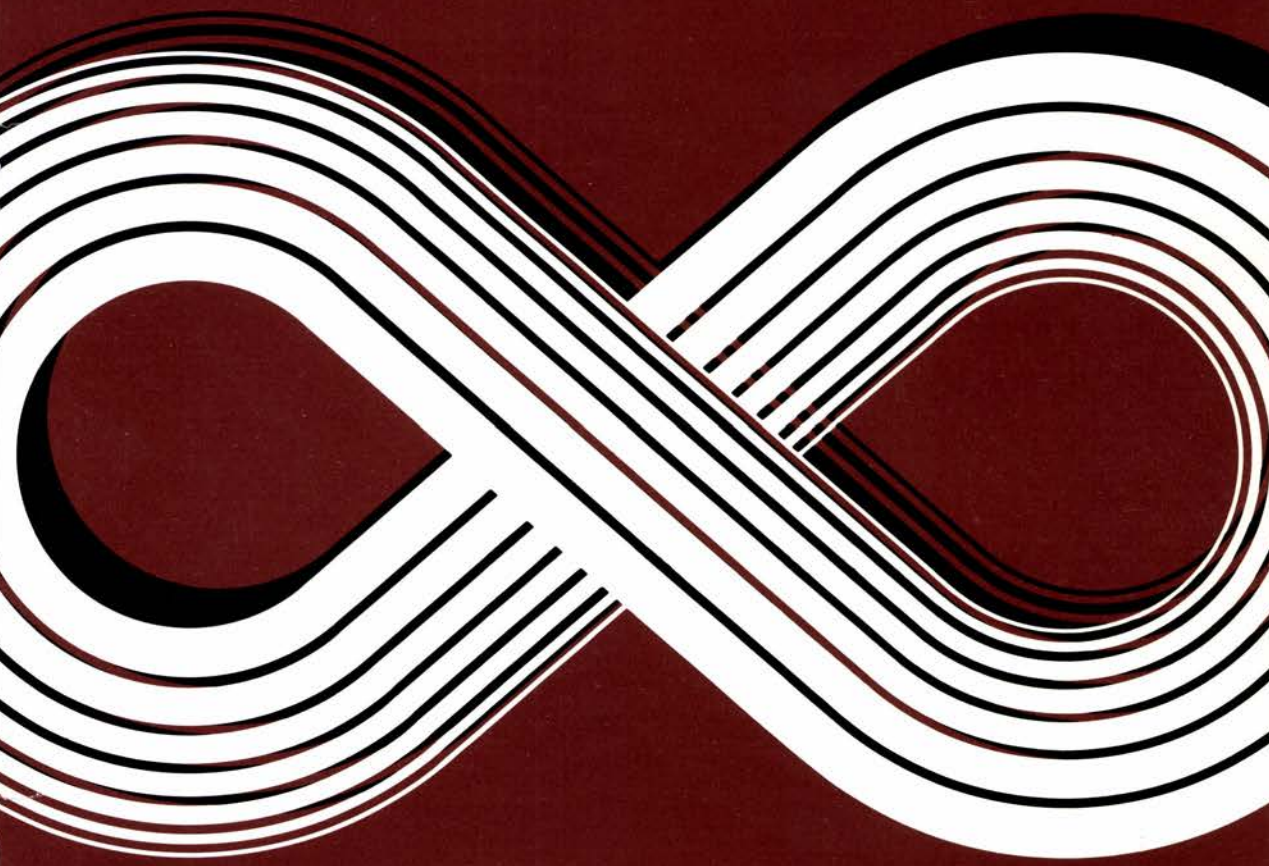
昭和58年4月10日発行

ISSN 0385-924X

人間の医学

第19巻第4号



107

実地医家のための会

1983.4

下記の通り訂正を要する個所がありますので，お手数ながらご訂正下さいますようお詫び方々お願いいたします。

人間の医学　正誤表

No	頁	側	行	誤	正
101	8	左	↑12	心筋の快復	心筋の回復
	25	右	↑19	回　川	四　川
	26	右	↑14	不整脈治療	不整脈　治療*
106	33	右	↑18～17	導教の急	尊敬の念
	57	左	第4表	HB_s 抗体陽性者	HB_e 抗体陽性者
					* 書　名

私の意見

熊　手　照　代

〝医　師〟　考

思わぬなりゆきで医師免許証を手にし，以来今日まで生業（なりわい）の毎日ですが，今更ながら医師というものを見直しております。

百科事典にはこう出ています。「現在，日本における医師は，医師に関する免許や試験，業務上の義務については，医師法（昭和23年法律第201号）の規定をもうけ，その細目については同法施行規則に従う」と書かれ，そのあと医師の免許・試験・医師の分類があります。さらに医師の義務がいっぱい書き並べられ，次になすべき業務がこと細かに述べられています。なんと大変な仕事の量と責任？医師というもの，どこまでいっても楽にならないはずです。

医者・芸者・役者の昔から，どうも医者は浮世ばなれして見えるらしい。他は知らず医師に限っていえば，医師は〝くすし〟の時代から勉学と経験の要は他の業種の比ではなく，世間知らずも已むを得なかったところ。まして近頃の医学・医療の進歩は破天荒，数十倍の努力を必要としてきています。それにしても，今や知識の獲得と実践にいそしむ医師の姿に，孤影を見るのは私一人でしょうか？

かつて，医者・役者のその頃は，相手にするのは病人という名の人間でした。したがって言葉も通じ人間味もあり，病気の意味も運命というものも，また医者の人間としての限界も，何とはなしに分ってくれていたように思えます。しかし医者が医師になり，病人が患者になった今，こんな関係は風化しました。

全く以て医師は偉くなりすぎ，万能の神のごとく人を救わねばならなくなりました。患者といえば，保険証というお札（ふだ）を手にして医師のところへと走ればよく，自身の不手際・不摂生は棚の上，結果がよくなければそのつけは，医師の方へ回してきます。

今や医学は不当に高く評価され，医療は余りに多く期待され過ぎています。医師は正直その重圧に喘いではいないでしょうか。せめて昔風の医者と病人の間柄くらいに戻ったらと思うのも，そのための欲といえます。

次に開いた諺辞典に，医者に関することわざが唯一つありました。〝医者の不養生〟昔が不養生なら，現今の医師の生活は非養生に無養生というべきでしょう。ここは一つ，自ら気分の余裕と多少の時間を持つべく努力し，養生の道を我と我が手で探らねばと思います。

人生の日暮れ時，坂道の峠から想うこのごろです。

くまで　てるよ（筑紫野市）

No. 107 目 次

人間の医学

第19巻 第4号（通巻107号）

■私の意見…… 熊手 照代……1

■私たちの例会

第219回「実地医家のための会」

日常行なっている診療

・私の糖尿病診療…… 守屋美喜雄……6
・診療所における患者指導…… 大越 次男……7
・私の実践〝小さな診療所から〟…… 上野 豊……8
・水戸市医師会での
ＨＢＶ母児間垂直感染遮断の試み…… 相川 達也……9
・開業医の現況と将来…… 新野 稔……10
・実地医家のための会と私…… 樋渡 喜一……11
・これからの医療としてのプライマリ・ケア…… 渡辺 淳……12

■私たちの例会

第220回「実地医家のための会」

老人ボケをめぐって

・ボケ老人の2，3の知見…… 金子 義一……15
・都市におけるボケ老人の実態…… 小林 之誠……17
・特養老人ホームから見たボケ老人…… 大林 輝明……17
・睡眠障害を中心にした薬物療法…… 佐々木邦幸……18
・私の体験から…… 内田 玲子……19
・ボケ老人をかかえる家族の会活動経過と願い… 河嶋 かず……21
・老人のボケとその対応…… 柄澤 昭秀……23

■日中（台湾）友好実地医会のための会

第2回国際学術会議

老人医療，脳血管障害，その他

・老人性痴呆の画像診断…… 柴山 豊……27
・老年者の画像情報…… 新野 稔……29
・台湾の老人に多い疾病…… 許 成仁……31
・台湾における脳血管障害の現況…… 曽 文賓……31
・川崎病の臨床…… 天野 曄……32
・大都市における産婦人科医の現況…… 本田 三郎……33
・両国実地医家の親交と研鑽のために…… 鈴木 荘一……35

■御案内……13

■渡辺　亮先生より……25

■創立20周年を迎えて
・「ほんね」と「たてまえ」…… 樋渡　喜一……37
・20周年記念によせて…… 光山　恭子……38
・同好の士…… 神戸　一三……39
・「実地医家のための会」創立20周年を祝う…… 村木　毅……40
・患者の心理…… 近藤　忠雄……41
・大事にしているお二人の手紙…… 大山　修……41
・医者50年…… 坂口　練平……43

■書　評…… 松坂　勲……47
高柳　尹立……48

■研究と臨床
B型肝炎ウイルスの抗原，抗体系について（II）（III）… 細谷　昶……49

■お知らせ……62

■カルテの前で
遠赤外線をご存知ですか…… 山崎　敏子……63

■忘年会でちょっと一言……64

■医院のうちそと
アイバンク…… 金子　義一……65

■ダイジェスト・コーナー……66

■Proceedings of th IV th World Congress of the Medical Practitioners Association ; Korea, 1982 …… 新野　稔……67

■「ISSN」と「key-Title」の表示について……70

■「外官主義の問題点」…… 竹崎　鼎輔……71

■世話人会報告……75

■つぶやき……78

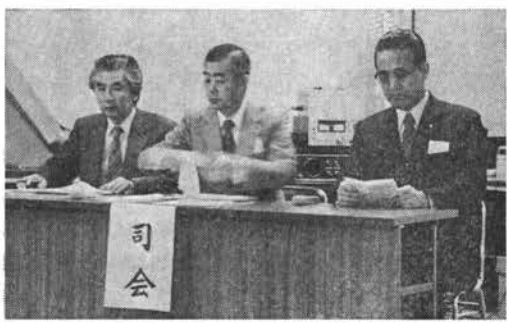
私たちの例会
第219回「実地医家のための会」

日常行なっている診療

―― その現在と未来 ――

・私の糖尿病診療　千代田区　守屋美喜雄
・診療所における患者指導　水戸市　大越　次男
・私の実践〝小さな診療所から〟　日立市　上野　豊
・水戸市医師会でのHBV母児間垂直感染遮断の試み　水戸市　相川　達也
・開業医の現況と将来　武蔵野市　新野　稔
・実地医家のための会と私　高萩市　樋渡　喜一
・これからの医療としてのプライマリ・ケア　大田区　渡辺　淳

司会／野寺　修，安田勇治，松坂　勲　記録／北川欣也　昭和57年11月14日　茨城県メディカルセンター



昭和57年11月14日，水戸において第219回実地医家のための会例会は茨城例会として行なわれた。

この水戸例会は本会の地方例会としては茨城県下では最初であり，開催に当っては，樋渡先生のお世話と，それを受けて水戸市医師会長丸山先生および幹部の先生の御努力があったことを報告する。今後は地方例会として，この水戸市での定期開催が持たれる予定である。

当日は天気にも恵まれた。東京からの参集は21名にのぼり，早朝上野発の列車での車中〝これがゴルフ行ならなあ〟と言う不謹慎な言葉も聞かれたほどの陽気であった。水戸からも30余名の先生方の御参加を得た。午前中の水戸名所古跡案内も，当市医師会の諸先生方の御好意のおもてなしで，只の観光案内とは一味違ったもので，いわば水戸ッポのエスプリに触れたような感慨一入であった。

午後の簡単な世話人会を経て午後一時から学術例会が持たれた。場所は茨城県メディカルセンターであったのであるが，これがまた大変良かった。水戸市郊外の，武蔵野の自然を留めたと形容したくなる林間に，たっぷり余裕を持たせた敷地，その中に瀟洒に建つ，このセンターは，県庁および県医師会，市医師会の協立によると聞いたが，気の配られたインテリア，広く実務的空間など，殆ど羨望に近い感を抱かせた。

内容は

（Ⅰ）①糖尿病患者の指導　守屋美喜雄（東京）
②私の糖尿病患者指導　大越次男（水戸）
③私の実践―小さな診療所から　上野豊（日立）
④開業医の行なっているＨＢ肝炎母児垂直感染遮断の実際　相川達也（水戸）
⑤実地医家の現在と未来（個と社会）新野稔(東京)
（Ⅱ）①私と実地医家のための会　樋渡喜一（高萩）
②これからの医療としてのプライマリ・ケア　渡辺　淳（東京）

であった。

上掲のテーマおよびその内容は後出の抄録でわかられるところだが，その中身は，実践の場で，プラクティスの中で確実，正確，高度であっていかにも個性的であり，大変示唆に豊む論説の展開であり，その背後に，この地方特有の堅実，着実性に裏打ちされ，しかもその地

域医療取り組みへの団結の強い医師団の存在を感ぜしめたし，かくのごとき医療プラクティスに囲繞された，当地方一般住民の幸福を思わせると共に，油断すまじとの対抗心をも感じたと白状せざるを得ない。

なお司会は水戸側から野寺，東京側から安田，松坂の3先生，記録は東京の北川が担当した。又当日の会の進行に当っては第一製薬水戸支所の物心両面の御援助を得た。

外来医療学

私の糖尿病診療 ●●・

千代田区
守屋　美喜雄

1．診断

糖尿病の診断にあたっては，ＧＴＴの結果は参考資料に留め，その患者が糖尿病の特質をどの程度に備えているか検討することを，診断の基本とします。ＧＴＴが糖尿病型を示した場合は，それが他の疾患に起因するものでないかどうかを鑑別します。このように診断を厳格にすると，疑糖尿病の中に軽症糖尿病がまぎれ込む可能性が大きくなるので，疑例は確実に follow up しなければなりません。

ＧＴＴは初診時には行ないますが，follow up の段階では原則として行ないません。早朝空腹時または昼食後2時間の血糖値と免疫インスリン，HbA_1 を測定すれば，殆ど事足ります。

2．コントロール基準

「生活気力が維持されていること」「合併症がないか，あっても進行性でないこと」の2点が最も大切です。血糖値は，strict control ということで，ＦＢＧ110 mg/dl 以下，HbA_1 は絶対に9％以下を目標とします。

3．患者教育のやり方

私は，患者教育は man to man 方式が基本だと考えているので，初診時教育は1人ずつ行ない，集団指導はやりません。1人に2時間以上かけます。相手の表情をみながら，1人1人指導のやり方を変えてやります。テープやビデオによる一方通行的な教育は，集団指導には使えても，個人指導には不向きです。

4．食事指導について

食事療法は，今までの「悪しき習慣」との闘いなので，一定の苦痛を伴います。従って，食事指導にあたっては，psychosomatic な配慮が必要です。

私は，食事「制限」という言葉は絶対に使わず，食事の「適量化」というようにしています。

老人などで，どうしても食品交換表を使いこなせない人に対しては，「ごはんは1ぜん，副食はそれに見合う量」といったような指導をすることもありますが，めんどうくさがって交換表を使わない人に対しては，厳しい態度で接するようにしています。

食事指導にあたっては，患者に食事内容を記録させ，自分で単位（カロリー）計算をさせます。原則として1回の記録は1日分とし，間隔をおいて繰返し記録させています。

人工甘味料は使わぬよう，また，トコロテンやコンニャクなどで腹をふくらますこともやめるよう指導しています。お菓子は禁止し，間食は牛乳や果物を持単位の範囲内で飲食させます。原則として禁酒を指示し，あとは「本人の人生観にまかせる」といって，自分で考えさせます。宴会や外食は，食べる前に残すべき分にハシやナイフで線をいれさせます。目分量のできない料理は，他の人の半分以下にし，デザートは食べないよう指導しています。

私は，「糖尿病患者も，あたり前の人間である」と考えていますので，食事指導は普通の人が食べる食事を教材にし，それが何単位であるか，どれだけ残せばよいかを考えさせるようにしています。患者は，ふだん，健康な人と一緒に社会生活をしているのですから，普通食を残すことを覚えさせなければ，生きた食事療法を実行することはできません。

栄養士がいないことを補う手段としては，保健所に糖尿病料理教室を開いてもらい，患者をなだれ込ませています。

5．運動療法について

まず，足ぶみのしかたを教えます。次に歩数計をつけて，手をふって大マタで，急いで歩くことをすすめます。自動車に乗らない，電車は目的地の一駅手前でおりて歩く，下りのエレベーターには乗らない，といったことから始めさせ，順次，理想的な運動療法に近づけるようにします。主婦の家事労働は運動療法にならぬことも教えておきます。運動療法の動機づけとしては，患者会が歩く会を実施しています。患者会の旅行にも，必ず歩くことを日程に組み込むようにしています。

6．患者会について

患者会は集団教育の場として重要です。糖尿病教室，婦人部会，歩く会，旅行会，懇親会，機関誌や会報の発行など多面的な活動をしており，一定の教育効果を収めております。

糖尿病教室は２～３カ月に１回開き，実物の料理をあじ味させながら食事指導をしたり，患者に体験発表をさせたりしています。機関誌も体験発表を中心に編集されています。

7．むすび

患者指導は当日の血糖値をその場で測定し，それを基本にして行います。毎週１回カルテを総点検し，来院予定日に来なかった患者には連絡をとり，drop out を防ぐようにしています。患者の81%は食事療法・運動療法だけで管理中です。

私は，糖尿病診療というものは，結局はスタッフ，特に Dr. の人力と情熱に頼るほかないのではないかと思っています。スタッフ側に，いささかでも妥協的な態度や怠け心があったならば，糖尿病診療は成功しないと思います。

診療所における患者指導 ●●・

殊に食事療法を中心として

水戸市
大越　次男

糖尿病の治療で食事療法，運動療法の重要なことは周知のことですがこれを長期間継続して行なうことは困難と思われます。ここ数年食事療法における落ちこぼれが問題になっていますが我々も一年以上通院している患者100名をピックアップし面接調査した結果プライマリ・ケアの重要性を痛感したので患者指導の実情と併せて報告します。

施設の概要および指導の実情

入院許可19条の有床診療所で栄養士２名，パートを含め10名の看護婦で指導にあたっている。患者指導には集団指導と個別指導があるが，集団指導は他の施設と変りなく，週１回の糖尿病教室，年２回の食事会，入院患者対象には毎月曜日の夕食会，年１回の歩く会，日帰り旅行，映画会などを実施している。個別指導は，病院栄養士が多忙なのに比べて食事指導，病棟訪問など充分に行なえる１年以上の通院患者は1,005名で，食事療法64%，経口剤23%，インスリン13%である。今回100名を無差別にピックアップしたが，男49名 女51名で，治療別では食事療法54%，経口剤28%，インスリン18%で高令者が多く50才台31名，60才台34名，70才台10名で罹症期間も長期の者が多かった。食事療法の理解度により５群に分けた。A群は献立の立てれる群。B群は食事療法に理解があり目分量でも計れ同じ表中での交換が出来る。C群は家人にまかせている。D群は主食のみをはかって食べている。E群は中断またはしようとしない。GOOD と FAIR の判定はＦＢＳ120mg/dl尿糖１日10ｇ以内，総コレステロール220mg/dl以内，体重標準体重の10%以内，HbA_1 10 %以内を GOOD としそれ以外を FAIR とした。

A群は６名でＧ５例 Ｆ１例で，B群は23名，男14名 女９例でG17例 Ｆ６例で，糖尿病に理解はあっても間食が目立った。C群は12名で，男８例 女４例で仕事の忙がしい男性，老人に見られＧ８例 Ｆ４例でＦ群は外食が目立った。D群は男17例 女18例，E群男７例 女17例あり，E群でコントロール良好群は，入院の経験ある例が多かった。A群を除く各群に合併症は見られ，高血圧は25%より33%，冠硬化症17～25%，網膜症Ｂ群２例 8.7%，C群３例(25%)，D群４例(11.4%)，腎症は２例（5.7%）でD群に見られた。間食はＡを除くＢＣＤＥ群に33%前後見られ，アルコールは18例に見られその半数は毎晩のむ習慣があった。外食の多いのはＢ群３例，C群４名，D群６名，E群１名に見られた。

今回の調査で食事療法の理解者は30%で特に高年者の場合体で体験させた方が良いと思われたことと食事療法のうまく行かない原因として間食およびアルコールがあり，食事療法にあまり関心を示さないのは安易に経口剤を投与された患者に多く見られジョスリンクリニックのクラールが言うように患者教育の最も良い時期は糖尿病と始めて診断され病気を恐れ，助けを必要としている時に充分に行なうというプライマリ・ケアの重要性を再認識した。

私の実践〝小さな診療所〟から ●●・

日立市
上野　豊

私は昨年７月，日立市に内科・小児科を標榜する小さな診療所を開設致しました。従業員は看護婦３名，事務職員３名であります。開業までの15年間は，秦病院の副院長として，また内科医として勤務致して居りました。

昭和35年頃は，北大で公衆衛生学教室の助教授をしておりました。

日頃，私なりに開業医の理想的な姿を描いておりましたので，一度それを実行に移してみたいと考え，昨年，秦先生に無理にお願いして，小さな診療所を開設した次第であります。

私が自己流で描きました理想的な開業医の姿は，予防医学と臨床が混然と融和し，調和を保っている姿であります。この理想像を貫く基本的な精神は，宮沢賢治の〝雨ニモ負ケズ〟の精神であります。

この理想像を具体化するために，次のいくつかのことを実行致しました。

第１は，往診には積極的に応じ，可能な限り断らない，ということであります。

自宅にも往診鞄を置き，祭日，夜間にも電話があれば直ちに往診することを原則としております。

第２は，在宅患者の管理であります。現在約40名の体の不自由な患者さんを，自宅で管理して居ります。２週間に１回往診の形で訪問し，診療と同時に必要ならば採尿・採血を行ないます。血糖，心電図は患家でとります。往診は原則としてタクシーを利用します。

患者には車代として１回1,000円，月に2,000円を負担してもらいます。患者は自宅に居て，待ち時間も無く，外来診療にちかいサービスを受けることが出来るわけです。一方私の方は，患者の家庭・生活の状況もわかり，その場で患者や家族と話し合いが出来ますので，大変良い人間関係が出来て，生活指導も良好であると考えています。

第３は，木曜日の外来を休診と致しまして，木曜日の午後は，木曜講座を開いて居ります。これは患者さん並びに地域に対する私共の医療機関よりのサービスであります。すべて無料で，私共の待合室で行ないます。

講師は看護婦が交代で当り，時には私が応援致します。

テーマは，糖尿病の食事の話，肥満の話，救急処置，子供が急に具合が悪くなった時の症状の見分け方と処置，寝たきり老人の介護・老人への接し方等雑多でありますが，出来るだけ皆様のお役に立つようにと資料等も準備致します。

この講座には薬問屋の福神が大変協力して下さり，県のメディカル・センターより教育用のフィルム，映写機等を運んでいただき，使用致して居ります。

普段はゆっくりお話し出来なかった人々や，地域の人々と，膝をまじえて話し合いが出来ることは，私共にとっても楽しみであり，患者さん，その家族，地域の人々へ，微々たることではありますが，お役に立っているのではないかと考えています。

第４は，嘱託産業医としての仕事であります。私は現在12社（15工場・従業員数約3,000名）と嘱託産業医の契約を結んで居ります。水・木・金曜日の午後の空いた時間に会社を訪問し，工場巡視・健康相談等を行ないます。これ等の工場には当院の患者さんが沢山働いて居られますので，彼等の職域を知り，立体的に彼等の健康を管理してゆくことが出来ます。このことは意義深いと考えて居ります。

第５はコンピューターを開院時より導入し，煩らわしい事務作業より開放されることが出来ました。また患者のリストアップも簡単ですので，木曜講座でも有効に利用して居ります。

第６は，在宅患者の管理，木曜講座，産業医の会社訪問等の計画・連絡は，すべて担当の看護婦が行なって居ります。彼女等もこの計画に参加することで，医療の意義と喜びを体験しているのではないかと考えています。

最後に，皆様御存知とは思いますが，宮沢賢治の詩を紹介致します。

雨ニモマケズ　　風ニモマケズ
雪ニモ夏の暑サニモマケヌ
丈夫ナカラダヲモチ
慾ハナク　　決シテ瞋ラズ

イツモシヅカニワラッテヰル
一日ニ玄米四合ト　味噌ト少シノ野菜ヲタベ
アラユルコトヲ　ジブンヲカンジョウニ入レズニ
ヨクミキキシワカリ　ソシテワスレズ
野原ノ松ノ林ノ蔭ノ　小サナ萱ブキノ小屋ニヰテ
東ニ病気ノコドモアレバ　行ッテ看病シテヤリ
西ニツカレタ母アレバ　行ッテソノ稲ノ束ヲ負ヒ
南ニ死ニサウナ人アレバ　行ッテコハガラナクテモ
イイトイヒ
北ニケンクワヤソシヨウガアレバ　ツマラナイカラヤ
メロトイヒ
ヒデリノトキハナミダヲナガシ
サムサノナツハオロオロアルキ
ミンナニデクノボートヨバレ
ホメラレモセズ
クニモサレズ
サウイフモノニ
ワタシハ
ナリタイ

水戸市医師会でのHBV母児間垂直感染遮断の試み ●●・

水戸市
相川　達也

わが国におけるB型肝炎ウイルス（以下HBV）の最大の感染経路は母児間の垂直感染であります。これを遮断することによりHBVキャリヤーの新たな成立を防ぎやがては慢性肝疾患の根絶をはかることが可能で，確実な抗ウイルス剤の出現をみない現在，もっとも有効かつ安全なHBVに対する対処法といえましょう。しかも従来の臨床医学の在りようからは対応できない，基礎医学者，各科臨床医，検査技師が一体となって取り組まねばならない一つの新しい総合的医療活動の側面をももつものであります。

1980年，水戸市医師会に院内肝炎対策委員会が設けられ，医師会加盟施設職員のB型肝炎汚染の調査を行う中からHBV母児間垂直感染遮断の計画が生れてきたのでありますが，実施にあたっては当初より本委員会を指導して下さった自治医科大学真弓教授の示唆で東京都のグループのプログラムを踏襲することにいたしました。即ち対象は HBe 抗原陽性の妊婦より出産した新生児で出産直後までのプログラムは表1の通りで以降，1か月間隔で児の HBs 抗原，抗体を測定し2か月まではHBIGによる passive immunisation，3か月目より adjuvant を加えない HBs ワクチンを使用しての active immunisation を行ない児に HBs 抗体を保持させる試みであります。現在8例の児に実施され（図1）5例が HBs 抗体を維持していますが，1例は出産1週間目に，1例は2か月目，1例は3か月目に HBs 抗原陽性となっています。垂直感染遮断失敗例の第1例は，おそらく経胎盤感染によるものと考えられますが，第2，第3例については産道感染を防ぎ得なかったものとみなしています。ただし第3例については授乳中に母親から水平感染をうけた可能性も否定できません。この水戸市での成績は他の地域でのそれに比較して感染阻止率の面で劣るものですが，本企画の当初より母親の DNA-polymerase が高かったのも1つの要因かと考えます。HBs 抗原陽性となった児についても持続感染例となるかは継時的観察が

表1　水戸市医師会肝炎対策委員会のHBウイルス母児間垂直感染防御プログラム

HBe抗原陽性妊婦の発見——→登録
↓
DNA-polymerase測定————→血清凍結保存
↓
出産——→ 帯血の HBs 抗原，
抗体の測定——→血清凍結保存
（R-PHA 法にて2時間以内に報告）
↓
いずれも陰性
↓
Fc（−）HBIG 静注
↓
24時間後HBs抗原，抗体測定。
抗体価の上昇を確認
↓
HBIG筋注

必要でありましょう。

開業医によるＨＢ母児間垂直感染防御の実施にあたっては産婦人科，検査担当医，小児科医が一つ施設内にいるわけでありませんから個々の独立した施設が相互に連絡しあって迅速に対応しなければならない条件下にあるわけでありますが，本来，ホームドクターとして母児ともに長期間観察しなければならない開業医が相互に協力しあって問題にとりくむべき性質のものと考えます。今後 HBs ワクチンの普及とともに各地で母児間感染遮断が現実の問題となる日も遠くはありません。水戸市医師会での経験が参考になれば幸であります。

図１　母児間感染遮断一覧

新生児	１月	２月	３月	４月	５月	６月	７月	母のDNA-Polymerase
1	HBsAg(+)							3300 count/0.5ml
2								785
3	HBsAg(+)							573
4								10693
5								501
6	HBsAg(+)							3791
7								
8								

開業医の現況と将来 ●●・
（個と社会）

武蔵野市
新野　稔

１．私の医療活動の概況

医療活動の実態と，本会とのかかわりについてふれ，開業医療活動において，10年・１つの単位では，自分の主張が形成され自信をもって伝えることが可能となる。

２．日常診療の現況

1)　画像診断の適応評価――正当性と最適化

電離放射線のＸ線診断，医療への応用には，便益が損失を上廻る正当なもので，最小のリスクで最大の情報を得るように務めることで，その方法として，診断計画を作成し，被曝の低減をはかることにある。すなわち，総合的に映像・画像診断の特性を生かした組みたて，ふるい分けの画像情報システムが手始めとなり，imaging decision tree の確立となる。

ここに２つの問題として，１つは放射線科診療の適応の判断で，正当化，効率性の問題，もう１つは患者被曝線量を軽減する技術の問題，最適化で，効率性の高い有用性のある方法で正当化と最適化を実践することになる。efficiency と efficacy について視点を与え述べ，診断能にふれた。

2)　日常診療で得た知識

(1)大動脈弓部，石灰化像の脳血管障碍にたいする予測

脳梗塞症例をレトロスペクティブに検討した結果，型分類・上部散在を主体とした，線状型にその頻度が高く，型所見は脳血管障碍の発現の推定に有用なサインと考えられる。

石灰化陰影のＸ線像における型分類

観察結果により，石灰化の線状陰影が縦に孤立的に存在し，次に縦の軸に延長増大し，各々が不連続性をおび，それらが，大動脈弓縦軸の1/3をこえ，連続形態を示す陰影と，縦軸に２つの層を形成する陰影を線状型として一群にまとめ，散在性に散布し存在する陰影を散在型とし，線状型と散在型が合併存在する陰影を合併型とした。それらに前述の概念の孤立・不連続・連続の形態を示しているものを含んで一群とした。大動脈弓部と下行大動脈部に各々石灰化の線状陰影を認める群を二重構造型とし，型分類をこころみ，これらに標識を与えた。すなわち，形態・性質の異なるものを数字で，関連変化をアルファベットで表現をこころみた。

線状型をⅠ型，散在型をⅡ型・合併型をⅢ型，二重構

造型をⅣ型とし，孤立型をA型，不連続型をB型，連続型をC型，二層型をD型と名称を与えた。

個の症例における経年的変化

石灰化・陰影・経年変化としての約10年15例の観察成績は，いずれも延長・増加を示している。その内10例において，下部のⅠ・Aより中・下部のⅠ・Bをへて，10年後には中・下部のⅠ・Cへの変化を示し，15例中3例は下部Ⅰ・Aより，中・下部Ⅲ・Bをへて10年後には中・下部Ⅲ・C＋Ⅳ・Aへの変化が認められ，いずれも生存中である。

レトロスペクティブに死亡例を観察し得た2症例は上部より・中部へ進展し，Ⅰ・AおよびⅡ・AよりⅢ・Bを，またⅠ・C＋Ⅰ・Dに変化をきたし，ともに脳梗塞にて死亡している。最近，上部合併型女性3症例と心筋梗塞例に上部連続二層型を観察した。

3)　地域住民健診において

武蔵野市における老人健診・上部消化管検査成績の年次推移より，食道裂口ヘルニアは，加令とともに増加し，女性に頻度が高く，十二指腸憩室と相関がある。前屈側面像がその分析に有用である。

4)　X線診断の手引き

(1)体型とフィルム規格・胸部画像

医療情報は画像に胸部全体が収められることを必須の条件とする，適格なフィルム規格の使用を，体型・身長を指標とし検索すると次の結果が得られる。

男性は身長下限154cm以上は半切規格を，身長下限151cm以上と前者の間では大角規格使用で，胸部X線画像としての適応性を認める。女性は身長下限141cmで大4ツ規格を必要とし，肺気腫患者では一段上での規格使用が適切である。

(2)Ten days rule，慢性病にはConsequence of diseaseとして，器官レベル，個体レベル，社会レベルで障碍を単に医学的事実としてとらえるのみでなく，人間の価値観・人間として，人々の社会的役割の問題としてとらえてゆかねばならない。

(3)胃のatrophic slopingの部に糖尿病を基盤とする潰瘍が生じやすいのでa. s. は1つの指標部位となる。

(4)癌の骨転移は赤骨髄の部位撮影が優先され，X線潜伏期のあることを考慮しなければならない。

(5)X線画像評価に関心をはらい，視覚特性に合った読影に値する画像が要求され，それに対応することによって診断能の向上がはかられる。加療対象の病的陰影と読影される「陰性クニック」のartifactは読影障碍因子である。

3．将来について

1)　医療から医学へのフィードバック医療の必要性をのべ，例えばEar Lobe creaseのSignは身近かな動脈硬化の臓器障碍の指標への位置づけも可能と思われる。

2)　医療学構築への努力

医療の学問としての構築は成熟し，理論的に合意され体系づけられてきている。

医療学として，医療学総論，医療組織学，医療管理学，医療経済学，医療経営学，医療評価学，医療教育学，医療法学，医療保健学・医療福祉学を抱括し，発展・展開することにより，医療は新しい方向に理論化体系化されてゆく。

