'73. 12
No. 62

人間の医学

実地医家のための会

巻頭言
臨床と研究
例会
論壇
特別寄稿
臨床の窓辺で

脳血管障害
胃・十二指腸潰瘍、皮膚潰瘍…に!

●組織呼吸賦活剤
ソルコセリル注

製造 ソルコバーゼル社 スイス
輸入 東菱薬品工業株式会社

健保適用
注1 A483.00 軟膏1g 18.70 ゼリー1g 29.80 腟坐薬1個69.80

巻頭のことば

肥満型，40歳のお主婦さん，下腹と腰と股が痒いというので来院した。

「立って，そこん所，みせサイ（見せて下さい）」

「オシヨスイ（恥づかしい）ばたって，しかたネェなヤ」

明るい笑い声とともにお開きになったが，それは一見してパンティかぶれだった。

「ナイロンパンティだな」

「これは木綿だヨワ」

半分下したパンティのゴムをパチンとはじいた。

「いま，はいてんのは木綿だが，こうなる前にナイロンはいだスペ」

「ンだネ。亭主のサービスだもんネヤ。股の所が痒くてネヤ」

と言うや否や掻き出す仕末である。

「膏薬塗るとき，こすって駄目だよ。」

「こすっと（こすると）気持ち良いもんネヤ。」

「気持ち良くてもこすり過ぎは駄目っシャ。キノコ，タケノコ，トロロ，サトイモは，痒くなっからネヤ。」

患者が覚え易いように，語呂あわせ風に並べて言うのが癖になっている。患者によっては「粘りものが駄目」と覚えて帰る人もいたが，このお主婦さん

「ナンデモ，ノコのつくものは駄目なんだネヤ」

「アッチのノコはエガスや（良いですよ）」

「ワァエ」

大きな笑い声の後にのたもうた。

「あのノコも糸をひぐもんネヤ」

明るい笑い声を残して診察室を出て行った。

テレビドラマ「白い影」の中に「医学はロマンだ。医師は芸術家であり，時には殺し屋でもある。」と言う科白があった。焼けぼっくいに火をつけられたような気がした。

そして己は今。

石中先生行状記や，河内風土記に限りない愛着を覚え，あの風土の中にトップリとつかった医者でありたいと願う。大江戸の末摘花には及びもないが，せめて仙台お国ぶりの中に埋没したいと願う。

谷　田　津奈男

人間の医学 第62号

巻頭のことば……谷田津奈男 1

私たちの例会　第118回「実地医家のための会」報告

1. 環境と遺伝のからみあいを視点とした日常診療……浦田　卓 5
2. 日常診療に見られる小児先天性疾患について（要旨）……浅利行男 20

自由交見……21

特別寄稿

患者のこころへのアプローチ(その1)……平井信義 24

人間不在の治療拡大……22

私たちの研究と臨床

医療から見た老人問題の一断面……上田篤次郎 26

自己免疫性溶血性貧血の1例……保利重三 24

お茶の水臨床レントゲン研究会……新野稔 27

(第1回)

(第2回)

提案　園田節也 40

カルテの前で

乳児にはもっと母乳を……殿谷太郎 41

整形外科外来あれこれ……得津雄司 42

炬燵偶感……田畑豊 43

アッペを二回（?）切られた話……宮崎政寿 45

入浴と水浴……佐藤統章 45

一凡医の遍歴……浜名正太郎 46

川柳漫歩……47

医院のうちそと

女性の化粧……榎本明雄 48
二　題……宮本繁吾 49
無　題……北川欣也 49
気になる年代……松坂勲 50
北海道エヤーゴルフ……大林輝明 51
バンコックに遊ぶ……神田修次 52
ドイツ小児科学会に出席して……天野曄 53
患者からのたより……春日豊和 54

論　壇

臨床医学におけるコンセンサス……永井友二郎 55
哲学なんか糞喰え……竹崎鼎輔 56
家庭医医学会開催私案……上田篤二郎 57
戦争犯罪者ならぬ人類犯罪者（？）……浦田卓 59

制度に寄せて

横浜市西区休日診療所……大滝紀雄 60
救急・急病対策をめぐって……渡辺武 61
週休日制にしてみて……新野稔 62

伝　言　板

企画部より……浦田久 63
記録部より……小山五郎 64
編集部より……春日豊和 65
小世話人会からのお知らせ……日向野晃一 66
第118回二次会報告……高橋胤文 67
東京情報センターの存続について……上田篤次郎 67
あとがき……68

私たちの例会

第118回『実地医家のための会』の報告

司会／秋月源二・記録／大林輝明

昭和48年10月15日（日）渋谷・薬学会館

〔演　題〕

1. “環境と遺伝のからみあいを視点とした日常診療”……浦田　卓（目黒区）
2. 日常診療にみられる小児の先天性疾患について……浅利　行男（練馬区）
3. 自由交見（質疑応答）……全　員

---

1. 環境と遺伝のからみあいを視点とした日常診療

――“仮面うつ病”の診療を中心に，科学哲学的に考察する――

浦　田　　卓

はじめに：本稿は，第118回「実地医家のための会例会」（昭和48年9月16日）において上記の題の下に講演した内容をいささか加筆訂正したものである。

本題をつけられたのは，じつは本会の企画担当世話人秋月源二先生であり，副題は私がつけた。本会の創立当時からの世話人の一人であるにもかかわらず，他のことにかまけて例会を長期間さぼった懲罰の意味で秋月先生が私に課したものと，私は受けとった。

注：なぜ私がここでわざわざ，本題をつけられたのは，私でなくて秋月先生だとお断わりしたかというと，私だったら“環境と遺伝の・・・”とは書かずに，むしろ“遺伝と環境の・・・”と書いただろうからである。

私は，人間は平均していうと，環境よりもむしろ遺伝のほうがより大きい役割を占めていると思っている。

忌憚のないところをいえば，私が本会を長らくさぼったのは，「実地医家のための会」よりは「医学哲学の会」のほうがはるかに面白かったのと，医学哲学――新しい人間学の意味――に私自身ひどく凝っていたからである。

医学哲学のほうも，どうやら目鼻がついたような気がするので，今後は心のゆとりも生まれることでもあり演題のいかんでは，「実地医家のための会」にも，また出席させて頂きたいと考えている。

▲大きく旋回しつつあるアメリカの思想界

アメリカの週刊誌「**タイム**」本年9月3日号の“タイム評論” Tim Essay の題は，“古臭くなりつつあったいろいろなアイデアが，こんどは逆に見直されはじめた”というものである（“The Usefulness of Obsolescent Ideas”）。

では，どういったアイデアがそれに該当するかというと，「タイム」の評論子 Edwin Warner は，次の7つをあげている。

1. **教育は万能ではない** “Edncation isn't everytthing”。
2. **孤立主義もあんがい捨てたものではない** “Isolationalism becomes semi-respectable”。
3. **経済学者の手に負えなくなった経済** “The economy escapes from eocnomists”。
4. **遺伝子によって運命が決まる（遺伝子を変えるわけにはいかない）** “Genes are destiny”。
5. **メリット・システムにデメリットあり** “The merit system earns demerits”。
6. **出身人種の誇示，いまや流行中** “Ethnicity is in”。
7. **見直されつつある性悪説（悪魔がふたたびやっくる）** “Evil returns”

読者諸兄はすでにみなご存じのことと思うが，ちょっと注を加えると，次のとおりである。

アメリカ国民はどちらかというと，わが日本国民に似たところがある。よくいえば楽天的で実際的であるが，悪くいうとおっちょこちょいで一方的でかつ猪突猛進する傾向がある。

第二次世界大戦後，アメリカの思想界を風ビしたのは，どちらかというと楽天的なアイデアばかりであったといっても過言ではない，すなわち，

1. 人が学業ができないのも，非行に陥るのも，犯罪を犯すのも，貧乏なのも，これすべて環境，とくに教育の欠陥に基くものであると考え，幼時の躾け，学校の教育を改善しさえすれば，以上の諸悪はすべて取り除くことができるとして，家庭教育ならびに学校教育の普及と改善に大金を投じて積極的に乗り出したが，いずれも物の見事に失敗したのである。

それはなぜか——いうまでもなく，人は生れつき法の前では平等であるが，生れついた素質，つまり遺伝子はそれぞれみな違っている，しかもこれは改変できないという“実在の事実” facts of existence に殊更に目をつぶったからである。

自由と平等を憲法で謳い上げ，丸太小屋から大統領を出すことに誇りを感じてきたアメリカ人が“人はすべて素質において平等である”と希望的思考するのも頷けないことはない。が，ネコを飼っても，子どもを育ててみても，個体にはそれぞれ，生れついた素質なるものがあって，教育ではいかんともしがたい点があるのに気がつかないはずはないが，進歩的インテリとくに進歩的教育学者が理想主義的な説を打ち出すと，大衆の甘心を買うことに汲々たるマスコミがさっそくこれに飛びつき，“教育がすべてである”，“教育によって人間の行動はいかようにも改変できる”という誤れる思想を広くアメリカ人の間に植えつけたのであった。

現在アメリカではＩＱ，それもとくにアメリカ黒人のＩＱ（白人のそれより15ポイント低い）についてうんぬんすることはタブーである。ソ連や中国ではＩＱを測定したり，ＩＱについて論説を書くことがタブーとされているのは，その建国の理念からいってとうぜんであろうが，自由の国アメリカでそれがタブーであるとは，げにおそるべきはマスコミであり，政治的風潮である。

2. 戦後とくにケネディが大統領になってから，アメリカは国際主義に決定的に転じた。そのためアメリカの孤立主義は時代遅れの思想だと嘲笑せられたが，約10年にも及ぶベトナム戦の経験その他によって，あまりにも多くの国々にコミットするのは，GNP 世界第一を誇るアメリカといえども，その国力はるかに上回るものであることを痛感させられたのである。

かくして孤立主義がいまや，見直されようとしている。さりとて全面的な孤立主義は友邦を裏切ることになる。したがって，アメリカは今後，徐々にオーバー・コミットメントから抜け

出し，国際主義と孤立主義との間を時と場所に応じて揺れ動くことであろう。

3. ごくさっきんまでは（1960年代のある時期である），アメリカの経済学者とくにケーンズ学派の学者たちはケーンズ学説にもとづく実験を行ない，インフレなき経済成長が達成できたと自負したが，いずくんぞ知らん，1970年代に入るや，経済をコントロールすることに見事失敗したのである。それはまた“Affluent Society”の著者ガルブレイズと古典的な自由主義経済学者ミルトン・フリードマン注2との間の論争において，後者のほうに分があることを意味する。すなわち，かつて振子は自由放任経済から半統制経済へと動いたが，こんどは逆に半統制経済から自由放任経済へとアメリカは振れつつあるのである。

注：自由放任経済と半統制経済，古典的リベラリズムと新リベラリズムの違い——。

18世紀後半から19世紀の初期にかけて唱えられた自由放任経済とは，自由市場を通じていわゆるアダム・スミスの“見えざる手”invisible handによる調和を図り，政府が経済を直接コントロールするのをできるだけ避けようというにある。その背後には，自由こそ究極の目標であり，個人こそ社会における究極的実体にほかならないという考えが潜んでいる。これが古典的リベラリズムである。

これに反して1930年代にはじまったいわゆる新リベラリズムとは，望ましい目標を達成するのに，私企業の自発的な運営によるよりもむしろ，政府の積極的な介入を求めようというもので，そのキャッチ・フレーズでは自由でなくて福祉と平等である。

ちなみに，現ニクソン政権に猛烈な反撃を加えているのは，東部のマスコミ，学者，民主党を中心とする新リベラル派の人びとである。

くわしくは，*Milton Friedman*：Capitalism & Friedom, 1972, p. 5 および 10：*Friedrich A. Hayek*：The Road to Serfdom, 1969, p. 13, 36 および 70 を参照されたい。

4. 心理学者兼教育学者でバークレーのカリフォルニア大学の教授，アーサー・ジェンセン *Arthur Jensen* 博士は注3，アメリカ黒人のIQがアメリカ白人のそれにくらべて15ポイントも低いのは，環境——人種差別と教育への接近拒否，それに貧乏——のせいというよりは，むしろ，遺伝子のせいであると主張したが，これに対してニューヨーク・タイムズの *Lee Edson* は「ジェンセニズム」Jensenism注4というレッテルを付して，猛然と非難攻撃に出た。

このニューヨーク・タイムズの攻撃に対してジェンセンを擁護すべく反撃に出たのは，例の剛直をもって世界に鳴るイギリスの心理学者 *H. J.* エイゼンク *Eysenck*注5である。

5. アメリカでは学校と職業への機会が少数グループにとっては割り当て制になっているが，これは間違いで，むしろテストをやってその成績いかんで入学または就職させるべしと，進歩的思想家は主張した。かくして，客観的なテストにもとづくメリット・システムが割り当て制度に代わったが，しかし，実際やってみたところ，機会の平等はかならずしも成功の平等をもたらさなかったのである。

6. かつてアメリカへ移住した第一世代の人びとは，生れた土地の文化をできるだけ振り捨てて，いちはやくアメリカナイズされた市民になることを心がけた。しかし，アメリカ人気質そのものが人気を失いつつあるこんにち，人びとは出身人種の再発見と，生国の衣裳および行動を取り戻しつつある。たとえば，ニクソン大統領はその先祖がアイルランド系であることを誇りとし，徹底的人種差別主義者でアラバマ州知事ジョージ・ウォレスは親セキにユダヤ人がいることを隠そうとはしない。じじつ，こんにちでは WASP すなわち White, Anglo-Saxon Protestant（アメリカ独立の初期に移民したアングロ・サクソン系の白人で新教徒というエリート）と思われたいなどと考えるものはだれもいないのである。

7. 性善説と性悪説との抗争は，古代中国以来，いくどか変遷をみたが，アメリカではついこの間まで性善説または白紙説 *tabula rasa* が支配的であった。一つにはマルクス主義が，白紙説を唱えたことにも関係があったようである。

だが，戦後になってコンラッド・ローレンツや注6ロバート・アードレイのような動物行動学者が“攻撃性”というものは動物に生れついたもので，DNA の中に塩基の配列順序として

刻みこまれていると熱心に唱道する一方，教育や躾け，それに社会的環境をいかに改善しようとも，諸々の悪を追放できないことが明らかになるにつれて，かつて熱狂的に受け入れられてきた性善説または白紙説は今や一転して，性悪説に取って代わられようとしているのある。

注：コンラッド・ローレンツが創始した動物行動学 ethology は，動物習性学または比較動物行動論などともいう。ある文明批評家といわせると，戦後ゲルマン民族が人類に寄与した唯一にして最大の貢献であるという。

動物行動学の主要なテーマはセックス，育児，採食，闘争，慰安，テリトリーの固守，身分確保などであるが，戦後の思想に対してもっとも大きな衝撃を与えたのは，人間をふくめた動物の攻撃性が遺伝的なものであるというその指摘である。もしこの指摘が正しいとするならば，従来の楽観的な社会主義的世界観——とくに他国の公正と信義にわが国の運命を委ねたわが国の平和憲法も——はすべてその根底より崩壊せざるをえなくなるであろう。「攻撃性についてはローレンツ著・日高・久保訳「攻撃」——悪の自然誌 I，II みすず科学ライブラリーまたは *Anthony Storr*：Human Aggression（邦訳があるはず）を参照されたい。

*　　*　　*

さて，以上紹介した，目下アメリカで再掘されつつある古きアイデア7つのうち，その5つはいずれも遺伝という“生の事実”の再確認であり，あとの2つは個人またはその集団たるある社会の能力には一定の限界があるという厳然たる経験的事実の再確認である。

これを要約すると，“善意さえあればどんな問題でも解決できないものはない”，というのは，あまりにも楽観的にすぎるというに尽きる。

私自身は，従来「医学哲学の会」の機関誌 *Medico-Philosophia* その他ではしばしば強調してきたように，今回 *Edwin Warner* が挙げた古くして新しいこれら7つのアイデアはほぼ全面的に正しいと思う。

そして，頭の固い共産圏は論外だとしても，自由の国アメリカでこれまでどうしてああいった馬鹿々々しいことが信じられかつ唱道されていたのか，不思議なほどである。（この点の解明については，文献7の *Andreski* 著 “Social Science as Sorcery” 1972の第4，第12，第13章をとくに読まれんことをお奨めする。）

さて，これをわれわれ医者の世界にあてはめてみると，次のようなことになるであろう——。

1. 日常診療のレベルにおいても，遺伝的要素をつねに念頭において患者を診断しかつ治療せよ。
2. 医学研究のレベルにおいても，顕現的にせよ，暗々裡にせよ，ともかくも遺伝的要素を考慮に入れていない理論は，これを真面目にうけとるに値しない。
3. 医政のレベルにおいても，医政にたずさわる人，医療を供給する側の人，医療をうける側の人などの遺伝的要素（たとえば，人は生れつき欲の深い greedy な動物である——アメリカの有名な経済学者ミルトン・フリードマンのことば* である）といった考え方を考慮に入れない議論は，それがいかにことば巧みに，かつ計量的に組み立てられていても，さして重要視する必要はない。

* アメリカの男子専科ヌード誌「Playboy Febrary 1973, “Playboy-Interview” で同誌記者の質問に答えたことば。

ちなみに，フリードマンはその著 “Capitalism & Friedom” 1971, p. 166 で，金持になるには一生懸命働き，かつ，お金を使わないことが必要だが，それは生れついた性格であるとのべている。経済問題に遺伝が深い関係をもっていることを明らかにしたことばとして，私は深い感銘をうけた。

さて，上記3つのテーマのうち本講演の趣旨からいって私は第1のテーマを取り上げようと思う。そして日常診療において，私自身どのような態度で患者に臨んでいるか，具体的に2，3の例をあげながら，いささか**科学哲学的に**これを説明してみたいと考える。

そのまえに，遺伝と環境のからみあいについて一言——。

▲遺伝と環境のからみあいを，私は次のように受けとめる

まず第一に強調しておきたいのは，われわれ人間を含めた発生物は，遺伝と環境の動的な交互作用によってはじめて，分裂し分化し成長し発育し，かつ生殖し，そして死ぬということである。

これはまた，生物のどういう機能，どういう形

態，どういう行動も，すべて遺伝と環境が複雑に関係しているということにほかならない。

したがって，遺伝と環境のどちらか一方を無視しても，また実在の事実に反して，どちらか一方を重視あるいは軽視しても，それはほんとうの科学者ではないといえる。このことは，つねに肝に銘じておくべきことがらである。

もしこのことをじゅうぶんに理解していながら，アーサー・ジェンセンのモノグラフ“われわれはIQと学業をどれだけ高めることができるか” How much can we boost IQ and scholastic achievement に対して採ったニューヨーク・タイムズの *Lee Edson* のそれと同じような態度を意識的にせよ無意識にせよ，もしかりにわれわれが採ったとすれば精神的売春 mental prostitutionを営なむとともに精神的公害mental pollution を撒らすものと呼ばれても仕方がないであろう。(社会学者 *Stanislav Andreski* のことば) 注7

しかし，われわれ医者仲間にもしばしばそういった態度に終始する人びとがいる。それは主として，精神分析の各学派に属する医者たちである。私にいわせると，彼らは“遺伝子”と，それが秘めている生命の暗号の実体化であるところの“酵素”については，まったく無知であるか，またことさらこれに目をつむるのである。

次に私が強調しておきたいのは，人間の行動も体内の酵素の動態も，その人がもって生れた遺伝子によってより基礎的に決定せられている，ということである。

たしかにハーバード大学の心理学教授 *B.F.* スキナー *Skinner* 注8は，刺激と反応の積み重ねによってより複雑な行動が形成されることをラットやハトをもちいて証明してみせた。だが，この実験成績それ自身は彼が主張するように，“だから人間を含めた全動物の行動はすべて刺激と反応だけで構成されたものである”ということの証明にはならないのである。じじつ動物が刺激をどう受け止めるかという，その受け止め方は各個体に特有な遺伝子によってあらかじめ決定せられているのである。でなければ，同じ環境にあって，ある人はノイローゼとなり，ある人はノイローゼにならない事実をどう説明し，いかに**予測**しようというのであろうか。もっと具体的な例をあげてみる。たとえば，注射をうけるにしても，ある人はこれを深刻にうけ止め，他の人はあっさりとうけ止める。小児を治療したことのある医師ならだれでも知っているように，これは生れつきである。もちろん，そのうけ止め方は環境——たとえば，慣れとか，幼時における経験など——によってかなり修正はうけるにしても，である。

かつてマルクス－エンゲルスは，社会の構造を上部構造——政治・法律・宗教・芸術・哲学などと，それに対応して作られている諸制度のこと——と，下部構造——生産関係の総和のこと——の二つに分け，上部構造と下部構造とは相互に影響し合うが，決定するのは下部構造であるとした。遺伝と環境の関係も，この下部構造と上部構造との関係にたいへんよく似ているといえる。

以上の関係を模型的に示せば，次のようである。

注：スキナー教授と対照的なのは，ハーバード大学における40年来の彼の友人で心理物理学の教授，*S. S. Stevens* である。彼は人間の特性の98%は遺伝的なもので，あとのわずか2%が環境によるものであるという。

そして，“私は彼を40年間も変えようと努力に努力を重ねたが，少しも変わらなかった。現在，連邦政府は矯正教育とスラム街の除去に大金を投じているが，おそらく成功しないだろうし，また成功するはずがない”と予測した（1972年8月号の「プレイボーイ」，Playboy, p. 176）が，この予測は正しかったのである。

“人は自分のできることしか，できないのである。”

▲私の仮説——精神病のほとんどは遺伝病である

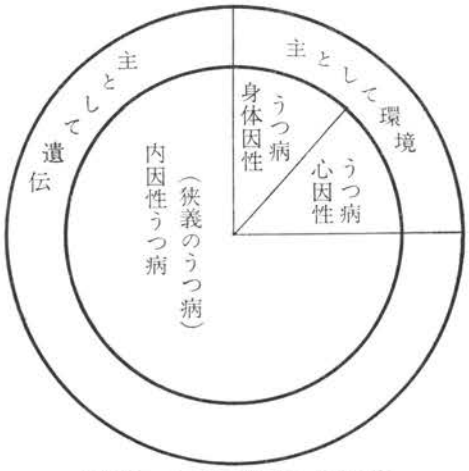
精神病のうちで日常診療でもっとも多く遭遇するのは私の経験によれば“仮面うつ病”である。仮面うつ病に対するのは，いわば“顕現的うつ病”で，この両者を合わせて一般にうつ病という。

うつ病を広義に解釈すると，要因のいかんで一

◎身体症状にマスクされている，いないによる分類

般に次の3つに分類できる。

1. 内因性うつ病*（つまり遺伝的欠陥によるうつ病である）。
2. 身体因性うつ病（脳に器質的変化——たとえば動脈硬化——があったり，薬物その他の中毒によるもの）
3. 心因性うつ病（神経症によるものや反応性のもの）



◎広義のうつ病の原因による分類

もちろん，実地診療では，これら3つの因子が多元的に複雑にからまり合ってうつ病をおこしていることが多いのではないかという気がする。

* うつ病の一部は遺伝的なものであることは明らかだが，科学的欲求はそれだけに止まることを潔しとしない。

さいきんは（1972年），うつ病の傾向または素質が女性染色体つまりX染色体上の異常遺伝子にあるだろうことが，間接的証拠によってではあるが推定されるようになった。（"Time", August 28, 1972, p. 31）

▲"うつ病"とはどういう病気か

さて，以上は，うつ病ということばがいったいどういう症候群を指示しているかということについては，これを明らかにせず，お互いの間で暗黙のうちに了解が成立しているとの前提に立つて話をすすめてきた。

そこで次は，どういう症候群があればうつ病と診断してよいか，あるいはうつ病と疑ってよいか，についてのべる。

まず第一に紹介するのが，**WHO のうつ病診断基準**である。

1. 憂うつな気分
2. 希死の念
3. 希望挫折感（絶望）
4. 無価値感
5. 心気症および不安
6. 能力低下の感じ（劣等感）
7. 自責感や罪の感じ
8. 離人現象

以上8つのうち，少なくとも2つ以上がハッキリあれば，いちおう，**"うつ状態"**ありとみなすのである。（国立精神衛生研究所・精神衛生部長　加藤正明先生による）

そして次の原因を探す。すなわち，脳器質疾患が背景にあるのか，薬物その他の中毒によるのか，神経症性のものか，それとも内因性（遺伝）によるのかの鑑別をする。この鑑別がついてはじめて，治療なり処置なりの方針が適切に樹てられるのである。

ある患者にうつ状態を発見した一般医はふつう専門医へ患者を紹介すべきであるが，然るべき専門医が利用できないときは，次のような点に留意する。

1) **過去にも**，同じようなうつ状態（またはその反対の躁状態）を患者は経験したことがあるかどうか。
2) **生れつき**循環気質や執着気質があるかどうか。
3) うつ状態を来すきっかけとなるような環境の変化（更年期もふくめて）があったかどうか。
4) 自殺の企図，妄想，幻想などがなかったか

どうか。

5) **血縁に自殺またはうつ病患者がいないかどうか。**

以上5つのうち，1) と 2) と 5) はうつ病が遺伝病であるとの前提に立った，あるいは示唆した留意点であることに注目されたい。つまり，うつ病とは遺伝的要因の濃厚な病気であって，ふつうはなんらかの環境の変化がキッカケとなって（というふうに医者は判断しているが，この判断が正しいかどうかはまた別問題である注），発病する疾病単位である。

注：うつ病はしばしば，5百日目とか42，52日目毎にというふうに，まったく環境を無視するかのように正確な周期性をもっておこることが観察されている。したがって，これはむしろフィードバックとタイム・ラグ time-lag という内因的な概念で説明するのが，もっともわかりやすいのである。(Penguin Science Survey B, 1963,, pp. 161～175)

▲精神分裂病とうつ病（およびノイローゼ）との鑑別は専門家でもかなりむずかしい

アメリカの精神科医が精神分裂病と診断した患者をイギリスの専門医に診断させたところ，その約1/3はうつ病であったという。

どちらの専門医が正しいか問題であるが，それにしても精神病のベテランが精神病の2大疾患の1つを30%も誤診するとは，いかに精神病の診断がむずかしいかということの証左であろう。

注：なお，この点については「日経メディカル」1973年9月号の“精神分裂病・異なる事情・概念乗り越え各国共通診断基準づくり”が恰好の解説記事を掲載している。

私の経験でも，約7,8年前重症ノイローゼと思われた患者をさる大学の専門医に紹介したところ，ノイローゼと診断して説得療法を実施，そのうち壮烈な自殺を企て辛じて助かったが，じつをいえばいまの私なら，初診時でも一目でうつ病とわかるほどの患者であった。それなのに単なるノイローゼと診断するとは，専門医といえども信頼できないという不信の念を私自身強く覚えた。

つまり，うつ病と鑑別すべきものは精神分裂病とノイローゼの2つである。そして，その鑑別はしばしばたいへんむずかしいと知るべきである。（うつ病とくに仮面うつ病とノイローゼとの鑑別の要領については文献18，の77頁を参照されたい。）

●うつ病と鑑別すべき大疾患

このことはまた，ある抗うつ剤の効果うんぬんの実験成績があまりあてにならぬということを意味する。たとえていえば，結核と原発性異型肺炎との鑑別がつかなかった戦前（戦後10年間ぐらいは，わが国の有名な結核専門医でもついていなかった）に，ある結核薬をもちいて，その効果をうんぬんするようなものであろう。

▲日常診療におけるうつ病診断のコツ

さいきん(1973年4～6月)メジカル・トリビューン紙上に心身症の CCP (Clinical Concentration Program) が特集されており，うつ病とくに仮面うつ病について“深く掘り下げたニュースと権威ある意見”が連載されたが，その中から，うつ病または仮面うつ病発見のコツとして紹介されたものを2,3拾ってみると次のとおりである――。

