西多摩医師会報

第90号 昭和55年3月

羽村大橋（羽村町）　　青梅市　近藤　肇

目　　次

時報
女子中学生の風疹抗体保有状況についての調査……松原　貞一…2
文芸・随筆
バルカン中央印象記(3)……岸田　壮一…5
新聞記事から……川尻　徹…8
肥満について……川尻　徹…9
謙信と信玄……川尻　徹…10
短　歌……小泉　新策…11
学術
老人の診療と治療上の注意……五島雄一郎…12
医師の目……20
理事会報告……20
西多摩医師会新年会……22
事業部だより
保険部……22
医師会日誌……23
味覚
中国家庭料理「雪園」……池田　聖…24
あとがき……25

時　報

女子中学生の風疹抗体保有状況についての調査

公衆衛生部　松　原　貞　一

昭和53年風疹が定期の予防接種に組み込まれるに当り、その対象を13才より15才に至る女子、即ち中学2、3年の女子とするという所までは決ったが、全員接種を建て前としないとすれば、実際の接種対象者をどのようにして選別するかという問題は、発足当初より苦慮する所であった。学問的には原則として対象者全員の風疹抗体を測定し、抗体を持っていないもののみに接種を行なうことが望ましいことは判っているが、実際問題としてこれも又手間と金がかゝり不可能であるとすれば、結局は簡単な問診を基にして接種対象者の選り分けを行う以外に方法がなく、多くの自治体では、現在の所このような方法で未感染と思われる生徒に接種を行なっているのが実情である。従来風疹は3日はしかとして一般的には可成り馴染みのある疾患であるだけに、軽症であれば医師の診断をうけずに済んでしまうことも多く、またその臨床診断も時には他の発疹性疾患との鑑別が極めて困難な場合もあり、抗体測定の成績と合せてみると、感染歴と抗体価の間にはくい違い例が可成りあり、問診による感染既往の判断は、風疹に関しては、余り当てにならないとも言われている。51年を中心とした大流行に際しては、可成りはっきりした診断が下されている場合が多いが、それ以外の非流行時の診断には、自己判断も混えてその信頼性は一層うすく、発足当時から接種対象者は51年流行時の非感染者に限ったらという意見も出た程である。

風疹は8～10年を周期として流行が起るとされているので、13～15才の生徒は原則としては、1～2回の風疹流行の洗礼を受けていることになる。最近の風疹の流行は昭和35年、41年、51年にあり、現在の中学2～3年生は昭和39～41年生れであるので、2回の流行を経験したわけである。15～20才代の風疹抗体保有率は約60％という報告もあるが、一回の流行が通り過ぎると集団中未感染群の半数が感染するともいわれ、2度の流行を経験した年代は約75％が既往を持つこ

とになる。しかし我々が前回51年大流行の直後抗体測定を行った所、約8割に感染が確認された。従って現在の中学生の集団でも、厳密な意味での接種対象者は、全体の2割位であろうということが推定される。しかるに現在の自治体の接種状況をみると、問診による選別の結果約3割が対象者として接種をうけているのが現情である。その間の1割のくい違いは何を意味するのであろうか。問診の結果未感染者として接種対象群となったものの中にも、実際には不顕性感染として抗体を有するものも含まれているわけで、この群に接種をすることは追加接種をするということで格別問題はないわけである。しかし問診による選別の最大の欠点は、実際には抗体を獲得してないのに、風疹には罹患したと誤認されている群の堀り出しが出来ないことであり、その選別を問診に頼る限り、何%かは実際には風疹に感染していないのに、定期の予防接種とされているワクチン接種も受けず、尚かつ風疹は罹患ずみと誤認されているグループの出来ることが、当然予測されるわけである。

公衆衛生部は、今後定期の予防接種としての風疹ワクチン接種を行うに当り、今後当然予測される問題点の検討を含めて、女子中学生の風疹抗体保有状況を調査すると共に、予防接種に用いる問診票を対比させ、問診による選別によって起りうるリスクをも検討した。

調　査　方　法

昨年11月、風疹予防接種予定の凡そ1ケ月前羽村町立第一中学校の2、3年の女生徒284名を対象にして採血を行ない、風疹HI抗体を測定すると共に、下記のような問診票の記入を求め、抗体価との相関を検討した。（1　問診事項）

成績並びに考案

対象とした284名の女生徒の中、実際に採血が出来たのは273名96%であった。

採血が行なわれ抗体測定を行なった273名中、HI抗体が8×以下で風疹抗体を保有せず、未感染群として真にワクチン接種の対象とすべきものは18%即ち約2割弱であった。前回51年流行の直後保育園児を対象に行なった抗体調査でも、正確な未感染児は集団の17%であり、これまで風疹流行時は感染率は5割ともいわれていたが、51年流行時集団の中ではこの数字よりはるかに高率で8割以上が感染していたことが判る。従って現在ワクチン接種の対象としている中学2、3年の女子の中で、真に未感染群として接種を行うべき生徒は、全体の2割弱と考えてよい。（表1表2）

1　問診事項

問　診　事　項

年　　組

生徒氏名　　才

あなたは、風疹にかかったことがありますか。

A．な　い

B．あ　る

a，昭和51年流行時、医師に風疹の診断をうけた。

b，上記流行時以外に、医師に風疹の診断をうけた。

c，医師にはっきり言われた訳ではないが、風疹はやったと思う。

d，その他

C．わからない。

表1

女子中学生の風疹抗体価と問診票との相関

	A	B				C	計
		a	b	c	d		
< 8	35	2	2	1	1	8	49
8	7						7
16	1						1
32	2					1	3
64	6	4	2		2	2	14
128	5	20	4	5	2	2	38
256	3	66	5	10	1	6	92
512	3	44	4	5		2	59
1024		10					10
計	62	146	17	21	6	21	273

※　A　感染したことがない

B　感染した

a．51年流行時　　b．51年以外

c．自己診断で　　d．その他

C　わからない

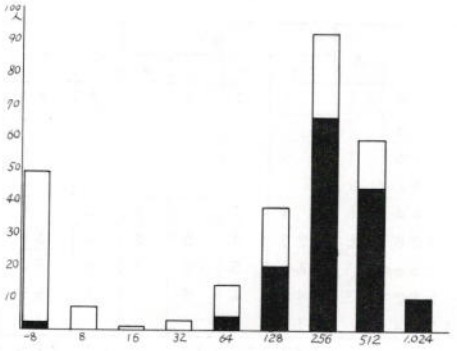
表2

感染歴別にみた抗体価（51年流行直後）

感染歴 / 抗体価	あり	なし	計
< 8	6	21	27
8			
16			
32		1	1
64	8	2	10
128	30	10	40
256	47	8	55
512	18	1	19
計	118	43	161

感染歴があると思われる抗体保有者は224名82％であり、これを抗体価別にみると89％約9割が128×以上で、その算術平均は312×であった。昭和51年流行時医師より風疹であるという診断をうけたものの抗体価をみると、抗体保有者144名中98％が128×以上であり、感染後4年を経過しても抗体価は可成り高価に保たれていることがわかる。（図1）

女子中学生273名の風診抗体保有状況
（黒柱は51年流行時感染群）



上記のように抗体価からみると、予防接種の対象となるべき女子中学生は全体の約2割弱であるのに、自治体における接種状況をみると、約3割が接種を行っているのが実情である。問診票から接種対象者を選別すると、判らない群を含めて感染歴がないと答えたものは、273人中83人30％であった。前回51年流行直後の保育園児での調査でも、流行中ということで保母達の注意深い観察下にあってさえ、保育園を休まず臨床的にも感染発病しなかったと思われるものは161名中43名27％であった。この43名の抗体価をみると、22名50％に抗体価の上昇を認めており、臨床的に非感染と思われるものの中半数は（不顕性）感染をしていることが判る。今回の調査でも、接種の対象とすべき83名中40名48％が抗体保有者で前回保育園における調査とよく一致する。このfalsh negative群に対して更に予防接種を行うことは、追加接種ということで、学問的にも実際的にもさしたる問題は起らない。しかし問題は感染歴があると答えたものの中にも、実際には抗体を持たないfalsh possitive群があることである。前回保育園における調査でも、休園し医師が風疹であったとの診断書を発行した118名中6名5％に抗体上昇を認めておらず、誤診であったことが判明したが、今回の調査でも感染歴ありと答え接種の対象からはずされる筈であった190名中6名3.2％は抗体上昇がなく、falsh negative群であることが判って接種を行なった。即ち問診票による選別をする限り、実際には抗体を持っていないのに感染歴があると誤認され、予防接種の機会があっても接種をうけず、将来に問題を残す落ちこぼれ群が数％に作られることはさけられないことが判る。

結　　論

風疹については、従来感染の有無の申し立てと抗体価との相関はうすいといわれているのに、定期の予防接種として風診の予防接種を行なうに当り、問診票による生徒、保護者の申し立てを頼りにして、対象者の選別を行なっているのが実情である。従って、この問診票による選別には、可成りの問題点が含まれていることが考えられる。我々は女子中学生273名の風診HI抗体を測定し、次のような結果を得た。

1. 女子中学生の中、風疹抗体を持たず、真に予防接種の対象とすべきものは、全体の2割弱である。
2. 問診票により、感染歴なしとして接種の対象に入れられる生徒は全体の3割であるが、その中半数は抗体保有者で実際には接種の必要のないものである。

3. 問診票により、感染したことがあるとして接種の対象からはずされる者の中3～5％は、実際には抗体を持っておらず、将来に問題を残すことになる。

文芸・随筆

バルカン中央印象記（その三）

福生病院　岸　田　壮　一

○ハンガリー、ブダペスト

ベオグラードからはバスであった。ドナウ河の北岸に出て西へ走った。国境近くのスボチカという町のホテルで昼食をとった。折から雨が降っていたが、レストランは相当混んでいて、ハンガリーの方から逆に来た日本人観光客の団体にも遭った。丁度この地の人の結婚式の被露宴を兼ねていたようで、バンドが賑やかに演奏する中を花嫁衣裳の女性がパートナーを次々替えては踊っていた。淳朴な農村の社交であろう。ヨーロッパの田園は今の日本よりもずっと牧歌的であり伝統的にさえ見える。つまり機械化農業は進んでいない。

ハンガリーは不思議な国である。マジャール人という人種の建国した国で、ウラル、アルイ系であるという。嘗てアッチラ王に率いられて東西に暴れ回った勇敢なフン族の子孫であるとの誇を持っている。ヨーロッパの真只中にあるアジア人の国である。しかし長年に亘り周囲のヨーロッパ人と混血して顔付ではそうはっきり区別出来なくなってしまった。それでもアジア的風貌は何となく存し、私達のガイドであったガブリエル夫人の如きも全く絵で見る中央アジア的な顔であった。今でもこの国では言葉だけは全く特異な語系に属するのを使っているそうだ。普通のアルファベットであるが、母音の上にはウムラウトまがいの記号をやたらにつけて書く、名前のときは東洋人の如く、必ず姓の方を先に記すということである。

