平成元年7月10日発行 ISSN 0385 924X

人間の医学

'89.7

141

Vol.25 No.2

実地医家のための会

私の意見

白髭　勝世

放影研の剖検中止と病診連携

「長崎市の開業医はこんな幸せな制度に恵まれている」と世界の医師に誇れる制度が崩壊した。昭和26年以来の歴史をもつABCC（放影研）の剖検業務が中止になった。開業医が死を確認した在宅患者の剖検をしてもらえる幸福を実感しながら，その間ずっとだき続けた不安（この幸せはいつまでも続くものではない）が現実となった。

昭和52年の東京の「実地医家のための会」，昭和55年の宮崎県内科医会総会での特別講演のときに「長崎のような幸せな制度のない当地ではどんなにしたらよいか？」との質問をうけて，当時の私は返答に困った。

その後，熟考の結果ある結論に達した。それはABCCの受けもっていた事務処理を葬儀屋に一任し，剖検の実施は，剖検設備を持つ病院に担当してもらって，医師会長，病院，葬儀屋間に剖検に関する契約書をとりかわすことである。大村市医師会ではすでにこのことの実行に移し，剖検の費用は大村市医師会で負担して出発しているとのことである。ともあれ，世界に誇るべき長崎市の今までのこの制度，すなわち開業医が死亡をみとどけた在宅死亡患者の剖検に対し，開かれた道を何らかの形式で復活されることを切望する。

近年，在宅死亡者それにともなって剖検数が著しく減少してきたのも，ABCCが剖検業務を中止した理由であるが，剖検数が少なければ少ないだけ，それだけ貴重で剖検のもつ価値も大きくなる。

私はABCCが剖検開始したとほとんど時を同じくして，その制度の利用の恩恵を享受した。それによって啓発された知識は底知れないものがあった。その成果を『開業医の反省録』としてすでに出版し，第2巻にあたる『続・開業医の反省録（ある実地医の軌跡）』を世に問うのは去る7月のことであった。

『続・開業医の反省録』に対する羽田会長の推薦文に「いまや医師の生涯教育が大きく叫ばれている……」とあるが，生涯教育のもっとも効果的手段として開業医の剖検があると私は考える。それは全国津々浦々に実行されることであり，病診連携の意志があれば道はすでに開かれている。「実地医家のための会」がバックアップして日本医師会の名において全国の県郡市医師会は剖検室を持つ病院と協定書をとりかわし，実地医家は津々浦々でこのシステムの恩恵に浴して自分の死亡患者の診療の反省をすべきである。

しらひげ　かつよ　（長崎県長崎市　白髭内科）

目　　次

♣私の意見……放影研の剖検中止と病診連携 …… 自髭勝世 ……1

▒第290回「実地医家のための会」4月例会

・医学教育における家庭医実習…… 5

1．家庭医実習について ……永井友二郎…… 6

—その始まりと経過—

2．家庭医実習について……前川喜平 ……10

—大学の立場から—

3．私たちの受けた家庭医実習について（1） ……増井文昭 ……15

私たちの受けた家庭医実習について（2） ……清水佳苗 ……17

都会の中の地域医療 ……国井　修 ……19

4．実習をひき受けた医師の立場から（1） ……鈴木荘一 ……21

実習をひき受けた医師の立場から（2） ……竹内雅夫 ……27

指名発言

・家庭医実習で開業医学をみつけた ……向平　淳 ……29

・指導医としての所感 ……栗原伸夫 ……33

⊙自由交見……35

▒研究と臨床

1．一診療所における家庭医卒後研修プログラム ……楢戸健次郎……37

2．薬の相談室 ……瀬戸山元一……41

3．船橋市で行われた医療フェアーについて ……遠藤幸男 ……47

4．共同診療における検査依頼の実態と成果 ……有馬弘毅 ……57

5．バセドウ病に罹患した人たちの人生 ……伊藤國彦 ……65

6．障害をもつ老人とその家族との健康 ……谷田悟郎 ……74

7．臨床研究の進め方 ……板東　浩 ……81

8．ＰＯＭＲと病診連携 ……近藤忠雄 ……87

✠全国通信

・実地医家のための会　京都支部第21回例会報告……岡田安弘……91

★わが徒然草＜連載６＞

・サンカの思い出……上田篤次郎……92

♥かえうた　ひふかがく＜連載３＞

●お医者さんの歌　外伝５……谷田津奈男……97

◍でい・えぬ・えい

・怒れ医師よ……大林輝明…101

・世相におもうこと……香取力勇…102

・医薬分業始記末（１）……多田龍右…102

・時間厳守……坂口練平…103

・管理料と指導料……黒崎　勇…104

・哲学的医療への提言……浅見鉄男…105

◈1989年５月世話人会報告……106

◈「実地医家のための会」会員異動……107

◈「実地医家のための会」入退会および会員資格に関する取り決め……108

◈投稿規定……109

◈会員証配布について……111

▶書　評

・『モリエール名作集』……北川欣也……16

・『影武者　徳川家康』（上・下巻）……神保勝一……26

・『明日のない四人目の子供』……浦田　久……31

・雑読所感……大山　修……34

表紙デザイン　木村協子／写真提供　佐藤安正

医学教育における家庭医実習

1．家庭医実習について……永井友二郎
　—その始まりと経過—

2．家庭医実習について……東京慈恵会医科大学小児科教授　前川喜平
　—大学の立場から—

3．私たちの受けた家庭医実習について……東京慈恵会医科大学専6年　増井文昭
　東京慈恵会医科大学専4年　清水佳苗
　都会の中の地域医療……自治医大卒業　国井　修

4．実習をひき受けた医師の立場から……鈴木荘一・竹内雅夫

指名発言……向平　淳・栗原伸夫

◉自由交見

第290回例会むすびの言葉

川久保　亮

大変地味なテーマであるにもかかわらず，医学教育の核心をついた実りある例会であった。医学教育における家庭医実習の実情と計画の答申というのが本日の答申と一口にいえばいえる。事の成りゆき上，自由交見が次第次第に厚生省とか，医師会とかが医師養成にどのような政策を考えているのか，将来の問題について問題を提起したところで，おしくも時間ぎれとなった。家庭医をつくるための家庭医実習なのか，専門医をつくるためか，大学のポリクリの補完教育であるのか，患者を診る医師としての人間育成の教育のための家庭医実習なのか。論議は混沌とし，ソクラテスからクローニンに至るまで登場し，近来にない自由交見となった。現在の専門医制度，研修医問題についても，分化と総合の果てしない深淵を垣間見ることとなった。何年か時を経て，医療法・医師法が改正されたときに再び，この問題は論じられるであろう。

月日　平成元年4月9日（日）
場所　東京衛生学園専門学校
司会　安田勇治（東京都大田区）
　　川久保亮（東京都三鷹市）
記録　前納宏章（埼玉県川口市）

司会の川久保先生（左）と
安田先生（右）

1. 家庭医実習について

—その始まりと経過—

永井友二郎

私は東京慈恵会医科大学の家庭医実習についてお話してみようと思う。この家庭医実習の第1回は，昭和61年3月の春休みに行われて，それから毎年春休みと夏休みと続けられ，今年の3月，第7回目がすんだところである。

この7回の家庭医実習は，これを希望して申し出た学生，47人が参加し，「実地医家のための会」の会員20人，あと会員外の2人，合計22人の先生方がこれをご指導されたものである。

本日はこの学生のうち数人の方が来てくださっているので，のちほどいろいろ話をきかせていただけると思う。また，この企画を大学側でお世話くださっている，小児科の前川教授からも詳しくお話をいただけると思うので，私からはこの家庭医実習がはじまったいきさつなど，私がかかわった事がらを少しお話してみたいと思う。

はじめに，この家庭医実習を計画されたのは申すまでもなく学長の阿部正和先生であるが，阿部先生がどうしてこの企画を立てられたか，私が理解していることを申し上げてみようと思う。

皆様がすでによくご存知のように，阿部先生は医学と医療に対して大変高く広い，そして深い見識をもっておられる。阿部先生は病人のための医療には，基本に科学的な医学が大変重要であるけれども，そのほかに，病人の人間を理解するためのすべての学問や知恵，そして病人のために奉仕しようとする心がなければならない。病人の苦しみ，悩み，痛みに対してこれを共感する心がぜひ必要だ，といっておられる。

また，東京慈恵会医科大学の学祖である高木兼寛先生，この高木先生は私たち海軍軍医の大先輩でもあるのだが，この高木兼寛先生の慈恵医大建学の精神「病気をみるのでなく，病人をみよ」このことを阿部先生は大きい誇りとし，また学生諸君にも教えておられた。

それからもう1つ，阿部先生は日本の医療の歴史のなかで，また現在わが国で行われている医療のなかで，日本の開業医のはたらきを大変高く評価され，大事にしておられる。

そこで，家庭医実習が行われることになったわけだが，この第1回の家庭医実習が行われた昭和61年3月というときは，いったいどんな医学・医療の歴史上の時期であったか，少し申し上げてみたいと思う。

医学が次第に専門化し細分化してゆく流れは昭和30年代ころからはじまっていたが，それが次第に加速してゆき，新しい機械や薬が

ながい　ともじろう
東京都三鷹市　永井医院

次々に出て，若い医師たちは専門医を志向し，病人たちも，いろいろ文句はいいながらも設備の大きい病院へ集中するようになってきた。

このような病院の機械化，そして医師たちの技術化の流れに対して，日本医学会は昭和58年，そして昭和62年の2度の医学会総会で，企画の柱の1つに「人間」そして「ヒューマニズム」を掲げたことはご承知の通りである。そしてこの日本医学会の副会長を阿部先生はされていたわけである。

一方，文部省では，やはり医学が専門化，技術化することがもたらす弊害，国民の不満に対処する意味から，在るべき医学・医療を再検討する大型の特定研究，「21世紀へ向けての医学と医療」という3年がかりの研究を昭和58年にはじめた。

この研究は，医の倫理，医と法，医療と社会，医学教育と生涯教育，医療と工学その他大変幅広い視点に立って，国をあげて取り組んだといってよいものであるが，阿部先生はこの研究のなかで，医学教育，生涯教育の班の班長として，東大の高久教授や日大の岡安教授，千葉大学の稲垣教授，そして私まで，ご指導くださったわけである。

それからまた，厚生省では昭和60年の6月，「家庭医問題懇談会」というものをつくり，この「実地医家のための会」から渡辺淳先生，鈴木荘一先生が委員として参加され，これからのわが国における家庭医の問題を討議したことはご承知の通りである。厚生省の家庭医制度の考えには大きな問題があるが，専門化し技術化する医療のなかで人間的総合的医療を求めている点で大きい意味があったわけで，この懇談会においても，阿部先生は第1回のゲストスピーカーとして「私の家庭医論」を具体的にお話になられたのである。

さらにまた，昭和60年1月，日本医師会で阿部先生が座長をしておられる「生涯教育推進会議」から提言が出，日本医師会に生涯教育制度をつくることが決まり，60年12月にはそのガイドラインができて，61年6月から生涯教育制度の試行に入ったわけである。

このようなことであって，第1回の家庭医実習が行われた昭和61年3月という時期は，日本医学会も日本医師会も，そして文部省も厚生省も，人間中心の医療あるいは家庭医ということに向けて，積極的な活動をしていた時期であり，そのすべての動きの中心に阿部先生がおられた，ということである。

いいかえれば，阿部先生は日本医学会に，日本医師会に，そして国に対して家庭医の大事であることを力強く主張してこられたわけであるが，このお考えが，東京慈恵会医科大学では，この「家庭医実習」の具体化となり，あるいは学外から講師を招いて行われる「総合講義」となっているように，私の眼には映るのである。

そういうことで，60年の12月ころだったと思うが，阿部先生から「こんど春休みに，有志の学生に家庭医実習をさせたいと思うので，“実地踏家のための会”からご指導いただける先生を推薦していただきたい」と私にお話があった。

第1回の希望者は11人で，学生の住所から通いやすいことを考慮してご指導いただける先生方のご都合をきき推薦いたしたわけである。

この家庭医実習の具体的なはこびとして，大学側が2月下旬に打ち合わせ会を開いてくださって，大学側から阿部学長，前川教授，磯貝教授，橋本助教授，そして私たち11人の指導医，それから学生全員が顔を合わせ，まず阿部学長からお話があった。

そのなかで阿部先生は「学生諸君は大学の医療しか知らない人が多いから，医療とはこ

ういうものだと思うかもしれないが，日本には古くから開業医という，すぐれた医療の形態が受け継がれてきていて，私たちはこれを大事にしなければならないし，またこの開業医の医療のなかには本質的にきわめて大切なものがあるので，諸君はこれを学びとってきてほしい。医学については大学で教えるから，大学で学ぶことのできないものを，先生方の診療のなかからくみ取ってきてほしい」と話された。

また私たち医師に対しては，どうぞ普段通りの，ありのままの診療をみせてやっていただければ結構である。邪魔になったり，患者の迷惑になったりしないよう学生には注意するが，どうぞよろしくお願いする。というお話があった。

私たちお世話するほうは，阿部先生はそういわれても，果たしてそれだけでいいのだろうか，何か先輩医師として少しでも教えてあげられるものがあったほうがいいのではないか，と心配したものである。

それで，実際には各先生方がそれぞれ，ご自分の考え方でいろいろご指導されたと思うが，その日数は3日ないし5日くらいであったと思う。

私のばあいについて申すと，レントゲンの機械もない，そして患者数の少ないところで，果たしてお役に立つのだろうか，と心配だったので，あらかじめ，「実地医家のための会」の歴史だとか，ターミナルケアについての私の総合講義の別刷，『医療とことば』という本などを読んでもらい，医学と医療への理解を深めて来ていただくようにした。今年の3月のばあい，わずか3日であったが午後の時間は，三鷹市の地域ケア会議，保健所，中規模個人病院などの見学に同伴し，地域の医療システムに支えられた医療をみてもらい，往診や入院中の患者の見舞いにも同行した。

ところで，この家庭医実習は前に申し上げたような時代の要請，また阿部学長の高い理想によるものだが，果たして学生諸君がこれをどう受け取っているか，気にかかるところである。私自身としては，7回の実習のうち5回，お世話して，そのつど，大変緊張するが，いつも大変良い学生が来てくれるので，一緒に勉強し，かえって教えられる，充実感のあるあと味を感じている。

そこで最後に学生諸君がどう感じ，評価されるか，これが大事なところであるが，学生が大学に出した感想文から，一，二ご紹介してみると，

1．医学的な勉強より何よりも，医師としての在るべき姿，医師としての心構え，病人を人間として治療しなければならないことを教えていただき，本当に有意義だった。
2．自分が患者だったらどうしてほしいか，ということを最優先して治療にあたっている先生の姿をみて，医師としてあるべき姿，そして医療制度の問題などを深く考えさせられた。
3．第一線現場では，患者の話に興味をもち，耳を傾けることが大切である。相手を好きになることが重要なことを教えていただいた。そのための一般教養は決して大学では得られないことも感じた。
4．医師と患者という関係よりも，1人の人間が1人の人間に対している，という先生の姿をみて，これから医学を勉強してゆくうえで，つねに人間学を忘れてならないと痛感した。

そのほか，多くの感想が大学に報告されているが，すべての学生が家庭医実習をしてよかった，と述べており，その何人かは，「1人でも多くの医学生が家庭医実習をするようになることを願ってやみません」と述べてい

た。どうやら私の心配は無用であったようにみえる。

私はそれで，ひとまず阿部先生，慈恵医大のご期待には，ある程度おこたえできてよかった，と思うのであるが，私たち，家庭医の医学，あるいはプーイマリ・ケア医学を建設しようとする立場からいうと，果たしてこれでいいのか，という反省をすべきであろうと考えている。

いま，日本プライマリ・ケア学会の認定医制度検討委員会で，プライマリ・ケア医学，あるいは家庭医の医学の独自性，ということを検討している。私はその委員の1人を仰せつけられているので，この問題をいろいろ検討しているわけだが，私はこの家庭医の医学というものを，誰にでもよくわかるように，その独自性を示すことができなくてはならない，と考える。それで，それには，今，大学で教えている医学，科学としての医学と家庭医の医学とはどう違うか，ということ，その方法論も違うし，めざしている事がらも違う，そしてその独自のカリキュラム，教科内容があるわけであり，これをはっきり誰にでもわかるように示さなければならないと考えている。

そういう観点からいったばあい，実習してくれた学生諸君が，これらのことをどれだけわかってくれただろうか，ということが，われわれの反省としてあっていいと考えている。

以上，私がこの家庭医実習に関係してきた経緯，その始まりと経過の一端を申し上げた。このような機会をあたえてくださった阿部学長，前川教授はじめ，慈恵会医科大学に厚く御礼申し上げる。

家庭医実習参考資料

(1) 家庭医実習の心得　人間の医学129号
(2) 医学生の進路選択について　医学教育17巻1号
(3) 実地医家のための会の歴史　家庭医1巻2号
(4) 人間理解の重要性　人間の医学136号
(5) 医療とことば　中外医学社
(6) プライマリ・ケアとその評価　日本PC学会誌3巻1号
(7) 病気の重さについての提言　日本PC学会誌2巻2号
(8) ターミナルケア　人間の医学134号
(9) 不機嫌　治療65巻2号
(10) 共同調査
　① 香港かぜの記録　日本医事新報2450号
　② 心筋梗塞　急性期死亡率　人間の医学80号
　③ 脳血管障害　急性期死亡率　日本医事新報2618号
(11) 推計学と実地臨床　人間の医学8号
(12) 医療の工夫
　① 排便を楽にする方法　人間の医学3号
　② いたくない注射の工夫　人間の医学11号
(13) 江戸悪童物語（古川柳）　人間の医学112号
(14) 医療故の心得　プライマリ・ケア（からだの科学）

附　家庭医の医学（プライマリ・ケア医学）の独自性

われわれが大学で学んできた縦割りの医学が，正しいことをめざした科学・技術の体系であるのに対し，家庭医の医学（医療学）は，どうすることがその病人にとってより良いか，をめざした，その人間に対する共感的人間理解と，それにもとづくあらゆる支援の全体系で，その重要な一部として従来の医学的対応を含む，人間的価値の体系である。

すなわち，**科学的医学**が正しいことをめざす**科学・技術の体系**であるのに対し，**家庭医の医学**（**医療学**）は，医療を共感的人間理解と，これにもとづいた支援のすべて，ととらえた**人間的価値の体系**という，本質的な違いを認識することが大切である。

したがって，家庭医の医学には，人間理解の方法論その他，従来の医学の方法論と異なる方法論があり，研究対象がある。

2. 家庭医実習について —大学の立場から—

前川喜平

はじめに

慈恵医大における家庭医学習は，61年春より行われた。それ以前は，休暇中の病院実習は行われていたが，家庭医実習は行われていなかった。以下，慈恵医大における家庭医実習の実態について述べる。

1．家庭医家習が始められた理由

「病気を診ずして病人を診よ」は慈恵医大の建学の精神で，学祖高木兼寛の言葉である。慈恵医大は，私学らしい医学教育の特徴を打ち出そうと努力している。「人間愛」を基調にして，生涯にわたって学習に耐え得る「良医」を育成することに教育の重点をおき，その中から良き医学研究者が輩出するような理念[1]で教育を行っている。

昭和60年ころより今まで行われていた休暇中の病院実習をもっと普及しようということが教学委員会，教授会でとりあげられ，これと平行して学生の家庭医実習が阿部学長の提案で61年春より行われるようになった。この根底には，医師の約半数は開業実地医家であり，最近医療におけるプライマリ・ケアの重要性が叫ばれているが，大学にはプライマリ・ケア実習の場が少なく，家庭医がプライマリ・ケアの場として重要な場を占めていることと現在の医学教育の欠点として，大学志向の2次，3次医療の教育，実習はよいが，「プライマリ・ケア教育が欠けていること」と患者との人間関係などの教育が大学では必要にもかかわらず行えないからである。医学教育の教授目標の[2]分類として，認知領域，情意領域，精神運動領域の3つがあるが，このうち医師としての態度，習慣などの情意領域と対人技能，診察技能，検査技能などの精神運動領域が大学ではなかなか習得し難いのが事実である。さらに実習の開始として学長と永井先生との関係も見逃せない。慈恵医大において家庭医実習が始められたのは，社会的要求と大学の理念が一致しており，ちょうど機が熟したからと言える。

2．慈恵医大における家庭医実習の実態

慈恵医大における家庭医実習は，61年春より実施され7回の休暇中に現在までに専4・1人，専3・26人，専2・21人の47人が参加している（**表1**）。専2は慈恵医大のカリキュラムでは，今までは内科診断学の講義のすべてと，実習は一部終わっているが，臨床科目の講義は2年生の秋から冬にかけて開始され，春休みは全講義が終わっていない状態であ

まえかわ　きへい
東京慈恵会医科大学小児科教授

表1　家庭医実習学生数（平成元年4月現在）

学年 / 年・季節	専　3	専　4	専　2	計
61年　春	5		6	11
61年　夏	7		0	7
62年　春	1		4	5
62年　夏	5	1	0	6
63年　春	0		7	7
63年　夏	7		0	7
元年　春	0		4	4
計	25	1	21	47

る。慈恵医大においては，去年より臨床実習が一本化され，系統講義，臨床講義は専3の夏休みで終了し，専3の秋から専4の夏にかけて臨床実習が行われている。

それ以前は，専3の春より週2回2～3時間の前期臨床実習のみで，3学期以後でないと本格的臨床実習は行われていない。参加者に専3が多いのは，臨床科目の講義と内科診断学の講義と実習が終了し，臨床経験の志向が強いことと，以前夏休み後に行われていた中間試験が取りやめになったためと考えられる。専4が少ないのは，国家試験で余裕がないからである。

次に実際にご指導いただいた「実地医家のための会」の先生方の指導回数と地区別は，**表2**のようである。東京地区が13人，延べ指導回数37回ともっとも多く，次いで神奈川が6人，延べ指導回数6回と多く，千葉県が2人，指導回数2回，埼玉が1人，回数2回となっている。もっともご指導いただいた鈴木先生は6回で，慈恵家庭医実習施行7回のうちの6回，約86%にご指導いただいている。次いで永井先生5回，次に回数が多いのは中央区の竹内先生，世田谷の松村先生の4回で，安田先生，北川先生，松坂先生が3回であ

表2　家庭医実習地区別指導医（平成元年4月現在）

地区 / 指導医・指導回数	氏名（住所）	指導回数
東京	永　井　（三鷹市）	5
	川久保　（三鷹市）	1
	鈴木(荘)　（大田区）	6
	安田(勇)　（大田区）	3
	北川(欣)　（大田区）	3
	松　坂　（大田区）	3
	渡辺(淳)　（大田区）	1
	小林(之誠)　（杉並区）	2
	小　山　（文京区）	2
	松村(幸)　（世田谷区）	4
	日向野　（江東区）	2
	竹　内　（中央区）	4
	松島(裕)　（渋谷区）	1
神奈川	向　平　（横浜市）	1
	三　尾　（相模原市）	1
	岡野(功)　（秦野市）	1
	川　島　（川崎市）	1
	小林(芳)　（藤沢市）	1
	菊　地　（大和市）	1
埼玉	上　野　（朝霞市）	2
千葉	藤　森　（千葉市）	1
	栗　原　（習志野市）	1

る。先生方をお選びした理由は，学生の住所による実習場所の希望により，阿部学長と永井先生により決定されたものである。なお学長の方針として，同窓の先輩より，同窓以外の先生方にお願いしている。これは，「かわいい学生にはなるべく他人のメシを食わせろ」という親心と推察される。

3．施行方法

専1～専4各クラスには，3人の病院実習委員がおり，休みの約2か月前より病院実習と家庭医実習の希望者を募集する。病院実習については，学生が実習可能な病院リストがあり，実習の申し込み書がある。家庭医実習については，学生の申し込みに従って指導医

表3　家庭医実習打ち合わせ会

昭和63年3月7日(月)
午後17：00～18：30
(於病院E棟3階会議室)

1．阿部正和学長の挨拶
2．出席者の紹介
　大学側　磯貝行秀教授(内科)
　　前川喜平教授(小児科)
　　橋本信也助教授(内科)
　　坂戸伯志(事務長)
　　高橋典正(担当事務員)
　先生側　永井友二郎先生より紹介
　学　生　渡辺　浩君(専2年)より紹介
3．打ち合わせ会（司会　前川教授)
　(1) 家庭医実習についての学生の心構えと先生方へのお願い(磯貝)
　(2) 実習終了後のレポート作成について
　(3) 質疑応答
4．実習先の先生，学生との間の個人的話し合いによる打ち合わせ
5．閉会の挨拶(磯貝教授)
6．先生方と大学側との会食
　東京プリンスホテル4階　芙蓉の間
　18：30～20：00

の決定がまず行われる。次にこの決定にもとづいて実習前に打ち合わせ会が行われる。大学側より学長，磯貝教授（内科)，橋本助教授（内科)，前川（小児科）と事務2人，それに指導医と学生がペアとなり出席する。家庭医実習打ち合わせ会は**表3**のような要領で行われる。この中で家庭医実習の学生の心構えとして，家庭医実習は大学病院と異なり，先生方の生活の場で実習をさせていただくので，服装，態度などに気をつけることと，先生方の生活を邪魔しないように注意するなどの他に，実習の心得について説明する。

◎実習の心得

1．実習医療機関の指導者および病院の規則などに従うこと
2．実習医療機関の業務に迷惑がかからないよう心がけること
3．診察・検査などは，指導医の指示に従うこと
4．服装，身だしなみに注意をはらい，患者に不快な印象を与えないよう配慮すること
5．挨拶・時間の厳守など，社会人としてのマナーを身につけておくこと
6．慈恵医大の学生としての誇りをもって実習に参加すること
7．やむを得ない理由で遅刻・早退しなければならないとき，および休む場合は，必ず指導医に連絡し許可を得ること
8．実習中にトラブル，あるいは不慮の事故があったときは，必ず教学部に連絡すること

そして打ち合わせ会終了後，大学側の教授と指導医との会食が行われる。また実習終了後は，大学より指導医の先生方に感謝状が送られる。その他，学生の実習終了後のレポート，感想と，先生方の感想を一緒にした，「家庭医実習報告書」[3]を作成している。そしてこの報告書は，2回前より，病院実習と一緒になった「病院実習・家庭医実習報告書」[4]となっている。

4．家庭医実習の効果

家庭医実習の本当の効果は卒業後でなければわからないが，学生が実習により，どんな感想を受けたかを実習の効果として，一部報告書より紹介する。

感想1

指導医：永井友二郎先生
学　生：今井　貴（専2年）
期　間：昭和63年3月14～16日

現在重要視されているプライマリ・ケアとはどういうものなのかを知りたく，また私の親が医師ではないので，開業医の診療の実態

を間近に見ることができればと思い，今回の家庭医実習を申し込んだ。

永井先生の診察を拝見してまず感じたことは，実に at home な雰囲気でなさっていることである。もし白衣や聴診器がなければ，友人同士の雑談であるかのような場面もあった。このことは家庭医の大きな魅力であると同時に，医療のもっとも大切な点でもあると思った。

医師が親身になって，友愛の心で患者に接すれば，そこに信頼関係が生まれ，診察・治療がスムーズに運ぶであろう。また，患者にとっても，そういう医師が近くにいるということだけで，頼もしく感じ，安心するであろう。まさに，「病気を診ずして病人を診よ」である。

今ひとつ感じたことは，永井先生が専門書や「実地医家のための会」，地元の医師会などで，勉強に大変努力なさっていることだ。今回，先生ご自身がお書きになった貴重な資料をいろいろいただいて感謝している。「生涯教育」という言葉をよく耳にするが，私たちも今から肝に命じておかなければならないと思う。

感想 2

指導医：鈴木荘一先生
学　生：並木真美（専 2 年）
期　間：昭和63年 3 月14～17日

短い期間ではあったが，鈴木先生にいろいろと多くのことを教えていただいた。

第 1 に，患者と医師とのコミュニケーションが大切であること。そのコミュニケーションを得るためには，患者と医師との間に信頼関係を得ることが大切であり，そのためには医師がしっかりしていなければならないことを教えていただいた。

鈴木先生は，人がらがとても温厚でいらっしゃって，患者の方もすっかり先生を信頼して話をしていた。また，患者の緊張を解きほぐし，うちとけるために，先生は世間話をよくされていた。世間話をするためには，いろいろなことを知っていなければならないと思った。

第 2 に，特に地域医療では，あるひとつの自分の専門分野のことしか知らないようでは困る，つまり，プライマリ・ケアができなければならないことを知った。

第 3 に，高齢化社会が刻々と近づいており，それに対応していかなければならないこと，それに伴って，ますますキュアだけでなく，ケアが重要になっていることを教えられた。

感想 3

指導医：三尾奎三先生
学　生：小野沢滋（専 3 年）
期　間：昭和63年 8 月 8 ～12日

5 日間という短い期間ではあったが，私にとって，大変有意義な実習であった。

外来診察の見学では，患者に家庭医としてどう接するべきかを教えていただいた。三尾先生は「家庭医の強みは，患者の生活を良く知っていることだ」とおっしゃっていましたが，先生と患者の会話を聞いていて，そのことがいかに重要であるかがよくわかった。

また，先生のご専門は小児科なので，特に小児に対する先生の接し方は本当に勉強になった。先生はどんな小さな子どもでも「ちゃんとお薬飲みなさい」とか，「もう大丈夫だよ」などと話しかけられていた。先生が「どんなに小さくても，話してやればわかるんだよ」とおっしゃっていたのが大変心に残っている。

在宅ケア老人の往診では，寝たきり老人の在宅ケアの実際を学ぶことができた。これまでテレビなどで，寝たきり老人の在宅ケアというものは知っていたが，実際，その場に行

ってみて，家族の方の苦労，本人の苦しみがいかに大きいものか，身にしみてわかった。

以上，指導回数5～6回のベテランの先生と，1回の先生の学生の感想を紹介したが，学生の感想文より判断する限り，家庭医実習の初期の目的は充分達成されていると考えられる。

5．総合講義「家庭医」[5]

家庭医について，もうひとつの慈恵の特色は，家庭医の総合講義が行われることである。1986年では，学長，内科の橋本助教授，永井友二郎先生，佐藤安正先生，厚生省の北井暁子先生などが参加し，家庭医実習を体験した学生を交えて行われた。このような講義が毎年行われている。

6．今後の問題点

1．良い学生ばかりでなく，学生全員に家庭医実習が行えるようなカリキュラムを作成する。

2．大学における家庭医を含めたプライマリ・ケア教育を再検討する。

文　献

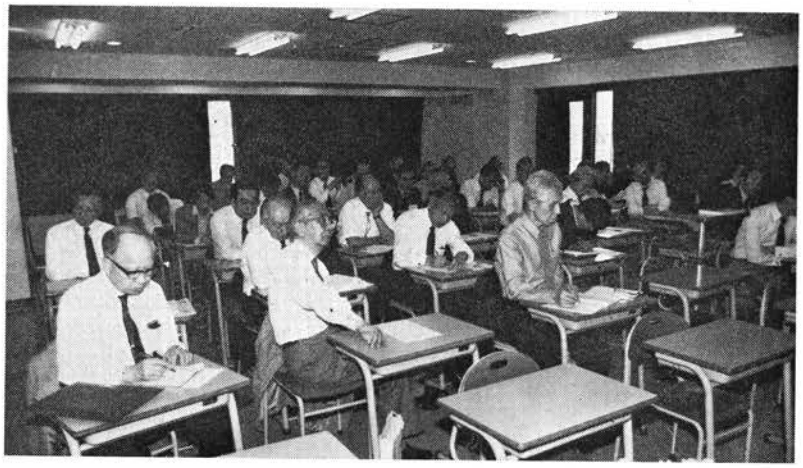
1) 阿部正和：東京慈恵会医科大学における教育の理念。医療'85　1：24～27，1985.

2) 日本医学教育学会監修：医学教育マニュアル1．医学教育の原理と進め方．篠原出版，1980.

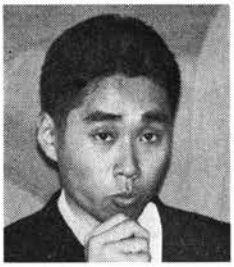
3) 東京慈恵会医科大学：家庭医実習報告書．1986年4月～1987年10月.

4) 東京慈恵会医科大学；病院実習・家庭医実習報告書．1988年春季・夏季.

5) 慈恵大で初の「家庭医」講義．医学生の反応はいかに．日経メディカル　1986年9月10日号 p. 137～140，1986.