マックギル大学の *H. Lehman* 博士注10は，一般開業医や内科医がうつ病の診断を確実にするためには，患者に次の3つの質問をすべきであるという。

1. **人びとや事物に対してまだ興味があるか。**
2. **人生を楽んでいるか。**
3. **まだ生産的に仕事をしているか。**

そして，これらの質問の基礎になっているのは，“愛”“仕事”および“楽しみ”に要約できるというのである。これら3つの要素はいずれも，正常な生活の基礎をなすもので，これらの要素に障害がある場合には，患者はうつ病の状態にあると考えてよい。

心配事を抱えた患者も，うつ病の患者と同様

に，不眠を訴えたり，食欲をなくしたりはするものの，人や事物に対しては，従前どおり（あるいは従前以上に）関心を示す。その気になりさえすれば，夕食をおいしく食べ，音楽会やテレビ番組を楽しむこともできるし，仕事もむしろかなりスピードをあげることもできる。しかし，うつ病になると，そうしたことはできなくなる，というのである。

また，西独のギーゼン大学精神科教授 *L. Geisler*注11 によると，検査結果が，ハッキリした身体的な原因を示さず，症状に日内変動があって，不眠，食欲の低下，欲動の低下，理由のわからない不安な感情などがみとめられるとき，とくに胃腸症状や心血管症状を訴える中年の患者の場合には，まず仮面うつ病を疑うとよいという。

従来，私が日常診療にもちいているのは，1973年1月25日号のメジカル・トリビューン紙上に紹介された大阪・市立豊中病院副院長・井上一正博士の“MD 調査表”である。次にそれを紹介する。ちなみに，MD とは masked depression の略である。

さて，井上博士の考察になる“MD 調査表”のうつ病発見の効力であるが，私の実際の経験では，at a glance の**印象**と，家族が患者についていろいろと話すのに耳をじっと傾けることのほうがむしろ，うつ病の診断にはより有効のような気がする。

at a glance の印象と家族の話から，もしやうつ病では？　といった疑念を抱いたら，血縁のものに精神病にかかって入院したもの，自殺したもの，などがいないかどうかを問いただし，これを有力な裏づけ証拠とする。

とくに私の臨床経験では，**床に就いてなかなか離れようとはしない**といった証言を家族のものか

MD 調 査 表　（井上一正氏による）

次の質問のすべてに，「はい」，「いいえ」のどちらかを○印でかこんで答えて下さい。とくにひどいものには◎印をつけて下さい。

		点　数
1）寝つきが悪い	はい，いいえ	（1点）
2）眠りが浅くて，目がさめやすい	はい，いいえ	（〃）
3）よく夢をみる	はい，いいえ	（〃）
4）朝早く目がさめる	はい，いいえ	（〃）
5）疲れやすい	はい，いいえ	（〃）
6）頭痛や頭重がある	はい，いいえ	（〃）
7）肩や首すじがこったり痛んだりする	はい，いいえ	（〃）
8）食欲がなく物を食べても砂をかむようだ	はい，いいえ	（〃）
9）口がかわく	はい，いいえ	（〃）
10）胃や腸の調子が悪い	はい，いいえ	（〃）
11）前胸部に圧迫感がある	はい，いいえ	（〃）
12）動悸がする	はい，いいえ	（〃）
13）月経が不順である	はい，いいえ	（〃）
14）性欲が低下した	はい，いいえ	（〃）
15）目が疲れやすい	はい，いいえ	（〃）
16）憂うつで気が沈みがちである	はい，いいえ	（3点）
17）何をするにもおっくうで，根気がない	はい，いいえ	（〃）
18）体のことが気になる	はい，いいえ	（〃）
19）朝のほうが体の調子が悪く，むしろ午後のほうがよい	はい，いいえ	（〃）
20）性格は几帳面，こり性で物事に熱中するほうである	はい，いいえ	（〃）
付）精神安定剤（トランキライザー）または睡眠剤を服用している	はい，いいえ	

総点数（　　）

注：（1）　身体症状各1点　計15点，精神症状　その他各3点　計15点　総計30点
　　（2）　得点が17点以上の場合，MD の疑いがある。
成績：MD の疑いはない，疑いがある，たいへん疑わしい。

ら聞くと，ますますうつ病の疑いは濃厚と考えてよいような気がする。

▲一般実地医家にとってとくに大切な at a glance の診断

"心に備えなければ啓示なし"

——*H. J. Roberts*

人間はともすれば，数値であらわされたものはすべて正確だという観念を抱きがちであるが，じつはかならずしもそうではない。もちろん，面積だとか，長さだとか，重さだとかいったものは，勘によるよりも実測した値のほうがはるかに正確である。だが，いわゆる"調査表""質問表"，quetionnaire なるものは，事の真相を伝えることもあるが，事の次第によってはむしろ事実を誤り伝えることのほうが多いのである。それというのも，一つには一卵性双生児を除くすべての人間はみな遺伝子が違っており，ある一つの疾病単位にかかっても，呈する症状と徴候 symptoms and signs は人さまざまだからである。これは，身体的疾病単位よりも精神的疾病単位の場合にとくに著明のような気がする。というのも，他人の心のうつ状態を知るには，自分の感情を移入しなければならないが，自分の心を自分の心で正しく知ろうというのは，*Stanislav Andreski* のことば注12ではないが"自分を自分が穿いているブーツの紐でもち上げようとするのに似ている"からである。

ちなみに，これも私の貧弱な臨床経験であるが，at a glance の印象注13がもっとも偉力を発揮するのは，いまのべているうつ病と，粘液水腫やバセドウ病などのホルモン系の病気（それもとくにボーダーライン・ケイス）の二つのような気がする。

このさい，大切なのは，じつはその目で——いわゆる，粘液水腫－コンシャスな，またはうつ病－コンシャスな目で——患者を眺めることである。

いくら，うつ病について数多く文献を読んで知識を脳裡に蓄えてあっても，患者を目前にした場合，"この患者はひょっとしたら仮面うつ病ではないか"という疑念が念頭におきないかぎり，たくさんの身体的疾病単位が次々と脳裡に浮び，検査成績のいかんで，それらのうちからもっともらしい病名を一つ選ぶことになるのである。

というのも，われわれの診断プロセスを分析してみると，患者について情報を数多く集めさえすれば診断はおのずからつく，というものでなく，一つあるいは一つ以上の主要な情報を手がかりに，ある一つの疾病単位を**仮説**として選び出し，次にその仮説を立証すべく裏づけ証拠を探す・・・・というふうに，次々と試行錯誤を重ねてゆくのが診断の一般的過程だからである。（診断のプロセスを科学哲学的に論じて白眉なのは，カール・ヘンペルの"自然科学の哲学"である）注14

したがって，MD 調査法といえども，無数にある病気の中から一つの仮説——この場合は仮面うつ病——を選びだすためのものであって，"診断"そのものと考えるべきではない。その点においては，at a glance の印象も，この MD 調査表もまったく同格なのである。ただ違うのは，前者では大いに経験がものをいうが，後者では経験的要素は調査表作製者にすべておんぶしているという点である。別の表現をすれば，前者はひどく個性的で人間くさいが，後者はたいへん機械的だといってよいのである。

それはともかく，仮面うつ病に経験のない人はまず MD 調査表を手がかりに臨床経験を積み，かくして後は at a glace の印象をもとに仮面うつ病の発見に努めるというのも，一つの手であろう。そのさい大切なことは，仮面うつ病患者の印象を強烈かつ鮮明しかも意識的に脳裡に叩きこんでおくことである。

"人は知っているものだけをそこに見る"

——ゲーテ

▲仮面うつ病発見のためのスクリーニング

私は十数年前，古い梅毒を発見するために，胸部X線上，下行大動脈の陰影幅が大きい患者を選んでワッセルマン反応その他の梅毒血清反応を行ない，約半年間で一挙に十数名の梅毒患者を発見した経験があるが，それと同じ伝で，ここ二，三年来，仮面うつ病を発見するために，定期的に

か，ほぼそれに近い形で来診し，さりとてハッキリした病名もつけることができず，かといっていっこうに改善した徴候もない，といった患者をカルテから選び出し，MD 調査表あるいは at a glance の印象のふるいにかけて，これにパスしたものにいちおう“仮面うつ病”なのではあるまいかという仮説を樹ててみるという方針をとっている。

もちろん，仮面うつ病を意識した目で患者の全体的印象を把握し直すように努めるわけであるが，そのさい，**遺伝的要素の有無**について根掘り葉掘り問いただすのである。

私のこれまでの臨床経験では，もし血縁に自殺者や精神病院へ入院したことのあるものがいれば，本人の at a glance の印象および MD 調査表の成績がたとえ陰性を示しても，むしろ“仮面うつ病”と仮説を樹て，そして“治療的診断”therapeutic-diagnostic test注15 を試みるべきである，というような気がしている。

次に，多数の自験例のうちから一つ選んで簡単に紹介してみる。

症例 No. 1

患者は49歳の家婦。10数年来私にかかっている。初めの10年間は毎週，次のほぼ数年間は2週間毎に来診し，ほとんど同じクスリ，同じ注射をうけている。

大学で検査するに，心臓，腎臓，肝臓とも正常と異常とのボーダーラインの成績を常に示す。

初めの2,3年間はクスリも注射もあれこれと多少は変更してみたが，これといった反応はなく，ときに治療の不要なることを強く示唆してみたが，定期的に受診にくるのを中止しようとしない。

けっきょく，この患者は“慰め”を医者に求めにきているのだろうと判断し，長年投与し注射してもほとんど無害な薬物，つまりビタミン，ビオフェルミンその他を含む内服と，各種ビタミン剤の注射を行なってきた。

ところが，3年前，ほとんどこれといった有力な原因なしにひとり息子が遺書を残してとつぜんに自殺したのである。さすが血のめぐりが鈍い私も，この患者は仮面うつ病ではないかと疑い，抗うつ剤を投与したところ，ほぼ1カ月後から明朗濶達になり，患者を知るものは異口同音にその性格と行動の激変を私に告げるようになった。

そう思ってみれば，この患者の顔貌はうつ病患者のそれに近かったのである。また，毎週または隔週，十何年と来診するのは，うつ病患者に多い執着性の性格である。

この程度の証拠にもとづいて，患者の病気の本態を“うつ病”としてよいかどうかは，はなはだ疑わしいとは思うものの仮面うつ病の診断基準そのものがたいへんアヤフヤな以上，これまたやむをえないのではないかと思った次第である。

症例 No. 2

患者は50歳台の男性。職人である。高血圧が主訴。血圧にとり憑れている感じ。さる病院の外来に通っていたが，毎日注射をしてくれないとのことで，私のところへ転医。

約1カ月ぐらいいろいろな降圧剤を使ってみたが，血圧はいぜんとして180～120の線を上下する。注射で下げて欲しいと懇願される。この高血圧は有害でないことを口を酸っぱくして説明したが，どうしても納得しない。

私がさいごに患者の血圧を測定してから1週間後に縊死した。

患者の病気の本態が脳動脈の硬化による老人性うつ病なのか，クスリによるうつ状態なのか，仮面うつ病なのか，それとも多元性のものなのかはハッキリしない。

しかし，血縁に自殺者がいるので，上記3つの多元性原因のうち，遺伝的なものが主要な役割を含めていたのではないかと思われる。

本症例はいまから十数年前のことである。

▲できれば“予測に成功”するに越したことはない

以上，症例 No. 1, No. 2 をともに私は仮面うつ病またはうつ病と診断したが，この診断には“科学哲学” philosophy of science の立場からいって，難点がいくつかある。

症例 No. 1 についていえば，“使った，治っ

た，効いた，だから私のつけた診断は正しかった”という論理をもちいている。

くわしく説明すると，

1. 仮面うつ病という仮説を樹ててみた。
2. 仮面うつ病なら，これこれの抗うつ剤で症状が改善するはずだ。

（これが一般法則であれば，たいへん好都合だが，抗うつ剤の効き方は，一般法則といえるほど特異的でない。したがって，治療的診断には難があるわけである。くわしくは文献14，の第2章を参照されたい。）

3. 抗うつ剤を投与してみたところ，従来の症状が格段に改善した。
4. だから，仮面うつ病という診断（仮説）は正しかった，

となる。治療的診断の一般的論理構造である。だがこれは，論理学上 *post hoc, ergo propter hoc*（そのあとで起った，だからそれが原因である）注16 といわれるもので，かならずしも正しくはないのである。いわゆる“後件肯定の虚像”に陥るオソレなしとしないからである。

また，抗うつ剤かならずしも狭義のうつ病に特異的とはいえない憾みがある。

さらに症例 No. 2 もそうであるが，血縁に自殺者がいたからといって，本人の病気の本態が遺伝的うつ病だとは速断できない。

こういったときに，仮説をさらに強く裏づけるのは，“予測に成功するということ” successful prediction注17 である。

次はそういった症例を2,3紹介してみる。

症例 No. 3

患者は50歳台の更年期の女性。頑固な不眠，口渇，倦怠感を訴える。私は4番目の医師である。

最初は会社の病院へ入院している。そこでは慢性腎炎という診断をうけた。だが，検査成績の写しを見たところ，慢性腎炎という診断は医学的にみてムリであった。おそらく支払基金の審査員むけ診断名であろうと私は受けとった。

次の医師はノイローゼと診断した。これはさる病院の神経科の医師である。

三番目の医師は内科開業医で，脚気，慢性便秘，それに自律神経失調症脚気様症候群という，いかにも開業医らしい病名をつけた。

四番目に私が呼ばれた。患者のところは私の診療所からかなり離れていたが，患者の夫が私たちの知り合いでもあり，奨める人があって呼ばれたというわけである。

私が往診から帰って，患家の話を家内にすると，家内は即座にそれはほんものの精神病ではないの，といった。というのも，家内は患者の家系には何人かの精神病患者がでていることを同郷の関係からくわしく知っていたからである。

やがて私は知り合いのさる大学の精神科助教授に紹介した。彼は往診してノイローゼと診断し，患家で説得療法をつづけた。

だが患者はある日，とつぜんに剃刀で頸部を深くえぐり，悲惨目をおおうばかりの自殺を企てた。だが幸い生命だけは辛じて食い止めた。

彼女は主治医の大学の精神科へ入院したが，いっこうによくならず，夫は私の承諾をとって，別の大学の精神科へ入院させた。そこでの診断はとうぜんのことであるが更年期うつ病であった。

抗うつ剤が使用され，やがて患者は社会生活がある程度営めるようになった。むかしの友人たちは，彼女が元どおりで正常であると私に告げた。しかし，夫はやはりおかしいと私にいった。

以上の事件は，いまから7,8年前におきたものである。

私がこのケースにコミットしてもっとも印象ぶかかったのは，たくさんの医師が患者の病気の診断と治療にふり回わされたが，患者の家系について知っていた家内が私の話を聞くやいなや，一言のもとにズバリ正しく診断したということであった。家内は患者の日常についてもかなりくわくし知っていた。そして，ふだんの患者のふるまいも正常ではないと断言したのである。つまり，予測に見事成功したのであった。

私は，科学は二つの目的をもっていると思う。一つは，自然の秘密を解き明かしたいというものであり，もの一つは，できるだけ正確な予測に成功したいというものである。前者は人間に生れな

がらにして備わった知的喜びを得んがためであり，後者は人間生活をよりよくせんがためである。

私は，実在の秘密は解き明かせなくても，予測によりよく（従来の予測よりも，という意味である）成功すれば，それでけっこうではないかと思う。

たとえば，○○ガンにかかれば2,3年のうちに必ず死亡するが，これに△△というクスリを与えると，10人中6人が5年後も生存している，と仮定しよう。この場合，予測というのは“このクスリをもちいると，○○ガンの患者10人中6人は5年後も生存しうる”というものであり，予測に成功とは，それが実際に見事達成されたことをいう。もちろん，5年後の生存率が70%，80%と上昇すれば，予測によりよく成功したといえるのである。

そのクスリがどういうメカニズムによってガンに効いたかは，あとからでもゆっくり研究すればよいし，あるいはほんとうのところは永久にわからないかも知れない。だが，それでもよいと私は主張するのである。

以上は，遺伝と環境のからみ合いからみた日常診療の一具体例として，仮面うつ病の診断のプロセスを採り上げて，やや科学哲学的に考察したのであるが，これをまとめてみると，

1. 広義のうつ病のかなりの部分は内因性つまり遺伝的であり，しかも，内因性うつ病の大部分は身体的症状というマスクでおおわれた，いわゆる“仮面うつ病”であろうということ（これは私の単なる感じである）。
2. この“仮面うつ病”を発掘する方法としては，仮面うつ病コンシャスな目で
   a）血縁に精神病患者または自殺者がいないかどうか，をアナムネーゼをとるときにくわしく問いただすとともに，
   b）ほぼ定期的に来診する患者で，しかも，いろいろな身体的検査をしても，これというハッキリした疾患が発見できず，かといって症状が改善したといった証拠もない患者をピック・アップし，
   c）MD 調査表または at a glance で，仮面うつ病の疑いが多かれ少なかれあれば，
   d）また，ノイローゼとハッキリ診断されていても，
   e）いちおう，抗うつ剤を投与してみる，

ということであった。

▲“仮面うつ病”[注18]の治療的診断について

私は抗うつ剤としては，塩酸アミトリプチリン錠（たとえばトリプタノール錠）と塩酸イミプラミン錠（たとえばデイプレス錠）しかもちいていない。

はじめは，最少用量から始め，1カ月経過をみて，増量するかどうかを決める。

ただ，ここで留意しなければならないのは，抗うつ剤が無効だったからといって，患者の病気がうつ病ではないと速断してはならないということである。

なぜなら，**遺伝薬理学**という新しい医学分野が明らかにしたように，あるクスリに対する代謝のスピードは，各人それぞれ生れつき異っているからである。あまりにも速かに代謝が行なわれれば，薬効を発揮するに至らないであろうし，またあまりにも代謝が遅ければ，中毒を呈するであろう。つまり，われわれはふつう，平均的な量をもちいるのであるが，代謝のスピードが速すぎる人にとっては，その量は有効レベルを必要時間維持できないであろうし，代謝のスピードが遅すぎる人にとっては，その量は高レベルを長時間維持して中毒をひきおこすであろう。

その反面，すでに指摘したように，抗うつ剤が有効だったからといって，ある症候群をうつ病または仮面うつ病とは速断できないのである。

こういった点が，非典型的な症候群パターンを示す患者を数多く診療せざるをえないわれわれ一般実地医家の悩みの種である。

したがって，ほとんどの場合，診断は決定診ではなくと，仮診断 tentative diagnosis または第1印象，第2印象，第3印象……である。

▲遺伝コンシャスの立場からする日常診療への示唆

あまりにも記述が長くなったので，次は遺伝コ

ンシャスな立場から日常診療に対する，私なりの示唆を2，3，すでに述べたものも含めて箇条書きふうにまとめてたいと思う。

1. 同一刺激を同じ量，同じ期間うけても，遺伝子が違えば，個人個人で反応のパターンもまた違うりくつである。したがって，同一個人，同一家族を長年にわたって診療できる家庭医こそ，早期診断・早期治療にもっとも適した医師だということができる。

その点，“日経メデイカル”昭和48年7月号に紹介された日向野晃一先生の「家族ぐるみのカルテ管理方式はまことに理想的で，敬服している。

次に例をあげる。

症例 No. 4

患者は62歳の家婦。長年の家庭医が死亡したので，私がここ十数年間家庭医となっている。アナムネーゼに，彼女はふつうの睡眠剤に対するトレランスがたいへん低く，カルモチン，イソミタールの普通量で1～2日間死んだように眠るとある。

試みに，イソミタールの0.05を投与したところ，24時間余も眼が覚めなかった。

2. 万やむをえない場合は別として，ふつうクスリを投与するときは最少用量からもちいる。注射はほとんど無害のもの（たとえば，ブドウ糖にビタミンを混ぜて静注するとか，ビタミンの皮・筋注）だけにする——これは私が十数年来けんけん服膺している方針である。

3. 口から飲食物がとれるかぎり，原則として点滴をしない。これは，電解質の要求量は個人により10～20倍も違うことが，遺伝薬理学的研究で明らかにせられたからである。なお，数年前予防注射後の発熱患者に点滴を行ない死亡した早稲田実業の学生のいたましい例を記憶せられている先生方も多いことと思う。

4. 処方はできるだけ簡単なものがよい。なぜなら，クスリが多種類もちいていると，効いた場合，あるいは副作用が生じた場合，はたしてそのうちのどれに責任があるかがわかりにくいからである。それとも一つ，多種類のクスリが相反応して，有害化しないとはだれも保証できないからである。また，個々のクスリの有効性が相殺されないとだれがいえよう。

5. 薬品棚のクスリの種類は少ないほどよい。私のそれは正確には数えたことはないが20種類台であり，ここ十数年来常用している内服薬（自家調製の散剤）はわずか3種類である。それと錠剤を併用すればほとんどすべての患者の治療が可能である。

すなわち，胃のクスリ一剤，腸のクスリ一剤，抗生物質のとき必ず使用する散剤の3種類である。

私はあらかじめ大人用のを調製しておき，子どもがくると，それを年齢，体重に応じて適当に分服してもちいる。

6. 一般実地医家，とくにホームドクターにとって大切なのは，上述したように，患者の特異性を知ることである。これには遺伝による特異性と履修による特異性，および遺伝と履修の相互作用による特異性がある。もちろん完全に純粋な履修特異性というものはない。

カルテに遺伝特異性，履修特異性を記入する欄を設けるよう提案したい。そして，この欄は赤のボールペンで記入するか，欄のかこみを赤色で印刷するとよいと思う。

7. 診断とは，ただたんに疾病単位または症候群名をつけることだけではない。患者の特異性を視座とする病気の進展度合，つまり段階を明らかにするとともに，治療効果の予測つまり予後を樹てるにある。

8. 患者とのインタビュー注19で大切なのは，すでにのべたように遺伝的側面を明らかにすることはもちろんであるが，相手のいかんによって，ことばを慎重に選ぶということである。

生れつき鈍感な人間には少し誇張したことばを，敏感な人間には抑制の効いたことばをもちいる。そして，平均どころの人間には，その中間に位置することばをもちいるのである。

医者のことばを刺激とみなせば，刺激に対する患者側の反応は，ほとんどが遺伝で決っている。そして，その反応がどの程度のものであるのかを洞察するのが，インタビューにおける医者の務めの一つである。

この洞察は，人生経験を積むに従って深化する。したがって“医者とカボチャは古いほどよい”のである。

9. 人間の個性つまり遺伝的要素と環境的要素の相乗作用をほとんどまったく無視したものに“計量診断学”または“計量医学”注20 quantomedicine がある。

それはそれなりに一つの立派に独立した分野であるが，しかし医学の，または医療のごく一部分しかカバーしえないことは明らかである。したがって，医学の全領域を計量医学でカバーしようなどというのは，生れついたモノメニアックな人のすることで，ポール・ヴァレリーではないが“現代は数量にとりつかれるあまり，かつてみない堕落した時代となった”のである。医学とて同様である。

本質的にいって，医療とは個性化 individualize されるべきもので，全面的に計量化された計量医学あるいは社会化 socialize された医療すなわち社会医学 socialized medicine は，医の本質に悖るのである。

なお，計量医学がいずれ社会医学に通じるだろうことは，両者がともに人間の個性を無視した哲学をその背景としている点からいってとうぜんのことであろう。

だが，“個性化された医学”を!! などと殊勝気に主張したところで，では具体的にはどう実行するのかと開き直られて，これに回答できなければ，百の説法も一発の屁で終わりである。

具体的な回答は大部分，すでに述べたとおりであるが，次は“個性化された医学”のすすめ方を記憶しやすいように，重複をいとわず一括箇条書きにしておく。

1. 遺伝的要素に注目する。
2. 家庭的環境に注目する。（この点，ホーム・ドクターは，往診をいとってはならない。）
3. at a glance の印象を大切である。（平たいことばでいえば，勘を磨けということである。）
4. 治療的診断を，その限界と効用をじゅうぶん知った上で，使用する。

注：計量医学者や社会医学者はしばしば，たんなる相関関係を因果関係とみなして，社会や企業，あるいは体制側を強く非難告発する。

しかし，科学哲学的素養にとみ遺伝学的知識をもっていると，そういった誤ちに陥ることを免れるのである。

たとえば，犯罪と家庭の破壊との間に強い相関関係があるという，いわゆる“事実”——じつは，そうハッキリした事実ではないのであるが——から，彼らはよく犯罪の原因は家庭の破壊にあるという結論を早急にひき出すのである。

だが，相関関係は因果関係を意味しないという科学哲学的公理があるとおり，犯罪は環境（家庭の破壊や貧乏）よりはむしろ，遺伝的なものかも知れないし，むしろ逆に，問題児や犯罪児をかかえている家庭が，その結果として破壊されるのかも知れないのである。

じじつ，一卵性双生児を対象とした研究によれば，犯罪は環境よりもむしろ遺伝とより濃厚な関係をもっているのである。

一卵性双生児についてのべたついでに，タバコと心臓血管系との関係を，一方はタバコをのみ他方はタバコを吸わない一卵性双生児数万名について研究した結果を紹介すると，おどろくなかれ，心臓血管系の疾患，たとえば冠状動脈疾患の頻度は，タバコのみと非タバコのみので，まったく差はみられなかったのである。

（*H. J. Eysenck*：The IQ Argument, p. 78）

* * *

以上の私の所論は，感想的で印象的な小論 tract であって厳密な意味での科学的論文 treatise ではない。したがって，文献を付するのは適当ではないかも知れないが，会員諸兄の中にはあるいは文献を望まれる方がおられないともかぎらないと思う。で，いろいろなアイデアの出所を明らかにしておきたいと考える。

それともう一つには，私たちの知識やアイデアのおそらく 99.99%は他人のものであり，できればその出所を明らかにするのが，それらの人びと

に対する礼儀だと思ったからである。以下の文献のうち，3. と 4. を除くと，すべて私が読みかつ所蔵しているものばかりである。

文　献

1. *Edwin Warner* : "The Usefulness of Obsolescent Ideas" 「**Time**」, september 3, 1973.
2. *Milton Friedman* : Capitalism and Freedom, 1971
3. *A. R. Jensen* : "How much can we boost IQ and scholastic achievement?", Harvard Educational Review, Vol. 39, 1969
4. *Lee Edson* : "Tensenism" New York Times Sunday Magazine, August 31, 1969
5. *H. J. Eysenck* : The IQ Argument, 1971
6. コンラッド・ローレンツ著，日高敏隆・久保和彦訳『攻撃』——悪の自然誌 1, 2, 1970，みすず科学ライブラリー16
7. *Stanislav Andreski* : Social Sciences as Sorcery, 1972, p. 208
8. *B. F. Skinner* : Beyond Freedom and Dignity, 1971
9. 加藤正明："うつ病とはなにか？"「お元気ですか」No. 17，昭和48年4月発行
10. Medical Tribune 1973年5月17日号，16頁
11. 〃　〃　〃　〃 10日号，17頁
12. *Stanislav Andreski* の上掲書，25頁
13. 浦田　卓："外来での at a glance" メディチーナ臨時増刊特集号「身体所見のとらえ方と診断のすすめ方」Vol. 8, No. 6, 1971, pp. 32, 33
14. *Carl Hempel* : Philosophy of Natural Science, 1966, Prentice-Hall, Inc. とくにその第2章を参照されたい．
（黒崎　宏訳：「自然科学の哲学」昭年42培風館発行は上掲書の完訳である）
15. *H. J. Roberts* : Difficult Diagnosis, 1958, とくに Section XIV, XV および XVI を参照されるとよい．
16. 砂原茂一：「医者とくすり」，1967年，91頁　東京大学出版会
近藤洋逸・好並英司：「論理学概論」1966年，197頁
17. *J. Bronowski* : The Common Sense of Science, 1960, p. 151 Pelican Books
E. A. Burtt : In Search of Philosophic Understanding, 1965, 第7章，とくにその第3節
18. **新富尚武**：仮面デプレッション，昭和44年，日本メルク万有株式会社発行
19. *Ian Stevenson* : The Diagnostic Interview, 1960
本書は対話による診断の本とはいうものの，家族歴をとるに当って，遺伝的要素をまったくといってよいほど考慮に入れていない．たとえば"同一家族内のメンバーにおこる多くの病気は遺伝的プロセスでおこるのではなく，暗示と模倣の強力な作用によって伝播するのである"などといっている．(77頁)．遺伝無視・環境偏重の典型例である．
20. *Stanislav Andreski* : 上掲書，第10章"カタフラージュとしての計量化"
21. *Ayn Rand* : The Virtue of Selfishness, 1964, Signet Books, とくに第10章"集団主義化された倫理"
なお，科学とニセ科学の鑑別については次の文献をあげておきたい．
22. *Karl R. Popper* : Conjectures and Refutations, 1965
23. 山下正男："新しい哲学—前科時代の哲学から科学時代の哲学へ"，昭和41年，培風館
24. 浦田　卓："科学と哲学と思想" 1967年，医学研究社
25. 浦田　卓："生存のための科学——ライフサイエンス"，1973年，医学研究社．とくに第6，7，8章．

