平成19年5月20日発行 ISSN 0385 924X

人間の医学

2007.11
235
Vol.43 No.2

実地医家のための会

私の意見

樋口　幸司

Sのつく語は、医療をとらえるキーワード

医療の最大の目的、それは患者さんの救命（Save life）です。土曜（Saturday）や日曜（Sunday）でも、突然（Suddenly）急変することがあります。医療はまさに、命を懸けた真剣勝負です（Seriously）。最善の戦略（Strategy）をもって闘う、医師は、まさに病気と闘う兵士（Soldier）です。スタート（Start）とスピード（Speed）が大切です。

日常診断では、熱中症、花粉症など季節（Season）や、インフルエンザ感染症などのサーベランス（Surveillance）情報に気を配ります。女性や男性に特有の疾患はないかと性（Sex）も考慮します。患者さんからの徴候（Sign）、症状（Sympton）、シグナル（Signal）を見逃さないように努め、これらを的確にとらえるための感覚（Sense）を磨く必要があります。

患者さんの環境（Surrounding）を変え、生活習慣（life Style）を改善することは非常に重要です。まず、食事の見直しです。塩分（Salt）や糖分（Sugar）を控える必要があります。禁煙（non-Smoking）や体型（Style）の管理も大切です。患者さんの協力、自己管理（Self-care）は不可欠です。

末期（terminal Stage）では、治療の限界を感じます。患者さんには、歩んできた人生の物語（Story）があり、患者さんの意思、魂（Soul）を尊重します。患者さんの人生観、自己決定権、生き方（Style in life）を尊重します。また、患者さん、家族を支援（Support）します。

医療は、医学という科学（Science）の応用の場です。しかし、医療の現場ではわからないことがあり（Strange）、現場の疑問を大切にし、病期の究明、解明（Search）をすることが求められます。

現在は、エビデンスが重視され、標準的な（Standard）、質の高い医療が求められます。医学、医療は日進月歩です。最新の知見を講演のスライド（Slide）をみて勉強（Study）します。医療に携わるものはいつでも学生（Student）であり、病院や診療所、在宅は学びの場、学校（School）です。

病院や診療所は、地域社会（Society）に不可欠なものです。地域における医療体系（System）の確立が求められます。厳しい環境でも、地域住民のために生き延びていかなければなりません（Survive）。基本は、目の前の患者さんの問題を解決（Solve）してゆくことだと思います。そして、患者さんの笑顔（Smile）で、すべてが救われた気持ちになります。

ひぐち　こうじ　甲府市・樋口内科医院

目　　次

●私の意見……樋口　幸司…1

△第486回「実地医家のための会」4月例会

日本医学会総会から

経済学者から見た日本の医療……佐藤　安正…5
第27回日本医学会総会2007大阪に出席して……栗原　伸夫…6

△第487回「実地医家のための会」5月例会

第30回　日本プライマリ・ケア学会学術会議in宮崎より

永井友二郎先生　総括講演報告……神保　勝一…7
日本プライマリ・ケア学会日記……矢吹　清人…8
今年も行ってまいりました―リフレッシュの旅へ……高藤　早苗…10

△第488回「実地医家のための会」6月例会

子ども達にどう語りかけるか

学校現場で起きていること……大久保俊輝…14
小児期からの生活習慣病予防における館山市の取り組み……山口　夕佳…29
中学校・高校における命の教育について……堀見　洋継…33

△第489回「実地医家のための会」7月例会

医療構造改革の目指すもの

高血圧ガイドラインと医療改革……石橋　幸滋…39

●研究と臨床

大動脈～頚動脈の中枢管断面R/D（外径/内径）と
総頚動脈IMTの比較 …… 向平　淳…54

・寄稿

わが家が映画に …… 永井友二郎…60

新代表あいさつ …… 石橋　幸滋…62
新副代表あいさつ …… 村田　洋二…63
新副代表あいさつ …… 松村　真司…63
新副代表あいさつ …… 外山　学…63
代表退任あいさつ …… 矢吹　清人…64

・世話人会総会報告 …… 65

平成18年度会計報告 …… 69

平成19年度予算 …… 72

・投稿規定 …… 4

・編集室より …… 74

・第35回「俳句をつくろう会」報告 …… 76

・編集後記 …… 松村　幸司…78

表紙デザイン　木村協子／写真提供　佐藤安正

■第486回（4月）例会

「第27回　日本医学会総会」からの報告

経済学者から見た日本の医療

東京都　佐藤　安正

“Life is short. Art is long” これはヒポクラテスの有名な言葉であるが，今年4月6日，大阪市で開かれた日本医学会総会第一日目に高名な経済学者・宇沢弘文東大名誉教授の特別講演のタイトルであり，「いのちを守る」の副題が付けられている。

翌日発行されたJapan Medeicine紙速報版によると，宇沢氏は長年，社会的共通資本という概念を唱えておられるが，これは「一つの国ないし特定の地域に住むすべての人々が，豊かな経済生活を営み，優れた文化を展開し，人間的に魅力ある社会を持続的・安定的に維持することを可能にするような社会的装置」と定義付けられる。この中には，自然環境，社会的インフラ・制度（教育，医療，金融，司法，行政など）が包含されており，医療の整備も重要な共通資本に位置付けられている。その管理・運用には，市場の論理や官僚の支配ではなく，専門家の職業的規律に従わなければならないというのが宇沢氏の持論だが，最近の日本の社会動向はそれとは逆行する方向にあるという。

前置きが難解で長くなったが，お話は，敗戦後の占領軍により第一高等学校が接収されるところを阿部能成校長等の誠実な説得によって免れたことに始まり。宇沢氏が理乙3年生になった時，ヒポクラテス全集を読み，病者に対しての誓いに合った尽くし方が出来そうにないと考えて医学部を断念して経済学部を選んだとのことであった。詳細な内容は省略するが，タイトルのArtは芸術と訳されてるが，実際は医術のことであったとし，人間の短い生命を救うために連綿と発展してきた医療（Art）の重要性を強調し，経済優先の現行の医療制度改革は社会に病気をつくっているとし，「医に経済を合わせるべきなのに，経済に医を合わせている」「医の道を歩む人たちの志を砕き，苦しい状況に追いやっている」などと批判した。また，宇沢氏がアメリカで経済学教授時代には医学部教授が経済学部の3倍の報酬であり，大病院の部長になると5倍も取っていたと述べ，日本の医療従事者の報酬についても「あまりにも低く，何とかしなければならない」と述べた。

ここ数年，市場原理主義や財政論主体に医療制度改革が進められていることを問題視し，診療報酬改定などを「常識を超えた改悪」と

宇沢弘文先生

批判した。

医療に関係のない経済学者による日本の医療の批判はあまり聞いたことがなかっただけに極めて深い感銘を受けた。翌日２～３の一般新聞を調べてみたのだが，本講演はもとより，医学会総会についても展示会場の紹介以外は全く記載がなかった。

医療経済のあるべきビジョンを提唱し，医療（Art）の重要性を強調した経済学者の発言には，無関心を装っているやに思われる。マスコミも厚労省の医療費締め付け，経済優先の医療制度改革に迎合しようとしているのか，これを批判している宇沢氏の講演記事はどこにも見当らなかった。報道の偏りを感ずる。こうした風潮に対して日本医師会としては，新聞の一面を買い取ってでも医学会総会特集の報告を行うべきであったと思う。それでこそ総会開催の主旨が生かされるし，政府の進める医療制度改悪の実態を国民に知ってもらうチャンスでもあったと考えるが如何。

第27回 日本医学会総会2007大阪に出席して

習志野市　栗原　伸夫

４月７日、８日に参加しました。

４月７日は「ひと―P10メタボリックシンドローム―わが国の疾患概念、診断基準、病態および疫学」のシンポジウムを聞きました。アデポネクチンは「よい肥満」「悪い肥満」のマーカーとなるか？という話には興味を持ちました。

４月８日は特別シンポジウム、今日の医学教育、医療制度の問題点とその改革―医学医療制度の理想像に向けた提言―を聞きました。テーマが重すぎたようで講師の先生のご意見やご提言は上滑りをしていて、私たちが日々直面している泥臭い日常診療の問題とは遠くかけ離れていて、参考になりませんでした。日本の医学・医療をリードする方々がこのような認識では本当の問題点や改革は霧の彼方にあるものと認識できたのは幸いでした。

■第487回（５月）例会

第30回 日本プライマリ・ケア学会学術会議in宮崎

永井友二郎先生　総括講演報告

神保　勝一

PC学会in宮崎は，平成19年５月26日，27日にわたって，宮崎県のフェニックス・シーガイアリゾートに隣接するワールドコンベンションセンターサミットを会場にして開催された。広々とした会場のためか騒々しさは全く感じられなかった。

永井先生の講演は27日の第一会場（天瑞）で正午からあった。海外招聘講演に引き続き，講演はほぼ時間通りに進行していた。海外招聘講演が無事済んで会場が明るくなり，座長の矢吹・早稲田先生がウグイス嬢に呼び上げられても会場におられなかったのはご愛嬌であった。

秦会頭が困って，永井先生に登壇を願い，紹介をしようとした時に，矢吹先生が息咳切ってはしり込んで来て，永井先生を紹介した。矢吹先生のパワーポイントを用いて，昭和38年当時の，浦田・原・永井その他忘れえぬ人々の肉声の会話を紹介されたのは百万の言葉を並べるよりも素晴らしかった。

永井先生の講演「これからの医療」内容を全文そのまま紹介するならば，先生の原稿をお借りしたほうが正確なので，私は心に響いた要点をご紹介する。

『プライマリ・ケアこそが究極の医学である。患者の心をわが心に置き換えて親切に，親身になって献身的に療養にあたるのが真の医療である。患者の悩みを良く聞き，心からなる対応をして，そこから医療が始まるのである。それには，ことばが非常に重要な意味を持ってくる。患者と医師をつなぐのはことばである。昭和38年に「実地医家のための会」を立ち上げてことばの大切さ，重要さを検討しあった。以来，今日まで40年以上「ための会」を続けている。その中から「ための会」創立15周年記念事業として「日本プライマリ・ケア学会」を創った。患者の悩みをわが悩みとして，よく聞き，よく話し，いつでも，何処でも，何でも対応することが医学の本道である。患者にはそれぞれ環境があり，歴史がある。家族があり，親族がいる。それらを考慮し，かつ長い経過がある。それらを十分に把握して，広い視野と長い付き合いの中から信頼を得て本当の医療が生まれるのである。

本来，医療は患者に侵襲を与えるものであ

る。聴診し，打診し，採血し，検査を行う。これらは時として患者に肉体的，精神的苦痛を与えるものである。
しかし，それらの行為は全て善意の上にあり，患者の悩みを解決したいという苦悩の中から生まれてくる行為なのである。

私が法律家・唄孝一先生とお会いして医事法から学んだことは，「患者が医療を求める時は常に泣かなければならないことを覚悟しなければならない」といわれたことであった。医師の側からは想像すらしていなかった医療の側面である。従来，医学は医療事故や医事紛争は無縁な出来事として遠避けてきた。しかし，医療が患者にとって侵襲を伴う行為である以上，避けて通ることの出来ない道である。このことを医療に携わる者全てが肝に命じておかなければならない。そして，医師は患者の理解と承諾を得て医療を行わなければならないのである。
医療事故や医事紛争を例外として排除すべきではないと思っている。

現在，日本医学会は先端的な技術，発見，進歩，改善などをもって医学会としている。従って，プライマリ・ケア学会や医療法学会，家庭医医学会，医事法学会，在宅医学，終末期医学などの分野の学会を日本医学会に加盟させていない。今後は，先端的，専門的医学ばかりではなく，日常的，長期的，地域に密着した医療を統合して「日本総合医療学会」を創立すべき時だと考えている。日本医師会の下に，「日本医学会」と「日本総合医療学会」が並列して存在して良いし，あるべきだと思っている。

この講演を終わるにあたって，医の原点である「病人の人間理解」のため，総合医療の基本として「ことばの使い方」について常に研鑽を怠らないことが大切であると強調しておきたい。

日本プライマリケア学会日記

矢吹　清人

この５月，日本プライマリケア学会学術総会が宮崎市シーガイアのコンベンションセンターで行われた。会員数4500名の本学会は30周年を迎えたが，会員には大学よりも開業医や地域病院の医師が多く，また，歯科医師も薬剤師も看護・介護職も参加する全医療人の若々しくホットな学会である。プライマリケアの心を知り，ノウハウを学びたい人にはぜひおすすめしたい。

最終日には，メイン会場で本会の創始者永井友二郎先生の総括講演があり，先生のライフワークである「人間のための医学」の真髄が語られ，聴衆の魂を揺さぶった。

《学会を大いに楽しむ》

参加者には，勉強熱心の人がいちばん多いが，勉強半分の人，家族旅行に来た人…と，それぞれに「学会」を楽しんでいる。ぼくは遊び７勉強３くらいだが，仕事から完全に解放された非日常の世界でプライマリケアの仲間の話を聞いたり，討論に加わったりすると自然に元気が出てくる。初日は，産業医の更新点数取得（２日で６点になる）も兼ねて初期救急救命処置のワークショップを受けた。

AED ワークショップ会場

東国原知事のあいさつ

4人ずつのグループに分かれてAEDも用意しての実習は熟達の指導者が手をとって教えてくれるので，じいさんにも容易にマスターできたが，心マッサージの30回をマジメにやると，腕が疲れ息も切れて，こちらが救命患者になりそうである。

その夜の懇親会では，東国原知事が会場に入ってくると場内から盛大な拍手が起こり，知事の席には話の種に姿をキャッチしようと，カメラを持った人がわっと押し寄せた。地鶏もマンゴーも生産が追いつかないほど売り上げが伸びて今宮崎は知事バブルの様相を呈しているそうだ。懇親会の後半には，坂東浩先生のショパンのピアノ演奏が場内の観衆を魅了し，ぼくも先生の伴奏で坂本九ちゃんの「見上げてごらん夜の星を」を気持ちよく歌わせてもらった。

その後は家内と本会の田所・今本・高藤先生と市内の「万歳亭」で地鶏料理を堪能しながら大いに歓談し，翌日の午前中には，西都原古墳群で古事記の神話の世界の空気と風に触れた。

《「王様の椅子」ーわが学会発表ーおまけつき》

もう一つの目玉がポスター発表会場である。第一線の現場の体験や工夫などの具体的な発表が多く会場は熱気に包まれている。日曜日のぼくの演題は『「王様の椅子」を使った変形性膝関節症患者の生活指導』で，会場でいちばん易しい発表であることに自信がある。

発表の主旨は，膝に痛みがありヒアルロン酸の注射をやっている患者に，自宅で肘掛け椅子を居場所とする生活を指導することにある。しかし，口頭でこれを説明しても「掘りごたつに腰をかけている」「肘掛のついた座椅子に座っている」などと抵抗をして，理解してもらえない人もいるので，待合室に「王様の椅子」という張り紙をした木製の肘掛け椅子を置いた。張り紙には「膝の痛む方はこのような肘掛け椅子を居場所にした生活をおすすめします」と書いてある。それでもピンと来ない人には，待合室に一緒に行き本人を肘掛け椅子に座らせ，自分は床に座り込み，そこからヨッコラショと立ち上がるのが大変な様子を実演して見せた後，肘掛け椅子からスッと立ち上がれて楽であることを実感してもらうと，頑固な王様も初めてナットクしてくれる…という一席で，笑いと共感と友情の拍手をいただいた。

座長の許可を得て，大きなコインがハンカチから現れたり，通り抜けたり，最後に完全に消えてしまうという得意のクロースアップマジックを披露すると，発表よりもさらに大きな喝采が湧き上がった。

《帰りは怖い》

帰りの便に乗るために宮崎空港に着くと，空港内が騒然となっている。全日空がコンピューターの故障で遅れや欠航が出て，飛行機に乗れるかどうか見当がつかない。そこに現れたのが神保勝一先生。ケイタイを片手に東京のお嬢さんからの情報をマメに教えていただく。刻一刻，帰れそうになったり，帰れなくなりそうになったりと状況がめまぐるしく変わる。全日空から1000円の食事券が出て，レストランで生ビールおつまみセットをやりながらねばることにする。

幸い2時間半の遅れで飛行機が迎えに来て，やっと日本に帰ることができた。

第30回　日本プライマリ・ケア学会学術会議
in 宮崎に参加して

今年も行ってまいりました
—リフレッシュの旅へ—

高藤　早苗

平成19年5月26日（土），27日（日）両日，宮崎のワールド コンベンションセンター サミットで開催された会議に参加させていただきました。今年で6回目，連続4回のポスターセッションでの発表もドキドキ（？）しながら無事に終えることが出来ました。私は「実地医家のための会」の例会とプライマリ・ケア学会は時間が許す限り参加させていただこうと心に決めています。今回の学会参加報告も例により私見がかなり入っていますが，お許し下さい。

秦　喜八郎会頭（日本プライマリ・ケア学会九州支部長，宮崎県医師会長）のもと，メインテーマ「病気を診ずして病人を診よ」で開催された学会に参加するため，大阪の伊丹空港から宮崎空港へ飛び立ちました。空港で小さな飛行機が目の前に現れたときは，「えっこれに乗るの？」と，一抹の不安は隠しきれませんでしたが，無事に宮崎へ着くことが出来ました。宮崎空港からバスに乗り一路会場へ向う途中，私の住む能登とは違い，南国ムード一色の風景にまずびっくり！　会場

石橋・田所・今本・矢吹先生と

について，ホテルのスタッフのアロハシャツでのお出迎えにまたびっくり！　そして，大勢の参加者がぞくぞく押し寄せる活気に，三度目のびっくりでした。「実地医家のための会」発足15年を記念して創設された日本プライマリ・ケア学会も30周年を迎え，学会の生みの親である永井友二郎先生が，記念総括特別講演をなさるとのことで，先生の大ファンである私としては，何をおいても駆けつけなければと，早々と勝手に舞いがっていました。それでは，私が参加したセッションを順を追ってご紹介しましょう。

9時前に会場に着いたのですが，すでに大勢の参加者がロビーの椅子を占領していました。コンピュータに向かい，最後の仕上げをしているような方，余裕で談笑なさっていらっしゃる方，様々でした。まず，10時からの教育講演「介護予防における高齢者の筋力向上トレーニング」を拝聴させていただきました。宮崎県理学療法士会地域リハビリテーション推進委員長の井上裕愛氏の講義です。まず「筋力」とは何か，というところから始まりました。私が今までイメージしていた「筋力」とは筋肉モリモリの若いアスリートのイメージしかありませんでしたが，「筋力」を考えるときには，単に量的なものばかりではなく，筋の協調性のとれた収縮タイミングや，動筋と拮抗筋のコーディネーションが非常に

重要な役割を担っているということを実演を交えて講義され，目から鱗でした。高い機器などを使わなくても，効果的に筋力向上を図れると知り，私の勤めている療養型病院でも，これは使えるなと思いました。アスリートではなく高齢者を対象とした，リスクの少ない，効果的な筋力トレーニングの方法を伝授いただき感謝しております。

次ぎはランチョンセミナーです。食べることが大好きな私が，お弁当が出るランチョンセミナーを見逃すわけがありません。「現代人に増えている便通異常」のセッションをきかせていただきました。なるほど，と思うことが多く，講師も田中消化器科クリニックの田中孝先生で，開業医の先生でしたのでとても親しみがありました。後日スポンサーの製薬会社のMRさんに勤務先まで来ていただいて，スタッフに薬の説明をしていただきました。ランチョンセミナーが終わったら総会に出席する予定でしたが，ポスターを貼るのに手間取り，残念ながら出席できませんでした。開会式の前の「オープニング」とは何なんだろうと思っていたら，なんと，宮崎学園高等学校合唱団の天使のうたごえでした。本当に天使のうたごえのようで，しばし日常の雑事を忘れることが出来ました。リフレッシュしたところで，開会式・30周年記念式典は，第一会場天瑞で開かれ，「さあ，いよいよ始まるぞ！」と心の中で叫びました。

午後2時，静かな講義では眠ってしまいそうなので，ワークショップ「職場における初期救急救命処置」を選びました。実技中心で①倒れたひとに遭遇した時の対応法，②気道確保と，呼吸および脈拍の確認法，③心肺蘇生術の実際，④ＡＥＤの使用法，⑤気道内異物除去法などを検証し，初期救急救命の大切さを学びました。このワークショップには実地医家のための会の会員の先生も何人か参加していらっしゃいましたが，皆さん汗だくになって実技をこなしていらっしゃいました。

学会で発表すると勤務先から出張費が出るので，毎年何らかのテーマを見つけて発表させていただいています。時にはかなりこじつけのような発表の時もあり心苦しいですが，今年のポスターセッションでは「療養型病院入院中に発症した皮膚寄生虫妄想」について発表させていただきました。精神科の先生が座長であり，フロアーの先生方も精神科や心療内科の先生が多くいらっしゃいましたので，質疑応答に十分時間を割いた結果，大幅に時間延長となってしまいました。ポスターセッションでの発表を終えた田所先生や矢吹先生などが聞きに来て下さいました。

ポスターセッションも終え，6時半からの懇親会にはまだ時間があったので，田所先生と一緒に，一旦宿泊先のホテルに行きチェックインしようとシャトルバスに乗りました。ところが，バスからの景色が変！　そうです，反対方向のバスに乗ってしまったのです。あわててバスを降りタクシーに乗ろうとしましたが，タクシー乗り場は無く，もちろん空車も巡回していません。しかたがないので，紫外線を気にしながらテクテクと会場に戻りました。懇親会はまだ始まっていなかったので，高木兼寛先生の企画展示コーナーに立ち寄りました。すごい先生がいたんだなーとただ感心するのみでした。明治から大正にかけて日

開会式の地元の日本一になった女子高のコーラス

本の最先端を走っていた先生の業績を知ることにより，近代医学の歴史に触れたような気がしました。

いよいよ懇親会が始まりました。まずは修祓之儀がとりおこなわれ，オープニングは岩戸神楽でした。途中，ざわざわしてきて人だかりが出来たところに目をやると，時の人がマスコミの人に囲まれていました。待ってました！東国原宮崎県知事の登場です。一斉にフラッシュがたかれ，さすが芸人！　飽きさせないトークの始まりです。おいしい料理に舌鼓を打ち，いつもお世話になっている先生や，一年に一度しかお会いできない先生方との楽しいおしゃべり。私にとって至福のひとときでした。楽しい懇親会を途中で抜け出し，矢吹先生ご夫妻，田所先生，北海道の今本先生とご一緒に，おいしい地鶏のお店に繰り出しました。お酒もはいり，皆さま上機嫌で，いつまでもおしゃべりしていたいと思いましたが，「いかんいかん，学会に来ているのだから，あんまり夜更かしすると，明日の学会に出られないぞ！」と，自分に言い聞かせ，後ろ髪を引かれる思いでホテルに帰ってきました。ホテルに着いたら，バタン・キューでした。

２日目は帰りの飛行機の関係もあり長居はできないので，ポスター発表を聞いたり，興味のあるセッションに参加したりしましたが，何と言ってもメインは永井先生の「これからの医療」です。この講義を聴くために今回の学会に出席したといっても過言ではありません。矢吹先生の紹介で，これまでの「実地医家のための会」の創設時からの活動状況が手に取るようにわかり，改めて永井先生のご尽力に頭がさがる思いでした。壇上に立たれた先生はとても若々しく，ますますファンになりました。「プライマリ・ケアこそ究極の医学であり，医療の本道である。」と力強く語る先生からは，素晴らしいオーラが感じられました。病人の人間を重視した「日本総合医療学会」を日本医師会が持つことが必要であると，ある意味では挑戦ともとれる発言，とても心地よかったです。総合医療の基本的方法論として「ことばのつかいかた」について常に研鑽を怠らないこと，といつもに無く厳しい表情の先生のお顔を拝見し，並々ならぬ決意を感じました。普段から「ことばのつかいかた」が悪く，誤解を受けやすい私にとっては，まさに心底響く言葉でした。日本総合医療学会の設立に向けて，微力ながら私もお手伝いさせていただきたいと思います。

