平成3年11月10日発行 ISSN 0385 924X

人間の医学

'91.11
155
Vol.27 No.4

実地医家のための会

私の意見

佐藤　龍男

気付かぬ環境破壊

先日のNHKの午前7時のTVニュースで，北海道の上空のオゾンがやや減少してきたと報じられた。とうとう我が国にも影響がではじめてきた。世の中が便利になるにつれ公害問題が急増してきた。年々深刻になりつつあるのは国内では『ごみ問題』だが，グローバルな立場からCo_2による地球の温暖化と，フロンガスの増加によるオゾン層の破壊である。

平成2年7月2日の朝日新聞連載の“地球再生への連帯”の中で『地上で放出されたフロンは，約10年かかって成層圏にまで到達してオゾンの破壊を始める。成層圏に達したフロンは分解して塩素を放出，これが連鎖反応でオゾンを壊していく。人間の手によるオゾン層の破壊が始まる以前には，成層圏の塩素の濃度は0.6pppだった。南極でオゾン・ホールが発見された時は，塩素濃度が2 ppp前後まで上昇していた。それが現在では各地で3 pppを越え始めている。オゾン層の減少はもう南極に限らない。世界気象機関(WMO)のデータによると，日本もすっぽり入る北半球の北緯30度から64度の一帯でも，過去20年間に平均して正常値の4％も薄くなっているのをはじめ，全地球的にオゾン層が減る“異変”が起きているのだ。英国やオーストラリアの科学者グループは，この塩素が下がってオゾン層が正常に戻るのは60～80年位と見ている。その間，地上に降り注ぐ紫外線が増え続ける。すでにオゾン・パニックがオーストラリアでは起きている。オーストラリアでは皮膚癌は全癌の患者の1/3を占めて国民病といわれるまで急増している。』と書かれている。

太古の時代から日光のもとに生命現象が営まれ，生物が進化してきた。日光浴を健康法の一つと教えられてきたが，考えを新たにしなければならぬ時がきた。素肌に長時間直射日光を浴びる事は危険である。われわれ自身も環境破壊の手助けをせぬよう心掛けねばならない。※（1 pppは十億分の一の単位）

さとう　たつお　（川崎市　佐藤クリニック）

目　　次

♣私の意見 ……佐藤　竜男…1

◇第313回「実地医家のための会」7月(前橋)例会

・老年期痴呆

1．家庭医のみる老年期痴呆の診療 ……松村　幸司…7

2．今なぜ老人問題か ……後藤　忠夫…12

3．老人保健施設での看護の経験から ……小林　まさ…23

4．痴呆性疾患についての最近の進歩 ……岡本　幸市…29

自由交見 ……34

★座談会

脳　死（II） ……36

■研究と臨床

McCune-Albright症侯群の小児 ……浦田　久…45

第一線診療機関でみた職業性喘息

イチゴハウス栽培業者にみられたイチゴ花粉喘息の一例 ……高本　公…50

●随想
南方熊楠に関する評論と小説……浦田　久…54
新橋だより
前編集長のおねがい……川久保　亮…57

●でい・えぬ・えい
・遺伝子と人……瓜谷　重敏…58
・医療費半減作戦の一つのこころみ……渡辺　武…58

・世話人会報告……60
・「実地医家のための会」会員異動……62
・投稿規定……63

★あんな本・こんな本
・私は肝移植で救われた……浦田　久…33

表紙デザイン　木村協子／写真提供　佐藤安正

老年期痴呆

1．家庭医のみる老年期痴呆の診療……松村幸司

2．今なぜ老人問題か……後藤忠夫

3．老人保健施設での看護の経験から……小林まさ

4．痴呆性疾患についての最近の進歩……岡本幸市

自由交見

日時：平成3年7月14日（日）
場所：前橋医療センター3階研修室
司会：得津雄司，早川真一
記録：高玉真光，早川真一

1. 家庭医のみる老年期痴呆の診療

松 村 幸 司

はじめに

現在，開業している家庭医の殆どは学生時代に痴呆の講義を受けたことはない。そこで始めに痴呆についてのまとめをして，ついで痴呆をもつ老人に日常接して得たいろいろな知恵を診断・家族ケア・治療に整理して話をすすめていきたい。

1. 痴呆の定義

痴呆とは一旦獲得された知能が脳の器質的障害により低下または喪失することである。

知能とは新しい課題や状況に対して自発的に取り組み，自己にとって適切な解決や対応をとり，またはそれを継続する知的能力である。知識は知能と異なり，知識が豊富だからといって必ずしも知能がよいとはいえない。知能を発揮するための前提条件としては，言語機能・記銘力・判断力・集中力・持続力などがある。

また，器質的障害としては血管障害，中枢神経系の萎縮・変性，炎症，腫瘍，外傷などがあり，器質的障害がないうつ病，分裂病，ヒステリー，詐病，自閉症などとは区別しなければならない。さらに，病的な痴呆と加齢による生理的な知的衰退（いわゆるボケ）とも区別すべきであるが，これを明確に鑑別することは困難な場合が多い。

いずれにしても，もの忘れの程度や物覚えの悪さなどの記憶力だけで痴呆を診断するのは誤り（これは健忘症候群で痴呆ではない）で，もっと生活史を含めて全人的・総合的に観察して判断することが大切である。

表1 痴呆の診断基準

(厚生省痴呆疾患対策調査研究班 1989)

A. 記憶障害が認められる。
特に短期記憶障害が著明である。痴呆が進行すると長期記憶障害も明瞭になる。

B. 次のうち少なくともひとつがある。
(1) 抽象思考の障害
(2) 判断の障害
(3) その他の高次大脳皮質機能障害
(4) 性格変化

C. AおよびBの障害により，明らかに職業・日常社会生活・対人関係に支障を来している。

D. A，BおよびCの状態が意識障害のないときに認められる。

E. 病歴・身体所見・臨床検査所見から痴呆の原因となる器質性因子の存在が証明（あるいは高い確度で推測）される。

2. 痴呆の診断基準

アメリカの精神医学会が発表した「精神障害診断統計便覧第3版改訂版」DSM－III－Rの痴呆についての診断基準がひろく受け入れ

まつむら こうじ
東京都 松村医院

られているが，その訳文は言い回しが硬く，日本語として理解しにくいので，厚生省痴呆疾患対策調査研究班がDSM－III－Rに基づいて作成した診断基準を**表1**に掲げた。

Aの項目の記憶障害はいわゆる「ド忘れ」のような部分的な物忘れではなく，体験の全体を忘れ，しかも忘れたことを自覚していないものである。短期記憶障害とは新しいことや日常生活の中での出来事を覚えられないことであり，長期記憶障害は以前覚えたことや昔のできごとも思いだせないことで，重症になると名前，生年月日，親族の関係などの基本的な個人情報も失われてしまう。記憶には記銘・保持・再生・再認という過程があるが，この過程の一部または全部が障害されているのが記憶障害の本質である。

Bの項目は人間関係を阻害する因子といえるが，これを確認することが痴呆の診断の重要なポイントである。

(1) 抽象思考の障害とは単語の意味を取り違えたり，花や動物など同じカテゴリーに属するものを選びだしたり整理することができなくなる。 (2) 判断の障害では慣れた仕事，家事，金銭の取り扱い，対人関係の処理ができなくなる。 (3) 失語・失行・失認などの高次皮質機能の障害を認める。 (4) 病前性格の変化があり，性格の尖鋭化や性格の弛緩が出現する。これらの四項目のいずれかひとつ以上を伴い，これらにより協調性を失い，対人関係に支障を来していることが痴呆の大きな特徴である。従って決して記憶障害だけで痴呆を診断してはならない。

3. 痴呆のスクリーニング

前記の厚生省の研究班では同時に痴呆のスクリーニング基準を発表した。これを**表2**に掲げる。これによっても痴呆の診断は全人的な観察が必要であることがわかる。近年，長谷川式簡易知能評価スケールなどの質問紙法を痴呆の重症度や経過観察に使用している論文が多いが，これらはあくまでもスクリーニングのひとつの項目に過ぎず，年齢補正がないこと，病前の知的レベルを考慮していないこと，練習効果があること，頑固で非協力的な老人では得点が低くでることなどによって，これらのスケールの評価点のみで痴呆と診断し，重症度を判断し，経過を観察することはできない。

表2 痴呆のスクリーニング

(厚生省研究班 1989)

つぎのA～Dが満たされるとき，痴呆である可能性が高い。ただし非器質性疾患（うつ病など）および意識障害（譫妄など）との鑑別が必要である。

A．記憶力低下がある。
B．思考力および判断力の低下がある。
C．AおよびBのため，明らかに日常生活や職業に支障を来している。
D．次のうち少なくともひとつがある。
(1) 長谷川式簡易知能評価スケールで22点以下。
(2) 国立精研式痴呆スクリーニングテストで15点以下。
(3) Mini－Mental Stateで20点以下。
(4) N式精神機能検査で79点以下。

4. 老人の精神病理的状態像

老人はさまざまな精神病理的な状態像を呈する。このため家庭医が取り扱う在宅ケアにおいて，家族内葛藤などいろいろな困難を引き起こす。その原因を適切に判断して家族とくにキー・パーソンを支えなければならない。その主な状態像を**表3**に掲げた。

適応困難によるもの(随伴または周辺症状)では，家族は老人に受容的に接するように努めることでより大きな困難を回避できる可能性が高い。

知的機能の低下によるものにはさりげなく援助をすることによって問題をより大きくしないですむことがある。

表3　老人の精神病理的状態像

1．適応困難によるもの（神経症群）
　心気・不安・不平・不満・短気・頑固・強情・多弁・でしゃばり・すねる・不信・狭量・曲解・邪推・易怒・ひがみ・いじわる・孤独・悲嘆・愚痴・抑うつ・無気力など。
2．知的機能の低下によるもの（生理的なボケ）
　集中力の低下・記銘力の低下・判断力の低下・決断力の低下など
3．脳の器質的な障害によるもの（痴呆群）
　見当識の異常・言語の異常・感情の異常・知覚の異常（幻覚）・思考の異常（妄想）・行動の異常・人格の異常など。

器質的な障害（中核症状）によるものには上記のケアの他に対症的に薬物を使用せざるを得ない。

5．老年期痴呆の病期

1.初期（健忘期）

記憶障害が前面に目立ち，思考障害や判断の障害などは上手に取り繕っている。追究するとあいまいな理屈づけをして破綻を見せるが，当人はケロッとしている。家族が気付いて行動を制限すると上記の適応障害を容易におこす。まだら痴呆（ふるい状健忘）といわれるものもこの時期に見られる。

2.中期（混乱期）

現実の状況と思いこみの状況との調和がとれず，問題の解決が不能となり，激しい混乱のため，パニックとなる。徘回や夜間譫妄などの問題行動はこの時期におこる。しかし，この時期でも家族の適切なケアでかなり穏やかな生活が可能である。

3.末期（人格崩壊期）

病前の人格が全く失われ，人間としての品位を保てなくなる。徘回，譫妄などの中期におこりはじめた症状が一層激しくなり，さらに不穏，幻覚，不潔行為などが加わり，家族

表4　家族が抱える困難

1．痴呆老人を理解する困難
　痴呆の症状が時により人により違うので理解できない。
　痴呆を認めたくないという気持が強い。
　病気としてあるいは障害として見られない。
2．痴呆老人に対応する困難
　認識の誤りを正そうと老人の考えを否定して争いになる。
　問題行動を是正しようとして説得，叱責して興奮させる。
　きれいごとではすまされない情けなさでつい冷たく扱う。
3．在宅ケアを実施する困難
　介護者の大部分が中年の女性で，家族全員の協力が少ない。
　嫁と小姑（実の娘）との間に緊張が生じやすい。
　事態はますます悪くなる一方で，明るい見通しがない。

ケアだけでは対応できなくなる。予後は悪く，在宅では年余にわたることは稀で，全身状態が徐々に悪化して，最期は家族に見守られながら眠るように静かで穏やかな死を迎える。

一方，入院しているといわゆるマカロニ症候群の状態にされて，早期に個性を失い，家族の接触も乏しく淋しい最期になりやすい。

痴呆の重症度についてはDSM－Ⅲ－Rでは次のように規定している。

1.軽症：仕事や社会的活動は明らかに障害されているが，独立して生活する能力は残っており，十分に身の回りの始末をし，判断も比較的損なわれない。

2.中等症：独立して生活することは危険で，かなりの程度，監督が必要である。

3.重症：日常生活の活動性は非常に障害されており，絶えず監督が必要である。

6．家族ケアの指導と医師の役割

家庭医は痴呆をもった老人だけを診るわけにはいかない。家族に対する指導もそれ以上に重要である。家庭医は家族を精神的に支えながら，行政などによる社会的支援を利用して在宅ケアを組織する役割を担う。老年期痴

表 5　痴呆の老人に接する原則

1. 個性を認め，受け入れる。
2. 若い者の考えを押しつけない。
3. 情緒の安定を図る。
4. 叱らない。
5. プライドを傷つけない。
6. 心の交流を心がける。

呆をもつ老人を抱える家族は末期癌の患者をもつ家族とは共通の点もあるが，特有の悩みをもっている。もちろん，家族構成や家族の考え方，今までの老人の家族とのかかわり方，老人の人生などによりさまざまであるが，**表 4** に掲げたようにまとめられる。

これらを家庭医は家族に説明して理解を深め，適切に対応することを指導したり，利用できる自治体などによる支援システムの情報を提供する。また，親族間のトラブルを未然に防いだり，解決させることも大切な仕事である。痴呆の診療には医師はなにもすることがないというのは誤りで，家庭医がしなければならないことは極めて多い。その上，身体的診療にも臨床全科の知識が不可欠である。

7．痴呆をもつ老人への接し方の原則

表 5 にまとめた。家族にはこれを繰り返し指導する。はじめ家族は「とてもできない」という。しかし，これを実行するとむしろお世話がやりやすくなり，介護者が精神的に楽になり，老人との小競りあいがなくなり，老人も落ち着くということを体験する。これを壁に掲げていた家族もあった。こうして，ひとつひとつ困難を解決していくのは家庭医にとってやり甲斐のある仕事である。

8．痴呆の薬物療法

対症療法しかない疾患の治療はケアがもっとも大切である。十分なケアをしないで薬物を漫然と使用したり，標的とする症状を把握せずに漠然と投与してはならない。痴呆についてもこのことを厳守し，薬物は止むを得ず使用するという態度が望ましい。

1.中核症状（痴呆，人格変化）に対する薬物はない。ケアがすべてである。

2.周辺（随伴）症状に対する薬物

脳循環改善薬，脳代謝賦活薬といわれるものである。そのほとんどが「脳血管障害後遺症による意欲低下，情緒障害の改善」を効能・効果としている。しかし，これは文献で報告されているほどでなく，極めて不満足である。やはり，ケアの重要性は変わらない。

3.器質性精神症状に対する薬物

抗精神病薬を使用するが，副作用（過度の鎮静・錐体外路症状など）が出やすく使いにくい。

譫妄を伴う場合はチアプリド（グラマリール）を試みる。夜間譫妄にはこの他にハロペリドール（ヒルナミンなど）を少量眠前に加えることもある。これは家族の疲労困憊のために止むなく使用することがあるが，よく説明して短期間に留める。

妄想を伴うものにはやはりハロペリドール（セレネース）やチオリダジン（メレリル）を少量投与する。

老人は焦燥感を伴う抑うつ状態になりやすい。その場合はシサプリド（ドグマチール）やミアンセリン（テトラミド）を処方する。痴呆の老人でも自殺の危険があることを留意すべきである。

9．まとめ

糖尿病性老人や高血圧性老人という言葉がないように痴呆性老人という言葉使いは誤りである。この言葉には人権にかかわる偏見の匂いがする。私たちが目にしているのは，痴呆という障害（機能および能力の障害）とそれがもたらす困難(家庭的および社会的不利)

のために物理的にも心理的にもうまく適応できなくて困惑しきっている老人なのである。このような障害をもつ人に対して，そのQOLを考慮しつつ，家族を含めケアの態勢を組織し，障害がもたらす種々の困難を軽減するよう実践することが家庭医による老年期痴呆の診療である。これはまた，35万人と推定される精神遅滞者，60万人と推定される精神障害者，250万人と推定される身体障害者の医療や福祉の増進にも発展させなければならないと考えている。老年期痴呆はこれらのすべての対策を含んでいるものである。

そして，末期癌などのターミナルケアに注ぐのと同様に老年期痴呆にも十分な配慮を注ぎ，相互に得た知識をともに結び付ける総合的なケアを組織する時が来ていると思う。

2. 今なぜ老人問題か

後 藤 忠 夫

はじめに

6月1日の朝日新聞・天声人語に，作曲家古賀政男氏の生地である福岡県の大川市で，市役所の庁舎内に古賀メロディを流すのを最近止めたとある。それは職員特に若い職員の受けがよくない。古すぎるというのである。そして古典や軽音楽を流すようになった。それは仕事の場の空気にそぐわないか，若い人の感覚に合わないか，時代が移り，生活の様式や速度が変ったための拒否反応かとあり，この点について，時代が変わり，人々の考え方や感じ方に変化が生まれると，かつて拍手を送った作品を古いと思う人が出てくる。歌や物語りの場合はそれがわかりやすい。気がつきにくいのは，人々の生活がよって立つ社会の構造や制度だとある。

私はこれを読んで，私の考えていたことの一部がここにあると感じた。それは現在老人問題といわれているものを，私達の社会の構造や制度の変化の中で，いいかえれば，文化の変化の中で見直す必要があるのではないかと考えていたからである。

現在いわれている老人問題は，高齢化社会危機論によっている。わが国の人口が急速に高齢化への構造を示したことは否定できない。また最近の出生率の低下が更にこの問題に拍車をかけている。しかし，現在老人問題がこの視点を中心において議論されていることに私は疑問を感じる。現在の老人問題は，私達の文化が老人を排除するようにしくまれている所に問題があるように思われる。

「老」とは

母親にとって子供の成長はかぎりない祈りである。子供が生まれると，出生時体重が示され，以後6ヶ月，1年と，身長は体重はと母親は一喜一憂し，更に乳幼児の行動の発達が標準化され，知的能力の発達と対比しつつ示されるために，より母親達は真剣に自分の子供と標準化されたものとくらべる。即ち子供は生まれた時から標準値で横一線に並べられる。学校に入るようになると，更に学力まで横一線にならべられ，偏差値なるもので早い場合は小学生の段階で大学までの進路が示される。何等かの障害があって，標準の線からはずれたものは排除される。学校が終わって社会に出ても，結婚年齢，子供の数，収入，預貯金等々平均化されたものが示される。

30歳代の人達はそれを見て様々な思いをする。しかし大体の人は，自分はその平均値の所にいると感じて生活している。勿論個人的には自分の能力のあるものが，他の人より劣

ごとう ただお
前橋市 後藤内科神経科医院

っていると自覚しても，そのまま生活をつづけるのが普通である。

しかし40歳をすぎると少し変ってくる。少し不安になる。今まで横一線に並んで生活していた者の中から，病気になるもの，頭の毛が白くなるものが出てくる。社会的立場でも個々の差が大きくなる。横一線にいたものに凹凸が感じられるようになる。自分の周囲があきらかでないだけでなくて先が見えなくなる。40歳を初老の歳という人がいる。それがこれなのである。先が見えなくなり，体力でも他の能力でも横一線に平均値が出しにくくなった時，それが「老」を感じる最初の時なのである。

