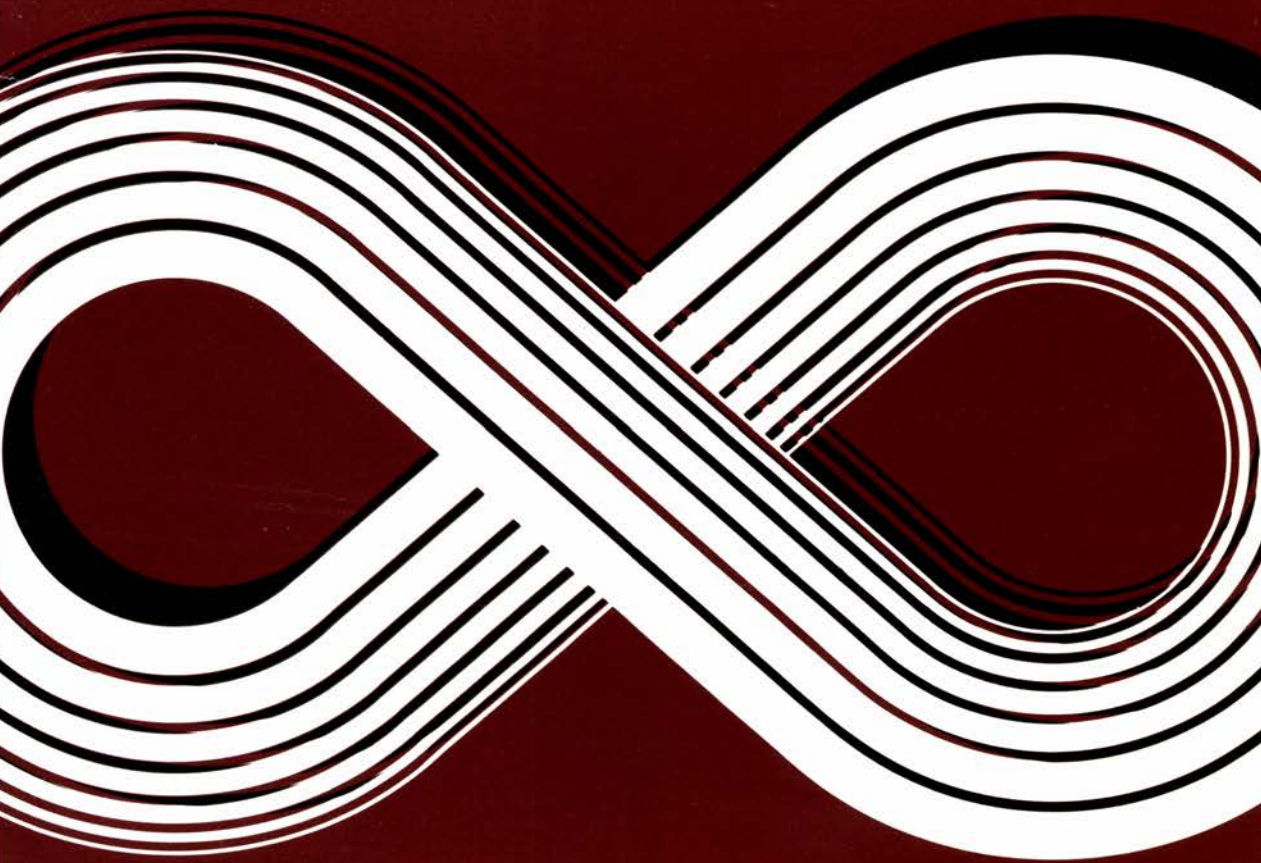
昭和55年12月25日発行

ISSN 0835-924X

人間の医学

第17巻第4号



実地医家のための会

95

1980. 12

私の意見

菊地　博

年号を考える

日本人は世界に誇る古い文化を持っている。もう今年で日本の歴史は2640年となり，西暦の1980年よりも660年長いわけである。日本の年号については多少の議論はあるかもしれないが，ここでは取上げないことにする。

ところが，戦争に負けてからは自らの文化を大切にしない風潮があるのはまことに残念である。また，このようなことに付和雷同することが文化人でもあるかのように思っているふしがみられる。

もともと文化と文明とは違う筈である。

文明とは例えば幕末から明治維新にかけていわれた『ざん切り頭を叩いてみれば文明開化の音がする〆』といわれた文化のように，日進月歩して行く新しい科学のもたらす人類への貢献のことであり，文化とは，古来私達祖先が苦労して創り出した神社，仏閣，城跡とか詩，歌その他の文学及び自然の美しさなどであろうか。

しかしそれにも増して忘れてはならないものは迂余曲折はあったにしろ，連綿と続いた日本の年号ではあるまいか。

外国人は自国の歴史を大切にするといわれており，自国の重大な事件とか文学上の年号，地理学上の数字を実によく覚えているという。それに引換え，私達はせいぜい仏教伝来とか，徳川幕府の期間とか，大政奉還とか，関東大震災といったことぐらいは覚えているであろうが，大化の改新は何年か，蒙古襲来は何年かと聞れても急には答えられない。ましてや，川の長さとか山の高さなどに至っては全く返答に窮してしまう。

そのためには歴史，地理，社会といった科目は都合のよいことばかりを教えるのではなく，正しく教育し，覚えさせる必要があると思う。戦後の教育ではとくにその点が目立つ。

ところで，私が本日申上げたいことは学術論文についてのことである。

日本で発表する日本語の論文は是非とも例えば昭和55年９月１日（1980年９月１日）というように必ず昭和の年号を書き（　）して西暦を入れる習慣をつけるようにすべきではなかろうかということである。

西暦1980年（昭和55年）としてもよいが，むしろ前者のように書くことを提唱したい。西暦だけで発表されると，その時代的背景が判らず，それを昭和に換算していろいろと考えるという二重手間にもなり，また日本の文化を大切にする心にも通じないからである。

もちろん，外国語で発表する論文とか国際的な論文は西暦一辺倒になるのは当然である。

最近，そんなことを感じているので筆をとったが，御意見を頂ければ幸いである。

No. 95 目 次

人間の医学

第17巻　第4号（通巻95号）

■私の意見

年号を考える ……菊地　博…1

■私たちの例会

第194回「実地医家のための会」

地域医療をつく

地域医療をつく ……上野　恭一…5

在宅ケア ……鈴木　荘一…6

地域医療をつく ……西田　一彦…7

地域医療をつく ……幕田　秀男…8

1980・12・25

■私は何のために医者になったのだろう ……安田　勇治…10
■論　壇 ……永井友二郎…11
町人の先見の明
■カルテの前で ……天野　　晞…12
言　葉
■研究と臨床 ……多田　秀雅…13
V慢性甲状腺炎の診断
■医院のうちそと ……仙頭　哲夫…16
ビデオによる患者教育を始めてみたが
■医療提言 ……金子　義一…17
高齢化社会に老化させない医療を
■座談会 ……19
小児医療の問題点
■ドクターXのしらけアングル ……32
■書　評 ……33
推理小説的インフルエンザ学
■つぶやき ……34

私たちの例会報告
第194回「実地医家のための会」

地域医療をつく

発言者
朝霞市　上野　恭一
大田区　鈴木　荘一
秦野市　西田　一彦
鎌倉市　幕田　秀男

司会／新野　稔　記録／日向野　晃一　　昭和55年7月13日　銀座せきてい内「SGホール」

プライマリ・ケアの担い手である私たち，実地医家が地域の中で現代の進歩した医学を活用して何ができるのか，また，何をしなければならないか，どうすれば，さらにより良い医療を提供できるのかの問題を巡って討議され多くの課題が明らかにされた。以下に当日の模様を報告する。

地域医療をつく●●●

朝霞市
上野　恭一

昭和47年4月1日に，夜間救急医療・朝霞方式は発足しました。今から8年3カ月も前のことになります。朝霞方式については日本救急医学会では昭和48年の第1回総会以来毎年報告しています。また日本医事新報の時論欄でも「夜のホームドクター誕生記」「揺籃記」「離乳記」「片言記」「足踏記」「五周年」「六周年」「七周年」「八周年」と，その年毎の詳細の発表を続けています。第2回のプライマリ・ケア学会でも発表しましたが，朝霞方式の特徴は三つあります。

1）診療時間は午後10時から午前零時までの2時間で，日曜，祝日，休日，年末年始など，官公庁の休日は休診としています。

2）あくまでも応急診療に徹し，投薬は屯服薬程度にとどめます。

3）医師会員2名が当番となり，看護婦・事務員は置いていません。

以上のように朝霞方式は，24時間365日，いついかなる事態にも対応できる体制とは，あまりにも隔たるものですが，朝霞方式の目的は患者教育の場を持つことにあります。

あくまでも応急診療に徹し，投薬も熱があれば解熱剤，痛ければ鎮痛剤を1回から2回分にとどめているのは，積極的に診断し治療することが目的でなく，当面の不安を取り除くだけのあくまでも応急診療で，時間外には時間内と同程度の診療は望めないこと，つまり時間外の受診は患者側にとって益の少ないものであることを理解してもらい，不要不急の患者で大繁生してパンク状態となることを避けるためです。また投薬や検査設備はその規模が小さいほど管理が容易で安全です。

個人として救急医療に尽力するよりは，医師会員として救急医療に協力する方が社会的に有意義です。しかしながら医師会は，それぞれの診療をかかえている個人の集りの団体ですから，その自ら為し得ることには限度があります。個人が団体として，医師が医師会員として為し得る限度，つまり「どうすればできるか」「どこまではできるか」「どれほど以上にはできないか」を追求する，きわめて現実的で実践的なものが朝霞方式です。

朝霞方式は欠陥だらけですが，2時間ならばできる。日曜をやらなければできる。設備が簡単ならばできる。看護婦や事務員がいなくても良いのならばできる。とい

うことです。入院や検査や投薬などの諸設備がなくても，日曜・祝日が休診の午後10時から午前雰時までのわずか2時間であっても，地域医療の要望にかなり応えることができるのです。

朝霞地区医師会が朝霞方式を発足させる起因となったものは，医療紛争や地方自治体の要請からではありません。救急でない救急患者の対策のない救急体制はあり得ないとする，我々の先見による自由意志からです。

朝霞地区医師会が，国や自治体から全く補助を受けることなく全国に魁て実施した朝霞方式が，8年余りも同じ形態で無事に運営され続けていることは，朝霞方式がホームドクターの特質を生かしたものだからです。

熱心な人たちにしてみれば，朝霞方式はきわめて不満足なものであることは承知のうえです。しかしこのような方法もあることを御紹介させていただきました。

在宅ケア●●•

大田区
鈴木　荘一

医療の歴史を振返ると，欧米では19世紀の半ば頃まで，富める人は技術の腕があるという開業医に往診を求め，貧しい人たちは，毎日の衣食住が保証される施療病院に入院させられていたのです。また日本の医療形態も，第2次大戦までは，[1)]武見氏が指摘されるように，医師と患者の関係は，医師と家族の関係であった。医師は往診によって，患者の病状，家庭環境，さらにはその家庭の生活様式やセルフ・サニテーションを知悉することができた。私が子供の頃には，午前中は外来診察していた街の開業医は，午後往診という形態が多かった。第2次大戦後，社会全体が先進化し，工業化した。また医師の教育も専門化し，臓器別の専門医となり，個体と環境とを同時に捕えることなく，その患者を生存の場である家や家庭での生活を考えなくなってしまった。

人間を，一個の有機体，生物としてみるだけでなく，社会の中で生活しているものであるという認識が，いまの医療には欠けています。

また今世紀の半ばすぎから，感染症を中心とした急性疾患は，抗生物質の進歩，衛生思想の普及などによって減少し，いまや脳卒中，悪性腫瘍，心臓病などの慢性疾患が疾病の主役になりました。これらの疾患への医療は，その病態に応じてある期間，患者を病院に収容し，集中的に最高の治療を提供することが必要である。しかし治療段階を終えて慢性的な病態に入れば，医療の主役はケアとなり，いつまでも入院させておくわけにはいかなくなります。

この在宅患者に対する私の実践を通して，1977年12月，1978年7月から12月，および1979年1年間の計19カ月間の毎月患者累計475名の臨床体験から考察しますと，年齢別では65才以上88%です。またその回数でも65才以上は87%です。在宅ケアの疾患分類では，脳卒中34.2%，腰痛・神経痛11.1%，心臓病88%，癌8.4%と多いことが分ります。

次に在宅と入院を比較してみますと，在宅での患者の時間は，24時間自由であって，何に使用することもできます。これに対して入院は，病院規則に従った団体生活のために，時間は制限されます。また患者空間は，在宅ならば狭い家でも隅々まで知りつくした自己の空間であり，患者は家族と連帯して，自立する希望をもつことができます。一方，入院時の視界はせいぜいベッドサイドのテーブルぐらいまでであって，この間まで全く見知らぬ世界，自己の生活歴の痕跡をとどめない場所です。

この在宅ケアとは，文字通り住む家でのケアです。病院で提供されるcure（治療）ではないのです。生活は在宅でしかみられず，こゝにこそ人間中心，患者中心のプライマリ・ケアの理念があります。

在宅ケアでの医療対応は，病院で提供されるような器械に囲まれたハード・ケアではないが，暖かい人間の心が通い合う心身医学的アプローチが大切であり，言語的コミュニケーションとともに非言語的コミュニケーションの活用が大切です。

そして往診といわずに，在宅ケアといわれるようになった時代のニーズは，医療というものが，医師のみならず，保健婦，訪問看護婦，理学療法士さらにはホーム・ヘルパー，隣人としての地域住民の参加を積極的に求めるチーム医療になったからです。保健・医療・福祉が統合的に進める必要性を，この在宅ケアに強く感じます。むろん，地方自治体，さらには国がこの在宅ケアを経済的に支えるべきであり，病院収容医療よりも，在宅ケア医療の方が，はるかに人間性に基く，日本人の心情に応えた（恐らく欧米人も求めていると思う）医療システムであり，このソフト・ウェアを開発し，実践することが