熱心にメモをとる各先生方



3. 私たちの受けた家庭医実習について(1)

増井文昭

1. 家庭環境について

父母兄の4人家族で，父母が薬局を営み，叔父，叔母が医師（勤務医）という比較的医学に近い環境にありました。

僕には，2歳上の兄がいますが，その兄も中学生のころより医学を志していましたので，漠然とですが，自分も医学に進むのが当然のように思っていました。

それを決定的にしたのが，自分の病体験を通しての，ある医師との出会いでした。くわしいことは割愛させていただき，そのとき感じましたことを述べさせていただきます。

(1) 素人判断は，けがのもとである
(2) 病状を的確に説明し，治療方法を親切に指導してくださる医師は，患者やその家族をいかに勇気づけるか

できることなら，自分も，このような医師になりたいと思い，現在に至りますが，その心は今も変わりません。

2. 家庭医実習を希望した理由

「病気を診ずして病人を診よ」という言葉をよく耳にしますが，大学での実習では，重症例が多く，またすでに診断のくだされたものがほとんどなため，病気にばかり目がいきがちとなってしまいます。それを補うため，阿部学長が家庭医実習を推奨なさっており，また，自分自身，もっと患者に密着した実習・プライマリ・ケアの実際を体験したいと思っていましたので，希望しました。

3. 従来だいていた開業医師のイメージ，実習を通してだいたイメージ

家が医者でありませんので，今まで，漠然としたイメージしかもっていませんでした。

今回の実習を通し，感じましたことは，

(1) 慢性疾患（指導してくださった先生が，内科専門だったことも関係あると思いますが）が多く，そのコントロール，日々の生活指導が重要である
(2) 内科，小児科，整形外科など，総合的診断能力が必要である
(3) 患者の病気だけをとらえるのではなく，生活，社会的背景を含め，全体的にとらえなければならない
(4) 患者に親切である

などです。

今後，ますます大病院と開業医師との医の分業が進んでくると思われます。そのなかで，開業医師の役割は，病気を治すことと同時に地域住民の健康管理が重要となってくると思いました。

ますい　ふみあき
東京慈恵会医科大学専6年

すべての分野に精通している医師＝的確なプライマリ・ケアのできる医師（たとえば，高血圧の治療ができるが，眼底も診れる医師），患者と人間同士1対1のつき合いができる医師が求められると感じました。

ご指導くださった向平先生は，今まで述べましたことを自ら実践し，日々，さらなる向上を求め，努力なさっていました。一生のうちに，何人かの良き師と出会うといいますが，向平先生は，僕にとって，忘れられない良き師となってくださいました。

4．実習を終えて

家が医者でない僕のような学生には，家庭医がどのようなものか学ぶ機会がありませんでしたが，家庭医実習は大切な貴重な体験を与えてくれると思います。ご指導くださる先生方には，大変と存じますが，今後とも，このような機会を与えていただければと思います。

◍書　評◍

北川欣也

『モリエール名作集』

著　者：モリエール
訳　者：辰野　隆・他
出版社：白水社
定　価：3,500円（本体）

“人間嫌い……または恋のサヤあて”

時まさにパリー200年祭，その7月14日ということなら，話題としては，こんな間のいい話はないだろう。

ここでモリエールは，狷介不羈の若人アルマンを登場させる。相手は絶世の佳人，イヴォンヌ。場所は彼女のサロン。彼はプリプリ怒りながら表れる。ダダっ子をあやすように相手をする彼女。そこに使いの者登場。彼女に懸想する○○伯の使いだ。彼は「ソネット」を一編たずさえている。その中身を見るに及んだ彼の怒りが爆発する。彼はその文中のもってまわったいいまわしを，舌鋒鋭く，なじる。そのなじりついでに，当時はやっていた（らしい）俗謡をとり上げ，エスプリとはこれだといいまくる。そしてその俗謡，

アンリ大王しばらく，しばらく
花のパリーはお帰し申さん
だが，
はて，あの娘が可愛ゆてなりませぬ
はて，あの娘が可愛ゆてなりませぬ

さてそれから先は，となると今の私には蛇足にすぎなくなる。

私はこの本を思い出し，文中のやり取りを回想するだけで充分だ。

“雲が空をとび，吾は土に立ち
天の彼方に　思いなぐる”
思いに沈める。

註　辰野　隆訳でなければ絶対にダメです。

3. 私たちの受けた家庭医実習について(2)

清水佳苗

まず最初に，私の家庭環境と家庭医実習を希望した理由について述べます。

私の父は歯科医で，母は声楽教師です。私は小さいころから父の隣で歯の治療を眺めたり，母の隣で歌のレッスンのじゃまをしたりして育ちました。物心つくころには，長女だったこともあり，大きくなったら仕事をもって働くことを当然のこと，自然なことと考えていた気がします。その後いろいろな経緯を経て，今考えるとけっきょくは人間そのものにとても興味があったので，医学部に進み今に致ります。

慈恵では学部3年の7月までにすべての科の系統講義が終わり，9月からは毎日 bed side の臨床実習が始まります。私は学3の夏休み中2つの実習を希望しました。1つは日本医大の救急救命センターで，もう1つが家庭医実習です。救命センターは，多くの疾患が見られるということで，9月からの実習に役立つのではないかと思い選びました。家庭医実習は，申し込む段階では気がるな気持ちで，「卒業までに1度は開業医の primary care の実際を見学したい」というのが主な動機です。深く考えて2つを同時に選んだわけではなく，少し欲ばったという感じだったのですが，かなり正解だったと思います。

この2つの医療施設は，とても対照的でした。救命センターは第3次救急で，一刻を争う重症の患者が次々と運ばれ，CT，手術と大胆な展開が続きます。卒後2，3年の若い先生方がほとんどで活気にあふれていました。そして最新設備の充実度に驚くとともに内科診断学の大切さも痛感した1週間でした。

その後，私は紹介していただいた千葉県大久保の栗原医院で家庭医実習をさせていただきました。以前の私なら見逃していたと思う多くのことを，救急センターでの医療と対比させることで，発見し，感慨深く学びました。

ここではそのうち3つについて述べます。

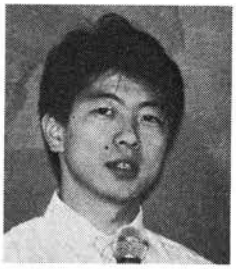
1つは，前にも述べた内科診断学の大切さです。流れるように進み，見落としのない診断の手順—視診，聴診，血圧測定—に，「プロ」を感じました。以前，本当にうまい外科医は決して難しそうに手術をしない。学生が見ていて，自分にもできるのではないかと思わせる。という話を聞いたことがありますが，まさにそんな感じでした。私も早くスムーズで見落としのない診断技術を身につけたいと思います。検査の技術がどんなに進んでも，患者を視て，診察するのは医師にしかできないことなのですから。

しみず　かなえ
東京慈恵会医科大学専4年

2つめは先生の患者に対する態度です。先生の目の高さ（物理的な意味ではなく）は患者と同じで，決して威圧感を与えません。そして実によく患者の話を聞かれていました。私などが一生懸命聞こうとすると，ついつい相づちが大げさになったりするのですが先生と患者の会話は適度な距離をおいて行われ，つき離すわけでもなく，親身になりすぎることもありません。簡潔で穏やかで，一定の調子を保った病状の説明は，おしつけではなく，最近話題になっている informed consent が行われていると思いました。

3つめはスペシャリストとしての栗原先生のご活動，ご研究についてです。循環の専門医として雑誌に投稿されたり講演なさる先生の姿勢はりっぱなものだと思いました。生涯教育がうたわれ，一生勉強していくことが医師の務めだと言われますがたやすいことではないと思います。私も将来どの科に行くにせよ，専門分野をもちたいと思いました。

以上が家庭医実習の主な感想です。終始，親身にご指導くださった栗原先生に深く感謝するとともに，1枚の申込書だけで，気がるに家庭医実習が受けられた私の環境を幸せに思いました。1人でも多くの医学生が家庭医実習を体験し，家庭医についてさまざまな意見をもつことは（大げさかもしれませんが）日本の医師の将来にとって大切なことではないかと思います。



3. 都会の中の地域医療

国井　修

私が医師を志したのは，まだ小学生に入学したてのころ，看護婦である母から病院で自殺した老婆の話を聞いたときである。疾患名は記憶にないが，おそらく消化器系の悪性腫瘍であったろう。手間のかかる老婆には息子・娘がいたが，娘は遠方に嫁ぎ，面倒をみていた息子はあまりの負担に病院にあずけたきり見舞いにも来なくなった。一時期，息子・娘たちの家々をたらいまわしに，面倒の押しつけあいをされたこともあったが，病院にはいり，悪性腫瘍の診断名がついたとたん，皆，見捨ててしまったのであった。老婆は食欲も低下し，痛みも増加する一方であり，コールしても忙しそうな看護婦は，時折来るけれども，訴える痛み苦しみに2分と耳を傾けてくれない。風に飛ばされそうな体ではあったが，自分でやっと動かして，浴衣のひもで首をつって死んだのである。

その当時，自分の親も面倒をみない子どもなど存在すること自体信じられなかったが，そんなことより，医師も看護婦も器械もそろっている病院で，病を治すはずの病院で，自らの命を断ったのである。体を診ることのできる医師はいても，心まで癒せる医師はいないんだなあ，と漠然と思った自分は，そのとき，心もケアできる医師になろうと決心したのである。

高校に入り，アフリカを学んだ。この同じ地球上に，食糧も医療も与えられず死んでいく人間がいることを知り，無医村で，体と心と地域全体を診れる医師になりたい，と思い，自治医科大学を志望校とした。

大学に入り，大学を出た。医学のみならず実地を見よう，と思ったのだ。秋田県象潟町（宮原先生），岩手県沢内村(増田先生）など地域医療の旗手たちを訪ねてみた。国境を越え，タイ・マレーシア・インド・ケニア・ソマリアなど，アジア，アフリカの僻地を見てまわった。地域の中に入り，社会の中での疾病の位置づけをすることの大切さ，興味深さを知った。地域医療のロマンを感じた。

大学5年生になり，自治医大のＢＳＴ(ベッドサイドティーチング）の選択科目のなかから「地域医療」を取った。そのなかで，1週間，診療所・家庭医実習というのがある。実際に外に出て，診療所・家庭医の実情を体験学習するとの目的をもったコースである。田舎をまわり続けていた自分は，東京の開業医の先生（竹内雅夫先生）を選び，希望が通った。初めは正直言って，東京と地域医療など関係ない，と思っていた。東京の先生に，地域医療の大切さなどわかるわけがないなどと考えていた。ところが実際は，私の考え方を

くにい　おさむ
自治医科大学初期研修医

まったく変えるような経験となった。

まず，Doctor-Patient relationship. 本来なら，すべての医師が身につけているはず，また，すべての医学生が学ぶはずのものであるが，大学病院でそれが備わっている医師はほとんどいず，学生が学べるはずもない。白衣は「実験着」であり，これを着ている限り患者は実験対象でしかない，という竹内先生。なるほど，われわれは，人間たる患者を病気・臓器のかたまりと見ていたのではないか，という反省が生まれた。第2に在宅ケア。特にターミナルケアに興味があり，イギリスのホスピスまで見学に行った自分は，日本にもこんな形で終末医療を具現している先生がいるのだと知り，とてもうれしく思った。自分の親をみるつもりで，在宅ケアをするだけのもの，とまったく気負いはなかった。第3に，地域住民への貢献。保育所での幼児健診，保健所との連携による乳幼児健診，ワクチン投与現場に出るのは初めてであり，頭でただ理解していたものとは違う，とても興味深いものであった。また，とても重要なものであることを知った。第4に，漢方。竹内先生は，東洋医学をよく学んでおられているため，患者の診方も全人的なものとなっている。私自身インドの医学に興味をもっており学生時代1年間留学しているため，西洋医学のなかで東洋医学を調和させることがいかに大切かをじっくり話すことができた。

現在，医師2年めをむかえようとしており，自分の視界が日々狭くなっていることを悲しく思っている。ただし，わかっている者はまだ幸福であり，ほとんどの若い医師たちは，病気のみの医学を学び，社会と隔離された医療界に入ってしまうのである。人間形成は，白紙の状態でその空間に何を描くかが決まるのであり，疾病中心医学がぎっしり描かれてしまった余白のない頭と心に，人間を診る姿勢など改めて教え込むことはできない。

今後，ぜひ，もっと若い時期に家庭医実習を経験してほしいと思う。自治医大ではこれから必修科目となる。多くの学生たちが，大学の中では学べない，本来あるべき医師の姿を体験してほしい。これは，同時に，家庭医のレベルアップにもつながり，専門医の質的向上にもつながると思う。

最後に，実地医家の先生方のよりいっそうの地域への貢献と，日本の医療の向上への努力をお願いしたい。

お世話になった竹内雅夫先生に深く感謝するとともに，今後とも，学生に「地域と人間」を愛することを教えてくださるよう，お願い申し上げたい。

4. 実習をひき受けた医師の立場から(1)

鈴木荘一

まえがきのまえがき

本日は慈恵医大学生の家庭医実習について引き受けた実地医家の感想や考えを述べるのが主題だと思うが，その本論に入る前に町の開業医である私がなぜ，このような卒前教育に参加する機会に恵まれたか，またそれを行ううちに，私の教育のあり方について学ばせていただいたこと，そして最後に慈恵医大の家庭医実習から学んできたこと，今後の期待について述べてみたい。

1．プライマリ・ケア実習の機縁

約10年前のある日突然，筑波大学社会医学系教授大貫稔先生から電話があり，筑波大学6年生のカリキュラムにはエレクティブコースの日程があり，ある学生はカナダのマクマスター大学や英国のGPのクリニックなどに海を越えて実習に行く人もあるが，たまたまある学生が君のような開業診療所での実習を希望しているから引き受けてくれないかという要望であった。そのころはプライマリ・ケア学会が発足し，プライマリ・ケアとは何んぞやという探求心もあっただろうし，また私のミニ・ホスピスも報道されていたので，その実態をのぞきたいという好奇心があったかもしれない。大貫教授とは同級のよしみもあるし，同大学には医学教育に熱心な堀原　一教授や，私の恩師であり現学長の阿南功一先生らのご支援もあったかもしれないと思い，未知の挑戦を引き受けることになった。

約束の当日，若々しい長身のF君が現れ，私も緊張したが，当院スタッフらも気くばりに疲れたようであった。

私は彼を診察机の横に座らせ，患者を一緒に診ていこうとした。しかし患者が少ないときには，2人で相談しながら診療を進められるが，患者が混んでくると，ただ私の診察を見てもらうしかない。私の専門とする消化器診断には助手的な役割を与えたが，これはプライマリ・ケアの卒後研修ではなかったかと，その限界を考えてみたりした。

カルテはチャートとし，記述は英語で書くように心がけたが，急ぐとドイツ語の単語が私の頭からアウトプットされてしまう。おそらく卒前学生を引き受けられた先生方の多くは，チャートの記載に苦労されたのではなかろうか。まさにpeer reviewされてしまうからである。

しかし私は開き直って，F君に私の長短すべて見せようと思っていたので，あんがい気楽であった。「プライマリ・ケアの現場は，まさに戦場のようなものだ」ということがま

すずき　そういち
東京都大田区　鈴木内科医院

ず第一に理解していただければと思った。むろん医学知識や技術は，基礎的な学力としてぜひとも身につけていなければならない。

私たちのような診療所は，まさに日常病の医学的ケアに追われるが，その構成因子の基盤には，いつのまにか醸成された医師と患者の信頼関係がある。だから，そのコミュニケーションとしての会話にも，上流階級用から職人用まで，その患者の生活レベルに応じたコトバを選ばねばならない。また当院から他の専門的診療所（眼・耳・皮膚など）や病院への紹介の機敏さも見せねばならない。

ちょうど，当時胃癌末期患者を在宅で毎日診ていた。その往診タイムが彼とゆっくり会話ができる時間でもあった。おそらく私は在宅医療の意義を熱っぽく語ったように思う。英国のホスピスで見てきたこと，わが国でもできるだろうかと，私の影のように寄り添う彼の瞳を見たとき，彼は興味を示していた（彼の父は長野県内の某病院長で，その後，癌で亡くなっている）。

F君の翌年には女子学生のIさんが来てリハビリに大へん興味を示した。

その後，何人か筑波の学生は当診療所を訪ね，昨年は1週間学生が泊まりこんだ。この診療時間外対応には私は良い解決策を見いだせなかった。

2．教育について

私は数年前，あるマスコミの方で，現在いろいろ問題を問われている「教育」でもっとも良き指導者がおりますか，とたずねたところ，彼は即座に，それは「林　竹二先生です」といわれ，もっとも林先生と知己があるという筑摩書房のOさんを紹介していただいた。

そこで知っておられる方も居られると思うが，林　竹二先生の著作を通じて得たものを，今日のテーマと関連もあるので少し紹介したい。

前述のOさんが私に第一にすすめたのは，国土社刊『授業・人間について』であった。林先生は東北大学で教鞭をとられた後，宮城教育大学の学長をなされ，学長時代にご自分が教えられた生徒が教師を務めている小学校をまわり，生徒に「人間について」作文を書かせ，かつまた「人間とは何か」，約2年間に80回の講義をしている。林先生は大学時代，ソクラテスの研究で知られたギリシャ哲学者であり，また，田中正造や森　有礼についても本を書かれている。

さて，授業とは，小・中・高での学校で行われていることであるが，では大学ではなぜ，授業といわずに講義というのであろうか。特に医学教育における授業とは，私は実習がそれに近いのではないかと考える。

ここで林先生の文章から私たち医師の糧になる文章を拾い出してみます。

(1)　プラトンの書いた『ソクラテスの対話』はすべて結論が得られないで終わっていますが，それはソクラテスが，知識は授けられるものでない，自ら探求し自らさぐりあてるほか所有できないと信じていたことと無関係でないでしょう（中略）。

彼が問題にしているのは，人間が生きるのに決定的に大事な，善や美の知識が欠けていることです。しかもこれらの知識が欠けていると，人は必然的に，それらのことについて「似て非なる」知識――これをソクラテスはドクサとよびました――に因われて生きることになります。それは善であるように「見えるもの」を善と信じ，思い込んで生きることです。ソクラテスは真の知識の所有（それに人間の救いがかかっていると彼は考えています）に生きるために，人はドクサから解放されることが必要

だとします。

(2) 教育の歴史のなかでソクラテスの意味を求めますと，教育の仕事は何かを人に「授ける」ことでなく，相手のうちに蔵されているものを「引き出す」こととしてとらえた点にあります。

(3) 人は自分が本当に求めているものが何であるかを知らない。それが人間の無知で，そこからいろんな悲劇的なあるいは喜劇的なあやまちが出てくるというのが，ソクラテスの考えです。本当に自分が求めているものが何であるかを知り，その知に止まることがいちばん大事な学問であり，また教育の課題だとソクラテスは信じたのでした。

ところが専門的な技術や知識は教えることができるが，人間の生を決定するいちばん大事な知識は，誰も教えることができない。これがソクラテスのパラドキシカルな信念でした。医師は医の技術を弟子に教えることができるのですけれども，人間が何をよしとするかという善の知識は，誰も他人にそれを教えることができない。しかもソクラテスにとっては，それだけが教育の本来の課題であったのです。

以上が『授業・人間について』からの引用である。次に『運命としての学校』では，教育を根本から考えなおすために，次のようなことを述べている。

私の所論には，3つほど私に自明と考えられる前提がある。

第1に，学校というものは子どものためにあるもので，教師のためにあるものではないということ。語を換えていえば，子どもの教育のために設けられたもので，教員の職場として設けられたものではないということである。第2は，教師は直接に人民に対して責任を負ってその仕事に従っているのであるけれども，それは子どもの教育に対してであって，何か一定のことを教えることに対してではない。第3に，教育という営為には，「教える」とともに「育てる」という要因があり，後者がより根本的なものである。教育とは一言にすれば，幼い，あるいは未成熟な生命の心身にわたる成長を，すなわち自立を助ける仕事なのである（中略）。

教育を私は，基本的には，人間の子の人間として成長するのを助ける仕事だと考えている。だから，生命に対する畏敬を欠けば教育は成立しない。だが，日本の学校教育の致命的な欠陥は，生命への畏敬の念を欠いていることだろう。これは神を恐れることを知らない精神風土のなかで，われわれが育ってきていることからの避けがたい帰結なのかもしれない。

そのことが，日本の学校をじつに荒涼をきわめた世界にしてしまっている。教育がなくて調教けが教育の名においてまかり通っている。そして，もっとも恐ろしいことは，教師たちがその言いようもない無残な荒涼に直面しながら，それを異常と感じていないことである……。

そして林　竹二先生は「いのち」への礼拝を主張されるのである。

これらの論理の対象は，小・中等教育にかかわる教師であるが，私たち医師の教育を反省してみると，状況はまったく似通っている。「いのち」への礼拝は，日常的惰性のなかで忘れられ，臓器は診るが，その部分だけの診断と治療だけに追われているのが，私たちの日常の姿ではないだろうか。本当に人間全体を理解しようとしているか。

林先生の文章は私を含めた実地医家にも痛く刺さるものであった。

そして何よりも私が直接にお目にかかるこ

とができなかったが，本を通じて授けられたことは，自ら医療とは何か，その患者の「いのち」を真に礼拝するとは，一人ひとりの患者と心の通った，しかもその患者の福利にかなったケアの提供ではないかと考えるようになった。

そして，われら第一線のプライマリ診療所の果たす役割は，医学的解決が主ではあるが，併せて家族的しかも社会的解決をしなければならないことを学ぶようになった。それが主治医としての大きな責務でもある。

しかし私たちの診療所の多くは1人の医師solo診療所である。私たちの日常診療の向上のためにも誰かから，管理的でない公平な評価が必要なのである。阿部正和先生が取り上げた家庭医実習は，私は前述した林　竹二先生の医学教育版ともいえる画期的な，教師（私たち実地医家）にとっても学生にとっても，まさに新しい教育思想をもった教育技術なのだと思う。

3．いわゆる家庭医学について

それにつけても第6回日本プライマリ・ケア学会（1983年）招待講演者であったオーストラリアのGPであり，当時のWONCAの会長であったゲーム博士が，プライマリ・ケア（別の表現で，General Medicine またはFamily Medicine）は，専門的臓器医学とまっく異なったconceptionをもった学問であるといったことを思い出す。

オーストラリアではGP志向の卒前教育のカリキュラムが組まれており，医学部第1年度とたしか卒業年度にoffice clinicでの体験実習が組まれているとのことであった。

この言葉と同様に私の頭に去来するのは，アメリカ医師会の要請で1966年，ケース・ウエスタン・リザーブ大学のミリス総長を委員長とし3人の医師を含む多くの社会人が構成メンバーとなった「卒後医学教育に関する市民委員会」の報告書，かのミリス・レポートのことである。日米の医療制度は異なっていても次の2つの文章は現在のわが国においても，常に強調されるべきであり，卒前・卒後の医学教育におおいに取り入れられるべきであろう。

What is wanted is comprehensive and continuing health care, including not only the diagnosis and treatment of illness but also its prevention and the supportive and rehabilitative care that helps a person to maintain or to return to, as high a level of physical and mental health and well being as he can attain. Few hospitals and few existing specialists consider comprehensive and continuing medical care to be their responsibility and within their range of competence; and not many of the present general practitioners are qualified to fill this role. A different kind of physician is called for.

The first necessity is for organized medicine to recognize—not merely in a formal sense, but sincerely—that comprehensive health care is a high calling, different from specialization in thoracic surgery or hematology or something else, but not inferior—not inferior in training, in rewards, or in position within the house of medicine.

4．慈恵医大の家庭医実習

この企画は，永井友二郎先生と阿部正和先生の阿吽（あうん）の呼吸がぴったり合致して実現したもので，お2人の医療や教育に対する情熱に対し心から敬意をはらうとともに，今後もぜひ継続していただきたいし，他の各大学に

も拡大させていただきたいし，将来的には卒後教育のカリキュラムの中にも，プライマリ・ケア，家庭医実習を入れていただきたいと思う。

家庭医実習の総論は，本日永井先生が語られるだろうし，また先生は，『人間の医学』129号に家庭医実習の心得を実習学生にわかりやすく書いておられるので，私は，きわめて個人的な当院における家庭医実習の概略を述べ，かつ私の考えと，感想，加えて将来への展望を述べてみたい。

(1) **家庭医実習から学ぶこと**

私は学生にありのままを見てもらう態度で臨んでいる。そのなかから学び考えたことは次のような点である。

① 授けることは，与えられること
② ともに診る，学ぶ楽しさと苦しさ
③ 若い学生の考え，行動をかいま見ることできる
④ 自己の最大かつ効果的な体験学習になる
⑤ 患者や家庭とのコミュニケーションが満足なものかどうか，評価の目を背中に感じながら自己反省できる
⑥ 卒前および卒後のプライマリ家庭医実習は，将来的にエレクティブコースから必修コースに格上げしてほしい

とくに在宅医療は，これからの医療に欠くことができない分野であり，その現場を，プライマリ・ケアの医師とともに訪ねることは，将来への動機づけとなる

(2) **家庭医実習の学生に望むこと**

① 学生時代にこそ医学以外の本をよく読むこと。それは人間理解のために貴重な財産になる
② 外国語の学習を忘れずに，New England Journal などは学生割引があることを教える
③ いつも現状から未来を考えよ。医療は変わっていく
④ 頭と同時に身体を鍛えよ。グループスポーツのすすめ
⑤ 医療とは，対臓器，対人，対社会である
⑥ いつも積極的に好奇心をもて
⑦ 真実は自ら求めねば，本当に自己所有はできない

(3) **今回の家庭医実習**

・第1日目：外来診療，在宅医療（とくに神経難病ＡＬＳの患者宅へ）。
・第2日目：外来診療，在宅医療，診療終了後，彼とラーメン屋に行き，ビールを片手に，ギョーザを食べながら，若いＴ君の生い立ちや希望を聞く。毎回慈大生にはイイヤツがいるなぁとダベる時間も長くなる。
・第3日目：外来診療，その日の午後は彼と人間・医学・医療などについて語る。参考に私の歩んだ道を話し，私が書いた『死を抱きしめる』や『医療とことば』を渡すとともに，柳田邦男著『死の医学への序章』を貸す。
・第4日目：外来診療，午後大田区三医師会の在宅難病訪問診療事業委員会に同行させる。
・第5日目：外来診療，在宅医療。診察圏はほぼ半径2㎞であり，そのなかにも地域特性があって，病人だけでなく家庭環境についても目を向けるよう具体的に説明する。帰宅後，夕方の診療の合間に私の本棚に案内し，私が最近インパクトを受けた本を紹介する。特に司馬遼太郎著の『胡蝶の夢』とクローニンの著作集を推薦する。

ちょうどその晩，内科学会の開かれる京都出発のため，午後5時にて別れる。

むすび

ともかく上述の大学以外にも私の所に実習に来る学生は増えてきている。世は大病院志向であるが，私はプライマリ・ケアを担う実地診療所は，地域医療の核として市民の包括的ケアのためにぜひとも必要であるし，その存在価値は21世紀になっても増すことはあっても，減ることはないと考えている。

この診療所では卒前実習の必要性について第20回日本医学教育学術大会パネル「国試出題基準とプライマリ・ケア」において，多くの大学教授の間に加えていただき発言させていただいた。

そのためにも慈恵医大や筑波大の家庭医実習またはプライマリ・ケア実習は，先駆的な仕事として高く評価し，今後も協力を惜しまず努めたいと思う。

◉書　評◉

神保勝一

『影武者　徳川家康』（上・下巻）

著　者：隆慶一郎
出版社：新潮社
定　価：各1,900円（本体1,845円）

暇がなくて，歴史が好きで，好奇心のある先生におすすめする本。

日本の歴史は，かなり正確に詳しくわれわれに伝えられているはずです。しかし，もしもとかもしかしたらという不透明な部分のあることも事実であると思います。

奇想天外な結びつけや，英雄不滅論的なお話は別にしても，説得力のある意外な歴史解説は大変興味があります。

ここにご紹介する本は，本当かもしれないという感じがしてくるおもしろさがあります。

慶長5年，関ヶ原で西軍石田三成と東軍徳川家康が天下分けめの大戦をしました。このとき家康は殺されたというのです。ときに家康59歳。その後，家康の影武者が徳川家の宿老・幕閣によって盛りたてられ，本人の才覚もあって天下を統一したのだと説明されています。

確かに，関ヶ原前の家康と後のその人は，歴史的に見ても人が違ったような，言動や性行動がみられます。本当に同一人物であったのだろうかと，うすうす思っていましたが，この本は見事にそれを解明してくれました。

興味がありましたらご一読ください。

4. 実習をひき受けた医師の立場から(2)

竹内雅夫

私が，「家庭医実習」の学生をひき受けたのは，昭和61年の1月末から今までの期間14人，日数計算では74日，時間計算では，約750時間になる。

これは，公式に大学側より「家庭医実習」ということでご依頼を受け，おひき受けした学生の数と，日数でして，非公式に，プライベートに来院された「実習生」は含んではいない。

おひき受けした大学は，自治医科大学の5年生，第2・第3学期の授業の一端としての参加者，および，東京慈恵会医科大学の4年・5年生の，春休み・夏休みの「家庭医実習」を希望される「有志学生」の人たちである。

自治医科大学の学生は，日本プライマリ・ケア学会の在宅ケア委員会のメンバーの1人であった。自治医科大学，地域医療学の「前沢助教授」から昭和60年秋「中尾学長」を通じて，同授業の一端として，私の診療所実習を組み入れたいとのご要望があり，おひき受けした。また，ほとんど時を同じくして，われわれの会の「永井先生」から，東京慈恵会医科大学の，有志学生の「家庭医実習」を私の診療所で行うことの意志確認がありましたので直ちにおひき受けした。もう3年以上も前の話である。

軽い気持ちで2校の学生をひき受けてはみたが，始まる前までは，ずいぶんと「不安」を感じていた。その第一は，

(1) 大学病院と私の診療所では，設備，スタッフなどの規模が違いすぎる

(2) 20年以上前に習った医学的知識が，今の学生に通用するのか？

(3) 私流のやり方，診かた，特に「東洋医学的考え方」をお見せすることは，学生に変な医学的知識を与えないか？

しかし，これらが私の家庭医としての現実であるし，学生用にカリキュラムを組むことはできないし，仮の私の姿を見ていただくよりも，本当を見ていただくほうが良いと判断した。

しかし，スタートしてみたら，こんな心配は不要であった。実習生の学生からは，一様に喜ばれ，特に「東洋医学」や「在宅ケア」，外来診療における，私なりのさまざまな工夫や検査法，注射の手技，血圧測定，問診，保育園や小学校の集団健診など，学生にとっては，毎日が驚きと，フレッシュなことばかりだったようで，特に「東洋医学」に対するその効果には非常に興味を示したようであった。学生のなかには，数種類の漢方薬を自宅に持ち帰り，自分の治療に実験してみたいなどと喜んで持ち帰った人もいる。

たけうち　まさお
東京都中央区　竹内医院

実習を終えた学生のほとんどが「大学医学部教育」だけが「医学教育」の場ではない，と言っているのが印象的であった。

また，学生の臨床経験や，学年によっても多少のニュアンスの違いはあるが，5年生の終わりのころの学生は，私の無床診療所程度の規模でも，大学病院の外来の90%以上をフォローできるのではないかとか，お世辞半分としても，私にとっては，若い学生に何かのインパクトを与えたのではないかと自己満足をしたりしている。

話しが変わりますが，私にとっては，今の医師国家試験はとても難解で，あのような試験は，人間性を欠く，落とすための試験で，医師としての人格作りには役立たぬもので，今の医学部は「国試予備校」といわれているなか，この「国試」に受かる学生は，きっと，冷酷な頭脳の持ち主で，冷たい人間なのではないか？　と思っていたが，この3年間，どうも私の先入観は少々違ってきたようである。

皆，明るく毎日毎日を楽しくわが家に通って来たし，礼儀正しく素直で，話しをしていると私までが楽しくなってしまうような学生たちばかりだった。

しかし，私の心配がすべて解消したわけではない。

これら2校の実習学生たちに，共通している点は，家庭医実習に対して，自主的参加している点で，学校よりの強制派遣された人たちではないので，一般学生と異なり意欲の差があるのではないかとの懸念がまったくないとは言いきれないのではないだろうか？　このへんは私にはよくわかりませんが。

最近特に開業医指向がなくなり，専門医指向が強くなっていくなかで，開業家庭医に対して，実習学生にとって，何かのインパクトを与えることができたのなら，といつも思っている。

そのためには，私はいつでも今後誰でも実習に来ていただくことに対して，喜んでお受けするつもりでいる。

指名発言

家庭医実習で開業医学をみつけた

向平　淳

わたしはカゼ医者である

私はまぎれもないカゼ医者である。専門医でも認定医でもない。だから学生を「教える」とはまったく考えてもいなかった。いったい私はなにを教えたらよいのだろう？　私には患者と，「どうしました？」「カゼをひきました」と会話を交わす相も変わらぬ毎日の外来しかない。

1枚のはがきが来た。「医学部在学中はプ・ケ学会などでお世話になりました。流れ流れて，こんな，片田舎に来てしまいました。プ・ケの難しさを感じている今日このごろです」。このはがきの若い医者なら，こちらの貧しさを感じてもらえそうである。

しかし，医学部講義を終えた無垢の医学生を迎えるのは，どうも気はずかしく途方にくれてしまう。

気はずかしさを越えて

こんな理由で以前から，医学生の個人的な家庭医実習の申し出にも，断ってきた。しかし，永井先生によりこの気はずかしさも打ちくだかれてしまった。家庭医実習に「組み込まれて」しまったのである。少しは抵抗してみたのだが（その詳細は再録しない）永井先生のこの会でやるという組織化済みには従うほかなかった。

さて，やるからには少しでも「体裁よく」と，自分自身の教育も含めてfive days seminarとして一覧表（1988年夏季実習報告書・東京慈恵会医科大学42頁参照）を作った。

しかし，先ほど発表した実習生の増井文昭君の話からもおわかりのように，彼に伝わったのはどうも「生地」だけのようである。私の第1回目という未熟さと全体的に格好つけすぎたために，彼を疲れさせたとすれば，カリキュラムが物理的にも多すぎて内容の浅い通りいっぺんに終わったためかもしれない。

素手と聴診器で

しかし，2人で実行したことや発見したことを少し報告する。まずこの実習でしたことは「できるだけ患者に触れる」ことだった。これは打ち合わせ会での学長阿部先生の要望でもあった。私たちがした触診は，この会の佐藤安正先生の域にはとても徹底できないが，素手・手あては医師の情報源であり患者へのケアの基本と考えたからである。

彼も私も患者をよく診たという満足感に，患者も喜んで新しい医師を迎え身近に感じてくれたのは，素手を多用したお陰だと思う。

聴診器は耳と耳の間が問題だといわれてい

むかひら　きよし
神奈川県横浜市　むかひら医院

る。私たちの課題は，患者にそれをあてる最初の位置はまずどこか？　であった。

◍心臓と肺の門

「第Ⅱ肋間胸骨左縁」は心と肺を診る第1の要点である。この患者は心臓と肺とどちらがより悪いのだろう，その生理的状態はどうかはこの場所で判断できるからである。Ⅱ音の亢進は肺循環うっ血（肺炎，肺気腫，肋膜肥厚）や肺高血圧状態を意味し，僧帽弁膜症による右室肥大も考える。収縮期雑音でも，無害性（呼吸で変化）や生理的（心送血量増加でおこり，運動時，発熱，貧血など）なものがあるのはこの弁口領域だけである。これと比較すると他の弁口領域での病的雑音を区別できるし，肺動脈弁口ではこれ以外の雑音はすべて器質異常性雑音となるからである。

◍肺音の基準点

肺音の聴診ポイントは右肺尖部の鎖骨上窩である。この場所の重要性は多くの成書にもあまり強調されていない。実際の聴診所見は微妙な区別と経験が要るのであるが，左肺尖部の音と比べるとその差が判別できる。右鎖骨上窩は気管支音と肺胞音が等量にミックスした所とされ，肺聴診の基準の場所である。この基準音より弱小低音が肺胞音であり，強大高音が気管支音である。胸壁上では気管音，気管支音，肺胞音が生理的に聴かれる場所が決まっている。もし肺胞音域に気管支音を聴いたり，気管支音域に肺胞音があれば，それはすべて病的と判断できる。しかし小児は大人の気管支音に相当する音が肺胞音域にも聴けるので異常ではない。

◍well being の確認

私たちのようなsolopracticeな医者は患者をこまめに診て，その患者の正常状態をつかんでおく。その患者がいつもと違う！　という印象で異常が発見できる。

プ・ケや開業医療での病的や異常の判断には正常像や比べるべき対照をもっていなければならない。地域における日常的な流行状態に気をくばり，毎日の患者で確かめおく情報を交換し精通することが，開業医の仕事の大部分だろう（basic medicine）。

前述の心音や肺音のようにその患者の基準と比べて異常でないことを判断し自信をもって「今日もお変わりありません」と告げることが仕事である。well being の確認をする技術こそ開業医の真骨頂としたいものである。

この頼りになる基準や正常像は実は診断学教科書の第1頁，それもごく前のほうに数行書かれている。私たち2人の家庭医実習でこのもっとも魅力ある威力のある個所を発見したのは収穫だった。

◍slow exposure で気づいたこと

医学生にはよくearly exposureがすすめられる。今回の体験は私にとって遅すぎた，いやいやながらの暴露体験であった。出遅れて今さらという感じだろうが，私なりに以下気づいたことをあげてまとめとする。

(1)　自分がわかったこと。医学生を迎えたことで自分の現実を認識し整理する機会となった。

(2)　「カゼ医者」を確認をし，そのなかでもできることがある。つねに基本と初期に視点をもどして基準を探しそれと比べていきたいと感じた。

(3)　日医や大学人が開業医にすすめる生涯研修は，病院専門医学の修得を強調するきらいがある。これだけでは肝心の開業医学の内容が貧弱で小さくなり，車の両輪がびっことなる。医学の進歩に遅れてはと急ぎ車をまわせばまわすほど，小さな輪を内に小

円しか描けぬ「みじめな思い」を味わわされる。しかし家庭医実習は何よりも開業医が自分でする再教育であったし，小輪も大きくする実感を得た。生涯研修を両輪で前に進める自信がわいた。

