

西多摩医師会報

1985年9月1日

154号

発行所・社団法人 西多摩医師会

編集委員・村山 正昭

荒巻 武彦 石井 好明

小林 杏一 堀田 洋夫

東京都青梅市西分3-103

TEL.(0428)23-2171(代)

栗原 琢磨

渡辺 良友

中間施設に関する考察

植田 稔

1. 厚生省試案「中間施設設置構想」の本音と建前

厚生省が従来から持っている「医療費抑制ならびに削減」の悲願を打開するための「中間施設設置構想」であることは衆知の事実である。

しかし、この事実さえもマスコミを利用した本音かくしの隠れ蓑にすぎないことを医療の第一線で働いているわれわれ医師会員は熟知している。

厚生省の本音は医療の官僚統制にあり、医療法と健康保健法（老人保健法）とを強力に駆使して、医療全般にわたって医療制限を強化している。

医療制限は医療費抑制とは全く次元の異なる弾圧として区別されて然るべきことである。厚生省はこの事実を充分承知しながら、医療面での極端な一現象を普遍化し、その機を逃さず、医療統制のシステムを漸次立法化して無辜の民をくるめている。

これが厚生省の本音である。

法をいじって立法化し、その法を盾にして、お年寄りや勿論医療従事者に対し、有無を言わず、しめあげ苦しめていくという、場当り的な悪い医療行政は、医療界の歴史的汚点として、将来ながく残るであろう。

この本音を常に意識の中心に据えておきながら、厚生省の言う「中間施設設置構想」を考察することが、来たるべき高齢化社会における国民の医療・保健・社会復帰活動に貢献しうると信ずる。

厚生省は医療経済面から「中間施設設置構想」を考えていると同時に、いかにして厚生省を頂点とするブリッジマン・システムの三角形構造の中に医師会を封じ込むか、いかにして医師が命令一過従わざるを得ない体制が作れるかに躍起となっている。しかし必要な医療を行政に反映させ得るのは我々である。

2. 中間施設に関する過去の報告について

「中間施設」について、これまで多くの報告がなされている。しかし、ここではこれからの報告すべてについて逐一触れることはしない。

昭和60年7月 日本医師会 医療システム研究委員会報告の「中間施設について」は厚生省の考えている中間施設構想の欠陥を衝き、将来を見通した現実的な構想である。

主な報告を列挙する。

① 日本医師会 昭和60年7月

中間施設について。

② 中間施設に関する懇談会 昭和60年8月

要介護老人対策の基本的考え方といわゆる中間施設のあり方について。

③ 厚生省 昭和60年4月

中間施設に関する懇談会資料。

④ 社会保障制度審議会 昭和60年1月

老人福祉のあり方について（建議）

(2)

- ⑤ 中央社会福祉審議会 昭和56年12月
『当面の在宅老人福祉対策のあり方について』
(意見具申)。その他の報告。
- ⑥ 日本看護協会 昭和60年3月
中間施設に関する要望書。
- ⑦ 中間施設を考える会 昭和60年2月
『「中間施設」についての意見書』
- ⑧ 毎日新聞 昭和60年7月24日
厚生省試案「要介護老人対策大綱」についての
記事。マル秘扱い試案が掲載された。
- ⑨ 毎日新聞 昭和60年8月3日
寝たきり老人介護在宅型施設をまず充実。

3. 中間施設に関する問題点と 意見

I <田中恒男氏型の医療システムにおける 病院・診療所との機能的な流れが不明確である。>

厚生省は中間施設構想を要介護老人を対象として世論を盛り上げ試案を策定しているが、将来は内科系の結核、難病の患者、精神科の長期慢性患者、整形外科系の慢性患者に関しても漸次拡大していくことは既に時間の問題である。8月3日の毎日新聞記事のように、吉崎厚生省健康政策局長は「中間施設に関する懇談会」の“在宅を基本とし、通所、短期入所のサービス施設とする報告”に対して、入所型施設は事前に制度の体系化・一元化を図らなければならないと明言している。