50歳，60歳，まして70歳をすぎると，その個人差は大きくなる。自分がそのどの辺にたどりつくかはだれにもわからない。しかもその先に「死」がある。「死」が自分にとってどんなものであるかはだれにもわからない。例えば日時をきめた人がいたとしても，その行為がわかっているだけで，死そのものはわからない。

この先が見えなくなった時が「老」のはじまりであるといってさしつかえないと考える。

老人会に入会できるのが60歳だから，老人医療をうけられるのが70歳だから，会社の停年が65歳だからと，老人を年齢で区切るのは定かでない。

老人福祉法は65歳からを老人としているが，行政が老人を年齢で区切ったのは，**図1**に示す通りわが国では1000年も昔のことである。

古事記の成立したのは712年正月であるが，この数年後の718年に養老律令が成立したのである。その中に61歳から65歳を老といい，65歳をすぎると耆（キ・ギ）というとある。即ちわが国では1000年も昔から60歳をすぎると老人であったのである。

また，わが国ではじめて国勢調査が行われたのは大正9年である。その時の非生産者年齢は15歳未満と60歳以上である。

		養老戸令（718）	大宝令（701）
男女	3才以下 14才～16	黄 少	緑児 少
男	17才～20 21才～60 61才～65 65才以上	中・中男 丁・正丁 老・次丁 耆	少丁 耆

多胡碑 711
古事記成立 712

図1

ところが約30年前に老人福祉法が制定された時から，非生産者年齢の高齢者の方が5年のびて65歳からとなった。なぜここで5年のばされたかは色々な事があるのであろうが，誰かが65歳までは生産者として元気に働けると断定したからである。そう断定した人も自分の65歳のときのことは知らないのである。

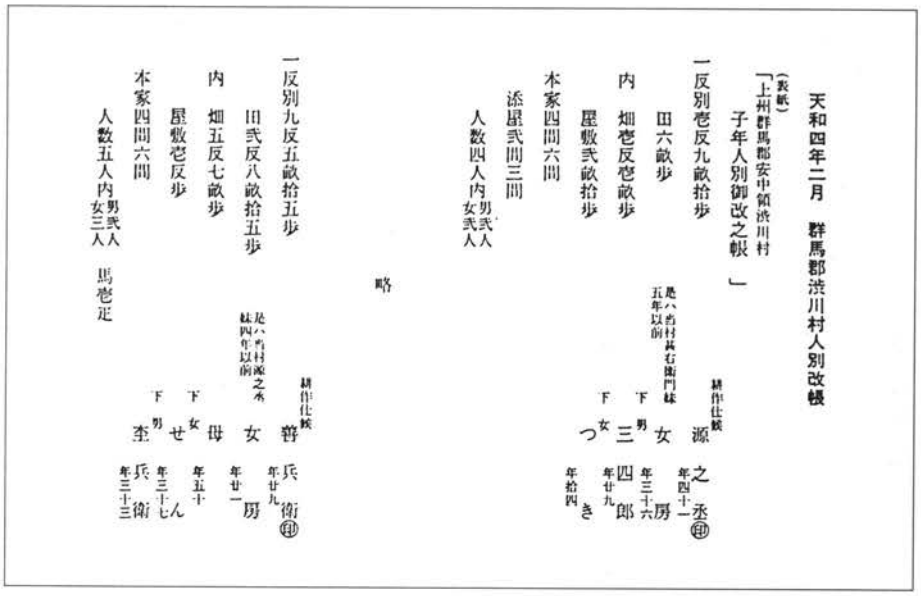
昔から老人も老人病の人もいた

私が精神病院に勤務していた昭和30年頃，群馬県・埼玉県にまだ残っていた「オサキ伝承」に症状が装飾された憑依妄想を主とする精神病を診察する機会があり，以来，憑依現象とかシャーマニズムといわれるものの研究をしてきた。一応昭和61年に「群馬の憑きもの」として小著を発行した。

この研究のため古文書とか，県史・各市町村史を見る機会が多かった。昭和61年頃，群馬県史・近世の部を見ていると，天和4年2月渋川村人別改帳なるものがあった。この頃，マスコミが盛んに高齢化社会危機論をさけんでいた。

私は天和4年（1684）頃には，高齢化社会危機などなかったのにと，その本を見ていると，70歳をこす夫婦者が戸主となっていることに気づいた。これは私にとっては驚きであった。

江戸時代には60歳位になれば隠居するのが普通と思っていた私には，これは一体どうし



天和四年二月　群馬郡渋川村人別改帳

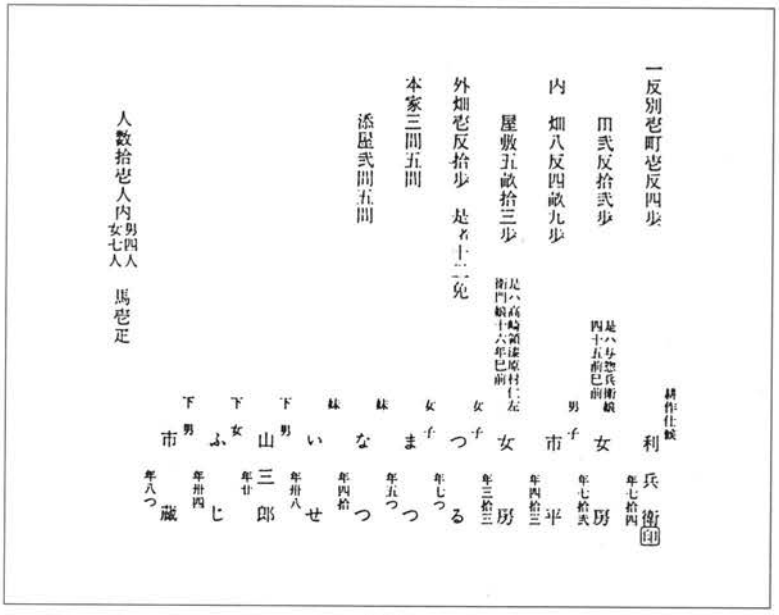
（表紙）
「上州群馬郡安中領渋川村
子年人別御改之帳」

一反別壱反九畝拾歩　耕作仕候　源之丞㊞　年四十一
田六畝歩　是ハ当村甚右衛門妹五年以前　女房　年三十六
内　畑壱反壱畝歩　下男　三四郎　年廿九
屋敷弐畝拾歩　下女　つき　年拾四
本家四間六間
添屋弐間三間
人数四人内男弐人女弐人

略

一反別九反五畝拾五歩　耕作仕候　善兵衛㊞　年廿九
田弐反八畝拾五歩　是ハ当村源之丞妹四年以前　女房　年廿一
内　畑五反七畝歩　下女　母　年五十
屋敷壱反歩　下男　せん　年三十七
本家四間六間　杢兵衛　年三十三
人数五人内男弐人女三人　馬壱疋

図 2



一反別壱町壱反四歩　耕作仕候　利兵衛㊞　年七拾四
田弐反拾弐歩　是ハ与惣兵衛娘四十五前已前　女房　年七拾弐
内　畑八反四畝九歩　男子　市平　年四拾三
屋敷五畝拾三歩　是ハ高崎領漆原村仁左衛門娘十六年已前　女房　年三拾三
外畑壱反拾歩　是者十二免　女子　つる　年七つ
本家三間五間　女子　まつ　年五つ
添屋弐間五間　妹　なつ　年四拾
妹　いせ　年卅八
下男　山三郎　年廿
下女　ふじ　年卅四
下男　市蔵　年八つ
人数拾壱人内男四人女七人　馬壱疋

図 3

たことかと考え，この人別改帳から当時の渋川村の人口などをしらべてみようと考えた。

この人別改帳は群馬県史資料編近世５の178頁から225頁にわたるかなり大きなものであり，**図 2** に示すように，本百姓とその家族，使用人については性別・年齢がわかり，他に耕作する田畑の広さ，家屋敷の広さや馬の数まで書かれている。この人別改帳を通して考えられる老人問題その他について，継続して作業を行っているが，同じくこの人別改帳の中に先にのべたごとく，**図 3** のとおり老人夫婦が戸主としていることがわかった。

	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-	計
男	25	57	55	80	89	100	99	74	56	50	48	29	24	19	9	5	2	821
女	17	40	53	71	83	86	66	70	54	42	29	27	19	18	6	2	1	684
計	42	97	108	151	172	186	165	144	110	92	77	56	43	37	15	7	3	1505

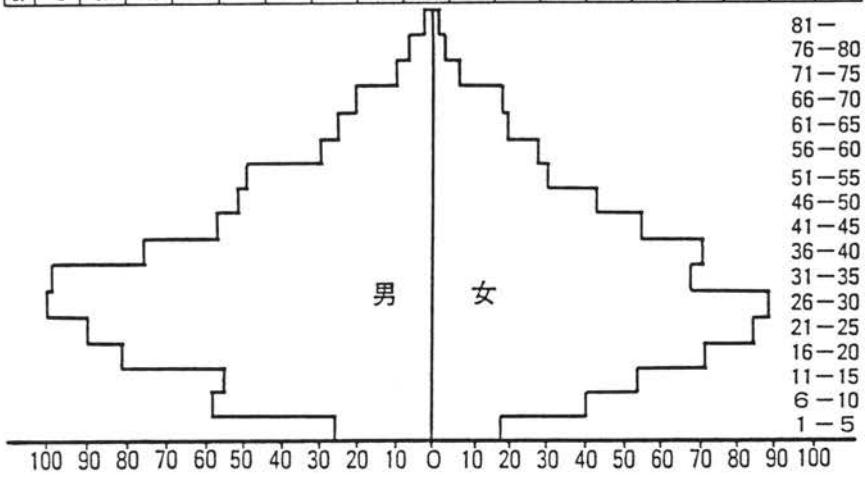


図 4　1684年，渋川村，男女別年齢別人口

	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-	計
男	20	35	30	30	31	42	37	35	33	18	25	14	14	11	4	5	2	386
女	11	29	27	32	25	38	32	32	20	19	12	14	14	16	4	2	1	328
計	31	64	57	62	56	80	69	67	53	37	37	28	28	27	8	7	3	714

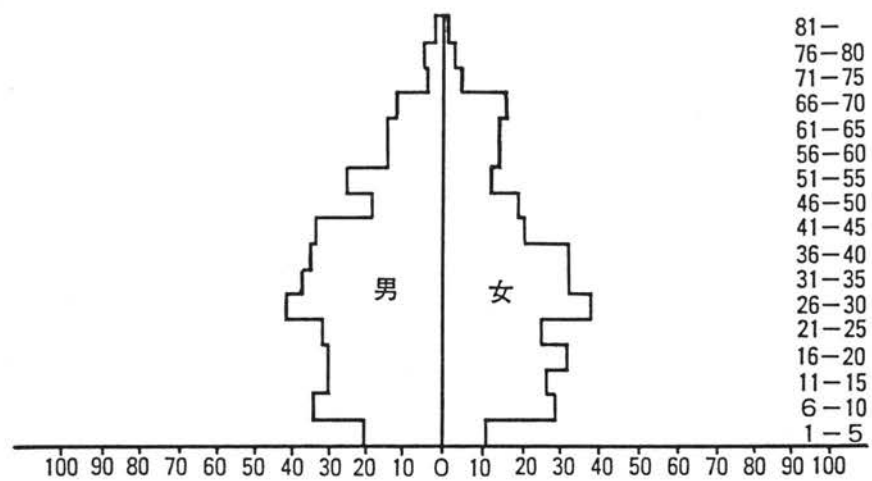


図 5　1684年，渋川村，本百姓　男女別年齢別人口

人口は**図 4** のごとく総人口1505名で，61歳を越す人は男性59名・女性46名，計105名であることがわかった。

これについて少しくわしく見ると，先づ渋川村の農民を本百姓・抱農民・下男下女の三群にわけた。それによると本百姓の人口は**図 5** のごとくで61歳以上の者は73名である。内男36名，女37名である。抱は**図 6** のごとく家族を含めて344名であるが，その内61歳をこえるものは29名で，男23名，女 6 名である。下

	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-	計
男	4	15	10	8	13	14	17	25	12	24	16	13	10	8	5	0	0	194
女	5	8	11	5	13	17	17	16	18	13	11	10	4	1	1	0	0	150
計	9	23	21	13	26	31	34	41	30	37	27	23	14	9	6	0	0	344

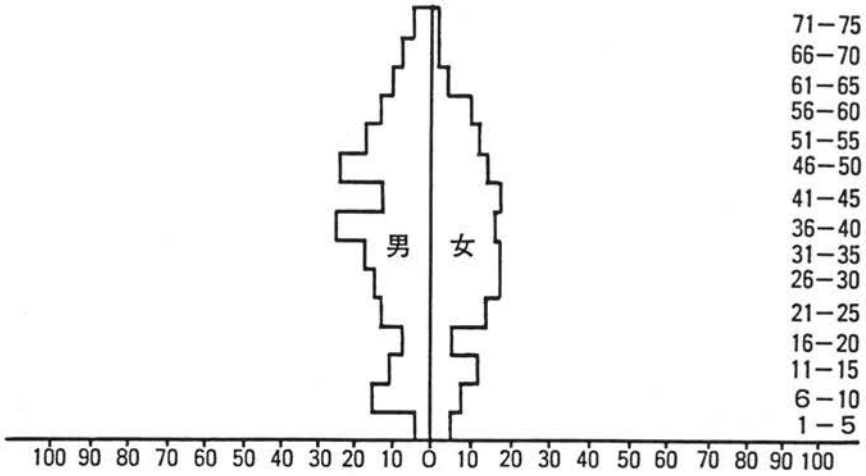


図 6　1684年，渋川村，抱・男女別年齢別人口

	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-	計
男	1	7	15	42	45	44	45	14	11	8	7	2	0	0	0	0	0	241
女	1	3	15	34	45	31	17	22	16	10	6	3	1	1	1	0	0	206
計	2	10	30	76	90	75	62	36	27	18	13	5	1	1	1	0	0	447

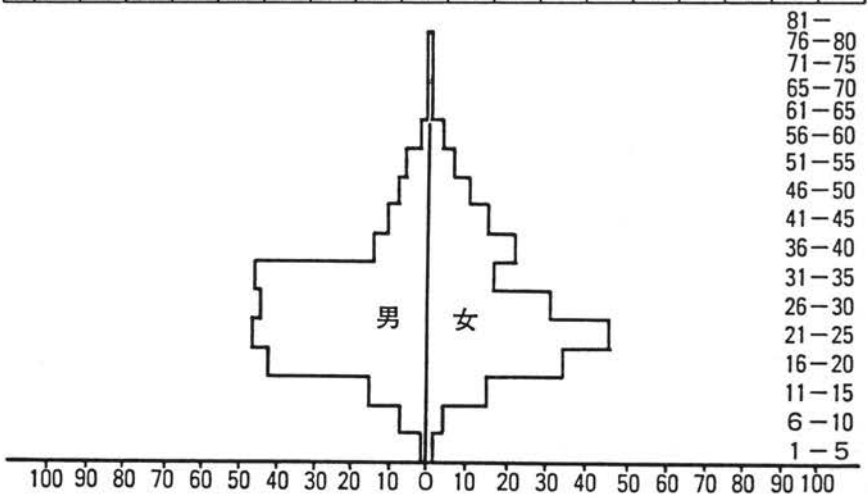


図 7　1684年，渋川村，下男下女・男女別年齢別人口

男下女は**図 7** のごとく447名であり，内61歳を越えたものは３名である。全て女である。

先の**図 5** の本百姓とその家族を見てもわかるが，老人を支える人達も少なかったのである。渋川村の人口を群馬県のその後の人口と比較すると（統計的には問題があるが）**図 8** のようになる。これは様々な読み方が出来ると考える。江戸時代の人々は皆早死にしたわけでなく，かなりの高齢化社会であったことがわかる。

	年度	西暦	総人口	年少人口（人口比）	生産年齢人口（人口比）	老年人口（人口比）	年少人口指数	老年人口指数	従属人口指数	老年化指数
波川村	天和4	1684	1,532	225 (14.69)	1,235 (80.61)	72 (4.70)	18.22	5.83	24.05	32.00
群馬県	明 39	1906	984,564	317,454 (35.89)	527,723 (59.66)	39,378 (4.45)	60.16	7.46	67.62	12.40
	大 14	1925	1,118,858	429,515 (38.39)	639,869 (57.19)	49,474 (4.42)	67.13	7.73	74.86	11.52
	昭 20	1945	1,546,081	760,078 (49.16)	713,342 (46.14)	72,651 (4.70)	106.55	10.10	116.74	9.56
	40	1965	1,605,584	602,041 (37.50)	893,246 (55.63)	110,277 (6.87)	67.40	12.35	79.75	18.32
	60	1985	1,921,259	424,829 (22.11)	1,281,535 (66.70)	214,871 (11.18)	33.15	16.77	49.92	50.58
全国	明 24	1891	40,718,677	13,628,979 (33.47)	24,841,649 (61.01)	2,245,373 (5.51)	54.86	9.04	63.90	16.48

●年少人口0～14才。生産年齢人口15～64才。老年人口65才以上。

＊年少人口指数＝年少人口÷生産年齢人口×100 。　＊老年人口指数＝老年人口÷生産年齢人口×100 。

＊従属人口指数（年少人口＋老年人口）÷生産年齢人口×100 。＊老年化指数＝老年人口÷年少人口×100 。

＊人口比（人口構成比）＝○○人口÷生産年齢人口×100

図 8

ついで当然ここに老人病の人もいたにちがいないと考え，県史を読んでみると，小幡領字田村で明和2年（1765）の人口が679名で，馬が45匹，家数は145軒とある。この村で6年後の明和8年に時の支配者が80歳以上の老人を呼び集めた。このとき字田村には80歳をこす老人が9名おり，**図9**に見るごとく，この呼び出しに応じられたのは83歳と86歳の2人の女性で，7名の者は歩行不自由，盲目等病で呼び出しに応じられなかったとある。人口679名の村の6年後は，どう考えても，たとえ増えたとしても，人口1000名以下であったろうと思われる。そこに80歳をこす老人が9名おり，内7名が老人病で床にあったことになる。

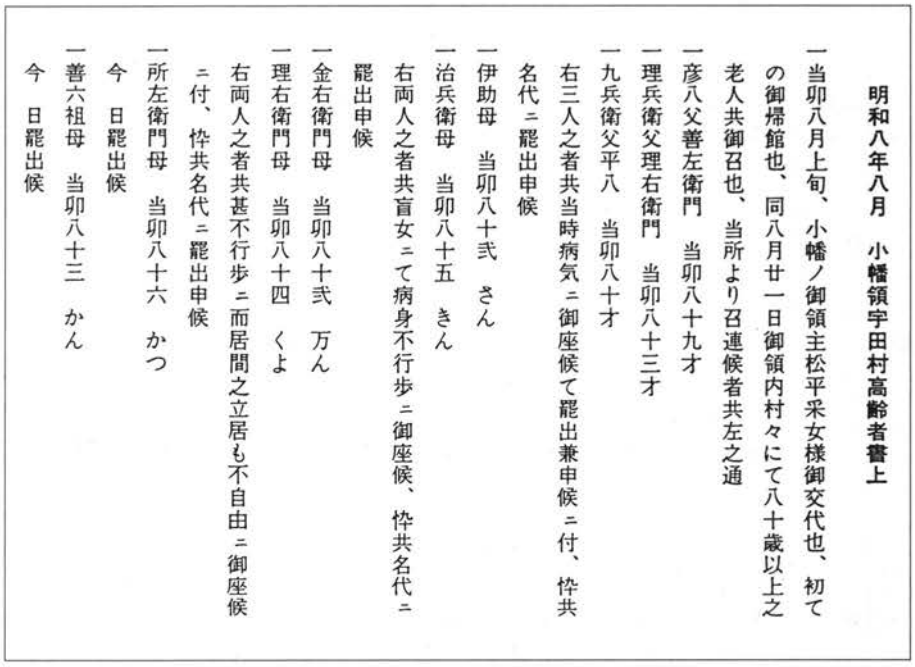
この点については岐阜県の須田圭三先生が，明和8年（1771）から昭和45年（1970）までの約200年間の一つのお寺の過去帳を分析して「飛驒○寺院過去帳の研究[1]」を出版している。

