



会員のひろば

優先席一考

札幌市医師会 大平 整爾
札幌北クリニック

松の内も過ぎて勤務が始まったが、風邪気味のうえにわずかだが右下肢への痺れを伴う腰痛がひどく、通勤者で込み合う地下鉄で優先席を探してこれのお世話になった。初めてのことで些かの抵抗感があったが、年齢も所謂高齢者に達しているわけであるし、顔に刻まれた皺や霜頂く頭髪を見れば、誰にも文句は付けられまいといじましく自分に言い訳をする始末ではあった。

風邪は治ったが腰痛は若干残りその後も暫くの期間、優先席にお世話になった。優先席には、「お年寄りの方」「体の不自由な方」「乳幼児をお連れの方」「妊娠している方」と表示があって、ご丁寧に“Priority seat”“Elderly”“Disabled”“Those with infants”“Pregnant women”と英語も添えられている。個々の対象者の説明は分かるが、一体「優先席」という言葉を英語でPriority seatと言うのであろうかは判然としない。日本語の至極達者なアメリカ人に聞いてみると、間違いではないが“Privilege seat”か“Courtesy seat”が自分としては適切な感じだという。彼の語感なのであろう。ただし、ロサンゼルス、サンフランシスコやワシントンDCでバスに乗った経験があるが、特別の席を表示したものを見た記憶はないという返事であった。彼によれば弱者を労るのが、アメリカのマナーだというのである。そうなのかなとブッシュさんのイラクに対する対応を詰るのもこの折には適当ではなく思えて、止めにした。

さて、一度これを利用してみると抵抗感が少なくなるのだろうか時々体調に応じて利用している

が、いろいろと面白いことに出くわし様々に考えることもでてくる。相当にご年輩でゆっくりゆっくりお歩きの方でも、一般的には優先席を敬遠するようである。自分はまだまだ元気だと思いのであろう。満員の地下鉄で私が優先席に座っていたところ、松葉杖で明らかに腰の曲がった私よりは遙かにご高齢の男性が前に立ったので、思わず起立して席を譲ろうとしたところ、明らかに不快感を滲ませて断られてしまった。次の駅で下車するのであれば分かるが私の降りる駅よりも先に行ったのであったから、そうではなかったようだ。優先席に座った者がさらにこれを他者に譲るのも考えものようで、以後はもしこれを利用するような体調の時には、視線を下向きにするか目を閉じておくことにした。

横浜市の交通局は、利用者の要望に応じて全席を一昨年(2005年)の12月1日から優先席にしたらしい。つまり、優先席などと特別表示の座席は作らないが、是非、弱者には積極的に席を譲るようにして欲しいという趣旨であろう。世の中の人々が先に書いたような人々に快く席を譲るような気持ちを持つようになることが理想であろうが、乗り物で立っているのが辛い人は年寄りばかりではなく若い人でも体調が著しく悪い場合だって当然であろう。内部障害者や妊娠初期の女性などは、外見からは具合の悪さや体を労らなければならない状況は判断できない。だから、全席優先席には反論もあるようで、「全席がそうであっても皆が譲るわけではない」「今までこの席の持っていた実質的な効果を捨ててしまうことになる」等の意見も出てくる。優先席という命名は苦勞のあるところであったと想像するのは、敬老席では利用が限定されるし、専用席とは言わないのであるから、車内が空いていて必要とする人がいなければ健常者もご利用下さい、構いませんよということなどに思いを巡らすからである。

超高齢の婦人を同伴した中年女性が「席を譲っていただけますか」と制服姿の女学生に依頼して、その女子学生が明るい声で「ハイ、どうぞ」と応じた大層清々しい場面に遭遇したことがある。しかし、これを自分のこととして言える人は少なからうと懸念する。いろいろな意味での弱者の社会的進出を促すべくバリアフリー、アクセシビリティ、ノーマライゼーションなどが世間で喧伝されるまでもなく、優先席などがなくても自然

に身に付いたマナーとして席を譲り、譲られることが理想の社会であろう。「譲っていただけますか」、「お譲りしましょう」と言ったり言われたりする事態が圧倒的に多くなった年齢に達した者が言っても年寄りの勝手と非難されそうであるが、この心を若者たちが持ってくれるようになれば、事は車内の席のことだけに止まらず、社会一般が随分と良い方へ転換するのではあるまいかと間歇的優先席利用者は密やかに愚考するのである。

