昭和63年5月10日発行 ISSN 0385-924X

人間の医学

'88. 5

134

Vol.24 No.1

実地医家のための会

実地医家のための会の沿革

昭和38年２月10日，第１回会合，永井友二郎，原　　仁，浦田　卓，村松博雄が帝国ホテルに集まり，永井の「一般医の学会が必要な理由」を中心に，開業医の討論・発表の場をつくることを議論。事務局は永井友二郎。
38年４月13日　永井友二郎，浦田　卓，日本医事新報社の梅沢彦太郎社長を訪れ，本会への協力をお願いし快諾とはげましをいただき，会名として「実地医家のための会」を提案される。
38年５月12日　はじめて例会形式をとる。全国から50余名参加（第４回例会）
38年10月１日　人間の医学（機関誌）創刊号発行，１冊200円，維持会費月300円
38年11月　事務局 永井から広瀬正義へ。
昭和39年11月　事務局 広瀬から浦田　卓へ。
昭和40年９月　第１回地方例会（名古屋）
昭和41年５月　心筋梗塞共同調査（第１回）
41年10月　第２回地方例会　仙台で開催。
昭和42年３月　医学書院から人間の医学シリーズ全10巻出版。編集総責任者　春日豊和
42年４月　事務局，浦田　卓から浦田久へ。
昭和43年３月　医学哲学の会発足。
昭和44年８月　事務局，協和企画ＫＫへ。
昭和46年２月　脳血管障害共同調査（第１回）
46年８月　世話人代表　上田篤次郎。
昭和48年７月　お茶の水ＣＲＣ発足。
48年８月　世話人代表　日向野晃一。
昭和50年８月　世話人代表　小山五郎。
昭和51年１月　シンポジウム「安楽死」
昭和52年１月　シンポジウム「植物状態」
52年８月　世話人代表　渡辺　淳。
52年10月　心筋梗塞共同調査（第２回）
52年12月　シンポジウム「死をみとる医療」
昭和53年６月　「実地医家のための会」を母体として渡辺淳が中心となり日本プライマリ・ケア学会を設立。
昭和54年８月　世話人代表　渡辺　淳留任。
昭和55年11月　「人と医療」創刊。
55年12月　シンポジウム「死をみとる医療」
昭和56年２月　第200回記念例会「人と医療」
56年２月　脳血管障害共同調査（第２回）
56年８月　世話人代表　鈴木荘一。
昭和57年２月　日本医学教育学会と合同例会「生涯教育をめぐって」新しい医療倫理。
57年10月　心筋梗塞共同調査（第３回）
昭和58年２月　創立20周年記念例「会新しい医療の創造的実践を求めて」柳田邦男氏特別講演ほか。
58年８月　世話人代表　鈴木荘一留任。
58年11月　やさしいホームドクター講座（全９冊）グロビュー社より発行。
58年12月　脳死・臓器移植と関連して，実地医家は死をどうみるか。例会。唄孝一，藤田真一，太田和夫ほか。
昭和60年２月　私たちがめざす家庭医。例会。
60年７月　阿部正和「私の家庭医論」人間の医学　№117.
60年８月　世話人代表　日向野晃一。
60年９月　人間の医学　№118.「家庭医」特集号
昭和61年２月　第225回　福岡実地医家のための会発足
61年９月　悪性新生物患者の共同調査（第１回）
61年12月　第264回例会「生涯教育」
昭和62年９月　世話人代表　安田勇治

「実地医家のための会」と「日本プライマリ・ケア学会」の発足

実地医家のための会

現在我が国には一般医のための研修会は医師会の学術部が中心になったもの，或は個人的にリーダーの努力で行われているもの等，全国各地で数え切れない位行われています。その事は医療の質を高める為にも，開業医の生涯研修の為にも大変喜ばしい事です。

実地医家のための会の発足

昭和38年に実地医家のための会が永井友二郎の発案から4人で最初の例会を持ってから25年を迎えました。最初，永井は孤立している開業医が，学術的な連携をもち，その固有の持ち場に対する認識を高め，人間的な医療を育てるために，家庭医，一般医の学会が必要だと考えました。その提言は大きい反響を巻き起こしました。

当時の雰囲気を元日医常任理事の藤沢正輝氏は次のように回顧しています。「当時の開業医師の満たされないある種の不満足感と，何ものかを摑まなくてはならないという一種の気慨との共鳴であり，内蔵されていた賦活エネルギーの爆発であると見ることもできよう。そしてあたかも若きゲーテの時代のドイツのように Sturm und Drang 運動のように燃え上ったといってもよいであろう。このように自発的に発生した会であったので，この会には始めから派閥もなく先輩も後輩もない民主的なアトモスファーがあった。」と述べています。

その後世話人による会の運営，入退会は自由，会則を持たない，ボスを作らない，政治的問題を持ちこまない，例会は会員自身による講演，パネル，座談会を主眼にし，自由討論形式の自由交見を大事にする等が決まりました。

この様な会の姿勢で25年間も続けてこられた事は，我が国では例を見ない画期的な事です。

昭和38年頃の医学界の実状

その当時の我が国の医学界の実状と，一般医のおかれた立場は，細分化，専門化が進む中で全く孤立していました。学会は医療に目を向ける余裕はなく，医学の発展と世界の新しい流れに遅れないように研究に追われている情況でありました。従って一般医は医学の現状と自分との間にある埋め難いギャップの中で失望感，孤独感，疎外感，といったものをいやという程味わわされていました。そんな情況の中で「実地医家のための会」は誕生したのです。

機関誌「人間の医学」の巻頭に毎号掲げられている永井の考え方は，25年たった今でも立派に生きています。というよりも，今になってやっと日本国中の医学関係者から認知されたのです。

最近家庭医に関する懇談会の答申が出まして，家庭医機能はプライマリ・ケアの基本であること，日医の生涯教育制度の中に家庭医機能研修カリキュラムを含めることになりました。実地医家のための会の精神がこれからも日医の生涯教育制度を通して全国的に広がることを嬉しく思います。

「実地医家のための会」考え方（昭和38年機関誌創刊号巻頭言）

あらためていうまでもなく，実地医家は人間を部分としてではなく全体として，生物としてでは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立場であり，また疾病の極く初期において常に診断と治療指針の説明を求められる立場にあります。今までの大学教育や現在の学会が果してどれだけこの実地医家の要請に応じ得るかというと，これは遺憾ながら余り大きい期待がもてない現状にあります。また，医学が専門化・細分化の路線で年々膨大な数の研究業績を生産していることも，これまた多忙な実地医家にとって大変取扱いに困るものです。

これらのことがらが現在実地医家をひどく困惑させていますが，またさらに政府の低医療費政策と，診断や治療方針決定上の自由を拘束してきた保険制度が，実地医家を一層疎外し，医師は診療にたいする情熱を失ないはじめています。

これらの矛盾の当面の被害者は実地医家ですが，このことは当然，そのまま病人にしわよせされることになり，病人は医師にたいして不安と不満を感じています。いいかえれば一番困るのは病人ですが，実地医家にとっては同様に堪えがたいことであります。「実地医家のための会」はこの堪えがたさから生れた会といえると思います。実地医家がこの現状から脱出するために，大学の先生が教えてくれるのを待っているのでなく，自分達の問題は自分達で解決してゆこう，そのために発表の場，研鑽の場が必要である，ということがこの会出発時の考え方であります。

その後の会のあゆみ

この会のあゆみをふり返って見ますと，25年間必ずしも平隠無事に経過したわけではありません。実際に幾度か経営的な危機に遭遇しましたが，有能な会員の英知と努力でのり越えてきました。特に故春日豊和，渡辺淳の功績は大きかったと思います。渡辺淳は52年８月に当時財政難からピンチにたっていた実地医家のための会の世話人代表に就任しました。

その当時の情況は会則も持たない同好会形式の運営でしたから，必然的に起った危機でした。まず正確な会員数が分らない，赤字の額も概算でしか摑めないような状態でした。渡辺はまず会の財政健全化と会員の拡大を目標に掲げ，徹底的に会の実態調査を行いました。事務局も協和企画に正式に委託し，会の明確な組織づくりをしました。そして310名の会員数を確定して，基礎を固め，ついで世話人の協力をえて，地方例会を企画して会員増強につとめました。また会の発展の一つの方向として，西田一彦がリハビリ学会にシンポジストとして招かれ，会員として第１号の医学会のシンポジウムの出席者になりました。その後，日本医学会総会や，各医学会にシンポジスト，特別講演者として出席する会員が続出しています。また菊地　博，西田一彦，浜名正太郎，小林芳寿会員は日本医師会最高優功賞を受賞し，また多くの会員が雑誌や講演会，座談会等に招かれて活躍しています。最近では永井が日医の生涯教育の委員長として，また多くの会員が日医の委員として活動しています。

プライマリ・ケア学会創設に向っての準備

渡辺の性格からすべてをこの会の発展のために捧げようと考えたようです。彼を支えた副代表や，世話人の協力もあって会の財政は数年のうちに好転しました。

渡辺淳代表はかつて企画を担当した経験から，会員のニーズを次の三つの型にわけて

1．医療の根源に関するものでヒューマニズムを立脚点にしていて，中心は医師患者関係に絞られるものでどちらかというと心情的，意見的なものが多く，大切なことですが何か特殊な精神集団のように思われていることを反省する必要がある。実地医家のための会には大変純粋なヒューマンな人も勿論必要です。しかしアンチヒューマンな人が居てもいいと思うと述べています。

2は研修会的な要望です。これは大学の先生をよんで来て専門の話をきこうというもので，この会を勉強会としてだけ利用したい方のためです。

3は自主研究発表の方向です。これは受身の姿勢ではなく積極的な方向で，日常診療の中で失われがちな科学的実証態度を守っていこうとする態度で，渡辺代表の最も推進したいところでした。

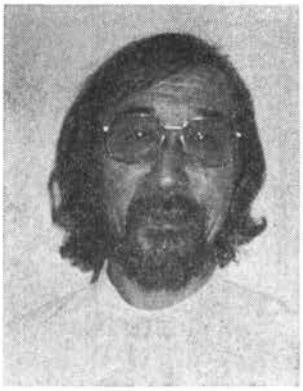
我々が実践している第一線の医療には不明なことが多くて，大学でも教えてくれず，医学もあまり顧みてくれない領域なのでせめて「実地医家のための会」で，皆が経験を集め症例を集めて，分析し，独りよがりにならず検討し地道に具体的な成果を作り出していかなければならないと考えていました。このこともプライマリ・ケア学会の創設に向けての理由の一つでありました。それと，実地医家のための会には歴史と伝統がありました。永井が書いた創刊号巻頭の言葉の中に，その源泉となる思想を見ることが出来ます。しかも第1回の会合のテーマに「一般医の学会が必要な理由」という言葉があります。そして会の中にはこうした伝統が生きており，グレードの高い会員が多数いること，また渡辺代表が主宰したお茶の水 CRC（Clinical Röntgen Conference）の経験が，こうした大会を行うのに必要な組織づくり，人の集め方，会計収支，運営について基礎的な資料になりました。

またプライマリ・ケアについては既に昭和50年頃から注目し，その頃会員の有志と2回ヨーロッパ視察旅行をしました。その年52年に佐々貫之先生と出会って，勇気づけられ，学会創立を決意したのです。そして渡辺は先ず永井に相談し，実地医家のための会主催で学会開催のようなことをしてもよいかと意見を求めました。このことは会の根本に関わることでしたので特に会の創始者である永井に相談しました。永井はすぐに賛成し，渡辺代表は勇気づけられて準備にかかったのです。与論づくりをする為に会のあり方検討会をつくり討議し，世話人の全員一致の賛成を得，また多くの世話人から寄付金を仰いで第1回のプライマリ・ケア学会の開催に漕ぎつけたのでした。勿論会員の一丸となった強力な奉仕と努力が今日のプライマリ・ケア学会の基礎を作ったのです。

プライマリ・ケア学会の現在

プライマリ・ケア学会も今年10年を迎えます。そして親である実地医家のための会を越える位に成長しました。実地医家のための会の会員にとっては子供の成長を見守るような，祈るような気持です。プライマリ・ケア学会は全国の医師会，大学，医学会，の強い後押しを受けて，渡辺会長の強力なリーダーシップにより，国内は勿論国際的にも注目される迄に成長しました。日本のプライマリ・ケアの充実発展の為に学会の今後の活躍を期待し，暖かく見守っていきたいと考えています。

私の意見



佐藤安正

脳死と臓器移植

「脳死をもって個体死と認める」という最終報告が，日本医師会生命倫理懇談会から出された。臓器移植の技術修得のためスタッフを諸外国に留学させて準備していた2～3の施設から，これを待っていたかのように申請書が提出された。

脳死を論ずるばあい，国民の誤解をおそれて臓器移植とは別個に考えるべきだとする意見が多いが，臓器の提供を前提としなければ，ことさら脳死を取り上げる意義がなくなる。

家族にしてみれば，たとえ脳がドロドロに溶けてきても，人工呼吸によって心臓が動いている限り，万が一にも蘇生するかもしれないといった望みをつなぐ気持ちも理解できなくはないが，医療費節減の面から考えると，確実に脳死と判断された時点で，むだな蘇生処置のすべてを打ち切るべきかもしれない。

極論になるが，健康保険法のように法律で基準を決めてしまえば，やがては国民の認識も得られ臓器移植の機会も多くなるにちがいない。脳死患者を移植のドナーとすることには，国民のコンセンサスが必要なことは言うまでもないが，世界各国は是認の方向に向かっているのは事実である。外国人の臓器なら移植してもよいが，日本人からの移植には反対するといった身がってな考えは許されてよいだろうか。

さとう　やすまさ（東京都江戸川区　佐藤整形外科）

目　次

♣私の意見…… 佐藤安正 …… 1

▒第275回「実地医家のための会」1月例会

・私の症例 …… 5

1．風変わりな白血病4題…… 城後昭彦 …… 7

2．日常診療で悩まされる患者の訴え…… 佐藤龍男 ……11

—帯状疱疹後の疼痛—

3．慢性気管支炎に合併した肺病変…… 近藤忠雄 ……15

4．高齢者早期胃癌治療法の一案…… 林　久毅 ……19

—内視鏡下レーザー法の適応—

5．咽頭A群連鎖球菌感染症の酵素免疫測定法による

迅速診断法の有用性について…… 藤田素行 ……23

—ストレップAテストパック—

追加発言　小さい初夢…… 向平　淳 ……28

6．ハイリスク患者…… 楢戸健次郎 ……31

7．thiolaの服用により発症した

インスリン自己免疫症候群の1例…… 橋本啓一 ……34

8．病症と自律神経との相関…… 浅見鉄男 ……38

—井穴刺絡学の立場より—

9．クロイツフェルト・ヤコブ病の1例…… 高玉真光 ……43

10．冠動脈の手術をした川崎病の重症例…… 神山　務 ……49

⊙自由交見……54

▒第276回「実地医家のための会」2月例会

・実地医家に必要な法律の知識 ……59

特別講演　日常診療に必要な法律の知識…… 加藤済仁 ……60

★コメンテーター発言—診療録の重さ— …… 得津雄司 ……63
⊙自由交見……67

▒研究と臨床

・ターミナルケア …… 永井友二郎 ……70
・これからの大学保健 …… 土谷茂樹 ……79
—ことに不健康な学生へのアプローチをめぐって—
・訪問看護と老人医療について …… 矢澤信明 ……83
ホメオスターシス…… 仙頭哲夫 ……88

◍でい・えぬ・えい

・カルチャーショック …… 神保勝一 ……91
・出　発 …… 新山　栄 ……91
・相互学習 …… 乾　英明 ……92
・私のささやかな医学的小宇宙 …… 渡部正三郎 ……93
・専門医とは？ …… 久利波良子 ……94

▲書　評

・『まちづくりの発想』…… 前沢政次 ……33
・『外来患者の指導』…… 森川国雄 ……77
・『ウィトゲンシュタインと禅』 …… 平山牧彦 ……87

◆「実地医家のための会」入退会報告 ……96
◆「実地医家のための会」入退会および会員資格に関するとり決め ……97
◆投稿規定 ……98

表紙デザイン　木村恭子／写真提供　佐藤安正

私の症例

1. 風変わりな白血病4題 …… 城後　昭彦

2. 日常診療で悩まされる患者の訴え …… 佐藤　龍男
—帯状疱疹後の疼痛—

3. 慢性気管支炎に合併した肺病変 …… 近藤　忠雄

4. 高齢者早期胃癌治療法の一案 …… 林　久毅
—内視鏡下レーザー法の適応—

5. 咽頭A群連鎖球菌感染症の酵素免疫測定法による
迅速診断法の有用性について …… 藤田　素行
—ストレップAテストパック—

追加発言 小さな初夢 …… 向平　淳

6. ハイリスク患者 …… 楢戸健次郎

7. thiolaの服用により発症したインスリン自己免疫症候群の1例 … 橋本　啓一

8. 病症と自律神経との相関 …… 浅見　鉄男
—井穴刺絡学の立場より—

9. クロイツフェルト・ヤコブ病の1例 …… 高玉　真光

10. 冠動脈の手術をした川崎病の重症例 …… 神山　務

⊙自由交見

月日　昭和63年１月10日（日）
場所　東京医科歯科大学　特別講堂
司会　大林輝明（神奈川県秦野市）
　　西田　進（神奈川県秦野市）
記録　近藤忠雄（東京都府中市）

司会の大林輝明先生(左)と西田進先生(右)

司会をおえて

大林輝明

久しぶりに例会の司会をお引き受けし，感想を述べてみたいと思います。まず演題を見る限りでは特殊な症例が多くみられ，果たして全員の勉強になるだろうか？　という不安をもったことです。しかしこの危惧は例会の進行につれて解消しました。さすが本会の会員諸先生，学会の演題発表とはひと味違った内容と話し方であくことなく会を終了することができました。質問もやはり鋭どく核心をつくものばかりが続出，司会のやりやすさは他の集会の例をみません。

ただ，せっかくのすばらしい症例がそれぞれまったく関連のないもので，もっと突っ込んだ討論にもっていきたくともそれもかなわず残念でした。

実地医家らしいテーマとそれに類する報告が並べば，聴衆の数も増えるでしょうし，自由交見もさらに充実，活発な意見が飛び出し，それを書き下ろしただけでりっぱな有益なパンフレットになるだろうと思います。

例会のますますの発展を祈りつつ。

記録係より

実地医家が日常遭遇する診療体験の中で，とくに印象の深い症例，診療の困難な症例，経過が遷延した症例，あるいは貴重な診療体験などを自由に発言する学術研究会が昨年10月，12月と開催され今回はその第３弾として暖冬快晴の１月10日（日），東京医科歯科大学１号館９階の特別講堂で開催されました。

今回の主題『私の症例』では，内科・小児科・精神神経科および漢方の各分野から傾聴すべきさまざまな報告が行われ，また活発な意見の交換もあり，会員の学問に対する真摯な姿勢と研究意欲に，おおいに意を強くした次第です。

近藤忠雄

1. 風変わりな白血病4題

東京都足立区
城後外科　城後昭彦

緒　言

第一線で開業していると，あらゆる分野の病気に出あうし，そのなかにはまさかと思うような稀な疾患もあったりしてうかつにできないので，その一端を紹介する。

症例1　37歳，女性

はじめ左足背の発赤，疼痛で，これは急性静脈炎ですぐ治った。が，10日後，こんどは右足が痛いという。やはり同じ静脈炎であるが，同側大腿に小出血斑2個を認めたので，おや？　と思い血液検査をした。

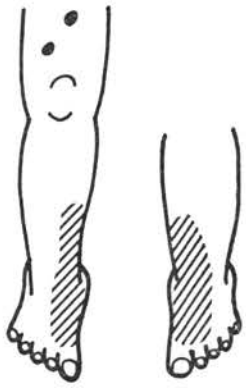
表1, 図のとおり末梢血に骨髄の幼若細胞がずらりと出ている。白血球数は18,000で極端に多いというわけではなく，貧血もたいしたことはなく，全身状態はごく普通であるが，これではたいへんである。さっそく国立癌センターや大学病院の血液病科に連絡したがどうしても空きベッドがとれない。救急隊本部にも頼んで探してもらったがやはりだめなので，とりあえず入院させた。

貧血は1日1日進み，血小板がなくなり，28,000までおちこんだ（**表2**）。毎日救急隊本部に頼みこんで，やっと都立駒込病院化学療

表1　症例1　37歳，女性

主　訴	左足背発赤，疼痛(昭和58年9月2日)
経　過	9月2日：左足背一下腿急性静脈炎 →抗性剤，消炎剤 5日：治癒 14日：右足背一下腿急性静脈炎 同大腿部微小出血斑×2個 16日：検血所見，当院入院

白血球数	18,800
赤血球数	357×10^4
血色素	10.5g/dl
白血球像	
St	1%
Sg	23
L	37
M	0
E	2
B	3
META（後骨髄球）	2
MYELO（骨髄球）	2
PRO-MYELO（前骨髄球）	6
MYELOBLAST（骨髄芽球）	24
アウレル小体	(+)



図

表2　血液所見

年月日 / 項目	昭58.9.16.	9.17.	9.19.	9.20.	昭59.3.10. 緩解時
白血球数	18,800	18,100	21,500	26,300	6,200
赤血球数	357×10⁴	325	296	292	315
血色素	10.5gr/dl	9.4	8.9	8.7	11.0
血小板		53,000	29,000	28,000	289,000
網状赤血球		4	13	10	7
トロンボテスト		70	88		
フィブリノーゲン		285	315		
白血球像					
St	1%	4	5	3	1
Sg	23	22	19	22	41
L	37	23	25	7	54
M	0	0	0	1	2
E	2	1	1	0	0
β	3	1	3	1	2
Meta（後骨髄球）	2	5	5	5	0
Myelo（骨髄球）	2	7	6	7	0
Promyelo(前骨髄球)	6	10	12	17	0
Myeloblast(骨髄芽球)	24	27	24	37	0
アウレル小体	(+)	(+)			

法科に送院できた。

結果は典型的な急性骨髄性白血病で，それもすでにＤＩＣをおこしかけていて，そうとう治療に抵抗したそうであるが，ぶじ緩解した。もっとも悪い時期の骨髄像では異型細胞が84%である。いちばん最近のデーターでは，すっかり正常の骨髄像に戻っている（**表3**）。この症例は比較的早めに発見できてよかったと思うが，その陰には忘れられない苦い経験がある。

症例2　13歳，男子

約20年前，開業1年めのことであるが，前の晩から腹痛をおこして，局所症状はアッペそっくりであるが。白血球数も8,200なので型通り虫垂切除術を施行して1週間で順調に退院した。

ところが，創処置に通っているうち，どうも顔色がよくない。翌日にはもっとよくない。血算して驚いた。白血球数が58,000である。急拠大学病院に入院させたが，残念ながら2週間後に亡くなった。急性リンパ性白血病であった。

当時は，まだ保険診療の制約が厳しくて血算ひとつにも神経を使う時代であったが，手術前に白血球のアナリーゼさえとっていればなにかわかったかもしれないと悔し涙をのんだ。その後は少しでも気になるときは必ずアナリーゼをとることにした。そうしたら症例1もそうであるが，やはり成果があった。

症例3　54歳，男性

吐き気がするから胃を調べてくれときた。全身状態は特記すべきものもないので，いつ

表3　骨髄像

		昭58.9.19.(治療前)			62.9.7.(現在)		
有核細胞数		17.5×10⁴			19.0×10⁴		
巨核球数		15			120		
Others	白血病細胞	10.4	84.0				
Para	白血病細胞	40.4					
Myelobl	白血病細胞	33.2			1.6	1.6	1.6
Promyelo					1.6	1.6	
N	Myelo	0.4	6.8	7.2	18.8	54.0	59.6
N	Meta				7.2		
N	Stab	0.4			16.8		
N	Seg	6.0			17.2		
E	Myelo＋Meta	0.4	0.4		2.0	4.0	
E	Stab						
E	Seg				2.0		
B	Myelo＋Meta						
B	Stab＋Seg						
Monocyte						2.4	
Lymphocyte Large			4.0			9.2	
Small							
Lymphoid Reticulum cell			0.4			0.4	
Plasma cell		0.4			0.4		
Macrophage							
Mast cell							
Proerythrobl				4.4			26.8
Macrobl	Baso						
Macrobl	Poly						
Macrobl	Ortho						
Normobl	Baso		4.4		1.2	26.8	
Normobl	Poly I	3.6			15.6		
Normobl	PolyII						
Normobl	Ortho	0.8			10.0		
Megakaryocyte							
Tumor cell							

診断名　急性骨髄性白血病(M_2)＋DIC

ものとおり胃のレントゲン予約をさせた。ただ年齢的にみて血算だけとっておいた。

そうしたら**表4**のとおり，白血球像にメタミエロチーテンが1％とでている。白血球数9,700, Hb 12.6gr/dlとたいしたことないのにと思い臨床検査所に再検査させたが，間違いないという。そこで，患者宅に電話して毎日血液検査にくるように命じた。そうしたらメタミエロチーテンが日を追って2％，4％と増える。胃のレントゲンどころじゃなくてその日のうちに癌センターに依頼，骨髄穿刺をした。案の定急性骨髄性白血病，だがこんなに早期だったら100%治る，といわれてそのまま入院。完全によくなった。かと思うと，こ

れと逆な例もある。

症例4　27歳，男性

これは私の症例ではないのだが友人から相談を受けた。ある日突然激しい腹痛に襲われて，近くの共済病院消化器病外科に入院した。が，いくら検査しても原因がわからない。腹痛は毎日続き，ついに3週間めに試験開腹をさせてくれと頼まれて開腹したが，まったく異常なしとのこと。1週間で退院した。

2週間後，医師の許可がおりたので延期していた結婚式を挙行，新婚旅行に行った。そうしたら旅行先で突然卒倒。救急病院でわかったのが，急性骨髄性白血病による貧血性のショック。驚いた両親が急ぎ東京へ連れ戻して最高の治療を受けたが，10か月後に亡くなったそうである。

結　語

わずかな症状から幸いにも白血病を発見し得た2例と，逆に症状にとらわれ過ぎたがために白血病を見おとした不幸な2例を示したが，いずれも白血病の三大徴候，発熱，貧血，出血とはまったくかけ離れた主訴によることが特徴である。

そこで，白血病の初期症候学を調べようとしたが，そのような本はなかろうとのこと。専門病院にくるものは，すべて症状の出そろったものばかりなので初発症状はまったくわからない，むしろ，そのような症状は第一線の先生方が把握してますよ，ということ。けっきょく，早期発見のカギはプライマリ・ケアの手のうちにあるというわけである。だから，先生方のもっていられる，このようなエピソードを集めて臨床症候学としてまとめると意義があると思う。

なかでも，その決めては白血球のアナリーゼであるから，少しでも不安があるときは積極的にとる必要があるし，さらに白血病のなかには骨髄内ではそうとうな変化がおきているのに末梢血には出にくいタイプもあるので，場合によってはアナリーゼに特変がなくても，骨髄穿刺を強行する必要があろうかと思う。ただ，この際困るのが保険診療の審査である。

そこで，最後にプライマリ・ケア学会にお願いがある。悪性疾患を早期に発見しようと思えば，そうとう広範囲なチェックが必要であること，しかもこれは総体的な医療を役目とするプライマリ・ケアの責任でもあることを，多くの例を示して強調していただければ助かる。よろしくお願いする次第である。

表4　症例3　54歳，男性

主　訴　吐き気（昭53年7月20日）
現　症　顔面非貧血性，頸部リンパ節腫脹(−)，胸，腹部，聴・打診特変なし，胃X線予約
経　過

検血所見

	20日	22日	23日
白血球数	9,700	9,800	11,600
赤血球数	386×10^4	382×10^4	370×10^4
血赤素	12.6gr/dl	12.0	12.0
白血球像			
St	5	11	12
Sg	58	50	48
U	35	36	35
M	1	1	1
E	0	0	0
META	1	2	4

23日：国立がんセンター血液病内科
骨髄穿刺→急性骨髄性白血病初期
「初期だから100%治る」
速日入院
治　癒

2. 日常診療で悩まされる患者の訴え

——帯状疱疹後の疼痛——

神奈川県川崎市
佐藤クリニック　佐藤龍男

はじめに

私たち第一線で働いている開業医にとって，日常診療で患者の訴えに悩まされることがある。簡単に治癒してしまうケースや予想通りに治ってしまう場合は問題ないが，予期に反して悪化したり，長びいたり，またその後の合併症が生じ長く治療にあたらねばならないときなど痛感する。特に痛みなどは計量や立証することが困難なので患者とともに治療にあたり苦慮するところである。

皮膚科領域で疼痛を伴う疾患に帯状疱疹がある。私の経験した帯状疱疹10例と，そのうち帯状疱疹後神経痛（Post Herpetic Neuralgia：以下PHN と略す）2例を含め比較検討したので発表する。帯状疱疹の診断は，皮疹が一定の神経の走行にそってみられるという特徴があり，その他の症状と合わせてつけられる。軽症例では丘疹がみられる程度であるが，中等症は初め浮腫性紅斑がみられ，さらに丘疹が出現，小水疱となり，時に臍窩を有する。水疱は透明であるが，やがて黄色に混濁し破れてびらん面になったり，また血疱を生じた後血痂を形成したりする。所属リンパ節を触知することもある。重症例では所属リンパ節の腫脹，強度の浮腫，巨大水疱，壊死をおこし潰瘍もみられる。

症例1　高○キ○，86歳，女性

初診S58．11．10．入浴時自覚症状のない発疹が左腰部大腿部（L12）にあるのに気づいたが，放置している間に増えたので来院。帽針頭大の紅色丘疹が5円硬貨大の小局面を形成し，左腰部から大腿部にみられた。やがて紅暈を伴った小水疱の集簇が出現，次第に疼痛が強くなり排尿・歩行困難を生じるようになった。スリンダク錠・ビタミンB_{12}投与で12月中旬より痛みは軽減，排尿・歩行とも平常にもどった。PHNで治療中であるが，最近痛みもほとんどなくなり日常生活に支障をきたさなくなった。

症例2　嶺○康○，31歳，男性，会社員

初診S62．2．4．2週間前，右耳後部頸

部（C２）に痛みを生じ，耳鼻科に通院していたが発疹に気づき来院。皮疹はすでに患部に血痂がみられただけであるが，痛みを訴えていたのでケトプロフエン製剤・ビタメジンを長期投与，９月中旬疼痛は消失,完治した。