次のセッションが始まるとすぐに，田所先生の携帯電話にメールがはいりました。全日空の便に何らかのトラブルが発生し，遅れるとのことです。私は日航の子会社の小さな飛行機を予約してあるので心配いらないと思いましたが，大事をとって早めに空港へ向かいました。案の定空港はてんやわんやでしたが，しっかりとお土産も買って数十分遅れで飛行機に乗ることが出来、予定より30分程遅れて大阪の伊丹空港に着きました。暑い中，主人と息子が出迎えてくれ、それから６時間かけての車でのドライブ。能登の我が家に着いた時は，日付けが変わっていました。

毎年学会に参加させていただき人の輪が広がり，医者になって本当によかったと思える今日この頃です。来年は岡山での開催予定です。今から楽しみにしております。皆様とご一緒できれば幸せです。簡単ではありますが，学会参加報告とさせていただきます。

石川県・恵寿鳩ヶ丘病院勤務，木田医院非常勤

子ども達にどう語りかけるか

学校現場で起きていること……大久保俊輝
小児期からの生活習慣病予防における館山市の取り組み……山口　夕佳
中学校・高校における命の教育について……堀見　洋継
自由交見

日　時：平成19年6月10日（日）午後2時～5時
場　所：東京医科歯科大学　B棟5階　症例検討室
テーマ：子ども達にどう語りかけるか
司　会：篠宮　正樹
記　録：篠宮　正樹

「実地医家のための会」のテーマとして「子ども達にどう語りかけるか」を企画した意図を述べます。

肥満を母体とした生活習慣病・糖尿病の増加により，生活の質の低下・医療費の増大や社会的損失・寿命の短縮などが起こりはじめています。そのもとには乳幼児期からの運動不足や偏った食習慣あるいは食文化の崩壊があります。従って，生活習慣病を減らすには，自院を訪れた患者さんのみを診ているに留まらず，社会に出て地域や学校で生活習慣病予防に取り組む必要があります。すでにそのような取り組みを実行しておられる医師が増えていると思いますが，特に今回，学校への取り組みを実地医家のための会の皆様に紹介し，一人でも多くの医師が，子どもたちのよりよい将来に寄与されんことを希望した次第です。それは実地医家という名に相応しい行動のひとつと信じております。

まず，「学校現場で起きていること」を鎌ヶ谷市立西部小学校校長・大久保俊輝先生にお話いただきました。子どもたちの身に起きていることを述べていただきました。つぎに「小児期からの生活習慣病予防における館山市の取り組み」について館山市役所・山口夕佳保健師から実際の取り組みを紹介していただきました。以前から館山市では，保健師が小学校や保育園で生活習慣病の話をするなど，学校・自治体・医療関係者などが地域ぐるみでさまざまな生活習慣の改善を推進した結果，子ども達の肥満度が低下し血圧なども改善し始めています。教育の効果が実証され始めたのです。そして医師の側から実際に出前講演などで携わっておられる，ＮＰＯ法人こころとからだの発見塾・東京大学医療政策人材養成講座特任研究員・堀見洋継先生に「中学校・高校における命の教育について」と題してお話していただきました。

教育と医療は，人と国との根幹をなすものです。教職者と医療者は連携して社会貢献を積極的に行うことが今必要です。

西船内科・篠宮正樹

■第488回（6月）例会「子ども達にどう語りかけるか」

学校現場で起きていること

大久保　俊輝

「教育の目的は，子どもの幸せにある」これは，アメリカの教育哲学者・ジョン・デューイの教育理念であり，私の恩師が常日頃口にされた不朽の名言である。私は，この言葉を座右の銘とし，年度当初に職員室の前面に掲げ，目的と手段を混同しないようにと自分自身に，そして職員に保護者に語りかけている。

ある時，「校長先生，教育の目的は子どもの幸せという言葉は，確かにもっともですが，どうも抽象的で捉えにくいと正直思っていました。先生と3年過ごして来てそのさまざまな場面で先生はいつも私達に『何のためか』と問われました。子どもとの関わりの中で，地域を巻き込む壮大な計画（都会の真ん中にホタル池ビオトープを創る。そのために残土置き場であった場所を改良し，児童ならびに地域の方を交えた1,000名で上総掘りの井戸を掘り水を確保し，地域の方々と子どもたちが憩うオアシスにする）の実行など，すべての営みがこの一点に向いていたから先生の信念は強かったんですね。先生とお別れする時が来て改めてこの言葉の深さを知りました。でも，どうしてそんなに強く生きられるんですか」と質問された。私は「この子たちのために生きようと決めているんでしょうね。人は人のために生きると決めると強くなっているんですよ。不思議ですよね。人間って」と答えていた。その先生は目に涙を溜め「教師生活の最後にお会いできて幸せでした」と話された。定年という教育界には馴染まない制度の中で，皆に惜しまれながらお辞めになる得難き先生であった。

今回のお話を頂戴して，正直「待っていました」という気持ちと，「何を伝えれば」という気持ちが交差した。前段の気持ちは，医学と教育には共通することが多く手法は違うまでも，一人の職人芸にすることなく実践事例を積み重ね医学と同じように科学の域まで教育を高めたいという願いが私にはあった。後段の何を伝えればという迷いは，これまで自分がイメージしていた医師だとしたら，いつものように自然体で話せるだろうかという不安が過ぎった。私のこれまでの見聞きでは，医師にお伺いを立てることはあっても，教師が医師を前にして講演するなどとんでもないことであり，粗相があっては一大事。医師への対応に行政をはじめ学校はピリピリしてきたのが事実だからである。

こうした医師へのイメージが変わるときが突然訪れた。「大久保先生，こんにちは，“先生ションズ”をやりませんか。そして二人の実践を本にして世に多くの賛同者を作ろうじゃありませんか」と，どこか少年のようなキラキラした瞳と満面の笑みをたたえ，使命感に溢れた眼光で熱く語りかける熱血医師（敬意を込めて）との出会いであった。その方

おおくぼ　としき
鎌ヶ谷市立西部小学校校長

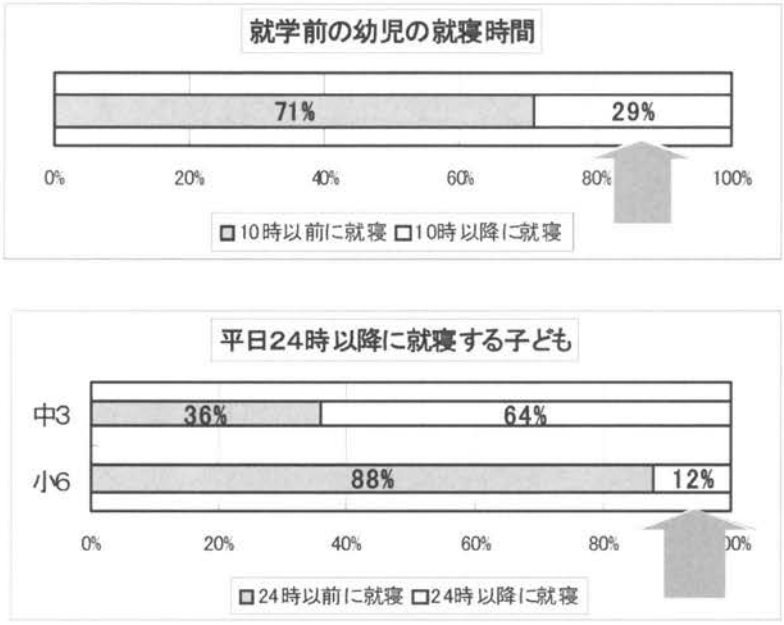
図1

こそ，今回のチャンスを私にお与えいただいた西船内科院長・千葉県医師会生活習慣病対策委員会委員長，そして小象の会副理事長の篠宮正樹先生なのである。

ここで小生の自己紹介をさせていただきたい。

私は，両親ともに九州佐賀県の出身，ちなみに職場も含め同県人に出会うことは稀である。NHKのドラマおしんで有名になり，佐賀県人が歩いた後には草一つ生えない県，と揶揄されたこともあったそうだ。鍋島藩の猫化け騒動，有田焼，吉野ヶ里遺跡，お笑い芸人のはなわ，そして最近は，がばいばーちゃん。年配者は，葉隠れ，男尊女卑の県だよね，と話される。そこで佐賀県の名誉のために私が感じている県民性についてここで一言記しておきたい。世に人の失敗を責める輩が多いが，私の知る佐賀県人は，気さくで，大らかで，ある意味雑駁で，好奇心が旺盛，そして人の恥を自分の腹に入れる男気のある人が多い気がする。たまたまそうした人が私の周りに多かったのかも知れないが，それが葉隠れの真の精神であると私は信じている。

高校の卒業間際，叔母が膵臓癌で危篤となった。急遽看病と輸血に友人十数名を連れて病院へ，しかし，その2日後に叔母は亡くなった。その終末期に，本人を担当した医師の横柄な姿に私は憤りを感じ，急遽進学先を“医大”へと方向転換した。しかし願いは叶わず，第二志望の大学校に入学。富士の麓の朝霧高原で厳しい訓練を受け，災害復旧などに学生の身分で携わることができ，人の役に立つことの素晴らしさと使命感をここで教えていただいた。さらに，もの作りには所詮限界があると感じていた私は，ものを作る人間作りという根源を変えなければ，結局は何も変わらないと一大決心をして，千葉へ戻り，夜学に通い通信教育で25歳から小学校教諭となった。その後，学級担任を13年，県行政を9年，教頭を3年，そして現在，校長4年目



平成17年度千葉県児童生徒の食生活等実態調査

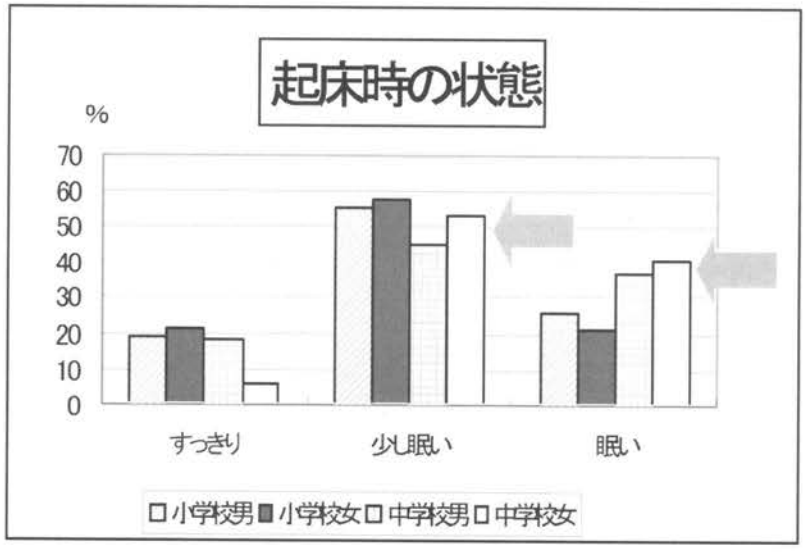
図2

を迎えている。この間，営利栄達のために良心を失う者を何度も見てきた。私は教育信念を曲げないため，実績を上げると，妬みや，風評で，左遷されること三度。そのたび毎に多くの子ども達，保護者，地域の方，そして職員からのエールをいただけることに感謝している。また，私にとって人並み以上の厳しさは，自己を鍛えるチャンスにもなった。今ではすべてのことに意味があったと心から感謝している。

さて，現在の家庭における生活習慣で子ども達に一番影響を与えているのがテレビ等ではないだろうか。帰宅するとすぐにスイッチを入れて音を出し，見たい番組もないのにともかくスイッチを入れないと落ち着かない症候群になっている方が多い。テレビやビデオに生活が侵略されている様子が，**図1**からも分かる。ここに示した五カ国の比較を見ても将来の国の姿を垣間見ることができる。こうして生活リズムを壊された子どもたちの心身は，学校という場だからこそより鮮明に見えてくるのである。

子どもが作った社会ではなく大人が利益第一主義で作り上げた社会において，どうして子どもが欲望を抑え制御した生活ができるだろうか。この現代社会を作り，容認した大人達が，自らの責任と自覚と行動で是正していかねばならないのではないだろうか。

今の教育現場は，まるで地殻変動と酸性雨により教師の骨格が急激に怯えやせ細っているように感じられる。定年退職を次々と迎える団塊の世代とその入れ替わりに低倍率で採用される新規採用教員。その中間を支える年代層が極めて少なく，このアンバランスが引き起こすさまざまな状況こそ，教育界が地すべり状態になっていると思う理由である。ゆとりから学力重視へと転換した国の方針，さらに教員の資質向上と称して施行される改革で，魅力ある先生を生み出す素地ができるとは考えにくい。子ども達は，二十四の瞳のあ



平成17年度千葉県児童生徒の食生活等実態調査

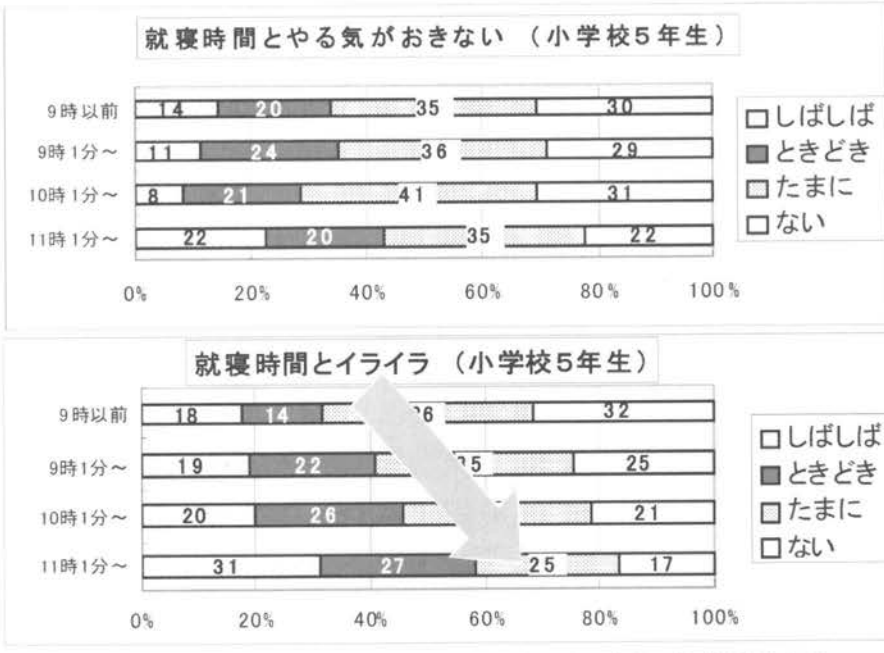
図3

の大石先生のように，先生が好きだから学校へ行くのであり，いくら専門性があり高学歴であっても好きになれない先生の言葉は，子どもには届かない。だからといって専門性を磨かないようでは教師は務まらない。また，保護者の価値観も年々変化しているため，これまでの常識が通用しない。さらに母子家庭や父子家庭も増加，養育を両親が拒否して祖父母が育てている家庭も珍しくはないのである。

F市の新任校長の平均年齢が57歳を超えると聞いた。あと3年をどう過ごされるのか。そこに新規採用教員が入り，一時期職場の活性化はされても，彼らの柔軟なそして新たな取り組みがどこまで支援されるだろうか。それよりも問題を起こさないようにという指導が入り，やる気は削がれていくことを私は憂えてならない。確かに不易と流行はあるが，自分以上の人材を育て上げるのが教育であり，責任は私が取るから思い切りやりなさいという姿勢こそ大切ではないだろうか。

いつの世も教育は，子どもの幸福のためであって，行政や政治や経済の具にされてはならない。20世紀，教育は戦争のために利用され，次に戦後復興の経済のために利用された。今こそ社会のために利用された教育から，子どものために，教育のための社会に大きくパラダイムの転換をしていかねば間に合わないと私の恩師は常々指摘される。この視点こそ今もっとも声を大にして叫ばなければならないことではないだろうか。

学校では，事件や事故が頻繁に起きるものである。いじめもあるものと受け止めているからこそ，それらのことを未然に防ぐ具体策とそれに対応する関わりができるのである。私は校長室をいつも開放している。日に十数人の子どもたちが訪れる。初めは，恐る恐る様子を伺う子もいるが，慣れれば順応は早い。ある日，2年生の男の子が「先生，僕は何のために生まれてきたの？　僕のお母さん僕を生んで死んじゃったんだって。ぼくもほかのお友達のように，お母さんと手をつないで歩



平成17年度千葉県児童生徒の食生活等実態調査より

図4

きたいな～」と，つぶやいた。私は胸が詰まった。子ども達のために，大人がしなければならないことがもっとある。そして親や地域はもちろんであるが，幸いにも仕事として子どもに関われる教師や医師にはそのチャンスが毎日のように訪れている。では，どのように行動すればよいのか。そこに“医師と教師の先生ションズ”の目指すべき使命があると私は確信している。

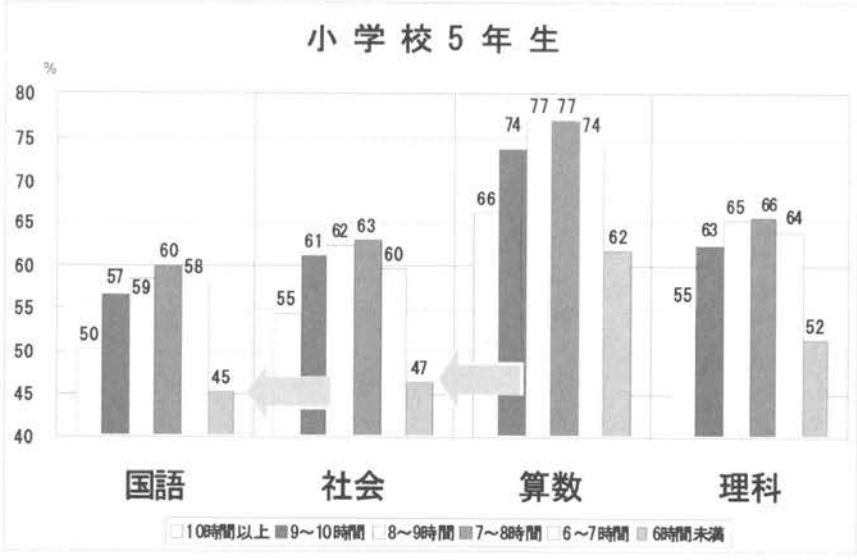
早寝，早起き，朝ごはんが其処彼処で言われているが，昔はそうしなければ成り立たない社会環境であった。しかし，物が豊かになった分，心が貧しくなり，子ども達の目から輝きが消えているように思えてならない。物の豊かさで心を満たすことはできないことを，先人は「蔵の財より身の財，身の財より心の財第一なり」と指摘している。

その大人の価値観や乱れた生活に子ども達が巻き込まれている。**図2**では，就学前の幼児の10時以降の就寝が29%という信じがたい数値を示している。大人社会が幼児の心身の発達さえも蝕んでいることが如実にわかる。また，中学3年生の64%が日付を超えてから就寝するということ現実も成長期のピークを過ぎて，心身の異常を引き起こす因になることは明らかである。

朝，気持ちのよいスタートが切れたならば，その日一日の充実が約束されると私は思っている。しかし，**図3**の慢性睡眠不足の度合いが高いのが中学女子。こうした青年期の睡眠不足が母体を形成する女性としての基盤をつくる時期と考えると，その弊害は人類の存続さえ危ぶまれることに繋がると言っても過言ではないのではないだろうか。

また，**図4**では，就寝時間が11時を過ぎている児童は，約60%の児童がイライラ感を持ちながら学校へ来ることになる。さらに**図5**では，睡眠不足が大きく影響している教科が

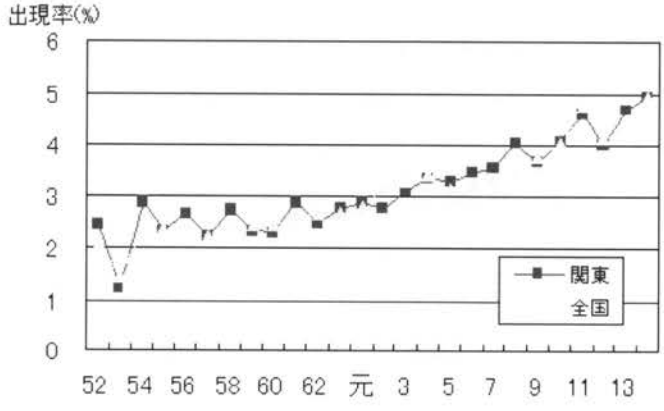
睡眠と学力の関係



平成17年度千葉県学力状況調査より

図5

痩身傾向の年次推移（12歳女子）



学校保健統計調査報告書　昭和52年度～平成14年度（文部省・文部科学省）

図6

国語科や社会科。読解力が他教科に比べ必要とされる教科であり，本離れにも多分に影響していることが推測される。

「面倒なことは，夜考えるな！　朝なら，わずかな時間で済むことがある」「夜早く寝るより，早く起きるが先！」「親自身の習慣を直さ

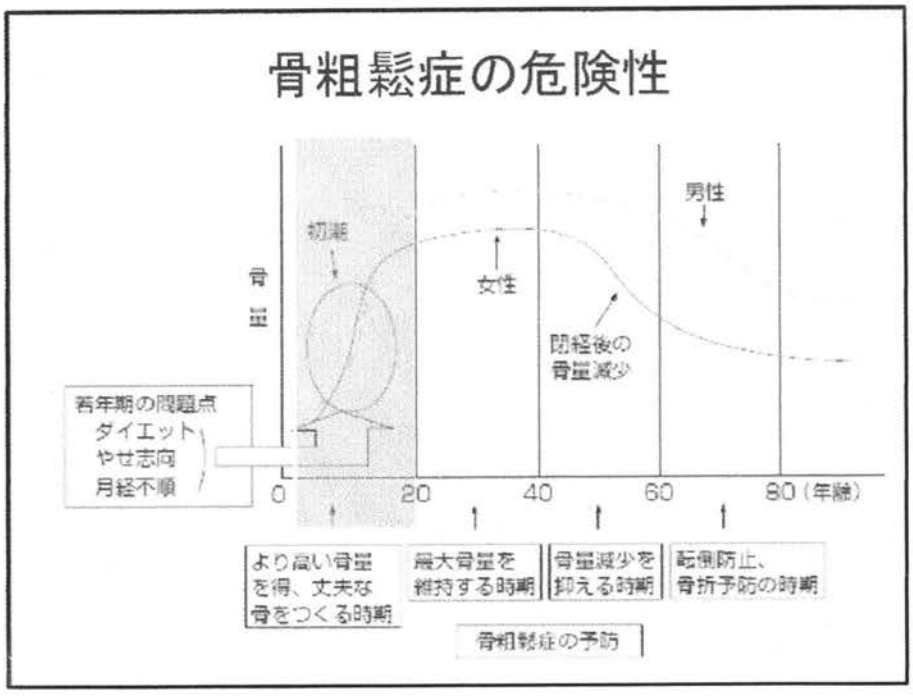
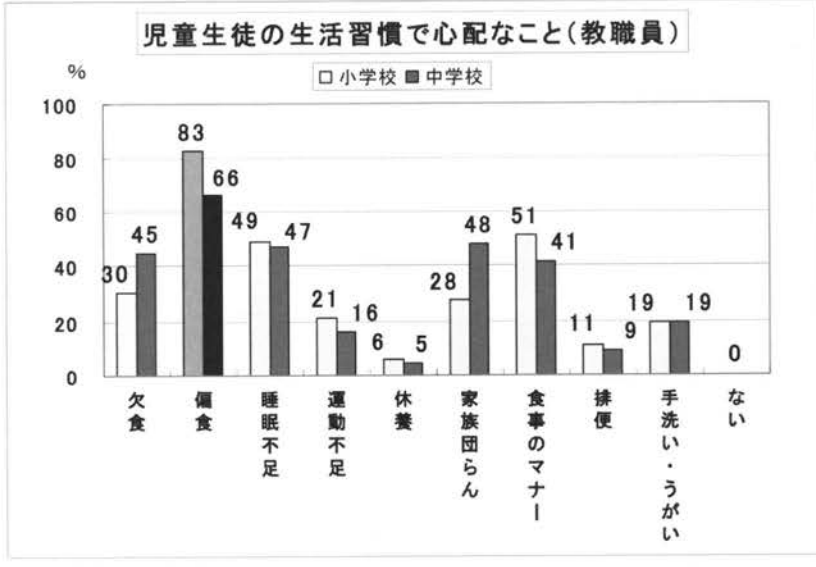