実地医家に課せられた使命の一つだと思います。

1）武見太郎：「医療における伝統と教育における伝統」ライフ・プランニング・センター，P 7，1980

地域医療をつく●●●

秦野市
西田　一彦

Ⅰ　はじめに

日本における地域医療の主たる担い手は，明治以来，開業医であって現在もそれに変りない。地域における開業医の問題を考えた場合，一般にとかく病院との対立的側面と患者とのトラブルの面のみが強調されて，開業医が，どれ程の仕事をしているという，事実に基いた客観的な視点と評価が欠けているように思う。事実，外来患者の70%は開業医レベルで扱っており，地域医療の重要な担い手は我々開業医であり，世論調査によっても10人中８人までが病気になった場合，まず訪れるのが近くの開業医と答えている。昨年１月１日の朝日新聞紙上のアンケート調査によっても医師に対する信頼度は高い。

さらに厚生省調査によると，救急告示施設は公営が，806，私営が3,935となっているが，実際には公的医療機関は，ほとんど機能せず，救急患者の取り扱い件数の割合も，公営が6%，94%が私的医療機関という報告もある。明治以来百年のあいだに形成された，このような，地域における開業医の伝統と実情を無視して，今日のまた，将来の日本の地域医療を考え，論ずることはできない。短絡的に外国と比較して，医療制度の優劣をつけることはナンセンスである。もちろん，このような日本独自の開業医制を軸とした，医療制度のなかには，営利性追究の歪もあり，現在の健保制度から生じた矛盾と問題点も少くはない。これらを如何に克服し，改善するかがこれからの地域における開業医の命脈を決するものともいえる。即ち，地域の中に，プライマリ・ケアを定着させるためには，この開業医制を否定し，なくすることではなくて，伝統ある，日本の開業医制の長所優点を伸ばして内容を充実させ，発展させる以外にはないと考える。

アメリカにおけるプライマリ・ケア推進の歴史と背景には，かなり異なる面があるが，その精神は本質的には変らないものと思う。

先般，アメリカにおけるプライマリ・ケア研修旅行中，U.C.L.A.の LEWIS 教授から聞いた次の言葉が鮮烈であった。

「プライマリ・ケア推進こそが，アメリカにおける医師の生き残るための道である」

日本においても，医師過剰時代を迎えるにあたり，地域医療を充実するための，プライマリ・ケアのシステム化と推進こそが，開業医の進むべき道であり，生き残るための方策であり，それこそが，医の原点であると考える。日野原先生も「日本の医療システムや，開業医がよくなるか，どうかは，プライマリ・ケアが確立できるかどうかにかかっている」といっておられるが，全く同じ意味であると思う。

以下，地域医療の場で開業医の役割とあり方，考え方等について述べてみたい。

Ⅱ　地域とは

地域の概念については諸説があるが，医療，の場としての地域を考えた場合，私は医師会単位で，その対応する場を地域と考えたい。即ち，地域医療とは，

1，　住民本位，住民参加が必要である。
2，　包括性が必要である。
3，　計画的，且つ継続性が必要である。
4，　人間関係が，もっとも大切である。

これらを具体的に実行できるのは我々開業医以外にはない。

Ⅲ　地域医療推進の条件

1，地域のニーズに応えた計画及び行動が必要である。例えば
- ・秦野市に於ける胃集検及び勉強会
- ・休日，夜間救急診療体制の確立

2，地域住民の生活様式，環境条件を知ること
3，行政との連繋を密にすること
4，住民教育の必要性
一方通行の講義でなく，コンセンサスを深める場としての……。
5，チーム医療の必要性
同時に，診療所，病院間の役割を明確にする中で連繋を深めること，その中での病院診療所間の連繋を計る。

地域医療をつく●●•

鎌倉市
幕田　秀男

近頃，私は日本の国で何時も気になることがあります。それは，最近の日本は政治家を始めとして，あらゆる層にいたるまで，言葉のいい回しに，名目に，お題目にとらわれ過ぎているような感があります。政治家は福祉，高度成長，医療の面においては，プライマリ・ケア，地域医療，包括医療等が余りにも言葉のみで内容がないため，その言葉の意義すら解っていないのではないかと思われることがあります。地域医療，プライマリ・ケアにしても，政治家を始め，医療関係者にいたるまでが，昨年からプライマリ・ケア，地域医療という言葉を使用しています。一時，ガブリエールの不確実性の時代というのが流行したときも，誰も彼もが不確実性の時代で，これは新しい物好きの日本の傾向のように思われてなりません。さて，地域医療でありますが，地域医療もプライマリ・ケアも日本では過去においても結構よく行われてきた方で，特に開業医については，欧米の開業医に較べれば，ある程度の設施もあり，薬も投薬してくれるし，また，往診等も欧米に比較して容易に，安価で行われており，地域医療の一面は外国よりも便利によく施行されてきたのです。然し，健康保険制度の普及に伴って，医師と患者との意思の疎通，誤った物や技術の対する価値の評価，マスコミの過剰な一方的医師批判，流行語，流行字句の内容の伴なわない運用などにより，その価値が認められず，あたかも我国には地域医療もプライマリ・ケアも無きが如くいわれているのは如何がかと思われます。しかし，私は日本において，特に健康保険の下にあっては，オープンシステムを確立して，開業医が勤務医時代と何等変わることのない仕事を，病院の施設というパラメデイカルを活用して行なう地域医療及びプライマリ・ケアは十分に効力を発揮できるものと思います。地域によっては，コンピューターによる各開業医，または病院の連絡情報網を作っているところがありますが，実際には内容が伴なわず，コンピューターとしては余り賢明な使い方とも思えません。かようなことに多額の出費をする前に，各開業医が最寄の病院に月１回ないし２回の当直をしたり，休日勤務を行なえば，病院側も唯アルバイトに経験不足の医師を当直させるよりは遙かに良いと思われるし，患者側も近くの病院に行きさえすれば，何らかの救急処置も休日の診察も受けられることになり，大変便利になると思われます。現在のように在宅の当番医の家を探し歩く必要もなくなるわけです。また，このようなシステムに対し，自治体等が補助額を出すならば，なお一層高度の内容を持つことができます。先ず，我々医師は病院を中心に業務を行ないます。病院というものも，現在のようにジャンボ開業医の如く外来を行なうものではなく，入院を主とした設備で，医師皆が勤務医，開業医をふくめて病院の総ての施設を利用し，手術，治療，救急を行なうならば，もっと栄えて行く筈であります。そして，その不足分は国，自治体，組合等が援助をするべきで，また，病院も一般外来患者はその主治医に返すべきであると思います。その点が欠けているため，開業医と病院とが競合する形になり，ともに苦しい立場になってしまうのであります。我国においてオープン・システムは困難であるということを良くいわれますが，それは未だに社会が真剣に取り組む気にならないからで，本当にやる気になれば出来ない筈はなく，マスコミも政府も，医療の抜本改革を唱えていながら，実際には姑息的な点数の改正ぐらいしか行なわれていないのです。オープン・システムを行なうための点数すら作られていない現状なのであります。私は常に思うのでありますが，我々医家は皆，曲りなりにも医療の改革の必要性は解っている筈なのであります。従って，日医も保険医協会も実地医家のための会も，積極的に一般大衆，マスコミ，評論家，政治家を対象にして，真の医療改革の必要性を，医師の側から説くべきだと思います。日医ニュース，日医雑誌，郡市医師会雑誌，保険医協会，実地医家のための会の紙数を，これら一般大衆に向け，我々が積極的に評論家，マスコミ，政治家と座談会や討論会を行ない，良い医療改革を唱えるならば，できないことはないと思います。なぜなら，一般大衆や世間は医療に関して，余りに無智であり，エゴであるからなのです。

自　由　交　見

入江（神戸市）　神戸市では市民病院が24時間救急を行ない，医師会も9P. M～12P. Mまで年中無休で医師２名

で行なっているほか，日曜祝日は9A. M～5P. Mまで電話相談を行っているが，電話だけの相談が非常に多い。朝霞では如何でしょうか。

上野　TELの相談が多く，話すだけですむ場合が多い。

小林（杉並）　二次後送病院が確保されているか。新しい夜間診療所は医師会立か市立かどう解釈されているか。

上野　始め，国立埼玉病院があるが，二次は受けつけて貰えなかった。0.8％位が転医を必要とするが，昨年から二次病院も整備されている。建物は市のもので医師会が借りている。

西田　二次がないと心配したが，やってみると二次へ送る例が少なかった。一次で診ることが大切である。鎌倉市のコンピューター・システムは人間性がないので問題があろう。血の通った方法を機械に頼る前に考えたい。

幕田　二次は病院間で輪番でしている。私の方法でやれば，三次が問題になるが，一，二次は同時に解決する。三次も専門医を呼べば解決すると思う。

安田　大森医師会の休日診療所のデータでは一次→二次への転送率は小児科0.7%，内科2.5%，外科1.7%です。西田先生は日本の医療は恵まれすぎているというが，最近の厚生省のデータでは救急医療の面で一次医療機関の整備が70%，二次が70%，三次が60%です。神奈川県では先生が率先してやっているので，そのような印象をもっておられるのではないか。

西田　日本全体の事は分らないが，僻地を除けば，かなり平均されて十分のことがいっていると思う。患者にも医師にも甘えや驕りがあるし，また，健保制度も良い面があると思う。

木村（名古屋）　大都市型の地域医療のシステム化が難しいが，その中で病院と診療所の機能化は病院と診療所の連繋を密接にすることで生ずる自然発生的分化が本物である。開業医が Register する本格的な open 病院は大都市では現状では無理なので，入院を紹介した開業医が病院の受持医と患者の Bedside で相談できるような制度を考えたい。なお，愛知県では情報システムを完備して，耳鼻科，眼科を除いて救急は整備された。

幕田　open-system はやる気になればできると思う。現在，山手病院で健康保険を使って始めた。紹介した開業医には手術をしたときは手術料の70%と入院管理料を上げる。内科では入院管理料と薬代，検査料の20%を上げる。患者を診て order-seat も書いて貰うし，specialist も招く。情報システムは受入れ体制ができていなければ有効でない。

木村（名古屋）　40才代の医師は Resister としてやろうという意欲がある。

幕田　日本では病院の医師が開業医を見下している傾向がある。外国ではそのようなことはない。気持を持ち変えれば open-system はできると思う。現状ではいずれ医療国営にならざるをえない。デンマーク，スエーデンは税金が高いが満足に福祉ができていない。

小林（杉並）　日本の open 病院は50位あるが，訪問指導科が認められているのは医師会立病院の31だけだ。これが認められないと open 病院の運営は難しい。open 病院から closed になるのがあっても，closed から open 化したのはないのも事実である。

幕田　医師が利用しないから open から closed になるので，何か merit があればできると思う。何処かで誰かが open-system を実行しなければ，健保の点数もできないだろうと思う。

鈴木（大田区）　地域医療の中で大切なことは，住民をいかに参加させるか，いかに健康保持に眼を向けさせるかである。住民をケアに参加させなければ，本当の教育はできない。そこに在宅ケアの目的がある。また，もっと人間を大切にすることで，それには地域医療が大切である。老人を病院に収容して隔離するのは失敗だったという反省が欧米では最近いわれてきている。

金子（藤沢）　私達が寝たきり老人等を診療している時，家族が疲れたり，又は核家族のためかその老人の嫁さんにあたる人が，もう老人の看病が嫌なので金のかからない国立や市立病院等に入院させてほしいという場合が多々あります。しかし，市立病院や国立病院は入院させてくれません。そのようなときに鈴木先生はどのように家族を指導されますか。

鈴木　これはケースバイケースなので一口にいえないが，家族と膝を交えて話すことで解決できた。

柴山（大田区）　住民参加が大切であることは同感であるが，地方自治体，患者家族を含めてどの様なコンセンサスをえられているか。

鈴木　老人問題研究会では民生委員の総務の言分を聞き，医師会側の希望も述べて協力を求めた。

守屋（千代田区）　医師の心の議論をして貰いたい。今までは制度のことに偏よりすぎている。医療で大切なの

は心であると思う。

伊藤（東海市）　プライマリ・ケアについて昨12日，名古屋市医師会館で，厚生省大谷公衆衛生局長の話があったが，21世紀に向って急増する若い医師の研修を1年病院実習，2年目を自治体に配属してプライマリ・ヘルスケアを実習させ，住民とのコンタクトを若いうちに経験させたらと思っている。

栗原（習志野市）　現在，家庭の崩壊が老人医療にしわよせされていると思われるが，この家庭の病理現象をどう捉えたらよいか。又，具体的にどのようにアプローチしてよろしいのか，鈴木先生に教えて貰いたい。

梅園（豊島区）　在宅ケアをなり立たせる基礎には社会的構造が問題となる。農耕社会と市民社会とでは医療システムが変化し，それが現在の問題を生んだものと思われる。さらに，その基礎には文明の問題がからんでいると思われる。

菊地（大和市）　地域医療を担う開業医が健康を害しては何にもならないので，夜間救急は8P. M～11P. M位までにして疲れを翌日に残さないようにすべきだと思う。また，日本で open-system が出来ないのは，開業医の学問的レベルが低く，保険制度との谷間に狭まれてメリットがないからだと思う。

