

# 日本家庭医療学会会報

第48号

発行日：2003年5月15日

ホームページ：<http://www.medic.mie-u.ac.jp/jafm/>

## 特集 / 第11回家庭医の生涯教育のための ワークショップ記録

70گرام



《3/15(土)》

アイスブレイク

ワークショップ (休憩を挟んで2セッション)

「検診(健診)の項目選択とその医学的意義と  
受診者・医師・社会にとっての意味」

大生 定義 先生(横浜市立市民病院)

ワークショップ a(A,B,Cから選択制)

検診ワンポイント(A):

心電図検診について

伊賀 幹二 先生(伊賀内科・循環器科)

検診ワンポイント(B):

肝疾患と健康診断

下 正宗 先生(東葛病院)

検診ワンポイント(C):

検尿異常をどう考えてゆくか?

横井 徹 先生(横井内科医院)

語り合いの時

《3/16(日)》

ワークショップ b(A,B,Cから選択制)

(内容は aと同じ)

ワークショップ (昼食を挟んで2セッション)

「行動変容を促す健康行動理論とその現場への  
応用」

松本 千明 先生 医学博士・公衆衛生学修士

(ミシガン大学公衆衛生大学院健康行動健康

教育学科修士課程修了))

次年度のテーマについて

主催者からの総括 東町ファミリークリニック 武田伸二

3月15・16日に第11回のワークショップが名古屋の邦和セミナー  
プラザで開催されました。今回より企画運営を、一昨年秋に新設さ  
れたワークショップのためのワーキンググループで担当しています。  
今回も臨床ですぐに役立つ実践的なWSを目標に、「けんしん」につ  
いて、その意義や実際の考え方、心電図、肝機能、検尿異常の取り  
扱い、治療に結びつけるための行動理論をそれぞれ学びました。参  
加人数の増加とワークショップらしい集まりにしたいとの希望から、  
今年はワンポイントレッスンとして心電図、肝機能、検尿異常につ  
いては同時に三つのテーマを2回繰り返すスケジュールにして、参  
加者にこの内二つを選択していただく形を取りました。参加者は今  
年もおなじみの顔、新しい顔が全国各地から講師を入れて約90名集  
まり、家庭的な雰囲気を保ちつつにぎやかな盛会でした。

### この号の主な内容

第11回家庭医の生涯教育のためのワークショップ記録

..... 1~11

世話人会議事録..... 11~12

役員選挙について..... 13

教育ワークショップの報告..... 13

夏期セミナーの御案内..... 14

学術集会・総会の御案内..... 15~16

家庭医のためのCME..... 17~18

親は上気道炎に抗菌薬を期待するか

側彎症の予後/分娩監視装置の意義

プライマリ・ケア教育連絡協議会からのお知らせ..... 19

託児所設置のアンケート結果..... 19

事務局からのお知らせ..... 20



## 各ワークショップの紹介

今回も各講師の先生方に御協力いただいて、それぞれのワークショップの内容の要約や、配布資料の項目の箇条書きなどをまとめて掲載してみました。(編集担当)

### ワークショップ

#### 「検診(健診)の項目選択とその医学的意義と受診者・医師・社会にとっての意味」

講師：横浜市立市民病院 大生 定義 先生

進行

1. アイスブレイクとアンケート
  - 1) アンケートにお答え下さい。けんしんの項目として妥当と思うものはどれでしょうか？
  - 2) 学校医・産業医として、検診を実際に行なったり、社員から医療機関での検診結果についての対応の相談を受けたりされたことがあると思います。米国の勧告やわが国のおすすめについての資料を見て、気のついたこと、実際とは違っている点をお聞かせ下さい。
2. けんしんに求められるものは何か
  - 1) 法律でも認められた既得権
  - 2) 勤労者の義務
  - 3) QOL の向上
  - 4) 健康な延命という観点……などなどいろいろあると思いますが、患者・医師・社会にとって本当に有用で納得のいくものでしょうか？
3. ワークショップ(数人ずつのグループで)
  - 1) 講義:がん検診総論(大生)  
がん検診の評価にあたってのポイント  
有効性をどう評価するか、本当に有効か？  
余命は伸びているのか？を検討しましょう。  
(討論)どのがんなら、自分ならけんしんを受けたいか？  
その理由は何か？
  - 2) 肺がんの賛否両論(日本肺がん学会誌)  
資料を中心に説明と討論
  - 3) 大腸癌健診(US Task Force)  
資料を中心に討論
  - 4) 前立腺癌(PSA)について  
今話題の前立腺癌について QOL の考慮しての討論を行います。

#### 5) 脳ドックについて

(討論)未破裂脳動脈瘤の事例を中心に話し合ってみましょう。

[事例]65 歳男性 いままで元気だったが、頭が痛くなり、くも膜下出血の恐ろしさを強調したテレビ番組をやっていたのを思い出して、昨年脳外科を受診し MRI/MRA の検査を受けた。脳梗塞や脳腫瘍はなかったが、左の中大脳動脈に 5 mm の動脈瘤が見つかった。早いうちに手術した方がよいと勧められ、手術を行った。しかし、術後の経過が悪く、軽い片麻痺や人格の変化など後遺症が続いている。幸い半年前に退院できたが、本人も家族も手術をしなければよかったと繰り返すこのごろである。

- (1)どんな問題がこの事例にあるか？
- (2)今後どうするのが、適切か？
- (3)脳ドックの功罪

#### 使用資料一覧

1. アンケートと勧告(米国、わが国)
2. 新たながん検診手法の有効性の評価についての報告書総論 17-79 頁
3. Japanese J of lung cancer 2002 42 (7)741-749
4. <http://WWW.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/colorectal/colosum1.htm>
5. Annals of Internal Medicine 2002 137(11)915-916, 917-929  
NEJM 2002 347(11)781-789,790-796
6. BMJ 1999 319 1512-13 NEJM 1999 341 1344-50  
medicina 1999 36(13) 2020-2023

#### 参考資料

- \*Guide to Clinical Preventive Services,3rd Edition, 2000-2002 (<http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm>)
- \*新たながん検査手法の有効性の評価についての報告書 (<http://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/ganhokoku2.html>)



## ワークショップ

### 健診ワンポイント A 「心電図検診について」

講師：伊賀内科・循環器科 伊賀幹二 先生

#### 種々の検診の目的

「早期発見、早期治療」はほんとうに正しい？

いやなことを知る時間が長くなるだけかもしれない

#### 私の検診感

心電図なら受けてもよい？

胸部レ線は仕事上、仕方がない

胃カメラ検診；結果を正直にしてくれるだろうか？

HCV 検診はいらないな？

#### 心電図検診の功罪

突然死の率を減らすことができる？？

患者を心配させてしまい、心臓神経症を作る

医療者側が各疾患の自然歴がわかる

Do no harm!!

#### 循環器疾患の診断

病歴(医療面接) / 身体所見 / 胸部レ線 / 心電図 / 断層心エコー図 / 一般検血 これらを組み合わせることによって総合的に診断する。しかし、心電図だけ、レ線だけ、エコーだけでは診断できない

#### 心電図

パターン認識である

心電図診断と心臓の診断とは異なる

狭心症では心電図が正常であることが多い

心電図の限界と有用性について認識する

心臓以外の因子で変化が生じることがある

PTCA により心電図の知識が深くなった

#### 心電図の弱点

左室肥大に関する感度

右室負荷に関する感度

後壁梗塞について

#### 心電図の長所

Poor subject なし

どこでもきれいにとれる

急性の右室負荷には感度がよい

不整脈の診断は心電図なしには不可能

心電図が正常(異常)であるというのと、心臓が正常(異常)

