

# 西多摩医師会報

1984年10月1日

144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・村山 正昭

TEL.(0428)23-2171(代)

荒巻 武彦 石井 好明

栗原 琢磨

小林 杏一 堀田 洋夫

渡辺 良友

## これからの病診連携のために

公立阿伎留病院長 菅 井 義 久

「病診連携」、これが今回、会報編集担当の方からいたゞいた、本稿の主題でした。古くから議論されてきた問題ですが、最近の社会情勢、強いては、医療環境を考えると、新たな問題として、認識されてきたためだろうと思います。すなわち、これからの医療は、地域内医療機関の支援・連携体制を充実し、包括医療を展開しようという方向に向いつゝあるからと思います。

こゝで、公立阿伎留病院のことに触れさせていただきます。当院は、秋川市、日の出町、五日市町、檜原村の四市町村を構成自治体とする。一部事務組合立病院であり、その四市町村を、そのまま診療圏とし、これは西多摩医師会南部ブロックに相当します。このことは、必要に応じ、一次的、二次的医療も行うが、いわゆる二次的医療を中心とする地域中核病院として、位置づけられるかと思ひます。その使命を全とうするためには、当院の現有施設は、極めて不備であり、二次的医療の機能を十分に果たすことができません。そのため、当院においては、将来に向つて、その整備計画を、模索しているのが現況です。

※ ※ ※

さて、病診連携は、その手段としては、病院のオープン化、高額医療機械の共同利用、卒後研修、訪問看護やディケアにおける連携など、いろいろありますが、オープン化の例をみても、なかなかその実績があがっていないのが、実情のようです。これらの連携が、円滑に行われることが、その手

段よりも、もっと重要なことゝ思われます。

今日まで、病診連携とはいっても、1人の患者を、病院という土俵と、診療所という土俵の、2つの土俵から診ていたのが、実際の姿ではなかったでしょうか。このことは、患者にとつても不幸なことです。病院も診療所も、同じ土俵にあがって、患者に対応することが、すなわち、共通の認識をもつことが、連携を円滑に展開できる重要な要因と思ひます。そのためには、双方の医師自らが、英断的ともいえる意識改革が、必要と思ひます。唐突のようですが、このことを考えると、戦後の医療史に、最大の足跡を残した、武見時代を抜きには語れないように思ひます。

その武見時代、大学病院や国公立病院の医師は、全くといってよいほど、医師会とは、無関係に過ぎて来ています。象牙の塔などとも呼ばれました。自分の専門分野においてのみ、優れた知識や技術をもつことが、医師としても優れているという錯覚がありました。このことは、Primary careにおける対応が、未熟となり、自らの不安感をつのらせる結果になっていると思ひます。

一方診療所（医師会医師 — 適当な表現がないので）は、どうであったでしょうか。この時代の流れを、ひとこと言えば、医師会という大樹に寄つて、自分達の診療と、その周辺を、ひたすら聖域化してきたと思ひます。個々の医師は、その聖域を守る一兵卒だったといえましよう。今その聖域が、崩れようとしています。

この2つの異った医療環境で、育まれた医師群が、これからの医療の中で、互に連携を深めるためには、既成の認識から、脱却することが、その一歩かと思えます。

※ ※ ※

次に、病院側の対応について、考えてみます。病院のオープン化や、機械等の共同利用、卒後研修などは、最近の病院の医師充足の向上、定着化のため、対応しやすい条件は、ととのいつつあると思えます。しかし、最も診療所側からの要望が強いと思われる、救急医療への対応は、今日なお、充分とは言えません。休日や夜間において、とくに、十分な対応ができないのが実状です。二次・三次の医療機関が、休日や夜間においても、二次・三次医療に対応し得るスタッフを、確保することは、極めて至難なためです。とくに、病院間の連携の必要性が、生れてくると思えます。

従来、公立病院の医師は、大学からの派遣医で占められており、交代が頻回で、地域内の病院間

の交流を深めるに至りません。医師確保のため、大学へ、三拝九拝して、派遣を依頼してきた時代の流れは、今なお続いており、病院間の連携や病診連携が展開され難い要因となっています。さらにこのため、〇〇病院は、〇〇大学系などという認識を、当事者も、周辺も持つようになり、地域医療発展の阻害要因になっていると思われま

す。さらに、公立病院の多くは、赤字経営ですが、よい経営が、よい医療の前提という認識が、定着しつつあります。低成長時代の今日、よりよい医療のための資本投資は、きわめてできにくくなっています。救急医療におけるスタッフの確保についても同様で、医師の奉仕的活力に期待しているのが現実と思えます。

将来、一次・二次・三次医療などという区分が、不必要になったとき、病診連携が、地域医療の中で、定着化したときと思えます。

文 芸

つかの間の景色も訪なひて見し

紅葉の早や 紅葉の摩川の彩 映ゆる見ゆ

時経な忘れし 如く 頬かむりすなり

五年後に 確約を 特に 期待す

この度の根本的改善望む 声大なり

入院が 過重負担に ならざるや

従来 運営を 苦しむ 結果 招ねけり

退職者の 何故 国保に 温存せざりし

十三夜の 改正保険に 一月もさやかぬ 曇り空

「保険改正月・神無月」 小泉 新策

## アンケート・日本の医療と医師の未来像

過日行なわれました座談会「90年代開業医の生きる道」に際し実施されたアンケートの結果が、厚生省、近藤俊之技官より送られて来ましたので下記に掲載します。

○印は「あなたの意見と近いもの」

×印は「異なるもの」

△印は「どちらともいえないもの」

激動期にある日本の医療の中で、ゆれ動く医師の気持がよくあらわれている様です。編集委ではあえて論評いたしません。これをお読みになった会員のみなさんはどう感じられるでしょうか？

