

医者に対する患者の〈強い投薬要求〉 ——セルフケアとしての受療行動の特異な事例として——

村岡 潔*

Patient Demand for Specific Medications from Physicians

Kiyoshi Muraoka, M. D. : Department of Environmental
Health, Graduate School of Medicine, Osaka University

The aim of this paper is to introduce the reader to ten case histories of 'patient demand for specific medications' from physicians. The patients had decided the necessity of medication before consulting their doctor. From a self-care practice point of view, this health seeking behavior is interpreted as one of the most direct forms of self-medication with prescription drugs or injection drugs.

Most of the patients who demand for favorite medications may have been accustomed to the hospitals. They may have kept themselves *compliant* with their doctors for a long time. It tells how 'patient demand' happens. Once a doctor has prescribed or injected drugs and taught his patients an easy and acceptable way to handle their problems, on later visits the patients may again ask for these drugs or injections. Thus doctor's prescribing or injecting habits might influence patients' decision making and expectation. The phenomenon known as 'patient demand', therefore, is supplier induced demand. This explanatory model or mechanism is most likely and useful in understanding the doctor-patient interactions where 'patient demand' may take place.

キー・ワード

自己投薬 Self-medication 患者の投薬要求 Patient Demand for Medication
セルフケア Self-care コンプライアンス Compliance
医者－患者間の相互作用 Doctor-Patient Interactions

*大阪大学医学部大学院環境医学, 連絡先: 〒611京都府宇治市開町35-15

はじめに

患者のセルフケアという概念は、昨今、コンプライアンスの対概念として強調されているようである。つまり、糖尿病や高血圧症のような慢性疾患の患者の食事療法や運動療法には患者の積極的な自主管理、すなわち、セルフケアの必要性が強調される。一方、そのためには、患者が自分の病気に関して「正しい病識」をもって、医療者（医者、看護婦、栄養士、薬剤師などの医療従事者）の指導や指示にきちんと従うこと、すなわち、医療に対するコンプライアンスをよくすることが必要であるとされている¹⁾。

しかし、医療者側から見たこのような理念が、実際の医療現場では患者によってどのように実践されているのか、また、それが医療者にとってどのような反省をうながしているのか、といった問題点については、事例研究を重ねる中でしか明らかにされないものと思われる。そのような調査研究の一環として、この小論では、ある病院の夜間外来患者に見られた〈強い投薬要求〉という特徴的な受療行動のパターンを紹介し、その解釈と成立機序、ならびに、この受療行動とセルフケアやコンプライアンス概念との関連性についての検討を試みたい。

I 〈強い投薬要求〉とその事例紹介

一般に、患者の受療行動の中には、口には出さなくても、医者に対する投薬の要望や期待が含まれている。患者がかぜをひいたりどこか痛かったりするとき、病院を受診するのは、医学的な診断名を知ることよりも、むしろ薬を処方してもらったり注射をしてもらうことが目的だからである。ここでは、論をすすめる便宜上、このような投薬への要望や要求が、医者に対し患者から明確になされた場合だけを「投薬要求」と定義する。さらに、このうちの要求度の強い場合を〈強い投薬要求〉と呼ぶことにする。すなわち、〈強い投薬要求〉とは「患者本人（または代理の家族）が、すでに医者の診察前に薬物治療の適応

や必要性を決定しており、しばしば薬物名を指定し、時に、その薬物治療の実行を医療者に迫る」ことである。もちろん、これは「強い薬」を要求するという意味ではない。本論文では、医療者としての報告者が診療した患者から受けた〈強い投薬要求〉の事例を紹介し、一般に、投薬要求がもつ意味について考察する契機としたい。

さて、報告者がA病院で夜間診療を担当した、1988年3月から1989年5月までの間（毎週月曜日夜刻から翌朝の時間帯に、初診と再来を含め、毎回平均約50名が受診したが）に、10余りの〈強い投薬要求〉に相当する事例に遭遇した（表1）。以下、その代表的な事例について紹介する。ただし、この論文では〈強い投薬要求〉の頻度等についての推計学的な検討は行っていない。

【ケース①】

ケース①の患者は20歳のOLで、のどの痛みを訴えて、夜間外来を受診してきた。診察室に入るや開口一番「かぜをひいたから、前にやってもらった注射をしてほしい」と言い出した。このような場合、患者は「のどが痛い、咳が出る」などの症状を訴えるだけに留め、医者には、それを受けて患者を診察し「急性喉頭炎」などと診断したうえで、薬を出したり注射したりする治療手順を踏むのが一般的である（と、医者には考えている）。

