

西多摩医師会報

1986年12月1日
168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

28年間の「地域医療」概観

檜原診療所 内田 萬次

足立区西新井での開業

昭和23年9月大学を卒業して、1年間都立広尾病院でインターン、そのまま第2内科に就職。昭和29年夏に肺結核を患い、2年間休職して復起したが、病院勤務の余りにも微温湯的な環境に我慢出来ず、昭和33年の暮に病院を飛び出し、バタヤ部落の近くの西新井大師と目と鼻の地に開業したのが、地域医療に足を踏み入れた第一歩だった。

その頃は、現在の医療皆保険とは異り、バタヤ部落の人々は仲々たやすく治療を受けられる段階ではなかった。足立区役所のケースワーカーに教えて貰い、バタヤ部落の一部を週一回薬屋の車に乗せて貰って回診し、バタヤ部落の会長とも親しくなった。その紹介で、バタヤ部落の中心にある「隣保館」(終戦後、上野の蟻の街で、浮浪者の世話をしていた種田あいさんが此所でバタヤ部落の連中のよろず相談を引受けると共に、牧師の方々や、YMCAのボランティアの人々が協力して、土旺学校・私設保育所等の事業をやっており、皆にママさん・ママ先生と親しまれていた)に月1回周辺の人々の医療相談を引受けようになったのが昭和36年の事だと思う。此の時話のした事は、血圧・心疾患・精神病等の相談・入院手術の必要な人達への忠告、専門医への紹介等だった。そして今でも記憶に残っているのは、精薄で愁訴の多い中年の女性を、友人の精神科医に受診させ、その後経過が良く、今でも年一回の無料医療相談の時にあいに来てくれる。

歳末無料診療

昭和34年から、I先生、友人のD先生、T君とで年1回歳末に、恵まれない施設で何か吾々の手で役に立つ事がないかと相談し、目黒区の引揚者寮及び世田谷区の母子寮に歳末無料診療を行ったが、毎年異った所で1回だけやるよりも、同じ所で継続してやる方が意義がある事に気が付き、それから「隣保館」に集り周辺のバタヤ部落の人々の無料診療を行なうようになり、現在迄続いている。以後医療が好転している現況では、この歳末無料相談も以前程意義があるとは思われない。

開業して3年経過し漸く仕事も軌道に乗った昭和37年冬、高校、大学同級の無二の親友で、而も歳末無料診療も共にやって来たT君が流感で倒れ、若い奥さんと、2才の女兒と、借金を残して急逝したので、今迄の診療所を先輩のN先生にお願いして、T君の診療所に移り、約一年半ある程度先の目鼻がついたところで辞した。

檜原診療所へ

昭和41年2月に、朝日新聞多摩版に、檜原村無医村の記事が出た。中学5年の頃友人4~5人と、五日市駅から徒歩で、十里木→本宿→南の街道を経て、途中数馬の川原で野宿をし、三頭山→北谷→神戸岩→仏沢の滝を巡り、一大ハイキングをした事があるので、地図の上では檜原村は頭の中に入っていた。

地域医療に関心を持ち、亦歩く事は大好きだったので、喜んで檜原村に入る事に決めた。そして

(2)

20年経過した。

最初の頃はやたらに往診が多く、週3回の当直の晩に往診のない事はないと云っても良い位だった。一晩に山の上(診療所から14キロ車で行き、更に山道を30分位登った所)を含めて、厳冬に3回も起されて往診に行き、寒くて寝就かれない夜を過した事も今は昔話でなつかしい思い出となっている。

驚いた事は、檜原村に入る前には、一般外来で診ている患者の中で、収縮期血圧が200を越える人は余り見かけず、若し見つければ直に治療したのだったが、この村に来た当初200を越える人はざらで、中には血圧計(最高240)で計れない人もあった。そのため脳出血・くも膜下出血で倒れる人が大変多かったが、現在では年一回の住民検診の結果で大体血圧はコントロールされている。