症例３　古○タ○，83歳，主婦

初診S60．12．４．11月中旬，痒みのある発疹が右上腕（C5,6）に出現,タイガーバーム軟膏を塗布していたら悪化し来院。強烈な瘙痒を伴うびらんと紅色丘疹が右上肢にあり，強度な浮腫も認められた。通院２～３日後から針で刺すような痛みと右側胸背部（T2,3)に小水疱が出現，胸部は血疱に変わりびらんを生じ潰瘍を形成，右腋窩リンパ節の腫脹もみられた。疼痛がいっそう強くなったため，不眠になり持病の血圧がさらに高くなった（180～100）。また，右の握力の低下が認められた。ケトプロフエン製剤・ビタミンB_{12}の投与開始１か月後に疼痛は軽減，不眠も解消した。接触性皮膚炎の合併もあったため皮疹は５月初めに胸部に瘢痕ケロイドを残し治癒した。ＰＨＮがあるため，整形外科に紹介治療を受けていたが，本人の希望で再び通院治療を開始。投薬と生活面の指導でかなり軽快してきている。子宮癌の既往歴がある。

症例４　佐○ミ○リ，43歳，主婦

初診S62．８．14．１週間前痛みを伴う発疹が左腹背部(T11，12)に出現，帯状疱疹と思い来院した。皮疹は左側腹部に紅暈を伴う小水疱がみられ，疼痛を訴えていた。９月初め瘙痒感が出現，血痂を形成，10月初め治癒した。

症例５　川○敦○，23歳，男性，学生

初診S62．８．17．５日前より痛みと痒みのある発疹が右腹背部（T10）に出現。皮疹は紅暈を伴う小水疱がコインの大きさの局面を形成，帯状に広がっていた。８月末には皮疹は消え，９月初めに疼痛消失し完治した。既往歴にアトピー性皮膚炎がある。

症例６　鈴○清○，12歳，男子，中学生

初診S62．８．25．夏休みで田舎に帰省。７月末，右腹背部（T10）に痒みのある発疹が出現，３～４日して痛みを感じ，８月中旬帰宅来院した。右腹背部（T10）に２か所，500円硬貨大の局面に紅暈を伴う小水疱と,一部血痂が認められたが，９月初めには疼痛は消失し，皮疹も少し瘢痕を残し治癒した。

症例７　浅○妻○，64歳，主婦

初診S62．８．31．３～４日前から左腹部に痛みを伴う発疹が出現し来院，左側腹部（T10，11，12）に集簇した小水疱がみられた。やがて同側の背部と臍部近くにも出現，部分的にびらん血疱がみられた。疼痛のため不眠が２晩あったが，９月中旬より瘙痒が出現，９月末疼痛消失し，瘢痕を残し10月初め治癒した。左乳癌の手術歴がある。

症例８　荒○史○，12歳，女子，中学生

初診S62．９．29．４～５日前より左下肢内側（L３，４，５）に痒みを伴う発疹に気づき来院。100円硬貨大の局面を形成した小水疱が帯状に点在していた。通院中に痛みが出現。１週間で痛みがとれ罹患部の色素脱出を残し治癒した。

症例９　菅○敏○，27歳，男性，鮮魚業

初診S62．10．２．４日前より左腰部，大腿部（L１，２，３）に有痛性の紅斑に気づき，打撲と思っていたが痛みが強くなったので来院した。浮腫性紅斑と紅暈を伴う小水疱

表　項目別一覧

① 性　別	男4例　女6例
② 年齢（歳）	11～20(2)　21～30(2)　31～40(1)　41～50(2)　61～70(1) 81～（2）
③ 発病月	2月(1)　7月(1)　8月(3)　9月(1)　10月(2)　11月(1) 12月(1)
④ 患　部	右側――耳後部頸部＜C2＞(1)　前胸部＜T3, 4＞(1)　胸背部＜C4,5・T2, 3＞・上肢手＜C5, 6＞(1)　腹背部＜T10, 11, 12＞(2) 左側――腹背部＜T11, 12＞＜T10＞＜T10, 11, 12＞(3) 腰部大腿部＜L1, 2＞＜L1, 2, 3＞(2)
⑤ 初期自覚症状	疼痛(2)　疼痛＋発疹(4)　発疹のみ(1)　疼痛＋瘙痒＋発疹(1) 瘙痒＋発疹(2)
⑥ 自己診断	虫さされ(5)　湿疹・かぶれ(1)　あせも(2)　帯状疱疹(1)　癌(1) 中耳炎(1)　打撲(1)
⑦ 受診時皮疹	紅斑(1)　小水疱(8)　紅暈(4)　血疱(2)　血痂(2)　びらん(2) 潰瘍(1)　浮腫(1)　リンパ腺腫脹(3)
⑧ 随伴症状	不眠(3)　歩行困難(2)　排尿障害(1)　握力低下(1)
⑨ 治癒までの期間	4週(4)　7週(2)　8週(2)　3か月(1)　5か月(1)
⑩ 誘　引	感冒(1)　過労・体力低下(1)　免疫低下(2)　不詳(6)
⑪ 既往症	なし(5) あり(5)　子宮癌(1)　乳癌(1)　子宮筋腫(1)　アトピー性皮膚炎(2)
⑫ 帯状疱疹後合併症	疼痛(2)　瘢痕(7)　色素脱出(1)

（ ）内は症例数

の集簇がみられ，左鼡径部のリンパ節を触知した。やがて血疱を生じ血痂を形成，瘢痕を残し治癒した。

症例10　江○愛○，50歳，主婦

初診S62. 10. 29. 1週間前に痛みと痒さのある発疹が右胸部（T 3，4）に出現，来院した。紅暈を伴う小水疱が500円硬貨大と10円硬貨大の局面を形成，横列に2か所あり，右腋窩リンパ節腫脹が認められ疼痛を伴っていた。経過は良好で11月末に治癒した。既往歴に子宮筋腫の手術がある。

表は10症例を項目別にまとめたものである。

考　按

成書によると，帯状疱疹は小児期に水痘に罹患した者および水痘の不顕性感染者のみが帯状疱疹を発生するとされ，その原因*virus*は水痘帯状疱疹ウイルス*varicella zoster virus*（以後*vzv*と略す）であることはすでに知られている。また，*vzv*は免疫状態が成立しているにもかかわらず生体内の神経系の細胞内（脊髄神経節）に終生とどまっているものとされている。何らかの原因で個体の抵抗力が弱まったときに，*vzv*が賦活化され知覚神経にそって皮膚に達し，表皮内で増殖し帯状疱疹を発生するものと思われる。

帯状疱疹のおこり方はRogerによると疼痛

が先行70.7%，皮疹が先行21.5%，両者同時6.8%との報告がある。私の10症例中，痛みが先行6例，皮疹（瘙痒を伴う）が先行2例，両者同時1例，皮疹のみ1例で，ほぼ同じ比率と思われる。特に誘引なしにおこることもあるが，他の疾患，外傷，寒冷，疲労，X線照射，その他ストレスなどに続発することがあると言われている。

むすび

帯状疱疹後疼痛，すなわち神経痛にはかなりの個人差があるように思われる。一般に皮疹が治癒した後も痛みが残っている場合をPHNと言われている。PHNの強度なものはペインクリニックで治療を必要とすることは申すまでもない。

私のところではPHNがみられる場合，整形外科の診察を仰いでいる。多くの場合，罹患当初はズキンズキンするとかもぎとられるような痛み，電気が流れるような痛みを訴えるが，治療開始が早いほどPHNの頻度が低くなり，程度も軽くなるのではないかと思う。老人の場合PHNにより，必要以上に患部をかばうため運動制限したり，精神的に暗くなることが多いように思う。朝起床時に痛むとか，冷えると痛むような場合，離床する前に患部をマッサージするよう指導したり，患部を冷やさぬよう気くばりさせるとか，挙上しずらい，握力がおちたなど訴える人には，入浴時浴槽の中で患側の腕を挙上させる運動とか，タオルをしぼる練習をするよう指導することにより，日常生活面での支障がかなり改善されたように思う。さらに，来院するたびに日課として行っているかを問い，常に励ましが必要でないかと思う。

3. 慢性気管支炎に合併した肺病変

東京都府中市
近藤医院　近藤忠雄

肺病変は巨大嚢胞を形成しつつある肺嚢胞症の一症例である。

患者は71歳，147cm，30kgの小柄な女性である（**表1**）。45歳ころ，微熱，せき，血痰で抗結核剤を内服したことがあり，かぜをひくと，せき，痰が長びき慢性気管支炎といわれていたとのことである。当院初診時のX線写真（S45年）は**写真1**のとおりである。ご覧のように横隔膜低位，肺が過膨脹し慢性閉塞性肺疾患を思わせる所見であり，両肺野全体に小さな粒状ないし線状陰影が認められる。

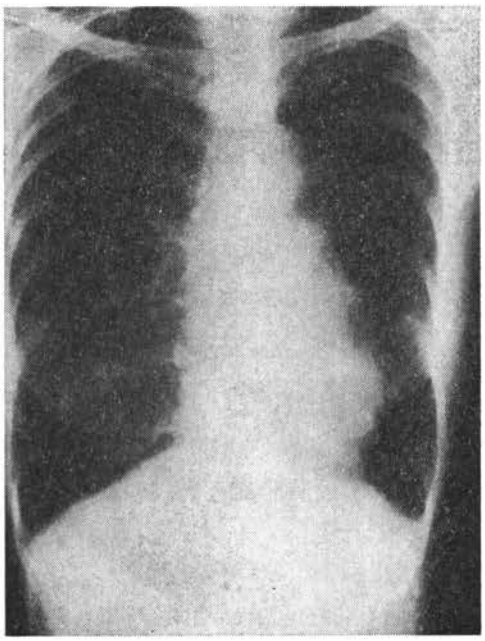
写真2で左鎖骨下に淡い陰影，**写真3**では左心シルエットサインの消失と左中肺野の浸潤陰影が認められるが抗酸菌培養は陰性であった。**写真4**では左鎖骨下と肺尖に透亮像を認めたため，再び検痰培養したが陰性で，左肺上葉へ走行する気管支動脈の循環障害によると考えられるブラを形成，それが中肺野にまで波及しつつあるのが認められ，自覚症状は一進一退していた。

写真5では透亮像が拡大し，中肺野の陰影と気管の左方偏位が増強している。そして自覚症状としては背部疼痛と息苦しさを訴えていた。血液の理化学検査は略正常範囲で微熱，せき，痰は3か月ぐらい持続した。

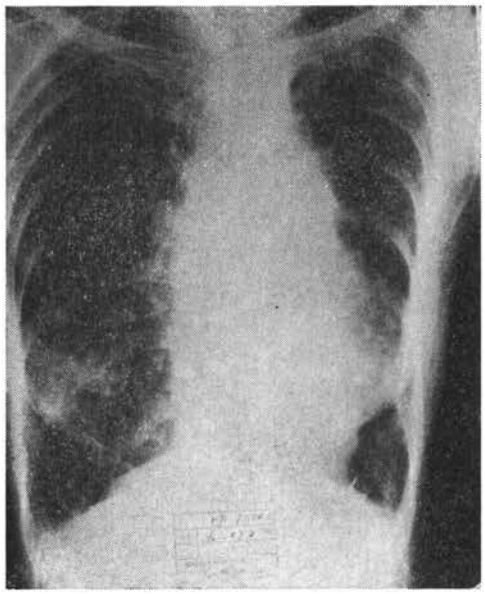
表1　森○き○代，女性，71歳

主　訴：せき，痰，息苦しい
既往症：45歳ころ抗結核剤内服
現病歴：昭和60年秋ころから階段の昇降時息苦しくなった。上気道感染によりせき，痰，微熱が続き，**ときに血痰**が出る。抗結核剤では変化なく抗生剤により症状は軽減する。今年始めころから息切れがひどくなった。
○抗酸菌**培養陰性**
○喫煙なし

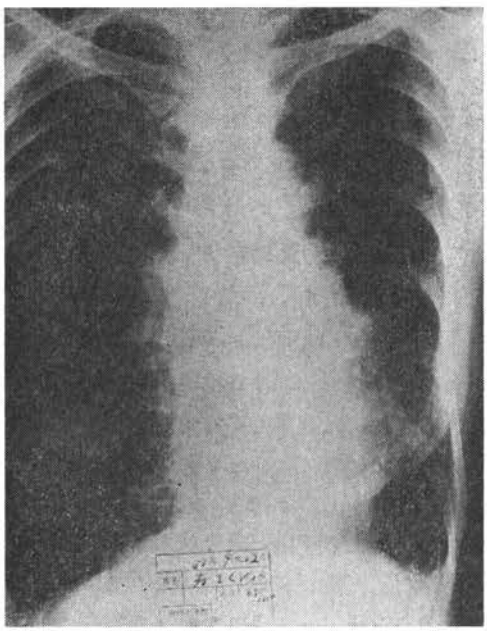
写真6は今年にはいって息切れ，息苦しさが増し，せき，痰も持続，感染の繰り返しのためか昨年より嚢胞が癒合拡大し，中肺野にも小さな透亮像が認められ，左肺門は挙上し気管の左方偏位もさらに増強している。微熱（37.5～38℃）が続き，血痰も伴ったため公立病院へ紹介した。もちろん抗酸菌培養は陰性であった（**表2**）。そして検査結果は**表3**で貧血のほか，肺機能の著しい低下が認められた。



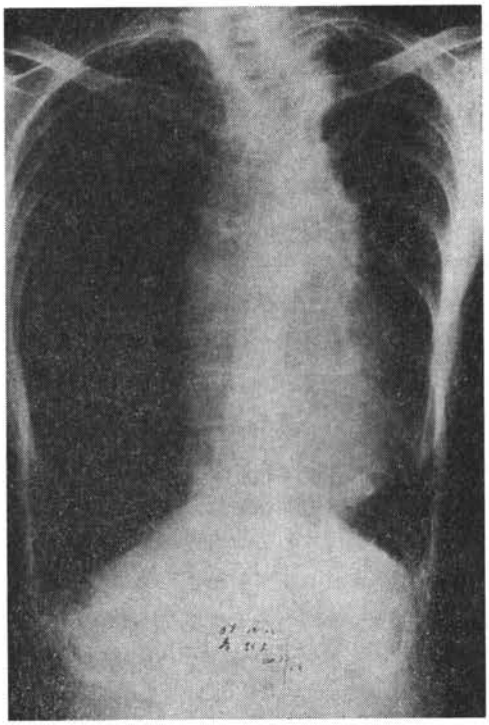
写 真 1



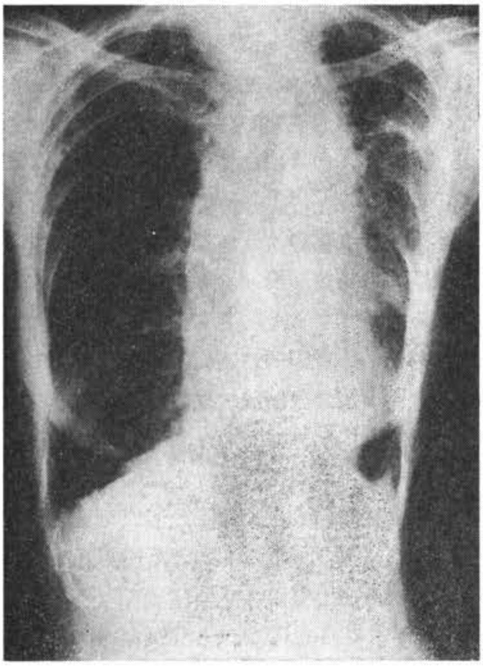
写 真 3



写 真 2



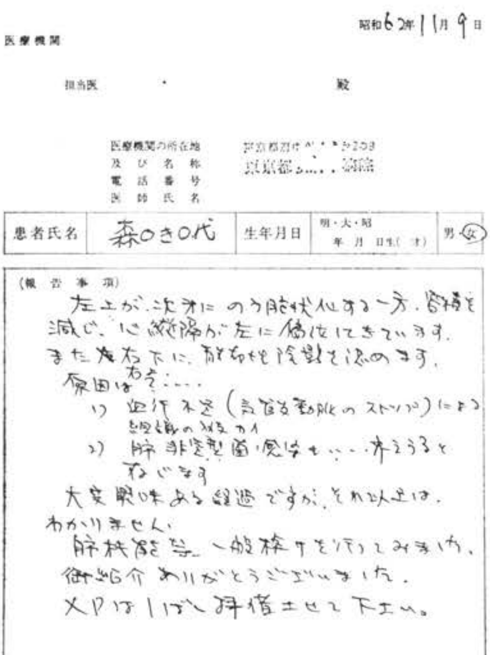
写 真 4



写　真　5

写　真　6

表2　報　告　書



昭和62年11月9日

医療機関

担当医　・　殿

医療機関の所在地
及び名称
電話番号
医師氏名
[illegible]

患者氏名	森○き○代	生年月日	明・大・昭　年　月　日生（　才）	男・女

（報告事項）

左上が、次才にのう胞状化する一方、容積を減じ、心縦隔が左に偏位してきています。
また左右下に、斑状様陰影を認めます。
原因は考え……
1) 血行不全（気管支動脈のストップ）による組織の破壊か
2) 肺非定型菌感染も……考えうると存じます
大変興味ある経過ですが、それ以上はわかりません。
肺機能等、一般検査を行ってみました。
御紹介ありがとうございました。
XPは1ぱい拝借させて下さい。

表3　検査結果

検　血　BRC399×10⁴　BWC4700
Hb7.6g/dl

理化学検査
TP7.9　A/G比1.2　BUN17　Cre0.6
Na140　K3.6　Cl99　Ca7.9
GOT31　GPT18　ALP212　LDH397
lgA248.4　lgG1634.6　lgM251.6

肺機能
肺活量　970ml　%肺活量　45%
1秒量　570ml　1秒率　63%
残気量　2180ml　残気率　67%
1回換気量　280ml

心電図　85/min　右軸偏位

検　痰　グラム陰性　球菌・桿菌
グラム陽性　連鎖球菌

(62.11.20)

成書[1]によると，肺嚢胞症とは，肺内に発生した異常空間を認める疾患群の総称であると定義され，ブラ，ブレブ，ニューマトセル，チステなどがこれに含まれ，広義に解釈すると空洞，嚢状気管支拡張症および肺気腫症まで含まれる。本間，望月両氏[2]は肺嚢胞を気腫性嚢胞症（ブレブ，ブラ，進行性気腫性嚢胞およびニューマトセル）と気管支性嚢胞症（気管支性嚢胞，気管支拡張性嚢胞）とに分類しており，その発生機序は，後天的に生じた瘢痕性組織内の気腔がチェックバルブ機構によって拡大するのであるというのである。

嚢胞発生に関与する要因としては，幼少時期および成人の気道感染，気道閉塞障害である。気腫性嚢胞のうち，ブラは肺胞壁の破壊によって生じた気腫性嚢胞で，直径1～10cmぐらいまでの肺内限局性気腫である。10cm以上の巨大ブラは vanishing lung ともいわれる。ブラの発生機序は，細気管支に限局性炎症が生じて瘢痕を形成し，そのため気道閉塞現象が弁様の働きをして，いわゆるチェックバルブ機構により肺胞が拡大し，さらに過度のせき，怒嘖により胞隔が破壊し隣接する肺胞と融合しながら気腔が拡大しブラを形成するというのである。肺嚢胞症の診断はX線写真で限局性，境界鮮明な血管影を欠く透亮像を認めることである。ブラやブレブは上肺野，とくに肺尖に多く認められるが，大多数のブラ，ブレブは自覚症状，呼吸機能障害がないときは経過観察し，巨大ブラの場合は摘出，縫縮術，あるいは肺葉切除を行うとされている。

写真2でご覧のように左鎖骨下浸潤陰影で既往歴から結核を疑い，**写真3**では陰影の拡大をみなかったこと，さらに**写真4**では陰影が稀薄化し，壁の薄い透亮像が見られたため，頻回の抗酸菌培養，血沈，検血などを施行し孫との接触も控えさせ加療したが大きな変化はなく，昨年に比べ今年は肺尖から鎖骨下に融合拡大する巨大嚢胞の形成を見，現在もなお小透亮像（**写真6**）と陰影が認められることから，上気道の感染により，さらに拡大していくのではないかと危惧している。

微熱・血痰に対する不安が強いため気管支鏡検査はもちろん精密検査を忌避する意向が強く，診療に協力が得られにくいので，上気道感染症を極力避けるよう充分注意し，現在対症療法で経過を観察中である。

文　献

1）田村昌士：臨床呼吸器病学　p500～507,1980.
2）本間日臣・望月博之：Vanishing lung 呼吸と循環　18：435～441,1970.

4. 高齢者早期胃癌治療法の一案

—内視鏡下レーザー法の適応—

京都府城陽市
林病院　林　久毅

緒　　言

近年，X線ならびに内視鏡による胃癌検診の普及に伴って早期胃癌の発見率が向上している。しかし高齢者においては，胃癌を早期に発見してもその治療法の選択に困ることが少なくない。あるときは癌なら何もしないでそのままにしておきたいと患者が希望する場合，あるときは患者が治療を希望しても外科手術は体力的に無理な場合，癌告知の可能な場合と不可能な場合，また患者と家族の意見が一致しない場合，判断に困る事が少なくない。そのようなときに内視鏡下レーザー法が有効な役割を演じてくれるものと考える。

内視鏡下レーザー法の長所

早期胃癌の治療には，現在のところ外科的切除が主に施行されているが，私は高齢者の早期胃癌については内視鏡下レーザー法の選択を推奨したいと考えている。

その理由としては，次の3つがある。

① 外科的手術の侵襲を受けないので危険因子についての特別の配慮は不要

② 臥床日数の短縮

③ 医療費が安い

高齢者においては，心疾患をはじめ呼吸器系，神経系その他の合併症が少なくない。外科手術を施行するにあたっては，手術のための危険性が充分考えられる。また，外科手術の場合，通常4週間以上の入院が必要と考える。ところが内視鏡下レーザー法の場合は，特別の理由がない限り2週間程度入院すれば充分であろう。そこで大きなメリットは入院期間中の安静度が軽いことである。長期安静による下肢筋力低下は高齢者にとって大きな損失である。

次に**表1**は医療費について外科手術の場合と内視鏡下レーザー法による場合との比較であり，薬剤料や術後の処置料の占める金額はずいぶん大きいものと考えられる。**表2**は入院料を保険点数で示している。

次に内視鏡下レーザー法によって治療を受けた3症例についてレーザー照射前後の内視鏡像を呈示する。

表1　医　療　費

外科手術料	12,000点	41,052点
入院料	29,052点	
検査料（レントゲン，血液など）		α
薬剤料(抗生物質,中心静脈栄養など)		
術後処置料		
インキュベーターの使用 1日 100点加算		
栄養分析値測定食品 1日 15点加算		
合計	41,052点＋α	
内視鏡下レーザー照射料	5,100点	15,726点
入院料	10,626点	
合計	15,726点	

表2　入院料の内訳

	種　　目	1日分(点)	外科手術(日)(合計点)	レーザー治療(日)(合計点)
イ	基準給食 基準寝具 特二類看護つき入院	724	28 (20,272)	14 (10,136)
ロ	重症室料特別加算(個室)	200	10 (2,000)	
ハ	2人部屋	100	18 (1,800)	
ニ	重症者看護特別加算	400	10 (4,000)	
ホ	病衣貸与加算	5	28 (140)	14 (70)
ヘ	特別食加算	30	28 (840)	14 (420)
			29,052	10,626

症例1　80歳，女性

高血圧治療中に嘔気あり，胃透視による体下部前壁に隆起性病変IIaを認める(**写真1**)。生検結果は高分化型の腺癌であった。**写真2**は1週間後の内視鏡像である。隆起は消失している。**写真3**-A，Bは4週間後の内視鏡像である。潰瘍は瘢痕化している。生検では癌(−)。

症例2　83歳，女性

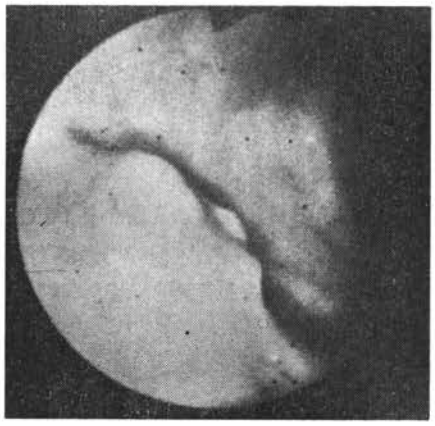
腹痛で受診。幽門前部の後壁にIIc病変を認める。生検でも同様癌を確認しているが，高齢のためレーザー照射を施行した。**写真4**はレーザー照射後5か月を経過しているが，瘢痕も消失して元気にしている。

症例3　80歳，男性

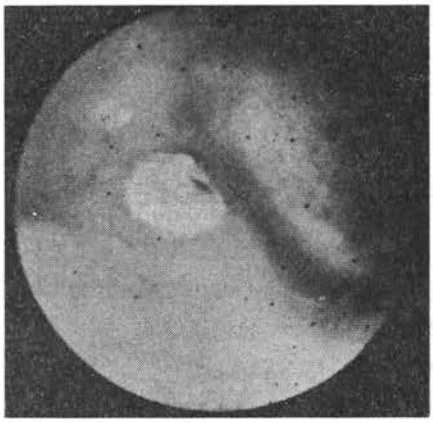
肺結核あり。内視鏡で体中部前壁にIIc病変を認める(**写真5**)。高齢と肺機能を考慮してレーザー治療を施行した。**真写6**は11か月後であるが，病変部は潰瘍瘢痕を認める。癌細胞は出ていない。

結　　言

以上述べたように内視鏡下レーザー法は，



写　真　1



写　真　2

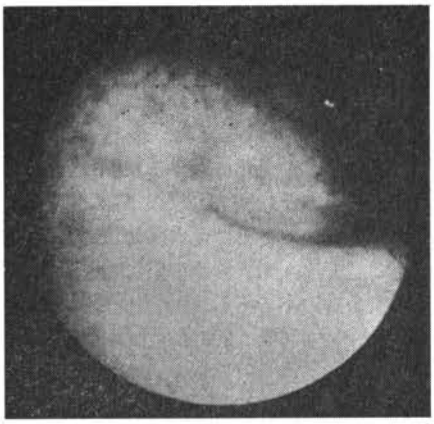


写真3-A

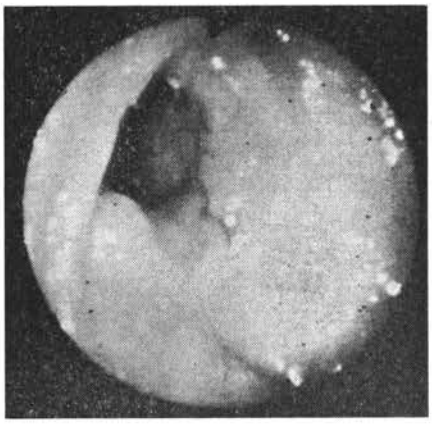
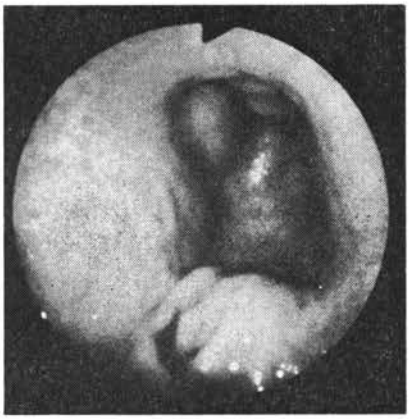
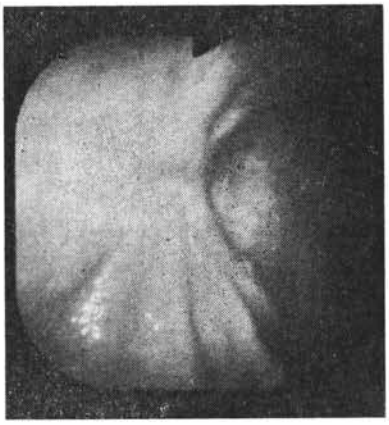


写真3-B

写 真 4



写 真 5



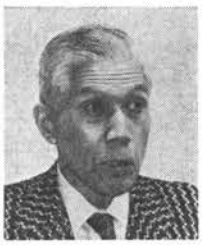
写 真 6

高齢者の早期胃癌治療にはたいへん有効な治療法であると考える。しかし本法は，胃癌の局所療法であるためリンパ節転移の有無についての考慮が必要であることは申すまでもない。

以上のような理由から，私は高齢者の早期胃癌治療法の選択にあたっては，外科的手術のみにたよることなく，そしてまた癌だからあきらめて放置することなく内視鏡的治療法を積極的に活用することが適切であると考えるので報告した。

5. 咽頭A群連鎖球菌感染症の酵素免疫測定法による迅速診断法の有用性について

—ストレップAテストパック—



香川県観音寺市
冨士医院　藤田素行

はじめに

A群連鎖球菌は広く蔓延している菌の一つであり，本菌による感染症としては急性咽頭炎，扁桃炎，気管支炎，etc があり，また急性リウマチ熱，急性糸球体腎炎などの続発症がみられるため，他の起炎菌より重視されている。従来，咽頭培養による同定が行われているが，結果が判明するまで最低24～48時間以上を要するため，初診時の治療指針に用いられない欠点がある。今回使用したストレップAテストパックは同菌感染症の酵素免疫測定法による迅速診断法として最近開発されたもので，その有用性について若干の成績を得たので報告する。

A群連鎖球菌同定法

A群連鎖球菌同定法の**図1**を示すと，第Ⅰおよび第Ⅱ世代法では最低48～72時間を要することが知られており，第Ⅲ世代と呼ばれる本テストパックは迅速で操作も簡単であり，本菌に特異的なC多糖体を抽出して判定するため，菌が濃厚に咽頭にいる場合には略 100 %に近い確率で陽性を呈する。

培養と本テストパックとの比較

次に培養と本テストパックとの比較の表であるが，62年1月全国規模で行われた研究会で報告された資料から借りたものである（**表1**）。一般にこの種のキットの信頼性は培養との比較によって検討されるが，抗生剤の投与を受けていない急性咽頭炎患者247例の成績で，陽性一致率95%，陰性一致率90%であり，非常に良好な成績を示している。

