

すてきな暮らしを あなたに

暮らしの手帖社 社長

大橋 鎮子

聞き手：佐多 保彦 (株)東機貿代表取締役社長



おおはし・しずこ

1920年、東京生まれ。幼児期を北海道で過ごし、旧制東京府立第六高女卒。日本興業銀行、出版文化協会勤務などを経て、48年『暮らしの手帖』創刊と同時に社長就任、現在編集代表。

佐多：『暮らしの手帖』は昭和23年の創刊以来、日本の戦後とともに、半世紀を歩んで来られました。まず、そこに流れる基本的な精神についてお聞かせいただけますか。

大橋：精神というほどのものはないんです。私は戦時中の女学生でした。防空壕の中で、戦争が終わったらどうやって生きていこうかと考えたとき、私だけでなく同年輩の女の人たちは皆、本来の勉強も満足にできなければ、お稽古ごとくも身につけられなかった、と思いました。戦争末期から出版関係の仕事をしていましたので、もし私が自分の知りたいことを活字にして印刷したら、皆さんはきっと喜んでくださるだろう……と考えました。その後、花森安治(※)さんという素晴らしい協力者に出会って、『暮らしの手帖』を創刊いたしました。そして、今もその時と少しも変わらぬ思いで雑誌を作り続けているというのが、ほんとのところですよ。

佐多：『暮らしの手帖』といえば、やはり“商品テスト”が有名です。

大橋：商品テストのきっかけは、新橋の焼け跡の闇市で会社用のミシンを買ったところ、これが動かなかったという“事件”です。その頃から市場にも商品がポツポツ出てきていましたが、まだ粗悪品を買わされることが非常に多かったのです。そこで、私達が先んじて商品を

買い揃えて使ってみて、良し悪しをテストしようということが始まりました。それが昭和29年。自然なかたちで出発したのですが、これがずいぶん皆さんのお役に立ちました。

佐多：メーカーの苦言はありませんでしたか。

大橋：ほとんどありません。が、ひとつお話ししましょう。当時珍しい「どびんと茶碗のセット」。西洋風のデザインが目を引き、買って使ってみたら、口からお茶が漏るんです。誌上で「困る」と書きましたら、産地からそのメーカーの方が抗議にみえました。よく聞いてみると、その工場のテストでは水を使っていたんですが、私たちはお湯でテストいたしました。水とお湯とは表面張力が違います。家庭では、どびんにお湯を入れますから、水でのテストはまちがいだったのです。

クレームがなかったのは、私たちのテストが、あくまで実際に則したものでしたから、メーカーの方にも納得していただけたのだと思います。

花森は「メーカーが良いものさえつくれば、商品テストはいらない。テストは、消費者教育のためではなくて、メーカーのためにやるのだ」と言っていました。たとえば、あるメーカーが自分のところの製品のテスト結果をもっとくわしく知りたいと来られれば、そのメーカーのものだけは全部お知らせし、助言もします。その結果、もし改善していただければ、次にまた誌面でとりあげて、この点がよくなったと発表してきました。

こういう「メーカーといっしょに商品を良くしていこう」



VITALITE

インタビュー

という私たちの考えが、世の中に広く受け入れられていったのだと思います。

佐多：日本には消費者運動が根付かないなどと言われます。米国でラルフ・ネーダーが消費者運動の旗手として出てきたのは60年代でしたし、我国でPL法（欠陥商品に対するメーカーの製造責任）が認知されるのはやっと95年からということを考えますと、『暮らしの手帖』のあれほどの影響力が、なぜ政治的な力になり得なかったのかという気がします……。

大橋：私たちは、ターゲットを家庭の中だけに絞っています。底辺にはもちろん社会観が流れていますが、誌面には出しません。連載で先生方がご意見を盛り込まれたり、いろいろな記事のはしばしに現れたり、また花森も政治には関わらないと言いながら相当厳しいことを書いていたこともあります。でも、私は「幸せに暮らす」ということ一本にしていまいりました。社会や政治への提言は、新聞やその他の雑誌がしていらいっしやいますし、雑誌にはそれぞれの守るべき分野がありますから。

佐多：そうですか。ところで、『暮らしの手帖』では医学記事も柱のひとつですね。

大橋：それは私の強い希望でした。実は私が小学校1年生の時、父が肺結核になりました。当時はお薬もなく、“牛の生き血”を飲ませることが最上の滋養、などと言われていました。父が血を吐き、体温計を折る。枕元で母が泣く。療養所を求めて、伊東、鎌倉、大森などを転々としました。父が亡くなるまでの5年間、家族で看病に明け暮れる経験をしたことで、私は家の中に病人がいることは何よりも不幸なことと、子どものときから痛感したのです。家族に病人を出さないためにも、医学や医療の知識を提供する仕事をどうしてもやりたい、と私は思っていました。やがて念願かなって、昭和30年『診察室での会話・肝臓について』がスタートし、以来39年、一回も休まずに続けています。これは、もし家族が病気になったら何が聞きたいか、また、自分が病人なら何が知りたいかとの想定で、医師への質問と回答の形式をとっています。