であるというのは意味が異なる

#### 心電図から

左室腔の大きさ / 左室壁の厚さ / 左室壁の収縮状態

右室負荷の程度

西宮医師会の心電図検診

1枚の心電図から以下の結論を

経過観察でよい / 心エコーが必要 / ホルターが必要 / 正常

#### 心電図から議論

心電図診断はあてものではない

病歴や診察所見をぬいて心電図を語れない

心電図だけみてきた人は、心電図には造形が深くなれない

#### 異常心電図の分類

心筋虚血の疑い / 左室肥大の疑い

心電図診断における言葉の統一の必要性

虚血 / 肥大

以下の心電図をどのように読まれますか？

#### 心電図の評価

Gold standard は何か

#### 根拠のある医療

肥大型心筋症の患者の心電図は著明な肥大所見であった無症状の60歳台10万人すべてのエコーをとり、心筋壁肥厚と、心電図の所見を比較する

#### 心電図読影の向上

#### 断層心エコー

高齢者にも冠状動脈造影

急性期の心筋梗塞症への冠状動脈造影

経皮的冠血管拡張術の普及

ホルター心電図の普及

Conus branch の閉塞

心筋梗塞と狭心症の相違

心電図の達人はありえる？

こだわった患者観察、カテーテル検査、心エコーを熟知しない達人はありえない

#### 検診の意義

心尖部肥大型心筋症

日本人に多い / 予後が良好

左室高電位と巨大陰性 T 波が特徴

心臓の機能が非常にわるいと説明され、身体活動を強く制限されていることもある

#### 肋間の違いによる心電図変化

athlete's heart

バイパス前後の R 波の増大

心電図と心エコー図

び慢性左室壁運動障害を呈した 100 例の解析

#### 左脚ブロックの意味

不完全左脚ブロックの心電図はつよい左室心筋障害である完全左脚ブロックの場合は、2通りある

強い心筋障害 / 脚のみの変性疾患

3VD ICM

右脚ブロックの意味

不完全右脚ブロックは右室負荷心電図である  
完全右脚ブロックには疾患はあまりない  
期外収縮  
通常(予定)より早く収縮する  
心房で生じる時と、心室で生じる時がある  
心房性期外収縮 / 心室性期外収縮  
心電図の順序立てた読影法  
Pのリズム診断、PQのつながり  
この心電図は完全房室ブロックです？  
PQ時間、QRS時間、電気軸  
SV1+RV5  
ST,T  
期外収縮があれば coupling interval (連結時間)  
期外収縮に対するアプローチ  
器質性心疾患があるかどうか / 頻度はどうか /  
連発はあるのか / 運動にて誘発または停止があるのか  
心室性期外収縮の種類  
単発 / 多発 / 単形性 / 多形性  
心室性期外収縮に対する Lown 分類  
心室性頻拍症  
単形性 / 多形性  
成人心電図検診の意味  
症状のない拡張型心筋症は見つけられるかもしれない  
肥大型心筋症をみつけて、競合的な運動をしない指導をすることはできる  
循環器専門医にとっては、是非続けて欲しい(患者さんの子どもの世代に役に立つ)  
西宮市の小児心臓検診の実体  
一次検診  
聴診とアンケート(誰が聴診するかは問わない)  
二次検診  
心音図、運動負荷？  
三次検診  
心エコー図  
私がみたもの  
三次検診をどの医療機関でも行っていた  
各医療機関で、診断の方法、結論(分類)が大きく変わっていた  
各医療機関(医師)の能力の差はいかんともしがたい  
フィードバックかけにくい医師がいる  
小児心臓検診の目的は  
心臓検診でどんな疾患を検出するのか  
Long QT 症候群 / 肥大型心筋症 / チアノーゼ性心疾患 / 心室性期外収縮 / 心房中隔欠損症 / 検診によりデータベースを構成する  
診断に対する一定の基準がない

ST、Tの変化があり、PVCが出現している例  
どんな検査をすべきか？  
心エコーは？ / ホルターは？ / 運動負荷は？ / どれくらいの負荷量？  
心エコー図  
誰がとるか / 誰が読影するか / どの器械を使うか  
私の考え  
基幹病院以外の診療所では、挙手でエントリーする利益誘導とみられる？  
どのようにして品質保証をするか？  
ガイドライン、最低のルール  
患者の家族にわたす用紙に、基幹病院と資格のあるクリニック名を書く  
基幹病院の検診責任者、クリニックの院長には、ある程度のコンセンサスを得るために、定期的にかンファランスにでてもらう  
各施設から、どのように分類したかを提示して、他の施設の意見を聞く  
検診の目的、方法を明確にして、5年間でどのような成果があったかを市民に発表する  
この障害因子  
片手間では行えない  
きちんと予算を組まなければいけない  
小児心臓検診について  
目標をたてて、5年で結果をだして方向転換(検証)すべきである  
そのためには、予算が必要である  
循環器専門医以外の医師は、心電図の有用性と限界を知ることが重要である  
本日のサマリー  
心電図診断と心臓の診断は異なる  
他の検査法と併せて考える時、心電図は有用な検査であるが、それだけでは診断することはできない  
検診では、その目標、結果、評価を何年かごとに行う必要がある



## 健診ワンポイント B 「肝疾患と健康診断」

講師: 東葛病院 下 正宗 先生

課題(1) ロールプレイをしてみましょう

ディスカッションのポイント

一般市民の持っている肝疾患のイメージは？

医療従事者として一般市民に肝疾患のスクリーニング検査をどのように説明しますか？

検査の risk & benefitは何でしょうか？

検査結果はどのように生かしますか？

一次予防の考え方

一般市民の持っている肝疾患のイメージは？

アルコール / 薬剤 / 肝炎 / 肝硬変症 / 肝臓がん

直らないかな？ / 予防はできそうか / 覚せい剤 / 輸血

肝臓の病気とは

肝細胞の変性壊死 / 胆汁鬱滞 / 肝細胞の合成能

炎症反応 / 感染症 / 腫瘍

検査で把握できるか？ できそうか

肝細胞の変性壊死 AST、ALT

胆汁鬱滞 T-Bil、ALP、 $\gamma$ -GT

肝細胞の合成能 アルブミン、PT、コリンエステラーゼ

炎症反応 グロブリン(蛋白分画)

感染症 肝炎ウイルスマーカー

腫瘍 腹部エコー

検査の risk & benefitは何でしょうか？

Risk: 一次スクリーニング検査では当然ながらリスクを伴う

検査はない

Benefit: 患者に医療的に介入することにより病状の進行

を抑えることが期待できる

検査結果はどのように生かしますか？

1. 検診の結果をもとにさらに検査を進める。

病態把握や確定診断に至る。

2. その上で、健康診断を受けた方々のQOLを維持するために種々の介入の材料にする。

課題(2) 以下の質問について考えてみてください

健康診断で見つけなければならぬ肝疾患は何ですか？

その疾患を見つける意義は何ですか？

その疾患に特異的な検診項目は何ですか？

健康診断で発見したい肝疾患

アルコール性肝障害

ウイルス性肝炎

(脂肪肝: 栄養性)

アルコール性肝障害

診断基準: 文部科学省研究費総合研究「アルコールと

肝」研究班(武内班1979、86、高田班91)

概念「アルコール性」とは、長期(通常5年以上)にわたる

過剰の飲酒が肝障害の主な原因と考えられる病態で、以下の条件を満たすもの。

A. 「アルコール性」

1) 常習飲酒家(1日平均3合以上)、または大酒家(5合以上、5年以上継続)である。ただし、女性は2/3の程度の飲酒量、ALDH2活性欠損者では3合以下でも、アルコール性肝障害を生じうる。

2) 禁酒により血清AST、ALT活性が明らかに改善し、4週間以内にほぼ正常化する。

3) 肝炎ウイルスマーカーは陰性である。

4) 次の検査のうち、少なくとも一つが陽性である。

(1) 禁酒による肝腫大の著明な縮小、4週間でほぼ正常化。

(2) 禁酒による $\gamma$ -GT活性の明らかな低下。

5) 以下のアルコール肝障害に特異的なマーカーが陽性ならより確実。

(1) 血清トランスフェリンの微小変異陽性。

(2) CTスキャンによる肝容量の増加。

(3) アルコール肝細胞膜抗体陽性。

(4) 血清GDH、OCTが以上高値でGDH/OCT > 0.6以上。

B. 「アルコール+ウイルス性」

肝炎ウイルスマーカーが陽性で、上記A.の2.を除き、上記A.の条件を満たす。

C. 「その他」

上記の条件を満たさない場合は、大酒家であっても「アルコール性」あるいは「アルコール+ウイルス性」と確診することは困難。ただし、禁酒後の変化が十分に追跡できなくても、アルコール性肝障害に典型的な組織所見が得られた場合には「アルコール性」、ないし「アルコール+ウイルス性」とする。

病理: 肝細胞の脂肪化と壊死、肝の線維化

アルコール性脂肪肝

アルコール性肝線維症

アルコール性肝炎

アルコール性肝硬変症

スクリーニング検査

1)  $\gamma$ -GTの上昇

2) AST 優位のトランスアミラーゼ上昇(AST/ALT > 2)

3) 中性脂肪の増加

4) 尿酸値の上昇

5) ビリルビンの上昇

6) グロブリン(特にIgA)の上昇

7) 低アルブミン血症

8) 平均赤血球容積(MCV)の増加

9) 赤血球の形態異常(有棘赤血球など)

10) 血小板の減少

比較的特殊な検査で見られる異常

1) 血清トランスフェリンの微小変異(糖鎖欠乏型トランスフェリン)の出現

2) ミトコンドリアAST/総AST比上昇

3) 乳酸値の上昇

4) プロトロンビン時間(PT)の延長

5) レプチン(脂肪細胞由来のサイトカイン)の上昇



B型肝炎ウイルスマーカー

- HBsAg B型肝炎ウイルス感染
- HBsAb 感染既往
- HBeAg ウイルス量多い
- HBeAb ウイルス量少ない
- H BcAb 高値陽性 キャリア
- 低値陽性 感染既往
- HBV-DNA ウイルス量
- HBV-DNA ポリメラーゼ ウイルス量

C型肝炎ウイルスマーカー

- HCV 抗体 現在・過去の感染
- HCV-RNA 定性検査 感染している
- HCV-RNA 定量検査 ウイルス量
- HCVセロタイプ ウイルスの種類
- HCV ジェノタイプ ウイルスの種類

肝炎ウイルスマーカーの選択基準(2000)

肝炎対策・保健事業(健康審査)

C型肝炎については、100万～200万の感染者が存在すると推定されるが、感染の自覚がない者が多く、感染者の中から肝硬変や肝がんへ移行するものがあり国民における極めて重大な課題である。(中略)については、老人保健事業の対象者に対しても、C型肝炎ウイルス検査等を行うこととしたものである。

(平成14～18年度までの5カ年事業)

肝機能検査法の選択基準(1994)

