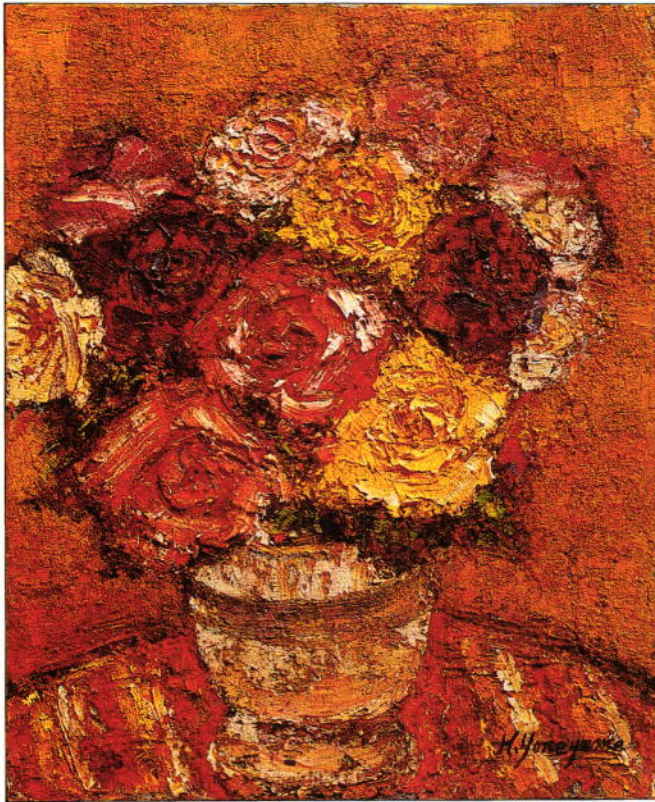


西多摩医師会報

第106号 昭和56年8月



花

秋川市
米山秀雄
画

目次

時論

- 医療費改定と薬価切り下げの
意味するもの 吉野 住雄... 2
西多摩地区における災害救護体制(案)
..... 西多摩医師会... 6

文芸・随筆

- 銷夏雜詠十首 小泉 新策... 11

理事会報告.....堀田 洋夫... 11

事業部だより

- 公衆衛生部.....松原 貞一... 13
委員会報告..... 16
同好会だより.....ドライブ、ゴルフ..... 17
医師会日誌..... 19
編集後記..... 19

医療費改定と薬価切り下げの意味するもの

吉 野 住 雄

はじめに

広報部長からの突然の御依頼のため、資料を読む時間的余裕はなく、ただひたすら書きながら考えつつ仕上げた一文です。独善的な部分もあろうと思いますし稚拙な文章ですが御寛容のほどお願い致します。

操作された厚生省発表の数字

今年6月1日同時に施行された薬価改定と医療費改定は厚生省の数字によれば、薬価の切下げ分18.6%、医療費の引き上げ分8.1%で差し引き僅からがら医療費は値上げになるという。厚生省に蓄積された膨大な資料に基いて弾き出した数字としては値上げになるのかもしれないが、私共一般開業医には値上げになったとはとても考えられない。それどころか、後に述べるように小院の試算では15%の値下げになっている。何故このようなことになったのかその理由を探してみたい。およそ統計的な数字は、その統計を出す人の考えた次第でどのような数字でも弾き出すことが可能だということを忘れてはいけない。数字のマジックはどのようにも操れるのである。殆んどどの医師は数字にはカラッキン弱い。厚生省がこうなりますと発表すれば本当にそうなるのかと単純に思い込んでしまう。前回昭和53年の改定の時、厚生省は診療所も8%くらいのアップになると発表していた。ところが2年後には本当は1%くらいしかアップしていなかったことを厚生省自体が認めた事実を御記憶であろう。さほどに医師達は騙され易い人種なのである。ではどうして厚生官僚はこのような手段をもってしてまで開業医を圧迫するのだろうか。その点を考えてみたい。

高所大所から国民の利益を考える厚生官僚

一般に中央のエリート官僚ほど広い視野で日本国の正常な運営を真剣に考えていると私は思っている。彼等はたとえ仕官したての公務員であろうとも、そう言った意味の責任感是最も強い人達だと私は高く評価している。政治家でも政党出身の

政治家よりも官僚出身の政治家の方が、日本全体のことを考えて政治を行うという点では遙かに優れていると思っている。しばらく前、政党出身の総理として国民の期待を一身に集めた人が、実際は自分と自分の周囲にいる人間の利益のことしか考えていない人間であったことを知って失望したことを御記憶の方も多であろう。その点官僚出身の総理は慎重で、堅実で、時には国民の反感を買うようなかなり思い切った施策を行うことがあるが、大局的に見て戦後の日本の進路を誤らなかつたらしいことを理解される方も多いと思う。少々話がそれだが、では我国の厚生官僚は日本の医療をどのような方向にもって行こうと考えているのだろうか。

官僚は医師よりも明晰な頭脳を有する人達だ

失礼ながら私を含めて、あなたがた医師よりも厚生官僚の方が遙かに頭が良く、かつ忍耐強く、自らの信ずる方針を確実に一步一步進んで行くおそるべき人種であることを忘れてはならない。繰り返して言う。彼等は医師よりもずっと頭が良いのである。おまけに広い視野をもっている。これは皮肉ではなく事実である。お疑いなら御自分の中学、高校の同級生で官僚の道を選んだ友人を思い出して欲しい。みんな私共より優秀な頭脳を持っていたことに思い当たるだろう。しかもその人達が厚生省という大きな権力機構の中に束になっているのである。もともとテンデンバラバラの考えをもっている開業医が束になってみてもかなう訳がない。終局的には彼等官僚の考えている日本の医療構造の方向へ動いて行くことになるのである。ところが望ましい日本の医療とはどのようなものなのかを、彼等は決して見せようとししない。見せないでにおいて徐々に徐々に彼等の考えの実現に向けて引っぱって行っていることを私共は悟らなければならない。私は、彼等の考えている日本の医療のあるべき姿というものは、恐らく、日本国民にとって最も幸せな医療の形態であろうと思っている。それがどのような形態のものであるかを皆

さんは知りたいとお思いになるだろう。私もそれを知りたい。

医師の社会的地位の低下は政策のひとつである

それを知るただひとつの方法は、これまで彼等がとってきた医療の方向修正をひとつひとつ分析してみることであろう。彼等の考えの根底にある考えかたのひとつは、昔の「お医者様は偉い人、一般の人とは別世界の人」という考えを打破することにあると思われる。医師は社会に役立つ人ではあるが決して特別の人間ではないことを常識として世間に定着させるよう努めてきた。そのために彼等が行ってきた施策のひとつひとつを思い出してみよう。先ず第一は数の問題である。医師の数があまりに少なければどうしても一般社会からみて上の階層にありすぎる。だから数を増すことによって地位レベルを少し引き下げる方法を採用した。次には収入のレベルを国民一般のレベルとあまりにひどい差がなくなるようにすることであった。社保収入72%経費控除の廃止はそれを目的としたものであり、そのあと採用された5段階控除も早くも廃止に向かう動きが見受けられる。薬価引き下げは以前から少しずつ行なわれていたが、今回の前代未聞の大幅引き下げは、医師の収入に対してノックアウトパンチになるであろう。しかも今後も毎年薬価改定は続けると公表されている。この方針で徐々に医師の所得をレベルダウンさせ、終局的には一般国民所得の300%くらいのレベルに落ちつかせる予定だろうと思われる。(この数字は以前、金曜会で西村先生から伺ったものである)

クスリを医師から取り上げることが至上命令

前回昭和53年の改定の際、院外処方箋料が50点と大幅に値上げされ我々を驚かせた。これが医薬分業を目的としたものであることは明らかである。ところが官僚の思った程には医薬分業は進まなかった。理由は幾つか考えられる。薬局側の受け入れ態勢が全く整っていなかったこと、処方箋通りに投薬してくれるかどうかという薬局に対する不信感、患者さんが不便になるのではないかという心配、患者さんを他に取られるのではないかという不安、患者負担が多くなるのではないかという医師の親心、調剤薬局の分布疎密、そういった諸々の理由が院外処方箋の発行を妨げたと思わ

(3)

