実地医家のための会

人間の医学

'73. 4

No. 58

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

巻頭のことば

吉　田　秀　一

昔，孔子が蘆山のふもとで道に迷ったとき，路傍の少年に道をきいた。

「蘆山はどこにあるか知らないが，そこへ行く道は知っている」と。

医学の道は長くけわしい。そして病気の原因にはいまだに解明されないものが多い。

「皮膚から心臓の表面の心膜までの距離はたった2センチしかない。だがこの2センチの奥にある心臓の手術をするために人類は2千年の歳月を費した」これは榊原博士の引用したことばである。

学究の諸君は日夜研鑽して，毎年の学会には数多くの演題が発表され討論がかわされる。そして実地医家のわたくしどもは毎日病人を診て治療をしてるつもりだが，ほんとうに医師たる自分の力でなおしたと思う患者は何人あるだろうか。

「われは包帯するのみ，神がなおし給う」というのは外科医のなげきだけではない。

薬を乱雑に用い，ルーチンの検査を多くした方が点数になるような保険制度の中で，わたくしどもは何が良心的な治療なのか？　病人の身になって考えることを忘れてはならない。

(〒 980　仙台市柏木2-4-76)

人間の医学　第58号

巻頭のことば……吉田秀一　1

私たちの研究と臨床

凍傷と凍瘡……上田篤次郎　5

学校保健の近代化……吉田忠　7

ムンテラ処方集……新山栄　11

最近の呼吸器感染症……新野稔　13

私たちの例会

第109回「実地医家のための会」の報告

1．開業医からみた最近の育児傾向……光山恭子　15

2．時間外診療の実際

——東京の下町小医院の記録から——……春日豊和　27

自由交見……29

第110回「実地医家のための会」の報告

1．保険診療の諸問題

(1) 社会保険診療報酬明細書の作成および内容からみた問題点……古平義郎　30

(2) 老人医療の問題……内山隆玄　34

(3) 医療体制および医療保険制度に関する最近の動向（要旨）……本吉鼎三　35

2．われわれの工夫

小児の胸部X線撮影法およびフイルム保存法……吉田秀一　36

自由交見……39

第111回「実地医家のための会」の報告

1．実地医家の未来像 (1)……羽田春兎　41

〃　(2)……結城栄一　42

2．われわれの研究
(1) 肝臓の触診法……山田辰一 44
(2) 腎臓の触診法……谷津民夫 45
(3) 壊死性腸炎の2剖検例……天野曄 45
自由交見 …… 46
レントゲン，カンファレンス抄録ならびに
主題「胃隆起病変」についての解説 ……新野稔 48
例会二次夕食会 …… 50
アンケート特集 訪問と電話に関する要望 …… 51
健保についての調査結果 …… 53
小児科医実態調査の報告 …… 54
ひろば …… 55
カルテの前で 町医の記録（その1)……鈴木荘一 56
私は診察室でこうしている ……山田案山子 57
凡医妄言 ……入江紀文 58
小さな診療所からの溜め息 ……吉田仁 59
川柳漫歩（第8回)…… 61
医院のうちそと 富士・伊豆の旅 ……榎本明雄 62
あるビギナーのゴルフ談義（その2)……しげとりよう 66
カムチャッカの人々 ……片岡和夫 67
みんなで発言しよう ……かみしろじゅん 69
愛情について ……上田篤次郎 70
平和なる日々人類は何時ほろぶ ……片岡茂和 71
情報サービスセンター報告 …… 72
あとがき …… 72

実地医家のための会

凍傷と凍瘡

上　田　篤次郎

はじめに

この冬は凍傷の当り年のような気がする。

母校の山岳部員が3人北アルプスで凍傷を受け，元旦早々新宿駅についてすぐやって来たかと思ったら，5日には附近の青年が2人八ツ岳で凍傷を受けて治療にやって来た。

幸いいずれも第2度程度で後遺症の心配はなかったが，本格的の凍傷を目にして32年前の満洲における耐寒実験をなつかしく思い出し，一文を草する気になった。

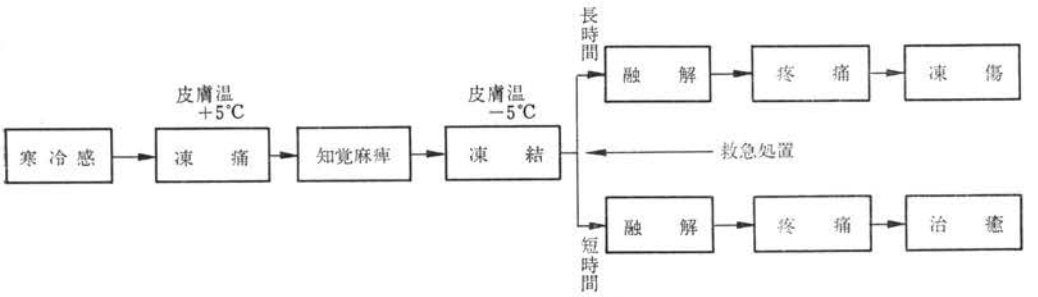
I. 凍瘡について

私たちの小学校時代には毎年冬になると霜焼だらけの手を校庭の日溜りで温めていた友人がいたものだが，最近東京ではひどい霜焼を持った子供を見たことがない。

霜焼すなわち凍瘡は

1. 緩和な寒さの影響を反復して受けた結果徐々に発生する。
2. 組織の凍結を起こすことはなく，次第に症状が発現する。
3. 知らず知らずのうちに罹患する。
4. 指趾，手背，足背，耳などに起こり易いが特に手背，足背に多い。
5. 初めから水疱を作ることは少ない。
6. 壊死に陥ることは比較的少ない。
7. 機能障害を残すことはきわめてまれである。

というようなことが特徴で，比較的緩和な寒冷を繰返し作用した結果起こる局所的病変ということができよう。



凍瘡の減少したことは明らかに日本人の生活の変化，ことに暖房の普及にあることで，喜ぶべきことかもしれないが，万一大震災など非常災害が冬期に起こって，電気も瓦斯も止ったとしたら一挙に激増するのではないかと心配である。

II. 凍傷について

凍傷は凍瘡と違って激烈な寒気に曝されて，組織の凍結を伴った，瞬時に発生する火傷にも比すべき一つの外傷である。

すなわち

1. 激烈なる寒気によってきわめて短時間に発生する。
2. 必ず組織の凍結という段階があって，その融解後に症状が現われる。
3. 凍結前に甚しい凍痛があって，知らず知らずのうちに罹るものではない。
4. 指趾など末端から起こり，手背足背などに及ぶ場合は末梢部ほどひどい。
5. 初めから水疱を形成する。
6. 組織の壊死を伴うことはまれではない。
7. 指趾末端の離断等機能障害を残すことが多い。

というようなことが特徴である。

凍傷発生機転を尾形恒治氏は図のように示しているが，ここで最も重要なのは“凍痛”である。

私もハルピンで凍傷実験を行なったが，−30°C ぐらいの戸外で手袋から指を1本出し，水につけて扇風機の前にかざすと，指先からスーっと白く凍って来て，鉛筆でたたくとコンコンと音のするのを体験しているが，冷い感じから一種異様な凍痛を経て凍結すると，無感覚となり，融解する時の痛みは普通の疼痛であることを確認している。

凍痛は皮膚温が 5°C 位になると起こるもので，凍結までさせなくても，氷水に指をつけてみれば誰にでも簡単に体験できるもので，この警鐘さえ見逃さず，運動や摩擦することを怠らなければ凍傷は予防できるものなのである。

では凍傷には個体差があるか，また訓練効果は期待できるかというと，−50°C 以下となれば差は認められないが，−30°C ぐらいでは満洲土着の人では手袋も用いないで戸外作業をしているし，日本人でも鴨川に入って布を晒す仕事をしている人たちは凍傷が起こりにくいことが認められているので，当然考えられることである。

昭和16年ハルピンにおいて緒方惟弘教授のご指導を受けて寒冷の人体に及ぼす影響を調べていたが，寒冷に曝露されたからといって，皮膚温は一方的に下って凍結に至るものではなく，途中で何回も小さい上昇を示すものなのである。

耐寒性の強い者ではこの階段が多く，弱い者では少ないという差はあり，ある程度下ると以後は直線的に低下して凍結に至るのである。

体温 37°C を至適温度として調節されている人間の恒常性維持能力の中に皮膚温の調節ということはきわめて重要な役割を占めているのであって，寒冷によって生命維持に必要な体温を保てなくなれば，末梢には血液を送らず，とかげが尻尾を切り捨てて逃げるように，四肢末端などは犠牲にしても生命の維持を計るものと考えることもできよう。

凍傷抵抗力の本態については寒冷自家血球凝集反応と，寒冷血管反応の二つがあげられているが，微妙に変動する皮膚温をみていると，主体は自律神経系による血管運動調節であろう。

III. 凍瘡，凍傷と現代生活

ある程度以上の寒冷は生存，活動に不適当であるので，文化生活の目標の一つには寒冷の克服が含まれることは当然であろう。

われわれの生活でも，その時代時代の生活の知恵の産物である火鉢，炬燵，温石，懐炉，薪ストーブ，石炭ストーブなどはあらかた姿を消し，ガスストーブ，電熱暖房器，温風暖房器など，室内という小環境の気候調節が主体をなしてきた。

通勤も暖房車で会社につけば上衣を着ていられないくらいの過剰暖房という生活は冬でも活動に便で，ただただエコノミックアニマルとして動き続けているように見えるが，このような環境に馴らされた人間は寒気に曝露されたら，ひとたまりもあるまい。

最近脱社会の風潮がひろがり，登山，スキー，スケートなどウインタースポーツは全盛である。しかも山へ行けば自動車，ケーブルカー，ロープウエイなどが至る所に設けられ，人体が高度あるいは寒冷に馴化する余裕はきわめて少なくなってしまった。

このような社会環境から容易に，そして安易に厳冬の山岳地帯に多数の人間が行くようになっては，遭難事故が起こらない方がむしろ不思議である。

昭和10年頃厳冬の富士登山などは十分なトレーニングの後十分なる用意の下に慎重に決行したもので，吉田口五合目の小屋で明日の登頂を前に，山頂の気象観測所との間の無人の氷壁に思いを馳せたものだが，登山は修業であり，祈りに近く，現在のレジャーとやらとは，隔っていたと思う。

したがって今のままでは凍瘡を見ることは減ろうが，

凍傷は逆に増加するのではないだろうか。

また，受傷直後の凍傷処置は昔は現地附近に限られたものだが，東京などで真新しい凍傷治療の機会があるのも時代の相違であろう。

むすび

文化が進むにつれて日常生活が安楽なものになることは確かだが，皮肉なことに自然への復帰を求める欲求もまた増加し，自ら作った温室生活の結果，自然に対する体も心も準備不足の状態になっていると思う。

そこで安易に自然を求めるということになると，大自然に対する人間の無力をいやというほど思い知らされることになろう。

正月早々凍傷患者の治療をしながら，昔の経験を肌で知らない今の若い人たちに真剣に知らせることがわれわれの責務ではないかと考えた次第である。

雪国の会員諸先生，あるいは雪国へでかける青年を患者に持つ暖地の会員諸先生のご経験を伺いたいものである。

（〒 161　東京都新宿区中落合 4-4-15）

学校保健の近代化

吉　田　　忠

I. はじめに

昭和33年に制定された学校保健法が学校保健の推進に貢献した事を否定するものではないが，身体計測や発育状況の把握に重点がおかれ，臨床検査の導入といえば，胸部レ線検査や寄生虫卵検査のみで，それも現在では重要疾患対策とは言い得ないと思われる。

そこで，現在の医学的知識と社会的ニードから行なわれている大田区の学童健康診断方式を紹介し，将来の展望について私見を述べてみたい。

大田区は東京都の南に位置し多摩川を境にして川崎市と接しており，全人口約72万，小学校数61校，中学校数27校，全学童数約７万名である。かつて清流と歌われた多摩川も毎日仰ぎ得た霊峰富士も昔日のごとく接することはできない。このような環境に生活する学童の健康をよりよくしたいと願うのは著者一人ではあるまい。

II. 大田区における学童健診の近代化

1. 肥満児調査

昭和41年より実施している。ローレル指数 160 以上の者を肥満児とし，出生時の身長及体重，出生順位，乳児期における栄養法の種類及び離乳開始時期，父母の体格，保護者の職業，主食，間食，好きな食物と，嫌いな食物，睡眠と勉強時間，学業成績，興味ならびにテレビをみる時間，両親の肥満に対する考え方，肥満児の現在の状態，ふとる時に食欲がふえたか，ふとっていることをどう思うか，初潮年齢，肥満児童の運動の好き嫌い，肥満児童の体力等，広範囲の調査を実施した。その詳細はすでに報告されているので省略するが，41年以降46年までの肥満児数の推移をみると表１のごとく漸増の傾向がある。肥満児漸増の理由を究明することは困難であるが，学童のおかれている家庭環境や社会環境，学校内における指導等に関係深いことは否定できない。この点を分析対処することを当面の目標とし，肥満児を持つ親に対する講演会や栄養指導，肥満学童に対する運動指導等が行なわれている。

表１　肥満児数の推移

年　度	41	42	43	44	45	46
在籍学童数	74,746	73,732	71,962	71,064	70,222	70,643
肥満児数	1,195	785	1,229	1,351	1,451	1,716
%	1.6	1.1	1.7	1.9	2.1	2.4

2. 心臓検診

昭和43年より実施している。第１次検診は全学童の保護者に心臓疾患調査票を記入させ先天性および後天性心疾患の疑い者を選出する。第２次検診は各校医が打聴診，蛋白尿検査，血圧測定等を実施して異常者を選出し精密検査を要する者を決定する。第３次検診は心音心電計検査，専門医による診察，血液検査（ASLO，CRP）を行ない最終決定とする。表２は昭和43年と44年の成績であるが，有所見者数の％はその後も大きな変動はなく，小学生も中学生も 0.2～0.3％に心疾患者が存在する。表３は心疾患者の内訳を示すが，これらの者が今後どのような経過をとるのか，学校内でどんな生活をさせて行くべきか等を課題としている。

表 2　心臓検診成績（昭43，44）　　（　）は%

学校別	校数	年度	児童生徒数	第一次検診数	第二次検診数	要検査者数	有所見者数	有所見数内訳 心疾患者数	リウマチ既往	心電図異常者
小	60	43	50,942	(5) 2,534	(2.1) 1,057	(2) 1,036	(0.54) 277	(0.20) 106	150	21
		44	51,139	(3.1) 1,610	(2.0) 1,024	(1.9) 983	(0.59) 299	(0.18) 90	177	32
中	27	43	21,941	(7.1) 1,757	(2.8) 621	(2.8) 606	(0.82) 178	(0.26) 57	185	36
		44	20,996	(3.1) 653	(2.4) 507	(2.3) 488	(1.1) 226	(0.25) 54	155	17
計	87	43	72,883	(5.3) 4,291	(2.3) 1,678	(2.3) 1,642	(0.62) 455	(0.22) 163	235	57
		44	72,135	(3.1) 2,263	(2.2) 1,531	(2.0) 1,471	(0.72) 525	(0.2) 144	332	49

表 3　心臓疾患学童の内訳（昭43，44）

学校別	年度	先天性 右心症	ファロー	心室中隔欠損症	心房中隔欠損症	ボタロ孔開存症	肺動脈狭窄症	不明	計	後天性 僧帽弁閉鎖不全症	僧帽弁狭窄閉鎖不全	僧帽弁狭窄症	大動脈弁閉鎖不全	計	総計
小	43	2	6	45	20	8	3	10	94	9	1	1	1	12	106
	44	2	4	43	15	7	6	6	83	5	1	1	0	7	90
中	43	0	4	21	20	1	1	2	49	6	1	0	1	8	57
	44	2	1	20	20	1	2	3	49	5	0	0	0	5	54
計	43	2	10	66	40	9	4	12	143	15	2	1	2	20	163
	44	4	5	63	35	8	8	9	132	10	1	1	0	12	144

3. 虚弱児調査

昭和45年に実施した。身体虚弱，体型異常，病弱，情緒不安定の症状を記入できるような調査票を作り，学級担任教諭や養護教諭が受持学童の日常健康観察から症状があると判断した者を記入せしめ集計した。その結果をみると身体虚弱症状を認めるものは児童18%，生徒39%，体型異常の認められるものはそれぞれ8.0%，14%，病弱者はそれぞれ1.0%，2.0%，情緒不安定者はそれぞれ3.0%，3.0%であった。

表4は身体虚弱症状の認められた者を示しているが，乗物を利用する機会の多い都会の子供達にしては乗物酔が意外に多いこと，かぜを引き易いとか湿疹じんま疹にかかり易いとか呼吸器疾患やアレルギー疾患を疑わしめる子供が多いように思われる。

情緒不安定症状の調査結果は表5のごとくで，登校拒否，神経症，緘黙，自閉症，精神病，脳の器質的疾患等の疑いある者が小中学生とも3%位認められる。

この調査を通じて，一般学級に通学し一見健康そうにみえる学童の中で学校の教諭から異常ありと疑われる者が案外多いということが判明した。現在の症状はないが過去の疾患が完治していない者等を発見して治療し指導することが保健担当者の責務であると痛感した。

4. OD 調査

昭和46年に実施した。小児科学会 OD 班による診断基準に準じた調査票を全学童の家庭に配布し保護者に記入せしめ集計した。小学生の1.38%，中学生の1.6%にOD 児が認められた（表6）。学年別にみると小学生では6年生が，中学生では3年生が多く，学校保健の面からみると小中学校とも高学年で OD 児対策を考える必要があると指摘された。

5. 脳波検査

前年度調査で全学童の3%に情緒不安定児が存在する

表 4 虚弱症状調査成績表

項		目	小学校（49,659名） 人数	%	中学校（20,285名） 人数	%	合計（69,944名） 人数	%
1	イ	食欲がない	679	1.3	398	1.9	1,077	1.5
	ロ	偏食がひどい	1,654	3.3	1,104	5.5	2,758	3.9
2	イ	疲れやすい	584	1.1	1,157	5.8	1,738	2.5
	ロ	元気がない	326	0.7	173	0.9	499	0.7
	ハ	よくけがをする	776	1.5	763	3.8	1,539	2.2
3	イ	腹痛をしばしば訴える	837	1.6	1,166	5.8	2,003	2.7
	ロ	よく嘔吐する	156	0.3	71	0.3	227	0.3
4	イ	顔色が悪い（貧血がある）	603	1.2	556	2.8	1,159	1.7
	ロ	どうきや息切れを訴える	120	0.2	239	1.2	359	0.5
5	イ	めまいを起こしやすい	265	0.5	1,045	5.2	1,310	1.9
	ロ	乗物に酔いやすい	2,646	4.4	2,175	10.4	4,821	6.9
	ハ	長く立っていると気持が悪くなる	193	0.4	470	2.3	663	0.9
6	イ	かぜを引きやすい	1,274	2.5	1,989	9.9	3,263	4.7
	ロ	熱を出しやすい	401	0.8	351	1.7	752	1.0
7	イ	じんま疹，湿疹等の皮膚病にかかりやすい	861	1.7	746	3.7	1,607	2.3
	ロ	喘息発作をときどき起こす	749	1.5	226	1.1	975	1.4
8		他の者にくらべて小便の回数が多い	442	0.9	117	0.6	559	0.8
9		頭重・頭痛をしばしば訴える	653	1.3	1,136	5.7	1,789	2.5
10		ひきつけを起しやすい	34	0.06	18	0.09	52	0.07
		実人員	9,129	18.0	7,761	39.0	16,890	24.0

表 5 情緒不安定症状調査成績表

項	目	小学校（49,659名） 人数	%	中学校（20,285名） 人数	%	合計（69,944名） 人数	%
1	貧困や親の無理解などの理由がないのに登校しない	32	0.06	36	0.2	68	0.09
2	一つのこと（整理・整頓・清潔順序等）に極度にこだわり反復する傾向がある	58	0.1	59	0.3	118	0.1
3	ささいなことに極度に心配しこだわったりする	184	0.4	186	0.9	370	0.5
4	友達に興味や関心がなく極度に孤立している	205	0.4	93	0.5	298	0.4
5	一見精神薄弱のように見えるが時々知的なひらめきを示す	52	0.1	6	0.03	58	0.08
6	家では普通の口をきくが学校や人の中に出ると全く口をきかない	251	0.5	75	0.3	326	0.5
7	非行とは言わないまでも極度に落つきがなくて他の児童生徒に迷惑をかける	560	1.1	138	0.7	698	0.9
8	精神病ではないかと思われる言動がある	36	0.07	20	0.1	56	0.08
9	ささいなことにすぐかっとなり衝動的である	374	0.7	153	0.7	527	0.8
	実人員	1,474	3.0	607	3.0	2,081	3.0

と想定されたので46年度に実施された。15項目に及ぶ調査票を全学童に配布し保護者に該当項目を記入させ，小学生985名（1.91%），中学生485名（2.37%），合計1470名（2.04%）を選出したが，受検者は小学生564名，中学生282名，合計846名であった。その結果は表7のごとく，明らかな異常者は98名（11.7%），疑わしい者を含

表 6　学校別ＯＤ児数

学　校	在籍数	ＯＤ児数	%
小	51,595	714	1.38
中	20,504	336	1.60

表 7　脳波検査成績表

人員 ＼ %		%	平均	♂	♀
正常		551	65.0	64.4	68.6
正常＋疑わしいもの		153	15.3	16.5	12.8
異常＋疑わしいもの		61	7.3	8.3	5.1
明かに異常	軽度異常	62	7.4	7.1	8.0
	中等度異常	29	3.5	3.2	4.0
	高度異常	7	0.8	0.5	1.5
その他		8			

めると159名（19%）であった。

これらの脳波異常者が将来どうなるであろうか，従来のような身体の外型のみにとらわれた健康診断というものを根本的に改めなければならない，学童健康管理に小児精神科医を必要とする等真剣に検討された。

6. 貧血検査

47年度に実施した。6項目の貧血患児選別用調査票を全保護者に記入させ検査該当者を選出した。検査項目は赤血球数，白血球数，ヘマトクリット値，血色素量測定であるが，明らかな貧血所見のある者は小学生1193名中82名（6.8%），中学生606名中29名（4.8%）であった（表8）。

7. 肝機能検査

昭和47年度に実施した。8項目の肝障害選別用調査票を全保護者に記入させ検査該当者を選出した。小学生1156名中異常者は63名（5.4%），中学生479名中異常者41名（8.6%）であった（表9）。特に注目すべきはオーストラリア抗原若しくは同抗体の検出された者が小学生15名（1.3%），中学生9名（1.9%）認められたことで，学校内におけるオーストラリア抗原伝播の危険防止と同抗原陽性者の指導管理に腐心せざるを得なくなった。

8. 肺機能検査

喘息等大気汚染と関係あると思われる疾患について関心が高まってきたので，47年度より実施した。次年度以降も調査を行なうので結果報告は別の機会に譲りたい。

III. 学校保健近代化への私見

大田区における学童健診近代化への経過について略述したが，臨床検査の導入のみで満足しているわけではなく，臨床検査の正確化，迅速化，省力化と，その結果の分析およびその後の指導管理をも研究課題としている。

表 8　貧血検査成績表

学　校	検査数	正　常	疑	異　常
小	1,193	757	354	82
	%	63.5%	29.7%	6.8%
中	606	391	186	29
	%	64.5%	30.7%	4.8%

表 9　肝機能検査成績表

学　校	検査数	正　常	異　常	Au(+)
小	1,156	1,093	63	15
	%	94.6%	5.4%	1.3%
中	479	438	41	9
	%	91.4%	8.6%	1.9%

現在，心疾患等の診断や健康管理に関してコンピューター利用による新方式が開発されつつある現状に鑑み，大田区でもコンピューター利用の心電図解析装置を使用する心疾患診断の省力化とカード方式による心疾患児の管理方法を計画している。

地域医療或いは包括医療が叫ばれ，また，学校保健が地域保健の中で占める重要性を高く評価されてきた今日，学童の適切な健康管理方式を確立し，やがては地域住民の完全な健康管理へと発展させてゆくことが開業医家の責務ではなかろうか。

学童期の肥満者が壮年期も肥満者となるものなのか，壮年期の心筋硬塞症を学童期に予想できないか，学童期の喘息症状を成人期にまで続けないためにはどうすればよいのかなどの問題は学童期の健康管理システムを完備すれば解明への糸口を摑るめのではないだろうか。

大田区に存在する開業医として大田区学童保健の充実と近代化を切望してやまい次第である。

IV. おわりに

大田区における学童健康診断の現況について報告し，学校保健近代化に対する私見を述べた。擱筆するにあたり，大田区学童健診事業は大田区教育委員会と大田区学校保健会の熱意と協力の賜であることも強調するとともに，志を同じくする開業医家のご教示とご批判をお願いしたい。

引用文献

1) 片桐正雄，名和寛二・大田区立学校児童生徒の肥

満調査について，おおたの学校保健，第2号，11～25，昭41年.
2) 片桐正雄，名和寛二・大田区立学校児童生徒の肥満調査について，同上，第3号，7～14，昭42年
3) 日比逸郎．小児肥満症とその臨床，金原出版，東京.
4) 片桐正雄・大田区における児童生徒の心臓疾患検査，おおたの学校保健，第5号，10～14，昭44年.
5) 猪俣ふみ子，永井すみよ，吉田忠．虚弱児調査の結果について，同上，第6号，17～31，昭45年.
6) 西尾香代，吉田忠，前田節子，毛塚幹男．虚弱児検査の結果について，同上，第7号，昭46年
7) 船場幸恵，原美恵子，岩田一郎，吉田忠．虚弱児調査の結果について，同上，第8号，昭47年
8) 大田区教育委員会，大田区学校保健会．昭和41年度大田区立学校児童生徒肥満調査.
9) 同上，虚弱児調査の結果について
10) 同上，虚弱児検査の結果について（自律神経障害・情緒障害）

（〒 144　東京都大田区西蒲田7-9-3）

ムンテラ処方集

新　山　　栄

はじめに

十人十色とはよく云ったもの，同じ病気でも，医師が変わればお薬も変わる，お薬が同じということはあまりない，私事で恐縮ながら，親子三人内科医でも，感冒に対するお薬は三人三様，義父と私では異なるし，その義父と息子でもまた違う，よくも違うものとつくづく感心させられる。しかし薬や注射の処方については○○処方集を初め，××の治療，□□治療指針等かなりの本が発刊され，ある程度諸先生のご処方を知ることができ，大いに勉強になっている。処がムンテラとなると以前この会でテーマとして取り上げられ，平井信義先生のお話があったと思いますが，ムンテラ処方集の刊行物は，私の不勉強のためかもしれませんが，お目にかかったことがございません。お薬の処方と同様，いやお薬の処方以上に千差万別，先生方それぞれのムンテラをお持ちのことと存じますが，あまりお教えいただく機会もなく残念に思っておりましたところ，編集の方より何か書くようにとのこと，まずは隗より始めよ，諸先生のムンテラ処方集の前座を勤めることにいたします。

I. 死　期

医師になって一番いやなことの一つは死の診断，というより死亡時のムンテラ（テラピーにはなりませんかな），しかし一面その人との，またその家族との最後の接触，慎重にしなければなりません，そんな意味もあって一番始めにのせた次第。

お恥しいこと乍ら私が初めて往診先で出会った時には，何といってよいやらよくわからず，帰院して院長に報告したところ，院長いわく「そういう場合は先づ聴診器を心臓にあてたまま，しばしこちらの精神を鎮め，できれば喪主らしい人の同席を見定めて『ご臨終です』と一言」と教わり，以来この教えを守っている。

しかし世の中にはいろいろのことが起こる。先日も新聞に，頭部外傷かの小供さんが生きかえったとの記事がのっていましたが，呼吸が止まったかと思うとしばらくしてまた二三回呼吸し，また止まるという例ではその「一言」正に口から出ようとした瞬間，すーっと呼吸される，ああいわなくてよかったと冷汗を流す次第，いずれにしてもあまり急いで「一言」を発しないことにしています，いってしまってからすーっと呼吸では何ともいたしかたあまりません。

次によく出会うのが「先生あと何日ぐらいもつでしょう」との家族からのご質問，これも前記院長先生のお説によると先の「一言」とは逆に少し短かめにお話しておくこと，そして期日よりのびたら，「この患者さんご病気は命取りの重いものだが，心臓がお丈夫だから，このご病状でももつのでしょう」と患者さんの長所をたたえるようにして，説明すれば家族の方も納得されるものだと，院長先生中々よいことをおっしゃった。

しかし，物事には程度がある，東北のある病院に勤務中のこと，その頃は農村に結核が蔓延，一家全滅などの例がよく見られたが，若いお嫁さん妊娠と同時に結核が増悪，月たらずの赤ちゃんを死産するとぐーっと病勢が強まり，命旦夕，家族の方から「あと何日ぐらい」と聞かれて2～3日もてばよい方でしょうと答えたところ，「そんなら村に帰ってまた出なおすのもたいへんだ，病院で待たしてもらうべえ」と一族親戚病院の廊下で自炊

生活，ところがこのご病人心臓がお丈夫だったのか，肺結核というものが長くもつものなのか，それから一週間経ってなくなるまで，いたいたしいやら，お気の毒やらで，そこの廊下を通るたびごとに針の莚を通る気持ちがした。

こんな時には「病気は重くて，体内はすっかりなくなっていて，ちょうど水面に枯葉を浮べているようなもの，いつ底に沈むかわかりません。しかし風が吹かなければかなり長く浮いていることもありますから，いつということは何ともいえませんね」と枯葉浮上論でご納得いただくことなっている。

昔から，老人と幼児の予後はいうなといわれているように，ことに老人の場合はもうだめだと思っていてもいつの間にか回復することがよくある。今日診た処だいぶ重くなって来た，明日までもつかな，もう今度はだめだろうと思って，翌日往診してみると少し軽くなっており，一週間もするうち，病気もおさまり，その後ひょっくり町で元気に歩いているご本人に会いびっくり，「元気になったね」と声をかけるとおかげさまでと感謝されて驚くことがある。

これなど正に枯葉浮上論そのもので，少々風が吹いてああ沈んだかなと思って見ていると，依然浮いているというところでしょうか，それから数年も元気でおられることがままある。

軽々しく「もう無理でしょうな，あまり長くはないでしょう」といったりすると，後でこまります。かといって，何ともいえませんといって帰ったその晩になくなって，「先生せめてもう少し重いといってくださったら，親類のものにも知らせて，死に目にも会えたのに」と家族からうらまれる。少し重いなと診た時は，何ともいえないがの後に，「しかし念のため，お年ですから，お知らせするところには一応お知らせなさった方がいいでしょう」とつけておけば後でうらまれずにすむ。

II. 養生法

昔アリストテレスの頃だったかには運動量の処方があったそうである。「あなたの病状では毎日朝食前2回この運動場をお歩きなさい」等々，しかし現在は，マッサージ，温浴等の処方はあっても，厳密な運動量の処方はあまり知らない。私は運動量を「錆びない程度，刃の欠けない程度」という表現で患者さんに説明している。包丁は使い過ぎると刃が欠ける，が使わないとこれまた錆が出る，人の体も包丁と同様，過労になると病気が出る，かといって絹の布団三枚も重ねて寝てばかりいると錆ついて動かなくなる，ことに脳卒中後遺症，心筋障害のある人などにはこの注意は絶対に必要だと思っている，なおこの運動量は肉体的な面だけでなく，精神的な面でも必要で，家のおじいさんは脳出血だから心配ごとはいけない，と一切の心配ごとは耳に入れない，家のいろいろな相談ごとにはいっさい仲間に入れない，ひたすら精神的絶対安静を守らせると逆に脳みそがくさって，ついに今はやりの恍惚の人をつくってしまう。病状に応じて，やれ娘の縁談ですとか，孫の大学受験ですとか，ある程度の心配ごとをもちかけると脳みそを回転する。

絶えず使っている取手は錆びないように，と同時にまた，俺は未だ役に立つのだぞ，頼られているのだぞという気持は，精神も肉体も若返らせる。

III. 検査法

大学の医局にいた時のこと，胃のレントゲン検査の結果をききに来た患者さんに「何ともありません」といったところ，患者さんいわく「何ともないのにこんなに痛むわけはない」といわれて一本参ったよとの話を聞きました。やはりこの前のレントゲン検査の上では，とか何とか加えれば間違いはなかったのでしょう。日常私どもが使いなれている言葉でも一般の人々は飛んだ誤解のもとになることがある。

あそこの病院の看護婦さんはひどいですよ，なくなった患者さんは捨てるんですって，よく聞いたら sterben を略してステッタと和独混成語を捨てたと聞いたとか本に書いてあった。

最近ある色街近くの内科診療所に風邪気味のお姐さんが来院，若いドクター常時のくせで，「一つ写真でも撮りますか？」もちろんレ線写真のつもりである。ところがかのお姐さん「どこの？」ときた，「もちろん胸のですよ」「ぬいで？」「ええ」とたんに彼女はいった「えっち！」お姐さんボインの写真でも撮られるかと思ったらしい。