3)　組織医療での分担

日本の患者中心のRandom access型は医者への近づきやすさなど東洋的自然さを温存し，ピラミッド的階層構築の人工システムは官僚化する危険を有している。Randon access型はリサイクル技術の輪がうまく対応出来るかにかかっていて，未来学のシナリオの1つである。これからは組織医療の分担であり，我々の手で地域医療計画の完成をめざすことである。国には世論を背景にして法で規制する方向性を示している。

4)　質のよい医療の提供には共同研究が必要であり，ライフスタイル，ライフサイクルで対応し，その本質の理解には比較研究の技術を応用することにより，その背景を明確にし真の本質に近づくことが可能となる。

実地医家のための会と私 ●●・
——茨城例会開催に当って——

高萩市
樋渡　喜一

実地医家のための会，茨城例会がめでたく開かれることになりました。実質的には水戸在住の方々の力によるものですが，古くから会員として関係し，今回の例会についても，最初の窓口ともなったので，私にも何か一言話しするようにとのことでここに立ったわけです。

私が実地医家のための会に出るようになったのはいつ頃だったか記憶がはっきりしませんし，詳しく調べてもみませんが，この会が来年は創立20周年であると言いま

すから昭和38年の創立でしょうか。私は創立後そう長く経っていない時期から参加していたように思います。

最初医事新報か何かで見て一人でひょっこり出かけて行ったのが赤坂の都市センターでした。先年亡くなられた春日さんや，浦田卓，秋月等という方が活躍して居られました。

私の住所は水戸からさらに北へ約50キロの高萩市で当時は東京まで4時間ないしそれ以上かかったと思います。しかし戦後すぐに食糧事情が悪い時だったので，故郷である福島県から余り遠くなく然も占領軍兵士の余り目に入らないところという条件に丁度合ったところとして就職したのが高萩だったので，1ヶ月1回上京して皆様方の発表されるのを聞くのを楽しみでした。

その前から高萩で友人と語って，7人組で月1回の集りを持ち，各家まわり持ちで，当番をきめて発表し研究会をやって居りました。医学に限らず何でも好いということにしていたのですがやはり医学に関することが主になりました。それも死亡したり，病気になったりする人がおって今では僅か3人になりましたがまだ続いては居ります。

この会で「開業医はどのように勉強したらよいか」と言う主題で話合われた時，私共の会のことを話し，いろいろ議論しても最後に結論を与えてくれる人のいないのが困るといった時に「大学の研究室などでも同じだ。それよりも皆様の10年20年の実地が尊いものだ」と言われて，非常に元気づけられたことが今だに強く印象に残っています。

とにかく私は教えられることが多くありました。中には賛成しかねる点も勿論ありましたが，その一つ一つが役に立っていると思います。私は2～3学会の会員として学会にも出席しますが，学会で聞くこと勿論大いに参考になり役にも立ちますが，何か少し遠いところのような気も致します。その点実地医家のための会では，通俗的なありふれたようなことと思う話の中に，今まで気がつかなかったこと，見落していたことなど教えられるように思います。またその間に医療の哲学というようなものが話し合われているようにも思います。

以前春日さんから，茨城例会をやってはと言う話もありましたが，私自身水戸から遠くいわば僻地に居りますし，他に適当な方もなく沙汰止みになってしまいました。今度は，丁度東京の方の世話人の鈴木さん，安田さん，北川さん等と同級または友人の方々が水戸に居られるので，私が先ず窓口になり，平山，野寺，丸山の諸先生に話しかけて賛成を得，これらの方々の御努力によって今日に至ったわけです。県医師会，水戸市医師会の全面的協力を得ることが出来ました。これ等関係の方々に深く感謝すると共に，遙々お出かけ下さった東京その他の先生方に厚く御礼を申し上げます。

これを契機としてこのような主として第一線開業医のための研究会が発展することを望みたいと思います。

ところで一つ私の意見を述べてみたいと思います。表は高萩市の予算（56年度）です。この中で全市民に関係する保健衛生に関するものはいわば疾病予防の面（予防接種，各種健診など）で1人当り「3,131円」です。これに比し三分の一の人口の国保の費用（主として医療費，いわば修繕費）でこれが「97,443円」で約30倍になっています。

私はこの予防関係費を増加し強力にすることによって，国保費―医療費を減ずることが出来ると思います。また現在この予防方面に私共医師が出ることが多いのですが，これも診療の片手間と考えることなしに力を注ぐべきだと思います。勿論そのための報酬も診療している時間と同様十分に支払われるべきだと思います。

高萩市	
人口（56. 4. 1）	32,480人
国保人口（〃）	10,187人
保健衛生関係予算	96,106千円
学校保健〃〃〃〃	5,603 〃
計	101,709 〃
全人口1人当り	3,131円
国保事業費	992,655千円
国保人口1人当り	97,443円

これからの医療としてのプライマリ・ケア

大田区
渡辺　淳

田園地帯に出現した近代的病院における医師の医療活動が，老人などの疾病発見率を上昇させ，その結果は，多数の老人の長期収容，その医療費のための保険料の高

騰など，却ってその地帯住民の不評を買う結果になったという実例を示すが，ここに日本の現在の医療パターンの一部が暗示されている。この中に医療とは医学的適応であると考えるのは短絡であって，それは住民および社会の需要に応ずる姿勢を持つことが必要であることを内蔵しているわけで，その精神の基に医療活動を行うことが，即ちプライマリ・ケアであり，プライマリ・ケア・フィジィシャンである。この傾向は，日本だけでなく，諸外国においても最近採り上げ出されている問題であって，日本の大学においても，川崎医大におけるがごとく，アメリカにおける，エステス教授を委員長とする，コミティーの提言を採り上げて講義している。

それには38の提言がなされており，何時でも，誰でも，何処でも，医療を受けられる（accesibility）のための System care，あるいは co-，para-medical group を組み込んだ medical system によるプラクティスや，プ・ケ対応医にとっての医学，医療を comprehensive medicine として捉える姿勢，responcibility を果すための説明，予後の想定などを通じて医療の選択を患者に委ねる姿勢などが提言されている。これを要するに，医療環境，住民意識の変化と，疾病への国家的対応の発展とにより，医療の内容が進歩したと考えるべきであり，それは具体的にWHOのアルマータ宣言に表われている。

そしてこのような傾向は，医療側としての certification を通じて，疾病予防，さらに健康増進と発展するのであって，本年2月から施行された老人医療法は正にその精神に則っており，health care と medical care とが両輪となっているのである。この傾向から，医療は必然的に地域医療，健康ケアーの方向に進んでいる。この取り組みは目下は政府指導型で市町村の行政主体型のごとき体裁をとっているが果して，それは実際であろうか。われわれ医療人は，従来から地域の中にあって，いわゆる包括医療を行って来たし，その果した accesibility をふり返って見，他方，われわれ以外の何人がそれを行い得たかを考えるとき，この要請に応ぜられる立場にあるのは，拙くも先ずわれわれを置いて他にはいないことを自覚するべきである。

そして，われわれの任務についてのプライマリ・ケアの概念に基いての理念的再確認を行うとともにプライマリ・ケア・フィジィシャンとしてのプラクティスに関しては，プ・ケ学会において技能的，精神的修練を行うべきであると考える。

御案内　「実地医家のための会」

7月札幌例会　プログラム決まる！

7月9日（土）
- 17.30〜18.30　世話人会（北海道厚生年金会館）
- 19.00〜21.00　前夜懇親会（札幌ビール園）

7月10日（日）
- 8.00〜12.30　札幌市内観光
- 13.00〜17.00　例会（札幌市教育文化会館）

例会プログラム

(A) 研究発表

「世界最初のＬＣＡＴ部分欠損症の症例」
佐久間真樹（北海道）

(B) 私はこうしている

①私の診療所でのスクリーニングテストと診療の流れ　木田　威俊（金　沢）

②診療所で出来る細胞診　木田　順子（金　沢）

③私の腹痛及び腰痛の3分間診療
佐藤　安正（東　京）

④ブドー糖負荷試験を考える
守屋美喜雄（東　京）

⑤小児の発疹性疾患ー診断と治療のコツ
浦田　久（東　京）

(C) 特別講演

手をめぐる哲学的随想——実地医家のために——
方波見康雄（北海道）

○会費は1万円

○宿泊は，北海道厚生年金会館

○アカシヤが咲く素晴らしい季節の札幌です。どうぞ御出席を御待ち申し上げます。

出席御希望の方は，事務局まで御連絡下さい。

（Tel. 03—575—0185　協和企画内）
北海道支部世話人　土谷　茂樹
江別市大麻高町16の18　土谷医院
（Tel. 01138—6—4860）

家ごとにリラの花開き札幌の
人は楽しく生きてあるらし　—吉井勇—

私たちの例会
第220回「実地医家のための会」
ボケ老人を抱える家族の会共催

老人ボケをめぐって

——予防から福祉まで——

- ボケ老人の 2, 3 の知見　藤沢市　金子　義一
- 都市におけるボケ老人の実態　杉並区　小林　之誠
- 特養老人ホームから見たボケ老人　秦野市　大林　輝明
- 睡眠障害を中心にした薬物療法　船橋市　佐々木邦幸
- 私の体験から　ボケ老人を抱える家族の会　内田　玲子
- ボケ老人をかかえる家族の会活動経過と願い　同会東京世話人　河嶋　かず
- 老人のボケとその対応　東京都老人総合研究所心理精神医学部　柄澤　昭秀

司会／鈴木荘一，金子義一　　記録／山田辰一　昭和57年12月12日　東京医科歯科大学

司会　老人ボケは今後の高齢化社会では大きな問題です。医学の枠をこえて総ての人の参加が必要であり，また予防から福祉まで，誰でもが自らの手をだせるところです。皆さんとともに語り，学びましょう。

ボケ老人の2, 3の知見

藤沢市
金子　義一

戦後30有余年の平和と医学・医療の進歩，社会福祉の発展は，我国民をして，世界に類を見ない短期間に，寿命の延長を齎し，高令化社会に突入しました。高令化社会とは，65才以上の人が，全人口の7％以上になった社会をいうといわれています。現在，我国は，65才以上の人口は，1,127万人と一千万人を超え，総人口に占める割合は，9.5％です。即ち，昭和55年には1,043万人であり，昭和56年には，1,093万人でした。昭和85年には，2,396万人になるといわれています。この人口の増加は，世界的な傾向で，去る9月15日，オーストリアのウィーンで，国連主催の「高令者問題世界会議」が開催され，西歴2,000年には，65才以上の人口が，世界中で6億人になると推定され，「老人が，全員悠々自適の生活ができるような環境づくりをしよう」と世界に向けて呼びかけています。我国においては，この高令化現象が進んだ時，武見日本医師会前会長がいった「健やかに老いる」ことが望ましい姿ですが，現実問題としてクローズアップされるのが，有吉佐和子氏の作品「恍惚の人」により，世界の関心を高めたボケ老人の問題です。

一言にボケといっても，はためにはわからないような，極く軽度のものから，植物人間に近いような人まで，様々です。そして我々内科医にとり，このボケ老人の問題は，さけて通ることのできない問題です。現在このボケ老人は，65才以上の人口の4.6％といわれ，全国で約54万人おります。それ故に20年後の昭和75年には，

65才以上の人口が1,906万人と推定され，ボケ老人は95万人になるといわれております。しからば，ボケとはいかなるものでしょうか？柄澤昭秀先生は，「通常の日常生活の遂行が，独りではちょっとおぼつかないという程度の知的衰退が認められた場合，あるいは日常生活に支障はないにしても会話の内容や理解が乏しいとか，不完全であるとか，社会的出来事への興味や関心の低下が認められるなど，日常生活の上に粗大な知的衰退が現れている場合をいう」といわれ，三宅貴夫氏は「一度獲得した知的機能の低下により，自己や周囲の状況の把握や判断が不正確になり，適切な対応がとれなくなり，自立した生活が困難になった状態」といい，長谷川和夫氏は「これは生理的過程であり，記憶障碍にとどまり進行せず，日常生活に支障を来すことはない」といっていますが，いずれも，老人ボケとは老化に伴う生理的精神機能特に知能の低下としています。この原因は薬害（降圧剤・安定剤）によるもの（Drug），情動障碍（Emotion），代謝障碍・ホルモン異常（Metabolic），目や耳の障碍（Eyes and Ears），栄養障碍（Nutrition），脳腫瘍や外傷（Tumor），感染症（Infection），動脈硬化（Arteriosclerosis）（これらの頭文字を並べるとDEMENTIAとなる）などです。要因として(1)病的でないボケ，イ．廃用性（長く頭を使わない時），ロ．習慣的な日常生活の維持には支障がないもの，(2)病的ボケ，イ．脳障碍と直接関係ないもの（うつ病，精神的原因），ロ．脳以外の身体的要因によるもの（動脈硬化，貧血，電解質異常，代謝障碍，栄養障碍），ハ．脳の器質的疾患を背景にするもの（痴呆）があり，4割が加令により，6割が脳卒中や脳血管障碍によるといわれています。精神機能は脳の機能であり，ボケも脳機能と関係があります。老年期になり脳が萎縮し脳室が拡大し，脳重量が減少すると，ボケではなく痴呆になります。東京都養育院附属病院の剖検例によると軽症ボケではあまり変化はないが，ボケの程度と脳室の拡大は関連があるようだといっています。ボケの初期は忘れっぽくなり（記憶障碍），日常行動でちょっとした失敗などでその後精神症状として，せん妄，抑鬱，心気的，不安，妄想，興奮，焦燥等が現われ，問題行動として，不潔，夜間家族をおこす，外出して迷い子になる，大声を出す，不安がって家族をはなさない，徘徊，攻撃的，過食，蒐集癖，乱買等がある。またボケ症状は寝たきり老人とそうでないものを比較すると圧倒的に寝たきり老人に多いのです。これらの程度を診断するのに聖マリアンナ医大長谷川和夫教授の考案した簡易評価スケールがあります。ボケ老人に対する基本問題として，浴風会副院長大友先生は，「人格を認め，心あたたかい接触を図ること，ボケが高度であっても，人格を認めた態度で接することが大切である。そして常に身体の状態についても留意する，要は残っている脳の機能を出来る限り活用し，大切にすることが原則である」といわれています。そしてその介護は，家族的な温かい雰囲気の中で，忍耐強く相手を充分に尊重して接することで，注意事項として，1．急激に環境を変えない　2．簡潔に正確に情報を与える　3．1m以内に近寄って話す　4．方言など理解できる言葉を探す　5．規則正しい生活をさせる　6．毎日少しずつ何かさせて刺激を与える　7．困惑や混乱がめだってもやみくもに否定せず，その言動を一度受けとめてから現実を知らせる　8．過去の出来事を回想させる　9．身体的心理的圧力に配慮するなどです。ボケの治療は，脳血管拡張剤，脳代謝賦活剤，向神経薬があります。その予防としては，くよくよせずに人生を楽しみ，積極的に人生を送る，朗らかになる，無理せず（暴飲・暴食・過激な運動），沈まず，あきらめず，創造や感情を司る前頭葉を刺激することであると富家たかし先生はいっています。また早川一光先生は，ボケる人は，1．頑固な人　2．気短な人　3．無趣味な人　4．友達のない人　5．人を信じられない人　6．笑わない人　7．若い時お金に苦労して生き，お金しか頼りにならないという生活をして来た人といって，職業としては，公務員，教師，国鉄職員，警察官をあげ，きめられた規則やたてまえが前面に出て，はみ出ることを許せない仕事を長く続けられた人や管理職を勤めあげられた人といい，ボケない人として，1．本を読む人　2．物忘れをきにしない人　3．書く人　4．語る人　5．人の世話をする人　6．感動を忘れない人で，これらは，歌人，俳人，画人，俳優に多いといっています。

以上より結論としては，40才，50才代よりその予防に心掛け，場合によっては，ビタミンCやユベラニコチネートのようなものを服用し，その症状が感ぜられた時は，一般疾病と同時に早期診断・早期治療を行い武見前会長の提唱した「すこやかに老いる」ことです。

都市におけるボケ老人の実態 ●●・

杉並区
小林　之誠

急速に進む高齢化社会で，一般成人病対策はある程度進められてきているが，痴呆性老人の対策は医療行政と福祉行政の谷間にあります。全国のボケ老人は50～60万，うち介護に手をやくものは30万人以上になっていましょう。杉並のボケ老人は推定で2,200人以上です。本年2～3月に区医師会が現状の把握と対策のために調査をおこない，252名のボケ老人についての回収アンケート（693名中）をえました。都の調査に比し，軽・中等症が多かったのは，入院ないし来院不能（ボケ高度のため）者が含まれなかったためです。80～85才で28.8%がボケ老人で，また寝たきり老人が増えています。非常に高度のボケの率が各年代であまり変わらないのは，おそらく短期間に悪化するためでしょう。75才を境にして男女が逆転して，以後は女性のボケ比率が高くなります。男では事務職に，女性では主婦にもっとも多く発生します。身体障害の著しい者はボケも高度になってきます。高度以上のボケには関節症状やじょくそうがそれぞれ30%に，排尿障害が70%にみられます。精神症状も多く，55%にみられ，非常な重症者に問題行動が多く，約65%に達します。寝たきりボケ老人で臨床症状のないのは5%くらいです。著明な症状としては，筋力・気力の低下，片ないし全身まひ，聴・視力障害，心症状があります。しかしボケの程度と片まひに強い関連があるかどうかは明らかでなく，一方聴力は視力以上に関係があります。高度以上のボケには，脳血管障害が約60%，高血圧33%，心臓病28%，運動器疾患14%が合併しています。ボケの程度が強い群になると脳血管障害の率は下ります。なお脳血管障害によるボケは軽いものが多いようです。

ボケが妻の場合は11%，夫の場合は29%。2所帯同居ではボケが重くなると息子との同居率が高く，痴呆が高度となると娘との同居率が高くなります。寝たきりボケは嫁よりも息子との同居が多くみられます。主な介護者は嫁30，妻27，娘22，夫8%です。ボケの軽い時は夫婦同志，または嫁の順，中位のボケ以上になると，娘の介護が漸次トップになります。

ボケの症状は，ボケ以外に，環境や体の状況によって増悪するので，ことに環境の改善によって，周囲にあまり迷惑をかけないで済むようにして，楽しい社会ができるようにいたしましょう。

特養老人ホームから見たボケ老人 ●●

秦野市
大林　輝明

社会福祉法人むつみ福祉会・特別養護老人ホーム菖蒲荘，これが私の嘱託医として属する施設の名称であります。開所以来8年有余，ほぼ当初から通い続けておりますが，週2回緊急時の往診を含めると年に百回は優に越しております。始めに引受ける際，症状の固定した老人の入院患者を見舞う位の気持でおりました。しかし種々な事を見，聞きする内に全く新しい世界であることに気づきました。まずホームは仮の住居でなく生涯を通じて過す自宅に等しいこと。始めて知った寮母という名の職種，職員達の老人に対する態度は，今まで見て来た病院の入院患者への対応とは大層異なるシステムと心遣いがあること。

当然のことながら老人に対する医師の役割の相異点など，すべてに戸惑うばかりでした。特に身にしみたのは医師の無力さであります。ここで何をすべきかが何となく納得できたのは時間が相当経過してからでありました。

さて当施設は収容人員50名，一時入所2名，職員は看護婦2名，寮母15名その他合計28名であります。老人の生活のあらゆる面から個人に濃厚なかかわりが持たれ，ある部分では家庭内のそれをはるかに凌ぐほどであります。食事，作業療法，リクリェーション，その他全部につき，職員会議やケース会議が開かれ，老人一人一人の病歴・性格・身体状況と照し合せて決められていきます。毎年2回の職員研究発表会はさながら学会並みの真剣さでその内容も実際的で貴重な教訓を含んでおります。さらに生花・詩吟・コーラス・手芸・水墨・習字・器楽などのクラブ活動にはボケ老人に対しても働きかけ参加させます。介護の面でも食事，入浴のほか寮母の居室担当者は暇さえあれば老人と話し合いをしております。さて

ここで本題のボケの問題ですが，今まで詳しく述べたのは，これらの対応がボケに大きな関係を有するからであります。

結論的に申せば，ここで暮す間に理由なく，自然にボケてゆく例は非常に少ないことが分っております。はっきりした原因，例えば転倒骨折して入院した者，感染症などの疾患のため入院した場合などは明らかにボケがひどくなり別人の様相を呈して帰ってくる例が多いものです。当所では長谷川式精神スケールを中心に痴呆の程度を調べておりますが，入所以来作業療法に精を出した者に評価の改善した例が見られますし，低下した者は前述の外傷や疾患などの原因がはっきり指摘できます。

ボケの症状について：まず，外界に対する興味の減退，強い物忘れ，注意力減退，計算間違い，無責任，位置関係の喪失，配遇者や子供も分らなくなるなどがあります。ただボケは流動的で日や時間による差はもちろんのことで，体調でも変るようです。便秘症のお婆さんで，腹が張ってくるとボケが強くなり，浣腸排便すると頭もすっきりという人がいました。短期の一時入所をする人で退所して帰宅後しばらくはよくお喋りをするが間もなく無口になり，再入所すると再びお喋りになって帰るというように，はっきりした差を見せる人もいます。ホームの〝お早よう〟から始まる会話の多い生活のためでしょう。

当菖蒲荘で市の委託事業として地域の寝たきり老人や身障者を対象に入浴サービスを行っておりますが，この中にボケの強い人は結構多いものです。有吉佐和子氏の〝恍惚の人〟以来ボケ老人は一躍脚光を浴びて来ましたが，さてそれへの対応は決して進んでおりません。現代社会の特徴である核家族傾向や，社交場および社交性の欠除，ＧＮＰでは世界に冠たる日本も老後の豊かな暮しについては政府も国民も考慮が足りなかったことが，ボケの発生予防に大きな足かせとなっていると思われます。これらはおいそれと改善されるものではなく結局地域において地域ぐるみの対策に頼るほかないと思います。そのためには現在，菖蒲荘の隣接地に建築中のデイケアセンターなどが老人対策の拠点となるでしょう。デイケアは未だ全国的に数も少なく，福祉先進国スエーデンもデイケアの大巾な建設を目指しているということです。

最後に８年間の経験から一見満足げに見える老人たちの心の底に，家族への執着・家庭生活への憧れのあることを見逃してはなりません。例えあり余る程の老人ホームが得られたとしても，それで老人問題の大きな解決を見たとするのはあまりに愚かであります。スエーデンでも全老人の90パーセントは在宅であり政府は積極的に在宅老人への公的ホームヘルプサービスを推進しております。

デイケアの増強を含め我々も在宅老人をボケから防ぐ対策を地域における医療担当者として老人保健法を大いに利用しつつ努力していくべきと考えます。〝百の議論よりまず接触〟

睡眠障害を中心にした薬物療法 ●●・

船橋市
佐々木邦幸

老人はできるだけ家においたほうがよいと思います。勝山の海岸で夕暮に海水浴客がひいたあとに，老人が集まり，落陽をみながら，幸福そうに話しあっています。また都会に生まれ育って，そこで少々ボケてきても，周りの人々はそのことを知っているので，川にはまってもすぐその家に伝わります。つまり老人は生まれ育った生活環境の中で死んでいくのが一番幸せといえます。しかし都市化が進み転居が続くと社会が受け入れる力を失ってしまうのが問題です。しかしあまり冴えているのも困るので，ボケるのも老人の特権だと思います。

ボケは徐々におきるのであり，ＣＴでみた脳は〝す〟が入ったようになります。頑固な人が自分の健康管理をしないためにボケが進むような感がします。老人の異常行動で，一番困るのは，夜間せん妄，夜間はいかいで，介助者の生活をメチャメチャにしてしまいます。

以下，私の専門の睡眠に絞ってお話します。

老人ボケは，脳血管障害に伴うものと，脳の萎縮に伴うものと，これらが混合したものがあります。夜間の睡眠のサイクルを脳波で観察すると，その人の生理的のレベルが分かります。健康な人では，１ないし２時間のキチンとしたサイクルで眠りが深くなったり，浅くなったり（レム睡眠）して，朝までに４～５回くりかえします。老化現象をこの面から見ていきますと，老人の睡眠は浅くて，持続が短くて，目がさめやすいのが特徴です。したがってチョットしたこと，尿意，寒さ，痛みで目をさまします。これを多少でもコントロールしてあげ

ればまだ助かるのではないかと思います。健康な老人では，睡眠のサイクルはそんなにくるっていません。深い睡眠は確かに浅くかつ少なくなってくるが，レム睡眠の時期のパーセントはそんなに落ちていないのです。ボケがおきると，レム睡眠のサイクルが非常に乱れて，本当に目をさましてしまいます。すると当然からだの調子も狂ってきます（精神病の患者も同様なことがおきます）。そこらを修復してみると，多少でもましな状態に保てるのではないかという仮説にたって治療がはじまるのです。精神科医は色々な薬を使い分けて，その人なりの興奮がおきないように，またキチンと眠れるように多くの睡眠剤を使うので内科の先生に嫌われ，〝いいかげんに止めたら〟といわれて迷惑することがあります。これは経験的な理由から使わざるをえないことがあるので使っているのです。どんな精神異常興奮でも，その修復にはどっぷり薬漬けにして心身ともに休養を計る〝持続睡眠療法〟から出発し，その間に脳循環改善剤や脳代謝促進剤を併用してゆかねばなりません。前者ではクエン酸ニカメテイト（マンレート，ニコパイル，ユークリダン），シクランデレート，トレンタール，ニコチネート，後者ではガンマーアミノ酢酸（GABOB），エンボール，シチコリン，ＡＴＰ，チトクローム，ソルコセリールなどは試みる価値はあります。眠らせるためには，まず精神的な緊張をとる，適当に食べ，運動する条件をつくりだしてあげる。人によりウロウロすることも，また昼寝をとることも必要である。マイナートランキライザーは老人には時に危険で，バランスを多用すると腰がぬけたり，つまずいたりします。フェノバルビタールは昼間の緊張をとるのにも役立ちます。クロールプロマジンの少量も使えます。ことにハロペリドール（セレネース）は使いやすく，少量でおこりっぽい，頑固，興奮性がなくなります。インシドンは不安神経症にはきかないで老人の落ち着かなさをとり，脳機質性障害者の不穏状態をとり，なんとなくおとなしくなります。

寝かせるための薬としては，第一にフェノバルビタール単独，またはベゲタミン（クロールプロマジンとの合剤）を用います。または夜だけセレネースを追加します。またブロバリンはふらつきが少ないので老人向きですが，習慣耐性があるのでドリデン併用で切り抜けます。アモバルビタールはふらつき，尿失禁を伴うので避けます。ベノジール，ダルメートはジアゼピンのなかではレム睡眠の抑制効果が一番少ないので安心して使えるが，効はあまり強くありません。ベンザリンはベノジールよりもやや効きがよい。ソメリン（？），ユーロジンはさらによく効く。だらだら長時間寝かしておくにはベゲタミンや抗うつ剤の併用もよいでしょう。ただし酒はレム睡眠を狂わして，あとやりにくくなります。

私は，家族の健康のためにも，ボケ老人の睡眠サイクルを修復・正常化のために，昼はニコパイル，アミノキシン，夜はベゲタミンを使っております。

私の体験から ●●・

ボケ老人を抱える家族の会
内田　玲子

私の父は昭和47年86才で亡くなりました。亡くなる10年ほど前からボケ始めたようです。大変エリート意識の強い大蔵官僚でしたが短気な性格で，特に50代にはいってからは時々些細なことや思い違いが原因で激しく怒ることがありました。それは言葉の暴力という感じで，相手に暴言を浴せかける怒り方なのですが，これが年令とともにだんだん激しくなっていきました。

ボケ初めはやはり物忘れで，買い物を間違えたりすることが度重なりました。メモ魔だった人がその頃から手帳を持たなくなって自分の物忘れに頓着しなくなりました。

母は関節リュウマチで体が不自由でしたが，精神的には父のほうが母に寄り掛っており，父の起すトラブルも，暴発するかんしゃくも，全部母がかぶっておりました。

昭和44年に母が心筋梗塞で亡くなりましたが，倒れた母の状況が全く理解できず，これ程ボケていたのかと驚かされました。

母の死後は急激にボケが進み，うつ状態で毎日毎日愚痴を聞かされたりしているうち，「おばあちゃんはどこへ行きましたか」と言うようになり，ちょっとした病気がきっかけになって，錯乱状態に陥り，昭和45年11月末から翌年３月頃まで，幻覚・幻聴・夜間譫妄・失禁拒食など，これがこのまま続いたらどうなることかと思うような状態が続きました。その間に一過性脳虚血発作をおこしたり，肺炎になりかけたり，時々発熱したりしました。

昭和45年夏頃には私の方が疲れてしまったのと，落着いている間に入院させた方がよいという主治医の勧めで病院を探しましたがなかなかみつかりませんでした。

12月になって，やっと主治医の指示通りの精神科のある病院の内科に，個室ならという条件で入院しました。その病院の精神科では高度の老年痴呆，内科では歩行が危っかしいのは脳動脈硬化によるパーキンソン症候群，度々の発熱は尿路感染によるものと診断されました。

翌年2月，内科で入院治療をしなければならない病気ではないからと退院を求められ，老人病院に移りました。その年の5月やっと発熱を繰返すことが落着き，退院を考えていた矢先，急に下血がはじまり，一週間ほどで亡くなりました。

この間，最初の病院の入院中から，非常によい附き添いさんに恵まれたことは大変幸せなことでした。10年前のこと，ボケ老人に対する福祉の援助など何もなく，一時一時を過すのがやっとの毎日で，病院を探す時も，福祉事務所へ出向くことは考えませんでした。

ただ今家族の会で電話相談を受けておりますが，老人に対する福祉が進んだ今日でも，やはり解決できない問題があります。私の体験を重ねて，そのことを少し取り上げさせていただきます。

先ずボケの始まり。父の場合，物忘れに続いて，お金を方々にしまい忘れる。昨日肯定したことを今日否定するようなことがよくある状態でも，一家の家長であり，母しか少しおかしいことに気が付いていない。母自身も，どう周囲にそのことを説明したら理解が得られるのかわからない。どう対応するのがよいかわからないでいるうちに，父の巻き起すトラブルだけが激しくなってゆく期間がありました。10年前と違い，今はボケに対する理解も進んでおりますから，こういう場合医師，多分最初はホームドクターに相談に行くと思います。しかし「ボケだから治らない」と言われることが割合多くあります。なかには，嫁しゅうとの問題のように受け取られ，ドクターの守備範囲ではないことにされてしまった例もあります。私どもがホームドクターとして，家族の健康のことをお委ねしている先生方は，相談がありましたら，ボケ症状をきたす病気について家族の者に教えて下さい。適当な書籍などを勧めて頂いてもよいと思います。ボケ老人に対する対応の基本を指導して下さい。「説明してわからせることは無理ですよ」「叱りつけて問題行動を止めさせることはできませんよ」というようなことを，ちょっとアドバイスして頂くと，ボケというものに初めて遭遇した家族にとって，ボケたお年寄りに対する考え方を180度転換するきっかけになるかも知れません。少し大げさないい方ですが，介護者の精神的な救いになります。私の父は，プライドの塊みたいな人でしたから，逆らうことなどできなかったのが，かえってよかったのかも知れませんが，それでも，受容的に接するということを会得するまでにはかなり悪戦苦闘致しました。電話相談で，「よくもまあそのようにできるようになられた」と感心する対応の仕方の話を伺うことがありますが，介護者の中には，身体の弱い方も，気の弱い方もおいでのことと思いますので，一番身近なホームドクターに，よろしくお願いする次第です。

それから，徘徊，失禁にまつわる問題，性的な問題などが，電話相談にもよく寄せられます。

徘徊は，身体に余り故障の出ない時期にすることが多いので，長く続けばこれほど大変なことはないのに，家族が疲れはてても，入れてくれる病院も施設も殆どありません。歩き廻るといっても，すでにボケている高令者のことですから，介護者が倒れたりした時，特養などで受け入れてもらえず，精神病院というようなことになるのは，家族にとっては，辛いことだと思います。父が錯乱状態になった時痛切に感じたことですが，私が倒れたら父を精神病院に入れるしかないが，そこではおそらく肉体的な健康が保てないだろう。今の世の中に，適当な病院や施設のない病気があり，それを人はあまり知らない。理解してもらえない。これはもう大変なことだということでした。

失禁にまつわる問題は，失禁があってもおむつを当てさせないこと，当てたものを取ってしまうこと，そこら中へすること，弄便などと思います。父は錯乱状態の時は，そこら中にする，おねしょする，坐ったままふとんにもらすという状態がしばらく続きましたが，とうとう私にはおむつを当てさせませんでした。錯乱状態が落着きかけてからは，失禁すると，「誰がしたんだろう」「俺は知らないよ」と申しました。その時もし叱ったり問い詰めたりしたら，隠そうと思って大便に手を触れたりしたのではないかと思います。父も病院で殆ど寝たきりになり，完全な失禁状態になった時は，附添いさんがおむつを当てるのを拒否はしませんでした。電話相談にも，失禁状態でありながら，おむつを当てさせない状態がながく続いている人の相談がかかってきたりします。