ドナウ河はこの辺では北から南へ向いて流れる。その右岸、西側がブダ地区で丘陵をなして居り、左岸、東側が低く、ダウンタウンに当る。ベレルトの丘がそのブダ地区でも際立って高く、ここへ上ると市街が一眺の中に入る。もとは城砦があったのだが、離宮が置かれるようになり、現在は公園である。悠悠と流れるドナウはこの地で見るのが最も美しい。上流にはマルギット島と呼ばれる中州がある。巾は500 m位しかないが長さは8 km以上もあり、全島樹木が繁り、温泉も湧く。市民憩いの場所である。

河岸に近く旧王宮があり、石畳の道路が丘を上下して続く。この辺に豪邸、教会等があったので貴族的雰囲気が漂っている。ヒルトンホテルはその間の修道院跡にあるので、表から見ると特に目立たないが、内部は近代的大ホテルである。対岸の国会議事堂を俯瞰する位置にあり、それが電光に映されてシルエットになって浮ぶから見事である。加えて下流のエリザベート橋、チェーン橋の鋼索にイルミネーションが輝くので夜景は特に素晴らしい。

ペスト地区は商店街が多いが、その繁栄度は東京などには遠く及ばない。民族風の織物などに面白味を見るだけである。この地区の東の方には英雄広場があって、半円形の門壁がある。塑像、鋳像が配置されてあってこれも特徴的である。各種パレード行進はここで行われるそうだ。その後が市民公園で芝生も広く、池には清流が溢れている。

ブダペストは景観の点ではこの辺でも随一であろう。

写真5　ハンガリー、ブダペスト、英雄広場

○オーストリア、ウイン

ブダペストからの列車はウインナー・ワルツ号

といい、この国オーストリアが自慢するものの一であった。国境の両側の2つ駅で停った他快走して、定刻よりも少々早く着いた。車輛内も快適ではあるが、スピード、サービスなどは末だしで、新幹線開通以前の特急を考えればいいであろう。

オーストリアは共産国ではなく、西側自由経済国であり、ウインはこの辺では最大の都市である。しかし産業活動は低調で、やはりむしろ歴史の跡を残す街である。市内の交通機関は路面電車で、郊外へ行く電車が高架を走っている。

市の中心から約13 kmのところにシェンブル宮殿がある。シェンブルとはSchonbrunnで「美泉」の意味である。ハプスブル家の大女帝マリア・テレジアが、その生んだ娘のマリア・アントワネットがフランスのルイ16世に嫁し、パリ郊外のベルサイユ宮殿に棲むようになったのを見て、母親の威信にかけて作らせたものだそうだ。だから全体の構図がベルサイユに似ているのみならず、裏の庭園などは全く模倣というの他はない。でも観光資源としての価値は大きく、ウイークデーというのに朝から見物客は多い。

ナポレオンを失脚させて、その後のヨーロッパ新秩序を打立てるために、時の宰相メッテルニッヒは各国代表を招いてウイン会議を開催した。ところが何れも自国の利益のみを主張して纏らず、相互の感情を融和するために、毎夜夫人、令嬢を同伴する舞踊会が行われた。その方はますます盛になったけれども、肝腎の会議は容易に進渉しなかった。世にこれを「会議は踊る」という。昭和の初め頃封切りされた映画にもなった。この踊ったのはシェンベルン宮殿の2階中央の広間である。

こうした伝統もあってか、戦後国際会議は一時スイスのジュネーブに催されることが多かったが、今やウインはその地位を奪い返そうとする動きがある。先達のカーター大統領とブレジネフ書記長とのSALT II 会議もウインであった。現在のワルトハイム国連事務総長がこの国の出身であることにもよるのであろうか、国連本部の建物はここのドナウ河北岸に建築中であり、来年はニューヨークから移って来ることになっている。やはり国連のようなものはアメリカ合衆国のような大国にあることは圧力が加わって面白くないから、共産国にも近いウインの方がいいのであろう。

そうした気運がある割合には一般市民に国際感覚は低く、外国語も普及も滲透しないという話であった。そうでもなかったようにも思う。街で買物をしたり、道順を訊ねる時もドイツ語はあまり役に立たず、英語の方がよく通じた。

今更いうのも変なことだが、ドイツ語というものはどうしてこう役に立たないのだろうか。私達は旧制高等学校や大学予科で随分ドイツ語を学習したつもりであった。この3年間はドイツ語のためにあったといっても過言でない位である。話したり聞いたり出来ないのは会話の機会に恵まれなかったといえるかも知れない。しかし書いてあることすらが何のことか分らないのだ。これはドイツ語であることは分る。それだけ分っても何にもならない。看板や掲示、注意書といったものがさっぱり分らない。ブルガリアからこちらではホテルのロビーなどでドイツ語の新聞を見た。これは少しは解るように思った。がウイン街では何も分らない。或は読ますために書かれたものにはいくらかは慣れているのかも知れない。日常会話に使うように書くと分らないのだろう。たった一つ解ったのは電車に乗った時運転手の後に「走行中運転手に話しかけるな」というらしいのがあったのだけである。

今まで数回海外へ行ったが、外国の方が物価は安いという印象があった。特に食べるものがそうだった。ところが今度の旅行では全然違う。食事代は大体先払いの費用の中に含まれてあるが、フリー・タイムには自弁である。それが一食10ドル以下では済まない。以前アメリカ合衆国へ行った時は円が変動相場になったばかりで、1ドル300円以上した頃ではあったが、1日3食が10ドルで足りた記憶がある。すると大変な物価騰貴である。ウインの市の中央にオペラ・ハウスという古びた大建築がある。その右手から北へ聖スラファン教会の尖塔まで1 km位がケルントナー通りといって最も繁華街である。私は50ドル交換して中華料理屋へ入った。久しぶりで米の飯を食いたかったからである。ビールの小瓶に汁物一杯に炒飯を食った。それから街に出てマルボロー10箱入を買ったら、それだけで殆んどなくなってしまった。もう怖くなってホテルに戻ってその日は外出しなかった。

日本人のガイドに物価が高いのによく生活出来るものだと聞くと、答は日本人のように贅沢をし

ないからでしょうということであった。今日は刺身、明日は天ぷら、次はうなどん、ビフテキ、中華料理というような食べ方をする国民は世界中にないといった。

翌日は街角で立喰でウインナー・ソーセージを食った。これは安かった。

国際原子力会議があったそうで、市中央のホテルは満室であって、私達は西北方の高級住宅地にある小ホテルに泊った。民宿、ペンションに毛の生えた位のものだが、部屋は上々で設備は大ホテル並みであった。私達の他には殆んど泊り客は居ないようであった。窓から見ると樹の葉ばかりで、家の屋根は捜さねば見えない位であった。雨や風の音が激しく、風情もあったが、翌日の天気が心配になり却って眠れない位であった。グリンチンという地区で、ワインの名産地である。少し離れたところにワイン村があった。酒を飲ませる店がずらりと並んでいる。門を入ると夜であった。花を植えた間にテーブルを置いている。一隅にはバイオリン、アコーディオンを弾いて民族ダンスを踊るようになっている。小ざっぱり着替えた家族連が夕食を楽しみに集って来る。ここのワインは自家醸造で、一杯づつ樽から汲んで来るらしい。カーターとブレジネフも会談後共に杯を酌み交してくつろいだということだ。ここのワインは濃厚で芳醇で料理もうまい。そして安い。

この辺の国々ではどこもワインをよく飲む。飲物で最も安いのはビールである。ジュースやコーラよりも安い。コーヒー、紅茶は又それより更に高い。日本の喫茶店より高いであろう。ウイスキー、ブランデー、ウオッカの類の蒸留酒は殆んど飲まない。

ワイン村の一隅で「ウインの森」の麓にベートーベンの家がある。ベートーベンはウインで10回以上家を替えたから、ここだけでベートーベンの家を見たとはいえない。が第3交響楽「英雄」はここで作曲された。「英雄」とは勿論ナポレオンのことである。この両者はウインで一回だけ遭っている。少し離れてもう一軒ある。ここでは第6の「田園」が作られたそうだ。附近の田園風景がいたく気に入ったのであろう。

ドナウ河に近い方に大共同墓地がある。その一角に音楽家の墓が集められている。ベートーベン、モーツアルト、シューベルト、シュトラウス、ブラームス等のが並んでいる。もともとは他の場所に別々にあったのだが区画整理の際に堀返して来て一箇所に集めたのだそうだ。格別立派な墓というわけではない。

写真6　オーストリア・ウイン、
ベートーベンの墓

こんな大墓地を作れるのも一つは土地の値段が安いからである。この国も近代産業がそう盛んではない。従って人口の都市集中があまり激しくない。地価の高騰ということは殆んど問題にならない。だから住居費といったものは安い。平均所得は日本の約半分位だろうというが、それでもそう苦しくない理由の一つはここにあるようである。ウインを去る日は月曜日の朝で、ラッシュ・アワーの最中であった筈だが、ウインの街では大したこともなく、平素より自動車や人通りがやや多い位にしかならない。

ウインに限ったことではないが、到着してすぐにはお金を交換して置かないと大変困ることがある。それは便所である。原則的に共同便所の使用には小銭を払わねばならない。男性は小便のときは図々しく出してしまうことが出来ないことはないが、女性は絶対に駄目である。市内観光中では我慢するといっても無理だから、誰かに借りて入るより仕方がない。貸した方は忘れていても、借りた方は気になる。出国すれば普通使えない金だからそれだけの小銭を作るのに神経を使うものである。

一体大便所は洋式と和式とどっちがいいのだろうか。説をなす人は洋式の方が腹圧をかけるに負担が小さくて済むから、高血圧のものにはいいという。そうかも知れない。しかし私は木製枠に尻をべったり着けるのにはどうしても不潔感がある。

ホテルの個室などでは気にならないが、公共の場所ではどんな人間が先に素肌をつけたか分らないのだから、気分が悪い。中腰では排便出来ない。恐らくそうした感じは白人でも同じであろうから常に清潔感を持てるようにするため人手が要るのだろう。だから使用料をとるのが常識になったのではあるまいか。

先年ソビエート連邦へ行った時は女性はどうか知らないが、博物館でも駅でも両足を載せる場所だけあって、中央は水が流れる式のものであった。今度もアフリカのドバイの空港でも同じ様式のものがあった。日本の厠（かわや）式のものは東洋には広く普及していると思われる。この点他日その道の専門家の話を伺いたいが、西欧でもすべて水洗式になったのはそう古いことではないと思う。

新聞記事から

川尻　徹

新聞の片隅に掲載されていた記事であるが理解し難い内容の記事があった。あるローカル線で列車の運転者が時間を一時間まちがえて出発し、駅の進入に際して信号が赤で、隣りの車線の信号が青だったのをさらに間違えて、しかも駅に停車している前の列車をみないまま進入し衝突事故を起したというのである。