(4) 教育とは骨の折れる仕事だと思った。鈴木荘一先生が提案した「医学生と24時間生活をともにする教育」や，ミネソタの開業医たちがやっている医学生の住み込み方式には，その意欲とともに頭が下がる。

(5) 他人の教育まではとても……と考えがちで，家庭医実習にアレルギーをおぼえても，いやでも組織に取り込まれることである。たとえ気がすすまなくても，若い人とともに体験する自院の見直しはもっとも効果的な自己研修の1つなのである。「実地医家のための会」は，全国的にこの活動を組織化して，この会の主要な行事の柱にしたらよいと考える。

◉書　評◉

浦田　久

『明日のない四人目の子供』

著　者：平本かすみ
出版社：創栄出版
定　価：1,000円

本書の題名の「明日のない四人目の子供」というのは，3人の子どもを持つ著者平本さんが，老人性痴呆症の母親を4人目の子どもになぞられたタイトルです。

本書の出版については，著者からの私信によれば「痴呆老人在宅介護ドキュメントの手記を自費出版することになったが，これはあなただけの問題ではなく，現在社会の大きな問題となっているテーマなので，1人でも多くの方に読んでいただくために全国発売されては……とすすめられて63年3月28日その運びとなった」といういきさつがあります。

著者はプロの作家でもなければ，ノンフィクションの作家でもありません。ごく普通の家庭の59歳の主婦です。本書の前半の150ページあまりが苦しみ抜いた体験記で，残り30ページは「在宅看護のアドバイス」です。これは実際に著者が痴呆老人を介護してみて，在宅介護の関係書などを通じて知識として知っていたことよりも，現実ははるかにハードで厳しいものだったという生きた体験を基にして書いたものです。

「呆け老人を抱える家族の会」代表役員高見国生氏は，呆け老人を抱える家族には4つの苦しみがあるといいます。すなわち家族全員の心身の慢性的疲労，介護に追われ混乱の極に達した家族生活，だれにもその苦しみを理解してもらえない孤立無援の心境，そして先行きに対する不安です。これらの家庭の悲劇は，本書によって自己体験を通じて飾ることなく綴られています。

本書は四六判，188ページ，出版社は創栄出版ですが，お申し込みは044-344-6029
川崎市川崎区小田1-18-11
平本かすみ
定価1,000円で配布しています。

指名発言

指導医としての所感

栗原伸夫

慈恵医大5年生の女子学生・清水佳苗さんが家庭医実習のため当院にこられた。

清水さんは今の若者には珍しく，挨拶，言葉づかいがていねいで，しかも柔和な笑顔で患者に接している態度をみると，医師としての資質を充分にもっている人とお見受けした。

医師，とくに家庭医は，医学の知識・技術的能力に加えて態度的能力が問われる。態度的能力は申し分ないと思った。

4日間の，しかもお昼休みで患者も少なく充分な指導ができなかったことが残念であった。ただ，開業医とは何なのかと，少しは垣間みることができたのではないかと思う。

私ども，住宅に併設された診療所での医療行為は，医師の生活そのものでもある。

家庭医の基礎は，その医師の家庭にある。家庭をもたない医師が家庭医をやるとしたら，患者に共感を得ることは少ないであろう。清水さんには，立派な家庭をもってはじめて一人前の家庭医になれるとお話した。

診療面では，日常的な会話のなかから自然に問診する技術，採血法，筋肉注射法，静脈注射法，胸部X線診断法，消化器X線診断法，内科的診察法などをお話したが，大学での授業が充分なため理解しやすかったのではないかという印象を受けた。

医療の最前線は，医療だけではなく，保健と福祉の接点でもある。家庭医となれば，こうした接点に身をおきながら医師としての責務を全うすることになります。

健康保険制度をはじめとした社会福祉制度や，地域の集団検診，乳幼児検診，産業医活動などの理解も必要である。また，医療経済や医療費の支払いがどうなっているのか，ということも知っていただきたかったのだが，時間がなくて大変残念だった。これを機会に冬休みや春休みを利用して見にきていただければと思っている。

私が清水さんにみていただきたかったのは，病院と診療所の医療の違いだった。これからの医療がシステム化され，病院機能と診療所機能が明確に分化されるときに，医師として，この理解は大変重要なことであると思ったからであった。開業医はsolopracticeを行う宿命にある。頼れるのは自分の精神力と体である。阿部正和先生が絶えず言っておられる，医学的な知識と技術を片手に，もう一方の手に自己の人間性のすべてと強い肉体と精神力をという言葉は，まさに，第一線で孤軍奮闘している開業医に向けられた言葉でもある。

清水さんは卓球部に属しているとのことだ

くりはら　のぶお
千葉県習志野市　栗原医院

が，積極的に試合に出て自己の体力と精神力の強化に努めていただきたい。きっと医師としての自己形成の大きな礎となることであろう。清水さんのやさしい微笑が多くの悩める患者に，心の平安を与えることを祈るや切なるものがある。

◉書　評◉

大山　修

雑読所感

最近は，疲れやすく，眼も少々弱ってきて，読書もあまり長続きせず，粘りのなさに自分ながらあきれる。完読しない本もあるが，先日来，ＰＨＰ研究所編の中の１冊，本田宗一郎著の『１日１話』という文庫本を読む。これは大変おもしろい本なので電車の中で読むのによい。おかしくてふき出したくなるようなところもあり，さすがだなと思わせるところも随所にみられる。また「大事なのは金ではなく時間なのだ」というところもなかなか立派な思考だ。変わった考え，独創的な思考がさかんに湧き出て，まったく教えられることが多かった。

亡くなられた方の本もときどき読みたくなることがあって，寝がけにパラパラと読みかえすこともある。春日豊和先生の『鯛の花』(p. 122) の中に「日曜緊急外来」と称して，日曜の午前10時から１時間，外来の診察を続けていられたことを知った。前向きな患者さんを思う老婆心のようなものを深く感じ，心をひきしめ，故人を懐かしむ心，切であります。

老子（上・下），中国古典選10，福永光司著上の p. 59 に老子は人間の安らかな生活をむしろ真の幸福として選ぶというのがある。老子にとって大切なのは人間の安らかな生活であり，必ずしも文明文化の発達ではなかったと著者はいう。大へん難しいので，まだすべては読み終わらない。私には老子の「道」のことはまだわからない。また，久しぶりで寺田寅彦の随筆集（岩波文庫）第１巻をおもしろそうなところだけをひろい読みした。「科学者と芸術家」とか，自分で油絵を画き始めるところが書かれているところとか，すべて歯切れよく，さすがだなと思わせられる。漱石が寅彦の随筆をほめていたが，科学者の眼と，芸術家の眼を，彼が持ち合わせていることがよくわかる。漱石も文人画を画いたが，寅彦も油絵をものして，互いに相通ずるものを感じとり，尊敬しあっていられたのではないかと想像され，昔読んだ感じとは異なり，今，また懐かしくその細やかな描写やその彼の人間像に，感銘を受けた。全５巻の中には，海外からの通信文も多く含まれている（小宮豊隆編）。

自　由　交　見

Q　　**川久保亮**

大学教育カリキュラムと家庭医実習カリキュラムとが複合して時間が不足しませんか。

A　　**前川教授**

学生の休暇中の実習なのであまり時間的な問題はありません。

意見　　**小林之誠**

指導医として，特別のカリキュラムはつくらず，開業医のありのままの姿をみてもらった。学生たちには開業医の姿はすぐには理解できないだろうが，実際に現場を見ることによって，将来プライマリ・ケア医を希望する医師が出てくることを期待する。

意見　　**樋渡喜一**

現在家庭医である者の子弟でも親の跡をつぐのをためらっている者もある。魅力ある家庭医とはどんなものなのか示してほしい。

Q　　**前納宏章**

医学教育，医師の養成を考えるとき，将来開業医，専門医，勤務医のいずれになるにせよ，1年くらいはローテイト研修をして臨床医としての基本を勉強すべきだと考える。また，ある調査によれば医学部6年生の94%がローテイト研修を希望している。それにもかかわらず多くの大学でローテイト研修ができないのはなぜなのだろうか。

A_1　　**前川教授**

慈恵大学では平成元年4月からローテイト研修になった。はじめの1年間のうち，内科3か月，外科3か月，産科1か月，小児科1か月，選択科1か月，そして残りの3か月は将来志望する科の研修を行う。夜間救急室勤務も義務化している。

厚生省もローテイト研修をすすめているが多くの大学ではほとんどストレート研修である。ローテイト研修にならないのは，昔からの講座間の壁と若い医師たちが少しでも早く専門医になりたいという考えが強いからなのであろう。

A_2　　**国井　修**

自治医大では多科ローテイト研修である。学生にも専門医志向が強く，ローテイト研修は時間のムダと考える傾向があるかもしれない。私としては，1年くらいは医療全体を見ることも必要だと考えている。

A_3　　**渡辺　武**

ストレート方式の研修に行かざるをえないのは専門医としての安全性，経済性指向にもとづいている。いちがいに批判できない。

しかし，全人的医療を考えるとき，ローテイト方式の研修に教育機関がすすんで参加するよう，現在の専門医制度を改変する必要がある。

できれば家庭医実習をシステム化し，開業医もそれを受け入れることにより，自らの生涯研修のひとつとするように希望する。

意見　　**矢吹清人**

大学とはまったく違う町の医者を知ってもらうことは，家庭医を志す人，専門医を志す人を問わずに，視野を広くするためにぜひ必要である。

提言　　**安田勇治**

医療において専門医と家庭医は車の両輪である。第一線の医師のやっていることが魅力ある，やりがいのある仕事であることを若いドクターたちに，もっとアピールする必要がある。

意見　　**小林之誠**

私たちは何十年の開業医経験から，皆充分の自信をもっているであろう。学生たちも数日の実習体験のなかでそのことを感じていくと考える。

意見　　**栗原伸夫**

かつてあったインターン制が今あるとすれば家庭医実習はどうなるのであろうか。これからの医療は若い学生諸君の手にあるのだから学生は自ら改革するよう努力してもらいたい。医学教育者，厚生行政の方々にも同じことを問いかけたい。

意見　　**松村幸司**

家庭医は地域住民に育てられている。住民のニーズにより福祉のことまで学ぶ必要が出てくる。そのようなことは大学ではまったく教えられないことであり，それを見てもらうために家庭医実習は重要な役割を果たしている。

地域住民が，何か健康上の問題がおこったとき，まず相談にいくのがわれわれの所である。そのような役割を今後充分果たしていくことも家庭医でなければできないことである。それらを学ぶことも家庭医実習の重要な目標である。

意見　　**松坂　勲**

実習では，患者と医師の関係をみてもらった。患者は医師との個人的で密接な関係を求めていると思う。気やすく，どんなことでも相談にのってもらえることを患者は高く評価していると思う。医師自身も自己評価してよいことである。

予防医学的，社会医学的アプローチも，大学のプライマリ・ケア教育に欠けている部分で，そこにわれわれの存在意義と主張があると思う。

意見　　**池崎良三**

私たち医師にとって患者は教師である。教師である患者から多くの情報を得るためには雑学が必要である。だから，学生時代にはスポーツ，旅行，芸術などの雑学に打ち込んでほしい。それは学生時代にしかできないことなのである。

意見　　**若松弘之**

私はこの3月，聖マリアンナ医大を卒業しました。神奈川の菊地　博先生のところで家庭医実習を体験しました。今後の家庭医実習の充実を希望します。

研究と臨床

1. 一診療所における家庭医卒後研修プログラム

北海道空知郡
美流渡診療所　槍戸健次郎

はじめに

私は現在，北海道のほぼ中央，栗沢町美流渡で家庭医として働いている。診療所開設以来4年半になるが，その間約30人の若い医師，医学生，看学生が家庭医の見学実習に当診療所を訪れた。大半が1日か数日間の短い研修であったが，これらの研修生を受け入れた経験を通して，家庭医の卒後研修に私のところのような地域の一診療所もその一端を担っていくべきだと考えるようになった。

◍美流渡

美流渡は，北海道のほぼ中央に位置する栗沢町の東側半分，旧炭鉱地域である。札幌から60キロ，近くの岩見沢からは20キロの距離にある。以前炭鉱花盛りしときは1万数千あった人口も閉山後10数年，過疎化が急速に進み，現在の人口は1,959人。そのなかで65歳以上の老人は25.6%，独居老人146人と日本の20年先を先取りしたような高齢者地域である。

診療所は昭和59年2月の開設である。町の委託開業で無床，職員は私の他に看護婦1人，事務2人，診療圏人口は周辺を併せても約2,300人。外来は過去4年間おおよそ1日60人程度であった。

周辺の医療機関は，車で5分のところに40床の内科系病院，人口8万余の岩見沢には開業医49軒のほかに総合病院が2つあり，後送病院として機能していただいている。

◍家庭医卒後研修

私は昭和47年に医学部を卒業した。当時，家庭医になろうと思ってもその卒後研修過程は大学にも，研修指定病院にもなかった。また，大病院では，将来第一線で働く家庭医の研修には不適当と考え，自分で家庭医の卒後研修計画をたて，第一線の医療機関を探し門をたたいた。はじめに，内科を東京の中規模病院で2年間研修した。小児科は，札幌の2次医療機関で1年間研修し，その間週2日，市立病院で小児科専門医から指導を受けた。次に外科に移り，第一線の個人開業医のところで，外来外科を中心に修練し，併せて麻酔の研修を週1日指導医のいる病院で行った。そして産婦人科は東京に戻り，産婦人科単科の個人病院で2年間研修し，その間週1日であったが半年ずつ，麻酔科，皮膚科，耳鼻科，眼科，外科の研修をそれぞれ行った。

一応，7年で家庭医としての初期卒後研修に区切りをつけ，北海道の人口7,600余の小さな町の国保病院に家庭医として勤めた。その後，現在の働き場である栗沢町美流渡に移って4年半になる。

私の経験を通して，今後日本で家庭医の初

表1　家庭医への初期卒後研修―提案

1. 場	1次または1.5次
2. 指導医	家庭医＋各科専門医
3. 方法	
(1) 家庭医専門医で全研修＋第一線家庭医	
(2) 家庭医専門医＋各科＋第一線家庭医	
4. 期間	3年または4年
5. 専門医として位置づける	

表2　家庭医初期卒後研修モデル（3年間）

内　科	1年
小児科	6か月
外　科	1年
産婦人科	6か月
家庭医専門分野	週半日　3年間
精神科など	週半日　6か月ずつ
第一線家庭医	週半日など定期的に

期卒後研修プログラムが検討されるとすればどのようなことを考慮に入れるべきか考えてみた（**表1**）。

家庭医の初期卒後研修の場は，やはり1次医療機関中心でなされるべきだと思う。そこではありふれた悩み，日常病の患者が多く集まり，また救急患者，往診，予防活動などの経験も多く積むことができ，将来第一線の家庭医として働くための研修としては適当な場である。いろいろな事情で大学病院や3次病院が研修の場となる場合でも，将来家庭医として第一線で働くとき診る疾病内容は，3次医療機関で遭遇する疾病と当然異なることから，つねに地域の家庭医と連携を保ちつつ研修がなされることが必要である。

指導医も当然のことながら家庭医が中心で，そこに各科臨床の専門医，心理，公衆衛生，統計，社会福祉などの専門家，それに将来一緒に仕事をするであろうスタッフ，すなわち看護婦，保健婦，臨床検査，栄養士などの指導者にもチームに加わっていただくべきだと思う。

研修方法として，次の2つを考えてみた。1つは2次，3次医療機関で家庭医専門医の指導のもと大部分の研修をすませ，それに第一線の家庭医での定期的な研修を加える。2つめは，研修病院における家庭医専門医の指導の比重を小さくして，そこに各科の指導医による臨床研修と，第一線の家庭医研修を加える方法である。後者のほうが現実的であろうか。

家庭医の初期卒後研修期間は，3年あるいは4年が適当ではなかろうか。もちろんその後の再研修，生涯研修がどうなされるかによっても大きく左右されると思う。

そこで3年間の家庭医初期卒後研修モデルを考えてみる（**表2**）。内科1年，小児科6か月，外科1年，産婦人科6か月の順で各科専門医の指導のもとで研修する。その間家庭医専門医から，その専門分野について週半日，3年間指導を受ける。そのうえ，精神科，眼科，耳鼻科など週半日6か月ずつそれぞれ研修する。同時に週半日か1日，定期的に第一線の家庭医を訪ね実地家庭医の物の考え方や，慢性疾患の管理など継続的な研修を続けてはどうか。

◍診療所家庭医の役割

さて，地域の第一線で働く診療所家庭医は後輩の初期卒後研修にどうかかわっていけるのであろうか。ここ美流渡で家庭医としての仕事を始めてから今までに30人近い方々が家庭医の見学研修に訪れた。看学生，保健婦さんが見学に来られることもあったが大部分は医学生と卒後間もない医師であった。期間も1日だけの見学から長い方で1週間，大方は2，3日の研修であった。これらの経験から考えたことは，私のような第一線の家庭医が

表3　診療所家庭医の役割

1.	研修生受け入れ
	短期　1～2週間
	長期　（表5参照）
2.	出張指導

表4　短期プログラム

- 日常病への対処
- 慢性疾患の管理
- 救急疾患の初療
- 患者，住民とのコミュニケーション
- 検診，健診
- 往　診
- 出張診療
- 訪問看護
- ターミナルケア
- 第一線での研究
- 病診連携
- チーム医療
- 地域医療スタッフとの協力
- 地区組織
- 健康教育
- 医療情報の管理
- 医療経営
- 薬の購入法
- セールスとの接し方

若い家庭医の卒後研修にかかわっていく方法としては，自分の働き場に研修生を受け入れ指導することと，大学や研修病院，研修センターなどに自分が出向き，そこで学生や研修生を指導することの2つであるように思える（**表3**）。

1．研修性を受け入れる

どのくらいの期間受け入れ，家庭医の研修をしてもらうかによって短期と長期に分けることができると思う。

(1)　短　期（**表4**）

短期とは何日と決まったものがあるわけでない。ただ家庭医の生活，診療内容をかいま見るだけでも，2，3日は必要であろう（半日でもできないわけではないが）。将来家庭医にならんとして家庭医の物の考え方，**表4**に示すような家庭医の専門分野を研修してもらう場合，それぞれの都合にあわせるとしても標準として1～2週間を考えたい。

表5　長期プログラム

1.	1～3年
	継続的に何家族かを
2.	半年～1年
	ハンドオーバー

(2)　長　期（**表5**）

私のところでまだ長期に研修生を受け入れた経験はもたないが，ここでは2つの場合を想定している。ひとつは研修生の研修の主たる場は他にあってそこから定期的に，たとえば週に1日とか月に1週間，または夏，冬の休みごとに診療所に来て，決まった何家族かと継続的にかかわっていく。そしてその間に短期研修の内容（**表4**）で示したような項目を折にふれ研修してもらうという方法である。もうひとつは特殊な場合で新しい医師を迎え自分の診療に加わってもらう場合や，新しい医師にその診療所を引き継ぐ場合，数か月から数年にかけて今までの方法をハンドオーバーしていく場合である。

2．出張指導

これは，大学や研修病院，研修センターに家庭医が出向いて講義をしたり，実習の指導をしたり，診療のアドバイザーに

なることだ。今までにも実地医家が非常勤講師として学生の講義にあたってきたという例は聞くが，ごくわずかで，今の大学のように超専門医が教官の大部分であるところで教育された医学生からは，将来第一線で働く家庭医になろうという若い医学徒はあまり出てこないのではなかろうか。本当に将来地域で働く家庭医の養成を考えるなら，第一線で働く家庭医自身が医学生の卒前，卒後の各相の教育に広く深く関与していく必要があると思う。

◍これからの方向性と問題点

日本での家庭医問題は今後どのような展開をするのであろうか。目を世界に向ければ家庭医療は今や新しい医療の大きなうねりである。世界各地で医療を提供する側，受ける側ともにその必要性を感じ，またその働きを高く評価している。そして日本でも多くの医師，市民，識者がプライマリ・ケアを担当していく家庭医の将来の必要性を充分感じておられると思う。ただ大方の医師，医育者の賛意を得て日本の中に家庭医療が根づき，若い医学徒が大勢その道を進んでいくようになるのはまだまだ先のことであろう。その前に各方面からの以下の問題をも含めた充分な検討と事実の積み上げが必要ではなかろうか。

1．将来日本では家庭医をどのくらい養成するのか。他の専門医との関係をどうするか
2．その卒前，卒後，生涯教育をどのようにしていくのか。誰がその任にあたるのか
　そして現在第一線で働いている家庭医が後輩の若い家庭医の教育の一端を担う意味が充分確認されたときでも，それぞれの地域で，診療所で
3．その場合設備をどう整えるか
4．その教育にあたるスタッフをどうするか
5．連携する2次病院との役割分担をどのようにすべきか

など幅広い検討がされなければならないと思う。

研究と臨床

2. 薬の相談室

京都府舞鶴市
市立舞鶴市民病院長　瀬戸山元一

はじめに

地域住民が常日頃健康的生活を営んでいるなかで，肉体的苦痛・精神的苦悩を生じたときに，その解除あるいは解放を期待し，患者となって訪れる所，その期待に極力添うように対応する所が診療の場であるということはいうまでもない。そして，患者の症状等に基づき疾患の診断あるいは治療計画のために多くの労力や時間等を注ぎ込むことを余儀なくされているのが診療の場の現状でもある。しかし，日常業務がいかに繁雑・多忙であるとはいえ，患者のニーズにただ全面的に従うのではなく，私たち医療人のもつ医療論理との調整をいかにうまくはかるかという大問題があることも忘れてはならない。すなわち，日常診療のなかで，治療が最優先することについては異論のないところである。治療にあたっては，従来からムンテラ(Mund Therapie)といわれてきているように，医療者と患者との相互信頼のなかでこと足り得ることが大いにある。一方，手術的療法等が必要なこともある。しかし，その多くは薬物療法であることは周知の事実でもある。患者の肉体的苦痛の解除あるいは精神的苦悩の解放につながるものが治療であることより，薬物療法は治療計画であると同時に治療そのものでなくてはならないのである。見方をかえれば，治療の大部分を占める薬物療法の前提は，患者が正確に服薬することにある。とはいえ，近年，患者のノンコンプライアンスが高いという事実が明らかにされていることを考えると，薬物療法そのものを根本から危うくし，ひいては診療の場の存在意義さえ危うくしているといっても過言ではない。

私たちは，プライマリ・ケア理念を根幹として全病院的にチーム医療の実践をめざしているが，このノンコンプライアンスについての取り組みは，その活動のひとつでもある。

1. ノンコンプライアンス

いかに正しく診断され，いかに優れた処方がされたとしても患者が正しい服薬を守らない限り，薬物療法の効果をあげることはできないばかりか，症状の悪化にもつながることになる。果たして患者は薬物療法の重要さを認識しているのであろうか？　薬の服用方法や使用方法について正しく理解しているのであろうか？　実際に処方通り正しく服用しているのであろうか？　などと日常診療のなかで常に考えさせられる。このような初歩的な疑問もさることながら，服薬を正しく守っていると答えた患者のなかにも，その薬物血中濃度を測定すると薬を服用していないことが明らかになることもある。私たちの日常診療のなかでも，ノンコンプライアンスが大きな

表1　ノンコンプライアンスの理由

1. 飲み忘れ	11. 薬の値段	21. 減量した
2. 副作用発現	12. 薬の併用	22. 多く飲んだ
3. 薬が手元になかった	13. 具合がよい	23. 飲み方を間違えた
4. 酒を飲んだ	14. 症状がなかった	24. 時間が面倒
5. 薬の計量	15. 治ったと思った	25. 薬の味
6. 紛　失	16. 服用回数が多い	26. 希望する薬でない
7. 多　忙	17. 1回量が多い	27. 症状に合わない
8. 剤形不適	18. 1日量が多い	28. 医師の指示と違う
9. 食事が不規則	19. 多剤形	29. 薬の併用
10. 食事をしないため	20. 量が多い	30. 人に知られたくない

問題としてクローズアップされているのが現状である。

ノンコンプライアンス（non-compliance）とは，患者の服薬に関してコンプライアンス（compliance）という言葉が用いられており，それに対する意味で用いられる。コンプライアンスとは「服薬態度」あるいは「服薬遵守」つまり，与薬後患者が処方箋に指示された通りにどの程度正しく服用しているかという態度を意味し，ノンコンプライアンスは「服薬不履行」あるいは「服薬不遵守」を意味する。

近年，このノンコンプライアンスの高いことが問題とされ，いろいろと論議されるなかで，その理由として，飲み忘れ，副作用発現，薬が手元になかったなど，**表1**のようなものがあげられているが，見方によれば，そのいずれも患者の疾患に対する，あるいは治療の重要さの認識不足であるといえなくはない。

2.　クリニカルファーマシー

私たちは，このノンコンプライアンスを苦慮し，正確な服薬を前提とした薬物療法がなされるためには，患者側に責任があるのではなく，診療機関側に責任があるとの考えより，病院で，特に薬剤科業務のなかでなされなくてはならないことは何であるか？　と積極的に取り組んだ。

従来の病院薬剤師は調剤と製剤が主たる業務であるとされてきたが，最近の医療の変化に対して業務の高度化・拡大化が薬剤師にも求められている。その方向性模索のなかでクローズアップされてきたのがアメリカで発達してきたクリニカルファーマシーの考え方である。

クリニカルファーマシーは「患者指向の薬剤業務」と解され，現実の問題として医薬品情報サービスや薬物モニタリングの実施があげられる。しかし，薬剤師の業務を広げることを目的とした発想は非常に重要なものであるとはいえ，ついつい薬剤師指向の薬剤師活動になりがちになる。たとえ立派な医薬品情報サービスシステムや薬物モニタリングシステムを実施したとしても，それだけでは患者指向のクリニカルファーマシーとはいい難いのである。クリニカルファーマシーの「患者のために」という意味づけをさらにおし進め「患者の利益を守る」という具体的な行動であると私たちは考えている。そして，その目的を明確にすることなく，活動を開始することは，どのような方法，形態であったとしても，それは患者指向の活動をしているとはいえないとも考えている。さらにいえることは，もし薬剤師側からの発想のなかで，薬剤

師の仕事が調剤だけでは不満足であり，他に何かをやりたいということでクリニカルファーマシーをはじめるきっかけになるとすれば，それこそ大問題である。薬剤師自らがその目的を充分に認識し，患者指向型の体質を自らのなかに育てること，そして，薬剤師のみならず，診療機関としてのクリニカルファーマシーに対する基本的な目的意識をもつことが大切なことである。

病院薬剤師にとり，基本的な業務とは，処方箋に記載されている薬品名，薬用量，用法，与薬日数さらには年齢などのいわゆる処方監査であり，正確，清潔かつスピーディーな調剤であると考えられてきた。しかしノンコンプライアンスに対するクリニカルファーマシーの考え方にのっとれば，患者が安心して服薬でき得るような条件作りが考慮されなければならず，その具体的な実践として，薬交付時の患者への服薬指導も基本調剤業務と考えられなければならないのである。

3. 診療技術部薬剤科

「医療は医師だけで行われるものではない」といわれつづけているにもかかわらず，医師は，あるいは医療界は，医療チームメイトをpara-medicalと呼ぶことに何ら抵抗はないのが現況であろう。para-medicalをco-medicalに単に言葉の上でおきかえることは，さほど難しいことではない。しかし，医学が進歩専門分化するなかで，co-medicalの人たちがいわゆる health-profession として機能する必要欠くべからざる重要な職種であるという認識は非常に大切である。

その考え方にのっとり，私たちは，1985年4月より，従来の医局，看護部，事務局の3部局体制に加えて，薬剤科，放射線科，臨床検査科，栄養管理科，リハビリテーション科からなるいわゆる co-medical 集団としての診療技術部を新しく形成し，既存する他の3部局と対等な関係に位置づけ，4部局制を組織化した。そのなかで，ノンコンプライアンスの責任の大部分は診療機関そのもの，特に，医師や薬剤師側にあるとの判断により，病院をあげて，health-profession の立場でその検討を加えてきた。

4. 薬の相談室

当院では，1978年4月より1回服用分をすべて1包化する「完全一括分包調剤」，1984年4月より「お薬相談窓口」を実施している。その状況のなか，再度，ノンコンプライアンスに対する具体的取り組みとして，1985年9月，当院の患者を対象に服薬状況調査を実施した。その結果(**図1**)，ノンコンプライアンスの理由としては，「つい忘れて」が42%を占め，「多忙なため」23%，「薬が手元になかった」16%，そして驚くことに「食事をとらなかった」が9%を占めた。

一方，近年，作用の強力な医薬品が数多く開発され，より正確な服用が必要となってきたこと，服用方法，使用方法の複雑な医薬品が多くなってきたことが従来の診療者の努力不足に加わり，その結果，数多くの服薬実態調査から患者のノンコンプライアンスが高い

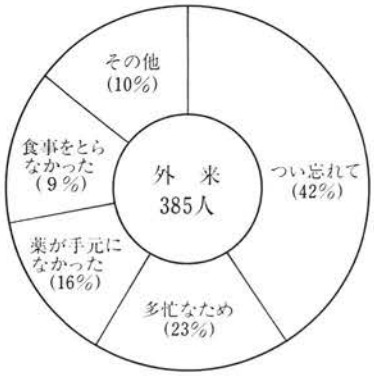


図1 ノンコンプライアンスの理由(1985年9月)

ことが判明している。しかも情報化の時代をむかえ患者自身の医療，医薬品への認識が高まってきている。このような社会の状況変化と，当院にて実施したアンケート結果とを考え合わせると，ノンコンプライアンスに対して服薬指導をはじめとする患者教育において，患者自らが薬物療法に積極的に参画しようとする環境作りがぜひとも必要であり，従来からの取り組みでは充分ではないと反省するに至った。

すなわち，従来から実施している「お薬相談窓口」では，患者とのコミュニケーションをはかる目的で設置したというものの，相談という口頭によるコミュニケーションよりも，文書による一方的コミュニケーションになっていたことにも気づいたのである。いいかえれば，患者とのコミュニケーションにおいて情報と教育とは異なるということであろう。薬に関する情報を選別評価することなく患者に提供することは決して最良な方法であるとはいえず，情報過多は逆に患者の不安をつのらせるばかりか，薬に対する不信さえだかせかねないのである。また服薬指導と一言でいっても薬物療法を効果的に達成させるためには，患者教育という意味で口頭によるコミュニケーションが必要であるとの結論に達した。

そこで，1985年11月より診療技術部薬剤科において，「薬の相談室」を開設した。その「薬の相談室」は，疾患や薬に関する情報を盛りこんだパンフレットやニュースの配布という文書によるコミュニケーションはもちろんのこと，薬についての疑問，服用方法，使用方法，保管など薬のあらゆる問題点について薬剤師が薬の専門家として，患者と一対一の対応にて相談に応じるという口答によるコミュニケーションとして意味づけたことはいうまでもない。

表2　質問内容（薬の相談室）

（1985.11.1～1988.3.31）

内　　容	件　数	%
作用・効果	1,127	43.3
服用方法・使用方法	707	27.2
副作用	237	9.1
保管方法	122	4.7
薬品名	83	3.2
その他	325	12.5
計	2,601	100.0

「薬の相談室」で行う服薬指導は，従来からの薬剤科窓口での短時間の対応とは異なり，時間的に充分余裕をもって患者と対話できること，あわせて医局との密接な連携のなかで診療録，薬歴（当院は一患者一カルテ方式を採用している）といった記録を参考にできることで，患者のさまざまなバックグラウンドを把握することがより可能となり，患者の精神面や社会性に根ざした個人別服薬指導が可能となった。開設後，患者からも絶大なる好評を得ることにより，薬の相談ということは，診療機関としては当然であるといえばそれまでではあるが，大いに評価されるものと考えている。

「薬の相談室」は毎日午前9時から12時まで開設しているが，各診療科外来の状況により午後に及ぶことがしばしばある。1988年3月31日までの29か月間の質問総数は2,601件であった。質問の内容（**表2**）は，薬の作用，効果についてが一番多く43.3%を占め，患者がいかに薬の作用，効果について関心があるかを如実に表している。次に，服用方法，使用方法についてが27.2%を占めているが，これは当院薬剤科と各診療科がタイアップして，薬の効果がよりあがるように独自に開発したいろいろな服薬のための器具の使用方法や軟膏，座薬，点眼薬，点耳薬など外用薬の使用方法である。副作用についてが9.1%に

表3　質問者内訳（薬の相談室）

（1985. 11. 1～1988. 3. 31）

年齢(歳)	男性	女性	計	%
10～19	17	21	38	1.5
20～29	38	204	242	9.8
30～39	64	249	313	12.6
40～49	123	198	321	13.0
50～59	218	281	499	20.1
60～69	271	319	590	23.8
70～79	177	233	410	16.5
80～89	29	38	67	2.7
計	937	1,543	2,480	100.0
男女比(%)	37.8	62.2		

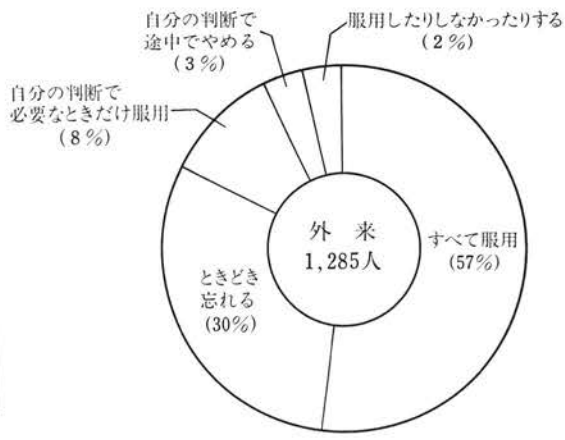


図2　服薬状況調査（1985年8月）

すぎなかったのは，当院では各診療科の医師が診療の段階ですでに副作用について説明していることは当然のことであるが，以前から当院薬剤科で実施してきた「お薬相談窓口」そして今回実施の「薬の相談室」の効果であると考える。つけ加えるならばこの副作用についての相談は漸次より減少の傾向にある。

同期間の質問者2,480人について年齢別，性別にその内訳（**表3**）をみてみると，年齢別では60歳代23.8%，70歳代16.5%と高年齢層がその多くを占め，80歳代も2.7%みられる。当院の存在する舞鶴市は，その平均年齢が36.1歳と全国平均の33.9歳より高く，65歳以上の人口比率が14%をすでに超えて，いわゆる高齢化社会であることが大いに関係していると考えられ。一般的に高齢者疾患の特徴として，複数の疾患が併存し経過が長期に慢性的であることから与薬期間が長期化すること。また一方，高齢者の特殊性として加齢にともない理解力，記憶力の低下，聴力障害，視力障害などを生じ，服薬意義や服薬指示の理解と記憶不足をきたしやすい傾向もあげられること。そして，当地域は今後さらに高齢化社会が進むことなどを考えあわせれば，服薬指導がますます重要になってくるといわざ