東京都などで，ショートスティが実施されていますが，家で家族にはどうしてもおむつをさせないという問題行動のある夫を，せめて，その問題行動が治まるまで預かって頂くことができたら，本当に助かります。おむつに手を入れられないような衣服なども，家庭で使用しようとすれば，やはり拒否されるかも知れませんし，ひとりの介護者だけで脱着させるのはむずかしいように聞いております。これも病院や施設の協力がなければ，家では背負い切れない問題です。

性的な問題もさまざまな形で電話相談に寄せられます。こういうことが問題になるのは，割合元気な人が多いので，受け入れて頂ける所がありません。父も晩酌が２本以上はいると，我が娘がわからなくなり，抱きついたりして困らせ，錯乱状態になった時は，添寝中の懐に手を入れました。一時期頼んだ附添いさんは，こういう行為に呆れて，やめてしまいました。私の家は，こういうことをフランクに話せる状態でしたが，この程度のことでも物議をかもす家庭もあるでしょうし，割り切ることもできかねます。電話相談でも，親子の場合などは，「もっと大らかな気持ちで」という時もありますが実際の行為のできる老人もあり，非常に深刻な問題も寄せられます。これほどさまざまで，深刻な問題はなく，なんと答えてよいかわからない時があります。

ボケ老人を家庭で介護し通すためには，医師から正しい知識と，対応の基本を教えて頂くこと，夜間譫妄などが長く続く時は，適当な投薬で介護者がせめて夜間休めるようにして頂くこと，訪問看護などで，現実に起きている問題行動などの対応についてきめ細かなアドバイスが与えられること，徘徊・蒐集などの行為に対して，地域の理解が得られること（交番で，「老人をどうしてほっておくのか」と叱られた例があります。），介護家族の精神衛生について考慮をはらうことが必要です。電話相談も，悩みを聞いてあげる。ともに痛みを分つ，という働きは果していると思います。しかし家庭介護には限界があり，ボケの症状だけではなくて，住居の構造，環境，経済などの問題，家族の状態，介護者の肉体的精神的な状態にも大きく左右されます。限界がきた時の受け皿がないことが，10年前も，今も，介護者にとって一番の問題です。東京都その他で実施されているショートスティの制度は，大変ありがたい制度ですが，欲をいうなら，家庭でお手上げの問題行動のある時など，もう少し長く預かって頂けたらと思います。そのようなこと含めて，入れっぱなしか，家庭かというのではなく，家で介護し通せるように援助する形の施設や病院があったら，非常に幸せなことです。

ボケ老人をかかえる家族の会 活動経過と願い

ボケ老人を抱える家族の会　東京世話人
河嶋　かず

1980年１月に，京都堀川病院の早川，三宅両医師を中心に結成大会が開かれ，90名の参加者によって「ボケ老人とその家族への援助と処遇の向上をはかる事」を目的に，①家族の交流をすすめ，毎月「つどい」を開く　②会報の発行　③個別相談と家庭訪問に取りくむ　④全国各地域で「家族のつどい」を開く　などの活動方針を立てました。年会費3,000円で現在A（家族）・B(一般)会員，計1,800名，支部23に発展しそれぞれの支部世話人および協力者によって多様な自助的活動が展開されています。東京に世話人会が出来たのは，同年７月に早川先生の講演会が持たれた後の11月でした。

会の活動とボケ老人をめぐる動きは，

① 会報の発行と集いにより，多くの家族はボケを理解し，その対応を知り，孤立無援の苦しみから解放され，お互いの経験の中で学び，お互いに励まし，支え，助けあう努力が続けられています。また，家族のみならず多くの人の協力もあり，老人対策のレベルアップにと思ってがんばっています。

② 電話相談も行われ，現在は12ヶ所で悩みに応え，訴えに共動し，介護相談から施設・病院紹介などが行われ，一人で悩まず多くの人手が借りられるようになりました。

東京では，第一勧銀，ハート財団と東京都社会福祉協議会の協力によって「東京呆け老人テレホン相談室」（03-812-2391）が開設され，月曜の11時から4時まで相談に応じており，7月～11月までの19回で318件の相談に応じてきました。

③ 8月23日には東京で全国集会が開かれて，厚生省へ初めて国レベルの対策を急ぐよう要望書を提出しました。12月13日には再確認に行く予定になっています。

④ これらの動きに応じ，各行政でも少しずつですが，ショートスティや老人ホームでの受入れも進められ，介護手当の支給，電話相談の予算なども県で出すところも出て来ました（愛媛県）。

特養ホームへの精神科医派遣も（月2回）制度化されその他の施策についてもそれぞれの地域で行政に働きかけつつあります。

東京では昨年10月からショートスティが開設され，現在7ヶ所で15名が7～10日間利用できるようになりました。期間・手続き・輸送などにまだ問題はありますが，施設と介護家族の交流がプラスの面が多く，大変喜ばれています。また来年は小平のやすらぎ園に50名入所出来る特別棟も出来るとのことで期待されています。

⑤ 81年4月に「東京都痴呆性老人対策委員会」の提言には，1. 相談機関の整備・充実　2. 介護テキストの作成（出来上り，配布中）　3. 施設建設の早急な検討　4. 家族の会の育成と助成　5. 住民参加の推進　6. 衛生局との連携などが詳述されており，一日も早く実現されることを願っています。

以上が大体の動きで，日進月歩の展開を見せていますが，ボケ老人も確実に増し，介護人は，心身共に疲労し，家庭生活の混乱は大きくて，一家崩壊寸前の人も少なくなく，もっと適切な救いを求めております。

その現状を千葉大看護学部の統計と電話相談の中から見てみたいと思います。

① 10軒に9軒は在宅で介護され，施設または病院での介護は1/6に過ぎません。これは，父母・夫妻・兄弟であるから家族で看たいし，看なければという現れである一方，極限状態でありながら，入所・入院するとねたきりにされ，おむつ使用になり，手や足を縛られ，点滴をされてすぐ死んでしまうなどと言われている現状があるからです。入院したけれど，縛られ身動きもできなく可哀そうで家に連れて帰ったが，よい病院はないものかとの訴えが多いのです。それぞれの事情はあるにせよ残念です。

② 介護人の90.4%が女性，男性は9.6%，40歳～50歳の娘や嫁が57.4%と一番多く，未婚のまま介護し続けたり（自分の将来に不安を持ち）やっと子育てから開放された直後のお嫁さんが，子育て以上の重荷と取組んでいる人たちであり，過去の嫁姑間のいざこざと，夫婦間の仲もからみ，深刻な悩みを訴えます。ボケ老人介護にからみ離婚相談なども数件ありました。20～30歳の人は11.7%です。娘・姪・息子・孫などです。進学や就職をあきらめての介護で，自分の将来を思いながらの毎日です。60歳以上は16.3%で，夫・妻・嫁であり，自らの老いとの闘いの中での介護は重荷です。子供たちに援助を求めても遠過ぎたり，人手がなかったりで，どうしても社会の手が必要です。

③ 期間：ボケ3年と言われますが，2～3年が一番多く，ついで1～2年，3～4年，5～6年，4～5年，6～7年の順で，10年以上の人もあります。

④ 苦労している症状は，物忘れから様々な事態を引起こすことへの対応困難が一番多く52%，次に失認，眩覚，妄想に振り廻される日々の苦労は39.1%，話が理解されず，何をしでかすかわからず，日中目が離せないケースは35%，失禁33.7%，日常生活動作の介護で疲れる31.9%，夜間不眠22.2%，外出癖19.4%，徘徊15.8%，何でも口に入れる6.5%，暴力的6.1%となっています。

⑤ この症状に対し困っていることは，

1．介護を助けてくれる人がいない	35.1%
2．オムツなど排尿排便の世話に苦労する	33.0%
3．同じ事を何度も聞かれる	31.9%
4．夜ねむれない	28.0%
5．外出する事ができない	19.7%
6．疲労している	14.7%
7．罪をきせられる	12.5%
8．家族関係がうまくいかない	9.7%

9．住居・家計問題に困る　8.2%
その他

と回答しています。以上の実態から，私はなぜ女性のみが，家事と子育てと老人介護の総てを背負わなければならないのか，そしてこれからの若い人がそれをやりとげられるのか，また核家族化と，高齢化が進むのに一軒一軒の問題と言っていられるのかとはなはだ疑問です。

コミュニティケアー，在宅福祉を決して安上りの福祉にすり変えることなく，またいたずらに精神主義に頼るのみでなく，皆が共倒れにならぬようしっかり社会を見つめ，先ず自立する姿勢と，互いに助け合う心と手の広がりの行動の中から，どうしても行政がすべきことを見極め求めて行くべきだと思います。この視点の上で2年余のボケ家族東京世話人として次のことを望んでいます。

1．利用施設の拡充

託老所（デイケアー）やショートスティなど，町の中に小規模（10〜20人ぐらいが利用出来るもの）な建物を作り，少数の責任者と家族とボランティアの共同で利用できる場が欲しい。あるいは今ある施設の社会への解放と有効かつ合理的交流の推進などを一時も早くと望みます。

2．医療の向上，特に老人を診る医師に，老人だから，ボケだからと放置または薬づけにせず，科学的な対応と心の対応を大切にして頂きたい。現状を切り開くための外への働きかけに医療関係者は協力して欲しい。

3．訪問看護，ヘルパーの増員と，何よりも保健所での対応を期待したい。

4．社会の認識と理解を深める対策をたててほしい。

5．経済的援助の拡大を望みます。

老人のボケとその対応 ●●・

東京都老人総合研究所心理精神医学部
柄澤　昭秀

1　老人のボケおよび痴呆の概念

〝ボケ〟という言葉に学術用語としての定義はないので，ここでは，老人に現われた粗大でかつ全般的な知能の衰えをその原因の如何によらず〝ボケ〟と呼ぶことにします。痴呆（dementia）という言葉もここでいうボケと同様，知能の粗大な低下を意味する用語ですが，この

場合にはそれだけでなくその原因が脳の器質性病変であること，そして持続的で非可逆的な状態であるという，より限定された定義があります。老人に見られる粗大な知能低下は，その原因が必ずしも脳器質性病変によるとは限らないし，また常に非可逆的とは限りませんから，それらをすべて上述の意味での痴呆と呼ぶことはできないのですが，実際には老人における粗大な知能低下即ち痴呆というように用いられていることはよくあります。老年精神医学の領域では，これ以外にもまぎらわしい概念の用語が少なくなく，そのために混乱が起こることがあるので注意を要します。できるだけ早い時期に用語と概念の整理がなされることが望まれます。

2　老人のボケの出現頻度

65歳以上の老人人口のうち，ボケの出現率は軽度のものを含めて5〜6%程度，中等度以上（日常生活の上で多少とも介助を必要とする程度のボケないしそれ以上のもの）のものに限れば3〜4%程度と推定されています。このうちおよそ80%が在宅者，残りが老人施設や病院の在居者と見なされます。ボケの出現率は高齢になるほど上昇し，とくに80歳を境にして上昇の率が高くなります。また高齢になると女におけるボケの出現率が男のそれを大きく上廻るようになります。

3　身体合併症および身体機能の程度

高血圧，心臓疾患，関節痛，神経痛などが多いことは一般老人の場合と変らないが，ボケ老人に圧倒的に多いのは脳血管障害後遺症です。在宅老人調査の結果では，ボケ老人の22.8%に片麻痺が認められました。

また身体機能低下もボケと密接な関係があります。ボケのある人はない人に比べて，日常生活動作能力（ADL）低下を伴った人が著しく高率であるばかりでなく，視力や聴力に低下のある人の率も高いのです。甚だしいボケがあるにもかかわらず肉体的には頑健で，そのため却ってケアに困るというようなケースがあることは確かですが，これはむしろ例外的で，一般的に言えば，ボケ老人は心身ともに病弱な老人と言えます。

4　精神障害および行動障害

精神症状として単純なボケだという場合もあるが，それ以外の精神障害や行動障害を伴っている場合が少なく

ありません。ボケ老人のケアを難しくするのは，ボケそれ自体よりもそういった随伴症状によるところが大きいのです。精神症状としてよく見られるのは，せん妄，不眠，被害念慮，幻覚，妄想，心気，不安，抑うつなどであり，行動障害としては，夜家族を起こす，家族を離さない，そわそわ落ちつかなくなって徘徊する，外へ出ようとする，外出してまいごになる，不潔になる，怒りっぽくなり乱暴するなどさまざまなものがあります。ボケ老人のケアにおける大きな課題の一つは，これらの精神障害や行動障害にいかに対処したらよいかという問題です。

5　老人のボケに関連する要因

ボケを生ずる原因は単一ではなく，いくつもあります，それらを整理すると次のようになります。

A　身体的要因

1．脳の器質性病変による直接の脱落症状（ボケにおける非可逆的部分）

2．脳障害における可逆的な機能低下

3．脳以外の身体的異常によって起こる間接的な脳機能低下

B　非身体的要因

1．情動障害たとえば，抑うつ，緊張，不安，怒り，欲求不満などによるもの

2．廃用性のボケ（長く頭を使わないでいるために起こる病的とは言えないボケ）

これらの要因がいくつか重なり合ってぼけの症状が拡大され修飾されていることが多いのです。ボケの中には回復不能の部分があり，医療の手が届かない部分があることは認めなければならないが，回復可能の部分も少なくないので，ボケを医療の対象外と考えることは決してできません。

6　ボケ老人への個別的対応

①　社会的援助の必要性

近年わが国において，病弱な老人に対する社会的援助に前進があったことは肯定できます。これによってボケ老人に対する社会的援助もある程度カバーされて来たことも事実です。ただ現状ではそれはまだまだ不十分であることは否定できません。最近の東京都での調査では，在宅のボケ老人のうち，さらに何らかの医療・福祉的援助が必要だと考えられた人が約40%あり，施設入所や入院を含めて積極的な援助を必要とする人だけに限っても約20%ありました。必要とされる援助の内容は個別的・多様であり，画一的対応は困難です。即ちケースバイケースのきめ細かな対応が必要です。

②　早期発見と早期対処着手

ボケ老人の中には，精神障害あるいは行動障害を伴うためにとくに対処の難しいケースがあります。これはボケ老人の中の一部を占めるに過ぎないとはいえ，積極的な医療・福祉援助を必要とするものの多くはこういうケースです。こういう難しいケースに対処していくためには，周囲の人たちに精神的，時間的余裕が必要で，このために早期発見，そして早期対処着手ということが重要になります。

ボケの初期症状は記憶障害の拡大進行という場合がとくに多いが，その際に意欲や関心の減退や性格の変化を伴うことがしばしばあります。一人では日常生活の遂行がちょっとおぼつかないと危惧される程度のボケはまず病的な変化と考えてよいのです。ボケの大部分は病的現象であり，決して単なる老化現象とは言えないことは十分認識されなければなりません。痴呆性疾患の初期に不安や抑うつなどの神経症様の症状や妄想幻覚などの精神病様症状が見られることがあります。またうつ病などの機能性疾患にボケが現われることもあります。こういう場合，痴呆性疾患を機能性疾患と誤ったり，反対に機能性疾患を痴呆性疾患と誤る可能性が出てきます。

ボケの発見に次いで，できるだけ早くボケの要因の医学的評価と鑑別診断が行われることが望ましいのです。これが的確に行われてこそ，それ以後の方針決定が可能になるからです。原因治療あるいは特殊治療の可能性のある疾患，例えばＮＰＨ（正常圧水頭症），脳腫瘍，慢性硬膜下血腫，甲状腺機能低下，進行麻痺，うつ病等などが見逃されないように注意しなければなりません。

③　その後の個別的対応

原因治療や特殊治療のないケースに対しては，そのボケに悪影響を与えている要因をできるだけ除外するという考え方で対処することになります。心身両面からの総合的アプローチが個別的になされなければなりません。合併身体疾患の治療やリハビリテーション，栄養，清潔の維持，薬物療法，接し方の工夫などがあります。脳循環改善剤や向精神薬の効果には限界がありますが，常に悲観的というわけではありません。ケアされる人とケアする人との間にはとかく摩擦が起こり易いが，この心理的摩擦はボケ老人の場合とくに悪影響が大きいのです。ふだん老人と接する人に対して適切な助言を与えることも医師の重要な役割の一つでしょう。

ボケの経過は一般に長く，医療面だけでは手の届きかねる部分もあります。医療および福祉の両面からの援助が必要ですが，現在のところ医療と福祉の連携があまり密接でないことに問題があります。医療と福祉の連携の強化が行政面に対して望まれるが，それと同時に医療従事者が福祉的援助の実際面に関心を向ける必要もあると考えられます。

7　ボケの予防と社会的対応

①　予防

老人のボケの原因となる重要疾患に老年痴呆と脳血管障害（とくに多発性脳梗塞）があります。老年痴呆は現在原因不明の疾患であるからその発生を予防することはできないが，脳血管障害の発生に関しては現在でもある程度予防が可能と言えるでしょう。既に発生したボケの悪化が予防できるかという問題は，やはりその原因によるから楽観はできないが，予防可能の場合ももちろんあります。

②　社会的対応

老人のボケに対する社会的対応は今，緒に着いたというところで，これからの前進が期待されます。望まれる方向を要約すると次のようなことが挙げられましょう。

Ⅰ）ボケの相談窓口の明確化と相談機能の充実
Ⅱ）医療と福祉の連携強化
Ⅲ）在宅サービスの拡充と施設整備
Ⅳ）施設サービスと在宅サービスの連携強化

自　由　交　見

式田（家事評論家）〝老人を看護した主婦の話〟に50例まとめて出版しました。老人を見送るのは女性の関所？これからの老人は在宅介護に頼らざるをえなく，体と頭がバランスよく老いるための，ドクターの研究と，我々への教育を望みます。

菊地（大和市）　初老期の軽いうつ病と軽いボケの区別はできますか？　また治療は？

柄澤　うつがボケに見えることは多くないが，一見ボケだが，根底の〝うつ〟の有無を問診で調べ，あると認められた時には，トフラニールなどの抗うつ剤でボケ合併の有無をテストします。ただし副作用として，せんもう（変なものが夜見える）が起きることがあります。

池田（第二東京弁護士会）　老人福祉法を含めて，老人と法律の関連を理解してほしいと思います。扶養の順位，相続の問題などは法律で定められております。しかし配偶者を亡くして再婚し，第二の人生に入ろうとすると，将来の相続にからんだ問題のために子供の反対を受けます。老人の性の問題も無視できません。

中村（都ソーシャルワーカー医療社会事業協会会長・昭島病院）　情動障害による問題行動に対しての家族の対応が悪いために人間関係が一層悪化することもあるので，対応する側のセルフ・コントロールが必要です。一時保護事業（デイ・ケア）を建設する場合，環境要因が重要なので，建築家，医師，必理学者，画家，音楽家などの英知を結集してつくり，人間性溢れた対応のできる職員による運営をするよう希望します。

渡辺 亮 先生より

拝啓　立春を過ぎ早く訪れた春一番の大嵐が去っても未だ毎日朝夕は冷え込む様です。

さて「実地医家のための会」20周年大会のご盛況，日本医事新報誌にて拝見しました。

私は昭和30年代の末頃か，40年代のごく初期からの会員です。昔は実によく例会に出席し，発言も随分させていただきましたが当時は30代の中頃（前半？）にて「身の程知らず」だったと恥ずかしく思う次第です。先日いただいた「人間の医学」中尾聡子先生の一文の中にあった例会通知のハガキ，〝老人の喘息　渡辺亮〟とあるのは私のことです。今は当時と全く別のことを考えていますが一体当時，何を喋ったか（？）。支離滅裂だった筈です。

私は「誤診」の討論会にもベラベラ喋ったと思います（〝臨床町医の考える「誤診」〟を喋った筈）。考えてみると人生つくづく「誤診」（見こみ違い）の連続でした。感無量です。諸先生のご健康，会のご発展を祈ります。　　敬具

日中（台湾）友好実地医家のための会
第2回　国際学術会議

老人医療，脳血管障害，その他

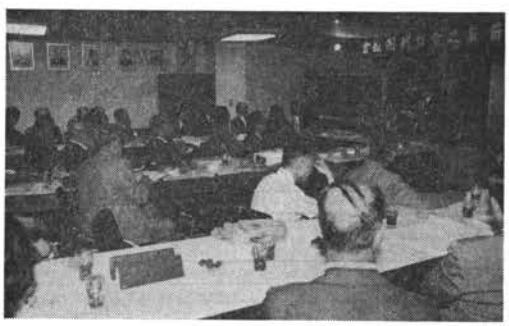
- 老人性痴呆の画像診断
- 老年者の画像情報
- 台湾の老人に多い疾病
- 台湾における脳血管障害の現況
- 川崎病の臨床
- 大都市における産婦人科医の現況
- 両国実地医家の親交と研鑽のために

大田区　柴山　豊
武蔵野市　新野　稔
台大病院老人科教授　許　成仁
台湾大学教授　曽　文賓
港区　天野　曄
三鷹市　本田　三郎
大田区　鈴木　荘一

司会／小山五郎，向平　淳，胡　秀山　記録／日向野晃一，松坂　勲　昭和57年11月21日　台北市医師公会

本会は日本側から40数名，台湾側からのほぼ同数の参加者があり，終始，熱心な討議がもたれた。先ず，日本側を代表して永井友二郎先生が挨拶され，次いで陳国珍理事長が次のように歓迎の辞を述べられた。本日ここに実地医家のための会，永井，新野，柴山先生を始め40数名の方をお迎えし，心から歓迎します。1978年，第1回の国際会議を行って以来，4年3カ月が経過したが，その間，多くの出版物を送られ学術向上に尽くされたことは感謝に堪えない。今後も医学の発展，人類の幸福に役立つように希んで止まない。

次いで鈴木荘一先生が次のように謝辞を述べられた。1977年，陳先生，湖先生にお逢いし非常に感激した。今日，柴山，新野先生方のご努力で，この会が開催されたのは誠に喜ばしい限りである。同じ米を食べる人種として，人類に貢献できるように共に努力したい。次いで，黄潮海先生がゲストとして紹介された。次に，実地医家の会から陳理事長に記念品と医学ビデオテープが贈呈され，台北市医師会からも実地医家の会へ記念品の贈呈があった。また，お茶の水ＣＲＣの渡辺淳会長から台北市医師会へのメッセージが披露された。これらの行事のあと，冒頭の順で学術講演が開催された。



老人性痴呆の画像診断

柴山　豊（大田区）

Ⅰ　はじめに

近年，日本において，高令化が急速に進展したため，医療の領域において，特に老人の care と cure が重要な問題となっております。

昨年，当，台北医師会において，老人病の実態について，主として死亡例を中心に報告いたしましたが，今回は，老人性痴呆について，その画像診断（頭部ＣＴおよび腹部エコーグラム）を中心に，検討を加えましたの

で，その成積を報告し，責を果したいと存じます。

Ⅱ　検査成績

1）頭部ＣＴ像と痴呆度の関連性について

昭和57年１月から10月までの東武練馬中央病院に入院し，私の受持った，痴呆症状を有する65才以上の老人患者65例につき，頭部ＣＴ像と長谷川式スケールを用いて痴呆度を算定し，両者の関連性について検討を加えました。

a）Cortical atrophy と Dementia との関係

65例中 predementia ないし dementia を認めた37例中３度以上の cortical atrophy を認めたのは20例（54.0％）であった。

b）Sylvian Fissura の拡大と Dementia との関係

65例中 predementia ～dementia を認めた37例中，３度以上の Sylvian Fissuna の拡大は21例(56.7％)であった。

c）Ventricle の拡大と Dementia との関係

predementia ないし Dementia を認めた37例中，３度以上の Ventricle の拡大は21例（56.7％）であった。以上のごとく，長谷川式計測による Dementia とＣＴ所見（cortical atrophy sylvian Fissura の拡大，Ventricle の拡大）はいずれも相関性が認められた。

d）ＣＴ上脳血管障害群と非障害群における長谷川式スケールによる痴呆度を比較すると

障害群48例中 predementia ないし Demetia は28例（58.3％）であり，非障害群では17例中８例（47.0％）であり，両者を比較すると Dementia は脳血管障害群において明らかに有意を認めた。

また，長谷川式スケールによる正答率を脳血管障害群と非障害群で比較すると，いずれの項目においても，脳血管障害群では低正答率であった。

2）代表的症例(1)　61才男性，他病院にて脳梗塞の診断の下に加療を受けていたが，経過が悪く，転院した例であるが，Lumbal で初圧600H_2O でありＣＴ像では，中大脳動脈本幹部の梗塞と脳腫瘍を認めた。

症例 (2)　92才女性，痴呆度は4.5で Dementia であり，Cortical atrophy 4°，脳室拡大著明で Periventricular lucency を認め，著明な Brain atrophy である。

症例(3)　65才男性，肝硬変を合併した脳梗塞であり，痴呆度10の Dementia でＣＴ所見は，右の Thalamus 内およびその周辺の梗塞と脳室の著明な拡大であった。

症例(4)　87才女性，痴呆度11.5で predementia であるが Ventricle の拡大，cortical atrophy 著明な Brainatrophy であった。

症例(5)　82才男性，高度の Demertia でＣＴ像では著明な Prain atrophy，第３脳室の拡大をみとめた。

症例(6)　71才女性，痴呆度は subnormal(24.5)であるが，著明な小脳および脳幹の atrophy があるが，大脳の atrophy は軽度であり，olivopontocellebellar atrophy であると考えられる。

症例(7)　88才女性，痴呆度6.5 でDementia であるが，両側脳室拡大，両側 Sylvian fissura の周辺に大きな anoxic changes がみとめられるが臨床的にも比較的所見に乏しく，比較的元気である。

症例(8)　67才女性，高度のDementiaで連続的に泣いており，ＣＴ像では frontal-temporal parietal および basal

表１　痴呆の概念

（１）脳の器質性病変によって生じた全般性の知能低下で，回復不能のもの

（２）脳の器質性病変を背景として生じた知能低下であるが，（１）のほかに機能性で可逆的な変化をも含める。

（３）（１）および（２）の他に，脳の器質性病変を持たないものに現れた一過性の知能低下状態（たとえば，症状精神病，うつ病などの機能性精神病にみられるような）をも含める。

表２　老人のぼけの要因

老人のぼけ（senility）

多少とも持続的，全般的な精神活動低下状態

A：身体的要因

1．脳器質性疾患による直接の脱落症状（すなわち痴呆―非可逆的）

2．脳器質性疾患に随伴する脳機能低下（可逆的―通過症状群の一部）

3．主として脳以外の身体的異常によって起こる脳機能低下

B：非身体的要因

1．情動障害，たとえば，抑うつ，緊張，不安，欲求不満などに伴うもの

2．廃用性のぼけ（知的刺激，知的活動の欠乏の結果）

nuclei の範囲にわたり広い infarct による low dencity をみとめた。

3) 腹部超音波検査結果について

Dementia を有する27例に日立リニア式腹部超音波検査を実施した。その結果，胆嚢拡張2例，胆石2例，脾腫2例，総胆管拡張2例，膵腫瘍2例であり，40.7%に異常所見を認めた。

これらの症例は，いずれも自覚症ならびに他覚所見がないにもかかわらず腹部エコー診断の結果，治療方針を決定する上で有効な手段であると考える。

図1　痴呆老人のぼけの要因（シェーマ）

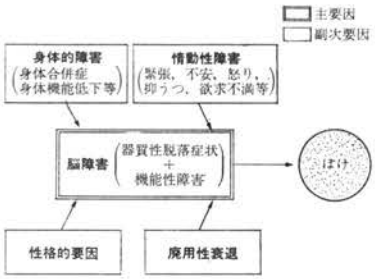


表3　初老期以後に始まる主要な精神障害

a．脳器質性精神障害
1．脳血管性痴呆
2．老年痴呆
3．Alzheimer 病
4．Pick 病
5．Creutzfeldt-Jakob 病
6．正常圧水頭症
b．非器質性精神障害
1．うつ病
2．幻覚・妄想状態
3．神経症

4) 考案

老人性痴呆における診断ならびに治療において臨床医学上重要なことは，痴呆について一定の基準を決めておかなければならないと考えます。そのために文献的に痴呆について考察を加えることにする。

結語

老人性痴呆を有する患者を治療するにあたり，まず重要なことは進歩した医療器機を駆使することによって正

表4　脳血管性痴呆と老年痴呆の比較

	脳血管性痴呆	老年痴呆
性差	男性に多い	女性に多い
経過	階段状進行 症状動揺	直線的進行
痴呆	斑状痴呆 (ざるの目痴呆)	全般的痴呆
病識	初期にはあり	乏しいか欠如
人格	初期にはよく保たれる	早期より障害され易い
身体症状	しばしば頭痛，めまい，高血圧，脳虚血発作，卒中発作，神経学的症状など	少ない
脳局所症状	しばしばあり	明瞭でない
脳波	局所異常波出現し易い	全般的徐波化
CT	大脳表面萎縮及び脳室拡大軽度ないし中等度。低吸収域を認めることあり	大脳表面萎縮及び脳室拡大高度

確な診断学的情報を得て，潜在的疾患の有無を検索することが必要である。このことによって難治とされている痴呆もいくらか改善することもありうるであろう。また痴呆の概念，要因，分類等を充分に認識しながら個々の痴呆老人の特異性を検討し，何によって痴呆がもたらされたかを明確にすべきであろう。Primary care の場においてはこれらの高度な診断学的要素のほかに，老人をとりまく，外因ならびに環境因子を分析すると共に，老人の心の因子にも十分に認識しながら，老人医療をよりよい方向に位置ずけることもさらに重要なことであると考える。

老年者の画像情報

新野　稔（武蔵野市）

1．年令推移による上部消化管の検討

2．脳血管障碍に関する大動脈石灰化像の臨床的意義

私は東京の近在，武蔵野市に住む，放射線科診療を専門とする一開業医です。その地域住民を対象としての研究であります。

本市の疾患構造の日本全国対比として，消化器系疾患は大差がなく，循環器系疾患はやや高率に存在する地域環境であります。

老年者の画像情報として，老年者のX線学的画像指標として，色々な生体情報がとりあげられております。

2つの項目について，最近の研究成果を報告させていただきます。はじめに概況とまとめを，ついで観察結果と考察を述べます。はじめの1つは**年令推移による上部消化管の検討**であります。

近年人口構成の老齢化に伴い，加齢変化とともに，種々の後天的要因，食道の逆流防止機構不全ならびに，腹腔内圧の上昇などにより，食道裂孔ヘルニアの増加が予測されます。それにより，逆流性食道炎の併発が臨床症状の出現に関連してきます。老年者の生活管理において，この現象を見逃すことは出来ません。食道裂孔ヘルニアの出現は，十二指腸憩室の出現頻度と関連があり，X線診断，診断能においては，前屈側方像が有用であります。

もう1つは**脳血管障碍に関する大動脈石灰化像の臨床的意義**であります。評価にあたいする胸部X線画像で観察する大動脈弓石灰化像は，脳血管障碍に対する予測の可能性を推定させる，極めて有効な情報を提供することであります。現在までの結果では，大動脈弓上部より発生する石灰化像が，下方に成熟，成長進展する例に認められ，散在像が線状像として成長・進展し，5～10年，平均7.5年の経過にて，レトロスペクティブに観察の結果，脳血管障碍の発生をみております。

1としまして，年齢推移による上部消化管の検討であります。消化管の加齢の推移として，**食道裂孔ヘルニア**を対象例として観察しました。本症は横隔膜の食道裂孔をヘルニア門として，胃の一部がヘルニア内容として，胸腔内に脱出するもので，広義の横隔膜ヘルニアの一種であります。

年次変化として，本市における1981年からの老人健診での上部消化管X線検査による食道裂孔ヘルニアおよび十二指腸憩室は，ともに，年次増加傾向にあって，女性に増加が目立ちます。

1979年，本院における65歳より89歳計85例の上部消化管X線検査例について検討しますと，食道裂孔ヘルニアの頻度は61.1%に認め，滑脱型92.3%，傍食道型7.7%で，性別頻度につきましては，滑脱型52%は女子に，傍食道型は全例女子であります。年齢頻度は75歳より79歳のグループに72.7%の高率であります。

滑脱型食道裂孔ヘルニアのX線像による程度分類を行いますと，前屈位側方像による観察例に確定診断率が高く，B-ring をその指標としました。背臥位・腹臥位で横隔膜上に食道胃前庭部を認める2度43%は，本誌においては B-ring 脱出2cmの2度に匹敵し，33.3%に観察され，立位で横隔膜上にヘルニア嚢を認める 3 度50%は，それに対応する本法においてはB-ring 脱出3.5cm 3度で66.7%に観察されます。

滑脱型の愁訴は，便秘・背椎変形が高率で，胸やけ，胸部苦もん感が認められます。

食道裂孔ヘルニアと十二指腸憩室の関連は25.8%に両者の関連を認め，35%にその関連は認められませんでした。合併しない対象例の 十二指腸憩室 のみの 現出率 は5.8%であります。

十二指腸憩室の部位分布はともに下部・下行部に存在し30～49mmの大きさが大半をしめています。

小括・考案をしますと，年次推移で加齢化とともに食道裂孔ヘルニアの増加・進展の傾向を示し，武蔵野市では0.7%の観察でありますが，本院では61%に認め，諸家の報告では1%より67%と非常に異なっており，平均脱出距離は49mmの報告であります。これらは本症に対しての確定診断の困難さが，頻度の差に影響を及ぼしているのではないかと推定されます。従って脱出効果をたかめ，下縁は dotted lines に対応し，確定率の高い B-ring をたやすく決定できる，前屈位側面像の解折がX線診断的有用性があり，その程度分類を容易にすると考えられます。

十二指腸憩室との関連は25%に合併が認められ，食道裂孔ヘルニアと胆石症・大腸憩室の合併 Saint 3 主徴など，腹部諸臓器の変化の一指標として，食道裂孔ヘルニアの診断価値は存在します。

次に**脳血管障碍に関する大動脈石灰化像の臨床的意義**にふれてみます。

観察のすすめ方としまして，まず型分類をこころみてみました。1980年と1981年，65歳から89歳の男子164例，女子238例，計402例を対象としまして，観察部位は，胸部単純X線撮影フイルムについて，上縁は大動脈弓頭を下縁は左肺動脈上縦隔線を境界とする大動脈弓を上・中・下に区分しその部の石灰化像を観察し，次の型分類が成りたちました。

線状型と散在型が主体で，各々が孤立か，連続性であり，またその中間の不連続性で，各々が合併している型

に分けることが可能でありました。それら形態と性質の異なるものを，数字とアルファベットで表現し，標識を与えました。

それによる観察の結果，線状孤立型は男女とも，60歳台に82%認め，加齢とともに，線状で連続性をおびてきます。しかし，最近65歳以前の観察例を加えてみますと，進展経過は，散在型から線状型にそのサイクルをくりかえし，進展しています。

合併の型は70歳後半に多くみられ，線状の不連続型とその二層型は女子に頻度が高く，型分類での総数の比率は線状孤立型が59%で大半をしめています。それをもとにして，個の一症例について，経年的変化をレトロスペクティブに計15症例を観察しました。その結果2症例は上部より下部に進展する散在型を主とする線状型の群と，これ以外に強度の上部散在を主とした合併型3例に脳梗塞発症を観察しました.