しかし、ケース①の女性は、このような手順を飛び越えた要求を行ってきた。そのため、医者（報告者）は唐突な感じを受けてしまった。さらに、医者（報告者）の治療方針（治療モデル）では、かぜはウイルス性がほとんどだから理論的に抗生物質は効かず、休養と安静が一番望ましい。したがって、安静のため解熱剤や鎮痛剤は処方するが最初から抗生物質は処方しない。また、注射は一時的なものであり、解熱剤の注射もしない、というものである。そのうえ、このように若いうちから、かぜ程度で注射する習慣をつけることは望ましいこととは考えられない。そこで患者には安静と休養をすすめて注射は断わった。ところが、患者は「注射してもらいにきたんです」と強い口調で注射を迫った。「あなたの場合、注射は必要ないが、咽頭痛をとる飲み薬はもちろん処方しますよ」と答えると、彼女は「薬は家にあるから要りません。注射してほしいんで

表1 セルフケアとしての〈強い投薬要求〉の事例

ケース	主訴・診断	所望した薬	その使用歴/期間	合併症・既往症
① NI(20, F)	普通感冒	パニマイシン筋注	2回/1年間	上気道炎
② MI(50, M)	イラツキ	フェノバール筋注	37回/5年間	高血圧症・胃潰瘍
③ HN(58, M)	普通感冒	ケフラール内服	122回/2年半	高血圧症・胃潰瘍
④ TS(60, F)	(普通感冒) (膀胱炎)	パンスポリン点滴 ドルコール内服	エセポリン8回/5年前 3年前にあり	糖尿病・胆石症
⑤ CY(50, F)	(気管支喘息) (普通感冒)	(ホスミン点滴) (サクシゾン静注)	1回/3か月前 2年前から時々	慢性頭痛・筋肉痛
⑥ OI(57, M)	顔面痛	ヴェノピリン静注	3か月前から時々	糖尿病
⑦ SU(64, M)	気管支喘息	ケナコルトA筋注	なし(知人の勧め)	慢性胃炎
⑧ HT(54, M)	普通感冒	ホスミン点滴	「いつもやってる」	気管支喘息
⑨ TT(30, M)	腰痛	(ポンタール内服) (ソセゴン筋注)	1年前から 3年半前から	(胃潰瘍) (副腎丸炎)
⑩ TB(76, M)	不眠	(ユーロジン/ハルシオン内服)	4か月前から	(高血圧症・狭心症) (気管支喘息)

※ケースの欄の()内の数字は〈強い投薬要求〉時の年齢。 F=女性、M=男性。

す。苦しんでいる患者の言うことを聞くのが医者ではないんですか！」と大声をあげて、あくまでも注射を打つように要求した。

外来カルテを見ると、患者は、この病院を過去1年間に2回受診し、上気道炎という病名で抗生物質の筋肉注射を受けていた。前回抗生物質の筋肉注射を

行ったのは2人の異なる医者であったが、上気道炎（かぜ）に対して抗生物質を筋肉注射するという点では彼らの「治療モデル」は同じだといえよう。また、患者の口ぶりから、患者は、その注射の後にかぜが治ったことでこの治療の有効性を評価し、かぜには筋肉注射が効くという治療モデルを学習したものと推定された。けれども今回は、彼女の〈強い投薬要求〉が、医者（報告者）の治療モデルと合致しなかったため、患者は「かぜの注射」を受けられないことになった。また、粉薬と錠剤はあるというので消炎鎮痛解熱剤の水薬を処方すると、患者は恨めしそうに受け取って帰っていった。

ケース①の「患者の言うとうりにするのが医者ではないのか」という〈強い投薬要求〉が筆者に与えた強烈な印象がきっかけとなって、そのような受療行動の調査を企画した。表1にあげたケース②～⑩までは、ケース①の後に報告者が遭遇した〈強い投薬要求〉の事例である。

〔ケース②〕

ケース②は、50歳の男性で、毎年、春夏の気候の変わり目に「イラツク」という患者である。クリーニング店を営んでいる。彼は、来室するなり「最近、またイライラするので例の注射をしてほしい」と言った。その注射薬とはフェノバルであった。フェノバルとは、通常、催眠・鎮静・抗てんかん剤などに適用が限られている薬物である。

