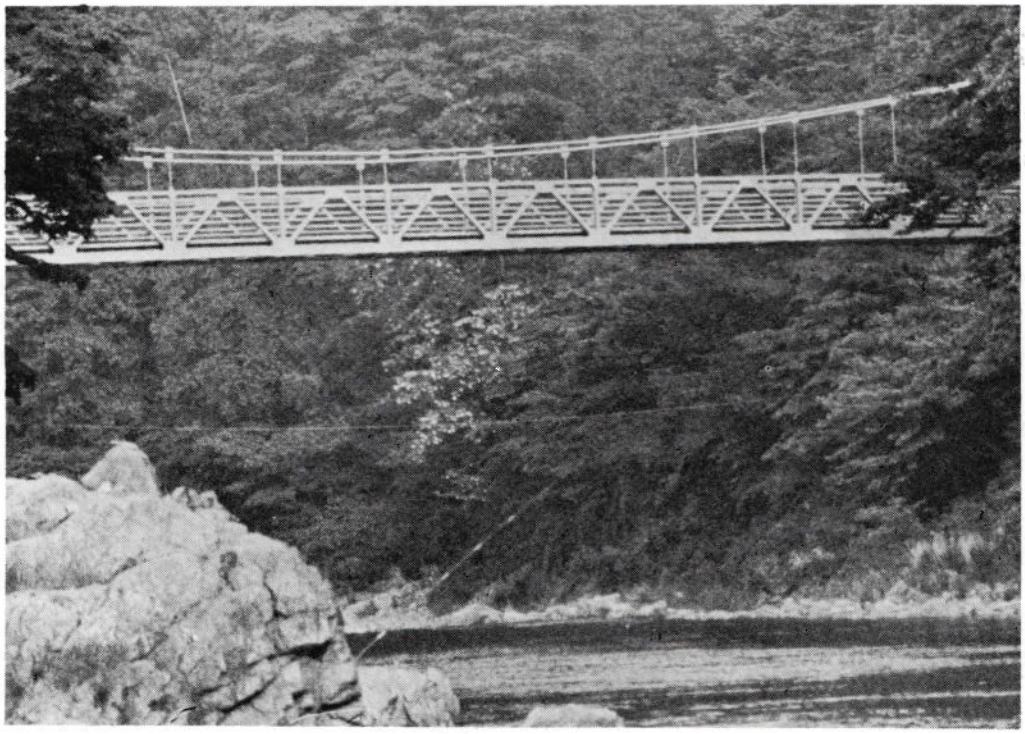
西多摩医師会報

第80号 昭和54年5月



楓　橋（御岳渓谷）　青梅　近藤　肇

目　次

時論
徳州会にみる資本の論理……堀田　洋夫…2
「今」払わなければならない犠牲を選ぶか、「将来」の破局を選ぶか。……植田　稔…4
学術
老年期に多くみられる脳神経疾患に就いて……後藤　文男…6
文芸
写　真……山車のせり合い……近藤　肇…10
短　歌……診療思い出他……小泉　新策…10
訃報
当医師会最年長者　大原芳雄先生……11
おしらせ
①交通安全運転講習会の開催……11
②青梅総合病院院長　吉植先生転任……11
③当医師会職員　藤田フジエ氏〝地獄よりの生還〟を出版……11
談話室
「地獄よりの生還」の読後感　川崎健一郎…12
事業部だより……12
公衆衛生部
保　険　部
医師会日誌……13
あとがき……14

時　論

徳州会にみる資本の論理

堀　田　洋　夫

＜年中無休＞、＜24時間診療＞、＜差額なし＞、＜謝礼拒絶＞、＜資本の論理からの脱却＞、＜真の医療を求める＞……　等々、はなやかなキャッチフレーズをかかげて、話題をまきちらしながら各地に登場して来た徳洲会病院について若干の考察と私見を述べてみたいと思う。なお、広辞苑によれば、スローガンとはある団体、運動の主張を簡潔に表わした標語の事とあり、キャッチフレーズとは、人の注意をひく様に工夫した印象的な宣伝文句、うたい文句の事とある。この定義に従って、徳洲会のスローガン？　に若干の検討を加えてみよう。

徳洲会進出地域の医師会の組織的対応の弱さ？に助けられマスコミの寵児となり、ついには厚生省のお墨付を得、今や、まさに破竹の勢いの進撃ぶりである。前記のスローガン？　には基本的に賛成できるし全く同感であり、日頃からそうありたいと願いながら多くの医師達が診療にあたっている筈である。従って「そうありたいと願望する意味において」徳洲会のスローガン？　自体に対する異論はないと思われる。しかし、これらのきらびやかなフレーズとは裏腹に何かすっきりしないものを感じるのは何故だろうか？　現実には、どうも、そうは行かないのではないかという感じを持たされるのは何故だろうか？

耳に心地よい、一連のキャッチフレーズを一つづつ検討して見たい。

まず＜年中無休、24時間診療＞　の内容はどうなのだろうか。具体的に、どの程度の医療内容と診療体制の年中無休、24時間なのかという事が問題である。いわゆる熱発、腹痛のたぐいの急病用の無休、24時間なのか、内科、外科、整形外科、脳外科、小児科、産科、婦人科、眼科、耳鼻科、皮膚科、泌尿器科等、その他全科にわたって責任を持てる24時間なのかによってキャッチフレーズの患者、市民に与える印象は全くちがったものになるし、我々医師にとっても意味はちがってくる。

その点を明確にしないまま「宣伝文句」として＜年中無休、24時間診療＞を使うならば、場合によっては〝羊頭をかかげて狗肉を売る〟事になるだろう。患者の側からすれば、医療内容まで立ち入って検討する暇もなく、単純に、いつでも何でも診てくれる ＝ 便利だ、安い、親切だという事で受診し、結果的にあまり良くないという様に受けとる例も出てくるであろう。事実、すでに、いわゆる「たらいまわし」があったと報道されている。即ち、専門医がいないという事で診療ができない事例が起きている。事の良し悪しの判断はさておくとして、現実の医療が、疾患を臓器別に細分化し、専門化する方向にある事は否定しがたい。そして、それら専門家間の有機的な関連がほとんど断たれている現状、人間と疾患をトータルに診るのではなく、人間をバラバラに分解しその一部品についてミクロに検討することがあたかも最高の医学であるかの如き感のある現在の状況の中で常時、全科をカバーし得る医療体制をつくりあげる事は至難の業である。まして、私的な病院の場合、診療行為は営利行為と表裏一体になっており、決して「きれいごと」では行かない機構になっているにも拘らず、宣伝文句として＜年中無休、24時間＞を使うのは無責任ではないか。