さて話をもどそう，レ線検査に限らず，検査をしたら，患者さんの理解力に応じて，その結果を説明して上げた方がいい。コレステロール値にしても GOT, GPT にしても，ただ針をさされて血を採られ，おまけにお金まで取られて，はいそれまでよでは協力的でなくなるのが当然。一月前よりコレステロールがへりましたね，でも普通の人よりはまだ高いですね，とでも説明すれば患者さんも検査成績に興味をもち，したがって進んで検査を受ける様になる。

IV. 癌

最後に癌についてのムンテラですが，患者さんに真の病名を告げるか否かの問題は学会でも議論され，本会でもデスカッションの対象として来た問題ですので，ここ

では長々しくは述べないことにいたしまして，ただ山本有三氏の真実一路という小説の中だったかに，事実をいうこと必ずしも真実ではないという文句があったことを述べさせていただきます。

諸先生方の優秀ムンテラ処方集を期待して稿を終ります。

(〒 162　東京都新宿区市谷加賀町2-33)

最近の呼吸器感染症

新野　稔

はじめに

最近取り扱う，呼吸器感染症を，レ線診断を中心に，臨床症状および，治療上ならびに，患者指導の面より要約してみた。もとより一般外来での受診の頻度が高いことは申すまでもない。

I. 臨床症状よりみて

1. 呼吸器感染症の中で，上気道感染症は，カゼ症候群が大半を占め，病原的にウイルス感染の上に細菌感染が加わると，症状を複雑にしている感がある。しかし生体反応がそれに加わるから，自然治癒傾向は，気道上部の炎症においては早いが，下気道においては，低下している。気管支肺感染症では，基礎的疾患のない急性肺感染症は，大葉性肺炎型は近来少なく，気管支肺炎ならびに，ウイルス性肺炎の型が増加し，慢性の呼吸器疾患に続発するものとしては，気管支拡張症による急性感染症の頻度が高く，レ線陰影上，肺癌との鑑別が困難な，肺化膿症がしばしばみられ，炎症性無気肺を認めることもある。

2. 呼吸器疾患の原因となる，ウイルス性疾患の臨床的一特長として，インフルエンザの場合，頭痛は，眼窩部，側頭部ならびに，前額部に訴えることが多いようである。

II. レ線像よりみて

1. 気管支肺感染症のレ線像が診断の対象となるが，これらは初期においては，微細な陰影として出現するので，それらを病的陰影としてひろい上げるためには，正常位置でのフィルムの読影のみでなくして，疑わしければ，フィルムの上下(天地)をさかさまにしたり，また，横にしたり，左右を小さなすきまとして観察すれば，見落しが少なくなる。

2. そのようなややこしいことをしなくても，正常位置ですべてを読めるならば，一枚の写真でいろいろな診断の手がかりとなる情報がサインとして表現されているので，その表現されているものを真実として，すなほに読みとり，それを組み立て，綜合的に判断するのがレ線診断となる。

それにはまず，正常構造が，すなわち解剖での基礎構造がどのようになっているかを知り，正常でのレ線透過性の性質を知り，なぜその陰影が出現するのか，また出現するにはどのような変化が生体に生じているか，それらの正常構造の正常分布より判断してゆかねばならない。

3. 読影にあたり，前述した基礎的な読み方としてまず，肺血管影を追究し，あるべき所にないものは病的であり，また，ない所にあるものも病的 sign の一つとしてとり上げなければならない。まずそれにはこの写真はどのような体位で撮影されたかを，たとえば正面像で，レ線管球が高い位置で撮影されたのか，正常の管球位置でも，体位がかるく左を向いていたのか，それらをまず前提においておかねば，血管影および中央陰影の解析が複雑となる。その肺血管影を追究するには，肺動脈の位置より末梢に眼をうつしてゆくがよく，その肺動脈影の周辺においては S_3 にゆく気管支の陰影に注目すべきである。それは正常構造では丸い円として出現することが多い。陰影の存在診断をしてその陰影の質的診断を行なわねばならない。その存在診断は質的診断よりその存在がわかることもあり，正常構造を頭に入れてそれらの陰影を理解しなければならない。その陰影は，奇形なのか，病的陰影ならば，疾患の1時期として，解析をしてゆくので，それらの疾患の特長をつかんでおかねばならない。読影にあたり，鑑別に役立ち利用できる sign として，air bronchogram (気管支含気像) がある。それはある大きさの陰影で，肺内病変か，胸膜，縦隔疾患かの区別がつかない時に，気管支の中に空気が，その陰影の中に現われていれば，肺の病変であるとする sign である。なおこれは気管支病変が存在していることを示して

いる。次に silhouette sign を応用すれば位置的関係が明確となる。それは，もともと，正面像で中央陰影に接している肺病変の場合，その陰影の部位診断が可能とする sign で，中央陰影と肺陰影との境界が不明の場合は，中央陰影とのレベルに肺病変があり，その境界が鮮明の場合はそのレベルには無いという sign であるが，これは，胸部でどこにでも応用ができる。これの考え方の基本はレ線の透過度が異なることによるものとして取り扱うとその意義は大きい。次に Felson の示した診断基準として，肺病変が，肺胞性のものか，間質性疾患の病変が主体なのか，その手がかりとして利用できる。その1,2を示すと，病変が肺葉または区域と一致することが多いのは肺胞性病変であり，無関係に存在するのは間質性病変であるとし，陰影の辺縁は，前者においては不鮮明で綿菓子状で，後者では鮮鋭であり，融合傾向は，前者では著明であるが，後者ではなく，分布状態は前者では，しばしば蝶翅状，butterfly shadow であり，後者では均等であることもあり不均等の場合は広汎に存在する。小結節状陰影の場合は，前者においては，5～10 mm で比較的大きい陰影で辺縁はぼけ，後者では1～5 mm の比較的小さい陰影で辺縁は鮮鋭である。その他のレ線的特長像として，前者では前述の air bronchogram を呈することが多く，後者では，蜂巣像および隔壁線像を呈することが多く，臨床症状の発現からレ線所見の出現までの時期においては，前者では早く，後者ではおそいとしている。これは診断の手がかりとして利用すれば有用であり，これらの sign があるとしても，肺胞性か間質性のいずれとも決めかねることもまれではない。その場合は，一つの疾患が経過とともに間質性病変から肺胞性病変へと変化してゆくその過程にあることが多く，この診断を複雑にするゆえんである。そして正面像のみで病的陰影の存在ならびに質的判断が不可能であれば，斜方向，肺尖撮影，腹背方向撮影などの他の方向の撮影を行ない，陰影を分析することが治療にむすびつく。すなわち単純正面像からいろいろな診断情報をうる手がかりから，それを組み立て，線的にその陰影を判断し，次に特殊撮影をオーダーできるのである。それは断層撮影においても，診断に必要な撮り方を処方しなければならない。すなわち撮影処方箋を出すことがたいせつとなる。それは断層写真においても，その面だけの所見が出現しているのではなく，ある厚みの，深さの陰が表現されているので，各断層像より病変なり，肺構造を組み立てて，判定しなければならない。

4. 陰影出現の場合は，基礎的疾患のない感染陰影か，慢性呼吸器疾患上に続発する像かを区別せねばならない。そのことは，肺炎のかげに結核があったり，肺炎の基に肺癌が存在するので，潜在する疾患，基礎疾患に合併して起こるものかを見分けるよう努めるべきである。一枚の写真で不明の時はその病変に対して，角度を変えた撮影の写真が必要であり，また，一方経過をみると，時間的変化の追求がその手段としてえらばれる。

5. 高齢者においては，慢性呼吸器の疾患を有する割合が多く，臨床所見が少なく，ことに老人性肺炎は，臨床所見がとぼしいので，レ線診断が唯一の武器である。

III. 治療面よりみて

1. 抗生剤選択において，各薬剤についての十分な，知識をもち，第1選択抗生剤を十分に，最初から使用しその効果の判定をする基準をもつことである。そしてことに，宿主側の病変を適確に把握し，その中で，肝腎障害がある場合は，宿主側の因子をよく解明しておくことが必要となる。

2. 細菌感染症の治療の中心は，抗生剤療法にあって，上気道感染において，今までの経験的判断からして，使用後48時間たっても，主要症状が全く変化しないで，治療効果が上がらない場合は，抗生剤の変更を考え，72時間で反応がなければ，変更することが実際的のようである。しかし，急性気管支肺疾患においては，使用後48時間においても，大した変化を期待し得ないことが多い。

3. 急性気道感染症の2次感染の起因菌は，グラム陽性球菌の頻度が高いが，高齢の罹患者や，重篤な基礎病変を有する場合や，合併症を伴う場合は，グラム陰性桿菌が関与することが多いと，考えておくべきである。

4. 高齢者，腎不全，悪性腫瘍などの，細菌感染の抵抗力が減少した呼吸器感染症において，治療効果を期待するには，基礎疾患および合併症として起こしやすい，循環障害の対策とともに，呼吸機能管理をおこない，また，難治性とならないように治療方針を定めることが必要となる。このことは，呼吸器感染症状のみにとらわれず，宿主側の状態を把握してゆく必要性を痛感する。

IV. 患者指導にあたって

最近の患者気質として，臨床所見が強くあっても，薬剤を服用するだけで病気が治ると自己診断をして，くすりをのみながら，労働に従事している例は少なからずあり，ことに子供においては，子供の自主管理にまかせていることが多く，また，くすりを飲ませる手をはぶくために，注射してほしいという母親がみられることなどから，治療はまず安静が原則であることの指導から始まる。それには，医師と患者との人間関係の確立こそ，診断および治療に先行すべきものである。

（〒 180　武蔵野市吉祥寺東町3-12-5）

私たちの例会

第109回『実地医家のための会』の報告

司会／渡辺　武・記録／本吉鼎三

昭和47年11月12日(日)・薬学会館

〔演　題〕

1. 開業医からみた最近の育児傾向　　北　区　光　山　恭　子
   自　由　交　見　　全　員
2. 時間外診療の実際
   ——東京の下町小医院の記録から——　　新宿区　春　日　豊　和
   自　由　交　見　　全　員

---

1. 開業医からみた最近の育児傾向

光　山　恭　子

私は人口の都市集中化が最も著しい，東京北区で小児科医院を開業して15年になります。

この15年間，日本の産業経済の急速な発展は，一方で大気汚染・騒音・光化学スモッグなど，さまざまな公害を生じ，人口の都市集中による過密化は，住宅・医療など多くの面で矛盾を増大させております。

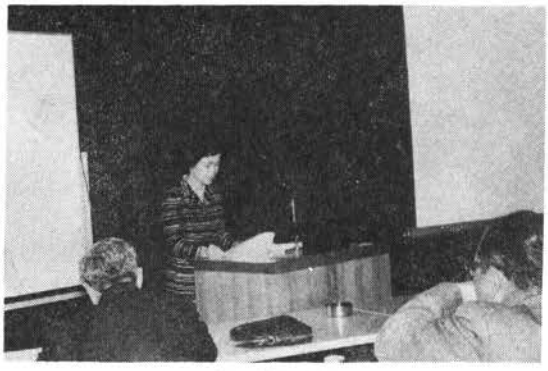
こうした人口過密に悩む都会における育児は，どのように行なわれているでしょうか。核家族・共働きの母による育児の問題が論じられている今日，育児の実態と母親たちの傾向をよく知ることは，今後の育児指導のひとつの課題に答えるものであろうと考えます。

ここに医院開設後，15年後に実施した「育児アンケート調査」を中心として，5年ごとに行なった3回の調査結果の一部を検討し，ご報告いたします。

(スライド 1)

アンケートの調査対象は，当医院の通院患者を主としました。

当医院は北区滝野川3丁目に所在し，北区の中では南西部に位置し，国電王子駅と板橋駅を直線で結ぶ中心点

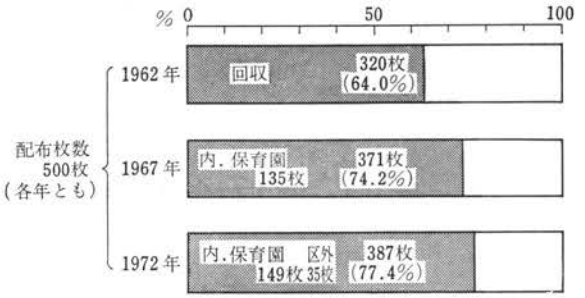


光山恭子先生

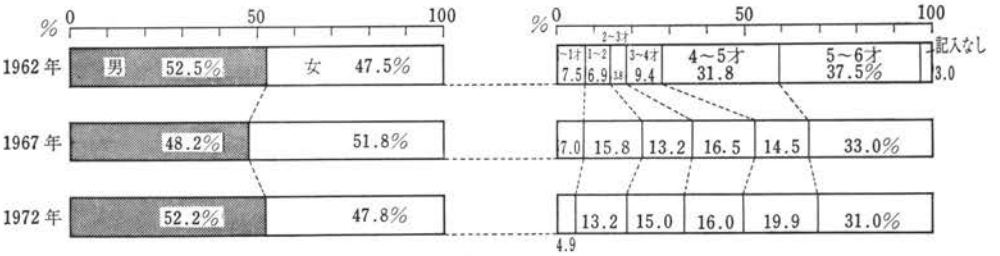
にあります。また文京区，豊島区，板橋区に隣接しているところです。

アンケートの配布枚数は，各回とも500枚です。回収率はスライドに示すとおりです。67年，72年ともに，2カ所の保育園の協力を得，ことに72年には都区外からも35名の協力を得ました。

性別構成は，ほぼ男女半数づつであり，対象児の年齢

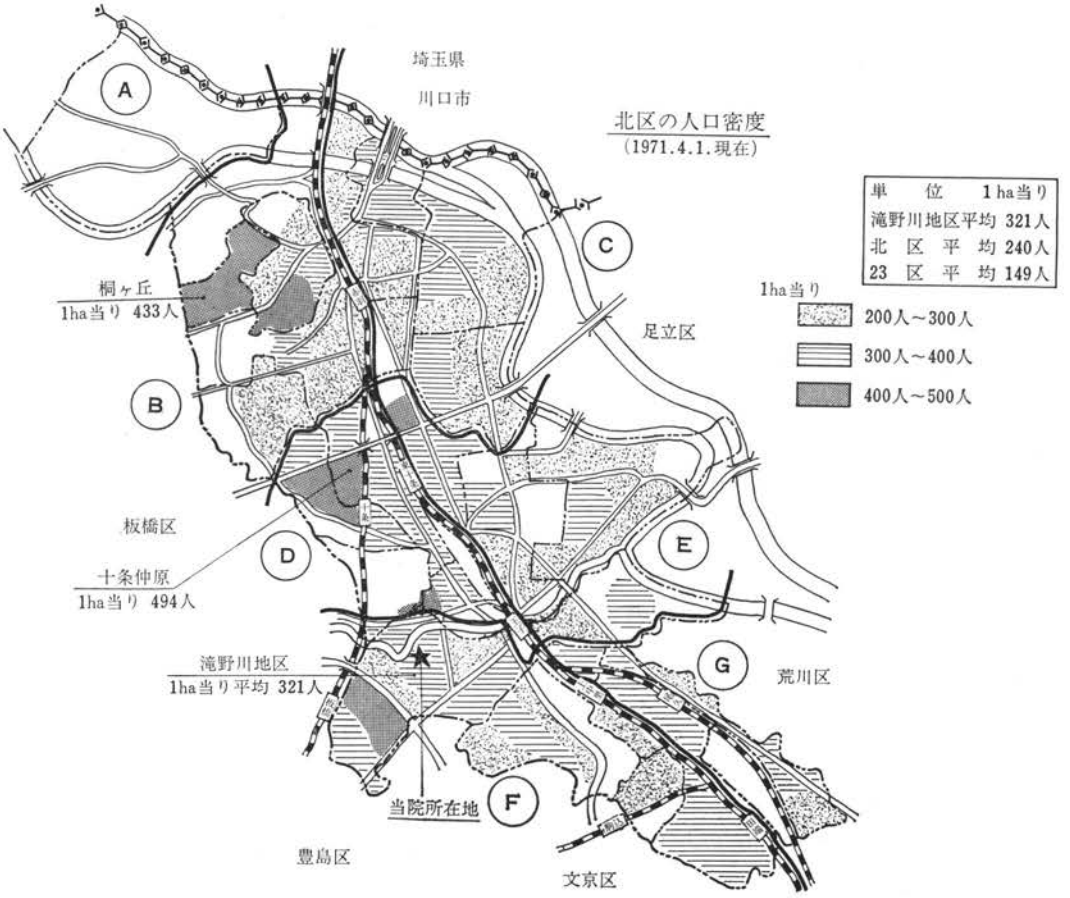


配布アンケートの回収状況

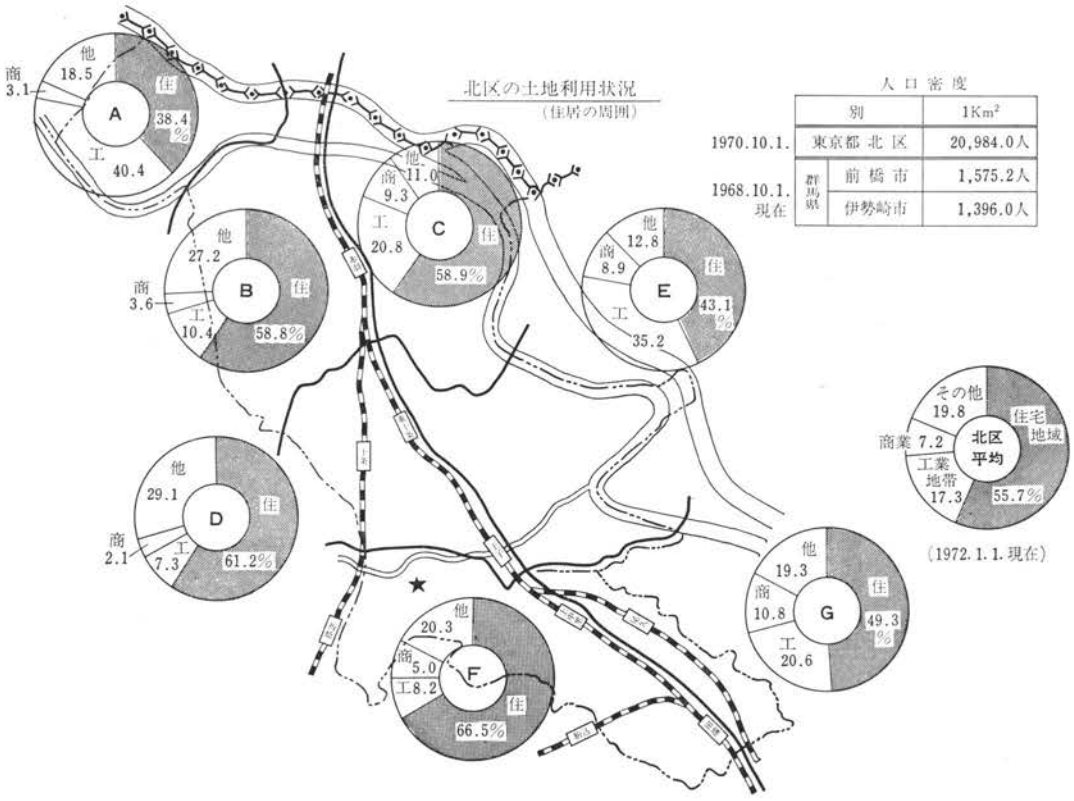


対象児の性別構成　　対象児の年齢分布

スライド 1



スライド 2



スライド 3

は，4歳から6歳児がいずれの年も半数，またはそれ以上を占めております。

（スライド 2）

この図は，北区の人口密度をあらわしたものです。白い部分は 1ha 当りの人口が，200 人以下のところですが，ひじょうに少なく，そこは河川敷，公園，学校，工場地帯，自衛隊の駐屯地など，公共地域がふくまれています。

200人以上，ことに300人以上を示す斜線部分が最も多く，なかでも十条仲原の 494 人，団地の建ち並ぶ赤羽の桐ケ丘の433人などは北区の過密地帯です。

東京23区の 1ha 当りの平均は149人ですが，北区はそれを大きく上回わり 240 人，当医院の所在する滝野川地区は，それをさらに上回わる321人となっています。

（スライド 3）

この北区の人口過密状況を1キロ平方m当りの人口で，他の都市と比較しますと，首都圏のちょうど100キロメートル地点にある前橋市の13倍，前橋市に隣接する伊勢崎市の15倍となっております。

また北区は，東京の北部工業地帯を形成している1区ですが，その地域は，区の中央を南北に走る高崎線（国電京浜東北線）で大きく東西に2分すると，東部に属し，西部は人口の密集する住宅地域が多く，なかでも当医院の所在するF地区は，北区の中でも最も住宅地域が多く66.5%をしめ，公営住宅，社宅，寮，民間アパートが林立しております。

（スライド 4）

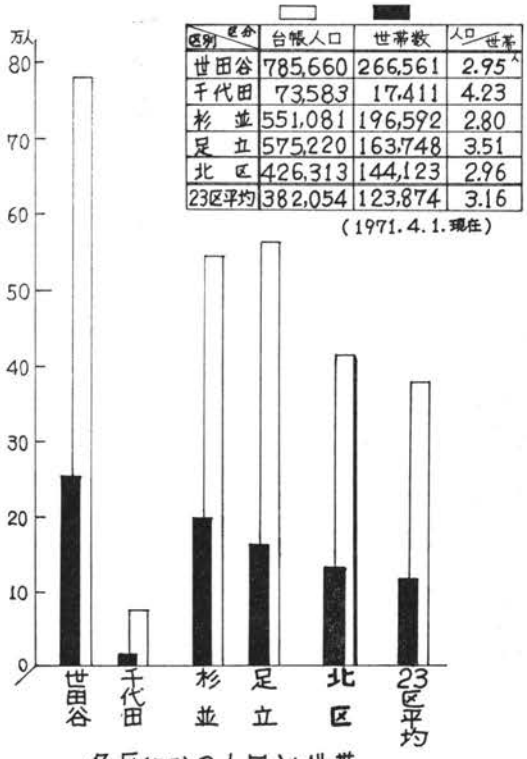
東京23区の1世帯平均家族数は3.16人ですが，北区はこれを少し下まわり2.96人です。

回答者の家族数は4人，3人，5人が多く，これらの大多数が夫婦と子どもです。スライドで示すとおり，家族数3人から5人のものが83.2%をしめ，過密都市の核家族とよばれております。

（スライド 5）

住宅環境については，調査の中心である滝野川地区で，住宅地域の占める割合が66.5%であったように，3回の調査とも70%以上が住宅街と答えております。

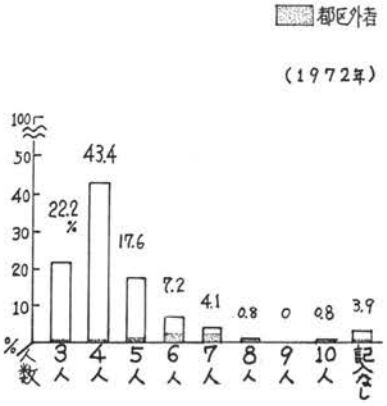
しかし注目されるのは，北区の人口が最も多かった67年の調査では，62年に比し住宅街が75.6%から70%にへり，北区の人口がやや減少してきた72年になると，72.9%と高まってきていることです。これは人口の増加による住宅事情の悪化を示すものと思います。



区別	台帳人口	世帯数	人口/世帯
世田谷	785,660	266,561	2.95人
千代田	73,583	17,411	4.23
杉並	551,081	196,592	2.80
足立	575,220	163,748	3.51
北区	426,313	144,123	2.96
23区平均	382,054	123,874	3.16

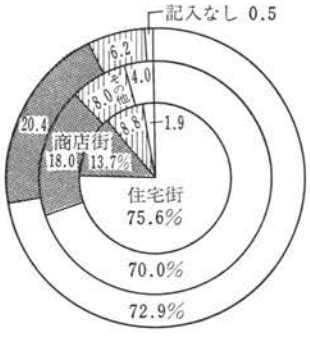
(1971.4.1.現在)

各区(5区)の人口と世帯

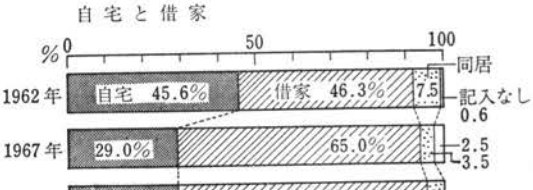


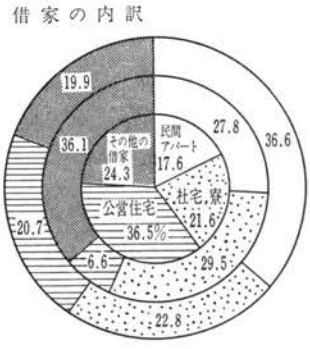
回答者の家族数

スライド 4



住居の周囲

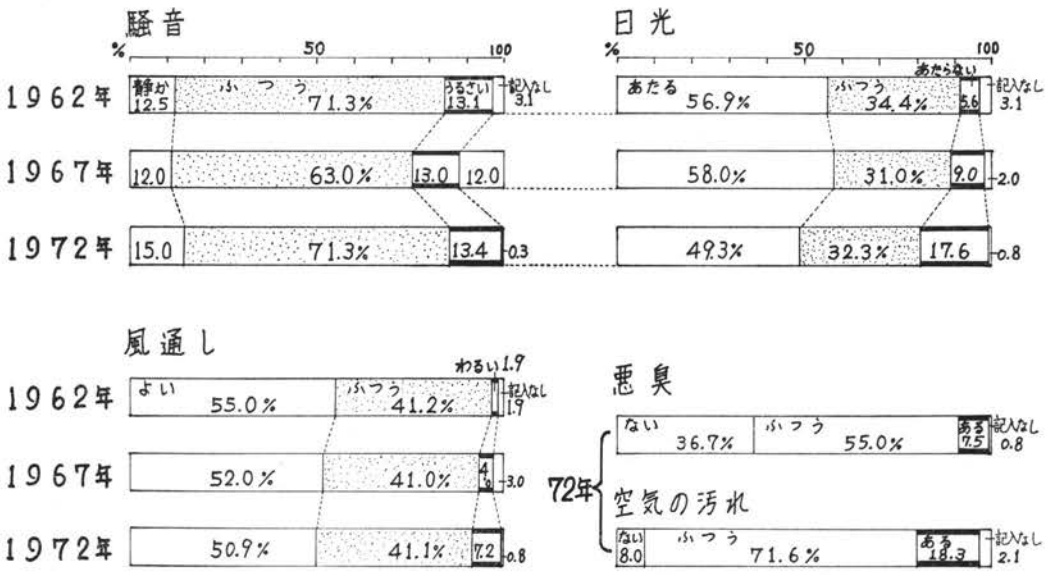




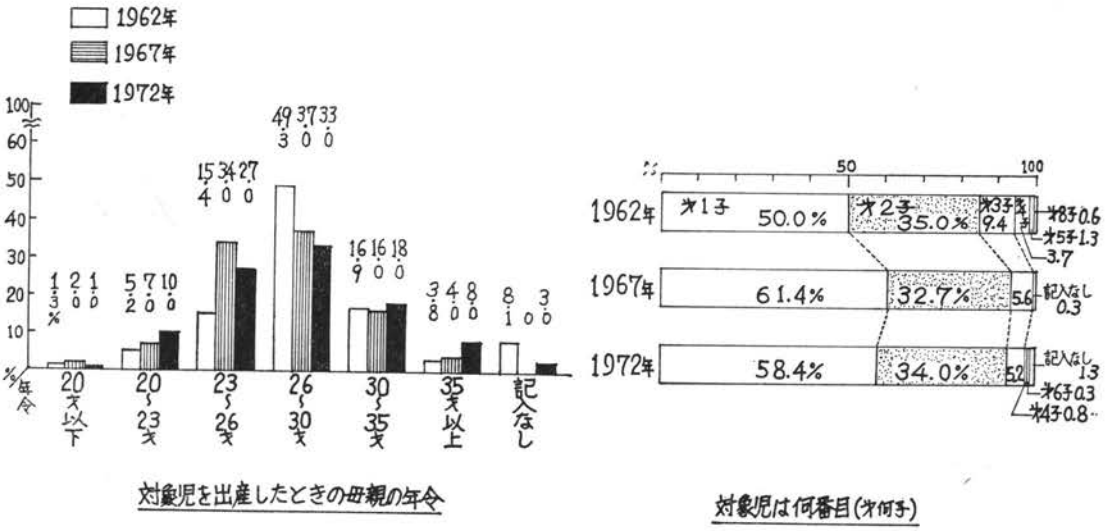
円の内側が1962年
中間が1967年
外側が1972年

自宅(持家)と借家

スライド 5



スライド 6



スライド 7

また自宅か借家かについても，人口の都市集中化の激しかったと思われる62年から67年にかけて，借家のものが46.3%から65%と大きく増加しております。この借家の内訳も，公営住宅が最近新増築されているにもかかわらず，民間アパートの利用者の割合が5年ごとに10%ずつ増加していることは注目されます。

（スライド 6）

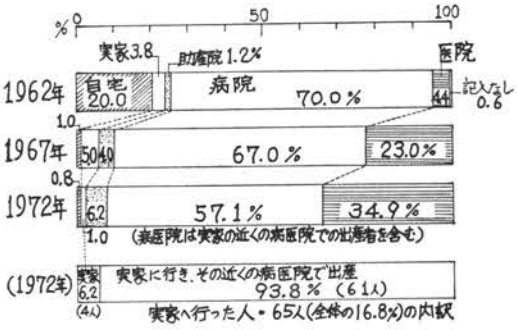
つぎに育児のうえで大切な騒音，日光，通風などについてみますと，「日光があたらない」と答えたものは，この10年間に3倍に，「風通しが悪い」というものは4倍になっております。

これら住居環境の悪化は，都市の人口過密化による住宅難，建物の高層化などによるものです。さらに72年では「悪臭がある」という7.5%，「空気の汚れがある」の18.3%は，都会における育児の上に新たな問題を投げかけております。

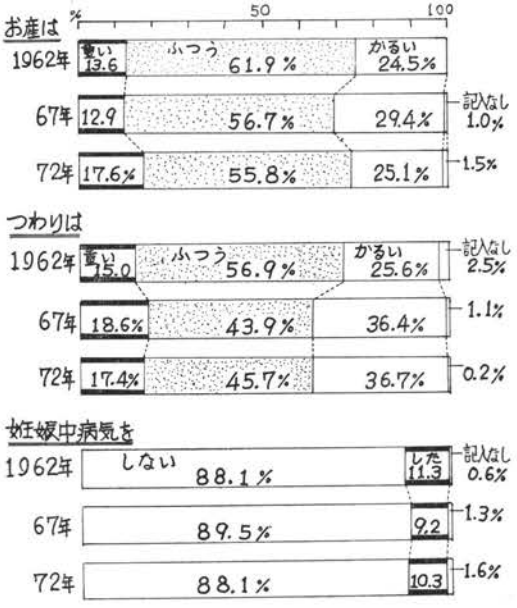
（スライド 7）

つぎに対象児を出産したときの母親の年齢について見てみたいと思います。

調査結果によると，この年齢は次第に高くなっていく



スライド 8



スライド 9

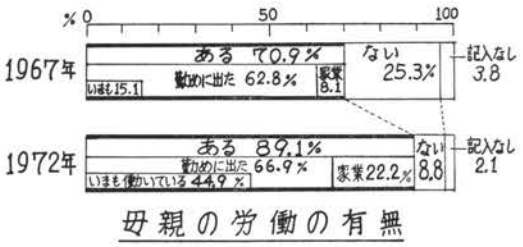
傾向がみられます。すなわち，62年では26歳～30歳の母親が最も多く，72年では30～35歳，または35歳以上のものの率が多くなる傾向がみられます。

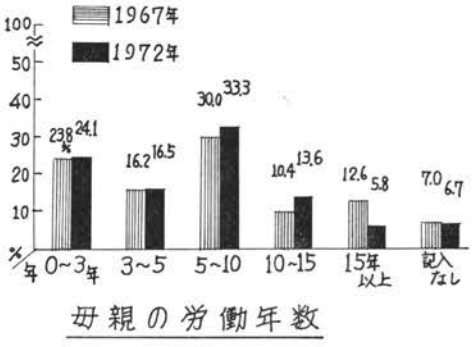
これは対象児の順位によっても，うかがえることと思います。62年に比して第1子が増加をたどり，第2子以降は減少し，とくに第3子以降は減少の傾向をみせております。

（スライド 8）

出産した場所についてみますと，地域の住宅事情の反映と，母親たちの出産に対する考え方が示されているとも思われます。

62年には自宅で出産したものが，まだ20%みられましたが，67年には1%と急減し，72年には0.8%になっております。





スライド 10

また病院での出産が大部分だったものが，最近では個人医院の出産が増加しております。これは住居から近い，交通の便，病医院の設備改善，産婦に対する態度などがあげられております。