また抗生剤投与後の培養と本テストパックの陽性率を比較した**図2**を示すと，抗生剤投与により時間の経過とともに急速に陰性化を示す（細菌そのものを培養するため）のに比べ，本テストパック法は細菌の抗原抽出液による検査のため，培養陰性後も陽性にでることが理解される。

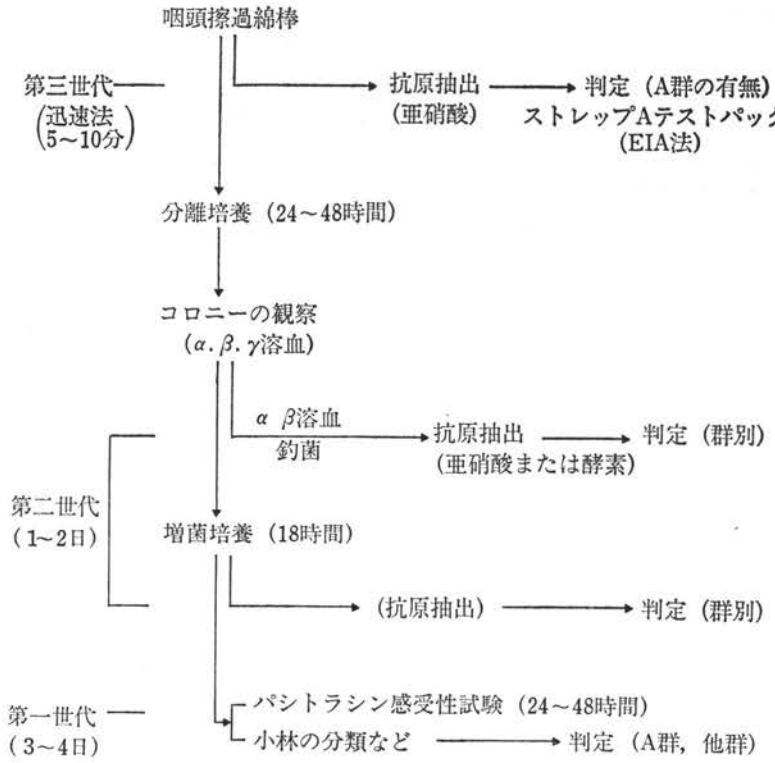


図1　A群連鎖球菌の同定法（従来方法との比較）

表1　未治療咽頭炎患者検体（One swab にて採取）に対する培養法とストレップAテストパックの検出率の比較

		コロニー数	検体数	ストレップA テストパック	
				+	−
培養法	+	≧31	120	117	3
		1～30	9	6	3
	−	0	118	12	106
total			247	135	112

	コロニー数	ストレップA テストパック
陽性一致率	≧31	117/120 (97.5%)
	1～30	6/9 (66.7%)
	total	123/129 (95.3%)
陰性一致率		106/118 (89.8%)
一致率		229/247 (92.7%)

（研究会集計データ）

季節と溶連菌感染者数

小院における季節による本菌感染者数の**図3**を示すと，本テストパックを入手した昨年5～9月までに上気道炎や扁桃炎で来院し，咽頭所見より本症を疑い本テストパックを実施したもの71人で陽性者は17人あり23%にあたる。一般に小児の上気道炎では非流行期では5～10%，冬から春先の流行期では20～30%が検出されるといわれており，非流行期で23%の陽性者がでたことは季節にかかわらず本菌が広く蔓延しているものと考えられる。次に本テストパック陽性者で比較的検査が行われている10人のものでは（**表2**）発熱咽頭

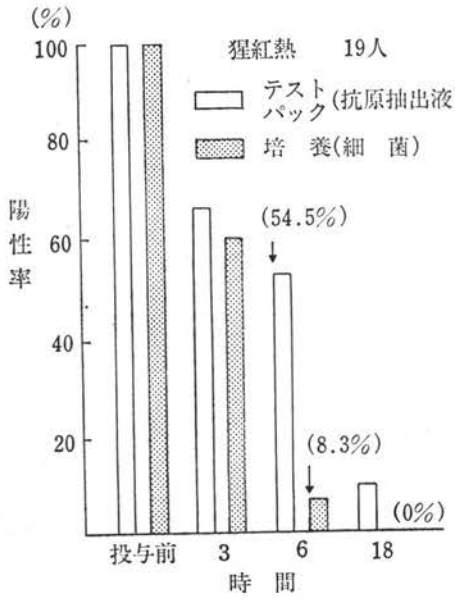


図2　抗生剤投与後のテストパックと培養の陽性率の比較

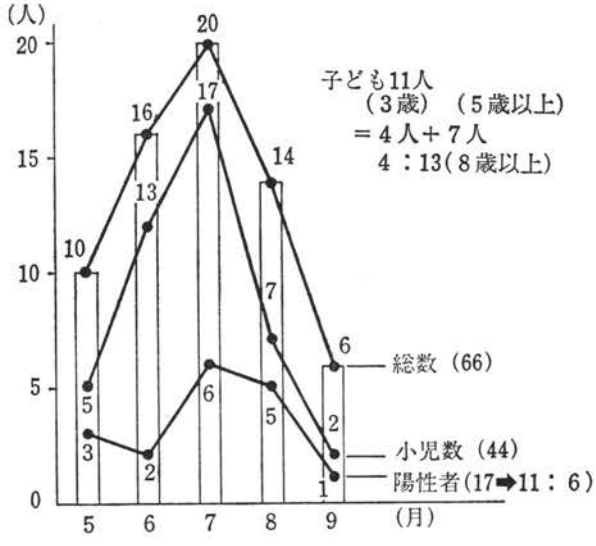


図3　季節と溶連菌感染者数

表2　ストレップAテスト陽性者

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
性　別	男	女	女	女	男	男	男	男	男	男
年　齢（歳）	32	10	11	5	10	6	11	11	8	36
発生月（月）	5	5	6	7	7	7	8	8	8	9
発　熱（℃）	38.4	37.6	35.8	39.3	39.9	39.0	38.0	38.3	36.9	39.5
ASLO	100	12	500	12	166	12	50	12	12	
CRP	−	+	−	++	±	−	−	+	−	+++
白血球数	9,700	10,000	8,800	16,700	7,600	19,500	12,500	10,000	10,000	15,000
核左方推移	++	++	−	+++	+++	+++	+++	++	−	++
血　沈	7	5	30	33	20	12	4	13	8	35
蛋白尿	+	−	++	−	−	−	−	−	−	+
咽頭痛	+++	++	++		++		+++	++	++	+++
頸部リンパ腺	+	++	++		+		++	++	+	++
発疹苺舌	+			+						+
悪心・嘔吐	−				悪　寒	頭　痛	+	腹痛＋	腹　痛	+

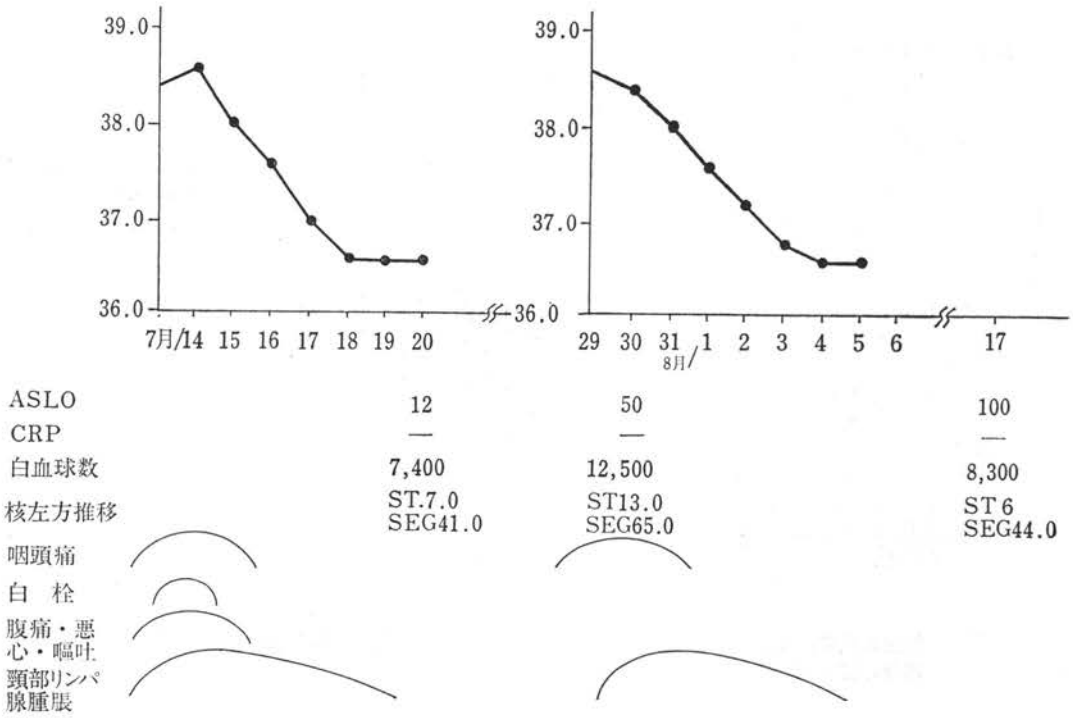


図4　症例　11歳，男子（弟と母親同時罹患）

痛の強いもの，咽頭の発赤所見が強く頸部リンパ腺腫脹のはっきりしているもののなかに多くみられ，自覚症で悪心，嘔吐，特に腹痛のみられるもののなかに陽性者のいることは，文献にもあり注目すべき所見と考えられる。

また血液検査で白血球数1万以上，CRPおよび核左方推移の強いものが，当然のことながら多く含まれている。ASLO値の上昇は発病1週間くらいより始まり，2～3週め，とくに4週めくらいにピークに達することが知られており，初期の治療指針にはあまり役たたず，むしろ続発症との関係が注目されている。

症例　11歳，男子

次は同月内に2度再発ないし再燃をみた11歳，男子の症例図4を示す。高熱と咽頭痛を主訴として7月14日来診した。症状は7月12日夜は少し不気嫌で13日夜より発熱と咽頭痛が出現，腹痛と悪心があった。現症では咽頭ならびに扁桃は少し赤黒く腫脹し，白苔がみられ頸部リンパ腺も腫れ圧痛がみられた。A群連鎖球菌感染症を強く疑い本テストパックで強陽性であった。同日母親(36歳)と弟（9歳）も発熱と咽頭痛を訴えて来院，本テストパックにより同じく陽性であった。患者は4人家族で父親は健康であった。治療はWHOの勧告通りペニシリン剤（ペングローブ）を14日間投与した。

経過を示すと7月27日までペングローブをきちんと服用，数日で下熱し咽頭所見も正常化していたところ，3日後の7月30日に強い咽頭痛と高熱が再び出現，再発を疑い本テストパックにより同じく強陽性で咽頭所見も発

赤が強くみられ，頸部リンパ腺も有痛性であった。血液検査も強い炎症所見がみられ，白血球数も1万以上，核左方推移も強く認められ，再発ないし再燃が考えられた。文献にも特にこのような再発例が報告されており，10日～2週間治療を行って無症状であればその時点で治療を中止，検査も行わないのが普通であるが，特に扁桃腺窩の奥深いところにfocusを作っているものでは検査も困難でいったん治癒したようにみえて再発してくるケースもあり，そのうち腎炎が発症した症例が報告されており慎重に経過観察が必要な症例と考えられる。

考　　察

1．本症例の場合，原因菌の確認することなしに対症的な抗生剤の投与法では，続発症としての腎炎の発病が充分考えられる症例であり，初診時および再発時に迅速診断法である本テストパックにより診断を確定することができたため，充分量の適切な抗生物質投与を行うことができ続発症を防止できた点，本テストパックはきわめて有用であった。

2．日ごろ，まったく健康な患者に発症をみたA群連鎖球菌感染症に対し，充分量のペニシリン剤の投与にもかかわらず本症の再燃ないし再発をみたことは，本疾患を治療するうえで充分な経過観察が必要であると思われる。

3．一般に咽頭連鎖球菌感染症の治療は，10～14日間の抗生剤投与と経過観察が必要であり，それを患者や母親に納得してもらわなければならない。しかし抗生剤投与により症状は速やかに改善されるため，患者自ら服薬を中止することが往々にある。もし，初診時に診断が確定できるならば，患者への説明が容易となり適切な治療を行うことが可能になると思われる。

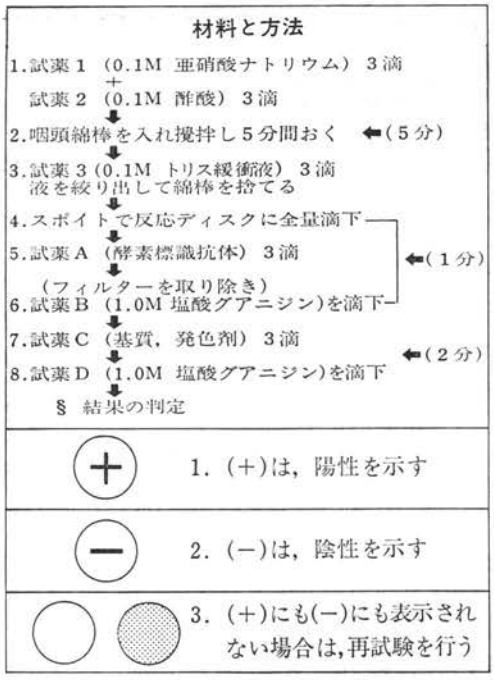


図5　ストレップAテストパックの手技

おわりに

本テストパックの手法についてであるが（**図5**），所要時間は10分ですみ，操作も簡単で結果は十，一で表示されるため誰にでも理解でき，患者を待たせることなく診察中に判定できる点，有用である。

ちなみにストレップAテストパックは体外診断用医薬品として保険点数200点である。

追加発言

小さい初夢

神奈川県横浜市
むかひら医院　向平　淳

はじめに

昨年の例会のアトラクションで，A群溶連菌の迅速診断を可能にした「ストレップ・ＩＤ」（日研化学）の紹介をした。会員の皆さんに紹介した手前，自分の外来での成績を報告するべきか迷っていた。１月例会で香川の藤田素行先生が「ストレップAテストパックの有用性について」発表になるのを知り，では先生の発表の追加をしようと，１年分のデータをまとめてみた。

A群溶連菌感染症

図１は計43人の扁桃の成績で，＋１以上の凝集を溶連菌感染陽性者とし，その陽性率は60.5%であった。ストレップ・ＩＤの添付資料によると[1]，小児の上気道炎では非流行期が５～10%，冬から春先の流行期が20～30%陽性に検出されるそうである。小児～大人を含めた43人のわが１年間の外来では，陽性率は実に６割台と高打率をおさめたのである。

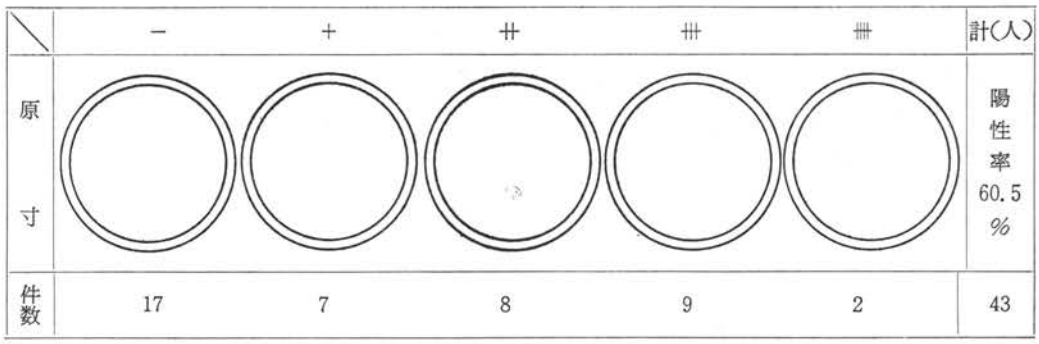


図１　A群溶連菌感染症　ストレップ・ＩＤ

年代別陽性率

図2に年代別の陽性率を示してみた。7～12歳の学童期での陽性率は実に87%と最高であった。これは4～6歳の幼児期の42%と比べてもP＜0.05と有意にダントツであった。成書にも溶連菌感染症は乳幼児より学童に多いとちゃーんと書いてあり，この事実が市井の片隅の小さな診療所でもそうであることに脱帽し，感激した次第である。

しかし全体にまだ例数が少ないとしても，大人の陽性率60%は学童期に次ぐ罹患状況（P＜0.5)で，内科医としても無視できないであろうことが予想される。

嫌な溶連菌感染の続発症であるリウマチ熱や腎炎の発生は，幸いにしてみられなかった。しかしこの43人のなかで大人二小どもの家族内発生が4世帯に，全身発疹を呈した猩紅熱で幼稚園や小学校へ連絡したものもあった。

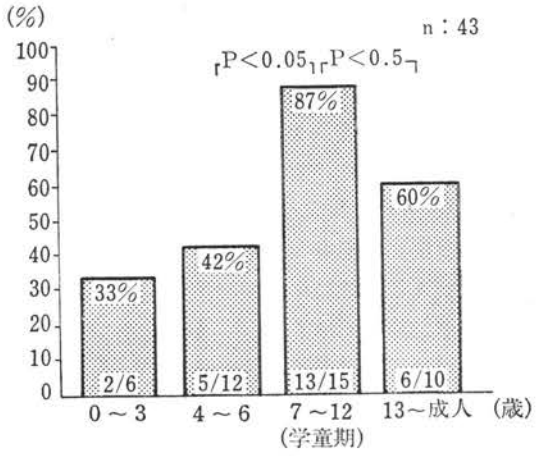


図2　年代別陽性率　ストレップ・ＩＤ

月別実施数と陽性者

図3は，ストレップ・ＩＤの検査をはじめて1周年となるので，その軌跡をみるとともに月別実施陽性者数を縦黒棒で示した。この検査の味をだんだんに覚えだしたようにも見受けられるが，上気道炎が多い11～12月がめだつ。4，5月と8月は1件もなく，6～7月の梅雨期に少し多いのは毎年の傾向となるであろうか？　今後に残された問題である。本検査開始2年めに入った昭和63年の1月を1週過ぎた現在の検査件数と陽性者は5～6人を越え，**図3**は早くもかき換えねばならないようである。まあ，小さな診療所の新検査

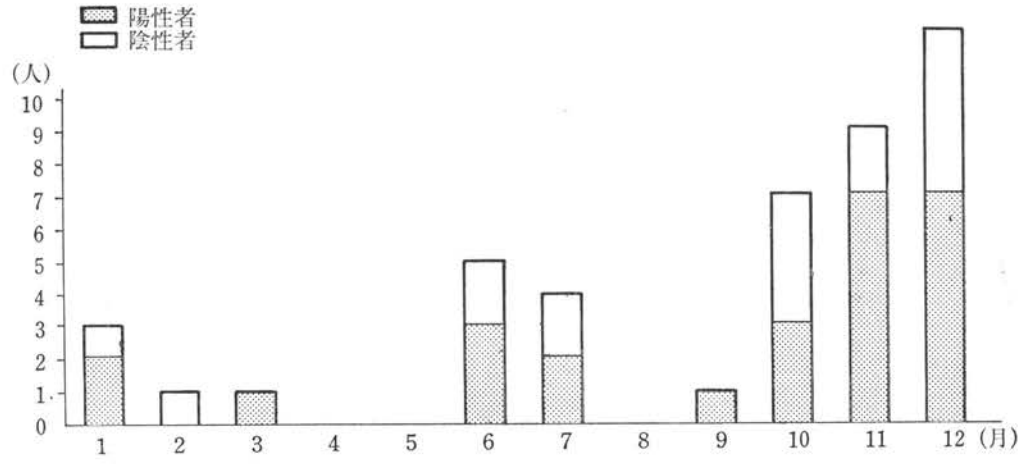


図3　月別実施数と陽性者　ストレップ・ＩＤ

実施の1年めの図として眺めてほしい。

おわりに

ストレップ・ＩＤというこの簡単な外来手技ひとつでも，患者には悪いが，かぜや上気道炎のなかから「あなたは溶連菌感染症です」と断定する凝集板を見せつける快感は，従業員ともどもこたえられないものである。

この悪趣味のせめてもの罪滅ぼしは，患者が口を開けば「溶連菌の扁桃です」とピタリ当てる（もちろんストレップ・ＩＤをしないで）視診だけのかぜ医者となることである。

ストレップ・ＩＤの感受性 sensitivity（偽陽性の少ないことで示される）は94%，特異性 specificity（偽陰性の少ないことで示される）が95%であるから[2]，この小さなひとつの検査に支えられて私の溶連菌診断力が，94～95%に達したとき，理論上この検査と離別できるのである。そしてわが患者にはストレップ・ＩＤ検査料200点を節約してあげた（このへんはほとんど自己満足の境地)…と。

七草をやっとおえたばかりの年明けながら，「こいつは溶連菌くさいぞ」とストレップすれば，今んところ百発百中ちゃんと凝集してくれるのである。

手ぶらのかぜ医者をめざす自主研修もそう不可能でもないようである。

あのドル安の国から吹いてきたこの小さい診療所への「ストレップを含んだつむじ風」も，今年は春から夢をみさせてくれそうである。

文　献

1） 藤川　敏：Medical Jechnology　14；981，1986.
2） 藤川　敏：小児内科　74；9，1985.

6. ハイリスク患者

北海道空知郡
美流渡診療所　檜戸健次郎

はじめに

昨年は悲しいことに3人の検死に立ち会った。1人は自殺，2人は痛飲しての病死であった。3人の共通点は一人暮らし，病死の2人に共通することは，酒好きであったことである。美流渡で開業して4年め，地域の中には，そのままにしておけば，近い将来重大な病気をひきおこしかねないハイリスク患者がいることに気づき始めてきた。

美流渡

栗沢町美流渡は，北海道のほぼ中央にあって，岩見沢から車で約20分，道都札幌からは1時間半の距離にある。私の診療圏は栗沢町の右半分，美流渡と万字，それに岩見沢市の一部である。診療所は無床で職員は4人，外来は往診を含め1日60人前後である。美流渡地区の人口は1,857人，793世帯。その中で65歳以上の老人人口は447人，24.1%，独居老人133人，老人世帯97,194人で，日本の10年先，20年先を先取りしたような超老人地域である。

死亡統計

1987年の美流渡での死亡者は11人であった（表）。ここ数年間では減少傾向にあるが，それでも死亡率では，まだ770(人口10万対)で，空知，北海道，全国と比べても高い。死因では脳血管障害が他と比べ高い比率であることがめだつ。昨年亡くなった11人のうち，残念なことに3回検死に立ち会うことになった。

症例1　I．T．男性，56歳，炭坑勤務

妻子と別れ10数年。近くの婦人が身のまわりをみていたが，ときどき喧嘩しては自炊を強いられていた。無類の酒好きで，食事も酒だけですましてしまうことも多かった。59年ごろから胃潰瘍で治療。60年7月，吐血。内科的治療で小康。食生活，禁酒を指導しても守れず。62年5月9日，死体で横たわっているのを尋ねてきた人が発見。死体の周り，居間，トイレ付近は黒色下痢便が焼酎の空き瓶とともに散乱していた。例の婦人は2週間前に喧嘩して以来1度もきておらず，警察との

表　1987年死亡者（美流渡）

番号	氏　名	性別	年齢	死亡場所	死　因
1	A. S.	男	77	自　宅	自　殺
2	H. S.	男	61	国立札幌	肺　癌
3	I. T.	男	56	自　宅	心不全
4	T. Y.	男	78	朝日病院	心不全
5	Y. S.	男	90	自　宅	脳梗塞
6	Y. S.	男	94	順天病院	脳梗塞
7	O. T.	男	73	自　宅	心不全
8	K. H.	女	73	岩見沢市立	脳梗塞
9	S. M.	男	75	慈敬病院	肺　癌
10	M. M.	男	76	慈敬病院	肺　炎
11	K. S.	男	76	三笠市立	脳梗塞

検死の結果，死因は心不全，その原因は胃潰瘍ということになった。

症例2　O. T. 男性, 73歳, 薬局店経営

妻に先立たれ3人の子どもはそれぞれ独立し一人暮らし。酒好き。血圧がいくぶん高く服薬していたが，あまり真面目に通わず。59年9月，心窩部痛で来院，午後意識もうろうとして寝ているところを客に発見され緊急入院。胆石症＋胆嚢炎で手術。その後元気になると来院せず。数か月して，食欲不振と倦怠感で来院すること数回。そのときはいつも食事がうまくいっておらず，酒びたりの毎日で肝機能も悪かった。点滴と注射を1～2か月続け，良くなるとまたしばらく来院せず。元気でやっていると思っていると悪くなってひょっこり来院ということの繰り返しであった。今回も9月の末に具合いが悪く来院，6日間の点滴の後，注射を続けていた。3日ばかり来ないと思っていた矢先，10月27日茶の間で横になり死亡しているのを隣人が発見。脇にあった焼酎の1升瓶は，ほぼ空であった。死因は急性心不全，その原因は，慢性肝障害。

ハイリスク患者

病院には，集中治療室，ＩＣＵがあり術後や重症の患者を収容し，24時間の監視とケアがなされている。地域にも，そのままにしておくと近い将来重篤な状態に変化しかねないハイリスク患者（リスクの高い住民といったほうがよいかもしれない）の一群がいることが，苦い経験を通して近ごろわかってきた。この人たちには医療人からの適切で濃厚なアプローチとケアが必要である。地域でのハイリスク住民群として考えられるのは，次のような人たちではないだろうか。

1．酒好きな男性一人暮らし

検死の2人がそうであったように，酒好きな一人暮らしの男性はなにかで食事が面倒になると，すぐ酒に手がいき酒でカロリーをとり，その結果食欲がなくなり食事をとらず，また酒を飲むという悪循環に陥りやすい。このような人たちが1日に1回でもきちんと食事がとれるよう支援システムが必要である。

2．近所づきあいのあまりない一人暮らし

田舎は都会と比べ近所の絆はかなり強い。何かあればみんなが助けてくれる。それだから1人で不自由でも田舎でがんばれるという人が多い。それでも，近所づきあいのあまりない一人暮らし，ふだんは老夫婦2人で住んでいるが，片方が病気のときや，長く子どものところに出かけているときなどが盲点になる。

3．医療中断者

脳卒中で倒れる人のなかには，調子がいいからと思って血圧も測らず自己判断で高血圧の薬を半年も飲んでいなかったという人がときどきいる。高血圧，糖尿病など，成人病，慢性疾患の医療中断者は要注意だ。

4．未治療者，未検診者

住民検診などで，病気を指摘され治療をす

すめられたにもかかわらず，まだ治療してない住民。40歳を過ぎても自分は健康だと思いこみ，一度も検診を受けない住民。そんな人が悪くなって医療機関を訪れたときには，すでに手遅れということもあり，リスクが高い群と考えたほうがよい。

おわりに

ハイリスク住民が将来重病にならないようにするにはどのような対策が必要か。これには地域全体，とりわけ医療を提供する側が力を合わせ役割を分担しチームでアプローチしていく必要がある。

当診療所でも，昨年12月から訪問看護婦が加わり，今までの体制に加え，よりきめの細かい住民サービスを心がけ始めたところである。

●書　評●

前沢政次

『まちづくりの発想』

・田村　明著
・新書判 232頁
・岩波書店
・480円

Family Medicine に関する米国の教科書を読む以外は，辞書代わりに臨床の本をひもとく程度で，医学書はほとんど読まない。家族の問題，地域（コミュニティ）のことは，新書判で学ぶことが非常に多い。

『まちづくりの発想』は，長年横浜のまちづくりを手がけてきた田村明氏（現法政大学教授）によって書かれている。町医者を自認するわれわれには，当然の課題であり，かつWHOのプライマリ・ヘルス・ケアにも，医療専門職が地域開発に協力すべきことが述べられている。

この本に記されている「まちづくりの基本理念」は，われわれのめざす地域保健活動に重なる部分が多い。トータル，システム，共有，共益，共存，共生，共働，相互交流などなど。

「まちづくりには，最低５人の馬鹿が要る」といった表現もおもしろい。

「まち」を愛する先生方に，気がるに読んでいただける本である。

7. thiolaの服用により発症したインスリン自己免疫症候群の1例

埼玉県新座市
橋本啓一

はじめに

インスリン自己免疫症候群はインスリンに対する結合抗体を自己免疫により産生し，結合インスリンの遊離により低血糖発作を生ずる疾患で，1970年平田らによってはじめて報告された。以来，わが国では100例近く報告されているが，多くは原因不明で，薬剤に起因するものが若干みられる。

今回私は，thiolaに起因すると思われるインスリン自己免疫症候群の1例を経験したので報告する。

症　例　49歳，男性，バス運転手

主　訴：異常空腹感，脱力感，冷汗。

家族歴：父，84歳，前立腺癌で死亡。

既往歴：17歳，黄疸。インスリン使用歴なし。

現病歴：昭和57年健康診断で肝障害を指摘。59年3月倦怠感あり当院受診，肝障害に対しthiolaを2週間投薬した。9月になって再び倦怠感が出現したため，9月10日および10月5日より各々2週間ずつthiolaを投薬したところ，10月7日ころより異常空腹感，脱力感，冷汗を生じるようになり，食事をとることにより症状の改善を認めた。10月18日来院時，空腹時血糖は73mg/dlとやや低く，血清total IRI(以下 TIRI) 1990μU/mlと異常に高い値を示したため，精査の目的で日本医大第一内科に紹介，12月15日入院した。

入院時現症：身長161.5cm，体重65kg，体温36.3℃，脈拍65/分，整，呼吸16/分，血圧116/70，意識清明で貧血・黄疸ともになく，頸部リンパ腺，甲状腺触知せず，頸静脈の怒張もない。胸部では呼吸音正常で心雑音なく，腹部では肝，脾，腫瘤を触知せず，下腿浮腫もなかった。またクモ状血管腫，手掌紅斑もなく，神経学的にも異常を認めなかった。

入院時検査所見：**表1**に示すように，GPT59，γ-グロブリン30.6%，IgG 3244mg/dlとやや高い値を示し，ZTT，TTTなど膠質反応も陽性で，ICG 15分停滞率は17.6%であった。