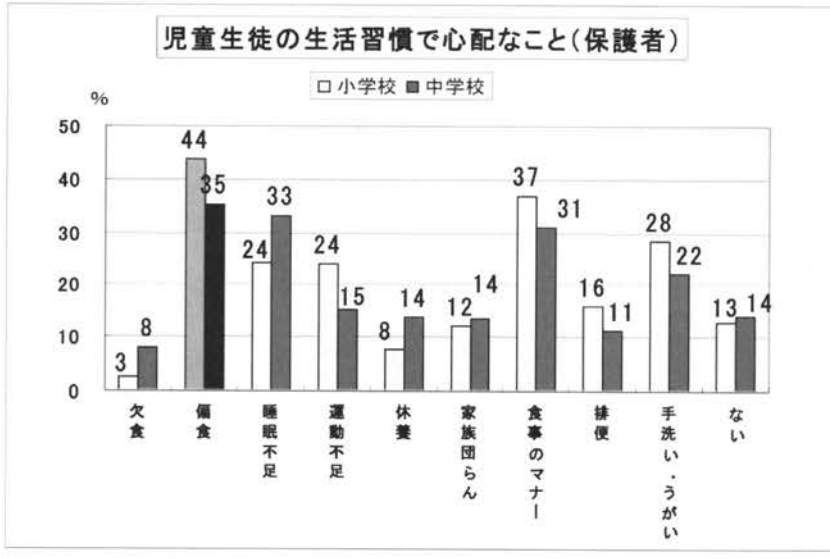
図7



平成17年度千葉県児童生徒の食生活等実態調査

図8

ないと…悪癖は連鎖する！」など先人の知恵がますます風化している。まさに太陽とともに起きて日が沈み寝るという生命のリズムを，大人が先頭を切って壊しているのが現代である。子どもにはもともと生活習慣のおかしな子はいない。そのように現代社会が，親が，



平成17年度千葉県児童生徒の食生活等実態調査

図9

そのまた親が育ててしまったといったほうが正確ではないだろうか。

では，そうした自分ではどうにもならない親を誰が支援しているのか。連綿と繰り返されてきた悪癖であり，それが五体に染み込んでいるのだから容易ではない。「育てられたようにしか，育てられない」という現実を私はよく目にする。そこで私は，子どもが何か変だと担任が感じた時，子どもが心身で信号を送っている時には，親を警戒させぬよう，威圧感を与えぬようにして上手に校長室に招き入れ，一個人として胸襟を開きじっくり対話をする機会を設けている。そうでもしなければ，子どもの環境を変えることは困難である。だからこそ，親身になり，対話の土俵に乗せ同苦するように心掛けている。確かにその関わりは大変ではあるが，避けて通ってはならないことと私は受け止めている。だから，校長室の入口には，「子どものためであれば，よろず相談うけたまわります」と掲げたのは，私にできる誠意ある日々の姿勢なのだが，何もしない輩に決まって，自分のスケールで推し量り，私利を持たずに伸びようとする芽をパフォーマンスと揶揄し，摘み取るのが世の常となっている。これでは，自分以上の人間を育てることはできない。

また，いつの日か講演の機会があるようならば，こうした苦心談をお話ししたい。

「自己」には他者が不在であり，「他者」の痛みや悩み，苦しみへの不感症に陥っている。ゆえに，自分の世界に引きこもってしまったり，ささいなことでキレて暴力的な直接行為に走ったり，あるいは素知らぬ顔で傍観者であったりする。子ども達に「学校で一番偉い人は誰？」と先日の全校朝会で聞いてみた。一斉に「校長先生」という答えが返ってきた。そこで「どうして？」と質問してみた。「だって校長室があるし，先生方も頭を下げるし，最後にお話をするから」と理由を挙げた。私は「それは違うな」と言うと。皆が戸惑った。「あなた達のために，あなた達のことをいつも考えて，関わってくれている人は誰です

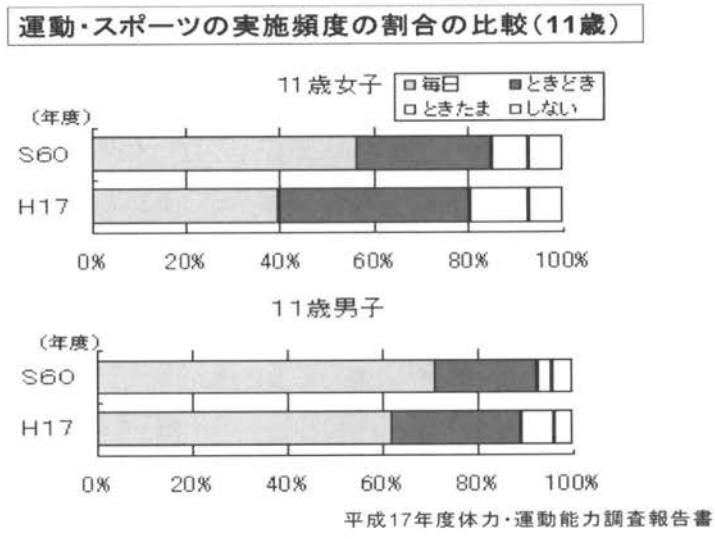
身長・基礎的運動能力の比較

	男子		女子	
	親の世代	今の子ども達	親の世代	今の子ども達
身長（cm）	141.8	145.3（↑3.5）	144.4	147.2（↑2.8）
50m走（秒）	8.8	9.0（↓0.2）	9.1	9.2（↓0.1）
ソフトボール投げ（m）	34.0	29.8（↓4.2）	19.9	17.8（↓2.1）

※親の世代は昭和50年度の11歳（さい）、今の子ども達は平成17年度の11歳（さい）
※全国平均値は小数点以下第2位で四捨五入しています。

文部科学省「子どもの体力ホームページ」より

図10



平成17年度体力・運動能力調査報告書

図11

か？」と聞くと，異口同音に「担任の先生」と答えた。私は「そうです。一番偉いのは，皆さんと一緒に喜んだり，悲しんだり，叱ったり，励ましてくれる担任の先生なんですよ。その先生方が，のびのびと皆さんと勉強したり，運動したり，遊んだりできるように，後ろで応援するのが校長先生なんです」こんな話をした。ちなみに私は子どもの前では極力マイクを使用しない。生声と話術で7歳から12歳までの600名を越える児童を引き付けられないで，プロ教師のリーダーとは言えないと自らに課題を課している。まさに，1年生から6年生までが一堂に会する全校朝会は，私が子ども達に通用する人間教師であるかを試す授業（修行と鍛練）の場なのである。最近の子ども達の体型は，以前にも増して日本

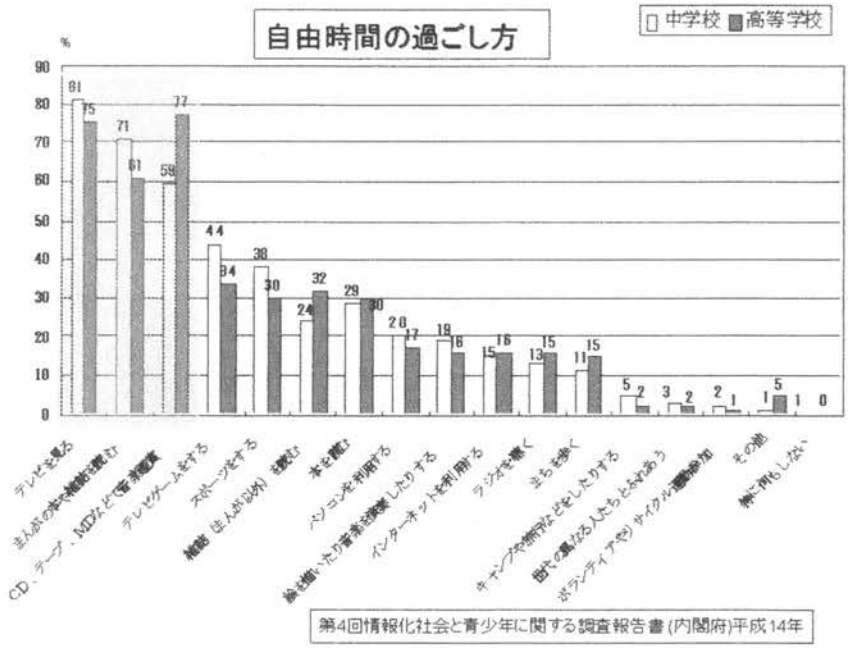
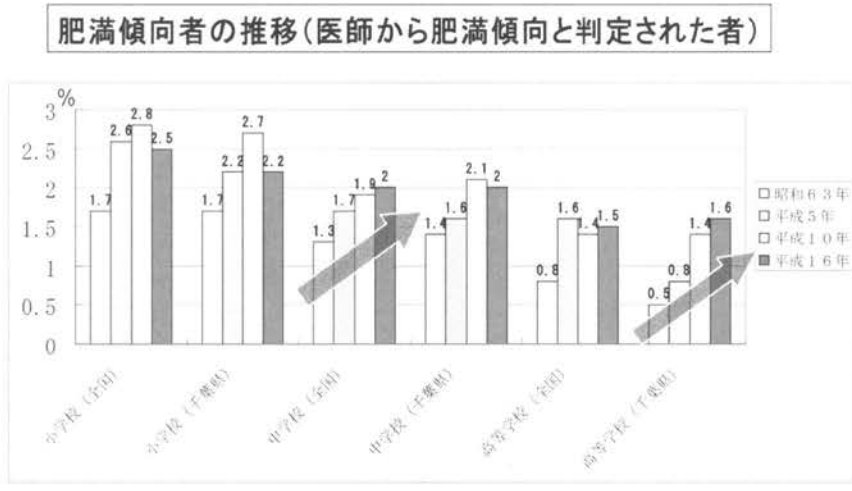


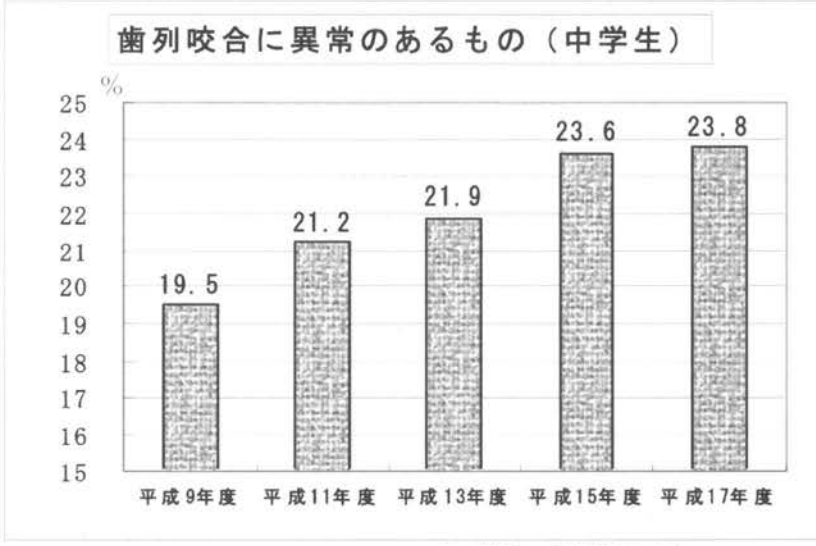
図12



学校保健統計調査より

図13

離れしたいわゆる長身，足長になって来ている。人類の進化は遅々たるはずなのに，太ることを嫌い，痩身を好む傾向にあり，その端的な例が高学年の女子（図6）に見られる。12歳女子の痩身傾向は年々上昇の一途をたどっており，こうした傾向を煽るマスメディアにも大きな責任がある。過剰なダイエット，やせ志向，月経不順などにより骨量の曲線の



「千葉県の学校保健」より

図14

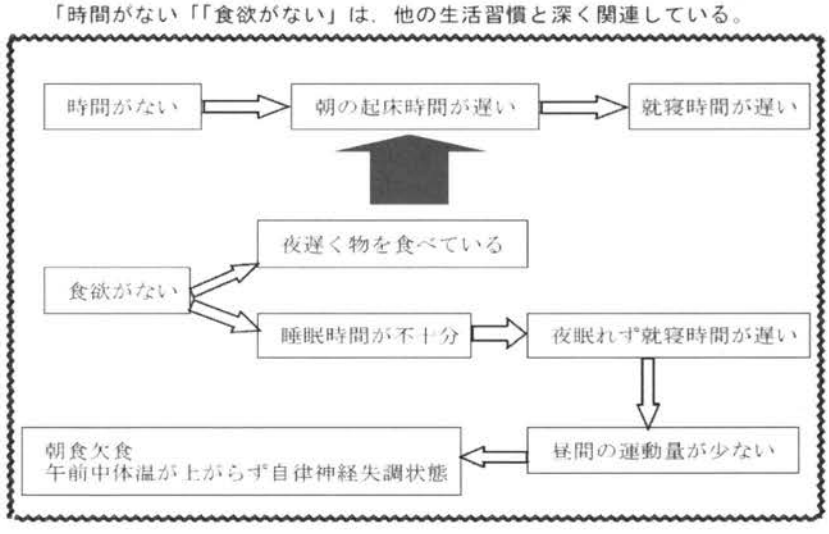


図15

頂点がさらに低くなり，その後下降することを考えると，骨粗鬆症が早まることは必至なのである（図7）。

図8，9には教職員と保護者の認識の大きなズレが見て取れる。欠食，偏食，家族団らんの数値が教職員の心配なことの数値の半分程度しか保護者は思っていないという驚きの数値が示されている。小学校の欠食においては，教職員の10分の1しか保護者は心配とは認識していない。このことは，家庭のことまでもすべて学校がしてやらないといけないという現実を物語っている。学校では，朝食を食べてこない子に用意する食事など本来はない。何度となく保護者にお願いしても与えて

もらえられないため，仕方なく担任がこっそりと食事を用意して，他の子ども達に気づかれないように与えていた光景を何度も見かけたし，私もしたことがある。与えることが根本的な解決にはならないが，目の前の子どもに罪はない。また，給食費を払わない児童には給食を食べさせないでいいと当局は指導するが，１年生の子ども達を前に「あなたは給食費を払っていないから」と担任に言わせることが教育なのだろうか。

また，親の世代と今の子ども達では，身長が男子で3.5cm女子で2.6cm高くなっているが，基本的な運動能力である50m走やソフトボール投げのいずれも劣っている（**図10**）。これは，わずかな数値に見えてもこの低下が上向くことは，体育の授業や地域での子ども達の生活実態からして極めて困難である。

さらに，自由時間の過ごし方も室内中心になっており，チームで遊ぶよりは個として時間を過ごす傾向が強くなっている。友達の家に遊びに行くのも，その子と遊びたいのではなく，その子が持っているゲームソフトがやってみたいという動機によるところが大きくなっている。それは，運動・スポーツの実施頻度から見ても歴然である（**図11，12**）。

肥満傾向児の推移から見ても，中学校や高等学校の上昇傾向は一目瞭然であり（**図13**），これは，メタボリックシンドロームが想像を超えて浸透していっていることを物語っている。それを前項の痩身傾向と併せて考えると，まさに二極化している傾向が浮かび上がる。いずれも望ましくない状況が，青年層に幅を利かせ，未来の不安要素のひとつになっている。

こうした自己制御を失った生活や食事が歯列咬合の増加からも見て取れる。噛まない食事が増え，顎が小さくなっている。また，虐待されている子どもや，放任の子ども達の生活の様子を私は歯の状況で判断する時がある（**図14**）。

朝，「時間がない」「食欲がない」は，他の生活習慣と深く関連しており，朝勝ちのできない者で，事を成し得た人物は少ないと認識している。前項でも述べたが，すべては朝のスタートで決まると，私は訴え続けて来たのである（**図15**）。学校の生命線は子どもの元気と生き生きとした挨拶であり行動である。そのためには何といっても教師が元気で明朗であることが必要である。まさにシビレエイの譬えのように，教師自らがシビレていなければ，相手をシビレさせることはできないのが教育である。

日々学校は，苦情や事件・事故に追われ，病院で例えれば，24時間救命救急室状態になっている。その難題や課題に立ち向かうのか，体よく逃げるのか，ただ茫然と立ち尽くすのか，が毎日のように迫られる。また，抗議の電話の向こうに，その子どもが生活する家庭の様子や価値観を垣間見る時がある。トラブルは，電話では必ずこじれる場合が多いので，相手に直接会って話すように職員に重ねて指導をしている。トラブルがないようにと考えていては何もできないものである。以前に，トラブルが起きると相手のせいにして逃げる管理職を目の当りにした出来事があった。その際，「居ては困る校長，居ても居なくても同じ校長，居なければならない校長がいる」と保護者がポツリと言った一言がいまだに忘れられない。

私は以前より教育が行政の中に組み込まれていることに疑問を感じている。定年制や給与体系，そして人事，予算など，道路と同じ数字で子どもの教育予算が削られる現実がある。教育は国家の力である。司法，立法，行政とは独立して，教育を設け四権分立にすべきではないだろうか。また，今般の教育改革が，学校現場の教師のやる気を引き出すものになり得るであろうか。当然主体的な取り組

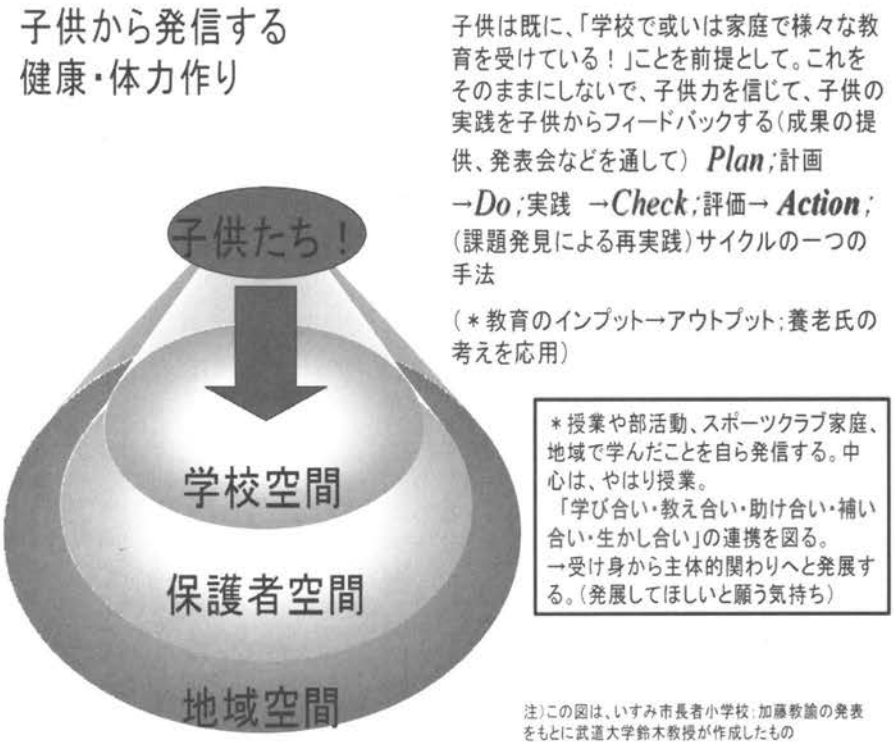


図16

みを展開するチャンスと受け止めてはいるが，校長に予算権や人事権をどこまで委譲するのか。今年，職員の旅費が大幅に減額されたため，必要なセンター研修でさえ，満足に出張をさせられないのが現実なのである。教育には最大限の人，もの，金を意図的に計画的に掛けるべきである。

では，今一番子ども達につけてやりたい力は何か。それは心の筋肉をいかに鍛えるかである。例えば学級崩壊のクラスを甦られせるために特別老人ホームとの交流で感じ取る老いや死についてなど，生きることばかり教えていて，死ということを真摯に教えてこなかったことが死を軽視する傾向を増長したと考えている。

また，安住というものは停滞を招くものであり，学校で起きるすべての出来事やピンチは，最大の信頼を築くチャンスであると捉えるよう私は心掛けている。誰も最初から強靭な精神力を持っているものなどはいない，ではどうすれば強く生きられるか。という問いに，あのトルストイは「生涯，幸せでいたいならば，人のために生きると決めて行動することだ」と言い切っている。毎年，課題を持った子らと百数十名で登る富士山頂，サポーターの学生がこの子らを登らせようと，わが事を後にして挑む時，以前より強くなっている自分に気付かされたと涙ながらに感想を述べる学生は多い。

私の校長室にはいつも子ども達が訪れる。その時，どんなに忙しい仕事をしていても子ども優先に対応するよう心掛けている。掛け値のない素直な言葉は，キラキラと輝いて心に響く，小さくとも子どもの中にはすでに大人の人格が育っており，その鋭い指摘にこちらが舌を巻く瞬間が実に愉快だ。学校は子ど

図17

も達のためにあるのであって，どんなに偉い人が来ていても，子どもとの対応を最優先すべき場所が学校でありたい。

では，どのように子ども達の変容を図ればよいのか。やらされる取り組みも時には必要だが，効果が上がるのは子ども達同士の変容が一番である。身近な子どもの変容こそ何よりの説得力であり，子どもは子どもの中で育つものである（**図16**）。生活習慣を見直すためには，まず自己診断をして，その改善のための計画を立て取り組むことが必要であり，自分に合ったプログラム（**図17**）を選び実行することが必要である。素晴らしい計画や内容が，机上の空論にならないためにも浸透普及の工夫が必要である。そこにこそ教師，医師，行政，家庭，地域，関係機関等すべての連携が求められているのである。

生活習慣の乱れが，毎日を錆び付かせている様子を図で示したものである（**図18**）。すべてが連鎖して噛み合わなくなり，悪循環を招き「体にたまる将来の生活習慣病のリスク」となっていくことが一目瞭然であり，こうした実態の改善を，子どもが自ら進んで取り組めるようにと分かりやすくまとめられている。この歯車を正しく回して行くことが，「健康なちばっ子の一日の歯車」を回すことになる。