これはどう考えても運転者の錯誤ということとなる。この場合運転者が刑事責任を問われるかどうかこんなあり得ないことが起きたことに対して、一般的にこの記事を読んだ人達がどう考えるか、あるいはこの事故の調査結果がどのようになるのか知りたいところである。

本来人間の視覚的認識は正確なものである筈であり、長年運転乗務を行って来たものが時間を間違えるということがあり得ないと考えるのがまず常識といえる。ところがこんなことがある日起きるという可能性をわれわれは誰もが持っているといえるのである。脳血管は　通動脈か終末動脈かであって、一本の脳の血管があるとするとこれが人間の脳のなかではつきぬけているか、行きどまりであってお互の間に脳のなかでは血管が連絡しあっていないので細い脳内血管が閉鎖されると、その先の部分の血流が閉鎖されることとなり、その部位の脳神経細胞の活動が停止することとなる。もしこういったことがある日起きたとすると、本人は意識しないであたりまえの動作をしている積りであるのにおかしな出来事が起り得るといえる。例えば後頭葉と頭頂葉の境界にある左角回部分の脳血管の皮質枝が障害されたりすると計算が出来なくなったり、字が読めるのに字が書けなくなったりするだけではなく、左右を錯誤したり、左側の障害である場合、右側の空間にものがみえても、それを何であるか認識することが出来ないというような、右視空間の失認という現象が起きるということもあり得る。こういった一連の症状をゲルストマン症候群というが、こういった病態がこの運転者に発生していたとするとこの事故の説明がつくかも知れない。時間を一時間まちがえているということは時間識の障害を考えるのであるが、時間と空間の概念というものは右利きのものは左側頭葉に存在しているといわれるので、そういった点ではこの運転者の精神神経学的精査がのぞまれるということとなる。

子供の発達心理は、子供は先に空間を知りそれから時間を覚えていくためこの逆に障害が起きて来て、時間の概念が先に間違いを起すということとなるのであるが、現在の都会の子供達のように狭い空間域のなかで育ち、しかもテレビ時代にある時は、将来この子供達が成人となって微細脳血管障害がおこりはしないかとも考えられる。またこのような時、速度の感覚がなくなるだけではなく、列車の運転者が減速方向へ廻すレバーを増速方向へレバーを廻すようなことをして事故を起すというような左右の錯誤も起していると考えられるような事故は微細な脳血管障害を考えてみてもよい場合があると思われるのである。こういった時にはいわゆる痴呆化がなく、社会活動に従事していて、外見的にはごくあたり前の状態にあり、周囲のものが気がついていない場合もあるし、企業体のリーダーでは秘書をはじめとする彼をとり巻く人達が彼をカバーすることとなるからより病

態は表面化しないこととなる。

われわれも壮年より初老期の社会活動の最盛期にこういった状態となると困るから出来るだけ誠実で優能な人材を自分の周囲に集め、そういった人達を大切にした方がよいといえよう。しかしこのような病態にあるものが自分の云うことが正しいと信じ、人の云うことは間違っていると思う場合があり、こういった時その指示に従うべきかどうかは人によっては難しいこととともなるといえる。

肥満について

川尻　徹

昭和49年度の日本プロ野球選手権、ロッテ対中日の試合であったと記憶する。三回目の試合が勝負の岐れ目であったと思われるが、テレビで観戦していた時次のような場面があった。投手交代となってM投手がゆっくりと歩いて出て来た。アナウンサーが「さすがにベテランだけあって落着いていますね」と解説者に語りかけたが、解説者は返事をかえさなかった。一緒にみていたN君に「これはいかん」と私がいうと「何故ですか」と云うから次のような解説をしたわけである。

「この投手の体型をよくみると胸部と腹部とが縦に一直線のようにみえる。落着いた態度というのは二つの場合があって、あわてない、何が起きても驚かないといういわゆる度胸ある状態をあらわす場合と、もう一つ考えられるのは身体があまり動かない、いわゆる疲労現象によって動作が緩慢となり落着いているようにみえる場合とである。この体型からみると、肥満傾向が認められこれは食事が動物性蛋白の摂取が充分すぎて走り込んでいないことをあらわすから、運動負荷で心臓負担が強くなり体全体の動きが鈍麻しているようにみえるから、これは投手の選択をこの大事な時に誤ったことになるかも知れない」

そんなことを話しているうちにボカスカ打たれてしまった。N君が「どちらが優勝すると思うか」ときくのであく迄も予想だがとことわった上で次のような話をした。

「この場合、投手に責任があるというよりも、この投手を出すという決定権は監督にあるのだから監督がこういった投手の体型を判断していくにあたって、当然彼の長い経験から考え、現在最もよい状態にある投手として彼を出した場合と、それから彼以上のよい状態の投手がいてもそれを判断出来なかった場合とが考えられる。彼以上の状態のよい投手が現在いないということが事実であるとすると、これは中日の負けということとなり彼以上の状態のよい投手がいるのにこの大切な時に出さなかったということは、積極的な強い意志が働かなかったということになるから、監督にいわゆる疲労状態のような不安定さがあり、これでは中日はやはり負けということとなる。」と言っておいた。

食事管理も大切であるが、こういった場合技術的には全く互角のチーム同志の対戦となると、たった一人の投手の胃腸の働きが悪いようなことでもあれば、それが全体の成績に影響して来るわけであるから、勝負は運であるともいえる。ロッテの場合、食事管理はさておきジプシー球団であちこちと転戦しているうちに、選手達が環境的変化に対応する方法を自分なりに体得していたとも考えられ、同時に走り込むことによって脂肪分を調節し、肥満傾向を防止していたことが勝利をおさめる原因となるかも知れない。そこでN君に次のような話をした。

「この場合監督がサーロインステーキを好むかテンダロインステーキを好むかということも勝敗と関係するかも知れない。それに対応する野菜、果実の摂取量も関係するし、選手の便通状態すなわち胃腸の働きも関係することはいえる。しかしファンの立場から言うとひいきのチームがリーグ戦で優勝し、日本選手権に出れるようになったからといってひいきのチームにお祝いにかけつけると、ひいきのひきだおしということが起る。ロッテのファンなら相手となる中日のチームのところへお祝いにかけつけるべきなのである。そして選手達に握手を求め相手は利き腕の側の手を出す筈であるから、出来るだけ強く握ってやるとよい。この回数が多ければ多い程利き腕の側の筋肉疲労

が多くなり、腱鞘が炎症をおこしたりすると同時に、一定の部分に疲労蓄積が起きると仲々回復しないし、出来ることならお祝いにビールでも飲ませるとよい。」こんな話をしたわけであるが、こうなって来ると中日が負けたのはファンの人達のためだということになり怒られるかも知れない。

謙信と信玄

川尻　徹

この二人程歴史上の人物のなかで実力が白仲していて、どちらも相手を屈服させることが出来なかったというようなことは珍らしいことである。現在のわれわれの目からみるといい年をした立派な大人が、千曲川をはさんで戦争ごっこを繰りかえしていたとしかみえないが、本人達はどういうわけか協力して早いところ天下をとる方法を考えないで、竜虎が戦っていると世間の人達にいわれながら走り廻っていたのであるから、今の時代となってはどこかおかしい連中であったわけである。現在の政治の場面であれば、仲裁役の長老が出馬して仲をとりもちまとめるところであるが、当時はそんなよけいなことをするものはいなかったとみえて、お互の人生をかけて争っていたわけであるから、この点を精神医学的に考えてみようと思うのである。

詩の一節に「遺恨なり十年一剱を磨く」という言葉がある。このように執着性の気質、女性的ともいえるこの粘着性について考えてみると、こんな男を相手にしたらこれはやり切れないといえるが、これに対応する信玄の方法がうまく出来ているといえる。すなわち「風林火山」である。一直線につっ込んで来る謙信の鋭峰を相手にするには確かにこれはよい方法である。ある時は風のように逃げまくり、ある時は林のごとく沈黙し、林の中を相手が通り抜けていくのを待つか、ある時は火のごとく攻撃し、ある時は動かざること山のようにというように相手を受けとめてという態度は、これは自己顕示性の高いヒステリー性格の女性を妻としている男性が見習わなくてはいけない態度といえる。このようにすればいずれ相手はうまくいけば疲れ切って自滅するわけである。もっともこの二人のように一生戦いつづけるというのはこれまた大変なことといえる。

この「風林火山」という言葉から信玄の性格は循環性気質といってもよいと思われるが、二人の相対立する人間像が言葉に表現されているとも考えられる。この二人の死亡原因はいろいろといわれているが一般的には謙信は脳出血、信玄は肺結核というのが通説のようである。謙信のように10年間も恨みを忘れないというのは、これは非常に緊張度の高い男であったということはいえる。またこれだけ心的エネルギーを集中できるのは体格としては闘士型と考えられなくはないし、健康状態もよかったといえなくはない。通説では謙信は戦勝祈願のため、身を持すること禅僧のごとく妻帯しなかったというので、身辺には女性がいなかったわけであり、まずこれを信ずるなら夜は一人でねているわけである。従って身辺は冷え冷えとしていたこととなる。しかも住んでいた場所が越後の国という北国であるというのがよくなかったといえる。また日本海岸よりで米作と塩は確保出来ても、冬場は当然野菜類が不足し、塩分の多い食事をとって飲酒もしていたわけであり、この点で動脈硬化症性の変化は血管壊死や石灰沈着のはげしい変化としてあらわれ、精神的過緊張、すなわちストレスと相まって高血圧の誘発をみることとなるといえる。まして粗食、しかも暖房もないようなところで一日中信玄のことを考えているわけであるから、これはもう脳血管障害を起す原因を自分で作っているわけである。現在このような男がいるとすると、内科医は主治医になることはお断りした方がよい。ここまで戦争に熱中しているものに身体のことをいってきかせてもいうことは全くきく筈がない。夜トイレにいってまで信玄のことを考え、しかも北国の寒風が吹き込んで来るような時はそれこそ卒然として逝くということとなる。恐らく謙信の場合は左中大脳動脈の内包基底核部のかなり粗大な出血が起ったと推定してみてもよい。しかしこれほど熱心に戦争のことを考えていたわけであるから、この男の戦闘技術はさぞかし練磨されたものであって優秀であったと

推定されるが、それだけに部下のやることがテンポが遅く感ぜられ、我まんし切れなくなって、川中島の合戦では単独で信玄の本陣になぐり込みをかけるようなことをやってのけることとなる。思考が単純、直線的であり、恐らく待つことによって勝つとか、もっと物理的な手段を工夫するとか妥協して相手をまるめこむというような心的視野の広さはなかったといえる。