アンケート項目	( 解答数 )		
	○8名	△6名	×2名
1 日本の医療は効率よいといえる。			
2 医療制度を基本的に変える必要はない。	9	3	4
3 自由開業医制が日本の医療制度の根幹である。	15	0	0
4 勤務医師及び開業医の所得は現在満足できるものである。	8	2	6
5 日本の社会保障制度はまだ不十分である。	7	1	7
6 日本人はまだ医者にかかりすぎる。	9	3	4
7 日本では一般に薬を多く使いすぎる。	13	0	7
8 レセプト審査はプロフェッショナルフリーダムを侵すものだ。	6	6	4
9 出来高払いが必要以上の診療行為をしがちになる。	7	4	5
10 日本医師会は開業医の集りである。	9	4	3
11 医療は高度のものを含め国民全体に給付されるべきである。	12	1	3
12 これからの医療は費用対効果を最も重視すべきである。	11	3	2
13 医療はそもそも公的に供給されるべきである。	2	2	11
14 将来医師の所得は下ってもやむを得ない。	5	4	7
15 患者負担はもっと多くてよい。	6	3	7
16 療養費払いより現物給付の方がよい。	8	3	5
17 日本の医療制度で問題の一つは医療の質の管理がないことである。	12	3	1
18 大阪の中野診療所は保険医を取り消されて当然である。	11	4	1
19 患者が診療費の一部を支払うことはセルフケアの充実に役だつ。	9	1	6
20 医師会も弁護士会のように法的な裏づけをもって活動すべきだ。	11	3	2
21 いずれは心臓移植も保険で給付すべきである。	7	5	4
22 脳死判定、ホスピスの導入や植物人間の対処を積極的にすべきだ。	13	3	0
23 医療への行政介入は最少限にすべきである。	12	2	2
24 医師にとって経済的満足より仕事の満足を得ることが大事だ。	10	6	0
25 国家予算のマイナスシーリングは堅持すべきである。	7	5	4
26 患者は受診する際自分の判断で診療科目や医師を選べる方がよい。	15	1	0
27 医師は診療にあたって費用のことをあまり考える必要はない。	6	5	5
28 保険診療では薬の使用は効能効果の範囲内である。	10	4	2
29 医師の報酬は本来は自分で定められるべきである。	12	3	1
30 これから医師会は勤務医も主力になるべきである。	9	3	4
31 保険は定期検診まで給付すべきである。	5	4	7
32 保険の給付率はだれにも同じであるべきである。	7	3	6
33 医療にも民間活力を導入すれば効率的となる。	12	3	1

(4)

No.144

34	医師の養成は社会の責任である。	13	3	0
35	医療費の公的負担を現在より増やすべきである。	7	4	5
36	世帯はかかりつけ医師をもつべきである。	14	1	0
37	医療標準を作り診療内容をチェックすべきである。	3	6	7
38	保険診療は本来的に規格診療である。	10	3	3
39	行った診療行為の経費は個々に負担すべきである。	9	3	4
40	日本では医療内容について密室性が強い。	8	5	3
41	保険診療と同時に自由診療も認めるべきである。	14	1	1
42	医療の分野にも競争原理を導入すべきである。	8	6	2
43	病院経営に企業が参画することは好ましくない。	9	3	4
44	医学部入学定員削減はまず国立大学から行なうべきである。	8	3	5
45	医療の分野にも民間保険を導入した方がよい。	11	2	3
46	かかりつけ医は簡単な外科的なこともできるべきである。	14	0	2
47	開業医は積極的に保健活動に参加すべきである。	11	5	0
48	不適性な診療について医師会は積極的に対処すべきである。	12	3	1
49	診療内容について相互にチェックするシステムが必要である。	9	4	3
50	報酬は技術の難易より消費した時間に比例すべきである。	4	6	6
51	病室や給食には患者の選択を入れるべきである。	12	3	1
52	医療機関の設備や病床数は規制すべきでない。	6	4	6
53	医師は臨床ばかりでなく福祉や管理者にも進出すべきである。	13	3	0
54	卒後教育は大学病院でなく公的病院で行なうべきである。	3	8	5
55	病院の院長は臨床医でなくてもよい。	9	1	6
56	かかりつけ医師は日曜日でも診療に応ずることが望ましい。	5	5	6
57	病院は原則として外来診療を制限すべきである。	14	1	1
58	病院と開業医との役割分担を明確にすべきである。	14	2	0
59	平均在院日数が長いのは医者と患者の双方に原因がある。	12	2	2
60	外来診療報酬は件数払いに近づけた方がよい。	5	3	3
61	大きな病院長はかならずしも医師である必要はない。	12	0	4
62	病院も取り扱う患者の種類により分化すべきである。	12	2	2
63	診療所では入院を要する手術は行なわない方がよい。	10	3	3
64	保険医は准公務員としての待遇されるべきである。	5	2	9
65	専門医制度を確立すべきである。	8	5	3
66	医学博士制度を改革すべきである。	8	5	3
67	開業医は医薬分業すべきである。	6	5	5
68	これからの開業医は専門的である必要がある。	2	4	10
69	開業医は原則として病床を必要としない。	7	5	4
70	入院診療報酬は1日当たりの報酬でよい。	3	1	12
71	開業医が病院の設備機能を利用することは難かしい。	12	0	4
72	開業医はもっと往診をする必要がある。	4	5	7
73	開業医は共同で診療所をもった方がよい。	7	5	4
74	開業医は病院の設備機器を利用でき得る仕事をすべきだ。	11	2	3
75	健康教育は医療費節減に効果がある。	11	1	4

## 特別養護老人ホーム付属診療所現況調査結果

(調査客体 78 施設。 回答 29 施設。 回収率 37.18%)

