実地医家のための会

人間の医学

72. 8

No. 54

脳血管障害
胃・十二指腸潰瘍、皮膚潰瘍…に！

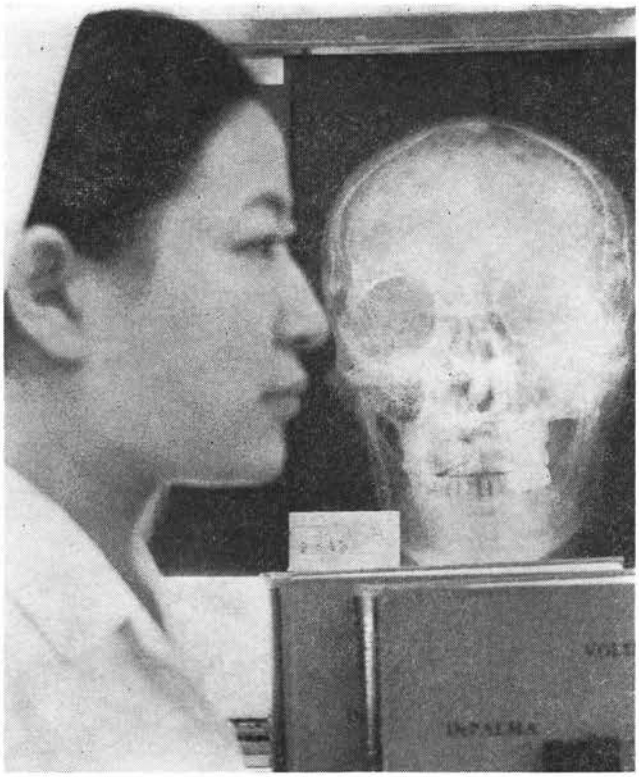
●組織呼吸賦活剤

ソルコセリル注

製造 ソルコバーゼル社 スイス
輸入 東菱薬品工業株式会社

健保適用

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



―佐藤安正先生撮影―

巻頭のことば

渡辺　淳

くすりを使うとき，Dosis が問題になる。抗生物質が発見され使用されるようになってから“血中濃度”という概念が著しく脚光を浴びるようになった。抗生物質の発見は細菌学における混合培養からきている。培養基の中で二種類の微生物を培養すると，一方の微生物が，他方の微生物の発育を阻止するというところからきている。すなわち人間を巨大な培養地，血液乃至組織液のタンクと考え，この中の抗生物質の濃度を一定度以上に保つことによって微生物の働きを抑制しようとする考えである。

ところで他方 Dosis の考え方に“さじ加減”という言葉がある。この言葉の根本は薬理学上の作用機転（Wirkung）につながるもので，生体の特定の部位に特定の刺激（精神的刺激も含めて）作用，反作用のサイクルをひきおこして，その連鎖反応の終末において望む結果を得ようという考えが基調になっている。

人間をタンクと考えて薬漬けにするか，反応系と考えて，適切な刺激でかじをとるか，皆さんはどうしていますか？

人間の医学　第54号

巻頭のことば……渡辺　淳　1

私たちの研究と臨床

人格未成熟の状況因子による心因反応……宇都宮病院長　石川文之進　4

医学教育のカリキュラムとしての性教育……上田篤次郎　8

私たちの例会

第101回「実地医家のための会」の報告

1. 私の死亡診断書とその反省 —1—……乾　達　19

〃 —2—……佐藤俊樹　23

〃 —3—……片岡和夫　28

2. 自由交見……30

——疑義解釈——……34

第102回「実地医家のための会」の報告

1. 現代往診学考 —1—……小山五郎　37

〃 —2—……金井美津　39

〃 —3—……山田辰一　43

〃 —4—……誌上参加　春日豊和　46

2. 自由交見……50

Clinical Roentgen Conference……新野　稔　52

例会二次夕食会記録……53

調査報告　往診についてのアンケート …… 54

最近の講演より　温泉特に箱根温泉の医学的雑談……小田原保健所長　成田　功 58
最近の小児結核 ……地域小児科医会 61
結核性髄膜炎の治療と
BCG に関する諸問題……愛育病院保健指導部長　松島富之助 67

カルテの前で　国電船橋駅事故発生に際しての
活動状況について ……渡辺　武 70

国外の文献　患者と医師（III）……原　健一 71

医院のうちそと　首のかぶれ ……依田三郎 75
私と酒 ……佐藤二郎 75
正月の握手 ……野村　寛 76
同姓の憂うつ ……上田篤次郎 77
不養生訓：大いに怒れ ……渡辺　淳 78
女性の変身（その1） ……本田三郎 78
秘薬「毒にも薬にもならない薬」 ……広瀬正義 81

事務局より …… 83

あとがき …… 84

実地医家のための会

私たちの研究と臨床

人格未成熟の状況因子による心因反応

宇都宮病院長　石川文之進

A. 25歳の女子

(1) 家族歴および生活歴。同胞四人の第三子，兄二人妹一人がある。家系には精神病，癲癇，精神薄弱，犯罪，精神病質のものはない。

性格特徴。父は穏やかで真面目，話のよくわかる人，農業と雑貨商を兼業する。

母は神経質で，家庭内のことはすべて取り仕切り，細かく口煩く，患者の心情にあまり気を使わない。兄は内気でおとなしいが短気，父とともに雑貨商を営む。

嫂は高校卒で，患者の母の姪，母と仲よく嫁に来てから家事一切を引き継ぎ，勝気，活発，外向性，感情的で気にいらないと当たりちらす。特に患者は，万事動作が遅く目の敵にされる。

妹は明朗で昭46年3月結婚，家族は明るく仲がよかったが，患者発病後，特に嫂と折合いが悪くなり，両親や同胞も患者を病人扱いにし，邪魔者にするため，患者の立場はなくなり，引き籠り勝になった。患者は些細なことで被害感情を持ち，投遣り，自棄的，黙り込んだ，また，ときに反抗して乱暴を働き，行動の異常性を示した。

家族は妹の結婚問題などで，外聞を憚り患者の生活すべてに神経を尖らせた。特に母親は，多忙なので仕事を手伝わせては，気がきかないと叱言を言い，一方異常行動が人目につかないように家の中で寝ていろと言い，その態度は double bind 両面束縛であった。

幼少期，学童期，患者は著患なく，現住所に出生幼時より甘やかされ育った。性格はおとなしく内気，交友状態は普通，特筆事項はない。

中学校時代，学業成績は下位，女子高校を受験したが不合格となり，事後一カ月くらいほとんど外出せず家に閉じ籠っていた。入試失敗は強い劣等感となって長く影響を残した。

その後家族の薦めで和裁学校3年を修了し，従姉妹，友人と3人一緒に上京してデパートの店員になった。仲間二人は，それぞれ要領よく仕事をし，ボーイフレンドができたが，患者は環境に適応するのが遅く不器用なため，万事テンポが合わず，悪口を云われ邪魔者扱いされた，また男友だちもいなかった。時々，直接友だちから注意をされていた。

その後職場の同僚が，常に自分の欠点や悪口を言っているような気がして，全てに被害念慮を抱くようになった。そのうち友人2人は店を辞め，本人はひとりぼっちになった。そのような不安状態でいるうちに，目新しい人々が10人ほど，店に入って来た時，何か変ったことが起こるのではないかと思い込み，店を出たり入ったり不穏な行動を示した。

入院の前日は，寄宿舎を飛び出して親類の家へ行き『お母ちゃん，お母ちゃん』と叫びながら泣いた。

(2)現病歴，昭和40年12月，19歳の時，以上のような症状で某大学病院にて，精神分裂病と診断され，すぐ某病院に3か月入院した。

退院後，帰郷して1年間程，通院しながら自宅で商売の手伝いをしていた。

昭和44年3月頃より，嫂が皆の前で馬鹿者と言うので，嫂に悪態をついたり甥をいじめたり，家族に対して激しい反抗的態度を示した。

そして，ふてくされて仕事もせず，服装や身の廻りのことにもかまわず，生活はだらしなくなった。ニヤニヤ笑いは1年以前から見られた。

以上のような理由で昭和44年6月宇都宮病院へ入院した。

(3) 現在症，Ⓐ精神的現在症，表情は自然で豊，すぐ空笑は消えた。服装，言語，談話等に奇妙さはなく普通である。動作はのろいが，自然で純情，素直な気の利かない田舎娘である。意識清明で病的体験はない。

Ⓑ身体的現在症，体格中，体型肥満型，栄養良，内科学，神経学的の異常所見はない。

(4)脳波所見Ⓐ昭和44年10月，23歳（付図1，1′参照），覚醒安静時，α 波（11 c/s）は後頭優位の定形的分布を示し振幅40～60 μV，波形振幅変調はやや不規則，開眼による賦活化十分，速波成分は少ない。θ 波は前頭および頭頂優位で多い。不規則である。

過呼吸賦活では θ 波増大，高振幅の θ Train を示す。不規則化大，回復は良い。

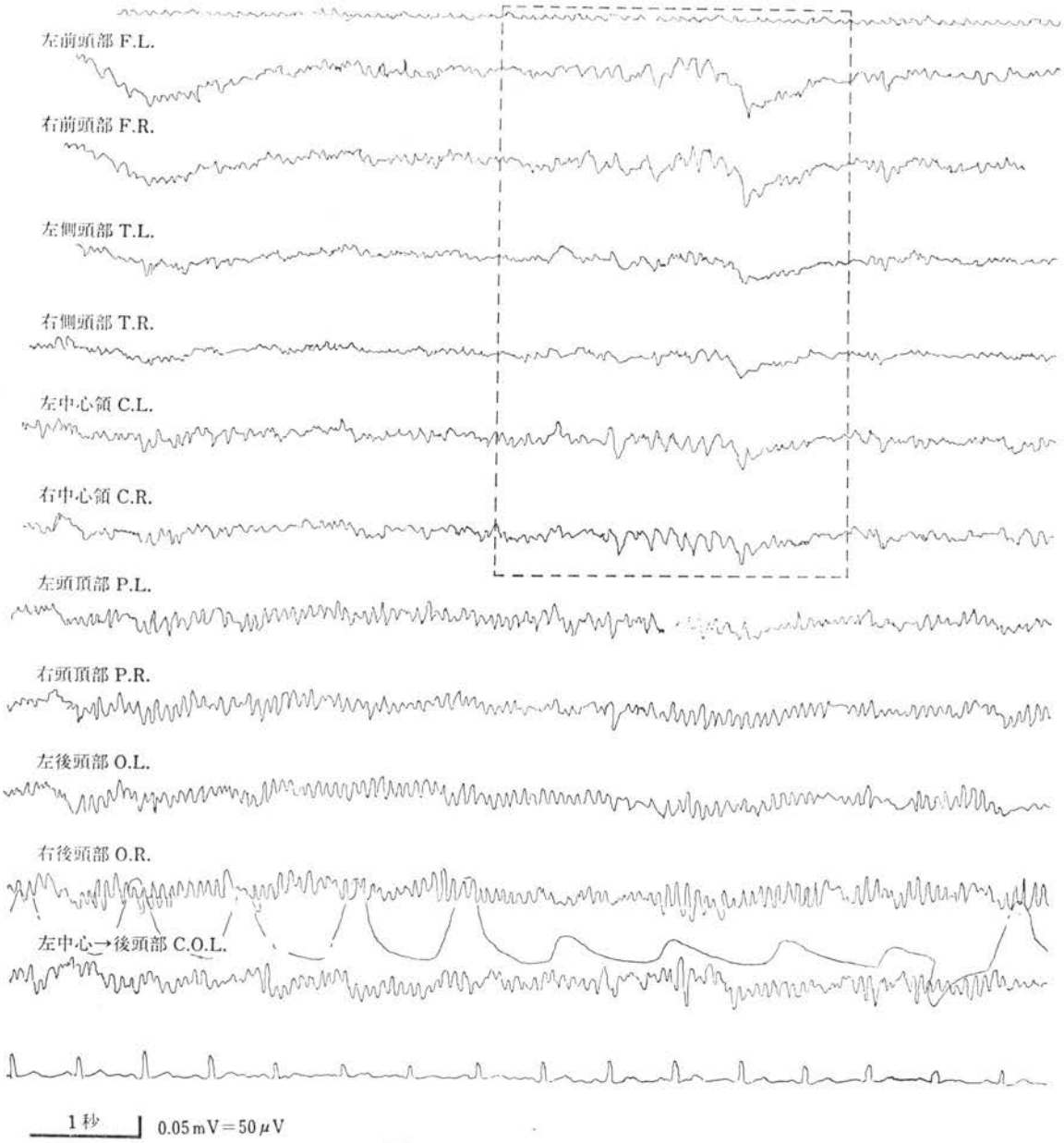


図 1　過呼吸２分の脳波（23歳）

光刺激，６c/s．10c/s．14c/s で基本駆動を示す。判定，未熟脳で癲癇ではない。

Ⓑ昭和46年12月，25歳，（付図２参照）

覚醒安静時，α 波11c/s は後頭優位の定形的分布を示し振幅，30～40 μV，波形振幅変調は稍不規則，速波成分は汎性に15c/s～25c/s が多い。θ 波は前頭および頭頂部に多い。開眼による賦活化十分。

過呼吸賦活 α 波の整一化 Slowing．θ 波増大，不規則化，β 帯域の増大，光刺激は，３c/s～６，10，18c/s．６c/s～６，11c/s．10c/s～10c/s max driving 14c/s～14c/s max driving 18c/s～18c/s max driving 10c/s。

判定，やや未熟脳であるが，23歳時脳波所見に比べ脳の成熟を思わしめる脳波である。

⑸心理検査

①．WAIS 知能診断検査，言語性ＩQ64，動作性ＩQ76，全検査ＩQ62，精神薄弱，Mental defective であ

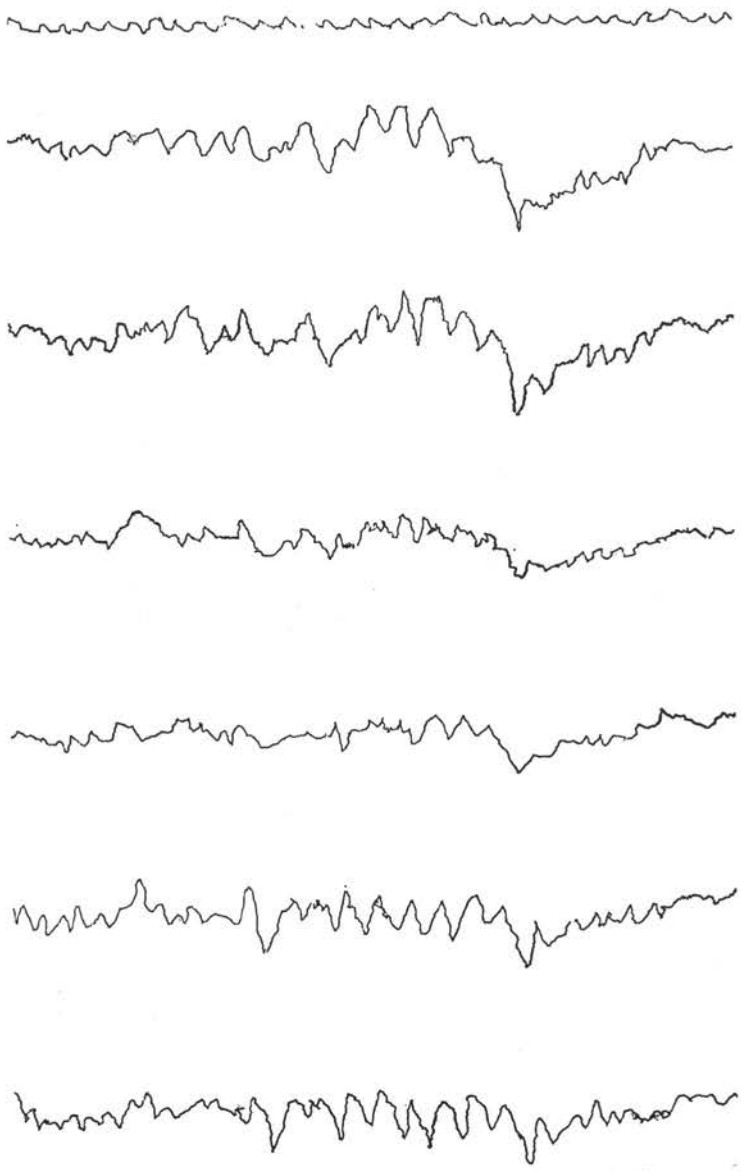


図 1　脳波（図1の上部点線内の部分の原寸大の波形）

る。単語問題，組合わせ問題が低く，符合問題が比較的良い，全体に低い知能を示しているが，数唱問題，算数問題が他に比べて落ちていないことより，典型的な精神薄弱とはいえない，他に病的所見は見られない。

②．ロールシャッハテスト，検査成績。

R＝33，it＝16.3″，∑R（(Ⅷ～X)）＝39.4%，W%＝15%，D%＝82%，Dd%＝3%，F%＝75.7%，Ft%＝64%，A%＝70%，H＋A/Hd＋Ad＝27/4，W：M＝5：1，M：∑C＝1：1/2，FM＋∑m/∑C′＋∑C＝0/5，∑C/∑C′＋∑C＝½/5，P＝5，H＝3，Hd＝4，

知能は低く，観察内容も貧困であり，未成熟で幼稚な人格が考えられる。情緒的には感受性の抑制が認められる。外部からの刺激にはスムーズに反応できないが，内的には敏感で繊細な面が見られる。対人関係は愛情欲求が強く，過敏であるが，人格が未成熟であるため，正常な人間関係を結ぶことは困難である。

③．Y-G 性格検査，非常に消極的で服従的であるが全プロフィル中劣等感，気分の変化のやや大であることが目立つ。

④．記銘力検査，有関係対語，7，8，8，平均7.6，無関係対語，2，2，7，平均3.3，ほぼ正常といえる。

(6)．入院時治療，クロールプロマジン100mg，トリオ

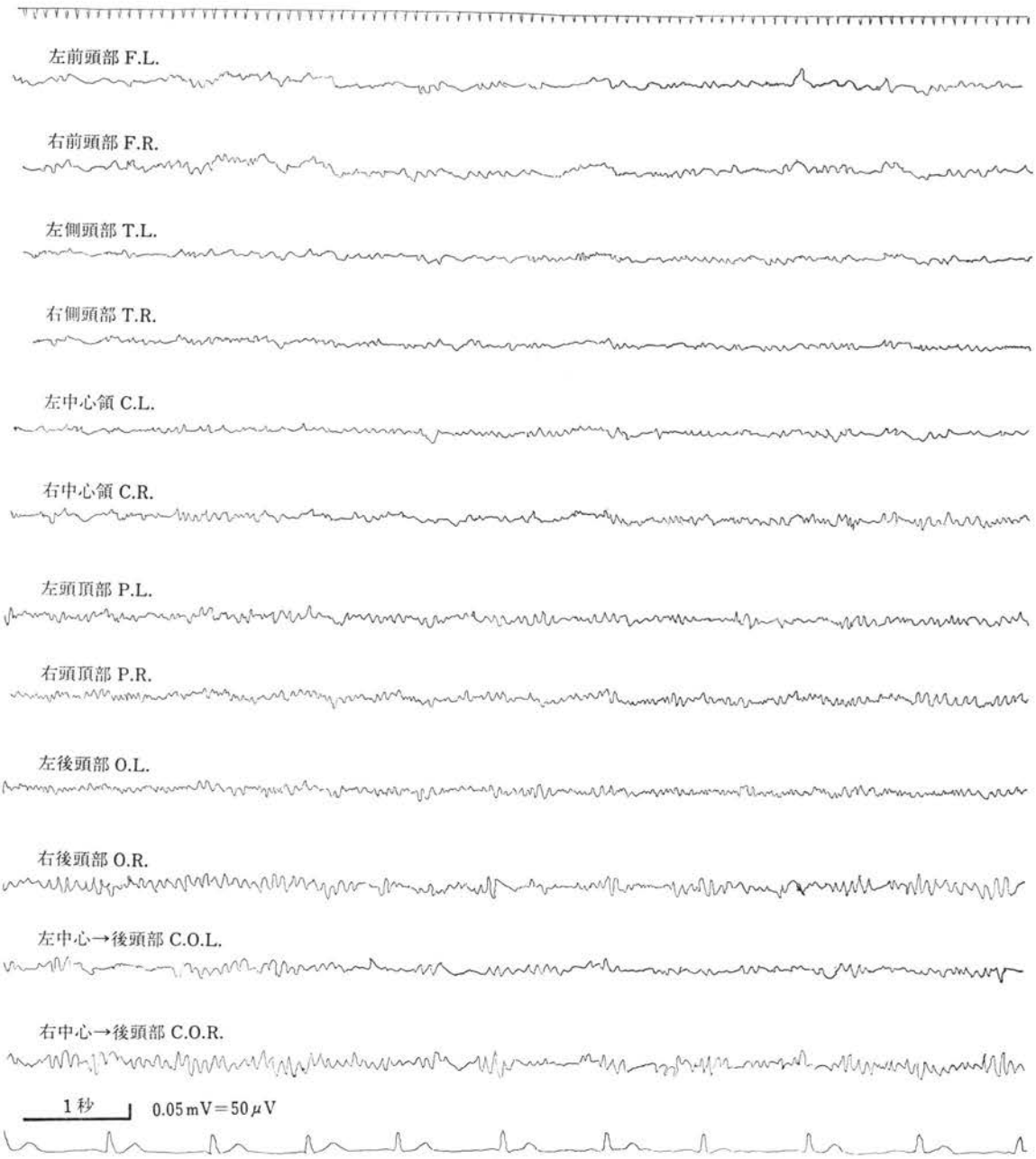


図 2 過呼吸２分の脳波（25歳）

ミン12mg，ピレチア0.4，パーキン２錠。１カ月後，トリオミン12mg，ピレチア0.4，パーキン２錠に変えて投与した。院内作業を規則正しく十分に行ない，昭和45年月退院した。

その後自宅で家事手伝いをしていた。たまたまいっしょに入院していた患者と道で会い，話し合っていたところを近所の人に見られ，自分も精神病と思われはしないかと非常に気にかけ，８月頃から，不穏状態が見られるようになった。

それから仕事は持続性なく，家族，特に嫂には反抗が激しくなり，生活はだらしなく，時にニヤニヤ笑いが見られた。家族は大学病院の診断が不治の病の精神分裂病であるからと，宇都宮病院へ再入院させた。

バランス20mg，レバトレン10mg，クロルプロマジン50mg，パーキン４錠，V．B．2.0g 投与した。上記症状はすぐ消失し，日常行動も良く，作業療法として商店

の手伝いに行った。

当初は，気がきかず，蒿高くて頼まれたこともできないのでいったんは断わられたが店の人たちとお互いに気心が知れてからは，積極的に働いて，重宝がられるようになった。ある時，商品配達に出て，客の住所がわからず戻ったため，店主に叱られて，一日中呆然として寡黙状態になった。

しかし Support ((支持療法)) により，翌日から普通に働き出した。

入院患者に買物を頼まれると，100円の品を200円に売ったり，金に困る人には割安に売る。また，病室で足を投げ出して雑談していても，医師が来ると居ずまいを直すなど，十分に他を認識して行動する。一週間くらい前から退院が近づいて嬉しいといって一日中ニヤニヤ笑いを続けるようになった。

大学病院へ研究討論に連れて行くと告げられてからは，東京の病院への入院を恐れ，不安になって拒否的態度を続け，何もわからない，話をしたくないと言い困惑の態度を示した。

(7). 精神病理学上の考察

①. 感動錯覚あり，幻聴，幻覚なし，感官記憶あり，追想は良。

②. 時間，空間意識良。

③. 身体意識良，妄想気分なし，作為体験なし，Anastrophe なし。

④. 異常体験行動は，やや知能の低い田舎娘で世間知らずの未熟性による判断不良のものである。

⑤. 感情意識良。

⑥. 自我は未熟であるが，人格障礙はない。

⑦. 作業能力および反省現象良。

⑧. Umwelt ((環境因子)) により発病し，痕跡なく治癒する。

（〒320 栃木県宇都宮市宮原町1925-7宇都宮病院内）

医学教育のカリキュラムとしての性教育

上 田 篤次郎

はじめに

私は医者の息子ではないから，親から性教育を受けたことはなかったし，“男女７歳にして席を同じうすべからず”の時代であったから，小学校以降学校教育において性についての指導は受けたことはなかった。

大学医学部においてさえ，産婦人科や性病についての講義は聞いたものの，性全般についてはなんら組織だった教育ないし教育法の指導は受けたことがなかった。

大学卒業後１年陸軍軍医学校で初級軍医の教育を受けたが，ここでも組織だった性教育は皆無で，卒業直前北支事変が始まり満州に渡り，直接この問題にぶつかったのである。

昭和14年再度大陸に渡ったが，駐留地の河南省新郷が当時の性病多発地帯であったため，いよいよこの問題に深入りせざるを得なくなった。

正確な数字は記憶していないが，当時北支に10箇師団即ち約35万人くらいの兵が行っていたと思うが，内地へ帰還する兵の性病検疫が天津で行なわれており，１年間に約35,000人がそれにひっかかって，天津の安田部隊で性病治療を受けていたものである。

兵隊検査に合格するぐらいの体力を持った青年たちが無事に帰国しないようでは，日本民族の将来はどうなるだろうかと，真剣に心配してますます熱を入れたものだった。

現在，男女共学がなんら不思議なものではなくなり，マスコミなどが性の解放だの何だのと煽りたてている状態で，医学教育の実態を仄聞するに，どうも昔と大差がないようながする。

医学は性病予防あるいは治療というような個々の疾病だけを対象とするものではなく，精神衛生その他もっともっと広い範囲で性の問題に貢献すべきものであって，すべての医師は性そのものについて指導する責務があると考える。

そこで医学教育の一つのカリキュラムとしての性教育ということを考えてみた次第である。

I. 性教育の現状

行政的には学校教育における性教育は文部省の管轄であって，従来は純潔教育の名の下に道徳指導に重点があり，性病の問題となると厚生省の管轄であって，両者の間には円滑なる連繋があったとは考えにくい。

純潔教育の流れをくむ性教育ではとかく医学的事実は隠され，保健体育のカリキュラムにおいては，せいぜい女子に対するメンスの指導ぐらいでお茶を濁していたようにみられる。

表 1　児童・生徒の体格の平均値（昭和45年度）

		男		女	
		身　長	体　重	身　長	体　重
幼稚園	5歳	109.6	18.5	108.5	18.0
小学校	6歳	114.5 (107.6)	20.1 (18.5)	113.6 (108.1)	19.5 (17.7)
	7歳	120.2 (112.1)	22.4 (20.3)	119.3 (112.9)	21.8 (19.4)
	8歳	125.5 (117.3)	25.0 (22.5)	124.6 (117.7)	24.4 (21.7)
	9歳	130.4 (121.8)	27.6 (24.6)	130.1 (123.0)	27.2 (23.7)
	10歳	135.3 (126.4)	30.5 (26.7)	136.2 (127.7)	31.0 (26.5)
	11歳	140.5 (130.3)	33.8 (29.3)	142.9 (132.7)	35.7 (29.5)
中学校	12歳	147.1 (135.8)	38.5 (32.5)	148.4 (138.8)	40.6 (33.9)
	13歳	154.0 (142.1)	43.7 (36.9)	152.1 (144.0)	44.9 (38.2)
	14歳	160.5 (149.7)	49.6 (42.6)	154.2 (148.7)	48.3 (43.3)
高等学校	15歳	164.3 (155.2)	53.7 (48.6)	155.1 (150.7)	50.5 (45.0)
	16歳	166.6 (158.8)	56.7 (51.8)	155.4 (152.1)	51.7 (47.5)
	17歳	167.8 (160.6)	58.7 (53.9)	155.6 (152.5)	52.1 (48.8)

（　）内は昭和14年

表 2　中学３年生とその母親の初潮年齢

	年齢	9	10	11	12	13	14	15	16
三年生	数	1	52	717	3,464	4,886	2,942	492	
	%	0.008	0.4	5.55	26.52	37.85	22.79	3.88	
母親	数	1	7	118	991	2,432	2,927	2,341	1,795
	%	0.008	0.05	0.91	7.68	18.84	22.67	18.13	13.91

（東京都養護教員部会会誌14号）

中学校で，挑発することをおそれて，雌蕊雄蕊の話からメンスの説明などに入っても，実はその子たちは小学校時代にすでに初潮を見ているというような状態で，手遅れの場合が相当ありそうである。

1. 子供達の発育状態

昭和46年度版青少年白書によれば表１のとおり児童生徒の体の発育はまことに著しいものがあり，ことに東京都など大都会ではこの全国平均を上廻っているのである。この表でもわかるように，同年齢の平均値を男女比較してみると，昭和14年度では身長は女の方が６歳から13歳まで大きく，体重は11歳から14歳まで女の方が重く，また昭和45年度では身長は10歳から12歳まで女が大きく，体重は10歳から13歳まで女の方が重いのである。

すなわち，女の子の体重平均が男の子より重い年齢階層は昭和14年では11歳から14歳であったものが，昭和45年では10歳から13歳となり，女子の体の発育の早まっていることがわかる。

このことは東京における昭和40年９月の初潮のあった年齢調査でも明らかで，中学３年生とその母親についての比較は表２のとおり，母親では13歳から16歳頃までに初潮のあった者が多いが，現在の中学３年生では12歳から14歳までが多く，15歳までに初潮のあった者は母親では68.7%であるのに，中学３年生では97.7%であるということである。

したがって，性教育は昔のように中学ないし高校というのでは遅く，少なくとも小学校高学年からは行なうべきではないかと思う。

2. 性に関する情報の氾濫

核家族化して以来，教育ママはますます多く，幼稚園の入園から目の色を変えて焦っているが，子供の性に関する関心には“まだ，まだ”と思っているのが多い。

学校から帰ってくると子供を学習塾に追いやり，夜遅くまで学業の勉強を監視していたりするが，その子が体の不調を訴えて診察を受けに来たのが，いろいろ話をしているうちに肉体的の疾病ではなく，素朴な性の悩みからきた心身症であった例はいくつか経験している。

表 3

3—1 性について最初に知ったこと

最初に得た知識	避妊	性病	月経	中絶	性交	妊娠	出産	射精	不明
%	0.6	3.6	47.7	0.3	6.2	13.6	15.2	5.2	7.7

3—2 月経，妊娠，出産についての情報源

情報源	雑誌週刊誌	同性人の友	異性人の友	学校の授業	両親	テレビ・ラジオ・映画	医学書	その他	不明
%	44.9	48.1	4.6	44.0	5.4	7.7	12.1	1.8	2.5

3—3 避妊，中絶についての情報源

情報源	雑誌週刊誌	同性人の友	異性人の友	学校の授業	両親	テレビ・ラジオ・映画	医学書	その他	不明
%	61.9	45.8	3.9	14.4	2.1	11.0	12.9	1.7	2.1

3—4 性病についての情報源

情報源	雑誌週刊誌	同性人の友	異性人の友	学校の授業	両親	テレビ・ラジオ・映画	医学書	その他	不明
%	49.3	33.7	2.5	38.4	2.3	7.5	16.0	2.0	4.1

3—5 性交についての情報源

情報源	雑誌週刊誌	同性人の友	異性人の友	学校の授業	他人行為のを	テレビ・ラジオ・映画	動物交尾ので	経験よりにて	その他	不明
%	62.1	54.5	5.1	13.8	0.8	13.7	7.9	2.5	2.1	2.9

まさに“子供というものは本人が考えるよりも遅く，親が考えるよりも早く大人になる”ものである。

であるから，勉強ばかりしているように見える子供であっても，性に無関心なのではなく，周辺にあふれている性に関する情報の中から彼らなりに吸収しようと懸命なのであって，“性の問題は本能に従って自然に会得するものであるから，放って置いてよい”とするのは無責任な態度であるといわざるを得ない。

青少年白書によれば青少年の性に関する情報源は表3のとおりである。

そして“性交に関する知識”は中学時代が46.5%，中学卒業後が28.9%であったというから，世の親としては“うちの子に限って……”では通らないことを十分考えておくべきであろう。

しかもその情報源で，雑誌，週刊誌，テレビ，映画などマスコミ関係が常に主要な位置を占めていることは，喜ぶべきことではあるまい。何となれば彼らには青少年を教育するつもりなどはなく，性を喰い物にして金儲けを意図しているものが多いからで，誇大な，あるいは誤った情報から青少年がなんらかの被害を受けたとしても意に介さない徒であるからである。

いま一つ重要なことは親や先生などよりは，同性の友人特に近い先輩が重要な役割をしていることである。

これは昔からあった，むしろ性教育の本道であったものと思う。

少年は少年同志，若者は若者同志，そのグループ内における指導者ができるもので，これを如何に把握し，学校における性教育の主要な実践者に仕立てるかが，成否を握っているといっても過言ではあるまい。

とにかく氾濫する情報の渦巻の中で子供たちが取捨選択する能力だけは与えてやることを考えねばなるまい。

3. 教育する側の態勢

学校によっては性教育に熱意を持ち，積極的に試行を繰り返し成果をあげているところもあるが，一般には暗中模索，ないしは消極的なところが多いようである。

一方，親自身がやるべきものだと覚悟しているのは少なく，自信を持って性教育ができるという親はごく限られた少数に過ぎない。

学校教育間に十分なことができていないからというので，勤労青少年などに対する社会教育としてはどうかというと，組織だったものはほとんど見当らないというところであろう。

青少年白書によれば，性教育は誰が行なうべきかという問いに対して親たちは学校の先生36.3%，医師・保健婦・助産婦21.5%，次いで両親20.5%と考えており，青少年の回答では学校の採業40.4%，友人，先輩の話11.9%，両親10.5%の順となっているという。

すなわち，学校教育に対する希望が最も多いのであるが，現実には学校教師にその自信がないことが多く，医師である学校医の使命は重大であるといえよう。

4. 性教育実施の2，3の経験から

A．職業人に対する性教育

新宿区は東京都における性病多発地域ということで，保健所から委嘱を受けて性病対策に協力しているが，昭和44年にキャバレーのバーテンやホステスに話をしたことは“人間の医学”第38号（昭和44．12．15）に書いたとおりである。

この時は対象者が感染源者となり易い職種であったので，性病予防，性病治療，妊娠中絶より調節というようなことに重点を置いて自衛ということを強調したが，反応は表4のとおりであった。

表 4 ホステスに対する性教育後反応

1. 理解できたもの	80.4%
十分理解できなかったもの	17.4%
ほとんどわからなかったもの	2.2%
2. 話は役にたった	93.5%
それほどでもない	2.2%
役にたたない	4.3%
3. 今後もこのような話を聞きたい	73.9%
どちらともいえない	19.6%
聞いても無駄	6.5%

職業の性質上，その後の継続指導の道が確保できなかったので，その後の成果については大なる意義は認め得なかったように思い，せめてそのうちの何人かでも，自衛力を持ってくれればと祈るだけである。

B．小学生に対する性教育

次の試みは小学生に対する性教育である。

新宿区立○小学校では校医の篠原先生を中心に，近隣の医師が協同で校医団を形成しているので，いろいろの試みができるが，昨年から6年生の卒業前に性教育の時間を設けることにした。

話の内容は

1．氷河期の人間の歴史に遡り，有性性殖が人間の宿命である事実

2．男女の体の構造の差異

3．子供が大人になるということの意義と，その過程における変化現象

4．生殖本能とは？　それをコントロールすることが人間らしいこと

5．性病の脅威

というようなことを盛り込んでみたが，その後のアンケートによる反応は表5のとおりであった。

表 5 小学校6年生の性教育後の反応（昭和46年度）

1．話の内容はだいたいわかったか	
a．わかった。	67.0%（男61.8%，女76.3%）
b．わからない	33.0%（男38.2%，女23.7%）
2．男女の体のしくみについて	
a．初めて知った	17.8%（男25.4%，女5.0%）
b．前から知っていた	82.2%（男74.6%，女95.0%）
3．男女同席で聞いたことをどう思うか	
a．よかった	41.9%（男49.1%，女29.4%）
b．何とも思わない	41.9%（男42.4%，女41.2%）
c．よくない	16.2%（男8.5%，女29.4%）
4．家に帰って誰かに話したか	
a．話さない	45.3%（男59.0%，女22.5）
b．話した	54.7%（男41.0%，女77.5%）
イ．父へ	8.5%（男9.0%，女7.5%）
ロ．母へ	37.7%（男24.2%，女60.0%）
ハ．兄へ	1.9%（男3.3%，女0）
ニ．姉へ	6.6%（男4.5%，女10.0%）
5．それに対して家の人は何といったか	
a．肯定的	41.8%
b．無反応	47.3%
c．否定的	10.9%

表5で見ると，小学校6年生で男女の体のしくみなどはすでにある程度知っているものが過半数あり，ことに女の子がよく知っていることが推定される。

また男女共学がなんら不思議ではない世代であるため，このような話を同席で聞いても何とも思わないものが大部分であるが，“よくない”と回答したもののうち男の子1人は“もっと突込んで聞きたいことがあったが，女の子が邪魔だ”という理由を付してあった。

また家庭における性教育と関連したことであるが，家へ帰って“今日こんな話があったよ”と話した者は約半数で，女の子は比較的話しているようである。

そしてその相手は母が最も多く，女の子では60.0%，男の子でも24.2%を占めているのに反して，父親には男の子9.0%，女の子7.5%に過ぎない。

子供の教育に関する限り母系家族であって，少なくとも男の子の教育には父親がもっと関心を持つべきものだと思う。

またその反応であるが，肯定的なもの41.8%のうち，その場で子供に質問し，あるいは補足的説明までしている理想的な親も若干あったが，無反応47.3%，否定的10.9%というのは親の子供に対する性教育への無自覚を露呈したものであって，親たちに対する性教育の仕方の指導が必要であることを感じさせられた。

今年も同様に6年生の卒業前に行なったが，人間の生命，死，文化，文明などを盛り込んで，

1．連綿と続いている人間社会はどうして現在まできたか

2．男と女の体の違いとその役割

3．性の本質

4．性器の大切さ

5．人間尊重とは？　ことに男女のいたわり

6. 性病および遺伝のあらまし

などについて篠原先生に話していただいた。（男39，女40）それに対する反応は表6のとおりである。

表 6　小学校6年生の性教育後の反応（昭和47年度）

1. 話の内容はだいたいわかったか	
a．よくわかった	21.5%(男20.4%，女20.0%)
b．だいたいわかった	77.2%(男74.4%，女80.0%)
c．わからない	1.3%(男2.6%，女0)
d．記載なし	1.3%（男2.6%，女0）
2. 男女の体のしくみについて	
a．初めて知った	21.6%(男25.7%，女17.5%)
b．前から知っていた	78.4%(男74.3%，女82.5%)
3. 男女同席で聞いたことをどう思うか	
a．よかった	82.3%(男82.0%，女82.5%)
b．別々がよい	16.4%(男15.4%，女17.5%)
c．記載なし	1.3%(男2.6%，女0)
4. 家に帰って誰かに話したか	
a．話さない	26.6%(男25.7%，女27.5%)
b．話した	58.3%(男61.5%，女55.0%)
イ．父へ	55.7%(紙56.ε%)
ロ．母へ	55.7%(男56.3%，女55.0%)
ハ．兄へ	1.3%(男2.6%，女0)
ニ．姉へ	1.3%(男2.6%，女0)
c．記載なし	15.1%(男12.8%，女17.5%)
5. それに対して家の人は何といったか	
a．肯定的	72.2%
b．無反応	27.8%

