

西多摩医師会報

1983年2月1日

124号

発行所・社団法人 西多摩医師会 東京都青梅市西分3-103
編集委員・菅井 義久 TEL (0428)23-2171(代)
栗原 琢磨 佐藤 義弘 斉藤 信幸 塩沢 永康
高木 直 堀田 洋夫 道又 正達 村山 正昭

切り捨て御免

老人保健法2月1日施行

多くの矛盾を内包しながら、混乱の中で「老人保健法」の2月1日実施が強行された。「権力の侍女」マスコミの露先払いを最大限に利用して可決、実施されるに至ったこの法律は、それに纏わりつく粉飾を除外する時、その本質は、極端に財政的視点に偏った「老人医療きり捨て」「大衆収奪」と「医師診療権の制限・剝奪」以外の何ものでもない事が明らかになって来る。

この法律に関連する諸規準の改訂作業の経過について、正式には1月20日付の官報告示まで、何ひとつ明らかにされることもなかった。

公表された改訂内容は論理と整合性を欠いた煩雑を極めるものであり、「拙速」のそしりをまねがれない。

患者の立場から見ると、老人とその家族が、現在おかれている社会的、経済的実情を全く無視した「机上の空論」に過ぎず、同時に困難な条件の下で老人医療にとり組んで来ている第一線医療従事者の声と努力を一切顧みない露骨な「財政至上主義的医療行政」の強制であり、実施と同時にその矛盾がふき出しは始めている。

現在の医療制度下において、ほとんどの開業医は保険医として登録されており、従って開業医の日常の診療行為が保険点数に換算され、そのトータルな結果が保険医療費の増減と密接な関係を持つのは当然であり、又一部の悪徳医の存在が、医療費を不当にかさあげしている事実を認めるにや

ぶさかではない。

しかし、医療費の高騰は無政府的な医薬品、医療機器の乱開発、乱売、値上げや、地価、建築費等設備投資に要する費用の際限のない値上がりの放置等、政府の無策に負うところが大きく、マクロには、あくまで政治的経済的混乱の複合的所産に過ぎず、ひとり医療関係者のみをスケープゴートにして解決される問題ではないはずである。

一部悪徳医の存在は、層としての医師及び、その組織団体としての医師会が、自らの責任において解決しなければならない課題であり、悪質で低水準の老人病院をつぶすのが目的とは言え、老人保険法をテコにして点数包括や出来高払いの否定を部分的にしる認めるのは医師会の主体性の喪失と従来の主張の破産を意味する結果になりはしないか。即ち、点数の包括処理、出来高払いの否定は、たとえ、その対象が一部に限定されるとは言うものの、国民皆保険の下で健保診療報酬制によって戦後一貫して支持され、発展して来た日本の医療の独自性と水準の維持に低下をもたらすのはあきらかである。

全般的な財政の破綻の原因を、ただ単に医療費の高騰に求め、医療従事者への統制と抑圧、患者への受診抑制と収奪をもって無理矢理、つじつまを合わせる様な今回の措置に対し大きな疑問を感じない訳には行かない。「終りのはじまり」を阻止し得るか否かは個々の会員の動き如何である。

座談会

医療費抑制下、明日の医業を考える2

於 西多摩医師会館 主催 会報編集委員会

出席者 川辺隆道 栗原琢磨 斉藤信幸

佐藤義弘 佐々木章 塩沢永康

林 実 村山正昭 吉野住雄

堀田洋夫(司会)

川辺 そういう点からみる時、さっき吉野先生は非常にいい事を言われた。日本の開業医制度はすばらしいと…。我々、医師会員が開業医のネットワークをつくり、専門領域の病気については、上級の病院に紹介する。ホームドクターが患者に対し全責任を持って、信頼を得る様にする…。行政側の患者離多の策は無駄になるのではないか。同業者組合だけではだめ…。家庭医としての自覚を持つことによって日本の開業医制度は守られる。これがキポイントではないか。

吉野 厚生省に頭のいいやつが20~30人いたら、5年、10年、15年後という風に段階を踏んで計画を実行して行けるが、医師会というのは意見がバラバラでまとまらないんだね。医師会は武見さんの様な強力なリーダーがたまためりや、負けるね……。

川辺 僕は、現在、医師会がこんな状態になったのは、武見さんの独裁が長すぎたための弊害が、いま起っていると思っている。医者がもう少し、食いつめて来たとき、足が地についた考え方が出てくるのではないかなあという希望的観測を持っている。

吉野 遅くなりすぎたのではないかな。いいリーダーがほしいね。

司会 武見さんは確かに強力なリーダーではあったんだけど、会員との間に力量の差がありすぎた。在任中につきのリーダーを養成しなかった様に思える。

林 会員との間どころか、執行部とも開きがありすぎた。

吉野 最後のあたりはね。はじめはそうでもなかった。

川辺 養成しなかったから独裁になってしまった……。

司会 川辺先生が言われた様な形、即ち、会員が密接に連絡をとりあって、開業医制度を守るという仕組みが、具体的に可能かどうかという点について少し話し合ってくださいませんか。

佐藤 厚生省に対して、医師全部の知力の戦争ということになる。医師会は全国に散らばっていて統制がとれない。厚生省の方はまとまっている。権力が集中しない様にするにはどうしたらいいのか。行政機構の中で、二段階、三段階通らないと政策が遂行できない様な形がとれないか。

司会 厚生省の方はブレーンがそろっているが、医師会の方はどうでしょうか。

川辺 大本営がない……(笑) 参謀がいない。(笑)

司会 政治、経済の全体の動向を見すえた上での医師会側の政策を貫徹して行く機構が必要なんだけれども……。

村山 具体的には「人脈」なんです。労働界、財界とかの人との関係がないとはじまらない。医者はほかの世界の人との接触が足りない。

林 開業医が団結すると言ってもね。科の特殊性があったり、利益の相反するところがあったりして、まとまるのはむづかしい。

佐々木 もっと食えなくなったらまとまるよ。(全員笑)

林 まとまっても、くずれて行くやつがかならずでてる(笑) 悪いことするヤツは何百人に一人と言ったって、全国まとめりや何百人にもなり、マスコミにたたかれるもことになる。開業医というのはむづかしい。

村山 う〜んと困って悪いことやっちゃった、そんな事情があったのか……(笑) 弾劾できない(笑)

佐々木 保険でやってるから国に対し頭があがらない。自費診療なら関係ない。しかし、自費診療で医師はやって行けない。

林 患者はタダの事を覚えているから自費じゃだめだよ(笑)

川辺 日本人は儒教の影響を受けているから、人と人との間の信頼感を大切に。医療と、

医者の人間性との比重は五分五分だと思う。先生がホイホイかわる病院よりも、その地に骨を埋める気になった医者の方が信頼される。これは外国にはない、いい点だ。

林 それは非常にいい点だ、

川辺 ですから、その点をうまく活用して、さっき言ったネットワークをがっちりつくれば…その可能性は、僕はあると思う。

吉野 確かにそうだと思う、我々、開業してみてもわかった事がある。(患者が)なぜ僕のところへ来て総合病院へ行かないのか……結局、総合病院は(医者が)くるくるかわるからです。僕はいつもここにいる、だから通ってくるという患者が多い。人と人とのつながり…。

佐々木 だけど、大学病院が好きな患者、公立病院が好きな患者、開業医が好きな患者、これらは厳然として(区別されて)存在する。だから開業医が親切にしたって嫌だと言って大きい病院へ行く人もある。

川辺 デパート志向と小売店志向……(笑)

佐藤 結果として70%の患者が開業医のところに来ているという事になる。

佐々木 それは、開業医の数が多いという事と、夜もやっているという事の結果ではないか。

林 今度、コンピューターなど導入されて、大病院でも患者一人一人の事、家族の事も含めて全部わかる様になってくると、案外、開業医のよさというが(患者からみての)メリットというか、人と人とのつながりみたいなものまでが奪われて来るんじゃないか、厚生省は、案外、開業医をなくして行こうという事で、そんなことを考えているんじゃないか。

佐藤 診療所、専門病院、国公立病院、大学病院がそれぞれその特殊性を生かして、例えば紹介状などを持って患者に行ってもらおうという様なシステムになれば、今より、少しは整理されるんじゃないかと思う。

司会 患者をどこかの病院に紹介する……しかし現在は、どうも、スムーズにいかないところがある。

林 個人的に知っている医者に頼むみたいな形になってしまう。

川辺 そのためのネットワークをつくりあげなきゃならない。

佐藤 (紹介)のシステム化……。

川辺 患者は医者を選ぶ権利がある。我々は患者をどこに紹介すればいいかを知っている。そのところを開業医がしっかりふまえていれば患者は安心して開業医のところへ来ることができる。開業医の財産は、しっかりした紹介先の病院を持つことだ。そういうネットワークをつくることではないか。

林 そうではあるが、政府厚生省は、総医療費にワクをはめて、開業医を減らし勤務医に行こうと……統制的な考えを持っていると思う。

佐藤 個人と個人のコネクションというのは流動的なものだから、むづかしい面がある。

司会 公立病院との関係が、なかなか確なるものにならない……だから、医師会病院構想が、絶えず、浮かんだり、消えたりする。

林 医師会病院というの、やろうか……。

佐々木 おたがいに当直したり、何かあったらすっ飛んで行ったり……医師会全体で責任をもってやらなきゃ……。Appeだ、それってんで外科の先生が夜でもやるという様な形でなけりやだめだ。

林 そうなると(現在)ではだめだ。そこまではやれない。

佐々木 有志だけでも集まってやればいいかもしれない。当面やる気のある人だけでも……。

吉野 若い人でなければ……開業医はだんだん年をとって行くから……(笑)

村山 そうすると開業医は完全に外来だけということになりますね。

林 皆、医師急増を心配しているけれども、西ドイツなんか人口10万に対し医師数212とか……日本は今、140人台でしょう。1日1人の医者が100人も120人も診ている……。まちがっているんじゃないか、責任もって診療できるのは50人以下じゃないかなあ。50人以下の患者でも我々がやって行ける様に医療費があがるのが望ましい。現状は「神風診療」でもやらなきゃ食って行けない(笑)

川辺 いくらで我々が食って行くのかが問題(笑)

佐々木 厚生省では、平均サラリーマンの約3倍位とみているんじゃないか。

村山 課長クラスか、係長か……(笑)

(4)

司会 吉野先生の話のすゝめ方の第3段③の第一線医者担当者の対応策に入って来た感じですか……。

村山 より具体的に行きましょうか。

吉野 医師会が、厚生省に対し、何をどういう風にやって行ったらいいのかという事が大事なんですけど、今日は無理かな(笑)まあ、具体的な話を進めて行きましょう。

村山 塩沢先生が今日、出てこれないのは残念です。医薬分業にさせていただいぶん時間が経ちますが、どうなんでしょうか、聞きたいところです。

吉野 医薬分業とは言っても、どの辺のラインからやったらいいか計算されたことがありますか、今、薬価差がどんどんなくなって来ている。薬価差がどの程度になったらやるべきかという事ですが……。

林 患者数によってもちがうんじゃないかな。

村山 30%なければね、25%をわったらだめだと思う。

佐々木 場所が問題だ、薬局が遠くちやだめ。

吉野 僕のところは子供が6割、大人が4割ぐらい……。カルテを30人分抽出して、診察料、処置、薬剤料、調剤、処方……とパーセンテージを出し、院外処方で投薬する場合の計算を出し、比較して行くと、薬価差益が3割をきっちゃだめという事になる。これが子供の場合。今度は大人の場合、15%のところでは院内と院外が並ぶ。これに人件費とかレセプトの手間とか帳簿とか、とりまぜてメリット、デメリットを考えて行くと……。

司会 (笑)現状は次第に院外処方の方に近づきつつある。(笑)

吉野 完全に近づきつつあると思っている。

林 ただし、カルテに書く量が増える。それが大変……。保険番号なんか書かなきゃならないし……。

司会 吉野先生とこみたいな大都会(笑)ならいいが、西多摩地区という山も多いし、薬局の少ないところでは大変ですね。医療機関1ヶ所では効率が悪いし、薬剤師さんもそれだけじゃ食えない。3~4ヶ所につき1薬局みたいな形がとればいいのかも知れませんが……。

佐藤 そうなると厚生省は薬局を沢山つくる様に

指導するかも知れない。

林 医療費があがる一方だよ。

吉野 どの位あがるか、僕の計算では、例えば従来通りだと119,970円が174,660円になります。かなりあがる。この計算には何日もかかった(笑)。医外処方を自分一人だけでやるのはやはりこわい。皆でわたればこわくない。

村山 それこそ適正配置が必要になってくる(笑)

司会 まあ、そんな形で生き残る可能性は多少あるという事でしょうか？

佐々木 何とか食っては行けるが優雅な生活はできない。無理だね。

司会 その他に、公衆衛生関係事業へどう協力していくかという様な問題があります。そういった仕事も、今後、医師会で確保して行くのが、少しむづかしくなって来るのではないかと予想されますがどうでしょうか。

村山 まあ、中には公衆衛生の仕事はやらないという人もいますね。

林 しかし、それをやらないとなると患者の流れは変わるのではないだろうか。

司会 うっかりすると検査と診断は保健所で、開業医では薬だけ、それも処方箋を切るだけみたいなことになりかねませんね。

林 医者が増えて来ているんだから、どうしても行政側の医者になるという人も増えてくるだろうね。予防接種専門とか学校医専門とかね。

司会 学校医の仕事を見ていると、すでにそういう兆候がでています。校医自身が知らないところで全然別個に検尿検査が行なわれていたり、心電図だけは別にやっているとかいう問題にぶつかる……。

佐藤 各学校で勝手に「業者」をきめてやらせている様なところが見受けられる。業者がダンピングすればする程、そこに委かせるという様になっている。会社なんかもそうなりますね。できるだけ安いところへ委託する……。そうなると検査の結果もあまりアテにならなくなってくる。

司会 内科検診など大勢を対象にしてやっている、うっかりすると心音を聞いているだけみたいになり、たまたま心雑音を聴取して、こ

の子は?などという教師が、いや、この子は心臓の精密検査を受けているんです……。あっそうか……(笑)みたいなことにおっかったこと、皆さんはありませんか。

佐藤 こっちがそれを当てるかどうかみたいな顔で、じーっと見つめられる……(笑)

村山 この先生あたるかななどで見られている。(全員爆笑)

吉野 まさにその通り(笑)、先手をうって、この子、何か悪いところあるって言われた?と聞いてみる……。何もいえないと言えば、あっそうか、じゃO,K,(大笑)いやになっちゃうけど、身を守るためにはしょうがない(笑)

