

福岡大学医学部同窓会

2002年春号
鳥帽子会会報

32
号



■第21回鳥帽子会総会のご案内

■誌上公開講座 救急外傷患者の初期治療

■会員寄稿 國際協力と日本

目 次

・第21回烏帽子会総会案内	2
・会長挨拶	
エンプレムと白衣	高木忠博 3
・就任挨拶	
医学部長就任のご挨拶	満留昭久 4
病院長就任に当たって	白日高歩 5
筑紫病院の現況	森園哲夫 6
・退任挨拶	
油山の麓で過ごした三十年	三好萬佐行 7
20年前のケニア探訪記の思い出	竹林茂夫 8
退任のご挨拶	金岡毅 11
・特別寄稿	
福岡大学における医学部教育の現状について	出石宗仁 12
・報告	
平成13年新入生歓迎会の報告	武末淳 14
・教室紹介	
筑紫病院眼科紹介	武末佳子 15
内科学第四講座のご紹介	兼岡秀俊 16
・部長奮闘記	
いつの間にか20年	仁位隆信 17
・誌上公開講座	
救急外傷患者の初期治療	後藤英一 19
・会員寄稿	
絵本の「読み聞かせ」が教えてくれたもの	波多江登喜子 27
国際協力と日本	黒岩宙司 29
・キャンパス便り	
愛す、切に福岡大学を	藤山俊一郎 32
新入生へ～自分の価値と命の価値	原田聰志 34
・訃報	
故野中隆先生追悼文	北川雄士 35
・教育職員人事	36
・医局長、医長名簿	37
・事務局からの連絡	38
・編集後記	38

第21回 福岡大学医学部同窓会総会ご案内

今年のテーマは「Now and then 今、そしてあの頃」

ごあいさつ

来る7月6日（土）に開催されます今年の同窓会総会は5回生と15回生が担当いたします。時は流れ、5回生は40代半ばに、15回生は30代半ばとなりました。福大医学部同窓生への期待や社会的責任は益々重くなり、張りつめた充実感と漠然とした不安の中でそれぞれに一生懸命頑張られている毎日かと推察いたします。

そこで今年の同窓会は肩の力を抜いて同窓会の原点に還ろうということになりました。テーマは「Now and then 今、そしてあの頃」。厳しい時代になりましたが、難しいことはひとまずお休みして、同じ空気を吸って生きていた仲間達とあの頃を懐かしく思い出しながら、今そして将来を語り合える会にしたいと考えています。

す。みんなで楽しめるようなイベントも現在企画中です。また、ブルーノート福岡出演で波に乗る、原田迅明君（5回生）率いるジャズトリオ「JINMEI・PROJECT」のステージも決定し、必ずや音楽好きの皆様を魅了することと思います。是非7月6日、西鉄グランドホテルへお集まりください。

なお、遠方から参加される皆さんの経済的負担を出来るだけ軽減すべく、総会当日会場の西鉄グランドホテルに特別料金での宿泊プラン（1泊朝食付き、税サ込みで1万円）を設定いたしました。ご希望の方は出席通知はがき該当欄にその旨を記入の上5月末日までに同窓会事務局あて郵送下さい。

第21回烏帽子会総会要領

日 時：	平成14年7月6日（土）	場 所：	西鉄グランドホテル（092-771-7171）
時 間：	1. 同窓会総会	17：30～18：30	
	2. 懇親会	18：30～20：30	
会 費：	1万円	当番幹事：	5回生・15回生
申 込：	会報1ページ差込の葉書で6月20日までに郵送下さい。		

総会に関するお問い合わせは下記までお願いいたします

第21回烏帽子会総会	委 員 長	田 中 伸之介（5回生）
	副 委 員 長	松 永 英 裕（5回生）
	副 委 員 長	松 田 年 浩（5回生）
	副 委 員 長	井 上 秀一郎（15回生）
	副 委 員 長	井 上 貴 仁（15回生）

出席通知は6月20日までにご提出下さい。

会長挨拶

エンブレムと白衣

鳥帽子会 会長 高木忠博（1回生）



今回エンブレム付き学生用白衣を作製しました。そしてこのエンブレムを、我々鳥帽子会のエンブレムにしようとも思います。そのエンブレムのデザインはこの会報の表紙に印刷されています。

エンブレムの中に「FIDES」という言葉を入れました。ラテン語です。古代ローマ人が最も好んで使用した言葉の一つです。「信義」と言う意味です。辞書で引くと、「約束を守り務めを果たすこと、偽り欺かないこと。」とあります。「医師」と言う職業の人間が、仕事上最も持つていなければならない信条の一つと思い標語にしました。福岡大学の校章を基礎にアスクレピオスの杖も使いました。

このエンブレムを白衣に縫い込み、同窓会が、これから臨床実習にはいる5年生にその白衣を贈ることを伝統にしたいと思います。後輩達が、医師になる事、鳥帽子会の一員である事に目覚めて臨床実習に入ってくれるのを念願してのこ

とです。先輩同窓生の思いを、後輩学生が空気の様に感じる糸口になればと思います。「自分は、福大医学部人（鳥帽子人）なんだ！」と言う意識を強く印象付けるアイテムになればと思います。

このエンブレムは胸ポケットに白糸で刺繡されています。派手さはありませんが非常に上品に仕上がっています。名前はライトブルーの糸刺繡で書かれます。エンブレムは、白衣に付けて見るとなかなか洒脱で良く出来ていると思います。白衣自体にも色々な工夫が凝らしており、非常に使い易い白衣です。ここ福岡大学医学部にしか無いオリジナルな白衣が生まれたと思っています。そしてこの白衣がゆくゆくは福岡大学医学部人のユニフォームになってくれたらと念願しています。皆に愛され気に入ってくれると確信しています。皆さん一度見て、触って下さい。気に入ってくれると思いますよ！

[追記] エンブレムは表紙のエンブレムの他、従来のものを含めて下記の3種類を用意しています。必要なとき自由にご使用下さい。



就任挨拶

就任挨拶

医学部長就任のご挨拶

医学部長　満留昭久（小児科学）



このたび池原教授のあとを継ぎまして、福岡大学医学部長の任にあたることになりました。

いま医学教育、大学は改革のビックバンをむかえようとしています。わが福岡大学医学部も創立30周年を迎えます。

このような時期に医学部長をお引き受けし、その責任の重さをひしひしと肩に感じているところです。大学在職の先生方はもちろん、同窓会の皆様のご支援とご協力を得まして、医学部の発展のために微力を尽くしたいと思っておりますのでどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

池原前学部長、小野前教務委員の努力により、医学部教授会は医学教育の改革と講座再編成などの改革を決意し、すでにその一部は動きだしています。

医学教育については、短期集中型の臓器別機能別総合講義、チュートリアル式学習方法の導入、OSCE、臨床実習におけるクラークシップの導入などです。医学教育の改革については出石教育計画部長教授と一緒にさらに進めて行きたいと思っております。

また医学部の改革については解剖学第2と生化学第2を統合し「細胞生物学」とする、第1および第2生理学を統合し「生理学」とする、第1および第2病理学を統合し「病理学」とする、などがこの4月から実行にうつされます。

全国の医学部・病院は国立大学の独立行政法人化を中心に大きな変革に向かっております。福岡大学医学部・病院にとっても従来の

概念にとらわれない改革が必要なことは誰もが感じているところです。福岡大学医学部はなんのためにあるのか、存在する意義はなんなのかと常に問い合わせながら、改革の道をさぐっていかなければなりません。

福岡大学医学部・病院が今後生き残っていくためには、医学生や研修医に魅了あふる「高度な医療と理想的な包括的医療を提供する病院」、「正しい臨床医を育成できる病院」とならなければなりません。この目的のために、医学部と病院はいろいろな面で連携を密にしていく必要がありましょう。このために医学部は病院を全面的にサポートしていかなければならないと思っております。

同窓会の皆様のご支援をよろしくお願い申しあげます。



第25回謝恩会における学部長より
卒業生への記念品目録の贈呈

就任挨拶

病院長就任にあたって

福岡大学病院長 白日高歩（外科学第二）



昨年12月1日に病院長に就任いたしました。副院長には血液・糖尿病科の田村和夫教授に就任をお願いいたしました。ご承知のように長期に続く経済低迷のあおりを喰ってか、大変厳しい医療改革が政府主導で提示されました。基本的には

競争原理の導入とそれに伴つての実力格差の公認という、まさに生存と淘汰の時代に突入した感があります。

このような変化に積極的に対応するために福大病院は、1) 外部的な各種インフラの整備(具体的には新外来棟・新病棟建設)、2) 内部的には実績を中心とした診療評価制度の確立を2つの方針として展開すべきと考えます。1)については大学の中・長期構想により平成17年の着工予定が明示されました。完成にはその後更に2~3年を要すると思いますが、一応のスタート時点が示されたことを有り難く思う次第です。

2)については少し個人的な解説を加えさせていただきます。

病院長就任後、寝てもさめても病院のことばかり考えていますと言いますといかにも病院運営に献身的な姿を思い浮かばれるかと思いますが、実態は必ずしもそうではありません。いろんな問題への整理がつかず貧弱な頭の中で反芻を繰り返しているに過ぎないのであります。今後医学部長、副病院長をはじめ病院各部門のリーダーの方々のご協力を頂きながら順序立てて解決して行くことを考えています。

毎年クリスマス前になるとある友人からクリスマスカードが送られてきます。九大と一緒に卒業した仲間で、35年前に日本を飛び出し米国で医師免許をとった友人です。現在ロサンゼルスにてつもなく広い敷地を持ち豪華な屋敷を買って住んでいます。米国では医師は社会的に尊敬される職業として、その生活は上級(スタッフ、専門医取得医)になればなる程私たちとは比較にならぬ程のレベルで保証されています。然しそれもこれも全て実力一本で獲得していったからこそ得られる生活であります。

世界中から米国での医師資格取得を目指して医師の卵が集まって来ますが、この実力主義は公平なルールのもとに彼らの世界を貫いているものであります。もう20数年も前の事ですが、私はカナダのトロントに留学いたしました。肺移植のパイオニアであるクーパー先生の門をたたいたのですが、日本にいるときに論文上でしばしば目にしたゴールドバーグという先生にも会える事を期待しておりました。しかしクーパーの秘書が各研究室を案内してくれたときにそのゴールドバーグの名前を目にすることが出来ませんでした。それでゴールドバーグ先生の研究室はどこですかと聞いたのですが秘書は素っ気なくただ首になったとの一言でした。結局、優れた実績を上げなければ研究予算がつきません。予算が附かなければ誰も一緒に仕事をしてくれない、あとはお払い箱となるだけの事と言うわけであります。今日では少し事情が違っているかもしれません、このように米国では実績がなければいつでも放り出される事を覚悟せねばならぬようです。我が国のように何らかの地位を得てしまえば、退職するまで無事安穏という訳には行かないのです。日本人からみれば社会的不平等なのかもしれません、これほど公平なルールはないように思います。実績が尊ばれることこそ大前提で、これに異論を唱えることは本来出来ない事ではないでしょうか。

福大病院は病院発展のために色々な問題を抱えていますが、職員全ての方々に与えられた部門において実績を伸ばす努力をお願いしています。医療情勢の厳しい今日、我々が取り残されてしまうことのないようしっかりと目標を見据えて進む必要があります。ロサンゼルスの友人のクリスマスカードは例年いつも元気だよと言った2~3行の言葉だけでしたが、今年はそれに付け加えて米国が被った同時テロへの国民の反応を印象深く書いていました。この國の人たちのいざという時の結束力の強さとそのパワーのすさまじさには今更ながら仰天したという文章でした。何もしないで停滞することを最も恥ずべき悪として彼らは嫌惡するようです。我々福大職員の一人一人は具体的な目標を設定し、勇気をふるって今日の変革の中に踏み込んで行くべきです。どうか同窓の先生方にはこのような状況をご理解の上これまで以上に熱いご支援を頂く事をお願い申しあげる次第です。

就任挨拶

筑紫病院の現況

福岡大学筑紫病院長 森園 哲夫（耳鼻咽喉科）



昨年の12月から八尾先生の後を引き継いで筑紫病院長と成りました。

就任直後は前病院長の八尾教授、前々院長の松崎教授、事務職員の皆様方に色々と教えを請いながら、手探り

で日々を送っていましたが、4ヶ月経ってやっと病院の持つ長所と短所が私なりに理解できるようになりました。

長所としては、素晴らしい立地条件と優秀なスタッフを抱えていることです。筑紫野市は福岡市のベッドタウンとして、この20年で人口が倍に増加し、九州自動車道、西鉄電車、JR線、どちらも容易にアクセス出来ます。

北の九大、南の久留米医大の中間に位置し、筑紫野市だけでなく、朝倉、杷木、甘木、日田の地域の医療センターとして、将来は今にも増して重要な立地条件を占めると考えられます。

さらに、筑紫病院の診療各科の収入を助手以上の在職者の数で割ってみると、平均して福大病院のそれの倍になることを考えても、いかに筑紫病院の諸先生方が劣悪な環境の中でも必死に頑張っておられるかが分かります。

平成12年度、13年度ともに、経営収支は黒字を維持しています。福大病院と異なり、病院の土地は借地であり、毎年数千万円にも及ぶ駐車場の土地借用代さえも病院の収入の中から払っているという現実をご存じ無い同窓生もおいでと思います。

一方、病院の建物や施設の老朽化は目に見え覆うばかりで、いつ事故が起こってもおかしくない状態が続き、ごく近い将来の立て替えが切望されています。

遅きに過ぎた感はありますが、やっと今年4月になって、筑紫病院の将来に関する外部の経営コンサルタントによる将来性の診断が行われることになりました。

夏休み頃には、コンサルタントから筑紫病院の将来に対する答申が大学執行部に出される事になりました。

ここで同窓会の皆様方に是非考慮して頂きたいのは、病院は何のために筑紫野市に存在しているのかということです。

設立の経緯をふまえながら、この地域に真に必要とされる病院へと脱皮して行くことが病院存続の為に必要とされていると思います。筑紫病院で医学生の教育や卒後修練の場を提供することは、福岡大学医学部にとっても経済原理だけでは計れない重要な意味があると信じています。

今年4月からは、筑紫医師会からの永年の要望でもあった救急部も発足しました。

さらに、今年4月からは同窓の三原先生が救急部の専任として、また、筑紫医師会の理事として、病診連携のよりスマーズな実施を心掛けています。私達筑紫病院の内部では皆一丸となって自助努力を傾けていますが、私達は、この大事なときに、外部の同窓会の皆様方が、”将来性がある筑紫病院を廃院するな”との声を今すぐ是非あげて頂きたいと切望いたしています。

目前の採算性だけに囚われずに、10年、20年先の将来像を考えると、筑紫病院の無い福岡大学があつて良いものでしょうか。

同窓会の皆様方のご理解と熱烈なご支持を伏してお願い申し上げる次第です。

退任挨拶

油山の麓で過ごした三十年

解剖学第二 教授 三好 萬佐行



医学部発足の初日に赴任し、三十年在職しました。この日は思い出の多い日です。沖縄が日本に返還され、福岡は政令都市となり、西鉄市内電車の線路は、殆どが一夜にして舗装の下にかくれました。辞令を貰うと同時に、第一回の教授会が開かれ、学部長以下の役職が選出され、ただちに第一回の正教授会がもたれ、病院教授・薬剤部長の選任がありました。病院専任教授は本俸の八パーセント上積と聞かされて、羨ましがったのも昨日のようです。教授会では、つい先日までは、最も上の端席にすわっていましたが、これは弾き出される席です。発足当時は、入口に近い末席にいました。しかし学部長以下、「東の慶應、西の福岡たらん」を目指し、意気軒昂の時代であり、大学院の設置をめざして張り切っていました。学生諸君にも、何かの間違いで入学したのではと思われるような方もいましたが、大方は眞面目で、懸命に勉強していました。第二回、第三回と優秀な成績で、高い国家試験合格率を挙げていました。その頃の方々が、今は助教授や講師となって教授会の中堅となっております。