この村で私の仕事としては、毎日の外来患者の診療往診の他に、乳幼児検診、学校検診(現在統合により中学1校、小学1校、数馬分校ですが、最近迄中学校3、小学校8、計11校が全村に散在していた)、予防接種、週1回の南北診療所への出張、更に藤倉地区(診療所から北へ12キロ)への2週に1回の出張診療等で、到底1人では出来ないので、不足の方は他の先生、病院等にお願いして協力を受けている。

これから年代を追って村の保健衛生に就いて少し述べて見たい。

じゃがいもの会

昭和44年4月、初めて保健婦着任。昭和45年4月、初めて養護教諭着任。これを機会に校医、保健婦、養護教諭の月例会を「じゃがいもの会」と名付け、村の保健衛生向上のために努力すべく発足。特に学校児童の寄生虫保持者が多いため、衛生思想の普及に、手洗いの習慣・衣服の清潔から始めたが、先づ最初に問題が起ったのは、水質検査の結果殆んどが飲用不適であり、時には蛙の卵や、天とう虫がつかまっている様な状態であり、これでは学校で衛生教育をしても仕方がない、元を清浄にしなくてはと、とりあえず塩素消毒をする様になり、更に現在の上水道工事推進の一端となったものと考えている。そして昭和56年度上水道完成后は寄生虫保持者は数える程になっている。

精神衛生相談

昭和45年、当時五日市保健所長が、地域医療に熱心な精神科の先生がおられて、是非檜原を見た

いと、私も昔は精神科医を志した事もある、早速月1回の精神衛生相談を受けて頂いた。A病院長のU先生です。私は小中学校の校医でもあり、診療所の医師でもあるので、少しでも精神衛生相談、治療が必要と思う時は、先生に適切な指導と治療をお願いしている。特に先生は、保健婦や養護教諭に精神衛生の重要性を指導して下さい、講義をして頂いた事もある。

昭和54年11月には「檜原村における精神衛生活動(その1)」を、先生御指導の下に、保健婦が国保医療学会に発表している。

現今朝日新聞紙上で大熊記者が書いて問題となっている精神科の閉鎖的治療とは全く異り、地域の中で開放的な精神医療を実践されているU先生の御方針には全く敬意を感じる。此の様な開放的精神医療が檜原村で行われている事は、日本中でも数少ないのではないかと自負している。U先生には尾根道りの山の上に何回か往診に行って頂いた事もある。診療所から車で約10分、山道を30分程登った所で、つい先週其所の患者の一家が相談に来ていて、「先生、山の紅葉が綺麗だから一度見によって来ませんか」と誘われ、苦笑されておられた。

ハシカの予防接種

昭和45年に檜原村(当時人口4,800位)で麻疹の大流行があり、村の診療所に受診した患者だけで136名だった。吾々医師も大変だが、それ以上に、患者自身、患家の両親、家族の心的、経済的負担は大きい。丁度麻疹ワクチン(ビケンCAMワクチン)の出始めた時なので、早速予算をつけて貰い、昭和46年より毎年ほぼ全員に接種、昭和46年以降の患者発生は、昭和50年迄年平均3名、昭和51年・52年は罹患者0だった。これも昭和54年に「檜原村における過去7年間の麻疹予防接種の状況」として国保医療学会に報告してあり、その後ワクチン接種の継続で、定型的な麻疹は現見られない。

子宮癌検診並に糖尿病教室

子宮癌検診は昭和48年頃からK病院にお願いして、年4回位に分けて行っており、現在では乳癌の検診も併せて施行している。受診者の中からは殆んど発病者はなく、未受診者から患者が出る事は一考を要する。