司会 そういった校医の問題も含めて医師会としても、今後のことを考えて行かなければなりませんね。

吉野 だから、公衆衛生関係の仕事は、手離しちやだめ、責任もってきちんとやって行かないと……。こちらから、やらないというところもって行かれちゃう(笑)

林 それなりに一生懸命やらないと本当にとりあげられてしまう(笑)

吉野 僕は心音をきちんと聞くから佐々木先生は背骨をちゃんと見て下さい(笑)

村山 これも、やっぱり専門分化しなけりゃならない。公衆衛生や学校医は……。

佐々木 整形の医者も、精神科の医者も同じ様に心音をきいて、予防注射をやっている。そこに大きな問題がありはしないか。

村山 あるいは、専門でなくても、この領域なら自分もやれるという様に我々もトレーニングをやらなきゃいけないね。

司会 学校検診の検尿などで例えば蛋白とかローテが出ていると子供に紙かなんかもたせて、どこか医者へ行けという様な形になっていて……。校医はいまや形だけになっている。

佐々木 たんに書類上の問題になってしまっている。だから、こんなじゃやめた方がいいと言いたくなる。行政側とトラブルをおこしたくはないけれども……。

林 養護教諭に主体性をとられてはだめ。

佐々木 ただ身体検査をやっただけではだめだ。

司会 年に何回でも同じ内科検診をやらされるといふ点はどうでしょうか。

林 水泳の前、修学旅行の前、マラソンの前……あまり意味がない。

佐々木 馬鹿馬鹿しいと思うこともある。

司会 学校側のいいなりになって何回も内科検診の重複を続けるんじゃない、もっと積極的に、主体的に学校検診の内容を検討、指導して行くことも我々が生き残って行く一つの手段になるのではないでしょうか。

川辺 (学校側としては)将棋の逃げの手みたいなもので、例えば運動会などのとき、検診はやったんだという責任回避の道具……。

医者の方は、「その時点では」健康だと思ったと……(全員笑)二日後のことは知らない……(全員爆笑)

佐藤 検診で異常があった場合、その人に、どこか好きなところへ行け……じゃなくて、医師会で、精検をやるルートをつくっておいたらいい。

村山 それから、日野医師会の難病検診ほどじゃなくても、あゝいう様な独自の検診もやらなきゃ、まづいんじゃないかな。むづかしい問題じゃなくて、HBのことでいいですし……。金曜会が話されていたから、どうなったのかとっていました。

司会 なかなか実現しませんね(笑)

佐々木 学校の数はどんどん増え、開業医は増えないと、予防注射、検診などますます大変になって来る。

司会 医師会として、地域と密接な関わりを持つ事業を計画して行かなければいけませんね。個としての患者との対応から、マスとしての地域住民との対応という方向に視野をかえて行く必要がある……。

村山 羽村でやったのを売り込む訳じゃないけどみんなで集団で話し合うのはいいと思う。教人の代表団的話し合いというのは、全く、外交辞令になっちゃう……。

佐々木 青梅なんか、医師会へ出てくる先生が、あまり多くない……。

司会 何か、具体的な事業案をかかげて行けば、集まりもよくなって行くんじゃないでしょうか。

以下次号に続く(3月号で完結の予定です)

なごやかに新年会開かる

恒例の新年会は1月22日夕、羽村、北京にてひらかれた。例年のごとく来賓として石川衆院議員、水村都議をはじめ各市町村長、保健所長、消防署長を招き、会員40名を集め盛会であった。

開会の挨拶に立った瀬戸岡会長は2月よりはじまる老人保健法の実施をひかえ、各自治体と密接な連携を保ち医療サービスの低下を防ぐよう協力を要請し、これに答えるかたちで石崎青梅市長、各市町村長が今後の地域医療のため医師会と一体となった行政を強調された。

宴会は中華料理に老酒と例年のスタイルであったが、今年は目下売出し中の青梅出身歌手、竹内

森水女を招き、レパートリーを披露してもらい忘れかけた新春気分を盛りあげてもらった。

衆院選必至とみられ忙しいなかを到着した石川議員は会員と膝をまじえて歓談、都合で欠席された並木都議の新春あいさつの手紙も披露され、例年にまして活発な交歓風景であった。

今年は特に趣向を変えたわけではないが、今後の医療状勢をふまえて、医師会員と行政担当者が交流を深めるために意義深いものであったと思われる。なお司会は湯川、村山であった。

(村山 記)



文 芸

耐へ忍ぶ 心をしるしの その如き
 花をながめて ひとりほほえむ

凍てつける 大地を踏まへ 若きは
 学びに 勤めに いそしみ出でたつ

寒牡丹の 葉の帽子に 被護されつ
 花開くのと 趣おもむき ことにし

物みなは 冬の 眠りに あるなかに
 何を 好みて 花開くかも

寒に耐へ静かに春を待つ如き
 四方よもの 気配けはいに梅も微笑ほほえむ

凍てつける 大地を ふまえ 静もりて
 唯 花つける 寒椿あり

「寒に耐えて」
 小泉新策

「ツベルクリン反応検査の
判定 読みすぎ について」

公衆衛生部

松原貞一(文責)

東吉男・林実・川辺隆道
秋山静夫・道又正達・吉野住雄

ツベルクリン反応の判定の「読みすぎ」については当地区でも話題となったことがあるが、昨年7月の公衆衛生審議会答申をみて、9月6日付毎日新聞の一面に次のような解説記事が出た。

乳幼児のツ反 再検したら

「陽性」一転して「陰性」に

判定方法 見直しも……

乳幼児の結核感染の有無を調べるツベルクリン反応の陽性者が、2回目の検査で逆に陰性になるケースが3割にものぼることが、厚生省の調査で明らかになった。これまでは百日咳や麻疹などの病気の場合を除き、陽転者が陰性に逆戻りすることはないというのが定説。ツ反応の定期検査は乳幼児検診と小中学校入学時の3回に限られているため、誤まった陽性判定でBCG接種の機会を失ない、発病する危険性も大きいだけに、同省は

陽性判定の基準を再検討するとともに、陽性者、凝陽性者に対しても再度ツ反応検査を行なうことにしている。

調査は12府県の30保健所を抽出、昨年1年間にツ反応検査をうけた182,388人について行った。陽性者は3.3%凝陽性を含めると9.9%に達し、我が国の結核感染危険率(理論推計値)の約0.1%を大きく上回った。

ツ反応検査を2回実施したのは1回目に陽性と凝陽性だった6保健所の1210人。その結果、1回目に陽性と判定された393人のうち、2回目も陽性だったのは210人(53.4%)、陰性が119人(30.3%)もあった。また、1回目の凝陽性817人のうち、2回目に陽性になった人が113人(13.8%)あり、527人(64.5%)が陰性になった。

このようなことが起る原因の有力候補は判定方法。長径10mm以上の発赤を陽性としているが、

(8)

こうした発赤判定を採用しているのは世界でも日本だけ。諸外国は硬結の有無によって判定している。「かすかな発赤まで細かく測ったり、誤まつて皮下に注射した際の出血痕を見誤まつたりしているのではないか」と結核研究所の青木部長はいう。56年度の保健所運営報告によると、乳幼児の陽性率は全国平均で3.54%。トップの青森県の15.70%から最下位の東京都0.94%まで都道府県のバラツキも大きい。青木部長は「青森県の数値は、理論的にみて東南アジアの結核まん延国をしのぐものだ」と指摘している。

新薬の開発で結核はもはや「恐ろしい病気」ではなくなったといわれるが、それでも昨年の発病者は約6万6千人、死亡者は5693人だった。

少し長くなったが新聞記事の全文を引用した。東京都のツ反応陽性率は昭和56年度結核予防費、都補助金実績報告の資料によると

都全体	1.12%
区部	0.87%
市部	1.48%
郡部	4.74%
島部	2.30%

とあり、郡部とは当地区の5町1村の数字であり、他の部に比べて陽性率の高いのが目立つ。更に同報告中の市町村別の陽性率をみると当地区では0.34%から高い所は20.97%と都内最高値までである。

ツ反応検査判定の「読みすぎ」は全国的な傾向であることには違いないが、当地区ではその傾向が強すぎるような印象もあるので、各市町村の担当課に依頼、その実態の調査を行なった。

調査結果

57年度西多摩地区の9市町村で行ったツベルクリン反応検査の、判定を担当した、35人の判定医の判定結果について検討した。

被検乳幼児総数	4712人
陰性者	4032人(85.57%)
疑陽性者	419人(8.89%)
陽性者	261人(5.54%)

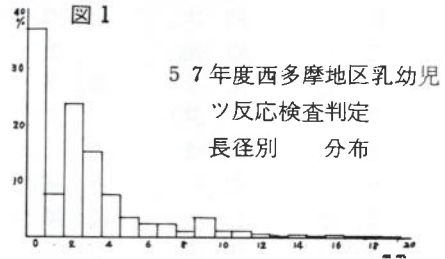
56年度の実績報告より西多摩地区の陽性率を計算してみると総数5336人中152人陽性で、陽性率は2.85%であり、57年度の5.54%は可成りの高率となっている。ちなみに結核研究所の専門家が、昭和55年所沢市の乳幼児3601

人について行ったツ反応検査判定結果をみると

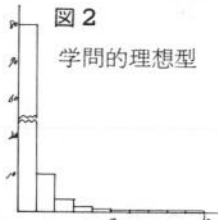
陰性者	89.5%
疑陽性者	9.8%
陽性者	0.8%

であった。

35会場の判定結果を集計して長径別に頻度を図示すると



のようになり、これを結研が昭和43年沖縄で行なった乳幼児のツ反応検査の結果と比べると、そ

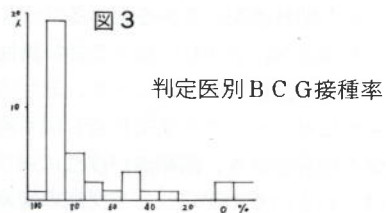


の分布曲線は大体同じような傾向にある。

(琉球政府厚生局 公衆衛生部：結核の現状 1968年)

被検者数を増して行くことのような一定の分布状態を示すが、当地区での判定医1人1人の判定結果をみると、被検者数が100~200人前後であった為もあるが、上のような分布を示した例は半数に満たなかった。

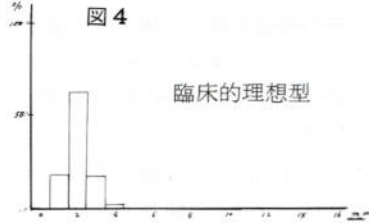
49年法改正前は疑陽性者については総てBCGを接種することになっていたが、BCG接種後の疑陽者には殆んど免疫があることが判り、改正後はBCG未接種の乳幼児群でも疑陽性者には接種をしないことになった。従ってBCG接種の対象者は、ツ反応検査陰性者のみとなった。そこで35人の判定医別にツ反応陰性群、即ちBCG接種を図に示すと



の如くなり、90%以上の接種を行ったのは6割弱であり、残り4割は接種率80%以下で最低は3%が2会場あった。

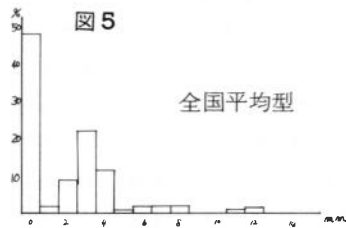
次に典型的な例を二、三図示する。

- 1) 106 例の判定で全例陰性で接種率 100% のケースである。

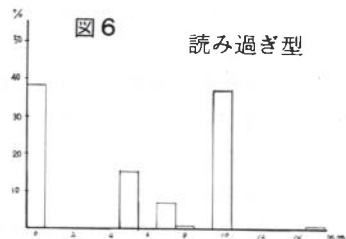


理論的感染率即ち乳幼児のツ反陽性率が 0.5% 位であるので、106 例では陽性者 0 であっても不思議はなく、又疑陽性者の数名をたとえ読み落したと仮定しても、乳幼児の疑陽性には接種を行う方が望ましいので、このケースは臨床的には理想に近いと考えるべきである。

- 2) 149 例のツ反判定で、陰性 90%、疑陽性 7%、陽性 3% で、全国平均に近いケースである。



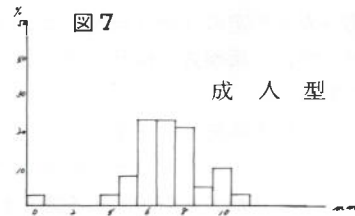
- 3) 153 例のツ反判定で 68 例 (44%) が陽性と判定され、数字上からは濃厚感染源が存在がはれるケースである。



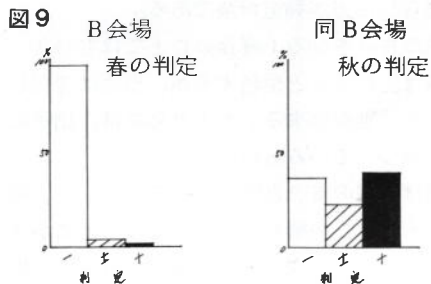
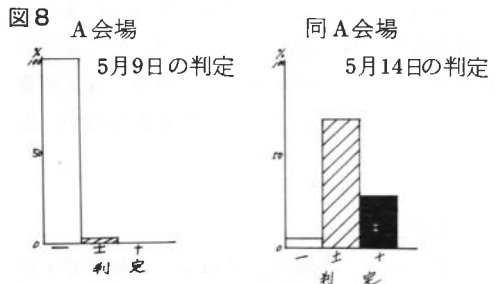
このケースを注意してみると、5 mm と 10 mm の所に山があり、4 mm も 9 mm も 1 例もない所をみると、無意識のうちにも疑陽性又は陽性の中に読み込んでしまおうとする傾向がうかがわれる。図 1 の集計例でも 0 と 2 mm の間にはさまれた 1 mm の山が異常に低いのも、1 mm を 0 か 2 mm のどちらかに読み込んでしまったとも想像出来、ツ反判定に及ぼす主観的、心理的影響の大きいことが理解出来る。

- 4) 接種率の低かった例で 61 例の判定で陰性 2

例、疑陽性 42 例、陽性 17 例で、BCG 接種後のツ反に似ている。



ツ反検査の判定に当っては、判定医の主観の及ぼす影響の大きいことは上記の通りであるが、或る会場での判定で第一回は疑陽性 1% のみで残り 99% が陰性であったのに、5 日後の第 2 回の判定では陽性 28% 疑陽性 69% で陰性は僅か 3% という事もあった。