そこで、カルテをめぐって、彼が要望した薬の使用歴を調べてみた。すると5年前に、めまいと「イラツキ」を訴えた際にフェノバルを初めて注射されて以来（春・秋に平均4.6回）合計37回注射を受けていた。患者によると、医者はフェノバルを打つと眠くなるはずだというのが、「それを注射してもらって目がバチーとさえる」と言う。さらに、本人が念をおすように、その注射が常服薬となって年中続く危険性は、カルテ上からはほぼないと考えられたので、報告者はこの患者に対するフェノバルの注射を認めた。今回は、注射は1回で終わり、最近（1990年2月）確かめたところ、その後も続けて注射したという記録はこの病院のカルテにはない。また、今回より以前だが、患者の希望したフェノバルを意図的に避けて、別のマイルドな注射を指示したと考えられる

医者が2人あった。

〔ケース③〕

ケース③の患者は58歳の自営業の男性で、かぜをひいたので「マイシン」が欲しいという。マイシンとは、抗生物質の通俗的な名称であり、この患者の場合には、抗生物質のケフラールをさしていた。本人の主張どおり、カルテによると、彼は、この「マイシン」をかぜをひくたびにこの病院で処方してもらって飲んでいて、患者は、青と白のカプセルをお守りのように大事にしており「かぜひいたら、これがないとだめなんです」と言って、ぜひ、処方して欲しいと強調した。彼は、この薬を自分のかぜにとって不可欠のものと考えており、仕事が多忙でなかなか病院に来られないから、たくさん処方して欲しいとも希望した。

一般にかぜは、咽頭炎などの上気道感染をさし、ウイルス感染がほとんどである。したがって、細菌による2次感染や気管支肺炎が起きないかぎり、厳密には抗生物質は必要ではない。この意味で、外来での抗生物質の処方には医者からは「予防的投与」と位置づけられることが多い。また、抗生物質が必要だとしても、このケフラールという抗生物質が、起因菌に効くかどうかはその菌の感受性を検査してみないとわからない。仮に、感受性があっても、このケフラールを1日3回1カプセル服用することで、血液の中の薬物量が細菌の繁殖を抑えるのに有効な薬物量に達しているかどうかはわからない。こう考えると外来でかぜなどに処方される抗生物質は、患者だけでなく多くの医者にとっても、薬理効果より心理的效果が期待されているとすべきであろう。この患者の投薬要求した薬の使用歴は、過去2年半にわたっている。

〔その他のケース〕

ケース④の60歳の患者は、抗生物質入りの点滴を要望して、「かぜをひいてのどが痛いときは、皮膚にテストの注射をしたクスリが効く。テストをしていないのは効かない。テストが必要なクスリを注射してほしい」と要求している。また、膀胱炎に関しても、新しく変えた抗生物質(抗菌剤)が症状を改善しないので「以前の薬にぜひ戻してほしい」という内容の〈強い投薬要求〉も行った。

た。

ケース⑤は50歳の気管支喘息の女性で、喘息発作のためにほぼ毎日、気管支拡張剤の点滴注射を受けている患者である。発作が強いときやかぜをひいてくるときには、ホスミンなどの抗生物質や副腎皮質ホルモンなどの〈強い投薬要求〉を行っている。患者が毎日のように病院に通って来ているのに、ある医師は「コントロールが悪く、教育程度が低い」というラベリングをカルテに記載していた。

ケース⑥は57歳の患者で、右の耳介周囲の顔面痛のために、3か月前から、2～3日ごとにアスピリンの静脈注射を受けている。この注射は、一般に緊急時に必要とするものであり、時にショックを起こすことがあり、症状が慢性化しているこの患者には、絶対的な適用がないと考えられた。そこで経口のアスピリン製剤か、他の消炎鎮痛剤の坐薬をすすめたが、患者はどうしても同じ注射を続けて欲しいと強く要望した。

ケース⑦は64歳の男性で、投薬を希望してきたケナコルト A という薬の使用歴は、この病院のカルテには記載されていなかった。そこでなぜその薬の名前を知っているのか尋ねたところ、知人に自分と同じ気管支喘息の人がいて、他の病院でその薬を筋肉注射してもらって大変調子がよいと教わったので、ぜひともこの薬を注射してほしいという。この患者はすでに、長期にわたり別の副腎皮質ホルモンを使用しており、この薬の投与にて副腎皮質ホルモンの総用量を減らせると判断して、月に1～2度の使用を認めることにした。ちなみに、気管支喘息などの慢性患者同士が「患いのコミュニティ」と呼ばれる仲間社会を形成していて、このように情報を交換し合うことは少なくないといえよう。