れる。なかでも最大の理由は薬価差の方が処方箋発行のメリットよりも大きかったからである。私は5年前と3年前の2回、医薬分業をすればどうなるかを自院の場合として計算したことがある。かなり多数のレセプトを診察料、指導料、処方調剤料、薬剤注射料、検査料、レントゲン料に分けて集計し、分業により増えるもの、減るものを計算した。一方では総売上げの減少による税額の変化、人件費(投薬の人、処方箋書きの人、レセプト作成のための人)の増減を計算した。結果は時期尚早であった。結局薬価差がそれだけ大きかったのである。しかし今回の薬価引き下げはあまりに大幅であるため計算の結果は非常に違ったものになると推定している。技術料の上昇があったにしても純利益の低下は甚だ大きいものになるであろう。かくして官僚の目標とする医師の収入のレベルダウンはかなりの線まで達成される筈である。

保険者と患者負担の激増を承知の上の処方箋方式

こゝで医薬分業の場合の料金計算をしてみたい。医院側は院外処方箋料と処方料であるが、調剤薬局の計算は基本調剤料と1日1剤につき50円という計算方法である。1日分の薬価100円の内服薬を3日分投薬するとして計算してみる。

医院で投薬する場合

処方料	調剤料	薬剤料	日数		
80円	+	40円	+	100円 × 3	= 420円

医院で処方箋を発行し、薬局で投薬する場合

①医院の処方箋料	処方料	
550円	+	80円 = 630円
②薬局の基本調剤料 (薬剤料+調剤料) × 日数		
320円	+	(100円 + 50円) × 3
		= 770円
① + ②		= 1,400円

全く同じ薬を医院で投薬する場合と調剤薬局で投薬する場合とでは医療費として420円と1400円の違いが出るのである。その差は980円。自己負担分と保険者負担分を合せて980円もの差が出てくることを賢明な厚生官僚も、保険組合も知らない筈はない。それでも猶かつ医薬分業を推進しようとしている理由を考えてみたい。

(4)

最終目標は総医療費をコントロールすること

第一の理由は、将来は医師は薬の販売で生活すべきではなく、診療技術で正当な報酬を受けるべきであるという基本方針である。この方針は従来より武見日医会長をはじめ多くの識者が賛成し、推進されているものであり、この考えかたは今回の薬価切り下げと医療費改定で生かされていることは御承知の通りである。厚生大臣は今後も毎年薬価改定を行うと公表している。おそらく近い将来医師の薬価差の取り分はゼロになるであろう。そうなれば嫌でも院外処方箋発行に方針を変えざるを得ない。全国の医師が院外処方箋方式になった時、厚生省の目標の第一段階は達成されるのである。厚生省の次の目標は調剤薬局に対する監督強化である。この目標は多分、かなり容易に達成されるであろう。何しろ相手が人間でなく品物だからたやすく統制可能である。品物の統制が既に始動していることはお気付きであろう。その第一弾は先年行われた銘柄別の薬価改定である。今回の改定でもこの方針は一層明らかにされた。そのうち次第に弱小メーカーは整理され、同一薬効の薬品はひとつの、或はほんの僅かの銘柄に統一される日が来る。その時には製薬会社の利潤のコントロールも厚生省の思いのままになる。その時、遂に、厚生省の最終目標である医療費の抑制が実現するのである。

先進諸国に優る日本の開業医制度

欧米先進国で医療費が天井知らずに上昇し、遂には国民経済を圧迫するまでになっている現状を厚生官僚はよく察知している。その原因は医療の全てを医師に委せたためであると解釈したのであろう。だから技術以外の医療費は厚生省の手に納め、コントロール可能にしておかなければならないと考えたのである。

では厚生省は日本の開業医制度をどのようにしようと考えているのだろうか。日本の開業医制度は、その制度自体は世界に類を見ない優れた制度であることを日本の優秀な厚生官僚が知らない筈はない。日本の開業医の殆んどは大学病院や大病院で10年以上の臨床経験を積んだベテランの専門医であって、それぞれの専門科目を標榜し、必要な機械、設備を整え、専門分野ではかなりの線まで自らの診療所で患者の治療にあたることがで

きる。これほどの国が他に存在するだろうか。英国でも米国でもオフィスでは血圧計と聴診器だけというのではないか。でもそれらの国はオープン病院とタイアップしているから問題ないという人も居るだろう。しかし患者さんの立場に立って考えて貰いたい。胸部写真1枚を撮るために、なぜ大病院まで行かなければならないのだろうか。その時間と労力を考えてみるとよい。私の所のような小規模の病院でさえ、胃のレントゲン検査をして30分後には写真を見ながら説明してあげられるのである。不幸にして病を得たとき、世界中で一番恵まれている国民は日本人なのである。それを支えているのが我々一般開業医であることを賢明な官僚が知らない筈がない。しかし彼等官僚から見て気になることが二つあるらしい。

開業医制度を存続させるための条件

そのひとつは先に述べたように収入の面でいささか開業医が恵まれすぎていて、一般国民とのバランスが取れていないのではないかとということ。もうひとつは好ましくない開業医が一部に確かに存在するという事実である。不正な請求をする、利益を上げるためには不必要に思える程の検査をし投薬をする。こういった開業医が、たとえ僅かでも存在することは正義感に満ちた厚生官僚には我慢のならないことなのである。これら一部に存在する悪徳医師をどうやって見つけ出したらよいかを彼等、大変頭のよい正義漢官僚は考えたのであろう。

悪貨を捜しだす名案

6月の末、医療費改定の説明会がN技官を講師に迎えて開催された時、私がN技官に提出した質問のひとつは次のようなものである。

「今回の慢性疾患指導管理料のとりきめは全く腹立たしい限りである。例えば高血圧症の患者に6月30日に14日分投薬し、指導管理料を算定し、次に7月21日に来院し14日分を投薬したとすれば、7月は一回も指導管理料が算定できないことになる。そこで来院した日を少しずつずらし7月28日にすれば200点の管理料が貰える。正直にレセプトに書けば一銭にもならず、嘘をつけば2,000円貰えるという制度を作るとは何事か。医者をみんな嘔吐きしようという魂胆か。医者を嘔吐き

にして国民に何の利益があるというのか。指導管理料は歴月1回算定するというだけで十分ではないか。」

というものであった。N技官の回答は明快であった。僅か2,000円の金に誘惑されてはなりません。レセプトは健保組合で順に並べてみれば嘘は必ず露見しますとのお答えであった。そして、もうひとつの私の質問、「今回の改定は医者いじめの一語に尽きると思うが、技官はどのようにお考えでしょうか」の質問と合せて何故このような改定になったかを話された。技官の立場に居られるといろいろと好ましくない医者と対決される機会があるようだった。N技官は、今回の改定は「悪貨は良貨を駆逐する」の古諺の通りのものであろうと話された。即ち一部に悪智恵に長けた医者が居り、その始末に困って多数の良貨に相当する医師にも厳しい制限を押しつけなければならなくなったとのことであった。

今、医師会は何をしなければならないか

N技官を私は尊敬する。今日医師会は何をしなければならないかを会員に教えて下さったからである。医師会員は仲間内に居る悪貨を自らの手で捜し出し、良貨に変るよう忠告してやらなければならないのである。このことは以前、金曜会で大いに論議したことでもある。医師会がそれをしないから官僚は仕方なしに、法律によって良貨も悪貨も一緒にガンジガラメに縛り上げるしかなくなったのである。

官僚の頭の良さにははたと感心する。大変な鼠取りというか踏絵というか、よくも考え出したものである。2,000円の餌に釣られて捉えられた鼠は徹底的に監査で搾り上げられるであろう。心したいものである。

薬価引き下げに追いつかない技術料評価

それにしても今回の薬価引き下げと医療費改定は私自身にとって痛かった。どのくらい痛かったかを数字でお見せしよう。5月分のレセプトから無作為に350枚を抜き出し、行為別、年齢別にデータをとっておき、改定後の6月分のレセプト420枚のデータと比較した。小院では、成人と小児の比は4:6で例月殆んど変りない。5月と6月では疾病の種類にはあまり差がなかったし、投薬も

(5)

改定前後で特に変えていない。また小院の平均通院日数は5月で2.01日、6月で2.08日で例月と変りがない。表を見やすくするため、今回の改定ではあまり変化のなかったレントゲン料、処方調剤料は省略する。診察料、指導料の技術料主体のグループ①、投薬、注射の薬剤料の関係せるグループ②、検査料③の三つのグループに分けて分析する。(後掲表-1参照)