信玄の場合は初めは肥満型の体格であったらしい。こういった循環性気質の男はかなり情感が豊かであったと思われるが、「人は石垣人は城」というように非常に人を大切にしたようである。これは一面からいうと気の弱さがあって依存性が高いことを示すわけである。内政に配慮し、後に甲州軍団として知られる優能な人材をもつわけであるが、この場合息子の勝頼は出来が悪く、最後には困ったことになるのであるから、信玄としても泣くに泣けないというところであろう。肖像画の変化をみると肥満型からるいそう状態へ変化して来て、もし通説のように肺結核を疑われるとするなら、この場合糖尿病の基礎疾患があったのではないかと考えたいところである。糖尿病であれば肺結核のような感染症に罹患しやすいし、また女性を絶つという点で法体となっていたこととも性的欲求の低下と関係があるかも知れない。ここが謙信の場合は性的エネルギーを戦いに昇華したと考えてもよいところである。信玄は最終的には抑うつ的となっていたようで、愛妾雪姫を想い「諏訪の湖にわが遺体を沈めよ」と遺言しているところをみると糖尿病性うつ状態と考えられないことはない。従って謙信の立場に立てば、現在のわれわれであれば、敵に塩を送る代りに砂糖を送りたいところである。こう考えると謙信が川中島で信玄の本陣に単独でなぐり込みをかけた時、信玄が椅子に坐っていて動かなかったのは倦怠感のためといえなくはない。刀を持ってふりまわすためにはやはり体力がいるわけである。ゆっくりと立ち上って軍配をひょいと上げたから、謙信のなぐり込みのスピードとタイミングがづれ危いところ救かったといえなくはないのである。政治、経済、外交、軍事は人間が動かしてゆくものであるから、歴史を作る人間の健康状態が歴史にどのような影響を与えているかを考えることも考え方のテーマとなるといえよう。

浅春雑感

小泉新策

春立ちて遠山脉は藍黝み
萌ゆる兆しのほのみえ初めぬ

陽炎のゆらぐ荒田の叢ゆ
赤き頭の雉子よぎれり

まむかひの今熊山の嶺白し
昨夜(よべ)のさざ雨の雪とつもるか

籔に咲く梅のあるらしほの匂ふ
花はみえねどかぐわしきかな

老梅に肖かりたしと思ほへど
馥郁たる香如何にかたきよ

学　術

老人の診察と治療上の注意

54. 11. 15.

慶応大学教授　五　島　雄一郎　先生

老人を診察する場合、老人には老人特有の症状があり、成人とは違った面があるということを十分心得て診療に当らなければならない。そこで老人を診療する上での注意事項に就いて述べる。

※ 診療上の注意点

(1) 問診

先ず痴呆の有無を確めること、が大事である。痴呆というのは所謂、老人ぼけであるが、そのぼけにも色々の種類がある。大きく分けて次の三種類がある。

㋑ 初老期痴呆　㋺老人性痴呆　㋩血管性痴呆

この中の初老期痴呆といわれるものにはpick病、Alzheimer病等があり、著明な痴呆が前景にくるもので、初老期の女性に多く、主に精神科でみる疾患である。これに対し内科で痴呆を診る場合は、老人性のものか血管性のものが大部分である。併し此の両者をはっきりと区別することは非常に難しく、殆ど不可能に近い。強いて其の主な相違点をあげると、老人性痴呆は非可逆的であって、一旦発病すると先ず元に戻ることはない。それに対し血管性痴呆は勿論全経過をみれば可逆的ではないが、一部のものに多少可逆性のものがあるという位のことである。

老人性痴呆

年寄りでは先ず記銘力の低下が起り、記憶力は保たれているのが普通である。即ち年をとれば最近の出来事は非常に忘れ易くなる。これが記銘力の低下である。そして昔の出来事はよく憶えていて年寄りが集まると昔話に話が咲くというのはその為である。ところが老人性痴呆になると記銘力も記憶力も共に低下してくる。その為に自分の生年月日や住所、氏名を忘れたり、又計算力が弱くなり、見当識も障害されて次第に恍惚の状態となってくる。これに対し

血管性痴呆

は血管障害（脳卒中等）で起るのであるが、マダラ痴呆とも呼ばれ、老人痴呆が記憶力、計算力見当識等、知能全体が一様に障害されるのとは対照的に、記銘力は障害されているが記憶力は或程度保たれているとか、計算力は保たれているが、見当識は障害されているという様に記銘力、記憶力、共に非常にマダラである。それは何故かというと例えば血管撮影をやってみると脳の細動脈は普通は真直ぐ走っているのであるが、動脈硬化が進んでくると蛇行が強くなってくる。こういう時に急激な血圧の低下とか血流の変化が起ると脳血管の一部に小さな血栓即ち梗塞を生ずることになる。しかもこういう梗塞は一般に多発的にあちこちに発生するのであるが、これだけでは卒中発作は起らない。その代り次第に意識レベルの低下が起ってくる。そして知能的にはマダラ痴呆が起ってくるのが特徴である。こういうのが老人の脳血管性の痴呆である。

これを換言すれば老年性痴呆は脳細胞全体が一様に萎縮することにより起るのであるが、血管性痴呆では脳血管の小さい梗塞によって二次的に脳細胞の萎縮が起ってくるのであって、本質的に違うものである。従って起ってくる痴呆そのものは両者共に同じ様であっても臨床的な経温をみるとそこに色々の差異或はずれが存在することになる。

以上の如く老人を診療するに当っては先ずその痴呆の有無をよく確めることが非常に大切な分であるが、老人のいうことを全部本当だと思って聞いたり診たりしていると、これは大変な誤ちを犯すことになる。というのは老人の場合は非常にDemenzが強いから、患者の言っていることが果して本当かどうか、その痴呆状態をよく確めて聞かないと信頼性が置けない。即ち診察に当っては其の記憶力も計算力も或は前頭葉症状もよく確める必要がある分である。

前頭葉症状

というのは痴呆と失禁が二大症状であるが、前頭葉症状が出る時は色々の病的反射が附随して起る。即ち

ⓐ Palmo mental Reflex（掌頤反射）
拇指球の皮膚をこすると同側の皮膚が収縮する反射で、これは正常の老人でも約半数にみられるが、その反射が著明にみられたり、左

右差のある時は著明にみられる側で病的意義がある。

ⓑ Snout Reflex（口とがらし反射）
患者の口の正中に検者の手を当てて、其の上ら叩くと口を強くとがらせる反応が起る。
原始反射の一つ。

ⓒ Sucking Reflex（吸啜反射）
口唇を軽くなでると吸い る様な口の動きが現われる。
原始反射の一つ。

ⓓ Forced grasping（強制把握）
母指と人指指の間の掌側の皮膚にふれた物体（ハンマーの柄等）を反射的に摑む。握った指を随意的にゆるめることが出来ない為、握ったものを検者が引張ると益々固く握りしめてくる。これを強制把握といい、反対側前頭葉上部の障害を示唆する。

以上のような病的反射があれば、他覚的に前頭葉の萎縮があることになるので、これらの反射をよく確かめることが大切である。

この様な前頭葉症状が見られる場合は、前頭葉の萎縮のみならず脳の広範な機能低下があるのではないかということを考えなければならない。

前頭葉症状が若い人にみられる時は脳腫瘍を考えなければならないが、年寄りにみられる場合は非常に重要であり、特に予後の判定上非常に大切である。即ち生命に対する予後は全く危険性はないが、疾病に対する予後は全く回復の見込がないということになる。

前頭葉症状のある患者の最も典型的なのが寝たきり老人であって、寝たきり老人の大多数は痴呆があり失禁がある。寝たきりで何年も生命は維持出来るが、その疾病はちっともよくならない。これが前頭葉症状の特徴である。

又こういう患者の増加は現在非常に大きな社会問題となっている。即ちこの様な寝たきり老人の家庭では、その為1～2人の家族が、つきっきりで看護に当らなければならない。現在日本では40万人もの寝たきり老人がいると言われているが、前頭葉症状を有するこの様な患者で外来を訪れる者は其の何十倍も存在するといわれている。しかもこういう人は今後益々増加して行く可能性がある。

従って我々臨床医は老人をみる場合、こういう前頭葉症状があるかどうかということをよく見極めることが肝要である。

又こういう前頭葉症状を有する患者を診る場合注意すべきは、この様な患者の訴えはかなり症状が修飾されているから、そういう人の症状に決してだまされてはいけない。例えばこういう人では、心筋梗塞が起っても典型的な狭心症様発作は起らないことが多い。即ち痛みが非常に修飾されてくる。又肺炎を起して熱が出ているにもかゝわらず非常に体の調子は良いといった風に全く病識を感じないことが多いのである。

以上述べた如く、我々臨床医が老人を診る場合痴呆があるかないか、前頭葉症状があるかないかということを確かめることは非常に大切なことであり、これが誤診を防ぐ鍵である。

(2) 主訴

主訴は一つだけでなく大低二つ以上ある。従ってこちらから積極的に病状を聞き出すことが必要である。

又 主訴そのものが正しい訴えとは限らない。例えば心筋梗塞では全く痛みを訴えないものが、30％もある。この様に老年者の病状は一般の成人と違って非常に修飾されてくるということを十分に認識することが肝要である。

(3) 全科的知識の必要性

老年者の診療に当っては循環器系とか、呼吸器系とか消化器系といったような専門的な知識だけでは不十分である。内科は勿論各科に亘る知識が必要であるが、更に内科以外の精神科、整形外科産婦人科等の知識も必要になってくる。その中でも老年者の場合は痴呆を中心とした脳症状が最もよく前景に出てくるので、どうしても脳神経系の診察が最も重要性を帯びてくる。

(4) 脳神経系の診察

脳神経系の診察でも患者が痴呆を伴ってくると患者の協力が非常に悪くなる。その為に十分診察することが難しくなる場合が多い。一応患者の体位とか、歩行状態、反射の状態、知覚検査、知態検査等を総合してDemenzの状態その他から診断をつけてゆくわけである。この際注意すべきは

① 脳動脈硬化症 という病名である。

これは非常に便利な病名であって、一般に年寄りで頭がぼけて色々な不定愁訴を伴っている場合に脳動脈硬化症という病名をつけることが多い。

併しそういう症状を伴っている場合に実際に解剖してみると脳の動脈硬化は存在しないことがある。即ち臨床症状と剖見は必ずしも一致しない。従って最近では脳動脈硬化症という病名はつけない様にしようという傾向がみられる。実際、脳動脈硬化症という病名をつけられて治療されているものの中に

老人性痴呆
パーキンソン氏病
うつ病

等の疾患がかなりの頻度で発見されている。何故この様に脳動脈硬化症という病名で処理されているかというと、老人性痴呆は先述した通りであるが、特に問題なのはパーキンソン氏病とうつ病である。

パーキンソン氏病

これは錐体外路症状を示す疾患であるが

① 手のふるえ
② 筋強剛
③ 運動減少

の三つがその特徴である。

老年者のパーキンソンの特徴は、この手のふるえが余り著明でなくて、むしろ筋の強剛と運動減少（筋固縮ともいう）が前景として出てくる。特に筋の強剛は上肢よりも下肢に強く出てくる。即ち前傾姿勢を示し足に強剛（Rigidität）が出てくるので、先ず歩く時に非常に転び易くなる。その為に外傷や骨折を起し易い。又階段から転び易い。こういう風につまづき易く転び易いということで、脳動脈硬化症と誤診されているものが多い。