こうした取り組みがさまざまな機関から発信されるとともにその活用が図られ，子ども達の生活の改善が意識されることを願うものである。

まとめ

今こそ医師と教師のコラボレーションを開始すべき時が来ていると痛感する。まさに「先生ションズ元年！」として相互の糊代を出

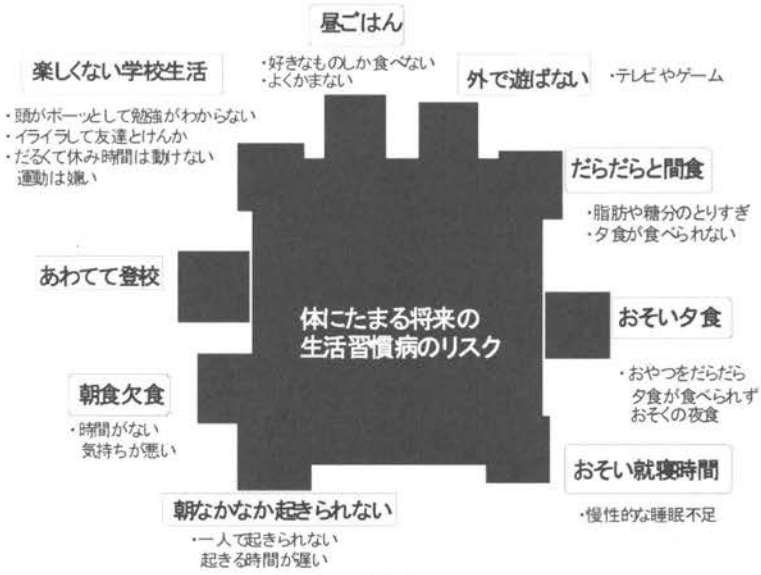


図18

し，未来の子ども達のためにともに歩みだす時ではないだろうか。

そのために，医師は，子どもがいる学校へ行こう！　と訴えたい。医師が身近な存在として写る大切さや，子どもや先生達の営みをつぶさに見て関わっていただきたい。「認識せずして，評価するな」とは私の恩師の忘れえぬ言葉である。次に教師も医師も異業種の方々との接触や交友関係を広める必要がある。そうでないと，どうしても視野が狭くなり柔軟な発想がしにくくなる場合が多いからである。一人で行動するのはなかなか…だからこそ「先生ションズ！」を作って行動するのである。そのほうが何かと知恵が湧き心強い。「先生」と付く職業は，無意識のうちにプライドが邪魔をして，相手と同じ目線で関われない悲しさが往々にしてある。これでは相手は胸襟を開いてはくれない。

「最近の若い者は少し努力すると褒められたいとか認められたいとかいうものが多いが，本当に大事なことは百年，弐百年しないと分かってはもらえないものだよ」と弟子・坂本竜馬に語った師匠・勝海舟の話こそ，期待される「先生ションズ！」の実践に重ねたい言葉である。やろうと決めると不思議に得がたき人物が集って来ることがある。まずは行動が大切であり「反省しても後悔しない」という心意気で事にあたりたいものである。

最後に，「俺がやらねば誰がやる　今やらねばいつできる」という哲人の言葉がまさに使命感を呼び覚ます。この言葉は，私が富士山麓の朝霧高原で若き日に学んだ学び舎（現：財団法人富士教育訓練センター）の正面玄関に今も掲げられている。青年の時に見たこの名言が，今も私の五体に脈々と流れていることを感じる。

今回の講演が，医師と教師のプロとしてのコラボレーションのスタートとなることを心から願うとともに，講演で触れられなかった思いを一部付け加えさせていただいたことをご了解願いたい。

■第488回（６月）例会「子ども達にどう語りかけるか」

小児期からの生活習慣病予防における館山市の取り組み

山口　夕佳

千葉県房総半島の南端に位置する館山市は，人口約５万人，出生数は年間約400人，65歳以上の人口は28%と少子高齢化が進行しており，生活習慣病対策は重要な課題になっています。

館山市の取り組みのひとつとして，安房医師会の協力のもと，昭和54年から小中学生の過脂肪児検診を実施してきましたが，より広く生活習慣病への認識を深めるため，平成13年から小児生活習慣病予防検診とスタイルを変え，小中学生を対象とした生活習慣病予防活動を始めました。

まず，検診対象者となる小学５年生と中学２年生に生活実態調査を実施し，生活スタイルを把握。次に，検診で身体測定･血圧測定･血液検査（脂質・糖代謝・肝機能・貧血）をチェックし，検診後は個別面接による生活指導を実施します。平成14年からは，小中学校の授業に保健師や管理栄養士，研修を積んだ地域の女性146人で組織する保健推進員が学校に出向き，子どもたちに生活習慣病予防の授業を実践しています。

子どもの生活習慣は大人の影響を強く受けることから，保護者や地域住民にも生活習慣病予防教育を実施し，家庭の中から生活習慣を改善できるように伝えています。また，母子保健活動として，乳幼児健診や育児相談，保育園や幼稚園の場で，生活習慣病予防の大切さを子どもや保護者に伝えています。

授業を受けた子どもたちからは，「生活習慣病にならないために自分でできることがみつかった。今はおやつを取りすぎているから，これではまずい。自分の体のことを真剣に考えていきたい。これから，気をつけて生活しよう」などの感想があがっており，子どもたちへの教育の重要性は明確です。

平成18年度小児生活習慣病予防検診結果で要注意者が血清脂質は小学生で27.2%，中学生で16.4%，貧血は小学生で4.9%，中学生で5.1%，肝機能は小学生で18%，中学生で6.2%でした（糖代謝については新規に現在実施中のため，結果が出ていません）。

この結果からも，生活習慣病は子どもの頃から予防していかなければならない，と実感しています。

小学５年生と中学２年生に実施した生活実態調査結果（平成18年度）では，就寝時間は，小学生で10時以降に寝る子が48%，中学生で11時以降に寝る子が52%と夜型の生活です。

朝食を欠食する割合は，小学生８%，中学生11%。欠食理由は，時間がない，食欲がない，用意されていないなど，家庭の問題もありました。

間食は，小中学生ともに，スナック菓子，ジュースやスポーツドリンク等の清涼飲料水，チョコレート等を好んで食べています。また，これらの間食は，親が用意したものがほとん

やまぐち　ゆか
館山市役所健康福祉部健康課保健師

小児生活習慣病予防検診判定基準

（平成19年4月作成）
安房医師会学校保健委員会

項目		施設（安房医師会病院）基準値	要指導	要精査
肥満	肥満度		20.0～39.9%（軽症）	60.0%以上
		19.9%以下	40.0～59.9%（中等症）	体重を減らす
			身長の伸びを待つ	7割が心肝疾患合併
血圧	※血圧	最高血圧	最高血圧	最高血圧
		※139mmHg	※140mmHg ～149mmHg	※150mmHg 以上
貧血	赤血球数	男 440～560	331～439	330以下
		女 380～560	301～379	300以下
	※白血球×100	※35～85	※31～34・86～149	※30以下・150以上
	血色素	小 男 12.0～15.2 中 男 12.8～16.0	小 11.9以下 中 12.7以下	小 10.9以下 中 11.7以下
		学 女 11.9～14.5 学 女 36.0～44.0	学 11.8以下 学 11.7以下	学 10.8以下 学 10.7以下
	ヘマトクリット値	小 男 35.5～46.5 中 男 37.0～47.6	小 35.4以下 中 36.9以下	小 25.4以下 中 26.9以下
		学 女 36.0～43.0 学 女 11.8～14.7	学 35.9以下 学 35.9以下	学 25.9以下 学 25.9以下
	血清鉄	男 54～181	40～53	39以下
		女 43～172	40～42	39以下
肝機能	GOT（AST）	34 IU / L 以下		35 IU / L 以上
	GPT（ALT）	44 IU / L 以下		45 IU / L 以上
	コリンエステラーゼ	185～431 IU / L	432 IU / L 以下、184 IU / L 以下	
脂質	総コレステロール	190mg / dl 未満	190～219mg / dl	220mg / dl 以上
	中性脂肪	140mg / dl 未満	140～299mg / dl	300mg / dl 以上
	HDL コレステロール	40mg 以上		39mg 以下
糖代謝	空腹時血糖	70～110mg / dl 未満	50～69mg / dl、110～130mg / dl 未満	50未満、130mg / dl 以上
	ヘモグロビン A1c	4.3～5.8%	4.3%未満、5.9～6.4%	6.5%以上

生活習慣病にならないための…

健康で、幸せな四ツ葉のクローバー運動!

"幸せは、健康から"
"家族の健康は宝です"

約束-その1

規則正しい生活をしよう!

①早寝・早起きしよう"寝る子は育つ"
入学前の子どもたちは**夜9時**まで
小学生は**10時**まで
中学・高校生・大人は**11時**まで
②**朝ご飯を毎日、必ず食べよう。**
(脳の働きを活発にします。)
③**毎日、排便・うんちをしよう。**
④**毎日、歯みがきをしよう。**

約束-その2

食事とおやつに注意しよう!

①**バランスのとれた食事をしよう。**
(三食しっかり食べる・好き嫌いをしない。)
②**間食・食べ過ぎに注意しよう。**
(塩分・糖分・カロリー・しぼうの多いおやつ)
(ジュース・スポーツドリンク類・アイス類)
※お茶・ウーロン茶などを飲みましょう。
③**夜食をやめよう。**

約束-その3

毎日運動しよう!

①**毎日適度に体を動かしましょう。**
②**できるだけ外遊びをしましょう。**
(登下校は貴重な運動!できるだけ歩こう。)
③**テレビゲーム・テレビは時間を**
決めてみましょう。

約束-その4

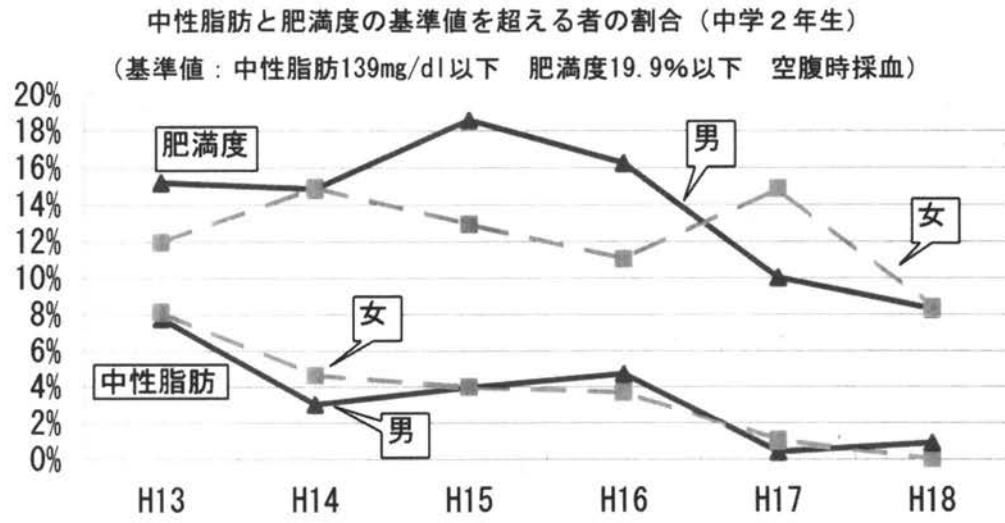
ストレスを上手に発散しよう!

~ムカツク・イライラは
誰にでもあります~

①**自分1人で悩まない。**
誰かに相談しましょう。
(友人・家族・先生・専門家など)
②**いやなことは、早くに発散し、**
ストレスをいつまでも貯めないこと。
(できればスポーツ・遊び・歌などで発散!)

健康診断を受けましょう!

館山市教育委員会・館山市健康課



どです。保護者が生活習慣病の認識を持ち，間食の与え方を見直す必要があります。遊びの内容は，小中学生ともにテレビやゲームが多く，その時間は３時間以上の子が小学生17%，中学生22%でした。

ストレスは，小中学生の約半数が感じています。原因は家族，友人との関係，自分の思い通りにいかないからとの答えです。中でもストレスを解消できない子が小学生15%，中学生17%もいました。

このように，小中学生のうちから，生活改善が必要であることは明らかです。これらの実態をもとに生活習慣病予防スローガンとして，「健康で幸せな四つ葉のクローバー運動」を推進しています。

実際の効果としては，子どもたちのおやつを選ぶ意識が変化し，生活調査結果からも，朝食を食べる人の割合と，夕食後夜食を食べない人の割合が増え，生活習慣が改善されています。

また，小児生活習慣病予防検診の結果においても，平成13年から18年までの経年比較で，中学２年生において，中性脂肪の基準値を超える人の割合が，男女ともに減少しており，同じく，肥満の人の割合も，男女ともに減少しています。

「予防」をキーワードに地域・学校へ出向いて活動していくことは地道なことですが，必ず実を結ぶと信じています。今後も学校，給食センター，ＰＴＡ組織，安房医師会はじめ医療機関，そして保健推進員等，さまざまな組織と連携を保ちながら，市民全体に生活習慣を改善する意識，行動が波及していくことを目標としています。

■第488回（6月）例会「子ども達にどう語りかけるか」

中学校・高校における命の教育について

堀見　洋継

要　約

就学児童の「いじめ」「自殺」「暴力」の問題が顕著になり，学校における道徳教育やいのちの教育の重要性が叫ばれるようになってもう数年が経過する。しかし，学校の現場では，何をどう教えればよいのかが分からず，PTAや地域の住民を巻き込んで模索が続いている。NPO法人「からだとこころの発見塾」では2006年秋から，神田女学園での総合学習としての「こころとからだ」に関する連続講演を皮切りに，関東近辺の学校に赴きいのちに関する講演を行ってきた。以下に，講演内容とそれに対する生徒の反応，これからの課題をまとめた。

背　景

学校の現状

学校内暴力件数に関するデータとして，平成15年度までの学校内暴力件数を文部科学省がまとめたものがあるが，平成15年時点での学校内での暴力行為やいじめは前年度より増加（5～6％増）しており，1997年以来，最高の件数となっている。

文部科学省は1997年に発生した神戸市須磨区における連続児童殺傷事件以降，「命を大切にする教育の充実」を図っている。その一環として，2002年より「児童生徒の心に響く道徳教育推進事業」として，毎年2億から3億円の予算を計上している。その事業の趣旨として，幼稚園から高等学校までの全ての学校種において，体験活動を生かした道徳教育や地域人材の積極的活用など特色ある充実した道徳教育を実施するというものなっている。

からだとこころの発見塾

NPO法人からだとこころの発見塾（以下，発見塾）は，2005年，『東京大学医療政策人材養成講座』1期生のなかで，医療サービスの受け手が変わることによって，日本の医療のあり方をよい報告に変えていこうという思いの強い人が集まり，「自らの心身に対する知的好奇心を刺激し，医療に主体的に関わる意識を涵養する」という理念のもと，講座終了後もその活動を継続していくために，発見塾が立ち上げられた。発起人として集まった面々は，医療提供者，医療政策立案者，ジャーナリスト，患者支援者など性別も年代も経歴も多種多様であることが特色になっている。発見塾は次の6つの活動を主としている。①学校の授業や講演のプログラムの提案とコンサルティング，②一般の講演会，③講師・人材のネットワーキング，④からだとこころのサイエンス・カフェ企画・運営，⑤書籍や教材等の企画・製作，⑥からだといのちの図書コーナーの設置支援。以下，発見塾の

ほりみ　ひろつぐ
東京大学医療政策人材養成講座特任研究員
NPO法人・こころとからだの発見塾

内容を紹介した文章を紹介し，発見塾の説明に代える。

「からだ」を知り「いのち」に触れ「こころ」を感じる

からだとこころの発見塾は，子どもの，そして私たち大人の生きる力をはぐくみます。核家族化や高齢化の進展で，生老病死に直面する機会が減りつるある今，自分のからだとこころを見つめ，いのちの大切さに気づく機会を提供します。その活動を通じて，人生のさまざまな場面で変化する心身を自らが守り，生老病死に主体的に向き合う意識を育てます。

子ども，そしておとなの生きる力を育むために「集める」「つなぐ」発見塾は，また，日常的にからだやこころに興味を持つ機械を準備し，いつでも学べるよう，学校図書館などに「からだとこころの図書コーナー」の設置を提案・実施しています。その一方で，からだに関するアトラスや人体模型，医療機器，病気に関する患者会資料，各地に散在するすぐれた絵本や紙芝居，ぬいぐるみや手作り，さらには新たな教材の開発にも取り組みたいと考えています。

そして最も大事なことは，人材のネットワークの構築です。全国各地で地道に「いのちの授業」などに取り組んでおられる方々はもちろん，気持ちはあってもまだ活動に至っていない人材の発掘も発見塾の大きな目的の一つです。いずれは，効果的な授業のための研鑽の場をもうけたり，授業メニューや講師依頼の体系化にも取り組みます。

わたしたちは，「からだとこころの発見塾」で出会った子どもたち，おとなたちが，10年後，15年後に社会にもたらす効果は甚大であることを信じています。

からだとこころの発見塾の学校での活動

活動実績

以下に活動実績を列記する。

2006年9月—10月：東京都・神田女学園での総合学習担当

2006年12月12日：千葉県・市立四街道中学校　いのちを大切にする　薬師寺　200名

2006年12月14日：千葉県・東葉中学校　いのち・生きる　薬師寺　280名

2007年1月23日：長野県・市立東部中学校　いのちの大切さ・ただ一度の人生をどう生きるか　鈴木　280名

2007年1月30日：茨城県・市立日の出中学校　困難に立ち向かうこころの強さをどう育むか。鈴木，長谷川，堀見　224名＋保護者，教師100名

2007年5月27日：東京都・調布市立第五中学校　人生の困難に立ち向かうこころとからだを育てる　鈴木　300名

講演内容

講演内容は講師に一任されている。現在まで，学校において講演した講師は4名である。4名の講演内容の要旨を以下にまとめた。

「癌の末期の患者の診療に携わる医師のいのちの話」

生徒に自分の心臓や脈を実際に触れてもらい生物としての存在を実感してもらう。いのちは誰のものかという問題提起を行う。自分のもの？　家族のもの？　社会のもの？　上顎癌だった患者さんに医師として接した時の体験，若くして癌におかされた母とその子との体験をハンス。医師として患者さんに，最新の治療をすることが最善を尽くすことだと思っていたが，患者さんに殺してくれと言われ始めて必ずしもそうではないことに気づく。また，子どもとともに在宅で死の準備を行い，子どものために最後の3カ月を走りぬいたお母さん。大人以上に死を理解し，素晴らしい看取りを行った子どもの話。これらの話を通して生徒にいのちのことについて自ら考える機会を提供する。

「新聞記者のいのちの話」

インドの大地震の後，東ティモールやアフガニスタンの戦乱の後の取材経験から。日本と比べれば，はるかに困難な状況下にあると思われる子どもたちが，笑顔を忘れず生きている事実を紹介。また，その無邪気さとは裏腹の自己の存在をかけた闘争心や，生きるためのがむしゃらさもその子どもたちの中に見ることができる。日本のような文明化社会ではやんわりと包み隠されている生への渇望があり，逆にそこに日本ではみることのできないいのちの輝きを見ることができる。生きるために闘うことを忘れてはならないし，恥ずかしがったり，恐れたりする必要はない。また，困難な状況下ほど家族の絆や，集落の住民同士の結びつきが強くなり，人間は社会の中でしか生きていけない生き物であるということがよく分かる。

また，生きることは考えることであり。考えることは言葉によって行う。新聞記者としてよい言葉に接し，それらを書き留めたり，その言葉を実際に使ったりすることによって人生を豊かにすることが可能となる。自分のことを伝えられる言葉を磨こう。

「コンサルタントのいのちのはなし」

一度しかない人生，あなたはどんな生き方をしたいですか？　あなたは，かけがえのない存在です。あなたが，あなた自身の持つ遺伝子配列でこの世に生まれてくる確立は，1億円の宝くじに100万回連続して当たるのと同じくらいの確立なのです。生きていれば，さまざまな困難が目の前に現れてきます。しかし，必ず冬は春になります。困難を逆にチャンスだと思い，挑戦し続けるのです。でもあなたが諦めればそのチャンスはあなたの前から消えてしまうのです。命はその使い方(使命)を見つけるととたんに輝き始めるのです。

「心臓外科医の命のはなし」

自分の存在とは何でしょう？　自分の中の奥深いところに「自分とは何だろう？」と考えている自分自身がいて，その奥深いところにいる自分がいなければこのようなことも考えるはずもなく，そういうことを考えているという事実が，自分自身がこの世に存在しているという証なのでしょうか？

自分はこの大地の上に静かに立っていられるのはなぜでしょう？　万有引力の法則に従えば，地球の中心に向かって相当の勢いで引っ張られていってしまうはずなのに，大地の上に留まって，立っていることができる。これは重力に等しい力が，大地から反作用として自分に作用しているからに他なりません。

自分自身の存在も，作用―反作用の関係にあると言えないでしょうか。自分の存在は，身近なところでは親，兄弟，友達，先生に支えられていると思いませんか？　それらの誰か一人でもかけたら，自分の生活はどのように変わるでしょう。いかにそれらの人々によって自分が支えられているか分かるでしょう。また，日々食べる物や衣服など身の回りにあるいろいろな物が，どうやって自分の身の回りにあるのかを考えれば，直接は知らないけれど，それらの物を作ったり，運んだりする人々によって支えられていると実感できるでしょう。翻って，自分の存在は誰かを支えているのでしょうか。何も支えられないちっぽけな存在でしょうか？そんなことはありません。あなたはお父さんお母さんの素晴らしい宝物です。あなたがいなくなるとどんなに悲しむでしょう。人間社会の中で，お互い支えあって生きていっていると思いませんか。

生徒の反応

アンケート調査の一部を紹介してそれに代える。

生徒A（中学2年　女子）：人にとって命

とは本当に大切なものなのだという風に感じた。先生の話を聴いて思わず涙が出そうになった。人の命は他の物に代えられない大切なもので，命は自分のものでもあるが，他の人にとっても大切な命であると思った。

生徒B（中学3年　男子）：僕は今まで人間は必ず不可能があると思っていました。でも今回の学習会で講師の鈴木先生の死ぬ気で物事をすれば不可能を可能にする力を持っているという話を聞いてすごく心に残りました。なのでこれから先に越えることの出来ない困難があったときは，今回の言葉を思い出して困難をクリア出来るように頑張りたいと思います。今回は素晴らしいお話をして下さいましてありがとうございました。これからも日本中の人達に素晴らしいお話をしていってください。

考　察

講演を実際に行ううえでの注意点

今回の講演は，学校の体育館，講堂で約200から300人の聴衆に対して，1～2時間という内容で行われた。事前の打ち合わせは重要で，マイク，パワーポイントは使えるかどうか，会場周囲の状況（周囲の騒音で雰囲気が台無しになったこともあった），会場のコンディション（寒くて話に集中できないということがあった）だけではなく，生徒や先生に対する事前アンケート，生徒に対して事前学習テーマを与えることによって講演そのものをより効果的に進めることができることが分かりつつある。また，これらの準備を講師が全部行っていては，講師が講演内容に力を注げなくなるので，発見塾事務局として，これらの準備内容を体系化し，誰でも抜けなくできるようにしようとしている。

いのちの教育の類型化

調べた範囲内で，いのちの教育を体系化したものは見あたらなかった。今回，発見塾で行った講演内容を分析すると次のように分けられるのではないだろうか。①死を直視することによる方法（Death Education），②使命を実感させる，③自分の存在が類まれな存在である，④いのちは（人は）互いに支えあって存在する，⑤人生の困難を克服する，というようなものに落ち着くのではないだろうか。これらはどちらかというとこころに訴えかけた内容であるが，発見塾としては，からだに関する話，たとえば性教育や食育，肉体の不思議というような内容に関してもプログラムを作り，若い人にいのちの偉大さに気づくと同時に，賢い人生を送ってもらいたいと考えている。