以上の文献のうち，本小論と関連して私がとくにお奨めしたい書物がある。一つは文献 18. の新福教授の本であり，もの一つは文献 7. の *Stanislav Andreski* の本である。

前者は仮面うつ病についての概念をうるのに恰好の本であり，後者は"科学とはどういうものか"ということを具体的にハッキリ把握するとともに，ニセ科学によって来るゆえんを知るのにまことに恰好の本である。後者はとくに，近来まれに見る"面白くてかつ痛快きわまりない"本で，すでに私自身，数回熟読玩味したことを申し添える。

——昭和48年9月5日

2. 日常診療に見られる小児先天性疾患について（要旨）

練馬区　浅　利　行　男

本題に含まれる疾患の選定は，非常に多く難かしいものであるが，一応，乳幼児検診に際してチェックすべきものという意味合いを考慮しながら，演者の経験をかえり見て，下記の疾患について述べた。1）水頭症：導水管手術後，経過が思わしくなく，往診にて3年余，穿刺を続けた1例。周囲の者の暖かい看護につつまれながらも，不幸な転帰に終ったのであるが，直接に医学的な問題以外にも，患家との接触において，医療制度その他付随する問題について，10年余経過した現在でもいわゆる実地医家として考えさせられる諸問題が多いと思われる。2）頭血腫：特に問題となった例は経験していないが，診察に当っては，念のため，Körperhaltung Gesichtausdruck, Nervensymptom の有無には留意。3）顔貌，毛髪の異常　4）眼瞼下垂，斜視，睫毛内反，5）白内障：風疹症候群を考慮すべきことからすれば，改めて問診についての地道な実行が必要と思う。6）小顎症：Pierre-Robin 症候群が思いだされたが，一般に奇型を認めた時に，常に複数奇型を考慮することは当然。7）口蓋破裂・兎唇：演者が日頃御世話になっている同僚の医師および共同発表者のスライドを借用し，第27回口腔外科学会の講演の内容を推察し，併せて，いわゆる“実地医家”の本症患児および家族に接する際の指導その他について私見を加えた。8）先天歯牙　9）舌下靱帯の短小，10）耳介の奇型，11）斜頸：診察のポイントとマッサージ通院の必要度，自然の（運動による）マッサージの意味と自然治癒について診察上感じている点に触れた。12）漏斗胸および鳩胸，ハリソン氏溝　13）先天性心疾患：もとより非常に問題とされている疾患であるが，“実地医家”としては，心雑音の確実な聴取はもちろん最も大事なことであるが，チアノーゼの有無（特に問診による有無）はあてには出きないことを注意すべきである。チアノーゼの出現は，病期によって看過され得ることがある事実を考えれば当然のことである。心雑音を聴取し得，かつそれが機能性心雑音であることが明らかにし得る場合を除いて，まず，家族に十分で慎重な Mundtherapie を与えた上，小児心疾患の専門医に依頼することとしている。14）先天性喘鳴　15）幽門狭窄症：外科的治療を第一と考え，あたら鎮吐剤の長期投与などの内科的治療に過ぎないように注意している。16）新生児遷延性黄疸および黄疸を来たす他の諸疾患：Pseudogollengaugzyste の一女児例に触れ，Mundtherapie の重要なことを改めてかえり見た。17）四肢の奇形：サリドマイド奇形，多指症他についてふれた。18）先股脱　19）泌尿器系疾患：尿管屈折異常と起立性蛋白尿についてふれた。20）包茎，睾丸水腫，停溜睾丸　21）母斑，血管腫：Kasabach-Meritte Syndrome についてふれ，血管腫の大きさ，貧血の有無によっては，血小板数測定の手間を省かないようにと考える。

以上，演者の菲才，演題の示す内容および持ち時間等の関係で，到底尽くすべきものではなかったが，本題に関して，染色体異常あるいは代謝異常などの分類からする Down 症候群その他の表現はし得ず，また，“先天性”を“実地医家”として“生れつきですよ”と説明するような疾患とすれば，滲出性体質，真性てんかんなども触れるべきではあると思う。なお，乳糖不耐症も病名をあげるにとどまった。話の途中で，折にふれ慎重で家族に十分納得のいく Mundtherapie の重要なこと，“実地医家”としての先天性疾患児に対する医治の基本的態度について述べたつもりである。（以上）。

（〒177 練馬区南田中2-15-17）

自　由　交　見

全　　員

渡辺淳(大田区)：浅利先生に，薬品による Misbildung をご覧になりましたか？　それと兎唇，多指症等は同一家族に出易いでしょうか？

浅利(練馬)：はっきり判りません。

春日(新宿区)：狼咽の患者を持ってますが，やはり家族的要因はあるように思います。次に胸腺腫ですが，どういう風に説明すべきでしょうか？　浅利先生に，

浅利：一応それ等はわれわれの所に来るまでに発見されていて，ある程度聞いているでしょうから，その病院の意見に従うようします。やはり Case by case で説明すべきと思います。

春日：新生児網膜症はどうして見分けますか？

浅利：これも已に入院中発見されていると思いますので……。

渡辺(淳)：産婦人科の先生に伺います。奇型だった場合どう母親に説明しますか？　解答なし

渡辺(武)(船橋)：整形の先生に伺います。鳩胸，漏斗胸を相談を受けることがあるでしょうか？(大人です)，あれは私自身子供の時そうでしたが大低治ってしまうと思いますが……。

宮崎：今まで三例程ありました。かなりひどいのが……

佐藤(安生)：程度が問題と思います。中には手術を必要とするものもあります。斜頸も同じことです。分娩後気がつかず治ってしまうのもたくさんあるし，硬結の強いものは手術を要します。これには枕の当て方が大切です。

得津(前橋)　多指症の場合注意すべきことは親指の骨の内転筋と外転筋がどちらに走っているかを良くみてから手術しないと後で機能障害を起すことがあることです。

(休　憩)

事務局よりのお知らせ

世話人会で分担が変更になりその発表あり。

司会：遺伝と環境の問題ですが，私は，遺伝の法則によって起るものを遺伝性疾患としています。環境があっての遺伝だからやはり環境と遺伝という風に順序を考えています。今日の自由交見は日常診療の中での医療の本質，あるいは医療の荒廃についてご意見を出して戴きたいと思います。

上田(新宿)：原始時代の人間の生活を考えてみると，腕力のあまり強くない人間は集団生活をしており，敵に襲われれば四這いで地を走り，木に馳け登って難を避けたのではないかと想像しますが，老人や幼児など集団行動について行けない者は見捨てられたと思います。

また，食べ物が悪かったりして病気になると，地面に腹をつけてじーッと自然治癒を待つとか，せいぜい付近に生えている草の葉でも食べて嘔吐を起させ，悪いものを吐き出して自然治癒を早めたかと思います。

集団の中で，他人の病気に手助けをした最初は，母親が病気やけがの子を見捨てなかったことであり，その母親にひかれて雄である男が手助けしたのではないでしょうか。

人間は言葉という武器で，自分の経験しなかったことも知識とすることができたので，病気治療について知識を持った特定の人間は，経験を積む機会も多く，ますます知識を豊富にし，技術も身につけて専門職的に進歩して来たものと思います。これが医療の始まりであり，医師の誕生だと想像します。

ですから，医療を行うものは報酬を要求するものではなく，また医療を受けたものは何等かの形で感謝の意を表するということが原形だと思います。

私の子供の時分はもちろん自由診療でしたが，患者は医師に“薬代はおいくらですか”と聞いて，その薬代と，別にお礼としてなにがしかを支払ったことを覚えています。この形には

原始時代から連綿とした医療の本質が残されていたと思います。

健康保険は医療報酬支払の一つの形式に過ぎないと思いますが，診療報酬の算定基準の中に技術料さえ評価していないのですから，感謝の意を表する部分はもちろん皆無であり，健康保険の普及とともに医療の本質が失われたことは当然と考えます。

もともと数字的に評価し難い技術や，謝意を点数で表わそうとすることが無理で，国民皆保険の強行が医療の荒廃を来たしたものと考え，原始に遡っての医療の本質の教育が大切であると思います。

牧野(船橋)：医療の定義をはっきりすべきと思います。最初医療というものは王侯貴族に対して起り現在に至ったのですが，現代では患者が医療を受けることを当然の権利として考えているように思います。そんな所にも医療の荒廃の原因があると思います。

司会：医療の荒廃につきもっと具体的に，問題を出して下さい。

浦田久：私は医療の本質というものを考えて診療しているわけではなく，自分がもっとも良い治療納得ゆく治療と思ってやっているだけです。ただ小児科の場合は母親とよく話し合うことが大切で，母親を納得させることが診療のコツといえるでしょう。次に私は時間外をやらないし，夜は自宅に帰ります。それは最良のコンディションで当りたいということと夜中に起きて不愉快な顔をするくらいなら，居ない方が良いと思うからです。また患者の家庭と親しくしないのが私の持論です。これは客観的な判断力を失わないためであることはいうまでもありません。

司会：老人や幼児の医療費無料化に関するご意見のある方ありませんか？

青山(掛川市)：医療費の無料化は医療国営化のはしりだと思います。しかし中味は現在では全くの偽物で医師の生活などは考えてありません。最近医師会で脱保険の一法として自由診療時間の問題が出ましたが，なかなか内容を理解しにくく，難かしいと思います。しかし本物の国営ができるなら私としては賛成です。

上田(新宿区)：私のいう自由は一寸意味が違いまして，感謝の意をこめた謝礼というのが本質でありますし，やはりその意味で自由を残して置かないと，なお悪くなると思います。

司会：他に何でも結構ですご発言下さい，種痘に関して WHO あたりでもう止めるべきだ等という声があるそうですが，どなたかご意見ありませんか？　では浦田卓先生医療の本質についてどうぞ。

浦田卓：医の本質ですが，これには二つあると思います。一つは真理を発見することであり，今一つは技術を改善するものです。後者には慰めが入って来ます。一般に病院がこれに属するわけで，私は死亡と診断書をたくさん書く方が嬉しい，というのは患者が最後まで来てくれるからです。それから医療行為には Give and take が必要です。人間の遺伝子には三つあって，一つは攻撃性，二は協同性，三は貪欲であります。これはフリードマンの言葉ですが，これ等を無視した制度は決して巧く行きません。この意味から人類には戦争は絶えないし，ある経済機構の中では常に誰かが得をするのです。そこで Give and take が必要となるわけです。医療も早く良くなればそれだけ患者が得をするわけですから，たくさん支払うべきだということになります。しかし自由と保障とは相反するもので社会保障がある限り自由度が少なく，自由を求めると保障は減ります。

司会：他にすぐ改正したいこと等ありませんか？　また私は臨床検査は必要ない，レントゲンを何枚とっても病気は治らないからと思っていますが。種々ご意見をお出し下さい。

渡辺淳：患者が医師の門を叩くのに何を求めて来るかという問題です。医療は医者が行うものだと思っていますが，患者は病気を治したいだけて来るのか，他にNeeds があるのか疑問に思うことがあります。ずっと以前医局で頑固な頭痛の患者を精査し，小腸にランブリヤが密生しているを原因と考え駆除できぬ儘手術に踏み切り，結局術後障害のため死亡したのを見たことがあります。これを見ても何をなすべきかを改

めて考えさせられるのです。ある病気を治す。それで患者の求めがなくなったのか，幸せになったのかどうか？　軽々しく結論は出せないと思うのです。これについてどなたかにご意見を承りたい。また患者に感謝される医者が本当の医者なのか，例えば街で医者に会っても知らん顔できる程，すなわち必要性が全くなくなる状態にするのが本当の治療なのではないか等とも考えます。

春日：私は医療の本質は狐と狸のバカし合いみたいだと思います。年々変わる医学情報一つを見てもわれわれ絶対の気持で患者に向うとしたら大へん思い上がりな大たわけなことだと思います。患者の Needs 医師の Needs ということを渡辺先生はいわれましたが，どのように上手く患者をだましだまされてゆくかが医療の本質でしょう，患家との人間関係も自然に起ったものなら無理にそれを捨てる必要もないと思います。秋月先生のいわれる検査無用論も少々極端すぎると思われます。最後に浦田卓先生にお伺いしたいのは，大変有益なお話ですが，その内浦田卓オリジナルが眼の前に現われると思います。また日本オリジナルなものはどう展開されるのかをお聞きしたいと思います。また予測の成功の医学的応用についても。

立野：私は浦田卓先生のご意見に全く同です。医療の本質は，若し自分が病気になったら，診察してくれる医師のいわれる通り何の疑点もなく全面的に信頼する。これだと思います。医療の在り方について官公立病院は現行通り，われわれは自由診療をやってゆくようにすべきと思います。真理探究の場としてガンセンターのようなものを中心にしゆけば素晴しい発展が期待できると思います。

神山(静岡)：現在の医療はなかなか複雑だと思います。ある患者を治療する。それを若し他の人が診たらどういうコースをたどっただろうか。患者には一人一人特殊性もあるし環境も種々あります。それを十分理解した上で当るべきだと思います。

司会　本日始めての方どうぞ

北川(大田区)　整形出身ですが，私は医療と経済の関係を簡単に考えたいと思います。医は仁術ということは決して算術にはなり得ないということです，あまり経済のことは考えずにやって行きたいと思っています。

上田：「消費は美徳」という商業主義に風靡された日本が，廃棄物に埋まって悲鳴をあげているのは当然の報いであるが，医療においてもディスポーザブルということは，改めて再検討すべき時期に来ているのではないだろうか。

ディスポーザブルのものには，プラスチックのものが多いが，少なくとも供給経路を逆に回収経路を確立して，集中処理，さらには資源の再利用の道を要求したいと思います。

1回限り使用というディスポーザブルは医療においては，それなりに意義があり，敢えて反対はしないが問題はその後の始末である。私はディスポーザブルのものは必要最小限に止めているが，一つだけふやしたものがある。

それは心電図をとる時，導子の下に当てるもので，かつては重曹水を浸したガーゼや脱脂綿を使っていたが，繊維類値上り以来，ポケット用のテイツシュペーパーを8切り位にして，重曹水に浸しては貼りつけて使っている。

ペーストはベタついて患者も不快らしいので原則として使わないが，これで十分きれいに心電図が記録できる。これなら少量の紙屑で清掃局にも負担はかけないですむのではないかと思っている。

浦田卓：予測の成功ということですが，あれは物理学の場合はあれで良いわけです。医学の方では癌等で何年後には死亡するだろうというような場合に用います。また粘液水腫も甲状腺剤で良くなるから予測の成功ができるわけです，しかしいずれにしても医学の場合は仲々難しい問題だと思います。

〔特別寄稿〕

患者のこころへのアプローチ

（その 1）

平井　信義

「みなさんは，病気になりなさい」，そして「入院しなさい」――この言葉は，恩師佐藤彰教授（小児科）が臨床講義のときにたびたび言われたことである。私が医者になってから，たびたび思い出すようになった言葉であり，私の心を戒めるのに役立った。そして，両親に対するカウンセリングに熱意を示すようになった一つの契機となっている。「入院しなさい――なんて，人をバカにしている」などと怒っていた友人もあったが，患者の気持になって考える医師の在り方を教えて下さったのであった。

「先生」と呼ばれる立場におかれると，いつの間にか，相手を見下す心が育ってくる。教師がそうであり，医師にもまたその傾向が強い。教師は子どもを，医師は患者を相手にしており，その相手はともに弱者である。私などは，その両方を背負っているから，傲慢な心を取り除くには，非常な努力を必要とした。弱者の前に傲慢になる人格は，患者や子どものこころはわからず，権威をかざして，「自分の言うことをきけ」という態度になってしまう。とくに医師には，その専門性が高いだけに，明治時代から，「寄らしむべし，知らしむべからず」という態度が見られた。患者が「このお薬はどんなお薬でしょうか？」などと質問すると，叱りつけるような医者が少なくなかった。「信用しないのか！」と威嚇した医者もあるという。医学を大衆のものにし，進んで服薬する患者の気持を養うためには，薬の説明を十分にする必要があるのに……。

そのような医者の態度は，しばしば，大学教授から学習した。私の学生時代に，ある内科の教授がした行為を思い出す。「どこが痛いか？」と質問した教授に対して，素朴な農夫は「ここ，ここ」と胸のあたりを指さしたところ，教授は俄かにその手をはねのけて，「口で言え！」と怒鳴ったのである。私は義憤を感じたこと今でも忘れない。しかし，それを模倣するようになった友人もあったし，その教授が主宰する医局の若い医師には，似たような行動が見られた。西ドイツに留学していた頃，教授のことを Halb-Gott といっていた。医局員は，教授の部屋に入るときには，恐る恐る――という状態であったのを見て，日本の教授がドイツに留学して，このような悪い点まで学習したかと，思わずにはいられなかった。

医者は，病気をなおすのが本命であるが，病気で不安になっているその心を癒すことが必要である。心を癒すには，その相手の心になってみなければならない。それを，カウンセリングでは共感的理解と呼んでいる。共感的理解の前提となるものは，ラポールである。ラポールは，親しみ合う関係という意味であり，医師と患者の間でその関係が作られなければ，共感的理解はできない。その点で，権威は非常に大きな邪魔となる。しかも，その権威が傲慢に結びつくものであれば，似て非なる権威である。本当の権威は，謙虚な人格からにじみ出てくるものである筈だ。

権威が傲慢と結びついている場合には，「知らない」ということが言えない人格になってしまう。医師ほど，「知らない」と言うことを言えない人間はないのではなかろうか。医学に関係のあることについては，素人から聞かれると，必ず一家言を吐くものである。私の若い頃，ある先輩から，「知らない――なんて言うと，はやらなくなるぞと言われたことがある。知らない――とでも

言えば，患者から見下されるのではないか，という不安があるからに他ならない。医師は知らないことだらけである筈である。ところが，不安に対する自己防衛から，知っているような顔をしたくなる。この点も，大学にいた時の学習に関係する。内外の文献をごっそり読んで知っていなければ，馬鹿にされる風潮があったのを思い出す。教授は，確かに，もの識りでもあった。しかし，知らないことを「知らない」——と言える医者こそ大切ではなかろうか。知らないことは調べて教えてあげた方が誠実というものなのだ。

知らないのに知ったような発言をされたために，大変な迷惑をすることがしばしばある。先日も，ある小学校で自閉症の話が出た時に，たまたま居合わせた校医が，「あれは精神病だからね」と発言したのである。それを父兄がきいたから，「精神病の子どもをどうして通学させているか」と校長に詰め寄り，校長も致し方なく「病院へいってほしい」と自閉児の親に言ったのである。その自閉児は，担任の多大な教育的努力によって，学級にかなりよく適応していたのであった。担任も悲しみ，親の歎きと怒りと不安は大へんなものであった。医師は，社会的にも尊重される人間であるだけに，発言は慎重でなければならないし，患者を救う方向で考えて発言してほしい——としみじみ感じたものである。

小児科の場合，子どもの気持を汲むならば，子どものいる前で，子どものことについて話すことは，子どもを非常に不安にする。とくに，親たちは子どもの「よい点」は話さずに，「よくない点」を訴えるであろう。それについて親と話し合うことは，子どもの心を傷付けるし，医師に対して敵意を持つ場合さえある。われわれは，子どものいる前でその子どもの悪いことについて両親と話し合うことは，厳禁にしている。それをすれば，決して子どもとの間にラポールは成立しないし，共感的理解などは全く望めなくなるからである。

大妻女子大学教授（児童学科）
（〒161 新宿区西落合3-12-21　会員）

＝ヘキスト・ジャパン社提供＝

人間不在の治療拡大

医者は機械にたよるようになり，はなはだしい時には医者が機械にふり廻される形となる。人間不在の治療がますます拡大されていく傾向にある。医術器械化のひずみといえよう。

河　合　直　次

"病気と人間"より

現在の医学は確かに著しい進歩を示して，今まで治らない病気を治すようになった。ところが病気をもっているのは人間であるということを知って，人間を対象として治療が行われることは比較的少ない。現在の医学には何かこのような点に欠陥があるような気がしてならない。

河　合　直　次

"病気と人間"より

病気を治す医者は多いが，人間の持っている病気を治す医者は少ない。

河　合　直　次

"病気と人間"より

経験的事実として，病気は何よりもまず人の悩みの1つ，仏教的な用語をかりて言えば，苦の世界の中の病苦である。ところで，それが人の悩みであるからには，例えば結核病患者の悩みも，それは単純に結核菌感染に由来する身体的な苦痛だけでなしに，それをめぐるその人の生活史と存在の全体にかかわっている。ひつくるめてその悩みをカヴアーし，それを除くために適切な助力を提供することこそ，医療という技術の究極的に目指すところである。

川喜多　愛　郎

"病気とは何か"より

月並調の医学はしばしば内因子なものを想定する。たしかに，病因が外から来なければ内にそれを求めるというのは，一応もつともな話のように思われるが，それはしばしば生物学の本質をはぐらかし，そこで人の思考を停止させてしまう危険な言葉である。

川喜多　愛　郎

"病気とは何か"より

医療から見た老人問題の一断面

上　田　篤次郎

はじめに

このところ老人福祉法による健康診査が，毎年行われるようになったが，国の施策としては老人医療にしても，欠陥だらけの健康保険の一部負担金を公費で肩替りする程度で，医療の内容をよくする点には全く配慮されておらず，医療関係者の犠牲によって表面を繕っているに過ぎないように思われる。

昭和46年10月春日先生が老人健康診査の集計を発表（人間の医学53巻）されたのを機会に，昭和47年秋の老人健康診査に際して共同調査を実施すべく，調査カード500枚を有志会員にお配りしたが，143例について回答が得られたので，その集計を報告するとともに，私見を述べてみることにした。

回答をお寄せ下さった会員は天野，春日，金井，片岡，新野，上田，山田。

A. 集計結果

I. 対象者

1. 男女別年齢構成

143名中男61名，女82名，その年齢構成は表1の通りである。

この割合は女性に長寿者が多いことと一致している。

2. 居住地および居住年数

居住地は東京都区内112名（男47名，女65名），武蔵野市および船橋市など地方都市31名（男14名，女17名）である。

また，その居住年数は表2のごとく，長期の者が多く，これはその医院との結びつきの長さを表わすものとも考えられる。

この年齢層の人達はいろいろな戦争体験をしている筈で，戦災経験の有無を調べてみると，全体

表1　対象者男女別年齢構成

区分＼年生(明治)		19以前	20～24	25～29	30～34	35～39	40以後	計
男	数	—	3	14	23	19	2	61
	%		4.9	23.0	37.7	31.1	3.3	100
女	数	4	10	24	25	19	—	82
	%	4.9	12.2	29.2	30.5	23.2		100

表2　居住年数

区分＼居住年数		4	5—9	10—14	15—19	20—24	25—29	30以上	計	不明
男	数	3	1	—	5	6	12	24	51	10
	%	5.9	2.0		9.8	11.8	23.5	47.0	100	
女	数	2	—	5	2	7	12	43	71	11
	%	2.8		7.0	2.8	9.9	16.9	60.6	100	

表 3　戦災体験の有無

区分	戦災体験		あり	なし	計	不明
男	区部	数	28	15	43	4
		%	65.1	34.9	100	
	その他	数	—	13	13	1
		%		100.0	100	
	計	数	28	28	56	5
		%	50.0	50.0	100	
女	区部	数	31	33	64	1
			48.4	51.6	100	
	その他	数	—	46	46	4
		%		100.0	100	
	計	数	31	46	77	5
		%	48.4	51.6	100	

としてはほぼ半々であるが，区部の男については有経験者が65.1%に達している。

すなわち，戦災を受けた人達の相当数が元の居住地付近に舞い戻って再建に努力したことが覗われる。

3.　家族構成

配偶者の有無は男61名中，有52名（85.2%），なし9名（14.8%），ありのうち再婚と明記してあるもの2名を含み，有配偶者が圧倒的に多かったが，女81名（1名は記載なく不明）中，あり18名（22.2%），なし63名（77.8%）と逆転しており，女は夫と別れても長寿が保てるのに反して，男は妻と別れては長寿が比較的保ちにくいことを示唆しているように思う。

子については表4の通り，この年代では子宝に恵まれていることが分る。

ではこれらの人達は配偶者や家族とどのような生活をしているか調べてみると，男59名（記載なし2名）中49名（83.1%）は同居で，別居は10名（16.9%）に過ぎないが，女81名（記載なし1名）中65名（80.2%）が同居，別居は16名（19.8%）で，核家族化が叫ばれている割合に同居が多く，別居して孤独の生活をしている人は女にやや多いように見られる。

例数が少ないので断定は避けるが，都区内（主として（新宿区，文京区）とその他のいわゆるベットタウン（武蔵野市，船橋市）とを比較すると，表5のようにベットタウンにおける女に別居率が高いようで，女の長寿と団地など核家族化と関係があるのかも知れない。

4.　職　業

対象者の職業の有無，種類は表6の通りで，男は65.6%が何等かの職業を持っているに反して，女では85.4%までが無職であり，女のもっている職業は自営業とブルーカラーに類するものであ

表 5　同居，別居数

			同居	別居	計	不明
区内	男	数	39	8	47	
		%	83.0	17.0	100	
	女	数	54	11	65	
		%	83.1	16.9	100	
区外	男	数	10	2	12	2
		%	83.3	16.7	100	
	女	数	10	6	16	1
		%	62.5	37.5	100	

表 4　子の有無

本人	子		なし	男の子のみ	女の子のみ	男女あり	計	不明
男		数	5	11	8	35	59	2
		%	8.5	18.6	13.6	59.3	100	
女		数	13	14	12	41	80	2
		%	16.3	17.5	15.0	51.2	100	
計		数	18	25	20	76	139	4
		%	12.9	18.0	14.4	54.7	100	

表 6 職 業

性別			男		女	
区分			あり	なし	あり	なし
計			40	21	12	70
		%	65.6	34.4	14.6	85.4
内訳	自営		24		9	
		%	60.0		75.0	
	ホワイトカラー		7			
		%	17.5			
	管理職		3			
		%	7.5			
	ブルーカラー		3		3	
		%	7.5		25.0	
	その他		2			
		%	5.0			
	不明		1			
		%	2.5			

る。

男の大部分が老後も職業を持つということは老人福祉政策の貧困による悲しむべき事象と見ることもできようが，終生職業を持つことは生甲斐という点からはよいことかも知れず，また女の大部分が無職ということは家庭内の仕事をしているのであって，単にぶらぶらしているのではないと思うが，職種として自営業以外には，ブルーカラーに属する肉体労働しかないことはやはり問題であろう。

5. 受診状況

対象者の健康保険関係は表8の通り国民健康保険被保険者が最も多く，次いで男では社会保険被保険者，女では社会保険被扶養者の順である。

そして社会保険被扶養者，国保被保険者，その他で(福)によって負担金を肩替りされているものは男14，女57で，社会保険被保険者を含めて，一応窓口支払を免除されている者は男37名（60.7%），女52名（63.4%）で，昭和48年度は更に適用範囲が拡げられたので増加していると思う。