小括と考案をしますと，弾性型動脈の大動脈は，加齢・老化とともに Atherosclerosis をきたすが，その成因は単一要因で解明されていません。動脈の彎曲部に生じやすいことは，流体力学的要因もその成因の1つとして重視されています。

1966年日本の亀山は大動脈弓部石灰化と，剖検所見とを対比しX線写真上明らかな大動脈弓部に石灰化陰影のある場合には，弓部面積の50%以上にアテロームが存在し，その部の50%以上に石灰化があるとしています。従って，老年者のX線写真にて大動脈弓部石灰化陰影を認める場合には，相当高度な粥状硬化があると考えられます。また1965年 Boström および米国の Hassler らは43～85歳の25例の剖検結果で，大動脈弓部の石灰化はすべて粥状硬化性であったとしています。

粥状硬化は臓器動脈の内腔閉塞をおこすため，臨床的に重視されています。

従って，動脈硬化症のX線学的1指標としての，大動脈弓部・石灰化像の上部より進展する型は，将来発生するであろうと思われる，脳血管障害の推定の可能性をひそめています。

台湾の老人に多い疾病

許　　成仁（台大病院老人科教授）

台湾の老人（65歳以上として）にどういう病気が多いか，いわゆる老人病の種類と頻度（罹患率）について概説がなされた。1980年の台湾の統計に基づいて主要疾患の類別されたデータの紹介があった。

老人の痴呆は外国（20%）に比べて台湾（4.28%）は少ない。次いで冠硬化症（2.2%），大動脈瘤，壊疽があるが少ない。

循環器疾患として，動脈硬化，高血圧がやはり重大で高血圧は40歳以上では平均20%以上，60歳以上では30%以上の罹患率となっている。代謝・内分泌病としては糖尿病が主位だが，台大調査によると全国平均で0.8%，40歳以上の中・高年者群で5%，台大人間ドックの調査では，40歳以上を対象とすると10%を越える。痛風，骨粗鬆症・老人性貧血などもあり肥満も漸増の傾向。甲状腺機能低下はそんなに多くない，亢進症は割に見られる。腫瘍罹患率の正確な統計的データはないが，台湾大学における退院患者統計は1966年から始められ1970年以来5年毎の統計観察によれば，65歳以上の入院患者は確かに増加しておるが，死亡率は低減している。大学病院ではCVDの入院患者より悪性腫瘍患者の数が勿論多い。そして台大における入院例の症例別統計が示された。悪性腫瘍についても各臓器系の順位や頻度に関しての報告説明がなされた。

台湾における脳血管障害の現況

曽　　文賓（台湾大学教授）

中文，英文まじりのスライドを使って，台湾におけるCVDのほぼ20年の概観と，特に高血圧症との関連において主として統計的なお話しがあった。今年は民国71年であるが，70年統計による台湾地区住民の十大死因を示された。1位から4位までを挙げてみると，CVD，悪性腫瘤，意外災害，心臓病の順となっている。人口修正による統計では，脳卒中死亡率は日本と大差ないが欧米に

比して高い。冠硬化性疾患の都市と農村の有意差は，はっきりしている。高血圧流行率についても全国あるいは地区別サーベイに基く調査結果が紹介された。1963年以来調査が行われているが1976年と1982年との対比では漸く流行率の低下が認められた。かつ高血圧患者でうまく治療でコントロールされている率は4.5%から8.8%と向上しており一般住民も高血圧について関心を持つようになってきている。

ＣＶＤに関しては，今，台湾は40名のうち１人の割合で１年間にＣＶＤ患者が発生する（65歳以上で）。脳出血による死亡はかなり多く，やはり高血圧のコントロールが今後問題となってくる。

脳卒中と高血圧との関係についても言及され，過去15年間のサーベイでの死亡率比較の発表もあった。それによると正常血圧者の死亡率９%に対し，高血圧群の15年間の死亡率は45.8%と異常に高い。これらは殆ど無治療に近い状態の者が多いためと思われる。データを駆使した正常血圧者と高血圧群との相対危険度，および再発率等についても解説があった。脳卒中死のうち35%が再発経験者である。40%の人が自分が高血圧であることを知らないとか，高血圧患者のうち治療をうけているのが半分以下の現況である。脳卒中発作から死亡までの経過をみると，発症日の死亡が23.9%，１カ月以内までの死亡を含めると51%近い人が死亡していることになる。

最後に1971～1980の10年間の2412例についての脳卒中患者の統計が示され，それらの診断根拠についての説明がなされた。

川崎病の臨床

天野　曄（港区）

日赤医療センター小児科部長の川崎富作博士が初めてこの小児急性熱性皮膚粘膜リンパ節症候群（略称MCLS，通称川崎病）の第一例を経験されたのは1961年のことで，すでに20年以上が経過している。博士はこれを1967年のアレルギー学会に発表され，その後同様の報告が全国から相次いで寄せられた。

川崎病はW. H. Oでも認められ，また，１昨年のバルセロナにおける国際小児科学会でも一つのセッションとして取り上げられた。今年は日本でも大流行していて１万人を超す患児が出ると予測されている。

初めは予後良好といわれていたが，MCLS罹患者の中から突然死するものが現われ，追跡したところ冠状動脈瘤および血栓性閉塞がみとめられた。

本症は主として４歳以上の乳幼児に好発し，症状はMCLS研究班の作成した診断の手びきによると別表のようになる。主要症状の１～５は90%以上に出現し，６は60～70%に出現するといわれている。

原因としてウイルス説，リケッチア説，感染アレルギー説，溶連菌関与説，ダニ抗原説などがあるがいずれも極め手を欠いている。

小児急性熱性皮膚粘膜リンパ節症候群
（略称ＭＣＬＳ）診断の手びき　改訂３版

A　主要症状
1．原因不明の５日以上続く発熱。
2．四肢末端の変化：〔急性期〕手足の硬性浮腫，掌蹠ないしは指趾先端の紅斑。
〔回復期〕爪皮膚移行部からの膜様落屑。
3．水疱，痂皮を形成しない不定形発疹（体幹に多い）。
4．両側眼球結膜の充血（一過性のことがある）。
5．口唇，口腔所見：口唇の紅潮，苺舌，口腔咽頭粘膜のびまん性発赤。
6．急性期における非化膿性頸部リンパ節腫脹（一過性のことがある）。

B　参考条項
しばしばみられる症状または所見
1．心血管系：心電図の変化（ＰＱ，ＱＴの延長，低電位傾向，ＳＴ，Ｔの変化，不整脈）。異常聴診所見（頻脈，心雑音，奔馬調律，微弱心音）。
2．消化器：下痢，嘔吐，腹痛。
3．尿：蛋白尿，沈渣の白血球増多。
4．血液：①核左方移動を伴う白血球増多。②軽度の貧血。③赤沈値の促進。④ＣＲＰ陽性。⑤α_2グロブリンの増加。⑥血小板増多。⑦ＡＳＯ値は上昇しない。
時にみられる症状または所見
5．呼吸器：咳嗽，鼻汁。
6．関節：疼痛，腫脹。
7．その他：①髄膜刺激症状，髄液の単核球，蛋白などの増多。②軽度の黄疸あるいは血清トランスアミナーゼ値の上昇。③胆嚢腫大。

治療としては抗生物質，副腎皮質ホルモンなどが使用されたが，前者は無効であり，後者に関しては現在でも研究中であるが否定的な意見が強い。アスピリンやペルサンチンなどの抗血小板薬，アンギャールなどの動脈拡張剤，ワーファリン，ヘパリンなどの抗凝血薬も使用される。漢方薬では黄連解毒湯エキスを使用した研究があり，発疹や口腔粘膜充血，球結膜充血などが対照より早く消褪した。

合併症としては前述のように冠動脈瘤と血栓性閉塞があるが，この診断には断層心エコーが極めて有用である。

致命率は1～2%，再発は2%内外にあるといわれている。

鑑別すべき疾患としては猩紅熱，Stevens-Johnson 症候群などがある。

なお本年演者が経験した7カ月女児の症例を示した。

大都市における産婦人科医の現況

本田　三郎（三鷹市）

ここでいう大都市とは milion city のことで，産婦人科医は病院勤務医を除いた私的産婦人科医療機関の経営主体医をさしますことを，あらかじめお断り致します。

日本の戦後における社会変動の目印の一つとして，女性のライフサイクルの大きな変化があります。産婦人科領域の医療ニーズは，きわめて直接的にこの変化因子の影響をうけました。もう一つの支配因子（要因）は，医療の専門化，強大化による影響で，とくに，外科的領域における病院と診療所の機能分化傾向としてみられます。

まず，表1に女性のライフサイクルと医療ニーズの推移を示しました。戦前の比較的安定していた昭和10年で，初潮平均が14.7歳で現在は12歳，小学校終了まで3分の2近くが月経の発来をみます。そして，当時はその6年後に結婚していましたが，現在は，25.2歳で13年と延長しています。思春期が早くなって小児婦人科の対象がふえ，結婚年齢がおくれて性的トラブルや性教育が無視できなくなりました。

高等教育が一般化するに従い，23歳頃の結婚が26歳台と晩婚化するとともに，20歳台で2児を生み終えるという傾向がみられます。計画分娩，小産小死，価値ある子供を，という女性意識の変化がうかがえます。このあらわれは大都市でいちじるしく分娩数（出産数）の減少となりました。

妊娠・出産が女性の大役であり，同時に大厄（わざわい）でありうることは昔も今も変りません。妊娠期間と出産時における安全性の追求，新生児管理の進歩が周産期医学のめざましい展開となり，重装備の管理分娩に傾斜することとなり，妊産婦の病院志向を促進しています。じじつ，公的病院は施設の拡充や機能の強化をはかり，大都市で顕著です。近い将来，これらの公的病院で分娩需要を充足するようになるとみられるほどです。こ

表1　女性のライフサイクルと医療ニーズの推移

対象 / 時代	初潮	結婚	長子の出産	末子の出産	乳児の死亡率	1世帯の人員	平均した教育年限	閉経	老年人口指数	死亡
昭和10年（1935）	14.7歳	20.8歳	23.2歳	35.5歳	90.0（1940）	5.02人	13～14歳	44.5歳	8.1	49.5歳
昭和55年（1980）	12.0歳	25.2歳	26.3歳	28.6歳	7.5	3.22人	19～20歳	53.3歳（1977）	13.2	78.83歳

小児婦人科
- 性教育
  1．避妊教育
  2．母性能力の獲得指導

妊娠・分娩の管理
1．周産期医学の採用
2．多様な価値観への対応

健康保持のために
1．避妊指導・対策
2．職業婦人病の対応
3．各種のガン検診

一般の成人病 更年期障害
1．成人病のふるい分け
2．更年期指導

健康指導 老人医療

れに対し，私的産婦人科医療機関は，妊婦の多様な価値観を踏まえて自己の守備範囲を明確化するという経営方針を採らざるをえないことになりましょう。

30歳台の後半で育児負担を軽減した女性は，再就職と社会化活動に向っています。住宅ローンや教育費負担の圧力がこれを促進し，大都市にみるパートタイマーの大部分は，これらの主婦で占められています。こうした社会経済的状況の中の女性に職業的不適応症候群や多様な職業病が増えてきました。外的生活が増えただけ罹病の機会も多くなります。

閉経年齢も10年近く遅くなり，更年期医療とならんで成人病対策が重視され，第一線産婦人科医の関心事となっています。とくに，子宮ガン，乳ガンと並んで循環器疾患，神経症などがあります。

女性の平均寿命が80歳近く，高齢婦人の増加に伴って，私たちも老人ケアの一端を担当するよう要請される機会も増えています。じじつ，私も数名の定期往診患者をもっています。

表2は，私の小診療所の診療内容を昭和56年と57年のある月から，社会保険診療，自由診療，公費検診と区分けしたものです。

約80%が社会保険診療で，その大部分は，いわゆるcommon diseaseといわれる疾患，かぜ症候群，上気道感染症，小外傷，湿疹，じんま疹，尿路感染症などです。

公費検診――主に地方自治体が住民ニーズにこたえて行う予防検診，健康診断です――は次第に増加の傾向にあります。

産婦人科領域というべき対象者は20%強，つまり5名に1名という割合です。そして，分娩，人工中絶，開腹手術等の外科的対象者は減少しつつあります。

最近の日本母性保護医協会東京支部の調査によれば，都内の診療所に関して，分娩取扱い停止施設33%，年間取扱い数1～50の施設39%，年間50以上の施設28%という分布と報告されています。産科中心の診療体制は訂正を余儀なくされているとみることができましょう。

他方，もともと婦人科学領域の疾患は，その対象も頻度も多いとは言えません。とくに，新抗生物質の相次ぐ開発によって感染症は激減し，また，確実な避妊法が一般化するにつれて，妊娠不安による受診機会も大巾に減少しました。

以上申し述べましたような状況を考察しますと，産婦人科診療は医療需要の構造的変化に直面しているとみることができます。

表3で掲げましたが，今後新規に参入する私的産婦人科診療機関がどのような診療体制と経営方針をとるかは予想できませんが，現在にみる限りでは2極分化し，1

表2　診療区分と医療ニーズ

	診療領域	昭和56年9月		昭和57年7月	
A 社会保険診療	内科・小児科	177	66.0%	142	56.1%
	（かぜ症候群・上気道感染症）	(108)	(36.6)	(76)	(30.0%)
	産婦人科	31	10.5%	31	12.2%
	皮膚科	56	19.0%	44	17.4%
	外科	20	6.8%	22	8.7%
	泌尿器科	11	3.7%	13	5.1%
	その他	0	0%	1	0.4%
	計	295	100%	253	99%

	1. 産婦人科領域	昭和56年9月	昭和57年7月
B 自由診療	入院・分娩	4	3
	人工妊娠中絶	8	4
	避妊リング	1	0
	ピル需要者	5	8
	妊婦診察	23	12
	妊娠診断	4	6
	子宮ガン細胞診	2	3
	2. その他	2	10
	計	49	46

	種別	昭和56年9月	昭和57年7月
C 公費検診	乳児検診	10	9
	1歳6カ月児検診	1	3
	子宮ガン公費検診	0	15
	市民手帳	2	0
	計	13	27

表3　私的産婦人科医療機関の選択

A　2極分化
- 1．外科的産婦人科領域
  入院・分娩・手術
- 2．内科的産婦人科領域
  外来・検査・相談

B　外来中心のクリニック
- 1．専門分化
  - 不妊外来
  - びらん外来
  - 心身症外来
  - 更年期外来
  - 感染症外来
  - 等
- 2．プライマリ・ケア指向
  - 小児婦人科
  - 性教育
  - 妊娠分娩の管理
  - 避妊指導
  - 各種ガン検診
  - 一般成人病
  - 老人医療
  - 健康相談

つは外科的産婦人科領域に重点をおく施設，人員と設備を充実し，経営を合理化する方向，他は，内科的産婦人科領域ともいうべき方向，他科の診療科を併設し，担当領域の拡大を目指すということですが，女性を中心対象とすることに変りはありません。

外来中心のクリニックはかなりの工夫が必要でしょう。まず，産婦人科医は中絶や分娩だけの引き受け手という先入観を打破しなければなりません。婦人科的手法を主とするびらん外来や不妊外来はもちろん，内分泌学の最近の知識をとり入れた心身症や更年期医療も有意義であり（独自性），真菌症，トリコモナス症，尿路感染症等にはきめの細かい診療が要請されます。

それと同時に，初めに述べましたように，女性のライフサイクルを展望したプライマリ・ケアの領域に積極的に乗り出すよう心掛けることが大切だと思います。

以上，私的産婦人科診療所からみた現況と，現在の対応について概略を述べました。

両国実地医家の親交と研鑽のために

鈴木　荘一（大田区）

実地医家のための会が創立された事情は次のようである。1963年当時，実地医家は孤立していた。永井友二郎先生は，それゆえ，孤立した開業医が学術的な連繋を持ち，またその固有な持場に対する認識を高め人間的な医療を行なうには是非，家庭医，一般医の学会が必要であると考えた。そこで原仁，浦田卓，村松博雄先生らに呼びかけ旧帝国ホテルのロビーで会合を持ち，また医事新報社の梅沢氏も，この会の趣旨に賛同され「実地医家のための会」という名称が提案され，後日，世話人会の承認をえて決定された。会は月1回，例会を開催し，「人間の医学」という機関誌と「人と医療」という新聞を発行している。運営はボランタリーで働く世話人(約60名)で行なわれている。第100回例会ではシンポジウム「患者と医師—これからの医の倫理を求めて—」のテーマで開催され，第171回は15周年記念として第1回プライマリ・ケア学会が開催された。第200回例会は「人と医療—外来医療学，とくに腰痛をめぐって—」のテーマで開かれ，このように我々は幅広くテーマを取り上げて続けている。また，故 春日先生は，ご自分が癌に冒されたことを知りながら，シンポジウム「安楽死をめぐって」を企画された。その後，会の有志が英国のセントクリストファーホスピスを訪ね，それを契機に「死をみとる医療」をシンポジウムとして取り上げた。その後，このテーマで昭和55年12月に第2回目を開いている。結局，私達の意図するものは，人間を診ること，暖かいケアをしようということに集約されるが，それにはひとりひとりの実地医家が，患者に取って何がベストかを考える倫理性から出発することにある。実際的で人間的な医療をすすめるために，来年は創立20周年でもあり「新しい医療の創造的実践を求めて」という企画を練っている。私が会に入って15年経つが医療をみる目が変ったことを自覚している。患者の求めるものは，私達が今までに追い求めて来たものの中にあると日常の実践を通じて感じている。台湾の先生方も日常の実践の中から新しい医療を創造していただきたい。

自　由　交　見

Q：（楊雪樵）

昭和10年頃の乳児の死亡率は9％となっているが，どこの統計ですか。また，閉経期が45歳から53歳になったと言うが，私の経験では変らないように思うが……。

A：（本田三郎）

死亡率は1000人に対して90人です。これは厚生省の統計です。また，閉経期についても厚生指書の資料です。また，産婦人科学会誌にもでています。資料をご送付します。

Q：（陳珠璋）

柴山先生の講演の中でてきた長谷川氏のスケールは台湾でも使っている。台湾での老人ボケは，老人ホームに入る階層が日本と同じように比べられないが，統計では日本は12%，台湾は7%となっている。これは社会的な因子よりも，老人ホームに入る階層の差によるものらしい。

Q：（神山守恵）

骨盤内炎症が原因で起こる不定愁訴症状の実態について，婦人科の立場からの意見を聞きたい。

A：（本田三郎）

更年期障碍は統計のとり方で15～55%の差があるので，病気の Entity がまだはっきりしていないと思う。実地診療では性ホルモンの奏効いかんを判定の基準にしている。また，40～50歳の人ではデプレッションが相当あるように思う。

Q：（塩野哲）

Osteoporosis が女子に多い訳を教えて下さい。

A：（許成仁）

Osteoporosis の原因も未だ不明の点が多い。女子に多い理由として，エストロジエンが骨の代謝に関与していて，閉経期になると，ホルモン分泌が止るために閉経期婦人に本症が多いのではないか。また活動性も関係しているかも知れない。カルシウム代謝は男女差がない。従って最も大きな原因はホルモンであろう。

Q：川崎病の診断・治療を日本の診療所のレベルでどの辺までやっているか。

A：（天野曄）

川崎病は1～2%の死亡率があるので，診断がついたら，殆ど病院へ送る。

A：（鈴木荘一）

日本は世界の医療の発達した国々の中でも，実地医家が，かなりの医療機器を持っている方である。イギリスのG．Pは血圧計位で心電計も持っていない方が多い。レントゲン機械も西ドイツと同程度に持っている。しかし，将来は技術が非常に進歩するので，診療所での高度の検査は不可能なので，多くは地域の中核病院や大学で検査を依頼するようになりつつある。

閉会の辞（楊雪樵先生）

本日は有益な講演や討論をいただき感謝します。日本と中華民国の医界は昔から強い結びつきがあるので，これからも連繋を持って行きたい。そして実地医家のための会で医師同志が団結できることを希みたいと思う。

〔訃音〕

台平医師公会理事長，陳国珍先生が1982年12月12日に亡くなられたとの訃報に接しました。日中友好実地医家のための会に病軀をおしてご出席になられたあと僅か3週間後のことです。謹んで深く哀悼の意を表しご冥福をお祈りします。1月の葬儀には新野，天野両先生がご出席され弔辞を述べられました。その際，世話人会からのご香典を託しました。世話人代表から医師公会宛に次のような弔電をお送りしたことは1月の世話人会で報告された通りです。

Taipei Physicians Association
6F, No. 74 Hsin Yi Rd. Sec. 2
Taipei TAIWAN

Republic of China

I AM VERY SORRY TO HEAR OF DR KUO-CHEN CHEN'S PASSING AWAY. ON BEHALF OF THE OFFICERS AND MEMBRS OF MY ASSOCIATION I EXPRESS OUR DEEPEST CONDOLENCE. SHOICHI SUZUKI M. D. PRESIDENT OF MEDICAL PRACTITIONERS ASSOCIATION OF JAPAN

付記　なお，新理事長に曽淇竹氏がなられました。

実地医家のための会 創立 20周年を迎えて その2

「ほんね」と「たてまえ」

高萩市
樋渡　喜一

私が「実地医家のための会」に出るようになったのはいつのことかははっきりしないが発足後そう長くは経っていなかった。今では最も古い部類に入る者になってしまった。

利するところが沢山あるし，なかなか離れ難い愛着を持っているわけである。思い起すことも多くあるが，いつも諸君がよく勉強していることに感心し敬意を抱くことである。その中には教えられることも多く成る程と感心することもあり，また逆に自分と同じようなことを発見しては，同感したり安心したりもする。

ただ四角張った席で発表すると，どうも「たてまえ」が主になって，そこが聞きたいと思うほんねの部分が少なくなっているように思えてならない。「実地医家のための会」の目ざすものは，現在の教科書には無い—それ以上の応用的部面のことではないだろうか？　現在，大学等で行われていることに飽き足りないで，人間の一部分の一臓器等を中心にした考え方を取らないというが，それ位のことは多かれ少なかれ，第一線で開業医として日常診療に当って居る者は常に考えていることではないだろうか。ではどうすれば良いのかという実践の細部に関しての事柄が問題なのである。だから例会の発表を聞いても時には，そこまではもう解っているし，本にも書いてある—それから先が知りたい—と思うことも間々ある。

大学などが初心者に対して，「たてまえ」—基本的なことを主にするのは已むを得ないことであろう。また現状ではいわゆる研究というものがその延長上にあることも已むを得ないことかもしれない。だが私達はそこに止っていてはならないと思う。

例えば「川崎病」について，多くの発表があり一つの独立した疾病として認められている。そしてそのことについての説明は多くなされている。だが私達の特に知りたいのは，川崎病かもしれないと考えた理由，又川崎病で無いとした理由等について—とにかく患者が来て，何をどう診て行けばいいのか—こんなことは諸賢には既知のことかもしれないが—そのことの方が大切だと思う。そのために失敗したことやうまくいったこと等，実践の場の様相が知りたい。学会での発表を聞いても，抗生物質は無効だから……と言いながら実際には使っているようだし，その辺の実際の方が私共には大切だと思う。

また「かぜ」に抗生物質は無効だと，偉い学者が新聞などにも発表しているが，実際には大部分の「かぜ」の患者に使用されているのが現実である。使用するからには，やはり理由づけも必要ではないかと思う。

私達は基礎的に教えてくれた大学から離れて，教えられたことをもとにして応用面で仕事をしているのである。他の社会では卒業後はあまり大学に頼ることは無いように思う。それが医学臨床の

社会ではいつまでも大学を頼りにし，大学だけが優れたものと思われているのはなぜだろうか？いつまでも親離れ，子離れの出来ない甘えん坊のようにも見える。

「社会教育は芋洗いと同じ」という言葉を聞いたことがある。一つの桶の中で互に肌をこすり合いながら皮を剝いてゆくのである。「実地医家のための会」もこうあってほしいものと思う。

時には新知識を仕入れて，充電しながら「ほんね」を出し合って，進んで行きたいものである。

20周年記念によせて

北区
光山　恭子

20周年記念例会を前にして，私が期待と一抹の不安を抱きながら，はじめて例会に出席させていただいたころを思い出しています。

あのころの私は，開業小児科医として，当初夢みていた勉強する「よい医師像」とはほど遠く，診療と保険請求事務に追われ，ただ忙がしく，疲労と空しさだけが残るような毎日でした。

当時は，高度経済成長への疾走期で，人口の都市集中化がすすみ，産業・経済は急速に発展していきました。それは東京オリンピックの開催，新幹線の開業という華やかな反面，自然が破壊され，大気汚染などの公害問題が発生しました。

こうして，急速に移り変っていく社会の中で，人の心も大きく変化させられてきました。生存競争は激しさを増し，学歴社会を強め，これらは多くの母親たちを，子どもの健康よりも登校を優先させたり，過保護・過干渉へとかりたてる一方，自己中心的な考え方を強めました。

こうした世相は，私の小さな小児科医院にも反映してきました。国民皆保険によって，一層混雑を増した診療時間——，待たずに診察をうけられる時間外に来院することを得策とする母親。深夜，休日，早朝にかかわらずの電話や往診依頼が当然という状態でした。これに応えなければ，不平・不満を誰彼となく訴え，これらが一方的にマス・コミにとりあげられ，開業医の不信をあおったことも記憶に新しいところです。

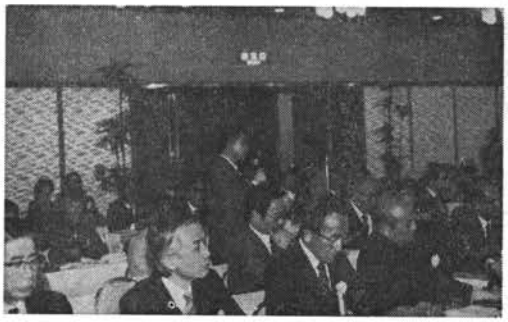
よき家庭医をめざし，これらの要望に応えようと努力してきたつもりの私は，「良い家庭医とはなんだろう——」と，休む間もない重労働の中で考えあぐんでいました。

こうしたとき，「実地医家のための会」との出合いがあったのです。そして，それは私にとって一つの大きな転機となりました。会は私に「開業医はいかに勉強したらよいか」を，みんなで討論をし，その指針を示してくれました。また「人間のしあわせを願う医療のあり方」を問いかけ，考えさせ学ばせてくれたのです。長い間，心のどこかで求めていた「医の心」にやっとめぐり逢えたよろこびのなかで私は，出来る限り会で教えていただいたものを，診療の場で生かすように努めて来ました。

例会での先生方の発展や質問は，実地医家として貴重なものばかりでしたし，それにも増して「人間のしあわせのための医療」を理想とかかげる会の先生方の人格に触れられたことは，何よりも幸せだったと感謝しております。

あれから20年——。

この長い年月の間，私は健康を害し入院生活などもあって，しばらく例会に出席できないこともありました。その病床にあったときには，なお一



層，この会の存在と意義の大きさを痛感させられました。そして再び働けるようになった現在，この会で励まされ，勇気づけられ，開業医として誇りをもって働けるしあわせをかみしめております。

この会が激しい社会の移り変りのなかで，理想をかかげながら一歩いっぽ着実に前進してきたことをうれしく思うとともに，現在の人間不信の世相の中で，この会がますます発展し，よい医療のもとで多くの人びとが生きるよろこびと，励ましを与えられることを期待しています。

同好の士

中野区
神戸　一三

「実地医家のための会」20周年を御祝い申し上げます。222回という驚異的な数字を達成した月例会に感嘆すると共に，この会を守り育ててこられた同人諸氏に，心から敬意を表します。さらに，この伝統ある本会の記念特集号に，執筆の機会を与えて下さいましたことを光栄に存じます。

私は歯学部を卒業して免状を貰いましたが，もし大学が，クラブ活動にも単位があって免状を出すとすれば，さしずめブリッジ倶楽部の卒業生であると自認するほど，寸暇を惜しんでコントラクト・ブリッジに打ち込んでいました。もっとも，勉強したくて講義に出ていても，先輩が練習のために呼び出しに来るのです。その代りに立派なノートを貸してくれたり，試験の山を教えて下さったおかげで，ビーコン，トリコンの数も大したことなく卒業出来たのです。

そもそも，東医歯大を受験する動機の一つが，同校のブリッジクラブに入部することでした。その頃，このゲームの面白さに惹かれ始めていましたから，大学対抗戦で万年優勝候補としてその名が高かった医科歯科大は，ブリッジ愛好家の学生にとり魅力校でした。

現在の東医歯大で受験生に有名なのは，ボート部です。なぜなら医歯薬対抗戦ではダントツ，日本を制し，そしてユニバーシアードやオリンピックに派遣するほど強いからです。

今でこそ，ブリッジは人口に膾炙して，プレイヤーも増えていますが，昭和30年前後に，インカレに出場していたのは，早，慶，立，学習院，東，工，一橋と我が母校ぐらいでした。もちろん学生同志のゲームばかりではなく，日本コントラクト・ブリッジ連盟の催す競技に出たり，当時は進駐軍の将校クラブでも盛んに試合が行われており，腕を磨きに出かけますと，いろいろな職業の魅力ある人達と知りあい，何人もの仲の良い友達が出来ました。また，学生時代は学校の違い，学部の違いぐらいで，同じ学生意識でいた人達が，社会に出て何年かすると，私の知らない社会の風を，会う度に匂わせるのです。今になって考えると，お互いの成長しつつある匂いを嗅ぎ合っていたに違いありません。その匂いがその人のパーソナリティと噛み合って，今に続くお互いの絆が出来上がったのだと思います。

また，学生時代から好きなものに，アルコール飲料があります。その頃からワインなども若干試みていたのですが，ブリッジや大学の仲間が，フランスやドイツに滞在するようになり，フランス人等の友人も出来ますと，いっぱしの能書きを講釈してくれます。こちらも嫌いではないので聞き耳を立てます。いくらかのワイン遍歴を経て，10年位前から，日本におけるフランスワインの神様，ドイツワインの神様といわれる方々を含めて，30人ほどのワインを楽しむ会が作られ，月例会を開いております。私も世話人の一人として最初から参画していますが，この会も楽しい同好の士の集まりです。

会員は，当番制で月例会を主催し，ワインと料理を選定するのですが，その品質とか選択について，会員は遠慮なく批評する義務があります。スノブといわれればそれまでですが，単なる社交の

場でないところに魅力があるのです。疑問があればぶつけ合い，分からないことは教えを乞うのにやぶさかではないのです。神様といわれる人でも，分からないことは判らないと，胸襟を開いて共に語り合います。一流の人なるがゆえのことだと思います。

実地医家の会も，そういった意味で大そう魅力のある会です。私が本会に入会したのも，大学時代からのブリッジとかワインとかに連がる仲間に誘われて，プライマリ・ケア学会に入り，さらにこの会にもと言われ，仲間の言うことだからと碌に考えもせず入会したのです。私は学生時代からの友人知人が多いので，この会に融け込めましたが，歯学の単科大学出身の人達には，一寸勝手が違うかもしれません。私達は学校で，医学一般の総論的なことは習いましたが，日常の診療で，患者の健康を総合的に把握したい時，歯痒さを感じるのです。そのために，この会が私のアンテナの一助となってくれているので，本会にもプライマリ・ケア学会にも，歯科の友人を誘い込みたいのですが，今一つ接点のなさが入会を足踏みさせているのです。