講演技術の向上

発見塾の講師は医師として，コンサルタントとして，新聞記者としてはプロであり，命に関わる仕事をしているため，命にまつわる伝えたいことを十分持っているが，多くの生徒を前にして，伝えたい内容を上手く伝える技術という点ではまだ素人である。この部分のノウハウを，普段からプロの教師として生徒と接している先生や，これまで多く臨時講師として生徒の前で講演してきた方と共有する機会を作っていく必要があると考えている。

いのちの教育の有効性と継続性

発見塾という名の下で我々が始めたこの活動が，本当に生徒に命の大切さ，偉大さ，可能性を伝えるのに役立ち，生徒が良くかわっていっているのかの検証がなされていないし，何をもってその検証に当てるのが良いのかも定かでない。ただ，講演を行いました。いいことをしました。というような自己満足に終わらない試みが必要だと考えている。また，我々の活動は各学校1回で終わっている。講演終了後のアンケートを見る限り，それなりのインパクトはあると考えるが，時間が経つとそのインパクトはどうしても薄れていく。そのインパクトを生徒中に定着していくため

には，どうしても学校の先生との連携が欠かせないと考えている。いのちの教育に関するエッセンスと方法論を共有する場を作ったり，いのちの教育に関する教材作りを行う必要性を感じている。

講師の発掘

発見塾の仕事の一つとして，「からだ」や「こころ」の問題に常日頃から関わっている人々と，「からだ」や「こころ」についてもっと知りたいと願う人々の出会いを演出し，各人の中に眠る「いのち」の素晴らしさや大切さに気づくきっかけを作っていくというものがある。現在のところ発見塾の発起人しか，講師として参加してないため，マンパワー不足になりがちである，この試みを継続し，発展させるためにも講師陣の充実を図らなければならない。

発見塾の運営

現在，学校に講演に行って，講演料として講師一人当たり，１～２万円が相場である。各講師はそれを全て発見塾の運営に寄付をしているが，なかなかこの程度のお金を集めても，発見塾そのものの活動を発展させるための資金にはならない。国としても道徳教育等を強化するためにその予算を組み始めているが，そのお金は末端まではまたいきわたっていないようである。地域でのこういう取り組みの発展を期待するのであれば，より多くの投資をしなければ，今のままの細々とした活動に終わってしまう可能性がある。それを補う意味で，PTA を絡めて，講演の企画運営を考える必要があるかもしれない。

酒のはなし（１）

普通は冷やして呑む四季桜純米大吟醸酒「花宝」を銚子に300ミリリットルほど入れて，レンジで80秒ほどチンすると人肌の燗となる。いわきの蒸しウニを肴にしてちびりちびりやる。ふくよかな香りが広がる。「花宝」の命名とラベルのデザインもした酒の通の友人・高松祐一君に教わった呑み方である。彼は「花宝」を，女で言えば京マチ子のような「豊満な美人」の味とよく表現した。古いなあ。では大吟醸酒「聖」はというと，これまた決まって「楚々たる美人」のようと言った。酒はともかく，詩人でもある彼が理想としてイメージするのは，「楚々」とした容貌をしながら「豊満」な肉体を持っているサイボーグのような美人らしい。

ほろ酔い気分でワープロに向かう。量はいかないが，うまい酒ならなんでもいい。

自　由　交　見

●大久保俊輝先生へ

田所：テレビゲーム・マンガなどに対する批判は，教育委員会から業界・出版界に具体的に出されているのでしょうか？

回答：教育者としてはそういう視点はあるが，出されていないというのが現状です。今後の問題でしょう。

樋口：自殺も暴力も，表現が異なるだけで同じ心の問題と考えて良いでしょうか？

回答：少年院で話を聴くと「もっと真剣に怒って欲しかった」といいます。否定され，無視され続けるとそういう人間になっていきます。自殺するように育てられていく環境があるような気がします。その人を認めることが大事です。「僕ね！ 300mも飛んだホームランを打ったんだよ」と子どもが言ったとき「ああすごいね！」と言ってあげられるかでしょうね。

篠宮：自殺はサインのないことが8割と報道されたが本当ですか？

回答：注意深く観察していれば，必ずサインはあります。それを感じ取れる感性があるかです。「いじめはなかったと思う」というような会見を聴くが，いじめは必ずあります。どう取り組んだかが問われているのです。

●山口夕佳保健師へ

石橋：館山市の生活習慣に特徴があるか？

回答：魚が多い。大人も間食が多い（篠宮補足：観光地で海女の町で，肥満が美徳であるとつい最近まで思われていた地域です。全国的にも健康優良児表彰というのが肥満児を表彰していた面もあります）。

石橋：意識の部分への働きかけも必要ではないか。

回答：健康課としては病気の予防が中心で，やる気・自己効力感の教育などは養護教諭に任せている部分がある。今後連携をはかりたい。

石橋：健康課と教育委員会以外の担当課は参加しているのか？

回答：今後の課題として食育教育などで他の部門と協力していきたい（篠宮補足：館山では20年来，学校・行政・地域が一体となって，対策委員会を作って取り組んできた歴史があります）。

篠宮：一方で，携帯などにお金を使って，食べ物が食べられなくて痩せてしまったりすることもある由，痩せの助長をしない工夫は？

回答：最も難しいところで今後検討が要ります。

●堀見洋継先生へ

神保：先生の心臓手術の姿を見せるのは，よい命の教育になるでしょう。

樋口：生徒に命を教えるのに聴診器が有用です。心音や呼吸音・腸の蠕動音など。学校検診で，ざわついている場所でも静かにしないと音が聴こえないことを子どもに理解させると協力してくれます。

大久保：喘息の子の大変さを体感させるのに，ストローから呼吸して見させています。

回答：講演で子どもたちから「心臓手術のときに心臓が止まっているときは，その人は生きているのですか」という質問がありました。よい質問であるので，脳の話をしました。

●結　語

矢吹：子どもたちにとって　医師は，熱を出したと言うようなときに接するわけで，彼らにどう映っているかは重要なことです。いい感じのおじさんおばさんでいられるかどうかが大事で，将来の患者医師関係にも関わってくると思います。本日はありがとうございました。

高血圧ガイドラインと医療改革

高血圧ガイドラインについて

石橋先生；高血圧のガイドラインがありますが，皆さんは目標値をどこに設定されておられますでしょうか？　日本高血圧学会では2004年ガイドラインを決めましたが，他にもWHO・アメリカ・ヨーロッパのガイドラインがあります。そして，それぞれのガイドラインで少しずつ基準値が異なっていますが，近年はガイドライン治療に重きが置かれ，これに沿って治療しないと何か起こったときに治療の正誤を問われることになりかねません。しかし，ガイドラインの値まで持っていくのは非常に大変です。ここで先生方にお伺いしたいのですが，薬を最大量まで使って下がらないと次の薬を加えるのか，また，最大量まで使わないで次の薬を加えるのか。

近藤先生；途中でカルシウム拮抗剤を加えます。最大量使用する前に加えます。

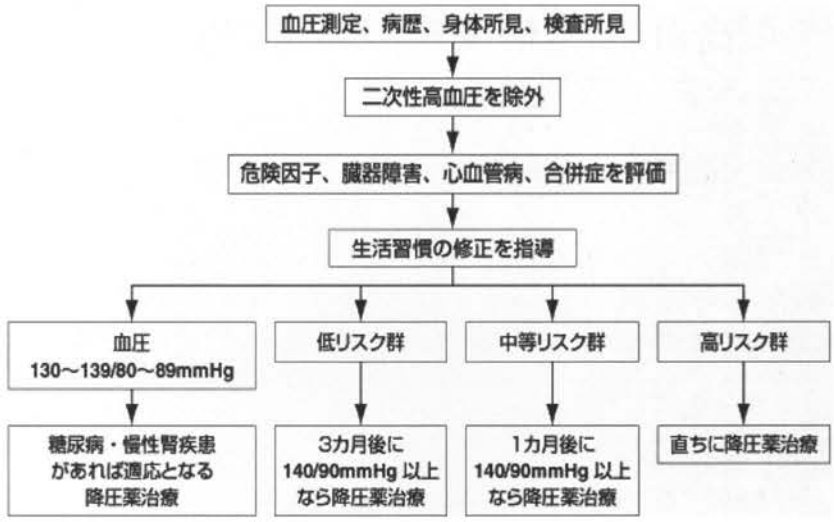
石橋先生；ARBと相性の良いのもとしては利尿剤ですよね。どういう風に加えていくかというガイドラインもあります。また，考え方としてリスク分類があります。このリスクによって治療方法を決めていくようになっています。高血圧でも，危険因子として尿中微量アルブミンと高感度CRPは臓器の影響を見るのに良いといわれています。若年発症心血管疾患の家族歴があるかどうかも聞き忘れることもあるのではないでしょうか。降圧目標も，年齢や疾患によってそれぞれ違っています。ここの値から逸脱して何か起こると我々医者は責任を問われる可能性が出てきます。しかし，基準値以下に下げない患者さんも当然いらっしゃると思いますが，どういう方を下げないでいるのでしょうか。

鈴木先生；人それぞれ個人差がありますし，

JSH高血圧治療ガイドライン（JSH2004）
高血圧患者のリスクの層別化

血圧以外のリスク要因 ＼ 血圧分類	軽症高血圧（140-159／90-99mmHg）	中等症高血圧（160-179／100-109mmHg）	重症高血圧（≧180／≧110mmHg）
危険因子なし	低リスク	中等リスク	高リスク
糖尿病以外の１～２個の危険因子あり	中等リスク	中等リスク	高リスク
糖尿病、臓器障害、心血管病、３個以上の危険因子、のいずれかがある	高リスク	高リスク	高リスク

JSH 高血圧治療ガイドライン（JSH2004）
初診時の高血圧管理計画



下がりすぎてしまうことがあります。

天野先生；人によってはめまいを起こして倒れてしまいます。

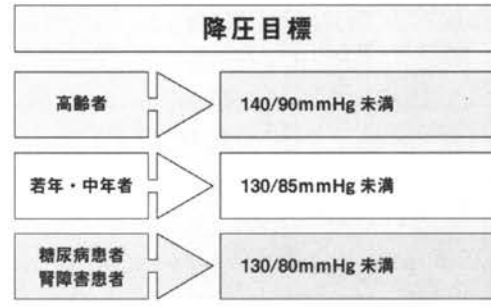
石橋先生；動脈硬化の強い人では本当に倒れてしまうことがありますよね。私は94歳の患者さんを診ていまして血圧が200くらいありますが，血圧を下げてしまうとふらつきが強く出てしまうので下げていません。また認知症があると薬を飲んだり飲まなかったりで危険ですよね。そのほかの理由で薬を出さないことはございますか。

鈴木先生；たまにうつになってしまう人がいます。

石橋先生；低血圧になって，意欲がなくなってしまうこともありますよね。下げることによって日常生活が阻害されてしまうこともあります。ガイドラインは絶対的なように思われますが，こちらもそうしない理由付けを十分にしておく必要があると思います。

また，ガイドラインには生活習慣の改善もしっかりと載っています。塩分制限は6 gです。厚生労働省は昔10g，今は6 g/日。野菜の摂取・適正体重の維持。有酸素運動毎日30

JSH 高血圧治療ガイドライン（JSH2004）



分以上が目標です。アルコールは1日20～30ml，禁煙。これらによって血圧が下がるというデータも出ています。また，ガイドラインの中に，疾病によって薬を選択する項目があります。例えば，心不全ではARBが効果がありますが，一部のARBだけが保険適応ですので注意が必要です。ACE阻害剤でも，もとのものでは適応が通っているのに，後発品では適応が通っていないのがありますよね。脳血管障害を合併している時の高血圧治療のスケジュール，心血管系の合併症のある時のスケジュール，腎疾患を合併している時の治療のスケジュール，糖尿病を合併している時

bJSH 高血圧治療ガイドライン（JSH2004）
生活習慣の修正項目

1）食塩制限6g/ 日未満

2）野菜・果物の積極的摂取※
コレステロールや飽和脂肪酸の摂取を控える

3）適正体重の維持：BMI（体重（kg）÷［身長（m）］^{2}）で25を超えない

4）運動療法：心血管病のない高血圧患者が対象で、有酸素運動を毎日30分以上を目標に定期的に行う

5）アルコール制限：エタノールで男性は20～30ml/ 日以下、女性は10～20ml/ 日以下

6）禁煙

生活習慣の複合的な修正はより効果的である

※ただし、野菜・果物の積極的摂取は、重篤な腎障害を伴うものでは、高カリウム血症をきたす可能性があるので推奨されない。また、果物の積極的摂取は摂取カロリーの増加につながることがあるので、糖尿病患者では推奨されない。

bJSH 高血圧治療ガイドライン（JSH2004）
生活習慣の修正項目

降圧薬	積極的な適応	禁忌
Ca拮抗薬	脳血管疾患後、狭心症、左室肥大、糖尿病、高齢者	房室ブロック（ジルチアゼム）
ARB	脳血管疾患後、心不全、心筋梗塞後、左室肥大、腎障害、糖尿病、高齢者	妊娠、高カリウム血症、両側腎動脈狭窄
ACE阻害薬	脳血管疾患後、心不全、心筋梗塞後、左室肥大、腎障害、糖尿病、高齢者	妊娠、高カリウム血症、両側腎動脈狭窄
利尿薬	脳血管疾患後、心不全、腎不全（ループ利尿薬）、高齢者	痛風
β遮断薬	狭心症、心筋梗塞後、頻脈、心不全	喘息、房室ブロック、末梢循環障害
α遮断薬	高脂血症、前立腺肥大	起立性低血圧

の高血圧治療のスケジュール，高齢者の時のスケジュール等あり，ARB・カルシウム拮抗剤・利尿薬等を利用・併用し治療を行います。WHOだと若年者・中高年者は130/85，高齢者140/90でまとめられています。特徴は家庭血圧や持続性の血圧測定値の平均値は昼間の間は診察血圧よりも10～15/ 5 ～10mmHg低いことを考慮するとあります。また，リスクによっても観察期間が日本との違いがあります。また，WHOでは超高リスク（危険因子１～２個で180/110以上の時，循環器系の合併症のある方）といって薬物療法をすぐに開始しなければいけないというのがあります。観察期間もかなり違います。標的臓器のところもかなり詳しく出ております。超高リスクの方は心血管イベントの発生のリスクが最も高く今後10年間の心血管イベントの発生リスクは30%以上といわれており早めに対応しなけれ

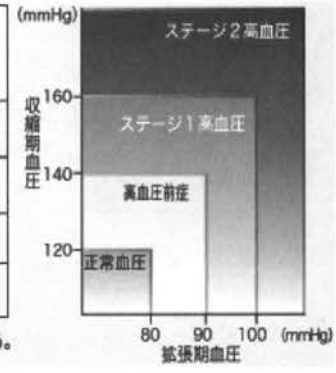
WHO－HIS 高血圧ガイドライン

	血圧(mmHg)		
他の危険因子と病歴	グレード1 (軽症高血圧) 収縮期血圧140～159 または 拡張期血圧90～99	グレード2 (中等症高血圧) 収縮期血圧160～179 または 拡張期血圧100～109	グレード3 (重症高血圧) 収縮期血圧≧180 または 拡張期血圧≧110
Ⅰ他の危険因子なし	低リスク	中等リスク	高リスク
Ⅱ1～2の危険因子	中等リスク	中等リスク	超高リスク
Ⅲ3つ以上の危険因子、標的臓器障害または糖尿病	高リスク	高リスク	超高リスク
Ⅳ循環器関連合併症	超高リスク	超高リスク	超高リスク

JNC7高血圧ガイドライン

分類	収縮期血圧* (mmHg)		拡張期血圧* (mmHg)
正常血圧	120未満	かつ	80未満
高血圧前症	120～139	または	80～89
ステージ1高血圧	140～159	または	90～99
ステージ2高血圧	160以上	または	100以上

＊収縮期血圧、拡張期血圧が異なる分類に属する場合は、高い方の分類に組み入れる。



コントロール目標

140/90mmHg 未満

（糖尿病または慢性腎疾患を伴う高血圧患者　130/180Hg 未満）

ばいけないとあります。高リスク群に関しましてもグレード1からグレード2の高血圧で危険因子を3つ以上持っている場合は心血管イベントの発生の絶対リスクは20～30%あります。こういうデータを基に患者さんに話をしなければいけません。中等度リスクは10～20%，低リスクでも10%未満あります。ある程度リスクがあるということです。アメリカですと一段と厳しくなりまして，高血圧前症120～139/80～89といわれており，120を超えてしまうとプレの状態と言われております。ここのところから注意が必要と言われています。なぜかというと，心血管イベントを予防しなければいけない，というのが血圧のコントロールの目標となります。血圧によって倒れるリスクを考えた時に，持続性の正常血圧を1とした場合に白衣高血圧の人のリスクは多少高くなります。つまり，緊張すると血圧

EHS－ECS 高血圧ガイドライン
予後を定量的に示すリスクの層別化

	血圧(mmHg)				
他の危険因子，ODまたは疾患	正常血圧 SBP 120～129 または DBP 80～84	正常高値血圧 SBP 130～139 または DBP 85～89	Grade1高血圧 SBP 140～159 または DBP 90～99	Grade2高血圧 SBP 160～179 または DBP 100～109	Grade3高血圧 SBP≧180 または DBP≧110
他の危険因子なし	正常	正常	低リスク	中等度リスク	高リスク
1ないし2個の危険因子	低リスク	低リスク	中等度リスク	中等度リスク	超高リスク
3個以上の危険因子，MS，ODまたはDM	中等度リスク	高リスク	高リスク	高リスク	超高リスク
心血管疾患または腎臓病の合併	超高リスク	超高リスク	超高リスク	超高リスク	超高リスク

OD：臓器障害　DM：糖尿病　SBP：収縮期血圧　DBP：拡張期血圧　MS：メタボリックシンドローム

が上がってしまうので，白衣高血圧がまったく危険がないとはいえないのです。しかし，それよりも仮面高血圧（病院で高くなくて，家で高い人）の方が2倍リスクが高くなり，持続性高血圧と同じくらいリスクがあります。これに基づいて自宅での血圧を測りましょうと言うのが今の考え方です。塩分を抑えるのがどれだけ効果があるのかを見ているデータですが，アトルバスタチンを使用しての効果との比較をしていますが，低塩食でも優位に血圧が低下しています。アトルバスタチン投与でも低下しており，生活習慣改善（減塩）とアトルバスタチン使用両方とも血圧低下に効果があると言えます。最近の心血管イベントの発生を見てみると収縮期血圧をしっかりと抑えると，つまり140以下に抑えることが良いようです。これはあまり年齢に関係ないようです。また，ARBのワクチンが開発されて来ており，これを使うと血圧を下げることができるというデータが出ております。今後，商品化されていくのではないでしょうか。以上が話題提供です。

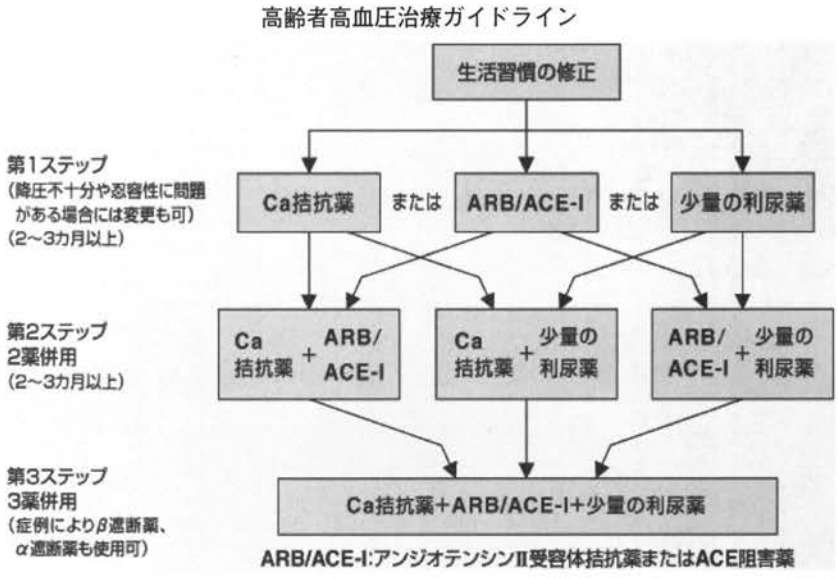
天野先生；血圧は結構変動しますが，どれをもってその人の血圧とするのでしょうか。

石橋先生；私はその人の平均を見ています。

天野先生；ガイドラインでは血圧そのものも大切ですが，そのどの値をとるのかというところで先生のおっしゃった，平均値は一般的な考え方なのでしょうか。

石橋先生；一般的なものと考えております。

岩崎先生；ちょっと違うことなんですけれども，先ほどの薬剤の選択についてなんですが，患者さんの左室の拡張能障害について問題となるんですが，必要に応じて当然心エコーを取るのですが，左室流入路のパルスドップラーの波形を解析することによって左室拡張能障害がわかります。歴史的に見て，心拍出率が良くても心不全・肺性心になる方がいました。そこから見て何か心不全になる原因があるのではないかと突き詰めた結果，今のところ左室流入路のパルスドップラーの波形を解析することによって左室拡張能障害



がわかります。慢性心不全のガイドラインにもありますが，左室拡張能障害のある高血圧の人にはレニンアンギオテンシン系の阻害剤，つまりARBやACE阻害剤をできるだけ多く使用したほうが良いという意見が出ておりますが，左室拡張能障害に対して決定的なものが出ているわけではございません。中高年の高血圧の方では左室拡張能障害の方が結構多く，私の選択としては心エコーを取りますが，心不全を悪くしないという考えからいくとレニンアンギオテンシン系阻害剤をしっかりと最後まで使用してから次に移行しようと考えております。

石橋先生；心エコーを見れないときに我々はどうしたらよいのかということになりますが，ARBやACE阻害剤から入っていくのが我々には良いのではないかと思われます。アメリカのガイドラインではACE阻害剤から2番目にカルシウム拮抗剤に行くのは良いのですが，3番目には必ず利尿剤を使用するように言っております。1，2番目に利尿剤を使用してももちろん良いのですが，もし，3剤目に何を使うかといった場合には必ず利尿剤を使用する。αブロッカーなどは使用しないようにしています。利尿剤は心臓には良いのですよね。

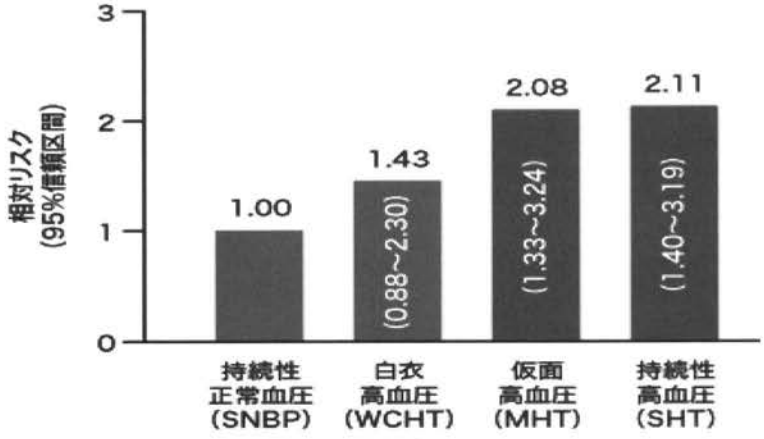
岩崎先生；容量負荷を問うという意味においては利尿剤は非常に良いと思います。特に血管拡張剤を使用して容量負荷になり，なかなか血圧が下がらないことがあります。そこで利尿剤を少量使用すると良いと思います。また，ARBと利尿剤の合剤も出ましたので非常に有効な方法だと思います。