司会　在宅ケアについて，本日のシンポジストの意見を簡単に述べて下さい。

上野　人間は家で生まれ，家で死ぬのが本来の姿である。病院で生まれ，病院で死ぬのはおかしい。僕は家で死んで，その姿を孫に見せてやりたいと思う。

西田　在宅ケアの問題は重要なので，またこれをテーマにやってほしい。市民教育も息を長くやる必要がある。

幕田　在宅ケアのできる人は在宅でやれば良いし，出来ない人は，そういう施設を作ってやる必要があり，どちらか一方に決めてしまうことはない。

鈴木　家庭基盤の充実が大切である。最後は教育の問題であり，将来はこの方向に行くべきだということは叫ぶ権利があると思う。

小山　設備や制度が完備することは望ましいが，要はそれを扱かう人間の心の問題である。実地医家の会の中から人間の心を日本に広げる運動がおこっていいと思う。

私は何のために医者になったのだろうか

安田　勇治

私達医者は誰のために医学を習ったのだろうか。

私達は何のために医者になったのだろうか。

大変恥かしいことながら，私自身，今までこのことについて余り深く考えたことがなかった。最近になって漸く私がやっている医療というものは患者さんのためにあるのだということが実感となりつつある。しかし真底お前はそう思っているのかといわれると，まだいささかうしろめたい気持がある。こんなことに今まで気づかなかったのがおかしいのであって，今更とりたて，恥をさらすことはないではないか。たしかにそうもいえる。

しかし，私達医者は皆本当に患者さんのために働いていると思っているだろうか。自分の研究のためと思っている人，金儲けのために医療を行っている人はいないだろうか。〝医者も人間だ〟たしかにそうにはちがいないが余りにもこの言葉を簡単にいいすぎないか。

ではお前は何のために医者になったのか，ときかれると正直のところ大変困ってしまう。

家が病院で，周囲は医者ばかりで，自分でも医者になるのが当り前みたいで，何の疑もなく医者になってしまった自分が此処にいる。

目的意識のない行動は決していい結果を生みはしない。

私自身のこんな恥かしい愚をくり返さないように，今の若い人達，これから医者になろうとする人達に，医学は何のためにあるのか，医療は誰のためにあるのか，これからあなた方は誰のために医学を学ぼうとするのかということを医学教育にたづさわっている方々は是非ハッキリ彼等に教えそして認識させておいてほしいと思う。

小さい時から骨身を削って勉強し，青春を犠牲にして医大を卒業し，国家試験を通って半人前の医者になりやっとホッとしても，何のためという目的がなかったならば患者さん達のためにも，その医師にとっても大変な不幸であろうと思う。

編集部より：このテーマの原稿をお寄せ下さるようお願いいたします。

論　壇

町人の先見の明

三鷹市　永井　友二郎

すでに皆さんが御承知のように，大阪大学の山村雄一総長が，次回日本医学会総会の会頭として，ＪAMA日本語版８月号につぎのような抱負を語っています。

「現在，医療あるいは医学の世界におこっている１つの風潮があります。具体的にいうと，医学の進歩が医療の世界で必ずしも幸福なものとして受け取られなくなってきつつあるということです。

かつて，最大の死病であった伝染病が細菌学の進歩によって，かなり確実に予防できるようになった。医学がまさに人類に幸福をもたらしたわけで，医療と医学は一種の密月時代にあったと思います。

しかし，最近は必ずしもそうではなくて，医学は関連領域の科学の成果を取り込みながら発展し，科学性をますます強めていく一方で，医療にたいして，医療をする人にたいして，あるいは医療をうける人たちにたいして，本当に幸せに働いているだろうか，果して医学が進めば，人類の未来は幸福になりますよと，手放しに喜んでいられるだろうか。そうではあるまい。そういう反省を基本にしての医学会総会にしたい，そしてそのことを世の中に訴えてみたい，と考えています

さて，このことは，私たちが17年前，実地医家のための会を発足させたときからの問題であり，また３年前から日本プライマリ・ケア学会でより広い角度から検討している課題です。

本年の第３回日本プライマリ・ケア学会の会頭講演で，私は人類のもつ何千年という医療の歴史のなかで，医学が誕生し医療を支配し指導してきたのは最近の 200 年あまりにすぎない，そして近年，この医学による医療支配，指導に各種の矛盾が生じ，医学にかわるあたらしい指導者を求める必要が生れた。

この新しい指導者をプライマリ・ケア（本来の医療）と呼び，この指導理念の構造，本質について，世界をあげて模索をつづけているのが現状であることを述べたわけですが，このことを山村氏は医学と医療の密月時代が過去のものになったと表現しているようにみえます。山村氏から詳しくその考えをきいてみないとわかりませんが，内容としてかなり共通している部分があると思われます。

話はかわりますが，私は海軍軍医，大学の内科医局の医師，赤十字病院の勤務医，などを経て開業医になった経歴から，役人的な地位肩書きの大事な世界と，肩書きのない庶民の世界を体験して，現在の無官の太夫である身分が大へん気に入っています。

それで，私は江戸時代の町人と呼ばれる人たちに心をひかれていたところ，その私が心から歓声をあげたくなるものをみつけました。

それは加藤周一著作集『日本文学史序説』（下）のなか，笑いの文学の項で，つぎのような記述があります。

18世紀の後半に，武士支配の体制のなかで，上層町人の経済的な力はいよいよ強くなったばかりでなく，その文化的な創造力も発展した。

「人は武士　なぜ町人に　なつて来る」

これは遊里の内側の話である。そこには，町人の武士にたいする優越感が実にあざやかに反映している。当時，武士の支配体制にたいする反抗はない。しかし，体制を認め，その枠組のなかでの実力の自覚があり，その自覚が町人層の笑いの文化を生んだのである。

18世紀を通じて，士分をはなれ，町人の列に加わる武士は多くなった，またそれ以上に，士分にとどまりながら，余暇をもちいて町人文化に近づこうとする武士が多くなった。

また，こんな川柳もある。

「役人の骨つぼいのは　猪牙（ちょき）にのせ」

猪牙は吉原通いの小舟である。前掲の「人は武士」の一句とともに，町人の武士（役人）にたいする現実的，鋭く実際的な態度をあらわして遺憾がない。

私は日本の医学界のなかで，開業医は町人だと思って，自分でもその気になっています。

江戸時代の町人たちは，やがて今日の財界をつくりますが，私たち開業医は百年後の日本医学界でどんな立場になるでしょう。

兎に角，町人である私たちが，17年も前から取組んできた問題，「これからの医療を指導するものは何か」について，ようやく日本医学会が関心を示しはじめました。よろこばしいことです。

山村雄一氏はまた武士として天晴れであります。大阪町人の庶民の血が流れていたのかも知れません。

言　葉

天野　瞠

息子の電話を，新聞を読みながら聞いていた。「じゃあ，そのことはよく考えておくよ」と言って電話を切った息子に私は尋ねた。「今のはどういう意味だ」。「どういう意味って，文字どおり考えてみるつもりだけど，他にも意味があるの」「当り前だ。何かを依頼された時に考えておくと答えれば，それは婉曲に断ったことになるんだ」「へーえ，そんなことちっとも知らなかったよ」「大体，お前らの世代が日本語を大切にしないから，日本語の持つ優雅さや味わいの深さが忘れられていくんだ」。息子は首を縮めて親父の説教を聞いていたが，やがてふと言った。「だけど，本当に考えてみたい時には何て言うの」。「そういう時にはだな，うーんと，えーと」。私ははたとつまってしまった。よく考えてみたら，これは私の勇み足であったらしい。友人同志とか，親しい者同志では，「考えておくよ」は文字通りの意味を現わしているようだ。これが断りの意味をもつ場合は，商売上の取引きや物の売り買いなど，つまり社会学的なる人間関係でいえば Gemeinschaft ではなくて Gesellschaft，心の通っていない間柄で使われた時のような気がする。

実際私も製薬会社その他のセールスマンに悩まされることが多い。買いたくもない品物のＰＲをさんざん聞かされたあげく，さあどうすると迫られると，気の弱い私としては「まあ考えておくよ」と言って断る以外に手がない。ところがこんな手合いに限って，私と心が通じ合っていると勝手に誤解しているのか，あるいは全く無知なのかは知らないが，数日後には必ず電話をかけてきたり，再訪問してくるのである。そして決って言うことは「先生，先日の件はお考えいただけましたでしょうか」。最初の中は私も，これは断りの婉曲な言いまわしなのだと一生懸命に説明これ努めたが，衆寡敵せず，最近ではばかばかしくなって「そうか，まだ考えてなかった，また考えておくよ」と言って追い返すことにしている。

言葉が時代と共に変化するのは当然だから仕方ないことかもしれない。たとえば「だらしない」という言葉は昔は「しだらない」と言われていたということを，ある時，戸板康二さんの話しで聞いて大変興味深かった。「しだら」という言葉は現在でも「ふしだら」として残っているが，太平の世をむさぼった元禄時代に，江戸の町人の間で遊びとして言葉をひっくり返して使って粋がっていた風潮があったらしい。そこで「しだらない」が「だらしない」に変って，変った方が正式の江戸弁として現在まで使われているということであった。丁度，上野のことを「のがみ」と呼ぶ人があるのと同じであろう。

ところでこの「しだら」とは何だろうと思っていたが，たまたまある時，太宰賞作家の泰恒平さんにこの話をしたところ，民族学に造詣の深い彼は，これはお神楽に使う楽器の名前であると教えてくれたが，長くなるので詳細は次回にゆずりたい。

研究と臨床

V　慢性甲状腺炎の診断

富山県　多田秀雅

本症の診断については前2章で大体を述べたと思われるが，重複をさけて更に二，三述べたいと思う。

本症由来の機能低下症はその症状から粘液水腫と同義語として使用されることが多いが，従来特発性粘液水腫と呼ばれた病態と比べて見ると，自覚症や血液所見に差はないものの，両者の間には甲状腺腫の有無の外，何となくニュアンスのちがいがある様に思われてならないが，現状においては全て本症の病態の進行したものと考えられており，どの成書を見ても本症と機能低下症は別々の項目として述べられている。之は今迄の慣例や，機能低下症には本症由来のものだけでない故もあろうが，それにしても甲状腺疾患中最も多いと考えられる本症で機能低下症だけを切り放す事なく将来一括して記載されるべきであろう。しかし本症由来の機能低下症は他の原因による原発性機能低下症と先ず症状に差は少いのであるが之については後で二，三触れることにする。

1）機能低下症の診断：くわしく成書にあるが，典型的な未治療の機能低下症について述べられているので，実物を診たことのない医師にとっては仲々理解し難いが，一度見れば絶対忘れないだろう。私は18年前初めて診たのであるが，その当時誰一人教を乞う人もなく，患者も大病院をあきらめて地元の医師を受診したもので確診迄約2カ月かかった。之の病気は勿論内分泌疾患ではあるが，それ以前に既に自己免疫疾患なのである。即ち甲状腺ホルモン不足そのものの症状，それによる自律神経系の諸症状に加えて自己抗体によると思われるアレルギー症状が混入して表れ，更に病気の進行度が色々あるので全くつかみ所がなく，症状を別々に診るといずれも特徴に乏しく他の多くの病気にも現れるので「之の様な病気がある」と言うことを念頭におく事と，総合的診療の習得によって段々容易となるだろう。慣れると「だまって座ればピタリと当る」病気なのである。

機能低下症はねむい，だるい，さむいの三大症状があると言われているがその外動悸，浮腫，便秘，貧血，頭痛，眩暈，嗄声，鼻づまり其の他不定愁訴で受診する。時には他の自己免疫疾患例えばリウマチ等で関節痛を主訴として来ることも稀ではない（後述）。

出現頻度は女性に遙に多いが男性でも決して少くない。典型的機能低下症は年に1～2名であるが，臨床像は同一でもＴＳＨが50m/m*l* 以下の所謂潜在的機能低下症は之の数倍になるだろう。又ＴＳＨ，其の他甲状腺ホルモン値が正常値を示しても，前章に述べた様な末梢器管のホルモン不足を来す病態を含めれば実数は更に多いだろう。度々話すが臨床像は機能低下症そっくりでも検査で異常値を認めないものも少くないのである。之を機能低下症とするか，全く無視して他病として加療するかでどの様な差があるかは治療の項で述べよう。いずれにしても本症では自己免疫的炎症が逐次進行の状態を示しているので，成書にある様に機能低下症だけに表れる症状ではなく，本症発症以来逐次進行～停止の過程を表現しているものと思われる。

2）機能正常な本症の診断

機能正常と言っても甲状腺に自己免疫的炎症があるとすれば，その程度にしたがって機能低下症に準ずる臨床像があって当然であって，成書等に

殆ど記載されていないのは不思議に思われてならないが，最近二，三の成書には記載が散見される様になりつゝある。本症は全てが機能低下症となるものではなく潜在性を含めても約5分の1程度で，完全な機能低下症を示す事は意外に少いのである。甲状腺腫の大小，硬度等について特にそれによる臨床像の差はそれ程明らかではない。

本症の発症時期は不明ではあるが，私の様に小児科を標榜していない者でも，小児の本症を診る事は珍しい事ではなく，幼児期に既に機能低下になる事もある。一般には成年初期の発症が多いのでないかと思われるが，本症と従来単純性甲状腺腫と言われていたものとの関連が問題になろう。

イ）単純性甲状腺腫の考え方

どの成書でも別項として述べられ，甲状腺が柔かくビマン性に腫れている外に全く臨床所見がなく主に成年期までに見られ女性に多いとされている。最近之に対して大部分が本症ではないかと考える学者もある。即ち藤本教授は真の単純性甲状腺腫もあるかもしれないが，大部分は本症でないかと言う考えなのである。単純性甲状腺腫なる病名は，バセドウ病と癌以外は明らかでなく，自己免疫の概念も全くなかった時代のもので，最近急激に進歩を遂げた甲状腺医学では10年前の論文は既に古典に近くなっているので単純性甲状腺腫も新しい目で診る必要があるのではないか，事実成書の記載事項も年々変化しつゝあるので興味深いのである。私は機能低下が本症の末期なら単純性甲状腺腫は本症の初期像ではないかと考えるのである。

