

西多摩医師会報

1986年11月1日

167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・石井 好明 井村 進一 TEL.(0428)23-2171(代)
栗原 琢磨 小林 杏一
道又 正達 村山 正昭 渡辺 良友

伝染病院(棟)統廃合について

西多摩医師会地域医療委員会

委員長 林 実

昭和61年9月12日貴職より諮問を受けました、伝染病院統廃合について

- (1) 最適な統合存続病院名
- (2) 廃止後残存病棟の転用について

を、3回の委員会を開催し、検討しましたので結果を答申します。

1. はじめに

西多摩広域行政圏内の伝染病棟統廃合については、西多摩地域行政圏協議会から、同圏域内伝染病院は、統合するのが望ましいと行財政改革の見地から答申が出ておりますが、西多摩医師会地域医療委員会では、将来の地域医療のあるべき姿と良質の医療を推進する観点から答申するものです。

2. 伝染病の現況

衛生意識の向上、予防接種による予防効果、抗生物質の進歩と体力が向上したことにより、伝染病の発生率は低下し軽症化し、死亡率は極端に減少して社会的に関心事は薄くなり、医療担当の医師も伝染病に興味を示す人は少なくなっています。

しかし、感染症は時代の移り変りと共にエイズをはじめ新種の病気が発生することも多く、過去猛威をふるって現在発生を見ない伝染病も、いつ再燃するとも限りません。

伝染病にあっては、将来も監視を緩めることなく、ある程度の数の伝染病棟を確保しておく

必要があります。

3. 良質な医療を求めて

一旦伝染病に罹ると隔離病棟に入れられ社会と断絶、世間の冷たい眼の子に戦き孤独感も極致に達することでしょう。

一刻も早く治ゆして社会復帰を願うのは当然のことです。ただ漫然と隔離し、消極的な治療を続けて治療を長びかせてはいけません。出来る限り早期に正確な診断を下し、適格な治療を要します。

それについては、検査体制が完備され、伝染病に情熱をもつ専門医師が治療にあたる必要があります。

しかし、近年の伝染病の発生状況を勘案すれば、西多摩地区に三箇所的人的、物的条件を完備した伝染病棟を持つ必要はなく一箇所に集中しても後方病院と連携を保つことにより、良質な医療を確保することが可能です。

4. 病院間の機能分化について

医学知識は飛躍的に進歩を続け、医学は益々益々細分化、専門化の道を歩んでおります。それにつれて一人の医師が良心的に担当出来る範囲は狭まっております。機械工学の発展も又飛躍的で診断、治療面に多大な影響を及ぼしています。これら医療機器は高額なものが多く、病院経営を圧迫し、償却を待たず新機種を揃えなければならない等、各病院が全ての機能を持つ

(2)

ことは不可能となるでしょう。非採算部門と特殊専門分野を中心に病院間で、担当する部門を分かちあい、専門医師や医療機器が効率よく稼働出来る体制を整備する必要があります。伝染病棟の統廃合はこの病院間の機能分化の面からも推進されるべきものです。

5. 最適な伝染病棟存続病院を選択するにあたり

- (1) 地理的条件 (2) 医療スタッフ
(3) 病院機能 (4) その他

について地域医療委員会に於て慎重に比較検討したが、病床廃止を決める決定的条件を見いだし得なかった。又何れの病院に伝染病棟を継続させてもその機能を全うすることが出来ると結論した。

6. 残存病棟の転用について

公的病院が地域で期待されるものは、専門分野毎の高度の医療であり、その地域の遅れている分野の補充であり、同時に医療関係者への指導的研修をすすめることです。

残存病棟の利用はこれらの要件を推進するものが好ましい。

西多摩地区の公立3病院の場合、置かれている立場の相違を考慮して、それぞれの病院について利用法を考えるのが良い。

ところで、昭和60年12月改正の医療法は公的病院のベッド数を厳格に規定している。この為伝染病棟廃止後の病床利用範囲は極めて限定されたものにならざるを得ない。しかしながら法第30条の32(特定の病床等に係る特例)に規定された医療機能については、必要病床数として許可されることになっている。

(1) そこで青梅市立総合病院が伝染病棟を廃止した後は、現在行われている救急医療を更に

受け入れの拡大と、より高度の救急医療にも対応して西多摩住民の健康を守っていただきたい。

(2) 阿伎留病院

伝染病棟廃止後の病床は第30条32の2に規定されている如く、専らリハビリテーションに関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病床として利用していただきたい。

(3) 福生病院

伝染病棟廃止後の病床は第30条32の1に規定されている如く、専らがんその他の悪性新生物又は循環器疾患に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病床に転用し、地域の基幹病院として地域の病診連携の実をあげることを期待する。

7. 追記

前述のように統合存続病院名は指名し得なかった。圏域内公立3病院は何れも伝染病院としての過去の実績があり、将来とも伝染病発生に充分対応し得る能力を認めるものである。

交通の利便性から統合病院を決める意見もあるが、当委員会は第5章に述べた諸条件を考慮し、交通問題は重視しなかった。すなわち交通問題にこだわりすぎると全ての機能を圏域の一部に集中しなければならず、圏域内公立病院の機能分化と連携に支障をきたすことになるからである。今回の諮問事項(2)の廃止後残存病棟の転用について、病診双方の医師で検討したのであるが、その審議を通して病院機能の役割分担並びに病診連携の円滑な運用が今後の課題として認識された。

理事会報告

10月理事会報告

昭和61年10月21日(火) P.M. 7:30分

1 報告事項

(1) 都医地区医師会長協議会報告

(大塚副会長)

① 診療報酬明細書紛失に伴う患者氏名等の調査依頼について

○61年7月診療分を保険者に配送中にその

一部が行方不明となり現在懸命なる捜索しているもいまだ発見されず都医より嚴重に申し入れあり。なお西多摩地区分においての紛失はなし。

② 日医生涯教育制度施行についての年間報告について……本年11月末日まで

○生涯教育年間申告書(会員→郡市区医師会)

○生涯教育年間報告書(郡市区医師会→

都道府県医師会)

(都道府県医師会→日本医師会)

③ 昭和61年10月分医療経済実態調査について

マスクミ先行型の医師経済優遇に対して東医としての実態把握のため昭和61年10月分医業収支に関し10月分レセプト提出時添付地区医師会へ提出のこと。

(2) 三多摩地区医師会庶務担当理事連絡会報告

○ 予防接種の診断報酬のあり方について

(足立理事)

○ 柔道整復師のレントゲン使用について

緊急時のみ許可、翌日に医師受診の義務ある。

(3) 福生保健所胃癌検診事業運営協議会報告

○ 現在 474 名受診89名要二次検診

(西村会長)

29%は都ガン 9%に対して高率である。

都ガン側より二次検診の有りかたとしてレントゲン方式の希望あり。

○ 二次検診受診者は西多摩内 81/89と高率である。

Ⅱ C 2例の発見の報告(最近新たに西村医院にてⅡ C、福生病院1型早期胃癌1例の発見あり計4例となる)