ただし，社保被扶養者の場合，組合管掌では従来とも金が余って付加給付を行っていた所が多いから，この制度は老人福祉というよりも，組合健保の負担軽減に役立ち，政府管掌との隔差を拡げる方に役立っているのではないだろうか。

真に老人福祉を考えるならば，病室差額や付添いの経費を配慮しなければならず，また何よりも医療機関の内容充実を可能にする施策が考えられなければならない。

6. 嗜 好

嗜好を調査したものが表8であるが，男では酒，たばこが多く，女では甘味品が多い。

体質的に女は酒が弱いということはなく，最近のビヤホールなど若い女が過半数を占めていると聞くが，この年代の人達が若い頃には社会的制約もあったであろうし，また現在はその頃に比べて食糧事情が飛躍的に改善されていることに関係があろう。

7. 趣 味

趣味は嗜好とともに生甲斐の一部を示すものと思うが，老人は果してどんな趣味を持っているかということを調べてみた。

趣味ありとする者男女ともそれぞれ37名，すなわち，男60.7%，女45.1%で，男の方が楽しみを

表 7 受診状況

		社保本人	社保家族	国保	その他	生保	計	(福)
男	数	23	4	33	1	—	61	14
	%	37.7	6.6	54.1	1.6		100	
女	数	8	23	41	9	1	82	43
	%	9.8	28.0	50.0	11.0	1.2	100	
計	数	31	27	74	10	1	143	57
	%	21.7	18.9	51.7	7.0	0.7	100	

表 8 嗜 好

		酒	たばこ	酒とたばこ	甘 味	その他	な し	計
男	数	15	6	15	4	2	19	61
	%	24.6	9.8	24.6	6.6	3.3	31.1	100
女	数	5	4	—	9	5	59	82
	%	6.1	4.8	—	11.0	6.1	72.0	100
計	数	20	10	15	13	7	78	143
	%	14.0	7.0	10.5	9.1	4.9	54.5	100

持っている者が多い。

多趣味の人もある反面，特に趣味といえるものを持たない人もあり，老後の生活も千差万別である。

趣味といってもみずから行う積極的なものと，与えられるものを待つ消極的なものとあり，体力減退などの関係から高齢になるに従って受働的になる傾向は避けられない。

趣味の種類は表9の通りである。

男女とも旅行が第1位を占めていることは現在の風潮を端的に示すものであり，ゴルフ，ボーリングなど戦後のスポーツの見られないのも年代差であろう。

男では研究，仕事というようなものがあるが経営者や学者に多い反面，女に雑談，観劇などが目立っており，生き方の差が示唆されている。

8. 社会活動

男では業界顧問，町会役員，教育者，宗教指導者，同窓会幹事などの役職に情熱を燃やしているものが11名（18.0%）あったが，女では2名(2.4%）に過ぎない。

ただし，この女性の内1人は昭和48年3月胃ガンで入院し，1月余りで死亡しているが，入院直前まで自宅で和裁の指導をするとともに，老人クラブの世話，生活困窮者の支援などに挺身していたもので，この検討の時期には既にガンが進展していたものだが，幸い自覚症が少かったため，ほとんど意に介することなく活動し続けたものだった。

9. 性 生 活

一般に，老人問題においては性生活はすでに無関係なものと即断していると思うが，老人クラブ

表 9 趣 味

種別	性別		男	女	種別	性別		男	女
積極的	主として戸外	旅 行	9	11		内	尺 八	1	—
		手芸工作	4	4			琴	—	1
		園 芸	3	7			写 真	1	—
		散 歩	3	1			小 鳥	1	—
		体 操	2	—			短 歌	—	1
		日本舞踊	1	3		その他	研 究	4	—
		野 球	2	—			仕 事	2	—
		風 呂	1	1			雑 談	—	2
		釣	1	—					
	室	書 道	2	3	受働的		観 劇	1	4
		長唄小唄	1	3			テレビ	1	3
		茶 道	—	3			音楽観賞	—	3
		絵 画	2	1			美術観賞	2	—
		謡 曲	1	1			ラジオ	—	1
		俳 句	1	1			ドライブ	1	—

表 10　評　価

自己評価		満足	概ね満足	やや不満	不満	計
男	数	28	31	1	1	61
	%	45.9	50.8	1.6	1.6	100
女	数	31	42	9	—	82
	%	37.8	51.2	11.0	—	100
計	数	59	73	10	1	143
	%	41.3	51.0	7.0	0.7	100
客観評価		幸福	概ね幸福	やや不幸	不幸	計
男	数	30	29	2	—	61
	%	49.2	47.5	3.3	—	100
女	数	36	39	6	1	82
	%	43.9	47.6	9.3	1.2	100
計	数	66	68	8	1	143
	%	46.1	47.6	5.6	0.7	100

におけるいわゆる老いらくの恋の問題などを聞くにつけ，全く無視する訳には行かず，また東京都の昭和47年度売淫常習容疑者として検挙された者の調査によると，総数611名中11名（1.8%）は60歳以上であり，最高年齢は82歳と聞いており，老人問題における性生活の調査項目を設けてみた。

私自身平素の診療において，老人には性生活について問診を行ったことはほとんどなかったので，果して聞き出し得るものかどうか疑問に思っていたが，男9名（14.8%）について回答が得られた。

いずれも配偶者のある者で，性交渉ありと回答した者5名の年齢は80歳1名，79歳3名，73歳1名であり，本人には意欲はあるが配偶者の健康上の理由から絶えている者3名，子の所に別々に生活しているため絶えている者1名という結果だった。

前記3名の者の最終性交渉年齢は69歳，68歳，64歳各1人ずつであった。

また74歳の男1人は Inpotenz に悩むと回答している。

性の問題については個人差の極めて多いものであるが，老人の生甲斐を考える上で医師はもっと関心を持つべきことであると思う。

10. 評　価

対象者の現在の生き方に対する自己評価および医師の目からみた客観的評価は表10の通りである。

もちろん，評価の基準に確固たるものがある訳ではないが，大体において概ね満足しており，また客観的に見ても不幸ではないようである。

現在地価高騰で，マイホームの夢は正で空中楼閣であるとか，社会福祉政策が貧困であるとか，問題が山積していることは否定しないが，衣食住いずれをとってみても，昔の最低生活と現在の最低生活とは雲泥の差があり，いわゆる豊富の中の貧困に悩んでいる時代ではないかと思う。

餓死する者も，凍死する者もほとんどなく，何を言おうと自由な現在の日本で老境を過している私を含めて老年層は，どの時代よりも，またどこの国よりも恵まれているといってもよいのであって，この対象者だけのことではないと思う。

地球資源の限界，自然汚染の進行などを考えると，比較的少数の若年，生産年齢層に支えられる20～30年後の老人層にこれだけの恩恵が続くかどうか，私は非常に疑問だと思うものである。

B. 検診結果

I. 既往症

対象者の既往症は表11のごく，男女とも高血圧症が最も多く，心臓疾患かこれに次ぎ，結核，糖尿病，腎疾患などはあまり多くなかった。

特記すべき既往症のないもの男16名（26.2%），女25名（30.5%）である半面，2種合併は男9名（14.8%），女17名（20.7%），3種合併男3名（4.9%），女3名（3.7%）4種合併男3名（4.9%），女1名（1.2%）であった。

II. 現　況

1. 体　格

体格の概況は表12の通りで小柄の女性が割合に多いように思われた。

2. 諸機能

視力障害　男1名（1.6%），女3名（3.7%）
聴力障害　男4名（6.6%），女4名（4.9%）
運動障害　男7名（11.5%），女12名（14.6%）

表 11 既往症

区分 / 種類	男		女	
	数	%	数	%
なし	15	24.6	25	30.5
結核	6	9.8	2	2.4
糖尿病	4(1)	8.2	3	3.7
高血圧	21(5)	42.6	35(2)	45.1
心疾患	3(4)	11.5	3(3)	7.3
胃潰瘍	4	6.6	2	2.4
胃腸病	1(3)	6.6	2(4)	7.3
肝，胆のう病	2(2)	6.6	2(2)	4.9
腎疾患	(2)	3.3		
気管支拡張症	1(1)	3.3		
脳出血	(1)	1.6	(4)	4 9
膀胱炎			1(2)	3.7
男前立腺，女卵巣	(2)	3.3	1(1)	2.4
骨，関節疾患	(1)	1.6	1(5)	7.3
眼科疾患			(2)	2.4
その他	4(1)	8.2	4	4.9

括弧内数字は合併症として持っているもの

表 12 体格

体格		大	中	小	計
男	数	11	48	2	61
	%	18.0	78.7	3.3	100
女	数	12	48	22	82
	%	14.7	58.5	26.8	100
計	数	23	96	24	143
	%	16.1	67.1	16.8	100

思考障害　男1名（1.6%），女4名（4.9%）

変形性関節症，骨折，脳血管損傷の後遺症など運動障害が比較的多く認められた。

Ⅲ．諸検査所見

1．血　圧

血圧の状況は表13の通り，WHO の基準で高血圧に属する者が約半数を占めていた。

また境界血圧を示すものに最低血圧が90～99のものはなく，また低血圧は極めて少なかった。

2．尿所見

尿蛋白陽性者は男4名（6.6%），女8名（9.8%），また糖陽性者は男4名（6.6%），女6名（9.3%）で予想外に少数であった。

ウロビリノゲンについては　が男17名（27.9%），女24名（29.3%）で，強度の陽性を呈する者はなく，肝障害を示唆するものはなかった。

3．血液所見

a．血沈1時間値は表14の通りで，10 mm 以上のものが過半数を占め，特に女に促進値が認められ，最高は81歳の女で1時間値100，2時間値120，赤血球数359万，高血圧，心電図で左室肥大，心筋障害，眼底所見 KW IIa を認める者であった。

老齢者の血沈は一般に促進が認められるといわれているが，若年者のように結核，貧血，新生物などと関連づけられないものも多く，正体不明のものも多いようである。

b．赤血球数は表15のように貧血傾向が約3分の1の者に認められ，殊に女に多いように思う。貧血の女1名は乳ガンの転移が考えられる症状を

表 13 血　圧

血圧 / 区分		高血圧			境界血圧	正常	低血圧	計	不明
	最高	160以上	160以上	159未満	140-159	100-139	99以下		
	最低	95以上	94未満	95以上	89未満	89未満			
男	数	20	8	3	9	18	1	59	2
	%	33.9	13.5	5.1	15.3	30.5	1.7	100	
女	数	15	19	4	18	24	—	80	2
	%	18.7	23.8	5.0	22.5	30.0	—	100	
計	数	35	27	7	27	42	1	139	
	%	25.2	19.4	5.0	19.4	30.2	0.8	100	

表 14　血沈1時間値

区分＼血沈値		9mm以下	10-19mm	20mm以上	計	不明
男	数	22	15	7	44	17
	%	50.0	34.1	15.9	100	
女	数	15	20	19	54	28
	%	27.8	37.0	35.2	100	
計	数	37	35	26	98	45
	%	37.8	35.7	26.5	100	

常，女5名中3名は高血圧，2名は境界血圧以下であったし，逆に 144 mg/dl 以下の男2名は高血圧，女1名は正常という状態で，コレステロール値と血圧の高さは比例しなかった。

4.　心電図所見

心電図検査の記載のある者は男55名，女73名であったが，正常は男12（21.8%），女17名（23.3%），不完全右脚枝ブロック，少数の期外収縮を持った者を含めて概ね正常と判定された者男13名（23.6%），女20名（27.4%）で，それぞれ約半

表 15　赤血球数

		500万以上	450-499万	400-449万	350-399万	349万以下	計	不明
男	数	2	18	16	8	—	44	17
	%	4.5	40.9	36.4	18.2	—	100	
女	数	—	2	22	23	4	51	31
	%	—	3.9	43.1	45.1	7.9	100	

伴っていたが，他は貧血の原因と思われるものが見当らない。

c．白血球数は表16の通りで，男に2名10,000を越える者が認められたが，血沈，赤血球数は正常で，特に急性炎症と思われる記載はなく，1名は胃切除，他は胆石手術を受けたことがあるだけである。

また白血球減少症の女2名は胃に萎縮性変化が認められ，ともに文京区において戦災を経験しているが，特に原爆とは関係がないようである。

d．血清総コレステロールは著しく高いものは比較的少なかった。

300 mg/dl 以上の男女各1名はいずれも高血圧を示したが，250 mg/dl 以上の男1名は血圧正数を占めていた。

また異常の疑ある者男8名（14.6%），女7名（9.6%）で，その異常は左室肥大傾向，不完全右脚枝ブロック，ST 低下傾向，期外収縮，PQ 延長の疑などであった。

そして異常と判定された者は男22名（40.0%），女29名（39.7%）で，最も多いのは左室肥大，冠不全などで，その他に完全右脚枝ブロック，心房細動，期外収縮頻発，AV ブロック，陳旧心筋梗塞などが認められた。

5.　胸部 X-P

男57名，女67名について実施しているが，男では8名（14.0%），女では7名（10.4%）が正常で，他は何等かの所見が認められた。

表 16　白血球数

		3,000	4,000	5,000	6,000	7,000	8,000以上	計	不明
男	数	—	7	12	11	6	8	44	17
	%	—	15.9	27.3	25.0	13.6	18.2	100	
女	数	2	19	9	8	8	4	50	32
	%	4.0	38.0	18.0	16.0	16.0	8.0	100	
計	数	2	26	21	19	14	12	94	49
	%	2.1	27.7	22.3	20.2	14.9	12.8	100	

a．心胸廓比

50%を越し心陰影拡大と思われるものは，男21名（36.8%），女40名（59.7%）を占めていたが，女に特に多い点については腹式呼吸ができないための横隔膜の挙上が含まれているのではないかと推定される。

b．大動脈弓突出

突出を認める者，男40名（71.2%），女47名（70.1%）の多数に上り，そのうち石灰化を認めるもの男7名（12.3%），女3名（4.4%）を含んでいる。

c．肺野所見

男45名（78.9%），女55名（82.0%）には異常を認めなかった。

異常としては，男で Schwarte 4名，気管支拡張あるいは肺気腫3名，肺線維症2名，その他石灰化病巣，胸廓整形，肺門異常陰影各1名であり，また女では schwarte 4名，肺野の暗いもの4名，肺線維症2名，その他気管支拡張，石灰化病巣各1名であった。

6. 眼科所見

白内障は男43名中23名（53.5%），女53名中37名（69.8%）に認められた。

眼底検査は男41名，女38名について実施されているが，表17のごとく KW II が60% 台を示し，糖尿病変化を認めたものは男3名であった。

表 17 眼底所見

		normal	KW I	KW II	KW III	糖尿病変
男	数	1	10	27	3	(3)
	%	2.4	24.4	65.9	7.3	7.3
女	数	—	14	28	2	
	%	—	31.8	63.6	4.6	

括弧内は合併所見

7. 胃 X-P

胃レントゲン検査は男36名，女48名について実施してあるが，正常だったのは男7名（19.4%），女10名（20.8%）で，異常所見としては萎縮性変化が最も多く，男18名（50.0%），女26名（54.2%）に達していた。

胃，十二指腸に潰瘍を認めたものは男10名（27.8%）女9名（18.8%）で，その他には憩室，食道裂口ヘルニア，大動脈瘤，ポリープ，ガンなが認められている。

c．現病名並びに主訴

被検者が現に医療を受けている病名は表18のごく，高血圧および冠硬化に属するものが最も多い。

表 18 現病名

	男		女	
	数	%	数	%
な し	12	19.7	10	12.2
高血圧	29	47.5	38	46.3
脳動脈硬化	5(2)	11.5	5(4)	11.0
冠硬化	13(19)	52.5	25(19)	53.7
糖尿病	(5)	8.2	0(8)	9.8
胃ガン	1(1)	3.3	2	2.4
不整脈	(1)	1.6	(3)	3.7
ヘルニア	(1)	1.6	(1)	3.2
脳出血胎後症	(2)	3.3		
骨関節			(6)	7.3
胃腸疾患			(10)	12.2
高脂血症			1(1)	2.4
胃潰瘍	(1)	1.6	1	1.2
リウマチス	1	1.6		

括弧内数字は合併症

表 19 主訴

	男		女	
	数	%	数	%
な し	17	27.9	24	29.3
不眠	4	6.6	12	14.6
頭痛	5	8.2	11(3)	17.7
食思不振	4	6.6	5(1)	7.3
むくみ	4	6.6	1	1.2
目まい	6(2)	13.1	10(3)	15.9
耳鳴	4	6.6	4(5)	11.0
動悸	5(10)	24.6	7(14)	25.6
胸内苦悶	2	3.3	1(3)	4.9
難聴	1(2)	4.9	(1)	1.2
胃腸症状	2	3.3		
しびれ	(2)	3.3		
皮膚	1	1.6		
息切れ	(1)	1.6		
その他	6(6)	19.7	7(7)	17.1

括弧内は副主訴

両者とも関連のあることは当然で，合併しているものが多いのも年齢的のことであろう。

特記すべき病名のない健康老人は男12名（19.7%），女10名（12.2%）に過ぎない。

特に自覚症を持たないものは男17名（27.9%），女24名（29.3%）で，主訴としては表19のごとく動悸を訴える者が男女とも約25%を占めるが，運動時の促迫を動悸と訴える者も多いので，すべてを心機能低下と結びつけることもできない。

むすび

昭和47年秋の老人健康診査の結果を持ち寄って，143名について集計してみたが，地域が東京の文京区，新宿区，武蔵野市，千葉県の船橋市を主体としたもので片寄っているため，結論めいたことは避けるが，この143名について共通している点を考えてみると，一般に比較的良い状態にあり，過去の如何なる時代の老人よりも，また地球資源の枯渇が予想される将来老齢期を迎える人達よりも，恵まれているように思う。

表面的にせよ老人福祉が重要政策に取り上げられており，健保の自己負担金が公費で肩替りされたり，老人福祉の諸行事も行われている。

しかしこれで理想的かといえば，不満の充満していることもまた事実である。

この老人健康診査について新宿区中落合の一部老人に聞いたところ，受診しなかった45名の中，通知なし6名（13.3%），用事で都合がつかなかった5名（11.1%），病気で行けなかった4名（8.9%），すでに受診中で必要がなかった16名（35.6%），健康で必要なし10名（22.2%），会社で実施済2名，覚えていない2名（計8.9%）という状態であった。

また老人クラブなどに対する施策も行政面で活発に行っているようだが，町会で70歳以上の老人59名に老人クラブの問題を聞いたところ，クラブにも入りその他の集会にも出たいという活躍型7名（12.0%），意欲はあるが何等かの理由で出られない25名（42.4%），来てくれれば話がしたいという人恋し型5名（8.4%），無気力型12名（20.4%），老人クラブに反撥型5名（8.4%），逆に老人クラブ一辺倒型5名（8.4%）という状態だった。

これらを考えると，まだまだ日本の老人福祉は底が浅く，殊に精神面において欠ける所があるように思う。

われわれ医師は医学を駆使して疾病治療に当るだけでなく，人間的信頼関係を確立して老人に親身の助言，指導することが必要で，家庭医の存在意義が大きくクローズアップされていると思う。

終りに臨みご協力戴いた諸先生にお礼を申し上げるとともに，不手際からカードがお手元に届かなかった諸先生にお詫び申し上げます。

（〒161　新宿区中落合4-4-15）

自己免疫性溶血性貧血の1例

保　利　重　三

はじめに

本邦における後天性自己免疫性溶血性貧血症（AIHD）について，京大・深瀬氏の調査成績によれば，原発性症例（IAIHD）112例，続発症例（SAIHD）74例，寒冷血色素尿症（PCH）8例が最近までに報告されている。しかも，IAIHD：SAIHD：PCHの比は20：12：1で，IAIHDとSAIHDは20歳代を頂点として，特に女性に多く，70歳以上の症例は非常に少なかったという。

私は本年に入り，高齢（80歳）の男性の本症と思われる症例を経験したので，ここにその概要を記し，諸先生方のご批判をあおぎたい。

症　例

患　者：80歳，男性，無職

既往歴：昭和45年10月，軽い左半身不髄を伴う脳卒中に罹患。当時，経過は順調で約2カ月後には不髄症状は全く消散した。

家族歴：特記すべきものはない。

現病歴：昭和47年の暮ごろから原因不詳の疲労感を覚え，いままで盆栽の手入れを毎日やっていたのが，昭和48年に入ってからは全く盆栽の世話をする意気ごみがなくなってきた。そのうえ，両方のマブタが昼夜を問わず，はれぼったくなり，1月中旬に入ってからは歩行のさいにイキギレがするようになった。そして，1月23日に本院外来を訪れた。

現　症：体格幾分小，皮下脂肪少なく栄養はよくない。体温 36.4°C，表情はなんとなく呆然しており，応答，動作は緩慢。顔面蒼白，眼瞼部浮腫状，皮膚貧血性で少し乾燥状態，眼瞼結膜貧血性で亜黄疸色を呈し，舌白苔なく，歯肉出血など出血傾向はない。病的リンパ節腫大なく，甲状腺の腫大は見られない。胸部，心界常，大動脈音少し鉱声気味，肺部著変なし。腹部平坦柔軟で圧痛，腹水，静脈怒張なく，右腎は触れるが，肝臓および脾臓は触知できない。下肢に浮腫なく，膝蓋腱反射正常で神経学的に異状を認めない。血圧 162/80 (mmHg)，毛細管抵抗正常 (Wright-Lilienfeld 法により2)。

臨床検査成績

(1)　末梢血液像

血色素量 8.6～8.5 g/dl，ヘマトクリット値22～24%，赤血球数 174～166×10⁴/mm³，網赤血球数152～204%，栓球数 12.8～18.0×10⁴/mm³，MCH 49.4～51.3 rr，MCV 126～144 μ³，MCHC 39～35.4%。白血球数 6800～15800/mm³，N-pro 1～0.5%，N-my 0～1.0%，N-met 0～3.0%，N-st 9.5～3.0%，N-seg 55.5～63.0%，E 7.5～8.5%，B 1.5～2.0%，M 7.0%，Ly 18～11.5%。

白血球～退行変性正常範囲，空泡形成正常範囲，中毒性顆粒正常範囲，核陰影～単球系と思われるもの 4.5%，アウエル氏小体陰性，濃塗標本上にて寄生虫卵陰性。

赤血球～大小不同 (卄)，奇形僅少，多染性 (卄)，有核赤血球は白血球200個に対し38～39 (p 11，0 78)，ハウエル・ジョリー小体(+)，幅広いプライスジョンス曲線 4.6 μ～10.5 μ。網赤血球分類～0型(+)，I型18%，II型36%，III型63%，IV型184%。

栓球～ヒアロメール，クロモメール明瞭，ときには大型のものを散見。

(2)　胸骨骨髄像（昭和48年1月29日）

暗赤色，脂肪量正常，結節みられず，有核細胞数257800。

白血球系	Mybl		1.2	赤血球系	UErbl	3.2
	Pro	N	1.6		Mkbl B	4.4
	M	N	8.4		Mkbl P	4.0
		E	1.2		Mkbl O	0.4
	Mt	N	7.6		Nrbl B	20.0
		E	0.4		Nrbl P	76.0
	St	N	20.4		Nrbl O	72.8
		E	1.2		Mitose	4.0
	Sg	N	26.0	栓球系	Mgbl	0.4
		E	2.0		Mg-zyten	(+)
細網細胞系	Ly		23.6	骨髄細胞系と赤芽球系の比	M : E = 1 : 25	
	Mon		3.2		正常	
	P		3.2		Rohr = 1 : 0.3	
	Ret		0.4		Wint = 1 : 0.22	
	Mast		0.4			
	Phag		0.8			
	Flam		0.8			

(3)　蛋白量

総蛋白量 8.0 g/dl，A/G 0.8。

蛋白分画～アルブミン 44.3%，α_1 3.8%，α 7.1%，β 5.1%，γ 38.6%。

免疫グロブリンの各クラスは IgG 3018mg/dl，IgA 228.1 mg/dl，IgM 428 mg/dl で，IgG ならびに IgM の軽度の上昇が認められた。

(4)　血清反応

㋑ CRP 卄，ASLO 50単位，RA (−)。

㋺ 抗核抗体 (−)

抗 DNA 抗体 (−)

甲状腺抗体

マイクロゾームテスト 400× (陽性)

サイロイド　テスト 100× (陰性)

血清補体価　15,0 $_cH_{50}$　↓

血清梅毒反応　陰性

クームス直接，間接テスト（共に陽性）

寒冷凝集反応

0型血球での寒冷凝集反応　60×まで陽性。

自己血球の場合は対照まで凝集するので判定不能。

㈥ 輸血吟味のための検査では型特異性のない自己抗体を証明した。

Antigen Testing		Reverse Grouping	
Anti-A	+	A_1 Cells	−
Anti-B	−	B Cells	+
Anti-A•B	+		

Selectogen		Identigen							
Lot No		Lot No							
Cell no	I II	1	2	3	4	5	6	7	8
Sal	− −	−	−	−	−	−	−	−	−
37°C Alb	± −	±	−	−	±	−	−	−	−
Antiglobulin	++ −	++	++	++	++	++	+	++	±

（5） 肝機能

黄疸指数	33～45 *u*
総ビリルビン	6.39 mg/d*l*
直接ビリルビン	1.21%
間接ビリルビン	5.81 *u*
アルカリ性燐酸酵素	7.6 *u*
総コレステリン	160 mg/d*l*
CCLF	+
総蛋白	8.0 g/d*l*
A/G	0.8
Kunkel 氏試験	27 *u*
GOT	84 *u*
GPT	26 *u*
LDH	20 *u*
LAP	111 *u*

（6） その他の検査

㈠ 尿酸 8.2 mg/d*l*，血清鉄 275～155 r/d*l*，鉄結合能 216 mg/d*l*，赤沈1時間値 7 mm，2時間値 17 mm，クレアチニン 1.24 mg/d*l*，尿素窒素 27.8 mg/d*l*，β-リポ蛋白 1.0 mm，中性脂肪 83 mg/d*l*，クロール 103 mEq/*l*，ナトリウム 137 mEq/*l*，カリウム 4.2 mEq/*l*。

㈡ 尿　藁黄色，蛋白スルホ3滴で弱陽性，ウロビリノーゲン(卅)，ビリルビン陰性，糖陰性，病的沈渣なし。

㈢ 糞便　消化良好固形便，虫卵と潜血反応陰性。

㈣ ガストロテスト　アヒリーに近い低酸症。

㈤ 胸部X線上病的陰影なし。心電図異状なし。

臨床経過をめぐって

（1） 診断の理由の1～2

以上の臨床検査成績から，最も疑われる疾病は自己免疫性溶血性貧血症である。しかも，本例が高齢者である点からわれわれの臨床周辺に起りやすい二次性（続発性）溶血性貧血を考えてみた。（基礎疾患として SLE, lymphosarcoma, chronic lymphatic leuemia, reticulo sarcoma, Hodgkin 病，特殊の慢性肝炎と甲状腺疾患など）だが，それを惹起させうるような原病も見当らない。したがって，前述の高度の貧血，網赤血球著増，末梢血液内赤芽球流出，骨髄系細胞対赤芽球系細胞比が高く，赤血球の崩壊の増加とそれを補う骨髄の極度の赤芽球系過形成が認められ，このことにより赤血球の寿命短縮が推定された。なお，軽い黄疸，血清間接型ビリルビンの上昇，尿ウロビリノーゲン強陽性，尿ビリビルビン陰性，Coombs 直接，間接反応陽性。一応，Selectogen ならびに Identigen の成績から赤血球感作抗体は IgG 型・M 型の自己免疫性溶血性貧血温式型と考えられた。

（2） 治療と経過

全般的にいえば，全身の栄養，代謝の保持と専ら保温指導につとめることにした。

次に，薬物療法の吟味という段階に入ったのであるが，さしあたり温式抗体と冷式抗体の相関関係を知らなければ，その方針もはっきり立たないので検査成績を待つことにした（この時点では検査成績が不明であったので）。