この中に江戸時代に高齢者がいたと述べ，死亡病名の中に，老死・卒中・中風・風病・半身病などの記載があると述べている。これは**図10，図11**のごとくであり老人病が江戸末期にかなりの数であったことがわかる。

昔の老人は如何に生き如何に死んだか

残念ながら県史には老人がどう生きたとか，どう死んだとかの文書は見つからなかった。ただ隠居証文とか，非常に長生きをしたので時の支配者が褒賞金を与えたなどの文書はあるが，それだけでは云々出来ない。

江戸末期の老人の生と死をよく書いている本に，宮本常一の「忘れられた日本人[2]」があ



明和八年八月　小幡領宇田村高齢者書上

一当卯八月上旬、小幡ノ御領主松平采女様御交代也、初ての御帰館也、同八月廿一日御領内村々にて八十歳以上之老人共御召也、当所より召連候者共左之通

一彦八父善左衛門　当卯八十九才

一理兵衛父理右衛門　当卯八十三才

一九兵衛父平八　当卯八十才

右三人之者共当時病気ニ御座候て罷出兼申候ニ付、忰共名代ニ罷出申候

一伊助母　当卯八十弐　さん

一治兵衛母　当卯八十五　きん

右両人之者共盲女ニて病身不行歩ニ御座候、忰共名代ニ罷出申候

一金右衛門母　当卯八十弐　万ん

一理右衛門母　当卯八十四　くよ

右両人之者共甚不行歩ニ而居間之立居も不自由ニ御座候ニ付、忰共名代ニ罷出申候

一所左衛門母　当卯八十六　かつ

今　日罷出候

一善六祖母　当卯八十三　かん

今　日罷出候

図9

る。この中には何名かの老人のことが見事に書かれているが，その中に「私の祖父」という一文がある。

この祖父は宮本市五郎といい，弘化3年(1846)山口県大島に生まれ，昭和2年(1927)そこで死んだ。中農の家に次男として生まれたが，一町歩程あった田畑も事情あって失い，はじめ大工になろうとしたが家を継ぐことになる。このような中で慶応2年（1866）長州征伐には軍夫として働き，60歳で祖母と共に隠居し，四畳半の一間にはいり，息子夫婦が山林を切り開いて養蚕をはじめたため，以前からの田畑で働いていた。

この祖父について常一は，この祖父は夜一緒に寝てくれるだけでなく，山へも一緒につれていってくれた。色々な話をしてくれた。常一が五，六歳頃になると畑の草ひきをはじめさせられたとある。また，よく祖父が夕方になると「何をしておっても，自分がわるい事をしておらねば，みんなたすけてくれるもんじゃ。日ぐれに一人で山道をもどって来ると，たいてい山の神様が守ってついて来てくれるものじゃ。ホイッ，ホイッというような声をたててな」と小さな時からきかされた。祖父のこの言葉はそのまま信じられて，その後どんな夜更けの山道をあるいても苦にならなかったのであるといっている。

すなわち常一にとっては，祖父は一人の教育者でもあったのである。

この祖父母は50年連れそって，喜の字の祝いと金婚の祝いを子供たちからしてもらって，貧乏はしても自分の歩いてきた道に満足していた。その祝いのあった年の3月のある宵，祖母は前の家へもらい風呂にいってそこでしばらくはなし，家に帰って隠居部屋へ入ろうと縁に手をついたまま脳出血で死んだ。常一の祖父は村一番の歌い手で，祖父が死んでから村の盆踊りの様子が変った程である。この盆踊りの日，祖父は朝早くから畑へ出て，午後は道のくずれた所を直し，その夕方，夕飯

死因種類別順位（死因別死亡率）

西暦＼順位	1	2	3	4	5	6	7	8
1852	小児病 1,400	急伝染病 1,241	その他 763	老人病 254	事故 95	精神病 (63)	自殺 63	婦人病 31
1851	小児病 1,183	その他 804	急伝染病 575	老人病 191	事故 159	精神病 31	慢伝染病 31	婦人病 31
1850	小児病 1,125	その他 803	老人病 257	事故 64	精神病 32	急伝染病 0	慢伝染病 0	婦人病 0
1849	小児病 1,258	その他 968	急伝染病 613	老人病 129	婦人病 96	精神病 32	腫瘍 32	慢伝染病 0
1848	小児病 961	その他 530	精神病 (66)	老人病 33	婦人病 33	事故 33	自殺 33	慢伝染病 33
1847	小児病 641	その他 438	事故 168	婦人病 135	急伝染病 101	老人病 101	自殺 0	慢伝染病 0
1846	急伝染病 2,313	小児病 1,307	その他 804	老人病 268	事故 67	精神病 (33)	自殺 33	婦人病 33
1845	小児病 1,461	その他 747	急伝染病 33	老人病 33	事故 0	精神病 0	自殺 0	婦人病 0
1844	小児病 899	その他 795	婦人病 103	老人病 69	事故 34	精神病 0	自殺 0	急伝染病 0
1843	小児病 1,088	その他 1,053	急伝染病 245	老人病 105	腫瘍 70	精神病 (35) 70	自殺 35	婦人病 35
1842	その他 998	小児病 927	急伝染病 713	老人病 106	婦人病 35	精神病 35	餓死 35	腫瘍 0
1841	小児病 1,148	その他 753	急伝染病 287	腫瘍 107	事故 107	老人病 71	慢伝染病 71	婦人病 71
1840	小児病 988	その他 915	急伝染病 292	老人病 183	事故 73	自殺 73	慢伝染病 73	婦人病 73
1839	その他 1,002	小児病 854	急伝染病 148	老人病 111	自殺 111	精神病 37	婦人病 37	慢伝染病 0
1838	その他 2,160	急伝染病 915	小児病 622	老人病 366	餓死 256	慢伝染病 109	自殺 73	事故 73
1837	その他 4,703	餓死 2,500	小児病 1,611	急伝染病 1,217	老人病 756	事故 164	婦人病 164	慢伝染病 131
1836	その他 1,203	急伝染病 682	小児病 584	老人病 227	餓死 130	婦人病 130	事故 65	慢伝染病 65
1835	小児病 1,294	その他 1,132	老人病 355	事故 291	急伝染病 97	婦人病 32	腫瘍 32	慢伝染病 0
1834	その他 1,564	小児病 1,213	急伝染病 574	老人病 542	餓死 287	婦人病 31	自殺 31	慢伝染病 31
1833	その他 1,160	小児病 902	老人病 128	精神病 96	自殺 96	婦人病 32	急伝染病 32	慢伝染病 0
1832	小児病 999	その他 966	急伝染病 418	老人病 354	自殺 96	婦人病 64	事故 64	精神病 64
1831	小児病 1,003	その他 906	急伝染病 518	老人病 161	婦人病 64	慢伝染病 32	事故 0	精神病 0

飛騨O寺院過去帳の研究（須田圭三）より

図10

順位 / 西暦	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1850 ～ 1841	小児病	その他	急伝染病	老人病	婦人病	事　故	精神病	自　殺	腫　瘍	慢伝染病	餓　死
	40	30	16	4	2	2	1	1	1		
	1,083	815	431	118	54	47	16	13	13	10	3
1840 ～ 1831	その他	小児病	急伝染病	老人病	餓　死	事　故	婦人病	自　殺	慢伝染病	精神病	腫　瘍
	38	24	12	8	8	2	2	1	1	1	
	1,614	1,013	490	322	322	77	67	60	43	33	13

飛騨O寺院過去帳の研究（須田圭三）より

図11　10年毎死因別順位

上段……全死亡に対する百分率
下段……死因別死亡率

をすますと踊り場へ行き，80をすぎて歯は1本もなかったが思いきり歌い，夜12時前にもどった。部屋に入るなり倒れ，うめき声に気づき医者を呼ぶと，嗜眠性脳炎らしいといわれ，3日わずらって死んだのである。

以上のように当時の老人は隠居をしても，その以前と変ることなく仕事を続け，孫の面倒もみ，そして死を待ったわけである。勿論，病いに倒れた老人もいたであろうし，先に述べた「飛騨○寺院過去帳の研究」にも老人の自殺が推定されるところもある。

また群馬県内の古文書[3]によると，越後嶋道村の市九郎という人が天保10年（1839）4月の順礼手形を持って旅に出て約2年後，群馬県内で死亡している。ただこの人の死亡を届け出た文書に，「路用貯等無御座候」の一句がある。自分の村を捨て，家族を捨てて旅（順礼）に出て2年後旅先で死亡した時無一文であったことは考えさせられる所である。

以上のような江戸時代の老人の生と死を見ると，現在の老人の生と死とはかなり違うように思われる。

現在はどう変ったか

1)　昔の祭りと今の祭りは変ったという。昔の祭りは老人が先頭にいた。町でも村でも老人は「しきたり」の教師であり，若者に尊敬されても邪魔にされるようなことはなかった。現在の祭りの殆どは，商店会主導で行われ，またあるものは観光に利用される。

2)　昔の老人は子供達にとってある時はこわい存在であった。しかし一方，凧上げの凧や竹馬をつくってくれる人でもあったし，お手玉を作ってくれて教えてくれる人でもあった。昔の老人は子供と交流があり，子供達は老人のいうことをよくきいた。現在の子供は老人のいうことよりテレビのいうことをきくようになった。

3)　昔の老人は外出しても気安く立ち寄れる店や，ひと休みできる所があった。今はそれがなくなった。自分の家に帰っても，その家は自分とその家族がやっと予算に見合って買い求めたものであり，その家に自分達の生活をあわせていることがほとんどである。そのため老人には住みにくいことが多い。

以上のように，現在私達の住んでいる町でも村でも，老人にとっては決して住みよいところではない。この事は，私達が知らない間に私達自身が老人を排除しているのではないかと考える。

医療福祉の世界でも

私たち医療にかかわる者は，かつてハンセン氏病・結核・精神病の人達を排除し，現在もいくつかの難病の人達の排除に手を貸している。私も一精神科医として，精神障害者排

除に手を貸したものであり，現在でも苦い思いをしている。この思いを今の若い医療にかかわる人達にさせたくないと考えている。

福祉の世界も同じようであった。福祉とは，社会や家がもっていた機能が，社会や家の変化で失われたものを補なうものでなければならない。いまだその点は満たされていない。

しかし，群馬県では寝たきり老人をゼロにした養護老人ホームがあり，兵庫県では痴呆老人のノーマリゼーションに成功した養護老人ホームがある。この点は今後，医療の面にも少なからず影響を与えるものと考える。

おわりに

以上のように考えていた私は，群馬県保険医協会に何等かの形で老人問題を取り上げてもらえないかとお願いした。そして群馬県保険医新聞に「老人問題の周辺」としての投稿欄がもうけられた。

医師・看護婦・老人施設の方・行政からも，そして痴呆老人の介護をした市民の方からも投稿をいただき三年がすぎた。今後，私達が如何に実践するかの段階に入ったところである。

私は私なりに，自分の診療の場面で出来る範囲の方法をとり入れた。しかし一人一人の患者さんの症状の違い，その家庭の事情，またその家庭と近隣の人達との関係と対応は一定できない。例えば，ある老人性痴呆の患者さんの場合，妄想思考が激しくなり，介護者が困難を感じた時は，何時でも私の外来に送ってきなさいと指示をした。この症例は非常に良い結果を来し，私の所の患者さん達も，よろこんでこのような患者さんを受け入れてくれるようになり，帰る時送ってくれるようにまでなった。しかしこの方法が他の患者さんにも同じ効果を示さない。

そこで現在私はこの前橋程度の都市では，中学校区域程度の地域で，医療・福祉・住民の連繋が出来ないかと考え，最近，前橋市医師会にもお願いした。これが今後どのような形で経過するかは定かではない。なお都市部と農村の違いなど問題点は少なくないのが現状である。

今なぜ老人問題かということは，現在の私達の文化が老人排除の構造を示す中で，私達医療人が如何に対応するべきか，最も問われている時にあると考える。私は私自身，常に今の自分が老人を排除する仕事に手を貸しているのではないかとの思いを持って仕事をしている。

最後に，本稿については，群馬県保険医協会の栗原栄氏の御協力によっていることを感謝をこめて述べさせていただく。

文　献

1)飛驒○寺院過去帳の研究　須田圭三　昭48・10・10　医療法人生仁会　須田病院（私費出版）
2)忘れられた日本人　宮本常一　1984・5・16　岩波書店
3)生命をかけた古文書——往来手形（順礼手形）　近藤章　昭58・10・15　群馬県史研究　第18号

3.　老人保健施設での看護の経験から

小　林　ま　さ

群馬老人保健センター陽光苑は，老人保健施設として群馬県では第一号の施設であり，老年病研究所附属病院の併設型として，昭和63年７月に開設された。開設当時，近県に施設は少なく，入所対象者のレベル，日課・各職種の勤務体制など試行錯誤の毎日であったが開設以来３年を経過した。

平成３年３月までに，446人の入所者と，410人の退所者があり，病院と家庭との間のかけ橋として老人医療に取り組んできた。

入所者の年齢分布（**図１**）を見ると，75歳以上の後期高齢者が全体の80％を占め，平均年齢は昭和63年には79.5歳であったが，平成２年には80.6歳と徐々に高齢化が進んでいる。90歳以上の入所者も35人おり，98歳の女性が73歳の娘さんと一緒に入所していた例もある。

疾病分類（**図２**）としては，脳血管障害が多く，脳梗塞や，脳出血，クモ膜下出血が54.3％を占めている。次に老年期痴呆12.3％，パーキンソン病，変形性膝関節症，骨折などとなっている。併設病院に整形外科病棟が開設されたため，当初より骨折が増加し，リハビリテーション目的の入所者も増加した。家庭からの入所者が増加したため，脳血管障害の人ばかりでなく，さまざまな疾病に倒れた人々も入所し，リハビリテーションも多様化してきている。

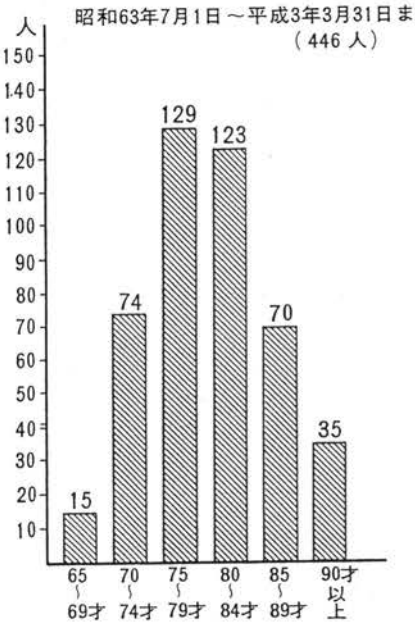
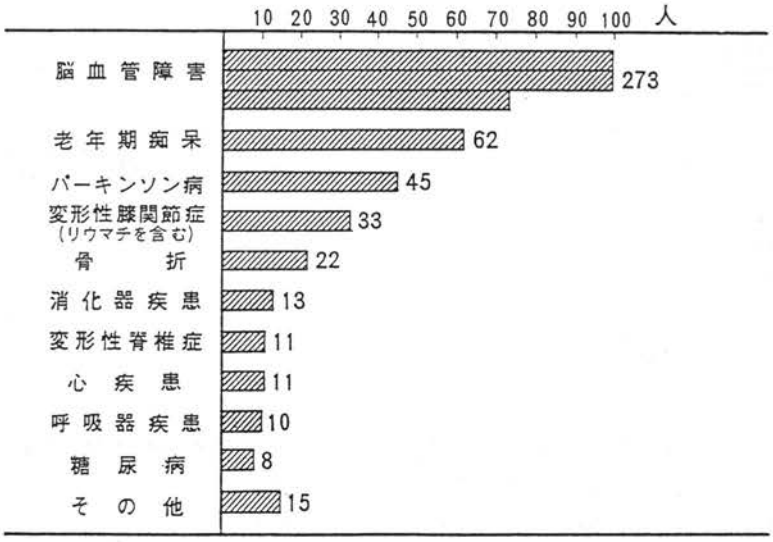


図１　入所者の年齢分布

入所前の居所（**表１**）をみると，外来を含む併設病院から36.5％，地域の医院，病院の紹介15.3％であり，最も多かったのは，家庭から家族や本人の希望によるもので44.2％を占めている。

退所先は，家庭復帰した人72.8％，再発または病状が悪化して併設病院や他の医療機関へ移った人21.4％，社会福祉施設への入所5.3

こばやし　まさ
前橋市　群馬老人保健センター　「陽光苑」



昭和63年7月～平成3年3月31日まで
(入所者446人，うち重複疾患57人)

図2　入所者の疾病分類

表1　入所経路

(昭和63年7月～平成3年3月，446人)

併設病院(外来を含む)	163人 (36.5%)
他医院・病院の紹介	68人 (15.3%)
家庭から	197人 (44.2%)
利用者その他の紹介	18人 (4.0%)

表2　退所先

(昭和63年7月～平成3年3月，再利用を除く206人)

家庭へ	150人 (72.8%)
医療機関(併設病院を含む)	44人 (21.4%)
社会福祉施設	11人 (5.3%)
死亡	1人 (0.5%)

%であった。平成3年2月には，はじめて施設内での死亡が1名となった。この方は，93歳の女性で，両大腿骨々折で入所中舌癌になったが，自覚症状も少なく，家族の希望もあり施設内で看取った。

本年6月の入所者36人について，日常生活動作を評価するため，**図3**，**図4**のようなバーサルインデックスを参考に老研式日常生活々動チェック表を作成してみた。移動，トイレ，更衣，食事，入浴の5項目について調べてみたところ，移動は約50%は自立または介助歩行か車イスを自力で移動であり，他の50%は全介助であった。トイレについては51%はどうにか自立，他の49%はオムツまたはポータブル介助である。更衣についても自立と介助が約半数ずつであった。食事は74%は自立，全介助者は4～5人であった。入浴は自立はわずか20%で62%は全介助を必要としている。在宅ケアでは，入浴の介助が最も人手を必要とすることがわかる。総合してみると，自立，一部介助，全介助がそれぞれ三分の一ずつという結果であった。