経口法による75gブドウ糖負荷試験では，

表1　入院時検査所見

WBC	7600/mm³	IgA	292mg/dl
RBC	487×10⁴/mm³	IgG	3244mg/dl
Hb	15.0g/dl	IgM	211mg/dl
Ht	43.0%		
Plt	23.6×10⁴/mm³	FBS	78mg/dl
GOT	321U/l	HbA_1	6.1%
GPT	59IU/l	S-Amylase	101IU/l
LDH	186IU/l	U-Amylase	439IU/l
ALP	78IU/l		
γ-GTP	19IU/l	ZTT	20.5KU
T. Bil	0.7mg/dl	TTT	14.3KU
TC	164mg/dl	ICG R_{15}	17.6%
TG	177mg/dl	K	0.128
HDL	30mg/dl		
TP	7.6g/dl	ESR	8mm/h
Alb	45.8%	CRP	(−)
α_1	3.4%		
α_2	10.4%	Wa-R	(+)
β	9.8%	TPHA	(−)
γ	30.6%	HBs Ag	(−)
		ant-HBs	(−)

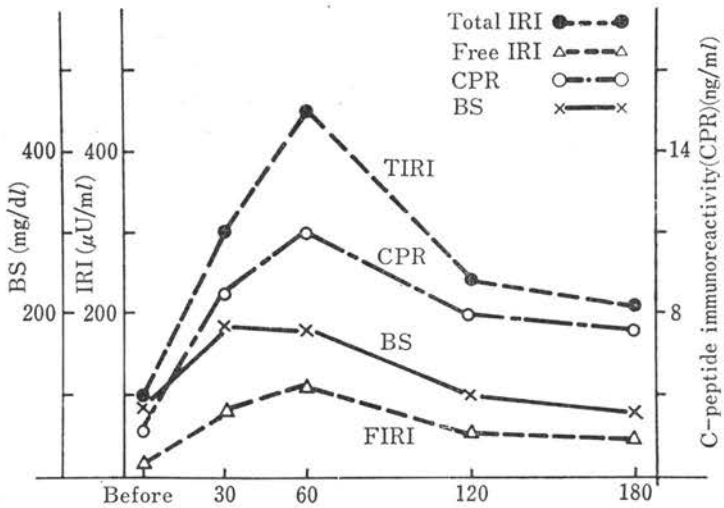


図1　75g OGTT

負荷30分後に血糖 180mg/dl と最高値を示し，以後減少したが低血糖はみられず，TIRI は60分で450μU/ml と最高値を示し，free IRI（以下 FIRI)との差も最大であった（図

表2　免疫血清学検査

自己抗体		免疫複合体	13.6μg/ml	^{125}I-insulin binding%	48%
		(Ciq solidphase EIA法)		(^{125}I-IB%)	
抗核抗体	(−)	T cell	74.4%	TIRI	160μU/ml
抗DNA抗体	(−)	B cell	11.8%	FIRI	18μU/ml
抗平滑抗体筋	(−)	PHA	25855 cont.(259)	C-peptidoimmunoreactivity (CPR)	2.7ng/ml
抗サイログロブリン抗体	(−)	con-A	19233 cont.(259)	islet cell antibodies (ICA)	(+)
抗マイクロリーム抗体	(−)	LST(MPG)	419%	islet cell surface antibodies (ICAS)	(−)

1)。

トルブタマイド 1g 静脈内投与によるトルブタマイド試験は陰性であった。

免疫血清学的検索では，^{125}I insulin binding %が48%と上昇し，TIRI も160μU/ml と入院時なお高値を示した。一方，FIRI は 18 μU/ml で TIRI との間に解離が認められ，インスリン結合物質の存在が示唆された。さらに islet call antibodies が陽性，thiola に対するリンパ球刺激試験も 419 %と陽性であった（**表2**）。

外来および入院中の血糖，TIRI, FIRI, ^{125}I insulin binding %の変化を**図2**に示す。10月18日外来受診時の血糖は73mg/dl と低値を示したが，thiola を中止してから徐々に上昇傾向を認め，入院時78mg/dl,退院時93mg/dl であった。低血糖症状も10月30日ころよりおこらなくなった。TIRI も10月18日の1990μU/ml から急速に減少し，入院時には160μU/ml，退院時には90μU/mlに低下した。FIRI は経過中20μU/ml前後であり，したがって TIRI と FIRI との差は徐々に減少した。インスリン抗体も外来受診時82%と高値を示したが，患者は特別の治療することなく，thiola を中止しただけで自覚症状，異常検査所見ともに改善，退院した。

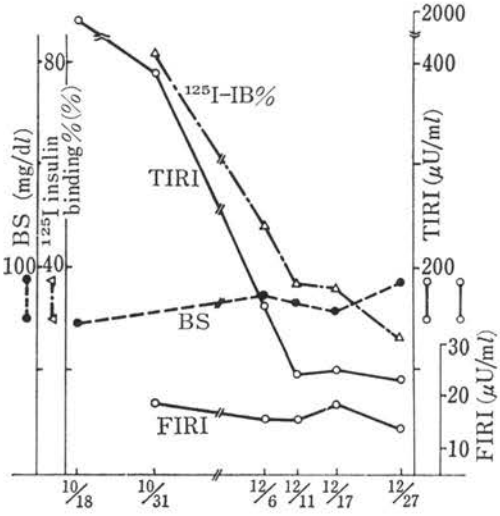


図2　入院前および入院後経過

考　察

低血糖を示し TIRI の上昇をきたす疾患として factitious hypoglycemia，インスリノーマ，インスリン自己免疫症候群が考えられる。factitious hypoglycemia については，問診でインスリン使用歴のないこと，患者の性格，環境などから無断でインスリンを使用したとは思えないこと，他の医療機関の受診もないことなどから否定される。インスリノーマについては腹部 CT，超音波などの形態学的検査に異常を認めないこと，トルブタマイ

表3　α-mercaptopropionyl glycin（MPG）によるインスリン自己免疫症候群のわが国の報告例

報告者	報告年	年齢（歳）	性別	TIRI（μU/ml）	FIRI（μU/ml）	CPR（ng/ml）	^{125}I-IBC（%）	Igクラス	L鎖	MPG 1回投与量	投与期間	原疾患合併症
市原	'77	21	女	2834	208	19.6		IgG	K		2週	発疹
坂本	'80	71	男	223	3以下	8.9	82	IgG	K	300mg	7週	慢性肝炎
猪服	'82	52	女	800	14	11.5	75	IgG	K	300mg	4日	発疹
杉田	'82	64	男	900		14.9	82	IgG	K	300mg	19日	湿疹
吉越	'83	49	男	320	32		55	IgG	K			慢性肝炎
太田	'84	41	男	4000		30	86	IgG	K	600mg	2週	
小花	'84	46	女	2947	22	8.6		IgG	K			慢性関節リウマチ
山崎	'84	53	女	520	100	8.5	52	IgG	K		6か月	肝硬変
本症例	'85	49	男	1990	18	2.7	48	IgG		300mg	6週	肝機能障害

ド試験で低血糖が遷延しないこと，FIRI が正常であること，およびインスリン抗体の存在などより否定され，けっきょくインスリン自己免疫症候群と診断された。

インスリン自己免疫症候群の報告は1970年平田らの報告以来，約100例になる。本症候群の病因，すなわちインスリン抗体産生の理由については不明であるが，チアマゾール（抗甲状腺剤）や thiola など薬剤の関与を示唆する報告が若干みられる。**表3**にまとめたように，thiola に起因する本症例はわが国で9例めになる。

8. 病症と自律神経との相関

—井穴刺絡学の立場より—

神奈川県横浜市

浅見医院　浅見鉄男

はじめに

生体機構のなかで，生命維持のため重要な要素の一つとして生化学的作用がある。この生命維持に必要な生化学的作用を司る物質として，神経化学伝達物質，ホルモン，生理活性物質（ペプチド）などがある。これら物質の作用部位は組織，器官を構成する細胞膜にある。この細胞膜の受容体に直接に働きかける上部物質により，細胞は生命維持のための種々の機能を発揮している。

ところが，この細胞膜に働きかける物質が何かの原因（雑多なストレス）により量的にまた時間的に長くつづくとき（神経の可塑性により神経回路を成生する），その刺激により細胞機能に異常がおこり，ひいては組織，器官にまで病変を形成すると思われる。

たとえば，交感神経亢進によるアドレナリン，ノルアドレナリンの過剰生成，または副交感神経によるアセチールコリンの異常遊離などにより，それまで生理的に機能していた臓器は異常反応をおこす。高血圧，心機能不全，胃炎，胃潰瘍，アレルギー症状などはその現れと思われる。

筆者は，自律神経（高位中枢的，末梢中枢的）作用を示す井穴刺絡により，長年の臨床事実から病症と自律神経との間に密接なる相関のあることに気がつき，今回その一端を数例の症例を介して報告しようと思う。

1．井穴刺絡

井穴刺絡よりみた自律神経と各臓器との関係（**図1，表1**）。

2．ストレスと病症の発生

ストレスにより生体が生理状態を維持できなくなった場合，自律神経の異常亢進がおこり器官に病変が生成される（パブロフの条件反射，神経の可塑性，神経回路の発生などにより器官に病変がおこり病症を形成する）(**図2**)。

3．臓器と自律神経

各臓器と自律神経作用との関係を示す(**図**

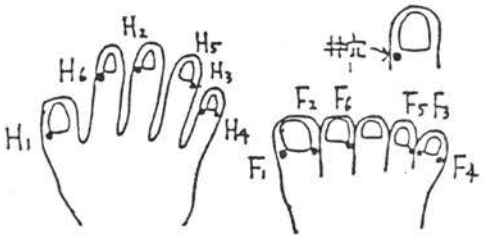
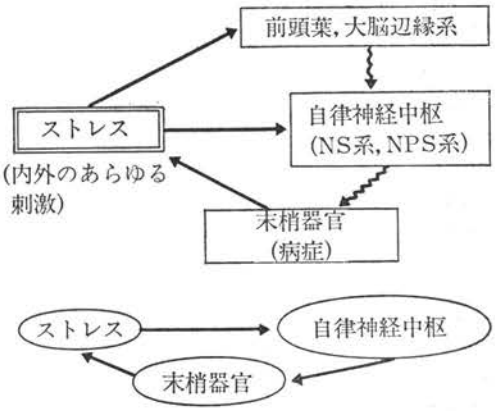


図1　井穴刺絡



パブロフの条件反射
　条件反射　犬　唾液分泌
神経の可塑性
神経回路の成生（病症発生）
神経回路の消去（病症消失）
　注：神経回路の消去法
　　1．ストレス解消
　　2．神経回路の遮断
　　（物理・化学的，生物学的刺激）
(61. 1. 25.)

図2　井穴刺絡学よりみた病症の
発生ならびにその治癒機序

3）。

4．神経化学伝達物質と病症

自律神経の活動によって，副腎髄質からカテコラミンあるいは副腎皮質から皮質ホルモンが遊出して各器官はおのおのの機能を正常に行っている。この遊出が何かの刺激（ストレス）により，量的にまた時間的に増加がつづいたとき細胞組織に病変がおき，これが器官の病症となる（図4）。

表1　井穴刺絡が自律神経に及ぼす作用

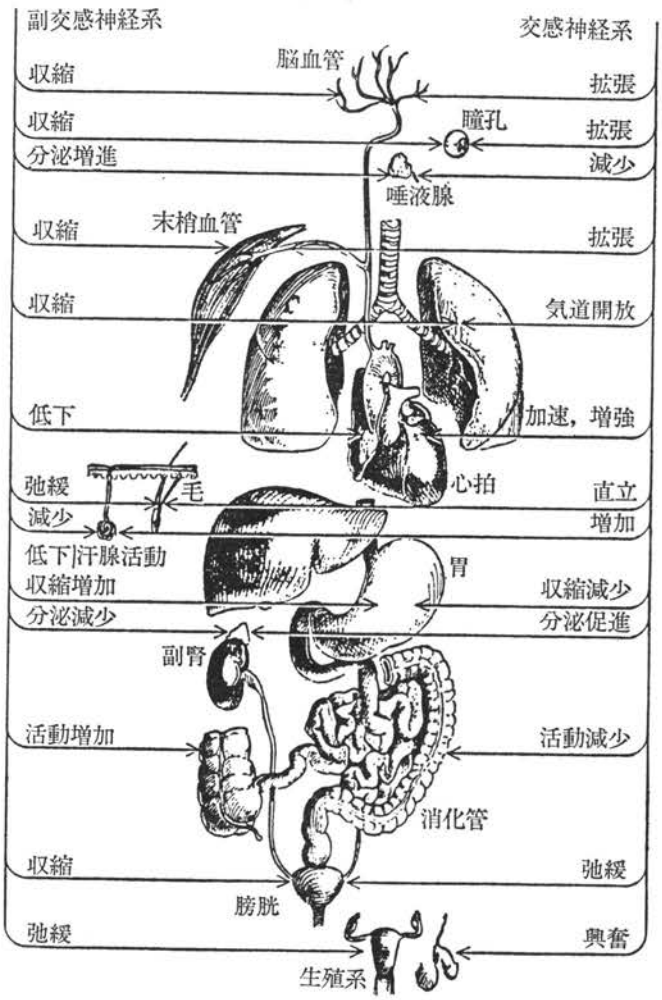
自律神経作用 / 井刺部位	交感神経異常緊張抑制		副交感神経異常緊張抑制	
	高位中枢性	低位中枢性	高位中枢性	低位中枢性
H_1		呼吸器		
H_2	?	?	?	?
H_3		心臓		
H_4	?	?	?	?
H_5			全器官	
H_6	全器官			
F_1		腸・膵・腸管膜など		
F_2		肝臓		
F_3		腎・膀胱など		
F_4	全器官			
F_5			全器官	
F_6		胃・食道・舌・歯・口唇・唾液腺など		

注：H_1～H_6，F_1～F_6 井刺をいろいろ組み合わせると自律神経，運動神経，知覚神経などの異常緊張を調整し，各器官の病症を改善することができる

5．病症と自律神経との相関

病症と自律神経との相関を示す(表2)。具体的に説明を加えると，たとえば，上気道炎で出る咳は，上気道支配の交感神経，喘息で出る咳は，副交感神経の異常亢進により発生すると考える。

もし，上気道炎の咳を治そうと思って副交感神経抑制の井刺を行った場合，症状はとれない。しかし，上気道支配の交感神経抑制の井刺を用いれば容易にとれる（鑑別診断にも



交感，副交感自律神経系，それらが分布する器官，およびその効果

図3　各臓器と自律神経作用との関係

なる)。

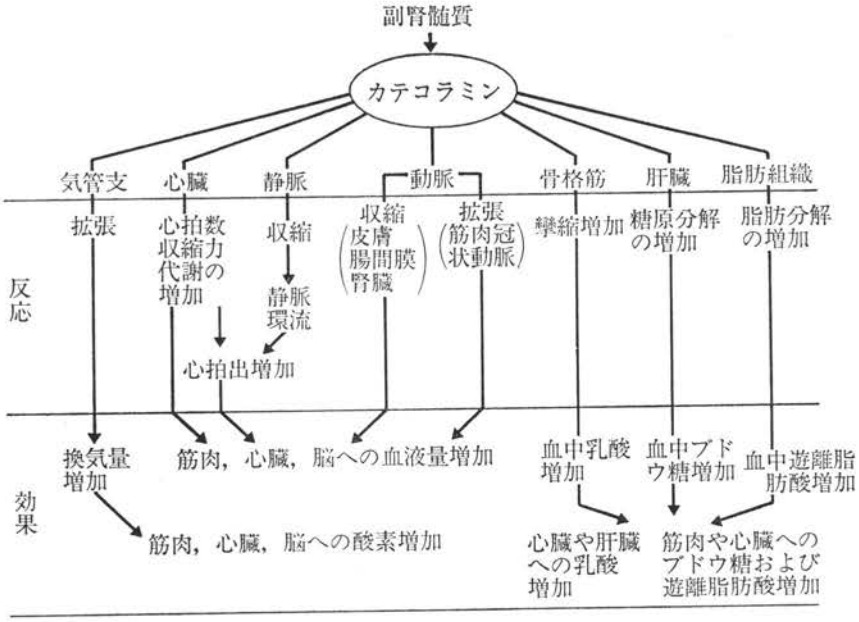
さらにまた，胃疾患を例にとってみるならば，胃炎，ストレス性胃症の治療に副交感神経抑制の井刺を用いた場合，この症状はとれない。ところが，胃支配の交感神経抑制の井刺を行えば速やかにとれる。逆に胃潰瘍の場合は，副交感神経抑制の井刺を用いれば早く治る。

注)：ストレスにより急性胃炎と胃潰瘍をおこす場合がある。このことは，両疾患鑑別診断にもなる（ストレスにより異なった病症の発生する機序については別の機会に報告させていただく)。

総　括

現在，病症の診断のための検査方法として，尿，血液検査を始めとして，レントゲン，心電図，CT，PET，超音波，脳波，生検，NMRなど，完璧なるまでのME機器を駆使しているのが現状である。

しかし，かかる検査で診断できる病症は，できあがってしまった病症，言い換えれば器



自律神経の活動によって副腎髄質にカテコラミンを分泌させると，カテコラミンは血流にのって循環し，いくつかの異なった標的組織の活動に影響を与える。この全体的な信号によって，遠く離れた器官の反応を調整する

図4　神経化学伝達物質と病症

表2　病症と自律神経との相関

—井穴刺絡学の立場より—

病　　症	病　　名	器官と自律神経		井穴刺絡治療
咳・喘鳴	上気道炎 気管支喘息	上気道 気管支	NS ↑ NPS ↑	左右 H_1 H_6 左右 H_5 F_5
かぜ症候群 （発熱，関節痛，鼻汁）	普通のかぜ アレルギー性疾患	全器官 全器官	NS ↑ NPS ↑	左右 H_6 F_4 左右 H_5 F_5
鼻閉塞	炎症性鼻炎 アレルギー性鼻炎	鼻　部 鼻　部	NS ↑ NPS ↑	左右 H_1 H_6 左右 H_5 F_5
上腹部症候群 (不快感，重圧感，吐気，痛み)	胃炎，ストレス性胃症 肝　炎 心疾患 消化性潰瘍	胃　部 肝　部 心　部 消化管	NS ↑ NS ↑ NS ↑ NPS ↑	左 F_1 F_6 F_4 右 F_2 F_6 F_4 左右 H_3 左右 H_5 F_5
高血圧時の息ぎれ	高血圧性心	心　部	NS ↑	左右 H_3
頻尿・残尿感	炎症性膀胱炎 心因性膀胱炎	膀　胱 膀　胱	NS ↑ NPS ↑	左右 F_3 F_4 左右 H_5 F_5
右側頭痛	筋緊張性頭痛 偏頭痛	右側頭筋 頭部血管	NS ↑ NPS ↑	右 H_6 F_4 F_6 左右 H_5 F_5
右ⅠⅡ指関節痛 右腕内側関節痛	単純性関節痛 リウマチ性関節痛	指・腕関節 関　節	NS ↑ NPS ↑	右 H_1 H_6 左右 F_5

（NS↑：交感神経亢進　　NPS↑：副交感神経亢進）

質的病症の場合が多い。考えてみれば，いかに優秀な精緻なMEを用いても，器質的疾患を発見したのでは，手遅れと思われるが？
しばしば臨床の場で，器質的病症になる前に機能的病症の状態の患者を多くみることがある。

この機能的病症をおこす時期は，神経化学伝達物質，ホルモン，生理活性物質などの異常刺激が加わり始めた時点と考えられる。このような時期に病症を早期に発見するためには，病的臓器とそれを支配する自律神経との間に行われている異常反応を，速やかに見定めることが大切であると思う。

その一つの方法として，井穴刺絡学よりみた病症と自律神経との相関を考慮に入れて臨床に望めば，有意の効果が得られるのではないかと思う。

9. クロイツフェルト・ヤコブ病の1例

群馬県前橋市
老年病研究所附属病院　高玉真光

はじめに

1920年 Creutzfedt により報告され，さらに Jakob によって詳細に記載された疾患が，今日まだ原因が不明であり，さらに感染する疾患であるか否かも疑問とされている。

クロイツフェルト・ヤコブ病（Creutzfedt-Jakob：以下,CJDと略），亜急性海綿状脳症として名前だけしか知らなかったこの疾患を目前にして，その多彩な神経症状，急速に進行する痴呆にほんとうに驚いた。感染する疾患か，伝達するだけのものか？　など若い医師やナースの間の不安感，毎日の看護をどのようにすべきかなど困ったことも少なくなかった。

私たちの経験したこの疾患の臨床症状とそのときの看護法および剖検所見を報告させていただき，皆様のご批判をいただきたいと思う。

症例と臨床経過

49歳，男性，自動車修理業（**表1**）。

既往歴：25歳のとき，骨盤骨折をして2週

表1　症例と臨床経過

M. S.　49歳，男性，自動車修理業	
昭和59年	9月12日 ころ字がへたになった
	著しい頭痛……1時間ほど続いた
	9月15日より視力障害，物を見ても焦点があわない
	9月18日　群馬大神経内科受診
	9月27日　右手がふるえるため左手でネジまわしをする
	10月17日　車を運転するとき，右手で方向指示器が使えなくなる
	10月22日　言葉がもつれる，箸が使えなくなる
	10月26日　歩行時にふらつくようになる
	11月1日　当院に入院
入院後の所見	右上肢の不随意運動と知覚障害あり
	長谷川式痴呆スケール22.5点
	11月5日　徐々に悪化，知能低下し，長谷川式18点
	11月12日　ミオクローヌス様不随意運動増強，長谷川式10点
	11月14日　失語症出現，脳波は全体にPSD

間入院したことがある。

現病歴：昭和59年9月12日ころから，字を書くときにへたになったのに気づいた。そのころからときどき著しい頭痛があり，特に右側頭頂部に強かったとのこと。

9月15日ころより物を見ても，焦点が合わず，じっと見つめるとだんだんと焦点が合うとのことで近医に紹介され，9月18日群馬大学神経内科を受診した。9月27日ころから右手がふるえ，自動車の修理をするためにねじをまわすのに左手を使うようになった。10月17日自動車を運転中，右手で方向指示器を操作できず，以後車に乗らなくなった。10月22日ころより言葉も少なくなり，新聞も読めなくなった。また食事のときに箸を使えなくなり，介助してもらうことも少なくなかった。10月26日歩行もよろけるようになり，11月1日当院外来を受診，入院となった。

入院時所見

意識明瞭，血圧128～80，脈拍80整。胸，腹部に異常所見なく，瞳孔左右同大，3.5mm。神経学的には右手指に不随意運動があり，運動失調を伴っていた。ことに右の指鼻試験は著しく拙劣となっていた。また右半身に感覚障害があり，右上下肢に知覚低下が見られた。長谷川式痴呆診査スケールでは22.5点Sub-normalであった。11月5日さらに病状は悪化し，知能は低下し，長谷川式では18点，Pre-dementiaとなった。11月12日さらにミオクローヌス様の不随意運動が強く，右半身の麻痺は増強し，知能低下が著しくDementiaの状態となった。11月14日には失語症も加わり，このころ脳波で三相波のように見えていた波形が，明らかに周期性同期性放電（periodic synochronous discharge，PSD)(**写真1**)と判明しCJDと診断された。入院時の検査では肝機能，腎機能，免疫グロブリンは正常，血清銅，セルロプラスミン，アンモニアにも異常は認められなかった。頭部X線CTや脳血管撮影でも初期には異常を認めなかった。

入院後，約2週間でミオクローヌスが全身に及び，1か月後には口頭指示にまったく反応しなくなり，寝たきりの状態となり，経管栄養となった。入院6か月後にはミオクロー

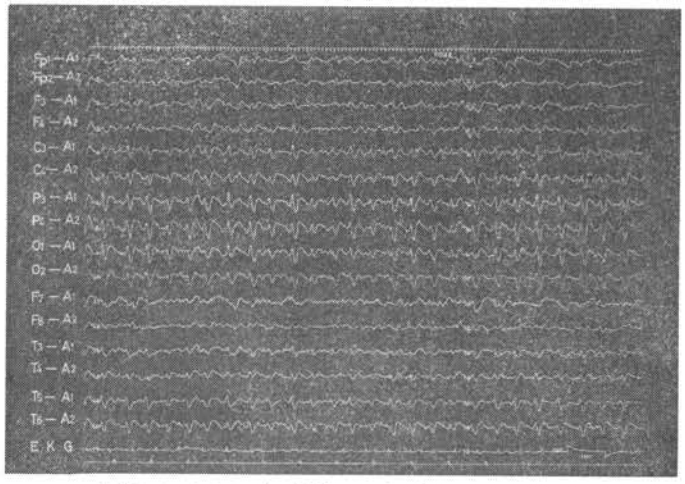


写真1　頭頂・後頭優位の三相波に類似した周期性同期性放電（PSD）を認める脳波

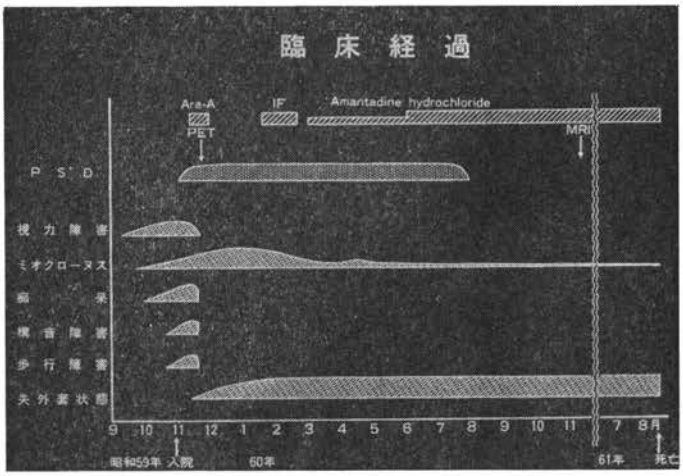


写真2　臨床症状の経過

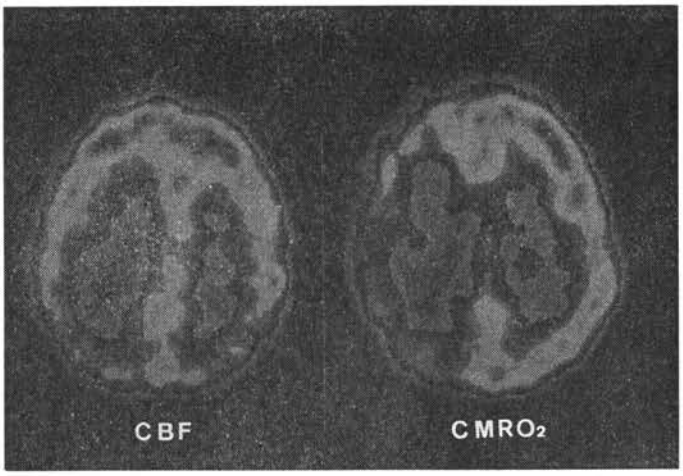


写真3　脳血流量（CBF）および脳酸素代謝率（$CMRO_2$）は左頭頂葉から後頭葉にかけて広範な低下を示すPET像

ヌスは減少し，ほとんどみられなくなったが，両下肢は伸ばしたまま固定，両上肢は肘関節が約90°の屈曲位に固定されていた。治療として9-β-D-arabinofranocyl adenin（Ara-A）900mg/日を10日間，α型 interferon（IF）300万u/日 を30日間および，amantadin hydrochloride 150～300mg/日を投与したが，まったく無効であった（**写真2**）。

昭和61年8月31日肺炎を合併して死亡した。全経過は約2年であった。

検査経過

入院3週間後，群馬大学に依頼して施行したPETでは，左頭頂葉から後頭葉にかけて広範な脳血流量（CBF），脳酸素代謝率 $CMRO_2$ の低下を認め，健忘失語，観念失行，左右失認などの左大脳巣症状と対応していた（**写真3**）。入院時のX線CTでは異常所見の明

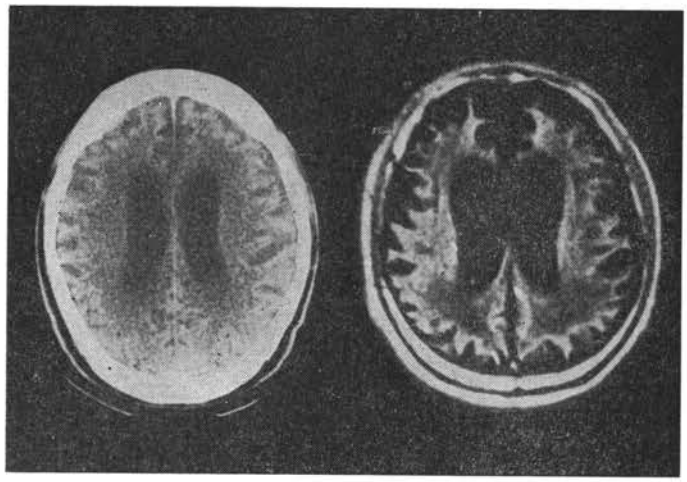


写真4　終末期のX線CT（左）とMRI, IR像　大脳の著しい萎縮と脳室拡大がみられる，MRIでは白質変性が示唆される

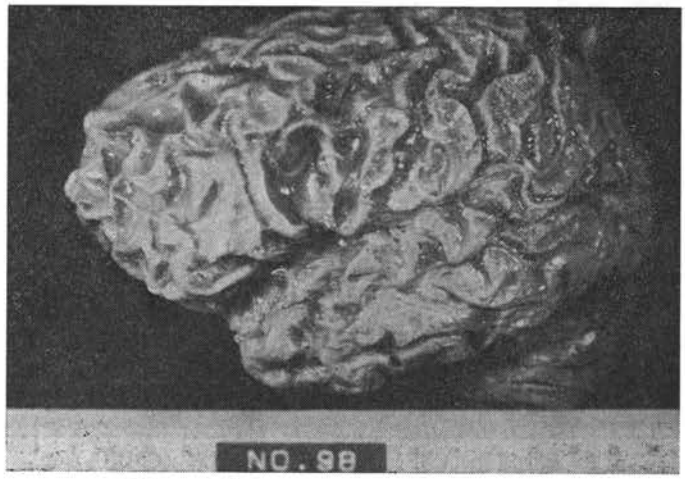


写真5　剖検時の大脳，著しい萎縮がみられる

らかでなかった大脳は，発症4か月後（昭和60年1月）から側脳室の拡大，と前頭・頭頂葉の萎縮が始まり，次第に広範な大脳萎縮と第三脳室，第四脳室の拡大および橋・小脳の萎縮へと進展していた。同時期に施行されたMRIでは，X線CT所見と同部位に著明な萎縮が認められたばかりでなく，後頭葉・頭頂葉・前頭葉白質深部の広範な低信号域を認め，白質変性の存在が示唆された（**写真4**）。