即ち特別養護老人ホーム・中間施設・老人病院の体系化である。

お年寄りは多くの疾病を併せ持っているものである。たとえ老人病院に入院しておらず他科に入院していてもレセプト提出を一定年齢以上にまとめることを義務づければ厚生省の意図はたやすく実行できるとして計画している。

☆今後あらゆる部門で、各種問題を掘り起こした上で体系化する厚生省の計画は日本医師会の寸断を企図したものである。

II <医療と福祉の両機能を統合させようとする厚生省の考えの誤り。>

☆病院・診療所と特別養護老人ホームが運営上、法的に異なることもさることながら、国民の健康

を守ることに存在意義がある厚生省は自ずからの手でおのれの存在を否定するものである。

現在、生活保護を受けている住民が医療機関にかかる場合に照らしてみると明白である。核家族化が進み高齢者人口が増えてくると、生活保護を受ける世帯も必然的に多くなってこよう。

☆お年寄りが病気になったときは早期に医療機関を訪れるのではなく、老軀を鞭打って先ず福祉課に御願いで医療券を貰うことになる。お年寄りは普段から肩身の狭い思いをしながら生活しているものである。

死の間際になって、はじめて身近の人が福祉に働きかけることになる。

これが長い間社会に貢献してきたお年寄りに対する処遇であろうか。

憲法に保障された最低限の権利さえ脅かしかねない問題である。

医療経済面にのみ注意が払われると、得てして、角を矯めて牛を殺すたぐいになる。

厚生省が医療をとおして国民を守るか、大蔵省が更に深く医療に介入してくるかは、将来の日本の医療・保健の存亡を左右する岐路であると言える。

III <ベット数を減らした後の病院を中間施設として活用しようとする厚生省の計画の問題点。>

新規に中間施設をつくるには莫大な財源を必要とすることは必須である。もともと、医療費抑制から出発した中間施設構想であるから、中間施設を政府がつくるとは考えられない。よしんば数箇所のモデル施設と銘打って建てるぐらいのものである。

☆既にベット減らしは着々と進められている。公的扶助のない中小私立病院は医療費抑制のおおりに受けて倒産寸前に追い込まれている。その弱みを作りながら、他方では医療スタッフの医療法上の定数不足を厳しく取締り倒産に追い討ちをかけている。

看護婦が東京都では、その絶対数が不足しているのを承知の上での取締りである。看護婦の絶対数不足の責任は行政がわにあるのである。共に都民の健康を守るために協力すべきではないか。

☆中間施設は中小病院の転用を待つのではなく、各地域ごとに、学校区毎に「在宅型」を自治体が

つくり、特養を増やして「入所型」にすることを検討する必要がある。こと新しく医療福祉統合のシステム化を図ることはない。

☆医療と福祉を統合するという曖昧な施策でなく、医療か、福祉か、施設の性格をはっきりさせることが大切である。医療施設にしる福祉施設にしる、地域医療計画の中で検討し、計画が策定される必要がある。

(老人の医療費を出す役所と生活費を出す役所が違っていても、それは内部の操作で如何様にもできることである。)

統合といえば聞こえは良いが、逆に医療担当部門か福祉担当部門か、責任の所在が明確でなくなる危険をはらんでいる。

お年寄りは医療と福祉の狭間でさまようことになる。

IV 《厚生省の主張する「在宅型」中間施設と「入所型」中間施設の問題点》

「在宅型」は在宅介護を基本とし、家庭で介護している老人を施設で受け入れ、一定時間リハビリテーションを行ったり、生活訓練などのデイケアを行なうと共に、家族が病気に生った時のショート・ステイを行なう施設で各地域に数多くつくることが望ましいとして報告している。(中間施設に関する懇談会 昭和60年8月2日 報告)

「入所型」は病院から退院後、家庭や社会に戻るためのリハビリテーションを行ない、入院は必要ないが家庭介護もできない老人に医学的管理と看護を中心としたサービスをする施設としている。