## 1. 経営主体

個人		法人		公立
保険指定あり	なし	保険指定あり	なし	
2	1	19	7	0
3 (10.4%)		26 (89.6%)		

## 2. 開設時期

昭和30年代	昭和40年代	昭和50年代
3 (10.4%)	11 (37.9%)	15 (51.7%)

☆ 以下は、保険医療機関になっている 21 施設 (個人 2、法人 19) について集計した。

## 3. 病床数

0 床	1~3 床	4 床 ~
13 (85.7%)	1 (4.8%)	2 (9.5%)

## 4. 医師数

1 人	2 人	3人以上
13 (61.9%)	2 (9.5%)	6 (28.6%)

## 5. 看護婦数

	0 人	1 人	2 人	3人以上	記載なし
正 看	1 (4.8%)	6 (28.6%)	6 (28.6%)	7 (33.2%)	1 (4.8%)
准看の内訳	1	2, 2	1, 1, 1, 2, 2	9, 1, 1	
補助者内訳		3, 1		1, 1, 1	

## 6. OT, PT, MSWの有無

O T		P T		M S W	
いない	いる	いない	いる	いない	いる
15 (71.4%)	6 (28.6%)	11 (52.4%)	10 (47.6%)	20 (95.2%)	1 (4.8%)

## 7. マッサージ, 薬剤師, 検査技師, X線技師の有無

マッサージ		薬剤師		検査技師		X線技師	
いない	いる	いない	いる	いない	いる	いない	いる
3 (38.1%)	13 (61.9%)	19 (90.5%)	2 (9.5%)	19 (90.5%)	2 (9.5%)	18 (85.7%)	3 (14.3%)

## 8. 事務職員

0人	1人	2人	3人以上	記載なし
1 (4.8%)	9 (42.8%)	5 (23.8%)	1 (4.8%)	5 (23.8%)

## 9. その他の職員

0人	1人	2人以上	記載なし
1 (4.8%)	2 (9.5%)	1 (4.8%)	17 (80.9%)

## 10. 総支出に対する人件費の割合

10%台	20%台	30%台	40%台	50%台	60%台	記載なし
1 (4.8%)	1 (4.8%)	5 (23.8%)	2 (9.5%)	3 (14.3%)	3 (14.3%)	6 (28.5%)

## 11. 経営

苦しい	まあまあ	良い	記載なし
3 (14.3%)	12 (57.2%)	2 (9.5%)	4 (19.0%)

## 12. 特定の方法で維持している。

寄付金	企業から負担金	公的補助	その他	記載なし
1 (4.8%)	0	7 (33.3%)	4 (19.0%)	9 (42.9%)

## 13. レセプト審査

厳しい	まあまあ	問題ない	記載なし
7 (33.3%)	5 (23.8%)	6 (28.6%)	3 (14.3%)

## ▽ 「厳しい」に○をつけた7施設の査定内容

1. 一般診療所と差をつけないでほしい。……………2
2. 点滴の減点。……………1
3. リハビリ, ホパテ, クレアチニンの減点。(特に国保)……………1
4. 病院からの入所が多いためある程度の治療は認めてほしい。……………1
5. 査定内容記載なし。……………2

14. 個別指導を受けたことがあるか。

あ る	な い
4 (19.0%)	17 (81.0%)

15. その他の意見

① 老人保健法についてどうお考えですか？

- 1. 医師以下パラメディカルも診療の意欲が著しく低下している。 ..... 2
- 2. 無料化を望む。 ..... 1
- 3. 北欧諸国のようになるのが良いかどうかよく考えてほしい。 ..... 1
- 4. 老人は暖か味のある医療が受けられる法律であってほしい。 ..... 1
- 5. 意見なし。 ..... 16

② 今後の老人医療に何を期待しますか？

- 1. 老人が安心して十分な医療が受けられる制度作りを。 ..... 4
- 2. 特養の増設。 ..... 1
- 3. 終末看護に必要な医療行為については認めてほしい。 ..... 1
- 4. 制限診療の除去。 ..... 1
- 5. 精神科のマンパワーが不足している。 心療内科の充実を。 ..... 1
- 6. 家族との交流を大切に、生と死との哲学、宗教的考察を。 ..... 1
- 7. 意見なし。 ..... 12

### 60年度より税務の記帳が必要

来年度より、白色申告の人でも業務に関する記帳、記録の保存が必要となり、そのあらまは次の通りです。くわしくは税務署に問い合わせください。

5,000万円を超える人は、総収入金額報告書を翌年3月15日までに提出しなければならない。しかし確定申告を提出している人はその限りでない。

1) 記帳しなければならない。白色申告の人でも事業所得の合計が300万円を超える場合は簡易な記帳を行うとともに、その帳簿を7年間保存しなければならない。

3) 収支内訳書を確定申告に添付。確定申告書を提出する人は、所得別に総収入金額、必要経費の内容を記載した収支内訳書を添付しなければならない。

2) 総収入金額報告書を提出。年間総収入が

(福祉部)

## 学術講演会

### 糖尿病の診断と治療

S. 59. 6. 15

東京女子医大内科教授

糖尿病センター所長 平田幸正先生

31名の出席回答42名の聴講を得て、流石に糖尿病の第一人者であるだけ我々が教育を受けた時とは違った新しい重要な知識をわかりやすく整理して話され、大変有益な講演会であった。

その要点を簡略に記載し参考に供したい。

糖尿病(D・M)は内科だけでなく、各科にまたがっているが基本的なことだけを話します。

患者数は1980年は200万人、1990年は300万人で10年間で1.5倍増加している。

#### 1. 分類(レジュメP. 4)

D・Mには現在50種類あり疾患群として考えられている。

- (1) I型糖尿病(若年型)インシュリン依存型(5%) IDDM(Insulin dependent D・M)
- (2) II型糖尿病(成年型)インシュリン非依存型(90%) (NIDDM) (Noninsulin dependent D・M)
- (3) その他の糖尿病(二次性糖尿病)