又或る会場では 3 人の判定医による春のツ反は、陰性 97% 疑陽性 2% 陽性 1% であったのに、2 人の判定医で行った秋の結果は、陰性 37% 疑陽性 23% で陽性は 40% もあり、陽性率だけをみても春と秋では 1% と 40% で大差が認められた。図 9 この会場での秋の陽性の内 78 名を保健所が再検した所、59 人 (76%) が陰性となり、陽性は僅かに 5 人という結果であった。

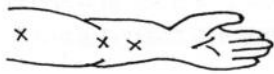
まとめ

日本の 3 歳児の既感染率即ちツ反陽性率はたかだか 0.5% といわれ、10% の陽性率というのは日本でいえば昭和 20 年頃、又現在ではネパールやインド以上の結核まん延下での状況ということになる (結核管理技術シリーズ 3 ツベルクリン

森 亨 著)といわれるが、本調査での陽性率は1割以上が20%以上、最高は44%という異常高率であった。判定の「読み過ぎ」は全国的な傾向ではあるが、ツ反検査の精度管理上一考を要する所である。

ツ反検査実施上の注意

1. 正確に皮内に0.1 mlの液が皮内に入った場合は、直径6~10 mmの丘疹が出来る筈である。皮下に入ると丘疹が小さくなり、吸収されて反応も弱くなる。
2. 同一部位にツ反を繰返すと促進反応が現れて、反応は24時間で最も強くなり以後消褪して行くので、48時間後に判定すると反応は弱くなってしまう。



反応は24時間で最も強くなり以後消褪して行くので、48

3. 針を抜いた後出血が見られた時、強くない限り拭きとらない。凝血を待つ方が早く、又清潔でもある。ディポのような切れる針の方が、出血を起し易い。

ツ反判定上の注意

1. うすい発赤の場合は、アルコール綿で軽く拭いて湿らした方が判定が楽である。
2. 発赤の長径を測る(縦径のことではない)
3. 発赤は圧迫すると褪色するが、出血は変化しないので区別が出来る。このためには、硝子に目盛りがついているものの方が便利。
4. 硬結は周囲の皮フと区別出来るしこりで、軽い膨隆となって視察も出来る。光に斜めにかざすと見易い。諸外国ではこの硬結の有無でツ反の判定を行っている位であるので、もう少し注意してみたいもの。(+)と()の別れ目でもある。
5. 故意にこすったような人工的な発赤は、10~20分間位放置しておくで消える。
6. 判定日2日目に計測するが、止む得ず2日目に出来ない時は、3日目に行っても臨床的価値は余り変らない。
7. 最後に大事なことであるが、判定医には「読み過ぎ」になるような心理的傾向があるので注意する。特に4~5 mm、9~10 mm当りの判定には、「読み込み」とする傾向のあることを意識しよう。以前は陽性者にBCG接種をすると反応が大きく出るといわれていたが、現在の精製されたBCGは間違っても陽性者に接種しても、さして過激な反応は起さないとされる。

記載方法

結核予防法施行規則は、簡略化した記載法を採用している。

発赤の長径(硬・二重・水・壞)

発赤の長径(二重発赤の時は外長径)をmm単位で記入し、カッコ内の該当する反応があれば○で囲む。

臨床的、学術的には分数方式の方が、反応の程度がはっきりして便利である。

硬結(タテ×ヨコ)

発赤(タテ×ヨコ) = 重発赤(タテ×ヨコ)

判定

昔は発赤の大きさにより陽性・強陽性の区別をしていたが、49年改正の結核予防法施行規則第2条によると

陰 性 4 mm以下

疑 陽 性 5~9 mm

陽 性 10 mm以上

十 弱陽性………発赤のみのもの

＃ 中等度陽性…硬結あるもの

＃ 強陽性………2重発赤・水疱形成

繰返すが乳幼児の理論的ツ反陽性率は0.5%位であり、疑陽性を入れても10%程度で、従ってBCG接種率は90%を越す筈である。今回の調査によると、当地区ではBCG接種率が80%以下の所が4割以上もあり、最低3%の接種率は異常と考えなければならない。このように自然陽転者が異常に多い場合は、保健所は先づ陽性、疑陽性者のツ反検査を再検する。再検の結果陰性の者は当然そこでBCG接種をうけることになる。再検の結果自然陽転者が高率であれば、地域住民に臨時の健康診査を行ない、感染源の追求をすることになる。又現在は乳幼児ツ反検査で陽性、疑陽性の者は全員保健所で再検するよう、厚生省通達が出ている。誤まった陽性の結果、BCG接種の機会を失うことのないようにというのが、その目的である。

(稿を終るに当り本調査に色々御助言を頂いた結研の徳地清六先生に感謝致します。)

参考文献

ツベルクリン反応 森 亨

ツ反・BCG接種のすべて

財団法人結核予防会

BCG接種—その理論と実際 徳地清六

学術

学術研究会(呼吸器疾患シリーズⅢ)「びまん性汎細気管支炎」

昭和医大 第一内科

足立 満 先生

昭和57年12月14日講演

於 西多摩医師会館

びまん性汎細気管支炎は最近になって、他の肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息から、主に日本に於てその疾患概念が確立されてきた。

この疾患は喘息や慢性気管支炎に比べて、かなり少ない疾患である、そしてその病態像は肺気腫や喘息、或いは慢性気管支炎や、痰の多いことでは気管支拡張症とも似ていて、どうしても最初の治療は抗生物質の投与と去痰剤の投与ということになりがちであるが、予後は非常に悪い疾患である。

若しX線写真ではっきり分るようになる前、或いは細かいびまん性粒状陰影がで始める頃にステロイドを一定期間投与すれば、かなりの率で治癒し得ると思われる。

若し第一線の医師が、この疾患を診断し、治療すれば、予後が非常に悪く、労作時の呼吸困難、咳嗽、喀痰の三主徴が出て、平均年齢は10年内外と非常に短命であるこの疾患も、予後はかなり変わってしまうと思われる。

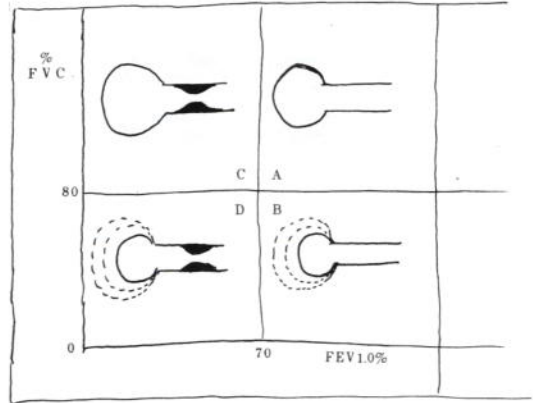
(表1)慢性閉塞性肺疾患の閉塞性とは、1秒率(実測の1秒量、これは1秒間の努力性呼気であるが、これを実測の肺活量で割ったもの)が、非常に小さいもので、而も%肺活量は正常であるものを云う、1秒間の間に努力性呼気を吐かせて一定のVolumeを出す場合、若し気道に閉塞性障害があれば落ちてしまう筈である。これをゆっくり吐いた場合には、肺活量としての異常は検出されないが、いっぺんにぐっと吐いた場合にはどうしても落ちてしまうという病態像である。

逆に拘束性の換気障害というものは1秒率は正常であるが、%肺活量(実測の肺活量を身長や年齢、性別から求めた予測肺活量で割ったもの)が落ちている。これには二つあって、一つは肺組織の硬化をもたらす肺線維症であり、もう一つは肺のフィゴ作用が十分働かなくなる状態で、例えば横隔膜が動かなくなってしまう病気(高度の腹水)とか、或いは胸廓の動きを制限する疾患(胸膜炎

胸膜 肺)等の場合である。

(表1)

換気障害のパターン



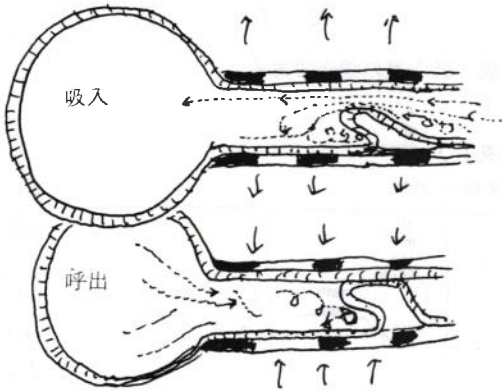
C:閉塞性障害 A:正常
D:混合性障害 B:拘束性障害

(表2)これは閉塞性疾患の場合におきてくる呼気の気道閉塞のメカニズムを表にしたものである。我々が息を大きく吸う場合には横隔膜を下げて胸腔内圧(これは陰圧である)を大きくする。そうすると肺泡だけでなく、細気管支の方も拡張られて、分泌物とか、閉塞性の機転、例えば気管支平滑筋の牽縮があっても、吸入の場合は一定の息が入ってくる。処が今度は息を吐く場合に横隔膜を上げて、胸腔内圧の陰圧を小さくすると肺泡自体は弾性線維が収縮して呼出flowという流れが肺泡から細気管支に向かって流れるが、その時に細気管支が閉塞してしまえば、実際にこの呼出の処で本当はもっと出ていかなければならないGASが出ていかずに、とらえられてしまう。この一過性のair trapping、空気のとらえこみ現象は、例えば喘息の場合にみられる、慢性であると、例えば肺気腫とか、びまん性汎細気管支炎の場合であるが、喘息に比べて可逆性が乏しいということになる。

(表2)

気道閉塞

○呼気、気道閉塞のメカニズム



(表3) 慢性閉塞性呼吸器疾患は表記の4種類である。

(表3)

慢性閉塞性呼吸器疾患

Chronic Obstructive Lung Disease (COLD)

Chronic Obstructive Pulmonary Disease

(COPD)

1. 慢性気管支炎
2. びまん性汎細気管支炎
3. 肺気腫
4. 気管支喘息

(表4) 慢性気管支炎、びまん性汎細気管支炎、肺気腫はその変化が進行性で、非可逆性である。ところが気管支喘息は、特に軽症の喘息では発作の時以外は何でもない。特に小児では夜半から暁方にかけて発作が多くて、昼間の診察では殆んど乾性ラ音も聴こえないといった状態で、之は非常に可逆性があり、肺機能をみても、軽症のものでは発作のないときには異常のないものが多い。

(表4)

慢性気管支炎

びまん性汎細気管支炎

肺気腫

気管支喘息

→非可逆性

→可逆性

(表5) 之は気道の分かれ方を示した図である。

太い気管からどんどん分かれてきて、葉気管支から気管支、それから終末細気管支迄大体16分岐をする。そのあとの部分特に17から19分岐迄は呼吸細気管支と呼ばれ、気管支気道でありながらガス交換も行なわれるという移行部となる、即ちこの部分には肺胞もついているのである。肺胞では肺毛細管とガスの圧勾配により、高い方から低い方へ移動してガス交換が行われる。以上のように気道でありながらガス交換も行なうところから、ここを呼吸細気管支と呼ぶが、この部分は実際の直径が終末細気管支よりも更に細く、気道で一番細い処と云われている。

人間の一回の換気量は安静で、即ち普通の換気をしている状態で、そのVolumeは終末細気管支迄だと云われている、そこ迄のVolumeしかない。あとはそれぞれのガスの分子拡散数によって肺胞迄達する。之は勿論吸気の場合である。呼気の場合には肺胞の方からのflowがあるわけであるが、そうすると細い処から太い処へ、或いは太い処から細い処へ移る為にそこで渦巻状の空気の停滞が起こる。そうするとどうしてもこの呼吸細気管支に、人間にとって好ましくないもの、例えば炭粉等が一番たまり易い。それから肺胞があってこれが非常にうすくて炎症がおき易いというように、この部分にはいろんな病的状態がおき易いところである。

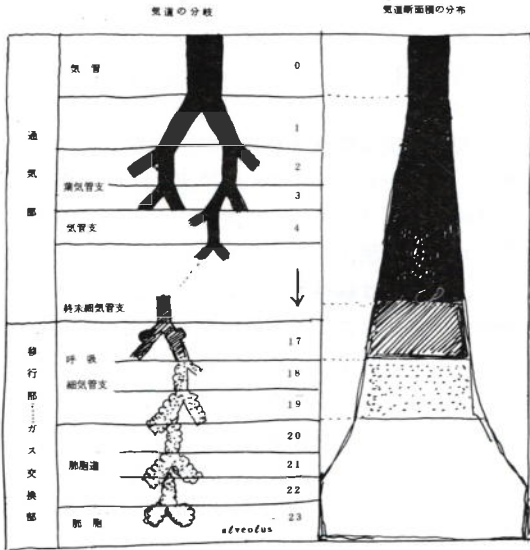
気管支喘息の病態は主に気管支平滑筋の牽縮である。それから分泌物の貯溜の為に起こる粘膜炎の浮腫によって気道の閉塞がおきる。これは一過性であって自然に、或いは薬剤によって緩解する。

慢性気管支炎の場合も終末細気管支迄の炎症である。肺気腫は肺胞の破壊炎症と定義されている。

今迄世界各国で肺気腫、或いは気管支喘息と診断され、病理解剖されて、肺を見ると肺胞の破壊、弾性線維の断裂は認められずに、実は呼吸細気管支に病変の主座があり、その為に起こってきた病気であるというものが、主に日本とカナダで発見されて、発表が相次いで出されるようになった。

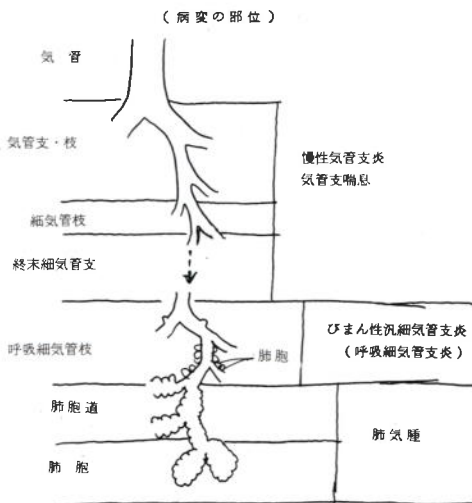
この呼吸細気管支が炎症によってdamageを受ける為に、かなり最初から非常に強い低酸素血症が生じてくるし、且つ肺胞低換気と炭酸ガスの蓄積がおこってくる。

(表5)



(表6) 病変の部位で分けると慢性気管支炎気管支喘息は終末細気管支迄の病変である。肺気腫は主に肺胞、肺胞道の障害、破壊でおこってくる。びまん性汎細気管支炎は17から19迄の分枝である呼吸細気管支、これは気道でありながらガス交換も行う、即ち肺胞のついている気道であるが、ここに病変が起こってくるのである。

(表6)