この考えは、『社会保障審議会 昭和60年1月24日 老人福祉の在り方について(建議)』の中に具申されているが、その内容の中で病院と特養老人ホームで取扱う対象が同じだから、医療面のサービスと福祉面のサービスが一体として提供されることが不可欠であるので、それぞれの長所を持ち寄って中間施設ともいふべき新しい形の介護施設を制度化することを真剣に検討する必要があると、極めて重大な問題を含んだ内容である。

このような短絡的な拙速に走ることは悔いを将来に残す。

☆「在宅型」は《託児所》に対応する《高齢者介護所》として学区ごとに検討して、つくる必要

がある。

☆「入所型」は医療・福祉の統合を図った新しい形の中間施設を考える必要は全くないと考える。特別養護老人ホームを数的にも質的にも充実させることのほうが、医療産業の進出を阻むことから良策と考える。

歴史的に今日の日本の医療を支えてきたのは多くの無名の医師たちである。

V 《政府は中間施設をつくり易くするために、土地政策を検討するという案件についての問題》

この案件は土地を手に入り易くするための方法論と考えてよい。

わかりやすく言えば、土地の安いところに中間施設をつくらせようということである。

東京都において土地の安いところはどこか。区部より三多摩が安く、北多摩よりは、南多摩、西多摩が安いことは毎年新聞に発表される土地評価額で衆知のことである。更に交通不便な僻地のほうが安い。

☆来たるべき21世紀の高齢化社会をにらんで、高齢者が住み慣れた地域の中で、動きながら地域活動に参加し、生きがいを持って生活していくことが理想である。

☆多くの報告書が老人病院・老人施設が多摩地区に偏在していることを指摘しており、その現状を憂えている。早急に極端な地域偏在は是正されなければならない。

☆東京都行政当局においても、老人医療の理想像を目指し、地域特性、更に医療スタッフ、特に看護婦の充足状態を充分検討した上で善処されたい。

次に問題点のみを列挙する。

VI 《民間活力の導入論に対する危ぐ。》

VII 《老健法に基づく諸事業の拡大とその開業に際して医師会との意志疎通不充分……→→中間施設設置後に同様な行政専断のおそれ。》

VIII 《憲法に保障された職業選択の自由と同様に、自由開業医性が守れるか》

以上

学術講演会

消化管疾患のプライマリー・ケア

60. 7. 23

「胃・十二指腸潰瘍の穿孔について」(穿孔性腹膜炎)

講師 帝京大学 第一外科 花上 仁先生

〔診断〕① 板状硬の腹壁強直、② 腸雑音の減弱、③ 肝濁音界の消失

この段階で鑑別診断が難しいのは急性肺炎である。エコーで腎臓の上に液体の貯留が認められれば急性肺炎である。

〔検査〕 有力なのは腹腔内の遊離ガス像である。右側の横隔膜下に出現する場合は殆どである。

腹部単純では見にくいので胸部も撮る。左側の場合、胃と間違い易い。胃泡との鑑別は、横隔膜は薄いものであるから、胃泡と比べて、遊離ガスとの距離が短い点で区別する。

立てない時は左側臥位、前後方向で撮る。最高位となった右側腹部にガスが移動する。

穿孔発症から6時間以内では、未だガスが認められない場合もある。

〔対策〕 急性腹膜炎では、① 循環血液量の減少、脱水、② 中毒症状、③ 腸管麻痺が起こっている。それらの対策として、① 低循環血液量、中毒症状に対し、静脈確保し、輸液を施行する

中毒症状に対し、静脈確保し、輸液を施行する {ラクテイトリンゲル液+5%糖液(等量)}。

② 腸管麻痺に対し、経鼻胃管を挿入する。

③ 膀胱に留置カテーテルを挿入する(輸液は1.0 ml/kg/hourの尿量が目標となる)。そしてショック対策が大事である。ショック患者に対しては

① 体液補充、② 強心剤投与、③ ステロイド静注、④ ドパミン点滴が行われる。

〔検査〕① 電解質、② アミラーゼ検査、③ 血算(Ht. Ht. RBC. WBC. PLT.)動脈血ガス分析。

〔手術術式〕 最近選択的近位胃迷走神経切離術(Selective Proximal Vagotomy)(SPV)がもてはやされている。これは減酸を主目的とする為、壁細胞領域に分布する迷走神経枝だけを切離する。肝枝や腹腔枝、幽門洞枝も温存する。幽門洞の運動機能が良く保存されるので、胃の排洩機能に著変なく、胃内容停滞もない。従って胃内容を腸管内へ誘導する所謂ドレナージ手術と呼ばれる幽門成形術も加える必要がない。(文責 市原 靖)