この2回の話は対象が違うから単純に比較はできないが，家庭の反応に否定的のものが減ってきているのは意外だった。

なお，性教育についての希望としては

1. 図解をふやす
2. 父母もいっしょに
3. 数回に分けて詳しく
4. 男子の変声
5. 血族結婚の害
6. 遺伝の話

などが挙げられていた。

C．中卒者に対する性教育

新宿には都の施設としてN児童学園というのがある。ここには親のない子など養護施設で中学教育を終えたものの中から，女の子だけ約20名を全寮制で収容し，1年間洋裁，美容，タイプなどの職業訓練をさせているのである。

1年たつとそれぞれの技能を活かせる職場に多くは住み込みで就職してゆくそうであるが，その段階になると親が現われて生計をたてる1員として引き取ってゆくのもあるという。

これらの不仕合せな子たちに対しても性教育を行なっているが，その意識調査の結果は表7のとおりである。

表 7　N児童学園女子の性に関する意識調査

Ⅰ．今までに性について話を聞き，あるいは見たり読んだりしたことがあるか	
あり	100%
Ⅱ．性について情報源	
女友達	60%
学校の先生	55%
雑誌，週刊誌	45%
テレビ	25%
ラジオ	20%
映　画	10%
男友達	10%
母	5%
図書（家庭医学全書）	5%
Ⅲ．次の言葉の意味を知っているか	
月　経	100%
妊　娠	90%
性　病	85%
中　絶	70%
性　交	45%
射　精	40%
Ⅳ　自分が女であることを意識したのは何歳頃か	
6歳以下	5%
8歳	5%
9歳	15%
10歳	10%
12歳	25%
13歳	30%
14歳	10%
Ⅴ．男友達の有無	
あ　り	70%
な　し	25%
記載なし	5%

表7で見るとおり，中卒では100%性情報に接し関心を持っていることはわかる。

その情報源としては同性の友人が首位を占め，学校の採業，雑誌・週刊誌，テレビ・ラジオ・映画などが主体をなしていることは青少年白書と大差はない。

男女別学だった頃中学で，英語や何かの採業中に後から性に関した紙片や写真が廻って来たり，放課後その方面の知識をゆたかに持った生徒が中心で性の講義のあったことを思い出すが，現在でも同性の友人が情報源の首位を占めていることは同じであって，このグループ中の指導者を如何に把握するかが，性教育の一つの重点であると思う。

次に知っている言葉としては月経は100%であったがこれは皆実際に体験しているからであろうし，今までの女の子に対する性教育の重点項目であったからであろ

表 8　最近10年間の性病患者届出数

種別 / 年度	総数		梅毒		りん病		軟性下疳		第4性病	
	東京	全国	東京	全国	東京	全国	東京	全国	東京	全国
37	2,083	11,687	893	6,301	1,173	5,125	16	256	1	5
38	1,654	10,154	643	5,761	989	4,166	22	221	—	6
39	2,077	9,540	669	5,326	1,393	4,041	14	169	1	4
40	2,549	10,848	922	6,000	1,602	4,663	25	179	—	6
41	1,968	18,071	852	10,821	1,093	6,951	22	288	1	11
42	2,386	24,125	1,011	11,755	1,348	11,874	26	490	1	6
43	2,326	18,758	927	8,848	1,375	9,592	24	316	—	2
44	2,654	17,641	1,110	7,767	1,517	9,645	26	226	1	3
45	2,346	14,641	902	6,138	1,432	8,349	12	151	—	3
46	2,163	12,523	737	5,087	1,406	7,292	20	137	—	7

う。

人間が発育の段階で経験して行く順序は月経（女）・射精（男）—性交—妊娠—中絶の順であるが，本調査の結果も性交が特に低い%を占めており，従来の性教育でむずかしいためか，故意にぼかしたためではないだろうか。

Ⅳ．自分が女であることを意識した年齢は12歳以上が大部分であるが，青少年白書によれば小学校までに70%が気がついているというから，この数字はもっと具体的な「女」として意識した年齢のことであろう。

異性の友人の有無は70%の子が持っていると回答している。男女共学であるから当然であろう。

無記名の質問から拾ってみると，

1．男が不潔に感じられてそばにいると気持が変になります。こんなことで結婚できるのでしょうか。

2．大きくなるに従って何となく男の人が羞わしくなります。一方異性がどんなものか知るのがこわい。

というような二通りのものがある。性に目覚める頃の乙女の心理の起伏がよく表われていると思う。

以上性教育の現状と，ささやかな性教育の経験について述べたが，次の世代を担う青少年のために，医学に基礎を置いた教育指導法というものはもっともっと検討されるべきであると思っている。

II．性病対策の現状

さて性病であるが，われわれ一般診療所ではほとんど患者をみることがなくなった。かつて東京医大淀橋病院の田林教授のお部屋にお邪魔していた頃は，泌尿器科の処置室などには尿道洗滌台がずらりと並んでいたものだが，現在ではほとんどみかけないくらいだから，淋病なども減少したことは事実であろう。

売春禁止法施行以来，検梅がなくなったので実態把握は困難になって，正確なところは分らないが，性道徳の乱れと抗生物質による不徹底な素人治療の普及から潜在していることは確実である。

現在国としては性病予防法第6条第1項によって，医師が性病患者と診断したときは文書を以って保健所に届出るよう義務づけて，性病蔓延の状況を把握しようとしている。

この届出には第32条で罰則まで設けてあり，届出をしなかったものには3,000円以下の罰金と明記してあって，実際にはこのような頭ごなしの強圧的態度が逆に実態把握を妨げているとさえ考える。

届出については性病に限らず，届出によって直ちに防疫処置等対応処置がとられるものは良いが，単に統計資料を集めるためのものにこのような罰則を設けるということは，国民の健康を守る第1線の医師を遇する道ではなく，少なからず医療に対する意欲を失わせるものである。

もちろんこの罰則が適用された例を聞いたことはないが，法律が存在する以上かかわらざるを得ない。

ところで性病患者の届出数による状況は表8のとおりであるが，従来の実態調査の結果からみると，実際の患者数はこの3～7倍というように推定されている。

東京都においては新宿区，台東区，大田区，立川保健所管内を性病予防重点地区に指定して特別対策を推進しているが，この4地区の人口が東京都の人口の約13%であるのに性病患者の届出数は都全部の40%以上を占めているということである。

これは比較的届出が励行されていることと，治療に集まる患者群が多いという地域的特性にも関係があると想像していたが，新宿区医師会で昭和47年2月に1カ月間の性病患者取扱いの状況を学術部の事業として調査してみた。

その結果は表9のとおりである。

表 9　昭和47年2月新宿区内性病患者受診状況

地区別	報告件数	患者数	患者内訳				摘要
			梅毒	淋病	軟性下疳	不明	
牛込	1	8	1	6	1	—	1名は梅毒，淋病合併，両方に計上
四谷	3	18	6	13	—	—	
大久保	8	81	43	36	—	2	
淀橋	10	50	19	31	—	—	
戸塚	2	6	5	1	—	—	
落合	1	1	1	—	—	—	
不明	1	5	5	—	—	—	
計	26	169	80	87	1	2	

このうち初診，再来の別は表—10のとおりである。

表 10　初診，再来別患者数

地区	牛込	四谷	大久保	淀橋	戸塚	落合	不明	計
初診	3	16	28	26	1	1		75
再来	5	2	52	24	5		5	93
不明			1					1

なお，この数字は医師会に所属していない診療機関のものや，新宿区内にあっても独立した医師会を作っている慶応大学の分を含んでいないから，さらに潜在しているものと思う。

この新患数75というのは届出数の約4倍に相当する。

病名別では梅毒80，淋病87と相半ばしているが，初診患者だけについてみると，梅毒13，淋病61，軟性下疳1となっており，淋病が断然多い。

年齢階層別患者数は表11のとおりで，20歳台が最も多く，ことに淋病は若年層に集中している。

なお配偶者の有無は，配偶者あり84名，独身者80名不明5名で，相半ばしていた。

患者の性別では女より男がはるかに多いが，女の中には妊娠時の血液検査で発見されるものも含んでいるので，自覚症をもって来院するものはさらに少ないことになるが，これをもって女に患者が少ないとはいえまい。

男に多い急性淋病は自覚症が著明で来院の機会が多いが，女ではむしろはっきり自覚しないものの多いことも考えられ，油断はできないと思う。

患者の居住地調査は今回の一つの重点であった。それは新宿区で性病届出患者の多いことは，診療所単位で多いということで，新宿区民に多いということではあるまい，交通の関係で他から受診に来る者が多いのであろうと，新宿区の名誉のために予想していたからである。

結果は表12のとおり，残念ながら新宿区居住者に最も多かった。

このことについては，新宿区の人口動態を見るとわかるが，他地方からの流入人口が多く，ことに集団就職や出稼ぎなどで若い層の流入が多いことと関連があるものと推定している。

患者の職業は表13のとおりで，会社員が最も多く，女で主婦が比較的多いのは妊娠時の検血によって発見されたものを含むためであろう。

また患者がうつされた感染源者は表14のとおりで，男の場合はホステス，水商売などが多く，また1人の男が妻と会社事務員に淋病を感染させているものもあった。

感染源者の不明なものが男女共約半数存在したが，医療機関によっては病気の性質上詳しく調査することを避ける方針のものもあるであろうし，患者が答えない場合も考えられ，止むを得ないかもしれない。

患者の病型を詳しく調べたものが表15で，その2月末現在の転帰は表16のとおりである。さらに新患だけについてみると，表17のとおり梅毒は簡単には行かないが，淋病は49%が月間に治癒している。

すなわち，早期発見，徹底治療によってまだまだ患者を減らすことのできることを示しており，受診時の合理

表 11　年齢階層別患者数

地区	男	女	0—19歳	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60以上
牛込	6	2		5		1	1		1			
四谷	9	9	1	7	1	4	2	1	1	1		
大久保	55	26	3	18	21	7	8	9	2	6	3	4
淀橋	39	11	1	6	15	3	5	4	3	7	3	3
戸塚	3	3		1	1		1	1			1	1
落合	1	1		1								
不明	5								1		1	3
計	118	51	5	38	38	15	17	15	8	14	8	11

表 12　居住地別患者数

居住地		受診地区	牛込	四谷	大久保	淀橋	戸塚	落合	不明	小計	計及び%
東京都	23区	新橋	3	8	31	21	1	1	2	67	131 (77.5%)
		中野	—	2	10	4	—	—	—	16	
		杉並	—	1	4	5	—	—	—	10	
		渋谷	—	2	6	1	—	—	—	9	
		世田谷	1	1	4	2	—	—	—	8	
		練馬	—	—	3	1	—	—	1	5	
		豊島	—	—	1	1	1	—	—	3	
		台東	1	1	—	—	—	—	—	2	
		千代田	—	2	—	—	—	—	—	2	
		中央	1	—	1	—	—	—	—	2	
		板橋	—	—	1	—	—	—	1	2	
		大田	—	—	1	—	—	—	—	1	
		荒川	—	—	1	—	—	—	—	1	
		品川	—	—	1	—	—	—	—	1	
		目黒	—	—	1	—	—	—	—	1	
		葛飾	—	—	—	—	—	—	1	1	
	東村山市		—	1	—	—	3	—	—	4	18(10.7%)
	狛江市		—	—	1	1	1	—	—	3	
	町田市		—	—	—	2	—	—	—	2	
	武蔵野市		—	—	1	1	—	—	—	2	
	東久留米市		—	—	2	—	—	—	—	2	
	三鷹市		—	—	1	—	—	—	—	1	
	多摩市		—	—	1	—	—	—	—	1	
	小平市		—	—	1	—	—	—	—	1	
	田無市		—	—	—	1	—	—	—	1	
	調布市		—	—	—	1	—	—	—	1	
埼玉県			—	—	7	2	—	—	—	9	9(5.3%)
神奈川県	川崎市		1	—	1	2	—	—	—	4	7(4.1%)
	横浜市		1	—	—	—	—	—	—	1	
	座間市		—	—	—	1	—	—	—	1	
	相模原市		—	—	1	—	—	—	—	1	
千葉県	千葉市		—	—	—	1	—	—	—	1	3(1.8%)
	柏市		—	—	—	1	—	—	—	1	
	市川市		—	—	—	1	—	—	—	1	
京都市			—	—	—	1	—	—	—	1	1(0.6%)

表 13　患者の職業

地区＼職業	会社員	主婦	バーテンボーイホスト	学生	ホステス	工員職人	店主	タクシー運転手	店員	公務員	デパートガール	社長	その他	無職	不明
牛込	4	1				2			1						
四谷	11		1		4			1					1		
大久保	26	6	4	5	1		1	1	2	2	2	2	6	8	15
淀橋	23	3	3	1	1	2	4	1		1			3	7	1
戸塚		1				1								4	

落合				1											
不明	2							2					1		
計	66	11	8	7	6	5	5	5	3	3	2	2	11	19	16

その他11の内訳：芸者，自由業，ミシンセールスマン，入墨師，団体役員，ウェーター，マネジャー，写真家，イラストレーター，設計師，日雇

表 14　感染源者の種類

	感染源 / 地区	ホステス	芸者等水商売	外国にて相手不詳	OL	娼婦	人妻	学生	トルコ嬢	オンリー	行きずりの女	先天性	不明	計
男	牛込	4								1			1	6
	四谷	1	1	2									5	9
	大久保	9	2	3	3	1	2				1	1	32	54
	淀橋	10	8	1	1	1			1			1	17	40
	戸塚					1						2		3
	落合							1						1
	不明												5	5
	計	24	11	6	4	3	2	1	1	1	1	4	60	118

	感染源 / 地区	夫	会社員	バーテン	団体役員	外国にて	暴漢	運転手	店主	先天性	不明	計
女	牛込	1									1	2
	四谷		1								8	9
	大久保	4		2	2	1	1			2	15	27
	淀橋		5					1	1		3	10
	戸塚	2								1		3
	落合											0
	計	7	6	2	2	1	1	1	1	3	27	51

表 15　病名・病型別患者数

受診地区 \ 病名	1 初期梅毒	2 第2期梅毒	3 早期顕症梅毒	4 早期潜伏梅毒	5 後期潜伏梅毒	6 晩期梅毒	7 先天性梅毒	8 不明の梅毒	9 急性りん病	10 慢性りん病	11 軟性下疳	不明	計
牛込					1				5	1	1		8
四谷		4	1					1	13				19
大久保		1	6	8	8	14	4	2	29	7		2	81
淀橋	1	1			14	1	1	1	25	6			50
戸塚						2	3		1				6
落合	1												1
不明					5								5
計	2	6	7	8	28	17	8	4	73	14	1	2	170

註：落合1はスピロヘータ検出できず，大久保りん病29中6は非淋菌性

表 16　病名・病型別転帰

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	不明	計
牛込	治癒									5		1		6
	繰越					1					1			2

四谷	治癒									10				10
	繰越		3	1					1	3				8
	不明		1											1
大久保	治癒					3	4	1		15	2		1	27
	繰越		1	6	8	5	10	2	2	11	4		1	50
	中止									3	1			4
淀橋	治癒									5	1			6
	繰越			1		14	1		1	11	3			31
	中止		1					1		7	2			11
	不明									2				2
戸塚	治癒									1				1
	繰越						2	3						5
落合	繰越	1												1
不明	繰越					3								3
	中止					2								2

治癒50 (29.4%), 繰越100 (58.8%), 中止17 (10.0%), 不明3 (1.8%)

表 17 新患の転帰

地区	転帰	梅毒							りん病			軟性下疳	計
		1	2	3	4	5	7	計	9	10	計		
牛込	治癒								1		1	1	2
	繰越									1	1		1
四谷	治癒								10		10		10
	繰越		2	1				3	3		3		6
大久保	治癒								12		12		12
	繰越				1	2	2	6(うち不明1)	4	2	6		12
	中止								3	1	4		4
淀橋	治癒								1	1	2		2
	繰越					2	2	4	8	3	11		15
	中止	1						1	6	2	8		9
	不明								2		2		2
落合	繰越	1							1				1

梅毒, 繰越14, 中止1, りん病, 治癒25 (49.0%), 繰越20 (39.2%), 中止6 (11.8%)

的治療だけでなく, その機会を捉えての教育指導の重要性を物語っていると思う。

III. 医学教育における性教育

以上のように性教育および性病対策のあらましを述べてみたが, 従来のように医学教育においては性病教育だけという姿勢は早急に改めるべきであると考える。

マスコミなどの性を商品化し, 挑発を試みる風潮に対して, 子供たちに正しい性教育を施してもらいたいという学校教育への要望は今後ますますたかまると思うが, 如何せん学校教育の現場には自信を持って教育に当れる指導者は寥々たるものである。

どうしても医学的知見を持った医師が直接指導者となり, あるいは指導者を養成する責務を負わなければならないと思う。

したがってアンダーグラデュエートの段階で次のような項目については教育して置く必要があると考える。

1. 性に関する諸器管の構造, 機能 (解剖, 生理)
2. 各種性障害, 妊娠, 出産, 計画産児, 中絶等 (産婦人科)

3. 精神衛生学的見地からの性問題（精神科）
4. 遺伝の諸問題
5. 臨床教育における患者の性問題（各科）
6. 性病全般（皮膚，泌尿器科）
7. 人口問題を含めて社会衛生学的見地からの性問題（衛生学）
8. 性教育指導方法の実際

細分化された医学万能の考え方からすれば場違いの感があるかもしれないが，このような考え方が抜けていたことが医療を索莫たるものにしていたとはいえないだろうか。

その概要は医学概論の中ででも１項目を設けて集約的に教育するのも一方法かとも思う。

むすび

地球上の最適人口は10億程度であって，現在の36億でも多過ぎるとも聞く。しかし１人１人の人間の寿命は数十年に過ぎないから，世代の交代を考えながら適当な人口を保つことを考えねばなるまい。

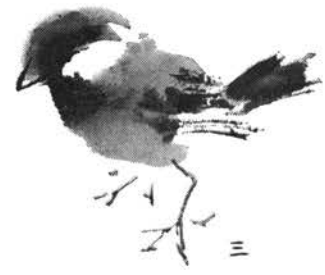
一方細菌に基因する性病は医学の進歩によって理論的には撲滅できそうである。

かつては性病の存在が無軌道な性行為の歯止めになっていたことも事実である。

これらのことを考えると，性の問題について新しい観点から性の医学的指導が要必なように思われる。

以上のことから，卑見を述べてみたもので，ご批判ご指導を賜われば幸甚である。

（〒161 東京都新宿区中落合４－４－15）



三

私たちの例会

第101回『実地医家のための会』の報告

司会／高木輝雄・記録／上田篤次郎

昭和47年2月13日(日)・日本都市センター別館

〔演　題〕

1. 私の死亡診断書とその反省

1) 清水市　乾　達
2) 仙台市　佐藤俊樹
3) 船橋市　片岡和夫

2. 自由交見　　全員

司会の高木輝雄先生

司会　今日の演題はいつもと変っておりますので，企画された秋月先生からその目的を最初に伺わせていただきたく存じます。

秋月(世田谷)　千葉大学のある先生が死亡診断書の死亡時刻を故意にずらしたということがきっかけではなかったかと思うのですが，他の私立大学に移られたことを聞いたことがあります。私たちが何気なく書いている死亡診断書が，日本の最も大事な死亡統計にもつながっていることを考えますと，非常に重要なものであると改めて考えさせられます。

また国際死亡統計とか，疾病の国際的調査で，日本はある程度批難されなければならないのではないか，たとえば脳卒中といわれるもののうちとか，心筋硬塞などの心疾患と脳死の区別すらできない場合が実際にはあるのに，死亡診断書を書く時どちらかに決めなければならない。東京などでは監察医務院に廻して，かなり正確なことがわかりますが，地方ではむずかしいのではないか。

それからもっと広い診断書にしてみても，今問題になっているニセ医師の書いたものはどうなるのか，かなりの疑問があるのではないかと思います。

また純粋の医学的立場と社会的，あるいは法律的立場どの関係などここで話し合ってはということで企画したわけであります。

司会　どうもありがとうございました。

それでは乾先生お願いいたします。

私の死亡診断書とその反省　—1—

清水市　乾　達

今日は佐藤先生，片岡先生の前座を勤めさせていただいて，最近の死亡診断書をまとめてみまして感じましたことや反省させられたことを話題提供ということで話させていただきます。

私の診療所は人口235,000の清水市の郊外近くにあります。現在清水市には綜合病院3と，呼吸器専門の国立病院と，診療所が128施設があります。そのうち小児科を除いた内科小児科を標榜しているのが57あります。

現在私たちは3人の医師と6人の従業員でやっておりますが，医師のうちフルに動いているのは私だけで，従業員のうち有資格者はおりません。

私は開業してから17カ月ぐらいしか経験しておりませんが，この間死亡診断書を書いたのは33名です。男が19名，女が14名です。

平均年齢は65歳で，このうち入院中の死亡は7名です。

この内訳はガンが5名，心筋硬塞1名，脳血栓1名です。

年齢別の死亡数ですが，女の平均年齢の低いのはネフローゼ，脳性小児マヒで10歳台，20歳台が含まれているからです。

70歳台にピークがあります。

月別死亡数は期間が1年余りなので何ともいえません。1月が少し多いような気がします。

疾患別にみると，脳血管障害が最も多く18例，次がガンで6例，心疾患が2例ですがこれはいずれも心筋硬塞です。

気管支性喘息が1例ありますが，これは診察室のベットの上で亡くなった忘れられない症例です。

また低血糖昏睡の1例がありますが，これは私にもわからない点が多々あって，いろいろ反省もしているのですが，のちほどお教えいただきたいと思います。

ガン6例の内訳ですが，胃ガンが3例，食道ガンが1例，乳ガンが1例，それは原発不明のガン性胸膜炎1例があります。

この6例に共通していることは，いずれも大病院から転院して来たもので，内科的にはどうすることもできない例でした。

そのうち2例だけレントゲン写真をお目にかけます（写真略）。

この1例は食道ガンの来院時の写真ですが，その前に放射線治療を受けていたのですが，家族のかたたちも全然ガンということは知らされておりませんでしたので，話したところ泣き出されて非常に当惑いたしました。

このかたはもう一度大病院に戻るよう勧めましたが，どうしてもいやだということで私の所で亡くなられました。

46年3月の写真では広範なガンの転移と，ガン性胸膜炎が認められ，これから間もなく亡くなられました。

次の例は33歳の女性で尿に蛋白が出るということで，腎炎として5カ月間某病院の循環器科に通院していたのですが，腹水が溜って来たというので私の所へまいりました。

これを見ますとやはりガンで，ここで圧迫しております。

私の所は病室は5部屋しかありませんし，設備や看護も十分とは行かないと思いますが，大病院より良いという患者さんがありますので，捨て切れずにおります。

次は心筋硬塞の例ですが，17カ月間に私が経験したものは6例で，そのうち4例が死亡しております。

これは病院におりました頃より多いような感じを受けております。

この例は61歳のたいへん肥満した男の方で，来院時息苦しいと申しておりました。既往歴には特にありませんでしたが時々胸苦しいことはあり，45年9月8日が初診日で，前日胸苦しさを感じ，いやな感じがして同時に左の腕にだるいようなしびれる感じが約1時間あったといっています。血圧は正常で，尿には異常はありませんでしたが，レントゲンでは肥っておりますから，下から押し上げられたように心臓の陰影は左右に拡大しておりました。

心電図では冠硬化による左冠不全で，バスタレル6錠とニトロールを与薬し，一応の生活指導をして帰しております。

10月6日までの3週間に4回来院しておりますが，その間狭心症発作は1度だけ軽いのがあっただけです。

10月6日が最後の来院となったわけですが，この時もたいへん気分がよくなったと申しておりました。

ところが翌7日昼頃から少し息苦しいといっておりましたのが，夕刻隣人と話をしております時，急に苦しいといいだし，七転八倒しはじめ家人が私の所へ電話してまいりました。

そこでさっそくまいりましたが，自動車で15分ぐらいかかる所なので，まいりました時にはすでに絶命しておりました。

一応死因は心筋硬塞ではないかと思っております。

次のスライドは9月8日初診時の心電図ですが，洞性の不整脈があり，左肥大型を示し，ST が I, II, $_aV_L$, V_5, V_6 で下降しております。

T も I, $_aV_L$, V_6 で陰性化しておりますので冠硬化による左冠不全と診断いたしました。

次のスライドは死亡前日のもので，不整脈はなくなり，ST は I, V_5 でわずかに低下，T は I, II, III, $_aV_R$, $_aV_L$, $_aV_F$, V_5 で平低化し，V_6 では陰転しております。

初診時と死亡前日とをくらべてみますと，初診時では ST がはっきり低下していますが，死亡前日では V_5 ではわずかに低下しておりますが，V_6 では著明に改善し，自覚症状もよくなっております。

このように自覚症や心電図所見がよくなっても，心筋硬塞は全く油断のならないものであることを思い知らされました。

もう1例は63歳の男性で，来院時の主訴は痛みと息切れです。

本年1月17日初診，数年前から心臓が悪いといわれておりました。最近は薬も服用しておりませんでした。労作時胸痛があり，便所に立ったぐらいで息切れがありま

した。

体格は中等度，軽い肥満がありました。貧血は認めませんでしたが，下肢に軽度の浮腫が認められました。

心濁音界は左右に拡大，心音は不純，血圧は170—90，EKG では冠不全と診断いたしました。

エタミンS3錠とバスタレル3錠を処方し，ニトロールを与えております。

1月19日息苦しいということで往診いたしました。行ってみましたら特に変ったこともなく，机に向って書きものなどしておりました。

そこでニトロールをなめて痛みがとれなければ，病院でも私の所でも良いから救急車で来なさいと指示して帰って来ました。

ところがその日の夜9時頃ニトロールをなめても胸痛が続いているといって来院してまいり，非常に激しい胸痛を訴えておりました。

初診時の心電図では左肥大型で，I，II，$_{a}V_{L}$，$V_{4\sim6}$ の ST は低下しております。

そして T は I，II，$V_{4\sim6}$ で陰転しております。

ストレインタイプの左室肥大，冠不全と診断いたしました。

1月19日来院した時の心電図では $_{a}V_{R}$，$_{a}V_{L}$，$V_{1\sim4}$ の ST が上昇しております。そして $_{a}V_{L}$，V_{1}，V_{5}，V_{6} にQ波が出現しており，心筋硬塞と診断いたし，そのまま入院させました。

1月20日第2病日の心電図ですが，症候はほとんど落ちついておりましたが，I，$_{a}V_{L}$ でQ波，$V_{1\sim2}$，$V_{4\sim6}$ にOSが認められます。

19日のはV誘導で ST 上昇しRが低くなり，20日のでは深い QS が認められます。

第4病日ではT波が高くなってまいりました。

生化学的検査では第4病日に GOT が少し高く，肝臓も悪いのか GPT も高くなっております。

LDH は第2病日から高値を示しております。

CRP と血沈は第2病日は正常ですが，第4病日から異常値を示しております。

入院後の経過ですが，第2病日には胸痛も呼吸困難もなくなり順調と見受けられました。

この頃もう1例別の心筋硬塞の患者が入院しておりまして，これがうまくいって退院間際だったので，1月23日は日曜でしたが，この方もうまく行くかと，ちょっと気がゆるんでいたわけです。

これは一つのミスだと思いますが，田舎のこととて兄弟たちが見舞に来ていて，だいぶ長く話し込んでいたようです。

そのためか夕刻から息切れが軽度にあったようです。

第6病日の朝から息切れはしたが気分は良好だといっておりました。

午後7時30分突然呼吸困難を訴え，ネオフィリンを静注しておりますが，それによって非常に楽になったといってから約20分後，右室不全様の症状を呈して死亡してしまいました。

さきほども申しましたように，私の所のような小さな診療所でも1年間に6例も心筋硬塞を経験し，そのうち4例も死亡しております。

心筋硬塞が致命率の高い病気であり，人口の考齢化を考え合せますと，この病気の取扱いにさらに習熟する必要のあることを痛感しております。

次は低血糖昏睡の1例で，63歳の男性，数年前から糖尿病で数カ所の病院診療所で内服治療およびインシュリンの注射を受けております。

46年9月27日が初診ですが，その約3カ月前から治療を中断しております。

来院する1カ月前から口渇と全身倦怠感等を訴えております。

身長が165.5cm，体重52kg でやや痩せ気味，血圧は94—64です。

負荷血糖検査を行なっております。

ブドー糖50gを負荷し，静脈血でオルトトルイジン法で調べましたが，空腹時が320 mg/dl，120分では446 mg/dl と高値を示しておりました。

一応食餌は，1,400Cal，175単位を指示して内服薬で治療を始めました。

まずトリプタマイド，ラスチノンを1.5g用いましたが効なく，10月中旬新しく出たタオニール，オイグルコンに切り替えました。

口渇や全身倦怠感はなくなって来たのですが，血糖値は不安定で依然高値を示しておりました。

3錠までふやしたのですが，あまり効果がないのでゴンダホン，リカノールを1錠追加してみました。しかし空腹時血糖が300 mg 以上でしたのでインシュリンに切り替えることにしました。

まず患者と患者の妻を呼んでインシュリン療法について説明を行ない，注意事項を箇条書きに書いて渡して，12月1日からレンテインシュリン12単位から始めたわけです。

ところが第1日から低血糖発作が起こりました。この患者は前から時々低血糖発作を起こし，フラウはそれに馴れていたようです。

砂糖水を飲ませてじきに回復したようで，翌日来院した時2人に軽い夜食と紅茶でも飲むように指示して，インシュリンは続けて12単位打ちました。

第2，第3日はことなく済みましたので，やはり食事の取り方が問題だったのかなあと思っていました。

12月4日も来院した時同じようにインシュリン12単位を打って普通のように帰ったのです。

12月5日は日曜でしたが来院しないので電話をかけてみましたところ，死亡したと聞かされビックリしました。

あとでよく聞いてみると，4日の夜半低血糖発作を起こし，家人が砂糖水などを飲ませたのですが回復せず，私の所へ電話をかけたり，迎えに来たのですが，健保整理の終った所で皆つかれて起きなかったらしい。

そこで近所の先生にブドウ糖の注射などしてもらい，さらに別の注射をもう1本打っていただいて，先生が帰られた直後から苦しみ出し，口から泡を出して2時間後に死亡したということです。

この症例の場合，インシュリン療法は原則的に入院させて量をきめてから外来にすべきだったかと思いますが，第1回の低血糖発作の時もう少し慎重に考え直していたらこのような事態にはならなかったかと反省しております。

それにしても12単位のインシュリンで低血糖発作が起こり得るのか，また最後の状況を見ておりませんのでわかりませんが，諸先生のお考えをお伺いいたしたく存じます。

最後に33例中18例と最も多い脳血管障害の内訳ですが，脳出血と脳血栓が8例ずつです。

年齢は脳血栓がやや高くなっております。

しかしこの数字をそのまま鵜呑みにすることはできません。

今年1月1日の医師会雑誌に九大の勝木先生が発表されたものですが，臨床診断脳出血89例に対して剖検診断では58例。脳硬塞18例，クモ膜下出血8例，他疾患が5例もあります。病型一致率は65%ということです。

脳硬塞では他疾患というのが13例もあります。

これはほんの1例に過ぎず，私たちは忙しい診療の合い間の往診先で死亡例に遭遇することが多いものです。

しかし一応診断をつけなければならず，実際とは異なっていることも多いのではないかと思います。

たとえば，さきほどの低血糖昏睡の場合も，心筋硬塞が合併したのかもわかりませんし，自宅で死亡した心筋硬塞は肺硬塞であったかもわかりません。

いずれにしても，私たち臨床医としては剖検をきわめて重要なものと考えておりますが，実地医家としては剖検とはかなり隔たったところに置かれているのが現状ではないでしょうか。

もっとも長崎の自髪先生のように開業以来100体以上もの剖検をしておられる方もありますが，清水市などではさきほどお話いたしました4病院でも，専門の病理学者は1人もおりませんで，パートタイムの専門家が週1回来るといった状態です。

ですから病院自体の剖検すら思うに委せないといった状態です。

しかも新聞の報ずるところによれば本年度東大でも基礎医学教室に入る人が1人もいないということですから，将来ますます暗いという他はありません。

そこで，これから少し夢物語的になりますが，一つ一つの病院がプローベを見たり剖検することをやめて，医師会と病院が協力して剖検センター，あるいは病理センターをある地域に作って，そこに専門家を誰か1人でも常駐していただくことになると，私たち実地医家でも剖検の機会に恵まれるようになるのではないかと考えております。

大学のある都市と私たちのような地方都市とは事情が違うかと思いますが，このような点を諸先生は如何にお考えでしょうか。

死亡診断書をまとめてみて，考えたことの一つがこの実地医家と剖検の問題でした。

次に感じましたことは，平素カルテになるべく詳しく書いて置くように心掛けてはいるのですが，今回まとめるために調べてみましたところ，症例報告では比較的検査をきちんとやってあるのを話すわけですが，今度秋月先生にいわれて死亡例を引き出してみると，処置だけしか書いてないものも出てまいりまして，特に往診の分は記載が不十分になり易いことがわかりました。

どの診断学の本をみても Anamnese の重要性を説いていますが，これがまたきわめて不十分なことを知りました。

検査も不十分で，たとえば低血糖昏睡でも眼底が見てありませんし，胸部のレントゲン，EKG すらとってありませんでした。

これはそのうちとろうと思いながら，まさかそんなに急なことが起こるとも思っていませんでしたので，全く赤面のほかありません。

必要な検査は治療を開始する時，患者に気兼ねしないできちんとやって置くべきものだと痛感いたしました。

喘息死を1例経験致しておりますが，これは来院時すでにチアノーゼ著明で意識はなくショック状態でしたから，おそらくどんな手当をしても助からなかったかと思いますが，この症例を通して反省させられたのは救急設備の不備であります。

もちろんこのような患者は年間数名に過ぎませんが，死に直結する問題でありますので，先生方はどうしてお

られるか，お教えいただければ幸です。

以上述べましたことをまとめますと，17カ月間の短い期間の小診療所の統計でも，全国統計と同じく脳血管障害，悪性新生物，心疾患の順になっていること，致命率の高い心筋硬塞がふえていると思われることが印象的でした。

私たちの書いている死亡診断書の病名はかなり不確実なものではないかということ，それに実地医家と剖検のこと，さらに retrospectiv にカルテをみると予想以上に Anamnese，所見，検査が不十分であったこと，救急設備の不備等痛感いたしました。

司会　ありがとうございました。1年数カ月のご経験をお話しいただきましたが，先生は講演者でございましたが先生から皆様へご質問もございました。

たとえばインシュリンの12単位で低血糖昏睡が起こり得るか，どなたかご発言お願いいたします。

佐藤(仙台)　乾先生に伺いたいのですが，最初に低血糖発作を起こしたのはすぐですか。

乾　インシュリンレンテを打って帰ったその晩で，砂糖水で治って翌日外来に来ております。

佐藤　その翌朝の血糖はどうでしたか。

乾　それが調べてないんです。

佐藤　それが調べてあると解明に役立ったと思います。それから最初からレンテインシュリン12単位をお打ちになったことは，先生もお話しになられたように，入院させて何日か経過をみて，レギュラーから始めるべきではなかったかと思います。

ちょっと気になったのは，外来患者としてはカロリーが少し少な過ぎたのではないか。

もし低血糖症とすればその低カロリーが一つの因子ではないかと思いました。

柴山(大田区)　12単位のインシュリンだけでは起こり得ないように思います。しかしその前にだいぶ内服剤を投与しておられますので，それによる潜在性の低血糖があったのではないだろうか。ですから内服とインシュリン注射の間が短過ぎはしなかったかということと，も一つは死亡診断書はどちらの先生がお書きになったのかということ……。

もし先生がお書きになったとすれば，どういう病名にされたかお伺いします。

乾　内服剤をやめてから1週間おきました。それから，全尿糖を調べて非常に高かったのでインシュリンに切り替えたわけです。

死亡診断書は奇妙なことになり，私の書く筋合いではないのですが，家族がその先生にお願いしたら，私の方では書けないとことわられて来ましたので，私が書きましたが，低血糖昏睡ということにしました。

柴山　あとで出てくる問題だと思いますが，先生がお書きになったとすれば法的には問題があると思います。絶対に書くべきではなかったかと思います。実際に立ち合った先生が書くべきで，このような場合は解剖に廻わすべきでしょう。

そうすれば解明にも役立ったのではないでしょうか。

司会　乾先生からのご質問で皆様の所では救急設備はどうしておられますか。

ご発言がありませんので，あとに廻します。

それでは仙台の佐藤俊樹先生にお話をお願いいたします。

(〒424 静岡県清水市西久保606)

私の死亡診断書とその反省　—2—

仙台市　佐藤俊樹

秋月先生からのご命令でお話することとなりましたが，平素死亡診断書を書く時にいちいち本を調べるわけでもなく，杜撰だったと思っております。

それでこの際勉強し直そうと思いました。

乾先生も片岡先生もご自分のお書きになった死亡例の統計的考察をなさっておられますが，私の所は中間守備，すなわち無床の診療所，あるいは数少ない有床の診療所と，大学その他大病院の中間に位するものだと思っております。

したがって，仲間の先生方から“自分の所では手に負えない，さりとて大病院に入院させたくてもベットが空いていない。一つ頼む”という患者さん，それから救急協力病院ということで，かつぎ込まれて来る患者さんが多いので，死亡診断書を書くことは非常に多いと思っております。

今日は死亡診断書の総論的のことをお話してみようと思います。

一体死亡診断書の定義は何でしょうか。

自分が診療していた患者が死亡した時，医師が医学的判断に基づいて証明するために書くものだと思っており

佐　藤　俊　樹　先　生

ます。

しかも診療中の患者の死亡という中には例外として，死亡前24時間以内ならば診察しなくても書けるということが認められております。

一方死体を見た場合，東京，横浜，大阪，京都，神戸，名古屋，北九州には監察医務院というのがあって死体検案をいたしますが，私たちのような地方都市では第一線のわれわれが死体検案をしなければならない立場にあります。

死体検案書というのは，医師が診療中でない患者の死体をみた場合，あるいは他の医師が診療中の患者が死亡した場合に呼ばれて，その死体について医学的判断を証明するために書くものとなっております。

死体検案書というと昔の非常に面倒な，頭の先から足の先まで具体的な所見を書くものをお考えになるかと思いますが，今は非常に簡単になりまして，死亡診断書と同じように，死因を推定で書くものとなりました。

もしそのようなお立場になりましたら，警察のベテランがたいていいっしょにおりますから，その協力を得て検案し，最後の判断は医師がしなければなりませんから，ご承知おきください。

それでは死亡診断書に対する法律はどんなものがあるかというと，刑法の第160条に“医師公務所に提出すべき診断書，検案書または死亡証書に虚偽の記載をなしたるときは3年以下の禁錮または25,00円以下の罰金に処す”と書いてあります。

したがってさきほど秋月先生のおっしゃった死亡時刻をずらすとか，病名を変えたりしますと，このような罰則がございます。

なお医師には死亡診断書作成の義務というのが医師法の第19条第2項に規定されております。

“診断もしくは検案をなし，または出産に立ち合った医師は診断書もしくは検案書または出産証明書，あるいは死産証書の交付の求めのあった場合は正当なる理由がなければ，これを拒んではならない”という規定がございます。

以上のように死亡診断書というのは人間の死亡の厳粛なる医学的証明でありまして，1人の人間が人間という権利主体が終りを告げたということを法律的に証明するものであり，また一つには資料となりまして死因統計が作られるわけであります。