剖検所見

昭和61年8月3日午後5時より剖検された。主な所見は次の通りであった。

(1)　脳重量は1,030g，肉眼的には著しい萎縮が認められた。ことに大脳皮質の萎縮が著明で，脳溝は幅広くなり脳回は細く，脳室は拡大していた（**写真5**）。組織学的所見では，海馬を除く大脳皮質の神経細胞は著しく脱

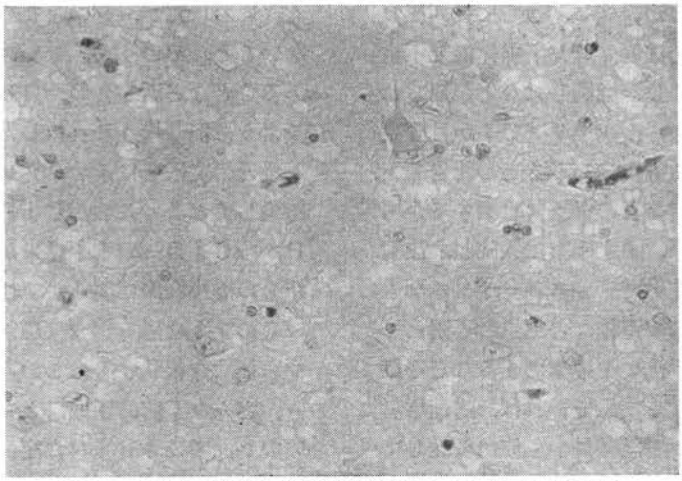


写真6　側頭葉皮質には海綿状態が認められる（EH 染色）

表2　亜急性海綿状脳症　（黒田による）

ヒ　ト	Kuru
	Creutzfeldt-Jakob 病
	Gerstmann-Sträussler 症候群
羊，山羊	Scrapie
ミ ン ク	Transmissible mink encephalopathy
鹿，大鹿	Chronic wasting disease

落，変性しており，肥大したアストログリアの増生がみられた。本症の特徴とされる海綿状態は側頭葉皮質に認められた（**写真6**）。

(2)　左右の気管支肺炎

(3)　左腎盂腎炎

(4)　心臓の褐色萎縮（190g）

(5)　肝の萎縮（805g）

ま と め

ＣＪＤの患者が病院に入院とわかると病棟では看護上の問題点があり，いろいろと話し合いが行われた。ＣＪＴが亜急性海綿状脳症としてまとめられてから，同一の病理所見を示す疾患として，ヒトの Kuru やゲルストマン・ストロイスラー症候群(GSS)，また動物では，羊，山羊のスクレイピイ，ミンクの Trans-missible mink encephalopathy（TME)，鹿，大鹿の Chronic wasting disease などがあり，いずれも感染する疾患とされている（**表2**）。ＣＪＴの脳病変のチンパンジーへの伝達や，さらにチンパンジーからチンパンジーへの伝達，またラットへの伝達可能なことが知られ，スローウイルスによる遅発性感染症と考えられてきた。最近ではスクレイピイの研究からウイルスではなく，プリオン（prion）と呼ばれる蛋白物質が病原因子と考えられている。また患者から患者への医原性ＣＪＤの報告があり，ＣＪＤの患者の角膜を移植された人にＣＪＤの発病があり，また脳手術のときに脳内に使用された深部電極から

後に2人のＣＪＤが発病し，さらに長期間ヒト成長ホルモンを注射された下垂体機能不全の若年患者にＣＪＤが発病したことが知られている。そのうえ，ホルマリンで7か月固定された脳組織からも伝達しうるとの報告もあり，私たちも患者をどのように看護するか困惑した。その結果，まず個室に入院し，注射器，食器などはすべてディスポーザブルなものを使用する，脳波電極などは患者専用とする。看護職員は手洗いを厳重にするなどを話し，さらに伝染する疾患であれば，病理学者や，神経内科医，看護職員や家族に多発してもよいわけだが，そのような報告はまったくないこと，そのうえ，きわめてまれな疾患であることなど話し合い，ＨＢＳ抗原陽性と同じように取り扱うことにした。

最近の文献では羊のスクレイピイが，人に感染しておこったのがＣＪＤで，さらにＣＪＤからＣＪＤへの水平感染が重視されているがその感染経路は明らかではない。

このような恐るべき疾患が，感染であるとすれば，今後私たちはこの疾患を発見したとき，どんな予防的手段をとらなければならないのか，考えさせられた症例であった。

共同研究者

老年病研究所附属病院　針谷康夫，大根田玄寿
群馬大学神経内科　東海林幹夫，岡本幸市，平井俊策
群馬大学第二病理　福田利夫

10. 冠動脈の手術をした川崎病の重症例

神奈川県小田原市
かみやま小児科クリニック　神山　務

はじめに

川崎病，MCLS（mucocutaneus lymph node syndrome）は，1967年（昭和42年）に，川崎富作先生が報告した疾患である。

心臓を中心とした，ほぼ全身におよぶ中小動脈の血管炎である。ひろがりはそれほど広範でなく，fibrinoid 壊死が軽く，滲出性病変に乏しい，一種独特の血管炎であることがわかった。

本症は，4歳以下の乳幼児に好発する原因不明の疾患で，その症候は，以下の6つの主要症状と参考条項に分かれている（**表1**）。

主要症状

1．5日以上続く発熱
2．四肢末端の変化：急性期は，手足の硬性浮腫，掌蹠ないし指趾先端の紅斑がある。回復期に入ると，指先からの膜様落屑がみられる。
3．不定形の発疹がみられる。赤い発疹で，風疹様の赤い丘疹，麻疹様，あるいは，紅斑としてみられることもある。
4．両側眼球結膜の充血
5．口唇の紅潮，苺苔，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の腫脹

以上，6主要症候のうち，5症候以上を伴うものを本症とする。ただし，4症候しか認められなくても，経過中に断層エコー法，あるいは，心血管造影法で冠動脈瘤（冠血管の拡大）が認められ，他の疾患が除外された場合は本症とする。本症は，年々増加の傾向であるが，昨年は減少している。

今回，川崎病の一般的な発症の仕方，つまり6症候をそろえて発病し，冠動脈瘤の合併をおこした症例を報告する。本症例は，狭心症発作をおこし，日常生活に支障をきたす状態のため，冠動脈の手術をした。6年間の長い闘病生活のため入院期間も長かった。休校が多かったため，心身症に陥った例である。

症　例　9歳，女児

主　訴：腹痛
家族歴：家族は父母と兄がいる。特記すべ

表1　川崎病（MCLS，小児急性熱性皮膚粘膜リンパ節症候群）診断の手引

本症は，主として4歳以下の乳幼児に好発する原因不明の疾患で，その症候は以下の主要症状と参考条項とに分けられる。

A　主要症状

1．5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）指先からの膜様落屑
3．不定形発疹
4．両側眼球結膜の充血
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

6つの主要症状のうち5つ以上の症状を伴うものを本症とする。ただし，上記6主要症状のうち，4つの症状しが認められなくても，経過中に断層心エコー法もしくは，心血管造影法で，冠動脈瘤（いわゆる拡大を含む）が確認され，他の疾患が除外されれば，本症とする。

B　参考条項

以下の症候および所見は，本症の臨床上，留意すべきものである。

1．心血管：聴診所見（心雑音，奔馬調律，微弱心音），心電図の変化（PR·QT の延長，異常Q波，低電位差，ST-T の変化，不整脈），胸部X線所見（心陰影拡大），断層心エコー図所見（心膜液貯溜，冠動脈瘤），狭心症状，末梢動脈瘤（腋窩など）
2．消化器：下痢，嘔吐，腹痛，胆嚢腫大，麻痺性イレウス，軽度の黄疸，血清トランスアミナーゼ値上昇
3．血液：核左方移動を伴う白血球増多，血小板増多，赤沈値の促進，CRR陽性，低アルブミン血症，α_2グロブリンの増加，軽度の貧血
4．尿：蛋白尿，沈渣の白血球増多
5．皮膚：BCG接種部位の発赤・痂皮形成，小膿疱，爪の横溝
6．呼吸器：咳嗽，鼻汁，肺野の異常陰影
7．関節：疼痛，腫脹
8．神経：髄液の単核球増多，けいれん，意識障害，顔面神経麻痺，四肢麻痺

備考

1．主要症状Aの2は，回復期所見が重要視される。
2．本症の性比は，1.3～1.5：1で男児に多く，年齢分布は4歳以下が80～85%を占め，致命率は0.3～0.5%である。
3．再発例は2～3%に，同胞例は1～2%にみられる。

厚生省川崎病研究班作成（1970年9月初版，1972年9月改訂1版，1974年4月改訂2版，1978年8月改訂3版，1984年9月改訂4版）

きことはなし。

現病歴：昭和56年12月，川崎病で入院，3歳。発熱39℃が5日間続く。赤い発疹が全身におよび，口唇の発赤，眼球結膜の充血，頸部リンパ節の腫脹と頸部痛が続いていた。手掌，足底に浮腫を認めた。

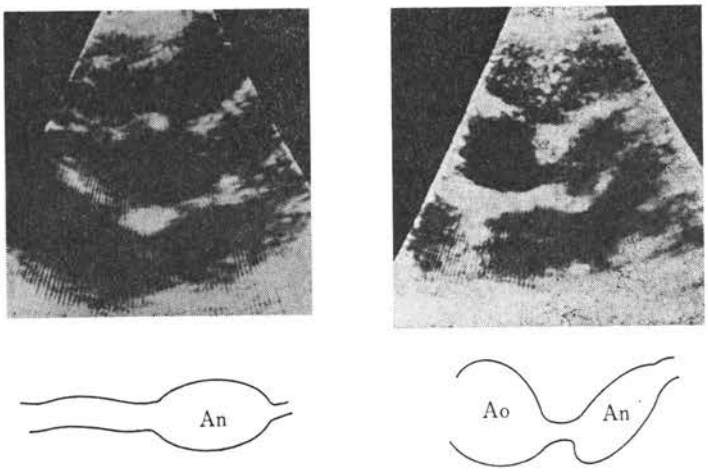
昭和57年2月，心エコーで冠動脈瘤を認める。昭和57年7月，心エコーで両側の冠動脈瘤を認める。左冠動脈瘤7mm，右冠動脈瘤13mm（**写真1**）。

検査所見：昭和57年9月，赤血球436万，白血球6,700，Hb 12.6g/dl，血小板21万，Ht38%，網状球1%，血液像，リンパ球44%，好酸球1%，単球5%，好中球50%である。

昭和58年12月，冠動脈撮影を行っている（発病2年）。①両側冠動脈瘤あり，②左前下行枝はすべて閉塞，③左冠動脈血栓がある。

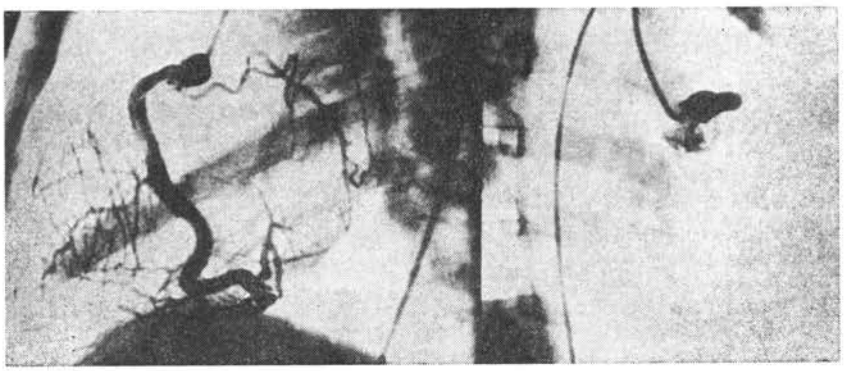
昭和59年12月，①右冠動脈起始部動脈瘤あり，②右より左下行枝へ副血行路がみられ，③左冠動脈瘤あり，前下行枝の閉塞がみられ，④左回施支枝起始部の狭窄が認められる（**写真2**）。

小学校へ入学したが，運動はできず，階段を上るときに胸痛をきたすほどで，休みながら上った。授業中で，体動もなく，座ってい



A：右冠動脈瘤13mm　　B：左冠動脈瘤 7mm

写真1　心エコー図



A：右冠動脈，起始部の動脈瘤，右冠動脈から左冠動脈領域への側副血行路を認める
B：左冠動脈の動脈瘤と閉塞が認められる

写真2　冠動脈撮影（術前）

る状態でも胸痛をきたすこともあった（**写真3，4**）。

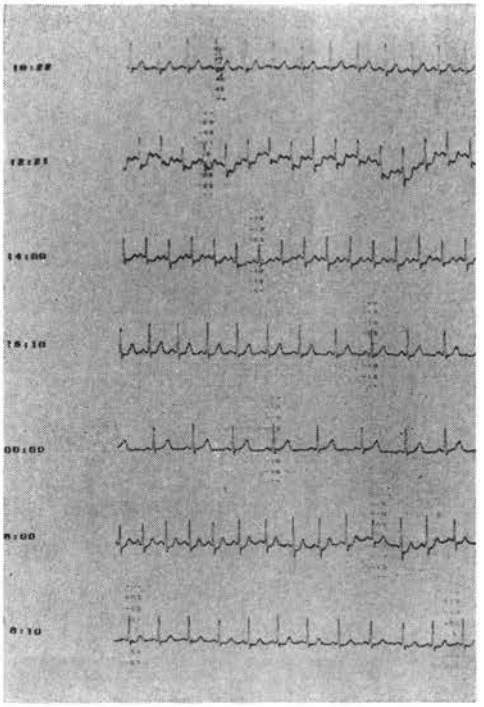
学校側としては，心筋梗塞などによる心臓死の危険があるため，登校をさけることを勧めた。本人の「友人のいる現在の学校へ行きたい」という意志も強く，親も「長い生涯を生きることができないのならば，万一だめになってもしかたない。子どもが一時であれ，幸せな時をもってほしい」との願いがあった。そこで「万一のときは，親が責任をもちます」と念書を入れて，登校させてもらった。授業中ニトロールを使うこともあった。家人が学校に呼ばれることもあったが，患児は「だいじょうぶ」といってがんばる子であった。毎年の入院と，ときには状態が悪化して数か月間の入院をすることもあった。

母親は，入院のときは，つき添っていた。このような状態であるから，家族は，はなればなれで長い期間をすごさなければならなかったわけである。母親は，川崎病の母の会に入り，ただ，すべてを，この患児を助けることに専念した。夫への病気に対する理解を求めたりしたが，意志の疎通を欠くこともあった。患児は，学校を休むことが多く，入院検査も多くなり，ときどき腹痛をおこしたが，心臓からくるものと考えられていた。

昨年，冠動脈の手術をし，バイパスを造った（**写真5**）。術後，冠動脈の血流は，改善した。運動にも耐えられ，階段の上りでも胸痛をきたさなくなった。

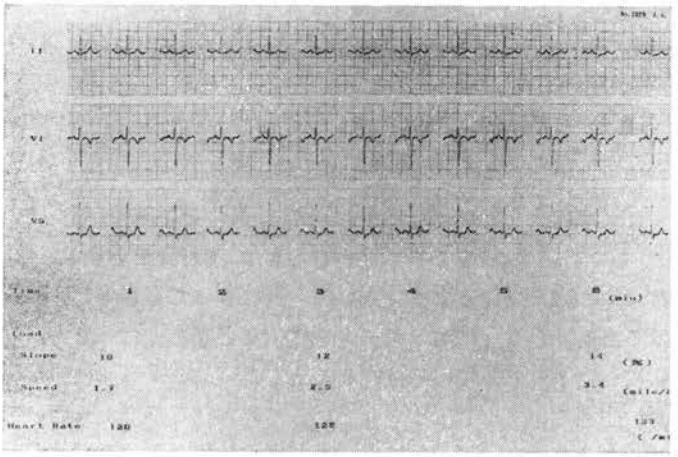
やがて，登校するころになると，朝，頭痛や腹痛を訴えるようになった。朝の緊張は強くなり，起きられない状態であった。そのようなことで，再び当院に受診した。登校拒否症と判断した。

母親に会い，「学校は，ぐあいがよくなるまで休んでいいのよ」と，いってもらうことにした。緊張も強く笑顔も見せない状態なので，就寝前テグレトールの内服をした。



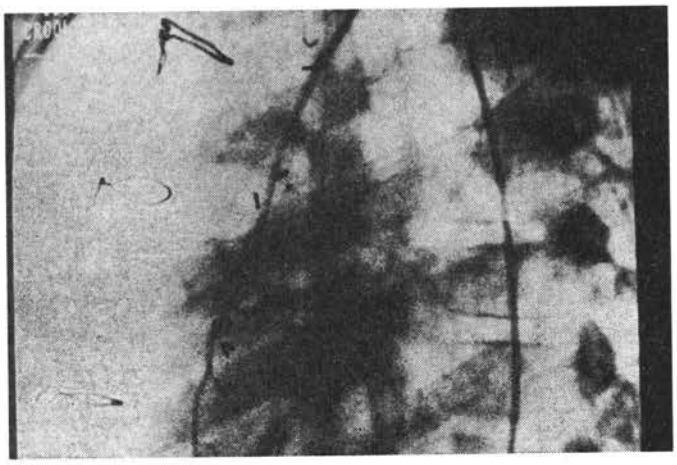
1日のうち，12時，14時，8時にSTの低下が認められ，この時期に一致して胸痛が認められる
朝8時ベッドの上で胸痛をきたしている

写真3　Holter の心電図（術前）

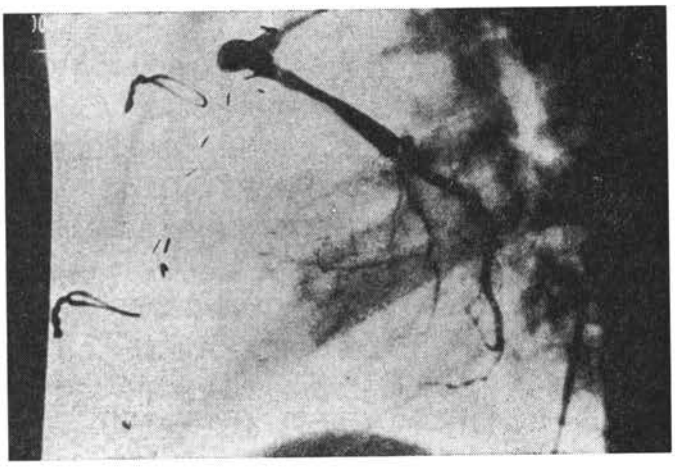


運動負荷をはじめて，4分後にはSTの低下をきたしている
心拍数は，130/分となり，胸痛を訴える

写真4　トレッドミル負荷心電図（術前）



A：内胸動脈を下行枝につなぐ



B：左回施枝に下肢の大伏在静脈を移植，血行の改善をみる

写真5　術後の冠動脈

おわりに

父母それぞれに長いばらばらの生活より生じた，心の疲れ，感情のわだかまり，などを聞き，長時間のカウンセリングをした。夫婦のお互いのやさしさをもったいたわりあいがあって，親の心の安定が得られること，そして家庭の中が温かく，明るくなること。家族がまとまって闘病して，その成果がはたされたのだから，心の安らぎを得るようにすること。その環境が，身体の治った患児の心の支えになることを話した。

夫婦の和を求めた両親が，その後，患児の心の支えとなり，温かく児を受け入れることによって，再び登校をはじめた。長い間の闘病で，疲れた一家が破綻寸前でまとまり，再び温かい家庭をつくり，この難病のもう一面の治療にあたったことを報告する。

自 由 交 見

午前の部

Q 安田勇治

帯状疱疹に対して H_2 ブロッカーが効くといわれるがどうか。

A 佐藤龍男

現在，帯状疱疹に対するもっとも有効な方法は，初期にγ-グロブリンや抗ウイルス剤（アシクロビル，etc)の使用がいいように思われる。

Q 小山五郎

帯状疱疹の局所療法は？　私は，ソルベース（親水軟膏基剤）100gに，リファンピシン1カップを加えたものに，フラジオ軟膏100gを混ぜた軟膏を塗布すると，早く乾き早く痛みがとれるように思う。

A 佐藤龍男

局所療法は，まず二次感染をおこさせないように注意することが必要かと思う。私は非ステロイド軟膏（アンダーム，etc)やクラシック軟膏を使用している。

発言1 佐藤安正

昨年，半年間に約6例の帯状疱疹を経験し，そのうち頸部から顔面にかけての症例，尾骨部から下肢にかけての例など3例に，アシクロビル（ゾビラックス）を点滴静注して，症状の著しい緩解を経験した(注射は3～5回)。

保険請求を行ったが，削られなかった。症状のひどい例では，その旨併記すればよいのでは。

なお，ゾビラックス軟膏は，注射ほどの効果はみられなかったという印象である。

発言2 神山 務

17歳，男子の帯状疱疹に汎発性水疱を伴った症例にγ-グロブリン全量療法，10gを3日間に分けて静注した。KT 39℃の持続していた熱が著明に下がって軽快した。

保険請求の際は，重症例であることを付記したら通った。

開業医でも外来点滴で治療できる疾患であり，治療を許されるべきである。

最近の文献は，免疫グロブリン大量療法も有効であることが報告されはじめている。

本症例は，小田原小児科懇話会で報告した。

発言3 浅見鉄男

ヘルペスは，骨髄神経部に存在する水痘ウイルスが免疫力の低下あるいは体力の減弱などのとき活性化し，神経を逆行性に皮膚にアレルギー様反応をおこしたもので，ウイルスの刺激がヘルペスをおこすのである。

したがって，ヘルペスはアレルギーと考えたばあい，副交感神経を抑制する井穴刺絡が適切な方法と考える。事実，これを行うと初期あるいは軽度のヘルペスならば，薬物療法を行わなくても5～6日で症状の改善を認めることができる。中等症のものでも，そうとうの効果がある。ただし，ヘルペス後の神経痛強度のばあいは，井穴刺絡でも痛みをとることができないことがある例を経験している。

城後昭彦先生へ 川久保亮

① 白血病の初期症状は多彩で出血がいちばん多いようである。歯肉出血，子宮出血，痔に要注意。

② 白血球百分比で気をつけるのはリンパ球のパーセントである。その他，単核球のパーセントに気をつけたほうがよい。

③ 白血球の変動とともに，血小板数に注意しなくてはいけない。白血球数2,000以下，血小板数15,000以下は要注意である。

④ 急性白血病と慢性白血病とは別の疾患である。

⑤ 急性白血病は治療が進んだので，経過が長くなっている。

川久保亮先生へ 城後昭彦

川久保先生の貴重なご指摘感謝します。たしかに，“風変わりな”という表現は白血病そのものの変形・亜型と誤解をまねくかもしれないと反省するが，そのような専門学的な意味ではなく，実地医家に大切な症候学的見地において，一般に知られている白血病の姿とはまったく異なった初発症候から白血病につながったという意味で，あえて“風変わりな”と表現したものである。

もちろん，白血球像，血小板，血沈などをすべての症例に施行できれば，どれかでチェックできて問題はないのであるが，保険診療上はそういうわけにもいかないので，どのような例につっこんで検査をするかの選択のよりどころとしての初期症状を模索しているわけである。

相撲で投げとばされた小学生が胸痛を訴えてきたところ，白血病であったなどのエピソードを一度でも耳にしておくことが，第一線医の診断上必ずや役にたつと思う。そして，このような実例による経験医学こそ，理化学検査データだけに頼りっぱなしで，患者の生体反応ともいうべき臨床症候をすっかり忘れさろうとしている若い医師たちに残してやるべきだと思う。

追加発言 川久保亮

白血病のひとつとして腹痛もあり腰痛もある。大学で学んだときは胸骨の叩打痛であった。白血病の貧血は続発症である。

Q 川久保亮

早期胃癌をレーザーで焼灼し，5年後の生存率に差がなければ，高齢者に施行して意味があると考えるか。

A 林 久毅

レーザー法は侵襲が少ない。内視鏡も簡単なので，早期胃癌が見つかったら治療するほうがよいと考える。

発言 小山五郎

東京医大外科の早田教授のところで，レーザーの治療を行っているので紹介してほしいとのことである。

記録 近藤忠雄

自由交見のあと，出席者全員に軽食のサンドイッチとパックジュースが配られましたが，食事時間中に高玉先生(前橋)のご紹介で日立736 Auto Analyser（TG，TCHなど11項目検査可能）の説明が担当社員からあり，希望者には本機器による血液検査と検査手技の解説も行われ，その簡便さと迅速性に関心の深い先生方の興味をそそりました。例会後発表された結果によれば，やはりトリグリセライドおよび総コレステロールの高値を示した先生方が多かったとのことでした。

午後の部

小山五郎先生へ 浦田 久

帯状疱疹にリファンピシンを初めて使用して報告したのは，1975年『臨床皮膚』で発表した清水順也という先生である。

軽症で経過を短縮したというが，コントロールをもたない臨床観察では有効の判定はできない。リファンピシンはワクチニアウイルスやアデノウイルスに対して抑制作用があることが報告されているが，水痘ウイルスに対

しては不明であり，むしろ否定的である。神経節よりでた水痘ウイルスの水疱にリファンピシンの外用湿布を用いて有効というならオープンの臨床観察でなく，対象をおいたちゃんとした臨床試験を，私たちになっとくできるように示すべきである。

楢戸健次郎先生へ **山田辰一**

過去に読んだ論文より，

① シングルであることは冠危険因子である。原因(病気もちで結婚・再婚できない。相手から健康に対しての注意を受けることがない，etc)

② HDL を増すといわれているアルコールだが，ユーゴの統計ではむしろ死亡率が高い。そのなかには暴力（けんかなど）によるものも含まれていた。

楢戸健次郎先生へ **石田文太**

現代はシングルの時代といわれ，男性も女性も結婚しない人びとが増加している。将来この人びとが老年期に達したとき，孤独に陥る可能性がある。孤独は自殺の原因となるので，社会的に独身の高齢者の連帯ということを考える必要があると思う。

司会 **大林輝明**

看護婦さんにシングルが多いが，経済的に自立できるからであろう。

記録 **近藤忠雄**

今年1月15日の某日刊紙に“DINK夫婦”—共に働き子供なし—その意識と生活 と題する記事が掲載された。すなわち結婚したが自分たちの生活を優先するため，子どもをつくらないというのである。

DINK 夫婦の背景には，未婚女性の4割が「独りだちできれば結婚しなくてもよい」と答えている。また，ある銀行のアンケート調査でも，結婚後の共働きを希望する独身サラリーマン・OLが多かったと報告している。共働きを希望する理由は「経済的に豊かな生活をおくれる」がトップだったそうだ。

人間性よりも経済優先の思考が最近の風潮であろうか。

司会 **西田 進**

女性のシングルが多くなってくるので仕事をもつ婦人が多く，経済的に自立できるのも背景にあると思う。

Q **川久保亮**

咽頭後壁をこすって熱がでませんか。扁桃擦過試験で熱，白血球増加がおこりますが。

A **藤田素行**

咽頭のこすり方で陽性率に差がでる。後壁を擦過しても熱のでた例はない。

発言 **向平 淳**

咽頭後壁をこすっても効果はない。熱のあるとき口蓋扁桃をこするとよい。もちろん熱のないときは検査しない。

Q **石田文太**

① ICA（膵島抗体）陽性と本症とは，何か関係があるだろうか。

② 冠動脈狭窄の運動負荷心電図は ST 下降だけでなく，ST 下降は著明でなくても右下がり型への変化，陰性U波などに注目すれば，あんがい有意の所見が得られると思うが。

A **橋本啓一**

冠動脈の狭窄の程度により，トレッドミルが陽性にでるか否か，75%以上狭窄があればでる。

大人でも陰性Uがでることがあるから，陽性のクライラリアにはならないと考える。

Q **神山守恵**

帯状疱疹が結核と合併すると重症化するということを聞いたことがあるが，そのような経験のある方がいらっしゃるか。どのようなばあいに重症化することがあるか，教えていただきたい。

A **佐藤龍男**

帯状疱疹は誘引になる原因があるばあいにおきやすいともいわれている。すなわち，体力の低下がみられるような疾患が基礎にあるばあいなどは，重症になることが多いと思う。結核などが合併しているばあいなど，その例ではないかと思う。

Q **山田辰一**

① 将来，成人にも過去の川崎病の冠動脈瘤による突然死を警戒しなければならないのでは。

② 無症状のばあいは，どのくらいあるか。

③ 負荷心電図は陽性にでるか。

A **神山 務**

① 内科における循環器疾患の折には，川崎病の既往を注意すること。

② 冠動脈瘤があっても，臨床症状の胸痛はないものがある。

③ 冠動脈瘤のあったものは長期にわたってフォローアップが必要である。

④ 心筋梗塞の死亡が多い。

⑤ 無症状が多く冠動脈瘤があっても，2年くらいで自然に消失するものがある。

熱心に聞き入る各先生方

実地医家に必要な法律の知識

特別講演

日常診療に必要な法律の知識……加藤済仁

★コメンテーター発言——診療録の重さ——……得津雄司

⊙自由交見

司会の菊地　博先生

月日　昭和63年2月14日（日）
場所　東京医科歯科大学　特別講堂
司会　菊地　博（神奈川県大和市）
記録　神保勝一（東京都江戸川区）

司会の感想

菊地　博

厚生省の医道審議会にかけられた某病院での ME 機器操作に無資格者を使った問題，素人を使って手術の助手をさせた問題，某病院の看護婦にレントゲン撮影させていた問題，さらに最近，耳にしたのは某医大の医師が無資格の医師を派遣して問題になったのがあった。

また古い話になりますが，家族に頼まれて死亡診断書の時刻をずらして問題になったり，入院患者に頼まれて裁判所に偽りの診断書を出した問題など，先生方の記憶に残っておるかと思う。

医師過剰問題を目の前に控えているだけに，こうした問題は今後ますます厳しく取り締まられるであろうと想像している。ですからこの辺でもう一度，医師をめぐる法律の諸問題を研修しておくことはきわめて重要であると考えている。

