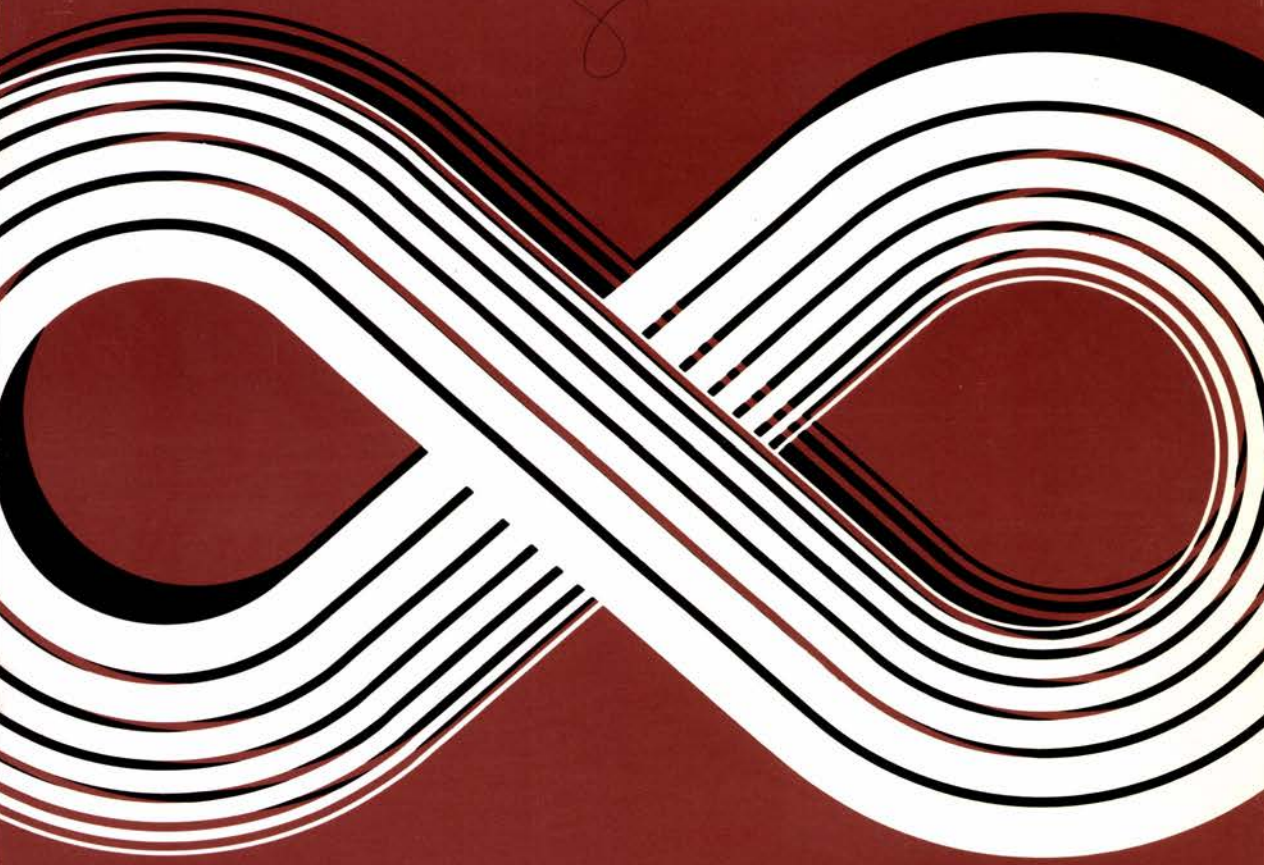
昭和53年10月20日発行

人間の医学

第15巻第6号



85

実地医家のための会

1978.10

私の意見

日向野晃一

医療の原点にかえって

私が「実地医家のための会」に入会して以来，数多く聞いた講演のなかで最も強い印象をうけたものの一つに，平井信義先生が「ムンテラの科学」というテーマで話された講演がある。医師と患者の最初の出合いで，医師が患者の訴えにまず耳を傾けて聴き，彼等の悩みや苦痛を医師が理解し受け容れる姿勢が，両者の間に良い信頼関係（ラポール）を生み，これが総ての医療行為の根底に必要であるというのが，その講演の骨子であったように記憶している。医療の近代化につれて，医療がともすれば検査至上主義にはしり，患者の悩みや訴えが非人格的な検査所見という厚い壁にさえぎられて，空しい声を上げている事例が余りに多いように思われる。このような，医療の谷間におちこんでいる患者の悩みや訴えに耳を傾け，適切な医学的援助を差しのべることが，私達実地医家にとって大切な責務であると思うと共に，私達が患者を生物学的存在として認識するのみでなく，社会的存在としても認識し，扱うことのできる立場にあることを幸わせに思うものである。

No. 85 目 次

人間の医学

第15巻第6号（通巻85号）

■私の意見 ……日向野晃一…1

■私たちの例会報告

第166回「実地医家のための会」

ショック——そのときどうするか……岡田　和夫…5

■私たちの例会報告

第167回「実地医家のための会」

日常診療に便利な医療機器をめぐって

1．実地医家のＣＴ使用経験 ……大司俊重郎…9
2．実地医家のための医療機器情報 ……新野　稔…10
3．ペースメーカー使用経験 ……菊地　博…10

■私たちの例会報告

第168回「実地医家のための会」

私のプライマリ・ケア

内科より ……岡田　章…13
小児科より ……藤森　宗徳…15
内科から ……服部　光雄…16
外科から ……佐藤　安生…17

1978・10・20

■リハビリテーション学会の先生方との会合 ……20
■聖クリストファーズ・ホスピス訪問記 ……鈴木　荘一…22
■書評 ……渡辺　淳…31

■座談会
患者とのつきあい方（上）
……32

■学会便り ……羽城　薫…39
■医院のうちそと
親父と息子の駆けある記 ……新野　稔…41
■先生様 ……春日　温子…44
■こだま ……編　集　部…45
■村松博雄先生の逝去を悼む ……上田篤次郎…46
■つぶやき ……47

私たちの例会

第166回「実地医家のための会」

ショック
—そのときどうするか—

講師／岡　田　和　夫
（帝京大教授）

昭和53年1月8日　千葉県医療センター

第166回実地医家のための会例会が53年1月8日千葉県医療センターで，県医師会救急医療研修会と合同で開かれ約200名近く参集して午後1時から5時まで行なわれた。

なお，その前日会員30名が千葉京成ホテルに一泊，地元の会員10名が更に加わりにぎやかな前夜祭であった。1月8日午前中は千葉市役所の大型バスで，千葉市穴川の放射線医学研究所に世界最大のサイクロトロンなど見学，その後変貌する千葉市内の様子をみて12時半会場についた。

案内状のようにまず人工蘇生法の映画（米国でのナース，消防士教育に使われるＡＢＣ法などの実地教育映画，30分）のあと，人工模型の人形を使ってmouth-to-mouth法，心マッサージ法の実習があり，岡田教授のショックの講演が行なわれた。なお簡単なメモにしたものを添えておきます。

ショック
そのときどうするか

帝京大教授
岡　田　和　夫

岡　田　先　生

急激な循環不全がおこり，血圧が下降し，心拍出量低下し，末梢灌流不全をきたし，組織・細胞の機能的または器質的ダメージをきたす状態をショックとよばれている。

まずアナフィラキシーショックの代表としてまず薬物ショックについてのべる。

A　薬物ショック。心拍出量低下をきたす理由として

① 末梢血管への Pooling。つまり末梢血管に血液がたまる。灌流しない。
② 肺血管抵抗の上昇
③ 心筋の作用抑制がおこる。

それ以外に気管支の収縮（ガス交換が悪くなり，動脈

血の O_2 不足），血液の濃縮（血管の透過性の増大による）がおこり Hypovolemia となる。

まず映画のように CPR(Cardiopulmonary Resuscitation) をまず実施する。

つぎにβ刺激剤であるアドレナリンの注射（アドレナリン0.2㎖つまり⅓筒を10㎖の生食水にとかして静注），および必要ならアミノフィリンの静注を併用。

一方，ハイドロコーチゾン100㎎静注。これには類似した合成ステロイド——デキサメサゾンでもパラメサゾンでもよく，大量の容量のものですぐ溶けるものを常時用意しておくこと。

米国ではＶＩＰ療法という言葉が使われており，Ｖ＝Ventilation（換気），Ｉ＝Infusion（点滴注入），Ｐ＝Pump（心臓ポンプ）のこと。この順序にしたがいまず呼吸の確保。次に Infusion——点滴の確保。ショックが進行してくると筋注，皮下注では薬が入っていかない。１人が呼吸の状態をみながら全力で人工呼吸し，チアノーゼが出ているが呼吸しているなら酸素吸入（1分間に 3l の割）。もう１人は点滴を確保。できればエラスタ針を使い，生食，リンゲル，乳酸化リンゲル，５％糖液など何れかをとにかく 500cc 点滴をする。スピードはかなりの速度でもよく，ただ心原性ショックではゆっくり行なう。

Pumping では案外忘れているものに重曹がある。ショックで末梢に酸素が行かないとアチドーシスがおこると心機能が抑制されるので７％重曹水 20cc 注入。また血圧下降し脈がふれないときはアドレナリンを使用。

■ここでショックといえば血圧下降だけに注目するのではなく，重要臓器の流血不全が問題であるので，そのショックのモニターとしては，

① 血圧とくに脈圧。これが少ない程重症。
② 全身状態。意識の状態，チアノーゼ。四肢冷たく，発汗。蒼白。悪心。
③ ヘマトクリット。Hb
④ 中心静脈圧
⑤ 尿量。導尿し１時間30ccあるか。
⑥ 電解質の異常。pH，CO_2 分圧，O_2 分圧に Na↓，K↑ に注意。

■薬物ショックのおこりかたとしては，

① 薬物アレルギーで，抗原抗体反応がおこり，少量でも引きおこされる。
② 薬物自身の薬理効果。Dose dependent。薬の量の多少に関係する。
③ 神経因性ショック（失神）。体位が問題。横にねかす。

一方重症即時型薬物アレルギーとして，血圧下降型と呼吸困難型とあり，前者は直ちに出現し，意識障害がくる。後者は発現がややおそく，薬物のアレルギー反応として声門とか気管支粘膜に浮腫がきて気道が狭窄し呼吸困難となる。

ルンバールで声が出なくなったと訴えたときは呼吸麻痺の前徴で，非常に危険である。ショックを起こした薬物のなかで一番多いのは抗生物質（なかでもペニシリン），次に鎮痛解熱剤（ピラビタールなど），局麻剤（プロカインその他）であり，死亡例では（法医解剖例）局麻剤ショックが最も多い。

■局麻剤のアレルギー反応の原因としては，

① 局麻剤自身のアレルギー。極めて稀。
② 防腐剤（アンプルに入っている）による。
③ アドレナリンへの特異反応。局麻剤に含まれているアドレナリンに過敏。
④ アドレナリン酸化防止剤によるものがある。

■そして局麻剤の中毒症状としては，

① 中枢神経症状。しびれ，痙攣。量による。
② 呼吸器症状。
③ 循環器症状。
④ 消化器症状。呕気，呕吐など。

■また局麻の死亡過程をみると次の３つがある。

① 痙攣——→呼吸停止——→死亡
② 血圧下降——→呼吸停止——→死亡
③ 呕吐——→窒息——→死亡

B 出血性ショックの治療

■映画にみる A，B，C 法（Aireway，Breathing，Circulation）のほかに，

① 急速輸液。
② 失血にみあった輸血。
保存血は非生理的である。pH6.6～7.0で冷たいまま輸血できないので温めるとKイオン増加し心筋刺激し好ましくない。
③ ハルトマン液。失血が1000ccぐらいなら輸血しない。どうしても血清肝炎は100％さけられない。
④ 血液が間に合わないときは膠質液に。例えば，植物製剤としてデキストラン剤，澱粉剤ＨＥＳ，動物製剤として変性ゼラチン剤，人血漿製剤として加熱人血漿５％プラスマネート。

また重曹の注射，とくに心停止のときは2筒（40cc）静注。

C 昇圧剤に応じないショック（非可逆性ショック）

これには大量輸液＋ハイドロコーチゾン200mg，更にイソプロテレノール（プロタノール）½～1筒加え点滴。

イソプロテレノールはβ刺激剤で強い心筋賦活作用があるが，血管拡張作用が強すぎて血圧下降することがあり，最近発売されるドーパミンは血圧も上昇し，とくに腎機能をよくし，利尿効果もあるので推奨される。

D 末梢循環不全（スラッジング）対策

スラッジングとは泥状になることで凝集でなく赤血球が寄り集まること。このため末梢循環を防げ，この対策には赤血球の寄り集まった凝塊を取り除いてくれる作用をもつ――低分子デキストランや低分子ＨＥＳ製剤がある。ただスラッジングは血液量が減少し血流が停滞したときに発生し，線容系，凝固系のバランスが崩れると出現するもので，二次性ショックで重篤の場合に考えられる。ただ低分子デキストランは，10%のものは腎機能を障害する危険があり，ショック輸液のファーストチョイスではない。

E ショック腎の予防と治療

① 循環血液量の増加をはかる。
② マニトール投与により滲透圧利尿をはかる。これでも尿量がふえないときは腎不全になっていることを示し，腹膜灌流とか人工腎臓を使用する。

なお，ステロイドの効果については，
① 強心効果
② 末梢血管拡張（αブロッカー）
③ 細菌による抗原抗体反応の抑制
④ 膜の透過性の抑制
⑤ Lysosome 酵素，ＭＤＦの増加を防止
などが考えられている。

F 心原性ショック

一番多いのは心筋梗塞によるもの。このほか不整脈でおこる冠不全によるもの。心機能をたたくかどうかケースバイケースで，いろいろ考え方があり，ファーストエイドとしてトランキライザーを上手に使い，安静にさせ酸素を十分に吸わせ，頭坐呼吸など楽な位置にし，昇圧剤ではカルニゲンなどの mild なものを使用，イソプロテレノールとか末梢血管を拡げて心機能をます薬を使う。βブロッカーも適宜に，不整脈は十分注意しＣＣＵに送る。

G 細菌性ショック

敗血症におこる endotoxin shock では，生体の抵抗性が弱まっているときのグラム陰性菌が原因のことが多く，輸液療法，ハイドロコーチゾン大量療法，1日1～2g，エネルギー補給としてブドー糖とインシュリンとの併用またはこれにカリウムを加えたＧＩＫ療法が抗生物質と共に使われる。

心停止がきたら，直ちに心拍出量を増す努力をする。つまり心マッサージ（胸骨圧迫法）をする。脈をみてもふれないふれないとあせっていないで，頸動脈でふれなければ，まず瞳孔をみる。血流があっても心停止に近いわずかな量ならば心停止と同じで瞳孔はだんだん開いてくる。蘇生がうまくいくと瞳孔が縮まってくる。この大きさがよい指標になる。

広義に心停止といわれるものに完全な asystole と心室細動がある。その区別は心電図による。治療は何れでもとにかくＡＢＣ法を行なう。心マッサージでは圧迫するたびに脈がふれ血圧が 60mmHg までになってないと脳に血液が行ってない。同時に急いでアドレナリンと重曹を静注。あとは前述したとおり。心室細動には除細動機を使う。

以上で大体の治療についてのべたが，要はショックをまずおこさないことが大切で，静注はできるだけ横臥位で行なう。患者側の要因として睡眠不足，飲酒，過労など，また妊娠時などはとくにおこし易く，薬物アレルギーに関する既往歴もよく聞き，また局麻など過度の緊張をとるため予めトランキライザーなど内服させておくのも一法である。

最後にフランスのように，，救急車には慣れた医師と新入医局員が乗って，現場で体得するシステムがあるとよい。また常にグループを作っておき，ショックにあたれば落ちついた十分な治療が行なわれると思う。

メ　　モ

軽い失神でも軽く考えず，まず横にする。血圧を測定。Vagotonie の患者が多く，洞性除脈になっている。ショックの前徴としては不安，脱力感を訴え，発汗，蒼白，瞳孔散大，上腹部異和感，悪心，ためいきなどがある。酸素吸入（1分間3 l），カルニゲン皮下注，アトロピンも有効。聴力低下を訴え，意識喪失し血圧60以下になればショックになったとして，気道の確保につとめ，呼吸停止を認めたら mouth-to-mouth でまず4回つづけてふきこみ型の如くにつづける。救急グループの人達がくる迄にアドレナリン0.2cc を10ccの生食水にとかして静注，ハイドロコーチゾン100mg 静注。ＶＩＰを思い出して Infusion つまり点滴，血管の確保に努力。要すればアミノフィリン250～500mg添加。重曹（メイロンなど）20cc注入。

血圧がなかなか上昇してこないときはさらにハイドロコーチゾン100mg 追加。またイソプロテレノール（プロタノール）½～1筒追加。遂に心停止となったら1回20～30cmの高さで心を叩く。そして心マッサージ。瞳孔をみて頸動脈をふれながら。なお救急蘇生法の映画からもう1度復習してみます。

① Airway　　気道確保で自発呼吸がみられるか。
② Breathing　　自発呼吸がないとき，まず息を4回ふきこんで（たてつづけに）それから mouth-to-mouth に。1分間18回。
③ Circulation　　心停止なら胸骨圧迫法を。1分間60の割。5回圧迫したら1回は mouth-to-mouth をする。

私たちの例会

第167回「実地医家のための会」

日常診療に便利な医療機器をめぐって

司会／菊地博，濱名正太郎　　記録／神田修次

1. 実地医家のＴＣ使用経験

座間市　大司俊重郎

2. 実地医家のための医療機器の情報

武蔵野市　新野　稔

3. ペースメーカー使用経験

大和市　菊地　博

4. 自由交見

昭和53年２月12日　東京港区　笹川記念会館

本日はＭＥについての座談会となっているが，その前に私見をのべさせて頂く。ＭＥとは何かというとメディカル・エレクトロニクスまたはメディカル・エンジニアリングの略である。本邦に於ては昭和36年にＭＥ学会が発足している。現今ではＭＥなしに適切な診断をすることは不可能となってしまったがそのルーツを探ってみれば，19世紀のレントゲンの発見に始まる。それ以来現今に至るまでの医学の進歩を鳥瞰してみよう。（中略）結論として，現在では細菌感染は殆ど征服可能になり，癌の征服もそう遠い将来ではないだろう。診断面ではＥＣＧ，内視鏡，ファイバスコープ，レントゲンテレビカメラ，特にコンピューター・トモグラフ（以下ＦＣＴ）の発明により頭蓋内病変の診断が容易となった。またスペース・メデシンも発達しつつある。人工臓器の開発もめざましいものがある。人口子宮による生体外妊娠の可能性も生まれ21世紀には生命の合成も可能となるかも知れぬ。然し，いくらＭＥが発達しても人間の心は作れない。ここに人間医学の存在価値がある。

実地医家のＣＴ使用経験（**大司俊重郎：座間中央病院**）

私の所は120床位の病院であるが，昭和51年12月よりＣＴを購入稼働し，現在迄850例，施行し30%の有所見者を得た。従来の脳神経科学的診断法を駆使してもわからなかったことや，脳出血と脳硬塞の鑑別等簡単に解ってしまう。保険点数も，1200点で，そんなに高くないので，多くの患者にスクリーニングテストとして利用できる有用な検査と考える。次に当院でＣＴを実際に取り扱っている三枝先生より実施法及症例を出していただく。

三枝：コンピュータトモグラフはエミイ社ハウスフィ

ールドにより開発された器械でその原理は頭部を透過せしめた細いX線を対側のデテクターで見いだし，その被検物の吸収度をとらえるものである。この操作をくり返し，頭の囲りを180度回転せしめ，各々のマトリックスの吸収度係数をコンピューターで計算して画像として出すものである。出血凝血塊は白く，硬塞浮腫は黒くうつし出される。（次いでスライドにより器械の説明がなされたが省略）。1回スキカンは3分間でできる。現在まで有所見例として，脳腫瘍67例，外傷性頭蓋内出血32例，慢性硬膜下血腫25例，急性硬膜下血腫7例，非外傷性頭蓋内出血65例，その内，高血圧性出血40例更にそれをわけると外側型20例，内側型11例，皮質下出血4，小脳出血4，ポンス1，動脈瘤11，動静脈奇型8，不明出血6，次に脳硬塞62，水頭症12，脳膿瘍3，その他20となっている。判定の基準としては，脳素，脳質等の正常構造の変形拡大縮少変位と共に異常X線吸収域の出現等を持ってする。また薬剤投与により病巣部のX線吸収値を上昇せしめて，コントラスト，エンハンスマントをおこなうこともある。