なお，この患者は本症以外に左下肢と腰部の神経痛にも悩まされていたので，在来のビタメヂン療法を施し様子をみた。

2月11日に入り，いままでになかったような（約1カ月間）気分爽快感を覚え，体も温かくな

り，食欲も大層でてきて夕食には酒2合飲んだという。そして，当日は夜9時に就寝し明方の0340ごろまで，よく熟睡したそうである。だが，ここから急変の道をたどったのである。すなわち，その頃，尿意を催したので，ベットの上で起きあがり，そのまま排尿し，数分後には排便をしたのであるが，尿が敷布についたのを気にして体を少し動かしているうちに左下肢に強いシビレ感が襲来し，意識は，はっきりしていたが，まもなく息切れ，呼吸困難がきたので起座呼吸の状態になり，チアノーゼ増強し，30分もたたぬうちに突如他界された（0440）。

反　省

（1）　治療面

㋑　本例は入院不可能な家庭環境にあった80歳の老人男子の IgG 型・M型の自己免疫性溶血性貧血で，先ず最初に考えられる治療法の手はじめとして，強度の貧血に対し，輸血あるいは赤血球浮遊液療法の是非如何を検討することであった。だが，型特異性のない抗体を証明したので，この療法を断念せざるを得なかった。そこで，如何なる薬物療法を選ぶべきかを検討するために，先ず第一に温式抗体と冷式抗体の相関関係を調査開始した。しかし，その成績が判明しないまま不幸の転帰をとってしまったのである。

㋺　ここにおいて，反省の意味をも含めて，文献上の治療概要に触れてみたい。

○　温型溶血症（温式抗体によるもの）ACTH および副腎皮質ホルモンが80—80％有効，その他，免疫抑制剤（6MP，イムラン，エンドキサン等），摘脾，洗浄赤血球等の治療法がある。

○　冷式溶血症 cold agglutinin desease の場合

保温以外に確実に有効とされている薬剤は現在ないようである。ただ，免疫抑制剤については今後の検討が必要であろう。

（深瀬氏などによる調査研究成績より）

（2）　看 護 面

本例は寒中の明方に急度して鬼籍に入ったのであるが，これは多分，室内が異状に寒かったため，室内での排尿動作がわざわいの原因をなしたのであろう。すなわち，排尿直後に左下肢の知覚異状を覚え，その際に体内のある部分に赤血球凝集がおこり，血栓形式への道をたどり，心臓内に血栓が流入し，心臓死を誘発したものと推定したい。

ここに，看護上の問題として，冬期の夜間は特に室温にも十分注意を払う必要があるものと思われた。

（3）　所　感

最近，免疫血液学は急速に進歩してきた。が，本疾患について根本的に未解決な課題が山積している。

しからば，第一線のわれわれがたやすく診断，治療，生活指導できるようになるためには，本症について認識を新たにし（開眼注目），本疾患を研究できる病院と相互に知識交換しようと努力することこそ，本疾患解明への第一歩であると思われる。

稿を終るに臨み，国立東京第二病院内科猿田栄助博士のご協力を深謝する。

（〒171　豊島区長崎4-34-4）

お茶の水臨床レントゲン研究会（第1回）

新　野　　稔

7月26日，日本医事新報社大講堂にて渡辺武君（船橋市）の司会によって行われた。

従来のレントゲン読影会の大部分は，いわゆる“シャッテン”なる陰影を，すぐさま“病的か正常か”“病的ならばその疾患名は”と結論に直結する読みとり方をすることが多い。この研究会で

は，基礎的事実を正しく認識し，応用してゆこうとするもので，まずレ線写真を撮影する条件をみたすには，どのような方法があるか，読影可能な写真を得るにはどうしたらよいか，撮影された写真をどのように読むか，すなわちその写し出された情報を生体の解剖，生理の基本的構成要素の分析と，結合により，読影してゆくとの趣旨にて，実地医家が一番取扱う疾患について，よく理解してゆくよう努力している。

本日の主題は，肺癌で国立癌センター鈴木明君は肺の基本的成り立ちよりときおこし，肺の血管系，気管支系および肺の区域について，その正常構造，基本的構成を2枚がけのスライドを使用して明快に話したあと，主題の肺癌に入り，早期肺癌，ことに原発性肺癌の早期型について，組織型の特徴像について述べた。腫瘍そのものの他に気管支炎，血管系，肋膜の変化を追究する必要がある。すなわち，気管支の血管の変化，それに伴う二次的変化より組織の診断が可能であることをよく理解できるように説明し，その進展様式より，治療法の選択と効果の判定および予後推定が可能であることを，扁平上皮癌，未分化癌，腺癌（大および小細胞）について病理形態を中心にレ線像の特徴について話され，扁平上皮癌は，気管支粘膜面の浸潤，これには二次的変化として，気管支内腔狭窄，閉塞，末梢支配域に一致する二次的変化として，気管支拡張，閉塞性肺炎，含気不全，無気肺があり，気管支腔の深達変化が加わる。気管支外膜をこえるまでかなりな時間があり，治療可能な時点の診断は可能であるとした。

小細胞未分化癌な，気管支周囲，リンパ管，節の進展高度で二次的変化像を伴いにくく，放射線，化学療法に感受性大であり治療率は高い。大細胞未分化癌は，気管支内壁にポリープ状発育し，腫瘍細胞が密に存在し，レ線上濃い陰影，辺縁鮮明であり，気管支血管をまきこむ進展をする。腺癌は，肺動静脈，気管支は十分な太さの管腔を保つ，肋膜嵌入像を認める。各々症例を呈示して，病理標本とレ線を対比して明確な話しであった。

お茶の水臨床レントゲン研究会(第2回)

新野　稔

9月27日開催，司会は渡辺淳君（大田区），主題として，心疾患がもたらす心陰影の種々相，何故？，何故ならば……　心臓疾患のレ線変化について。会員発言を中心として始められ，金井美津君（文京区）はレ線写真の撮り方より，読影まで要領よく話され，心臓疾患のレ線診断学の本を数多く持って来られ，その主要点を述べられ，本題に入り，撮影法として　1. 背腹方向　2. 右前斜位 45°　3. 左前斜位 60°　4. 左側面位　K→L　撮影条件は管球，フィルム間距離 2m，第6胸椎の高さ，吸気の終りに撮影，カセッテの大きさは，胸部全体が入りかつ胃液が入る大きさ。斜位方向撮影には，食道造影を併用，それには Ba を1口服用させ，2口飲んだ時に撮影。透視診断を併用する。

X線像の読み方として，それをみたす写真とは，正面写真においては，背中に上下にわたり線を引き，それに対して左右対称的である写真であること，そうしないと正常像と異常陰影の境いが難かしい。そして出された，心房，心室の形が大切である。次いで心肺係数，心胸比を測定することが可能である。

位置異常として，Dextrocardia の種類，Dextroversion，鏡像型右胸心，無脾症を伴う右胸心がある。

次に，各々の拡大がある場合，各々の拡大と疾患との関係をスライドにて表示し，その心拡大影の鑑別診断として，左房拡大がみられるときは，僧帽弁狭窄症，僧帽弁閉鎖不全症，心室中隔欠損症，動脈管開存症，左心不全を考え，右房拡大が

ある時は，心房中隔欠損症，三尖弁膜症，右心不全があげられ，左室拡大が認められるのは，肺血管陰影がまず正常の場合は，大動脈弁狭窄症，大動脈弁閉鎖不全症，高血圧性心疾患，大動脈縮窄，肺血管影の増強を合併するものとして，僧帽弁閉鎖不全，心室中隔欠損症，動脈管開存症，左心不全があげられ，右室拡大を認める時は，僧帽弁狭窄症，左心不全による肺高血圧症，肺性心，心房中隔欠損症（肺高血圧を合併）Lutembacher 症候群，心室中隔欠損症，動脈管開存症，三尖弁閉鎖不全症，肺動脈弁狭窄症，ファロー四徴が考えられる。

ついで肺野の血管陰影について述べ，肺の血流量が多いか，否か，静脈系の鬱血があるか，副血行路の存在を見る必要がある。殊に肺の動静脈の区別は困難であるが，肺門部では可能である。肺血流量の増大として，左→右短絡を伴う病型では，肺血管影が肺野の末端まで追究可能である。右の肺動脈の主幹が 2cm 以上の幅をもつ場合は，肺高血圧である。肺静脈性鬱血の場合は，肺野全体がベール状の影をもっているが，不均一のこともある。肺血流量の増加と肺静脈性鬱血のみわけ方として，前者は右心臓横隔膜角にあたる肺野は明るく，後者は左心臓横隔膜角にあたる肺野は暗い。肺静脈圧の亢進は，肺毛細管内圧が血液膠質滲透圧を越え，肺組織内へ浮腫液貯溜を来し，慢性の肺静脈圧の上昇は，interstitial edema の形をとり，interlobular septum に浮腫液がたまると Karley B line を生ずる。以上のことがらについて，各々の症例を呈示して説明され，スライドを使用し明確に理解できるよう努力をはらわれた。

次いで，演者への質問が行われ，心胸比 cardio-thoracic ratio の計測方法とその意義について活発に意見が述べられ，新野は，心拡大を評価しようとする努力はわかるが，一枚だけ一回限りの計測で正常異常を判定するのは臨床的とはいいがたく，同一例で心陰影の変化を追究する時に有効であり，意義があると発言した。次に第2の演者として，先天性心疾患について，中尾聡子君（世田谷区）は実地医家の立場より，乳幼児で本疾患を診察することが多く，チアノーゼ群は，大病院へゆくのが多いので，実地医家として取扱う疾患は非チアノーゼ群が主体となる。乳幼児のレ線撮影の方法を人形をモデルとして説明され，ご自身の症例の写真を数多く出され，各レ線像を解説された。ファロー四徴，心房中隔欠損，心室中隔欠損，動脈管開存，大血管転換について述べられその要点として，肺血管陰影増強群として左右短絡群は肺動脈弓突出，肺門躍動があり，心房中隔欠損では，純粋の右房，右室拡大し，心室中隔欠損で，小欠損はほとんど正常なるも，大欠損では左房，左室，右室の拡大を認め，動脈管開存では，左室，左房拡大，大動脈弓太く拍動著明である。肺血管影減弱群では肺動脈弓陥凹，チアノーゼを伴う。ファロー四徴は木靴型心臓で，心拡大少ないが，肺動脈窓明るく，右室肥大はあるが左室を通る血流量が少ないために左室はむしろ小さい，そのため心陰影は全体としてそれほど拡大せず，心尖は丸く挙上する。

最後に森杉昌彦君（港区）の心臓の話しがあり，心臓の診断の手順よりその考え方，所見の見出し方を，永年の心臓病を取扱っておられるそのエキスをなみなみと話され，まず心臓の解剖的位置を胸部横断面図のスライドにて解説され，右室は前方中央にあり，左房は後方にあることを力説された。左側の心陰影の拡大ある症状を呈示され，その形の変化を血行動態上より解説された。なかなかユニークな表現方法をもちいられ，心室中隔欠損はしまりがなく，丸い感じ，僧帽弁閉鎖不全はだらしなくデレットしている。大動脈弁閉塞不全はウェイトがしまってスマートである。心臓の写真は最少限度正側面が必要で，にせの拡大とほんとの拡大を区別することが大切である。次に右側にできごとの起るものとして症例を呈示し解説され，次にファロー四徴，および大血管系の変化について述べ，心臓病診断は，問診，打聴診，E. K. G.　X. P. 造影診断，があるが前4者で診断は大ていつく。最後に僧帽弁狭窄心小大動脈弁閉鎖不全症の症例を出され，佐藤安生君，山田辰一君（新宿区）がズバリ診断をした。すなわち血行動態学的な変化を主体として心疾患個々を理解すべきもので，決して単なる疾患の個々のレ線像を形態的な面のみからうのみにすべきでなく，

血行動態を基にしてレ線像を組立てて診断することが原則であると結論された。

これは正常循環動態では，正常像としての概念内で，心，大血管陰影に対して，特別な影響を与えることがないが，循環過程に異常を生ずるならば，単なる血流の変化ばかりでなく2次的に心内腔および血管内腔にも形態的変化を与え，その結果がレ線像に投影されるのであるから，形態的異常像が現われるのは循環動態の変化のためと考える必要が第1である。

次に，心疾患のレ線変化を認識する過程として，右心系，左心系の変化の基本型を循環動態的に理解しておくことが大切である。

心室の肥大と拡張という表現であるが，現在ではレ線所見からは両者を総称して拡大 enlargement という。これを症例について解説すると，左室の例で，大動脈弁狭窄があり左室よりの血液の駆出が制限されると，左室はこれにうち勝つため内圧上昇を来し，拍出量の増加を来たす。これを収縮性負荷または内圧性負荷であり，結果として心筋は肥大する。大動脈弁閉鎖不全があると，大動脈に一旦駆出した血液が弁の不全を伴い左室内に逆流する。左室は過量の血液を容れるので心筋は厚くなく薄くなり，全体として容積増大を生じ左室の拡張を来たす。これは拡張性負荷または容積性負荷である。この場合正面像では左第4弓の変化があり，肥大の初期は内腔に向けての求心的な左空壁肥厚で外縁の変化はない。肥大が進むと左第4弓拡大を生ずる。この場合球状を呈し心尖部は下方に移動しない。拡張においては左第4弓の拡大を示し，辺縁は平坦となる。心尖部は下降し胃泡内にある。しかし，肥大，拡張のレ線像はこのようにいつも認められるものでなく，理論ではそうであっても，側面像，斜位像をも合わせて観察し，単純像では決定は困難で血管心臓造影法が最終的に必要となるが，一般的にこれを総括して拡大という。

（〒180　武蔵野市吉祥寺本町3-12-5）

提　案

前略，先生からお便りを戴いて以来，なにか書かなくてはと心にかけているうちに，今年の夏の異常な暑さ，皮膚科医は患者激増でテンテコ舞い，秋風が立ち，ほっと一息入れた所で筆をとりましたが，でてくるのは皮膚科医のぐちばかり，なんと皮膚科は軽々しく扱われ，でたらめな治療が行なわれているのだろう。〝etc. 実地医家の会の先生がたには無用のものばかりです。それで，このようなお手紙をさし上げる次第になりました。お許し下さい。

なお，会誌60号の乾達先生の〝教育医学を再び呼びかける〟には全く感激，共鳴致しました。私も前々から，医師会が中心になって国民との接触をはかるべきだという考えをもっていましたが，医師会を動かす力もなく，また個人で実践する実行力もないまま今日に至っています。全くふがいないことです。個人で実践されている乾先生を心から畏敬申し上げます。

実地医家のための会も，よりよい医療を目差すために，市民との対話の時間を作ってみてはどうでしょうか。提案申し上げます。

会の発展を祈りまして　　敬　具

〒131　東京都墨田区文花3丁目20—8
園　田　節　也

◇お知らせ◇

＝護衛艦による「体験航海」への誘い＝

元海軍軍医有志による立案で，護衛艦「駆逐艦」“あやせ”（1450トン）による体験航海が行なわれますので，乗艦希望の方は下記参照の上お申込み下さい。

日　　時：昭和49年3月16日（土）
08.00　晴海埠頭出港
航　　路：晴海→大島一周→横須賀
帰港時刻：17.00（横須賀にて解散）
乗船資格：特にありません。家族の方もどうぞ！
費　　用：1人につき1,000円
〆　　切：昭和49年1月31日（厳守）

尚帰港後，昔なつかしい“小松”（パイン）にて夕食会を開きます。出席される方はその旨明記して下さい。会食費は6,000円前後。

申 込 先：東京都港区新橋2—20
新橋駅前ビル1号館8F
「協和企画」KK内
戸塚一期会事務局 宛
〒105
（Tel　03-571-3111）

※（人数150名までとの制限あり，お早目に）

カルテの前で

乳児にはもっと母乳を

殿谷太郎

最近，田舎でも都会なみに若い母親で乳児に母乳を与えないことが流行しているようである。美容上，職場の関係から，母乳を飲ませないことがほこりのように思っている母親がいるのには大いに驚かされる。

産褥時において出来るだけ母乳を出すように懸命に乳房マッサージ，搾乳をやっているが，看護婦，助産婦等の仕事の中でも面倒くさいものの一つであり，保険の点数にも入っていないが，やらねばならないにもかかわらず割合なおざりにされていることが多いようである。看護婦，助産婦の手に余るような患者は医者自身がやらねばならない。以前は「乳もみさん」という人がいたが，入院中の患者にわざわざ外からそんな人を呼ぶことも出来ず，痛いのを辛抱させてとにかく医者自身が自分で一生懸命乳房マッサージ，搾乳をやってきた。そのため現在では「乳もみさん」以上にうまくなった。しかし懸命にやっている割には患者の方は感謝してくれないことが多い。人を痛い目に合わせ，ミルクさえ飲ませて置けばよいのにと思っていて，無意味に無理に母乳を出させていると思い込んでいる人が多い。婦人雑誌等ではいろいろな記事が割合医学的に正しく解説されているのに，もっと母乳を飲ませる努力をさせるような記事がぜひほしいものであると思う。

母乳が一時出たのに中止してしまうと，後に乳腺症となり，乳癌になることもあるからとか，母乳を十分飲ませている子供は病気に対する免疫素が母乳に含まれているので病気に強く，ミルクだけの子供はよく太って元気そうだが，病気には弱いから母乳が少いのであれば一日２回でも３回でも，たとえ１回でもよいから飲ませなさいと力説しているが，なかなかこちらのいう通りにはしてくれない。

最近，キモターゼ等の酵素消炎剤が開発されて以来，産褥時において乳房の乳汁うっ積，乳腺炎等にて乳房の切開をしなければならないということが殆んど無くなったことは非常に嬉しいことである。これによってわれわれも患者も余り喧嘩をしなくてすむようになり，まことにありがたいことである。

生後１～２カ月目で若い母親が，丸々と太った乳児を抱いて自慢げに見せにくる。その時母乳のみで育てられている子供は言葉の限りほめるが，ミルクばかりで育てられている子供はいくら太っていてもほめられないので，初めの元気はどこへやら若い母親はしょんぼり帰ってゆく。その時一日に２回でも３回でもよいから母乳を飲ませなさい。飲ませていればあなたの乳房からお乳は必ず出るから，という言葉をつけ加えることにしている。一方生後３カ月位の子供の検診を保健所がやっているが，目標にするのは体重のみで，標準より何グラム多いから良い，何グラム少いからしっかりミルクを飲ませなさいということばかりで，もう少しその子供全体のことについての心配りが欲しいように思う。メーカーの宣伝もあるのか，若い母親の心理をうまくつかんで，母乳のよく出る母親の考えを変えてしまい，ミルク一辺倒にしてしまっているように思われる。終戦直後のあの混乱期には母乳を第一として，今のようないいミルクは無論なかったが，母親の食べる物が無く，栄養不足の母親でも一生懸命母乳を出すべく努力したし，どうしても母乳が出ない時は頭を下げて貰い乳をしてでも母乳を飲ませてきた。そのため栄養が十分なかったあの時期でも割合病気に強い子供に育てられてきた。経済成長とともに日本全体が豊かになり，すべての面で良くなってきているが，その反面公害等のマイナス面がクローズアップされ，一時母乳の PCB 含有量がやかましくいわれた特殊な例はあるにしても，何といっても

今の若い母親を育て上げた古い母親の時代のあのいちづな気持，一滴でも自分の母乳を子供に与えたいという気持を起させて貰いたいと思うものである。

小学校の高学年になるともう母親より大きな子供がいるが，病気になり，医者のところに連れてくると，すぐ泣き出し，母親に抱かれて甘え，頭の一つもぶんなぐって気合を入れてやりたいような男の子がいるが，これは乳児時代母乳を飲ませなかった子供じゃないかと思うがどうであろうか。母親との間のスキンシップがなく，この子は何としても私の母乳で育てねばならぬという心が母親になくただ甘やかせるだけで大きくなってしまった子供ではなかろうか。こんな子供が大人になった時の社会を思うとぞっとするものがある。

ともかく上述のように，保険の点数にもなく，差額徴収も出来ないが，乳房マッサージ，搾乳は患者から敬遠され，あまり感謝されなくとも「乳児には先ず母乳を」という考えのもとに続けてゆきたいと念願するものである。

（〒779-23　愛知県海部郡日和佐町奥河内）

整形外科外来あれこれ

得津雄司

北関東の地方都市に開業して，6年になろうとしている。整形外科一本で開業することに若干の不安があった。特に整形外科といえば美容整形外科と混合されることが多いので，医院の玄関の看板には医師法違反としりつつ，整形外科の下に脊椎外科，四肢外科と解説を加えて少しでも混乱を防止しようとした。今まで医師法違反で注意されなかったのは，田甫の中の一軒屋のせいかもしれない。少しは患者さんに整形外科の内容説明になっているものと自讃している。

外科系で開業時に問題になるのは，救急指定を受けるかどうかである。私の医院は国道50号の近くにあって，勤務医時代に相当救急患者を治療した関係で，消防署の方で救急指定告示を期待したが，敢えて告示しなかった。

最近の交通事故は相当のスピードが出ている関係で，整形外科医一人で処理出来る外傷は少なく，頭部，内臓に外傷を伴っている例が多くなりつつある。むしろチーム，アプローチすべきものであると考えているからである。医療従業員の不足もその理由の一つであるが。

救急病院でない関係で慢性疾患が多い。農村特有の腰痛，肩こり，甲手，関節痛等が患者の大半を占めている。

人口の都市集中化で農村に若い労働力が減少し，日本の農業は，三チャン農業（ぢいチャン，ばあチャン，かあチャン）となってしまっている。

したがって，老人も労働に狩り出され，婦人たちも重労働について働いている。診察時にカルテに記入された年齢より年老いてみえるのも，重労働の影響と思われる。彼女等は腰痛，肩こり，手足のしびれ，不眠等の農夫症によく似た症状を訴えている。

腰痛を訴えて来院した患者には，整形外科では腰部のX線写真をとって，その治療方針をたてるのがルーチン化されているので，経済的負担を考慮した上，この方針に準拠している。

腰椎に見られる所見として，年齢に比して退行性変化が強くみられることである。特に腰仙椎の移行部に限局して退行性変化が強くみられ，さらに椎間板の狭少化したものでは腰椎の後彎がみられる。進行すると姿勢が前屈し，股関節，膝関節が屈曲位をとり，0脚で歩くようになる。この程度に進行すると背中に桑の葉を背負って歩くと楽になるという。

私の医院の近くでこの姿勢をとった農婦にめぐり会うことが多い。殆ど明治，大正時代に生まれ，戦中，戦後の日本の一番苦しい時代に国のために食糧増産にはげんだ農婦である。彼女等の子供も成人に達して，やっと楽になれる頃であるが，日本の高度成長政策の余波は前橋の田舎にも及び大工場が建設され，若い労働力を高給で募集するため，農村を去っていったり，農業の後継者のいない農家の出現もあとをたたない。

彼女等の中にもっと不幸な人もいる。彼女等の祖父，母が健在で農家の実権を今なおにぎり，息子に嫁をもらう年齢になっても経済が自由にならない封建的な一面が残っているのも事実である。したがって，腰が痛くても我慢して働き，また治療を受けるにも祖父母に遠慮しつつ病院に通い，治療も十分に受けずに治療なかばで中断して農作業につく例もかなりみられる。このような繰り返えしによって年齢以上に退行性変化が腰椎部にみられるものと思う。なかには自由になる小遣いを得るために農閑期に近くの木工場に出稼に出る。材木は電気鋸でどんどん細断されて行くので，慣れないために指を切断したり，挫滅傷を受けるのも彼女等である。

それでは腰痛は農婦にばかりにみられるものでもない。若い人にも腰痛が増加している。

通勤，レジャーすべて自動車で解決していく若い人は歩かない。特にハードな運動をして身体を鍛練することも少ない。足腰は一般に弱っているのではなかろうか。自動車の運転によって車の衝撃が運転席より直接に骨盤に，さらに腰椎に波及して椎間板の変性を進行させている。またマージャン等で趺座をかくことにより腰椎は後彎を強制され，必要以上に椎間板にストレスをかけることも，腰痛を惹起する原因ではなかろうか。

中小企業の労働者にはぎっくり腰がよくみられる。これは安静により spur los に治る。しかしこの安静がとれない。中小企業では人手不足で忙しく，休みがとれないという。医師として安静を指示するのみで，安静をとるかどうかは患者の判断にまかしている。患者さんは少し治ると早目に出勤することが多い。2～3週間は中腰の仕事をしないように注意していても，一度出勤すると流れ作業の関係か再発してやってくる。医師とは指示を与えるのが限度かとなさけなくなる。

脊椎疾患が多いせいか，鞭打ち症もかなり来院する。一番の問題になるのは医療費，補償に関することである。日本人気質か，面従腹背で最後のツメが下手である。示談に際して加害者，被害者で話し合うのがよいか，第3者を入れる方がよいか，甲乙いえないと思うが，スムースに話が運んだということは聞かない。余程むつかしいのだと思う。

医師が往診中に追突して加害者となった例を2例経験した。いずれも金銭的には被害者に有利に補償されているが，医師の社会的地位に無関係ではなかろう。

交通事故はさきにのべたように大病院で行うべきであると考えているので極力さけているが，時々日曜当番医の時に重症例に遭遇する。休日は大病院といえども全科の当直医が待機していないから，耳鼻科，眼科医が外科系の当直にくりいれられることもある。このような時の外傷患者は悲劇である。病院内で処理しようと努力せず，たらいまわしを受けて事故のもとになる。大都市といえども休日，夜間の無医地区化が問題になっているが，国家的見地より救急医療，休日夜間診療の問題を一日でも早く解決されるべきである。

(〒379-21　群馬県前橋市野中町245-3)

炬燵偶感

田畑　豊

信州の人間は炬燵が好きである。

9月に入って残暑のきびしい頃はまだしも，ある日，朝から秋雨が一日しとしとと降りそぼったりすると，老人のある家では，その老人のために炬燵をしつらえ始めるし，あまつさえ，10月に入って虫の声がとだえ勝ちになり，うそ寒い日が1～2日もつづくことのある中旬すぎには，もう本格的に炬燵を部屋の中央にすえて，それを中心に家族が動き，来るべき冬への心の準備が出来上る。

こうして早くから茶の間に登場する炬燵を中心にして，信州人は長い冬をすごす。

おっしゃん達は酒，おはちゃん達はお茶をのみながら，しょっぱい野沢菜の漬物（おはづけという）に，ざぶざぶと醤油をかけて食べながら政治，教育を論じ，はたまた，世間話に花が咲くのである。それゆえに理屈っぽい，議論好きな信州

人といわれるゆえんである。

したがって当然のことながら高血圧や，胃潰瘍の発生と悪化が想像されるし，昔は肺結核症の家屋内感染が多く，春雪どけと共に結核症の初感染患者が多くなり，小児科医はよく結核性髄膜炎に遭遇することが多かったものである。

昭和元禄といわれ始めた昭和35～36年頃より以前の炬燵は，炭と薪が主役であった。

台所のかまどで火をおとした薪のまだあつい匂いのあるのこり火（おきといった）を，十能に山盛りにのせ，灰を入れた取手のついた小さな箱にそれを入れて運び，炬燵に火を入れその上に炭をのせ，早くおきるように一方の掛布団を上げて，空気を補給し炭火がおきてくると，あの特有の香ばしい匂いがただよって来て，始めて暖かいなつかしい炬燵が出来上るのである。炭火の炬燵はしたがってCO中毒や火災による火傷などおこし易かった。

一つの思い出がある。

私が長野市の某病院に勤務していた昭和30年頃のある寒い夜のことであった。

当直していた夜半すぎ，生後間もない赤ん坊が40°C 位の発熱があり，喘いでいるからすぐ来てくれとの往診依頼である。外は初冬以来の根雪が氷りつき，いてつく大気が肌をさしてねむ気など一辺にふきとぶ。行ってみると，大きな農家で天井の高い十畳位の部屋，炬燵をかこむ様にして大きな屏風がたて回してある。赤ん坊の姿は見あたらない。こんもりともり上っている炬燵の一偶を囲んであった布団をかきわけるようにしてのぞきこむと，布団の谷間の底に一さな赤い顔が見える。