西多摩地区内でも、数年前に、徳洲会ではないがこれと同じく、一字一句も違わない宣伝で、派手に登場した例があったが、その実態はどうであったのだろうか。以後の経過は興味をひかれるところである。

全ての患者の要望にこたえながら年中無休、24時間診療を維持するためには、多数の優秀な医療スタッフと設備と天文学的数学の資金的裏づけが必要である。そのためにも、強引に患者あつめをやる必要に迫られることになる。患者あつめのためのキャッチフレーズとしての＜年中無休、24時間診療＞であればスーパーマーケットの〝セブンイレブン、あいててよかった〟と本質的に同じで、医療を商業と同列におく事になり、およそ、常識的な医師のやる事ではなく、許すべからざる事である。そもそも、全ての医師は基本的に24時間スタンバイの状態にあるのであって、徳洲会だけで

はない。ただ、医師と云っても生身の人間、つかれていれば責任ある診療ができないので他医療機関にまわってもらう事があるだけの事、全国をまたにかけて"大型医療店"の"開店"のためにとびまわっている人物に、現場の医師の様々な苦悩がわかる訳がないではないか。

いま、徳洲会病院に勤務している「良心的」医師達も生身の人間にかわりはない。理事長の大言壮語に扇動され続けるのも時間の問題であり、早晩、必ず矛盾がふき出すであろう。現に、徳田病院では24時間診療の看板をおろしたと聞く。看板のあげおろしは軽い事かもしれないが、世間をあざむいた事の責任は極めて重いとは考えないのだろうか。

＜差額ベットなし＞について

多くの病院、有床診療所において差額を徴収しているのは事実で、これは決して良い事とは言えない。徳洲会に言われるまでもなく、患者の立場に立って考えれば、差額徴収はない方が良いにきまっている。医師側としても徴収しづらいものである。問題は差額をとるから悪い、とらないから良いという事ではなく、悪いにきまっている差額徴収がなくならないのは何故かという事を、現在の日本の医療制度、保障制度の中に本質的に見出せるか否かであり、制度的欠陥をどう克服するかという見地から解決策を発見する様に努力すべきで、「余裕のある病院が趣味的に差額をとらない」方法では何も解決しない。いろいろ苦心して差額徴収を廃止又は廃止の方向に進めるべく努力している医療機関もある。又、逆に公立病院の中にも、差額徴収をせざるを得ない所もある。その事について、他でもなく徳洲会の諸君も充分承知している筈である。にもかかわらず、その事に言及するのを避けて、あたかも全体の医療機関が、何の苦痛も感じないで平然と差額を徴収しており、ひとり徳洲会のみ差額をとらないかの様に吹聴するのは、やはり「宣伝文句」の域を出ていないものである。驚くべきことであるが、徳田病院では「個室で差額を徴収している」！のである。総室では徴収しないとは言うものの、それは何も徳洲会に限らず、一般的傾向である。世間をたぶらかすのも程々にしたらどうだろうか。

＜謝礼拒否＞について

ことわっておくが、自ら患者やその家族に対して謝礼を要求する医師が、今までにいたかどうか？　断じていなかった筈だ！

明治以来の権威主義的ドイツ医学の輸入培養の過程で生じた医者と患者との間の悪しき主従関係の中に咲いた悪しき日本的あだ花としての謝礼を大半の医師が極めて心苦しいものとして認識しつつも、患者及び家族の善意、謝意を傷つけたくないという点で腐心し、うけとるか拒絶するかでハムレットの様な心境に追いこまれて来たというのが実態ではなかったか。

自分達は謝礼をうけとらないと天下に公表し、だから自分達のみが「良心的医師」と認められたいなどという、はしたない自己宣伝行為を、多くの医師ができなかっただけの事ではないのか！

公然とは拒絶しなかっただけの謝礼問題をあたかも、徳洲会の専売特許の如くに言いふらし、徳洲会のみが謝礼を拒絶し、他の医者は、さも当然の如くに受けとっているかの印象を世間に与えて自らの病院に患者を集中させる手段に使うなど、"御立派"で感服せざるを得ない。医者などやめて広告会社の全国チェーンでもおやりになったら如何かと思う。或は、「味な事やるマクドナルド」でもいいのでは。

＜生活資金の立替、供与＞について

おそらく、入院中の生活資金に関連しての事であろうが、その資金はどこから捻出されるのだろうか？　患者側からみれば、一時的にはありがたい話ではあろう。しかし、医療機関が一種の金貸し業様の活動をする事は医療から明らかに逸脱してはいないだろうか。

病気で入院すると本人も家族も、とたんに生活苦におちいるという事態は、実は、医療の問題ばかりではなく、日本の福祉制度の問題であり、広く政治、経済の構造の問題として、とらえなければならない事ではないだろうか。一医療機関で、部分的に、立替、供与を行なう事によって、患者、家族のみならず、国民全体の制度的欠陥に対するアプローチのほこ先をにぶらせる結果になりはしないだろうか。又、徳洲会以外の医師が、患者の生活資金の立替等ができないからと言って非難されても、それは無茶というもので、そんな経済的余裕のある医師は少数なのだという事を、あえて強調しておかなければなるまい。"資本家の如くにお恵みをたれる"程の余裕はないのだ！

＜三割負担免除＞について

困っている患者に対して三割自己負担分を免除すると宣言しているが、これについても、徳洲会がわざとらしく公言するまでもなく、従来、現実に、部分的に実行されて来ている事にすぎない。払えない人から取れないのはあたりまえの事ではないか。ケースバイケースで、生活保護や医療保護の受給を指導したり、支払いの延期等の措置はどこでも、多くの医師が、その時々の判断で実施して来ている事で、特別に声高に宣伝する必要もなかっただけの事である。全国の患者、家族にアンケートでも取ってみたらよい。そんな例は数え切れない位、出て来るであろう。