地域医療を支える 「病院ネットワーク」

旭川市医師会 前川 勲
医療法人沼崎病院

北海道のいくつかの医療機関で起こっている「名義貸し」が大々的に報道されている。解決に努力されている関係機関の皆様からのご批判を覚悟の上で「地域医療」という立場から、日頃考えていることの一端を述べてみたい。

「名義貸し」には、借りる側と貸す側の理由、つまり双方の利害が一致している場合と必ずしも一致していない場合がある。

借りる側の理由は、多くの場合、医療定数と診療報酬の関係にあると考えられる。

定員の増しは、現在の定数基準が適正かどうかの議論から始める必要がある。地域の医療特性、例えば急性疾患と慢性疾患の診療の違いや外来と入院患者数を勘案した別の定数基準など、多くの検討事項がある。法律違反のペナルティーは現時点では止むを得ないとしても、医師会と行政が中心となって個別性の高い新基準を作成する早急な取り組みが期待される。

一方、貸す側の理由は、大学で働いている医師の生活保障が時代背景に合致していないことが原因のひとつである。

特に大学院生、留学する医師の生活が不安定であるために、いわゆる「たにまち感覚」で関連医療機関が架空の勤務体制を作ってしまった例も多いと聞く。また常勤・非常勤医が本来公務員とし

ては禁止されているアルバイトを日常的に行わざるを得ないことが現実であった。

これは、大学勤務者、大学院生の給与体系の問題として論じられるべきである。大学の役割は、教育・診療・研究であるが、これらの機能を果たすための十分な定員が確保されているとはいいい難い。今後の独立法人化の中で従来からの矛盾が解消されるのかどうかは、経緯を見るほかはない。

個人的には、それぞれの業務を適正に評価し、能力別の給与体系が再検討されるべきであると考えるが、この問題は今回触れない。

一方、「名義貸し」に関係していた病院が地方の医療機関（いわゆるジツツ病院など）であったことから地域医療と医師派遣という本質的な問題が浮上してきた。地域医療のある部分が大学医局の医師派遣に左右されているという現実をどう解決するかは、数十年来の懸案事項であった。

「名義貸し事件」を契機に北海道では、医局中心であった医師派遣の情報をオープンにするという改革案を打ち出していると聞かすが、これは貸す側の論理であり借りる側である地方自治体の医師確保という視点を論じなければ、解決が難しいのではないだろうか。

すでに「地域医療支援病院構想」が動き出していると聞いているが、現実的にはあまり機能していないように感じられる。また定年退職医師を中心とした医師派遣組織が作られ、現実には動き出していることは評価に値するが、これはあくまでも短期間の診療援助に留まらざるを得なく、個人の善意のみに依存するのでは抜本的な解決策としては限界があるだろう。

大学病院と公立病院の両方で長年勤務医として

暮らしてきた経験からいえば、地域に必要な医師数を確保するには、それぞれの地域に新しい発想の「病院ネットワーク」を立ち上げることが必要ではないかと考えている。

従来の自然発生的、あるいは各病院が中心となった病院連携ではなく、新たな地域医療計画として病院ネットワーク（本院と分院制度）を取りあえず「モデル事業」として立ち上げてみてはどうだろうか。

この構想は、自由開業医制度を基本としている日本の医療状況を勘案すれば、地域医療の中心となっている総合病院（公立病院）と政策医療として設置されたが現在の社会状況から医師派遣の矛盾を抱え込んでしまっている町立病院などを当面の対象とせざるを得ないだろう。

本院と分院勤務医の具体的な業務分担の検討とは別に、このシステムを円滑に進めるためには、参加病院の予算編成の形式を抜本的に変更する必要がある。公立病院の病院事情からすると本院予算とそれぞれの分院が作られる町村の医療予算を統合する、いわゆる一部事務組合型の病院予算を作成することが必要となる。

このシステムが機能すれば、各自治体の病院経費が節減され、また利用されていない空床の一部を地域の介護施設として転用することも可能である。大学から単独で送り込まれる若い医師が地方に行きっぱなしになることは避けられるだろう

し、不自然、不合理とされていた医局中心の医師派遣も部分的には改善される可能性が高い。

一方、これらの構想を進める中で同時に「日本型オープンシステム」の推進も視野に入れた検討が可能であるかもしれない。地域の医師数が充足しているのに医療機関数が多いために結果として複数の医師が必要となる産科や小児科の救急医療対応が難しいといった問題が指摘されている。本構想により、医師数と医療機関数を考慮した適切な地域医療体制が確立できれば、問題解決へのひとつの道となるかもしれない。