当時も今も、私は、実習をのぞいて出席をとっていますが、当時は授業の出席は良かったように思います。学生の勉強気質は完全に変わったようです。不思議ですね、教師側も懸命の時は、成績は別にして学生の名前を覚えているのに、気がぬけるとサッパリ記憶に残りません。きっと私自身がボケたせいでしょう。私自身は勉強より遊びが好きです。しかし、大学は勉強するためのところ以外のなにものでもない。と

くに医学部では自分自身のためにやるのですから、教師が不真面目だったり、不勉強であったりするのであれば、それこそ学生からクレームがでなければならないはずです。学期末の試験問題でも、言葉遊びのような問題だと思うときは、堂々と疑問を投げかけるべきですが。「学生時代は、十分に遊んで、楽しまなくっちゃ」というのであれば、徹底的に楽しめばいいのであって、勉強モドキのことは止めてもらいたいものです。周りが迷惑します。遊びながらやれる医学の勉強法、とか、遊びながらチョイチョイと医学の勉強ができる能力、がない以上は、少なくとも眞面目にやるだけでしょう。どうか、後輩の学生にもよく伝えてください。手元に、追再試を含めて、三十年分の答案が全部あります。近いうちに焼却しようと思っていますが、欲しい方にはお渡します。

最後に、医師というのは、たとえ教育の場にいなくとも、社会のリーダーのはずです。古来、国手といはれてきました。「上医は国を医す」とあります。堅苦しく考える必要はないでしょうが、社会人としての自分自身の駆け、すなはち「自駕」は大切だろうと思います。福岡大学での公式生活を終える頃の感慨です。



林教授（1回生）の花束贈呈

退任挨拶

20年前のケニア探訪記の思い出

病理学第二 教授

竹林 茂夫



1982年春から夏にかけて福大の短期海外研修制度を利用して医学教育の視察を目的に米国とヨーロッパの大学4-5校をまわった。最後の訪問地は外務省から急にOTCAの仕事を引き受け、ケニアのナイロビに3週間余り滞在することになった。仕事の内容はナイロビにある熱帯医学研究所に日本製の電子顕微鏡を設置し、可動するように手伝うことであった。ドイツのフランクフルトからルフトハンザでナイロビ空港に降り立った。ゲートを出ると最初に2頭のキリンのお出迎えをうけた。さすがアフリカだと驚いた。予定表では電顕はすでにナイロビに到着していることになっていたので、翌日、確かめてもらった。するとしばらくして返事が返ってきた。荷物は確かにケニアのモンパサ港（ケニア唯一の国際港）に陸揚げされているが、今は倉庫に入っているとの返事であった。それなら2-3日か1週間でナイロビの熱研に到着するだろうと思ったところ、ナイロビに着くのはいつになるか分からぬと言う。その理由をただすと、一般に港に陸揚げした品物は直ぐに目的地に運ぶことはなく、しばらく倉庫に寝かすことである。充分な倉庫保管料を取りあげたところで出荷する。そのようになってるので、いつにするかは倉庫保管者が決ることで分からぬとのことであった。結局、私の仕事は滞在期間中に間に合わず、キャンセルになった。そこで、ナイロビのケニア国立大学医学部と国立熱帯研究所や大学病院、ナクルの市立病院なども見学することにした。ところで

この訪問で体験した内容は今まで経験した海外旅行、同生活とは全く異質のものになった。要約すれば、この国には欧米列強（実際にはイギリス）による長い間の植民地政策が残した深い傷跡と、日本が自慢するOTCAを中心とした海外援助額世界一の実体が何であるのかという疑問であった。

(1) この国は外国がどのように援助しても100年後に日本のような国にはなれない!!

勤労意欲の完全消失、建国思想の欠如は一人の短期旅行者の目にもすぐに読み取れた。野良仕事、道路工事、土木作業などをやっている人々によく出遭ったが、その仕事ぶりをみてみると、全く家畜レベルの感じである。すぐに手や足を休め、能率の上がらないことおびただしい。その上、何事か、そばにめずらしい事でも起こると、すぐに仕事をやめてそこに集まり、長いこと眺めている。

(2) 物貰い根性に徹した人間達

何をしているときでも、またしようとしているときでも、そのために必要な準備は他人がしてくれるだろうと、何時も期待している。この考え方方に徹している。農機具が壊れたら、他人が新しいのをくれるまで仕事はしない。修理など考えたこともないし、その仕方も知らない。いや知ろうとしない。だから決して自分で直そうともしない。

勿論、ケニアでは大規模自然災害でも起こらない限り周辺のブッシュに行けば野生バナナはじめ食物には事欠かない。この事も影響しているのかも知れない。ちなみに、木になっている果物の所有権は特別地区以外は全て皆に与えられている。

(3) 変な権利は主張する？

ある日、学校の学習時間帯に子ども達がぞろぞろ外に出てきて、かってに遊んでいる。先生も放置しているようである。何をしているのか尋ねると、当日の給食がまずかったので、皆でストライキをしているとのことである。その日はこれでそのまま終わり。

(4) 研究室での出来事；いろいろ設備を備えてやつても、すぐに元の木阿弥！！

日本から長期滞在する研究者が居て、援助も続いている所は、それなりの成果を出していたが、そうでない研究所では、一流の器具が日本から送られていたが、細菌培養などの検査は最近、全くしていないと言う。理由を聞くと、それに必要な培地を作る純水装置、滅菌装置が壊れたからと言う。見ると、日本からのイオン交換樹脂装置が一寸壊れている。器具操作の手順は知っている。その修理ぐらいやる気があれば、すぐにでも出来る程度の故障である。しかし直そうともしない。理由は「直して使うより、新しいのを日本からもらう方が得」と言う基本的考え方がある。話していくそれがはっきりとくみとれる。

(5) 旅行者の目からみた日本外務省(OTCA)
の援助の実体

今までにも日本からの海外援助には現地の欲しいものを必ずしも届けていないと言う批判が一部のマスコミなどで言われていた。

ナイロビでもこの事は全く、その通りで、その裏に隠されているものを想像するのにさほど時間はかかるなかった。

私が居たときのナイロビには日本の援助で出来たものに、モンパサからナイロビまでの道路整備、大きなコンクリート橋の完成、国立農業大学の建設、贈与があった。

i) ナイロビからモンパサまでの道路は日本で言えば8車線ぐらいの幅広いものであったが、一般的の交通量はさほど多くなく、中古のトラックや馬車が時々走っていた。ある日、急に厳しい警戒が敷かれた。何事か

と思っていると、モイ大統領がモンパサからナイロビに帰る車列が通過するためと分かった。しばらくすると数10台の白バイ隊（横一列で6-8台ぐらい）を先導に砂煙を上げて走ってくる。白バイ隊のあとに大きな黒塗りベンツが5-6台縦に並んでものすごいスピードで走り去る。その後をまた別の白バイ隊が続く。まるで、カーチェイスでもしているようであった。どうしてあんなにスピードを出すのか、また大統領は一人なのに大型ベンツが5-6台もどうして必要なのかと尋ねてみた。理由はブッシュの中に隠れているかもしれない政敵側の狙撃兵の襲撃を防ぐため、スピードを出し、どの車に大統領が乗っているかを不明にさすためとのことであった。日本の援助で幅でかい道路を建設したその目的はどうもモイ大統領の安全のためのようであった。

ii) ケニア国立農業大学援助の実態

日本が創って寄贈した大学の建物は立派であったが、内部に置く器具は一層立派なようであった。しかし出来上がって間もないと言うのに建物の周辺には日本から送られた新型のディーゼル式の大、小の農業用トラクターや冷蔵庫を始めとする最新の各種電化製品が、多数雨ざらしになって軒下にさらされていた。聞けば、ケニアの耕地には石ころが多くて、日本のトラクターは不向きですぐに壊れてしまうとのこと。電化製品はコードやソケットの問題、電圧の不安定、水圧、水質の不良などから簡単に故障や操作ミスを起こして、壊れてしまうらしい。彼らにはそれを工夫して使うと言う発想はない。新しいのと交換してもらいたいと思うだけ。新しいのと取り替えてくれないのなら仕方ない。また元の木阿弥になってしまう。

日本の海外援助（物質援助）には以前からこの種の失敗が指摘されていたが、その

ことを一番良く知っているのは当該の外務省であり、現地の大使館であり、外務省出先機関である。しかも同じことを、税金を使って今日（1982年当時）尚、繰り返している。このカラクリが政治家↔企業（メーカー）↔行政府、外務省（大使館）の間で起こっている。外国援助のなんたるかはそっちのけで、リベートが絡んでいることは想像に難くない。日本国民の税金の無駄使いが、相手国からあまり感謝されずに、今日も尚続けられている。大きな怒りを感じた。私の独断と偏見のみではなかろうと思った。ただこの点に関して私も何ら具体的な証拠を握っていたわけではない！！

iii) 大使職は外務省“上り”の御褒美？

ナイロビ滞在中、日本人に急患が出たらしく、日本語の話せる医師を探しているとの電話がナイロビ熱研研究室に入る。急遽、私ともう一人の医師が大使館に赴くことになった。着いてみると、患者はすでに健康を回復し、次の旅行地に向けて、出発中とのことであった。N大使も我々を呼んだ責任上、気を遣ってくれて、日本食の御馳走を頂いて、1日のんびり大使館で話を聞きながら過ごすことになった。

私も海外で日本の大使に身近に親切にされた経験は初めてなので、館内の案内や大使の仕事内容など色々とお話を伺った。官邸は大きく、立派な平屋建であった。広い玄関前の車寄せの横には大型ベンツ3台とその他の車2台が常時駐車出来るようにしてあった。

ケニアはアフリカでは先進国であり、治安の最も良い国でもあった。日本からは沢山の援助があり、感謝、感謝がいっぱい。優雅な大使館生活とお見受けした。ちなみに、ナイロビは赤道直下であるが、高地のため、一年中一定の気温で、四季がなく、年中、花が咲く所である。

タカの目編集長ならぬ素人の一旅人のナ

イロビでの滞在も終わりに近づいた頃、ケニアのキリマンジェロ袖野のツアボ国立公園内に広がる広大な農地やヴィクトリア湖近郊の農地では農業振興の実習指導者として日本から何人かの海外青年協力隊員が活躍していることを知った。その一人にお逢いすることが出来たが、彼らの高い目的意識と強い使命感、それと、何よりも敬服したのが、アフリカ人の生活の中に完全に溶け込んで、一生懸命指導している姿であった。その生活は厳しく、貧しく、多くの伝染病感染の危険にもさらされていた。今回のアフリカ旅行の中ではサバンナの中に生きる多くの野生動物達の世界を直接垣間見たことと、使命感に燃えた若い日本人の姿が何と言っても心に残る経験であった。

（1982年末記）

[追記]

この拙文はその後日の目をみずにお蔵入りしていたが、それから丁度20年たった今日の外務省疑惑の問題が噴き出したのをきっかけに、想い出して読み直してみた。20年以上前の出来事を書き記したものであったが、その後も、誰からも批判されず、改善されることもなく、日本の海外援助は同じパターンで続けられていたことがあらためて明かにされてきた。

退任の挨拶に代えて、2002年3月記



今永至信先生（17回生）より花束贈呈

退任挨拶

退任のご挨拶

産科婦人科学 教授 金岡 裕



本年三月三十一日をもちまして、産科婦人科学教授ならびに福岡大学病院医療情報部長を定年退職することになりました。福岡大学医学部および福岡大学病院には開設当初から教授会メンバーとして創設に加わらせて頂きましたので誠に感無量であります。

ここに同窓会各位から賜りましたご支援とご指導とに感謝申し上げる次第であります。

今年の新春賀詞交換会で菊池昌弘副学長に申し上げましたが、福大医学部も創立三十周年を迎えて多数の卒業生が学者として、勤務医として、開業医として、それぞれ発展なさっていることは、わが国の医療ならびに福大にとって非常に喜ばしいことであります。またそこに、福大医学部ならびに病院の社会的価値が存在するものと信じます。

満留昭久医学部長は本年の県医師会新春懇談会で麻生渡県知事、山崎拓自民党幹事長、麻生太郎自民政調会長、医師会幹部などを前にして、福大医学部ならびに病院は生まれて三十年を経過した「青年期」にあることを強調されていました。これからは、さらなる発達・成熟を目指した努力を期待するものであります。

現在はまさに自己変革の時代であります。社会に存在するすべての組織は自己改革をしないかぎり生存できない状況下にあります。菊池副学長、満留医学部長、白日高歩病院長のかじ取りの元に、医学部ならびに病院が一致協力して、幾多の困難を乗り越えて諒々とわが国の医療界における確固たる地位を築いてゆかれるこことを念願いたします。

折しも烏帽子会会員名簿第七号を頂きました。

思い起こせば、第一回ならびに創立初期の医学生は豪傑が揃っていました。教職員も張り切っていました。学生も張り切っていました。各自が各自の人生目標に向かって突き進んだものです。時代もまた寛容がありました。福岡大学医学部の教職員・学生といえば、福岡全体の人々が大切にしてくれたものです。それが今に引き継がれています。

烏帽子会会員名簿をみると、私が担当した第二十三回生も、そのほとんどが全国各地に展開して、研修医として医療の最前線を担っておられます。まことにご同慶の至りです。

私に福大医学部卒業生の最大長所を一つだけあげると聞かれたら、「連携性・協調性のよさ」をあげます。さらにもう一つ付け加えるなら、患者側からみて有難い医者になる素質をもっておられます。医療が医者中心ではなく、患者中心に変わってきた現在、これから医療においてまさに必須の条件を備えておられると信じています。前述の県医師会新春懇談会では山崎拓氏が、わが国の医療には市場原理と競争原理が導入されて、聖域なき構造改革に向かって具体的な施策が着々と実行されたと述べました。

皆様のご活躍を期待するところ大でございます。



特別寄稿

福岡大学における医学教育改革の現状について

教育計画部 教授

出 石 宗 仁



近年、医学・医療に対する社会の要請の多様化に対して、文部科学省や厚生労働省の諮問会議、医学教育振興財団、医学教育学会等の活動により、全国的に医学教育の改革が推進されています。

文部科学省主導によるものにモデル・コア・カリキュラムの設定とそれに基づく臨床実習前全国共用試験の導入があり、厚生労働省主導によるものに、客観的臨床技能試験（OSCE, Objective Structured Clinical Examination）導入を含む医師国家試験の改革、卒後臨床研修の必修化があります。これらの問題のうち学部教育について概略をお示しし、みなさんの母校である福岡大学医学部でどのような取り組みがなされているかを紹介してみたいと思います。

モデル・コア・カリキュラムは平成13年3月に提示されました。医学部のカリキュラムのうち必須のものを限定し、これがカリキュラム全体の6-7割を占め、残りを各大学の特色あるカリキュラムで構成するよう求められています。また、この必須の部分の教育に、臓器別統合カリキュラム、テュートリアル教育を取り入れ、臨床実習も学ぶべき内容、コアとなる診療科や疾患が示されています。さらに、教員の教育業績評価や学生による授業評価のガイドラインも提示されています。

本学では、すでに数年前からカリキュラム・臨床実習・授業評価等に関する検討小委員会において種々検討されていました。授業の臓器別統合化も徐々に進められており、臨床各科の授業に一部基礎の講座が参加していましたが、平

成14年度からは、病理学各論がすべてこれに加わります。また、従来の講座ごとに行われていた基礎医学の講義のうち2年生の部分が、人体構造学I II III（従来の解剖学IIと生化学IIに相当）人体機能学I II III（従来の生理学と生化学Iに相当）、生体防御学I II（従来の微生物学、免疫学）という新しい科目として講義や実習が行われます。

テュートリアル教育は、学生に問題解決能力や自学自習の習慣を身につけさせることを主な目的とし、結果として学識の向上を期待しています。2年生の人体構造学、人体機能学、生体防御学と4年生の循環器、呼吸器、神経、小児科、産婦人科、麻酔科において、従来型の講義と平行して行われます。本学としては全く新しい教育方法の導入であり、教員の負担の増大を伴いますが、学生と教員双方の理解と協力でぜひ成功させなければならないと思います。