しかし、言うまでもない事であるが、医師にとって、患者の負担分免除や延期の措置は、そのまま、医師の経済的負担となり、自己の生活に直接影響をもたらす事ではある。にも拘らず、それはそれで、従来、対処して来たのである。

従って、これも徳洲会流のためにする宣伝以外の何ものでもない。

＜資本の論理を克服し真の医療を…＞について

徳洲会方式がいつまでも続けられるかという現実的な質問に対し、まともに答えられず、「徳洲会のレベルは55点、徳洲会のレベル以下の医療機関が沢山あるから、徳洲会がつぶれる前に、それらの低レベルの医療機関がつぶれるだろう」云々という間の抜けたすりかえ論で得々としているところなど、極めつきのマンガチックな無責任さである。この事を以って徳洲会の本質は、はしなくもあます所なく暴露されたと言える。即ち、従来の医療のあり方を変革し、医療レベルを高めて、〝真の医療を求める〟と言いながら、実は、様々な美辞麗句を羅列して民心（患心？）をひきつけ、彼らの言うところの「レベル以下」の医療機関を潰滅、排除し、自らの医療市場占有率（商業の世界では、これを、シェアなどという）を確保、拡大して行くという、文字通り〝資本の論理〟で動いているのが徳洲会病院である。（資本主義初期における植民地市場争奪戦を思いおこしてみよう。〝聖戦、正義の戦争〟の名のもとに植民地獲得競争に狂奔した過去の歴史のイメージとみごとに重複するではないか）

そもそも、30億だか50億だか定かでないが、金融資本にあやつられて、他でもなく、この資本主義社会のまっただ中で「資本の論理を克服する医療を実現する」などという矛盾した「曲芸」が可能かどうか？　幼児にだって簡単にわかる話である。

私達は、この様なきらびやかにして空虚かつ矛盾だらけの宣伝の実態を暴露、排撃しつつ、私達、医師に対する歪曲を以って口に糊するマスコミや、組織外にあって「医療の商業化」で荒かせぎを事とする徒輩とは断固として斗わねばならないし、組織内にあって、組織の庇護の下で、患者を食いものにする一部の諸氏に対しては一線を画し、苦痛ではあるが対決せざるを得ない。そして、一方、地道に、自らの医学的、倫理的レベルを少しでも、向上させながら、本当の意味で〝病める人達のための医療〟をつくりあげ、真に、患者、住民の信頼に応え得る医師会にして行かねばならないのではないか。

医師会は、自己の経済的利益保護のためだけの職能団体や親睦団体であってはならないのではないだろうか。時代は変りつつある。

「今」払わなければならない犠牲を選ぶか、「将来」の破局を選ぶか。

植　田　　稔

三多摩医師会広報研究会に出席された堀田先生の生々しい記事、医師として「今」をどう斗い、「将来」をどう生きぬくか、を拝見して痛烈なショックをうけた。先生の記録を再現すると、外科医、産科医等の内科への転向、徳洲会病院の進出、老人病院、老人ホームの乱立傾向、医師の爆発的増加、患者減、さらに会場から出た意見としてヒポクラテスに帰れ！等々、ややともするとヒポクラテスからの距離が大きくなり勝ちの医師の日常行動について自己切開的反省を基礎に、将来を展望し、マスコミの悪宣伝をはねかえし、生きる道を模索すべき時が来ていることは否定できない。……3月号参照……と述べておられる。

狂気でもなければ、医師としての自分の存在を

おびやかされているのを知りながら、相手のなすがまゝに受身の姿勢を続ける者はないであろう。医療専門集団として、全体で、具体的に問題にとりくみ、行動に移す姿勢がない場合、われわれ医師個人は、それでも今後ずーっとなにもしないでいていいものだろうか。誰かがやってくれるものと思っていると大きな間違いである。前述の諸問題はわれわれの周囲に現におきている。また今後も色々な問題を抱えて次々に押し寄せてくることは必定である。将来の医療界に光を見出すために、われわれ自身が知恵をしぼり、体を動かし、多くの問題と対決しなければならない時がきている。

さて将来への破局に代わる選択はあるか!! 決してなくはないと信じる。総合的なあらゆる面から、即ち体制的には縦の、同じ目的を持つ者は横の連携を強め、対行政側にも働きかけることが必要であろう。最も大切なことは医師と地域住民との対話である。このような行動に移す前に、これまでわれわれの心の中に淀んでいる過去のオリ(メンツ、とばっちりへの危惧、くさいものは避けて通る等々)を払拭してかかる必要がある。

先ず第一に医師と患者の信頼関係を根底にして、たとえ、いかなるマスコミ攻撃があろうとも、びくともしない開きなおりが必要である。必要とあればこちら側からマスコミに働きかけてもよいとさえ思う。なぜか。針小棒大型アピール、ある特殊な事件をいかにも医師全体がそうであるかの如く宣伝する普遍化タイプ、事実を医師から直接取材しないで、外見や周辺の聞き込みだけで悪宣伝するデッチアゲスタイルには全くうんざりする。最近では、狼と少年の物語のように、ああまたかと気にならなくなりつつある。それは医師の倫理感の消褪のためでなく、ペンの暴力にさらされ続けてきたための知覚鈍麻のためである。われわれにとってはこれが最も怖い。医師に対しては鈍麻的に作用し、実情を知らない一般市民に対しては、その記事を信じ込ませ、医師に対する憎悪をかきたてる働きをするから。

第二に能動的であること。ここでいう能動的とは、医師として地域医療を推進し市民の健康を守る権利、義務の侵害に対し斗うことである。果してわれわれは能動的であろうか。さすがはシュバイツァー、現代の人間を評して、不自由で、不完全で、集中性がなく、病的に体制に従属的、まったく受動的であると言っている。つまり、今風にいえば、われわれは権利の侵害に対しても、カカシのように無抵抗であるということ。

第三に今いるところにとどまりたい誘惑、自分が持っているもろもろの地位に対する誘惑を完全に断ちきること。勿論医師としてのである。地面に落っこちることを怖れていて木登りはできない。すべての新しい一歩は失敗をはらんでいる。未知のもの、不確かなものの中へ足を踏み入れることを怖れ、結局、困難を避けることになる。「今」の冒険は「将来」の常識となることも知っていて悪くない。われわれは新しい道を切り開き前進する勇気を持った医療集団の出現に憧れを抱いている。