(表7) 喫煙と慢性気管支炎、慢性肺気腫は濃厚な関係がある。このびまん性汎細気管支炎では、喫煙率が約5%であって、肺気腫や慢性気管支炎程の濃厚な関係は認められない。病因論としては実際の原因がまだ分っていない。何故炎症が呼吸細気管支に起こるのかも分っていない。然しこの呼吸細気管支には空気の流れによっているんなものが沈着し易いということで、この部分に気道の脆弱化が起こるのではないかと考えられている。又大体80~85%の人に慢性副鼻腔炎が合併するが、これも何か内因性的のものと関係しているのではないかと云われている。

(表7)

57才男性

(主訴) 咳・痰・労作時呼吸困難

プロフィール: 8人兄弟の総領として、山林田畑の家督を守っている律義で実直な農家の主人、性格はやや内向的、酒はたしなまない。好きだったタバコ(20本/日)もここ6ヶ月来息苦しくなるので喫えない。

[現病歴] 4年前階段昇降時の息切れを自覚。その後、咳、黄色粘稠な痰、発熱、呼吸困難、喘鳴を特に冬季にみるようになった。2年来易疲労感、朝に強い咳、痰及び労作時呼吸困難が増強している。その後、かぜをひくたびに増悪し、気管支喘息、気管支拡張症の診断で近医の加療を受けていた。7ヶ月前の2月から5月まで某病院に入院、抗生剤、ステロイドの投与を受け一時改善したが、1ヶ月後の7月上旬には再び発熱、膿性痰、呼吸困難出現、便所へ行くのも苦しい状態で再入院した。ステロイド、抗生剤の投与にもかかわらず、100~300mlの膿性痰持続、わずかの体動も困難となり、依頼されて当院へ転院となった。この3年間に10kgの体重減少をみている。

[既往歴] 3才中耳炎(30才時西側の手術)

17才副鼻腔炎(18才時手術)

36才湿性胸膜炎

56才鼻茸

[家族歴] 特記すべきことなし

(表8)チアノーゼについてであるが、喘息の場合にチアノーゼがくるのはかなり重症である。慢性閉塞性障害を疑う症状があって、発作状態がそれ程強くなく、而もチアノーゼがある場合には、びまん性汎細気管支炎か、若しくは肺気腫を考えるべきである。

横隔膜低位をとるのは、空気のとらえ込み現象で、肺胞がふくらんでいて、肺全体の容量が増えているからである。肺気腫でも同じであり、喘息の発作時でも同じである。この場合打診上鼓音を呈する、横隔膜は下に下っていて、心臓は圧迫されて縮小している。

びまん性汎細気管支炎では聴診上Pfeifen・Giemenがきこえる。又特徴的なことは捻髪音Knisternが認められることであり、特に下肺野に多い。

(表8)

〔入院時身体所見〕意識は清明であるが努力呼吸の状態で顔貌はやや苦悶状、口唇爪床にチアノーゼがある。身長167cm、体重51kg、体温36.8℃脈拍118/整、呼吸数27、血圧136/90、頸静脈怒張、下肢浮腫はない。胸部は打診では鼓音状で横隔膜低位、心濁音界は縮小している。聴診では笛声音、軌音を伴う粗大な湿性ラ音を肺野全体に認めるが、特に下野に強い。呼気延長は著明ではない。痰は粘稠で緑色である。腹部は平坦で肝脾は触知しない、神経系に異常を認めない。

(表9)胸部レントゲン所見では全体に肺の含気量が増えている為に、横隔膜の位置が下に下がっているし、肺野も全体に黒っぽく見える。この黒っぽい、即ち透過性の亢進した状態で、細かい2~5mm位の粒状影が認められる。然し透過性の亢進の為に初期にはかくされて分らない場合がある。このように肺に細かい2~5mm位の粒状の陰影が認められ、且つ乾性ラ音が聴取され、その上に肺野に小水泡音とか、捻髪音が同時に聴かれる場合には、びまん性汎細気管支炎が疑われる。

その他の検査所見で特長的なのは、白血球増多が認められることであり、そのうちでも好中球の増多が目立つ。

血沈は亢進し、CRPは陽性となる。

又ツベルクリン反応が約半数に陰性となる。

RAも半数に陽性となる。

然し最も特徴的なのは寒冷凝集反応が陽性になることである、然しこの際にはマイコプラズマ抗体を調べても上昇していない。これは診断上大きな手がかりとなる。

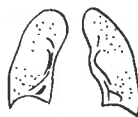
初期には痰は漿液性であるが、次第に痰の量も増え、感染をおこしてきて膿性痰になる、殆んど初期にはインフルエンザ桿菌それから肺炎桿菌、 α -レンサ球菌、ナイセリアといった菌に感染するが、最後には線膿菌の感染をおこしてくる。線膿菌の感染をおこすと予后が悪く、数年の経過で死亡することが多い。この線膿菌感染に到る迄に何とか治療して、予命をもたす努力が必要である。

肺機能では%肺活量が予測値の64.6%であるから減少している。1秒率も63.5%で減少している。残気量対全肺気量Rv/TLCは35%以下が普通なのに、ここでは53.4%と非常に高くなっている。

息をふうーと吐かせて、肺胞の中に残っている残気量は、空気のとらえ込み現象が起こっていて、肺胞の中に沢山空気がたまっていればいる程多くなる。残気がふえていけば胸のレントゲン写真も黒っぽくうつるし、横隔膜は下ってくる。ただ残気量がふえる、肺容量がふえるという点では肺気腫と似ているが、肺気腫と非常に違う点は、肺胞の破壊のないこと、肺胞膜の弾性線維は正常であることである。実際に肺機能を調べるのにコンプライアンスとって肺の弾性を調べる方法があるが、肺線維症のように肺の線維化をおこすものは、やわらかさが減るわけであるからコンプライアンスが小さくなる。処が肺気腫のようにやわらかくふくらんでしまうものはコンプライアンスが大きくなる。然しこのびまん性汎細気管支炎では正常であって、肺胞の弾性線維は正常であり、肺胞自体の病気ではないことをあらわしている。

それから肺の拡散能も正常範囲にとどまっている。肺気腫ではこれが著明に低下する、

(表9)



〔その他の検査所見〕RBC404×10⁴、Hb12.8g/dℓ、Ht39.9%、WBC13300(Ba19、Sg76、M2、L1%)、赤沈1時間値27mm、CRP

3(+), 尿蛋白(-), 糖(-), 沈渣正常, Na(145 mEq/l) K(3.8 mEq/l) Cl(97 mEq/l) BUN(18 mg/dl) クレアチニン(0.8 mg/dl) 空腹時血糖 91 mg/dl, TP 6.8 g/dl, ALP 169 IU(正常上限 213), GOT 28 単位, GPT 15 単位, TTT 3.9 単位, ZST 8.3 単位, 心電図, 洞性頻脈肺性P, 痰の細菌培養, 連日 Hemophilus(冊) ときに Klebsiella, α -Streptococcus Neisseria 肺機能(入院1ヶ月后), VC 2,300(予測値の64.6%), FEV 1.0 970 ml, FEV 1.0% 63.5, FRC 3,680, TLC 4,930, RV/TLC 53.4%, MMF 25-75% 0.55 L/sec, MMEF 0.2-1.0, 3.83 L/min, PEFR 5.23 L/sec, V 50 0.61 L/sec, V 25 0.37 L/sec, V 50/U 25 1.65, CV 0.83 l, CV/VC 38.3%, CC/TLC 72.1%, Δ N2(1回呼吸法) 7.39%, N2-PMI 24.4%, 呼吸抵抗 4.7 cm H₂O/L/sec

(表10) 室内気の吸入状態で、酸素分圧が 40.2 mmHg(正常では80~90 mmHg以上)と非常に下っているのは、結局呼吸細気管支がやられている為であるが、この酸素分圧が低いということが、少し動いただけでも息切れ、そしてチアノーゼが出現する原因になっている。炭酸ガス分圧は 41.8 mmHg で少し高いが、まだ正常範囲内なのは、かなり呼吸数が多くて、実際には過換気の状態になっている為に上昇しないで済んでいるのであるが、こういう状態であっても尚且、酸素は充分入って来ないのである。

びまん性汎細気管支炎は肺機能の面で、閉塞性障害と軽度物束性障害を併せ持ったものであるが、閉塞性障害では1秒率の著明な低下が認められ、物束性障害では%肺活量の低下が目立つ病態である。

(表10)

室内気の吸入状態で、PaO₂ 43.2 mmHg, PaCO₂ 41.8 mmHg, pH 7.474, SaO₂ 29.3%, HCO₃ 29.8 mmEq/L, BEC 6.0

直ちに経鼻カニューレによる酸素投与が開始された。

胸部X線所見は提示の前に、過膨張の所見と、写真ではやや見えにくい、びまん性散布性の小結節影が特に中下野に認められる。

咳、痰、労作時息切れを主症状としてチアノー

ゼを伴い、聴診上両肺野広汎に水泡性ラ音及び喘鳴を聴き、血液ガスでPaO₂の著しい低下、胸部X線上含気量の増加と小結節ないし粘状影の散布を認めること、肺機能では閉塞性障害と軽度物束障害を示すことなどよりびまん性細気管支炎(びまん性呼吸細気管支炎)と診断された。

(表11) 気道の閉塞からはアミノフィリンの点静、ステロイドを使ったりする点は喘息の治療と似かよった点が多いが、治療上、症状上最も違う点は喘息のときには発作の起きていない時にはもとに戻ることである。これで診断がつくが、然し慢性型の喘息とは鑑別しにくいことになる。バイブレーターを使った体位性のドレーナージュを行なうと喘息では発作が増強することがあり、普通行っていない。びまん性汎細気管支炎では体位性ドレーナージュをすると楽になる、即ち痰が出てしまふと非常に楽になるのであるが、この点が喘息と違う点である。

発作の時間、呼吸困難の出現においてもこの両者には、かなり異った特徴があって、喘息の時には夜半から明方にかけて多いが、びまん性汎細気管支炎の場合には朝起きた時から呼吸困難が増強してくる。

IPPB 間歇式陽圧呼吸を行う。

抗生物質(CBPC・ゲンタマイシン等)を使う。

ステロイドを投与する。以上の処置により喀痰量も減り、呼吸困難も軽減し、40 mmHg台であった酸素分圧も1ヶ月后には69.1 mmHgとなり、炭酸ガス分圧も減少している。

(表11)

(治療と経過) バイブレーター使用による

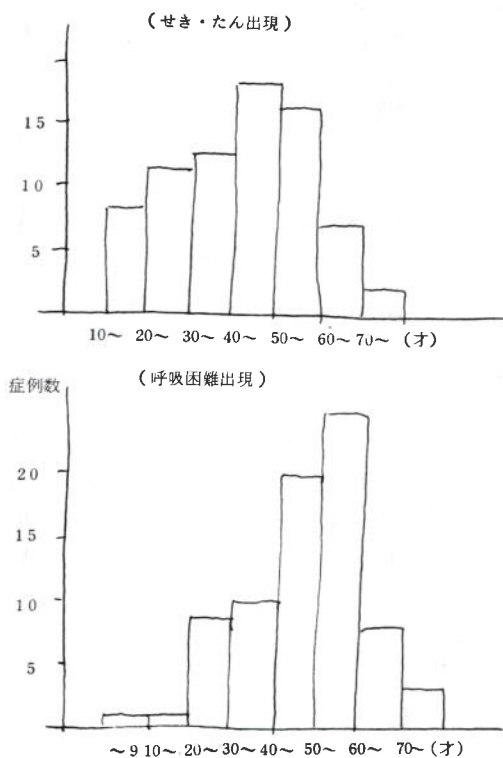
Postural drainage, IPPB, 抗生剤(CB-PC, GM)。ステロイドなどの投与を開始した入院2週間より他の抗生剤には抵抗性であった痰量が急速に減少するとともに呼吸困難も軽減。20mlあった膿性痰が5日后には、50mlにまで減少、1ヶ月后にはPaO₂ 69.1 mmHg, PaCO₂ 38.7 mmHg まで改善、呼吸困難なく廊下を自由は歩行できるようになった。その後経口剤に切りかえてしばらく経過をみたのち、痰1日量100ml前後、呼吸困難の改善した状態で退院した。

(表12) 咳や痰が出てくる年齢はどの辺か、肺気腫や慢性気管支炎はタバコの関係もあり、かなり高年齢になってからの発現が多いがこのびまん性汎細気管支炎は若年からも発症し得る疾患であることが特徴的である。10才台から起ることもある。ただこの表から分るように咳・痰の出現は40才に多く、次に50才台に多い。

呼吸困難は特に体動時、労作時の呼吸困難であるが、これは50才台に多い。

つまりびまん性汎細気管支炎の一番症状の出易い年齢は40~50才台と云える。

(表12)



びまん性汎細気管支炎発症年齢
(厚生省特定疾患間質性肺疾患研究班 1982)

(表13) 赤沈の中等度亢進、CRP・RAの陽性、白血球増多症等が認められる。喘息との鑑別では、感染をおこさない限り、喘息では血沈の亢進はないし、CRPが陽性になることも少ない、RAも当然陽性にはならない。あと特徴的なことは白血球数であるが、ステロイドを使ったり、感染をお

こしたりすると喘息でも白血球数が増える、アトピー性喘息では喀痰、鼻汁中の好酸球が増える。感染性の喘息も血液中の好酸球が8~10~15%と5%以上の増加を示すものが多いが、このびまん性汎細気管支炎では正常であるということも一つの鑑別点となり得る。

CRP・RAの陽性、ツベルクリン反応の陰性と考え合わせると内因性の免疫学的な異常というのが考えられる。

又寒冷凝集反応が97.6%に上昇しているのは非常に高い陽性率である。これも重要な診断基準に入ってくる。

(表13)

びまん性汎細気管支の血液、血清学的検査所見
(厚生省特定疾患間質性肺疾患研究班)

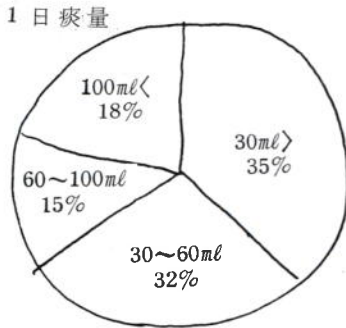
	初診時	最終観察時
赤沈 (mm)	39* (75)**	34 (55)
CRP(+)	70% (70)	71% (65)
RA(+)	40% (50)	47% (36)
白血球数 (/mm ³)	8,877 (77)	9,758 (50)
好中球 (%)	64.5 (73)	73.2 (47)
リンパ球 (%)	28-1 (73)	21-2 (47)
好酸球 (%)	2 (73)	1-4 (47)
血清総蛋白 (g/dl)	7.21 (73)	6.88 (47)
α-グロブリン (%)	18-4 (66)	18-5 (39)
IGM (mg/dl)	138 (37)	178 (15)
IGA (mg/dl)	438 (37)	436 (15)
IGG (mg/dl)	1545 (37)	1500 (15)
IGE (V/ml)	344 (17)	97 (7)
寒冷凝集素価 (× ¹⁰)	8.90 (32)	9.65 (23)
×64以上	31/32 (97%)	22/23 (96%)