このようなまったく新しい地域医療計画を進めるためには、予算の問題以外にも対象地域の患者動向や患者動線の現状分析などかなり膨大な予備調査が必要となる。また地方公務員法の変更、現行の診療報酬に関連した法律の改正など、行政の十分な理解と協力が必須の条件となる。そのためにも明確な目的意識とある程度の権限を持った中立的な検討機関を設けることがまず必要となるだろう。

日本社会は様々な分野で制度疲労が起こっており、医療制度もその例外ではない。現在北海道でも進められている地方分権と市町村合併あるいは道州制、医療特区などの政策検討の中で将来を見据えた大胆な地域医療構想が具体的に議論されることを願っている。

iNPH元年

恵庭市医師会 貝嶋 光信
医療法人北農会恵み野病院

神経症候のある患者さんを診察すると、一定の検査を行った後、とにかく診断をつけなければならぬ。自分の知識と経験の範囲で、それ相応の診断が符合するととりあえず安心する。もしも思い当たる適当な診断が浮かばない場合、とても不安になり、本で調べたり、他施設へ紹介するということになる。

しかし、自分でつけた診断が間違っていたとして、これは別の人が指摘してくれるか、将来的に自分に新たな知識が身に付くまで、誤診であったとは気づかれず放置されることになる。あるいは不適切な治療を行うこともあろう。

私にとって、特発性正常圧水頭症（idiopathic Normal Pressure Hydrocephalus：iNPHと略す）はまさに正しい診断、治療を行ってこなかった疾患概念であった。

他領域の会員の方のために、正常圧水頭症について簡単に概説することをお許しください。（必要ない方は25行先から読み進めてください。）正常圧水頭症（Normal Pressure Hydrocephalus：以後NPHと略す）は、1965年、今から40年前にAd-

amsとHakimによって提唱された。臨床症状として、痴呆、歩行障害、尿失禁を3主徴とし、その原因に脳室拡大を伴う水頭症状態がある。通常の水頭症と異なる点は、腰椎穿刺などで測定した脳脊髄圧が正常範囲内であることである。正常圧水頭症と呼ばれる由縁である。その原因として、明らかに先行する脳出血、くも膜下出血、脳外傷、中枢神経感染症などが確認される続発性NPHと、原因が特定できない特発性NPH (iNPH) がある。脳室-腹腔シャント手術 (V-Pシャント) が有効で、時に劇的な改善が認められる。アルツハイマー病を代表とする高齢者の痴呆の多くは治療での改善が期待できないとされている中で、シャント手術により痴呆の改善ができるこの疾患は「治る痴呆」として一躍注目を集めた。多くの施設でNPHと診断され、シャント手術が行われた時期があった。しかし、原因の明確な続発性NPHでは良い手術効果が得られるものの、iNPHとして治療を受けた多くが効果不十分または効果がなかったため、また手術に伴う合併症（硬膜下水腫や感染症）の問題もあって、その後、注目されなくなったという歴史があった。

昭和51年 (1976) に医師となり、脳外科医を目指したわれわれの世代は、この第一次iNPHブームを知らずに育った世代であり、よって臨床の現場でiNPHにあまり興味を持たずに過ごしてきたと告白する。

日常診療で次のような患者さんに時々遭遇していた。歩こうとしても一歩目がなかなか出ず、小刻み歩行であり、方向転換が苦手なのだ。CTまたはMRIを行うと、脳室はそこそこ拡大しているものの、脳底槽もシルビウス裂も拡大している（実はこれらこそがiNPHの特徴的な所見なのだ）。歩行障害はあっても、知能の低下（痴呆）や尿失禁も無い（つまり3主徴がそろふことは少ない）、そこで下していた診断が「加齢からくる脳萎縮」、「多発性脳梗塞-パーキンソン症候群」、「leukoaraiosis」などで、これらの患者さんには、時にドブス、また時には抗パーキンソン剤を処方するものの、さほどの改善もなく、「お歳だからナ」と自らの診療を正当化していた。

昨年3月頃だったと思う。ある民放テレビで日

本の名医を紹介するという番組をやっていた。神奈川県脳外科医師が、iNPHの名医だという。V-Pシャント手術の名医とは笑止（この手術自体は難しいものではなく、若い脳外科医が初期に覚える手術の一つである）と思いながら見ていたが、そのiNPHの患者さんの歩き方を見ながら、その歩き方こそがiNPH特有の歩き方であることと、手術後の歩行の劇的な回復を見て気づいた。この先生はV-Pシャント手術の名人というのではなく、iNPHの患者を見抜く「目」が名医なのである。そしてその番組を見ながら、私の外来に通っている、ある女性がiNPHではないかとひらめいたのである。