(4) 学校医部会報告 (東 理事)

○ 学童コレステロール測定(福生市林理事)

○ 瑞穂、日の出、羽村における校長との協議会

(5) 各部報告

○ 高木理事より保険会社の調査官の出入についての Check の希望あり。

○ 林理事より感染症結核サーベランス事業について27疾患の指定と西多摩地区3定点施設についてまた腎移植促進について

(6) 来年度予算について

増加が見こまれる部

① 公衆衛生 コレステロール、コンピュータソフト費用

② 学術部 プロジェクター購入、研究会を4回に増やしかつ講演費の増加希望

2 協議事項

(1) 62年後自治体より支給される諸手当について

○ 学校医報酬 33,000円、内科管理手当 17,000円、未就学児検査手当 30,000円、予防接種出務手当 25,500円、1才6ヶ月児健診報酬 27,000円、ヘルス事業集団診査 30,000円 個別診査 33,000円、精密診査 1点18円を要望す。

(2) 入会希望

尾形マタニティクリニック — 承認 —

11月理事会

昭和61年11月10日(月) P.M. 7:30分

1 報告事項

(1) 生涯教育担当理事連絡会報告(塩沢理事)

① 試行期間締切11月末日 自己申告

様式Bは日本医師会誌11月15日号に折込まれている。

② 東京都は病診連携bed-side trainingが目玉

③ 各ブロック別に配置されている。ブロックで生涯教育委員会を作って欲しい。

松永会長：研修の大切さは当然のこと。医学の進歩について行くのに個人では無理で組織的に対応して行かなければならない。医学的の対応は本、ビデオ、集会等で出来るが、医療的な対応は組織的にしなければならない。地域住民の健康を守り社会に貢献して住民より尊敬されるように、簡素で効率のよい東京方式が出来るように協力して頂きたい。

議題

1) 地区医師会生涯教育委員会設置状況について

独立している所、学術部に含まれている所、人数の少ない所、多い所とあるが、目黒と東久留米の2ヶ所はまだ作られていないが、来年4月からは原則として生涯教育委員会を設置して頂きたい。

2) 日本医師会生涯教育制度化施行に関する年間申込書、報告書等について

様式B 様式C 様式D

会員→地区医師会→都医師会→日本医師会
12月5日 12月20日 12月26日

3) 22回医学総会が4月4日(土)5日(日)6日(月)に東京で開催される。都医師会もこれに協力して会を盛り上げたい。

各地区医師会より30%の参加をお願いしたい。

登録費 12月末まで ￥25,000,-
2月末まで ￥27,000,-
3月以降 ￥30,000,-

4) ブロックの話し合い

南多摩：青木・町田：村野・西多摩：塩澤の
3名で「川を経てあまりにも不便である各医師
会長に一任しよう。」ということになった。

(2) その他

慶友病院より3名入会希望あり — 承認 —

2 協議事項

(1) 病診連携について

○公立病院部長のみならず各医長特にminor
な科目の先生方との連携ももちたい。

(2) 伝染病院統廃合の答申について

○巻頭論文の通り

(3) その他

○青梅高看卒業生が区内都立病院及び自衛隊
員多く西多摩に少ない。都に働きかけを
○学校医部より功労者の選出について

……学校医部に一任

— フリーターキング —

○河野公信会員問題に関し西多摩新聞に一部
医師全員に対して中傷する文面あり、西多
摩医師会として嚴重注意ないし抗議文提出
も辞さない。

医道審議会をふくめ次回理事会にて再協議
する事に決定す。

内田萬次先生の厚生大臣賞 受賞を祝して

1986・10・8 於 幸楽園

祝辞 西村邦康会長

このたび長年にわたり地域医療に貢献された、
内田先生が厚生大臣賞を受賞されましたことは、
地域医療計画を策定した西多摩医師会にとって、
この上ない喜びであり会員一同と共に心よりお慶
び申し上げます。

41年に着任された当時の檜原は今NHKテレビ
「いのち」に放映されているような状況ではなか
ったでしょうか。日本が豊かな生活を指向してい
る時代に東京のチベットといわれた檜原においで
になった。その志は誠に貴いものがございます。

先生のたぐい稀な人間愛の精神を医師の本分と
して精進してまいりたいと思います。

祝辞 小泉新策元会長

この祝賀会を会員の皆様と共にできることはこ
の上ない喜びです。20年前の檜原を思うと、当時
は東京のチベットといわれた程で交通の便は悪く、
2～3時間は歩かなければならない距離が多く、
頑健な内田先生が来て下さってから、私の肩の荷
が降りた感が致しました。そのお蔭で私は10年長
生きできたわけです。

会員の皆様には内田先生の熱意を学んで医療に
励んでもらいたいと思います。

司会 栗原琢磨理事

祝辞 山崎正男青梅市長

このたびの栄誉ある受賞は先生のご努力とご家
族の内助の功があつてのことと存じます。

西多摩は三多摩格差のなかの西多摩格差のため
に医療と教育が最も重要な課題となっております。
内田先生がこの檜原で僻地医療を継続しておられ
なかつたら、さらに過疎は進んでいたのではない
かと思われます。

私、山崎は64才、先生は63才になられて、まだ
お若いので一層のご努力を期待しております。

祝辞 栗原昇作町長

厚生大臣賞を受賞されたことは極めて名誉ある
ことで心よりお祝い申し上げます。

医師過剰が呼ばれる現代ですが、それは都市集
中のことであり、僻地では今なおきびしい状況に
あります。この檜原で内田先生が未長く地域医療
の向上のためにお元気で健闘されることを切望い
たします。

祝辞 中村正己檜原村長

このたびの受賞を心よりお慶び申し上げるとと
もに、素晴らしいドクターとめぐり会ったしあわせ
をお話し申し上げます。

昭和41年までは東京都に無医村ありと新聞に書

かれたことがありました。そのような辛い時代を経験した我々村民は、一昨日役場関係者全員でお祝いを申しあげたばかりです。

この檜原で、西多摩格差のなかの秋川流域格差、そのまた北谷の格差という困難を乗り越えて、20年6ヶ月頑張っておられた先生に重ねてお礼申し上げます。

先生には厚生大臣賞のみならず、都知事表彰、都医療功労賞など重ねて受賞が予定されており、そのお人柄とご努力に敬服するとともに末長く村に残りご健闘下さるようお願い申し上げます。