それでは単純性甲状腺腫だけが本症の初期像で之から機能低下になるかどうかは今の所明らかでない。

その理由は本症概念の確立は日が浅く，その経過を充分に観察し尽していない故である。むしろ単純性甲状腺腫を数年眺めてもその経過は一進一退し，時には全く苦訴のない時もあり，典型的本症になる可能性は少く，機能低下とならず，散在性甲状腺炎の型をとるのでないかと推定される。

おそらく他の一群が主に成年期頃から何時の間にかビマン性甲状腺腫が表れて典型的ビマン性甲状腺炎となり，更に一部は甲状腺腫を示す事なく逐次機能低下症になるのではないかと推定される。

機能低下にも甲状腺の触れるものと，全く触れない従来特発性粘液水腫と呼ばれていたものとがある様に本症の発生の型にもよく似た2つの型を指適できる様に思われる。

ロ）単純性甲状腺腫の症状はあるのか。

本症の初期像とすれば既にⅢで述べた臨床像の一部が表れて当然と思われるが。之について今迄記載した人は一人もいないのではないか。例えば頭痛，眩暈，立ちくらみ，バス酔い，腹痛等で受診する未成年者では半数以上軟い甲状腺腫があり，その母～家系にも同様の不定愁訴やアレルギー症状を認めることが稀ではない。子供のOD症や臍仙痛等と言われたものはもう一度見直す必要がある。又逆に感冒等で受診した者に甲状腺腫を認める場合頭痛やバス酔いを指適すると相手がどうしてわかるのか不思議な顔をする事もある。子供でも頭痛等は決して少いものでなく，大病院の精密検査でも異常なしとしてよくならないままに放置され，所謂落ちこぼれとなっていることも多いのである。この様な事実は私の様な一般医では日常茶飯事であるが，不定愁訴と甲状腺腫を切放しては私の様な発想は浮ばないだろう。之等に甲状腺自己抗体を検しても陽性は少く，塗抹標本における異常淋巴球の出現や淋巴球比の増加とLDHの高値が目につくが，時々はコレステロールやCPKの高値を示すこともある。血沈やγgl比の高値は明らかな橋本病を示す者では時に見られるが普通は正常値を示す。若年者に表れる不定愁訴が全て本症と関連づけられるか否かは断定出来る段階ではないが，非常に多いものであることは項を改めて述べよう。

3）総括　以上をまとめて見ると本症では機能低下の有無にかゝわらず，自己抗体によると思われるアレルギー症状は必発であり，甲状腺ホルモンの体内における動態により色々な症状が加わり，お互いに重なり合って表れるので，診断に際しては甲状腺腫の外，前述臨床像に留意すればよい。本症は私達が大学で教えられた諸疾患と違い経過が非常に長くその症状は多彩であり，つかみ所がない特徴がある。少くとも之迄の疾病概念で

は理解に苦しむであろう。私達が知りたいのはどの様な症状に対して検査すべきかが最も大切であるが，厚生省の診断基準を読んでも，初期のものは診断の糸口はつかめない。したがって私達は現時点においては自分自身で患者に問診して，全ての症状を注意深く眺め，患者から学び取るより外にないと信じている。甲状腺医学の重要部門を占める本症（橋本病）や自己免疫の概念は，最近のものであり，臨床症状に限れば専門家と一般医の間に研究の出発点はそれ程差がある訳ではなく，典型的本症～機能低下については専門家によって殆んど解明されたが，機能正常の本症については臨床症状を無視する成書も多く，その初期症状を解明するには，之迄診断学で診断の確立されたかに見える不定愁訴群を免疫異常の面から洗い直す必要があると思われる。之については既に述べた通りである。

したがって典型的本症でなくても，血液所見に乏しくても，その症状経過や家系を知悉しておく事が大切であり，将来起り得る多くの疾患と免疫系を通じて関連のあることを銘記すべきである。現在特に症状がなくて放置しておいても，それは一時期だけで将来必ず何か症状が表れる可能性を内在しており，決して無視すべきでない。

疫学，遺伝については別に述べるが，本症の初期に表れる不定愁訴は本症だけでなく，全ての自己免疫疾患に表れるのであるが，経験上本症が最も多い様に思われる。しかも本症は決して独立して表われるものではなく，多くの自己免疫疾患（膠原病）及びその前状態と合併しているので本症を追求しているといつの間にか全ての自己免疫疾患やその周辺疾患について学ぶこととなろう。本症は決して甲状腺局所の疾患でなく全身疾患と考えて処理しなくてはならないのである。

お詫び

84号で多田秀雅先生を多田正雅と誤植しましたことをお詫び申し上げます。

医院のうちそと

ビデオによる
患者教育を始めてみたが

品川区　仙頭　哲夫

いつかの日経メジカル誌で，たしか国立小児病院の皮フ科の先生であったかと思うが，ある本を推選されていた。

その本というのは，板東義教という心理学者の書かれた（というよりもテレビのモーニングショーで話したことをテレビ局で活字化した）本で，〝板東先生の教育講座〟と題する本である。そしてその推選文の中に，我々医師が患者から色々と訴えを聞く場合などの医師としてのあり方について，教えられることが少くないと書かれてあった様に思う。

早速買ってきて読んだところ，たちまち私も板東先生のファンになってしまった。ところが残念なことに板東先生は既に他界し，彼の生前の姿に接することは出来ないと思っていたが，たまたま同じ頃，フジテレビの毎週土曜日の早朝番組（朝6時25分放映）〝テレビ寺小屋〟を見つけ，その中で，生前の板東先生の講義に接することが出来た。

それから土曜日毎にテレビ寺小屋を見るのが楽しみになると共に，何とかして之を録画して患者さん，特に問題の多い若い母親達に見せようと思いついたのである。

そこで録画用と再生用の2台のビデオを買い，テレビ寺小屋を始め，意外に多い患者教育に関係のある番組を次々と録画し，待合室のテレビに流すことをやり始めた。

板東先生の番組もいくつか録画したが，今，私が一番気にいっており，患児を持つ母親は勿論，子供の健康に関心の強い医師達にも是非一度見聞きしてほしいのは，児童文化研究家の吉岡たすく氏の話と，テレビ寺小屋には登場しないが他の番組に屢々出られる，母原病で有名な，久徳重盛氏（前愛知医大小児科教授）の話である。

そして私の録画したものの中には，ヨガに関するものが割合に多い。之は現在心身症に興味を抱きながら日常の診療を行なっている私が，東大分院の石川助教授の本を読み，又お話を聞くと共に，ヨガを心身症の治療法のひとつとして行なっておられることに共鳴し，最も推奨するに値する健康法として患者達にすゝめ，自らも毎日実行している（といっても極めてあやしげな自己流ヨガ体操を10分位やるだけ）のがヨガ体操であり，たまたま毎朝6時30分から日本テレビで放映されているからである。

ただ当院の場合，患者の数が少く，待合室が狭く，おまけに私も看護婦も患者を待たせることが嫌いな性格を持っていて，次々と呼び入れるために，患者が腰を落ち着けてテレビを見ていることは殆んどなく，せっかく始めた患者教育も，目下のところ，どうやら空廻りをしている様である。アレルギー性鼻炎や小児喘息に罹患したり，しょっちゅう風邪をひき，中耳炎や扁桃炎を繰返したりする虚弱児の母親は，例外なくガミガミ母親，干渉しすぎの母親の様である。之等の母親達がじっくりテレビを見て反省してくれれば私の努力の甲斐もあろうが，こういった母親に限って見ようとも聞こうともしない。

然し，私はしつこくビデオによる患者教育を続ける心算である。

医療提言

高齢化社会に老化させない医療を

藤沢市　金子義一

人生50年といったのは昔のこと，現在我国は世界第一の長寿国になり，嘗て40～50は鼻たれ小僧と大言壮語した政治家の言が，現実の言葉として通用するようになった。先月の厚生省の発表は，男性72.9才，女性78.2才と平均寿命を発表している。生とせ生きるもの総てが，長命を希うのは本能である。その人類の願いが，地球上30億人の中で，我日本国民に与えられたということは何にも増しての喜びである。これは為政者の施政がよかったことはもちろんのこと，直接人の命をあずかる医師のたゆまざる努力と，医学の進歩に依るものである。

然し現実の社会では，高齢者が必ずしも恵まれた社会生活を営んでいるとはいえない。老齢とまでいかなくても，窓際族とか，肩叩き等といって，ある程度の年齢が来た場合，暗黙に退職を勧告されることも事実である。寿命が延びて嬉しい一方，人生50年といった頃の停年制等というものが，そのままあり，働く意欲もまだあるのに後進に道を譲らなければならない。たしかに停年制というものが必要と思うこともあるが，80才になっても，記憶力が衰えず，その思考や判断に年齢を感じさせない人もいるし，その豊富な人生経験によって若者の及ばないアイディアや手腕を振う方もおられることは事実である。このように人を画一的に，その年齢に依って退職させるということは，その団体なり企業に対し，また大きくいえば国家的にも損失であり，高齢化社会の到来に際し，現実に即した施策が望ましい。而してこの社会施策が，老人医療政策と相俟って，実施される所に国家の進歩があるであろう。先に日医の武見会長が，日本の老齢人口の増加について，「健やかに老いる」ということを，提唱されたが，将に時宜を得た言葉である。唯寿命が延びても，寝たきり老人がふえたり，脳軟化症や老人性痴呆の人達が増加することは，老人福祉の負担が増し，しまいには社会保障制度の破綻を来たすことになるであろう。現在私たちは7～8人で1人の老人の生活を支えているが将来は3～4人で1人の老人をみるようになるといわれているが，このようになっては国家の発展は望めない。既に何10年も前から社会政策に依って，平均寿命を延ばし，保障制度によって老人の生活を安定にして来た北欧スカンジナビア諸国をみる迄もなく理解されるところである。

高齢化社会ということは老人の多い社会というのではなく，大勢の高齢者が，地域社会において活躍している生活状態であると私は解釈している。即ちその施策において「健やかに老いた」人たちを受け入れることの出来る政治が大切であるし，一方老人の健康を保障するために，我々医療担当者は積極的に老化させない医学を医療に取り入れなければならない。近年，リハビリテーションの医学が進歩し，嘗ては廃人にしてしまった疾病から，再び社会に復帰させ，地域社会の発展に貢献させる学問が発展したことは，非常に喜ばしいことであるが，将来老人医療が取組んで行かなければならないものは不老化医学である。これは40才代より20年乃至30年先を考えて，所謂，老人のリスクファクターを避けて，また積極的にジョギング，強歩等の運動を行い，あるいは温泉，マッサージをとりいれる等の包括的老化予防の医療大系を確立し，保険診療においてもかゝる予防は適用し（保険診療においては予防措置は保険給付外となっている）てこそ，老齢化社会の到来を不安なく迎えることが出来ると思うのである。厚生行政に望む所切なるものがある。

●座　談　会●

小児医療の問題点

出席者

川　崎　富　作	（日赤医療センター　小児科部長）
塙　　賢　二	（塙小児科　埼玉医大小児科講師）
天　野　曄	（港区）
藤　森　宗　徳	（千葉市）
木　村　和　郎	（三鷹市）
中　尾　聡　子	（世田ケ谷区）
三　尾　奎　三	（相模原市）

司会／小池　麒一郎　（中野区）

司会　まず小児診療の原点として，いわゆる育児相談について，小児科医としての取り組み発達に対しての評価，家庭のしつけの問題なども含めて，御意見をうけたまわりたいと存じます。

塙　育児相談という呼び方は，母親サイドのもので，正しくは乳幼児健康診査と申すべきだと思います。育児相談はこうした健診の中に含まれるものと考えます。

司会　お説の通りと存じます。さて，実施面で具体的にどうされていられるか，天野先生から口火を切っていただきましょうか。

天野　小児科の外来はどこでも混んでいることが多く，赤ちゃんが健診に来て，病気を貰っていっては困ります。ですから，まず健診の躍日と時間を決めています。

司会　アゼプティックな時間帯ですね。

天野　そうした努力です。実際の経験から申しあげると，お母さんの認識が，私共と大分隔っていることが多いのです。また，極端に子供をカバーし，気をつかう親と，逆にほったらかしにし，保育園に預けっぱなし，預かっている以上は保育園がすべて責任をもてといった風な，両極端の母親がいて，困ることが多いわけです。それから，1才6カ月の健診が始まりましたが，区ごとの契約のため，私の所みたいに隣接区にすぐ接している診療所では，普段診療している子供の健診が無料でできなくて困るわけです。行政サイドの問題で影響をうけるというわけです。

藤森　乳幼児の健康診査に関して，私達小児科医からみると，連続して診ていくことが一番大事と思います。発育の遅れた子供は毎月診て，経過を追い，必要ならば専門機関に送る，発育が順調ならば，間隔をあけるといった風に，個々の子供にあった健診をし，経過をみるわけです。例えば，千葉ですと，乳児期は県から無料券，1才半は市町村で集団健診という風に，バラバラに行われていて，一貫性がない。問題になる精神運動発達に関し，問題が多少あると思われる場合でも，経過を追ってみていれば，個人差によるもので正常化することも多いわけで，集団検診の場合は，横断的に健診する為，一々，専門病院廻しというケースが多くなるのではないでしょうか，現場のかゝりつけの医師の長期の観察を無視したスタイル，これが問題と思います。私どもの千葉市では，保健婦さん達が大変意慾的になりすぎて，横断的なチェック法でスクリーニングし，じっと経過観察している私共に，こんな異常があるのに見逃がしているといった意識で，専門医療機関にどんどん送るわけです。主治医と患者の関係を無視したやり方ですので現場でトラブルが起きています。地域医療と行政の行う保健衛生に差があるのでしょうが，問題と思います。