佐多：医学記事も、視点は“家庭の幸せ”。実に一貫していますね。

大橋：編集方針については、最近少し時代遅れになってきているのではないかという意見もあります。では、子供の教育を例にとりますと、今のお母様方は塾や学



校に関心が高いですね。しかし考えてみれば、子供を良い子にしたい、幸せにしたい、との親の願いは今も昔も変わりがありません。暮らしは変わっているようで案外変わっていません。そして、家庭にお役に立つ雑誌をつくるという私たちの姿勢にも変わりはありません。

佐多：確かに、日本の家庭は父親がでたらめでも、母親がしっかりしていれば大丈夫です（笑）。

では最後に、この春お受けになった東京都文化賞について伺います。受賞理由は「戦後の一般の人の暮らしを豊かにした」ということですね。おめでとうございます。

大橋：ありがとうございます。賞状には「暮らしの手帖社を設立し、雑誌《暮らしの手帖》を今日まで作りつづけてきた努力」と、「人々の出会いや、日々の暮らしを美しい文体でつづったエッセイ『すてきなあなたに』は読者に静かな共感と深い感動を呼び起こした」とあり、うれし涙がこぼれました。

私は編集者として、心あたたまるできごとやハッとさせられること、すてきな光景に会って胸が一杯になったり、生きていてよかったと思う、そんな経験を皆さんにお知らせしたくて、エッセイを書いています。人は一生懸命に努力すれば、きっと何でもよくなっていくのではないのでしょうか。

※花森安治さん（1911～78）『暮らしの手帖』創刊より編集長をつとめた。

NEW TECHNOLOGY

麻酔の危機管理

池田和之

いけだ かずゆき

新潟県出身。58年、新潟大学医学部卒。66年、東京大学大学院生物系研究科修了。東京大学医学部助教授などを経て、現在、浜松医科大学医学部麻酔蘇生学教授、日本麻酔学会会長。



「都立K病院で、双子の兄に骨髄を提供した弟が麻酔の事故で2年間も意識不明……」骨髄バンクが設立されて間もないころに流れたこのニュースは、関係者におおきな衝撃を与えた。事故究明委員会は家族に「特別なミスはなく、原因がよくわからない不可抗力の事故だ」と説明。その1年後に、医師であった兄は白血病が再発して、6カ月の闘病のあけく亡くなった。これは病気治療のためのやむをえぬ麻酔ではなく、健康だった骨髄提供者に障害が残ったという意味で、二重に悲しい結末であった。⁽¹⁾

統計によれば、全身麻酔による心臓停止の発生率は10,000症例あたり約1.7件。その結果としての死亡数は0.9件である。⁽²⁾しかし本人や家族にとつては、「避けられない」とは言ってもらいたくない。実際のところ、不測の事態への迅速で適切な対処によって、事故を避けることはできないのだろうか。

航空業界ではパイロットの飛行訓練を、あらゆる事態を想定したコンピュータ・シミュレーションで行い、効果をあげているという。例えどんなに稀な事例であっても現実におこりうる状況をリアルタイムで経験しておくことは、多数の命をあずかるパイロットにとってきわめて重要なことだ。

このテクノロジーを麻酔医療に応用し、操縦室を手術室におきかえて、専門技術をシミュレータ・トレーニングすることができる。患者そっくりにつくられたマネキンと、麻酔機器をはじめ各種モニターなどを接続した、麻酔の危機管理模擬装置によって、である。麻酔医の教育・再教育のみならず、利用範囲は広いという。

そこで今回は、日本麻酔学会会長であり、かつこのシミュレータ・システムに詳しい、池田和之・浜松医科大学麻酔蘇生学教授にお話をうかがった。

ヒューマン・エラー

人間が神または機械ではなく、人間が人間である以上必ずおこしうるミスをヒューマン・エラーというが、そのひとつひとつをとりあげてみれば、余程のことがないかぎり原因は推定できるだろう。原因が分かってはじめて、対策は立てられる。ミスはどうしたら減らすことができるのか。