ひきあげるようにして赤ん坊を抱き上げ衣服をぬがしてみると，白い湯気が上り，まだ汗を十分に出して体温調節の出来にくい新生児の，懸命な努力の現れであろうか，その肌の赤く上気していたのが妙に印象に残っている。ぬれた下着などを着かえさせているうちに体温は 37.5°C に下った。

可愛そうに，むされそこなった赤ん坊の話である。

しかし，最近の炬燵は電気になった。仕末するに便利だし，持出すのも簡単，出ているかどうか解らないが赤外線というものも炬燵から出るようになって，CO 中毒や火傷もなくなり文化的な炬燵になった。

◇

先日テレビをみていたら，赤ん坊のために作られてしかるべきベビーカーが，母親の便利さのためにとって代り，乗せられているベビーの方がきうくつそうに体を曲げさせられたり，コンクリートの街路上に放り出されたりする現代的風景をみせられた。それに赤ん坊が腰かけている高さが，丁度車の排気口の高さとほぼ同じ位であることに母親たちは気付いているだろうか。

このような製品を私は子害品といいたいが，歩行器やポットも子害品だと思っている。

健康に発育する乳児にとっては歩行器などの助けはいらない。自然につかまり立ちし，独りあるきが出来る。それには母親の絶えざる介助を必要とするが，しかしその母親は子供を歩行器に入れて育児の手をはぶこうとする。そのスキに子供は歩行器とともに柱にぶつかり，縁側からおちてけがをする。

何も知らない赤ん坊には，誘惑の多い花のデザインが目をひいて，ポットの傍によって手をかけてかたむけるとあつい湯がこぼれて，手や足や顔さえも火傷する。蓋をとらずに湯がそそげるという母親にとっては便利な品物が，子供にとっては炬燵からまぬがれた火傷を，ここで受難することになる。

小児不在の育児用具や家庭用品に現代の冷酷さを知るとともに，あの雪のいてつく夜の寒さから子供を守ろうとして，はからずもゆきすぎてしまった母親の愚かさをわらうよりも，その情愛になつかしささえも感ずる此頃である。

48年10月20日

（〒386-04　長野県小県郡丸子町上丸子130）

アッペを二回(？)切られた話

宮崎政寿

もう10年も前のことである。勤務医の頃，ある日救急車で腹痛を訴える患者が送院されて来た。診察すると諸症状まさにアッペに間違いなく，これからすぐ手術だと患者に伝えると，患者はけげんな顔をして盲腸は昨年新潟で手術を受け，取って貰ったのでもう盲腸はない筈だがという。成る程，廻盲部に4～5センチの手術瘢痕があり，ご丁寧なことに左側にも同様の小手術瘢痕がある（恐らく廻盲部に見つからず左側をも開腹したのだろう）それでも，一応「急性腹症」ということで納得させて開腹手術を行った。後腹膜窩に化膿したアッペを発見して無事手術を終った。患者には正直にアッペが残っていたとも言えずに適当にムンテラしてその場は切り抜け，その後の経過も良く患者は喜んこ退院した。数多く手術をした中に奇型なのかまたは埋没しているのかどうしても発見出来なかった例が一，二例ある。こういう場合に患者に取れなかったとはいいづらいことだが，後日再発して別の医療機関でこういうことになると厄介なので，滅多にないことではあるが，患者に正直に納得のゆくように手術はしたがどうしても取れなかった旨は説明しておかねばならないと思った。

また，それは患者の先の長い生命に対する医師としての義務でもあろう。

(〒211　川崎市川崎区新城220)

入浴と水浴

佐藤統章

“はなかぜ”程度なら入浴してよい。新陳代謝を旺盛にするからかえって入浴を勧めるといった記事が，有名な小児科専門医の名前で書かれているのを拝見する機会が，最近多くなった感じがする。

私が若かかった時代には，昨夜風呂に入ったらかぜをひいてしまったとか，かぜ気味だったが風呂に入って酒を飲んでねたら治っていたとか，仲間からきいたことを思い出す。

咳がでたり，鼻水が出たので，といって診療を求めてきた患児を治療した結果，胸部の聴打診にも変化がなく，発熱もなく，咽頭粘膜の発赤もみられない，また母親も患児が咳も出さず，鼻水もとまったと認めるので入浴してもよいと許可を与えると，入浴した翌日再び来院して咳や鼻水の出てきたことを訴えることが，よくある。

こうした事例をみていると，治癒していないのに治癒したと判断した私の誤りであったのか，入浴の前後の親の監視が悪かった——例えば入浴後いた部屋の温度が適当でなかったとか，入浴中長時間遊んでいたとか——ためかとも考えられる。

子供たちを入浴させたい母親たちの気持が非常に強い。乳児の場合は毎日でも入浴させなければならないように考えているし，幼児学童になると外で遊んで泥まみれになって帰ってくるので入浴させたがるのも当然であるのだが，発熱で来院した患児の母親が，診療終了後帰りぎわ患児を入浴させてもよいかと聞かれることが度々ある。子供と入浴は切っても切りはなせないものなのか，反射的にいうのだとも考えられるこの質問に，ときどき亜然とする。

私は，乳児のときはことに慎重になって完全に治癒したと思っても2～3日後に入浴するように指導しているのだが，どういった場合には入浴させてよいのか，条件がいろいろあると思いますが，御教示下されば幸いです。

◇

私の患家であった一商社員一家が最近アメリカに移住した。その子供がアメリカで発熱したとき医師の診察を受けたのだが，発熱をおさえるために水浴をさせるということであった。発熱の原因はなんであったか不明だが，その母親は最初非常に不安であったと便りをくれた。その後アメリカから帰国した他の患児の母親も同じような処置を

受けてびっくりしたことを話していた。発熱に対する水浴とか氷水で体をふくといったこうした治療法はアメリカではよく取られる方法なのか，今年の3月の朝日新聞にも質問として採用され，その解答者に日本大学医学部の馬場教授のご意見が出ていた。“発熱時，冷水で全身を拭いたり氷水に漬けたりすることも正しいとは考えられません”と。

アメリカの一地方が，または全州でも同じ方法が解熱の一方法としてとられているのであろうか，もし日本でそんな方法がとられて肺炎でも併発したら大変な問題をひき起こすにちがいないと考える。

解熱に対する水浴療法の詳細についてお教えをいただければ幸いです。

（〒112　東京都文京区千駄木2-28-12）

一凡医の遍歴

浜　名　正太郎

国家試験を終えると，東京に帰るつもりだった。大学病院の研究室で好きなことをやろうと思ったが，結局それを断念して某公立病院呼吸器科に奉職した。肺結核が治癒しても自分の体に自信がなかったし，自分が惚った疾病にも興味があった。それに，当時田甫に囲まれた田舎くさいこの病院がひどく気に入ったのである。

肝油球の処方をして，のんびり病棟回診をやっているうち，のんびりしていられないということが判った。社会問題，家庭問題，経済問題もからんで，当時死亡率第一位の肺結核は難治で悲惨なものだったのである。たまたま新しい化学療法と手術療法，それに麻酔，輸液の開発で，肺結核は若い医者には手ごたえのある魅力的な分野になった。内科的虚脱療法に見切りをつけて，外科をやれと言われ糸結びから始めた。幸運にもよい指導者に巡り会った。初めは大学からハイドブリンクを借りてきて麻酔をかけたものである。嬉しいことに，今まで殆ど死亡していたこの病院の結核性膿胸を剝皮術で治癒に導いたし，胸成術と肺切除術で社会に復帰した多数の患者が，20年を経た今日でも毎年同窓会？を開き私を呼んでくれて，ビールを飲みながら懐古に花を咲かせている。骨切り選手，肺切り医者などと蔭口を叩かれながら12年過したお蔭で，肺のことはいくらかモノになったが，他の分野はまるで駄目，慣れた看護婦の介助さえあれば，肺の手術なら一人で麻酔をかけ，一人で手術をやれるだろうというほど習熟したものの，アッペさえロクに切れない片輪な外科医になっていた。

開業したのはその頃のことだった。動機は自分の意志と然らざるものとが半々。恩師前田和三郎教授にご挨拶に行った時，開業に自信がなかった私に先生はこんなことを申された。「学問は生涯かけて続けられるべきものだし，学問の方法論をかじった君は，どんな初歩の段階でも積極的に飛び込んで行けばモノになるよ」。開業して11年モノになったものは何もないが，今でもその言葉が私の脳裏に焼きついて離れない。

小さなわびしい診療所だったが，それでも閉鎖循環式麻酔器を用意し，手術室と病室を造り，常勤の外科医を2年の契約で招聘したが，結局肺の手術は一人もやらなかった。物心とも万全の策がなければ大手術に手をつけてはならないと思ったからである。幸い肺結核の発生も，死亡も減少を辿り，昨今では大病院ですら結核病棟の縮少ないし廃止，かつ手術は著減している。開業して，たとえ表の看板に専門科名を掲げても，患者は大して気に留めてくれないらしい，近在に住む患者が一番多いし，頼まれればどんな疾患でも一応診せられるのである。開業医がアメリカのようなシステムに乗るには，種々な障壁と困難な問題が山積するが，多くの開業医が私のように戸惑っているのが本音であろう。患者にとっても不幸であるし，国家的には大きな損失である。招聘した外科医の契約も切れ，看護婦からは当直を嫌われて，ついにメスを捨てていつの間にか元の内科に戻ってしまった。

開業数年にして，すべて自信を失った。学会には出ない，学術雑誌は毎月届けられても，表題だ

け目を通して後はいたずらに本棚を占有するだけだった。大まかにいって外来を訪れる患者の三分の一は消化器疾患，三分の一は高血圧と循環器疾患，そして残りの三分の一は呼吸器疾患である。脳卒中や心疾患は定期管理が確かに有効である。死亡者は突然通報を受けた未管理者に多い。しかし循環器疾患死が比較的高年齢層に傾いているのに対し，進行胃癌死はそれよりも年齢が若い層に発見され，そして私の診療所では頻度が循環器疾患死を上廻っているのである。四十代で役職に入ろうとしている新進気鋭の会社員が無念にも発見時すでに進行胃癌であったため命を絶たれた。小学校低学年児と幼稚園児の PTA 活動で多忙だと言っていた三十代半ばの主婦が，同様発見時進行胃癌であったため，2人の子供に見守られながら息を引きとっていった。その無惨な姿も忘れることができない。それは昔，肺結核死の多くの不幸をこの眼で見たのと少しも変らないのである。死亡率の高いランクにのし上った胃癌のうちで，早期胃癌を見逃すことは人道に反するとさえ私には思えたのである。

大学と病院から5人の医師をパートで招いて，早期胃癌の発見に努めた。そのうち国立がんセンターから招いた1人の医師には，当時結成した医師会のレントゲンカンファランスに講師として毎月一回出席して貰い，今まで5年間約500例の会員持参症例をディスカッションしている。お蔭で早期胃癌が時々発見されて喜ばれている。

ところで最近高年齢層の増加に伴って，循環器疾患が急増してきた。そして循環器疾患の死亡は昨年全死亡の43%を占め，もち論第一位である。しかも45歳から急増しているという実態に注目しなければならない。これらの事実に呼応して，循環器疾患研究の急進，ME の進歩等で，厚生省は「国立循環器センター」を設置しようとするし，学会，研究会，講演会，ゼミナー，卒後教育等の循環器疾患に対する活動が活発になってきた。すなわち私も循環器にソッポを向いていられなくなったのである。

遍歴して時代に即応しよう。かくして市井の一凡医はホームドクターに徹しようという腹を決めた。どうせじっくり本を読んでいる暇もないから，手っ取り早く耳で勉強しようと，駈けずり回った今年の経緯は概略次のようである。三月は東京での社会保険中央総合病院臨床心電図学講習会，五月は名古屋での日本リウマチ学会，六月は東京女子医大の「実地医家のための心臓病講習会」，七月は東京で情報開発研究所が主催した「心臓病の新しい診断法」，八月は名古屋での日本人間ドック学会，九月は福島での胸部外科学会主催の卒後教育「不整脈の診断と治療」に，最後は第2回の「お茶の水 CRC」。そしてこれからが大変だと思っただけである。

（48年10月10日）

（〒 247　鎌倉市台3-9-32　富士見診療所）

川柳漫歩（第12回）

片岡茂和

風采のあがらぬ負け目あり父チャン
お父チャンと呼ばれて年期二十年
夜が明ける昨夜のボクは僕でない
旅行記を書いて一段落した旅路
出来悪いわるいと云って頼られる
幼な子の小さい欲望ウンマウマ
一歳の冒険階段ひとり降り
青年期の二人に神が智慧を貸し
ある時期の神の悪戯男女寄り
形骸の愛かみしめる間なく産み
美しい心をうつす皮膚の映え
のらくろを猫だと思う時代感
世の裏へ静かに帰還盲兵士
一匹の蚊の行進曲に起こされる
こないだのように昔を語る老
人生のドラマに医師が出て終り
ひっそりと来た死の傍に坐す老婆
喧騒の中に静かな死がポツリ
老い静か他人に知れずにこときれる

（〒 671—13　兵庫県揖保郡御津町室津）

女性の化粧

榎本明雄

およそ女性として生れてきた以上，化粧をしない人はまずあるまい。その化粧は昔にくらべ，どんなに進歩・発達したのだろうか。クレオパトラを例にとって述べてみよう。

周知のようにクレオパトラ七世は，シーザーの，そしてアントニウスの心をすっかり魅了した絶世の美女と称せられている。彼女の波乱に満ちた生涯は2,000年前のことだが，その化粧は一体どのようなものだったのか。

先ずヘヤースタイルだが，大英博物館所蔵のものは，毛を後へときつけ，後頭部で二つの輪にした極めて単純なものである。だがルーブル博物館のものは，万物を支配する女神に扮し，仲々立派なものであった。この二つとも鬘であり，自分の毛髪ではない。この時代の高貴な女性たちは，みな，髪を短くカットし鬘を着用した。ルーブルのものは，毛を小分して編み，帯のような形にして左右に垂らしている。額の上のところには神聖な動物である鷹が居て，頭上中央には，金色に輝く大きな玉があり，その玉を抱くように羊の角2本が，対称的に立っている。

さて，鬘の大きさは，古代オリエント時代から次第に小さくなったとはいえ，クレオパトラの時には未だ未だ大きかった。ヘンナという植物性の染料で染めると，赤味を帯びたブルーの色が際立って美しかったらしい。

次は顔の方だが，コールと呼ぶ煤のようなもので眉を弓状に描いた。目の方は孔雀石でグリーンのアイシャドーを，黒いアンチモンでアイラインをして，目の辺りにポイントをおいた。両頬はオークル色を，唇は紅を使用した。

では，なぜ目にポイントをおいたのか。それは鬘に比し顔が小さ過ぎたからである。目を引き立たせる必要上，また顔とのバランスを調えるため，そうせざるを得なかった。

このような化粧は，いわば舞台化粧である。

——地中海に臨むアレクサンドリアの宮殿，尽きせぬ宝を内蔵するこの宮殿，豪華絢爛たるいくつもの広間。その広間には明々と灯が輝き，得難い香料の香を漂わせながら，絹ずれの音とともに，きらびやかに飾りたてた身を運んでくる。プトレマイオス王朝300年の最後の女王として，地上における現し神として現われるに最もふさわしい化粧である。

だの，彼女はアントニウスを迎えるに舟を以ってした。そのときブルーに染めた鬘をつけていたというから，彼女の顔の化粧も当然上記のようだったに違いはない。そして，このことは，彼女がいつでも何処でも舞台化粧をしていたことを物語るものであり，彼女自身も女王として，また美女として，それを最高のものと信じ，誇り高く思っていたことだろう。

さて，最近の若い女性はどうだろうか。日本人の多くは，とくに2，3年前まで鬘をつけ，顔の化粧もクレオパトラと違うところは少しもない。だが，バランスという点では寧ろ後退してはいないだろうか。他方，西洋では一般に目に化粧している女性を少しも見掛けない。ただ化粧をしているのは，極く一部の芸人達だけであり，舞台に立つ彼女らにしてみれば，まことに当然なことである。それにしても，この東西の相違は流行のズレなのだろうか。

美容研究家として有名だったフランスのルネー・ランボーは，「女性の化粧は何千年の昔から新しいそのは何ひとつない。ただ限りない歴史の流れの中で繰り返えされるのみである」と書き残している。今後女性の化粧は彼がいった通り，果して繰り返えされるだろうか。私の興味を，いたくそそる点である。

（〒640　和歌山市屋形町3丁目）

二　題

宮本繁吾

真夏というのに腰が痛い，脚が吊れる等と訴える患者が多い。しかもめっきり若い人に目立っている。昔といえば大げさだが，以前は寒い時で年寄りに多かったこの種の病気だが，文明が開花して来ると利器が殖える，利器が殖えると思わぬ処へ思いがけぬ皺寄せが来るもののようである。普及して来た「クーラー」の仕業のように思われる。利器のもつ「功罪」の内「罪」の方であろうか。

「腕が痛くて」，「肩が痛くて」，「腰が痛くて」と半ばべそをかきながら診察に来た若い女の子，薄い衣物を脱ぐと，白と黒の鮮烈な縞模様がくっきりと影を止めている。

腰の痛む部分を確かめるべく2，3カ所圧している中に「アァーッ」と声を発して，パッと診察台に伏せた。ビックリして「そんなに痛いの」と聞けば「そこ感んじちゃうの」だって，蚊細い声で，全く以って困惑の次第である。

＊　　＊　　＊

老人を大切にすることは誠に結構なことである。いずれは必ず順に，老人の仲間入りする現実は如何ともなし難い命運である。

何よりも望ましい老人環境を整えて行くことが，非常に大切で，かつ緊要な事ではなかろうか，福祉行政とやらのお蔭で待合室は，とみに老人たちの社交の場の様相を帯びて来ている。「アッパッパァ」のお婆ちゃんや帯をキリッと締めた老婦人や「私しやァ冷え症なもんで」といって腰にたくさん巻きつけてふくれ上っているお年寄りもいる。

よもやま話を聞いたり聞かせたり，励まされたり，慰めたり，あるいは「欝さ」を晴らしたりで一わたり賑かで，それなりの効用はあるようである。

「腰が痺れて，脚が痛くて寝返りが苦しいんですよと訴えるお婆ちゃん，腰に一杯布を巻きつけて保温対策は先ず先ずである。

「痛くて痛くて」と口ごもりながら，帯を解き紐を解く，幾本も締めているのでするするとはゆかない，「後ろの方見て」など，口を出して結び目を探して「ぐうーッ」と引くとはずみで，すっぽりと腰巻きやら布やらが一緒くたにずり落ちて一瞬「ヌード」スタイル，「ウーン」と唸って目をパチクリ，「アーラ，イヤアーだ，先生ー」だって，皺っぽくたらんとたるんだお尻が誠に侘びしい。

折りから上野の森では芸術の秋酣わである，さささやかながら，気を取り直して我等の「ヌード」万歳といこう。

（〒133　東京都江戸川区南小岩8-9-11）

無　題

北川欣也

今の，レジャーという名のせかせかした，何か物悲しい時代のもっと前，趣味とかホビーとかいう言葉が実在していたころのお話。

私には，人には海的と山的なのとが区別出来るように思われるのだが，私がその海的な方で，その私がかれこれ十年前ヨットを持った。

その名，サラヴァン，21フィートのキャットボート，今でも油壺の奥深くたゆたう，檜とチークの私のヨット。

キャットボートとは一本マストの，ガフリグの，センターボードの……一言にしていえばクラシックボートである。今のヨット（スループその他）の前身に当る。

彼女は元来アメリカ東海岸，マーサスビニヤードあたりの，アグリ漁などに使われていた漁船だったのを，ニューヨーク辺の老銀行屋連中がホビー用に補修して使い出したのが始まりらしい。

物は心，一事は万事である。当節のスピード要求でコンピューターがデザインしたヨットとの違

いがそこにある。飽くまでも正統的な格調の高い史的なそのスタイル。風格が滲み出て来るのはその為である。

その帆走は典雅である。数多の当世風ヨットの彼方此方とあだ騒々しく右往左往する中にあって，彼女の悠容迫らない歩みを，もし，ただ鈍重だと侮言する人ありとせば，それは謂われ無き誇りであり，その観察眼の不確さを恥ぢなければならない。

そしてその名サラヴァン——ムッシュ，ルイ，サラヴァン——

あのパリーの下町の，古アパートの老未亡人の独り息子であった彼の，数々の冒険はデュアメルによって書かれ，チュニスでの凶弾による不慮の死で終りを告げた筈であった。夕闇の中での彼の死去の後，ジュアメルは告別した。私は茫然とした。それは遠い国の出来事，遙かな風聞に過ぎなかった。そして，その思いが私の中で凝った。

そして私の「サラヴァン」は今も油壺の奥深く，何事も受けとめ，受け入れ，ひっそりとたゆとう。ちょうど数々の夢に疲れてサラヴァンが，静かな諦らめを以って，在るが儘の自分を受け容れるように。

私は時々，この姿を今もご存命の筈のジュアメル未亡人へ送り度い衝動にかられる。

私はサラヴァンの上では絶対にキャプテンキャップなどはかぶらない。ましてダブルのブレザーなどは論外である。それはアチャラカでしかない。それは自己に忠実に，妥協を寄せつけなかったサラヴァンへの冒瀆としか思えないからである。で私は断固として麦藁帽と盲縞のどてらと兵古帯と股引を着る。そんな私に舵柄を握られて出港する彼女の旗竿には墨痕鮮かな南無八幡大菩薩なる幟りがはためいている筈である。

並居る数多の艇の間を過ぎる時，私は多くの視線を感ずるが，その時それらの視線がある種の奇異を表わしているとは思わない。私とルイ，サラヴァンの心，それらを見て感じている人の心，それらは通い合っている筈だからである。そしてもしその時，私とサラヴァンとに異形を感じる人が居たとしても，私にはそれを責めるつもりは毛頭ない。何れは通じ合える筈の，謂わば同じ華の台の上の露同志の事であり，到達した者とこれから到着する者との距りに過ぎないのだから。

（〒 143　大田区南馬込3-17-18）

気になる年代

松坂　勲

「昭和一ケタ生れ」私もその一人であるが，何となく気になる言葉である。職場や家庭，信念や行動，喜怒哀楽の生活感情などにおいて一つ徹底し切れない年代という意味らしい。戦後に旧制高校を出た連中が巾をきかした時代はもういくらも続かないという。その指導力・牽引力にも衰弱の徴が見え始めている。今の若者にいわせると旧制高校は唾棄すべき特権階級の独占的体制であったという事になるらしい。

なる程，若者は若者であることに価値がある社会となった。彼等は自信をもち，いや持っているかの如く年よりを理解しようとしないし，理解する必要も感じていない。親は自信なく子供を理解しようとし，また理解しなければならないと思う。自分の子に限って大丈夫だと思うのは危険なことである。親が景気よくがなりたてても，子供の理解とは噛み合っていないし，さっぱり理解できない，といった顔をする。時代が違うのだ，といわれて親は時にぶざまにも理解したふりをし結局理解できずにきりきりまいする。しかも表面はいかにもよき理解者たらんとして振舞おうとする。顔で笑って心で泣いてというあの浪花節的精神である。

「昭和一ケタ生れ」の親はアクセク働くばかりで浮世の義理を果たす暇もなく，上下の世代のはさみうちを受け，うつ屈して楽しみがない。正直いって，われわれの評判はあまり威勢のよいものではない。ろくな勉強もできず，学力も高からず，ケチで懐疑的で信念に乏しく云々。そして案外に

頭のきりかえの早さにしても，明治大正世代にも劣ってグズであり，旧制をなつかしがってばかりいるといわれたりする。明治大正への郷愁も何とも思い切りが悪い。かといって今の若者と完全にとけこみ説得できないジレンマ。これはもうある程度どうにもならない。こう書くと多少屈辱的で反語的でフザけているとお叱りをうけるかもしれない。

一方，私はこの年代の者として，そんな筈はない，むしろそれこそ不惑と知天命の中間で極めて人間的な味わいのある年代を生きている，というべきではないかと反撥したいのだが，そう言ってみた所で結局は「昭和一ケタ生れ」の自嘲であり孤独の表明なのかもしれない。

（〒144　大田区萩中1-6-28）

“北海道エヤーゴルフ”

大　林　輝　明

夏も盛りの7月，2，3の仲間と暑さをボヤイていた時突然「北海道へ行ってゴルフをしよう！」ということになった。結局は北海道ならずとも涼しさを取り戻した9月23，24日になってしまったが，丹沢の麓に住む平和な田舎者には珍らしく遠出を決意したのである。当初6名の予定が出発間際に腎結石発作のため涙をのんで1名脱落，補充もない儘已むなく5名で出立つと相成った。

折良く朝の関東平野は快晴，赤富士から北は浅間の噴煙，日光連山や筑波山と一望に納まり全員御満悦，真下には千葉から茨城にかけゴルフ場が数え切れぬ程望見！「ウーンこんなにもあるものか」と今更らの如く感心する一方，これではゴルフに縁無き衆生は文句の一つもいいたくなるやも知れぬと悟った次第。仙台に近づくあたりから雲の中，機はしきりにガタガタとデコボコ道を走る車の如し。しかしまあ時速1,000キロの実力は1時間20分で千歳へ着いた。降りてから初めて知ったことだが5人全員北海道は初めてだという。お互いに誰かが道案内するだろうと思っていたらしい。がまあタクシーに乗ればなんとかなるさとばかり勢い込んで“真駒内カントリークラブ”というと「どっちから廻りますか？」と聞かれた。札幌経由と支笏湖畔を通る道があるそうな。即座に支笏湖！と叫んで車は走り出した。

しばらくして何分位掛るの？と問えば1時間半だと答に皆びっくり。飛行機よりたくさん乗せられるとは誰も思わなかったのだ。しかしオカゲで支笏湖畔の快適な有料道路を走ったりし，オリンピックで聞き覚えた恵庭岳なども拝めたし，道の所々に「熊が出る」という看板があったりして，やっと北海道であるという実感が湧いて来た。第一日の目的である真駒内C. C. は27ホールズのゆるやかな起伏をもつコースだった。キャディさんは親切だしフィレかつ定食（ひれかつ？）なるものを食堂で戴いたりして，スコアはともかくのびのびとプレーし宿泊所たる札幌プリンスホテルへ向った。

さあ，それからがまた大変。なにせ札幌＝すすき野くらいしか知識のない集団だから，何処でどうしたら旨い物にありつけるのかさっぱり分らない。種々苦労してともかく，『氷雪の門』という小説の題名のような名のたらば蟹専門店へ辿り着く。これは成功だった。旨くて安くてもう丹沢の山賊ども大満足，勢いに乗って街へ繰り出そうとすると外は無情の雨，やむなくホテルへ引返し濡れた札幌の夜景を眺めながら床につくという貞節の鑑のような御清潔さ……。

さて翌朝，未だ雨である。鳩首合議の末いずれ息ある内に再び来道する事もあろう。しかし地図より判断すれば小樽へは恐らく行くまい。ゆえに午前中に小樽の海を見に行こうということに衆議一決した。二台のタクシーに分乗，通り道というので北大を見物。子供の頃から知っていたあのポプラ並木がメインストリートでも何でもない畠へ通じる道と知ってひどく落胆！　ただ市内の主要道路はそれぞれ種類の違った街路樹によって特色を出していることに気が付いた。ポプラだったり銀杏だったり柳だったりである。このような都市

計画性は誠に気持がいい。片側だけ完成した札樽高速道路を走り続け意外に早く小樽へ着いた。それは古く，魚臭の漂う坂の多い町だった。最盛期には手摑みが出来たという鰊漁も今は昔話，40万の人口が僅か17万だそうな。「小樽のひと」なんて歌があるでしょう。あんなの嘘っぱちですよと運ちゃんが吐き出すようにいう。町はずれの燈台下に立って不気味な程静かな雨の海を見つめ，かつてはトドが遊んだというトド岩を眺めていると，啄木の「死にたくはないかと云へばこれ見よとのんどの傷を見せし女よ」という歌が浮んで来たりして久しぶりに感傷気分。