	肝疾患 発見 集検	肝細胞 障害発見 ドック	胆汁鬱 滞診断	重傷度 判定	経過観察	
					急性	慢性
AST						
ALT						
GT						
ALP						
T-Bil						
D-Bil						
TP						
Alb						
ChE						
Glb						
T-Cho						
PT						
ICG						
Plt						

診断確定のためのステップ

1) ウイルス性肝炎

HBV,HCV の感染の有無をルーチンで検査  
サイトメガロウイルス、EB ウイルスの IgM

2) 薬剤性肝炎

薬歴と除外診断

3) 脂肪肝

肥満、糖尿病、飲酒歴

血中脂質の上昇、ALT、AST の上昇

コリンエステラーゼの高値

4) 自己免疫性肝障害

女性、関節症状

トランスアミラーゼに比べ胆道系酵素が高い

グロブリンの上昇

炎症反応が高い

抗核抗体、抗ミトコンドリア抗体、抗平滑筋抗体など

検診の目的

疾患の発生予測、疾患の症状発現の予測

これを基盤として

住民の行動変容を促し、疾患の発生、疾患による臨床症  
状の発現の遅延を促す。

早期発見により早期治療を行う

慢性肝炎鑑別診断フローチャート

慢性肝障害 HBs 抗原・HCV 抗体をチェック

陽性 B型肝炎またはC型肝炎

陰性 自己抗体をチェック

陽性 自己免疫性肝炎、原発性胆汁性肝硬変など

陰性 アルコール、薬剤、代謝性疾患など

B型肝炎・C型肝炎の背景の比較

C型慢性肝炎の発見動機: 健康診断/献血/ドックで71%

肝機能検査

LDH: 組織破壊・逸脱酵素

トランスアミナーゼ:

組織破壊・逸脱酵素(ALTの方が肝特異性が高い)

AST<ALT 慢性肝炎・脂肪肝・急性肝炎回復期

AST>ALT 肝硬変・アルコール・急性肝炎極期・劇症肝炎

アルカリフォスファターゼ: 胆汁鬱滞

-GT: 胆道系酵素・アルコール・肝破壊

線維化マーカー

プロリン水酸化酵素

型プロコラーゲンN末端ペプチド

型コラーゲン・ヒアルロン酸

腫瘍マーカー

AFP・PIVKA-

参考資料

- 1) DRG / PPS対応 臨床検査のガイドライン2002(第四次案)日本臨床検査医学会 慶應大医学部中央検査部fax03-3359-6963で注文
- 2) 生活習慣病予防マニュアル改訂3版 南山堂 2002
- 3) 別冊医学のあゆみ 検査リスティング 医歯薬出版 1994
- 4) 肝疾患診療マニュアル 日本医師会 1999
- 5) EBMによる健康診断 医学書院 1999 改訂予定
- 6) 臨床検査レビュー-第120号生活習慣病 克誠堂出版 2002

## 健診ワンポイントC「検尿異常をどう考えてゆくか」

講師：横井内科医院 横井 徹 先生

<http://www002.upp.so-net.ne.jp/yokoiclinic/>

検尿異常例のその後は？

学校検尿：（これは徹底的な追跡調査で村上睦美先生の出されたデータ）

血尿 + 蛋白尿 = 6割が糸球体腎炎。その他腎形成異常や尿路異常など治療および厳重な経過観察要、まて含めると7割

蛋白尿 + のみ = 40 ~ 50%は体位性蛋白尿

血尿 + のみ = 一過性 14%、糸球体腎炎 4%、尿路疾患 2%、残りはほとんど「無症候性血尿」 最初の1年以内に5割、さらに小学校低学年で8年後、中学生で4年後に8割で異常消失する。！しかも糸球体腎炎と診断された例でもその程度は非常に軽い

職域検尿：

いまだデータなし（採尿条件もばらばら）

検診での異常例の頻度は？

成人：

地域、職域検診での尿潜血陽性頻度：4 ~ 11%

陽性例中尿路悪性腫瘍の頻度：0.1 ~ 0.9%

（泌尿器科外来での尿潜血では：0.6 ~ 12.5%）

蛋白尿は？？？

小児：

（血尿例の尿路疾患としては嚢胞性腎疾患、水腎症（VUR）、高カルシウム尿症、尿路結石などである）

血尿（一次/二次）：小学生 2/1%、中学生 4/1%

蛋白尿（一次/二次）：小学生 0.7/0.1%、中学生 2.5/0.5%

プライマリケア(PC)医の役割とは

検診を活用した、「ゲートキーパー」的な役割

腎疾患の始まりは自覚症状が乏しい

適切な時期に紹介できることを目標に、尿所見を的確に判断できる必要あり（= 診断名確定ではない）

当初は軽微な尿異常でも経過観察中に増悪することもある

（やはりほとんどが自覚症状なし）

専門医紹介しない場合でも定期的に経過観察する必要（ドロップアウトさせない努力）= 「生涯検尿」

いずれも、末期腎不全に陥る患者さんをできるだけ減らすことが最終目標である

今日お話しすること

・効率よい病歴の把握、身体診察をしよう

・できるだけ自分で沈渣を鏡検しよう

赤血球、白血球、硝子円柱、赤血球円柱がわかればOK

・血液検査項目はCBC、一般的な血液生化学で十分

・蛋白尿は必ず一度は定量しよう

・腎疾患の臨床分類5つだけ知っておけばよい

この分類ができれば、今後の予定は自動的に決まる

・専門医紹介しない時でも定期的経過観察だけは怠りなく

・いったん腎疾患が確定したあともPC医として治療に積極的にかかわろう

・たとえ腎不全に陥っても、医療資源をうまく活用しながら透析導入までかかわろう

・そして、維持透析開始後も本人とその家族にかかわることができればすばらしいかもしれない

その前に

検尿異常の頻度は検診、PC医の初診外来、専門医外来などのsetting毎にばらつき異常所見の重みも違う

実際は症状の有無に関係なく診察前に施行

身体診察でバイタルサインをみるがごとく

「検診」「検診以外」でのその後のアプローチに差は実質的にない

したがって、検診に限らず一般外来でも使えるアプローチのしかたについてお話しします

普通にできる検査で病態把握

沈渣はぜひ自分で見てほしい

病歴・身体所見 + 一般検尿・沈渣

血液検査

通常の生化学（最低 TP Alb Cr BUN Na

K Cl UA Tchol は必要）、CBC 程度で十分

腎超音波検査 KUB

簡単に形態異常をチェック

蛋白尿血尿とも陽性ならばしなくてもよい

専門医（内科又は泌尿器科）紹介

紹介しない場合でも

「問題ない」とは説明しない

適切な病歴の把握

・過去の腎疾患を疑わせる病歴

学校検尿、保険加入時、職場検診、妊娠・出産に伴う尿異常尿路感染・結石の既往

陰性所見、陽性所見とも明確に。検査記録があれば確実な情報になる。

・持続的な尿異常の出現時期と高血圧・貧血を指摘された時期の関係

・常用薬剤（市販の医薬、健康食品、民間療法含む）

ex) NSAIDs(特に慢性頭痛の患者)、抗生剤等も

・「腎障害」指摘の経験の有無とその内容

「腎臓が悪い」ではなく「腎機能障害か?」「検尿異常なのか?」を区別

・尿異常、腎不全、難聴の家族歴

・自覚症状としての浮腫、体重増加、肉眼的血尿(赤いというよりコーラ色。痛み・発熱・排尿障害を伴ったかどうか同時に聞く)の有無と時期。さらに上気道、消化管感染症との

関連の有無。腎不全の場合には倦怠感、食思不振、嘔気など

・発熱・皮疹(特に紫斑)・関節痛・腹痛など(稀であるが診断の確定に大きく寄与する情報で、時に重要(出現時期も重要))

適切なタイミングで紹介

(US、KUB で異常なし = 腎実質性疾患と考えた場合)

まず 5 つの臨床病型に無理やり分類しよう

- 1) ネフローゼ症候群(もしくは「高度蛋白尿 + 浮腫」症例)
- 2) 急性腎炎症候群
- 3) 急速進行性腎炎症候群
- 4) 慢性腎炎症候群
- 5) 無症候性血尿・蛋白尿

# 血液検査結果はこのときに生かせるだけのものでよい

通常のもので OK だと考える。

教科書的な「定義」に厳密に当てはめなくてよい。

自分が「これだ」と思えばそれでよし！。

実際には、腎炎じゃなくても構わない。どれかに入れてしまおう。

4)と5)の区別は不要。専門医が判断する問題である。

(まず経験しないが)1~3と思ったら直ちに専門医へ！

持続性がどうかは考えなくてよい。尿所見を詳しく考える必要もない。

- 1) ネフローゼ症候群(もしくは蛋白尿 + 浮腫)  
浮腫、体重増加、尿量減少、低蛋白血症
- 2) 急性腎炎症候群  
上気道、消化管感染症後、治りかけたときに発症
- 3) 急速進行性腎炎症候群  
「カゼ」の症状がなかなか取れない。発熱、倦怠感、食思不振などの全身症状が続く腎機能低下がある(血清 Cr 値がわずかでも上昇)  
(= 高齢者で「いつものカゼとは違う」)

1)~3)じゃないと思ったら(この場合がほとんど)ちょっと考えよう！

・年 1 回程度の検尿を勧める

一過性の蛋白尿(初診後 1 年間は数ヶ月ごとにチェック)

・PC 医で定期的な経過観察が可能である

無症候性血尿単独(40 歳以上は泌尿器科精査)

蛋白尿合併したら(c)へ

・基本的には専門医に紹介するがしばらく経過観察可能である

円柱尿のない軽度の持続性蛋白尿(0.5g/g・cr 程度以下)

一般的には 6 ヶ月をめどに紹介を考える。血尿の有無は問わない。

・できるだけ早期、遅くとも数ヶ月以内に紹介すべきである

蛋白尿が比較的多い(0.5~1.0g/g・cr 以上)もしくは硝子円柱尿以外の円柱尿(特に赤血球円柱や感染・結石のない

白血球尿は直ちに紹介)

蛋白尿が、ある時期から急に増加、糖尿病例では微量アルブミン尿出現時

その他:1)~5)以外で至急紹介すべきもの

(どうしても 5 つのどれかに分類できない)

・原因が何であれ急性腎不全(もしくはそれを少しでも疑った場合)。仮に最終診断が違っても専門医からは文句は出ないでしょう

・慢性腎炎と確定して治療中に蛋白尿の急な増加、浮腫が見られるようになった場合

・肉眼的血尿の出現中(泌尿器科へ！)

・初診で明らかに腎機能低下を認める場合(血清 Cr 値が基準値を超える)。高齢者では至急紹介?経過観察?を迷うことが結構ある。でも迷ったら紹介した方が無難!

