方のアンケート調査です。ご感想の質問は，

1）今日の例会はいかがでしたか？
2）本会への注文，またはお気付きの点
3）今後，ご希望の例会テーマ

1）林先生の話しは，臨床の実際（内・外科系にとっても）に即した点において実地の立場を重視した視点から大変よかった。緊急処置であればあるほど，術前術後のインフォームド・コンセントが大事だという点も印象的だった。

救急医療は日常病の中にいつ発生するか分からないので，常に対応する用意と日頃の訓練を忘れないことが肝要。その意味で年1回救急の問題はとりあげてよい。

2）今回は連休初日ということで，特に参加が少なかった感じがした（テーマは悪くなかったが）。

今後は，例会テーマの予告をもう少し早く会員にPRし，その内容についてもより詳しくインフォメーションを与えて参加意識を高めていくべきだろう。

3）医療と情報の問題を（現状と将来），また，情報の開示～患者の権利，マルチメディア時代と医療の問題など。

1）久方ぶりで出席しました。実地医家の例会の雰囲気がよいですね。

3）時々医療問題もいかが？“医療保険改革は”“日本の医療はどうなるのか”“医療制度改革は”“臓器移植法案が成立したが”等々。

1）テーマはよいが，演者は感心しない。教科書に書いてあるものばかり。ほんとうに実地医家が明日から使えるようにポイントあるいは実際に自分が行っていて困った例など生きた実例が欲しい。

2）時間のオーバーは良くない。演者はなるべく多くを話そうとして，早口になる。とにかく時間を超過してはこまる。司会者は演者に前もって時間内におさまるように話しておく。司会者はキゼンとすること。

1）救急の学習のためには内容のある例会だった。

2）演者は時間厳守，司会者も注意を要す。

3）例会テーマではないが，今後，各種の共同調査を企画してほしい。本会の大切な特質として。

1）救急の月におけるよいテーマで勉強になりました。木田先生の診療所における救急システムがすばらしいと思います。

2）出席会員25名前後と減少しています。何とかしなければと思っています。時間を一人一人が守って発表すれば自由交見が可能となると思います。

3）全国の会員にテーマの希望をお聴きしてみたらと思います。例会のハガキの一部を利用してみたら。

1）1．時間厳守でいきたいですね。
2．演者がかけるのは淋しいですね。

2）特に今のところありません。