次いでスライドにより37例の貴重な症例につき，CTにより何のように診断されたかという詳しい解説がなされたが残念ながら，紙面の関係上省略させて頂く。

次いで新野氏より化学検査機械の使用の詳細につき詳しい説明があり，更に参加メーカーとの間に質疑応答がかわされた。参加メーカー及びその機械は下記の通りである。

1）東芝　演者（竹内正樹）
　自動化学分析装置　TBA-360
　1300万円

2）中外　演者（金井　誠）
　RaBA 3010　40万円
　RaBA 2-7Ⅱ　52万円
　RaBA スーパー　110万円

3）AMCO演者（溝外泰弘）
　ユニメータ300　40万円
　ケムテック　188万円
　（ダイナミックス社製）

4）藤沢メディカル　演者（吉岡　実）
　ACCU-STAT ブラッド
　ケミストリシステム　37万円
　（クレイアダムス社製）

更に新野氏より各器械による具体的な使用法とその原理等につき詳細な説明がなされた。休憩中に展示品の見学後，浜名氏の司会にて後半の部に入る。

まず菊地博氏よりオルタネーテッドB. B. B.（左脚ブロックと右脚ブロックが交互に発現する。）と房室ブロックを伴った，58才の婦人にデマンド型人工ペースメーカーを使用して治癒した貴重な症例報告が行われた。

★——自　由
★　★
交　見——★

次いで浜名氏の司会にて討論に入る。

司会　CT並びにペースメーカーについて実例をあげての説明，非常に有意義であった。

MEについての最近の動向として，器械の大型化，自動化，情報処理系との結合，技術の集約化が特長である。例えばCT，オートアナライザー，人工腎臓をとり上げても，このようなことがいえる。

2—3の文献によりME使用の状況を調べてみると（2年前の統計であるが）

公立病院：レントゲン，ECG……100%，胃カメラ，ファイバースコープ，眼底カメラ……90%

断層，検査用測定器……80%

心音計，脳波計，除細動装置，X線テレビは当時では少なかったが現在では殆ど普及されている。

尚，2年前のアメリカの統計であるが(A)将来益々，発展するものとしては，情報処理関係(B)中等度の発達が期待されるものとしては，検査器械及び監視装置，(C)横ばい状態のものとしてX線装置が上げられている。

まずECGについて，御意見を頂きたい。

菊地：ECGと心音図併用の器械を使用しているか？

A　診断には実際問題として心音図は余り役立たないとの見地からECGのみ使用。

菊地：集検にてステトスコープにて心音をきくより，X-Pにて心影異常者をピックアップしてそのものについて心音をきく方が良いといっている人もいるが，いかがか。

藤森(小児科)　心疾患の管理検診については1）大阪（関西）方式ではすべての学童にECG，心音図をとる。東京（関東）方式では校医が聴診し，既往歴の聴取，養護教員の観察等多くの要素をとり入れてチェック

したものについて，精検委員がＥＣＧ，心音図，Ｘ-Ｐ等を行う。自分の意見では，「聴診で異常者を見おとすこともあるので，将来は東京にても大阪方式に変わってゆくのではないかと思う。」

次いでＸ線テレビの使用について，現在使用していると答えた人は出席者の中では５名しかいなかった。司会者より，Ｘ線テレビの利点として，被爆量が少なく一般Ｘ線より５倍の人数をこなすことができ，目をならさなくてすむということは非常に便利であると述べられた。此に対してデメリットとして，菊地氏より，施術者がＸ線をあびない為被検者がかえってＸ線をあびすぎるのを忘れる傾向がある，と述べられた。

松永氏（千葉県）：テレビＸ線を買うと年に150例以上の胃バリを施行しないと原価償却をうめることはできない。アフターサービスも１年位でなくなるのでその後の部品のとりかえに費用がかかり，経済面からのデメリットが多い。然し，それを上回るメリットもあるものと考える。次いで渡辺武氏よりＣＴの被検者被爆量について質問があり大司氏より，普通Ｘ線の小線量にて頭部二方向からとる程度の線量であると答えられた。次いで再びＸ線について新野氏より「良く見えるが故に長時間かける様になるのでデメリットである。又経済的観点からすれば，サービスのある一年間に管球がぶっつぶれる程の線量を出しきれ。つまり高圧での最初一年間にどんどん撮影する様にするのが得策である。

また，Ｘ線装置購入に際してはできるだけ焦点の小さなものを購入する様心がけるべきである。被爆の問題に関しては照射をできるだけ狭くすることである」と。次いで鈴木荘一氏より「お茶の水のＣＲＣ雑誌に只今の様なお話がのっている。本日供覧してある雑誌に管球に関する２回目の座談会の記録があるので参考にされると良い」とお茶の水ＣＲＣの紹介がなされた。

次いで話題はファイバースコープについてなされた。浜名氏（司会者）より「１昨年以来ファイバースコープを使用し始めている。最初生検用のものを購入したが，視野が狭くオリエンテーションがつきにくいのでＳⅡ型ととりかえたら良く見える様になった」

鈴木荘一氏より『日常ファイバーをやっていて感じたことをのべる。昭和30年代より改良に改良をかさねて，原価償却しきらぬうちに次の新しいものととりかえねばならなくなる。ＳⅡにしても，すでに現在では作られておらずＳ型に統一されている。更にファイバーは使用中に一本一本が切れていくものである。故に採算面から考えれば採算のとれぬ器械である。このような点をもっとメーカーと相談して廉価で長持ちする器械を作ってもらうように努力すべきである。さもないと第一線の医師に普及されることはなく，早期胃癌発見の支障となる。ＣＴについても，同じようなことがいえる。このような高価な器械は，誰かれもなく購入するのではなく，何処かセンターを設けて，一台購入し，どういうときにＣＴをとるべきかという基準をもうけて，その基準に合ったものをそのセンターに紹介すれば，ＣＴをとってもらえるというようにしたら良いと思う。アメリカではすでに１千万ドル以上する器械を購入する際には州知事の許可がいるということであるが，日本においても医療費を節減するという意味においてそのようなシステムができても良い時期が来ているのではないか？先日東京労災病院々長の近藤先生と会った時「やはり一番大切なのはフリーハンドの神経学的診断だよ。それを忘れていきなりＣＴに頼るのはよくない」ということをいっておられたが我々第一線の実地医家もＣＴに頼る前に良く神経学的診断学を勉強しておくべきである。』

大司　『私も昭和30年頃より内視鏡を行って来た。最近では何でもオートメ化され胃に送気する部分もオートである。ちょっと油断すると空気が入りすぎて患者に苦痛を与える。これは，やはり前の方が良かった。メーカーが新しいものを作っても，それが必ずしも使いやすくなったとはいえない場合がある。第一線の医師が医療器械にふりまわされるのではなく第一線の医師の要求で医療器械を作らせるのである。自分の技術を器械に近づけるのではなく自分の技術に器械を近づけるように心がけるべきである』

恒川（名古屋）：器械の精度管理の面で問題がある。

菊地：血圧計も検定毎に値が変ってくる。

田畑（長野県）：私は小児科を主にしていて余りＭＥは使っていない。尿の蛋白，糖，フェニールケトン等を調べる程度である。小児科には尿路感染症が比較的多いので，昔乍らのふ卵器を使用して培養をしている。本日の会に出席して新しい器械の使用も考える気持ちになった。

近藤（文京区）：スパイロメーターのことが聞きたい。

新野：ＭＥの中で最近めざましく普及したものの中にこのスパイロメーターと臨床検査器械がある。

司会：その値段は？

新野：種々である。何を調べるかによって器械を選定

すべきである。

日渡（茨城県）：ＭＥを理解されない人が多いのではないか。血圧計迄自動器械をつかっていては患者とのコミニュケーションに支障を来たすのではないか？また色々と検査の器械を見せて頂いたが果してこのようなオートアナライザーで出てくるデータがすべて必要なのであろうか？私は基金の審査員もしているが，必要以上に検査が行なわれているのに出会う。医師が器械につかわれているような気もする。そうではなく医師が器械を使うのでなければいけないと思う。

司会者：このことについてはＭＥのデメリットということについて古川という人が書いている。その中で４つのデメリットを上げている。すなわち⑴病院の仕事が複雑になる。これに対して医療のシステム化，ヘルスプランニングが必要である。

⑵予想外の事故に遭遇することがある。その際責任の所在がどこにあるかが問題である。実際は器械の制作者にも責任をとわれることが多い。⑶器械化による人間の疎外観が生じることである。人間中心主義に反してくる。⑷採算性の悪化をあげている。これに関しご意見をお願いします。

長井：私も零細な診療所をやっているのにすぎないので，今日お聞きしたＭＥをすぐ自分で利用することはできないが，このような器械がどこかでつかわれているということを知った意味で有意義であった。

大司：只今医療がＭＥにふりまわされているというお話があり誠に同感である。最近そのことについて良い例があった。６歳の男児であるが症状は右にたおれるということで某大学病院を訪れる。耳鼻科から脳神経外科に転科，脳腫瘍が疑われどんどん検査し最後は亜急性硬化性脳炎と診断され，もう助からぬといわれた。そこで自分の病院に転院して来た。その紹介状を見るとデーターの集積であって診断の根拠は示されていない。

その後だんだんと元気になり食べたり遊んだりしている。これらは器械にふりまわされた例だと思った。

藤森（千葉）：最近小児の頭部外傷に良く出会うが硬脳膜下血腫を見落していることもありはしないかと思う。小児，特に幼児では原始的な腱反射や錐体路の反射等が正常状態でも異常に出ることがあるので特に，異常所見を見おとしていはしないかという不安がある。そこで，小児頭部外傷の場合どういうときにＣＴをやったら良いかお教え願いたい。

またＳＰＳについてお聞かせ願いたい。

菊地：慢性硬脳膜下血腫の場合は痙れんや麻痺に消長があるので，そのようなときには注意を要するといわれている。特に外傷があったことを忘れていて，麻痺が残るときはどんどん悪くなったと思うと急に良くなることがある。クモ膜下出血の場合は放置していても良くなることもある。

大山：一昨日老人が風呂の中で死んで湯舟の中に浮いているという事件があった。90歳の老人で寒いのに，いきなり熱い風呂に入った為と考える。結局死体を見に行ったことになるが，この際往診料はとれないか？

日渡：法律をあてはめれば往診料はとれません。

大司：藤森先生にお答えします。小児が酒屋の前で遊んでいたら，積んであった酒びんがころげおちて頭を打った。近医に受診するも異常なしといわれていたが２カ月後に吐き気があって痙れんがおこってきた。当院に紹介されＣＴでみた所浮腫があることが解った。１週間位で治った。

司会者：適切な診断にはＭＥは絶対に必要なものである。然しＭＥは人間の福祉につながるものでなくてはならない。

第２にＭＥはそれを使用するものはあく迄医師であって，医師がＭＥにふりまわされるようなことがあってはならない。

菊地氏の閉会の挨拶をもって会は終った。

誌面の関係上貴重な症例の報告や説明を省略させていただいたことを諸先生に深くおわびする。又の機会に誌上にのせていただければ幸いである。

私たちの例会

第168回「実地医家のための会」

私のプライマリ・ケア

——こういう場合はどうするか——

司会／木村勝直　本吉鼎三　　記録／三尾奎三

内科より　名古屋市　岡田　章

小児科より　千葉市　藤森宗徳

内科から　名古屋市　服部光雄

外科から　東京都　佐藤安正

昭和53年3月　ホテルサンルート名古屋

第168回名古屋例会はホテルサンルート名古屋の会議室に於て，私のプライマリ・ケア——こういう場合はどうするか——というテーマで開かれた。例会は午後1時から木村勝直先生，本吉鼎三先生の司会で始まり，地元の近藤先生から歓迎の挨拶があり次いで木村勝直先生から愛知県の地域医療情報システムの現状について紹介がありプライマリ・ケアを含んだシステム化が進んでいる現況の説明があった。

内科より

名古屋市
岡田　章

岡田先生

まず論語の一節を示され，人間は善意に従って行動すべきであるが，あまり過度になってはいけないとこの一節は教えている。これが私の立場の正当化である。現在の医療制度の中で一人の医者がプライマリ・ケアを行うときに，いろいろ問題があり，専門技術第一主義によって失敗があれば，必ず早く専門医に診せなかったといわれるし，医療の大艦巨砲主義から設備のよい病院で治療しなかったという批判が出る。また，最近の訴訟ばやりの中で第一線でプライマリ・ケアをやる場合，処置というイメージより心くばり，気づかいといったニュアンスしか残らない様になって来ている。

そんな中からプライマリ・ケアの症例として2，3の症例を示す。

第一例は60歳の男で自営業，2年前に胆嚢摘出，胃切除術を受けた。2年前から現在まで高血圧で control をしていた。52年7月18日悪寒を伴い38℃の発熱があった。詳しく各臓器系統の炎症症状を聞いたが全然ない。

詳しい理学的検査で左季肋部にやや圧痛がある位であった。血沈は1時間値66，CRP (+++) W14,600 Neutro 72%，血小板47万，セ・ファロスポリを出して様子を見たら一旦下熱したが，3日後に再び悪寒戦慄，40℃の発熱，血圧150／70はその後翌日には36.5℃，血圧96／68，脈拍118で一寸血圧が下がったなと思った。ショック症状はなかった。早速血液培養をとって大学病院に入院させた。このとき月並な病名では入院させてもらえませんので，一寸はったりをかけて，罹患臓器は判らないが Endotoxin shock の可能性があるということで入院

させた。血液から大腸菌が培養され，大腸菌による Sepsis だった。直に病院に連絡し，その可能性に従ってカルベニシリンその他の抗生物質を投与し，一ヵ月で下熱している。検査の結果肝膿瘍だった。

この症例は感染症の経過中のときに遭遇するであろう月並みなプライマリ・ケアの症例で，教訓として，患者の自覚症状に拘らず vital sign は意識的且つ定期的にチェックしなければならない。あまり局所所見のない高熱患者の場合軽々に風邪だといわず，早目に血液培養をやった方がよい。胆道感染から突然急に血圧が下がって Shock になる例に遭遇する。感染症の経過中にこの様なことがあれば Septic shock Endotoxin shock を考えた方がよい。

第二例は61歳，主婦。ある公立病院から往診治療を求め After care を頼まれた例で，大変詳しく経過や指示が出ていた。病名は脳梗塞肝硬変糖尿病高血圧症であった。患者は自発性がなく，無欲性顔貌，無関心，左片麻痺があり手が時々ふるえる。血液は慢性肝炎か肝硬変の所見があり Pancytopenia がある。ルシドリール，エコリン注射をしていた。そのとき注射時に手を動かしては困ると看護婦がいっていた。1週間後に全身痙攣を起し意識がなくなったが，いつもの注射で1日半位して意識快復した。これはおかしいと考えて日曜日に来院させ，神経学的にキチッとした精密検査を行った。判ったことは，意識障害は変動している。知能障害，周囲に対する無関心，球麻痺はない。びっくりした様に大きな眼を開けて，口も開け，こわばった様な硬い表情であった。左片麻痺，反射亢進，病的反射はない。rigidity はない，左手首にフローマインの sign がある様な感じで，frontal sign もない，或るときに極めて不規則な粗大な振顫がある，これは安静時にも緊張させると出てくる。いろいろ鑑別のためにめんどくさい検査をして，これは定形的な asterixis の所見である。翌日家族から病歴を聞き直し，20年前胃潰瘍の手術をして輸血を5本やっている。その後酒を1日2合飲んでその内量が上り，10年前から1日4合飲む様になった。76年4月，新聞を持つ手がふるえるといって公立病院を受診している，そこで禁酒をいわれて禁酒をしている。公立病院でも intention tremor があると気付いている。10月末に団体旅行に出かけ，翌日意識がなく目覚めなかった。粗大なしんせんがあった様で2日後に意識が快復している。四肢麻痺，失禁はなし，その後1ヵ月に1回の割で意識レベルの低下，四肢麻痺，乃至不随意運動の発作があり，1日か2日後に快復した。

これで impression としては肝性脳症，しかもその内の Sherlock の potalsystemic encephalopathia と思って ammonium の測定をした。これは開業医にとって大変難しく，測っても値が信用されないことが多いから，工夫し或る公立病院の技師に今から持って行くから待ってくれと頼みビーカーに氷を入れてタクシーを待たせて採血してすぐに持って行って正確を期した。250μg/dl，かなり高かった，脳波も記録した。そのときから治療を変えて，ラクツロース，ネオマイシン，アルダクトンの処方にして非常によくなり，アンモニアも半減している。この教訓から，四肢麻痺を伴い反覆して意識障害のあるものは何らかの代謝性の脳障害を疑った方がよい。

今の肝機能は肝全体の本当の機能を現わしているとは思わないが，肝機能と肝性脳症の発現とはかなり discrepancy がある。大病院からきた例では，はいはいといって治療していればいいわけであるが，一応自分の管理下に入った患者に対しては初心に帰って，プライマリ・ケアと同じ様に段取りをふんでキチッと診断をして処置をしなければならない場合もある。もう1つは最初に申した看護婦の言葉であるが，本人が注射を嫌がっているわけではない。注射をしているうちにふるえてやりにくい等，第1線の開業医は徒手診断に近い状態で診るのでこの例の様に看護婦がもたらす情報でも意味のあるものは取り上げなければならない。physical finding と情報収集の訓練をしなければいけないと思った。

第三例は，58歳男。木工業。52年4月22日初診，主訴は10日前から突発せる複視です。かなり鈍感な患者で外に理学的所見が派手なものですから聞いてみても頸腺腫も消化器症状も訴えていません。脳圧亢進は全くなく，所見は左の ptosis と外転神経麻痺，顔面，副，舌下神経麻痺があると思った。左頸腺群の累々たる腫大があり，耳の下に鶉卵大4つ，その下に雀卵大が累々としている。瞳孔は正常，craniogramm で後床突起の破壊もある様である。血液はＴＰＨＡが出ているが，後はたいしたものはない。この時の impression としては何か，malignancy があって，その為のガルサン症候群を頂点とする連合性脳神経症候群のどれか1つであろうと思った。翌日淋巴腺の穿刺をやっている。これを或る血液の専門家に見せたところ腺癌が疑わしいから消化器の検査をキチッとやらなければいけないといわれて，翌日胃透視をした。

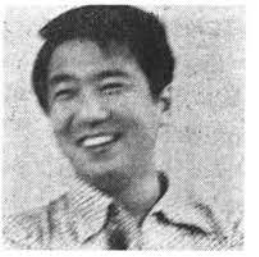
胃角の前壁に Borrmann Ⅱ型の陰影が見つかった。腸は異常なし，5月7日に神経内科を受診させている。

このときに第3，第6の脳神経障害は確実であるが7，11，12はちょっと判らない。後床突起の破壊は何ともいえない。ゲネーゼとしては悪性物の転移が疑わしいが，脳血管障害も否定はできないといわれた。ここで外科へ頼んで頸腺の生検をやり，これは手術の適否を決めるためにやったのですが，病理の返事は淋巴上皮腫という難しいもので，鼻咽腔をよく調べなさいということであった。そこで耳鼻科でよく調べて貰ったが正常であった。胃はそのうち，ある消化器内科で biopsy を頼み腺癌を確認しています。大学病院の耳鼻科で再び診て貰い初診時は判らず，再診時にも判らず，3診時に左鼻咽腔に易出血性の腫瘤があって生検をやったが失敗に終った。

この患者さんは Borrmann Ⅱ型の腺癌があり鼻咽腔に淋巴上皮腫があり，頸腺に転移し，一方は脳に転移している double cancer の症例であったわけです。その後大学病院に入院させ，コバルトの照射と胃の摘出をやっています。9月24日に肺に転移している。12月25日に死亡した。この症例をまとめてみますと脳神経障害は神経内科を受診して malignant が原因だろうといわれ，同時に頸腺腫があるから，一番簡単な吸引細胞診をやって malignant は間違いないといわれて胃癌を見つけるきっかけになっている。耳鼻科で原発巣の確認がされ，内科で胃腺癌の確診をしている。この症例の教訓としては，内科の医者の私は何もしてなくて胃の透視と淋巴腺をついただけで，すべて他科の人にまかせたわけで，この場合どういう役割があるか考えてみると，この患者は初診から8ヵ月の経過があったわけで，8ヵ月の最初の時点で現在の医学医療技術の中で患者がかかえている問題解決のため有益な情報が得られて今後の orientation をする役割を果していると思っている。つまり複雑多岐にわたる医療技術集団の中で議長としての役割は果せるかも知れない。2番目として患者の側からすると患者と医者との間にある一定の信頼関係があって医者は患者の最も親しい患者の利益代弁者でもあり得るわけで一種の弁護士の様な役割りもあり得る。③は胃癌の転移が耳のところまで累々とくることは無いということを病理の人に教えられた。Virchow はえらい人で右の鎖骨上窩が主で首の真中から上までくるときは胃癌の転移と思わない方がよいということを教えられた。次に正しい情報のみが生産的なものでなく，まちがった情報でも，それをふみ台にして問題解決に近づいていくのだなあと思った。