さらに注目されることは，核家族のもとでの出産であり，「お産は実家で」という昔からのことばどおり，実家にもどって，実家の近くの病医院で出産しております。またそれは，初めての子ども，第1子の出産がほとんどであり，第2子以降は実家へ行った65人中わずか6人に過ぎません。

（スライド 9）

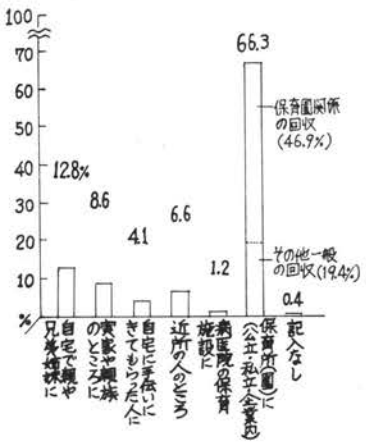
妊娠中病気をしたものは，3回の調査とも大きな変化はみられませんが，その病気は，いずれも妊娠中毒症が最も多く，62年は36人中18人，67年は34人中10人，72年は40人中18人となっております。

わが国の妊産婦の死亡率が，諸外国に比し高いのは，妊娠中毒症による高死亡に要因をもつことが指摘されていますが，この調査によってもうかがえます。

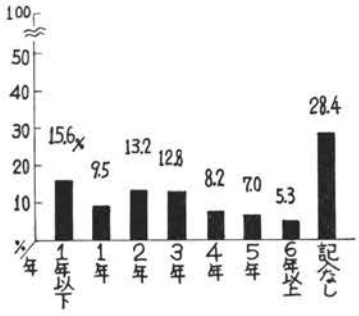
（スライド 10）

つぎに，母親の労働について触れてみたいと思います。

働いたことのある人は，5年間に約20%増加し，そのうち「いまも働いている人」は約45%みられます。また注目されることは，高度経済成長のあおりをうけて，街の商店などでは人手不足に落ちいり，家族労働が重要な

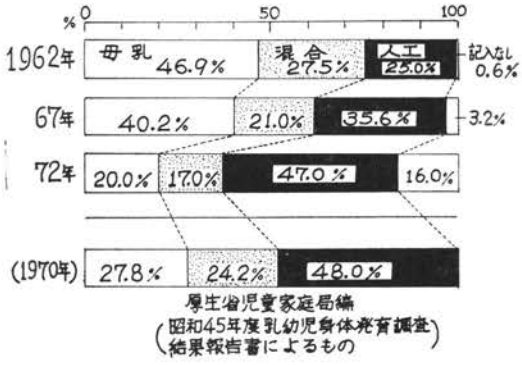


子どもを託したところ
(1972年)



子どもを託した期間
(1972年)

スライド 11



スライド 12

役割を果す結果となり，家業従事者が5年間に倍をしめるようになっていることです。

(スライド 11)

出産後も働く母親たちが，子どもを託したところをみますと，この調査では，2カ所の保育園の協力を得た関係で，保育園が66.3%を占めております。これは他でおこなわれたいくつかの保育場所の実態調査が，「自宅での保育」が過半数を占めているのに対して，やや片寄りがみられます。

また託した期間をみますと，4年未満が約60%で，出産後の母親の労働年数の4年以下55%と一致しております。

さらに注目されるのは，比較的労働年数が長く，託児の期間の長いものは親との同居がほとんどで，現実の婦人労働と託児との関係が考えられます。

(スライド 12)

つぎに栄養方法についてですが，これは諸先生のご指摘どおり，母乳栄養の減少の傾向がみられます。

母乳栄養激減の理由として，ミルク業者の巧みな宣伝，勤労婦人の増加，人工栄養が栄養的にすぐれているとの母親の意識，産科における母子別室制などがあげられております。

しかし，最も大切なのは，医師自身の母乳栄養に対する熱意の問題ではないでしょうか。その1例としては，群馬県多野郡小野地区において，群大小児科と実地産科医と保健婦・助産婦などの協力により，現在母乳栄養が80%以上を占めていると報告されているのをみてもわかります。

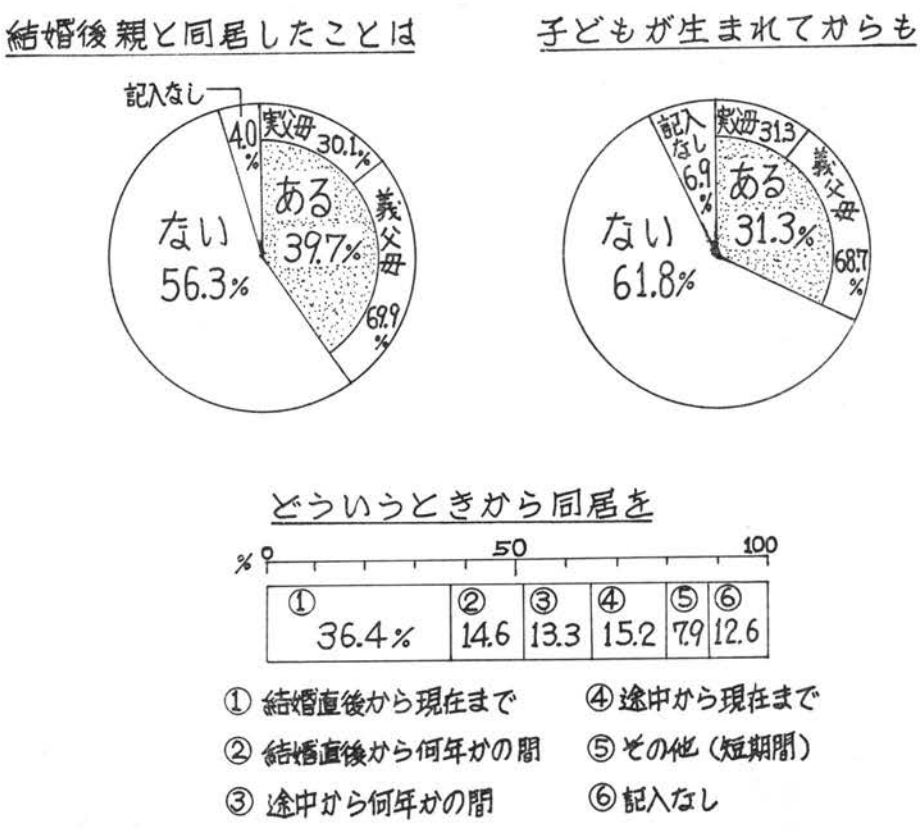
(スライド 13)

つぎに，核家族化がすすみ，育児上の可否が論じられているとき，親との同居の問題はどうなっているかをみますと，結婚後親と同居したことのあるもの39.7%，そのうち義父母との同居が69.9%，実父母との同居が30.1%で，子どもが生まれてからは，いくらかへる傾向がみられますが，義父母・実父母との割合はほとんど変わりません。

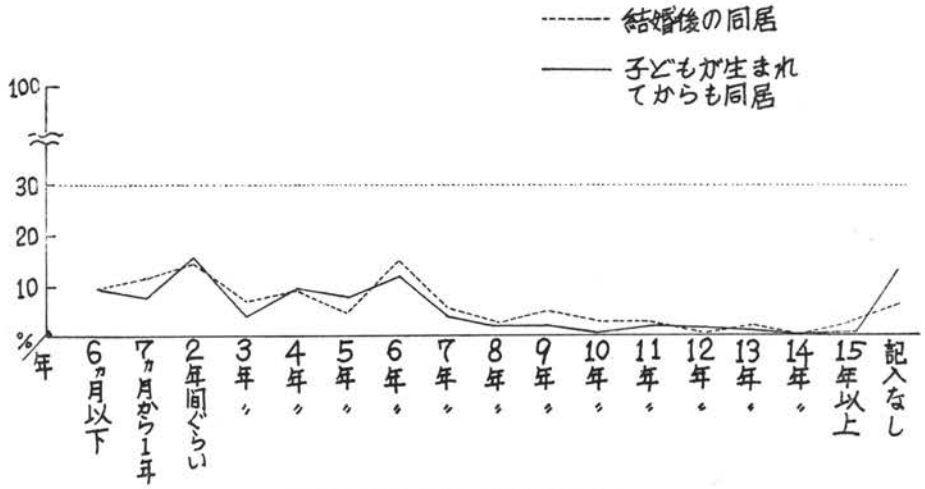
その同居は，どういうときからというと，①の結婚直後から現在までが36.4%と3分の1を占め，短期間が35.8%と3分の1を占めております。

(スライド 14)

この同居の期間は比較的短く，結婚後の同居では2年，6年が多く，子どもが生まれてからの同居は6年，2年が多くみられます。つづいて両者とも6カ月以下，



スライド 13　親との同居について（1972年）

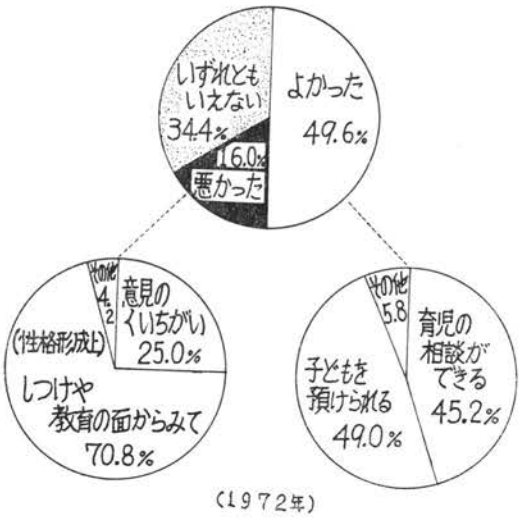


スライド 14　同居の期間（1972年）

4年間の同居の順位になりますが，これは結婚当初，または出産直後の同居と，母親の労働年数との関連が考えられます。

（スライドス 15）

育児上からみて「親との同居がよかった」と答えた49.6%，約半数の人のうち，実父母との同居が63%をし



スライド 15 育児上からみた親との同居

めています。「よかった」点としては「育児の相談ができる」「子どもを預けられる」というのがほとんどを占め，その他のなかに「子どもが幅広く育つ」「家庭内に和やかさがある」などがあげられています。

「悪かった」なかには「意見のくいちがい」や「しつけ・教育面からみて」などがあげられています。

「いずれともいえない」と答えた3分の1に当る人たちは「育児の相談や子どもを預けられるのはよい」が，「しつけや教育の面で困る」点をあげ，保育施設などが充実されれば，同居を望まないと答えております。

(ライド 16)

こうした母親たち，とくに過密都市における核家族といわれる若い母親たちが，都会生活の中で，どのような育児傾向にあるかという1例が，このスライドです。

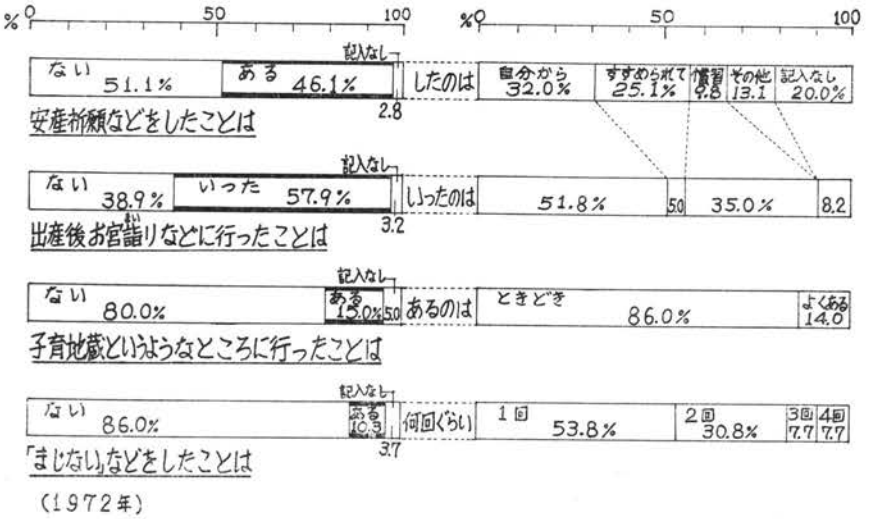
文化がすすみ情報化時代といわれる現代の都市生活をしていても，安産祈願に出向く人は46.1%もあり，出産後のお宮参りはさらに増加して57.9%をしめ，それも自らすすんで行く人が51%，慣習だからという人をふくめると90%近くになります。ここには信仰の問題を別にして，母親となる人，母親となった人の素朴な姿を見出すように思います。

しかし，これと同時に注目されるのは「カンの虫切り」などといわれる「まじない」をしてもらっている人が，少数とはいえ10.3%，39人もいることです。それも「悪いところに触れてもらった」という20人，「手のひらに字を書いてもらった」という6人などはまだしも，「指の根にキズをつけ少量の血を出す」とか「効果のあるというくすりを飲ませてもらった」という8%，3人にいたっては，考慮せねばならない点であると思います。

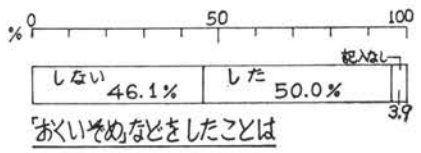
(スライド 17)

つぎに「おくいぞめ」をしたものが50%おりますが，「1歳の誕生祝い」は80%近くのものがしております。その方法は，出身地方の特色がそれぞれ出され，おくいぞめでは，お祝いの膳に洗った小石をのせ，それをなめさせるとか，誕生日に1升餅を背負わせるなど，人口の都市集中化がもたらした地方の風俗・習慣の一端がのぞかれます。

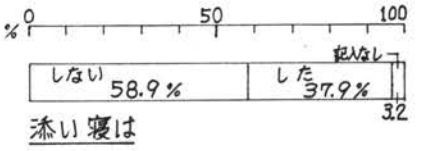
また添い寝については，したもの 37.9%みられますが，これも出産後ずっとしたものは56人で全体の約15%



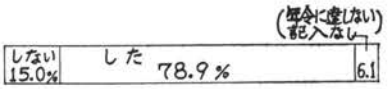
スライド 16



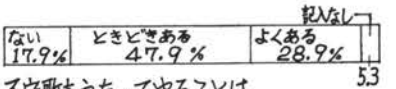
「おくいぞめ」などをしたことは



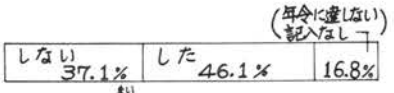
添い寝は



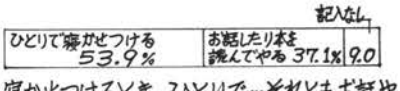
1歳のお誕生日を祝いましたか



子守歌をうたってやることは



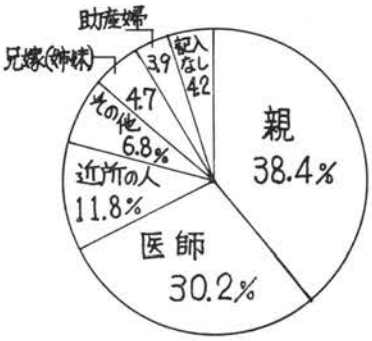
七・五・三の官詣(まい)りなどは



寝かせつけるとき、ひとりで…それともお話や本を読んでやる

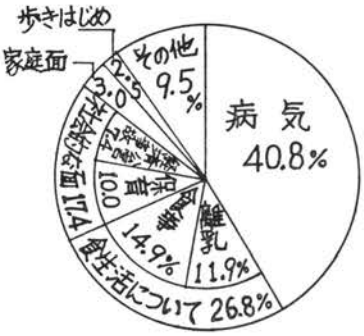
(1972年)

スライド 17

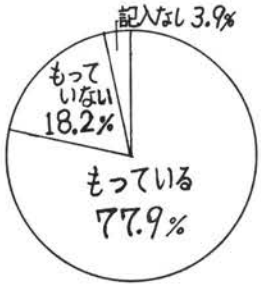


育児を教わったのは

(1972年)



育児で一番大変だったことは



育児書の有無

スライド 18

と比較的少なく，あとは5～6カ月後から添い寝したものがふくまれております。これは住宅事情との関係も考えられます。

つぎに最近は，子どもの情操面や親子の触れあいが論じられ，子守歌をうたってやる母親が少ないなどといわれておりますが，調査結果では76%以上がうたっていることがわかります。それも地方の子守歌・わらべ歌・日本古来の江戸子守歌，童謡から外国の子守歌まで，さまざまな歌がうたわれていることがわかります。

また同じように親子の触れあいについても，共働きの

母親が時間に追われながらも，工夫してお話や本を読んで寝かせつけるというのが3分の1以上もあり，健気な育児態度がうかがえます。

（スライド 18）

つぎに，これら母親たちが誰から育児を教わったかということですが，スライドにみられるとおり，親から38.4%，医師30.2%，近所の人11.8%となり，かつて親から子に教えられた育児は，最近では医師に求める傾向が見られます。

また育児上の悩みは，単に病気や離乳のみでなく，保育施設や公害問題などと多様化してきております。

*　　*　　*　　*

以上のようになります。このようなアンケート結果を参考として，今後いっそう幅広い視野を養い，地域に結びついた育児指導を行ない，実地小児科医としての本来の使命を果したいと思います。

なお，これは昨日まで前橋市で行なわれた日本小児保健学会で，私の発表したものと一部重複する点があります。1972. 11. 12

質問の答

坂口先生の質問は対して（このページ下より12行目参照）

答　こうした手足をみんなおおってしまう衣服は，背が伸びなくなりますよ，と話しますと驚いて，足の部分を切ってきます。また，出産祝いのいただきものとして使用している人が多いので，あなたは他の人の出産祝いには，あげないようにねと，すすめています。

渡辺先生の質問に対して（次ページ19行目照参）

答　やはり理想としては母親が育てるべきでしょう。愛育会の内藤先生は，1歳までは母親が育てなくてもよいが，2，3歳は親が育てなければいけないといわれておりますが……しかし，個々の問題もありますし，働いている母親も短い時間を上手に工夫して，子どもに接すればよいのではないでしょうか。

（〒　114 東京都北区滝野川 3-71-11

自由交見

司会(渡辺武)　それではただいまの報告と関連して育児の問題を中心として皆様のご意見，ご経験などをうかがいたいと思います。

依田三郎(世田谷区)「最近，オムツカブレの乳児が増加しています。これは紙製オムツの使用や，副腎皮質ホルモン剤の乱用などが原因になっていると思われます。また，一般に母親が不精になっていて，オムツの取り換えなども面倒くさがってさぼりがちなためオムツかぶれが増加しているのではないでしょうか」

神田修次先生

松本芳次郎先生

光山　「オムツの取りかえについては，私はむしろ現在の母親の方が神経質に行なっていて昔より清潔にしているように思います。しかしいまお話のあったステロイドホルモンのほかにも，オムツを軟かくする薬なども使っていて，一般に薬というものを使いすぎる傾向はたしかにあります。私もこれがオムツカブレやカンジタ症などの原因になっていると思います。

司会　「糸状菌の感染についてはどのように扱っていますか」

依田　「糸状菌感染は菌の検出が難かしい場合があります。したがって臨床的診断だけで治療しなければならない場合も少なくありません。治療薬としてはトリコマイシン，マイコスタチンなどを使用しています。」

光山　「単なる湿疹ならばグリテールボチだけでも治ります」

坂口練平(船橋市)「一つの流行となって使用されている乳児の<ぬいぐるみ>は，生長を生命とする乳児にとっては好ましくないと思います。私は使用を中止するように指導しています。」

光山　「乳幼児はある程度肌を出して刺激にふれることもたいせつです。私も<ぬいぐるみ>は賛成できません。私は<これを着ると背丈がのびないよ>などといってなるべく使用させないように指導しています。

天野曄(港区)「現代の母親には病気の看護などについての知識は全くないといってもよいくらいです。また病気になった場合自分が看護してよくするんだという態度が全くみられません。すべて医師にまかせておき，自

分はただみていればというような姿がみられます。」

浅路「診察をうける場合は前もって多少の知識はもち合わせているはずなのに，すべて1から聞いてきます。そのため1人の診察に30分も，1時間もかかる場合があります。この点については，どこかでそういう基礎的教育をほどこす必要があると思います。」

本田三郎(三鷹市)「現代は性と生殖が分離されたといわれています。このためか母親の機能も分化し，最近では出産と育児が離断される傾向にあります。いまに育児は母親が行なわないで，すべて施設まかせということになるのではないか。こうなると人間形成にたいへん大きな問題を投げかけることになると思います。

司会「そうですね。10年後，20年後のことを考えると，現状でいいのかという気がしますね」

春日豊和「非常にすばらしい調査だと思います。ただ，今後の調査では<育児なんか全く関心がない>などのようなマイナスの面のアンケートもぜひ加えていただきたいと思います」

渡辺淳(大田区)「私は sogenannt の小児科なので教えていただきたいと思うんですが。大人の神経症をみていると小児のときの生活環境が大きく影響していると考えられるケースに遭遇することがあります。育児の人間関係についてどのように考えておられますか。」

光山「それは，その家庭家庭によって違うと思います。内藤寿七郎先生は<満1歳までは他人でもよいが，その後は母親が育てることが望ましい>と述べておられます。育児を他人にゆだねることは母親にとってもたいへん不安なことなのです。経済的事情さえもっと好転すれば，母親はみんな自分の手で保育したいと思っているのではないでしょうか。」

渡辺淳「母親がなく鍵っ子だったが，現在では明朗な青年に成長している例もあります。あまり密着した育児よりもある距離をおいた保育の方がよい結果がでるのではないでしょうか」

和田(千葉市)「それは一概にいえないと思います。要は母親の心掛けいかんではないでしょうか。」

得津雄司(前橋市)「先天性股脱に関連してうかがいたい。よく乳児検診で股関節脱臼ではないといわれた乳児が，私ども整形でみると脱臼のことがあります。このような場合，母親に対するムンテラはどのようにしたらよいでしょうか。私は開業したばかりなので，こういう点がよくわかりませんのでご教示ください。」

春日「私も<先天性の心臓病>について同様な場面にぶつかったことがあります。このような場合はすぐ患者に病名を告げないで，患者の主治医なり担当医なりに連絡して意見を交換し，そのあとで患者をもう一度最初の医師にかえして改めて診断を下してもらうようになさるのが一番無難な方法ではないかと思います。」

佐藤安正(豊島区)「先天股脱の診断はかなりむずかしく，三カ月あるいは半年ぐらい経過を追ってはじめて診断がつくような場合もあります。いずれにしてもできる限り早い時期に発見することが予後をよくします。」

得津「先天股脱はやはり早期発見が大切ですね。このためには小児科の先生だけにその責任を押し付けていることは間違いで，われわれ整形外科医も自分の診療所だけでなく，広くフィールドに出て早期発見につとめる必要があると考えます。」

記録者注　このあと先天性股関節脱臼について，早期発見の必要性，股関節開排検査の診断的評価，X線撮影の乳児に及ぼす影響などについて2,3の意見が交換された。

司会「育児の問題とは少し離れますが最近，乳幼児の医療費の無料化ということが話題となっていますが，これについてはどうお考えになりますか」

本田「最近では，尿酸の過剰摂取に基因する痛風の増加などにみられるように，<過剰>ということによっておこる異常現象が増加の傾向にあるといえます。乳幼児医療費の無料化という問題も，私はこの過剰につながる制度ではないかと思います。あまり過剰になるとほんとうに重要なものが見失なわれる恐れがあるのではないでしょうか。」

鈴木荘一(大田区)「いまの過剰の問題に関連して。外国の幼稚園では玩具は積木しかおいていないのです。これに反し日本の幼稚園では玩具がやたらと多すぎます。そのため子どもは飽っぽく，根気がなく一つのことにじっくりとり組むという習慣などが身につかなくなるのではないだろうか。とにかく過剰なサービスは社会にとって必ずしも好結果をもたらさない場合もあるので慎重な配慮が望ましいと思います。」

秋月源二(世田谷区)「いまの子どもたちはテレビや本などで受け売りの知識はもっているが，自分でじっくり観察するという能力には欠けていると思う。自分の力で自然をじっくりと観察し体験するという教育が必要だと思う。」

和頴美知子(千葉県)「私はほとんど往診をことわらずに引き受けています。それは医師としての私の宿命であり，天職であると思っているからです。しかし医療費の無料化によって，これ以上安易に往診を求められては私の肉体の限界をこえてしまいます。この問題は市民のニードだけで短絡に決められてはこまると思います。」

記録者注　このあと春日君からライナー病と思われる乳児のスライドが提供され，これについて浦田久君(川崎市)，依田君などから意見が開陳された。

2. 時間外診療の実際

——東京の下町小医院の記録から——

春　日　豊　和

アンケートにお答えする前に，小院の規模・開設場所・患者層などについてかんたんに述べておく必要を感ずる。

春日豊和先生

開設場所：副都心に近く，背中に商店街，腹面に印刷・製本の中小工場をもつ人口過密の下町である。ビルはほとんどなく，平家・2階家が櫛比し，印刷・製本工場に，ほかの多くは**間貸し**，アパートが大部分である。

規模：開業歴17年。勤続5年の准看護婦1名，薬室・事務室専従員は2名（内1名は見習）。X線装置，心電図，小検査室以外なんら特色も，特有の施設もない。標榜科は内・小児科。

診療時間：平日（月～金）は午前9時より午後1時まで，午後1時～3時は休診，午後3時より午後5時までを午後の診療時間とし，つごう稼動時間は6時間。土曜日は午前8時より午後1時までを診療時間とし，午後1時以降は休診。日・祭日は休診。

したがって本アンケートに答えるにあたり，日・土を除き7月の月～金の平日のみを対象とした。したがって7月3日より31日に至る日・土を除いた21日間の記録を基にしてあることをお断りしておく。

1）過去1か月における夜間（時間外・深夜）に診た患者数，時間帯，内科，小児科の比率

イ）平日21日間の患者総数2087÷99/day

内訳　内　科　879名……42%

　　小児科　1208名……58%

ロ）うち，時間外，深夜の患者数は89名，全患者の4.2%

内訳　内　科　45名　内科全患者数の5.1%

　　小児科　44名　小児科全患者数の3.6%

夜間（時間外，深夜）患者の内科，小児科比は前者42%，後者58%で小児科が若干多い。

また　内　科　45名は全患者数2087名の2.1%

　　小児科　44名は　〃　2.1%

にあたる。

ハ）89名の内訳をさらに分けると

初診　38名 { 内　科　11名 / 小児科　27名 }

継続診　51名 { 内　科　34名 / 小児科　17名 }

で初診患者は小児科が内科の倍以上を占めている。

ニ）時間帯をみると

午後5時～6時の間：63名（内科 28，小児科 35）
〃 6 ～7 〃 ：11名（〃 6，〃 5）
〃 7 ～8 〃 ：5名（〃 2，〃 3）
〃 8 ～9 〃 ：3名（〃 2，〃 1）
〃 9 ～10 〃 ：1名（〃 0，〃 1）
〃 10 ～午前6時：4名（〃 0，〃 4）
午前6時～ 〃 9時：2名（〃 2，〃 0）

やはり診療時間終了直後の午後5～6時が圧倒的に多く，夜半（深夜）は小児科の患者が全部を占めている。

2）夜間（時間外，深夜）に来院した患者の症状

本設問に関しては5）の設問にあわせて診断名をもって答えに替えたいと思う。

イ）内科45名の診断名の内訳

i）初診群11名について
かぜ3，腸炎2，亜腸閉塞1，腎石症1，血尿1
心臓神経症1，しっしん1

ii）継続診34名について
高血圧17，カゼ5，消化性潰瘍2，ガン（胃）2，
慢性胃炎2，慢性関節リウマチ2，アレルギー性

鼻炎1，脳卒中1，ドック1，糖尿病1

ロ）小児科44名の診断名の内訳

i）初診群27名について
カゼ25，とびひ1，喘息1

ii）継続診17名について
カゼ13，扁桃炎2，てんかん1，腸閉塞1

内科，小児科の初診，継続診を通じていわゆる“時間外急患”と称するものの86%（93～76%）がカゼであることがわかる。

なお内科における真の急患と考えられるものは腎石症と，高熱，頻回の粘血便で，いずれも早朝に来院した2名と，小児科において急患と考えられるものは喘息の大発作を突然起こした1名で，両者合わせて3名，俗にいう“時間外急患”としては，時間外の患者の3.3%にすぎないことが知られる。

3）なぜ当院に時間外に来たか

時間外の患者のほとんど全部が小生の過去16年の診療生活を通じて接してきた患家の者であるかその知り合いであるという関係からである。

4）来院手段

全部が徒歩と考えられる。

5）は設問2）の答えで肩替わりする。

6）当院に来るまで他の医療機関を訪れたか

他の医療機関を訪れし者1名もなし。

7）先生のところに夜間来院した患者について即刻，他の上級医療機関に送ることができるか，できないか。

小院は幸い東大分院，日本医大，女子医大，国立第一病院に囲繞され，いずれかの病院に“急患指定”で送院できる。厚生年金病院もあるが“当直医が他科の先生”とて再三拒否されしことあり。また大病院の中には10時すぎの電話は受け付けぬとて，実質的に送院のできぬ所が数々あることを経験しているので付記しておきたい。

8）時間外の往診（頻度，時間帯診断について）

7月中1件あり，これは小生の都合で午後5時半，病名は脳卒中。

9）その他

1）なぜ“時間外”になったかについて調べてみたところ，次の表のごとき結果を得たので付け加えておく（表参照）。

以上の表からわかることは“本人のヅボラ”とか，“母親がボン”，“図々しい奴”というのは全体の1/8であり，“小院への甘え”とか“使いの帰り”“いそいだが遠くで車が混んで”といった時間外の患者には長年地域医療の中にいる私どもとしては一律に善・悪と評価づけのできぬものがある。長年の患家，つまり家庭医か家族ぐるみの付き合いにより“私どもは別格”という患者の意識！，これまたよしとせざるをえないのが家庭医でもあろう。

2）“その他の2”として89名の時間外の患者の処理がどうであったかを調べてみると，

初診，継続診いずれを問わず“診察”せるもの33名

	5～6	6～7	7～8	8～9	9～10	10～6	午前6～9	
午後5時でおわりとは知らなかった	2							2
主人が帰るのをまっていたので				2				2
子どもが遊び回っていたので	1							1
気がついたら5時になっていた	7	5						12
いくらいっても時間無視の図々しい患者	8	4						12
小院へねんごろになりすぎた甘えから	12	2						14
学校からの帰りがおそくて	4							4
間にあうためいそいで来たが車がこんで	3							3
ともかく心配で			2			2	1	5
一応容態をみていたが少し心配になって	4		1					5
私たちの一家は別格です			2	1		2		5
お使いの帰りに	9							9
家事が大多忙で	5							5
おつとめが遅くまでだったので	4							4
苦しさにがまんできず	1						1	2
本人のヅボラで	1							1
母親がボン	1							1
私（医師）の理由で	1							1
	63	11	5	3	1	4	2	89

（内往診1），窓口応待，電話などにて薬の投薬のみというもの56名となっており，89名の時間外患者の中で診察の必要であったものは30%弱であり，また急患というに足るものが3名3%強であったことを述べておきたい。

アンケートの回答を顧みて

1）人口過密の東京都下町の開業歴17年の内，小児科の小医院の時間外（夜間，深夜を含む）平日21日間診療の実態である。

2）時間外診療に訪れた患者数は総患者数の4.2%であり，内：小＝42：58の割であった。

そのうち初診患者は89名中38名で，小児科が27名と内科より多く，逆に継続診の患者では51名中内科34名と小児科より多い。当然のことであろう。

3）時間帯は診療終了後の午後5～6時の間が圧倒的で63名，また夜間（午後10時翌朝6時まで）は4名全部が小児科であった。

“がまんにがまんを重ねて”と早朝6時より9時までに来た患者は2名で全部内科であったが，“先生に悪いと思い！”ということばがこの2人の患者から聞かれたのに私は粛然と襟を正さざるをえなかった。

4）初診群，継続診群いずれを問わず“カゼ”が大部分であり，89名中“真の急患”といえるのはわずか3名であった。

医療思想の普及，救急車の設置の拡大，拡充などによりうつつ寝の耳に聞く救急車のピーポ，ピーポはまことに私どもには救いの音でもある。救急隊に深く感謝したいし，いわゆるカゼくらいのことで救急車を呼ばぬよう祈りたい。

5）“なぜ時間外になったか”の表をみていると“下町の中の医療のさま”がほのぼのと感じられ，この不合理を制度の中で，“やはり町医でよかった”と家庭医の心に灯がともる思いである。

6）89名の時間外患者のうち56名が“クスリのみ”で処理でき，しかも何1つ不都合が結果してない現在，これこそ満身創痍の17年の開業歴の間に構築された人間関係のほんの1つのあらわれででもあろうかと思われる。

（〒162　新宿区山吹町69）

自由交見

司会　「時間外診療の実態に関し，どなたか追加される方はございませんか」

結城隆弥（仙台市）「私は21名のなかまとともに休日診療所を運営しています。本年7月下旬より8月上旬までの患者は122名。このうち<休日でも診療する必要があった>と認められた患者は32名で，やはり休日診療所の必要性を痛感しています。」