木村　塙先生の先程のお話ですが，検診と育児相談をはっきり分けなければいけないものでしょうか。

塙　育児相談は母親が育児について相談するという立場上の違いがあります。当然，乳幼児健診には育児相談が入ります。発育や発達の評価が乳幼児健康診査の主体であり，それについて母親が，育児上の疑問点を医師と相談するのが育児相談で，この際，母親と深くコンタクトをもち，細かい相談に応じる姿勢であたらなければならないわけです。こうした意味あいから，私はすべて，乳幼児健康診査と称えているわけです。

木村　先日，北多摩の小児科医の研究会でも，検診か育児相談か迷ったのですが，私が司会でしたので，冒頭に，「とにかく育児相談と健診と今日に限って区別しないことにします」と断ってから始めたことがあります。…（笑）

塙　乳幼児の健康診査をした上でなければ母親もまた育児相談が出来ないでしょうし，医師も母親の質問に充分答えられないのではないでしょうか。ですから育児相談は健診の中に含まれると思っています。

藤森　静岡の乾先生が，患者の健康教育のため，週1日，患者さんを集め，高血圧の食餌療法の話，等，何年か患者教育を続けられ一冊の本にまとめられています。私も真似したいと思うのですが，小児科では仲々むづかしい。せめて月に1回，今日は3－4カ月の育児相談日という風に，わずか1時間半ですが，患者を集めてやっています。私の所は公団に隣接しておりますので，比較的集りはよいのです。その時は，3－4カ月の指導，食餌法などの話しだけで，検診はしません。検診は別の日をあてています。そうした話し合いの機会に心配がある場合，健診に来ていただいてチェックし，心配しなくてよいとか申し上げるわけです。先生のいわれる育児相談だけを私は分離してやっているわけです。

塙　育児相談にはジェネラルな面も多いから，そうした意味では，相談についての答えは出来ると思います。しかし，個人個人の育児相談は医師がその子を診て，直接的に，お母さんと医師とが座り合ってはじめて出来ると思うんです。健診の問診票，これは診察をうける前の母親に対する相談表なんです。これを取りちがえて，○，×式に解釈すると，例えば保健婦さんなどが……問題が出て来ることになります。

川崎　塙先生は埼玉医大で乳幼児健診を受け持たれ，講

師をされているので，造詣が深く，分析も鋭いのです。私のいる日赤では乳幼児健診も育児相談も混り合っているのが現状で，今，お話しを聞いていて，成程そうかなという感じです。……（笑）

中尾　私の所では乳幼児健診といっていますが4段階に分けています。計測して先ず発育を診ます。次に発達を診て，母親に尋ねたりしながら，その月令に応じた発達かどうかを診るわけです。更に指導を，例えば離乳指導を行います。これらを全部終えた上で，「何かご相談がありますか」といって育児相談をうけるといった風に4段階で健診をし，その中に母親教育も含めております。健診は特定の日時を決め，診療時間外にしています。実施上困ることは，母親に差があること，また，先程申されましたように，保健所からその時だけの断面図を見て物をいわれますと困ります。つまり，それはスナップ写真だけで物を見るといった具合ですし，私共は8ミリフィルムのような長い経過を見て，これは大丈夫と考えているわけですから。

三尾　藤森先生の御指摘のように，健診の連続性が非常に大事と思います。行政サイド，これは各県によりまちまちでしょうが，私の地域では保健所の健診が3カ月児と3才児，市のサイドで6カ月児，県の委託でお誕生前健診，市町村サイドで1才6カ月健診というシステムで，中尾先生のお話しにもあったように，連続した健診が大切なのに，行政面からは大変まちまちになっいます。また，東京都，千葉，神奈川と夫々地域により行政の差があるようです。9カ月児はありますか。

塙　東京ではございます。今の三尾先生のお話に関連しますが，新生児期は産科で，代謝スクリーニングなどを含めて健診し，1カ月児はまた産科の先生の所にいらっしゃいというのが実情です。しかし，私は1カ月児こそ小児科へ来るべきだと思うんです。毎月健診するべきかどうかは，チェックした医師が来月来なさい，といっておかないと，母親はつれて来ないようです。実際に乳健に来るのは，一部の1カ月，次に3カ月，この時，外表奇形がはっきりしますし，あとは離乳初期の時期，4～6カ月位の頃，次に離乳中期と，後期とお誕生というのが，乳児健診の最小限の時期と思います。次に1才半，2才それから1年ごとという風に指示しています。48年から，公費2回になりましたが，保健所の1回を加え3回ですが，平均して実際に何回小児科医の所に来るかとなると，ほとんど3回以下，ですから公費だけで終りです。9カ月を過ぎるとぐんと減り，お誕生の時少し多くなる程度です。これは乳児健診をなぜやるのか，母親に対する伝達がされておらず，必要性の理解が乏しいためで，つまり，母親の乳健に対する認識が薄いため，足が遠のくし，大病院指向ともなるようです。大病院指向もよいでしょうが，やはり，地域のかかりつけの医者に診てもらうことが大切なのではないでしょうか。ですから，私共も一定の日，一定の時間を決め，幼児と分けて健診するという姿勢を示すことが，母親に乳健の認識を深めさす大切な方法と思っています。

木村　回数の件ですが，公費負担となってから，乳児健康診査はそれだけでよいと思ってしまうようです。実施以前は，1カ月とか1カ月半の間隔でなさる方が多かったのですが，無料券が出てからは，それだけでよいと考える人が多くなりました。また，診査に対し，費用を払うのが当然という考え方がなくなってしまって，肝腎な時期の健診が欠落する結果となっています。

三尾　私共は圧倒的に多く，公費負担の健診を診ているわけで，実情は3カ月と3才児は保健所に集め，私共が出張して検診しますが，その際，自分のかかりつけの子は少なく大多数が，その時始めての子どもです。6カ月児これも公費です。ですから自分の診療所での健診は6カ月児がまず最初になるわけで，次はお誕生前健診，それから1才半，この3回となります。行政の都合もありましょうが。…

藤森　大切な3，4，5カ月の時期が抜けるのは問題です。

三尾　そうです。それがしかし実情です。

藤森　主治医が診るということで非常にメリットがあると思うのは，日常診療で上気道炎などで来ている時に，発育までなかなかチェックし切れないのが，健診時，ゆっくり話をしたり，聞いたりしている時に，体重増加の悪い例が見つけられることです。診察時はやはり主訴中心になっているためでしょうが，ですから，乳幼児健診がないと責任をもっていられない感じがします。健診の場で，日常診療の見落しに気付くことがあるわけで，それがまた，日常診療に役立つという具合です。そういう意味から個別で経過をみるのが大切と思うのです。

中尾　日常が疾病診察ですから，健康な子どもとは何かをみることは非常によいことと思います。

川崎　私の病院は疾病外来と分かれていて別に健診棟があるのです。院長の考え方によるのですが，例えば，産科と婦人科は別々の所ということです。ですから，人間ドック的な所，乳幼児健診の場，産科の場などは

健康病棟に置いています。そうすると，お母さんは時々，どっちへ行ってよいのか分らなくなったり，同じ日に両方を受診したりすることもあります。病気を診る医師と健診の医師も別と思っていたりします。うちでは病児外来も，乳幼児健診も午前中やっています。年間3,000～4,000も出産があるわけで，そうした子どもを対象にしていますが，勿論そうでない子どもも来ています。1カ月，3カ月，4カ月とか，診ていきます。

司会　先生のところでは予約ですか。

川崎　予約ではありません。最近は週休2日制で，土曜日，若い父親が子どもを抱いてくるのが多く，とてもこみます。もう1つ，乳児健診は時々こわいなと思うことがあります。というのは異常を見つけてあげればそれはあたり前のことで，よいんですが，もし見逃した時はどうなるかを考えますと……。

例えば，股脱，もっと大変なのは先天性甲状腺機能低下症とか，或いはフェニールケトン尿症を見逃したりするとあとあと大変なことになると思うし，健診はあだやおろそかに出来ないと感じています。しかし，診察の都度百名近くも来るわけで，われわれの健診は大変なことだと思うんです。先程どなたかいわれたように，我々臨床医は病児ばかり診ていたのでは片輪になっちゃうので，やっぱり，健康な子どもを診なければいけない。病児を診ている時には，主訴を主体に診ていますが，健診の時は，全体を眺めながら…。まあ，どっちの場合もそうあるべきですが，一寸，頭のマインドが違っていますから，健康な子供を診ていることは，私共に大変よいトレーニングというか，教えて貰うというか，そういった面でも，また，若いドクターを小児科医に育てる上でも，非常に重要だと思っています。

塙　川崎先生のいわれた見落しの件ですがこれは重要なことです。ですから健診は費用も相当かゝるわけです。責任逃れをするわけではないんですが，母親は今，自分の子どもが病気なのか，健康なのかわからないわけですから，その認識をさせることが一番重要です。これは予診が大切になってきます。しかし，それは母親の主観に基いてチェックさせます。大病院でない私共一般の小児科医の所では，予診をとるジュニアーペディアトリッシャンも保健婦もいないわけで，結果的に予診と診察が一緒に包括されてしまうことになり時間がかかります。川崎先生の所は手があるから何十人も診られるわけで，システマティックにやられているからと思います。

川崎　そうです。保健婦が予診をとり，身体計測をしてから，医師の所に来ます。次に栄養指導にまわるという形です。大勢くるのでそうせざるを得ないわけです。

藤森　私の所では木曜日午後を健診日にしています。大体，30人です。

一同　30人とはすごいですね。

藤森　予約制で，電話などで，30人で切って予約をうけ，もう一度，当日確認をうけ，リストにし，主訴を受付けで聞きます。そこで乳児健診表と普通カルテを出し，母子手帳とセットにします。昼頃から，身体計測を始め，一時から健診をします。主訴についても重点的に診たあと話しをし，私の指導に合った栄養士や保健婦に栄養指導をして貰っています。

中尾　私は1人に30分かけています。

塙　私も3～40人診るんです。それは埼玉医大でのことですが，予約はとっていませんが，問診表に，現在病気か，何か様子のおかしいことはありませんか，を書かせます。異常のある子どもは看護婦がチェックし，明らかな異常，咳があるなどの場合，私が相談にあずかって，これは病気だから駄目という選択をしています。子どもの健診は子どもが健康であるためにするのですという認識を母親に植えつけることが大切と思います。

司会　色々伺いましたが，吾国もこれから益々少産傾向が強くなり，一人一人の子どもに充分手をかけるようになり，また，核家族化で育児知識の継承が乏しい状態になってきています。従って，私共小児科医が，地域の子どもとまず始めてのコンタクトを持つ機会は乳児検診が一番大きいと思われます。出来るならば，今後，生後1カ月から，コンティニュアスに，その発達や発育をフォローアップ出来るようにしたいものですし，健診日や時間などもきちんとしたいものですね。

天野　先程，塙先生から出ました一カ月の乳児の健診ですが，私のところでは，たまたまご近所の婦人科の先生が，自分の所でお産した患者さんを私に診てくれと頼まれ，生後4～5日位に伺って診ています。そうすると早目に色々なことがチェック出来ます。母体のトキソプラスマ抗体が大変高い場合などの相談もうけたことがあります。これからは小児科医と産婦人科医がタイアップしなければならないと考えています。

司会　たしかに，乳児健診の問題は，産科と競合するのではなく，協調し，お互いの領域を尊重し，夫々たかめていかなければいけないと思います。地域の妊婦が，田舎に帰ってお産をする傾向を是正し，互いに手

を取り合っていかなければならない時代でしょうね。

さて，百日咳が最近，ひそかに流行しているようです。予防接種年齢が，3混の事故をきっかけに変ってきましたし，もう一つ，大変幼い時期から，乳児の集団保育が行われ，感染を受けやすい状況もあるわけです。このように予防接種の問題は小児科医にとって重大な問題です。集団接種では，行政サイドに事故責任が行くわけですが，個別接種の場合，どのような御注意や御配慮をなさっておられるのか，その辺を伺いたいと思います。事故を起こせば，道義的な心理上の負担と，金銭的補償問題が絡んできますし，何か，実行されている具体的なものをお話しいただければと存じます。

川崎　うちの病院では，ポリオ以外の予防接種をやっています。BCGは日を決めていますが，3混，麻疹は毎日しています。予防接種というのは事故がどこで起るかわからない。全く予想がつかないんです。お母さん達は心配して大丈夫ですかと聞かれますが，私はいつもこう申し上げています。「我々は飛行機に乗る時，いつも不安に思うけれど，それだからといって飛行機に乗らないわけにいかないし，大抵は大丈夫だ。道路を歩いていてダンプカーにはねられることもある。飛行機がない時代，ダンプカーがない時代なら，落ちる心配，ひかれる心配もなかった。だけれども，文明社会というものは便利なものが色々出来るから，またそれによって災難も生れてくる。予防接種だって同じことで，これがあるから，大勢の子どもが百日咳にかゝらなくてすむし，BCGで結核が少なくなったわけで，そうした中には，稀れだけれども，予防接種による事故があり得るわけで，しかもいつ起るか予想は出来ない。予想出来ないことは，一々，心配しない方がよいようで，例えば，道を歩くのに一々心配していたら，家の外に出られなくなるじゃないか」というようにぼくは説明しています。予防接種には現実に，こうしたリスクが常にあるわけですが，集団的立場からいえば，やらざるを得ないし，やるのが私共の務めと思います。勿論，先天性免疫不全の子とか予測出来るものもありますが，アレルギー性体質だから，打つと起るかというとそんなことはないわけで，予測が出来ないといえるでしょう。

塙　川崎先生のいわれることは了解出来るのですが，それは医者ザイテの言葉ではないかと思われるのです。先生は万が一の事故を予測していられるのですが，現実では万が一でも事故があっては済まない。百万分の一でも，マスコミの大きな見出しになります。最近，麻疹ワクチンを注射して17日目に死亡した例があります。麻疹ワクチンは5日から14日迄の事故が，規約上事故扱いとなっていますから，この例は規約外ではずされたわけです。麻疹ワクチンは今迄，70万人位接種されていて，事故は1例と記憶しています。大変少ないわけですが，マスコミでは大問題になります。