勉強好きの人が集まり，特別の制約もなく，特に気兼ねすることもなく，世話人諸氏には申し訳ない言い方ですが，都合のよい時に出席し，言いたいことが言い合えるのが，この会の魅力です。そしてその中にも，根本的に重要なことが守られています。それは口には出さなくても，お互いの人格と能力を尊重し尊敬し合っていることです。だからこそ，この会が長続きしているのだと思います。つまり，お互いを尊重し合える同好の士は，貴重な友であると共に師であります。

「実地医家のための会」創立20周年を祝う

大田区
村木　毅

「実地医家のための会」創立20周年お目出度うございます。一口に20年と申しましても，それには色々の事が有りましたでしょう。その度に幾多の難関を乗り越えて今日の隆盛をもたらしたのは歴代の世話人の先生方はもちろんのこと会員の諸先生の御努力の賜と深く敬意を払うものでございます。

初めに私ごとで恐縮ですが私は基礎と臨床（解剖組織と消化器外科）の二股を掛けている者でございます。現在の医学の中で基礎と臨床の乖離は甚だしく，時には医学の損失にまでつながる程です。学問の進歩と細分化のためとは申せ，医学という1つの学問の中で必ずしも有益なこととは申せません。同じように臨床の中でもこの傾向は強く，無用に専門化されていく部分を再統合し，正しい医療にいかに臨床医学を還元，活用するか原点にかえって真剣に考える時が来ております。こうした医療と医学の接点を早くから重要視して，これに向って進んで来たこの会は未来医療を夢みて先見性のある試みを行って来ました。そればかりか現在では我が国におけるプライマリ・ケアの主導的な立場にあって活躍しております。そして単に医学と医療ばかりでなく「人の心」の問題にまでその守備範囲を広め，人間の立場から真の医療の在り方を模索探究している姿は日本の医療界にあってもっとも重要な役割を荷なっていると申せましょう。そうした会の末席に連らなさせて戴いております私は実に幸せ者だと思っております。最後に老婆心で申させて戴きますならば，会が大きくなり，長い年月を経てまいりますと次第に権威的となり固膠化し，可撓性のないものになりがちですので，あくまで初心を忘れず謙虚に歩んで行くことがこの会に与えられた最大の使命だと思われます。

これからも諸先生方のお力を得て益々この会が発展することをお祈り申し上げますと共に，浅学な私も皆様に負けないよう一生懸命努力いたしたいと思っております。

患者の心理

府中市
近藤　忠雄

創立20周年記念例会は多数の来賓の外，出席会員も100余名を数え非常に盛況で，翌日の日刊紙も会の模様を詳さに報じ，今回のテーマ「新しい医療の創造的実践を求めて」についての演者の発表は真の医療に取り組む医師本来の姿であると絶賛した。特別講演された柳田邦男氏は「医者との出合い，患者との出合い」と題し，医師対患者の信頼関係は最も大切なものであり，医師の態度いかんによって患者の心理は微妙に変化するので視点の移動を考慮する必要があると力説された。その中で氏はある大学で3人の医師に模疑患者になって貰い，医師の患者に対する接し方について症例を挙げながらその大切さを説かれたのであった。偶々その時私は約半月位前から頸腕症候群（と自己診断）に悩まされ，流感の最中に診療しながらのカルテ記載が辛く，それに加えて地区医師会の広報の仕事で記事を書くことも重なって苦しい日々を送っていた。そこでA医師を訪れた所，成書のごとく頸椎4方向の写真から〝頸部脊椎症〟と診断，頸部の牽引法と鎮痛剤を処方してくれた。元来胃弱の私はこの鎮痛剤でたちまち食思不振に陥り，頸部の牽引も公私共多忙で週1～2回の通院と余り感心しない患者であった。しかし牽引も体操も目立っては回復の兆がなく，診療が忙しくなると問診するのさえも億劫になる程であった。たまたま機会があって整形外科専門のB医師に意見を求めると「何よりも患者の苦痛をとってやることが大切だからペインクリニックで局注すれば痛みは軽減する。その後で原因を検索してはどうか」と教えてくれた。またC医師は「それは筋の強直による脊椎の異常だから牽引することよりも強直筋部に鍼を2～3本うてば，そこから派生する上腕外側の痛みも自然に軽快するよ」と東洋医学的立場から教示してくれた。3人の各医師共皆診療は半医師？の患者から観ると真に正しい。それだけにどの医師の診療を受けるのが自分の病気に当っているか迷いを感じる。こんな時，医者との出合い，その接し方等人間味の溢れた医者に（たとえ大学教授のような専門家でなくても）診療を任せるのではなかろうか。クラスメートのD医師に「年だからその中に治るよ。くよくよしないで少し仕事をサボれ」と力づけてくれると親友の有難さが解り，半患者・半医者なりに自分の病気を納得し治療に専念しようと考える。ワンデルンする患者を一概に責めるのも酷なのだと自分が患者になってみてしみじみ感じた昨今である。

大事にしているお二人の手紙

大田区
大山　修

お二人と書きましたのは，春日豊和先生と陳国珍先生のことです。「実地医家のための会」創立20周年に当り，敬愛の念と，感謝の気持を表わしたく，両先生の書面を御披露申し上げ，心から御冥福をお祈り申し上げたい。

（I）

私に「実地医家のための会」に，入会を奨めて下さったのは，春日先生でした。それから素晴らしい人々と出合いが始まったのでした。

春日先生のお人柄等については，何人かの方々

が紹介されていますので，余りくどく申し上げる必要はないと思いますが，私は，飾らない，頭の良さを外に表わさない，あの馬鹿親切みたいな，物凄い抱擁性をもった，また内に高貴なる魂を宿しながら一見大へん庶民的な温かな人間性……この辺が事実先生を知るすべての方に親しまれ，愛される秘密だったのではないかと愚考して居ります。

癌らしいと人づてにお聞きして，会にも，事毎に欠席されることが度重なる気配に，今，何をどうしたら良いでしょうかと…何度も考え込んだのですが，愚かなる私は，結局，明治神宮に参拝し全快をお祈りし，「お守りさん」を貰ってこようと全く幼稚な考えしか思い浮ばなかったのです。会のある度毎に，私はそれを持って行き逢えない日を嘆きながら，オロオロしながら過ぎて行きました。そんなある日，春日先生は割にお元気そうな顔をされ，出席された。『明治神宮のお守りなんです』と申し上げて手渡したのです。その3日後，このお葉書きを頂戴したのです。たかがお守り一つにと，恐縮し，Wasserflut は，文字通り止りませんでした。

昨日は御無礼いたしました。
何よりもの贈物をいただき，私の身を案じて下さり，ここまでお心がけ下さった先生のお心に深く深く胸打たれました。衷心より厚く御礼申上げます。
幸い本日術後7ケ月目の check を受けてまいりましたが経過極めて良好とのことでホッとしております。どうか御放念下さいませ。
皆々様の温かなご支援をいただき何としても健康を取戻す可く懸命に頑張る所存でございます。
本当にありがとうございました。
御自愛の程を。先づは御礼迄。

(II)

日中（台）友好，実地医家医学国際会議の第1回目は確かS53年のことでした。私はこの時，始めて，台北医師公会会長　陳国珍先生とお逢いしました。二日に亘る宴会の後，いつも夜の二次会は上州に呼ばれ，陳国珍先生と酒をくみ交し，雑談，放歌，全くうちとけた雰囲気で，流暢な日本語で終始話されていました。

先生は赤トンボを歌われました。柴山先生や天野先生も確か御一諸だったと思います。陳国珍先生は，生れたばかりの赤ちゃんのような無邪気な顔で歌われたのでした。この先生の笑い顔の素晴らしさは，天下一品と，私は感心したものでした。そして，台湾乾杯も何度やっても先生は殆ど変らず，いつもニコニコされていました。酒に強い，柔和な大人（たいじん）といった初印象でした。

第2回目はS57年11月でした。私は以前から，体が悪いとお聞きしてましたので，お元気であればと願いつつ学術会議に出席したのでした。私はこの時，一昨年にお世話になった，心ばかりのお礼の気持をこめて，トラヤの羊羹とネクタイをさし上げようと思っていましたが，その開会の挨拶の時の先生の顔は全く土色のような，表情も乏しく，「わっ　大へんだ」と私は心の中で叫んだのでした。気の毒で気の毒で，私はそばに行くことも出来ず，深い悲しみに沈んでしまいました。以前の先生を知って居られる先生ならば皆様がっくりされたことでしょう。天野曄先生が「人と医療」に詳しくいきさつを書かれていましたが，先生は，ひとの意見をすべて退けて，お体の悪いのもかまわずに，私達に，国際的な義理を果されたのでした。その晩も，私はかつて上州で，陳先生と飲んだように再び上州を訪ね，土産品を女将に託して，帰ったのでした。

日本へ帰って4～5日程して，次のような手紙を頂戴しました。自分のことを弟と書いて居られますが，全く頭が下がります。闘病への意慾と自信に満ちた御心情を思い，涙したことでした。

大山先生

此の度の御来訪自ら御招待申し上げられず失礼致しました。病中故，不躾の程御許し下さいませ。大変立派な御土産を頂き心から感謝致して居ります。再度御来訪は元気になって語り合いましょう。字も右下りで筆が重く感ぜられる程病弱ですが必ず快復するものと信じて居ます。

以上御礼旁々御挨拶迄。

弟 陳 國 珍

1982. 11. 27

この両先生は，奇しくも癌で亡くなられたのでした。しかし御二人のすばらしい心はきっと両先生を知る皆様の胸に生き続けることでしょう。私は，人間の生き方を黙って，丁寧に御教示下された，この御二人に心から感謝し，お礼を申し上げたいのです。

医 者 50 年

船橋市
坂口 練平

はじめに

医学は文字通り日進月歩，数室を出て3年もたつと，もうついていけないといわれる時代に，50年前の話をしようとするなんて私も正に老耄の域に入つた証(あかし)である。然し，昔はこんなこともあったかと，少しは興趣を持っていただければ幸いというもの。恥をしのんで書いて見ました。

昭和8年3月，私は，昭和医専を卒業して医者となった。当時は，インターンも，国家試験もなかったから，卒業即医者である。満21才7ヶ月，医師免許証の番号は，第70498号である。

順天堂医院

卒業と同時に，順天堂医院の内科に入局した。順天堂医院は，現在の順天堂大学の前身だが，幕末以来，私立病院の雄として，全国にその名を馳せておった。

内科には，大滝潤家博士を長として，東京帝大出身の医学博士5人を揃えて，偉容を誇っておった。博士も一頃よりは格が下ったとはいえ，現在とは比べものにならぬぐらいありがたがられたものである。

医局員は3・4年生を古顔として，15人ぐらいおった。新米の私達4人は，外来でアナムネーゼを取ったり，検査をしたりした。

新患は原則として，尿のスクリーニング検査をした。現在の試験紙のような調法なものはなかったから，蛋白はズルフォサリチール酸か，煮沸試験，糖はニーランデル試薬を入れて煮沸するので液が吹き出して，危うくやけどしそうになったこともしばしばだった。必要に応じて，大便の潜血反応と虫卵検査，血沈，血球計算などもやった。

院内処方は，多くは約束処方なので，これを覚えるのが一苦労，散・水2剤2日分で1円位だった。驚くべきことに，この時すでに健康保険の患者があって，薬は1剤しか出さなかった。因みに現在の物価は，当時の千倍ないし24倍ぐらいである。

手当は，最初の1年間は無給，2年目から月10円が支給された。盆と暮には，院長佐藤達次郎男爵から，賞与とかかれた封筒を，直き直きに手渡された。中身は1ヶ月分だった。

入院患者は，始めは先輩についてまわり，注射

や検査などをしたが，2年目からは受持ちが決まった。

当時は何といっても結核患者が過半数を占めていた。治療は専ら解熱剤，鎮咳剤などの対症療法で，注射は，カルシウム，ビタミンの一点ばりだった。

人工気胸も行なわれるようになり，これと肋膜炎患者の肋膜穿刺が私どもの大きな仕事だった。人工気胸といえば，戦後開業当時は結核予防法の指定医になるには，人工気胸器を持つのが条件の一つだった。

冬になると，肺炎患者が多く入院してくる。肺炎に対しては，3時間毎の温湿布と，カンフル油の注射が主な治療法だった。最も安静を要する時期に，時間毎に体をひっくりかえしての湿布交換，カンフル油で刺激を与えておったのだから，今にして思えば，治しておったのか，悪くしておったのか分らない。これでは高い入院料を払って亡くなって行った患者さんには全くお気の毒でしたとしかいいようがない。

伝染病棟は，腸チフスと赤痢患者が大半を占めた。両方とも流動食と，リンゲル・ブドー糖の皮下注射だけ，赤痢には硫マが投与された。これでチフスは，解熱までの4週間持たせるのだから大変だ。幸いに助かっても体力消耗著しく，回復には更に1ヶ月を要した。この時代，すでにチフス患者には，肉でもなんでも食わせて，体力を維持せよとの論があったが，正に卓見だったといえよう。

チフス，赤痢も，私共が細菌培養して1週間毎に3回陰性になると退院させた。

2年目から，他科の医長とペアで，当直をさせられた。第1回いきなり「ネコイラズ」で自殺を計った中年の女性がかつぎこまれた。とりあえず胃洗滌をしたが，洗滌液が燐光を発していたのが不気味だった。結局この人は翌日死亡した。自殺といえば，若い女性でマーキロ液をのんだのがいる。これは1週間位で腎不全をおこして死んだ。

当直の主な仕事は，不眠を訴える患者に睡眠剤を処方したり，疼痛患者にモヒ液の注射，重症患者にカンフル注射をするぐらいのものだった。

モヒ液は，院内薬局で調剤したものが，瓶に入って看護室に常備してあるので，簡単に使えた。そのため中毒になる看護婦もおった。

X線は，放射線科へ依頼すると，直ぐとってくれ，ぬれたままのフイルムを持ってきた。

心電計は，在学中にコンクリートで固めた台に据えられた弦線心電計を見たことがあるが，順天堂に入ってから新進の佐藤要博士が，シーメンス製？のポータブルを使い始められた。勿論3極誘導だけだったが，私にはチンプンカンプンだった。

順天堂は大学と違い，他科との横の連絡が非常によい。内科で分らぬ時は，外科でも婦人科でも，医長が気軽に来て診てくれた。外科の手術も良く見学した。

佐藤清一郎博士は，肺壊疽の第一人者でヨード注入法や開胸手術もされて，海外にも発表されておられた。私の義母が肺壊疽になって，福井まで往診して貰い，500円を支払ったことがある（当時医長の月給が500円位だった）。

八代博士は，胃の手術の大家だったが，それでもベテラン助手を使って胃切除するのに2時間近くかかった。

千葉医大医化学教室

順天堂に4年近くおってから，チーテルアルバイトのため，12年1月から，千葉医大医化学教室に入って，赤松茂教授の指導を受けることとなった。

赤松教授は，東大銀時計組の一人で（帝大で成績最優秀の卒業生には，天皇陛下から銀時計が下賜された。）30才前に千葉医大の教授となられたほどの秀才である。

赤松教授は，一口にいって全く怖い先生で，医局長以下先生の一言一句にピリピリしておった。もっとも当時の教授は昔の殿様と同じで，生殺与奪の権を握っておったのだから何も赤松先生に限ったことではなかったのかも知れない。

教室のメインテーマは，燐酸酵素だったが教室員の仕事は，結局教授の指示のまま手足となって働くだけで，なまじ少し勉強して自分の意見を加

えようものなら，却って先生の機嫌を損じてしばらく干されてしまうのが落ちだった。

私は，入局して3ヶ月間は専ら瓶洗いをした。お陰で手は霜やけだらけになった。その間，田村医局長（当時カバさんと愛称された偉丈夫で後に館山で産婦人科を開業され市長にもなった。）の手ほどきを受け，化学天秤の使い方や定規液を作ったりした。

3月の終りになって始めて，ある化合物を作るよう命ぜられた。これがその後3年におよぶ難行苦業の始まりだった。薬の作り方を知るために図書室に入って，原書をひっくりかえした。元来私は，中学時代から今に至るまで，横文字には全く弱く，当時はコピーなんて便利なものはないから，必要な個所は書き写して家に帰って字引と首っ引きだ。それでも新学期の始めには先生に報告し，ダールステルングにこぎつけた。

生来不器用で要領の悪い私は，その後何をやってもうまく行かない。テーマも何回となく変った。3年に入った頃は，尿中のヒスチジン定量をやり，便所に大きな瓶をおいて教室員の尿を集めたり，大学病院の内科や産婦人科教室へ行って，尿集めの臭い仕事をつづけておった。

昭和12年7月，日中戦争が始まり，教室員の中からもボツボツ広召者が出てきた。

14年11月，遂に私にも赤紙（召集令状）が来た。今はこれまでと仕事のことはすっかりあきらめて教授室へ召集の報告に行った。

教授は「とにかく，これまでやったことをまとめて見給え」と大筋を教示して下さった。

さあそれからが大変，1週間の内にやり残しの実験をまとめ，ほとんど徹夜して論文を書き上げて教授に提出した。

12月出征，翌年3月，南支で毎日新聞記者のインタビュウを受け，学位を授与されたことを知って感激した。全く赤松先生の並々ならぬ温情の賜物である。

軍医

昭和14年12月出征，昭和21年9月復員までの7年間，南支，佛印，馬来，スマトラと転戦中も，一貫して近衛師団の野戦病院の病室部（内科系）勤務だったので，戦闘中応急にメスを持ったこともあったが，聴診器を離すことはほとんどなかった。

野戦病院の任務は，戦闘中は衛生隊が集めてきた患者を収容し応急処置をして後送し，部隊は戦闘部隊と共に前進する。駐屯すると，近隣部隊から隊付軍医が送ってくる患者を入院させ，野病で治療できるものは加療処置して，原隊に復帰させる。部隊が移動する場合も，残った患者はどんどん後送する。同一地区での駐屯は永くても半年位だった。

患者は，駐屯地ではマラリア患者が圧倒的に多かった。マラリアには，キニーネを主としてアテブリン，プラスモヒンの化学製剤を併用した。重症にはバリノンを注射した。下痢患者の中には，赤痢の他にアメーバ赤痢もあつた。コレラは南支で1例みただけだったが，リンゲルの大量注射で助かった。結核患者はドンドン後送した。その他熱帯チフスデング熱を見た。詐病には手をやいたが，判明すれば気合をかけて原隊に帰した。

見習士官で応召し7年間で大尉となったので，38年から軍人恩給が支給されておる。始めは年額約4万円，現在は約82万円である。これでは日本が恩給亡国になるのは当然だ。

開業

復員後，22年1月から，千葉大当時から住んでおった船橋市で開業することとなった。

当時は，健康保険制度も余り普及しておらず，しかも診療所が表通りから外れた裏街で人目につかなかったから，開業当初は患者はほとんど来なかった。暇にまかせて芋の買い出しをしたこともある。隣家の子供が第1号の患者となった。近所の風呂やへ開業広告を出したが，半年の間その方面からは1人も来ず，全く無効だった。やはり口コミによるのが最も効果があった。

第一安いということが，患者の来る第一条件だった。当時は保険でなく自由診療が大方だったから，医療費は相当の負担だった。船橋市医師会にはなぜか協定料金もなかったので，取れるだけ取

っておった。しかし表札に書いた医学博士の肩書きが大部効いたようだ。この点赤松先生には足も向けられない。

親切にする，ということは今でも流行する要件の一つである。診療時間に制限はなく，早朝でも，真夜中でも，いつでも需に応じた。往診も何時でも，何処でも，雨の日も，風の日も気軽に出かけて行った。往診は始めはテクシー，次いで自転車，バイク，軽自動車から今の普通車と変って行った。

博士さんで，親切で，しかも安いということが口コミで徐々に患者さんに広がって行ったのである。

始めは患者を診ても診断がつかず，用にかこつけて患者を待たし「症候から診断まで」といった参考書をひっぱり出して泥縄式の勉強をした。

薬は大体1剤，注射も子供にはなるべくやらぬようにした。当時は抗生物質も高根の花で，専らサルファ剤を多用した。これがまた良く効いたものだ。子供の病気は，注射もしないで薬だけで良く治すということも，評判の一因となつた。

今でこそ横着になって，手数のかかることは成る可くやらぬようにしておるが，始めの内は自分でできることはなんでもやった。

脳出血の患者には，1日2回往診して，リンゲル，ブドー糖の注射をした。

最初のペニシリンの時は，20万単位を10ＣＣの溜水で溶かし，患家に泊り込んで2時間毎に注射した。ペニシリン第一号は，1才の乳児で肺炎だったが，1本を終らぬ内に解熱した。この子を長い間ペニシリン坊やと呼んでおった。ペニシリンは1本3千円ぐらいだった。外来で消化不良の子供に洗腸し診察室中くそだらけにしてしまったこともあった。睡眠薬で自殺を計った女の人を，胃洗滌とリンゲル注射で助けたりした。

昭和34年，国民健康保険制度が発足し，国民皆保険の時代となった。始めの内こそ低医療費とかなんとか色々文句もあったが，徐々に点数も改善され，現在はむしろ保険なしの医療は考えられないくらい，保険サマサマの時代となったが，以前は全く不合理な点が多かった。例えば，診察料は初診の時だけ，再診療は勿論，時間外，休日，深夜加算などはなかったから，朝診察した患者を夜間に再診し「先生お幾らですか」と聞かれても該当する点数がない。結局ただということになってしまった。

診察に当っては，父の教示もあって「患者は肉体的にも精神的にも苦しんでおるのに，その上また経済的苦痛を与えるのだからなるべく経済的負担を軽くしてやらねばならない」ことを信条とした。それが患者には他医に比して大変安いと受けとられ，保険となっても，余分と思われる投薬，注射はもとより，検査も控える最低限の診療となり，むしろ萎縮診療の傾向となってしまったことは否めない。

しかし病気は，多くは患者自身の持てる力で治るのであって，医者はその自然治癒力の障害となるものを除き，それに手をかすだけであると信じておるので，現在のいわゆる濃厚診療には馴染めない。

私は自分の力の限界を知っておるので，問診，視診，聴打診だけで分るといわれる70%の患者を守備範囲として，それ以外は成る可く，病院や専門医へ送るようにして，いわゆる患者離れの良い医者を心掛けている。

小児科研修

昭和医専卒業後，順天堂内科に入ってから医化学教室時代を除き，復員までは成人ばかり診ておった。

当時は，結核が死亡率のトップを占め，国民病として最大の関心を集めておった。しかも治療としては，大気，安静，栄養の自然療法以外にない。同じ結核でも治る人と治らぬ人がある。そこに患者個人の精神的影響が大きく左右していた。この精神と身体との関係を究明したいというのが，私の客気にはやった願望だった。そこで生理学はもとより，心理学，哲学の本まで読んだが，私の弱い頭ではどうにもならぬことを悟った。

そこで復員後は，精神的影響の少ない小児科へ方向転換することにした。始めは順天堂小児科で，開業後は千葉医大の小児科へ専攻生として籍

をおき，佐々木教授の指導を受けた。

その内，本業の方が忙がしくなるにつれて次第に足が遠のき，その後は教室の研究会などへ顔を出すだけになってしまった。

小児科・内科を標榜しておっても，所詮はつけ焼刃で，近頃はむしろ老人の方が主となってしまった。それでも開業して30年にもなると，おばあちゃん，息子，孫，ひこ孫と4代に亘って診ておる患家も何軒かある。

もともと大先生になる積りも能力もないので，よろず相談受け給り，交通整理係に甘んじておる現状である。

医師会活動（以下コマーシャル）

元来役職は私の柄でなく，魅力もないが，船橋市医師会では，35年から理事を2期勤めた。福祉担当として，当時ボツボツ要望の声があった日曜休診制と取り組んだ。全会員のアンケート調査をしたら賛成者が圧倒的に多かったので，理事会で検討を重ね，とりあえず第1，第3日旺を休診日とし，休診日には当番医をおくこととして，5月の臨時総会で可決し，昭和35年7月1日から千葉県下に先がけて実施した。実施してみてその有難味が分ったのか，始めあった反対の声もなくなり，翌年からは毎日曜，祭日休診となった。県下でも船橋に倣って休診日を設ける郡市が続出し，今では全国的に日曜休診は当然のこととなった。

また38年1月から，船橋市医師会報を発刊した。高木会長が発刊の辞を述べ私が編集後記を書いた。始めはざら紙にタイプ印刷したものだったが，追々体裁も整のって現在に至っておる。

余談だが，息子2人は医者になったが，今なお三八式歩兵銃（明昭38年制定以来敗戦まで，大日本帝国陸軍歩兵部隊の主力兵器だった。）による単発式の診療をするおやじに，現在のじゅうたん爆撃式の医療を身につけた息子達はついて行ける

書　評　評者，大田区　**松坂　勲**

「男の老後・女の老後」

新福　尚武　　鈴木　荘一
吉沢　久子　　高見澤たか子
人間と歴史社刊　264頁　¥1,200

若い人の眼には，融通を失い，だらしなく見える年寄りが，社会のお荷物とされかねないという現代の風潮がある。しかし，老人にしてみれば，個性派としての生き方に年とってからのその人らしい生きる意味があるのだと説き且つそうありたいと願っている。事実，フルムーン結婚が話題になっている現代では80歳，90歳代で責任ある仕事を持ち矍鑠としている老人もいるし，またそのように生きられる環境が整いつつあるといっていい。

老後の問題は，実は大変な問題であり，老人になってから考えるのでは遅すぎる。中壮年の人でも，もうすぐ自分達が直面することだし，若い人にもやがて大きな負担のかかる問題である。老後，それは人生の円熟期に立って本当に未来が観えてくる時期であると思うが，誰もが通過しなければならない人生の関門ではある。

老後を楽しく生きるには，まず私たちの足もと，家族の問題をよくしておくこと，そして体のことばかりでなく心の老化を防ぐ手だてが何よりも必要であるが，本書には，かゆい所に手の届くような処世術が語られている。老人介護の経験を持つ家事評論家2人，医師2人が膝つき合わせて話し合った座談会の内容を一冊にまとめたのが本書である。実生活の中から老人の生活と文化をとりあげ，老後の「暮らし」に重点をおいて話し合いがなされている。老人にとっての住まい，食事，身づくろい，入浴，運動そして老後設計や経済の問題まで広く生活文化万端にわたって語られる。そこには押しつけの道徳論や建前倫理などは微塵もなく，読みやすく親しみやすいものになっている。出席者の四人の学識や人生経験からくる老人心理の洞察も鋭く，老齢期を考える上でのヒントやアドバイスも随所に散りばめられている。

老後，それを熟年の総決算と置き換えてもよいが，日本にはまだ老後学は未成熟であり，この問題はまさに老前にこそ，心掛けて学びとるべき知恵であろう。

筈もないから後は継ぎそうもない。

看護学校

私は20数年来，船橋看護学校で，小児科疾患の講義をしておる。ある人から聞いたのだが，学校を出てから数十年経った同窓会で，何人か若々しい人がおるが大方は学校の教師である。特に女学校の先生が一番若い。そうしたら「それは当然だ。若い女の子の体からは特殊なホルモンが発散されておるから，それを毎日吸っておる先生は若がえるのだ。」といった人がある。

私などは，1週間に1回だけだが，それで年よりは少しは若く見られるのかも知れない。

書　評　評者，富山市民病院　**高柳　尹立**

しつこい頭痛が治る

多田　秀雅　著
毎日新聞社　刊

医家・医学生もぜひ目を通すべき好著

日頃尊敬している多田先生よりこのたび毎日新聞から発刊された著書を戴いたが，パラパラ頁をめくっているうちに吸い込まれるように一気に読み終えてしまった。随所に強い感銘を覚え，読後いつまでもほのぼのとした興奮が残っていた。

本書は一般向けに書かれているが，開業医家はもとより病院勤務医さらには若い医学生もぜひ目を通すべき味わい深い好著であると直感した。

内容の流れを要約すると，頭痛・めまいその他多彩な症状の出没に悩む数々の患者の手紙を導入として，それらに共通の所見の特徴をまとめ，多くの検査データを参照しつつ不定愁訴―甲状腺障害―自己免疫の絡み合いを解きほぐしていく。この間に甲状腺機能や最近展開の目覚ましい免疫学理論のかみくだいた解説が挿入されている。甲状腺剤，ステロイド剤，$V.B_{12}$ 製剤を主とした治療法への到達過程とその学理的裏付けが進められるが，どの部分にも患者のなまの声が生きている。そして〝医療の未来に向けて〟として先生の医師観・その信条と理念が結びとなっている。

長年先生が甲状腺に焦点を合わせ，多忙な日常診療のかたわら地道な研究を続けておられることに敬服していたものの，正直いってこれほど広汎かつ体系的に進展していることを認識していなかった。まず患者の身になって訴えをよく聞き，正しく観察し，それを克明に記録し，さらに可及的広汎に臨床検査を行って考察を加えていく―この臨床医としての基本に立脚して積み上げられた研究なればこそ，表面的に常に変貌してつかみどころのない症状と根底にある自己免疫疾患との関連に窓が開かれたと思われる。動物実験や研究室的研究のみではとても近づけない難題にアプローチの道が拓けたことは実に痛快である。学問的裏付けの面でいくぶん無理があり，今後の実証が必要な問題も含まれるであろうが，従来の教科書的診断学の枠の中に安住していたのでは難病解決の道は遠いであろう。多少の独断が加わっても体験から得た鋭い洞察力は厚い壁に対する強力なくさびとなり得ることを著者は教えていると思う。

これに加えて感銘的なのは本書の底に流れている数々の教訓である。一般人に対してはいたずらに大学・大病院信仰の風潮を警告し，まずホームドクターとの人間的なつながりと信頼の重要性を説き，医家に対しては問診に始まる原点に立ちかえった診療をおろそかにせず，新しい検査を積極的に取り入れながら個体の総合的把握につとめることを強調している。

近年の物量的な医学の発展に押し流されて私たちは何か重大なものを忘れかけているのでは？―痛いところをつかれた思いもよぎったのである。

（とやま県医報58. 3. 1　No.850より）

研究と臨床

B型肝炎ウイルス(HBV)の抗原，抗体系について（Ⅱ）

砂川市　細谷　昶

はじめに

病原微生物と人間との血みどろの戦いが生体内で続けられているように，20年前より肝炎ウイルスに関する新知見が研究者によって先陣を争うような勢いで発表されてきた。その研究者の熱意と努力の結晶である肝炎ウイルス解明の軌跡を辿ってみるのも意義あることと思い，あわせて現在行っているラジオイムノアッセイ法（ＲＩＡ法）の概略と判定基準をこの章で紹介させて頂く。

1．HBV解明の経緯　（表1）

1961年以来，人類遺伝学と免疫学に興味を抱いて研究していたフィラデルフィア癌研究所のBlumberg は1963年に頻回輸血を受けていたアメリカ人血友病の患者血清が，パネル血清24ヶのうち1ケのものと単一の沈降線を画いていることを見出だしたことからＢ型肝炎解明の檜舞台はまわり出す。彼がウイルス学者でもなく肝臓学者でもなく，免疫学者であったことはこの疾病の病因が免疫に係わっていたことを思うとき来るべき未来を暗示しているかのようであった。この血清中のβリポ蛋白と明らかに異る抗原がオーストラリアの原住民の血清中のものであったことからオーストラリア抗原（以下 Au 抗原）と名付けられたが，この抗原がＢ型肝炎ウイルスを見出す端緒となろうとはその時気付いていなかったといわれる。しかし1966年に彼の研究室職員が Au 抗原陽性の軽い肝炎に罹患したことは報告されている。

1966年朝鮮戦争の戦場で多発していた血清肝炎の発病初期血清中にＳＨ抗原を，回復期血清にＳＨ抗体を見出した Prince はアメリカにサンプルを持ち帰り研究の末，1968年に Au 抗原＝ＳＨ抗原であることを発表している。本邦でも大河内が慢性骨髄性白血病の血清と健康人の血清間に沈降バンドの生ずることを観察し，Blumberg の Au 抗原と同性質のものであることを発表，Au 抗原陽性の血液を輸血された患者の大多数が肝障害を起したことを明らかにして Au 抗原と肝炎との関連性を示唆した。

1970年はＢ型肝炎ウイルス解明の経緯からいって忘れられない年となっている。Dane に次いで阿多が Au 抗原陽性の血清を遠沈→分画→透折→超遠沈→電子顕微鏡にて検鏡，大型粒子を発見，デーン粒子と名づけられデーン粒子の表面抗原が Au 抗原と同一の性状のものであろうと推測して

表1　肝炎ウイルス発見の経緯

1964	Blumberg	オーストラリア抗原
1967	Prince	ＳＨ抗原　ＳＨ抗体
1967	大河内	Au 抗原と同種抗原
1967	Krugman	MS_1．MS_2．
1970	Dane，阿多	Dane 粒子
1971	Huang	核にコア様粒子
1971	Almeida	HBc 抗原
1971	Jaklaine	コア中に核酸
1972	Krugman	A，B型肝炎分類
1972	LeBouvier	HBs 抗原の亜型
1972	Magnius	e抗原
1973	Kaplan	ＤＮＡポリメラーゼ
1973	Barker	HBc 抗原作製
1973	Feinston	ＨＡＶ
1974	Robinson	デーン粒子に DNA
1974	Nielsen	e抗原，e抗体研究
1974	Prince	C型肝炎
1975	Purcell	非A非B型肝炎
1976	岡田ら	e抗原と母子感染
1978	真弓	e抗原のコア局在