#### 2. GTT(ブドウ糖負荷試験)(レジュメP. 5)

診断がはっきりしない時に行うべきものであってI型糖尿病には行なってはいけない。II型糖尿病が起っているかどうかを見る試験であるが空腹時血糖値が200~300mg/dlあれば施行してはいけない。障害(例えば糖尿病昏睡)を起すことがある。

負荷するブドウ糖の量は、国際的に比較するために75gであるが50gでも一向に差支えない。

	1時間値	2時間値
糖尿病型 75g	140mg/dl	200mg/dl
50g	120mg/dl	180mg/dl

になる。血糖値は型と病気の重さとは平行しない。

#### 3. 合併症

血糖値200mg/dlが何年間続いているかで起る。

II型糖尿病は自覚症状がなく、眼底出血を起す。失明の第一原因はD・Mである。尿毒症の第一原因は糸球体腎炎、第二番目はD・Mである。

II型D・Mの10%に網膜症があり年に一度の眼底検査が必要である。神経障害。

4. D・Mは医者の手で、種々の検査と患者教育とによって、どんなにでも抑えることができる。

I型D・Mはウイルスによって起り、II型D・Mとは全く違うもので、インシュリン注射が必要で3年前より自己注射ができるようになった。インシュリン注射液には色々の種類があるが、自分でよりよいコントロールを達成するために、自己血糖測定とスライディングスケール法を行っている。

境界型の中にも、増殖型網膜症があることがあり、血糖値だけでは安心してられない。

以前は糖尿病昏睡で50%は死亡したが、持続的インシュリン注入法ができてから死亡しなくなった。

奇型児は妊娠前から血糖値を管理するようになってから生れなくなり、以前は妊娠38週で生せたが今は40週までよくなった。

空腹時血糖値が140mg/dlだと痛での死亡率が1.5倍に、心筋梗塞、虚心性心疾患は3倍に増加し、感染症は200mg/dl以上になると増加する。

脳血管障害は対象と比較してあまり変わらない。

#### 糖尿病の外来治療

- (1) D・M治療は本来外来治療をすべきものである。
- (2) GTTの回復は無意味であるばかりでなく、危険を併うものである。
- (3) 空腹時血糖値は臨床的意味は乏しく、食後2時間の血糖値の方がよい。
- (4) 24時間血糖値を見るためにHbA1を見よ。HbA1cは過去1~2ヶ月間の平均血糖値を示し7%以下にしておくといよい。HbA1を9%以下にしておけば合併症は起らない。
- (5) 全糖尿病患者は少なくとも年に1回は眼底検査を行え。ScotIVになると死亡率が高くなる。

#### 食事療法(レジュメP. 6)

Wild wild west an で保険ではあわないが、治療の基本である。体重計、食物秤、糖尿病治療のための食品交換表 日本糖尿病学会編 ¥300-を用意せよ。

- (1) P. 20, 21.を見よ。これだけのものが食べら



れる(糖尿病基そ食の献立例、(A) 1200Kcal = 15単位)

(2) 果実、牛乳は食間に食べよ。(P. 21)

牛乳は食事と一緒に飲むな。

(3) P. 57 付録見よ。P. 58, 59, 60 は食べるな。これだけ守れば、半分はよくなる。

(砂糖及び調味料類、アルコール飲料、嗜好飲料、果実等)内服薬(レジュメ P. 9~10)

食事療法をしても血糖値が140 mg/dl以下にならない場合 必ず少量より使用せよ。必ず低血糖に対する注意書を渡しなさい。(レジュメ P. 11)

SU済: II型D・Mに使用し、切味がよい。

ラスチノン 1錠直食前か食後→2錠朝、夕2回→オイグルコン 1.25mg→2.5mg→ダイアビニーズの順に使用する。但、ダイアビニーズは老人には注意、低Na血症になりやすい。アルコールに対する閾値を下げ、急性アルコール中毒になり易い。

BG剤:あまりきかない。(レジュメ P. 6 症例 B、現在体重より理想体重に上げるのによい。図2) 尚、平田教授の新患の診察日は月、火の午前中「生活のリズムを変えないで、食餌を摂取して来院して欲しい。」と話されました。特診料は不要とのこと 念の為。

(文責 塩澤 永康)

### 会員の諸先生方へ

#### ビデオテープの活用を

下記のビデオテープのダビングが出来上り、医師会に常備致しましたので、大いに、ご利用くださるようお願い申し上げます。

- (1) A型肝炎の診断と転帰: 新潟大 内科 市田 文弘
- (2) B型肝炎の診断と転帰: 同上
- (3) 慢性肝炎 東大 内科 織田 敏次
- (4) 胃のX線診断 順大 内科 白壁 彦夫
- (5) 超音波画像描出のコツ 東大 内科 万代 恭嗣  
(肝臓・胆道系・膵臓)全3巻
- (6) サービスの質の向上を
- (7) 看護サービスの向上を目指す(その2)

追記 1. VHS ベーター両方共あります。

2. 医師会の備品となり、勉強会、行事、集会等に使用します。

3. 会員の方々に貸出も致します。希望の方は医師会に申し出下さい。

(学術部 塩澤)

## 「老人病の臨床」

### Ⅲ 老年者の精神障害

現在問題になっている老人性痴呆を含めて、杏林大学医学部精神神経科の武正健一教授によるわ

かり易い講演がおこなわれました。

(昭59年9月20日)

