平成29年1月31日発行 ISSN 0385 924X

人間の医学

記念号

2017.1
253
Vol.52 No.1

実地医家のための会

私の意見

ご挨拶

永　井　友二郎

私たちの実地医家のための会は昭和38年に発足以来，皆様の高い志に支えられ，わが国の在宅医療の医学，人間の医学開拓に大きい足跡をのこしました。

その機関誌であるこの「人間の医学」も巻を重ね，貴重な記録をのこしてきました。

わが国の，大学，大病院中心の医学界のなかで，真の在るべき医療の道を開いたことは，わが国の医学・医療の歴史において特記すべきとことであります。

今，手もとにこの「人間の医学」の創刊号がありますが，その巻頭言の書き出しは次のようでありました。

「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なく全体として，生物としてで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」

私たちはこの医学の本道にむけ，志あるものが相寄り，未開拓の道を進んできました。

私たちはその記録をこの機関誌「人間の医学」に記しつつ，多くのことを学ぶことができました。

私の実感として，よき仲間たちとの医療のはなしはそのまま，在宅医療の貴重な資源でありました。また，いろいろな共同調査もいたしましたが，どんなことを調べても，それぞれが貴重な資料として残りました。

この私たちの活動にたいし，もと厚生労働事務次官の辻　哲夫氏はこれを高く評価し，わが国，国民医療の本道として推進すべく，私を次官室に招き，熱のこもったはなしを交わされました。辻氏はいまもなお，熱心にこの道を説かれつづけています。

このたび，本誌はこれが最終号となる由ですが，私たちの志はけっして弱まるものでありません，皆様とともに，わが国のよき医療推進にはげむ覚悟であります。

ながい　ともじろう　東京都三鷹市　永井医院

実地医家のための会―新たな出発

代表世話人　石　橋　幸　滋

平成29年となり，毎日厳しい寒さが続いていますが，皆様におかれましては益々ご清栄のことと存じます。

さて，昭和38年２月に実地医家のための会が創設され，その年の10月には「人間の医学」第１号が創刊されました。そして，多くの会員の皆様からの寄稿により，その歴史を重ねてきました。内容も例会の内容だけでなく，医学総論や共同研究などのアカデミックな発表に加え，俳句の会やコラムなどほっとする話題まで様々な記事が載っています。

残念ながらこの素晴らしい「人間の医学」が，本号をもって休刊となります。休刊の理由は，ご存知のように印刷及び発送の費用が会の運営を圧迫するようになったためですが，例会に参加できない先生方やなかなか会えない先生方の交流の場として，大きな役割を果たしたこの機関誌がなくなるのは断腸の思いです。「人間の医学」が電子書籍として復活する日が来ることを願っています。

それはさておき，会員の皆様には大変ご心配をおかけしましたが，「人間の医学」の休刊や事務局の変更などにより，なんとか実地医家の会の存続が可能となりました。

新たな実地医家のための会としては，

１．会員は現行通り医師を正会員，その他は準会員とする。

２．年会費は，正会員（医師）10,000円，準会員3,000円とし，世話人会費は廃止する。

３．例会は，現行通り東京医科歯科大学で行うが，開催は２カ月に１回（１，３，５，７，９，11月），第２日曜日の午後13時30分～16時30分とし，例会後の懇親会を廃止し，懇親ために12時から昼食会を開催する。例会費は3,000円のままとする。

４．事務局は，現在協和企画にお願いしているが，会員の持ち回りを基本とする。

５．「人間の医学」は休刊とし，例会の報告はホームページに掲載する。

６．ホームページは，現在協和企画にお願いしているが，可能な限り継続する。

７．今後の会の運営は，世話人を10名程度決め，メールもしくはウェブ会議を用いて話し合う。なお，会の代表及び副代表２名は現行通りとする。

以上のように変更したいと考えていますが，正式には３月の臨時総会で決定させていただきますので，ご意見のある方はそれまでにメール等で私まで御連絡ください。

臨時総会は，３月12日（日曜日）に御茶ノ水のホテル東京ガーデンパレスで，会員の皆様とこれまでお世話になった方々をお招きしての感謝祭を兼ねて開催したいと思います。時間は午後１時から４時になりますが，御参加よろしくお願いいたします。

目　　次

●私の意見

ご挨拶……永井友二郎…1

●実地医家のための会－新たな出発……石橋　幸滋…2

△第580回「実地医家のための会」2月例会

血栓性疾患対策

実地医家における抗血栓療法の実際……天野　晶夫…6

△第582回「実地医家のための会」4月例会

プライマリ・ケアと漢方

プライマリ・ケアに役立つ漢方……津田篤太郎…13

自由交見……17

△第583回「実地医家のための会」5月例会

実地医家が取り組む在宅医療

在宅医療における開業医と医師会の役割……辻　哲夫…21

最期まで安心して地域・家で暮らすために

～日本在宅ケアアライアンスの設立趣旨とその役割～……新田　國夫…23

在宅医療における開業医と医師会の役割……永井友二郎…26

鼎談・自由交見……29

△第585回「実地医家のための会」7月例会

医療と言葉～コミュニケーションの重要性を考える～

医療の言葉を分かりやすく……矢吹　清人…32

自由交見……38

・**随想**

医療と人間をめぐる随想「プライマリ・ケア方法序説」試論 …… 方波見康雄 … 39

・**「人間の医学」記念号特集　私と実地医家のための会**

ITを中心に例会を企画 …… 天野　一夫 … 42
すべてのご縁に心から感謝 …… 今本千衣子 … 43
実地医家のための会との13年 …… 岩﨑　康一 … 44
実地医家のための会と人生の出会い …… 方波見康雄 … 45
宝石を糧にして―実地医家のための会と私― …… 黒羽根洋司 … 45
薬剤師からの発言の大切さを学ぶ …… 坂口　眞弓 … 46
実地医家のための会に感謝 …… 神保　勝一 … 47
「人間の医学」最終号の発行について …… 高玉　真光 … 47
父と私の実地医家のための会 …… 田所　直子，渡邉　武 … 49
開業医の「生き方の定義」を学べる場 …… 外山　学 … 50
往時茫々 …… 西林　茂祐 … 51
医師として人生を支えてくれた実地医家のための会 …… 村田　洋二 … 52

・**ほんのひとなで**

『日本語は美しい　美しい日本』 …… 53

・**コラム**

病は祟り，もののけ …… 30
古い本の紹介 …… 41

・**会計報告** …… 54

・**編集室より**

有終の美を飾る …… 神保　勝一 … 63
終刊にあたり …… 松坂　勲 … 63

・**編集後記** …… 神保　勝一 … 64

表紙デザイン　木村協子

血栓性疾患対策

実地診療における抗血栓療法の実際……天野　晶夫
超高齢社会の慢性硬膜下血腫～170例の検討～……高玉　真光
（前号に掲載）

日　時：平成28年２月14日（日）午後２時～５時
場　所：東京医科歯科大学　M&Dタワー２階　共用講義室２
テーマ：血栓性疾患対策
司　会：石橋　幸滋
記　録：事務局
共　催：日本プライマリ・ケア連合学会（プライマリ・ケア薬剤師認定制度委員会，多職種協働委員会）

実地医家における抗血栓療法の実際

天　野　晶　夫　　高　玉　真　光

はじめに

近年，冠動脈インターベンションや脳血管内治療が盛んに行われるようになり，治療後の抗血小板薬２剤投与療法（dual antiplatelet therapy：DAPT）が標準治療となっている。さらに非弁膜症性心房細動における新規抗凝固薬の登場により，従来のワルファリンカリウム（以下，ワルファリン）を含めた抗凝固治療がその効果，安全性の両面からあらためて注目されている。もちろん，これらの抗血栓薬は適正に使用しなければその効果もなく，いたずらに出血合併症を招くだけある。

抗血栓治療は循環器科・脳外科・神経内科医のみでなく，実地医家にとっても避けて通れないものとなっている。今回は実地医家の定義を専門，非専門を問わず，インターベンションを行わない，非急性期病院（診療所，施設等）の臨床医を対象とさせていただいた。

白色血栓と赤色血栓

血栓は白色血栓，赤色血栓に分類される。抗血栓治療を行う際，この基本的分類，概念の認識は重要である。

あまの　あきお
公益財団法人老年病研究所循環器科
たかたま　まさみつ
公益財団法人老年病研究所内科

白色血栓とは「血小板血栓」とも言われる。血流が速い動脈では，血圧が高いために摩擦力（ずり応力）が大きくなり，血小板が活性化され，血小板主体の血栓が形成される。これには抗血小板薬が奏効する。一方，血流が遅く血圧の低い静脈や，心房細動で血流が滞留している左心耳ではずり応力は小さく，フィブリンが主体の赤色血栓，「フィブリン血栓」が生じる。これには抗凝固薬が適応となる。

抗血栓薬

現在本邦で発売されている抗血栓薬は，抗血小板薬としてアスピリン，クロピドグレル，プラスグレル，シロスタゾール，抗凝固薬としてはワルファリンカリウム（以下，ワルファリン），新規抗凝固薬のダビガトラン，リバーロキサバン，アピキサバン，エドキサバンの計９種類である。新規抗凝固薬は当初NOAC（〔novel, new, non-vitaminK antagonist〕oral anticoagulant）と呼ばれたが，

最近では国際血栓止血学会推奨のDOAC（direct oral anticoagulant）を耳にすることが多くなった。臨床医はこの９種類の抗血栓薬を適正使用しなければならない。

実地医家における抗血栓薬の新規投与

１）動脈硬化性疾患

実際，実地医家が抗血栓薬を投与するのはどういう場面だろうか。

急性期専門病院で冠動脈インターベンションや脳血管内治療後に紹介され，実地医家において継続投与する場合がある。

新規投与の場合，抗血小板薬の一次予防効果は明らかでないのでの二次予防投与となる。すなわち，新たに動脈硬化性疾患の存在が証明されたときである。比較的激しい胸痛を訴え，患者さんはかかりつけ医を受診する，あるいはとりあえず近隣の診療所を初診で訪れる，また，施設入所中の患者さんが「胸を痛がっています」と職員から報告を受けることもある。

心電図をとり，明らかに虚血性のST上昇，低下があれば，急性冠症候群と診断する。ただし，診察時に症状が治まっていることがあり，この場合には心電図変化も軽微で正常のことすらある。患者さんから重症感を受けないことも多い。血中トロポニン迅速検査が可能であれば有用である。古くから急性心筋虚血の診断には胸痛，心電図変化，心筋逸脱酵素の上昇の３つのうち２つがあれば診断可能といわれている。しかし，実地医家にとって，急性冠症候群を疑えば，「疑わしきは罰せよ」が鉄則である。即，冠動脈インターベンションが可能な循環器専門病院に転送する

転送前に急性冠症候群の標準的初期治療として日本循環器学会から，「ST上昇型急性心筋梗塞の診療に関するガイドライン」（2013年改訂版），「非ST上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン」（2012年改訂版）にクラスⅠとしてアスピリン® 162～325mg（バイアスピリン100mg ２～３錠の咀嚼服用）と記載されている。アスピリンは単独投与でも死亡率や再梗塞率を減少させることがいくつかの臨床研究から明らかにされており，早期に投与するほど死亡率が低下する。急性冠症候群 が疑われる全患者に，できるだけ早くアスピリンを投与すること，病院外でも，早急に効果を得るためにアスピリン162～325mg（バファリン® 81mg ２～４錠またはバイアスピリン® 100mg ２～３錠）を噛み砕いて服用することが推奨されている。

２）抹消動脈疾患

患者さんは下肢痛があると，間歇性跛行があっても整形外科疾患と考え，まず整形外科を受診することが多い。症状が整形外科的疾患ですべて説明できないとき，末梢動脈疾患（peripheral artery disease：PAD）や閉塞性動脈硬化症が疑われ，内科を紹介される。

PADの評価方法として，足関節上腕血圧比（ankle brachial pressure index：ABI）が有用である。足関節収縮期血圧/上肢収縮期血圧で表し，正常値は1.0～1.3。0.9以下は何らかの虚血，0.4以下は重症である，1.3以上の高値は慢性腎不全や糖尿病等，逆に動脈の石灰化が著明で解釈に注意が必要である。

ABIによるPADの診断精度（血管造影により確認）は感度が95％，特異度が99％である。すなわちABIが0.9以下ならばPADと診断可能であり，抗血小板薬を投与する。下肢の症状があればその改善薬としてシロスタゾールが，それがなければ心血管イベント予防としてクロピドグレルが適応となっている。

間歇性跛行がなくても，脳梗塞，冠動脈疾

患の既往，糖尿病，高血圧，脂質異常症，喫煙等の動脈硬化危険因子保有者はスクリーニング的にABI検査しておく。0.9以下ならばPADと考え，抗血小板薬が未投与ならば投与し，治療方針決定のため循環器専門病院で下肢エコー，CT/MRI angiography等で局在診断し，血行再建(血管内，外科的)の適応があるか判断してもらうことになる。

半身まひ，構音障害等脳卒中を疑うときは治療方針決定のために，早急にCT/MRIを含めた検査により確実な病型診断が必須であるため，実地医家による初期治療として抗血栓薬の投与はない。

3）心房細動

実地医家が心房細動に遭遇することは多い。動悸，息切れ，胸痛，検脈異常も，訴えに対して心電図で確認する。通常の再診時に動悸等の症状がなくとも血圧，脈測定，聴診の心音異常で心房細動を新たに発見することもある。この時点で循環器内科に紹介するのも妥当である。

頻脈性心房細動であればβ遮断薬投与で徐拍化を試みる。薬物療法によっても動悸等の症状が持続すれば，アブレーション適応も検討する。また甲状腺機能亢進症の存在を見逃してはならない。ホルモン検査で確認する。

ここで心房細動による脳梗塞予防として安易に抗血小板薬を投与してはならない。本邦では脳梗塞予防効果はないばかりか，出血合併症が多いと証明されている。

心房細動は通常少なくとも48時間以上持続すると血栓形成が生じるという。したがって，抗凝固薬としては効果発現に数日を要するワルファリンよりは数時間で効果を発現する新規抗凝固薬（今回はNOACと呼ぶ）を選択したい。ただしNOACの適応は非弁膜症性の心房細動における脳梗塞，全身性塞栓症の予防であり，弁膜症性心房細動（リウマチ性心房細動と人工弁の２疾患のみ）ではNOACの予防効果は不十分であると報告されており，適応はない。

僧房弁狭窄症の診断は聴診でのopening snap，ランブル音の存在，特徴的な心電図，胸写の変化で可能ではあるが，やはり文明の利器である心エコー図検査を利用し，確定診断する。機械弁ではワルファリンを服用していない患者はありえないので，新規にワルファリンを投与する人工弁心房細動の患者は生体弁である。病歴聴取と胸写像で判断する。

NOACを投与する際にはクレアチニンクリアランス（Ccr）を算出する（スマホアプリが有用）。ダビガトランは30mL/min 未満，他の３剤は15mL/min未満は禁忌である。４種類のNOACの直接比較試験がないため，どの薬剤を選択するかが問題となる。

日本循環器学会の「心房細動治療（薬物）ガイドライン」（2013年改訂版）にはCHADS2スコア（心不全１点，高血圧１点，年齢75以上１点，糖尿病１点，脳梗塞やTIA既往２点）で，２点以上はすべてのNOAC，１点ではダビガトラン，アピキサバンが推奨，リバーロキサバン，エドキサバンが考慮可となっている。つまり，どのNOACを選択しても悪くはないということである。CHADS2 スコア０点の場合には投与を躊躇するが，発症率は低くても，絶対数は無視できないこと，心原性脳梗塞は他の脳梗塞と比べて重症であることを考えると０点でも投与するようにしている。

認知症などで服薬管理が問題となる場合は１日１回投与のリバーロキサバン，エドキサバンとする。用量選択は各薬剤の考慮基準，減量基準があり，順守しなければ，塞栓症予防効果がないばかりか，出血合併症を生じか

ねない。これは添付文書で確認するしかない。

抗血栓薬投与中の管理

抗血栓薬投与中の管理で重要なのは出血合併症の問題である。

冠動脈インターベンション，脳血管内治療後のDAPTも，心房細動があれば抗凝固薬の３剤の抗血栓薬服用もまれではない。抗血栓薬併用による出血合併症（頭蓋内出血，出血死，出血性ショック，一定量の輸血を要する貧血，入院治療を要する出血）を検討したBAT前向き研究[1]では，年間発症率は抗血小板薬単独1.21％，DAPT群2.00％，ワルファリン単独群2.06％，ワルファリン＋抗血小板薬3.56％と報告している。出血合併症はワルファリンを含む抗血栓薬の数が増えれば増加するので，できる限り服薬数と期間を減らすことが望ましい。