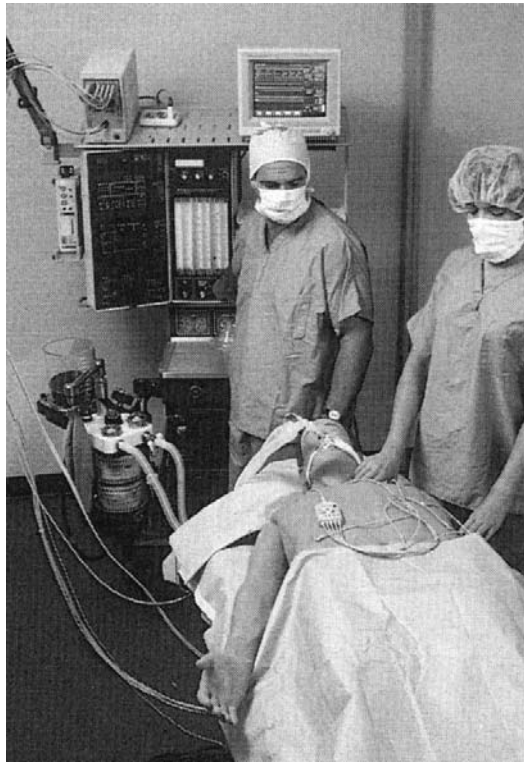
池田先生は、「まずは人間をバックアップする機器です。モニターを整備して、危険な状態を早く知らせる。つぎは、うっかりミスをおかしやすい状況、特にオーバーワークの態勢をつくらない。そして危機管理対策です。湾岸戦争にしてもオイルショックにしても、政府が危機状況を想定して対策をたてておかなかったことが大問題になりましたね。麻酔の場合の危機管理とは、偶発的に起こる合併症である悪性高熱症⁽³⁾やアナフィラキシ⁽⁴⁾・ショック、高血圧発作や不整脈、それに見のがしやすいのですが、麻酔器の回路にリークが発生するとか、ソーダライムがきかなくなったとか……、それらの出来事に対してどのように対処すればいいのか、ということ。多くの場合、一刻を争う処置を必要とします。経験のある医師は冷静に状況判断して、すぐに処置をします。しかし初心者ですと、例えばパルスオキシメータの値がどうして急に落ちてきたのか原因が分からない。うろたえる。早く対処しないでいると、そのうちに心臓が止まってしまうということになりかねません。パルスオキシメータの値が下がるのは、血液中の酸素が足りなくなってきたという危険信号ですが、その原因はどこにあるのか。患者さんにあるのか、機器にあるのか、即座に判断しないといけません。ここに、平素の教育や研修の成果が現れるわけです。ところが今までは、現実には患者さんの危険な状態に遭遇することで、教訓として経緯を積み重ね、熟練するにいたってきた。これは実際大きな問題です」と語る。

トレーニングとシミュレータ

多くの場合はトレーニングを積むことによって、技量は養成され現実問題への対処を学ぶ。気管内にチューブを入れる気管内挿管や、救急医療の生命維持に関するトレーニング装置は、30年近く前から開発されてきたそうだ。しかし、飛行機事故のような大規模でしかも複雑な状況を脱するためのトレーニングは、どうしたらできるのか。

「トレーニングとシミュレータは根本的に違います。シミュレータは模擬装置と訳し、必ずフィードバックがありますので現場とおなじ体験ができます。つい数年前までは、スクリーン・ベースド・シミュレーションといわれ、コンピュータの画面の上でやっていました。例えば、ショック状態が起った。ある薬をある量使う。それをキーボードで入力して、正しければ血圧が戻る。というふうなんです。しかし最も新しいのは、これをマネキンでやるのです。聴診器をあてるとちゃんと心臓の鼓動が聞こえ呼吸音がし脈を触れることができ、まったく現実の人間と同様の反応が体験でき、また患者モニター画面にも現れるものです」「宇宙飛行士の地上訓練を思い浮かべれば理解しやすいでしょう。場合によっては現実よりさらに過酷な状況設定によって、危機に直面しても手足が反射的に動くまで訓練するようです」と池田先生。

このマネキンによる危機管理シミュレータにはどのくらいシナリオがあるかというと、まず心血管系の事故としては、急性出血、アナフィラキシ、心停止、高血圧発作、低血圧、心室性不整脈など。呼吸器系では無気肺、気管支痙攣、気胸、肺水腫、肺塞栓など。代謝系ではアジソンクリシス、アシドーシス、高カリウム血症、悪性高熱症、乏尿など。さらに機器の故障や誤動作には、麻酔回路の接続不良と閉塞、呼気と吸気の弁機能不全、輸液過誤、流量計の誤動作、人口呼吸器の動作不良、そして手術室火災や停電などなど。考えうるあらゆる状況を想定している。



“麻酔医は、早い時計をもつ内科医”

「麻酔医の領域で他の臨床各科にさきがけて、このようなシミュレータが出てきたということは、こういう格好の教育の必要性が他科と比べて強いということからでしょう。薬を与えてから1～2日後に効果が出る内科と違って、麻酔科では薬を静脈の中に入れたり、ガスを吸わせるのですから、すぐに効果が出る。合併症も