川崎　その例では，時期的にみてかなりずれがあると思いますが，接種が事故の直接原因ではないとしても，何らかの関与があった場合には，やはり十分な補償をしてさしあげるようにして慾しいものです。直接の当事者である私共医師も大変悩むわけです。ですから，予防接種の事故は予測出来ないが起り得るものであることをまず一番に母親サイドによく知らせることです。また，不幸にして発生した事故に対しては，国家が補償する。この2つを積極的に実施して貰いたいものです。

塙　事故補償の解決に大体3—5年かゝりますから，その間，事故を起こした医師には患者が来なくなり，夜逃げ同然で，他の地域に転出しなければならなくなります。医者も，また，精神的，財政的，あらゆる負担を負う結果となっています。

川崎　そこが行政の逃げで，医師は使われてやっているわけですから。しかし，こうした問題を行政府と接衝される先生は，自分で自ら注射されるわけではないから，行政面への押しが足りないわけです。ところが，私共は自分で注射しますから，いつも事故につながることを頭の中に浮かべながら，飛行機に乗って，落ちるかもわからんと思っては，しかし，まあ自分が乗っている場合は大丈夫だろうと思って乗っているようなものです。

塙　飛行機の事故は，補償をすぐ払ってくれますよ。

川崎　予防注射は，これ一つが万分の一の事故につながらないんだと，誰れも保証出来ないんです。

塙　先程，小池先生がいわれた百日咳ですが，百日咳の予防注射は3カ月から48カ月に打つことが法律でうたっています。しかし，集団接種では24カ月から48カ月です。接種漏れの場合，第2期の48カ月を18カ月延ばすことが出来ると書いてあります。しかし，3カ月と集団の24カ月の間のブランクはよいのかという問題に対しては，事故を起こす危険があるかもしれないから，24カ月頃にしようとということで，24カ月となっています。ところが，一番問題になるのは，24カ月以前のお子さんの百日咳でして，政府がそれをやらないことは，全く矛盾していますね。

藤森　こうした問題の報道の仕方についてですが，先程

の麻疹ワクチン事故についても因果関係は直接ないと思われるんですが，新聞の報道では，あたかも，予防接種のためのように書かれていて，それをネギイーレンすることに関しては，全く書かれていません。こうした事実関係をはっきり併記して貰いたいものです。

塙　小さく書いてあるんです。

川崎　日本のマスコミはとかく針小棒大の傾向があるようで……。予防接種の死亡事故は極めて稀れなんですが，自動車事故などの膨大な事故死について，一つ一つ，騒ぎ出したら，自動車なんか潰れる位なのに，そちらの方は，放置しているわけです。

天野　川崎先生が言われたことですが，行政の怠慢を是正すると同時に，マスコミの扱い方ももっと慎重にして貰うように努力すべきです。もう一つ，確かに日医などで66カ月までは，救済の対象になっています。しかし，その期間を過ぎてやっていない子はどうするのか，結局，現場の私共が一番困るわけです。やってあげたいが，何かあったら，百万に一つがあたったら大変なことになる。行政側でも考えるべきことでしょう。もう一つ，3種を接種し，異常に熱が出た場合には，私共も免疫不全などを疑ってかゝった方がいいと思います。2回目を接種する前に，そうした子の免疫グロブリンの状態を調べる努力も必要と思います。

川崎　その点ではやはりアナムネーゼを色々聞いて，過去において，特に水痘の治りが大変悪かったとか，肺炎を繰返したとか，化膿性の色々な病気をやったとか，アナムネーゼをよくチェックしておくことは，私共の立場から重要なことです。

藤森　今度の改正で大事な問題は，強制でなく，保護者の要請で行うことと思います。ですから，保護者はその予防接種の必要を十分に認識した上で集団接種をうけるわけです。ところが，一般には受けなければならぬものと思っているのが実状です。しかし，改正予防接種法では適用年齢内に政令に基いた方法によって受けると決められています。私共の地域では問診票の一面に予防接種の意義と危険と接種時の注意を書き，裏面が予診表になっています。それを持って帰らせ，十分読んで貰ってから受付けることにしています。これは集団接種の際にも行っています。その予診表の最後のところに，本日の予防注射を希望するかという欄を特に作ってあります。予診票にも何も書いてなくて，接種液を注射器に吸って，消毒しようとすると，「先生，鼻水が出てるんですが，大丈夫でしょうか」。といいだす不心得な親も時にいます。

塙　たしかに，ちゃんとやる意志を確認してから注射器を吸うべきですね。集団接種の場合，「咳が出るんですが」というんで，「じゃあ，あなたは，今日やらないために来たんですね」。と言うんです。……（笑）やはり本人の了解を得ることが一番重要と思います。今はもう九条がなくなり，予防接種をしなくても罰則になりません。

藤森　お母さんの方はやらなくちゃいけないと思っているわけです。

塙　昨日も埼玉医大でのことですが，麻疹の予防接種で亡くなった子がいると新聞に書いてあったというんです。天野先生がいわれた通り，マスコミ騒ぎの余波ですね。しかし，麻疹ワクチンでは熱の出る率も非常に少ない。麻疹ワクチンはたしかにすぐれたワクチンといえましょう。ですからお母さんに，「じゃあ，あなたは今日打たないために来たんですか。打つ意志がなければ結構なんです」。といいますと，「いや，打ちたいんです。でも，こわいでしょう」。といわれるので，「あなたがこわがっているなら打つ必要はないんです」。とはっきりいいます。九条がなくなって罰則になりませんし，本人の意志がなければ打たなくてよいんですから。

司会　確かに，はっきり意志確認をすることが必要ですね。

藤森　私の所で個別接種は，3混，2混，百日咳単独，麻疹ワクチン，ツ反，BCG，日脳，インフルエンザ，などです。一応，午前中に接種することにしています。午後に行って，具合が悪くなると困りますから，午後休診の日や翌日休みの日もやらないことにしています。

司会　そうした配慮は大切ですね。

藤森　かゝりつけの患者さんの場合は，予診表とカルテを一緒に出し，カルテを参考にし，多少のことがあっても適応に或程度の幅を持たせて，実施しています。天野先生と御同様に，私の所も行政の境目にいますので主治医は隣の市町村で，予防接種だけ当院というケースがあるわけです。この場合は主治医としての関係がありませんので予診票を十分にチェックして，問題が少しでもあれば，はねることにしています。トラブルが起りやすいのはこうした場合でしょうから。

塙　事故というのは副作用ですが，発熱など副反応の問題もあるわけです。DTは副反応が殆んどなく，DPTに問題があるようです。先生は何カ月からDPTをやられていますか。

藤森　3カ月児から致します。三種，二種，百日咳と揃えていますが，これは三種の危険頻度，発熱率など説

明し，それを確認させ，その上で，了解をとりますと，5人に1人位は，「そんなに危険なんですか」というお母さんがいます。実際，私の周辺では，3混が普及し，百日咳の患者発生が大変減っていますから，こうしたケースでは，百日咳を除いた二種をすゝめることになります。或いは2混だけすませていて，百日咳を希望する場合もあり，色々のワクチンを揃えておくわけです。現在の予防接種の特徴は，市町村長に責任分担があるわけですが，隣接地域での話し合いが出来ていないと，問題が出てきます。予防法案の中には行政単位での話し合いがあれば隣接地域のも可能な筈なのですが，実際には行政の怠慢のため行われていません。こうした広域での一元化が早急に望まれます。

川崎　ですから東京で千葉県の人が，或いは埼玉県の人が，接種事故を起こした場合に問題となるわけです。自治体が隣接地域も包括した依頼を出しておけばすむことです。

藤森　個別依頼は現在でも一部で行なわれていますが，もう一歩進んで，行政同志で話しあって，どこでも通用するようにすればよい。

川崎　それをやっておけば，一々そんな依頼がいらないわけですね。こうした問題に誰が鈴をつけるんですかね。

藤森　それは日本小児科学会じゃないですか。

川崎　やっぱり，小児科学会ですかね。総括的にやって貰えると大変やりやすいわけですね。

塙　藤森先生は三カ月児から3混接種されているとのお話しで，私も大賛成ですが，その場合，使用量は 0.5 ccを三回おやりですか。

藤森　内緒の話ですが，六カ月未満では第一回を 0.3cc やって反応の程度をみ，二回，三回は 0.5ccにしています。

塙　トータルで 1.0cc以下では免疫効果が疑問ですが，1.0cc 以上では 期待できるようです。DTの場合は二回接種でも有効のようです。百日咳の罹患者をみると，全く予防接種をしていないか，一回というのが殆んどで二回接種以上のものは，発病しても軽いか，発病しないといったデータが出ています。ですから私は二回は打っていけばいいんじゃないかと思うんです。

川崎　問題は3混で，臨床的には百日咳です。百日咳の予防はどうしてもやりたいんだけど，副作用の問題がつきまとい，その辺に接種する側の私共にとって頭の痛い問題があるわけです。副作用が少なくなる様改良され随分よいものが出来ているようですが。

塙　日本のは菌量が多いんですね。

中尾　私も 0.3cc注射をすることがあります。わずかですが。先天性の心疾患の患者がいるものですから。

塙　母子手帳には 0.3ccと記入してやっている所もあります。個体差の問題もありますしね。

司会　百日咳ですが，早くから乳児保育をなさる場合も少なくありません。百日咳の初発症状は，発熱もなく，日中の咳もあまり出ませんし，保育園に預けてということになりがちで，そうした状況から流行も起こり得るわけです。ですから乳児保育をされる場合は早期に個別接種を受けるのがよいと思います。木村先生の所ではどうでしょうか。

木村　保育園はたくさんありますが，幸い，まだ流行を経験していません。私も個別接種は藤森先生と同じ程度の種類をしていますが例数は多くありません。実際問題として，こうした接種人数の極く少ない状況で，一つのバアイアルを何遍吸ったら捨てるかの問題があります。私はあきらめて，原則として一人で捨ててしまうことにしています。

塙　一バアイアルでも，一人分のを作っても，手間がかかるので料金は同じ位とのことです。この間，平山先生に伺ったらそういうお話しでした。

木村　多少でも値が低くければ，矢張り一人分のを作っていただきたいと思います。

司会　そうですね。たしかに無駄ですし，事故を誘発するもとになりかねませんし。

木村　いかにも無駄に捨てる感じがします。

塙　まあ，雑菌の問題でしょうね。

司会　三尾先生のところではどうされていますか。

三尾　私の所では数がそんなに多くないんです。バアイアルを一回ごとに捨てず，月一回の割にしています。ツ反，BCGでは一人用というのが出ていますね。あれは御経験されていますか。

藤森　私は一人用でやっています。

三尾　私もそうしていますが，ＢＣＧのつきが悪いような気がします。業者にただしました所，釣が皮膚につく位，相当強く圧迫して，血がにじむ位やらないといけないという話しで。

藤森　あんまり出血が多いとまたつきが悪い。私は新しくなってから，むしろつきがよくなったように思うんです。

三尾　そうですか。今迄の経験では何か悪いような印象ですが。

木村　僕もそう感じまして，何回かやっているうちに，力が足りなかったんだと思っています。

三尾　そうなんです。集団の時と違って，かなり緊迫しておいて，相当力を入れないとつきが悪いようですね。

藤森　以前経験したことですが，リンパ腺が腫脹し，手術したケースがあり，矢張り，雑菌が入っていたんです。ですからこわいと思う時もあります。

川崎　大勢のなかでは，そうしたことは当然あるわけで，いずれにしても異物を体内に入れることは，ナチュラルではないですから。だから予防接種は小児科医にとって大きな問題であるんですね。いつも危険を頭の中に浮かべながら接種しますから，出来ればやりたくないんです。

塙　予防接種でもう一つの大きな問題は，接種間隔です。小児科医はある程度，この位の間隔なら免疫抗体が上るだろうという考えのもとに予防接種を致しませんと。あまり，判で押したようなやり方でもいけないんじゃないか。母親が，接種の適正時期に連れてこないのが一番いけないのですが，個々の例で善所することがよろしいんじゃないかと思います。母親の頭の中には集団接種から洩れた時に，心配が一番強いようで，少しおくれても受けられるのか，やり直した方がよいのかということになりますが，個別接種の場合はある程度幅の広い態度で接種してあげることが，私共の心得であるべきと思うんです。

司会　私共が個別接種をする際の心構えがどうやら語り尽されたようでございます。予防接種の際，親の確認，水痘，ＢＣＧなどの経過に注意してアナムネーゼをとること，施行時間，個体差と注射量，バアイアル投棄の問題，接種間隔など，十分心得ておかなければならないことと存じます。

次に日常診療上の問題に移りますが，発熱咳，下痢といった頻度の高い訴えや，親の不安に対し，どの様に対処し，母親の理解と看病の協力を得ていくべきか，小児実地診療のアプローチについて，御経験の一端をお話しいただければと思います。熱の問題からどうぞ。

塙　発熱の際，母親に申し上げることがあります。日頃の育児で自分の子どもの顔色をよく見ておきなさい。子どもの顔色が赤い場合は大丈夫，しかし，蒼ざめている場合には医者の所に行きなさい。こうした見分け方を教えることが大切です。発熱は一番多いケースで，大騒ぎするのも一番多いですね。熱に対する母親の認識を深める必要があると思います。

木村　僕は熱の子どもが来ますと，「これは２～３日続く」と皆にいっているんです。スーッと下がっても別に文句言われませんから。

司会　覚悟させるわけですね。

塙　何度になったら解熱剤とか，解熱剤の坐薬を使いなさいと母親に教える必要があります。医師の側からは38.5℃位と考えますが，母親ザイテからいうと38℃と思っています。