脳梗塞，冠動脈疾患，末梢動脈疾患の患者ではSAPT（single antipaltelet therapy）は生涯続けなければならない。DAPTをいつまで続けるかが問題となる。近年ステントの進歩によってDAPT期間の短縮が提唱されている。しかし，我が国におけるエビデンスは十分ではない。「安定冠動脈疾患における待機的PCIのガイドライン」（2011年），「循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン」（2009年改訂版）では薬剤溶出性ステント留置例では最低12カ月間，ベアメタルステント留置例では最低１カ月間の併用投与が推奨されている。

実際は冠動脈ステントの場合には専門病院で再造影後にDAPTからSAPTへの移行指示を受ける。しかし症状が落ち着いている高齢者や施設入所患者では再検査をスキップしてしまいがちであり，すると漫然とDAPTが１～２年も続いてしまう懸念もある。polypharmacyの是正からも内服種類の再チェックが必要である。病状が安定し，インターベンション後１年経過していればSAPTとして差し支えないと考えられる。

NOACには頭蓋内出血が少ないメリットがある。NOACの４剤（リバーロキサバン，ダビガトラン，アピキサバン，エドキサバン）とワルファリンを比較した臨床試験（ROCKETAF，RE-LY，ARISTOTLE，ENGAGE AF-TIMI48）のメタ解析では，NOAC全体で見た頭蓋内出血のリスク低下度はワルファリン投与群の52％である。脳内には組織因子（TF）が多く存在し，活性化第Ⅶ因子（Ⅶa）と複合体を形成して凝固反応のスターターとして止血の重要な役割をしている。ワルファリンは第Ⅶ因子の産生を抑制するので，TF＋Ⅶaの複合体が減少する。止血に必要な複数の凝固因子量が低下し凝固反応が阻害される。一方，NOACは第Ⅶ因子の産生を抑制しない。また，半減期が短いので血中濃度が低い状態のトラフ期に，ある程度，凝固能が回復し，出血にブレーキがかかる。以上によりNOACはワルファリンと比べて頭蓋内出血のリスクが低いと考えられている。したがって可能ならばワルファリンからNOACに切り替えたい。

NOAC発売当初はINRコントロールが良好な患者ではあえて切り替えなくてよいという意見が多かった。しかしNOACの利点が強調されてきた最近では，このような患者でも切り替えが推奨されるようになった。

NOACによる消化管出血は少なくない。消化管出血の頻度はワルファリンと比較して，各NOACの発症率は様々である。ダビガトランは下部消化管出血が相対的に増加する。吸収率が6.5％と低く，多くが下部消化管に達し，局所で活性型に変換されて出血に関与

する。またダビガトランの特性として，胃内pHが低い状態でないと吸収されないため，酒石酸に包まれている。消化器症状が比較的多く，消化性潰瘍の既往患者には要注意である。消化管出血を含む重篤な出血事象の約75％がNOAC投与後１カ月以内に発現しているという報告もある。抗血栓薬投与中は出血や貧血等の徴候を十分に観察する必要がある。

抗血栓薬服用中の高血圧患者の血圧管理

本邦の抗血小板薬・ワルファリン服用患者における前述のBAT研究では，服用中の血圧値と頭蓋内出血発症率が相関すること，頭蓋内出血発症予測のカットオフ血圧値は130/81mmHgであることが示され[2]，「高血圧治療ガイドライン2014」は抗血栓薬を服用する患者の管理として130/80mmHg未満を目指すとしている。

侵襲的処置の際の抗血栓薬の中止

心房細動の患者では一般に未治療ならば５％/年の血栓塞栓症のリスクがあるとされており，抗凝固薬の１週間の休薬では0.1％/週の発症率と推定される。

脳梗塞または一過性脳虚血発作の既往があり，アスピリンを服用していた患者が，４週間中断した場合に脳梗塞あるいは一過性脳虚血発作をきたすオッズ比は3.29とする報告がある。[3]

抗血栓薬の中止による塞栓症や血栓性動脈硬化性疾患の発症頻度は高くないかもしれないが，発症すれば重篤になる恐れもあり，慎重な対処が求められる。一般には抜歯，体表の小手術等，対処が比較的容易な処置は抗血栓薬は継続のままとする。それ以外は症例ごとに，休薬，ヘパリンブリッジ等を検討する。

抗凝固薬の休薬ではワルファリンよりNOACが侵襲的手術の管理に際して有用である。ワルファリンの効果は一般に休薬後４日で治療域以下になり，維持量で再開した場合，７～10日後に治療域に達する。その間は入院してヘパリンブリッジをしなくてはならない。しかしNOACは半減期が５～14時間であるから手術前１～２日に中止し，効果発現も0.5～４時間と短いため，入院期間を短縮できる。この周術期の管理のメリットからもNOACの選択に切り替える理由がある。

ワルファリンとsick day？

ワルファリンは僧房弁狭窄症や人工弁の患者には投与が必須である。また安価であり，包括医療の施設に入所中の患者への投与には好まれる。市場からは当分消失しない。医者の匙加減は昔は急速飽和等をしたジゴキシンであったという。現在では医者の匙加減が発揮できる薬剤の一つがワルファリンだと思う。導入初期量，増減量，併用薬剤の影響を考慮した投与調整等である。

しかし，こまめにINRをコントロールしていても，何らかの原因で全身状態が悪く，経口摂取が困難になる（sick day ?）と急にINRが延長する。外来での直近のINRが治療域でも感染症，心不全等で経口摂取が困難となり入院すると，入院時INRの延長を見ることが多い。

入院原因疾患の影響ももちろんあるが，食欲不振自体による作用増強も考えられる。食物は少なからずビタミンKを含有し，経口摂取がなくなると，ビタミンKの摂取が低下し，ワルファリンの作用が増強する。またワルファリンは血漿タンパク質の結合率が高く，血中のワルファリンは１～10％が薬理効果を

発揮する遊離型であり，90～99％はアルブミンと結合して薬理的には不活性な結合形の状態で存在する。両者は可逆的動的平衡状態である。食事量が減るとタンパク質が減少し，遊離ワルファリンが増加して，作用が増強すると推察される。入院・入所患者の持参薬にワルファリンが含まれていれば，INRのチェックは必須である。

INR治療域でも頭蓋内出血

自験例ではワルファリン投与中の消化管出血や輸血が必要な体表の出血では出血時のINRが延長していたが，頭蓋内出血では出血時も治療域のことが多かった。

ワルファリン療法では治療域（INR1.6～3.0）であっても第Ⅶ因子活性が低下しているために外因系凝固カスケードの開始反応である組織因子と活性型第Ⅶ因子の複合体形成が起こりにくいためと考えられる。

筆者は現在脳卒中専門病院に勤務する循環器医であるが，脳外科のカンファレンスに参加することがあり，ワルファリン投与中の頭蓋内出血例は重篤で予後不良のことが多い。やはり可能な限りNOACに変更したい。NOACでは第Ⅶ因子活性が影響を受けないため，凝固開始反応がスムーズに起こり，頭蓋内出血が起こっても，重症ではなく，また拡大進展することも少ないという。

ま と め

急性期循環器病院，脳卒中専門病院だけでなく，診療所，施設等での実地臨床でも抗血栓療法を行う機会が増加している。抗血栓薬は適正使用しなければ，血栓症，塞栓症の予防効果がないばかりか，重篤な出血合併症を招きうる。実地医家として抗血栓薬を処方するうえで注意している点をいくつか紹介した。

文　献

1）Toyoda K, Yasaka M, Iwade K, Nagata K, Koretsune Y, Sakamoto T, Uchiyama S, Gotoh J, Nagao T, Yamamoto M, Takahashi JC, Minematsu K；Bleeding with Antithrombotic Therapy（BAT）Study Group：Dual antithrombotic therapy increases severe bleeding events in patients with stroke and cardiovascular disease：a prospective, multicenter, observational study. Stroke 39；1740-5, 2008

2）Toyoda K, et al. for the BAT study Group. Blood pressure levels and bleeding events during antithrombotic therapy：the Bleeding with Antithrombotic Therapy（BAT）Study. Stroke 41；1440-4, 2010

プライマリ・ケアと漢方

プライマリ・ケアに役立つ漢方……津田篤太郎

自由交見

日　時：平成28年４月10日（日）午後２時～５時
場　所：東京医科歯科大学　B棟５階　症例検討室
テーマ：プライマリ・ケアと漢方
司　会：石橋　幸滋
記　録：事務局
共　催：株式会社ツムラ
日本プライマリ・ケア連合学会（プライマリ・ケア薬剤師認定制度委員会，多職種協働委員会）

プライマリ・ケアに役立つ漢方

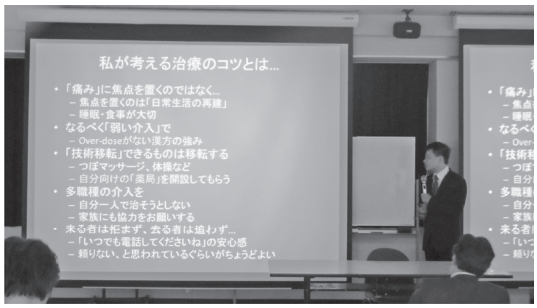
津　田　篤太郎

プライマリ・ケアと漢方

近代西洋医学は，解剖学や組織学などを通じて病気の機序を明らかにし，原因を除去あるいは修正することにより治療する。18世紀の解剖学者，X.Bichat（1771-1802）は疾患の局在論を提唱し「我々人間の体の組織には，各々に特有の性質があり，それぞれ組織特有の病変を現す」と述べた。感染症や悪性腫瘍など，近代西洋医学が大きな成功を収めている領域は，疾患局在論のパラダイムがうまく機能している領域である。

一方，糖尿病や高血圧，肥満やタバコ病など生活習慣が関わる疾患や，加齢に伴い複数の診療科にまたがるプロブレムを抱えるケースや，身体的要因と精神的要因が複雑に影響し合う心療内科領域の疾患などでは，局在論ではうまく解決を見いだせないため，近代西洋医学の方法論一本槍では治療に難渋することもある。

東洋医学には，西洋医学にはない「引き」の視野がある。一つ一つの病気，症状を微視的に見るのではなく，支障をきたしている部分も健常な部分もまるごと一つの有機的な生命体として捉え，その生命体がもっとも最適なバランスを保てるように誘導していくのが東洋医学の治療論である。全体が治れば部分は自ずから治っていくのであるが，全体の歪みを知るのは部分の観察を通して可能となる。この全体と部分の双方向性を意識しているのも東洋医学の特徴である。



筆者はリウマチ膠原病領域を専門としているが，自分の見ている疾患の活動性指標が改善していても，患者の満足度が低いということをしばしば経験してきた。

患者が治してほしいのは検査値ではなく，冷えやだるさであったり，食欲不振や便秘であったり，月経不順や生理痛であったり，不眠やうつ症状であったりする。

こうした疾患の活動性と直接関わらない症状―不定愁訴，と言っても良いであろう―は，東洋医学的に解釈すると「全体の歪み」を反映した身体のサインであり，これらに適切に対処することにより「部分」，すなわち原疾患も

つだ　とくたろう
聖路加国際病院リウマチ膠原病センター・副医長

改善(あるいは増悪の防止)に導くことができる，と期待される。これが，筆者が考える東洋医学的治療のパラダイムである。

かぜと漢方

西洋医学は病気の原因を特定し，それに有効な手段があるときにもっとも効果を発揮する。それは感冒治療でも例外ではなく，インフルエンザに対して投与される抗ウイルス薬で速やかな解熱を得られるが，問題はインフルエンザを除くほとんどの感冒には，有効な抗ウイルス薬が存在しないことである。

したがって，解熱鎮痛薬や抗ヒスタミン薬，鎮咳去痰薬など，症状緩和を目的とした治療が中心となるが，発熱や局所の腫脹，咳嗽や喀痰などの症状は，身体が病原体を排除するための合目的的な反応であって，それらを一律に薬剤で抑えつけることには異論もある。

抗菌薬の使用に関しても，健常人の上気道炎で使用が正当化されるのは溶連菌感染症の場合に限られる。その他のケースで二次感染予防を目的に抗菌薬が乱用されるのは耐性誘導の面からも副作用の面からも問題であろう。

その点，漢方治療はいくつかの利点がある。まず，シナモン(桂枝)や生姜，食品添加物によく使用される甘草など，食品に近い成分で構成されているので安全性が高いと考えられる。そして，病原体ではなく，生体の反応に合わせて処方を選ぶ「オーダーメイド医療」であり，意外と速効性があることである。

咳嗽を例に挙げると，水様性喀痰が多い場合は小青竜湯，喀痰が少なく乾性の咳嗽が続く場合は麦門冬湯が適応となる。

ウイルス性の上気道炎ではいずれのパターンも出現し得るが，小青竜湯は気道粘膜の水分代謝を正常化し，麦門冬湯はNO（一酸化窒素）による水チャネルの機能低下に拮抗し，漿液分泌を促進する。このように，漢方薬はウイルスを排除するのではなく，生体側の反応を最適化するほうに誘導するために，比較的早く自覚症状が改善する。

筆者が最初に漢方薬を処方したのはこの麦門冬湯であったが，数日間止まらなかった咳嗽が服用後わずか15分で止まったため，漢方を学ぶ上での大きな動機付けとなる経験となった。かぜの漢方治療は比較的処方の選び方がシンプルで，効果発現が分かりやすいため，初学者が手掛けるのに適している。

冷えと漢方

現代医学では客観的指標を基に疾患を定義づけ，評価し，治療を考案するが，「冷え」は体温計やサーモグラフィーで客観化することが困難であることが多い。そのため，自覚症状にとどまる「冷え」は現代医学的な治療の対象とされないことが多い。

東洋医学では自覚症状をもとに「全体の歪み」に関する作業仮説を立てられるため，治療を試みることが可能となる。「冷え」が起きる機序としては，次のようなものが挙げられる。

1）「気」の異常と冷え

「気」とは，体を動かすエネルギーであり，生命活動そのものである。体熱はエネルギーより産生されるので，エネルギーの不足(「気虚」)は冷えに直結しうる。「気虚」は過労などでエネルギーの消耗が激しくても起きうるし，食事などが十分とれず，栄養不足のときにも起こる。十分な栄養と休息が必要であることは言うを待たないが，医療的な介入が必要なのは，消化吸収機能が衰えていたり，食欲不振を伴う場合である。このようなときには，薬用人参を含む処方（補中益気湯・四君子湯など)を用いる。

2）「血」の異常と冷え

「血」は，現代医学における血液とほぼ同義と考えて良い。「血」の不足を，漢方では「血虚」と呼ぶ。血液は全身に栄養とともに熱も分配しており，「血虚」になると当然冷えが生じる。「血虚」の人は顔色が青白く，皮膚は乾燥傾向があり，脱毛や過少月経の傾向がある人が多い。鉄剤を投与されたが，胃腸障害のため服用できないというときに漢方の使いみちがある。

血を増やす薬（補血薬）としては，当帰・地黄という生薬を含む処方を選択する。代表例は当帰芍薬散で，やせ形で浮腫みがちな若い女性に使われることが多い。

消化吸収機能の低下を伴う場合は，「気血両虚」と呼ばれる。十全大補湯のように，補血薬に加え，薬用人参など気虚を改善する生薬も含んだ処方を選択するか，あるいは，「血虚」の治療は後回しにして，まずは「気虚」の治療から取り組む，という治療戦略を採る。

3）「水」の異常と冷え

「水」はその字のとおり水分であり，唾液や消化液，尿や汗，胸腹水など，さまざまな形で体中に分布しているものの総称である。「水」は滞ると，頻尿や倦怠感，下肢浮腫や手足の冷えなどの症状を呈するとされる（「水滞」）。

水滞を改善する生薬には，茯苓（マツホドという，松の根に生えるキノコ）や朮（ホソバオケラの根），沢瀉（オモダカの根）というものがある。水滞で冷える場合は，ほとんどの場合「気」や「血」の異常を合併しており，先述した補中益気湯や当帰芍薬散などの処方には「水」を整える生薬が配合されている。

めまいと漢方

漢方では，激しい動悸症状のことを「奔豚気病」と呼び，本来なら頭側から足側へ穏やかに降りる「気」のエネルギーが，腹部から胸部へ逆流し，あたかも豚や猪が突進してくるように激しく突き上げる様子であると形容している。現代医学的に解釈すると，「パニック障害」がこのような病態に近似している。

パニック障害のように発作性で激しいめまいが心理的動揺とともに繰り返し襲ってくるような場合では，苓桂朮甘湯や桂枝加竜骨牡蠣湯が選用される。特に苓桂朮甘湯は構成生薬が少なくシャープに効くため，筆者は好んで屯用処方で使用している。