臨床実習前全国共用試験は、臨床実習を行うにあたり、「学生が十分な知識と技能を備えていることを社会に保証する」ことが必要との考え方に基づき平成17年度から本格的に導入されようとしている「知識」と「技能」を評価する試験です。知識については国家試験問題とレベルは異なりますが類似の出題形式でコンピュータを使って受験することになっており、平成13年度から試行が行われています。技能を評価する臨床技能試験（OSCE）は本学でも4年生終了前の診断学実習ですでに行っていますが、平成16年度から予定されている国家試験へのOSCE導入に備えて、5年生のBSL終了時あるいは6年生でのレベルの高いOSCEが必要になると思われます。

臨床実習は、5年生は全科を1ないし2週間ずつ（合計40週間）ローテートし、6年生は

● 特別寄稿 ●

昨年まで内科系と外科系からそれぞれ1科を選択し各4週間実習していましたが、本年度の6年生はコアカリキュラムの分類に従い、コア科目を内科とその他に分け、さらにコア外科科目を一まとめにして、この3群の診療科のそれから1科を選択して2週間ずつ実習することになりました。病棟が手狭で、特に5年生と6年生が重なる時期は十分な実習ができているとは言い難く、また、実習方法としてもクレーラークリップ方式の診療参加型実習が推奨されているところですが、未だに見学主体となっているところもあり、学外での臨床実習導入を含め、今後の検討を要する大きな課題の一つと考えています。

学生による授業評価は福岡大学として従来から、教員個人のレベルで、全学共通のフォーマットを用いて行われていましたが、あまり活用されていませんでした。そこで平成13年度から医学部独自のフォーマットのアンケート用紙を作成し、まず講義科目毎の評価を行い、科目

毎の評価の集計を行って各科にフィードバックしました。個人への評価は同時に自由意見として記載してもらい講座毎に回覧されました。これらが、各講座や個々の教員の反省材料となり次年度の授業改善に寄与するものと期待されます。

福岡大学医学部の医学教育の改革には、教員の教育に対する理解を高めることはもとより、在校生、卒業生の意見を反映させていくことが必要だと感じていますので、できるだけ多くの方々からのご意見をお待ちしています。

いつでも結構です、教育に関するアイデアが閃きましたら下記までご連絡下さい。

福岡大学医学部 教育計画部
電話 092-801-1011
内線3620
FAX 092-862-8417
eメール
ideishim@cis.fukuoka-u.ac.jp

報 告

平成13年新入生歓迎会の報告

たけすえ耳鼻科クリニック 院長 武末 淳（10回生）

昨年10月20日、福新樓において平成13年入学の新入生歓迎会が行われました。当日は81名の新入生と16名の鳥帽子会メンバーの参加がありこれから医者となるべくスタートに立った後輩達を激励する一時がもたれました。高木会長を始め参加鳥帽子会員のひとりひとりから新入生への激励の言葉が熱く語られ、これから学生生活に何らかの新たな思いが芽生えたのではないかと思われます。各テーブルで語りあう新入生諸君との会話は、私自身が新入生だった20年前の頃の思いを強烈に呼び起こさせてくれるには充分で、初心忘れるべからずと、今の自分を省みる一つのきっかけともなりました。新入生諸君には皆目標を全う出来るよ

うに、また、一生のうちで一番輝かしい時間を精一杯悔いなく過ごしていくよう願わざにはいられません。中には、まだ今回の会の意図に戸惑っていた声も聞かれましたが、同門の有難さ、出身校の存在の大きさは卒業して改めて感じられるものであることは身をもって経験するところであり、学生諸君との繋がりとして鳥帽子会から積極的に今回のような会を企画することは後々実感が湧いてくるものではないかと感じられます。そういう自分のこと以上に若い彼らに思いを寄せているOB諸先輩方の真摯な思いがひしひしと感じられる会でした。

お開きの前に彼らの未来への激励の意を込めて鳥帽子会よりオリジナルデザインのTシャツ

の贈呈があり盛会のうちに会を終了しました。

今回の諸君とはまた4年生になった時に予定されているM4激励会で再会できることが今から楽しみであります。

また、今後行われる会には出来るだけ多くの

鳥帽子会メンバーの方々の参加を、とりわけ女性の方の参加を切望する次第であります。

最後に、今回の会を企画されました鳥帽子会役員の先生方や事務局の方のご苦労に感謝の意を捧げたいと思います。



司会の武末淳先生



先輩と懇談



先輩のメッセージ



一緒に校歌斎唱

教室紹介

筑紫病院眼科紹介 —65m²の小宇宙から—

医局長 武末佳子(11回生)

筑紫病院眼科は1991年1月開設です。開設当時の様子は、以前この誌上で紹介させていただき、それから11年余が過ぎました。そこで今回はこの間の変遷と現状について、ご紹介申し上げます。

その当時「最先端」であった硝子体手術ができる眼科としてスタートして以来、今も硝子体手術の「最先端の」治療を行っている点では何も変わりありません。しかしこの11年が漫然と過ぎたわけではありません。

人員は大幅に変わりました。始めは向野助教

授、大塩講師(4)、杉医員(7)、中道研修医(10)の4名でした。開設2年目からは助手が1人増え、医員も増やしてもらい、以後研修医も含め今では常時7名の医師がいます。11年間勤続は向野助教授のみです。スタッフは大塩講師に始まり、杉助手、清澤講師、浅野(10)、志賀(10)、加藤(12)、武末(11)、木村(16)、藤原、末廣(16)助手と、めまぐるしく出入りし、その勤務年数は平均2年強(1~5.5年)です。医員はおよそ1年、研修医は3~4ヶ月で交代するので最近5年のみでそれぞれ16、15名が勤務した

事になります。写真は今年4月以降のメンバーです。お見知りおきください。

この面々で、月、水、金曜の外来日と火、木曜の手術日をこなします。外来患者は月平均1000人、入院は一日平均17名です。硝子体手術が表看板ですから、年間300件余りの手術も、その3割は硝子体手術です。中でもやはり糖尿病網膜症が最も多く、増殖性変化によるもの（硝子体出血や網膜剥離）だけでなく、黄斑症や血管新生緑内障の治療も行うようになりました。この点がいわば最先端の硝子体手術と言えるでしょう。またほぼ3割が白内障関連手術で、あとが網膜剥離、緑内障や斜視、翼状片に外眼部（眼瞼腫瘍や眼瞼下垂、内反症、涙道など）手術です。白内障手術といつても、近隣にはそれを専門（？）に行う施設もあり、世間では日帰り手術もできるようになり、当科では全身または眼に何らかの合併症がある症例が圧倒的です。また、硝子体手術を行った後の眼内レンズ二次移植も多く行っています。

さらに、これら治療結果を長期に渡り丹念に（同じ眼で）フォローできるところが、当医局の強みでしょう。血管新生緑内障の治療成績は世界に誇れる物と自負しており、臨床研究の一成果として向野部長が発表されています。

では、研究は？ 臨床研究先行です。大学院卒後にここで臨床を再開した人も少なくないですが、臨床と基礎研究の両立の厳しさを実感しつつ、次第に断念していった、というのが本音でしょう（ここからは七隈が地の果てに感じられる時があります）。単なる言い訳かもしれません。しかし、逆にこの筑紫病院の特性を生かした臨床研究も進行中です。炎症性腸疾患においては世界一の筑紫病院消化器科のご協力の下、クローン病患者の眼所見について症例を集め検討中です。昨年より藤原助手が手がけており成果が待たれます。基礎研究も少し頑張ってみましょうか。今後の課題の一つです。

大学病院である以上、教育も重要です。学生教育は5年生の臨床実習に当たっています。眼科はコア外科目（昔風に言うとマイナー科）です。一週間に数人で回るのが普通ですが、ここは違います。たった一人で2週間です。実際に濃厚な実習ができると思うのですが、果たしてそれを受ける学生がどう思うかは別物です。研修医（卒後）教育にしても同様です。所帯が小さ

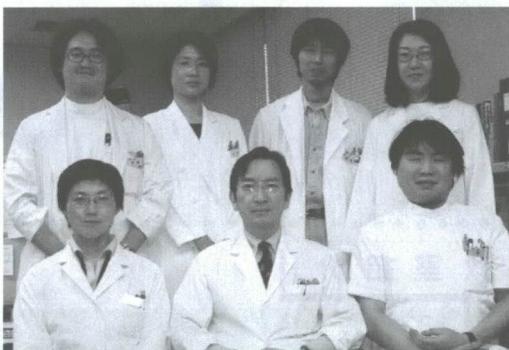
い分、隅々にまで目が届きます。それが良い方向に役立つよう切望しています。口うるさいのは愛情の証と解してほしいものです（お局のぼやきです）が。

筑紫病院はいいところです。院内では皆が挨拶しあう環境です。重症糖尿病患者と関わるには2内科の身軽な協力がどんなに有り難いことか。他科との連携も言うに及びません。病診連携も同窓生諸先輩方の力強いバックアップがあってこそです。地の利も抜群です。両手に余る好条件の元、この10年で眼科も大きく変わりました。患者も医者も検査器械も増えました。

でも変わらないものが一つだけあります。65m²の外来です。箱詰め状態の外来では個人のプライバシーも何もありません。患者の待ち時間と各々の診察台の話し声がさらに増大するばかり。今後のもう一つの課題です。

最後に、この65m²のスペースが、眼を病む人に喜びをもたらす小宇宙（Space）であり続けることを願いつつ筆を描きます。

文中（）内は卒業回です。



後列左より 稲原(19)、宮河、檜垣(19)、末廣(16)

前列左より 武末(11)、向野、泉(23)



眼科外来

教室紹介

内科学第四講座のご紹介

内科学第四 助教授 兼岡秀俊



齊藤教授



吉田教授

福岡大学医学部内科学第四講座は、平成12年春の内科再編成に際して、第二内科から分離独立しました。本講座のカバーする診療教育研究領域は、腎臓病学、呼吸器病学、膠原病学であり、病院診療科としては、腎臓内科、呼吸器科、および中央診療部門としての腎センターの業務を担当しています。初代主任教授には、東北大学第二内科より齊藤喬雄教授を迎えるました。初年度は、部屋割りや備品什器の配分から始まった新教室の立ち上げと、それに関連する諸行事に目の回る忙しさでしたが、昨年度からは腰を据えて、診療、教育、研究と、大学本来の業務に専心できる体制となりました。

腎・膠原病部門は、齊藤教授を中心に診療をしています。齊藤教授は腎病理が専門で、腎病理所見については妥協を許さない意見を示します。着任に際し大学から提供された開講費の全てを注ぎ込んで最新式の顕微鏡と超大型ディスプレイを購入し、総回診後などに教室員や学生を対象に病理所見の検討を行なうほか、折々の患者やその家族に対する病状説明にも活用しています。他科の先生方のご利用も大歓迎します。臨床面では糸球体腎炎や糖尿病性腎症を中心に、幅広い腎疾患の診療を専門にしています。村田敏晃講師は腎疾患の内科診療とともに、慢性腎不全や急性腎不全患者に対する透析医療の実務、シャント形成術、狭窄血管拡張術などの関連手術を中心になって扱い、後進の指導にも尽力しています。小河原悟講師は臨床腎臓病学に加え、

泌尿器科と協力し腎移植の実務を担当しています。武田誠司講師は膠原病リウマチ関連疾患の臨床を一手に引き受け、感染症についてもコンサルテーションや指導に活躍しています。野田律矢助手は、腎疾患患者の病棟診療とそれに関連する若手医師や研修医の指導のため、病棟中心の活動をしています。助教授で四内科医局長の兼岡秀俊は、腎疾患と膠原病の両方の診療を受け持っていますが、福岡大学病院では唯一のリウマチ指導医（日本リウマチ学会）です。以上のスタッフに加え、新規入局者も次第に増加し、活気のある臨床グループとなっていました。外来診療は、月曜日、火曜日、水曜日、金曜日にスタッフを主体とした担当医が新患と再来患者の診療をし、木曜日と土曜日は呼吸器科と合同で当番医が診療を受け持っています。

中央診療部門としての腎センターでは、毎日2クールの血液透析を行っています。午前9時から午後3時までの日勤帯の透析は、主に腎臓内科患者の新規透析導入と各科入院患者の維持透析を、午後4時半から午後10時半過ぎまでの夜間透析は腎臓内科外来患者の慢性維持血液透析を行っています。緊急時の透析や病棟での出張透析にも、24時間オンコール体制で対応しています。また、透析医療に加え、自己免疫疾患、薬物中毒、激症肝炎などのため、血漿交換や免疫吸着、二重濾過膜法などの血液浄化療法にも積極的に取り組んでいます。

呼吸器科は吉田稔教授が教室員を指導してい

ます。慢性閉塞性肺疾患（肺気腫症）、喘息、睡眠時無呼吸症候群、肺癌、呼吸器感染症、間質性肺炎などを含めて広く呼吸器疾患全般を扱っています。ことに肺気腫症や慢性気管支炎などの慢性閉塞性肺疾患や喘息などの診断と治療には詳細な生理学的検査所見をもとにしたきめ細かな治療体系が確立しています。教室員はすべての呼吸器疾患の診療に従事していますが、吉田教授はとくに呼吸生理学が専門であり、あらゆる疾病、病態にもとづく呼吸不全をはじめとして、肺気腫症、慢性気管支炎、喘息を、渡辺憲太郎講師は間質性肺炎を含むびまん性肺疾患、肺癌、呼吸器感染症を、石橋正義講師は慢性閉塞性肺疾患、喘息、肺高血圧症、肺血栓塞栓症などの肺循環障害を、豊島秀夫助手は慢性閉塞性肺疾患、睡眠時無呼吸症候群、喘息を、白石素公助手は慢性閉塞性肺疾患、呼吸器感染症などを特に専門としています。

肺気腫症の治療はこれまで内科的に行われてきましたが、近年肺気量減少術(LVRS)が導入され、わが国でも症例数が増加しています。呼吸器科では第二外科と緊密に連携して、詳細な生理学的データを基に適応症例を厳密に選択

し、LVRSを行っています。その結果LVRS前後の呼吸、肺循環動態に関する知見の集積はわが国でも特に誇れるものになりました。今日LVRSが肺気腫症治療の有力な選択肢の1つになった背景もあり、教室では第二外科と協力して、毎年国内外の高名な研究者や臨床医を招請し肺気腫症シンポジウムを福岡で開催しています。今年も2月9日アクロス福岡で第6回目が開催され、大きな成果を得ました。

呼吸器科外来は通常月曜日、水曜日、金曜日にスタッフ3名が、火曜日には1名が担当しています。また木曜日と土曜日には腎臓内科と交代で外来診療を担当しています。緊急を要する場合は時間を問わず夜間のオンコール体制で対応するようにしています。

以上のように、内科学第四は、病院組織上の二つの独立した診療科と一つに中央診療センターが独自性を保った診療教育活動を行うと共に、医局会、症例検討会、研究会、病棟会ではともに集い意見を闘わせ、切磋琢磨、お互いの向上に向けて活動しています。

部長奮闘記

“いつの間にか20年”

唐津赤十字病院 第三内科部長

仁位 隆信 (4回生)

同窓会誌への寄稿依頼を受け、文章を書くのが大の苦手の私は、一瞬、躊躇しました。国語が入試科目になかった福大に合格したのは1975年でした。81年に医学部を4回生として卒業し、荒川教授の福大2内科に入局、医者となつていつの間にか20年が過ぎました。父が開業しており、当時、後を継ぐだろうと思っていた私は、福大病院での研修を終え、臨床をもう少しと思い、浜の町病院で1年間過ごし、その後、大学院に入学しました。幸運にもその年、米国のクリーブランド・クリニックに留学の機会を得て、高血圧犬を育て塩分と心機能をテーマに、約2年半研究生活を送りました。帰国時も、将来に備え臨床の腕を磨かねばという思いが強く、代謝グループ（当時は、高血圧は代謝グループに属していました）でなく循環器グル

ープを希望しました。卒後7年目に、循環器の医員としてCCU当番、心臓超音波検査、心筋シンチ、心臓カテーテル検査等を始めました。以後、福大病院で約10年間過ごし、97年から唐津に赴任しています。