小児科より

千葉市
藤森宗徳


藤森先生

小児科ということで日頃悩んでいることをご披露してご批判とご指導を頂ければ有難い。

最近では小児科も細分化されつつあり専門家と家庭医の区別がはっきりせず専門医でもなければ家庭医でもない。そこが私たち第1線医の悩みです。unhappy pediatrician syndrom というアメリカの話なのですが，1960年後半からこの様な状況が起っていますが，同様なことが我々の身の廻りに起ってきています。昔は第1線小児科医は病室を持ち入院させ検査もバリバリやって積極的に医療に取り組んでいましたが，今は外来だけになっています。これから申し上げる様なことがあってそうなったわけで，第1には対象になる小児について種々変化が出てきた。診療システムについてもいろいろ新しいものを応用することがむずかしい。社会保険の点数が不利である。専門医なのですが第1線では専門医にも家庭医にもなれない。この結果第1線小児科医が減少傾向にあります。

都心やその周辺では小児科だけでは食えないので内科も見る小児科内科という形であります。有床診療所も病室を減らしている。これは1つには医療過誤，金くれ金くれのご時勢と2つには第1線医療と細分化された医療との差があまりに激しいためで，十分な治療ができないこと，患者側についていうと子供が少なくなっています。4～5年前は小児科に来る患者は乳幼児しか来なくて学童はあまり来なかった。実際に幼稚園から学童は小児科に来ると恥ずかしいとか，どんどん内科の先生に診て頂いていた。また，月別，曜日別に患者の来院にでこぼこがある。人を雇うことについて考えるとピークに合わせて人を入れると暇なときに人が遊んでしまう，少いときに合わせると多いときに手が足りなくなる。病気全体が非常に軽症化してきている。抗生物質の進歩もあるが，前程重い病気がなくなった。急性伝染病についても麻疹その他生ワクチン接種のために減っている。小児科に来るのは急性呼吸器感染症が主体です。大正年間では乳幼児

死亡率は1,000人対150人で現在では9.3位で子供は滅多に死なないわけです。第1線で死ぬことはまずないcancerでなくなってさえもclaimが来るわけです。しかも出生率が少なくなり，1家庭に1.8人位です，しかもその子供が死なないわけです。前だったらsterbenしてもあきらめてくれたのですが，今は余程事情があってもご時勢で大変な騒ぎになる。一面で十分治療をしたいと思っても万が一のときを考えると死亡させることができない。何日か経って迷っても訴訟問題になり得る。検査が容易に行えないわけです。開業したての頃は検査，レントゲンがなければ手も足も出なかったものですから盛んにやったものですが，親には余り喜ばれない。また，やらなくても判るのではないかという生半可な知識になってやらなくなって来る。やらなくなることが診療内容を低下させてしかも自分で新しい物を受け入れることが出来ない。第2に重症例を治療できない。自分たちにすれば大学の若手の人よりできるのではないかと思っているんですが，そんなことをやっていて万一のことがあれば訴えられかねないことがありますので，一寸重いとどうしても手を放してしまう。手を放してしまうことは勉強の機会を失うことになるのですが，ますますこういうことになる。乳幼児検診についてもCPの診断などは早期に診断すると母親の育児意欲をそぐから様子を見ましょうといっていたが，今は早期に見つけて早期にリハビリを始めなければいけない時代なのです。我々が5年前に覚えた乳幼児健診のパターン神経学的チェックは役に立たないのです。しかも無料受診券がついて来ているので母親は只しか来ないわけで，こちらの意欲がそがれて十分やって上げられない，自分で省みて悩んでいます。今は社会小児科学，予防小児科学の時代です。自分の診療所内だけで小児保健活動をするのでなく，千葉で私が関係しているものだけでこんなにあります。今は小児科は治療学よりも小児保健活動の時代で我々はこれに参加しているわけですが，これはお金にはならないわけです。アメリカには収入の50%以上が小児保健から入って来る，日本の実情ではこれでは飯が食えない。

プライマリ・ケアに於ける小児科専門医の立場は非常に漠然としているし基盤がはっきりしないが，何とか考えなくてはならない。

1) 病院との連繋して新しい医学を受け入れて行かなければならない。
2) 専門外来との連繋
3) 検査の積極的な導入
4) 保健診療がペイする様に国に働きかける
5) 従来のやり方にとらわれない新しい実地小児科医のあり方を考える
6) 臨床小児科学の会を作らすという気運が起って来ている

内科から

名古屋市
服部光雄

服部先生

身近な問題を取り上げて見ました。プライマリ・ケアは我々が日常やっていることではなかろうか。もう一度この機会に自分のやっていることを反省しよう。我々の仕事は絶対に間違えてはならないことが大前提にある，然し間違えるのが人間であるのでそれをどうして防ぐのかというのが身近な問題としてある。例えば注射の問題でも，皮下筋注の際に血液の逆流を十分確かめているかどうか疑問に思います。私は自分で注射をして年に4例位血液の逆流を見ています。こんなことが屢々起っていると思います。私のところの看護婦には必ず白い綿を針の下にあてて必ず見る様に指導しています。大体0.3%位ある様に思う。それから注射薬の間違いというのが大変こわいので2重チェックをやっています。2重チェックをやると月1～2回間違いに気付きます。恐らくその人の生理的な心理状態の不安定なときに目で見ても読めない状態があるのではないでしょうか。めったにないことですが，こんなことで医療事故につながる様ですと，プライマリ・ケア以前の問題ではないでしょうか。

次に慢性の患者，例えば糖尿病，高血圧症虚血性心疾患等の患者指導の場合に，診療時間中にできないケースがあります。私の性分かも知れませんが，キチッと指導しておかないと治療ができないケースがあるわけです。説明に1時間から2時間位かかりますので午後の時間を約束して最初の患者について1対1でとことん病態生理から始まって治療法まで話をしています，これをやっておきますと後で非常にスムースに治療が行われています。心のからんだ問題，心身医学的に病気を修飾している場合がありますが，そんな場合2時間でもできず3，

4日かかることも屢々あります。或いは家庭内にまで入りこんで話すことがあります。それは話さないと治らない人がいます，その例として15年前にさかのぼるヒストリーをもった胃下垂症の症例について述べます。（症例報告は省略する）

外科から

東京都
佐　藤　安　正

プライマリ・ケアという言葉の意味がよく判らない。そこでいろいろな先生に聞いた。私のところに来るパートの先生方に「プライマリ・ケアて何だ」と聞いても結局判らないのです。そこで「こんな場合はどうする」という副題がついていましたのでそれについてお話しする。

佐　藤　先　生

傷害，外傷，火傷，交通事故等多彩なスライドを用いて，初期治療について述べて，結局，初期治療がよければ，2次3次の手術で機能快復ができることを示した。また，外科処置の悪い例としてガス壊疽を起した例を示してプライマリ・ケアの大事なことを強調した。とにかく洗うこと，ピッチャーにヒビテンを入れてどんどん洗うことと，傷を見たら破傷風トキソイドを忘れないこと。私は3回法をやっている。傷の手当で大事なことはデブリードマン，創縁切除，異物を取る，血腫をとる，ひらひらした物は全部取る，整形外科的外傷は洗うこととひっぱることだ。私は腋窩に足をかけて拇指から小指まで1本1本引張っるとポキッと音がして整復されます。この様に整復した方が良く治ります。

また上から下までこの様に管を入れます airway に始って，例えば胃潰瘍の穿孔でも胃ゾンデを入れて吸引しているだけでも救命できます。イレウスでもイレウス管の話があるし，手術のときは留置カテーテルを入れて尿量を測っている。中心静脈に入れることもやっています。

私のところでは静脈路の確保にエラスチー針を入れます。テフロンを入れると少し位患者が暴れても抜けませんので安心して処置ができます。熱傷の場合は輸液だけが救う道です。腸重積は殆んど注腸で治ってしまう。このこつは麻酔にある様です。麻酔が良く効いていると簡単に行きます。次に急性腹症で虫垂炎の例です。3日前から腹痛，圧痛もそんなになく白血球数も7,000～8,000で腹膜炎症状が軽い。ただX線を撮ると立位と臥位とを較べると，ケークムあたりは殆んど動いていません。相当重症なものでももっと下るものです。開腹して穿孔性虫垂炎でありました。これは Anchoring sign というのです。いい処置をするには種々の方法をつかって正しい診断をすることが大切でX線は有力な武器となります。次に痛風についてですが，私は穿刺することにしていますが中から濁った液が出る。これを顕微鏡で見ますと針状の結晶が沢山見えますが，白血球がこれを貪喰していることを見なければいけません。また，プライマリ・ケアで忘れてならないものに股関節脱臼があります。これは最近では無理して整復しないということになっています。生れて1週間以内にオルトラニーのクリックサインというのを見つければL．C．Cを疑えということになっています。3ヵ月までは無理して整復しないで3ヵ月経ったらリーメンをかける。1年もたったものはどんなことをしても治らないということになっています。

★自由★交見★

菊地（大和市）　岡田先生へ第二例の肝硬変の症例について，γ-フェトプロティンで肝癌の合併を追及しているかどうか，家族に肝硬変の発生があったかどうか，HB抗原はどうであったかまた，最後の症例で頸部の淋巴腺腫脹は malignant lymphomaの中の Hodgikin のタイプではないだろうか，放射線が非常によく効いているということで果してどうであったでしょう。

岡田　HB抗原は陰性です。γ-フェトプロティンは定量で測っていますが2桁台です。家族はないといっていますが intelligence が低くてよく判りません。頸腺は私も当然 Lymphom を疑いましたし，そういう意味で生検をやりました。まちがいなく淋巴上皮腫という診断でした。

渡辺（大田区）　藤森先生のお話について自分も開業して同じ様に悩んだことがあります。先生は最後の方で専門医になる方向をお示しになりました。家庭医にもなり切れず専門医にもなり切れずと。しかし何処のど

ういう立場にいても常につきまとう悩みであって，大学の中にいても同じだと思います。専門医といっても専門医の中の専門医というのがあるのです。いつでも自分はoutsider みたいな位置づけを自分でしている場合です。

これは物事の考え方の中に存在するのであって実地医家だから存在するかどうか私は疑問に思っています。我々はどうするか，実地医家は専門家になってはいけないと思っています。これにはいろいろな考え方があり浦田卓先生などは家庭医というのは総合科なのだ総合科という専門医なのだという考え方を出されました。広い知識と広い見透しをもって自分自身が推進者となりプロデューサーとなって第1幕から第4幕を構成し指揮をとる。すじ書きを書くといった考え方に通じると思います。しかしこれにも多少問題があって，すじ書きを書くのは我々でなくて病人であり，病気なのですから問題がある。我々は常に治すというより治るのを補助する立場にありますから——。私は広い知識と広い考え方予後も含めて社会との関連を含めて患者さんの側に立って考える人間が是非必要だと思う。この人間は専門家であってはならない。そこに我々の使命感もあり，確信もあり大学医療と違う面があり我々の誇りにする面があると思う。

藤森（千葉市）　純粋な意味の専門家ということではなくて，第1線に於て内科及び内科小児科の先生に較べて，自分達の診療内容はどこが優れているかといわれると何もないのですね。ご経験を積まれた先生方は違うかも知れませんが，私自身考えると何もない気がします。というのは抗生物質の進歩もありますし，私達の前は領域であった乳幼児栄養につきましては今は非常によいミルクができまして，正確なエネルギーバランスを考えなくてもある程度ラフな考えで栄養指導ができるわけです。小児科についてもそういう意味で淋しいんで，少くとも子供の心電図は自信をもって読める様になりたい。脳波のイロハは判らないといけない，子供の心理分析も多少勉強しなくてはいけない，広い意味でスペシャリティーをつけなければならないという意味で，世界の専門医になるという意味ではない。

西田一彦（秦野市）　今日の感想を述べます。プライマリ・ケアを主題にして今日の会が行われましたが，私今日ここへ来るまでは多少危惧していたことがある。6月にプライマリ・ケア学会が開かれるので屋上屋を重ねることになるのではないかと思っていましたが，今日ここへ来て本当に良かったと感じています。今日出されました問題は総て我々が実際に家庭医とし開業医としてやって来た悩み苦しみを出されて非常に得るところが多かったと思います。私共がすでに何十年何百年来開業医としてプライマリ・ケアを実践して来てると思います。ここでプライマリ・ケアがやかましくいわれる様になったことは，アメリカで本当の意味のプライマリ・ケアがなされていない歪みが日本に来て問われている面があると思う。当然アメリカで考えているプライマリ・ケアと我々がこれから考えていかなければならないそれとはかなり差がある様に思います。医学教育にも問題があり専門医志向であるため人間を見る目がない。第1次の医療さえできない医者が増えて来ている。私たち古い開業医にしても保険制度に押流されれ数を見なければならない。点数点数の中で人間を見ない姿勢が出て来ているのではないか。そういった意味で反省が必要なのではないか。服部先生がなされている様な午後の時間を割いて話し合いの場を持つことは非常に大事な事で私も実はやりたいやりたいと思いながら実行できないことをおやりになっているので非常に敬服しました。もう1つ産婦人科の立場でのプライマリ・ケアの問題も大事な事で藤森先生の発言同様に或はもっとそれ以上に転換期というか危機感を強めています。少産少死でお産は大病院に行く。従ってお産中絶は減って来ています。私は1つの方向として今後産婦人科の先生は私どもよりお産や手術ができるテクニックを持った，また，婦人の生理心理について特技を持った家庭医の方向に進まれるとよいと思います。

木村勝直（名古屋市）　予防医学が地域のシステムとして組まれていく時代に段々なっていますが，システム化されますと本質的なものがゆがめられて，制度化された善意は善意でなくなってしまう。こんなふうに考えますが如何でしょうか。

西田　上から（行政から）押しつけてくる制度でなく下からもち上げて行くこと，婦人科のことですが今までの狭い接点（お産，アウス等）だけでなくて，我々と共に広い視野で見る姿勢をとるためのステップとして制度をつくる。こちらの主導性がないと制度にまき込まれていくし制度は生きないと思います。

栗原（習志野市）　先程渡辺先生が我々は絶対に専門医になってはいけないというような意見を出しましたが，我々はむしろ今のような医療の考え方の中で一般医と家庭医と分類されている医療の分野があってもよいと思います。これは永井先生が20年前にすでに日医雑誌に発表しておられる。プライマリ・ケアは私は昔から日本で行われている様な医療，フランクな人間関係を基盤と

した医療プライマリ・プラクティスをプライマリ・ケアと呼びたい。

アメリカのそれは合理性を追及するための pragmatism の中から生れて来た専門医制度だと思っています。それの試行錯誤としてアメリカでプライマリ・ケアが出て来たのではないか。アメリカに追従する様なプライマリ・ケアであれば，また失敗し試行錯誤の繰返しになるのではないか。

永井（三鷹市）　私が開業したときに病院医療と開業医療と本質的に違うような感じを持って，それ以来考え続け，またこういう問題は同志仲間の胸をかりて開発して行かないとできない気がして，こんな気持ちがあって実地医家のための会が15年前にできた。私の考えとして誤診論というのがあります。

我々が最初の初診の日にも，その日に患者さんが提供してくれる情報の中からどれだけ doctor として理解できたか，勿論理解ができた度合が100％ではないのであって，理解度の不足の部分を何がしかの誤診だと自分自身にきかせると，2回目の診療の日にも第3回のときにも病像，その人の人間的背景とかを総合して理解度の足りないことが毎回の診療日にあるわけで，それらの総合計が永井という医者が冒した大きさだと誤診というものを考えています。そういう立場で考えていけば自分たちのプライマリ・ケアというか比較的初期の医療の中での自己反省，勉強もお互いできるのではないかと考えています。武見さんの話で面白いと思ったのは，大学の内科の教授をつかまえて，君らは病像が十分展開しそろった状態についての記載とか知識は十分もっているか，病気がスタートした初期の症状とか診断について何も知らないだろうし学生や実地医家に教えるところがないではないかといったら，どの教授も頭をかいて，それは我々の一番のウイークポイントで今日迄何もできていないことは事実ですといった。我々の家庭医的プライマリ・ケアの場を受け持つ者は臨床医としては臨床医学の中の病気の立体的構造というか，でき上った状態だけしかない医学の中で我々はいろいろの科で病気の初期を含めた全体像を作り出していくそういう専門的な仕事がある様に思う。

村井（名古屋市）　股関節脱臼でクリックサインの話が出ましたが，私はあれはあまりやらない方がよいと思う。骨頭を損傷するおそれがあるし診断もあれだけでは難しい。今は股脱は予防的な方向にむいて新生児については身長を測る為に伸展することすら股脱の原因になりやすい。

伊藤清次（名古屋市）　現在の私の感じとしてプライマリ・ケアと特別にあらたまっていうことはないんではないか。昔から日本の医者は家庭医的役割を十分果しているのであって，今更どうこういう必要がないんではないかという意見があります。日本の医師はセミスペチァリストであるということは認められており結構プライマリ・ケアの知識があるんではないかという意見もあります。そういっても専門の知識以外は全く弱い人もいますし，救急処置ということには全く苦手という人もあります。特に日本としては救急の場合の教育が弱かった様に思う。そういう点ではアメリカは進んでいてインターンのときに手引き書の様なものが渡され，今プライマリ・ケアという教育を始めるには便利な点がある。そういう意味のファーストエイドの必要性からと，専門医が余り多くなって一般の家庭医，最初の相談医が足りないことから起って来たことなのです。日本でもプライマリ・ケアの教育がいわれ出したのはやはりアメリカの後を追って専門化が進みかけたために起ったと思う。また，医療というものが方向が変って患者対医者だけのものでなくそこに社会性ということが入って来た。そういう点を含めたプライマリ・ケアの教育が必要になって来た事は十分考えられることです。我々開業医も必要がないんではないかなどといっておらずに，新しい医療の形態から考えると，我々も新しい形の勉強を始めなければならないと考えます。

北折（名古屋市）　皆様のご意見はもっともであり，それらを総括すべきであると思います。私は自分の限界を確立することだと思います。医学的な能力，従業員の能力，医療設備等総合して自分でやれる範囲，限界の範囲内のものをあつかっていくのがプライマリ・ケアではなかろうか。

木村（名古屋市）　私は限界を超えたときに適当なところへ紹介することがプライマリ・フィジシャンの務めだと思います。現実には仲々そんな場合すぐに入れなかったり適当なところを探すのが難しい，悩みが深いものがあります。

渡辺武（船橋市）　限界を知って患者をどう送るかルート作りが必要ですね。小児科に関し千葉県では小児相談室を作った。そこに実地医家の専門家がいて送る先を教えてくれます。その中の専門医が藤森先生で私から見れば藤森先生は非常に専門家です。

リハビリテーション学会の先生方との会合

私たち〝実地医家のための会〟世話人の有志は昭和53年4月9日，リハビリテーション学会の幹部の先生方と話し合いを行った。（於・帝国ホテル）

出席者はリハビリテーション学会側から

田中　多聞
二渡　久良（国立志布志療養所長）
大田　仁史（伊豆逓信病院　第二理学診療科長）

〝実地医家のための会〟世話人から

代表　渡辺　　淳
永井友二郎
渡辺　　武
西田　一彦
佐藤　安正
鈴木　荘一
大林　輝明
安田　勇治

鈴木荘一先生の司会でまず自己紹介から話が始められた。

田中：S36年から老人医療にとり組んでいる。人生哲学として思うことは，所謂老後というのは余生ではない。残された人生を積極的に使うことである。

10年の施設ケアーを行ってみてその限界を感じ老人医療の主体は在宅ケアーであるべきだ。患者及び家族が医者離れしてからが本番である。

老人の施設というものは容物ができても職員が全く訓練されていない。その教育をどうするか。

個人，グループ，団体に対する教育を行うべきである。それには一方的な話でなくて合宿して man to man の指導が必要である。

老人医療で一番大事なことは老人が納得して生きて行けることである。

二渡：私共の病院はもとは結核の胸部外科が主体の国立病院だったが今はＴＢ100床，一般が100床になった。今は国立都城病院からＰＴが１人週１回訓練にくるがあとは看護婦さんが広い廊下を使ってリハビリテーションを行っている。一定の限界まで達したら退院してもらう。植物状態或はそれに近い患者もいる。退院後は看護婦をつれて訪問看護を毎週一回行っている。リハの場合は患者は家族からの隔絶感が強い。（リハ＝リハビリテーション）

大田：S42年からリハの分野に入ったがリハは技術ではない。また病院から在宅へ移ってからが大事である。３人の具体例を話す。（省略）

リハの特徴的な事柄は患者が家族から孤立し，家族自体も社会から孤立していること。これからのリハは開業の先生方との接触が大事と考えている。

大林：（田中先生への質問として）在宅での老人のひがみはどうしたらよいのか。

田中：まず定期的に訪問すること。裸で老人と話し合うこと。ことばより動作，表情が大事である。長い患者は医療に対する不信感が強い，白衣を脱ぐこと（白色エレジー）。治療的な環境造りをすることが大事である。