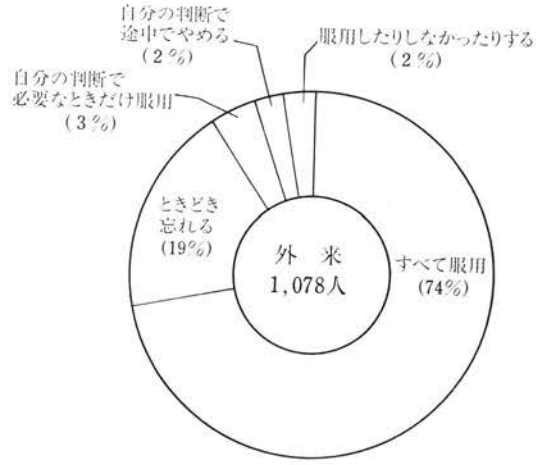


図3　服薬状況調査（1987年11月）

るを得ない。男女比では，女性が62.2%と男性に比べて多いのは，自分の健康のみならず母親として子どもの，妻として夫の，娘として親の健康および薬についても関与しなくてはならない現在の社会事情，家族事情を反映しているものと思われる。

「薬の相談室」開設が具体的にどのような効果があったのかをみるために，開設前と開設後の服薬状況の調査を比べてみた。開設前に当院の外来患者を対象に実施（1985年8

月）した服薬状況調査（**図2**）をみてみると「すべて服用する」という患者は57%と約半数を超えるにすぎない状況であり，「ときどき忘れる」30%，「自分の判断で必要なときだけ服用する」8%，「自分の判断で途中でやめる」3%，「服用したりしなかったりする」2%という結果であった。ところが，「薬の相談室」開設2年後（1987年11月）の服薬状況調査（**図3**）では，「すべて服用する」という患者が74%と約4分の3まで増加している。この調査結果でも明らかなように「薬の相談室」は患者のコンプライアンスを高めるうえにおいて，大変効果があったと判断し得る。しかし，「ときどき忘れる」とか「自分の判断で」などとまだ完全には正確な服薬状況が得られていないことは，やはり大いに反省しなくてはならず，今後の課題でもある。

おわりに

当院薬剤科長が，大阪朝日放送ラジオ「タローのＹＯＵ遊スタジオ」の番組のなかで開設している「薬の電話相談室」のひとつの報告（**表4**）をとりあげてみたい。それは，質問者の内訳をどこで薬をもらった人の質問が多いかという点からみたとき，予想されたこととはいうものの，病院・医院という医療機関が74.8%と驚くべき結果であり，また，薬局・薬店では薬剤師とは常に一対一の対応がなされているはずにもかかわらず，22.0%の質問があったということである。このように医療機関から与薬されている人の質問が圧倒的に多いということと，最近，「医者からもらった薬がわかる本」がベストセラーになっていることも考えあわせると，薬局・薬店はもちろんのこと，医院・病院もこのノンコンプライアンスを真剣に受けとめ，患者が正確な薬物療法をするための最大限の努力をしなければならないことを教えているのではないだろうか。

表4　質問者内訳（薬をもらった所）

施設名	質問者数	%
病　院	161	34.5
医　院	188	40.3
薬局・薬店	103	22.0
その他	15	3.2
計	467	100.0

この種の取り組みをはじめるにあたって一般的に障害となるのが医師側の反応であると考える。当院では，診療録，薬歴を参考に医師の治療方針を尊重する。経験年数3年以上の薬剤師が相談業務を担当する。薬剤師で対応しきれない場合は，医師の協力を仰ぐなどの具体的な基本方針を病院体制のなかで定めることにより，医局との充分な連携プレーのなか，医師側のより積極的な協力が得られ，何のトラブルもおきていない。このことは，「薬の相談室」開設に先だち，診療技術部の形成などの体制作りをし，かつ全病院的にノンコンプライアンスをとらえて，取り組んだ結果であると考えている。

将来的には「薬剤師外来」の開設という具体的実践も含めて，クリニカルファーマシーの考え方にのっとり，ノンコンプライアンスのみならず，単に診療に限定することなく広く医療全般に関して，積極的に取り組んでいかなければならない。つまり，「医療は住民の生活支援のために存在する」と考える立場から，それぞれが health profession としての専門性を生かし，チームプレーに徹するなかで，住民教育はもちろんのこと，患者教育を行い，患者自らが，積極的に健康管理，社会復帰のための医療に参加する姿勢を作りだせるような環境作りが必要であると考え，今後とも前進したいものである。

研究と臨床

3．船橋市で行われた医療フェアーについて

千葉県船橋市

船橋市医師会理事　遠藤幸男

緒　言

話は思わぬところに転がっているものである。ある会合の席上たまたま船橋東武デパートの常務とご一緒する機会があった。その雑談の折，医療に関するキャンペーンを行うために，催事を行いたいと思っているとお話したところ，もしそのような企画が具体化するようでしたらぜひウチを使ってください，という思いがけないお言葉をいただいた。東武デパートといえば船橋駅に密着して作られた近代的な建物，場所といい外容といい申し分がない。では具体的に話がまとまり次第，正式にお願いに参上致しますとだけ申し上げその日は早々にお別れした。帰りしなに私の頭は勝手にどんどん膨らんでゆき，もし実現したらああもしよう，こうもしよう，催事の印象はできるだけ現代的で，明るくさわやかに……。その実，催事をひとつ行うということがどのくらい大変なことか，お金がどのくらいかかるものかまったく念頭になかったのだから，今思いかえしてみても無鉄砲としかいいようがない。無知ほど怖いものはないというのが正直な感想である。当時，私は市医師会の広報担当の理事だったので，理事会でその大要について発議し，とにかく準備委員会を作って検討してみようということにはなった。幸い医師会長の温かいご理解と具体的に的を得たご示唆のおかげで，何となく実現しそうな手ごたえだけは得られるようになった。その年はわれわれの医師会が創立50周年にあたり，市もまた市制50周年ということで行政とタイアップしてやってみたらという会長のご示唆で，これまた実現へ向けての大きな拍車となったことも否めない。

いまから考え結果から眺めると，この医療フェアーは大成功をおさめたのだが「医師会」というおよそ催しごととはまったく無関係な人たちの集まりが，それなりに成功をおさめたかげには語りつくせぬ苦労話があり，そのノウハウを書き始めるとこれまたキリがないので話の発端はこの辺で割愛させていただく（ただし，今後他の医師会で同様の試みを行うようでしたら喜んでそのノウハウを提供する）。

1．医療フェアーの目的および意図

いくら瓢箪から駒とは言っても船橋市医師会は以前より市民向けの新聞の発行も企図していたし，「My ふなばし」というミニタウン情報誌と提携して市民の啓蒙に努め，自ら「医療機関がいどぶっく」（住民向け）も発行していた。積極的な広報活動を行いたい，という意図は前々からもってはいたのである。

今回のフェアの目的は初めから明らかだっ

た。つまり「かかりつけ医師」を要として，市立の開放型病院，「医療センター」を上手に育成していこうということで，これからの医療には，いかに病診の機能分離および機能連携が大切であるかを訴えかける，ということにあった。

以下，その概要について述べる。

（1） **イベントの名称**：ヘルシー船橋フェアー「市民の健康と生命を守る大会」

（2） **実行団体**：㈱船橋市医師会および船橋市

（3） **場　所**：船橋駅東武百貨店5階大催事場

（4） **会　期**：昭和62年8月20日(木)から8月25日(火)までの1週間

（5） **イベントの内容**

その1　メインテーマゾーン

船橋地域医療システムの紹介，特にオープンシステムとは何か，についての説明。具体的には下記事項。

① **かかりつけの開業医（1次診療）から病院での治療（2次診療）まで一貫して行われることの説明**

② **医師会の先生が交替で医療相談に応じる相談外来を設けていることの紹介**

③ **CTスキャン他高額医療機器を共同で開業医が利用することができ，検査予約も患者が待たずにかかりつけ医師の所で予約できる（FAX など利用）ことの説明**

④ **開業医と勤務医（市立医療センター）による合同回診，また夜間の研修会等により医療に対する互いの情報の交換，および研修に努めていることの紹介**

これらの説明はすべてイラスト等により，あるいは写真展示などで行った。

その2　ヘルシーライフコーナー

楽しみながら自分の健康状態を知る，ということに重点をおき，無料医療相談，血圧測定，無料血液チェック（GOT, GPT，総コレステロール，血糖），体力測定，肥満度テスト（ヘルシーチェック），アンケートコーナー，映像コーナーなど。

その3　こんなに進んでいる医療機器展示

最新式の医療機器を主として，パネル一部現物で紹介。CT，MRI，ライナック，超音波（超音波は現物で実演デモを行った）など。

この催事に関連しての後援は，㈱日本医師会，㈱千葉県医師会，協賛は船橋東武百貨店を始めとして，㈱ AMS，千葉県対癌協会，展示メーカーは三菱重機，医療情報電送センター，島津メディカル，日立メディカル，東芝メディカル，ボディーソニックエンタープライズ，日本事務器，永頼産業，その他協力会社は㈱福神を始めとし34社に及んだ。

医療相談はひとつのコーナーで，午前10時～12時30分，午後1時～2時30分，および2時30分～4時と分け，会員が交替で行ったが（**図1**），他に特別医療相談として日替わりメニューで下記相談を行った。

8月20日(木)　午後1：00～2：30
「難治性神経疾患」

8月21日(金)　午後1：00～2：30
「骨関節のスポーツ障害」

8月22日(土)　午後1：00～2：30
「おなかの中の赤ちゃんについて」

8月23日(日)　午後1：00～2：30
「肥満について」

8月24日(月)　午後1：00～2：30
「中高年の精神衛生についついて」

8月25日(火)　午後1：00～2：30
「肝臓病相談あれこれ」

この特別医療相談は担当医師のご好意によりあらかじめイラストで説明画像を作ってお

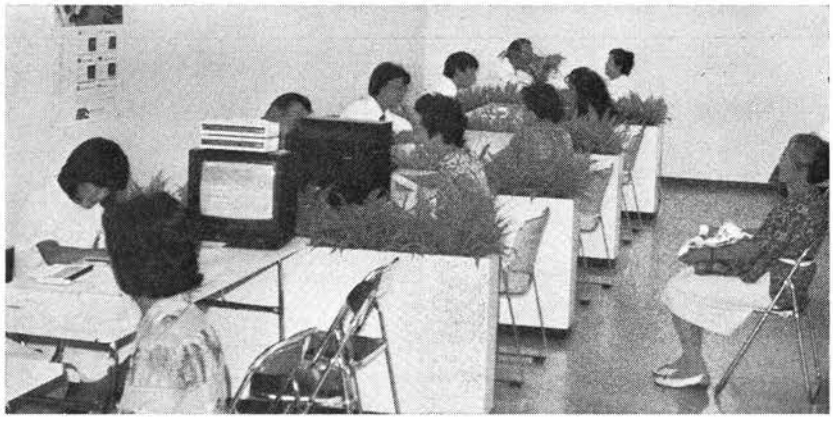


図1　医療相談の模様

きキャプテンを利用して説明を行うようにした（AMS の協力による）。このことは従来にない方法として注目をあびた（日経ヘルスビジネス8月24日号，9月7日号）。

2．会場の流れ

会場の流れは始めにメインテーマゾーンのパネルおよびキャプテン画像をみて，次にヘルシーサービスコーナーに行く（**図2**）。そこでかなりの人が無料血液チェックの所に列を組む傾向がみられた（**図3**）。この結果が出るまで30分ほどかかるのでその間，会場の真ん中にしつらえた大型ビデオの前に腰を下ろして，サービスの健康ドリンク飲料を飲みながら，画面に見入っている人が多くみられた。ビデオは**表1**のようなラインアップで毎日放映し好評を博した。

また，その間中央の柱の四方にしつらえたアンケートコーナーに積極的に参加される市民も多くみられた（**図4**）。その他，体力測定コーナー・肥満度テスト（ヘルシーチェッ

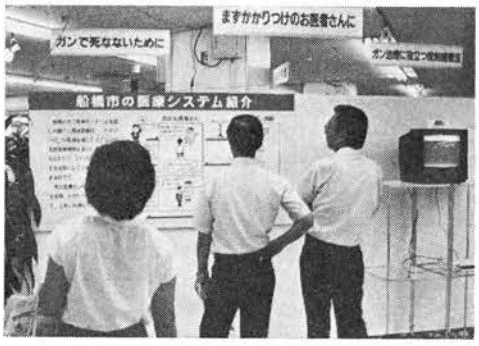


図2　医療システムのパネルに見入る入場者

図3　にぎわう無料血液チェック

図4　アンケートコーナー

表1　ビデオプログラム

(1)	細胞からヒトへ 30分	(12)	高血圧を予防する日常生活 20分
(2)	いろいろのがん／がんに勝つために 25分	(13)	ご存じですかお酒の正体 20分
(3)	高血圧と塩 20分	(14)	肝臓病を予防する日常生活 20分
(4)	心臓病の予防 30分	(15)	がんに勝つために 26分
(5)	肥満撃退法 20分	(16)	脳卒中を予防する日常生活 20分
(6)	あなたのがん予防 25分	(17)	ストレスと疾病—中高年を襲う心身症 25分
(7)	動脈硬化と食事 20分	(18)	あなたの体力は—自分でできる体力テスト 30分
(8)	吸いすぎの代償 20分	(19)	人間・いのち・水 25分
(9)	貧血と食事 25分	(20)	水の惑星（NHK地球大紀行） 30分
(10)	セルフ・ヘルス・チェック 25分		計451分＝7時間31分
(11)	さあ前進がん予防 25分		

表2　アンケートの集計

開催日	入場者数(人)	アンケート参加者数		
		合計（人）	男（人）	女（人）
8月20日（木）	3,315	468	121	347
8月21日（金）	2,867	372	80	229
8月22日（土）	2,788	434	128	306
8月23日（日）	3,337	535	220	315
8月24日（月）	2,545	322	64	258
8月25日（火）	2,507	352	86	266
合計	17,359	2,483	699	1,784
（比率〔%〕）		（※14.30）	（28.15）	（71.85）

※入場者に対する割合

ク）などにもすぐに行列ができ，さしもの広い会場も時には，特売品売り場なみの混雑を示すこともあった。

3．アンケートのまとめ

はじめに述べたようにこの催事の目的は当地区で行っている医療システムについて知ってもらうことと，および市民のレスポンスを調査することにあったので，アンケート協力者の数，およびその内容について，最大の関心をもっていた。結果は来場者の数が予想以上だったことと関連し，回答者総数2,483人

表3　入場者年齢別内訳

年齢（歳）	男（人・%）	女（人・%）
0～20	73(10.43)	98(5.49)
21～30	61(8.73)	152(8.52)
31～40	148(21.17)	364(20.40)
41～50	106(15.16)	462(25.90)
51～60	153(21.89)	464(26.00)
61～	158(22.62)	244(13.69)
計	699(100)	1,784(100)

とほぼ来場者の意向，および催事の効果をうかがい知るのに充分な数の協力者を得ること

表4　入場者市内・市外別

	男（人・%）	女（人・%）
市　内	546　(78.11)	1,387(77.75)
市　外	153　(21.89)	397(22.25)
計	699　(100)	1,784(100)

表5　実際に用いたアンケート表

アンケートのお願い

本日は「ヘルシー船橋フェアー」にご来場いただきありがとうございます。
以下のアンアートにご協力ください。

Q1．あなたは「かかりつけ」の街のお医者さんをおもちですか？
　(1)　はい　　(2)　いいえ

Q2．1の質問で(2)に○をされた方に「かかりつけ」の街のお医者さんが必要だと思いますか？
　(1)　はい
　(2)　いいえ
　　その理由（　　）

Q3．「かかりつけ」のお医者さんに一番望みたいことは何ですか？
（1番目に◎，2番目に○をつけてください）
　(1)　あらゆる医療相談に応じてくれる
　(2)　専門がしっかりしている
　(3)　救急に応じてくれる
　(4)　医療内容を細かく説明してくれる
　(5)　すぐ専門医を紹介してくれる
　(6)　自分の身体のことを全体的に知っていてくれる
　(7)　その他（　　）

Q4．あなたは開放型病院(オープン・システム)という言葉を知っていましたか？
　(1)　知っていた
　(2)　知らなかった

Q5．この催しで，開放型病院についてご理解いただけたと思いますが，この制度についてどう思いますか？
　(1)　よいと思う
　(2)　よいと思わない
　　その理由（　　）

Q6．この催しを見ての感想をお聞かせください
　(1)　よいと思った
　(2)　難しかった
　(3)　つまらなかった
　　その理由（　　）

Q7．船橋に住んで何年になりますか？
　　＿＿＿＿年

ができた。**表2～5**はそのフェースシートおよび，具体的なアンケートの表である。

4．アンケート集計結果に対する考察

表6はアンケートに対する回答の内訳である。

Q1およびQ2の設問で現在の「かかりつけ医師」の保有率が65.18%，「かかりつけ医師が必要」と答えた人が実に96.1%であったことは，いかに地域住民が「かかりつけ医師」とのスキンシップのある医療を求めているかを如実に示している。ただし「かかりつけ医師」必ずしも街の開業医（診療所医師）とは限らずその中には勤務医も相当数ふくまれているはずだとの指摘もあり今後のアンケートに一考を要する点と思われる。とはいうもののQ3の回答にみられる通りほとんどの人がまず身近にいてくれる医師，そしてきめ細かな相談にのってくれる温かな医療を第一番に求めており，次に質のよい医療を求めている，と

表6　アンケート集計内訳

Q1．あなたは「かかりつけ」の街のお医者さんをお持ちですか？

(1)　はい　　1,597人（65.81%）　　(2)　いいえ　　853人（34.82%）

Q2．1の質問で(2)に○をされた方は，「かかりつけ」の街のお医者さんが必要だと思いますか？

(1)　はい　　1,677人（96.10%）　　(2)　いいえ　　68人（3.90%）

「かかりつけ」の街のお医者さんが必要だと思う理由

●日頃から，常に自分の健康を管理してくれる	38人…31.67%
●病気になったとき，その人の身体をよく知っているから的確な治療ができる	25人…20.83%
●急病のとき	21人…17.50%
●身近で常に健康について相談できる	17人…14.17%
●いつも安心していられる	11人… 9.17%
●近いのですぐに行くことができる	5人… 4.16%
●ちょっとした病気でも診ていただける	3人… 2.50%
	120人…100%

「かかりつけ」の街のお医者さんが必要だと思わない理由

●健康だから	21人…75.00%
●勤務の関係で	3人…10.71%
●必要のとき総合病院に行く	3人…10.71%
●地域に個人医がいない	1人… 3.58%
	28人…100%

Q3．「かかりつけ」のお医者さんに一番望みたいことは何ですか？
（1番目に◎，2番目に○をつけてください）

(1)　あらゆる医療相談に応じてくれる	1,089人（22.71%）
(2)　専門がしっかりしている	342人（ 7.13%）
(3)　救急に応じてくれる	952人（19.85%）
(4)　医療内容を細かく説明してくれる	744人（15.51%）
(5)　すぐ専門医を紹介してくれる	564人（11.76%）
(6)　自分の身体のことを全体的に知っていてくれる	1,044人（21.77%）
(7)　その他	60人（ 1.27%）

「かかりつけ」のお医者さんに一番望みたいことは

- ●悪性の病名でもはっきり知らせてほしい…2人
- ●ていねいにアドバイスしてほしい
- ●人生相談に応じてほしい
- ●患者を足げにしないでほしい
- ●往診をしてほしい…2人
- ●気がるに行かれること
- ●すぐに薬をくれない
- ●親切なようでいて信用がおける
- ●救急のときに助かる
- ●患者に対して無愛相では困る，ときには高慢と思えることもある
- ●精神的に安定した人を望む…2人
- ●カルテが保管されて安心できる

Q 4．あなたは開放型病院（オープン・システム）という言葉を知っていましたか？

(1) 知っていた　953人（39.54%）

(2) 知らなかった　1,457人（60.46%）

Q 5．この催しで，開放型病院についてご理解いただけたと思いますが，この制度についてどう思いますか？

(1) よいと思う　2,287人（98.62%）

(2) よいとは思わない　32人（ 1.38%）

いう実態は読みとれる。ところで昭和59年12月，厚生省で一般市民のアンケート調査を試みているが，この中での設問「あなたはかかりつけの医師をもっていますか」に対し，もっているが54.6%，もっていないが欲しいと思うが16.2%で，両方をたすと70.8%となっている。また「あなたは医師にどんなことを望みますか」という設問にはほぼ２：１の割合でまず温かな医療，そして次に質のよい医療を求めているという結果が出ている。われわれのアンケート様式がまず，啓蒙を行い次に設問を呈出したというかたちであったので多少「かかりつけ医」希望が高率にみられはしたが，一般の傾向として患者の求めている医療の理想像はまず「患者の側に立つ」医療であり，次いで「質のよい」医療であると断言してよいと考える。

Q 4の設問に対し約40%の人が知っていたと答えたことは予想以上だったが，この好結果には実は多少の裏がある。というのはこのイベントに対するパブリシティー効果がかなり大きかったとみられることで，朝日，毎日，読売，を始めとし共同通信，テレビ等を通じて「オープンシステムとは何か」というかたちでマスコミにいろいろととりあげられたことの影響が絶大だったものと思われる。このイベントの大きな目的のひとつが「オープンシステムの理解と啓蒙」という点にあったので，このようなマスコミの紹介記事は予期せぬ波及効果であった。さらにこれと関連し，Q 5の「オープンシステムという医療制度をよいと思うか」という問いかけに98.62%の人が，よいと思うと答えたことは驚異的で，われわれが現に行い，かつ，これから行ってゆこうとしている医療システムが地域住民に充分納得してもらえるものであることをはっきりと物語っている。

Q 7の質問は当市が人口急増都市であることで，Q 1～Q 6の質問内容をクロス集計するために行った。当然のことながら居住年数と「かかりつけ医師」保有数とは比例したが，そう極端な差はみられなかった。それは**表7・図5**の年齢分布でも同様で，総体的に疾病年齢とみなされる45歳以上の人に「かかりつけ医師」をもっている割合が多かったが，全体としてはそう大きな変化はみられなかった。これらの数字はあるいはデパートという特殊な場所での催事であったので多少来場者に片寄りがあったためかもしれない。この点については他のアンケート調査との比較検討の素材として，今後の貴重な資料となりうるものと考えている。

次に年齢および居住年にかかわるクロス集計および，入場者数の会場での動きについての実数集計を図示する（**表7・図5**）。

表7・図5　アンケートに基づく年齢別「かかりつけ」のお医者さんをもっているか（市内在住者のみ）

年齢(歳)	もっている（人・%）	もっていない（人・%）	計（人）
20未満	99 (62.26)	60 (37.74)	159
21～25	32 (55.17)	26 (44.83)	58
26～30	46 (43.81)	59 (56.19)	105
31～35	105 (60.69)	68 (39.31)	173
36～40	129 (56.33)	100 (43.67)	229
41～45	100 (59.88)	67 (40.12)	167
46～50	220 (72.85)	82 (27.15)	302
51～55	231 (71.52)	92 (28.48)	323
56～60	154 (71.63)	61 (28.37)	215
61～65	54 (61.36)	34 (38.64)	88
66～70	38 (69.09)	17 (30.91)	55
71以上	41 (69.49)	18 (30.51)	59
合　計	1,249 (64.61)	684 (35.39)	1,933

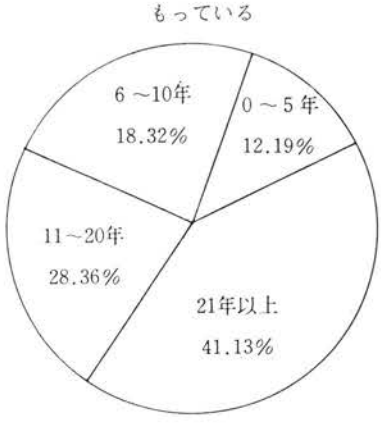
船橋に住んで何年になりますか

A	0～5年	338人 (17.49%)
B	6～10年	353人 (18.26%)
C	11～20年	539人 (27.88%)
D	21年以上	703人 (36.37%)
		1,933人

船橋市に何年住んでいて「かかりつけ」のお医者さんをおもちですか

居住年数（年）	人数（人）	はい（人・%）	いいえ（人・%）
0～5	338	153 (45.27)	185 (54.73)
6～10	353	230 (65.16)	123 (34.84)
11～20	539	356 (66.05)	183 (33.95)
21～	703	516 (73.40)	187 (26.60)
計	1,933	1,255 (64.92)	678 (35.08)

船橋市に何年住んでいて，「かかりつけ」のお医者さんをおもちですか（65%の内訳）



「ヘルシー船橋フェアー」入場者数など

	総　数（6日間）
人場者数	17,359人
医療相談者数	485人
健康相談	1,612人
栄養相談	195人
体力相談	1,579人
血液検査	994人
アワケート数	2,483人

むすび

昨年千葉県船橋市で行われた医療フェアーについてその概要，アンケート調査の結果については若干の考察を含めて紹介した。このような医療者側と地域住民との共通の広場を設けたことについては市民の間ではかなりの好評を博したし，会員の間からもぜひ毎年このようなイベントを行って欲しいという意見も多く寄せられた。

幸い当市の医療センターは公的病院としては，開放型病院として順調なすべり出しで始まり，かつ地域住民の圧倒的支援の中におかれているとは上記のとおりである。今後は地域住民およびマスコミの熱い期待の中におかれていることを充分自覚しながら是が非でもその成功に向かって住民とともに歩を進めてゆきたいというのが船橋市医師会の念願である。

いま医療がかなりの変容を示し始めていることは周知の事実である。その原因のひとつは医学における急速な技術革新であり，他のひとつは受療者側の高齢化だが，残念ながら制度の改革がそれに伴っていない。そのための歪みが各方面であらわれており，受療者側の大病院指向，若い勤務医の専門医指向，若手医師の参入不足による開業医の老齢化等はその顕者なあらわれといってよいと思う。受療者および医師側の双方の，以上の歪みを回避する唯一の手段は開放型病院の育成しかない，とわれわれ医師会は考えている。新しい医療をすべて大病院におまかせするという態度を開業医がとる限り大病院指向はますます拍車がかけられ勤務医も開業にソッポを向く結果になることは目に見えている。このことは先に述べたようにわれわれ開業医にとって不幸であるばかりでなく，管理的医療の結果としておこる非人間的医療を助長する結果，受療者にとっても大きな不幸であり，彼ら自身も決してそれを望んではいないことはアンケートにも示すとおりである。いまは過度期であり，開業医師の平均年齢が60歳になんなんとしている現況から開放型病院を盛り立ててゆくことにはかなり困難が伴うことは否めないが，それを期待する地域住民のために，そして次代を継承する若い医師たちのために，新しい制度の方向づけだけは作りあげてゆくことが，われわれに与えられたせめてもの責務であろうと考える。

研究と臨床

4．共同診療における検査依頼の実態と成果

京都市左京区

有馬医院　有馬弘毅

1．共同診療の今日的意義

医学の進歩，医療技術の普及・発達はめざましく，一方，経済の発展と政治の安定によってもたらされた国民生活の向上は高齢化社会を形成した。そして，国民の健康の保持と増進についての願望と要求を密度の濃い程度の高いものにしている。さらに情報化社会の到来は医学・医療についての多様な内容を国民に伝えることになり，患者やその周囲の人びとの知識や期待，また要求は多様化し複雑となっている。さらに診断内容や治療結果にもさまざまな評価判断を行い，職業上の責任を過誤として追求することも多くなっている。高齢者の増加はなお進む勢いがあり，また治療手段の発達は何らかの障害をもちながら生き長らえる人間を増加させるであろうし，多臓器障害者も増加するであろう。

このような情況は医療技術の分化・高度化をもたらすとともに，医療の総合化が求められるという実行に幾多の困難を伴う問題を生み出した。これに対応するには複数の医師による共同診療が必要となってくる。グループメディシンとの表現で，医療資源の開発と供給をいかに合理的・効率的に行うかについての研究が世界医師会においてとりあげられ，また WONCA においても総合診療問題としてとりあげられ，北欧諸国・イギリス・アメリカ・フランス・ドイツ・日本などが主柱となって研究されているが，医療費の高騰やマンパワーの不足という解決困難な問題が加わり，試行評価再考の段階であるといえる。わが国においては病診連携問題としてとりあげられ，診診連携・病病連携も含めて論議をされており，医療機能を1次・2次・3次と分け，1次を底辺とし3次を頂点とする**図1**のようなピラミッド型の模式図で表される考えが受け入れられているように考える。わが国における共同診療は，総合病院において主治医の要請による各科専門医による対診という形で行われているのがその典型である。病診連携は元来，入院と外来という機能の違いを組み合わせる考えから出た言葉であるが，共同診療を行うシステムとしてもとりあげられるわけである。わが国には，自分のクリニックを持っている医師が別の病院に病床を持ち，そこに入院させて主治医となる制度がなかっ

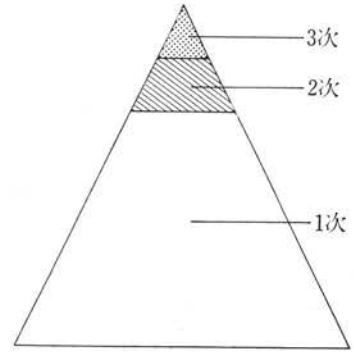
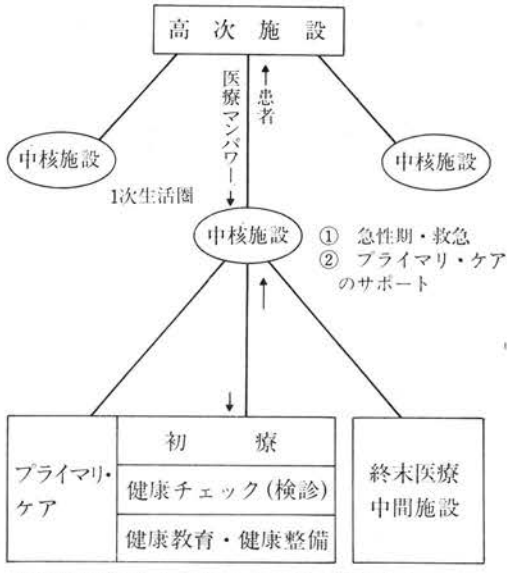


図1　ピラミッド型



石岡市医師会「市民の医療を考える集い」
《医師会病院は何故市民にとって必要か》より
（演者　梅園忠氏）

図2　ピラミッドシステム

たが，このようなやり方が行われることは複雑化した医療問題に対応するうえから望ましい。先年来，開設されている開放型病院がそれを推進する役割を果たすことを期待する。**図2**は**図1**のピラミッドの内容が述べられているものであるが，この底辺部分にあって大多数の国民の日常病診療にあたっている，プライマリ・ケア医の診断能力の向上と集積が医療供給の視点からもっとも重視されるべきである。すなわち，共同診療はプライマリ・ケアにおける診断技術集積の一環としてとりあげる必要がある。この観点から京都地域医療学際研究所附属病院の外来に，他の医療機関から検査を依頼された例につき調査を行って，その実態から今後の共同診療のあり方にいくらかの示唆を得たのでそれを報告する。

2．京都地域医療学際研究所の沿革

この研究所は京都市の北部地区にあった準

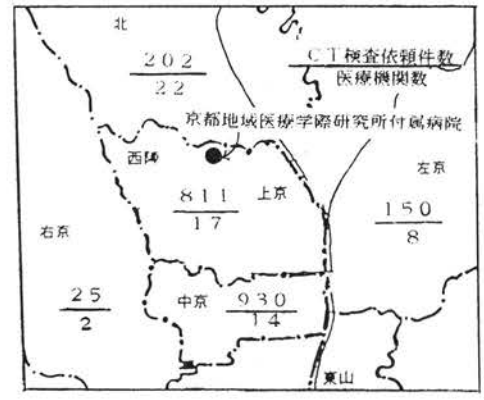


図3　CT検査依頼における医療機関の分布とその依頼件数

公的病院が南部郊外に移転したあとに，地域医療を担当する附属病院を併設する形で設置された。京都府医師会が基本財産を出資し医師会長が理事長を務める財団法人が，京都府京都市の等額補助を受け会員有志などの寄付その他の応援を得て5年前に設立したもので112床の小に近い中型病院を持つ。**図3**のように2医師会の事務所は研究棟に置かれ日常的な医師会会合もここで行われており，準医師会病院とも言っていい存在で会員の親近感が強い。また，業務のひとつとしてファクシミリリース事業を行っており近接地域にはこれを設置している医療機関が多く連絡がとりやすくなっている。

3．同所附属病院の診療機能と他医療機関との交流の情況

設置科は内科・外科・整形外科だけで病院機能は2次までの不充分なものであるが，入院・外来ともに近接医師会員からの紹介によるものが多い。医療構造の全体からみると底辺にあるプライマリ・ケアには診断技術の集積が必要であり，診療所と病院の業務が重なり合っている外来診療における共同診療が，まずとりくみやすいと考えられるがこの病院においても外来への検査依頼という形でこれ

が行われている。今回は検査のみの依頼を開業医が病院に要請し，病院はこれを検査外来として受け入れ，その結果を直ちに報告するとともに院内で行った合同診断の結果をさらに報告する，疑問があれば問い合わせを行う，というやり方を共同診療としてとりあげ調査を行った。

4．同院における外来検査依頼の現況

検査機能が現在の線にそろった昭和60年から昨年までの検査項目，年次別実数と比率は**表1**にみられる通りである。紹介と記された欄が外来検査だけ受けた数である。ＣＴがとびはなれて多く，これについで消化器内視鏡が多い。その数はだんだん増加している。これは内視鏡機器技術の改善進歩が患者側にも浸透してきた結果と考えられるが，胃腸透視の増加ともあわせて考えると，依頼する医師と病院医師との信頼関係が密になってきたことを物語るものである。トレッドミル，ホルター心電計，UCG も少しずつ増えているが全般的な密度の向上とともに，ここにも前述と同じ理由が存在すると思う。ホルター心電計については利用率37%との調査結果があり，開業医における普及が着実に進行していると考えられるが，心電計保有台数が後述のように診療所の69.2%であることとあわせて考えると，その勢いはもっと強くなるのではなかろうかと考える。先述したようにＣＴの利用が際だっていることから，その内容をこまかく調査した。**図4**は年度ごと月別依頼数を調べたものであるが当初を除きだいたい平均している。このことは季節的影響を受けない慢性疾患が多いことを推測させる。**図5**は検査部位の変動をみたものである。当初に比べ上腹部検査が増加している。外来に行かせるのであるから行動が楽にできるせいがあるが後述するように外科手術の術前検査が増加しているのも理由であろう。**図1**の地区ごとに入れてある数字は下が当該地区の依頼機関数で上が件数である。当然のことながら地元と近接地区が多い。**表1**は3年間に外来ＣＴ検査依頼があった医療機関全体の件数を年度ごとに集計したものであり，**図6**はそのうち件数の多い機関の年度別グラフである。総体に一度このような関係がもたれるとだんだん増えていく様相を示している。2総合病院からのものは院内で処理しきれない分を依頼し