冷え性でやや下痢傾向であり，虚弱な体質の浮動性めまいでは真武湯が良いことが多い。

また，老人性難聴も伴っており，加齢による内耳機能の低下によって起こるめまいの場合は八味地黄丸が適応であるが，胃腸が虚弱な場合は時に食欲不振などの副作用を起こすことがあり，疑わしければ真武湯に変更する。

筆者は，精神科医・中井久夫の治験を参考にして，ジヒドロエルゴトキシン（ヒデルギン®）を少量併用することが多い。内耳や脳血流の改善作用が期待され，血管リスクがある高齢者のめまいに速効を示す。舌下錠もあり，突然のめまいにも患者自身で対応できるという利点もある。

原因不明の疼痛や微熱に対する漢方治療

体温が37℃台前半程度でも「熱が出る」としきりと訴え，採血検査や画像検査等でも特に異常は認められず，各種培養検査は陰性で感染症の可能性は低く，皮疹や関節炎といった膠原病に特徴的な症状も明確ではない，というようなケースでは，しばしば対応に難渋する。

H.A. Reimannは常習性高体温（Habitual hyperthermia）という概念を提唱し，神経質な性格の人や若い女性に多い，筋痛や倦怠感など日常生活に支障をきたす症状を伴う，などの特徴があることを記載した（JAMA. 99：1860-2，1932）。

また，慢性疲労症候群のような疾患でも，体温の概日リズムが崩れ，最も体温の低いはずの早朝に36℃後半～37℃前半の「平熱高値」に達していることがある。筆者は治療を始めるにあたって，本当に生活の支障となっている症状が何であるかについて，患者とよく話し合い，体温計の数値を治療するわけではないことを理解してもらうようにしている。

慢性疲労症候群に対する漢方としては補中益気湯が有名であるが，この処方が有効な症例では，「微熱」の訴えはむしろ少ない印象がある。補中益気湯よりも，加味逍遥散や柴胡桂枝乾姜湯のように，更年期症状のホットフラッシュに用いられる処方を用いる機会が多い。いずれの処方も柴胡を含んでおり，ストレスがらみの症状に効果が期待できるが，補中益気湯の適応は疲労倦怠感がメインであり，後二者は四肢の冷え・上半身ののぼせを伴っている場合に良い。華奢な体格で神経過敏な傾向であることが多く，「微熱」を訴える一方で同時に悪寒を感じると言うこともある。月経不順や，月経周期と関連して症状が悪化する場合は加味逍遥散がより有効である。

自　由　交　見

第582回自由交見

津田篤太郎先生の発表「プライマリ・ケアに役立つ漢方」に際して

馬場祐樹（薬剤師）：①悪寒，頭痛の患者さんに麻黄湯や葛根湯を一服処方しても発汗しない場合は，１～２時間後に追加の服用をさせてもよいですか。②エキス製剤の場合はお湯に溶いたほうがよく効くと聞きますが。

津田篤太郎：①薬局ではなかなか難しいと思いますが，私は患者さんに，改善するまで１日の用量を超えて増やしていってよいと伝えています。漢方薬は少量で服用して問題がないことが確認できれば，増やしても副作用が多くなることはあまりありません。一方，慢性疾患の場合には，１日３包，１日３回が常用量であっても，２回くらいから始め，調子がよくならなければ薬を変えます。よくなっても，患者さんが効果は少しあるけど不十分とおっしゃったら３回出します。

②エキス製剤はインスタントコーヒーと同じ製法でつくられているので，お湯に溶いて飲むのが理にかなっています。ただし湯剤でおなかが一杯になってしまう人，めんどうという人はそのまま服用してもよいと思います。

石橋幸滋：インフルエンザや風邪の患者さんに，熱いお湯に溶かして，甘いシロップやハチミツを入れて飲むことを勧めています。

津田：もう一工夫として，エキス製剤はどうしても揮発性の成分が抜けていますので，それを補う意味で，擦り下ろしたショウガを入れていただくと，さらにさらに体が温まり，効果が出てきます。

逆に，黄連解毒湯のような，熱を去り，炎症を取る薬のときには，冷服のほうがよい場合もあります。飲むと吐き気がする方も，水なら飲める場合があります。

石橋：漢方薬は，どちらかというと，まずいイメージがありますが。

津田：結構おいしかったとおっしゃる方もいて，体質が合っているときには飲めるようです。病気が治ってきて体質がよくなってきて突然飲めなくなる方もいます。一方，体質が合っていても，飲みにくい，飲むと調子がよいが味は苦手という方もいらっしゃるので，その場合はオブラートや，龍角散から出ている漢方薬服用ゼリーを利用します。

石橋：味をよくするために，水飴を使ってみたりしますが，うまく混ざりません。

津田：ハチミツをちょっとお鍋であわ立てて，水分を飛ばして濃くしてから薬を入れると結構よくまとまります。

石橋：実と虚はどのように判断しますか。

津田：私自身，実だと思った人が虚だったり，虚だと思って薬を出しても全然効かないので実の薬を出すとすごくよくなったりと，見間違えることが多いです。こうした失敗談は，名人にもたくさんあります。

大雑把にいうと，病原体と体が激しく闘っているときは実，体が病原体に負けてきて，弱い菌にも抵抗できない場合は虚と考えます。実際にはいろいろな薬を使ってみて，その体験から実感していただくしかないと思います。

石橋：インフルエンザなどで麻黄湯をよく使いますが，やめ時や，やめた後の薬はありますか。

津田：インフルエンザも風邪も，症状がよくなれば薬をやめてよいと思います。どこから

患者さんの自己治癒力に任せるかですが，汗をかいてよくなったところでやめてもよいですし，汗をかいてだるくなったとときには桂枝湯に変えたり，場合によっては補中益気湯を最後に出したりします。薬は患者さんの訴えに対して決めていきます。

しかし，慢性の病気のときは，当分飲む必要があり，特に腎虚が原因の場合，半年くらい飲まないと，効果が実感されにくいかもしれません。ただし１カ月飲んでも全然効果が認められなければ薬の変更を検討します。

永田雅文（開業医）：①妊婦への対応はどのようにされていますか。②せきがひどいときは麻黄湯でよろしいですか。③乳幼児への対応はどうされていますか。④子どもへの対応はどうされていますか。

津田：①妊娠中でも，葛根湯などは，あまり心配せずに飲めます。瘀血に対して血行をよくする薬は妊娠中はやめたほうがよいとされています。桂枝茯苓丸や大黄牡丹皮湯，桃核承気湯などがそうです。生薬単位でいいますと，大黄・芒硝など下剤系統の薬や，牛膝・桃仁などの生薬は平滑筋を収縮させ，流産のリスクが少し増すのではないかといわれています。

②患者さんの体質によりますが，血圧が上がりやすい人には麻黄湯は避けたほうがよいでしょう。葛根湯は麻黄の量が少なめなので，そちらを使うか，麻黄を含まない参蘇飲や麦門冬湯を処方するとよいと思います。

③お母さんに薬を飲んでもらって，母乳から分泌される成分で効かせる方法があります。乳幼児の風邪はお母さんからうつることもあり，お母さんとお子さんの風邪を同時に良くすることができます。８分の１，６分の１といった処方は難しいのですが，お薬を溶かして少量を乳房に塗ってもらうとか，少し綿棒で口元に湿らせる程度でも，それなりの効果があると思います。

④小学生の低学年では３分の１くらいから，高学年では半分くらいから始めます。増やしていって大人と同じ量になっても，副作用などで問題になることはそんなにありません。

石橋：多摩北部医療センターとの共同研究で，乳幼児も含めてインフルエンザのお子さんに麻黄湯を１日量0.25g/１kgぐらい使ってみたところ，かなり速く熱が下がったというデータが出ましたので，そのくらいの量がよいのかもしれません。

津田篤太郎先生の発表「不定愁訴・困ったときの漢方」に際して

永田：漢方薬のオーバードース（３剤）は，保険診療では難しくありませんか。

津田：私は１日３包か４包に収まるように出しています。少ない場合は１日１回のみです。１日３回，３つ４つの薬を出すことはしてはいません。

石橋：３剤でも，フルに１日３回出すことをしなければ，大丈夫だと思います。適用例に関しては，書いてあることに近ければなんとか通ることもあります。

岡田和博（薬剤師）瞑眩について，薬を継続すべきか中止すべきか，その判断基準や，特定の漢方薬はありますか。また，それを判断するための期間はありますか。

津田：瞑眩は，私もあまり経験したことがありませんが，症状が出たら薬をやめるか，減らすことにしています。瞑眩はその時期が過ぎると，定義上，原疾患による症状が良くなるはずなので，重ねて処方する必要性はあまりありません。もし湿疹が出たり，熱が出たりといった症状が延々と続くなら，瞑眩としてはおかしいと思います。日本東洋医学会か

ら，瞑眩を70例くらい集めて調べた論文（日東医誌　65：75-86，2014）が出ていて，無料でダウンロードできます。

石橋：怖かった副作用のご経験は。

津田：漢方薬の有害反応にはいくつかあり，瞑眩はその一つですが，そもそも漢方薬の運用の仕方が間違っている場合（誤治）もあります。

さらに，薬理作用から，必然的に出てくる副作用があり，その一つは，芍薬甘草湯などで有名な，偽性アルドステロン症です。甘草に含まれているグリチルリチン酸が原因で，高血圧，浮腫，低カリウム血症の３徴がよく知られています。ほかに麻黄に含まれるエフェドリンによる血圧上昇や不眠，大黄のレインアンスロンによる下痢があります。

一番問題なのが，小柴胡湯などによる間質性肺炎です。かつて，肝炎治療薬インターフェロンとの併用例で報告が相次ぎ注目されました。特に，柴胡と黄芩という生薬が含まれている処方では注意が必要とされています。そういった薬が服用されるときには，レントゲンを１枚撮り，既存の間質性肺炎の病変がないか気をつけることが必要です。

同じく柴胡や黄芩を含む処方では，薬剤性肝障害も比較的よく経験されます。投与後１～２カ月くらいに８割くらいが発症しますので，１，２カ月たった時点で血液検査を１回すれば，だいたい大丈夫です。

石橋：間質性肺炎のご経験は。

津田：１，２例あります。証に合っていればならないはずとおっしゃる先生がいますが，私の経験では，証が合っていても間質性肺炎になります。間質性肺炎は，早めに薬をやめれば，あとを残さずよくなります。聴診など気をつけるとよいと思います。

石橋：私の患者さんに，市販薬の漢方薬で間質性肺炎になった方がいて，非常に重症で，ICUに１カ月以上入りました。市販薬でも出るのかと驚き，安全でないことを実感しました。例えば認知症でよく使う抑肝散でも，甘草による偽アルドステロン血症による高血圧や柴胡による肝機能障害や間質性肺炎等が起こる可能性がありますね。

津田：甘草は８割くらいの商品に入っています。最近の研究では，腸内細菌の組み合わせと肝臓の代謝酵素が関係しているといわれていて，出る人はすごく少ない量でも出るし，出ない人は８g，９g使っても出ません。肝機能が悪い人は，漢方薬を始めた後，むくんできたり，血圧が高くなったりしないか，少し注意したほうがよさそうです。

最近，山梔子を含む処方を10年くらい続けた人に腸間膜静脈硬化症という，非常に珍しい合併症が報告されています。超長期に続けた人に起こる副作用とのことです。

中村みゆき（薬剤師）：調剤薬局に勤務しています。漢方薬併用の際の注意事項について質問です。複数の科から漢方薬が処方されることがしばしばあります。我々薬剤師はその際，甘草の量に注意していますが，そのほかに気をつけるべきことがあれば教えてください。

津田：医師同士が，ほかの漢方薬が出ていることを認識してれば問題はないと思います。甘草は量が多くなると副作用が出やすくなりますが，多くても平気な人もいます。大黄はさすがに量が多いと下痢をしますので，気をつけたほうがよいでしょう。

しかし，漢方薬は種類が増えるほど効き目がマイルドになって，効き目が弱まる特徴があるため，多く出ていると，せっかくの薬が効かなくなります。薬剤師から医師に，いろんな薬が他所から出ていることをフィードバックしていただくとよいと思います。

実地医家が取り組む在宅医療

在宅医療における開業医と医師会の役割……辻　哲夫
最期まで安心して地域・家で暮らすために
～日本在宅ケアアライアンスの設立趣旨とその役割～……新田　國夫
在宅医療における開業医と医師会の役割……永井友二郎
鼎談・自由交見

日　時：平成28年５月８日(日)午後２時～５時
場　所：東京医科歯科大学　M&Dタワー　鈴木章夫記念講堂
テーマ：実地医家が取り組む在宅医療
司　会：石橋　幸滋
記　録：事務局
共　催：東久留米市医師会，
日本プライマリ・ケア連合学会（プライマリ・ケア薬剤師認定制度委員会，多職種協働委員会）

在宅医療における開業医と医師会の役割

辻　　哲　夫

地域包括ケア－開業医の役割

日本は，現在後期高齢者が急増しており，どの国も経験したことのない未知の社会に向かっている。75歳を超えると集団としては虚弱な方向に向かう。慢性疾患を持ちつつ虚弱化するという形態が一般的であり，我が国の疾病概念は，大きく変容している。

一方，高齢者世帯は，一人暮らしか夫婦だけの世帯が大部分となりつつあり，家族介護は一般的には期待できない。特に急速に高齢化する都市部では，病院が入院患者を受け止めきれなくなる可能性が高く，特別養護老人ホームなどの整備も到底追いつかない。深刻な事態が予想される。

社会的なイノベーション，すなわち地域包括ケアシステムが必要となっている。地域包括ケアとは一言で言うと,「住み慣れた地域で,年を取っても，できる限り元気で，弱っても安心して住み続けることができるまちづくり」ということだ。年を取ったら，環境を大きく変えるとかえって弱る。むしろ，高齢者は，自分の馴染んだ住まいで自分らしい生活を継続することが，最も自立を維持しやすく，かつ本人も幸せであると言う，近年のケア思想の大きな転換を背景としている。

ここで最も問題なのが，医療だ。高齢者はいつまでも在宅にいたいが無理だと思っている。家族に迷惑をかけるから，それから医療上の不安に耐えられないからだと言う。

前者は，今後の在宅介護看護サービスの拡充で何とかなっても，後者は，救急車で病院に行くしかない。入院したら安静にするので,寝たきりになったり認知症発症で帰ってこられなくなることが多い。

要するに在宅に医療が及んでいないのが政策の欠落点だ。結論から言うと，時代の必然の流れとして，「治す医療」から「治し支える医療」への転換が求められており，開業医がこれに答えなければ，地域包括ケアは完成しない。

柏プロジェクト－地区医師会の役割

東京大学高齢社会総合研究機構は，都市の高齢化の最前線の一つである柏市で柏プロ

つじ　てつお
東京大学高齢社会総合研究機構

ジェクトに取り組んできた。

その大きな柱が，下記のようなかかりつけ医を基本とする在宅医療を含む多職種連携システムのモデル化である。

第１に，在宅医療を行うかかりつけ医の地区医師会を基本に置いたグループ化だ。

我が国の開業医は，一診療所一医師が基本であることから，24時間365日を基本とする在宅医療に取り組みにくい。そこで，地区医師会として，主治医―副主治医制を導入し，一定圏域ごとにグループ化を推進している。

第２に，在宅医療を含む多職種連携システムを確立するためのコーディネート拠点の設置だ。

市行政が事務局となって，医師会がリーダー役となり，多職種の関係者が話し合う場を確立しつつ，在宅医療・介護に関する相談とコーディネートを行なう地域医療拠点（柏地域医療連携センター）を市行政が設置した（2014年４月）。これは，国が今回改革で推進しようとしている在宅医療・介護連携推進事業の原型となるものだ。

このようなことが実現できた鍵は，地域のかかりつけの開業医に対する在宅医療の動機づけをする多職種連携研修事業だ。

かかりつけ医が，そのかかりつけ患者に在宅医療を求められたときに対応できるかどうかは，かかりつけ医とは何かという根本にかかわる問題だ。一方，専門医として病院で育った多くの開業医は在宅医療の経験がなく，また，モチベーションも低いと言える。そこで，開業医に対する動機づけの研修プログラムを開発した。具体的には，緩和ケアなどの個別事例ごとにグループワークで多職種連携の実際を学ぶとともに在宅の同行訪問をするというものだ。開業医の新たな在宅医療参入促進と併せて，地域の多職種のチームビルディングが進むという効果を着実にあげている。

以上の取組みは，かかりつけ医を中心とする地区医師会と多職種連携を調整する市行政の組み合わせを基本とする新しいネットワーク型の医療システムを目指すものと言える。

今こそ結集して医の原点へ
－在宅医療と実地医家のための会

我々は，本当に長生き人生を享受できるようになった。それは，医学医術の目覚ましい発展のおかげだ。臓器別の専門医療を基本とする病院中心の「治す医療」が大きな役割を果たしたと言える。