御覧の通り全体として点数では109.3点の減少、パーセンテージでは約15%の減少になっている。厚生省の発表では薬価切り下げ分を技術料に振りかえ、僅かながらでもアップすることであったが、とんでもない結果である。本当に技術料に振り換えるのならば、下表に再整理してみる。

	薬価切 下げ分	技術料 上昇分	
成人の場合	-162.5点	+83.5点	= -79.5点
小児の場合	-145.6	+34.9	= -110.7
全体として	-147.5	+55.1	= -92.4

小院の平均通院日数は平均2日であるから、今回の改定よりも更に、1日につき成人で40点、小児で55点が技術料に上積みされるべきだったのである。結局、技術と薬の分離は名目に過ぎなかった。やはり我々は厚生省に騙されたといか言いようがない。総収入15%の減少はそのまゝ純利益の減少になって跳ね返ってくる。何故なら、薬剤の納入価はそのまま(薬価改定後むしろ上昇傾向にある)、売り値が下がったのだから当然と言える。かくして開業医の収入のレベルダウンは、少くとも私には、確実に、しかも大幅に実現された訳である。

おわりに

医師に対する世間の風当たりが強くなったのは例の私立医大の莫大な寄附金が問題にされた頃からだと思う。そんな大金が払えるくらい医者は儲かるものかという印象を世間に植えつけてしまった。今はそんなことはありませんと言っても一度植えつけた先入感は容易に払拭し得ないであろう。今後も医師の収入に対する締め付けは続けられると予測している。その中でも我々開業医は住民の健康を守る義務を負っていかなければならないし、それが我々の誇りでもある。我々の義務も誇りも

(6)

国の作った制度の下で遂行される訳なのだが、これまで国が制度を更めようとした時、国へ対する発言は、その殆んど総てを日医会長武見太郎先生にオンブしてきた。その武見会長は今秋その職を辞されると聞く。次期会長にどなたがなられるか予測はできないが、誰になったとしても武見会長ほどのリーダーシップと医療に関する先見性を期待

することはむずかしいと思われる。今こそ日医会員のひとりひとりが医療に関する思索をねることが必要な時であろう。自分一人で考えて思いあぐねれば、皆と話し合えばよい。三人寄れば文珠の智恵と言う。今、我々にとって一番必要なことは話し合うことであることを強調して拙文を終りたい。
(昭和56年7月20日)

(表-1)

	5月分(点)	6月分(点)	差(点)	%	
成人	① 診察・指導料	184.8	267.8	+ 83.0	(+ 44.9)
	② 投薬・注射料	664.7	502.2	-162.5	(- 24.4)
	③ 検査料	197.1	147.9	- 49.2	(- 25.0)
	計	1,046.6	917.9	-128.7	(- 12.3)
小児	① 診察・指導料	180.6	215.5	+ 34.9	(+ 19.3)
	② 投薬・注射料	350.1	207.2	-145.6	(- 41.6)
	③ 検査料	0.8	1.3	+ 0.5	(+162.5)
	計	531.5	424.0	-111.2	(- 21.2)
全体	① 診察・指導料	182.2	237.3	+ 55.1	(+ 30.2)
	② 投薬・注射料	478.5	331.0	-147.5	(- 30.8)
	③ 検査料	79.3	62.4	- 16.7	(- 21.3)
	計	740.0	630.7	-109.3	(- 14.8)

西多摩地区における災害医療救護体制(案)

西多摩医師会

はじめに

災害時の傷病者に対する医療救護活動は、その災害の規模や、災害の内容によって異なることは、当然であるが、その発生した地域の特異性を無視することはできない。西多摩地区は人口の密集した市街地から、人口過疎の山村までを包含する広大な面積を有し、しかも限られた医療機関での救護活動が要求される。本稿では、西多摩地区に発生せる災害のため、多数の傷病者が出た場合、適当かつ円滑な医療救護が実施されるべく計画したものである。

災害規模について

災害の規模により、医療救護体制は異なる。その災害規模について、限局型災害と広域型災害に分

けて考える。限局型災害では、丸の内爆発事故、熊本大洋デパート火災、静岡駅前ガス爆発事故などがその例と云える。本災害の場合、その現場周辺の混乱を除けば、医療機関、交通、通信、警察機能などは確保されている。因みにこのような災害時の重症者は一般に傷病者全体の10%内外といわれている。

一方広域型災害は、関東大震災や、予測される東海地震などであるが、本災害の場合、医療機関の多くは被害をうけ、交通、通信の破壊、警察機能の低下をみる。したがって医療救護活動は、医療機関とその機能(医師)が「ある程度以上」確保されていなければならない。

(参) 関東震災同規模地震に於ける市街地焼失率(%) (都防災会議地震部発表)

青梅 7.2%、福生 33.8%、秋川 15.3%、羽村 25.6%、瑞穂 18.9%、日の出、五日市、檜原で 18.0%、奥多摩 0.0% 因みに都 23 区は 32.5%と予測されている。

傷病者の処置について

一般に、特殊な状況下にある、災害時の医療救護活動は、特別な体制を必要とする。即ち、(1) 現場処置、(2) 傷病者の搬送、(3) 受入れ医療機関、(4) 指揮統制の四つの要素から成り立つ。しかしながら、上に述べたような限局型災害と広域型災害では、その内容が異なることは当然である。

傷病者の分類

傷病者の分類は、限られた医師や医療機関で、効率的に、多数の患者に、最善の医療を行うため、患者の搬送優先順位を決めたり、治療方針を決める救護活動の基本となる。

(1) 軽症

処置は簡単で入院不要のもの。小挫創、挫傷、打撲、また小骨折、10%以下の第2度熱傷など。

(2) 中等症

人手や資材が少なくとも救命し得るもの。四肢の機能が保持されている。外出血、高度挫創。

(3) 重症

高度の治療を要すが開始が遅れても可。大きな骨折、20~40%の第2度熱傷など。

(4) 最重症

救命困難で、他の救命可能患者を犠牲にする恐れあり。呼吸器、中枢神経系、腹部の重症損傷、重症多発損傷、40%以上の熱傷など。

(参) 宮城県沖地震(昭和53年)における傷病者(仙台市医師会)

ガラス破片による 22.2%、家具などの倒壊、落下物 21.5%、転倒 17.1%、衝突 4.6%、火傷 3.0%、その他(内科的疾患を含む) 31.6%。

診療科目は外科 63.2%、整形外科 18.6%であったという。

災害時の医療側の対応は主として外科、整形外科となるが、偶発せる内科的疾患や眼損傷など特殊な損傷に対しても考慮される必要がある。

平常時の準備

医療資材の確保、備蓄。救護スタッフの確保、

編成。後方医療機関の整備。連絡網の確認など、各担当機関と検討を重ねる。

広域災害における救護活動の基点となる救護本部は、基礎的自治体である区市町村が、地区医師(会)の協力を得て、これを設置することになっている。災害が予知されたり、災害が発生してから救護本部を新たに設置することは、不可能であり、住民(傷病者)や医師およびその救護活動に混乱を生じる。したがって常時において、救護本部になり得る耐震構造物を準備し、これに資材などの備蓄を重ねてゆくのが望ましい。既に福生市においては、健康センターを救護本部と想定し、資材の準備がすすめられているという。

災害時の医療活動にかゝる費用弁償などについて

昭和52年7月、西多摩医師会と各自治体との協定に基づくが、昭和56年改正の予定がある。この際、出勤医師ないしその留守宅などに生じる予期せぬ損害について、西多摩医師会と当該自治体で協議する由、追加されることがのぞましい。

実施計画要綱

災害の規模により、限局型災害と広域型災害に分ける。限局型災害については、東部(福生市、羽村町、瑞穂町)、西部(青梅市、奥多摩町)、南部(秋川市、五日市町、日の出町、檜原村)のブロック単位で考慮したが、境界地区の発生や、医療機関の対応能力もあり、互いに協力する。また広域型災害では、各自治体単位で検討されよう。