文芸

| | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 五年 | 今 | 夕 | あ | 絶 | 神 | 安 | 九 |
| 日後 | 月 | 暗 | か | 対 | 田 | 逸 | 月 |
| 医に | 繁 | の | し | に | に | に | に |
| は | 雑 | 青 | る | ジ | 我 | 長 | 大 |
| 自 | に | 葉 | る | ヤ | が | き | 震 |
| 民 | 保 | 松 | の | ン | 少 | が | 災 |
| の | 險 | 虫 | 風 | ボ | 年 | 故 | の |
| 険 | 腐 | の | 葉 | の | の | に | 惨 |
| 夢 | 心 | 今 | 裏 | 惨 | 思 | 忘 | 事 |
| と | 事 | 年 | を | 事 | ひ | れ | の |
| な | 務 | は | 汗 | 無 | 遭 | 過 | 出 |
| ら | の | 啼 | を | き | 遇 | 去 | す |
| ぬ | 完 | 増 | く | 証 | せ | の | な |
| や | 了 | 殖 | し | 左 | る | 長 | り |
| | す | え | づ | 見 | 鮮 | く | 関 |
| | も | む | 鳴 | れ | 烈 | し | 東 |
| | き | る | く | ば | | て | の |

「九月雑詠」 小泉新策

診療報酬明細書返戻状況

6 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 | 21 | 8 | 3 | 19 |
| 2 | 旧証の記号○番号 | 5 | 3 | 0 | 5 |
| 3 | 患者名、生年又は生年月のもれ | 1 | 0 | 0 | 2 |
| 4 | 傷病名のもれ | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 5 | 診療月分、診療開始日、診療実日数、転帰のもれ | 9 | 1 | 1 | 1 |
| 6 | 診察料(初診、再診、往診又は時間外等の表示)のもれ | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | 診療月と診療開始日及び初診料の不一致 | 6 | 2 | 0 | 6 |
| 8 | 診療実日数と診察回数又は処方回数との不一致 | 0 | 2 | 1 | 12 |
| 9 | 投薬○注射(薬名、規格単位、用量、回数)の不備 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | 処置○手術○検査○X線(薬名、回数、内訳)の不備 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 11 | 入院料の不備 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12 | 点数欄記入もれ又は点数算出根拠不明 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 13 | 契約外(国保、国鉄、公費等) | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 14 | 症状詳記(診療内容及び方針の説明等付せん参照) | 7 | 1 | 0 | 0 |
| 15 | 医療機関(薬局)の申し出によるもの | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 16 | その他 | 1 | 2 | 0 | 3 |
| 計 | | 63 | 23 | 5 | 52 |

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 | 26 | 12 | 12 | 29 |
| 2 | 旧証の記号○番号 | 6 | 0 | 2 | 7 |
| 3 | 患者名、生年又は生年月のもれ | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 4 | 傷病名のもれ | 4 | 0 | 0 | 1 |
| 5 | 診療月分、診療開始日、診療実日数、転帰のもれ | 3 | 5 | 0 | 4 |
| 6 | 診察料(初診、再診、往診又は時間外等の表示)のもれ | 1 | 3 | 0 | 0 |
| 7 | 診療月と診療開始日及び初診料の不一致 | 9 | 1 | 0 | 0 |
| 8 | 診療実日数と診察回数又は処方回数との不一致 | 2 | 5 | 0 | 15 |
| 9 | 投薬○注射(薬名、規格単位、用量、回数)の不備 | 3 | 1 | 1 | 3 |
| 10 | 処置○手術○検査○X線(薬名、回数、内訳)の不備 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 11 | 入院料の不備 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12 | 点数欄記入もれ又は点数算出根拠不明 | 0 | 2 | 0 | 6 |
| 13 | 契約外(国保、国鉄、公費等) | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 14 | 症状詳記(診療内容及び方針の説明等付せん参照) | 1 | 3 | 0 | 1 |
| 15 | 医療機関(薬局)の申し出によるもの | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 16 | その他 | 3 | 1 | 0 | 1 |
| 計 | | 59 | 34 | 15 | 71 |