司会　熱性痙攣もその辺から起こりますし。

藤森　木村先生のお話しに関してですが，自分の所には，〝発熱〟について張り紙を出してあります。まず第一に，熱だけで死ぬことはありませんと大きく書き，その隣に，熱だけで脳炎にはなりませんと書いてあります。でもこういう熱は心配ですよとして，吐いたり，顔色が悪かったり，呼吸が早かったり，ぐったりしている…。次に熱はすぐには下がりませんと大書してあります。といいますのは，昨日薬を貰ったがまだ下がらない。もっとはなはだしいのは，千葉で夜の急患診療所をやっているんですが，昼間お医者さんから薬を貰って飲んだけれども，まだ下がらないといってこられる方が多いんです。ですから，熱はすぐは下がりません。薬は熱を下げるものじゃなくて，病気を治すためのものです。病気が治らない限り，熱は続くのです。死なない。脳膜炎にならない。熱はすぐ下がらない。と張り紙している次第です。

中尾　私は体温表を大いに使っています。はしかなどでは，経過のあらましを体温表に示し，熱の出方，咳のひどくなる時期，発疹する時期を教えます。これだけの日数が過ぎないと治らないことを説明します。はじめのうちは，上気道炎の熱か，はしかのか，わかりませんから，もし，２－３日でさがるようだったらはしかではないし，という風にあらかじめ説明しておきます。水痘や耳下腺炎の際も，やはり，そういう風に書いて渡し，これが普通の経過だけれど，これと違ってきたら必ずいらっしゃいと申します。それから，熱は

今日は下がりませんよ，今晩は辛抱しなきゃいけませんよ，とよく申しまして，その晩，休日診療にかけつけるというようなことのないようにしています。体温表を使って病気の説明をするのは大変効果的なようで，わたした図を病気の子どもの部屋に張っておいて，親が経過を見比べています。

木村　僕も体温表を，熱が何日か続く時には使っています。ちゃんとつけさせると，熱の経過が客観的に眺められるような気がします。

天野　私の所に来られる患者さんで，熱が出たといってきて，測ってこられるのは一割もいないんです。熱は診療所に行って窓口で体温計を借りて測るものと思っているらしいんです。そういう母親には「自分の子どもの病気を心配するならば，家庭で出来る唯一の計測なんだから，それ位やらないで，母親とはいえませんよ」というんですが，こうした母親教育は大いに進めないといけないと思うんです。一般にお母さん達は，夜は体温を測るんです。朝は測らない。…（笑）だから体温計は持っているんですよね。

塙　夜は熱を心配するんです。熱が下がらないのは，親にとってたしかに心配なんです。私は心配するなということ自体無理でございますので，発熱の看病の仕方を十分に教えます。発熱時，欧米での冷水浴は日本の場合，一寸，適応出来ないように思います。やはり，解熱剤の飲ませ方，解熱剤の坐薬の使う間隔なども母親に教えなくてはならないと思います。坐薬も熱が，38.5℃以上あったら，4時間たったらもう一度使ってもよいというふうに指示しています。解熱剤の服用も単に一日三回ということでなく，それでも下がらなければ，4時間たってもう一回飲ませなさいという風に，喘息で使うテオフィリンの飲ませ方と同じ様に指示しています。こうして，あまり高熱にさせず，心配を少なくして翌日来院させ，よく熱の説明をし，今度は5時間間隔という風に教えています。解熱効果がうまく得られるように具体的に指導する心構えも必要じゃないかと思うんです。

藤森　薬の飲ませ方が，どうも内科的な考えがあり，食後に飲ませるものと決めてかゝっているわけです。私達の場合は，一日分の薬なんだから，起きている時間を三回にわけて飲ませてくれという風に話をしています。ところが，薬袋をみると，食前，食間，食後と書いてあって……。

塙　小児科に関する限り，特に授乳間隔の問題がありますから，薬袋でも，投薬瓶でも食前，食間，食後の記載は抜かすべきだと思うんです。笑い話ではないですが，食間とあると離乳食にふりかけてたべさすという例もあった位ですから。…（笑），ミルク哺乳の間だから離乳食というわけで……。

藤森　私はそれでもいいと思うんです。薬をなかなか飲まない子には，ご飯にふりかけたり，パンにはさんで食べさせてやれといいます。

三尾　実地医家の会の一月の例会で発熱を主題にやったのですが，内科の先生から質問が出て，小児科学会で正常体温の定義を昨年頃出されたように記憶しているんだが……ということだったのですが，皆さん知らなかったので，その点，教えていただければ……。

塙　あれは厚生省でやっていて，班長は，府中病院の巷野悟郎先生です。全国的に施設で検討し，子どもの体温は従来いわれているよりも低温であると去年の小児保健学会で発表しておられます。その原因として，運動不足で筋肉を使わないなどの理由で正常体温が下った。もう一つは，一年を通じ，22～23度の室温で管理されているので，温度に対する適応能による変化ではないかという二点を低温化の原因としてあげられています。たゞ，私の経験では，臨床の実際からみて，矢張り，37.4℃以下が平熱であると思っています。戦前，村上教授らが，データをとられていますが，あのデータは尊重すべきであると私は考えています。今回の調査のように集団保育の場での成績をうのみにして，実際の診療に使うことは，慎重でなければならないと思います。午前中は低く，午後は高く，真夜中が最も低くなるターゲスシュワンクングがあるのであって，日差を測らないで，日中の体温だけで結論を出すことは，一寸，問題があるように思います。午前中の37.4℃というのは午後に更に上がることが推定されますから，こうした際は用心します。体温にはターゲスシュワンクングと同時に周期性があります。約2週間位の周期性変動がありますから，常温の決め方には慎重でなければならないと思います。

川崎　ばかに詳しいでしょう。塙先生は詫摩教授の下で，チーテルアルバイトでやられたから。……（笑）

藤森　でも学童は高いでしょう。

塙　学童は午後高くなります。

三尾　私も村上教授の弟子だったので，体温を少し噛じったんです。

塙　僕は村上先生のデータは尊重すべきだろうと思います。

三尾　あの席でも天野先生が測定された値を出されましたが，平均37.1～2 ℃でしたかね。

塙　体温の測り方も一定にしておかないと測定値の信頼

度が違ってくるのではないかと思います。

天野　体温表の37℃の赤い線が悪いんですね。

司会　たしかにそうですね。母親に対しての熱の説明，体温表の利用，解熱剤の使い方，正常の子どもの体温，など日常小児診療に役立つお話しをお聞き出来，有益でございました。〆めくくりに，日常の診療を通じて，現代のお母さん方の育児，養育，教育などについて，その風潮や，御意見などを承け賜わればと存じます。川崎先生如何でしょうか。最近は皆さん，吾が子をいゝ学校に入れ，よい社会的地位につかせたい風潮が強く，乱塾時代，教育投資時代になってしまったようにも思われるのですが。

川崎　学歴社会が子どもをゆがめてしまうことです。ですから，うちの父ちゃん見れば僕の将来知れたものというのがありましたが，お母さんは自分の主人みたいに子どもをしたくない，もう少しよい立場にしてやりたいということで，小さいうちから塾に行かせて勉強，学校でも勉強という風で，どうも日本全体が知識に振り回わされている傾向が強いように思うわけで，こうした点は小児科医として余程考えなければならない。自由な遊びがないわけで，これは重大なことだと思うんですが。

司会　日常診療でも，熱が少し下がったが，病気は継続していて，下気道炎の可能性も強い段階で，医師は注意しているが，親の方は学校におくれると大変という意識で学校に行かせてしまう。するとまた熱が高くなり，学校に行けなくなる。一体何時治るんですか，とこちらの責任みたいにいわれることがありますね。

天野　途中で治療をやめて，あわてて学校に出すでしょう。結局，長引くわけですね。もっとおかしいと思うのは，学校ならまだわかるんですが，お誕生会に行けないとか，遠足に行けないとか，これには，私共も奇異に思うわけです。いつも私いいますけれど，いまのお母さん大体二十代後半から三十代前半というと，日本で人口が一番多い世代で，二千万人位といわれています。第一次ベビーブームのときの赤ちゃんで，当時の親から家庭のしつけや教育がされていないのですね。そうした世代が，父親，母親になって子どもを育てているわけで，親としての未熟さ，無責任さがあり，これが，塾とか習い事に向わせる。また，それに便乗した産業が非常に発展しています。幼児から英才教育をすると知能指数が200になるとか，それを鵜呑みにして信用してしまうわけです。やはり，吾々小児科医がどこかで母親に働きかけるべきだと思います。私共は赤坂保健所長に話して，妊娠中の母親の教育をする母親学校のカリキュラムに，生れてから先の育て方も大切だから，小児科医による教育を入れるように話しをつけ，更に婦人科側でも妊娠前から大切だというのでそれも加えて，やっていくことになりました。私もプライベートには藤森先生のお話しのように，お料理，お花，踊りなどをやる婦人教室に，月1回，母親教育をボランティアでやるから，無料で場所を貸して下さいということで始めることにしました。こんな風に少しづつでもやっていかなければと思っています。

塙　健康に対する関心が，一般に大変高まっています。ジョギング，マラソン，など健康に対する考えは高まっているんです。しかし，病気になった時の思考はまだ低い。健康保険があるからすぐ医者というわけです。それから，教育に対する熱意が大変昂揚している。三才過ぎて，保育園，幼稚園に入ると，いまのニューファミリーは競争心が激しく，幼児教育，ピアノなどに夢中になって，健康や遊びなど度外視してしまう傾向が強いようです。子どもも健康であってはじめて学校に行けたり，教育をうけられるわけで，そういう意味の健康教育が必要と思います。もう一つ，天野先生が御指摘になったニューファミリーは核家族ですし，育児，しつけなど根がついていない。おばあさんのいる家は根づいているから，ホームといえますね。勿論，ホームには昔からの育児が根をはっていて，中には悪いものもあります。そうしたものはセレクトして，ホーム的なよい面を導入していけば，よい意味での日本のホーム的ファミリーとなるんじゃないか。こうした点を小児科医は強く訴えて母親教育すべきだと思います。

司会　赤ちゃんの時期から，子ども一人一人，個性，個体差があるのに，母親の方は，社会的に画一的なものを求め，自分の子どもの個性をスポイルして，同じ色合に仕上げたがる傾向が強いように思われます。小児科医は，母と子とのふれ合いのなかで，こうした問題にも入っていく必要があるんじゃないでしょうか。

天野　例えば三才位までのいわゆる情緒を安定させる時期に色々教え込もうとする。すると，本人はまだ取り込み得ないわけです。その反面，母子間のコンタクトが非常に少ない。保育園に預けっぱなしというわけで，こうして情緒の不安定が起こってきますね。三才以降，社会性とか協調性が出てきて，友達が出来，仲間遊びが始りますね。私，知能が発達してくるのはそのあとだと思うんです。やはり小学校の1～2年に相当する時期でしょう。ですから，教育の方を先走りま

すと，情緒不安定がふえて，あとになって非行とか登校拒否とか，家庭内暴力とか，こうした問題が起ってくると思うんです。体の面と共にこうした精神の発達段階を踏まえて，小児科医が母親を指導していくことは大変大事だと思います。

塙　いまのニューファミリーはそういう伝統というか，根がはっていない。どうするかというと育児書を読み，テレビ講座をみる。だから，子どもがみんなワンパターン化されるわけです。

川崎　日本の現代社会は官僚社会に管理され，序列社会と管理社会となっているから，母親だけを責めるわけにいかんですよ。日本の国にはいわゆる西欧の自由主義とか個人主義とかが入ってくると，放縦主義，我儘主義になっちゃって，どうも管理されるのに都合のよい構造になってしまうようで困ったことです。

藤森　医療への認識が低い点は，例えば，無料健診或いは医療補助などがあると，医療は安いものという認識しかないわけです。また，お母さん方に感謝の念が薄いように思います。デパート，ドライブなどにつれていって病気になって，まだ咳もとまらないし，熱も下がらない。すべて医師の責任みたいにいわれることが多いのです。熱も下がり，咳もとまって元気になったのに鼻水がとまらないのはどうしてですかとせめられたりすることもあります。

川崎　言葉遣いが分らないお母さんもいますよ。

藤森　他の医療機関についても，医者に行った。藤森に行ったけど治らないから来た。といった調子で，尊敬の念が全くないわけで。

塙　保険診療の影響でしょうね。保険診療の場合は診せていたゞくわけですからね。

藤森　やはり，主治医と医師の信頼関係をつくっていくことが大切だと思うんです。スーパー的なものであってはいけないと思います。

塙　医者と患者とはあい性があると思う。あい性の悪い場合は仕方がないんじゃないですか。

中尾　先程から息子や娘を叱られているみたいで，……私の子ども達が丁度その年齢ですし，やっぱり教えていかなければと思っています。

川崎　医療はやっぱり信頼関係だと思います。一度，信頼関係が崩れると，本当にうまくいかなくなりますね。

木村　日本では人口を抑えることが至上命令の一つと思うんですが。そうすると，家庭の子どもの数が二人位で，どうしても親がベッタリという風に，親が大変子どもにかゝわってしまい，吾々からみるとかゝわり過ぎになるわけですが，こうした状況では不可抗力だと思います。まあ，宿命みたいなものともいえるかも知れません。

川崎　昔の母親は家事に追いまくられ，子だくさんで，五人も十人も子どもがいましたから，放ったらかしで育てたわけです。今は一人か二人の子どもで，家事も省力化されているから，時間はある，暇はある，その結果，子どもに一生懸命ということになる。まあ世の中が便利になると，また色々な問題が出てくるんでしょう。

塙　その割には事故が多いんです。手が余り，時間が余っているのに，幼児の死因のトップが事故死で，アンバランスですね。

木村　それは親が子どもにかゝわり過ぎているから，子どもは自分で試行錯誤する経験がない。ある時，親の保護をはずされると，もうどうしてよいかわからなくなる。ということも想像され得るんじゃないでしょうか。