傷病者の処置については、先に述べたように、(1) 現場処置、(2) 傷病者の搬送、(3) 受入れ医療機関、(4) 指揮統制の要素に分ける。

1. 限局型災害

(a) 現場処置

災害発生現場に救護本部を設置(消防庁、警察)。救護班の編成は出勤医師1名に対し、消防庁、警察から各1名つき(必要により増員)、連絡や指示の伝達を行なう。出勤医師は、受傷者50名に1人の割合が適当と思われる。

救護活動の内容は、

(1) 受傷者の搬送順位の決定、重症度および傷害内容により搬送先を指示。最重症例について

(8)

ては、救急センター（青梅市立総合病院、杏林大学病院）の適応となろう。軽症に対しては重症者の搬送に支障がでるような場合は、自力で医療機関への受診を指示することもできる。

(2) 医療救護活動は必要最小限とし、一人の受傷者にかゝりきりになるのはさける。

(3) 死亡者の確認

なお、本治療活動に必要な資材は、消防庁において準備、備蓄する。出動医師は最寄りの外科系無床の医療機関の医師がこれにあたる。

また災害発生が週日昼間の場合は、官公立病院外科系勤務医の対応も可と思われる。

(b) 傷病者の搬送

傷病者の搬送は、現場または災害救護本部から後方医療機関への搬送が主で、救急車が利用される。しかし救急車の対応能力には限界があり、搬送順位の決定には充分配慮する必要がある。これについては出動医師の指示に従うが、到着前は、重症以上の搬送のみに専心するのがのぞましい。

(c) 受入れ医療機関

災害発生に際し可及的速やかに災害の規模を把握した消防庁は、各受入れ医療機関に対し、その対応能力を問合せ、確認したのち現場の救護班（本部）へ直ちに連絡して認識せしめる。

受入れ医療機関は、平常時よりその対応体制を検討しておく必要がある。多数の傷病者の初療処置にあたっては、病院内において、外科系医師1名、看護婦2名、事務員1名からなるチームを編成し、処置にあたるのが望ましい。また、外科系無床の医療機関も軽症例に対し、受入れ医療機関になりうる。眼損傷についても、眼科医療機関が受入れ医療機関になる。

(d) 指揮系統

限局型災害時の傷病者医療救護活動は、消防庁、警察と各医療機関の連絡においてこれを行う。※

	西部	東部	南部
出医師			
受医療機関			

※ 警察は医師出動の必要を認めた場合（おおむね30名以上の受傷者発生時と考える）、予め連絡の上現場へ搬送する。出動の要請を受けた医師は特別の事情のない限り、その要請に応じるが、本要請は、自治体および医師会長の要請によるものとする。

II. 広域型災害

(a) 現場処置（救護本部）

広域型災害における救護本部は基礎的自治体が行う。先に述べたような理由から平常時より救護本部を設定しておくことがのぞましい。現在の状況から救護本部は次のようになる。

- 青梅市……健康管理センター（仮称）
 青梅市立総合病院（受入れ医療機関も兼ねる）
- 奥多摩町……奥多摩町立病院
- 福生市……市健康センター
- 羽村町……
- 瑞穂町……
- 秋川市……市健康会館
- 五日市町……
- 日の出町……
- 檜原町……既存診療所

救護本部における医療救護班の編成は、医師1名、看護婦3名、自治体職員1名、消防庁1名の編成が望まれるが、必要に応じ増員する。

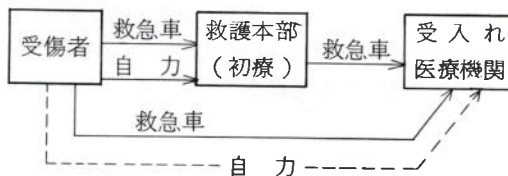
看護婦の確保の困難が予測されるが、自治体、公立病院、必要あれば看護婦学校からの応援を受けることになろう。

救護本部の活動は、

- (1) 確保されている資材により、出来る限り初療を行う。
- (2) 受傷者の搬送を指示。また受傷者自身にも適切な指示を与え、混乱を妨ぐことが肝要。
- (3) 死亡者の確認。

(b) 傷病者の搬送

傷病者の動きはおおよそ次のようになる。



広域型災害においては、近隣地区よりの救急車の応援は期待できず、数少ない救急車の効率的利用、「臨時救急車」的な考慮も必要と思われる。

西多摩地区においては、災害時交通の遮断が予想される地域を有するが、重症者の搬送については、都全体の救護体制の中で考慮されるべきであろう。

(c) 受入れ医療機関

平常時に於いて、都や当該自治体の協力を得て、資材の確保、備蓄につとめると同時に、病院独自で救護体制を検討しておく必要がある。

また、災害発生時には、可及的速かに救護本部に対し、病院（医院）の被害状況と救護活動に対する対応能力を報告する。

「警戒宣言発令時における医療機関の対策の基本方針」は次の通り。

(一) 診療体制

- (1) 外来診療：医療機関の状況に応じ、可能な限り平常通り診療を行う。
- (2) 入院患者：退院及び一時帰宅を希望する者には、担当医師の判断により許可を与える。
- (3) 予定手術、検査：医師の判断により日程変更可能な手術、検査は延期する。
- (4) 職員の動員：あらかじめ指定された職員は、警戒宣言の発令を知った時、または連絡を受けた時は速かに登院する。

(二) 入院、外来患者の安全確保

- (1) 患者への情報伝達（不安解消、混乱の防止に十分留意した方法により）の徹底
- (2) 入院病室、廊下等の整理

(三) 診療体制の整備

- (1) 非常電源の点検
- (2) 水の汲み置き等の確保
- (3) 医薬品、衛生材料の点検
- (4) 医療器具、器械の（転倒）破損防止
- (5) 応急食料の確保、確認
- (6) 応急入院ベッド、寝具の確保対策

(四) 施設、設備の点検

- (1) 建物、付帯設備の点検及び応急措置
- (2) 危険物（薬品、放射能器材）の安全管理
- (3) 落下物の防止
- (4) 消防用設備の点検

(五) 情報の伝達

正確な情報の把握をするために必要な体制を確立する。

災害発生時の受入れ医療機関は、入院医療のみならず、初療の部分も可成り含まれてくるのが予想される。また、病院にあっては、偶発せる内科疾患や、特殊な損傷に対し、外科系（外科、整形外科）以外に、内科、眼科、耳鼻科などのスタッフ確保がのぞましい。

(d) 指揮統制

複雑な連絡指揮系統は、混乱を生じ易く、現実的でなく、できるだけ簡明な方がよいと思われる。

災害発生予知情報（警戒宣言発令）は、各自治体からその地区の医師会代表として、西多摩地区全体の救護体制を把握し、中央との連絡役となる。

青梅市→百瀬 政雄 奥多摩町→川辺 隆道
福生市→西村 邦康 羽村町→松原 貞一
瑞穂町→波田野洋夫 秋川市→大塚 渉
五日市町→今川 武 日の出町→川崎健一郎
檜原村→内田 萬次

一方消防庁は出動医師、受入れ医療機関の対応能力を確認する。

災害発生時の救護体制の発令により、出動要請を受けた医師は、本要請は、自治体および西多摩医師会長の要請と理解する。同時に受入れ医療機関は速かに、傷病者に対する対応能力をチェックして、消防庁、連絡本部と連絡につとめる。

会長、副会長は、各自治体の救護本部と連絡を保ち、中央へのパイプ役となり、要請あれば資材の補充、救護活動の援助など、都医対策本部へ依頼する。（東京都医師会災害救護対策本部実施要綱参考）

(参) 救命救急センター

青梅市立総合病院
杏林大学病院
八王子医療センター

おわりに

本体制による適正かつ円滑な救護活動の実施には、会員および各医療機関自らが、最も信頼に足る救護要員であることを自覚するとともに、住民に対し常日頃から救護体制の認識と傷病に対する対応と判断を啓蒙しておく必要がある。

(参考資料)

東京都医師会災害救護対策本部実施要綱

檜原村	日の出町	五日市町	秋川市	瑞穂町	羽村町	福生市	奥多摩町	青梅市	自治体
既存診療所					保健センター	健康管理センター	町立病院	健康管理センター 総合病院	救護本部
									出動医師
									公立病院
									救急告示病院
									有床外科系病・医院
									受入れ医療機関