95年頃から、唐津赤十字病院は救急医療に力をいれるようになり、佐賀医大からの派遣で脳外科が新設されました。それまで2人いた循環器医師も、冠動脈造影装置が設置されたのに伴い1名増員になり、私の異動が決まりました。佐賀県には、4つの基幹病院があります。佐賀市内に県立病院好生館と佐賀医科大学、西部地区に国立嬉野病院、唐津赤十字病院は北部地区を担当しています。現在では、4つの病院の中で、救急車の受入数は当院が一番多いそうです。異動が決まった時、県外にでるのに若干の抵抗

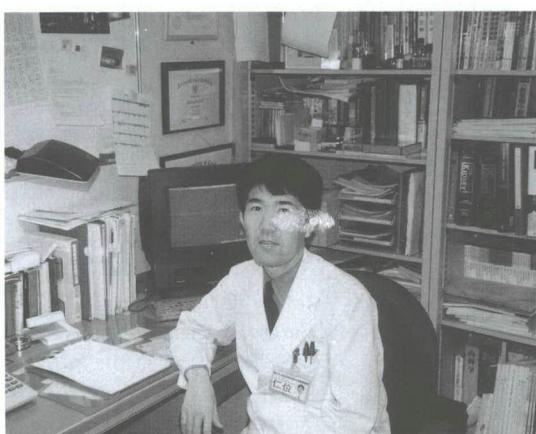
がありましたが、当院に赴任している他大学の先生と話をしていると、唐津は近いほうで、福大を卒業後そのまま福大に入局した私は、他大学の関連病院の多さに驚きました。

唐津市は、人口8万の城下町です。学生時代に、天気のよい日は授業を抜け出し、何人かで、ドライブに行っていた事を思い出します。あの当時の海岸沿いの国道は健在ですが、今は、新しい自動車専用道路を使うことが多く、福岡までは約1時間で結ばれています。風光明媚で、海があり夏、また、魚の美味しさは最高です。人口は、数年変わってないようですが、回りの町村の人口は減り、高齢化が進んでいます。市内には公的病院として済生会唐津病院と当院があります。呼子や玄海町などを含めた対象医療圏人口は13万です。唐津赤十字病院は、57年（昭和32年）に唐津市民病院が日本赤十字社に移管されたことから始まったそうです。現在の病院の建物ができるのは81年です。当院は、研修指定病院で医師総数は50人、病床数は313の総合病院です。古い名簿を見てみると、内科では83年に3回生の諸江先生（福大2内科）、外科では79年に1回生の菊地先生（同1外科）の名前があります。以来、内科と外科には福大から毎年、医師が派遣されています。現在、内科で3人、外科、眼科、麻酔科でそれぞれ2人の同窓の先生が活躍されています。内科医は15人で、循環器以外の若い先生（といっても卒後5-10年ですが、私と比べて）の多くは佐賀医大から派遣されています。当院に

赴任するまで、殆ど福大病院で過ごしていた私は、赴任当時、院長から「先生は出張したことがないんだね」と言われました。院長は佐賀医大教授を途中で退官し着任してありましたが、若い頃いろんな病院を回り研鑽をつまれたそうです。当院には、九大、佐賀医大、久留米大、自治医大といろんな大学から医師が派遣されており、他大学の様子を聞くのも楽しいものです。当直の時には、いやおうなしに専門外でも診療せねばなりませんが、専門の先生が気軽に相談にのってくれます。基幹病院として第一線で患者さんに接することができ、医療を学ぶ上で、大学病院以外での修行の大切さを実感しています。

私が初めて当院の病棟を訪れた時、ECGの伝票箱にはEKGと記していました。あれから5年、循環器内科として独立はしていませんが、3人だった循環器医も現在は4人になりました。循環器学会指定研修施設にもなり、昨年は250の心臓カテーテル検査と110の経皮的冠動脈形成術を行いました。部長奮闘というより、福大からきてくれた若い先生方が奮闘してくれたおかげです。故郷の父の医院は、駐車場になりました。健在な両親に感謝しながら、もうしばらく唐津で過ごすことになりそうです。

当院を支援していただいている唐津、伊万里地区の同窓会員の皆様、また、福大循環器科の朔教授以下、医局の先生方に厚くお礼申し上げます。今後ともよろしくお願い致します。



筆者



唐津赤十字病院

誌上公開講座

救急外傷患者の初期治療 — ATLSにみる外傷診療の理論 —

福岡大学救命救急医学 助教授 後藤英一（1回生）



はじめに

救急の現場では、受傷機転、損傷の部位・形態・程度、全身的異常とその程度などが多様に異なる外傷患者に遭遇する。外傷は多種多様であっても損傷と全身的異常の把握、緊急処置としての呼吸循環管理、止血処置、疼痛緩和、開放創の

処置や骨折の固定、創感染予防など、外傷患者の初期治療には一定のルールがある。しかし、実際の救急現場では外傷学（traumatology）の卒前教育や卒後トレーニングを受けたことがない医師が、それぞれの専門領域の応用問題として外傷患者を診療していることが多い、時として外傷学のルールから逸脱した診療がなされている。

外傷診療の質の向上には、まず急性期の「preventable death」を回避することが最大の課題となる。救命後の良好な機能予後と質の高い社会復帰も、その多くの要素は初期診療の是非に依存している。初期診療の是非は迅速かつ適切な医療機関への搬入と収容する医療機関の対応能力によって規定されるため、外傷研修の目標は診療能力のみならず病院前救護を含めた包括的な外傷システムにも目を向けるべきである。ところがわが国の外傷診療に目を向けると、ほとんどの外傷患者が一般の外科医、整形外科医、形成外科医などにより治療されており、卒前・卒後教育を含め外傷診療を系統的に捉えるシステムや概念はなく、かつ、強力なリーダーシップのとれる組織もない。さらに、外科研修や外科診療科が臓器別に細分化され、現状の外科理念では外傷診療に適していない。救命救急センターや大学病院救急部の整備は進み、全国で約150を越す救急専門施設が配置されて入るが、必ずしもすべての施設で外傷学の卒前・卒後教育および診療が行われてはいない。

このような問題を解決するためにアメリカでは、ACS（American College of Surgeons）が中心となって、外傷患者初期治療の規範としてACSが推奨するATLS（Advanced Trauma Life Support）を通じて外傷シ

ステムのあり方や医療従事者への外傷教育に取り組んでいる。外傷診療は救急医療の中核を占めその診療概念は他の急性疾患取り扱いにも通じるところである。ここではATLSコースを参考に、1) 外傷患者の初期診療のABCDEアプローチ、2) 病院前救護、3) 病院間搬送、4) 集団災害とトリアージにつき概説する。

I. 米国歴史—外傷診療の質に警鐘を鳴らした二つの出来事

米国では、2つの大きな出来事を契機に外傷診療に大きな変革がもたらされた。一つは、1966年にアメリカ科学アカデミーが発表した白書 "Accidental Death and Disability: The neglected Disease of Modern Society" である。この中で、けが人に対する救急医療の質の低さ、即ち、応急手当、救急医療体制、診療機能、研究や財源、統計などさまざまな面で外傷診療の立ち遅れが鋭く指摘された。これによって、病院前救護体制や救急隊員への教育、資格の制度化などが始まった。しかし、医師や医療機関の救急への関心は依然として低く診療の質を保証するまでには至らなかった。

1976年、ある整形外科医が妻と3人の子を乗せた小型自家用飛行機を操縦中にネブラスカの森林に墜落し、妻は即死、本人と3人の子供は重軽症を負うといった事故に遭遇した。その時、本人と子供が搬送先の医療機関で受けた外傷診療の質の低さに嘆然としつつ失望した。彼は、「医療機関で受けた治療よりも自分が事故現場で行った応急処置のほうがまだまだと思うと、応急処置、搬送、外傷初期診療といった外傷システムに問題があるといわざるを得ない。変えなくてはいけない。」と述べた。その後の1978年、Nebraskaの外科医達は重度外傷診療のスタンダード作りを行い、その検証を救急医療サービス機関（EMS）とともに行った。今日のATLSの雛形である。翌年、米国外科学会外傷委員会（ACS COT: American College of Surgeons Committee on Trauma）がこの研修プログラムを承認し、1980年に米国内で始めてのATLSコースが開催された。このコースの目標は外傷の専門的知識や技術を教えるのではなく、危機的状態にある外傷患者に対しての初期救命処置

を徹底的に教育することである。現在では外傷診療に携わっている医師のみならず内科医をも含めてATLSコースが行われており、世界30ヵ国で開催されるほどグローバルスタンダード化し、その内容は外傷診療の共通認識となっている。

II. 外傷診療のシステム化 (Trauma system)

この2つの出来事は、診療の質を向上させるためには医師の教育や医療機関の機能のみならず、病院前救護体制へのMedical controlの必要性を浮き彫りにした（表1）。そもそも、救急診療の第一目標が“Preventable Death”回避にあるが、心疾患などの救急疾患と外傷では急性期の医療展開に大きな相違がある（表2）。即ち、気管挿管、輸液、緊張性胸膜などの治療を前倒しても、外傷患者に対する病院前での救命処置には限界がある。このため病院前救護活動は自ずとscoop and runとなる。その中で重視される規則は1)的確な病態の把握、2)適切な搬送機関の選定および3)迅速な病院到着を遵守することである（表3）。このように米国では外傷患者の救急は関連領域を包括した一つの診療体系、即ちTrauma systemと位置づけられている（表4）

表1 70年代アメリカにおける外傷システムの問題

1. 病院前救護(EMS)と医療機関の非連携
2. 医師、医療機関の無関心
 - EMSでの“Paper tiger” medical director
 - 医療機関の質に課題（外傷センターの不備）
3. 外傷診療のスタンダードがない
4. 外傷急性期と急性心疾患の対応を同一視

表2. 急性心疾患と外傷患者の相違

（"Preventable Death" 回避の原則）

1. 心疾患：早期の心調律回復が原則
 - Defibrillationの早期適応（病院前）
 - 現場、病院前でなされる診療行為の前倒しが可能
2. 外傷：多くの場合、大出血の制御が必要
 - 手術室のみ（医療機関）
 - 診療行為の前倒しが不可能
 - 病院前救護活動"scoop and run"

表3. 外傷における病院前救護の原則

The Right Patient
in the Right Time
to the Right Place

表4. 外傷診療体制 Trauma system

1. 病院前救急業務体制の組織化
救出・救助・搬送から医療の恩恵を受けるまで 国民が平等に享受
2. 急性期受け入れ病院の整備
Trauma center/Trauma team
3. 質の改善：機能評価
4. 外傷情報のデータベース化：Trauma Registry

III. Trauma systemにおけるATLSの位置づけ

Trauma systemでは医師の責務は極めて重要となる。診療能力の向上、病院診療機能の整備、病院前救護へのmedical controlなどシステム全体に関わっていかねばならない。ATLSコースは外傷診療のテクニック習得のための研修だけではなく、病院前救護における患者観察や搬送先病院の選定、病院間搬送の判断と安全管理、災害時のトリアージなども取り扱っている。このコース受講対象者は外傷を取り扱う臨床医に留まらず内科医、看護婦、医学生、救助者や救急隊員まで門戸を広げている。さらに、その基本的な内容は病院前救護の独自の研修コース(PHTLS: Pre-Hospital Trauma Life SupportやBTLS: Basic Trauma Life Support)にも生かされている。このように外傷診療に携わる全ての職種、機関が共通の認識を持ち健全なTrauma systemを支える努力をしている。

IV. 優先順位を重視する線形アルゴリズム

外傷死は、受傷直後の即死あるいは数分で死亡する第1の群、出血性ショックや頭部外傷が原因で受傷数時間内に死亡する第2の群、数日から2~3週間後に敗血症やMOFで死亡する第3の群の大きな3つのピークに分けられる。ATLSでは受傷直後の死亡(即死)例(頭部、脳幹、高位頸髄、心・大血管破裂などによる即死例)の対応は取り扱わない。受傷数時間内のいわゆるgolden timeに搬入された患者が対象となり、この時間帯に迅速なinitial assessmentとresuscitationを行うことで外傷死を減少させ、敗血症やMOFを回避し、さらにはQOLを向上させることがATLSの最大の目的である。そのため、ATLSにおける外傷診療の急性期の目標は、「外傷患者を限られた時間と医療資源の中で救命し、適切な本格的治療を受けられる機会を与える」ことにある。

即ち、

- ・迅速かつ的確な生理学的な患者評価
- ・診療能力を超えるかどうかの判断
- ・優先順位に応じた蘇生、病態の安定化
- ・病院間搬送の調整
- ・適正な治療がなされることを請け負う能力

このいずれの段階においても優先順位 (priority) が重視される。このための手段として、習得のしやすさや再現性を考慮して欧米では ATLS の教育法として線形アルゴリズムが用いられる。

診療の優先順位は外傷診療の5か条

- ・最初に、生命を脅かす最も危険な状態を治療しろ！
- ・確定診断はさほど重要ではない！
- ・生理学的徵候から把握しろ！
- ABCDE-approach が原則
- ・最も重要なものは時間である！
- ・余計な侵襲は加えるな！

として表現されている。ATLS では患者観察や処置の如何なる経過でも生理学的徵候 (vital sign) を最優先し、次いで解剖学的評価、受傷機転、既往歴を評価する。その、具体的な方法としては ABCDEs に則ったアプローチを繰り返し行うことを強調している。この概念こそ急性期の外傷診療を展開する論理的な方法であり世界中に受け入れられた所以である。

V. 外傷診断学の特殊性

日常診療では現病歴や既往歴の聴取に始まり身体所見や血液検査を経て鑑別診断を行い、さらに必要な諸検査を経て確定診断後始めて治療に入る。急性腹症や意識障害などの多くの急性疾患でもこのプロセスが踏襲される。しかし、重度の外傷患者に対しては、通常の診断学とは全く異なる方法をとらないと救命できない。評価のパラメータの優先順位は①生理学的徵候の把握、②解剖学的評価、③受傷機転、④既往症である。この原則は初期診療のみならず病院前救護や災害医療でも生かされる。この診察プロセスの特殊性は、「外傷診療の5か条」にみるように診断よりも生命維持を重視することから必然的に生まれた結果である。生命維持の仕組みと生命を脅かす外傷の病態整理を理解整理すれば外傷診断における ABCDE のアプローチが強調される理由が理解できる。

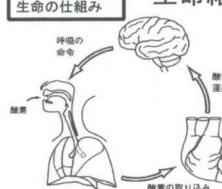
VI. 生命維持と ABCDEs の根拠

ATLS では ABCDE アプローチの妥当性を説明していない。しかし、生命維持と蘇生法の観点から ABCDEs の論拠を補足する。

図 1 に示すように、生命は大気の酸素を体内に取り込み、全身に酸素を供給する一連の作業によって維持されている。ことに中枢神経への酸素供給がかなうことで、呼吸の命令 (自発呼吸) が発せられ、呼吸・循環を介する生命の輪が形成されている。この輪のいずれの場所が障害を受けても生命維持は直ちに困難になる。さて、この輪が障害された時、支持すべき療法と順番を考えると酸素の流れからみれ

ば空気を取り込む気道が最初であり、次いで呼吸器、循環器、中枢神経となる。また、現在の医療レベルで支持療法が可能で確実なのは呼吸管理であり、次いで循環管理である。中枢神経の支持療法は残念ながら現在まであまり発達していない。さらに中枢神経系は低酸素や低灌流によって二次損傷を受けやすい。こういった理由で、蘇生の順番が気道の開放(A: Airway)、人工呼吸(B: Breathing)、循環管理(C: Circulation)となる。呼吸・循環の安定を保証したうえで、頭蓋内圧亢進の原因除去 (血腫除去など) を取り除くことが急務となる(D: Disability)。さらに、体表の観察・体温管理(E: Exposure & Environment) も重要なことから外傷診療の原則 ABCDEs が出来上がる。即ち、初療開始 1-2 分で ABCDEs をほぼ同時に評価し平行してこの順で蘇生を開始することになる。

生命維持と ABCDEs の根拠



- 現在の医療気道開放で支持療法が可能で確実なのは呼吸管理であり、次いで循環管理である。
- 中枢神経の支持療法はあまり発達していない
- 中枢神経損傷は低酸素や低灌流により二次損傷を受ける。