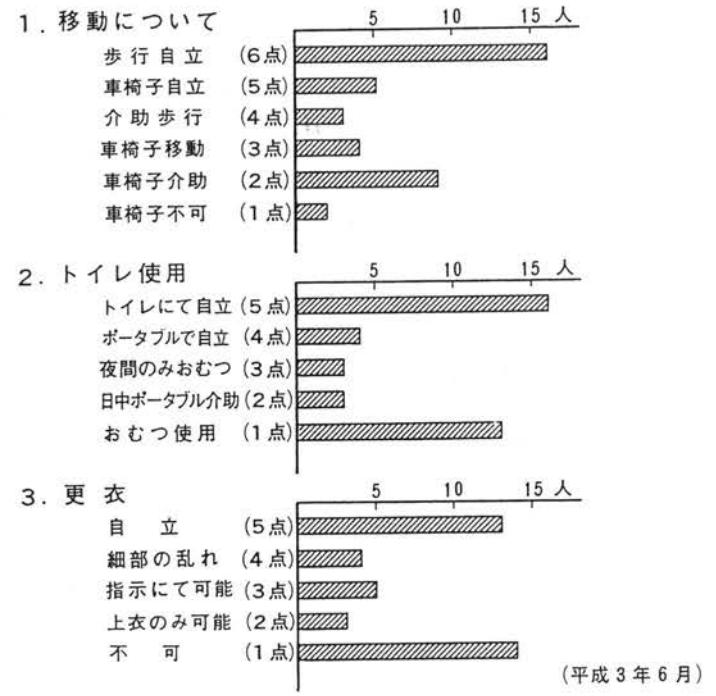


図3　日常生活活動チエック表（老研式）その1

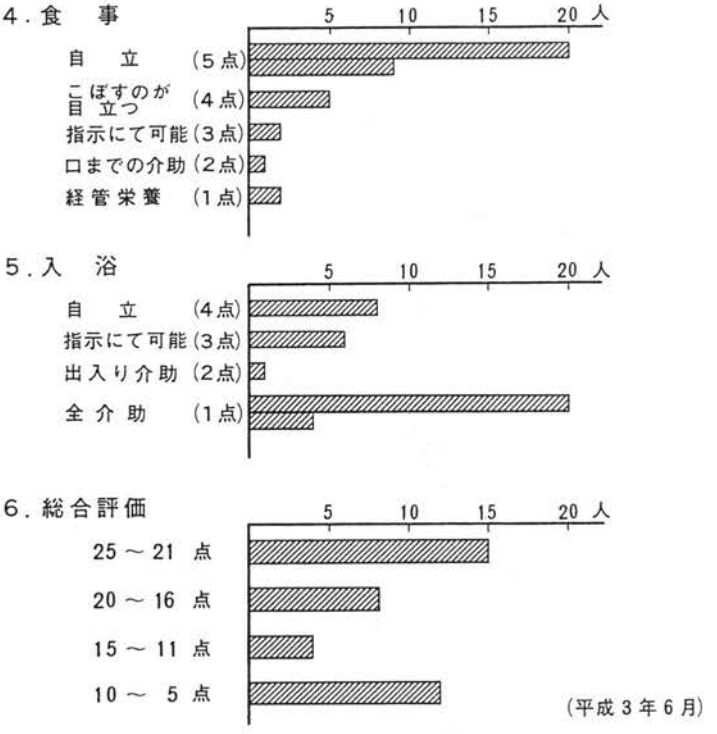


図4　日常生活活動チエック表（老研式）その2

また入所一週間位に痴呆程度を知る目安として，HDSの検査を行っている。本年6月の入所者36人について，長谷川式及びM．M．Sによる知的機能検査を行ったところ，**図5**のように約30%に痴呆が見られ，また30%は前痴呆状態という結果であった。

以上のような入所者のお世話をしてきたが，オムツ使用者は常に約半数を占めていた。しかしこれまでに入所してから褥創をつくった例はない。褥創処置を必要とした人は，家庭からできた状態で入所して来た人，または牽引などで入院中絶対安静が原因でできてしまった人達であった。こうした人々も，ほとんどが回復して退所している。

事例：84歳，脳梗塞後遺症の女性。中程度の痴呆があり，ADLはささえられ歩行。ポータブルトイレ自立の状態で病棟より転入して来た。踵部に3×3cmの褥創があり，早速入浴以外の日は足浴をし処置を開始した。2ヵ月の入所で家族の積極的な協力もあり，退所したが踵部の褥創は深く1×1cmの傷を残していた。家族に処置方法を指導し，併設病院からの訪問看護を手続きし退所された。褥創は一度できてしまうと治癒しにくいものであるという経験をした。

褥創に対する看護，介護の工夫として次のようなことを考えてきた。最も大切なことは，職員が一体となって，毎日の生活状態について細やかな観察をすることだと思う。特に褥創の前徴を見た時は，すみやかに次のような対策を立てることにした。

1) 寝返りのできない人の体位交換は，良肢位で効果的に行う。職員間の申し次ぎばかりでなく，特に必要な人は「体位交換カード」を作り，ベットサイドにかける工夫をする。

2) 体位交換，入浴，更衣，オムツ交換時などに圧迫されているところはないか，特に麻痺のある人，やせている人，太っている人に注意する。

3) 褥創の前徴を見た時は，その入所者を集中的に注意し，入浴回数，シャワー浴，部分清拭などの回数を増す。オムツはかえるだけでなく，その都度清拭をする。清拭専用のサラシ布を作り，オムツ交換車と共に簡便にできるよう工夫する。

4) 車椅子使用時には，円座，座布団，ク

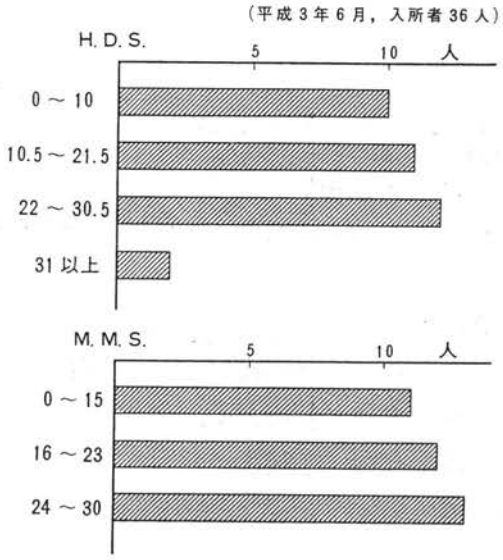


図5　陽光苑入所者の知的機能検査

ッションなど効果的に使う。

5) オムツカバーやオムツ布の素材を選び使用する時にパットを併用するなど工夫をする。

6) 可能な限り離床を心がける。食事，レクリエーション，体操，リハビリテーション時など。

以上のことから，病院や施設において褥創を予防し，細やかな観察をするなど，そこに働く職員の姿勢が，入所者のQOLの向上に役立つと思われる。褥創を予防するためにはどうするか，具体的にそれを実行するために職員は勤務にどう取り組んだらよいかが大切なことと思う。職場では，申し送り，ミーティング，会議など，機会あるごとにその意識を高める努力をしたいと思う。

今後の課題

1) 入所者の高齢化と日常生活に介助を必要とする人々の増加に対し，看護，介護者の人手不足。食事，移動，排泄の介助など1対1の人手を要するため，ブザーは絶え間なく鳴っている。すべての職種の人が，自分の仕事だけでなく可能なことは介護にもかかわり職員全体が協力，努力している。

2) 老年期痴呆を合併する老人のための対策。陽光苑は，痴呆専門の老健施設ではないが，現状では約半数が痴呆の状態にあることから，看護，介護上の問題も多く，人手を必要としている。重度の痴呆は家庭での介護は限界があると思われるが，専門の受け入れ施設は少なく，やむを得ずおあずかりしても徘徊や大声の独語にふりまわされ，他の入所者への影響も考えなければならない。

3) 入所者の医療費の増大。家庭からの入所者にくらべ，併設病院からの入所者は治療の継続も必要で，内服薬，検査，処置など多いため医療費は上昇しつつある。

4) 高齢者のため眼科，皮フ科，泌尿器科，婦人科疾患を合併する場合の医療費負担の問題。入所中他の医院，病院への受診は施設負担となっているが，受診のさせかたが複雑である。

5) 在宅ケアとするために，家庭での介護力をどう増加させてゆくか。医療処置または指導や観察が必要な人については，病院からの訪問看護を依頼し，市の福祉サービスの利用をすすめている。前橋市の場合，福祉サービスの利用はあくまで本人からの申請のため，行政から積極的な在宅療養者の訪問が望まれる。退所時，市町村への連絡表が出されるが十分な活用をしてほしいと思っている。

ま と め

以上のような3年間の経験から，老人保健施設が通過施設としての役割と，在宅ケアをしている家庭への介護者のための利用施設としての役割は大きかったと考えられる。私たち施設の従事者は，施設内での医療援助や療養援助をすると共に，家族とのつながりを保ちつつ在宅ケアをすすめるための指導や，援助も大切な役割だと考える。老人に対する家族の思いはさまざまで，それが老人の病後の生活，介護状況にも大きく影響していることが感じられる。

より確実な服薬管理に

1日1回Lカプセル

すべては、人間発
30
おかげさまで30周年
日本ベーリンガーインゲルハイム

効能・効果

本態性高血圧症(軽症～中等症)、狭心症

用法・用量

通常、成人には塩酸ブニトロロールとして1回20～40mgを1日1回、朝食後に経口投与する。

※使用上の注意等については添付文書をご覧ください。

〔資料請求先〕 日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社 学術部
〒666-01 川西市矢問高田103

徐放性 高血圧・狭心症治療剤

劇指 要指

ベトリロール®-L カプセル

(塩酸ブニトロロール)

健保適用

製造
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
川西市矢問高田103

販売
田辺製薬株式会社
大阪市中央区道修町3 2 10

販売
三亜薬品工業株式会社
東京都中野区鷺宮3-13-6

4. 痴呆性疾患についての最近の進歩

岡 本 幸 市

1. 痴呆とは

中枢神経系の老化については，痴呆との関連で近年多方面からの研究が急速に進展している。

最初に痴呆の定義であるが，痴呆とは「後天的に起こる知的機能の広汎な障害」をいい，意識障害を除いた状態である。国際的にDSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders の改訂版の略) が痴呆の診断基準となっている。

臨床の場で痴呆と診断するには次の3条件を満たす必要がある。

①話し方や行動の内容からみて知的機能が障害されている。

②知的能力は以前より低下しており，社会生活に支障が生じている。

③意識障害が除外できる。

知的機能の評価のために種々のテストが考案されてきたが，痴呆のスクリーニングには，本邦では長谷川式簡易痴呆審査スケールが，米国では Mini-Mental State (Folstein) が広く用いられている。Mini-Mental State は言語性，動作性テストを含む11項目(30点満点)からなり，20点以下では認識能力の低下が疑われる。長谷川式は言語性テストのみであるが，より短時間に行えるという利点がある。10点以下ではかなり確実に痴呆といえるが，軽症の痴呆の検出には適していない。このようなテストでは失語や意識障害があれば当然点数が低くなるので注意が必要である。

痴呆の重症度分類もいろいろあるが，単なる知的能力のテストだけでなく，日常生活での行動や適応能力を評価する必要がある。

2. 痴呆を来す疾患

痴呆は大脳に広汎な器質的障害を引き起こすいろいろな疾患でおこる。その代表的疾患が Alzheimer 型痴呆と血管性痴呆であり，この2疾患で痴呆のほぼ8割を占めるといわれている。また，側頭葉にある海馬や視床内側部のような記憶や知的機能に関係する部位の障害でも生じる。治療可能な痴呆 (treatable dementia) である慢性硬膜下血腫，正常圧水頭症，代謝障害，甲状腺機能低下症などの内分泌疾患などを鑑別しておくことは重要である。

さて，「痴呆性疾患についての最近の進歩」が本日の私のテーマであるが，痴呆を来す各種の疾患については広汎な研究がなされており，その全部の疾患について述べることはとうてい出来ないので，アルツハイマー型痴呆を中心に述べさせていただく。

おかもと こういち
前橋市 群馬大学助教授・神経内科

3. Alzheimer 型痴呆（AD）

65歳以下の発症の場合は Alzheimer 病（巣症状が出やすい），65歳以上の発症の場合は老年痴呆と分けて分類されていたが，両者の病理学的変化はほぼ同様なことにより，最近では Alzheimer 型痴呆と一括して呼ばれている。

AD の発病原因としては内因（遺伝子の異常，極端な脳の老化，免疫異常など）や外因（slow virus 感染，アルミニウムなどの微量金属）などが考えられているがなお不明である。最近，後述するように AD の主要な病変である老人斑や神経原線維変化などについての解明が急速に進展している。

AD の現在の研究の方向は，主として，家族性 AD についての遺伝的検索，神経原線維変化と老人斑についての形態的・生化学的検討，神経伝達物質の検討，診断のマーカーの検討，画像診断，治療法などに主眼がおかれているようである。

4. Alzheimer 型痴呆の遺伝

報告者によって異なるが AD の約 5～20％は家族性発症で，遺伝形式は常染色体性優性遺伝といわれている。家族性 AD とダウン症候群との関連も注目されており，両者とも第21番染色体の異常であり，AD の親族ではダウン症候群の出現頻度が多く（2～3倍），40歳以上のダウン症候群の全例で AD に一致した脳病変がみられている。しかし，アミロイド前駆体蛋白の遺伝子は家族性 AD の遺伝子とは別であり，AD ではアミロイド前駆体蛋白の量的な異常はないといわれている。現在，家族性 AD の原因遺伝子の究明が精力的に検討されている。

5. 神経原線維変化と老人斑

この二つの変化は，1907年に Alzheimer が51歳の女性の大脳皮質に最初に見いだして以来，AD の病理診断のマーカーとなっている。数年前まで，剖検脳で神経原線維変化や老人斑を調べるのにはもっぱらコンゴレッド染色体や鍍銀法が用いられていたが，最近ではそれらを特異的に染める免疫組織学的手法が広く応用されるようになっている。その基礎をなしたのが剖検脳より神経原線維変化やアミロイドの抽出に成功したことで，特に1984年に Glenner は AD 患者の脳の血管壁より β（ベータ）蛋白と呼ばれる分子量約4,200の低分子のペプチドを分離し，アミノ酸配列も決定した。その後，1985年に Masters らは老人斑アミロイドより低分子量のペプチドを分離しＡ４蛋白と名づけた。β 蛋白とＡ４蛋白は同じ蛋白であることがわかり，最近ではアミロイド β／Ａ４蛋白と呼ばれている。この成功により老人斑に関する研究は飛躍的に進展した。遺伝子工学の手法により β 蛋白の前駆体の全アミノ配列も明らかにされ，前駆体蛋白は全体として細胞表面からつき出た受容体蛋白の構造に似ており，脳以外の臓器にも広汎に存在し，細胞表面で機能する蛋白と推定されている。アミロイド前駆体蛋白には，蛋白分解酵素阻害蛋白を含むものなど少なくとも３種類あることも報告され，前駆体蛋白の機能，局在，また前駆体からどの様な機序でアミロイドが沈着し老人斑が形成されるのかが現在最も知りたいところであり，それがわかると痴呆患者の治療あるいは予防への道が大きく開けるものと期待されている。

最近のダウン症候群や多数例での報告などからは，β 蛋白の沈着は神経原線維変化や神経突起の変性などよりも早期に出現する変化であり，痴呆を示さない高齢者でも高頻度に老人斑，特に神経突起の変性を伴わない老人斑（び慢性老人斑）がみられており，老人斑の沈着のみでは痴呆は出現しないのではないかといわれている。ボクサーの脳には，神経

原線維変化は多数出現するが老人斑はほとんどみられないといわれていたが，やはり最近のβ蛋白を用いた免疫組織染色での検討より，老人斑も多数みられることが明らかとなっている。

神経原線維変化については，微小管またはニューロフィラメント由来説などがあるが，難溶性であることよりその本体についてはなお不明である。微小管の minor component である MAPs（microtubule associated protein）の一つであるタウ蛋白が含まれることが明らかにされ，さらにユビキチンも含まれることも報告されている。

6. 顆粒空胞変性

神経原線維変化，老人斑と並んで病的老化性変化の代表的変化である顆粒空胞変性（granulovacuolar degeneration）は，AD 患者の海馬の Sommer 扇形部の錐体細胞にほぼ限局して多数認められる。その本体については不明であるが，われわれは，免疫組織学的にユビキチチンが陽性であり，形成過程を示唆する電顕的所見より一種の自己貪食空胞と考えている。

7. 成長抑制因子

神経細胞は投射先でつくられる神経栄養因子により生存が維持されると考えられており，コリン作動性ニューロンの神経栄養因子は神経成長因子（NGF）といわれている。AD では NGF が減少していないが，コリン作動性ニューロンの減少があることより NGF の投与が検討されている理由の一つである。

AD の脳抽出液が培養細胞のニューロンの生存，突起形成を促進することが知られている。その理由は成長抑制因子 Growth-inhibitory factor（GIF）（分子量約6,000）の減少ではないかとの説が最近内田らにより報告され注目されている。GIF は大脳皮質の星膠細胞の細胞体と突起内に存在し，正常例では神経栄養因子と抑制因子の両方が存在するが，AD では GIF が減少し，神経細胞の代謝が亢進し，疲弊し，死ぬのではないかとの仮説が提唱されている。

8. 嗅球の老人性変化

加齢と共に嗅覚も低下する。系統発生的に古い嗅脳は，神経原線維変化や老人斑の好発部位であり，その末梢側である嗅球は，AD の pathogen の脳への入り口である可能性が指摘され注目されている。そこで剖検例で嗅球の老人性変化を検討してみた。60歳以上になると神経原線維変化が老人斑の出現に先行する形で前嗅核内の神経細胞にみられるようになり，加齢と共にその出現頻度は増加した。嗅球の老人斑は，大脳皮質に比較的多くみられるようになってからはじめて前嗅核内にも出現しており，大脳皮質に先行して嗅球に老人斑が最初にでてくるわけではなかった。また，最近では，AD 患者の嗅粘膜の生検にて，大脳皮質でみられたものと同一の構造を示すタウ陽性の神経線維がみられており，生前診断に有用と期待されている。

9. 老化へのユビキチンの関与

ユビキチンはどの細胞にも存在し，細胞機能において基本的役割を演じていると考えられている分子量約8,500の小さなペプチドであり，森らにより神経原線維変化に存在することが明らかにされ一躍注目されるようになった。ユビキチンの機能についてはいろいろなことが指摘されているが，ATP 依存性に異常な蛋白質に共有結合し，ATP 依存性の蛋白分解の系を働かせる機能が重視されている。最近，加齢に伴って種々の異常な蛋白質が出現することが明らかにされつつあり，それらの分解過程の多くはユビキチンに依存している。さらに最近では，正常または種々の

変性疾患で抗ユビキチン抗体を用いた免疫組織学的検索が広汎になされており，神経原線維変化，老人斑の腫大した神経突起，ピック小体，レビー小体などが陽性に染色される。さらにオリーブ橋小脳萎縮症 OPCA の乏突起膠細胞内にもユビキチン陽性の構造物がみられる。ユビキチンは，病的状態では主として中間系線維と呼ばれる線維状構造物に陽性所見がみられる。加齢に伴って大脳皮質の neuropil（神経細胞の間）にもユビキチン陽性の顆粒が増加することが最近報告されているが，多数例で検討したところ，高齢者の海馬傍回の外側部の表層にユビキチン陽性の顆粒が多数観察できた。海馬傍回は，大脳連合野と海馬の線維連絡の中継点として「記憶」の機能に対して重要な働きをしている部位と考えられており，上記の変化は加齢に伴う物忘れなどの記憶障害との関連で興味がある変化と考えられる。