講演後の質問も活発にあり、有意義な研究会でした。

(足立)

各部より

公衆衛生部

松原貞一

1. 保健所における通称「ボケ老人に対する相談事業」について

昨年1月局長通達として、「保健所に精神衛生相談窓口を設置し、老人やその家族一般住民などに対する老人性痴呆疾患などに関する相談・知識

の普及・啓もうを行う」事業を行うことになり、今年度より福生保健所において事業が発足することになった。については会員の協力も頂きたく、福生保健所予防課長 新井先生より次の様な解説原稿が寄せられました。

保健所に於ける老人の精神衛生相談事業についての御紹介

福生保健所では昭和59年度から新規事業として、老人に対する精神衛生相談事業を行なうことになりました。東京都は国の方針を受けて、この事業を先づ58年度に八王子保健所に於いてパイロットスタディとして開始しましたが、59年には当福生保健所に於いても実施し、更に61年度までに5カ所、将来的には全保健所に拡充する予定になっております。

事業内容

1. 衛生教育

- 講演会
- 家族教育(痴呆性老人のいる家族) 家庭介護の個別的、集团的指導

2. 相談指導

- 随時(保健婦)、医療機関、福祉制度の紹介、定時相談予約等
- 定時(医師、保健婦)

目的：潜在する在宅痴呆老人の早期発見、早期処遇。

内容：診察、処遇方針の決定(可能な限り在宅ケアをすすめる)、家族に対する介護法の指導。

3. 訪問指導

家庭訪問(保健婦)。患者と介護者に対して生活の仕方、介護法、病状観察法について指導。

保健所での専門医による相談指導

当所管内の推計患者数 308名、推計入院入所者数 33名

実施時期：59年10月から毎月第2月曜日の午後。

担当医：東京海道病院副院長 江本 虎雄先生

受付：電話予約による。予約後家族同伴で(やむを得ない時は家族のみ)来所。

主治医との連携

軽度の異常行動、症状(例えば幻覚、妄想、せん妄、興奮、不眠等)には投薬治療は有効とされているので、これらについて主治医から治療法、介護法の相談があれば応ずることとします。この場合は、主治医の紹介状を持って来所するようお願いします。

一般に老人の軽度の痴呆については、適切な介護や環境改善によって或る程度は症状の改善、あるいは進行の遅延が期待されるので、主治医が必要と認めた場合には、家族に対して本相談事業を利用するよう勧奨していたゞければ幸いです。

以上のように主治医の紹介によって患者・家族が来所した場合には、相談・訪問の結果を主治医あてに報告します。

患者・家族が自発的に来所する場合には、事前に主治医の了解を得ておくこととし、またその結果についても同様主治医に報告します。

福生保健所予防課長 新井 愛彦

2. 麻疹の無料予防接種を12ヶ月児より可能に。

法的には12ヶ月より接種可能な麻疹の予防接種が、実際は厚生省の指導に従って18ヶ月より実施している市町村が多い。6ヶ月実施を遅らせて接種をするようになった理由は、1才以前は母体よりの移行免疫の為ワクチンのテイク率が悪いという説からで、確かに10年位前アメリカの文献に12ヶ月児のテイク率80~85%で、18ヶ月以後の90%と差があると託してある。所がこのテイク率の問題について、北里研究所ウイルス部長牧野先生に意見を伺う機会があり、先生の説によると、母体よりの移行免疫は6~8ヶ月で殆んど消失してしまい、12ヶ月児と18ヶ月児にテイク率の差が出るのは、主としてウイルスの干渉現象によるといわれる。即ち春など感染症の多い時ワクチン接種をすると、先行感染の潜伏期などであったりして、

ウイルスの干渉現象の為ワクチン・ウイルスの増殖が抑制されて、抗体産生が悪くなるというのである。秋など感染症の少ない時期を選んで接種をすれば、12ヶ月児も18ヶ月児もテイク率に差はないのではないかという考え方である。現実には12~18ヶ月の間に3割の乳児が麻疹に罹患している。多少のテイク率の低さと3割罹患のトラブルを比べてみると、現在青梅市が実施しているように、問診票の表向き配布は18ヶ月以後としても、窓口申し出があれば12ヶ月より接種可能とすれば、集団保育児などの麻疹罹患は少なくなり、働きに出ている母親にも喜ばれるのではなからうか。それにしてもテイク率に差があるのか否かは気になる所であり、過日の公衆衛生委員会では、12ヶ月児にワクチン接種を行ないテイク率を出して、18ヶ月以後のそれと比較研究を行うことになった。

## 笹本義太郎先生を偲んで

後藤 伸

10月7日 日旺の夜11時頃外出先より帰宅したら「笹本医院の大先生危篤との電話がありました、PM1:30」と留守番のメモが置いてあった。驚いて息子の隆夫さんに電話したら 2週間前から検査の為青梅市立総合病院に入院、症状段々悪く、今日は親類縁者にもお別れに来て貰った。自分の見るところも甚だ難しい様に思われる、とのこと。大変なことだと思いつら不安の一夜を過ごし翌8日朝7時半総合病院へ行く。

酸素マスクは嵌めたまゝ乍ら笑顔も見せ、全く普段と変り無い話し方に胸を撫で下す。

時々意識も途切れ勝ちだったのに、昨夜半から急にものを言い始めたんですよ と附添ってお出での奥様、お嬢様のお話。連日徹夜の看護でお疲れの御様子乍ら 危機を乗り越えた安堵と喜びが言葉のはじはじに明るく綻ぶ。

胆嚢のあたりの痛みを覚えた為初め外科に入院、精査の結果胆嚢には異状無く内科に転棟、肺炎であることが判り、種々試みた加療が昨日命中したのでしょうと点滴瓶を指さされる口辺には笑みさえ湛えて居られる。併し数日来全く苦しかった。二三歩を動くのが辛く一巻の終りと思つたと云わ