やさしく走る
TOKYO

文芸・随筆

短歌

銷夏雜詠十首

小泉新策

ほのほのと明けわたりゆく大空の
雲ひとつなく碧く澄みたる

朝靄のけふる山脈はるけきに
かそけくきこゆほととぎすの声

やがてしも旭は嶺を紅に
染めてま昼の暑さ示せる

緑葉は光合成に旺んなり
種属繁栄のいとなみのもとに

国防論 予算拡張気にし居れば
又も見るとなり行軍の夢を

夢に見し野戦の景色 色もなし
ただ黙々と泥にまみれて

原子炉の造設急ぐ行政に
我は反対す慎重となえて

合歓の會 宮城まり子の映画になると
美しくもあり温くもあるよ

人の世は砂山築く如くにて
築きて成るも又崩れゆくのみ

窮極は一切無なるを思いては
無欲なるこそ長寿への道か

理事会報告

6月定例理事会

PM 7:00～
西多摩医師会館

司会 米山副会長

I 報告事項

1. 都医代議員会報告 福島副会長

6月12日の都医166臨時代議員会は瀬戸岡会長と福島副会長出席、昭和55年度都医一般会計収支決算、同特別会計収支予算補正及び収支決算、56年度国保講習事務委託配分に関する件、56年度公衆衛生協力費配分に関する件、都医定款施行細則並びに一部改正特別委設置に関する件等の審議があり、採決、承認された。

これらのうち、国保講習委託費の西多摩医師会分は373,320円で、A会員1人あたり2,745円。各医師会宛の手数料等は課税の対象になる。都医の選挙について、会長は1名で単記、その他の役員は定数内完全連記で、将来〇×式にするか、消去法にするか検討する。設置委員会の

委員の選考は理事者にまかせてほしいということであった。

2. 医政連関係報告 瀬戸岡会長

都議選に関して、前回きめられた通り、2名の立候補者に対し、すいせん状と陣中見舞を届けた。

3. 青梅税務署職員に対する健康衛生講話

署の方から会長宛に要請があり、菅井先生(成人の癌について)、江本先生(職場の精神衛生について)にお願いし好評を得、署から謝意を呈された。(瀬戸岡会長報告)

II 各部報告

1. 保険部 木野村理事

6月23日に保険点数改訂講習会を開いた。異例の盛況であった。

明細書の訂正方についての文書が都医から来て会員に発送した。(会長補足報告)

2. 東部地区会報告 西村理事

福生市議会より休日準夜医療機関公表の要

(12)

請あり、東部ブロックで協議の結果、公表することです承を得た。

3. 福祉部 中村理事

青色申告会との話し合いの件について

前回の理事協議会の今川理事提案にもとづき6月16日、青申と福祉部税務会との話し合いをもった。それに先立つ6月10日、百瀬支部長より電話連絡あり、西多摩青申会副会長の高水先生にオブザーバーで出てもらい、医師会側は正副会長をオブザーバーとして出してほしいとの申し入れがあったので、瀬戸岡、福島、米山三先生に連絡した。

6月16日、午後7時30分より話し合をもった。青申から百瀬、矢ヶ崎、近藤(友)先生が出席、高水オブザーバーは欠席。福祉部税務委員は全員出席、正副会長オブザーバー出席。

瀬戸岡会長より、青申オブザーバー欠席なので、医師会側オブザーバーも退席すべきかとの発言があったが、青申側よりそのまま出席されてはとの意見が出された。司会は福島副会長にお願いすることになった。

●会談内容

青申支部、医師会福祉部税務委員、双方の意見の基礎となっている青申支部位置づけに関する意見の交換を行なった。

青申支部役員は青申医師会支部が医師会とは全く別個の団体であると考えているのに対し、医師会税務委員は医師会と表裏一体のものという認識に立って議論が展開された。

青申医師会支部より、支部は医師会と関係がないのであるから、名称を青申医師支部と改めてもよいという発言あり。

税務委員会をはじめ大多数の青申医師会支部の会員は、医師会と密接な関係があると認識していると考えられるが、役員や委員が、会員の意向を再確認する必要があるとの結論になり、これから先の青申医師会支部のあり方を会員に問い、その上で支部の位置づけを行うため、早急に現青申支部役員の手によって支部臨時総会を招集することになった。

必要と認められれば会則をつくるため、会則委員を任命してもらうということで百瀬支部長をのぞく全員が挙手で賛成した。

その後、6月18日、百瀬先生より6月20日

に支部役員会を行う際、16日会合時の結論になるように努力するという電話連絡をうけた。

さらにその後再度、百瀬先生より、7月13日から18日の間に臨時総会をひらいて会員の総意で新規約をきめてもらいたいという連絡があった。

●百瀬氏より弁明あり

私だけが当日賛成しなかったのは、青申役員会で規約草案をつくることにきめたのに、役員が全部そろっていないところで変更するのは筋が通らないと思い又、前の決議を無視する事になるので態度を保留した(賛成しなかったのではない)。その後、相談して白紙にもどし総会で規約をつくるという話になった。

4. 産業医部 矢島理事

地区医師会産業医に対するアンケートを作成した。理事会の了承が得られれば、産業医の会員に発送したい。

—若干の討議の末、一部補足して了承—

5. 公衆衛生 松原理事

風疹の抗体価について羽村西小で240人を対象にして抗体保有率を測定した。調査結果については会報に掲載したい。

6. 多摩医師会幹事会報告 菅井理事

6月19日、幹事会がひらかれた。私と青梅市立総合病院の大橋先生が出席。

55年度収支決算についてと今年度の多摩医師会会長の問題であった。会長はまだまきまいていない。今年の講習会は10月31日(土)1時30分より富士銀行立川支店で行なわれることになった。医療機関1題。抄録しめ切りは8月31日400字づつ原稿用紙1枚以内の抄録をそえることになった。申し込みは多摩医師会。分担金は、西多摩医師会は30,000円である。

7. 事務長代理問題について 米山副会長

人事担当の私と中村理事、それに会長、福島副会長で話し合い、面接した。

西村総務部長より、原田事務長の了解を得ている旨報告あり。9月1日より勤務ということです承を得られるか。

—全員了承—

8. 経理部 江本理事

6月15日、事務職員に予算通りボーナスを支給した。

9. その他の報告

- ① 矢ヶ崎先生御病気で八王子医療センターに入院された。
- ② 防災計画について菅井、中村、吉野三先生の手によってまとめられた。
- ③ 「今できること」という映画を青梅でやるので医師会で推せんしてくれる様という労音からの要請があった。

入会希望
 柴崎 昌治 (福生病院整形外科)
 香中伸一郎 (青梅市立総合病院)
 野本 正嗣 (" ")
 辻岡 浩 (高木病院)
 労災指定申請
 酒井三千生

—承認—
 以上

Ⅲ 入退会会員について

風しんと抗体

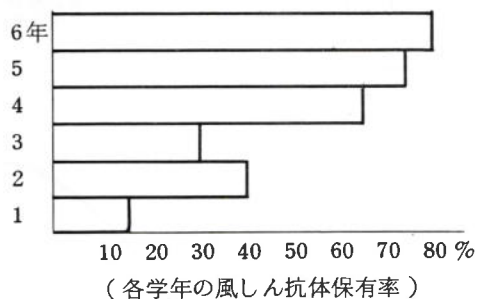
公衆衛生部 松原貞一

1. 学童の風しん抗体保有率

今年に入り都内第一号となった青梅第三小学校の学級閉鎖を皮切りに、風しんの流行は都医師会定点観測の集計でも、3月頃より週毎に患者数の増加が記録され、6月第3週の204人を頂点に減少の傾向となった。厚生省流行予測事業の報告によれば、前回51～52年が10年日の大流行であったのに比べ、今回はその後4～5年しか経過しておらず、抗体陰性率も前回の53%に比して42%と低いことなどから、前回程の大流行にはならないが局地的には可成りの流行が起りうるとされている。学校などの集団は風しんが入ると、1回の流行でその集団の7割が抗体を獲得する。我々公衆衛生部が昭和51年の流行後に保育園児を対象とした調査でも、82.3%が抗体保有者となっていた。しかし風しんの感染力は麻疹や水痘程強くなく、集団か又は家族内感染以外には罹患することが少なく、従って原則的に幼稚園や保育園に入っていない0～3才児の群の抗体保有率は非常に低いと考えられる。この年代の幼児が5年を経過した現在、小学校1～3年の低学年となっている。当時3年保育など一部に集団生活に入っていた者もいたと思われるが、このような集団の抗体保有状況がどのようになっているか、当時既に集団生活に入っており現在小学校の高学年になっている群と比較してみることも、大変興味を抱かせる所であり、我々公衆衛生部は、6月16日羽村町立西小学校の各学年2クラス的女子学童220人を