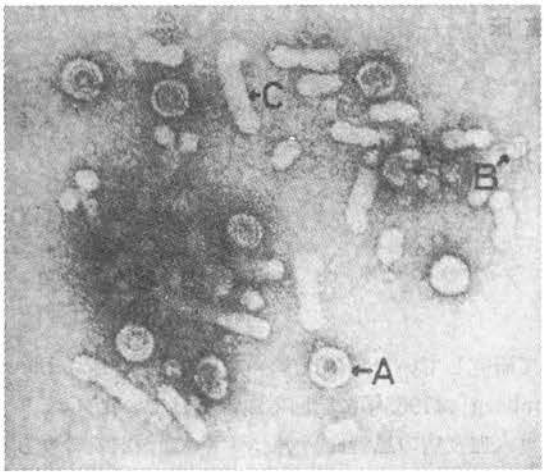


図1
A:Dana 粒子　B: 球形粒子　C：管状粒子

いる（図1）。ニューヨークのマンハッタン島の南西部，スターテン島に6千人収容の Willow brook state school という精薄施設がある。この学校では数年前より肝炎の流行が繰返されていたが予防法もなく蔓延を阻止する有力な手段もなかった。1967年ニューヨーク大学小児科教授であった Krugman は子供達の両親の承諾を得て人体実験を始め出していた。Willow brook №5という血清を Mir. という子供に最初経口投与し〝潜伏期の短い肝炎〟を発症させ，その血清を MS_1 と名づける。治癒後6カ月目に再び Mir. に№5の血清0.5㎖を皮注して〝潜伏期の長い肝炎〟を発症させその血清をMS_2 と名づける。MS_2 の血清より Au 抗原の検出を見てさらに人体実験を続け1970年に MS_1 は Au 抗原陰性に係る肝炎（伝染性肝炎），MS_2 は Au 抗原陽性に係る肝炎（血清肝炎）に区分した。考えて見ると№5の血清は両者あわせもった血清であったことになるのだが，肝炎発展の歴史の流れからみると非常に幸運なことであったといわねばならない。しかし彼は1956年以来，700名，2万5千検体を凍結保存したというから彼の幸運も努力と忍耐の上に成り立ったものといってよいであろう。Barker も肝炎に関係あると思われる血清4種をつくり，志願者に人体実験を行い数十名に Au 抗原の陽性を検出，さらに実験を進めて Au 抗原の接種量と感染との相関を見ているのも1970年である。

当時，Au 抗原は血清肝炎の病原体なのかという設問に対し Blumberg は米人の Au 抗原出現率，肝疾患患者の出現率が各々0.1%，20%である点，Au 抗原陽性血液を輸血すると肝炎が発症し Au 抗原を証明する点その他から Au 抗原は肝炎と密接な関係を有するが病原体でないとし，Au 抗原に未だ核酸，ＤＮＡポリメラーゼを証明し得ないことから原因ウイルスでないとのべている。大河内は Au 抗原は肝炎の1)ウイルスの一部なり2)肝炎のウイルスなり3)肝炎ウイルスの感染を受けた細胞産物なりとして以上三つのうちの一つだろうと推論していることは興味ある。

1971年より以降は肝炎ウイルス研究の最盛期に当っている。英国の Almeida が Au 抗原と異なる抗原，コア抗原を発見，血清肝炎ウイルスの本体であることを提唱。1972年に至って Krugman によりＡ型肝炎，Ｂ型肝炎に分類されるに至るのだが，1971年にコア中に核酸が証明された発表に続いて1973年コア中にＤＮＡポリメラーゼ活性が証明されるに及んでコアがＢ型肝炎ウイルス（ＨＢＶ）であると立証されるに至った。

スエーデンの Magnius はＨＢＶの亜型を研究中，血液透折を受けていたキャリアーの中よりｅ抗原を発見し，肝障害患者に多く，肝障害のないキャリアーには陰性者が多いことを発表，次いでデンマークの Nielsen が臨床的にｅ抗原，ｅ抗体の陽性率を肝疾患について詳細に報告し，ｅ抗原が肝疾患慢性化の指標なりとして認識をあらたにしている。Robinson，高橋はｅ抗原系を基礎的に研究して内外の注目を集め，岡田，真弓，西岡によって母子感染との関係も意義づけられるに至った。

本邦はウイルス肝炎患者の多いため数多くの学者がこの問題を真摯にとりくみ世界の最先端を走っている現況にあることは同慶の至りであると考える。

他方，伝染性肝炎ウイルス（ＨＡＶ）はワシントン郊外，ベデスタ国立健康研究所（ＮＩＨ）の Feinstone によって1973年に発見されているが，彼は発見に至るまで2年の歳月を要し失敗に次ぐ失敗のあと研究室を去ろうとした矢先の発見だっ

たと伝えられている。次いで翌1974年 Prince によってA型でもないB型でもない未知の肝炎のあることを提唱しC型肝炎と名付けられたが，ある理由によりＮＩＨの Purcell にその名をかえられて非A非B型肝炎と名付けられているが，今なおC型肝炎の名を使う人達も存在している。

このようにみてくると医学の流れは克々たる栄光の中に金字塔を建てつつあるように思われるが，その影にこの進歩に貢献した幾多の研究参加者の貴重な協力，医学者の感激と失敗，そして失望さらに罹病，感染死，学域の中傷，排他などが数多くの文献の裏面に滲んでいるように思えてならない。友人の教授が私にそっと語ってくれた。〝宇治川の川の流れは早くそして深い。早く流れにのりたいが妨げる有形無形の何かがこの世界にある〟と。

表2　HBs 抗原　HBs 抗体測定法および感度

測定法		感度		感度
		HBs 抗原	HBs 抗体	HBs 抗原
寒天ゲル内免疫拡散法	MO	1	1	1
電気向流法	ＩＥＳ	5～10	5～10	5～10
補体結合法	ＣＦ	50～100	50～100	50～100
受身赤血球凝集反応	ＰＨＡ		1,000～10,000	1,000～10,000
免疫粘着赤血球凝集反応	IAHA	200～5,000		1,000～10,000
ラジオイムノアッセイ	ＲＩＡ	1,000～5,000	1,000～10,000	5,000～50,000
		WHO 発表 1975		吉原 1977

2．RIA 法について

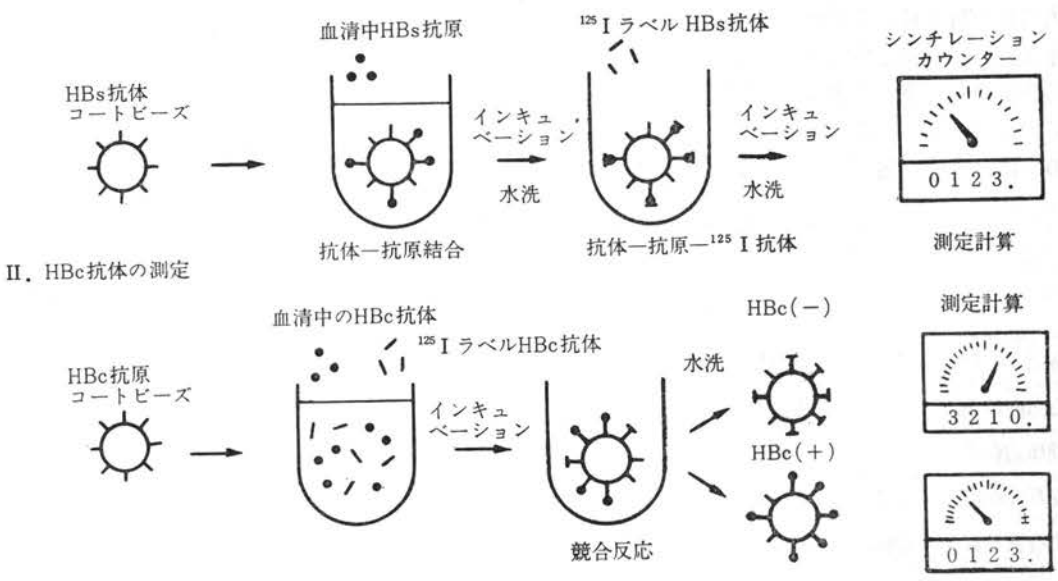
ＨＢＶ抗原抗体系の測定法はいろいろな方法があるがそれを（表2）に示す。しかし測定者によってその感度の表示が異っているので一般的なものを掲げた。

ラジオイムノアッセイ法（ＲＩＡ法）が初めて登場してきたのは1970年 Walsh をもって鋒矢とする。その後改良を加えられ現在のサンドウィッチ型のＲＩＡ法が1972年に使用され始めている。抗原抗体反応の特異性と放射能測定の感度を合わせもったこの方法も更に改善を加えられて現在に至っている。ダイナボットＲＩ研究所から入手出来るＲＩＡ測定キットの内容を（表3）にまとめて示した。

表3　HBV 抗原抗体系検査キット内容

キット名	反応様式	使用ビーズ 使用液	表示
HBs 抗原検査用 オーラリアⅡ-125	サンドウィッチ型	HBs 抗体ビーズ ^{125}I ラベル HBs 抗体液	カットオフ インデックス
HBs 抗体検査用 オーサブ	サンドウィッチ型	HBs 抗原ビーズ ^{125}I ラベル HBs 抗原液	カットオフ インデックス
HBc 抗体検査用 アンチ HBc リアキット	競合反応	HBc 抗原ビーズ ^{125}I ラベル HBc 抗体液	阻止率%
HBe 抗原検査用 HBe リアキット	サンドウィッチ型	HBe 抗体ビーズ ^{125}I ラベル HBe 抗体液	カットオフ インデックス
HBe 抗体検査用 HBe リアキット	競合反応＋ サンドウィッチ型	HBe 抗体ビーズ HBe 抗体中和用試薬 ^{125}I ラベル HBe 抗体液	阻止率%

図2　RIA法測定原理



3．RIA 法測定原理　（図2）

代表的に HBs 抗原，HBc 抗体の測定原理について図示してある。

1）HBs 抗原測定法

HBs 抗体でコートされたビーズ玉がある。検体中の HBs 抗原を HBs 抗体ビーズと反応させると HBs 抗原-HBs 抗体コンプレックスを形成する。それをインキュベーション後ビーズ玉を上手に3回洗滌する。次いで ^{125}I ラベル HBs 抗体液を加える。HBs 抗体ビーズに結合した HBs 抗原と結合し，HBs 抗体（ビーズ玉）-HBs 抗原（検体）-^{125}I ラベル HBs 抗体のサンドウィッチ型の結合物を形成する。よく水洗2回後ウェル型シンチレーションカウンターでビーズ玉の放射能を測定する。検体中の HBs 抗原量の多いほどカウントは高くなる。本品に添付されている陰性コントロールよりカットオフ値を求め，カットオフインデックスを算出する。

この方法は，HBs 抗体，HBe 抗原の測定も同様の方法を用いている。

2）HBc 抗体測定法

検体と ^{125}I ラベル HBc 抗体液を入れた反応トレイに HBc 抗原を吸着させたビーズ玉を入れ，インキュベーションすると検体中の HBc 抗体と ^{125}I ラベル HBc 抗体はそれぞれ HBc 抗原ビーズ玉に競いあって吸着反応する。3回よく洗滌後ビーズ玉の放射能をシンチレーションカウンターで測定すると検体中の抗体量の少ないほどカウント数は高くなり，検体中の抗体量が高いほどカウント数は低くなる。同時に測定した陽性，陰性コントロール血清より得られたカウントから数式により阻止率%を算定し，HBc 抗体陽性か陰性かを判定する。

3）HBe 抗体測定法

e 抗体測定は e 抗原測定より一行程多く，検体と HBe 抗体ビーズ，HBe 抗体中和用試薬（e 抗原液）にて競合反応を先に行い，その後 ^{125}I ラベル HBe 抗体液でサンドウィッチさせて測定する方法をとっている。

4．RIA 法による判定基準

判定基準は（図3）に示すとおりである。なお HBs 抗原抗体の判定基準値は昭和54年5月22日に定められ，その他のものは昭和56年5月1日に規定されたことを付記する。

図3　ラジオイムノアッセイによる肝炎ウイルス関連抗原／抗体測定

Ⅰ．B型肝炎関連抗原/抗体

	抗原・抗体	判定基準	
HBs	抗　原	カットオフ未満 − (1) 〜 (5) 5以上 +	カットオフインデックス
	抗　体	カットオフ未満 − (1) 〜 (2) 2以上 +	カットオフインデックス
HBe	抗　原	カットオフ未満 − (1) 〜 (2) 2以上 +	カットオフインデックス
		または判定保留域にあってHBe抗体30%未満のもの	
	抗　体	30%未満 − (30%) 〜 (70%) 70%以上 +	インヒビション%
HBc	抗　体	30%未満 − (30%) 〜 (70%) 70%以上 +	インヒビション%

Ⅱ．A型肝炎関連抗体

	抗体	判定基準	
HA	抗　体	30%未満 − (30%) 〜 (70%) 70%以上 +	インヒビション%

：判定保留域

判定保留域では、他の検査結果や経過観察などと併せて総合的に判定する。

$$\text{カットオフインデックス} = \frac{\text{検体カウント}}{\text{カットオフ値}}$$

カットオフ値＝陰性コントロール(平均値)×2.1

$$\text{インヒビション\%} = \frac{\text{陰性コントロール(平均値)} - \text{検体カウント}}{\text{陰性コントロール(平均値)} - \text{陽性コントロール(平均値)}} \times 100$$

参考文献

1．石田名香雄　肝炎ウィルスの正体
日本医師会医学講座　275　昭45

2．大河内一雄　オーストラリア抗原とウィルス肝炎
日本医師会医学講座　259　昭45

3．阿多　実茂　オーストラリア抗原とB型肝炎ウィルス
日本医師会医学講座　109　昭47

4．織田敏次ら　HB抗原と急性肝炎
日本医師会医学講座　97　昭49

5．織田敏次ら　肝臓病研究の動向
日本医師会医学講座　291　昭53

6．Zuckerman 三代俊治，赤羽賢浩訳
ウィルス肝炎　1980

7．吉岡なみ子　メディカルトルビーン
7月9日号　1980

8．和田武雄ら　RIA(CORAB) による血中 HBc 抗体測定の検討
医学と薬学　3　105　1980

9．鈴木　宏　Radioimunoassay 法による e 抗原 e 抗体の測定について
肝臓　21.1304　1980

10．肝炎ウィルス特集号
クリニシアン Vol 28. No 299
1981

B型肝炎ウイルス (HBV) の抗原，抗体系について（Ⅲ）

はじめに

B型肝炎感染症はつきるところ，ＨＢＶと侵入された宿主の免疫現象との間の，し烈な戦いか，排除か，平和共存かの選択の結果であり，戦場を主に肝臓としてのシーソーゲームであると言える。免疫応答良好者は戦いに勝って戦果として各種の抗体をえることとなり，もう外兇の侵入を許すことはないが，免疫応答不全者は戦わずしてＨＢＶの持続感染を認容することになる。

ＷＨＯの発表によれば現在，全世界で１億７千万人のＨＢＶ保有者がいると発表し，その約10%が肝障碍を発症しながら悩んでいるという。ウイルスに対する特効的な薬物が未開発であるためＨＢＶ保有者自身の精神的苦悩，経済的負担，時間的損失を考えるとき，医療の場にあるものとしてやりきれない思いをする毎日である。ＨＢＶ保有者がこの地方に５%程度も存在し毎月数名の新発見者が外来を訪れてくる。そのほとんどが検血により HBs 抗原を指摘され不安を抱いてくるもの，保有者であることを知らずに他病で来院し発見されるもの，肝障碍状態で来るものとさまざまである。

この章においては当外来で見られた興味ある例について報告してみたい。

1．測定法および略記について

HBs 抗原はオーストリアⅡ-125。HBs 抗体はオーサブ。HBc 抗体はアンチ HBc リアキット。HBe 抗原，HBe 抗体は HBe リアキット。すべてＲＩＡ法によった。HBc 抗体の力価については昭和54年６月以前のものについてはカウント数，それ以降のものについては生血清，200 倍稀釈血清，適当稀釈血清の阻止率（阻害率）を計算して呈示した。また各抗原抗体の力価の判定基準はダイナボット社の基準に従ったが，陽性，判定保留域，陰性の表示を＋，±，－で表わしまた数字は陽性を，（ ）内にあるものは判定保留域にあることを示している。

記述法の略記は前章と同じくＨＢＶ抗原抗体系を，ｓ原，ｓ体，ｃ原，ｃ体，ｅ原，ｅ体としたがこれはＷＨＯの命名法（1977） HBsAg, Anti HBs, HBcAg, Anti HBc, HBeAg, Anti HBe に相当する。またトランスアミナーゼをＴＡ，無症候性キャリアーを AsC，健康キャリアーを ＨＣ，急性Ｂ型肝炎を急Ｂ肝，慢性Ｂ型肝炎を慢Ｂ肝と略記する。

2．HBV キャリアーの定義について

ＷＨＯではｓ原が３ケ月または13週以上陽性のもので自覚症状のないものをいうと定義しているが，本邦では６ケ月以上の者とするのが妥当であるとされている。犬山シンポジウムでは上記のうちＧＯＴ，ＧＰＴの異常のないものを無症候性保有者（Asymptmatic carrier＝AsC）と肝生検で異常のないものを健康保有者（Healthy carrier＝ＨＣ）との二つにわけている。AsC はＨＢＶの持続保有状態にあるものをさすので慢性感染症に当ると思われるが，ＨＢＶは病原微生物でなく親和寄生微生物と目されていることから考えれば真の感染症としての定義に入るかどうかわからない。また AsC の中にも急性肝炎様再燃（以下単にシュ

表１　Ｂ型肝炎の分類

A.	急性Ｂ型肝炎		ＨＢＶの初感染者
B.	ＨＢＶキャリアー		
1	無症候性キャリアー（AsC）	非顕性AsC	肝障碍を起さぬもの
		顕性AsC	肝障碍を起すもの
2	慢性Ｂ型肝炎	非活動性	肝生検による
		活動性	
3	肝硬変，肝癌		
C.	劇症Ｂ型肝炎		

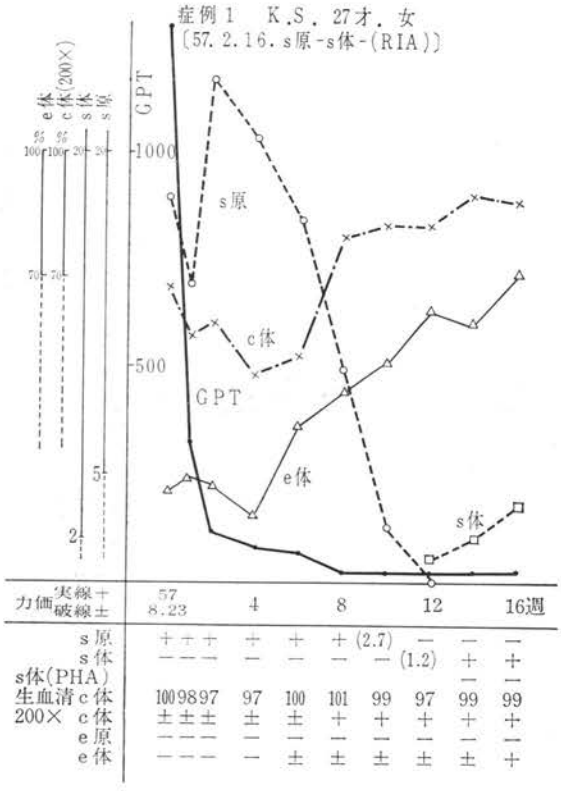
ーブと略す）を起すものもあるため臨床的には（表1）のようにわけた方が考え易い。

3．急性B型肝炎（図1）

症例1．K．S．27才．女

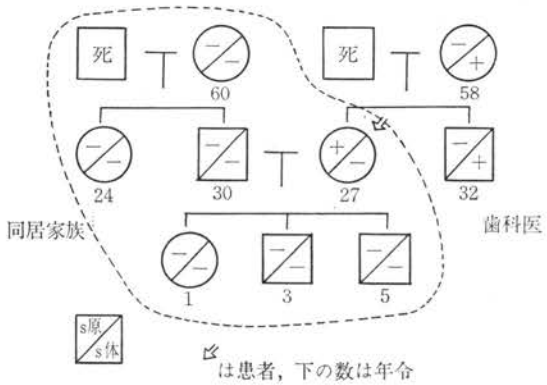
患者は出産するに当り婦人科医にs原，s体ともに陰性といわれ，昭和57年3月1日無事女児を分娩した。昭和57年8月中旬に至り全身倦怠感がつのり出し食思も減退，嘔吐2～3回あったため当院外来を8月23日に受診した。初診時，尿中ウロビ卅，ロヂン卄，GOT1107，GPT1308，総ビリルビン3.8であり，s原陽性，c体200倍稀釈血清阻止率70%であったため，急B肝と診断し予後の良好な疾病であることを納得せしめた。同時に母乳，尿のs原，s体を調べてみたが陰性であった。患者は1週間で発黄もとれ自覚症状も回復に向い，TAも2週間目に正常傾向，6週目に正常域になっている。s原力価はTAの下降に沿って下り，2週後反転上昇最高価を示したが4～8週に亘り抛物線を画いて下降し10週目に±，12週目に陰性化した。それと同時にs体が±となって出現，その2週後に陽性化している。s原消失は初診より12週，s体出現は初診より14週目に当っている。c体力価は200倍稀釈血清で6週目まで±，8週目以降陽性となり中等度の力価を現在維持中である。e原は終始陰性，e体は陰性ながら力価は一旦下り6週目より±となり16週目より陽性化した。その変化はほぼc体の変位と類似している。

図1　急性B型肝炎



発病時感染源を調べるため家系の調査を行ったが，そのルーツは結局不明であった（図2）。彼女の兄が歯科医であり，ウ歯治療のため5月頃1回受診したとの話に感染源としての期待を抱かせたが，歯科医は既に抗体をもっていた。6月始め膀胱炎罹患，S病院泌尿器科で導尿による採尿を3回受けているが，案外カテーテル導尿にその因を求めることが出来るかもしれない。

図2　症例1の家系図



4．覚醒剤（シャブ）常用者の急性B型肝炎（図3）

HBVキャリアーが覚醒剤中毒者，ホモ愛好者，入墨もの，の間に潜行しているという報告があるが，シャブ常用者の急B肝，2例に遭遇した。

症例2．3．患者は40才のスナック経営者と18才の女子従業員で二人はシャブ仲間である。40才の男性が覚醒剤常用者であることを初診時告白したので興味をもって2，3質問してみた。シャブを溶解するのに煮沸したヤカンの蓋にたまった水

図3　急性B型肝炎（シャブ中毒）

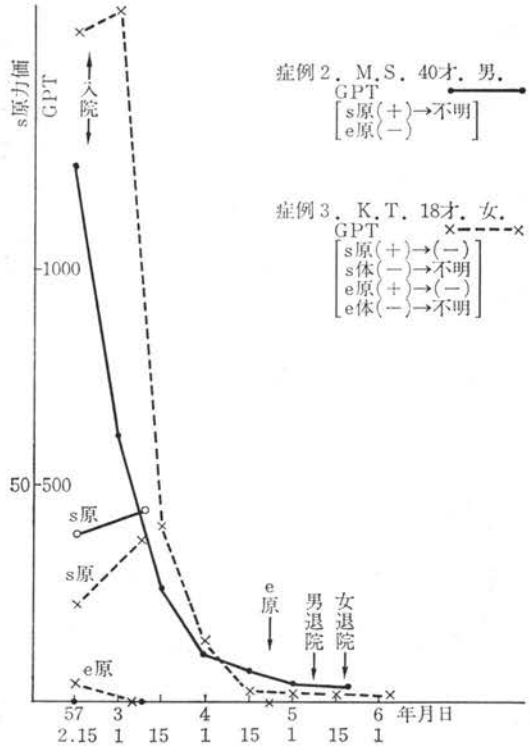
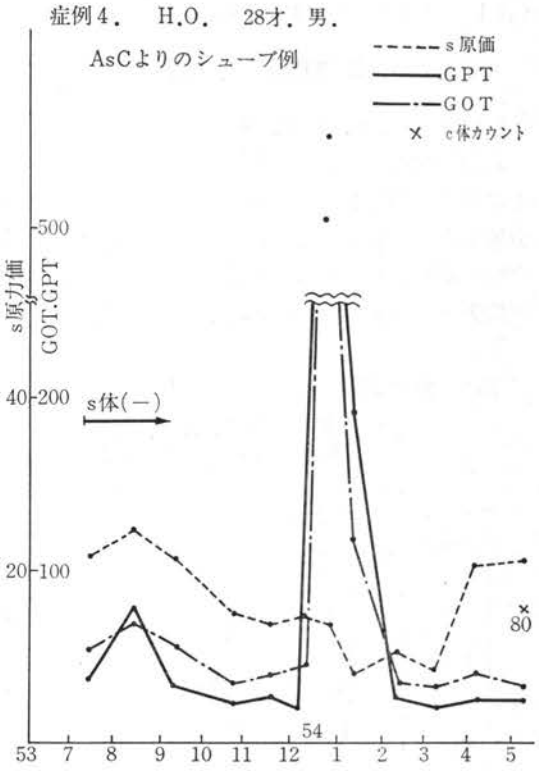


図4　HBVキャリアーの急性肝炎様再燃



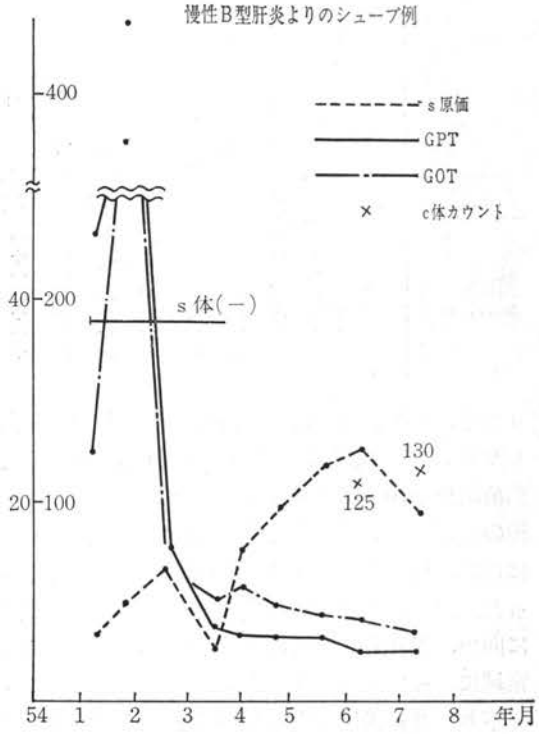
滴を利用すること。注射筒，注射針はアルコール消毒。1回の溶解液で数名が静注することもあること→廻しうちを行っていること。

この2例は入院を希望したので他院に転医させたが，その病院よりデータを頂いて図3を作った。同時発病ゆえ二人は感染源でないとはいえ，18才の少女がe原陽性であった点は注目すべきことであり，彼女の両上肢静脈に生々しい注射痕が散見されたことは第三，第四の犠牲者が出るのではないかという危惧の感を深くさせた。彼女は9週目にs原の消失をみて退院している。急B肝の人為的モデルケースであったが各抗原抗体系を追跡出来なかったのは非常に残念であった。

5．無症候性キャリアーの急性B型肝炎様再燃

当院外来で昭和53年より1ケ年間のs原陽性者の発見数は64名であったが肝障碍の有無でわけてみると次のようになる。

○　GOT.GPT　両者とも100以上のもの　5
○　GOT.GPT　両者とも50～100のもの　3



○ GOT.GPT のいずれかが50～100のもの 10

○ GOT.GPT の両者とも正常のもの 46

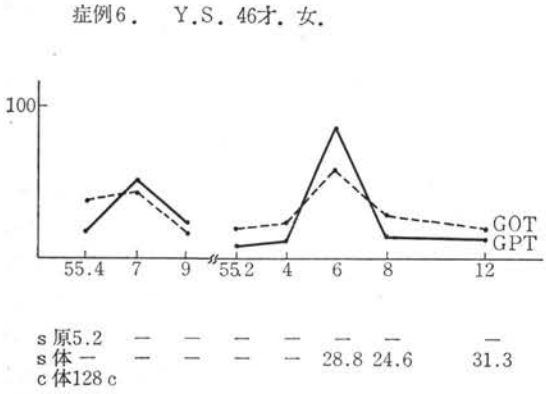
初診時，軽重の差はあるが何かの肝障碍を抱いて来院したものは18／64→28%に当る。その中より非顕性 AsC よりシューブを起したと思われる1例を示す（図4）。

症例4．H.O. 28才．男.

軽い全身倦怠感で来院，s原陽性，s体陰性の非顕性 AsC として経過を追っていたところ，初診より5ケ月目GOT，GPTの高騰をみた。ただし自覚症状は余りなく軽度の倦怠感の出没，食思不良を訴えるのみであった。そのため患者は職業の事務職を続けながら通院治療で終始した。急増したTAも2ケ月後に正常化している。s原力価の変動についてはTAが上昇するに先だつこと2ケ月頃より低下し始め，TAが正常になった頃が最低価でその2ケ月後に以前のs原力価に復帰している。このシューブが他の肝炎によるものかどうかについての疑問を残す点はあるが，やはりAsC のシューブと考えるのが当然と思われる。回復時c体力価を計っているが高力価であった。

このようにシューブに際してs原力価が低下する現象は慢B肝やその他で見られることが多くTAが100以下のシューブでは余り著明ではないがTAが200以上のシューブであれば概ね位相の変化を認めることが多いように思われる。症例5は慢B肝の例であるがあわせて図示した。

図5 HBVキャリアーからの離脱



6．HBVキャリアーからの離脱（図5）

HBV保有者64名の観察中，途中で来院しなくなる者は多いが経過をみている例の中でs原が陰転化しs体の出現を認める者，即ちHBVキャリアーから離脱した例を見ることは滅多にない。昭和54年5月に来院した女性1例にかかる変化が見られたので症例6としてこれを（図5）に示す。この例ではs原の力価は小さかったがc体は高力価であり AsC であることはまちがいない。s原が陰性化する時とs体が出現する時にわずかではあるがTAが動いている。しかしそのTAの変化は自覚症状の出現までを伴わず，そのため継続して観察していなければ見落としてしまうことになりかねない。

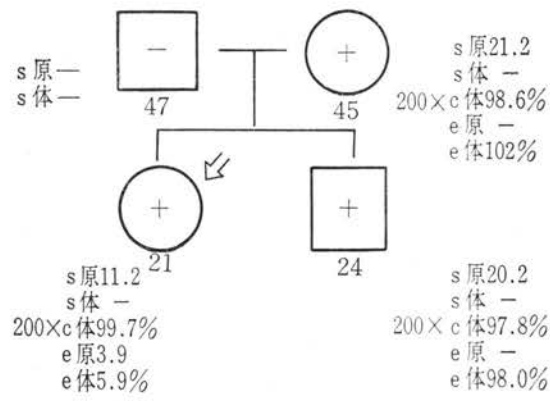
この例のs原陰性よりs体陽性までの期間は1年ほどであったが，その間のc体力価については残念ながら測定キットが入手出来なかったので測定はしていない。しかし高力価が続いていたものと推測している。この期間をコアウィンドウと称してs原陰性であってもc体の高力価が続く場合はまだキャリアー状態にあるものと判断することになっている。本例はs体の出現をみてキャリアーから離脱したものと判定した。

7．sero conversion 例（e原→e体変転例）

症例7．H.N. 21才．女.