一方，疾病概念が大きく変容し，「治し支える医療」を普及するべき時期に來ているが，現在の医育システムは十分対応できていない。また，総合診療専門医の養成だけで，当面の高齢化には対応しきれない。まず，現在の開業医が，当面の医療政策の焦点とも言える在宅医療の実践に取り組み，その実績を通して，「治し支える医療」の教育研究フィールドを確立し，医の原点とも言うべき真の家庭医の養成のための医育システムの改革につなげなければならない。新田國夫先生が議長である日本在宅ケアアライアンスもその方向で動き始めた。崇高な理念により永井友二郎先生が創始された実地医家のための会は，その最前線にあると考える。

最期まで安心して地域・家で暮らすために ～日本在宅ケアアライアンスの設立趣旨とその役割～

新　田　國　夫

病院の世紀から地域包括ケアの時代へ

現在，第一号保険者は2,751万人いますが，その中で要支援，要介護高齢者は453万人（16％）を占めています。日本の高齢者の90％以上が在宅で暮らし，要支援，要介護者の80％が在宅生活です。要介護になれば施設入所がいわれる時代ですが，ほとんどの人が在宅生活をしているのが実情です。施設入所者は第１号保険者の４％に過ぎません。これが後期高齢者11.5％の現在の数字です。

2030年には後期高齢者は20％となり，要介護者も現在の16％から23％へと増大します。しかしながら，こうした数字は都市型の構造であり，全国の各地では，2030年には，あるいは2060年の人口構造を持っているところも多々存在すると考えられます。将来の人口構造は65歳以上が多数となり，医療，介護の対象者もまた，75歳以上が主人公となる世界です。病院の世紀から地域包括ケアの時代への転換です。

根強い病院医療への価値観

病院世紀の時代は戦後から日本の復興と同時代に大きな役割を果たしてきました。世紀末の転換は超高齢時代，家族主義の転換に伴い医療の転換が求められました。一つの臓器あるいは疾患を治す医療から，治し，生活を支える医療への転換です。

しかしながら，時代の変換期には様々な価値観が入り乱れます。特に市民にとっての価値観は長い年月をかけて生活の中で培われてきたものですから，時間を必要とします。

また，いつの時代にも共通の価値観があります。例えば「老い」について青年，壮年期に真剣に考える人はいなくて，老人は自分に関係のない異種族と見なしています。老いは他者だけに起こる現象と考えています。誰もが経験する老いは，人生の究極的な意味をなすことです。

しかしながら，直面する問題は病気と貧困，無為と孤独，あるいは絶望すら漂わす高齢者がいかに多いのかも痛感させられます。社会，あるいは家族もまた，社会の構成員からの離

にった　くにお
日本在宅ケアアライアンス議長
医療法人社団つくし会新田クリニック
（東京都国立市）

脱を促し，施設に入れようとします。抵抗感さえなく，家族の負担になりたくない理由で，本人も家族の決定に従います。病院医療は家族の希望であり，逃避にもなります。本人，家族の意志とは関係なく，構造が存在しているのです。

欠かせない在宅医療

科学的進歩がより質の高いQOLを得るためには，高齢社会にとって在宅医療が欠かせないことです。在宅医療は，国家的コンセンサスとなり，セカンドステージに入ったといってよいでしょう。全国各地，個人の力で切り開かれた時代から，今の時代は新しい人材が求められています。その意味で，質と面の双方の共存した広がりが求められます。介護保険，病院医療は日本において国民の誰もが享受することが可能となっていますが，在宅医療を希望したとしても，質と面が保障されるとは限りません。要介護者の介護保険利用率は要介護３以上の方でも70％を超えます。重度になっても住み続けることを可能にするために在宅医療は欠かせません。

さらには人生の最終段階における医療の在り方と，その人にとっての最善の医療が提供されねばなりません。医学的最善が患者にとって最善とは限りません。また，医学的に無益なことが必ずしも患者にとって無益とは限りません。さらに言えば，患者の選択は患者にとって最善の選択肢ではないと考えています。地域づくりの原点にかかりつけ医がいます。

主軸はかかりつけ医と患者

かかりつけ医は様々な疾病に幅広く，新しい健康概念の中で対応すます。あたらしい健康概念とは高齢にふさわしい医療の在り方です。様々な専門職と共存し，生活の中で外来診療から訪問診療，看取りまでを行う医師の存在です。従来の議論で総合診療医が続いていますが，名称は違っても同じことを議論しているに過ぎません。欧米において，イギリスにおけるプライマリ・ケア医，他の欧州の家庭医は歴史の流れの中で違いを見せています。名前が違っても違いがないこと，ただし，各国の医療保険制度の中で医療的内容が多少，違いを見せています。

かかりつけ医，在宅医療は必然の関係ですが，地域の体制は世界各地でも違いがあります。特に夜間帯は各国々で工夫があります。日本では在宅支援診療所に，その役割を持たせていますが，かかりつけ医も含めた，さらなる工夫を必要とします。かかりつけ医が行う在宅医療は一人で行えるものではありません。地域で支えるあらゆる職種，家族との共同作業です。

さらには日本における一人開業医の在宅医療の問題があります。24時間体制が課題となります。本来の役割は理解しても，実際に参入するには，その参加形態も含めて再考されねばなりません。主軸はかかりつけ医と患者です。患者さん，そしてその家族もまたかかりつけ医に託す関係性が求められます。また，病院から退院する患者に対しては病院スタッフとの相互理解が求められます。急性期病院からの退院時には病気を持った生活者の視点への転換を考えることにより，地域住民の病院から地域への流れも可能になり，たとえ，病気を持ったとしても生活の継続性を保障することが，これからの超高齢時代にふさわしい目的であります。病院医療において単に臓器疾患の医療のみでなく，退院後の生活を見据えた医療であり，在宅では統合ケアとしての横のつながりが求められます。

2014年11月23日15団体で日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）を発足し、在宅医療のための共同声明を発表

①市民とともに、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する。
②医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊厳を大切にした医療を目指す。
③保健・医療・介護・福祉専門職の協力と連携によるチームケアを追求する。
④病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する。
⑤療養者や家族の人生に寄り添うことのできるスキルとマインドをもった、在宅医療を支える専門職を積極的に養成する。
⑥日本に在宅医療を普及させるために協力する。
⑦毎年11月23日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに推進するためのフォー ラムを開催する。

加盟18団体	在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク 全国国民健康保険診療施設協議会 全国在宅療養支援診療所連絡会 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会 全国訪問看護事業協会 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 日本介護支援専門員協会 日本ケアマネジメント学会 日本在宅医学会 日本在宅医療学会 日本在宅栄養管理学会 日本在宅ケア学会 日本在宅ホスピス協会 日本プライマリ・ケア連合学会 日本訪問看護財団 日本訪問リハビリテーション協会 日本ホスピス緩和ケア協会 日本ホスピス・在宅ケア研究会

かかりつけ医の重要な役割

1.かかりつけ医は高齢社会におけるヘルスケアに重要な役割を果たす
2.総合的な診療能力を有することはかかりつけ医の持つべき要件であり、地域医療の大半を支える。
3.深い専門性を有したうえで、総合的な診療能力を持ち、幅広い視野で地域を診る医師
4.地域においては特定の疾患、科の専門だけではなく、地域住民のあらゆる疾患を包括する
5.地域住民の生まれてから死に至る間に様々な患者が抱える医療をカバーする
6.患者や家族の人生も相手にする
7.生活機能の維持、向上をマネジメントする
8.暮らしの場でQOLの向上を支援する
9.認知症、リハビリテーション　がん緩和ケアにかかわる
10.在宅医療は外来医療のその先の医療

かかりつけ医は何をするのか

1すべての医療的問題を解決する
2在宅医療の訪問
3慢性患者の治療、療養支援（、認知症、糖尿病、COPD、骨粗しょう症、心血管疾患等）
4予防（ヘルスケアー）
5終末期医療

■第583回（５月）例会「実地医家が取り組む在宅医療」

在宅医療における開業医と医師会の役割

永　井　友二郎

2007年(平成19年)4月14日　土曜日

朝日新聞

「大病院　一般外来なし」

厚労省方針　役割分担促す

厚生労働省は13日、今後の医療政策の方向性として、大病院や専門病院は一般的な診療はせずに入院と専門的な外来に特化する一方、開業医に対しては休日・夜間の診療や患者の自宅を訪れる訪問診療を求める報告書をまとめた。病院と開業医の役割分担を明示することで、勤務医の過度な負担を軽減する。

在宅医療への移行をはかるのが狙いだ。今後、診療報酬の見直しなどを通じて実現を目指す。

柳沢厚労相を本部長とする「医療構造改革推進本部」が報告書を作成。都道府県の担当者を集めた17日の会議で提示する。

報告書では、日本の医療の問題点として、大病院、中小の病院、開業医の役割分担が明確ではない結果、「拠点となる大病院など」に外来患者が集中し、勤務医に過度の負担がかかっていると指摘。大病院は「質の高い入院治療が24時間提供されるよう、原則として入院治療と専門的な外来のみを基本とする」と明記した。

また、中小の病院は軽い病気の入院治療や脳卒中などの回復期のリハビリテーションなどを担当することが妥当とした。

一方、「夜間や休日などの治療に不安がある」とする患者のニーズに対応すべき役割として①休日夜間急患センターに交代で参加する②時間外でも携帯電話で連絡がとれる③午前中は外来、午後は往診・訪問診療という経営モデルをつくる、などを挙げた。開業医は広範な対応や知識が求められるため、開業医のチーム化や研修を充実させ、「看取りも含め24時間体制での連絡や相談機能を果たすことのできる体制の検討が必要」としている。

長期療養が必要な年寄りについては、患者を継続的に診る「在宅主治医」の重要性に言及。患者自らが主治医を選び、医師間や病院との調整を担ってもらうことで、ケアの質を上げる。

こうした方向性に基づいて、厚労省は地域の医療計画を策定するよう、各都道府県に要請。開業医の訪問・夜間診療の診療報酬の引き上げなどに取り組む考えだ。

１.「大病院　一般外来なし」在宅医療への歩み

私が辻哲夫さんと初めてお会いしたのが平成19年１月，９年前で，辻さんが厚労省の事務次官だったとき，昼の弁当をごちそうになりながらお話ししました。

その内容は，お手元にさしあげた朝日新聞にありますような，国民医療の中で，在宅医療をぜひ大きく進めたいというもので，４月14日のその紙面は「大病院　一般外来なし　厚労省方針，役割分担促す」と大々的に報じました。辻さんは当時，このことに大きい期待をかけておられました。

私はこの辻さんの見識に大きい期待と敬意を感じました。日本の医学界の中で，大学・学会中心でなく，プライマリ・ケア，在宅医療中心へとの強い熱意を感じたためです。

この場合の在宅医療の基本条件は

①常時その診療所にすんでいる。

②どんな質問，相談にも，病人が納得いくまで，ゆっくり，ことばをかわす。

③診療は，いつでも，時間外でも，深夜でも，往診もおこなう。

④診療の原点は病人中心のプライマリ・ケ

ながい　ともじろう
永井医院
（東京都三鷹市）

表　医療事故の共同調査　医療のおそろしさ

医療事故の内訳	第1回　1978年 人間の医学　第78号			第2回　1992年 人間の医学　第158号		
	36名から67件			128名から98件		
薬物過敏症	30	死亡	5	40	死亡	13
誤　診	7	〃	1	20	〃	10
注射その他	16	〃	2	16	〃	1
薬とりちがえ	5	〃	0	8	〃	0
その他	9	〃	7	6	〃	3
医師自ら過失とす	18			35		
患者からクレーム	20			31		
紛争となった	5			10		

（実地医家のための会）

アである。

⑤常に病診連携，診診連携をよくし，病人に不満をあたえないことにつとめる。

在宅医療における開業医と医師会の役割

わが国の医療は明治政府が近代西洋医学を導入した結果，大学・大病院中心となりまさしたが，杉田玄白や本居宣長のような町医者の医療が行われてきた歴史があります。

この町医者たちは住民たちの信頼をうけ，親切な主治医をつづけて今日にいたり，大きい病院はいつも必要なときのピンチヒッターでした。いいかえれば，日本の医療は大学・大病院の医療がある中で，現在にいたるまで，町医者の在宅医療によっておおきく支えられてきています。しかも大変重要なことは，この町医者たちの手で，この在宅医療の研究会・学会ができ，在宅医療の医学が育ってきています。

つぎに，在宅医療における医師会の役割

わが国では，明治時代，日本医師会という公式の職能団体が国からみとめられ，国民医療に関して大きい責任をもってきました。現在の日本医師会横倉義武会長はこの問題についてつぎのように述べています。

わが国の医療システムが高齢化社会の安心につながるよう，かかりつけ医を中心とした「まちづくり」「ひとづくり」「医師会の組織づくり」に立ち向かいたいと。この「まちづくり」のかなめとして，かかりつけ医を核とした医療，介護，予防，生活づくりが不可欠で，その実現に向けての地域医師会の活動に支援していく，と。

2．医療事故の共同調査

この調査は私，永井が医事法学の生みの親，唄　孝一教授と親交をもった中でできた，得がたい共同調査で，唄教授をはじめ，法学者，役人から高い評価をうけたものです。

内容は上の表をごらんのとおりで，われわれ医師はたえずこの危険な仕事をつづけています。

この調査ができたことは「実地医家のための会」という，医療と真剣に取り組む良心的な仲間たちがいたためで，あらためてこの会の存在の重さを実感しています。

この調査は，日本医事法学会から高い評価

をうけました。

日常の診療の中に，このような医療事故があったこと，医師が１人，１～２件の医療事故をかかえていたこと，うっかりの事故，少なからぬ死亡事故のあることがはっきりしました。

改めて医療のきびしさを確認しました。

３．日本医事法学会会長 唄　孝一教授のことば

私，永井友二郎が今日まで，医の倫理についてのことばで，これ以上適切だと思ったものがない，すばらしいことばです。

「医療をうけるものは，いつも泣く覚悟を要する。泣かねばならぬ危険を覚悟で医療は求めざるを得ない。医療にはこんな悲しい運命がある。

しかしこのことは，患者だけに悲しみを忍ばしめるものではない。医師は医療のこわさを銘記し，患者が泣き叫ぶ以外に救いがない宿命のなかで，医療を託していることを知ってほしい。

そして傷つけられ，あるいは家族を失った人々が泣くことをも忍ばしめるだけの厳しさをもって，医療の場は設定されなければならない。このところにこそ，医の倫理が登場する。真の医療とは，こういうものではなかろうか」

還暦の母上を医療事故でなくされた唄教授のことばです。

鼎　談　・　自　由　交　見

第583回鼎談

「今後の開業医の進む道」

辻　哲夫：病院医療の進歩により超高齢社会になりました。そこで地域の医師の使命は介護との連携を含め合理的な形で24時間365日地域社会を守るという精神が大切です。

石橋幸滋：長期投薬を禁じて30日間になったのも，大病院から外来をなくせ，の一つの方法の表れですか。

辻：診療報酬改定については，よく知りませんが，かかりつけの開業医を重視するという方向です。開業医も信頼に応えることが大切です。

新田國夫：高齢者，認知症の人を閉じ込めますか，自由にしますか。これは倫理だと思っています。現在のかかりつけ医の在宅医療は24時間対応ができません。問題は行政の仕事であり，システムとマインドの話がごちゃ混ぜになっています。

永井友二郎：かつて，大学病院に勤務していた頃，開業医は不勉強でもうけ主義だという蔑視がありました。私自身が日赤を退職して開業したときは，「私も落ちるところまで落ちたな」と思いました。しかし，開業して，患者さんと納得できるまでお話ができてたいへん良かった。問題はその頃の医師会は医療や医学の話をしなかったことです。そこで私は開業医の仲間を集めて勉強会を始めました。このような勉強会と長い臨床経験があって，患者の真に求めるものがよく理解できました。

石橋：24時間勤務での在宅医療は大変と考えられます。しかし，チームを組む，医師３人で対応する，携帯電話の活用などで，その場にいなくとも対応できます。実際に働いてみると可能です。そのことを若手医師に伝えたいと思っています。

第583回自由交見

参加者A：医療，在宅，ターミナル，これらは一貫して在宅医療で対応できますが，問題は病院側と思っています。病院は患者を地域に返さないし，行政は施設に入れたがります。

辻：病院が患者を地域に返さない。施設に依存するという傾向はそのとおりだと思います。したがって介護保険の充実がさらに必要と思います。地域多種職の連携も必要です。時間がかかると思いますがその方向を目指す必要があります。