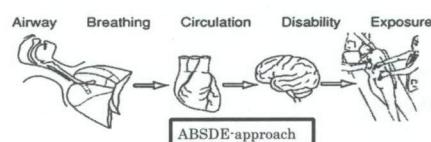


図1生命の仕組みと ABCDEs アプローチの根拠

VII. 初期診療の手順

初期診療プロセスは表5に示す。外傷患者が救急搬送されたらまず初期検索を行うが、初期検索では呼吸、循環などの生命維持に必要な主要臓器機能の評価が主体になる。同時に得られた所見に基づき救命処置、すなわち蘇生術を平行して行う。ATLS コースでは初期検索と蘇生とを別項目に記述しているが、これらは同時に行われるべきものであり、実際の診療で分けて考えることは意味がない。

表5. 初期診療のプロセス

1. 一次検索 (Primary Survey)
2. 転送判断
3. 二次検索 (Secondary Survey)
4. 受傷機転や既往歴聴取
5. 見落とし検索
6. 本格的治療 (Definitive Therapy) そのための転科、病院間搬送

初期検索と蘇生が一段落したなら二次検索へと移る。二次検索では全身くまなく検索する。複数の損傷がある場合には治療の優先順位を決定し個々の損傷の根本的治療に入る。ただし、二次検索の途中であっても緊急性の高い損傷が明らかとなれば緊急性が低いと思われる損傷の詳細な検索は後回しになる。緊急性の高い損傷の治療が一段落してから二次検索を再開する。

1. 一次検索(primary survey)と蘇生(resuscitation)

一次検索は以下の5項目からなり、この順序は重要な順位をも示しており、一次検索の手順はこの順序に従って行うべきである。しかし、複数の医師で診療を行う場合はチームリーダーを1人決め、その指示に従って同時にあってもさしつかえない。むしろ重症外傷患者の診療では複数の医師によって速やかに一次検索と蘇生が行われることが重要である。

- A; Airway maintenance with c-supine protection
- B; Breathing and ventilation with life threatening chest injury management
- C; Circulation with control hemorrhage
- D; Disability or neurological status with intracranial mass lesion recognition
- E; Exposure(undress)and environment with maintenance of body temperature

[A] Airway maintenance with c-supine protection (気道確保と頸椎保護)

明瞭な会話が可能である患者は気道が開放されているが、酸素投与が必要ないと判断されるまでは酸素マスクによる100%、15 l/minの酸素投与を行う。気道開放が不十分な場合（表6）には気道確保が必要となる。換気が不十分であれば、バッグ・マスクによる換気補助を行う。AHAでは非外傷患者に対する気道確保の方法として頭部後屈一頸先挙上法を第一選択にしているが、意識がない外傷患者や鎖骨から上部の損傷を有する外傷患者の気道確保は頸椎損傷の可能性が完全に否定されない限り、頸部を過伸展させないように頸先挙上法あるいは下顎挙上法を行う。

最も確実な気道確保は気管挿管であるが、どんな患者に対してもまた、蘇生中に遭遇するいかなる状況下においても安全かつ効果的に気管挿管が確実にできるためにはかなりの技術と経験を要する。意識障害や鎖骨より頭側に合併損傷を有する症例では頸椎損傷や頭蓋底骨折の可能性、緊急性および挿管困難性によって気道確保の方法は選択される（図2）。しかし、侵襲度に応じた手技を常に誰もができると

は限らず、すべての医療従事者は確実な気管挿管が達成されるまでバッグ・マスクにより気道確保・人工呼吸ができるよう習熟すべきである。非熟練者による気管挿管は口腔内損傷、許容できないほど長い換気の中止（30秒以上中断してはならない）、循環維持開始の遅れと中断、誤挿管、チューブ固定不備、チューブ位置確認誤判断などの問題が発生する（気管チューブ誤挿管や位置確認は聴診のみでは不正確である）。気管挿管に際しては、頸椎損傷が完全に否定されるまでは頸椎損傷があるものとして砂嚢や頸椎カラーを用い愛護的に扱う。別の救助者に頭部・頸部・軀幹を固定させ過度の後屈を避け挿管を行う（inline manual cervical immobilization）。ただし、必要な気道確保を犠牲にしてまで頸椎固定が優先されるものではない。

表6 気道確保が必要な場合

1. 無呼吸
2. エアウエイでは不十分な気道開放
3. 血液や吐物誤嚥の恐れ
4. 頭部血腫、口咽頭損傷、顔面外傷など気道狭窄の危険
5. 意識レベル低下 (GCS≤8)
6. マスクによる酸素投与では酸素化不十分

[B] Breathing with life-threatening chest injury management (人工呼吸と重篤な胸部外傷処置)

陽圧換気により呼吸循環を一層悪化させる致死的胸部外傷（表7）の有無を検索し、蘇生処置は先行に行う。

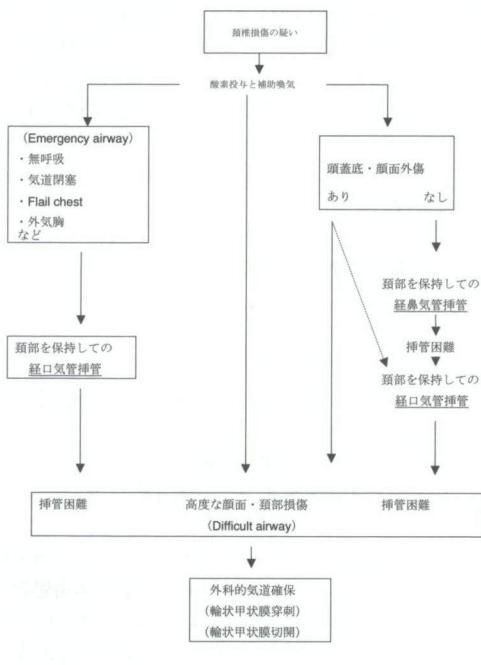
特に、

- 緊張性気胸：直ちに胸腔内ドレナージ術を行う。その診断は胸部X写真により診断するのではなく鈍的胸部外傷の病歴および呼吸窮迫、片側呼吸音減弱・消失、外頸静脈怒張、チアノーゼ、ショックなど臨床症状から行うべきである。
- 開放性気胸：清潔なワセリン・ガーゼあるいはプラスチックで傷を覆い3辺をテープで固定する。
- 大量血胸：胸部打診上濁音を呈し、聴診上呼吸音が現弱していたら本症を疑い、直ちに胸部X線撮影を行う。患側肺野がびまん性に暗くなり（透過性減弱）、肺実質の虚脱像と周囲の暗い帶状陰影を認めたなら血胸と診断し、直ちに胸腔内ドレナージを行なうべきである。ドレンからの出血量(>200ml/hr)は開胸手術適応となる。
- Flail chest：多発肋骨骨折に伴う疼痛と高頻度に合併する肺挫傷による低酸素血症による急性呼吸不全を呈する。（以前は気管分岐部でのPendel-Luftによる奇異呼吸が急性呼吸不全の原因とされてい

たが、現在、この理論は否定されている。)

表7. 一次観察で念頭に置く致死的胸部外傷

1. 緊張性気胸
2. 肺挫傷を伴うフィレイルチエスト
3. 大量の血胸
4. 開放性気胸
5. 心タンポナーデ



[C] Circulation with hemorrhage control

(循環維持と止血)

ショックは低血圧ではなくて臓器の灌流不全と低酸素状態として定義される。血圧低下も1つの指標であるが、脈拍、毛細血管再充血時間、皮膚所見、および意識レベルなどで総合的に判断する。多発外傷の場合、ショックの多くは出血であるが、緊急救度の高い閉塞性ショック（緊張性気胸と心タンポナーデ）の存在は常に念頭に置く。出血に対する処置は輸液・輸血療法と止血が基本であるが、漫然とした輸液療法以上に止血操作を優先するのは当然である。

(1) 外出血

：直ちに直接圧迫による止血を行う。止血帶は縛断以外に使用しない。完全に動脈を駆血できず、かえって静脈鬱滞をきたし出血量が増す。

(2) 静脈路の確保と輸液・輸血

：2本以上の静脈路を確保し、乳酸リンゲル液あるいは酢酸リンゲル液を急速に投与する。腹腔内臓器損傷や骨盤骨折が疑われる場合は上肢より輸液路を確保する。表8に輸液療法の治療指針を示す。同時に採決、観血的動脈圧測定のための動脈穿刺、体温モニター、導尿バルーン挿入などを行う。

表8 輸液・輸血療法

● 初期輸液療法

1. 乳酸加リンゲル液または生理食塩水が原則
2. 出血量の3倍を輸液（1:3 rule）
3. 初回は1～2 ℥、または20mℓ/kg(小児)が原則
4. 39℃に加温

● 輸液・輸血療法の治療指針

循環血液

< 20% (< 1500mℓ) : 初期輸液で安定

→ secondary survey ↗

< 20～50% : 一過性の安定が得られる。

初期輸液

+代用血漿 (HES、デキストラン< 1000mℓ)

+赤血球濃厚液 (6単位)

→積極的な止血術およびsecondary survey ↗

< 50～100% : 直ちにIVRあるいは手術

+輸血追加 (6単位) + 当張アルブミン (1500mℓ)

> 100% : 直ちにIVRあるいは手術、凝固系・血小板数検査

輸血続行

+新鮮凍結血漿 (PT<30%) + 血小板 (相対適応< 5万、絶対適応< 2万)

目標 : 収縮期血圧 > 90mmHg (平均血圧 > 60～70mmHg)、尿量 0.5～1.0mℓ/kg/hr

(3) 出血源の検索と治療の選択

：外傷症例において、ショックに至る出血源は、外出血を除けば、主として胸腔、腹腔、後腹膜腔の3部位が出血源である。頭部外傷だけではショックになることはない。

● FAST(Focused Assessment for the Sonographic examination of the Trauma patients)

：USは胸腔内出血、心タンポナーデ、腹腔内出血、後腹膜腔内の出血を診断できるので初期診療では必須の診断手段である（図3）。救急の現場では携帯型のUSは軽量で機動性があり有用である（湾岸戦争当時アメリカ軍が開発した）三大出血部位と診断治療を表9に示す。

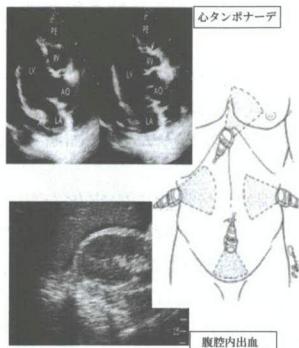


図3 超音波による“C(出血源)”の検索(FAST)

表9 三大出血部位と診断・治療

	血胸	腹腔内出血	後腹膜出血
一次観察	視、触、聴、打診 X線、FAST	FAST	骨盤動揺、血尿 FAST
蘇生	胸腔ドレナージ damage control	damage control	PASG* damage control
二次観察	ドレナージ量	FAST, CE-CT	CE-CT, 血管造影 創外固定
本格的治療	開胸術	開腹術	TAE, 観血的整復術

*PASG: Pneumatic antishock garment

(4) cardiac inflow obstruction の検索と解除

: 出血と輸液療法で説明のつかない低血圧やショックでは、obstructive shock の発見・処置に努める。緊張性気胸に対する胸腔ドレナージ、心タンポナーデに対する心臓穿刺も外傷患者診療では必須な手技である。

(5) 緊急処置室開胸術 (ERT: emergency room thoracotomy)

: ATLSでは指導していないが他国では蘇生的処置として外傷治療では必須となっている。しかし、ERTは院外鈍的外傷による心停止症例の救命率を改善しないが穿通性胸部外傷、特に、心臓穿通創では救命率の向上が示されている。

特に、ERTには

- ・直接心臓マッサージ効果
 - ・心タンポナーデ解除が容易
 - ・胸腔内、胸腔外出血コントロール可能
 - ・速やかな大動脈遮断
- といった手技的な意義が含まれる。

[D] Disability (頭蓋内損傷の疑いと二次損傷の回避)

低酸素血症や循環不全（低血圧）は脳循環を悪化させ二次的な脳損傷を引き起こして予後をいっそう悪化させる。このため、頭部外傷の診断は、呼吸循

環運動の安定化と同時進行で行う。頭部外傷に関して優先すべき病態の把握は脳圧亢進症状の有無である（図4）。脳圧亢進症状の初期症状は強度の頭痛や嘔吐、意識障害であるが、多発外傷症例では評価が困難なことが多い。

意識状態の評価は、簡便なAVPUで評価する。

A: Alert

V: responds to Vocal stimuli

P: responds to Painful stimuli

U: Unresponsive

重視すべき所見は、瞳孔散大と対抗反射消失である。

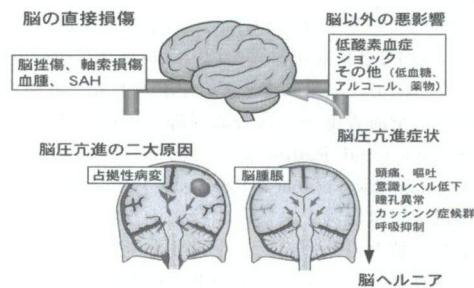


図4 “D:Disability”に関するpriority

[E] Exposure with Environmental control (体表観察と体温管理)

着衣を取り去り全身を露出し、全身の創、皮下出血、変形を観察する（特に、背部や陰部）。同時に、体温測定を行う。低体温は血液の恒常性を破綻させ、出血傾向をもたらすため保温に努める。外傷患者では、現場や初療時の熱放散、大量輸液・輸血、広い術野により低体温になりやすい。加えて、出血による低灌流や低酸素のため組織の熱産生障害が体温低下に拍車をかける。

2. 一次観察と蘇生中の処置、検査、モニター

血圧、ECG、呼吸回数（換気回数）、体温、ABG、導尿バルーンや胃管チューブ、X線、FAST

3. 二次検索 (secondary survey)

二次検索は、一次検索（ABCDEs）が完了し、患者のバイタルサインが安定してから開始する。

二次検索は、受傷機転や既往歴などの問診、「頭の先から足の先まで」の身体所見、ABCDEsの再評価からなる。

1) 受傷機転や既往歴の聴取

病歴や受傷機転 “AMPLE”

A: Allergy

M; Medication

P ; Past illnesses and pregnancy

L ; Last meal

E ; Events/environment related to the injury
について聴取する。

2) 局所の身体所見および二次検索中の補助検査、処置

頭、反面、頸部、胸部、腹部、会陰部・直腸、骨盤、四肢・神経系の順に系統立てて行う。JCS (Japan Coma Scale), GCS(Glasgow Coma Scale)による意識状態の評価および神経学的詳細な検査もこの段階で行う。背側面の観察は、脊椎損傷が完全に否定されるまで、必ず1名が頸椎保護を行なながらログロール法で行う（図5）。結果に応じて、必要なら超音波検査、CT-scan や血管造影を含む放射線学的検査処置IVR (Interventional Radiology)、診断的体腔穿刺DPL(Diagnostic Peritoneal Lavage)または洗浄を行う。二次検索では全身を系統的に検査することを原則とするが、救命のための治療を必要とする損傷が明らかとなれば治療の優先順位の低い損傷の詳細な検索は後回しとする。

治療の優先順位

- ① 救命のための治療
 - ② 機能温存のための治療
 - ③ 容性温存のための治療
- の順で行うことを原則とする。



図5 頸椎保護のための“Log roll”

3) 見落としの検索（再評価）

4) Definitive Therapy (本格的治療)

VII. 病院間搬送

負傷者の高速搬送は、朝鮮戦争、ベトナム戦争での戦略上の必要から発展した。生命の危機を伴う外傷を速やかに確認し治療する訓練を受けた専門家が、高速搬送システムにとって有益なことが示された。

1973年米国救急医療システム法 (Emergency Medical Service System Act of 1973)