すぐに出る。ボヤボヤしていると患者さんが危険な状態になる。そのような意味で、麻酔医は“早い時計をもつ内科医”と、言われています」。航空業界で展開されてきた危機管理のシミュレータが医療に应用されるようになって、まず最も高い有用性が期待されるのは、何といっても、麻酔科学学生やレジデントの実地教育、専門医の再教育などだ。相当熟練した医師でも、新しい機器が出るとミスをするということもあるという。定期的に再教育、再訓練を受けることも大切だ。「医療の充実は、ひとつには教育の充実にかかっています」と池田先生。

事故原因の究明も、シミュレータの再現によって可能になることは言うまでもない。さらに、現実には麻酔医が、ミスをおかすことなしにどの位継続して働くことができるかというワークロードの基準作りにも役立つようだ。「このように、シミュレータを使ってどんどん勉強し、危機管理を臨場的に経験できる。従来の教育の原型であった知識の伝授型の教育のみならず問題解決指向型の教育によって、安全の質をあげていくことを考えると、まさに新時代の幕開けという感じがし、興奮さえおぼえます」池田先生は期待を込めて話して下さった。

- 1) 93年8月20日付 朝日新聞朝刊
- 2) 88年 Butterworth Publishers
「麻酔における安全管理性と費用抑制」
- 3) 急激な体温上昇の調節不良による心停止
- 4) 免疫反応による激しいアレルギーショック

TREND

がんの免疫化学療法

清水 篤

しみず・あつし

岐阜県出身。1976年、昭和大学医学部卒業。
80年、同大学院修了。共立蒲原総合病院産婦人科医長などを経て、
現在、昭和大学医学部専任講師、昭和大学藤が丘病院産婦人科勤務、
リザーブ研究会世話人。

がんは人口の高齢化とともに増加している。日本人の死亡者数の第1位、中高年では死因の35%は何らかのがんであり、大病院の入院患者の40%はがん患者が占めている。

しかし実際、高齢化の影響を除けば、死亡率自体はやや減少済みであるという。昔からがんは不治の病と恐れられ、あきらめの対象とされてきたが、最近ではほんの少し様子が変わってきたように見える。研究の進歩により、がん専門病院の5年生存率は50%を越えた。ただし、子宮がんや乳がんは「治せるがん」といわれ、80%近い治癒率であるのに比べ、肺がんや肝がんはまだ難治性といわれている。

がんの治療といえば、すぐに手術や放射線を思い浮かべるが、昭和大学藤が丘病院産婦人科の清水篤先生は、卵巣がんの免疫化学療法に手ごたえを得ておられるという。そこで今回は、最新の情報をおりまぜながら、がんと免疫のお話をうかがった。

がん遺伝子は、正常な細胞のなかにあらかじめ含まれているそうですね。

清水：そうです。人間の体細胞はたえず死に、たえず生まれ変わっています。それは遺伝的にプログラムされているわけですが、そのような自然死をアポトシスと言います。簡単に言えば、遺伝的な暗号の何らかのまちがいのためにアポトシスをおこさないでどんどん増殖を続けてしまった細胞が、がん細胞になると考えていいで



しょう。また正常な細胞にはがん遺伝子と同時にがん抑制遺伝子がセットされています。アクセルとブレーキに例えますと、このアクセルが踏みっぱなし、あるいはブレーキがこわれちゃって暴走する、そんな状態に、がんの原因があるのじゃないかと、最近では集約されてきています。

遺伝子の転写ミスは10万回に1回は避けられないが、どうも自然に修正されるらしい。それは免疫力にもよるわけですが、ストレスや加齢などのために、うまく治せないでいると高率でがんになりやすいということが言えるのです。

がんは、なんといっても早期発見が肝心なんでしょうか。

清水：確かに以前は、進行期別分類といって、がんの進み具合でほとんど決まると言われていましたが、少しかわってきています。実際は、がんの性質、患者さんの

体質、それに治療、この3つのからみでがんの予後（病気の経過見通し）が決まるように思います。

まず、がんの性質というのはがん細胞の分裂の位相のことです。ディプロイディーという整然としたものは結構治療が効きやすく、うちのデータでは90%近く治癒しています。それに比してアニユプロイディーという無秩序な分裂をするものは、初期だと思って早めに徹底的にたたいてもどんどん進み、あまり予後が良くないですね。

患者さんの体質とはつまり抵抗力、なかでも免疫力ですね。がんはもともと自分の身体が変化してできたものだから、なかなか認識しにくくやつつけにくい。でも抵抗力が高ければ、自分のリンパ球で、ばい菌だけでなく自分の腫瘍に対しても戦える。ですから免疫療法は本来、一番最初にやるべきです。

免疫力を、薬によって高めるのでしょうか。

清水：例えば、溶連菌からとったピシバニールを注射する。これは抗原がありますから、まきこみ効果で、がんの局所にも直接有効ですし、全身投与でも効くことがあります。また、腹腔内にシゾフィラン（SPG）を入れることによって、血液のNK活性と腫瘍壊死因子も上げることができ、結果として再発例が少ないように感じています。またある論文によれば、SPGによって、アニユプロイディをディプロイディに変えることができるそうです。