新田：さらに高齢者の救急疾患，急性期疾患をどうするのか。現在，横浜市では検討しています。

石橋：高齢者を入院させると病院の収入が減るような診療報酬対策。早急に退院させたり，急性期だけ入院させるような督促，また，認知症の地域の理解不足を解消させるような対策を講ずるのも必要。また，災害時の対応の勉強会も日頃行うことです。

参加者B：200床以上の病院が在宅診療を行うように指導してはどうか。郊外，地方の場合，半径20kmに散在する患者の介護を行うことは非常に難しい。自宅の看取りも困難と思うが，いかがでしょうか。

辻：医療における在宅とは非病院という意味です。施設を含めて可能な限り在宅でという意味です。

参加者C（非医師）：自宅で介護を実施するのは非常に困難です。

辻：可能な限り在宅でという意味でご理解ください。

病は祟り，もののけ

日本の古代人は病気になるとどうして病気になったのかと原因を考えるが，思い当たらないことが多い。重い病気であればあるほど諦めがつかない。そこで，古代人は病気を神仏の祟りと信じた。とりわけ，天下に大流行する疫病は，天皇の失政によって天地に異変が起こり，発生すると信じられていた。「古事記」や「日本書紀」に「えやみ」「えのやまい」として出て来る。（酒井シズ）

日本書紀　巻第五　崇神天皇　五年
國内多疾(えの)疫(やまい)，民有死亡者，且大半矣
（国内に疾病多くして，民死亡する者有りて，且つ大半にすぎなんとす）

――これこそ神の祟りである。五月には百姓は流離し，或いは天皇に背く者も出た。その勢いは徳を以ても治め難い。天皇は神に罪を請う。天照大神，倭大国魂の二柱の神を天皇の大殿の内に並祭る。しかるに，祭ること能わず。二人じゃ駄目か。八百万(やおろず)の神に頼もうとなった。七月この時に神明倭迹迹百襲姫命が「天皇，なんぞ國の治まらざることを憂う」「吾が児大田田根子を以て大物主神を祭祀すればたちどころに平ぎなむ」という。八月になって大田田根子が見つかり，天皇が聞くと「私の父は大物主大神と言います」と，答えた。
便(すなわち)大物主大神と八百万の群神を祭ることとした。是により，疫病始めて息みて，国内漸く鎮まりぬ。五穀既に成りて百姓賑わいぬ。（神保勝一意訳）

医療と言葉～コミュニケーションの重要性を考える～

医療の言葉を分かりやすく……矢吹　清人

人生100年時代における健康づくりとは？
～あたらしい時代にふさわしいコミュニケーションとは～……石川　善樹
（寄稿なし）

自由交見

日　時：平成28年７月10日（日）午後２時～５時
場　所：東京医科歯科大学　B棟５階　症例検討室
テーマ：医療と言葉～コミュニケーションの重要性を考える～
司　会：石橋　幸滋
記　録：事務局
共　催：日本プライマリ・ケア連合学会（プライマリ・ケア薬剤師認定制度委員会，多職種協働委員会）

医療の言葉を分かりやすく

矢　吹　清　人

はじめに

自分は，理系よりも，文系の方がずっと得意な人間である。それなりに受験勉強をして医者になったが，理数が得意ではなくとも，医者は，とくに町の開業医は十分につとまることを実感している。開業41年になる医者が言うのだから，間違いはありません。だから医学部は文系の資質を持った心の優しい若者も，もっと入学させてもらいたい。理系と文系が混在する土壌から，「良い医師」が生まれるとずっと言い続けているが，理数に強い学生だけが医学部に入れるという現実は変わらない。医学部の教官が，受験戦争を勝ち抜いた理系のエリートばかりだから，そうなるのもやむを得ないのかもしれない。

ここで文系の医師でも臨床では十分に役に立つ理由を挙げてみる

①患者とのコミュニケーションが上手

②相手の言語能力を見極めるのが得意

③分かりやすい説明も得意

④不確実な要素が多い医療の世界ではファジーなセンスも必要

⑤文系といっても，手術や内視鏡などの医療スキルの習得などは優れた指導者につけばできるようになる「経験」の世界なので，理系の人に劣ることはない

⑥実地医家のための会の先輩には，永井友二郎先生を始め，松坂勲先生，（故）鈴木荘一先生など文系の資質を持たれた方がたくさんおられ，さらに神保勝一先生，水野融先生，黒羽根洋司先生，松本祐二先生などの活躍を見ても日本では珍しい「文系医者」の集まりということができる。本会の理念が，他の学会となにか次元の違う存在であるのは，このような会の雰囲気とセンスによることが多いのではなかろうか。

国立国語研究所「病院の言葉」委員会と自分

あとで述べる矢吹の「なっとく説明カード」を国立国語研究所が主催する医療コミュニケーションのウェブ討論会で披露したところ，当時の研究所の上席研究員の吉岡泰夫先生か

やぶき　きよと
矢吹クリニック
（栃木県宇都宮市）

らほめられて，「病院の言葉」委員会の委員に推薦された。研究所の言語学者，新聞やテレビなどマスメディアの言葉の専門家や法律家や医師会・看護協会などの代表などが主なメンバーであった。この委員会の目的は，患者やマスメディアに，医学用語を分かりやすく解説するための「手引き書」をまとめるという大きなプロジェクトで，医療に限らず，文章の「易しさ・分かりやすさ」の追求を自分の生涯の趣味としている自分にとって，実にぴったりの楽しい仕事だった。のちに吉岡先生の研究グループの一員として高知市での「日本語学会」で3時間のワークショップを行ったことも文系を自認する医者として思い出深いエピソードである。

2009年に同研究所から「病院の言葉をわかりやすく―工夫の提案―」（勁草書房）を出版した。矢吹は，この本の中で「インフォームド・コンセント」「プライマリ・ケア」「QOL」「セカンドオピニオン」「ターミナルケア」などの横文字語の解説を担当し，またエッセイ風のコラムも数編書いている。

NHKラジオ「あさいちばん・健康ライフ」に1週間間出演

内幕を明かすと，この放送の質疑のシナリオは，質問も答えも全部矢吹が作って，対談相手の名人アナウンサーの濱中さん，キャスターの遠田さんを驚かせた。医療番組でも，このような医師・患者のコミュニケーションの現場に絞った内容は珍しく，これが聴取者に好評だったらしく，その後3回にわたり再放送された。以下に「インフォームド・コンセント」と「なっとく説明カードの効用」の質疑を披露する。

Ⅰ）インフォームド・コンセント

Q（濱中）：今日は，この本の中から「インフォームド・コンセント」を取り上げて，お聞きしたいと思います。

A（矢吹）：新しい時代の患者参加型医療を進めるには，医師と患者とがその病気や治療法の知識を共有することが大切です。そのためにも，このインフォームド・コンセントという言葉と意味はぜひ皆さんに知ってもらいたいです。

Q：言い換え案に，「納得診療」「説明と同意」とありますが。

A：正確には「説明と同意」ですが，「納得診療」の方が分かりやすいですね。委員会のメンバーで新聞社の関根さんという言葉の専門家が考え出した素晴らしい「言い換え」です。

Q：「なっとく診療」…なるほど，よく分かりますね。

A：インフォームド・コンセントをもう少し詳しく説明すると

「治療法などについて，医師から十分な説明を受けた上で，患者が正しく理解し納得して，同意すること」という意味になります。

Q：言葉は外来語で難しそうですが，手術の前などにある，医師からの詳しい説明を聞いて治療に同意することですよね。

A：病院の現場で，インフォームド・コンセントは，すでに広く使われています。また，患者さんにインフォームド・コンセントを，いまお話ししたように説明すれば，大抵の人はこの言葉の「意味」を容易に理解することが出来ます。でも言葉は分かっても，自分が手術を受ける実際の場面では，いろいろと戸惑うことも多いのではないでしょうか。

Q：そうですね。患者には手術そのものへの不安もありますよね。

A：一つは，医師と患者との知識の差です。それまで見聞きしたことのない医療用語が並ぶマニュアル的説明では，医師にとって完璧

なものでも，患者さんを納得させることは難しいと思います。医師は，それぞれの患者の言葉の理解力を見極めた上で，出来る限り易しい言葉や表現を選び，相手が分かっているかどうかを確かめながら，ゆっくりと話を進めることが肝腎です。また，いつでも質問に応じることを口でも態度でも示したいですね。

Q：いちばん「分かりやすさ」が必要な場面ですね。

A：もう一つは，今言われた患者や家族の「不安」です。医師が患者の理解を確かめながら，手術方法から手術の危険度や合併症の可能性まで上手に説明したとしても，手術に同意するかどうかという場面になると，患者には「本当に大丈夫か」という新たな不安が出てきます。医師が100人に１人の危険度と説明しても，もし，それが起これば，その患者には100パーセントの悪い結果になるからです。逆に医師はぜひ患者にも手術のリスクを理解してほしい，患者にもリスクを共有してもらいたいと思っています。

Q：難しい場面ですね。

A：ここが，インフォームド・コンセントがうまくいくかどうかにかかわる重要なポイントです。

Q：患者は医師に「ぜったい大丈夫」といってもらいたいのに，医師は「大丈夫でないこともある」ことを患者に理解してもらいたい訳ですね。

A：その通りです。でも，今は，残念ながら，神の手と言われる手術の名人でも「ぜったい大丈夫」と保証することはできません。

Q：ではどうすればよいのでしょうか？

A：日頃から，どんなに医学が進歩しても，どんな名医でも，手術の結果を100パーセント保証することはできないという「予備知識」を患者さんに学習してもらいたいですね。主治医が診察の度ごとに話をして理解を深めるようにしてもよいですし，また，たとえば患者さん本人が，乳がんなどの患者団体で学ぶ機会を作ることもたいへん有効と思います。

Q：なるほど。

A：これを，インフォームド・コンセントの「総論」とすれば，手術前の本番の説明は「各論」となります。この際，医師から「手術の危険度」について説明を受ける場面になっても，すでに総論を学んだ患者は，比較的容易に，しかも余裕を持って手術の説明を受け入れることができるようになるのではないでしょうか。

Q：でも，100に一つの不幸な事故が起きたときは，家族としてはなかなか納得しにくいのではないでしょうか？

A：そうですね，不幸にして事故が起きたときは，医師にとっては100人の１人でも，患者家族にとってはかけがいのない１人であるという感情に十分配慮した上で，事故の原因のすべてを明らかにして誠実に説明することが大切です。同時に患者家族にも，自分の大切な家族にも100人に１人の危険の確率があてはまることをあらかじめ受け入れてもらっておかなければなりません。これが，ちょっと厳しいですが，インフォームド・コンセントつまり「納得した上で治療を受ける」ということです。

2）「なっとく説明カード」の効用

Q（濱中）：先生は「なっとく説明カード」というものを使って患者さんに説明していると聞いておりますが，今日はそれについて教えてください。

A（矢吹）：私は，何よりも患者さんに易しく分かりやすい説明を心がけており，当院オリジナルの「なっとく説明カード」に，手書きして患者さんにお渡ししています。このよう

さんへ

矢吹クリニックオリジナル

なっとく説明カード

●今日拝見しました病気やケガの様子を、できるだけ分かりやすく説明したものです。

●よく分からないことがありましたら、遠慮なく質問してください。

年　月　日

医療法人清愛会　矢吹クリニック
院長　矢 吹 清 人
〒320-0046　宇都宮市西一の沢町２－10
TEL.028-648-5588 FAX.028-648-6446
ホームページ　yabukiclinic.com

「なっとく説明カード」の表紙

に，横向きのハガキ大の紙を縦に３枚つなげた大きさの少し厚手の三つ折りのカードです。

Q：なるほど。これはどの患者さんにも書くのですか？

A：新患の方にはかならず書きます。ポイントを説明します。まずいちばん上の「病名欄」。これが大切です。医学用語は一般の方には口で言っただけでは絶対にわかりません。

Q：耳で聞いただけでは分かりにくいですね。

A：ある大学の先生が病院で次のような実験をしました。診察室を出てきた10人の患者に「あなたが今，医師から言われた病名を紙に書いて下さい」という簡単なアンケートを行いました。もちろん診察室の医師には，はっきりと患者に病名を告げたことを確認しています。結果は，驚いたことに，９人が自分の病名を書くことができず，１人だけ書いた人も答えが間違っていたそうです。

Q：まるでイソップの童話のようですね。

A：ですから，病名を書く欄に，たとえば漢字で「変形性膝関節症」と書けば，かならず「へんけいせいひざかんせつしょう」とフリ仮名をつけます。もっと詳しく知りたい方は，病名さえわかれば，インターネットでいくらでも調べることができます。また，よそのドクターのセカンドオピニオンを受けるときにも重宝です。どんな小さな病気でも，病名は誰よりも患者さんのものなのです。

Q：診断名を書いてしまって，あとで違ったときにトラブルになりませんか？

A：はい，カードの裏に「これは，本日拝見した結果をとりあえず書いたものです。病状によっては，後から病名を変更することもあります」と，但し書きをつけてあります。また，診断が確定しない場合は，病名に，かならず(疑い)をつけます。その下の「説明欄」にいきましょう。これは正確な模範的説明というよりは，できるだけ短くわかりやすく100字以内で書きます。

Q：簡単なようでむずかしいでしょうね。

A：そう，ここがこの説明カードの「いのち」です。その人と話しながら，これくらいだったらわかりそう，こういう表現だったら

なっとく説明

■病　名

① 変形性 ひざ関節症
へんけいせい　かんせつしょう

②

③

■病気やケガの説明

レントゲンで、
ひざの関節と軟骨のすりへり
があります。老化のためです

・老化した部分をすべすべにする
ヒアルロン酸注射・週1(5本)
やりましょう
・太ももの筋トレ(ナースが指導)もよわ
かいします

■治療見込み期間　　日間／　　週間／　　ヶ月

■次のご来院日　11月19日（土）午前中.

■通院の回数　毎日／週 1 日（　・　・　）／月　　回（　）

■治療法

① 注射　　④ 筋トレ.
② しっぷ　　⑤
③ くすり　　⑥

■生活上の注意・アドバイス

● 食事　日まで絶食／消化の良いあたたかいもの／普通どおり
コメント
3キロダイエットすると、ひざが喜びます

● アルコール　禁止／乾杯程度／普通どおり

● 入浴　1日禁止／　日間シャワーのみ／普通どおり

● 運動（部活・体育）　日間禁止／普通どおり
コメント

● 就業・登校　日間禁止／普通どおり
コメント

● その他
コメント

「なっとく説明カード」の記入例

わかるかもしれないという見当をつけた上で，医者の使う言葉ではなく，その人の「ことば」で書くようにしています。うちのクリニックに見学に来る若い研修医には，これを上手に書けるようになることがコミュニケーションの達人になるコツと指導しております。

Q：易しく書くといっても，その目安はどうしているのでしょうか？

A：その人が家に帰って，夕食のときに家族に自分で自分の病気を説明できるくらいの易しさを目標に書いています。完璧主義で，あれもこれもと欲張らず，とりあえず患者さんが「わかる」ものをまず作ろうという心構えが大切です。一律のマニュアルではなく，目の悪い人には太く大きく書く，小学生にはできるだけ平仮名で書くといったオーダーメードの説明文であるところがミソです。

Q：その下の欄は？

A：はい，ここに「治療法」を箇条書きし，「治るまでの期間」「次の来院日」も書きます。その下の「日常生活の注意」欄も大切です。患者さんから，よく質問を受ける項目を先取りして，「入浴」「食事」「アルコール」「運動」「就業や通学」の注意点を指示します。お風呂とアルコールは患者さんにかならずと言っていいほど聞かれることですね。

Q：患者さんの反応はどうですか？

A：たいへん好評です。当院は学園地区にあるので中学生や高校生がケガをして1人で来ることも多く，このカード1枚で，本人はもちろん保護者も学校の先生も情報を共有できる「すぐれもの」と自負しています。とくに運動部の生徒たちには，「部活2週間禁止」と書けば，監督やコーチを納得させる強力なドクターストップの処方箋にもなり，喜ばれています。

Q：でも忙しい診療の合間に書くのはたいへんですね。

A：慣れれば2分程度で書くことができます。早く書くために，筆記具は力を入れずに楽にすらすら書ける水性のジェルインク0.7を使い，カードの紙質もインクが滲まず，しかも早く乾くものを吟味しています。

Q：大きな病院の忙しい先生には難しいではないでしょうか？

A：病院の先生たちにこのお話をすると，「忙しくて書いているヒマがない」と言われることがあります。でも，最初の説明で患者によく理解してもらうと，その後の診療がスムーズになることを実感しています。町の開業医が患者さんに差し上げるささやかな「おまけ」であり，患者さんとうまくやるための便利な「小道具」です。「易しさ」，つまり分かりやすいということは，「優しい」，つまり人に優しいということです。「易しさは優しさ」と思っています。