1983年West 「外傷システムを利用すれば外傷によるoutcomeが改善する」

患者が最寄りの病院へ搬送される地域と他地域の外傷センターへ搬送された外傷患者死亡の比較検討では、中枢神経合併症がない死亡の73%が回避可能であった。

わが国には、紹介側の医師が状態の安定化を計らずに転送したり逆にその施設の診療機能を過信して転送に踏み切らないといった風潮がある。その逆に、受け入れ側医療機関には、受け入れに相応しいかどうかを詳細に聞いた揚げ句受け入れを断ることも決して少なくない。外傷診療の質を保証するためには病院間の搬送のルール作りが急務である。この病院間搬送を円滑にするためにATLSコースの存在は共通認識の醸成に大いに役立っている。

ATLSコースの対象は初期診療に当たるすべての医師を対象としているため、本格的な治療までの観察と蘇生に主眼を置いている。本格的治療にはICUでの集中治療や外科医や外傷チームによる手術療法も含まれる。このため、地域によっては初期受け入れ医療機関から適切な医療機関へ転送される。転送は患者の病態と自施設の診療能力によって決定される。選定される医療機関は、外傷診療に長けた医療機関で、重度外傷患者は外傷センターで治療を受けたほうが転帰がよいとされている。このため、ATLSでは転送の判断、転送時の医師の責務、搬送手段の選択を研修項目に組み入れ、望ましい転送プロトコールを教えている（表10）。

一方わが国では、二次救急病院や救命救急センターの体制があっても、実態は米国外傷センターに匹敵するにたる診療能力を有するかは不透明である。現在のわが国の診療施設を示す（表11）。

表10 病院間転送の責務

紹介側の医師

- ・ 能力の範囲内で状態を安定させる努力を行う
- ・ 搬送中の危険を回避する
- ・ 搬送先の選定と調整
- ・ 搬送手段、機関の選定
- ・ 搬送中の患者管理を指導
- ・ 照会先への情報提供

受け入れ側の医師

- ・ 受け入れ責務を有する機関であることを認識
- ・ 受け入れ時の院内機能の把握
- ・ 転送に関する相談
- ・ 転送時、搬送中の助言 (medical control)
- ・ 受け入れで着ない場合の代替え医療機関紹介の援助

表 11 医療機関の対応能力

医療機関レベル 日本の救急体制 [米国]	対応能力
救命救急センター [Level I, II]	外傷チームが外来で待機、諸検査、緊急手術、他科の対応、ICU の 24 時間利用可能
二次救急病院 [Level III]	診断および限定された緊急手術は可能だが、複数診療科の対応できない（オンコール手術体制）
救急病院の一部 [Level IV]	診断に必要な諸検査は可能だが、大きい外科的処置、緊急手術、集中治療などできない（非常勤当直）
非救急病院 [system 外]	

IX. 集団災害とトリアージ

同時複数負傷者や集団災害時には、多数の負傷者の中から救命可能な重傷者を優先的に選んで現場や医療機関の受付で応急救護、搬送、治療の順番を決めなければならない。この作業をトリアージ（triage）という。集団災害におけるトリアージの合言葉は“最大多数に最善を！”（the greatest good for the greatest number）である。

医療対応として重要なのは、

1. search and rescue：救助を要する対象者の存在を知り、探しだし、救出する。
2. triage：救出された傷病者の重傷度、緊急度を速やかに判断し、処置や搬送の優先順位を決める。
3. transportation：病態に応じて、最適な医療機関へ傷病者を分散搬送する。
4. treatment：医療機関は能力に応じて最大限の傷病者を受け入れ、必要な処置・治療を行う。
5. refer and transfer：医療機関は必要に応じて他の医療機関と連携をとり、特定の病院に負担がかかり、医療資源の有効利用ができない事態を避ける。

トリアージの基準はアメリカの ACS (American College of Surgeons)の病院選定の基準をそのまま採用している。一次（篩い分け）トリアージでは生理学的兆候を簡略化した START(Simple Triage and Rapid Treatment)式（図6）を基におこない、二次トリアージは定量化した RTS (Revised Trauma Score)（図7）を使用する。いずれも外傷診療の戒律である“確定診断より生理学的兆候、即ち ABCDEs アプローチ”を遵守した方法である。

赤色コード（緊急治療群）：

比較的簡単な処置で救命効果が期待できる

黄色コード（非緊急治療群）：

数時間処置が遅れても生命予後に影響が少ない

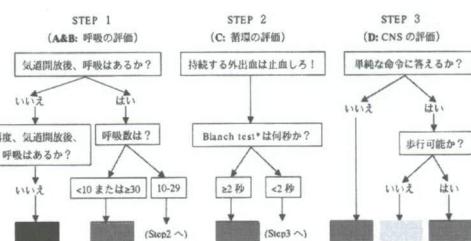
緑コード（軽処置群）：

生命にまったく危険がないが外来治療を要する。

自ら歩行可能

黒色コード（不処置、死亡群）：

死亡、どんなに治療しても救命の見込みほとんどないの 4 群に分類しトリアージタグとよばれる付箋に記入し種閑節部、足閑節部、頸部にタグをつける。



* 爪床、口唇や前額の皮膚を圧迫し、毛細血管が再充血する時間をさす。暗くて Blanch test の評価が困難な場合は、1) 脈拍数>120/分、または2) 頸動脈を触知できるのに桡骨動脈が触れない時のいずれかで赤色の基準とする。

図 6 START(Simple Triage and Rapid Treatment)

図 7 RTS (Revised Trauma Score)

時刻	時間：分	11 : 03	(1)	(2)	:
状況または場所（現着時、現発時など）					
AB	10-29/分 ≥30/分	4 3	(32/分)		
呼吸数	6-9/分 1-5/分	2 1			
15秒間測定X4 無呼吸	0				
C	≥90 mmHg 70-89 mmHg 50-75 mmHg 1-49 mmHg 測定できず	4 3 2 1 0	78/42mmHg		
GCS スコアー=E + V + M		11			
D	19-15 9-12 5-6 4-5 3	4 3 2 1 0			
意識レベル	6-5 4-3 3-2 2-1 1	2 1 0 0 3			
ポイント	5	0			
RTS=AB+C+D	(1+2+3+4=)	9			
瞳孔(右)	瞳孔径mm/対光反射(速、鈍、-)	2/鈍	/	/	
瞳孔(左)	瞳孔径mm/対光反射(速、鈍、-)	2/鈍	/	/	

会員寄稿

絵本の「読み聞かせ」が教えてくれたもの

特別医療法人 栄光会 栄光病院 内科

波多江 登喜子（7回生）



我が家の8才と10才の子どもが通っている小学校では「朝の10分間読書」というものが行われています。これは約10年ほど前から子どもの活字離れを危惧して、学校現場で全国的に広まってきている

読書活動だそうです。NHKテレビでも何度か取り上げられていますし、実際行われている学校も多いので子どもさんを通じて耳にされたことのある先生方もいらっしゃるのではないかでしょうか。

さて私は、今年度子どもの小学校の図書委員になりました。そしてこの「朝の10分間読書」の時間に毎週水曜日教室に入り、児童と先生の前に立って絵本の「読み聞かせ」をすることになってしまいました。いくら医者で初対面の人には慣れているとはいえ、そこは診察室ではなく小学校の教室です。「子ども達はちゃんと聞いてくれるかしら。つまらーんとブーイングが起こらないかしら。ページがきちんとめくれるかしら。」と、それはそれはドキドキハラハラのスタートでした。でも毎週毎週、「聞き手」の反応をうかがうゆとりもないまま、ただただ、読み続けました。すると秋頃になると、自分の子どもへの「読み聞かせ」の時とは違った何かが自分自身の中に芽生えてきているのを感じ始めました。そしてこのまだはっきり正体は分からぬけれども、「人の心」を豊かに潤してくれるホカホカしたものを患者さん方とも分け合いたくなっていました。

私が現在勤めている福岡県志免町の栄光病院は「ホスピス病棟」を有したキリスト教主義の病院です。そのためか「ホスピス病棟」だけでなく病院全体に患者さんの心のケアを重んじる風潮があります。そこで、病院の運営委員会に

「読み聞かせをさせてほしい。」と提案しましたところ満場一致の賛成を得、当院のデイ・ケアと療養型病棟の患者さんを対象とした『読み聞かせ会』を持つことになりました。

「聞き手」はほとんど高齢の脳血管障害の後遺症や痴呆症の方々です。この方々が『読み聞かせ』を楽しむ事ができるのか、また、逆に「絵本なんか！バカにしている！」とお叱りを受けるのではないかとの心配もありました。しかし、第一回目から意外や意外！涙を流して喜ばれたり、回らない舌で「ありがとう」を連発される患者さんが少なかったりと、こちらが恐縮するほどでした。またその頃一般病棟に、私が担当医で人工呼吸機から離脱できずうつ状態に陥って食欲もなく、ラジオやテレビを楽しむこともない患者さんがおられました。ある時その患者さんのベッドサイドで『もも太郎』の「読み聞かせ」をしてみました。すると絵がもっとよく見えるようにと本の高さをご自分の手で調整し聞き入ってくださいり、久しぶりの笑顔がこぼれました。その後、看護婦さんと私とでほとんど毎日絵本の「読み聞かせ」をしました。すると、徐々にではありますが、その方の食事の量が増え表情も穏やかになっていきました。

また、介護度の軽い患者さんの集まるデイ・ケアでは、皆さん「読み聞かせ会」をとても楽しみにして下さるようになり催促が出るほどです。また、先日は20分ほどの長めの絵本、宮澤賢治の『虞十公園林』を読みましたが、20分間を集中して聞き通され会場内に達成感のような充実した雰囲気が流れました。数年前からこのデイ・ケアに携わっていたスタッフが「最近は、患者さんの表情が生き生きしてきた。」と言っています。

また11月からは、外来やお見舞いに付いて来た子どもや近所の小学生を対象とした「おはなしのくに」を病院内で始めるようになりました。

た。昨今の子どもを取り巻く状況の厳しさは、私達の子ども時代とは比べものにならないことは先生方もご存知のとおりです。そんな中で、私達にもなにかできる事はないかと思い行っています。毎週土曜日、15人前後の子ども達が集まるようになりました。そのうち「読み聞かせ」は初めてと言う子どもがほとんどです。土曜の午後、学校はお休みでも「家には誰もおらん」と言う子ども達も来ています。絵本を2~3冊聞いて紙芝居を見て、あめ玉とカードをもらつて帰ります。本の感想を聞いたり教訓めいたことは何も言いません。子ども達も楽しみにしているようで、「来週もあるっちゃろ!」と言って帰って行きます。

絵本の「読み聞かせ」は、今、日本中でちょっとしたブームになっています。もちろん、自分の子どもに両親や祖父母が行う「読み聞かせ」や「語り」は、昔々の大昔からあったものです。今どき流行っているのは、自分の子にではなく他人様の子どもに対して公(?)に行う「読み聞かせ」です。そしてどこでも期待していた以上の成果を得ているようです。もちろん「読み聞かせ」の本当の成果などというものは20年、50年後に現れるものだと思いますが。私個人で言えば、自分の子どもには0才児の時から10年間読んできましたが、公の「読み聞かせ」を始めてからは、まだわずか一年弱です。それでも、子ども達だけでなく患者さん方にも、さらには「読み手」である私自身にも大きな変化を見るようになっています。

絵本の「読み聞かせ」は介護を必要とするようになった患者さんにとっては、子どもの頃を思い出させてくれるものなのでしょう。半身不随や痴呆症になり、自分で新聞も本も読むことができなくなった患者さんには、もしかすると久々の文学や美術との出会いなのかもしれません。重症度の違いはあっても闘病生活をされている方々にとって、4、5分、長くとも20分程度で読み上げることができて、文字だけでなく美しい絵も付いている「絵本」は、日常の中で無理をせずに気楽に受け入れられるものようです。「読み聞かせ」を聞いている間だけは、本の主人公と一緒に空想の世界で自由に遊び、自分自身の病気を忘れるができるのではないかと思います。子ども達にとっても「読み聞

かせ」の時間はまさに「おはなしのくに」を旅している時なのです。また、「読み手」にとっても「聞き手」との生きた心の交流を感じる時であり「聞き手」から多くのものを与えてもらっている不思議な時間なのです。

患者さん方にとって子ども達にとっても、また「読み手」自身にとっても、それぞれ担っている重荷は違いますし、その一つ一つに私たちが係わっていく事は不可能です。でも、「本」を通して、主人公たちを通して、一個人がするサポートよりも、もっと大きく的確な援助や慰めが与えられると思います。絵本の「読み聞かせ」は、まさに文学と美術、そして声の音楽を伝え、「聞き手」と「読み手」が心を通わせ合うものだと思うようになりました。

絵本の「読み聞かせ」は特別な技術や資金が必要ではなく、本当にわずかな時間とスペースを見つければ誰でも行うことのできるものです。本や紙芝居は図書館に行けば、いくらでも貸してくれます。また、上手下手もないと思います。基本的な本の持ち方や、ページのめくり方はあるでしょうが、読み方は、それぞれがそれぞれの持ち味を出して、違っているからこそ、おもしろいのではないでしょうか。

栄光病院では、「おはなしのくに」のある土曜日の午後は、子ども達の元気な笑い声が待合室に響き、医局の先生方も看護婦さんも事務の人も売店のおばちゃんも、皆、なんとなく楽しそうです。これも「読み聞かせ」の一つの効用かなと思っています。

2002年3月



国際協力と日本

東京大学医学部医学系研究科国際保健計画学教室 助教授 黒岩宙司（8回生）



1. はじめに

私は1985年に福岡大学医学部を卒業し、九州大学小児科に入局、その後89年～91年は青年海外協力隊でアフリカ、マラウイのクイーンエリザベス中央病院で小児科医として勤務

しました。91年～93年は国立療養所南福岡病院にお世話になり、西間三馨先生にご推薦いただき93年から国立国際医療センターに勤務し、この4月から東京大学医学部医学系研究科国際保健計画学教室へお誘いがあり移籍することになりました。

2. 国際協力との関わり

最初の関わりは青年海外協力隊でアフリカのマラウイです。医者になって4年目のことで進路を考えるうちにアフリカのことを思い立ち、あとはもう止まりませんでした。医局の組織はヤクザなもので一度グループに入ったら足を洗えないという誤解が若い自分にはあり選択時をあれこれと考えました。どのグループも面白そうでしたが捧げるという言葉は馴染まなかった気がします。大学人生の究極の目標が教授であるとしても教授が魅力的な職種とは思えませんでした。今思えば自分はこの人生で何をしたいのかということを必死に自身に聞いたりしていました。アフリカでの診療が突然現れた背景には、おそらく卒業後一度も思い返すことのなかった福大時代の疑問が僕の奥底にあったのかもしれません。人口爆発といわれながら拡大予防接種計画が成功し、アフリカの子供たちが次々と助かって行くのは矛盾ではないのか、では見殺しにするのかという問いにはどうしても『否』でした。ベトナム戦争が終わり、WHOとUNICEFが、西暦2000年までにすべての人々に健康を、と野心的に唱える一方で、僕が入学した1979年は中国の一人っ子政策が開始され世

界が危機に対する本音を具現化した時代でもありました。福大の医学講堂で偉い先生方がヒポクラテスを紹介し、医の倫理を説いたものですが、目の前の死に行く人に救いの手を差し出すという本能と、地球が抱えている問題に納得のいく整合性を与えてくれる先生も友人もガールフレンドにも出会いませんでした。きっとそんな未決の過去が青年海外協力隊という選択肢を僕の前に差し出したのかもしれません。誤解のないように言えば、これは同窓会誌からの原稿依頼を受けて学生時代を振り返って感じることです。むしろ、当時は見知らぬアフリカの地で英語を使って世界の医師と共にのびのびと勤務ができ、象やキリンやライオンを見ることができ、論文ばかり書いてライバルを蹴落とすことに腐心する陰気臭い大学医局とバイバイできるという、どちらかというと逃げに近い冒険心と情熱に心が熱くなりワクワクしたというほうがより的確です。