渡辺(淳)患者同志の案外問題を解決することもある。

田中：家族には老人の前で呆けているとかいうことは決していわないように指導する。クスリで症状を抑えると原因が判らなくなるからなるべくクスリは使わない。

永井：年寄り扱いされることは老人にとって非常に淋しいこと。最後に頼れるものは金であることを患者には話している。

渡辺：年よりにさせられることが問題である。

西田：おじいさんとかおばあちゃんとか呼ばずにチャント名前で呼んであげることがよい。

佐藤(安正)：老人の入院患者の場合家族が見舞に来ないと気持ちのハリがなくなって早くボケることが多い。

鈴木：老人医療には広く深い知識が必要である。同じ脳硬塞でもでき上った形がどうして違うのか。

その他大村，二渡，菊池先生より老人のセックスの問題，肺癌が確実に多くなって来つつあること等が話題になった。（文責：安田勇治）

院長　シスリー・ソーンダーズ博士

末期患

聖クリストファー

訪　問

——癌末期

はじめに

昭和51年1月，私たちは故春日豊和先生の企画にて「安楽死」をめぐって公開討論会を開いた。これは社会的にもアン・カレン事件と関連して大変な反響であったが，この例会で，永井先生とともに私は司会の大役を委ねられ，当初は大変困惑した。私自身この方面の勉強が足りなかったが，阿南成一先生（筑波大教授）との関係もあって，次第にこの方面を実地医家として，どのように考え，いかに臨床の場で実践するかを勉強する必要を感じた。

そして，昨年1月に金谷春之先生（岩手医大教授）をお招きして「植物状態をめぐって」を企画していた51年12月のある日曜日に，私の敬愛している荒秀先生（筑波大社会科学系教授）から電話をいただいた。これが鯖田豊之著「生きる権利・死ぬ権利」の本との出会いだった。そして聖クリストファーズ・ホスピスやシスリー・ソーンダーズ女史を知った。

丁度昨年のゴールデンウィークに，渡辺淳先生，北川先生，神田先生，佐藤先生，三尾先生そして久保か称子先生らと共に渡欧する話があり，私は，この聖クリストファーズ・ホスピスを，他の有名な医療施設よりも第1に訪問したいと思い，ロンドン在住日本人の方や欧州製薬会社からアプローチしたが，7月まで訪問予約満員であった。そこで鯖田先生にお手紙を書き，紹介の労を取っていただき，私自身からソーンダーズ院長に訪問したい旨と，人間の医学75号巻頭言を英訳してお送りしたところ，welcome gladly の返事を直ちにいただいた。そこで私達は勇躍してロンドンに旅立ったのであった。

I　シスリー・ソーンダーズ女史とは

女史は，第二次大戦中ナイチンゲール学校と聖トーマス病院にて看護教育を受け，終戦前に資格を得た。またオックスフォード大学で哲学，政治学，経済学の単位を修め，公務員（社会福祉）の資格を得た。そして1947年，聖トーマス病院で社会福祉医助手として働いているとき，はじめて末期患者の問題に興味をもった。

1951年，彼女はその仕事を遂行するのに医学教育の必要を感じ，ロンドン大学聖トーマス医学校で医学を学び，1957年に医師の資格を得た。女史は聖メアリィ医学校薬理学教室研究員として末期患者治療における鎮痛剤その他の研究を始めた。

そして女史は，ロンドン東部にあるカトリック系聖ジョセフズ・ホスピスにパートタイマ医師として勤務した。聖ジョセフズ・ホスピスはアイルランド系慈善協会姉妹や医師らによって運営され，その入院ベットの45%が予後3カ月の癌患者

収 容 施 設

ズ・ホスピス

記

を考える——

大田区　鈴　木　荘　一

で占められていた。そしてその45%中10%だけの人々が3カ月以上生きながらえていた。その患者らは，いろいろな癌治療を受けたあと，いろいろな理由で自宅に帰れずホスピスに送られてきた。その理由の70%は疼痛であった。そこで女史は末期癌患者の苦痛を取除き，人生の終焉を平和にしかも人間らしく迎えるには，どのようなケアが必要かを研究した。

この研究成果は1962年12月5日王立医学学士院外科部会において「手に負えない痛みの治療」として発表された。

女史は4年間 900例におよぶ末期患者を詳細に分析し，苦痛だけを分離して治療するのだけではなくて，全人（whole person）としての患者のケアを目的として研究し，二つの結論をまとめた。そのひとつは，末期癌苦痛の多くは精神的孤独感，絶望感に基いており，医師や看護婦などの医療スタッフと患者や患者家族とのコミニュケイションを緊密にすれば，鎮痛剤を使用せずとも軽減する。患者の訴えを医師や看護婦が聞くだけでも良くなるという。即ち，精神的ケアの重要性を大いに強調した。

もう一つは今までの常識をくつがえした鎮痛剤使用法である。それは疼痛を訴える前に投薬する方法であって，あらかじめ症状に応じて一定量の鎮痛剤を処方しておき，疼痛の有無にかかわらず，4～8時間ごとに経口または注射投与する。即ち疼痛再発防止が重点で，患者をいつも痛みから解放しておくことが，心理的効果が大きいという。しかも女史は，軽症には，アスピリン，向精神薬，などの鎮痛剤を使用するが，中等症には，ヘロインを中心としたカクテルが使用される。経口が不可能ならば注射が行われる。（このヘロインは，ご承知のとおり日本では製造禁止であり，その連続投与は麻薬中毒を起こすというのが医学常識である。）しかしながら女史がみとった患者のほとんどが，最期まで人間性を失わずに眠るようにこの世を去った。

この報告後，女史の革新的投薬管理は，英国内において，医学関係者に多大な関心を呼びおこすことになった。

II　聖クリストファーズ・ホスピスの設立

そうして，この問題に関心をもつ人たちが集まり，聖クリストファーズ・ホスピス設立の母体となった。そのある者は患者であり，またある者は患者の家族であった。しかし場所も建物もなかった。ただ女史が，1948年ロンドン病院でソーシャルワーカーとして働いていた頃，外科病棟でみとったデビッド・タスマ（David Tasma）から「あなたのホームのために窓一枚を」といって与えられた遺産 500ポンドだけであった。女史は一般病院では敬遠されがちな末期癌患者のために，もっと専用の収容施設が必要であることを痛感し，そこで多くの識者を通じて世論に訴え，また自ら二

ホスピス玄関—河を渡る聖クリストファーの背中にイエスが象徴化されている—

中庭よりみたホスピスの階建病棟（1階に食堂）

度も国営放送に出演して，市民の賛意と援助を求めた。こうした多くの有志，善意ある人々の祈り，精神的激励，多額の寄付金によって，1967年，女史の願いは実現したのである。女史をメディカル・ディレクターとしてロンドン南部郊外，シデナムの丘に開設された。

それは5階建54ベッドの病棟，17人の2階建老人居住ホーム，ほかに自宅療養中の外来居住サービス部門，さらに別棟として，死別や鎮痛投薬の研究施設や教育センターも設立された。聖クリストファーの名称は，彼が旅行者の守護聖者であり，キリストを肩にせおって河を渡った巨人として伝えられており，この世からあの世に河を渡るべく死に向う人々へ最期の安息所にしようとする悲願からであった。

私どもが会った印象では，ソーンダーズ女史は6フィートにおよぶ長身しかも骨の太い頑健そうな方で，上品ではあるが顔の張った力強い顔貌をもち，白髪は59歳という年齢に適わしく，眼鏡の奥からは慈愛にみちた瞳が覗いていた。

女史の永年にわたるめざましい業績に対して，1977年，1880年来約100年ぶりという名誉博士号（Lambeth degree）と呼ばれるものが，カンタベリー寺院の大主教から与えられている。

Ⅲ　ホスピスの歴史

中世には，何百というホスピスがヨーロッパ大陸のあちこちに点在し，聖地に巡礼する旅人は，そこで食べることができ，また宿泊することもでき，さらに続く旅に精神的なはげましも与えられた。

19世紀に，アイルランド慈善尼僧会創設者メリー・エイケンヘッド（Mary Aikenhead）は，この〝ホスピス〟という言葉を末期患者のための病院に名付けた。それは彼女によれば，死はひとつの通過点であり，終着駅でなく，中世のホスピスと同じような使命が末期患者収容施設にあると考えたからである。

現在，英国には約30のホスピスがあって（表1），その中でソーンダーズ女史が研究発表した聖ジョセフズ・ホスピスは，最初に末期患者のケアを科学的に実行しようとしたところであるが，ロンドン東部の街の中にあって，毎日の社会事件から隔絶されることなく，病室の広い窓から行きかう自動車や人の雑踏を楽しむことができる。これと対象的なものはヨークシア，イルクリーにあるArdenlea Marie Curie Homeは，大きく突き出た窓からヨークシア草原を見下すことができるという。

また，あるホルピスは慢性疾患々者や老人病患者の看護やリハビリティションも行っており，ホスピスといわずにホームと呼ばれるところもある。また多くのホスピスは入院ケアと在宅ケアとができるようになっている。

また経営母体についていえば，大部分のホスピスは，独立した慈善団体により維持されているが，間接的にはナショナルヘルスサービス（NHS）を受けている。しかし聖ルカ・ホスピスと聖コロンビア・ホスピスは国営であり，神の家ホスピスは国の援助を受けていない。聖クリストファーズホスピスは宗教慈善団体によって運営されているが，NHSも受けられるようになっている。アイルランド慈善尼僧会のホスピスは，英国，オ

表1

Hospices in the United Kingdom

St Joseph's Hospice, Mare Street, Hackney, London E 8 4SA.

St Christopher's Hospice, 51-53 Lawrie Park Road, Sydenham, London SE26 6 DZ.

Hostel of God, 29-32 North Side, Clapham Common, London SW 4.

St Luke's Nursing Home, Little Common Lane, Off Abbey Lane, Sheffield S11 9HE. (NHS)

Copper Cliff Nursing Home, 74 Redhill Drive, Brighton BH 1 5 FL.

The Douglas Macmillan Home, Barlaston Road, Blurton, Stoke-on-Trent, Staffordshire ST3 3NZ.

St Ann's Hospice, St Ann's Road North, Heald Green, Cheadle, Cheshire.

St Barnabas' Home, Columbia Drive, Worthing BN13 2 QF.

St Columba's Hospital, The Elms, Spaniards Road, London NW 3 7 JD.

Hereford Lodge, Hereford Road, Bayswater, London W 2.

The Tarner Home, Tilbury Place, Brighton BN2 2 GY.

The Lady Cynthia Spencer House, Northampton.

Michael Sobell House, The Churchill Hospital, Headington, Oxford.

St Joseph's Hospice Association(Jospice), Metropolitan Cathedral Buildings, Brownlow Hill, Liverpool L 3 6 RQ.

St Margaret's Hospice, (Irish Sisters of Charity), East Barn Street, Clydebank, Glasgow.

Horder Ward, The Royal Marsden Hospital, Fulham Road, London SW 3.

Our Lady's Hospice, (Irish Sisters of Charity), PO Box 222, Harold's Cross, Dublin 6.

Jewish Home of Rest, Nightingale Lane, London SW12.

Macmillan Unit, Christchurch Hospital, Christchurch, Hampshire.

The Marie Curie Memorial Foundation Homes and Centres

Ardenlea, Ilkley, Yorkshire.

Beaconsfield, Belfast

Conrad House, Newcastle upon Tyne.

Fairmile, Edinburgh.

Harestone, Caterham, Surrey.

Hill of Tarvit, Cupar, Fife.

Holme Tower, Penarth, Glamorgan.

Strathclyde House, Glasgow.

Sunnybank, Woolton, Liverpool.

Tidcombe Hall, Tiverton, Devon.

Warren Pearl House, Solihull, Warwickshire.

ーストラリアの各地にホスピスをもち，最近では，米国，オランダ，南アメリカ，パキスタンなどにもあり，米国のホスピス・インコーポレーテッド運営委員会会長は「死の瞬間」の著者キューブラー・ロス博士である。

Ⅳ 聖クリストファーズ・ホスピスの現状

（1975～1976年次報告より）

このホスピスはキリスト教的宗教基盤の上に築かれた医療施設であり，慢性の末期患者，特に癌患者の苦痛を最善の方法で，精神的にも身体的にもケアしようとする所である。次にその死をみとる医療を遂行するために，院内外を問わず，そして生前のみならず死後までも，患者や家族が医療スタッフと一大家族としてのコミニュティを形成しようとしている。ホスピスは家庭の延長であり，死をみとる者は，医師や看護婦，牧師ばかりでなく，掃除夫であったり，隣りのベットの同病者であることもある。第三には苦痛緩和の臨床薬理学的研究を行い，トワイクロス博士を部長として研究発表を行っている。第四には死別に関する心理学的及び社会学的研究を，第五には医師，医学生，看護婦など医療スタッフに末期医療教育センターの役目を果している。

(a) **住所** 51—53 Lawrie Park Road
Sydenham, SE26 6 DZ

London England
Tel 01—778・9252

ロンドン市内から車で30分弱，丁度真南からやゝ東による。郊外線シデナム駅のすぐ近くにある。

(b) **環境**：周囲は小高い丘陵地の中腹にあって，緑が濃く，病棟の窓からは童話に描かれる二軒長屋のセミ・デタッチト・ハウスや窓ガラスが碁盤の目のように美しいジョージァ王朝風建物それに新時代の簡潔なコンクリート住宅などが，新緑の芽ぶいた柳，その他の灌木に隠れて見られた。静溢が満ち，騒音は聞かれなかった。

(c) **建造施設**：敷地はかなり広く，五階建病棟，二階建老人居住ホーム，それに付属薬理研究所兼従業員宿舎の三棟に分れ，病棟と老人ホームの連絡部が玄関となり，事務所，礼拝室，休養室がある。病棟一階は外来診療室，食堂，給食用厨房，二，三，四階は病室であって，病棟に付属して各階ごとに団欒できるレスト・ルームがあり，内部はホーム・バーのような造りになっており，カード，ダーツなどの室内ゲームができるようになっている。病棟医ホイ博士の説明によれば，ホスピスは病院と違ってできるかぎり家庭と同じような雰囲気を保つように配慮され，面会時間は自由であり，子供が病室内に入ることは，むしろ病人によって歓迎されるとのことであり，職員などの子供が病室に遊びにくることもあるという。各階病棟には寄付者個人や団体の名前（Princess Alexandra Goldsmiths, cityなど）が冠されており，5階は医療従事者の部屋となっている。また病室は殆んど6人部屋であって，個室または二人部屋に入る人は，特別な悪臭を放つようなケースであって，大部分の患者は大部屋で死を迎えるようになる。そして驚くべきことは，隣人の死が，次に死を迎える人の恐怖とならず，逆に死は安らかに眠れるものだという教育的効果を生みだしている。こゝでは死はタブーでなく，生と死が今日と明日との関係のように連続的なものとして取扱われている。従って隣人の死によって，同室の人の心は動揺することなく，心の準備ができるという。これは医療スタッフがいかに暖かくしかも巧に精神的ケアを施しているかの証左だと思う。

(d) **ホスピスの各種統計**

1. 入院患者数

表2

入院患者数	1975	1974	1973	1972
新患者	604	542	554	480
再入院患者	7	8	10	10
合計	611	550	564	490
延入院患者数	645	578	586	515

2. 退院患者数

50名退院者の中で，27名が再入院し，このホスピスで亡くなった。3名は他病院で亡くなり，7名が自宅で死亡した。

13名がこの報告時期（1976年3月31日）に生存している。その内訳は3名が入院し，7名が外来部門でケアを受けており，3名が家庭医がケアを受けている。自宅滞在期間の中間値は4週間，4日から1年に及ぶ。

表3

退院者数	1975	1974	1973	1972
新患者	47(8%)	31(6%)	36(6.5%)	32(6.5%)
前年度よりの入院者	3	3	1	5
合計	50	34	37	37

3. 入院患者地域と入院前施設

表4

地域	男	女	計	Percentage			
				1975	1974	1973	1972
ロンドン南東部	191	267	458	71.0	69.0	66.0	66.0
南西部	71	100	171	26.5	27.5	28.0	28.5
北西部	2	12	14	2.0	2.9	3.5	3.1
北東部	—	—	—	—	0.1	2.0	2.0
他	1	1	2	0.5	0.5	0.5	0.4
合計	265	380	645	100	100	100	100

入院前施設	男	女	計	Percentage			
				1975	1974	1973	1972
病院	83	138	221	34.25	36.0	35.0	41.0
自宅（家庭医）	83	112	195	30.25	25.0	26.0	18.5
自宅（ホスピス外来）	99	130	229	35.5	38.5	38.5	39.0
他	—	—	—	—	0.5	0.5	1.5
合計	265	380	645	100	100	100	100

英国内のホスピスである程度の分担地域があるらしく，ロンドン南東から南西部にかけて半径60里が聖クリストファーの分担範囲になっているらしい。

4. 疾患種類

i）他疾患細目

表5

	1975	1974	1973	1972
悪性疾患者数	595	534	555	480
他疾患者数	16	16	9	10

病名	男	女	計
運動ニューロン疾患	6	3	9
多発性硬化症	—	1	1
高グロブリン血症	—	1	1
脊椎血管腫	1	—	1
僧帽弁機能不全症	—	1	1
リュウマチ性関節炎	—	1	1

ii）悪性新生物原発部位

表6

Site	男	女	計	Percentage			
				1975	1974	1973	1972
胃腸管	59	99	158	25.75	25.0	26.0	25.5
肺臓	106	39	145	23.5	22.0	19.0	23.5
乳房	—	104	104	17.0	16.0	16.0	17.0
生殖泌尿器	22	54	76	12.25	16.5	19.0	16.0
中枢神経系	10	16	26	4.25	4.5	1.5	3.0
耳鼻喉頭	11	10	21	3.5	4.5	4.0	3.0
膵臓	12	7	19	3.0	4.0	3.0	2.5
肉腫	8	8	16	2.5	0.5	1.0	1.5
骨髄腫	3	5	8	1.25	2.0	1.0	1.5
他	4	5	9	1.5	1.0	2.0	1.0
不明	14	19	33	5.5	4.0	7.5	6.5
合計	249	366	615	100	100	100	100

18名の患者は原発部位2ヶ，1名の患者は原発部位3ヶあった。

5. 年令別（表7……これより悪性患者に限った統計である）

表7

	男	女	計	Percentage			
				1975	1974	1973	1972
30歳以下	2	3	5	1.0	1.0	0.7	1.0
30—39歳	6	9	15	2.5	2.0	2.5	1.5
40—49	10	24	34	5.75	9.0	8.0	7.0
50—59	45	63	108	18.0	19.5	18.0	19.0
60—69	102	110	212	35.5	30.5	34.0	35.5
70—79	69	96	165	27.75	30.0	28.0	29.0
80以上	11	45	56	9.5	8.0	8.8	7.0
合計	245	350	595	100	100	100	100

6. 入院日数

表8

入院日数	男	女	計	Percentage			
				1975	1974	1973	1972
0—2日	40	33	73	12.25	14.0	16.5	12.5
3—7	71	73	144	24.25	25.5	25.0	20.0
8—14	48	58	106	18.0	18.0	18.0	18.5
15—28	34	76	110	18.5	20.0	16.5	18.5
29—56	30	66	96	16.0	14.0	14.0	17.5
56以上	22	44	66	11.0	8.5	10.0	13.0
合計	245	350	595	100	100	100	100

7. 過去6年間の入院日数平均値と中間値

表9

Year	男		女		Both	
	平均値	中間値	平均値	中間値	平均値	中間値
1970	—	—	—	—	34	18
1971	—	—	—	—	29	15
1972	30	12	25	15	27	13
1973	21	9	24	11	23	10
1974	17	9	23	12	22	10
1975	19	9	27	17	24	12

8. 疼痛患者数

表10

入院前収容施設	男	女	計
他病院より	38	79	117
家庭医より	48	65	113
ホスピス外来より	60	78	138
合計	146	222	368

368名（62%）が痛みを訴えていた。

6人の患者を除いた全員が疼痛から救われた

9. ヘロイン投与量別患者数

入院患者555名（93,25%）がある期間，ヘロイン投与を受けた。

表11

1回投与量（mg）	男	女	計	%	累積（%）
2.5	38	39	77	14.0	14.0
5	70	103	173	31.0	45.0
10	44	81	125	23.0	68.0
15	18	27	45	8.0	76.0
20	22	35	57	10.0	86.0
30	13	10	23	4.0	90.0
40	11	13	24	4.5	94.5
60	13	7	20	3.5	98.0
over 60	5	6	11	2.0	100.0
合計	234	321	555	100.0	