祝辞 峯岸公夫村議会議員

無医村の住民であった我々に光をあてて下さった先生のご苦勞に感謝するとともに、今後も村にお残り下さるようお願い申し上げます。

高水武夫前会長より記念品贈呈

謝辞 内田萬次先生

これだけ多くの会員にお集りいただき、祝賀会を開催して下さいましたことを心より感謝申し上げます。

この20年間檜原に居ただけで大した事をやってきたわけではありませんのに、身に余るお褒めの言葉をいただき誠に有難うございます。

昭和41年に檜原に来て、医療についてはお前に任すといわれ今日まで努力してまいりました。

檜原でこそできた事で余所ではできなかったと思っております。檜原における地域医療のなかで、約15年前より取り組んできた精神衛生相談は現在



も続いており、精神科の患者さんについては植田先生のご協力をいただいて来たことを改めて感謝申し上げます。

開放された精神医療を15年前に実施できたことは日本で始めてであったろうと自負しております。また昭和46年頃まで、麻疹患者が多く、母子共に苦しんだ思い出があります。それも47年村にお願いして予防接種を実施してから著るしく減少したことは忘れられないことです。

さらに公私ともにお世話になった瀬戸岡前会長をはじめ同窓の先生に心よりお礼申し上げます。

乾杯 坂本 保元副会長

祝宴は立食パーティーでおこなわれ、内田先生の長年の健闘を称えながら、これからの西多摩地域における医療の光を受けついでいこうとの、大塚 渉副会長の閉会の辞で幕を閉じた。(要旨)

文責 村山

協力事業か独自事業か 老健法関連健診事業と医師会のかかわり

西多摩医師会報第165号(1986.9.1)に掲載された健診事業に関する井村進一氏の「提言」をたまたま読む機会がありました。

地域住民の健康診断の実施形態に関して、個別方式か集団方式かの是非について述べられています。井村氏を含め西多摩医師会執行部において、この問題の扱えかたに混乱があるように見受けられますので、いくつかの点について整理して、若干の私見を述べてみたいと思います。

井村氏の論旨を順を追って要約しますと次のよ

うになるかと思えます。

- (1) 健診事業の目標は対象者全員にその機会を与えることにある。
- (2) 集団健診は合理性に乏しく、医師中心志向型であるから、個別方式にするべきである。
- (3) 東京都23区中22区が個別方式を採っている。三多摩地区では8割が個別である。都医師会は全面的な個別方式が妥当と表明している。
- (4) 営利を目的とする医療機関の健診事業への参

入を阻止し既存医療機関の経済的基盤を確立するために個別方式を主張する地区医師会が多い。

- (5) ヘルス事業は専門的な機能集団である医師会主導による運営が望ましい
- (6) 行政側の都合や便宜が優先されるべきではない。行政と医師会が協力連携してヘルス事業を運営すべきである。
- (7) 二次ないし精検については、標榜科目に関係なく、受診すべき病医院を住民に明示して専門医に紹介するシステムをつくるべきである。
- (8) ヘルス事業から公的三病院は除くことが望ましい。役割分担をすべきである。
- (9) 地域特性、各自治体の諸事情を十分に考慮すべきである。医師会のゴリ押しは通らない。
- (10) 青梅市の健診事業が個別から集団に変身したが、これを行政主導であるとか時流に逆行するとか断定しないで当分の間注目すべきである。
また、秋川市の場合には受診率が10%未満であり、健診システムに不都合な点があるのではないか。

以上の点を骨子として個別方式の「合理性」を強調しておられるようです。

さて、いつでも、どこでも、誰でも健診が受けられるようにすれば受診率が上がるであろうから「対象者全員」にその機会を与えるべきだとのことですが、御存じの通り、昭和58年2月に施行された老人保健法には「区市町村を実施主体として」各種の保健事業を行なうことが定められています。

つまり、その機会を「与える」のはあくまでも区市町村なのであって、我々ではないのです。法律上、我々は区市町村が主体となって行なういわゆるヘルス事業に医療専門家として「協力を要請される」いわば副次的な立場となっています。このところをきちんと踏まえておかないと話はこのんがらがって来ます。

この事業の中心的役割を担うことになっているのが「健康診査」です。法施行後三年経過した現在、井村氏もご指摘のとおり、健康診査の「受診率」のことが東京都や区市町村で問題にされて来ました。受診率算出の基礎となる、健康診査対象人口の把握のための調査が行なわれたのは昭和60年12月です。東京都では40才以上の男女および30~39才の女性について、都内全域から住民基本台帳をもとに二段抽出してサンプリング調査(調

査員による個別訪問面接取法)を行なったようです。

その結果、昭和60年度の東京都の40才以上人口は4,633,424人で、その内、健康診査対象者は3,218,256人〔職域で検診の機会がある者・医療行為の中で検診相当行為を受けた者・個人的に検診を受けた者・事実上検診を受けられなかった者等を除いた40才以上の男女(子宮がん検診については30才以上の女性)〕となっています。

今、私達医師会員が検診事業の「実施主体」として仮定して考えますと、除外規定の対象者を特定するだけでも大変な作業です。また国からの補助金、区市町村の予算等財政状況ばかりでなく、健診事業に「協力」できる医師の動員可能数等をまじめに考えますと「いつでも、どこでも、誰でも受けられる」健康診査というのは「理想的」ではあっても、残念ながら現実的な「目標」にはなり得ないと考えられます。現状は「受診率を高める」以前の問題ではないでしょうか。

ちなみに、昭和60年度の東京都医師会員数は約12,300人です。そのうち各大学医師会、厚生省ブロックの医師数を合わせますと約1,000人となっています。これらの人々を含め、高齢会員や標榜科目、専門科が異なる会員、公立病院勤務医会員等「事業」に協力できない人達を除くと実際に参加できる医師数は限られて来ます。

ことほどさようで、健診事業「効率」や受診者の要望、便宜や費用のこと、単純平均での医師一人当たり受診者数等を考えますと開業医による個別方式が必ずしも「合理的」とは断言できませんし、また同義反復的とお叱りを受けるかも知れませんが、集団方式が「合理性に乏しい」というご指摘も、些か乱暴な見方ではないかと思えます。つまり、「合理的、合理性」といわれることの内容が具体的に何も触れられないまま「言葉が」ひとり歩きしているに過ぎないように思われるのです。

こうした検診事業に拘わりを持つとき、実施主体は市町村なのだから、我々は「言いたいことを言って」いればよいとするのではなく、もし自分達がこれを「医師会事業として」やるならばどういう方法を取るだろうかというところを踏まえて、現実的で具体的な対応をしなければいけないと思えます。

井村氏御自身も述べておられるように地域特性、各自治体の諸事情、地理的条件、受診者の便宜等々を考えなければなりません。そのように考えて行きますと、集団方式が一定の条件下では、合理的かつ合目的な場合もあるでしょうし、個別方式がいいこともあるでしょう。あるいは場合によっては両者の混合方式が地域の実状に合うというケースもある筈です。つまり、一刀両断、集団方式がどうだ、個別でやらないからこうだといって「論争」したり「非難」がましく騒ぎ立てるような問題ではなさそうです。