渡辺淳　「私も10月中に約160名の時間外患者を診療しました。」

吉田仁（船橋市）「私は団地のそばで小児科を開設しています。時間外に1日平均5人ぐらいは診療しています。また電話での問い合せも多く，ひどいときは午後9時頃まで15分おきぐらいに電話のベルがなります。」

菊地博（大和市）「時間外患者は全患者数の3%ぐらいです。時間外に来院した理由としては，やはり自分勝手な都合によるものが多いようです。このため，時には言葉が荒くなる場合もあるが，結局は診療することになるのだから，やはり気持ちよく診療してやりたいと思っています」

渡辺淳　「以前は日曜日でも午前中は診療していましたが，その必要性が認められなくなったので現在は休診にしています。休日診療の問題は1個人では解決できない問題なので，やはり医師会などの組織の力で解決すべきであると考えます。医師は休日には積極的に休養をとるべきです。私は過去5年おきに2度，大病をして入院したことがありますが1～3カ月ぐらい休養するとまた新たな診療意欲が湧くものです。」

坂口練平　「時間外診療を拒否することができる医師は，地域的にも経済的にもめぐまれている方だと思います。医療機関の少ないところではそうはいきません。そういう方のためにも，不合理な現行の時間外手当3点を早急に改善して欲しいと思います。」

司会　「まだいろいろとご意見があることと思いますが，時間がまいりましたので，このへんで終らせていただきます。どうも長時間ありがとうございました。これで閉会といたします。」

記録者注　今回の例会は，実地医家が日常直面している医療社会学的側面について，全員の熱心な討論が行なわれ，有意義な1日であったことを付記します。

私たちの例会

第110回『実地医家のための会』の報告

司会／柴山　豊・記録／依田三郎

昭和47年12月17日（日）・渋谷区渋谷2—12—5薬学会館

〔演　題〕

1. 保険診療の諸問題
   （1）社会保険診療報酬明細書の作成および内容からみた問題点　東京都民生局保険部　古平義郎
   （2）老人医療の問題　東京都医師会理事　内山隆玄
   （3）医療体制および医療保険制度に関する最近の動向（要旨）　川崎市　本吉鼎三
2. われわれの工夫　小児の胸部X線撮影法およびフィルム保存法　仙台市　吉田秀一
3. 自由交見　全員

〔司会〕私どもは，今回保険の問題を取り上げたんですが前置きを一言申し上げさせていただきます．私どもは昨年総辞退を行なって医療の近代化，および抜本改正を勝取ろうとしたんですがマスコミ，その他の批判にあい，理念的には，武見会長ならびに，佐藤前首相故斉藤前厚生大臣との間に妥結12項目がきまったものの実質的には何らうるところのものはなく，しいていえば本年の2月に多少点数改正があったぐらいのものであります．しかし現在の武見新執行部は中医協の場でいろいろ努力しております．従来本会では，保険の問題とか医政の問題は取り上げない建前となっているのでありますけれど，私どもは保険医であって，保険でもって生活を支えているわけであります．したがいましてたまには保険の問題を討議したりいろいろ詳しい点をお聞きしたりすることもよいのではないかと考えまして，内山，古平両先生をお迎えしたわけであります．

お二人ともこの問題では，造詣が深く，非常にご熱心な方であります．審査委員という立場もあります．個人的な立場でお願いいたしました．時間の問題でまず古平先生から，日常診療における保険の問題，明細書のことをお願いし，次に内山先生から老人医療についてお話していただき，次に神奈川県の会員である本吉先生にお話をしていただき，それからわれわれの工夫として吉田先生，山田先生，春日先生の順序にお話をしていただき，最後に全員でディスカッションすることにいたしますのでよろしくお願いいたします．

では古平先生お願いいたします．

1. 保険診療の諸問題

社会保険診療報酬明細書の作成および内容からみた問題点

古平義郎

1. 病名欄

a．病名の記載もれ，すなわち病名のない明細書が比較的多い。

b．病名は独自の略称，略名を用いてはいけない。特

別の場合として，悪性の疾患，性病，精神科の疾患等，患者に秘めなければならない場合，外国語等にしても一般に諒解できるよう留意していただきたい。

c．検査の結果，病名として決定するような異常値がない場合，検査したから必ず，検査に合うような病名をつけて，無理な合理化をすれば，翌月からその始末に困ってしまう。決して無理な病名決定をしてはいけない。決定された診断名と検査内容が第三者に理解できないような場合，必要あればその必要性について摘要欄に一筆附記していただければ都合のよい場合もあります。必ず附記しなければならないという規則，取り決めもありませんが，複雑な病状経過等の場合少数例に必要な場合もあります。むしろ無理な病名決定より優れた方法と思われます。

d．上記と少しく関係がありますが，病名のきわめて多い例がたくさん見られる場合，検査結果にこだわる例，症状を一つ一つ病名別取り扱いをすれば，非常に病名の多い病名欄になりますので，できれば主病を考慮して，整理できる病名，症状はいちいち記載しないよう心がけた方がよいと思います。

2．実日数

実日数は1日に二度受診しも1日です。二度診療したら摘要欄にその旨記載すべきです。実日数は再診料，処方調剤料（乙表），慢性疾患指導料，処置回数，その種目内容等にすべて関連します。実日数と上記項目と不一致で摘要欄に何ら記載のみられない明細書もかなり多く見られます。処方料は医療機関に2名以上の保険医が勤務していて，おのおのが違う疾患に別々処方した場合は別々に請求できる事になっております点つけ加えます。

3．投薬

投薬回数中その投薬日数を点検した場合，3カ月，4カ月とならべて見ると過剰に投薬されたり，総合病院の外来分で，同薬剤，同一系統の薬剤が重ねて投薬されている例もみられます。なお主剤名のみ書く場合と処方内容全部記載しなければならない例に薬名もれのまま提出される例が非常に多いと思います。

なお内容的には，6剤もの投薬がすべて6錠，その他にも盛りだくさんの数剤が投与され，患者が服薬に困るのではないかと思われる例，すなわち，病名欄で記載したように主病以外の症状名に対し総花的に投与されている例も見受けられる場合があります。服薬する患者の立場も考慮されたいと思います。

4．注射

注射はその目的が即効を主体とする場合が多い。また内服困難等の場合，注射薬のみで内服薬のない薬剤等，その使用はある程度限定されるのが本来の使用法と思います。

特に降圧剤の注射を外来で，なんとなく連用するのは妥当と認められません。

内服薬と注射薬と同剤または同薬効の薬剤を症状経過に関係なく併用する例も多くみられます。

老人，乳幼児に対する抗生物質の注射と成人に対する使用を全く区別なく同じ形で使用するのはどうでしょうか，やはり乳幼時のように転帰の早い年代，老人のごとく，基そに動脈硬化，糖尿病，腎障害，循還器障害，呼吸器障害等危険な状態をもたらす要因がある場合は慎重に区別して注射も使用するのは当然です。

急性肺炎，気管支炎等に対し，レントゲン検査，細菌検査等もなく相当濃厚に抗生物質を使用している例もみられます。

補液に関しても，五炭糖等を病状も考慮せず傾向的に使用している例もあります。

その他薬剤には流行薬と思われる使用頻度の高い薬剤がありますが，最近その中で優たるものはビタミン剤の大量投与が目立ちます。特に B_{12} の使用に関しては適応ならびに使用量，使用期間，時期等適切に使用していただきたいと思います。

潰瘍剤等を胃散的に漫然と使用した例も多いと感じます。

副腎皮質ホルモンの使用に関しては，蕁麻疹，（じんましん）円形脱毛症に同含有軟膏，クリームの使用している例，神経痛に同剤を使用している例等が多くみられます。

5．処置料

処置料に関しては，点数表上部位的表現をしているので，処置範囲の大きさに関係なく，胸部に手掌大の処置をしても20～30点の請求するような間違いや，各部位の処置を合算した場合，全身処置の点数より高くなるような，いわゆるアンバランスな請求もあります。

手術料と同時に処置料を合わせて請求している例も多い。乙表においては処置料と再診料算定誤まりも比較的多くみられます。

6．手術料

手術料に関しては最も頻度の高い創傷処理，膿瘍切開等その大きさにより区別があるのでそのを記載されたい。手術後包交に関しても特に乙表の場合 5cm 以内の手術に過大な包交，処置料が多くみられます。

7．検査料，レントゲン診断料

検査は非常にその種類，種目が多く，診断，予後の判定，治療方針の変更等その理由により適正な診療をする上に必要欠くべからざるものであるのは当然で，その種目の選択，実施時期による変更，検査の進め方等配慮されたい。以上のような当然の着眼，考慮がなく漫然同じ

ような膠質反応を多種目画一的に実施している例もあります。

細菌感受性試験に関しては抗生物質使用に関係なく，20種類ものディスク使用し，その目的，方法に諒解し難い例もあります。

病理組織顕微鏡検査では，320点という，手術時迅速切片標本による場合に限られた点数を誤って請求する例や，160点を3倍して，320点をこえるような間違いもあります。

レントゲン検査に関しては同一部位に対して同時実施の算定法が誤まりおのおの別個の算定をしている例があります。たとえば胸部撮影で肺炎撮影，斜位撮影を別々に算定している例等です。

消化管診断では1回の造影剤により，食道胃，十二指腸と別々に算定している間違いもあります。

8. 入院料

入院料では，保育器使用時は基準寝具の加算はできないのに加算している例。特食加算の間違いも非常に多いと思います。

消化管手術等の場合の欠食の間違いもあります。

以上原則的な一般事項を引きしぼって記載しましたが，明細書は医師が行なった診療を自己の責任において，提出前に点検していただければ，病名と内容の不一致などという簡単な間違いで頻度の高い事例を大部分防げると思います。

以上近代医学とは離れた内容を書きつらねてしまいましたが，保険診療の請求に関する原則的事項の一部を紙数の許される範囲で記載し皆様に少しでも参考になればと思いながら擱筆いたします。

（東京都民生局）

質疑ならびに自由交見（1）

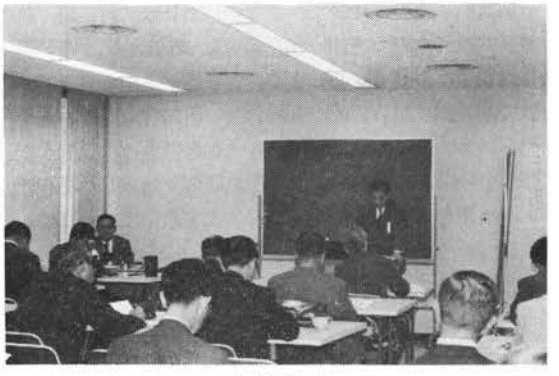
司会　どうもありがとうございました。ただいまの古平先生のお話に対するご質問がありましたらどしどしこの席でなさいますよう。どうぞ。

渡辺（船橋市）　二つお願いします。第1に，請求明細書をまとめまして，総括表をつけます。これに総件数，日数，点数を書いて毎月出すようにしております。あれは基金ではどの程度参考にしているかしりませんが，医療担当者としては関係のないこと，サービスでやっていることです。そういった無駄は廃止することはできないでしょうか。それが一つ……。

古平　全くこまったご質問でして……。おっしゃるとおりで私の立場として心のうちでは賛成なんですが，立場が違いますので厚生省の事務局，統計調査局などがどのように考えているか聞いておりませんので……。

渡辺（船橋市）　実は所属医師会の方でも，本省がなんのかんのとうやむやになってしまいます。もしこの会でこのことをお聞きして人間の医学にでもご返事を得られたらと思って質問させていただいた次第です。それから，経過措置品目として，たとえば，クロマイパルミテート山川という薬は来年の3月いっぱいつかえない。これはどういうのでしょう。薬の会社によって使えないのでしょうか。没にするという意味でしょうか。

古平　私の関知するところでは，もうその薬については落としてよいが，医療機関側の手持ちがあったりで，ある時期まではのこしておいても良いということなんでしょうと思います。



会場風景

渡辺（船橋市）　実際問題として三共のクロマイは使えますね。そうすると末梢の薬メーカーのは使ってはいけないからか。三共，武田とかそういった有名なところのを使えということなのか。

内山　ちょっと，私当時者ではありませんが，経過措置品目には，薬価調査というのが毎年あるわけなんです。そのときでてこないのは落としてしまう。メーカーの訴えでとりあげる。流通してない，薬に動きがないのは落とされるようです。1年または1年半の間に必要だということになれば再度申請して復活することがあります。古平先生のおっしゃったようにこの間になくなるだ

ろうとして，1年または1年半は認めているというのがそのやり方のようです。

司会　ほかに何か……。ふだん査定とか，その他の問題を含めてなにかおありの方はありませんでしょうか。

小山(文京区)　ある時期に肝機能検査の中からクンケルのみ3カ月間けずられて，その後けずられなくなりました。審査委員の方がクンケルを，お嫌いではなかったのではないかと考えられるんですが，審査員による個人差があるような気がしますが，そのようなことはありませんでしょうか。

古平　どうも，支払基金を代表した立場ではありませんのでなんとも答えられないんです。審査委員会は，学識経験者，医師会，保険者と三者で構成されております。それで東京は200人以上が共同でやっていますが，個々の医学常識で一定のルールとかに関係なくやっているわけで，内容に関しましてはある程度の個人差のあるのが実状であるということを否定することはできません。それで，皆でいろいろ反省しながら先生方の提出されたものを慎重な態度で調べております。私，逃げるようなことになりますけれど，いろいろな質問がくるわけですが，それに対してきわめてけんきょに反省し勉強しているわけであります。小山先生に対するお答としましては，私どももできるだけ努力しているということをお認めいただきたいと思います。

内山　私も答えさせていただきます。私も同様基金を代表してはおりませんが，なるべく個人差をなくそうという努力を極力しております。がどうしてもこれはある程度さけられないということもあります。クンケルもたしかに必要な検査だと思います。そういった場合は苦情処理委員会，基金の中にある疑義申立処理委員会に提出していただきたい。そのまま泣き寝入りしないでいただきたいと思っております。私個人の場合は一件でもそういった問題があれば訂正させます。

片岡(船橋市)　実は，先日私の方で保険医の講習会がありまして，同じ効力がある場合は，なるべく安い方の薬を使ってくれというふうにいわれております。がこれは，医師の好みによって使うのであって安いとか高いとかは考慮に入れていないわけです。その点私としては不満なんです。東京都のほうはどうなっていますでしょうか。

古平　千葉県でその話がでたそうですが，抗生物質にしましても，その病気の状態，年令，時期，経過により，先生方が必要だと思われますならば，私の方では安い方を使ってくれとは決して申しておりません。

内山　追加します。都では医師会の方から，文句をいってやります。さきほど，船橋市の渡辺先生のご質問の総括表のことですが，以前は都でも総括表をつけ，件数，実日数，総点数を書くことになっていました。今はやめさせました。その代りとして決定通知書に書くようにして間に合わさしております。もしなんでしたら千葉県の方でもそうなさったら良いと思います。決定通知書には，政府，組合，共済というふうに何件，何点と書いて日数はいりません。国保には総括表がありますが，これには件数と点数のみを書くようにしております。

司会　ほかにはありませんか。

鈴木　私の所は内科で胃腸科が主体です。肝臓の病気の場合，オーストラリヤ抗原は，保険の適用ですがこういったものの採用されるかされないかのプロセスを，どうなされているのか，ということをおうかがいいたします。

古平　ただいまのオーストラリヤ抗原は昨年保険に適用されました。こういった薬を採用するのには，その必要性とか文献とかがつけられて提出されるのですが，どうしても少しずつ遅れるようです。薬の採用，検査の採用も，右から左にスット行かないのが実情であります。

で先生方がこれは良いのではないかとお思いになりましたら，医師会なり基金なりを通じてどんどん申し出ていただきたいと思っております。

内山　追加さしていただきます。たしかに遅れている。そのとおりだと思います。現在百なん十件と残っており，その次も次々と出されております。厚生省と疑義解釈委員会で検討しております。先生のような場合にも，どしどし出していただくとよいと思います。出すにしても，都，道府県医師会から出してもらうとよりつよくゆくようです。ですが医師会の方で通っても厚生省ですぐ出てこない場合があります。おそくなるということは怠慢というよりほかはありません。

司会　ほかになにか……。(間あり……。)では私から2～3質問させていただきます。何か疑問があったとき苦情処理委員会に提出するのにはどうすれば良いか。請求点数には平均点数の問題がありますが，これは地方と東京とで違うところがあるのか，基金はおっかないといわれていますが，個別指導とか，面接指導とがありますが，その前段階はどうなのか，ということを説明していただきたいのです。

内山　苦情処理委員会に提出する文書ですが，要するに減点通知書が不満だからということになります。その場合，提出書類の記号，番号氏名など必要事項を書き，復活ねがいたい旨を書いて出します。医師会からの文書で出しますが，この提出する場合は必ず写しを出していただきます。訴えが果して正しいかどうかを調べて原本をとり寄せて，原本と合えば良いのですが，請求書の写

しと原本とが違っていることがあります。原本に何も書いてないとき，また点数が違っていることもあります。

古平　平均点数と面接，個別指導の点に関してですけど，平均点数に関しましては，家族と本人と見較べた場合たとえば外来の本人が2000点，家族が200点あるとすれば，その間に疑問がありますので，内容に立入って考えてゆくわけであります。この場合は基金の承認を得て，先生方のご説明を聞いて，納得する場合もあるわけであります。法的な根拠で面接ということもあるわけであります。

指導は，現在，大集団と小集団と個別指導と別れています。健保法の43条の4で行なわれるわけであります。これは日医との申し合わせによって行なわれるわけでありますが，あまりこまかいことに立入って説明しますと私も息苦しくなりますので，たとえていえば，被保険者からの投書のある場合，無記名とか有記名とがありますが，そういう場合にお目にかかってお話しするわけでありまして，お医者さんと被保険者と内容的にお目にかかって話し合ってみたらということが大部分であります。大ざっぱで抽象的ではなはだ申しわけもないことですが，決してむりやりあげつらうことではなくて極端に異常な内容を取り上げるということが実際であります。

吉田（仙台市）　司会者に申上げます。実地医家のための会では，身近な診療情報の交換ということで集っているわけですが，私たちがさけて通れないことを取り上げてくださったご英断はまことにありがたいことだと思います。本日は，地域医師会での段階でのことは忘れたいと思って来たのです。本日の話を聞いておりますと，どこか場違いのところに出て来たような気がしないではありません。でこの話はこのへんで打ち切っていただきたいと思います。

司会　古平先生には，いろいろご無理なご質問を申し上げまたそれにいろいろお答えをいただきまして，ありがとうございました。

古平　どうもありがとうございました。

司会　次に内山先生よろしくおねがいいたします。

老人医療の問題

内山隆玄

昭和48年1月1日実施の老人医療問題についてお話してみたい。

その前段として老人福祉法にふれておきたい。同法は昭和38年に成立し，これに伴う老人検診が東京都においては昭和40年より実施されてきた。いわゆる㋕であって，一般検診と精密検診とに分かれるが，老人なるがゆえに精密検診を健康保険の給付の対象にするという大きな変革乃至誤謬を犯した出発であった。従来，厚生省は「集団検診においては精密検診までを健康診断とする。以後，治療が開始されて初めて保険給付の対象となる」との考え方を示してきた。ここで大きく崩れたことをご承知おき願いたい。疑病名が当然あるはずの65歳以上の老人であるからとの理由であったが，実は国の銭は使わずに保険にオンブしてやろうというコンタンの制度がここに始まったわけである。真に，老人福祉を考えるならば，このようなコソクな手段でなく，堂々と国家予算を要求し，人のフンドシで相撲を取るようなマネはすべきではなかったのではないか。㋕にしてからが，検診だけはするが，病気が発見されても後の面倒は見ないという片手落ちの老人福祉であったといっても過言ではない。そのためもあろうか㋕検診は期待どおりの成果が上がらず，住民パウワーの盛上りもあり，全国数多くの地方自治体は政府の実施を待つことなく老人医療費の助成実施に踏み切った。

東京都においては，昭和44年国の実施が流れたのを機に年頭初より予算化し，同年12月1日実施に入った。この場合，都医は「主旨には賛成だが，おそらく保険にオンブする方法を取るならば，すなわち，窓口一部負担だけを助成する方法をとるならば，厚生省はウンとはいわないだろう。それでも厚生省がOKというならば協力いたしましょう」ということであった。そこで都は厚生省と幾度かの折衝を重ね，最終的には厚生省は「保険と関係なく実施するならばOKしよう」都は「保険とは関係なく実施致します」ということで時の熊崎事務次官のオスミツキを頂戴してきて実施に入ったイキサツであった。その際，都医は老人福祉行政の一環として社会保険の体系とは別に実施するという契約書を交換し，㋕と区別して㊎とした。連記式請求書・事務取扱手数料・利子補給金という全国でも類例のない㊎が発足した。このような形で，すでに三年間，事もなく実施されてきたので

ある。

今月，国が実施に入るという老人医療費支給方法は，全国を統一的にするためには止むを得ないとしながら，著しくレベルダウンしたものである。特に，日医のいう三本柱の一つである老齢保険の入り口となるべきものを，保険とドッキングした現物給付方式を採用した点で重大である。また，実施主体となる区市町村からも，保険者からも幾多の苦情が続出し，あげくの果てに，医療担当者だけにシワ寄せを受ける方式に変貌してしまったのである。

都医としては，国の実施する㊀をそのまま受入れることは，会員各位に多大の事務的経済的負担をかけることになるため，東京都方式で行なえるよう都知事，厚生大臣宛に要請書・要望書を提出した。この裏には，この要望が認められないならば老人福祉法の原点に立ち戻って療養費払い形式に踏み切ることを意味していたのである。厚生省当局も膝元の東京都が㊀実施を否定することになれば重大であるので，政治的折衝の結果，連記式の請求様式を認めざるを得なくなったわけである。政令・省令の官報搭載が1カ月以上も遅れたのは，この間の事情を物語るものであると考える人もいる。取扱事務手数料・利子補給金等については各都道府県と協議して処理されたいということで，国は一文も出さないことを明言し，都道府県の裁量にまかせてある。したがって，都は発足に当り，これらの改訂を行なった。

このような形で1月1日実施が決ったのであるが，いまだ未解決の点もないではない。たまたま，老人医療費支給についてこのような問題が発生したわけであるが，将来大気汚染難病奇病，各種福祉政策等に伴う助成等が同様の方法で多発してくる恐れがある。これらのものが協力すべきものである場合について，㊁方式すなわち東京都方式が最善最後のもので，この方式以上に医療担当者に負担をかける方式がでてきても一切排除する考えを堅持することを申し上げて，御参考に供した次第である。

（〒164 中野区東中野 3-8-13）

医療体制および医療保険制度に関する最近の動向（要旨）

本吉鼎三

1. 現代の医療体制を変貌させるもの

過速度的に変動しつつある社会的諸因子の影響をうけて，現代の医療は大きく変貌しようとしているかのようにみえます。いまその現象のいくつかをあげてみます。

（1）慈恵的医療から生存権的医療へ

過去における医療は多分に慈恵的色彩が強く，国民にとって「施させる医療」であったのに対し，現代の医療は国民の人権意識の高まりとともに憲法第25条を背景とした生存権的基本権の一部としての「医療を受ける権利」としてとらえなおされようとしています。「国民の医療を受ける権利」は裏返えせば「国家の医療を供給する義務」を意味します。昨今，厚生省が医療供給体制の整備を政策目標にかかげざる得なくなったのもこのような国民の強いニードを背景としているものと推測されるのです。

（2）疾病治療偏重から包括医療へ

現代の医療には疾病治療という消極的姿勢から健康の保持増進という積極的姿勢への転換が求められています。包括医療は地域医療の概念と結びついて新たな医療ないし医療体制の確立が話題にのぼってきています。

当面第一に取りあげられるのは，地域住民の健康管理のあり方，とくにその財政的裏付けと情報処理体制をどうするかということでしょう。

（3）単独医療から集団医療へ

医療は医師対患者の人間関係に成立の基礎をおいているといわれています。現代でもこの原則は変わっていないと思います。

しかし，疾病構造の複雑化，医学専門領域の細分化などにともない，診療の実際面では従来のように一人の医師がオールマイテイにすべてを処理することは不可能になりつつあります。各科専門医のチームワークによる診療をはじめとし，看護婦，検査技師，理学療法士，心理療法士，ケースワーカーなど医療補助者を包括した「組織化された集団による医療」へと発展していくのではないでしょうか。

（4）寡数に対する医療から多数に対する医療へ

生活環境の悪化，老齢人口の増加，医療保険の普及な

どの影響をうけて医療を求める国民の数は年ごとに増大しています。しかるにこの需要の増大に対応する医療供給体制の拡充は短期間には期待できません。したがって従来の特定の患者に対する個別的な医療のほかに，不特定多数の医療需要者の診療を処理するために，コンピューターの導入，各種診断行為の機械化など新たな診療形態の導入が企画されています。

（5）技術革新による医療経営形態の変貌

新しい医療機器の導入は，診断，治療などの医療行為に新たな変革をもたらすだけでなく，個々の医療機関にとっては巨額な資本の導入を起点としてその企業化，大型化，管理化を促進することになり，医療体制全体にとっては医療のシステム化，ないしは管理社会における医療を方向づけることになるでしょう。

（6）国民経済・国家財政のなかにおける医療の変貌

一人の人間が病み，診療をうけ，そして治癒していく，この一人の人間に限定して考えれば，医療は一見社会や国家とは特別なかかわりあいのないできごとのようにみえます。しかし，このような患者が数千万人も累積されると，医療保険をはじめとし各種の医療費扶助制度が高度に普及しているこんにちでは，とくにその財政上の措置に関して社会や国家とは全く無関係であるとは言いきれなくなってまいります。

国民総医療費は昭和45年度で2兆5千億円を示し，いまや農業総生産に匹敵するほどの趨勢にあり，そう遠くない将来において兆に達するであろうと予測されています。このため有力企業は医療関連産業と称してこの方面への資本投下や技術開発を開始しています。最近話題になっている病人食の冷凍食品化などもこの傾向の好個の例といえるでしょう。

このような趨勢に対し，政府・厚生省は，国民経済・国家財政の立場からなんらかのコントロールを医療に加えようと企図しています。医療基本法の制定，医療保険制度の抜本改正，診療報酬の適性化，医療供給体制の再編成，医療情報処理体制の整備などの一連の政策がこれを雄弁に物語っていると判断されます。

（7）まとめ

以上あげましたのは，つたない私見でございますので，多くの異論がおありになることと思います。

しかし，われわれ第一線医療をにないます実地医家の好むと好まざるとにかかわらず，これからの医療ないしは医療体制が，どのようなかたちにしろ徐々に変貌して行くであろうことは予測せざるを得ないと思います。

このような変貌のなかで，われわれ個人診療所はどうなっていくのか。

2. 最近話題になりつつある2,3の動向

以上のべました日本の医療の現状，将来に関連して，新しい制度あるいは方法論を導入しようという動きは，世界各国の医療制度の研究とともにいろいろ模索されています。

以前から官僚側に人気のあったイギリスのナショナル・ヘルスサービスは現段階では，医療側の抵抗にあって姿を消しつつあります。

これに変わるものというわけではないでしょうか，最近アメリカのグループプラクテイスやカイザープランなどが話題になってきております。私もまだ伝え聞いた段階で，正確にお伝えできません。「また機会があればそのときは」と思っております。時間の関係でこのへんで終らせていただきます。発言の機会を与えられましたことを深く御礼申し上げます。

（〒211　川崎市中原区上小田中698）

こどものレントゲン撮影からフィルムの整理まで

吉田秀一

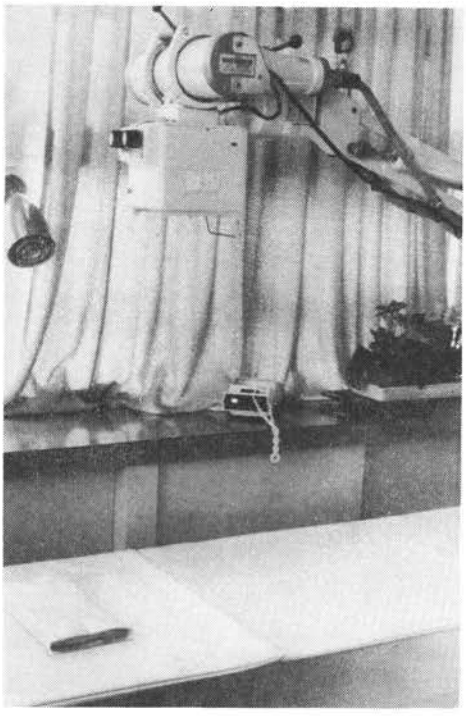
こどものX写真は，ベットレーゲンのまま，ねかしてとる方がやさしいし，こどもにとっても楽なことは私はこれまで何度か提唱してきたところである。

忙しい外来診療の合間にレントゲンをとるのに時間がかかったり，できたフイルムが使いものにならないようでは，全く写真をとる意欲を失ってしまうであろう。

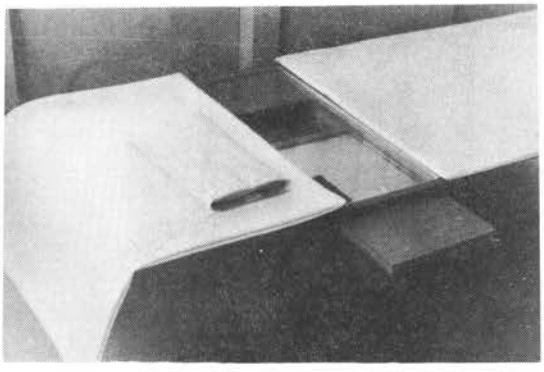
これまでこどもの胸部レントゲンは正月の新巻のように吊りさげたり，カセツテをはさんで親子が胸を合わせてとったりした。姿勢が窮屈なので，こどもは泣きさわぐ。だからよい写真などとれるはずがない。ねてる子をおこして立位や座位でとろうとするから無理なのだ。

撮影

私は通常の診察のときと同じようにベットにねかした



写 真 1



写 真 2

ままの臥位V→Dで撮影する。そのためにX装置はベットサイドに常に固定しておき。カセツテはベットの下に装置した抽出しに入れておく。ベットのマットシーツはセパラートにしておいてこの部分を開くようにしてある（写真1と2）。

写真をとろうと思うときは管球のアームを患者の胸の上に廻してセットする。アットいうまに終り，全く one touch one moment ですむ。

診察室にX装置をおきここで撮影することについて保健所から叱られるかもしれないが私の所の従業員は全部バッヂテストを行なっている。被曝量は毎週 10mk 以下だし，撮影時の介助者でも 0.36mk/h である。

X装置は東芝 KCD-10M コンデンサ式 200MAP で撮影データ距離は 130cm リスフオルムを使用して乳幼児は 64～66KV でちょうどよいようである。

現 像 は

縦型のサーモスタット付き二槽式タンク現像器[1]を用いている。一どに2～4枚しか現像できないが小医院ではこの方が簡便である。

D.P. の秘訣は液をケチラないことと温度や時間を確守することである。

Fuji の自働現像機 RE[2] を買ったがあれは器械も現像液にも欠点が多く未完成品である。使うたびに腹が立つので眠らせてある。

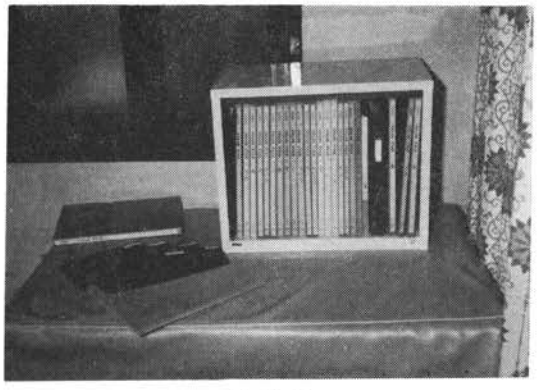
フイルムネガに入れるネームマークは一連番号にせずに私は8634 S.Y. とする。初めの二ケタは年月である。これは昭和48年6月撮影の34番目の患者のものということである。一ケ月 100 枚以内の所なら4ケタの数字ですむ。こうしておくと原簿をみなくとも，撮影年月がわかって便利である。ネームホルダーはマジックテープでカセツテにとめるとよい。

フィルムの整理

フイルムの保存は袋に入れずにポケットのあるフアイルにあいうえお別にわけて入れる。

Lion カラーフアイルに入れてブラッシュキャビネットに立てておくと，収納取出しがきれいにゆく。ただしフアイルがA4判なので4切のネガが入らない（写真3）。

最近のものはこれでよいが古いフィルムがたまると厄介である。重いしサイズもまちまちで始末がわるい。1 kg 100円で買とる業者もいるが売りもならず棄てるもならず困っていたが，今回思い切ってマイクロフイルム