石橋先生；利尿剤を使用するときに，ダイクロトライド®40mgやフルイトラン®は半錠というのはわかるのですが，1／4錠とか1日おきとかの使用法はいかがなものなのでしょうか。

岩崎先生；私はフルイトラン半錠くらいで十分と思います。

天野先生；禁忌のところを見ると痛風では利尿剤は使えません。確かに心不全があって利尿剤を使いたい時に痛風があると使用できません。絶対に使ってはいけないのでしょうか。あるいは，使っても保険で認められない時代になってくるのでしょうか。

脳卒中発症リスク（朝の平均 HBP に基づく）
年齢，性，肥満，喫煙および飲酒，降圧薬の使用，心血管疾患既往歴，糖尿病，高脂血症などにより補正した Cox 比例ハザードモデルによる解析



石橋先生；保険で切られることはないと思います。また，絶対に使えないこともないと思いますし，最近，ARB でも尿酸値を下げるものもありますので，ニューロタン®と利尿剤の合剤のプレミネントなどは尿酸値をあまり上げないということで売り出しているものもあります。例えば，利尿剤を使いたい時には，ARB でも尿酸値を上げないものを使用するとか，最近はカルシウム拮抗剤でも尿酸値を上げないものも出てますので，それらを組み合わして使用し，それでもだめな時に尿酸産生抑制あるいは排泄促進剤を併用されてはいかがでしょうか。

鈴木先生；一人一人遺伝子が違うので薬の使い方も違うのではないかと思います。私は血圧に 3 剤使用していますが，それでも160くらいあります。しかし，それ以上下げるとうつ状態になります。今は 2 剤を基本につまりカルシウム拮抗剤と ARB を使ってそれにいろいろな薬を使ってみました。今はαブロッカーを使っていますが，一時利尿剤を使っていましたが，それも 4 分の 1 の量でしたが，利尿作用が強くて仕事が出来ませんでした。ゆえに基本は大事ですが，一人一人患者さんの症状を観察しながら薬を使用したほうが良いと思います。

石橋先生；おっしゃるとおり，一人一人違います。ただそこにきちっとガイドラインを踏まえた上での使用が必要です。

渡邊先生；3 年ほど前，名古屋で行われた実地医家の会で高齢者では血圧はあまり下げないようにしたほうが良いとか，糖の HbA1c も6.3以下なら糖尿病も手を付けないと言われていましたが，実際のところ元気のいい高齢者で健診で140や150くらいであるといつも薬を出すかどうか悩むのですが，先生は80や90の人にきちっと血圧を下げるために薬を処方されますか。

石橋先生；先ほども言いましたが，200で94歳でお元気な方には私は薬は出しておりません。下げるとフラフラする人にも危ないので決して出しません。

矢吹先生；私のところでは血圧の高い患者さんはそんなに多くないのですが，ARB，カルシウム拮抗剤，利尿剤を使用する患者さんはいらっしゃいます。高齢の人で夏場に利尿

剤を使うとNaが少なくなってしまうという方がいます。夏負けや倦怠感は減塩の生活習慣に利尿剤を使うことによって生じているのではないかと思う方が3人ほどいます。そういう人には梅干とか，塩分を補給するように勧めて少なくならないように指導しています。その後Naが回復するとともに倦怠感もよくなった人がいました。減塩と夏場の発汗，また，降圧利尿剤が重なるとそういうことが起きるのではないでしょうか。

石橋先生；いかがでしょうか。私は利尿剤なんかやめてしまえばよいのではと思うのですが，いかがでしょうか。

矢吹先生；利尿剤を使用していなくても自然に減塩食をしていても生じるのではないかと思うのですがいかがでしょうか。

岩崎先生；ARBでもNaは低下します。人によっては中止することもあります。

鈴木先生；生活環境も非常に大切で上がったり下がったりします。私のところに通院されている方で，会社の健診で血圧が高いと指摘されて私のところにこられて血圧を測ってみると低いんですよ。健診とかで緊張すると高くなる人がいます。時には家庭血圧よりも私のところでの血圧のほうが低い人がいるんですよ。医者と患者さんとの関係が親しくなると医者の前でも緊張しない人がいるんですよ。

石橋先生；鈴木先生が非常に良い家庭医であると言うことでしょう。健診よりも先生の所のほうが緊張しない。すばらしいことだと思います。

渡邊先生；いま家庭血圧計を持っている人が多いですよね。手首・指のタイプとかありますが，どれが良いのでしょうか。

石橋先生；指のは当てにならないとのことでもう製造中止になっております。手首に関しましてもかなり測定方法をきちっとしないと良くないのであまり推奨されておりません。循環器学会等でも血圧の測定は腕（右腕），座位で安静時になってから2～3分後に測定するようにと推奨しています。

外山先生；普段それほど血圧の高くない方が，一時的にストレス等で血圧が緊急性のない程度に上昇している場合（180～200くらい），本人が何かして欲しいような顔をされていたり，あるいは夜中不安で救急病院に駆け込むと未だにニフェジピンの舌下投与をされて，翌日来院され何かして欲しいような顔をされている時に，どういう風に説明してご納得していただくか。あるいはどういう処方をされていらっしゃるのかどうかお教えください。

石橋先生；どちらかというと緊急に下げる必要が医学的にはないけれども，本人が緊急だと思って下げて欲しいと思っている場合ですね。

岩崎先生；アダラートL®みたいに1日2回投与のもので安心していただくことがあります。

石橋先生；いまは高血圧脳症でない限りは急速には下げないと言ったのが一般的です。時々下げるという時には岩崎先生のおっしゃっているアダラートL®で下げることも良いのではないでしょうか。私は臨床的にはカルシウム拮抗剤がやはり効き目が早いと思いますが，意外とARBも早いですね。利尿剤やβブロッカーは効きが遅いですね。

外山先生；抗不安薬を使用することはないのでしょうか。

高玉先生；フェノバルビタールは非常に血圧を下げる作用と抗不安作用があり，ごく少量で0.02gくらいで良いことが多く，安いので良いのではないのでしょうか。

石橋先生；フェノバール散®20mgですかね。それを夜寝る前に飲ませてあげると安心して，血圧も下がるし眠れると言うことでしょうか。他はよろしいでしょうか。

医療改革について

石橋先生；平成17年に国の医療構造改革大綱が示され，平成18年に医療構造改革関連法案が国会で成立し，これにより今後約10年の日本の医療の方向性が決まりました。

この改革の一番の目的は，医療費削減であることは間違いありませんが，今後日本の医療がどの方向へいくかを知っておくことは，自分自身の医療の方向性を決めていく上で極めて重要なことです。

そして，日本の医療が抱える構造上の問題に対して，厚生労働省は平成19年４月に「医療政策の経緯，現状及び課題について」という報告を出した。その中で，スライドのような現状分析を行っており，これらの課題に対して，

１）地域における医療機能の明確化や機能分化・連携・情報開示・IT の活用の推進

都道府県を単位とした地域医療計画に基づき，急性期，回復期，在宅医療などの機能分担を明確化した効率的かつ効果的な医療提供体制を構築していくとともに，地域連携，情報提供，IT 活用などを推進していく。

２）総合的な医師確保対策

都道府県を中心とした医師確保対策として，拠点病院を中心としたキャリヤパスシステム，医師派遣システム，マグネットホスピタルの活用，急性期病院勤務医の負担軽減，女性医師が働きやすい環境づくり，住民への啓発活動，医学部定員の見直しなどを行う。

３）開業医の役割の重視と総合的な診療に対応できる医師の養成・確保

在宅医療，時間外対応などに対応できる開業医，臓器専門医でなく人間全体を見る総合的な診療ができる開業医，チームとして診診連携や保健福祉従事者との連携が取れる開業医の養成および確保を行う。

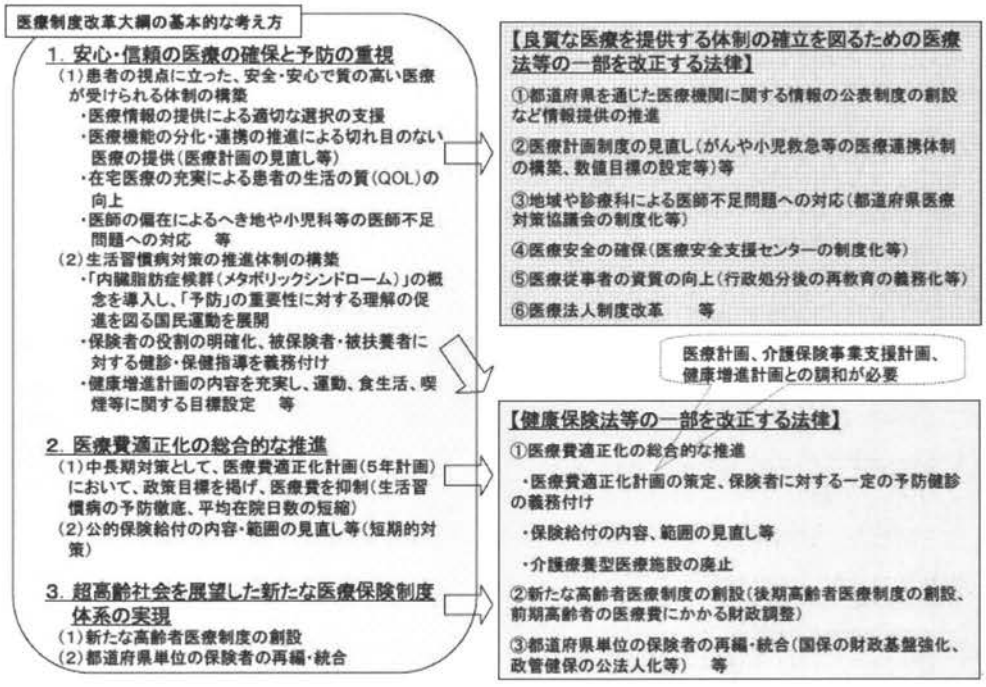
４）在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進

病院からスムーズに在宅に移行するシステムづくりのために，療養病床の再編，中小病院の役割の見直し，住宅政策などを含めた地域ケアシステムを構築していく。また，後期高齢者医療制度の創設，高齢者医療の標準化，在宅医療の推進，認知症高齢者支援体制，老年医学の推進，終末期ガイドラインの策定などにより高齢者医療体制を整備していく。

厚労省が考える我が国の医療の現状と課題

1. 中小病院が多く、病院機能が明確でない。
2. 無床診療所が多くなっているにもかかわらず、時間外や夜間診療を行い診療所や、在宅医療を行い診療所が少なくなっている。
3. 医師数は増加しているにもかかわらず、診療科や働く地域に偏りがある。
4. 病院勤務医は厳しい労働条件のもとで働いている。
5. 訴訟の多発で医師に厳しい環境となっている。
6. 職種間の連携不足により、不必要な仕事まで医師や看護師が行っている。
7. 専門医の偏りがある一方で、総合医の養成がなされていない。
8. 病診連携やクリティカルパスの導入などの地域連携システムが不十分である。
9. 在宅ケアを推進していくための地域ケア体制が十分に確立されていない。
10. 後期高齢者の増加に対する生活支援体制が不十分である。
11. 医療情報提供体制が不十分で国民が適切な医療情報を手に入れることができない。
12. 地域の救急医療体制が不十分である。

医療制度改革法の概要



という4つの柱に沿った政策を展開しています。

そして，平成20年度から始まる特定健診・特定保健指導ですが，今回の医療構造改革の中で重要とされるものの一つとして，メタボリックシンドロームを中心とした生活習慣病予防と健診制度の変更が挙げられます。今まで行われていた老人保健法による基本健診も，平成20年度より生活習慣病をターゲットにした特定健診に衣替えされます。

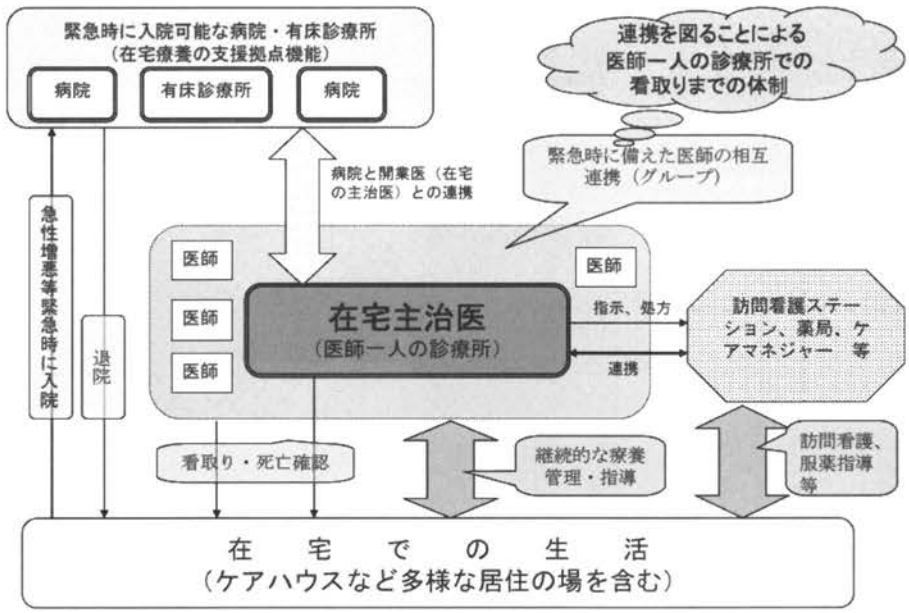
これからの健診は，何らかの病気を見つけるための健診ではなく，目的を生活習慣病に絞って健診を行い，生活習慣病予備軍を含めた人たちに対して効果的な指導を行うことを目的にしています。これらの変化を踏まえて今後の健診や保健指導に関わっていく必要があります。

以上が情報提供ですが，ご意見はいかがでしょうか。

神保先生；すばらしいデータを良くここまで集められてびっくりしました。ピンチヒッターでここまでやれるのはすばらしいです。事前に察知されていたのではないかと思うくらいです。国の方針がだんだん明らかになってきたわけですけれども，要するに早く老人は逝ってよということですよね。病院では引き取らず医療費も削減し，ついでに医療機関もつぶすことによって2次的に人口減を目指しているように思えます。それに対抗しようとしてもこれだけ医療費が削られていくと対抗の仕様もなくなります。働けば働くだけ今度は税金と言う形でやられだんだん流されていくしかないんですかね。

石橋先生；本音をどうもありがとうございました。私もこれを見ていてどう考えていけばよいのかなと考えてしまいました。生活習慣病を予防したからといって生活習慣病が減るかといったら必ずしもそうではないと思い

在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



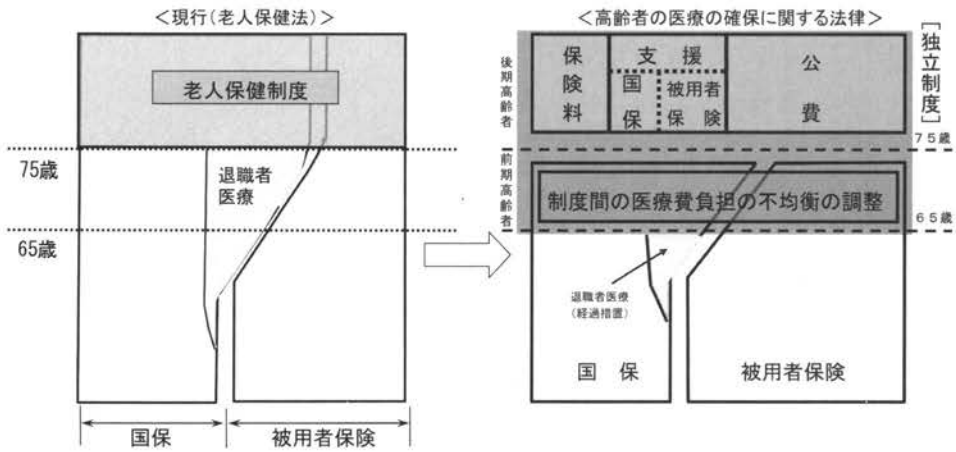
ます。死ぬ時はやはり，脳卒中や心筋梗塞で死ぬことが多いのではないかと思うのですが，要は年取ってから倒れてしまえばあんまりあがかないが，若いうちに倒れると医療費がかかって困ると言っているようにも取れます。

また，病院の中で長生きをしている人たちは本当に幸せなのかと思います。家に帰れる・地域に帰れるということが出来ればこんなに良いことはないのではないのでしょうか。ただ，それをやるためには住宅政策等々をしっかりとやる必要性があります。それからそれを支える人材を養成する必要があります。医療費の抑制と言っていながら，実は介護費がどんどん増えてしまっています。これも国は抑えようとしていますが，そうするとどこにしわ寄せがいくかというと，医療費では医療従事者，介護では介護をする人たちに負担がきます。今テレビとかマスコミとかで非常に注目を集めているのが介護をしている人の給料が安いということです。それも，安い費用でなければならないような形の介護制度を作っているのです。人に対してきちっと手当てをしない，医療保険であり，介護保険なのかなという感じがします。日本の中で医療や介護をする人は奉仕するものという考えが国や行政の方には強いのかなと思っております。

そういう中で我々はどういう声をあげていかなければいけないかというと，民間だ，サービスだと言うのであればやはり，医療や介護もきちっとした民間事業であるということを認めていただいて，きちっとした報酬が得られるだけの体系にしていく。そこで足りない部分に関しては国が責任を持つ，そのための税金は十分に払っていると思われますし，今大企業の税金を安くしていますが，やはり払うべきところはきちんと払っていただくべきでしょう。また，国民の70%は，消費税がきちんと医療や福祉目的税として使われるのであれば値上げしても良いと言っています。今のはあまりにも安すぎる。それも医療従事者・介護者の犠牲の上に成り立っているという現状を声を出して言っていく必要があると

新たな高齢者医療制度の創設（平成20年４月）

医療制度改革大綱（抄）
○ 75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する。
○ あわせて、65歳から74歳の前期高齢者については、退職者が国民健康保険に大量に加入し、保険者間で医療費の負担に不均衡が生じていることから、これを調整する制度を創設する。
○ 現行の退職者医療制度は廃止する。ただし、現行制度からの円滑な移行を図るため、平成26年度までの間における65歳未満の退職者を対象として現行の退職者医療制度を存続させる経過措置を講ずる。

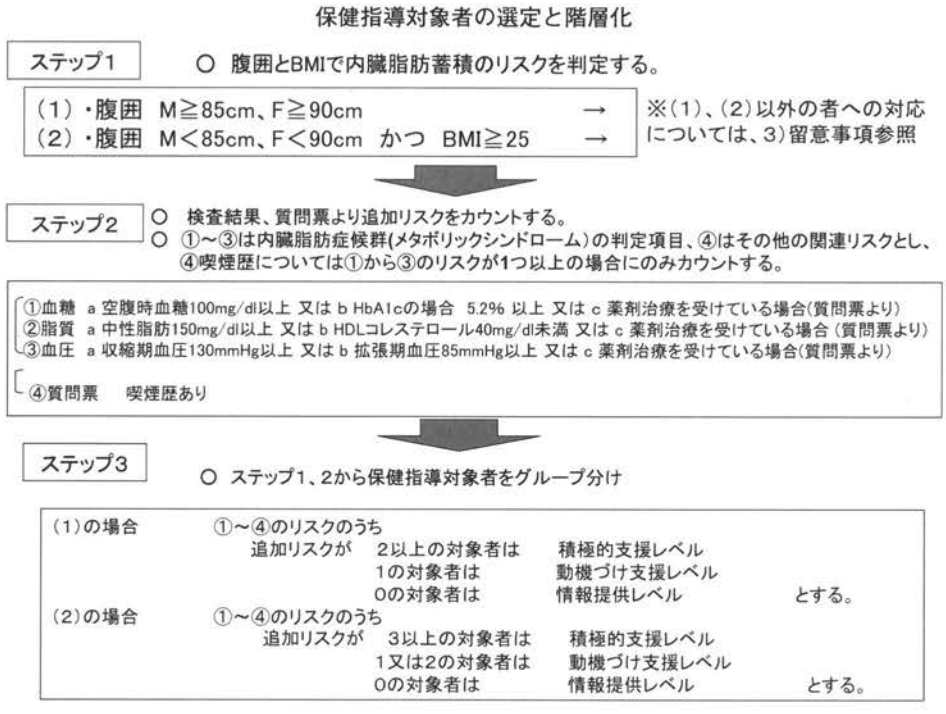


思います。最近，マスコミも論調が，日本の医療費は決して高くないもう少し上げても良いのではないかという支援のものに変わっているように思います。介護・医療に従事する人間の気力をそがないような報酬体系を構築して言って欲しいと個人的には思っております。

渡邊先生；私は石橋先生のおっしゃることを聞きながら良くまとめられたと感服しております。日本は談合・天下り・裏金等があり，いろいろなところで無駄があります。また，特別会計がどうのこうのといっても正確なところは明かしません。一方，医療費が30兆円と言われていますが，そこで国が実際に出すのは３兆円くらいで，そのほかは組合の保険料から出ています。本当に国が痛い思いをするのはその３兆円をどうするかということですが，実際には隠されています。国の中にはいろいろなからくりがあり，何とかそこをわかってもらいたいのですが，でもわかってきているから今度の選挙のようになっているんですね。それよりも我々は患者さんが第一ですのであんまり言いたくはないですね。

樋口先生；医療改革でめまぐるしくいろいろと変わり，IT 化等もあり，開業医の負担や役割が増えているように思います。特に一人でやっている開業医は手一杯の状態ではないでしょうか。これからは一人で診療所を行っていくのは難しくなるのではないかと思うようになりました。人口に関することでも外国の方がずいぶんと増えており，小学校の健診を見てみても外国人のお子さんが増えてきており，外国籍の人が増え人口は今後あまり減らないのではないかと思います。多民族社会になっていくのではないでしょうか。そうなると言葉の問題，外国から入ってくる感染症等も考えながら診療すると思うとさらに難しくなるのではないかと思います。

石橋先生；グループ診療化というのは必然的な流れ，全世界的な流れかなと思います。その方向に進んでいくのかなと思います。今回の医療改革でも一診療所の中に何人もの医



師を持つという話よりも医療連携の中でグループ診療をすすめていくという内容になっております。グループ診療研究会でも，地域の中で数名の医師がグループを組んで在宅をしていく，在宅支援診療所のあり方としてもそれを推奨しようとしています。今後も進んでいくのではないでしょうか。世代を超えて行うグループ診療が広がるのではないでしょうか。

外山先生；大阪なのでフィリピンや中国から来た方が多いんですけれども，予防接種とか感染症対策とか難しいことが多いです。予防接種率がなかなか上がらなかったりします。今回のように麻疹が流行した時に予防接種を打ったか打たなかったかを調査しようとしたときになかなか把握しきれないことがありました。地域医療という点においては難しいと感じております。もう一点は日本で医療保険の適応・医療費がどんどん厳しくなっていくと臓器移植を海外で受けることが問題になっていますが，お金持ちの方が外国で自分の望む医療を受けられる時にある程度需要と供給があっていれば良いのでしょうけれども，臓器売買的なことや倫理上に問題のあるようなことや世界的に批判を浴びることがないようになって欲しいと思います。