昭和50年頃には保健婦の努力で、糖尿病予防教

室が始められ、保健所の栄養士をたのんで、献立の講習等も行ったが、保健婦の退職と共に一時中断し、昭和61年から再び再開、現在4～50名が登録されている。

自治医大との関係

昭和48年頃に、東京都の自治医大1期生2期生が、都衛生局の課長、係長と一緒に檜原村見学に来た時、三頭山荘で昼食を共にした。その時2期生のM君と話が弾み、その後M君は時々下級生を連れて檜原村に遊びに来、当直の夜酒を飲み乍ら地域医療に関して話し合う様になった。夏には研修を兼ねて、寝たきり老人を訪問し、山の上迄心電計を持っての検診、住民検診の手伝、検診データの記録を手伝って呉れ、それがきっかけとなり、東京都衛生局のはからいで、昭和57年10月から、自治医大卒業生派遣が決定した。之によって、檜原村が再び無医村になる事態が永久になくなった訳で、今迄私の20年の成果があったと云えば、こ

の事位ではないだろうか。

結 果

以上こまごまとら列して来たが、私が村に入った時から、村役場の方針として、医療は医師が専門職であり、全てを医師にまかせると云う不文律があり、之が20年間私が此の村に勤務出来た一番の原因と思うし、役場の方針がそうであったので、どんなに辛い診療や往診でも、皆が文句を云はずに着いて来て呉れ、その結果現在の檜原村の医療があるのだと思う。

御 礼

昭和61年11月8日には、西多摩医師会会長を始めとする多数の方々、厚生大臣賞受賞をお祝い下され、心から厚くお礼申し上げますと共に、私も初心に帰り、檜原村の医療に専心する積りでおりますので、向后共諸先生方の御指導御鞭撻を御願申し上げます。

理 事 会 報 告

11月理事会報告

昭和61年11月25日(火)PM7:30

I 報告事項

- 1) 都医地区医師会長協議会報告(西村会長)
 - 三者協議会で62年度予防接種委託単価を、前年度額に2.31%剩じたアップの委託料としたい旨の要望あり。
 - 第22回医学会総会の参加登録をなお一層希望する旨の説明あり。
 - 共済部会員募集
 - 東京都非常勤産業医設置について
現在、清掃局を除いて他の局は、産業医を設置していない為、東京都の出先機関にも産業医を設置する事となる。
 - TV番組「医療最前線」放送の制作継続有り、会員の視聴希望。
その他、地区医師会からの報告として、都立青梅看護専門学校卒後の就職率低下に対し、学校運営協議会での検討を希望する旨の説明あり。

2) 「医療懇」報告 (足立理事)

11月14日開催された。今後は議題を設けてより充実した懇話会としていきたい旨の説明

あり。

3) 各部報告

学校医部より、本年度功労者選出を行ったが該当者無しと決定した旨の説明あり。各地区で取扱いが異なる、伝染性紅斑の現状の説明あり又西多摩地区では、学校伝染病としている旨の説明あり。

公衆衛生部より、10月28日福生市2校の学童に対し、コレステロール、HDL、中性脂肪検査施行。来年度からは、学校医と協力して作業にあたりたい旨の説明あり。

福祉部より、納税貯蓄組合存続に対し、各組合長にも話し合ってもらい決定されたい旨の説明。賀詞交換会をS62.1月17日青梅福祉センターにて行なう予定の報告有り。

保険部より、国保整備委員変更について。来年度より吉武先生に代わり、荒巻先生が、あたられる旨の報告。

II 協議事項

1) 西多摩新聞社に対する抗議文について

(足立理事)

抗議文内容の検討を行ない、新聞社に対し、抗議する事が承認された。又抗議文を西多摩

医師会報に掲載する事になった。

2) 西多摩広域行政圏協議会への伝染病棟統廃合の回答について。次回に検討する事になった。(西村会長)

3) 12月、1月の行事日程について (足立理事)

12月理事会報告

昭和61年12月8日(日) PM7:30分

I 報告事項

1) 三公立病院各科部長と医師会役員、会員との懇談会報告。(大塚副会長)

12月5日に41名の会員出席して行なわれた。

会員側要望として、紹介患者は、なるべく返していただきたい事、又クリニカルカンファランスを希望した。

病院側からは、紹介患者ある場合電話連絡希望又、クリニカルカンファランスは、各三ブロック病院個々に行なう事とする。

2) 多摩医学会報告 (西村会長)