それに婦人科で抗がん剤のキードラッグといわれているシスプラチンは、普通より薄めて使うことによって免疫B細胞を賦活する効果がある。解かりやすく言うと、抗がん剤によってがん細胞に傷をつけてあげると、異物として認識しやすくなる。そこに免疫が働きやすくなる、というわけです。これが免疫化学療法です。抗がん剤でがんを攻撃し、あわせて自分で自分を治そうとする力を利用するという、相乗効果をねらうのです。そうして、がん細胞を縮めておいて、手術でとりのぞいてしまう。

うちの例ですと、卵巣がんの第IV期でおへそに転移して、おなかの中に握りこぶし位のこぶのあったものが、手術前の動脈注射2クールによって、おへそとおなかのこぶが完全に縮小しました。その段階でいわゆる標準手術（子宮と付属器、骨盤、傍大動脈のリンパ節を全部とる）をします。さらに手術後も、がん性腹膜炎に対して抗がん剤の腹腔内投与による治療や放射線療法と

同時に免疫療法を続ける。これは局所療法だけでなく、腹腔から大循環に流れて、同時に全身療法にもなるんだと考えています。これで、卵巣がんは、かなりいけるといえる感じがしています。

なるほど。がんのメカニズムが解りはじめ、同時に治療法がきめ細かくなってきたわけですね。ところで、がんとストレスは関係があるんですか。

清水：昔から「病は気から」と言われていますが、それは本当だろうかということですね。最近の研究では脳神経の末端は免疫系に分布していることが分かってきています。ですから、人間が意欲をもって何かをしようという時には、当然、免疫が賦活される可能性があるでしょうね。逆に例えば、妻に先立たれた男やもめは1カ月位で免疫力が落ち、6カ月位でがん等の大病にかかる危険性が高いと言われています。

ですから、なるべくストレスを少なくするという意味で、私はがんの患者さんに禁止事項はないと言っています。

最後に、がんの告知の問題をうかがいます。

清水：よく、「あと何カ月」などという話を聞きますが、そういう言い方は良くないだけでなく、どうしてそんなことが分かるのかなという気がしています。「こういう状態では、平均するとこれ位」ということは言えますが、それが患者さんにとって、意欲につながる人もいれば、逆に強いストレスになる人もいます。それに幸いにして予想がはずれて、長生きをする人もいますから、私は余命告知はしません。

医師としては、何とか病気を治してあげたいと思うけれども、我々が間違いやすいのは、患者さんを治すことのほうが病気を治すことよりずっと大切だということです。クオリティー・オブ・ライフということも、やはり、その人がどのように生きたいのか、それをまっとうさせてやるということだと思います。限られた生命であっても、その間に、少なくとも自分はこういう生き方をしたんだと思うことができれば、病気は治せなくても患者さんは治せたと言えるのではないかと考えています。

LOVE

メイヨー・クリニック・メソジスト・ホスピタルでの30日間

私が食道と胃切除の手術を受け、30日間の入院生活を送ったのは、アメリカはミネソタ州のロチェスター市メイヨー・クリニック・メソジスト・ホスピタルというところでした。

食道ガンが見つかったのは、1989年1月28日の定期検診でした。それまで10年近く、年1回の胃カメラによる検診を日本医科大学付属病院で受けていたことが、この時の早期発見につながりました。

2月末、単身で渡米した私は、2月27日から1週間に外来で3回の検査を受けた後、3月6日月曜日に手術をすることになりました。執刀医はドクター・ペインで、検査の結果と手術の決定について、直接話されたのは3月3日金曜日でした。

手術：病気に立ち向かうのは私

入院を前後して、私はメイヨー・クリニックの神経病理学教授である岡崎先生のお宅にお世話になっていたのですが、先生ご夫妻は手術の前々日、すなわち3月4日土曜日から5日間、アリゾナ州の分院へ出張されることが決まっていました。手術の時には当然岡崎先生に立ち会っていただけるものと思っていた私は、ドクター・ペインに「6日はドクター・オカザキがお留守なので駄目です」と申し上げたのです。するとドクター・ペインはとても不思議そうな顔をなさって「執刀するのは私でドクター・オカザキではありません。何故、彼がいないと駄目なのですか?」と言われました。そしてこうつけ加えられのです。「前日、5日の日曜日にタクシーで病院にいらっしやい。この吹雪がやまないで、ドクター・オカザキの家の前までタクシーが入れないようだったら病院に電話をください。迎えの車を出します」と。このとき私は、一応は頷いたものの、真の意味での覚悟は、まだできていなかったのかも知れません。

土曜日の朝、予定通りに岡崎先生ご夫妻が出発された後、大きなお宅の二階で一人荷物をまとめていた私は、やはり恐怖感に襲われました。でもそのとき、ふと気づいたのです。そうか、手術を受けるということは、一人でタ