帰途『仮令今の月収にゼロ一つ増やしてやるといわれても小樽に住もうとは思わないなあ』と語る仲間があった。ただし小樽の女性は確かに綺麗ですよという運ちゃんの大鼓判があるので，案外住めば都かも知れない。

さて時間は過ぎるが雨は依然降り続く。今日のコースは名門島松コース，ともかく行ってからということでホテルを引き払った。

着いてみると超満員，大きなコンペもあるとかで誰一人キャンセルする者なしと。ここで降りては本州ゴルキチの名が廃れるとばかり完全武装でコースへ飛び出した。なる程，木がいい，名前が分らぬのが残念だったが珍しい木々が到る所に配置されている。キャディさん二，三人に聞いて見たが名前を知らないのだ。芝もよく育っていて天気さえよければ，無上の幸福感に浸れたろうにと返えす返えすも口惜しかった。

寒さを感じる千歳空港で土産物を買う時間もない程慌しかった北海道に別れを告げ，満員の DC 8に乗る頃，道南と青森の集中豪雨を知った。その影響か往きにも増してガタガタがひどく，エヤポケットのサービスもあって，賑やかなご帰還とは相成った。

僅か二日間だったがやっぱり旅はいいもんだ。無理しても時にはと心からそう思った。

(〒259-13　秦野市沼代新町1-31)

バンコックに遊ぶ

神　田　修　次

私は，９月12日から４泊５日の予定でバンコック方面に旅行した。たったの９名の小グループで，医師４人，未知の若い女性３人と，エスコート２人といった誠に気楽なグループで休養には持って来いであった。香港まで３時間，さらにバンコックまで３時間かかったが少しも退屈することはなかった。

昭和19年の春，ビルマ戦線に向う途中バンコックとエンマイに立寄り，バンポンマイという所から泰緬鉄道に乗ったが，その時はギラギラした灼熱の太陽と，トッケイ（蜥蜴の一種）の鳴き声とジャングルといった南方独特の雰囲気が印象に残っている。しかし今度ははるばる外国に来たという実感はいっこう湧いて来ない。何処か日本の何処かの町，例えば横浜の南京街にでも来たような感じしかしない。ホテルにしても東京にあるヒルトンとか東急とかいった所と変わりがない。

ただ違う点は，ホテルの前には白タク運ちゃんがタムロしていて，夜，女を世話しようとうるさくつき纏って来る事である。ホテルの前の通りを一人で散歩していると背の高い色白の女がやって来て３ドルでOKといってよりそって来る。ノー，ノー，アイム・グルー・イング・ツウオールド，ビサイヅ・アイヴ・ノーマネ，といっておっぱらったつもりでいたら，今度はタクシーでやって来て，ドアを開けて早く乗れという。乗ったら最後何処につれて行かれるか解らないので，ウス気味悪くなって人通の中に逃げこんだ。余程スキ者と見られたらしい。日本人はスケベでハナの下が長いと思われてるらしい。玉本のようなサルタンがいるからかも知れない。しかし土地のガイドの話では玉本はタイでは評判が良いという話である。女の実家のものには，楽にくらせる金をあたえていたからだという話である。

もっともタイ国は経済状態からいうと日本の昭和の初め頃だという話である。労働者の1日の賃銀は約400円で，労働力はいくらでもあまっている。街にはまだ乞食がいる。人口は3,600人くらいでその1割がバンコックに集っている。純粋なタイ人というのは40％他は華僑やマライ人やインド人との混血で，経済を一番握っているのは華僑，次はインド人，その次が日本人という事だ。

タイに行って観光客が見るのは，アンコールワットの遺跡もさる事ながら，タイ式ボクシングだと思う。日本で近頃流行しているのと大分違った感じを受ける。試合の間終始太鼓と笛でリズムを取って，選手はリズムに合わせてフットワークをする。それから古典舞踊も見せられたが，仲々すばらしいものであった。バンコックの近くにパタヤという海水浴場がある。昔から金持ちの別荘のある所で，ゴルフ場もある。4人でハーフやったが，キャディは4人ついてクラブと靴をかりて3000円位だった。やっている人は私達の他にアメリカ人が3人だけ。もう一つ五宮にある78cmもあるエメラルドに彫刻した釈迦の像は大したものだった。噫呼もう紙数がつきてしまった。

（〒143　東京都大田区中馬込1-5-8　馬込中央病院）

ドイツ小児科学会に出席して

天野　曄

中世の姿をそのままに映し出した Kaiserburg（当時の王様の居城）の周囲は，もうすっかり秋に包まれていた。15世紀の Gutenberg による印刷術の発明と，戦後のドイツ戦争裁判で有名になった Nürnberg は，Bayern 地方では München に次ぐ大都会で，その人口は約50万を数える。

St. Lorenz 教会を中心とした，古い城壁にかこまれ数百年の歴史のしみこんだ石畳におおわれた旧市街 Altstadt から，市は八方に発展してゆき，現在では中世風の街並みと近代建築とが不思議な調和をみせている。たとえば，今は Dürer 博物館となっている A. Dürer の生家を訪れ，3階の窓から Kaiserburg を見上げると，300年以上前に彼がキャンバスに画いた風景がそのまま展開されているのである。しかしこの家から2分も歩けば，Franenkirche の前の広場に面して，近代的な市役所のビルが建ち，さらに1分も歩けば，Main 河の支流 Pegnitz にかかる橋の上には，ドイツ最古の病院だった Heilige Spital が，今なお養老院とレストランとして使用されているといった工合である。

クリスマス頃になると，市役所前の広場には，ドイツ各地から集る露天商たちの市が立って家族連れで賑わい，毎年3月にこの地で開かれる世界玩具貿易博覧会とならんで世界的に有名である。

14～16世紀には，Nürnberg を中心として職人の親方たちの歌う歌がドイツ歌曲の伝統を支えているが，彼等は Meistersinger と呼ばれていた。第70回ドイツ小児科学会は，Nürnberg のその名もゆかりの深い Meistersingerhalle において，9月16日から4日間にわたって開催された。同時に第11回ドイツ小児外科学会，第3回小児循環器研究会，小児社会学年会なども同じ会場で行われた。

会頭は Erlangen 大学小児科主任の A. Windorfer 教授で，スイス，オーストリー，イタリー，スペイン，トルコ，ハンガリー，ブルガリア，ルーマニアなどから多くの参会者もえて，誠に盛会であった。

日本からは独協医科大学の石橋学長，ヘキストジャパン学術部長の市橋博士，東大小児科の小林教授の3人が参加された。1966～67年にかけて，Windorfer 教授の下で学んだ私も招待状をいただき，熟慮の末，参加することにした。

学会第1日の16日は，理事会に続いて夕刻から Kaiserburg で盛大なレセプションが行われ，主として各大学の教授クラスが集り，なごやかな交歓風景がそこかしこで見られた。2年ぶりにお目にかかる Windorfer 教授は，前年結腸癌の手術をされたとかで大変やつれておられたが，何時もの優しいまなざしで私との再会を喜んで下さっ

た。長老の Fanconi 教授も，にこやかに挨拶にまわっておられた。医局の友人たちも何人か集っていたが，あるいは Professor に，あるいは Oberarzt に昇進して活躍していた。久しぶりにのむドイツのビールの味を，Nürnberg 特産の焼きソーセイジが盛り立ててくれた。

17日は早朝から演題に入り，この日は中枢神経系の感染症を中心として討論がすすめられた。病理や治療について多くの研究が発表され，とくに抗生物質療法とならんで，その外科的治療の可能性の研究は興味深いものであった。ドイツではまだかなりの髄膜炎菌による Meningitir が存在するように思われる。また，結核性髄膜炎の治療法がハンガリーの学者から報告されたのは興味をひいた。

小児外科の方では術後治療，尿道下裂，尿道上裂，尿失禁などの問題が中心のテーマであった。

第3日は，小児の敗血症，気道および循環器疾患，乳児の薬物療法，内分泌，心身症，免疫など，各方面にわたって討議が行われた。

第4日は，大脳疾患，血液，新生児などのテーマの他に，「文明におびやかされる子供」，「慢性疾患罹患児の看護における医師の問題」など，医療の周辺における問題点の指摘反省が行われた。このような命題は，今後わが国においても活発に議論すべきことと考えられる。

全体として討論は非常に活発に行われ，ともすれば時間は延長され勝ちであった。

最終日の夕刻は，germanisches Nationalmuseum でさよならパーティが行われた。ドイツらしく，まずピアノ，フルート，ベースの三重奏に始まり，次いで grmanisches Nationalmuseum の沿革について長々しい話があり，ようやくフランケンワインをのみながらのお別れパーティとなった。旧友たちとの話ははずみ，名残りは尽きなかったが，来年のブエノスアイレスでの再会を約して別れを惜しみながら迎えの車にのった。

（〒107　東京都港区北青山3-3-7）

患者からのたより

春　日　豊　和

M先生　先生には，20日分ものくすりをわざわざ送っていただきましてありがとうございました。先生のご好意にただ甘えることなく，努力してがんばります。礼状と報告がおくれましたことをお許し下さい。

それから，朝方不安な気持が時々でて来ます。実生活には何等意味のない雑念です。先生からのくすりが届く前に，くすりがなくなったのですが，2～3日してからイライラして来て，夜中眼がさめたり，夢をみたり，ねつかれなくなってしまいました。仕事中はなるべく，熱中してよけいなことに気をつかわずに，がんばるようにして，仕事でなおしていこうと思うのですが，どうも気のせいだけではなく，くすりに頼るのはいけないことでしょうか。

やはり，のんでいたほうが仕事に根気もでて来ますので，急にやめないで，量をへらしてみたり，しばらくやめてみたり，送っていただいた貴重なくすりのあるうちにいろいろやってみようと思います。先生のおことばを信頼して，自分の思い過ごしから来ていないものならば，と，東京から離れた信州ではありますが，もうひと月もうひと月とがんばっていきます。友人も親切にしてくれますし，いまのところ別に問題になることもありません。

先生にはおいそがしいところをどうもありがとうございました。前にいただきましたおハガキをときどき出して，ぼくのことをこんなに心配して下さる方もいらっしゃるのだなあと，自分にいいきかせて気持を安定させております。それから，先生のおことばを心のよりどころにして，進んでいきます。どうもありがとうございました。

10月4日

信州にて　Y生

論　　壇

臨床医学におけるコンセンサス

永井友二郎

私は最近，臨床医学における合意（コンセンサス）が，どこでどう成立するものか，自分自身わかっていないで診療していることに気がつきました。

「これは臨床医学の定説になっている」とか，「この見解は一般に認められている」ということがありますが，これらのことはわが国では誰がどこで公認するのでしょうか。

最近は，健康に関する新聞記事がたいへんふえてきました。これら記事をかくのは多く科学部の記者，ときに社会部の記者ですが，書かれたものは一流新聞の記事として活字になり，読者の目には権威のある医学的定説として映ります。

そこで，これらの記事内容が専門学会で合意に達したものであり，また，われわれ一般医の目からみても異論のない内容であればよいのですが，現実は取材する新聞記者の判断にまかされていて，臨床医学上合意されていないものが活字になってゆきます。

1例をあげると，昨年朝日新聞（47年6月4日号）は股関節脱臼をとりあげ，横浜南共済病院の山田勝久整形外科医長と長崎大学の鈴木良平教授から取材して，最近は出産と同時に，レントゲン写真をとらずに診断する方法が確立し，治療法でもバンドやギプスで足を固定しないで1～3カ月で全治するようになった，という記事を出していました。

一方，私たちは，本会の会員であった故山本浩先生（北療育園々長，外来でみる整形外科あれこれ，ほか多数の名著をのこし早逝された）から，「先股脱は骨の形成不全なので，あくまで全身病の部分症状と考えて診療すべきものであり，脱臼という部分現象だけに目を奪われて，股関節の固定をいそぎすぎてはいけない。一部には十分な骨の発育を待たずに固定され，かえってうまくないものも見出される。先股脱では早期治療でなく適時治療が大切で，まずは3歳，少しおくれて5歳までならば治療上からは絶対に時期おくれということはない。したがって1歳未満の開排制限だけで先股脱を診断してはいけない。生後1年までは内転筋の拘縮による開排制限がしばしばあり，これは生後1年でほとんど消失するので，それ以後にみた開排制限なら，ほとんどすべて先股脱とみていいだろう（外来でみる整形外科あれこれ）。」と教えられています。

私はこの山本浩先生の主張を，病気を生長の過程のなかでより正しくとらえる意味から，大いに高く評価していますので，朝日新聞の記事に関心はもちますが，これを定説かの如く国民に紹介することに大きな疑問と抵抗とを覚えます。

すなわち，素直な読者はこの記事を読んで，先股脱は生後すぐ診断すべきもので，早期に治療して3カ月くらいで治してくれるはずと考え，医師にみてもらえば当然この通りやってくれるものと期待するでしょう。

ところが，実際には山本浩先生の考え方にしたがっている医師も少くないわけですから，その先生方は先股脱の診断や治療はそんなにいそがなくてよいと説明し，生れてすぐは治療をはじめないでしょう。ここで患者は当惑し，あるいは医師に対し不信をもちます。もし結果が思わしくなければ，医事紛争にもちこんで医師を責める人も出てきます。

私はいま1例をあげてみましたが，これと同じ

類型に属する事例は少なからずあります。私はこのような現実のなかにいて，医師の１人として何かしなければならないことを感じます。そして何をどうしたらよいか，皆様にも考えていただきたいと思うのです。

私がいま考えていることは，日常の臨床例のなかから，この型の矛盾があるものを，ケース・レポートとしてあつめること，そして，医学界ならびに世間一般にこの矛盾をアッピールすることなどです。

医学会に対しては，臨床医学におけるコンセンサスを得る合理的組織を確立すること，そして未だ合意の得られていない臨床上の話題を国民に流す場合，合意ない旨明記させる権限をこの機関にもたせることを望みたいと思います。

一方，国民一般に対しては，臨床医学に関する情報には，医学界全体でまだ合意の得られてないものがたいへん多いこと，したがって新聞記事などを盲信すると，心ならずも片寄った知識の持主となり，医師とのあいだで無用のトラブルをおこす危険があることなどを啓蒙してゆく必要があると考えています。

（〒181　東京都三鷹市下連雀2-10-10）

哲学なんか糞喰え 「連載」

1. 急がば廻われ

竹崎鼎輔

つい最近まで，増加し拡大し発展することが，善であり，進歩であった。領土しかり，人口しかり，生産しかりである。ところがこの10年前ころから人口爆発，地球資源涸渇，環境汚染が現代世界の最大の難問であることが明白になった。この３大問題は，要するに人類にとって地球が狭くなりすぎたということである。何故狭くなったかといえば，人口とその消費が増えたからである。何故人口とその消費が増えたかといえば結局科学が進歩したからである。何故科学が進歩すれば人口とその消費が増えるかといえば，科学は人類の病気による死亡率を引き下げ，生産力を高めて，増大する消費を賄うことを可能にしたからである。

そこで地球が狭くなったので，人口の増加を抑え，生産の拡大を制御しようとなると，それがどうにもならないというわけである。

何故人口と生産の抑制ができないかというと，科学の進歩は不可逆で元に戻すことができないからである。それどころか，今や科学の進歩は自動的となり，それ自身で人間の意志とは無関係に加速度的発展に向って驀進しつつある。

そこで，どうすべきかということになる。もち論口でいうだけなら簡単である。科学の進歩を制御すべきである。それにはどうすればよいか。「科学を制御する科学」を打ち立てねばならない。一般に科学は何のためにするかといえば，その対象を制御し支配しあるいはその対象に順応する力を人間に与えるからである。したがって「科学を制御する科学」は「科学を対象とする科学」以外にない。これは現在の科学哲学（分析哲学）ではない。

何となれば分析哲学は科学論文を対象とし，文章批判を事とする学問であって，「科学の科学」ではないからである。この問題は余り深入りすると話しがむずかしくなって，お叱りを蒙りそうであるから，簡単に結論だけを述べさせて頂こう。つまり「科学の科学」は外官的情報だけからは成立しえない，したがって内官学でなければならない，内官学とは人間を対象とする医学哲学だということである。云い換えれば，医学哲学なしには「科学の制御」は不可能であり，したがって現代問題の解決は不可能だということである。何故か

といえば上述のような現代問題の解決策は，既成の宗教や科学には存在せず，マルキシズムの諸派にも見出されないからである。この意味において現代問題に直面しつつある人類はまず脱イデオロギーの洗礼を通過せねばならない。何故かといえば，それらはすべて「科学の科学」ではなく，「科学を推進する力」すなわち盲目的人権主義（ヒューマニズム）ではあり得ても，「科学を制御する力」すなわち自覚的人間主義ではあり得ないからである。

2300年の昔，荘子は体得的なものを貴しとし，それは言葉を以って伝えられないもの，口ではいえないものとし，記述可能なものは糟粕として軽蔑した。確かに技能的なもの人格的なものを口舌で尽すことは不可能である。しかし糟粕にすぎない記述には伝達を可能にするという効果がある。また伝達は「積み重ね」と検証を可能にする。検証と「積み重ねできること」とは科学成立の必要条件である。

記述不可能な体得的秘術的なものを捨て，記述可能で公開的なものを選んだ西洋に科学が勃興し，記述を糟粕として軽んじた東洋に科学が生育しなかったのは，まさに当然であった。しかし運命は矛盾に満ちている。たしかに科学はその対象に対する支配力としては人間の最強の武器であり，道具である。したがって科学を武器とし道具とした西洋は東洋を支配し制圧した。しかし今日は東洋も西洋の科学を所有している。そして，今や既述のように人類は，科学の自然破壊力のためかえって滅亡に瀕している。皮肉なことにこの滅亡を救いうるものも科学以外の何ものでもない。すなわちそれは「科学の科学」を含む医学哲学である。何となれば科学は他のいかなる知識よりも有力であり，人類にとって永遠の救世主だからである。

ただ注意すべきは，科学の立場と「科学の科学」すなわち医学哲学の立場とでは同じ科学でもその作用方向が逆になっているという点である。

科学は人口と生産の増大へと作用し，医学哲学はその抑制へと作用する。しかし目下のところ科学の増大作用は強大であり，医学哲学の抑制作用は零に近い。われわれはこの抑制作用が早く増強されねばならぬと信ずる。つまりいそがば回われである。

（〒156　東京都世田谷区松原2-41-7）

家庭医医学会開催私案

上田篤次郎

はじめに

日本の医師の過半数は開業医であると聞いているが，現在でも大学の医局や大病院の勤務医が，次々に独立開業する傾向は減っていないと思う。

明治時代，西洋医学の吸収を急ぐ余り，従来の医療担当者に検定試験の上医師免許証を与える一方，大学の医学教育に重点を置いたことは是とするものの，大学出身者が上位であって，独学の上検定試験に合格した多くの開業医は下級のものとする観念が定着したように思う。

したがって，有力大学教授が医界に君臨する基盤は既に明治時代に確立され，大正昭和と引き継がれたものと推測している。

話は余談に亘るが，西洋医学を学ぶにも，正規の大学教育を受けた者以外は蔑視された位だから，それまで主流であった東洋医学関係者が，東西医学の融合あるいは検討を行われることなく弊履の如く見捨てられたことは，悲しむべき歴史的現実であったであろう。

ところが，現在の開業医は大部分が大学などで長期間その医療の中心的存在として活躍して来た経歴を持っているにも拘らず，依然として大学は

高級であり，開業医は低級であるとする迷信が存在することは，大学に患者を紹介したり，マスコミの論調などを見れば明々白々である。

私はこのような迷信が存続することは，医師の不幸であるばかりでなく，国民の不幸そのものであると考えるが，その根本は大学，大病院と開業医のそれぞれの守備範囲に対する認識不足と協調の欠除にあると思う。

率直にいって大学，大病院の外来診療には開業医の診療と比べて勝れているとは思えないものもあり，大学，大病院は外来を廃止あるいは縮少して，そこでなければ出来ない診療に専念すべきであるという主張に賛同していたが，元来大学の殻を一歩も出たことのない大学教授に，家庭医の守備範囲のことの完全なる指導を仰ごうとしたことが誤りであって，先ず家庭医の立場で日夜苦闘して来たわれわれ開業医が主体となって，家庭医の守備範囲を明確にし，大学や大病院関係者の協力を得て，その向上に努めるべきではないかと考えるようになった。

このことは取りも直さず“実地医家のための会”発足の一つの目的であり，また苦慮努力を続けて来た点であると思う。

そこで更に広く呼びかけて，毎年1回くらい，家庭医医学大会とも称すべきものを開催してはどうかと考えた次第である。

I. 学会の構想

“実地医家のための会”結成の趣旨と合致することであるから，その会員が中心となって広く呼びかけ，来年の秋頃の例会の一つをこれに振り替える。

そしていくつかのテーマを定めてパネルディスカッション形式とし，演者には今から宿題報告形式で準備して載く。

その要旨は遅くも学会1カ月前には参加者に配布して，当日までに十分なる準備をして載き，なるべく充分なる発言討議によって稔り多きものとする。

その結果は“人間の医学”に発表し，何回かの積み重ねによって，専門分野としての家庭医の守備範囲の確立を期する。

II. テーマ

いろいろ考えられるが，思いつくままに例挙してみれば次の通りである。

1. 家庭医の定義およびその守備範囲
2. 包括医療における家庭医の使命
3. 病院医療と診療所医療の限界とその連携方法
4. 緊急初療方策の確立普及
5. 家庭看護指導方法およびその要員確保
6. 公害対策等地域社会活動に必要なる能力の向上策
7. 診療所診断学および治療学の向上策
8. 将来医師となる者への卒前卒後教育への協力対策
9. 医療制度内への家庭医の位置づけ
10. 家庭医および家庭に常備すべき医薬品の研究整備
11. 家庭医が必要とするパラメディカル要員の条件とその養成確保策
12. 屍体処理方法の改善

むすび

“実地医家のための会”に参加して，われわれ診療所で扱う患者と大学，大病院が熱意を持って取り組む患者とは母集団からして異ることを教えられた。

建物が大きく，高価な器械がありさえすれば医療の内容が向上するといったものではなく，家庭医という国民と密着して共に喜び，共に苦しむ医師の存在は，国民の福祉のために不可欠であり，大学，大病院とは同じく医学を基礎とするものの，その主要分担分野が異るだけであると考え，この分野の確立，向上は外ならぬ家庭医が中心となるべきものと考え，そのために全国の開業医の奮起を祈念するものである。

これが具体化は企画部の諸先生にお願いするとして，広く会員諸兄のお考えを伺いたいものである。

（☎161　新宿区中落合4-4-15）

戦争犯罪者ならぬ人類犯罪者（？）

浦田　卓

告発絶叫型の環境保全主義者や公害活動家は，大義はつねに彼らにあると信じてか，錦のみはたを高くふりかざして，向うところの敵（？）をバッタバッタと薙倒している。

はたして彼らは，顧みて一点のやましさも覚えないのであろうか。

また，かつて一億火の玉を呼号した一部のウルトラ急進派の軍人とその同調者たちは，戦後一転して戦犯あるいはそれに近い境涯に陥ったが，彼ら活動家たちは，自分たちもいずれ同じ運命に陥るオソレはまったくないと確信しているのであろうか。

一方私は，彼ら活動家の歴史的な役割を高く評価するものである。彼らの活動がなかりせば，一般の人はおそらく，環境保全の重要性に気がつかず，公害の恐しさを身に泌みて感じとることもできなかったであろう。

だが，一部の識者がつとに指摘したように，彼らはたんに被害者であるばかりでなく，また加害者でもあるという事実は，どういいくるめようとも，いぜんとして残るのである。

もし彼らが純粋に被害者だけの境地に留まろうとすれば，彼らが現在享受しつつあるほとんどすべての文明の利器は放棄せざるをえないばかりか，食うものも食わずに，竹林の七賢人のような隠遁生活を送らざるをえまい。

だが現実には彼らは，それら文明の利器を生産する企業を告発する一方，それらの利器と，それによってのみ生産されうる豊富な食糧を享受しているのである。

しかし，いまはこの矛盾は問うまい。問題はもっと深刻だからである。それは，現在着々と進行しつつある人口爆発と，専門家の間でおそらく数年のうちにくると予測されている世界的な食糧危機がもたらす阿鼻地獄の責任の帰すうである。

報道によれば，ソ連は今年，小麦1,900万トンと飼料2,500万トンを海外から，とくに世界の食糧庫アメリカから輸入せざるをえず，中国も今年数百万トンの小麦を主としてアメリカに仰ぐという。

さる消息通によれば，ベトナム戦争終結の真因は，じつはソ連と中国の食糧危機だったといわれる。

それはともかく，この数年先に黒々と横たわっている何億の，いや十数億のありうべき餓死を防止する唯一の途――それは，人口増殖の抑止もさることながら，あらゆる知恵をしぼり，あらゆる可能な技術を総動員して食糧の増産に邁進することであろう。しかも，残された時間はたいへんに少ないのである。

じつは，その食糧増産の一環として企てられたのが，例の石油から作る人造蛋白質の大々的な企業化であった。

すると，これを知った一部の活動家たちは，人造蛋白質の中には発ガン物質が含まれる可能性があるが，それが家畜を介して人体に移行しないという完全な保証がないかぎり，企業化は中止すべきであると，さっそく告発したのである。

私はその人びとの心情はよくわかる。しかし，発ガン物質といえば，タバコのケムリにもあれば，汚染した大気ともあり，医者の使用するクスリは大半，長期間使用すれば発ガン作用を呈しうるのである。

それに，経験科学では，‘絶対に’とか‘完全に’ということばは禁句である。問題はそれよりも，時々刻々迫りつつあるデッド・ラインである。今日の告発者が，数年先には数億の餓死者の責任者，つまり人類犯罪者とならないと，だれが保証しえよう。

（〒152　東京都目黒区中町2-31-8）

制度に寄せて

横浜市西区休日診療所

大滝紀雄

横浜市西区は横浜市のほぼ中央に位し，横浜駅と桜木町駅にまたがる地区である。人口は駅の周辺の昼間人口を別にすれば，殆ど一定で増減がなく，約10万人である。西区医師会には病院5，保健所1，診療所69があり，医師会員は100名だが，公的病院は存在しない。

当医師会の特徴は昭和46年10月から自主的に休日診療を発足させ，さらに47年6月以来，社団法人西区医療センターで老人の精密健康診断を行い，そのデーターをシステム化するという全国でも珍らしい医療データーバンクを創設した点である。データーバンクについては，いずれ項を改めて述べることにして，ここでは私たちがじっさいに行っている休日診療所の実態について記してみよう。

わが西区医師会としては昭和44年秋以来，地域医療の一環として休日診療所のあり方を自主的に種々研究してきた。当時の進藤勝雄会長，鈴木潔副会長，西山勇保健所長を中心として，私たち役員がそのスタッフとなり，頻回の会合を重ねてきたのである。その結果，私たちの考えはほぼ次の諸点にしぼられてきた。

（1） 地域住民の休日の診療態勢を整えることと，われわれ医師の休日を確保するためには，休日救急診療所が絶対に必要である。

（2） これまで私たちが行ってきた，日曜，祭日，自宅待機の輪番当直医制度は有名無実で，じっさい問題としてはほとんど効果があがっていない。

（3） 休日診療所は区の中心部のなるべく便利な場所に作り，そこへ当番医が輪番で出張診療をするのが望ましい。

（4） 診療所の建設費ならびに運営費はなるべく会員の負担にならないようにする。

（5） そのためには横浜市および神奈川県に強力に働きかけ，補助金をだしてもらうこと。

（6） 運営方法はテレフォンサービスという電話コントロール方式もあるが，西区としてはなるべく患者を直接診療し，必要に応じて注射・投薬をしたい。

（7） 二次応需病院が当然問題となるが，これには区内外の病院と連携をとるだけでは不十分で，横浜市医師会あたりから強力に市内の公立病院にはたらきかけてもらうべきである。