自　由　交　見

第585回自由交見

矢吹清人先生の発表に際して

新村元市（薬剤師）：先生がインフォームドコンセントに活用されている「なっとく説明カード」は医薬分業の薬局に従事している薬剤師の立場からも，書いていただくと患者さんに分かりやすく服薬指導をするうえで，たいへん有効でありがたいのですが，これが普及しないのは，医師側の忙しさのほかに何が理由だと考えられますか。

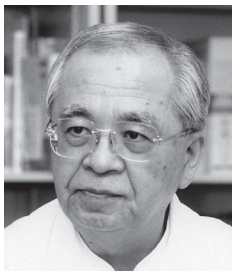
矢吹清人：カードを書くことによって起こり得るトラブルを考えるような心配性の医師ほど書きにくいのかもしれませんね。でも私はそれを乗り越えて，ちょっとした病気なども書いてあげるべきだと考えています。申し上げたとおり，病名は患者さんのものなので，きちんとカードを書いて返してあげるべきだと考えています。

川端康一（勤務医）：初診のときに確定的な診断がつかないときには，なっとく説明カードに想定される病名を列記したりしますか。それは，どのような形で記入していますか。

矢吹：患者さんに理解してもらうためのカードなので，疑いの病名でも書いています。疑いであっても，そのときに医師の思っていること以外の説明はできません。こういう病気の恐れがありますよということを伝えるために書いています。病名を書いて，カッコして「疑い」と書きます。

松根敦子：一般の者でございます。自分の体に起きている変化はしっかり知ることが大切だと思いますが，お医者様がたいへん忙しそうにしていらっしゃると，無理に伺うこともなかなかしにくいのが患者の立場かもしれません。先生からなっとく説明カードを出していただけることは，たいへんありがたいことです。こういうことが当たり前になっていけばよいですが，先生方はちょっとお腰が引け気味ではないかと思いました。

矢吹：新聞に載った私のエッセー『医師に遠慮はいらない』を額に入れて，私のクリニックの中待合室の壁に，患者さんのほうに向けて掲示してあります。これを見ると患者さんは安心してくれます。「額を見てきたの」と尋ねると「そうです」という人がいます。刑事コロンボは１回ドアの外に出ると，また戻ってきて犯人に聞きますね。この額のおかげで，１回聞いて，忘れてまた聞き来る刑事コロンボみたいな患者さんがすごく多いのです。私のクリニックで一番効果がある掲示はこれだと思っています。



医療と人間をめぐる随想
「プライマリ・ケア方法序説」試論

北海道奈井江町
方波見医院　　方波見　康　雄

掲出の題名は，北海道プライマリ・ケア研究会（道PC研）第64回の学術集会での私の講演題名です。

道PC研は，この集会を最後に30年余の歴史の幕を閉じ，2017年度から日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部（日本PC道支部）に合流することになりました。「実地医家のための会」と関係の深かった当会は，奇しくも終幕を同じくすることになりました。

道PC研会長を兼ねる長瀬清北海道医師会会長のお薦めで，会の創立と運営に関わりのあった私に（生き残っているのは私だけという事情もあって），記念のお話をすることになりました。その前半の一部を抄出・加筆したのが本稿です。

なお，この集会は，日本PC道支部との共催，第96回北海道医学会「プライマリ・ケア分科会」の一環として行われました。

では，講演に入りましょう。

医学部学生とインターン時代（現在の初期研修医１年目）のある「出会い」が，その後の私の医師としての人生の歩み，生命と人間存在へのまなざしに大きな影響を与えてくれました。

医学部３年のとき，父が購読していた医学雑誌の論文「結核アレルギーから腫瘍免疫へ」（武田勝男，北海道大学医学部第１病理学講座教授）を読み，実験研究の精緻な世界に惹き込まれました。さらに研修医のとき，指導医からわたされた医学書『吉田肉腫～腹水癌の研究』（吉田富三東大教授）がまた，魅力溢れる内容だったのです。

「吉田肉腫」とはラットの腹水中に浮遊・増殖する，累代移植が可能ながん細胞のこと。がんを固形組織としてではなく，個別の細胞として観察，一個ずつ採り出して自由に操作実験できるところに腹水腫瘍の妙味があると思いました。こうして，一編の論文と一冊の本との「出会い」に誘われるままに，武田教授の病理学教室での研究生活を始めることにしたのです。

研究室の雰囲気は自由闊達，教授や先輩・後輩などのヒエラルキーのないのが楽しかったですね。

武田先生には，こういう逸話がありました。かの太平洋戦争の最中は，言論と思想の厳しい統制や世間の同調圧力があり，帝国大学の教授たちといえども，軍服まがいの褐色の国民服をまとい，頭は丸坊主にしていたそうです。しかし武田先生は，背広に蝶ネクタイ姿，ついに頭の毛は刈らずに押し通したそうです。

じっさいには，ゴツゴツした気骨などミジンも感じさせない，おおらかな人柄でした。また，奥様がピアニスト，助教授がチェロ奏者（札幌音楽院教授）というのも，教室のリベ

ラルな雰囲気づくりの助けとなっていたのでしょう。こうしたことは，「権威」に凭れないという私の気性に合い，人間形成にも役立ちました。

スライドでお見せしている『癌細胞の抗原性』（日本病理学会，1957年，南山堂）は，当時の武田病理学での「がん免疫」の集大成を出版したものです。

私が担当したのは「がん免疫血清抗体の探求」，４人のグループで実験しました。いちばん若い私がグループの責任者。５年先輩の医学部トップ卒業の方も仲間でしたが，趣味が漫画を描くこと。凡才な後輩の私を支え，楽しい雰囲気づくりに気配りをしてくださいました。彼から，人間としての謙譲（decency）を学びました。

吉田肉腫や「武田肉腫」（武田研究室で新たにつくったラット腹水がん細胞）を腹水に浮かべているラットやマウスたちも，実験仲間でした。彼らの腹腔に肉腫細胞を注入すると，腹水でお腹が膨らみ，７日前後で亡くなります。可哀想にと思いました。せめても生きている間だけはと，大切に飼育しました。彼らは，実験成功の恩人でもありますね。あの無垢な眼やしぐさは，いまでもハッキリと覚えています。

かの「吉田肉腫」の吉田富三教授（東大病理学）や，緒方洪庵の直系の家柄の緒方知三郎教授（東大病理学）や緒方富雄教授（東大血清学）が研究室に再三お見えになり，その「洪庵物語」は，私の「徳川時代の蘭学受容の歴史」への関心の動機となりました。

病理学講座ですから，病理解剖や病理組織診断あるいは大学病院医局との症例検討なども経験しています。そのころに愛読したNEJM連載の「CASE RECORDS OF THE MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL」はいまも読んでいます。

病理解剖などから学んだことは，大学病院も，ときには「診断の誤り」があるということ，つまり臨床医療は万能ではない，さらに敷衍すると，科学は「たえず己を更新する努力にこそ真の意味と価値が存在する」ということでした。これに関連した「箴言」のような言葉をスライドにしておきました。

「哲学とは，おのれ自身の端緒がたえず
更新されてゆく経験である」
（メルロ＝ポンティ）

「私の境界が私の世界の境界を意味する」
（ウィットゲンシュタイン）

「臨床医はしばしば，疑いと不確実さの
中で仕事をし，蓋然性に基づいて
決定を下し，診療行動を起こす。
自身の意見を，断定の形ではなく，
仮説として述べる習慣を養うこと，
つまりメタ意識が大切である。
＜医師は，彼自身が治療である＞と
という昔から課せられた責任に対し全力
を尽くすことが責務である」
（Cecil内科学第14版。意訳方波見）

がん免疫の研究生活で学び得た事柄を述べておきます。

先ずは，学問あるいは＜知＞の新しい地平を拓く初々しい意欲と試行錯誤を繰り返す根性の大切さの再確認でした。

そのためには，文献の探索と緻密な計画つまりは，地に足の着いた実証的思考の積み重ねと忌憚のない討論の必要性です。また，世界の最先端研究につながろうとする意欲と視野の広さも学びました。

当時（1950年代）のがん免疫研究は日本でも世界各国でも黎明期，わが国では武田研究室

が中心的な役割を担っていました。そして，その学問的志は継承され，世界で活躍する多くの研究者を輩出しています。私たちグループの研究は，放射性ヨウ素を使ったがん免疫血清抗体の証明でした。その成果が出始めたところで，私の人生は大きく変転しました。父の病が重くなり，生まれ故郷の医院を引き継ぐことになったのです。

10数年ぶりで帰郷した私には，故郷での日々は「異邦人」体験のようなものでした。しかし日を逐うにつれ，大学とは異質な新たな発見がありました。拙著『生老病死を支える―地域ケアの新しい試み―』（岩波新書）を引用しておきます。

「開業医としての診療には，何よりもまず，生きた人間との出会いがあった。地域に住みつき，生活する，生まれも育ちも顔つきも違う，「まるごとの人間」から始まるのが町医者の医療であった。

人間存在という，とてつもない大きな文脈の中で「病める人」を捉える姿勢に開業医の存在意義がある。

生まれ故郷をフィールドとして，開業医の「医療方法論」の地平を拓くことを生涯の課題としたい。」

課題はいまも，がん免疫研究の経験も参考にしながら，「プライマリ・ケア方法序説」の構築として続行中です。

古い本の紹介

江戸幕府は一貫して遊郭と歌舞伎を「二大悪所」として厳しく取り締まった。一方，ご政道を批判したり贅沢な装丁の読み物を発禁処分にした。中でも天保改革（1841～1843）では，当時北町奉行の遠山左衛門尉景元が老中水野忠邦の命により春本を徹底的に取り締まった。

―北町奉行所は現在の東京駅八重洲口に在った。

柳亭種彦作　歌川国貞画の「偐紫田舎源氏（にせむらさきいなかげんじ）」が大奥内部を連想させる描写と，過剰な装丁が空前絶後の評判になったものの絶版処分になった。種彦は旗本であったために自死に追い込まれた。

（神保勝一）

私と実地医家のための会

氏名の五十音順に掲載

ITを中心に例会を企画

天野　一夫（世話人）

「人間の医学」が最後になると伺いました。

私は過去に幾つか例会の企画に関係させていただきましたので，曖昧な記憶をもとにそれらを振り返ってみたいと思います。

最初の企画は 1998（平成10）年４月の第386回例会の「医療と情報」でした。単なる講演会では面白くないと思い，会場を昔のNTT本社ビル（帝国ホテルの隣）に設定しました。30名ほどの参加者がそれぞれパソコンに触りながら，インターネットの指導を受けたのは壮観でした。この時，初めてインターネットを体験された先生も多いのではないかと思います。この時の最後の演者は，元医療情報学会の会長で日本の第一人者の開原成允先生でした。その演題はズバリ「医療は情報」でした。これに対して永井友二郎先生は，医療にコンピュータが入ってくることで，医者患者関係が機械的なものになってくることを危惧されておりました。

1999（平成11）年７月の第 400回記念例会は，「実地医家と医療情報」をメインテーマとして如水会館で行なわれました。当時は「情報開示」が大きな潮流となっていました。演者の大熊由紀子氏（朝日新聞社論説委員）の祖父は医者でしたが大腸癌になりました。自身でカルテをつくり，指示を出し，自分の死後の問題まで整理して，毅然とした態度で死を迎えました。このような経験から，医療における情報開示は必要と話されました。

また，唄孝一氏（日本医事法学会）は，診療情報の提供とカルテ開示という問題を捉え，法制化の必要性を訴えました。

私が大学の外科にいたころは「癌」の病名は患者さんに知らせないのが基本でした。今は患者さんに知らせるのが基本。患者さんに下駄を預けるのですから，医者は楽になったとも言えると思います。

2001（平成13）年７月の第422回例会は，「実地医家のIT革命」と銘打って，佐々木明先生の，ネット接続のデモ，渡邉武先生のレセプトコンピュータの話などが出ました。なかなか接続できなくて佐々木先生が四苦八苦していたことを思い出します。当時のネット接続の状況は不安定で，速度も遅く，今のようにサクサクとはいかなかったのです。その時の自由交見ではレセコン関連の議論で盛り上がりました。

そこで，平成13年12月の第426回例会では「オンライン・レセプトコンピュータを学ぼう」という企画が立てられ，日医総研の上野智明氏が解説されました。実地医家メーリングリストをつくったのは確かこの年だと思います。平成14年から15年にかけての冬は，メーリングリストで「インフルエンザ」の話題で盛り上がり，大変参考になりました。

これを受けて，2003（平成15）年４月の第

442回例会では「今季のインフルエンザとEメール交見」として，メーリングリストでの議論が総括されました。

2005（平成17）年4月は「実地医家とコンピュータ」として電子カルテを取り上げました。電子カルテをつくっている，検査会社のB社とS社に講演してもらいました。手書きでの入力は可能か？　などの質問に対して，B社は適切に答えがあったのに対して，S社は検討中ですという答えで，腰が引けているという印象をもちました。その後，S社の電子カルテの話は聞こえてきません。

以上，私の興味の中心はITであり，それを中心に例会を企画してきました。コンピュータは実地医家のための会の本流ではありません。ある先生に「あんたはユダだ」と言われました。当初なんのことか分かりませんでしたが，あっそういうことか，と合点したのは後の話です。

IT以外にもいくつかの例会を企画させていただきました。「開業医の生活と意見」では開業されている先生の多くが生まれ変わってもまた開業医をやりたいと答えていたのが印象に残っています。

「笑いと医療」では，例会場に高座をつくり，医者で落語家の先生に一席ぶってもらおうと企画したのですが，途中で話がぽしゃってしまったのは残念でした。また，笑いのメカニズムを脳科学的に説明してもらおうと，脳科学者に講演を依頼したのですが，やはり途中で話が立ち消えになってしまいました。仕方なく門外漢の私が，笑いの脳メカニズムを本やネットなどで調べて歯切れの悪い講演をすることになってしまいました。今でも冷や汗が出る思いです。

私の50代は実地医家のための会と一緒に歩んで来た印象があります。例会を企画してみないと，実地医家のための会の醍醐味はわからないと思います。また，コンピュータが一本やりの男が，人間の医学を教えられてどうにかバランスを保てているのもこの会のお陰と感謝しております。

いつの時だったでしょうか，世話人会に遅れて参加したところ，後ろからつつく人がいます。「おい天野。きのうはすごかったな」。そうは言われても何のことやら。聞くと前日はプロレスの試合で血を見る戦いがあったとのこと。勉強会に参加して，このような声をかけられるなんて。一気にこの会が好きになりました。このほか，文人医者や，飛行機乗りでボクサーにして医学書の著書多数という一人で何人分も活躍している人などなど，味のある諸先輩達と知り合えたのもこの会のお陰と感謝しております。

（藤岡診療所／栃木県栃木市）

すべてのご縁に心から感謝

今本千衣子（会員）

私と実地医家のための会の出合いは11年前です。2005（平成17）年に横浜で開催された日本プライマリ・ケア学会主催のワークショップの場で，田所（渡邉）直子先生と運命的な出会いがあったことが始まりです。

私は27歳で義父と一緒に地域での開業医生活を始め，嫁として母としてもある意味では何足もの草鞋を履きながら，気が付くと約20年の月日がたっていました。義父を看取り，義母を見送り，気が付くと40代の半ば，これからの自分をどうしたら良いのか，それまでの自分の生き方，働き方，学び方に自信を失

いかけていました。

何かを変えたくて日本プライマリ・ケア学会のワークショップに参加をしました。

「耳鏡，鼻鏡を使いこなそう」というワークショップで，練習のパートナーとして出会ったのが田所直子先生でした。お互いの瞳を至近距離で見つめながら，心の琴線に触れるものがあり，すぐに意気投合したことが昨日のことのように思い出されます。その田所直子先生の勧めで，実地医家のための会に入会しました。それからは，毎月第２日曜日には東京医科歯科大学のカンファレンスルームに行くのが私にとっては何よりもの楽しみになり，物の見方考え方の視野が広がりました。自分の転機となりました。

“ための会”で，多くの素晴らしい方との出会いに恵まれました。永井友二郎先生をはじめ故・鈴木壮一先生，渡邉武先生，西林茂祐先生，神保勝一先生，松坂勲先生，矢吹清人先生，天野一夫先生，向平淳先生…本当に多くの先生方との貴重な出会いがありました。女性医師として水野融先生，田所直子先生，高藤早苗先生との楽しい語らいは，貴重で，「遠く離れていても“ための会”に来れば必ずいつかどこかで会えるよね」という思いを励みに，お互いにここまで来られたように思います。これまでのすべてのご縁に心から感謝を申し上げます。