また、集団方式が「医師中心志向型」であるからいけないという御指摘ですが、私もこの字面やこの言葉の持つ響きに一種の「いやらしさ」を感じるため好きにはなれませんが、それはさて置くとして、この言葉がここで使われている意味がよくわかりません。事業主体は区市町村ですが、診査という行為は我々の仕事であり、まさしく医師中心志向型でないと責任が持てません。仮に、一人の医師を「中心に」複数の対象者が受診する形態を指すならば個別方式とて同じことになり、それは健診の方式、形態の如何とは関係がないことのように思われます。「医師としての自分の判断が絶対なのだ」というような独善的、非社会的な一部の医師の態度や姿勢のことを言われるのなら、それはこの事業についての「方式」とは無関係に、いつでも問題になることではないでしょうか。

東京都医師会の担当理事の方に、最近伺ったところでは、「都医としては方式にこだわっている訳ではない、地区医師会主導で、地域の実状に合わせてやって頂きたい」というようなお話でした。漏れ伺うところに因る、西多摩医師会理事会の一部の理事のニュアンスとは少し違うようでした。

東京都医師会が個別方式を妥当としているのは悪質な検診屋の横行を排除し、会の責任において協力することによって事業を全うし、そのことを通じて地域住民と主治医のよりよき関係をつくる一助にできればという意味合いからであり、集団方式を一概に否定している訳ではないと思われまます。当然、地区医師会の考えや判断に任ず部分がある筈です。

現に、本来個別であった都の「乳児検診」が、西多摩医師会では集団方式で行なわれて来ております。それというのも、やはり地域の実状や地区

医師会の事情等を考えた結果に他なりません。

従って医師中心型だとか「合理性」がどうだとかといった問題にはなっていないようです。理事会でこれから問題にされるなら別ですが。

東京都23区中22区で個別方式を採っているとの御指摘ですが、各区の人口や、医療機関の分布、「検診屋」的医療機関の存在等各区内の様々の条件によって現実的にそうだったのでしょう。

それはそれでして、集団方式の不合理性ないし非合理性あるいは医師中心性の証にはならないと思います。

三多摩地区医師会広報研究会で得られた資料と言うことで、多摩地区の8割が個別方式、2割が個別と集団の混合方式となっていると述べられております。

井村氏が御覧になった資料が全市町村にかかわるものなのかどうか不明で、何とも申し上げられませんが、「41市町村」と一口に言いましても人口、財政規模、医師分布状況、交通事情、地理的条件等様々で、無条件で比較することはできないと思います。たまたま私の手もとにある昭和60年度の資料に因りますと(但し町村を除く26市分)集団検診方式を採用している市は一般検査12市、精密検査10市となっております。つまり少なくとも10市は一般、精密ともに集団方式を、12市は集団+個別の混合方式を採っていることとなります。

勿論、検査項目によっては部分的に個別方式を並行させているものも含まれている筈です。井村氏のご指摘ではほぼ8割に近い市町村が個別方式であり、あたかもそれが「時代の趨勢なのだ」という印象ですが、私の知る範囲では38~46%の市において、一部の人達の言葉を借りれば「時代遅れの集団方式」が行なわれていることとなります。

西多摩医師会の現役の理事である井村氏がいわれることですから、資料の出所、データの取り出しかた、使い方に間違いはなかろうと思いますが、それにしてもあまりにも数直が異なるのは何故でしょうか？

営利中心の「株式会社」的医療機関の参入を阻止して、既存医療機関の経済的基盤を確立するため個別方式が必要であると主張する地区医師会が多いという事です。医療から営利主義を排除すべきだという点では全くそのとおりで「イデオロギ

一)としては同感です。しかし、既存医療機関の「経済的基盤」確立のため……と続きますと、途端にユートピアから現実の薄汚れた世界に突き落とされたようで、何となく胡散臭くなって来るのは何故でしょうか。

現在の経済のしくみの中では、医療と言えども広義の意味での営利事業から逸脱しては存在できません。「経済基盤確立」は好むと好まざるとにかかわらず、まさしく「利を得る営み」を「基盤」にする以外に方法はないのです。残念な事ですが、こうした状況の下では、程度の差こそあれ「株式会社的医療機関」と「既存医療機関」との間に本質的な違いは無いように思われます。

組織的で比較的大きな営利を排除して、個人的で比較的小きな営利を擁護するというのは「目くそ、鼻くそを笑う」という例の諺の類いと同列に見えて来ませんか。このような主張は個別検診方式の「合理性」と集団検診方式の「不合理性」を唱える論拠にはならないと思います。

お里が知れてはうまくありませんから「経営基盤」についてはこれ以上触れないほうが賢明かも知れません。

いわゆるヘルス事業は「その道の高度な専門的な機能集団である医師会主導型で運営するのが望ましい」ということについては、地区医師会が機能的な集団であるかどうかを検証しないことを前提にするならば、異論をはさむ余地はありません。

しかし先にも申し上げましたように、実施主体は市町村であり、私達は「協力」を求められている関係なのだということを再度確認して事に臨まないこと、井村氏もご心配になっているように「医師会のゴリ押し」となってしまう危険性があります。医師会主導型運営といっても、それはあくまで「診査」の内容と結果の取り扱いについてであってそれ以上でも以下でもない筈です。

老健法関連の保健事業は基本的に行政側の便宜や都合「のみ」が優先されることもないかわり、医師会の都合もまた優先されることがなく「関係者の協力連携」によって円滑に運営されるべきものとして、法律に規定されています。

私達も含めて医師会が、かの問題多き「老健法」の成立を最終的に認めた形になっている以上、仕方のないことです。

こと保健事業に関する限りにおいては協議を通

じて医師会と自治体は「共通の目的」を共に追及し得る「たてまえ」になっています。

協議に入る前から、あるいは途中から、シャチコばってどちらが優先されるべきだ、されるべきでないなどと大上段にふりかぶるような「論議」や相手から恫喝と受け取られるような「姿勢」があると、実りある事業からはど遠いものになってしまうこと請け合いです。西多摩医師会の関係役員の方々に、文字通りの「協力、連携」の実をつくって頂きたいものです。

二次検診、精密検診について受診すべき病、病院を「住民」に明示すべきだというご指摘については、受診者の便宜を考えれば、そのとおりだと思います。ただ、井村氏の言われる「標榜科目と関係のない専門医」が我々の地区において、具体的に何を指すのか、いかなる存在なのかよくわかりません。「具体的でないもの」を紹介するのは難しいことです。

ヘルス事業から青梅市立総合病院、公立秋伎留病院、福生病院という公立三病院を排除すべきだという「大胆な」提言をされております。

役割分担をすべきだとのことですが、日常診療の質的レベルや患者収容能力等においてすでに事実上「役割分担はされて」いますし、またそのことを以って三病院を排除すべき理由とされるならば、その「理由」がよくわかりません。

一次診査や二次検診処理能力、大学病院等専門医への紹介など病院の機能上の利点、地理的条件等受診者の便宜、検診費用の支払い先の問題など複数の側面から考える時、公立病院の事情さえ許せば敢えて排除されるべき対象ではないように思われます。