* 平均値又は比率

** 症例数

(表14) 1日の痰量であって、病気の初期に当たるか、或いは感染を繰り返している時かの時期によって違うが、100ml以上が18%、60~100mlが15%、30~60mlが32%、30mlが35%である。痰量は最初は少なくて、例えば肺気腫と鑑別できない位に少ない場合もあり、それも漿液性であって、膿性でなくて、ただ体動時の息切れだけが非常に強いということが特徴的である時期もある。

(表14)



(表15) 疾患別からみた下気道排菌の検出頻度である。びまん性汎細気管支炎の場合にはインフルエンザ桿菌、緑膿菌といった菌が非常に高頻度にみられるが、他のものでは緑膿菌の感染は余り見られない。ただ気管支拡張症には見られるようである。びまん性汎細気管支炎に特徴的である線膿菌は抗生物質をどんどん使っていくうちに菌交代現象で最後に出現してくる。完全に殺してしまうのが難しい細菌である。

(表15)

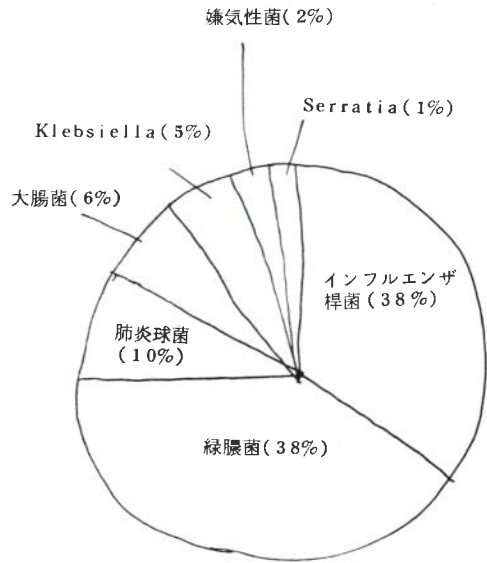
培養量培養法と臨床経過の検討から起炎菌の決定された呼吸器感染症の起炎菌 (331症例、1971~1976)

呼吸器感染症 起炎菌	急性 気管支 炎	急性 性 肺 炎	慢性 気管支 炎	慢性 細菌 気管支 炎	気管支 拡張 症	慢性 肺 気 腫	気管支 炎 喘 息	肺 萎 縮	肺 膿 瘍	計
黄色ブドウ球菌	1		3		1	1				4
肺炎球菌	2	15	37	3	1	5	2	3	1	5
インフルエンザ菌	1	10	95	35	11	6		2		4
大腸菌				2	1	4				7
肺炎桿菌			5	1						6
その他の発酵性GNB	4	1			1	2				8
緑膿菌			6	31	15		1		1	3
その他の非発酵性GNB	1	1	1							3
カンジダ	1		1							2
計	4	36	144	73	30	18	3	5	2	16
										331

(表16) 経気管吸引法によるびまん性汎細気管支炎における39例、計71回の気道感染起炎菌を調べたものである。インフルエンザ桿菌、緑膿菌がそれぞれ38%を占めている。

(表16)

びまん性汎細気管支炎の気道感染起炎菌(経気管吸引法による39例71回)



(表17) 閉塞性肺疾患の肺機能であるが、気管支喘息、慢性気管支炎、慢性肺気腫、びまん性汎細気管支炎で1秒率は或る程度下っているが、特に肺気腫、びまん性汎細気管支炎で閉塞性の換気障害が強く出ている。そして他のもの(気管支喘息、慢性気管支炎、肺気腫)では%肺活量が下らないが、びまん性汎細気管支炎では落ちてしまう。一見物束性換気障害を思わせるような肺活量低下を伴うということが特徴の一つである。それから総肺気量は肺気腫と比べてそう増えてはいない。然し残気量は肺気腫程ではないが、慢性気管支炎症例よりは増加している。又残気量を総肺気量で割ったものも肺気腫よりは少ないが、慢性気管支炎症例よりは増加している。

(表17)

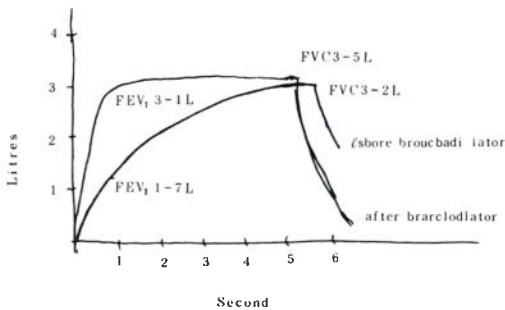
閉塞性肺疾患の肺機能

	FEV10 %	%VC	%TLC	%RV	RV/TLC × 100	PMI
気管支喘息 (寛解期)	62-6 ±14-8 m=156	105-7 ±16-7 m=157	114-8 ±16-7 m=157	138-3 ±36-1 m=156	37-0 ±7-7 m=157	1-9 ±5-2 m=142
慢性気管支炎 (含一部気管支拡張症)	69-4 ±12-3 m=53	95-0 ±17-1 m=53	106-3 ±18-2 m=53	134-4 ±32-7 m=52	40-6 ±6-5 m=52	2-4 ±0-2 m=49
慢性肺気腫	34-4 ±9-8 m=63	91-8 ±18-5 m=63	127-3 ±11-7 m=63	180-2 ±34-8 m=63	54-3 ±6-4 m=63	5-4 ±0-3 m=60
びまん性汎細気管支炎	47-7 ±16-1 m=39	79-7 ±14-4 m=39	104-5 ±11-7 m=39	162-1 ±45-5 m=39	47-3 ±10-1 m=39	6-7 ±0-5 m=35

(表18) 気管支拡張剤を与えた場合に、気管支喘息における1秒量と肺活量の回復をみたわけであるが、下のカーブが気管支拡張剤を与える前、上のカーブが気管支拡張剤を与えた後である。1秒量が1.7から3.1と倍近く増えている。こういう気道の改善率が喘息の場合には非常によく治療に反応して、軽症の場合には気管支拡張剤の投与によって、数十分で改善するが、びまん性汎細気管支炎では気管支拡張剤を与えても仲々回復しないということが大きな特徴となる。

(表18)

Spirogram illustrating the Effect of Bronchodilator administration



(表19) びまん性汎細気管支炎において、気管支拡張剤の効果を1秒量と肺活量でみているが、気管支拡張剤を与えた前後で、少々改善しているものもあるが、下ってしまうものもある。少なくとも喘息のようには著名に改善して、症状がなくなってしまうということはない。

(表20) 動脈血液のガス分析で、斜線の部分が正常範囲である。

pHは7.3から7.45迄が正常範囲であるが、多少アンドーシスに傾く傾向がある。

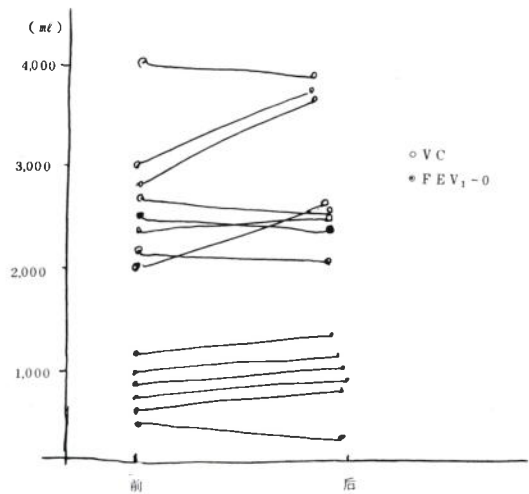
このグラフでは余りはっきりしないが、一番はっきり分るのは酸素分圧である。大体正常値は80位であるが、殆どどの症例で平均値が60位を示し、酸素分圧が下がっていることが分る。

炭酸ガス分圧はびまん性汎細気管支炎の進行度と非常に関係があり、喘息では余程の重症の発作がない限り、炭酸ガス分圧が上がってくることは少ないが、びまん性汎細気管支炎では一定の時期から段々と上がってくることもある。

一番右のグラフは肺胞と動脈血の酸素の差であ

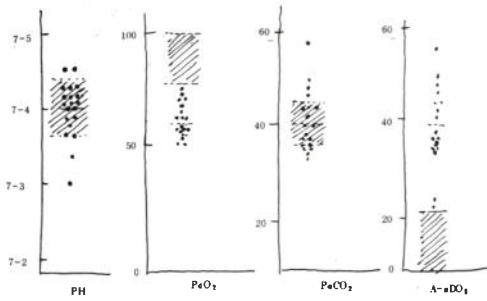
って、この差が開けば開く程、拡散とか換気血流比の異常が考えられる。例えばここに一つの肺胞があって、そこに流れて来た静脈血をみると、ガスの圧勾配によって高い方から低い方に移行する。普通の正常の肺胞であれば、肺胞気の酸素分圧は100位、静脈血は40位、そうすると肺胞の方から静脈血の方に酸素は移動する。炭酸ガス分圧の方は静脈血は46~47、肺胞は40位、そうすると炭酸ガスは静脈血から肺胞の方に移行する。つまり酸素は正常の場合には肺胞から静脈血へ、炭酸ガスは静脈血から肺胞へと移動する。その結果動脈血として流れて行くことになる。然し肺胞が完全に閉塞していれば、その肺胞は無動換気で、実際にその肺胞の中の酸素分圧は非常に小さくなってしまふ。反対に炭酸ガス分圧は大きくなってしまふ。そうすると静脈血が流れてきても、その肺胞ではガスの圧勾配がないままに、静脈血のまま動脈血の方に流れ込んでしまふ。その結果A-aDO₂も非常に開いてしまふのである。

(表19)



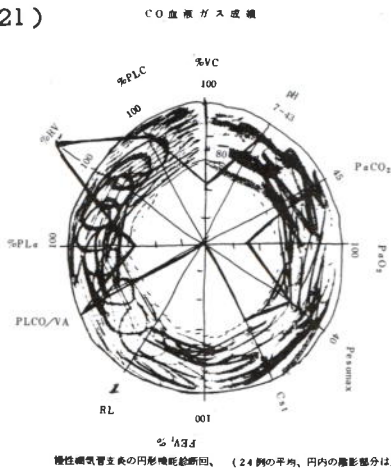
気管支拡張剤の効果・気管支拡張剤の効果
びまん性汎細気管支炎の肺機能検査成績

(表20)



(表21) 慢性細気管支炎の肺機能の特長をなすものをまとめたもので、斜線の部分が正常である。
 %RV(残気)がとびぬけて増えている。1秒率が非常に減っている。肺活量も少し下っている。
 だからびまん性汎細気管支炎を日常のスパイロメータで診断するには、まず高度の1秒率の低下のあること、そして軽度の肺活量の低下のあることが目標になる。DLCOは肺の弾性の程度を表わす指表であるが、これは正常範囲にある。肺気腫では低下するので、ここが違う点である。

(表21)



慢性細気管支炎の円形機能診断図。(24例の平均、円内の陰影部分は正常値)

(表22) この表はびまん性汎細気管支炎の胸部X線分類とその発現頻度である。I~V型迄分けてある。Iは肺野の透過性亢進のみで、粒状影なしの場合で14.2%である。病初には肺野の透過性亢進(黒っぽくうつる)のみが異常としてとらえられる。こういう場合に体動時の息切れが非常に強く、胸の聴診で乾性ラ音にまじって湿性ラ音(小水泡音、捻髪音)が少しきこえる。そして血

清の方で寒冷凝集反応が陽性であれば、びまん性汎細気管支炎を考えて早期にステロイドの治療をすべきである。II型は粒状影の1側肺野をこえないもので10.7%である。一番多く見られるのはIII型とIV型で、III型は粒状陰影が全肺野に認められるもので28.7%、IV型は粒状陰影が全肺野に認められ、更に管腔状陰影が下肺野に認められるもので39.8%である。V型は以上の所見以外に不規則な輪状陰影が認められるもので、末期には蜂窩状の陰影を呈するものもあり、6.6%である。II型辺りで診断がつけられ、ステロイドを使えば、症例によっては完全に治癒する例もあることが報告されている。胸のレントゲン所見だけでなく、聴診で特に湿性ラ音と乾性ラ音が入りまじったもの、そして寒冷凝集反応が陽性になったものに注目すれば、かなり高率に発見できるであろう。

(表22)

型	胸部X線	所見	自験例 20例28例	厚生省研究班 79例
I		透過性亢進のみ 粒状陰影なし	14.2%	10%
II		粒状陰影1 側肺野をこえないもの	10.7%	15%
III		粒状陰影全 肺野に	28.7%	6%
IV		同上+下肺野に 管腔状陰影 fram. line	39.8%	30%
V		以上の所見以外に 不規則な輪状陰影	6.6%	38%

びまん性汎細気管支炎の胸部X線分類とその発現頻度

(表23) びまん性汎細気管支炎がどういう疾患と診断されていたかということであるが、この表では気管支拡張症、気管支喘息、慢性気管支炎、肺気腫などである。

(表24) 慢性閉塞性肺疾患の主なもの4つをまとめたものである。びまん性汎細気管支炎の性別は3:1で男の方が多くとされているが、実際にはそれ程ではない。少なくとも慢性気管支炎、慢性肺気腫におけるような男女比の差程はないと云われている。

年齢は気管支喘息は幼少時からの発症が多い。慢性気管支炎、慢性肺気腫は中年以後の発症が多い。びまん性汎細気管支炎は10才台でも発病するが、やはり40~50代が多い。

アレルギー家族歴は、喘息ではアレルギー性鼻炎とか蕁麻疹、或いは結膜炎等がかなりあるが、他のものでは認められない。

副鼻腔炎の合併は、気管支喘息ではないとされているが、正常のものよりも多少高率に合併しているとの報告もある。何れにしても慢性気管支炎ではかなりあり、肺気腫ではそれ程でなく、びまん性汎細気管支炎では非常に高率で、その合併が80%以上に及ぶ。

喫煙との関係は喘息の場合はそれ程でもない。慢性気管支炎や慢性肺気腫の場合は非常に濃厚な相関関係がある。びまん性汎細気管支炎の喫煙率は5割であって慢性気管支炎や肺気腫に比べてそれ程濃厚なものではない。