田中美智子

たなか みちこ

1934年、東京生まれ。東洋英和女学院よりアメリカ・イリノイ州ノックス大学へ留学し、57年同大卒業。主婦。

クシーで病院へ行き、一人で闘っていくことなんだ、と。五十代半ばという年齢、言葉のままならない場所、病気が食道ガンであるということ……などは、手術を受けるといふことには一切関係ないのだと、そう悟りがひらけたのです。病気に立ち向かうのは私なんだ、という覚悟もこの時にしっかりできたようです。

リハビリ：歯をくいしばる

3月6日の手術後3日間は、呼吸の乱れがひどく、集中治療室ですごしましたが、9日からは個室に移りました。メイヨー・クリニックの場合、二人部屋が少しあるだけで、あとはほとんどが個室になっています。プライバシーを尊重するという趣旨に沿った充実した施設は、やはり恵まれた状況といえるのかもしれませんが。

六階の514号室に入った私は、その9日から病室の隣にあるお手洗いに一人で行くことはもちろん、リハビリが義務づけられました。廊下を歩くこの訓練は、最初は10分位ずつ1日5回、それから毎日常量が増やされていき、距離も別棟までと延ばされました。ただ、アメリカの“切る”技術、あるいは“方法”は日本と違うのか、4日目のリハビリが始まった段階で既にみぞおちから30センチ下の傷口は接着していて、ガーゼ交換も消毒も、もちろん抜糸もありませんでした。こうしたこともあって、早くから歩くことが可能だったのかもしれませんが。

こうしてお話しているととても順調なようですが、実際には、麻酔の後遺症から吐き気でひどく苦しい、冬の夕暮れは早く、気がつくとうすでに夜になっている、夜は



左：メイヨーの新しい建物
右：受付と待合室

夜でまた、強迫観念のような夢にうなされて眠れない、幻覚幻聴には悩まされるという日々が続いていました。ベッドに横になっていて、ただでさえ気分が悪いのに、「さあ、起きて歩きましょう!」というナースの声が容赦なく飛んでくる、というぐあいだったのです。

術後しばらくは、中心静脈点滴用と痛み止めモルヒネ用の2台のポンプにつながっていたわけですが、歩行訓練にはこの2台を押して行くのです。また、2台のポンプの他に、お腹と首から計10本余りの血液や汚物を外部に取り出すドレーンをつないでいましたから、これを全部受け皿からはずす必要があります。室に戻れば“はずしたものを”を、全て元通りにしなければなりません。この作業はお手洗いに立つ時と歩行訓練のたびに自分でやりました、本当に辛いとき、「今日は気待ちが悪いので、これで終わりにしてください」と懇願したり、2回のところを3回やりました、などとウソをついたこともありましたが、どのナースも引き継ぎのメモをしっかりと読んでいて、「まだ〇回残っています。起きて下さい」と言って手を引っ張られました。どのような申し送りになっているのか分かりませんが、ナースがメモをポケットに入れていて、時々取り出してはチラチラッと見るのです。患者についてのレポートがしっかりと引き継がれていることが分かり、安心でした。

モルヒネ用のポンプは自分で押して、点滴用の方はナースに並んで押してもらうこの頃の歩行訓練に、「歯をくいしばる」というのはこのことか、と実感もひとしおでした。

重要な医療器具としては、術後17日目に、中心静脈点滴に代わったカンガルーという機械があります。まだ食事のとれない期間、栄養を補給するためのものです。ドロドロの乳製品の缶詰をコンテナーの中に入れ、時間を設定し、鼻からのチューブで腸へ流し込みます。最初是一日に必要なカロリーと栄養を一日がかりで少しずつ入れて行くのですが、4、5日後には8時間に、すなわち夜寝ている間だけで完了するようにスピード・アップされました。起きている時間をできるだけリハビリに当てるように、ということではあるのですが、これには相当まいりました。

腸はゴロゴロいうし、下痢が続くので、何度もお手洗いに行かなければならなかったのです。「日本人は乳製品に対応する酵素が少ないのだから、こんなスピードにはついていけません」と私が言っても、「こちらで状態をつかんでいるから大丈夫ですよ」と聞き入れていただかず、あまりの辛さに、夜2、3時間機械を勝手に止めたこともあり。考えてみれば、その後だんだんと慣れることができたわけですから、やはり治療方針が適切だったといえるのでしょう。