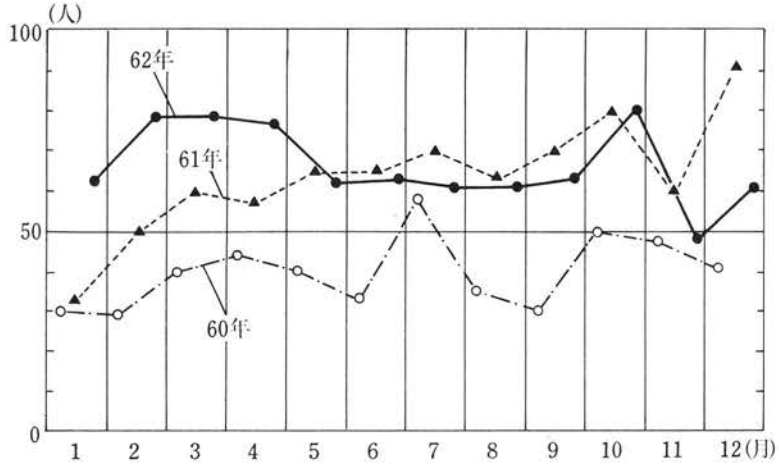


図4　過去3年間における月別のＣＴ検査依頼の動向

表1　過去3年間におけるCT検査依頼の医療機関別の変動

	60年度			61年度			62年度		
	人数(人)	紹介	紹介率(%)	人数(人)	紹介	紹介率(%)	人数(人)	紹介	紹介率(%)
CT	1,140	493	44	1,441	73	251	152	281	253
胃腸透視	430	31	7	445	59	13	431	65	15
胃腸カメラ	215	20	9	270	42	16	341	86	25
トレッドミル	45	3	6	52	3	6	64	10	16
ホルター心電図	21	1	5	32	2	6	80	11	14
EKG	1,241	0	0	1,311	0	0	1,364	0	0
EEG	62	3	5	33	2	6	32	6	18
腹部超音波	323	30	9	355	45	13	519	46	9
UCG	105	9	8	106	12	11	163	17	10
クリスマ	82	0	0	104	0	0	99	0	0
肺機能	191	0	0	220	0	0	264	0	0
血液ガス	85	0	0	196	0	0	455	0	0
DIC／DIP	92	0	0	61	0	0	72	0	0
特　撮	68	1	1	79	2	2	100	3	3
一般X線撮影	3,294	0	0	3,792	0	0	4,671	0	0
血小板疑集能	34	0	0	196	0	0	17	0	0

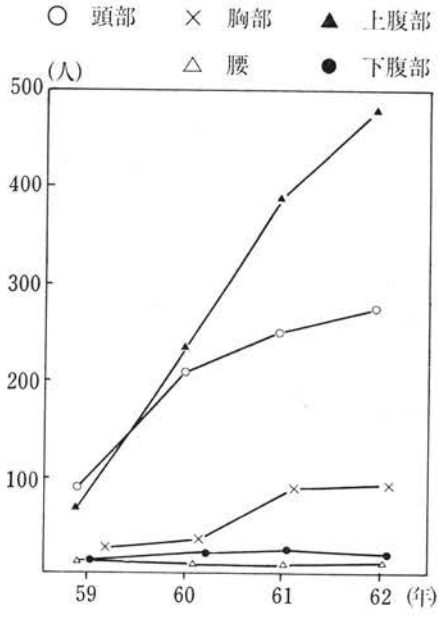


図5　CT検査依頼における部類別変動

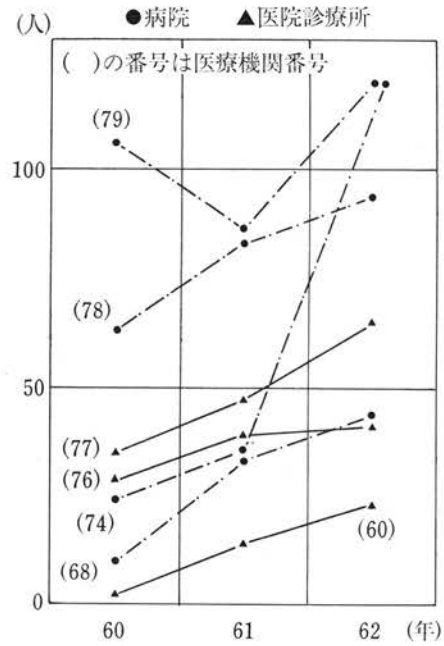


図6　過去3年間におけるCT検査依頼の医療機関別動向

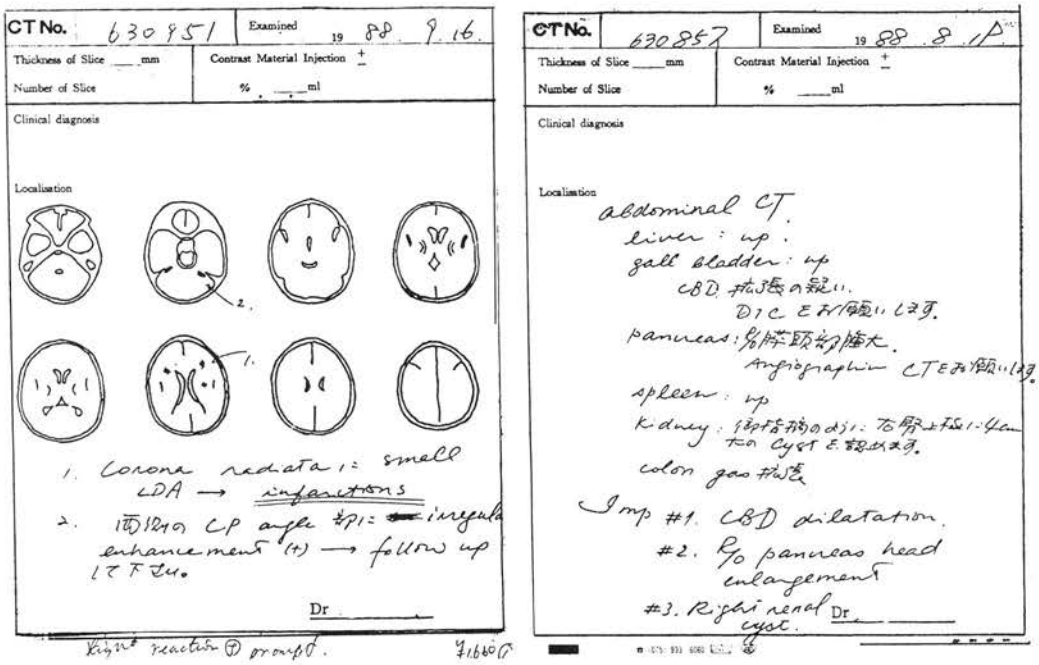


図 7

てくるものであるが，この病院も余裕があるわけではなく通常は約1週間の待期をさせられる。他に10病院からの依頼があるが，消化器外科をメインにしている機関からの依頼が伸びている。しかし，機関数として多いのは内科を標傍する診療所である。検査依頼予約は電話が利用されているが，この地域にはファクシミリを設置している機関が多く，検査目的などについてはこれの利用が多い。CTフィルムは複与され患者がこれを依頼医に持参するが，病院側は週に1回専門医を交えての診断検討会を行い，その結果はファクシミリで依頼医に報告される。**図7**はその例である。

5．調査結果についての考察

上述の結果から考えると，CT検査は双方にとって満足な結果が得られ，だいたいうまくついていると評価していいようであるが，その他の検査はこれに比べると数が少ない。ここで診療所における検査機器保有台数をみてみると，**表2**の通り単純X線撮影装置・心電計は大半が保有し，超音波診断装置は日常検査手技といえるほどに普及し，胃ファイバースコープも数多く保有されている。一方，病院における保有台数は**表3**の通りであり，気管支ファイバースコープ，CT血管連続撮影，RI診断装置などが診療所とは際だった違いを示している。この事実を合わせて考えると，胃カメラ程度までの検査は大半が診療所開設医師あるいは小病院医師の日常診療業務として処理されている。検査後の安静管理などが望まれるものは収容が必要であるが，それ以外は外来で行われることが望まれることが当然であり，設置価格管理操作の人件費使用頻度などから単独では設置しがたいCTが，外来で繰り返し行える検査手段として特別に数多く利用されているもので，今後急速

表2　過去3年間におけるＣＴ検査依頼の医療機関の変動

医療機関		診療科目	60年	61年	62年	医療機関		診療科目	60年	61年	62年
1	医院	内消	0	11	29	41	病院	胃呼	1	2	0
2	医院	内	0	11	26	42	医院	内循	1	4	0
3	診療所	内	0	18	9	43	医院	内	1	0	3
4	医院	内胃放	0	0	9	44	医院	呼	1	0	0
5	医院	内	0	10	0	45	医院	内	1	0	0
6	病院	内放胃	0	10	0	46	医院	外	1	0	0
7	診療所	内	0	6	0	47	医院	放	1	0	0
8	医院	内消	0	3	0	48	医院	放	1	0	0
9	診療所	内胃放	0	3	0	49	診療所	外	1	0	0
10	診療所	内	0	0	4	50	医院	内	2	0	0
11	診療所	内	0	1	2	51	医院	内	2	0	2
12	医院	内放	0	1	2	52	医院	外	2	1	0
13	医院	内	0	1	2	53	診療所	胃	2	1	1
14	医院	内	0	2	1	54	医院	胃循	2	4	0
15	医院	内外	0	2	0	55	診療所	呼消	2	10	2
16	医院	内外	0	0	3	56	病院	胃呼	2	10	6
17	医院	内胃	0	0	3	57	医院	胃放	3	3	1
18	医院	内外	0	0	3	58	医院	外放	3	4	1
19	医院	内胃	0	0	3	59	医院	外整	3	10	5
20	医院	内外	0	1	1	60	医院	内胃放	3	14	23
21	医院	外整	0	1	1	61	医院	内放	4	2	1
22	医院	内	0	0	2	62	医院	内	4	5	12
23	病院	胃	0	1	0	63	病院	胃放	7	0	0
24	診療所	内	0	1	0	64	医院	内胃	7	6	1
25	医院	内	0	1	0	65	病院	外胃整	8	8	7
26	医院	外	0	1	0	66	医院	外胃	9	8	3
27	医院	外	0	1	0	67	医院	内循	10	4	0
28	医院	放	0	0	1	68	病院	外胃整	10	34	41
29	医院	内	0	0	1	69	医院	内	12	6	1
30	医院	内	0	0	1	70	病院	胃放呼	14	6	8
31	医院	内	0	0	1	71	医院	内	15	8	15
32	病院	総	1	68	41	72	医院	内放	15	16	7
33	医院	内	1	2	12	73	医院	内放	22	31	29
34	診療所	内消	1	5	8	74	病院	内外放	23	35	120
35	医院	内	1	4	2	75	医院	内胃	29	41	40
36	医院	内	1	3	5	76	診療所	内胃放	31	32	45
37	医院	内胃放	1	3	5	77	診療所	呼放消	35	48	64
38	医院	内	1	2	3	78	病院	内外胃	63	82	93
39	診療所	外整	1	1	3	79	病院	総	106	84	120
40	医院	内胃	1	2	0						

表3　主な診療機器保有病院数および保有台数（重複計上）

昭和59年10月1日

	施設数	施設数に対する割合（%）	台数	保有1施設あたり台数
病院数	9,574	100.0	—	—
胃ファイバースコープ	6,053	63.2	17,748	2.9
気管支ファイバースコープ	2,454	25.6	4,932	2.0
頭部（頭頸部）用CT	1,165	12.2	1,178	1.0
全身用CT	1,448	15.1	1,511	1.0
デジタルラジオグラフィー	170	1.8	183	1.1
血管連続撮影装置	1,778	18.6	2,074	1.2
RI診断装置	974	10.2	1,518	1.6
リニアック	282	2.9	302	1.1
コバルト60治療装置	499	5.2	531	1.1
マイクロサージャリ装置	1,152	12.0	1,878	1.6
レーザーメス	510	5.3	646	1.3
生化学自動分析装置	2,460	25.7	2,867	1.2
画像診断用超音波装置	5,778	60.4	10,349	1.8
脳波計	5,915	61.8	7,518	1.3
人工腎臓（透析）装置	1,464	15.3	16,459	11.2

厚生省大臣官房統計情報部―医療施設調査より

表4　主な診療機器保有一般診療所数（重複計上）

昭和59年10月1日

	施設数	施設数に対する割合（%）
一般診療所数	78,332	100.0
胃ファイバースコープ	8,441	10.8
気管支ファイバースコープ	938	1.2
単純X線撮影装置	50,246	64.1
頭部または全身CT	230	0.3
心電計	54,231	69.2
脳波計	3,031	3.9
画像診断用超音波装置	14,744	18.8
分娩監視装置	2,637	3.4
人工腎臓（透析）装置	604	0.8

な普及が予想されるMRIについても同様になるであろうと考えられる。

6．病診連携における共同診療機能の調整

伝染病のように病院は収容，診療所は診断と分けることができれば別であるが，病院が設立当初は外来診療の制限を所在地の医師会と約束しても，これはそのうち有名無実になっているのが実情である。わが国においては明治の近代医学導入後病院設立が私的診療所開設の目標とされ，産業の発展をはかるのと同様な社会情勢と認識のなかで成長してきた。医科大学および附属病院にも同様な過程をとって発展してきたものもある。したがって現在では競争原理や経営原理が先行するのは自然の勢いである。現在の診療所も既述したような考え方によって設立されれば，開業したからには流行医となり病院を持つことが医師の夢と語られることになる。医療をめぐる環境が厳しくなってきても，それを乗り越えて

鎬を削る競争は続けられている。進歩と競争は人類の生存が続く限り絶えるわけはないはずであるが，現在の問題を解決するには協調が必要である。病院にもほとんどの所に外来部門が設置されていて収入の大きな部門を占めており，効率の点で病院経営に有利な貢献をしているが，より大きな役割は入院患者確保の窓口としての機能である。前述の私的病院ばかりでなく国公立病院，公的病院，大学病院も独立採算あるいはこれに準じた経営をさせられている現況では外来診療の廃止はできそうにない。病診協調に際してまっ先に問題になることに病院に送った患者が送り帰されないとの不満がある。入院させた患者ばかりでなく，外来に紹介した者もそのままになってしまうことがある。信頼度の問題が診療機能の整備，患者自身の選択などについて語られるが，これには医師自身があるいは医師相互が解決せねばならぬ問題が含まれる。医学知識の均一化がまず求められるが，これには生涯学習が必要で，そのためには集団学習よりも日常診療のなかにおける一例ずつの積み重ねを共同診療によって行うことが有利である。次には医療そのものへの認識の共通性があるが，これは共同診療を行うことにより自然とできてくるものであると思う。今回行った外来検査のみの依頼についての調査は，患者が帰されないと困るということを，どうすれば解決できるかとの考えから試み調査したものであるが，この点は先述のように中途打ち切り機関は少なく，同一機関からの依頼数が増加する傾向にあることからうかがわれるように解決されたと考えられる。患者の病院志向傾向は，マスコミによる開業医不信醸成，批判されてもしかたない症例の存在，大型なものや権威に追随する国民性，情報易信・検査値尊重の風潮など，種々の理由があげられるが，健康教育の普及はこの傾向の是正に役に立つと考える。なぜなら，先述したように国民にとりもっとも大切な一般的健康保持および多発疾病に対する診断と対策を施行する機能は，プライマリ・ケアにあたる診療所に充分に存在しているので，それを国民に認識してもらえばいいからである。今回の調査で得られた「ＣＴ外来検査が頻回に行われており，それが適切な診断治療効果を発揮している事実」は病診連携における役割分担を「高額な診断機器の外来における検査依頼とそれへの対応」の形で行うことがプライマリ・ケアにおける共同診療のあり方のひとつを示すものと考える。

研究と臨床

5. バセドウ病に罹患した人たちの人生

東京都渋谷区
伊藤病院　伊藤國彦
共同執筆者　百渓尚子・杉本高士
八代　享・市瀬幸子・長谷川智子

全人的医療という言葉が問いかけられる時代になった。しかしこれは臨床家にとっては，今さら取り上げるべくもない当然の使命ではなかろうか。今日このようなことがあらためて問題視されるのは医学医療の専門化，細分化にあるものと思われる。そして著者らの病院はまさに小さい分野に限定した専門病院である。著者らは最近になって，患者は果たしてどのような人生を送っているのかが関心事になってきた。

1987年の第60回日本内分泌学会秋季大会総会において，会長の埼玉医大石井　淳教授のご好意により，著者らは教育講演を担当することになった。その機会に長期間を経過したバセドウ病の追跡調査を施行することにした。バセドウ病を選んだのは日本人の甲状腺疾患のなかでは，もっとも多い疾患であり，また甲状腺の機能的な異常が中心になるので，患者はその生活のうえで長期間少なからぬ影響をこうむる疾患であるからである。

著者らはこの研究にあたっては，臨床的，社会的な両面から検討を加えたが，本稿では主として患者の生活面に及ぼす影響について知り得たことを述べることにした。

1．バセドウ病の治療法とその特徴

バセドウ病の生活に及ぼす影響は当然のことながら，それぞれの患者に施行した治療法のいかんにかかわってくる。したがって，まずバセドウ病の治療法とその特徴について述べる。

現在バセドウ病には抗甲状腺剤治療，アイソトープ治療，外科的治療の三者がある。抗甲状腺剤治療は一応はすべてのバセドウ病に対して施行される治療法である。抗甲状腺剤は甲状腺機能亢進症の抑制に効果的であるが，近年になって本剤には免疫抑制効果があり，病因論的な治療法になり得ることが明らかになった。ただ抗甲状腺剤治療の最大の欠点は，服薬がなかなか中止できないこと，すなわち緩解が得られる症例が30～40%にすぎないことである。

^{131}Iによるアイソトープ治療の甲状腺機能の抑制効果は確実である。ただ欠点としては甲状腺機能低下症に移行する症例が高率で，機能低下症に陥ると一生甲状腺ホルモンの補充療法が必要となる。近年欧米ではアイソトープ治療が次第に主力になってきているが，日本では規制の問題や一般のアイソトープに対する観念の問題などでそれほど普及してい

ない。

外科的治療は現在では施行例が次第に減少しているが，甲状腺機能亢進症を早期に改善させ，正常甲状腺機能を永久的に維持せしめるにはもっとも確実な治療法である。しかし，めだつ頸部に手術瘢痕を残すことや，反回神経麻痺や上皮小体機能低下症などの後遺症もあり得ることは，外科的治療の欠点である。

以上，バセドウ病の治療法には三者三様の長所短所がある。この事実は患者の一生は治療法により左右されることが容易に考えられる。以下のアンケートは治療法のいかんにかかわらず総括的に施行したが，必要に応じて治療法の及ぼす影響にもふれることにする。

2．アンケート調査の対象と方法

調査の対象とした症例は昭和45，46，47年の3年間に初めて伊藤病院を受診した患者である。この3年間のバセドウ病の新患症例数は5,396人であったが，このなかで1,125人という多数例を除外した。その理由は短期間で来院しなくなったもの，通院が困難なため他の医師へ紹介したもの，すでに手術やアイソトープ治療を受けていたもの，来院までの抗甲状腺剤治療により緩解が得られていたものや診断が困難であったものなどである。したがってアンケート調査の対象とした患者数は4,271例であった。このなかには来院までに抗甲状腺剤治療を受けていた多数の患者が含まれているが，初診からの経過年数は15年から17年であった。このシリーズのなかの最年少の4歳の女児は20歳で，最年長の72歳の女性は87歳になっていた。この間に死亡したことが明らかな患者は男性16人，女性29人，計45人であった。

アンケート調査に応じた患者は 2,004人，46.9%であった。住所不明で手紙が戻った人が実に1,660人にも達した。著者らの病院の患者の居住圏は広範であるが，約半数は東京およびその近郊である。都会生活者の不定着性を物語っている。ちなみに昭和45年は万国博の年であるが，赤軍派のよど号乗っ取り事件のあった年であり，46年は日本医師会保険医総辞退，ニクソンショックの年であり，47年は連合赤軍リンチ事件があり，田中内閣発足の年である。日本にとって成長とともに混沌とした時代であったともいい得る。現時点であればアンケートの回収率はもっと高率であったと思う。またこれら未回答例もさらに努力すれば追跡率は向上したであろう。しかし，今回は初回の回答を得た症例のみについての分析にとどめた。また統計にあたっては無回答や該当外例は集計上除外した。アンケートは患者の生活上の種々の面からの設問を施行した。しかし，設問の内容からこれらの患者のなかから該当する群を選び出したものもある。以上のようなことを前提として，以下アンケート調査の結果について述べることにする。

3．アンケート調査結果

（1） バセドウ病を意識しているか

まず，バセドウ病に罹患したことを意識しているかどうかを問うた。設問は具体的にこの病気のことは「ほとんど忘れている」「ときどき思い出す」「かたときも忘れていない」の3通りにした。回答を寄せた1,803人についての結果を図1に示した。このように「ときどき思い出す」が約半数を占めたが，「ほとんど忘れている」人が，「かたときも忘れて

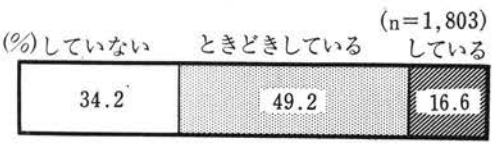


図1　バセドウ病を意識しているか

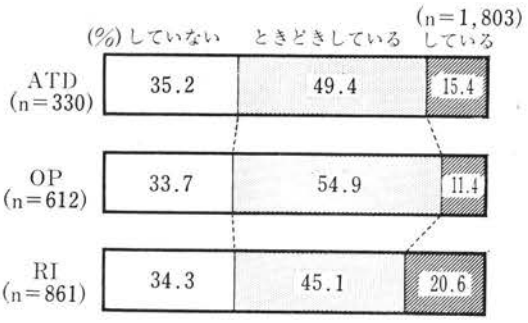


図2　バセドウ病を意識しているか
—治療法別—

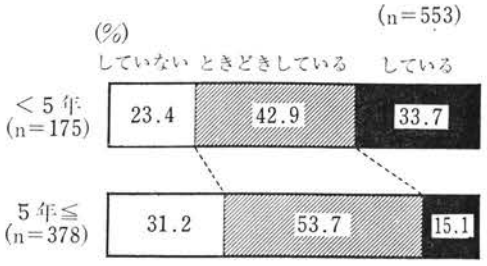


図3　バセドウ病を意識しているか
—緩解期間別—

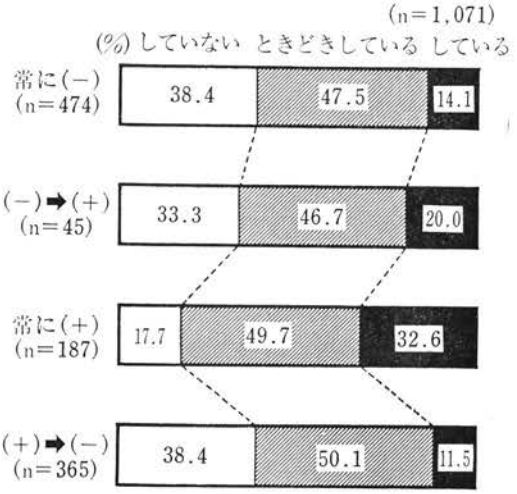


図4　バセドウ病を意識しているか
—眼症状（自覚）との関係—

いない」とした人の倍以上であった。患者の性格にもよるものもあると思われるが，長年月を経過するとバセドウ病に罹患したことを忘れてしまう人が多いことがわかった。男性352人についてみると，「していない」37.5%，「ときどきしている」49.7%，「している」12.8%であったが，女性1,451人では33.4%，49.1%，17.5%であった。男性のほうが意識していない傾向がみられた。これを治療法別にみた。バセドウ病の治療法は経過中に変更することもあるので，最終の治療法別に分類し**図2**に示した。1,803人中抗甲状腺剤治療（ＡＴＤ）330人，外科的治療（ＯＰ）612人，アイソトープ治療（ＲＩ）861人であった。図のように「意識していない」は三者間に差はみとめられなかったが，「意識している」群には差があった。著者らは外科的治療例では手術瘢痕がいつまでも病気のことを忘れ去れない要因になっているのではないかという危惧があったが，それほどの影をひいていないことがわかった。

一方，アイソトープ治療では前述のように甲状腺機能低下症に陥り，甲状腺ホルモン剤の内服をつづけている症例が多く，おそらく「意識している」とした人より多いことは明らかである。にもかかわらず「意識していない」人が少なからずあったことは，１日１回の服薬の慣れによることも考えられ，アイソトープ治療の評価にもつながる事実であった。

バセドウ病の治療経過は治療法により，あるいは症例によりさまざまである。そこで甲状腺機能亢進症が緩解している症例553人について緩解が調査時より５年以上（378人）と５年以内（175人）に得られているかの両群についてみた。**図3**のように５年以上経過している人のほうが，「意識していない」人が多く，「している」人が少なかった。これは病気は時とともに忘れるという事実を物語っているものと思われる。

バセドウ病にみとめられる眼症状は，甲状腺機能亢進症が緩解しても改善しにくく，患者自身にとってはもっとも問題になる。眼症状と意識との相関をみたものが**図4**である。この場合の眼の症状については図のように患者自身の訴えにより四者に分類した。1,071人中「経過を通して眼症状がなかった」とした474人，「経過の途中で生じた」45人，「常にあった」とする187人，「あったがなくなった」とした365人となった。この分類にしたがって意識をみると眼症状が「常にあった」とする群で明らかに意識している人が多かった。これは当然予測されたことであり，今後バセドウ病の眼球突出に対する美容的観念からみた治療の重要性を物語っている。

（2） バセドウ病のために人生観が変わったか

この設問は漠然としていて回答が難しいと思ったが，1,624人から回答を得た。**図5**のように「変わらない」とした人が1,062人，65.4%，「変わった」とした562人，34.6%であった。「変わった」とした人は男性30.5%に対し，女性は35.6%で，女性がやや高率であった。この設問については具体的にその内容を聞いた。この疾患をプラスの面でとらえている人が多く，「健康であることの大切さがわかった」「無理をしないようになった」「むしろ楽観的になった」「他人に対する思いやりが強くなった」などが印象にのこった。しかし，当然のことながらマイナスの面もあり，その第一は「万事消極的になった」がもっとも多く，「いつも身体のことが気になる」「神経質になった」「容姿に自信がなくなった」などがめだった。このようなことは著者らの患者指導の至らなさに帰するかもわからない。

しかし，全体としてこの疾患に罹患したことに対して，「人生観に変化があった」とした人は約35%で，しかもその内容がむしろプラス面でとらえている人が多かったことは日本人の特性，知的水準の高さによるものと考えられ，著者らにとっては安心の材料であった。これを治療法別にみたものが**図6**である。「人生観に変化が生じた」とした人は外科的治療例でやや多かった。これは手術創の問題があるかもわからない。これに対してア

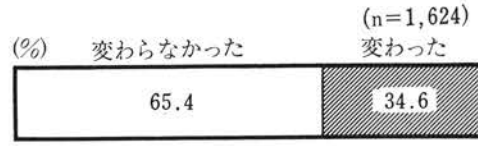


図5　バセドウ病のために人生観が変わったか

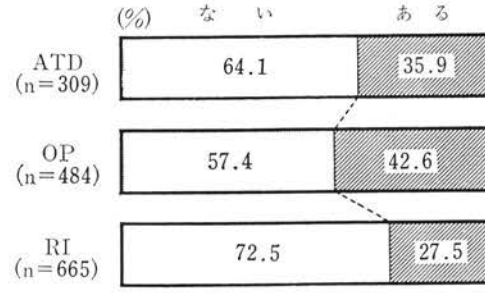


図6　人生観への影響　—治療法別—

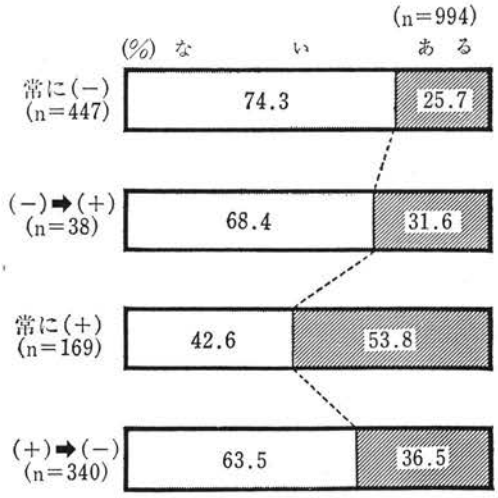


図7　人生観への影響　—眼症状との関係—

イソトープ治療で少なかったのは，治療適応が中年以降の人に多く，人生経験を積んでいまさら動揺が少ないとも解釈できる。この設問と眼症状との相関をみたのが図7である。このようにここでも眼症状は大きな影響があり，「常に眼症状があった」とする人では半数以上の人が「変化があった」としている。再びバセドウ病における眼症状の影が濃いことがわかった。

（3） バセドウ病であること，あったことを秘密にしているか

著者らにとってはバセドウ病を他人に秘密にする理由もないと思うが，日々の臨床でこの疾患を他人に秘匿している人がいるのでこの設問を試みた。1,808人から回答があったが，「していない」人が1,614人，89.3%，「ある程度している」人が180人，9.3%，「している」人はわずかに14人，0.8%であった。これを男女別にみると，男性356人では93.2%，6.5%，0.3%であったが，女性1,452人では88.3%，10.8%，0.9%とやはり秘密にしてる人は女性に多かった。外科的治療では手術瘢痕のため，この疾患の既往が明らかになることは軽視できない問題である。

（4） バセドウ病のために学業に支障を生じたか

学生や生徒がバセドウ病に罹患すると，学校の成績が著しく低下することは日常臨床でしばしば経験することである。これは本症により，諸種の症状によるものでとくに精神的に不安定になり，根気がなくなり集中力の欠落によるものである。したがって甲状腺機能亢進症の改善とともに本来の学力に戻るものが多い。このような事実が理解されていないため，親から責められたり，本人も学校で劣等感，疎外感を強くすることが少なくない。

初診時就学期だった167人についてみたのが図8である。このように当時就学期であった半数以上の人が「学業に支障があった」と答えている。このような問題は甲状腺機能亢進症であった時期の長短にもよるし，またこのようなことがその後の人生にいかなる影響を及ぼしたかが最大の問題点になるが，そこまでは明らかにできなかった。しかし，就学期の人びとの診療にあたっては充分この点を配慮する必要がある。

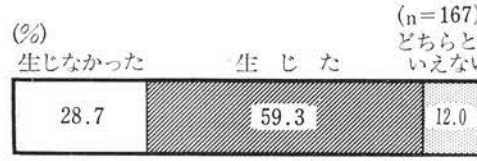


図8　学業に支障を生じましたか

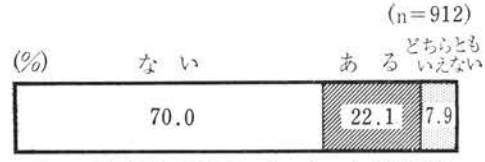


図9　就職面で不利益になったことがあるか

（5） バセドウ病のために就職面で不利益になったことがあるか

著者らはバセドウ病に罹患したからといって，緩解すれば心身面で何ら日常生活に支障はないものと信じている。したがって患者にも消極的にならないように指導している。しかし，世のなかでは本症が必ずしも理解できず，いわゆる，宿痾と思われがちである。日々の診療においてこの病気のために就職できなかったということを聞いて，患者ともども慨嘆することがある。そこでこの病気の就職への影響を，適応とした年齢層の912例について問うた。

図9のように「なかった」とした人が高率であったが，「あった」とした人が22.1%，「どちらともいえない」が7.9%で約30%の人が何らかの影響をこうむっていた。これは世間一般のこの病気についての無理解ととも

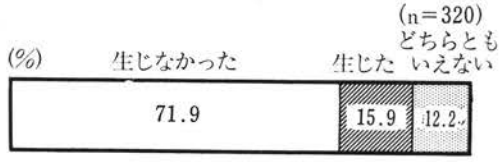


図10　結婚に際して支障を生じたか（女）

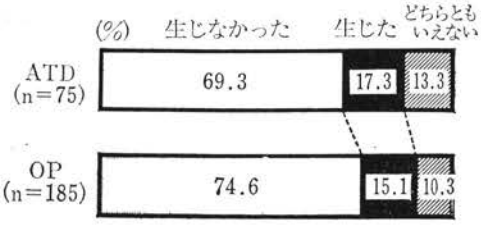


図11　結婚に際して支障を生じたか（女）
—治療法別—

に，著者らのこの疾患に対する啓蒙の不足を物語っている。中年以上が多いアイソトープ治療症例を除いて，抗甲状腺剤治療群と外科的治療群とについて比較したが両者に差違はなかった。

（6）　バセドウ病が結婚に際して支障を生じたか

若い女性にとってバセドウ病が結婚に少なからぬ影響を与える可能性があることは容易に考えられる。著者らは本症のために婚期を逸する患者をまのあたりにして心を痛めることが少なくない。初診時結婚適齢期以前であった女性320人に対して行った。

図10にみられるように「支障を生じなかった」人が71.9%であったことは著者らの想像より高率であった。しかし，51人，15.9%が支障をきたしている。これを抗甲状腺剤群と外科的治療群に分けてみたのが**図11**であるが大差はなく，とくに「生じなかった」人は外科的治療群のほうに高率であり，これは著者らが常に考えている手術瘢痕の結婚への支障はそれほどのものでないことがわかったことは好材料であった。

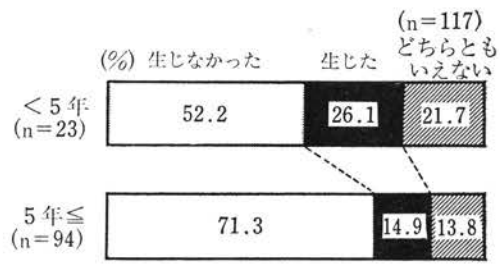


図12　結婚に際して支障を生じたか
—緩解期間別—

図13　子どもをつくるうえでバセドウ病を意識したか（女）

緩解期間別にみたのが**図12**である。このように調査時緩解から5年を経ていない，すなわち治療期間が短かった人は少数であるが，「生じた」人が多かった。これからみても結婚適齢期では，早期の確実な治療法，すなわち適応さえ理想的であれば外科的治療は長い目でみれば良好な結果をもたらす治療法であるといってよいようである。

（7）　子どもをつくるうえでバセドウ病を意識したか

バセドウ病に罹患したために挙児についての対応について設問した。これは著者らも常に意識している重要な問題である。対象は初診時未婚であった患者と，まだ妊娠の可能性のあった650人を対象とした。設問の内容は「子どもをつくらなかったか」あるいは「もっと欲しいが制限したか」とした。その結果を**図13**に示した。著者らの予想以上に意識したとした人が38.2%もあった。このもっとも大きい理由は，妊娠に対する漠然とした不安感，子どもへの不安感が大きいと思われる。

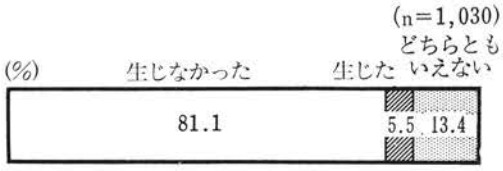


図14　夫婦生活に支障を生じたか

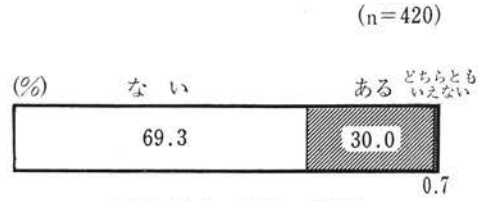


図16　仕事，家事への影響

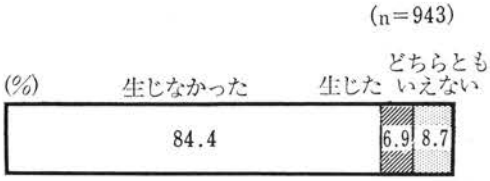


図15　嫁姑の関係に支障を生じたか（女）

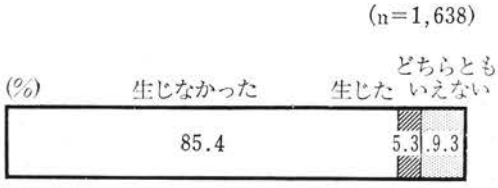


図17　経済的な問題が生じたか

これを治療方別にみたが，抗甲状腺剤治療群では「意識しなかった」人52.2%，「した」人34.4%，「どちらともいえない」人13.4%であったが，外科的治療例では55.8%，35.4%，8.8%となり大差はなかった。この調査当時から著者らは抗甲状腺剤を服用しながらの妊娠の継続を方針としてきているが，薬剤の催奇性を心配する患者が多いことが考えられる。