経口または注射による最大ヘロイン投与量

【注】 ヘロインとモルヒネを比較した場合，経口的効果は余り差がないと，ソーンダーズ女史は私信に書いている。その相応する量は次のようである。

塩酸モルヒネ(mg)	ヘロイン(mg)
5	4
10	6.6
20	13
30	20
45	30
60	40
90	60

即ち，3：2の割合で使用すればよく，ホスピスでは4時間毎投与が原則のようである。

10. 財政報告

聖クリストファーズ・ホスピスは国立保健サービス（NHS）と政策と実践面で緊密に連携して

表12 聖クリストファーズ・ホスピス 1976年3月31日期末決算書要約

支出（1974/75） £		£	収入（1974/75） £		£
299,229	給料	374,049	188,154	医療当局による収入	302,530
425	学生アルバイト料	276	7,752	患者による寄金	17,272
14,762	食費	19,081	4,680	市民奉仕医療協会	10,860
229	職員衣服費兼患者衣料費	706	9,560	国立ガン救済協会	22,100
6,584	薬剤費，衛生材料費	8,263	210,146		352,762
3,010	医療器具費	3,736	20,677	ドレーパー募金	33,881
23,185	光熱，水道，洗濯料	26,778	230,823		386,643
14,555	建物維持費，造園費	5,755	6,122	会場及び宿舎賃貸料	5,211
765	地方税	1,147	140,472	超過支出	66,141
979	修繕費	1,613	377,417		457,995
2,727	印刷費，文房費など	3,696			
2,024	郵送費，電話費など	3,805	48,409	寄付	43,725
1,134	保険料	1,601	15,269	聖クリストファーズ・友の会寄金	18,048
414	会計監査費	1,069	8,467	遺産賦託金	14,793
1,705	その他	2,363	37,000	維持管理補助金	15,000
5,690	銀行当座借越	4,057	1,570	貸付金	1,437
			1	雑収入	1
377,417		457,995	110,716		93.004
140,742	超過通常支出振替	66,141	29,756	超過支出一般資金振替	—
—	(a)一般資金：前年繰越	65,409	—	前年繰越	65,409
—	(b)事業計画準備金	23,000			
		154,550			
—	剰与金の一般資金振替	3,863			
140,472		158,413	140,472		158,413

いるが，このホスピスの管理運営面をみると，政府援助と経費との間には大きな開きがあり，寄付金や友の会員その他の厚志に頼っている。

11　疼痛管理

ホスピスの薬理部長トワイクロス博士は，その著書の中で，末期癌患者の疼痛は癌そのものではなくて，不安，恐怖，孤独などの精神状態から惹起されるものと，長期臥床による便秘，内痔核，褥瘡などから，更には感染症や血栓や塞栓症などの合併症から起こってくるものについても大いに注意の眼を向けるように説いている。しかし末期癌患者疼痛管理の主役はヘロインであり，それを4時間毎に，疼痛を訴える前に投与するわけである。そしていままでいわれてきた習慣性について間違った考え方としている。

そして疼痛の程度を，軽，中等，重度の三段階に分け，次のように薬剤を使い分けている。

◆軽度：アセトアミノフェノンや水溶性アスピリンを8時間ごとに投与する。

◆中等度：ヘロイン5～10㎎を4時間または8時間ごとに投与する。（2,5㎎と 5㎎の錠剤があって，外来患者用である）またはヘロインとコカインのカクテルがあって，ヘロインの量は加減されたり，プロクロールペラジンやクロールプロマジンが追加されたりする。

◆重度：ヘロイン量は10～40㎎から時には80㎎まで増量される。経口不能の場合は注射に切換えるが，そのスタート量は経口量の半分から始める。

その他，嘔気，嘔吐，食欲不振，骨痛，吃逆，呼吸困難，せきなどのケアの仕方について記しているが，とくに口腔乾燥には輸液や鼻腔管養などを施さずに，氷や少量の水を口に含ませたりしている。即ち，ホスピス医療とは延命が目的でなく，安らかな良き死を迎えられるようにケアすることが主眼であるからである。そこには Care はあっても Cure はない。

1972年11月，英国保健・社会保障省は，「死につつある人のケア」と題するシンポジウムを開いたとき，母と夫を癌で失ったハンコック夫人は，聖クリストファーズに夫が入院中の経験をのべ，ホスピスの投薬管理がすばらしく，夫が死ぬ二日前に，いっしょに観劇にでかけられたこと，最期まで植物状態や植物状態に陥入らず，人間としての尊厳を保ちながら良く死んだことを報告している。そしてこの後，登場したソーンダーズ女史は，投薬管理さえ上手に行われれば，人間性を失わずに人生最期の日に，チューブや点滴針などを刺されずに，一杯の紅茶をゆっくり啜りながら安らかな死を迎られることを強調した。

私どもが病室に案内されたときは，丁度昼食後の一時頃であわた故か，多くの患者はベットわきの脊椅子にもたれ，紅茶やジュース類の飲物を口にした後であった。（日本では病室に脊椅子がない。）壁には酸素吸入用の取栓口はあったが，私たちの眼のとどくところには点滴台は見つからなかった。病室には一台テレビが置かれており，患者はイア・ホーンを通じて声を聞くようであった。病窓は床までとどくほど広くとられ，もうすぐそこに死が近付いている部屋だが，明るい透明さの中に静寂を保っていた。患者の口から苦悶の声は聞かれず，苦痛の表情も見られなかったが，瞳孔などに薬効が及んでいることがはっきりと認められた。

(e)　ソーンダーズ女史らとの懇談会

私たちは，病棟見学に先立って老人居住ホーム奥，中庭の緑で囲まれた会議室で，ソーンダーズ女史と病棟臨床医ホイ博士を囲んで，末期医療の実際やホスピス運営について質問した。

先づ収容患者は，悪性疾患であること，しかも病勢がもう回復しない末期であることを自ら知って入院してくるかという問いには，50%の人が自覚して入院するとのこと。従って残りの50%の人

設立の精神を語るソーンダーズ博士
—ホスピス廊下にて—

は知らずに入院してくることになる。

また，どのような病状になったら入院させるのかという問いには，彼らの永い臨床経験によるもので，綜合的判断により決定されるという。表9に示されるように入院後滞院日数は平均24日，中間値は12日であって，非常に短かい。これ位の日数であれば，従来いわれていたヘロインやモルヒネによる麻薬中毒は起きないのであろうか。（ソーンダーズ女史やトワイクロス氏の著書によれば，鎮痛剤投薬は入院前から在宅または通院で始められ，死亡まで平均3ヶ月間行われているようである）。ヘロインの投薬について，単独投与にしても，他剤併用にしても，作用時間を延ばすように，オックスフォードにあるホスピスと協同研究をしているとのことであった。

また，外来，居住サービス部門は大変多忙であって，24時間待機制度をとっており，常時70～90名くらいのケアに追われており，これ以上労働過重になれば，お手上げだとホイ博士は本音を述べていた。病棟看護婦の重い足どりや疲れた表情，レスト・ルームで休息している彼女らの姿を見ると，この仕事は心身ともにかなり heavy work だと想像される。

むろん，これらの医療スタッフを支援するボランティアが数多くいることも事実であって，年次報告書には委しく書かれており，財政的にも多くの市民の寄付によって赤字が補われている。（表12）

やはりソーンダーズ女史が私たちに強調された宗教的精神――それは英国医療のバックボーンに根づいている――がホスピス活動の源泉のように思われる。

おわりに

この英国内での「死をみとる医療」は，一つの地球上ではあるが，日本より遙かに遠く，しかも永い歴史的伝統のあるヨーロッパという異質文化圏の出来事であり，無縁だと考えるのは自由である。

また，英国内においてもこの麻薬主体の身体的ケアについては批判があるのではないかと思う。最近，鯖田氏が訪英され，セイント・ジョゼフ・ホスピスで行われている教育セッションに参加された時の模様を伝えていただいたが，この麻薬投与についてはかなり激論がなされていたとのことである。しかし，このセッションには二十歳代の男女や医学生が多く参加していることは，英国でホスピス運動が生まれ，支えられている精神風土があるのではないかと鯖田氏は指摘されている。

この麻薬をどのように末期患者に有効的に使用すべきかは，私たちの手で確かめてみる必要――今までの定説に対する再検討――があると思う。むろん各種向精神薬や新しい非麻薬製剤の併用も検討されるべきだろう。

さて，私たち日本人も人間であるからには，死は誰人にも，富める人にも貧しい人にも，多くは老いた人に，時には若い人にも訪れてくる。特に癌患者は，治療の進歩につれてだんだんと癌センターや大学病院などの高度医療施設のベッドを占居しはじめており，その滞院日数は毎年しだいに延びてきている。それが検査したり，治療が必要な新しい患者の入院を遅らせることにもなる。

また戦後の日本は，狭い家，独立した各世代，ケアする人がいないなどの理由で，末期になれば病院に入院させることが常識になりつゝあるが，はたしてこれが進歩した21世紀の医療目標であろうか。死に近づいた病む人間は何を望んでいるだろうか。できれば家庭で，愛する家族にみとられながら……と思う人は多いと思う。しかし種々の社会条件がこれを制約している。医療従事者の活動が入院ケアより在宅ケアに力を注ぐべきだと思うが，在宅ケアではカバーできない病態も多い。家庭と同じような環境で，しかも心身両面のケアが行きとどくところ，病む人間として，動物ではないアイデンティティが保持できる施設が望ましいのではないか。

それには医療担当者――私たちは，人間が生まれる時も，病む時も，そして死ぬ時も，ありのまゝの姿の人間と新しく接することのできる特権が与えられている――のみならず，国民がどのような末期医療を望むかという医療の本質についてのフィロソフィー，換言すれば，「死に臨みどのようなケアが，人間として最も適わしいか」という問題を，日本人一人ひとり問い直すことから始ま

るのではないかと思う。

（本稿の大要は，医学書院刊「病院1978年8月号」に掲載された）

参　考　文　献

1．和文

鯖田豊之「生きる権利・死ぬ権利」新潮社，1976

Richard Lamerton，季羽倭文子訳「死の看護」，メヂカルフレンド社，1977

Elisabeth Kübler-Ross，川口正吉訳「続死の瞬間」，読売新聞社，1977

二階堂昇他「がん診療機構の効率的体系化に関する研究」1977，1978

2．欧文

C. M. Saunders, Treatment of Intractable Pain in Terminal Cancer, Proc. Roy. Soc. Med. 1963

Symposium: Cost of Life, Rroc. Roy. Soc. Med. 1967

Symposium: Care of the Dying, Brit. Med. J. 1973

C. M. Saunders, The Need for In-Patient care for the Patient with Terminal Cancer, Middlesex Hospit. J. 1973

C. Murray Parkes, "Seeking" and "Finding" A Lost Object; Sec. Sci. & Med. 1970, 4, 187.

C. Murray Parkes, Psycho-Social Transitions; Soc. Sci. & Med. 1971, 5, 101

St. Christopher's Hospice Annual Report 1975～1976

St. Christopher's Hospice Details of Admissions and Discharges During 1975

R. G. Twycross, Principles and Practice of the Relief of Pain in Terminal Cancer

C. M. Saunders, Care for the Dying; Patient Care, 1976, 3, 6

Care of the Dying, Nursing Times July 1, 1976

書　評

植物人間の記録

藤　田　真　一

朝日新聞社　1977年12月10日発行

¥ 1,300 円（438 頁）

藤田真一さんは朝日新聞の社会部の記者である。私は新聞のことは知らないから，医療のような専門分野を担当されるのは，科学部とか，学術部の記者さんだとばかり思いこんでいた。そして社会部の人というと，いつも医療を告発する立場になって，大衆の代弁者として，まるで，裁判官のような発言をする人達だとばかり思っていた。私と同じように考えている人は多いと思う。

しかしこうした人達もこの本を読むと，その先入観が全く間違っていたことをはっきりと知らされる。いやそれどころか，医療というのは社会の問題なのであって，本来社会部が扱う分野であって，科学部や学術部が扱うのは間違いだと，はっきりわかる，後者が扱うのは医学の分野である。

私は長いこと医者をして来た，開業医であった。だがこの医学と医療の区別そして，その互いのかかわり合いがどうしてもはっきりつかめぬまま悩み考えながら患者さんを診て来た。最近になって，漸くいくらかその霧がはれようとして来ている。

しかしこの本を読むと，医療の原点について，私達医師が具体例をもとにして，教えられることが非常に多い。

「医療とは，つまるところ，病む者の立場にたって，患者さんに何をしてやることができるか，この一点に尽きるのではないかと思った。」（原文の一部より。）

そのほか，我々医師がはっとするような珠玉の言葉が文中に，さりげなく，やさしい言葉で語られている。私は難かしい医学書を読み，開業医にとり入られないような技術の末に頭を悩ますよりまずこの本を読んで頂きたい。

実例が豊富で，文章はさすがに書きなれたもので，平易で，読みやすく，人をひきつけてゆく。また患者さんを描くだけでなく，その背景となっている社会，世相をひろくとりあげてゆく手法は，今後の我々のプライマリ・ケアでの医療の実践について，やはり大いに参考になる新しい方法論を暗示しているように思える。

皆さんに是非一読をおすすめしたい。

実地医家のための会の活動についてもふれておられることを附記して置きます。　（渡辺　淳）

座　談　会

患者とのつきあい方（上）

昭和53年2月1日　於東洋信販会議室

——出席者——

天野　曄
本田三郎
依田三郎
安田勇治
佐藤安正

司会／北川　欣也
記録／上田篤次郎

司会　雑誌には論陣を張って，主張を述べるという硬い面と，読者が〝隣は何をする人ぞ〟といった，興味を持って期待するのに応えるといった軟い面とあって，座談会などは後者に属すると思います。

会員を戦前派，戦中派，戦後派と分けてみると，私など後期戦中派が既にこの年となり，戦後派が50%を越えた現状では，医学も，ニューファミリーの出現など患者側も変っていますから，それらの新しい情報も知りたいというのが一つのねらいでもあると思います。

そこで先ず〝患者とは何か〟というところから始めましょう。

I　患者といえるための条件

司会　たとえば，自分の家の前に青い顔をしてうずくまっている人がいたとする。それに〝どうしたんだ，俺は医者だが……〟と声をかけたとしても，その人が〝いや何でもない〟と拒否したとすれば，そこには医者と患者の関係が成立しないから患者とはいえない。

またよく幼稚園や小学校の先生が児童や生徒を連れて来ることがあるけれども，ある処置をしなければならないとき，親や保護者の存在は必要ないのか，親権者がいなければ患者としての条件に欠けるのではないかといったような疑問があります。そこで患者とはどういうものかというところから考えてみたいと思います。

本田　私は産婦人科ですが，ホームドクターまたはファミリードクターの条件ということを考えてみたんですよ。

さっきの小学校児童の場合や，親権者の立会いは必要ですね。それから〝先生にかかる〟と意志表示しない限り医療関係は成立せず，勝手に手をつけると厳密には傷害になります。

司会　やっぱりそうですかね，殊に産婦人科の領分ではそうでしょうね。

依田　しかしこの頃では子供だけよこすというのは非常に多いですね。つまり若い親達は子供に独立心を養わせたいというのでしょう。

本田　それは本当にむずかしい問題で，保険証を持って来たときは親が了解していると判断してよい。学校の先生が連れて来たときは，親の了解を得たかどうかが必ず聞く必要があります。

依田　保険証があれば親の了解済みというのは先生のお考えか，世間一般にそうなっているんです

か。

本田　了解済みと判断したということは通ります。

依田　依田先生のおっしゃるのは患家と医者の関係が既に成立している場合が多いのではないですか。

依田　そうですね。

司会　初診の場合は家へ電話して〝どうしてついて来ないんだ〟と確認しなければ危い。

依田　中学生位なら大低1人で保険証を持って来ますね，勝手に引出しから持ち出して来ることもあるでしょう。

上田　保険証を持って来て，該当することが確認できれば，たとえ他人の保険証でも，それ以上詮索することは出来ませんから，こちらの責任にはなりませんよ。

本田　学校の先生が連れて来たので治療して〝あとで保険証を持ってらっしゃい〟といっておいたのに，〝頼んだことはない〟といって金を払わなかった例はあります。

上田　親が受診の際〝あとで子供をよこしますから〟といって来た子供のとびひに，ペニシリン注射をしたらショック死してしまった事件の判決で，注射というようなときは改めて親の承認が必要だというようなことが書いてありましたね。

司会　その辺のところはわれわれの業務に対する態度がルーズになってますね。

上田　新宿駅の騒乱事件のときにね，病院に警官の負傷者も学生の負傷者もどんどん運び込まれて来たんですね。ところが学生側は黙秘権を使う位ですから，住所も名前も全然いわない，治療費を請求しようにも〝警官がけがさせたのだから，そっちから取れ〟という始末で，その上部屋中着物に浸み込んだ催涙ガスが立ちこめて往生したと院長さんがぼやいていましたが，意識がなければ兎も角，治療は拒否しないが黙秘しているというような場合，果して医療関係が成り立つんでしょうかね。

本田　法律的には医療契約は成り立たないから，ことわってもよい筈です。

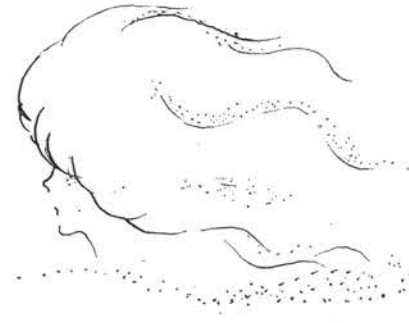
安田　法律的には〝患者とは〟という定義が決められていますかしら，医師法にものってないんでしょう。

本田　一つの契約だから。住所氏名はいってもらはなければ成り立たないでしょう。

依田　先程北川先生のお話の，家の前に倒れていた人の例ですが，先日うちの前でお年寄りが倒れていたんですよ。隣の人が見つけて連絡して来たので，救急車ということも頭に浮んだんですが，目の前に倒れているので放っても置けず，家へ入れて処置したんですよ。ところが隣の人に倒れたとき電話してくれといって番号を告げていたので，隣の人が電話したら間もなく家人がやって来ましたが，衒煙草でね〝どうも済みません，電話料はいくらですか〟（笑）と聞いただけで車で連れて帰ってしまいましたね。隣の人が気毒がって詫びましたが，これは関係ないことでね。

患者とは何かということはなかなかむずかしいことで，私は古いから〝病歴を持っている者はすべて患者〟と思っていたんですがね。

司会　私にも特殊な経験があるんですが，近所だけれど来たことのない人が往診を頼みに来たんですよ，50歳がらみのアパーティシュな女で，病歴



を聞いてもさっぱり要領を得ない，兎も角行ってみて脈をみたけれど，脈は触れないし，心音もかすかな状態で，何時から悪いのか聞いてみると，3日前からだという。

何もしないで，すぐ救急車を呼んで安田先生の病院へ送ったんですが，途中で死んだんですよ。

僕のえげつない世間知が働いた面もあるんですが，注射の1本位打っても駄目だ，原因も分らないとなればそうするより仕方がなかったんですよ。

次におこる問題は行政解剖ですが，行政解剖に廻したら，その後そのうちは患者として来なくな

りますね。痛くもない腹をさぐられたという感情が残るんでしょう。

この患者の病名は黄色肝萎病ということに落ちついたようですが，保険金が入ったのか家は新築するし，3月たったら若い嫁さんが来るといった，いささかミステリヤスな例でした。（笑）

3日間なぜ放置していたか，疑問は残りますね。

安田　うまくやりやがったというところですね。

司会　そう，近所ではそんな風評がありますよ。たまたまそういうタイミングになったと善意に解釈していますが，ある場合には疾病と患者というものを分けて，考える必要があると思います。

人格を失う程疾病が悪くなればこれはもう仕方がないけれど，人格があってもし〝NO〟といえば，タッチすることは出来ないと考えるべきではないだろうか。

学童の場合，急を要する時は兎も角，親権者の来るのを待つ必要がありそうですね。

本田　来なくても，電話か何かで了解をとっておけばよいですよ。学校の先生にやらせるべきですよ。これは厳密にしておいた方がよいですよ。

依田　家庭医という人間関係が予め出来ていればいいんですね。

本田　だからホームドクター，ファミリードクターの定義をどうしたらよいか考えたんですよ。

私は産婦人科ですから奥さんや子供は来るんですが，丹那さんが来たらホームドクターの関係が成立したと判断しています。（笑）

司会　成程ね。

上田　英語でホームドクターというのは何々ホームといった施設の嘱託医のようなものを指し，われわれのいう家庭医に当るのはファミリードクター，ファミリーフィジシャンといっているようですね。

司会　そうするとわれわれはファミリードクター，ファミリーフィジシャンの方を使うべきですね。

本田　ホームドクターが慣用されていますが，私達が最近出した本はファミリードクターに統一しました。

上田　終戦直後上野駅の近くの病院にいましたが，旅行途中の患者を随分連れて来ましたね。

意識のないときは仕方がないので警察や鉄道公安官に持物などを調べて連絡をとってもらいましたよ。

依田　身元不明なときなどは手をつけない方がよいということになりますか。

上田　手をつけないというより，つけられないことがあるということを意識して置くべきだということでしょうね。

安田　私のところは救急病院だから，そういうことはしょっちゅう起るんですよ。

冷静に考えた方が賢明だと思いますが，目の前に傷ついたり病んでいる人がいると，体の方が先に動いちゃって，頭で考えることが後になってしまい，処置が終ってから家族のことが頭に浮んで来るのが実情ですよ。

司会　そこが良いところですよ。

本田　救急は良いんですよ，ただし治療費を支払われないことはある。（笑）また結果がよければ問題はないけれど，悪いと問題にされることがある。自信があればやれ，自信がなければ手を出すなということになりましょう。