死因統計はわが国だけでなく，世界各国が同様に作りまして，国民の健康福祉計画の資料としているものであります。

厚生省から毎年死亡診断書，死産証明書，出生証明書の書き方というのが出ております。

非常に詳細に書いてありますが，これは国際疾病分類によっているようです。

基本分類表というのは尨大なもので999に分けられており，疾病傷害および死因の統計分類基本分類表と名付けられております。

その中から150項目を集約したA表というのを今日皆様にさし上げましたが，日本ではこのうちの14項について33の細分類を加えてアルファベット順に並べてあります。

たとえば最初のページにA3のパラチフスその他サルモネラ感染というところに，3aパラチフス，3bその他となっております。

小さなパンフレットをつけましたが，これは死因を書く場合に，必要な事項を詳しく書いてございます。

たとえば，伝染病のところで結核なら，その犯された部処をはっきり書けとか，梅毒の時はそれが先天性か，後天性か，赤痢の時は細菌性か，アメーバ性か，また新生物においては部位を明確に，またガンであるか肉腫であるかの別も書けとなっております。

循環器疾患におきましては，心臓性疾患でリウマチ性か，非リウマチ性か，それから本態性高血圧症では良性であるか，悪性であるか，ということまで書けとなっております。

呼吸器疾患では，たとえば肺炎なら，大葉性，気管支性か，原発性非定型性の別まで書くようになっております。

腎臓では急性，悪急性腎炎，ネフローゼ，慢性腎炎，動脈硬化性腎炎など分類するよう。

また尿毒症では腎性か，腎外性のものかを書くように指示されております。

実際にはこれらを見ないで書いておりますので，ふだんこのようなものを見ておきませんと，死因統計に影響することが大であることを考えなければなりません。

仙台市におきまして警察医というのを嘱託されており

ますが，たびたび急死の死体検案にぶつかる場合がございます。

いちばん多いのは心筋硬塞やポックリ病など心疾患なのですが，高年齢者になりますと心疾患なのか，脳血管障害なのかちょっとわからないことがございます。

それで東京都の監察医務院の剖検例を調べてみましたところ，やはり急死の場合，心大動脈疾患が全体の54.4%を占めておるそうで，脳脳膜疾患が24.2%，呼吸疾患が15.6%，消化器泌尿器疾患が5.3%，その他0.5%となっておるそうです。

やはり心疾患が多いようです。

私たち呼ばれました時は，家族，目撃者，などの話を十分に聞くことが大事であると思います。

たとえば，前から血圧が高くて診療を受けていたが，このところ受診していなかったというようなことは非常に参考となります。

ただ街路で倒れていたというような時はどこの誰かもわからず，既往症などもわかりませんが，多くは目撃者があるもので，その話を詳しく聞くと一応の推定はできるものです。

何せ私たちは病理の専門家ではありませんし，外観から推定するので非常にむずかしいものです。

もし身元がわかって家族が来たような時は“一応このように推定するが，もし疑問をお持ちならば病理解剖の方に廻して，原因を究明していただいた方が良いのではないですか”と必ずつけ加えることにしております。

他殺でない時は，地方に行けば行くほどメスを入れることをいやがりますので，だいたい片付いております。

以上つまらないお話をしましたが，千葉大学の例を引くまでもなく，死亡時刻というものはありのままに記載することが，田舎に行くほどむずかしいものですが，東京の方などは如何なものでしょうか，田舎ではお葬式の日取りとか，そんなことで死亡時刻を繰り上げてくれとか，のばしてくれということが時々あるものです。

その時は家族のいうことをよくよく聞いて，ある程度は遺族の希望を入れざるを得ない場合もありますが，果して良いか疑問でございます。

最後に2，3の例を申し上げて私の話を終りたいと思います。

一つの例は一昨年のこの会で話をしましたが，61歳の男で45年6月10日初診，

Anamnese は1月頃から咳があり，食欲不振，全身倦怠が続き，次第にひどくなるといって私の所へまいりました。

写真をとったりして検討して肺ガンであって，それも右の肺門部にあるガンでした。一応大学の方に入院を勧めたのですが，いやだといって6月24日に入院させました。

そしていろいろ検査してからブレオマイシンを打ちまして，症状がとれ写真の所見もよくなっていました。そして緩解が認められましたので12月に退院させました。

その後外来でブレオマイシンの注射を続けておりましたが，そのうち来たり来なかったりするようになりました。

46年6月21日往診を頼まれまして，行ってみましたら agonal の状態で，間もなく死亡しました。

そこで私は正直に，Anamnese のとおり45年1月に発病と推定して死亡診断書を書きました。

ところがしばらくして生命保険の方から問い合せがありました。皆様ご承知の1枚800円ぐらいで非常に面倒な書類を書いてくれといってまいり，忙しい時には非常に困ります。

そのうち家族がまいりまして発病の年月日をずらしてくれといってまいりました。

私も生命保険の方に知り合いがありましたので聞いてみました。私の所へ入院いたしましたのが昭和45年6月24日で，その時には肺ガンの診断がついておりました。しかるにあに図らんやその人が生命保険に入ったのが8月15日なんですね。温度板をひっくり返してみますと確かに8月15日に旧のお盆だというので外出しています。その時保険会社に行って審査を受けているんですね。

生命保険の無審査というのは限度が昔は100万円だったのが，最近上りまして大手8社，日本生命，第一生命，住友生命，朝日，明治，安田，三井，千代田の8社は200万円までになっております。その他のものでは300万円までだそうです。

そうしますと，家族の方では肺ガンではたいへんだということで，無審査の方に入れていたわけでした。これは私の方ではわかりませんでしたが，どうにもできないということで突撥ねました。

これに似た生命保険にからんで苦しめられたことは非常に多うございます。

無審査で入って1年以内に死亡した時は3割しか出ないそうです。1年から2年の間では6割支払われ，2年以上なら全額支払われるそうです。

このような肺ガンの場合ははっきりしていますが，たとえば，脳出血などではこの分類表に従って，直接死因は脳出血，1週間，その原因は高血圧，これは何時からか，カルテを見ると5年前となっているということになりますと，やはりそのまま書かなければならない。その場合保険に入ったのが2年以上前なら，保険会社の方の手落ちになります。

問診または審査不十分ということで，私たちの方には責任のないことになります。1～2年以内に死亡した場合，もしそれ以前の初診ということになると，遺族が損をするというケースが時々あります。

こういう場合諸先生はどうしておられますかお伺いしたいと存じます。

私はたびたびそういう例に会いましてからは，一応生命保険関係書類全部を持ってこさせて，医学的事実を著しく曲げない範囲で，ある程度は斟酌しておりますが，こういうことも良いことかどうかお伺いしたいと存じます。

もう1例は私のミスですが，70歳の女性で10年前に心不全ということで某病院に入院しておりましたが，その後調子がよく，昨年の12月末頃から呼吸促迫，心悸亢進がありました。全身特に下肢，顔面に浮腫が出てまいりました。12月24日初診で，心不全ということで入院を勧めましたが，年末ということで，年が明けてからということになり，1月7日に入院させました。

入院後ジギタリザチオンを行ないまして，浮腫なども大部とれておりましたのですが，11日の午前3時に心筋硬塞の発作を起こしまして，私が起こされたのが3時15分で，それから宿直の先生と2人でいろいろやったのですが，薬石効なく午前6時15分に死亡いたしました。それから寝ても仕方がないので，風呂に入って食事を済ませて診察室に行き死亡診断書を書きました。

ところが年をとりまして，寝不足で頭がぼけていたのか，死亡時刻が6時15分ということは頭にあったのですけれど，6時だったか，6時15分だったかと思いながらも，宿直の先生はもう帰っておられたので，6時15分と自分自身では確認しながら書いたつもりでした。

ところが翌日死亡に立ち合った看護婦が“先生！　この診断書はちょっとおかしいんじゃないですか”というので見てびっくりしました。そこに書いてある時刻は私が起こされた3時15分なんですね。

これには困りましたが，さっそく事務長を遺族の家へ行かせたものの，葬儀や何かでとりこんでいて息子さんに会えず，後日になって事情を話して了解を求めました。

幸い，患家も了解してくれましたので，3時間のずれのまま頬被りしましたが，死亡診断書などは念には念を入れなければならないと痛感させられた次第でございます。

司会　どうもありがとうございました。

死亡統計のお話がありましたが，われわれがいつも死亡分類に則って書いているかどうかという反省が呈示されたと思います。

私たちがあいまいな診断書を書きますと，区役所とか保健所から電話などで問い合せがあって，自分たちの不備を反省させられておりますが，分類表についてご意見がありましたらご発言ください。

渡辺淳(大田)　死亡診断書の書き方を教えていただきたい。発病より死亡に至るまでの期間という欄がございますね。発病をどこにとるかということを法的解釈と，期間は何時何分まで要求されているのかという点……。

死亡診断書のハ，(ロ)の原因というところにも期間という欄があります。

司会　死亡の原因に，Ⅰ．イ．直接死因　ロ，(イ)の原因，ハ．(ロ)の原因としてあります。直接死因を誘い出したものについてそれぞれ欄があります。その右に発病から死亡までの期間という欄があり，またⅡとして，その他の身体状況というのがあります。

Ⅱ欄には，Ⅰ欄記載の原因と直接関係はないが，病的経過に悪影響を与えたと思われる身体状況を書いてください。

なお妊婦の死亡は「妊娠第何月」，分娩中の死亡は「妊娠第何月の分娩中」云々と注意書きが書いてあります。

またⅡの下に，手術の主要所見，解剖の主要所見という欄もあります。

佐藤先生如何でしょう。

佐藤俊樹　専門家でないのでお答えにならないかと思いますが，財団法人厚生統計協会篇の厚生統計の本をごらんください。

期間の所をみると，何時何分までは書いてないようです。例として直接死因ガン性腹膜炎，1カ月，ロ，(イ)の原因は胃ガン(噴門)，期間1年，Ⅱ．その他の身体状況に，気管支喘息10年というようなのがのっております。

心筋硬塞などで何時間とわかる時は時間単位でお書きになっても良いと思いますが，だいたいの期間で良いと思います。

事故の時は受傷後何時間何分まで書いてあるようです。

樋渡(茨城)　疾病分類のことですが，健保の方でも特定疾患とか，慢性疾患指導などというのもこれに拠っておりますので，是非一度ごらんになることをお勧めいたします。

健保の甲表は古いものにより，乙表は新しいものに拠るというような矛盾はあります。

鈴木荘一(大田区)　老衰の期間というのはどういうようにお書きになっておられますか。

また老衰と他の疾患との鑑別はどうしておられます

か？

司会　われわれの所でも頻度の多いケースだと思いますが，どなたかどうぞお教えください。

佐藤俊樹　いろいろ読んだところでは，老衰という病名はなるべく書かないようにして欲しいということです。たとえば気管支炎があったとか，脳動脈硬化があったとか，はっきりした分類表にのっている病名で書いてくれという指導がどこにもあります。

柴山　話が別になりますが，佐藤先生が警察医をしておられて，年間死体検案をするうち何％ぐらいが解剖の方に廻わりますか。

それから乾先生のお話の低血糖昏睡というのは糖尿の所に入るのかと思いますが如何でしょう。

こういう病名は医療過程と間違われる危険性があるかと思いますので，佐藤先生のご見解をお伺いしたいと存じます。

佐藤俊樹　他殺など以外は行政解剖の方に廻わすものは残念ながらほとんどございません。

いくら家族に勧めても土地柄なのかなかなか承知いたしません。

低血糖の方ですが，私も先生と同意見で糖尿病で良いと思います。

渡辺淳　発言がいろいろになって申しわけありませんが，さきほどの発病から死亡までの期間，これを厚生統計協会の本でみますと，この本の書き方では病気というものは一度始まったら死ぬまで続くという考えが根低にあって，途中で治ったりまた発病したりという時はいったいどうなるのか，それから一つのものが他の病気を引き出すというが，その原因結果がきわめて明らかな場合と，やや疑問のある場合，あるいはその関係が期間的に出たりひっこんだりした場合どうするかということは何も書いていない。死亡診断書というものは私たちはだいたいのことで書いているんですが，正確な所をお教えいただきたい。

厚生省の病気というものの考え方が少し違うのではないかと思います。

司会　死亡診断書というのはいろんな意味を持っていると思います。ある個体が生命を失うその瞬間からその個人が持っているいっさいの権利義務は消滅してしまいます。

その人の所有しているいっさいの資産および負債は相続によって受け渡されます。そういった資産の移動，権利義務の移動ということが考えられると思います。

千葉大のある教授の話もこれにからんでまいります。死亡の時刻と作製された遺言状の日時との間にある種のかかわり合いがあったということで，死亡診断書が正確に書かれるということはまず第一に故人の権利義務あるいは資産の移動を生じる，その裏付けの証拠書類であります。

第２番目には統計資料であります。ですから学問的に非常に厳格なものでなくても，ある程度数が集まれば傾向はつかめるという前提に立って，考えられています。

ですから学問的に正確であればなお結構ですが，統計的に分類し易く，その結果が如何に国民の健康，出生，死亡を的確につかみ得るかという統計上の作製技術上の問題があると思います。

さきほどからの剖検をふやして死亡診断書の原因を明確にしようということは学問上の問題であって，死亡診断書作製ということとはちょっと次元が異なるかと思います。

もう一つさきほどの生命保険の問題ですが，この一枚の書類によって，亡なった方あるいはその遺族の権利義務を守るか，剝脱するかという岐路に立っておりますので，単に医学的ということだけではなくて，社会生活をしている人間のからみ合いの上から見てゆくべきではないかと考えます。

ですから，発病から死亡までの期間というものも，統計ということから考える必要があると思います。

渡辺淳　この本に記載例がありますが，１年前から胃痛不快感があって，４カ月前に胃潰瘍と診断されて胃切除を受け，２カ月前から術後血清肝炎にかかり死亡した例があげてありますが，イ，血清肝炎　２カ月，ロ，胃切除　４カ月，ハ，胃潰瘍　１年　と書いてあります。

胃切除というような病名が分類にあるんでしょうか。

司会　私は司会者でよくわかりませんが……

渡辺淳　厚生省の解説そのものがこの程度で，よくわかりませんから何らかの機会にお調べいただいて，ほんとうのところをお教えいただきたいという提案でございます。

司会　ご提案として承ります。

（〒980　仙台市北四番丁 119　佐藤病院）

私の死亡診断書とその反省 —3—

船橋市 片岡和夫

私も秋月先生からご依頼がありましたので，死亡診断書の統計的観察についてお話し申し上げます。

私が船橋に開業いたしましたのが昭和25年でございますが，当時の死亡診断書がみつかりませんので，昭和33年から46年までの14年間のものについて申し上げます。

総数は136名うち男72，女64で大差はございません。

私の所は年間取扱患者数も多くはありませんし，入院施設もありません最小単位の診療所なので死亡数も多くはございません。

1. 年度別死亡者数

昭和33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	
10	8	10	18	11	12	10	5	6	6	10	9	8	13	136

2. 月別死亡者数

月別死亡者数は下表のとおりで，これを5月から10月

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
人数	15	16	15	9	10	9	15	6	8	9	10	14

までの暖い季節と11月から4月までの寒い季節に分けてみますと，5月～10月　57人，11月～4月　79人で，比較的寒い季節の方が多いようです。

3. 発病から死亡までの期間

発病から死亡までの期間は表のように，急性死が最も多く，次いで長期間のものが多いようです。そして死亡時刻を1日24時間毎に分けてみましたが特別な差はなく，さらに午前，午後，夜間と三つに分けてみましたがほとんど差はありませんでした。

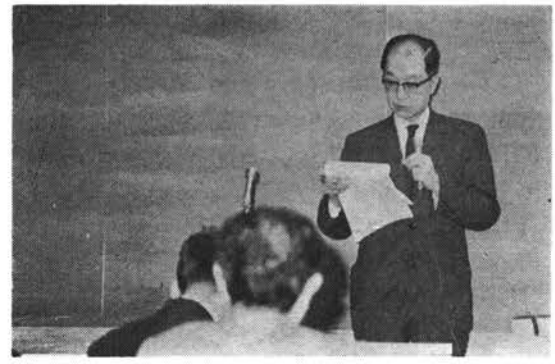
発病から死亡までの期間	
3日以内	60人
7日以内	20人
7日～14日	14人
24日以上	42人

4. 疾患別死亡者数

次に疾患別に死因を見ますと，表のようにやはり脳出血がいちばん多く，次いで心疾患なので，この頻度の多いものについて調べてみましたが，脳出血は表のように，5月～10月　13人，11月～4月　24人で，やはり比較的寒い季節の方が多いようです。

疾患別

1. 脳出血	37
2. 心不全	31
3. 心筋硬塞	24
4. 悪性腫瘍	18
5. 肺炎	10
6. 老衰	10
7. 其他	6



片岡和夫先生

脳出血

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
人数	7	4	3	4	2	3	2	1	2	3	2	4

年齢別発病率は大差ありませんでした。

脳出血のようなものいは37年頃からだんだん減ってきているような気がします。

心筋硬塞では季節的傾向といったものは認められませんでした。

心筋硬塞

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
人数	1	2	4	2	1	1	6	1	2	1	1	2

次に心不全というのが多くなっておりますけれど，原病としては表のとおりであります。

心不全

脳出血及脳軟化症によるもの	13人
心疾患	9人
急性肺炎	1人
急性心臓死	4人
其他	3人

悪性腫瘍は全部大病院で治療を受けていた者で，入院していてもすることがないからと，後始末を頼まれたもので，年齢的にも，月別でも特別のことはありませんでした。

前の月別死亡者数の表で7月が15名と数が多いのは，内訳は老衰2名，胃ガン2名，心不全2名，脳軟化症か

ら心不全2名，脳出血2名，心筋硬塞が3名，その他となっております。

死亡診断書というのは診療生活の歴史の一コマをなすものでありまして，自分の診断が果して正しかったか，あるいは治療に誤りはなかったかと，自分で考えてみますと，間違いはなかったという自信はありません。

しかし，各症例について当時としてはいっしょうけんめいやったという点では悔いはありません。

患者の枕頭で夜を明かしたこともあり，数日泊り込んだこともあり，遺族があとでも，“その節はお世話になりました”と引き続き来院する者が少なくないことは，私のささやかな喜びであります。

この中に自殺の1例があります。これは私の近所の先生がみておられた84歳のおじいさんで，高血圧でしたが，その先生が急に遠方に転出されることになりましたので，もう先生にかかれないと悲観して45年夏の早朝自宅で縊死を遂げたものであります。

この例は医師と患者の心のつながりが如何に強いものであるかということを痛感させられたものです。

医道の退廃などといわれていますが，まだ医師と患者の強い信頼感による結びつきを，まざまざと感じました。

ですから医師としてはちょっとした言動にも注意を払い，いやしくも患者の信頼を裏切ることのないようにしなければと自戒しております。

（〒273　船橋市本町4-1544）

司会　どうもありがとうございました。

松井（大田区）　死亡診断書の書き方についてかねがね疑問を持っておりましたが，さきほどの渡辺先生のお話のとおり，書くたびに，考えれば考えるほどわからなくなります。

厚生省の都合もあるのでしょうが，文字を見ているとどうしても文字にこだわるようになります。

たとえばガンの末期の患者であちこちに転移し，食欲もなく，だんだん衰弱する。そしてある時心臓が止って死亡するということになりますと，その死亡の原因は全身衰弱となります。その原因となると症例によって違います。

消化器のガン，あるいは消化器に転移があって食物が食べられないとなると衰弱の原因は栄養摂取不能，あるいは消化管転移，消化管閉塞という文句を入れたくなる。その原因として初めて悪性膿瘍がでてくるようになります。

どこをはしょって書いたら良いのか，書くたびに悩みます。

もう一つは持続期間ですね。胃ガンの場合でもレントゲン透視をしてみるとかなり進んでいて食事も通らない，この患者が死亡した場合，あのガンはいつ頃からあったものだろうかということは，以前にどこかでみつけられたという Anamnese がありますれば推定できましょうが，それもない時は全く見当もつかない，かなりの年数を要するとしても患者の年齢，悪性度などで違いますからね。

これらの素朴な疑問について一応のメドというようなものがありましたらお示しください。

司会　その点は皆さんそう思っておられると思います。

伊藤三郎（東海市）　私は愛知県東海市で内科を開業しておりますが，名古屋市南部に隣接する工業地域で，最近大気汚染などの公害都市のニュー・フェイスともいうべき地域です。東海市医師会では，昭和45年から毎年5月，11月各1カ月間に来院する患者のうちで，閉塞性呼吸疾患の発生率を調査しております。今回昭和45年度の毎日の亜硫酸ガス濃度が市側から発表されたので，同市内でこの一年間の死亡統計をとって，呼吸器疾患のみならず他疾患で死亡した人たちが亜硫酸ガス濃度の高い日に集中するかを調べたいと考え，保健所を訪れ閲覧を依頼しましたが所長が調べる予定だからとえんきょくにことわられ，市の戸籍課の窓口の係にも頼んでみましたが上司にたずねてから返事をくれるはずです。役所にある死亡診断書等を部外者に見せることをしぶる傾向がありますが，閲覧の可否についての法律的解釈をおたずねしたい。

司会　伊藤先生のお話は個々のわれわれの診療所を飛び越えて地域社会全体の死因の推移や環境問題に目を向けられたことで，大いに敬服いたしますが，保健所や戸籍係が見せない根拠についてどなたかご存じありませんか。

それから司会者からの提案ですが，死亡診断書については，1．書類作製上の問題と，2．医師法，刑法，それに今お話の統計資料の閲覧など法的のもの，とについて専門家に文書で回答をいただき“人間の医学”に掲載してみてはどうでしょう。

樋渡　それは結構だと思いますが，原因の判定は医師に委されているのでありまして，すべての場合を例示することはできず大きな期待は持てないと思います。

それから統計というものは当てにならないものの一つで，統計を取る者が思うようにします。たとえば今お話の全身衰弱の例でも，向うではガンの中に入れることでしょう。

だいたい，口の原因が主体をなすように聞いておりま

す。

それから生命保険のことですが，死亡時刻は自分の判断を絶対に動かしていけない，一つ融通をつけるとどこで難癖をつけられるかわかりません。

われわれの頼りにするのはわれわれ自身の判定しかないんだ，法律が何といおうと絶対に動かせない権威あるものですから，動かさないことに徹すべきだと思います。

ただ，死亡というものをどこに取るかということまで考えてゆけば，その範囲内ではできると思います。

それから24時間以内にみている時は死亡を確認しなくても書いて良いのか，死亡を確認していれば死亡診断書で良いので，それ以前なら死体検案書でなければならないのか，その意味をどなたかはっきりお教えください。

また死亡診断書を発行する時の日付ですね。

第1回の時は良いのですが，あとで取りに来た時はどうするのかお伺いします。

上田（新宿区） 死に立ち合わなくて，行った時はすでに死体であったとき，24時間以内に診察していれば死亡診断書で良いという意味だと思います。

私のみていた高血圧の患者がパチンコ屋で脳出血で死んだ時，身元がわかるまでに時間がかかり，私が行ったのはだいぶ時間が経ってからでしたが，監察医務院の人と話して死亡診断書を書いたように覚えています。

また日を経て取りに来る死亡診断書は「写」ですから，元のままの日付で出すべきものと思います。

司会 今日のお話をまとめますと，

1. 死亡診断書からみた医師としての臨床上の反省，臨床上の推定死因と剖検などによる事実とを近づけようということ。
2. 死亡診断書作製技術についの諸問題
3. 法律的の問題

などに分けられると思います。

2，3についてはそれぞれ専門の方に聞いて“人間の医学”にのせるとして，死亡診断書を書くについてわれわれ医師に許された自由の範囲と，発病から死亡までの期間に対する疑義など委されているものを，どの程度きちんとしたらあと味の悪くない診断書がかけるかということだったと思います。

これは個々の先生の良識にお委せするより仕方がないと思います。

休憩後各種診断書，証明書について話を進めたいと存じます。

——休　憩——

出版局より（春日） 人間の医学シリーズ以来2年ほど休んでいましたがまた始めることになり，本年の目標として次のことを決めましたのでご報告いたします。

1. 患者指導のパンフレットを200～300円ぐらいで作る。それには会全体の集団として世に問えるものを作りたい。

赤本のようなむずかし過ぎたり誤ったものではなく，実地臨床の身近かなものに絞ってみてはということでした。

たとえば糖尿病の食事療法，離乳の仕方，離乳ノイローゼ，動脈硬化の予防，“心臓が悪いといわれた人へ”というようなパンフレット。

解熱剤の上手な使い方とか，予防接種の受け方，あるいはハシカ等々，これらの中に今までいわれていた習慣的エラーを克明に指摘しながら，実地臨床ではこうなんだというふうに持っていきたい。

できますと木島先生のいわれる一般患者向けの教育科学読本といったものになろう。

酒の上手な呑み方でも結構だし，注射の必要など，なぜなぜ物語なども良いだろう。

また薬ののみ方，医者のかかり方，また健保の問題の解説，身体障害者問題，ノイローゼも結構，神経痛とリウマチ等々の啓蒙書。

要するに“椋鳥は千羽に一羽は毒がある”であまりきれいごとではなしに患者さんにほんとうのことを教えようというものです。

是非ご協力お願い申し上げます。

2. 自 由 交 見

後半に入り小山先生から健保点数の改正について詳細な説明があり，今回の改正が病院のためのものであって，慢性疾患をかかえている実地医家にとってはダウンになる傾向のあることを指摘された。

また慢性疾患指導についての不可思議なルールについても詳細な解説があった。

さらに樋渡，柴山両先生が追加説明に加わり，活発な質疑応答が行なわれたが，本誌が会員の手に渡る頃には

保険事務にも通暁されると思うので省略する。

司会　それでは死亡診断書だけでなく，一般診断書についてもご発言いただき，あとで整理して行きたいと思います。

樋渡　さきほどの死亡診断書がかけるのは24時間以内にみておれば良いという点をはっきりお示しください。

佐藤俊樹　医師法第20条に“医師は自ら診察しないで治療しあるいは診断書もしくは処方箋を交付し，自ら出産に立ち合わないで出生証明書もしくは死産証書を交付し，または自ら検案しないで検案書を交付してはならない。ただし診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書についてはこの限りでない”と書いてあります。

また後日取りにくる死亡診断書は写しですから日付は前のままで良いと思います。

樋渡　24時間前にみていれば確認しなくて良いと解釈できますか。

佐藤　今晩あたり危いよといってきたのに，患家では夜中に先生をお呼びするのは気の毒だというので，翌朝“ゆうべ何時に死にました”といって来た時は，そのまま書いておりましたが如何なものでしょう。

司会　死亡の確認という点はどうでしょう。

佐藤　死に立ち合わなくても行くべきだと思います。安楽死など他殺のからむこともありますから死亡診断書を書く前には一応行くべきだと思います。

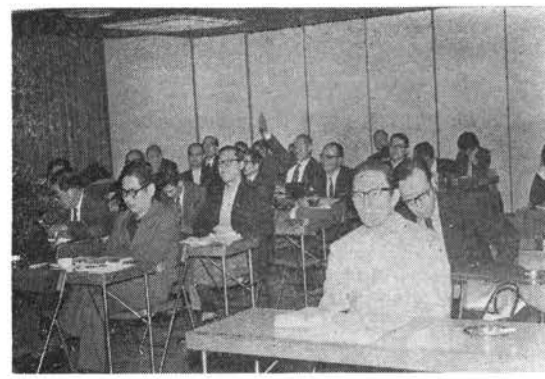
春日（新宿区）　交通事故の診断書ではひどい目にあったことがあります。専門医ではありませんが飛び込みの患者で診断書を書く時“現時点では”の一言を入れておきませんと，専門医に廻った時，喰い違って“このチンピラ医者”とぎゅうぎゅうやられたことがあります。“何月何日何時に診察した時点では全治何週間の見込”と書くことによって助かる場合があるかと思いますのでご注意ください。

もう一つ自分の判断を守れということですが，フグ中毒で死んだ患者がありまして，それが銀座のある有名な料亭の息子で，たまたま私の上司の先生が主治医で私は宿直医として死亡診断書を書いたわけです。

そして家族が直接上司の先生に電話して，フグ中毒だということを揉み消してくれといってきたのです。

私と上司の先生の間にコミニュケーションがうまくいっていればよかったのですが，係の者が聞きに来た時その先生が“以前から結核があって，それが悪くなったんだ”といいつくろいをされたのです。

そのため私は暮の寒い時に検察庁に２，３度呼ばれて，結局は無罪放免となりましたが，いやな思いをいたしました。死亡診断書はくれぐれも小細工やインチキをしないことが大切だと痛感しております。



会　場　風　景

それから乾先生のお話に関連してですが，救急態勢のことですが，金原の“急患としての心臓病”という本に，統計的のことが出ておりますので，ご参考になればと思います。

もう一つはアダムストークス症候群が近所で起こりました時に，われわれの所ではネットを持っておりまして，先生方が電話一つでパッと集まりますが，患者が死に至りましても，耳鼻科の先生は気管切開をやった，もう一人の先生は血圧を監視し続けたというようなことになりますと，遺族の私に対する怨念の気魄が薄れ，救われております。

上田　受診後24時間以内の死亡の話ですが，法的には24時間というものが厳存しているといえましょう。しかし実際には分単位というようなものではなくケースバイケースで処理されているのではないかと思います。

私のみていた高血圧の患者が買いものに出たついでにパチンコ屋で脳出血を起こして倒れ，パチンコ屋では“空気が悪かったのではないか”と判断して外に出したら死んでしまった例があります。

この時は身元がわからないため，私が連絡で行ったのは受診後24時間を超過していましたが，監察医務院の人との話し合いで死亡診断書で済んだように覚えています。

他殺などの疑いがないような場合なら，それが確認できさえすればそれほど厳格のものではないのだろうと思っております。

要は変死の疑の有無ということで，何分何秒というものでは，おそらくないと思います。

山田（豊島区）　長く冠硬化症でみていた患者が自宅で変死した時，監察医務院の方から連絡があって，受診状況を話しましたら“心筋硬塞ですね”といって向こうで検案書を書いてくれました。ですから監察医務院に廻わ

したらすべて剖検するわけではなく，監察医務院のある所は積極的にそちらに頼んだ方が手が省けるかと思います。

立野(国立市)　クモ膜下出血で死んだ患者ですが，私がみたのは4～5日前で，ある病院の整形から帰った直後頭痛を訴えて急死したものです。私は“検案書しか書けない”といって警察にも連絡し，他殺は考えられないことを話しましたところ，警察の方でも“診断書を書いてください”といい，遺族も“それで結構です”ということで片付きました。

ですから警察に連絡することは必要ですが，24時間ということはそれほど厳密なものではないと思います。

もう一つ一般診断書のことですが，裁判所で聞いたところによると，“学校提出用”,“会社提出用”などと欄外などに書いておくと，悪用されることが防げるということでした。

神山(静岡)　ガン末期の患者が自宅の窓からはい出して井戸に飛び込んで自殺したのに，家族はただ“死にました”といって来たという話を聞いたことがありますから，死んだのを見ないで死亡診断書を書くことはくれぐれも注意する必要があると痛感しております。

司会　私にも経験がありますが，24時間たって問題があると思った時には一応警察に連絡します。そうすると“他殺や事故死の疑いがありますか”と聞いてきて，“ない”と返事をすると“それでは書いてください”というようになります。

警察にことわっておかないと問題になり得ると思いますから，死因に疑いがない場合でも24時間にひっかかる時は指示を受ける方が安全だと思います。

“現時点では……”,“学校提出用”と書くことなど，不快なトラブルに巻き込まれないための注意事項お教えいただきました。

小山(文京区)　学生などが試験の日にカゼで休んだりして，その日に受診していれば良いのですが来もしないで，後になって診断書を書いてくれというのがあると思います。

私は学生などの時は，それ1枚で追試験が受けられるならという気になっていますが，先生方はどうしておられますか。

春日　自動車の免許証の書き替えを忘れたのもありますね。

上田　私は過ぎ去ったことの診断書は書いたことはありません。その場合は実情を調べて“診断”の2字を消して“証明書”として書いております。

坂田(山形県)　24時間の問題にしても，一般診断書にしても，事実を書くということに徹することが必要だと思います。患者や遺族は自分勝手の要求をしてくる場合が多いので，事実を曲げたらキリがないと思います。

司会　交通事故や保険の告知診査書というのは，うっかりすると裁判沙汰に引き込まれることがありますが，これについてどなたか外科系の先生お願いいたします。

佐藤安正(墨田区)　交通事故の時はたいてい警察官がついて来て，“早く書いてくれ”ということが多いものです。

しかし骨折の有無，頭蓋内のこととか頸椎のことなど検査しなければわからないことが多いので，“現時点では……”,“合併症がなければ……”という但し書が絶対必要です。

例をあげると，ムチ打症でも2年も3年もかかるのもあれば，3週間以内のもありますので，“頸髄症の合併がなければ3週間を要する見込”というように書きます。

ですから私の病院の診断書には“……の見込”と文字が印刷してあります。

詳しいものは検査後に改めて書くというように余裕を残しておくことが大切かと思います。

司会　生命保険の告知診査書については如何でしょう。ここには生命保険で苦い目にお会いになった方はないようですね。

ではさきほどどなたかからご質問のありました行ってみたら死んでいた時の往診料などは健保ではどうなりますか。

樋渡　死亡診断書とも関連してきますが，死亡と同時に被保険者ではなくなるのですから，健康保険とは無関係になります。

実際面において斟酌してやる必要もあるかと思いますが，法的にということになれば無関係というほかありません。

佐久間(川崎)　続けて往診していた時は請求できるが，他の先生がみていた患者を臨時に頼まれて往診して，死んでいたら請求できないと組合からいってきました。

司会　それは基金の統一見解でしょうか。

佐久間　組合からの返戻に書いてありました。原則としてはお話のとおりでしょうが組合によって幅広く解釈しているのだと思います。

片岡　これはみたことのない患者でしたが，往診途中で救急車と会った時，救急隊の人が“今要請があって行ってみたらすでに死んでいるので救急隊では死亡の確認ができないから先生みてください”といわれてみました。

死亡は確認しましたがいままでみたことのない人だっ

たので死体検案になると思って，警察の人に連絡したら，“他殺や事故死の疑いがなければ死亡診断書を書いてください”ということで書きました。

もろろん健保扱いでなく……。

佐藤先生，ご経験はございませんか。

佐藤俊樹　仙台では往診料500円，検視料3,000円，ただ時間は相当かかります。

死体検案書は1,000円です。

ですから検視をして3,000円でよろしいのではないでしょうか。

渡辺淳　さきほどの佐久間先生のお話は，先生が死んでいることを確認されたので，それまでは生きている方に入ったのではないですか。

佐久間　そうですね。返戻になったのは，行った時は生きていたということを付け加えてくれということでした。

杉山(静岡)　佐藤先生にお伺いしたいのですが，変死体をみた時，死亡の確認はできますが，死因が他殺か自殺か自然死かの判定の責任は医師にあるのか，また医師以外でも死亡診断書が書けるかどうか……。

佐藤俊樹　即座にわからないことはよくありますが，そういう時こそ警察医や監察医務院の協力を得ることが大切だと思います。

またそういう場合には警察官の立ち合いの下に検視するわけですし，皆ベテランですから，向こうがいろいろやってくれているのに合い槌を打っている間に，結構順調に終ることが多いものです。もしどうしても不明の時は検視官と相談して“これは解剖に廻わそう”ということを決められて一向に支障はないものと思います。

それから死因を決めるのは飽くまでも医師であって検視官ではありません。

死亡の届は家族でありますが，それには死亡診断書がついておりますので，医師の死亡診断書がなくては届けは出せないと思います。

司会　秋月先生，船の中で死亡した場合などはどうでしょう。医師がいなくて，港まで死体を持ってこられず水葬する場合など……。

秋月(世田谷)　私よく知りませんが，昔陸軍にいた頃は死亡証明書というのを医師以外が書いていたようです。

船では船長の責任において処置していると思います。医師以外でも，医師のいない時は書かなければならないのではないでしょうか。

軍隊では小隊長が書くとか，決っていましたね。

司会　今日は秋月先生のお話で始まり，秋月先生のお話で締めくくることになりました。

秋月　今日のような話は皆様興味をお持ちにならないかと思いましたら，活発過ぎてびっくりした位です。

次は診療の場ということで，往診ということと，ニセ医師問答というようなことをやり，4月には中毒と臨床，公害を考えるというようなことを，また5月には小児を中心とした感染症，感染には免疫と，抗生物質というような問題があると思いますので別々でなくからみ合わせて話していただくつもりです。

よろしくお願いいたします。

司会　死亡診断書に書く病名の中に，私たちが日常用いているものの中には，その病気を起こす，たとえば感染症ならその起炎菌を書くというものもありますし，特定の臓器の疾患，機能障害，変形についてのものもあり，また一つのシステムの障害によるもの，あるいは人格が変ってしまった，見かけ上は変化はないが人格が変った精神病のようなものもあり，全身的な変調のものもある。これらは哲学的なかかわり合いが出てくるわけで，病名というものは果して実存するものであるか，この世の中に実存するのは個々の患者であって，病名と名づけられるようなものは実存するのか，実在の問題，命名の問題，唯物論の問題，観念論の問題，さらにはさきほどの自由度の問題，いろいろな問題がからみ合っているわけでございます。

これらの問題について興味をお持ちの方は“医学哲学の会”へも奮ってご出席ください。

どうもありがとうございました。

―疑　義　解　釈―

本稿は第101会例会の際に提起された質疑のうちで，正しい結論が得られなかったものについて，会員・春日豊和君が厚生省国立病院課長春日先生を通じて，厚生省に問合わせて得られた疑義解釈です。

この解釈は同省・上田フサ先生がお書きくださいましたが，そのうちの一部は同省の小林，菅沼両先生もごいっしょに検討してくださったものです。

関係諸先生に厚くお礼申し上げます。

――質　問――

樋渡　喜一

私の質問事項の要旨は次のとおりです。よろしくお願いたします。

1) 診療中の患者が死亡した場合，死亡の前24時間以内に診療した際は死亡診断書を作製してもよいとなっているが，これは，

イ）主治医が実地に当って死亡を確認しなくても作製してよいという意味か

または

ロ）実地に当って確認する必要はあるが，その際でも「死体検案書」でなく，「死亡診断書」としてよいという意味か。

2) 死亡診断書発行の日付は

イ）死亡の日にすべきか。

ロ）実際に作製発行した日にすべきか。

また，いったん発行して後日さらに追加する場合は，以前に発行したものと同じ日付にすべきかまたは実際に発行するその日にすべきか？　　以上

――質　問――

大田区　渡辺　　淳

死亡診断書，の書き方について御教示ください。

本日はとくに，(六)，死亡の原因の項の書き方についてお尋ねします。

この項で，1. 2. とあり　イ.直接の死因，ロ.（イ）の原因，ハ. ロの原因，2. その他の身体状況とあります。この場合，

①　直接の死因に書き込む病名は如何なる病名が適当でしょうか，例，老衰，心臓麻痺，吐血，吐血または吐物による窒息死，心臓衰弱，脳循環不全，等は不適当でしょうか。

たとえば，以前より高血圧があり，糖尿病があり，貧血のある老人が自宅安静療養中，ある日突然容態が急変し，かけつけたときは，すでに虫の息で，手当のかいなく死亡しました。E.K.Gをとるひまもなく，心筋硬塞の状態でもなく，急性心臓衰弱とでも名付けるより仕方ない状態で，もちろん低血糖性昏睡またはショックと云った状態でもなかったのです。脳溢血または脳栓塞といった神経系統の症状もありませんでした。老人の心臓によるポックリ病とでもいった云った状態でしたが，こんな場合，如何なる病名が直接の死因欄に書き込まれるべきか，お教えください。