ケース⑧は54歳の男性で、気管支喘息の治療中である。このところかぜがひどくなってきたので喘息の悪化が心配だからとからということで、希望して4日前から抗生物質を点滴に入れてもらっている。いつもかぜなどで不調のときには、抗生物質を使ってもらっていると話していた。

ケース⑨はコンピュータ会社に務める30歳の男性で、ほとんど夜間に腰痛を訴えてやってくる。腰痛に関しては、3年半前からソセゴンの筋肉注射を、ま

医者に対する患者の〈強い投薬要求〉
た、1年前からは、さらに、ポンタールの内服を続けている。患者に注射している看護婦の何人かが、患者は受付や待合室では普通にしているのに診察室に入るなり、苦痛の症状に変わり、注射を希望するのだと指摘している。

ケース⑩は76歳の男性で、高血圧症・気管支喘息などで加療中である。4か月前から不眠ということで、希望して断続的に睡眠薬を飲んでいる。特に、今回はユーロジンを一度に7錠飲んだが眠れない」と訴えてきた。一般に、必要なときになれば人間眠れるのだから無理に眠る必要はないし、不眠といっても実際はかなり寝ているのにただ朝に寝た気がしないという場合も多い、と説明したが、それでもぜひ睡眠薬が欲しいと希望した。

これらの〈強い投薬要求〉の事例には、ケース⑦を除き、希望・要求した薬の使用経験が認められた。またケース①を除いた9名の患者が、現在、気管支喘息・糖尿病・高血圧症やその他の慢性疾患で加療中か、その既往があった。

II 考察— 〈強い投薬要求〉の成立機序に関して

ここで紹介した〈強い投薬要求〉の事例には、次の共通点が認められる。すなわち、①「医者に対し患者から明確に投薬を要求していること」、しかも、②「その薬による治療の必要性を医者を受診する前に、すでに患者本人が決定していること」である。これらは最初の定義でとりあげた特徴であるが、さらに、③「要求した薬の（直接または間接的な）使用経験があるということ」も共通している。また、これらの事例の多くが、④「慢性疾患で病院における治療を経験していること」も重要な共通点と考えられる。このことは〈強い投薬要求〉を行う患者には、日頃、病院に慣れ親しんでいる傾向があり、また、定期処方に対する服薬態度を見ても薬物治療に対して「コンプライアンスがよい」ことを示唆している。

ここでいう「コンプライアンス」とは「医療への服従」を意味する medical compliance の訳語である。すなわち、それは「医療・保健・健康管理などのヘルス・ケアを目的として、医療者が患者に、薬の服用・食事指導あるいは運動

療法などのライフスタイルの改善などの指示や助言を与えた場合に、患者がその指示や助言に従った行動をとるかどうかを見る考え方⁸⁾である。例えば、医療者の指示通りに薬の服用を守る患者は「コンプライアンスがよい」とされ、逆に、服薬や食事療法をきちんと守らない患者は「コンプライアンスが悪い」とか「ノン・コンプライアンス」などとラベリングされる傾向がある。

このコンプライアンス概念は、図1に示したように、医療者の提案する〈治療モデル〉を採用する以上、医療者の〈病気モデル〉をも採用していることはいうまでもない。ちなみに、コンプライアンス概念は、医療者の治療モデルを採用するかしないかを医療者側が問う性質のものであり、患者の反応によって医療者が治療モデルの意義や自らの医療者としてのあり方を検証する契機とはなりにくい。つまり、コンプライアンスの考え方は、医療者から患者へ治療モデルがそのまま伝達されることを前提としている。このような一方通行的な「患者－医療者関係」²⁾は、医者が親・保護者であり、患者は子・保護される者という立場に立つパターナリズムに属するものといえよう。

さて、〈強い投薬要求〉の共通点としてあげた◎と④から推論されるように、同じ病気や同様の症状を何回も経験している患者は、医者¹⁾の診断や治療に使われた医療モデル（すなわち病気モデルと治療モデル）を学習し、それを自分の医療モデルの中にとり入れている可能性が大きいと考えられる。このようにして医療化を受けた患者は、コンプライアンス概念に従えば「コンプライアンスがよい」ということになる。