成人腎疾患の管理指導指針(いばらき腎バンク編)

茨城県保健福祉部薬務課内いばらき腎バンクに連絡をすれば入浴できます tel/fax: 029-301-3384/ 029-301-3399

ここまでできればもう「終わり!」ですが、以後続けてもう少し詳しくみてゆきます。

ここからは「4)または5)」のときの考え方を少し詳しく述べます

検尿のポイント

・蛋白尿(試験紙法)

偽陽性:腎由来以外・一過性・体位性の蛋白尿を除外  
偽陰性はほとんどない(高度の希釈尿や骨髓腫の一部以外)

1 回でも + 以上あったら見逃さない!!

+ + や + + + あったら精査を急ぐ、慌てる!!

持続性(通常 6 ヶ月)蛋白尿であることを確認

大量の場合にはそこまで待たずにただちに紹介可

・血尿

腎実質・腎盂尿路・腎臓尿路以外由来、の区別

(ex.血尿単独 小児:糸球体性 > 尿路性、中年:糸球体性 < 尿路性)

・尿沈渣(特に円柱尿)

硝子円柱以外はすべて活動性腎炎の証拠

赤血球円柱は特に激しい腎炎の証拠

考え方の基本

持続する蛋白尿単独例および血尿・蛋白尿併存例はどのような年齢層でも、まず腎実質性疾患である

ただし、その重症度、緊急度はさまざまである

血尿単独例は若年では腎実質性疾患、泌尿器系疾患(小児ではまれだが)両方とも疑っておく。ひとまず PC 医のやることとしては US、KUB(VCG や IVP までやるかどうかは???)で結石や形態異常がないかどうかはチェック。特に 40 歳以上ではその前に泌尿器科悪性疾患の存在をチェックする(PC 医でも尿細胞診などの検査自体は可能だができれば泌尿器科紹



介)。

血尿単独例より蛋白尿単独例の方がより腎実質疾患の頻度が高い

無菌性膿尿白血球尿では結核以外に間質性腎炎や血管炎も蛋白尿の評価

・希釈尿(比重 1.010 以下)の場合、偽陰性となる可能性があるので評価には用いない。早期第1尿がベストであるが来院までに時間がかかる場合には随時尿で評価する。

・本当に病的蛋白尿か？ 起立性、熱性、精神的身体的ストレス、敗血症などによる腎循環の変化(機能的蛋白尿)。

これらの影響を除外するには採尿時期を選ぶこと、早期尿と来院時尿(もしくは立位 or 前わん負荷)で比較すること。

・持続的か一過性か？ 後者の場合、糖尿病性腎症、アミロイドーシスの初期ということもあるが一般的にはあまり病的とは考えなくて良い。持続性の場合には病的蛋白尿である可能性が高い。

・排泄量は？ プライマリケアの場では 24 時間蓄尿は困難かつ不正確になりやすいので、早期尿又は随時尿をクレアチニン補正する

沈渣赤血球尿の評価

若年では 0~1/数 HPF、中年以降では 0~5/HPF(男性<女性)を正常と考えるが、一応一視野あたり5個までは正常と判断して差し支えない。(1~3/HPF までとする意見もある)

・尿潜血反応と沈渣赤血球の解離に注目する

溶血、ミオグロビン、採尿後時間がたった尿、ビタミン C、膿尿

・血尿単独陽性の場合、若年であれば腎疾患の可能性が比較的高い(遺伝性腎疾患を含め)が、中年以降では7、8 割方は泌尿器科疾患、婦人科疾患、時に悪性腫瘍であると考える。特に尿路結石や男性の前立腺疾患、女性の慢性膀胱炎などが多い。

・蛋白尿も認める場合には糸球体疾患である可能性が非常に高い

・肉眼的血尿の場合、Nutcracker 現象、特発性腎出血、腎尿路の血管腫、稀に毛細血管内での赤血球破壊(剣道など)も頭におく

\* Thompson の二杯分尿法は専門医に紹介することを考えると不要

円柱尿の評価

・円柱尿

尿管管内において各種の物質が生理的蛋白である Tamm-Horsfall 蛋白を基質として固まったもの。

硝子円柱：病的意義は乏しい。脱水、激しい運動後。

顆粒円柱：腎炎、ネフローゼ(上皮細胞の変性による)

赤血球円柱：糸球体から出血、すなわち活動性の激しい糸球体腎炎が存在する証拠

白血球円柱：化膿性、炎症性腎疾患(感染、間質性

腎炎、血管炎)

上皮円柱：尿管管障害、ネフローゼ(尿管管上皮)

脂肪円柱：ネフローゼ

ろう様円柱：長時間の尿管管閉塞

個々の意義については覚える必要はない。ただ 2 点、すなわちたとえ 1 個でも「この円柱は硝子円柱ではない」と思ったらそれは活動性腎炎が存在する証拠であり、次に「これは赤血球円柱だ」と思ったらそれは非常に激しい腎炎であり直ちに紹介(治療)しなければ、と思えばよい。

紹介のタイミングまとめ

腎尿路形態異常がない場合には

1. 5 つの臨床分類に(無理やりでもいいので)当てはめる。ネフローゼ、急性腎炎、急速進行性腎炎症候群と思ったらすぐに専門医へ！
2. それ以外と思ったら 1) 年 1 回程度の検尿または PC 医による定期フォローでよいもの、2) 基本的に専門医紹介すべきものの 2 つに大きく分け、尿所見の程度を見ながら紹介のタイミングをはかる
3. 持続的な蛋白尿および円柱尿は、より高度の腎実質疾患の存在を意味する(血尿の有無は問わない)
4. 血尿単独は、若年であれば腎実質疾患の可能性もあるが中年以降では尿路疾患(結石、悪性腫瘍)の否定も大切
5. 肉眼的血尿の出現中はできれば泌尿器科専門医の評価を一度は受ける

少なくとも年 1 回の medical check を働きかける

・検尿異常を理由に一度でも受診した患者さんに対しては、以後もその変化を早期に発見し、その時点時点で適切に専門医紹介することは非常に大切です。せっかくの受診行動を以後無駄にしないためにも drop out させない努力が必要です。

・たとえ一過性の尿異常であっても、「問題なし」と一言だけで説明することは避けてください。「検診を受けるつもりで年 1 回は検尿すること」「それを継続することの意義」について十分働きかけることが必要ではないかと考えています。特に成人後に定期健診の習慣にない方に対して。(DIP(KUB)、US のみで「異常ないです」と一言だけ、というのは最悪であると個人的に思います。)

経過観察には必ず尿蛋白定量！！

・だらだらと試験紙法の定性反応だけで追いかけても意味がない。

・紹介までにある程度期間がある場合には、必ず最低一度は定量検査を。24 時間蓄尿が不可能であれば随時尿でもかまわないが、その場合には必ず尿中クレアチニン濃度を同時に測定し、補正(クレアチニン 1g あたりの蛋白量として)をする。

- ・尿蛋白定量100mg/dl(定性なら++位)  
尿 Cr50mg/dl なら  
 $100 \div 50 = 2 \text{ g/gCr}$ となる(多い!)
- ・尿蛋白定量30mg/dl(定性なら+程度)でも  
尿 Cr30mg/dl なら  $1 \text{ g/gCr}$ である。これも比較的多い。  
蓄尿には、ユリンメートPやU-コンテナN、といった容器を使用

ここからはテーマ「けんしん」とはだんだん離れてゆきます、あしからず。

#### 腎機能の把握

=クレアチニンと年齢、筋肉量 =

クレアチニンは筋肉内でクレアチン(とリン酸クレアチン)から非酵素的な反応により一定の割合で産生され血中に出る。そのため、筋肉量の少ない場合(糖尿病、高齢者など)には血清 Cr 値は低く、筋肉質の場合にはわずかに高くなる。

クレアチニンは糸球体ろ過以外に排泄経路がほとんどないため、血中濃度は糸球体濾過量(Glomerular Filtration Rate=GFR)に依存する。したがって GFR の代用としてクレアチニンクリアランス(Ccr)が汎用されるが、筋肉量が少ない例では上記のように血清 Cr 値がより低値となるために Ccr との間に「乖離」が生じる。

高齢者においては血清 Cr 値が基準値をわずかに超えただけで Ccr がすでに 20~30ml/min の進行した腎不全であることも珍しくない。

#### 腎機能の把握

Ccr を測定できないときは 1/s-Cr を計算!