運動減少症というのは、BradyKinesiaといい、動作が鈍くなる。従って年のせいで動作が鈍いんだということで脳動脈硬化症という診断をつけられる。つまり筋強剛の為に転び易い、或は又運動減少の為に動作が鈍いというのがすべてパーキンソン氏病の特徴であるのに、大低、脳動脈硬化症と誤診されているわけである。

例えば運動減少をテストするのに　シャツを着させてみる。するとボタンが中々かけられない。又寝かしておいて起上る時に中々さっと起上れない。こういう風に年をとって動作が鈍くなるのはパーキンソンの為であって、年をとったからといって決して動作が鈍くなるものではない。それを年をとったから動作が鈍いんだと勘違いして脳動脈硬化症という病名がつけられている様である。しかも老人の場合にはL－Dopaを投与すると、若い人（40代～50代）のパーキンソンと違って非常に副作用が強くなる。例えば嘔気、嘔吐等の胃腸症状とか、口のまわりの不随意運動が起る。即ちOral dyskinesieといって舌なめずりしたり、絶えず口をもぐもぐ動かしている。こういう副作用は若年者のパーキンソン氏病にはみられない。老年者に多くみられるものである。

何れにしてもパーキンソン氏病は脳動脈硬化症として治療されている例が多いので、十分注意すべきである。

パーキンソン氏病が進行すると先述の前頭葉症状を起してきて遂には寝たきりになってくる。寝たきり老人の大多数は脳卒中とパーキンソンからきている。故にパーキンソンの場合には小軟化巣を多発して多発性の脳軟化を起してくる実例もかなりある。

次に脳動脈硬化症と誤診されているものに

うつ病　がある。老年者のうつ病は仮面うつ病といわれている。うつ病は精神症状が主体である。即ち焦燥感、いらいら、不眠更に意慾の低下といった様な情緒面の障碍が起ってくる。

うつ病は普通精神科を訪れるのが大部分であるが、内科を訪れる老人のうつ病は普通のうつ病より軽く精神症状よりむしろ身体症状が前面に出ている。このように軽いうつ病を仮面うつ病と呼んでいる。この様な軽いうつ病は大低先ず内科を訪れるのであるが、内科ではうつ病に対する関心が余りない為に殆ど誤診されている。即ちその身体症状に応じて高血圧症、狭心症、胃潰瘍といった病名をつけられる者が多い。

仮面うつ病の特徴

老人の仮面うつ病には次の4つの特徴がある。

① 喪失体験
② morning Depression
③ 意慾の低下
④ 睡眠障害

仮面うつ病の患者はどうして発生するかというと、一つの喪失体験をしている者が多い。例えば妻が先に死んで夫が生き残っているとか、或は夫が先に死んで妻だけが生き残っているというようなもの、或は定年退職で職を失って了ったというようなもの、或は又老年者でその子供が先に死んで了ったというようなもの、この様に色々のものを失うという体験を喪失体験というのであって、

この様な体験の後には気分が抑うつされて滅入って了い、何をする気力も失せて了うことが多い。こうしてうつ病が発生するのであるが、こういう者は大低の場合ノイローゼという診断をつけられて加療を受けているものが多いのであるが、これはノイローゼではなく仮面うつ病なのである。

Morning Depression というのは　朝起きるのがつらくて中々起きれない。起きようとすると頭痛がしたり、体がだるい等色々の症状を訴える。これが、うつ病の典型的な症状である。こういう患者は大低午前中ずっと元気がないが、午后になって元気が出てくる者が多く又日差による変動が強い。次に

意慾の低下　ということがうつ病の非常に大きな特徴である。このような患者では何をしようとする気力も起らず、又何をやるのも億劫である。患者が億劫だという場合は大低、うつ病の症状と考えてよい。何をやっても億劫となり、その外にも食慾、性慾等のあらゆる慾が出てこない。

年寄りで食慾がなくて食べないから次第にやせてくる。それで何か病気ではないかと思って調べてみても何の病気もない。この例がよく存在する。こういう者は抗うつ剤を投与して、うつ状態をとってやると急に食慾が出て太ってくるという者が多い。次に大事なことは

睡眠障害　であるが、多くは早朝覚醒がある。即ち寝入りが悪くて10時か11時頃寝たとすると2～3時間位でもう目が覚めて了う。そして其の後はどうしても眠れない。これがうつ病に特有な睡眠障害である。或は又断続的に目が覚めて熟睡出来ないという type のものもある。こういう様なものも大体うつ病があると考えてよい。もしこの様な場合、うつではなかろうか、併しどうも血管障害の疑も強いという様な迷がある場合。試みに抗うつ剤を使ってみる。そしてもし睡眠障害がとれるならば、うつであったと考えてよい分である。

仮面うつ病では以上の4大特徴の他によく頭痛、肩こり、便泌、背痛、腰痛、前胸痛といった様な不定愁訴を訴えることが多い。何れにしろ身体症状が前景に出て精神症状をカバーしている、こういう場合患者は大低脳動脈硬化症という診断をつけられて脳血管剤とか脳代謝賦活剤等を与えられていることが多いのであるが、それで病気がよくなる分がない。こういう場合はやはり抗うつ剤を使うべきである。実際問題として慶応の内科外来を訪れる年寄りの3分の1は抗うつ剤を使っている。これ位、うつの患者は多いということを知るべきである。又こういう「うつ病」の患者は精神科領域、内科領域にとどまらず、婦人科、眼科、耳鼻科等の各科に沢山まぎれこんできている。従って以上の様な実状をよく考えて、誤診しない様に心掛くべきである。結局脳動脈硬化症という病名を安易につけることなく、よく病状を見定めて、うつ病、パーキンソン氏病其の他の病名をつける様に努めてもらいたいということである。

㋺ めまい

老年者ではめまいを訴える者が多い。めまいは色々の場合に起り得るが、例えば頸性のめまい。頸性の低血圧、心搏出量の低下といったことで起る。即ち脳外の原因で起ることが多い。　そこで年寄りでめまいを訴える時は先ず頸部のX線を撮った方がよい。年寄りでは第V VIの頸椎が非常に変形を起し易い、椎骨動脈は鎖骨下動脈より分れ第6頸椎より第1頸椎迄、各椎骨の肋横突孔を通って上行し、脳幹に行くのであるが、椎骨に変形が起るとこの椎骨動脈に変異が起ってくる。その為に脳幹より後大脳動脈に行く場合にこの様な変異が起ると脳幹の血流に変化が起る。即ち一寸首を前後屈したり左右に廻す場合に椎骨動脈に変異を起し、その為に血流低下を来す。これを椎骨脳底動脈不全症と呼んでおり、臨床的には首を曲げたり廻したりする時にめまいを起してくる。この様な症状に対しては注射等の治療では治らないのであって、頸椎の索引療法が奏効する。

㋩ 起立性低血圧症

老年者の血圧は座位又は立位と仰臥位の両方で測る必要がある。というのは仰臥位で測った血圧と立位或は坐位で測った血圧に非常に大きな開きがある者が多いからである。例えば臥位で

190～90、立位で110～70　という様に立って測ると血圧が急に下って了う者がある。この様なものを起立性低血圧症というのであるが、このような人は立った瞬間にめまいを起して卒倒したり、或はめまいを訴えないで突然失神するというようなこともある。これは年寄りでは血圧調節の為の自律神経が非常に不安定でアンバランスを来している為であって、年寄の約半数に起立性低血

圧症がみられる。併し起立性低血圧を起しても全く症状を訴えないものもあれば、中には激しい症状（めまい）を示すものもある。従って年寄りを診る場合は出来るだけ両方の血圧を測るべきである。

以上の外に心搏出量が急激に低下する場合、例えば発作性の心房細動、或は期外収縮が出現した時にめまいが起る。又仮面うつ病でもめまいを起す。この様にめまいの原因は色々あるので、出来るだけ其の原因を探り、適切な原因療法をやるべきであるが、この起立性低血圧症に対しては、ディヒデルゴット（Dihydergot）という麦角の製剤がよく効く。

(5)　循環系の診察

先ず大事なことは 脈診 であり、必ず左右両方の脈を診ることが必要である。例えば橈骨動脈（A.radialis）で左右差がある場合、X線を撮ってみると大動脈瘤或は縦隔腫瘍があって其の為にA.subclavia が圧迫され、その為に血圧の低下或は脈の微弱等が生じてくることがある。

一般にA.radialis の左右差はA.subclavia の狭窄或は圧迫により起ることが多い。又縦隔腫瘍（pancoasts の Tumor）によって脈及び血圧の左右差がみられることがある。大体年寄りでは脈無病は起らない。この様な血管炎の変化は若い人に起る。

又脳卒中の患者では屢々内頸動脈の閉塞をみることが多い。症状はこの場合全く脳溢血と変らない。内頸動脈の閉塞の場合は触診で搏動をふれない。聴診すると雑音がするということで内頸動脈の血栓による卒中であることが分る。この様に診断がついたら血栓溶剤のウロキナーゼ或はプラスミン等を使うか、或は外科的な処置により、血栓を除去すればよい。

尚、最近足の血管がつまるものが増加している。これは腹部大動脈が左右の総腸骨動脈と分れる分岐部に血栓が出来て、片方が閉塞して了うことが多い。これは レーリッシェ症候群（Leriscbe）という名前で呼ばれており、股動脈が途中でつまることもある。するとA.dorsalis pedis（足背動脈）或はA poplitea（膝窩動脈）の puls がふれなくなり、皮膚温の低下が起ったり、間歇性跛行（歩いていると足が痛くなって歩けなくなるもので、少し休むと又歩けてくる）をみることが多い。この様な症状がある場合は動脈がつまっている証拠である。この間歇性跛行は神経痛特に坐骨神経という診断名をつけられていることが非常に多い。これは歩いていると痛いのであるから腰椎のX線を撮ってみると腰椎の変形を来している者が多いので、この様に誤診されるものと思われる。特にこれは糖尿病等によくみられる。これは血管撮影をやって閉塞或は狭窄していいる部位をみつけ、それを手術により除去すれば治る。

以上の如く年寄りで脈をふれる場合は、両側性に又全身的にみるということが非常に大切である。

次に 触診 上注意すべきは腹部大動脈瘤である。これは臍の左側に腫瘤をふれるもので、搏動があり、呼吸性の移動がないという特徴がある。これも早く発見して手術すれば助かる。