10．特徴的な組織学的病変のみられない非アルツハイマー型痴呆症

AD より頻度は少ないが，特徴的な臨床症状や組織学病変のみられない痴呆症（DLDH：dementia lacking distinctive histological features）も最近注目されている。剖検例での検討では全痴呆症の約 3％，70歳以下に限ると DLDH：AD＝1：8 との報告もある。本邦を中心に報告されている痴呆を伴う運動ニューロン疾患（いわゆる三山型）もこのタイプの痴呆症に入ると考えられている。われわれは，筋萎縮性側索硬化症とくに三山型の症例で，前頭葉や側頭葉で従来記載のなかったユビキチン陽性の神経細胞内封入体を見いだしている。

11．脳アミロイドアンギオパチー（CAA）

高齢者になると，脳の血管壁にはアミロイドの沈着する頻度が増加するが，その中では遺伝性に脳出血を起こすものが注目されている。

一つはアイスランド人の家系にみられる若年性遺伝性脳出血で，cystatin C（システインプロテアーゼ阻害ペプチド）の variant 型（68番目の Leucine が Glutamine に置換されている）が脳の血管に沈着したものである。

もう一つは，オランダの家系でみられた中年期発症の遺伝性脳出血であり，これは β-protein の沈着したものである。

高齢者の再発性脳葉型出血で，高血圧を欠く場合にはアミロイドアンギパチーが強く示唆される。老年病研究所附属病院の剖検例でみてみると，β-protein と cystatin C の両方の抗体で染色される症例が 2 例あり，両者が共存する例はそれほどまれではないものと思われる。CAA では，皮質下脳出血を起こす以外に，多発性皮質梗塞，ビンスワンガー型の大脳白質の病変を来し，痴呆の原因ともなる。

12．Alzheimer 型痴呆の診断マーカー

血清，髄液の検査で確実に AD と診断できるマーカーはまだない。われわれの教室の松原らは，α_1-antichymotrypsin が老人斑に多いことより血清と髄液中で測定したところ，AD で有意に増加していることを報告している。

AD 例ではアミロイドが皮膚にも沈着していると報告されたが，少なくとも β-protein の沈着は明らかではなく，皮膚生検では AD の確定診断はまだできない。

嗅粘膜生検については前述したように，期待はもたれるがまだ一般的ではない。

13．画像診断

血管性痴呆では CT，MRI は有用であるが，AD では特徴的な変化はみられない。

PETや，SPECTによる脳血流，脳代謝の検索では，ADでは頭頂葉で低下（初期では一側性）血管性では前頭葉で低下がみられ，鑑別には有用である。

14．薬物治療

ADで対しては，脳循環代謝改善薬，抗精神薬（幻覚，妄想，不眠，夜間せん妄，興奮），抗うつ薬などが投与されているが，まだ抗痴呆薬といえる薬物はない。アセチルコリン仮説に基づいてアセチルコリンエステラーゼ阻害薬の投与なども検討されているが，その効果はまだ確認されていない。

●あんな本・こんな本●

浦田　久

『私は肝移植で救われた』

著　者：カルトバッサー俊子
出版社：草思社
定　価：1,800円

この本は，日本ではまだ着手されていない脳死者からの肝移植という出来事を中心に，1989年3月から11月までを日記というかたちでまとめたものです。著者のカルドバッサー俊子はドイツ人のハーヨ（ハンス・ヨアヒム・カルドバッサー）と国際結婚した日本人で，当時デュセルドルフ市に住んでいました。

内容は，いつ現れるとも知れない肝臓提供者をあてどもなく待つ日々や，また独身のプロフェッサーのデケネによって移植手術を受けたものの，免疫抑制剤などによる副作用，精神的な抑うつなどが，つぎつぎと肉体，精神を襲いますが，それを乗り切ったいま，新しく人生そのものを実感した手記です。ガンと向きあい，死の淵から生還した愛と勇気の闘病記といえよう。

自　由　交　見

Q：神山守恵

初老期に物忘れが目立って来た程度の病状を認めた頃に，治療面，生活面のケアなど適切な対策を構ずることによって，その病状の進行をどの程度防止することが期待出来るでしょうか？　また脳の萎縮の程度を早期に比較診断するためにC．T検査を健康診断的に行うことが出来れば，早期対策を構ずるために役立つでしょうか，早期診断治療対策のための御意見を伺いたい。

A：後藤忠夫

初老期の物忘れの患者さんのC．T検査等を行ってもなかなか所見のない人もあり，また明らかな老年期痴呆の人でもC．Tで病変が発見されないことも少なくありません。重度の妄想を伴う老年期痴呆の患者さんに対しては地域の人々が連携を保って対応して行くことを実践しています。

Q：鈴木荘一

1）　群馬県前橋市の老年人口，痴呆患者有病率（在宅および全体）その比率がわかればお教え頂きたい。

2）　群馬県または前橋市で，重度痴呆患者のケアシステムはどうなっているか，わかればお教え頂きたい。

3）　また痴呆患者の中で脳血管性痴呆とアルツハイマー型痴呆との比率が当地でどのようであるかお教え頂きたい。

A：後藤忠夫

1）　の前橋市の老年人口については，大竹誼長先生より精細な比較が説明され，年齢65歳以上の人口比率が上昇している数を報告した。

2）　に対しては，得津雄司先生より前橋市にも重症の痴呆に対する特別養護老人ホーム50床があるが，退所者が少ないためなかなか入所出来ないのが現状です。

3）　に対しては，岡本先生より老年病研究所の剖検例からみても，アルツハイマー原線維変化を示す例が多くみられるようになり，アルツハイマー型痴呆も増加しているのではないかとの答があった。

Q：佐藤進一

アルコールによる痴呆については如何ですか。

A：岡本幸市

アルコールを常用することによって，脳の萎縮を生じるといわれていますが，明らかなアルコールによる痴呆を経験したことはありません。

Q：大山　修

アルツハイマー病は臨床症状で大体診断がつくという論文がありますが如何ですか。

A：岡本幸市

臨床症状から大体アルツハイマー病らしいと診断出来ますが，確定診断は剖検です。

Q：大山　修

76歳，男性の患者さんのことですが，或る日突然に自分の靴をはいた上に更に靴をはこうとしたり，つじつまの合わない変な行動をしましたのでヘキストール1日3錠を服用して頂き3～4日後に来院された時には全く回復して，その日のことは自分でも記憶がなく変だったと言うようになっていました。この時はヘキストールが有効だったのでしょうか。

A：岡本幸市

先生のお話からこの方の疾患はtransient global amnesiaという病状と思われます。こ

れは一過性に記憶が失われ変な行動をする疾患です。海馬領域の血流不全によるといわれています。

最後に矢吹清人先生から平成4年6月13日，14日には宇都宮市においてプライマリ・ケア学会が開催されますので皆様の御入会と御出席をお願いいたしますとのお話があり閉会となった。

老いのみち——税金

大熊由紀子『「寝たきり老人」のいる国，いない国』を読んだ。ジャーナリストの著者が，高齢社会の先輩国を訪ね，そこでは「寝たきり老人」が居ないことを知って，それはいったいどうしてなのかをよく調査し，その結果をまとめたのが，この書物である。

この本は老人問題について考える人たちに是非読んでいただきたい本である。というのも，わが国では常識となっている「寝たきり老人」を無くすにはどうしたらよいのか，その具体的方法がわかりやすく丹念に述べられているからである。

この北欧の国々の実状を著者はつぶさに紹介してくれるが，まず驚くのは，それらの国が，老人のために用いる施設，人的資源の豊富さである。これだけの設備があり，人間がいるなら，確かに「寝たきり」を防止できるだろう，と感じさせられる。

ところで，その費用は？ということになるが，これはもちろん税金でまかなわれる。そして，税金の額も日本よりはるかに高い。しかしと著者はいう。「日本人は税金を取られると思っているが，デンマークの人は税金をあずけると思っている」というのだ。つまり働けるときに「あずけた」金によって，その老後をちゃんとみてくれるというのである。

この一言は彼我の人間の考え方や生き方の根本的な差に気づかせるものとして印象深かった。老人問題は国の政治・社会，国民性などあらゆることに深く関係しているのだ。

（国際日本文化センター教授　河合隼雄）

3月名古屋例会のときの座談会（II部）

脳　死

伊藤清次・浦田　久

服部（名古屋市）　浦田先生が今お話しになったことで思いましたのは，日本人が臓器移植について，日本人古来からの宗教感から合わない，キリスト教の方が合うという話でしたが，ドナー側からいえば，「捨てるものは生かすべし」というのが仏教の基本なんです。それだけちょっと申しあげておきます。

臓器移植が脳死のバックにあるということからいいますと，さきほど安田先生がおっしゃったように，脳死には2つの面があって，尊厳死の問題，つまり心臓が動いていて体が温かいというのを死んだとすること，これはいっぱいあると思います。ですから，私は脳死は絶対成立すると思います。無意味な延命を図るための人工の装置をつけて生かすということがなくなるという意味では大賛成です。

今問題になっているのは，そういう脳死を，誰かの新しい生きているものを，早く次に移そうと思ってやっているのが見えているから，みんなが反対するということですね。でもよく考えますと，例えば肝ガンになって，もう何もすることがない，先天性胆道閉鎖ではもう移植するしかないという患者がいる場合，臓器を移植すれば，必ず助かるということは，患者と診ている医者が移植をするのはよく分かるんです。この問題は，すべてレシピエントの側から出ている問題なんです。ドナー側の問題はほとんどでないんです。これは現実を認識すると絶対的なんです。現実を認識すると，臓器移植というのは成立しないのではないかなというふうにみえます。それが一つです。

もう一つの面があります。生物の体は，他の無機物，機械に例えますと，車でもよいですが，車がちょっと調子が悪いといったときに，チェックして調べて，「ここが悪い，じゃあパーツを替えましょう」といいますね。でも人間の体はそれはできません。臓器を簡単に買えない。だから，その代わりというか，自然治癒力があるわけです。つまり，ものを取って入れ替えるということは，機械みたいにみるわけだから，人間を物としてみると思えるわけです。これが二つ目です。

そのうえ，現実には臓器の移植は成功率がすごく悪いことです。人の臓器を入れますと，拒絶反応が起こる。そこで抑制剤で抑え付け，勝てば付くけれども，負ければ拒絶反応で失敗でしょう。それが大成功すると，発ガンするんですよ。免疫が起こらないから，ガンが発生して失敗したと，この間の移植学界で報告しています。

それから，もしそういう拒絶反応をクリアするような技術ができたら何が起こるかと考えると，2つの問題があるんですよ。一つは，もう始まっていますけれども，臓器の売買が起こるということです。インドでは，確か1983年に50件ぐらいの臓器の売買が，1990年には4,000件になっているのですよ。角膜が3万ルピーなんですよ。24万円ですね。腎臓が8万ルピーです。

また，心臓手術をする日本の外科医のいうことによると，年間に900人を手術するそうです。そのうち2％が臓器移植をしなければ絶対駄目なんだって。でも，18人ぐらいの人

のために移植するのが非常に問題，というのは，コストがものすごくかかるんですね。1回やるのは，1,000万円から1,200万円かかるんですって。拒絶反応が強いと月々100万円ぐらい負担がいります。ということはお金のあるものしか臓器移植ができないということに必ずなるんですね。そういう意味では，私は臓器移植には反対なんです。

北川（東京都）　われわれ医者は，医学という科学を信じて今日まできたわけで，その発展の過程として，今までは，生きるものをよりよく生きるというふうであったものが，ほとんど聖域だと思われる死の近くまで，医療の能力が及んできたところが，現在のこの脳死の問題の文化史的な位置だろうと思います。

結局，しいていえば，われわれの命の終焉には，自然死と脳死というものが少なくともあるという概念は，ほとんどの先生方は持っておられると思いますが，例えば，それが臓器移植を目的にしているという，その目的物によって判断するのではなくて，医学がそれだけ進歩したのだという結果として，こういう現象が起こっているという認識をもつときに，医学者として，簡単に脳死を否定し，臓器移植を否定し得るかという問題の立場から議論が出ていないような気がしますので一言。

私の立場を申しますと，医は真実の追求の具体的手段であると信ずるが故に，医者であり得ているということになる以上は，脳死それから，その脳死によって生命の終焉がきているものを，同じ人類の一人であるものを生かすために使うということが悪であるとは思えない。ちょっとキザないい方をすれば，人類愛的な立場に立ってという，そうでないと，われわれは科学人ではないのではないかなという気がします。

栗原（習志野市）　ただ今のいろいろなご意見を拝聴しておりますと，先生方の立場によっていろいろと考え方が違ってくるのだろうと思います。私は，はっきり申しあげますけれども，人間はもともと非倫理的なものをもっているものであるという立場，つまり性悪説をとるものでございます。

そのことからしますと，脳死ということですけれども，私は1ページの一番上に「条件付きで脳死を認めるということと，臓器移植とはっきり切り離すべきである」というふうなことを意見として出しました。これは，何故かと申しますと，脳死と臓器移植とはまったく関係ないと，はっきり割り切らないといけないと思います。脳死というのに，たえず臓器移植という影を引張ってきたら，これはもう何がなんだか分からなくなってくるわけです。やはり，議論を進める上には，なるべくいろんな条件を切り離して，本質的なところで論議しなければいけないという立場をとっておりますので……。

それから，さきほどらい臓器移植についていろいろお話がありましたが，私も臓器移植は本質的にはやるべきではないという考えです。NHKの臓器移植の特集が去年ありましたが，私は見ていて一番強烈だったのは，若い人が交通事故で運ばれてきて，まず最初に心臓移植医が心臓を切り取っていって，その次に腎臓移植医が腎臓を切り取り，それから整形外科医が関節を切り取ったりして，切り刻んでしまうわけです。人間が刻まれるということをみて非常にショックを受けました。人間というものはそういうものであろうか。死んでしまったらまったく物質的なものであろうか。さきほどもお話がありましたが，私は日本人ですので，とても人間を切り刻むということはできないのです。

もう一つは，やはり死者の権利といいますか，死者の立場というものを考えなければいけないと思います。そういうふうに切り刻まれるということは，私は日本人の感情としてどうも納得がいかないということです。

それから，移植というものが，はたしてどれだけの医学的効果をもたらすものかどうかということです。さきほどらい，ヒューマニズムとか科学の勝利とかいいますが，はたして臓器移植がそういう価値があるものかどうか，非常に疑問です。むしろ臓器移植とか，あるいは人工受精でもそうですけれども，神の営みの中に人間が手を下すというふうな，非常に誤った考えのもとに，そういうことが行われているのではないかと思います。ですから，やはり神の手に委ねるべきものは神の手に委ね，人間ができるものはそれでやるという，はっきりした区別が必要だと思います。それをヒューマニズムとか科学の勝利とかいうことで，甘いオブラートに包むことは大変危険なことであり，人間の驕りではないかと思います。

さきほど，臓器移植のさいに臓器の売買が行われるといいましたが，私はこれこそが人間の本当の姿ではないかと思います。人間というのは，すべて自分の欲望でもって動いているわけです。それほど倫理性の高いものであるとは思われません。もし倫理性が高ければ，この世の中に法律なんていらないです。戦争なんて起こらないはずです。

そうした立場で，私は臓器移植はやめた方がいいと思います。神の手に委ねるべきものは委ねて，それで，もし亡くなっていくのであれば，それはそれで神は喜ぶことであろうと思いますし，その人の一生がはたして不幸であったかどうか，それは非常に疑問であろうと思います。１時間長生きしたから，１年長生きしたから，その人が幸福になれるでしょうか。私はけっしてそういう時間的な問題ではないと思います。あまりにも言葉のいろいろなあやに酔ってしまって，物事の本質を見失ってしまうという危険性，これは十分に警戒しなければいけないことだと思います。

伊藤（光保）（東海市）　私は，愛知県医師

会の調査室という医療政策の審議をやっているところに加わっているものです。最近の国際情勢などを考えてみますと，日米の構造協議という問題は，経済摩擦という問題ではなくて，さらに倫理観とか，日本とアメリカの国民性の違いといわれた部分を，ある面で統一しないことには，経済も成り立たないし，医学的にも同じレベルで，同じ土俵に登れるような状況をつくっていかないと，国際的な批判をあびて孤立化するような状況になってきているのではないかということが一つです。

さきほどもいわれましたが，臓器を買いに行くような状況が生まれてきているということから考えれば，脳死，臓器移植というものを認めざるを得なくなってきているのではないかと思います。ただ私自身は現状としては，脳死が認められないという二つの理由があります。それは，厚生省の脳死基準というものが非常に甘い必要条件でしかなかった，十分条件になっていないようなものを公表してしまったということが，一つの大きな問題だろうと思います。この辺で議論が混乱するのであれば，厚生省が一度謝って，脳死基準を再度提出するようにしないと，国民的な合意というものはとうてい生まれないだろうということです。

もう一つは，脳死に立ち会う人間が２人か３人必要だという，これは当然のことだと思います。大学にいますと，大学紛争の直後か

らしばらくの間はかなり民主化されていましたけれども，最近またかなり封建的な状態になってきています。認定医をとらせるということで，教授の権力がかなり強くなってきています。医者も増えて赴任先もだんだんなくなってきていますから，教授のいうことを聞かざるを得ない，聞かなければ，どこか自分で職を探して行かなければいけないというような状況が生まれているものですから，教授が「これは脳死だ」といったら，反対できる人間はほとんどいなくなってきているのではないかと思います。もう一度学園紛争でも起こらない限り，無理な状況が徐々にまた出てきているということです。そういう大学の中で，脳死の判断がされるということは，非常に危険な状態ではないかという気がします。

それから，臓器移植のことですけれども，ある面では医学的な発展というものもあるでしょうし，技術的な産業の発展というものも，それに伴ってあると思います。しかし，その本人がどれだけ生きられるかという経済効果と，それから移植に使われる費用，1,000万円だとか，月々100万円だとかいわれるお金を使うことが，はたして経済的な損得は大丈夫なのだろうということが，もう一つ私も今迷っているところです。臓器移植をして，医療費は有限のものであって，臓器移植に大量に医療費が使われるならば，開業医にまわるお金は少なくなる可能性があります。どんどん移植がやられて，そこにお金が吸収されるような状態になれば，その臓器移植の力があまりにも強くなってきて保険請求ができるような状態になったとき，開業医の生活は成り立つのだろうかという心配を一つしているところです。経済的なメリットがどこまであるのかということを，誰もまだ確認できてないわけですし，その辺の確認をしたうえで臓器移植に入らないと，医療経済というのが成り立つかどうかも分からないという気がしています。ちょっと角度の違うところで。

川久保（三鷹市）　今の伊藤（光保）先生のお話は面白かったんですが，ただ国際的である必要があるのだろうか。日本人は日本人で独自でもっていいのではないですか。それから日本人が臓器を買いに行く，買いに行かないかは，そのおうちの姿勢の問題です。

その次は，移植して良くなる理由はあるのでしょうかしらね。移植してだんだん悪くなったということも耳にしています。私のそばにいる患者で，腎臓を片一方とって，最初のときはうまくいってたのですが，だんだん60，70，80歳になってきたら，今度は尿毒症になって腎透析をやって，また，片一方の腎臓が残っているからそれをとって，今度は腎臓を移植するようなことになって，めぐりめぐって他人の腎臓をとっていくというようなことになってしまい，これは，いったいどういうことになっていくのだろうかと思います。