厚生省編，財団法人厚生統計協会の出版になる。死亡診断書，死産証明書，出生証明書の書き方，疾病，傷害，死因統計分類，1968年版の「死亡の原因および，発病より死亡までの期間の書き方」という頁を見ますと次の例示がみられます。

イ．直接の死因，血清肝炎

ロ．(イ)の原因，胃切除

ハ．(ロ)の原因，胃潰瘍

と印刷してありますが，血清肝炎の原因は輸血，または肝炎ビールスを有する不潔なる血液の輸血のためであって，胃切除が原因というのは不適当ではないでしょうか，また，胃切除というのは医療行為であっても，病名ではないと思いますが，この死亡の原因のらんは，病名でなくてもよいのでしょうか。

たとえば，子宮癌で開腹手術をし，腹腔動脈にメスがふれあるいははくり中に動脈出血を起こし，出血多量にて死亡したような場合，直接の死因，開腹手術とでも書くのでしょうか。

②　次に発病より死亡までの期間として，イ，ロ，ハそれぞれその発病より死亡迄の期間を書くことになって

おります。

上述の本の例示には

㋑　血清肝炎　　○カ月

㋺　胃切除　　○カ月

㋩　胃潰瘍　　○年

となっていますが，胃切除のごときは発病より死亡までと考えるには無理があるように思います。

また，病気はいつも必ずしも持続するものでなく，現われたり消えたりしますし，患者も又転々としていつが発病か認定するのはたいへん困難であり，極めてあいまいな数字を書きこまなければなりませんが，なぜこの欄は必要なのでしょうか。ことに2のその他の身体状況まですべて発病から死亡までの期間を書くとなるとますますありまいなものになります。高血圧，糖尿病，腎障害，心筋障害，梅毒，なぞと並べたてるとその一々がいつから発病したか不明といってよいと思いますが，どう書いたらよいでしょう。

また，例示によると月，年，となっていますが，日，または何時間，何分間といった単位は不適当でしょうか，50日，47日，35日といった場合は2カ月でよいのでしょうか。

蛇足　畳の上でばかりねていた老人が肺炎で入院しました夜ベットから落ちて，頭をうち，動脈瘤のはれつを起こし，脳内出血で死亡しました

㋑　直接の死因，脳内出血

㋺　イの原因，ベットからの転落

㋩　ロの原因，入院

其他の身体状況，脳動脈瘤，気管支肺炎というのは如何ですか。

——回　答——

厚生省国立病院課長　春日　先生

1）主治医が死亡前24時間以内に診療した患者の死亡診断書の作成について

この場合は主治医が改めて死亡確認しなくとも作製してよいという意味です。しかし，死後死亡の確認を行なうことが，よりよい方法です。（医師法第20条但書に関する件（昭和24年4月14日医発第385号，各都道府県知事宛厚生省医務局長通知）の記1参照）

2）死亡診断書の発行日付について

死亡診断書の発行の日付は，実際に作成発行した日であり，死亡の日ではありません。

「追加発行」とは「記載事項を追加する」意味でしょうか。その場合は後日発行する日時とし，その理由を記載した書面を添付します。（解剖などを行ない，あとで死因が判明する場合などでしょうから)。かなり以前に発行し，その再発行の場合は以前に発行した診断書の「写」をとる方法がよいと思います。記憶は不正確になりますから。

3）死因の記載について

当方では死亡診断書の記載をもとに，正しく死因の実態をは握し，これらの死亡による国民の生命の損失を防ぐことを目的とした死因統計を作成しています。記載方法については国際的に統一されたルールがあり，それにしたがって記入され，統計が作成されます。

ご質問の症状名のうち，とくに心臓衰弱，心臓麻痺，老衰などは一般に共通にみられる死因名ですから，なるべくこれを避け，明確な死因名を記入されるようお願いしていますが，それ以外に診断がつかない場合はやむを得ないと思います。

なお，このうち，吐血とか，吐血・吐物による窒息死の場合は，特殊の死因名ですから記入して差支えありません。ただし，吐血または嘔吐の原因，たとえば肝硬変による静脈瘤の破裂，脳出血による嚥下麻痺，急性胃腸炎による吐物，誤嚥などの原因の記載が必要です。

しかし，ご質問のケースのように高血圧，糖尿病，貧血などは，どの程度だったのでしょうか，心臓肥大とか何かほかの合併症を起こしていなかったのでしょうか，しかし，急性心臓衰弱が直接これらの疾患と因果関係がなく発生したと考えられれば，つぎのように記載すればよいと思います。

イ）急性心臓衰弱

II．高血圧，糖尿病，貧血

この場合，3つの疾患は因果関係が不明でありますからII欄に記載します。そしてこのように列記する場合は，疾患の諸載順序は重篤順に記入します。

4）手術名の記載について

胃切除は疾患名ではありませんが「手術による侵襲」という場合もあり，手術行為が直接に死亡に影響を及ぼしたと考えられる場合は記入します。この場合もご意見どおり胃潰瘍のため胃切除を行ない，その際の輸血により血清肝炎を起したと解釈します。

子宮癌の手術中，腹腔動脈にメスがふれ，多量出血し，出血死の場合は

イ）出血多量

ロ）開腹手術中メスによる動脈損傷

ハ）子宮癌

と記入します。

5）発病より死亡までの期間の記載について

死因統計で示す死因は「原死因」と定められ，この定義については「死亡診断書の書きかた　p.11～p.12，3-1「統計で表示する死亡原因」を参照していただければ，

おわかりと思います。

「原死因とは

イ）直接に死亡をひき起こした一連の病的事象の始まりとなった疾病または損傷

ロ）致命傷となった災害または暴力の状況

この原死因を正しくは握するために記載様式が定められ（正しく記載された場合は，原則としてⅠ欄の最下欄の死因が原死因となります）なお，これをチェックするためにそれぞれの原因について発病から死亡までの期間を記入するように定められております。もちろん，不明確な場合は，およその月，年でよいわけです。はっきり時間，分まで判明する場合はもちろん記入していただきます。この期間を記入する第一の目的は，死因の発生順序をおさえるためのものです。しかし，将来はこの期間の統計的観察も必要と考えております。

「50日，47日，35日」などの場合は2か月で結構です。

一般に単位はつぎのように記入します。

1時間未満→分　　1年未満→月

1日未満→時間　　以後は年と月

1月未満→日

最後の例は，

イ）脳動脈瘤破裂

Ⅱ　ベットより転落，気管支肺炎

外因死追加事項にも一応「ベットより転落」についてその状況をご記入ください。なお，発病から死亡までの期間もお忘れなくご記入ください。

このように，いくつかの死因が複合している場合は，近い将来すべての原因を統計で示し，死亡の実態をは握し，死因統計の有用性をさらに高める「複合死因解析」を検討しております。したがって，正しく必要事項を要領よくご記入くださるようお願いします。

なお，入院は医学的な因果関係ではありませんので記入の必要はありません。

私たちの例会

第102回『実地医家のための会』の報告

司会／秋月源二・記録／浦田　久

昭和47年3月12日(日)・日本都市センター別館

司会の秋月先生

〔演　題〕

1. 現代往診学考

1) 文京区　小山五郎
2) 文京区　金井美津
3) 豊島区　山田辰一
誌上参加　4) 新宿区　春日豊和

2. 自由交見　医療制度と「ニセ医師」を考える　全員

1. 現代往診学考 —1—

文京区　小山五郎

これが私に与えられた標題ですが，企画の秋月先生が期待されているような哲学的な答は，残念ながら私のガラではないので，ピントのはずれた話になると思いますが，学問的な考察はあとのお二人の先生におまかせして，前座的なお話をさせていただきます。

私は文京区といっても豊島区との接点で，有名な鬼子母神のある雑司が谷村？で，外科とホームドクターを両立させようと，ささやかな努力をしておりますが，開業して19年になりますと，大多数の患者さんは顔なじみですので，頼まれればことわることもできずに，引きずりまわされている状態で，私なりにいろいろな往診のケースを経験してまいりました。

それらをもとにして少し考えてみたいと思います。

往診とは，辞書によりますと，病人のいる所へいって診察すること，と書いてあります。

1) 往診を必要とする条件

① 高熱で外へ出られない場合

小さな子どもですと，よくくるんで連れてこられることが多い。

② 疼痛のため動けない。

胃痙攣や結石発作，あるいは骨折など

— 小山先生 —

③ 肢暈，嘔気などで動けない。

④ 衰弱がひどくて歩けない。

⑤ 心発作や，脳血管障害など，絶対安静を要する場合

などがあると思いますが，クタビれた医師よりも患者のほうが元気そうな場合でも，永年の付合上ことわりきれずに往診させられてしまうこともあります。

2) 往診先の場所

① 自宅，あるいは現住所

大部分の往診がこれです，りっぱな大邸宅から三畳一間のアパート，あるいは学校や会社の寮のこともありま

す。

② 勤 務 先

事務所や作業場などで倒れて呼ばれる。

③ 学校などの保健室

一応看護婦や養護教員などが世話しています。

④ 訪 問 先

まれには客に来た家で病気になって，往診なんてことがあります。

⑤ その他めずらしい例では警察の留置場，床屋さん，銭湯などがあります。また歯科医で抜歯などによって脳貧血を起こし呼ばれたこともあります。

3) 往診先の患者の環境

① 広い部屋のりっぱなベッドに寝て，付添看護婦に世話させているようなもの，

② すり切れた畳の上に，ありったけの布団をひいて，まわり中から足をつっ込んで放射状にねていて，隣の子どもをどけて，そこへすわって診るようなもの，

③ 2畳の室で，すわる場所もなく，患者をずらしてその敷布団の上へすわって診るようなもの，

④ みんな働きに出てしまって戸締めにして，

患者一人置き放しのため，夜だれかが帰宅したころに往診してくれ，なんていうもの，

⑤ 子どもたちが寄りつかなくて，老人一人きりで寝ているため，あとでまた薬を届けてやらなくてはならないもの

数えあげればまだまだ，実に種々様々です。

4) 患家の種類

実に百軒百様ですが，貧富とは関係なく，頼まれれば喜んで行ってやろうという気になる家や，いつも夜中にばかり呼びつけて，あとは知らん顔なんてのは，いいかげんお人好の私でもオックウになります。

昨年8月から今年2月までの7か月間，休日のうち9日休んだだけで，正月も無休で毎日往診したKrebsのおじいさんがありましたが，不思議と和やかな家庭で，毎日の往診が楽しみで，患者さんも最後まで希望をもっていろいろの話をしてくれ，2月に亡くなられて，かえってこちらがさびしくなりました。患者さんの人徳によるものでしょうか。

私は往診には看護婦を連れていきません。

看護婦に鞄を持たせて，偉そうな格好に見えることを好みませんし，看護婦に待っていられてはゆっくり話をすることもできませんので，一人でのこのこ出かけて行き，お茶でも飲みながら，一日待っていたじいさん，ばあさんと，世間話をしたりしてきます。急患以外の往診は宅診を終わって夕食をすませてから，ゆっくりまわることにしていますので，帰宅が10時，11時になることはザラにあることです。

往診の順序と患家の電話番号を当直看護婦に控えさせてありますので，いつでも急患があれば，すぐ指名手配できるようになっています。かぜでもはやって次々と電話で引っぱりまわされるようなときには，常連の往診先で物足りないような顔で送り出される始末です。

それで本を読む暇がないなんてボヤいているんですから勝手かもしれませんが，ゆっくり話込んでくるのも，「毛づくろい」の一つだと考えております。

いくつかのエピソードをご紹介して，現代往診学珍説を終わりたいと存じます。

開業1週間目に近所でapo.で倒れた患者がありました。当時は，患者さんもポツリポツリで，診察室で新聞を隅から隅まで読んでいたころでしたので，1日に5～6回も往診をしました。何しろ外科にばかりいたので，apo.にぶっつかって患家のものよりも，コッチのほうがよほど不安だったし，開業早々死亡診断書を書くのも嫌だし，というわけだったんですが，4日ばかりで不幸の転帰をとってしまいましたが，何と，たいそう熱心で，親切な先生だという評判がたって，思わぬ宣伝になってしまいました。

それぞれかかりつけの先生をもっている中へとび込んだわけですが，みなさん時間外は嫌だとおっしゃる先生方ばかりの中でしたので，もっぱら夜中にとびまわっていました。そのくせが抜けずに20年，夜中でも嫌な顔をせずに来てくれる，という評判をたてられてしまっては，今さらひっこみがつかず，そろそろ白髪の目だちはじめた，今日このごろ，いささか負担に感じているしだいです。

子無しの老夫婦がいました。ばあさんが脳軟化症で動けなくなりました。ところが蚤の夫婦なんです。食事の世話からおむつのとりかえ，褥瘡の手当と，確かに大へんなんです。毎晩往診するとじいさんは酔っぱらっていて，「亭主殺しのばばあ，早くクタバってしまえ」とわめいています。寝たきりのばあさんは，やっと動く左手で涙をふいています。注射をしながら，「あれがじいさんの生きがいなんだからいわしてやりなさい」とか「大きな猫がないていると思って気にしなさんな」とかいって，ばあさんを慰め続けていました。2年目にとうとう動けずじまいで亡くなりました。ところが早くクタバれとわめいていたじいさん，張合いを失ってボケてしまい，まもなく後を追っていきました。

お茶屋のばあさんも脳軟化症だったんですが，2人の息子と1人の娘がまことによく面倒をみるので，本人はデーンと寝たきり全然動こうとしない。発語障害が強くて，何かしてほしいときは泣き声をあげて呼ぶ，何をき

いても首をふるだけ，そのうち，フト昔のことはよく覚えているはずだと思いつき，童謡を歌わしてみることにし，一節ずつオーム返しに歌わせてみたら何とかついてくるようになった。注射をしては歌のお稽古で，往診料25点とは，金のことを考えたらとても馬鹿くさいお話，

冬の真夜中に往診を頼まれ，寒い中をやっとの思いで行ってやって処方箋を書き，「では薬をとりに来てください」というと「先生今夜はもう遅いですから明朝でよろしいでしょうか」……何いってやんでエ，こっちだって遅いのに来てやったんじゃネエか，とタンカの一つもきりたいのを飲みおろして，「いや早くお薬をのませたほうがいいですから，たいへんでもすぐとりに来てあげてくださいね」なんてことをいう，全く何と思ってるんだ，遅くて寒いのはこちらだって同じこと，ましてやそちらは大事な家族じゃないか。

最後に活字にはしないお話を一つして，私の責任を果たさせていただきます。

（〒 112　文京区目白台2-6-13）

現代往診学考 —2—

——治療の場——

文京区　金井美津

学問的な話に関しては，私は誠に不調法なので，私の経験を中心として自家症例をいくつかの面からまとめてみることとした。

1. 往診に対する現代的解釈の一端

日本医事新報 No. 2492 の質疑応答欄に「医師の応招の義務をめぐって」と題する質問がみられる。係の答として“実態として往診をしない診療所というものはあり得る。……ビル街の診療室などがこれに該当しよう。”“さらに往診を拒否できる正当な理由の一つとして“専門外のことで他の医師を紹介する場合”があげられている。当然のことではあるが，私はこの答の中に現代の往診の特性の一端を感じたのである。すなわち近時目だつ開業医のオフィス化がこのような答を生む事実となり，また専門医別の傾向が強くなれば，他科への紹介は論外として同じ内科でも消化器科へ，呼吸器科へ，循環器科へ等々，といった現象が生じないともかぎらない。私院をかえりみると，現在私は診療所と住居を別にしているが，自宅診療をしていた時代のほうが現在の通勤診療と比べて往診数が明らかに多かった。また鑑別困難，難治性の呼吸器，消化器，循環器疾患等々については，患者に私の力の足りない旨の申訳をしてそれぞれもよりのこれらを専門とする他医のご出馬を願ったり，転医してもう建て前をとっている。ホームドクターとして生きる私にとって往診についても患者の疾患の種別，重軽に応じて他施設をじゅうぶん利用させていただく方針をとっている。

2. 私院における往診患者の実態

私は文京区湯島で内科循環器科を標傍して今日にいたっている。そこで昭和37年5月より昭和47年2月までに私院を訪れた心愁訴患者 1540 例の中往診に行った230例について検討を加えた。

金井美津先生

表 1　地域別にみた心愁訴外来患者数と往診数
（往診を行った地域のみ列挙）

往診地区	外来件数	往診件数	往診地区	外来件数	役診件数
文京	484	142	渋谷	14	1
台東	211	44	江東	13	1
千代田	29	2	目黒	9	2
新宿	34	4	埼玉	58	4
豊島	25	5	千葉	43	1
北	26	3	栃木	15	3
品川	26	3	神奈川	21	2
墨田	20	5	山梨	6	2
葛飾	22	1	兵庫	3	3
練馬	12	2			

1）現住所別分類

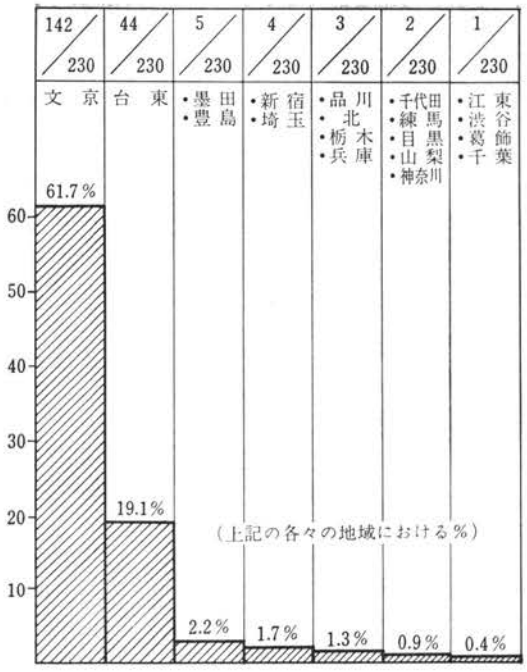


図 1　往診230例の地域別分類

心愁訴外来患者を現住所別に新患外来件数と往診件数を列挙してみると，実数の上からみて私の地元文京区と隣接の台東区が両件数ともに誠に当然のことであるが多かった。表1は往診を行なった地域のみ列挙したものである。

次に往診を行なった例だけを取り上げて，これを地区別に分けてみると図1のように，やはり文京区が61.7%にみられ，往診数の半数以上を占め，次いで台東区が19.1%，墨田，豊島が各々2.2%，新宿，埼玉がおのおの1.7%といった割合にみられた。

私院は上野駅に近いためか埼玉，栃木，千葉，茨城などの近県からの受診者がみられる。このような例には往診はまず不可能なので近医での受診をすすめることはもちろんであるが，念のため病状カードなるものを持たせることとしている。すなわち氏名，年齢，住所，電話，主症状，起こりやすい発作，主要所見，異常所見，投薬内容を列挙して常時患者に持たせる。突発事件の際の診察医のご参考になるよう心がけているわけである。

2) 往診例の年齢別，性別分布

往診例230例について実数のうえから年齢別，性別に分類したところ，図2のように60歳代が，男女ともに多く34.4%みられ，次いで70歳代，50歳代の順に多かった。60歳代を除く50歳代以上の例をみると，女子にやや多い傾向がみられた。

3) 往診例の原疾患別分布

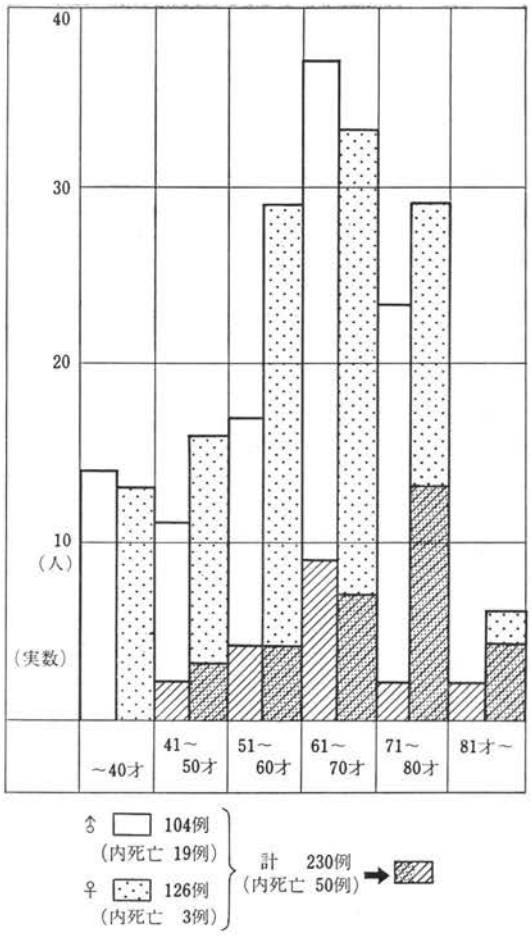


図 2　往診例の年齢別・性別の分布

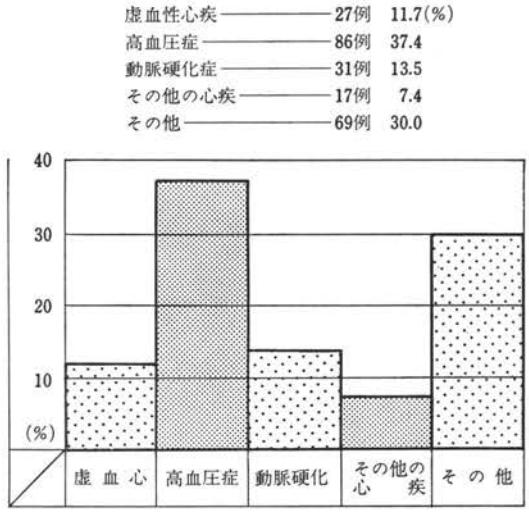


図 3　往診例の原疾患分類（往診例230例について）

原疾患別についての分類方法は図3のように単一疾患に分類すること自体むりがある。そこで一応おもだった病状を主として分類してみた。虚血心は心筋硬塞，狭心症の明確なものに限った。高血圧症は高血圧を治療の対象としたものに限り，心疾は先天性心疾患，心弁膜疾患とした。動脈硬化症は高血圧も顕示性虚血心もないが眼底所見，臨床所見，年齢などを加味して動脈硬化に含めた。その他とは心愁訴があって来院しているが，前述の疾患以外のものを含めた。このように分類してみると高血圧症が37.4%と多くみられる。また虚血心のうちで高血圧を合併していたものは27例中8例みられた。その他の69例（30.0%）を別にすると往診例230例中161例は器質的病変を有する循環器疾患であったといえる。

3. 往診内容による分類私案

私は往診に対し，その内容から考えて表2のように分類を試みた（表2）。

すなわち，一時的往診とは数日内で往診を行なわずにすむ場合で，治癒，死亡，転医（他医，入院）とさらに分け，間隔的往診とは1週間以上の間隔をおいてたまに様子を見にゆく。または往診の依頼のあったときだけ出かけるもので，脳卒中後遺症，スモン病，癌，脳軟化などが含まれる。これらの例は病院も受けつけてくれないし，本人家族とも入院の意志は全くない。通院も不可能で，さりとて放置しておくわけにもゆかないといったものである。連続的往診とはほとんど毎日往診を要する症例であって，入院させるにも部屋がない，家族も諦めや経済的理由や看護人の問題も含めて頑強に入院させることに同意してくれない。しかしながら絶対に放置しておく状態ではない。可能なかぎりの往診治療を必要とするもので，ほとんどが脳血管障害である。症例数は表2のとおりであった。このような時間的要素を加味した往診分類と別に治療内容の難易を考慮に入れて，一般往診と特殊往診の2種に分けてみた。一般往診とはいうまでもなく日常行なう往診である。特殊往診とは大がかりな道具立てを必要とする往診であり，一時的，間隔的，連続的往診にひととおり行なう機会はある。ところが実際には連続的往診がこの特殊往診を必要とする場合が多かったので，特殊連続往診と称し，これらを検討してみた。

表 2 往診内容別分類（230例について）

(1) 一時的往診	a．治　ゆ	107		
	b．死　亡	5		
	c．転　医	63	他　医	13
			入　院	50
			（入院中死亡19）	
(2) 間隔的往診		18	生	14
			自宅死亡	2
			転医死亡	2
(3) 連続的往診		37	生	11
			自宅死亡	15
			転医死亡	11

一般往診と特殊往診

表 3 特殊連続往診例の年齢別・性別
男子：14例　女子：23例
（ ）内は死亡例数

年齢別＼性別	男	女	計
～40			
41～50		1 (1)	1 (1)
51～60		2 (1)	2 (1)
61～70	10 (6)	9 (5)	19 (11)
71～80	2 (2)	8 (7)	10 (9)
81～	2 (2)	3 (2)	5 (4)
計	14 (10)	23 (16)	37 (26)

37例全例の死亡率70.3%

4. いわゆる特殊連続往診例の検討

特殊連続往診を行なった症例は，往診例230例中37例にみられた。この37例について年齢別，性別，疾患別に検討を試みた。

1）年齢別，性別の分布

表3のように37例中男子14例，女子23例であり，女子に多くみられた。年齢別にみると60歳代が多く，次いで70歳代，80歳代の順であった。

2）原疾患別分布

前述（2.3）の要領でこの37例を原疾患別に分類した。脳血管障害が多くみられたので，これを別に取り上げることとした。疾患別の各例数は表4のようである。

次に，これらの症例について転帰および合併症をしらべた，死亡例は37例中26例（70.3%）であり（表3），表4の合併症の欄に合併疾患と死亡例（＋印）を示した。そもそも私は，私のいわゆる特殊連続往診を要する症例は必ず入院させることをモットーとしている。この37例中入院させた例は22例（59.5%）である。残りの15例は先に述べたような理由（病室のあきがない，経済的理由，家人の諦め，通院看護不能，等）で入院させることができなかったものである。そこで入院後の転帰ははたしてどうであったかをしらべてみた。

虚血心3例のうち糖尿病を合併した1例は入院死亡。

表 4　特殊連続往診例の疾患別転帰

症例　37例

疾患	例数	死亡数	入院死亡数	合併症	
虚血心	3	1	1 (1)	D.M. 高血圧 中間形	1＋ 1 1
高血圧	7	4	3 (3)	肺癌 直腸癌 脳症 心不全 脳軟化 結核	1＋ 1＋ 2 1＋ 1＋ 1
脳血管障害	13	9	9 (6)	くも膜下出血 脳出血 D.M. 肝腎のう腫	5 (中1＋) 5 卅 2 卄 1＋
心弁疾	3	3	3 (3)	胃癌 心不全	1＋ 2＋
動脈硬化その他	11	9	6 (6)	D.M.バンチ 肺性心 胃癌 肺癌 結腸癌 D.M. 脳軟化 結核 変形関節	1＋ 1＋ 2 卄 1＋ 1＋ 1＋ 2 卄 1 1

（＋は死亡例）

高血圧症では，肺癌，直腸癌，心不全のおのおの1例が入院死亡。脳血管障害では，脳出血5例が全部死亡しているが，うち4例は入院死亡。くも膜下出血5例の中4例入院し，そのうち1例は入院死亡し，他は健在である。糖尿病2例中1例は入院死亡した。心弁膜疾患では胃癌，心不全などで3例とも入院死亡。動脈硬化その他のところでは，糖尿病バンチの合併例の1例，肺性心1例，胃癌2例，結腸癌1例，糖尿病1例が入院後死亡している。このようにみると入院例22例中19例（86.4%）は死亡しているので，私のいわゆる特殊連続往診例の予後は入院せしめた例についてみても，不良であることがわかる。原疾患の難治性，致死性要素もさりながら，これら合併症が特殊連続往診の原因となることも少なくなく，結果その予後は救うべくもないのである。

5. 往診における治療の場

一般往診については特に触れるほどのこともないので省略し，私のいう特殊往診とはどのような道具立てのうえで往診治療に当たるかについて述べる。

まず症例によって診断治療の方針を立てるためには往診かばんのほかに心電計（フクダ Fec-1 型）やX線器械（タンカー20ポータブルX線装置）を持ってゆく。これらは軽量にして操作も簡便であるので愛用している。このほか治療に当たり酸素吸入一式（経鼻カテーテル使用），点滴用具一式，鼻腔栄養一式，吸引器，用手人工呼吸器，ときに喉頭鏡，挿管のため気管内チューブ等々を持参することもある。

看護人がある程度の訓練を受け，患者，家人ともに医療に協力的であるならば，治療の場としての患家においても入院加療とほぼ同じ程度の治療を行なえるものと考える。

6. 特殊連続往診の実例

1）明治30年生の脳出血の女子

救命の希望を持てぬまま往診治療を行なったが意識障害回復の徴をみたので入院加療をすすめたところ，家人の同意を得ぬまま，大皮，点滴，鼻腔栄養を行ない，ひととおりの治療を続けていたが，24日目に死亡。この例は入院したとしても結局は救命しえなかったものと考えられる。

2）明治40年生の脳出血の女子

右片マヒと構語障害があり，回復の徴を認め患者，家人とも入院を承諾したが，病院側では看護婦不足のため入院制限中とのことで予約し空室待ちとなった。ところが経過が良好なので家族が看護上自宅養生をさせたいと強く希望するようになり，私も手を抜きかけたところ21日目に下血を来し輸血の効果も期待できず死亡した。脳血管障害にみられる消化管出血については私は過去に緊急入院せしめて救命できた経験があるので，本例は早期の入院により適切な緊急措置がとられるならばあるいは危機を脱しえたかもしれぬ。1日1回の往診治療の弱味が感じられた。

3）明治33年生のくも膜下出血の女子

息子が医師で嫁が看護婦という家庭にあり，自宅治療を強く要望した例で，点滴その他一応の治療を行ない救命したものである。これは有資格者の誠実な看護，病状観察の細やかさがたいへん有効にして必要であることを感じさせられたものである。

7. 結　語

私院で取り扱った心愁訴患者のうち往診を行なった例について検討を試みたものであるが，循環器を標傍しているにかかわらず，心疾による往診は比較的少なく，この種の往診例では私のいう一時的往診に含まれるものが多い。これは急死，C.C.U. などへの転医によるものが多いと考えられる。私のいう特殊連続往診例についてみると脳血管障害が多く，また合併症がこの種の往診の原因となることが多かった。そしてこれら症例は70.3%が死亡し予後が悪く，59.5%は入院させているが，入院死亡も86.4%であって予後が悪いことがわかった。原疾患のみにとらわれず，致死度の高い疾患の発生にも心して日々の診療に当たるべきであることを今さらに感じた。

往診における治療の場について考えると，入院加療とほとんど同じ程度の治療を行なうことが可能である。しかしながら症例により，主治医の見解の相違により，また家庭的要素も含めて私のいう特殊連続往診を実施することの是非は一概には言えないことである。春日豊和先生の述べられるように「開業内科医としての守備範囲への厳格な認知認定」の意味するところもじゅうぶん自らへの戒めのことばとして感じられる。しかしながら医療設備，治療内容の開拓は一般人の病識や医療知識の高揚と相まって，往診治療の内容も亦相応に実施することができ，また患家から要求されるような時代でもある。酸素ボンベも簡単に入手できる。酸素吸入をしてやれば家人も医師も何となく安心で満足する。点滴も輸液セットで適切な看護人がいれば簡単にやれる。鼻腔栄養剤も整っている。輸血の調達も便利である。その他何かと必要を満たすに容易となっている。

ところがである。私のいわゆる特殊連続往診を実際に行なうことは開業医にとって心身ともに消耗の極致にいたる。疲労は累積し他の患者への迷惑も一入大となる。とにかく病院と異なり役者は一人である。自ら限度があることはいうまでもない。私自身万止むなく行なっていることであって往診しながら病院の空室探しに懸命な場合がほとんどなのである。

このような特殊連続往診を必要とする症例を潤滑に受け入れる体制，たとえば CCU に準じたようなもの，または常時緊急入院可能の病院の設置が国家的にあるいは，都市病院などに経済面やパラメヂカルの問題を含めて充実化されることを望んでやまないものである。

（〒 113　文京区湯島3-25-3）

現代往診学考 —3—

豊島区　山田辰一

I. 前　言

私はどちらかというと往診は嫌いではありません。一日中診察室に閉じこもってのマラソン診療よりはむしろ，推理小説の中の犯人をじっくり推理するような気持ちで往診先の患者を，診察することは楽しいもので，落ち着いた気持ちで往診できるように外来の終わる午後5時以後を往診時間に当てております。また事件記者のように，おっとり刀で緊急往診に飛び出していき，人命を救う楽しさは医者でなければ味わえないものです。

患家に行ってみると，その家の経済状況や患者と家人の relation がよくわかって今後の診療上留意すべきことを知ることができ，また命じたとおりストーブをたいてはいるが，鴨居の上がつつぬけの農家ではちっとも暖かくないことを発見したり，騒音のストレスや寝具の不備を発見したりして，これを知っただけでも来てやってよかったと思うのですが，しかし何といっても診療器具や薬品の制約を受けるので，自動車が普及している現代では自動車に乗せても診療室に運べない病状のときに限り往診を行なうべきであると思います。

またいたずらに重症患者にだらだらと往診を繰り返さないことです。設備の整った人手の多い病院に送ったほうがより完全な診療を安全に行なえると思ったら，たとえ自分がその病気にかなりの経験と自信があっても送院することを考えるべきです。

II. 往診依頼を受けたら

往診の依頼は私が直接受けるようにしております。また使いの人を介しての話や，家人からの電話ですと緊急の度合いを正確につかめないし，下痢発熱のときに発熱だけが医師に伝えられたが行ってみると赤痢であることがわかって，もっと早く来てやればよかったと思ったようなことは一度ならず経験されたことと思います。往診依頼の電話は，要すれば，患者の声を直接に聞くことも必要なときがあります。

連絡を受けて緊急度を推定したら，患家にいつごろ行

けるかを伝えるとともに取りあえずの処置を指示して，できるだけ家人や患者が安心して待つように配慮すべきです。また能率よく診察できるように，あらかじめ検温と部屋を脱衣可能な程度に暖めておくようにしておいてもらいます。ことに老人は小児同様高熱を発しているにもかかわらず熱感を欠くことがあります。

III. 準　備

前に診た患者の場合にはそのカルテと心電図などを，はじめての患者の場合は新しいカルテを持参するようにします。メモなどですませておくと，あとで記入するのを忘れたり紛失したりすることがあります。また外来での初診時に，将来の往診依頼が予測されるときには患家への道順や略図を書かせて貼っておくようにしており，電話番号などとともに役だたせております。

往診カバンの中の注射薬は救患用と一般用を別のケースに入れておき，使用ずみのアンプルは古封筒に入れて持ち帰り，直ちに補充しておきます。救急用のアンプルには薬名を書いた紙を下敷きにしておくと探しやすく，また入れ忘れを防ぐことができます。

ニトロ剤・ジギタリス・利尿剤・抗生物質などの経口薬も常にカバンに入れておきます。

C.C.U その他利用しうる病院や寝台自動車会社の電話番号は手帳に一括して書いております。

IV. 往診先で

まず at a glance で患者が問診よりも先に処置を要する状態かどうかを判断します。狭心痛を訴え，一般状態がきわめて悪い患者なら問診よりも先に心電図検査と血圧測定ですから，第一にすべきことはコンセントを探すことです。心電図に急性期の硬塞波型を認めれば，CCU の救急車出動を電話で依頼すると同時にオピアールを注射します。しかし場合によっては第一にすべきことは心臓マッサージであるかもしれません。

緊急の場合以外は問診は外来患者同様詳細に行ないます。後日補おうとしても患者の記憶が確かでなくなりますから現病歴は正確にとるようにしております。老人や重症者の場合には家人から聞き，本人にそれを補わせる方法をとることもあります。

患者はそれまでにかかっていた医師のことをふせる傾向がありますが，これはぜひ聞き出さねばならないと思います。心臓病治療の場合はそれまでのジギタリス剤の使用量を電話ででも聞くことは急速飽和にとりかかる前に行なう必要があります。感染症に抗生物質を使用する際にも，前医がじゅうぶんな量を投与し且無効であった薬は避けたいものです。前医にすまない気がしてなかなか問い合わせにくいのですが，その先生といっしょに治療するために相談するという態度を示せば，やってやれないことではありません。往診ではないが，抗生物質服用により一応解熱するが休薬すると再び熱発を2～3か月反復した患者を診たことがあります。この治療経過を前医が細かく教えてくださったために，初診時に亜急性細菌性心内膜炎をまず考え，手遅れにしないですみました。それまでに私の経験した本病患者は皆頑固なカゼとして治療したため，初診よりかなり日数が経って本症と決定したものばかりでしたので，前医との連携の必要性を痛感しました。

医師が飲酒していたときや眠剤を飲んで寝ていたときの往診依頼は，時と場合によりことわれないこともありますが，ことに飲酒時の心臓聴診は不正確で，後日聴診しなおさないととんだ誤診をおかすことになります。

往診先での点滴は私は行ないません。つきっきりでおらねばならないし，事故があったときに往診先では処理が困難ですから，その必要がある患者はやはり入院させるべきでしょう。　　（検査については後述）

V. 送院の問題

重症者は原則として送院すべきであり，また引き受けてくれる病院を探すことは都会では不可能ではありません。この場合に危機を脱したら送院するか，危機にもかかわらず送院するかの判断をしなければなりませんが，送院不能の患者はほとんどないと思います。脳卒中や心筋硬塞の患者でさえ，輸送が原因で死亡した例を経験したことはありません。

急性腹症はなるべく強力な鎮痛剤を用いないで直ちに送院し，病院の医師が診断しやすい状態を保つようにします。脳卒中は，意識がない，嚥下不能，頻脈，異常呼吸や呼吸困難を呈する，病状が進行性であるなどのときは早く送院しないと，医師は泥沼に足をつっこんだようになり，ニッチもサッチもゆかなくなります。それほど重篤でないときには家人の希望も考えに入れて定めますが，脳出血は一昼夜して破れた血管の近位側に血栓の完成した時期に送ります。脳硬塞は直ちに送ります。くも膜下出血は3日以内の再出血はまれですから，この期間をねらって送るべきだそうです。

急性期の心筋硬塞は全部直ちに入院させます。ことに初日の死亡率が高いので集中監視の可能な C.C.U に送るのがよいと思います。この際都内なら C.C.U の救急車の出動を要請するのが最もよく，この車には C.C.U の医師が乗って来るし，ペース－メーカーや，不整脈除去のための除細動器までも備えてあり，車の中であらゆる事態に対処できます。

C.C.U やその他の病院の利用できない土地なら，患家に泊りこんで鎮痛と血圧の維持などの処置を行なわねばなりません。夜中に何回も電話で起こされるよりは，このほうが医師はずっと楽ですし，安心感が患者の経過に好影響を及ぼします。

患者を病院に送った場合，たまたま当直がアルバイトの未熟な医師であったり，他科の医師だったりするときなどには，むしろ積極的に治療の相談に乗ってやるほうがよいと思います。

患者の生命を救うためには遠慮するのはよくないことです。

都内の患者には救急車や東京寝台自動車株式会社などの車を利用しますが，遠隔地から都内に運ぶときには，やむをえず自家用車に寝かせて，パトカーや白バイに先導させて行ったこともあります。各地域の境界で他の白バイなどにバトンタッチしてリレー式に病院まで先導してくれました。通行中の車が割り込む心配があるので，後続する車は日中でもライトをつけて走らせますが，夜間は効果がありません。われわれの車にも随時とりつけられる赤いライトを警察などに備えてくれるとよいと思います。警視庁は重病人にはたいそう便宜をはかって協力してくれますが，往診に行く医師の車の先導を依頼しても協力を得られなかったことがありました。この点を改善してほしいと思います。