上田　自分の守備範囲と能力ということを忘れるなということですね。

昔酔っぱらって腕を切って来たのを，処置しようとしたら〝何でもない〟と拒否して荒れたんですね。どうにかつかまえて縫ってやった。翌日夫婦同道で謝って来ましたからよかったものの，本当は拒否しているんだから手をつけない方がよかったのかも知れませんね。

安田　やっぱり酔っぱらいはふんづかまえて縫ってしまいますね。大体この頃はお巡りさんがついて来ますからね。

司会　お巡りさんがついて来れば，その庇護の下にあるんだから良い訳ですね。

本田　それと都会と田舎では違うんで，都会ではどこの馬の骨か分らないのが多い。

安田　この頃は出稼が多いでしょう。遠い青森だとか，身元の分らないのもありますね。

司会　一歩進めて，そういう身元の分らない者の診療のとき区役所かどこかに，連絡すれば〝やって下さい〟というような窓口があると良いですね。

安田　今は公費負担のいろいろなのがありますから，福祉事務所に相談すると良いですよ。

司会　成程〝この金とれるかなあ〟と思いながら処置することはありますものね。

医療が契約であるということはどこにも成文化されていないんじゃないですか。

本田　医療事故で契約不履行の訴えがあるように立派な契約ですよ。

司会　そうすると契約内容をきちんと確認して置

く必要がありますね。たとえば，かかりつけの医者がたまたま休みだからみてくれというようときね〝これとこれとこれをやれば良いんですね〟と念を押した方がよいことになりますね。

医療というものが，何となくあいまいな形で進められていることが案外多いんじゃないですか。

上田　この頃休日診療の当番医制がありますが，〝それではこれだけやって置きますから，明日かかりつけの先生に報告しなさい〟といって帰すより仕方がないことがあります。

本田　それは必要ですよ。逆に住所，氏名，生年月日をいって医療を受けた者は支払いの義務があります。

司会　さっき話が出た新宿の騒乱事件のようなとき，医者の守秘義務と警察力との関係はどうでしょう。

上田　実際には院長は外科で手術室に入ったきりで処置していたから，外でどんなやりとりがあったか分りませんが，後で整理しようとすると，住所，氏名，年齢一切不明ということだったようですね。

警官が逮捕した者の処置は警察が相手ですが，弥次馬の方はどうだったか聞いていません。

本田　医者の守秘義務は〝故なくして漏らしてはならない〟というもので，警察力の方が優先します。警察，裁判所，税務署みな医者の守秘義務を上廻ります。

司会　損を覚悟でやるのが医者ということになりますかね。

II　実務上の患者

まず医者と患者の関係が成立したとして，実際に医療に取りかかる段階でのつき合い方というものがあると思います。

たとえば，医者は自分の主体性の下に業務を遂行したいが，患者側からすれば，自分の要求を満たす存在であって欲しい，本来は一致すべきものですが，食い違うことがある。主体性の所在如何，あるいは医者の立場とは何かということがあると思います。

医者とすれば，こういう検査が必要だと思っても，患者からすれば血を採るのは痛いし，時間もかかる，また結果が出るまで不安な気持でいなければならない，兎に角この苦痛だけとってくれれば良いといった短絡的要求があります。

私の感じではある年齢層から上ではまだ医者，芸者，役者，といった意識が残っているように思います。

極端な例では〝この病気には随分手古摺つたけど，先生になおせたらおごるよ〟（笑）というのがあります。〝あんたの考えでは医者は下男下女に毛が生えた位のもんだけど，医者には医者の考えがあるんだよ〟と話すことがありますが，さて医療の主体性ということをどう考えられますか。

70歳のおばあさんの瘰癧を切るったって，本当は心電図位とってみなければ安心して麻酔もかけられないでしょう。どの辺で折れ合うかということ……。

上田　本当に大事なことで，ふだんは〝病気のなおる力は貴方にあるんで，こちらはそれを助けるだけなんだよ。だからよくいうことを聞いて養生しなければ治らないよ〟と逆用していますが，ぶつかることはありますね。

本田　医者の医療に対する考えを真正面から打ち出すのと，患者の要求に専ら応えようとするのと二つあると思いますが，要はその先生の考え方に

よるものと思います。

しかし時代の流れで，何かあったとき検査も何もしていないと納得させられない。あんまり必要はないと思っていても，医療事故のことなど考えると，万一の場合を考えて自然検査は多くなって来ているんじゃないですか。

上田　新宿でも産婦人科の先生で〝院長はカトリック教徒なので妊娠中絶のご要求には応じかねます〟と標示していた方があります。

本田　ある宗教の信者では〝貧血がひどくなっても，私には輸血をしないで下さい〟というものもありますよ。

あまりに観念の違う人は私はことわります。

私は医者と患者の間合の取り方だと思います。

自分の間合の範囲内にある患者はみますが，どう考えても遠いと思うものはことわります。

司会　成程ね。

ご自分の医療観をもっておられて〝飽くまで待とう時鳥〟ということですね。だから医療の主体性はこちらにあるのだ，その中に引きずり込んでゆくということになりますね。

本田　患者の医療に対する考え方が変ってくればそれに対応してゆくより仕方がないと思いますね。検査にしても患者の方がお産を一つのエマージェンシーと考えるようになればやります。

本来はお産は自然現象でエマージェンシーにならないようにチェックすれば良い筈ですがね。

安田　医療を進めてゆく上で，こちらのペースに乗せてゆくことも医者の技術の一つだと思いますね。

たとえば胃潰瘍で手術しようというとき，なまじ本なんか読んでいるため，なかなか〝うん〟といわないこともありますね。

上田　天野先生のように小児科では患者さんより母親を説得するのが大変でしょう。

天野　以外に大変ですね。

司会　以外どころか一番大変でしょう。

天野　第一に母親がいうことをきいてくれません。われわれが常識だと思っていること，たとえば学校を休んで薬をのませている子なら，家で静かに休ませていると思うんですが，特にいわなければデパートへも連れていってしまうんですね。（笑）外で遊ばせておいて，ちっともよくならないと文句をいう。（笑）

安田　この頃の母親は自分中心主義で，子供のことも考えないようですね。

天野　いまの母親は第一次ベビーブームのときの人達でしょう。自分が躾られていないから，教育なんか出来ないんでしょう。

司会　われわれだって戦中派で，戦後派はいないでしょう。上田先生なんか古典的戦前派(笑)で，ニューファミリー対策は考えておかなければなりませんね。

Ⅲ　患　者　教　育

天野　ニューファミリーというのは何も知らないけれど，主張することだけは物凄く主張しますね。たとえばカゼの子供を連れて来るとき，体温位測って来るのが最低の礼儀だと思うんですよ。

ところが，10人中まず8人まで体温さえ測って来ませんね。

乾先生がやっておられるような患者教育は大切だと思いますね。

司会　どんなことをやっておられるんですか。

天野　毎月，日をきめて糖尿教室，育児教室などやっておられます。

司会　それから昔は診察のときはどうせ肌を見せるんだから，裸になりやすい格好をして来たものですが，帯付きで来たりね。

天野　アナムネーゼを聞いてから診察となるとおもむろに脱ぎだす，話をしながら衣服をゆるめるなんてのは10人に1人位で，兎に角時間がかゝりますよ。

船橋の坂口先生が〝縫いぐるみ〟はけしからんと怒っておられましたが，考え方が第一おかしいですよ。

司会　集めて教育するのは大変だけど，平素〝体温というのはお母さんの感じを聞いているんじゃなくて，体温計の目盛りがどうだったか聞いたんですよ〟って，その場で教えているんですよ。

安田　どうして体温を測らなくなっちゃったんでしょうね。

司会　それは前の代が悪いってことになるのよ。自分の体を守るという基本的伝承がなくなっているんですよ，親を教育しなかった親というと我々の世代が悪い。（笑）そういうことは教えないで，高校生の教科書を見ると心筋硬塞は——なんて書いてあり，それが試験に出るんでしょう。ちょっと見当が違っていると思いますね。

天野　平井先生のお話で親が子供を甘やかすため登校拒否などがおこるとありましたが〝熱を測らしてくれませんので……〟なんて母親が多いんですが，あれは測らしてもらうもんでなくて，測るもんだと教えています。（笑）

上田　〝ちっともよくならないんですが〟というのに限って〝薬をのんでくれないので〟なんていいますね。（笑）

その都度教えるより仕方がありますまい。

安田　子供が熱を出したと思ったら，体温を測るべきであるというような運動までおこさなければなりませんね。

天野　われわれの診察室で教育したって高が知れてるんですね。それこそテレビか何かでやるべきでしょう。

本田　日経メディカルで阪大の先生が〝患者教育をやるのは医者でなくてマスコミである〟といっておられますね。

佐藤　でもテレビで熱の測り方なんてのをやるとスイッチを切っちゃうでしょう。

司会　いや，スポットみたいに入れれば良いんですよ。

天野　笹川さんみたいにね。（笑）そうやれば随分違いますよ。

上田　日本医師会のテレビ番組でもね，医者向だけでなく，短いのをちょっと出して〝日本医師会〟なんてのは良いムードだと思うんだがな。

佐藤　冬になるとPRしてもらいたいと思うのはポットの火傷ですね。毎週毎週来ますね。

どうして倒れたらお湯の出るポットを作っているのか，よちよち歩きの子が火傷して来ますね。

厚着してるしひどいのがありますよ。足首あたりが多いけどあとで植皮しなければならなかったりね。

司会　こわいのが分らない幼児では火傷，墜落，誤飲の三つですよ。

火傷ではポットとコード付きのパーコレーターをやめてもらう，パーコレーターでは頭からかぶってくることがありますよ。

それから墜落では縛りつけてもよい，泣いても縛っておけば落ちることはない，二階だったら小学校3年までは手摺をつけさせる。それから廊下を磨くでしょう。それにナイロンの靴下を履かせれば滑るから，子供の首を突込む高さのダイヤガラスはみんな外せといってます。

天野　暮しの手帖ですね。

佐藤　それから自転車の後にのせてスポークに足を捲き込まれたやつね。お母さんが乗せたのが多いけど，おやじが乗せたのはアキレス腱までやられたり，ひどいのが多い。（笑）

今のお母さんは女性上位で威張っていますが，子供にけがをさせると小さくなっています。（笑）

病院へ外の病気で来ていたのに，追加病名でね。

依田　チューインガムを嚙んだり，物を食べながら来たりするのがあるでしょう。その場合で叱ったりしておられますか。

天野　いちいち叱ってもおられませんが……。

司会　私はその場で親を叱りますね。

天野　いうと飴玉を自分の口に入れて，診察が終るとまた子供の口に入れていますよ（笑）

上田　待合室であばれても母親は平気な顔をしている。

依田　靴はどうしていますか。

天野　ほとんど履いています。

依田　スリッパに履きかえるようにしていても，子供の靴を履がせたまゝの親がありますね。

先生のところはこわいという評判が立つといいんですが，甘く見られていると，とんでもないことがありますね。

天野　お煎餅なんか食べていると見ても分りませ

んものね。

安田　待合室に注意を貼ってあります。

待合室で他の子供にまでお菓子をやるお母さんがあるでしょう，困りますね。

天野　子供が本などピーッと破いていても，お母さんは知らん顔して本を読んでる（笑）

森杉先生のところの看護婦さんが〝ここは遊び場じゃない！〟って始終叱ってくれます。（笑）

依田　医師の側ですが煙草はどうしてますか。

天野　待合室に灰皿が置いてありますからね。

安田　自宅の方でフラウが診療していますので，最近禁煙に踏み切りました。

司会　〝先ず槐より始めよ〟ですか。

それは良いことですね。

佐藤　でも3時間も診療を続けているとつらいですね。（笑）

司会　〝顧みて他を言う〟で自分達のことも考えなければいけないな。（笑）

日本の医者の診察室は検査道具がずらずらと並んでいるけど，外国のは応接室で，でんとしていますが検査などは別のところへ行ってやるんでしょうかね。

天野　彼等のはオフィスですね，システムが出来ていますからね。

依田　日本で将来はどうでしょう。風土が違いますからね。

上田　私のところは検査はみな外注ですから，診察室にあるのは聴診器と血圧計と心電計位のもので，その方向に向いつつあるともいえますが，だらしがないので診察台の上に一杯書類を積み上げて，患者をねかせるときはそれをどけなければならず，心を入れ替えようと思っています。（笑）

天野　医薬分業が進んでゆくと，薬局の部分はカット出来ますね。

上田　医薬分業は患者の立場から見て良いものでしょうかね。処方箋をもらってまた薬局に行かなければならず，大学のように薬の実物を知らないで処方ばかり書いている医者の方が薬の使用量も多いと思いますね。

依田　外国から帰って来た人は日本の方が良いといっていますね。外国こそ日本の真似をした方が患者のためでしょう。

佐藤　私の外来担当のときは外来患者，特に老人が多いんですね。それで日をかえてみたらその当初は暇でゆっくり出来たけれど，じきまた老人で一杯になってしまう。予約制も考えたけれど救急が間に入るのでうまくゆかないんです。

司会　私のところは夜無人で朝一定の時間が来るとロックが開く，そうすると患者が受診申込みをして帰ってしまう。診察を始めると順番が来てもいない人があって，そこに飛び込みを当て嵌めるといったことで何とか流れています。

佐藤先生の予約制も駄目，楽をしようというのも駄目ですよ。老人は先生に死水をとってもらおうと思っているんだから，宿命とあきらめるんですね。

佐藤　最後のしめくくりをやっているので，みないわけにはいかないんですよ。マンネリにならないよう頭を新鮮にしておきたいので，時間的余裕が欲しいんです。

腰が痛いといって来て話を聞いているうちに，高血圧だ，糖尿だと老人ではいろいろ出て来ますからね。

司会　年齢を考えないで〝正確は良いことだ〟とバリバリやって来ましたが，老人に対しては〝知らぬが仏〟ということも必要ではないかと思うようになったんですよ。余生短い人にコレステロールがどうのといってみても始らない。むしろ積極的にずっこけることも考えています。

別に結論は出なくても良いんですが，結局医療の主体性はどうのと大上段に振りかぶる必要はなく，医療も人間関係だから適当に間を置け，そうすれば自然帰するところは一つになるということでしょうか。

真実を追求する医師の診療意欲が根本であるけれども，人間関係をがさがさに荒らげてまで主張を通すことなく，何時とはなしに医師のペースに乗せるという所でしょう。

佐藤　治療に患者の協力を得ることは必要ですね。肥満症など特にそうですね。

それから頸腕症候群のとき話しましたが肩こり，首の変形などにバスタオルの枕を推薦しているんですよ。

普通のバスタオルを棒状に巻いて直径12cm位の

枕を作らせるんですよ。見本を置いてあって〝枕というと看護婦が持って来ます。

先日，患者が〝先生教えて載いて肩こりがすっかりよくなりました。うちの主人も肩こりがあるので，長さ1m位の長いの作りましたら，とても具合がいいようです〟と教えられましたね。

ダブルベッドでなくてダブル枕ですね。（笑）

一方がずっこけると一方が押えるんだそうです。

司会　朝鮮の妓生のは長い枕ですよ。

佐藤　朝鮮から来たのかな，日本で売れますよ。

司会　頸椎の自然的変曲を保つんですね。

話は変るけれど，患者教育としてテープレコーダーを使って，パターン化した知識を与えるようにしています。痛風，リウマチ，レントゲン撮影の三つで，まあ時間稼ぎですがね。

自分がみてもらっている先生がしゃべっているところが良いので，かなり有効だと思います。

それから，患者とのコンセンサスを得るため，天眼鏡とイヤホーンを設えつけています。

佐藤　イヤホーンのいるような老人は一応持っているようなのでご用意してありませんが，分らないときは筆談です。イヤホーンもとりあげて聞いてみると雑音ばかり多くて，本当に役に立っているか疑問ですね。

司会　次は公費負担との関係ですね。私は難病のうちの悪性リューマチだけは扱っていますが，公費負担については少し勉強しておく必要がありますね。循環器障害のあることも明記してやれば簡単に通りますよ。

安田　それに公害病。

上田　公害病は病名だけで，居住年数など条件が揃えば通ります。

司会　高額医療の申請はどこへするんですか。

安田　区役所です。

本田　組合健保では組合から自動的に返って来ます。39,000円を超過した分だけ返ります。

安田　期間は2カ月です。

佐藤　その外原爆被災者，結核などありますね。

上田　税の申告の時期になると，医療費控除の書類をもらのに来ますが，あれも随分誤解していて，全額引いてもらえると思っている人が多いですね。年間の健保負担金から5万円または所得金額の5％を引いた分だけ（最高200万円）です。

依田　何年も遡って書いてくれというのもありますよ。

本田　健康保険のは保険者の方へいらっしゃいといいます。自費やお産は有料で書いてやります。

司会　医者と公費負担を受けられるものの一覧表があると良いですね。

上田　それから死亡診断書は医師会で基準を決めていますが，あとで生命保険や何かに使うのをもらいに来るのは写を与えるのだから文書料だけでしょうね。

司会　死亡診断書はどう取扱っていますか。

医者の業務の正に終点ですから，旦那寺の過去帳のように幾分儀式化して格調高く扱ってはどうでしょう。

上田　控を綴じておくだけで，あんまり格調は高くありません。（笑）

安田　そんなムードになれませんね。（笑）

司会　それから，警察から手配写真を持ってくるでしょう，病める人達が来る所だから血なまぐさいものは困るとことわっていますが，どうしておられますか。

依田　ポスターみたいに大きいのと，ガリ版の小さいのとありますね。

受付の内側下の方に貼っておく位です。

安田　うちのは凄いですよ，大きく……と書いてあります。（笑）貼らないわけにはゆきません。

司会　漫画的なら却って良いかも知れない。

警察の廻し者みたいだけどね。（笑）

（つづく）

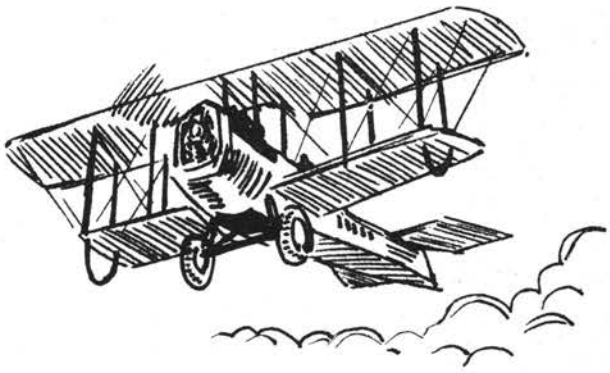
学会便り

羽城　薫

基礎医学とは地味なもの蕗の薹
高稲架木どれも瘤持つ春田かな
残雪に車窓眩しき越路かな
春雨にとざされ佐渡の能舞台
しきたりの磯開きとぞたらひ舟
佐渡雪解穿子の墓はただの石
大佐渡に春の八重雲たたなはり
風花やかつて訪ひし日そのままに
腰細きおけさ人形春燈下

親父と息子の駆けある記

—地球弥次喜多道中記—その2



新　野　　稔

14才の息子との地球弥次喜多道中記は先回お話ししましたが，息子も高1となり，再び親父と息子とが欧州を駆けあるいて参りました。海外に出るときに私自身を納得させるために，もっともらしい言葉をみつけてくるようにしています。今回は次のように表現することにしました。「専門とする裁量と決断の科学より遠ざかって，人間として自己をみつめ，日本のよさを見なおし，自分の思索の時間をもつとともに，高1の息子と一緒に1つのものを観察し，その考え方，価値観その評価を通して子供の成長を観察して，その人間像を把握したいので」外国にいってみました。なぜそのようにこじつけたくなるのでしょうか。それは誰れからもわずらわされたくなく，息子ならいうことを聞くと思ってか？外国では子供を大切にしてくれるから？人間の甘えの構造を利用して，ブラリと行ったといった方が本音かも知れません。外に出る大義名分もできました。そのように社会構造が人間を複雑にしていると人間が退化しているのかも知れません。そのように考えるようになればもう年ですね。でも外国に行く元気があるだけ若いのかも知れません。昭和50年末から51年にかけての紀行です。

出発より番くるわせ

容体急変の患者があり出発時間にまに合わず，交渉し南廻りのが手に入り，羽田に出向くと，エンジントラブルで時間まち，出発時間が大変にくるい約5時間おくれの26日午後9時に，ルフトハンザの機内に坐ることができました。香港，バンコックは予定時間で飛行，これでわずらわしさから開放された実感がわいてきました。息子はやおら，バックより数学の本をとり出し「のってきた」「ノッテ来タ」といって，寝ることも忘れ筆を走らせています。これでは時間ボケになるのに，他の人々がこれを見たら数学の天才がいると思うかしら？日本の学生は機内でまで勉強しないとだめなのかしらと思うのではないかしらと。いやいや親バカがいて親がすすめていると思ってはいないかしら，子供の自主性にまかしているのに……。