この機械の操作を、退院後は自宅で全て一人でしなければならませんでしたので、2日間そのための講習がありました。何から何まで文字通り必死でメモをとり実践しました。

退院:自分のことは自分で

4月4日に退院しましたが、なにか毎日がとても忙しかったような気がしています。と言いますのも、まず医療面では、1日に3回の検温、体重測定、大きな注射器でカンガルーの管の途中にいれる二種類の薬投与と水分の補給、鎖骨の上に左右3本ずつ埋め込んであるドレーンから受け皿に溜まる汚物の量の測定と処理、そして朝と夜には、鏡を見ながら首の傷に消毒と薬を塗るガーゼ交換、というようなことを行わなければなりません。加えて、戸外での歩行訓練も怠ることは出来ないのです。早春のミネソタは、晴れていてもマイナス5度位で、術後1カ月の身に、この寒さはこたえました。また、カンガルーの操作も全部自分でやるわけですから大変でした。アメリカでは早期退院者に必要な医療器具の貸し出しサービスがあり、私もこれを利用しました。コンテナーの消毒、管の洗浄、それから4時間ごとの栄養補給のためには、夜半過ぎに目覚ましをかけて起きねばならないことも含まれていたのです。けれどもこの時、私はこれだけのことを私が一人でできると信頼して、早々に退院させてくださった先生方、ナースの方々のことを思うととても嬉しく、自分のことは自分でやっているのだ、と満足感を覚える事ができました。(次号に続く)

TOPIC

ウップサーラ大学 留学記

ウップサーラはスウェーデンの首都ストックホルムの北70キロにある人口16万の古都で、空港より車で40分と比較的便利なところにあります。観光名所としては北欧最大の教会で、175年の歳月をかけて完成したウップサーラ大聖堂とグスタフ・パーサー王が築いたルネッサンス様式のウップサーラ城などがあります。ウップサーラ大学はノーベル賞の受賞者を7人も輩出しており、伝統と格式では北欧でもトップクラスの大学です。

私は、数年にわたり研究してきた低流量麻酔についてさらに研鑽を積むべく、このウップサーラ大学に留学しました。

大学病院はウップサーラの中心街から300メートルの至近距離にあり、約1キロメートル四方に各建物が分かれて建っています。私の所属は Cardiothoracic Anesthesia

でドクター・トゥデンをチーフとする10人のスタッフがおります。病棟200床と手術室5部屋、ICU24床があり、年間1300例以上の心臓手術が行われています。

低流量麻酔は数十年前より行われていた麻酔法ですが、熟練した麻酔医でなければ危険をとまなうため、現在までなかなか普及しなかったという経緯があります。しかし今では医療技術の進歩によりこの危険を回避することができ、すべての麻酔医が安全に低流量麻酔を行うことができるようになりました。さらに近年、資源の節減と環境汚染に対する社会的な関心が高まり、この社会的背景に対応する麻酔法として俄然注目されるようになってきました。すなわちこの麻酔法は今までおこなわれてきた方法（高流量麻酔）よりも麻酔ガスの消費量を節減し、麻酔ガスによ



写真：ドクター・トゥデンと尾藤助手

尾藤博道

びと・ひろみち

浜松医科大学医学部麻酔・蘇生学助手。

る環境汚染を少なくするので

す。
スウェーデンでは、低流量麻酔自体の普及率は非常に高く、半数近くの手術患者に対して行われていました。その理由として環境汚染の問題よりもコストの削減が重視されていたことが私にとっては意外であり興味深いことでした。

また、2ヵ月半の短い留学期間のなかで運よくフィンランドにおいて開催されたヨーロッパ心臓胸部麻酔学会に出席することもできました。興味ある講演を聞いたこともさることながら、世界の著名な麻酔医に会えたことやヨーロッパの学会を経験できたことが私にとっては大きな糧となりました。

ところで私が滞在した時期は初夏とはいえ日本の冬のようで、6月末までは暖房も使わ

ずにはいられないといった気候でした。また白夜というのは眠れない夜というイメージしかなかったのですが、仕事が終わってからゴルフができるという長所もあり、私もずいぶんこの恩恵にあずかったものです。わたしのボスであったドクター・トゥデンもゴルフが好きで、天気の良い夕方には「あ・うん」の呼吸でゴルフ場に出かける習慣ができてしまいました。おかげで、青白い顔をして帰国するのではないかと皆の期待を裏切って、健康的な姿を見せることができました。また、単身赴任は初めてのことで、独り身の自由とはうらはらに、感動を共にする家族がそばにいなかったことだけが唯一の心残りです。またいつかあの優しい陽射しとさわやかな人達に会いに、今度はぜひ家族と共にいってみたいものです。

ブルゴーニュ小史(1)

フランスのなかでブルゴーニュ地方は、ケルトのラ・テーヌ文明(前5世紀以降)の中心に近く位置していた。このことがローマのカエサルがガリア征服におけるケルトとの最後の決戦の地としてブルゴーニュ地方のアレジアがえらばれた理由でもある。そこでケルトの全軍を結集してカエサルと対決したヴェルキンゲトリクス(フランス読み:ヴェルサンジェトリクス)は戦略的に敗れて軍門に下り、やがてローマ化がガリア全体に浸透してゆく。