「大腸癌とその前癌病変」

60. 6. 18

杏林大学第一外科講師

八木田 旭邦先生

1) Cronkhite-Canada 症候群

胃から直腸までポリープを形成するが悪性ではない。禿頭・脱毛・皮膚色素沈着・瓜萎縮をみる。多発性ポリープが特徴的で粘液の産生が多い。蛋白漏出性である。

2) Peutz-Jeghers 症候群

皮膚および粘膜に色素沈着・胃・小腸・大腸にポリープがみられるが供覧例では胃だけにポリープをみる。組織学的には過誤腫であり、悪性化はないとされたが、adenom から癌化するものがある。イレウス症状を呈することが多く、山田Ⅳ型で有茎性であるため腸重積になりやすい。

3) Paget's 病

extramammary Paget's は会陰部、直腸に癌化をみることもあり、骨盤内全摘を要する例もある。

4) 家族性大腸腺腫症

28家系のHLAを検索した。

癌化は若年例が多く、30才代で半分以上が癌化し、40代で必ず癌化する。10代ですでにポリープが多発するので全摘はできないが、20才代では癌化するのでopeを必要とする。

5) 家族性大腸癌

ポリープを伴わない、伴っても数個で多発、重複癌となることがある。若年で癌化する。

予防的に大腸を全摘することもある。

日本では500家系があり、HLAではAW24, BW52, DR2が高い。

日本最大の家族性大腸癌家系を4世代にわたり追跡している。乳癌・膵臓癌・大腸癌・子宮体部癌に遺伝性がつよいのでこの4つの臓器を重点的に追跡する。

6) 大腸癌(40才以下)のHLA

BW46, BW52をもつ人は30才で発病

若年発癌はこのHLAをもつものに傾向がある。

7) 一卵性双生児の発癌

73才で6ヶ月の差で直腸癌となった症例がある。日本では4家系があり、胃癌-2家系、大腸癌-2家系。発癌の年齢差は5年とない。

8) 一般人の大腸癌

128人のHLA検索でCW3-80%と高い。

9) 発癌の多段階セオリー

発癌はいくつかの遺伝子が重なっておこる。HLAは大腸癌の発生に間違があり、胃・乳癌にはない。

10) 潰瘍性大腸炎

前癌状態として注目されるが日本人には少なかった。欧米では10年で30%が癌化している。日本では統計的に5000人みているが、10年経過した人はいない。

癌化例はスキルス型が多く、転移してわかる症例が多い。

欧米では予防的に切除している。

HLAはAW24, BW52, DR2が高い。

11) Crohn's 病

HLAはBW51, BW61が高く、Dr4が共通している。クローン病はBW51型とBW61型の2つに別けられるように考えている。

文責 村山

学術研究会のご案内

9月20日、青梅市立病院内科部長・坂本保己先生は「虚血性心疾患の心電図と臨床」というテーマで第1回・虚血心一般についてお話し下さり、その詳細はいずれ会報に掲載の予定です。

講座は単なる心電図の解説ではなく、虚血性心疾患の発症とそのメカニズムから、合併する不整脈、心不全の促えかたまで、立体的で解りやすいお話しであり、心電図の基本からCCUにおける緊急治療まで極めて豊富な内容でありました。