一方，外科的治療については著者らは将来の妊娠に対しての有利な条件をひとつの適応としているが，一部の患者には不安があるようである。このような結果は著者らの患者指導の至らなさを感ずるばかりである。しかし，遺伝の事実は否定することはできないばかりに今後も難しい課題になるであろう。

（8）　バセドウ病のために夫婦生活に支障を生じたか

漠然とした質問であるが，心身両面からの影響を問うてみたものである。男性患者でも問題はあると思うが，ここでは女性例のみに限定し，1,030人から回答を得た。図14に示すように支障がなかったとした人が圧倒的に多かった。この結果は著者らの日ごろの関心事が杞憂であったことを物語っている。

（9）　バセドウ病のために嫁姑の関係に支障を生じたか

通院している若いお嫁さんから，本症に罹患したために，お姑さんとの折り合いが悪くなったという訴えを聞くことがある。そこでこのような設問を試みた。この場合嫁の立場からと姑の立場からとの両者を合わせ943人につきみたのが図15である。「支障を生じた」とした人はごくわずかであった。バセドウ病に罹患したことが家庭生活に波紋を生ずることが少ないひとつの証左ともいえることで，安心の材料であった。これは核家族化し嫁姑が同居する場合が減少した現代の風潮によるものかもわからない。

（10）　バセドウ病のために仕事，家事への影響があったか

バセドウ病に罹患したために自分の能力，昇進，あるいは主婦では家事の能力に支障があったか否かを調査した。図16に示すように約70%の人は「なかった」といっているが，30%の人は「あった」としている。著者らはこの点には常に配慮しているつもりであるが，なお不満足な点が多いことを反省してい

る。この点を緩解期間別にみたが，異常な期間が長いほど「支障があった」とした人が高率であったのは当然の結果であろう。

(11) バセドウ病のために経済的な問題が生じたか

バセドウ病に罹患したために家庭に経済的に問題が生ずるのではないかということは，著者らが平素心にかけていることである。

図17のように1,638人から回答を得たが「生じなかった」とした人が圧倒的に多かった。これは何といっても健康保険制度の恩恵によるものと思われるが，ひとつには著者らの患者に負担をかけまいとする日常の配慮の効果があるのかもわからない。

むすび

約半年間におよぶ調査を展開している途中で，著者らは果たしてこのような調査方式が妥当かどうか，多分に現代のマスコミの採る手法に左右され，結果をこのまま受け取ることができるのかどうか危惧しつつ施行した。各症例についての本症をとりまく種々の問題点は，このような全体的な統計で安易に解答することは問題であることも承知している。しかし，日ごろ甲状腺疾患の診療のみに従事している著者らにとっても，初めて知ることができまた知見であった。

もちろんバセドウ病の人たちの人生を左右する最大の要因は，治療法であり治療方法である。この研究の最大の目的は，治療による影響を知ることであった。しかし，その詳細な分析はなし得なかったが，あまりその差はみとめられなかった。その理由として著者らの治療方針の体系の一応の妥当性があったものかと認識している。

全体的にみるとバセドウ病に罹患した人たちの人生には，この疾患がそれほど深刻な影響は少ない印象を得た。しかし，眼症状をはじめまだまだ多くの問題点を有していることがわかった。今後，著者らは一人ひとりの患者の生活全体を把握するような医療の展開を志している。

研究と臨床

6. 障害をもつ老人とその家族との健康

京都保健会九条診療所
谷田悟郎

老人の家庭で，老人を介護することによって健康な家族が発病して，介護困難となり，さらに家庭機能が障害され，家庭崩壊するケースが最近きわめて多い。今回，障害をもつ老人の家族の健康をめぐる危機を，保健・医療・福祉と，地域の人びととのチームで対応し，家庭崩壊させることなく家庭機能を回復維持させることができたケースを報告する。

ケース報告

〔老父親N〕

1900年11月生。滋賀県出生。就労のため16歳にて京都の工場にて，友染工として働く。23歳結婚。2男2女。妻が悪性甲状腺腫のため，退職し妻の介護に専念したが，1970年7月妻死亡。以後，精薄の末娘と2人暮らしとなる。厚生年金収入があるが，生活保護を受ける。

〔家　族〕

次女（末娘）：1930年生。生後まもなくに高熱と痙攣を繰り返し知恵遅れとなる。IQ 36，MA 5歳10か月(1970年判定)。小学校中退後，家庭にひきこもり，教育・訓練などの機会なし。計算できないが，日常生活は何とか可能。

長女：1927年生。他行政区で，夫，男児，夫の母の4人暮らし。関節リウマチで寝たり起きたり，外出できず。始めは，老親の見舞いにも来れず，老親援助不能であったが，町内会長の家主の説得で，夫が老親を訪問援助することを決意する。

長男：1931年生。妻と子2人の4人暮らし。父の入院を知りつつ，相前後して石川県へ転居し，扶養・援助の意志なし。

次男：1936年生。東京に在住。トラック運転手。扶養援助の意志まったくなく，音信もない。

以上が家族構成である。

このように，74歳の老父親と44歳の精薄の娘の2人暮らしの老人家庭で，他の子どもたちの援助がなかったが，平穏に暮らしていた。1970年10月15日，腰部激痛あり。当診療所受診。11月健診にて高血圧症(BD220/120)発見され，以後，食事療法，降圧剤の治療が開始される。1971年になって腰痛漸次好転してきた。1974年4月，高血圧症をもつ老父親が感冒から心不全を併発，緊急入院の必要性から始まった入院，退院，急死に至るまでの1人の老人のライフサイクルの出来事によって，その娘の家族に4つの危機を直面させた。病気の老父親の援助は誰がするのか，末娘を始め家族の再構築—家庭の核づくりから，近隣，地域の人びと，また専門ケアサービスを提供する専門技術者とのチームで老人家庭を支えた。これを契機に地域ボランティアが芽生え，今日に至っている。この4つの危機をめぐるかかわりを紹介する。

この4つの危機とは，

1．老父親の入院と娘の生活
2．寝たきりとなった老父親の退院後，在宅ケアか施設ケアかの選択と主介護者としての娘
3．在宅ケアで老父親の主介護者の娘の健康破壊
4．突然の腹部大動脈瘤破裂で入院，急死後の娘の将来

以上の4つの危機に娘は遭遇した。

第1の危機にあたっては，近隣・地域の人びとが入院問題とともに精薄の娘をどう支えうるか話し合った。さらに，医療機関と福祉ケースワーカーとで緊急入院先を検討し，付き添いとして娘が病院で生活でき，自宅は近隣の人びとで管理することになった。

第2の危機にあたっては，福祉事務所と病院との，退院後，病状に適応した身障施設，娘には精薄施設入所あっせんに，老親は拒否し，拒食が始まり，娘は泣くばかりであった。これら老人や娘の要望に対して，在宅ケアの可能性を追求するため，家族，地域，保健，医療，福祉の関係者がカンファレンスをもった。われわれは，治療・リハビリプランや看護プランはじめ，医療機関側の各職種の統合した方針提起とともに，協力機関からは福祉，保健プランなどを，さらに地域の生活援助の意見を総合し，実現可能性ある統合プランとして在宅ケア追求，討議のうえ，地域での受け入れを決定した。主介護者が精薄の娘であり，それを支えるためのそれぞれの役割分担も明らかにした。

第3の危機は，娘が今までやったことのない家事，老人介護などの負担が重なり，梅雨期に入って心身の疲労高度となり，しかも虫刺傷が出現した。また老人の褥瘡悪化も加わって，在宅ケア継続か否かの論議もされた。娘の健康管理とともに，保健所栄養士の家族栄養調査で，食事内容の著明なアンバランスがあり，絵カードによる食事指導，さらに保健所が中心になって，地域の人びととともに害虫駆除の大掃除を行い，これらを改善することができた。

第4の危機は，老父親の急死であるが，このころ，民生児童委員会と福祉事務所の老人福祉員研修会で，ＳＯＳマーク時の対応として娘への援助方法など論議していた。当時老人の在宅での経過は順調であったが，12月に突然腹部激痛あり。腹部大動脈破裂で緊急入院。3日にして死亡する。親の死に対する娘への対応とともに，娘の今後の生活を考え，施設入所に対して娘への施設相談，施設紹介で，本人の希望もあり，精薄施設入所が決まり，入所できた。その後，入所してからは以前より明るくなり，また現在も，家族はもちろん，地域よりも年1回は必ず施設訪問して励ましている。以上がこのケースでの，老人の種々の出来事によって発生した家族の4つの危機への対応である。

最近，「家族は病んでいる」といわれ，患者個人としてとらえず，家族を1単位として，また1つのシステムとしてのとらえ方から「家族療法」という精神医学的アプローチがすすめられている。いま，老人家庭では，老人の疾病が家族の生活を破綻させ，さらに家族の健康破壊にまでおよび，家庭機能が障害されるケースがきわめて多い。これは，かつては，伝統と封建的家族制度から，保健医療問題に限らず家族の問題解決は個人的になされていた。しかし，核家族化，小家族化の進行，労働する主婦の増加によって，家族内での相互の生活介助機能の分担を困難にし，とくに保健医療機能がきわめて不安定となっている。

このケースのように，寝たきりという障害をもつ老人と精薄という障害をもつ娘の2人暮らしの家庭においては，以上の4つの危機

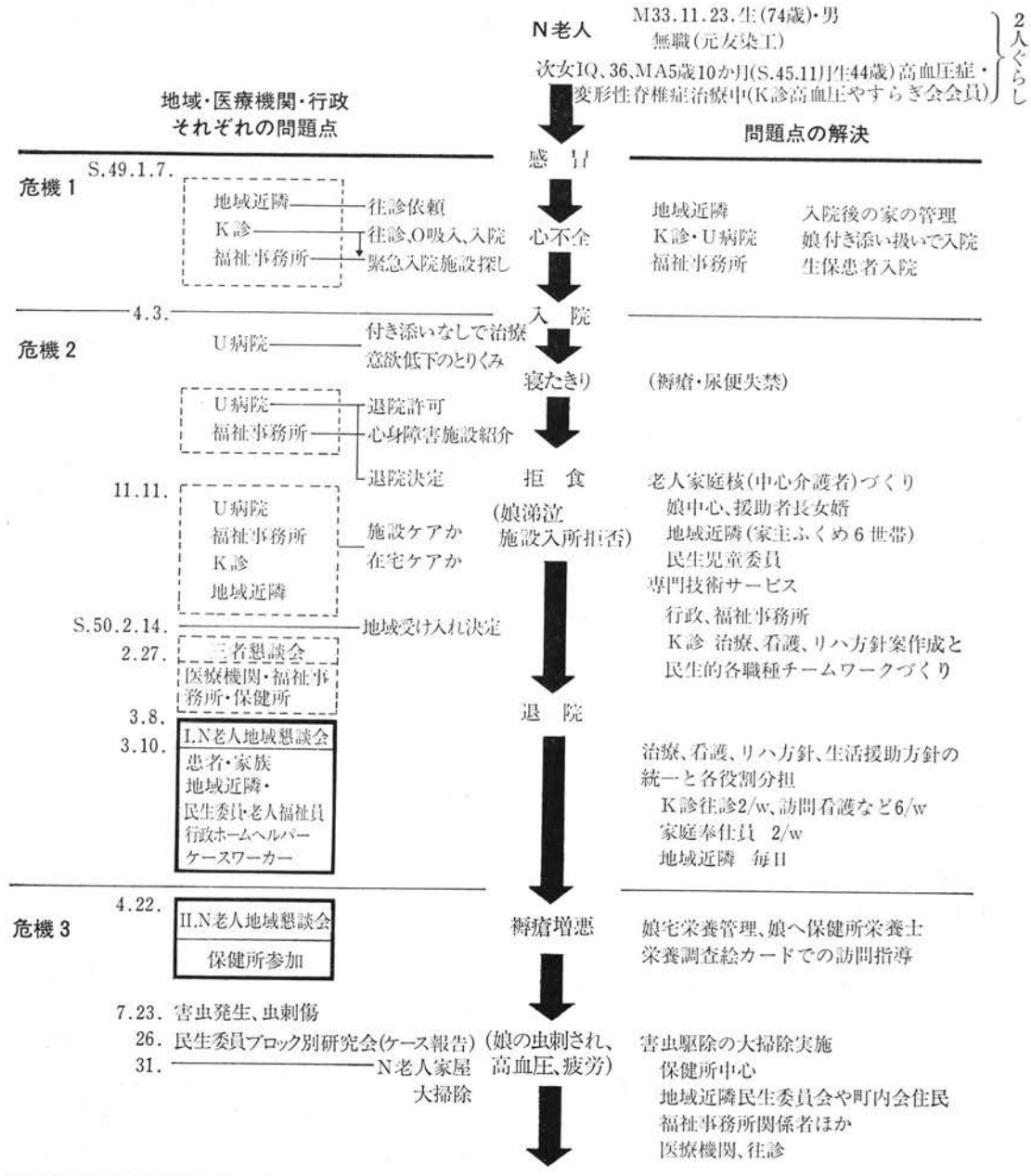

N老人
M33.11.23.生(74歳)・男
無職(元友染工)
次女IQ、36、MA5歳10か月(S.45.11月生44歳)高血圧症・変形性脊椎症治療中(K診高血圧やすらぎ会会員)
2人ぐらし
地域・医療機関・行政
それぞれの問題点
問題点の解決
感冒
心不全
入院
寝たきり
拒食
(娘涕泣
施設入所拒否)
退院
褥瘡増悪
(娘の虫刺され、
高血圧、疲労)
S.49.1.7.
危機1
地域近隣
K診
福祉事務所
往診依頼
往診、O吸入、入院
緊急入院施設探し
地域近隣
K診・U病院
福祉事務所
入院後の家の管理
娘付き添い扱いで入院
生保患者入院
4.3.
危機2
U病院
付き添いなしで治療
意欲低下のとりくみ
(褥瘡・尿便失禁)
U病院
福祉事務所
退院許可
心身障害施設紹介
退院決定
11.11.
U病院
福祉事務所
K診
地域近隣
施設ケアか
在宅ケアか
老人家庭核(中心介護者)づくり
娘中心、援助者長女婿
地域近隣(家主ふくめ6世帯)
民生児童委員
専門技術サービス
行政、福祉事務所
K診 治療、看護、リハ方針案作成と
民生的各職種チームワークづくり
S.50.2.14.
地域受け入れ決定
2.27.
三者懇談会
医療機関・福祉事務所・保健所
3.8.
3.10.
I.N老人地域懇談会
患者・家族
地域近隣・
民生委員・老人福祉員
行政ホームヘルパー
ケースワーカー
治療、看護、リハ方針、生活援助方針の統一と各役割分担
K診往診2/w、訪問看護など6/w
家庭奉仕員 2/w
地域近隣 毎日
4.22.
危機3
II.N老人地域懇談会
保健所参加
娘宅栄養管理、娘へ保健所栄養士
栄養調査絵カードでの訪問指導
7.23.
害虫発生、虫刺傷
26.
民生委員ブロック別研究会(ケース報告)
31.
N老人家屋
大掃除
害虫駆除の大掃除実施
保健所中心
地域近隣民生委員会や町内会住民
福祉事務所関係者ほか
医療機関、往診
老父親7つの出来事と娘の4つの危機
①精薄の娘をもつ老父親の緊急入院
2.寝たきりとなった老人の退院
③在宅ケアでの地域の受け入れ体制
4.在宅ケアにおける病状変化への対応
⑤在宅ケアでの介護中心の娘の健康破壊
6.SOSマーク時の対応
⑦老人の急死と娘の将来

図1 ケ ー ス

8.15. Ⅲ.N老人地域懇談会
地域民生児童委員会参加

8.18. 地域ボランティアによる調理・介護

9. 8. 民生児童委員会・福祉事務所主催
老人福祉員研修会

老人と娘ふくめての管理を特定の関係者のみの援助から地域の人たち、とくに婦人(民協)中心の積極的協力へ

「一寝たきり老人へのとりくみ」実践報告を通じて地域福祉のあり方

病　状　福祉事務所ケースワーカーケース紹介
実践報告　K診、医師
保健所　保健婦、栄養士
地域　民生委員
老人福祉員
福祉事務所　家庭奉仕員
ケースワーカー
民生児童委員会　総務

安　定

(娘も)

助言と討議

助言と討議
助言　福祉事務所老人福祉司
老人ホーム施設長
大学教授
討議　老人へのかかわり方
ＳＯＳマーク時の対応
長期的ボランティア活動の条件

11.27. [民生児童委員会 / 老人クラブ連合会 / 福祉事務所] 「地域福祉への探索」～ある寝たきり老人と人びと～ 冊子発行

初めて自尿の日

腹部激痛

危機4　12.13. 地域近隣 / K診　病状急変時対応 / 緊急往診 / 救急車緊急入院

救急入院　ＳＯＳマーク時の対応できたこと
(老人福祉員研修会で学んだこと)

12.16. 地域 / 福祉事務所　みおくり / 次女への支え

死　亡　娘への施設紹介、見学、家族の了解
娘の希望で精薄施設入所
年1回は町内ボランティア協議会が励まし

(娘の今後)　に訪問

◇とりくみでの問題点

問題発見から　老人の要求把握(老人面接法)→問題提起→家庭の核形成(民主的家庭づくり)→近隣・地域との連携(地域ボランティア)→地域ボランティア組織化→地域の保健(保健所)・医療(医師会はじめ医療機関)・福祉(福祉事務所など)の連携→地域における地域・保健・医療・福祉のネットワーク→地域の変革(民生児童委員会から学区社会福祉協議会、さらに自治連合会はじめすべての町内組織化)→自治体→国への要求への拡大発展

家庭への疾病の影響　患者への影響から患者家族へ、病人家族家庭機能停止、崩壊

地域看護、医療の展開めぐる個人の動機、負担から自己調節能力の破綻とそれへの個別ないし集団支援の力の重要性

ケースについて　合同カンファレンス、統一した予防、治療、リハビリ、看護、福祉の方針やプログラムの共同討議による総合化、専門職の「仕事論」と「運動論」の統一、「ボランティア論」の理解

紹　介

表　患者家族・医療機関・行政・地域それぞれの問題点とその解決

時期	危機場面	患者家族	医療機関	行政福祉事務所・保健所	地域隣人・町内・学区	危機の対処とその解決
1974. 1. 7 感冒に罹患 4. 3 U病院緊急入院	危機 I 入院	長女（市内在住）リウマチ様関節炎にて寝たきりで援助不可能 (次女) 精薄 同居	老人の緊急入院施設 付き添い家族がいない (娘(次女)) への病状説明	(福祉) 生保患者の入院 (次女) 独居困難で生活問題	(隣) 老人，(次女)の世話する人 入院後るす家の管理 長女の娘婿への援助説得	民医連関連病院へ受け入れ依頼。決定，(次女) の付き添い許可 入院後のるす宅管理を隣人で
7. 6 退院許可 11.11 退院決定 1975. 2.14 地域受け入れ決定	危機 II 退院	老人 施設入所反対し拒食 (次女) 父親との別居に反対し涕泣	幾つかの経験の上に立って老人ケアは本来在宅ケアであるべく，その可能性・条件をまず検討 (入院施設) 退院後施設のあっせん積極的にとりくむ	(福) 入院施設と協力，退院後，病状に適応した施設 (次女) にも同様の重度障害者と精薄施設の紹介	家主（隣人）長女の婿の老人の受け入れの説得と隣人たちの協力の要請など	はじめ施設ケア，老人・娘の希望を入れ在宅ケア追求，地域の熱意で地域受け入れ決定
2.27 第7回九条診，福祉保健所三者懇談会 3. 8 U病院退院 3.10 第1回N老人地域懇談会	在宅ケア	長女の婿 家主の説得で働きながら老人・次女の援助決意 (次女) 今まで老人の扶養者がこれからは老人看護の中心者 長男・次男 連絡するも扶養援助の意志全くなし	寝たきり老人ケアをするための地域の関係者懇談会必要性 治療・リハビリテーションプラン・看護計画(衣，食，住，清潔，排泄，褥瘡，治療など) 全職員による民主的集団医療体制づくり	(福)寝たきり老人，生活保護者への法の運用，老人ベッド，電話，火災報知ベル，ホームヘルパーなど 公的ボランティアの協力要請	(隣)隣人(6世帯家主ふくめ)での日常的援助体制 (次女) への協力，食事援助，夜間緊急時の援助体制)	娘婿の説得の上，隣人(家主)が受け入れ決意されて前進 医療機関の提起ではじめ行政と次には地域で患者・(次女)・隣人民生委員・老人福祉員・福祉・保健所の行政，医療機関と懇談会もって在宅ケアプラン決定し各々の役割分担
4.22 第2回N老人地域懇談会	危機 III 退院直後の病状	老人 通院時の喜びと寝たきり回復意欲低下 (次女) 家事・老人介護など新たな負担	褥瘡悪化など病状変化に適正な治療看護方針確立 回復遅延に栄養改善の必要性 病室環境整備を各々保健所・福祉へ依頼	(福)児童民生委員ブロック研修会に報告 (保)保健婦訪問，栄養士の報告栄養調査	(隣) (次女) への日常的物心にわたる援助，とくに家主の協力 (地域)地域の民生児童委員会で検討	褥瘡悪化などに医療機関からの提起で保健所の協力増大，福祉は地域に問題を拡大
7.23 害虫発生，虫刺傷 7.31 害虫駆除の大掃除 8.15 第3回N老人地域懇談会 8.18 地域ボランティアによる調理・看護活動	介護者の健康障害	梅雨期にあたり (次女) の心身の疲労高度，虫刺傷出現	老人の治療だけでなく，(次女) もふくめて家族の健康管理 虫刺傷に害虫駆除保健所へ	(保)栄養調査まとめと絵による栄養指導 (福)保健所とともに行政あげて大掃除害虫駆除，地域協力	(地)害虫駆除，大掃除には地域で協力 食事援助へ婦人ボランティア活動検討し実践	(次女) の病気から一家の援助，特定の関係者のみの援助から地域の人たち，とくに婦人のボランティアの積極的協力へ 絵をかいて栄養指導，計画表をみんなで記入
9. 8 南区老人福祉員研修会	SOS マーク	SOS マーク時の (次女) の対応	救急時の医療体制	(福) 老人福祉員研修会野催・SOSマーク時の対応 必要性提起，専門家の意見学習	(地)南民生児童委員会をふくめ研修会開催 長期的地域ボランティア検討	地域の児童民生委員会より老人福祉員へ拡大し長期的対策づくりへ
12.13 突然腹部大動脈破裂 12.16 老人死亡する	危機 IV 老人急死	(次女)，長女，婿，父急病，救急入院，死亡への対応 長女婿との話し合い，施設入所後も支援，援助体制	自尿あった日，急病，救急時の緊急往診，救急指示 施設入所後の精神的支助	(福)次女の精薄施設入所について (次女)，長女と相談，施設紹介	(隣)急病時，救急入院中の看護 (次女) への援助 施設入所後の援助	SOSマーク時に何んとか対応できた。 (次女) 施設入所も本人も希望し，現在以前より明るく施設内で生活

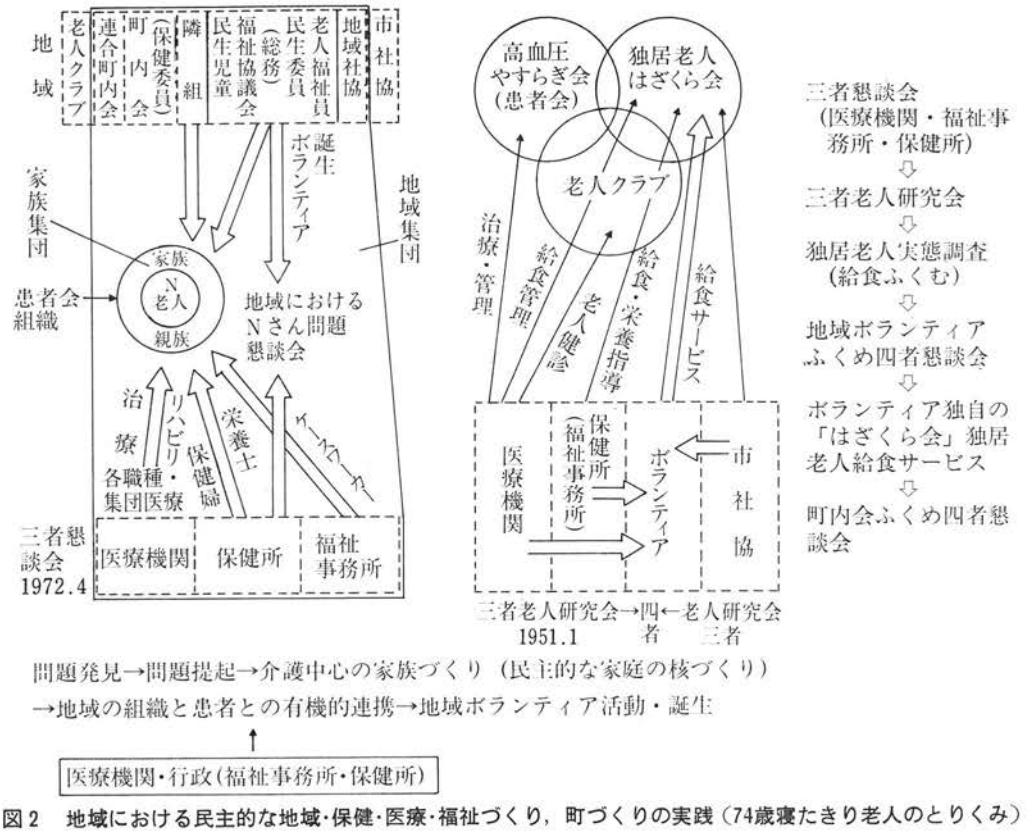


図2　地域における民主的な地域・保健・医療・福祉づくり，町づくりの実践（74歳寝たきり老人のとりくみ）

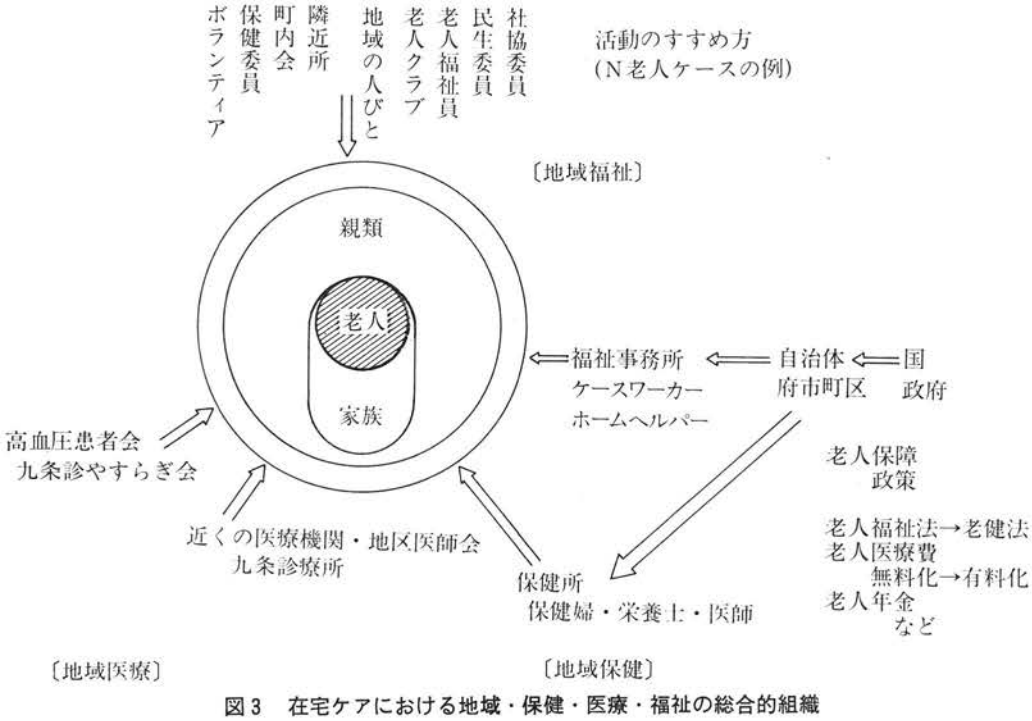


図3　在宅ケアにおける地域・保健・医療・福祉の総合的組織

で象徴される家庭機能破綻への，むしろ必然性があった。医療機関での医療が，老人や娘個々の治療を対象とするのでは解決できず，地域に住む家族としての治療で破綻をまぬがれ，家庭機能が回復，改善できたといえる。そのためには，医療機関の提起から始まる問題提起によって，地域や保健・医療・福祉などの有機的連携による地域・保健・医療・福祉の統合的な方針の下での，繰り返されたカンファレンスや老人研究会，連絡帳，週間援助体制づくりなどの協同の実践活動によって，始めて家族療法が機能し，効果をあげることができたといえる。

このケースの実践は，きわめて不安定な核家族の弱体化した保健医療機能の危機に対応して，まず家族自らの努力による家族の再構築（核づくり）を基礎に，それを補完的に社会的援助，行政の役割，社会資源の利用や発掘，住民や専門職によるコンミュニティ・ケアが必要であったことを教訓として学ぶことができた。

これを契機に，地域にボランティアが生まれ，友愛訪問，ひとり暮らし老人への給食サービス，ふとん乾燥，レクリエーション活動はじめ，医療機関，医師会と連携した健診，健康管理，ボランティアスクール開校などと拡大展開され，健康な町づくりの第1歩となって現在に至っているので，報告する。

研究と臨床

7. 臨床研究の進め方

徳島市蔵本町
徳島大学医学部第一内科　板東　浩

はじめに

医学領域で数多くの研究が今日まで行われてきている。この医学研究の原則は，どの研究においても同じであるが，本稿ではプライマリ・ケアにおける研究の方法[1),2)]について，

(1) 研究テーマの決定と仮説の設定
(2) データを収集する方法の企画
(3) 実際に施行する前のチェック
(4) 研究実施と結論の分析

の順に述べる。これを理解することは，家庭医の日常診療に，また，医学生の教育に有用と考えられる。

1. 研究テーマの決定と仮説の設定

(1) 研究テーマ

「研究テーマ」と突然たずねられても，困惑するだけであるとするならば，これは日常，そのような発想で物事を観察していないからである。いかなる医療機関であろうと，日常の診療で，文献を読んでいて，あるいは，患者から質問されたときなどに，疑問を生じる多くのチャンスがあるはずである。この疑問こそ「研究テーマ」である。研究テーマは，科学的かつ明確でなければならない[3)]。例を次に述べる。

① 高血圧の患者に自宅で血圧を測定することは，外来治療のうえで有用だろうか
② 患者の服薬のコンプライアンスを高めるには，どのような指導がよいだろうか
③ 患者に胃透視を定期的に受けさせるにはどのようにすればよいか
④ 抗生物質のAとBに関して，臨床効果の違いはあるだろうか
⑤ 倦怠感を訴えてきた外来患者に肝機能検査を指示するのはスクリーニングとして意義があるだろうか
⑥ 私の外来処方には，他の医師と比べ，トランキライザーが多くないか

以上のような疑問を日常感じている医師は多いと思われる。したがって，まず研究テーマを決めることがもっとも重要であり，時間をかけて考える必要がある。

(2) 研究のタイプ

医学研究のタイプは専門的見地からみると複雑で多岐にわたっている[3)]。しかし，臨床研究のタイプは下記の4つに分類されると考えれば理解しやすい。

① 記述的研究：状況や出来事を，事実に基づいて正確にかつ系統的に記述する研究である。これは，必ずしも関係を説明し，仮説を証明し，予想をたてたりすることを目的とするものではない。たとえば，高血圧患者の薬の服用状況の調査，外来でマイナートランキライザーがどれだけ処方されているかの調

査，1年間に何回病院へ来ているかの調査など。

② 相関的研究：1つの因子の変化(変数)がほかの因子とどれだけ対応しているのか，相関係数を用いて調査する研究である。「効果があるかないか」という all-or-nothing question でなく，存在する関係の程度を知ろうとするものである。たとえば，卒業試験の成績と国家試験の合否との関係の調査，喫煙と肺ガンとの関係の調査など。

③ 比較的研究：結果を分析し，原因を探索することにより，因果関係を調査する研究である。これは「事実の後の調査」で，すべての出来事がおこったあとでデータを収集するものである。たとえば，自閉症の児童と正常の子どもについて，日常生活や振る舞いの違いの調査，糖尿病患者のカルテを調べて，合併症をおこすリスクの調査など。

④ 実験的研究：実験群にある治療(処理)を行う。そして，対称群の結果と比較して，因果関係を調査する。たとえば，ポリクリの学生をランダムに2つに分け，1つのグループにはビデオを使用して教育，他のグループには視聴覚教材を使わず，従来の教育を行う。ある期間の後にテストを行い，両グループの成績の差異を調査する。同じ疾患の患者に薬AとBを与えて治療効果を比較するのも同様の調査である。

上記の4つのタイプについて高血圧に関する研究テーマを設定してみると，次のようである。

① 記述的研究：高血圧患者に，高血圧のリスクファクターを知っているか調査する

② 相関的研究：大きなグループを設定して，食塩摂取量を調べ血圧を測定する。この因子間の相関性を調べる

③ 比較的研究：高血圧患者のカルテとそれ以外の患者のカルテを調べて，検査所見の違いを調査する

④ 実験的研究：1つのグループには低塩食を，他のグループには普通食を与え，食前・食後で血圧を測定して差異を調査する[4]

このほかに，研究を retrospective と prospective の2つに分類する方法もある。これは，結果が出た後で振り返ってデータを得る方法ならびに，あらかじめ結果を予想して実験的にデータを得る方法である[1]。

適切な研究計画をたてて良い論文を書くには，統計学の知識も必要である[5]。およそ医学論文の半分が統計学的処理を誤用しているとの報告もある[6]。研究計画をたてた際には，統計学者に相談して信頼性の高い科学論文にするのが望ましい[1),7]。

(3) 仮説の設定

仮説とは2つ以上の現象や変数の間の関係を論理的にまとめたものである。普通，Aがおこればおこる，というように言いあらわせる。たとえば，グルタミン酸ソーダを摂取すると，成績があがるであろう。乳房を自己チェックすると，早期に乳癌が見つかるだろう。糖尿病の患者に食事指導をすると，コントロールの状態がよくなるだろうなど。

良い仮説を設定するには次の3つの要素が必要である。

① 母集団：研究対象になる被験者

② 実験方法：被験者に与えられるさまざまな条件

③ 結　果：観察可能で測定可能である被験者におこった物事

自分が設定した仮説については，これらの要素を備えているか否かのチェックが必要でたとえば「高血圧の患者に降圧剤を投与すると，血圧の下降がみられるであろう」という仮説では，