写 真 3

にしてみた。

大陸判からキャビネまでサイズの違うネガを1本の長いロールフイルムにおさめてしまう。1本に600コマ入る。これを読影するときはリーダーという拡大装置にかける。

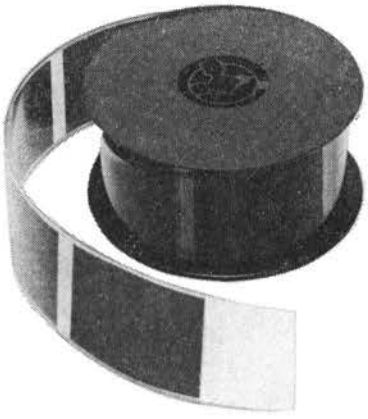


写真 4

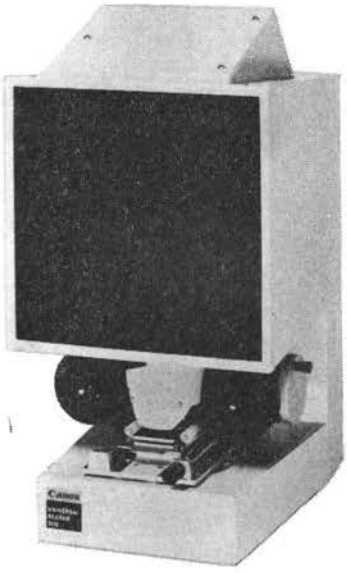


写真 6

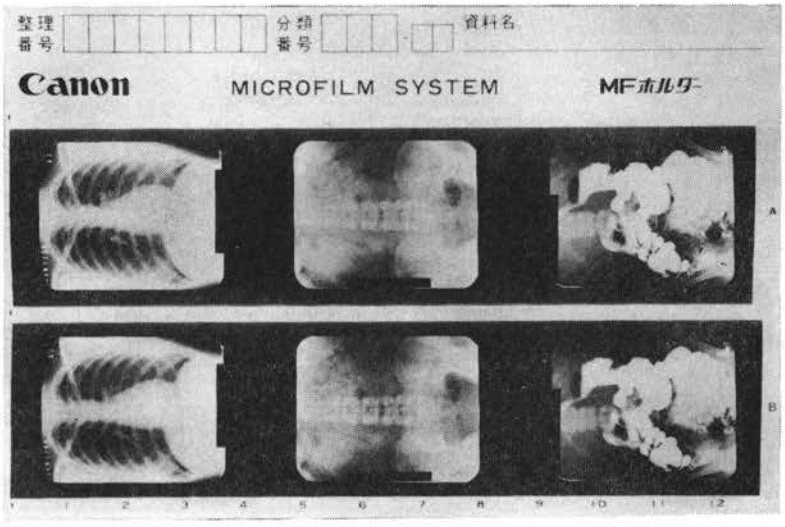


写真 5

また36ミリ判6枚入りのハガキ大のジャケットに整理する法もある（写真4, 5, 6）。

マイクロフイルム[4]は別にポジのマスターフイルムを作り保管しておく。拡大写真や学会用のスライドはこのマスターフイルムから作製できる。

ポシネガ1コマで40円だからロール，1巻1組600コマで24,000円になる。

近い将来，もっと普及改良される整理法だと思う。

1) MS 恒温現像タンク ¥ 25,000 ミカサ KK
2) 富士 X-レイプロセサー RE ¥ 350,000 富士レイ KK
3) カラー・ファイル・ライオン No. 800
4) キャノン KK マイクロシステム営業部 品川区東五反田1-13-12 (〒 980 仙台市柏木2-4-76)

次いで春日豊和（新宿区），山田辰一（豊島区）両先生より脈なし病の症例報告があった。

質疑ならびに自由交見（II）

司会　では内山先生，本吉先生に活溌なご質問なりご意見なりをだしていただきたいと思います。どなたが現時点における問題点につきまして

新野（武蔵野市）　私は主に内科，特に放射線科を主体としてやっております。請求いたしました内容について申し上げますと，胃のX線で，バリウムのみけずられました。胃の検査の二重造影につきましてバリトップがけずられました。このようなことは保険のどこに欠陥があるのか。もう1つ審査の対称においてどういうところにロスが出てくるか。機構の内容においてそういうロスをおこすカラクリを防止するにはどうしたら良いか。それらは厚生省令によるのか都条例によるのか。そのことについてお教えねがえればと思います。

内山　バリウムとバリトップが1つの例でけずられたのでしょうか。

新野（武蔵野市）　1回だけの検査で……

内山　間違いだと思います。必要性があるのにそれを認めなかったということだと思われます。これはさきほどの苦情処理委員会にだしてくださったらと思います。

原則的には，基金法の法律によっておこなわれております。ただ中でいろいろなことをきるめ場合には，審査委員会全体の考え方で今はこのようになっているけれど，これは認めてゆこうという考え，これは認めるといわないで内部的話し合いのうえで処理してゆこうということでやっているようです。

しかし問題がでてくると全体の委員会で話し合いをかけて，こんどは，こういう取り扱いをしてゆこうではないかということになります。都の場合と，よそとは違います。それでお答えになりますかどうか。

司会　よろしいですか。新野先生のところは，バリウムだけですね。

新野（武蔵野市）　はい，そうです。

内山　では間違ったんでしょう。

樋渡（茨城県）　ちょっと関連して，私は茨城でこの方面に関係しております。補足的に申し上げます。都のようにたくさんいるところではことに困ると思うのですが，私はこういった場合極力間違いのないように，つとめているつもりですが，眼をのがれて見落すことがあります。で保険者の方から苦情処理委員会にでてくるのと，医師からでてくるのとでは，保険者のは非常に多くて，医師からのはほとんどないのです。ですから医師からでてくると問題を処理するのに非常にやりやすいので，どしどしだしていただきたい。

司会　そのことに関して，どうしてそういったものが医師からでてこないかということに問題があるようです。これは基金のあり方に結びつくのでしょう。ほかにないでしょうか。

内山　都では毎月，お医者さんの方からのが，300件ぐらい，保険者の方からのが10,000件ぐらいあります。でそのとおりにならないのが，保険者からのが40%，医療の方からが15%ぐらいであります。

基金の方が間違っていることがあります。これは10,000件～20,000件を短時間にやれというので……。たとえば指1本を処置する場合5点です。これを8点，20点というのがある。8点というのでもとおっている場合がある。これは間違いです。この逆の場合もあって，お医者さんの方で，こんなことで文句をいえば，ほかのことで文句をいわれるのではないかということで，そのままにしてしまう場合があり，我慢しとけ，ということで，私は，あくまで訂正させます。先生方も正々堂々と苦情処理委員会に提出していただきたいと存じます。

上田（新宿）　再審査請求について疑念があります。私のところで，該当者なしで返ってきたことがありました。さいわい，近所に住んでいる患者さんでしたので，保険証を確認して再提出しました。ところが記録もなく，患者の再確認不能のときは泣きね入りということになります。それから胆嚢炎の患者の胸部のX線をとりましたら，審査委員会からではなく保険者の方から戻ってきました。保険者の方にチェックする機関があるのでしょうか。

内山　このことには触れませんでしたが，社保と国保は基本的に違うんです。国保は社会保障を重点にしています。社保は社会保険なんです。国保は，対審査部会というのが基金の規則としてうたっている。社保の方には法的にはそういったものはないのです。社保の方では，そこで一回こっきりで査定するのは横暴だととうわけで，疑義申立処理委員会というのが任意にあるわけで，これで国保と社保とが対応しているようなわけです。ところで云い分が通らなかったということ，適応のところに何も書かなくて，けずられたような場合は，それはこちらの間違いだからというわけで取下げて，再請求をするわけですね。私は間違えてこれを出しましたからとい

うわけで取り下げるわけです。査定されたからというわけでなく間違って出したからというわけです。次のときに正しく書いてあれば良いというわけです。資格がそう失しているからというので基金から戻って来る，調べて見るとたしかにある。中に，先生によっては写真のうつし（保険証）をつけて再提出する方もいらっしゃいます。これは，保険者の事務の方が不馴れで見落す場合もあります。このようなこともありまして申訳ありませんがこのへんで……。

樋渡（茨城県） 人間同志ですからいろいろ間違いがあります。医師会からでている委員の先生方は，先生方のサイドで理解して努力してやっております。このことが眼に触れないのを残念に思っております。そこで何かあったら，委員会に提出してくだされば，内山先生のような方がいて頑張ってやってくださいます。そして何か提出してくだされればこそ，委員会に出ている先生方も材料があるわけです。それで文句の一つもいえますけど，なにもないといいようがない。だからぜひ，どんなことでも提出していただきたい。

司会 本吉先生何か。

本吉（川崎市） 診療内容についても，検査にしても，よいか，わるいかというのは，なにか理由がなければならない。ところが場合によってはなにもないんですね。つきつめてゆけば，医師の良識ということになる。またこの良識ということがわからないんですね。審査委員会をつらぬいている基本的なものは，あやふやなものである。そこで私は，このことに疑問をもっています。だいたい治療体系がないのであります。このことが健康保険の実体であります。ですから私は，本会においても医療のあるべき姿をもとめて行くことが必要であると思うのです（拍手）。

司会 パーティの準備の都合でまだ時間がありますのでもう少し討論することにします秋月先生おねがいします。

秋月（世田谷区） 実は私の友人に，A君というのがいて保険のことをやっています。またN君というのがいてこれが保険のことをものすごく詳しく勉強して知っています。私はこれに反して保険のことは勉強しておりません。というのは私はもと厚生省にいて，保険のことはそれほど大したことでもなく，やっているうちに，わかってくる。そう思ったのであまりむきにならないのです。保険のことをあまり突っ込むと診療の方がどうもおろそかになってくる。そこであまり保険のほうにはカッカッとならない方が良いと思います。診療のほうに皆さん熱心になってください。

つぎに，脈なし病のことについて申し上げます。この病気は，日本の高安という方，この方はどこの人かしりませんが，眼科のお医者さんです。この方の名前は，外国の本には必ず書いてあります。この脈なし病を高安さんが記載したのですが，眼底に所見があって女性にしばしばみます。私のようなものでも今までに二人診ました。この病気はどのくらい日本にあって，その経過はどうかということはあまりわかっていないそうです。女性ホルモンの異常によるものだとか，慢性非特異性の炎症だそうで，膠原病の一種ともいわれております。

治療は手術をしますけど，むしろしない方が良いのではないかといわれ，死因は，頸動脈がつまって脳軟化症でなくなるのではないかと思います。慢性の経過をとり難病の中には入っているそうです。

司会 特別講演をしていただきましてどうもありがとうございました。

吉田（仙台市） 秋月先生が脈なし病のことを話したのは，保険のことは，なんぼしてもいいたりないというではないかと思います。私は小児科のことを話します。その結果は別表のとおりであります（別表）。

結論としては，小児科の平均点数は非常に少いのです。薬は飲ませない。注射はしない。乳幼児加算，時間外を要求しているのも無理からぬことです。

司会 東京でも非常に平均点数は少なくなっています。

つぎに，レントゲンビンファレンスの大要を新野先生おねがいします。

新野（武蔵野市） 本日は新野と宮崎先生の胃の隆起性病変について，読み方，考え方を行ない，つぎに佐藤先生に先天性股脱，ペルテス病について，それから渡辺先生の胸部X線，および小山先生の腰痛を主とせる骨盤のX線フィルムについての話がありました。以上です。

私たちの例会

第111回『実地医家のための会』の報告

司会　柴山　豊・記録　日向野晃一

昭和48年1月14日(日)・薬学会館

〔演　題〕

1. 実地医家の未来像（1）　東京都医師会理事　羽田春兎
　〃　（2）　日本医師会広報委員　結城栄一
2. われわれの研究
　（1）肝臓の触診法　豊島区　山田辰一
　（2）腎臓の触診法　谷津民夫
　（3）壊死性腸炎の2剖検例　港区　天野曄
3. 自由交見　全員

激動と変遷をつづける医療の世界にあって，われわれ実地医家は何を誓い，何をなすべきかを年頭に当って考えなおし，自らに問いかけようとの意図の下に，実地医家の未来像というテーマで講師の講演をうかがい，その後，会員全員でのディスカッションを行なった。

1. 実地医家の未来像（1）

東京都医師会理事　羽田春兎

講演要旨

未来につながる流れの方向への判断の資料として，第1に日本医師会の歩んできた歴史を，第2に現行医療制度をめぐる周辺の諸問題を，第3にこの渦の中でわれわれは何をなすべきかについて述べる。昭和32年4月14日は武見執行部が誕生した日であるが，それまで保険にゆさぶられてきた医師の姿に，この日以後，初めてわれわれ独自の考え方が芽ばえた。昭和34年頃まで厚生省保険局が計画していた保険制度の改革は医師の主体性を奪い医療の社会化を図るのが，その根本思想であった。これに反論を加えつつあった武見会長は昭和35年に Comprehensive medicine という思想を打ち出し，開業医の理論武装の根拠となった。私は開業医の将来を考察した結果，医療内容の向上，地域住民への福祉向上のために検査の重要性を説き，各所に検査センターを設立し，これが開業医療撲滅論を阻止する拠点であると考え今日に及んでいる。

羽田春兎先生

Comprehensive medicine の考え方が理論武装の根拠であることに端を発して日医の姿勢が確立し，健康投資の医療への移入，工業化に対応する医療の姿を示した社会構造論などを基底にした日本医師会の医療制度抜本改革案が樹立され，各方面に努力を注いでいるが，当局が乗ってこないのが現実である。したがって日本医師会の姿勢は逆らうことのできない流れである社会のシステム化の中で，保険医療制度を，どう改革していくかに努力をしていくことである。一方，保険者の歩みを振り返ると，保険制度の発足が救貧制度にあり，その社会的理論的バックは昭和27～28年頃の国民皆保険制度の施行前に打ち出された医療の社会化という考え方であり，これは現在にも及んでいる。さらに5～6年前からは公的な性格の病院を中心として医療の供給を図ろうという，いわゆる組織医療を唱え，このような医療供給態勢をととのえることによって，開業医の衰微をまつという方向に変化している。診療報酬の病院と診療所との格差づけや，薬剤費の一部負担，初診，再診料の一部負担などの手段がこれらを裏づけている。また，国会で流産したが，先に提出された健保抜本改正案は保険者側の財政対策と医療供給態勢の整備に重点をおいた法案であり，この中で外来診療のさいの投薬を処方箋の交付にして，一般診療所に対して医薬分業を強制することが注目される。厚生省保険局は昭和42年に健保制度抜本改正案を決定しているが，これは日本医師会案に近いものであったにもかかわらず，保険者の圧力に屈し，財政対策や医療供給態勢に主眼をおいた法案を国会に打ち出すかまえである。また，医療要員の確保，医療供給体系の整備を目的とした医療基本法を事務局に立案させて出してくるであろうが，日医では医療基本法に対する姿勢が確立しているので，事務局に理解させている積りであるが，それが反映しないのは陰の力が大きいと判断せざるをえない。また福祉社会建設のムードが安易に現行の歪みの多い保険制度と結合してくる傾向があることは注意する必要がある。また医事紛争の増大は世間の医師に対する反発や反感の姿を表わしているが，新生活運動協会などのように，医療に対する意識調査を行なっている団体もあり，われわれがまじめに生きつつあるこの苦しみの中に，さらに追いうちをかけようとする動きがあることも判断しておく必要があろう。

以上のようにきわめて不愉快な情勢下で，われわれは果して何をなすべきか？　私は皆さんに奮起を促す意味でいつもこのような話をするが，なかなか反応がないことを残念に思う。

何をなすべきかに対する解答はきわめて簡単で，自らが自分で実行することである。換言すれば，個人ではなく医師会を中心として理解ある自治体と連繋を保ちながら地域に密着した医療を行なうこと，また，進歩する医学に対応するために，病院のオープン化を図るとか，グループ診療が当然考慮されねばならない。医薬分業は自からの手で解決するように努力でやることが基本であり，そして外の力を動かしていくことが大切であるということである。

実地医家の未来像（2）

日本医師会広報委員　結　城　栄　一

結城氏は同一のテーマで主として若い者の立場に立ってと前置きされて大要，次のように話された。

講演要旨

社会の変遷に対応して医療の姿も変わるが，未来の社会の問題点は高齢化と人工問題であろう。アメリカでは70歳以上の人口が12%を越すとアメリカ経済は破壊すると警告する学者があるが，現在の日本では9人の人間が1人の老人の面倒をみているが，15年後にはその比が2対1になるという。医学の進歩で高齢化がさらに進むと深刻な問題となろう。また，子供の産み分けができるようになると，社会の秩序の混乱がおきるに違いない。保存精液を使う人工受精法にしても，100年前から保存された精液が使用されるようになると親子関係まで破壊されかねない。このような方向への医学の進歩は社会を破壊することも考えられる。これは比喩にすぎないが，高齢化と人工問題の解決法は大きな問題であることには変わりはない。また，予防医学にせよ治療医学にせよ，将来はますます大型化していく傾向があるので，開業医も

結城栄一先生

個人で営むことは許されず，グループ化する方向に進むに違いない。また，医学情報の急速な進歩と普及に追いつき，遅れないような診療をするには，日常の診療のグループ化が必要となろう。医療はきめ細かに手作りで患者にアプローチをする必要があるので，現在のままの姿ではいけないと考える。医療には私設の中の競争で進歩させる面と，不採算事業の面の二つのパターンが必要なので，医療国営論に反対する前に，このことを考慮する必要があろう。将来の開業医は共同の施設を利用し，グループ化して診療する姿になろう。現在の医師会病院は現行の健保制度の中では運営は難しいが，財源を別に求めれば，公的なものでも良いと考えている。また，健保制度の中では物と技術に分離されているが，技術評価は官僚統制の中ではできないと考えている。医師が優秀か否かを選ぶのは患者なので自由診療でよいのではないか。差額徴収は社会保障の退行というが，医師がそれで技術を磨くはげみになれば，結局，その結果は患者に還元されることになろう。物，すなわち薬剤，病室料，食事代は原価計算ができるので全額保険扱いにする。交通災害は昭和37～38年をピークに件数は半数になったのに，交通災害を目的とした病室拡充を計画している医師がいるが，先見の明がほしい。社会保険の本人は全額，家族は半額給付というパターンは，企業が家内工業の頃の話で，企業が大型化し国際化した現在では，このパターンは止める時期に入っていると思う。国家に national goal があるように，医療にも medical-goal を決定し，医師も保険者も右にならえをする医療のシステム化が将来，行なわれると思うが，その medical-goal が打ち出される前に，医師や患者にとって最も望しい medical-goal が設定されるように，検討し研究しておく必要があろう。福祉国家をめざして進む路にはいろいろの厳しい問題があることをよく考えておく必要がある。

医療は自らの手で直していく気持で，勉強をしていきたい。

以上，お二人の講演について，会員からいろいろの質疑や自由交見が出された。以下にそのあらましを掲載する。

自由交見

渡辺(武)　老人福祉法の事務を医師がやるのは，日本医師会では初め反対だったと聞いているが，後では医師が書くようになってしまった。事務の簡素化を唱えながら，だんだんと書類を書くことが多くなり，全く書類公害で，書類をかく合間に患者を診るようでは良い診療は望めない。日本医師会では，末端の事情をよく調べて当局と，しっかり交渉して下さらないと末端の医師はたまらない。

この点は，どうお考えですか。

羽田　老人福祉法と保険制度とドッキングして支払うことに日医が諒承したことがネックになった。日本医師会が社会局から医師が請求事務をしないという諒承をとりつけたあとに，行政のサイドから強い陳情が出て現行の形になった。

東京では，老人福祉法は保険とは関係なく，老人が区市町村から患者が支払った医療費を返還してもらうのが建前だから，医師が書類を福祉部の方に代行して出すことに利子補給費や事務費を支払わせることにしてある。しかし大気汚染や難病などいろいろの請求事務が煩雑になりつつあるので，請求を一本化するべく都庁と現在折衝中であるが，これは早急にやって行政側の姿勢を決めさせる必要があると考えています。

結城　地区と中央と共同で戦っていく必要があると思う。

小川(松本市)　昭和38年2月に武見会長が地方自治体と手を組んで包括医療を実践するように提唱されて10年経過した今日実践しているのは全国で80数所にすぎない。長野県でも昨年10月やっと県庁と話し合って100万

円もらったにすぎない。日医の代議員は地方の指導力に欠けていると思う。日医の指導者は地方医師会の尻をもっと叩いてもらいたい。

結城　皆がやらなくてはいけないので，ただ尻を叩いただけで済む問題ではないと思う。

春日　共産系の診療所が㊙を食い荒しているのに対しての対策をどうしたらよいか。

羽田　都医の会長協議会でも必ず出てくる問題です。露骨なことを止めてもらうように，医師会から話してもらうのがよいと思う。

結城　住民も医療に参加させるように医師会から働きかけ，住民に検査センターなどの施設を作らせたらという夢をもっている。

柴山　医師会の全体の盛り上りがないようにみうけられるが……。

瓜谷　医師会は一般的にみるとあまり盛り上りはない。開業医の今の姿では住民はあまり医師の方に向いて来ないのではないかと思う。開業医の認識の中に，住民は医師に最高の医療を求めているのだという自覚が薄いと思う。

人間は健康な生活をする権利があるという観点から医事紛争も多くなっていると考える。住民は最高の医療をうけたいという要求をもっていることをわれわれがもっと認識する必要がある。また，5年前の情報は役立たないので，それに対処する方法を講じない限りは住民パワーはこちら側に向いて来ない。各地方で相互に情報の交換する会を開いたり，末端医師会でお互いにもっと勉強しようというムードをもり上げる必要がある。

結城　生涯教育はグループ診療の中にあり，施設の共同化がでてくると思う。日医の旗振りも足りないと思うが，地方からの材料もほしい。日医ニュースは旗振りであり，日医雑誌は論文やデータがのっている。

立野　資本主義社会に生きている以上，資本主義に徹することが医療制度をよくすると思う。資本主義はよい商品を安く提供することが原則であるが，当面している医療制度の下では，ずるいことがが行なわれているので，これをそういうものではないことを，ハッキリと上から示すことがたいせつである。書類が煩雑になったのも，ルールをしっかりと決めておかないことから生じたものであるから，上に立つ者はそのように心がけてもらいたい。

結城　書類の煩雑化の件ですが，昔から保険者側と事務の簡素化で合意がされるが，力関係が作用している。中医協の現状は基本もルールもなくダラダラと神経戦で審議され，まるで泥棒の山分けのような印象です。医者が豊かでなくてはならないと思うが医者が金もうけであってはならないと思う。政策として医者を貧乏にしてはいけない。金もうけとは採算の形，1ベット1日1000円だから100ベットで10万円という考え方で，1人の医療費の高い廉いではない。

演題の第二は，われわれの研究発表で，その1は会員の山田辰一君が肝臓診断法については発表した。

2. われわれの研究

（1）肝臓の触診法

山　田　辰　一

昔の成書には肝臓の触診法が記載されているが，最近の肝臓病学の単行版では全くそれに触れていないものもあるが，私はたいせつなことだと考えている。現在までに諸大家が奨めている方法を紹介すると，慈恵大の阿部正和教授は仰臥位または右側臥位で肝左葉を触れるときは肝の線維化を考えよと指摘している。

東邦大の阿部教授は半坐位の触診をすすめている。膝は曲げることが多いが，伸ばして触れる方がよい場合もある。指先で触れる法と腹壁に掌を当て，右手の第二指の撓骨側で触れる法とある。触診に際して諸大家が行なっている方法の一致している点は腹式呼吸を確実に行なわせることである。腹式呼吸はなめらかにすることが重要であるが，私はこれを確実に患者に行なわせるために，次のような二，三の工夫をすることで成功している。

1）患者の手を腹壁におかせ，その上に医師の手を副

山田辰一先生

えて腹式呼吸をさせ要領をのみこませる。2）腹壁に置かせた患者の手を吸気に合わせて，医師がその手をひっぱるように介助して腹式呼吸を会得させる。3）腹部の左側に患者の手をおかせ，腹式呼吸をさせながら，医師は腹壁の右側で肝臓を触診する。

われわれの研究発表のその2は会員の谷津民夫君が，山田式呼吸法を応用した腎触診法について，おおよそ次のように述べた。

（2）腎臓の触診法

谷津民夫

腎触診法には Guyon 氏法，Israel 氏法，schede 氏法，Glénard 氏法などが通常行なわれているが，偶然，山田先生から前述の方法を教えられたので，腎触診法に応用したところ，腹式呼吸を確実に行なうことができ，ことに老人や子供の触診が非常に実行し易いことを体験したので紹介する。

腎触診法のコツは，右手は肝などを排除しながら腎を固定して触れ，左手は拇指と他の4指に腎をはさむようにし，その際，強く圧迫を加えないことである。長期にわたり再発をくり返す膀胱炎は，その原因が遊走腎のためであることが多いが腎触診法が正しい診断へのいとぐちとなるので重要である。

われわれの研究の第3は，発病から2カ月で死の転帰ととるまで，発熱，下痢が続いた乳児の壊死性腸炎の経験例を会員の天野曄君が発表した。

（3）壊死性腸炎の2剖検例

港区 天野　曄

第1例

生下時より便回数は多く，1日10回に達することもあったが，食欲はあり，体重は順調に増加していた。

生後1カ月半頃より下痢と同時に食欲がなくなり，数日の中に哺乳力もなくなって全身衰弱に陥り，腹部が膨満してきた。直ちにクベースに収容し，消化不良性中毒症の診断で輸液，強心剤，抗生物質などの投与を行ない，脱水状態はやや改善した。2日後には 38°C 前後に発熱し，下痢は1日に10回前後が続き，便潜血反応が陽性となった。また著明な白血球増多（3万～5万）および核の左方推移が認められ，壊死性腸炎が疑われた。その後，腹部膨満は増強し，哺乳不能となり，レントゲン像では著明な腸管内ガス像を認め，嘔吐が始ったので胃内容のカテーテル吸引を開始した。次いで粘血便を排出を見るようになって来た。腹部膨満はいっそう著明となり，腸雑音を聴取しえず，麻痺性イレウスの状態であっ

天野曄先生

た。この状態は日を追って増強し，入院13日目に突然呼吸停止，心停止をきたして死亡した。

剖見では，腸管外面は小腸，胃の膨満が高度であったが，大腸には膨満なし，腸管および腸間膜に Fibrin が付着し，腸管表面には充血がみられた。また空腸の中央部にピンポール位の穿孔部位が1カ所認められた。

腸管内面は，胃・十二指腸には大した変化はなく，空，回，盲，結腸に糜爛潰瘍が多数存在している。腹膜炎の所見はあまり認められずその他の臓器にも所見はなかったが，尿管および腎盂の拡大が認められた。

第2例

生後約1カ月間は1日に軟便8回位排出しているが，順調に発育していた。

生後2カ月頃より下痢，嘔吐が始まり，1週間後には腹部が膨満し，ガスの排出が減少してきた。検査所見では第1例と同様に白血球数の増加，核の左方推移が認められ，便の潜血も陽性であった。腹部膨満は次第に著明となり，約3週間で死亡した。

剖見では胃および腸管に多数の潰瘍が認められ，一部は穿孔して，化膿性腹膜炎を起こしている。肺はうっ血し，肝は脂肪変性，腎および脾にうっ血を認めた。

本症の詳細については，金原出版の「小児科」12巻11号1971年に，千葉大の中島春美氏が述べておられるので省略する。

日常，滅多に遭遇しない疾患について，本会で述べることの意義にはいささか不安を感ずるが，1～2カ月の乳児を日常診療しておられる先生方が，頑固な下痢と食欲不振，腹部膨満の患者を診療された時に，頭の片隅においてくだされば幸甚に思う。最後に，快く材料を提供してくださった東京共済病院小児科の塩野哲博士，東京医歯大小児科の桜田，中川両先生に深く感謝する。

以上で本日の講演は終了し，これらの講演をめぐり，また，新春第1回の例会なので，私のビジョンをかねて，会員から以下のような発言があった。

自由交見

菊池　①看護婦不足，②開業医の再教育が解決されないと実地医家の未来像は暗い。①の対策としては医師との給料の格差をなくす。医師への道を拓くこと，②の解決法には医師のレベルには差が大きいので，全体的のレベルアップには義務的に再教育が必要である。

結城　日常の診療の中で新しい治療法はでてくる。また，独りのレパートリーは狭いからグループ化の中で再評価がでてくる。看護婦対策は彼らの評価を高くすることであろう。

金光　日本医学会の特別分科会に興味をもったが，大学の若い人の中にも共鳴している人が多いので，彼らに P.R. したり，彼らに入ってもらったりするとよい。意識より先に，知識と教育の体系に問題があると思う。

結城　医学は分化のみで総合がなかったので，経済や哲学も含めて医学会の分科会に入れる発想を武見会長はもっていた。学会が新しいものを入れるのを拒否している形なので，医師会でやる必要があろう。

秋月　医哲の会を始めて5年になる。私たちは科学哲学や認識論を研究している。われわれは情報から知識をえて，それを拠りどころにして生活している。そのほかに価値観がわれわれを束縛しているが，現在の価値観を表現したのが法律である。われわれの環境の中で最も強力なのは法律である。未来には現実にこうなるのだという姿と，自分がこうしたいという価値観をもりこんだ未来像と二つの形がある。技術料を評価するのは患者だという話しがあったが，技術料を金に評価できるかどうかが第1の問題となる。健康は金銭では評価できない。一般の人に同意をえられるような形でなければいけないが，これは難しいと思う。

結城　技術料の中には親切さも誠意も含めて考えたい。売る側と買う側との関係なので，管理体制の中で一律に決定されているのがよくないということです。

菅野　具体的に medical-goal についてご説明ください。

結城　現在，ゴールはないが，システム化を確立するにはゴールを決めて，それに合わせてもらいたい。医師，国民，政府，健保組合の身勝手で決めてはいけない。広い視野でゴールを決める必要がある。

上田　イザヤ・ベンタザンの「日本人とユダヤ人」を読み返してみたが，日本人の基本的思想は人間相互間の信頼性の回復であり，そのためには自ら姿勢を正すことである。対手に対する絶対的信頼感，これが日本教のもとであるという。医の本質の中には宗教と似通った部分があり，これが医師と患者を結びつけている。昔の人には無形のものに対して金を払う知恵があった。

瓜谷　二年前，例会で心臓の話をしたのが契機となり，その後月2回心電図の研究会を続けているが，昨年10月から新設の医大教授といっしょに循環器の研究会を持つようになった。私個人にとって，この会は医師としてのあり方に影響を与え，地域住民に果した役割は大きい，この中にだけに止っていないで日医の中までこの会の先生が活躍してほしいし，使命であると思う。また，実地医家も日医とは別に医療のシステム化に取り組んでいくのがよい。

乾　医療の社会化，システム化が進むにつれて生ずる医師と患者の人間関係の疎外を，われわれは努力して取り戻していく必要がある。

医療とは医師が患者をサポートするのだという意味で，私は教育医学を提唱したい。

今年は「人間の医学講座」を週1回開催し，患者教育の場にしたい。昨年，待合室に「命の文庫」を作り60冊ぐらいの本を貸出したところ，好評だったので，今年も続けたい。また地域の老人会や婦人会にも積極的に出席して話をしていきたい。投薬袋の裏面を利用して，医師へのかかり方，胃，腸病療養のコツ，療養の基本的な心構えなどを記してみようと思う。現在は非常に絶望的な状態ではあるが，その中でわれわれがやりたい医療を作っていくには，患者と血の通った医療を作る姿勢を確認する必要がある。

上田　乾先生の話に全く同感です。国民の医療に対する考え方を変えさせるには，この会で今のことを実行してお互いにひろめていってくことがよいと思う。医師会は医師の利益のみを守る会と宣伝されているが，本当は医師も国民の一人として医療をよくするために努力しているのだという姿を国民に知らせる必要がある。

柴山　本当は今のようなことは地区医師会の仕事なのに，それがないところに問題がある。地域住民とのコミュニケーションがたいせつだと考える。

新野　レントゲン像と臨床像を結びつけた佐藤先生の骨のシリーズをもり上げていきたい。その後は小児のレントゲンを考えている。

新山　肝の触診法の中で，stoss palpation の話があったが，腹水のある患者に肝を触診するにはよい方法である。右乳線と肋骨弓の交叉点を下から上にはねるように触れると胆石のときに圧痛があることを知っておくと便利である。

神山　医学の進歩だけでは解決できない点があるので，患者心理も考えていきたい。

日向野　最近，経験をした1例からの反省ですが，22歳の二子の母親。170 ぐらいの高血圧。血圧上昇時に頭痛，過呼吸症候群，テタニー様の四肢の痙攣と低カリウム血症を認めたので，原発性アルドステロン症を考えて某大学へ紹介し，検査を行なった。その経過中，血圧も正常になり，カリウムも特に低くない。発作は過呼吸症候群のようではあるが，鎮静剤でも落ちつく。