それから大学の問題では，大学外の医師を連れてきて，それに判定させればいいのであって，現在，大学の中身でもってというのであれば，よその大学の先生を3人連れてやればいいのであって，はたして死んでいるかどうかというのをきめればいいわけで，ただの規則だけの問題だろうと思います。

私自身としては，さきほど栗原先生のおっしゃったことと同じで，そんなずうずうしいことをやって，はたして神や仏もないものかという，そういう感じでございます。

土田（坂出市）　宗教上の問題につきましては，福岡での「死の告知」のパネルディスカッションで，大森先生が非常に分かりやすいお話しをなさったので，あれで解決できると思います。日本人は，死ということについては，脳死を認めるということは大変難しいことです。しかし，どうしても認めさせようというのならば，やはり長期的な展望で，小学校の頃から死ということについての概念をはっき

りと教育していくことが，一番大事だろうと思います。現在のわれわれに対して，「脳死が死だと認めよ」ということを，一般の人々に申しましても難しいと思います。

次に，医学的な死ということにつきまして，やはり脳死はあり得るものだと思っています。社会的な死は，宗教上の死と非常に関係があるわけですが，小さいときから死に対する教育をするこによってはじめて脳死と自然死との区別がてきる，そして脳死を死として理解するということになると思います。

結論を申しますと，物理学で習う最初に「作用・反作用の法則」というのがありますが，作用があれば必ず何らかの反作用があるわけで，その辺りを十分に考慮しながら，今後長い道を歩んでいかなければ１年，２年，３年で解決できる問題ではなかろうと思います。当面は，いろいろと患者の同意を得ながら，脳死を認める患者や家族に対しては移植をする，それを認めない人にはしないということにならざるを得ないかと思っております。

藤田（観音寺市）　皆さんのいろいろなご意見を聞きまして非常に感じるところがありますけれども，一つ二ついわせていただきます。肉体を切り刻むということは，言葉自体が大変センセイショナルですけれど，考えてみますと，われわれ医者になった第一の関門が解剖であったはずです。そのときすでに切り刻んで，われわれが医者になっているわけですから，そういう点においては，医者は人間的に申しますと非常におかしな存在です。

仏教的にいいますと体を投擲するというのが仏教の一つの教えです。釈迦の前世においての，壁画などになっておりますけれども，まさに飢え死なんとする虎に対して，自分の体をささげて虎を救ったと。自分の肉体は必ず死滅いたします。その無に帰したものが，そのまま土になって自然界に帰るわけですが，それが，まだまだ臓器移植の先の問題は分かりませんけれども，もし仮定して，人の命がお役に立つならば，一つの慈悲の心につながるのではないかという気もするわけです。

もう一つ，社会的なコンセンサスということで問題になっておりましたが，永井先生が書かれておりますように，死の３徴候というのは，医者が認めて社会的に定着しているわけですが，この脳死の問題に関しては定着しないのは，やはり医者に対する不信感があるからだろうと思います。と申しますのは，やはり成績が問われると思います。臓器移植をするためには，早期にすればするほど良いにきまっているわけですから，学者の功名心によって，その人の個人の死がもしゆがめられるならば，これは大変なことでございます。

こういう意味におきまして，その辺の問題が，脳死臨調において医者が３人しか出ていないという現象を生んでいるのではないかという気がします。

松村（東京）　この問題は大変難しくて，多数決できめるようなことではないし，意志を統一するような問題ではないということを，まず申しあげておきます。

現実に臓器を欲しがっている方もいらっしゃることは事実です。一方では，体を切り刻まれるのは嫌だ，肉親でも嫌だという方がいらっしゃるのも事実なんです。これを，国民的な合意で一つにまとめるという，言葉は簡単ですけれども，具体的にどういう作業で，どう

いうふうにまとめあげるのかというと，誰も何も具体的な手続きを考えておっしゃっていないわけです。

こういうことを考えますと，月並みになりますけれども，ケース・バイ・ケースということになってしまうわけです。そのケース・バイ・ケースの裏には，医者の不信感があって，コンセンサスを得られないと思います。ならば，素人であっても，例えば検察審査会のような組織をつくりまして，何か問題があったときに集まってもらい，主治医から状況を説明してもらい，家族も話を聞いて，それで，これはもっともだということになったら，脳死と判定していいと，臓器移植のために切り刻むと，そういう医者以外の第三者機関をつくっていくと，その選ばれた人たちは医者ではないけれども一生懸命考えるわけです。そういうのを積み重ねていくと，だんだんと一つの落ち着くところに落ち着いていくのではないかなという，夢のような考え方を持たざるを得ないわけです。

私自身，「じゃあ，おまえはどうなのか」となりますと，私は人様から臓器をいただく必要はない，十分人生を楽しませていただいたという考えです。別れは人生に付きものだし，悲しいのも人生に付きものだし，それがあって人生が豊かになるのではないかと思っております。ただ，私の臓器を欲しいという方かいらっしゃいましたら，さしあげようと思っています。

浦田（川崎市）　さきほど，どなたかおっしゃったですけれども，移植のためにずいぶん医療費がかさむということでしたが，これは間違いだろうと思います。ということは，脳死の時点で死亡と医師が診断すれば，死から以後は，どんな治療や処置をしても健康保険で請求できないわけです。だから，どんなに医療費がかさばっても請求することはあり得ないんです。それから，脳死と臓器移植とは切り離して考えるべきだというご発言がありましたが，現実問題として臓器移植というものがなければ，脳死の問題はこれだけうるさくいわないんです。脳死と臓器移植とを切り離してはとても考えられません。

また脳死は死だと，みんなはもう分かっているんだと，既成の事実のように考え，例えば脳はドロドロに溶けて，これではもう回復は望めなかった，というのは実は結論的なお話です。脳死の判定基準は日本には3種類あるわけですが，その判定基準で脳死と判定し，あとで実際に脳死でなかったのだという例がいくつもあるわけなんです。現在の判定基準は不備なものです。私の立場でいいますと，その不備なものをもとにして脳死だとして議論をすすめることは，意味がないという立場です。結局，脳死とは何かということを煮詰めていかないと，議論が発展しないと思います。

例えば，判定は6時間でやれと，じゃあ5時間半では駄目か，7時間ではいいのか。ところが，これが24時間の場合もあるのです。ある国では12時間でやれというのもあります。判定もこんなに違うんですよ。では，6時間経って死と認めると，その時点で死亡診断書を書くのか，それとも最初のときに脳死を死と認めて経過をみていたので，最初のときが死亡なのかと，いろいろな問題が出てくるわけです。最近やっと最初の時点で死亡という結論に落ち着いたようですが，これはいい出したらきりがありません。

結局，脳死とは何かということが，現時点では納得のいく定義がないわけです。立花さんの「脳死」という本，彼が読んだ脳死の文献が156もあって，大変勉強しているんですが，一つひとつを解析していくと，今までの脳死に関する考え方は非論理的だというんですね。だから今の脳死判定基準はどうしても認められないというのが彼の立場です。私も

同意見ですが，脳死だと判定した時点でまさに死であるかどうかということを，われわれは本当は議論しなければいけないといっているわけです。

向平（横浜市）　議論を聞いてきましたが，やはりポイントは臓器移植にあると思います。臓器移植を認めるか認めないかによって，脳死の問題が出てきているわけですから，臓器移植を認める派と認めない派があったように思います。

さらに尊厳死という言葉が出てきましたけれども，これは，臓器移植と切り離して脳死だけ考えた場合に簡単に解決がつくのではないかと思います。

もう一つ，議論をお伺いしながら感じたのですが，この問題はわれわれの問題ではなくて，われわれ開業医は，臓器移植にいかないまえの患者さんをいかにするかということにポイントを絞って，われわれの作業をすべきであると思います。要するに，脳死を防ぐにはどうするかということになってくるわけです。私自身はあまり結論はありません。勉強させていただきましてありがとうございました。

越川（川崎市）　こういう難しい問題は，われわれ開業医には直接かかわってくる問題ではなくて，いろいろ意見を求められる場合に改めて考えるということだと思います。

脳死は，どうしても日本人にはなじまないのではないかという感じがいたします。反面，よく新聞で報道されているように，日本人がイギリスやオーストラリア，アメリカなど海外へ行って臓器移植を受けなければならないのは，いったい何だろうなというふうに考えるのが，私の現在の素朴な考えです。

永井（三鷹市）　皆さんご覧になった方もあると思いますが，東京大学の多田富雄教授が日本医事新報の3483号の「人」という欄で書いていらっしゃいますが，『脳死』を受け入れるにしても拒否するにしても，日本人の死生観と文化的背景をもとにして考えるというプロセスを踏むのが正しい。それを抜きにして進んでいる議論に少なからぬおそれを抱いている」と。これが多田先生の考えで，私が今日お話したのもこの考え方と同じものです。

辻本（北海道）　テーマをいただいて，回答しなければならないときからずっと考えてきて，今もまだ考えております。皆さまのご意見をお伺いして，本当にどれもこれもごもっともだと思います。外国人は，私たちと違って，あの世というものが死んでも存在して，そのため喜んで死ぬことができる，だから，ぜんぜん私たちの次元とは違うのだろうと考えると，ただ，こうだと規定されてしまうというのは困ると感じているだけです。そして自分がそうなったらどうするか，自分が臓器を提供するかどうかということを考えるのが一番分かりやすいかと思って，考えようと頑張ったのですけれども，私自身はどっちともいえません。

竹内（東京都）　今リサイクル運動というのが，ものすごく盛んですけれども，生き物のリサイクルというのはやらない方が……。自然のリサイクルをぶっこわすようなことはしない方がよいと思います。

北川（東京都）　われわれは，医学を修める科学者の一人なのですが，その医学の発展を是として毎日の診療をやっているわけです。その医学の発展の，今のところ究極の死という問題に逢着しているという事態で，これはわれわれの問題であるのは間違いないのですが，それを感情論みたいなもので否定するのは，科学者としてはおかしいという印象をもっています。

神保（東京都）　いま浦田先生から脳死の判定基準をいろいろ伺ったのですが，残念ながら初めて聞いたことがいっぱいあってびっくりしました。実は，自分自身のことを考えて

みますと，私はどの基準に当てはまっても，脳死になったら即，脳死と認めていただきたいと思います。それから臓器移植の問題ですが，臓器移植というのは治療法の一つであるとは思います。だけれども，自分は他人の臓器をもらってまで生きたいとは思いません。

それから臓器の売買ですが，実際にあったことでして，血液型とか性・年齢別で売買されたという例が南米で報じられて，恐ろしいなと思ったのですが，過渡期にしろそういうことが起ったということは，やはり臓器移植はちょっとこわいなという気がしています。

最後に一言。栗原先生は性悪説でございましたが，私は性善説でみんな良い人だと思っております。皆さん，心から良い人だと信じておりまして，ここにいらっしゃる方を含めてみんな善人で，皆さんのいっていることはみんな正しい，みんな良いのだけれども，ただ，ちょっと表現の仕方が違うだけだと思っております。

籾山（半田市）　今度のことで本をまとめて読んでびっくりしましたのは，同じことを違った表現でしているということです。この論議の冒頭にも出ましたが，現在の脳死の意味の最も不可解なことは，脳死とは何かということはまったく説明されぬまま論議されているということです。脳死反対論の東大のPRC（患者の権利検討会…浦田記）の人がだいぶ前に書いた本でございますが，まず脳死は死かということを認めるか否かということで違ってまいります。

また脳外科医の本を読んだのですが，立場によってまったく議論が違うということです。たとえば同じ医者でも，ICU，CCUによって日常脳死をみている人と，私たちのように脳死をみていないものとでは，認識と論議はまったく違うということです。それから，一般大衆にいたっては脳死の論議はほとんど不可解だと思います。

ですから，脳死を認めるには条件は一つだけ。情報公開制度が完全になればと，それだけでございます。

なお，臓器移植は治療法としてはあり得るが，私自身の信念としては，他人の臓器をもらってまで生きるつもりはないということです。

伊藤（名古屋市）　どうもいろいろと長いことありがとうございました。実は，皆さんのいわれたこと，掲げたことを読んでおりまして感じたことは，脳死は脳死と，今までの死は死であると。そして，脳死を認める人と認めない人があると。それから臓器移植を認める人と認めない人がある。それもあってもいいのではないかと。ただし，脳死の判定，臓器の提供については，間違いのないようにやってほしいということが，皆さんのに書いてあったような気がします。

皆さん，これを糧にして，これから考えていただきたいし，こういう場面で，われわれがはたすべきことがあるのだろうか，あれば，それをやらなければならないし，その辺も考えていった方がいいのではないかと思います。では，この辺で終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

臨床と研究

McCune-Albright 症候群の小児

大田区
浦田医院　浦田　久

ここでは学会誌のように，McCune-Albright 症候群の小児の1例報告をするつもりではない。この病気を持った小児が，保育園に再入園を希望した場合，保育園や園医はどう対処したらよいかという問題を述べてみたいと思う。

McCune-Albright 症候群は比較的稀な病気である。私の診察したK・Sという患児は，K市立病院では初めての患者というし，K県立こども（子ども，子供とも書きますが，この場合は「こども」が固有名詞である）医療センターでも20年間に5例しか経験していないという。わが国の報告例では1989年までに田辺によれば71例に過ぎないようである。**表Ⅰ**を参照。これをみると，女性では思春期早発症を，男性では甲状腺機能亢進症を伴うことが多いことが分かる。小児科学会ではときに1例報告がみられる程度である。例えば田辺千絵（青森県立中央病院小児科）による第90回日本小児科学会青森地方会（青森病誌，

表Ⅰ．日本の McCune-Albright 症候群の報告例による臨床徴候の頻度（田辺千絵による）

	第1群	第2群	第3群	合計
骨病変	＋	＋	＋	
分内泌異常	＋	－	＋	
皮膚病変	＋	＋	－	
症例数	45（一人は性別不明）	18	8	71
性別	男 女	男 女	男 女	男 女
	11 33	9 9	1 7	21 49
性早熟	2 32		0 5	2 37
甲状腺機能亢進症	8 1（＋7）*		1 2	9 3（＋7）
成長促進異常	（＋1） （＋9）		0 0	（＋1） （＋9）
副腎異常	1 （＋8）		0 （＋1）	1 （＋9）
骨病変初発年齢	8.1±6.8（n＝39）	8.4±5.9（n＝12）	15.5±9.9（n＝8）	9.2±7.4（n＝59）
初潮～性器出血の出現年齢	6.1±3.9（n＝28）		8.5±5.2（n＝4）	

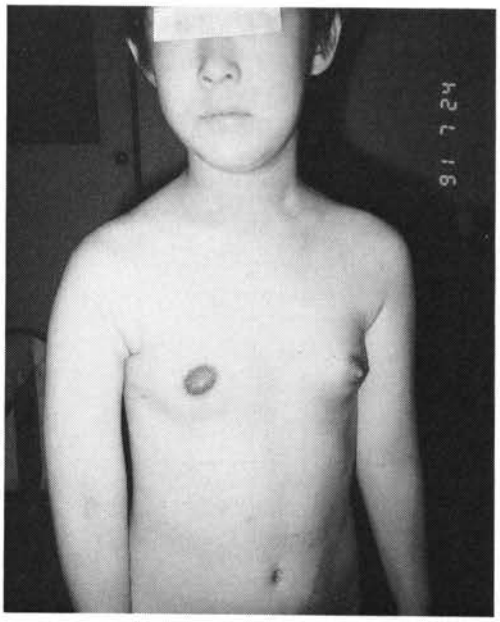
*同一患者に2種類以上の内分泌異常を合併するときは，主な異常以外のものを（ ）内に記入した。

第34巻，第1号）での1例報告，八木信一ほか3名（川崎医大小児科）による日本小児科学会雑誌，第93巻，第5号の1例報告，山脇保ほか4名（滋賀医大小児科）による「小児科」（Vol. 28. No. 4. 1987）の1例報告，田苗綾子ほか1名による「骨代謝」（7：275, 1974）の1例報告などがそれである。

私の場合，McCune-Albright 症候群の小児を保育園（私がK市の嘱託で園医をしている）に再入園（昭・63・4に入園していたが，たびたびの骨折による入院で長期病欠児として取扱い，平成3年8月に再入園を希望）させてよいかどうか，また入園が許可された場合，保育園ではこの患児にどう対処すべきかという問題が生じてくる。この問題に入るに先立って，この症候群はどういう病気かについて述べる。

McCune-Albright 症候群は(1)骨の多発性線維性骨異形成（Polyostotic fibrous dysplasia）(2)皮膚の茶褐色の色素沈着（カフェオレ斑）（**写真No. 1**．参照）(3)性早熟症（思春期早発症）（**No. II**．の写真では乳房肥大がみられる）の3徴候を持った症候群をいう。(2)の色素沈着は正中線よりもどちらか一方に片寄って遍在する。この多発性のカフェオレ斑は，この症候群の特徴的所見であるが，必ずしも診断のための必須条件ではない。(3)のほか甲状腺機能亢進症・Cushing 症候群・末端巨大症など，その他の内分泌器官の機能亢進を合併することがある。この症候群の内分泌異常の特徴は，自律性の機能亢進といわれている。患者S・M女児は生後10ヵ月に性器出血（早発月経）を起こしているが，最年少の性器出血の報告は生後2日目というのがある（Hackett ほか，J. Pediatr., 35：767～771, 1949）。このような異常性器出血は，しばしば乳房の発達以前に起こってくる。最初の報告では，思春期早発症は発症しないとされていたが，その後思春期早発症を伴う

No. I．カフェオレ斑（McCune-Albright 症候群）



No. II．乳房肥大（McCune-Albright 症候群）

症例が多く報告されている。(1)については整形外科の領域で，私は専門外であるが，線維性骨異形成は長期間発見されないことがあり，別の目的で撮ったX線上で発見されることが多いといわれている。例えば乳児に性早熟症が起こってきた場合，意識して全身の骨X線を撮って探してみるとみつかることがよくあるといわれている。また線維性骨形成を伴ったMcCune-Albright症候群の初期症状のうち70%は，痛みのための跛行や，自然骨折などであるといわれている。身体的奇形として，しばしば左右の足の長さの違いがみられる。これは，いわゆる羊飼いの曲がり柄の杖型変形と呼ばれる大腿上端の外側への彎曲のためである。患児K・Sの場合も，2歳児クラスのとき（昭和64年2月，3歳7ヵ月のとき）ときどき足を痛がり，跛行がみられている。

McCune-Albright症候群は，McCuneが1936年に思春期早発症，皮膚の色素沈着，甲状腺機能亢進症を伴った線維性嚢胞性骨炎の9歳女児の1例報告をし，1937年にAlbrightが多数例の臨床的特徴をまとめて記載し，初めて独立疾患群として確立させたため，彼の名前が冠されることになったのである。

診断は3徴候をみれば比較的容易とされている。しかし，これらの3徴候が2つしかない場合でも，やはりまず本症候群を疑ってみるべきであろう。本症の原因は現在のところ不明であるが，多発性の末梢内分泌腺の自律性機能亢進によるとする考え方が圧倒的である。

さて本題に入り，私の経験した患児について述べることにする。患児K・Sは昭和60年7月30日生まれの女児で独りっ子である。出生時の体重は701gで保育器に201日間入っている。生後1ヵ月に動脈管開存で手術を受けている。血族結婚や遺伝性疾患など，家族歴に特記すべき事項はない。予防接種はすべて受けている。昭和63年1月すなわち2歳6ヵ月のとき，K市リハビリテーション福祉センター内の南部地域療育センター（平成3年4月1日より私は嘱託医をしている）で診断を受け，精神運動，発達遅滞といわれている。