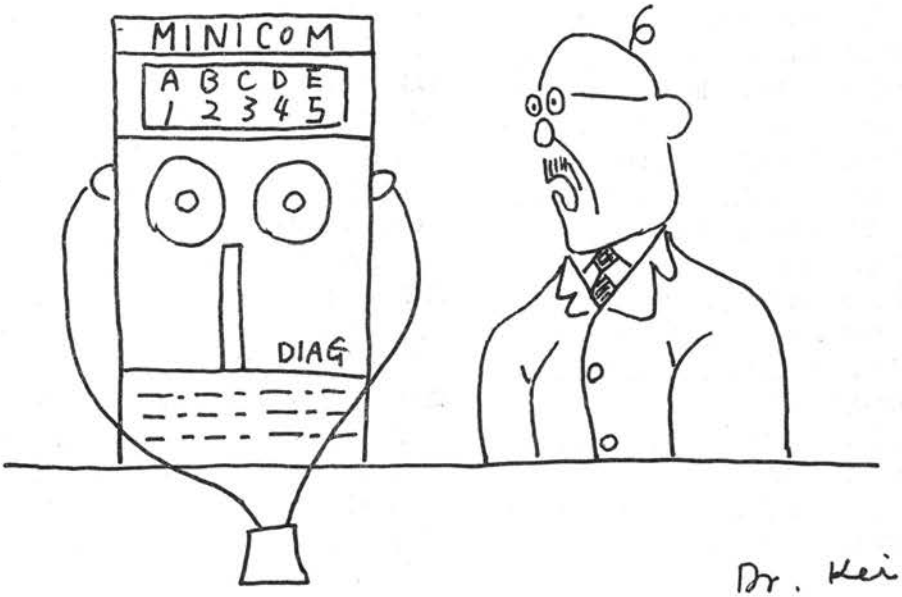
中尾　たしかに一理あると思います。何とか，子どもをふやすことが一番よいかも知れないと思ったりしますが，私は5年間に四人の子どもを生み，育てましたから，一人一人に，「これは危い」「これはこうしなさい」。などといっていられない状況で，ですからまあ伸び伸びと育ちました。

川崎　家の中が自然の小さな社交場になるから，子ども同志でお互いにカバーし合えるし，相手をいつも認識しながらやれますしね。

司会　お話しもそろそろ尽きたようでございます。少産傾向になり，小児科医もむつかしい時代となっていくでしょうが，医師と患者さんとの相互の信頼関係を深めていくことが大切との意見に集約されるようでございます。臨床上の貴重な御経験や御示唆を数多く，御話しいただきまして，実地小児科医の方々にも何かと役立つのではないかと考える次第でございます。どうも，本当に有難うございました。

ドクターXのしらけアンクル

医療の機械化
〝医師の腕より機械の腕〟



〝コレハ，Xシヨウコウグンデス。
アタマノワルイヒトニ　オオイモノデス。
アナタコレシラナイ。ダメネ。モット
ベンキョウシナケレバ　イケマセンネ。〟

〝あなた，
これ何と診断
するのよ。
教えて。〟

書　評

推理小説的インフルエンザ学

福見秀雄著
新宿書房

インフルエンザはあまりにも有名になりすぎた医学用語の一つである。毎年流行期になると新聞紙上を賑わし，小学校の生徒でもよく口にする言葉である。我々実地医家にとっても，もっともありふれた病気の1つであろう。こんなにもポピュラーな疾患であって，しかも，毎年ワクチン接種も大々的に，日本全国で行われているのに，時に大流行するのは，考えてみると大変奇異な病気である。それなのに，我々が日常あまりにも関心をもたないのは，あまりにもありふれたものだからであろう。序に，著者はこう記している。「実際，近年のインフルエンザの研究の成果には目ざましいものがある。そして，その成果は，あるいは成書の形で，あいるは，雑誌の特集を飾る形で出版されている。しかし，それでは，どれだけインフルエンザの実体がはっきりしてきたか，そう考えると，なおインフルエンザに関しては不明のことばかりのような気もする。特にその流行の実体にいたっては，ほとんど解明されていないといってもよい。」我が国のインフルエンザ研究の第一人者である著者が，このような告白をされているのは，実に興味深い。何故そうなのかということを，アンチテーゼのような形でまとめたのが，本書であるといってもよいであろう。本書の構成がきわめて学問的であり，インフルエンザ学と名づけてもよいものである。インフルエンザの解剖学から始まって，病理，臨床，疫学というように構築されている。それも，いわゆる学術書にみられるような，少々かび臭いものではない。新型登場一事件，新型登場一理論，新型登場一人獣伝染病の立場という風に，一事件を究明する判事の報告書のような書き方がなされている。第3章から第5章にかけての記述であるが，この書のハイライトであり，又読んでいて，あたかも推理小説を読んでいるような錯覚に陥ってしまいそうである。なぜ，ニューフェイスがインフルエンザ学では，そんなにも重要なものであるかは，この章でくわしく語られている。推理小説に筋書きを話してしまうと興味が半減するのと同様なことになるので，ここではあえて述べないことにしよう。

ただ，著者は，インフルエンザのメーンエベントは，ニューフェイスが，登場することにあり，この問題を正しく理解することこそインフルエンザの全貌の理解につながるといっている。このニューフェイスは，アジアかぜであり，イタリアかぜ，ソ連かぜ，香港かぜである。こうした，ニューフェイスの次々と登場するうらには，抗原循環説という理論があると著者はいう。それは，香港かぜの登場によって推進された。1900年頃から何年かの間に生まれた個体の中に，Heg 2 抗体をもつものがあり，これを裏返していえば，1900年頃から何年かの間インフルエンザの流行抗原として Heg 2 抗原が現われていたという事は虚像であって，実像は，実は H_3 抗原によって作られていた。そういう虚実の関係によりニューフェイス登場の理解をむづかしくしているのであるが，これを東洋的思想である輪廻に結合させて理解する事に成功した著者には，脱帽せざるをえない。

自然界においては，人，豚，馬，鳥類などに，それぞれ特有なインフルエンザウィルスがあって，それぞれの種に限って流行のサイクルを作っているのであるが，人のインフルエンザが豚に移行することは特異な現象であり，大変奇妙なことに，豚から人にうつることはまずない。しかも，人インフルエンザは，新顔がでてくると御老体は消されてしまうという，いかにも残酷な現象が起るという。インフルエンザをかの有名な悪玉のカポネの子分にみたてて，この章を読むと，大変スリリングであり，楽しくもある。

しかし，物語としては大変面白いものであっても，学問的にこの新型登場は，あとがきで書かれているように，著者にとっては難攻不落の研究対象であり，研究テーマの中心でもあったという。著者は，どこまで，本書で，この難問を解読してみせることができたか，危惧の念をいだいているが，そうした，苦難の研究の中でえられた，数多くのエピソードや実験結果が随所に挿入されていて大変わかりやすく，見事に，そのなぞときのありさまをえがいているといえることができるであろう。とにかく，読み物としても，大変興味深いものがある。

本書の著者の非凡なる科学的文章構成にも十分学ぶべきものがあると思うのは私一人だけではあるまい。会員諸賢に，ぜひ一読をおすすめしたいものである。

つぶやき

■木村和郎

思いきって医薬分業にして2カ月たちました。今でも，雨が降る日などは患者さんに気の毒だという気持がぬけきれません。

半年ばかり前から，分業してみたいという思いが強くなりました。昨年の本会の忘年会を利用して，いろいろな先生のご意見をきいてみたりしました。しかし，どうも，分業が絶対に正しいのだという結論は得られないような気がしました。迷いに迷いながら実行してしまったという状況です。

私は小児科ですが，経済的には大差は無かろう，あるいはかえって有利かもしれないと考えていました。じじつ，この2カ月をみますと，多少は有利でした。反対にいえば，患者さんの負担は多少増えているということでしょう。問題は患者さんが減るかどうかですが，これは急にはわかりません。目立った変化はないようでした。

私としては処方箋を書くという手間が増えましたが，薬を扱わないのですから，医院全体としては大いに楽になりました。薬価を調べる必要もなくなりました。うるさい薬屋さんの来訪も少なくなりました。それにもまして，請求書はほんとに楽になりました。

このように，私にとっては都合のいいことが多いのですが，医療として考えるときに，ほんとに正しいのかどうか，自信がもてません。たとえば，薬の在庫状況によって薬を選ぶという必要がなくなるとか，処方が薬剤師によってチェックを受けるとか，薬剤師との話し合いのうちに，いろいろ教えられるとか，医療全体からみても有利なことが多いと思います。しかし，患者さんの経済的負担と手間の増加も無視するわけにはいきますまい。どちらが重いのか，なかなか判断し切れないでいるのです。やがて，患者さんが結論をだしてくれるかもしれません。

■新山　栄

夏になると，子供の頃霞ずばりの店で氷を食べたことがなつかしく思い出される。

カンナをさかさにして四本の足をつけたような氷かき機に氷にフキンをかけて手の冷たさを防ぎながらシューシューとガラスの器に氷をかいて行き，山盛になる迄氷をかくと茶色のかめに入ったシロップを小さな，まるでその為に造ったような柄の長いひしゃくでかけて呉れる。盛のいい氷をこぼさないように食べるには，結構こつがいる。飲み込むと冷たさで胸骨のうしろがきゅうと痛くなるように感ずる。

多分5銭か10銭だったのだろう。それが時代と共に改良されて，円板に刃がついたその上に氷塊をのせ，それをスパイクのように針のついた板でおさえ，わきについたハンドルをまわすと氷塊が円板の上を廻って氷がかけるようになった。之だと手も冷えず，能率も上った。お客も待つ時間が少なくなった。シロップも単シロップのほかに，赤い色のイチゴ，黄色のレモン，緑のお茶と色つきが出来た。

之等の色つきは単シロップより高かった。更に金時と称してあづきの入った高級品が現われた。そうしてこの氷を売る店は別に規則は無いのだろうが，青色の波の上の白地に赤く氷と書いた旗を出していることが多かった。

処が，之が一時期姿を消した。アイスクリームを売る店はあっても氷は無かった。採算が取れなかった為だろう。然し庶民の要望が多かった為か再び波に氷の旗があちこちに見られるようになった。然し，お値段は当然のことながら以前とは比べものにならないものになっていた。

でも再び姿を現わしたことはうれしい。世の中には，安過ぎることのために姿を消してしまった良いものが色々とあるような気がする。出来れば氷のように再び姿を現わしてほしいものである。

■依田三郎

場所は，裏の桑畑であった。そこには一匹の犬がつながれていた。私が，その犬に向い1，2，3というと突然，1，2，3としゃべり出した。びっくりした。「よし，この犬に言葉を覚えさせ，皆をあっといわせてやろう」と思った。そこで，何度も1，2，3というと，犬は，はじめはそういっていたのに，終いにいわなくなってしまった。「覚えが悪いなあ，コイツ，1，2，3もいえないのか」と頭をこずいた。すると犬は，左前足で顔を被いポロポロと涙をこぼした。すぐ近くにいた女の人が，「おまえ，そんなにあせって覚えさせても無理だよ。第一犬が人間の言葉をいうだけで結構なことじゃあないか」といった。「それもそうだ」と思って「ごめん，ごめん」と犬にあやまり頭を撫ぜてやった。犬は泣くのを止めようとしなかった。

そこで夢が覚めた。しばらく私は，床の上にずぐなんでいた。すると夢の中の犬の顔が死んだ馬鹿な弟の顔に変った。近くにいた女の人の顔が亡くなった母親の顔に変った。

「どうしてあんな夢を見たのかなあ」と思った。そして教育のむずかしさを思った。やがて私は，また床の中にねむり落ちてしまった。

■渡辺　武

そう！　おさわりしなかったのがくやまれる。もう随分長いこと，ふれもしなかった。あゝ惜しかった。医者たるものが。彼女が何も訴えなかったし，その素振りさえ見せなかった！　でも気付くべきであった。

こうなれば，その悔いを2度としないために，眼の前に現われたオナゴすべてに，やさしく，心をこめて，神に祈りつつ，その肌に如何にしてふれるべきか。

世の中の山程ある不幸のうち，その一つでも減らすべきスベはないものか。

これこそ，システム化だ。うん。そうだ。でも如何にうまくムードづくりをしても，果して，大和撫子が，それに乗るか？

夜中に眼をさまし，彼女のことを思ったら夜はしらじらと明けてくる。

マテヨ！　あの彼女もそうだった。あの時，一寸でも，おさわりしておけば！

すみません。長々と。貴重な紙面をかりて。でも彼女へのザンゲなのです。つまりこうなのです。

彼女（48才）とのつき合いはもう何年にも。糖尿病なのです。イエ，彼女が。平均月に2回，血糖尿糖測定し，血圧測定しては，「ハイ，順調ですネ」のくりかえし。ところがである。パタッとこの2カ月，来ないのです。いやメンスでなくて，彼女がです。そして昨日。「姉は乳癌で，それもかなりすゝんでいました。手術は一応しましたが」との話。

あまりの長いつき合いと，習慣化した診療の手続き。ラッシュ時の切符切りと同じく，ただ捌いている無常感。来てしまうからただ診るのでなく，何とか自分の能力に合った受けつけ方はないものか。

慢性の患者については，年齢を問わず，半年に一度は，初心にかえって，問診しなおすと同時に全身をよく診ることが大切なことは，十分わかってはいるが，実行となるとむづかしい。

からだのことについてのアンケート用紙を1年1度は手渡しして，チェックしているつもりだったが，たまたま漏れた。責任は重い。

人間の医学　第17巻，第4号（通巻95号）

1980年12月25日　発行

発行人　渡　辺　　淳
編集人　栗　原　伸　夫
〒275 千葉県習志野市本大久保 3-11-13
TEL　0474（73）1813
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。