奇しくも会報165号の表紙第1ページは「病診連携の具体化を求める」生涯教育準備委員会の皆さんのいくつかの提案が掲載されています。

一方、同じ号の中でヘルス事業から公立三病院を排除すべきであると現理事である井村進一氏が提案されています。テーマが異なるから、異なる結果になっても不思議ではないという理屈も成り立つのですが、同じ病院をめぐる一方では三病院ならずとも、我々末端の会員としてもおろおろせざるを得ません。どこかで統一して頂くか、願わくば「排除」のほうを引っ込めて頂きたいものです。

「地域特性、各自治体の諸事情を十分に考慮すべきで、医師会のゴリ押しは通らない」とのご指摘については、この文の全体の脈絡を追って来ると矛盾する様に思えるところもありますが、そのこと自体については「同感」としておきます。

さて、井村氏の文の最後にあたる部分に、老健法関連保健事業にかかわる二つの例が述べられています。一つは青梅市が今年から集団方式になったこと、もうひとつは、秋川市の一般健康診査の受診率についてであります。

青梅市の場合、従来個別方式だったのですが、昨年10月、市の「健康センター」が完成したため、今年から集団方式になったものです。

井村氏の文を読んでいますと、西多摩医師会の理事の一部に個別方式を是とし、集団方式を非とする考えがある「らしい」ことが伺われます。

個別方式から集団方式に「変身」したのは、青梅の医師会が「行政主導に屈服」した結果であり、「時流に逆行する」ものとして非難されるべきだというようなファナチックな全体主義的雰囲気醸成されていると指摘する声も一部にある様に聞いています。こんなことでファナチックになるのは馬鹿々々しい限りです。

御存じのとおり、青梅市は多摩川をはさんで両側に丘陵地帯が迫り、川沿いにつながる若干の平坦地を中心に民家や商店、学校、小規模事業所等が広がっています。市の西側は奥多摩地域を経て山梨県の山岳地帯に続いているため市街地としての開発が困難な地域です。近年、人口の増加に伴って、ようやく、市の東側が徐々に開発の端緒についたばかりと言えるかも知れません。

埼玉県境に隣接する市の北物、小曾木地区、成木地区に向かうには、一山もふた山も越えなければなりません。また、梅郷地区はやはり山越えて五日市町につながります。沢井地区も地理的条件はほぼ同じです。

従来、医師の確保が困難であったこれらの市周辺部には現在も、国保の診療施設が五ヶ所あります。こうした山間部には他に新たに開業する医師もなく、住民検診等については、これらの診療所が中心となって、今まで事実上「集団」でもあり「個別」でもある方式で行なわれてきました。「いつでも、どこでも、誰でも、個別方式」というわけには行かない事情が厳としてあったのです。

かって徒歩で二時間かかった市街地までの所要時間が、いわゆるモータリゼーションの波が押し寄せることによって10~20分に短縮されることになりました。いまや、自動車です市街、商業地域へ向かうことは、市民の日常生活の上で欠かせない、毎日の日課となって卒ています。

そうした状況の変化の中で、老人保健法の成立と相前後して、厚生省の方針により全国各地に「健康センター」が建設されて来ました。

青梅市の健康センターが完成したのが昭和60年3月、市民に対する検診や指導の事業を集団方式で開始したのは同年6月、去年のことですが、このセンターの建設にあたっては、昭和55年6月、青梅市長より諮問が出され、市当局、保健所、市立総合病院、歯科医師会、薬剤師会、青梅医師会等で「建設協議会」をつくり、約5年に亘り「場所、施設の規模、事業の内拘、運営方法」等について細部に及ぶ検討を重ねて来たものです。一次答申が出されたのが昭和56年11月、二次答申は昭和58年8月でした。

青梅の医師会からは、百瀬元会長、江本現会長らが二代に亘って建設協議会議長として出席し協議会をリードした他、近藤先生や総合病院院長大橋先生(当時)等、専門家の意見が積極的に述べられ、それらが取り入れられたものとなっています。

青梅市の保健事業が、今年から一部集団方式によりセンターで実施されるようになった背景には以上のようなことがあったわけで、「変身」だの「行政主導」だのといった批判は「残念ながら」当たっていません。

かって集団方式が「呼号」されたとき、青梅は地域の実状から、個別方式を取らざるを得ず、市の担当者をはじめ私達もずいぶん「肩身の狭い」思いをさせられました。今ようやく「念願の集団方式」が可能になり、「胸を張って」皆様の「お仲間入り」ができると思いきや、個別でないから変身だなどと訳のわからぬことを言われる……。 「変身」などというレッテルは集団方式から無媒介的に個別方式に乗り換えられる「替わり身の速い」方々のためのものではないでしょうか。

個別方式から集団方式に替わった結果がどうであったか、気になる向きもあろうかと思いたつので、老人保健法による一般診査受診状況について

(10)

述べさせていただきます。

青梅市が個別方式をとっていた60年度の対象者28,818人中、受診者数は2,090人で婦人科検診分1,104人を除く一般医院分は986人となっています。一部集団方式となった61年度を見ますと対象者29,627人、受診者は1,035人で、差し引き49人の増加となっています。

65才以上(個別)で調べて見ますと、60年度は一般医院分328人、婦人科検診分144人。対しまして61年度受診者427人、うち婦人科検診分86人を除くと341人で13人増加しています。

年度別に受診者(婦人科検診および婦人科並行一般診査を除く)の全対象者に対する比率をみますと60年度は3.42%、61年度は3.49%となっています。つまり、個別方式から一部集団方式に変換した結果、受診者数は少し増え、受診率で見るとほぼ横ばいか微増しているということになります。

勿論、時期的には健康センターが完成したことに伴って、その事業内容が詳細に広報された直後のことで、市民の間に多少関心が持たれていた事なども、受診者増の要因の一つに数えなければならぬかも知れません。

青梅市では婦人科系を除く一般診療科での受診者数は平均30人ぐらいです。婦人科医療機関での「婦人科検診および一般診査受診者」のみを見ますと、対象のちがいを反映してか、かなり多くなり、一医療機関あたり平均253人程度となっています。なお婦人科検診を含む老健法関連全検診の受診者の比率は、昭和60年度で10.8%になっています。いずれにしろ、こうした数値から見る限り、現在のところ、「個別」「集団」別における受診者数に差異は殆ど見られず、この時点で、その「方式」をめぐる「口角泡をとばす」のはナンセンスであり、滑稽にも思えます。

それでも、なお、かつ「青梅の変身」が取り沙汰されるとすれば、何か全く別の事を問題にするために取えて「検診方式」の違いをあげつらうのではないかなどと、その動機に「純ならざるもの」を感じ「たく」なるのは私だけでしょうか。