幸い講師の加藤先生は弁護士であられるばかりでなく，りっぱな医師であるという点である。両者の立場を充分に理解してもらえるということはとてもありがたいことである。

いくら近代的診療を行っても医師法に違反したことをすれば，それは医道審議会にお世話になることになる。そうすれば，今まで築きあげたことはすべてゼロになってしまう。

私たちは今回，研修したことを肝に銘じ，医師法にのっとって正しい診療を行うことを誓おうではないか。

特別講演

日常診療に必要な法律の知識

東京都新宿区
加藤法律会計事務所　加藤済仁

はじめに

医師は，高度な専門的医学知識および医療技術を有して，医療および保健指導をつかさどることによって公衆衛生の向上および増進に寄与し，もって国民の健康な生活を確保する責務を負っている。法は，医師にこのような責務を果たさせるために諸々の義務を課している。

1．守秘義務

医師は，患者が他人には知られたくないと思うことまで知らなければ当該患者に適切な医療を行えない。逆にいえば，患者は，医師が自分の秘密を守ってくれることを信頼して診療を受ける。そこで，法は医師が診療上取り扱いたることによって知り得た患者の秘密をもらしたときには刑事処分の対象になるとし（刑法134条1項），医師に守秘義務を課した。

この守秘義務はあくまでも患者本人の利益保護にあるから，たとえば医師が女性の患者について知ったことをその夫に対して話すということも場合によってはこの義務に反することになる。もっとも，正当な理由があるときにはこの義務はないが，その正当な理由の有無の判断は慎重であることが必要である。

2．診療義務

医師に課せられた責務を果たせることができるのは医師だけである。このことから，診療に従事する医師は，診療の求めがあった場合にはこれを拒むことはできない（医師法19条1項）。

しかし，医師の不在または病気などにより事実上診療が不可能な場合のように，正当な事由があれば医師は診療を拒むことができる。その正当な事由の有無の判断は，医師側，患者側，医療制度の現状，医療施設の有無などの諸事情を考慮して判断される。休日，夜間診療所が開設されている場合ならば，診療を求める患者に対しそこで診療を受けるよう

に求めることは診療義務に反することにはならない。

3．無診察治療

医師が自ら診察しないで患者に治療を行えば，患者に不測の危害を生ずる危険がある。そこで，医師は自ら診察しないで治療を行うことはできない（医師法20条）。

診察は，方法は問わないが患者の病状について，いちおうの診断をくだせる程度のものが必要である。したがって，患者の電話による問い合わせに対し，医師が治療について指示を出すことには問題がある。

また，患者の病状によっては慢性疾患のようにそのつどそのつどの診察をしないでも治療を行うことが許される場合もある。

4．診療録の記載，保存義務

診療録の記載，保存義務は，診療行為の適正化，各種行政上の証明行為の基本資料，裁判における証拠資料，医師の思考活動の補助・軽減のための備忘録，診療報酬請求などの資料，患者の各手当金の請求資料などとなるために認められる。

すなわち，医師は診療したときは，遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならなく，その診療録は5年間保存しなければならない(医師法24条)。

なお，診療に関する検査結果などの諸記録について，病院は2年間，保険医療機関は3年間保存しなければならない。

5．各種証明文書の交付義務

医師が作成する診断書などの各種証明文書は，多方面に使用され，しかも重要な意味をもっていることから社会的必要性が強い。そこで，医師には各種証明文書の交付義務が課せられている（医師法19条2項)。

そして，この交付義務の前提として，医師は自ら診察し，出産に立ち会い，あるいは検案して診断書などの証明文書を作成することを義務づけられている（医師法20条)。

診断書は，人の健康状態に関する医師の医学的判断を表示，証明する文書であって，そのタイトルいかんを問わない。

死亡診断書と死体検案書とは死亡の時期によって，死亡診断書と死産証明書とは出生の時期によって，それぞれに作成する文書が異なる。

医師は，証明文書の交付を求めた者に対しその証明文書を交付するか否かを，患者のプライバシー保護の見地などから判断する必要がある。

なお，医師が公務所に提出する診断書などに虚偽の記載をすることは刑事処分の対象となる（刑法160条)。

6．異状死体の届出義務

医師は，死体または妊娠4か月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは，24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

ここにいう「異状」は広く解されており，病死，自然死以外のすべてを含む。したがって，犯罪の嫌疑がないと認められる場合でもこの届け出が必要となることがある。そして，異状があるか否かは，死体自体から判断するものではなく，死体が発見されるにいたったいきさつ，身元，周囲の状況など諸般の事情を考慮して判断しなければならない。

診療中の患者が死亡したときに，その死因に異状がある場合の取り扱いについて法は特に規定していない。そこで，この場合の取り扱いについて説は分かれるが，異状死体を検案したときと同じ取り扱いをすることが相当であろう。

7．療養方法の指導義務

医療は，患者側の協力があってはじめて効果があるものである。そのために，医師は医療に素人である患者側に対し療養方法などを指導しなければならない（医師法23条）。

この指導義務も含め，医師は患者側に対しいくつかの説明義務を課せられている。たとえば，行おうとしている医療について患者の承諾を得るための説明などである。

これらの説明については，患者側に理解できるようわかりやすく行わなければならない。

8．適切な診療を行う義務

医師は，患者を診療するに際しては，その診療当時の医療水準にある診療を行わなければならない。

おわりに

医師は，このように諸々の義務を課せられている。このことは，従来診療における客体的立場にあると把握されていた患者が主体的立場にあることを意味している。医師はこのことに充分理解を示す必要がある。

参考文献

野田　寛：医事法上巻．青林書院，1984.

コメンテーター発言
—診療録の重さ—

群馬県前橋市
得津整形外科病院　得津雄司

はじめに

診療録は医師自ら行った診療行為を記録した重要な書類であり，医師が診療している限り終生記録しつづけなければならない。また患者の権利意識が向上し，医師と患者の間に紛争の火種がつきまとう現状では，診療録の重さははかりしれないものである。診療録をめぐる問題について若干検討した。

1．診療録の記載および保存

医師は診療をしたときは，遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。また，診療録は病院または診療所に勤務する医師のした診療に関するものは，その病院または診療所の管理者において，その他の診療に関するものは，その医師において，5年間これを保存しなければならない。

診療録の記載事項は次のとおりである。

① 診療を受けた者の住所，氏名，性別および年齢
② 病名および主要症状
③ 治療方法（処方および処置）
④ 診療の年月日

このように診療録の作成と保存の義務が医師に課せられている（医師法24条，規則23条）。

診療録は一種の証明文書であって，単に当該患者にとって重要な記録であるばかりでなく，その医師にとっても臨床医学上貴重な資料である。万一，医事紛争が発生した場合においては，医師の主張の重要な証拠になるものであるから，惰性に流れず日ごろから正確な記載を心がけるべきである。

「医師は診療をしたとき」とは開業医，勤務医のみをさしているものでなく，自宅，研究室でたまたま1回限り診療を行った場合でも，この義務が生ずると解されている。

「遅滞なく」とは即時性と解され，即時性に反すれば違法の問題が生じ処罰されるのが一般的である。ただ，緊急時には救急処置が優先し，診療録が不充分なことが多いので，比較的事態が安定すれば，速やかに症状，経過，処置などを詳細に記録しておくことが最重要である。問題がおこってから加筆された

記録は改ざんの謗りを受け，かえって医師の立場を不利にすることが多いので絶対に行ってはならないことである。

診療録に記載すべき事項が定められているが，その記載事実の真実性についての信用度はきわめて高いものである。診療録の訂正はそれだけの理由がなければとおらない。重要な症状，投与した薬剤のグラム数などが記載されていない場合，とかく医師側の不利益に推認されているようだから，重要な所見，事項は必ず記載することである。不記載診療はその診療をしなかったと推定されるのが一般的にいえる。検査結果は陽性所見はもちろん，陰性のデーターも記録しておくと有利である。

その他，検査をすすめたり，入院，手術をすすめたことも記録しておくことが大切である（説明義務）。

「診療録」の体裁，形式には制限がないが（松江地　大11．5．8.），保険医療機関では療担規則22条に定めた様式第1号またはこれに準ずる様式の診療録を参考にして作成すれば問題がない。ただ，医師法で定められた記録以外に療養の給付に関し必要な事項，すなわち，保険点数算出上の基礎資料となる事項，点数などを正確に記録しなければならない。

「診療に関する諸記録」は病院，診療所において備えておかねばならない。具体的には過去2年間の病院日誌，各科診療日誌，処方せん，手術記録，血液，尿などの検査所見，X線写真，心電図ならびに入院患者および外来患者の数を明らかにする帳簿を作成保存しなければならない（規則20条）。

保険医療機関は療養の給付の担当に関する帳簿および書類，その他の記録をその完結の日から3年間保存する義務がある（療担規則9条）。

次に保存義務の起算点は民法上の規定によっている。1回の診療で全診療が終わる場合は診療が行われた翌日から5年間である。数回の診療で終わる場合は最後の診療を行った日の翌日から5年間と解されている（民138条）。

ここで問題になるのは「時効」である。医療事故の損害賠償請求権の消滅時効は不法行為によると3年（民724条），債務不履行（診療契約違反）によると10年（民167条），また，医療事故の刑事責任の公訴時効は5年（刑訴250条）となっています。ところが不法行為では時効の起算点が以上の二者と異なり，「不法行為ニ因ル損害賠償ノ請求権ハ被害者又ハ其法定代理人カ損害及ヒ加害者ヲ知リタル時ヨリ三年間之ヲ行ハサルトキハ時効ニ因リテ消滅ス不法行為ノ時ヨリ二十年ヲ経過シタルトキ亦同シ」（民724条）となっているので，3年を経過しても安心できない。紛争を円満に解決するためには，時効とは関係なく相手を納得させることが必要なので，そのための証拠がこちらにあるほうが有利かつ説得力がある。特に将来問題がおこりそうな事例については，診療録などの諸記録は廃棄せず保存しておいたほうがよい。

次に保存義務者は誰かといえば，病院，診療所の管理者が保存することになっている。

管理者が退任，退職などの理由で代わった場合は，後任の管理者が保存の義務を引きつぐことになる。開業医の場合，開業医が死亡したときは，その開業医の死亡と保存の義務は運命をともにして，戸籍法の死亡届義務者には保存義務はない（昭31．2．11．厚生省医務局長回答）。

ただ，日医賠償責任保険の約款では被保険者が保険期間中に死亡した場合において，保険期間終了後5年以内に被保険者の相続人が被保険者にかかわる医療行為に起因して損害

賠償を請求されたときは，その損害賠償請求はこの保険契約の保険期間中になされたものとみなすという特則があることを考慮すると紛争が危惧される事例の診療録などの取り扱いは慎重にしたほうがよいと思う。

2．診療録の公開

診療録を公開しろという動きがあり，医事法学会でも医師が患者のために診療録を作成した文書であるから，患者からの要求があれば開示し複写を与えるべきであるという意見が発表されている。患者の権利として患者側から診療録を要求された場合どのように対処したらよいのだろうか。

先に述べたように，医師法上医師の診療録作成義務が規定されていることは，医師として公法上の作成義務のある文書としての性格をもっているといえる。しかし，法令で定められた診療に関する事項については，具体的記載方法，形式，程度は医師にゆだねられているという私文書的性格もある。診療録の記入様式の決定，用紙の購入，印刷，保管などが病院，診療所によって行われているので，その所有権は病院，診療所に属するものといえる。ただ，診療録の写しを要求されたときどうであろうか。

診療録の記載内容は法令に定められておらず，任意に記録できる部分については医学的事実の記録の他，患者の人格，精神状態，家族との会話，医師側のコメントなど種々の記録方法で自由に使用してることを考えると医療側のメモ的性格がつよいといえる。ときには生のままで患者に知らせては都合の悪い疾患に関する情報や患者の全生活に対する医師側の評価もふくまれている。

一般に当事者が権利として要求できるのは戸籍謄本，抄本，住民票などや商品取引上の商習慣となっている納品書，明細書，領収書などがあげられるが，診療録は個人の所有している業務上の備忘録ないし手帳などと同じ性格のものといえる。

所有権は医療機関に帰属するものであるから，そこに書かれている内容が「主として本人の医療に関する事項である」という理由だけで患者がその複写全文の引き渡しを求める権利はなく，それに応ずる必要はない。

したがって，医師の管理している診療録は本人はもとより検察官，警察官，弁護士といえども適法手続きなしには開示，閲覧を求める権利はないといえる。

3．証拠保全手続

訴訟は一般に財布の大きいところ，証拠の入手しやすいところをねらってくる。そのためには診療録を含むいっさいの診療結果を記した記録類を訴訟前に患者側としては入手したいと思うのが当然である。そこで前項で述べたように適法手続（証拠保全手続）をとって診療録などの開示，閲覧を求めてくる。

裁判所はあらかじめ証拠調べを成しておかないと，証拠調べが不可能あるいは困難になる恐れのある事情があると認めたときは，本来の訴訟手続とは別個に，証拠調べをして，その結果を保全しておく証拠保全手続が行われる。証拠保全の申し立てには相手方の表示，証すべき事実，証拠，証拠保全の事由などを明記し，真実解明が困難になるということなどを疎明しなければならないことになっている。疎明であるから裁判官にいちおう「そうであるらしい」という心証をもたせるだけでよいのである。

申立人の独断と偏見の証拠保全の事由を列記して診療録などを複写されてしまった事例を見聞している。ある日突然裁判官ならびに相手方弁護士の来訪を受けて診療録などの提出を求められることがある。このとき相手側

が単に書類の確保，点検のみならず内容について質問することがあっても，このような質問に対していっさい回答する必要はなく，ここで不用意に発言したことが後の正式な裁判において採用され，不利な結果をまねくことがあるので充分注意してほしいと思う。突然の来訪に不服を申したてたい思いがあるが，「証拠保全ノ決定ニ対シテハ不服ヲ申立ツルコトヲ得ス」と定められ，この決定に従わなければならない（民訴348条）。

おわりに

年々増加する医事紛争に対する最良の自己防御策は，正確な完璧に近い記録である。多忙な日常診療の場において，常々いっさいの書類を正しく記載し保管するよういっそう心がけなければならないと痛感している次第である。

自　由　交　見

司会　　**菊地　博**

今の開業医師の外来は多忙すぎるのではないでしょうか？　忙しいからミスを犯しているという理由にはなりませんが，充分な問診，診察，検査，そしてコミュニケーションが保てません。自信をもって医療が行えるような時間がほしいと思います。

Q

裁判には，非常に永い月日がかかるのはなぜでしょうか。

A　　**加藤先生**

裁判官，検事，弁護士がみな医療には素人なので，まず理解を得るために時間が必要なのです。

Q

事実上，植物人間となっている人たちの医療行為を継続する限度はどうすればよいのでしょうか？　医師の本分はあくまでも延命に努力することでありますが，年齢とか，家族の環境，病状などを考えるとき，迷うことがあります。

A　　**加藤先生**

重大な問題だと思います。今後の課題でしょう。

Q

現状での医師の責任，負担は重すぎると思いますが，どうでしょうか。

A　　**加藤先生**

重大な責任をもった仕事が医師の使命だと思います。

Q

精神的慰謝料は，最近決まったのですか。

A　　**加藤先生**

これには評価法があり，最近決まったことではありません。

Q

かかりつけの患者に自分の専門外の疾患があり，これを見逃したばあい，専門外であるからという理由で，責任はありませんか。

A　　**加藤先生**

専門であると否とにかかわらず，責任があります。充分な問診，必要な検査と疑いをもって，転医紹介しなければなりません。医師には，専門医へ紹介すべき知識が要求されています。

この他にもたくさんの質疑応答がありましたが，誌面のつごうで割愛させていただきます。

記録係より

神保勝一

現在日本においても，医事紛争が目新しいことではなくなってきている。聞くところによれば，裁判となった係争中の事件が1,600余件もあるそうだ。それ自体が真に弱者救済であれば幸いなのであるが，現実は，そうでないことのほうが多いと伺った。

何がきっかけで，紛争にまで発展してしまったのだろうか。また，何が原因で事故・事件になったのだろうか。今回，実地医家のための会では，まずその原因をさぐり，紛争となった経緯を勉強してみることとした。そして，どうすれば，事故，事件，裁判などにならずにすむのか，東邦大学教授　加藤済仁先生のご指導を仰ぎつつ考えてみることとした。

いくつかの事例を調べてみよう。

1．小児の外傷と麻酔事故

小児が四肢の断裂という外傷で，救急病院へ搬入されてきた。麻酔科医師はフローセン麻酔が将来患児の肝障害の遠因となることを恐れて笑気ガスによる全身麻酔を施行した。

①　手術は順調に進行しつつあった。手術室には数人の看護婦がいた。手術野が四肢末端であるため，清潔な布が全身をおおっていた。

②　麻酔器には警報装置がついていた。ただし，フローセンガスに何らかの障害が発生したときにその装置は作動することになっている。

③　そして，麻酔器のコネクターが静かに抜けたことをひとりも気がつかなかった。

④　その結果，生ずるバイタルサインが見逃がされた。

⑤　患児は酸欠状態に陥った。

善意で始まったことが，次第に不測の事態へと陥っていくのがわかる。

2．寝たきり老人の死

80歳をいくつか越した寝たきりの，お尻の始末のできない老人の場合を調べてみる。家人には在宅ケアができなくなり，入院を希望した。今後，増えてくることと考えられる。入院期間はおよそ1か月間あった。この入院期間中，家人や親戚・親族と思われる人達から1本の電話も，1度の見舞いもなかった。ある日，老人が肩の痛みを訴えたので，担当の医師が神経ブロックを施行した。ところが，翌日亡くなった。すると，遺族と称する男女4人が来院して，「最愛の父の死は，神経ブロックが原因であるから，このことは，“医療事故である”」何と身勝手な議論だと思いませんか。しかし，病院側は争うことをやめて示談とした。その半年後，司法解剖の結果，老人の死と注射にはまったく因果関係がないことと判明した。

3．臨床検査と薬物ショック

臨床検査は診断と治療には欠かせないものである。しかし，その検査が本当に必要だったのか？　と結果論的な問われかたをされたらどう対応すればいいのだろうか。

これらの事例を基にして，何が事件，医療

紛争の原因になったのだろうか？

事故の原因を詳細に調べてみると，非常に多くのものがあり，しかも複雑にからみ合っている。前述の例のほかに，内部告発，医師と患者の信頼関係の不在，無過失のミス，間違った前医の診断が原因となった医療ミス，原因不明のミス，検査の必要性とその順序，治療開始時期の問題と適応性，ショックにどう対応したのか，看護婦介助の限界と責任範囲，病名の告知とその時期，病名を告げるべき対手と秘守すべき内容，など枚挙にいとまがない。

しかし，これらの原因があっても必ずしも全例が紛争になるとは限らない。多くの場合は，事故発生後の対応の仕方によって，事件となり裁判となる例が多いのだ。そして，発生した責任には，法的に次の3つのものが生じる。すなわち，刑事責任，民事責任，医道審議会における責任である。また，その責任を負うべき対象は，

① 事故発生当事者
② 指導責任者
③ 法人責任（民法第715条）

である。

では，どうすれば事故，事件，裁判などにならずにすむのだろうか。それには，医師を含めて，医療側と患者側の人間関係が良好でなければならない。そして，患者の訴えをよく聴き，必要な診察と検査は充分にしなければならない。また，医療行為，治療内容の説明や指導を充分に行って，理解をしてもらうことが大切である。さらに医師は最新の医療と幅広い知識を身につけていなければならない。次にカルテの記載も充分に満足のいく内容でなければならない。患者の訴えの有無，診断と治療の経過，疑い病名や検査内容とその結果，また，患者が拒否した検査があればその事実も記載しておく必要がある。それから，診察をしないで治療をしてはならない。一見そのようなことはあり得ないとお考えになるだろうが，電話相談，代理人相談，母親の訴えだけで投薬したり，指示を与えてはならないということである。必ず患者を診察して治療や紹介，転医をすること。そして，自信をもって医療を行うことがもっとも大切である。

研究と臨床

慈恵会医科大学総合講義（S.62.6.17）

ターミナルケア

東京都三鷹市

永井医院　永井友二郎

はじめに

今日は諸君にターミナルケア，死をみとる医療の話をいたします。

人間の死は厳粛な事がらで，古い昔から，人類の歴史と文化はこの人間の死によって深く刻まれ，また育てられてきたということができます。そして人間だれもが死をおそれ，また悲しんできました。

私がまだ若かったころ，私の死にたいするおそれを思いおこしてみますと，その第一は「死ぬそのときが苦しいのではないか」，そしてその第二は「今まであった自分というものが以後永遠になくなってしまうこと，そして親しい親兄弟や友人たちに会えなくなることの，やりきれない寂しさ，絶望感，不安感」であったと思います。

私たちはふだん，仕事や勉強，遊びなどに追われて，この大問題である死のことを忘れていますが，人間だれも，いつか死ぬ宿命を背負って生きているわけです。そしてこの死の問題と深くかかわりながら，宗教が生まれ，また多くの文学，小説や詩，短歌，絵画，彫刻などが生まれたことはご承知の通りです。音楽でも，バッハ，ヘンデル，モーツアルトなどに，メサイアをはじめとする多数の宗教曲があり，私たちにいつも強い感動をあたえてくれていることはご承知の通りです。

ところで，死ということはそれまでの人生をいかに生きて死ぬか，ということで，人間にとって生き方の課題であるわけですが，また同時に，死ぬそのときをいかに死ぬかという大きい問題でもあり，昔の日本の武士はいさぎよく，桜の花が散るように死んでいきたいと，死の中に美しさを求めたいというような事実もあります。

そういうわけで，死ということは誰にとっても人生の究極的な大問題であるのですが，私たちはふだん，死ぬのは自分でない，自分はいつまでもずっと生きていると思いこんでいます。

いいかえれば，きわめて大事な問題を知ら

ず知らずのあいだに避けて，あとまわしにしているわけであります。

この，死の問題をあとまわしにすることは，諸君が医者でない，ほかの職業につくのであれば，それでよいかもしれませんが，諸君は自分の死だけでなく，患者さんの死と大きくかかわりをもつ仕事につくわけですから，人間の死について，また死をみとることについて，これから一生，勉強をつづけていく責任があります。

そういうわけで，この慈恵会医科大学ではこの総合講義という形で，諸君にターミナルケアについて勉強の糸口を提供しているのだと思います。それで私はこのことのために，私の考えていますこと，体験した事がらなど，とくに重要と思う事がらを精一杯お話してみたいと考えております。

医学と医療

はじめに「医学と医療」ということについて少しお話しておきたいと思います。

諸君は今，この伝統ある大学で医学を習っていて，医学をよく勉強すれば良い医者になれる，と思っているのではないかと思います。私もその昔，千葉医大の学生時代，やはり医学をよく勉強して良い医者になり，世の中に役にたちたいと考えました。このことは今でも大筋はその通りなのですが，実際に病人をみて，いろいろな場面にぶつかっていくと，病人を診断し，治療し，生活の指導をしたり，相談ごとにのってあげる，という医療のなかでは，医学の勉強だけでは解決がつかないことがいろいろ出てきます。すなわち，医学と医療は違うことがわかってまいります。

では，それはどう違うのかというと，医療というのは病人がもっている病気をふくめて，生活の乱れや心の悩みなど，困っていることの全体をまずよく理解し，これにたいして病気の治療をはじめ，生活指導，悩みごとの相談など，できるかぎりのことをしてあげることをいうのですが，医学はこの中の病気の診断と治療の部分だけの学問体系である，ということが，医学と医療との違いです。

諸君は医学を習って国家試験をパスすれば医師となるわけですから，医学を病人に応用することが医療だ，と考えてしまうのは当然ですが，実際はそうではないということです。

医療のなかで一番重要なことは「人間を理解する」ことであります。その病人が何に苦しみ，何を求めているか，その全体の理解が必要であり，大事であって，君たちが医学的に扱おうとしている診断，すなわち病態の理解は，そのきわめて重要な部分ではありますが全体でなく，一部分です。

この病態の理解を含む人間全体の理解のためには，医学の学習のほか，言葉のつかいかたをはじめ，境界領域のほかの多くの学問や，人類文化のすべてのものを学ぶ必要があります。心理学，社会学，歴史学，法律学をはじめ，各種の文学，芸術に至るまで，あらゆるものが病人理解に役だちます。

すなわち，医療をよりよくおこなうための方法は，医学的方法だけにたよるのでなく，さらに幅の広い隣接する学問の方法や，人類文化のすべての力を動員して，これを達成しなくてはならない，医療という仕事はそういう幅の広い仕事なのだ，ということをまずよく知っておいていただきたいと思います。

わが国のターミナルケアの生いたち

さて，話をターミナルケアに戻しますと，今申し上げたような区分の中で，ターミナルケアは医学の問題ではなく，医療の問題として出てくるわけです。ですから，大学の講座

の中に，医療学とか，プライマリ・ケア医学，あるいは家庭医学というようなものがまだできていない現状では，ターミナルケアはきょうのような特別のプログラムにならざるを得ないわけです。

それで，このターミナルケアということがわが国でいつ頃からクローズアップしてきたかというと，その歴史はそんなに古いものではありません。

医療ということが大変大事なのだ，ということが表面に出てきたのは，わが国では昭和38年，私たちが「実地医家のための会」という開業医の勉強会，「病気だけをみるのでなく，社会生活をしている病人をみる医療の勉強をしよう」という研究会をつくった頃，といってよいと思います。

実地医家のための会はその後，全国的な立派な会に育ち，昭和53年には日本プライマリ・ケア学会という学会を発足させる母体となり，今日でも全国の都道府県に総勢700人近い会員をもって活躍していますが，この会の発起人が私と，諸君の大先輩である浦田卓先生，この方は目黒区の開業医，学長の阿部正和先生と同級の方ですが，それにあと2人の方を加えた4人だったのです。

この「実地医家のための会」がターミナルケアを最初に取り上げたのは，会ができた翌年，昭和39年に，私が当時出てまもない東大の宗教学の教授だった岸本英夫先生の最後の遺稿「わが生死観」の全文を機関誌「人間の医学」に紹介，掲載したときで，このあと，昭和52年12月11日には「死をみとる医療」の題で第1回のシンポジウムをおこなっています。

そしてその同じ52年12月11日，大阪でやはり開業医である河野博臣先生を世話役として，「死の臨床研究会」の第1回会合がひらかれ，この研究会はその後毎年，活発な研究会として実績をあげ，現在わが国のターミナルケアの中心的研究団体となっています。

諸君はいま医学書店にいかれると，死をみとる医療に関連した書物をご覧になれると思いますが，その多くは昭和53年に出版された「死にゆく人々のケア」（柏木哲夫著）以後に出版された本だと思います。来週の今日，6月24日に諸君が家庭医の総合講義をきく予定の鈴木荘一先生，このかたは私と一緒に実地医家のための会で熱心に勉強しておられる先生ですが，この鈴木先生は昭和52年，ロンドンのセントクリストファー・ホスピスを見学してこられて，その年からご自分の診療所にミニホスピスを開き，死をみとる医療を実践してこられた方で，「死を抱きしめる」という題の立派な本を出しておられます。

そういうわけで，わが国でターミナルケアが取り上げられはじめたのは，20年あまり前からであり，それはわが国の開業医たちが病人中心の医療というものに取り組みはじめたときから，ということができます。

以上でひとまず，ターミナルケアという事がらのオリエンテーションを終わり，これから少し具体的な問題に入っていきたいと思います。

ターミナルケアで重要な事がら

諸君はターミナルケアにおいて，どういう事がらが重要だと考えるでしょうか。私ははじめに申しましたが，今でも死ぬときの肉体的苦しみの問題と，自分というものが永久になくなってしまうことの寂しさ，絶望感，そして家族たちとの別れ，これが最大の問題だと思っています。

諸君は今までに人間の死に立ち合ったことがあるでしょうか，その現場をみたことがある方はわかると思いますが，病人はだんだん，からだ全体が衰えてきて，息づかいがあ

らく苦しそうになり，そばでみていて大変つらそうにみえてきます。そして最後にはチェーン・ストークス型呼吸，呼吸していたのが一時呼吸を止めてしまい，また少しすると呼吸をはじめる，そしてまた呼吸が止まる，こういう状態を示すことがよくあって，病人の家族たちはそばで，その苦しそうな様子をみてハラハラし，かたずをのんでいることが多いものです。そしてやがて，ついに呼吸しなくなり，完全な呼吸停止となります。

また，癌末期の患者さんなどでは，こうなるよりだいぶ前の時期から，癌のための激しい痛みに苦しむことがあり，このペインコントロールがまた重大な問題です。

すなわち，死をみとる医療において大事な事がらは，いよいよ死んでいく最後のときの苦しみの問題と，それより以前からの激しい痛みの問題，そして本人が望むような最後の時間の過ごし方，家族や友人との別れなどです。

（1） 死ぬときの苦しみ

そこで，第一の，いよいよこれから死んでいくそのとき，はた目には大変苦しそうで，家族たちが病人のまわりでハラハラしているとき，医師であるわれわれはどうしたらよいか，の問題について私の考えをお話してみます。

いよいよ死んでいくそのとき，どのくらい苦しいのかは，誰も死んだ経験がないのでほんとうはわからないわけですが，もしこれに近い体験を知ることができれば大変参考になります。それで，私は幸いなことに，太平洋戦争に海軍の軍医として出て，ミッドウェー海戦を皮切りに，ガダルカナル島攻防戦，キスカ島撤収作戦，マキン・タラワ島玉砕戦などに行き，何回か沈没しては泳いで救われ，一度は戦傷をうけた経験があります。

私がこれからお話する体験は，昭和19年2月，トラック島が大空襲をうけたときのことです。当時，2日にわたる米空軍の猛爆撃で，私の乗っていた軍艦に急降下爆撃機の爆弾が命中，私はかなりのけがをし，軍艦は火災をおこしました。私はけがしたまま，沈没していく軍艦から海にとびこんで泳ぎ，しばらくしてカッターに引き上げられました。

そのときはまだ，午前10時頃で晴れていて明るいはずでしたが，私は周囲がだんだん暗くなっていくように思いました。目の前が次第にうす暗くなっていきながら，自分はこれで，あるいは死ぬかもしれない，と一瞬思ったまま，何もわからなくなっていったのでした。顔と両手にかなりの傷はありましたが，痛いとも苦しいとも思わず，意識を失ったわけです。