「医の本道」を行く実地医家のための会は，今だからこそ，今後もなくなってはいけない会であり，この会の理念はこれからの若人に伝えていくべき大切なものと私は強く思っております。会の形態が変わっても実地医家のための会の理念が，これからの迷える善良な若き医師たちの北極星であらんことを願っております。

今までありがとうございました。そして，これからもよろしくお願いいたします。

（今本内科医院／北海道旭川市）

実地医家のための会との13年

岩﨑　康一（会員）

2001（平成13）年から2011（平成23）年まで，ご縁があって，出身地の国保診療所に勤務いたしました。一人医師で病院勤務からの変化に戸惑い，当初は寂しい思いがありました。

そんな中，2003（平成15）年に当会を知り，入会させていただきました。

当時40代になったばかりの，当会の中では比較的若手で，永井友二郎先生，鈴木荘一先生，渡邉武先生などの大御所の先生方に目をかけていただき，薫陶を受けました。また同年代の村田洋二先生，外山学先生とも知り合えました。

そう，人間の医学……だんだんせちがらくなってくる社会・医療の中で当会は非常に温かくユーモアあふれる先生方が多く，例会などに出席するたびに，ほっとする思いでした。

山梨県の自宅から御茶ノ水まで２時間ほどで，週末に気分転換がてら例会に出席できたのも良かったと思います。

当会への思い出はつきません。40代で青年の主張！！コンクールがあったり（でも，元気で発表されていた山口志保子先生が若くして亡くなったり……）。

鶴岡市での例会も懐かしい思い出です。秋の庄内，藤沢周平記念館，WEB俳句会などなど。

「人間の医学」の休刊は残念ですが，石橋幸滋先生，皆様，今後ともよろしくお願いいた

します。

（市立甲府病院総合内科）

実地医家のための会と人生の出会い

方波見康雄（会員）

永井友二郎先生のご著書『日本語は美しい美しい日本』を読みながら，ふと思い出したのは，もう一人の永井先生だ。フルネームが永井秀夫，東京大学文学部卒業，北海道大学教授，文学部で日本史学・歴史学講座担当の知る人ぞ知る碩学。定年退職後は，北海道大学名誉教授，北海学園大学人文学部教授などを歴任。2005年12月に逝去されている。この方じつは，友二郎先生の弟さんなのだ。

40年以上も前のことだが，秀夫先生を私の住む奈井江町にお招きしたことがある。そのころ私は，町内の医師や歯科医師に声をかけて「奈井江町医療懇話会」を立ち上げ，医学部の若手の研究者や外国特派員を経験したジャーナリスト，人類学者，詩人や文学者など，多様な分野で活躍する方々のお話を聴く催しを開いていた。そのお一人が秀夫教授だった。人生の出会いとは，じつに不思議なものだ。

実地医家のための会第498回例会（2008年5月11日）で「地域で共に診る―私の実践」と題して認知症についてお話をしたことがある。故・鈴木壮一先生からのお声がかりだった。そのとき，永井友二郎先生から分厚い一冊のご本『日本の近代化と北海道』（北海道大学出版会）をいただいた。著者は秀夫教授。教授ご逝去後に永井門下の研究者たちが，秀夫先生の論文を「永井史学」として編纂したものだ。ページをめくると，「北海道の自由民権運動」「北海道と辺境論」「北海道と沖縄」など，時代を洞察する卓越した論説が展開されていた。この本の装幀者は須田照生さんがまた，奇しくも拙著『いのちのメッセージ「まちのお医者さん」が見つめる生老病死』（北海道新聞社）の装幀も引き受けてくださった方だ。人生の出会いとは，かくしてじつに不思議なものなのだ。

この拙著の題名「まちのお医者さん」とは，実地医家のための会の創立理念に学んだものだ。その理念を書かれた永井友二郎先生直筆の書は，いまも当院外来待合室に掲額してある。会の解散は残念だが，理念の実践は，日本のいたるところで展開されていくだろう。

北海道例会やその他の行事，「人間の医学」誌をとおしての会員のみなさまとの出会いに感謝している。長いあいだ，ありがとうございました。

（方波見医院／北海道空知郡）

宝石を糧にして ー実地医家のための会と私ー

黒羽根洋司（世話人）

1986（昭和61）年，開業医としての第一歩を刻んだ時，私は次のような句を詠み，町医者として生きる思いをしるした。

生涯を故郷の凡医秋うらら

稚拙な句に託したのは，生まれ故郷で自前の医療がやれることの喜びと，ひそかな決意であり責任であった。

そんな私が，「病気ではなく病人をみる」を掲げるこの会の主旨に共鳴し，入会を果たしたのは，開業の翌年からである。だが，例会会場へのアクセスの悪さと時間的余裕のなさを理由に，しばらくは名を連ねるだけの時期が続いた。

参加する機会が飛躍的に伸びたのは，同郷に上野欣一先生という同志を得てからである。

参会するたびに知己は増え，会の魅力が次第に私をとりこにしていった。

画期的だったのは，神保勝一先生の推挽で2003（平成15）年の創立40周年記念式典で講演を行ったことである。演題が「医療と言葉―庄内弁にこだわって」，最前列には聖路加病院名誉院長の日野原重明先生も座り，皇居で御進講をする演者のように緊張した。

その後も，「笑いの効用」をテーマにした例会で問題提起をしたり，当会や日本プライマリ・ケア学会が編集する本の寄稿者の一人にもなった。

何にもまして印象深いのは，第524回例会（2010年10月）の開催を鶴岡で果たしたことである。当地区医師会が誇る「医療連携システム」を主題とした勉強会もさることながら，翌日の海坂藩の歴史と秋を巡る市内散策は，例会に風趣を添えたと自負している。

このように，実地医家のための会は，ともすれば単調になりがちな私の生活に刺激と楽しみを与えてくれる，かけがえのない存在であった。師表とすべき優れた人たちとの出会いは，生涯の貴重な財産となった。

豊の秋町医者として三十年

これは，この十月で開業医生活に終止符を打った私を詠った妻の句である。この会が私にくれた数々の宝物があるかぎり，私の新しい人生は充実したものになると信じている。

（黒羽根整形外科/山形県鶴岡市）

薬剤師からの発言の大切さを学ぶ

坂口　眞弓（準会員）

日本プライマリ・ケア連合学会の薬剤師認定制度委員会，多職種協働のあり方委員会などで石橋幸滋先生とご一緒し，石橋先生が代表世話人をされている実地医家のための会に準会員として入会させていただきました。

昨年の５月例会では「薬剤師の地域における役割と医薬連携」についてお話しする機会をいただき，そのあと，「薬局で開催する多職種で協働した健康支援活動」というテーマでグループディスカッションをさせていただきました。その中で，素晴らしいアイデアの支援活動が提案され，2015年に厚生労働省の示した「健康サポートの取組」にあてはまるものが多数ありました。また，講演内容を「人間の医学」に掲載していただき，大変光栄に思います。

多職種協働委員会とコラボした栄養にテーマをおいた研修会も魅力的で，毎回，楽しみでした。

本会は，実地の学習の場としてありがたい会でした。特に例会におけるディスカッションでは，医師をはじめとする他職種の，さまざまな地域での考えや実例を聞くことができ，薬剤師という狭い視点からの見方を払拭することができました。

地域の多職種と連携・協働していかなければいけない中，薬局薬剤師は出遅れている感があります。本会で学んだ「あたりまえのことをあたりまえに」連携していくこと，薬剤師としてきちんと発言をしていくこと，たく

さんの刺激をいただきました。今後も，ぜひありがとうございました。続けていっていただきたいと思います。

（みどり薬局薬剤師／東京都台東区）

実地医家のための会に感謝

神保　勝一（世話人）

私は昭和58（1983）年に，佐藤安正先生と故・北川欣也先生のご紹介で入会いたしました。今年で会員歴は31年になります。この間，優れた諸先輩から非常に沢山のことを学ばせていただきました。この度，本会会員の高齢化と会員減少によって「人間の医学」を継続出版することが困難となりました。記念号の出版に当たって，思い出と感謝を述べたいと思います。

平成15（2003）年に本会創立40周年を記念して著書『日本の開業医』を出版することになりました。全会員から「開業医からのメッセージ」をご投稿いただいて掲載することいたしました。13年経過した今，読み返しても全てのメッセージが素直に理解出来ます。医学の道の普遍であることを感じました。「予期せぬ事態」「医療と法律」を永井友二郎先生から，「動脈硬化」を向平淳先生，「医療と言葉」を矢吹清人先生，「腰痛」を佐藤安正先生，「脳血管障害・痴呆」を高玉真光先生，「家庭血圧計」を故・川久保亮先生に教わりました。

地方例会もありました。「北海道」の故・土谷茂樹先生，「京都」は故・岡田安弘先生，「博多」は故・熊手照代先生，「銀座例会」は故・竹内雅夫先生など枚挙に暇がありません。故・鈴木荘一先生，松坂勲先生，天野一夫先生，石橋滋幸先生には感謝しきれません。

「長寿万歳!!」のその後，どうするの？　木村然二郎先生の予言が今，現実のことになりました。長寿こそが幸せになると思って医学も医療も家族も頑張りました。しかし，国民の30％が65歳以上となってみたら，「医学の進歩は国を滅ぼす」と言われました。医療に努めず介護に励めと言われて落胆しています。

今後の日本の医学・医療がどのように変遷するか分かりませんが，私は開業医として目の前の患者さんには今まで通りに対応して行きたいと思っています。

「人間の医学」記念号に際し，実地医家のための会の会員であったことを誇りに思っています。

2016年９月記

（神保消化器内科医院／東京都江戸川区）

「人間の医学」最終号の発行について

高玉　真光（世話人）

私が実地医家のための会で「脳卒中のお話」をさせていただいたのは1982（昭和57）年１月10日のことでしたから，ほぼ35年前のことになります。

その頃は脳出血，くも膜下出血，脳梗塞等の診断は，臨床症状と神経学的所見および髄液検査が主な診断方法でしたが，この数年前に，初めて頭部CTを導入し，神経学的所見および正常な脳脊髄液の人にも脳室に穿破しない小さい脳出血があり，さらに脳幹の出血も発見され，しばしば神経学的所見から診断困難な例もあることがわかりました。CTの発見が脳卒中の診断を変えたものでした。

このことを日本プライマリ・ケア学会に発

表したことから，私のところに松坂勲先生からお電話があり，実地医家のための会で脳動脈硬化による脳卒中の臨床と診断についてお話しするようにとのご依頼がありました。日本プライマ・リケア学会で発表した臨床所見を永井友二郎先生をはじめ，安田勇治先生，日向野晃一先生，佐藤安正先生，渡辺淳先生，松村幸司先生，向平淳先生，渡邉武先生など大先輩の前で講演するようにとのことでした。

私にとっては大変な名誉のことでした。一生懸命，原稿とスライドをつくりました。松坂先生から講演するときには，投稿してもよい原稿とスライドを提出するようにとのご依頼があり，お正月の休みを返上して書き上げて，１月の第２日曜に発表させていただくことになりました。そのときの講演は，臨床的に脳梗塞と診断される中にも出血例があること，また臨床上軽い頭痛を訴える人の中にもくも膜下出血の人が少なくないこと，認知症になった人の中に慢性硬膜下血腫がしばしば認められ，脳神経外科の治療で認知症が改善することなどをお話しして，１時間近い討論のあとで私はたくさんの良い質問をいただいたことが，いまだ印象に残っております。会場は東京医科歯科大学の特別会議室であったと思います。

それ以来，実地医家のための会に入会させていただき，いろいろと勉強させていただきました。毎月第２日曜の例会には，いつも出席できるわけではありませんでしたが，会の講演と討論の模様は，「人間の医学」に詳しく掲載されており，それを読ませていただくことは大変勉強になりました。

この頃の実地医家のための会は，東京医科歯科大学だけでなく，札幌厚生年金会館や東北大学の講堂，金沢市の公会堂，香川県の公民館，福岡市の公会堂など，全国の会員のもとで，その土地の開業の先生方の研究をテーマに勉強させていただいたことが忘れられません。

私の住む群馬県では伊香保温泉で東京大学物療内科の木暮敬先生の温泉療法をテーマに勉強会が開かれ，また夏の例会は軽井沢プリンスでゴルフコンペと勉強会をするなど，日本中で観光と勉強をさせていただいたことが忘れられません。その土地々々で，素晴らしい医学の知識を持った先生に必ず講演していただき，大学では学べなかったたくさんのことを勉強させていただきました。

この会が1990（平成２）年４月には，第300回例会を迎え，これを記念して『今日の人間の医学』を発刊することができました。松坂勲先生が編集されたこの本は，1991（平成３）年２月10日に発行され，定価が4,000円でした。「人間の医学」100冊の中からそれぞれ執筆した先生が，その論文を見事に圧縮したこの本は，今読み返してみても勉強になることが多く，永井友二郎先生が「いつも手もとにおいて読んでいる」とおっしゃられるように，子どもの急性腹症から老人の貧血まで私の臨床の師であったと思われます。

この『今日の人間の医学』の中から，外来診療の大切さや心身症の診断，往診カバンの中のお薬，外来の消化器内視鏡，訪問看護の方策，老人保健施設の役割，特別養護老人ホームの認知症の問題，在宅医療など，様々なことを学ぶことができました。

先日，石橋代表からこの会を今後続けるかどうかとの相談会が開かれました。いろいろな意見が出て，全国から会員の先生が集まっていただき，相談の結果，永井友二郎先生のお手紙は，始めたときには４，５人の会であったのがやがて全国に1,000人近い会員を持つ会になり，様々な勉強会をしてきたこと

から，どんなに人数が少なくともこの会は続ける価値があるとのご意見でした。私も毎月出なくてもよい，日曜日の午後でなくてもよい，こうした優秀な在宅医療をしている先生方のご意見を聞けることが毎日の診療に役立つことであると，また医師として，大学や学会で学ぶことのできない大切な知識を得たいと思っています。

どうかこの会が細く長く続いて若い先生方の手による「新・人間の医学」が発行されることを願っています。

（老年病研究所／群馬県前橋市）

父と私の実地医家のための会

田所　直子（会員），**渡邉　　武**（世話人）

私にとっての初めての実地医家のための会は，父・渡邉武と参加した第442回例会（2003年４月）に遡る。インフルエンザについての総論とアンケート調査結果報告があり，約30名の参加者があったと自分の記録にある。見回すと平均年齢65歳の会合で，女性医師は不在，40歳代は少なく，ちょっと恐れ多いなと感じながら入会させていただいた。自分が子育てから少し手が離せるようになったことと，信頼できる医師仲間ができると父が話していたことも背景にある。

入会すると送られてきたのは趣意書であった。今も大切な宝であるが，圧倒的な存在感のある永井友二郎先生の直筆の色紙で会の理念が高らかに謳われている。“ための会”の設立にあたり東奔西走された当時の開業医は診療から公衆衛生まで全てを担って多忙の極みにあったと思う。当院は両親が切り盛りしていた診療所なので，患者に事があると盆も正月もなく，昼夜を問わず対応していた。今でこそ地域連携をうたって病院の敷居も低くなったが，昔は大学病院が頂点であり，開業医が何を言うかという雰囲気であったと聞く。そんな日々の中で統計や法律を医療に取り入れ，医師主導で先駆的に全国規模の調査をした“ための会”の開業医達の存在は特筆すべきことだ。

その後この会を母体に1978年に旧日本プライマリ・ケア学会が誕生したが，父はなかなか医学会が認めようとしなかったと話していた。しかし大学ではなく開業医が主導で学会をつくったこと，さらに医療に従事する誰もが発表することができる会ができたことを殊更に喜んでいた。地方での勉強会も多く，父が喜び勇んで出かけていた楽しそうな写真が沢山ある。参加者それぞれが情熱をもって“ための会”ならびに学会をつくり上げていったのだと思う。

この会では素晴らしい先輩，同輩，後輩の先生との出会いがある。「医療ってこんなふうに考えていいのか」「医療者以外の側面を生かすことができるのか」という驚きがあり，さらに勉強一筋だけではなく人生に余力がある先生が大勢いらした。地方例会は，勉強はもちろんだが，地元の先生との歓談があり，いつも以上に楽しそうな先生方とのひとときが楽しい。

ただ，2009年に宮崎市で開催された旧日本プライマリ・ケア学会が最後の地元の開業医や医師会長さんらの心尽くしの地方学会だったと思う。2010年に日本プライマリ・ケア連合学会になって以降は残念ながら従来の母体であった熟練開業医の参加が少なくなった。また2015年に筑波での連合学会で父の永井友二郎賞授賞の折りに代理人としてひと言を述べる機会を得て，日本プライマリ・ケア連合