親父の方は現地到着からまに合うよう頭の切りかえです。英・独話での頭の整理，然し実習してみなければ身につかぬものと，すべてドイツ人のスチュワーデス，パーサー，彼女や彼をつかまえて聞いたりします。すべて語学の先生だもの。「bitte」に始まる言葉には実に丁寧に答が返ってきます。その態度もです。これは大変使い手がある表現です。パーサーとはいつしかゴルフの話となり行きつくところまで行った会話です。いやいや彼等は一定の時間働くと自由時間になるのです。そのひまつぶしに私が相手をさせられたもののようです。彼等もゴルフに興味をもち，スイスのゴルフ場のことも話題となり，段々プレイしている感じにさそわれそのおもしろい表現にぶつかりました。その1，2を述べてみます。

——even par——，次が bogey，double bogey，triple bogey，次の4オーバーは，quadruple bogey ときました。打ち方の話題となりますとagainstいや，風と闘う fight wind ときました。

三番アイアンを使うのがうまいかには handlといいます。段々興じて来て（いやいや狂かも知れません）shot がシャットになってまるでアメリカ人との会話になって来ました。よくよくウマが合ったのでしょうか，彼はひま人で相手？かまわず話しその素性を表したようなものでしょうか。日本のジャンボ知ってるかい。これは知りませんでした。何のジャンボかとかえって来ました，小出しにつなぐことで，He is the longest driver among the pros in Japan とニクラスみたいに飛ばすのかと。ではドイツでは飛ばし屋はいるのかい。でギャフンです。

球が右にはずれ，水しぶきを上げて池に入り，それからもう少しでカップに入ったのに off, splash, Tough luck／Hand luck／。大変現場の話しです。大変エンジョイしてくれて有難とう。パーサー氏，仲々のゴルフ好きです。頭のゴルフをしました。ドイツにはゴルフ場が少いので無理して話したのかも知れません。

食事になると例の如くスチワーデスは「何を飲みますか」と尋ねにきます。ワインもラインワインを，それもマルクで支払うと，彼女の微笑が段々増してきます。バンコック，アテネで勤務交替が普通ですので，手なずけの方法を考え楽しんでいますのに，となりの坊主は数学に没頭中です。彼女は心得たもので，そのつどソーダー，ワッサーを三つも置いていってくれます。2年前の息子は「外人はきれいだね」との表現でしたが，今回は「外人の年は解らないね，大部皺のある人もいるね，いくつだろう」と，もうカラスの足が出ている人もいるもの。ジャンボ・ジェット機の中で，遠くからワインの瓶のふれ合う「チリ，チリ，チリチリリン」を聞くだけでも座席に縛りつけられている退屈感も解放感となります。ルフトハンザは「エルドヴィレ，ホツホハイム」地区のワイン，バーデン地方のスペートブルグンダー，ヴウヴ・クリコ，ロウラン・ペリエのジャンパン，赤のブルゴーニューが嗜まれ旅を楽しくしてくれます。

カラチで再びエンジントラブルです。乗りかえのアテネは予定時間をはるかにオーバー，8時間おくれの現地時間午後3時着になりました。ここよりジュネーブに入る予定が，その最終便も無く，フランクフルトに行けば何とか目的地ジュネーブに入れると思い再び機上の人となり，午後6時にフランクフルト・アン・メイン空港に到着。正味塔乗時間28時間になりました。パーサーの彼とは握手なしのバイバイ，彼女には握手して心より感謝の意を表します。いつもここより目的地へは午後の9時頃までフライトがあるのですが，欧州独特の冬の濃霧でジュネーブ空港は閉鎖と知らされ，これより先を考えなければならなくなりました。彼女等の連絡でルフトハンザの営業嬢が親切に相談にのってくれ，息子と意見が一致し28時間の疲労をフランクフルトで休めることにしました。

ドイツは今も中世が生きている感じがします。然し第2次大戦でこの地は強烈きわまる破壊であったと聞きます。従って壁のむこうでは古い町なみ，こちらの通りは新しい町となっていても自然は明るくのどかです。息子はここまで来たのだから「古城」を尋ねてみたいと自分の案を披露します。親父は Klinische Radiologieの著者，Becker. K. E. Scheer, R. Kraus. J. Becker（ゲーテ大学）の名が浮かんできます。それに加えて“Der sichtbare Bronchialbaum”と，1927年 Fleischner が表現し，その後 Felsonが“Air bronchogram”の言葉で普及させ1973年，彼はこの地で「肺のX線診断学のゼミナー」を開いた事どもが想い出されます。

Frankfurt am Main で

息子と正月はパリーで過ごすことにし，それまでこの地に滞在することにしました。毎日欧州特

有の空模様で，どんよりとして9時に夜が明け4時には日が暮れ，時々雪がまいおりてきます。ドイツ人はいつ来ても働きものの印象を与えてくれ，町はまだ暗い朝の6時にはもう働き，町は活動を始めています。宿は欧州でのシュタインベルガー・ホテル・チェーンの一つ，フランクフルターホッフにしました。一流ですが気軽に入れる地下の Frankfurter Stubb では本場のソーセージがおいしいこと。標準サイズの「ビフテキ」は約1,000円，東京での1／4でしょうか。となりの人とマスターに色々聞いてみますと，次のような内容の返事が返ってきました。

「ドイツは工業国と見られるが，その工業を急成長させた経済大国の農業の実体を知りたいのだが……自給力の向上は農政上での課題の1つと思うが」……農業生産力も強化され食糧の総合自給率は80%といいます。欧州共同体の中で農業は弱体といわれながら，その構造改善の政策が着実に実を結んでいるのでしょう。新聞を持って来て，農村生活を楽しむ都会人の写真を示し，農村での民宿に国の補助政策があると説明してくれました。従って国民全体が農業に関心を示していることがうかがわれます。農村の収入面にふれ夫婦と雇用労働者2人で牛80頭以上，畑40ヘクタールをこなし1日の純収入が5万円が平均といいます。日本の農家約500万戸の平均耕作面積は確か1.1ヘクタールであったと聞いていますが，西独では約10倍の13.5ヘクタールで，アメリカは 180ヘクタールといってます。日本も農政の体質をかえてゆく必要があるのではないかと思われ，発想の転換が必要ではないかしらと思われます。政府の政策上の三大赤字の国鉄，食管，政管健保の赤字には共通した問題点が含まれていると考えられ，感心大なるものがあり，その1つの農政のことがらにふれてみました。

欧州では夏・冬年2回の大セールがあり，今は冬のセールの最中で，ウインドショッピングもまた楽しいものです。セールのとなりには来年の流行のものもならべられていて，スーツ，Yシャツにネクタイすべて同一系統色でまとめてあり，また白と青のコンビネーションなどドイツ人の重みある感覚を表現しているみたいです。

ホテルのすぐむかいに，Mercedes-Benz の営業所がありモデルチェンジした新車が並んでいます。欧州車は7年周期で変わっているようです。路上で走っている車をみていますと，ヂーゼルの Benz が60%，カブトの WV は大変少くなっていて，ゴルフの型がそれに代わっています。B. M. W, Audi, alfaromeo, citroën, Volvo, Fiat, Ford, Opel, Simca がみられます。

そのベンツの営業所で色々の知識を得ました。早口に Das beste oder nichts と，ここでは段々と難しい話しになってしまいました。営業所のチーフとの対話です。「自動車は人間に奉仕するもの」として考えているようです。彼等は「医師を最も重要な職業」と理解し，少くともドイツでは学問もそのように教えていて，最高の社会的プレステージを享受しているといってます。ベンツはプレステージカーでなく完璧さと高い実用価値によって一般的に承認をかち得ているといっています。では「安全とは何ぞや」……高速スラロームを安全にアマチュア，ドライバーに難なく行なえることが設計の必要条件の1つであると申しています。それに対しましては，能動的にまた，受動的な安全性をカバーする処置を施こしているとのことです。どのような路面条件でも強い横風でも，あらゆる速度範囲で優れたロード・ホーデングを保っているとのことです。

私の悪い虫がぬくぬくっと起きて来ました。「衝撃と車の強度との関係は？天候と路面条件との制動関係は？走行速度と横風との関連データーは？前照燈の立て目と横目の主要表は？安全最低タイヤ圧は？」それらの資料をみせて下さいと。「感覚的な表現の安全は理解できません，資料を基にしてその応用を考えた上での安全運転をこころみたいと」の申し出に対してデーラーを通じて解答しますと，3月になって衝撃写真を送ってきましたがダインとの関連の資料は㊙のため整理して送るとのことでしたが現在までまだ手にしていません。確約したことは一度は実行してもらえますがまだ「ダンケ」とはいい切れません。

黒い森を貫いていますドイツの高速道路では中型車が180㎞で，小型車は130㎞でとばしています。ほんとうに実用化された車が走っている感じです。現場で息子いわく「ドイツ人は親切だね」と，国民性によるものでしょうか。親近感を伴うものでしょうか，素朴に疑問をもってこそ民族間の理解につながるのでしょう。考える発想の発展も展開して来ます。ドイツの力は強いものを何かしら肌で感じます。日本とは何かしら違うのですね。何かしら我々と異なった底力が感じられ，国を愛する国民であり，交通ストでもあろうものならおそらく軍隊が出動して交通を確保する実行力はあり，また，1，2の宗教団体の私立学校をのぞいては大学は国営ですし，学生は自己の能力に応じて社会に奉仕する将来を考えているようです。これは息子も感じとっています。

合理的な面を眺めてみますと，地下道の昇り下りに，エスカレーターを設置し，利用者がいないときは自動的に止る人体による光電スイッチを利用し，身近かなホテルの設備をみますと，便器は実物を観察でき落ち込む2段式になっています。自己による身体の生活管理に便利にできています。部屋には小さい引き出しにも鍵がないと落ちつかない国民性をもっているのかしらと思われるぐらいです。窓のカーテンの端に棒があり，開け閉めの用に使われています。まことに合理性と何とかが重なりあい同居しているみたいです。

町に出るとカラテブーム，ランドリー屋さんが大のファンで，講習会を開きそのポスターが眼に入ります。息子と2人して歩くと大変親切にしてくれます。もう1人の片われがいないので同情しているのかしらと思われます。それともみじめと見ているのでしょうか。

親父と息子の風情があまりにも対象的なのでしょうか。いつ来ても堅実でおちついた国ドイツです。

（次号につづく）

先　生　様

春　日　温　子

実地医家のための会15周年に当りまして亡き主人に過分な表彰をいただき先生はじめ諸先生方の御厚情ただありがたく感激いたしました。主人にこの喜びを味ってもらえたらどんなによかった事かと，なつかしい先生方とお話させていただきながら，ずーと考えておりました。あの世からの主人の叱声を受けて思い切って祝賀会に出席させていただきましたが，あたたかな先生方のはげましを大変ありがたく貴重なものに感じて帰ってまいりました。

これからもどうぞ主人と私共もお仲間にお入れ下さいましてよろしくおみちびき下さいますようお願ひ申し上げます。

心からの御祝と実地医家のための会のますますの御発展を念じております。気候不順の折御自愛第一になさいますよう。

いろいろのお心遣ひありがとう存じました。

かしこ

こ だ ま

〝人間の医学〟の読後感をお寄せ下さったのが81号に関して30通，82号について8通に達しました。

謹んで御礼申し上げると共に，御高見を編集に生かす様努力します。

編集部

Ⅰ 集　　計

81号についてよかったと思われる記事，読物

1.	脳卒中の最近の話題	13
2.	医学教育をめぐって	12
3.	植物状態をめぐって	10
4.	感冒をめぐって	7
5.	臨床生活25年を回顧して	5
5.	つぶやき集	5
5.	私たちの例会	5
8.	肩凝りは万病のもと	3
8.	Q＆A	3
10.	山国御陵常照皇寺	2
10.	心電図あそび	2
10.	巻頭言	2
10.	書評	2

以下，便秘のはなし，例会でのレントゲンカンファレンス，血液病へのアプローチ500のプログラム教程，流行性呕吐症，私たちの研究と臨床など，各1が記載されていました。

82号についてよかったと思われる記事，読物

1.	西洋の医療事情	6
2.	喘息をめぐって	4
3.	うちの子をかえして	3
4.	私の意見	2

以下，心電図遊び，私の喘息治療，つぶやき，病気体験記各1

Ⅱ 感想，意見，要望

●例会記事

あまり遅れずにのせてほしい（麻生泰氏），「感冒をめぐって」など1年前の話なので，もう少し早くのせられないものか（福井安彦氏），遅刊克服（吉田秀一氏）

——例会2回で雑誌1冊の割合なので，その月の終りまでに原稿を戴くようにしても，最初の例会からは2月目に近くなり，印刷へ廻すまでに1カ月近く，印刷にかかって発送までに更に1カ月，結局最小限4カ月ということになり，これの短縮に腐心しています。

その上いろいろの事情が重なって遅れ勝ちですが，何とか短縮して御期待に添いたいと念願しています。

●例会の雰囲気まで伝えることは困難なら，印象記が必要か（新野稔氏）

●「西洋の医療事情」のホスピスの様に，エクアドルの世界一長寿村ビルカバンバに皆で行って調査研究をしてみてどうだろう（鈴木太郎氏）。

海外研究が盛んになって来ているが，会としてチームを作って国際間の交流の大系を作っては如何（新野稔氏）

——8月に台湾に行き中華民国の医師と友好を深めることになっています。

●医局で雑談しているうちにいろいろと教えられる，そういう方針で運営して下さると有難い。格好いい論文やムツカシイ研究は私共には猫に小判です。長いものも困ります。

このごろやたらと略字が多い——GOT，GPT，TTT……，何も知らずに使っているが，何の略なのか解説してほしい。

学問を捨てし町医に地虫出づ
わが医学おくれつつありつづれさせ
数枚の硬貨と替る風邪薬
乳鉢も使はずなりぬ流行風邪
沢井山帰来

——略語の一覧表，健保の点数表にあるもの位から始めてみましょう

残菊や生涯かけて一学徒
梅雨篭り誌上の友を懐しみ
上田羽城

●各県医師会の広報担当者と連絡をとり，相互のメリットを活かせたらと思う。（城下延夫氏）

●医療制度全般，その他についてアンケートをとりその結果を発表して下さい。

現在の医師会に反対するものではありませんが，これとは別に「第二医師会」というべきものがあってもよいと思っています。本会はそのようには進み得ないでしょうか。

——「第二医師会」という呼び方には誤解をまねく心配がありますが医師会の枠にとらわれない横の連絡の場としてはもっと拡げていいと思います。

Ⅲ 趣　　味

返信は男性32名（40歳代内科，小児科8，50歳代，内科，小児科11，産婦，外科3，皮膚，眼科，放射線各1，60歳代，内科，小児科5，70歳代内科1，不明1），女性3名(50歳代循環器1，小児科1，60歳代内科1）の方が記入して下さっていますが，

ゴルフ　7，読書　7，旅行　4，囲碁　3，短歌，テニス，卓球，音楽観賞各2，俳句，ドライブ，陶磁器鑑賞，油絵，墨絵，野草，水泳，観劇，手品，書道，オーディオ，外洋ヨット，空手，詩吟，カメラ，バイオリン演奏，寮歌祭参加，ドイツ語各1です。

村松博雄先生の逝去を悼む

上田篤次郎

村松博雄先生は昭和53年4月25日逝去された。2月の東京都性病対策委員会で先生のお姿が見えなかったのを，うかつにもお忙しいのだろうと想像してお見舞もせず，この訃報に接したことは一人心残りである。このところ例会にもめったに来られなかったので，先生をごぞんじない方も多いかと思うが，15年前永井友二郎，浦田卓，原仁の3氏と集って相談されたのが本会の発祥であるから，いわば「実地医家のための会」の生みの親の1人といえる。

先生の活躍しておられた主な分野が性教育であり，医事評論であったから，むしろブラウン管を通しての先生の方が知られていたかも知れないが，15年前に本会の必要性を感じて率先創設に努力された一事を見ても，その先見性と尽力は並々なものではないと思う。先生は大正15年12月7日，日本橋で誕生されたのだから生粋の江戸っ子である。水天宮様の近くで育ち，昭和26年慈恵医大を卒業後，母校産婦人科教室や日赤中央病院幕内外科で研鑽を積まれる一方，病理学研究に邁進され，昭和36年学位を獲得された。

昭和40年厳父逝去されるまでは御一諸に診療に従事され，その後婦人科医として活躍されると共に，インターン制度に基因する大学紛争の頃から，マスコミの誤りに警鐘を乱打すべく医事評論の分野にも駒を進め，また性教育の専門家として昭和41年，42年，44年，46年と4回に亘り，スウェーデンを訪れ蘊蓄を深められた。そして昭和47年2月には内田常雄氏を理事長に財団法人日本性教育協会の設立を為し遂げられた。〝実地医家のための会〟は多士済々であり，夫々の分野でパイオニアをつとめておられるが，村松先生はその先鞭をつけられたといえよう。さきに春日先生を失い，今また村松先生を失う，共に医師として難病を抱え，最後の入院の直前まで孜々として使命に邁進された生き方は若武者の散華にも似て，教えられるところ，が多い。

奥様のお話では肝障害で療養しながら仕事を続けておられ，4月入院の予定のところ，3月30日に急性腹症をおこされ急遽入院，その後2回激しい腹痛をおこされて亡くなられたそうであるが，剖検の結果は肝硬変の外に，かなり大きくなったガンが認められた由。しかもそれが生前発見できなかったとの事，医学の無力さに謙虚にならざるを得ない。戦争を経験し，戦争で死ぬ筈であった私など，余命の方が長くなってしまったので，死は恐しくないが，人間として何を残し得るかを考えると，眠る時間さえ惜しい心地がする。

幸い先生には下記のような沢山の著書がある。性の問題を無視して人の健康を論じ，療養指導ができると考えることなどはナンセンスなのだが，なまじ医者が科学者の1人と自負するような教育しかされていなかった為，性の問題はわれわれのウィークポイントの一つとなっている。少しでも多くの同志が先生の遺著を読み，その考えを継承し，発展させることが〝実地医家のための会〟の使命にも合致し，先生の供養になることはないだろうか。

弔句3句

咲き出でし牡丹散りぬ痛ましき

水天宮様に初夏来て君や亡し

新盆や偉業は歳に係りなし

—上田　羽城—

村松先生遺著目録抜粋

1. 性教育学入門　新宿書房
2. 中学校性教育事典　講談社
3. シリーズ　今日の性教育（共著編）　明治図書
4. 赤ちゃんタブー集
   胎児，出産，育児のポイント90　祥伝社
5. ママさん救急箱　朝日ソノラマ
   妊娠から出産までの胎児知識
6. 幼児救急箱　朝日ソノラマ
   満1才から3才までの育児知識
7. 赤ちゃん救急箱　朝日ソノラマ
   生れてから満1才までの育児知識
8. 今日の性教育　朝日ソノラマ
9. 講座　家族（7）　弘文堂
   第10章　性の混乱と家族問題

つ ぶ や き

O_2 欠乏

○上田篤次郎

大韓航空機がアンカレッジに向っているつもりがソ連領空を侵犯して，ソ連戦闘機に銃撃されるという事件が起った。（4月21日）

この報道の中で，特に私の関心をひいたのは高々度で気密が破れた時の状態である。

機は被弾するや直ちに急降下して，高度1,500 mで水平飛行に移ったと報じられているが，飛行速度600㎞，角度30度とすれば所要時間は1分30秒程度と推定され，乗客が酸素欠乏による意識障害を起こさなかったことも首肯できる。

雫石の空中衝突のように10,000mの高空に放り出された乗客では，肺胞内 O_2 分圧は1呼吸で著しく低下するから，意識不明のまま落下したのではないだろうか。

空気組成中の O_2 は高度に関係なく20.96％であが，肺胞内は37℃水蒸気で飽和しているため，O_2 はこれを除いた14～15％（平均14.7％）とされているから肺胞内 O_2 分圧は地上では(760－47)×14.7％＝105 mmHg とされているが，高度10,000 mでは気圧そのものが約 200mmHg であるから，(200－47)×14.7％＝22.5mmHg となり，純 O_2 を吸入していたとしても，O_2 は血液の方へ移行することはできず，大脳皮質への O_2 供給は断絶するからである。

もっとも，潜水時のように1分近くまでは呼吸を止めてこらえることができるから，咄嗟に呼吸を止めていれば意識喪失までに多少の余裕はあろう。

航空機の気密が破れれば，自動的に O_2 吸入マスクが座席に下りて来るようにできているとも報じられていたが，あの場合乗客の体験談にも機内のスケッチにも出て来なかったから少くとも大韓航空機にはその設備はなかったのであろう。