第四に強い連帯感を持つこと。そして徹底した合議制をとり、ガッチリ協力して行動することである。しかも臨機応変に。そのためには航空母艦でなく、身のこなしがきく巡洋艦のほうが便利であろう。航空母艦の場合は艦長が的確な進路をきめてもクルーへ意向が到達するまでに時間がかかり時を逸することになる。勿論、優秀な艦長が必要なことは論を埃たない。

以上の四点を大前提として、更に次の四点を厳密に分析しながら行動すれば、現在起っている諸問題解決の糸口が探し出せるような気もする。

その1. われわれが苦しんでいることを、対岸の火と見ず、自分自身のこととして身近に知り、事実を明確にうきぼりにして示すこと。

その2. 相手の本性を知る。それもタテマエでなくホンネ、表でなく裏、名目人でなく黒幕、更にバックとなっているスタッフをあぶり出し、資金源、行動の方法論までにじみ出てくると、われわれの働きかけが可成し易くなる。

その3. 相手を知ることができたら、われわれに何ができるか、どうすれば阻まれている正しい医療やわれわれの苦しめられている事実を解消することができるかを考える。ここまでくれば、相手のスタッフ一人一人とひざをつき合わせて充分に意見の交換をする。次に相手の行動の出鼻は何処であるかを各方面に亘って知っておく必要がある。そしてその行動の出鼻で徹底的に最後の決戦を迎える。その際注意すべきは、ことを中途半端におさめることは決して上策でないことである。なぜなら再び同じようなトラブルを起す可能性を

残す。

その4. いつまでも古い体制にとどまらず、今後再び困った問題の起る可能性をすくなくするため、衆知を集めて新しい方法を編み出す。地域住民の参加は最も重要なことである。今回実際に問題解決に加ってみて本当に驚いたことは、住民が事実を全く知らないか、一方的な偽りの情報によって動かされていることであった。地域医療の在り方についても一般のひとびとは殆んど知らない。市会議員しかり、理事者側しかり、市の役委員しかり。従ってわれわれは昔流の診察室で待ちうける姿勢に固執することなく、必要とあれば、時には足を使い診察室から外へ出て、地域住民と話し合うことも大切である。これは医療の在り方をＰＲする市民運動にとどまらず、疾病の予防、早期発見早期治療、アフターケアなど衛生運動の一助ともなろう。しかし、医の倫理にもとる相手に対しては、結局、ノウ、ハウ　ではなく　ハウ、トウファイトである。

御立派なことを書きながら自分自身をふり返るとき、またヒポクラテスの話しをきくとき、穴にでも入りたくなるような、内心じくじくたるを禁じ得ない。書くほどにザンゲが強まる。心から目に見えない血が流れる。

ヒポクラテスは医師のいるべき場所は患者の傍であると喝破された。ヒポクラテス以来2,400年を経た今日、技術的にはともかく倫理的にはどれほどの進歩があったろうか。ヒポクラテスの誓いを読むと確に宗教的なくさみはあるが、その倫理面からみるとき、ヒポクラテスに帰れと最近強調されだしているわけがよく了解できる。

われわれは賽の河原の石積みのように、積んでは崩れ、崩れては積みという繰返しを歴史的にはやっているのかも知れない。実存主義的でなくても、今日、真理として信じられている事柄も明日はどうなっているか知れない。たとえ、あすは崩れるところの石積みであっても、医師としての道を選んだからには、現代の医療をめぐる問題に、正しく勇敢に真向から立ち向う姿勢は崩したくない。

学　術

老年期に多くみられる脳神経疾患に就いて

S 54. 3. 15　慶大内科教授　後　藤　文　男

老年期に多くみられる疾患としては先ず脳動脈硬化症という疾患名が一般的によく使われているようであるが、此の言葉の使われ方については、従来より多くの議論があり、普通年寄りで頭痛やめまいがしたり、多少頭がぼけてきて、血圧が上ったり下ったりするというような所謂、老人ぼけを主症状とする者につけられている様である。

もし脳に動脈硬化がみられた場合、単にそれだけでは脳の血流が下って、脳の血流が落ちる。即ちぼけがくるということは先ず考えられない。

元来この脳動脈硬化症という病名はドイツ学派によりつけられた臨床診断名であって、英米学派では全く用いられていないのが、現状である。そこでこれを分析してみると色々のものがはいりこんできている。

一般に脳の血管に動脈硬化が起り、狭窄が生じたとしても脳には副行路が発達しているので、その血管が開く、従って脳の血流は殆んど落ちることはない。併し其の開いた血管の血圧が下るという条件が加わると、そこで始めて血流が落ちてくる。この時薬剤その他で血圧を上げてやると又元に戻る。この様な状態のものを脳血管不全と呼んでいる。これは一般に頸動脈とか椎骨脳底動脈によくみられる。

又この外に脳硬塞があるが、これは内頸動脈の基始部に血小板血栓を生じ、これがはがれて脳の動脈にひっかゝり、血流がすっかり絶たれたものである。それがごく短時間で血流が再開されると一過性脳虚血（ＴＩＡ）となる。この様な時、片麻痺でも起れば脳動脈硬化症とは言はない。ところが実際には片麻痺という様な巣症状を現はしてこない脳硬塞は沢山ある。即ち運動麻痺とか知覚鈍麻とかいうような症状を起す場所でなく、前頭葉とか側頭葉という様なＳｉｌｅｎｔ　ａｒｅａといわれる場所に硬塞が起ると、単なる知能低下というような症状がみられるのみであり、実際にはこ

の様な巣症状を来たさない小さい硬塞がかなり多いのである。しかもそれが単一でなく、あちこちに多発していることが多い。これが脳動脈硬化症の実態であるといわれる。この様な巣症状のない多発性のものをＭＩＤ（multi infarct－Dementia）と呼んでいる。この外脳動脈硬化症と呼んでいるものの中には、何となく動作が鈍いとか、ふるえがあるとかいう様なパーキンソン症状を示すもの即ち、動脈硬化性、パーキンソン症候群も含まれている。

以上の脳血管障害による痴呆の他に老人性痴呆と呼ばれるものがある。これは前前述の脳血管障害性のものとは全く関係のない脳の一次的な老化現象によって起る痴呆であって、年令的に少し早く起るものを初老期痴呆と呼んでおり、その中にアルツハイマー病（alzheimer）とかピック病（pic）が含まれている。