11月29日開催され、各地区私的病院よりの発表が多く盛況であった。

3) 西多摩新聞社に対する抗議について (大塚副会長)

12月3日弁護士立ち合いで、会長、副会長が西多摩新聞社へ抗議を申し入れた。

林田編集長より記事の中に舌たらずの所があり、御迷惑をかけました。反省しています。今後共当新聞に御協力いただきたい。という返事があった。又12月5日発行の新聞で、本紙11月5日号「羽村河野院長、保険医取消し処分」の記事の中に一部誤解をまねく内容があったことをお詫び申し上げます。と云う文面の掲載が行なわれた旨の説明あり。

4) 羽村町における平日夜間診療について (東理事)

羽村医師会は、62年4月始め開設に向けて、羽村町同業者に協力することを合意。診療医師の確保については、福生病院及び杏林大学の内科医師の協力を要請する事になり、快諾を得た事、なお、診療日及び時間を平日(月~土)午後7時~午後11時とした旨の説明あり。

2 報告承認事項

1) 入退会会員 — 承認 —

入会 石田 守 青梅慶友病院
退会 吉武泰俊 高木病院

3 協議事項

1) 自治体より支給される諸手当について (足立理事)

— 承認 —

年度別	種 別	要 望 額	回 答 額	増 加 額	率	
昭和62年度	学 校 医 報 酬	(月 額) 33,000	32,000	1,000	3.23	
	同 内 科 管 理 手 当	(") 17,000	16,000	1,000	6.67	
	未 就 学 児 検 査 手 当	(1 回) 33,000	30,000	—	—	
	予 防 接 種 出 務 手 当	(時 間 当) 25,500	24,000	500	2.13	
	1才6ヶ月児健診報酬	(") 27,000	25,500	500	2.00	
年度別	種 別	要 望 額	回 答 額	増 加 額	率	
昭和62年度	一 般 診 査	集 団 診 査	30,000	25,500	500	2.00
		個 別 診 査	3,300	2,650	50	1.92
	訪 問 診 査	看 護 婦 帯 同 の 場 合	8,500	7,600	100	1.33
		医 師 の み の 場 合	6,500	5,600	100	1.82
		精 密 診 査	1点18円	1点15円	—	—

2) 医道審議会の答申について (西村会長)

昭和61年11月19日に9名の委員出席し、医道審議会開催し、河野医院河野公信医師(B会員)の身分取扱を除名処分が適当と認められた。この答申に踏まえ、理事会でも同処分とする。— 承認 —

3) 消防署救急隊との懇談会について

(大塚副会長)

救急業務に対し意見を出し合い、意志の疎通をはかる懇談会を開催する事を希望する案があり、承認された。

なお、東部 — 宮川、西部 — 高木、南部 — 栗原 諸先生方に計画依頼がなされた。

4) 西多摩広域行政圏協議会への伝染病棟統廃合の回答について (西村会長)

地域医療委員会で、三病院の内、特定出来ず。

なお、審議事項多く、来年に持ち越しとする。 — 承認 —

5) 賀詞交換会について (栗原理事)

会費5千円とす。

— 承認 —

三多摩地区医師会懇親会開催

11月22日(土) PM6:00より新宿京王プラザホテルエミネンスホールにて町田医師会主催で三多摩地区医師会懇親会が開催され、来賓として、羽田日医会長を始め衆参議員、東京都議会議長等多数の出席があった。

当西多摩医師会より西村会長を始め理事監事多数が出席した。

中原美沙緒のシャンソンが挿入されその間、各界の代表より挨拶があった。また各地区医師会長紹介があり都医師会入会順に会長の紹介があり、当西村西多摩医師会長が最初に紹介された。