次に、受療行動としての〈強い投薬要求〉の成立機序について考えてみたい。図2は、〈強い投薬要求〉の成立機序、および、その機序とコンプライアンスの良さとの関係を想定したものである。すなわち、その成立機序は、コンプライアンスのよい患者が、医療者A・B・C……など（同一の医療者の場合もある）から、①回、②回、③回と同じ〈治療モデル〉に基づいた薬物治療を受け指示を守り続けるうちに、それらの経験から〈治療モデル〉を学習する。ここまでは、前述の共通点◎と④に相当する。そこから、次の機会には、投薬要求の必要性を自己決定（すなわち「自己処方」）へと進み、ついに④のように、別の医

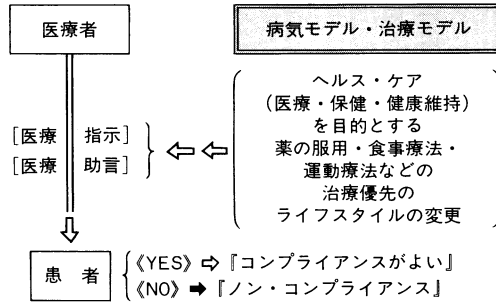


図1 コンプライアンス：(医療者側の判断基準)

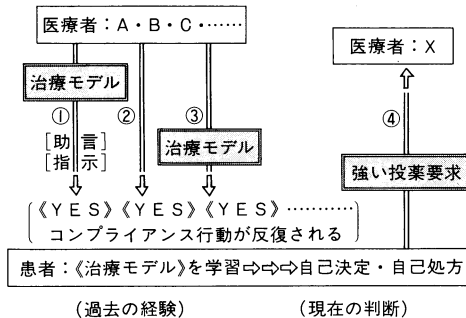


図2 《強い投薬要求》の成立機序(仮説)

療者 X に対して、逆に患者の側から、学習した〈治療モデル〉を要求するようになるものと推定される。前述の共通点の③と①はここに相当している。

日本では、医者処方以外の薬は薬局で手に入れるのが普通である。その場合、薬局で薬剤師や店員と相談してはじめて薬を決めることもあるが、前もって買う薬を決めて薬局に行くことも少なくない。これらの自己決定に基づく治療行為は、一般に「自己処方」あるいは「自己投薬」と呼ばれており⁵⁾、セルフ・ケアのカテゴリーに入る。例えば、ケース①の場合における〈強い投薬要求〉は、薬局で手に入らない注射薬を病院で注射してもらおうという目的意識によるものである。そこには「自己処方」「自己投薬」の特徴が見られる。もっとも、日本における医者との関係は基本的にパターンリズムに基づいているため、多くの患者は「医者にお任せする」という意思決定を行うのが一般的である。そのため、今回紹介したようなスタイルをとる患者は少数派に属してい

と思われる。しかし、彼らも過去に医療者が行った治療行為を模倣し、その後の患者－医療者関係の駆け引きの中で、その「治療モデル」による利益を追求している点では、パターンリズムを利用していることになろう。このような目的意識をもった投薬要求の事例は、臨床上少ないとしても、受療行動における患者－医療者間の駆け引きの本質を表現している点で重要なものである。

ただし、治療モデルを経験し学習したとしても、その全ての場合に「投薬要求」や〈強い投薬要求〉が生じるわけではない。それが起こる背景には、例えば、注射や抗生物質がいつも強力な効果をもつと考えて、それを期待する医者や患者の注射信仰・抗生物質信仰といったもの⁹⁾が介在していることも考慮すべきであろう。

ところで、外国では、医者に対する患者の投薬要求はどう位置づけられているのであろうか。K.ディーンは、論文「病気に対するセルフケア反応⁹⁾の中で、自己投薬 self-medication のカテゴリーに「医師処方薬を自己投薬する最も直接的な形態として、患者が医者に特定の薬をリクエストすること」を加えている。そして、患者の投薬要求の経験データは不明だが、医学文献にこうした患者の圧力に対する医師の抵抗感についてしばしば引用されているところをみると、投薬要求は広範囲にあることが示唆されると述べている。ただし、この投薬要求が報告者のいう〈強い投薬要求〉なのか、もっと広い漠然とした投薬要求なのかについては言及していない。

医者に対する患者の投薬要求については、米国のシュワルツらも報告している。彼女らは、医学的には非科学的とみなされる薬を処方した米国の開業医72人について、その処方の動機について分析した⁷⁾。その結果、患者からの投薬要求 patient demand が非科学的処方の動機の46%を占めていた。ちなみにその他は、プラセボ効果を期待して、というのが24%、医者としての臨床経験から有効だと信じて、というのが26%を占めていた。ただし、シュワルツらは、投薬要求した患者側の動機については検討していない。また、この論文でも、その投薬要求の程度が〈強い投薬要求〉なのかどうかについては言及していない。しかし、投薬要求という受療行動が広範囲に行われていることを示唆して