このような年寄りのぼけを診た場合に我々が思いうかべなければならない疾患に就いて次に述べる。

(1) ＭＩＤ

前述した様にＭＩＤは脳血管障害性痴呆の中では最も多くみられるものであるが、これは老年性痴呆の様に全般的な知能の低下を示すのではなく、ところどころ脳に穴があいた様に知能低下を示す症状と昔のよい知能の痕跡を示す症状とが混在する所謂「ざるの目痴呆」を示すことが多い。病状も連続的に痴呆が進行するのではなく、小さい出血とか硬塞を繰返し乍ら階段状に病気が進行するものが大部分である。この際 focal signとして、手足のしびれ感とか、舌のもつれ、とか軽い片麻痺等のみられることが多い。この様な痴呆状態はあっても、服装とか、対人的な礼儀作法は比較的ちゃんとしており、人格崩壊はみられない。即ち日時とか、人の名前など忘れたり、一寸した計算が出来ない場合でも患者は自分の病状をちゃんと心得ていて、何とかかんとか口先でごまかして其の場を取りつくろい、日常の社会生活には大した支障を来たさないのが普通である。これに対し、老人性痴呆は単なるぼけと異なり、全人格が崩壊してくる為に起居動作がおかしくなり、奇異な行動をとる様になってくる。これにはアルツハイマー病、ピック病、クロイツフエルド、ヤコブ病の三種が代表的疾患として知られており、初老期痴呆と称されているが、現在では老年痴呆が早期に発現したもので、しかも経過が急速に進む病型に過ぎないと考えられている。

(2) アルツハイマー病 （Alzheimer）

これは大脳皮質のび漫性萎縮（時に限局性）を示す。即ち所謂老年痴呆と同様の病理所見を示し、しかも記銘障害、記憶障害が発病初期から認められ、比較的急速に憎悪する。又空間見当識障碍も早期からみられ、自分の部屋、便所を間違えたり、道に迷うようなことが多い。筋緊張も一般に亢進して、パーキンソンに似た姿態異常や歩行障碍を示す。併し Tremor や突進症状はみられない。症状は常に進行性で、経過は４～６年とされている。

(3) ピック病

前頭葉、側頭葉等に限局した萎縮を示す。これはアルツハイマー病と異なり人格変化の方が著明で、自制力が消失し、衝動的となり、戸外を徘徊し、家事が不能となり、反社会的行動をし、他人に対し無屯着ふまじめな態度を示し、注意散慢となりその為に記憶や見当識も障碍される。更に進むと感情も鈍麻し、高等な精神作用も障害される。経過は暖慢であるが、進行性でついには高度の荒癈に陥り、数年～10年の経過で死亡する。

(4) クロイッフェルド・ヤコブ病

（Creutzfeld － yakob）

最近 slow virus infettiou,であることが明らかとなり、初老期痴呆より除外されつゝある。病理組織学的には大脳皮質の前頭葉、中心回、側頭葉及び大脳基底核の被殻、尾状核即ち線状体に変性萎縮が著しく、その他視床、橋、延髄、小脳、背髄にも病変をみることあり、臨床的にはアルツハイマー病と同様に急速に痴呆が進歩する一方に於て、錐体路症状や錐体外路症状等の身体症状を示すのが特長である。即ち四肢の痙性麻痺、バビンスキー等の病的反射の亢進、舞踏病アテトーゼ様不随意運動の他、ミオクローヌス（筋萎縮）等をも示す。そして発病したと思うとあれよあれよという間に人格が崩壊し、１年以内に死亡する非常に恐ろしい病気である。この病気は先述した通り最近では Slow virus による感染症であることが確認されてきたので、我々が痴呆の外に何か身体症状を呈する患者を診る場合は常にこの病気のことを念頭に入れなければい

けないといわれている。即ち検査の為に使用する針とか、脳波の検査に使用する針から感染した実例があるので、使用した針は必ず捨てなければならないと注意されている。

(5) ハンチントン舞踏病

脳全体にび漫性変化がみられるが、特に尾状核及びレンズ核の萎縮が著明である。比較的稀な疾患で中年以降に発病する遺伝性家族性疾患である。症状は奇妙なダンスをしている様な歩行即ちchorea様の動きを示すのが特長で、痴呆も次第に進行して遂には廃人となる。

(6) 正常圧水頭症

前述の変性疾患と同様に、ぼけが進行してくる病気であるが、違う点は治療によって治り得る病気であるという点である。症状はアルツハイマーと同じ様に、ぼけが先に現われるが、その他に歩行障害（歩き出しが悪い）がみられるという違いがある。病理学的には脳室系に閉塞のない交通性水頭症（即ち側脳室の拡大）があって髄液圧は正常（200 mmg　H_2O以下）であり、くも膜下出血、外傷、髄膜疾患等によって起るといわれている。この疾患はごく最近分ってきたものであるが、脳室の髄液を心臓或は腹腔へ導し手術により、治り得る疾患であることを忘れてはならない。

(7) 慢性硬膜下血腫

これは年寄りには非常に多くみられる疾患であり、外傷が原因で起るものである。外傷といっても一寸転んで頭を打ったとか、尻もちをついたとかいうような、いつの間にか忘れて了っているような極く軽い外傷であって、それがもとで、じわじわと極小量づつの静脈出血が続き、その後1ケ月とか半年位経って、ぼけが次第に進行してくるものである。医師に診てもらうと大低は脳動脈硬症とか軽い脳硬塞とかいうような診断で片づけられるものが多い。

この様な時、外傷からくる慢性硬膜下血腫という病気があるということを一寸思出してもらえば、すぐ病院へ送ってもらい、CTなり脳血管撮影なりをやればすぐに診断がついて了う。しかもこれ位よく治る病気はないのであって、一寸頭に穴をあけてやって血腫を除去しさえすれば完全に治るものである。

(8) ウィリス動脈輪閉塞症

硬塞と出血をくり返し乍ら、ぼけが進行するものので丁度MIDと似ているが、脳血管撮影を行うと頭蓋にもやもやした異常血管網をみるのが特長であり、MIDと異る点は脳動脈の硬化とは関係なく動脈の閉塞が基盤になっている点である。