選んで、全員の風しんHI抗体価を測定してみた。

学年	被検者	保有者	保有率
1年	39人	5人	14%
2年	39人	15人	38%
3年	32人	10人	31%
4年	34人	22人	65%
5年	37人	28人	75%
6年	39人	31人	79%



予想通り低学年(1～3年)の風しん抗体保有率は27%と、高学年(4～5年)の74%と比較して有意に低く、特に当時1才で集団生活に入っておらず殆んど在宅で風しんの流行を見通していた群即ち1年生は14%と、その抗体保有率は非常に低かった。従って現在未就学児の抗体保有率は1割以下と考えてよい。更にこれを抗体価別に

みてみると、128 X~256 Xの所に山があった。

※ 的には16 X位が128~256 X位に上昇するものと考えられているが、中には1024 Xにも上昇した例が確認されている。

抗体価	< 8	8	16	32	64	128	256	512	1024
人	109	1	1	14	16	35	34	8	2

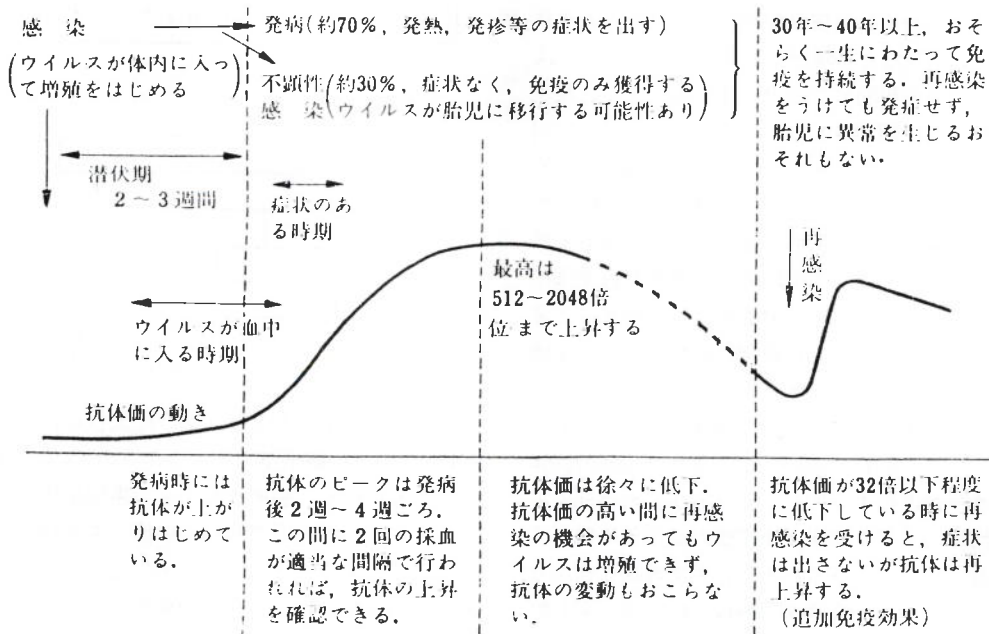
今回の風しんの流行にあたって、先天性風しん症候群の防止のため、東京

2. 妊婦と風しん抗体

風しんの抗体は、約2週間といわれる潜伏期には上昇せず、発熱、咽頭痛、発疹などの発症と同時に抗体価の上昇が始まる。従って我々のもとに症状をもって現れた時には、初日に採血したとしても8~16 Xの抗体価が、初感染でも認められるわけである。その後抗体価は毎日に上昇を続け、7~10日で最高値に達する。即ち一般的には512~1024 X倍にまで上昇するが、時には2408 Xとなることさえあるといわれている。以後抗体価は年と共に漸減して行くが、数年は64~256 Xを維持する。この期間には風しんウイルスに汚染されてもウイルスの増殖は起らず、従って抗体価の変動はない。32 X以下に下った状態の時ウイルスの汚染をうけると、ウイルスは咽頭部において増殖するので追加免疫効果を来し抗体価は上昇するが、ウイルスは血中に移行することはないので、胎児への移行の心配はない。追加免疫効果は一般

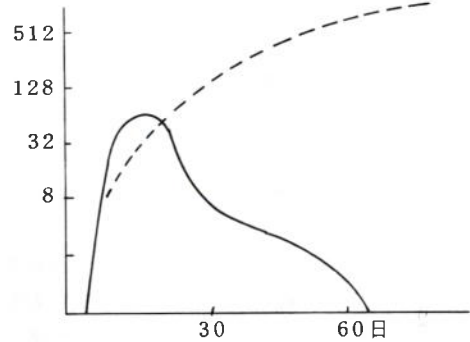
※ 的には16 X位が128~256 X位に上昇するものと考えられているが、中には1024 Xにも上昇した例が確認されている。今回の風しんの流行にあたって、先天性風しん症候群の防止のため、東京都は6月より全保健所にて、毎週毎週妊婦又は妊娠予定者を対象としてHI抗体を測定し、陰性者にはワクチン接種を行なうことになった。保健所が対象者に渡す「判断のめやす」という印刷物をみると、抗体価256 X以上の妊婦は、「最近風しんや淋巴節の腫れる熱性症患にかゝってれば、それが風しんであった可能性が高い。症状がなくても再検査が必要です。産科主治医の指導をうけることが望ましい。」とある。確かに256~512 Xという数字が出ると、最近の感染で目下上昇中が頂点に達していると考えるのは一般的であり、数日前に風しんと思われる臨床症状が認められれば一層確実である。しかし先行の臨床症状が全くなく、妊娠しているので念の為測ったというような例でたまたま256~512 Xという高い抗体価が出た場合、前記のように追加免疫効果即ち、ブースター効果でも1024 Xに迄上昇した例が認められているので、この単一血清サンプルだけからでは、

風疹感染後の抗体の推移 (臨床とウィルス特別号風しんと風しんワクチンより引用)



それが確かに最近の感染であるといいきることは中々困難である。産科医は、10年目に授かった子で何とか産みたいが、どちらかはっきりさせて欲しいと迫られることもあるときく。それでは何かもう少し確立性の高い血清学的検査法はないかということになるが、次のようなことを試みるのも一法ではある。即ち、

- 1) 発病4日以内の血清抗体価であれば、2週間といわず数日後の血清で再度HI抗体を測定し、4倍以上の上昇を認めれば先づ最近の感染とみてよい。しかし自覚症を認めていない場合には、たとえペア・サンプルで上昇を認めた場合でも、それが追加免疫効果でなく、不顕性感染であったという証拠はどこにもない。
- 2) HI抗体(赤血球凝集試験)と共に、EF抗体(補体結合試験)の上昇があった場合は、近い過去での感染が示唆される。※

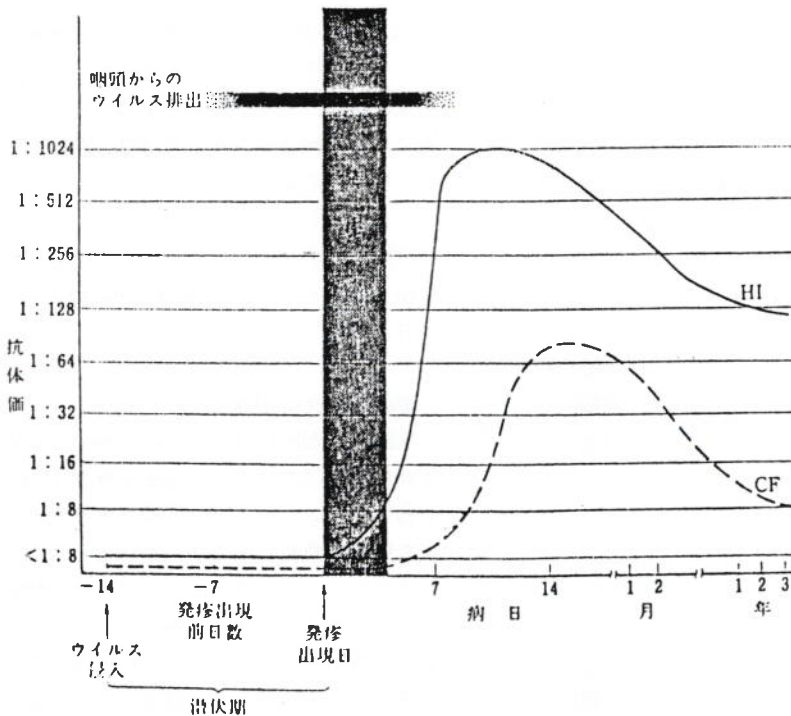


従ってHI抗体が高い場合、同時にIgMの高値が確認出来れば、近い過去の初感染であったということが出来る。しかしIgM抗体感染後1ヶ月位で消失してしまうこともあるので、IgMがなかったからといって、最近の感染でなかったといいきることも出来なくなる。