今日も発作中に往診し，患者は苦しいと訴えているが血圧や脈搏は正常で鎮静剤の投与で30分ぐらいで楽になる。彼女は独り子で養子をもらったが，父親がワンマンのため，夫に絶えず済まないと言う自責の気持ちがあるが，さりとて父親に背いて家から出ていくこともできないというジレンマにおちいっている。その結果，慢性の不安状態が続いていて，ちょっとしたきっかけで不安発作が過呼吸症候群の形でおきることがわかった。いままで，私はこの患者は器質的疾患と考えていたが，このような環境の影響に早く気付けば，正しい結論にもっと早く到達したに違いないと反省をした。医療は一人一人をきめ細かにみていく必要があり，安易にベルトコンベアにのせてはいけないと思った次第です。

結　び

本会の会員数が漸次，減少しているという。実地医家が従来の学会のあり方に満足できないために発足した本会であったが，会が大きくなり，年がたつにつれてだんだんと演題の内容が学会調になり，本来の会の精神が失なわれつつあるためではなかろうかと思う。

本年は，初心に還り，会員が真に求めているものを探求していく努力が切に希まれるゆえんである。

レントゲン．カンファレンス抄録ならびに主題「胃隆起病変」についての解説

武蔵野市　新野　稔

第109回例会の C.R.C (47.11.12)

これからは，各回ごとに主題を定めて，出席会員一同で検討してゆく方針として，今後3回にわたって，「胃の隆起性病変」を主題とした。新野稔（武蔵野市）の司会で第1例として新野，提供の「胃前庭，大彎側の Borrmann 型進行癌」について検討をおこなった。まず，胃レ線検査について，生殖可能婦人の検査日の決定，ついで，なにゆえに胃の検査をおこなうか，どのように患者に説明するかから始まり，各術者のルチーンの検査の方法，すなわち撮影体位の順序，その方法，薬剤として，ブスコパン等をどのような目的の時に，どのように，何本使用し，その副作用はどのようなものか，明日よりすぐ臨床面に役立つ質問が活発に行なわれた。そして現在解明していることは，正確にまた確実に質問者に答えられていた。その中において，検査の段取りとして，前壁をいかに表現するか，後壁の出現を良くする条件とは，その圧迫の方法は微に入り細にわたって，眼の前で現実にレ線検査をしているかのように表現し，その理解を深からしめた。次に渡辺武先生（船橋市）の胸部縦隔腫瘍の症例を検討し，縦隔腫瘍のレ線的表現の仕方，その考え方，および今後の臨床的方針についておこなわれ，佐藤安正先生（豊島区）の先天性股脱のレ線像の解説がおこなわれた。これは骨シリーズとしておこなわれているものである。

第110回例会の C.R.C. (47.12.17)

柴山豊先生（大田区）の司会で，前月に引き続き「胃隆起病変のとらえ方とその読み方」として，宮崎三郎先生（世田谷区）および新野より提供された教材としての胃ポリープについて検討がおこなわれた。なお胃下垂のレ線上の定義，隆起性病変と陥凹性病変の出し方，良性ポリープとしてのレ線上の概念の解説がされた。次いで，骨シリーズとして，佐藤安正先生（豊島区）より，前回につづいて先天性股脱のレ線解説がおこなわれた。次いで，ペステス病について，発生年齢，レ線的特長，ならびに鑑別診断について解説があり，吉田秀一先生（仙台市）より，小児の自然位置での撮影の手技ならびに，レ線防護器具として発明され，現在使用され，先天性股脱の撮影時に利用可能な器具の説明があった。

次に渡辺武先生（船橋市）の胸部円型陰影において人工的手技をした，豊胸術の写真の供覧があり，小山五郎先生（文京区）より腰痛を主訴とする腰椎写真の供覧があった。

主題としての「胃隆起病変について」次のように要約してみた。

この抄録は第110回レントゲン・カンファレンスの際のものです。

胃隆起病変のレ線診断における分析とパターン認識

要約した解明の手順

胃疾患疾において，これは全消化管でもいえることであるが，その粘膜面より出ているものと，陥凹しているもの，および同じ平面上に病変があるものに大別ができ，隆起病変をレ線上に現出することはレ線診断の第1の手技ともなり，その読影にあたっては，基礎的なものであるので，日常診療にあたって，それらを解明してゆく手順を要約することにした。

胃，隆起性病変とは

隆起が胃の周辺粘膜より高まった病変の全部を「胃隆起性病変」と考える。

臨床的に鑑別が必要なのは

それが腫瘍であるか否か，腫瘍ならば，良性か悪性かを区別せねばならない。それを大別すると，非上皮性腫瘤―粘膜下腫瘤，良性上皮腫瘤―胃ポリープ，悪性上皮性腫瘍―隆起型胃癌，悪性非上皮性腫瘍―胃肉腫，境界領域病変―異型上皮　の診断能が重要であることはいうまでもない。それにはまず，胃粘膜の健常な姿を認識することが前提となる。その基礎は胃小窩 gastric area の姿である。それは，小顆粒像としてレ線上に現出し，規則性があり，それよりはみ出すものは病的であって，その周辺の粘膜よりも粗大であり，かつ高かまりがあれば，隆起性病変の概念の中に入れるべきである。

レ線上の隆起の分類

山田氏の隆起性病変の4分類法が現在利用されている。これは隆起の立ち上り方による分け方であって，隆起表面の扁平か球型かをこれにとり入れ，大きさ，形，表面の粘膜の性状を分析に入れなければならない。ちなみに山田氏の分類は，粘膜面と隆起の部分の起始部が滑らかなものをⅠ型，明確な境界があるものをⅡ型，くびれがあるのをⅢ型，茎を認めるのをⅣ型としている。

レ線像に現出させるには

その手技であるが，一口に言えば，胃のレ線診断の手技で充盈像，二重造影像，粘膜像，圧迫像を駆使し，この中で一番有力な方法は圧迫法に熟達することである。すなわちその圧迫の力関係で現出するものも現出しないし，また圧迫の方向も大切なポイントであって，本には適当なる圧迫という言葉で表現していることが多く，これはなかなか言葉で表現できにくい，強さかげんをマスターすることにある。すなわち，微細な病変をそのまま現出させるにはそのチャンスがあり，そのチャンスをのがさぬようにすることであり，腹臥位，背臥位，半立位，立位などいずれの体位にても応用ができ，また充盈の時だけでなく，二重造影と圧迫を併用すれば診断情報が多くなる。造りつけの圧迫筒は応用の価借が少ないので，ザブトンや包帯を利用し，脊椎の位置で圧迫したり，呼吸を利用し，また体位をいろいろかえて行なうと診断能は上昇する。そして一番目的とすることは，隆起の全貌を手にとるように現出することにあって，その起始部および隆起の正面，側面の形と表面の性状を表現し，熟達すれば2mm 以上の大きさならば現出可能となる。ここにおいて，術者は何 mm 以上は見のがさないとする自己の診断能をつねにもっておかなければならない。そしてその隆起硬さまで表現出来れば最高である。

読影の基準

隆起病変が出現すれば，それはどこから発生したものか，すなわち前壁か，後壁か，1個か2個かその個数，そしてその部位と周辺の粘膜との関係はどうか，そのたち上りの性状は，隆起病変に茎が存在するか，その個数は，分岐しているか隆起の表面の全体を把握する要がある。球状か，丘型か，表面に陥凹があるか否かである。この中で一番見逃してならないのは茎の有無と表面の形状である。なぜならば，茎がないものは癌であればその深達範囲は深いが，有茎であるならば，隆起が3cm をこえても隆起の基底部まで癌の浸潤をきたすものは少ないからである。次に目を向けなければならないのは，一つの病変をみつけて，ことたりたとしてはならないことである。他に共存する病変があるかを診断しておく必要がある。

Traget sign

これは茎がある場合に表現される sign で，隆起を真正面よりみる場合と偏心性にみる場合とにおいて異なるが，真正面像すなわち，隆起を真上よりとらえたとすれば，外側大のきい輪状像とその中央，中心に小輪状像の2つの像を認める。外側のは隆起の外縁すなわち輪郭を示し，中心のは茎を表現している。この sign をいう。

読影にあたって

隆起性病変の形状より病名診断に至る一つのパターンを次のように整理しておくと解明の手順になると思われる。まず隆起性病変の形状を，背の高さより，高いものと，低いものとに分け，隆起の容積の大きいものと，小さいもの，隆起の立ち上がり部分が明瞭であるもの，それにくびれがあるもの，茎があるもの，不明瞭なものに分け，次に隆起の表面の性状が平らなもの，凹凸不整のもの，陥凹のみのものに大りゃく分けておくと思考上便利である。次にそのおのおのについて解説してゆくと，背の高いもので，容積があり，立ち上がり部分が，明瞭で表面が凹凸不整でびらんがあるものは Borrmann Ⅰ型の進行癌であり，表面に凹凸不整が多発するものは胃肉腫で，表面に陥凹があるならば Borrmann II 型の進行癌，その陥凹辺縁に IIc 様の変化があるならば，IIa＋IIc の早期癌，表面が平滑で隆起そのものが少なければ，ポリープ，多発しておれば静脈瘤が考えられる。次に背が高く，容積があり，立ち上がり部分が明瞭で茎があるものは有茎ポリープであり，また茎がなく表面がなめらかな性状の場合はレリーフの高まりだけのこともある。隆起の背が高く，容積があり，立ち上がり部分が明瞭で bridgingfolds 様変化があって，表面が平滑のものは粘膜下腫瘍で，表面に陥凹があれば，平滑筋腫が多く，表面が凹凸不整の場合は，悪性変化を伴う粘膜下腫瘍が考えられる。

隆起の背の高さが高く，立ち上がりが不瞭で表面が平滑である場合は胃外の腫瘍または外部よりの圧迫による変形であり，これは多く広範囲における隆起所見である。また表面の性状が凹凸不整または明瞭なる陥凹の場合は，Borrmann III 型の進行癌で，粘膜表面の硬い所見が出現している。次に隆起性病変の背の高さの低いものに持ってゆくと，容積の小さいものおよび大きいものでは，表面の変化は胃小区単位で変化するのでその性状を見落さないことと，それにまつわる辺縁に変化があるか否かを見きわめなければならない。容積が小さく，立ち上がりが明瞭で，表面に不整があるものは Ⅰ型，IIa，ATP，ポリープ，過形成変化，明らかに陥凹がある場合は IIa＋IIc であり，立ち上がりに，くびれがあるもので，形状が，かくばっているものは Ia，IIa を，丸い

球型で表面に陥凹があるもので圧迫像で軟い所見が得られればびらん性胃炎で，多発の傾向がある。表面に陥凹がないものはポリープである。立ち上がりが不明瞭で，レリーフ上にのっかっているもの，または，レリーフそのものが太まっているものは，びらんまたは浮腫であり，レリーフそのものの肥大もあり，レリーフと無関係に存在するものは，Cyste，血管腫，粘膜下腫瘍の場合が多い。次に背の高さが低いが，容積があるもので，立ち上がりが明瞭なもので，胃小区に多くは平らな隆起，不整のこともあるが，それは異形上皮で，胃小区間溝が不均等で，胃小区が不整の場合は IIa であり，それに陥凹変化がある場合は IIa+IIc となる。立ち上がりが不明で，胃小区が整然として，陥凹があるがIIC変化を伴わないものは，寄生虫性の肉芽腫で，胃小区が整然とし，表面が平滑なものは炎症状肉芽腫および Cyste が多い。次に以上のパターンの中に入らない，隆起そのものが境界が不明のものがある。それは，レリーフのそのものの大きさの異常として，表面性状は平らで滑らかで，うねっていて，肥厚を主とするも，そのレリーフは伸展および屈曲性がある変化として，巨大皺襞があり，レリーフの走行異常として，レリーフの伸展性が悪く，レリーフの走行の不同があり，そして硬化しまたは肥厚し，陥凹性変化を有しているものは Bormann IV 型にみられ，粘膜面に不定型の隆起としてくるものに KLH があり，胃小区の形態の定まらないものに IIb がある。

以上のごときパターンを認識し，いちばん多い疾患の特長を頭に整理しておく必要がある。そうすれば，隆起性病変の質的診断が手やすくできる可能性が出てくる。ここにおいて自己の診断能を向上させるには，レ線所見と手術標本像ならびに内視鏡的所見とをよく比較し一つ一つ自己のものとして積み上げる手段しかない。努力せずしてその実りは得られない。

（〒180　武蔵野市吉祥寺本町 3-12-5）

☆例会二次夕食会☆

第 109 回（47.11.12）

例会は非常に盛会で開業医の充生の身近な実態発表で自由交見も活発に行なわれ，自然に肩のこりも覚えたので銀座まで遠走りして銀座三原橋の三笠会館本州店新館に16名の参加を得て腹一パイのフルコースで一同満足。

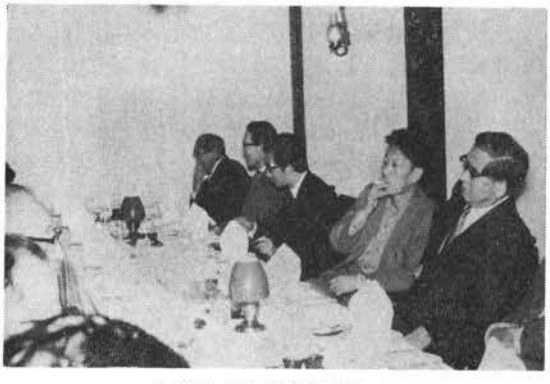
（高橋　胤文）

第 111 回（48.1.14）

今回はホテルサンルート内に開店した留園にしました。会場から近いので便利。中国料理でしたが，出席された先生の中で結城栄一先生，谷津民夫先生が満州医大のご出身なので中国料理のベテランでした。小生も満州事変の前年に奉天・大連と歩き廻った時に中国料理にしたしんだので，今回の留園はチョットお粗末で申しわけありませんでしたが，久しぶりに中国の話が食卓にのぼって，昔の思い出にひたり，旅順，撫順など昔の地名が飛び出して，現在の方にはおわかりにくいかしら。

次回はかにの食べ頃なので，かに料理とまいろうか。

（高橋　胤文）



三笠会館本州店新館にて

アンケート特集

訪問と電話に関する要望

（昭和48年2月11日・第112回例会会場にて）

アンケートの全文

開業医の先生方が，訪問と電話についてどのような要望をしておられるかを調査させていただきます。ひとことに訪問，電話といっても，相手方との親密度やその用件によって違うとは思いますが，今回は**一般の事務連絡の場合**と考えてお答えください。

もっとも望ましいものに○印をつけてください。もし，先生の望ましいことの項目がなかったら，その要点を書き加えてください。

訪問について

1. 訪問前に日時の承諾を受けてから来てほしい。
2. 予告なしに来訪してもよいが，その用件が終ったら
   a．自発的に帰ってほしい。
   b．「いそがしいから失礼」といって帰ってもらうが，悪く思わないでほしい。
   c．日本的儀礼で「お上りなさい」といわれても，上ったときのフンイキで
   （i） いそがしそうなら帰ってほしい。
   （ii） いそがしくなさそうなら話しこんでもよい。

電話について

平日の電話

1. 診療時間内にかけてほしい（平日といえども昼休みなどは休養時間なので，それに留守になることもあるから……）
2. 診療時間外にかけてほしい（診療のジャマになるので……）
3. 朝（診療時間前）にかけてほしい。
4. 夜（診療時間後）にかけてほしい。

休日の電話

1. 休息日だからゆっくりかけてください。
2. 休息日だから，なるべくかけないでください。
3. 休日だから絶対にかけないでください。

電話に留守の場合

1. 何回でも通じるまでかけてほしい。
2. 帰宅したら自発的に自分の方からかけます。
3. 用件のあらましを留守の者に伝言し，同時に電話をかけるように依頼してほしい。

解答の集計

〔**おことわり**〕 解答は43枚回収されました。しかし，一部のお答の記入のないものや，同時に二つのお答に答えた先生がありますから，解答数の合計数の合計は枚数とは一致しません。

訪問について

アンケートの番号とその質問内容の大要		解答数
1. 訪問前に承諾をうけよ		34
2.	a．（自発的に帰れ）	10
	b．（帰れというが悪く思うな）	1
	c．（i） 上っても忙しそうなら帰れ	3
	（ii） 上って忙しくなさそうならゆっくり話しこんでよい	1

平日の電話について

アンケートの番号とその質問内容の大要	解答数
1．（診療時間内にかけよ）	30
2．（診療時間外にかけよ）	8
3．（朝早くかけよ）	6
4．（夜おそくかけよ）	4

休日の電話について

アンケートの番号とその質問内容の大要	解答数
1.（休日はゆっくりかけよ）	6
2.（なるべくかけるな）	23
3.（絶対にかけるな）	9

電話に留守の場合

アンケートの番号とその質問内容の大要	解答数
1.（通ずるまでかけよ）	2
2.（そちらからかけてよこせ）	6
3.（留守番の人に 連絡すべき用件の 大要を話し，そちらからかけてくれるように依頼する）	31

要望と意見

訪問について

1. 人手不足のため，プライベートの生活は意にまかせませんから，その姿を人にみせるのは不快です。予定以外の突然のこともできるだけ事前に知らせてほしいと思って①に○印をつけました。
2. 訪問の際に，もし受付ですむ用事ならば，無理にあわないでほしい。
3. 絶対に①の方式をとってもらいたい。自分のスケジュールで仕事をせねばならないのだから。
4. 電話ですませられる用件はお互いに時間の節約のため，電話ですませる習慣をつけたいもの。電話で失礼しますという言葉を使うが，お互いに自分の時間の足りない同志が事務的な要件でわざわざ訪ねる方がよけい失礼になることを教育すべきである。

平日の電話

1. 時間外の場合は，夜かけてほしい（この先生は4.に○印をつけたほかに，とくに註記してあります）。
2. 在宅の場合は，いつかけてもかまわない。
3. ほとんど不在だから，絶対にかけないでください。
4. 休日は電話が通じないようにしてあります。または自動問答無用電話にきりかえることがあります。
5. 用件があるからかけるので，いつでもよい。ただし，朝なら8時30分までにかけてほしい（1日のプランをたてるために）。夜なら24時までにかけてほしい（ただし，ウイスキーをのんでいます）。

留守の場合

1. 留守番電話を利用するのが便利です。

—編集部—

実地医家の意識調査（第1報）

—第110回例会会場にて—

柴　山　　豊

高度経済成長時代から福祉時代への転換期を迎えたとはいえ，最近の日本におけるめまぐるしい経済変動，矛盾にみちた福祉政策，健保制度の抜本改正の遅延等，数えきれない激動期に，福祉社会のにない手である私ども実地医の意識を少しでも把握しておくことが大切ではなかろうかとの目的でアンケートを実施いたしました。

今回は，ごく表面的な面のみについて行ない，次回よりさらに深く掘りさげた点についての調査も行なっていきたいと考えます。

なお，分析結果および考察については，まとめて報告させていただきます。

健保についての調査結果

調査結果

問 1 あなたは現在の保険制度に満足されていますか？

a．心情的に

満足している	2
満足していない	36
記入なし	2

b．経済的に

満足している	3
満足していない	35
記入なし	2

問 2 心情的にも経済的にも満足していない方にその原因をうかがいます。

① 制度そのものが悪いから	23
② 制度はよいが点数が低いから	10
③ 事務が繁雑すぎるから	23
④ 枠にしばられ自由がないから	14
⑤ 低医療費で患者がたくさん来すぎるから	9
記入なし	2

＊ 1人で2つ以上記入あるため集計は40より大きくなる

問 3 現在の保険制度で医師としてまったき生活が維持できますか？

A．維持できる 5

その理由は次のうちのどれですか

① 人件費がかからぬから	2
② 薬品をあまり使わぬ	1
③ 収入が支出より多い	2
④ 家庭の生活費を切り詰める	1
⑤ その他あまり金がかからぬ	3
⑥ その他の理由	1
記入なし	1

B．維持できない 32

（記入なし 3）

その理由は次のうちどれですか

① 人件費がかかる	16
② 薬品費が高い	13
③ 収入より支出が多い	8
④ 子弟教育に金がかかる	12
⑤ 研究費に金がかかる	4
⑥ その他金のかかることがある	7
記入なし	4

＊ 1人で2つ以上記入あるため集計は40より大きくなる

問 4 総収入の中で薬品購入の占める割り合いは先生の場合次のどれですか？

① ± 20%	4
② ± 30%	15
③ ± 40%	9
④ ± 50%	5
⑤ ± 60%	3
⑥ ± 10%	1
記入なし	3

問 5 薬品購入については次のうちどの方針をとっておられますか？

① 主として一流メーカー品	15
② 二流メーカー以下の品	0
③ ①と②の折衷	25

問 6 現在の薬品メーカーに満足していますか？

① 満足している	5
② 満足していない	35

現在の薬品関係に満足していますか？

① 満足している	8
② 満足していない	28
記入なし	4

問 7 現在の日本医師会の考えている抜本案とは次のうちどれだけだと思いますか？

① 理念闘争である	25
② 経済闘争である	9
③ その他の意見	5
記入なし	1

問 8 もし闘争を今後も続けるとすればどちらの道を選ぶべきでしょうか？

① 理念闘争	11
② 経済闘争	16
③ その他の意見	11
記入なし	2

（①＋②である意見を含む）

問 9 あなたの医療の方法は次のうちどれですか？

① 社保のみ	23
② 社保プラス自由診療	16

③ 自由診療のみ　0
記入なし　1

問10 現在の保険点数が低いとすればどのくらいが適当と思いますか？

① 5割増　7
② 2倍　23
③ 3倍　5
④ その他　5
技術料のみ上げよ　2
項目別に再検討　1
初診料のみ10倍など　2

問11 あなたは税金を青色申告されていますか？

① している　16
② していない　20
③ 現在していないがそのうちする　1
④ その他　1
記入なし　2

問12 あなたは医師に対する税法「28%特別措置法」で恩恵を受けていると思いますか？

① 受けていると思う　28
② 受けていると思わない　10
③ その他　2

問13 恩恵を受けているとすれば今後も続けていきたいですか？

① 続けてほしい　26
② その他の意見　4
記入なし　10

問14 あなたは子弟を医師にしますか，またしていますか？

① する（している）　23
② しない（していない）　15
その他の意見　2
（1人はする1人はしないなどの意見）

問15 あなたの子弟は医師になることを希望していますか？

① 希望している　17
② 希望していない　11
③ その他の意見　9
（うち2件は1人希望1人せずの意見）
記入なし　3

問16 あなたの外来は家族に手伝ってもらっていますか？（奥さん・お嬢さんがた）

① いる　29
② いない　11

問17 あなたのところは看護婦さんがいますか？

① いる　28
② いない　12

問18「看護婦さんがいる」と答えた方に伺います，その看護婦さんは定着していますか？

① 定着している　22
② 〃 いない　6

問19 その看護婦さんは次のうちどれですか？

① 住込みである　2
② 通勤である　18
③ 住込みと通勤の両方である　8

問18，19 N＝28 残り12人は看護婦がいないので記入なし

問20 あなたは将来に備えて次のどの蓄財をしておられますか？

① 貯金　19
② 多額の生命・養老保険　16
③ 不動産（土地・建物）の保有　19
④ マンション・店舗等の経営　1
⑤ その他　11
（うち4は蓄財の余裕なし）

＊ 1人で2つ以上記入あるため集計は40より大きくなる

問21 医師の老後の保障について考えたことがありますか？

① ある　38
② ない　2
③ その他の意見　0

（〒 144　東京都大田区新蒲田2-19-8）

小児科医実態調査の報告

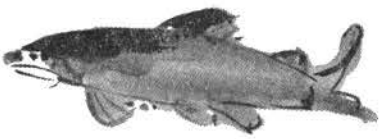
1972. 5月

日本小児科学会社保委員会東北ブロック協議会

日本小児科学会が昭46. にアンーケト形式により調査集計したものからの抜すいである。

1. アンケートに応答協力した方は全国で1,202人，回収率は53%東北ブロックは回収率の最もよい方であった。
2. 開業医の全国平均年齢は50歳で，40歳台が全体の50%，50歳台が22%を占める。東北・北海道は若年層が多い。
3. 開業歴10年未満の占むる割合は，東北では46%だが，関東・近畿では10年以上のベテランの人が特に多い。
4. この統計面での小児科医数は1,112名だが，厚生省調べの全国小児科開設者数は29,166人，一施設あたりの小児（15歳未満）人口数は850人である。
5. 小児科では70%がベットのない無床診療所である。
6. 父が医師であったものは36%。
7. 一日平均外来患者数は，毎日100人以上診てる人が全体の28%ある。
8. 休日当番制は，中国四国では70%実施してるが，東北関東では38%と低調である。
9. 育児相談を行なってる者86%，予防注射をやってる者80%
10. 社保・国保を含む保険総点は月15万点以上嫁動する診療所が，北海道では59%，東北45%，関東では29%と地域差が目立つ。
11. レセプト一枚当りの平均点数100—150点の小児科医が89%もおり，請求枚数は月200—400枚が14%，400—600枚，600—800枚が各20%の分布である。

（文責　吉田秀一）



ひ　ろ　ば

球磨川のほとりの過疎の村から

古　城　　勲

全村山林または農業従事者で過疎化が激しく現在4000人くらいです。20年前は10,000人くらいでした。球磨川上流の流域に開かれた村で空気は美しく全く健康的な所です。球磨焼酎の産地で，男はもちろん，女でも相当飲める人がいます。

ベッドは70ベッドですが，現在40名内外の入院患者です。T.B の入院患者が少なくなったため T.B 病棟はがらあきです。小生消化器に興味を持っている関係で胃疾患患者が多く，また，住民の老齢化のため高血圧症，心疾患が多いようです。

男の早期癌を発見したいと懸命に努力していますが，いまだ一例のみ（これも S.M. でした）というお恥かしい結果で診断のむずかしさ，我が腕の未熟さをなげいております。

（〒868-07　熊本県球磨郡水上村大字岩野2603）

駅まで十里・会津の山村より

渡　部　次　郎

○南会津西部，伊南川のほとり，南郷村片貝。典型的農山村。最寄駅田島駅まで駒止峠（1150 m）を超えて40 km。開業30年。

○独占企業のため，綜合病院なみの設備をしなければならないのがつらい。手術は虫垂炎，ヘルニア，帝王切開が多い。

神経痛患者が多いので良導絡（電気ハリ）療法が忙しい（1回300円）。

患者は外来1日50～100，平均70～80名。朝から夜中まで忙しいが，点数はさっぱりあがらない。

○伊南川のハヤ，アユ，イワナ釣り。山にワラビ，ゼンマイ取りに出ることも多く楽しいが，レジャー旅行に海外も内地も出かけたことがない。

（〒967-06　福島県南会津郡南郷村片貝）

カルテの前で

町医の記録（その1）

——他人のフンドシで相撲をとる奴——

鈴木　荘一

昨秋，老人検診で繁忙な最中，うちの看護婦さんが自然気胸で突然倒れた。いつも手いっぱいでやっている小診療所では余分の看護婦さんがいるわけがない。あっちこっちのツテに頼んでも，おいそれと人は見つからない。

困り果てて，家内を助手にして何とか診療を続けていたところ，たまたま「人材開発銀行・日本情報連合センター」なるところから，正準看十数名いるというＰＲ葉書が眼にとまった。

さっそく，電話をかけたところ，ちょうど，係りの者が応待に出て，今日土曜日は，ふだんならば仕事で外出しているのだが，たまたま用があって社にいたというのだ。さっそく午後何時に伺いましょうという返事であった。

やがて約束の時間に恰幅のよい中年の眼鏡をかけた紳士が現われ，資料を見せながら，当銀行は，職安との関係もあって，会員制度になっているので，最低４カ月分として，会費４万円いただきたいと，その話しぶり，態度は落着いていて，自信に溢れていた。

資料を見ると，看護婦の部門に十数名がリスト・アップされ，その中数名が失職中で，目下職を探しているように書いてある。

求人の苦労がこれで解決するかと思うと，眼前が開ける感じで，私は心も軽く４万円の小切手を書いたのだった。ただその時，領収書の番号が45番と予想外に少い数字であったのが，少し気がかりであった。

その資料には，看護婦さんの，氏名，年齢，住所が記されており，また，本人の給与希望，就職条件などが記されていた。そのうちから，当方に通勤するのに便利そうな名を選び，雇用の意志があるから，直ぐ，電話か手紙で返事をくれるように，さっそく速達を出した。

２～３日過ぎたが，何の音沙汰もない。

老人検診の患者さんたちは，お年寄りだから，動作が遅いし，また，胸部Ｘ線，心電図，その他の検査をするのに，どうしても介助者が必要なのだが，その一名分の不足で，トンネルがつかえたようなもので，待合室がごった返している。

４日目になっても何の便りも来ない。ついに私もしびれを切らして，事務の者に，住所から電話番号を引かせた。三名の中，一名の番号がわかり，昼，電話をかけたが留守であった。そして夜，電話をかけて本人を摑えることができた。驚くべきことには，約半年前の４月に，他に就職していたという。

その人材銀行すらあまり知っていないようだった。私の腹の中を怒りがつき抜ける。甘言にのせられた自己嫌悪もつのる。翌日，激しい調子で，その人材銀行を詰問したところ，本人が就職してしまえば，銀行の方に通知することになっているが，何も連絡がなかったから，銀行としては預り知らぬことだと逃げ口上であった。

しかも２～３日して，これは他の会員に公表してない情報だといって，ある女性の，氏名，年齢，住所を知らせて来た。欺されているだろうと思いつつも，速達を出させたところ，これもナシのツブテであった。ただ不思議なことは，どの郵便も返送されて来なかったことは，いかなる仕組みになっているのだろうか。その後，何回か資料を送って来たが，私は見向きもしなかった。

間もなく，Ａ新聞にこのような人材銀行に欺された記事が出ていたが，私と同じような被害にあった方々も多いらしい。しかし最近も似たような葉書が舞い込んでくるところを見ると，まだまだ同類の人材銀行は後をたたないのではないかと思う。

しかし，どこのお医者さんの家でも，できることなら，看護婦さんの一人や二人が欲しいにちがいない。だが今回の例で見るように，一般の開業医では，ダイヤモンドのように貴重なものになって来ている。だがこのような状態で診療体制が満足に行くのだろうか。自分のうちの妻や，娘などの家族労働では前時代的な労働体制である。

そう思いながら私どもの日常は家内労働の助力がなければ，診療が始まらないのである。自分の子供を見る時間，あるいは対話する時間が，わずか夕食の数分（数十分ではない）しかないのが現状ではなかろうか。

ところで話を元に戻して，本当の人材銀行はどうなっているだろうか。公営の人材銀行は有楽町にあって，35歳以上の管理職を扱っているというが，民間の人材銀行でも信用できる所，たとえば日本マン・パワーなどでは，求人側が求人条件を登録カードに書き込み，これを求職側が見て，もし就職が成立した場合に，始めて，人材銀行は，求人側より１ケ月の給料をスイセン料として

とるという。そして勤務成績が悪かったり，中途で退職した時には，責任を持つという立場で紹介しており，したがって求人側に紹介する前に，あらかじめ求職者の身元調査を極秘に行なうそうである。

今回，私が経験したような人材銀行は，会員制で前払いというところに，法の盲点があり，また，無責任なことも起こるわけである。

看護婦さん，医療事務，その他パラメディカルの人たちに対する需要は，まだまだ増して行くと思うので，ぜひ公正な私どもの益になるような，医療専門職の人材銀行もできてよいのではないかと望んでいる。

（〒143 東京都大田区山王3-23-8）

私は診察室でこうしている

（3篇）

山田案山子（ペンネーム）

I. 洗濯ばさみ利用のすすめ

なにも私は女房のパンツまで洗濯してやっているわけじゃない。内職に洗濯ばさみを作っている人間でもない。ただオソロシク便利だから“お使いなさい”と推薦しているだけなのである。

私の家へ来てみたまえ。診療机の上にも，奥の私の勉強机の上にも，赤や黄や紫や緑やいろんな色をした合成樹脂の洗濯ばさみがのっているから。

そして，患者の顔色や態度などのわずかばかりの変化にもたえず走らせていた眼，部厚い洋書やら漢籍やらを紙背に徹するまでも見つめた眼，この大事な眼の疲れをいつもやさしくいやしてくれているのである。あのきれいな，ニジのようにきれいな合成樹脂の洗濯ばさみのいろんな色をじっと見ていると私の眼はひとりでに和いでしまうのである。

もっともこの洗濯ばさみは何の目的もなく，ただ雑然と机上に置いてあるわけじゃありません。

あとで読み直さなければならないカルテの目的に，薬屋に値段をまけさせなくちゃあならんと思う伝票の目印に，その他何でもいい，いろんな資料のメモを分類してまとめておくときに（もちろん，それが重要なものならば，ちゃんとしたクリップでとめて保存します），書きかけた原稿用紙の目印に，とにかく何に使っても便利です。

眼の保養にも，目印にも，その用件を忘れないためにもとっても便利です。なおその洗濯ばさみで，たまには奥さんのパンツでも洗濯して干してやれば家庭円満万々歳，疑いなしですぞ！

II. 体重計利用のすすめ

私はあるちっぽけな小学校の校医をやっている。もっともこの“ちっぽけな”というのは町当局が八階建の大小学校を作らないから悪いんで私の責任じゃない。会のためにとくにおことわりしておく。

ここでは全校児童は一年に一回ではなくて，毎月一回体重をはかって記録している。（もっともこの毎月というのが職員側にとってはかなりの負担らしく，一時廃止されようとしたこともあるが，私が強硬に反対したためか今でも結局存続している。）

私は自分の診療所で子供の診察が終わった時に，抗生物質などを処方するような時は「体重は何 kg？」とよくきく習慣がある。これも薬の効能書きに，この薬は小児にはプロキロ何 mg なんて書いてあるから悪いんです，私の責任じゃないんだ。

ところでその体重が何 kg かという質問に対して，子供たちには 18.3 kg だとか 20.8 kg だとかと，その数字をはっきり覚えているのがたくさんいる。ということは言いかえれば，少なくも子供は子供なりに自分の体重にかなりの関心をもっているということになる。

またその場合，附添ってきた母親が「そうそう，この前は何 kg だったから今月は何 kg ふえたのね」なんていうのもいる。また「ああそうそう，この子はこの3カ月くらい体重がちっともふえてこないわ。どうしたのかしら」なんて逆に私に向かって質問してくるのもいる。

とすると，この毎月の体重測定は針小棒大式にいえば，子供と母親に対して子供の健康管理上重大な貢献をしているということを示しているわけである。

その一方ではまた，その毎月の体重測定は私に対しては，そのプロキロ何 mg という計算がサッとできるということで重大な貢献をしている。

だがね。ちょくちょくやってくるグータラ家庭のグータラ子供だと「うん今日，何時間目に測ったが忘れた」なんていうし，その母親は母親でまた「へえー，毎月学校でそんなもの測ってんの。初耳だわ」なんていう。こんな連中のために私は診察台の下へヘルスメーターをつっこんでおく。

そうして，そういうグータラ連中には「そこに体重計があるから測って」といって測らせることにしている。

いや，この体重計の利用者はそればかりじゃない。デブった母親たちや，高血圧などで体重の減量を指示されている紳士淑女たちも，毎月かなりの回数この体重計を利用している。

体重測定は保険の点数表にはないから仕方がないが，もしあるとすればこのこの体重計はもうとうの昔にそのモトの何十倍だという荒かせぎをしているのになあ。残念無念!!!