(9) 内頸動脈閉塞症

余りはっきりした臨床症状が出ないのが特長であって、次第にぼけが進行してくるものである。

(10) 脳腫瘍

これも余り進行性でないものは症状がはっきりしないで、ぼけと間違えられることがある。例えば、髄膜腫の如きは脳圧迫症状が先行しないで、非常に進行がゆっくりしており、何となくぼけて来たという様な精神症状で始まることが多い。又この他gliobla stoma multifrome は髄膜腫より症状が強く、頭痛とかぼけの外、てんかん様のけいれんを起してくることがある。何れも手術により治る。

(11) 脳膿瘍

発熱、白血球数増多等の炎症症状がみられないで、頭痛とかぼけとかいう様な漠然とした症状で起ってくる場合がある。これも手術により簡単に治る病気である。

(12) 内分泌疾患

甲状腺機能低下症の如き内分泌疾患でも痴呆のみられることがある。

(13) パーキンソン病

動作がのろのろしているし、又しゃべれない為に痴呆と間違われることがある。併しパーキンソン病では知能は全く侵されないのが普通である。只例外としてParkinson Dementiacomplex というParkinsonとDementiaが一緒になった特殊な病気もあるがこれは稀である。

パーキンソン病の三大徴候はTremor（振戦）、Akinesia（無動）、Rigidity（固縮）であるが、Tremorの特徴は何もしていない時に手がふるえるのであって、代表的な症状として丸薬を丸める様な運動がある。

Akinesia というのは中々動かないという症状で無表情であり、特有な前屈姿勢、小巾のよちよち歩き、突進現象、発声障害、小字症等がある。Rigidity というのは上肢を動かそうとすると抵抗があって固い。鉛管様低抗とか歯車様抵抗といわれるものである。

以上の三つが三大徴候であって、時にその動作や無表情、無口なことから、老人性痴呆と間違えられていることが多い。

前でパーキンソン病の病態と治療について概説する。パーキンソン病は中脳の黒質より大脳基底核の線条体（被殻＋尾状核）にきている神経線維（ニューロン）の障碍で起るといわれる。即ち黒質のメラニン細胞で産生されたドーパミン（一種のカテコールアミン）は、黒質線条体線維を経て線条体に達しドパミン受容体に作用する。被殻から淡蒼球、更に視床へと線維結合があり、これにより、錐体外路系の機能が営まれている。線条体ではドパミン作動系とアセチールコリン系ニューロンがバランスを保って機能しているが、パーキンソン病では黒質の変性或は黒質線条体ニューロンの障害でドパミンが減少し、コリ系が優位に立っている。従って線条体のドパミン受容体に変化がない時は、ドパミンの前駆物質たるL－dlopr を服用させドパミンを補充することが第一の治療法となる。

ところがL－Dopa を長期間に亘り大量投与すると、胃腸症状（悪心、嘔吐、食慾不振等）
循環器症状（動悸、不整脈、胸部圧迫感等）
自律神経症状（紅潮、頻尿、唾液過多等）
中枢性副作用としての dyskinesia （口や舌のもぐもぐ運動、四肢の Choleoatetosis 等）　精神症状（焦躁、抑うつ、幻覚、幻聴等）
等の副作用が強く現われてくる。

最近の研究によるとL－Dopa はドパミンの前駆物質で、脳内に入り脱炭酸されてドパミンに変化し、線条体で不足したドパミンを補充するのであるが、この内服された L－Dopa の大部分は実際には胃腸壁、肝、血管内皮細胞等のdopa 脱炭酸酵素の働でドパミンに変化し、（ドパミンは血液脳関門を通過出来ない為）脳内に入る L－Dopa の量は、内服量の0.1％程度に過ぎないことが分って来た。

従って L－Dopa に dopa 脱炭酸酵素阻害剤を併用すると（Decarboxylase inhibita）末梢で L－Dopa がドパミンに変化するのを防ぎ大量に L－Dopa が脳内に入り得るので、其の内服量を1/5 に節約出来、しかも胃腸、循環系の副作用は減少する。このL－Dopb と dopa 脱炭酸酵素阻害剤の合剤は、欧米では既に発売されているが、我が国でも近く発売される予定である。

ところがこの様な薬の併用により消化器系、循環器系等の副作用は減少したが、中枢神経性の副作用、殊に異常不随意運動は逆に増加している。又 up and down現象（症状が1日の中に軽快したり悪化したりする現象）や、On and off 現象（症状が突然スイッチを入れた様に悪化したかと思うと20分が2時間の間に再びスイッチを入れた様に急激に悪化する現象）等の長期服用による厄介な問題を減少していない。従ってパーキンソン病の治療は、以上の L－Dopa を主体とした療法が主ではあるが、その他に塩酸アマンタジン、合成抗コリン剤、CDP－Coline 等が使用されている。

塩酸アマンタジン（シンメトレル）
は抗A2型インフルエンザ剤であるが、黒質線条体ニューロン末端に貯えられたドパミンを放出して、線条体でのドパミン活性を高める作用がある。

合成抗コリン剤（アーテン、ケマドリン、バーキン、アキネトン、コゲンチン等）
は線条体でドパミン系に比し優位となっているアセチールコリン系を抑制して両系のバランスを恢後させる。

CDP－choline （ニコリン）
の抗パーキンソン作用の機序は明らかではないが、ドパミン系の増強作用が推定されている。

この他に欧米では線条体のドパミン受容体を刺戟して抗パーキン作用を示すブロモクリプチン、トリペヂィル等の薬剤が試用されている。

尚最近増加しているものに薬物性パーキンソニズムがあるが、これはレセルピンの様な降圧剤とか、クロルプロマジンの様な精神安定剤の長期服用により、線状体のドパミン受容体が化学的に遮断されて、パーキンソン症候が出現したものであって、L－Dopa や塩酸アマンタジンは無効であるが、合成抗コリン剤は奏効する。