石橋先生；インフルエンザやSARSは保健所が中心になって対策を進めるようになっています。感染症危機管理対策協議会というものが保健所の中に設置されています。そして今後，保健所が生き抜いていくための方策として，危機管理，特に感染症の危機管理が大きなウエイトを占めていくものと思われます。ぜひ，皆様も地域の保健所にご協力をいただけると良いかなと思います。臓器売買は大きな社会問題ですよね。関心を持つ必要があると思います。

渡邊先生；千葉の研修指定病院がセコムの傘下に入りました。いわゆる営業的なものが入りました。また，1週間前には東大から，

保健指導対象者の選定と階層化

ステップ4

○血圧降下剤等を服薬中の者（質問票等において把握）については、継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等を含めた必要な保健指導については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため、医療保険者による特定保健指導の対象としない。
　医療機関においては、生活習慣病管理料、管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を活用することが望ましい。
　なお、特定保健指導とは別に、医療保険者が、生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために、必要と判断した場合には、主治医の依頼又は、了解の下に、保健指導を行うことができる。

○市町村の一般衛生部門においては、主治医の依頼又は、了解の下に、医療保険者と連携し、健診データ・レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の者の住民に対する保健指導を行うべきである。

○前期高齢者（65歳以上75歳未満）については、①予防効果が多く期待できる65歳までに、特定保健指導が既に行われてきていると考えられること、②日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOLの低下に配慮した生活習慣の改善が重要であること等の理由から、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

東大の先生の名前の入っているパンフレットで，ぜひ人間ドックを行ってくださいと宣伝されました。東大も商売を始めましたね。独立法人化して徐々にアメリカ流になっていってしまったように感じています。

佐藤先生；医者の生活保障等はぜんぜん入っていないですよね。整形外科は最近患者さんが減っており，リハビリは介護保険に行ってしまい赤字経営です。中医協にいる逸見という人と知り合いなんですが，彼に言わせると，武見さんはやばいという話で関西と福岡で反対しているようです。医学界総会で鵜沢さんの話を聞かれた方はいらっしゃいますか。鵜沢さんは経済学者ですが，はっきりと医者の収入は低すぎると言ってました。3～5倍くらいあってしかるべきであると言ってます。経済に医療を合わせるとはもってのほかで，医療に経済をあわせるべきであると言われてました。

この間イギリスでテロがありましたね。テロに加わったのは外国人の医者と言うことでした。なぜイギリスのロンドンに外国人の医者が多いのかという話には触れていないです。イギリスの医者は医療経済が悪くて皆外国に出てしまう英語圏なら行けます。我々日本人は日本を出ても日本語圏はほとんどないので行きようがないです。イギリスは医者・看護婦が減って外国から医者や看護婦が来ているんです。そういう事情を日本医師会でも良いから宣伝して欲しいと思います。

石橋先生；我々が考えている医療，また，携わっている医療がどういう風になっているのかということをマスコミを通して発信していく。先生という職種をいじめるのが好きなマスコミとしてはそう簡単には言ってくれないとは思いますが，確かに最近は論調が変わってきているのではないかと思います。論調が変わっているから擁護してくれるかというと必ずしもそうではありません。また，日本医師会も言っているのですが，自分たちが住んでいる地域での医療の姿がこうであるということを情報発信して欲しいといってます。身近な人たちに理解をしてもらう，それがひいては我々への理解につながってくるとも言ってます。そういう意味で医療制度がどうなっているのかということをぜひ皆さんが地

域の中で機会があればご発言いただくようにしていただければよいのではないかと思います。そういうときに国の考え方はこうなんだと説明する時の材料として必要であれば資料はご提供いたします。

松村先生；特定健診の実施主体は市町村ですよね。

石橋先生；実施主体は保険者です。企業は企業の健康保険組合です。

松村先生；健診を受託する機関はどこになるのですか。

石橋先生；受託はどこでも良くて，医師会でもよく，病院・健診センターでも良いわけです。

松村先生；地区医師会としては医師会受託方式の方が良いのではないかと思うのですが。地区医師会や日本医師会はこれに対してはどういう動きを示しているわけですか。

石橋先生；日本医師会が直接受けることはないのですが，各市町村単位の医師会がその市町村の国保とやり取りをするということになります。企業の従業員や家族の健診をやらなければいけないのは企業の健康保険組合です。ところが，家族が会社まで来て健診をやろうとはしませんので，家族が住んでいる市町村にお願いをしたいというのが組合の意向です。そのときには都道府県にある連合会が受託して市町村に受けてもらうという形にしたり，市町村が受けたり，場合によっては病院ごとに組合が通知を出してお願いをすると言うこともあるそうです。家族の住んでいる医師に直接お願いすると言うこともありうることです。

松村先生；先生のおっしゃるとおり多種多様で非常に混乱が生じることと思います。受診は原則として無料ですか。

石橋先生；決まってません。組合が決めます。また，市町村によっては有料とするところもあります。東京・東久留米市はすでに有料化していますから。

松村先生；また，健診のデータを返す時に，指導というところがありますが，指導に関しては自己責任といいますか，自己管理に関しては何も謳ってありません。指導者側の一方的な指導だけに頼らないで，生活習慣病ですから国民の側に自己管理・セルフコントロールの重要性をわかってもらうためのPRがもっと必要なのではないかと思うのですがいかがでしょうか。

石橋先生；それはポピュレーションアプローチという形で，市町村や保険組合がやらなければならないことになっています。しかし，今までは健診のあとの結果についてどうするかは個人の責任だったのですが，今回は保険者の責任になります。保険者がちゃんとその人たちを指導して結果を出さないと，保険者にペナルティーがきます。後期高齢者医療制度の拠出金に影響し何億という負担金が変わってきます。保険者はちゃんと保健指導しないとお金をたくさん出さなければならないことになります。指導は自分たちでは出来ないのでアウトソーシングといっていろいろなところに依頼して行ってもらうことになります。医師会が保健指導するかどうかは医師会が決めることになっています。多分医師会で受けるところは少ないと思います。指導の部分は手間が相当かかってしまいます。最低でも動機付け支援でも20分以上かかってしまいます。それをやる医師会は残念ながら初年度は少ないのではないかなと思いますが，私は動機付けだけは医師が行ったほうが良いと思っています。

全部の資料が必要な方は，事務局までお申し出ください。

研究と臨床

大動脈～頚動脈の中枢管断面 R/D（外径 / 内径）と総頚動脈 IMT の比較

—脈波は UCG を超えるか—

横浜市　内科小児科むかひら医院　向平　　淳

はじめに

9月例会「ビジュアルな動脈硬化」の演者として時間的に言及できない部分の補充資料として，また，動脈硬化に関心をもつ会員に検討していただくために投稿した。6月の第7回臨床血圧脈波研究会「PWV・AI と中心血圧～基礎から臨床・予防への応用まで～」（新大阪）：ポスター発表と第41回加速度脈波・脈波研究会（東京）：スライド発表の原稿である。両発表でも到底触れ得なかったことがある。1）脈1つから引き出した情報であること。2）各病院の地域医療連携室→検査技師という病診連携のお陰で最先端機器検査が廉価にできて，患者さんからも自発的な協力を得たこと。3）超高額で高性能な UCG 機と付属装置の替わりに PWV と脈波だけで動脈管断面が出せたこと。4）ゆくゆくは「夢の血圧計」として上腕で IMT（内膜中膜複合体の厚さ）を出し，動脈硬化初期像の%FMD（血流依存性内皮拡張反応）の障害計測の可能性を探ること。これらの詳細は別の機会があれば語りたい。

本研究はまだ中途であり，脈波面積から CAS を求める式は他の方法を用うるべきかを検討することが残っており，さらに臨床例

図1　目的

数も増やさねばならない。しかし，今あえて「人間の医学」に本研究の掲載を決めたのは他ならぬ理由がある。ライフワークである「血圧とのかかわり」は平成元年3～5月に本会の「家庭用血圧計を調べよう」や「家庭用血圧計の信頼性」の例会や共同調査からである。いつの日か会員の皆さまに「夢の血圧計」を提供し，動脈硬化の初期像をめぐる共同調査を再びしていただく機会がめぐって来るであろうか。

表1　対　象

・患者リスク（JAS動脈硬化性疾患ガイドの患者カテゴリー）

低リスク	A'群（A、B1、B2）
中リスク	B'群（糖尿病を含むB3、B4）
高リスク	C'群（冠動脈疾患など）
その他	D'群（大動脈疾患）

＊頸動脈UCGとTonomate頸動脈圧脈波を記録した成人男女

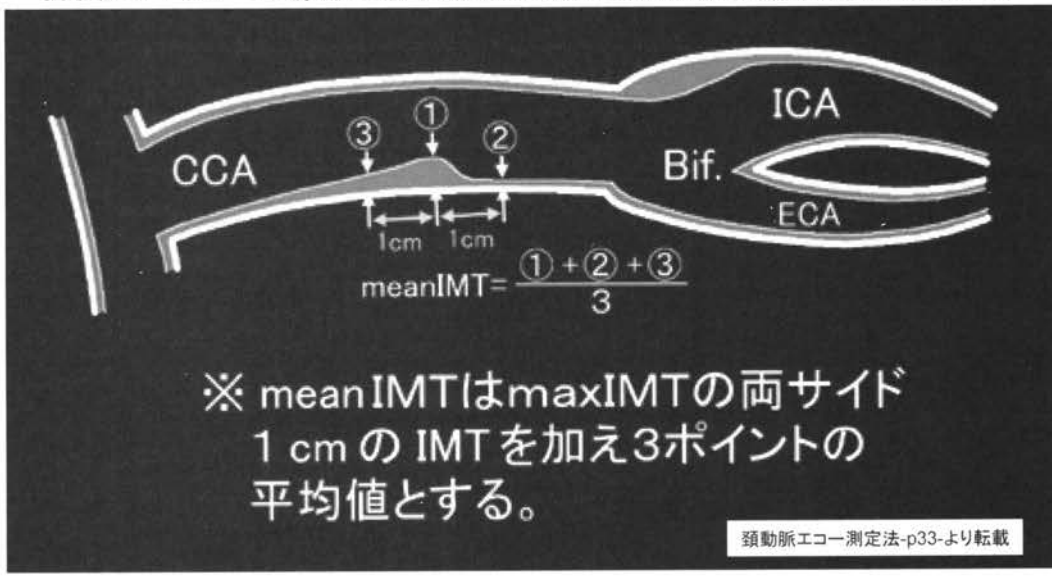
目　的

脈波伝播速度の式 $PWV^2=E\times(WT/D\ \rho)$ は超音波UCGで測るWT：Wall Thickness，すなわちIMT（内膜中膜複合体の厚さ）とD：動脈管内径を含み，ρ：血液密度を一定としてE：ヤング率が決まれば，高分解能超音波血流量計がなくてもIMTが算出できる。PWVとTonomate（オムロン社製）の頚動脈圧脈波からhcR/D（大動脈～頚動脈間の外径/内径の比）を算出し，UCG-IMTとの臨床的有用性を比較した。IMT=(R-D)/2とした（図1）。

対象と方法

対象はJAS動脈硬化性疾患診療ガイド患者カテゴリーの新しい組み合わせ[1]を行い，低リスクA'群（A，B1，B2），中リスクB'群（糖尿病を含むB3，B4）と高リスクC'群

UCGインテマスコープ画像のc-IMTと総頚動脈圧脈波から算出したR/D（外径/内径）を比較する。



$$R = 2 \times c\text{-}IMT + D$$

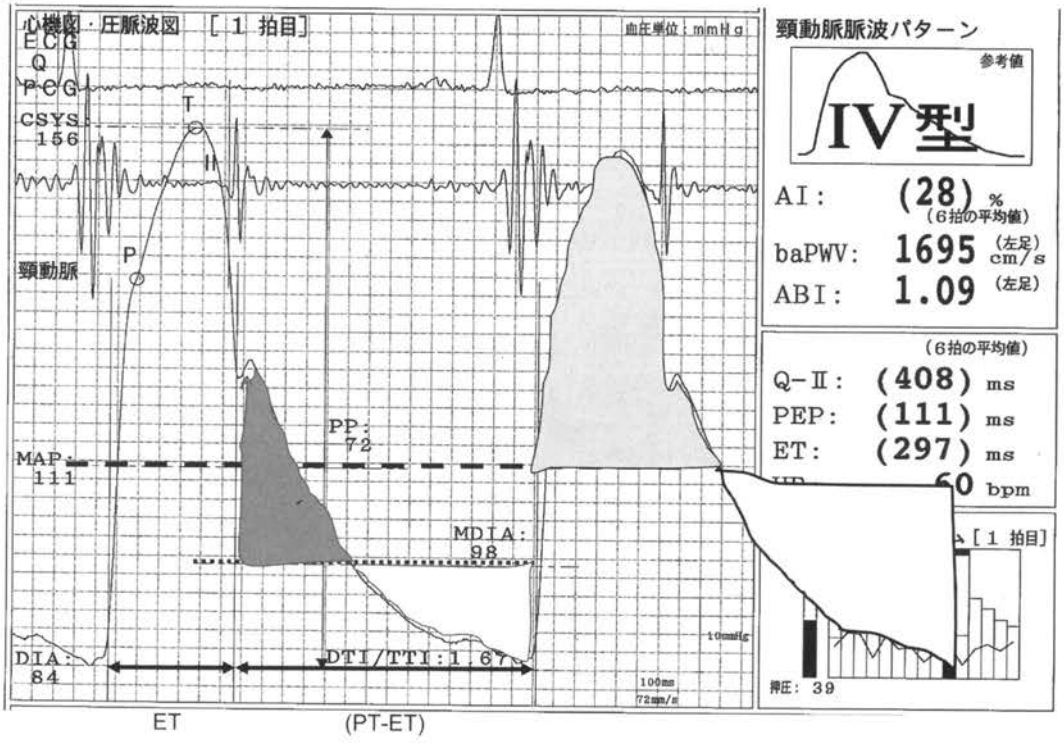
図2　方　法

（冠動脈疾患など）と，その他 D' 群（大動脈疾患）に分類した（**表 1**）。総頚動脈 c-UCG（GE 横河メディカル社製）と Tonomate で総頚動脈圧脈波を記録した成人男女における各群の c-IMT（総頚動脈 3 点平均値）と hcR/D を比較した。総頚動脈局所の断面 c-R/D は c-IMT と UCG の D で（2 × c-IMT + D)/D として算定し hcR/D と比較した（**図 2**）。

結　果

1）V Salomaa, W Riley らのヤング率 E=(R/WT) × PP/CAS［単位 kilopascal］[2] で R：動脈管外径，PP：脈圧，CAS（circumferential arterial strain）=(Ds-Dd)/Dd は収縮期と拡張期の内径変化率である（**図 1**）。CAS は頚動脈圧脈波の収縮期と拡張期の面積比で求めた。圧脈波面積を等分する高さが平均血圧 MAP で脈動時間 PT との面積は 1 拍動量に比例する。拡張期面積は拡張波の平均血圧 MDIA の高さと拡張時間（PT-駆出時間 ET）との面積で，収縮期面積は圧脈波面積-拡張期面積で求めた（**図 3**）。この V Salomaa らの E を**図 1** の PWV^2 式に代入して mmHg 単位にそろえた動脈管断面の式（外径 / 内径）$R/D=0.76\times(PWV^2\times CAS/PP)$ を得た（**図 4**）。

2）c-IMT は A' より C'（$p<0.03$）が大きいが，A' と B' が区別できなかった（**図 5**）。c-UCG の D と c-IMT から（2 × IMT + D)/D で算定した c-R/D は各群間すべてに差がなかっ



Dd: 拡張期面積＝MDIA×(PT－ET)
Ds: 収縮期面積＝(MAP×PT)－拡張期面積

図 3　総頚動脈圧脈波から CAS＝（Ds - Dd）/ Dd を求める。

$$R/D = 0.76 \left(PWV^2 \times CAS / 脈圧 \right)$$

hcR/Dは心臓～総頚部動脈管の平均的断面像で、上行大動脈の情報を含んだ自動算出値である。

c-IMTは総頚動脈3点間の局所的壁厚で、目測値である。IMTの正常上限＜1.0mmで、プラーク＞1.1mmとその差0.1mmはUCG(Pixel径は0.1mm)の精度限界である。

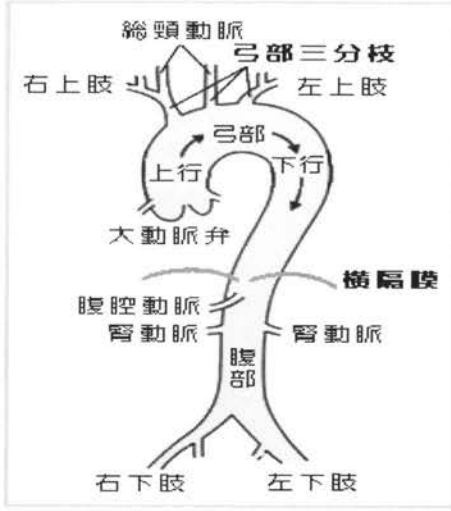


図4　動脈管断面像（外径/内径）の式

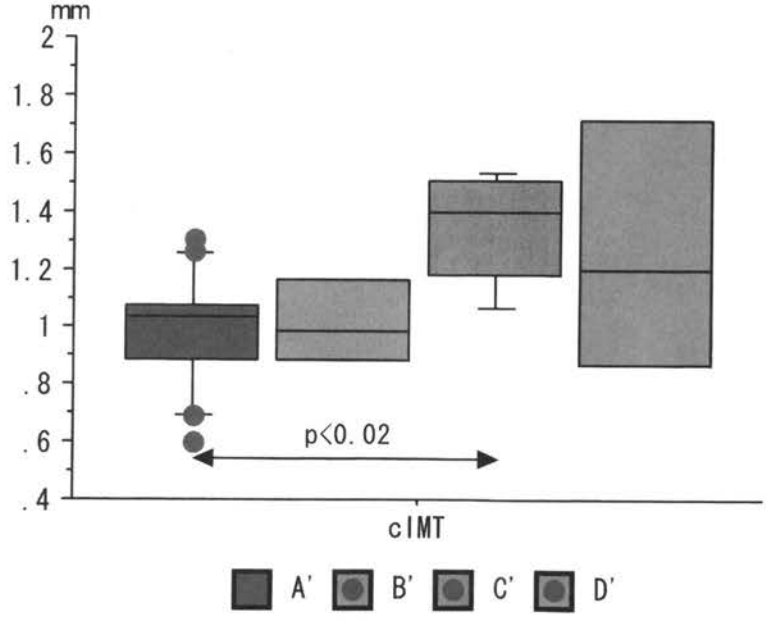


図5　リスク群と総頚動脈平均壁厚 c-IMT

た（図6）。これに対し総頚動脈圧脈波とhcPWVから算出したhcR/DはA'よりC'（$p<0.004$）が大きく，A'よりB'（$p<0.05$）が大きかった（図7）。

考　察

対象患者は動脈硬化性疾患診療ガイド患者カテゴリーで分類すると総コレステロール値が管理目標値に達しないのはB3以上群で，

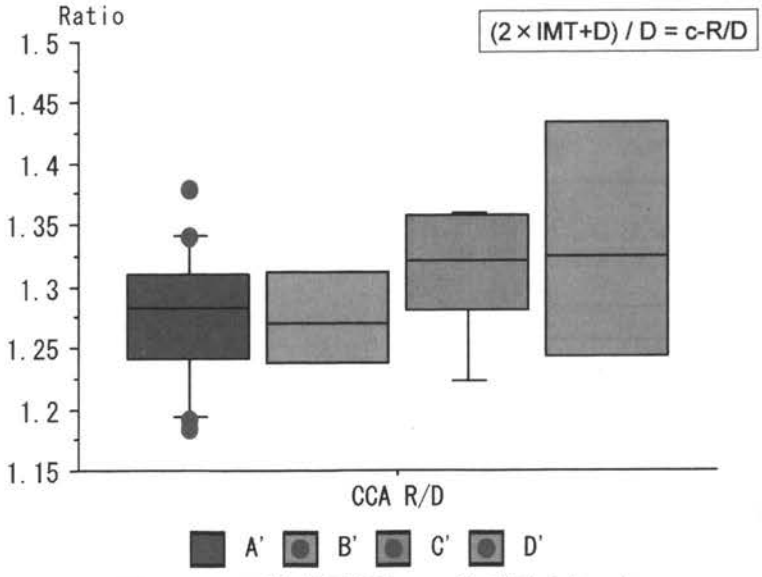


図6　リスク群と総頚動脈 UCG 値で算定した R/D

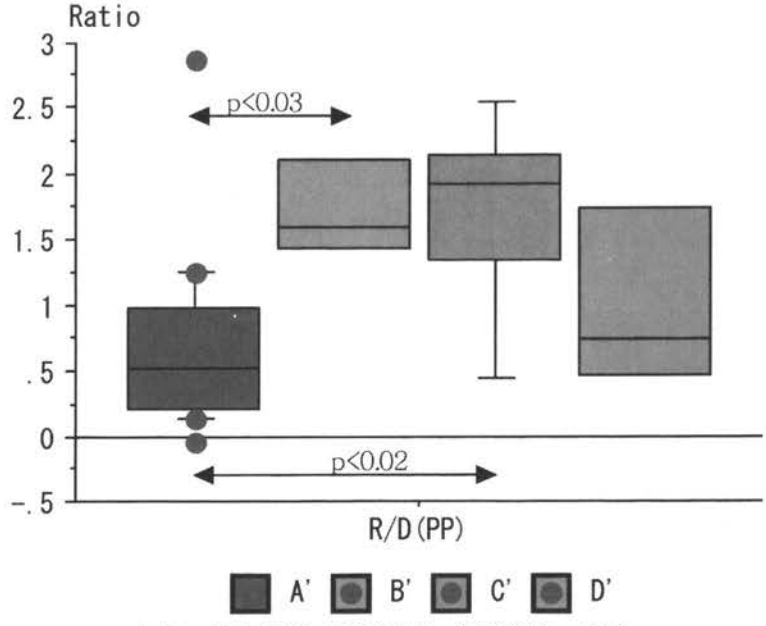


図7　リスク群と上行大動脈～総頚動脈 hcR/D

ba（上腕～足首）PWV や hb（心臓～上腕）PWV も B3未満と以上および C 群に大別される[1]。新しい組み合わせはこの 3 群とその他として大動脈疾患群を追加した。

頚動脈 IMT の正常上限は1.0mm 未満で，プラークは1.1mm 以上であり，その差0.1mm は汎用7.5MHz-UCG の Pixcel 径0.1mm と同じであり，汎用エコーでは精度に限界がある（**図 4**）。精度を0.01mm まで求めるには何らかの推定法（たとえば**図 2** のインテマスコー

プ）を使わなくてはならない[3]。しかし，UCGの壁厚計測は目視でありブラウン管上のぼけや境界不鮮明例は難渋し再現性を不良にするので，計測習熟者を固定しなければならないことになる。これに対しR/Dは圧脈波からの自動算出法で簡便，かつ管腔直径あたりの外径比なので血管の大きさが異なる個人間の比較も可能で再現性が期待できる。ただし圧脈波一個からの算出なので，頚動脈では安定した脈波の（UCGのプローブ操作に準じた）正しい採取が条件となる（**表2**）。

動脈硬化リスクとの整合性を比較すると，UCGで実測した内径DとIMTから算定したc-R/Dは内径あたりの外径として個人間比較を可能にしたのに4群間にまったく差が出なかった。しかも内径で補正しない前のc-IMT単独では（A，B1，B2の）低リスクA'群と（糖尿病を含むB3，B4の）中リスクB'群との区別ができなかった。これに対しhcR/DはA'群よりB'群がより有意に厚く（$p<0.005$），動脈硬化リスクとの整合性がIMTより高かった。これは前述の理由の他にc-IMTが総頚動脈の局所的な壁厚であるのに対し，hcPWV値を入れて算出したhcR/Dは上行大動脈と総頚動脈間の平均的断面像であり中心大動脈情報を含んでいるので動脈硬化をより広範囲により中枢でとらえているからであろう（**図4**）。