いる点で彼女らの分析は興味深い。

それでは、投薬要求の成立機序についてはどのように考えられているのだろうか。E.ヘミンキは、薬物処方に影響を与える要因の中に、患者やその家族・雇用主などからの投薬要求を加えている。また、投薬要求の機序についても言及している。すなわち、医者が向精神薬を処方して、患者に自分の問題(症状)を簡単に処理する方法を、いったん教えてしまうと、患者はおそらくその後の受診の際には、その薬を再び所望するであろう。そうでないとしても、患者は近親者や友人から(そうした薬による)解決手段を学習するであろう。このように、患者が投薬を期待する背景には医者処方習慣が影響している点を指摘している⁶⁾。

ベンツェンらは、患者の投薬要求のような医療要求の現象を「医療供給者に誘導された要求 (supplier induced demand)」として位置づけている³⁾。彼らは、開業医のような医療供給者が、患者の医療への要求を発生させるとする。すなわち、第1段階としては、患者が医療供給者を訪れる意思決定をするのだが、第2段階として、開業医を受診する回数のような、医療供給者に対する医療要求の回数に関連がある。この段階における医療の「消費レベル」は、医療供給者によって大きく影響され、ないしは、決定されているとしている。

おわりに

以上、セルフケアの特異的形態と考えられる投薬要求という受療行動の事例とその成立機序についての仮説を紹介し、若干の文献的考察を行った。投薬要求というものは、それが漠然としたものであれ、ここで紹介した〈強い投薬要求〉の形態であれ、いずれにしろ、基本的には、医療者側の治療モデルが誘発した受療行動と考えることは十分可能であると思われる。

筆者は、医療に対する患者のコンプライアンスをよくすることによって、医療の質を高めようとする医療者側の努力の意義を全面的に否定するものではない。しかし、そうした努力が患者に対して〈強い投薬要求〉を行わせる結果になるのだとしたら、患者のコンプライアンスのよさを医療者が手放しで喜べな

いことになろう。実際、コンプライアンスの向上をはかろうとすることは、患者-医療者関係におけるパターンリズムの強化につながる。これでは、インフォームド・コンセントに基づく患者-医療者関係を求める昨今の動きに逆行することになろう。また、トロストルが言うように、コンプライアンスとは、元来、専門家支配の概念なのであり⁸⁾、コンプライアンスのよさが結果的に〈強い投薬要求〉を生み出すことになっても不思議はない。いずれにしろ、医療実践は常に患者と医療者の相互作用によって展開されており、患者は、単に医療者の指示に従っているだけでもないし、医療者のモデルから離れて自己決定しているわけでもない。〈強い投薬要求〉の成立機序に患者と医療者の駆け引きが必要であったことから示唆されるように、セルフケアとは、そのようなセッティングの文脈の中で多角的に考察すべき概念と思われる。

引用文献

- 1) 篠田知璋：セルフケアとコンプライアンス，看護技術，29(14)，pp. 1896-1903, 1983.
 - 2) 村岡 潔：医療職に求められる倫理，ナースデータ，Vol. 11, No.1, pp. 6-12, 1990.
 - 3) Bentzen, N. et al: Self-care within a model for demand for medical care, Soc. Sci. Med., Vol. 29, No. 2, pp. 185-193, 1989.
 - 4) Dean, K.: Self-care responses to illness: a selected review, Soc. Sci. Med., Vol. 15A, pp. 673-687, 1981.
 - 5) Helman, C.: Culture, health and illness. Bristol, Wright, pp. 42-57, 1984.
 - 6) Hemminki, E.: Review of literature on the factors affecting drug prescribing, Soc. Sci. Med., Vol. 9, pp. 111-115, 1975.
 - 7) Schwartz, R. K. et al: Physician motivations for nonscientific drug prescribing, Soc. Sci. Med., Vol. 28., No. 6, pp. 577-582, 1989.
 - 8) Trostle, J. A.: Medical compliance as ideology, Soc. Sci. Med., Vol. 27, No. 12, pp. 1229-1308, 1988.
 - 9) Weil, A.: Health and healing, Boston, Houghton Mifflin Company, pp. 206-218, 1983.
-