この女性は、70歳台のやや高齢の域に入る人ではあるが、ゴルフを最大の趣味として、また道庁の労働委員や北大医学部の倫理委員などを務め、先般、旭日双光章も授与されたという人である。2年前の夏、ゴルフの最中に、左不全麻痺を来し、当院へ救急搬送された。MRIでは多発性脳梗塞の状態であったので、新たなラクナ発作であろうと診断し、オザグレルを使って治療し、併せてリハビリを進めた。1カ月後、粗大筋力は回復したが、歩行が不安定で、開脚歩行、小刻み歩行、方向転換時にふらつくなどの症状が残った。それでも本人は退院し、ゴルフの生活に戻った。「なぜこの人はこんなにふらつきが強いのだろう」と思いながらも「多発性ラクナ梗塞による前頭葉性の失調症状」だと自分に納得させていた。

テレビを見た翌日、かの女性の脳MRIを取り出し見直してみて、私の推測は確信に近づいた。iNPHのための不安定性だったのだと。さっそくこの女性を呼び出して、「iNPHかもしれない」と告げた。「手術で歩行が改善するかもしれない」と話した。感謝されるかと思いきや、進行すると「呆ける病気」という部分にショックを受けて話が止まってしまった。

それから数日して、私の外来に別の男性が受診した。この人は3年前に脳梗塞で1カ月入院し、後遺症を残さず、独歩退院していた。かかりつけ医に紹介し、その後の血圧管理などを受けていた。なんとドアを開けて入って来るその歩行がiNPHである。「いやー先生、最近急に歩けなくな

っちゃった」という。CTをとってみると、3年前に比べ、新たなラクナは無いが、脳室が一回り大きい。そのCTを供覧する(図1)。以前なら「脳萎縮」と診断してしまうところであった。これこそiNPHだと飛び上がった。患者さんと家族に説明し入院して頂いた。CT脳槽造影検査で造影剤の脳室逆流と停滞を認め、タッピングテストで歩行に改善が見られた。すべてがiNPHに合致する。そこで手術をお勧めしたが、一度退院して考えて来るといふ。歩行障害以外に痴呆症状も尿失禁も認め無いことから、私も自信を持って手術がお勧めできず、様子を見ることとした。しかし半月もしないうちに歩行が悪化し、自宅で転倒、顔面を打撲して再入院となった。これを機会に手術を行ったところ、手術後1週間で劇的に歩行が改善した。そのビデオを撮っているがここにお見せできないのが残念である。

このケースを力に、先の女性に手術をお勧めしたが、大いに悩んで悩んで、結局結論は出ない。季節は春から夏へと移っていた。そうこうしているうちに外来で次々にiNPHの症例を発掘した。iNPHの確定診断は、「手術によりそれらの症状が改善すること」であるため、iNPHを支持する所見が得られる症例は手術をお勧めし、この半年で12例のiNPHを手術した。劇的改善例は5例を数え、その他の例でもある程度の改善を認めた。本人はもちろん、ご家族から感謝されては、次の症

例の力とした。

この間、先の女性は自宅で1カ月に1度の割合で転倒するようになり、とうとう7月には上腕骨頭骨折を起こし、当院整形外科に入院した。「次に転ぶ前に手術をしましょう」としつこく説得し、2004年10月6日、ついに手術を決心することとなった。手術後、一時的に血圧の低下で不全麻痺が出現したり、元気がなくなったりと大変な紆余曲折を経て、2週間目から急速に元気を取り戻した。歩行、姿勢制御に明らかな改善が認められ始めた。手術後1カ月足らずで退院。毎日1万歩歩いているという。何より転ばなくなったと感謝された。

当院における今回の私の経験から、他の脳外科施設でもおよそ同程度のiNPHを見逃しているかと推測する。

われわれ脳外科医がiNPHを誤診あるいは見逃してきた理由は、おそらく、くも膜下出血後の続発性NPHを多数経験しており、このくも膜下出血後のNPHとiNPHは、名前は似ているが、その画像所見、臨床的特徴があまりにかけ離れていることにあると思う。