特徴的な点はびまん性汎細気管支炎と肺気腫では、労作時の呼吸困難が必発することである。

咳、痰は喘息では発作時に認められる。慢性気管支炎では必発するが、肺気腫ではそうでもない。びまん性汎細気管支炎では必発する。

胸部レントゲン写真ではびまん性汎細気管支炎では粒状陰影が認められるが、気管支造影では肺胞像がつかれないで、末梢枝の中断が認められる。

肺機能では高度の閉塞性障害(1秒率が減ること)と、それから軽度拘束性障害(%肺活量の減少)の認められることがびまん性汎細気管支炎の特徴的所見となる。

血液ガスの所見はびまん性汎細気管支炎は肺気腫と似ている。ただ慢性気管支炎では肺機能の異常は軽い。だから咳、痰があって、呼吸困難も多少あるが、1秒率の変化が軽いものは慢性気管支炎であり、非常に強いものはびまん性汎細気管支炎が考えられる。

その他、痰は喘息の場合は粘性性であるが、びまん性汎細気管支炎と慢性気管支炎では粘性性、膿性となる。

右室肥大、肺性心というような症状は慢性肺気腫とびまん性汎細気管支炎に認められる。

それから喀痰検査では、びまん性汎細気管支炎の初期にはインフルエンザ桿菌が多いが、最終的には緑膿菌感染になることが多い。他の疾患ではそういうことは少ない。

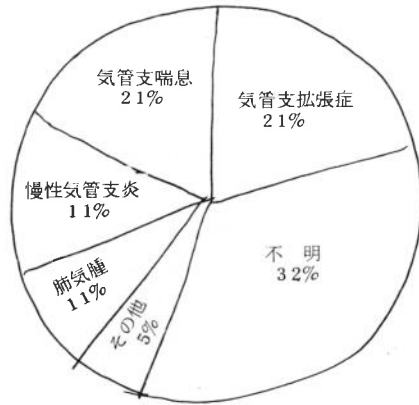
びまん性汎細気管支炎のその他の検査所見ではCRP・RAの陽性、ツベルクリン反応の陰性、それに寒冷凝集反応の上昇が最も特徴的な所見と

なる。

予後は一般的に、喘息や慢性気管支炎は良好で、肺気腫はかなり不良、びまん性汎細気管支炎も概して不良と云える。

(表23)

診断名(びまん性汎細気管支炎がどういう疾患と診断されていたか)



(表24)

各閉塞性肺疾患の比較

疾患名	気管支喘息	慢性気管支炎	肺性肺気腫	びまん性汎細気管支炎	
種別	男♀女	男)女	男)女	男)女	
年齢	各年齢	中年以後	中年以後	10才代から発症	
原因	アレルギー家族歴	しばしば	—	—	
因子	副鼻腔炎	しばしば	—	高率	
	喫煙	—	+	—	
自他覚症状	呼吸困難、息切れ	可逆性	ときどき	必発	
	喘鳴	発作時	—	ときどき	
	咳、痰	発作時	必発	ときどき	
	チアノーゼ	発作時ときに	まれ	ときどき	
	ばち状指	まれ	まれ	しばしば	
	ピープル胸郭	まれ	まれ	しばしば	
	胸部理学所見	乾性う音(発作時)	大中小水泡音	呼吸音減弱	しばしば乾性う音、小水泡音
	X線所見	胸部レントゲン	含気量増加	肺紋理増強	含気量増加、肺紋理消失
		気管支造影	正常像	瘤の異常	拡大した肺胞像
	肺機能	肺機能	閉塞性(発作時)	軽度閉塞性	高度閉塞性
動脈血ガス		発作時PaO ₂ ↓	ときにPaO ₂ ↓	PaO ₂ ↓しばしば PaCO ₂ ↑	
検査所見	右室肥大(ECD)	—	—	ときどき	
	痰	性状	粘性性、膿膿性	膿性	粘性性
		細菌	—	多くはインフルエンザ桿菌	ときどき肺炎菌、インフルエンザ桿菌
	好酸球	増加	—	—	
	白血球	通常(好酸球増多)	ときどき増加	正常	ときどき増加
血沈速度-CRP陽性	—	しばしば	—	しばしば	
アレルギー的反応陽性	多い	少ない	少ない	少ない	
予後	良	良	不良	しばしば不良	

(表25)びまん性汎細気管支炎の診断基準であるが、慢性気管支炎とは合併することがあり得る。終末細気管支迄の炎症である慢性気管支炎と、呼吸細気管支の炎症であるびまん性汎細気管支炎が合併しても何ら矛盾はない。びまん性汎細気管支炎では咳、痰、労作時息切れは必発する。

(表25) 診断基準

臨床的に以下の主要臨床所見の全項目を満たすもので、組織診断を必ずしも必要としない。鑑別診断上注意を要する疾患は、慢性気管支炎、気管支喘息、慢性肺気腫であるが、ただし慢性気管支炎は合併することがありうる。

(主要臨床所見)

- 1) 臨床症状：咳、痰、労作時息悸れ
- 2) 胸部理学的所見：湿性ラ音（小水泡音）および乾性ラ音
- 3) 胸部X線所見：両肺野びまん性散布性粒状陰影、肺の過膨張所見
- 4) 肺機能検査および血液ガス所見：1秒率低下（70%以下）、肺活量低下（予測値の80%以下）、残気量増加（予備値の150%以下、低酸素血症（80 Torr 以下）の4項目中3項目以上を満たすもの、

(表26) 診断

(表27)治療、刺戟性のガスを職業的に吸う人が、呼吸細気管支をやられることがあるので、できるだけ居住環境の調整をする必要がある。

痰の粉稠度をおとして咯出を楽にする為に十分な水分を摂取する。

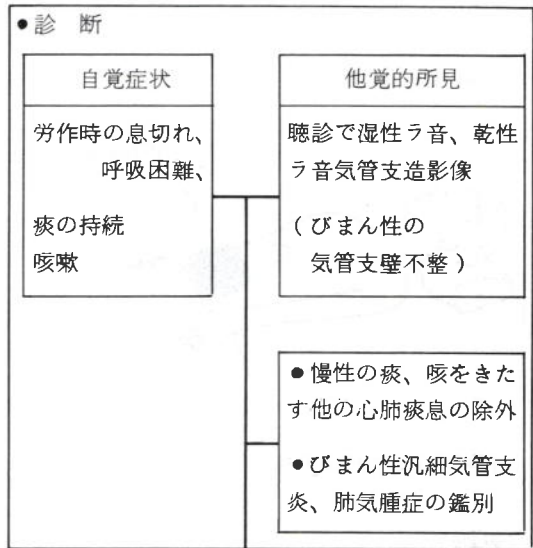
体位性ドレナージ（朝起きた時気管支の向きによって左を下にしたら、右を下にしたり、或いは頭を下にしたり、いろいろな形にして30分位やってみる）で痰が咯出できれば呼吸困難は楽になる。

その他去痰薬（ビスルボン、ムコダイン、プロチン、フスタギン、フストジュール等）、蛋白分解酵素剤（ダーゼン、キモプシン、カイモラル、アナナーゼ、キモタブ、エンピナス等）を使う。気管支拡張剤としてはβ刺戟剤（アロテック、アマトーン、イノリン、ベネトリン、ブリカニール、メプチン等）も効果あるが、主としてアミノフィ

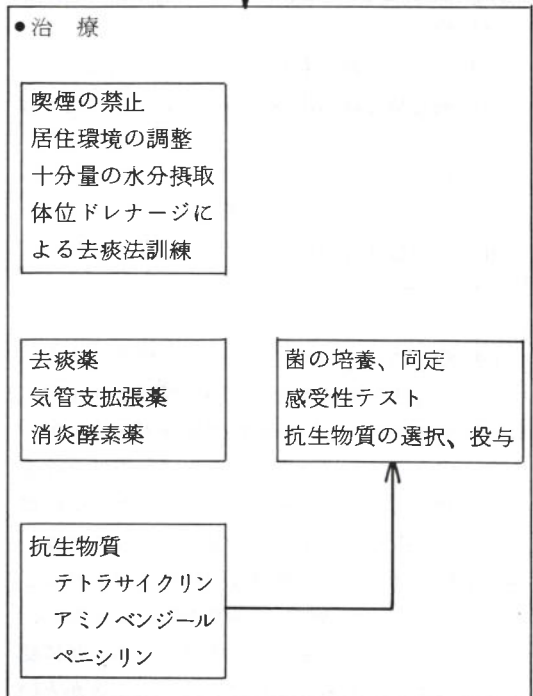
リンの点滴静球を行なう。抗生物質としてはテトラサイクリン、AB-PC、セファロスポリン系の薬剤を使うが、線膿菌が出ているものにはCB-PC或いはアミノグルコシド系の抗生物質を使う。

(表26)

診断と治療



(表27)



(22)

(表28) 腹式呼吸の練習で、腹筋を鍛える。先ず換気量の増加ということで、動脈血の酸素分圧の上昇、炭酸ガス分圧の減少が実際に認められる。Abdominal pad というもので重さを変えてやってみるか、実際には一冊の本から始めてもよい。最初は寝ながら、次には坐位で、或いは歩行中にも腹式呼吸をやらせればかなりの効果がある。

(表28)

呼吸訓練



(表29) 気道感染の指標である。

(表29)

気道感染の指標

- 1) 発熱
- 2) 咳や痰の増加もしくは慢性痰の出現
- 3) 喘息様症状の出現、胸部ラ音の出現または増強
- 4) 白血球数の増加
- 5) 血清C R P反応の陽性化
- 6) 赤血球沈降速度の促進

(表30) CO₂ナルコーシスという病態がある。びまん性汎細気管支炎や肺気腫で病状が進んで、常に肺泡低換気、云いかえれば炭酸ガス分圧が50とか60とかかなり高い場合には努力性呼吸をして炭酸ガスを追い出そうとしているが、それができない。そういう場合に非常に危険なことは、呼吸困難が強い場合に高濃度の酸素を吸わせると、却って呼吸困難が増強して意識が失ったり、呼吸数が減弱してしまったりすることが、時に認められることである。これはどういうことかとい

うと、慢性的呼吸不全で炭酸ガス分圧が常に高いという状態では呼吸調節はCO₂ではなく、O₂によって行われるので、高濃度のO₂吸入により、化学受容体への刺戟がなくなり、呼吸は抑制されてCO₂が著積するからである。普通は延髄の呼吸中枢のセンサーは血液のpHと炭酸ガスにしか反応しない。然し炭酸ガスが常に高いとそれはもう刺戟にならないで、大動脈や頰動脈球にある末梢の化学受容体を通して酸素が低いという状態が刺戟として、一定の呼吸数を保つことになる。普通高炭酸が2血症を伴う場合は必ず低酸素血症を持っている。そういう患者さんに高濃度の酸素を吸わせると、もう呼吸しなくてもいゝんだということで、呼吸不全が強くなることもある。それでは一体どうしたらよいのかということになるが、先ず安全な濃度というのは毎分0.5ℓ位で、その濃度から始めれば、炭酸ガス分圧が高い患者でも先ず大丈夫だろうと思われる。少なくとも2ℓ/分以下の酸素供給から始めることが原則となっている。動脈血ガスを調べてみて、肺泡低換気がないような場合、即ち炭酸ガス分圧が高くなっていないような場合には、どんどん酸素を上げてよいと思われるが、一見して肺気腫がありそうな、胸廓の形からいってもビール樽胸廓であったり、太鼓ばら状格があったりするような場合や、患者さんの既往症を家族から聞いた場合は、酸素の濃度は極く低目から、即ち1ℓ以下から開始した方がよい。

(CO₂ナルコーシスの誘因)、CO₂ナルコーシスというのは動脈血の炭酸ガス分圧がどんどんふえてしまい、意識障害を伴うものを云うが、こういう場合には上気道感染を合併していることが多い。即ち慢性閉塞性肺疾患の患者さんに上気道感染を合併している場合である。それからモルヒンとかバルビレートとか呼吸中枢抑制作用のある薬剤を投与するとCO₂ナルコーシスがおこることがある。それから高濃度の酸素の吸入とか、心不全の合併があればCO₂ナルコーシスが起り易い。

(表30)

C O₂ ナルコーシスの誘因

1. 上気道感染
2. 呼吸中枢抑制剤の投与
3. 高濃度 O₂ 吸入
4. 心不全の合併

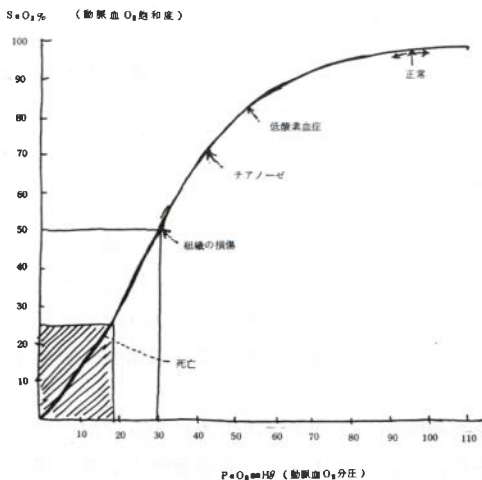
C O₂ ナルコーシスの症状

1. 頭痛
2. 血圧上昇
3. 傾眠
4. 一過性興奮状態
5. 昏迷
6. 昏睡

(表31)ヘモグロビンのO₂ 解離曲線からみた低酸素血症、チアノーゼ、組織障害の閾値である。O₂ 飽和度とは、あるサンプル血液中のH₉ の何%がO₂ と結合しているかを示し、PO₂によって規定される。チアノーゼの認められる値は、臓器に障害を起こす値に意外に近い。だからチアノーゼの発現を待つことなく早期に対策を講ずる必要があり、低酸素血症が疑われる段階でO₂ 分圧を測定するようにする。この解離曲線からみて、分圧の方が飽和度より早期発見に適していることが理解できる。

(表31)

ヘモグロビンのO₂ 解離曲線からみた低酸素血症、チアノーゼ、組織障害の閾値



(表32)呼吸不全の状態をどういふふうに判断するかということで、Campbell, Filley, West の定義を表わしたものであるが、動脈血酸素分圧が50台になった場合は非常に危険な状態であって、速やかに酸素投与を開始し、大体60台位になるようにしなければならないとしている。炭酸ガス分圧の場合は50以上を危険とするけれども、酸素をやりながら60台迄行かなければ大丈夫だろうといった形でコントロールして行くのが基本になっている。

(表32)

Campbell	
P a O ₂ < 60 mmHg	P a CO ₂ > 49 mmHg
Filley	
P a O ₂ < 50 mmHg	P a CO ₂ > 50 mmHg
West	
P a O ₂ < 60 mmHg	P a CO ₂ > 50 mmHg