れる。

何とか乗り越えられましたから 又一緒にお酒呑んで下さい と云われる奥様の顔も故人の眼差しも晴れ晴れとしたものだった。

と云って 斯んなに話して大丈夫かなと気になる程次々と話題が出て思わず30分位も居て了う。良かった良かったと帰路車のハンドルも軽く辞めたことだった。

翌9日火旺夕方、その日の手術を終え階下に下りて来たら 足立先生、百瀬先生より電話あり笹本先生亡くなられたとの由、愕然とした所に笹本宅よりも同じ報せありと妻の報告。取敢ず駆けつける。

未だ温かかった。昨朝機嫌よく話した許りだった。涙が溢れた。大声で呼び掛けて肩を揺すってやりたかった。死後処置の済んだ後、手を組み数珠を挟み、開きめの下顎を硬直の来る前に支え上げて居る それ以外にすることは無かった。役に立つことは無かった。

直接の死因は肺炎の後の肺水腫で、逝去当日の午後より容態急変、先生の来られた死前日の朝が一番良い時でした と隆夫さんに聞かされ又胸が

詰った。

故人との触れ合いは昭和31年秋に始まる。福岡から勤務医として雇われて来た私の挨拶廻りを、玄関かまどの上に迎えた故人は実際よりも大きく見えた。高い白哲の額は自分よりひと廻り以上の年輩かと思わせ、落ち着いたその風貌と言語音声は既に長者のものであった。其後医師会其他お逢いする機会が重なるにつれ、年令も左程変わらず、酒も等量位と云うことが判って来た。

「本当は女学校の漢文の先生になる積りだったんだ。帰去来辞や赤壁賦や出師表など朗々と読んで聴かせてやりたかったんだ。李太白や杜甫に溺れる様な娘もつくってみたかったんだ。ところが医者になる筈の兄貴が死んじまってさ、急拠次男坊の俺が医者に仕立てられると云う始末さ」

良き友との出遭いが重なる時、酒の効用は素晴らしいものである。その人の生き方に共感し、深い人生観に打たれ、共に描く理想像の美しさに酔い生きて居ることを感謝し、謳歌する。

世の多くの人々は、気付かず又は意に留めないものと思って来た些細なことを、その人がちゃんと捉え意義づけて居ることを発見した時の喜び、人混みの中で見留めた小さな滑稽を目撃し気付き、同時に見合わせる丈で総べてが通づる充足感。

故人には私が出遭うその少し前から、藤野是常、百瀬政雄の同年生れの僚友がお在りで、私はその末輩として仲間に入れて載いたものである。

この前彼は酔払って頻りと六次限の世界がどうのこうのと口走って居た。只の受け売りか、何か自ら創成したことがあってのことか。次々と次の呑み会が待たれる日々だった。

昭和34年4月17日(土)これが十七会トナカイ初まりの日である。この日お三人によって熱海随行を許され藤野先生の運転で行く。九州で育った私に熱海は貫一お宮の金色夜叉以外何も知識は無い。黄昏に初めて見るお宮の松すら私には新鮮なものであった。手ブラで行く三人の後から、歯ブラシ下着の入った風呂敷包みを小脇に抱え、ホテルのスリッパに穿き替えた無様な格好すら今は懐しい。

何時もそうであったが、日本間に入って床柱を脊に坐るのは決まって故人であった。立案、計画、手配総べて周到にして下さるのが藤野先生、手を

拍ち唄を歌い大いに座を盛り上げるのが百瀬先生、新参青二才の私が酔に任せて太平楽を並べ立てるまでさして暇はかゝらなかった。

当時のしきたりとして宴には必ず芸妓を呼ぶべきであった。四人来た芸妓が三本指をつけて丁寧挨拶したあと所謂お座敷をつける。舞の披露である。この間比較的行儀よく盃を傾け乍ら眺め、終ると拍手して労を慰らう。その後はサーさんフーさんモーさんゴーさんなどとなって脊の上を盃が行き交う。嬌声が弾ける。床柱を背にした主賓には三味を弾いた地方の年増が待る。青二才の横には舞を舞った立方の若い妓がつく。時に裸踊りまで出る。藤野先生の紅絹の褌が灯りに映える。

あっと云う間に線香の時間が過ぎて芸妓が帰る。温泉に浸って又出掛けたり 地下のバーやホールに行ったりする。皆若く元気だった。

おっとりと思いだ午前の海はしみじみとした倅せを感じさせることがある。戦争中のこと、終戦の日、戦後の空腹等々。遅い朝食につけた2本が4本に、8本が12本に、狭い部屋の壁の下二辺に銚子を並べ尽くしたこともあった。

月に一回やろうよ、会の名前をつけなきゃな。昨日が17日だったから十七会(トナカイ)としよう。故人の命名だった。

酒を呑んで駄弁るだけでは忘れて了いそうだからと 毎月当番を決めて趣向を凝らすことになった。観劇の類いは家族同伴で奥さん方も愉しみにして呉れた。イブモンタン、三喜松、レニングラードバレエ、「日旺日は駄目よ」日響他リサイクル プロ野球 独りでは仲々思い立てなかった所へ行けた。雪を見にと上野から夜行で金沢まで行ったり、急に誰かが松本に行きたいと云い出し翌日行ったり、徳島の阿波踊りが一番速い所だった。

何時も四人だけだった訳ではなく、時々ゲストを招き又こちらから押しかけることもあった。上田登代一、菱山正治、山田正哉の諸先生と7人会もした。

昭和42年故人は心臓を患われ略一年の間休診された。大変心配はしたが何も役に立つことは出来なかった。医師独りが、患者さんのひとりひとりと繋りの上に乘かって居る開業医の脆さでもある。