1/s-Cr はクレアチニンクリアランスを間接的にみていることになる。その理由は、……

Ccr は尿 Cr 濃度 × 尿量 / 血清 Cr で表される

尿 Cr 濃度 × 尿量 = 1日 Cr 排泄量であり、栄養状態の安定している人では腎機能がある程度低下していても一定である(大体 1g/日)。すなわちこれは定数とみなすことができる。

Ccr は 1/s-Cr と正の相関関係にある

連携して治療を継続するには

適切なタイミングで専門医紹介し治療方針決定

- ・腎生検 画像診断 組織診断確定
- ・治療方針確定 予後の予測  
腎生検できない場合でもどのような疾患グループか、治療と予後についてある程度判断できる
- 以後の治療連携を継続して共同で経過観察
- ・治療プランに沿って PC 医が普段の診療を担当しながらたとえば数ヶ月ごとに専門医受診  
治療方針の確認・変更、追加(特殊)検査、アドバイス  
検査項目は通常のもので十分である  
検査回数も月 1 回(時に 2 回)で十分

使用薬剤は副作用などが無い限り専門医の治療方針に合わせる

慢性腎不全治療における病診連携

・慢性腎不全であっても、専門医との適切な連携があればこれらの治療が(比較的高度な医療と思われるものであっても)PC の場で可能です。

・かかりつけ医で長年付き合っている患者さんが不幸にして慢性腎不全になっても引き続き診てゆければ、そして場合によっては透析導入後も関わることができるということは「PC 医冥利」につきるとは思いませんか?。なにより患者さん本人にとっても心強いでしょう。

・特に透析導入に際しては、医学的な適応はともかく、患者さんの家庭環境、生活環境、社会環境など考慮すべき要因がたくさんあります。そのようなものをよく知っているのは紹介された専門医よりもむしろ PC 医ではないでしょうか。

現代は潜在的な腎疾患の時代

・腎疾患はそれ自体では死亡することがほとんどないためか、日常臨床で比較的軽視される分野かもしれない。しかし、腎臓が血管の固まりでできたような臓器であることを考えると、心・脳・末梢血管疾患をもっている人や高齢者は必ずと言っていいほど潜在的に腎機能障害をもつと考えるべきである。すなわち生活習慣病患者は潜在的に腎不全になる「能力」を持っている。現代のような長寿社会であればなおさらである。

・原発性腎疾患の頻度はたしかに少ないが二次性もしくは加齢に伴う「広義の」腎疾患は実は比較的多い。こういった人に何らかの急性疾患、原病の増悪などが生じると、腎機能障害が前面に出てきて時には生命予後を左右する重大な合併症に発展することも考えられる。

・通常なかなか見えてこない腎臓内部での変化を常日頃から把握し、いざというときに腎へのダメージを最小限にすることが、これからの臨床特にプライマリケア領域で必要な技術となるといっても過言ではない。



## ワークショップ

### 「行動変容を促す健康行動理論と

その現場への応用」

講師：医学博士・公衆衛生学修士 松本千明 先生

<http://members.aol.com/cmkenkou/>

健康行動理論とは

患者さんの行動が健康により方向に変わって維持されるために、どこにポイントを置いて働きかけたらよいかの手がかりとなる考え方の枠組み。

各理論の患者さんへの働きかけのポイント

#### (1)健康信念モデル(ヘルス・ブリーフ・モデル)

患者さんに、このままだと健康面でまずいという「危機感」をある程度感じてもらう。

その上で、医療スタッフが勧める「行動のプラス面」が本人にとっての「行動のマイナス面」よりも大きいと感じてもらう。

#### (2)自己効力感(セルフ・エフィカシー)

患者さんに、その行動をうまくやることができるという自信(自己効力感)を持ってもらう。

#### (3)変化のステージモデル

患者さんが行動変容についてどのステージにいるかを評価して、そのステージに合った働きかけをする。

#### (4)計画的行動理論

患者さんに、その行動を行うと、自分にとって好ましい結果につながると感じてもらう。

自分にとって重要な家族や友人も行動を変えることを期待していて、それに応えたいと思ってもらう。

その行動をやることはそれほど難しくないと覚えてもらう。

#### (5)ストレスとコーピング

患者さんにとってのストレスの基が何であり、それをどう考え、どう対処しているかを明らかにする。

ストレスの基への考え方や対処の仕方が健康により方向に向かうようにサポートする。

#### (6)社会的支援(ソーシャル・サポート)

患者さんが行動を変える上でどんなサポートを必要としているかを明らかにし、それが受けられるように働きかける。

#### (7)コントロール所在

患者さんが、健康になるかどうかを決める(コントロールする)力がどこにあると考えているかを明らかにして、それに合わせた働きかけをする。

健康行動理論を組み合わせた現場への応用

「よい自信、まずい妨げ、ストレスに、サポート受けて、努力のステージ」の語呂合わせを利用して行う。

<参考文献>

- ・松本千明：医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎 - 生活習慣病を中心に - . 医歯薬出版 2002 .
- ・松本千明：医療・保健スタッフのための健康行動理論 実践編 - 生活習慣病の予防と治療のために - . 医歯薬出版 2002 .

---

---

## 日本家庭医療学会運営委員会議事録(03/16/2003)

日 時： 2003年3月16日 午前7時00分～8時30分 場 所： 邦和セミナープラザ

出席者： 内山富士雄, 亀谷 学, 木戸友幸, 武田伸二, 豊島 元, 伴信太郎, 山本和利,  
山田健志, 西村真紀(以上2名 藤沼康樹 代理), 横谷省治(津田 司 代理)

議 題：

#### 1. 会員数報告, 新入会員承認, 退会者報告(事務局長) <資料1>

- ・2002年3月13日現在で会員数722名(名誉会員11名, 医師604名, 学生97名, 看護師・保健師4名, ジャーナリスト3名, その他3名)と報告された。
- ・新入会員75名(2002年11月7日～2003年3月13日)が承認された。
- ・本人申出による退会者3名(期間 同)と報告された。
- ・2年間会費未納者19名の退会が報告された。

#### 2. 選挙管理委員の依託について(伴代表)

選挙管理委員として尾関俊紀, 越智晶俊, 亀井三博, 吉村学の各氏に依託したこと, 第1回選挙管理委員会が4月初旬に開催されることが報告された。選挙スケジュールについては世話人会メーリングリストで検討することとなった。

#### 3. 2002年第17回学術集会決算報告(亀谷先生) <資料2>

収入 3,023,000円, 支出 3,084,657円, 差引 61,657円の赤字と報告され, 承認された。

#### 4. 2003年第11回春のワークショップ報告(武田先生)

参加者は84名と講師5名で, 予想外に少なかったと報告された。参加者が少なかった原因として, テーマが「けんしん」であったため若い医師の関心が少なかった可能性, 分野の近い学会や集会在重なったこと, 雑誌への広告依頼をしなかったことが挙げられた。

\*今後の春のワークショップについて(武田先生)

参加人数が増えるなら、会場を他に移すことも考える。ワーキンググループでは1つのテーマを複数年でおこなうという案や基本的な題材をプールしておき、これに毎年のトピックスを加えてワークショップをおこなうという案があったことが紹介された。

5. 2003 年第 15 回夏期セミナーについて(前野先生, 文書にて) <資料3>

会場, 内容などについて, 現時点で決定していることが報告された。

6. 2003 年第 18 回学術集会について(藤沼先生代理) <資料7, 8>

プログラム案の提示があり準備は順調であると報告された。託児所を設置することが報告され, 傷害保険料は利用者負担, 他は学術集会負担とすることが承認された。また, ポスター制作, 海外講師の旅費支給についても学術集会の予算内なら差し支えないと了承された。学術集会の経費について参加費収入で赤字になる分は 40 万円まで学会会計から補填することが承認された。次回以降の赤字補填については今後検討することとした。

抄録集の作成に関して, 「結果は当日発表します」という抄録は好ましくないとの意見が出され, 演題募集の際にこのことをアナウンスすることとなった。

7. 2004 年第 19 回学術集会会長の選出(伴代表)

前回の世話人会で推薦された自治医科大学地域医療学の梶井英治先生から内諾を得ていることが報告され, 承認された。

8. 会誌『家庭医療』報告(山本先生)

投稿の際, 電子媒体のみでは投稿に気付かないことや文字化けなど不都合があるので, プリントアウトした原稿も郵送するよう執筆要領を変更することが提案され, 承認された。

9. 会報報告(大滝先生, 文書にて) <資料4前半>

各集会の規模が急速に大きくなってきたため, その報告の編集作業の量が増えており, 役員改選後の担当者の負担増大が懸念されると報告された。

10. 4月の教育ワークショップについて(伴代表) <資料5>

別紙の通り日程・講師・プログラムなどが報告された。

11. プラクティメッド セミナーからの後援依頼について(伴代表) <資料6>

趣意, 内容を確認し, 承認された。ただし, 「ディスカッサントが病院医師に偏っているのもっと診療所医師を入れる方がいい」とのコメントを添えることとした。

12. ビデオ『家庭の予防医学シリーズ』の監修依頼について(伴代表)