(表33)急性増悪の対策。これは必ずしもびまん性汎細気管支炎に限らないが、①は感染対策で、これには抗生物質投与と体位ドレナージが入る。②は換気の改善で、気道の確保が主となり、その為には気管支拡張剤、去痰剤、蛋白分解酵素などの投与の他、腹式呼吸も入ってくる。③は酸素不足の対策、④は循環不全の治療、⑤は補液であるが、水が入らないと喀痰の咯出が悪くなるので、補液が必要となるのである。

(表33)

急性増悪の対策

① 感染対策	抗生物質投与
② 換気の改善	気道確保 (気管支拡張薬、去痰薬、喀痰溶解薬、蛋白分解酵素などの投与)
③ 酸素不足の対策	酸素吸入 (低濃度)
④ 循環不全の治療	強心薬、利尿薬の投与、電解質バランスの是正
⑤ 補液	

(表34)急性増悪時の入院治療。

(表34)

急性増悪時の入院治療

1. 気道確保と清浄化
 - 1) 気道確保—挿管（経口、経鼻）気管切開
 - 2) 気道閉塞（気管抵抗増大）対策
 - i) 分泌物除去
 - 吸引（気管支鏡直視下洗滌吸引を含む）
 - 去痰剤・吸入療法、体位ドレナージ
 - 水分補給
 - ii) 気管支痙攣の緩解
 - 気管支拡張剤、ステロイド
 - iii) 気道感染の治療—抗生剤投与
2. 換気の確保—レスピレーター装着補助呼吸、調節呼吸
3. PaO_2 (PaO_2) の確保—酸素療法
4. 水、電解質バランス、酸塩基平衡の補正
5. 合併症対策
 - 感染、右心不全、気胸など個々の合併症に対する治療

(表35) 初診時の血液ガスの酸素、炭酸ガスダイアグラムで、酸素分圧が低くて、炭酸ガス分圧が高いものは死亡率が高い。

びまん性汎細気管支炎の大体息切れ発現から死亡迄の期間は平均10.4年である。

肺機能の経年的変化が、肺活量にしても、1秒量にしても5～10%以上毎年減ってくるのは予后が悪い。

それから動脈血ガスの異常で、炭酸ガス分圧が50Torr以上のもの、酸素分圧が50mmHg以下のものは予后が悪い。

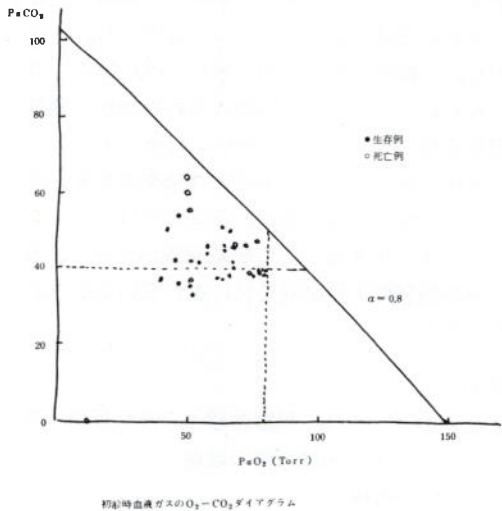
又EにGで右室負荷の認められるもの、1日の

痰量が50cc以上のもの、緑膿菌が検出されるもの等は予后が悪い。

緑膿菌感染から死亡までの平均期間は2年6ヶ月となっている。だから緑膿菌感染が起ってから死亡迄は非常に早いといえることができる。

それからステロイドの治療であるが、初期まだ粒状影がはっきりしないで、含気量だけが増えている時期に、そして聴診で両側背下部に小水泡音、捻髪音そして乾性ラ音の存在があった場合、プレドニゾンに換算して30mgを2～4週間、10mgを1週間とかなり長期間、全部で約2ヶ月間のステロイド投与を行なう、この時期に治療すれば治療も可能である。第一線に活躍されている先生方に、この時期にびまん性汎細気管支炎を見つけて頂き、治療して頂ければ、その患者の予後は飛躍的に改善されると思われる。

(表35)



初診時血液ガスのO₂-CO₂ダイアグラム

(文責・市原)

各部より

公衆衛生だより

松原貞一

1) 老人保険法中医療以外

の保健事業実施について

2月1日より老人健保法が実施されたが、医療以外の保健事業も同時に発足することになった。保健事業とは主として予防医学を目標とした事業であり、従来の健保事業にはなかったもので、直ちに完全な形で実施することは不可能であり、厚

生省も61年当りをメドに事業体制の確立を進めている。東京都の窓口は衛生局老人保険課であり、市町村は予防接種等を担当している衛生課が当ることになっている。

健康手帳……70才以上の人、65才以上のねたきりの人、40才以上の健康管理上必要と思われる人に交付され、有資格者が医療を受ける場合

会員通知

- 年末年始における休日、準夜、夜間診療当番医療施設の変更等について
- 薬価点数早見表幹施案内
- 薬価基準の一部改正について
- 「東京都医師会学術講演会」開催案内
- 健康増進時代ポスター
- 第一回「一億人の医療体験コンクール」作品募集ポスター
- 青梅市立総合病院 1 月分宿日直表
- 雑誌「びいぶる」
- // 「青梅沿線」
- 第 6 回「医師と税制」講演会
- 学術研究会
- 老健法に伴う診療報酬等関係資料について
- 学術講演会案内
- 社保点数改正及び老健法診療報酬の設定に伴う講習会開催のお知らせ
- 会報
- 点数改正関係資料

- 老健法診療報酬及び点数改正に伴う講習会開催について
- 日本薬局方の一部改正について
- 公害認定患者の診療の取扱について
- 社保診療報酬改正点数表
- 老人医療制度の改正について
- 老人診療報酬点数表等参考資料
- 特殊疾病患者等に対する老人保健法等に基づく一部負担金の助成の実施について
- 東京腹部エコー勉強会のおすすめ
- 学術講演会
- 准看護婦卒後教育講習会開催について
- 老人保健法の施行に伴う原子爆弾被爆者に対する一部負担金相当額の支給について
- 療養の給付に関する疑義解釈について
- 老人保健法適用対象者の医療の受給について
- 特別区、市町村並びに国民健康保険組合「被保険者証」の更新について
- 学術講演会時間変更及び資料送付について
- 会報

診療報酬明細書返戻状況

西多摩医師会

11月分

	返 戻 理 由	医科(乙表)件数
1	保険者番号、記号・番号、公費負担者番号、公費受給者番号の不備又は保険者番号と記号の不一致	73
2	旧証の記号・番号	34
3	患者名、生年又は生年月、転帰のもれ	11
4	傷病名のもれ	
5	診療月分、診療開始日、診療実日数のもれ	2
6	診察料(初診、再診、往診、指導日又は時間外等の表示)のもれ	5
7	診療月と診療開始日及び初診料の不一致	4
8	診料実日数と診察回数又は処方回数の不一致	8
9	投薬・注射(薬名、規格単位、用量、回数)の不備	2
10	処置・手術・検査・X線(薬名、回数、内訳)の不備	5
11	入院料の不備	
12	点数欄記入もれ又は点数算出根拠不明	2
13	契約外(国保、国鉄、公費)	5
14	症状詳記(診療内容及び方針の説明等付せん参照)	16
15	申し出によるもの	1
16	その他	2
	計	170

理事会報告

1 月定例理事会

昭和58年1月26日(水)

P.M. 7:30～

西多摩医師会館

議事録署名人 足立理事
松原理事

I 報告事項

1. 西多摩医療協報告 西村副会長

1月25日、福生健康センターで西多摩医療協が行なわれ、老人保健法のヘルス事業についてフリートーキングで協議が行なわれた。健康診査には一般検査、成人検査、胃癌検査、子宮癌検査があり、まづ一般検査について協議した。市町村側は従来の老人健診、次官通達による健診等を老人健診の中でやって行きたい意向の様である。各市町村で実施方法が異なる。西多摩医師会として、医師会主導型で統一的にやるべきだと考えている。

特に40才以上の健診を充実すべきである。予算措置の関係があり、市町村側から費用についてのコメントはなかった。医師会としては負担金免除を希望している。次回の医療協は2月9日、成人検査の方法と取りあつかいについて協議の予定。

2. 都医地区会長協議会報告 瀬戸岡会長

●診療報酬並びに健保点数改訂について説明があった。この段階では不明な点が多く、24日の保険担当理事の会合でははっきりさせるという事である。

- 第172臨時代議員会は福島監事に出席願った。
- 点数改訂について

初回再診料、小児特定疾患カウンセリング新設、耳鼻科眼科手術料、㊦生活指導管理料(電話不可)、慢性疾患指薬管理料の廃止(但し69才までは残る)退院時指薬料、老人ディケア、特例許可、特例許可外病院、診療録保管についての説明があった。不明な点が多い。

●一般診療について慢性疾患指導管理料は現行のまま(但し日付不要)特定疾患、自己注射指導管理、抗血友病人グロブリン製剤、乾燥人血液凝固 因子複合体自己注射導入、

理学療法、血漿交換療法、入院時医学管理料(6区分)慢性疾患追加。

●老人保健法における一部負担金取り扱いについて

●老人保健法にもとづく診療報酬請求明細書の様式及び記載について 全部新しく変わるがまだできていない。

●老人医療制度の改正について

㊦2月1日に70才ならその日から、2月2日以後の人は翌月から資格がある。

㊦医療で月の最初の診療費が400円にみない時(例:再診料35点)は350円徴収。

●公害認定患者の取り扱いについて

窓口では徴収せず、認定患者の診療報酬明細書のうつしを地区医師会でまとめて提出。

●特殊疾病患者に対する老人保健法等にもとづく一部負担金助成の実施について

400円徴収し領収書発行のこと。

●老人保健法と生活保護の関係について

書式を新しくするまで医療券の右上に(老保)と手書きになる。生保でかつ社会保険家族の場合は400円徴収し領収書発行。それにもとづいて福祉事務所が支払う。

●一億人の医療体験記コンクールについて

●対外広報誌びぶるの一括購入の要望があった。協議事項の中で御検討下さい。

●労災診療費について

昨年10月より報酬支払いが機掛化され支払い留保がでている。所轄監督署に通報し監督署から事業主に指導督促することになった。

●南多摩医師会から都医、日医への要望書が出ている。経済的要求以外にも色々な面からの要望も加味して三多摩会長連絡で都医、日医へ訴えようという意見があり庶務担当理事連絡会で練ったらどうかということになった。庶務担当に大塚、堀田理事に出席してもらってよろしいか — 了承 —

3. 社保委員会報告 江本副会長

点数改訂について、会長報告と重複するので省略したい。

4. 各部報告

(1) 公衆衛生部

松原理事

- 老人保健法の健診については医師会と相談する様に医療協で話した。
 - 老人保健連絡協議会は行政の付属機関で権限がなく、あまり期待しないしてほしいとの事。
 - 予防接種問診票、注意事項のヒナ型をつくり各市町村にわたした。
 - 五日市保健所では花粉症、小児神経芽細胞腫、脳性小児麻痺検査の予算措置をしている。
 - 12月から1月の熱傷はインスタントラーメンをかけたものが多い。
- (2) 保険部報告 木野村理事
 会長報告のとおりである。新しいレセプトの細目については2月20日頃までにお知らせする。
- (3) 福祉部報告 植田理事
 新年会の段どりについて1月18日福祉部委員会を開いた。
 ●税制講演会は1月20日、第6回をもって終了した。
 ●新年会の収入支出について
- (4) 広報部報告
 雑誌社第2回座談会に出席した。住民の間に老人保健法に対する不安がある様だ。
- (5) 産業医部報告 高木理事
 ●12月9日、担当理事連絡会があり、産業医の報酬規準、検診料金規準、産業医の身分保障について協議した。
 ●産業医講習会について都医から説明があった。
 ●職域健康調査について
- (6) 学術部報告
 研究会、呼吸器疾患シリーズは1月21日で終了。羽村保健センターを使用した。
 講演会は再度、高血圧症についてである。

II 協議事項

- (1) 会計処理規程の確認について
 昭和54年3月24日制定会計処理規程
— 確認了承 —
- (2) 職員就業規則細則について
 職員就業規則細則(案)について原案通り異議なく、全員賛成可決される。
- (3) 職員給与(ベースアップ)について
 他産業の動向との兼合い予算等勘案した上

で決定する。 — 賛成多数 —

- (4) 医師会館火災保険の付保方法について
 従来の掛捨て方法と年払方式(5年契約)長期総合保険にするかについては経理部に一任する — 賛成多数 —

(5) その他

① 1月29日(土)老健法診療報酬、点数改正に伴う講習会のあとの(講師 都医師会理事、寺沢正夫先生)懇談会に正副会長、総務部、保険部担当理事が出席することに全員賛成了解される。

② 「びいぶる」一括購入については当医師会としては希望者の個人申込とすることに全員賛成決定

③ [入会会員]

- 笠原 宏(今井診療所)
 - 長坂 晋(青梅慶友病院)
 - 岡田 弘(青梅総合病院)
 - 御手洗義貴(")
 - 島津 寿宏(")
 - 坂本 保己(")
 - 佐々部正孝(")
 - 山本 信彦(")
- 以上 8名

[退会会員]

- 浜島 吉男
 - 大牟礼一雄
 - 森田 明夫
 - 星野 陽治
- 以上 4名

添付資料 会計処理規程
 職員就業規則細則(案)
— 全員了承 —



同好会だより

第33回西医ゴルフ研修会

昭和58年1月23日(日)

於 立川国際C.C. 奥多摩コース

今回はケガの癒えた高水先生、初参加の稲垣・山田の両先生を含め、20名の参加を得て、盛大なゴルフコンペを開催する事が出来ました。

	O	I	G	HD	N		新HD
宇田	44	44	88	16	72	優勝	13
鈴木	43	50	93	14	79	2	13
山田	46	51	97	18	79	3	17
内山(博)	60	51	111	31	80	4	
足立	47	49	96	16	80	5	
林	46	44	90	10	80	6	
大嶽(栄)	45	45	90	9	81	7	
宮川	44	46	90	9	81	8	
工藤	53	45	98	16	82	9	
大嶽(鶴)	53	55	108	25	83	10	
内山(内)	49	49	98	15	83	11	
川崎	60	50	110	26	84	12	
杉本	50	51	101	17	84	13	
松原	52	52	104	18	86	14	
葉山	48	54	102	14	88	15	
高水	55	58	113	22	91	16	
辻	62	59	121	24	97	17	
江本	56	58	114	13	101	18	
稲垣	70	68	138	30	108	19	
立花	59	/					