いわばブルゴーニュ地方はフランスの基層にあったケルト終焉の地でもあり、あたらしいローマ化の出発点でもあったわけだ。かつてローマを敵視したガリアの貴族たちはやがて、ローマの位階勲章を求め、ユリウスや後のアウグストゥスがガリアでは洗礼名となり、ローマ風の都市が次々と建設されるようになったのである。アウグストゥス時代、オータンはガリア・ローマの中心となった。それは行政的というよりは知的で大学的な文化をもつ都市となった。そこにアポロンやヤヌスの神々も祀られたのである。

これに似たのが、マコン、アレジア、アヴァロン、サトネルで、発掘調査が、強いイタリア化(ローマ化)を十分に証拠づけているものである。それとともにモルヴァンやソーヌ河流域に開拓民が入り、灌漑と森林開拓にいそしみ、ケルト的なラ・テーヌ文化をもっていたこれらの農村も次第にローマ化されてゆく。

紀元前1世紀以来、ブルゴーニュ地方の丘々に葡萄栽培がローヌ河渓谷の方から入って来た。ここでは、こわれやすい壺に入れて葡萄酒をはこぶやり方にかわって木の堅固な樽に入れてはこぶ方法がとられるようになったのである。こうした産物は、リヨンやセーヌ河流域、ベルギー北のガリアへゆく古くからの道路によってはこばれ、繁栄を次第にたかめて行った。アンドレ・モロワはこの点を次のようにかいている。

「当時、農業に対する嗜好、土地への愛着が発展した。これらはガリア・ローマ人がフランス人に伝えることになった。ローマの平和(パックス・ロマーナ)によって無政府状態から救い出された初期の世代の生きるよろこびは想像にあまりがある。(中略)いたるところに、ローマ風の道路に沿って、地中海地の新しい家々、円柱や回廊や大理石又は陶器の彫像で飾られた別荘がそびえていた。(中略)数十年前まではガリア人は森の真中の粘土の小屋に住んでいた。ところが今や、ガリア・ローマ人は開墾し、耕作し、裕福になり、自分らの土地からあがる産物を、いつもガリアの穀物とガリアの豚肉に垂注しているローマに売りつけるようになった。」(『フランス史』)

これも征服後、3世紀の頃、ローマがガリアの安全を維持し、非武装地帯をもうけ、蛮族を近づけなかったからである。

しかし275年ごろから、守備隊がローマ人では形成されなくなり、やがてそれに代わって蛮族が兵士となり、ゲルマンがガリア全体を荒しまわるようになり、ブルゴーニュ地方もその例外ではなくなった。しかしローマの官僚制度は徴税だけは懸命にとり立てたので「ガリアは氣息奄々となる」(アミエヌス・マルケルス)に至った。ローマは制度を立て直そうとしたが不可能に近く、356年にはついにオータンも蛮族の手に落ち、あれだけ栄えた葡萄栽培も荒廃してしまう。

しかし丁度この時期にキリスト教がブルゴーニュ地方に浸透して来たのである。それは、オータンやソーニクにあった、シリアやアジアの商人たちによってつくられた移民の共同体の中にまず持ちこまれたのである。教会は4世紀のはじめにつくられた。有名な聖マルタンはこの地方をかけまわり、布教しながらローマ時代の異教のやしを砕きにかかっていた。オータンの最初の司教はレティスであった。このあたりから、やがて中世にむかって全ヨーロッパに拡がるキリスト教高揚の地としてのブルゴーニュ地方が歴史にその姿をあらわすようになる。またコンスタンティヌス帝以後、ローマ帝国はキリスト教化されたのでバシリカ会堂が教会に改造され、信者の礼拝に用いられるようになる。この教会がローマ教皇によって制度化され、ローマ帝国が実質的に行政的能力を失うようになってゆくと、逆に司教が行政に介入し、一つの権力に変わるようになった。ここに中世に至るまで何故司教がしばしば都市の権力をもつに至ったかという理由がある。

さてブルゴーニュ地方にはフン族によって追われ、ライン地方からやって来たスカンディナヴィアに属するブルグンド族が定着するようになった。それはアルプスからジュラにかけてであり、ローマ帝国の支持を得、476年ごろにはディジョンにまで達した。この民族の名前、「ブルグンド」が現在のブルゴーニュの名前のもととなったのである。その王はゴンドバーという名前である。(続)

Château de Chailly シャトー・ドゥ・シャイイ

中世がいまだに息づいているブルゴーニュにいらっしやいませんか?数々の銘酒を生み出すぶどう畑、グルメレストランの数々、中世そのままの街並、美しく広がる大地や小さな村々、豊かな生命力と「はだのぬくもり」を感じる地方、それがブルゴーニュです。

お問い合わせは(株)佐多商会ブルゴーニュ事業部へどうぞ

TEL:03-5762-3010 担当:岩沢、田中