（東　吉男　記）

文　芸

山車のせり合い

青梅のお祭り　撮影　近藤　肇（青梅）

診療思い出三題

小泉新策

悩む母水児にせんと懇願ひしに
その児育てゝ今は高三

吐き止まぬ児抱き母はおろおろと
深夜訪ねて縋るが如し

喜々として喰う菓悪く吐きつゞけ
夜明け待ち兼ね訪うと母

春景二題

稚児集い紫雲英摘む休耕田
島瞰す丘に春風よぎる

つつ鳥の初音聴きつゝ裏庭に
今を盛りの荘丹数えし

訃　報

大原芳雄先生の略歴

生年月日
明治21年7月16日生

本籍地
東京都港区芝高輪南町31

現住所
青梅市梅郷3−896−2

岐阜県多治見市に御出生　厳父から東京留学を命ぜられて上京

大正元年　千葉医学専問学校卒業
　　同校附属病院に勤務
大正5年　阿久津病院に勤務
　　副院長として泌尿器科を専攻研究
昭和2年　東大医学部稲田内科にて一般内科特に腎臓疾患を研究
　　法医学三田教授のもとで「アルブモーゼ」の血清学的研究にて学位取得
昭和7年　杉並区西阿佐谷にて開業
昭和12年　浅草にて開業
昭和20年　戦災にて全焼し、西多摩郡吉野村に疎開され、村医となり
昭和33年　現住所にて開業
昭和54年3月8日　脳卒中発作ありて青梅市立総合病院入院
昭和54年4月15日　同病院にて永眠される。

先生は90才と　西多摩医師会の中の現役で長年長者であられ、常に頭脳明達で、特に政治に興味をお持ちになり老人会を通じて度々その論文を発表されておられた、又、聖徳太子についての御研究も深く、亀井勝一郎著の聖徳太子の本を何回となく愛読されておられた。

人のお世話をする事が好きな方で、老人会では、老人はもっと生き生きと楽しくしようと説えられ踊りをすすめたり、旅行を楽しまれていたという。

発作が起って入院されていても、反対に奥様にしっかりしなさいと励まされたこともあり、意識不明の状態でも、時に、はっきりする事があるのか大きな声で〝一生懸命〟とはっきり発言されておられたとの事、又、ある時は〝俺はよくやった大したものだ。と満足そうなお顔で語られた事もあったそうです。

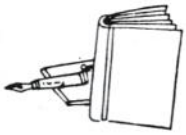
先生の御人格、業績に対して尊敬の念を抱き、ここに先生の御冥福を深くお祈りする次第です。

（記　土田）

お知らせ

◎　交通安全運転講習会
　5月22日（火）午后2：00〜3：00
　医師会館講堂で行われます。
　多数御参会下さい。

◎　青梅市立総合病院院長　吉植庄平先生
　御転任（大橋忠敏先生　新院長に御就任）
　昭和38年10月より、15年6ヶ月間にわたって、病院の運営、地域医療の発展に御尽力されて来られましたが、昭和54年3月31日に退任され共立女子大学の栄養生理学の教授に御転任される事となりました。
　尚、暫時院長職務代行をされていた大橋忠敏先生が此度院長となられました。



◎　〝地獄よりの生還〟
　ある母の敗戦記「私は負けない」
　西多摩医師会職員　藤田フジエさんが「北鮮、富坪収容所から奇跡の生還、鉄道員未亡人一家のたたかいの記録」を出版されました。ぜひ御購読下さい。

談　話　室

「地獄よりの生還」読後感

川　崎　健一郎

所詮はしろうとの綴り方ではないが、などと言う勿れ!!　一民間婦人の敗戦体験記としては、珠玉の名編と言っても決して過言ではあるまい。

異国の空の下で敗戦を迎え、たちの悪いソ連兵や北鮮の暴徒たちの掠奪に合って無一物になり、その上更に、39才の夫君、盲目の義父、3才の次男、生後10日目の三女と、富坪（ふうひょう）収容所で過した僅か6カ月足らずの間に、実に4人もの肉親を失っているのである。そして残された10才の長女恭子さんと7才の長男信一郎君を連れて、酷寒の北鮮で一と冬を過した後、終戦の翌年の5月になって、山を越え谷を渡り、難行軍の末にやっと38度線を突破して、この世の地獄から脱出したのである。しかし、日本に帰ったとは言っても、幼ない2児を抱え、しかも無一物の藤田さんが敗戦の混乱期に、生きて行くことは並大抵の事ではなかった筈である。文字通り波乱万丈の半生を送った藤田さんが、現在平穏で幸福な後半生を過し得るようになった原因は、一体何なのだろうか。私は思う。無一物にはなっても心豊かに、そして何よりも〝母〟であったからであろう。〝女は弱し、されど母は強し〟という言葉は藤田さんのために用意されていたのではなかろうか。

最後に文中にいくつかある印象的な箇所のうち一つを掲げることにしよう。

「富坪に来てから征二郎（3年）は、極度に衰弱がすすみ、泣く元気もなくなってしまった。これまで割に元気で、水汲みやお粥炊きをよくしてくれていた恭子も信一郎も、つぎつぎに発疹チフスに患り、高熱で動けなくなってしまった。夫はもうどこへも出ず、家族の看病をしてくれた。12月13日の夕刻、ついに征二郎は私たちの必死の看病も空しく、富坪のムシロの上で息を引き取ったのであった。その日一日中「アーチャン、アーチャン」と蚊の泣くような声で私を呼びつづけ、細い指で私の乳房をまさぐりつつ、ついに事切れたのであった。

異国で敗戦を迎えたために、民間人の幼な児が、収容所の冷たいムシロの上で、医療も受けられずに死んでいったのである。

北朝鮮の富坪収容所にいた老若男女合せて3,000人のうち半数の1,500人が帰らぬ人となった事実を、われわれは決して忘れてはならない。

（合　掌）

事業部だより

公　衆　衛　生　部

松　原　貞　一

1. 猩紅熱　時々典型的な症例に遭遇することがあるが、多くの場合届け出をせず溶連菌感染症として処理されていることが多い。しかし時には保育園などで集団発生を起し、何故届け出、隔離をしなかったと母親達から抗議をうけた例があるそうで、御注意頂きたい。本症はペニンリン系抗生剤を服用させると24時間以内に解熱するが、5日以内に抗生剤を止めると再排菌或は再発疹を来したりすることがあるので、少なくとも1週間以上の服薬が必要である。
2. 手足口病　昨年は西日本から流行が始まり、東京でのピークは6月であった。病源ビールスはコクサッキーA16よりエンテロビールス71にに変った。
3. 疑似症の届け出　ペスト・コレラは世界的に疑似症として収容出来るそうで、日本では日本脳炎、赤痢は疑いで隔離出来る。その他の疾患については各都道府県で区々のようで、チブスも北海道では疑似症でよいが東京は駄目である。しかしコレラに関しては、たとえ疑似症であっても届け出があれば、都衛生局は新聞社に連絡するという取り決めがあるそうで、そうすると報道機関の方