3月学術講演会のおしらせ(予定)

テーマ：抗生物質に関して

講師：杏林大学 小林助教授

場所：羽村町保健センター

日時：3月24日 午後7時30分より

広報部よりお願い

老人保健法および今度の点数改訂について会員の皆さんの御意見をお寄せ下さい。近日実施予定のアンケート調査、設問項目作成の参考にさせて頂きたいと思ひます。

あ と が き

老人保健法強行は予測通り、大混乱をひきおこしています。そもそも医学の問題を財政学で解こうというのですから無理ありません。

支離滅裂なでたらめ解答を「よくぞこれまで頑張った」と賛美する人もいるんですね。平和なんですねえ。勝ち誇った厚生官僚が乱発する文書で、患者と医者と市町村が泣き、印刷業者がひとり、ほくそ笑むという図式になりましょうか。

政府、厚生省も数ヶ月後には顔色なしになりそうです。医療費抑制のつもりが、複雑怪奇な改訂により「関連費用」増大はまぬがれませんか。

御同慶の至り?…いや、角を矯めて牛を殺す?…いや、どっちでしたか?こういう時に使う諺は……。老人保健法のおかげで頭が混乱して来た様です。いや、もともと混乱していたのが元にもどったのか……はてな。

ご無理ごもっとも、お役人様は神様です。

(堀田)

保険部よりおしらせ

老人保健法施行後、最初のレセプト作成を目前にひかえ、2月25日(金)再度、都医より寺沢先生をお招きし、説明と質疑応答をお願いしました。なお新しいレセプト紙は2月末日頃までには全部そろり予定です。保険部又は医師会事務局までお問合わせ下さい。





関東医学検査研究所

埼玉県所沢市岩岡町281-58

TEL. (0429) 23-7272(代表)

特殊検査のルーチン化を目指す

関東医学研究会グループ

関東医学検査研究所	埼玉県所沢市岩岡町281-58
埼玉臨床検査研究所	埼玉県鴻巣市天神三丁目673
群馬臨床検査センター	群馬県前橋市六供町1360-1
東京臨床検査研究所	東京都板橋区徳丸4-14-18
インターナショナルサイエンスラボ	東京都板橋区成増5-1-2
セントラル・ラボラトリー	東京都中央区日本橋兜町12-7

主要検査項目

内分泌機能検査
 生化学検査
 薬物検査
 微量金属代謝検査
 免疫血清学検査
 ウイルス検査
 血液学的検査

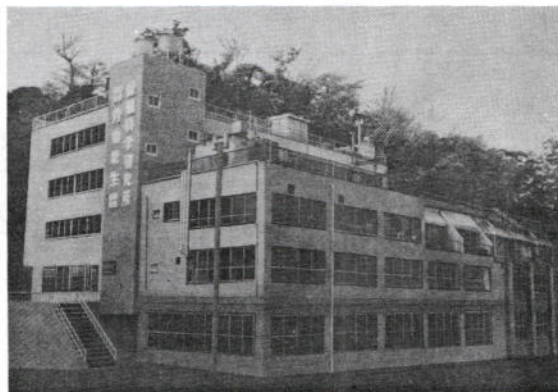
臨床検査センターの雄 保健科学研究所

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

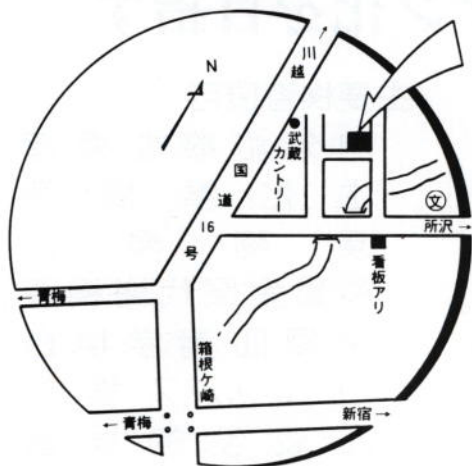


- 総合臨床検査センターとして20余年間地域医療に貢献し、絶大な信頼を頂いています。
- 完全オンラインシステム化を実現致しました。(データー通信システム)
- 関係医療機関 約 3,500ヶ所
- 広範囲な検査内容
 - 内分泌学検査 ● 免疫学検査 ● ウイルス検査 ● 生化学検査 ● 血清学検査 ● 血液学検査
 - 病理組織検査 ● 細胞診検査 ● 重金属検査 ● 水質検査

！都川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。

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 3 3 9 ~ 1

TEL 0429 (64) 2621(代)

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)

東青梅支店 (TEL 0428-22-2121)

青梅支店 (TEL 04288-3-2515)

奥多摩特別出張所

福生支店 (TEL 0425-51-1021)

村山支店 (TEL 0425-61-1211)

五日市支店 (TEL 0425-95-1311)

河辺支店 (TEL 0428-24-2401)

西多摩医師会報

1983年2月10日 臨時号	発行所・社団法人 西多摩医師会 東京都青梅市西分3-103
	編集委員・菅井 義久 TEL (0428) 23-2171(代) 栗原 琢磨 佐藤 義弘 齊藤 信幸 塩沢 永康 高木 直 堀田 洋夫 道又 正達 村山 正昭

2月1日、老人保健法の施行により老人医療の取り扱いおよび担当に関する基準、老人保健診療報酬点数表、社会保険診療報酬改正点数および4月1日から実施の老人の収容率が著しく高い病院又は病棟に収容されている者に係る診療科の特例が告示され、九段会館、立川市民会館、当医師会では1月29日に、東京都医師会保険部担当理事、寺沢正夫先生にお願いして講習会を開催しました。

上記の講習会および資料等にて御精通のこととは存じますが、特に注意すべき要点についてピックアップ致しました。なお他の点については資料を御参照下さい。(保険部 木野村)

老人医療制度の改正について

(1) 対象者の範囲

② 医療：70才以上

被用者保険の本人も含め医療保険に加入している者全て。

65才から69才

一定程度の障害を有する者。

③ 医療：65才から69才

都が定める所得制限額以下の国民健康保険の世帯主及び家族、社保家族。

(2) 窓口事務

① 資格確認

- ② { 健康手帳
- 医療受給者証
- 保険証

- ③ { 医療証
- 保険証

② 一部負担金

初診、再診を問わず月初400円

②、③ともに入院外各月初400円

” ” ” 入院1日につき300円

③ 400円に満たない一部負担金

例) 電話再診35点のみの場合

②	③
350円	105円(350円の3割額分)
	最初の診療日の医療に要する額が133点以下の場合にはその3割額となる。

負担金徴集の有無と領収書

	負担金	領収書
公害認定患者	なし	/
医療扶助単独者(生保)	なし	/
特殊疾病患者(難病)	徴集	発行
老人保健法の医療を受ける被用者保険加入者	徴集	発行
被爆者	徴集	発行



健康保険診療報酬点数の一部改正

- 初回再診加算の新設 5点
- 慢性疾患指導管理 200点(現行通り)

(イ) 従来の慢性疾患に下記追加

帯状疱疹
 ベル麻痺
 腎の感染
 前立腺肥大
 オステオポロージス

(ロ) 算定日の記載はしなくてよい

但し、第1回目の算定は初診の日から起算
 算して1ヶ月を経過した日以降に算定する。

- 特定疾患治療管理

- ◎ 血友病等の自己注射導入
- ◎ ジキタリス急速飽和の評価新設
- ◎ 小児特定疾患カウンセリング新設
 但し小児科を標榜する医療機関であること
 小児科担当医師が行なった場合算定内科・
 小児科標榜する医療機関では、二人以上の
 医師がいて小児科担当の医師が行なった場
 合算定できる。

- 理学療法

消炎、鎮痛を目的とする理学療法 30点

(イ) マッサージ等の手技による療法

あんま、マッサージ、指圧等

(ロ) 器具等による療法

電気療法、赤外線、熱気浴、ホットパック等

(イ)、(ロ)同時に行なった場合 35点

(イ)だけ又は(ロ)だけ行なった場合 30点

- 電話再診での加算

加算できる	加算できない
初回再診料 5点	慢性疾患指導料 200点 生活指導管理料 220点

老人保健診療報酬点数

- 生活指導管理料 220点

(1) 慢性疾患指導料(200点)廃止

(2) 従来の慢性疾患に下記疾患を追加

帯状疱疹、ベル麻痺、腎感染、前立腺肥大
 オステオポロージス

(3) 医師の指導に基き、同時に栄養士が具体的
 献立によって指導を行なった場合は所定点数
 に20点加算される。

(4) 電話再診時には加算できない。

(5) 入院中の患者及び退院の日から1ヶ月以内
 は算定できない(入院時医学管理料に含まれ
 る)

(6) 算定日の記載はしなくてよい。

- 入院料

入院時医学管理料 4区分より6区分へ。

注射料点数

1日分注射料、従来の550cc以上が500cc
 以上に変更

- 退院時指導料 (1回につき) 100点 (甲・乙)

- 退院患者継続看護指導料

(1回につき) 100点 (甲・乙)

転医先の医療機関で行なった場合も算定でき
 る(退院時医療機関との連絡により他の医療
 機関の医師が診察に基き行なった場合)

- 老人デイ・ケア(1日につき) 100点

都道府県知事が認める医療機関

1回4時間を標準とするので食事を給与した
 時は所定点数に40点加算する。

老人の収容比率が著しく高い病院又は病棟 に収容されている者に係る診療料の特例

58年4月1日より実施されるので、これに
 関しては日本医師会の参考資料P29～30
 を御覧下さい。

以上、御質問は東京都医師会保険部又は西

多摩医師会保険部にお問合わせ下さい。

なお、請求明細書、請求書についてはきま
 り次第、御通知申し上げます。

(保険部)

西多摩医師会報

1983年2月10日 臨時号	発行所・社団法人 西多摩医師会 東京都青梅市西分3-103
	編集委員・菅井 義久 TEL (0428) 23-2171(代)
	栗原 琢磨 佐藤 義弘 齊藤 信幸 塩沢 永康 高木 直 堀田 洋夫 道又 正達 村山 正昭

2月1日、老人保健法の施行により老人医療の取り扱いおよび担当に関する基準、老人保健診療報酬点数表、社会保険診療報酬改正点数および4月1日から実施の老人の収容率が著しく高い病院又は病棟に収容されている者に係る診療科の特例が告示され、九段会館、立川市民会館、当医師会では1月29日に、東京都医師会保険部担当理事、寺沢正夫先生にお願いして講習会を開催しました。

上記の講習会および資料等にて御精通のこととは存じますが、特に注意すべき要点についてピックアップ致しました。なお他の点については資料を御参照下さい。(保険部 木野村)

老人医療制度の改正について

(1) 対象者の範囲

② 医療：70才以上

被用者保険の本人も含め医療保険に加入している者全て。

65才から69才

一定程度の障害を有する者。

③ 医療：65才から69才

都が定める所得制限額以下の国民健康保険の世帯主及び家族、社会保障家族。

(2) 窓口事務

① 資格確認

② { 健康手帳
医療受給者証
保険証

③ { 医療証
保険証

② 一部負担金

初診、再診を問わず月初400円

②、③ともに入院外各月初400円

〃〃〃入院1日につき300円

③ 400円に満たない一部負担金

例) 電話再診35点のみの場合

②	③
350円	105円(350円の3割額分)
	最初の診療日の医療に要する額が133点以下の場合にはその3割額となる。

負担金徴集の有無と領収書

	負担金	領収書
公害認定患者	なし	/
医療扶助単独者(生保)	なし	/
特殊疾病患者(難病)	徴集	発行
老人保健法の医療を受ける被用者保険加入者	徴集	発行
被爆者	徴集	発行



健康保険診療報酬点数の一部改正

- 初回再診加算の新設 5点
- 慢性疾患指導管理 200点(現行通り)

(イ) 従来の慢性疾患に下記追加

帯状疱疹
 ベル麻痺
 腎の感染
 前立腺肥大
 オステオポロージス

(ロ) 算定日の記載はしなくてよい

但し、第1回目の算定は初診の日から起算
 算して1ヶ月を経過した日以降に算定する。

- 特定疾患治療管理

- ◎ 血友病等の自己注射導入
- ◎ ジキタリス急速飽和の評価新設
- ◎ 小児特定疾患カウンセリング新設
 但し小児科を標榜する医療機関であること
 小児科担当医師が行なった場合算定内科・
 小児科標榜する医療機関では、二人以上の
 医師がいて小児科担当の医師が行なった場
 合算定できる。

- 理学療法

- 消炎、鎮痛を目的とする理学療法 30点
- (イ) マッサージ等の手技による療法
 あんま、マッサージ、指圧等
- (ロ) 器具等による療法
 電気療法、赤外線、熱気浴、ホットパック等
- (イ)、(ロ)同時に行なった場合 35点
- (イ)だけ又は(ロ)だけ行なった場合 30点

- 電話再診での加算

加算できる	加算できない
初回再診料 5点	慢性疾患指導料 200点
	生活指導管理料 220点

老人保健診療報酬点数

- 生活指導管理料 220点

- (1) 慢性疾患指導料(200点)廃止
- (2) 従来の慢性疾患に下記疾患を追加
 帯状疱疹、ベル麻痺、腎感染、前立腺肥大
 オステオポロージス
- (3) 医師の指導に基き、同時に栄養士が具体的
 献立によって指導を行なった場合は所定点数
 に20点加算される。
- (4) 電話再診時には加算できない。
- (5) 入院中の患者及び退院の日から1ヶ月以内
 は算定できない(入院時医学管理料に含まれ
 る)
- (6) 算定日の記載はしなくてよい。

- 入院料

入院時医学管理料 4区分より6区分へ。
 注射料点数
 1日分注射料、従来の550cc以上が500cc
 以上に変更

- 退院時指導料 (1回につき) 100点 (甲・乙)

- 退院患者継続看護指導料

(1回につき) 100点 (甲・乙)
 転医先の医療機関で行なった場合も算定でき
 る(退院時医療機関との連絡により他の医療
 機関の医師が診察に基き行なった場合)

- 老人デイ・ケア(1日につき) 100点

都道府県知事が認める医療機関
 1回4時間を標準とするので食事を給与した
 時は所定点数に40点加算する。

老人の収容比率が著しく高い病院又は病棟 に収容されている者に係る診療料の特例

58年4月1日より実施されるので、これに
 関しては日本医師会の参考資料P29～30
 を御覧下さい。

以上、御質問は東京都医師会保険部又は西

多摩医師会保険部にお問合わせ下さい。

なお、請求明細書、請求書についてはきま
 り次第、御通知申し上げます。

(保険部)