昭和63年4月の入園時の発育個人票では，身長86.9cm，体重12.1kg，胸囲46.0cm，頭囲46.0cmで，母親に対する患児の心身の発達についての質問調査を下記に示します。

(1) 首のすわり……8ヵ月
(2) 寝返り……10ヵ月
(3) お坐り……12ヵ月
(4) ハイハイを始めたのは……1歳1ヵ月
(5) つかまり立ち……1歳3ヵ月
(6) 指で小さいものをつかめますか…はい
(7) 名前を呼ばれたか分かりますか…はい
(8) 独り歩きを始めたのは……1歳6ヵ月
(9) マンマ・ブーブー・パパ・ママなどの言葉を一つでも話しますか……はい
(10) おしっこをしたいときに教えますか……いいえ
(11) 自由に歩いたり走ったりしますか……はい
(12) 「あれなーに」「これなーに」とよくたずねますか……いいえ
(13) 自分の名前が言えますか……いいえ
(14) スプーンや箸を使って独りで食べますか……いいえ
(15) クレヨンなどで一つの丸を書けますか……いいえ
(16) お友だちと遊びたがりますか…いいえ
(17) 手を使わずに独りで階段を登れますか……いいえ
(18) おしっこが独りでできますか…いいえ
(19) ボタンを独りではめることができますか……できない
(20) 飛び降りたり，ケンケンができますか……できない

その他，着衣についてはパンツ，ズボンを

自分独りで脱ぐことができない，言葉では大人の言うことは分かる，食事では間食が多く，いも類が嫌いで，食べ方は手づかみ，食べさせないと食べない，夜尿症がある，などが他の個所の調査票で読みとることができる。(6)や(11)では「はい」と答えているが，母親に面接中にコーナーで遊んでいるのを見ると，指先がまったく使えず，手のひらで物をつかむことが多く，また自由に歩いたり走ったりはできないのが観察されている。このように必ずしも母親は，この質問に正直に答えていない。また生後10ヵ月に性器出血があったことも話していない。

保育園には，南部地域療育センターで診断された精神運動，発達遅滞をもつ障害児ではあるが，集団生活は可能であるという診断のもとに，昭和63年4月に2歳児クラスに入園している。

2歳児クラスのときの昭和63年7月には，家庭で性器出血があったため，K市立病院に入院し，ホルモン異常で2，3年の投薬が必要といわれている。退院後，同年10月に初めて保育園で性器出血があった。このときは生後3歳3ヵ月である。性器出血は，その後たびたび起こり，4歳児クラスでは3回も認めている。

骨折もたびたび起こし，3歳児クラスのときは，すべり台の2段目から落ちて右上腕を骨折したり，2ヵ月後にはトイレで転び大腿骨を骨折して，3ヵ月間入院している。そのため退院後登園しても保母の介助が必要となっている。4歳児クラスのとき保育園の玄関で転び右腕を骨折し，またK市立病院に入院しています。このように，ちょっとのことでたびたび骨折をするために，K県立こども医療センターを紹介され，転医し，そこで骨折しやすい，性早熟症，カフェオレ斑の3徴候のため，McCune-Albright 症候群という病気であることが判明している。そのときの骨年齢は11歳相当とかなり亢進しており，成長は15歳でとまり，将来的には歩くことは不可能と診断されている。退院後も骨折は家庭内でも起こし，そのたびに医療センターに入院している。5歳児クラスのときは3ヵ月間入院し，車椅子で退院している。

退院後，再入園を希望しているわけであるが，園へ来るときも車椅子か母親に自転車に乗せてもらっている。患児は母親に手を引かれて歩くか，支えがないとロボットのように危なっかしい歩き方をし，膝の屈伸運動もままならず，トイレも介助がないと排尿できない状況である。したがって，この患児を年長組に受け入れるに当たって，現在の症状から予想されるさまざまな事柄について園長から意見書が出されている。例えば，年長組は男児が多い（男児20名，女児9名）ことから，生活・活動時の動きが大変激しいので，骨折させないようにするには保母がどのように対処すればよいかという問題が起こってくる。年長組の担任は2名の保母であるが，本患児にほとんど1名の保母がつきっきりになることなどについて，行き届いた保育ができるであろうかという疑問を投げかけている。

平成3年8月2日のK県立こども医療センターの主治医の意見書によると，今後の治療方針として「病的骨折に注意する必要がある。長管骨の骨折・変形に対しては手術が適応である」とし，保育上，特に注意する事項として「多発性線維性骨異形成症があるため，病的骨折を起こしやすいので過激な運動は禁止すべきである」となっている。保育園医としての私の意見書と園長の意見書，それに昭和63年4月1日の入園時の児童票，面接による生活記録，健康記録票，発育個人票を添付して，K市保育園在児園児健康管理委員会に平成3年8月に提出し，その判定結果を待っているわけである。

ちなみに，平成3年7月21日に診察した所

見を下に述べておく。胸部・腹部の理的所見は異常なく，身長121cm，体重24kg，血圧値98／62mm Hg，脈拍90／分，体温36.1度，皮膚には右頸部・右背部および左臀部に茶褐色の色素沈着が広汎にみられ，跛行が認められる。腋毛・恥毛はみられないが，両側の乳房が肥大している。甲状腺機能亢進症やCushing症状はみとめられず，顔面の非対称性，頭蓋骨の変形，頸の曲がりや肋骨のHarrision溝様の奇形などはない。障害程度は発達テスト（IQ他）により生活年齢は4歳6ヵ月，精神年齢は3歳5ヵ月である。骨病変に対しては内科的治療は無効とされているが，本患児は骨病変が強いため，現在カルシトニンの筋注を週毎に行っている。整形外科的には多少骨の石灰化が促進されている傾向はあるとのことである。強度の骨変形や病的骨折に対しては整形外科的処置が適応となる。このケースでは，右大腿骨々折に対しては牽引法で保存的に治療し，5月30日には，坐骨支持骨盤帯付長下肢装具を装着して退院している。性器出血は内科的には内服剤でかなりよくコントロールされていて，いまのところ性器出血はほとんど起こしていない。目下K県立こども医療センターの整形外科と内分泌科の両方の外来に通院中である。

この原稿を書き終えたのち，すなわち8月14日に保育園長から健康管理委員会の検討結果を知らせる電話があった。その報告によると入園不許可であった。その理由として，患児の症状からみて保育園での保母の介助が困難なこと，また便所などの現在の備設が不適切など，つまり保育園の現状では人的・物的に改善されない限り危険がいっぱいあるという結論である。

いろいろとご協力をいただいた大久保園長および整形外科の池崎良三先生には文献でお世話になり，厚くお礼を申し上げます。

誤　審

司馬遷の史記の列伝第59に「循吏（じゅんり）列伝」というのがある。身をもって氏を導いた模範的な役人の例として，季離（きり）という春秋時代の晋国の裁判官をあげている。

季離は，ある訴訟事件において判決を誤り，無実の被告を死刑にしてしまった。あとで気がついた彼はみずから獄に下り，自分で自分に死刑の判決を下した。それを聞いた晋の文公は「下役人に誤りがあったからで，君の責任ではない」といって慰留したが，季離は，「私は部下に地位を譲ったこともなく，また部下に俸給を分けてやったこともありません。それなのに罪を部下になすりつけたら，どういうことになりましょう」「裁判官には裁判官として守るべき法律があります。誤審をして有罪の判決を下した裁判官は，自分もそれと同じ刑に服すべきです。もし誤って死刑の判決を下した裁判官は，当然死刑に処せられなければなりません」と答え，剣に伏して自殺した。

司馬遷はこの季離のような精神こそ，裁判官のいつも忘れてならない心得と考え，この列伝にとりあげたのである。

史記――貝塚茂樹著（中公新書）より。

研究と臨床

第一線診療機関でみた職業性喘息

イチゴハウス栽培業者にみられたイチゴ花粉喘息の一例

山口県熊毛郡
高本医院　高本　　公

はじめに

日本プライマリ・ケア学会において，山口県の一農漁村における第一線医療機関でこれまで**表1**に示したように13種類の職業性喘息を発表してきた。その中のイチゴハウス栽培業者のイチゴ花粉喘息は第4回本学会において発表したが，最近イチゴ花粉に起因する職業性喘息を再び見出し，若干のアレルギー学的検索および特異的減感作療法を行ったので追加報告する。

症　例

M・T，53歳，女性，イチゴハウス栽培業

表1　私が経験した職業性喘息

名　称	職　種	例数	減感作療法
ホヤ喘息	真珠養殖	5	著効5
キヌ喘息	手袋製造	1	著効
ラワン喘息	木工	1	著効
白樺喘息	割箸製造	1	著効
イチゴ喘息	イチゴハウス栽培	1	著効
米松喘息	木工・製材	4	著効2　有効2
小麦粉喘息	洋菓子製造	2	著効1　有効1
稲藁喘息	畳製造	2	著効2
コンニャク喘息	コンニャク製造	1	著効
トウモロコシ喘息	酪農	1	著効
イワシ喘息	水産加工	2	著効1　有効1
羊毛喘息	洋服仕立	1	著効
ヒヨコ喘息	養鶏	1	著効

主訴：咳嗽，喘鳴を伴う発作性呼吸困難

家族歴：アレルギー疾患を含めて特記すべき疾患なし

既往歴：アレルギー疾患を含めて特記すべき疾患なし

現病歴：約20年間イチゴハウス栽培業に従事していて15年間は無症状であったが，約5年前よりハウス内に入ると目がかゆくなり始め，次いでくしゃみ，鼻水，咳嗽が出はじめ次第に増強し，数年たってから呼吸困難発作が起こるようになったと訴え，平成元年1月に来院した。次に職業と喘息発作との関係は，ハウスに入るのを止めると発作は寛解し，再び入ると発作が起こると訴えた。

来院時現症：咳嗽，喘鳴を訴え，胸部に乾性ラ音を聴取した以外，理学的に身体各部に異常所見は認められなかった。

一般検査成績：**表2**に示したごとく，末梢血好酸球6％，血中IgE値1860IU／MLと上昇を示した以外は特記すべき所見は認められなかった。

アレルギー学的検査成績

1．皮内反応

本症における皮内反応は**表3**のごとく，イチゴ花粉エキスに皮内反応は強陽性を示したが，他の市販のアレルゲンエキスでは全部陰性であった。

表2　一般検査成績

血液検査		血清電解質	
血色素量	13.2g/dl	Na	140mEq/dl
赤血球数	446×10⁴	K	4.9mEq/dl
白血球数	7200	Ca	8.5mEq/dl
白血球百分比	(%)	Cl	99mEq/dl
桿状核	4	血清蛋白分画	(%)
分節核	53	アルブミン	60.3
好酸球	6	α1グロブリン	4.0
好塩基球	0	α2グロブリン	9.9
單球	1	βグロブリン	8.1
リンパ球	36	γグロブリン	17.7
肝機能検査		血中免疫グロブリン	
血清総蛋白	6.5g/dl	1gG	1740MG/DL
総ビリルビン	0.4mg/dl	1gM	130MG/DL
総コレステロール	182mg/dl	1gA	380MG/DL
GOT	17 IU	1gE	1860IU/ML
GPT	18 IU	RA	(−)
ALP	3.4 K-A-U	CRP	(−)
LOH	338 IU	ASO	14IU/m l
γ-GTP	9 IU	赤沈	8mm/1時間
T. T. T.	1.4 M-U	心電図	異常なし
Z. T. T.	8.3 K-U	胸部×線像	異常なし

表3　アレルギー学的検査成績

1.　皮内反応

抗原	希釈倍数	発赤	(膨疹)
イチゴ花粉	1,000×	35×32	(15×15)
スギ花粉	〃	10×10	(6×6)
カモガヤ花粉	〃	12×8	(6×4)
ヨモギ花粉	〃	8×8	(4×4)
ブタクサ花粉	〃	8×6	(4×3)
ハウスダスト	〃	12×11	(7×6)
アルテルナリア	10,000×	8×7	(4×3)
アスペルギルス	〃	5×5	(3×3)
カンジタ	〃	12×12	(7×6)
クラドスポリウム	〃	9×8	(6×5)
ペニシリウム	〃	6×4	(4×2)

2.　イチゴ花粉エキスによる閾値検査

1,000×	35×32　(15×15)
10,000×	26×24　(12×10)
100,000×	16×16　(8×8)

3.　イチゴ花粉エキスによる吸入誘発試験・陽性

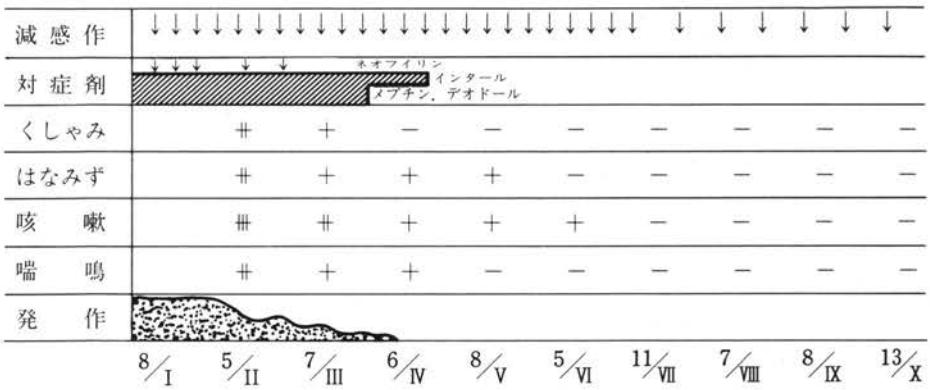


図1　イチゴ花粉エキスによる減感作療法の経過

2．閾値検査

イチゴ花粉エキスによる閾値検査を行ったところ**表3**に示すごとく10万倍を示した。

3．吸入誘発試験

イチゴ花粉エキス1万倍液0.5mlを吸入させたところ，15分後に1秒肺活量20%の減少を示した。

特異的減感作療法

イチゴ花粉エキスによるアレルギー学的検査により本喘息がイチゴ花粉喘息による職業性喘息と診断されたので，抗原の回避など検討したのであるが仕事の性質上困難で，また長年行ってきた職業を変えることは無理なので，イチゴ花粉エキスによる特異的減感作療法を行った。**図1**に示すように減感作療法開始後2ヶ月頃より症状が軽くなり始め，3ヶ月後には喘息発作は起こらなくなった。以後対症剤を中止しても作業継続可能となり，現在維持量にて減感作療継続中である。

考　察

花粉が抗原となりアレルギー機序により惹起される疾患が花粉症と呼ばれる。通常，花粉は直接結膜に作用してアレルギー性結膜炎を起こし，また，吸入性に気道より侵入して鼻アレルギー症ないし気管支喘息の症状を呈する。

花粉症は海外では中世紀以来注目されてきたが，わが国では従来きわめて少ないとして顧みられず，荒木[1)2)]が東京都および千葉県習志野市の空中花粉の検索を行い，喘息患者における花粉エキスによる皮内反応成績と，ぶたくさ花粉症の1例を記載して以来，諸家による花粉症の検索が盛んに行われるようになり，諸種の花粉が抗原となり得ることが明らかになった。一般の花粉症を惹起する花粉は風媒花で，その開化期における空中飛散花粉の増加と臨床症状とが並行することから比較的容易に診断されるが，職業性花粉症は風媒花によるとは限らず，また，開化期も自然の状態での開化期と必ずしも一致するとは限らないが，限られた職業環境内での桁違いの濃厚飛散が考えられるので，注意さえすれば発見もさして困難とは思われない。わが国においても近年職業性花粉症が注目され，てんさい花粉症[3)4)]，ばら花粉症[5)]，ぶたくさ花粉症[6)]，かもかや花粉症[7)]，いちご花粉症[8)]および除虫菊花粉症[9)]が報告されている。

イチゴは近年もっぱらビニールハウスで栽培されるようになった。風媒花として開化期にイチゴが空中飛散することはないといわれるが，虫媒花であってもビニールハウスという閉鎖した職業環境内での作業に際して多量に吸入したり，身体や衣服に付いて濃厚な接触があれば生体が感作されて花粉症を惹起さ

れるものと考えられ，小林ら[8]は群馬県のイチゴ栽培業者にみられたイチゴ花粉症を報告している。私もかつてイチゴハウス栽培業者にみられたイチゴ花粉喘息[10]を報告したが，最近同様な症例を見出しアレルギー学的検索や特異的減感作療法を実施したので追加報告した。

おわりに

近年，農家の副業としてのハウス栽培が盛んになって来ている。農業技術の発展変革に伴い，今後各種園芸などの栽培から，さらに新しい職業性アレルギーが発生してくる可能性がある。

したがって，患者の職業や環境について詳しい問診，あるいは調査することが重要で，さらに診療および発症を予防する方法などについて検討する必要があると考える。

（本論文要旨は第14回日本プライマリ・ケア学会において発表した。）

文　献

1）荒木英斉：アレルギー，9：648～655，1960
2）荒木英斉：アレルギー，10：354～370，1961
3）松山隆治他：アレルギー，21：235～243，1972
4）我妻義則他：職業アレルギー研究会編：職業性喘息，P93～103，朝倉書店，東京，1973
5）斉藤洋三：第28回日本アレルギー学会抄録，1978
6）中村晋：アレルギー，24：599～603，1975
7）中沢次夫他：日内会誌，60，341～344，1971
8）小林敏男他：アレルギー，22：699～705，1973
9）中川俊二他：アレルギー，24：535～542，1975
10）高本公：アレルギーの臨床，7：34～35，1981

遊女の妊娠

中条へ抜いたのも来る不思議なり

という川柳がある。抜いたのは下の毛で，遊女は見た目をよくするために，毛切石でこすってヘアを整えた。中条というのは堕胎手術を行っていた女医者である。遊女が堕胎医の所へ来るのがなぜ「不思議」なのかは，江戸時代にはプロはめったに妊娠しないものと信じられていたからである。

ずっと後年の調査であるが，大阪の娼婦（プロ）5,647人について調べたところ，開業前に子を産んだことのあるのは1,321人もいた。約23パーセントである。ところがプロフェッショナルになってから妊娠したことのあるのは，このうちわずか0.8パーセントであった。彼女たちのからだ，いったいどういう仕掛けになっているだろう。淡野史良の「江戸あへあへ草紙」より。

随想

南方熊楠（みなかたくまぐす）に関する評論と小説

——とくに文庫・新書に収録のもの——

大田区　**浦田　久**

私が旧制高校のときで50数年前のことです。私の友人に植物が好きで，のち東大理学部植物学科へすすんだAというのがいて，彼の下宿に遊びに行ったところ，南方熊楠の本があり，Aから熊楠の奇行ぶりを聞かされましたが，とくに年中裸で過ごし，一物など平気で出していたという話を記憶しています。ずっとあとで熊楠の長女の文枝さんの書いたものを読みますと，熊楠は大変な汗かきで，夏など汗でよごれた衣類を家族に洗濯させるのが気の毒だったからと述べています。熊楠は本当は気が小さく神経質で，きちょうめんな父親だったといいます。豪快だったのは酒を飲んだときだけで，耳かき一つなくしても畳をあげて調べさせるほどだったようです。