東京での生活は8年を過ぎましたが、この間ラオスにプロジェクトの仕事で足掛け5年3ヶ月生活しました。初めて訪れたのが1993年の9月で、その後はJICA公衆衛生プロジェクトとJICA小児感染症プロジェクトに参加しました。最初の2年3ヶ月は瞬く間に過ぎてしましましたし、ラオス人の働きの悪さに腹がたつこともありましたが、後半の3年間ですっかりラオスが好きになりました。この貧しい国の本質的な豊かさを私自身が感じるだけの見識を得たと言えば少しキザかもしれません。単に歳をとっただけなのかもしれません。首都のビエンチャンとタイとの国境をメコン川が滔々と流れています。メコンは確かに美しく特に夕日の落ちる際の風景には幾度となく心が魅了されたものです。空にそびえるビルはなく、旧仏領をしのばせる崩れかかった建物が目抜き通りの両脇に立ち並び、朝夕のにぎやかな市とほこりっぽい市井が広がっています。93年当時と変わったものといえば、車とバイクの数、少し瀟洒なホテルがひとつ、ふたつできました。1990年に西

側に開放され市場経済が進み、多くの援助が入ってきてることに大きな関係があります。

先月、離任後5ヶ月ぶりにラオスを旅行で訪れました。日本で多忙の日々を前日まで送っていたのですが、ラオスに着くなり日本と違うなんともやさしい空気を全身に感じました。ラオスにいたときはそれほど感じなかったラオス食がとてもおいしくて、そればかりを食べていました。フランスが唯一残した遺産といわれるフランスパンを使ったベトナムサンドイッチは、毎朝ベトナム系ラオス人が経営する店ではおばり、通りを流れる人や車やバイクをのんびり見ながら過ごしました。近代化と誇れるものは何もないのですが豊かな水と大地と空気がこの国を包んでいるようでした。人々は本当によく笑いかけてくれます。プロジェクトの時には乗ったことのなかった自転車を借りて町のなかを行き来してみました。30分も行けばほとんど主要なところへ着いてしまう小さな町ですが、風景を楽しみ流れる風を楽しみ本当に心が和んでしまいました。わずか4日の滞在で僕は仕事で駆け抜けた5年間では見えなかったラオスの素晴らしさを本当に理解したように思いました。

3. 開発の限界

本当に素晴らしいもの、それは貨幣では計ることの出来ないかけがえのない水と土と空気、そしてそこに日々の生業を織りなしている人々の汗と笑顔ではないでしょうか。最近思うことはラオスは今まで十分に豊かな国ではないか、この国に多額の資金の投じられる援助は必要ないのではないか、むしろその援助こそがこの国を貧しくしていくのではないかという仮説です。環境とバランスを保ち、地域と密着して活動して行く決して派手ではないボランティアやNGO規模の援助が理想の姿ではないか、もっとも高尚な人類の知恵ではないか、と思います。巨額な金額の動く援助は、西欧諸国や超大国が巧妙に仕組んだ市場経済、自由貿易の罠であり日本の援助は直接もしくは間接的にそれに加担し、貧困という名の誘い水に投じられた援助の代償に、ラオスは美しい自然を切り売りすることを強いられ、そうして稼いだ外貨が、日本のエンとともに超大国、世界経済を牛耳るスーパー財閥へ流れていき、果てにはラオスは

森林を失い、メコンの水は徐々に汚染され、美しい大地は化学肥料に汚されていくのではないか。ほんの1%にもみたない世界経済を支配する人たちのために人類は自滅への道を加速させている気がしてなりません。

日本に目を移せば、鈴木宗男議員のNGO問題で明らかになってきたようにODAは多くは本来の目的ではない利権で使われているようです。日本の失業対策に似たものがあり途上国のことなど関心のない人たちを課長ぐるみで送り援助の金を使ってゴルフに明け暮れている省庁の人もあるようです。また、在外大使館に無償資金案件を取るために出向させその省に利権のある案件を商社ぐるみで作らせるということは普通です。道路や橋や病院も作る会社が決まっているのは海外に住む子供でも知っています。税金の1兆円をODAと呼ばず雇用対策資金とでも呼称するのであれば理解はできますし、諸外国のODAだって真剣に途上国のことを考えているとは思えません。アメリカは最も分かりやすく自国の利益にならないと判断したものは露骨に手を引きます。フランスは遺跡や文化を守る点は尊重できますが、フランス言語、文化に固執する点はこつけいなほど真剣です。北欧のそれには学ぶべきものがあるようです。日本のODAも国益ですが、技術協力は専門家がかなり頑張っているのですが、無償資金援助は一般住民に裨益しがたいものが多くその調査も公正性、透明性に欠けており、やめたほうがいいと思います。

JICA、外務省が自分の心で感じ自分の頭で考えたものとは違うような使い方をしている事例も散見します。超大国がこういう方針で行く、国連がこういうことを言っている、だからODAの予算をこれだけつけよう、他国より多く出せば外務省の手柄になり政治家の業績になる、そして自分の所属先が利益を得ればいい、という国家としての方針なき使い方をされるのではないでしょうか。現場で問題が起き、現場が解決へ向けて問題提起を行なうと、本質的な国策ではないわけですから執行機関のJICAは対処することができず、第一に考えることは『組織の保身』にならざるを得ないです。個々の有能な職員は歯がゆい思いをしながらも、組織としてはそのように動かざるを得なく

なる、いわゆる体質と定義されるものがここにあります。

4. 日本の学術誌、教科書に載らない話

では、日本はどうしたらいいのでしょうか。

ひとつの事例を紹介させてください。私のラオスでの仕事はポリオ根絶活動でした。活動は順調に進み、WHO区分で世界は6地域に分けられていますが、ラオス、日本を含む西太平洋地域がアメリカ地域についてポリオ地域根絶が可能になりました。2000年10月29日に京都宣言が企画され、手柄とばかりにJICA医療協力部長も厚生省も政治家もWHO西太平洋地域の連中お祭り気分に浮かれ、はしゃいでいました。

ところがこの宣言に疑問を持つ人たちもいたのです。決して著名ではない彼らは現場を知るだけに地域根絶宣言の危うさを感じるようになりました。札幌医大の小島先生はミャンマーでの仕事で学童期のポリオウイルス抗体価に落ち込みがあり従来の投与方法ではウイルス伝播を止めることは困難であると、感染症研究所の吉田先生はポリオ生ワクチンが弱毒化して日本の環境中にいてこのワクチンを使う限り根絶は不可能だと、国立医療センターの黒岩はラオスの国境調査から根絶を期に急速に免疫が降下していく事実を知り宣言後にこの地域でポリオが発生する危険があると痛感していました。しかしWHOは聞かず宣言の計画は進みました。

WHO西太平洋地域事務局に専門家などいなく、麻痺の患者さんへの涙も忘れ去られ、残っていたのは政治だけだったのです。三人は申し合わせたわけではありませんが書くことの重要性に迫られました。小島先生の論文は10月25日にJAMAに、吉田先生と黒岩の論文は根絶式典の一日前の10月28日にランセットに掲載されました。事前に論文掲載の情報を得たWHOは緊急にメディア対策を講じ、日本根絶委員の先生はWHO西太平洋事務局長の部屋に式典前夜に缶詰になったということです。多額の金を投じ名誉を掛けた根絶式典を汚すわけには行かなかつたのでしょうか。その後、CDCとWHOは彼らの隠していたと思われる世界根絶宣言に不利な事実を次々と公表していきます。日本からも慎重を示唆する報告が続きます。

ここで言いたいことは、日本はエビデンスに忠実でなくてはならない医学の分野でも国連至上主義、アメリカ崇拜主義があり、しかも圧力に極めて弱い。そのために日本国民の税金はいよいよ吸い取られ達成不能のプログラムに投じられ結局は溝に捨てられる運命にあるという事実です。日本小児科医会にも日本はアメリカに麻疹を輸出しているからどうにかせろ、と言われているということですが、誰に言われたのか知りませんが、この背景にはCDCが野心を抱いている世界麻疹根絶があり金が必要なのです。麻疹を世界から根絶など不可能ですシネガティブなインパクトが多い。微力ながら私はラオスの経験からポリオ世界根絶も危うい現在、麻疹根絶など不可能であると論文に発表しました。麻疹ワクチン一斉投与に大量に使われる使い捨て注射器も処理法が不十分で環境を汚染していくなど弊害が極めて大きいのです。日本のODA大綱は環境保全と外務省ホームページに書いてあるではありませんか。小児科医会には麻疹患者数を下げる努力はもちろん必要だが、世界根絶は別の話で不可能だと胸を張って言つて欲しいと思います。国際政治がそうであるようにWHOが言い放ち達成しないものはいくつもあります。国連など各国の利権の分捕りあいの場というのが世界の常識です。西太平洋地域ポリオ根絶宣言前日に日本人の書いた根絶危機論で特集を組み、WHOとCDCに攻撃を仕掛けた英国のランセットの編者たちのように、世界には良識を持った人々が沢山います。科学的に自由に考えを言うことのできる私たちが世界に向かってどんどん発信していくべきで、それが日本の方針、外交の骨組みをしっかりと作り上げていく基本だとは思いませんか。責任はJICAでも外務省でも日本政府でもなく戦後教育に去勢され何も言わなくなった私たち自身にあると思います。

5. 滅び行く地球

西欧の持つ植民地主義的体質と超大国アメリカの作り上げた世界経済を機軸に動く国際政治の属性は途上国の自然や民族に固有の文化を破壊していきます。あと50年で石油が枯渇してくれれば時代は地球環境には快適な方向に動くかもしれません。しかし仮に100年以上石油

が採掘され続ければ地球はその間、圧倒的な経済力と軍事力を背景にした一部の国家や一握りの人々の支配のもとに悪化の一途をたどるのではないかでしょうか。そして確実にあと50年で世界の人口は100億近くになり、温暖化は進み、地上の水不足は深刻になります。地球は世界を食わしていくはず、国内を見つめれば日本の食料自給率は30%を切っています。私たちに残された時間は少ないのです。限界に達した既存の

開発の手法とバイヤスのかかった国際政治のメカニズムを是正できないものでしょうか。西洋と比較してはるかに平和を愛する資質を持つ日本人の責務が問われています。

平成14年3月15日



愛す、切に福岡大学を

藤山 俊一郎 (M5)

みなさんは福岡大学を愛していますか？

私は入学当初、福岡大学が嫌で嫌でたまりませんでした。

それから4年の月日が流れ、今は「福岡大学を愛しています。」と答えます。

さて、第21回医学祭を開催するにあたりまして、同窓会の先生方には大変お世話になりました。たくさんの先生方にご迷惑をおかけしまして、この場をかりましてお詫び申し上げます。

今回の第21回医学祭では天候に恵まれませんでしたが、それにもかかわらずたくさんの方にご来場いただきました。(医学展総入場者数：1,899名)

また今回は広報に力を入れ、福岡市内全域にポスターを貼ったり、またRKBのテレビ番組にも出演させていただきました。

これからも医学祭では、毎年毎年趣向を凝らし、それぞれの代での個性を大事にして福岡大学医学部生として結束を高めていきたいと思います。

さて、今回の第21回医学祭を開催するにあたって、無記名での学生アンケートを行いました。その中の一つに、“あなたは福岡大学医学部に何を求めますか？”という質問をしました。

以下に、その学生から寄せられた意見を列挙します。

①教育施設の充実

講義室内のスクリーン昇降の自動化
講義室のイスの修繕

②図書館の24時間開館

日曜日にも開館して欲しい。

③カリキュラム

月曜日にテストを行うのはやめてほしい。
国試対策

④授業評価アンケート

今回は、例年行っているベストレクチャー賞の選考だけでなく、ワーストレクチャー賞の選考を行った。

ワーストレクチャー賞に関しては、公表は出来ないが学生の率直な意見を聞くことが出来た。

大学自体が行っている授業評価アンケートでは、質問項目が差し障りのない程度のもので、学生自身の正直な意見を聞くことが出来ない。

ワーストレクチャー賞の選考で、その先生を選んだ理由の一部を紹介します。

「声の小さい先生は教壇に立って欲しくない。」

「古い教授が権力をもつのをやめてほしい。
助教授以下の先生方もビビるな！」

⑤学生控室からRI講義棟へ向かう通路の屋根の雨漏りを直して欲しい。

これは切実な問題である。

⑥教務掲示板の前に車を止めないで欲しい。

教務掲示板の前に、MRや業者の車がいつも止まっている。

重要なお知らせが掲示してあるのに、見づらい。

⑦運動施設の充実

医学部生も自由に使える体育館、武道場がほしい。

本学のグランドにお金をかけずにこっちにまわしてほしい

医学部愛好会館の前にシャワー室をつくってほしい。

⑧医学部食堂

食堂を増やして欲しい

学食がおいしくなってほしい、メニューを充実させてほしい。

⑨ゼミ室

日曜日でも空調施設が使えるようになって欲しい

⑩理想を高く持って欲しい。

⑪医学部のキャンパス内の雰囲気が暗すぎる
芝生

⑫魅力ある大学作り

⑬コピー機を増やして欲しい。

⑭生協を作りたい。

もちろん、ここに列挙したから何らかの改善を期待できるものではない。学生としては、これからも大学側に以上の件を訴えていくつもりである。

今回アンケートを行ってわかったことだが、福岡大学医学部には自治会のような学生組織がないため、日ごろ学生が思っていることがなかなか大学側に伝わりにくい。

そこで提案として、年に一回でも学生と大学との談話会のような場を作る必要があると思う。確かに、こういう場になると学生は好き勝手に言うかもしれません、お互い考えていることを生の声で聞くことが大切だと思います。

さて、これから愛好会のキャプテンになるみなさん、また医学祭実行委員長や西医体実行委

員長になる方へ一言。「トップは孤独です」。組織のトップをしていると、なかなか周りがついてきてくれない、と悩むことがあると思います。しかし、どのような組織でも、まずその中心人物がしっかりとしていないといけません。

確かに改革を行うには常にリスクがつき物である。しかし、No gain without Pain！中心者がしっかりと方向性を定め、自分の考えを周りの人にも十分説明し、改革を行うにあたって、すべての人が賛同してくれるわけではありません。支持してくれる人もいれば、その反面足を引っ張ろうとする人もいる。しかし、改革に向けてがんばろうとする意識の高い人を増やすように努力すべきである。改革が目に見えて現れるには、時間がかかる。辛抱も必要である。

だから常日頃からコミュニケーションをとることが大切なことです。

「大学は自分たちがつくるのだ。」という思いを学生一人ひとりが常に持つておかなければならない。

福岡大学の学生に欠けているもの。それは「Fighting Spirit」である。同じ福岡市内にあるQ大に負けてたまるか！

また、納得いかないことがあれば、自分が納得するまで抗議する。今年の冬のオリンピックでも、なんだ！日本の態度は！ロシアや韓国のように大々的に抗議する事がこれからの国際社会では重要である。

福岡大学医学部創立30周年を迎えた今、私たち学生と同窓会の先生方が一丸となって福岡大学医学部を盛り上げていきましょう。

最後になりましたが、第21回医学祭についていた広告収入から一部を、熊本城復元整備基金に寄付させていただきました。学会などで熊本にお立ちよりの際は、ぜひ熊本城天守閣を訪れてください。天守閣の内壁に「第21回福岡大学医学部医学祭実行委員会」の表札が貼っています。

私の思いに対するご意見、ご感想等ございましたら【kyoro@remus.dti.ne.jp】までメールください。

新入生へ～自分の価値と命の価値

原田 聰志 (M5)

新入生の皆さん、入学おめでとうございます！今、みなさんは、サークルの勧誘会、新入生歓迎会、クラスコンパ等、実に多くの学校行事で多忙な日々を送っているかと思いますが、どうでしょうか？大学には少しは、慣れましたか？僕は、今、五年生で病院実習をやっていますが、始めての臨床の現場で勉強するというのは、みなさんの今の気持ちと似たものがあるかもしれません。僕は、今、この大学に入って五年目を迎えているのですが、入学したばかりのみなさんに、ぜひ、ゆっくりと考えてもらいたいと思うことがあります。この同窓会誌に投稿しました。題名を見て堅苦しそうだなと思った方もいるでしょうが、これは、僕が、五年間、この大学で過ごして自分で気付いた事で、これから大学生活をすごしてもらう皆さんにとって、ぜひ知ってほしいし考えて欲しいと思う事です。この事は、皆さんのこれから大学生活にとって有益になると保証します！