たまたま昭和45年5月横浜市長より横浜市医師会長に対して「休日，夜間における診療対策について」の諮問があった。市医師会では調査研究委員を選出して，約半年間検討した結果，各区の事情と特性に応じて各区で自主的にきめること，第二次収容態勢は市公立病院に委託し，その連絡を常時確保すること，など数項目の取りきめがなされた。

そこで西区医師会では全員のアンケートをとったところ，大多数の会員が休日診療所設立に賛成であった。ちょうど西区のほぼ中央の新総合庁舎（保健所が含まれる）わきに，当時使用されていなかった職業訓練所の建物（木造モルタル2階建240平方メートル）が放置されているのに眼をつけた西区医師会の役員は，市県当局と交渉の結果，ついにそこを譲り受けることに成功した。

かくして，われわれは2年余りの準備期間のすえ，昭和46年10月休日診療態勢にふみきったのである。現在でこそ，この種の施設は諸所に出来ているが，当時としては全国でも目新しく，大都会

では初めてであったので，ジャーナリズムの取り上げるところとなったが，その後2年間着実な歩みをつづけている。参考のため実態を書き記しておく。

（1） 公設民営の立場をとり，社団法人西区医療センターの一事業として運営する。

（2） 診療は休日診療所の建物内で行われ，往診はしない。

（3） 診療時間は午前10時より午後4時までとする。

（4） 内科系当直医が1名づつ輪番で出張診療に当る。出席割合は1年に2～3回。

（5） 外科系当直医は自宅で待機する。3カ月にほぼ1回の割合。

（6） 耳鼻科，眼科，婦人科等の急患は数は少ないが，専門医の数も少なく現在未だに解決されない問題として残っている。

（7） 出張医の手当は税込み初年度が10,000円，2年度が15,000円，但し大晦日，正月3カ日は増額する。外科系統医の手当は自ら保険請求をするので半額とする。

（8） 看護婦2名。事務員1名。

（9） 診療はほとんど初診1日限りのため，病名，点数等カルテを整備しておき，レセプトは事務員でもすぐ書けるようにしておく。

(10) 1日平均患者数50名，電話による指示は約20名。

(11) 患者は小児の発熱患者が72%内科急患20%で，大多数を占めている。

(12) 地域別患者では区内の患者が約70%，区外の患者が約20%，他府県が約10%である。

(13) 平均点数90点，くすりは約束処方の簡単なものが多い。

(14) 会計はすべてガラス張り，毎年相当の赤字がでる。ちなみに昭和48年度の予算書では，神奈川県の補助金が100万円，横浜市の補助金が150万円，診療所の収入見込み420万，合計約670万円である。

(15) 毎月1回運営委員会を開催している。

(16) 医師の当直表は公平に割り当て，現在のところ，非協力医師は一人もいない。

（〒220 横浜市西区医師会副会長）

救急・急病対策をめぐって

渡辺　武

ピーポー，ピーポーが真夜中1度や2度は必らず街の中を通ってゆく。踏切が近くにあるので，一旦停車した時など「うちかな」と一瞬いやあーな気がする。20年も昔，医者になりたての頃，出張先で一晩に数回も起こされ，オートバイで暗い夜道をふっとばしながら，人生意気に感じ，睡眠不足や疲れも患家の感謝の言葉に消しとんだあの頃が懐しく思い出されます。

大都市ならびにその周辺では，患者の権利意識が強く，加えて各種の無料化の波は患者の激増となり，時間外とくに夜間まで保険を取扱うことは，看護婦の絶対的不足と相まって肉体的にも，物理的にも不可能に近く，その影響は誤診を避けるためにも夜間無医村の傾向となってきており，船橋もその例に洩れません。

各種災害からくる救急対策は，脳外科をはじめ高度の設備，十分な要員を必要とするため，国が責任をもって対処すべきであり，一般のいわゆる内科・小児科の急病対策は自治体にその責任があるというものの，とくに後者に対しては，一般開業医にとって地域医療の面からも自治体にのみ責任を負わせ，坐視することは出来ないでしょう。

一方，国はその責任上救急対策として，昭和39年消防法により救急告示病院制度をつくり，千葉県では年間6万円を支給し，救急体制万全と机上案でお役所仕事終れりとして，何ら実態をつかまえる努力をせず10年を経過。船橋では一斉に救急告示医療機関を辞退し，反省を求めたわけです。

その間の事情を県医師会報に発表した。(文略)

救急病院というと，患者の方ではなんでも引きうけてくれると思って，二日酔いでも赤坊の不眠までも，外科病院に行く。本来の救急業務が出来ないということと，更らに大きい因子は，看護婦をはじめ看護要因の絶対的不足から，治療が出来ないこと。盆，暮には病院長，事務長が北海道，沖縄まで飛んで行って現金ふりまいて人狩りしてこないと，病院経営が出来ないところまできているのに，お役人はノホホンとして，医師と看護婦の犠牲と良心にまかせている姿に反撥したわけです。無論医療行政の無策というか，保健制度の膿がふき出ているわけです。

末端のわれわれ開業医には，退職金もなければ病気になった途端収入の道は全くありません。過労から誤診でもしたら大変です。

話をもとに戻しまして，急病対策，時間外の対策にはどうしても夜間急病診療所というものが必要と思われます。タライ廻し，無医村とマスコミに書かれるのを恐れるわけではないのですが，患者がやはりその間に立って可愛想なのです。患者側に立つと核家族がふえたためか，病気に対する本当の考え方がないのは当然で，誰か本当の救急・急病かのコントロールをしてくれるものがほしいのです。そこで患者教育を含めた応急センターがどうしても必要です。これは医師同士の過労をさけ，従業員，家族の慰安から集団防衛の点からも，お互い当直制で何とかしようという発想から出た生活の知恵です。

市側と1年近くいろいろ交渉し，やっと本年12月1日から夜間急病診療所が発足することになりました。医師会員270名，8班に分けた常会でも全員賛成のもとに，年中無休で内科・外科系各1名づつ計2名，看護婦2名事務員1名の5名編成で，午後9時から12時まで。出張費として医師1名につき15,000円，市から支給され，医師会は技術を提供する公設民営の診療所です。入院を必要とする場合を考えて，外科・内科の各病院を1カ所づつ待機病院として割りあて，協力料として5,000円づつ支給されます。

夜間急病診療所での治療は，あくまでも応急的なもので，翌朝主治医に手渡すまでの治療ですから屯服，注射1回分だけ。外科では外来治療の簡単な手当てだけ。

ついでに休日診療は午前9時から午後5時まで。外科病院1カ所，内科系2カ所，その他の科1カ所で計4カ所，公表せず消防本部からテレホンサービスで指示します。これには待機協力料20,000円市から支払われます。

さてながながと述べましたが，決して容易ではありません。問題点は多々あります。内科当直で，小児科は一切お断わりという人も居りますし，小児科当直でも，俺は心臓専門だから下痢症はわからないと今後細分化してくる傾向の中で，ますます医療過誤もからんで大変な航海となるでしょう。

しかし，要は誠心誠意，新選組ではありませんが「誠」の一字をもってすれば，何とか切りぬけられるのではないでしょうか。それでもダメなら医者をやめ獣医になろうではないかと思っております。

(〒273　船橋市宮本2-1-16)

週休2日制にしてみて

新野　稔

企業が週休2日制をうち出しているにもかかわらず，病人の企業管理は行われていない。何となれば，勤務中であっても，医師への診察は，病人管理の上からいっても，公然と受診体制下において，受診させるべきものである。企業は四六時中医師をかかえておき，医師を病気の便利屋と考えている。それで医師が休むことさえ否定し，医師の職業上の公的部分を強調する。かような社会において，意識再認識をするとにおいても，企業が休む時に公然と私は休診し，企業体のベースに合わせて，知脳の休息と，知識の再生産を私はしてゆきたい。　(〒180　武蔵野市吉祥寺本町 3-12-5)

伝　言　板

企画部より

9月の全世話人の会合に，いつものように診療時間の都合と交通事情のため，かなり遅刻して出席しました。すでに議事はだいぶ進行していたようで，やおら着席して食べはじめたとたん，さる元老世話人から今度企画はお前がやれと指名され，口をもぐもぐ返事もろくにしないうちに決められたような次第です。これからは何をおいても遅刻しないようにします。というわけで，48年11月の例会から企画部の世話人も交代することになり，あらたに下記の世話人が向う2年間の例会の企画を担当することになりました。まず，さきの企画部の先生方の労をねぎらい，そのご努力に感謝します。ひるがえり，これからの責任の重大さを痛感し，恐れおののいていますが，参加して下さった企画部の諸先生がサクサクたる方ばかりですので，大いに心丈夫です。

さて企画部7人の侍を紹介します。

○天野　曄（港区，小児科）
○佐藤安生（文京区，外科・整形外科）
○鈴木荘一（大田区，内科）
○新野　稔（武蔵野市，放射線科）
○森杉昌彦（港区，循環器科）
○渡辺　武（船橋市，内科）
（アイウエオ順）
◎浦田　久（川崎市，小児科）

企画部の世話人の代表といってはおおげさですが（事務局の佐野さんは委員長とかチーフとかいって，私をからかっていますが，決してそんなウツワではありません），いちおう企画部の窓口として私が，あれこれ走り使いやら，連絡，まとめなど小使役をやりますので，これからの例会の企画について何かよい案がありましたら，随時いつでも，どしどしご一報下さい。他の企画部の先生方と相談して，例会で声を活かしてゆきたいと思います。私たちのグループだけからでなく，全会員の先生方のご支援があってこそ，盛り上がってよい企画ができると思います。

例会企画部への25人の希望のまとめ

いつか例会企画部への希望のアンケートを求めましたところ，25人の会員より貴重なご意見をいただきました。ご参考のため，そのうちニードの多いものを拾い整理してみますと，次のようになります。

⊙　当会の発足当時の趣旨に添ってゆきたい。一部専門的な医師会主催的な学会的テーマではなく，全会員から好まれるテーマを選ぶこと。会の精神の原点に戻ってほしい。この会でなければならないもの。初心の姿勢。

⊙　テーマは日常診療に役立つもの。日常診療に密着した明日への医学への意欲を燃やせるムード。実地医家の実益に適合すること，生涯教育の理念を含めること，新知識を迎えること。新しいトピックスを身近な問題を織りまぜて，一つのテーマを充分に時間をかける。実地臨床の場から生まれた生々しい基本的なテーマ。実地医家のための個性的なテーマで題もやさしく。

それでは会員のあげた具体的なテーマにはどんなものがあったかといいますと（例を示された先生方はごく少数でしたが），

○薬の使い方（パネルデイスカッション形式）。薬の副作用。基礎的なものとしてDNA，染色体。往診のことわり方。時間外患者には。困った患者。外来と公害。公害—呼吸器疾患。不整脈へのアプローチ。肺がん—新しい胸部線の読み方。理想的な医療制度とは。未来の医学。かぜ。降圧剤。腫瘍。不幸な子どもを生まないために。内科医のみる子どもの病気。

いざ実際にどういうテーマを取りあげるかという点になりますと，上記のテーマをみてもおわかりのようになかなかむずかしいものです。もっともっと共通のよいテーマが他にもあるような気がします。そのほか，企画の取りあげ方の意見として，

○新しいトピックスと身近な問題を織りまぜる。出席会員の中から毎回2名，各10分間ぐらい診療室の中から話題を提供，輪番制でみんなで発言すること。講師を呼ぶのは賛成だがワンサイドの発言でなく，一緒に討議したら。あらかじめテーマを発表して，発言申込みをとって企画するとよい。二つの柱，その一つは学問的に，もう一つは哲学的に。一般的テーマ，その中から，「ものごとの考え方」がはっきりするものを取りあげて欲しい。日常役立つもの2，基礎的なもの1。最近の例会をみていると，講演者のあと発言者が少ない。

以上のような会員の生の声を参考にして，第1回の企画部の会合を9月10日，第2回目の会合を10月29日に開き，庶務（本会の窓口）担当の

日向野先生にもご出席していただき，向う1カ年間の例会の企画を練り，素材がいちおう出来上がりました。

まず毎月，臨床医にとって身近で，日常診療に直結し，多分に学問的であるような重いテーマを1本と，最新の医学のトピックスと臨床上日常の問題を取り扱ったものを各1本織りまぜて，いちおうの案を作ってみたのが下記の各月例会のテーマです。これはあくまで案であって，事前に発表して会員の批判の声を聞き，もっと煮つまったものとする予定です。また一方では，事務局の要望もあり，スポンサーの関係でスケジュールを組んでみたものです。

1月……救急医療（その1）。急性腹症，診断より治療まで（内，小児科，外科，産婦人科）。これにサブテーマを追加するかどうかは未決定ですが，恐らくこのテーマで時間一ぱいを要するのではないかという意見が出ました。

2月……同上（その2）。① 休日診療の実態，②外来における急救疾患の取り扱い方（各科）。サブテーマとして，当院における乳児受診の実態と無料制度。

3月……私はこう治療している（各科）。サブテーマは患者教育と患者指導。

4月……私の臨床検査。サブテーマは薬剤の使用法で，解熱剤・ステロイド剤・抗生物質をどう使うか。

5月…… reversed CPC。サブテーマは最近医学のトピックス。医学会が4月にありますので，その中から臨床医向きのものを取りあげる。

6月と7月……心電図と心臓疾患。これは当日の会合に欠席された森杉先生の了解を得ていませんが，テーマと人選，取りあげ方など一任の予定です。サブテーマとして，これから夏に多い皮膚疾患。

9月……難病，とくに問題をしぼってページェット病。サブテーマは未定。

10月……地方例会。福島県二松本市近くの岳（だけ）温泉で，土曜日の晩に一ぱいやりながらの例会。乾先生の紹介で仙台のある先生（ちよっと変わっているそうです——人がでなく，治療がです）をお呼びする予定。テーマはなるべく軽い，くつろいだものにしようとの結論。翌日はゴルフ組は安達太郎カントリー・クラブで，その他の方は風光明媚な当地でのあちこち遊覧。

11月……痛風とその類似疾患。講師をお呼びする予定。サブテーマは未定。

12月……医原性疾患（放射線被曝も含む）。サブテーマは未定。

以上ですが，各会員からの例会企画の具体的提案が目下のところ少ないのは残念で，少数の世話人からの希望テーマを各企画部世話人の持ち寄って検討したテーマがたくさん残っていますので，おいおいよりよいものに変更したり，追加したりすることがあるかも知れません。皆さんのご意見とご批判をいただきたいと思います。

浦田　久

共同調査部より——

（論壇の項参照）—永井友次郎

記録部より

「人間の医学」の表紙が，サレコウベから猫になり，さらにオウムに変って既に60号を数える間の，記録の跡をふりかえってみると，41回までの例会記事は，途中秋月先生2回，春日，永井先生各1回の他は，全部日向野先生お一人で続けられたという驚くべき事実を発見した。一回でも記録の仕事をされた方ならすぐお判りと思うが，毎日の忙しい診療の間隙をぬって，しかも毎月のこと，さぞかし大変だったことと，最大の敬意を払う次第である。

42回以後は永井，上田，日向野3先生で交互に，59回以後永井，日向野，小山の3名で受持つことになったが，なかなか例会記事が「人間の医学」に追いつかず，大体半年遅れて地方の会員の眼に入るといった状態であった。81回（昭和45年）以後は10名の世話人で分担することになって，1年1回と大そう楽になった。

記事も記録係によってそれぞれ特徴があったようだが，はじめはなるべく例会の雰囲気を伝えたい一心から，テープに噛りついて一言一句間違えないように解読，笑声まで入れてみたり……，でもあの会場での熱心な討論や，ユーモラスな話術で会を盛り上げる様子や，会員一人一人がテーマに真剣にとり組んでいる有様などの臨場感は，演奏会場できくシンフォニーと，レコードとの差以上にむつかしいということを，いやという程思いしらされた。例会記事をよんで，仙台，静岡，新潟あたりから毎回わざわざ出席する会員もいるわけだ。よし次から自分も例会に出てみようと思われる会員を一人でも摑えてみたい，と，大それた考えを持ってみたが，所詮は画にかいた餅か。

学術講演会ではないので，自由交見をなるべく詳細にお伝えして，今日ただ今から診療に役立てたいと，家族の寝静まった室で一人テープのイヤホーンに噛りついている次第。

最後に記録係としてお願い。

演者は必ず抄録を持って来会，記録係に呈出してから発言して頂きたい，後からお届けします……は，まず原稿締切りに間に合ったためしが

ない。特に医事新報は遅くなっては価値が半減する。次に質問その他で発言される方は，移動マイクがお手元に届いてから，何所の誰をはっきり名乗つてから発言して頂くと，テープを解読する時に困らずにすむ，またしゃべる前に要旨をメモして簡単明瞭に発言する習慣をつけて頂くと，足りない時間をやりくりする司会者も助かるというもの，例会になかなか出席できない，特に地方の会員の方には，やはり会の重要な働きである例会で，どんな事をしているかをお知らせするのは大切な仕事だ。と自負して努力している記録係10名に，どうぞ会員諸先生のご援助と，ご協力を心よりお願いして筆を措く。

小山　五郎

編集部より

広瀬先生からの“事務引継ぎ会”ということで，私どもは9月18日の夜6時半より今後とも引きつづき編集をお手伝いくださる中尾聡子，依田三郎先生も交え，奥さんの心づくしの夕飯をいただきながら大変楽しい，有意義な2時間半を過しました。当日どうしてもご都合がつかず渡辺淳，鈴木荘一両先生が欠席されたのは本当に残念でした。

当日の主な発言を拾ってみましょう。

秋月(新)：ともかく編集方針をはっきり固めるべきだ。テーマではなく，誰が巻頭言を，あとがきは誰が，そして原稿の内容吟味は誰が……というふうに。ただその場しのぎでは駄目だ。

広瀬(旧)：苦労したのは一般の先生からの原稿集め，とくに依頼して“OK”の返事をいただいてるのに予定の期日をすぎても来ないのには参った。それに例会の記録に2種あって，抄録ていどに軽く流す先生と，例会のフンイキを刻明に…ということで，話しことばもそのままで…ということで，前者は15枚から20枚，後者は同じ時間ものが60枚…といった風に，何れかに統一しないと大変困ってしまう。

依田(新旧)：昨日読んだ中央公論に河野洋三，河野謙三の対談が出ていたが，“知識と知恵”の違いということが興味深かったが，本誌も単なる知識の集積より，一般医の“医学の知恵”ということで行き度い。

本田(新旧)：全く同感！　知恵は“悟性”なんですよ。本質的に全く違うもんですから。校正のことですが，私のものに双頭子宮が全部双頭子宮になっていたのは困りました。ともかくどんどん原稿を求め“知恵のあるものでイッパイにしたい”と。

中尾(新旧)：本当に困ったのは原稿の段階で内容の不明の点の訂正でした。とくに地方の先生方の原稿，発言については，どこまでも追っかけなくてはならず，電話もかけつづつ，速達で何度も往復したり，それでも正しい内容が漸く伝えられるとそれなりにやり甲斐も感じましたが……。家事あり，外来あり，それに丁度保険の最中に校正が来たりして……。でも一番大変だったのは広瀬先生でしょう！

山田(新)：さきほど秋月先生が，この“人間の医学”に関する限り，すべて論文はこの本に出るのがオリジナルで，地方勉強会などで発表したものは控えよ！とキツイお話でしたが，良いものであり，皆の目に是非というものは出典，出所を明記すれば二番煎じでも良いと思います。私どもの主張，目的はいわゆる実地医という専門医の，いうなればセミアカデミックなものですから。

春日(新)：チラチラ聞える意見もあり，現在の活字8ポを9ポにして行数も46～42行にし，原稿数も減らし，読み易いようにしようとだけ思います。急に変えるべきことは何ひとつありません。

全員：ともかく54号あたりから内容が，ぐんぐんよくなってましたし，校正部分，その他の技術面で原さん，それに学術図書の小高さんも大変意欲的になってますので，ますます良いものになるでしょう。

それには何より全会員からどんどん原稿を寄せていただくことです。出来れば常に2～3号分の原稿がリザーブされているくらい余裕をもたし度いですね！

淋しきつけたしのことば：

従来広瀬先生始め，各編集員は速達料，切手，“集り”のための足代，原稿依頼のための葉書代，依頼状印刷代，紙代，全部が各自の負担で，会から，（会の経済があまりに貧しいため），一銭の援助もなく，快よく自己負担で運営発行されて来た由です。新しい編集員の私たちも決して自己負担をいといません，むしろ“よりよい本誌のために”ゼニですむことならとは思いますが，この際，こうした変則商法は反省さるべきことと思います。会員各位からの良き知恵をお寄せ下さい。

投稿規定

1. 内容：特別に制限はありません。
   研究，工夫，随想，趣味，レジャー，ケーススタデイ，ケースレポート何でもどしどし
2. 枚数：一枚の葉書ものでも，大作でもいかようでもケッコーです。
3. 校正：なるべく編集員にお任せ下さい。著者校正希望の方は明記のこと。
4. 別刷：50部以上の別刷希望の方

とき，1年以上会費の滞納している会員の死亡にさいしては，会からは弔電を打つことを原則とするように決めました。

11. 地方例会を前夜に行なって，日曜日は，会員の親睦を深めるような旅行，ゴルフなどをしたらどうか，などの案がでて，さらに検討を加えてみることとしました。

12.「人間の医学」の表紙の画の評判が香しくないというので，適宜，手を打つことにしました。

13. 会員の獲得，会のPRに雑誌を利用しようという方は，どしどし事務局に申出て下さい。お送りします。静岡県の乾先生からもそのような申出がありましたので，早速送ることにしました。

14. 会場が不便である。室がせまいなどの苦情があるので，これから討議して善処するつもりです。

15. 仙台の例会では，大変熱心な意見交換が行なわれ，会の原点に帰りつつある印象をうけました。

次の方が新しく入会されました。

・山内文範（ペンネーム富充典）
仙台市福室字寺前二番59-3
大正14年10月5日生
昭和25年東北大付属医専卒
産婦人科，開業

16. 小世話会で討議されたこと，決定されたことは，その都度，できるかぎりくわしく世話人の会員の方へお知らせするつもりです。小世話人会は，毎月第3木曜日に開催する予定ですので，いろいろ注文なり，希望なり，ご意見のある方は，日向野までお知らせ下さい。

17. 12月以降の例会のテーマの企画会議を10月29日（月）に開催する予定ですので，適当と考えるテーマをどしどし事務局の佐野氏まで手紙でだして下さい。先生方のご後援を心から待っています。　以上

日向野　晃一

第118回 二次会報告

(48・9・16)

今月10月7日に田中角栄総理がソ連を訪問するので，われわれも一つロシア料理で秋の宵の一刻を，渋谷のロゴスキーで夕食会を開いた。出席者9名。ムードのある店内でウエイトレスもロシア民族舞踊の衣裳をつけており，ウエイターもコザックの衣裳で料理を運んでくれた。今回は朝日新聞社のモダン・メデイシン編集長の青柳精一氏が参加されたので話題は豊富で「医者をくそみそに攻撃する朝日新聞社が，なぜ医者を相手とするモダン・メデイシンを発刊するようになったか？」と編集長にとってはいたい質問を受けたり，「開業医にはあまり関係の少ない記事が多すぎるじゃないか。」とか，「今後の企画は如何。」「現在の発行部数は？」e・t・eなどの質問に対し，われわれに満足するようなご返事を載き，今後の発展を祝った。そのような次第で解散したのは8時を過ぎていた。今後もぜひ出席してもらって医者の実際の考え方を取り入れて雑誌の編集に役立たせてほしい。

高橋　胤文

東京情報センターの存続について

世話人の交替をいたしましたが，東京情報センターは従来通り

〒161　新宿区中落合4-4-15
Tel. 03-951-4712　上田篤次郎

のところに置きます。

何か東京の会員に聞きたいというようなことがありましたら御連絡下さい。

在京の会員あるいはその他に問い合せてお返事申し上げます。

医学，医療とは限らず，何なりとどうぞ……。

上田篤次郎

≒人間の医学≒へ原稿を !!

私どもの機関誌に是非数多くの先生方の声を掲載させたいと思います。内容は特に規定いたしません。

原稿送り先

東京都新宿区山吹町69　春日医院内　〒102
≒人間の医学≒編集部宛
Tel　03—268—8311

・あ と が き・

◇あ と が き◇

——編集部世話人つぶやき集——

春日：不馴れな素人編集！交代早々１カ月おくれで，手身低頭，陳謝するのみです。62号は多くの先生方がどんどん原稿を下さいました。楽しくなりそう！そしてわれわれは“必死操業”。

秋月：３人のエソロジストがノーベル医学賞をうけた。彼等によれば『仲間 Kumpan とは，本能（生れ持った能力）を開発し，完成する刺激を与える者』。お互によい仲間でありたい。

上田：また編集にタッチすることとなりました。この雑誌は機関誌で会員全部の言葉による交流の場であると思います。殊に遠隔の地の会員の皆様のナマの声をお聞かせ下さいますよう念願しております。

☆ぬくぬくと馬齢を重ね日向ぼこ

本田：最近の医療事情をどのように見るか，また，それぞれの医療の適用をどのように評価するか，といった観点からのご意見もたくさん承りたいと思っております。人工妊娠中絶に関しては，その適応と社会的な得失についての論議が盛んですが，近頃は，X線検査による過剰曝射の問題や，羊水診断による男・女生み分けの行き過ぎ問題が取り上げられたり，また，零才児医療費無料化が患児の大量生産，人工的・医学的過剰干渉の危懼をはらんだり，これからの医師の在り方もますますむずかしくなって行くように思われますので。

山田：臨床医家の唯一の全国的集まりである“実地医家のための会”機関誌として，この“人間の医学”は会員諸先生から独自の内容と形態を求められているのではないかと思います。一年一年と進歩の跡が見られますが，今年度も多少とも変化が見られるよう努めるつもりです。

依田：この間，記録のことで，習志野市の栗原先生の御住所を同市の会員芦原先生に電話でおききした。面識もないのに無躾とは思ったが，先生は名簿をくってていねいに教えて下さった。会員の皆さんはみな親切な人ばかり，ギスギスした薄情な世に胸がスーツとした。紅葉し葉の落ちつくした山の木立を見ると高い落葉樹のそばに常緑樹が寄り添っている。カップルのように，木々も互に助けあっているのだろう。

渡辺：小生意外と筆不精で前任の広瀬編集長には大変御迷惑をかけました。書くより楽しいふんい気の中で大いに語る方が好きなようですが，皆さんから積極的におしりを叩いて頂いて，なんとかついてゆきたいと思っています。

鈴木：近頃，読むにも，聞くにも hopeless のことばかり，この実地医家のための会機関誌「人間の医学」だけた hopeful なものであってほしいと……。いつの間にか Editor の一人にさせられていました。若輩ですが，微力になりたいと思います。皆様の玉稿をお待ちします。

中尾：広瀬先生のもとで編集のお手伝いをさせていただきました２年間，何から何まで到らないことばかりでしたのに，会員の先生方へは原稿の書き方など勝手なお願いばかり申し上げ，ほんとうに失礼致しました。大幅に遅れた発行日を元へ戻しますのにはやはり当方の原稿がしっかりしていなければ印刷所への催促もできませんので……。どうぞお許し下さい。

編集のうちでも「受稿」という窓口をおひきうけしましたため，当然おしかりもお励ましもたくさんに届き，それもこれも本誌への先生方のお心入れとありがたくいただきました。北の果てから南の果てまで，それぞれの土地で医療の灯をともしていらっしゃる先生方とのこうした交流は嬉しく，編集者冥利につきるとさえ思われ，心辺多忙ながら又してもこのお仕事をおひきうけする気になってしまいました，どうぞよろしく。

人間の医学／第 62 号

1973 年 12 月 15 日　発行

発行人・永 井 友 二 郎

編　集・東京都新宿区山吹町 69　春日豊和

事務局・東京都港区新橋2-20　新橋駅前ビル
1号館８階　株式会社協和企画内
「実地医家のための会」
電話　東京（03）571-3111

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て，年額4,800円(本誌１部では 800円)です。