III. ケチケチ現像のすすめ

レントゲン写真の現像液や定着液を作る時，私は開業当初は，その缶に書いてあるとおりの温度と容量を守って溶解し，それに記してあるとおりの温度と時間を守って現像と定着を行なっていた。それがいわゆる物ごとのルールであって，そのやり方は「人間の医学第46号」にきわめて懇切ていねいに書いてある。

また忙しい人のためには，それに創意工夫を加味したやり方が同誌第53号にくわしく書いてある。また同誌第51号によるとレントゲン写真の撮影枚数は毎日平均で100枚という先生もいるし，月に10枚という先生もいる。

私などの撮影枚数はその最低よりもかなり下まわっていて，月に枚数～0枚という実状である。そんな事情だから，その実情にあった創意工夫が行なわれ，私は私独得の現像処理法を行なって現在に及んでいる。それでもとにかくみられる（少なくとも私自身はそう思っている）写真ができるので，ケチケチした先生方はぜひ追試してみてください。

①缶に入った現像と定着の両粉末は，それぞれ，水にとかす時に小分けにせずに，2000 cc の水に一気にとかすようにと書いてあるが，私の方法はその反対に，小分けにして，すべての量を1/4ずつ用いる。つまり一缶を小分けにして4回に使うようにする。ゆえに1回に作られる液量は 500 cc ということになる。これが第1のケチである。

②現像液は何回か使って効力がおちてくると色が黒ずんできて，かなりの時間をかけないと像が出てこなくなる。定着液もこれまた，かなりの長時間フイルムをつけておかないと，フイルム面が透明にならなくなる。

③こうなったら，私の方法を利用するが，液を棄てて新しくするか，そのどちらかを選ばねばならない。私の方法ならば，現像液も定着液も温度を20°Cでなくて，うんと熱くする。どちらも温度はかなり熱くても失敗はないという前記忙しい先生の報告を，私の方法はちょっと観点をかえて，高温による化学反応の活性上昇という事実を利用するわけである。

液がかなり古くなっていても，この方法により1—2回確実に余分に使用することができる。これが第2のケチである。この第1，第2のケチをあわせて，この現像法をケチケチ現像法という。まだ専売特許の申請はしていないし，また私は現像定着液の製造元からワイロをもらっているわけでもないから，物価上昇のおり，ケチケチしたい人のためにあえて宣伝しておく。（筆者は栃木県の会員）

凡医妄言

入江　紀文

2月19日（月）

夜10時半近く，広瀬正義先生より，実地医家のための会，人間の医学に，2月末日までに，原稿用紙5枚ほどのものを書いてもらえないかとのお電話をいただいた。ちょうど，税金申告の書類をひろげ，テレビの月曜ロードショー「リオの嵐」（1964年フランス映画）を上眼づかいに見ながら，こんな面倒な書類を書くのは嫌だ嫌だと痛む頭をかかえている時で，気の弱い小生，人から頼まれて，ことわりきれない性格なので，つい承知してしまったが考えてみれば，何とか理由をつけてお断りすべきだった。

と，いうのは，今日午後，長女が2度目の帝切のためI産婦人科医院に入院，明20日午後5時頃手術に立ちあうという心配もあり軽々しく受け合うのではなかったと，電話を切ったあと，もうすぐ後悔していたのである。小生宅は平常は夫婦とお手伝さん一人が常住，通いの看護婦さんが2人という定型的？な小医院だが，長女夫婦と子供1人，2女が昨年暮当地でお産したりして，多い時は10人もの大家族となり，狭い食堂はいっぱいとなり，にぎやかさを通りこして，診察に疲れた頭を休めることもたいへんなこともある。

2月20日（火）

今日は朝から平常どおり診察を始めたが，午後からの手術が気になって何となく身が入らない。毎月第1，第3火曜日は船橋保健所の結核審査委員会があり，小生もその末席を汚しているのだが，今日の娘の手術に立ち会うということのために欠席する旨連絡しておいたので，その方はいいのだが幸い，往診も今日は1軒しかなかったので，「午後4時半，診療を中止する」旨の掲示をして，あとを看護婦に托して家内と，娘婿の3人で家を出ることができた。第1回目の帝切のあと癒着が強く，手術は約2時間を要し，無事 3.2 kg の女児が生れた。家内をのこして帰宅する。さて娘の退院の日までのことをくどくど書いていては締切りにも間に合わないし，これはお産日記でもないから一応このへんでうちきること

にするが，小医はこれで昭和43年の長男の長男誕生以来毎年1人づつ孫がふえ，関の孫六ならぬ紀文となったわけである。

2月21日（水）

文章の体裁上21日としたが，実際は20日夜眠れぬままに12時すぎまで書いたものである。

さて，話は全然変って，日本医事新報，N 0.2540 号（昭和47年12月30日発行）に，岩国市の保田浩氏が「待合室も禁煙に」という題で1文を草しておられるのを読んだ方も多いと思う。小生も1読，もっともなことだと考え，さっそくまねをして，翌日早々，墨痕鮮やかに「禁煙」と大きく書き，そのかたわらに咳嗽や喀痰のでるお子様もおりますので，禁煙にご協力ください。という張り紙を出し，吸殻入れも取り除いた。それから1ケ月以上経ったが，「かぜ」の流行っている時期でもあり，赤ん坊や小さな子供を連れて，入ってくる母親の顔に，何か安堵の表情がうかがわれるような気がするのは，あながち小医の思い過しでもないように思える。特に患者に媚びる考えは少しもないが，小医自身もう10年以上も煙草を手にしたこともないし，うっかり煙草をきらして，灰皿入れの隅をあさるような，さもしいことをしなくてもすむし，患者殿にも，いつしかわかってきて，盆暮にも，ここ数年来，煙草をいただいたことがない。

自分が煙草を吸わないゆえか，特に公害問題を論議している会議で，煙草をスパスパ吸っているのをみるとはなはだ滑稽でかつ矛盾を感じる。公害が大きな時事問題として騒がれている今，国民の範となるべき医者は卒先して，まず公害に先立つ私害である煙草を断つべきであろうと思う。どうしても止められぬなんていうことはない。人一倍意志薄弱な小医さえ，もう10年余止めているのであるから。

食後の1服がうまいなんていうのは嘘で，自己催眠にかけているものだと思う。また，よい考えが纏まらない時の1服で名案を思いつくなんていうのも，やはり嘘で，その気になれば，水でも，お茶でもよいはずである。（小医は精神科医ではないから真偽のほどは保障しかねないが）。

煙草を吸わなくなったと同時に，酒量も，うんと減った。昔，北国で泥酔のあまり，軍刀を落し，雪の中に半年埋もれ，翌春雪どけの下に，赤鰯となって出て来たことは，いつか何かに書いたが，今はもうチョコの1・2杯で顔面紅潮するほどになった。と同時に，最後の一つも今や下り坂となった。……ということは，すべてに老化現象を来したということで，拙文はなはだ残念ながら，昭和生れの若い世代の人口には全く役に立たなかったということになるのであろうか。

広瀬先生には，はなはだお気の毒ながら，原稿の穴うめにしては誠にお粗末，会員の諸兄のお眼に止まるのも誠に恥しい次第であります。

（〒273 船橋市夏見4-4-10）

小さな診療所からの溜め息

○人類は滅亡する
○医療保険赤字解消迷案
○現代母親堅気
○最後に

吉田　仁

人類は滅亡する

先日，テレビでこんなことを報道していた。現在の日本の農地は痩せ細り，いわゆる土力が無くなってきているとのことである。

日本では，化学肥料の目覚しい進歩により，収獲の増産に成功した。しかし，これらの産物は，形，姿が大きくりっぱであるが，味や栄養の点で，従来のものよりもかなり落ちるとのことであった。それどころか，これらの農作物は病害虫に弱く，どうしても多量の農薬を使用しなければならず，その農薬が，作物の中に含有され，土壌の中に蓄積され，自然のサイクルを破壊し，しいてはわれわれの肉体をも蝕むことになる。

これはひとえに，自然のままの藁などの有機物である堆肥を使用せず，これを燃やしてしまうからである。事実，農民にとって，堆肥の田畠に入れるという仕事は，冬のたいへんつらい仕事なのだそうだ。そんなつらい仕事より，収入の良い出かせぎに出て，増産になる化学肥料を使用する方が，効率が良い。これが，最近の農業の実体であるという。

この現実は，なにも土地の土力の問題だけではない。

われわれ人間の赤ん坊についても同じことが云えるのではなかろうか。

現在，母乳栄養児の人工栄養児に対する比率は減少するばかりであり，赤ん坊は粉乳で育てるものであり，乳房は単なるアクセサリーでしかなくなっている現実である。若い母親は前述の作物にとって最もたいせつな堆肥造りを厭い，簡単な化学肥料，つまり牛の乳でしかない小賢しい粉を平気で，自分の最愛の赤ん坊に与える結果となっている。ゆえに，病害虫に弱い，ぶくぶく肥りの赤ん坊とはなり，われわれ小児科医も仕方なく農薬ならぬ，薬も使用しなければならぬ破目になり，不本意ながら，人類の滅亡する日をきっと早める手助けをしているのではないかとおもうのである。

医療保険赤字解消迷案

私は，開業医になって満四年が過ぎた。過ぎたというより，やっと四年間生き長らえたと云った方が実感がある。

まず単純に，最高学府を出て，最も優秀で思慮深いはずであるべき先生方が，こんな制度をよくも平気？　で我慢なさっておられることか。あんな繁雑で，エネルギーを消耗させる事務を，一方的に押しつけられ，しかもケチな話だが，請求書の用紙も手前持ちで，そのうえ，審査料まで取られてニヤニヤしている。こんな馬鹿化たことが，他の社会では存在するだろうか？という単純な驚きと，腹立たしさであった。

それでも仕方なく，生活のために（皆，羊のごとく，先生方も仕方なく保険事務をしているのだと後になってわかったが）家内と二人で，1カ月のうち20日以上もかかつて，請求書を作成し，一年が過ぎたが，その冬には，二人とも，ついに体力の限界をはるかに超え，倒れてしまった。こんな生活では，遠からず，保険の奴隷として死ぬだろうと悟ったので，法に楯つき，生きるために，保険事務を他人にお願いすることにした。これで，どうにか4年間を生き長らえられたのだと思う。

どうもこの保険制度は，素晴らしい幾多の目的よりも，開業医を消滅させる制度なのだと気づいた。

そこで，それではいかにして医療制度を改善し，しいては赤字をも解消させるべきかを私だけの迷案を述べてみたい。

それは，非常に簡単で，単純なことである。すなわち，医薬分業の完全実施。ただし，医師の診察料だけで，充分に文化的生活を保障しうる報酬を支払うこと。これは絶体に守っていただかねばならない。手相見だって，現在のわれわれの初診料よりは高いはずで，われわれが長年にわたり勉強してきたことは，ひとえに，その患者を，いかに正しく診断し，指導することにあり，薬や注射などのピンハネや殺人的に多数の患者を診なければ，生活できないような医療のためではないはずだ。しかし，日本の習慣として，無形の学問や価値に対して，金銭で支払うということをしないのは困った問題である。

完全な医薬分業の結果，患者は正しい診断を受けるべく良医を選び，医師もまた，より良い診断の必要にせまられ，収入を上げるためにも，真剣に，一生勉強し続けなければならない。このような姿勢は，患者にとっても，医師にとっても望むべき方向だと思う。

さらに，診察料だけで，充分生活が保障されれば，医師は，薬や注射にたよらず，これら最少限に抑えることは，目に見えており，何百億にものぼる赤字も，たちどころに解消することは請け合いである。そればかりか，薬公害による人類の滅亡（これは日本人ばかりかも知れない）を未然に防ぐことになり，なんといっても，保険事務の最大の簡素化となることは必要である。

ただし，重ねて，この制度の実施はあくまで，医師に診察料だけで充分に文化的生活を保障するものでなくてはならない。

現代母親堅気

人類が月に行く現代であっても，弥生式の時代であっても，親子の情愛はそう変化したとも思われない。

人類は，相変らず哺乳動物として，胎内に宿した新しい生命を愛しみ，育て，出産し，育てる営みをくり返している。いわば，本能に根ざした自然の営みであって，何ら，他の動物と変ってはいないはずである。しかし，人類はなまじ優秀な頭脳を持ったために，文明という代物を創造してしまった。現代，この文明という代物が，人類を滅亡させようとしていることは疑う余地のない事実となった。

戦後，抗生剤の発見や免疫学などの進歩により，劇的に乳幼児死亡率は減少した。その結果，現在小児科学の対照になる疾患は，大別して，先天異常などの生周期の問題と，小児の精神身体発達のゆがみの二つにしぼられると思われる。

先の生周期の問題は，いずれ科学の進歩によりある程度解決できると推測できるが，後者の問題は，非常に重大で，かつ難問であろうと思われる。なぜなら，先刻の文明という代物が大きな原因であるからだ。

文明は赤ん坊から母乳を剝奪し，やたらと肥満で弱い人類を創造し，文明を追いかけるために，子供の自然な発達を阻害している。

前置きが長くなったが，要するに，現代の母親は，母

親としての自然な本能に根ざした素朴な愛情に欠け，文明の奴隷になり，本来の自分の子供を見失なっているような気がする。云うならば，「子供を甘やかすが，可愛がってはいない」ということになる。

戦後の家族制度の崩壊により，核分裂した家族は，最も基本的な生活の知恵まで，分裂消滅してしまったためであろう。親は，子供に対して自信喪失し，不安になり，それに追撃ちをかけて，現代の情報の氾濫が，ますます親を小さくしていった。その反動は，すべて育児に関する不安になり，我々小児科医の外来に押しかけることになる。これで乳幼児が無料になったならば，われわれは，死ななければならないだろうと考えざるをえない。

子供は親の愛玩動物ではない。最近どうも，子供を親のアクセサリーと考えている親が多いのには困ったものだ。親の都合に無理やり合せられている子供があまりに多い。

赤ん坊といえども，人格を認めるべきである。食欲不振の赤ん坊などは，すべてその責任は，親にあるといえる。従来ならば，何んでもない常識的なことがら，たとえば，熱が出たら風呂に入れないとか，下痢の時には，甘いものや，脂肪分の多いものはひかえる等々，全く知らない親が多いのにはあきれる。このことは，学校教育にも，問題があると考えられる。何も恐ろしい法定伝染病の名前を教えるより，熱が出たらどうするか？下痢の時は？痙攣の時はどうしたら良いか等々の教育の方がはるかに有益である。そうすれば，あの忌ま忌ましい問い合せの電話や，押しよせる患者から，いくらかでも解放されるのではないかと思う。

爪を伸ばし，真赤にマニキュアをして，とげとげのブローチをつけ，ハイヒールをはいて赤ん坊を抱いてくる美しい母親をみて，つい苦言を呈したくなる。

最後に

開業4年間の何か云いたいことが山積していた，ついヒステリックな発言をしてしまったことを後悔している。

結局，開業医というものは，おのれの城にこもり，独善的になり，自閉的になり，自虐的になり，淋しいのだと思う。こんなところにも，現在の開業医の閉鎖性，非近代性があり，医学のみならず，社会的にも取り残される原因があるではなかろうか。

昨年来，私もこの「実地医師のための会」に入れていただいて，最近，ヒステリー症状はだいぶ良くなって来たと思う。

これにつけても，この際，われわれだけでなく，「実地医師のための会，婦人の会」でもできたら，さらにわれわれの生活も豊かになるのではないだろうか？

事実，私事で恐縮であるが，私のところのような，小さな診療所では，家内は大黒柱であり，外来の受付け，調剤，薬の支入れ，税金その他の経理，それに子供の教育，さらに，おさんどんに到るまで，一人十役の活躍を強いている現実である。先生方のところでも，失礼ながら，そんな現状であろうと思われますので一言，申し上げた次第である。

（〒274 千葉県船橋市習志野台2-34-9）

川柳漫歩（第8回）

片岡茂和

重苦し空気満つ漁船一つ還らず
友船の生きてくれよと海睨む
夕暮れの波間いづこに友や居る
深更に嘆息のんで明日を待ち
豊漁にわいた日もある死の漁船
彼女との歴史雨の日の一ページ
日本中の時計止めたい雨のねま
給料を云わず都合で止めたいワ
六十過ぎの恐慌仲間ポツリ欠け

老化とはこれかズボンのまま眠り
美人には不自由しない夜のテレビ
死神も来て賑かな年の暮れ
平和なる部落の中の家庭不和
新幹線時間の利用うまい客
新幹線皆んな背広の日本人
棚の荷が譲りつめ合う新幹線
つり革のない新幹線の窓に富士

（〒671-13 兵庫県揖保郡御津町室津）

富士・伊豆の旅

榎本　明雄

昭和46年10月9日から1泊2日の九年坊会（京都帝国大学医学部昭和9年卒業生同窓会）は，静岡市の山内周君会長の下に静岡県で開催された。

13時30分三島駅に集結した一行は，バスにて三島の町を抜け，溶岩原野を出る。紅葉し始めた御殿場附近の土の色はめっきり黒い。広い裾野には稲も野菜も見当らない。そして芝生がたくさん作られている。それが特に目立っていた。かっては日本，今は米軍や自衛隊の演習場となっている。黒土と違って暗土と呼ばれる肥沃ではないこの土壌は，そうであるよりいたし方はないのであろう。

やがて山道にさしかかる。三合目辺りはシラベとツガの混合原始林である。さらに車は上昇を続ける。五合目近くになると風倒木が多い。車の排気ガスに弱いためであろう。その上には厚い苔がカーペットのようにのって，目覚むるばかりの樹や草や花の高山植物の世界が美しく展開する。

バスは停った。三島をたって2時間半。海抜3776mの表富士の中腹，2260mの所である。このへんの紅葉は一日で終るらしいが，その片鱗すらみられなかった。木の枝は強い風を受け，その先端が著しく変形していた。

富士山には植物の種類は300余を数えるらしいが，材木になりそうな木は1本もない。箱根と同様，1本の松茸も生えないことだろう。これが，これらの火山の特徴らしい。

いつもわれわれは天候に恵まれていて，風も雨もない。眼下はるかは雲の連なりである。その切れ目，切れ目に，町や平野や海が目にうつる。山部赤人などが詠んだ日本の美しさを象徴する絶景である。だが，今は，公害が陸や川や海にまでも浸潤している。

眼下の眺めとは全く対照的に，ここから上の富士山は無毛の襞が少しもない山である。玄武岩質が風化して赤褐色のむしろ醜い膚である。昨日箱根から見たこの山は，入日に赤く輝いて，雲の上に毅然と美しくその偉容を誇っていた。北斉の描いた美事な赤富士であった。あまりにも美しかったこの山は，なぜ，このように変身をするのか。これは富士山だけでにとどまらない。世の万物がそうなのであろう。美しければ美しいだけよけいに醜さが隠されている。太陽の光を受けたものはすべて陰を落し，物には表があれば，必ず裏があるものである。ただ，われわれは陰とか裏を気づかずに過しているだけのことである。

山頂には日本最大の測候所が見える。形はソフトクリーム様で，その頂点がドーム状に白く光っていた。台風が名古屋附近を通過のとき，東は埼玉，西は関ケ原辺りの雨の状態が手に取るようによくわかるという。その最大探知距離は800Kらしい。

私は富士をみるたびに，不思議とひとつの疑問を持つ。富士山，いや日本列島はヒマラヤやアルプスと一連の造山活動により，同時代にできたのである。また，その時代にロッキー山脈やアンデス山脈もできている。この二つの山脈は太平洋の東部を包むように存在し，他方，わが日本は太平洋を取り巻くように，その西北に位置している。なぜ日本に大山脈がないのか。

「大きな海洋に臨む陸地には大山脈が存在する」

というのが，地球上のテオリーになっているからである。

それにしても富士山は大きい。1030キロ立方の体積だというから，この土を四国全体に積み上げると，54mも高くなるという。

では，なぜ富士山は，美しいものとしてわれわれの心を捉えてきたのであろうか。富士山のあの巨大さではない。やはりその美しい姿にある。真一文字に結んだ口のような頂点，その両脇はほぼ対称的になだらかな裾を長くひいている。両側の線にはわずかに下向け凸形の所がみられる。きれいな対数曲線である。一見，対称的と思える両側もよくみると，全くそうではない。一方は長く，長い方には宝永山が小さい隆起を示している。この整っていないことが，富士をより美しくしているのであろう。

富士山の断面図をみると，第三紀層の上に噴出物が積み重なってできていて，その噴出物は三つに大別される。これを年代別にあげると，数十万年前の小御岳火山，数万年前の古富士火山，それに現在の形をなす新富士火山となる。その形から溶岩の粘性は，初期のものに比し，次第にその度を増してきていることがよくわかる。すなわち，われわれが今みる稜線の少ない富士山は，珪酸塩シリカの含有量が50%をわずかに越えた程度のもので，この軟らかさの溶岩が，世界に比類のないみごと

な形の成層火山をつくり出したのである。

この美しい富士を，さらに美化するものとしては，この山の雪であり，それにも増して，さらに重要な役割をなすものは，富士を取りまくさまざまな雲の移り変わりである。刻々と変る雲の形やその色の魅力はあるいは富士以上であるかもしれない。世のおろかな人たちは，この山の自然を大きく破壊しつつある。だが，この富士山の作る雲まで壊すことはできないであろう。

30分後山をおりる。三島の町を通る頃はもうすっかり夜であった。細い道に車がひしめき，バスは徐行した。そこを抜けたわれわれは，ついに伊豆入りができたのである。

小川を渡るとき，源頼朝の伝説をガイド嬢から聞いた。これを皮切りに，頼朝にまつわる伝説はきわめて多かった。やはり伊豆は頼朝に縁りが深い。

伊豆に入って間もなく，左手に小さな庭が見えた。その奥には細い四角な1m ぐらいの石柱がある。それが道端の灯で夜目にもよくわかった。石柱のほかに何もない。北条時政の墓らしい。彼は68歳で，ここで没している。今から756年前のことだが，執権として政治の実権を握り，権勢並ぶもののなかった彼の墓にしては，あまりにも淋しいものだった。墓の上には苔が厚く蒸して，長い歳月の経過を偲ばせていた。

バスは修善寺に予定より1時間あまりも遅れて着いた，ちょうどその頃から雨となる。総会は終った。雨の勢いがますます強い。今年から希望者はゴルフをすることになった。だが，この雨。果して，明日ここでゴルフができるかしら。

今年は1人だけこの会に初参加者がいて，誰だか全く記憶にない。あとになってわかったことだが，高知の前田恒丸君だった。かって昭和8年の晩秋，彼とは下宿の二階でヴァン・デ・ヴェルデ博士の「完全なる結婚」をともに抄写した。互に昔の面影が少しも残っていなかったためであろう。

雨の一夜が明けた。止みそうもない雨がまだ降っていて，ゴルフ組には気の毒な思いがした。彼らはゴルフの出で立ちだったからいっそうそう思えた。ついにゴルフをやめて，われわれと行動を共にすることになる。下田熱海間の切符の購入に山内君が苦心したようだった。

バスは源氏一族の悲劇の舞台となった修善寺を出発した。町を出ると，すぐ中伊豆に通じる国道を右折した。紅葉にはまだ早い雨の伊豆はなかなかよい。道の両側には桜の木が立ち並んでいた。春にはバスはその花風吹きを縫うように走ることだろう。煙ったような天城の連峰は幾重にも，また限りなく続いている。竹取物語の場所を通過した。とにかく北伊豆は伝説や史話に富んだ所である。出発30分後，霧は凄ましい早さでわれわれを包んでしまって，しばらくの間は何も見えない。バスは全く盲目運転である。9時30分，左折して西伊豆スカイラインに入った。霧はかなり薄らいだが，雨の勢いはいっこうに衰えない。熊笹が風になびき，あたかも緑の絨毯を敷いたようである。スカイラインの終点を右折して国道に出る。駿河湾が見え始めた頃には雨もやんでいた。この国道の両側に群生する山百合や染井吉野は，四季それぞれに旅人の心を慰めることだろう。道は土肥港に到って左折し，海岸沿いに南下する。

太平洋に臨む駿河湾は，意外にも海の荒々しさが少しもなかった。そのうえ，凹凸の多い海岸線は，いずれも女性的な繊細さが際立っていた。どの入江も綺麗な岩や島や岬をうまく取り入れ，まことにみごとであった。特に印象の深かったのは安良里の港で，こんな形の港はめったにない。鯨のような魚を追い込むには最適である。

海のかなたには，いつも富士の秀峰が見えていた。いわばわれわれは常に富士とともに旅をしているに等しかった。陽の光りは，直接にあるいは雲を通して海に反射し，雲とともに，種々な美しい色の変化を見せていた。

バスは，この複雑な海岸に沿い，左右にカーブしながら，山裾を縫っては進んだ。道が山で途切れた所はトンネルで，いくつものトンネルを通過した。美しい形のよい松の茂る小島の一群のところを過ぎると，もう堂ケ島だった。

ここに到るまでの入江入江の岸には，小さな漁村が息づいている。そして，この貧しい漁村に混って，まことに細やかな金の鉱山が点在していた。

さて，日本は10世紀の頃産金国として世界的に有名だった。その産地は北海道（鴻の舞鉱山）・東北（宮城県の大谷鉱山）・佐渡・伊豆の四つである。そして興味あることは，それらの地がフォッサーマグナ（これは第三紀の造山運動によってできた陥没地帯のことで，日本列島を二分し，その西端は富山県糸魚川と静岡県を結んでいる）と深い関係のあることである。すなわち，日本の金鉱はこの地帯乃至その東北に限局していることである。伊豆はこのフォッサーマグナ地域に当るし，他の三

者は「東北日本」と呼ばれる地に存在する。そのうえ，かつて遠流の地であった伊豆と佐渡は皮肉にも金山であった。伊豆金山の特徴は，採堀場所が伊豆のいたる所にあることであり，西伊豆だけでも清越・持越・土肥の3つもある。土肥・蓮台寺鉱山のように，その坑内から温泉が湧き出ていることも，亦その特徴である。

明治以来，伊豆半島は驚くばかりな従走的発展を遂げた。温泉が湧き，東京から近かったせいもあろう。まず開けたのは熱海からの東海岸であり，三島からの中伊豆はこれにつぎ，沼津からの西伊豆はいちばん遅れた。今までわれわれの見てきた伊豆は，鄙びた自然の姿が保たれていた。だが，堂ケ島にきて私は愕いた。

バスと自家用車が，道の隅々までも埋めつくしていた。土産品を売る声，食堂の呼びこみの声，棧橋や遊覧船の怒鳴り立てるマイクの声など全く喧噪の極みである。船が島に近付くと，浸食された凝灰岩の大岩礁はよけいに素晴らしい。奇怪な洞窟の中を船は急いで通り抜けた。棧橋で待っている客を早くさばくためである。それにしても，西伊豆随一の景勝地と称せられるこの地の山も海も岩もやはり美しい。だが，惜しくもその美しさが損なわれ失なわれつつある。押し寄せる人，人，人の波で。

バスは13時15分堂ケ島を出発。下田までの長い間，可憐な車掌さんが「お吉物語り」を，情熱的に哀感を込めて説明してくれた。この物語りは，ひとつの創作に過ぎないものだ，とは皆が知っていた。が，ほんとうに，そうだと思って語ってくれる娘さんに，われわれは，限りない感謝と好意を抱いて聞き続けた。

下田へは予定の時間に着いたが，見物時間は30分ぐらいしかなかった，みて回る所は3カ所に限定された。小糠雨が降っていた。まず了仙寺を訪れた。徳川三百年，天下泰平の夢を破って浦賀にやってきたペリー提督は，翌安政元年（1854）下田に投錨した。幕府はこの寺で彼と幾度となく会見をした。かくて，その年の3月，日本は開国をしたのである。三代将軍家光が鎖国を完了してから216年目にあたる。境内に観喜仏の陳列館があって人気を集めていた。

その2年後，総領事として着任したハリスは，玉泉寺を領事館とした。日米通商条約が完結したのは，それからまた2年後のことである。ハリスとお吉との伝説は，主として，この間のことを綴っている。彼の去ったのち，彼女はついにお吉ケ渕へ投身自殺することになる。後年，彼女の墓は宝福寺の一隅に建てられた。寄せ集められた石の上に，粗末な小さい石が無造作に立っている。これがお吉の墓である。だが，墓前の花筒は，色とりどりの美しい花でいっぱいであった。お吉を悲劇の主人公にまつりあげ，人々の哀感をそそるように仕上げている。時の経過につれ，お吉物語は，真実として語り継がれてゆくようである。三月にはお吉まつり，五月には黒船まつりでにぎわうこの下田は，今ではお吉あっての下田という感は深い。

ごく最近，このお吉の墓の向って左方に，りっぱな墓がもうひとつ，鶴松の墓と並んでつくられている。お吉の墓はあの貧弱なものの方がかえってふさわしいように思えた。

バスは車の多い下田の町を急いで走った。見物時間が不足してきたからである。海辺に出た。抉り取ったように深い深い入江は，なるほど伊豆第一の良港である。大小多数の船が浮んでいた。

弁天島に着いたわれわれは走るようにして，そこを一周した。島の上に立っている吉田松陰の像をみずに終った。

幕末の志士，松陰は海外事情を自分の目で確めるべく，彼の門人金子重輔とともにペリーの船へ密航をはかる。国禁を破るからには，もちろん決死の覚悟であった。

第1回は1854年3月25日の夜のことである。あいにく船に櫓がなかった。わずかに岸壁を離れたものの失敗だった。上陸して一夜を明かしたのはこの弁天島である。

第2回目は2日後の3月27日の夜であった。今度は米船に辿り着いたものの，誤解もあって拒否され，野望を達成し得なかった。だが，彼の書いた文面は提督を強く感動せしめた。そのことはペリーの日記に明記されているらしい。自首した松陰は江戸へ護送されることになる。この時松陰25歳。彼の松下村塾の開学は1857年であり，彼の刑死は1859年の10月のことである。

近代日本の黎明期に外交上の檜舞台となって登場する下田港は東伊豆のほぼ南端にある。そこに活躍した人々の胸中には，さぞさまざまな思い（悲しみ，怒り，失意）や決断や勇気や掛け引きなどが渦巻いたことだろう。だが，今は，この劇的な大きな歴史の瞬間がなかったように，忘れ去ったように，また知らないような静まり返った下田である。

急いで駅に着くと，発車まで30分近くあった。それにしても，事故ひとつなく，富士と西伊豆を巡り得たことは僥幸だった。そのうえ，全員

が伊豆急行の指定席に坐わり得た。一同は皆「ご苦労でした・山内君」と感謝の気持でいっぱいだった。

電車は伊東に着く頃はもう暮れかけていた。クラスのうちでいちばん若く見える古武弥六君は夫人とここで下車した，奥さんもまだ処女のように初々しくて若かった。私たちは新婚に旅立つ人を見送るような気持ちになって，この二人に別れの手を振った。ちょうど，前に乗り合わせていた相沢三雄君夫妻と，なぜ彼らはあんなに若いのかと不思議がった。それほど彼らは若かった。