母 集 団＝高血圧患者
実験方法＝降圧剤の投与
結　　果＝血圧の下降となる

2．データの収集方法の企画

（1） 仮説の肉づけ

仮説が決まれば，次に仮説の詳細な条件設定を決定するために，仮説に肉づけをしていく。

●母集団に関して：被験者は男性か女性か，年齢の範囲は，どんな疾病患者か，職業は，バックグラウンドは，など。

●治療に関して：投薬するのか，教育・指導をするのか，どんな条件にするのか，など。

●結果に関して：何をマーカーにするのか，数字で出てくる検査結果か，自覚症状か，副作用の程度・頻度か，患者の主観や判断か，などである。そして，どんな機器を使ってどのようにデータ（結果）を出すのかが次の問題点となる。

（2） 測定手段の選定

母集団に処理を行えば，結果が出てくる。その結果を定量化したり基準化したりするために，なんらかの手段で変数を測定せねばならない。結果はさまざまであり，数字で現れる量的で客観的なものもあれば，患者や医師の判断という質的で主観的なものもある。たとえば，患者の訴え，問診，症状の観察・記載，血液検査，心電図，胸部X-P，知能テストなどがあげられる。

測定手段が機器の場合，その結果を出すのに適した機器を選ぶことが大切である。この際に，正確度（その機器は測定したいものを正確に計れるか）および精度（その機器はばらつきのない結果を出すか）を検討する。

3．研究実施前のチェック

（1） 研究テーマの必要性・妥当性

その研究をする意義と理由をあげられるか。誰が利益を受けるか，研究費を浪費していないか，時間と労力を費やす価値があるか，良い結果がでると予想されるか，仮説と結果に興味がもたれる内容か[8]，結果は普遍的に多くの患者にあてはまるか[8]，現在までにどんな事実が判明しているか，統計学的に，また医学的に意義があるか[9]，文献を調べてみる[3]ことなどがこの時点で大切である。

（2） 研究を実行できる可能性

さまざまな側面から分析してみる。

●被験者：何人の被験者が必要か，実際にその条件にあう被験者をそろえられるか，被験者は協力してくれるか，被験者がいやがる要素はないか，被験者の管理は容易か[3]，被験者のコンプライアンスはどうか[10]，被験者の同意を得たか[9]。

●共同研究者：指導者はいるか，大学との関連はどうか，研究の経験のある医師はいるか，教育目標はどうか[11]，補助者や協力者はいるか。

●時間：研究者，被験者，また共同研究者が，どれくらいの時間を必要とするのか。どのような状況で研究を終わるのか[12]，準備や機器の使用に必要な期間はどのくらいか。

●倫理的側面：その研究は倫理的に問題はないか，世論はどうか。

●公共機関の評価：管理者，同僚，共同研究者は認めてくれているか。

●測定機器：正確度，精度，所要経費，共同研究者の熟練度，測定に要する時間，使いやすさ，過去の実績などはどうか。

●施設：研究が可能なスペースや器材はあるか。

●費用：機器に，準備に，教育に，テキスト

に，コピーに，データ分析にどのくらい経費が必要か，予備実験をすることが可能か，など多くの点から検討しておく。

（3） 良い研究計画にするためのチェック

研究のタイプは記述的，相関的，比較的，実験的の4つに分類されることは前述した。また，被験者，実験方法，結果の設定が必要である。さて，結果の信頼性を高めるために3つの原則がある。

① 実験方法による結果の変化の程度を最大にせよ

② 誤差を最小にせよ

③ 結果に影響を与える因子を最小限にするように管理せよ。一例をあげると，

仮　　説：食塩の少ない食事は血圧を下げる

被 験 者：高血圧の患者

実験方法：食事の食塩摂取量を変化させる

結　　果：血圧の測定値

① 実験方法による結果の変化を最大にする：食塩摂取量の違いが結果に現れやすくするために，できるだけ治療の違いを大きくする。すなわち，コントロールは8g／日，低塩食は5g／日と設定するよりも，コントロールは10g／日，低塩食は3g／日へその差を大きくする。同じ被験者に時期を変えて普通食と低塩食を与える方法も考えられる[13]。

② 誤差を最小にする：血圧測定の条件をできるだけ一定にするために，被験者の条件，血圧計，測定者を一定にする。たとえば，診察を9時にはじめ，被験者を安静に保った後，臥位で右腕にて血圧を測定する。そして，看護婦が○○社製の血圧計で2回測定して平均値を出す。というように，詳細な条件を決めておく。

③ 外因を管理する：外因の影響を除くために，被験者をランダムに振り分けたり，同種のグループに限定したりする。たとえば，普通食と低塩食のそれぞれで，年齢（被験者を40歳以下，40～50歳，50歳以上に分ける），性別（男性か女性の一方か，両方か），喫煙歴，降圧剤の服用歴，高血圧の程度，合併症，無作為抽出，などを設定する。

（4） 被験者のチェック

必要とする被験者の条件や特徴を設定しておくことが必要である。高血圧患者を被験者として研究を行う場合には，性別，年齢，高血圧の程度，合併症，協力的か，来院できるか，精神病患者でないか，アルコール中毒者でないか，などについて調べておく。

一般的に，被験者として適切な数を過大に考える傾向がある。各研究タイプの最小限の対照者の数のめやすは，記述的研究—20～50例，相関的研究—30例，比較的研究—1グループにつき15例，実験的研究—1グループにつき15例である。しかし，その研究に適した被験者の数の決定は必ずしも簡単ではないので，統計学の専門家に決定してもらうのが望ましい。

必要な被験者の数が得られても，すべての被験者から完全なデータを得ることは不可能である。臨床研究の途中で落ちこぼれ（dropout）があるからである[14),15)]。患者はなぜ研究への協力を断るのか，なぜ途中でドロップアウトするのか，どうすれば協力する被験者を増やせられるか，研究に必要な期間が長すぎるのか，などの原因を検討して，対策を考慮しておくことが重要である。

（5） 長期のスケジュール

研究計画には，長期間の予定を組み込んで，非現実的な時間の見積もりはないか，共同研究者に負担はかからないか，他の業務が遅れる可能性はあるか，全体の研究の期間はどれだけか，などを検討しておく。

長期間の研究計画の例を下記に示す。

＃1：研究計画を作りあげる
1月
＃2：研究協力者を教育して訓練する
1～2月
＃3：協力者に試験的に研究を行わせる
2～3月
＃4：被験者の協力のもとで実際に研究を進める
3～8月
＃5：集めたデータを分析する
8～9月
＃6：分析した結果をまとめて論文にする
9～10月

（6） 研究計画の最終チェック

詳細な研究計画が完成してもすぐに着手せず，最後のチェックを行う。

●研究テーマ：問題点は明確か，適切な実験方法であるか，結果を設定したか，結果は価値があるか。

●仮説：仮説が正しければ結果を明確に予想できるか，仮説は測定可能で実験的に確かめられるか，多くの医師がこの仮説に興味を示すか。実際に研究を行うに際して，2つ以上の仮説を証明できるように計画をたてたか，予想に反して逆の結果が出た場合に，その仮説や考察をどうするか。

●被験者：被験者を選ぶ基準はしっかりしているか，被験者は条件にあっているか，それをどのように確認したか，グループ分けは明確か，被験者の数は適当か，ランダムにふり分けたか。

●機器（測定方法）：データの収集のために適切な機器を選択したか，適切な測定方法か，精度，正確度はどうか。

●実験的研究の場合：その結果を一般化できるか，無作為抽出をするか，2つのグループは同じ条件か。

●研究の手順：その研究の反復ができるほど手順を充分詳しく述べているか，前もって実験的な練習を行ったか，共同研究者の教育・訓練方法を検討したか，患者の権利は守られているか。

4．研究を実施し分析して結論を出す

以上のプロセスを終えてからはじめて研究を開始する。開始してから，さまざまな問題点が出てきたのでは，研究はうまくいかない。良い研究は研究開始前に，おこるであろう問題点を予想してすでに処理している。研究が開始したら，実際に予定どおりのプロセスが行われたかどうかのフィードバックを行う。そして，適切な統計処理で結果をまとめ，前もって予想した仮説と比較し考察する[16]。

5．臨床研究の進め方のまとめ

(1) ある研究に対して，いくつかのアイデアを考える
(2) そのなかから適切な研究テーマを選択する
(3) 研究のタイプを決定する
(4) 実行可能な仮説をたてる
(5) 実験方法の詳しい条件を決定する
(6) 適切な機器（測定方法）を選択する
(7) 最大数の実験項目が測定できるように研究計画を作る
(8) データの分析方法を考える
(9) 予備実験をする
(10) 研究計画の最終チェックをする
(11) 研究計画を実行する
(12) 結果を評価して結論を導き出す

おわりに

以上，研究計画のたて方の原則を概説した。実際に研究を行う際には，多くの因子がから

んで複雑となり，原則通りにはいかないこともある。しかし，本稿が臨床研究に参考になり，ひいては，診療と教育に寄与できれば幸いである。

文　献

1) Marks RG: Designing a Research Project. Wadsworth, Belmont, California, 1982.
2) Keller K, Podell RN : J. Family Practice 2;449, 1975.
3) Froom J., et. al: J. Family Practice 7;75, 1980.
4) Lavori PW et. al: N. Engl J. Med 309;1291, 1983.
5) Moses LE et. al: N. Engl J. Med 312; 890, 1985.
6) Stanton AG: Giostatistics: Circulation 61;1, 1980.
7) 杉田暉道，津田忠美：統計学入門　第4版，医学書院，1984.
8) Ballar JC et. al: N. Engl J. Med 311; 156, 1984.
9) Louis TA: Ann Rev Public Health 4; 25, 1983.
10) Sheehan TJ : Arch Intern Med 140; 472, 1980.
11) Kane WJ: J. Family Practice 3; 668, 1976.
12) Parkerson GR et. al: J. Family Practice 8; 859, 1979.
13) Brown BW: Biometrics 36; 69, 1980.
14) Louis TA et. al: N. Engl J. Med 310; 24, 1984.
15) Drug and therapeutics bulletin 23;5, 1985.
16) DerSimonian R., et. al: N. Engl J. Med 306; 1332, 1982.

研究と臨床

8. POMR と病診連携

東京都府中市

近藤医院　近藤忠雄

私は第6回日本P・C学会で，医師から医師への患者の紹介状について報告し，診診間，病診間の連携と生涯教育に，また患者のケアに必要な文書であることを説明，本学会誌に発表したが，今回は1964年 L. L. Weed の提唱するPOシステムによる診療記録を，コンピューターに導入することによって効率よく，患者の病状，身体状況，検査データを把握し，それを基に有効な診療を行い得るものと考え，POMR (Problem Oriented Medical Record) と病診連携について，その有用性を，最近経験した2症例について検討し，その成果を得ることができたので報告する。

図1は一昨年，健康保険法の改正により，情報提供料が設定された際，東京都医師会より地区医師会に提示された一種の紹介状である。すなわち主訴または病名，現病歴，現症と紹介理由を概略し，当院で行った検査データを添付し，その診療経過を説明，より高度の精密検査，ないしは入院などを依頼するものである。POシステムの第一段階，すなわち POMR(問題志向型診療記録）を作成するにあたり，まず基礎データすなわち患者の生活像，病歴，診療所見，検査データを集め，病状の経過に伴ってデータが追加され，利用価値が高くなってくる。

図2は前の情報提供書をPOシステムの経過記録の様式によって概略したものである。

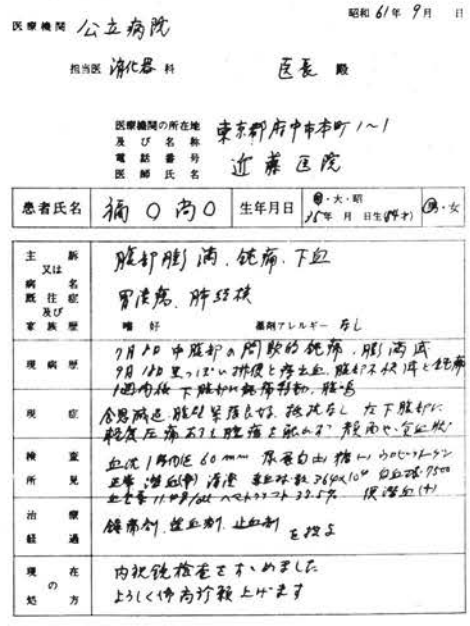


図1　診療情報提供書

すなわち subjective（主観的データ）は患者の直接提供する情報――症状・所見，objective（客観的データ）は医師や看護婦から出される診療所見および検査データ，assesment は問題に対する考按ないし評価で，plan は患者の診断・治療方針，患者への教育など，問題に対する計画である。図1と対比すると，subjective は現病歴に相当し，objective は現症に，assesment は治療経過に相当していて，当院での診療の経過を評価あ

氏名　福○尚○　84歳　男性

#　腹部鈍痛，下血，腹部膨満感

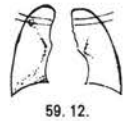
(Subjective) 7月8日より中腹部の間歇的鈍痛，膨満感。9月18日，赤みがかった黒い便排出と出血，腹部不快感。1週間後，下腹部に鈍痛があった。

(Objective) 腹壁の緊張は良好で特に抵抗なし。左下腹部に軽度の圧痛があるが腫瘤を触れず。食思不振，顔面やや貧血状。
赤沈1時間値60mm，尿蛋白（±），糖（−），ウロビリノーゲン正常，潜血（＋），清澄。赤血球数 364×10^4，白血球数7500，血色素11.4g／dl，ヘマトクリット33.5%，便潜血（＋）

(Assessment) 削痩の傾向，出血持続による貧血状。下血等の所見より下部消化管の内視鏡及びX線検査を必要とする。

(Plan) 食事指導，鎮痛，止血，消化整腸剤で入院，精密検査を受けるまで対症療法を実施する。

備考　62年2月S字状結腸癌と判明，手術施行



59. 12.

図　2

Date	Active	Inactive
8／VII	# 1　腹部膨満 S：食後しばらくしてから起こりやすい O：下腹部やや膨隆 A：便秘の傾向による P：整腸，食事指導	
〃	# 2　中腹部鈍痛 S：1週間位前から間歇的 O：左側中腹部に軽度圧痛 A：持続すれば下腹消化管X線検査 P：鎮痛剤と食事療法	
18／IX	# 3　下血 S：1週間前より赤黒い軟便 O：排便後も出血 A：出血部位の検査が必要 P：坐剤及び止血剤，食事指導	
10／XI	# 4　削痩 S：2ケ月で約3kg体重減少 O：身長168cm　体重59kg A：出血と食欲不振	
	# 5	胃潰瘍 （昭和31年胃切除）
	# 6	肺結核 （昭和26年化学療法）

福○尚○　84歳　男性

図3　ploblem list

るいは考按したものである。これに対し，planは以上の経過にもとづいて診療の計画を行うもので，情報提供書の入院ないしは，より精密な検査の依頼ということになる。そして現症と直接かかわりはなくとも参考としての既往症ないしは最終結果の記録を記載しておくものである。

基礎データ（base）に次いでPOMRの第2の要素であるproblem listは図3に示すように，主訴のそれぞれを#1，#2，#3……と問題点を提起し，それぞれについてsubjective，objective，assesment，planを記載し，診療への指針とするもので，マニュアルといえるものである。そしてこれもbata baseと同じように疾病の経過とともに新しい問題点が追加されて不用のものは消去されていく。同じスタイルでもう一例（呼吸器疾患）の別の患者のも提示する（図4〜6）。

POMRの第3の要素はinitial plan（初期計画）で，診断上または患者のケア上，必要な計画と治療上の計画ならびに教育的計画をたて，それぞれの問題点を記録し，チャートをまとめるのである。

このように基礎データを充分集め，問題リストを個条書きにして，それぞれについて診療マニュアルを作り，そのためのplanをたて現在までの問題点の経過を記録することにより，病気の発生から現症，経過および診療の方針がたてられ，その経過を記すことによって確定診断・治療への方向づけが行われると考えるのである。このPOMRが監査され，記録が修正されれば，より正確なものとなり，POシステムがコンピューターに組み込まれれば，カードによってその患者の病気に対するあらゆるデータが包括されることになり，場合によってはメリットは大きいと考えられる。ただし，組み込まれるデータは常に正しく修正されることが条件となるであろう。

医療と医学教育の革新のための新しいシステムPOSのメリットは，患者の問題点をすべて見いだすことにある。すなわち症状，身

昭和62年9月 日

医療機関 公立病院

担当医 呼吸器科 医長 殿

医療機関の所在地及び名称 東京都府中市本町1～1
電話番号
医師氏名 近藤医院

患者氏名	森 ○ きく○	生年月日	明・㊤・昭 ㋮年 月 日生(71才)	男・㊛

主訴又は病名 既往症及び家族歴	咳嗽，喀痰，呼吸困難 慢性気管支炎 嗜好 薬剤アレルギー 有し
現病歴	7月中旬より微熱，咳，痰や，増強，全身倦怠 来院後加療，自宅にて療養
現症	顔面やや貧血様，左背下部にラ音聴取 心音純，体温 37.0～37.5℃ 持続，削痩．
検査所見	血沈 40mm/1hr，赤血球数 298×10⁴，白血球数 4700 血色素 7.5g/dl，Ht 25.0％，桿状核 2，分葉核 62 リンパ球 33，単球 3，抗酸性菌培養(4W)陰性 異型細胞検出されず
治療経過	鎮咳・祛痰剤 抗生剤 EHを投与
現在の処方	肺癌のようなX-P所見で肺癌症かと思いますが精査をすすめました よろしくお願い申します

図4 診療情報提供書

氏名 森○きく○ 71歳 女性

咳，痰，呼吸困難

(Subjective) 20年以上前から拡張症気味の慢性気管支炎といわれていた。8月中旬から微熱（37.3～37.5℃），咳，痰がやや増え，全身倦怠がある。歩行後，動悸・息切れがする。食欲が減退した。

(Objective) 顔面やや貧血状。左背下部にラ音聴取。心音純，整。体温37.0℃～37.5℃持続し削痩がある。赤沈40mm／1h，赤血球数298×10⁴，白血球数4700，血色素7.5g／dl，ヘマトクリット25.0%，桿状核2，分葉核62，リンパ球33，単球3。抗酸性菌培養8週で陰性，異型細胞検出されず。

(Assessment) 貧血，胸部X線写真，菌陰性等の所見から気管支鏡，血管撮影，断層写真等の精密検査が必要である。

(Plan) 食事療法，栄養補給をしながら検査結果判明まで鎮咳，祛痰，造血剤及び炎症の程度により抗生剤を投与する。

備考 気管支炎に肺嚢胞症を合併したもの，気管支造影は施行せず。

62.9.

図 5

Date	Active	Inactive
2／IX	# 1 せき S：20年以上前から朝起きると出る O：左背下にラ音聴取 A：肺の血管陰影が強い P：主人の喫煙を止めさせる	
〃	# 2 呼吸困難 S：1週間前から歩くと苦しくなった O：胸部X線写真と呼吸量の低下 A：呼吸機能の検査 P：外出を禁止する	
〃	# 3 痰 S：灰白色だが年に2～3回血痰が出たことがある。 O：抗酸性菌陰性異型細胞陰性 A：気管支拡張の傾向にあるため P：食事指導，祛痰剤	
〃	# 4 貧血 S：外出すると微熱やどうきがする O：血色素が少く低蛋白血症もある A：出血の有無を検査する P：食事指導，造血剤	
	# 5	気管支拡張症 慢性気管支炎 （抗結核剤の既往）

森○きく○ 71歳 女性

図6 ploblem list

体所見，臨床検査などのデータを残らずアプローチしながら収集し，診断に役立たせるものであり，前演者（伊藤清次先生）の講演のように川崎医大，浜松医大，大阪大学あるいはまた島根医大の森 忠三教授のところでもマトリックス形式で試みられており，患者のdata base, problem listなどからアプローチが得られやすくなると思われ，今後コンピューターの応用とともに適用されるシステムであろうと考えるのである。

引用文献

1） 日野原重明：POS 医療と医学教育の革新のための新しいシステム．医学書院，1985.
2） 森 忠三・西尾利一・山県俊彦：診療録と情報処理．日本医事新報，ジュニア版258；8～12ほか．

実地医家のための会

京都支部第21回例会報告

京都市右京区
岡田医院　岡田安弘

昭和63年8月に，「京都実地医家の会」は満5周年を迎え第21回例会を行った。この会を「実地医家のための会」の地方例会と合同にさせていただいた。東京都をはじめ多くの他府県から暑い京都へ来てくださり，演者として，また聴く人として，例会の内容を高めていただいたことを感謝します。早朝の金閣寺とそれに続く龍安寺の見物をしていただけたのが何よりでした。

私どもの京都の会はその後も引きつづき順調に進んでおり，5月28日には第24回例会を行います。22・23回には小児の問題をテーマとしてとり上げ，口腔外科領域の問題やアデノイド手術適応の問題などを種々勉強しました。24回例会は演者の調整がつかなくて全員発表はなく，講演2題にしました。1題は会員の冨田　仁氏の「わかりやすい検査の話」。わかりやすいといっても初心者向きというわけではない。近ごろ検査センターが持ってくる依頼書をみると細かい字でズラーッと項目が並んでおり，その中には誰でも知っているGOT・GPTといったものもあるが，きいたこともない名称や名は知っていても何の用途があるのやらわからないものがたくさんある。それを逐条的にサーッと話していただこうというわけである。

次にもう1題は物理学の先生で京大助教授の松田卓也氏，テーマは宇宙観の変遷である。丸善のフロンティアサイエンスシリーズに『時間の逆流する世界』を書いた方である。「進化とは情報学の増大であるからエントロピーの減少である」「われわれが通常みている物質は仮の姿であり，特異点（専門用語）近くでのみ，その真の姿をみせるのかもしれない」といったお話しを聴く。近来ターミナルケアに僧侶などがもっともらしい口を出すが，坊さんがいて救われるようならこの世は気楽なものだ。むしろ，われわれの求める救いは宇宙物理学の先生がくださるのだと思います。

わが徒然草＜連載6＞

サンカの思い出

東京都新宿区
上田医院　上田篤次郎

はじめに

『人間の医学』に「サンカの思い出」という題で一文を草するとなると，お読みくださる方はまず産科婦人科のサンカとお考えになるかと思う。

辞書を見ると産科の他，惨禍，参加，酸化，三夏，山果，産家，傘下，山歌，讃歌，餐霞，山家などずいぶんたくさんサンカはあるが，これからお話しようと思うのは山窩のことである。

広辞苑には，山窩とは定住せず，山奥や河原に自然人のような生活をしている漂泊民で，箕作(みつくり)や椀，杓子製作などを業とし，かたわら狩りや漁をしている集団。明治以後定住奨励策がとられ，さんわともいうと記されている。

大正10年ごろ少年期だった私は東京市下谷区谷中で育ったが，鎮守様の諏訪神社の祭礼には，参道にこじきが座って喜捨を求めていたもので，哀れむというより，薄きみ悪い存在と見ていたことを思い出す。

江戸時代，当初はキリシタン吟味のため，6年ごとに戸籍を調べ人別帳というのが作られ，これに載っていない者は無宿者とされ，非人，賤民，えた等と差別して人権を無視してきたようだが，はっきりした区別もなく，子どもたちは避けて通るようにしつけられていたと思う。

いわば人生の落伍者とひっくるめて賤民扱いしてきたように思っていたが，これらとサンカは少し性質が違うと知らされたのは三角寛氏の山窩物語で，氏は昭和46年逝去されるまで生涯をサンカ共同体を民俗学的に研究し，発表し続けたのである。

サンカについては古くは柳田国男氏の研究もあり，また後藤興善氏や田中勝也氏の著書もあって，遡れば古事記のスサノヲ伝説にまで連なるというので，単なる人生の落後者の集団とはいえないようである。

三角氏によると，千葉県一帯のサンカ共同体の間には始祖伝承があって，上代との関連が確立されるという。

下総一こと印部一郎(シモフサハジメ　イムベ)が語った伝承として，三角氏が記録しているのは，

「私の印部は，神武さまの前(カミ)の前(カミ)，ずうっと前(カミ)からスガベでございます。

スガベというのは，清々(スガスガ)しく身を清めて，祭事の御供物容器(イレ)を奉る一族の事であります。

神前に延べる斉庭の真菰(マコモ)（茅(チガヤ)）を編み，御神酒(ミケ)を奉る陶(ヤキモノ)を作り，海幸山幸野幸(ウミチヤマチノチ)を奉る箕(ミカラワケ)などを，身を清めて作ります。

これが斉瓮(イミベ)で，その遠祖の神が天太玉命(トオツオヤ　アメノフトタマノミコト)であります。この祖神の百十二代の後孫(アトマゴ)の天富命(アメノトミ)が四国の阿波に在(オワ)しまされまして，そ

こからこの総(フサ)の国に私ども斉部をお連れになられました」というようなもので，これでは日本の先住民族と考えられないこともない。

普通の日本史には出てこない，もう1つの伝統を見せられたような気がする。

そこで私が出会ったことからのかってな推論を展開してみようと思う。

◍サンカとの出会い

昭和20年3月10日の東京大空襲で焼け出された私は，陸軍軍医学校と一緒に山形へ疎開していたが，敗戦後臨時東京第1陸軍病院で軍医学校の復員業務を担当し，病院内に居住していた。

そして11月30日に完全に陸軍と離れることになったが，東京は焼け野原で住むべき所がなかったので，本土防衛部隊附だった弟の伝(つて)で，千葉県の犢橋(こてはし)村の農家の一室を借りることとした。

ここは稲毛から行っても，京成電鉄の実籾から行ってもたっぷり4㎞はあり，東京へ通うにはどうしても小1時間は歩かなければならなかった。

食糧の配給も滞りがちな時代だったが，農村でしかも無医村だったから，若干の医薬品を用意しておいて，頼まれれば診療を行いながら，東大衛生学教室でペニシリンの研究に手をつけていた。

家といっても農家の養蚕場で，一間きりだから，患者をみるのも縁側ということで，雨戸の隙間からは月光が差し込むといった所だった。

2月のある寒い夜，戸をたたく音に目をさましたら，1人の男が「病人があるので往診願いたい」というので，往診鞄をその男に持たせて案内させた。

月の冴えた夜だったが，男は部落を離れて山のほうへ登って行く。

その方面には人家はなく，「どこへ連れて行くのか」と訝(いぶか)りながらもついて行ったが，小さな峠のような所を越えた所に，松林に囲まれた盆地があり，そこの小川の傍に茅を葺いたセブリが2つあった。

その1つに案内されて入ってみたら，患者は妊婦で嬰児はすでに床の干し草の中に無造作に置かれて呱々の声をあげており，母親は子癇をおこしていてまだ意識はなかった。

臍の緒は誰が，どうして切ったか聞いた覚えはないが，干し草の中の嬰児と母親がつながっていなかったことは今もはっきり記憶している。

田中勝也氏の『サンカ研究』の中からサンカのお産についての記述を引用してみよう。

「山窩のお産が軽いということはよく聞く。産前産後の忌(イミ)もなく，寒中でも川の水で産湯をつかわせるといわれるが，地面に穴を掘って，その穴に天幕を敷き込んで水を入れ，焚火で焼いた石を投げ込んで湯にするヤキユの習俗があるというから，たぶんそれを使うのではないだろうか」と述べられている。

私が見たときは母親か子癇をおこしていたので，産湯どころではなかったと思うが，セブリの他にヤキユは見られなかった。

また出産についての記述を見ると「サンカの妊婦は産み月になるとフキリという臍の緒を切る竹刀を手渡される。

これは少名彦(スクナヒコ)（オオナムチと協同して国造りをした神）以来伝えられていることで，日本書紀にも「ニニギの妻コノハナサクヤ姫が児を産んだときの物語として，時に竹刀をもちて，その子の臍を切る。その竹刀を捨てし所，終に竹林となる」と書かれているという。

この記述からみると私が見たときにすでに竹刀で臍の緒は切ってあったものと思うが，その竹刀を見た覚えはない。

刃物といえばサンカはウメガイという双刃の短刀を持っていることになっているが，両刃で直線的な形態からして，上代の刀剣の流れをくんだもので，古事記に出てくるスサノヲが切り殺したヤマノオロチの尾から出てくる剣と同じ系統だという。

このウメガイも山窩物語では知ったが，せっかくの機会に見ることはできなかった。

患者に対しては一通り注射などして処置しだが，すでに胎児が出てしまったので気がついたのか，発作は治まり，意識が回復したので，夜明けごろ帰ることとして，この病気は腎臓機能などと関係が深く，充分な治療が必要だから，おちついたら千葉の大学病院でみてもらうようにと，紹介状を書いて渡した。

そして，迎えに来た男に送られて帰宅したが，その後何の連絡もなかった。

村の人に話したところ，サンカのことは知っていて，藷など農作物を盗まれることはあるが，薄きみ悪いので黙認しているとのことで，つき合わないほうがよいと忠告してくれた。

好き好んでつき合うわけではないが，医者だから診療を頼まれれば行かないわけにはいかないよと話しておいた。

後日，記憶をたどってセブリのあった所へ行って見たら，人影はもちろんセブリの跡も残っていなかった。

その後忘れていたが，旧盆の夜また往診を求められた。

話の様子では何かの食中毒らしい。

セブリに行ってみたら，何かのお祭りらしく，30人くらいの人たちがおり，セブリの中には堕胎の目的で飲んだ薬草の中毒らしい患者がいた。

胃洗浄を行って様子を見たが，無事治めることができた。

この前の子癇をおこした女のことを聞いてみたが，千葉医大へは行っておらず，その後元気でいるとのことだった。

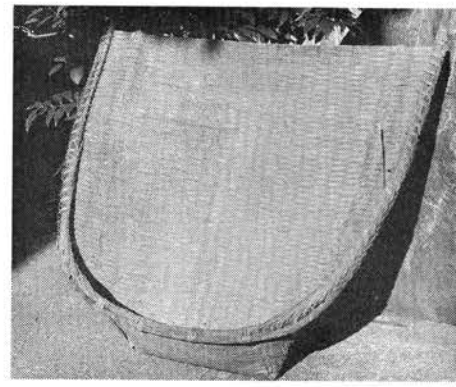


写真　山窩の箕

セブリへの往診は2回きりで終わってしまったが，昭和24年3月私が東京へ居を移すとき，どこで聞きつけたのか，サンカの男が箕を持ってお礼に来たので，何よりの記念とありがたくちょうだいして，トラックの上に乗せて来たが，東京では使い道もなく，今でも物置の隅にそのまま置いてある(**写真**)。

彼らは戦争中もきっと籍がなかったから，兵役とは関係なく生活し続けていたと思われ，その団結力，たくましさには驚嘆した。

彼らが伝統的に生薬などを使って守ってきた医学のことについても，田中勝也氏の『サンカ研究』から一部を引用してみよう。

◍サンカの医学

古くから伝えられている本に『上記(ウエツフミ)』というのがある。

この本は偽書として扱われてきたが，神代文字で書かれたもので，ニニギ王朝，山幸彦王朝，ウガヤフキアエズ王朝などの歴史が書かれているというから，古事記に相当するあたりから記録されているらしい。

この中に医学に関する記載があるという。人間の体はイケ，ホケ，ミケ，ツケの四者か

らなるとされ，空気，火，水，地の四気元素論であるから，漢方の五行思想とは別らしい。

山窩は山野を住み家として漂泊の生活をしていたから，その医療は漢方とは別でも，起こり方や薬草の活用は共通するものがあると思われる。

前記の『上記』には197種類の薬草名が記されているという。

このうちの135種は和漢方の薬草名と似ていることで，三角氏が紹介しているところではアケビ，ユリノクサ（うばゆり），カリタチキ（からたち），クスキ（くすのき），フキネ（ふき），オオバコクサ（おほばこ），キハタ（きはだ），クウコ（くこ），イノコツチクサ（いのこつち），ウユキ（うこぎ）など，和漢方で認められていたものと同じものが相当含まれているようで，実際に口にしては経験を増してきた点は漢方と共通するものが多い。

生活の規範としては性交の規則も語り継がれている由で，

いかし（14～20歳）　許さず
は　や（21～30歳）　1日おき
ますら（31～50歳）　2日めごと
す　け（51～70歳）　4日めごと
ますけ（71～90歳）　6日めごと
ち　ぬ（91～110歳）　9日めごと
まちぬ（111～150歳）随意に
さきを（151歳以上）　敬いて行え

と示されているという。

性欲の激しい20歳以下に厳しく，ますけ以後150歳代まで比較的ゆるく示されている点など，多少眉唾の感はあるが，貝原益軒などよりはるかに遠い昔から，規準が示されていたことはおもしろいと思う。

九州の益城郡のほうにも伝承があると聞いて，徳光先生にうかがったところ，熊本県上益城郡の山窩について郷土史家井上清一氏が研究しておられると紹介してくださった。

その山窩物語の一部を引用してみよう。

「山窩は何とも不思議な人達の集団である。

身なりは洗い晒しのボロに近い木綿の着物に草履の女達，大きな厚手の風呂敷に包んだものを背負い，1人の女は手に鍋を下げていた。目付の鋭い，地下足袋を履いた男達は，割竹の束を輪にして葛（つづら）の輪や欅（けやき）の厚皮を巻いたものなどと一緒に，新しい箕（み）を4，5枚肩にしていた。老婆も居れば子供も居た。

村から村へ通ずる小道をせかせかと足速に歩いて，村外れのお堂につくと，男達は新しい箕を持って家々を廻り，箕を売ったり修理を引受けて帰って来る。

女達は石を集めて竈を作り，鍋で飯を炊く。

風呂敷から竹筒を出して水を汲み，火の傍に立掛け，新芽を出している茶の枝を折取って焔に入れ，パチパチ音をさせた葉を摘んで竹筒に入れると，緑色の茶が沸く。

路端の畑から失敬してきた青菜を洗ってねじ切り筒に入れて湯を加え，河原から集めて来た小石を火で焼いたものを入れると，音をたてて味噌汁が出来るといった仕方である。

肉が手に入れば，お堂の屋根の隅の瓦をはがして火の上に乗せ，即席のフライパンとする」と書いてある。

山窩は決まったコースを定期的に集団で移動する漂泊民といわれているが，私が会ったのも，その通りだったと思っている。

千葉県の山窩の瀬降のあったあたりも，現在では団地やマンションが建ち並ぶ丘と変わってしまい，農家の作業も機械化してしまって，箕など使う者もあるまいし，彼らの漂泊の生活も続けにくい世の中となったに違いない。

東京の西のほうに唯一の村，桧原村があり，無医村の時代によく行って思い出の深い土地だが，地名に笛吹と書いてウズシキ，十里と

書いてヘンボリなどと呼ぶものが南秋川に沿った地域にある。

私は別に根拠は何もないが，これらは山窩と関連のある地名ではないかと思っている。

北秋川には神戸岩と書いてカノトイワと読ませる景勝地があるが，秩父古生層と思われる大岩壁が100メートル近い高さで切り裂かれて，深い谷底には石塊の回転によって削られたと思われる跡が，今も造り続けられている。

思うに，この上には古代には湖があり，その岸辺には古代人の生活の場が延々として守り続けられ，その一部が山窩となって漂泊の民となったような妄想をたくましくしている。

そしてそのたくましい伝統を持った彼らは，今の世となって生活様式などは変わっても，必ずやどこかに溌剌と生き続けているのではないだろうか。

もう5年くらい前だったろうか。パリのオペラ座の近くで，2，3人のちょっと変わった男女を見かけた。

そのときガイドが「あれはジプシーですよ」とささやいた。

ジプシーはインドを発祥の地として，ハンガリーを中心にヨーロッパ諸地方，西アジア，アフリカ，アメリカと広範な地域に散在して，漂泊の生活を今も続けている民族だということだが「日本の山窩と何と共通したところがあるものよ」と感動したことを思い出す。