血圧測定上の注意

① 臥位と坐位或は立位で測り、起立性低血圧の有無を確かめること ― 前述した通り ―

② 年寄りの高血圧は収縮期性の高血圧である。即ち上が高くて下が普通なのが多い。

例えば 97 才の老人で、血圧が 190 ～ 90 あったとすると、上が高くて下が普通ということになる。これを一般的な高血圧の考方からすれば、高血圧になる分であるが、この際注意すべきは年寄りの高血圧は若年者とは一寸考方を変えなければいけないということである。例えばこの年寄の場合、この 190 という血圧で脳、心、腎に血液を送りこんでいる分である。もし降圧剤を使ってこの年寄りの血圧を 150 位に下げてやったとすると、その下った時点で脳梗塞或は心筋梗塞を起してくる可能性が非常に大きい。故に年寄では下手に血圧を下げるべきではない。下げるということは非常に危険である。若しこの年寄りの血圧が 190 ～ 120 であったとするとこれは当然下げるべきであるが、併し 70 才以上で最低血圧が 120 になる様な血圧の者は先ず存在しない。何故かと言えばその様な者は脳溢血でとっくに死んでいる筈である。

降圧剤使用剤の注意

① レセルピン→Depression を起し易い。更に又Depression より自殺する者が非常に多い。従って老年者にはレセルピンは使用すべきではない。今後もしレセルピンを使った年寄りが

Depression で自殺した場合は医師の責任となる。即ち医師が訴えられて有罪になることを覚悟すべきである。

② 自律神経遮断剤（イフメリン等）

これは起立性低血圧を起し、失神発作を起すことがあるので老人には禁忌である。

③ 利尿降圧剤（ロンチル、フルイトラン等）

サイアザイド系は普通の成人では第一選択剤であるが、年寄りでは之を使うと利尿作用で脱水が起る。更に血液の濃縮が起り、ヘマトクリット値が上昇する。その結果血栓を生じ易くなり、心筋梗塞や、脳梗塞を起す結果となる。最近8月の暑い時にゴルフ場でゴルフをやっていて心筋梗塞や脳卒中を起す例が非常に増えてきており、又サウナ風呂等で同じ様に心筋梗塞や脳梗塞を起して倒れる例が多発しているが、この何れも、発汗によって脱水状態を起し血液の濃縮を来たす為である。

従って年寄りでは利尿降圧剤は余り使わない方が良い。もしサイアザイド系を使う必要のある時は朝だけとか、朝昼1錠づつとか、或は1日置とか2日置という様に少量づつ或は断続的に使う方がよい。

④ Hydralazin（アプレゾリ、アピラコール等）

これは血管拡張作用があって、心搏出量をふやす。そういう意味では有効であるが、狭心症のある人では使えない。

⑤ βブロッカー

これは交感神経のβ遮断剤で最近脚光を浴びている降圧剤であるが、色々の狭心症及び頻脈、不整脈のある場合にも使い易い。βブロッカーは又多少心臓の働きを抑圧する働きがあるので注意して用いるべきで、心不全の徴候ある時は禁忌である。併し、最近の知見によれば心筋梗塞の予防効果があるということも言われている。その降圧作用は緩和でよく使用されているが、特にピンドロール（カルビスケン等）はその中でも特に降圧作用が勝れていて、しかも作用は緩和である。

⑥ ヒデルギン

これは血管拡張作用の外に脳代謝を賦活するという働きがあるが、特に血圧を下げる作用は緩徐であり、老人の高血圧症の適応になっているので、急に血圧を下げないで緩徐に下げるのには格好の薬剤である。

(6) 老人の肺炎

年寄りを診察する際にその呼吸器疾患で最も大切なのは肺炎である。70才以上の老年者の死亡の中では最も高率にみられる。

老年者の肺炎は非定型的症状を示す者が多い。特に熱の出ない者が多い。何故老人に肺炎が多いかというと免疫が低下しているからである。一寸かぜを引いたと思っていると熱も出ない中に忽ち肺炎に移行していく者が多い。それでかぜを引いて一寸長引いたと思ったら肺炎を考えてX線を撮った方がよい。

肺炎の特徴は昔の様に大葉性の肺炎は殆どみられず、多くは気管支炎より移行した気管支肺炎である。起炎菌は変形菌、緑膿菌、グラム陰性の桿菌等が多い。　薬物を投与する際の注意としては老人は腎機能が低下しているので、ゲンタシン、カナマイシン、コリスチン、ストマイといった様な腎毒性の薬物は腎機能を障害し、腎不全を起してくることがあるので十分注意して使用すべきである。セファロスポリン系、ＡＢＰＣ等は比較的腎毒性が少なく一般に広く使われている。

(7) 生理的老化と病的老化

先述した様に老年者では、外科的なもの、整形外科的のもの、或は眼科、耳鼻科、泌尿器科、婦人科領域のものが関連してくることが多いのであるが、こういうものは多くは生理的老化現象によって惹起されるものが多々みられる。例えば脊骨の変形とか老人性白内障、前立腺肥大症、老人性難聴といったようなものは何れも病的老化というよりも生理的老化であって、このような変化は直接生命に影響を与えることは少ない。これに対し、動脈硬化というような病的老化をもとにして起るものは、大低致命的結果を起してくることが多いので、そういうものの治療を重点的に行うことが必要である。年令に基づく生理的老化というようなものは附随的なものと考えてよい。併しそういうものでも、だんだん増悪してきて、視力障害が起るとか、殆ど耳が聞えないとか、腰が痛くて歩けないとかいう様な場合には、それに対して対症的治療を行うべきは勿論である。

(8) 老年者の食餌

従来から年寄りには消化のよいものを与えるように言われているが、その外の注意事項として、年寄りは大体味覚が低下しているので塩分や砂糖をとり過ぎる傾向にあり、その為に高血圧や肥満

を起し易くなるので十分注意すべきである。

コレステロール に就いて

最近米国に於て過去八年間に亘って、コレステロールが動脈硬化に及ぼす影響について、精しい実験が行われたが、その結果、多価不飽和脂肪酸の多い食事をとると心筋梗塞の様な動脈硬化性疾患の発症が或程度抑えられることが実証された。しかもその様な食餌療法は65才以上の年寄になってからでは効果は少なく、65才未満の若い中に行って始めて効果があることが判明した。この様に食餌療法というものには或程度限界がある。即ち年をとって食餌療法をしても余り効果がない。やるなら若い中にやるべきだということである。換言すれば、年をとったら特別食餌療法をしなくてもよい。即ち何を食べてもよいということになる。従来年寄りの血液検査等でコレステロール値が高いと脂肪の摂取を控えるようにということが言われてきたのであるが、この実験結果からすれば、この注意は行き過ぎであり、むしろ年寄りは何でも好きなものを食べてよいということになる。只日本人の場合には高血圧が一番大きな問題であるので、塩分のとり過ぎだけは注意した方がよい。

食塩 の量に就いて

日本人の食塩の摂取量は1日平均約15 g といわれており、特に東北の人達は世界で最も塩分のとり方が多いと言う。アメリカ人が1日約10 g、大平洋の島々では7 g、エスキモーでは4 g という様に日本人は諸外国の人に比べて著しく食塩をとり過ぎているのであるが、これが高血圧と密接な関係があるといわれている。

味噌汁一杯で食塩2 g、梅干1個で2 g、たくあん一切で2 g、鮭一切で8 g、タラコ100 g で6 g であるから、これだけで忽ち20～30 g の食塩をとることになる。年寄りになってから食塩の量を減らすということは中々出来ないことなので、若い中から出来るだけ食塩の量を減らす様に食生活を変えてゆくことが根本的に大切なことである。

(9)　高血圧の薬物療法

最近アメリカ医師会の高血圧委員会で採用した降圧剤の選択方式があるが、それによると

① 第一選択として利尿降圧剤をあげている

それにメチールドーパ、βブロッカー等を高血圧の程度に応じて併用する方式がとられている。

② 重症の高血圧では、以上の三者併用を主とするのであるが、狭心症が存在する場合は先ずβブロッカーを用い、それに利尿降圧剤を併用する。

又他の降圧剤が禁忌となっている症例では先ずβブロッカーを使って、それから利尿降圧剤を用いる。

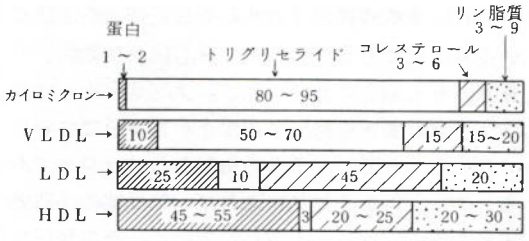
③ 軽症或は中等症の高血圧では　利尿降圧剤にβブロッカーを併用する。

④ 以上の如くβブロッカーの高血圧に対する使用法は従来の利尿降圧剤に代って第一選択になりつゝある。それは前述の如く非常に副作用が少なくなって作用は緩和であり、電解質バランスをくづすこともないし、又狭心症、頻脈等のある場合も安心して使えるので、現在降圧剤として最も広く使われている。

※ リポ蛋白に就いて

Lipo 蛋白というのは、その内側に脂質があって、その外側を蛋白が包みこんでいるものであって、脂肪は水に溶けないので蛋白とくっついて可溶性となり血漿中にとけこみ体の中を循環している

Lipo 蛋白は比重によって、カイロミクロン、
VLDL（超低比重リポ蛋白）
LDL（低比重リポ蛋白）→βリポ蛋白と同じ
HDL（高比重リポ蛋白）→αリポ蛋白と同じ
の4種類に分けられ、それぞれのLipo 蛋白の中には、その中に色々の種類の脂質が含まれている。



例えばカイロミクロンでは中性脂肪が80～90%ありこれは食物由来の中性脂肪即ち外因性の中性脂肪であり、これに対してVLDLの中性脂肪は50～70%あり、これは主に肝臓で合成された内因性の中性脂肪で、コレステロールが約15 %位あり、LDLはコレステロールが約$\frac{1}{2}$あって蛋白は約$\frac{1}{4}$である。これに対し、HDLは約半分が蛋白でコレステロール及び燐脂質が後の半分づつである。

HDL に就いて

ＬＤＬとＨＤＬの作用は対照的で、ＬＤＬは腸で吸収されたコレステロールや肝臓で合成されたコレステロールを担って臓器や組織に運び、余ったコレステロールを血管壁に沈着させるのに対し、ＨＤＬは酵素ＬＣＡＴの働きで末梢から余分のコレステロールを集めて肝臓へ運ぶ働きがある。それを肝臓で胆汁酸に変じて、腸管へ排泄する。この様にＨＤＬはコレステロールの掃除人の働きがあるとされている。

従ってＨＤＬの中のコレステロールが多いということは末梢から遊離のコレステロールを沢山抜き取ってきたということであって、これが虚血性心臓病を予防する上で大きな効果があるといわれる由縁である。そこで