講演の反響はかってない程好評であり、今回出席できなかった会員に重ねて出席をご案内致します。

第2回 10月18日(金) PM 7.30 狭心症

第3回 11月22日(金) 予定 心筋梗塞

第121回 西多摩医師会ゴルフ大会

あ と が き

昭和60年8月29日(木) 霞ヶ関CC西コースで残暑の中で行われた。暑さのためか、スコアがのびず、藤田先生と宇田先生がネットと並んだが、年齢差で藤田先生の優勝となった。成績は次の通りであった。次回は10月20日(日) 立川国際の予定。

| 氏名 | アウト | イン | グロス | ハンデ | ネット | ランク | 新ハンデ | |
|----|-----|----|-----|-----|-----|-----|------|----|
| 藤田 | 43 | 45 | 88 | 13 | 75 | 優勝 | 10 | BG |
| 宇田 | 44 | 46 | 90 | 15 | 75 | 2 | 13 | |
| 工藤 | 52 | 45 | 97 | 18 | 79 | 3 | 17 | |
| 内田 | 42 | 48 | 90 | 10 | 80 | 4 | | |
| 杉本 | 48 | 52 | 100 | 19 | 81 | 5 | | |
| 内山 | 50 | 44 | 94 | 13 | 81 | 6 | | |
| 宮川 | 48 | 47 | 95 | 13 | 82 | 7 | | |
| 葉山 | 55 | 49 | 104 | 14 | 90 | 8 | | |
| 大嶽 | 48 | 53 | 101 | 8 | 93 | 9 | | BB |
| 江本 | 52 | 56 | 108 | 14 | 94 | 10 | | |

医療経済を云々することで誰が利益を得るのかと真面目に考える人は数多いと思うのである。われわれ供給側にとっては、医業収入はパイの別けあいだから、自分の仕事に忠実であればよいのであって、医政とか医療経済はその道の専門家にまかせればよいことになっていた。

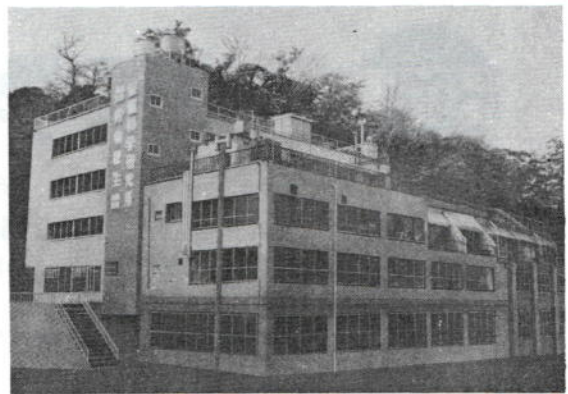
しかしである、事態はまったく相違して、これからは各々が自分の技術をハウ・マッチと売りに出すか、まとめていくらという時代がすぐそこに近づいていることをひしひしと感じているわけである。

患者数をこなして点数をあげていけばよかったのは、まさに資本の論理であって、それに忠実な人は常に現状を肯定し何も疑わずに行動することで精神の安定を保ってきた。

どうすれば医者への權威とかプライドを保てるかといった前向きの生き方も、かえってマイナスになるのではと考えはじめると妄想もいいところである。(村山)

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

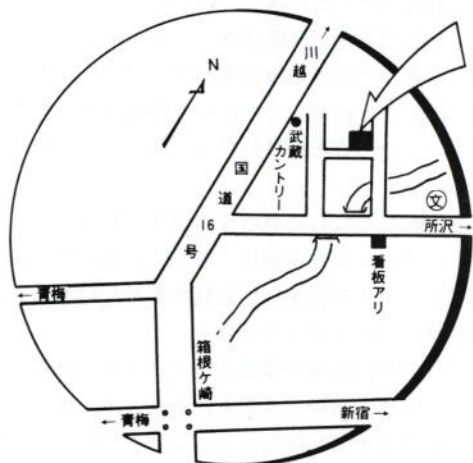


- 総合臨床検査センターとして20余年間地域医療に貢献し、絶大な信頼を頂いています。
- 完全オンラインシステム化を実現致しました。(データ通信システム)
- 関係医療機関 約 3,500ヶ所
- 広範囲な検査内容
 - 内分泌学検査 ● 免疫学検査 ● ウイルス検査 ● 生化学検査 ● 血清学検査 ● 血液学検査
 - 病理組織検査 ● 細胞診検査 ● 重金属検査 ● 水質検査

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339~1

TEL 0429 (64) 2621(代)



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

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

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