みなさんは、医者になります。この大学に入った動機がどうであれ、医学部に入ったのだから、たとえ将来、どんな事が起ころうとも、医者を目指しています。では、医者の仕事はどうのようなものでしょうか？色々頭に浮かぶ事があるかと思います。毎日、病院に行って、患者さんと会って、問診して、検査をして、病気を診断して、患者さんに説明して、薬を処方したりする事、又、外科医だったら、手術をしたり・・・とそれ以外にも色々あるかと思いますが、そんな感じでしょう。もう一つ、研究者の道もあります。まだよく分からぬ病気の原因を調べたり、遺伝子の研究、癌の研究等、たくさんの研究をしています。僕自身、まだ医者では無いので漠然としていますが、皆さんも、大体僕と同様ではないでしょうか？（もっと知っているという方には、失礼かもしれません）

しかし、とりあえず、医者の仕事の話はそれ位にして、これらの医者の仕事は、一つの共通した考えが、一本の芯のように通っている事が分かります。それは、何でしょうか？それは、人間の命の価値です。人間の命に価値があるからこそ、医者の仕事はあるんだと思いませんか？それ位、分かっているよと思われる方もいるかもしれません。では、なぜ人間の命に価値があるのでしょうか？ここからは、すぐに答えを出したくはありません。なぜなら、それは、あまりにも深くたくさんのが言えるし、たとえ、ここで僕が色々言ったとしても、皆さん自分で考えないとよく分からない事だからです。し

かし、ここで終わってしまっては、先輩としての面目が保てないので、一つだけ言います。命には、無限の可能性があるからです。まず、命があるから生活ができます。簡単に言えば、あなたがこの文を読めるのも、又、こうやって僕自身が原稿を書けるのもそうです。身近な事を考えたら、あまりにも命に負っているものは多いでしょう！そして、命があるから、人間は、目的や希望を持つ事ができるし、夢やvisionを持つ事ができます。歴史を見ても分かります。人が、空を飛べるようになった（飛行機を発明した）のもライト兄弟の命があったからですし、科学の進歩、多様な文化、宗教、人類の発展の事を考えると、すべて命から始まっているのです！ちょっと話しがでかくなりましたが、あなたが今、このような生活を送っていても、自分の命だけでなく、両親の命、授業してくれる先生方の命、サークルでは先輩の命、食堂のおばちゃんの命、あまりにも多くの命があなたに関わっているわけです。つまり、命は、ただ心臓が動いている事とか呼吸をしている事とか、そのような事ではなく、人間の価値を与えてくれる根本なのです。だから、命に価値があるわけです。でも、皆さん、おそらく、この文章を読んで、「なるほど分かった！」と思っているかもしれません、本当に分かっていないと思います。なぜなら、自分の価値を実感できる経験、体験がまだあまりないと思いますから。だから、これから大学生活を始める皆さんに、この投稿を行いました。大学で自分を活かせるような色々な経験をして下さい！暇で退屈な時間を作らずに、何でもいいから、何かにぶつかっていって下さい！自分が思っているよりもやればできるものです！勇気を出して、やってみて下さい！そうすれば、必ず何かが得られますから。自分が本当に楽しい大学生活を送りたいと思うのなら、むなしさを感じる環境ではなく、楽しさを感じる環境を自分で求めて下さい！すべては、自分次第です。学校に頼ったり、人に頼ってばかりではいけないです。そして、自分が成長し、自分が変わる事で、ものの見方は変わり、すべてが変わっていくでしょう。自分の可能性に挑戦して下さい。そうすれば、自分の価値が分かり、人間の命の価値が、分かりますから！お互い、この大学で、さらに成長しましょう！！

故野中隆先生追悼文

医療法人北士会 北川眼科 理事長 北川 雄士（6回生）



野中隆先生の追悼文を書いて欲しいとの依頼があった。一瞬迷ってしまった。

同期で同じ眼科を志した者として書かなければいけないという気持ちと、追悼文なんてとんでもないという気持ちであった。こういう文章はもう二度と書きたくないものである。

故 野 中 隆 先 生 あまりにも早すぎる死である。ご遺族の皆様はさぞかし無念であったと思う。なんともしがたい悲しみが心の底から湧き出てくる。悲しくて、悔しくて、なぜなんだ、どうしてなんだと叫びたくなる。まじめで、心根のやさしい、ぱちやぱちやとした、患者さんから好かれるタイプの先生であった。達筆ではないが、一字一字きっちり書く先生で、その講義ノートは絶品であった。試験になると「野中ノート」が私も含め同級生の部屋に高く積み上げられていたのを思い出す。「野中ノート」は教科書以上のものであったよう思う。彼のおかげで進級した仲間は数知れないであろう。「字」はその人の性格をあらわすと言われるが、まさに野中先生の短くはあったが、まじめに一生懸命生きてきた人生そのものを表しているように思える。

彼は、ご存知のように福大医学部を卒業後、すぐには眼科には入局せず、内科で研修をされ、まさに全身を診れる眼科医であった。私も開業して11年になり、一人で手術をする立場になると、もっと内科を勉強しておけばよかつ

たと思う時が多くある。その点では野中先生は先見の明があられたと思う。残念ながら一緒に仕事をさせてもらったことはないが、患者さんからの信頼も絶大のものがあったと聞いている。彼を頼りにしていた患者さんもたくさんおられたであろうし、これから社会のために奉仕ができる年齢、立場であったと思うと、残念としか言い様もない。

学生時代、野中先生とは特に親しい友人ではなかったが、現役大学生らしい純粋でまじめな学生という印象が私の脳裏には残っている。いろんなエピソードとかは他の方におまかせするが、もう二度と先生のお姿を拝見できないと思うと、心が痛く重たくなってしまう。

大学を卒業後、もう数人の先生方が旅立ってしまった。その訃報を耳にするたびに、「死」が身近に感じるようになる。いつのまにか人生の半分を折り返し、それでも可能性をひたすら信じ、その反面どこかで人生の終焉を考える。「歳をとることは楽しいことですよ」と言われた方がおられた。これからが本当の人生であるのかもしれない。だからこそ、野中先生とも共に働き、共に生き、共に語りあいたかった。残念でならない。

ゆっくりと休んでもらいたい。そして時々でいいから、天国から我々を見守ってもらいたい。本当にお疲れさまでした。

合掌



教育職員人事（併任講師以上）

【任命】平成13年12月1日

医学部長	満留昭久	(小兒科学)
福岡大学病院長	白日高歩	(外科学第一)
〃副病院長	田村和夫	(内科学第一)
福岡大学筑紫病院長	森園哲夫	(耳鼻咽喉科)
医学研究科長	柏村征一	(法医学)
看護専門学校長	吉田稔	(内科学第四)

区分	所属	資格	氏名	発令日	摘要
退職	解剖学第二	教授	三好萬佐行	14.3.31	定年
	病理学第二	教授	竹林茂夫	14.3.31	定年
	産科婦人科学	教授	金岡毅	14.3.31	定年
	筑紫内科第一	助教授	諸江一男③	14.3.31	家業継承
	脳神経外科学	助教授	岡一成	14.3.31	一身上の都合
	皮膚科学	助教授	桐生美麿	14.3.31	北九州医療センター
	救命救急センター	講師	谷川攻一	14.3.31	広島大学
	精神神経科	講師	伊藤正訓⑩	14.3.31	開業
	精神神経科	講師	鈴木智美⑩	14.3.31	一身上の都合
	外科第一	講師	濱田雄藏	14.3.31	一身上の都合
	解剖学第一	講師	山下信哉⑦	14.3.31	一身上の都合
	泌尿器科	講師	田原春夫⑤	14.3.31	西福岡病院
	生化学第一	併任講師	荒川文子	14.3.31	一身上の都合
	生化学第二	併任講師	叶ルド・シュンハル	14.3.31	西福岡病院
	消化器科	併任講師	辻博	14.3.31	一身上の都合
昇格	筑紫内視鏡部	併任講師	真武弘明⑧	14.3.31	家業継承
	筑紫内科第一	助教授	浦田秀則③	14.4.1	
	循環器科	講師	山之内良雄⑦	14.4.1	
	循環器科	講師	松尾邦浩⑧	14.4.1	
	循環器科	講師	辻恵美子	14.4.1	
	循環器科	講師	三浦伸一郎⑪	14.4.1	
	小児科	講師	新居見和彦⑤	14.4.1	
	外科第二	講師	白石武史	14.4.1	
	解剖学第一	講師	立花克郎	14.4.1	
	血液・糖尿病科	併任講師	高松泰	14.4.1	
採用	神経内科・健康管理科	併任講師	松永洋一⑤	14.4.1	
	生化学第二	併任講師	相田美和	14.4.1	
	外科学第一	併任講師	笠晋一朗	14.4.1	
	皮膚科学	講師	古村南夫	14.4.1	
	血液・糖尿病科	講師	高田徹	14.4.1	

[お知らせ]

第8回生 黒岩宙司先生が、4月1日付をもって東京大学医学部医学系研究科国際保健計画学の助教授に就任されました。皆様にお知らせ致しますと共に心からお祝い申し上げます。ご活躍をお祈りします。(本号29ページに投稿記事)

医局長・医長名簿

(○内の数字は福大卒業回、筑紫病院の*印は内科・消化器科の代表)

平成14年4月1日現在

所 属	医 局 長	病 棟 医 長	外 来 医 長
[福 大 病 院]			
血 液 ・ 糖 尿 病 科	安 西 慶 三	中 川 内 玲 子 ⑯	鈴 宮 淳 司
循 環 器 科	松 永 彰 ③	三 浦 伸一郎 ⑪	辻 恵 美 子
消 化 器 科	渡 邊 洋 ④	岩 田 郁 ⑬	山 本 智 文
腎 臓 内 科	兼 岡 秀 俊	武 田 誠 司 ⑪	小 河 原 悟 ⑦
呼 吸 器 科	石 橋 正 義	豊 島 秀 夫 ⑧	渡 辺 憲 太 朗
神 経 内 科・健 康 管 理 科	松 永 洋 一	楠 原 智 彦 (6北)	藤 木 富 士 夫 ⑭(神経)
"		齋 藤 信 博 ⑯(7階)	宗 清 正 紀 (健管)
精 神 神 経 科	石 井 久 敬	細 美 直 彦 ⑫	李 健 黙 ⑫
" (デ イ ケ)			川 野 耕 三
小 児 科	小 川 厚 ⑥	山 口 覚 ⑤	安 元 佐 和 ⑦
外 科 第 一	田 中 伸 之 介 ⑤	永 井 哲 ⑫	松 尾 勝 一 ⑪
外 科 第 二	岩 崎 昭 憲 ⑤	前 川 隆 文 ②	星 野 誠 一 郎
整 形 外 科	檜 田 伸 一	秋 吉 祐 一 郎	佐 伯 和 彦 ⑯
形 成 外 科	江 良 幸 三 ⑨	三 川 佳 子	江 良 幸 三 ⑨
脳 神 経 外 科	平 川 勝 之 ⑨	林 修 司 ⑯	継 仁 ⑧
心 臓 血 管 外 科	立 川 裕 ⑬	芝 野 竜 一 ⑭	岩 橋 英 彦 ⑯
皮 膚 科	清 水 昭 彦	久 保 田 由 美 子	高 橋 聰 ⑯
泌 尿 器 科	辻 祐 治 ③	道 永 成	富 田 能 弘 ⑭
産 婦 人 科	牧 野 康 男 ⑧	吉 里 俊 幸 (3東)	井 上 善 仁
"		宮 川 孝 ⑯(3北)	井 上 善 仁
眼 科	松 井 孝 明 ⑪	尾 崎 弘 明	近 藤 寛 之
耳 鼻 咽 喉 科	原 田 博 文	毛 利 育 ⑯	今 村 明 秀 ⑯
放 射 線 科	秋 田 雄 三	中 島 力 哉 ⑭	木 村 史 郎 ⑬
麻 醉 科	櫻 木 忠 和 ③	廣 田 一 紀	平 田 和 彦 ⑫
歯 科 口 腔 外 科	喜 久 田 利 弘	池 山 尚 岐	豊 福 明
病 理 部	大 慈 弥 悠 子		
臨 床 檢 查 部	大 久 保 久 美 子		
輸 血 部	熊 川 み ど り		
救 命 救 急 センタ -	益 崎 隆 雄 ⑪	武 田 卓	
[筑 紫 病 院]			
筑 紫 病 院 総 医 局 長	宮 城 司 道		
内 科 第 一	三 好 恵 ⑯	浦 田 秀 則 ③	浦 田 秀 則 ③
内 科 第 二	二 宮 寛 ②	*二 宮 寛 ②	有 富 貴 道
消 化 器 科・内 視 鏡 部	*櫻 井 俊 弘	*植 木 敏 晴 ⑧	*戸 原 恵 二 ⑧
小 児 科	喜 多 山 昇 ⑧	喜 多 山 昇 ⑧	喜 多 山 昇 ⑧
外 科	長 谷 川 修 三 ⑫	東 大 二 郎 ⑯	紙 谷 孝 則 ⑯
整 形 外 科	有 永 誠 ⑧	有 永 誠 ⑧	伊 崎 輝 昌
脳 神 経 外 科	風 川 清	堤 正 則	相 川 博
泌 尿 器 科	石 井 龍 ⑤	平 浩 志 ⑯	石 井 龍 ⑤
眼 科	武 末 佳 子 ⑪	末 廣 三 岐 代 ⑯	武 末 佳 子 ⑪
耳 鼻 咽 喉 科	宮 城 司 道 ⑨	池 田 宏 之 ⑯	池 田 宏 之 ⑯
放 射 線 科	小 野 広 幸 ⑦		
麻 醉 科	堀 浩 一 郎 ⑬		
病 理 部	原 岡 誠 司		

鳥帽子会会員名簿第7号の過誤訂正のお願い

下記のように過誤がありましたので訂正をお願いします。無過誤100%を目指しましたが申し訳ありません。心からお詫びいたします。

◆ 28^ヘ-シ 7行目および183^ヘ-シ 9行目 片田江民雄

誤 Eメール：katatae@zg7.eo-net.ne.jp 正 katatae@zg7.so-net.ne.jp

◆ 215^ヘ-シ 13行目

誤 解剖学第一 正 生理学第一

会報原稿募集

会報の原稿を募集します。内容、字数を問いません。締切も設けません。葉書1枚でも結構です。会員の方全員で会報編集に参加して下さい。

特に支部長さんやクラス評議員の方にお願いします。今後、支部便りやクラス便りにも締め切り日を設けません。したがって今後、会報発行都度の原稿依頼も致しません。

何かありましたら支部会やクラス会のご様子など何時でもご投稿下さい。お待ちしています。

編集後記

歴史は参加する事に意義がある。今年、2002年は日本史にとって歴史的最大のイベントを迎える事になっている。この先、間違いなく教科書に掲載されるスポーツイベントであり、それは単にスポーツの枠に留まらず、日本の政治経済や日韓国交のレベルまでの影響を及ぼす事になるだろう。そのWカップが目前になってきた。全部で64試合、どの試合が名勝負になるのかは分からぬが、試合を観戦する事、テレビで見る事、ボランティアとして協力する事、32カ国の選手達やサポーターと触れ合う事、そして日本代表を応援する事、それら全ての体験こそが歴史に関わったという事になる。その記憶は、何十年経っても少しも色あせることなく、私達が大いに語り継いでいく物語となるであろう。そんな思いを巡らせながら、1つでも多くと願って、昨日も今日もコカコーラを飲んで、応募葉書にせっせとシールを貼っている。あとは神頼み。(井上)

編集委員長 井上 隆則 (7回生)

" 委員 松田 年浩 (5回生)

武末 佳子 (11回生)

立川 裕 (13回生)

鳥帽子会会報第32号

発行日 平成14年5月15日

発行人 高木忠博

編集人 井上隆則

発行所 ☎ 814-0180

福岡市城南区七隈7-45-1

福岡大学医学部同窓会

電話.092-865-6353 (直通)

092-801-1011 (代表)

内線 3032

FAX.092-865-9484

E-mail:eboshi@minf.med.fukuoka-u.ac.jp

印刷所 ロータリー印刷(株)