新聞社の拡販用景品として企画されているもので, 企画会社が新聞社と契約ができてから正式に依頼してくることになった。正式に依頼が来てから審議することとした。

13. 新卒後研修制度における研修協力に関する調査について(藤崎先生)

学会として協力することとした。

14. 『臨床研修ニュービジョン～臨床研修の資源について～』会議録の掲載について(藤崎先生)

会報に抄録を掲載することとした。また会誌に会議録を掲載することを検討するよう編集委員長に一任した。

15. BI-Deaconess Medical Center Division of General medicine and Primary Care の fellowship についての報告(大滝先生, 文書にて) <資料4後半>

米国側と日本側責任者との間の交渉過程で, 日本側の予備選考組織に特定の学会などの名前が付かない方が望ましいという方針になり, 当学会とは別に選考委員会を作ることになったことが報告された。

16. その他

(1) プリメド社の出版企画の経過報告(内山先生) <別紙資料>

「がんばれ! 女性医師・女性医学生 医師としてのキャリアアップをめざして」の企画が順調に進んでおり, その企画書が報告された。

(2) 次の夏期セミナーの際の運営委員会, あり方検討ワーキンググループについて(伴代表)

今後テーマを検討することとした。

(世話人会議事録ここまで)

## 7月に役員選挙があります

昨年11月に改定された会則により、本年度は役員選挙があります。同時に制定された役員選挙規則に基づき、伴代表から4名の会員の方が選挙管理委員として依託を受け、去る4月5日に第1回選挙管理委員会が開催されました。ここでは選挙管理委員長の互選、選挙日程づくりなどがおこなわれました。

選挙管理委員：越智晶俊（委員長）、尾関俊紀、亀井三博、吉村 学（敬称略）

選挙権者（投票できる人）：

学生会員も含む全会員です。ただし会則第6条により、会員となるには運営委員会の承認を得る必要があります。現在、入会申込があり年会費の入金があれば便宜的に会員としての活動（会誌・会報の送付、メーリングリストへの加入など）を開始していただいておりますが、選挙権は3月16日の運営委員会で入会が承認された方（3月13日までに入会申込をされた方）までに限ります。

被選挙権者（候補者となれる人）：

選挙権者の条件を満たす会員で、平成15会計年度初め（平成15年10月1日）時点で満65歳未満の人です。

今後の主な選挙日程：

5月22日（木）選挙公告、会員名簿等発送

6月9日（月）立候補、推薦締切

7月4日（金）投票締切（必着）

7月6日（日）開票

8月10日（日）新役員会招集（新会長互選など役職の決定）・・・夏期セミナーにあわせて（長野にて）

11月15日（土）新役員就任、新運営委員会開催・・・学術集会にあわせて（東京にて）

## 教育ワークショップが開催されました

4月19日（土）・20日（日）の2日間にわたり、「地域におけるプライマリ・ケア卒後・生涯教育プログラム作成」をテーマに、当学会主催の教育ワークショップが、東京大学本郷キャンパス内 医学総合中央館で開催されました。この企画は、英国のGPであり卒後研修プログラムの管理運営に直接携わっておられるNeil Jackson先生が来日されるのを機に、英国のGP卒後教育システムを参考にしながら、今後日本で構築しうるプライマリ・ケア卒後・生涯教育プログラムの可能性を検討する目的で計画されたものです。

当日は、全国の研修病院、大学、診療所から、都市部からも僻地からも、海外での研修修了者も勤務医も開業医も、研修中の若手からベテランまで、45名の多彩な参加者が集まり、立場の違いを越えて意見と力を集めて良い研修体制を作っていくと、一日半にわたって熱い議論を展開しました。具体的な内容としては、英国の卒後研修体制をJackson先生に紹介していただきながら、診療所で研修医を指導する医師に必要な能力と、それを習得するための学習プログラム（指導医の研修プログラム）を具体的に検討・作成しました。このワークショップの報告は、学会誌に掲載される予定です。（編集担当）

### プログラムの概要

[第1日目 4月19日（土）]

講義：日本のプライマリ・ケア卒後・生涯教育の現状  
伴 信太郎（名古屋大）

ロンドンのGP教育の現状  
Neil Jackson (London Deanery)

東ロンドンのGP Vocational Training  
斉藤康洋(国立病院東京医療センター)

グループワーク（1）：  
「診療所医師がGP研修の指導医となるために  
学ぶべきこと」

グループワーク（2）：  
「指導医研修プログラムの目標・資源・組織」  
レセプション

[第2日目 4月20日（日）]

講義：英国Dundee大学における医学教育学修士コース  
藤沼康樹(北部東京家庭医療学センター)  
ロンドンの教育プログラムの事例 Neil Jackson  
MSc in Primary Care in Queen Mary Univ. of London  
斉藤康洋

グループワーク（3）：  
「指導医研修プログラムの教育方略の具体的内容」  
講義：PCFM ネットでの教育評価の取り組みと課題  
松村真司(松村医院・東大)

London deaneryでの教育評価 Neil Jackson

グループワーク（4）：  
「指導医研修プログラムでの評価」

全体討論・質疑応答

\*\*\*\*\*

# 医学生・研修医のための 第15回家庭医療学夏期セミナー 参加者募集

\*\*\*\*\*

日時：2003年8月9日(土)～11(月) 2泊3日

会場：長野市 9日：長野県社会福祉総合センター 長野市若里 1570-1 TEL 026-227-5201  
10,11日：長野市若里市民文化ホール 長野市若里 3-22-2 TEL 026-223-2223

宿泊・懇親会：信州松代ロイヤルホテル 長野市松代町西寺尾 1372-1 TEL 026-278-1811

内容：詳細については、日本家庭医療学会学生・研修医部会ホームページから「夏期セミナー」  
「第15回」をご覧ください。 <http://family-s.umin.ac.jp/>

1日目(8月9日)

家庭医として活躍している医師の講演

家庭医療とは何か？、ロールモデルの発見といったことをテーマにします

研修病院・プログラムポスターセッション

家庭医を養成している病院の研修を紹介

懇親会

2日目(8月10日)

家庭医に必要な臨床技能《選択制の講義・実習》

身体診察(初級,中級) / 外来小外科 / 症例へのアプローチ / 医療倫理 /  
コミュニケーション技法 / 患者教育 / 家族へのアプローチ / 在宅ケア /  
EBM(初級,中級) / 臨床判断学入門

懇親会

3日目(8月11日)

モーニングセッション《選択制》

～家庭医を目指す過程で遭遇する問題や悩みをどう解決するか～

臨床実習の前にやっておくこと(低学年向け) / キャリア ディベロップメント /  
海外の家庭医 / 家庭医の家庭 / 家庭医と新臨床研修制度

定員：150名

締切：7月10日(木)必着(定員になり次第締め切らせて頂きます)

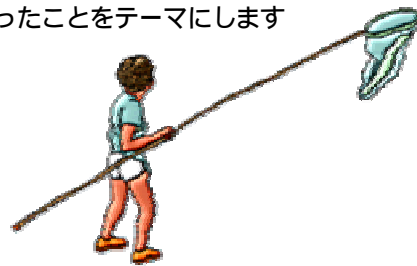
参加費：学生 会員 19,000円 / 非会員 22,000円

医師 会員 25,000円 / 非会員 30,000円

参加費には宿泊費,食費を含んでいます。

申込み方法：Webサイトからの申し込みのみ受け付けます。日本家庭医療学会学生・研修医部会  
ホームページ <http://family-s.umin.ac.jp/>からお願いします。

問い合わせ：E-mailにて【Question】という件名で [seminar@03.clubbbq.com](mailto:seminar@03.clubbbq.com) までお問い合わせ  
下さい。



# 第18回日本家庭医療学会 学術集会・総会の御案内

日 時：2003年11月15日(土)、16日(日)

テーマ：家庭医とプライマリ・ヘルスケア

会 長：藤沼 康樹(北部東京家庭医療学センター・生協浮間診療所)

会 場：早稲田大学国際会議場

東京都新宿区西早稲田 1-6-1 (早稲田大学西早稲田キャンパス内)

地下鉄東西線早稲田駅 徒歩5分

<http://www.waseda.ac.jp/koho/guide/univ18.html>

## 託児所を設置します

小さなお子さんをお持ちの方も、託児所を利用して学術集会にご参加下さい。  
保育は十分な人数のプロの保育士がおこないます。費用の個人負担は傷害保険料の  
約500円です。申し込みはワークショップの事前登録と同時に受け付ける予定です。

## 演題募集要項

### 一般演題

内 容：今回のテーマ「家庭医とプライマリ・ヘルスケア」に沿ったもの、家庭療学に関するもの

形 式：口演 ただし、応募多数の場合はポスター発表をお願いする場合があります。

口演時間：発表6分、討論4分の予定

スライド：1) パーソナルコンピュータと液晶プロジェクタ(使用可能ソフトウェアについては応募者に連絡します)