伊豆七島は東京都に属しておりますが，島で重症者が出ると，医師の要請で役場→都庁→消防庁または自衛隊と連絡されてヘリコプターが医師を乗せて島まで行き都内または館山の病院に送っているようです。何か大きな災害のあったときにはわれわれ都内の実地医家も積極的に協力すべきときもあると思います。

VI. 送院しない場合

有熱患者はなるべく熱型をグラフ用紙に描かせ，解熱剤服用の時刻を矢印で明らかにするなど指導し，経過を掌握しやすいようにします。

その夜や翌朝に経過を電話で問い合わせて適当な指示をしてやると非常に感謝されます。

服薬については，家人の知能程度も考慮して説明するようにしております。昔，前日往診した子どもに抗生物質を投与し，翌日のぞいてみたらすでに死んでおりました。母親に聞いたら，薬を飲むのをいやがったので飲ませなかったというのです。

患者からわれわれ医師に対する希望を往診について聞きだした一つに次のようなことがあります。

先生方は帰りぎわに，「明日まで様子を見ましょう」いわれるが，これだけでは不安であり，病状がどんなになったら知らせる必要があるのか，またはどんなときにはどう処置すべきかを素人が迷わないですむように具体的に教えて帰ってほしいということです。反省させられる話でした。

VII. 検査の問題

糞便—下痢患者の便はなるべく医師の眼で見るようにしております。最近は少ないのであまり役だたせることはありませんが，アメーバ赤痢と細菌性赤痢の便は肉眼でもかなり区別できますし，野天でも顕微鏡でアメーバの検出はできます。

尿—コップにとった尿に混濁があるときに直ちに膿尿や細菌尿を考えないで，どの家にでもある食用酢を醋酸の代わりに加えて見ます。果物などの過食による燐酸塩の結晶は融けて混濁が消失するので，鑑別できます。なお煮沸試験などにも食用酢は使用できます。

血液—化学的検査のための採血は略しますが，往診先で最も役だつのは血液濃塗標本（thick smear）です。オブエクトグラスがないときにはガラスの破片を石けんで洗って用います。自然落下の耳朶血（メスがなければ安全カミソリの刃を代用）1滴を直径 17mm の円に広げ自然乾燥させて持ち帰り固定することなくギームザで染色すればよいのですが，詳細は成書にゆずります。ただ一言，染色前に蠅に食べられてしまうことがあり注意を要します。電球の下にかざしての急速な乾燥も可能です。往診先で染めるのなら稀釈液の pH にこだわらないでもよく染まりますので，水道水や井戸水でも使えます。白血球の概数・好酸球の増多・血中寄生虫・原虫など一見してわかります。経過の遷延した上気道感染と無顆粒白血球症の鑑別に役だたせることもできます。

往診先でのテストペーパーによるインスタント検査はあまり用いません。往診鞄に入れっぱなしにしておくと，使用頻度が少ないために，感度の落ちた古いものを使うことになります。必要なときにだけ診察室のペーパーを瓶ごと持って行くことにしております。いちばん偉力を発揮できたのはデキストロスティックスです。インシュリン治療中の糖尿病患者が勝手に低血糖と判断して砂糖水を飲んでいるところに往診して，むしろ高血糖であることを発見したことがありました。

何かのおり往診で役だたせようと思って顕微鏡は獣医用の折畳み式のものをふだんでも使っております。性能は変わりありません。

レントゲン—必要なときには青葉レントゲンに出張撮影を依頼します。

心電計—心臓病の往診，ことに初診の場合や，不整脈，狭心発作のときには携行すべきです。そのときは逃

してならないチャンスです。「明日診察室で撮りましょう」などといっても多くの場合翌日は所見が消えております。往診ではよくあることですが，たまたまペーパーが途中でなくなったら巻きもどして二重三重に描かせばよいし，導子やバンドを持参するのを忘れたら，(食塩)水をしませたガーゼとひもと絆創膏を借りて代用できます。

患者からの印象と心電図所見が一致しないときには，1～2時間おいてもう一度撮ることが必要です（ことに硬塞が疑わしいとき)。

最後に往診を通じて，期待したいことは医師同志の間の連携であります。お互いにかばい合うような古い考えではなく，より積極的の意味であり，われわれ開業医同志，または大学や病院の医師とわれわれ開業医相互間の連携をより緊密且積極的にして理解協力し合い，患者がより能率的な医療をむだなく受けられるようにすることであると考えます。

(〒 170　豊島区西池袋1-18-2)

誌上参加

往診考現学 —4—

新宿区　春日豊和

もう3年前の古い“往診考現学”なのですが参考までにお読みいただければ……と思います。日本評論社の“からだの科学”に掲載されたものです。したがって素人向きのものですから念のため……。

17年前開業当時，外来でツクネンと「患者待ち」に退屈をかこっていた私も，カゼであれ，腹ゴワシであれ，往診依頼にはまことにホイホイ！　とばかり二つ返事で引き受けたうえ，あれやこれやの諸検査の準備も怠りなく患者に推参したものである。しかも開業医としての守備範囲に無知な自分は多くの医原性疾患を製造し，不確診や未診定のまま，必死になって患者のためとばかり，してはならぬ医の心と技術の誤まれる大安売りをしていたのも事実である。

それも数年，経験も積み，勉強もし，一方患家との人間関係もようやくその色を濃くし，外来も繁忙をきわめるようになると，後述の往診の絶対に必要な場合や，特殊な場合を除いては次第に往診嫌い，往診忌避に傾いていったのも事実である。そしてこの私の歩んで来た路線は，現在の第一線開業内科・小児科医の大部分がたどる，ごく自然にさだめられた路線のようにも思われる。

I. 往診とはなにか

医師法によれば，「故なくして医師は往診を拒むことはできない」と規定し，また保険医の療養担当規則では「往診は診療上必要があるという場合に行なう」と規定されていて，医師法とは相矛盾する印象を与えるが，このことについてはここでは触れない。そもそも往診とは何であるか，私どもの年来の経験からするなら「通院に耐え得ぬ患者の患家へ出向し，診断し，治療を行なうこと」と小学生なみの答えしか得られぬわけである。

だとすれば往診とは往診療のことであり，必然多くの制約や，また往診そのものの質と量の限界があるのも当然である。そしてこの往診の質と量の限界は，私どもの外来の繁忙さに反比例するといえる。

つまりかつて開業当時，閑古鳥啼く外来にあっては，ちょっとした熱発の患者の往診でも白血球計算や検尿の用意までして出掛け，時には血清化学の検査から，血液培養の検査まで，確定診断まで数日をかけてまで往診したものであり，診療にしても，輸血の要ある患者などは，保存血をもって往診し，患家で輸血し，必要があれば点滴・静注で患家で数時間を過す労さえいとわなかったし，また不確定診の患者を抱え込み，大学・大病院へ送ろうともせず，逆に大学教授のご対診をいただき，結局大学へ送るといったウルトラCさえ敢行した。

しかし開業十数年の現況はどうか，繁忙な外来のさ中にあっては到底昔日のごとき悠長にして冗漫な往診診療は望めず，たかだか検査を行なう必要があっても検尿，白血球計算，血沈程度であり，時に心疾患の動かせぬ患者があって心電図を持ち出すくらいである。長年の経験による職能上の敏感なアンテナと，開業内科医としての守備範囲への厳格な認知認定は，私どもが，一度でも頭を傾けるや，最高にして最善の診断と治療のため大学・

大病院へ転送し，その進歩し，細分化した優れた専門医の診断技術や，検査や，治療を仰ぐということで，不必要な，しかも一歩誤れば，患者の最大の不幸を結果する誤診・誤療への暴走路線から極力のがれているのが現状である。

かく観ずる時，さきほどの多くの経験豊かな開業内科・小児科医が次第に陥る往診忌避病の原因がその質と量の限界飽和点の頂点に達したときに自然に発生するものであることが肯かれよう。そこでこの間の実際をもう少し具体的に縷説してみよう。

II. 往診忌避と往診嫌い

1. 低医療費による外来受診率の増加，つまり，34年度に診療所の医師一人あたり28.9人の1日の外来患者数が，39年度には49.9人とわずか5年間に著明な増加を示している。内科医一人が，人間対人間の関係で全力投球で診察し得る限度は諸外国の統計によらずとも15人が限度とされている。つまりこの患者数の激増は「1時間待ちの3分診察」つまりやむなく，コマ切れ診察を強要されるとともに，よほどの急性症や，慢性疾患の重症の患者，またはよほどの高齢者の疾病以外はおいそれと往診する時間がなくなってきている。

2. 私どもの多数の患者とのジカの肌の触れ合いから生まれた貴重な職能を通しての経験の教えるところでは，往診の必要性に対する私どものアンテナの感度がたいへん下り，外来での診断技術や，臨床検査，ことに簡易検査の進歩などは，抗生剤や，薬物療法の長足の進歩とともに，肺炎や，肋膜炎でさえその早期発見，早期治療が可能となるとともに，現今では通院治療の可能な疾患群に入ってきた。

3. 薄っぺらな保険証1枚に賭けられた医師と患者の関係は，乱受診による大きな亀裂を生じ，「苦しんでいる」とて行ってみれば「健保本人の宴会タダ酒の飲みすぎ」であったり，「健保で安く来てくれるから，呼びつけた」であったり，「医者に行けばこんで待つのがいやなので呼びつけた」であったり，「カケ金をしているのに呼びつけなくては損だから呼びつけた」であったり，こうして私どもが思ってもみない理由で煮え湯を呑まされた苦い，不愉快な人間不在の経験が再三ならず私どもの心を曇らしつづけてきた。

4. 健保事務の煩雑化と，その莫大な事務量，そして年一年と進歩し分化しつづける学問への追随と，これの超克，これには診療時間外にかなりの時間的余裕を必要とする。少しでも自分の時間が欲しい……という心は，自然「連れて来て欲しい」願いに連る。

5. 往診先で診断し得る範囲はごく狭い。正しい診断をすることを第一義とするなら，できれば外来諸設備のある，かつ人手もある外来で，できるだけ効率よく正しい診断にもってゆきたい，至極当然な開業医の心である。

6. 地方の三チャン農業地域ですら，農家に1台の乗用車という時代，ことに都会地ではその気になれば足にはこと欠かない。それに加えて電話網の普及は，時に的確に容態を知らせてくれるし，長年の患家ででもあれば，電話ででの応答だけでもかなり正しい有効適切な処置への指示を与え得る。

III. 往診の必要条件

次に往診が絶対に必要とされる条件を具体的に述べれば，

(1) 脳卒中を思わす急性の意識障害，運動障害，激烈なる突発性頭痛

(2) 狭心症，心筋硬塞を思わす急性の胸内苦悶，左胸部より左肩，上膊への放散痛，胸骨内面の絞扼痛，ショック状態

(3) 喀血ないし吐血を思わす出血，ならびにショック状態

(4) 胃穿孔，腸閉塞，子宮外妊娠，卵巣軸捻転……を思わす急性のショック状態を伴う激烈なる腹痛

(5) 高齢者の発熱，その他異和症状

(6) 重症の心・腎疾患が発見され即刻にも入院すべきであるが，病院が満床にて入院待ちの場合

(7) 入院中の患者が入院の必要がなくなりホーム・ケヤで充分であるが，さりとて通院のとうてい不能な場合

(8) 末期の悪性腫瘍の患者

(9) 激烈なる腰痛，下肢の神経痛等で歩行起居の自由を失っている場合

(10) 麻疹その他の顕症伝染病で来院により院内感染必至の恐れある場合

(11) 先天性心疾患や，平生，胸，心腎その他に基礎疾患を有している患者の場合

以上を往診の第1選択と考えれば，第2第3の選択はさらに少なくなる。すなわち

(イ) (1)(2)の疾患群も予後の見通しを得れば，できれば患者の疾病教育と後管理，リハビリテーションを兼ねて大病院へ入院さすことが望ましい

(ロ) (3)も臓器診断がつき，内科的にはとうてい止血不可能，または後大出血の続く恐れのある時はすぐさま大病院へ「急患指定」で医師同道で送るべきである

(ハ) (4)の場合は一刻を争い，大病院へ急患指定で入院

の労をとるべきである

かくて私どもが真に往診の必要を認める患者は，その必要性の選択さえ誤らねば暁天の星のごとくに少ない。

幼児の熱性けいれん（ひきつけ）にしても，舌を噛まぬよう処置の指示を与えて来院させて決して不幸な転帰をとるものではないし，来院中に緩解することもいくらでもあり得る。

また巷間「熱が高いから来てくれ」，「小児マヒだと困るから」「肺炎の心配があるから」とかの理由で往診依頼をされる方が多いが，発熱とはあくまで反応で，一般に疾病の初発症状，つまり初発の病状の軽重とはあまり関係がない。また実際，そうドンドン小児マヒや，日本脳炎や，肺炎が続発するものかどうかは，教育ママさん，世話好き婆さんの冷静な心と，良識による判断をお願いしたいのである。

IV. 家庭医としての往診

第一線の家庭医が勤務医（病院の）と異なる大切なところは，家庭医として患家の社会的環境，経済状態，家族構成，家庭環境にまで良く通じ，これに密着して，患者の人格や，性格までを理解し抜いて，患者を「病気を背負った人間」として理解すると同時に，その病人の家庭における位置づけ，またその家庭の社会的位置づけを理解して治療するということである。

そうした意味では，これらの判断すら許されぬ初診の緊急症を除いては，ことに慢性疾患患者の長期療養者には，「その家庭に通じる」ことがキメ細い診療をつづけ，またその実を着々と上げてゆく意味で重大な意義をもち，またそうした長付合の中には，一度はなんらかの形で往診をして，じっくり患家を診てくる機会を得ることもあるが，その機会のなかなか得られない時は，私はあえてご用聞き往診でもなく，またおもねり往診でもない往診，これを私は立寄りと称して患家を訪ねることを励行している。そして時にこうした立寄りにより患者の家庭を見聞して，患者の生態を把握して来ることは診察室での画一的説法や，一つ二つのおクスリを与える以上にどれほど患者の生活指導に直接かつ真実の効用をもっているかを実感している。ただしかかるお立寄りは保険点数にはないことを知っていただきたい。

V. 往診忌避を生む場合

さもしいエリート意識などで物申すのではない。同じ往診を依頼するのも仕方があるということである。もちろん，下手だから往診を拒否するのでもないし，また拒否する理由にもならないが，医療とは医師と患者の正しい人間関係の基盤があってこそなのである。媒体としての往診依頼者や，その方法が，「最初の出合い」でこの関係を崩しては後々の治療や，お互いの関係に甚大な影響を与える。孔孟の教えをかしこみかしこみ身につけている医師ばかりではない。否むしろ医師とて生々しい，感情をもった人間である。

多忙な外来さばきの中に，医師として身体と心と技術を最高に使い切っている現在の大多数の医師の心は，診察室以外の場にあっては，静かな自分をとり戻し，家庭人にも戻り，また医師としての勉強も，また保険医としての事務処理にも一刻の時間をも自分のものにしたい願いで一杯なのである。ここらあたりにも諸外国の家庭医と異なる日本の医師の，容易ではない診療生活の一面があることを知って欲しい。

VI. 下手な往診依頼

1. 子供，ことに幼児を往診依頼によこす場合，悪くカンぐって患家のお涙戦術か，あるいは本当に往診依頼の人を欠いた場合であろうが，とにかく「先生にキテッテー」の一言では患者の様子もわからず，時に初診の場合などその患家すらわからず，準備のしようもならず……ということである。

2. 「ただ往診を頼んで来い」と頼まれたという使者も困りもの。容態を聞いても「サアー」の一点ばりでは1同様である。患家のお里の知れる往診依頼である。ただし緊急の場合は別。

3. 夜間など巡査を使いによこすケース。「とにかく行ってあげてください。患者の家の人が交番で待ってます」はちょっと無礼である。もちろんどこの医師を頼んだら良いかわからぬ場合は別であるが，警察の威を藉りて……と医師の心は曇る。

4. 医師に礼を尽しても，容態情報のふたしかなのも困りもの。往診依頼のその願いが充分，医師にわかるように，ただ「苦しんでいる……」の一点張りでは，上げる腰も妙に重い。

5. 若い人のカゼッ引きや，腹コワシ程度で往診依頼はせぬこと（先刻述べたとおり）。

6. 医師を贈答品と心得ぬこと。これは「私の知人が動けない重症で」ということで依頼主と同道したら，患者は風邪であり，依頼主の子供を担当している教師であった。患者にはそれぞれかかりつけもあることである。医師の贈答品扱いはよくない。

7. 「往診するのが当然」といった高踏的な往診依頼は厳禁，むしろ「何としてでも行ってあげよう」という心の交流こそ大切。

8. 昼間からすでに容態が悪いのに，夜になったり，夜半になって「心配になったから往診してくれ」も医師

にはたいへん虫のいいセリフと解される。

9.「患者が医者にかかるのが大きらいなので……」と言ってよこすのもあまりに曲がなさすぎる。診療拒否につらなります。方便に使った嘘も，患者の病状，患家の誠意で私どもの心は解ける。

10. すでに他医（前医）にかかっていて，改めて当方に往診を依頼するときも，前医の了解を必ず得ておくこと。また前医を呼び捨てにしたり誹謗してはならない。同僚医師との友愛が傷つくばかりでなく，患家のお里が知れる。

11「かかりつけの○○先生が今日はお疲れでお休みになったそうで，先生に……」という往診依頼もたいへん無礼。お互いに疲れ果てているし，かかりつけを第一にすべきだし，かかりつけ医師なればどんな状況でも往診に応ずるのが当然。

VII. 願わしき往診依頼

おのずと以上の逆でおわかりと思えるが二，三述べれば，

1. できれば「車を差し向けますから，お疲れのところ，たいへんですが……」ぐらいの配慮が欲しい（深夜，夜間など）。

2. 使いの人が医師の鞄をもって案内するくらいの配慮も欲しい（ことに深夜など）。

3. 電話の依頼で結構だが，とにかくかなりの程度の容態のこまかい情報と，どうしても来院できぬ理由が欲しい。

4. かかりつけ医の不在な場合は「○○先生がかかりつけだが不在なので……」と正直に伝えて欲しい。後でわかった場合は医師相互に思わぬ誤解を生み，友愛を傷つけることすらある。

VIII. 往診・診察中——これだけは

多忙な中の往診であれば，昔のようにお茶やお菓子の接待を受けてもかえって閉口である。それより基本的に心からお互いを尊重し合う心がけが欲しいだけである。気のつくところを述べてみれば，

1. 患者を診察中，患家の大きな息子や娘が，他人事のようにテレビに興じ，談笑しているさまは何とも淋しい。患者以外の患家の家人全体の真摯な患者への思いやりが感じられて欲しい。

2. 教育ママの口やかましさも困りものだが，激増する非教育ママで，婆ちゃん，爺ちゃん任せも困りもの。両親の体温を忘れた乳幼児は身心の健康な発育は望めない。医師の往診意欲は枯れる。

3. 親類，眷族が病室を占居して，枕頭につめかけ，診察中何かと口うるさく注文づけをしたり，枕頭で容態をこと細かに聞くことも医師の診察への干渉。できれば診察中は医師と患者とせいぜい1人か2人の附添い程度であって欲しい。

4. 医師の診察が終ってお手洗いさえ出さぬ患家があるが，もってのほか。できれば洗面器の湯の汲み替えをするくらいの配慮が欲しい。

5. 容態に関する質問や注意も，1人か2人の代表者が，情報・質問を簡潔に整理して伝えて欲しい。船頭多しは困りもの。

6. ちなみに生命の予後に関する質疑は，別室で尋ねるのが常識。

7. 医師の靴を揃えぬ患家は，その患家の家風がおのずと知れる。お古いようだが，自然のマナーである。

8. 医師の診察中，○○教のレコードをかけたり，○○会のお経を読んだり，○○家の聖典を聞えよがしに読上げる等のことは，家人の気持はわかるが，医師の心を時に曇らせる。

9. 医師に対して金権をチラツカせぬこと。大多数の医師はそんなものに左右されるものではない。むしろこれみよがしの行為は医師の眉をひそめさせる。

むすび

以上縷々として述べてきたところを要約すれば，

1. 往診の絶対必要性という場合がたいへん少なくなり，これは疾病構造や，医療構造の変化の中に求められること。

2. 必要な往診ですら，医師は多忙をきわめる外来の合間や，時間外に無理に時間を作っているということを熟知して欲しい。

3.「往診依頼も技術のうち」でお互いにいたわり合いつつ，美しい人間関係を保ちながら医師を上手に利用し，その職能を100%に発揮させて欲しい。

4. むずかしいことではない，往診中は医師の診察に干渉せず，患者の心理面も考慮して慎重かつ，患家はそのままの自然の姿で応援を願いたい。

なお往診を最初に依頼した医師（つまり主治医と頼む医師）以外の，大学教授や，病院長，または他医の往診も求めたく思ったなら遠慮なく申出ていただき，私ども主治医の手を介して頼むようにしてもらいたい。抜け参りはかかりつけ医との糸を断ち切ることは必定である。

なお，僻地の往診，同僚との対診，勤務医の往診等各論的なことが残されているが，これをもって稿を終えたい。

（〒 162　新宿区山吹町69）

2. 自由交見

高木(世田谷区)　老人にクロマイを使用して腸出血を起こしたという経験があるが。

金井(演者)　老人に対するクロマイ投与と下血との因果関係については私は経験していない。私の症例では中枢性のものであると思う。

秋月(司会者)　女子大寮が近くにあり，私は校医もしているが，高熱のために往診を頼んではならないということをいってある。そういうふうに定めておくと往診が半減した。

和田(豊島区)　私は胃腸科であるから急性腹症が多いが往診をしたことがなく，来院させる。往診のときは高圧浣腸器を持参して使用するとよい。鎮痛剤をすぐ打たないこと。胃けいれんの患者でも直に注射したことはない。腸の運動が止まって便が出なくなる。

高橋(新宿区)　厚生省は，老人の診療を無料にするというが，6畳1間で電話を持っていて，オーバに症状をいって往診を依頼したり，お薬を配達しなくてはならないのは困る。

春日(新宿区)　小山先生の往診態度には感心する。患者が往きたくないので来てくれという往診依頼には，私も行きたくないといってことわるが，この場合どうなさるか。

小山(演者)　そういう経験はないが，そういう場合であれば，私も同じ態度をとると思う。

依田(世田谷区)　私は皮膚泌尿器科医であるが，往診するのは内科医の依頼が多い。内科医がいっしょに行くこともあるが，電話で依頼されて一人で行くこともある。尿閉が多い。往診すると，その場で支払う人もあるが，あとでというと，その場限りで払わない人もある。皆さんはどうしているか。また，われわれは，よごれたところを診るので，手洗いを出さないときは困る。

菊池(大和市)　私は往診をあまりしないが，農家は自動車も持っているので来る。発熱の患者では来させる。子どもにはバリオメールを与えておく。

小山　往診先でお金をもらうのはにが手である。また，もらったこともない。処方箋に点数を書いて看護婦に渡して支払わせる。手洗いを用意しない患家が多いが，出さなければ催促する。

上田(新宿区)　手洗いは，あとでなく，先に請求する。診察する前に手を暖めるためにという。

藤本　おやかんにお湯を持って来させる。石けんは向こうのもの，タオルは向こうのを使うときもあれば，こっちのを使うこともある。

片岡(船橋市)　さっきの春日先生の，行きたくないから往診してくれという場合，そのうちに行くことにしていると，先方からしびれを切らして来る。夕方，バリオメールを与えておくと，子どもの発熱の往診はなくなった。

須藤(川崎市)　私は団地に開業している。団地族は医者を利用する自己主張の集団である。名まえを名乗らない人，態度の悪い人には往かない。実際，多忙であるので往診もできないが，老人で寝たきりの人には往く。子どもは往診しない。「お宅は往診しますか」という奴もある。マナーが悪い。また他の医者に紹介しない。お金を払わない，態度が悪いものがあるから。道で会っても顔をそむける。

高木(世田谷区)　子どもの発熱にはスルピリンを用いるが，四時間ごとに投与する。子どもの嘔吐には，いちじく浣腸の大人用を使用し，やわらかい便が出るまで2～3回行なう。

秋月(司会者)　今東京で一流の医者に往診を頼むといくらかかりますか。

春日(新宿区)　10万ぐらいではないですか。

秋月　マル公ですか。

春日　そうではないでしょうか。

秋月　疫痢が昔はあったが，往診をことわるとえらいことになるが，そういう時代が来るとたいへんだ。急病で往診し，いつでも入院させられる人は何人くらいいますか？(挙手10人)。むずかしい人は？(挙手10人)。だいたい半々ですね。重病に対して酸素テントを用意している人は？　15人くらいいられるようです。

上田(新宿区)　酸素吸入の用意はしていない。近所の薬局で準備しているので，これを利用している。

菊池(大和市)　ご用聞きふうの往診をしている人があって，評判を落としている人もある。交通事故も多いので，なるべく往診しないようにしている。

高木(世田谷区)　失敗例では，往診先の農家で，腰痛のおばあさんにイルガピリンを注射し，抜くか抜かないうちにプルスが触れなくなったことがある。周囲に全く人がいないので困った。それ以来，人のいないときに往診で注射しないことにしている。

小山(新宿区)　外科的往診では，ビルベルの骨折の患

者で手をやいたが，救急車でうまく運んでくれた。往診はしだいに減少しているが，皆さんのところではどうでしょうか。

得津(前橋市)　整形外科で往診はギックリ腰であるが，安静が最もよいので，少し安静にしてから来るようにいうと来ない。翌日から骨つぎが毎日往診している。私は交通事故が多いので，できるだけ往診をしない方針だ。

柴山(大田区)　車馬賃はどうしていられるか。もう一つは，電話がかかってきて，意識が不明で玄関で倒れているというとき，どんな処置をするか。

もう一つは，高熱というので往診すると，体温計で計っていない，36度台であった，こういうときどういう姿勢を患家にとるか。

小山　車馬賃はタクシー料金なみでよいということを聞いている。正月に，よっぱらいばあさんに呼ばれ，あとで保険証を持ってきたので，自由料金をもらった。

高木　前もって症状が変わったら知らせろといっておくと，患者がちょっとしたことで神経質になって，かえってよくない。山田先生はどうしていられるか。

山田(演者)　患者にはいわないで，付き添いの人にいう。車馬賃は貧富によって加減する。

秋月(司会者)　日本では往診したあと，患家は症状の結果を報告しない。医者がよくなるのも悪くなるのも患者しだいである。ところで，ニセ医者についてどなたか。

越川(川崎市)　福島県の炭坑の病院に十数年前にいたが，准医というものがあった。准医はレントゲン技師，接骨医，理学療養士などで，医師が不足しているためである。病院と診療所に7—8人いた。当直も外来診療もやる。問題になったが，不問にされた。私が昭和35年にやめたころに，まだいたが，人さわりがよく，親切で，どちらが本物かわからないで，反省させられた。保健所でなぜ問題にしなかったのか。石炭産業の盛んなころであったので大目に見たのか。37年には追放された。こんどのニセ医者問題で考えさせられたのは，本物の医者のニセ治療と，ニセ医者の本物の医療ということになると，どっちがよいのかということである。

山田　ニセ医者の中には，もと衛生兵や中退医学生がいるが，戦後しばらくの間は試験を通過したが，あとは通過していない。試験はたいへんむずかしく私だってできない。問題をやさしくして通過させ，医師の下働きをさせてよいではないか。医療制度を変えてよいと思う。

高木　ヒポクラテスの時代には医師免許証はなかった。日本には昔は検定して医師になった。私の祖父もそうであった。勉強して情熱があって患者にしたわれた。人間の集まったところでは，いつも経験を積んだものが医師の役割を果たし指導した。山の遭難でも緊急のときはよい。しかし，なりわいとして生活をしてはならない。地方の過疎の資本主義の形態が盛り上がっていないところでは，保健婦の権限を拡大するとか，医療従事者の働きを拡大してもよいではないか。

得津(前橋)　骨折は，整形医に来るまでに接骨医に行く。古い接骨医はじょうずであるが，若い接骨医はへたである。すぐ医者のまねをする。外科医はすぐメスを持つ。感染を起こしやすい。骨折に関しては外科医よりも骨接医のほうがもっとタチがよい。

小山　私は外科医だが，できるだけメスを取らないことにしている。国立病院にいるとき，たたき込まれた。

金井(演者)　医療従事者に，私の責任において注射，投薬させることがあるが，違法行為であるかどうか。

柴山(大田区)　ニセ医者は，病院の人数が少ないことと，患者の無知と関係がある。もう一つは，厚生行政，とくに保健所のプランニングが悪い。オールド・ドクターは勉強しない。ポストグラジュエイトのプランがない。私も医局にいたときは勉強したが，開業すると勉強しない。保険制度とは無関係である。ニセ医者のやったことは医療行為ではない。医者は借金があるとよく働く。お金ができると働かなくなる。都会に医師が集中するのは都会になれるからである。息子の教育にも関係がある。こういう裏の面からみると無医村など過疎の問題も起こる。

得津(前橋)　レントゲン撮影を無資格者にやらし，看護婦にとらせることがある。医務課に問いただすと，レントゲン撮影は看護婦にさせてはいけないとのことである。

柴山　看護婦に注射をさせてはいけない。とくに静注は事故のときに問題がある。東大では医師が静注をする。

秋月　事故を起こさなければよい。新聞をみているとbogus doctor, fake practitioner というのが出ている。くだらない医者がニセ医者と区別ができないほどくだらないから出てくる。医者不足のせいではない。

高木　五年前より私一人でやっている。看護婦もいない。受付から全部。レントゲンの自動現象，ディスポーサブルの注射などを使っている。資格のない人を増やすより自分でやったほうがよい。

依田　学校を出て2回ニセ医者に会った。はじめの一人は本物と思っていた。しかし，どこか抜けている。基礎知識が抜けている。開業をしていると薬屋の持って来るものを勉強しただけでやれるではないかと考えたことがあるが，ほんとうは基礎をみっちりやって本物にならなければならない。

上田(新宿区)　東京でも学校の先生が骨折を骨接ぎにつれて行く。レベルが低い。小中学校で校医が医療とは何かということに取りくむ必要がある。先生自体医療とは何かを知らない。したがって子どもは医療を知らない。

佐藤安正(足立区)　3人ほどニセ医者に会った。われわれと違ったところは，患者のいうことをよく聞くことである。われわれは要点をパッパッと聞いて，テキパキとやる。ニセ医者は要点をつかまないが，よく患者の訴えを聞くことに感心する。したがって患者には人気がある。

「誌上参加」

ニセ医師について

信　木　晋　策

前略

貴会常々参考にしています。ニセ医者の件同封ご笑覧ください。

例会と当県医師会社会保障部の会合と，常にダブり，行けそうにないのは残念です。

4月より社会保障部部員（従来，同地区委員）になりますのでよろしくご指導ください。

1. 医療機関の開設者は医師でなくともよい。たとえば国保診療所，開設者は町村長で診療従事者は医師というケース。

2. 健保の請求者は開設者，国保の請求者は国民健康保険医，に盲点あり。

3. 毎年末の医師調査票は保健所が集計，厚生省へ直送し，チェック不じゅうぶんである。

4. 医療機関の開設時医師免許証は写で本物の提出を必要としない。

ニセ医者の3例

1. ただいまのところは昭和31年2月開設ですが前年に保健所事務員が白衣を着て町を歩き Auskratzung などしていた。その家の娘をヒッカケ Sgt してバレて高松刑務所へはいり，2～3年前出所後富山県の西の方でまたニセ医者をしてスグ捕えられた。この男，自称昭和医大出身といい岡大山岡内科へ入局もしていた。

2. 獣医がある Prof. より話をきいて Hämo に graue Salbe を bepinseln していた。

3. 明治一大正年間，医院の書生をしていた男，方々でニセ医者をしていた。今もときどきしているらしい。昔流の煎浸剤を投与している。

台湾はニセ医者多く台南近辺の某村では，免許証のあるもの4，ニセ医者18

台湾は歯科はニセ医者のほうが勢力強く，本者が夜逃げしているときく。

(〒 709-11　岡山県都窪郡茶屋町106)

Clinical Roentgen Conference

新　野　　稔

例会に先立って午前11時30分から行なわれたレントゲンカンファレンスの要旨です。毎回行なっておりますので，どなたでもご自由にフィルムをお持ちください。

1. 肺癌の X 線像

主題は末梢型肺癌の X 線像の解析で，原発性肺癌の Coin shadow を病理形態において解説し，転移性肺癌においては乳癌肺転移の特長像を明示した。

早期肺癌の概念として，早期とは，深達変化が気管支壁内に止まる時点であり，小形肺癌を含めそのX線像の解析にあたっては，組織型の特長像をみつけ出して，腫瘍そのものの変化のほかに，気管支および血管ならびに肋膜の変化を追究することがいちばん必要なことがらである。なぜならば，気管支，血管の変化と，それに伴う二次的変化より組織型の診断が可能となるからである。それらの肺癌像を理解することによって，進展形式の理解が容易になってくる。また，組織型の検索は，肺癌の概念の確立ならびに進展の形式の理解より，治療法の選択や，治療効果の判定，ならびに，予後の推定が可能になってくるのである。

早期肺癌ならびに小形肺癌のX線像には，腫瘍そのものの，末梢肺野における孤立の陰影と，腫瘍に伴う変化として，肺炎像や，無気肺像，ならびに気管支腔内の分泌物による変化像，および，腫瘍によって気管支の閉塞された像として，可逆的ならびに不可逆的な二次的変化の像を呈してくる。

次に病理形態より肺癌のX線像の特長を求むれば，

扁平上皮癌は気管支粘膜の浸潤変化を主としていて，それに伴う二次的変化として気管支の内腔の狭窄や閉塞を来すので，末梢気管支の領域に気管支拡張や，閉塞性

の肺炎ならびに無気肺変化を起こし，気管支壁の浸潤変化を来すので，それらのX線像を示すことになる。すなわち，気管支粘膜面の癌浸潤による気管支の内腔狭窄で起こった変化像ということになる。それであるから，気管支粘膜面より外膜をこえるまでには時間的にはかなりな時間となるので，この時点で発見され診断されれば，結果的には治療効果を期待できる時期として，診断可能な範囲となる。

小細胞未分化癌は大きな気管支に発生し，発生の部位や，その進展形式は扁平上皮癌に似ているが，異なることは，気管支をとりまくリンパ管やリンパ節への癌の進展速度が早く，扁平上皮癌によって起こる二次的な変化像をとらえにくい。したがって治療効果の面からは感受性が高くしたがって治癒に期待がもたれることになる。治療には放射線療法，化学療法の使用である。

大細胞未分化癌は，気管支内壁にポリープ状の発育をして来る。X線陰影としては，notch sign 即ち凸凹とした辺縁をもつ像として現われ，気管支ならびに血管をまきこむ進展形式をとる。

腺癌は，腫瘍が病巣の気管支をとりまくような形態で，その中の肺の動静脈，ならびに気管支はその内腔を保持している。気管支肺胞系ならびに小葉気管支より末梢より発生するので，X線像としては，Pleura indentation（嵌入）として現われ，濃淡ちりばめた明瞭な coin shadow として現われる。陰影の大きさ径 2cm までで処理したいものである。

以上のX線所見を読む場合，胸部の単純像では肺血管陰影の様相を相当細かく読影することが必要となる。病変の部位すなわち存在診断にしろ，質的診断においても，血管影がその病態をよく反映しているものが多い観的からして，血管影を正確に解析することが，X線診断上の重要な鍵といっても過言ではない。そして血管影の解析に焦点を合わせて断端像も読んで行くことが必要となる。

まずそれに必要なことは何か？　答としてはX線解剖の基礎知識を充分に理解することであり，それをX線像の上において解析して行くこととなる。すなわち読影のじょうず，へたはそのパターン認識をじゅうぶんに，取り入れて，保持し，取り出すことが可能であるか否かにかかっている。肺の血管陰影としては，肺の動脈と静脈を全く別々に認識することであって，後から両者を組み合わせ，重ね合わせると，その陰影の構成が判明する。

そのような基礎をふんまえて読影すれば，小型肺癌の診断は可能であり早く見つけ出すことができる。小型な肺癌になればなるほど，腫瘤陰影の周辺像としての凸凹や，癌放射は診断上明確な所見として情報を提供しない。

2. 骨の診断

佐藤安正先生（豊島区　整形外科）のご協力により「骨のレントゲン写真読影シリーズ」として今回より毎回，連続して行なうことになり，約2年間すなわち24回の計画で行なう予定です。

症例は佐藤安正先生がご提供され，その症例を中心にsign をいかに取り出し，いかに表現し，どのように意味づけして行くかである。

今回のおもな症例は，多発性骨髄腫，肩関節，変形性関節症，副甲状腺機能亢進症，骨肉腫である。Clinical Roentgen Conference Print 17集を発刊す。

（〒 180　東京都武蔵野市吉祥寺本町3-12-5）

〈例会二次夕食会記録〉

第102回（47.3.12）

今回は赤坂プラザの地階にあるドイツ料理の店アルテ・リーベにしました。学生会代よく銀座のドイツ人の店に先生といっしょにビールを飲みに行った思い出もあります。やはりドイツ風の部屋づくりで落ち着いた感じです。外人のウエイターが食器や料理を運んでくるのも一風変わった気分になります。

6時になったらピアノ，ドラム，セロ，アコーデオン，バイオリン2名，女の歌手，男の歌手の音楽演奏は学生時代を思い出し，ドイツ民謡その他の歌も口ずさみ足ふみをして音楽に乗ってきて気分は上々であった。日本酒好みの先生には申しわけなかったと思います。ドイツ語の会話でも飛び出すかと思ったが，日本語オンリーでした。

（文・高橋胤文）

調査報告

往診についてのアンケート

3月の例会で往診の問題がいろいろ検討されましたが（例会記録をごらんください），以前例会の席上でご出席の先生方に往診鞄の内容を発表していただいたことがあります。

それから年月もたち，世の中の情勢も変り，往診を原則としてしなくなった先生も多くなりましたが，緊急に備えて往診鞄の中にどのようなものを準備しておられるか，一部の先生にアンケートでご発表願いました。

主として内科，小児科の先生にお願いいたしましたが，18名の先生からご回答をいただきましたので集計してみました。

往診鞄の内容について

1. 救急用として常備してある器械

A．診断用

①聴診器（電子聴診器を含む），②体温計（SMEC-10電気体温計を含む），③血圧計（アネロイド型を含む），④舌圧子，⑤懐中電燈，⑥打腱器，⑦その他状況により頻用するもの　㋑心電計，㋺白血球計算用メランジュール，チュルク氏液，㋩採血用バイアル，㋥スライドガラス，㋭採尿用空瓶，㋬触覚計，㋣耳鼻科用電燈，㋠巻尺，㋡検眼鏡，㋢二重蓚酸塩試験管

B．治療用

①注射器各種（ディスポーザブルを含む），②注射針各種（ディスポーザブルを含め予備を十分に），③綿棒（耳・鼻・咽頭用），④ピンセット（有鈎，無鈎，耳鼻用を含む），⑤メス（尖頭，反尖頭，球頭を含む），⑥駆血帯（その目的に使うゴム管を含む），⑦開口器，⑧エアウェイ，⑨ネラトンカテーテル8～9号，⑩コッヘルまたはペアン鉗子，⑪その他状況により頻用するもの　㋑O_2 吸入器，O_2 ボンベ，AMBU，㋺浣腸器，㋩縫合針および糸，㋥人工蘇生器，㋭リンゲル点滴用具