年間数例しかiNPHの手術をしていない施設は、『特発性正常圧水頭症診療ガイドライン(メディカルレビュー社)』を熟読することをお勧めしたい。そして特徴的な歩行障害や痴呆症状などで怪しいと思う症例に出会ったら、まずMRI T1 coronal sectionを撮影する。これで高位円蓋部く

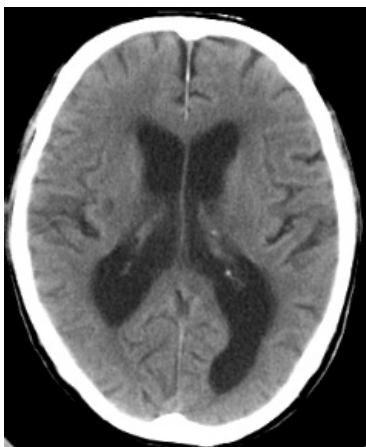


図1 74歳男性 右基底核部に陳旧性ラクナ巣を認め、加えて側脳室の拡大と脳溝の拡大を認める。iNPHであった。

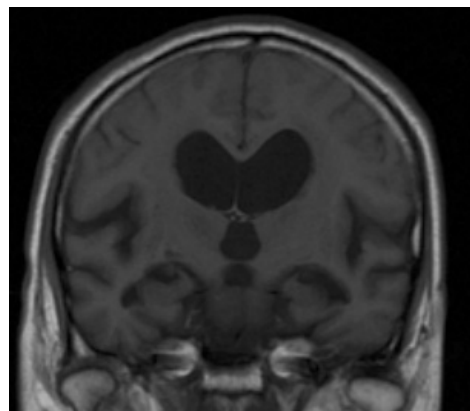


図2 82歳男性 iNPH。MRI T1 coronal sectionで典型的なhigh convexity tightnessを確認できる。

も膜下腔の狭小化 (high convexity tightness) を確認できればまず間違いなくiNPHであると最近は思っている (図2)。

「治る痴呆」という呼称もさることながら、この疾患の初発症状が歩行障害であり、痴呆の全く認められない歩行障害のみのケースにも多く出会うことから、「治る歩行障害」という呼称がよりふさわしいと思う。

数日前、家で急に歩けなくなり、かかりつけ医の往診を受けた患者さんが、脳梗塞発作を疑われ当科に紹介された。その脳CTを見るなり、「あ！iNPHだ」とうちの若いスタッフたちが同時に声を上げた。

今年は当院にとって、iNPH元年である。
(本文中に出てくる患者さんには、直接公表の許可を得ていることを付記する)

表紙写真

春からの招待状

函館市医師会 水関 清

陽射しが日毎に強くなり、街路を雪解け水がひたすようになるころ、雪解けは、陽光に照らされる積雪の表面からではなく、路面から始まることにはじめて気付いた春のことをいつも思い出す。おなじころ、樹木の根元に現れる環状の雪解けの成因を同僚にたずねたところ、春の息吹がもたらす生物のエネルギーがそうさせるのだらうというロマンチックな答えだった。樹木だけではなく草の茎や電柱の回りにも雪のくぼみはみられ、南向きに深く北向きには浅い。

試みに銀紙と黒い紙を周囲に巻きつけてみると、銀紙の周囲の雪解けは進み、これらの現象は陽光の反射によるものと考えられた。

山の雪解けの訪れもさまざまな因子に支配されるようで、道南の秀峰・駒ヶ岳の雪解けは、見上げる左の峰からいつも始まる。春が開けていくにつれて残雪の位置も変わっていき、季節のうつろうさまを視覚に訴える。

山麓ではサラブレッドの交歓がみられ、山菜収穫のたよりもきかれる。

専門部から

道医シリーズ第44篇「メンタルヘルスケア」 「はがき解答」による自宅学習評価事業の正解発表

◇学術部◇

冊子道医シリーズ第44篇 (生涯教育シリーズⅩⅢ)「メンタルヘルスケア」(3月1日発送)で「はがき解答」による自宅学習評価事業を実施いたしました。

ご参加いただいた会員からは、「勉強になった」「何度も読み返した」などの感想を頂きました。誠にありがとうございました。

3月31日で参加を締め切りましたので、正解を発表いたします。自己採点の参考にして下さい。

設問と正解番号

問1. 3	問2. 2	問3. 3
問4. 1	問5. 1	問6. 2
問7. 3	問8. 2	問9. 2
問10. 1	問11. 2	問12. 2
問13. 2	問14. 1	問15. 3
問16. 2	問17. 3	