印象的であったのは鈴木都知事が、三原山爆発に重なり出席出来ず副知事が変わって挨拶され新たに西多摩の檜原村より伊豆七島まで、東京都の行政圏の広さを痛感した。

会食はなごやかなうちに進み新都心新宿の夜景の中散々三三五五散会した。

渡辺記



紹介を受ける西村会長



出席した理事監事



挨拶する羽田日医会長



西多摩三公的病院部長医長とA会員との懇談会開かる

12月5日 PM 7時30分より西多摩医師会館において三公的病院各科部長医長とA会員との懇談会が開かれた。塩沢理事の司会で西村会長挨拶、大塚生涯教育委員長挨拶の後、各A、B会員の自己紹介、その後各科部長医長との病診連携の具体化に向けての懇談が行われた。主にB会員の現状が紹介され貴重な意見が出された。B会員より各病院クリニカルカンファレンスの時間調整とベッドサイドティーチングの難かしさ、他患者紹介に関してはほとんどトラブルはないが紹介患者が深夜受診をすることがあるなどの細い点が指摘された。また電話による患者紹介を各科医長より希望されたことが注目された。また紹介患者は紹介医に返して欲しいと言う先生もおられた。また大学の教授が今回の生涯教育に対して勤務医が最初から

Dutyを大きく負うとしりつほみになるのではないかなどと言われたなど貴重な意見が聞かれた。その後A会員B会員分れてのグループ懇談が行われ、Bグループ意見は前記の点が話合われただけに終わったがAグループの内にはA会員の講演会出席をもっと上げる事、公的病院のC.Cの具体的内容と時間を紹介してもらおう事、紹介患者の病状連絡をもっと密に、患者還元をもう少し多くしてほしいなどの希望があった。最後に大塚生涯教育委員長よりこのような部長医長と一般会員レベルの懇談会は医師会としては初めてであり他の医師会においても聞いていない。またきわめて有意義な意見が聞かれ生涯教育の具体化をもとめる大きな第一歩であるとの閉会の辞でぐくられた。

渡辺記



説明する大塚西多摩地区生涯教育委員長



挨拶する西村会長

文 芸

菊薫る
この朗報は
晩秋は
肌
微笑まし
医界に

人命の救助は
依然 官尊
医師の使命なりと
民卑まぬがれず

医界にも叙勲
漸くにして
表彰 社会並に
扱はれ 始むか

行革の眞の狙ひは
果して如何にか
簡素化なり
結果またるる

医療制度 改革案の
日々に 迫るか
力押ししてもか
決着も

遠目には 華々しけれど
御神火 怖れ 戦きあらんか
里人は

久々に 御神火 噴きて 華々し
溶岩流の 島地 拡げて

野の柿も 熟れて 赤味を 増してあり
渡る鳥らの 餌となりつつ

霜月も 日々に深まり 木枯らしの
散り敷く様は 冬を急がる

叙 勲 月 小泉新策

再び老健法関連保健事業について

— 経済主義的画一主義批判 —

西多摩医師会報第165号(9月1日)井村「提言」に引き続き、第166号(10月1日)には老人保健法関連健康診査の「方式」に関する林理事の提言が掲載されていました。個別か集団かという「形式を論議すること」が、いまや西多摩医師会の「一大事業」になった感があります。

論議することは非常に結構なことですが、「不毛の論議」ということも往々にしてありますので気をつけなければなりません。林理事の提言を見ますと、集団方式、個別方式それぞれの「メリット」「デメリット」を列挙、併記し論議の材料として、近い将来、西多摩医師会として「個別方式」に統一するための「コンセンサス」を得たいという意図とお見受けしました。

林理事提言の中の別表には集団、個別それぞれの長所、短所が書いてありますが、全体としては個別方式のメリットが強調され、論議の流れが個別方式重視の方向に誘導される形になっている様です。

まず、この表の印象から申し上げますと、個別方式のメリットは集団方式のデメリット、集団方式のメリットは個別方式のデメリットという形で、つまり、ある方式の長所を裏返しにしたものを他の方式の短所とし、あるいはその逆といった形にして提示されています。