かつて西多摩医師会の、あるブロックの一部の人々は集団検診方式の熱心な「信奉者」であり「推進者」でもありました。

彼等の意見に従った訳でもありませんが、青梅では関係各団体、各組織で数年間にわたる協議の

結果、完成した健康センターを市民のために効率よく活用すべく、今年から一部集団方式が採用されました。

一方、かつての集団「信奉者」は、いま「時流に乗って」個別方式を唱えておられるようです。

集団から個別へ見事に華麗な「変身」を遂げられたわけですが、ものごと総て、論理の転換には「転換の論理」が必要かと思われまます。

「時の流れ」などという没主体的な「理由」は理由になりません。また時流は必ずしも「主流」ではないことは前にも述べたとおりです。

まさか個別方式でやれば、自分のところに受診者が集中して「おのれの経済的基盤確立に役だつ」からでもありますまい。一部の個別方式実施地域では医療機関により受診者数に極端な差があり、参加医療機関の間に不公平感が強まっているという噂も耳にしないではありません。件数を多く「こなせる」医療機関が自らの「経済基盤」のために個別方式を強く主張するのではないかという「うがった」見方をするひともあるやに聞きますが、私達の西多摩医軸会に限ってそんなことがあるなら、もはや「なにをかいわんや」であります。「公の事業を私」することになり天下の医軸会が泣いてしまいます。

要は受診者たる住民と、医師と、市町村の三者がそれなりに満足できる結果が得られれば、個別であろうと集団であろうとどちらでも構わないというのが大方の会員の考えではないかと思われまます。

さて最後になりましたが、井村氏が秋川市の健康診査の受診率が10%に満たない事を憂慮され、健診システムに不都合があるにちがいないと心配されておりますことについてであります。

この項に関連して、井村氏は「国では全人口の70.1%が対象者であり……」と述べておられますが、このご指摘は正確ではありません。

一般健康診査の対象者数は
(毎年1月1日現在40才以上人口)

☆(国の指示する率)

で算出することになっており、昭和61年度の「率」は69.9%となっています。

秋川市の61年度の健康診査の結果が、私がかれを書いている今の時点で、集計、整理されているかどうかわかりません。

昭和60年度の東京都の資料に基づいてお話するならば、「集団、個別合計受診者数」の対象者数に対する比率は1,193/12,637で9.4%となっており、おっしゃる通り10%未満に間違いはありません。

秋川市では40才～64才までの成人健康診査を集団で実施し、65才以上の老人健康診査を個別方式で行なっているようです。昭和60年度については、東京都26市のうち秋川市と同じような形態を採っているところが12市あります。それぞれの市における受診率を見ますと次のようになります。

府中市	34.6%	小平市	16.2%
小金井市	21.0%	調布市	15.7%
多摩市	19.0%	立川市	9.8%
田無市	18.9%	秋川市	9.4%
清瀬市	17.3%	東久留米市	7.3%
日野市	16.5%	昭島市	5.7%

また個別方式のみであった14市について見ますと

武蔵野市	45.7%	国立市	13.4%
八王子市	22.5%	東大和市	12.5%
三鷹市	19.1%	国分寺市	11.0%
保谷市	17.2%	東村山市	11.0%
福生市	17.2%	青梅市	10.8%
稲城市	14.9%	町田市	7.1%
武蔵村山市	14.5%	狛江市	6.4%

という結果で、集団、個別ともに受診率に関してはバラツキが大きく、井村氏にご心配頂いているような「システム」とはあまり関係がないことを示しています。と申しますのも、老健法関連保健事業の方法には「ひな型」のようなものがあって、各市ともそれに準じて多少の「独自性」を持たせてはいるものの、内容については概して同様と考えていいからです。

同じ内容で集団、個別を問わず受診率に上記のごとき差が出るとなりますと、受診率の高低の原因を、集団や個別といった「健診システム」に求めるのは無理があります。

むしろ地理的条件等を含む地域特殊性、市町村の住民に対するアプローチの仕方、住民の関心度といった別の要因を探るべきかも知れません。

なお、西多摩地区内3市における60年度・健康診査（個別）の各医療機関別検診実施件数については大きな差があり、福生市の場合とはくにバラツキが顕著だと言われています。

いずれにして秋川市だけ特殊に受診率が低い訳ではないことがおわかり頂けたかと思います。

いずれこの市町村でも、いずれの医師会でも、いずれこの住民組織においても検診事業については基本的に共通の悩みがあり、それぞれの立場で様々な創意工夫を凝らしながら苦勞しているのです。

こうした事業に実際にかかわるいろんな人々の立場や苦悩をも考えながら、具体的に「現場をイメージ」しますと、現時点での安易な「批評」は避けるべきではないかと思えます。物事の背景や経過を考えないである時点の側面だけを強調すると事態の本質を見誤ることにもなりかねません。井村氏の言われるとおり、「変身だ、行政主導だ、時代に逆行だ」などと「断定」しないで「注目」して頂きたいものです。なにしろ、こういう事は「目先の利益」ではなく、最低数年間の実績に免づく統計によってしか語れないものようです。

いろいろと述べたてましたが、老人保健法関連の保健事業と私達のかかわりについて私見を要約させていただきますと

- (1) 元々、保健事業は国民の抵抗が強かった「老人医療費の有料化」を目的とした「老人保健法」の、国会通過を円滑にするための「挺子」に過ぎませんでした。
- (2) 法成立後、保健事業が「ひとり歩き」せざるを得なくなった時点から、私達が関与すべき余地が見えて来ました。
- (3) 保健事業の実施主体は区市町村・医師会は事業に「協力」することによって地域住民の健康管理に寄与し得る存在。
- (4) 協力する以上、事業の経過と結果に関して医師会なりの責任が生じる。
- (5) いまのところ「方法」に絶対的なものはなく、協議＝検診＝協議＝再検診を繰り返しながら地域の実状に合わせて改善して行くべきもので、個別、集団、混合等「ひとつの方式」にこだわる必要はどこにもありません。
- (6) 個人的利益のために利用すべき性質のものではありません。

(7) 受診率については「検診システム」もさることながら、区市町村、医師会、住民という三者のそれぞれの関わりかたが結果を左右するものという認識が必要。

というような事になりましょうか。

井村氏からは大変貴重なご提言を頂きましたが、

具体的な資料等をご提示戴ければさらに良かったのではないと思われ、その点少し残念に思います。

しかし、理事会の雰囲気適切な表現でお知らせ頂き、御蔭様でいろいろと考える機会を与えて頂いたことになり、そのことについては深く感謝致します。 1986. 10. 20 西多摩医師会・西部ブロック青梅医歯会所属 堀田洋夫

病院日より

深部静脈血栓症の（診断）と治療

福生病院外科 岩田憲治

はじめに

深部静脈血栓症（以下DVT）は、四肢の深部静脈に血栓が急激に発生する疾患であり、外傷、手術、産後、長期臥床などの誘因によって起こるが、また原因不明のことが多い。ここでは下肢のDVTの診断、治療につき、母校の最近20年間の614例の検討をもとに、成書にあまり書かれていない面を中心に述べたいと思う。