一般的には風しんの不顕性感染率は2~3割程度とされており、

風しんも又麻疹や水痘などと同様に年齢が高くなる程症状の程度も重くなるので、不顕性感染の疫も当然低くなり、従って妊婦の不顕性感染は極めて稀と考えてよい。又風しんの感染力は余り強いものではなく、妊婦の場合家族内に風しん患者が先行しない場合、感染の可能性もうすいと考えられる。このように妊婦の風しんの判断は、臨床症状や疫学的判断からさして困難ではないが、この

井上栄「風しんの血清診断」より引用



※3) 感染後の抗体産性は一般には該当する病原に対するIgM抗体が先づ産生され、これを追ってIgG抗体が産生される。IgMは数週又は数ヶ月で消失し、以後はIgGだけが存続する。

ような諸条件がない場合その診断は大変困難になる。風しんの血清学的診断は、何よりも先づその採血の時期が重要であり、妊婦がたまたま測るといった場合はその時期を逸してしまっている場合

(16)

が多く、妊娠というような問題が起きてしまっ
てから採血したのでは、判断は困難を極めることも
少なくない。先天性風しん症候群を防止するため
には、妊娠を予定するものは、妊娠の前に抗体を
測定しておけば、問題は簡単に解決される。

~~~~~

溶連菌感染症について

「うちの子は病院に行ったら、昔なら猩紅熱と  
いう所だが、今は薬で治るから……」といわれた  
話が隣家にもれて隣家より保健所へ連絡があり、

保健所でも説明に困惑したことがあるとのことで  
あった。猩紅熱ということになれば、現法上どう  
しても収容・消毒という手順を踏まねばならない  
ので、その辺の配慮を願いたい旨過日の保健所医  
師会連絡会で、福生保健所の前田先生よりお話が  
あった。

東京都が一斉に行った保健所での風しん抗体検  
査は、殆んどが6・7月の2ヶ月のみであったが、  
福生保健所は都の依頼により当分の間、週1回の  
検査日が続けることになった。

~~~~~

東京都医師会急救医療対策委員会報告

(都医役員改選後の第1回委員会)

7月13日 於都医師会館

出席者

都医 渡辺会長
松永副会長
鈴木担当理事

委員 丸茂 裕和 (練馬)
菊田 能敬 (中野)
大井田 修 (深川)
中村 武 (西多摩)
吉田 敏久 (南〃)
岩崎 益実 (三鷹)
都築 正和 (東大)
大畑 正昭 (日大)
大塚 敏文 (日医大)
佐々木仁也 (都立豊島病院)

会長挨拶：要旨 都医師会は急救医療体制を都
全域及び全科について整備しており、全国に誇
れるものであるが未だおちこぼれも可成りある
と思われるので、これらの見直しをしてゆきたい。

委員紹介

正副委員長選出：丸茂、菊田両先生に決定

議 題

1. 委員会運営方針について
 - 1) 急救医療体制を更にきめ細かに見直して
ゆく。
 - 2) 急救医療体制についての会長の諮問に対
し討議し答申する。
2. 定例委員会の開催について
毎月第2金曜午後3時より都医師会館にお

いて

3. 次回の議題

三多摩の急救医療の状況及び要望事項

4. その他

1) 鈴木理事の報告

9月1日の防災訓練について

熱傷医療センター設立の件 昨年諮問さ
れたこの件に関する答申にもとづいて今年度
100万円の予算がつき、熱傷急救医療調査委
員会を都に設立することになった。委員には
松永、井上、鈴木理事及び丸茂、佐々木委員、
更に学識経験者5~6名及び都、消防、警視
庁を加えて発足する。

2) 自由発言 頭部外傷とCTの必要度、
精神病的要素を有する患者の取り扱い或いは、
脊損センター設立の必要性等が話題として出
された。

都医委員会に出席して

地区医師会と都医委員会委員の関係について西
医理事会に於て討議された(西医会報第103号)。

都委員は都医師会長の諮問要員であり西医会と
は関係ないとの意見もあるが、都医としてはその
傘下の広範囲にわたる各地区医会の夫々の地区事
情、実態を把握しそれ等を加味した答申を得るた
めに委員を各地から選任しているのであって、委
員は所属医師会を基盤とした発言が必要であるこ
とは当然である。したがって委員は(西医会役員
であるなしにかゝらず)医師会と密接なる連係
を保つべきであろう。即ち都医委員会で討議され
るべく予告されている議題については充分執行部
と、必要あれば該当する西医会委員会と検討した

上で出席すべきであり、結果も又書その他の方法で報告すべきであるとする。

が私自身委員会に出席し更にその必要性を感じたので、敢えて附記させて頂いた。

以上のことは、かねてからの私の主張であった

(中村 武 記)

同好会だより

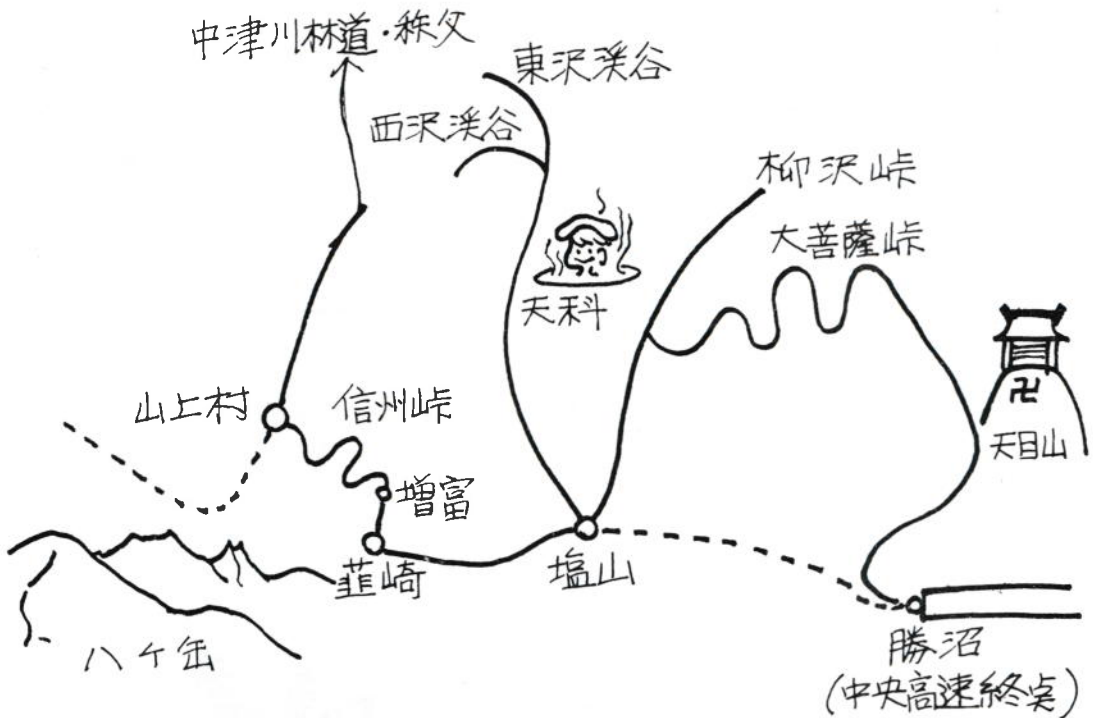
T M M A、秋のドライブ会案内

日時：10月17日(土)午後出発、夜は懇親会
10月18日 秩父若しくは八ヶ岳方面をドライブ(信州峠越えあり)