2. 救急用として常備してある薬物

A．強心剤（末尾の数字は回答医師数）

1. ネオフィリンM注	2m*l*	(5)
2. ネオフィリン（静脈用）	10m*l*	(4)
3. ビタカンファー	1m*l*	(4)*
4. セジラニッド注	2m*l*	(3)
5. ジギラノーゲンC	2m*l*	
6. デスラノシッド注	2m*l*	
7. アミノコルジン注	1m*l*	
8. アンナカ	1m*l*	
9. *l*-塩酸イソプロテレノール注（プロタノール・L注，スーナー・L注）	1m*l*	*
10. レホルミン	1m*l*	

註：＊印は強心剤に入れることに疑問なしとしないが一応ここに入れる。

B．昇圧剤

1. ボスミン注	1m*l*	(5)
2. ノルアドレナリン注	1m*l*	(5)
3. アラミノン注	1m*l*	
4. ネオシネジン・コーワ注1号（静注）あるいは2号	1m*l*	

C．呼吸器系薬

1. テラプチク筋注用	2m*l*	(5)
2. テラプチク静注用	3m*l*	(5)
3. アロテック注	1m*l*	
4. アストセダン・O注	0.5m*l*	
5. イノリン注	0.1mg 1管	
6. エフェドリン注	1m*l*	
7. ロルファン注	1m*l*	

D．鎮痛・鎮痙剤

1. ペンタジン注15	1m*l*	(3)
2. ソセゴン注15	1m*l*	
3. アトモヒ	1m*l*	(2)
4. モルヒネ注		
5. フェノバールスコポラミン1号	1m*l*	
6. グレラン注	2m*l*	
7. 複合ブスコパン注	5m*l*	
8. ロートポン	1m*l*	
9. ノブロンA	2m*l*	
10. ルミトロピン	1m*l*	

E．止血剤

1. アドナ（AC-17）注	皮下 2m*l*，静注 20m*l*	
2. トランサミン注	5m*l*	
3. トロムボゲン注	2m*l*	
4. カチーフN注	2mg　1m*l*	
5. マネトール注	1m*l*	

F．副腎皮質ホルモン

1. ソルコーテフ		(2)

2. プレドニン注　5mg　1m*l* または1瓶 (2)
3. プレドニゾロン注　20mg　1瓶
4. セルフチゾン注　3.3mg　1m*l*
5. デカドロン注　1.65mg
6. リンデロン注　2mg　1m*l*

G. 抗生物質およびサルファ剤
1. ペニシリンゾル
2. クロマイゾル
3. カナマイシン
4. テラマイ注　50mg または 100mg
5. セボラン注　250mg
6. リンコシン注　600mg
7. アプシード注　5m*l*
8. アプシードB注　2m*l*

H. アレルギー用薬および刺激療法剤
1. 強力ネオミノファゲンC　2m*l*
2. ベナ注　1m*l*
3. プロコン注　1m*l*
4. ビスオ注　2m*l*
5. エルスチン注　2m*l*
6. ムルチン注　2m*l*
7. LL注　1m*l*

I. 解熱鎮痛剤
1. ダンケルン　20m*l*
2. ザルブロ糖　20m*l*
3. カンポリジン　2m*l*
4. ウインタミン注　0.5%　2m*l*

J. 代謝性薬品
1. ビタミン B_1　20m*l*
2. ビタミンC　100mg
3. アリナミンF　5mg
4. 20%ブドウ糖　20m*l*
5. 50%ブドウ糖　20m*l*
6. 20%キシリット注　20m*l*
7. 7%メイロン　20m*l*～50m*l*

K. その他
1. フェノバール注　10% 1m*l* (催眠)
2. リナーセン注　100mg(〃)
3. ニコリン注　5% 2m*l* (意識障害)
4. ブスコパン注　1m*l* (副交感神経遮断)
5. ギルリトマール注　2m*l* (不整脈)
6. プリンペラン注　2m*l* (胃腸機能)
7. エンテリン注　2m*l* (腸内殺菌)
8. メデルギン注　1m*l* (子宮収縮)
9. チトクロームC注　15mg(細胞代謝賦活)
10. スプラーゼ　200単位(拡散酵素)
11. 2%キシロカイン　1瓶(局所麻酔)

L. 内服薬等
1. ニトログリセリン錠
2. ニトロール
3. 亜硝酸アミール
4. ノブロン錠
5. エガリン錠
6. エリスロチュアブル　100mg
7. キャソサイクリンカプセル　250mg

その他，ラキサトール，サルファ剤，睡眠剤，処方不明ですが大人用カゼ薬，小児用カゼ薬，胃の薬などを予め若干用意しておられる方もありました。

M. 消耗品その他
1. アルコール綿
2. ルゴール液
3. ガーゼ
4. 繃帯（4～5裂）
5. 油　紙
6. デキストロスティックス
7. コンビスティックス
8. レスタシン軟膏，タールパスタ，硼膏など若干の外用薬

N. その他状況によるが比較的頻用するもの
1. カゼ症候群に関するもの

鎮咳——メルコチン 1m*l*，メジコン注 0.5% 1m*l*，ケータイン 1m*l*
解熱——25%スルピリン注
綜合——強力オベロン注 2m*l*

2. 脳卒中等

ATP 注 5～40mg，ガミベタール 2m*l* (脳代謝促進)，アポプレクタール注 5m*l*，メトブロミン注 1m*l* (降圧，使用注意！)，ヘスナ注 2m*l* (止血)，コアグミン注 10m*l* (止血)，カリクレイン・デポー40単位 (循環系ホルモン)。

3. その他

パドリン注 1m*l* (鎮痛)，モリアシンS (綜合アミノ酸剤)，トラベルミン 1m*l* (鎮うん剤)，レスタミン，ネオレスタミン，ゲンタマイシン注 ($V.K_1$)，ピラビタール，塩カル，塩酸プロカイン，セファメジン注 (合或ペニシリン)，インタセリン注 2m*l* (胎盤エキス)，ソルコセリールなどがあげられていた。

また内服等については

アイロゾンカプセル(エリスロ)，バファリン錠，燐コデ錠，スルピリン，アンチピリン，ピリン禁忌にはサリミット，アスピリン，ラシックス，パリオメール坐薬などか列記されていた。

往診一般についての意見

1. 往診の減少は都会，地方の別はない。

後藤氏(新宿)／重篤な患者は入院させ，守備範囲内の患者だけに限って往診しています。奥山氏(港区)／小児科に関する限り，次の場合を除いては往診の必要はありません。

1. 生後14日以内の新生児，未熟児
2. 麻　疹

吉田氏(仙台市)　往診鞄の内容を見せたがらないのは医師のエゴと閉鎖主義だと議論した時代もありましたが，今は小児科では全患者外来で，往診は全くありません。鞄は埃をかぶっており，お恥しい次第です。

阿部氏(新宿区)　往診依頼があっても，症状を聞き来院させることもあるし，他へ紹介することもある。

春日氏(新宿区)　私はあまり往診はしません。先日の“からだの科学”に書いた“往診考現学”の考え方は今も変っておりません。

木村氏(三鷹市)　往診は少なくなりました。自動車が普及して連れて来易くなったためでしょうか。それとも私が嫌がるためでしょうか。核家族が多くなって，薬を取りにくる人手がないようなので，できるだけ内服薬も置いてくるようにしています。

信木氏(岡山県)　周辺地区にArztが多く，また4km以内に救急指定病院があり，当地方では農家が殆んど自家用車を所有しているので，来院することが多く，また往診先で必要な器械などができたときは当院に取りに走らせることができます。

農家は一般に金に汚いので，往診料を聞いて自家用車で来てしまいます。

広橋氏(佐渡)　ここ数年，自動車が普及したせいもあってほとんどありませんし，私自身の健康上の理由からもほとんど出ません。

平野氏(羽生市)　往診でやれることは高が知れている。来院できないようなものは救急車で病院へ運んで処置した方がよいと思う。

50歳を過ぎた当今，エネルギーばかり多く費して効果の少ない往診は減らす方針をとっている。

2. 逆に往診が増加する要因もないではない。

目向野氏(江東区)　発熱については，感冒など原疾患が重篤でないものはできるだけ来院させる方針だが，心疾患や脳血管損傷が疑われる場合など，生命の危険の考えられるものは即刻往診することにしている。

また深液など交通機関が利用できない患者で，往診の必要を認めたものは必ず行くことにしています（編者註，割合からいったら農家より都会の小市民の方が車を持っていないかもしれません。）

久野氏(新宿区)　往診先では十分な検査や治療ができないので，必要止むを得ない時に限るようにしていますが，最近は老人の長期臥床ないし外出不能の患者が多くなりました。その場合でも週3回以上の往診を必要とするものは入院するように指導しています。

柴田氏(大田区)　医療機関の多い東京などでは救急車で病院に送る方が患者に親切だと思います。その場合こういう症状のものにはどの病院が良いということを平素から見当をつけて置き，患者の経済状態も考慮のうえ，できるだけ病院の方に話をつけてから送ります。

往診では佐々廉平先生のいわれるように，やはり誤診率は高いと思いますし，車のある患家も多くなりましたから，なるべく来院させます。熱性病などは診断をつけKlageをとってやれば満足して帰りますし，自然気胸などでは透視をしてそのまま病院へ送ったこともあります。

一方，どうしても往診の頻度の多くなるのは生活保護の患者だと思います。これは医療券の関係もあり，また乗物の点でも気の毒なことが多く，さらに送院についても福祉事務所との連絡など面倒なことが多いものです。

多少無理をして来診した患者は予備室（心電図室）などに半日ぐらい休ませて帰したこともあります。

最近往診して救急車に同乗して病院に行ったケースは房室不完全ブロックからアダム・ストークス症候群を起こした1例，心房細動を伴なう僧帽弁狭窄症から脳栓塞を起こした1例，糖尿病から不明の胃腸管出血（下血）を起こした1例というようなものです。

心筋硬塞やアダム・ストークスを起こしそうな患者には予めCCUへの依頼状を渡しておくこともあります。

最近ある先生が胆のう炎の患者を往診して，複合ブスコパンを静注して5分ぐらい様子を見て帰ったら，帰宅する前に死亡してしまったという例があります。往診先ではつい心が急いでピリン禁忌を聞き洩らすこともあるものです。

痛風の患者にはコルヒチンを5錠だけ渡しておいて，発作が止るまでの服用法を教えておくと深夜往診はせずに済みます。

定型的な痛風発作はなくても，サイアザイド使用例などで，尿酸が9mg以上あるケースには一応説明して渡しておきます。

往診のさぼり方ばかり書いたようで気がひけますが，行かなくとも済む往診なら，なるべく翌日にエネルギーを残しておきたいと，いろいろ考えている次第です。

鈴木氏(山武町)　往診について大切なこと，

医師側……体の健康と心の平安を保つこと，酒はねる

前にのむこと，

患者側……1. 必要と思ったらなるべく早く頼むこと

2. 患者の状態をよく知っているものが頼みに行くこと

3. 人間関係をうまく保つこと

高橋（新宿区） 診療所と住いを分離する先生がふえたため都心でも無医村に近い状態のことがあるので，できる限り往診することにしている。

それに老人の独り住まいは大問題である。電話がかかって往診してみても入口の錠がかかっていて入れない。こういう老人は隣り付き合いが悪く，変人が多いので，たびたび薬も届けてやらなければならない。

老人ホームへ行くことをすすめても頑として聞かず，医師が1人で責任を負うような形になりやすいが問題であろう。

本集計に際して後藤秀倫，奥山虎二，吉田秀一，阿部賢皓，春日豊和，木村和郎，信木晋栄，平野健次，樋渡喜一，広橋鋼一，伊藤喜久男，日向野晃一，久野周一，柴田一郎，方波見康雄，鈴木祥司，高橋胤文，広瀬正義の諸先生にご協力いただきました。

ここに厚くお礼申し上げます。

まとめ 上田篤次郎

（〒 161 東京都新宿区中落合4-4-15）

最近の講演より

温泉特に箱根温泉の医学的雑談

おことわり

本稿の内容は第178回臨床懇談会において，神奈川県小田原保健所長・成田功博士の講演されたものです。

同博士は，温泉課という独立した課を有する全国唯一の保健所の所長であって，温泉医療の本質やその行政・指導面における最高の権威者であります。

その研究の一端を臨床懇談会の要望により，専門的ではなくて，一般医の常識程度を標準として話してくださったのがこれです。

私たちはよく患者から温泉療法ということばを耳にします。そんなときに本稿の内容はムンテラの材料として，まことに格好のものに思われます。そのような意味におきまして，同博士にお願いして，そのときの講演内容の本誌への掲載を特に承諾していただいたわけです。

ここに本誌を代表して同博士に厚く御礼申しあげます。　「人間の医学」編集室

小田原保健所長　成田　功

この箱根温泉は，江戸時代には箱根七湯といわれていたが，現在では18温泉場に増加し，源泉数も365に達し，毎分2.8万 l，日量で4万トンの温泉が湧き出ている。明治の文明開化と，特に最近の交通機関の発達に伴い，ここの温泉開発は急激に進んできた。

昔からの温泉場には不治の病が治ったといういくつかの伝説がある。足柄山の金時は不治の眼病にかかったが，箱根姥子温泉で治ったと伝えられている。以来眼病に特効があるとされ，たくさんの人が湯治におとずれている。また，箱根宮の下温泉は江戸時代から痔によく効

表1　箱根温泉平面分布（距離は箱根カルデラの中央火口丘から計算）

距離	1000m	2000m	3000m	4000m	5000m	6000m	7000m
箱根火山の温泉	中央火口丘周辺の温泉	湯の花沢（早雲山） 大涌谷 姥子 湖尻					
			芦の湯 小涌谷 二の平 強羅 木賀 底倉				
				宮の下 堂ヶ島 宮城野 仙石原			
	基盤岩類の温泉				大平台		
						（須雲川）	
							塔の沢 湯本

くとの定評があった。

昭和23年に温泉法が施行されたが，これは，温泉はきわめて医療効果のある貴重な地下資源であるから，これを大切にし，健康に役だてることを目的としているのである。また，**温泉には温泉分析をして，その温泉が何に効くかを掲示するように義務づけ**られている。しかし，いくら効果のある温泉でも，一泊くらいで，しかも1～2回の入浴で医治効果を期待するのは無理であろう。病後のいく日かをゆっくり温泉にひたったり，昔から行なわれているいわゆる湯治によってはじめて，健康回復に効果が現われてくるのである。

しかし，ストレスによる心身症，ノイローゼ，マネージャー病などは，雄大な箱根の景色を眺め，箱根温泉につかってゆったりすることによって，即座に効果は現われる。とくにロマンスカーや登山電車を利用して，箱根に2泊3日以上も逗留すると，大いにストレス解消が行なわれるものと思われる。これは温泉の医療効果のうちで最もすぐれたものである。

箱根の温泉は，箱根火山のカルデラ内（陥没火口）に湧出するものであって，中央火口丘およびその周縁部に湧出するものと，新期外輪山の外縁部の基盤岩内から湧出するものの二つに大別することができる（表1参照）。

現在までに温泉湧出機構の解明されたのは，箱根中央火口丘および新期外輪山内側の温泉である。箱根火山地下にあるマグマ溜（岩漿溜）からの熱流は，主として中央火口丘下にあるが，熱岩漿内から分離された熱水中の主塩類は塩化物と考えられ，それが，芦の湖から箱根火山のカルデラの基盤岩と，中央火口丘溶岩の接面にある透水性岩層のところを流れ，東に流動し，早川にいたる地下水と混合して各種の温泉をつくっている（図1参照）。

そしてその基礎的成分は食塩水であるが，以上のことを解明する手がかりとして，地球化学的にここの温泉を分類すると4種と，その混合型になる（表2参照）。

熱水と地下水の混合により，熱水中の微成分の硫化水素などは，箱根温泉源流の上部に集合濃縮され，酸性の硫化物泉の湧出となる。地下の流動する温泉は，熱流を過ぎ地下の溶岩層中の成分を溶解して，主として硅酸，カルシウム，マグネシウムイオンを含有した温泉となり，湧出のときにはそれらの混合型となった温泉が湧出している。箱根基盤岩中から湧出する温泉は，年代的にも古い熱水が地下水と混合して泉源をつくっているもので，比較的深い所から揚湯しているものは溶存塩の多い混合型の温泉である。

以上の成因に基づく箱根温泉を，医療効用面から現在

図1　箱根の温泉分布

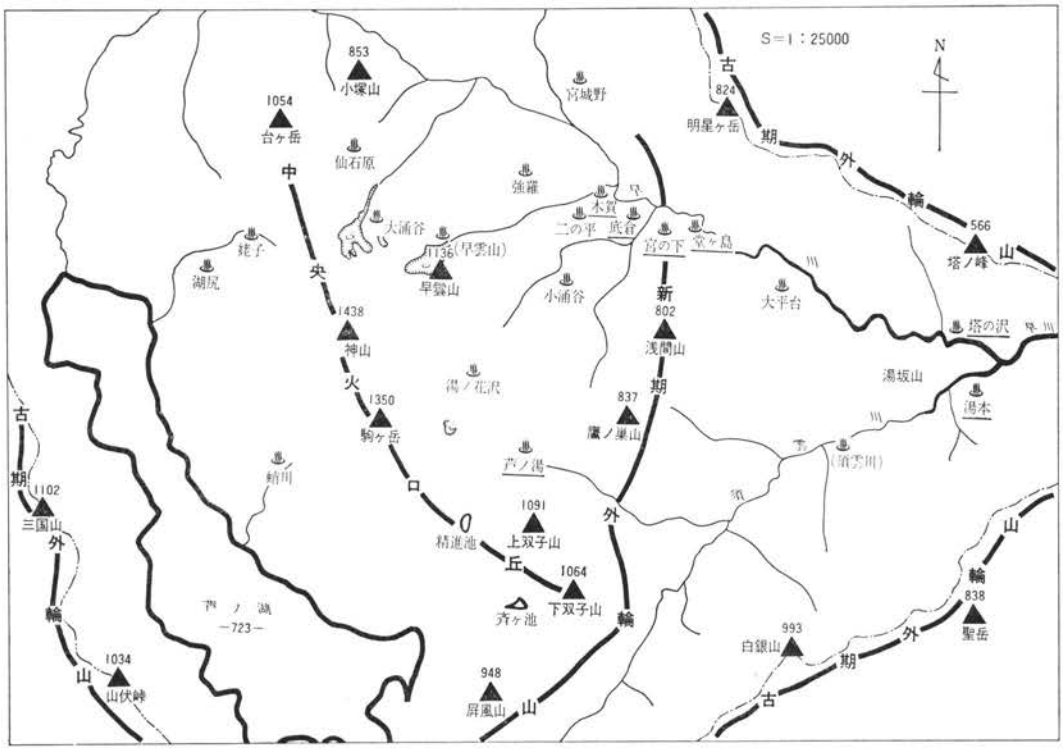


表 2　箱根温泉の泉質垂直分布

標高 (m)	自然科学の泉質 (4種と混合型)		医療効果の泉質 (14種)	適応症	温泉名 (SPA.)
1000	酸性硫酸塩泉 (中性硫酸塩泉)		単純温泉 硫化水素泉 含石膏硫化水素泉 石膏泉 酸性明ばん緑ばん泉	リウマチ性疾患 高血圧症 婦人病 皮膚病	湯の花沢 大涌谷 芦の湯 姥子
900					
800	重炭酸塩硫酸塩泉	(混合型)	単純温泉 石膏泉 芒硝泉 含芒硝重炭酸土類泉	胃腸病 婦人病 疲労回復	姥子 芦の湯 強羅 二の平 湖尻
700					
600	塩化物泉	(混合型)	単純温泉 弱食塩泉	同上 *(上気，ささう，たん，うちみ，てんかん，かっけ，すしけ，中風，ぜんそく，ぢ，づつう，めまい，うちみ，けっわい，腫物るい，寸花，けっくわい，らうがい)	小涌谷 二の平 強羅
500	塩化物重炭酸塩泉		単純温泉 弱食塩泉	同上	宮城野 木賀 底倉 宮の下 堂ケ島
400					
300	塩化物重炭酸塩泉		単純温泉 弱食塩泉 含塩化土類弱食塩泉 含石膏 含芒硝 含重曹 含土類 含食塩重炭酸弱食塩泉	リウマチ性疾患 神経症 婦人病 疲労回復 *(筋気，かっけ，さう毒，下かん，骨のいたみ筋ちがい，田虫，水むし，せんま，こしのいたみ，きり疵，中風，ざそう，けんうんさん，ぢ，打身，かんしやく，口中痛，なつち，すくけ，むしるい)	大平台 塔の沢 湯本
200					
100					

* 文政13年東雲草より

の温泉分類によって分類すると，箱根温泉には14種類の温泉がある（表2参照）。これをみると，特殊な放射能泉，鉄泉などの温泉こそないが，その他の日本にある火山性の温泉はすべて，箱根には存在するということができよう。

温泉を医療的に使用するには**その地の気候，地勢，位置，環境，設備等を考慮して，いわゆる湯治**を行なうべきである。この箱根温泉はそれらの諸条件はもとより，その温泉の種類の豊富さなどから判断してみると，実に大いなる効果の期待できる温泉の一つである。

なお，温泉療養には過去のわれわれの先輩が長い年月をかけて，経験的実証を得た効用もまた大切である。温泉の成分は地下水が地下を流れている間に，周囲の岩石からとかし出してくるもので，ごく微量に含まれている特別な溶存成分が，そこはかとなく効果をもたらすものである。

地球の深部から湧き出てくる温泉は，人間が地表でわかした湯などとは成分が異なっていて，えもいわれぬ効用があると思われるのである。

箱根温泉の療養効用について文政年間に出版された「東雲草」しののめぐさの一部を引用して紹介しておく（表2参照）。

おわりに**禁忌について**若干ふれておく，急性疾患特に急性熱性疾患，憔粋状態，高度の心臓病，病勢進行中の疾患等は禁忌とされている。また，慢性腎臓炎やことに急性腎臓炎には食塩泉，重曹泉，含重曹食塩泉の飲用が，バセドウ氏病には含沃度食塩泉の飲用などが，それぞれ禁忌とされている。

（〒 243　神奈川県厚木市中町 2-7-17）

最近の小児結核

——特に結核性髄膜炎と BCG の問題について——

地域小児科医会

司会　最近は結核という病気は非常に少ないものですから，私たちはどうかすると，**そういう病名を頭から失いがちで**あります。そのために，ややもするとその診断が遅れがちとなり，われわれ自身にがい経験をしたことがあります。

本日はそういう症例を報告しまして，昔のご経験とあわせていろいろと検討していただきたいと思います。

それに続いて**BCG の問題**について，会員の諸先生からアンケートのお答えをいただきましたので，そのままとめを報告申しあげ，また，それについていろいろ話し合っていただきたいと思います。

「人間の医学」編集部よりのおことわり

以上はこの会の司会者がその開会に先だって発言したことばでありますが，これはまたそっくりそのまま，本誌編集者がこの司会者に特にお願いして，その内容の本誌への掲載を許可していただいた理由でもあります。

編集者が録音テープより筆記より際に，筆記内容に正確さを加える意味で，一部の発言者には発言内容についての抄録を提出していただきました。それ以外の発言者のお名前は編集の都合により省略させていただきました。

また，貴重なお発言であるにもかかわらず，ページ数の都合により，その要旨のみにとどめたり，あるいは省略したりしてしまったところも多くございます。

その失礼を深くお詫び申しあげますとともに，諸先生のご協力に対しまして本誌を代表して厚くお礼申しあげます。

なお，この会合とは**昭和47年5月11日，日赤中央病院で開催されました第10回地域小児科医会であり**，その際の司会者は**川崎富作先生（日赤中央病院）**であります。

本稿は上記川崎先生のご校閲をいただきましたが，文責はすべて本誌編集者にあることを明確にしておきます。

症例 1　（9歳：女児）　報告医——**大川澄男**

主訴：発熱，嘔吐

家族歴：父41歳肺結核の既往あるも現在は健康，母38歳，健康，ツ反陽性第1子14歳男児，第2子10歳男児，いずれも健康ツ反陰性，患児は第3子，経済的には良好な家庭。

既往歴：発病6か月前，ツ反陰性，**BCG 未接種**。

現病歴：昭和46年11月26日，軽度の頭痛あるも放置

11月28日（第3病日）37.6°C，登校。

11月29日（第4病日）38.6°C。かぜ薬をのんで自宅療養。

11月30日（第5病日）いったん下熱せるため登校。頭痛，嘔吐1回あるため，近医にてかぜとして治療を受ける。

12月2日（第7病日）38°C 嘔吐1回，頭痛続くため某医に受診，自家中毒症として制吐剤の投与を受ける。

12月6日（第11病日）38.5°C，胆汁様嘔吐1回，自家中毒症として輸液療法を受ける。やや嗜眠傾向出現。

12月7日（第12病日）嘔吐1回，発熱持続。

12月8日（第13病日），嗜眠傾向進行し，終日うとうとするため当科受診，直ちに入院する。

入院時所見：栄養良好，体格中等度，顔色不良，眼瞼結膜やや貧血性，皮膚乾燥，ツルゴール正，応答正常。咽頭，胸腹部異常なし。

項部強直（卅）ケルニッヒ症状（卅）ブルヂンスキー徴候（卅）バビンスキー反射（卅）

検査所見：Hb 12.0，RBC 384万，WBC 7000，Bas. 0，Eos. 0，My. 0，Met. 0，St. 5，Seg. 56，Ly. 34，Mon. 2，赤沈 5mm/hr.，CRP(−)，Na 128，K 4.5. Cl 89，Urea-N 11.5，尿正常，咽頭培養 Neisseria(+)，ツ反陽性。

髄液所見：細胞数：212/3，N/L 1.0，パンディ(卅)，Cl 112，糖38，細菌（塗抹）(−)

経過と治療：直ちに広域抗生剤と抗結核剤の投与にて経過を観察する。頭痛は軽減せるも，嗜眠傾向と発熱(38°C 台）が持続。髄液中の細胞数は，1000/3〜2000/3と増加，圧倒的に好中球優位を呈す。

第6病週に，入院時採取髄液の培養基中に結核菌を証明，抗結核剤の治療をさらに強力に施行す。

第7病週にはいり，発熱は 39〜40°C，髄液中細胞数は4000〜9000/3にも及び，圧倒的好中球優位を示し，一過性の意識障害も出現したが，抗結核剤が徐々に奏効し，第10病週には37°台に下熱傾向を示しはじめた。

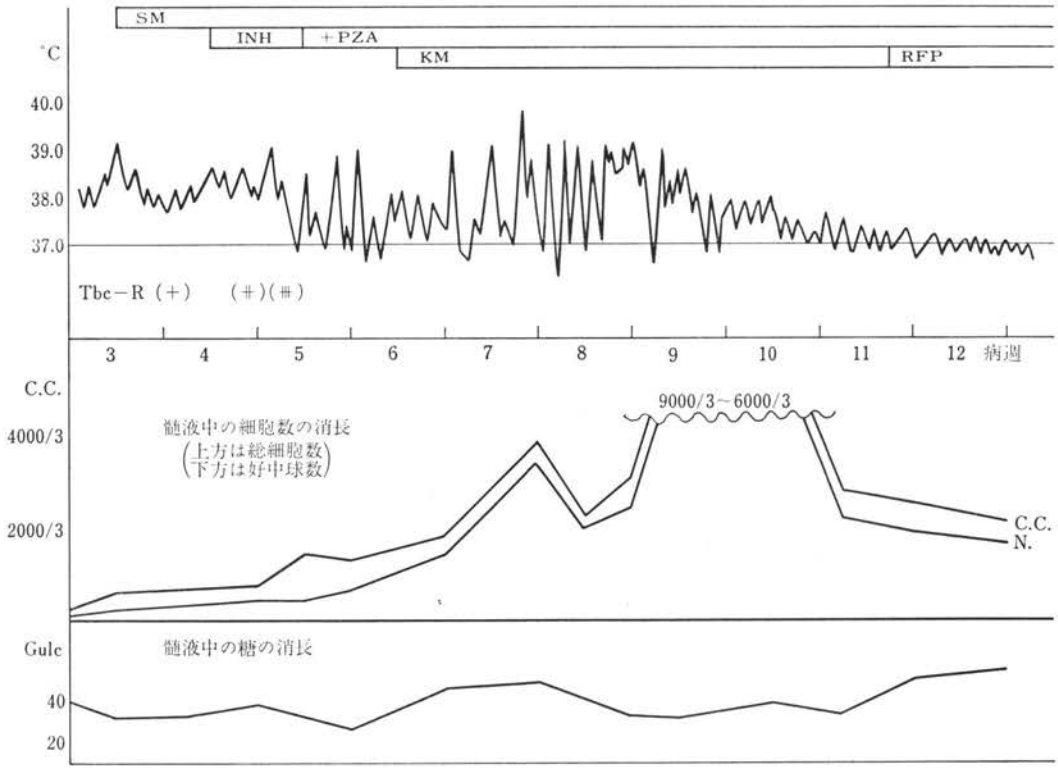


図 1 症例1の経過

第14病週に，髄液中細胞数も2000/3程度となるも依然として好中球優位。

その後一過性の顔面神経麻痺を呈するも寛解，現在のところ（第20病週），後遺症は全く認められない。

全経過中，髄液中には結核菌以外の細菌は証明されず，胸部レ線像は正常，赤沈値正常・CRP などの急性反応物質はいずれも陰性であった。

なお感染経路については，現在のところ明確でない。

症例1についての討論

○この例は入院当初，抗生剤の不じゅうぶんな使用により化膿性髄膜炎が多少変わった形をとっている，いわゆる修飾型じゃなかろうかと考えたりもし，また家庭環境がよいので結核は否定したいけれども，一方結核性髄膜炎も否定はできないというようなことで，最初の1週間ほどは SM と他の抗生剤との両方を併用し，両者の治療をしました。

○この例は結核性髄膜炎でありながら，髄液中の細胞数が9000/3というように著しく増加し，またその大多数は好中球でした。

最近の結核はこういうものなのでしょうか。または本症例は特例であって，SM などの治療によってこういうように変化してきたものなのでしょうか。

○その結核菌の耐性を検査してみると，SM, KM, INH, PZA, RFP などのどれにも耐性はありませんでした。

○髄液は Sonnenstäubchen はありましたが，eitrig ではありませんでした。しかし，それがだんだと濁ってくるので，どこかに化膿性髄膜炎がひそんでいるんじゃなかろうかとも考えました。しかもそれは二次的に感染したものかもしれないとの心配さえしたものです。

○Fibrinnetz は入院当初ははっきりしませんでした。しかしいくら丹念にさがしても，それからは結核菌は証明されませんでした。

○感染源としては，家族・関係者のうち次の2人以外は全部調べてありますが，その疑いはありません。

一人は昔軽い結核をやっているので，自分が感染源じゃなかろうかと思っている患児の父親と，もう一人は，学校を退職していて，したがって**定期の健康診断を受けていない家庭教師**とがいて，この二人だけは何としても

検査をすることができませんでした。おそらくそのうちのどちらかが感染源と思われます。

○初感染は10月ころかどうかはわかりませんが，とにかく発病6か月前はツ反応（－），入院の当初は陽性，1週間後に再検したところ強陽性に変わっております（ツベルクリン液の力価の関係かもしれません）。

患児は1か月前ミンクに噛まれたことがあります。

それで Toxoplasmosis かとも心配しました。

○胸部の X—P は当初も現在も所見はありません。

○発病後2週間以上もたっていて，当然 Lähmungs-stadium にはいっていたはずなのに，その症状がでていないし，その後遺症もないのはおかしい。

また，CRP 検査成績は終始(－)，血沈は終始10以下，髄液所見に反して化膿性髄膜炎を思わせる症状もなく，どう考えてもやはり，結核性髄膜炎の経過中の一変化と考えるよりほかはありませんでした。

○この場合の菌の毒性が弱いのかと思って調べてもらいましたが，毒性は普通の人型菌とのことでした。

○痙攣は第8週ごろに高熱時少しく Klonus がありました。また一過性に左に顔面神経と動眼神経麻痺がありました。

○そういうときにステロイド剤を大量に使うといいということです。

○本患児には髄注は SM 100mg あるいは KM 1mg，そのほかにステロイドホルモンは髄注にも経口的にも使用しております。

○腓腸筋の萎縮と硬直がおこり，尖足の傾向がありましたので，早くからマッサージを行ないました。

現在膝蓋腱反射はやや亢進しているが，他の病的反射もなく，また Fußklonus もありません。

症例 2　（9か月の男児）　報告医——**薗部友良**

主訴：全身痙攣

家族歴：母方の祖母が肺結核で昭和46年秋に入院加療をした。本患児は生後1か月間，その祖母といっしょに生活をした。ほかに特記すべきことなし。

既往歴：満期軽度難産で，初体重4700g。人工栄養で，発育に異常はなかった。

生後3か月でツ反を受け $\frac{0\times 0}{16\times 12}$ さらにその1か月後に再検し $\frac{13\times 18}{13\times 18}$ だったが，胸部レ線と血沈が異常ないので INH の投与は受けなくともよいといわれた。

現病歴：昭和47年3月10日ごろ（生後8か月）より笑わなくなり，食欲がややおちたが，発熱などには気がつかなかった。同月17日より18日まで，38°C 台に発熱し，母親が抱いていないと，むずかった。同19日に下熱するまで，近医にて中耳炎として治療された。しかし不機嫌が続いた。同23日ごろより，目でものをおわなくなり，一点を見つめて，母親にも無関心になり，うとうとばかりしていた。しかし嘔吐もなく，食欲はまあまあであった。同25日手足や口唇を日に数回ふるわせるようになった。

同27日今までの経過から中耳炎としては，どうもおかしいという親の疑問から，某病院で受診し，血液，胸部レ線写真，ツ反などの検査を受けた。同28日朝から全身性の痙攣が頻発し，頭をさわると“ギャー”と悲鳴をあげるようになったので，本院を紹介されて，急患として，夜に来院，直ちに入院した。

入院時所見：体重は 10kg で体温は 38°C であった。顔貌は苦悶状で意識はなく，首を横にふり続けていたが，全身痙攣はなかった。大泉門は軽度に膨隆し，瞳孔は正円で左右不同はなく対光反射は存在した。頸部に両側とも，小指頭大の割と固いリンパ節を触知した。咽頭発赤なく，胸腹部に著変はなかった。神経学的検査では，腱反射が著明に亢進し，バビンスキー徴候および足間代があった。項部強直強くブルジンスキー反射も著明に陽性であった。ツ反は $\frac{15\times 15}{15\times 15}$（36時間）で陽性であった。

入院時検査：リコールでは脳圧亢進し，細胞数 347/3 で Ly., 315, N. 32, Pandy (＋), Tryptophan (＋), 総たんぱく 36mg/dl, 糖 16mg/dl であった。血液では，R 415万，Hb 11, 3g/dl, Ht 36%, W 11600 (St. 2, Seg 64, Ly 24, M 9) 血沈12/29で CRP (＋), 他の血液生化学および尿は正常であった。胸部レ線像では病的陰影を認めなかった。

治療ならびに経過：当日より INH, KM, SM と抗痙攣剤を投与したが，脳圧が上昇すると痙攣が起こり，リコールを抜くとおさまった。約4日後より全身痙攣は起こらなくなり，神経学的にもいくぶん改善がみられて，音などに少し反応するようになったが，意識はもどらず現在にいたる。リコール，胃液よりの結核菌培養は今の所陰性である。

症例2について討論

○これは昔，われわれがよくみていたような古典的な型の結核性髄膜炎です。この子どもは臨床的にはもう救助の見込みのないような状態で入院してきたもので，現在はすっかり vegitable の状態になっております。

また Anamnese の中に嘔吐という現象はありませんでした。また食欲が落ちたとはいっても，まだまだ栄養は非常にいいほうです。

○この家庭は大家族主義というか，1家屋内を仕切らずに父の側の5家族が共同で住んでいます。しかし，そこには結核の関係者はありません。

本人の生後1か月くらいの間，祖母が手伝いにとまりこみできておりましたが，これが感染源と思われます。

本人の**姉は BCG を受けており**，最近の検査で結核は否定できました。

○患児は BCG はやらず，生後3か月でツ反応が陽転しました。しかし予防内服もやっておりません。

○髄液は培養中ですが，まだ結核菌は出ておりません。今のところ胃液からも結核菌は塗抹・培養ともに証明されておりません。

○本例の臨床像は結核性髄膜炎そのものであり，またその治療にも反応して，目もあける，物も飲みこめる，熱型その他も落ち着いてくるなどの変化はありましたが，意識状態の改善はありません。

○私の病院（日赤産院）では昭和32年以降結核性髄膜炎はみておりません。

その32年の例は8か月の子どもで粟粒結核でした。他医で PAS, INH の内服療法をしていましたが，よくならないので転医してきたものです。髄膜症状はなかったが髄液所見がよくないので SM, PAS, INH の三者併用療法にきりかえてみました。そのうちに笑わなくなってきました。

実はその前に，7歳の子の髄膜炎にハイドロコーチゾン（ロイマの時関節腔に注入する懸濁のもの）を髄注して，ものすごくよくなった経験がありますので，そのことを父親に話しまして，懸濁液だからどうなるかわからんと念をおして承諾を得て，2.5mg 髄注したら，とたんによくなって笑うようになりました。今じゃ大きくなって学校の成績もいいということです。

○私の病院（愛育病院）でも結核性髄膜炎は32年以後はありません。

○私の病院（広尾病院）では3～4年前に2～3例ありました。

症例 3　（1年2か月の女児）　報告医——**沼尻志信**

主訴：左上肢を動かさない。

家族歴：父親（32歳）が昭和36年に胸膜炎にて10日間ほど入院し，SM 筋注，PAS, INH の投与を受けていた。昭和38年肺結核となり6か月入院し SM, PAS, INH にて治癒している。

同胞はなく，母親は妊娠7か月。

既往歴：満期安産，生下時体重3,500g，首のすわり3か月，発育は正常であった。ツ反応および BCG は実施していない。

現症：昭和46年8月ころ，鼻閉・鼻漏・咳嗽があったが，某診療所でカゼと診断され，2～3日で治った。

同10月同様の症状があったが，すぐに治っている。

11月中旬，何らの誘因もなく突然嘔吐した。発熱，咳嗽はなかったが，しだいに不機嫌になり，元気がなくなった。そのころから鼻閉がよくなったり悪くなったりしている。

12月，しだいに機嫌が悪くなり，23日嘔吐している。

昭和47年1月6日，左上下肢を動かさないのに母親が気づいた。また歩行せず，立たせると左足は爪先を立て，起立できない。

1月9日患児が実家から帰宅した際，父親は余りに軽くなっているのに気づいた。（昭和46年11月には 10kg であったが，同47年1月には 8.5kg になっていた。）

1月14日某病院に入院。

発熱 37.2°C，不機嫌，左顔面麻痺があり，傾眠状態であった。

神経学的には項部硬直，バビンスキー反射，足膝クローヌスがあり，左上下肢の硬直，腱反射の亢進があった。胸部 X-P にて全肺野に粟粒大の陰影があり，腰椎穿刺にて髄圧上昇，細胞数の増加，糖の低下を認めた。

直ちに SM 350mg 連日，INH 350mg の投与を受けはじめたが，微熱持続し髄液所見の悪化をみたため，SM を KM 250mg に変更している。

1月29日隔離病室なきため当院小児科に転入院した。

入院時所見：意識明瞭，発熱なく，咳嗽なし，皮膚乾燥し，ツルゴール軽度に低下している。

左眼瞼下垂あり，鼻唇溝は右に大きい。

胸腹部に聴打診上異常を認めず。

神経学的所見では足クローヌスおよびバビンスキー反射が左に強くみられるが，項部硬直，ケルニッヒ徴候は

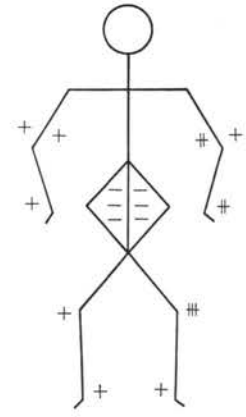


図 2　症例3の神経学的所見

認められなかった（図2）。

検査所見：

表 1　血液検査の成績

尿	異常認めず	
赤血球数	470×10^4	
血色素量	12.2	
白血球数	6,300	
血液像	好酸球5% 桿状球5% 分葉球40%	
	リンパ球50% 単球4% その他1%	
赤沈値	1時間 4mm 2時間 12mm	
血清総蛋たんぱく量	6.3g/dl	
たんぱく分画	アルブミン	48.5%
	グロブリン	
	α_1-gl.	5.5%
	α_2-gl.	12.5%
	β-gl.	9.5%
	γ-gl.	24.0%
トランスアミナーゼ	GOT	27u.
	GPT	11u.
LDH		400u.