1. 下肢DVTの診断

原因不明の下肢の鈍痛、腫脹をみたらDVTを疑ってみることである。明らかな腫脹を伴うDVTは一般に診断が容易であるが、軽症のDVTは正常との鑑別が意外に困難である。必ず両下肢を比べてみる必要があり、周径も測定する。Homans 徴候、Lowenberg 徴候立位潮紅は軽症例では陰性のことが多い。腓腸部圧迫テストは比較的陽性率が高いが筋炎などで陽性となることもある。著者らが重視しているのは、臥位で軽く両膝を立て充分下肢の力を抜いた状態で腓腸部の“張り具合”を見る方法である。正常では同部はたるみをもち重力に応じてひずを生じるが、DVTにおいては弾力をもち、下腿の断面が円型を保っているという感じを受ける。

DVTを示唆する所見があれば次に、確定診断のために静脈造影を行なう。この場合坂口らの方法がよい。立位で足関節直上を駆血し、足背静脈より造影剤を注入し、足踏運動の前後で撮る方法である。閉塞部位だけでなく、不全穿通枝、表在静脈の逆流など機能面もわかること

が利点である。

2. 治療

DVTにおいて、早期治療が特に重要なことはいままでもない。著者らは、以前はかなり積極的にFogartyカテーテルによる血栓摘除術を行い、ほぼ満足すべき結果を得ていたが、最近では保存的治療のみの症例が多い。というのは、血栓摘除のよい適応となる症例では、抗凝固線溶療法のみでも手術に劣らぬ効果をあげ得る場合が少なくないと思われるからである。

(1) 保存療法

① 線溶療法：urokinase 24～36万単位/日で開始（1日2回に分け、1回1.5時間で点滴静注。なるべく患肢の足背静脈より投与。

2日目より漸減し1週間投与。

② heparin：15000～20000単位/日。1～2週間。24時間持続点滴またはheparin colciumを12時間毎皮下注。

③ その他の内服薬 phenylbutazone 300mg/日を1週間投与し効果を得ている。

抗血小板剤も投与することが多い。

coumalin系薬剤は重症例に使用することもある。（heparin→ワーファリンに切り換える）。

3. 血栓摘除

原則として次の様な方針で行っている。

① 膝窩静脈以下に明らかな血栓を認めず、発症から48時間以内あるいは発症から2週間以内で血栓が造影上floatingである症例は、

症状が軽微な場合および重篤な合併症を有する場合を除いて積極的に血栓摘除術施行。

② 下肢全長にわたるDVTであっても中枢側の閉塞が問題と判断されるなら手術を行うが、この時は術中、術後の肺塞栓の合併に充分注意する。

治療に関して最後に強調したいことは、原因、誘因検索の重要性である。膠原病、悪性腫瘍に合併するDVTは何らかの血液凝固能異常が関与していると考えられ、再、多発例が多く、難治性である。

4. 肺塞栓症 (DE)

詳細は他に譲り、簡単に述べる。

母校の下肢DVT 614例中、PEの合併は44例(7.2%)であり、再・多発DVT及び右下肢DVTでは合併率は高い。またPE発症時には、下肢DVTに関する自覚症状を認めない例がかなり多いので、PEの疑われる患者には、さきの静脈造影を施行する必要がある。

治療は、抗凝固線溶療法があるが、再発予防の外科的療法として下大静脈遮断術が行われる。その一つMobin-Uddinのfilteu遮断法を8例に試み、成果をあげている。

秋川市医師会だより

第41回定例会のあと、第三回秋川市医師会勉強会が持たれた。

演題は「老人と痴呆」、演者は葉山 侃先生。

痴呆の分類と統計、成因と仮説などにつき御高説を戴いた。会員から経険症例が出され、アルツハイマー型痴呆と、術語としてはや、拡大解釈のそしりを免れない「仮性痴呆」や「抑うつ症」との重複する症例については治る場合があること。神経伝達物質と脳細胞の変性死滅、新しい神経回路の開通と社会文化的背景の変化との関連など

ガヤガヤと意見が続出した。「ガヤガヤ」というのは「人間、この未知なるもの」や「人間、この自然を超えるもの」という著作を思い浮べれば、人間の不可解さにつきあたることで、雑談を意味しない。説明的仮説と了解的解釈が混然と出たもののように思われる。

日本の高令化は「未知との遭遇」といわれるほどに質・量ともに類例をみない。重大事である。「呆けて恥をさらし始めたら一服、盛てもらいたいネ」。呆けて生き長らえるよりは死を与え賜えとの実感があった。(文責 井村進一)

学術講演会

「一般医が知っておくべき小外科」講演のまとめ

野本正嗣

10月22日午後7時30分より上記演題について、青梅市立総合病院胸部外科部長 宇田東平先生の講演が行なわれました。以下その内容を簡単にまとめてみました。

1. 創傷の処置

☆挫創・切創の処置

① ゴールデンアワーに行う。

ゴールデンアワーとは、受傷後大体6~8時間以内のことをいい、その意義は一次的縫合のでき得る時間、細菌数が $10^5/9$ 以下の時間ということである。

② デブリードマン(創面切除)を行う。

創部をきれいにするために、挫滅した組織

を切除し、新しい創面を作る。

- ③ 縫合 縫合に移してはHalstedの原則がある
 ④丁寧止血する。⑤死腔をなくす。⑥各層を別々に縫う(筋膜は筋膜で、皮下組織は皮下組織で、皮膚は皮膚で)⑦できるだけ細い糸を用いる。⑧なるべく密に細かく縫う。
 ⑨結び目に近く切る。

縫合は右図のように内部を広く、皮膚面は狭くなるように糸をかけ、ゆるく縫う。浅い傷には接着テープを使用するもよい。



④ 破傷風の予防

テタノブリン 250 単位、トキシイドを注射する。熱傷は 4 倍量(1000 単位)を注射する。欧米では室内でのかすり傷でもトキシイドを注射するとの事。

☆擦過創の処置

① 異物・土砂の除去

H₂O₂、ヒビテン水、局麻下ブラッシング

② ソフラチュール貼布

③ 軟膏類

ゲンタシン軟膏(小さい創)

イソジンゲル(大きい創)

イソジンシュガー(浸出液の多い場合)

イソジンシュガーはイソジンゲルに白糖とシロップを混ぜて調整したものである。

④ 創面被覆剤の使用

疼痛緩解、浸出液抑制、上皮再生を促進するなどの目的で使用。(例)メイバック、ライオデルム、メタスキンなど。

☆褥瘡、難治性下腿潰瘍の処置

イソジンで消毒、イソジンゲル、イソジンシュガーで処置。デキストラノマー(商品名デブリサン)は 1 g で 4 ml の水を吸収し、創傷表面の清浄作用、痂皮形成の阻止、微生物、細菌増殖に必要な栄養素・浮腫・炎症メディエーターの除去を目的として使用される。