ＨＤＬの中のコレステロールは良いコレステロールであり、ＬＤＬの中のコレステロールは悪いコレステロールであるというように表現される様になってきた。そこで、

ＨＤＬは動脈硬化を予防するリポ蛋白であり、ＨＤＬを増加させることが動脈硬化を予防する上で大切であるということになる。

ＨＤＬを増加させる因子

① 性差

女性は男性に比しＨＤＬが多い。ということは女性は心筋梗塞にかかり難く、それだけ長生きするもとになっている。

② 運動

短距離よりはジョッキングの様な長距離の激しくない運動をするとＨＤＬが増加する。

③ アルコール

適量のアルコールはＨＤＬを増加させる。ビールで大壜1本、酒で1合、ウイスキーではダブル1杯位が適量ということになる。

④ 薬物

女性はホルモン（エストロジェン）、ヘパリン、クロフィ　ブレート、ニコチン酸、パントテン酸、ビタミンＥ等はＨＤＬを増加させる。

ＨＤＬを低下させる因子

① 高糖質食→砂糖及び果糖のとり過ぎ。
② 飽和脂肪食（動物性脂肪 ）のとり過ぎ。
③ 肥満→＋ 20 %以上の肥満者
④ ピルの服用
⑤ 喫煙→1日 20 本以上の者
⑥ 肝臓病及び胆道閉塞症
⑦ 高脂血症

日本人のＨＤＬ正常値

男性→56前後（56 ± 16 ny／dℓ）
女性→60前後（61 ± 15 ny／dℓ）

これは加令による変化はみられず、又欧米諸国民の正常値より高い値を示している。

各種疾患に於けるＨＤＬの値

心筋梗塞では一番低い。次いで狭心症、糖尿病脳血管障害、肝疾患、等が低値を示す。

高血圧症とＨＤＬ

高血圧患者ではＨＤＬ－ colesterol（ＨＤＬ－Ｃ）の値は殆ど正常範囲である。

心電図で冠不全のある者はＨＤＬ－Ｃの値は著明に減少する。

降圧剤の脂質及びＨＤＬ－Ｃに及ぼす影響は

① 降圧利尿剤（サイアザイド系）では不変
② βブロッカー（カルビスケン）を使用するとＨＤＬ－Ｃは増加してくる。
③ Esidrei （Reserpin ＋ Apresoline ＋ Esidrex ）ではＨＤＬ－Ｃは有意に低下す
④ Esidrei にカルビスケンを併用するとその下ったＨＤＬ－Ｃが又元に戻ってくる。即ち正常範囲に帰る。

この様に降圧剤の種類によってＨＤＬ－Ｃの値が変化してくることが分る。以上のことから降圧剤としては従来の利尿降圧剤に代ってβブロッカーが多用される傾向にある。

※動脈硬化は治るか

今年の国際動脈硬化学会に於て、アメリカのブラッケン教授の研究によって動脈硬化は治るということが実証された。これは股動脈の血管壁のコレステロール沈着状態を観察研究したものであるが、実際どうやるかというと、

① 太っている人は体重を減らす
② 血圧の高い人は降圧剤で下げる
③ タバコをやめさせる
④ 運動→毎日、時間をかけて激しくない運動をさせる。
⑤ 食餌→コレステロールの多いもの、特に動物性脂肪（飽和脂肪酸）をへらす。

以上の様に危険因子を除去すれば血管の動脈硬化性変化が改善されることが分った。この実験を行った者の中に、$\frac{1}{3}$は著明な改善をみたが残りの

$\frac{2}{3}$は以上の注意事項を十分に守らなかったり、タバコを止めなかったりした為に好結果が得られなかったという。

五島雄一郎教授　略歴

S 20年　慶大医学部卒業
S 47年　　同　　教授就任
S 51年　日本動脈硬化学会会頭
S 51年8月　第4回国際動脈硬化学会事務局長
S 52年　　日本老年病学会会頭

主な著書　①　動脈硬化症
②　内科必携「脂質代謝異常の臨床」

（記　東　吉男）

「医師の目……島田先生」の記事が出ましたのでご紹介します。

医師の目

信頼の回復が大事です

医師と患者の信頼関係がすいぶんそこなわれているように思います。患者は医師を信頼し、医師は患者に最良の治療と懇切ていねいな指導を行う。これが医師と患者の信頼関係の原点だと考えます。

国民皆保健が実現し、患者にとって受診がたいへん容易なものになりました。そのせいか、病院を転々とする患者がすいぶん目につきます。とくに内科系の慢性疾患の患者にその傾向が強いですね。

内科系の病気は骨折や火傷などの外科系の病気と違い、良くなっているのか、悪化しているのかという判断が患者にはしにくい面があります。慢性の病気はなおのことでしょう。良否の自己判断がつかないものだから、不安になる。「ひょっとして、ここの病院の治療はおかしいのでは？」と素人判断で病院を変える。

しかし、どこの病院に行っても治療法には大差がありません。そこで患者は「きっと自分の思うような病院があるはず」と次から次へと病院を転々とする。

概してお年寄りに多いように思います。なかには、ある病院でもらった薬を「自分に合うかどうかわからない」といって、その薬を持参して、別の病院に行く人もいる。

病院を転々としても結果は変わりません。かえってマイナスの要素が大きいのです。そういう患者は医師にとっても親身になれないものです。もっと医師を信頼してほしいですね。

医師を信頼することで、不安が取り除かれ病気が好転することだってありうるのです。医師と患者の信頼関係の回復―これがいま一番要求されていることだと思います。（福生市福生・島田医院・島田芳明）

理事会報告

55年1月19日

報告事項

I　地区医師会長協議会報告

①学校医研修会開催について

都医が年1回実施する研修会で2月13日、日仏会館ホールで行われます。

②関東甲信越静学校心臓病予防研究会東京都大会開催について　2月9日開催。

③輸血状況調査について

本年も昨年通り東京都衛生局が輸血状況調査の実施を行いますので、ご協力をお願い致します。都衛生局より直接病院宛送付されます。相違点は年代及び男女別に輸血した人数を記入して下さい。又各区市町村に「献血推進協議会設置」を各区市町村より協力の申し出がありましたら協力をお願いします。

④学術講演会の開催について

2月2回、3月に1回実施されます。

第1回　2月14日(木)　13.00～16.00　都市センホール
第2回　2月28日(木)　13.00～16.00　朝日講堂
第3回　3月13日(木)　13.30～16.00　安田生命ホール

「感染症の最近の動向と新しい抗生物質の展望」

⑤昭和54年度地区医師会調査研究発表会開催について

日時　2月27日（水）14.00～16.00
会場　東京都医師会会議室
目的　地区医師会において調査、研究を行って得た統計資料等を相互に発表し、各地区医師会間の連係緊密化を図る。

⑥サンヘルスについて

昭和55年1月号は毎日新聞配送所よりお手元

に配布済みと存じますが、近く2月号が配送所からお届けできると存じます。受取る際は受領印をお願いして徹底を計りたいと存じます。会員より直接外来患者に手渡して、内容を説明し、患者を理解させるべく努力して下さい。

配送されて来ない医療機関がかなりあるようだが、

未だ配送所の不備で充分徹底していないかも知れませんが、改善されるよう努力させます。原則として一医療機関に25部ずつ配られるようになっております。

⑦共済部会アンケート調査、特別募集月間募集結果について

11月実施のアンケート結果は

11万	20％	となっております。
15万	18％	
20万以上	60％	

共済部会の小委員会に於て、上記にもとづき、この「アンケート」に適した部に処置をとりたいと存じます。

特別会員募集は106名の新入会をみましたが、死亡した者もあり、現在も57％台でございますので、60％迄努力して入会をすすめて下さい。

⑧東京都医師会政治連盟

東京都内ブロック別丸茂重貞先生激励大会日程が決まりました。

(i)後援会名簿の提出状況は、集まったもの40.55％です。各地で残っているものは1月29日迄に報告して下さい。

(ii)婦人部の設置は、世田谷、下谷、玉川だけ設置されましたが、他の地区でも早急の設置をお願い致します。会員の家族の方々の努力が大いに効果あると存じます。地区医師会の会合には婦人の方々の出席を特にお願い致します。

(iii)各地の総会等多数集合等を利用してもらい、要請すれば、都医は勿論日医連からも出席していただけます。

(iv)支援団体との連絡の実施

上部に於ては度々会合打合せを実施しておりますが、各支部への徹底未だの所が多いようだし、支部の責任者の変更もありますので、その際は必ず報告して下さい。

(v)関東甲信越ブロック大会を開催致しまして、会員1名5,000円の寄付の申合せを致しました。又日医連からも例年通り寄付のお願いがあると存じます。

(vi)選挙関係資料の配布を今後どんどん致します。

（有効と認めたものは）

II　横田先生が御逝去されました。

20日午后7：30より8：30にお通夜で

21日午后1：00より2：00に告別式が御自宅で行われます。福生近在の先生方には電話連絡致しました。

協議事項

I　金曜会からの要望書について

前回の役員協議会では総務会に金曜会の代表の先生方をお招きしてその本意をお聞きする事になったのですが、結局お話を聞いて、金曜会はその都度テーマを決めて放談をする集まりであり、特定な規約があるわけでなく、構成メンバーの名簿があるものでもないという事でした。今まで何回も放談をしていたところが、話だけでは仕方がないという事で、何か行動をしてみたいという意見が出て、医師会がそのような事業を計画してやってほしいという主張でした。その際には金曜会の有志が協力するという事です。で、これらの主旨は総務会では了承し、前向きに検討して行き理事会に報告するものと致しました。今後の問題として検討するという事でよろしいでしょうか。

全員了承。

II　年度末の行事予定

総会は慣例で3月29日(土)となります。それに合せて次のように日程を作ってみました。

2月　8日	役員協議会
	部長会及び予算審議
2月13日	総務会
2月20日	定例理事会
3月　8日	告示
3月10日	臨時理事会
3月12日	総務会
	互選理事報告
3月18日	理事会
3月19日	選挙届締切
3月29日	総会

以上　（記　土田）

西多摩医師会新年会

昭和55年度西多摩医師会恒例の新年会が1月19日ホテル森川にて、多数の来賓を迎えて盛大に挙行された。

御来賓の方々は、衆議院議員石川要三、都議会議員田村利一(代)、都議会議員水村一郎(代)、青梅市長山崎正雄、福生市長石川常太郎、秋川市長臼井孝、五日市町長栗原昇作、羽村町長並木周一、奥多摩町長佐久間藤一(代)、西多摩歯科医師会長高取真一、西多摩薬剤師会長小管健義、瑞穂町長吉岡真一、日の出町長宮岡武一、西多摩青色申告会長山崎正、青梅消防署長沢田幹雄、福生消防署長木村伸夫、秋川消防署長茂木篤、埼玉銀行粕谷文雄、富士銀行座間康臣(代)、太陽神戸銀行鈴木日出夫、三和銀行辻本謙吉、三井銀行青木保、青梅信用金庫伊藤一男、顧問弁護士鈴木禧八氏等々のお歴々で、それに会員、職員、家族と合せて出席者は約80名に達した。瀬戸岡副会長の開会の辞、高水会長の挨拶に続いて、石川要三代議士を始め来賓の方々の御挨拶、栗原正吾先生の乾杯の音頭で和やかな会が始まった。ホテル森川自慢のイタリヤ風の料理を賞味しつゝ親睦を大いに深めた。

最後に内山副会長の閉会の辞をもって、55年の新年会の幕を閉じたが、昨年と異なり本年は多数の参加者があり、来年は更に全会員の出席を望みたい。

尚スナップ写真は原田事務長に依る撮影である事を附記しておきます。

(記　中林)