また、同一のことを、表現を換えていくつかに分解し「対比の隙間を埋める」材料としてあります。対比項目は視点を変えると個別、集団のどちらにも通用し得るかまたはどちらにも通用しないものもあり、それぞれの方式に特徴的な点とは必ずしも言えません。

林提言について、若干検討させて頂く前に踏まえておかなければならない事が一つあります。老人保健法関連ヘルス事業の実施主体は「区市町村」、医師会は「協力団体」の一つであるということです。この前提からはずれますと、論議が混乱することになります。

最初に、受診者にとって集団方式のデメリットとされている「日時が限定される為、受診率が著しく低下する」という点についてですが、先にも

述べましたように、ヘルス事業の実施主体は区市町村ですから国の補助があるとは言え、基本的には区市町村の財政あるいは予算の許容範囲内で実施されるものであることを考えますと、実施期間や日時が限定されるのは、そのことの是非はともかく、当然の事だろうと思われまます。

こうした限定は集団方式に特有の事ではなく、個別方式でも同じことです。従って、林提言表において対比的に個別方式のメリットとされる「(受診者の)希望する日時に受診出来る」というのは妥当ではありません。実際は、集団、個別を問わず、「限定された」期間および日時内であれば、「いつでも」受診できますし、期間外にはどちらの方式でも受診できないのですから。また、集団方式では日時が限定されるために「著しく」受診率が低下するとのことですが、集団、個別とも「限定」はあるのですから、この事を以て集団方式のデメリットとされるには些か無理があります。受診率を左右するものは区市町村の住民に対する働きかけ、住民の関心度、医師会の対応の仕方等、多分に社会的で複雑な要素によるところが大きく、単純に方式の「形態」に原因を求めることはできないと思います。

昭和60年度の東京都26市における老健法関連健康診査の受診率を見ますと個別方式を採用しているところは14市で、それぞれの受診率は武蔵野市45.7%から狛江市の6.4%まであり、検診「方式」が受診率と関連しないことを示しています。

福生市の受診率は17.2%で比較的高順位にあるからと言って他市も個別方式がよいとは一概に言えないと思います。青梅市のように60年度まで個別でしたが、61年度から一部集団方式に変わった結果、受診率が若干上昇したという例もあります。

次に、集団方式のデメリットとして挙げられているのは「専門外医師に当たった場合、診査内容に(受診者から)不満が出る」というご指摘についてですが、これは診査の「内容」ではなく診査「結果」の誤りではないかと思われまます。一般診査に関する診査内容は特定の市町村内では同じですから、受診者から検診内容について不満が出る

(8)

とすれば、それは自治体に対するものであり、医師が受ける筋合のものではありません。結果の判定に関する不満ならば、これは当然、医師が受けなければならないことです。

検診事業に医師として参加、協力する以上、判定に責任を持たねばならないと言うことは当たり前のことです。「検診結果の判定に責任問題が出る」ことが医師にとって「デメリット」だという事ですが、そうだとすると医師の役割とは一体何なのかと問い直さなければなりません。検診の結果に医師として責任を持たなければならないという点については個別も集団もないと考えるべきではないでしょうか。

ヘルス事業として行なわれる検診の内容については、婦人科検診を除けば、特殊な知識や高度な技術を要するものではなく、専門、非専門を問わず現代の「医師」ならば誰でも当然扱うべき範囲の事です。問題は、ヘルス事業における診査が高度に専門的な技術を要する特殊なものではなく、現在の日本の医療水準から見た場合、極めて一般的な検診であることが住民に対し周知徹底されているか否かによって、受診者の医師に対する信頼度が異なって来ることであろうかと思われます。そうした点が明確になっているならば、専門外の医師だからどうだと言うような受診者の不満というよりは「不安感」は解消される筈です。それでもなお、自ら希望する医師でなければ厭だという受診者がいるならば、それはその受診者の個人的な「好み」の範疇に属する事であって、そういう人は例え「集団方式」であっても、自分の好みの医師が当番となっている日にどこであろうとその会場に赴くでしょうから、「検診のシステム」とは何ら関係がないことになります。