2) 35mmスライドプロジェクタいずれも枚数制限はありません。

資 格：発表者は本学会の会員に限ります。非会員の方は入会申し込みをしてください。

応募締め切り：2003年8月31日必着

### ポスターセッション

内 容：1) 研修プログラム・施設紹介  
2) 当学会の各ワーキンググループからの活動報告  
3) その他

形 式：発表者がポスターの前で質問に答える

大 き さ：1題あたりの専有面積 たて180cm × よこ90cm

資 格：発表者は本学会の会員に限ります。非会員の方は入会申し込みをしてください。

応募締め切り：2003年8月31日必着

(次ページに続く)

(前ページより続く)

#### 応募方法

原則として Web サイト上の応募フォームまたは E-mail を利用してください。

これが利用できない場合に限り、郵送も受け付けます。

いずれも、文字セットは JIS を使用し、半角カタカナ、丸数字、ローマ数字などの機種固有文字は使用しないで下さい。

1) 応募フォームは学会ホームページをご覧ください。

2) E-mail 下記の必要事項を送信してください。

送 信 先 : 第 18 回日本家庭医療学会学術集会事務局

(北部東京家庭医療学センター)ntcfm@tokyohokuto.or.jp

3) 郵送: 下記の必要事項をテキストファイルにしてフロッピー - ディスク (Windows のみ受け付けます) に記録し、A4 紙へのプリントアウトを添えてお送り下さい。

なお、フロッピーディスクは返却いたしません。

送 付 先 : 〒115-0051 東京都北区浮間 3-22-1 北部東京家庭医療学センター内  
第 18 回日本家庭医療学会学術集会事務局

#### 必要事項

種 類 : 一般演題

ポスター発表 1) 研修プログラム・施設紹介、2) ワーキンググループ、3) その他

演題名 :

発表者氏名 : 姓と名の間スペースを入れて下さい

発表者氏名よみがな :

発表者所属 :

発表者会員種別 : 正会員, 学生会員, 名誉会員

共同発表者氏名 : 姓と名の間スペースを入れて下さい

共同発表者所属 :

抄録 : 800 字以内, 句読点は全角の「,」「.」を用いて下さい

なるべく【目的】、【方法】、【結果】、【結論】の順に記載して下さい

なお、結果に「当日発表」等のみしるすことはできるだけさけてください

連絡先郵便番号 :

住所 : 自宅以外の場合は施設名まで記入して下さい

電話番号 :

FAX 番号 :

E-mail address :





# 家庭医のためのCME

上気道炎に対して抗菌薬を処方するのは親が期待するからか？

医師が勝手にそう思い込んでいる。

## 要約

目的： 親の抗菌薬への期待度，親のコミュニケーションスタイル，医師による親の抗菌薬への期待度の解釈に相関があるか調べる

対象： 大学病院と市中病院の小児科外来で働く8人の医師と96年10月から97年3月の間に上気道炎症状のある2歳から20歳の子供をその医師へ連れてきた306人の親

調査内容： 以下の3点が調べられた。1)親の抗菌薬への期待度：医師の診察前に親に対して「咳止めは必要と思うか」などの質問とともに「子供の病態に対して抗菌薬は必要と思うか」という質問をし，5段階による回答のうち，絶対そう思う，おそらくそう思うという回答をしたものを「親が抗菌薬を期待している」と判定。2)医師による親の抗菌薬への期待度の解釈：診察終了後，医師に対して，「診断名と，「親は咳止めの処方 expecting していたと思うか」などの質問と共に，「親は抗菌薬の処方を期待していたと思うか」という質問をし，5段階による回答のうち，絶対そう思う，おそらくそう思うという回答をしたものを「親が抗菌薬を期待していると医師が解釈した」と判定。3)診察中の医師と患児の親との会話を録音し，親のコミュニケーションのタイプを質的に分類

結果： 親のコミュニケーションのタイプは以下の4つに分類された A)症状のみ - 「鼻水と咳が続いています」など，B)親が心配な病名の提示 「中耳炎ではないかと思うのです」など，C)医師の診断に対する抵抗 「肺炎はないと思います」に対し，「ええっ？ そうなんですか」など，D)治療法への抵抗 「鼻水の薬だけでいいでしょう」に対し「市販の風邪薬では良くならないんです」など。： 医師の解釈は親が病名を出した場合やウイルス性だという医師の診断に抵抗した場合(B, Cのコミュニケーションのタイプ)について優位に「親が抗菌薬を期待している」と考える傾向が高かった(2-5倍)。一方親の抗菌薬への期待度とコミュニケーションのタイプには全く相関が見られなかった。

結論： 1)親のコミュニケーションのタイプは必ずしも親の抗菌薬への期待を反映するものではない。2)医師は親の特定のコミュニケーションのタイプを「抗菌薬を期待している」と解釈する傾向にある。3)医師は親の期待をきちんと把握していない可能性がある。

## コメント

自分も例外ではないが，指導している研修医から「必要ないとは思ったが，親の抗菌薬への期待が強そうだったので」という発言をよく聞かすが，この論文を読むとそれは医師側の勝手な解釈であったり，親を説得できなかったり，説明の時間が割けなかったことへの言い訳であることが多いのではないかと。不要な検査や治療を減らすためには1)患者の「解釈モデル」を正確に把握する問診技術，2)医師の「解釈モデル(診断)」を正確に伝えるプレゼンテーション能力，3)両者のギャップを狭め，相互理解へ到達するための交渉能力の研鑽が重要だと再認識させられる。

## 引用

Stivers T, Mangione-Smith R, Elliott MN, McDonald L, Heritage J. Why do physicians think parents expect antibiotics? What parents report vs what physician believe. J of Family Practice. 2003;52(2):140-148.

提供者： 鉄蕉会 亀田総合病院 家庭医診療科 岡田 唯男(おかだ ただお)  
家庭医のためのCME(次ページにつづく)

## CME 情報募集

当学会では，会員の皆様の生涯学習(Continuing Medical Education: CME)に役立つ情報を会員から募り，会報に掲載します。

### (1)募集する情報

会員の皆様が関係している勉強会などでとりあげられた「文献やニュース」の中から，特に会員の勉強に役立つと思われるもので，その文献紹介やニュースが電子化(ワープロなどのファイル形式)されていて，会報に掲載することを認めていただけるもの。商業的な広告などの情報は除きます。

### (2)著作権等

お送りいただいた情報の著作権などに問題が生じる可能性があるため，編集者が判断した場合には，掲載いたしません。なお，お送りいただいた会員の御所属とお名前を掲載します。

### (3)情報の採否

紙面に限りがありますので，お寄せいただいた情報の全てを掲載することが困難になる可能性があります。掲載する情報の選択は編集者の判断にお任せください。

### (4)送付方法

jo-tky@umin.ac.jp

宛にE-mailでお送りください。情報は「Windowsで開けるWord」か「メール本文への貼り付け」でお寄せください。

### (5)構成

文献の場合は，

1) キーワード(できれば質問と回答の形で40字以内程度)

例：心不全の診断に心電図は有用か？ - -  
- きわめて有用。

2) 内容の要約(500字以内を目安に)

3) コメント(300字以内を目安に) 解説や感想や建設的批判や反論など

4) 著者：論文題名，雑誌名，巻：開始ページ - 終了ページ，出版年。

5) 紹介した人の御所属とお名前

その他の資料やニュースなどの場合は

1)から3)までは文献の場合と同じ

4)出典など

5)紹介した人の御所属とお名前

一つの情報全部で，1200字程度にとどめていただくと，編集の都合上ありがたいです。図表は原則として避けてください。

## 特発性脊柱側彎症の予後は悪いのか？ - 意外と悪くないかもしれない。

### 要約

思春期に発症する特発性脊柱側彎症の中でも、特に進行性のもは、背部痛のみならず、心肺機能障害を来し、予後は必ずしも良くないとこれまで言われてきた。しかし、その科学的根拠は曖昧であった。Weinsteinらは、特発性側彎症の予後についての客観的データを得るために、未治療の特発性脊柱側彎症の米国人患者117人を50年間追跡した。その結果、62人の側彎症がない健康な人々と比較して、50年後、側彎症患者は背部痛を訴える率が高く(61% vs. 35%,  $p=0.003$ )、外見に対する満足度が低かったが(6点評価尺度で、平均3.02 vs. 4.47,  $p<0.05$ )、生存率、呼吸器疾患、息切れ、ADL、うつ症状について有意な差は認められなかった。

### コメント

著者らの結論は、特発性脊柱側彎症の患者の予後は意外と悪くないかもしれないということであり、米国の26の州で義務化されている学校検診の意義に疑問を投げかけている。但し、この研究は、無作為割付試験ではないことから、脊柱側彎症に対する学校検診の有効性が否定されたことにはならない。しかしながら、偽陽性の結果に伴う過剰な診断と不必要な治療による患者、及び家族の心理社会的負担といった、検診による害も無視することはできない。我が国では、学校保健法によって、脊柱と胸郭の診察を、幼稚園から高校まで毎年義務付けているのが現状である。

### 参考文献・資料

Weinstein SL, Dolan LA, Spratt KL. et al. Health and function of patients with untreated idiopathic scoliosis. A 50-year National History Study. JAMA 2003; 289: 559-567

学校保健法施行規則（昭和三十三年六月十三日文科省令第十八号） 最終改正：平成一二年一月三十一日文科省令第五号  
提供者：名古屋大学総合診療部 向原 圭（むこうはら けい）