が大騒ぎをするので、出来れば赤痢の疑いとして隔離してもらいたいとのこと。

4. 赤痢　腹痛　発熱、膿粘血便のトリアスがあるからと云って、赤痢の診断を下すことは殆んど不可能の由、細菌学的に赤痢菌を証明出来る例は10％前後に過ぎず、サルモネラが10％、夏の好塩ビブリオが5％位で、残りの60％前後は病原体の検出が不可能であるらしい。

保　険　部

西多摩医師会　　1月分

診療報酬明細書返戻状況

返戻理由	医科（乙表）件数
1. 記号番号不備不明および保険者名（符号）不一致のもの	84
2. 国保○国鉄等基金と契約してないもの	6
3. 生年および患者名不備あるいは記載ないもの	9
4. 傷病名不備あるいは記載ないもの	7
5. 診療開始日○日数および転帰不明あるいは記載ないもの	14
6. 日雇健保で給付期間の満了したもの	0
7. 初診○負担金○再診および往診料について不備不明のもの	6
8. 投薬の場合薬名○用量○回数等が不備あるいは記載ないもの	9
9. 注射の場合薬名○用量○回数等が不備あるいは記載ないもの	0
10. 投薬○注射○X線で点数算出根拠の不明なもの	4
11. 処置および手術で内容の不備なもの	10
12. 検査で検査名○回数○内訳の不備なもの	4
13. 診療内容と摘要欄記入事項とが不一致のもの	0
14. 診療内容および方針の説明を要するもの	20
15. 上記事項に該当しない不備○不明のもの	6
計	179

医師会日誌

医療機関数	140	病院	20	会議	
		診療所	120	4月5日	役員協議会
				〃	選挙対策打合せ会
会員数	215	A会員	130	〃	適正配置委員会
		B会員	85	13日	会報委員会

訃報というものはあまり度々出ては困るものですが、先月号に続いて御報告せざるを得ません。亡き大原先生の御冥福をお祈り致します。

先月号に多くの先生方から御寄稿があり、その反動で今月は種切れ状態となりました。今後共、どしどし御協力をお願い致します。

（記　土田）

表紙写真説明

楓　橋　（御岳渓谷）

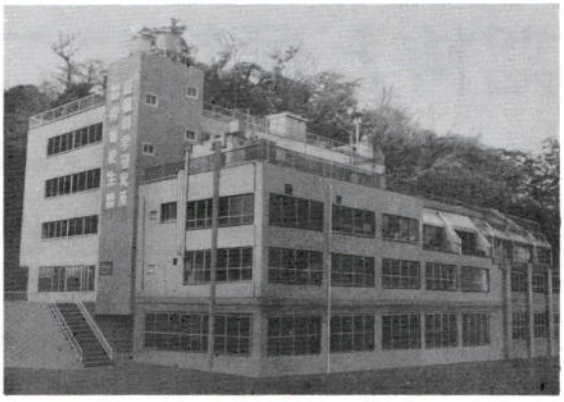
御岳渓谷は、この楓橋まで川の両岸に遊歩道が整備され渓谷美を満喫させてくれている。

橋のたもとには、日本寒山寺があり、中国の蘇州の胡城外にあった寒山寺の釈迦如来像を移して本像とし、寺とは名ばかりの小さなお堂が木立におおわれてまつられている。　青梅　（近藤　肇）

昭和54年5月1日発行
発行所　西多摩医師会
東京都青梅市西分3－103
TEL（0428）23－2171（代）
会報編集委員　川崎健一郎
土田　守一　堤　次雄　植田　稔
松原　貞一　桂木　真　足立　卓三
米山　秀雄　堀田　洋夫　道又　正達

印刷所　マスダ印刷　TEL（0428）22－3047

臨床検査センターの雄
保健科学研究所
横浜市保土ヶ谷区神戸町106
電話 045（333）1661（大代表）
八王子市子安町3－17
電話 0426（26）2203・2204



○総合臨床検査センターとして20余年間地域医療に貢献し、絶大な信頼を頂いています。
○完全オンラインシステム化を実現致しました。（データー通信システム）
○関係医療機関　約 3,500ヶ所
○広範囲な検査内容
●内分泌学検査●免疫学検査●ウイルス検査●生化学検査●血清学検査●血液学検査
●病理組織検査●細胞診検査●重金属検査●水質検査

1都11県の御得意先を毎日定期的に集配致します。御一報を御待ち致しています。

今日も、あの町で、この街で。

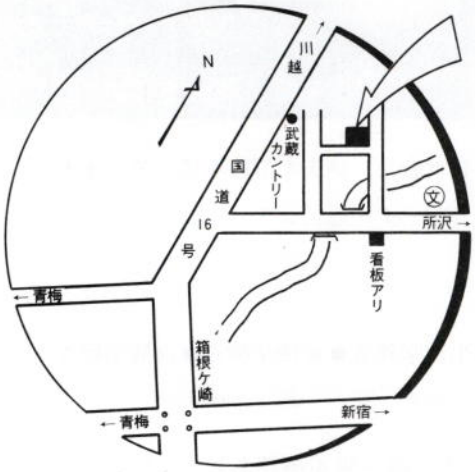
太陽神戸はお客さま
1人1人とのおつきあいの
深さを大切にします

のマークでおなじみの〈太陽神戸〉。全国330余の店舗では、それぞれの街に密着してビジネス活動や暮らしの設計にお役に立つ銀行サービスをお届けしています。どうぞ「うちの銀行」としてお気軽にご利用ください。
〈太陽神戸〉はきめの細かいお手伝いで、お客さま1人1人と末長いおつきあいをさせていただきたいと願っております。

太陽神戸銀行
青梅支店

期待と信頼にこたえて10年!!

検査のことなら**武蔵臨床へ** 電話一本緊急検査に応じます
学校，会社の集検にも御利用下さい



埼玉県登録衛生検査所第12号

武蔵臨床検査所

所長 杉田富徳

TEL 0429 (64) 2621(代)