最近HBV集積家族の21才女性の sero conversion 期に遭遇した。昭和53年以来集積家族である

図6 症例7の家系図
（57.10.23 現在）



ことで経過をみていたが，その始まりは現在45才の母親（看護婦）の胆石発作が端緒であった。母親は16才で看護婦となり外科病院に4年間勤務，手術，看護の仕事で他人の血液に汚染されたものをとりあつかってきたが，21才で結婚後離職，二児の母となり34才より再び内科医院に勤務し始め現在に至っている。その家系図を（図6）に示すが，母親の一代先までは不明である。ただ現在まで24年間一緒に苦楽をともにして来た夫はs原s体ともに陰性であった。

57年10月下旬，長女が軽い食慾不振，夜間に憶える倦怠感があって心配となり検査目的で来院した。GOT56，GPT84と軽度の上昇，s原力価の低下，c体の高力価，e原陽性，e体陰性を認めたが，約10日後再検査したところTAは正常化しe原はe体へと変遷していた（これはある目的で血清を保存させておいたので念のため2回測定している）。同時に上記の自覚症状もきれいに解消，すこぶる元気になったという。その経過を現在もなお検索中であるが（表2）に示す。集積家族のHBVキャリアーであることを知らなければ，疲労ないしは感冒などとしてかたづけたかもしれないところであった。

表2　sero conversion 例（症例7．H.N.　21才．女.）

年月日	53. 6. 6	55. 8. 14	57. 10. 23	57. 11. 1	57. 11. 15	57. 12. 6
GOT	25	21	56	15	13	18
GPT	14	11	84	6	8	10
s原	14.4	19.3	11.2	26.7	26.5	24.9
s体	—	—	—	—	—	—
生血清 c体%			100.8	97.4	97.7	99.4
200× c体%			99.7	96.3	97.5	98.7
e原			+ 3.9	—	—	—
e体%			− 5.9	+ 97.0	+ 98.6	+ 99.5

e原	+ 3.9 + 3.5	— —
e体%	− 5.9 − 6.5	+ 97.0 + 96.4

上段は57. 10. 23側定価
下段は57. 11. 4再検価
（凍結保存血清）

考　按

AsC，HC の殆どは生化学的検査のうえでは肝疾病患者ではない。彼等はHBVの親和愛好者であり免疫応答説を信ずるならばHBVに対する無関心者，低関心者といってよいだろう。この忌わしいそして疎ましいHBVを寄生させている人たちである。ところでこのような寛大な免疫応答不全ないしは不全傾向者が数%も存在するのだろうかという素朴な疑問にいきつくのだが，それはそれとして宿主がHBVに対し無神経なうちはよいが宿主は生体である以上関心を持たざるをえなくなってくるのも当然の推移であろう。肝障碍成立およびHBV排除の機序は今もって不明であるが，主に肝臓が戦いの場として提供されることは事実であり，小さな被害で終るか戦災が次第に拡大されていくのか運命の行きつくところは全く未知である。

HBVキャリアーの成立機序としてかつては母子感染と水平感染からの移行を重視していたが，現在では免疫的見地から考えて免疫能の不完全な時期（新生児および乳幼児期）における感染と成人においては疾病および治療により免疫不全状態にある時の初感染した場合にキャリアーになりやすいと細分化されてきた。すなわち，母子感染より30%，乳幼児時期の感染60%，成人の免疫不全

時の感染と遺伝的素因10%としてその因を求めている[1]。しかし遺伝的素因の問題については Blumberg が1969年に発表した仮説として有名であるが現在では否定的であるとした意見も多い[2]。それはともかくキャリアー成立のためには侵入したウイルスの強さと量に関係することは確かであり，その場合に侵入された宿主の感染時期と初感染時の免疫病態にあることには異論のないところらしい。

急性B型肝炎の確定診断は

1．s原陰性，s体陰性既知者のs原陽性肝障碍発症。

2．s原陽性肝疾病患者の1～3ケ月後におけるs原陰性化，あわせてs体陽性証明。

3．s原陽性者でc体陰性か低力価者（IHAH法にて）の2～8週に亘るc体の中等度上昇証明[3]。

4．s原陽性者でc体陽性（RIA法にて200倍稀釈血清阻止率30～70%）のもの。

の4方法によるが2の如く治癒後の判断では全く意味がない。最も明確であり簡単なのは1と4である。急B肝におけるc体について RIA 法[5,6]は IgM 型＋ IgG 型グロブリンを同時に測定するため早期に（TAの上昇以前に）出現し，IHAH 法[3] では IgG グロブリンのみを測定するため遅れて上昇してくるという。そのためRIA法で初期に出現している IgM 型c抗体を捕えることは診断上重要な意味をもっている。急B肝に似た経過を呈するものに AsC からのシューブと慢B肝のシューブとがあるがこれとは厳密に区別しなければならない。鑑別するにはs原の既知があればよいが，それが不明瞭の場合でもc体の力価を追うことによって可能である。c体力価が200倍稀釈血清で阻止率90%以上であればHBVキャリアーからの発症と考えてよく，70%以下であれば（ただし発病初期検体）急B肝と診断してよい。

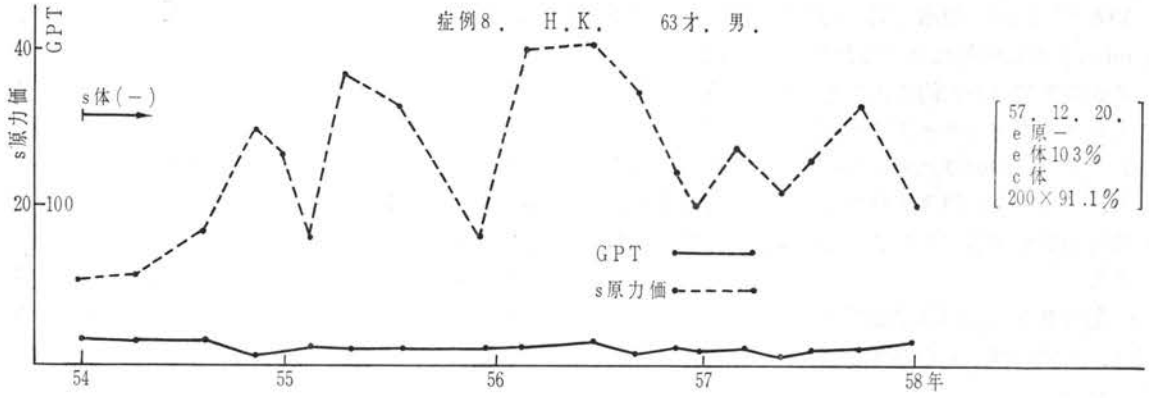
臨床症状はほとんどあてにならない。しいて言うなら急B肝の症状はシューブの場合より重症感をあたえる。しかし他の非B型肝炎よりは軽いか同程度かといった印象である。愁訴なるものはもとより個人差があるものであるが，HBVキャリアーからのシューブは発黄も少ないし，疲労感も余り強く訴えず，夜になって少し疲れたという程度で，TAを測ってみてこんなに高いのかと意外に思うことのほうが多い。

急B肝は殆どの例が治癒しうるという。矢野[7]は117例の急B肝を追跡して1例もキャリアー化しなかったと報告し，鈴木[8]は30例中1例のみにキャリアー化したことを認めている。結局，急B肝は非常に予後の良い疾患であり，AsC からの発症では慢B肝に移行することも多く，引続いて肝硬変，肝癌への道をたどることも予想されるので，急B肝の早期診断は患者にとっても治療するものにとっても絶対必要なことである。

RIA法でHBVの抗原抗体を追った急B肝の1例報告[4]その他[9]があるが本報告とほぼ似ている。本例では正確に2週間隔で測定可能な5種類の抗原抗体系を追い，理想的な消長推移をみたがこれが急B肝の標準であるかどうかわからない。免疫能なるものは個体差がある以上さらに1例でも多くの症例を重ねて検討することが大切であると考えている。本例のようにs原消失後，間をおかずにすぐs体が出現し始めた（PHA法ではいまだ陰性）ことには少なからず驚かされた。矢野[7]はPHA法にてs原消失までの期間を平均5.4週，s体出現までの期間を6ケ月で45%，12ケ月で72%と報告している。測定法が異なるので比較検討することはさけたい。また文献によると急B肝における各抗体系の出現順序はc体が最も早く，e体がこれに続きs体が一番おくれて陽性化するといわれている。

AsC よりシューブを起した例と慢B肝のシューブ来院例でみられるようにs原力価の変動について観察すると，TAが上昇する前1～2ケ月よりs原力価の減少し始める。TA高騰時も引続き低力価を維持し，TAが正常化して後1～2ケ月を経て漸くs原力価は上昇して旧価に復帰する。この変化はTAが100以下のときには余り著明でなく，TAが200以上のときには顕著であるような印象を受けている。そのため継続的にs原力価を測定しているとき，その力価が低下し始めるとシューブをきたすのではないかと警戒することにしている。

図7　非顕性無症候性キャリアーのs原力価の変動

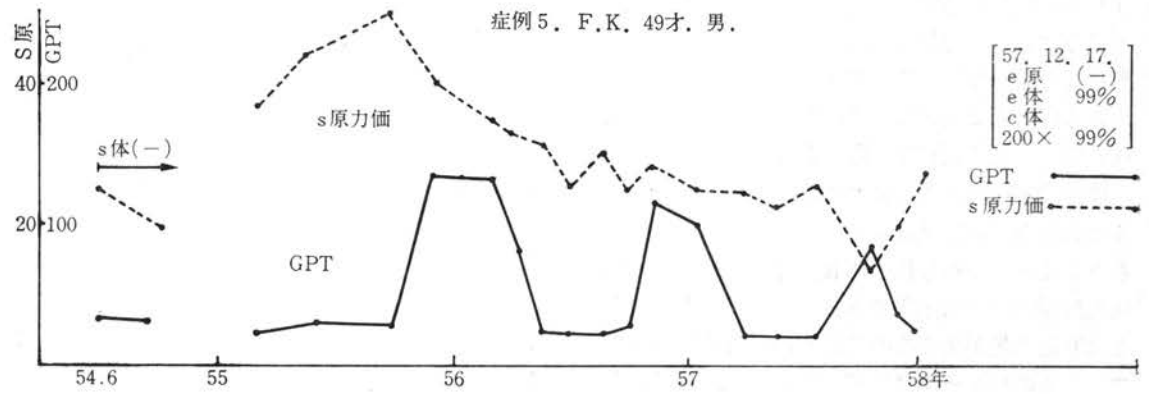


このs原力価の変動について免疫体液説を信ずることにして考えてみたい。

s原力価のほとんどが小型球状粒子と管状粒子に由来している。そしてその力価は（PHA法，IHAH法にて測定した文献）肝障碍の程度とは一致せず，また血中に含まれたデーン粒子数とも無関係であるとした文献が多い。しかしs原力価の由来は肝細胞におけるHBVの感染度とHBVのs原産生能に比例し，また生体の免疫産生能，s体の血中出現程度の二つによって支配されていると考えてよいだろう。HBVキャリアーはs体の産生が全くないのか，あっても少ないものとされているので血中では当然s原優位が続くものと思われる。いま4年間観察中の非顕性 AsC のTAとs原力価の変動を（図7）に示すが，s原力価は時期により波のごとく浮動している。このs原力価の変動はまずs原産生能によって左右され，時々血中に出てくるであろうs体にて相殺され低下をきたすがいまだs原力価を上まわるほどのs体産生に至らず平衡状態を保っているものと推測される。s体産生がある時期に多少でもなければs原はかかる動揺することなく漸増していくことになるだろう。（図8）は症例5，慢B肝のその後の経過を追ったものであるがTAが時々上昇するに従ってs原力価は低下してきているのを観察出来るであろう。

しかし生体はある時期に強くs体産生を行う時があるのではなかろうか。その結果血中でs原s体複合物が生れ，それが肝細胞毒として働き，肝細胞が破壊され逸脱酵素が血中に出現し始める。免疫能が高まったときが潜伏期の始まりでありs体と血中s原が相殺され出すとともに肝細胞障碍が起りTAが上昇するまで潜伏期は続く。発病期に入り肝細胞が傷害されると肝細胞内でのs原産生能は低下する。そのため血中s原力価は低価状態を維持し，回復期に入り肝細胞が機能的に正常

図8　慢性B型肝炎例のS原力価の変動



化することによってs原産生能が回復し，s体産生能の低下と相俟ってs原力価は旧に復していく。しかしながらこんな簡単な推測で話がうまく終ろうとは思えない。これは仮説の上に憶測で話を組みたてたものである。

このようなs原力価の変動を記載した文献[10]にいきあたることもあるがＲＩＡ法以外の測定で追ったものが多く，特にＰＨＡ法で調べた赤羽[3]はＴＡの変動に際してs原，e原の変動をやや同じくする例もあるが，一般的には変動の位相は必ずしも同じでないとしている。

山田[11]は慢Ｂ肝のシューブに際して経時的に血中デーン粒子を追い，s原力価のピークに続いて血中デーン粒子の増加とs原力価の低下を認め，ＴＡのピーク，正常化に続いて血中デーン粒子の消失，s原力価の復帰を観察しており，その間隔は図より判断して各々4週に相当するものを発表している。志方[12]は肝組織内のs原を蛍光抗体法その他で染色し，血中s原量は肝組織内のs原量と比例せずむしろ逆相関の関係にあることを述べている。すなわち肝細胞の壊死の程度が強いほど肝中s原量は減少しており，s原を一番多く認めるものはAsC，次いで慢Ｂ肝，肝硬変，肝癌の順に少なくなっていることを観察している。前者は4週間隔でＴＡと血中s原力価，血中デーン粒子の関係を，後者は肝細胞障碍の強いほど肝細胞内s原量の減少することを電顕上で認めた文献である。この事実からいえば上記の仮説の上にたった憶測もあながち的をはずれたものと思われなくなってくる。

ＨＢＶキャリアーがe原を有するかe体を持っているかは重大なことである。大堀[13]は各研究者の肝疾患とe原との関係をまとめて

1．e原はs原陽性の患者血清にのみ検出される。
2．e原検出頻度は急Ｂ肝＜慢Ｂ肝＜肝硬変の順である。
3．急Ｂ肝ではe原陽性率は低く，証明されても一過性のことが多い。
4．AsC ではe原は余り検出されず，e体陽性者をみることの方が多い。

と述べe原e体の測定の重要性を強調している。大林[5]，鈴木[14]，古田[15]らはe原相は概して肝障碍進展性でe体への転換は肝障碍の静止を意味し，次第に治癒に向うことも多いとし，e原陽性例に比してe体陽性例は予後がよいので，e原相よりe体相に変換することは病態把握上での意義は大きいとしている。そのためe原陽性者はなんらかの手段をもちいてもe体陽性への sero conversion を早期に実現させるべく治療を行うべきだとしている。かかることからステロイドを再評価しようとする試みも出てきている[16]。

鈴木[8]によればs原が消失しs体が出現した3例を，sero conversion を起した例を3例認めたといっているが，その際必ずＴＡの変動を認めると報告している。この事実は液性免疫との関係を示唆していると思ってよいとした。熊田ら[17]はＨＢＶキャリアー155例を継続観察中 sero conversion を起した例を17例発見したといい，その際ＴＡが100以上に上昇したものが15例あったが残念にも3例はe原相に再変遷したと発表している。

この報告でもＨＢＶキャリアー離脱例と sero conversion 例を1例ずつ報告出来たことは幸せであった。

以上のことから考えるとＨＢＶのマーカーが何らかの変化を起すときには肝細胞障碍が起こりＴＡは変動するということができよう。とするとＴＡが変化すること，それは宿主生体の治癒機転の表われであろうと考えたら言いすぎになるであろうか。

おわりに

Ｂ型肝炎をＨＢＶの感染症としてとらえるときやはり出発点は初感染例，急性Ｂ型肝炎の病態を知ることであり，トランスアミナーゼを始めＨＢＶ抗原抗体系を徹底的に追求することによってＨＢＶ感染症の全貌が解明されると思う。この報告では急性Ｂ型肝炎の症例をはじめとして，ＨＢＶキャリアーがシューブを起こしたときのs原力価の変動について報告し，あわせて文献的考察を加えてみた。

Ｂ型肝炎における抗原抗体系相互の関係は非常

に複雑であり，またその測定に精度の異なる方法が用いられたりして画一的でないため判断に苦しむことが多い。ことにＲＩＡ法で行った文献の少ないことも悩みであった。また各マーカーについての意義も仮設にたって考えられている点が多く余計解りずらいものにしている。結果が現象論として正しくとも異なる結論や推測を生むこともありうると思われる。そのためには基本に帰って全国的に統一された測定法判定法で一例ずつ，丹念に追跡することが必要であると考えている。

(57.12.20 記)

参考文献

1） 鈴木 宏　日医ニュース　9.494 1982
2） Zuckerman　肝炎とウィルス　p.124 1981
3） 赤羽賢浩ほか　HBs 抗原陽性肝疾患および無症候性　HBs抗原 carrier における HBc 抗原抗体系　肝臓　21.391. 1980
4） 和田武雄ほか　ＲＩＡ法(CORAB) による血中 HBc 抗体の測定の検討　医学と薬学3. 105. 1980.
5） 大林 明　ＨＢウィルスキャリア　臨床成人病 11. 1203. 1981.
6） 赤羽賢浩ほか　IgM 分画抗 HBc 抗体による急性Ｂ型肝炎と HBs carrier の急性増悪との鑑別　肝臓 20. 432. 1979.
7） 矢野右人　Ｂ型肝炎　臨床成人病 11.1163.1981.
8） 鈴木 宏　Ｂ型肝炎ウィルスとその臨床　山ノ内製薬K. K. 1974.
9） 栗原春仁ほか　急性Ｂ型肝炎における血中 HBc 抗体測定の意義　道南医学雑誌17. 26. 1982.
10） 日野邦彦ほか　トランスアミナーゼの著明改善　ミノファーゲン製薬本舗発行　p. 9. 1982.
11） 山田剛太郎　ＨＢ抗原の電顕像　綜合臨床 24. 2330. 1975.
12） 志方俊夫　ＨＢ抗原の組成．細胞内分布　綜合臨床 24. 2340. 1975.
13） 大堀 均　e抗原　綜合臨床 24. 2354. 1975.
14） 鈴木 宏　新らしい治療薬　臨床成人病 11. 1203. 1981.
15） 古田精市ら　無症候性 HBs 抗原キャリアーの対策　肝胆膵 1. 19. 1980.
16） 大田康幸ら　慢性Ｂ型肝炎の副腎皮質ステロイドによる治療　肝胆膵 1. 67. 1980.
17） 熊田博光ほか　e抗原 e抗体の sero conversion に関する検討　肝臓 21. 734. 1980.

お　知　ら　せ

第6回日本プライマリ・ケア学会学術大会迫る

昭和58年6月11，12日の両日，千代田区日本都市センターにおいて，第6回日本プライマリ・ケア学会学術大会が開催されます。今回の学術大会は「プライマリ・ケアの現在と将来――保健医療の統合をめざして――」の主題をかかげ，保健，医療，福祉などの活動の中で最も大切な中心課題を求め，そしてそれの実現のために各医療職，コメディカルの関係者による発表や討議が期待されています。

会頭講演には山本幹夫帝京大学教授の「プライマリ・ヘルスケアの現状と将来」があり，ほかに5つの特別講演，2つのシンポジュウム等のプログラムが予定されています。多くの人々の参会が得られるよう，そしてできるだけ多数の発言が頂けるよう工夫されています。実地医家をはじめ保健医療関係者で関心のある方多数の参加を呼びかけています。

特に今回は，ワークショップなどの新しい試みもプログラムに盛りこまれています。また前日にはサテライト・セッションが開かれ，医療討論会やパネル・ディスカッションがおこなわれます。

カルテの前で

遠赤外線をご存知ですか

奈良県
山崎　敏子

赤外線の中で近赤外線と中赤外線と遠赤外線とがあり，波長の最も長いものが遠赤外線なのです。

私は，日本自律神経学会が公式に使っているノイロメーターで治療効果の判定をグラフに出して確認しました。

遠赤外線サウナに入る前と，出て30分後の状態を測定比較して，その有効性をみとめました。

臨床的には熱傷，火傷の治療で著しい成果をあげました。数分間で鎮痛し，治療期間の著しい短縮を認めました。後にケロイドを起さず，陳旧なケロイドを治癒に向わせます。

五十肩，腰痛，神経痛，前立腺肥大，喘息，皮膚疾患，外傷治療に用い有効でした。

特記すべきことは，熱に弱い癌細胞を遠赤外線はよく作用して発育をさまたげます。遠赤外線は有機物にあたりますとよく吸収されて熱反応を起こしますので，皮膚温度より深部の方がより高温になり，約4㎝の深さまで浸透するといわれていますので複雑な温熱療法に代るものとして多くの症例に用いました。

驚いたことに，私方で飼っている生後10年の老犬が突然左後肢の麻痺のため起立歩行不能になりました。獣医の治療をうけましたが治りません。獣医から老化によるもので回復の見込みはないといわれてしまったのです。そこで遠赤外線の照射を毎日20分間行ったのです。10日目には遠赤外線照射に応じなくなりました。其の後放置していますが次第に良くなりまして，3ヶ月後には全く異常が現われません。よく走り，チンチンの芸までするのです。人間の麻痺にも有効なのは当然と思いますが，従来の経験から老人により著効を得るといえます。

種々の検査成績等を基に，日本良導絡自律神経学会総会で講演しまして，その要旨を学会誌に発表しました。それが遠赤外線業界に普及しまして，公私立大学病院でも採用となりました。

セラミックスという発熱体によるもので非常な省エネで，ホームコタツ，パネルヒーター，局所ツボ治療器等が市中に出廻っています。遠赤外線業界において臨床分野に関することは，はからずも私が外に向って発表した第一号医師なので，珍重??されて次々と医療用の器具の相談に応じています。

欠点は熱が鉄筋カベに吸収されて，こうした部屋では暖まり方が悪いのです。人体直接は100％有効です。

外来では耳鼻咽喉科の患者，整形科的交通事故の諸症に，物理療法として30点をいただいています。比較的安価で，安全で，省エネですので，特に長時間の使用で心地よい状態に癌患者を置きつつ治療が安全に自由に行えることをお知らせいたします。自宅でも患者さんは治療をしてくれますので，医師にとっても患者にとってもよい治療器と思います。

ホームコタツは，芯から暖まって非常に重宝しています。足がつぎたせますので，すっぽりと体がホームコタツの中に入りますので肝，膵癌，乳癌の方にも喜ばれています。病人用だけでなく一家一同誰にも間に合わせられますのも重宝と存じます。

最近，坐椅子，煮物用のなべが出てきました。こげずに芯までよく火が通ります上に省エネです。生活の知恵としても知っていただきたい有難い光線であります。日に当ることの少ない現代，室内にいて，雨の日も日光浴が出来ましてビタミ

ンDの生合成に一役買ってくれます。

私は，毛髪分析をしましたところ，特に悪いＰＣＢが最高に多く出ました。砒素も，こうした重金属が体内に多く蓄積していますと必須ミネラルの不足をきたし，酵素の生体内合成に支障をきたします結果，不健康となり，体質は発癌性体質寄りになります。遠赤サウナはこれらの有害重金属類を発汗の形で皮脂腺までにも働き中性脂肪の余剰分も体外に出しますので私は１週２～３回，15分～20分間遠赤外線サウナに入りました。毛髪分析は６カ月間隔を原則としますので６カ月後に行いましたところ，ＰＣＢは約1/3に減少していました。必須ミネラルは改善されていました。

イタイイタイ病にもよいでしょう。難病治療の一翼をになうことができるであろうと私は信じて遠赤外線の研究者に臨床医としての研究データーは惜しみなしに提供し，共に研究して，世の病人のために役立ちたいと思って今日もサウナに，今日も照射にと遠赤外線の恩恵に浴しています。先生諸賢におかれましても何卒知識の片隅にでも遠赤外線を置いて下さい。そして時に思い出してお役に立てて下さい。

忘年会でちょっと一言

去る12月12日，銀座フローレンスで行なわれた忘年会で集録しました，当会にちょっと一言の内容です。

①佐々木先生：初参加です。フリートーキングの楽しい会でした。本日の会で，「いかにして，すこやかに老いるか」との質問は，身につまされることで，きつい質問でした。誰も答えられないよ。

②武田和子様（杉並区一般参加）：皆様ドクターは，私達に何気なく話し，また書かれていることに，何とカタカナの多いのに驚きます。せっかくのこういう会に，どうして私達にもわかる言葉で発言して頂けないのでしょうか。老人向けの本にしてもしかりと思っているのですが，私達にとって，カタカナとむずかしい漢字（専門用語）を見ただけで，拒否反応を起こしてしまいます。

③三尾先生：一般参加も大変良いことだと思います。だが年に一回ぐらいにしておかないと，同業仲間でしか話せないこともある。本日もある薬物のことでぜひ聞きたいことがあったけど，場違いの感じで。

④大山先生：もっとザックバランな話が聞きたいな。

⑤菊地博先生：私のライフワークの一つとして，医師の生涯教育があります。常にこの会をモデルとして，実にこの会で学ぶことの，そして楽しく飲むことの，この輪を広げたい。

⑥小林先生（藤沢市）：大学とは違う，全国的な組織ですから，大学に集まる患者とは，対象が違う。その中から，心筋梗塞や肺癌等の全国的共同調査にこの組織力を充分に活用すべき，大学側の調査は，どうも「通りいっぺん」の感がしないでもない，その点この会に期すること大。

⑦小川先生（三鷹市）：例会を大事にしたいが，発言者が多すぎる。もっと自由交見の時間がほしい。

⑧塩野先生（市川市）：たった一言「自由交見の時間不足にいつも不満」それだけ。

⑨木田先生（金沢）：私がこの会に参加するのは，どうしても地方にいると，都市との医学面での遅れを特に金沢は古い街で，保守的だからよけいに感じる，このギャップをうめるために毎回全国の先生と話の出来るこの会を，大切にしたい，あたたかいこの会の人間関係のなかで，明日のバイタリティーをつけて帰るのです。

⑩鈴木荘一先生：来年も皆様に色々お願いがあるのですが，今年に続いて地方例会の充実，実地医療の私達の実践拡大，それが当会の発展につながると思います。また，新しい“人間の医学シリーズ”に皆様の御協力を，お願い致します。

⑪氏名不詳氏：医療にたずさわる者で，医療は社会のものであるとの認識を，一番欠いているのは医師だと思う。来年は，そういう話を……医師自身の意識改革をするような話をしてみたい。

⑫浅見先生：入会時にはなんでも言えたんだけどなー。最近少しかたくるしくなって来たナ。なにか発言出来ない感じ。古くなるとアカがたまるのかな。

もっと，色々な御意見がありました。しかし，お酒も入り，騒然とした会場で，超小型テレコでの録音のため，ここまで整理をするのが，手いっぱいでした。

（文責　竹内雅夫）

アイバンク

藤沢市
金子　義一

自由圏世界第二のＧＮＰを誇る経済大国日本。戦後30有余年の平和に依り現代物質文明の最先端を行く国といっても過言でない我国において，政治や経済力の及ばない悲しい人々が，存在するといっても大方の人は信じないであろう。文化や科学の谷間，果してそのような人達がいるのか，その存在すら考えてもみない，今の日本人はそれ程幸福なのである。それゆえにこそ，私達が日々の幸福に酔いしれている時に，どこかの片隅に悲しい淋しい毎日を送っている人がいることを知った時，私達はその人達に援助の手を差しのべることを，決して躊躇しないであろう。然し現実にそのような人達が，我国には34万人いる。この人達，それは視力障害者（盲人）である。

幸にして私達は，この美しい自然，森羅万象を，私達の祖先が築き，残してくれた文化的遺産を視覚に依って見ることも確かめることも出来るのに，先天的あるいは疾病や事故により暗黒の世界に生きる悲しい人世を送らなければならない人達，この不幸にして光を失った人達が，私達のように，あるいはそれ程でなくても，例えばぼんやりとしてでも，光を感じるようになったとしたら，その喜びはいかばかりであろうか，人と生れ，この不幸な十字架を背負った人が，最愛の夫，最愛の妻，そして最愛の子供と，あるいは父や母や兄弟姉妹を見ることが出来るようになったとしたら，目あきの私達が，一生の中で最も強く感じた喜び以上に，もっともっと大きい強い喜びではなかろうか。

現在，我国には，此の角膜移植の斡旋事業機関これをアイバンク（眼球銀行）と称するが，29ある。このアイバンク運動を推進しているのが，世界一の奉仕団体，ライオンズクラブである。この不幸な34万人の視力障害者のうち，１割の34,000人は，角膜移植手術を受けることによって，視力が回復し，再び光をとりもどすことが出来る。角膜移植に関する法律が，昭和33年に施行されて以来，角膜移植が可能となり，多くの視力障害者が，明るい光をとりもどした。しかしながら献眼者が少なく，角膜が手に入らない為に，多くの人達が角膜手術を受けるのを待っている状態である。

東京近辺には，慶応眼球銀行，順天堂アイバンク，読売光と愛の事業団眼球銀行，栃木県アイバンク，群馬アイバンクがあり，昨年１月21日，神奈川県アイバンクが発足した。献眼登録者は，長野県２万人，静岡県１万５千人，神奈川県１万人，東京都５千人，全国合計約５万５千人である。献眼者は，年間約400人で，提供眼球数は約800個，使用出来た眼球は大体700個で，700人の視力障碍者が光をとりもどしている。

角膜移植は，眼底や水晶体に異常がなく，角膜のみ混濁して，光が入らない視力障碍者に行う。他人の屍体から角膜を得る関係上，いわゆるアイバンクが必要となる。自分が死んだ後，眼球を提供したい人は，生前にアイバンクに登録し，もし万一死亡した場合，屍体の所有権は遺族にあり，遺言は尊重されず，遺族の賛成のもとに，登録してあるアイバンクに直ちに連絡する。一般に６時間以内に，眼球の剔出手術が行われ，保存液中に保存されると，24時間は正常に維持される。一方，被移植者は，角膜の混濁が，高度の視力障碍者のため，電眼図をとり，眼底が正常であることをたしかめて，Waiting・List をつくっておき，アイバンクに眼球を申しこんでおく。眼球が入るということになると，直ちに申しこみ病院では，

患者に連絡し，眼球剔出後，24時間以内に移植手術を行う。

神奈川県では，一人の献眼者があると，約125,000円かかり，神奈川県の補助が，65,000円で，残りはライオンズクラブで負担をする。この業務費は各地アイバンクの実例から，すでに決められていて，神奈川県だけ，特別に予算を組むわけに行かず，不足金と労力(医師派遣・眼球運搬)をライオンズクラブが奉仕している。当該運動は

1930，Filatovが，屍体角膜移植に成功して以来，急速な進歩をとげた。幸に角膜には拒否反応が，全身の中で殆どない唯一の場所であり，これが移植手術の成功に寄与している。

1980・1・18，私はライオンズクラブ相模アイバンク協会を設立し，会長に就任して以来，現在までの献眼登録者数は4789名で，献眼者は18名，開眼者は36名であり，献眼者の中には，私の父も含まれている。

我国の国民感情は，仏教と需教によって発展して来たものが主であるために，「身体髪膚これを父母に受く，敢て毀傷せざるは孝の初めなり」，「眼を剔出したら三途の川を渡れない」などの思想のために，当該運動の推進に支障をきたす場合が多い。また人生観に依っても，自己中心の基盤に立つ人，あるいは他人を包括した社会の基盤の上に立つ人によっても異なり，前者は献眼剔出を否定し，後者は肯定するようである。私の友人は献眼することによって，生前は同時に見ることは絶対に不可能であったそのことを，片方の眼は東京の人に移植し，もう片方の眼は沖縄の娘さんに移植したために，彼の眼は，今なお生きて，同じ瞬間に，東京砂漠と，エメラルドの美しい珊瑚礁の海を眺めることが出来，また彼の肉体は総て灰になってしまったが，彼の角膜はなお生き続けて，視力障害者に幸福を齎している。

世の中で最も貴いこと，それは他人の為に尽くすことであると思う。彼は死んでもなお，他人のお役に立っているということは，人類愛の最大のものであると思う。

献眼，このヒューマニズムの最たるもの。

この奉仕活動は，ライオンズクラブメンバーの努力によって，一般大衆の理解と協力が漸次得られつつある。

(筆者は財団法人神奈川県アイバンク理事)

ダイジェスト・コーナー

脱　腸 (外そけいヘルニア)

①発生頻度は全子どもの1～5％と統計に開きがあるが男女比2：1，男の子ではほとんどの場合ヘルニア内容は腸だが女の子では⅓ぐらいが卵巣がヘルニア内容となる。

②すべてのヘルニアには嵌頓の可能性があるため手術が薦められる。軽い場合，ある時期を境にして全く出なくなることがあるがその場合でも全治したという保障はない。とくに女の子では将来腹圧が高まる機会(妊娠・分娩)もあり，症状がなくても手術を薦める。男の子では無症状期の手術は親の選択にまかせる。

③脱腸帯で上手く押えられるような場合使ってもかまわない。しかし脱腸帯を使用したから自然治癒が多くなるということはない。

④手術の際は，次の3点が守られていないと後まわしとなる。

(1)かぜ，下痢その他感染症にかかっていないこと。

(2)はしか，水痘，おたふく，風疹児との接触が最近ないこと。

(3)1ヶ月以内に予防注射を受けていないこと。

手術の時期は生後5～6ヶ月以降比較的早期ということになる。

年齢に関してはいろいろな要因が考えられるが情緒反応の点からも親子別離を出来るだけ少なくするという所から手術のためのスケジュールはなるべく短かく(1泊2日ないし2泊3日)している。

⑤手術する場合選ぶ施設の条件として「麻酔医が常勤している」ことを第一に挙げる。危険な術中合併症を起こさないため全身麻酔で行う。

⑥片側手術をした直後，直ぐかあるいはしばらく経って今まで一度も出たことのなかった反対側にヘルニアが出ることがある(頻度は10％以下)。

公衆衛生情報　1981．5

角田昭夫：神奈川県立こども医療センター外科部長

Proceedings of the Ⅳ th world Congress of the Medical Practitioners Association ; Korea , 1982

武蔵野市 新 野 稔

Primary Care in Japan

Yutaka Shibayama

1．「実地医家のための会」紹介；人間の医学，第1巻，第1号より。

2．日本プライマリ・ケア学会および東京支部設立の精神，その目的と事業内容紹介；日本プライマリ・ケア学会・東京支部会報第1巻，第1号，1頁．92～95頁より。

3．第5回日本プライマリ・ケア学会紹介；日本プライマリ・ケア学会誌，第4巻，臨時増刊号．7～10頁，昭和57年6月発行より。

4．プライマリ・ケアの概念

1）ミクロ・ケアとマクロケア

2）プライマリ・ケアに要求されるもの

3）基本的プライマリ・ケアのチーム構成と実践方法

4）老人のプライマリ・ケア

日本プライマリ・ケア学会東京支部会報，紫山豊，プライマリ・ケアの概念，第1巻，第1号，78～82頁，昭和57年6月12日発行より引用。

Primary care in Japan

Minoru Niino

Mr. Charman, Members of this Public Health, Dean Dr. kim, Prof. Dr Lee, ladies and gentlemen:it is indeed a great honor for me to be given this opportunity to address you on the occasion of this special meeting.