☆熱傷の処置

① 1 度：冷却

② 2 度：初期治療は水道水による冷却、水疱は 2～3 日水疱のまま置いて破る。その後局所処置を行う。局所処置には、ソフラチュール、ゲーベンクリーム、イソジンゲル、メイバック、抗生物質含有ステロイド軟膏などを使用する。

☆犬咬傷の処置

汚染創として処置する。狂犬病は昭和 35 年以降発生がないため、その旨を説明し、ワクチンは投与しない。

☆マムシ咬傷の処置

青梅市立総合病院では、昔はマムシ血清を使用した。現在はセファランチンを投与している。

① 咬傷部の局麻下切開

② 受傷部付近静脈よりの脱血 50 ml

③ セファランチン 5～10ml の局注又は静注

④ 抗生物質、破傷風トキシイドの投与

⑤ 翌日以降腫脹が続くなら、セファランチン経口又は静注、ステロイド投与を行う。

2. 膿瘍の処置

☆面疔、カルブネルの処置

カルブネルは頂部、背中にできやすい。十字切開し、出血にかまわず壊死組織を除去しガーゼをつめる。糖尿病のチェックを忘れずに。

☆肛門周囲膿瘍の処置

肛門小窩より細菌が進入してできる。皮下膿瘍は切開排膿し、その後瘻孔形成したら根治手術を行う。

・小児肛門膿瘍

① 97～98%が男

② 約90%が生後6ヶ月までに発症

③ 瘻孔形成部位は側方に多く、3時と9時に対称のことが多い。(肛門小窩が側方に多いためと考えられる。)

④ 原因は下痢、おむつかぶれなどが言われているが定説はない。

⑤ 治療

①膿瘍切開後保存的療法を行なう。イソジン浴、坐浴により肛門部の清潔を保つ。

②痔瘻根治手術

③①と②の比率は4対1位で①のみで軽快することが多い。

3. 指趾の疾患の処置

☆爪下血腫の処置

ボーリング・熱したクリップなどで爪を刺す。

☆瘻疽の処置

局所麻酔：指の基部に1%～2%キシロカインを局注し、伝達麻酔を行う。切開のみ又は切開+爪の除去(爪が異物となるので)

☆刺し爪(陥入爪)の処置

爪床も一緒に切除する。予防として、きつい靴をはかないこと。局所をよく洗うこと。

4. 乳腺炎の処置

☆うつ滞性乳腺炎(授乳期に起こる)

一応無菌と考えられる。

① 積極的哺乳

② マッサージ(乳首のあたり)、搾乳

③ 冷罨法

④ 抗生物質投与
 ☆急性化膿性乳腺炎
 抗生物質投与、膿瘍形成した場合は切開。
 切開は乳管を傷つけないために放射状に行う。

日常の診療でよく見られる疾患について、専門
 外の医師にもよくわかる講義をして頂き大変勉強
 になりました。

診療報酬明細書返戻状況

8 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、市町村号 号、受給者番号の不備又は保険者番号と記号の不一致	20	5	4	20
2 旧証の記号・番号	1	3	2	2
3 患者名、生年又は生年月のもの	1	1	0	0
4 傷病名のもれ	2	0	0	0
5 診療月分、診療開始日、診療実日数、転帰のもれ	0	0	0	0
6 診察料(初診、再診、往診又は時間外等の表示)のもれ	1	0	0	1
7 診療月と診療開始日及び初診料の不一致	0	0	0	1
8 診療実日数と診察回数又は処方回数との不一致	0	7	1	3
9 投薬・注射(薬名、規格単位、用量、回数)の不備	0	1	0	3
10 処置・手術・検査・X線(薬名、回数、内訳)の不備	0	0	1	7
11 入院料の不備	0	0	2	0
12 点数欄記入もれ又は点数算出根拠不明	6	1	3	1
13 契約外(国保、国鉄、公費等)	1	0	2	0
14 症状詳記(診療内容及び方針の説明等付せん参照)	2	1	2	4
15 医療機関(薬局)の申し出によるもの	0	1	0	0
16 その他	3	0	2	2
計	37	20	19	44

お知らせ

一 月 月 月 の 保 險 提 出 日
 一 月 九 日 (金)
 正 午 迄

おわび

会報166号にはいくつかの誤字、誤植があり、
 とくに先生がたのお名前が違っておりましたの
 で深くお詫び申しあげます。
 訂正、(2)ページ、大久保寛二院長→大久保憲二
 院長、宇 復基副院長→辛 悦基副院長。(5)ペ
 ージ、6行目、平山→平沼。(6)ページ、4行目、
 平山→平沼、9行目、村生先生→村王先生。
 編集委員会

文 芸



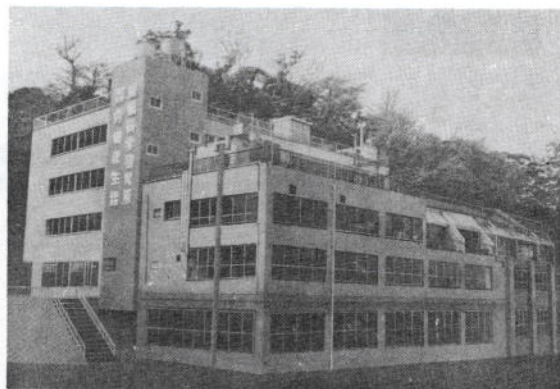
50周年記念新制作展(1986) 宮殿 米山 秀雄

アドリア海北縁のローマの砦として発展した都市アクイレイアの人々は東方から北イタリアに侵入する征服者に追われ、葦の繁る湿地「ラグーナ」(潟)に生活を求め、浅瀬に杭を打ち、小屋を建て、ひそやかに耐えた。此の人々のエネルギーと智力はやがて、どん欲に富を求め、文化を求め、潟に石を埋め、潟と潟の間に橋を架け、ついに世界に向つて開かれた海運に生きる共和都市国家を創造した。その時都市全体は海に浮かぶ芸術的石船となつていた。然しこの石船は常に沈みゆく海上都市としての悩を持つづける、ベネチアのこの感動と哀愁は、現在水面下に何世紀も耐えている力と、東西文明の交錯する古い建物に秘められた光の中にあると思う。

米山 秀雄

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
- ！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。

ハイテクノロジー検査領域へ!

本社総合ラボは、日々進展変化する臨床検査システムに対応すべく、関東医学研究所の総力を投入し、最先端検査機器を駆使した正確な情報の抽出を目指しています。検体のお預りからデータのご報告まで、確実に迅速にお応えします。

事業内容 一般検査、血液学的検査、血清学的検査、臨床化学検査、微生物学的検査、ラジオ・アイソトープ検査、病理学的検査、集団検診などの臨床検査