このカッターがトラック島夏島の基地につき，そこの診療室にはこばれて意識をとりもどし，このあと海軍病院に入院したのですが，私はこのとき以来，自分が死ぬときの意識はきっとこうなるにちがいない，と思うようになりました。それは人間の意識は肉体がだめになるよりもかなり早い時期に，苦しいとか痛いという感覚を感ずることなしに，失われやすくできている，したがって，死んでいくそのときは苦しみはほとんどないにちがいない，ということです。

外見上，ハアハアして苦しそうにみえても，本人の意識は比較的早く失われるので，人間の最期はそれほど心配しなくてよい，と，私はこのとき以後，実感をもってそう思うようになりました。

それで私はいつも，死んでいく病人，そして家族たちに，あらかじめこれこれこうで，見たところは大変苦しそうにみえても，本人は全く意識がなくて苦しくも辛くもないので心配しなくてよいと，よく説明しております。

そうすると，家族たちはほんとうにホッとした顔をするので，これは大変大事なことだと思う次第です。

さて，そうすると残る問題は癌末期などの痛みの治療，それから一番大事な死を迎えるにあたっての病人の心がまえ，残された大事な時間のつかいかた，そして家族や友人たちとの別れをよく惜しませてあげること，などとなります。

癌末期などの痛みの治療，ペインコントロールは大変大事な大きい問題ですが，今日は時間がありませんので，触れないことにします。ただ，この痛みの対策は麻薬を十分使い，またほかの方法もつかって，できるだけ楽にしてあげないと大変気の毒です。

それでこの痛みにたいしては，医学的に可能なベストをつくしてほしいわけですが，同時に，これからお話する死を迎える病人の心のケアのしかた，あるいは残されたわずかな時間の有意義なつかい方への良い配慮があると，痛みのレベルが著しく軽くなる事実があります。そういう意味で，これからの話をよく聞いていただきたいと思います。

諸君はきみの命はあと半年しかないと宣告されたら，どうしますか。このことは，諸君が医者となる以上，そしてターミナルケアをする以上は一度ぜひ真剣に考えていただきたいと思います。そして，このことに関係深い本をお読みになることをおすすめします。

さきほど，東大の岸本英夫教授の最後の遺稿「わが生死観」の話をしましたが，これはいま講談社文庫の「死を見つめる心」という本で読むことができます。また医者であり同時に癌患者であった方の感動的な著書として，西川喜作先生の「輝け我が命の日々よ」と石井仁先生の「担癌者キャンサーキャリアー」とがあり，そのほか最近東大の飯尾教授と河野博臣先生が出された「ガン死のケアマニュアル」，岩波新書の「日本人の死生観」などがあり，大変役にたちます。また，柳田邦男さんが「死の医学への序章」という本を出され，多く読まれていますから，諸君はこれも一度読んでおくといいと思います。

（2） 病人の心への対処

ところで，われわれ医師は，もはや医学的方法がその意味を失ったターミナルステージで，患者さんの心にたいして何をしてあげられるでしょうか。これはきわめて大きく，難しい問題であり，また今までの大学はこういうことを何も教えませんから，若いドクターたちは何もできないのが普通だと思います。しかし，結論をさきにいうと，ターミナルステージで医師のなすべきことは多く，それをすることによって，死にいく病人に大きい力，大きい救いをあたえることができます。

さきほど，医学と医療の話をしたとき，医療で一番大事なことはその病人の人間理解である，何に苦しみ，何を求めているか，その全体の理解が大事だ，という話をしました。

このターミナルステージでは，もはや医学的な診断治療の意味がほとんどないわけですから，われわれは病人の心が何を求め，何に苦しんでいるかの理解に全力をあげることになります。このために，私たち医師は，それまで主として医学的診療のため病室を訪れていたわけですが，今度は患者の話を聞き，話し合うため病室を訪れることになります。

この，医師が手ぶらで病室を訪れることはきわめて大切なことなのですが，私たちは今までこういう深刻な場面にどう対処してよいかの教育がなく，どうしてよいかわからないのが普通です。それで，注射や処置などがなくなると，受け持ち医はとかく病室へ足が向かなくなる，ということがありますが，それは，その医師が医学的なことしかできない，病人の気持ちを考えることができないばあい

で，大変悲しい，情けないことです。

諸君はそれなら医者がただそばにいてあげるだけで何ができるのだ，と思うかもしれません。しかし，すること，できることはいくらでもあるのです。まず第一に，病人が何に苦しみ，何を求めているか理解することがあります。このことだけでもそれは大変なことで，十分な時間と努力が必要ですが，諸君がもしこのことをするばあい，患者さんはしばしば，君たちに心をひらき，話をしてきます。そしてその患者さんは自分の苦しみを受け持ちの医師がわかってくれたばあい，それは大きいすばらしい救いであり，大きい安らぎを得ることになります。

ただ，ひとの苦しみや悲しみがほんとうにわかる，ということはそう簡単ではなくて，まずそのひとの身になって真剣に考えよう，苦しみをともにしよう，という基本の態度が必要であり，そのうえに，その医師自身の人間としての死生観の勉強，苦しみや悲しみの体験などが必要です。そういう意味で，諸君は医学の勉強を大事にすると同時に，いろいろな悲しみや苦しみが共感できるように，幅広い勉強，宗教，哲学，文学，音楽，絵画など，多くのものを学んでほしいと思います。

このようにして，諸君がターミナルステージの患者さんの病室へ，手ぶらで行けるようになったとすると，そこで何か話が出ると思います。患者さんの容態によって，とても話などできる状態でないことも多いわけですが，それでもボツボツでいいから，ゆっくり少しずつ話をするといいと思います。

そのときもし，話題がないようなときにはぜひ一度，その患者さんの人生について，歩いてきた生いたち，足どりの全部についてよく聞いてあげることをおすすめします。私の経験では，こちらから一生懸命これを聞いて，その人の人生がほかの人ではできないりっぱなものであったことをほめてあげますと，すっかり落ちこんでいた患者さんが目を輝かせて，いきいきした感じになって，大変喜んでくれることがしばしばです。私は諸君にこれを覚えていて，今後ぜひやってもらいたいと思っています。

（3） 残された少ない時間の過ごし方——家族との別れ

さて，それから，残された最後の少ない時間をどう過ごすようにするか，この相談も病人とぜひしてほしいと思います。もうあとわずかだから，などとはとても患者さんに言えないわけですが，これだけはぜひやりたいことは何かないか，退院して家に帰りたいというのでもいいし，世間のお役にたちたいと考えて，角膜や腎臓の献体をする手続きをとることでもいい，何でもできるだけ実現できるようにお手伝いします，というように話すとよいと思います。

末期患者の多くの方が，人の世話になりたくない，そして，自分にはもう何もできないかもしれないけれど，それでも何か世間のお役にたつようなことがしたい，という気持ちをもっておられます。それが生きがいであり，張り合い，喜びだからだと思うのです。わずかでも，このように，その患者さんにできることを，その身になって考えてあげることが大事だと思うのです。

それから最後に，親しい家族や友人と十分別れを惜しむことができるよう，医師としてできる限り配慮することを忘れてはいけません。死ということを，とことんまでつきつめて考えた東大の岸本英夫教授は，死は別れである，と書いておられます。人間の人間らしい死に方は，その人が家族や友人たちと十分に別れを惜しむことです。それができてこそ，その人の人間らしい最期だといえるのではないでしょうか。

その昔，東大の外科の教授で，塩田広重先生という大変有名な方がおられました。ある本によると，この塩田先生がなくなられるとき，塩田先生はしきりに何か話したそうにしておられたのですが，鼻や口にいろいろな管が取りつけられていて口がきけず，けっきょく，最後の意志を伝えることができず，まことにお気の毒であった，ということが書いてありました。どうか，もう医学的な治療が回復させる見込みを失ったようなばあいには，諸君は患者さんの最期をこんなふうにはしないでいただきたい，人間最期の別れは，何ものにもかえることのできない大事なことなのだ，ということをよく覚えていてほしいと思います。お手元に配ったプリント「父最期」は，わが国の有名な歌人，宮柊二さんがその父親を自宅で，自分の腕の中でみとったときの一連の短歌です。ひとつひとつ，あとでゆっくり読んでください。人間の最期の別れは，こういうことなのだ，と教えてくれると思います。

（4） エピソード——抗癌剤の脱毛

さて，最後にもうひとつ，さる6月13日，札幌での第10回日本プライマリ・ケア学会のシンポジウム「医師と患者の関係」のなかで私が発言したことをお話して終わりたいと思います。それは次のようなことです。

私は昨年の暮れ，鈴木荘一先生ご夫妻と一緒に浜松の聖隷ホスピスを見学してきました。院長の原義雄先生が私たちを心よく迎えてくださって，病棟を全部，ひと部屋ひと部屋案内して，入院している末期の患者さんたちに，東京からいい先生方がみえたからと，紹介してみせていただきました。

ここの患者さんたちの平均在院日数は約1か月ということですから，この方々はあと2～3週間でなくなる，そういうことでありました。ところが，ここの患者さんたちは原先生の温かい人間的ご指導と，いき届いた痛みのコントロールのためだと思うのですが，ほとんどの方々が私たちを笑顔で迎えてくれて，いろいろ話を交わすことができました。

この中で1人だけ，15歳くらいの男の子，この子は骨肉腫がすでに肺転移をおこしているとのことでしたが，抗癌剤の治療で頭の毛がすっかりなくなっていて，この子だけがひどくふさいでいて，私たちの顔もみなければ返事もしてくれませんでした。

私はこの日の帰りの車に乗っているあいだずっと，この子の気持ちが心配でなりませんでした。私たちの顔を正面からみられない，悲しそうな横顔のなかに，脱毛でツルツルになった自分の姿を深くはじいっている気持ちを強く感じさせられたのです。人間はひとに見せたくないような外形をもつことを，大変な苦しみとし，悩むものであることを見せつけられた思いでした。

私はこのとき，抗癌剤をつかって6か月の命が12か月に延びたとしても，その延びた6か月が頭のツルツルにはげた，家族にみられることにも心を痛め，母親にも十分甘えることができないような，人間の自尊心を大きく傷つけられた6か月でしかなかったとすると，医師はその患者さんの人間としての命を延ばしたことにはならない，かえって一番大事な最期のときを失わせたのではなかったか，とつよく思いました。

抗癌剤の副作用の脱毛について専門医の方に聞いてみますと，毛はまたやがて生えてくるよ，と簡単にいわれることがありますが，脱毛をきたす抗癌剤をつかうためには，その病人の人間的な，自尊心を十分尊重した，きめ細かい配慮が必要だと思うわけです。

聖隷ホスピスのあの悲しそうな少年の姿をみて，私は以上のことをつくづく思った次第で，私たち医療提供者は患者さんが今，何を

してほしいと思っているか，何をしてほしくないと思っているかを，いつもきめ細かく考えることが特に大切だと思いました。

おわりに

以上，本日はターミナルケアという大変大事な，大きい問題についてお話してきました。わずかな時間で，十分お話しできなかったと思いますが，私が考えている大事なポイントは申し上げたと思います。あとは，今日の話を糸口として，君たち自身で勉強してほしいと思います。ターミナルケアの勉強は，医者の基本姿勢を教え，鍛えてくれるものだと思っています。

◉書　評◉

森川国雄

『外来患者の指導』
—プライマリ・ケアとムンテラの要点—

・五島雄一郎監修
・大城戸宗男 編集
・田辺　晃久
・南山堂
・12,000円

私のような老町医者は，著しい医学の進歩におくれまいとしても，とてもついていけません。自分の守備範囲をわきまえ，自分の力では限界をこえる患者は早めに専門病院に頼むことにして医療に従事してきました。

この本は，

(1) 概　念
(2) 成　因
(3) 診断のポイント
(4) 専門施設受診の条件，目的
(5) 日常生活指導
(6) 薬の使い方，救急，予後
(7) プライマリ・ケア，ムンテラの要点

などの各項目ごとに多数の色わけ表と図がわかりやすく入っています。しかも内容は学の深いところ，きめ細かいところ，また啓発される記録と，読んでいて気持ちよく思わずピッチをあげて読み進みました。特に日常生活指導と，プライマリ・ケア，ムンテラの2項目は町医者の心しなければならない患者に対する配慮，盲点を指示してくれています。何しろ今までにない編集であり，ところどころにスケッチ風の人物絵が入っていて思わず笑みの出るユニークな本です。

私のような老医にとっては，物忘れと，ボケ予防の活力剤となります。また生涯教育の大きな助けにもなります。このような本が何で早く出なかったのでしょう。

ご執筆の各先生方にお礼と感謝を申しあげます。

研究と臨床

これからの大学保健

—ことに不健康な学生へのアプローチをめぐって—

北海道江別市　土谷医院

札幌学院大学学医　土谷茂樹

はじめに

私と，共同研究者の小山内光枝保健婦が勤める札幌学院大学は，札幌市の中心より15kmほど離れた江別市にあり，近くには広大な面積を占める有名な原始林がある。

大学は3学部5学科，学生数4,000人，教職員216人を要する人文系の大学である。自然環境と大学の施設の充実さという面から学生生活を送るのには申し分のない環境と考えている。

私たちは過去10年間，大学内の保健管理センターで学生の保健管理を実施してきたが，近年，社会のすう勢だろうか，本来は人生でいちばん罹病率が低く，健康で勉学に精を出してもらわなければならない学生の中に，不健康な学生が漸次増加していることに頭を悩ましている。

入学時の身体的傾向

表1は，一昨年（昭和61年）の調査である。入学の折に，学生1,058人に入学時の自分の身体的傾向を書いてもらった。アレルギー体質ということを学生がどのように理解しているかは別として，複数回答を入れて276人(26.2%）が身体的な異常や違和感を訴えている。

私たちは，学生の基本的な生活習慣の崩れ，生活のリズムの乱れを正しくするために，もっともっと積極的に学生にアプローチをする必要性を痛感している。

表1　入学時の身体的傾向

（1年　1,058人，昭61）

1.	自分はアレルギー体質	84人	7.9%
2.	疲れやすい	82人	7.8%
3.	貧血ぎみ	41人	3.9%
4.	頭痛がよくある	38人	3.6%
5.	神経質でくよくよする	31人	2.9%

表2　休学者の内訳

健康上の理由	103人（52年～61年）	
性　別	男	83人（80.6%）
	女	20人（19.4%）
学年別	1年	41人（39.8%）
	2年	24人（23.3%）
	3年	23人（22.3%）
	4年	15人（14.6%）
疾病別	精神疾患	53人（51.5%）
	交通事故	17人（16.5%）
	腎，肝臓疾患（慢性）	7人（6.8%）
	肺結核	3人（2.9%）
	喘　息	3人（2.9%）
	高血圧	2人（1.9%）
	外　傷	2人（1.9%）
	その他	16人（15.5%）

表3　休学者103人の経過

退学	66人（64.0%）	
内訳	精神疾患	39人（59.1%）
	交通事故	9人（13.6%）
	腎，肝臓（慢性）	6人（9.1%）
	高血圧	2人（3.0%）
	喘　息	2人（3.0%）
	その他	8人（12.2%）
卒業	16人（15.5%）	
内訳	精神疾患	5人（31.2%）
	交通事故	5人（31.2%）
	肺結核	3人（18.7%）
	腎臓疾患（慢性）	1人（6.3%）
	喘　息	1人（6.3%）
	その他	1人（6.3%）

＊精神疾患5人の在学期間
5年　3人
6年　1人
8年　1人

10年間の休学者の内訳

表2は，過去10年間において，健康上の理由で休学した者が103人であることを示している。

性別では男子83人（80.6%），女子20人（19.4%）である。学年別では1年生が多く41人（39.8%）で，学年が進むにつれて少なくなっている。大学になれたためであろう。

この休学者の疾病別分類では，心身症を含めた精神疾患がいちばん多くて53人(51.5%)，次に交通事故17人（16.5%）である。以下は，慢性肝および腎疾患，肺結核などと表の通りである。

休学者103人の経過

表3に示すように，休学者103人のうち，退学になった学生は66人で全体の64%にあたる。この66人のうちの39人（59.1%）が精神疾患であり，ノイローゼ，うつ病，分裂病などが主な疾患である。

交通事故によるものも9人（13.6%）おり，時代の流れを感じさせる。

次いで，休学はしていたけれどもなんとかがんばって大学を卒業できた者は16人（15.5%）である。そのうち，精神疾患であった者は5人である。5年かかって卒業した者が3人，6年および8年かかった者が各1人であった。

精神疾患で休学した学生の学年学科別内訳

表4は，精神疾患で休学した53人の学年学科別内訳である。1年めがいちばん多くて17人（32.1%），学年が進むに従って少なくなっている。学科別では人間科学科が19人（35.8%）といちばん多いのだが，これはあまり意味がないであろう。

“5月病”はやはり本当

表には示さなかったが，昨年1年間に保健

表4　精神疾患で休学した53人の学年・学科

学年別	1年	18人（34.0%）
	3年	13人（24.5%）
	2年	12人（22.6%）
	4年	10人（18.9%）
学科別	人間科学科	19人（35.8%）
	英語英米文学科	14人（26.4%）
	商学科	13人（24.5%）
	経済学科	7人（13.2%）
性　別	男	35人（66.0%）
	女	18人（34.0%）

管理センターを健康相談で訪れた学生は 191 人で，月別にみると5月がいちばん多くて54人（28.7%）で，いわゆる“五月病”の傾向が顕著に出ていた。

また，過去5年間の健康相談の件数を調べてみると，57年の101件に比べてほぼ倍になっていることがわかった。

酒，タバコ，性にからんで悩んでいる学生も表には出ないが多いようである。

これからの大学保健

以上のように，心身の不健康な，ひ弱な学生が年々増加の傾向にあり，大学保健にたずさわる私たちは，なんらかの対策や対応が必要な時代になっている。

しかし今の時代，自分の体は自分で守る，健康管理をするというその能力を学生にもたせるための教育をするということはたいへんな努力を要することである。

札幌学院大学で私たちは，入学時のガイダンスで健康教育をおこない，さらに健康調査，いちばん先に述べた入学時の身体的傾向を調査した。既往歴もこのときに調査した。4～5月に1年生全員の血圧測定，この折に健康調査内容の確認とともにスキンシップをまず保とうと努める。6月は全学生の定期検

参　考

読　賣　新　聞　5月30日（第三種郵便物認可）

大学入学・進級病む心

休学10年間に103人の半数が精神疾患

環境変化、弱い順応力「相談」倍増

大学を休学する学生の原因の約半数が，ノイローゼや心身症といった精神疾患であることが，札幌学院大保健センターと同大学校医の上谷茂樹医師の共同調査で明らかになった。また，健康相談で同センターを訪れる学生は五月に急増する傾向が出ており，上谷医師は「こうした状況は他大学でもみられるようだ。環境の変化による生活習慣の乱れや，精神的なひよわさに対する何らかの対策を，大学側も講じる必要がある」と話している。この調査結果は六月十三日，札幌市で開かれる日本フライマリ・ケア学会で報告される。

この調査は，札幌学院大の過去十年間の休学者を対象に行った。それによると，休学者は百二人に上るが，このうち五十三人，五一・五%は精神疾患が原因だった。第二位は交通事故（一六・五%）だが，精神疾患のケースが群を抜いている。同疾患五十三人の中で最も多いのは神経症，いわゆるノイローゼ。

さらに，休学から退学に移行したのは，全体の六四%に当たる六十六人おり，この約六割，三十九人が精神疾患だった。つまり，せっかく入った大学を，心の病で離れていく学生が退学者の過半数に上っていることになる。休学者を学年別でみると，一年生が四〇%にもなっている。

また，昨年度一年間に，健康相談で同保健センターを訪れた学生は百九十一人いるが，月別でみると，五月が五十四人（二八・三%）と最も多く，いわゆる“五月病”の傾向が顕著に出ていた。さらに過去五年間の健康相談件数を調べたところ，五十七年（百一件）に比べてほぼ倍増していた。

こうした状況をまとめると，心身の不健康な学生が年々増加傾向にあり，特に入学，進級などに伴う環境の変化に対応できずノイローゼに陥り，休学や退学に結びついていくという形。

上谷医師は「相談にくる学生は，勉強に身が入らない，朝起きられないなど，漠然とした不安を訴えるケースが多い。相談にこない学生の中にも，そんな不安を持つ者がかなりいるのではないか。そうした学生は精神的なひよわさを持っているようだし，住々にして異性関係やアルコールに逃避し，立ち直れないまま休学に追いつめられて行く。不健康な学生は増加しており，大学としても，精神衛生に関するカウンセリング機関を設けるなど，何らかの対策が必要な時代になっている。学会でも，若者の心の健康のあり方について問題提起をしてみたい」と話している。

≪札幌学院大調査≫学会で発表へ

診で，胸部写真は心肥大，サルコイドーシスの有無など新しい目で読影しなければならない。定期検診の受診率100%を目標に学生に呼びかけ，また，フォローもやかましく実施している。尿検査も全員に実施しているが，60年は受診率81.4%で，それ以上は人的にちょっと無理の状態である。

精神衛生に関するカウンセリングも，保健

管理センター内の一室で，心理学の教官が担当して実施しているが，学医および保健婦とは組織が異なるので，お互いの連携はちょっと欠けている。ここのところがこれから研究を要するところである。

おわりに

さて，大学保健は，医療担当者にただ任せておればよい式では困る。大学は学生を受け入れるだけではなく，受け入れた以上は健康な社会人として世に送り出す責任がある。大学はその機構をあげて“まず健康な学生づくり”に力を入れなければならない。学生たちにもっともっと積極的にアプローチをしなければならないし，アプローチのための知識，方法を考えなければならない，新しい学校保健は今それが望まれている。そのアプローチの方法論について，今日お集まりの皆さん，いかがお考えだろうか。

<付記>

第10回日本プライマリ・ケア学会，ワークショップ「心の健康」で発表。この内容は，北海道新聞および読売新聞，北海道テレビで報道され，札幌学院大学では，学生部長を中心に，学生の健康教育にいっそう力を入れることになった。

共同研究者　札幌学院大学保健婦　小山内光枝

研究と臨床

訪問看護と老人医療について

北海道新冠郡

国民健康保健病院　矢澤信明

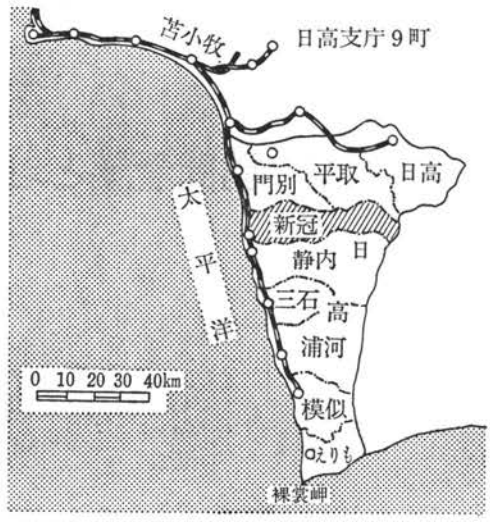
はじめに

わが国の急激な高齢社会化に伴い，老齢人口の増加，そして当然のことながら，高い罹病率をもつ老人の医療費は膨張し，国および地方自治体の保険医療費は増加の一途をたどっている。また老人の病院での病床占有率も高くなり病院の円滑な機能に支障をきたすことも少なくない。私どもは主として高齢者に多い，いわゆる，脳卒中患者および末期癌患者などのうち，自宅にての治療を希望し，かつ家族の受け入れの事情の許す者については病状固定と考えられる入院後3～6か月をひと区切りとし，できるだけ病院ケアから在宅ケアに切り換え，町内各地に散在する患者に対して，ときに毎週，または隔週1回，医師，看護婦，柔道整復師が一組となり，巡回訪問指導管理を行ってきた。このことにより，医療費の変化，在宅患者および家族がどのように受け止めているのか，過去3年間にわたっての結果を報告する。

新冠町について

私どもの住んでいる新冠町は，北海道の太平洋岸に位置し（**図1**），農林漁業の一次産業を主とした人口7,000あまりの過疎の町である。広さは本州の淡路島ほどあり，町立の私どもの病院のほか，開業医の無床診療所が一か所ある。何といっても北海道の特徴は“広さ”であり，冬は厳しく，そのため身体の不自由な老人などの通院治療は困難を伴い，老人医療費も本州などに比べて高くなるのもやむを得ない。さらに家庭の事情もあってか，いったん退院しても，老齢患者などを受け入れてくれる病院があれば，そこに再入院となる傾向が強くなり，これがさらに老人医療費を高めていくこととともなると考える。新冠町は本州の郡に相当する日高地方と称する9町からなる地域に属し（**図2**），それぞれがほぼ同じような地理的環境，産業構造をもっており，9町合わせての人口は約10万人であり，広さは和歌山県に相当するそうである（和歌山県人口110万人）。

図1



隣接町村の医療機関

	病院	診療所(有)	診療所(無)	歯科	医師数
門別町	2	4	2	4	7(4)
静内町	4	6	8	8	21(8)
新冠町	1	——	1	1	5(1)

図2

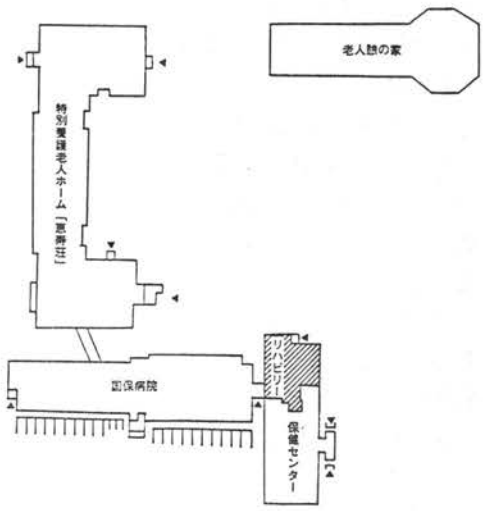


図3

国民健康保健病院について

私どもの病院について説明すると，病床数69床，内科，小児科，外科，産婦人科の4科をもち，医師4人であった。昭和56年には予防と治療の一体化をめざし，病院に併設して保健センターを造り，保健婦3人が常駐している。さらに昭和58年には，病院と廊下つづきに50床の特別養護老人ホームを建設し，治療，保健予防，福祉の一環ができあがった（図3）。

私がこの3月に院長を停年退職するまでは，病院長が町の健康管理課長を兼務し，他のすべての医師が，保健センター，特別養護老人ホームの兼務を発令されている。

在宅訪問指導，看護

冒頭にも述べたように，私どもは主として脳卒中後遺症患者および癌などの長期臥床患者に対して，本人および家族の希望と理解とあわせ，病状固定後の在宅治療方針に理解をしてもらい，在宅訪問指導を行うことにした。このことは病人が狭い病院生活から解放され，不自由な体ながらも，家庭，あるいは社会復帰の喜びを味わい，心の安定が支えられ，また家族は病人のつき添いによる労働負担が軽減され，自分の仕事に精出すことができるようになる。さらには自宅で孤独の不安

表1　1人あたりの医療費比較（日高支庁管内9町）　（単位：円）

	昭和58年度		昭和59年度		昭和60年度	
	国保	老人保健	国保	老人保健	国保	老人保健
全国	91,187	436,534	96,404	456,142	106,540	494,169
全道	110,748	630,946	116,304	654,560	129,909	718,776
新冠町	87,648	**421,918**	95,028	**436,964**	95,239	**444,851**
A町	103,895	570,857	91,483	503,371	139,010	596,643
B町	90,679	755,999	109,438	748,442	111,831	792,146
C町	93,630	692,238	97,961	753,911	108,024	789,268
D町	98,677	571,153	104,450	596,126	106,157	665,918
E町	98,995	538,436	107,065	614,501	109,577	657,267
F町	88,077	524,275	98,494	531,081	101,139	526,251
G町	89,554	658,810	107,447	745,755	124,381	875,358
F町	95,127	615,605	95,023	604,591	107,276	589,668
格差					34,000	430,000

「国民健康保険の実態」より

にかられての再入院に至ることを防ぐこととともなり，病院の長期病床占有も免がれるなど，これらの利点を考え，訪問指導，看護を始めたものである。

訪問指導看護には，初めに述べた3人のグループが町内に散在する病人宅を回るわけであるが，その距離は30㎞を超えることは珍しくない。

1人あたりの医療費

これら，訪問指導，看護を行っているうちに，次のような結果が得られたので報告する（**表1**）。

すなわち，老人1人あたりの医療費の推移，比較について，一般の国保1人あたり年間の費用は日高9町においての格差は約3万円程度であるのに比べて，老人医療費については9町の間でさえ約40万円の格差が生じている。地理的，産業構造的にほぼ同じ各町での老人医療費に，この著しい格差を生ぜしめているものはいったい何なのか。私どもの行ってきた在宅ケアだけでは，とうてい結論を導きだせるものではない。北海道内の老人医療費（年間1人あたり）の格差について昨年度の統計では，最高額111万円の町と最低額36万円の町となっており，その差額は75万円の町村格差を示している。

年々，国の医療費が高騰し，18兆円にも達しさらに上昇の傾向にあることは，今後，日本の若年者人口減と経済負担力を考えるときこれの放置は保険制度の崩解につながる危険があるとさえ言われている。

昨年の老人保険法の改正などからもうかがえるように，最近の厚生省の行政には財政優先的傾向がみられることも確かではある。医療サイドからはこれを福祉の後退と呼ぶ声も聞かれるが，両者が何とか保険制度を正しく守りぬき国民等しくよき福祉の恩恵に浴する