従って、専門外医師の検診に対する受診者の不満や、自ら希望する医師によって検診が受けられるか否かなどという受診者の不安をなくす「前処置」をしないまま、そのことを集団あるいは個別方式のメリット、デメリットとして対比させるのは本末転倒した逆立ち論理と言わなければなりません。

次に問題なのは、会場の地理的位置に関し、集団方式のデメリットとして「会場が遠くなることが多く、交通の問題がある」ということ、その裏返しは個別方式のメリットとされる「近いところ

で(検診が)受けられるので交通の問題が少ない」と述べられている点についてであります。このご指摘は一見尤もらしいのですが、実はナンセンスです。

仮に今、とある市で「個別方式による検診」が実施されるとします。近くに個別方式検診を行なう医師がいない場合、受診希望者は遠方の医師のところまで行かなければなりません。それが自分の「好みに合わない」医師だったら更に遠くの「好みの医者」のところまで足を延ばすこととなります。また仮に、交通の便のよいところにある市または町村の施設で「集団方式の検診」がおこなわれ、「好みの医者」も参加していると仮定します。乗物で少し走ればこの受診者にとって「交通と好みの問題が」同時に解決されることとなります。

つまり、会場までの「交通問題」というのは、どの受診希望者が、何処に住んでいて、何処で検診が受けるかによって、「便宜性」の評価がその都度、変化するものですから、ある人にとってのメリットが他の人にとってはデメリットとなることもあり、またその逆もあり得る訳で、従ってこの問題は特定の「方式」のメリット、デメリットを決定する絶対的、固定的な要件にはなり得ません。

集団診査のメリットとして「公的健診体制が明確化され、安心して健診を受けることができる」「一般の診察と区別され、感染の危険が少ない」、そして個別診査のデメリットとして「一般診査と一緒に、待時間長くなることがある」「感染の問題がある」というご指摘については「全く、おっしゃる通り」だと思います。

つまるところ、受診者側から見ればはっきりしているのは「集団方式のメリット」と「個別方式のデメリット」だけということになりましょうか。

さて次に医師側から見た時の「林提言」における二つの方式それぞれのメリット、デメリットについて勉強させていただきます。

集団方式のデメリットとして5項目列挙されています。

まずは「医師会活動の一部ということで自分の意志に反し、半強制的に参加させられる(特に専門外の場合)」ということですが、集団診査で会員が半強制的に参加「させられた」例があるので

しょうか、また、今後そういうことが有り得るのでしょうか？その点が明らかにされる必要があります。

集団方式にしる、個別方式にしる、医師会として「なるべく皆でやるようにしましょう」という程度のことはあっても、強制などということはおよそ不可能ではありませんか。

青梅市に例をとりますと、個別方式の時も、集団方式の時も、検診事業に参加できるかどうかを確認し、参加できるとした医師について、実施可能な曜日、時間等を更に確かめてやって来ていますので、自分の意志に反して強制されたなどという話は聞いたことがありません。他の市町村、殊に福生市あたりではどうなのでしょうか？

「半強制的」と感じるか否かということは、協力事業に対する医師個人の拘わり方の問題であって、集団か個別かといった「システム」とは全く無関係です。

次に「自治体に依頼されてやる為、保健活動に消極的になり易い」ことが集団方式のデメリットとして挙げられています。そもそも「ヘルス事業」そのものが自治体に依頼されてやるものではなかったのでしょうか？ヘルス事業の実施主体が区市町村であり、医師会は協力団体であることを、幾度も際限もなく確認しなければならないのには、いささかくたびれます。個別方式の検診とて、いわゆる「ヘルス事業」のひとつである以上「自治体から依頼されて」やっているのです。両方とも依頼されているのに集団方式では消極的になり、個別だと積極的になると言いますと「自治体から依頼されるから」という前提が宙に浮いてしまいます。つまり、「自治体から依頼されたから」と言うようなことは方式の「メリット、デメリット」を規定する要素ではないことが計らずもここに露呈しています。この項はまさに「為にする、集団方式批判」の感があります。