恢復され旧通り診療されるようになった時 我我は大いに喜んだ。間を置いて危惧し乍らの全快

祝であったが、カッポカッポと盃を重ねられ、大いに安堵し 翌朝は又心配になって電話したりした。

併し其後十七会の集まりは減った。年に数回不定期となり、お互いの無事を愛ほしむ願慮が行われた。蛮声歓呼は少くなり、言葉が相手の琴線に触れる和音を愉しむことが増えた。

今年初春、四月十七日は十七会25年になるから第1回の熱海つるやに集まろうよと話し乍ら、色々な都合で果せなかったことが悔やまれる。30才台後半から略10年が、この会あってこそ私には最も充実した生涯の宝となった。長い間を導き励まし共に歩いて戴いたことを感謝する。

故人は誠に誠実温厚の人であった。どの患者さんに対しても全力を挙げて最善を尽くされた筈である。玄関の外まで穿き物が溢れて居る情景が屢屢見られた。又我々友人に対しては寛容で年上の

方には古式にと云って良い程礼節を守られた。芯となって居る誠実さの裏打ちに素朴な頑固さが感じ取れることもあったが、好ましい尊敬を抱かせ信頼を呼ぶものだった。初めの頃よく藤野先生と貴方はやがて医師会の中心になるよ、そして吾々外来者は犬馬の労を惜しまないからと云ったものだったが 心臓疾患以後は云わないようにした。西多摩の風土に育かれた素朴誠実な医師の理想像は 私の胸の中であって多くを故人から取入れて居る。

嗣子隆夫さんは既に業成り修練の後数年前より帰郷、立派に家業を継承され、故人盛業時を凌ぐ状態である。往時と異なり現代身の廻りに斯様な完璧の世代交替が行われることは歎い。64才と云う享年は長寿の今惜しみ切れないものであるが、戦争苦難の時代を乗り越え 他の為に尽くし役立つこと丈を目的とした医師の生涯を 今立派に終えられた先生に満腔の敬意と哀悼を捧げる。

(59. 10. 18)

## 私の経験例

### 上部消化管穿孔＝横隔膜下ガス。!?

渡辺良友

医師国家試験を受験した者は現在何科を専門にしても昔の記憶に上部消化管穿孔＝横隔膜下ガス像の線をひいた事があるのではあるまいか。毎年同じように国家試験の常連だったのであります。外科を臨床するに及びこれをイコールでむすぶ事になんと問題が多いか最近痛感するしだいであります。

上腹部板状硬で上部消化管穿孔かと思われるに横隔膜下にガス像を認めるのは約半数位でしょう。ガス像を認めないものはすぐに大網で穿孔部がおおわれ free gas として腹腔内に空気もれ出していないのでしょう。ですから最近では内視鏡をして潰瘍の確認と(出来れば穿孔部の)その後の空気をおくりこんだ後の横隔膜下ガス像で確定診断をしています。しかし潰瘍を確認しようとばかり、懸命になっていると看護婦さんに“先生チアノーゼがあります”などと言われ内視鏡より腹部を見るにまさに蛙腹、あわてて切開するとプシューと空気が出て息をふき返したなどという事がありました。教訓1. 上部消化管穿孔が疑われる時の緊急

内視鏡は蛙腹に常に注意を。!

次に横隔膜下ガス像がある時は常に上部消化管穿孔であるか。この命題も否であります。腹部手術を受け筋施綫が十分に効いたまま空気をおこめて閉腹した場合、1ヶ月位は横隔膜下にガス像が見られ自然に吸収されます。これは人工的気腹ですが、数年前、多少上腹部痛があるというおばあちゃんの胸腹部立位レントゲンを撮ると、やや、立派な横隔膜下ガス像。それにしては腹がやわらかい。内視鏡で見ると確かに胃潰瘍があるがUⅠⅡ程度でこんなものが穿孔をするものかと疑いつつも、患者は手術台に乗せられるのであります。開腹するにいつも見られるような膿や食物残渣がない。へんだへんだと思ながらも胃切除を行い終了後に下腹部を見ると回腸におどろの房の連なったものと言うか、まほろしのへび“ツチノコ”と言うか40cmばかりの回腸が太くぶよぶよしている。当然その患者は同部を合併切除されてしまいましたが病理の結果は腸管囊腫様気腫とのこと。

聞きなれない病名とばかり書物を見れば、あるある、Pneumatosis intestinalis、胃潰瘍や消化管閉塞のある場合空気がある割れ目より入り小腸や大腸に空気の房をつくり時々自潰して気腹になる。そして横隔膜下ガス像をつくる。この横隔膜下のガス像をChilaiditiのサインと言う…と。

教訓Ⅱ 横隔膜下ガス像があっても上部消化管穿孔であると速断するなかれ。Chilaiditiのサインであるかもしれない。

このように上部消化管穿孔と横隔膜下ガス像とは必要でも十分でもない事を経験したさいであります。

診療報酬明細書返戻状況

7月分

返 戻 理 由	医科(乙表)件数			
	青 梅	福 生	秋 川	西多摩
1 保険者番号、記号○番号、公費負担者番号、市町村番号、受給者番号の不備又は保険者番号と記号の不一致	29	18	13	22
2 旧証の記号○番号	277	106	110	181
3 患者名、生年又は生年月のもれ	1	0	0	4
4 傷病名のもれ	0	6	0	1
5 診療月分、診療開始日、診療実日数、転帰のもれ	6	8	1	5
6 診察料(初診、再診、往診又は時間外等の表示)のもれ	3	0	0	7
7 診療月と診療開始日及び初診料の不一致	1	2	1	2
8 診療実日数と診察回数又は処方回数の不一致	7	1	1	8
9 投薬○注射(薬名、規格単位、用量、回数)の不備	2	0	0	3
10 処置○手術○検査○X線(薬名、回数、内訳)の不備	5	0	0	1
11 入院料の不備	0	0	0	1
12 点数欄記入もれ又は点数算出根拠不明	1	4	0	0
13 契約外(国保、国鉄、公費等)	3	0	0	1
14 症状詳記(診療内容及び方針の説明等付せん参照)	4	1	4	3
15 医療機関(薬局)の申し出によるもの	1	0	0	1
16 その他	0	0	0	0
計	340	146	130	240