I am here only as a representative of this very large group of capable people working in this field.

I would like to give a brief account of the excellent work which Dr. Sibayama has done.

He is a figure who is being closely watched by academic circles because of the successful results of his research. Our Tokyo branch Association, its bring up to him. I have personally known him for ten years.

He is a man who, in this field, offers great promise for the future.

My name is Niino and I'm in Radiologist in the Niino Radio-Clinic of Tokyo.

The Medical Practitioners Association, in the 20 years of its existence since its inauguration, has devoted itself to the exchange of scientific knowledge in this field in this country.

Whereas the membership of our first convention did not exceed 50, this present convention has brought together more than 8oo members.

「Primary care in Japan」. I should like to say a few words about this subject. I think you' ll find this topic for discussion the most interesting. Detailed analysis of this point would be a matter for further research.

A new development in the situation is being anticipated. We have only marked the first step in our studies in this particular field. A great many difficult questions lie in our way, awaiting solution.

Looking back over the history of th past 20 years, our Association has blessed with The Medical Practitioners Association and cultural heritage handed down over the past 20 years, from the view point man as a whole

or human as a whole and human relation. If you'll excuse my giving my personal opinion; Primary care should be well organized comprehensive care system of the total health, medical and welfare care. Primary care system should be checked and studied again whether the existing. system meets the people's need's in our country. At this point I shall simply express my basic idea.

What I'm going to talk about now is the basic plan and the practical points of view, which is slso the most important. Primary care should be rendered to all the people, from the viewpoint man as a whole, to meet their health needs, whenever needs, whoever needs, wherever needed and whatever needs they may be. Such Primary care services would need the systematic support from accessibility, comprehensiveness, coordination, continuity and accountability. In Japan ; there seems to be a general agreement on this characteristics of Primary care. I think what I have stated is the basic problem. There are very many factors to be taken into consideration. By way of solution;social development is the biggest problem we have with this plan now. If this succeeds, it'll be very useful for improving people's lives.

We must plan our policy from a long-range perspective. Let us discuss Primary care problem from a different viewpoint. Examining the matter in the light of past experience, paying respect to the achievements of the pioneers in the fied. I would like to retrace their footsteps to see how the Primary care developed and attained the prosperity it enjoys today. I should like to touch upon this aspect. L should like to refer here to our Association's report. Our Association's research has also been highly evaluated in foreign countries. I would like to discuss especially the measure to Primary care.

The purpose of my presentation is to describe my latest findings on the subject. There are two major themes. One concerns the harmful aspect, the other the original aspect. I shall speak frankly concerning this problem and I hope to hear the frank opinions of all present.

To give my honest impression, even in the health insurance program, there are different kinds of operations, each with their own historical background, making it difficult to integrate them. But their integration into one program is very important from the viewpoint of efficiency of the system. It slso is necessary to integrate all systems concerned into a comprehensive care system, and to establish a comprehensive plan for health, medical and welfare services including Primary care.

There's another thing whing which we must not overlook. The Health Insurance System, which also is called a packaged system of medical care, denies the doctor the degree of freedom in his practice which may be necessary for the development of medical sciences. What is the best thing that can be done to improve the situation. To press on a step further; enhancement of medical ethics, and approach of bio-socio-psycho-ethical, the leadership of doctor and allied health and medical professions and proper reorganization of health and medical facilities are necessary.

No matter how one looks at it, it goes without saying that;aging of population and nuclearization of family, inceases the demand for primary care. Moreover, a general social trend is manifest;the insistence on individual rights and the neglect individual responsibility. Such change increases the demand on the quantity and quality of primary care, reflecting a rapid increase in the prevalence of diseases and in the consultation rated for diseases in recent years. I should like to ask you to take these

facts deeply to heart.

Reseaech in this domain is still in its infancy, and no theoretical system has been established. First of all;it is very important to study about early symptoms of health hazards especially for primary care, where many kinds of incomplete symptoms of diseases are found, and which can be identified by careful observation. That is to say;training and education in the influence of socio-cultural factors, the psychological factors operation in doctor-patient relationship, and other living and health behavior, as well as team organization and broad interests and knowledge such as influencing factors toward health of the people are necessary for health workers, including doctors who engage in primary care. This has to be stressed.

If I may state the main point briefly, so preventive activities are quite important from he effectiveness and efficiency of the primary contact.

As you may know;primary care should be well organized health medical and welfare care system to provide good and efficient executin of tasks at the grass-roots level of a community, and with the introduction of the on-going health, medical and welfare care system should be checked and studied again whether the existing system meets the people's needs in our country. We need a lot of support from public opinion.

We should like to express our deep appreciation for the achievements of our predecessors and the untiring efforts of all who have baen concerned over the years.

I should like to touch upon this Analyzing the Basic Primary care Configurations.

As we endeavor to deepen international understsnding, let us look forward to our mutual growth and progress.

Thank you very much for your kind attention.

日本における Primary care の現況

新　野　　稔

1．日本の Primary care の発展と歴史
2．Primary care の背景と構造
3．Primary care の進展
4．人間理解の科学的手法の進展と Primary care のかかわり
5．Primary care への期待
6．実地医家のための会，お茶の水 C. R. C. 日本 Primary care 学会紹介
7．Primary care 領域に関する私の研究

日本における Primary care の現況

1．日本のPrimary care の発展と歴史

1963年「実地医家のための会」が人間を対象とする医療として，総合診療としての「一般医の学会」として誕生した。1973年医師研修審議会は Primary care をローテイトする，卒後医学研修として政府に答申した。この頃より，我が国において Primary care の用語が無秩序に氾濫してきた。その時代に人間のための放射線医療をとき，実地医家のための会でのX線研究会が独立し，「お茶の水C. R. C」の名称で誕生した。1978年，実地医家のための会設立15周年記念事業として，開業医の学会，日本 Primary care 学会が設立した。Alma-Ata 宣言の行われた年でもある。1981年，実地医家のための会200回例会記念として「外来医療学の確立」をめざしてシンポジウムが行われた。1982年日本 Primary care 学会の支部として始めて東京支部が誕生した。学会運営に多くの開業医の方々が参加し，開業医家にとって身近かな学会として発展し今日に至っている。

2．Primary cary の背景と構造

その構造は色々な構成因子よりなっているが，近来，医療概念の拡大により，また，Primary care の進展により，人間の基本的権利としての健康権が確立され，保健・医療・福祉を総合した包括社会体系をさすようになってきている。

3．Primary care の進展

日本文化の特性により，自由開業制の中で医師の自己完結志向が強く，多様化した医療機関が国民の医療需要に対応している。また，健康サービスと，医療サービスが別立で，組織だった Primary care を提供しにくいきらいが生じている。従って，開業医として総合診療科としての専門性が，医療成果の面より期待されてきた。また，現在の法律で primary care をまかないきれない現況になってきている。すなわち，地域に密着した，土着性の，初療を起点とした総合科医が Primary care 医と基盤が出来つつある。

4．人間理解の科学的手法進展と Primary care のかかわり

科学的手法の歴史的展開より基本的理念の進展をみると，一元論的分析より，多元的な観察分析に進展し，行動主義より人間の理解が行われ，全体的行動よりみる，新行動主義に患者中心主義の科学的理論が組み立てられるようになってきた。

価値指標も多元的重さをもつ現代では，要因による条件づけ，動機づけが行われ，人間の特性の「あいまいさ」に眼をむけてくるようになってきた。ここに Primary care の特性がある。National Academy of Sciences の Primary care 5つの特性の中に多元的要素が含まれている。この特性は基本医療をめざすものであり，ここに基層医療・基本医療が Primary care と言われる所似がある。これらの特性は医療にかかわる課題を明確にし，その基盤には医療の原則，法則性を生みだしている。

いつでも，どこでも，誰でも，どういう疾患でも対応する要素としての，近接性は，医療供給側，医療受益側，実践の活動の場より，みなおしがせまられている。医療行動の要件を上記の3視点よりみると社会開発の必要性が生じてきている。開業医は医学教育に何を提供することが可能であるかを整理し，教育への参加を実践する時期にきている。保健活動には4つの原則が提唱され，活動見直し分析法を応用してその成果をあげている。

成果の目的達成にはニード指向性と住民の自主的参加が主役で，自主性をもって，正しく問題をとらえ，ライフ・サイクルに対応した展開で創造性ある効果的計画と実践が身近かになってきている。

実践より理論を生み，法則性が確立され，Primary care 学として進展が望まれる。

5．Primary care への期待

国民の期待に答える，複合的な倫理観の視点にたち，土着性のある，big Science としての「人類生存のよりよい条件の確保」の Primary care 発展を期待したい。

<お知らせ―訂正のお願い>

「ISSN」と「Key-Title」の表示について

本誌の国際標準逐次刊行物番号は，国立国会図書館より下記の如く割り当てられております。

①番号　ISSN 0385—924X

②キー・タイトル　Ningen no igaku

本誌106号までの表紙の右上隅に表示してあるコード番号に誤りがありますのでご訂正願います。

(誤) ISSN 0835—924X⟶(正) ISSN 0385—924X

因みに，ISSN (International Standard Serial Number) は雑誌の固有番号，Key-Title は本誌の正式の文献表示です。

「外官主義の問題点」

（医哲の会における最終講義）

竹崎　鼎輔

これは故竹崎先生の最後の講話を，医学研究社々長中山学氏が，経典を写す思いで書きつらねた玉稿です。渡辺淳先生のお手元に届けられましたが，会員の大変貴重な研究発表であるからと，おすすめがありました。故人をしのび，ここに掲載させていただきます。

今日は（昭和55年12月21日，「医哲の会」第143回例会），「外官主義の問題点」と題してお話しをすることになりましたが，じつは，この前の会でいろいろなお話があって（註：11月の例会で，先生は「言語の本質について」というテーマでお話をされ，そのあと，いろいろな点について，はげしい論議がくりひろげられた），その問題をもうすこしつきつめて考えてみたいと思います。

まず，秋月先生がおっしゃったように，「こころというものは，大脳の機能である」というふうに定義すれば，それはどういうことを意味するかといいますと，これが第一の問題ですが，たしかにこころというのは，大脳がなければ現われない現象であって，大脳と心的現象というものは，かたく結びついていることは，疑う必要がないと思います。なぜかといえば，死後における，いわゆる霊魂不滅ということは，私は認められないものであると考えており，したがって，大脳がなくなれば心的現象はなくなるものと考えているわけです。そうすると，大脳の機能即こころであるということがいえるかどうか，ということが問題になるわけでありますが，その点は，私は少し問題があるのではないかと思うのであります。何故かというと，大脳の機能というのは生理学的な概念であって，生理学でわかる限りの機能を意味しているものではないか，と思うからです。たとえば脳出血で手足のマヒがおこった場合，それを大脳の機能として説明するときには，脳出血がどの部位におこったか，その位置を決定する，そういうことが問題になるのであって，あくまで大脳の機能というときには，生理学的な研究によって明白にすることのできる機能，すなわち，外官的現象としての機能であると，私は考えるわけです。そうすると，大脳の機能というときには，これはこころではないわけです。ただ，大脳の物理学的，外官学的な変化，ことに視覚で決定できる，区別できるところの変化を意味するものと考えなければならない，と思うわけです。

ところが，こころというのは，大脳生理学者の研究では，どのようにくわしく電子顕微鏡でみても現われてこない現象であります。このことを，ペンフィールドは最後の著書 *The mystery of the mind* の中で，この本の題名が示しているように，大脳生理学的な方法でいくら追及してみても，*mind* というものは *mystery* であり，見いだされない，患者のことばを通じて以外は知ることのできないものである。ただ患者のことばによって知られる心的な現象が大脳のどこに存在するか，ということだけは，すべてとはいえないまでも決めることができる場合がある，ということにすぎないのではないかと思います。

それでは，心的現象と大脳の機能との関係，これはどうなるかというと，こころというのは内官によってしかみえないもの，各自の内官によって知覚されるものであって，他人は，そのこころの表現を外官で見ることはできるが，心的現象，こころそのものを直接，見ることはできないわけです。他人のこころは，したがって，その人があらわすこころの表現を間接的に外官で見ることによって，類推することによって知られるにすぎないわけです。これも，前回問題になった点ですが，他人のこころは表現することによって間接的に知られる，ということは，こころというものは自分

しかわからないものである，ということと矛盾するのではないか，という問題がでてきたわけですが，これは，他人のこころを知るということは，その他人のこころが表現される限りにおいて，表現ということは，身体的現象であるから，これは他人の表情や行動，あるいはことば，それらを外官で見たり聞いたりするわけで，そういうことによって認識可能になるわけであるが，これはあくまで一部分にすぎない，すなわち，他人のこころが表現される部分だけが類推によって，自己のこころとの対比によって知るということができる，という意味であると思うわけです。

したがって，こころというものは，内官によってしか知覚できない，ということと，他人のこころは表現によって知ることができる，ということとは，これは矛盾ではないと私は思うわけです。

それでは，その心的現象と大脳の機能との関係の問題ですが，これは要するに対応するという関係であると考えられますが，いったい何と何が対応するのか，これは，こころというものにも区別がある，大脳の外官的な現象，大脳の機能といってもよいと思いますが，その機能にもいろいろ区別がある。その心的現象の区別と，大脳の外官学的な，解剖・生理学的な，あるいは構造的，あるいは機能的な区別，いろいろなはたらきの区別がある，その区別が対応するわけである。これはちょうど，二つの区別の集合のようなものですから，こころの現象というのは，こころの現象のいろいろな差異を見出していくことであって，いろいろな差異があります。いちばん具体的な区別，というより，いちばん初歩的な区別というのは，知覚する作用，こころというものは，すべて対象をもつ。その対象は，知覚によってこころの対象になるものと，記憶が思いだされる，想起することによって，これは哲学的には表象ということばを使うのがふつうになっておりますが，つまり，知覚と表象の区別，これを大脳生理学的にいかなる区別と対応するかというと，知覚に対しては知覚野があり，しかもその知覚野は，外官の感覚ごとに異なっているわけです。

それでは，内官の知覚野があるかというと，それははっきり，まだ解剖学的に解明されていないわけです。なぜ大脳の内官的な知覚野が解明されていないかというと，この内官的な知覚野という概念が，生理学者にまだ明らかになっていないためであると私は思うわけです。知覚ということばも，これはこころの現象であって，知覚するということは，じつは脳をしらべてみてもでてこない現象であって，これは心的現象に属するわけです。ところが知覚野という場所は，これは大脳生理学的に決めることのできるものです。

ところがどうやって決めるかというと，知覚がなくなるかなくならないかということによって決めるわけであって，知覚そのものがそこで見えるわけではない。意識にしてもそうです。意識というのは，これは哲学的な概念ですが，意識の座と考えられる中脳，あるいは脳幹網様体，あるいは視床下部の覚醒の中枢であるとか，最後にペンフィールドが明らかにした視床の網様体，そういうところが意識の座であるということは，そこをマヒさせると意識がなくなったり，あるいはそこを刺激すると意識が明らかになる，そういうことによって決められるわけで，したがって生理学の出発点というものは，必らず心的現象についての概念が前提としてふまれなければ，大脳生理学の研究はできないわけである。

したがってなぜ内官の知覚野が見出されないかというと，内官の知覚という現象があることとないこととの区別が生理学者につかなければ，どこをこわしたら内官の知覚がなくなるのか，あるいは内官の知覚が刺激されるかということを研究することができないわけです。（ここで少し苦しいからと言われて薬をふくまれる。）

私はいつも，哲学，直接心理学としての哲学の出発点は，解剖生理学的な概念を前提とした，たとえば内官と外官，これはカントがいちばん最初に用いたことばですが，これは私は解剖生理学的な概念と考えてはじめて明白な概念，すなわち，人から人に正確に，科学的に伝達可能な概念となるものと思うわけです。これをカントの言うように，精神，こころをもつものの特性として内官と外官があるというのでは，そのこころというものがわからないから，何が外官であり，何が内官であるかということがわからないわけです。

ところが，いわゆる心的現象というのは内官によってのみとらえることができる知覚であり，物的現象というのは外官によってのみとらえることができるわけです。したがって，外官と内官ということばを定義するのは，これは必らずしも哲学的に定義する必要はないと私は考えるわけです。ところがカントはそのようには考えなかったわけであり，フッサールもそうは考えなかったのです。フッサールもカントも，「哲学は万学を基礎づける科学であり，諸科学の概念を哲学的な研究の中に導入することはナンセンスである」と言っているわけであります。しかしヘーゲルはそうではない。ヘーゲルは，「すべての科学は，科学としては同じものであり，哲学も，これを *Wissenschaft* といっているわけで，*Wissenschaft* の定義は，私のいう定義と同一線上というか，同じようなことを言っているわけで，言語については，科学言語というものを主張しているし，この科学言語というものは，明確な言語，人から人に伝わるときに，その思想あるいは内容が変型しないで伝わるような言語でなければ，科学というものは成立しないわけです。

それから，経験ということは，ヘーゲルはやはり科学の条件として重視しており，「哲学といえども経験に矛盾するものであってはならない」といっているわけであり，科学も諸科学と同様に，したがって諸科学の科学であるゆえんは，経験による検証とは言っていないが，「経験によって真偽が決められるものでなければならない」と言っているが，これも私の言うことと同じである。それから体系ということも，ヘーゲルはけっして演繹の体系を言っているのではない。数学的な演繹の体系だけが科学であると考えるのは，これはまちがいである。体系というのは，すべての知識というのは，必らず部分と全体との関係からなりたっているものであって，ある領域全体の体系的な知識ということは，全体についての知識と部分との関係が明らかになる，全体的な知識と部分的な知識との関係，それは部分の中にまた部分があり，部分の中にさらに部分がある，というような重層的な集合の関係，それを体系というのであり，そしてヘーゲル自身の哲学は，その全体の科学をまとめた一つのものであるわけです。全体と部分の関係ですが，部分と全体とは意味がちがうわけです。そういう意味で，哲学には哲学独自の目的があり，領域がある，ということになるわけですが，要するに科学としては哲学は諸科学と対等であり，「したがって諸科学の概念を自分の概念として用いることは当然のことである」といっているわけです。

そういう意味で，外官あるいは内官ということばが，大脳生理学的な概念であっても，哲学にとっては，何ら哲学をそこなうものではないわけです。哲学も一つの科学であると考えなければいけないと私は思うわけです。そうでなければ私たちは，心についての正しい知識を，科学的な知識をもつことができない，ということになるのではないかと考えるのであります。

そうすると，直接心理学というものも解剖生理学的な概念を前提としてはじまるし，大脳の生理学も哲学的な概念を前提としてはじまっているわけであって，大脳生理学と直接心理学としての哲学との関係は，相互相扶の関係というか，哲学の終わるところから大脳生理学は出発し，大脳生理学の終わっているところから哲学は出発している，すなわち大脳生理学で内官ということばは明らかになっていないが，これはなぜ明らかにならないかというと，哲学者がその大脳生理学を出発せしめるところの内官的な知覚という概念をはっきりと大脳生理学者に知らせていないからであります。

そういうものがなければ，心理現象が知覚されるはずがないわけですから，心的現象を私たちが知覚している以上，それを知覚するような大脳生理学的なしくみがあるというのは，これは私たちが心的現象をもっているということのトートロジー，論理的な推論としてでてくるわけです。そういうものが存在する，その内官が存在するということを仮定しなければ，心的現象が知覚されていくはずがないわけですから，心的現象は私たちに所与として与えるかぎりはわれわれの身体に，そういうこころを知覚する装置としての内官がなければならないわけです。これがあるということがはっきりすれば，大脳生理学者は，いろいろなとこ

ろを破壊してみたり，刺激してみたりすることによって，内官の機能がどこにあるかということを決定していくことができるものと思うわけです。

こういうように，大脳生理学と直接心理学としての哲学は，相互にいろいろな区別をもっている。知識というのは要するに区別ですから，心的現象で，さきほどの知覚と表象の区別は，大脳生理学でいえば知覚野と記憶野の区別になるし，それから，知覚空間と表象空間というのも，これは大脳生理学的には※ブロードマンの17野と18野，この部分が障害されると，空間知覚障害を伴なうことが明らかにされているわけであり，こういう区別と対応されるわけです。それから意識についてもそうです。意識というものは，意識する意識を意識することができる，認識を認識することができるというカントの発見，それに対するフッサールの現象学的還元というのは，要するに自己の意識を観察の対象にする方法であるから，意識というものはお互いに見るようにできている，というのは，意識というのは二つなければならないということを，大脳生理学的な事実として推論するわけである。

これは，ペンフィールドが，意識の最高の中枢は，視床の非特殊野の網様体にあることを明らかにしたことと対応視することができるのである。視床というのは，はっきり二つあって，視床間橋というものによってつながっているわけであります。これはしかし，左右の視床網様体が，おのおの独立して働いているかどうかということは，実験的に証明しなければならないことであって，それが証明されるまでは，はたして左右の視床網様体は，別々な意識の中枢として働いているかどうかということはわからないわけです。これについて，ブール，スペリーの動物実験はあるが，人間における実験は，まだないものと私は思っております。スペリー，ブールの有名なサルの実験，縦に脳梁を切断し，それから視神経交叉を切断していると書いた実験があるわけです。そして，動物に片目をふさいでひとつの目でいろいろな訓練をする。たとえば，左の目をふさいだときには，赤を押せばエサがでる，そして右の目をふさいだときには青をおさえれば，エサがでる，このように訓練しておいて両方の目をあけると，その動物は混乱してしまうわけである。開いている目の情報は，同側の大脳皮質にしか伝わらないようになっているから，記憶も左右に伝わらなくなるが，脳梁を残しておくと，すぐにコピーされてしまって，左右にその記憶が伝わるわけです。そういうわけで，右と左の脳というものは，左における脳の記憶は必らず右にいく。したがって，すべての記憶は二つずつある，ということにその結論はなっていくわけです。話はやや横道にそれましたが，しかし，この実験で，視床間橋をはたして切ってあるかどうか，脳梁を切って視神経交叉を切るわけですから，どうしても視床間橋も切らなければ切れないのではないかと思うわけですから，それはおそらく切断しているものと思われ，そうすると，そういう動物実験で，どちらかの目をふさぐことによって，まったく別の行動がおこるということは，二つの意識があるということを証明しているといってもよいのではないかと思われるわけです。そうすると，そのほか，いろいろな哲学的な認識ということは，哲学的な区別の集合がだんだんと多くなる，ということであって，大脳生理学的な研究の進歩ということは，大脳生理学的ないろいろな区別，座の区別とか機能の区別，その二つの区別の集合，心的現象の区別の集合と，大脳生理学的な外官的な研究における区別の集合との対応関係，これはやはり，研究が進めば，おそらくこれは同定の関係，集合論的な同定の関係に一対一の対応がつき，そして，一つの集合間における演算は，もうひとつの集合における演算によってできた像と一致する。演算も保たれる。そういう関係が同定の関係と数学的にはいうわけですが，それと同じような関係が，哲学的な区別の知識の集合と，大脳生理学的な外官的な区別の集合とのあいだに成立したときに，はじめて両者は裏づけ合う関係にあるといえるのではないかと思うわけです。（つづく）

※ 竹崎鼎輔著「続・科学的観念論」
P. 144～P. 145参照。

つぶやき

■上野恭一

20周年記念例会の記録係として，その感想を blutig に述べてみたい。

柳田氏の特別講演を含めて8講演もあり，そのため例会のハイライトである自由交見がわずか15分間で，司会者のキャラクターに接する間もなかったのは惜しい。

全演者の講演と抄録を整理してみて，各演者とも「人間の医学」の巻頭を飾る「会の考え方」のほんの一部に触れ得たに過ぎないと思われる。

20年間もこの会を一貫していて，なお先駆的である卓見を永井友二郎先生が創刊号で書かれていることは，まことに驚嘆に値する。——実地医家は人間を部分としてでなく全体として，生物としてでなく社会生活をいとなむ人間としてみてゆかなければならない——第222回例会は，ただこのことを確認した一日であった。

基本的に考えるという，もっとも大切なことを，いろいろな情報の氾濫と混乱のなかで，今の世代は見失ってしまったのだ。このことは藤沢正輝先生の講演が，永遠の真理を説いていることを思い合わせれば，いっそう明らかである。

old power のパンチ力に，腰が抜けてしまったのが記録係をつとめた実感である。このことを一語でいえば，「Gedankengang と philosophie の有無」につきる。これはわれわれ医療界だけの問題ではない。

この old power が日本から失われてしまったら，今でさえも腰が定まっていない日本は，どんな方向にさ迷っていくのであろうか。糸の切れた凧が空に舞い狂い，やがて地面にたたきつけられる姿が見えるようだ。そうなればなったで，明治の群像のような若い人たちが続々と輩出してくるのが日本だと，私は信じてはいるのだが。

■天野　暉

ルーレット考

1967年6月，愛車のポンコツフォルクスワーゲンを駆ってアルプスを越え，イタリーを南に縦断した私は，日が暮れればそこで泊るといった気儘な旅行を楽しんでいた。Napoli からアッピア街道を北上して Roma を通過し，前夜は斜塔で名高い Pisa に泊り，今日はリビエラ海岸に沿って行けるところまで行こうと走り出したが，Genova で交通渋滞にまきこまれ，ようやく抜け出したもののイタリーからフランスに入るのがやっとで，国境の Menton に宿をとった。何しろ邦貨で千円以上のホテルには泊らない心構えで，そこはかたつむりよろしく車つきの流浪の旅の気楽さ，手当り次第にホテルを交渉して折り合えば泊るというのであるから，豪華なホテルに当るはずがない。しかしこの町で見つけたホテルには値段の割には小ざっぱりしていて，一人悦に入っていた。一階のレストランで遅い夕食をとりながらふと思い出したのは，たしかこの町には Casino があるはずだということだった。ギャルソンを呼んで尋ねると，何とホテルとは目と鼻の先に町営の Casino があるという。一度はヨーロッパの賭博場に足を踏み入れてみたいと思っていたので，夕食もそこそこに出かけてみた。

入口でパスポートを示して入会金を払う。これでここの Casino の終身会員になったわけである。中に入るとやってる，やってる，むんむんした熱気の中でルーレット，バカラ，ブラックジャックなどの台を囲んで，老いも若きも脇目もふらずにギャンブルに熱中している。私はとあるルーレット台の空いた椅子に坐り，ミニマムチャージを確かめると2フランだという。出目表をしばらくつけていたが，何に賭けようかと考える。確率½の大小とか赤黒，偶数奇数などはスリルに乏しいので，確率⅓の大中小に賭けることにした。軍資金が十分にあればもっと高い倍率に挑戦するのだが，何しろ貧乏留学生にそんな余裕はない。この夜は初体験であったが面白いように当り，たちまち500フランぐらい稼いでしまった。気をよくしてホテルに帰り，俺は博才があるのかなと密かにほくそえんだものである。

翌日は絵のような Côte d' Azur を西へドライブして Monte Carlo に着いた。ここの Casino は世界的に有名だし，一度はのぞいてみたいと思っていたので入場してみた。しかしタキシードでも着ていればいざ知らず，およそ旅の留学生にはついてゆけないムードなので，早々に退散して Nice に宿をとった。

前後の幸運の余勢を駆って，暗くなるのを待ちかねるように市営 Casino に繰りこんだ。流石に国際都市 Nice の賭博場でなかなか高雅な雰囲気である。一勝負に百万円も賭けて平気でいるおばさんもいて驚かされる。前夜と同じく大中小に賭けてみたがさっぱりつかない。明け方までやって持ち金を全部すってしまい，仕方なくホテルに帰った。

翌日は昼間観光をしていても頭からルーレットのことが離れず，ひたすら必勝法を考えた。そして思い到ったのは次のようなことであった。まずミニマムチャージの2フランを大中小のどこかに賭ける。当れば同じように好きな所に2フラン賭ける。外れたら同じ場所に倍の4フランを賭け，また外れたら再び同じ所

に8フラン賭ける。当る確率は⅓であるから，たとえ当りに偏りがあるにしても9回連続して外れることはまずない。したがって倍，倍と賭けていれば，配当は2倍であるから当った時点でそれまでの損失を補ってなお幾ばくかの利益がでる。たとえば3回目に8フラン賭けて外れたとすると，それまでの損失は8＋4＋2＝14フランである。次の回16フラン賭けて当ると配当は32フランであるから18フランの利益がでるわけである。9回にこだわったのは9回目の賭金が512フランで，それまでの賭金総額は1022フラン，邦貨で約6万円である。当時の私の給料は約1,600 DMだったので，これ以上のリスクにはたえられないと判断したためである。

この必勝法をひっさげて再び挑戦した。初めの中は理屈通りにうまくいった。ところがである。何と連続9回外れという事態が現実に起ったのである。私は多分ディーラーの腕前を打算し忘れたのであろう。あるいは適当に台を変えればよかったかもしれない。軍資金がもっと豊富にあれば敗けなかっただろう。後で調べてみたら，確率½の赤黒で何と連続15回も赤が出続けたことがあったそうである。もし15回も倍々となり続けると64,000フランが必要になる。Niceでのギャンブルは私の完敗であった。

1971年には国際小児科学会の折にWienのKärtner Straßeにある Casinoに挑戦したが勝てなかった。その帰りに一人でJberia半島を旅し，LisboaからバスでEstorilのCasinoを訪れた。この時は時間の余裕がなく，専ら一点張りで遊んでいたが，最後に霊感の如きものを感じ自信をもって残りのチップを全部かけた。"trente et un"と叫んでチップを投げた自分の声のひびきが，今でも思い出す度に甦ってくる。これが当たって35倍の配当となり，おかげでポルトガルの滞在費はただになった。

1973年にはVeniceのLido島でじっくりと腰を落ち着けて遊んでみたがやはり駄目，1974年には南米のIguacuの滝から車で30分ほどの距離にあるパラグワイの国境の所にCasinoがあると聞いてタクシーをとばした。この町は免税品を売って外貨を稼いでいる店が沢山あるので有名だが，町はずれにバラック様のCasinoがあった。中では近所のおかみさん達が小遣いを稼ぐのに

必死という雰囲気で賭けており，これはパチンコ屋だなどとぼやきながら賭ける気もおこらずホテルに帰った。

1977年には Macao の Casino に入ってみた。この時も時間がなくて一点張りをしていたが，バスの時間が迫ったので，自分の感に頼って Vingt-sept と叫んで27に賭けた所，これが大当りだった。どうもじっくりと遊ぶと敗け，時間のない時に感に頼った方がうまくいくようだ。

いずれもっと素晴しい必勝法をあみ出してまた挑戦したいと考えている。

■松坂　勲

老人との接触

世の中が便利になってくると，人間が物を書くということは大へん原始的な作業のように思われるが，ほかにもいろいろ効用がある。若さのヒケツは大脳を使うのが一番でそれにはラブレターを書くのがベストだそうだが，この年になって相手がないとくれば，せいぜい日記でもつけるしかない。

何もする気がしないと言う，うつ病のご婦人に「日記をつけなさい。文章を書くことはいいことですよ」とすすめたら，その人の日記には「今日も1日中足がだるくて歩くのが大儀，とてもつらい。食欲がない。昨夜も眠れず，眠薬をのんでも仲々ねつかれない。薬の量も増え，こんなに長くのんでいるときっと肝臓が悪くなりそうな気がする。どうしたらいいのだろう。こんな体に私を産んでくれた親がうらめしい」というような調子で，日記には殆ど毎日自分の体の具合の悪いことしか書いてなかった。そこで，それでは俳句を作ったらどうですか，とすすめてみた。旧師範学校出のそのご婦人は，重い足をひきずって近所の俳句の先生のもとに週1回通うようになった。2，3ヶ月して，自分の作が先生に誉められたといって，今少しばかり乗り気になっている。

実は，この初老のご婦人には，嫁姑の葛藤が内在している。昔は家庭病理の犠牲者は嫁であったように思うし，私の所にもそういう患者さんが訪れたものだが，最近そういう傾向は少なくなつた。たまに現われても若い嫁さんはイライラが亢じたりして時に胃が痛くなることもあるらしいが，それらの不定愁訴は概して軽く表層的でその訴え方もアッケラカンとしたものである。嫁姑の力関係が拮抗していても間に立つ息子はただただ仕事が忙しく年寄りに関心を払うゆとりがもてないらしく，そういった問題から逃避しているように見える。

最近，姑が老いた夫に付添われて外来を訪ずれてくる姿を見かけるようになった。これも，老齢化世相の一駒か。

人間の医学　第19巻，第4号（通巻107号）

1983年4月10日　発行

発行人　鈴木荘一
編集人　松坂　勲
〒144 東京都大田区萩中1丁目6番28号
TEL（03）741-0985
事務局　〒105 東京都港区新橋2-20　新橋駅前ビル1号館
株式会社協和企画通信内「実地医家のための会」
TEL　東京（03）571-3111
直通（03）575-0185
制作者　㈱人間と歴史社　TEL（03）251-4015
印刷所　共立印刷株式会社　TEL（03）382-1211（代）

□本会へ入会ご希望の方は
上記事務局へお申込み下さい。会費は，本誌（年6冊発行）のほかに各種プリント代，その他も含めまして，年額15,000円です。