## ルーチンの分娩監視装置は、新生児の予後を改善するか？ - 改善しない可能性が高い。

### 要約

分娩監視装置による胎児心拍数モニタリングは、新生児の予後を改善する目的で、現在広く行われている。しかしながら、その科学的根拠はこれまで不十分であった。8628人のアイルランドの妊婦(平均年齢、29才;初産、49%;過去の帝王切開、4%)が参加した無作為割付試験では、分娩室入室後、20分間の監視装置による胎児仮死のルーチン・スクリーニング(N=4120)と、胎児心音の間欠的聴診のみによるモニタリング(N=4308)が比較された。その結果、死、先天異常、アシドーシス、NICUへの入室、痙攣、人工呼吸器装着、胎便吸引症候群、腎不全、inotropic drugsの使用、低筋緊張といった新生児にとって好ましくないアウトカムの頻度は、両群で全く差がなかった(分娩装置群 1.30% vs. 胎児心音聴診のみの群 1.28%, 相対リスク, 1.01[95%信頼区間, 0.70-1.47])。

### コメント

1996年に米国予防診療タスクフォースが出した勧告においても、ルーチンの分娩監視装置の使用は勧められていない。ルーチンの分娩監視装置による胎児心拍数モニタリングは、日本においても、米国と同様に広く行われているが、残念ながら、その有効性を検証するような研究はこれまで行われてこなかった。ランセット同号の総説において、ThackerとStroupは、“医療技術は、その有効性の検証がされないままに広く普及させてはならない”と述べているが、我が国の医療政策においても重要な教訓として受け止めるべきであろう。

### 参考文献・資料

Impey L, Reynolds M, MacQuillan K, Gates S, Murphy J, Sheil O. Admission cardiotocography: a randomized controlled trial. Lancet 2003 ;361:465-70

U.S. Preventive Services Task Force. 39. Intrapartum electronic fetal monitoring. In: Guide to Clinical Preventive Services: Second Edition (1996) - section one SCREENING. Part F. Prenatal Disorders

Thacker SB, Stroup DF. Revisiting the use of the electronic fetal monitor. Lancet 2003;361:445-6

提供者：名古屋大学総合診療部 向原 圭（むこうはら けい）

## プライマリ・ケア教育連絡協議会からのお知らせ

卒後研修必修化に向けてプライマリ・ケア研修の充実を図ろうと設立された、プライマリ・ケア関連6団体（日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会、日本外来小児科学会、地域医療振興協会、在宅かかりつけ医を育てる会）の協議会、「プライマリ・ケア教育連絡協議会」のホームページが出来ました。

<http://www.reference.co.jp/primary-care/index.html>

その中に、来年から始まる必修化のプログラムの中で1～3ヶ月の「地域保健・医療」のプライマリ・ケア研修に協力する意思のある（7年目以上の指導医がいる）中小病院や診療所のリストをアップしました。エントリーは、引き続き受付中ですので、ご希望の方は下記アドレスまでご連絡願います。

E-mail: [kfuji-gifumedic@umin.ac.jp](mailto:kfuji-gifumedic@umin.ac.jp) Fax: 058-267-2935

このホームページには、武田裕子先生（琉球大学地域医療部）が中心になって同協議会のプログラム・ワーキンググループが作成した、1～3ヶ月の「地域保健・医療」の研修期間のモデル研修カリキュラムも載っています。モデル研修カリキュラムは、診療所での研修医教育を中心に考えて作成したもので、一般目標、行動目標の他、研修医指導の際に用いていただける評価表や、研修記録用紙、アンケート用紙なども含まれています。また、1週間のスケジュールの一例もあげています。

卒後研修に携わっておられる先生方、研修医教育を担当される診療所の先生方に、是非、ご覧頂いて貴施設の研修プログラム作りに利用していただければ幸いです。

担当世話人 藤崎和彦（岐阜大学医学部医学教育開発研究センター）  
伴 信太郎（名古屋大学総合診療部）

---

---

## 学術集会における託児所設置のアンケート結果報告

第18回日本家庭医療学会学術集会会長 藤沼康樹

第17回家庭医療学研究会総会「女性医師のキャリアとしての家庭医」担当

武田裕子、前野貴美、高屋敷明由美、大野每子、西村真紀

皆様には、上記アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。アンケートの結果と、第18回学術集会における託児所設置についてご報告いたします。

（結果の詳細は学会ホームページをご覧ください。 [http://www.medic.mie-u.ac.jp/jafm/qnar\\_takuji.htm](http://www.medic.mie-u.ac.jp/jafm/qnar_takuji.htm)）

<アンケート集計結果>

- 1) 192名（うち非会員14名）の方がアンケートにご協力くださいました。回収率約25%。
- 2) 託児所設置に賛成：180名、反対：0名、わからない：11名 でした。
- 3) 託児所のニーズは、利用したい：22名、わからない：14名の合計36名。利用予定のお子さんの人数は41名でした。
- 4) 託児所の費用負担については「利用者で負担する」のが11名とお答えくださった方が最も多く、70%でした。
- 5) ご意見としては、「保育士の問題など安全性が気になる」「土日に開催されるので託児所は是非必要」「利用者の負担を少なく」「学会で負担するのは公平でない」などがありました。

この結果をふまえて、3月16日の学会世話人会で検討した結果、次回の第18回学術集会において託児所が設置されることになりました。保育は、十分な人数のプロの保育士が担当します。利用者には個人で傷害保険に加入していただき、運営側（学術集会）としても損害賠償保険に加入します。今年度は会場費を節約することができたこともあり、学術集会の予算内で託児所を運営することに決まりました。したがって個人負担は傷害保険料の約500円になる予定です。申し込みは学術集会の事前登録と同時にを行う予定です。

皆様、ぜひ託児所を利用して学術集会にご参加ください。

皆様のおかげで、託児所設置が実現することになりました。本当にありがとうございました。



## メーリングリストの加入について

メーリングリストに加入してコミュニケーションの輪を広げよう！  
現在、約 460 名の会員が参加しています。希望者は以下の要領で加入してください。

### 参加資格

日本家庭医療学会会員に限ります。

### 目的

メーリングリストは、加入者でディスカッショングループを作り、あるテーマについて議論したり、最新情報を提供したりするためのものです。家庭医療学の発展のために利用していただけたら幸いです。

### 禁止事項

メールにファイルを添付しないでください(ウイルス対策)。個人情報をごリストの中に流さないで下さい(自己紹介は可)。ごくプライベートなやりとりを載せないで下さい。

### 加入方法

学会のホームページ

<http://www.medic.mie-u.ac.jp/jafm/>

の「各種届出」のページから申し込むか、事務局 [jafm@clin.medic.mie-u.ac.jp](mailto:jafm@clin.medic.mie-u.ac.jp)

宛に次の事項を記入の上 Email で申し込んで下さい。

会員番号(学会からの郵便物の宛名ラベルに記載されています)

氏名

勤務先・学校名

メールアドレス

会員であることを確認した上で登録いたします。

## 入会手続きについて

当学会に関心のある方をお誘い下さい。学生会員も大歓迎です。入会手続きについては、学会のホームページ

<http://www.medic.mie-u.ac.jp/jafm/>

の「入会案内」をご覧になるか、事務局までお問い合わせください。

## 会費納入のお願い

会員の皆様の中で、会費の納入をお忘れになっている方はいらっしゃいませんか。御確認の上、未納の方は早急に納入をお願いいたします。2年間滞納されますと、自

動的に退会扱いとなりますので御注意ください。御自分の納入状況を確認したい場合は、事務局までお問い合わせください。なお、平成 15 年度(平成 15 年 10 月 1 日～16 年 9 月 30 日)の年会費については次号の会報と同時に郵便振替用紙をお送りいたします。

## 異動届をしてください

就職、転勤、転居などで異動を生じた場合はなるべく早く異動届をしてください。

異動届は学会のホームページ

<http://www.medic.mie-u.ac.jp/jafm/>

の「各種届出」のページからできます。または事務局宛に Email, FAX, 郵便などでお知らせ下さい。

## 日本家庭医療学会事務局

〒514-8507

三重県津市江戸橋 2-174

三重大学医学部附属病院 総合診療部内

電話 059-231-5290(総合診療部)

FAX 059-232-7880(学会専用)

E-mail [jafm@clin.medic.mie-u.ac.jp](mailto:jafm@clin.medic.mie-u.ac.jp)

ホームページ

<http://www.medic.mie-u.ac.jp/jafm/>

## 編集後記

先日、数年ぶりで、米国総合内科学会(SGIM)の年次集會に参加してきました。SARS などの影響で、日本からの参加者が例年より少なかったのが残念でしたが、天候にも恵まれて盛會でした。お会いした SGIM 関係者が心配していたのは、米国の卒後研修プログラムの中で、総合内科や家庭医療科などのプライマリ・ケア分野の人氣が、明らかに落ちてきているということでした。この分野の医師の収入が少ないことが主な理由だという分析がなされているようでした。日本家庭医療学会の会員数の伸びに比べると対照的で、そのまますぐに日本に当てはめる必要は無いのかもしれませんが、いろいろと考える機会になりました。

おかげさまで、この号も情報満載です。御協力いただいた皆様に感謝申し上げます。

発行所：日本家庭医療学会事務局

編集担当世話人：大滝純司

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1

東京大学医学教育国際協力研究センター

E-mail: [jo-tky@umin.ac.jp](mailto:jo-tky@umin.ac.jp)