理事会報告

9月定例理事会

昭和59年9月26日(水)

P. M. 7:30 ~

西多摩医師会館

議事録署名人 { 石井理事  
植田理事

I 報告事項

1. 都医地区医師会長協議会報告 瀬戸岡会長
  - (1) 健保法の改正について(資料あり)
  - (2) 昭和59年度准看護婦卒後教育講習会開催について(資料No.1-2)
  - (3) 第15回全国学校保健・学校医大会について(資料No.1-3)

## 同好会だより

第43回西医ゴルフ研修会  
兼第17回西拍対抗戦

日時：昭和59年9月30日（日）

場所：高麗川C・C

寒いと思って、長ソデにチョッキまで着こんでいったのに、当日は無風、快晴！ 暑いなのなの。その上チューハイで身体の中も暖めたから、サァ大変、またまた優勝は出来ませんでした。（本当は実力がないからですが……）

どうもこの対抗戦は、女性に甘い人が多いのか、スコアよりもゴルフそのものを楽しめば良いという人が大部分なのか、成績は女性上位の事が多いようです。今回も優勝、準優勝はともに女性でしたが、パーティの席上で、チャーミングなど夫人方の笑顔をみると、「これで良いのだ」とオモイマシタ。（団体戦は西医の優勝でした。）

なお、小林先生の順位は初参加の為ですが、まだ若いので、いずれ優勝することでしょう。

(足立)

	O	I	G	HD	N	
近藤(玲)	43	48	91	24	67	優勝
大嶽(繁)	47	47	94	22	72	準優勝
鈴木	42	44	86	13	73	3
小林	48	51	99	28	71	4
内山(大)	43	42	85	12	73	5
大嶽(栄)	44	40	84	9	75	6
近藤(高)	43	42	85	9	76	7
内山(淳)	50	55	105	28	77	8
足立	42	46	88	11	77	9
松岡	48	44	92	14	78	10
山口	44	47	91	13	78	11
沖	43	48	91	12	79	12
江本	47	49	96	11	85	13
葉山	50	52	102	13	89	14
近藤(正)	56	56	112	23	89	15
川崎	56	56	112	22	90	16
岩瀬	52	48	100	10	90	17
青井	53	61	114	24	90	18
高水	56	57	113	22	91	19
川島	60	57	117	26	91	13・13
藤川	60	53	113	13	100	21
丸茂	N.R	67				

## あ と が き

目黒の住宅地より16号線に沿った拝島陸橋近くに移り住んで一年近くになる。目黒では夜、蚊のブーンと鳴く音に悩まされたが、今は16号線拝島陸橋を登る長距離トラックの爆音に悩まされ続けている。

都心近くより郊外に来て騒音に悩まされるとは思いもよらなかった。これは最近気付いたのだが東名、中央通と関越道東北道との間の長距離トラックがバイパスとして利用しているかららしい。夜中より朝にかけてひっきりなしに10トン車やトレーラーが続く。排出するガスは真黒である。ナンバーを見ると青、大宮、新潟、群、静岡、相模であきらかに他府県が多くこの地域をジーゼルの排気ガスで大気を汚して行く。名古屋の新幹線訴訟は朝6時から夜11時半頃までの騒音振動に対しての不満であるが、長距離トラックのそれは騒音振動に加へ大気汚染、安眠妨害とさらにひどいも

のである。いま横田基地にそって16号線の拡張工事をしているが、今後ますます夜間長距離トラックのバイパス通として一般化すれば環七公害以上の住民被害と言って良いのではなかろうか。16号線沿いの住民はそろそろ怒ってもいいのではあるまいか。

渡辺 良友





# 関東医学検査研究所

本社研究所 埼玉県所沢市岩岡町281-58  
TEL. (0429) 23-7272 (代表)  
東京営業所 Tel(03)979-3261 西東京営業所 Tel(0425)65-0072

## 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

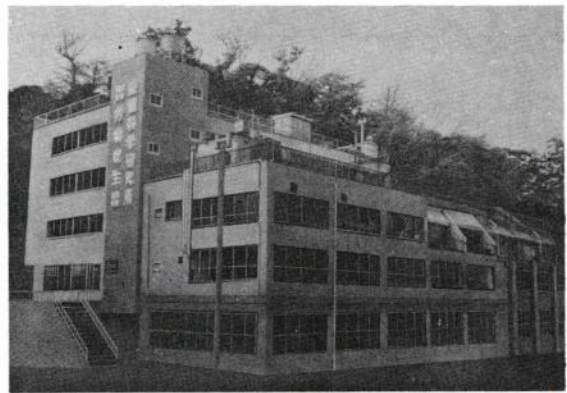
関東医学検査研究所 埼玉県所沢市岩岡町281-58  
埼玉臨床検査研究所 埼玉県鴻巣市天神三丁目673  
群馬臨床検査センター 群馬県前橋市六供町1360-1  
東京臨床検査研究所 東京都板橋区徳丸4-14-18  
セントラル・ラボラトリー 東京都中央区日本橋兜町12-7

### 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
  - 内分沁学検査●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。