表2　本人および患者家族の意識調査（訪問看護対称者）（S62. 現在）

1．退院することへの不安について

非常に不安	少し不安	自信があった
6人	11人	11人

2．現在の自宅療養生活について

満　足	満足でない	病院のほうが良い
22人	1人	5人

3．退院時と退院後の病状比較について

良くなった	変わらない	悪くなった
15人	10人	3人

4．退院後の日常生活の状態

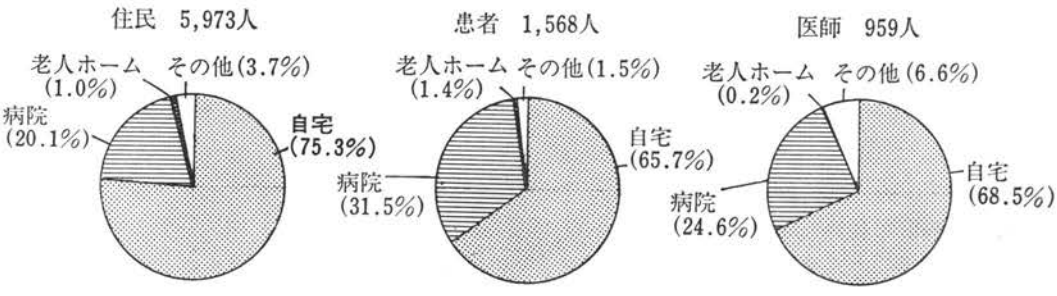
まったく寝たきり	介助要歩行可	1人で生活できる
3人	16人	9人

5．日常生活で困難と感じていることは何か

①	②	③	④	⑤
入　浴	トイレ	着換え	歩　行	食　事

6．今の訪問看護，在宅リハの方法，内容について

満　足	少し不安	不　安
25人	2人	1人



（全国・国保医学会・地域医療部会　S61年度調査）

図4　死が避けられなくなったらどの場所を選びますか

協調努力が今こそ必要かと考える。

医療費高騰の要因

病人の経済生活を含め，地域に根ざした医療，病人の家庭的背景にまで心を配る必要のあるプライマリ・ケアの成長を願いながら，医療サイド自らの立場からも，医療費高騰とその要因分析など積極的調査分析，対応が行われる必要があるのではないだろうか。

そのなかでのいろいろの要因をひろってみても，医師のもつ医療に対する考え方の相違に基づくもの，医療機関の公私にかかわるもの，地理的，気候的条件の相違，都市部とその近郊の町村，および僻地町村の条件差，地域住民の経済力に基づくもの……。

高額医療が即，乱診乱療と断定できるものでないように，また低額医療が不充分な治療の結果と断定も下し難いものである。

おわりに

長野の開業医であった父が私に与えた忠告の「病人の米ビツの中までわかるような医者にならないといけない」と言われた言葉を思いおこし，また英国の医師の「患者の人間性

を知ることは，患者の病気を知るよりも大切である」との言葉もあわせ思うものである。

最後に私どもの行ってきた訪問看護が病人および家族にとって，どのように受けとめられたかについての調査は，**表2**に示すようである。今の人々が“死の場所”をどこに求めるかの調査では**図4**のようであるのをみても，医療費の問題を抜きにしても，今後の医療のなかに在宅訪問看護の大切さを思うものである。

◉書　評◉

平山牧彦

『ウィトゲンシュタインと禅』

・黒崎　宏著
・哲学書房
・1,500円

ウィトゲンシュタインは，大富豪の息子として，ウィーンに生まれ，1951年にケンブリッジで62歳で亡くなった哲学者です。写真を見ると，ユダヤ人特有の鋭い鼻と，深い暗い眼と，用意に開こうとしない固く閉じた口が印象的です。

ウィトゲンシュタインは，はじめ航空工学を学び，プロペラの設計をし，興味が数学へ，さらに哲学へ移り，ラッセルに認められ，巨額な遺産を相続し，それをすべて人に与え，第一次大戦に従軍し，イタリアで捕虜となり，その間にそれまでの哲学を否定する彼の前期の哲学を完成し，小学校の教師になり，修道院の庭師の助手になり，ケンブリッジの哲学の教授になり，後期の哲学では自分自身の前期の哲学を否定し，自分の哲学は自分の弟子にも理解されないであろうといい，読者よ自分の哲学を理解した人は，すぐそれを投げ捨てなければいけないといい，あいついで自殺した3人の兄を持ち，つねに自殺の誘惑と戦い，終生独身で，自分に対し厳しい生活をし，苦しみぬいた一生を送り最後にすばらしい人生を送ったと，皆に伝えてほしいといって死んでいった男で，今なお，世界の哲学界に大きな影響を与え続けている。

この本では，禅の思想とウィトゲンシュタインの思想との類似について検討している。ウィトゲンシュタインと東洋思想の対比は30数年前から，特にアメリカで注目されていた。ヨーロッパ文明が世界をその多様性からつぎつぎに，段階的にあるいは論理的に解明して，その本質に迫ろうとしているのに対し，ウィトゲンシュタインは自分の本の序文で，この本の精神は，世界をその中心-本質を直接に把握，洞察しようとしている。この本の精神に友好的な人のために書かれたもので，その精神は，ヨーロッパ，アメリカ文明の巨大な流れの精神とは別のものである，といっている。つまり，彼自身，自分の哲学の異質性を自覚していた。

しかし，彼が東洋思想にふれた形跡はない。例外として，タゴールの詩は読んだようであるが。

ヨーロッパ文明の真ただなかにいて，苦しい思索を積みあげ，文献も先師もなく，たどりついたところが，われわれの知っている東洋思想にはなはだ類似していて，しかも彼はそれを知らなかったし，真の理解者にも出あえなかった。とするとこれは，地球人の中にただ1人いる異星人のSFではないか。

鏡下咽語

ホメオスターシス

東京都品川区
仙頭耳鼻咽喉科医院　仙頭哲夫

ホメオスターシスというのは日本語にすると恒常性という意味であり病気になった場合，別に治療を受けなくても平常の状態に戻そうという力が働いて病気が治っていく仕組み，つまり自然治癒力のことをいうらしい。

さて子どものアレルギー性鼻炎や頑固なせきなどの治療をしていていつも思うことがある。母子関係の歪みを調整すればよくなるのではなかろうか，風邪もひかなくなりひいてもすぐなおるようになるのではなかろうか，と。

そこで私は母親に対していう。「ガミガミいうことをやめなさい」，「できるだけ口を出さず手を出さず，距離をおき愛情をもちながら見守ってやりなさい」と。

ところが現在の社会環境では，言うはやさしく行うことは難しいらしい。

それならもう少し観点を変えて母子関係の歪み調整に挑戦してみようと考え，少しずつ試みていることがある。それは何とかして母親の表情に喜びを取り戻し，優しさを取り戻すことである。

母親のうれしそうな優しい顔を見ていれば，子どもも安心して本来の生き生きした顔つきとなり，ひいては身も心もたくましい子どもになることにはならないだろうか。

ここで最近読んだ前東京大学小児科教授の小林登博士の著者『こどもは未来である』から，第二次世界大戦のあと占領軍のイギリスの女医さんが報告したドイツの二つの孤児院の子どもたちの体重増加曲線の話を紹介しよう。

この報告によれば，子どもとみれば足をとめ抱かずにはいられない，頭をなでずにはいられないといった優しい院長さんのいるB孤児院のこどもたちのほうが，スープは音をたてて飲んではいけません，おはなはきれいにかみなさい，騒いではいけませんなどときびしい院長さんのいるA孤児院の子どもたちよりはるかに体重の増加がよかったが，さらに院長さんの配置転換が行われてB孤児院の院長さんがA孤児院に，A孤児院の院長さんがB孤児院に移ってしばらくたつと，体重増加曲線は交叉し逆転してしまったとのことである。

このことについて小林博士は院長さんの顔色をうかがいながらおびえた目つきで生活している子どもたちは睡眠のパターンが乱れ，おそらく生体リズムの失調が起こり，たとえ充分に栄養をとったとしてもよく育たなかったであろうと述べている。

そこで最近私は母親に対してアレルギー性

鼻炎や頑固なせきなどの原因としてストレスがかなり大きく関与していることを説明したうえで，子どもたちの心身のたくましさ，つまりホメオスターシスを充分に発揮させるために，「できるだけしかめっ面をしないで，優しくニコニコ顔でいてほしい」と言うようにしている。

さて話は変わるが，私が現在患者に内服薬として投与している抗生剤は研究熱心な先生方からは軽蔑されるかもしれないが，依然として薬価の低いABPCだけといってもいいくらいである。

重症患者やなおりにくい患者が少なく，あっても近くの大学病院に紹介できる小さな診療所の場合と，そうでない場合を比較して論ずることには無理があるとは思うが，私のところでもセファロスポリン系，マクロライド系，テトラサイクリン系など，置いてはいたがほとんど使用せず，大部分を有効期限ぎれで廃棄していた。

3年ぐらい前から部分的医薬分業に踏み切り，ABPC以外の抗生剤をときどき処方してみるが，ABPCに比べてそれほど効くと思ったことはないし，先入的信頼感からかむしろ他の抗生剤よりもよく効くような気がすることが多い。

したがってどの医学雑誌を読んでも抗生剤の起炎菌に対する感受性に関する論文が一つか二つ載っているが，参考にさせてもらうのはほとんどすべて局所使用の場合で，内服薬の場合はあまりない。

細菌感染症の場合でも病気の経過の良否に関していえば，抗生剤の感受性の問題もさることながらやはり患者自身のホメオスターシスの強弱の問題がそれに勝るとも劣らないぐらい重要ではないかと思うようになったのである。

そしてそのホメオスターシスを充分に発揮させるためには，患者に対してしかめっ面でなくニコニコ顔になってもらう，より満ち足りたより安らかな気分になってもらうことが大事なことではないかと強く感じるようになった。

最近早すぎる夕食時間，問題の多い食事の内容，冷たい看護婦の態度など，入院患者の置かれている環境が欧米に比べて悪すぎることからその改善の問題が取り上げられている。

外来診療にしてもアメリカでは内科は1人あたり30分，耳鼻咽喉科は1人あたり15分ぐらいかけて患者との対話を充分にしながら診療しているとのこと。また欧米の医師たちは患者が診療室に入ってきたら椅子から立ち上がり握手をしながら親しく挨拶を交わしたのち診療すると聞いている。

残念ながら患者の数が多すぎるわが国の現状ではそのようなことは不可能であろう。新患はともかく再来の場合一言も交わすことなく，医師も患者ももの足りない思いで診療が終わってしまうことが多いのではなかろうか。これでは，患者にホメオスターシスを充分に発揮してもらうことはできないであろう。

耳管カタルでこれ以上よくなる見込みがないことは本人もよく承知しながら，2年あまりのあいだ月に数回通院していた患者があるとき述懐した次の言葉が忘れられない。

それは私が例によって「具合どうですか」と聞いたところ，「私は先生の“具合どうですか”という言葉に惹かれて通院しているのです。前に通っていた耳鼻咽喉科では，それすら言ってくれなかったのです」と。

誤解のないように申し上げておきたいが，私の場合ほとんどすべての患者に対して「具合どうですか」とか「変わったことはありませんか」と声をかけているのは，恥ずかしな

がら患者の数が非常に少なく対話を交わす時間的余裕が充分にあるからであり，その患者が前に通っていた耳鼻咽喉科ではおそらく患者の数が多すぎて対話を交わすひまがなかったのではなかろうか。

私自身開業以来30年近いあいだ流行り医者になりたいと思いながらどうしてもなれなかった，いわば耳鼻咽喉科医の落ちこぼれを自認しているものであるが，最近では患者との充分な対話の有無が耳鼻咽喉科の病気の治療の場合でも重要になると思うようになり，必ずしも流行り医者でなくてもよかったと慰められるようになった。

ただ患者の数の少ない私の場合でさえ対話の時間が充分あるとはいえず，機関銃のような早口でしかも詰問するような態度で，患者にいろいろと質問をあびせている姿をあとから思い出しながら，なぜもっと優しくゆっくりと話してあげなかったかといつも後悔しているありさまである。

ここで時間は少なくても密度の濃い患者との対話をもつ一つの方法として私の行っていることを紹介したい。

同じようなことをやっておられる方も多いのではないかと思うが，カルテの裏の保険点数記載欄に，その日患者がとくに強く訴えた症状あるいは特別変わった症状があればそれを小さく鉛筆書きし，翌日または次の来院時にまっ先にその症状はどうなったか聞いてあげることである。

健康保険の規約（？）によりその日その日の変わった症状についてはカルテの表の症状記載欄にペンで記載するようにと再三教えられた記憶がある。しかし再来の場合カルテの表よりも裏を見る確率が高いし，耳がかゆい，のどがいがらっぽいなど，不定愁訴まがいの種々さまざまの症状を一つ一つ表にペン書きするのは無理でもあり，あまり役にたたないことではなかろうか。

いずれにしても，患者に対して訴えたいことを充分に受けとめ，あなたのことを親身になって考えているという態度を示すことが患者のホメオスターシスに対して強い援助になるのではなかろうか。

最近になって老人の患者が増え，疾患というよりも老化現象であり，治療の対象にはなりにくい種々の症状を訴えてくる場合が多くなっている。そしてわれわれ医師も含めて，健やかに老後を過ごすためにはどうすればよいかということが大きな話題になっているが，老化現象に伴ういろいろの症状をできるだけなくすためにも，健やかな老後を過ごすためにもホメオスターシスの論理，つまりいかにしてしかめっ面でなくニコニコ顔で満ち足りた安らかな気持ちを持ち続けるかということが，とても大事なことのように思う。

それともう一つ，芸術家や学者など理想を求めて一つのことに没頭できる人はさておいて，一般のわれわれ凡人が健やかな老後を過ごすためには，誰かのために自分が役だっているという意識を持てるような生活をするか，誰かほかの人，あるいは特定の動物や植物に対して心からの愛情を注ぎ，感謝の気持ちを失わないという生活をすることが必要ではなかろうか。

ここらでモノ，カネ時代に突っ走ってしまった社会環境にブレーキをかけ，優しい心を持つ人びとが次第に増えてくることに期待するとともに，私自身もこれまでの横柄な高慢な診療態度を反省し，患者と眼線を同じくしてできるだけ訴えを聞く姿勢を持ち続けたいと思っている。

耳鼻咽喉科　第58巻第5号（1986年5月20日発行），医学書院より転載

でい・えぬ・えい

カルチャーショック

東京都江戸川区　神保勝一

古いお話しで恐縮ですが，サンフランシスコに，世界で初めて，トップレスバーができたというニュースが日本に伝えられました。たまたま，シスコを通る機会に恵まれ，日の落ちるのを待ちかねて，そのバーへ行ってみました。店内はうす暗くてよく見えません。手を引かれて，ソファーに腰を下ろしてはみたものの，闇夜の烏。頭の上から，“May I help you？”“Just moment, I can not see you”フンフンといって，去って行く足音のみ。暗順応で少し見えるようになって，見わたしたら，客は私1人。数人のホステスが全員でこっちを見ているではありませんか。しかも，トップレスどころじゃない。前部レスで！渡米第一夜のカルチャーショックでした。だから，高玉先生，最前列でも，私は驚かなかったのです。10年以上も前に一度ショックになっていたのです。

一昨年，昨年と私は再びアメリカに行く機会があり，何か所かの病院を見学してまいりました。ことに内視鏡検査の実態を見せてほしいと希望しました。どの病院へ行っても，あるファイバーは，オリンパス。検査手技は初心者かと思ったほどでした。しかも，オリンパスをアメリカ製と思っているドクターのいたのにはびっくりしました。消化管検査，その診断と手技は日本が一番だと思いました。再び，カルチャーショック。でも今度は逆の意味の。

出　発

東京都新宿区　新山　栄

昨年8月アメリカ，カナダの西海岸，いうならば西の入口への旅行をした。

そもそものきっかけは大学2年先輩の大田区の矢田先生のおすすめによる。先生には今までも海外旅行をたびたびお誘いいただきながらお断りばかりしていた手前，今度は清水の舞台から飛びおりる思いでまいりますとお返事したところ，さっそく銀座のデパートへ連れて行ってくださり，鞄はこれ，靴はこれ，洋服はこれとこれと，とてっとり早く指示，さすが海外旅行十数回のベテラン。やがて馬子にも衣装，いちおう海外旅行者らしい支度ができあがった。

さて，当日は乗り遅れては大変と早々と新宿よりリムジンバスで成田南ウイングAゲートへ。やはり早く来すぎて同行の方々はどなたもお見えになっていない。待ち合わせのための部屋がとってあるとのこと，なんとVIPルーム？　有名人などが帰国のときコメントとかをするところか，そこでさっそく夫婦して写真の撮り合い，VIP気分を満喫。ただしカメラの一つは故障のため記念撮影は1/2。

添乗員はベテランのS君。高齢者（当人たちはいずれも若人のつもりながら）体に無理してはとファーストクラスとまではいかないが，いちおうエグゼクティブクラス。

乗ってしばらくしてベルトをはずすと何やらアルコール分の入ったお飲物。続いて国内便ではついぞお目にかからないようなお食事が出る。しかも美人のスチュワーデスが下にもおかぬようなサービスでおせわしてくださる。やはり乗るなら外国行きに限る。

時差ボケ防止によいというので乗る前から早々と時計をロサンゼルスの時間にしたので時間の見当がつかない。しばらくたってたぶん真夜中だろう窓のカーテンを少し明けて外を見て驚いた。大きな山が見える。こんな大平洋で山が見えるなんてアラスカの山々か，

はたまたハワイの火山か，と見ると八合目あたりでピカピカと灯が点滅。よく見たら自分の乗っている飛行機の翼だ。人に話さなくてよかった，物笑いのたねだ。

やがて夜も明け米大陸が見えてくる。スケールの大きいの何の，井の中の蛙，降りる前からびっくり仰天。

空港についてまたびっくり。広々とした飛行場にはポツンポツンと飛行機があるだけで，人の姿はほとんど見あたらない。飛行機から降りて税関までの通路は東京の一流ホテルのロビーなみ，しかも今の飛行機からおりた人以外は誰もいない感じ。

税関では昔中学で習った英語を役にたてるのはこのときとはりきったが使った言葉はイエスの一語だけ。英語の先生が聞いたらさぞ嘆くことだろう。やっとスーツケースも通関しアメリカ大陸への第一歩を歩みだした。

相互学習

岡山県岡山市　**乾　英明**

初春の1月29日，岡山市医師会の生涯教育のメニューに，開業医の相互学習の場が誕生することになりました。昭和61年6月，永井友二郎先生や菊地博先生などのご努力により，日医の生涯教育のガイドラインが発表され，その試行が始まりました。当初は，日ごろよく勉強されている先生方から，何をいまさらというご意見が多かったようにお見受け致しました。私は，この制度化に伴い，開業医の生涯教育の場が，日陰から，やっと日の当たる場になりつつあるという確かな感触を得，同時に未来への希望と新鮮な喜びを素直に感じました。

一部の良医の輩出より，この制度に全国の開業医の先生方が参加されることによって得られるマスとしてのレベルアップが，国民の医療にとって，より大きなプラスになるのではないかと考えました。私は，昭和61年4月より，岡山市医師会の生涯教育を担当しておりますが，当初より，実地医家のための会で実践されておられる会員の相互学習の場を，岡山の地でも，ぜひ設定したいと願ってまいりました。その試みが，新春の岡山市医師会生涯教育委員会主催のシンポジウムで実現するはこびになりました。開業医の相互学習をテーマに，内科医会，岡山市医師会消化器疾患研究会，市医生涯教育委員会，岡山赤十字病院開放病床運営委員会の中から，それぞれ講師の推薦を依頼しました。テーマの内容は自由ですが，開業医の医療の現場から発表していただきたい，とお願いしました。

各講師の方々には，この企画に賛同いただき，一生懸命取り組んでくださっています。内科医会からは，前県医師会副会長の藤原先生が，永年の家庭医のご経験より“誤診のおしえ”，消化器疾患研究会からは，平田先生が“開業医の消化器疾患10年間の経験”，生涯教育委員会からは，笠井先生が“医療とニューメディア”，開放病床からは，町田先生が日赤開放病床スタッフ，登録医，開放病床入院患者などのアンケートを参考に“岡山市医師会の病診連携の今後とその問題点”，を発表される予定です。発表後，演者とフロアの間で，ディスカッションすることになっております。内容はそれぞれ自由に選択していただきましたが，はからずも，家庭医のあり方，開業医の専門性，ニューメディアの医療への運用，病診連携の今後と，実地医家にとっては時宜を得たテーマがそろいました。

この「でい・えぬ・えい」が出るころには，本シンポジウムも終わっていますが，これを契機に会員の相互学習の場を，岡山市医師会の生涯教育の中で継続させていきたいと考えています。実地医家のための会がまいた種が，各地で花開きつつありますが，岡山の地

でも，この相互学習をぜひ大事に育てていこうと思っております。

昭和38年，永井先生の呼びかけで作られた本会は，病人中心，人間中心の医学医療を開発し，自由と主体性と自主性を大切にする開業医の生涯教育をめざし，今日大きな成果をあげておられますが，私どもの相互学習も，その理念に基づいた学習でなければならないと考えております。また，その理念にそった生涯教育が全国で花開けば，日本の開業医は，真に国民の信を得られるのではないでしょうか。

私のささやかな医学的小宇宙

島根県安来市　**渡部正三郎**

宇宙の姿を私たちの心の中に描き出したものを仮に「小宇宙」と唱え，小宇宙が正確に大宇宙の姿と一致すれば，私どもは何事もうまくやってのけることができましょう。医師たちの診断も疾患を正しくつかめて，適切な対応ができるに違いないでしょう。

昔から，臨床医は，すぐれた医学的小宇宙を，その頭脳の中につくりあげようと努力をしているとも言えましょう。疾病の診断は，医師自身の多忙や疲労による見おとしに，独断や偏見が加わりますと，誤りを犯すことになります。過ちを防ぐ何かよい方法はないものかとかねてより考えていましたが，20年ほど前に，ふとしたことから，パンチカードを利用すれば，あるいはうまくいくかもしれないと思いつき，少しずつ作業を続けてまいりました。

一疾患に1枚のパンチカードを用意し，カードのパンチ欄に，全カード共通の症状や検

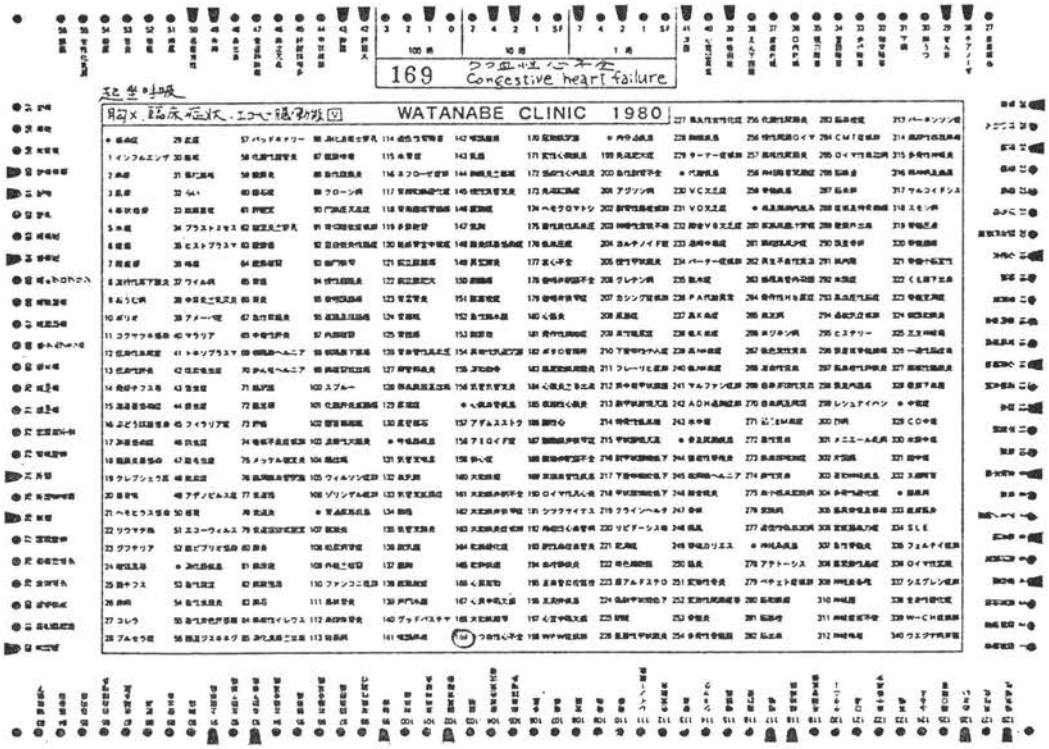


図　カード表面（実物はＡ４サイズ）

査項目を印刷します。カードの表に疾患名を書き，その疾患が現す徴候と検査成績を該当欄のパンチ孔にカットを入れ切り取ります。カードの使用法は，一群のカードをそろえ，患者の症状と行った検査陽性に一致するパンチ孔に，ホールソーターと称する金属棒を入れてカードを持ち上げ軽く振れば，切り取りカットの全部が一致したカードだけが落下します。1枚落ちればその物ズバリが病名。2枚落ちればどちらかに答えがあることになります。

原理は単純でありますが，疾患名をどれだけにするか，症状や検査は何を選ぶかが問題で，おおよその見当をつけるのに数年を要しました。ところが，そうしているうちに，英国の医師グループが，ロゴスコープなる物を造りました。症状を示す82本の棒に横向きの縞模様の線があり，症状に該当する棒をケースに入れると，横縞の線が全部そろったところにめざす疾患名が書かれているという仕かけであります。症状の棒を探し出すのがめんどうなことと，ケースには8本しか棒が入らないことなどが実用上不便であります。

誰かが新しいことを考えると，どこかで同じようなことを企てていることがときどきあり，感心したり親近感をもったりするものであります。疾患群336と症状検査群82をそっくり拝借したことで，カード作成上の自信を強くし，さっそくA4サイズの大型パンチカードを印刷させ作業を開始しました。

ところが，ほどなく日本で，マイコン利用のカセビューが発売され，症状検査182，病名340で，考え方はロゴスコープと同様。ただしたくさんの症状が入力できるうえに，スピーディーであります。しかし，使用者の能力にもよりましょうが，あまりにもたくさんの診断名が現れて，まったくお手あげとなることしばしば。

そこで我田引水となりますが，パンチカードは，たくさんのカードが落ちても怯むことはありません。各カード間のパンチの差を調べ，もう一度その症状の有無を検し，未検査事項を追加すれば，カード枚数は減少し，次第に目標に近ずくこととなります。一群のカードの網に獲物を捕えているという実感があります。カセビューの項目が日本の現実によく適応しているので，病名と症状検査項目をそのまま拝借してカードを作り直しました。

診療にくたびれた後の作業でなかなかはかどらず，ぐずぐずしている間に痘瘡が消滅しました。あとがまに「エイズ」を入れるつもりです。

パンチの差を示してくれるコンピュータソフトを作ればさらによいけれど，その時間と自信がなく，完成日と余命とどちらがどうかわからないまま，パチンパチンとパンチを入れては，カードの裏に疾患の特徴や診療方針を書き込んでいます。この一般診断についてのカードが完成したら，次からは，部分的な方面のささやかな，医学的小宇宙を手がけていきたいと思っています。

専門医とは何か？

千葉県習志野市　**久利波良子**

最近，専門医，専門医とかまびすしくいわれる医学界の現象はどんなものでしょうか。

他の社会集団でもそうでしょうけど，仲間が多くなると，自分だけをひきたたせるようにいろいろと細工をする人がかならずいますよね。他はいざ知らず，知性と教養のあふれるばかりのお医者様の世界でも，こうした人間の習性は同じという感じ。

昔は，医学博士だったけど，今は専門医がいいんですって。これも時の流れでしょうか。時の流れに身をまかせて，たくさんの専門医の称号をとる人もでてくるのではないか

しら。

内科の専門医に，リューマチの専門医に循環器の専門医なんて，3つも4つもとる人もいるわよ，きっと。これじゃまるで勲章みたい。でもいいのかな，人よりもよりめだてばいいのですからね。

それにしても，専門医を乱発する学会も学会よね。わずかの条件を満たせば，すぐに専門医の称号を与えてしまったり，別々の学会が，同じような称号をおくったりして。

学会員になれば，専門医になれるなんてことにもなるのじゃないかしら。

こうなれば，専門医がふえて，学会は経済的にうるおうかもしれないけど，専門医の数がふえれば，そんなにありがたくなくなっちゃうのじゃないかしらね。けっきょくは，医学博士号と同じ宿命をたどってしまうわよね。元の木阿弥になってしまうわけね。そのあとは，どうするのかしらね。

なんか，専門医の称号も，お茶やお花の免許と同じっていう感じ。

命あずけるお医者様なんだから，やっぱり信頼のおける技術と知識をもっていなければ，社会的に信用されないわよね。

社会的に信用されればされるほど，専門医の輝きもますます増すように思われるけどね。

それには厳しい修練が必要だと思うのよね。また科挙の制のような厳しい試験もやむおえないと思うのよね。

人よりめだとうとしたら，それくらいの厳しさは当然じゃないかしら。

そこへいくと，私たち，町医者は，いいわよね。紙に書かれた称号ではなくて，かかりつけになってくださっている患者さんの評価が勲章なんだからね。

だから，もっと患者さんを大切にしなくちゃならないわよね。

患者さんは，専門医の称号より，先生の心を頼ってくるわけだからね。

専門医，みんながとるから，米になる。

編集後記

昨年4月から生涯教育が制度化され，研修記録を自主申告することになり，現在地区医師会で集まった申告書を都道府県でとりまとめており，秋には日本医師会から生涯教育の成果が発表されよう。それに伴い各学会で行われている認定医の審査との絡みで，学会での研究発表が必要となり誌上発表が増えつつある。生涯研修の手段としてそれはまことにけっこうなことである。しかし論文の投稿が増えてくると，とくに枚数の非常に多い原稿では本誌の場合，編集が当初予算で決定されている関係上，投稿されたものを全文掲載することが難しくなってくる。最近までは100ページ前後で編集できたのが，昨今は130余ページと大幅に増え，それに伴う郵送料のアップも考えねばならない。そのため4月の世話人会で別紙のような投稿規定を作らざるを得なくなったのである。本会の機関誌である以上できるだけ多くの先生方に研究発表，その他の投稿をいただきたいと願うからにほかならない。投稿された原稿が半年以上先に掲載ということでは申しわけないと思うからである。

第275回の例会では，日常診療で得られた貴重な体験や考えを11人の先生が発表され，翌2月例会では，医師であり法律家でもある加藤先生に両者の立場からみた法律の知識を解説していただいた。いずれも実地医家に必要なことであり，また診療録の重要性を強調したコメントも加えられた。

できるだけ多くの先生方に発表していただくため，やむをえず原稿枚数の制限をしたものであり諸先生方の温いご協力と深いご理解を願うや切である。

（近藤記）

人間の医学　Vol. 24　No. 1（通巻134号）

1988年5月10日　発行

発行人　安田勇治
編集人　川久保　亮
〒181 三鷹市上連雀6-29-11
TEL（0422）44-0301
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)575-0181(代)
製作・印刷　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。