事業部だより

保険部

西多摩医師会

11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	83
2. 国保・国鉄等基金と契約してないもの	0
3. 生年および患者名不備あるいは記載ないもの	5
4. 傷病名不備あるいは記載ないもの	12
5. 診療開始日・日数および転記不明あるいは記載ないもの	13
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	7
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	10
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	1
10. 投薬・注射・X線で点数算出根拠の不明なもの	1
11. 処置および手術で内容の不備なもの	0
12. 検査で検査名・回数・内訳の不備なもの	6
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	11
15. 上記事項に該当しない不備・不明のもの	2
計	151

〔3月行事予定〕

3月 1日　管内市町村長との懇談会
　　3日　福生病院カンファランス
　　10日　臨時理事会
　　12日　学術講演会
　　〃　総務会
　　16日　ゴルフ研修会
　　3月18日　臨時理事会
　　29日　定時総会

〔法律相談〕

3月12日　(水)
4月 9日　(水)

味覚

中国家庭料理「雪園」

池田　聖

一口に中華料理といっても、北京料理、廣東料理、四川料理、上海料理とあって、それぞれ味つけや調理法に特徴があるのはご承知の通り。こゝにご紹介するのは、上海料理を主体とした中国家庭料理の店で、福生市の国道16号沿い、目白第二病院の1軒置いて隣にある。

推薦理由は、味のよいことは勿論であるが、先づここの女主人をご紹介したい。

やゝ年代がさかのぼるが、約10年程前に、NHKテレビの料理番組に出演されていた中国の女性で、そういえば見たことがあるという人も多いと思う。都内では、ハイクラス向きの料理教室も開いていた。戦時中は、上海の独乙系の病院で、看護婦として働いていたというから、我々にも馴染みの深い経歴の持ち主。従って母国語の中国語のほか、日本語は勿論、ドイツ語もペラペラである。ドイツ語の会話を忘れかけた人は是非彼女と話してみるとよい。

その上店が横田基地前にあるので、米軍人及びその家族もよく食事に来る。その人達に応対する彼女の英語も実に巧みである。四カ国語が話せるという、基地の街福生らしい国際色豊かなママさんなのである。

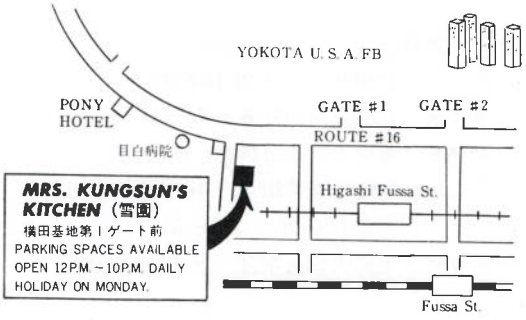
店の奥の方に座敷が2つあって小宴会が出来、中国家庭料理と名づけただけあって、家庭的雰囲気が溢れている。

但しこのママさんは立川に自宅があって、午后3時頃でないとご出勤にならない。それまでは若い美人の女性がいて、料理を作ってくれるが、腕の方も充分訓練を受けていて確かである。

尚池田から聞いてきたというと更にサービスがよくなる。

特選料理	1.	海老餃子（6個）	¥ 400
	2.	排骨湯麺（骨付肉掛けそば）	¥ 700
	3.	紅焼扣肉（バラ肉の煮込み）	¥ 1,500

住所　福生市福生1982
　　（横田基地第1ゲート前）
電話　0425（52）2560
営業時間　12時～22時
定休日　月曜日（鎌倉の料理教室出張）



あとがき

先月につづき、今月も多数の御投稿を頂き、有難うございました。今月号の編集当番になった事を心から感謝しているところです。何故って、いつも諸先生の旅行記等を読んでは、「はやく私も、のんびり旅行をしたり、食べ歩きの出来る身分になりたいなァ」と思い、小泉先生の短歌をみては、その優雅な才能を羨やみ、金曜会のレポートを熟読しては、「こんな常識的な結論一ツを出すのも、大変な事なんだな」と妙な感心の仕方をしているばかりで、原稿の集まりの悪い時などは自分が作家じゃない事を恨みつつ、机に向って四苦八苦、締切り迄の時間とボトルのウイスキーはどんどん減っていくのに、原稿用紙の白さは一向に減らず、そのうちテレビの深夜放送も終って、「おやすみなさい」なんてアナウンスされた時の気持、これは本当に惨めなものなんです。

ナンセ、もう水割り3杯がカラになっているというのに、まだこんな短かい「あとがき」さえ書き終らないんですからね。これでは、原稿が豊富に集まったからといって喜んだのは、ただのヌカ喜びだったようです。

誰ですか？、そこでニヤニヤしているのは。岸田先生？池田先生？川尻先生？。それとも川崎先生以下編集委員の先生方ですか？。

まあいいや、もう5～6杯飲んでいるうちにはあと200～300コ位のマスメなら埋められるでしょう。

早いもので、私がこの会報の編集委員を仰せつかってから間もなく2年になります。その間、投稿して下さる先生方が、ある程度きまっているのが気になりましたが、やはり原稿を書くという事は特殊な才能であって、誰にでも簡単に出来るというものではないのでしょうね。会員全体からまんべんなく投稿していただくのが理想ではありますが、現実にはそうもいきませんでした。

かく云う私も、前述の如く文才もなく、その上顔も広くないので、原稿集めもまゝならず、他の編集委員の先生方、特に同じチームを組んだ松原先生、桂木先生には迷惑のかけっぱなしで、大変申しわけなく思っております。

いつも、最近のように原稿が数多く集まれば、会報も充実し、編集委員も楽、という事になって万事めでたし、なんですが……。

来月は「花の4月」です。明るい話題を盛り沢山のせたいと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。　　（記　足立）

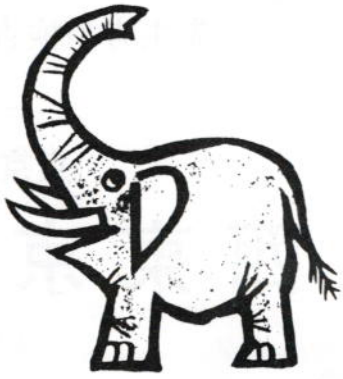
表紙写真説明

羽村大橋

街路燈のついたユニークな感を与える羽村大橋も、つい先だって出来たと思っていたら完成後もう六年になる（昭和49年3月完成）。

都市計画道路として五日市から箱根ケ崎に抜ける都道250号線の一部として秋川市と羽村町を結んでいる。全長547.3 m、片側歩道2.15 m、車道6.50 mだが、第二期工事では車道が12.75 mに拡幅されるという。この写真を見ると発展しつつある羽村町に今昔の感ひとしおであるが、この計画道路が完成した暁には羽村町の変貌は目をみはるものとなろう。

青梅市　近　藤　　肇



昭和55年3月1日発行
発行所
東京都青梅市西分3－103
TEL（0428）23－2171㈹
会報編集委員　川崎健一郎
松原　貞一　桂木　真　足立　卓三
米山　秀雄　堀田　洋夫　道又　正達
土田　守一　堤　次雄　植田　稔

印刷所　マスダ印刷TEL（0428）22－3047

誠意と迅速を旨として

地元に誕生した公認臨床検査センター
先生方の検査室として御利用下さい。

東京都衛医、医第52号

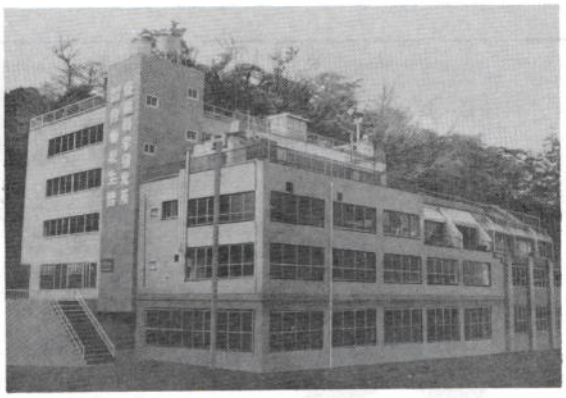
西東京医学研究所

青梅市千ヶ瀬4-374-1
TEL 0428(23) 3537

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。

当社は全国のご開業医の先生方だけを顧客とし、29年間あらゆる努力をしてまいりました総合コンサルティング商社です。形は株式会社ですが、実態は協同組合的精神で、すでに6,000余名の先生方を株主にお迎えし、トータルなサービスを提供しています。先生もぜひお仲間にお加わり下さい。

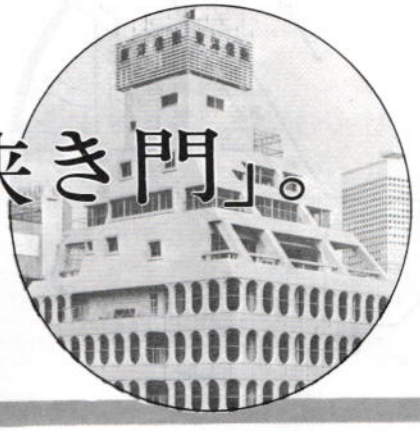
ドクターだけのための総合コンサルティング商社

株式会社 東洋信販

東京都渋谷区代々木4－27－25　☎(03)379-5111(大代)

代表取締役・大谷昭雄／設立・昭和24年８月／経営総資本金・225億円／従業員数350名／北海道支社（ルーベデンス札幌・札幌営業所）・千葉営業所・埼玉営業所・横浜営業所・三多摩営業所・福岡営業所・ハワイ営業所・富士開発事務所・北海道管理事務所ほか46事業所／関連企業31社

拡げません。
東洋信販の「狭き門」。



西多摩担当の荒瀬正博です
よろしくお願いします！

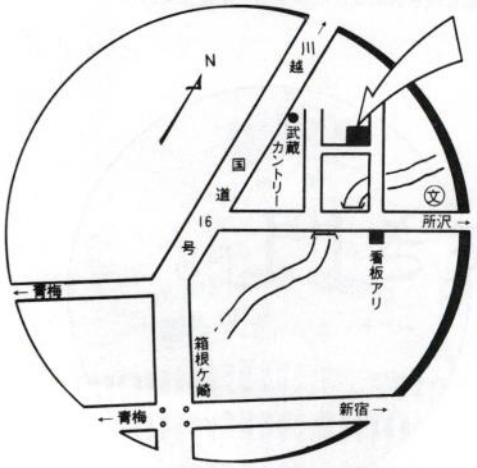
くらしの知恵と情報を
ホームバンクの埼玉銀行

埼玉銀行

青梅支店（TEL.0428－22－1101）　福生支店（TEL.0425－51－1021）
東青梅支店（TEL.0428－22－2121）　村山支店（TEL.0425－61－1211）
奥多摩支店（TEL.04288－3－2515）　五日市支店（TEL.0425－95－1311）

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)