表 2　髄液検査の成績

初圧	360mmH_2O	10cc 採取
終圧	230mmH_2O	
パンディ	(+)	
トリプトファン	(+)	
たんぱく	36mg/dl	
糖	34mg/dl	
細胞数	総数 217/3	
	Ly 90	
	N 127	

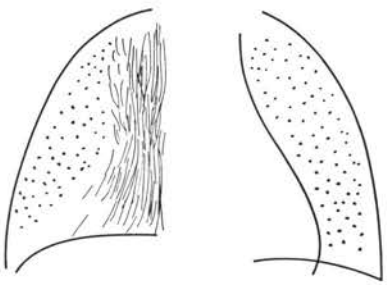
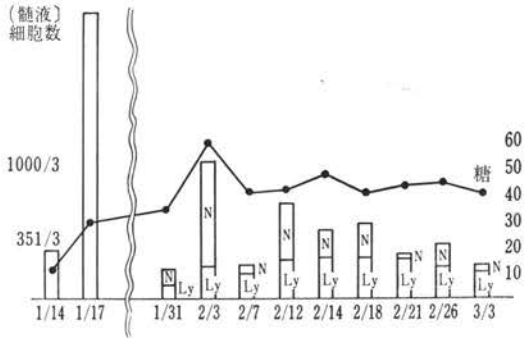


図 3　症例3の X—P 略図

EEG では右半球は側頭中心に flatt lazy，左半球に slow wave が著明で，diffuse な abnormal EEG で，とくに右に damage が強いように思われる。

髄液および胃液の結核菌検査では塗抹・培養ともに菌は検出されていない。

ツ反応 $\frac{0}{24\times26}$



発熱，嗄嗽認められず上，下肢の硬直次第に弱くなり，腱反射亢進(卅)→(卄)，顔面麻痺とれてき，2月7日頃より母親に笑顔みせる．2月12日立たせると踵をつけるようになる．なお2月9日聴力障害出現，KM中止する。

図 4　症例3の入院後の経過

入院後の経過および治療：前記某大学病院の治療に引き続き当科でも，KM 250mg 筋注，INH 350mg の投与を行なった。しかし，KM 連日6日間筋注後，隔日に変更したところ聴力障害が出現した。そこで KM を中止，エチオナマイド 100mg，ピラマイド 300mg に変更した。

なお，入院時から INH 10mg の髄注を行なった。入院後発熱はみられず，全身状態，機嫌もしだいに改善し，入院後約2か月で全身状態，胸部 X—P および髄液所見の改善がみられた。目下治療続行中である。

症例3についての討論

○実はこの子どもは私が初診したものです。その際 X—P をとりまして粟粒結核像を発見しました。その翌日はもう神経症状が出て髄膜炎になったようにも感じられました。

あいにく私の病院（同愛記念病院）は満床でしたので，他病院へ紹介，直ちに入院させました。

それまでは私の病院では粟粒結核は10年前，結核性髄膜炎は13年前にみたのが最後でしたが。

○この例は初診医の適切な処置によって，発見が早かったので左半身の軽度の Spastische Lähmung が残っているだけで，他の症状はすべて回復しております。

○この例は経過も良好，結核菌も陰性ですので隔離を解除したら，そのとたんに麻疹にかかりました。しかしそのために髄膜炎も結核のほうも悪化することなく良好な経過をたどっています。

○私の病院（日赤中央病院）ではこの2年間に小児科の入院患者数は約1500名，そのうちに7例の結核患者があ

りました。その内容は

肺門リンパ節結核	2
カリエス	1
鼠蹊リンパ節結核	1
結核性髄膜炎	3

で，この2年間に結核がぐっと多くなったような印象をうけました。

○松島富之助（愛育病院保健指導部長）：（編集部註：先生のご発言内容には先生に特にお願いして，一般開業医向けの記事を追加していただきました。項目を別にして本ページ下段に掲載いたします。）

○本日症例報告をしました3例は**いずれも BCG はやっておりません。**

また，ただいまの松島先生のお話によりますと，BCG をうけた子どもは髄膜炎になったとしても mild であるとか，白血病になる頻度が少ないとか，また BCG は Lepra にさえ効くかもしれないなどと，その使用はいいことずくめであります。しかし，実際には BCG の接種はどのようにすすめられているかという，この間のアンケートの答えをまとめてみますと，表3のようでした。

表 3 BCG 接種についてどうお考えですか

1) 積極的にすすめる	35%
2) 体質，疾患によってはすすめない	18%
3) 患者の希望にまかせる	35%
4) 特別の場合（たとえば家族内に結核発症）のみすすめる	29%
5) BCG 接種に反対である	6%

（註：2項目に返答したものもあるので合計しても100%とはならない）

○BCG は一度やるとツ反応が（－）になっても効いているという人もありますね。

○私の病院の昭和20何年から以後の統計をみますと，髄膜炎になった例で BCG を接種している人は1人もおりません。

○BCG をやっていて髄膜炎になったのは100例中1～2例という別の統計もあります。

神前章雄（日赤中央病院副院長）：BCG は専門家の意見をきいたところでは，自然陽転している人にやってもスタンプ式ならば悪化することはまずないということです。またなるべく新生児のころにやったほうがツ反応をやる必要もないからよいのではないかということでした。

本日の症例は従来の常識ではチョット考えにくい例ですが，他の病気と同じように結核も，病像が著しく変わってきたことが痛感されます。

生涯教育といわれますが，臨床家は経験を多くつんで，よく検討しておくことが必要ですね。最近は小児結核をみることが非常に少なくなりましたが，やっぱり結核も忘れないようにすべきですね。

結核性髄膜炎の治療と BCG に関する諸問題

（本ページ左側上より８行目参照）

愛育病院保健指導部長　松　島　富之助

1971年の外国の文献から今日の話題に関係のある結核性髄膜炎の治療法についての文献がありましたので紹介いたします。

これはインドにおける12歳以下の小児98例についての報告です。（出典は Evaluation of Corticosteroids in Treatment of Tuberculous Meningitis : Shanti GH-OSH, et al. : Arch. of Dis. in childhood 46, 51～54, 1971）これでは髄膜炎のときに使った Corticosteroid の効果とあわせて，そのときに起こりやすい Spinal block をステロイドホルモンを使うと，どのくらいおさえられるかということも検討しております。

治療法は次の３群に分けてあります。

第１群	SM	40mg/kg/day	筋注
	INH	20mg/kg/day	経口
	SM 中止後は thiacetozone	3.5mg/kg/day	経口
第２群	同上のほかに		
	プレドニゾロン	2mg/kg/day	
	経口	６週間	
第３群	第一群のほかに		
	ハイドロコーチゾン	25mg/kg/day	
	髄注	６日間	

また経過観察のために，結核性髄膜炎を次の３期に分けてあります。

第１期……刺激の強まった時期（27例）

第２期……髄圧が高まって meningeal の症状が強まった時期（49例）

第３期……麻痺や昏睡の時期（22例）

これで観察しますと，98例中経過観察中の死亡37例，第１期38.8%，第２期28.5%，第３期55.0%

follow up できたもののうち

hemiparese	28例
第７神経マヒ	16
視神経萎縮	11
第６神経マヒ	7
hydrocephalus	3
第３神経マヒ	2

生き残ったもので完全に治ったもの

第１群……16例中８（50%）

第２群……21例中13（61.9%）

第３群……５例中０

結論的に申しますと，この３群の治療法に病期をあわせ考えますと，死亡率に有意の差はありません。また第２群のように経口的にプレドニゾロンを投与すると，髄液中のたんぱく量が急速に減少します。第１群，第３群ではそれらがみられません。

そして，髄液中のたんぱく量が減少しても Spinal block を予防することに対しても，また Spinal block の発現に対して３群の間に差がなかったといいます。

BCG を受けた小児は**結核性髄膜炎になっても mild** であるからぜひやるべきであるという文献が２～３あります（あとに出てきます）。

また，BCG を接種したものの**白血病発生頻度は**，やらないものの 1/2～1/3 の程度少ないという（(Davignon, L, et al. : Laucet, 1970, ii, 638)

しかし，カナダとスコットランドでの調査では，差がないとの L. J. Kinlen & M. C. Pike (BCG, Vaccination and Leukaemia : the Lancet, August 21, 398, 1971) や他の報告もある))

また **Lepra** にも BCG が有効じゃないかといわれてから20年以上たっています。

(E. Montestrue &, M. J. Pecou ; Arch, Inst, Past, Martimique 3 : 36, 1950, その他)

ここで BCG に対する知識（参考文献，１；日本のワクチン：国立予防衛生研究所学友会編，丸善ＫＫ，昭42，２；予防接種：船川，金子編，医学書院，昭42）をあげてみたいと思います。

1. BCG の結核予防効果

1）わが国では1938年～1943年にわたる日本学術振興会の共同研究が BCG ワクチンの有効性を認め，その接種を普及させる基礎となりました。((日本学術振興会第８小委員会報告（1943）（大林容二，BCG 接種の理論と実際，172（1952），保健同人結核ライブラリー（４）))この研究では，BCG 液体ワクチンを学生，看護婦，工員，軍人などの対象に皮下（一部皮内）接種したが（大多数は１回のみ），その結果結核発病率は28集団の大部分において，BCG 接種により1/2以下に減少させることができたといいます。また結核死亡率はワクチン接種後２～３年では，接種により非接種群のそれの 1/8 以下に低下させることができたともいわれます。

また島尾らの報告（島尾他：結核40，337，1965）では，強い結核感染を受けた場合でも，その前に行なった

BCG 接種によって結核発病率は1/2～1/5に低下させることができ，**感染直後の発病のみならず感染後かなりたってからの発病もおさえられる**ことが認められたといいます。

2) 外国ではスカンジナビア（Dahlström, G., Acta Tuberc. Scand., Suppl., 32, 1952）北米（Aronson, J. D., Am. Rev. Tuberc., 58, 255, 1948）などにBCGの効果を認めた信頼すべき報告がみられたが，さらに英国の Medical Research Council が行った大規模な共同研究（Medical Research Council, Brit. med. J., i, 413 (1956)；ii, 379 (1959)；iii, 973 (1963)）は，BCGワクチンの予防効果が初感染結核のみならず，再感染型結核の発病に対しても著しい防御を与えるとしています。すなわち BCG ワクチンの皮内注射を1回うけた学校卒業時の14～15歳の男女は，以後10年にわたり，非接種者に比べて著しい結核発病の減少を示しました。接種後5年の調査では，BCG 接種により83%の結核発病低下がみられ，BCG 非接種群からおのおの4例の結核性髄膜炎，粟粒結核が出たのに対し，接種群からは1例も出なかったと報告しています。

これらの成績により，WHO の結核専門委員会も（WHO Expert Committee on Tuberculosis, World Health Org. tech. Rep. Ser., No. 290 (1964)），**BCG ワクチンを確実に接種すると免疫は5～10年間続く**といっています。

2. 化学予防の効果

国際結核予防連合（IUAT）の予防委員会の報告(Bull, Int. Un. Tuberc., 36, 9 (1965)）によれば，ツ反応陽転者に対して INH を1年間投与した化学予防は対象の協力さえ得られるならば，服薬中の結核発病率を80%減らし，投薬後の発病も50%減少させたといいます。しかしツ反応陽転と同時にかなりの結核発病がみられ(23%)，抗結核剤性結核菌による初感染が増加しつつある（15～20%）ことが投薬の長期実施上の困難性と相まって，わが国では化学予防が全面的に**BCG 予防接種を置換すべきものとは考えられず，その補助的手段**として有効であろうとされています。

3. BCG 接種の禁忌

結核患者に誤って BCG を接種すると，発熱，関節痛，肋膜浸出増加，喀痰増加などがみられるほか，接種部位にも激しいコッホ現象が起こることがみられているので，ツ反応を検査せずに BCG 接種を行なってはいけないとされています。したがってツ注射の禁忌も重視されねばならないものです。

著しい栄養障害のあるもの，重症または有熱の疾病にかかっているもの，広汎な湿疹その他まん延性皮膚疾患にかかっているものは BCG 接種の対象から除外されています。

4. BCG 接種による副反応

BCG はその由来と生菌ワクチンという特長のために，被接種者に進行性結核症を起こす可能性が懸念されたことは事実です。実際この懸念から，BCG 接種後発症した結核を BCG によると誤った例はまれではないようです。しかしわが国のみで，すでに7000万人以上が BCG の接種を受けており，近年毎年500万人前後の人々が BCG の皮内注射を受けていますが，BCG の毒力復帰に基づく接種結核の進展例は1例も確認されていない（文献[1]）といいます。

ところが BCG の弱毒性には変化はなかったのですが，接種された人体の抵抗力が異常であったたために起こったのではないかと想像される**BCG 接種による死亡例**が2例スカンジナビアで報告されているといいます。また BCG 接種部位を中心とする**BCG 狼瘡**について佐藤ら(結核37，36，73：1962)は内外の文献から43例（自験例1例を含む）を集めて報告していますが，わが国での報告例は昭和42年までに3例にすぎず，まれな症例に属しています。いずれも一般の BCG 接種上考慮すべき副作用とは考えられないようです。

一般に BCG 接種による副作用とよばれるものは，接種部位の皮膚および所属リンパ節（腋窩リンパ節）における炎症をさしています。ただ問題となるのはその強さ，大きさ，持続および後に残るはん痕です。このような局所反応の強さは，BCG 接種菌量，注射の深さ，被接種者のツ反応，アレルギーの程度に左右され，したがって初回接種時と再接種時では異なっているようです。

1) 初回接種時の局所反応

接種後2～3週で発赤，硬結が著しくなり，4週では痂皮を示すものが多く，一部に膿をもつもの，痂皮がはがれて潰瘍面を露呈するもの（10～20%，皮内注射）がみられ，皮内注射例では3か月後でもまだかなり痂皮をもっていますが，経皮接種ではその脱落が早く，はん痕治癒がすみやかであります。皮内注射によるはん痕は径6～7mm が普通で，10mm をこえるものは少ないものです。なかには，はん痕形成過剰のためにケロイド様に隆起するものも経験された人がありましょう。

2) 再接種時の局所反応

大部分はコッホ現象の形をとり，接種の翌日から炎症が認められ，1～2週ですでに痂皮，膿疱，潰瘍がみられ，経過が非常にすみやかです。しかも炎症が強く組織破壊が大きいと，はん痕治癒も長びいて不快な副作用と印象づけられる頻度も大きくなります。この場合も，経皮接種では皮内注射よりも局所反応は軽く，すみやかに

経過し，後に残るはん痕も小さくうすいといわれます。（文献[1]）

3）腋窩リンパ節炎

接種された BCG はすみやかに所属リンパ節に侵入し，そこで増殖するのでリンパ節には多かれ少なかれ炎症を起こすのは当然ですが，わが国ではリンパ節に関する副作用の訴えはほとんど報告されていません。今村久悦（結核36, 52, 1961）は BCG 皮内注射後2～5週目に約2％の例に，大豆大腫脹が所属腋窩リンパ節について，観察されているが，化膿例はなく，10週以後には消失したといいます。しかし許（結核30, 730, 1955）は新生児に BCG を皮内注射した結果，腋窩リンパ節の腫脹が，26%，38%にも達したので，接種を中止したというように副作用の臨床は報告者によって異なっているようです。しかし乳幼児に対する管針法による BCG 接種では，リンパ節に関する副作用はほとんど認められなかったといっています。（文献[1]）

4）副作用の治療

上述のように再接種者の選び方を慎重にしてなるべく強いコッホ現症の発現をさけるほかは，局所的に処置するのみであります。硬結や膿疱，痂皮はそのまま放置し，ことに痂皮ははがれないように注意して自然治癒させます。径 6～7mm の浅い潰瘍はそのまま消毒して放置する程度でよいが，さらに大きく長びく潰瘍に対しては抗結核剤（主として INH）含有軟膏の塗布を繰り返すと治癒が早いといわれます。（文献[1]）

5. ツ反応の接種上の注意

1）ツ反復施行の影響

ツ反応検査の頻度が高くなってくるにつれて，前回と同一部位にツを注射する可能性も大きくなってきます。ところが反復注射部位では反応の経過が促進され，48時間後より24時間目の反応が強く，48時間後では発赤が小さくなり色調もかわり，その境界が不鮮明となり，硬結も弱くなって計測しにくくなり，二重発赤も消える傾向が認められます。したがってツ注射を反復する場合には，できるだけ前回の反応の発赤の範囲に重ならないよう，左右交互に腕をかえたり，上下に注射部位をずらせるようにしたほうがよいといわれます。この原因は反復注射部位の皮膚の毛細血管の透過性が高まったためとされているが，その影響はかなり長年月続くようです。（文献[1]）

2）結核予防におけるツ反応検査の意義

わが国の2000倍希釈ツ液は一般診断に用いられているが，自然感染による強いアレルギーの存在を検出するには，確実性と副作用からみて合理的な基準ではあったが，弱毒 BCG 接種後消長する弱いアレルギーの検査においては，同じ陰陽の判定基準を与えることは適切でないとされています。したがってまたこれに基づいて BCG 再接種対象を決めたり，免疫状態を推定することは当を得ていないようであります。この点の検討は将来重要な問題となるのでしょうが，非特異作用の少ない PPD を常用量（0.05μg）と，確認診断量（0.5μg）に使い分けるのも一つの方策であろうといわれます。いずれにせよ，結核予防における2000倍希釈旧ツ液使用の意義は再検討されるべきであるといわれています。（文献[1]）

川　柳

片岡茂和

親出世したよう高校への門出
激情も涙も眠る丑三っ時
明日香美人眠れる古墳二千年
余りにも悲惨赤軍壊滅す
横井さん赤軍古墳記事のネタ
子の武器は泣くこと女の子は拗ねる
暫くは聞こうこの子の泣き声を
幸不幸若き時代の万華鏡
日本まだ僻地があつた澄んだ空
家に居て記者も出来そう情報網
磯の香も乗せて海岸電車ゆく
忽ちに泉北の丘大団地

（〒 671-13　兵庫県揖保郡御津町室津）

カルテの前で

千葉県医師会救急班船橋支部の国電船橋駅事故発生に際しての活動状況について

渡辺　武

昭和47年3月28日午前7時50分ごろに，国電船橋駅附近に在住の池尻内科医院院長から栗原救急班船橋支部長（船橋市医師会長）にあてて，「ただ今，電車の追突事故があり，救急隊も手が回りかねている模様である」旨の電話連絡があり，栗原支部長は即刻谷口副支部長と連絡し，かねてから用意してある救護班の編成表により現場および現場から比較的近い外科病院に向けて班員を急行させた．

診療にあたった病医院は26機関であったが，内科，皮膚科，耳鼻科，産婦人科，小児科の17名の諸先生が動員され，一段落のつくまで，だいたい午前10時ごろまで，各自の外来患者を待たせて救急診療にあたった．3月29日現在の調査では患者数は外来686名，入院28名計714名であった．

筆者も当日7時30分ごろ往診の帰りであったが，近くの外科病院にそのままかけつけ救急治療の手助けをしたが，患者数が一時に多数にのぼり，待合室はまさに国電ラッシュアワーそのままに混雑したが，軽傷者が大部分で打撲傷の手当てと，ムチウチ症様のショックが軽く続いているものが多く，2時間もたつうちに静かになった．死亡者が出なかったのは幸いであった．ただ今後の問題としては，臨時電話の設置をもっと早く外科病院にいつでもつけられるように多数用意しておくよう当局と折衝しておく必要があると思われた。なお蛇足ながら，今回の医療費は労災に準じて保険点数の2倍前後にしたことと，応援に出動した医師への謝礼は未定であることを付記しておく．

追　記

さきの国鉄追突事故について，動員された医師には国鉄より往診料ということで，一律5,000円支給されました．

また，県医師会，船橋市長よりそれぞれ感謝状が船橋医師会に送られてきました．

（〒 273　船橋市宮本2丁目1-16）

船橋市医師会救急医療対策救護班編成

本県は戦後の工業化都市化により社会構造は大きな変容を遂げつつあります．しかるにこの急速な社会変革に対応する救護防疫防災対策は万全とは言い難い面もあるかと思われます．地域医療をあずかる我々医師は好むと好まざるに拘わらず緊急時において出動せざるを得ない天職を持っております．過日の京成電車追突事故の如き多数の負傷者発生の交通事故の如きもなんどき起るかも計り難い現状にかんがみ，左記の如く市医師会救護班を再編成し，事故発生に備え迅速にその処理に当り万全を期したいと存じます．

救護班出動に関する連絡，指令などは次により行いたいと存じますので，十分ご御留意願います．

1．平日の場合

災害発生を最も早く知った会員は速かに医師会事務所に電話連絡すること．

事務所の電話連絡により，支部長，副支部長は救護班の出動を指令する．

2．夜間，日曜，祭日など医師会事務所に連絡不能の場合

日曜当番医に電話連絡のこと．

日曜当番医は支部長へ，支部長不在の場合は副支部長へ，副支部長不在の場合は在宅理事へ連絡すること．

この際理事は支部長代理として救護班出動を適宜指令する事が出来る．

理事も不在の場合は，当番医は災害発生地区近隣の在宅会員召集に最善の努力を傾注すること．

3．出動指令の種類

第一出動は可及的速かに（30分以内）に現場に出動し患者の重軽傷の判別，整理，救急処理，救急隊搬送の援助，収容，病院との連絡と応援に任ずるものとする．

第二出動は第一出動との交替又は応援出動．

4．出動に際し出動班は，看護婦5名と救急処理に必要な包帯，副木，ガーゼ，三角巾を最少限度携行すること．

5．班長不在の場合は，副班長は班長代理とし出動人員不足の場合，第二出動人員より補充すること．

6．第二出動に際しては，班長は外2名の班員を選定し，計4名乃至五名の出動人員とすること．

以下編成員氏名を略す．

国外の文献

患者と医師 (III)

イ・ア・カッシールスキー
原　　健一（訳）

患者には，もう一つの「病気」がある．それは世評の喧しい「流行の」外国の新薬を追いまわすことである．外国の資本主義国では製薬会社が「新」薬を出して，自分のまわりに「ブーム」を起こし，宣伝をしていることを患者は知らない．こういう典型的な宣伝の一例を「医事新聞」(1968年63号) が伝えている．

「一人の不機嫌な若者がいます．咳の発作のためにあばれ出して，住居の家具をこわしはじめました．これをしずめるにはなにがいいでしょうか？」とテレビのディレクターのやわらかな声が問いかける．

「もちろん，『44』液しかありません．」この「奇蹟的な」シロップをつくっている米国の会社「ベントン・アンド・ボウルス」は，途方もなくいやらしい人相にメーキャップした俳優を雇ったのである．このテレビの宣伝放送で，一匙の『44』液が，この咳をピタリとしずめてしまった．そこでテレビからはやさしいやわらかな声がさとすように話しかける，「咳が出ましたら，あなたのお住居を壊れないように守るのは，ただ『44』液だけでございます．」

米国では病気になることは破産することである．薬局の棚に陳列してあるびんや小箱に付いている値段は「身の毛がよだつ」ほどのものである．三大製薬会社は価格を人工的につり上げる目的で，抗生剤について薬品市場を独占する秘密協定を結んだ．かれらは，しかるべき宣伝も行なって，6年間にテトラサイクリンを8億5,500万ドル（！）で売ることに成功した（利益は85%であった）．米国の医師社会の多くの雑誌は収入の半分を薬の広告の報酬から得ているが，この広告も気まま勝手な性格をもっている．特別な調査によれば，クロロマイセチンを処方しなければならない患者は年間数百名であることが確かめられているのに，会社と通じている医師たちは，400万人もの患者が本剤で治療されたというくらい頻繁に本剤を患者にすすめたのである．こうして会社は5,000万ドルをかせいだ．1,600万部を発行している雑誌「リーダーズ・ダイジェスト」は新薬をほめそやす広告を，こんなふうに印刷している，「いく千人の患者を治した唯一つのすぐれた薬」．実際には，その新薬は動物で試験されたにすぎない．またときとして，それはピラミドンまたはアスピリンと同じであり，ルミナールまたはネムブタールと同じであり，少しばかり化学構造を変えたものである．包装がすばらしいので，患者は強烈な印象を受け，そこで新薬を追っかけはじめる．その価格が非常に高いのはもちろんで——会社は流行の曲線が上昇している間に巨額の金銭をかせぐために，「ブーム」を利用しなければならない．ビジネスマンには守るべき鉄の不文律がある．曰く，ドルはなるべく速やかにかせがなければならない．製薬業界は「回転と所得」という一般戒律に従っている．米国の商業のすべてがこの戒律によって生きているのである．

わが国にはウンデヴィト・ソ連のビタミン B_{12}・ソ連の抗生剤など優秀な薬剤があるが，患者は外国の薬を追いかける．残念なことに，この投機騒ぎは若干の医師や，「聞いた」り「見た」りした友人・「隣の女」のすすめによってかき立てられる．

私は，ある会議で，薬局管理部あてに「新薬」を要求する患者の手紙や訴えをたくさん見せられたことがある．こういう患者たちの中には，ほしい薬が奇蹟的な霊薬であるという怪しげな情報を得ていた者があり（またもやキシネフ・オデッサ・クラスノヤルスクその他の都市の親戚からの手紙であった），しかも「推薦者」の親戚は患者の病気がなんであるかも知らずに，ぜひとも「この新薬」を手に入れるようにすすめているのである．

この不健全な現象と闘わなければならない．むろん，なにもかも，厳重な基準・規則に無理に当てはめるべきではない．薬効は個人的に異なるものであり，これこれの薬で治療を受けてみたいという権利を人々から奪ってはならないが，しかしそれと同時に，薬の使用に際して

は投機騒ぎや，まったくの詐欺に対しては，それが広がらぬよう制限や，あらゆる妨害を加えなければならない．

医師は現実に即した態度をとり，すでに基礎的な臨床科学試験によって信用を失った薬について真実を患者に話してきかせ，既知の旧薬が新名称のもとに新包装で広く宣伝されている場合には，このまったくの詐欺に無効の宣告を下さなければならない．

ソ連の薬局は，こういうことを，決してしなかったし，してもいない——これは資本主義医学の不治の「先天性」障害である．わたくしは重ねて言いたい，わが国では新しい薬・抗生剤および化学療法剤をいっそう厳重に改良し，整理しなければならないと．医療に直接関係するこの最も重要な事がらについて，いちだんの正確を期すべきである．

わが国には多数の科学研究所があるが，それらの中には科学的実際的な生産がなお不十分なものがある．今後その生産に数千万ルーブルないし数億ルーブルを要する新薬を試験するという最重要事が満足すべき状態にないのである．多くの工場を建設しなければならないが，そのためには，これらの薬が国民の保健に必要不可欠であり，有益であることが確認されなければならないわけである！

薬の試験はクリニックや病院で科学的な研究労作に経験の足りない若い主任医師あるいは助手に偶然に委託されることがしばしばあるが，彼らは自分の観察から学位論文をつくろうと努めるので，この労作の中へは主知主義や主観主義，また性急などの要素がはいりこむことがある．

臨床薬理学の領域の偉大な専門家であり，このことに非常な熱意をもっている科学アカデミー会員ベー・エー・ウォッチャルは，われわれが患者の治療に用いる薬剤を試験することに最も重要な意義を与えている．氏はこの問題に関する国際シンポジウム（1966年）の仕事を総括して，薬剤の研究と，それに用いられるテストおよび器具の研究を行なうための科学的な厳重なシェーマをつくらなければならないことをまず第一に強調した．薬効はしばしば「プラセボ」の方法も用いて客観的に決定しなければならない．たいせつなことは動物実験で薬理学的な用量を定めるばかりでなく，臨床的な用量を定め，また臨床的に薬効の始まる時間と終わる時間，薬が人体から排出される量的指標とリズムを定めるという課題を解決することである．最後に，種々の新薬の副作用に特に注意しなければならない．そこで米国では7年間に使用を許可された251剤のうち，8剤がその後使用を停止された．

治療薬，特に多数の新抗生剤が外国からわが国に「撒き散らされ」，（その中から貴重な良薬は取り上げなければならない——わが国は良薬に対して金銭を惜しみはしない！）またソ連で得られているが，これらを試験することは，ソ連の人民の保健上きわめて重要なことであるので，新しい治療薬を試験する大きなセンター（研究所ではなくてセンターこそ）を組織する必要があると，私は考える．実際問題として研究所を組織することはほとんど考えられない，なんとなれば研究所には全臨床部門を建設し，医学の中に現存するあらゆる専門のクリニックを編成し，膨大な数の教授，指導者などをそろえる必要があるであろうからである．そのようなクリニックでは多種多様の患者を選択し集中させることが特に困難となるであろう．

ところで，モスクワのクリニックや病院の数は莫大なものであるが，それらを率いているのは，わが国の最良の臨床家たちである．「専門家という看板」のこれらのクリニックには，最も複雑な各種各様の重症患者が集まってくる．それは単に，これらの医療機関にしかるべき医学の職員の定数を「投入」して，そこで行なう検査に対して特に責任を負わせているというだけのことである．実験的研究のため補助的な最新の設備も不可欠であることはもちろんである．

むろん，センターの一般指導は，非常に経験に富む専門家——臨床家と薬理学者——が負わねばならない．全国の薬物使用による併発症——いわゆる薬原病（エー・エム・タレーエフによれば，これに注意をひくことは時宜を得たことであると考えなければならない）を研究する大きな部門もこのセンターに集中されなければならない．津々浦々からの薬原病の臨床データを登録し受け入れる厳格な組織がつくられなければならない——これは実地上にも学問上にも非常に貴重な意義をもつ資料である！

事をこのように組織すると，薬の意義を評価することは，はじめて世界的な実際面で，最大限に現実的となり，最大限に——これが可能なかぎり——科学的な確実性に近づくであろう．保健が社会主義体制によって行なわれることにより，この評価の真実性が保証されるが，それは非社会主義国に特有な利益，利得，投機，「薬のブーム」などの副次的な因子が評価の結果に圧力を及ぼさないからである．

ここで「患者——医師」の問題のもう一つの面に触れたいと思う．それは患者がぜひともモスクワやレニングラードやキエフで必ず最高の専門家の治療を受けようという「求心性」の傾向のことである．こういう希望は原則的には極めて自然であって，つぎのような場合には

是認できる．すなわち，治る病気であるが，重症なので，最新の設備を有する専門のクリニックまたは研究所で，非常に高度の技能をもつ教授の治療を受ける必要がある場合である．ソ連のヒューマニズムはわが国の勤労者の前に限界を設けはしない——このヒューマニズムは広く，ソ連の外までも伸びる．しばしば新聞で報ぜられる通り，国外から沢山の勤労者がわが国に来て治療を受けて治ることもあり，ロンドン・ニューヨークあるいはアフリカでは数千ドルを支払らわなければならないような心臓の救命手術をわが国で受ける患者もいる．

しかし多くの患者——重症者も——自分が住んでいる所で理想的な治療を受けられることも考えに入れなければならない．地方にも約80の医学研究所があり，有能な教授と何千という専門家——実地医家——内科医・外科医・婦人科医・神経科医らが働いていて，それぞれ医師としての義務をりっぱに果たし，医療手腕の最高の模範を示している．技術・科学の革命の時代である現代にあっては，「医療上の地方」という考えは本質的な発展を受けたのである．

たとえば遠いクルガンでゲ，ア，イリザロフは外傷の非常に複雑な回復手術を行なっており，世界選手ヴェ・ブルメリを見事に治療した功績は正に氏のものである．こういう例は幾千もある．

しかしながら遺憾なことに，多数の患者が，あらゆる合法的・非合法的な経路で中央へと「潜入する」．

もっと悪いのは，見込みのない，思わしくない，ときとしては頻死の状態にある患者の始末である．その親戚が地方執行委員会の保健部から，国費で中央へ出向する許可証を，わけなく手に入れるのである．

地方保険部の主任は，こういう傾向をあまり阻止しようとしない——彼らは，「親戚や官庁の連中の圧力に逆らうわけに行かないので」と言う．主治医は，しばしば自分の仕事を軽減しようとして，患者の親戚を前にして，問題を現実的に解明しようとはせずに，たとえばこんな形で，漠然とした助言を与える，「モスクワへ行って，これこれの専門家（ある人）にかかってください．この先生だけでしょう，お力になれるのは．」（注，ガンの全身転移，あるいは最重症の急性白血病，あるいは慢性白血病の末期の芽球性クリーゼ）

ときとして医師は，さまざまな，自分に対して不道徳ですらある策略を考え出すことがある．たとえば，私が本章の原稿を書いていた朝方，電話に呼び出されたが，それは，あるソ連共和国の首都の，芽球性クリーゼ（慢性骨髄性白血病の）の患者の親戚からであった．私は，この患者をよく知っていた．それは以前に私のところへ相談に来たことがあるからである．最近送られてきた血液標本も見ているので，私は患者がいなくても，すぐに対症療法を十分に指導することができたのである（本質的な原因療法は問題にならなかった——予後は絶望的で，死の転帰は至近に迫っていた．）私は患者をその場で治療するように親戚にすすめた．医師たちは患者の母親になんと言ったのか？

「良かったときにはモスクワで治療して，今になってから，われわれのところへよこすとは．」

最もおもしろいことは，五年前に，これらの医師自身が強くすすめたのは，「モスクワへ運びなさい，あそこには偉い専門家がいますから．（だから，彼らは事実を歪曲したのだ！）」ということであった．末期の悲劇的な情況に立ちいたって，彼らは患者ならびに母親に対して最後の義務を果たす医師としての勇気が足らず——母親に向かって，患者といっしょに首都への苦しい無用の旅をするように強制したのである．

私がモスクワで35年働いた間に，どれだけの頻死の患者が空路あるいは列車で，私のクリニックへ送り届けられたことであろう，しかも打合せもなしに！患者は「ひとりでに」到着したのである．そういう患者がまず私の耳に入れたのは——自分には生きる場所がない，ということであった．こういう患者をクリニックのベッドに入れるためには，私も職員も少なからぬ時間を奪われたものである！患者・その親戚・医師のこういう「アナーキズム」の態度に，いかにしばしば出会わなければならなかったことか，この医師たちは自分の肩から，神経から，余計な重荷をおろそうと懸命になっていたのだ！
そして親戚は見知らぬ都会で不便と苦難を嘗めたあげくに，遺体を自宅まで運ばなければならなかったではないか．それと同時に，しばしば見られたのは，親戚のわがまま，ないしヒステリーに近い執拗さのために，はっきりした理由もないのに，教授を地方へ呼びよせたことであった．この場合に中央の機関は電話や文書で連絡するのを忘れて，純医学的の側面を事務的に明らかにする労を取らずに，問題を「積極的に」解決したのである．中央の機関は，こういう解決をしておけば，攻撃的な請願者から最も簡単に逃げられる．これではなんにもならない．彼らの懐は痛まないが——国家のそれは損害を受けるであろう．私は数回，地方へ飛んで，白血病，あるいはガンの転移の患者の死を検証したり，あるいは反対に，伝染性単核細胞増多症を確認したこともあるが，後者は極端な場合には，送付された血液標本を見れば診断できたのである．

今では地方の患者のわがままに対して，いくらか合理的にアプローチするようになった．すなわちまずはじめに資料を検討して，中央の専門家と主治医とを結びつ

け，そこではじめて，どうするかを決めている．

われわれの意見では，すべての場合をこのように扱って——主治医と結ばれ，地方の専門家と結ばれるべきである．クリニックのベッド，国の財産，また大専門医の精力と時間を患者の親戚の最初のわがままのために浪費すべきではない．保健省はこういう不当な入院を統計的に調査して，彼らが国になんコペイカを支払うかを計算すべきであると，私は考える．あるいは，こういう反論が出るかもしれない．すなわち，それはヒューマニズムに反する——大専門医の最良の治療を受けたいと希望する人たちを締め出すことになるではないかと．それは全然ちがう，とわれわれは答える．逆に，首都の専門化されたクリニックのベッドを不治の患者で満たせば，救済が可能であり必要である見込みある患者から，このベッドを取り上げることになることを考えなければならない．この見込みのある患者は入院の順番を長い間待たざるをえず，その間に治る病気も治らなくなってしまうのである．

こういう結果——医療の混乱——を来たすのは，保健関係者と医師の中に，あまりにも自由主義的な戦術と実地行動を取る者がいるためである．かような事実と行動を奨励すべきでないことは明白である！　（おわり）

〔訳者附記〕

原文の中の不明な箇所について中村白葉先生のご教示をいただきました．先生に謹んでお礼を申しあげます．

（〒 154　東京都世田谷区桜新町1-4-9）

当季雑詠

野　村　　寛

1. 青嵐家々の鯉腹一杯
2. 湯上がりの肩にぺつたり菖蒲かな
3. 涼しさや湖底に映りし雲の峯
4. リクライング大の字に寝て雲の峯
5. やがてまた雨降る気合蛙啼く

（〒 371　前橋市千代田町3-12-18）

首のかぶれ

依田　三郎

年が明けて，しばらく経ってからのことです。3，4人の人が立て続けに首のまわりがかゆいといって来診したことがありました。

“かぶれ”というのは原因がハッキリわかっているとき，たとえばウルシや白髪染めに，かぶれたという場合はよいのですが，何が原因かハッキリわからないのが，近ごろ特に多いようです。この3，4人の例でもはじめはハッキリわかりませんでした。

化粧品を変えなかったか，変わった薬を使わなかったか，着るもの，首まき，襟巻を新調しなかったか，いろいろ問いただしても，ハッキリしません。抗ヒ剤ザルベ，ステロイドザルベを塗っているうちにかゆみもとれ，そのまま来なくなってしまいました。結局そのときは原因がわからずじまいに終わりました。

2月にはいってからまた同じ人たちが同じところがかゆいといってやって来ました。今度こそ，原因を突きとめてやろうと，いろいろ考えてみましたがわかりません。首といっても前後はそれほどではなく，左右の胸鎖乳突筋のところが特にひどく赤いプツプツの発疹があり，ただれている人もありました。つまり何かに触れやすい部分がひどくなっているのです。首に何か巻きつけたのが原因であろうというところまで来てハッと気がつきました。かぶれてくる人たちの髪はそのすべてが美しい髪形をしているのです。つまり美容院に行ったあとだったのです。