伊東は作家木下杢太郎出生の地で，一碧湖はこの近くにあるのだろう。西に天城の山々を背負った伊東は，伊豆七島で太平洋の荒波も風も大きく遮られ，汐吹崎ですっかり包まれて，冬は暖かな土地といえよう。相模湾は，ここを基点として城ケ島まで分度器様に拡がっている。

黄昏は意外に早く追ってきて，美しい伊東熱海間の海岸線も初島も見えなかった。熱海に着くと，外は全くの闇である。街の灯はよけいにあかるく輝き，伊豆とは様相の一変した熱海。流石，東京に近い超近代的な歓楽都市である。ここで一同は散解した。また来る年の再会を約しつつ。

追記

1. 韮山：かつての伊豆の国は，住む人の少ない山ばかりの遠流の地とされていた。歴史上，伊豆を有名ならしめたのは，何といっても平治の乱（1159）により，韮山に流された源頼朝が，後年（1180）平家打倒のため，挙兵の地となったことである。

時代は下って戦国時代の初めである。一世の風雲児・北条早雲は，下克上の時代を象徴するかのように，1491年足利茶々丸を殺し，韮山に移り，多くの戦国武将とは逆に，東漸して小田原城を攻め落し，ここを根拠地として，関東に君臨することになる。早雲が没したのは小田原でなくこの韮山である。

その後約100年，秀吉のみごとな天下統一の偉業は，天馬空を行くかのように着々と進んだ。

1587年九州を平定した秀吉の心は，当然小田原の北条を屈服せしむることにあった。だが，北条五代・氏直は家康の女婿にあたる。この深い関係を重視した秀吉の辛抱強い交渉は，約1年半にも及んだ，秀吉の大義名分に徹したあの有名な「小田原出陣の手切文」は，全軍に配布された。そして，氏直へは家康の手から渡された。

天正18年（1590）3月28日秀吉は沼津を発し，三島を過ぎ，山中城の西の高台に登り，はるかに伊豆の山中・韮山両城の地形を視察した。そして家康と相談した。結局，この二つの城の攻略に全力を傾注することになる。

山中城は1日にして落ちた。しかし，韮山城は最後まで落ちなかった。守るは北条きっての智将・北条氏規（北条四代・氏政の弟）攻めるは豊臣の名将・織田信雄と蒲生氏卿であった。氏規は善戦してその武を辱しめなかった。氏規こそ文武両道の偉人といえよう。後年，彼は秀吉により大名として取り立てられ，その子孫は明治維新にいたるまで続いたという。

2. 三島の水：その昔，箱根八里を越すには，この三島を起点として小田原まで歩いたのである。この地は交通や戦略上，東海道随一の要衝であったのであろう。したがって三島女郎衆は江戸の吉原以上に有名だったのである。彼女たちは良質の富士の湧水を存分に使って化粧をした。

三島の水は有名な歌（富士の白雪とけて流れて三島に注ぐ）の文句のとおりである。歌ができてもう半世紀以上にもなる。だが，三島に注ぐ水は，富士のどのへんの，そしていつの雪の水であるのか。それは今だにわからない。

時の流れにつれ，この水の利用方法も大いに変わった。毎秒50トンという大量の富士のの湧水は，今は主として製紙工業に利用されている。利用というよりむしろ乱用されている。その当然の結果として，地下水位が低下し，Cl イオンが海岸から内陸部へと浸透し，広い田畑は塩害で不毛の度を加えつつある。

3. 伊豆と文学：修善寺は狩野川の支流，桂川に面した山ふところの温泉場である。なぜかこの温泉には，明治から大正にかけ幾多の文人が訪れている。岡本綺堂・夏目漱石・尾崎紅葉・島崎藤村・泉鏡花・芥川竜之介・島木健作などである。そして，この温泉を有名にしたのは，綺堂の「修善寺物語」だといえよう。

ここを南下した奈良には北原白秋・若山牧水・室生犀生，さらに南下し狩野川を遡ると湯ケ島である。ここは川端康成が「伊豆の踊子」を執筆してあまりにも有名になりすぎた。康成のほかに梶井基次郎・三好達治・淀野隆三・木下杢太郎・尾崎士郎・横光利一などであり，私に興味のあることは，井上靖が湯ケ島小学校に入学し，その幼年時代を，ここで送ったことである。

医学を志した彼は旧制沼津中学より第四高等学校の理科を卒業している。四高では，四高柔道部の全国制

覇を目指し，激しい闘魂を燃やした。

だが不思議なことは，彼のどの作品にも，穏やかでロマンチックな要素が多く，四高時代のあの激しさが少しもみられないことである。それは，この素朴でやわらかな美しい伊豆が彼を育て，そして，いつまでも彼の魂の糧となっているためだ，としか思えない。この穏やかな伊豆の風土は，いわば現代日本文学の揺籃の地であり，それを立証する唯一の作家は，井上だともいえよう。

戦後間もなく太宰治が「斜陽」を書いたのは沼津からちょっと南へ下った西海岸の三津らしい。彼は昭和22年に書き翌年入水自殺をした。今はもう俗化してしまっているらしいが，当時は静かな漁村だったに違いない。静かだった伊豆，そして作家たちが心を休めながら若い詩情を綴った伊豆は，いま文化の波が押し寄せて，文学作品はもう生れてこないのであろう。

湯ケ野には「踊子の碑」があるらしい・ノーベル賞ですっかりクローズアップされてしまって，数々の名作をのこし若くして他界した中島敦が来たことを知る人はおそらくいないであろう。—1973.2.13—

（〒640 和歌山市屋形町３丁目）

あるビギナーのゴルフ談議

（その２）

しげと　りょう（ペンネーム）

「当面のでき上り」と
「遠大な完成」

（40代ビギナーの道）

ゴルフ技術はひと言でいえば「ボールを真っ直ぐ飛ばす」ということではないかと思います。この意味では，ゴルフには特別な球の打ち方というものはなく，ただ球を真っ直ぐ飛ばすという制約の下でひとそれぞれの打ち方をすればよいことになります。

事実，打ち方がどうであらうとボールがつねに真っ直ぐ飛んでいれば，かなり良いスコアーをあげることができます。よくコンペで，まったく変則的な打ち方で，「あんな打ち方ではとても」と思われるような年配の方が42，３のリっぱなスコアーを挙げわれわれを切歯扼腕させることがあります。

平素スポーツらしいことをしていないで40歳をすぎてゴルフを始める方の場合は，それなりに運動器管の感覚や機能が減退していますから，いたずらに理想的なゴルフ・スウィングにこだわるよりは自分の可能な範囲でボールを真直ぐ打てるようなフォームの完成を考える方が，良いスコアへの近道といえるでしょう。

しかし，前述のような年齢的な制約を背負いながら，筆者はこの道を選びませんでた。

それはおそらく，「若いもんに負けるものか，俺だってまだ若いんだというはかないうぬぼれがあったためだと思っています。それに，プロゴルファーのすばらしいフォームに魅せられた結果，「カッコいい」ものを追い求める未熟で軽薄な性情が，拍車の役目を果したのでしょう。ともあれ，禿頭の憐れむべきビギナーは，残されたわずかな可能性に夢を託して，果しないドロ沼にはまりこんでいったのです。「遠大な完成」などという自慰の言葉にしがみつきながら。

「そう打つにはどうするか」ではなく「どうなっていればそう打てるか」

ゴルフ・スウィングは一つのリズムに裏づけられた一連の動作です。したがってスウィングの過程のなかからある部分だけをとり出してその良否を論じてもあまり意味がありません。

それはそのはず，スウィングの部分部分は孤立した動作ではなく，ある瞬間の動作はその前の瞬間の動作と深いつながりがあるからです。

クラブ・フェイスがボールの目標線上の一点に，円に対する切線の位置で当ってこそボールは目標に向って真っ直ぐ飛ぶわけです。しかし，そのように打とうと思ってボールを打つ瞬間にクラブフェースを操作してボールの理想的な１点に当てようとしても，実際にはそう簡単に当るものではありません。どうしても理想的なヒットをしようとすれば，バック・スウィングを小さくし，ダウン・スウィングの速度を遅くし，体をあまり動かさずに主として手だけの動作で打たなければなりません。もっともこのように打たなければならない場合もあります。ランニングやピッチエンドランなどの打ち方がこれに当ります。しかしこの方法では球はまっすぐ飛んでも距離は全く望めなくなります。このようにスウィングのある部分だけを強調しても，必ずしも有効なボールは打てません。

ダウン・スウィングという動作のなかで，クラブ・フェイスを標線と直角の位置にもってくるには，その前の過程として，クラブがどのような円弧をえがいて振り下されなければならないか，またトップ・スウィングでほぼ前方を向いていた左手の甲が，ダウンスウィングのどの過程で目標線と直角に交わる方向に回転しなければならないかなどの問題が解明されなければなりません。そし

て，これらのことを究明していくと，ダウン・スィングの前の動作としてのトップ・スウィングがどうなっていなければならないかということになるし，さらに，このようなトップ・スウィングを作り出すためのバック・スウィングのあり方，アドレスのあり方，グリップのあり方などが会得されなければなりません。

「そう打つにはどうするか」という部分的な動作にのみとらわれた打ち方は，その打ち方を覚えた直後には多少よい結果がでるかもしれませんが，けっして長続きしません。それは，その部分的知識を強調しすぎるため，スウィングの他の部分がゆがめられ全体として悪いスウィングになるからです。

筆者もかって，ダウン・ブローにこだわって大失敗したことがあります。ダウン・ブローとはボールの前でクラブが最低点に達する打ち方です，したがってダウン・ブローに打つとボールはほぼ真直ぐとび，しかもバック・スピンがかかってボールは落下してからよくとまるようになります。これを覚えた直後1ランドで四つのショト・ホールをすべて1オンして有頂点になったことがあります。これはよいことを覚えたとこの打ち方に夢中になっているうちに，全体としてのスウィングはだんだんと乱れてきたのです。バック・スウィングはだんだんと肩がまわらなくなって手打ちの傾向になるし，これを補おうとして腰を目標の方にスライドさせるいわゆるスエーが始まってきました。アイアンはどうにか打てても，ドライバーはひどいスライス・ボールO．B．が続出するようになってしまいました。そしてこの悪い癖を矯正するのに数カ月を費しました。

このように，「そう打つにはどうするか」という部分の問題は，結局は「どうなっていればそう打てるか」という全体の問題のなかで解明されなければならないと思います。もちろん，部分的な技術を習得することもたいせつなことだとは思いますが，しかし，その部分的な技術が全体のスウィングとの関連性のなかで会得されてこそ，はじめて有効な技術を身につけたことになるのではないでしょうか。

（筆者は川崎市の会員）

カムチャッカの人々

片岡　和夫

我々が北千島最後の部隊として，空路によりカムチャッカに送られたのは，昭和21年の秋も深い頃であった。少数の衛生部員と技術兵の一団は半島中部の飛行場に着陸した後，一旦ペトロパウロフスクに行き，そこから各地に分散しいろいろな作業に従事した。我々はさらに西方約40粁にある軍農場に行き以前からそこにいた一団と合併した。私は作業には出ず「ラーゲル」内で患者の診療に従事した。

当時私は少しの「ザルブロ」と「アチノン」1本だけ持っていた。日常の診療にはソ連側から衛生材料が支給された。そうしている中にラーゲルの歩哨から，往診に行くように言われた。軍農場に勤務している「ゲ・ペ・ウ」の少佐の男の子で色白で弱そうに見えた。気管支炎にかかり数回往診したが往診後は馬橇で夫妻そろって送ってくれた。凍りついた真冬の月夜に，馬橇は雪の上を鈍いギジギシという音を残して走った。

「あなたにはお金をあげても使えないのだし，日本人は食糧が不足だというから，これを持って行きなさい」とパンや肉の缶詰をくれた。私は「ラーゲル内に持っていくことは禁じられているのだから，厚意だけで結構です。」と辞退したが，少佐は「まあ私にまかせてください」という。ラーゲルについた時「家内が歩哨に酒を飲ませている間に，私が橇を裏側に回して，この食物を投げ入れるから，あなたは入ったら裏側に回れ。」という。こうしてもらった食物は炊事係に渡し一同で分けた。

ラーゲル内にはいろいろな技術者（建具工・鍛工・洋服屋・時計屋）がアルバイトで得た食糧を炊事係に渡す例になっていた。

さて少佐の子供はまもなく全快したが，ある日夕食に呼ばれた。「今日は心ばかりのごちそうをするからっゆくりして行きなさい。」という。白パン（当時我々には良いときでも黒パンしか支給されなかった。）バターのたっぷり入ったスープ・卵の目玉焼そして夫人手作りの菓子（クッキー風のもの）とウオッカといったものであった。

「貴方は息子の恩人である。病気でない時でもどうか遊びにきてくれ。」ともてなしてくれた。

カムチャッカの春はおそい。四月になって雪がとけ初め，ようやく待っていた草木の緑が見られる。農場内の道路は馬車が通るのでまさに泥海になる。五月にならなければ花は咲かない。そんなある日例の少佐が来いという。行ってみたら「今日はメーデーだ。私の国では家族そろってこの日を祝う。家内が特別に配給された材料で菓子を作った。お茶を

あげようと思ってよんだ。」という。手作りのビスケット・パイなどを食べながらいろいろと話をした。「貴方は我国の共産主義をどう思うか」という，私が答えないでいたら「貴方の国では今まで天皇制であったが，これからは変わっていくだろう。私はあなたに共産主義を強いるつもりはない。ここにいる間に良く考え，あなたが共産主義が正しいと思うならば，それを勉強するのも良い。しかし天皇制が正しいと思うならばそれもいいだろう。解答はあなた自身が決めればいいのだ。どの主義にしてもそれぞれ長所と欠点があるだろう，比較検討して見て初めてきめることだ。この国の有り方を貴方がよく見ておくことは将来に何か考える物を与えてくれるだろう。」と話してくれた。話はまだ続いた。「私は南ロシアの出身で私の家はオデッサにある。やがてあなたの国と友交関係が結ばれたなら一度ぜひ私の故郷を訪ねてくれ。オデッサは気候も良い，太陽は年中輝いて暖い。南方的な美しい風土をあなたに見せて上げたい。」夫人も「そんな日が一日も早く来るように望んでいる」と口をそろえて話してくれた。

そんなある日，共同浴場の老人がひどい神経痛だから見てやってくれと歩哨がいう。行ってみたら坐骨神経痛である。さっそく手持ちのザルブロを数回注射したらとてもよくなった。それから後老人は「ドクトル・お湯がわいたから誰も入らぬ前に入ってくれ」と言う。入浴させてもらった後雑談になったが，彼は「私は昔あなたの国へ行ったことがある。今もあるだろうが，大阪の近くの堺という所に行った。昔あなたの国と戦争したとき（日露戦争）捕虜になってね，私は兵卒っだたから堺にいたが将校は四国の松山という所で，一軒の家をもらい家族を呼んで往み，自由に行動できたということだ。ただし日本の憲兵がいつも後からついていたということだが，でも我々は今ここにいる日本人たちよりはるかによかった。堺の収容所でこれという作業をしなくても毎日の食事はもらえたし，ツアーの誕生日にはフランス大使が世話して菓子をくれたりした。あなたの国の人々は本当に親切だった。しかしあなたたちは気の毒だ。毎日働いた量によって食糧が支給されるのだからね。けれど我々の国ではすべてその人の働に応じて食糧などを支給されるのだから，まあ大した変わりもないね。」と話してくれた。

やがて春たもけなわになり軍農場の耕作が忙しくなった。一日の作業を終えた労働者たちが腕を組み歌いながら家路につく日が続いた。一年中でこの頃がカムチャッカではいちばん美しい季節である。万花一度に開き，緑は美しい。短い春を心ゆくまで楽しむ。燃えるような緑の芝生でのソ連の人々の家族のだんらんを見ているといつになるかわからない帰国の日を考えて，口には出さぬながら春愁の情が湧いてくる。

短い春が去るとあまり暑くない夏になるが，夏服はいらない。夜はだんだん短くなり，真夏では暗くなっているのは三時間ほどである。

白夜が現出する。幸少いこの国に自然が与えてくれたものの一つであろう。八月中旬頃から夜はストーブをたくので白樺の木を切って薪を作るのもの日常の作業である。数粁離れた所にある「ナチキ川」は幅が20米たらずであるが，秋が来るとこの川面を真黒に変えるほど鮭が産卵にのぼってくる。いかに下手でも手製のヤスでつくと，そのどれかに突き刺る。白樺の枝を切って串を作り岩塩をつけて，一疋を串にさして焼いて食べる。こうした頃作業は山の近くの製材所に移った。直径2米もある杉の木を切って運び製材するのである。雪のない間はまだよかったが，冬は作業が意のように進まず，今までの作業の中で最も辛らかった。

私はここで足の不自由な一人の民間人を知った。彼の子供は弱くてよく往診した。

製材所の器材の管理人であるから，収入は多くないようであったが，「あなたは空腹だろうから」とよくごちそうしてくれたものである。食糧が配給になった当時は肉の缶詰を切って出した。

「そんなにしてくれるのはありがたいが後で困るだろう。」と言うと「いいんですよドクトル，私の父は昔ウラジオストックから少し離れた所に住んでいたが，その頃よく旅人をもてなした話をしてくれたものです。昔はシベリヤ鉄道がなくモスクワ方面に向う旅人は，日が暮れるとどこかの村で，どこかの家の戸をたたいて一夜の宿を頼んだ。そして村人の方も旅人をもてなすことは非常な喜びであり，また，誇りでもあったと言う。

いかに夜が遅くても，どの家にもサモワールに熱いお湯がわいていて，お茶とパンはいつでもごちそうしてあげられた。旅人に対しては一家をあげて心からもてなし，たとえ自分の家の食糧が乏しくても，お客に進んで食べてもらった。昔からごちそうするのが好な国民であったらしいですよ。そして夜が明けてまた旅に出る時には必ずまさかりとマッチを贈るのが例だったという。

そうしてあげると道に迷って野宿することがあっても，木を切って一晩中火をたいていればシベリヤの酷寒もしのげるし，狼も来ないからだ。帝制時代にはすべて物は自由に買えたが，今はそうはできない。配給制度はソ連人を利己的に変えてしまったんですね。」と語る。

山のすぐ近くにある製材所の冬は淋しくて，寒さも特にきびしいが，燃料は充分にあった。食糧は依然乏しく熊の乾肉が配給されたのもこの頃であった。静かな冬の夜は時々狼の遠吠を聞いたものである。

長い長い冬が過ぎ去ろうとした頃，私はペトロパウロフスクに帰るようにいわれた。

「今度はどこに行くのか」と聞くと

「はっきりしないがあなたたちが帰国するための準備をするからということだよ。」と言う。

お別れの挨拶に例の管理人の家に行くと彼は突然泣き出した。

「あなたは自分の国へ帰るのだから嬉しいだろう。長い間待っていたのだからね。しかし私はそれを望まない。私たちはよきドクトルである友人を永久に失うことになるからね。私は悲しいけれど別れなければならない。さようなら。」と握手の手をさし出した。

私はこの率直な表現に少からずとまどったが，彼の心情はジーンとするほどよく感じられた。ペトロパウロフスクの収容所で帰国準備をしながら数カ月たった。各地に分散していた人々がつぎつぎと集結して来た。

秋雨が音もなく降り出した昭和23年の秋にソ連がドイツからとった「ボールハース号」に乗船しナホトカに向うことになった。

出港直前軍農場にいた少佐の家族がジープで港に来た。

「ドクトル見てください。あなたによく診察してもらった息子も，今はこんなに元気になった。ありがとう。あなたが待っていた日がとうとう来たね。おめでとう。きっとオデッサに来てくださいよ。ドクトルの旅路の安全と今後の幸福をお祈りしますよ。」と一家そろって手を振っていつまでも見送ってくれた。

街には美しい「カチューシャ」のメロディーが流れ，ロマンチックな文化映画「石の花」が上映されて，この僻地カムチャッカにも平和の兆が見られ初めていた。

私も帰国してすでに20数年の歳月が流れた。しかし今でもカムチャッカで出あった人々を忘れることができない。よく往診にいった子供たちの今はりっぱに成人した姿を想像して見るのである。

（〒273 船橋市本町4-27-9）

みんなで発言しよう!!

かみしろ　じゅん
（ペンネーム）

人間の医学 No. 55 号（1972 年 10 月号）を読んだ。久しぶりに“人間の医学”を一応全部目を通してみた。そしてある種の感動を覚えた。それは多勢の医師が，それぞれの目で物を見，それぞれの立場で発言し，それぞれの姿勢で医療に立ち向っている壮大ともいえる人間の多様性が，ひしひしと私に迫ってくるからである。それはたった 1 人の天才ともいえる人間が書いた 1 冊の本を読むより，もっと人間について，医療についていろいろなことを教えてくれるからである。

そして不思議なことに，とりすました，上手につくられた文章や，整えられた論旨よりも，たとえ文章は読みづらくても，論旨はよくわからなくても，なにかそれを書かれた先生のお顔が浮んでくるような一章にぶつかると，それが強く，読む人間の心を打つことに気がついたのである。それで私自身も大いに元気づけられた。文章なんか下手だっていい，いっていることがなんだかわからなくたっていい，自分がそこにさらけ出せればいいんだ，ということがわかったからこれを書く気になった。

これはいわば同人雑誌的なゆき方である。商業誌でない得がたい良さがそこにある。これこそ，他に類例のない，“人間の医学”の一つの良さではなかろうか。

（つぶやき：皮肉なことをいうようだが，これがまたきわめて前衛的なんだなあ，今，小説だって評論だって，皆あらそって，わけのわからない難解な文章を書うとして努力している。筋とか，構成とか，どうだっていいんだ，そこに人間の不安とか，もだえとか，楽しさとか，が文章の一部から，また全体から感じられればそれでいいんだ。始めもなければ終りもない小説が前衛的なんだ。起承転結がはっきりしていて，構成がみごとで，そのうえ言葉も選び抜かれ，みがき抜かれていて美しい，というような古典的な小説なんて，くそくらえだ!!。どうも品がわるいなあ。先日ゴルフをしていて，「あっ！ダフリやがった！」と思わず叫んだら，同行の先生から，ずい分下品な言葉を使うね，と大いに笑われたが，これが私の生地だから仕方がない。やはり育ちは争われないんだ，ところがまた馬鹿にお行儀の良いときもあるんだなあ。これがま

たいいんだ。ばかにお品のいい人間がまたばかにお品が悪い。上品な人間はいつも品が良くて，下品な人間はいつも品が悪かったら，人間なんて，カスみたいなもんだもんなあ。）——話がとんでもない方向にそれてしまった。“人間の医学”の寄稿がみんな，文章が下手で，論旨不明瞭だというわけではないんですから誤解しないでください。

同人誌の良さのもう一つの点は，会員各自が皆一度は発言して，印刷された自分と対面してみるという良さである。この意味でも私がいちばん下手な，わけのわからぬ一文をここに投稿しますから，皆んもぜひ投稿してください。

もちろい，“人間の医学”はもっと高尚な論文，医学の最先端を行く論文を載せるべきだとおっしゃる先生は，どうぞ，どうぞ，光った最高の論文をお寄せください。しかし「医師の仲間の最後尾に追い縋りオズオズとつき従う」（中尾聰子先生すみません，あまり名文なので，ついお借りしました。）先生もどうぞ，お声を聞せてください。共にならんで深い感動をもって読む一会員のいることをここに記させていただきます。

（筆者は東京都大田区の会員）

愛情について

上田　篤次郎

「愛情の根本は性慾である」というようなことを誰かがいっていたように思うが，愛情といえば男女間のものだけでなく，人間愛，祖国愛，友愛，師弟愛などにも愛という言葉を使い，それなりにわかるような気がする。

そして後者の場合にはどうも性慾とは直接結びつかないように思う。

昭和46年版の青少年白書で，「性交は自由でよいと思う青少年の理由の58.3%は「お互いの愛情の結びつきだから」としており，フリーセックス賛成派（全体の29.6%）のモラルの基準は愛情に比重をおいていると分析しているが，この問題について考えてみた。

私は戦争中に2児を得たが，育児は専ら妻と家族に負うものであって，外地を転々としていて経験していない。

今春初孫を得て乳児と生活を共にするようになり，育児の経験をおくればせながら重ねつつある所である。

「孫は子供より可愛いものですよ。子供だとうるさい時もあるけれど，孫ならうるさくなれば親に渡してしまえば良いんだから……」というようなことを生れる前から聞かされていたが，それでは単なるペットに過ぎないではないかと思っていた。

生後1カ月から生活を共にしているが，男の子であるから性慾の対象でないことは間違いない。それでも可愛いことは事実である。

私自身の愛情の在り方を反省してみると，

1. 乳児というものは外敵に対して全く無力か無力に近い。
2. 乳児の精神活動がどのようなものであるか知る由もないが，きわめて自巳的であって周囲のことなど意に介しない点はむしろ潔く，好きなものは好き，嫌なものは嫌と率直に表現するものである。

の2点を基本とすると，新生児ないし乳児に対する愛というものは1方的な大人の方の愛情だと思う。

したがって「赤ん坊は無邪気である」というより「赤ん坊に対する時大人は無邪気である」というべきかもしれない。

愛の象徴が聖母マリアであり慈母観音であることは当然のことで，新生児に対する母が女として最も美しいこともうなづける。

「赤ん坊に対する時の大人の気持」をもう少し分析してみると

1. 自分なりの解釈であるにせよ，**理解しようとあらゆる努力を惜しまない。**
2. そして自分の意に反した反応を示しても，**すべてを許す心構え**でいる。
3. 赤ん坊の行動能力0ないしきわめて僅少と錯覚して，**できるかぎりの支援をする**つもりでいる。
4. 自巳の生活体験をもとに子供の発育を喜びつつ教え導き，**無償の教育者に甘んじる**つもりでいる。

の4点にしぼられるのではないだろうか。

知恵がついて来て自分の予期した反応と異なった事象にぶつかると，次第に一般対人関係の範疇で考えるようになるが，その場合も「子供は親が考えるより早く，本人が考えるより遅く大人になる」現象が見られるものと思う。

育児というものは種族保持の本能に基づく部分があるにせよ，愛情というものは後天的の，親ないし大人の精神活動の表われであって，最近のように欠陥人間が育児を放棄することも敢て不思議ではないように考える。

愛情というものは相手を理解しようとあらゆる努力を惜しまず，すべてを許す心構えで，できるかぎりの支援を行ない，相手の進歩発達を心から喜びとするものであるとすれば

（宗教のことはよく知らないが），それはまさしく神の心であり，仏の慈悲なのではないだろうか。

愛情を本能である性慾から切り離して考えると，愛情こそ人間社会を明るくする基本であることがよくわかり，その人自身にとってもなごやかな，よろこびであることが理解できよう。

昭和46年における新宿保健所管内の婚姻届出数は3,075であり，また離婚届出数は437であるという。

そして離婚理由の相当部分は「性格の不一致」，「愛情の欠除」というようになっているらしいが，この中には性慾を愛情と錯覚して結婚生活に入ったものが相当含まれているのではないだろうか。

それらの点から最初に掲げた青少年白書の「お互いの愛情の結びつきだから，性交は自由でよい」53.3%ということには危惧を感じるので，若い人たちにはくれぐれも愛情と性慾を混同しないよう，そして愛情というものを深く考え，確めた上で結婚生活に入るよう話したいと思っている。

（〒160 東京都新宿区
東大久保1-335）

平和なる日々人類は何時ほろぶ

片岡　茂和

たいへんだア。

殖える殖える人間が。

人間の洪水。ネズミ算式というが，その比でないくらいに人間算的増加。ああ宇宙船地球号は見渡すかぎり，人。人。人。

ある宴会でまじめなTさんと話す。「アメリカはベトナム戦争をいつまで続けるのだろう」と彼。「ああ，あれは人減らしですよ」僕は答える。どこでも，「産めよ殖やせよ」式であると，遠からず地球上のあらゆる陸地は，もう人。人。人で満員になる。だから，たとえば日本なら交通戦争で着実に毎年一万人減らす。アメリカは東洋の南国のベトナム人を根気よく減らしている。

思っても見給え。世界の人口が10億になるのに数万年を要した。次の10億殖えるのに130年を要したに過ぎない。数万対130の何と驚異。さらに次の10億殖えるのには僅30年を要するのみ。現在36億の世界人口。しかし次の10億殖えるのは15年と推定される。

車の中にて。僕は可愛娘ちゃんに告げる。そのうちに我々のこの地球は，人で人で溢れる。食糧も不自由になる。吸う空気も配給制になるかもしれない。着衣する服も，ひょっとしたらパンツも三着以上はぜいたくだという時代が来る。あと200年もすれば……。

ところがある日，僕は「人間算的殖え方」を計算してみて，考え方が甘い。遠い将来でなく，僕が生きている時代に困難な時代が迫っていることを知った。

130，30，15を級数として，どんな数式ができるか。途中の複雑な手数を略して，結果を記す。

$2^3X, 2^1X, 2^0X, 2^{-1}X, 2^{-3}X, 2^{-5}X, 2^{-7}X, 2^{-9}X$

$2^3X=130$年，$2^1X=30$年，$2^0X=15$年

130年：30年：15年：7.5年：1.87年：5.6月：1.4月：10.5日：2.6日：0.7日：……

紀元(年)	世界人口(億)	間隔(年)
1800	10	130
1930	20	30
1960	30	15
1975	40	7
1982	50	2
1984	60	
84～	70以上	

かくて1984年以降は，世界の人口は1～3日経てば10億増を繰り返す予定。ああ，参った参った。早く学者か政治家か，役人か医師か，軍人か宇宙人口研究家か。誰か出て，この人間洪水現象を止めてくれ給え。

48. 1. 8

（〒671-13 兵庫県揖保郡御津町室津）

—「情報サービスセンター」報告—

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

吉田澄彦先生より

今度当福岡県医報に home doctor につき小文を書くことになりましたが，これは医療制度の異なる米，英に同じ性格のものがあるとは考えられず，文を書く以上一応「home doctor というのは英語にありましょうか，それとも和製英語でしょうか」お尋ねします。（12月20日）

お答え

蒲田卓先生がモダーン・メディシンのスタッフなどを通して調べてくださいましたが，日本でいう家庭医は family doctor で home doctor とはいわないようです。特定の収容施設の何々ホームというようなものの嘱託医という意味では home doctor という言葉も使うそうです。

□あ と が き□

本誌の出版遅延もやっと解消されかけてきた。遅延の理由はともあれ，本号あたりからは定期刊行を厳守したいものである。

×　　×　　×

本号は原稿不足が予想されたので，“ヒトを見ればドロボウ”と思っては人権ジュウリンになってしまうが，編集委員は“ヒトを見れば原稿を書け”という人権ジュウリンまがいの依頼をやってのけた。

迷惑至極の先生もたくさんおられたはずである。が，おかげさまでとにかくこのような珠玉篇が集まった。本会ならではとほんとうにありがたく思っている。

編集委員だけがいい本を作ろうといくら力んでみても，原稿なしの徒手空拳ではダメである．その反対に原稿さえあれば，編集委員なんてほとんど無用の長物化するであろう。とにかく諸先生のご投稿の一篇でも多からんことを切望しております。

×　　×　　×

数日前往診の帰りがけに，私はうかぬ顔をしながら，ふと玄関先の梅の木を見上げた。出版遅延やら原稿不足やらで頭がコンガラガッていた時である。

ツボミがたくさんふくらんでいた。しかも，ちょうど私の頭上にある枝の２輪だけが開いていた。

この頃は公害だ，大気汚染だ，日照権侵害だという文字を見ない日はない。そんな中で，しかも万物が冬眠しているであろうこの厳寒の中で，まっ先きに開いたこの花の気高さ，それを見て私の心は安らいだ。

梅二輪，俺は開くさ春だもの

句にはならないだろうが，春になれば開くこの自然の妙理，この孤高の良さが，古来，この花のごとなく愛されてきた所以であろう。

×　　×　　×

本号の世に出るのは桜の花も散って，若葉のもえる頃であろう。本号の遅延せざらんことを念じつつ。

（広瀬　正義）

□□□□□

訂　正

第56号（47年12月号）21ページの写真に吉田先生とありますが，これは誤りで，新山栄先生（新宿区市ケ谷加賀町 2-33 のものです。御迷惑をお詫びして訂正します。

人間の医学／第 58 号

1973 年 4 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・東京都港区新橋2-20　新橋駅前ビル
1号館8階　株式会社協和企画内
「実地医家のための会」
電話　東京（03）571-3111

本会へ入会ご希望の方は上記事務局へお申込み下さい。会費は，本誌（年6冊発行）のほかに各種プリント代その他も含めて，年額4,800円(本誌1部では800円です。