芭蕉は奥の細道の冒頭で，「月日は百代の過客にして」と述べているが，漂泊こそが人間の生き方の原形であったとも思われ，その生活における医学は，定住生活での医学とは別の道を歩んでいたようにも考えられる。

いずれにせよ，このような生き方が厳然として存在したことは興味深いことである。

おわりに

NHKテレビで「部落史をどう教えるか」という番組が放映されたが，部落史研究の一端を知ることができ，現在でも連綿と続いている問題であることを知った。

封建時代に差別が顕在化し，身分が士農工商と格づけされ，賤民，カワタがその埒外と確定したのが豊臣時代というのも皮肉なもので，出生の定かでない秀吉はあんがいサンカの出身かもしれないと思っている。

われわれとは無縁のものと考えやすいが，医師はその立場上，彼らと接する機会が多いかと思われ，同和問題にも関心をもち，支援を心がけるべきものと考えている。

かえうた　ひふかがく＜連載3＞

お医者さんの歌 外伝5

宮城県仙台市
谷田皮膚科医院　谷田津奈男

娘さん　よく聞けよ
皮膚科さんにゃ　ほれるなよ
かゆいところにゃよ
すぐ手を出すでよ

今は昔。Chloasma virginum periorale をあまり見かけなくなった。Pigmentatio periorale（ときにvirginum）を見る。境界不鮮明なすすけ色である。多くは外陰部陰股部にインキンタムシがあるかビダールがある。マニキュア娘たちの会話を耳にしてハッとする。今どきの娘たちはアッケラカンとして自分の体のことをいう。この会話にはいれないのにPigmentatio peiorale がいる。春草土手に萌えるが木枯らしふく土手の枯れすすきとなってるありさま。ひっかくから土手に石灰をまいたようになってる。オールドパーの大人のジャイロスコープとは回転方向が違う。Strassendiagnose でなくて street hearing だ。OMANN がなおれば口の周りもなおる。「利根の川風たもとにいれて」はぐれ平手の北辰一刀流，喧嘩りの河原にゆれて斬る，どころかひっかき傷の血の雨が，かゆいかゆいと恨みの跡をショーツに残すはめとなる。好きでもない男のたった1度の無理無理ペッティングでなることもある。よーく天眼鏡でみて，よーくさわって見ることだ。

「たむし」と「まんせい湿疹」と間違えると口の周りがまた黒くなる。

娘さん　よく聞けよ
小児科さんにゃ　ほれるなよ
アババ　アブアブじゃよ
通訳いるでよ

新生児からどのあたりの年齢までが守備範囲なんだろう。なにせ男はまばらにコールマン髭を付けてくると言うし，女は富士額に河原毛がくると言う。大人を小さくしたのが小児科ではないかという。生態，病理生態がまったく違うと言う。

かぜが流行る。小児科の外来は混雑をきわめる。母親はわが子がかぜをひいているのに咳する子からかぜをうつされないようにはるかに離れて待ってるか，混む時間を避ける。

小児科の先生は顔を見ればわかる。赤ん坊の雰囲気丸出しである。優しい顔と思うでしょう。あの顔で子どもと母親をだましたりすかしたりしてきたのだ。夜中にアババ　アブアブと言いだしても不思議はない。ここからは通訳がいなけりゃわからない会話になる。夜の灯りで大人の雰囲気が欲しい方には不向きだろう。あんがい幼児志向が心の底に潜んでいるのかな。襁褓をしてもらって喜んでる

髭の紳士もいる世の中だ。小児科を希望する女医さんが少なくなってると言うのに……世の中さまざまだよネェー。

この構造不況の元凶は誰だ！

娘さん　よく聞けよ
肛門科さんにゃ　ほれるなよ
あぐらかかせてよ
逆さにするでよ

今は昔。腰に枕をあてがい，膝を抱えて体を折るようにする。ハハア女の格好だなと思う人は，さまざまな性書を読んだ人であろう。日本語で衣かつぎ，破瓜によいと言う。茸にもキヌカツギはあるが皮被りを連想していただけない。はたして，いいかどうかは何例も試みられた人の意見を聞かねば信じられない。比較対照してみて言えることである。「良い」と言った人は比較対照された人と認識することにした。あんがい行われていないのではないか。だから浮世絵のごとく娘にあぐらをかかして仰向けにし，8の字の括約筋があるところをみたがる。天井をむく真っ白な殿で鮑がひっくりかえっていたらロマノスコープも入れやすいでしょう。座薬も入れやすいでしょう。ホモも来るでしょう。いぼ痔も来るでしょう。コンジロームは両方来るでしょう。けつを割る。けつを持っていく。なくて七癖，あって尻癖。人生いろいろ。さて，あなたならどうする。

娘さん　よく聞けよ
精神科さんにゃ　ほれるなよ
いくよいくいくでよ
浮気がばれるよ

今は昔。早稲田にいた友人の講義のテキスト（精神分析入門）をひと夏借りて，神経衰弱になるくらい夢中で読んだ。人間が浅ましくみえて厭世的になったことがある。フロイド先生，画期的碩学だが診察料もとびきり高くて黒川先生はみてもらわなかったよし。リビドーという言葉に閉口した記憶がある。なんたって言葉のはしはしから，忘れた文字の字面からその人の心の状態がわかろうと言うのである。行動は性の衝動，リビドーがいっさいを決定する。

さて，あのときにあげる感嘆詞とも絶叫詞とも快感詞とも言えぬ「言の葉」を職業別（もちろん女性の）に分類した人(野坂昭如)の暇な記事を読んだことがある。出色だったのはスチュワーデスの「フライト，フライト」であった。

相手変われば言葉が変わる。夫にゃ「死ぬ死ぬ」，機長にゃ「フライト」，所変われば品変わる浪速の葦は伊勢の浜荻。浮気のばれなんとする瞬間を楽しんでいるようだが，それをしもつつましくベールに包んでおこうとなされる方には精神科はいかがかな？

娘さん　よく聞けよ
リハビリ科さんにゃ　ほれるなよ
腰の上げ下げよ
角度を計るよ

卒中，リュウマチ，パーキンソンがいる。リュウマチ組は女が多い。仰向けに寝かせ，術者は足元のほうに座り両足ゆびをつかんでゆっくりしたリズムで股間を開いたり閉じたりする。術者の胸のポケットには角度計が入っている。かたわらでは女の患者が仰向けになってソックスをはくところだ。誰も手伝わぬ。手伝ってもらおうともしない。膝のうらを片手でつかんだりしてけっきょくはき終えた。医心方，房内編をまのあたりにみたようなもんだ。日本では肩車または衣かつぎとい

い，会陰部が緊張したまま露出するので肛門性感の強い不感症によいと言う。

真剣なリハビリの話なのだろうが，女3人寄ればかしましい。話はギリギリの線で互いに夜を意識しての話だ。まったく枯れた人はコロボックンクルの婆さんや，にこにこ笑う床の間の置き物だ。

リハビリがうまくいって退院したときにはホンワカしたものを思い出すだろう。角度計の話もでるだろう。と，思うがはたして現実はどんなんだろう。いい思い出をもって退院できることを願おう。そして願う。リハビリに「もっと光りを！」

若者よ　よく聞けよ
リハビリねえちゃんにゃ　ほれるなよ
寝たふり CHINNKO をよ
リハビリするでよ

白いパンツにベンケイシー型の白衣，白い靴下，アイロンのきいた折りめすじめのきちんとした服装はさっそうと初々しい。「痛い」と言って突き飛ばされても，治療が思うようにならないと言って杖を振りまわされても，笑顔ですすめる姿は若い菩薩にも似て胸をしめつける。困るのは菩薩のお尻がまともにこちらを向いているとき。白衣地の弱点でショーツの線が明瞭に見えること，カラーだと透けて微かにその色がわかること。花柄や漫画柄はまだ見たことないところをみると，けっこう後ろからの視線を意識してのことだろう。

朝から広い訓練場で何組もリハビリをしているとき，ちょっとした光景にあたる（あたったのは私だけ？）。床のマットでする組，一段高いベッドでする組があるから混みあうときにヒョンなことになる。ベッドの組が私（マット組）の頭の上になった。体の不自由な患者を抱え，千代の富士が四股を踏む格好で後退した女性の股間が目の前にクローズアップした。訓練中の一瞬の出来事である。さだかではないが，ピンクの帯状部分を丘陵地帯の間にかいま見た。

毎日シャツを着る訓練をする羅漢。超然たる年老いた羅漢に，あきずに根気よく教え，優しく話す孫のような菩薩たち。その小さな白い手こそ仏の手であろう。

浮気心の外食で満腹して帰って CHINNは眠いぞと狸寝入りを決めこんでも，あの優しさと根気のよい菩薩の手でリハビリされるのが目にみえている。SAMEN 遁減の法則は厳しいのだ。上田篤次郎氏の『女けい訓』（寄贈されて13年間大事にしすぎてしまい忘れていたのが出てきた。うれしさのあまり引用させていただき謝意を表し，失念の無礼をおわび申しあげる）に曰く「既に眠りに就きたる後，静かに男根を探りてこれを玩び，その堅く大きくなれるを待ちて我から乗掛りて女陰にわい込み緊と抱きつきて夫を目覚さばー」とある。ダメの馬のお尻に鞭をくれてプラス1の汗をむりむりかかねばならぬ。　（終）

でい・えぬ・えい

怒れ医師よ

神奈川県秦野市　**大林輝明**

本年2月7日夜10時，テレビ朝日のニュースステーションを見ていてショックを受けた。その日1,900余人の医師脱税が報道されたが，それはともかく，わが国開業医の平均年収が7,780万円であり，それはサラリーマンの20倍との発言があった。さらに今回もまた医師優遇税はほとんど手直しされずに終わったとのこと。過去にもサラリーマンとの比較はあったが，今回は自分自身，年末の税制改正で鬱々たる気分のところへのニュースである。まさに怒り心頭に達すの感！　直ちに司会者久米　宏氏へ抗議文を出した（かかる行動はまったく始めて）。まず7,700万の平均値が信じられぬこと。62年度中医協の調査は6,200万であるが，これとて私見では多すぎる。調査に際し，低所得の医師からのアンケートが得られていない事実がある。さらに平均年齢58歳の開業医と全サラリーマンを比較するのは不当であり，本来は自由業や中小企業の経営者と比較するのがフェアであろう。われわれには退職金も恩給もない。そのうえ今回の5,000万円以上の措置法廃止で全国の万を超す医師が頭をかかえている事実を知るべきである。優遇税という言葉も誤りであり実態を調べてほしい。

以上のような内容であったがあいにくその直後，リクルートの逮捕者が出て番組には多く投書が殺到しニュースはリクルート一辺倒となってしまった。あの番組は視聴率が高く影響力が大である。どうしてこんな大切なターゲットへ日本医師会は接触しないのだろう。あまり役に立たぬ国会議員への署名より，番組あての連判状のほうがはるかに効果的であると思うのだが。数日後テレビ朝日からは返事がきた。投書が多くいちいち返事は出せぬが番組制作上の参考にさせていただくとの内容である。これは後述の日医雑誌への抗議の際より紳士的である。

平成元年1月15日号の日医雑誌，第195頁，羽田会長「新春に語る」の内容でひっかかった。それは医師税制に関し5,000万を超える部分については経費率を適用しない。5,000万以下は今までの段階別の経費率を認めるというのが制度の改革であると書いてある。さらには診療が忙しく厄介だから記帳を怠る事実もあるがそれでは世のなか通らない，反省の要があるというものであった。元来経費率は点数アップが不能のため設けられたのだがそれ以上に，医師が算術をしないで医療に集中できるという利点があったはずである。私は前段の表現の誤りを指摘するため日医へ直接電話を入れた。答えはミスプリントですとのこと。かかる重大事を公報でミスを犯すとは日医の姿勢が疑われる。さっそく全都道府県医師会へファックスを入れ訂正すべきではないかと申し入れたが返事はなく，2月15日号の末尾に小さな訂正がなされたのみである。昨年7月の日医ニュースに掲載された通り，自民党の見直し案以上の是正案が浮上する場合は実力行使も辞さないとの談話があるが，それ以前の5段階改正については抵抗を見せていないし，その後も法実施の延長や内容是正に最大の努力をはらった形跡はない。

けっきょく昨年4月点数改正時の特養老人ホーム嘱託医に対する保険請求上の圧迫に次ぐ一方的敗退である。

われわれはこれを時代の趨勢として諦めるべきであろうか？　武士は食わねど高揚枝の時代ではない。このままでは社会の医師に対する誤解は深まる一方であろうし，せっかく世界に誇るべきわが国の開業医制の存続が危

ぶまれるのも遠い未来ではないと思う。

どうせいってもムダ！　日医に任せておけばという態度では，けっきょく自分の首を締めつける結果をまねくであろう。

ひとりの力は弱い，しかし大勢の同志が歩調を合わせれば必ず道は開けるはずである。

最後に再び声を大にして叫びたい。

医師よ怒れ！

世相におもうこと

神奈川県平塚市　**香取力勇**

医療法改正とか，健康保険制度の改悪とか，いろいろ問題が多すぎる世相となってきました。また，標榜科目の問題では，家庭医とか，専門医ないし認定医制度とか，対処しなければならない問題が山積みしています。われわれ開業医はただ手をこまねいているだけでよいのでしょうか。

認定医問題については，たんなる標榜科目の問題ではなく，家庭医制度ともからめて，どう対処したらいいでしょうか。たとえば，糖尿病認定医でなければ糖尿病の診療はできなくなり，消化器病認定医でなければ消化器の診療はできなくなると思われます。総合病院にしても認定医のいない科は診療できなくなると思われます。私たちは，ただ認定医の資格をとることだけを考えていれば，大きな禍根を残すことになります。

厚生省の考えていることに，現在の出来高払い制度をやめて病気別に限度数を決める定額制制度を実施することがあります。また，疾病別に入院日数を定める入院定日数とすることもあります。老人の入院は病院でなく保健施設にしようとする考えもあるようです。これらの制度はすでにアメリカで実施され，医療の荒廃は目をおおうようであります。日本はアメリカの10年後を追いかけております。しかも営利を主とする医療機関が参入するようになります。社会保障はまったくなくなりかねません。

日本を国力よりみれば，GNPよりみて，まだまだ医療費は上がってよいはずです。戦争を放棄したはずの日本が，軍備でも世界第3位になっております。世界平和のためにも，日本の軍備を抑制しなければなりません。核兵器のない世のなかにするためにも，日本の軍備は過剰です。この軍備を抑制すれば，まだまだ社会保障や社会福祉をのばすことができるはずです。

政府や臨調や財界に任せておけば，住みにくい日本が来るのは明らかです。

よい日本を作るために，われわれ医師も国民と手に手をとって努力しなければなりません。医師会に任せておいてもダメです。

「実地医家のための会」の本質である全人的医療を行うためにも，主治医制度を確立して，国民とともに日本によい医療を作るように邁進しようではありませんか。ややもすると，マスコミはわれわれ医療界に対して，敵対行動をとり，政府に踊らされています。これを打破するためには，国民とともに，よい医療を行うようにしなければなりません。

医薬分業始末記（1）

長野県諏訪郡　**多田龍右**

昨年9月，診療所の近くに調剤薬局が開いた。これは私が医薬分業の必要性もともかく，増大する患者数に所内調剤がたびたび渋滞すること，レセプト作成のわずらわしさなどの対策として，ある薬局に開設を働きかけたものである。事前に当方の考えや希望などを充分に伝え，意向にそって調剤を行ってもらえるようにした。調剤与薬がスムーズに行われ，患者にとって有益となるかどうかは，たんにことの成否にかかわるのみならず，診療所の診療の内容にまで影響する問題であるからで

ある。

しかし，この意図を村当局（当診療所の開設者）の当事者に説明したところ，あまりかんばしい反応は得られなかった。さらに話が村長におよび，時，村長選の直前であったせいもあってか，暗に中止を求められた。村としては官民癒着，便宜供与などの批判を恐れたのかもしれないし，また村民から文句が出ないか（二度手間とか二度払いなど）とか，また医療費と自己負担が増加し，国保財政に影響することを心配したようである。村議会にも呼ばれ，説明することとなった。議会の反応は村民から文句が出なければよいということだった。

開始以来，月700枚前後の処方箋が発行されている。これは，だいたい総患者数の3分の2にあたる。患者の反応は意外とあっさりしたもので説明を受けて薬局に赴く。そこで薬のできるのを待ったり，サービスのお茶を飲んだり，または処方箋をあずけて農協のストアに買い物に行ったりしている。ついでに常備薬やドリンク，衛生用品などを買っていく。村内はじめての唯一の薬局であり，便利になったという声もきく。あらかじめ薬局には患者サービスを充分にと忠告しておいたのもよかったようである。薬について詳しく説明もしているようであるし，また患者も診療所でいいにくいことやいいそびれたことを相談したり，それが薬局からフィードバックされてくるといったこともある。患者の診療所での待ち時間ははっきり減少した。せまい待合室に待ち患者がごったがえすことがきわめて少なくなった。診察が終わると会計も早くすみ処方箋を受け取ってすぐに出ていく。特に子ども連れの場合など，便利になったようである。少数であるが診療所で薬を出してくれという患者もある。また薬局まで行くのが困難な患者もいる。また国保に多少配慮して，国保は処方箋を多少控えめにしている。また薬局には薬効に問題がなければB，C価格品を使用するよう求めている。

12月，かぜが大流行し患者数が著増した。例年なら高熱の患者が会計待ちで待たされたり大混雑となるところだが，今回はスムーズに患者がはけていく。もっとも私自身の忙しさは減らないどころか，処方箋書きでデクエルバンぎみとなった。ついに処方箋書きも一部職員に頼むはめになった。

半年すぎて，医薬分業はいちおう順調である。（医薬分業始末記（2）も書く予定です）

時間厳守

千葉県船橋市　**坂口練平**

前略

毎度『人間の医学』の編集ご苦労さまです。

暮れの例会で，大森先生の講演を楽しみに出席しましたのに，前の演者のダラダラおしゃべりでおめあての話が30分に短縮され，腹にすえかねて，投稿しました。こんなことは第一，大森先生には大変失礼なことで，司会者ももっとしっかりしてもらいたいものです。

かってながら，よろしくお願いいたします。

坂口練平

川久保先生

玉机下

私が船橋ロータリークラブに入会して，わが意を得たりと感じたことのひとつは，時間厳守ということです。

以前，船橋にも船橋時間というのがあって，医師会の会合も30分くらい遅れるのが普通でした。私どもがやかましくいって，近ごろはだいぶ改まってまいりました。

時間というものは皆のものですから，1人

が30分遅れれば，10人おれば5時間のムダとなります。

ロータリの綱領のひとつは「相手の身になって」ということですから，自然時間も厳守されるわけです。

会合などで遅れるのは，まだ皆が集まらないから，というのが大方の理由ですが，そんなことをするから，どうせ遅れるのだからと，ますます時間が守れなくなります。私どもは1人でも2人でも集まったら時間通りはじめることにしております。

そうすることによってやむを得ない人を除いて時間通り集まるようになります。予定通りはじまれば，終わるのも予定通りとなり，時間のムダもなくなり，時間を気にして途中で中座することもなくなります。

もうひとつ，講演会などでよくあることですが，演者が持ち時間を大幅にオーバーしてしゃべっていることがあります。これも後の演者にはもとより，一般聴衆には大変迷惑なことです。これも自分だけのことしか考えないエゴの現れです。

本田宗一郎氏は，時間を守るということは，相手の生命を守ることだといっておられます。

皆さん「時は金なり」です。自分の時間より，人様の時間をムダにしないように心がけましょう。

管理料と指導料

長崎県西彼杵郡　**黒崎　勇**

日日の診療のなかで，いつも私がとまどいを感ずるものに慢性疾患管理・指導料がある。

診療報酬点数表によれば，慢性疾患外来医学管理料については「慢性疾患患者に対する治療を行ううえでの継続的な医学管理の計画を作成し，これを毎月見直し，これに基づいて算定した旨を診療録に記載した場合に算定できる」とあり，慢性疾患指導料については，「慢性疾患患者に対する治療を行ううえで必要な服薬・運動・栄養などの療養指導を行うとともに，必要に応じ運動（強度・時間），食事（制限すべき食品名および許容量），安静・業務など日常生活上の指導を行い，その要点を診療録に記載した場合に算定できる」と明記されている。

実際に，日常診療の場で，この管理料と指導料の算定にあたって，現場の医師のみなさんはどんなふうに対処しておられるだろうかと，いつも私は思い悩んでいるのであります。

私自身について言えば，ある程度の指導はそれなりにやっているつもりだし，指導したときだけに限って算定しているけれども，これの要点をカルテに記載する段階で，どの程度まで記載したらよいか，いつも迷っていて，結果的には，毎月毎月似たりよったりの簡単な記載にとどまってしまうようです。

管理料に至っては，とても毎月見直してうんぬんといったことはカルテに記載していません。ただなんとなく記載してさえいれば，保険の指導あるいは監査のときでも見逃してくれると言う話を聞いたこともある。つまり，見せかけさえよければいいと言うことなのだろうか。そのあたりがどうもすっきりしない。

指導料にしても，自分では充分指導したつもりでカルテに記載したところで，患者さんに果たして充分わかってもらえたかどうか，この点も問題が残る。

この管理・指導料が導入されて以来，患者さんから，窓口で「同じ治療を受けたのに，どうして料金が違うのか」とたずねられることがしばしばある。そのたびによくわかってもらえるように説明したつもりでも，患者さんはどこか不審な顔つきをすることが多い。

同じ管理・指導料でも，老人保健ではそれぞれ10点と15点の差がつけられているが，こ

の点もよくわからない。

診療報酬点数の設定は，いろいろと難しい問題があるのだろうとは，ぼんやりとわかるけれども，ともすれば，医師と患者の間に不信を生むかも知れないような点数は，医師の側で，その設定・導入を拒否すべきではなかったかと，今にして切に思うものであります。患者さんにきかれて，しどろもどろの説明しかできない，しかもよく管理してもらえない，そんな点数は，これから先お断りしたいものだ。

現場の苦労をよく知っているはずの医師会の人たちのなかにも，ただ点数が上がりさえすればよいとだけ考えている人たちがいるのではないでしょうか。

もちろん，きちんと管理・指導しておられる先生も多いと思いますが，私なんか，とてもじゃないけれど充分な管理・指導ができなくて困惑しています。きちんとやれば算定請求できるものを，しないのもちょっと損する気分になり，さりとて，あとで返還を求められるような請求はしたくないし……そんな先生も，ほかにいらっしゃるのではないかと思います。

「説明と同意」が求められる時代，点数ひとつにしても，医師と患者との信頼関係をそこなわないようなものであってほしいと願っています。

哲学的医療への提言

神奈川県横浜市　**浅見鉄男**

医者の果たす任務責任は一言でいうならば患者の悩み，苦しみを速やかに取り除いてやることである。家庭医，専門医の差はないと思う。

現在の医療は，検査（血液・レントゲン・CT・脳波・生物学的検査など，多種多様にわたり），薬物治療，物理的治療などの方法手段によって行われる。

もし諸種の検査，治療により病症を改善せしめ得ないときは，医者は患者に対し「たいしたことはない，異常はない気のせいだ。自律神経失調症・ストレス・疲れ・老化現象等……」と言って患者の気分を和らげている。

とにかく検査にひっかからないと病気と認めない。しかし対処療法としてたくさんもの投薬をしている。原因のない病症はあり得ない，結核には結核菌，チフスにはチフス菌，インフルエンザにはウイルスなど必ず発症をおこす因子がある。それなのに開業医，専門医の大半はなぜ，病症をおこしているのかという大切な点を考えようとしていない（考えている医師もいるかもしれない）。

病症には器質的と機能的二大因子により，発症してくると考えるのではなかろうか？

廊下を歩く小使いの足音で唾液を出す犬の生理的実験（条件反射現象）は，パブロフの偉大なる発見であることは先生方のすでに知っておられることと思う。

音を耳で聞き，物を目で見ることにより場合によりそれが，ストレスになることが多い。このストレス（本当はストレッサー）により生体は必ず生理的反応を示す。その反応は自律神経反応である。この反応は現代のいかなる検査技術，機器を用いても知ることができない。この自律神経反応を認識し，それに対する医療を行えば「何でもない」という無責任な態度を，患者に与えなくともすむと思う。

結論を急ぐとするならば，医療に対し哲学的姿勢をとるべきと思う。

「実地医家のための会」と「日本プライマリ・ケア学会」の発足

実地医家のための会

現在我が国には一般医のための研修会は医師会の学術部が中心になったもの，或は個人的にリーダーの努力で行われているもの等，全国各地で数え切れない位行われています。その事は医療の質を高める為にも，開業医の生涯研修の為にも大変喜ばしい事です。

実地医家のための会の発足

昭和38年に実地医家のための会が永井友二郎の発案から4人で最初の例会を持ってから25年を迎えました。最初，永井は孤立している開業医が，学術的な連携をもち，その固有の持ち場に対する認識を高め，人間的な医療を育てるために，家庭医，一般医の学会が必要だと考えました。その提言は大きい反響を巻き起こしました。

当時の雰囲気を元日医常任理事の藤沢正輝氏は次のように回顧しています。「当時の開業医師の満たされないある種の不満足感と，何ものかを摑まなくてはならないという一種の気慨との共鳴であり，内蔵されていた賦活エネルギーの爆発であると見ることもできよう。そしてあたかも若きゲーテの時代のドイツのようにSturm und Drang運動のように燃え上ったといってもよいであろう。このように自発的に発生した会であったので，この会には始めから派閥もなく先輩も後輩もない民主的なアトモスファーがあった。」と述べています。

その後世話人による会の運営，入退会は自由，会則を持たない，ボスを作らない，政治的問題を持ちこまない，例会は会員自身による講演，パネル，座談会を主眼にし，自由討論形式の自由交見を大事にする等が決まりました。

この様な会の姿勢で25年間も続けてこられた事は，我が国では例を見ない画期的な事です。

昭和38年頃の医学界の実状

その当時の我が国の医学界の実状と，一般医のおかれた立場は，細分化，専門化が進む中で全く孤立していました。学会は医療に目を向ける余裕はなく，医学の発展と世界の新しい流れに遅れないように研究に追われている情況でありました。従って一般医は医学の現状と自分との間にある埋め難いギャップの中で失望感，孤独感，疎外感，といったものをいやという程味わわされていました。そんな情況の中で「実地医家のための会」は誕生したのです。

機関誌「人間の医学」の巻頭に毎号掲げられている永井の考え方は，25年たった今でも立派に生きています。というよりも，今になってやっと日本国中の医学関係者から認知されたのです。

最近家庭医に関する懇談会の答申が出まして，家庭医機能はプライマリ・ケアの基本であること，日医の生涯教育制度の中に家庭医機能研修カリキュラムを含めることになりました。実地医家のための会の精神がこれからも日医の生涯教育制度を通して全国的に広がることを嬉しく思います。

「実地医家のための会」考え方（昭和38年機関誌創刊号巻頭言）

あらためていうまでもなく，実地医家は人間を部分としてではなく全体として，生物としてではなく社会生活をいとなむ人間としてみてゆかなければならない立場であり，また疾病の極く初期において常に診断と治療指針の説明を求められる立場にあります。今までの大学教育や現在の学会が果してどれだけこの実地医家の要請に応じ得るかというと，これは遺憾ながら余り大きい期待がもてない現状にあります。また，医学が専門化・細分化の路線で年々膨大な数の研究業績を生産していることも，これまた多忙な実地医家にとって大変取扱いに困るものです。

これらのことがらが現在実地医家をひどく困惑させていますが，またさらに政府の低医療費政策と，診断や治療方針決定上の自由を拘束してきた保険制度が，実地医家を一層疎外し，医師は診療にたいする情熱を失ないはじめています。

これらの矛盾の当面の被害者は実地医家ですが，このことは当然，そのまま病人にしわよせされることになり，病人は医師にたいして不安と不満を感じています。いいかえれば一番困るのは病人ですが，実地医家にとっては同様に堪えがたいことであります。「実地医家のための会」はこの堪えがたさから生れた会といえると思います。実地医家がこの現状から脱出するために，大学の先生が教えてくれるのを待っているのでなく，自分達の問題は自分達で解決してゆこう，そのために発表の場，研鑽の場が必要である，ということがこの会出発時の考え方であります。

その後の会のあゆみ

この会のあゆみをふり返って見ますと，25年間必ずしも平隠無事に経過したわけではありません。実際に幾度か経営的な危機に遭遇しましたが，有能な会員の英知と努力でのり越えてきました。特に故春日豊和，渡辺淳の功績は大きかったと思います。渡辺淳は52年８月に当時財政難からピンチにたっていた実地医家のための会の世話人代表に就任しました。

その当時の情況は会則も持たない同好会形式の運営でしたから，必然的に起った危機でした。まず正確な会員数が分らない，赤字の額も概算でしか摑めないような状態でした。渡辺はまず会の財政健全化と会員の拡大を目標に掲げ，徹底的に会の実態調査を行いました。事務局も協和企画に正式に委託し，会の明確な組織づくりをしました。そして310名の会員数を確定して，基礎を固め，ついで世話人の協力をえて，地方例会を企画して会員増強につとめました。また会の発展の一つの方向として，西田一彦がリハビリ学会にシンポジストとして招かれ，会員として第１号の医学会のシンポジウムの出席者になりました。その後，日本医学会総会や，各医学会にシンポジスト，特別講演者として出席する会員が続出しています。また菊地　博，西田一彦，浜名正太郎，小林芳寿会員は日本医師会最高優功賞を受賞し，また多くの会員が雑誌や講演会，座談会等に招かれて活躍しています。最近では永井が日医の生涯教育の委員長として，また多くの会員が日医の委員として活動しています。

プライマリ・ケア学会創設に向っての準備

渡辺の性格からすべてをこの会の発展のために捧げようと考えたようです。彼を支えた副代表や，世話人の協力もあって会の財政は数年のうちに好転しました。

渡辺淳代表はかつて企画を担当した経験から，会員のニーズを次の三つの型にわけて

1．医療の根源に関するものでヒューマニズムを立脚点にしていて，中心は医師患者関係に絞られるものでどちらかというと心情的，意見的なものが多く，大切なことですが何か特殊な精神集団のように思われていることを反省する必要がある。実地医家のための会には大変純粋なヒューマンな人も勿論必要です。しかしアンチヒューマンな人が居てもいいと思うと述べています。

2は研修会的な要望です。これは大学の先生をよんで来て専門の話をきこうというもので，この会を勉強会としてだけ利用したい方のためです。

3は自主研究発表の方向です。これは受身の姿勢ではなく積極的な方向で，日常診療の中で失われがちな科学的実証態度を守っていこうとする態度で，渡辺代表の最も推進したいところでした。

我々が実践している第一線の医療には不明なことが多くて，大学でも教えてくれず，医学もあまり顧みてくれない領域なのでせめて「実地医家のための会」で，皆が経験を集め症例を集めて，分析し，独りよがりにならず検討し地道に具体的な成果を作り出していかなければならないと考えていました。このこともプライマリ・ケア学会の創設に向けての理由の一つでありました。それと，実地医家のための会には歴史と伝統がありました。永井が書いた創刊号巻頭の言葉の中に，その源泉となる思想を見ることが出来ます。しかも第1回の会合のテーマに「一般医の学会が必要な理由」という言葉があります。そして会の中にはこうした伝統が生きており，グレードの高い会員が多数いること，また渡辺代表が主宰したお茶の水 CRC（Clinical Röntgen Conference）の経験が，こうした大会を行うのに必要な組織づくり，人の集め方，会計収支，運営について基礎的な資料になりました。

またプライマリ・ケアについては既に昭和50年頃から注目し，その頃会員の有志と2回ヨーロッパ視察旅行をしました。その年52年に佐々貫之先生と出会って，勇気づけられ，学会創立を決意したのです。そして渡辺は先ず永井に相談し，実地医家のための会主催で学会開催のようなことをしてもよいかと意見を求めました。このことは会の根本に関わることでしたので特に会の創始者である永井に相談しました。永井はすぐに賛成し，渡辺代表は勇気づけられて準備にかかったのです。与論づくりをする為に会のあり方検討会をつくり討議し，世話人の全員一致の賛成を得，また多くの世話人から寄付金を仰いで第1回のプライマリ・ケア学会の開催に漕ぎつけたのでした。勿論会員の一丸となった強力な奉仕と努力が今日のプライマリ・ケア学会の基礎を作ったのです。

プライマリ・ケア学会の現在

プライマリ・ケア学会も今年10年を迎えます。そして親である実地医家のための会を越える位に成長しました。実地医家のための会の会員にとっては子供の成長を見守るような，祈るような気持です。プライマリ・ケア学会は全国の医師会，大学，医学会，の強い後押しを受けて，渡辺会長の強力なリーダーシップにより，国内は勿論国際的にも注目される迄に成長しました。日本のプライマリ・ケアの充実発展の為に学会の今後の活躍を期待し，暖かく見守っていきたいと考えています。

編集後記

白髭先生の剖検の場を持つことは，賛成でありますが，ただ，その方法論が問題になると思います。

家庭医実習の問題も，生涯教育の問題とともに前向きに努力して小石を積むようなあまり速度にこだわらないでやって行きましょう。私は国家試験を終わった時点で考えたことは，まず「先輩の医師の方で，親切に実地のことを教えてくださる人はいないものなのかな」という素朴な疑問でした。今の若い先生方は，われわれの若い時より幸かもしれないと思う。……しかし反面では，地球規模のフロンガスのこと，酸素の減少，地震，噴火，異常気象等は，40～50年前よりはマイナス現象として，心配事は多くなってきているようです。

また，いろいろな仕事量は大変ふえていて，週3回出かけることもあります。編集会議（毎月第2木曜），看護婦さんの微生物の授業（毎週水）と試験の採点と，0歳児の保育園の月1回の検診等，その間に，この後記を書くこと。そして，医学新報，日経メディカルモダンメジシン，日本内科学会誌，小児科学会誌，日本精神神経学会誌，人間の医学，さらに東京小児科医会誌と目を通していくとまったく大変なものであります。まだ，都医師会誌と日本医師会誌があります。……私のような，鈍才の神経は疲れ果て，いつも尻を後から叩かれているような状態でおちつきません。

こんなことではいけないと，美しい絵画をみたり，クラシックを聞いたり致しますが，やはり睡眠が一番薬になることもあります。加齢による疲労は若い時のようにすぐとれてくれません。多くの若い方々の入会を望む心や切なるものがあります。

大自然に新陳代謝が行われているように，この会も，少しずつ新陳代謝が必要ですし，このことは，少しずつ始まってきているのかもしれません。

ご投稿の先生方や編集の方々に心からの敬意を表します。　　（大山記）

人間の医学　Vol. 25　No. 2（通巻141号）

1989年7月10日　発行

発行人　安田勇治
編集人　川久保亮
〒181 三鷹市上連雀6-29-11
TEL（0422）44-0301
FAX（0422）44-2380
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）575-0181(代)
FAX（03）575-4748
製作・印刷　共立印刷株式会社　TEL（03）382-1211（代）
FAX（03）380-6591

□本会へ入会ご希望の方は
上記事務局へお申込み下さい。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。
□本紙へ広告掲載ご希望の方は事務局へご連絡下さい。