聞くところによると，美容院で整髪をするときは，2，3時間首のまわりに布を巻いて熱気のある大きな釜をかぶって，その間，週間誌を読んだり，いねむりをしたりしてくるのだそうです。恐らくそのとき巻いた布切れが“かぶれ”の原因であろうと推定しました。

そこで私は角の美容院に行き，首に巻いた布切れを借りて来て，ためしに，そのうちの1人の前腕部にぐるぐる巻いて翌日見ますと赤く炎症を起こしていました。美容院の首に巻く布切れが“かぶれ”の原因であることを突きとめました。

皮膚の“かぶれ”は原因のわからないことが多いものです。がちょっと気をつけていますととんだところに原因があるものです。

このままわからずじまいでしたら，患者さんは，美容院から病院へ，毎月美しい髪形を見せに来てくれたことでしょう。

（〒 158　東京都世田谷区玉川台 1-5-24）

私と酒

佐藤　二郎

酒をはじめて飲んだのは確か中学校3年のときだと思う。その年祖母と祖父が相次いで死んで法事のときに出たのを大人たちの目をぬすんで試みたのが機会であった。そして結構うまかったと記憶している。ビールも飲んでみたが苦いばかりでまずかった。

その後下宿生活をしたが，下宿屋の主人公が酒飲みで毎日夕方6時になると近所から2，3人の仲間がやって来て飲むわけだが，彼らは実に規則正しく一人前いくらと決まっていたようで，いつも1時間ほどでおひらきとなり，下宿の親父は直ぐ隣りの室で大いびきをかいて寝てしまうのが常であった。そこでその後で茶の間に降りて燗用のフラスコの底に残っている酒をなめなめした（飲んだというにはあまりにも少量であった）。

やはり甘いような気がしたが，もちろん酔うことはなかった。

医専に入学してからはクラブのコンパやその他の会で連日のように飲んだが，正式に飲めるようになったので大きくなって飲んだが泥酔するようなことはなかった。もちろん当時はしだいに統制がきびしくなり，だれでもベロベロになれる時代ではなかったが。

昭和19年になると酒を出す店も切符制となり，1人1本と決まったので友人と手分けして，切符の入手に奔走したことを思い出す。

軍隊にはいってからは酒どころではなく，ただ毎日しごきの連続であった。

任官にして満州に渡ったら，関東軍は当時でも内地に比べ物資豊富で毎日飲めた。

終戦となり，金がなくなるに従い支那酒や高粱酒になり，しまいには燃料アルコールを見つけると火をつけて燃やして，うすめて飲んだりした。これは決してうまいわけではなく，ただ何となく酔うためであった。

そのうち発疹チブスから肺炎を併発し危篤になったが，40日間寝込んだだけで栄養失調にはなったが，命はとりとめた。

起きられるようになったら，むやみに甘いものが欲しくなり，菓子な

どもいくらでも食えたが，酒は飲みたくなくなり，病気のため嗜好が変化したものと考えたりした。

これで酒を飲まずにすむようになれば幸いだったと思うが，21年復員し帰郷したら家内中驚喜して迎え，酒が出て，やってみたら結構飲める。当時のこととて大したものでもなかったはずだが，元の木阿弥にもどってしまった。

爾来酒でもウイスキーでもビール，葡萄酒何でもござれと飲み，終戦6年くらいまでは濁酒，焼酎の類でも辞さなかった。しかし年齢とともにしだいに嗜好が定まってきたのか，ビールや洋酒にあまり手が出なくなり，この十年間はほとんど清酒一本槍となった。しかし銘柄にはあまりとらわれず，二級酒が一級酒に変わっただけである。もちろんこれは患者からのもらい物が主であったから，やむをえない。そのうちしだいに甘口の酒がいやになり，辛口のほうがあうように思われてきたが，最近は甘口が多く辛口に近いものは剣菱とか新政ぐらいになったようである。

とにかく最近の清酒は甘口が多く，しかも甘さが強くなってきているように思われるので，某酒造家に聴いてみたが清酒組合の意見としてウィスキー，ビールは年々順調に否急速に伸びているのに反し，清酒は頭打ち状態であり，これをもっと飲ませるためには女性飲酒層を開拓しなければならず，したがって甘口にしないと女性が飲みにくいという点を強調していた。

しかしながら私は酒の伸びなやみの原因はその他にも二つほど重大な問題を含んでいることを指摘したい。といって何もえらそうにいうわけではないが，女性のための甘口論で辛口の酒が少なくなってゆくことをおそれるからである。

まず第一の原因は現状女性の嗜好というよりむしろ趣味に清酒がマッチしないことである。つまりビールやウィスキーはつまみ物に苦労しない。チーズでもピーナッツでも皿に盛って出せばそれですむ。来客の場合にも簡単である。酒となるとまさか冷ではちと具合が悪い，燗をする肴も，刺身とか酢のものでもとなると主婦の負担は馬鹿にならない。特に若い女性ではなおさらである。したがって亭主が客を不意に連れ込んだりすると，ビールかウィスキーで間に合わせるほうが便利である。この点ですでに清酒はビールや洋酒に差をつけられるわけである。一般に近ごろの飲み屋ではおふくろの味とか称して，昔なら家庭で毎日出たお惣菜のようなものから味噌汁まで幅をきかしているありさまである。これからは清酒を飲むにはわざわざ専門店にでも出かけなくてはならないようになるかもしれない。

もう一つの原因は清酒が外国に輸出されてシェアを広げることができるかどうかということである。

5年前にヨーロッパから東南アジアをひとり歩きして飲み食い旅行を楽しんだが，この1カ月間の旅行中酒を飲みたい，米飯を食いたいなどと一度も思わなかった。北欧ではビール（特にチェッコのビール）が非常にうまかったし，フランス，スイスで飲んだ葡萄酒も結構であり，北ではビール，南ではワインを満喫した。東南アジアではタイ，香港，台湾ではスコッチをがぶ飲みして御気嫌であったし，沖縄でも古酒と称する焼酎もいけた。

ヨーロッパでも東南アジアでも日本酒はあったが高価であり，わざわざ飲むべきものでもない。外人が日本酒を飲むとかきいたが，少しは飲むがたくさんは飲まないらしい。うまいことはうまいが，酩酊するほどやると清酒独特の例の熟柿のような臭いがあちらの御婦人のお気に召さないとのことであった。これはわが国の清酒輸出振興上の大問題であるが，これを除去する方法はなかなかむずかしいらしい。酵母の醗酵に関する問題であり，簡単には参らないとの由である。

以上二点が清酒の伸びなやむ原因と考えているがいかがなものでしょうか。

さて外遊終わって帰国した途端に広島の酔心なる酒で一コロになってしまった。やはり酒はそれぞれその風土にマッチしたものがいいのであって酒と料理はいわば車の両輪のように，鳥の双翼のようなものであろうか。

現在の私は約2年前から山形県に勤務しているが，1年ほど前にすこぶる結構な酒を知った。名を樽平といい，ごく一部でしか知られていないようであるが，全くの辛口でしかもくせがなく，いわゆるコクのある酒と思う。この酒を飲み出してからは他の酒が全く飲めなくなり喜びと淋しさで妙な気持ちである。最近私の好みを知った人々の好意でこの酒が手にはいりやすくなったのは幸福である。

当分この酒以外は飲まずに過ごせそうで天下泰平である。

（〒 992-03　山形県高畠町公立高畠病院）

正月の握手

野村　寛

抗生物質の普及している現代と違って，昭和26年はまだ破水後の帝切コントラの時代。知合の助産婦に三

が日のんびりしているところ，1月2日早朝たたき起こされた「経産婦只今破水したが横位です」との電話。

早速産科器械を準備させ，助産婦の迎えの自動車で現場に行ってみると，胎児は第二横位で第二胎向，右上肢脱（アインカイレンなし），内診手の小生の右手を握って「助けてくれ，苦しい」と頼むように思われた。今なら帝切なるも，当時は原則に従って，回転紐を脱出上肢に固定，ブラクストン・ヒック氏法を決定，フランス式によって臍部から右下肢をとらえ，回転紐によって固定，アンタゴニックの力をはたらかし，助産婦にコップを押させたところコップが動いた。後はミューラー法で娩出，呱々の声を聞いたときはほっと安心。遷延性横位でもブラックストン・ヒック法と回転紐を使って，「御用!!御用」の要領で気長に縄をたぐることによって，収縮輪のないものは成功する。この胎児も成人式を終え，家業を継いでいる。今一度握手して見たい!!

（〒 371　前橋市千代田町 3-12-18）

同姓の憂うつ

上田篤次郎

佐久間英氏の著書によると，日本で特に多い姓は第1位鈴木，第2位佐藤，第3位田中と並んで，上田は第77位，植田は第252位だということである。

そういえば，軍医学校のとき同じ教室にウエダが3人いたこともあるし，東大の上田英雄教授，慈恵大の上田泰教授と間違われる光栄に浴したこともあり，ウエダというのはありふれた姓なのだろうが，そのことについて特別いやな感じを持ったことはなかった。

何百年か祖先をたどっていけば，あるいは血縁があるのかもしれないが，われわれは血統書付きの犬より劣って祖父くらいから先は確実なことがわからないので，かえって気が楽なのかもしれない。

ところで，このところ外務省の極秘電報の漏洩事件から，ウエダ氏が連日のようにマスコミにあらわれているのである。

議会では上田哲氏が政府攻撃の花形としてしゃべりまくり，政治座談会では共産党の上田氏が卓論をぶち上げるかと思うと，毎日新聞の何とか部長がまた上田氏である。

国民の知る権利を守るための大奮闘であるというのだから，同姓の1人として大いに感激し，喜ぶ気持ちが湧いてもよさそうなものだが，一向にその気になれないのだから困ったものである。

そうかといって，私が佐藤自民党をすばらしいと思っているわけでもなく，また官僚のやり方をよいなどとは夢にも思っていないのだから，ますます困ってしまうのである。

この気持ちを自分なりに分析してみると，

1. 外交というものは相手のあることで，交渉の途中の経過を全部バラしていたのでは，「当事者能力なし」として相手にされず，外交そのものが成り立たないのではないか。

多くの国民が知らないうちに400万ドルよけいにアメリカに支払うのが国益に反するというが，沖縄は何にもしないでも返還されてくるものと思い込んでいるのではないか。

2. 蓮見事務官に「迷惑はかけない」などとできもしない，あるいはするつもりのない約束で秘密書類を手に入れた西山記者が，「間違ったことはしていない」とうそぶく「目的のためには手段を選ばない」態度の2点に納得できないのである。

そして，もし社会党が政権を取ったら，どんな官僚対策を取るのか，たとえば外交秘密電報はすべて外務省の掲示板に貼るか，またお手本にしているソ連や中国だったらどうなのか，いろいろ聞いてみたくなる。

こんな議論のやりとりをしている間にも，自然破壊は進み，公害はふえ，医療は荒廃を続けるなど，国民が身にしみて感じている国益は刻々失われているのではないだろうか。

新聞にしても「国民に真実を知らせる責任」などと大見栄を切っているが，医療問題でいとも簡単に厚生省や健保連の提灯持ちをして，どれだけ医療の荒廃を推進したかを考えると「空々しい」の一言に尽きるものである。

結局，無力な国民の1人として私は「目糞鼻糞を笑う」と観じているのである。

マスコミの姿勢も，「要するに自分たちの飯の食い上げになる」ということでムキになっているのであって，「国民の知る権利」などはとってつけたお題目に過ぎないと思えば腹も立たなくなる。第一，国民というのはだれのことで，まただれが非国民だというのか。

同じ日本人の笠谷がジャンプで優勝すれば，何となく愉快に感じるように，同姓の人がりっぱな活動をして時の人になると，やはり何かしかの連帯感から楽しくなるのだと思うが，現在の私の憂うつの原因は，結局上田哲氏の大局を忘れた，しかも自分だけが国民の代表であって神のような存在と思い上がったマスコミ育ちの悪臭にあてられたものかもしれない。

無力な市井の一医師である私は診

療室にもどり，患者と心の通い合うことで気を休めよう。

（〒 161　東京都新宿区中落合4-4-15）

かみしろじゅんの男子専科ー
いいたい放題其ー

不養生訓：大いに怒れ

渡辺　淳

笑いは養生の第一か？……

笑う門には福来たる，皆さん大いに笑いましょう，わっはっは……というテレビを見ていると脊すじが寒くなってくる。世の中偽善で一切染まっちまったみたいで目の前が真暗になってくる。映画の題で“悪い奴ほどよく眠る”というのがあったが，“悪い奴ほどよく笑う”というテレビ映画ができるのではないかと思っている。ギャング映画だって，善人は真蒼になってぶるぶるふるえている。悪い奴ほどにやりと笑ったり，へっへっへと笑ったりする。そしてその大ボスは“わっはっは”と笑っている。笑いはいつも罪の意識にくすぐられている。女性のしのび笑いほど罪の意識を感じさせるものはない。一体女同志だけでいるとき，女性はしのび笑いなんてするのかしらと思う。

医師は脅迫する……

医者の中にも笑うのが身体にいちばんいいですよ，怒ると身体に毒素がわくんですよ，なんていうのがいる。そしてわざわざ科学的な注釈をつけたりする。「パブロフの犬の実験をご存知ですか，胃瘻をつくって，犬に食物を与えると胃液がどんどん流れ出してくる。これに猫を連れてきて犬を怒らせると，胃液の流れはぴたりととまってしまう。ごらんなさい，怒りはこんなに身体に毒なんですよ。」医者の中にはこうしたおどかしをいつも患者さんに向かってしているのがいる。いつもいつもおどかしていると，おどかすのが楽しみになってくるらしい。患者は真蒼になってふるえている。しまいには「あなたは胃癌です。あと3か月もするとあなたは苦しんで苦しんで死ななきゃならない。痛くて，痛くて，そのときは，畳の上を時計の針のようにぐるぐるのたうちまわりながら，畳をかきむしって，もがき，苦しんで死ぬんですよ」ということになる。これでは患者はたまらない，鬼気迫る感じになってくる。じゅんさん，嘘つくな，そんなばかなことあるもんかって，いやほんとにあった話です。

怒りは最高の徳……

こうなってくると“一体怒って何がわるい”とひらきなおりたくなってくる。敵が科学らしくくるなら，こちらも科学的にゆこう。怒りは間脳を刺激して，間脳のはたらきを最高にする。アドレナリンは分泌され，筋肉に向かって血管はひらき，身体に気力が充実してくる。ひとみは見ひらかれ，頭髪は立ってくる。これは余分な話，なんにせよ攻撃に最適の状態になってくる。男ならいっそう仕事のできる状態である。この攻撃的エネルギーの増大は社会的にもきわめて有用なものである。原始狩猟民族にとってこの攻撃的エネルギーがなかったら一日でも生きのびることはできなかったであろう。ローマ帝政の強いキリスト教徒に対する迫害，それへの怒りがなかったら，キリスト教はああも急速には発展しなかったであろう。またキリスト教専制に対する怒りがなかったら，ルネッサンスのあの爆発的エネルギーの発散はなかったと思う。マルクスだって，ユダヤ人として蔑視され，迫害されることへの怒り，第一次産業革命による資本家の労働者に対する搾取への大いなる怒りがなければ，彼の共産党宣言はなかったであろう。

わが胸の燃ゆる思いにくらぶれば，煙りはうすし桜島山—維新の憂国の志士平野国臣の心の中にはどれほど怒りが煮えたぎっていたことか，人間怒りなくして何ができるかといいたくなってくる。

語　録

今平和，平和とお題目のようにとなえている。人間の心の中にあるこの怒り—攻撃性をライオンにたとえればわれわれは今“ライオンをおりの中で飼おう”としている。これはライオンを殺すことにならないかどうか。

怒れ，怒れ，ことに若者よ，
　大いに怒れ，
“Boys be angry”
　from doctor Gorōku.

（〒 143　東京都大田区山王1-42-2）

医学現象的女性論

女性の変身（その1）

——女性における肉体の重さ——

本田　三郎

変身は女性の属性!!

変身ブームなそうである。脱サラリーマン，フーテン化，○○軍派など，いずれも変身嗜好のあらわれであろうし，子どもの世界にも反映して，マンガ雑誌には仮面ライダー，変身忍者，不良英雄などが花盛りである。激しい競争社会，きびしい管理社会，そして目まぐるしい環境条件の変化に対する順応の一形態であろうし，抵抗の姿でもあろうし，または克服の願望でもあろうか。しかし，変身に関する最も長い歴史とい

えば，それは女性の化粧ということになるだろう。

ほとんど毎日テレビの画像でお目にかかることであるが，軽やかなイブニングドレスをまとった美人が，しなやかな手に化粧品を取り，夢見るような手つきで頬をなぞらう，その瞬間，“女性の変身するとき”とか合の手のナレーションがはいって，宣伝目的の化粧品が映し出される。なぜあんなすてきな美人がもっと美人にならなければならないのか，女性とは欲ばりな存在であるとか，変身がお好きなのか，とか思っているうちに，つまり，女性と化粧とは切っても切れない関係にある。化粧とは女性の属性でもある。いいかえると，変身とは女性の一つの属性ではなかろうか，と思われてくるのである。

変身の季節：3つのエポック

ところで，医学常識の教えるところによると，人間という生物は一生のうちで，体質的にかなりの変化をみる時期が3度ほどあることが知られている。これらの変化のあらわれを変身というのは適当ではないかもしれないが，はじめは3～5歳ごろ，幼児特有のゼロゼロとかアトピー皮膚炎などの体質的な症状が，3～5歳ごろから忘れたようによくなるとか，第一反抗期であるとかが知られている。次は思春期で，それまで予想されなかった心身上の特徴が見られるようなこともある。肉体的な変化はいうまでもない。あんなに温和であった少年がいつの間にか過激派の闘士になったり，年ごろとともに躁鬱病の情緒障害があらわれて親を嘆かせたり，である。第3は中年期で，不惑を過ぎて人生経験の豊富なはずの年配の男性が若い女にウツツを抜かしたり，蒸発したり，また，中年女性が家庭を放棄して若い愛人のもとに走る，といったことで，週刊誌の恰好の餌食にされる例は毎度ご覧の通りである。後の2つの時期が体内の性ステロイドホルモンの消長と，内分泌的な変化に密接な関係があることは今さら述べるまでもない。

以上の3度の変身期は男・女性に共通しているが，女性には，大きな内分泌的な変化という点で妊娠・分娩の一時期が“変身の可能性”の高い機会と考えることができるであろう。事実，女性の変身を考えるうえで見のがすことのできないポイントのように思われるのである。

女性にとって，妊娠・分娩とは!!

一口に妊娠・分娩といえば，ことはきわめて簡単・直截であるが，もう一歩立ち入ってみると，妊娠の出発，すなわち受精卵は百万分の1ミリグラム，それが10カ月間に30億倍の3000グラムに成長するのであり，子宮筋は約500倍に，その他に胎盤という約500グラムの新臓器が出現し，絨毛性ゴナドトロピン，絨毛性ラクトーゲンはともかくとして，ステロイドホルモンについていえば，エストラジオール，エステロンは妊娠末期に正常黄体期のピークの約100倍，エストリオールは約1000倍に達し，プロゲステロンは黄体期の量の15～20倍に及ぶのである。いざお産となれば，それは出血死を賭けた闘いであり，妊産的死亡の過半数は出血死であると同時に，その出血死の過半数は予期できなかったできごとであると報じられている。対出生10万の妊産婦死亡率（この比較の仕方にいくらかの問題があるが）は97名で，かりにこの比較が許されるならば，脳卒中，ガンの次に位する数字となるのであり，同じく周産期死亡率は（対1000）33.1であるから，対10万になおせば3,310という高い数字となるはずである。いわば，妊娠とは大きな創作のドラマであり，分娩とは危険な冒険である。

これほどの肉体的変化のうちに女性の内部にさまざまな変化因子が芽ばえたとしても不思議はないであろう。女性は相手となる男性しだいというのが一面の真理なら，妊娠・分娩というデキゴトが女性にとっては大きな意味をもつことも首肯されるであろう。

次に，私のカルテの中から印象にのこる例をあげてみよう。

1. 赤ちゃんを置いて蒸発した新妻の話

彼女は中学を出てから，ある鉱山会社の社員寮の世話をしていた叔母のもとに身を寄せ，同じ会社の事務所で働いていた。その鉱山は有名会社に所属する代表的な鉱山であり，大学を出て精いっぱいに仕事をしている新進気鋭のエリート山男も少なくはなかった。自然の風物はともかく，鉱山はどこでも殺風景であり，女っ気が乏しいことはいうまでもない。一人やもめにウジがわくのたとえのとおり，男性独身寮は不潔でもあり一種の男くさい臭いがしみ込んでいる。その中で，いつごろからかある男性の身の回りのサービスに励む彼女の姿を見かけるようになった。寮母の叔母の指金か，本人の自然の心情の傾きか，それはともかくとして，四季のうつりかわりとともに若い男女のあいだに愛情が育つのは自然の摂理であろう。

数年後，エリート社員は家族や周囲の反対を押し切って彼女と結婚することになった。彼は，彼女のいたらない点はどこまでもカバーし，リードしていこうというほどの意気込みであった。結婚した新夫婦は主人の本社勤めとともに東京に出てき

た。新妻はいそいそと洋裁や料理のお稽古ごとに通ったり，夫の実家との付き合いに励んでいるようであった。やがて，妊娠し玉のような男の赤ちゃんも生まれた。外目からは全く順調で幸福な新家庭の営みにみえた。赤ちゃんが生まれて間もなく夫は外国の鉱山に出張し，妻は留守を守ることになった。彼女は社宅に住んでいたのであるが，約半年後，赤ちゃんを夫の実家に置き去りにしたまま姿を消した。いわゆる蒸発したのである。

海外から呼びもどされた夫は，子どもや妻への土産物をたずさえて帰国したが，事情を聞かされても半信半疑で茫然とするばかりであった。調査したかぎりでは家出をする理由はなにも見出せなかったとのことである。

「先生はどう考えますか？」とたずねられて，私は返答に窮した。とくに理由があるから家出をするとはかぎらないであろう。また強いて探せば，原因や理由はいくらでもあげられるであろう。常識的な答えは！，といえば，彼女は家庭をもち母親になるだけの社会的教養に乏しかったとか，大都会に投げ出されて親しく話し合う友だちはなく，頼りの夫には海外に出張され，孤独な環境でノイローゼにはまり込んだのだ，とも説明できるだろう。しかし，そんなことを言ったところで堂々めぐりの感は免れない。つまり，ピンとこないのである。私にいちばん似つかわしい返答は，妊娠分娩というストレスが彼女の中のなにかを変化させた，ということである。そしてこのストレスを吸収してくれるだけの条件を持てなかったということである。

2. 不具転娘が賢母？になりそうな話

ある地方都市の娘さんの話である。駅前で飲食店を営んでいる両親は長女のM子には手を焼いていた。中学にはいってからは学校ぎらいになり，グループ・サウンズに熱中し，ときにはお金を持ち出して東京まで出張るということもあった。高校にも進学せず，そのまま家の手伝いというわけにもいかず，同じ市内の軽電機工場へ勤めさせることになった。仕事は覚えて間に合うものの，勤務状態が好もしくないことはいうまでもなかった。給料だけではお小遣いにも間に合わず，両親は濫費癖の尻拭いをさせられていたが，口癖は警察沙汰にはなってくれるな，と繰り返すことであった。そんな中でM子は若い駅員と親しくなっていた。M子のお腹が目だつころ，両親は若い二人を結婚させるため奔走しなければならなかった。

そしてM子は満18歳で若い母親になったのである。しかし，M子は赤ちゃんが生まれると，母乳をふくませたり肌着をつくったり育児に熱中しはじめたのである。育児書まで買い込んで両親を驚かしたりした。実家の近くに居を構えたためもあろうが，店の手伝いをして愛想よく客に接する姿もしばしば見かけるようであった。

赤ちゃんが生まれて予想外の好結果をもたらした例である。いったい，なにが彼女の中に起きたのであろうか。表面的には彼女の“躁”が消えたことは確かである。また，自分の生活に手ごたえのある中心となるものを見いだしたかのようである。それは，自分の“意志や努力”による結果であるとは思われない。無意識的であり，より多く肉体的変化の自然によるものであろう。俗には母性の目覚めといわれるが，ことほど単純ではなく，内部から突き上げる何物かが大きな役割を果たすのではなかろうか。

このように見てくると，変身とは内部環境の変化に基づいたかなり運命的な性格をもつように思われてくる。いわゆる“変身”で，男性のそれは忍者ものや流行風俗にみられるように，主として物理的・外表的変身であり，思想や意志や努力でつくり出すポーズが多いのに反し，女性の変身は生化学的・内部衝動的なそれであり，無意識的であり自然現象的であるといえようか。男性が百人斬り，千人斬りの経験を積んだとしても，女性のただ一度の妊娠・分娩の経験には及ばないであろう。男性の性ステロイド・ホルモンによる振幅の幅は高が知れているといえば言いすぎかもしれないが，女性の場合，一月経周期のあいだにもかなりデリケートな肉体的・情緒的変化曲線を，その性ステロイドホルモンの消長と対応して画くことはご存知のとおりであり，妊娠・分娩において，その振幅と影響は最高に達する。

女性とは，自分の正体がよくわからない存在!!

女性の日課!!，それは鏡の前にすわることである。来る日も来る日も，何回となく何時間となく，飽きもせずに鏡の前にすわる。料理やミシンを踏むことを知らない女性も，鏡の前へすわることは怠らないであろう。そして，塗りつけたり，眉を引いたり，目をつり上げてみたり，鼻をふくらませてみたり，髪形を変えたり，なで上げてみたり，人生の何分の一かは鏡の前のそれであるかのようである。男性たる者はヤッカミ半分に，あれは自己愛，または，ナルチシズムのあらわれと批評し，確かに一面の真実でもあろうが，そ

れは，男性の知らない女性の“変身の楽しみ”であろうか。女性にとっては，生化学的・内部環境的な振幅の幅が大きいゆえに，変身を夢見ることができるのであり，別な見方をすれば，振幅の幅が大きいために，自分の正体がよくわからない存在!!と言えようか。男性と比較して，女性における肉体の重さである。

女の一生やアンナ・カレニーナを持ち出すまでもなく，古今東西の“男と女の物語”に底流するのは，こんな女にだれがした!!という主題であろう。女性はもっぱら同情され，男性はいつもいくらか暴君的である。自分というもの正体がよくわからない女性は，相手しだいという側面が出てくるわけである。いわゆる殺し文句やお世辞に弱いのも，そうした傾向のあらわれであろう。大げさに表現すれば，女性の情事のストーリイは変身の姿とでも言おうか。昨今ますます強くなったとはやされても，女上位の時代と持ち上げられても，女体そのものが変わらない以上，女性の本筋のあり方や行き方に革命的変化の起こりようはずはないと思われるのだが。

外環境的変身について

メーキャップのつくり方一つでも，その社会事情や風俗と無関係ではありえない以上，“変身”の外環境についても一言付け加えねばならないだろうし，事実，その社会のあり方が女性の変身に大きな影響力を及ぼしてきたことは，女性風俗史を繙くまでもない。

ポルノ的風俗，スワッピングの潜行などに表象されているように，性のもつ2つの側面，生殖目的と快楽追求とはますます分離し離反する傾向にある。日本ではまだ顕著とはいえないが，ピル服用の盛行から，やがてプロスタグランディンの登場，他方，人工授精から人工生殖へと，人工技術の貪欲な応用の拡大によって，以上の分離・離反を可能にすると同時に，性にかかわる倫理性の側面をその基盤からゆるがしはじめている。

さらに，生まれた子どもについても，母親の職場や社会的ビジネスへの進出の拡大につれて，子どもの保護と育児もまた分離を強めつつあるように思われる。それは，生まれて間もない赤ちゃんを乳児院や保育所にあずけることを当然の権利であるかのように主張する傾向に端的にうかがわれる。乳児院や保育所は，その名称は何であろうと，保養機能が主であって，育児というにふさわしい全人的な感情の交流までは手の及ぶべくもないからである。

こうした女性機能の分離傾向は環境による触発や感覚的要素による振幅の幅をますます増大させることになるわけである。フィーリング世代はその先駆的現象であろうか。つまり，変身の機会と可能性について，そのボルテージはかなり高いというべきである。これらの事実が女性にとって幸か不幸かは本題の取り上げるべき対象ではないし，女性自身が自らに問いかけるべき問題であろう。しかし，人間が科学技術の主人公とはなりえていない現在，外環境的因子に埋没し，女性という性の中心であるべき性と，子どもの保護育成という2つの面において，分離・離反の傾向を強めていることは，女性の全人的生命感の充実の有無にとって一つの警告的信号とはいえないであろうか。

（〒 181　東京都三鷹市牟礼1-12-10）

☆　☆　☆

秘薬「毒にも薬にもならない薬」

広瀬　正義

ありゃあたしか土曜日の夕方だったから，ほかの病医院はたいてい休診だったんだろう。そのせいか，おれの医院の待合室にもめずらしく数人の患者が待っていた。

その時のことである。診察室内で診察しているおれの耳に，ふと，待合室に面した窓口の所で，受付と患者が何か問答をしているのが聞こえてきた。

その昔，聖徳太子は同時に10人の訴を聞きわけたというが，きっとおれだってその子孫の一人に違いないんだから同時に2人の話を聞くくらいの芸当はできなくちゃあ恥だ。

そう思いながら，おれは現に今，おれと向かい合って容体を話している患者との対話のあい間あい間に，そちらの方へも耳をすませてみた。

なるほど聞こえる聞こえる。だが，そりゃあ壁とドアを隔てた向こうの部屋の話し声なんだから無理もないんだが，こまごまとした言葉のひとつひとつは聞きとれない。しかし，中年の女性の声で“どうも症状がおかしいから早くみてくれ”といっているらしいということだけはわかった。

だからおれは室内の患者の診療が終わると，まだその人が着物を整えもしないうちに早速，待合室のドアをあけてみた。

するとそこには中年の女性が立っていた。しかも彼女は，いま診察がすんだということを察知していたのだろう。いまにも診察室へとびこもうとしてスキをうかがっているような格好であった。だからおれはすか

さず声をかけてやった。

「ああ。あんたですね，苦しいのは」と。そしてイスにすわって待っている他の患者たちをぐるっと見渡しながら，私はそのだれにともなく

「皆さん，ちょっと待っててね」と声をかけた。そして

「じゃああんた先にはいんなさいよ」と，彼女を診察室へ入れた。

付き添ってきたんだろう，娘さんらしい若い女性もいっしょにはいってきた。その若い女性に腰を支えられてはいってくるときの彼女の歩きっぷりは，どうみてもそんなに苦しそうには見えなかった。しかしおれはその苦しいという当の本人と診察のために問答を始めた。

「どこが苦しいの」

「ふらふらして仕方ないんです」

「いつから？」

「１週間ほど前からなんですの。でも，それがだんだんひどくなるんで，昨日○○病院へいってきました」

「それで何ていわれた？」

「ふらふらしていたもんですから，何ていわれたか覚えてないんです」

そこでおれは付き添に向かって

「あんたはそのとき，いっしょに行ったの」

「いいえ，私は同じアパートのお隣りの部屋の者なんですけど，今このオバさんが苦しくって歩けないとおっしゃるんで，ついてきてあげただけで，昨日のことは存じません」

そこで，おれは再び本人に

「じゃ，あんた昨日はどんな治療をしたの」

「病院で何時間も待たされました。その待っている間に注射を５本もやっていただきました」

「へエー，注射を５本も？　そりゃあ，ただごとじゃないね。何のために？」

「そんなことわかりません。こっちが聞きたいくらいです。それが終わってしばらくたってから診察してもらいました」

「そりゃあ混雑していて，すぐにはみられないので応急の処置として注射をしたのかな。それとも何か特殊の治療か検査のために，何か特別の注射をして，わざわざ何時間も待たせたのかな。どうもその辺の事情がわかんないと，はじめてのおれとしちゃあちょいと手が出せないね」

「先生にいくらせめられたって覚えてないんだから仕方がありません」

彼女はおれの質問に対してますますノーコメントの態度をはっきりさせてきた。だからこれ以上は問答無用，鳴くまで待とうホトトギスとゆくよりほかはなさそうだ。そこでおれは

「まあいいや，じゃあ診察しよう」

と宣言して，彼女の全身をひととおり診察した。しかし大した所見はない，ただ血圧が少しく高くて，160～105であるという点以外は。

「あんた，血圧はふつうは高かったの？」

「昔は低かったんですが，最近はどうなんですか知りません」

「昨日は？」

「測ってもらったんですが，覚えておりません」

「何か薬はもらった？」

「ええ，もらってきたお薬はちゃんとのんでます。苦しいものですからさっき，その２包を一度にのんでみました。それでも苦しいんです。先生早く治してください」

「あんたの場合，昨日のことがわからんとねえ。何か特殊な注射療法をやってあるんだとか，それとも何か特別の薬をもらってきて，しかもそれの２回分を１回にのんじゃったんだとかってんだから，いま私が注射なんかしたら，かえってたいへんなことになるからね」といいながら私は彼女の顔をみると，やっぱりそんなに苦しそうでもない。

いや“ざまあみやがれ，このヤブ医者め。こんな苦しんでる人に手も足もだせないじゃねえか”と，内心ホクソエんでるようにさえ思えた。

だからおれはおれの最後の切札として大事にとっておいて，めったな人には出さないことにしている特別の名処方を出すことにした。

「みたところどうも，あんたはいますぐに何かの処置をしないと手遅れになりそうというほどでもない」

それに注射はすぐにきいてくる，いやどうかするとききすぎちゃってかえって苦しくなることだってあるんだからね。

まあ，あまり強くない“のみ薬”だけにしとこうや」

といいながら。

（〒 150　東京都渋谷区恵比寿1-25-12）

情報サービスセンター開設

医療関係情報にかぎらず，東京の会員のだれかに聞いたら……というようなことがありましたら，下記へご連絡ください．在京会員のお力を拝借して東京情報をお知らせいたします。

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

事務局より

1. 本会の世話人について

本会には会長，幹事あるいはそれに類似したボス的存在はありません。ただ，会の運営事務を引き受けようとする有志が世話人となって，世話人総会の意向に従って事務を分担，担当しています。
世話人をお引き受け下さる御意志のある方はどなたでもぜひ世話人となってお力添え下さるようお願いいたします。
昭和46年8月の世話人総会で決定しました業務分担（任期2年）とその担当世話人の氏名は次の通りであります。（50音順・敬称略）

Ⅰ．**共同調査**：柴山　豊，永井友二郎，新野　稔，西田一彦，日向野晃一，藤沢正輝，福山正臣，本田三郎，光山恭子，宮崎三郎，本吉鼎三，森杉昌彦，守屋美喜雄，山田辰一．

Ⅱ．**人間の医学編集**：木島　昂，木村和郎，中尾聰子，広瀬正義，本田三郎，依田三郎，渡辺　淳．

Ⅲ．**記録**：天野　曄，上田篤次郎，浦田　久，大林輝明，小山五郎，木村和郎，佐久間正人，佐藤安正，永井友二郎，西田一彦，日向野晃一，本吉鼎三，依田三郎．

Ⅳ．**企画**：秋月源二，天野　曄，大林輝明，金井美津，坂口練平，柴山　豊，竹崎鼎輔，新野　稔，西田一彦，森杉昌彦，渡辺　武．

Ⅴ．**出版**：天野　曄，浦田　久，春日豊和，木島　昂，佐藤安正，鈴木荘一，中川錦一郎，日高暎二，宮崎三郎，渡辺　淳．

Ⅵ．**レントゲンカンファレンス**：大林輝明，小山五郎，菊地　博，柴山　豊，鈴木荘一，新野　稔，西田一彦，日向野晃一，宮崎三郎，渡辺　淳，渡辺　武．

Ⅶ．**レジャー**：大林輝明，小山五郎，柴山　豊，高橋胤文．

Ⅷ．**二次例会**：高橋胤文．

Ⅸ．**地方支部連絡**：上田篤次郎．

Ⅹ．**総務**：秋月源二，上田篤次郎，浦田　卓，浦田　久，春日豊和，永井友二郎，日向野晃一．

Ⅺ．**事務局**：庶務／上田篤次郎，協和企画・佐野芳郎．　**会計監査**／竹崎鼎輔，中川錦一郎．

2. 原稿募集について

本誌「人間の医学」は「実地医家のための会」の機関誌でありますから，会員が相互に研究検討し，あるいは相互に理解を深めるために，どしどし原稿をお寄せ下さいますようお願いいたします。

i）題材……会員自身が研究したこと，日常思っていること，聴講された講演その他の抄録，書評，学会見聞記，随筆，詩歌，カット用の図案などを御自由に。

ii）原稿は……長さは自由，横書き原稿用紙を用い，明瞭な字体で。
ただし，カットなどの図案は鮮明な黒白ものに限る。
また，原稿には著者校正希望の有無・別刷の要否（要の場合はその必要部数）を明記してください。もしそれらの明記がない時は編集部に一任されたものと認めますが御諒承ください。

iii）欧文文字は……なるべくタイプで。やむを得ず手書きの場合は，筆記体の文字ではなく印刷体の文字で，一字一字離して明瞭に。なお，欧文文字のみの原稿は組み代の実費を著者が負担してください。

iv）図・表・写真・スライドなどは……ネガフイルムなどでなく，必ずプリント（紙焼き）したものを用いること。またそれらの中に書きこまれる文字はとくに明瞭に。

v）締切……特に設けず，原則として到着順に掲載する。

vi）原稿送付宛名は……〒 158　東京都世田谷区玉川奥沢5-14-3　中尾聰子 宛

□あとがき□

創刊号以来ずっと，本誌の印刷技術面を担当していた医学書院の今宮義雄さんが，今回（くわしくいうと本誌の第51号までが今宮さん，第52号からがその後任者の担当となったのですが），同社内の人事異動のために本誌の編集事務を離れた。

その後任には

東京都文京区水道 2-5-1-101

学術図書印刷株式会社の営業課長・菊地耕造さんが就任した。菊地さんは就任早々，第100回例会記念特集号にぶっつかり，さんざん苦労をしたらしい。しかし，菊地さんはそんなことにはめげず，責任観念すこぶる旺盛，やる気充分の好紳士である。

ここに今宮さんの多年のご苦労に対して，会員一同心から御礼申し上げると同時に，そのご多幸をお祈りいたします。そしてまた，その後任者の菊地さんの手腕に大いに期待したいと思います。

× × ×

本誌は会員諸先生の原稿がなければ成りたちません。その応募要領は83ページに記載したとおりですが，今回の「最近の講演より」欄のように，先生方がお聞きになった講演をおまとめのうえ，ご投稿くださっても結構です。

また今回の春日先生の「往診考現学」のように他誌に発表はしたが，今回の本誌の話題と関連していて，同時に読んでいただくと非常に参考になると思われるようなものは，これまたぜひご投稿ください。

とにかく投稿要領参照のうえ，どしどし原稿をお送りくださいますように。

（広瀬正義）

□□□□□□

訂　正

53号45頁左段の下より2行目
L. B. Bloock は誤りです。
A. V. Block と訂正します。

人間の医学／第 54 号

1972 年 8 月 15 日　発行

発行人・永 井 友 二 郎

編　集・東京都渋谷区恵比寿1-25-12　広瀬正義

事務局・東京都品川区東五反田1-12　川手ビル
協和ビデオサービス内
「実地医家のための会」
電話　東京 (03) 445-7261

本会へ入会御希望の方は上記事務局へ御申込み下さい。会費は，本誌（年6冊発行・1部600円）のほかに各種プリント代その他も含めて，年額3,600円です。