そこで思い出すのは昨年の日航ハイジャックであるが，ハイジャック防止に機内の O_2 分圧低下は利用できると思う。

大韓航空機事件で，一部では〝息苦しさ〟を訴えていた記事があったが，あれは記者の誘導訊問か，推測による筆のすさびであろう。

〝息苦しさ〟を感じるのは肺胞内 CO_2 分圧の増加か，心因性のものであって，急激な O_2 欠乏時は突然意識が消失するものであって息苦しくはない。

また，安静にしているときより運動時の方が O_2 需要が多いから，動き廻るハイジャックカーに早く O_2 欠乏現象の現われることも考えられる。

Strughold および Diringshofen によれば，高空において突発的にO_2供給が中断されると，不関領域，障害領域，危険領域，上空死と進むが，障害領域の半ばまでは自力救出が可能であり，その後危険領域のところまでは他力救出が可能であるとし，自力救出期は 6,000m で10～15分で 7,000m 3～4分，8,000m で60～65秒，12,000mで15秒という数字を示している。

O_2 分圧だけの点からいえば，大韓航空機のように 1,500m まで高度を下げる必要はなく，ぎりぎり 5,500 m（気圧½）以下ならよいのであって，十分な訓練がされれば，ハイジャッカーの活動を一時阻止し，しかも乗客には危険の少ない方法は考え得られると思う。

ハイジャックをするには武器の外，O_2 吸入装置も準備しなければならないとなれば，それだけでも事前発見のチャンスもふえ，抑止力となり得るのではないかと思う。

5月に入って全日空機か何かで，飛行中加圧装置の故障から機内の気圧が急激に下った事故報道された。

この事故では耳の痛みを訴えて治療を受けた者が数名あったようである。

これにくらべると大韓航空機が急降下したことは適切であり，氷上に胴体着陸して乗客に異常を感じさせなかった腕前といい，全機長の技術は相当なものだと感心した。

○木村　和郎

2，3ヵ月まえのことでした。ある友人から電話がありました。首がまがってしまったという変な患者を診てほしいというのです。病状がさっぱり要領を得ないのですが，とにかく来てもらうことにしました。学校をでたころ，教授が回診をしながら，〝アナムネーゼを聞いて見当のつかないものは，診察してもやっぱりわからないな〟と冗談とも本気ともとれるようにつぶやいていたのを思いだしました。

患児は8才の女児。2日まえから呕吐，下痢があり，電話をしてきた友人が自家中毒と診断，投薬していました。まえからときどき自家中毒を起こしていたのです。当日ややよくなったのですが，首がまがり，顔が右を向いてしまうというのです。〝こっちを向いてごらん〟と声をかけますと，一時的には左も向くのですが，またすぐ右を向いてしまうのです。そのうえ，赤ちゃんみたいに

よだれがたらたら，舌が口から出たり入ったり。私はとほうにくれました。

意識はハッキリしてますし，急いでも仕方のないことと考えて，明日にでも病院を紹介しましょうということで帰ってもらいました。

患者さんが帰ったとたん，いつか，他の先生と話していたときに聞きかじったことを思いだしました。そっちの先生に電話をしてみました〝錐体外路系の副作用がでるというのはプリンペランだったかな？〟

問題は氷解しました。患者さんも翌日にはよくなりました。

この話をある会合でしましたところ，プリンペランの副作用を知っている方が多いようでした。ともあれ，私にははじめての経験で，びっくりした症例でした。

○栗原　伸夫

新たに編集の役をおおせつかり，いささかとまどっています。

自分が読む立場であれば，勝手気ままに論文の取捨選択をして，読みたいものだけを読むということもできますが，編集の作事では，仲々そうはゆきません。多分・実体のつかめない読者というものを想定して，論文を組み合わせ，雑誌という型に仕立て上げるものが編集の仕事であろうかと思っています。つまり，人間の医学の読者——会員の諸先生方——に色々な御批判をいただきながら，より良い，我々による，我々のための雑誌を作っていかなければならないのだと思っています。従って読者と編集者の心の交流こそが，唯一の雑誌の支えでありましょう。外国の雑誌をみますと，よく，to the editor という欄をみかけます。私も，New E. J. M. をとっていますが，まず第1に目を通すのがこの欄です。この欄の中には種々な人の様々な考え方が生の声でパックされています。

それに対する編集者の考えが，実にみごとに使い分けられていて，読者と楽しみながら，討論しているようにさえ，見受けられます。雑誌の生命の拍動を感ずるようです。

そして，雑誌の編集に生気を与え，その雑誌を格調高くし，永遠の生命を与えるような気がします。

小生，雑誌の編集の仕事ははじめてですので，始めから気負って，名編集者のような事をやろうとしても，しょせんははかないものよと十分承知しております。大変ずるい考え方で恐縮ですが，会員諸先生方より色々の考え方を学ばせていただき，自分の血とし，肉としてゆきたいと思っています。安田編集長の下で，兵卒となって働く所在でございます。どうぞよろしく，お願い致します。

○濱名正太郎

今朝の新聞に日本の昨年の統計から平均寿命が男は世界一，女も間違いなく世界一だろうと厚生省の発表を大々的に報道していた。これを読んで気をよくし，自分もあとこれ位生きられるのかなどと計算している人が案外多いのではなかろうか。寿命の延びた原因が環境の改善などと相俟って医学のレベルアップや，医療管理がよかったからだと誰でも認めている。その一面に国民皆保険も力を貸したことは間違いなく，それは国民の福祉に関することだから財政の許す限り誰でも反対する人はいないだろう。然しこれによって我々医師がどれほど犠牲を払ってきたか量り知れないのである。そしてこのことを医師だけで国民の多くは知らないし，新聞などで知らせるチャンスが殆どないということが如何にも口惜しいのである。

日本の多くの実地医家は月始めの凡そ1週間を医療事務に追われている。つまり1年の凡そ¼を医学の進歩に関係のないことで時間を浪費し，労力をすり減らしているのである。勘定明細書作成のためにカルテを書き移す作業など医師のやるべき仕事でなく，この時間に患者の苦痛をやわらげたり，新しい診断や治療法を思索した方がどれほど国民の為になるか知られいのである。またレセプトを点検する多くの優秀な審査医師はその上更に1週間から10日を浪費に当てているのであるから勿体ない。この無駄な作業の後遺症は保険事務が終つたあとまで残ることは一層重要である。即ち夜更しして精力をすり減らし，或は折角油がのっていた研究を中断され，事務が終ってさあ勉強をしようとしてもその意欲を阻害されることは夥しい。若しこの無駄な時間がなくなったら大学や大学病院と同じ位開業医が論文を発表するだろうと私は信じているのである。

第二次大戦で軍医の経験を持つあるドクターがこんな話をしてくれた。昔軍隊では一冊の治療指針があってそれに沿わない治療をやると上官に叱られるから研究意欲を燃しているドクターにとっては極めて悪法であり，反対に研究意欲を持たぬドクターにとっては便利で有用であったといい，これは保険診療に似ていると指摘していた。然し日本の現状では医療水準は向上してきているの

であるから，保険診療の悪条件下でも如何に開業医が悪戦苦闘してきたか想像にかたくはないのである。1例をあげると多くの医師達は胃のレントゲン写真でフィルムを沢山撮った場合，金がかかるから減らすと支払基金から随分いやがらせを受けたものである。救助を受ける当事者である国民は医者達が何を訴えているのかも知らず，支払側は勿論支払基金と同調し，多くの報道機関は医師達に理解を示さないし，理解していてもそっぽを向いていたのかも知れない。早期胃癌を見つけて患者を救命することの最良の手段を頑強に主張しつづけ実行してきたのは実に孤高の開業医の集団であったのである。そしてこれは対称がモノだから自腹を切って補塡ができたのである。然し医療事務による時間の浪費は対称が時間だから自腹を切って補塡するわけにはいかない。医師と患者の両サイドにおける取りかえしのつかない損失がそのまま放置されているのである。だからこれをみすごすことに我慢ができないのである。

私は16年前開業した時からレセプトを書いたことはない。然し書いたレセプトを点検するだけで2昼夜はかかる。そして保険事務員の人数は看護婦のそれより常に多かった。このことはその内容と手段が如何に煩雑であるかを物語っており，その為に日本全体では莫大な人的資源と経費をこれにかけていることは間違いないのである。

私は保険診療の複雑な機構と政策的な内容などをよく知らない。だから無責任なこともいえるし，夢も描ける。私の主張はこうだ。その月のカルテを全部コピーし，患者毎に総額だけを書いた紙を上にして綴り，全患者請求額を示してこれを請求する。また来院毎にそのときの診療費の総額だけをメモした割印のある2片の紙を作成，1枚は患者に領収証として渡し，1枚は患者のサインをとっておいて請求時そのコピーもレセプトに添附する。レセプトの審査は計算を確めるだけど医師は不要事務員だけでよい。今迄浪費していた時間を研修に当て，保険診療の規範を少しはみでても自由に腕を振わせた方が張合があり，医学的にレベルアップすることは間違いない。莫大な経費が浮いてくるから却って赤字が減るし，立派なコピーの機械を無償で各医療機関に提供することなどたやすい。とまあこんなことを今私はつぶやいている。

○日向野晃一

ここ1，2年の間に，ずい分多くの同級生の訃報に接する。つい先日もM君の訃報に接した。彼とは卒業以来30年振りで会って初めてゴルフをしたのが最後で，それから数カ月後に亡くなってしまった。あんなに元気そうに見えたのにと，人間の生命のはかなさ，空しさをしみじみと感じた。

この頃，何故か死について考えることが多い。平均寿命まで生きたとして，あと20年余り。日に直して7300日あまり。そのうちの約3分の1しか，活動できないから正味は2400日位しかない勘定になる。そう思うと，本当に人生は短かいなあと切実に思う。

中学生の頃，まだまだ，人生は長いと思っていたが，本当に光陰は実に矢の如く過ぎて，今や残り少ない人生をあますのみになった今日，この頃，2度と繰り返せない人生を，どのように過そうかといろいろと考える。

思い返してみると，ずい分何もしないで，ぼんやりと時を無駄にしたように思う。

今になってみると，自分の才能の限界やこれからの可能性も，それなりに判断がつくだけに，これからは与えられた範囲で，残された人生をできるだけ大切に生きていきたいと思う。

私達の青少年時代は，生命が不当に粗末にあつかわれた頃で，身を鴻毛の軽きにおくことが美徳されていた。その様な価値観の中で育てられたものは，生命の尊厳さなどと急にいわれても，なかなかに得心がいかないことが多い。しかし，自分の生命を大切にする心がけがなくて，どうして他人の生命を大切にすることができるだろうか。医師の平均寿命は一般人のそれに比べて5～6年も短かいという。

この理由には，いろいろのことが考えられようが，少なくとも医師たるものは，まず己れの生命を大切にすることから実践する必要があるのでないだろうか。

○本田　三郎

人間の医学82号のこの欄に，新山先生が結婚式風俗の変化について述べられて，医療の世界，治療の面でもいつの間にか！，とさり気なくふれられました。心にしみる〝つぶやき〟でした。私のばあい，〝つぶやき〟というよりも〝つっぱり〟になりそうですが，先生に追随して，いくらかオーバーな私見を述べさせていただきます。

結婚式風俗がいつの間にか豪華と

なり，同時に，内面化をなおざりにしたショー化の方向に変わりましたように——そして，離婚率は毎年確実に上昇しています——，医療の世界，治療の面も，外形，内容ともに10年前とは相当に変わっているのではなかろうか，と思います。医療界は1まわりも2まわりも大きくなり，そして，没個性化と錯綜化が同時に進んだというのが正直な実感です。例えば，医事紛争は現在経済次元化しているのではないでしょうか

その10年前と比べ，医療費は数倍となって10兆をこえたと伝えられ，インフレ条件を加味しても巨大化は誰の目にも明かです。1県1医大政策は全国を駈けめぐり，医師数の倍加することも目にみえています。医師に対する世評と巨額化する医療費に対する風当りはますます強く，政治・経済的宿題として取り扱われています。最近の健保法改正の緊迫した動きから察しられますように，既に医療の論理よりは，政治・経済の力学が優先しているようです。高福祉・高負担と掛声は猫撫声ですが，その実，拡大・膨脹政策の矛盾に苦慮する姿が浮んできます。

私たちの日常生活面で，科学・技術的所産の波及には今昔の感がありますように，診療面でも血液自動分析器からC・Tスキャンまで，各種各様の新鋭機器の氾濫の前に眩惑感をおぼえるほどです。これらの勢いのままに流されてよいのだろうか，と立ち止って，目を据えて見直そうとするのは，また，当然の反省でありましょう。いや，むしろ，これまでの医療界の路線は袋小路に迷い込んだのではなかろうか，という声が聞えるようにも思われます。プライマリー・ケアが俄に関心を集めているのも，この底流と無関係ではないでしょう。

私共の「家地医家のための会」は既に「安楽死」や「死をみとる医療」を大切なテーマとして取り上げました。それは，現在の潮流に対して深い意味があると受けとめています。以上のテーマは会外にも大きな反響を呼びましたが，然るべき理由がありましょう。

まだ不十分とはいえ，「生」の問題と同様のリアリティを以て「死」の問題と対したことは，生命の尊重は死の尊重と表裏をなすものであり，死を内蔵した生の機構の必然について謙虚でなければならないからであり，医師は自らの限界に苦悩しなければならないからであり，こうした取組みの中から医療をより内面化し，深化し，「人間の医療」たりうるとの考えに発したものでありましょうし，この重要なテーマを遺された故春日先生を今更ながら追想する次第です。

もう一つ，生存のみの追求に終始することは，いわば positive feedback のみを積みかさねることであり，なだれ現象のように，遂には破局面を露呈することも否定できないように思われます。死について想い，熟慮することは単なる感傷ではなく，negative feedback として生を回帰させる契機となるものではないでしょうか。

私たちは医療以前に「人間の在り方」についてもっと熟思するよう迫られているように思われてなりません。こうした考え方をするのは，私が定年をこえた年令の故でしょうか。

○松坂　勲

プライマリ・ケア学会で，京都の中野進氏が，近隣医師の診療以外の時間の過ごしかたを調査して発表された。都市の開業医の日常意識の一端が示されていたが，自分も大差ないということで安心し，また何となく皮肉られているようで持戒したい気持にもなった。僅かの余暇の過ごしかたにゴロ寝とテレビという%が高かったのは自分と同年層の医師が端的にいって無気力だというのだろうか。そうではなくて，開業医は毎日の診療でかなり疲れているという実態をのぞかせるものだという推論であった。

開業医の卒後研修への志向は，現状ではもっと悲観的であり〝ニヒル〟ではないかという心配と，プライマリ・ケアという太い鉱脈を掘り起こすには，まだ幾つかの隘路や障壁があるという中野氏の意見であったように思う。

今は連合の時代，団結の時代といわれる。どんな有能な人でも独りですることには限界があり大事業は果せない時代となっている。勤務医は漸増の傾向に向かい，開業医は量的にも次第に圧迫されつつある。地域の医療活動にしても，相互依存の関係をつくりあげ，連帯でカバーして組織団結の効果の実をあげたいものである。そういった意味でも今年のプライマリ・ケア学会は実地医家の有効な示威行為でもあったと思う。

いささか生意気なことをいいすぎた。かくいう自分は全く無気力であり我ながらなさけない。これではいけない，何かを始めなければならない。心中いつも焦慮がある。患者に悩まされ家族に煩わされ，雑用に追われて2，3日新聞も読めないなどという愚痴がでる。昨日もそうであり，今日も不確かな気がかりがある。体も心もボロボロになるような

日もある。トランキライザーをのめばふらついて眼の焦点が合わぬ。足の水虫の手入れをしながら今日も何をしたというのだろう，ただ時間に押流されている自分をそこに見出す。現代人は心も体も健康ではいられないのではなかろうか。心身症的な側面がみえかくれする。「運動不足解消のため」にはゴルフがある。スポーツ・クラブがある。もっと簡単なルームランナーがあるといっても，おいそれと体を動かせない現実。いっそのこと，世俗をはなれたければ瞑想の世界があるではないか。精神の安定と集中訓練のために偉大なる人間で，瞑想の習慣を持たなかった人はいなかったのではないか。瞑想の世界で人間の創造力と認識力をたかめ，精神の領域を広く深く増幅しよう。できれば性格をも改善できたらと思う。

そういえば最近瞑想（メディテーション）をテーマにしたＬＰがでた。ヨガ道場と軌を一にする俗なブームものかと思っていたら意外にマジメで大上段にかまえたドキュメントであった。瞑想からすべてが始まるのだという普遍性を説き起こしているような，朗々たる読経の声と，神秘なメロディや大斉唱などが付いて，密教の世界へいざなってくれる。これは心身症の治療法の一つとして広く行われている。自律訓練法に似かよったところがある。自分自身で簡単に行える実用的な自己回復術ではある。

「気持ちが実に落ちついている」という自己暗示からはじめて，瞑想の世界にはいって行こう。自分だけの世界を暫しとり戻そう。無気力から脱出しよう。

○安田　勇治

O君のこと

出先に夜おそく家の者から電話がかかってきて山梨県都留市で開業しているO君が亡くなったと知らされた。さいわい出先が山梨だったので翌日の夕方O君宅に寄った。

母校の外科教室で数年学んだあと彼は故郷に帰って開業した。小柄だがいつも笑いを絶やしたことのない顔，温かい親切な人柄は誰にも愛されて山間の小さな町ながら目抜通りに大きな構えの病院をもち，また町のいろいろな行政にも実力者，名士として活躍していたらしい。

亡くなった日も朝から忙しく診療が終ってから夕方，町の教育委員会に出席して帰宅し激しい頭痛を訴えて横になりまもなく意識がなくなり，東京からかけつけた大学同期の内科の連中がついたときには既にどうしようもなかったという。

弔問客でゴッタ返す自宅の一室で親類縁者にかこまれ顔に白布をのせられた遺体をみるまでは，いつも元気だっただけにちょっと信じられない気持だった。廊下で奥さんに伺ったところでは，以前から血圧が高いことを気にしてはいたが養生は余りしていなかったとのことである。

3月21日の彼岸の中日が告別式だとき，Kと二人で甲府行きの鈍行にのったのも私の気持の中に何かそうさせるものがあったからだった。大学時代そんなにつきあいがあったわけでもない。卒後も大して往き来はなかったが彼のホームコースを無理してとってくれる好意に同級とゴルフ仲間と共に甘えていたこともある。

大月でのりかえて山間の小駅でおり式場の小さな寺についたときにはもう読経が始まっていた。さして広くもない境内は弔問客であふれていた。

同級の顔を見つけそのあとについて線香の煙が目にしみる本堂にしつらえた祭壇の前にたつ。ボーイスカウトの支部長でもしていたのか制服姿の少年達の姿も目につく。春とはいえ小雨のばらつく山あいの町は肌寒い。自宅に案内され精進おとしを頂いて辞した頃には雨は本降りになっていた。

数日後銀行の診療所長をしているSから電話がかかってきた。〝あいつは名誉の戦死だよなあ〟という。たしかに見方によっては名誉の戦死かもしれない。本当の戦死であれば勲章ももらえる（恩給もつくかもしれない。だが今の彼の死に何が報われるのだろうか。息子さんはまだ高校生，この状態で院長が例れてしまっても何の保障もありはしないのである。

追悼

いかばかり心のこして君逝きし
春なお浅き山あいの里に
いかばかり心のこして君逝きし
子らまだ若く医をつげずして

○依田　三郎

昨日の帰り，私は，混んだ小田急電車に立っていた。荷物が重いので，網棚にのせようとすると，隣りにいた50からみの男がつと手を貸してくれた。「有難うございます」とお礼をいうと，「いーえ」といった

男は酔っていたらしく，時々吊り革に両手で全身を支える様にしてブラ下り，大きく溜息をついていた。

座席には若い学生達が，恐らく始発の新宿駅からであろう，ズーット

座っていた。友達同志人5位狸寝入りをしていた様である。

彼等も毎日朝早くからの勉学に疲れていたのであろう。実は私も大分疲れていた。電車が本厚木から愛甲石田あたりに来たころ，男は急に「若い学生は立ったらどうだ!」と大声で怒り出した。端の方の学生が怨めしそうにユックリと立ち上った。と，彼は「どうぞ，どうぞ」と私にその空いた席をすすめたのである。「自分が座れば良いのに」と思ったが，余り断ると好意を無にするようなので，座りかけると，隣りの学生がもう1人立った。彼はその席に座った。そして，誰にいうともなく「若いくせに，いつまでも座りくさって……。親の脛をかじっているくせに」とつぶやいた。私は席を開けて貰った手前，一応は，うなずいたものの全面的に賛成はできかねた。

やがて，大秦野あたりで，男は降りて行った。その後肩に何故かわびしい〝かげり〟を感じたのは，家に帰れば，脛かじりの子供が何人かいそうな，私と同年配位の男であったからかも知れない。

人間の医学　第15巻，第6号（通巻85号）

1978年10月20日　発行

発行人　渡　辺　　淳
編集人　安　田　勇　治
〒143 東京都大田区南馬込1-49-1
TEL　東京（03）772-2673
事務局　〒105 東京都港区新橋2-20　新橋駅前ビル1号館
株式会社協和企画内「実地医家のための会」
TEL　東京（03）571-3111
制作者　㈱人間と歴史社　TEL（251）4015
印刷所　共立印刷株式会社　（03）382　1211（代）

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