最近どういうわけか，南方熊楠ブームです。これはおそらく歿後50年という節目と，存命中の評価はいまひとつでしたが，近年になって見直されてきたためではないかと思われます。宗教学者で評論家の中沢新一のいうように，熊楠は，あの明治時代に，西洋の体系とどうどうとわたりあい，東洋とも違う新しい体系をつくろうとした唯一の人物です。国際的規模で地球の一体化が進み，社会の枠組みが変化するなかで，知の世界も再編のときを迎え，地球的人物が21世紀のモデルとして求められているのかも知れません。なにしろ熊楠は10数ヵ国の言葉を解し，あらゆる方面に博学で「歩くエンサイクロペディア」といわれ，民俗学の先達である柳田国男からは「日本人の可能性の極限」と讃えられた超人です。

熊楠〈熊楠という名前はめずらしいのですが，その由来については，民俗学者谷川健一著「常世論（とこよろん）」（講談社学術文庫，700円）の50ページに詳しく記載されています。〉は慶応3年，和歌山でも有数の富豪に生まれ，熊楠自身の書いた履歴書によると，小学生の頃，江戸時代の百科事典「和漢三才図」105巻の大冊を知人の家で読んで記憶し，走って帰り，反古紙に書き写し，3年で写本を完成し，また12歳のとき「本草綱目」，「諸国名所図会」，「大和本草」などの書を店頭で立ち読みし覚えておき，家に帰ってその通り図も書き写しとっておくなど，稀代の記憶力をもった，文通り神童ぶりを発揮しています。

東京では平成2年11月に上野の国立科学博物館で「植物学者・南方熊楠展」が，また平成3年7月には小田急新宿本店の小田急グランドギャラリーで「超人南方熊楠展」が開かれました。国立科学博物館の方は植物学者としての熊楠展であるのに比べ，小田急グランドギャラリーの方は南方熊楠邸保存顕彰会と朝日新聞社の企画・主催だけあって，熊楠の生涯と業績を写真・原稿・書簡・採集標本・遺品その他の貴重な資料が豊富に展示されていました。

南方熊楠について私たちが書店で手に入りやすい出版物とくに文庫・新書を下にあげておきます。社会学専門の鶴見和子（上智大学名誉教授）著「南方熊楠」（講談社学術文庫，

定価660円)は,毎日出版文化賞を受賞した「日本民俗文化大系」第4巻の同題の書から,熊楠の著述の抜粋を割愛したものですが,「地球志向の比較学」というむずかしい副題がついていますが,けっして内容は固いものではなく,論評としては読みやすく,独創的な研究によって,その全体像を現しています。

傍証といいますか,熊楠の一面をとらえたものとして,近代学芸史専攻の森銑三著「伝記文学・初雁」(講談社学術文庫,定価1,000円)があり,最後の章に熊楠が昭和天皇にお召艦長門で進講したときの「進講の日の黙禱」が収録されています。前述の中沢新一著「雪片曲線論」(中公文庫,定価500円)には,熊楠の神社合祀に対する反対運動,密教におけるマンダラ,セリー思考による哲学的考察など,博物学とその人生を貫いて流れる対立を論じた「共生の森」が取りあげられ,文化人類学関係出版の岡書院の創立者岡茂雄著「本屋風情」(中公文庫,定価410円)には,熊楠についての8編の貴重な回想が述べられています。

また仏文学を修め,翻訳・美術評論・作家生活に入った澁澤龍彦著「偏愛的作家論」(福武文庫,定価540円)では,最後の項で「悦ばしき知恵あるいは南方熊楠について」というおかしな題の短かい評論がみられます。熊楠は生まれながらにして,この「悦ばしき知恵」の体得者(悦ばしき知恵 gai savoir という言葉はニーチェの書物の表題)であったと論じています。西洋文化史専攻で京大名誉教授の桑原武夫編「日本の名著」(中公新書,定価720円)には,(それぞれの動物について世界で最も豊富な文献であるといわれていますが,十二支のうち丑(うし)についてはついに書いていません)の紹介の一章があります。この章は桑原武夫自身が書いています。また社会学専攻で東大新聞研究所助教授の杉山光信著「現代社会学の名著」(中公新書,定価600円)には『南方二書』「神社合祀反対意見」で,分担執筆者の佐藤健二によって熊楠の神社合祀反対意見を中心にした思想を紹介しています。二書というのは,植物学者松村任三あてに反対意見書を二通書いていて,これを柳田国男が「南方二書」として印刷し,関係者に配ったものです。

小説では,といってもノンフィクションの部類に入りますが,最近非常に評判になった神坂次郎作「縛られた巨人・南方熊楠の生涯」(新潮社,定価1,500円)——この題は柳田国男が熊楠の生涯をかえりみて評した言葉です——,や津本陽作「巨人伝」(文芸春秋社,定価1,800円)のような長編がありますが,これらは文庫入りの日もあまり遠くないような気がします。また杉本苑子作「開化乗合馬車」(文春文庫,定価340円)には熊楠の妻,松枝夫人を描いた「阿修羅の妻」がみられます。阿修羅というのは,むろん熊楠のことで,文章の最後に〈「阿修羅の妻……」松枝は呻(うめ)いた。どっと疲労が襲ってきた。〉と結んでいます。阿井景子の作品には「花千日の紅なく・南方熊楠の妻」(集英社文庫,定価340円)がありますが,これは以前に講談社から出版した「超人」の改題です。「花千日の紅なく」という題は,熊楠自筆の長い長い履歴書のなかに「然るに,花千日の紅なく,人百日の幸なしとか,大正9年の末に及び……」の文句からとったものと推測されます。小田急グランドギャラリーに展示された履歴書をみますと,図や絵が入っており,彼独特の毛筆書きの細字で,大変読みづらいものです。この履歴書は5万5千字からなり,長さ6メートルばかりで,彼が59歳のとき南方植物研究所設立援助を求めるために,3日がかりで薄い巻紙に書いて,日本郵船の矢吹義夫重役に出したものです。文芸評論家の佐伯彰一によれば,「天成の書簡家」という呼び名は南方熊楠にこそぴったりで,どの手紙にも,ただならぬ筆熱

が息づいている，と述べています。が，手紙をもらった方は大変だったろうと思います。私などは履歴書を最後まで読み切れず，そのうえ字の判読ができません。これは柳田国男や真言宗の高僧土宜法龍との往復書簡（八坂書房・定価6,800円）を参照してください。

さらに最近では，比較日本文化専攻の松居竜五による「南方熊楠一切知の夢」（朝日選書，定価1,050円）や作家であり評論家でもあり混血児問題の運動にも活躍した平野威馬雄によって熊楠の一生涯が「くまぐす外伝」（ちくま文庫，定価860円）〈単行本では同著者の「大博物学者――南方熊楠の生涯」（リブロポート社，定価3,502円）が出版されています。〉に書かれていますが，そのなかで熊楠の履歴書が口語体に書き改められて大変読みやすくなっています。長さは文庫本で86ページにも及び，いかに彼の履歴書が長いかが分かります。私たちの常識的な履歴書とはまったく違い，「小生は随分陰陽和合の話などで聞えた方ですが，行いは至って正しく，四十歳まで女と語ったことはありません。四十歳になってはじめて妻をめとり，時々統計学の参考のためにやらかしますが，それらかかさず日記帳にギリシャ字で，茶臼とか居茶臼とか倒澆蠟燭とか本膳とかいうように，やりかたまでも明記してあります」とあるから，まったく奇想天外な履歴書です。

また最近は，前述の中沢新一編の「南方マンダラ」，「南方民俗学」（河出文庫，定価680円，980円）が熊楠コレクションとして出版されています。全5巻のうち現在まで2巻が上梓されています。

熊楠に関しては，ほとんどの学者や評論家などが，彼の才能や業績に対して驚嘆したり，絶讃したり，褒めたりしていますが，私の知る限りでは牧野富太郎だけはけなしています。「南方熊楠百話」（八坂書房，1991．4．10，定価3,800円）で，牧野富太郎の「南方熊楠翁の事ども」をみますと，この文は熊楠の逝去を新聞で知って，昭和17年2月の「文芸春秋」に書いたものを転載したものですが，「南方君は世界の植物学会に巨大な足跡を印した大植物学者だと書かれ，また世人の多くもそう信じているようだが，決して大なる植物学者ではなかった」とか「南方君の方から出て来て私を迎うべきものと思った」，「私は南方君を教えた人だから，言わば同君の師であるといえる」とかいって扱き下ろし，一度も両人は会っていないのです。牧野富太郎は土佐の生まれで，熊楠と同じく学歴はないものの，世界的な植物分類学の権威ですが，なにしろ土佐のイゴッソウで面目躍如としています。一部は褒めていますが，要するにケナシているのです。がんらいが生真面目な牧野は，熊楠があけすけに性を語ったり，あまりの奇行ぶりにカチンとくるものがあったでしょう。

最近出版された「南方熊楠アルバム」（八坂書房，1990．6，定価3,000円）は熊楠歿後50年を記念して，500枚の写真資料で彼の劇的な生涯を再現しています。また彼に関する評論・紹介で書店で手に入りやすく，値段も手頃なものとして，笠井清著「南方熊楠」（吉川弘文堂，定価1,960円）や高沢明良著「南方熊楠物語」（評伝社，定価1,200円）などがあります。

新橋だより

前編集長のおねがい

川久保　亮

編集長が交代しました。私，川久保は1985年11月　119号から，1991年７月　153号までつとめさせていただきました。本号から，〝人と医療〟の名編集長であった竹内雅夫先生となります。さて，多くの方々は編集などは大勢集まって賑やかに，ワイワイとしているのだろうと想像していらっしゃると思います。それは新聞社での話です。私ども編集委員は第２木曜日の午後２時に協和企画の事務室に集まります。事務局の福永さんが集まった原稿を持ってきます。みんなで，これはどこ，あれはあそこと掲載するコラムを決めると，印刷会社の佐藤社長が印刷屋として，色々と相談に乗って下さるので，それを参考にして，編集長が決めて終りです。この間，１時間半～２時間で手際よく進行します。

雑誌を出すときにいちばん大事なことは，発行を正確にすることなのです。必ず，隔月に発行しなくてはいけません。会費をきちんと払い込んだ読者に隔月刊にしますと約束したのですから，約束は守らなくてはいけません。会員は会費を払う義務がありますから，発行者は隔月に出版する義務があります。ところが，諸般の事情で発行できないことがあります。このうちの最大の原因は原稿が所定の日時に集まらないことがほとんどです。この時の編集者の悲愴な気持ちは担当者でないと判りません。よく聞く話ですが，売れっ子の小説家をホテルに罐詰めにする話がありますが，とにかく，どんな記事でも書かせて，所定の期日までに間に合わせようという苦肉の策にすぎません。

私どもの雑誌ですら，見切り発車を致しますと，厚薄ができますので，書棚に並べたとき，見苦しくなります。大体，80頁内外におさめるように編集しないと，郵送料にひびきます。このような小雑誌にも，色々な苦労があるのです。それから，紙の質も郵送料に関係します。アート紙のきらびやかな紙は見た目にはきれいですが，輝いて見づらいし，重くて郵送料にひびきます。あまり柔かい紙を使いますと，コピーをとると裏の字が写って汚なくなりますし，紙をめくると一度に２枚めくれるようなことがあります。なかなか，雑誌作りは難しいものです。会員の方々へのお願いは，どんどん投稿して下さることです。そして，入稿後，早くて２ヵ月，おそくて３ヵ月目には雑誌に掲載できるようです。受稿日によっては，隔月刊ですので，４ヵ月～６ヵ月目になることもありますが，６ヵ月目は稀でした。このぐらいのスピードは学会誌関係では速い方ではないでしょうか。というのは，本誌には査読制度がありませんので，投稿即編集となりますが，学会誌となりますと，投稿，査読，編集となりますから１ヵ月は余分を見なくてはなりません。

さて，これからの本誌の問題は，要領よく無駄のない文章を，隙間なく，読み易く掲載することです。でい・えぬ・えいに多くの方の投稿を戴くためにはどうしたらよいか。例会報告はもっと短くした方がよいのではないか，等々を残して，竹内先生にバトン・タッチをしました。新橋楼上にみなさまの玉稿が山と積まれることを期待しています。また，先生方のご注意，ご感想を待っています。読んでいただけないのが一番つらいのです。

でい・えぬ・えい

遺伝子と人

神戸市　**瓜谷重敏**

私は約30年あまり前に，ある結婚の披露宴で，〝私たちは数十億年前，地球に生命が発生して以来，今日に至るまで，厳しい環境のもとで多くの敵と戦いながらまさに天文学的数字の確率のもとで，今日まで生き続けてきた。それだけにお二人の結婚は意義深く，さらに新しい命の誕生により，生命の永遠を期待したい〟と述べたことがある。その頃には遺伝子という概念はなかったと思うが，近年の分子生物学の進歩とともにDNA，RNA，制限酵素などという聞き慣れぬ言葉が聞かれるようになり，私には未だそれらに対する理解が甚だ不充分である。

最近，親から子への生体肝移植が多くなり，何となく日本的な現象であると思っていたが，最近出版されたある書物にヒントを得て想像をたくましくしてみたい。

その著書の意見では，遺伝子というものは甚だ利己的で，自己保存の本能をもち，生きものは遺伝子を運ぶ乗り物にすぎないという。その観点からみると，肝臓を提供した親の遺伝子が自己を生き続けさせるためにそうさせたのかもしれない。また，ドーキンスというイギリスの遺伝学者が，〝二人の兄弟か７人の従兄のためなら，私はいつでも命を投げ出す用意がある〟と述べているのもうなづける。

地球に生命が誕生して以来，その遺伝子が生き続けて現在の自己を含めてすべての生物のなかに含まれているので，虫も魚も人間とは親戚と考えられ，とくに人と人とは他人であっても共通の遺伝子を多く持っていることになる。したがって，他人のために臓器を提供すること，あるいは自分の生命の危険を顧みずに他人を救う崇高な行為，あるいは教育，道徳，宗教などの文化も遺伝子を生き続けさせるために必要なのだろう。

男女が一目惚れをしたり，何となく虫が好かぬ人だと思うのは，これは他の動物にもみられるが，共通する遺伝子の種類と多少によるのかもしれない。また，ある種の貝が，もりと同じような形の毒矢を魚に射って餌としたり，ちょうちんあんこうが，口の前に餌のようなものをひらひらさせて小魚をおびきよせたり，また，ある種の鷺が枯葉をくわえて池に投げて集まる魚を獲るなど，さらに，蜂や蟻の社会生活など数千万年も前からしていることを今の人間が行っているのはその頃の遺伝子のなせるわざかもしれない。

しかし一方では，人の遺伝子の過度な自己保存本能は，自己の利益のみを追求して他の人を殺したり，多くの動植物を絶滅させたりして他の生物の遺伝子を破壊しているが，これは，いずれ自己の遺伝子をも同じ運命に陥れることになりかねない。

われわれの遺伝子が利己と利他とのバランスをとって生き続けることを望み，この地球の生物の永遠の生命を期待しよう。

参考図書

〝そんな馬鹿な－遺伝子と神について〟

竹内久美子著　文芸春秋社刊

一読をお薦めしたい。

医療費半減作戦の一つのこころみ

船橋市　**渡辺　武**

先日，某私立医大付属病院のおひろめに出席した。とくに診断医療機器の御自慢の展示会場は，輸入品の豪華オンパレード。プールされた保険料金が，みるみる少なくなっていく。僻地の人々との不公平，格差はひろがるばかり。高度医療・医学にともない患者・医療費は，増大するばかり。インフォームドコンセントの普及とともに，患者・一般の国民

ひとしく医学知識の徹底により，健康にたいする意識改革を求め，無駄な受診行動を変革しないかぎり，この傾向はとまらない。従来のスクール方式による〝与える健康教育〟のスタイルでは実効はあがらない。みずから参加する興味深々な面白い生体科学館（メヂカルディズニーランド）の建設を夢みている。義務教育コース，一般コース，コメヂカルコースなどがあって，それぞれに，コンピュータグラフィックなどを駆使した視聴覚教室が，人体構造の臓器別にならんでおり，求めに応じてコピーが出てくる仕組みができている。応用館としてスポーツなど実習しながら，わるい個所がコンピュータグラフィックにすぐあらわれ，また筋肉の強化法が見ながら理解することができる。一日では見学しきれないから回数券がある。一方超高齢社会に対応するため，介護マンパワーの要請が目下の急務となっているが，そのためのコースもあり認定もできる。

世界にもオープンする。とくに後開発国むけに宿泊施設を完備して，視聴覚医学のメッカとすることにより衛生の向上に資する。目に見える貢献策となる。

以上の施設は年中無休，夜も８時まで。また，船でもよい。

館内はミュージックがながれ骸骨おどりが見学者を迎える。従来の暗いイメージの科学館から発想の転換をはかったものとする。

医学の社会的展開を使命とする医師として，日々進歩する医学知識をいかにして国民にわかりやすく伝えるか，大きな課題である。無駄な医療をお互いにいましめ，あまった医療資源を活用する。

50億円はかかるが，4000億円も一人のおかみさんに簡単に貸し出す国である。こんな〝行ってよかった〟遊び志向のミュージアムが日本に一つぐらいあってもよいのではないか。

脳死臨調中間意見 I

脳死の判定について中間意見は厚生省基準を「妥当」としている。だが，各大学では補助検査を加えている。より慎重であるためには，さらに基準の吟味が必要ではないだろうか。

また，中間意見は社会的合意を無視できないとしているが，何をもって合意とするのか，その定義もあいまいだ。この点もさらに論議してほしい。

今後の論議を活発にするために，審議は一層オープンにしてもらいたい。審議内容は機関誌に公表しているが，委員は匿名だ。外部から招いた人だけ名前を入れるのは，おかしいのではないか。

読売新聞　社説「脳死移植」再開のための条件（1991年６月15日）より抜粋。

編　集　後　記

155号です。学術雑誌として，毎月の例会記事は，一つのレールに乗っていますので，記録担当の先生を叱咤激励させていただければ，責任を果たせるようです。

毎回，例会の記録は，二回分を掲載出来ますが，今回は313回『老年期痴呆』（前橋例会）のみになりました。PC学会が６月に神戸で行われたためです。前橋例会の『前夜祭』は参加された方々にしか楽しさ？は分からないことでしょう。フッフッフ，記事にはなりませんが，次回は参加されることですネ。高玉先生の個性発揮の場所でもあるようです。

座談会の記事はいかがでしょうか？前回の(154号）名古屋例会の前日の『脳死』の続編です。人の話や考え方には，多種多様があるものです，もともと結論が出る話題ではありませんが，実地医家には興味津々な話題ではないでしょうか。感想や追加発言がありましたら御寄稿ください。

お手元に当誌が到着しますと，もう年賀状の準備でしょう。国民的年中行事の『紅白歌合戦』も下火になってきたとか，年賀状も止めてみる『勇気ある人』いないかな，少々早すぎるようですが，よいお年をお迎えください。　　（竹内　雅夫）

人間の医学　Vol.27　No.4（通巻155号）

1991年11月10日　発行

発行人　川久保　　亮
編集人　竹　内　雅　夫
〒104 中央区勝どき3-6-6
ＴＥＬ（03）3531-0565
ＦＡＸ（03）3533-3735
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（03）3575-0181㈹
ＦＡＸ（03）3575-4748
製作・印刷　共立印刷株式会社　ＴＥＬ（03）3382-1211㈹
ＦＡＸ（03）3380-6591

□本会へ入会ご希望の方は
上記事務局へお申し込み下さい。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です。
□本誌へ広告掲載ご希望の方は事務局へご連絡ください。