募集：後程往復ハガキにて参加者を募集致しますが同乗参加もありますので、多数の参加を御待ちしております。

コース概要

(宿泊は西沢溪谷入口の天科温泉「こやす館」)



第 97 回

西多摩医師会ゴルフ大会

昭和56年6月21日(日)立川国際CC草花コースで行なわれた。1ストロークを争う接戦で、鈴木先生が優勝をかざった。

氏名	アウト	イン	グロス	ハンデ	ネット	ランク	新ハンデ	
鈴木	44	45	89	18	71	優勝	14	
辻	48	58	106	34	72	2	31	
宮川	41	40	81	8	73	3	7	BG
立花	47	52	99	24	75	4		
内田	43	41	84	8	76	5		
足立	42	48	90	14	76	6		
川崎	55	47	02	24	78	7		
内山	45	45	90	12	78	8		
工藤	44	45	89	11	78	9		
江本	45	45	90	10	80	10		BB
星野	45	54	109	26	83	11		

次回は8月20日(木)霞ヶ関CCの予定。

多摩医学会演題募集について

昭和56年度多摩医学会を、次の要領で行います。奮って御応募いたゞきたく、御案内申し上げます。

期日 昭和56年10月31日(土)

午後1時30分

会場 富士銀行立川支店会議室(予定)

演題募集について

締切 昭和56年8月31日

抄録 400字以内の抄録を添えて下さい。

1医療機関1題とします。

宛先 西多摩医師会

第105号訂正について

56年7月号会報(第105号)に関して下記の様な脱字等がありました。下記の様に訂正の上、深く陳謝致します。

広報部長 堀田洋夫

誤 正

- 4頁、右41行 会館改築建立金 → 会館改築積立金
- 5頁上段右12行 井上喜美子会員 → 井上富美会員
- 5頁下段左12行 田中 哉 → 田中浩哉
- 10頁、右21行 張簿 → 帳簿
- 14頁、左2行 学童の風 抗体価 → 学童の風疹抗体価

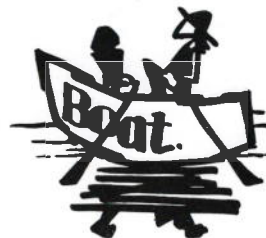
また道又先生の随筆、HAPPY SESSIONは東京医師会雑誌に掲載される筈のものが編集の間違いで西多摩医師会報に載せてしまいました。お詫び申し上げます。

- 先月号HAPPY SESSION 文中
- 左18行目 誤 夫人 → 正 尺八
- 左22行目 " の為 → " の差
- 右17行目 " 兄弟 → " 兄貴

会員の近況

宮地 誠先生：剣道八段の先生はこの度、念願であった剣道々場、誠之館宮地道場が落成、7月19日、道場開きが盛大に行われた。

鹿野純一先生：7月付で東京歯科大の理事に就任された。



て、患者サービスをしようと思えば諸経費上昇はキリのないことです。ちがうところは先方は公金ということ。私達の税金から出ているということ。自分の腹を痛めた金になると、へソくる位ケチなくせに公金になると予算ギリギリに使い果たさなければ、来年の予算ぶんどりに支障をきたすとばかり、国民不在の辻褃合わせの決算、こういった旧来の慣習は打破したいものです。今回の編集委員会でも、次号の編集計画と前号の反省がなされました。前号の反省としては、会員が知りたい時報と感想文、自論との取扱いをもっと慎重にしようという意見が出ました。また御投稿下さった先生に失礼にわたらぬよう校正もしっかりやっています。今回は特に医療費改訂に関して、これはまさしく医療費改悪であろうという意見があり、この面で造詣の深い吉野先生に時論として玉稿をいただきました。厚く御礼申し上げます。

(記 植田)

表紙写真

花

秋川市 米山秀雄 画

昭和56年8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 堤 次雄

植田 稔 桂木 真 川辺 隆道

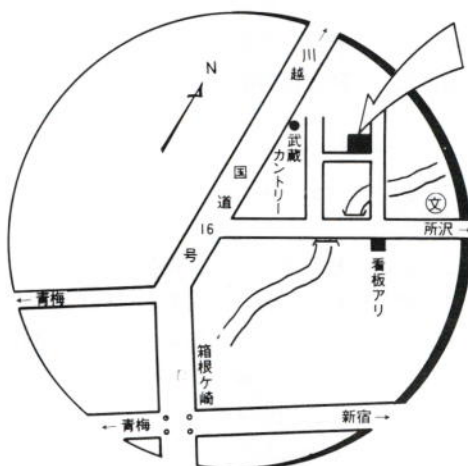
菅井 義久 鈴木 修 高木 直

堀田 洋夫 道又 正達

印刷所 マスダ印刷 TEL (0428) 22-3047

期待と信頼にこたえて15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

武蔵臨床検査所

所長 杉田 富徳

埼玉県入間市上藤沢339~1

TEL 0429 (64) 2621(代)

Cardioprotective **Trasacor**[®]

… ストレスから心臓を保護します。

トラサコールは、 β -受容体遮断作用のほかに、やや穏やかな膜安定化作用と本剤固有の内因性交感神経様作用(Intrinsic Sympathomimetic Activity: ISA)を有する不整脈・狭心症治療剤で、過剰な交感神経系の刺激から心臓を保護します。

新発売



不整脈・狭心症治療剤

トラサコール[®]

錠20mg・40mg CIBA

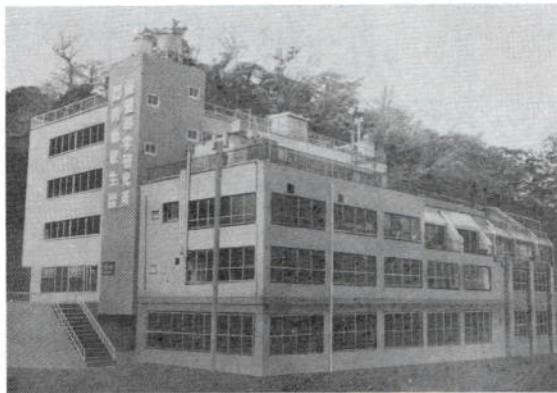
臨床検査センターの雄 保健科学研究所

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集配致します。御一報を御待ち致しています。

新開発品

ペリシット[®]カプセル

脂質代謝改善剤

薬価基準収載



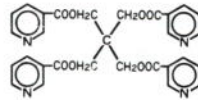
【特 長】

1. ニコチン酸のプロドラッグとして作用発現する
2. コレステロールばかりでなく、他の血清脂質も低下させる
3. 動脈壁への脂質沈着を抑制する
4. HDL-コレステロールを増加させ、LDL-コレステロール、VLDL-トリグリセリドを減少させる
5. 高脂質血症に伴う諸疾患の随伴症状を改善する

【組 成】

1カプセル中 ニセリトロール……………250mg

ニセリトロールの構造式



- 一般名 niceritrol
ニセリトロール
- 化学名 pentaerythritol tetranicotinate
- 分子式 C₂₉H₂₄N₄O₈
分子量 556.54



【適 応 症】 高脂質血症の改善

【用法・用量】

ニセリトロールとして、通常、1日量750mgを毎食直後3回分割経口投与する。
なお、年齢・症状により適宜増減する

●使用上の注意は、製品の添付文書をご参照ください。



株式会社 三和化学研究所
名古屋市中区東外堀町2丁目3番地

®：登録商標(スウェーデン・ポフォース社所有)

赤血球の変形能を高め、 脳微小循環での血流を改善する。

脳微小循環への新しいアプローチ。

7.5 μ \leq 3.0 μ 直径7.5 μ の赤血球は、
直径3.0 μ の毛細血管を自ら変形し
ながら通過します。この赤血球の
変形能を高め、脳微小循環
の血流を改善するトレンタル。
容れ物(血管)ではなく中身
(血液)に着眼したヘキストの、
新しい治療概念をもつ
微小循環改善剤です。



微小循環改善剤<ペントキシフィリン>

トレンタル錠

健保適用



ヘキスト ジャパン株式会社
医薬品事業部

●詳しい用法・用量、その他の注意などは、現品添付文書(能書)をご参照ください。

東京都港区赤坂8-10-16 千107-TEL(479)5111(大代)