結　論（表3）

1．総頚動脈圧脈波とhcPWVから上行大動脈と総頚動脈間の平均的断面像R/Dを算出し得た。

2．hcR/Dは冠疾患の高リスク群や糖尿病を含む中リスク群が健常人を含む低リスク群より大きく，c-IMTより臨床的な整合性が高かった。

表2　c-MTとR/D

機器	超音波血流量計	Tonomete
付属装置	インティマスコープ	form PWV
精度限界	0.1mm	なし
難易度	難　渋	簡　便
欠点	習熟者固定	正しい脈波採取
再現性	不　良	良　好
動脈硬化	A'＜C'	A'＜B' A'＜C'
臨床評価	やや悪い	良　い

表3　結　論

- 頚動脈圧脈波とhcPWVから上行大動脈～総頚部の動脈管平均的断面像R/Dを算出した。
- R/DはUCG法のmean-IMTより臨床的に動脈硬化リスクと整合性が高かった。

謝辞：本研究は西横浜総合病院と聖マリアンナ医大・横浜西部病院の地域医療連携室ならびに生理検査室の皆さまのご協力をいただきました。

文　献

1）向平　淳：動脈硬化性疾患ガイドラインによる患者の分類への脈波指標の有用性，日本臨床生理学会誌　2005，35：101-106
2）V Salomaa, W Riley, J D Kark et al：Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus and Fasting Glucose and Insulin Concentrations Are Associated With Arterial Stiffness Indexes The ARIC Study. Circulation, 1995, 91：1432-1443.
3）山崎義光，松尾　汎，矢坂正弘，尾崎俊也編：臨床のための頚動脈エコー測定法，早期動脈硬化研究会，日本医事新報社，2005，p133

寄　稿

わが家が映画に

三鷹市　永井　友二郎

ことしの６月，松村真司先生から突然，「先生の診療所を映画に撮らせていただけないか」とはなしがあった。

自分の家，診療所が劇場映画の舞台になるなど夢にも思わなかったことで，それがどんなことなのか，まったくわからないまま，お引きうけした。このとしになってなんだか面白そうだ，と思ったせいでもある。

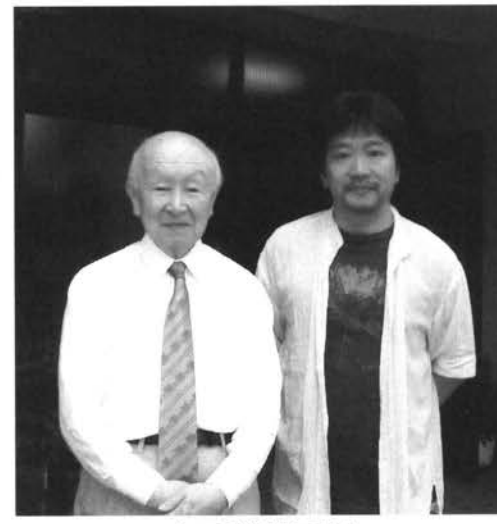
松村先生は，有名な黒澤明監督とその弟子，是枝裕和監督をご存じだった。

是枝監督はまだ40歳台というのに，「ワンダフルライフ」，「誰も知らない」，「花よりもなお」などの名作で，カンヌ映画祭などで高い評価を受けておられた。

今回の映画はこの是枝監督の脚本「歩いても歩いても」による２時間もの。封切は来年６月，俳優は原田芳雄，樹木希林，阿部寛，夏川結衣，加藤治子，Youなど。

脚本のあらすじは，鎌倉から久里浜あたりのひなびた町の老医一家の人間模様。地味な映画である。

72歳の老医（原田芳雄）と妻（樹木希林）には３人の子どもがあった。老医は長男に医者のあとをついでほしいと考えていたが，長男に先立たれ，次男（阿部寛）は医者にならなかった。この次男には妻（夏川結衣）がいるが，父親の期待に反しながら，不満の中で育った。老医の妻（樹木希林）は，ただ妻として家をまもること，家事だけに生きている人間。そしてもう一人きょうだいである姉がおり，身勝手な子もちのひとりものである。



右は是枝裕和監督

この老医の一家，ある夏の日，事故死した兄の命日に一堂に会する。集った家族のひとりひとりが，それぞれのやり残してきたものへの思いを馳せ，ぶつかりあい，そのなかでお互いになんとか，これからの人生の「大切なもの」をさがしあう。

この家族たちのゆるやかで，たしかな再生，再出発の物語で，その折々に奏でられるのは，いしだあゆみの唄う「ブルーライト・ヨコハマ」こんな映画である。

撮影に入ったのは７月20日，それからまる７日間，朝は８時すぎから，夜おそいときは

10時すぎまで，永井医院は休診として，監督，俳優，スタッフ総勢50人がいそがしく動いて戦場のようだった。

日頃たいへん静かなわが家，近隣はこの1週間，別世界のようになった。私と家内はそのあいだ，奥の日本間二部屋にひきこもり，ときにはテレビの音も消されることもあった。

私がこの撮影で感心したことは，この50名の俳優とスタッフが，監督を中心として，さわやかな良い統制がとれていたことである。

私にはそれは，是枝監督の人柄によると思われた。私が是枝監督に感じたものは，謙虚，やさしさ，そして仕事の上のきびしさであった。

映画は一駒ずつのカットをつなげてつくる。そのひとつひとつのカットをつくるのに，全員50人が一致協力してこれにあたるが，なかなかOKが出ない。何回も，ときには10回以上も撮り直しがくり返される。

俳優さんもスタッフも，もういやだというわけにいかない。わきでみていた私はどうなるかと心配のし通しであった。

樹木希林さん

この撮影のあい間，樹木希林さんが私たち夫婦が引っこんでいる日本間にのりこんで，いろいろ楽しいはなしをしていってくれたことがあった。希林さんは気のおけない，さわやかなひとで，すっかり仲良しになった。

こうしてこの映画，はたしてどんな出来上りになるだろう。来年6月の封切りが楽しみである。

酒のはなし（2）

宮崎県医師会からプライマリ・ケアの講演を頼まれて行ったとき，医師会長の秦先生に郷土料理の店でご馳走になった。会長が一言「くろきり」というと芋焼酎のハーフ&ハーフのお湯割りが出てきた。黒麹で作った「黒霧島」という安い焼酎であることをあとで教えてもらったが，破格の値段がついた幻の焼酎よりも親しみがある味がした。

うまいといえば，世界家庭医会議でアイルランドの首都ダブリンに行ったときのご当地のギネスの生ビールの味を思い出す。この国の一大産業であるギネスの工場はこの街のかなりの部分の土地を占め，町にはビールの香りが匂い，どのレストランでも必ずギネスの生が出た。クリーミーな泡の香り豊かな飲み口が実に素晴らしく，ついつい何杯もお代わりをした。日本でも最近空輸でギネスの生が入るようになったが，とてもとても現地の工場直送の新鮮な味には敵わない。

代表世話人就任のご挨拶

東久留米市　石橋クリニック　石橋　幸滋

このたび、７月の世話人総会において代表世話人という大任を仰せつかりました石橋幸滋です。設立より40年以上，永井先生をはじめとする創始者の先生方が脈々と伝えられてきた当初の理念そのままに、日本プライマリ・ケア学会の創設という偉大な仕事を成し遂げたにもかかわらず、毎月の例会、人間の医学の発行など地道な活動を今まで続けられてきた皆様に、心から敬意を表するとともに、このような素晴らしい会の代表世話人を若輩の身で引き受けると思うと、光栄であると同時に、本当に私で務まるか不安な気持ちでいっぱいです。

「挨拶の最初からそんなに弱気でどうする。」、「とても普段の言動からはそう思えない。」などという皆様の声が聞こえてきそうですが、やはりこのような伝統ある会の代表世話人が本当に私で務まるのか心配です。矢吹前代表から引継を受ける時にもこのような不安をご相談したところ温かい励ましの言葉をいただきましたが、近年徐々に会員数も減少し、世代交代の時期に来ている実地医家のための会の良さを損なうことなく、会員増や世代交代をどう成し遂げていくかは大変難しい課題であると考えております。

というのも、今の若い先生の多くは自分の利益に関係ないと思うと全く興味を示しませんし、近視眼的な物の見方で自分の利益を判断するために、いろいろなことにチャレンジしたり、無駄と思えることでもとりあえずやってみたり、時間を割くことを極端に嫌います。こんな若い先生達に対して、いかに実地医家のための会をアピールし、引き入れるのは難しい課題です。もちろんこんな若い先生ばかりではありませんが、そうではない先生を見つけるのに意外と苦労します。

特に私はこの実地医家のための会の良さは、世代を超えた交流と自分の家のような居心地の良さ、そして安心感ではないかと考えています。この良さをどう若い先生に伝えていったら良いか苦慮しています。

しかし、このような弱気なことを言っていても始まりません。新しい実地医家のための会を目指して頑張って行きたいと思います。幸い副代表にご就任いただいた外山学先生、村田洋二先生、松村真司先生の３人は、大変優秀であるだけでなく、若い先生達の人脈を持っていらっしゃいますので、４人で相談しながら方策を考えて行きたいと思います。

ただ、なにぶん若輩身でありますので、会員皆様のご支援をいただかなければ会の発展はあり得ません。今後ともご支援ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

副代表を拝命して

東海市・村田メディカルクリニック
村田　洋二

このたび、石橋幸滋代表より、副代表を拝命いただきました村田洋二でございます。私の医師としての生き方も「日本の開業医」の共著をさせていただいた頃より大きく変わってきたように感じます。地域の開業医の立場から、医師会、学校医、産業医としての関わりなど、「実地医家のための会」をこころの支えにさせていただきながら、暗中模索の中で、一生懸命進んできたように思います。例会企画の時など、諸先輩先生方の歩みが、あまりにも私にとって大きく、最初は、どうしても考え方が、地に着いていないような感じがしていました。実家に帰り、父親の介護が一緒に始まって、「人間の医学」という言葉の重みがずっしりとこころに響きます。家内と清拭やおむつの取り替え、そして、慣れていないため、髭剃りの時に出血したり、また、深爪しそうになっても、「大丈夫」という父親の姿と、日々、不安を抱えて来院される患者さんのこころが重なり、私は、医師として、人間として何を学んできたのだろうか？と自分の未熟さを痛感している毎日でもあります。「実地医家のための会」は、新たな会員の先生方の力とともに、ご高齢になられ、例会にご参加出来ない会員の先生方の支えになるような会でありたいと思います。パワーと勢いのある石橋代表をはじめ、会員の先生方にご指導をいただきながら、末永く信頼される「実地医家のための会」会員であるように努力して行きたいと考えています。

東京都・松村医院　松村　真司

このたび歴史ある実地医家のための会の副代表になりました松村真司と申します。ご存知の方も多いと思いますが，父もかつて本会の世話人副代表をしていたことがありますので，ひと世代ぐるっと回ったことになるのかと思います。２代目は先代よりも劣るのは世の常ですが，劣っていることを十分に自覚して教えを乞いながら活動してきたつもりでここまでやってきました。とはいえ，早いもので私が医院を継承してもう７年になります。地区医師会でも中堅になりつつあります。年齢的にも，もう若手ではありません。私が医院を継承して以来，医療をとりまく環境は大きく変わりまして，今後さらに激変していくのかと思っています。しかし，時代は一見変わっていくようにも見えますが，本質的には変わらない部分がほとんどであると私は思っています。本会の掲げる人間の医学は，その変わらない部分であると考えます。あとはいかにそれを今の時代の人たちにわかるように伝えていくか，というところだと思っています。

私生活では映画を見るのも読書をするのも好きなのですが，最近では時間がないのでもっぱらIpodで音楽をダウンロードして聴くことが楽しみです。ポール・ウェラーやアズテック・カメラなど自分が多感だった80年～90年代のロックが好きなので，レセプトの時期など仕事をさぼってよく音楽配信サイトを眺めてはダウンロードしていますし，最近ではYou Tubeなどでレアなライブ映像を発掘して見るのも楽しみの一つです。この時代にあえて真実を希求し，かつ前向きな姿勢を維持していくことが今後数年の目標であり私のテーゼです。どうぞご指導のほどよろしくお願いいたします。

門真市・益田診療所　外山　学

益田診療所（大阪府門真市）の外山学と申します。石橋代表のご指名により、副代表をさせていただくこととなりました。

長い歴史を誇る本会においては新参者の部類に入ります。2003年７月、近畿ブロック選

出で日本プライマリ・ケア学会理事になったばかりの私を、当時の矢吹代表が誘ってくださったことが入会のきっかけでした。初参加の例会で、医師としての自分に足りないと思い知らされていたものを、勉強させてくれる場所に出会えたと感激しました。以降、都合がつく限り、例会に参加させていただいております。大阪からですから、二次夕食会を半ばで失礼して会場を後にしても、帰宅するのは深夜になります。翌日、体は疲れているはずなのですが、不思議と、気力は満ちているのです。

勉強会としてのいわば狭義の例会（これはこれで大変充実しているのですが）だけではなく、自由交見の気風、会がまとっている気骨や格調、伝統など、自分が感じている本会の魅力を会員外の方にも伝え、例会参加や入会をお誘いできればと思います。若輩かつたいへん微力ではありますが、自分なりの方法でわずかでも、この素晴らしい会に貢献できますよう、石橋代表のお役に立てますよう、勉強・努力させていただく所存です。ご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

代表世話人退任のご挨拶

矢吹　清人

4年前の7月、晴天の霹靂で代表をお引き受けいたしました。神保前代表からの申し送りは、代表の任務はただ一つ「この会を存続させること」という、まことに明瞭かつ困難なご指示でした。というのも、そのとき会の財政はたいへん厳しい状況だったのです。そこで、大きな支出源であります会誌「人間の医学」の発行回数を減らすと同時に、先生方にご寄付をお願いしたところ、熊手照代先生がポンと大金を寄付していただいたのがきっかけとなり、永井友二郎先生、松坂勲先生、鈴木荘一先生からもたいへん多額のご寄付を頂戴し、また、二次夕食会の会費からも少しずつ捻出させていただき、お陰でなんとか今日まで会を存続することができました。

改めてご寄付をいただいた先生方、また、ご協力いただいた世話人、会員の先生方に心より御礼申し上げます。また、突然のお願いにもかかわらず「人間の医学」の編集長をお引き受けいただいた松坂先生、毎回，医事新報に例会記事をお寄せいただきました松村幸司先生、さらに、ふつつかな代表をいつも支えてくれました天野、加部、石橋副代表に心より感謝申し上げます。

この会の活動の中心であります「例会」につきましては、皆様からさまざまな提言やお知恵をいただき、バラエティーに富み、しかも充実した内容が多く、出席者も以前より増加の傾向にあることは喜ばしいことです。

本日、待望の石橋新代表にバトンをお渡しますが、石橋体制は代表・副代表ともにすっかり若返りまして、この会の未来は希望に満ちております。新代表には、遠慮せずに新しい試みや企画をやっていただきたいと思います。

さて、これでお役ご免になると思っていましたら、石橋代表から「人間の医学」の編集長をやるようにと仰せつかりました。自分自身が松坂先生に無理に編集長をお願いした経緯もありまして、これまたやむを得ずお引き受けすることにしました。予算案でお示ししたように年3回しか発行できませんが、コンパクトでも充実した雑誌を作りたいと思いますので皆様のご協力をお願いします。また、例会の企画・記録係の先生方には、記録をしっかりとお願いします。「例会半分・記録半分」くらいのつもりで、編集長に会の記録を提出するまでは仕事が終わらないと思ってください。

長い間の皆様のご友情に重ねて厚く御礼申し上げます。

編集室より

松村　幸司

本会の機関誌「人間の医学」は地方の会員や例会を欠席した会員のために例会の記録を収録している。編集委員は例会を欠席せざるを得なかった会員のためや，地方の会員のために，例会の講演をなるべくわかりやすく演者よりの原稿をそのまま掲載するように心がけている。例会の記録ばかりでなく，本会の業績や歴史を記録することも仕事の一部と考えている。演者はこのことをよく理解して講演原稿の早期提出（少なくても講演直後に）してもらいたい。ほとんどの医学雑誌に制度として設けているような論文査読はしていない。編集委員は査読するほどのその分野の権威ではない。

人間の医学である以上，人間の活動すべてが本会の対象になる。医学だけに限定せず，社会も文化も含んでいる。会員の体験も「随想」や「思いつくままに」(昔は「つぶやき」)「俳句を作ろう会」の成果である俳句も掲載されている。機関誌「人間の医学」は広く会員の投稿を歓迎している。会員としてこれを使わない手はない。さらに「人間の医学」は文章の修練の場を提供しているのである。医者は文章を綴るのが苦手な人が多い。何も名文である必要はない。達意（考えを字十分に述べ表わすこと，文章の意図を行き届かせること）の文を書く練習の場にしてもらいたい。論旨に首尾一貫しているか。自分だけでわかっているか。人にわかる文になっているか。これらを検討するだけで文章の出来が違ってくる。ご病人との話ことばのわかりやすさに悩んでいる人にも達意の文章を書くことは練習になる。同じことは例会での講演にも当てはまる。口下手なひとでも，人前でアガッテしまい，シドロモドロになる人も例会で場数を踏んで慣れてもらいたい。本会の会員なら温かく，やさしく見守ってくれるだろう。例会での発言はまたとない機会である。得意分野の講演はなおさらである。会員の積極的な参加を望む。

松坂　勲

開業以来，大過なく今日まで医業を続けてこられたことを有難いと思う。聴診器１本から出発した当時は，コピー機もFAXもなかった。自現機もエコーもない時代…今や次々と文明の利器が登場し，高度な医療機器を駆使して難しい診断も一気に解決できそうなところまで医学は進んだ。

デジタルレントゲンを導入しフィルムも不要となりハイテク時代が到来している。患者に向き合い，体に触れ，こころをかよわせる全人的な医療はどこかへ押しやられようとしている。五感を駆使した昔の巧みの技はどこへ飛んでいった？ならば，医業がそれだけ楽になったか，といえば決してそうではない。「患者中心」「情報開示」など聞こえの良い名前で，いままた，医療は複雑さを増し，多くの矛盾や危機に直面している。専門性の過度の追求が，医師の偏在や医師不足，ひいては患者に不幸を齎している。

社会や住民と強いかかわりを持つプライマリ・ケア医の現場でも，「患者の視点」で行う医療が，十分にゆきわたっていると言えるかどうか，世間の評価は厳しい。開業医の果たす仕事は広がり責務はますます重くなっている。

私の余命も目睫の間にあり，亡くなった先輩や友人を惜しむ心はそのまま，いま自分が生かされていることの不思議さを感ずる。あとに続く若い人たちに何を残せるか，顧みれば，じくじたるものがある。今日まで，ジェネラルな診療を続けてきてさまざまな患者さんたちの病態とニーズに合わせて対応し対処

したが，そのスタイルが客観性に耐え得るものであったかどうか，はなはだ心もとない。自分の知識不足，技量不足を常に意識して，診断・治療の腕を上げていく，基本はそうであるが，日常診療のなかで患者さんにきめ細かに尽くすことが結局，自分のためになることを実感している。いつまでも，慈と悲と喜と拾の四無量心を心がけるつもりだ。その中で得られた無形の知恵や技があれば，それは一代で忘れ去られてしまうのは惜しい。後に続く人たちに，きっちり伝承することが大切だと思う。

酒のはなし（3）

アルコール性膵炎とアルコール性肝障害と痛風とで，ときどき通風の発作か膵炎の急性憎悪による強い腹痛を起こして駆け込んでくるAさんが，今日は痛風の薬だけほしいという。「今日はいつもの膵臓の薬はいらないの？」というと，「酒さえ飲まなければ腹は痛くならないと先生が言っていたことがやっとわかったから大丈夫。わざわざ金かけて痛い思いをしなくってもいかんべと思ってよ」と笑う。自分で気がついてもらうのがいちばんの薬である。いつまで続くかわからないが，取りあえず大いにホメる。

うれしい日なので，Aさんには申し訳ないがいつもより酒がはかどる。ごめん。

酒のはなし（4）

こっちゃん（家内）も酒をやる。下地はあり，高校生の頃から台所で梅酒など盗み酒をしていた人である。彼女の目下のお気に入りは東力士の新米新酒「にごり酒」で蔵元から箱で取り寄せて飲んでいる。ぼくもつきあっているが実にまろやかでよろしい。寝る前にワインもやる。フルーティーで辛口の白ワインか，軽めの赤がいい。フルボディーの「渋み」がきつい赤は口に合わない。甘すぎるのもいやだが，リスボンの免税店で買ってきたビンテージ・ポルトワインのとろけるような深い甘みは忘れられない。同じワインを探しているがなかなか見つからない。

ワインの1句

冬の夜残るワインを半分こ　告朱

編　集　後　記

今月号は学会の振り替えで本来の例会を開催できず，したがって例会の報告がなく，変則的であることをまずお断りする。

第486回４月例会の振り替えに大阪で開催された日本医学会総会の印象記を栗原伸夫先生に執筆していただいた。学会の公式記録ではない肩のこらない読み物として読んでくだされば編集委員の意図は達成された。特に学会講演の目玉の（経済学者から見た日本の医療）は経済が医療に優先されがちな現状を批判していて味読する価値がある。

第487回５月例会は宮崎で開催された日本プライマリ・ケア学会学術会議を振り替えている。この会議のハイライトは永井友二郎先生の特別講演で，全体の総括報告を神保勝一先生に，永井友二郎先生の講演を司会された矢吹清人先生に永井先生の講演の感想を，さらに，一会員として参加した富山県の高藤早苗先生に印象記をお願いした。この３本の企画で例会報告のない編集委員の苦心を汲んでもらいたい。

永井友二郎先生の講演の全文は学会の機関誌「プライマリ・ケア」に掲載される他に，DVDに収録されているので，入手ご希望の向きは学会事務局に問い合わせられたい。

第488回６月例会はメインテーマを「子どもたちにどう語りかけるか」と題して開催された。子どもが彼の人生で初めて身近に接する医師はわれわれ開業医である。お医者さんとしてその印象は子どもの心に深く残る。「どう語りかけるか」は開業医には大切なスキルである。そんなことを期待していると期待はずれである。しかし，医者以外の世界の話を聞くのもよい機会である。現場で苦心している校長先生の話を聞くのは得がたい。

こうして原稿の少ない今月号の編集を終えて，ホッと胸をなでおろしている。

（松村幸司）

人間の医学　Vol.43　No.2　（通巻235号）

2007年11月20日　発行

発行人　石橋　幸滋
編集人　矢吹　清人
〒320-0046　宇都宮市西一の沢町2-10
TEL（028）648-5588　FAX（028）648-6446
事務局　〒105-0004　東京都港区新橋2-20　新橋駅前ビル１号館
株式会社協和企画内「実地医家のための会」
TEL（03）3575-0181　FAX（03）3575-4748
http://jicchi-ika.jp/
e-mail：mizukami@kk-kyowa.co.jp
製作・印刷　共立印刷株式会社　TEL（03）3382-1211（代）　FAX（03）3380-6591
e-mail：jichiika@kyoritsu-print.co.jp

□本会へ入会希望の方は
上記事務局へお申し込み下さい。会費は，本誌（年３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。