学会の原点がこの“ための会”にあることを話させていただいたが，会場の若い先生方がほとんどその事を知らないと感じて大変残念に思った。

確かに“ための会”は勉強会で，それも昔ながらの地味な勉強会である。現代では新しい診断推論・方法・診断基準・治療法が次々と出てくるため，スピード感を持っていないと医療情報にも疎くなってしまう。しかし，それで昔より問題がどんどん解決しているかというと，果たしてそうとも言えない。信頼できる人々との繋がりは大切であり，今後も現実の医療の本音が言える会は残って欲しい。

学会で「ための会のコーナー」を設けて発信しておけばよかったか。「ための会の HP」やネット上のやりとりは残して年に何回か集まるのはどうか。毎回，協和企画の皆様のお手伝いにはご苦労が多々あると思われるが，故・鈴木荘一先生がご用意くださった医科歯科の講義室に集まることができなくなることは残念である。父の生きがいであり，若輩の私を育ててくださった“ための会”は私共の大切な宝である。

最後に，現在，父は介護を受け，車椅子生活ではありますが，90歳を過ぎて小康を得ており，永井先生をはじめとする大勢の先生方からいただいた励ましのお言葉に心から感謝し皆様にくれぐれもよろしくとのことです。

（渡辺医院／千葉県船橋市）

開業医の「生き方の定義」を学べる場

外山　　学（世話人）

私が入会させていただいたのは，2003（平成15）年７月，日本プライマリ・ケア学会（当時）の理事に就任した際に，矢吹清人先生がお声がけしてくださったことがきっかけでした。あとで知ったことですが，会が誕生した1963（昭和38）年２月はちょうど私が生まれた月で，私と同じ年齢のこの会に，不思議な縁も感じている次第です。

私は，今のように医学部の授業に医療面接が取り入れられる前の時代に卒業し，特に夜間の救急を売りにした病院で最初の研修をしたせいか，追い立てられるように患者さんを早くさばこうとするくせがなかなか抜けず，患者さんとの会話，ひいては自分の診療に，なかなか深み，人間味が出ないことを自覚しておりました。

そのような時に，永井友二郎先生をはじめ，この会の先生方に出会うことができ，まさに，自分の勉強したいもの，求めていたものがここにあった！　との思いで，大阪から例会に通うようになりました。

いつしか私も，医者人生の折り返し点を過ぎ，体力や気力が下降線に向かう中，残りの時間をどう使うかを考えなければならない歳になりましたが，開業医（地域の医師）としての「生き方の定義」を学べる，これ以上の場はほかにはありません。

最近，さまざまなところで，患者の話をじっくり聞くことの重要性が強調されています。そのような，まさにこの会が大切にしてきたことに陽が当たる段になって，私と同様の，あるいは下の世代の方に，十分に会の魅力を伝え，会員になっていただき，会を維持する努力が及ばなかったことを，ほんとうに心苦しく感じております。

明日からすぐには役立たないかもしれないけれど，あとから，学んだことがじわじわ効いてくる会，あるいは，目新しいことばかり

ではないけれど，原器となって，自分のその時の立ち位置を再確認させてくれる会の灯を，消したくないというのが正直な思いです。

（益田診療所／大阪府門真市）

往時茫々

西林　茂祐（会員）

私が実地医家のための会に誘われたのは何時のことだったか，しかとは覚えていない。

芦屋の故・瓜谷先生に誘われて，兵庫県支部の設立に参加した。

初めは小人数で，一つのテーブルを囲んで，自験例などを存分に話し合っていた。

次第に人数が増えて，大きな会場を使う程になったし，東京からも来ていただけるようになった。講師の話より，その後の自由な発言の方が面白く有益であった。正に実地医家のための「談話室」だった。

何度か回を重ねるうちに，若い人が減っていった。それは実地医家のための会では日本医師会の研修単位が取れないことが一つの原因であったと思う。

どうにもやり繰りがつかなくなり，やがて

「じり貧よりも……」

と，解散すると決めた。解散パーティを開いたが，集まったのはほんの僅かで，用意した料理が余ってしまった。

実地医家のための会で，コンピュータの話があった折に，遙々東京まで出掛けた。そこには，永井友二郎先生が居られた。隣に居られた渡邉武先生が，

「此処へ」

と，永井先生隣の席を譲ってくださった。皆様から細かい心配りを受けて，居心地が良く，次第に参加する回数が増えていった。

永井先生からのお誘いで「俳句をつくろう会」にも参加。顔なじみも出来，出席回数が増えた。

言いたいことが言えるようになり，

「実地医家のための老人会」

などと，憎まれ口をたたいていた。

程なく，今本千衣子先生も旭川からはるばる参加され，丁度父娘ほどの齢の差で，ずっと親しくして貰っている。

時代が変わり，医学も次第に狭い分野を深く追求する傾向が強く，我々のような広く浅くという臨床家は主流ではなくなってしまった。

その欠点が現れて，総合内科が生まれ，今では NHKまで「ドクターG」を放送している。

私は大病院志向の強い若いクランケに，「医師とは蒲鉾板のようなもので，縦にみるか，横にみるかの違いだけだ。

広く浅くか，狭く深くかのどちらかだ」

と，言っている。

しかし，大病院へ集中する傾向は年々強くなっていく。時流には逆らえない。

また，開業医の生態も変わって，学術講演会にはあまり出て来ないが，健康保険の点数改正とか，税金の話なら会場は満員になる。

政府の低医療政策で，収入が減少したのも影響が大きい。人件費も出ないようなら，勢い経済努力をするのはやむを得まい。

一方，金の掛かるMRIなどは，

「念のために」

と称して，不要と思われる場合にも撮っていることもある。そしてそれが医療費の増加に拍車を掛けている。

医は仁術と言う。では仁とは何か？

曽子が

『仁ハ忠恕ナリ』

と，言っている。

忠とは一生懸命に努力すると言う意味であり，恕とは相手の立場に立つということだと私は思う。

そんな志を同じくする者の会，実地医家のための会がさびれるのは悲しいことである。

経済的理由から，もう「人間の医学」を出せないと，事情の説明を受けた。どうしようもないと頭では理解しているが，寂しいことおびただしい。

しみじみ時の流れを感じている。

2016年10月17日記

（西林医院／兵庫県西宮市）

医師として人生を支えてくれた実地医家のための会

村田　洋二（世話人）

実地医家のための会との初めての出合いは，軽井沢全国医学生ワークショップでした。その後，東京女子医大在職中に，永井友二郎先生とのご縁があり，会員として現在に至って居ります。

開業医であった亡き父からも，「歴史ある優秀な先生方の集まりだよ」と，よく聞いていました。父の脳卒中後遺症が急変したため，私は，大学病院勤務医から，急遽，開業医となり，暗中模索の中，特に小児科関係で疑問に思った時など，石橋幸滋代表，田所直子先生をはじめ，会員の先生方には本当にお世話になりました。そして，何よりも，実地医家のための会の先生方の品格ある考え方，態度から多くを学ばせていただきました。

何度か，企画させていただいた名古屋例会も，今では，とても懐かしい思い出となっています。副代表も務めさせていただきましたが，91歳になる母の自宅介護で，度重なる急変が続いているため，12年続けてきた地元医師会理事も本年で辞しました。考えてみれば，愛知県公害健康被害認定審査会副代表（会長代理），いきいき健康推進委員会，子どものいじめ防止対策委員，不登校対策協議会委員，その他，学校医や介護認定委員等，地域の開業医として如何に生きるべきかを考えながら，一生懸命頑張ってきたつもりです。

私も，今年で58歳になりました。日常の診療において，いろいろな事で迷った時には，永井先生が築かれた実地医家のための会の名前を傷つけないような判断をと，常々考えてきました。平成28年10月20日，愛知県庁にて，大村知事より公衆衛生関係功労者として表彰を受け，先月は，警察署長より感謝状もいただきました。この歳になり，ようやく，地元に貢献出来きたのかなと思えるようになりました。これからも，医療のみならず，実地医家のための会が目指す，患者さんが，何でも相談できる良き開業医として，頑張っていきたいと思って居ります。

（村田メディカルクリニック／愛知県東海市）

『日本語は美しい　美しい日本』

永井　友二郎　著

平成28年10月に出版された自家本です。主として「日矢」「人間の医学」「日本医事新報」などに投稿された文章です。

本著の序文には，次のような記載があります。「この九月で私は98歳になります。

男ばかり４人兄弟の次男坊で気の弱い人間でしたが，太平洋戦争では激戦をよく戦ってきたと思います。戦後もたいへんな時代を生き，良き師，良き友人たちにめぐまれました。幸せな人間でした。この小文集はすべてこの私が関心を寄せ，興味をもつた事柄です。」

外国人もおどろくような日本語の美しさに魅了されて，日本国籍まで取得した例が挙げられています。クリス・ハートさんは「私は日本語が大好きです。この日本語のなかでとくに好きなのは，おかげさまで，ということばと，仕方がないということばです。おかげさまでとは，すべてのものへの感謝のこころであり，仕方がないとはあるがままを尊ぶ，潔さを示している」と述べられています。

永井先生はより良い医療のために，言葉の勉強と，丁寧な言葉の使い方が何事も基本であると考えて実践されてきました。その中には我が国の万葉以来の言葉の世界に身を置いて俳句の道にいそしまれておられます。

私が美しく老いた先人として頭にえがいている人を挙げてみます。まず歴史上の人としては，西行と一休，現代の方では幸田文さんと吉村昭さん。西行は鳥羽上皇の北面の武士。天皇の妃，待賢門院に思いをかけ，受け入れられました。西行は詩歌のみならず，仏教上の先達でした。72歳亡くなられました。一休さんは後小松天皇の皇子，厳しい反面破戒僧でもありました。私はここが好きです。

魯迅著の「藤野先生」が紹介されています。仙台の医学専門学校解剖学教授藤野厳九郎先生は留学生魯迅に聞きます。「私の講義が書ききれますか，ノートをもってきてみせてごらん」。魯迅が提出したノートは最初から最後まで全部朱を入れて添削してあった。不足は補足され，文法の間違えも訂正されていた。この事は魯迅の人格形成に多大の影響を与えずにおかなかったと思われます。

最後に，「この世に生をうけ，多くの方々のお世話になり，戦争にも生き残り，たいへんな長命をたまわりました。御礼の申し上げようがありません。この日本に生まれ，ほんとうによかった。美しいことば，美しい国で，やさしい友人たちにめぐまれました。心から御礼申し上げます。」

実地医家のための会ホームページのご案内

実地医家のための会のホームページのコンセプトは「リレーション」です。会員と会員との繋がりから生まれてくるイノベーション，50年にわたる活動を未来へを繋げていくバトンをイメージしております。

ホームページでは，「人間の医学」をオンラインで閲覧することが可能です。原稿執筆いただける先生方は，オンライン公開される点をご了承ください。また，「リレーエッセイ」というコンテンツでは，会員の先生方から随想をお送りいただき掲載していく趣向となっております。

ホームページ内には「Webアルバム」が設けられておりますが，一般の方は閲覧できないようにパスワードを掛けております。下記IDとPWを入力の上，閲覧ください。

ID ： jicchiika

PW： ningeniryo

実地医家のための会ホームページをぜひご覧ください。

編集室より

有終の美を飾る

神保勝一

「人間の医学」の記念号は第253号となりました。IT の凄まじい進歩で紙媒体が激減しています。神田の本屋街が寂しくなりました。殊に目立ちますのが三省堂の医書部門です。明らかに縮小されました。八重洲ブックセンターも縮小されています。医学雑誌のバックナンバーはお取り寄せになりました。その反面，Google 図書検索で本を探すのは簡単で，何処にどんな本があって，新品では幾ら，中古なら幾ら，急げば16時間以内に届けるとあります。驚くばかりです。

第253号の巻頭は，永井友二郎先生に「私の意見」を書いて頂きました。例会の記録ですが，第580回は血栓性疾患対策，天野晶夫，高玉真光先生　第582回はプライマリ・ケアと漢方，津田篤太郎先生　第583回は実地医家が取り組む在宅医療　辻　哲夫先生，新田國夫先生，永井友二郎先生，そして，三先生による鼎談　第585回は医療と言葉，コミュニケーションを考える，矢吹清人先生，石川善樹先生でした。書評・ほんのひとなでは，永井友二郎著「日本語は美しい　美しい日本」を掲載しました。

終刊にあたり

松坂　勲

「人間の医学」は1963年の創刊以来連綿と続いた例会活動を中心に記録しています。それぞれの時期にかかわった編集人が分担協力して織りあげた毎号です。例会は590回に及び，53年間・253号の誌齢を数えるに至りました。

人間的医療を第一義として実践するために実地医家の一人ひとりが主体者として会員となり集まったのがこの会でした。初期のころは会員が全国から馳せ参じるほどの盛会を見せており，本誌も年に数回の発行を長年維持していました。誌面に発表者や寄稿者の，そして記録係の汗と涙が滲んでいるようでした。

発足15周年目に日本プライマリ・ケア学会を創設したのも本会の発展的な局面でした。個の学会からグループ，団体の学会へ転身して，学会活動の幅は広がった観はありましたが，個々の人間的結びつきは希薄になったような雰囲気を感じました。

その後の会の歩みは決して平坦なものではなく，世話人の高齢化や世相，医療環境の変遷とともに成長の神話は壊れていき，会誌の製作費や運営経費などの財政の逼迫から，会の命運が問われるまでの事態となっています。会員の総意を徴した結論により，本誌の製作発行も中止やむなし，ということになり，ここに「人間の医学」終刊を決意せざるをえません。編集のラインにいた者として慚愧と悲憤の涙がでてきます。幸いにホームページで例会の軌跡は辿れます。他日，何らかの本会正史の実現を望めたらと思います。

執筆，寄稿頂いた先生方をはじめ会員の皆様にご叱責とお詫びを乞い，心から感謝を申しあげる次第です。

編　集　後　記

◆暖冬と言われながらも，冬になりました。お元気ですか。「人間の医学」も出版を重ねて通巻253号となりました。惜しまれながらも，会員の高齢化と減少によって「記念号」を出すことになりました。

◆会員皆様から一言を頂きたいとお願い致しました。現在80名余の会員がおられる筈ですが，ご投稿いただきました会員は12名でした。お言葉を賜りまして感謝申し上げます。あいうえお順にお名前をあげさせて頂きます。

◆天野一夫先生，ITをいち早く医療に取り入れた先駆者。

◆今本千衣子先生，北海道から良く東京に通われました。誌人。

◆岩﨑康一先生，山梨から青年の主張コンクールに参加，すでに40代で「僕でもいいの」「いいとも」

◆方波見康雄先生，永井秀夫先生（永井友二郎先生の賢弟）を尊敬する「まちのお医者さん」。

◆黒羽根洋司先生，「豊の秋　町医者として三十年」。

◆高玉真光先生，脳血管障害と老人医療の権威。

◆田所直子先生，渡邉武先生，本会は女医先生が少ないが，一人一人は皆一騎当千。日本プライマリ・ケア学会を育てたブーさんは今，90歳。

◆外山学先生，若手のホープ。情報収集・広報・解析能は日本屈指。

◆西林茂祐先生，若手医師に云う「医師とは蒲鉾板のようなもので，縦にみるか，横にみるかの違いだ」。知恵と知識の宝庫。医は仁術なり，相手の立場になって，努力することです。

◆村田洋二先生，女子医大勤務の時，開業医であった父から聞いた「歴史ある優秀な先生方の集まり」と。石橋，田所先生に小児科で相談した。今や名古屋の柱になっている。有難うございました。

◆巻末に平成27年と28年の会計報告があります。平成27年度の正味財産が234万余となっています。平成28年度の残った財産は，32万余となりました。来年平成29年度に，もし会費を徴収すれば150万余は集まると思いますが，その金額では，「人間の医学」一回の出版もかないませんし，会場費を賄うのがやっとと思います。医学の進歩に努力せず，介護に励め，ここまででしょうか。

（神保勝一）

人間の医学　Vol.52　No.1　（通巻 253 号）

2017年 1 月31日　発行

発行人　石 橋　幸 滋
編集人　神 保　勝 一
〒133-0061　東京都江戸川区篠崎町7-19-4
TEL（03）3678-3652　FAX（03）3676-3716
事務局・制作　〒105-8320　東京都港区虎ノ門1-10-5
株式会社協和企画内「実地医家のための会」
TEL（03）6838-9220　FAX（03）6838-9222
http://jicchi-ika.jp/
e-mail：jittiika@kk-kyowa.co.jp
印刷　共立印刷株式会社　TEL（03）3382-1211（代）FAX（03）3380-6591
e-mail：jichiika@kyoritsu-print.co.jp

□本会へ入会希望の方は

上記事務局へお申し込み下さい。会費は，年額 10,000円（コメディカルの方は3,000円）です。