林理事がご指摘になる、医師側からみた集団診査のデメリット、その3は「健診から治療、指導が一貫しにくい」という事です。しかし、受診者が、異常ないしは何か問題点を指摘されて自分の診療所あるいは病院へ来たら、判定結果に基づいて治療するなり、指導するなりすればよいのであって、何等不都合はありません。判定結果に問題ありと思えば、なんらかの疾患の疑いをもって再検

査することもできます。

「検診」はあくまで検診、「医療」はあくまでも医療であり、検診と医療の接点の形成は「受診者の自主性と判断」に任されるべきではないでしょうか。

検診と医療を同一の場で接合できないのは「デメリット」とする、この一点にこそ、老健法関連保健事業「個別方式推進派」の皆さんの「偽らざる思い」が凝縮されているようです。

一般診査＝精密検査＝結果判定＝(Mund Therapie. 要医療)＝保険診療＝レセプトという一連の「工程」を作るには「自己の作業場」が一番やり易いという事なのでしょう。

集団方式では保険診療に結びつかないこともあり、直接おのれのレセプトにつながるとは限らずどうも「収入源」としては「当てにできないので」都合が悪い、これは「デメリット」ということになるのでしょうか。

このことは林理事が言われる「集団診査デメリット」その5にストレートに連なっています。即ち「税金その他、収入は少なくなる」のがご心配ということ。これを裏返しにしたものが「個別診査メリット」その3、「収入の面、集団より良い」という考えです。

「検診を医療に結合させて収入増をはかる」のが個別診査メリット説の「ハイライト」なのでしょうが、それは老健法関連ヘルス事業の趣旨に反していますし、あまりにも露骨な「経済主義」と言わざるを得ません。

個別診査のメリットの2に「問診から検査に至るまで、自分で行なう為、健診活動に積極的になる。又地域保健活動に貢献していることを肌で感じ取れる」と言われていますが、集団診査であっても、問診から検査に至るまで「自分で行なう」訳で、それが医師としての基本的な仕事ではないのでしょうか。実質的に同じことが集団方式ではデメリット、個別方式ならとたんにメリットとされるのでは何かなんだかわからなくなります。従ってこの項は何も意味しないと同じです。

しかし、このことは、実は「健診活動に積極的になれるかなれないか、又地域保健活動に貢献していることを肌で感じ取ることができるか出来ないか」ということを全く別の要因によって規定する人たちが存在することを端的に物語っています。

(10)

つまり「検診出来高払いプラス保険診療報酬」による増収の可能性の有無によって積極的に消極的にもなれる人々の存在です。

個別診査の医師側メリット1.に掲げられている「主治医作りに大変良い」というご指摘も、根底にある「経済主義」的傾向を見抜きますと、色が褪せて参ります。住民のための「より良き主治医」はどうあるべきかという事は、普段の診療の中で医師が患者、住民にどのように対応するかという事と複雑かつ密接な関係を持つもので、ヘルス事業の検診「方式」とは殆ど直接的関係がありません。

集団診査において「会場まで出向かなければならない」ことが医師にとってデメリットであるとされるに至っては、もう何も申し上げることがありません。会場まで出かけるのは面倒だ、こちらへ来るなら診てやると言うことでは、それこそ「医師側主義」「医師中心主義」「度し難き経済主義」の典型ではありませんか。医師の方から出向くのがデメリットだとすると、予防接種も、乳児健診も、学校検診も、往診も、対住民講演会も、集団健康相談等も全て「デメリット」を伴う事になります。「ナンセンスもここに極まれり」の感があります。

集団診査の医師側メリット1.にある「特定の時間だけ健診にあたればよい」というのも、これは集団方式に限ったことではありません。個別方式にしたところで「特定の期間」の医師の診療時間内という「特定の時間だけ」ではありませんか。また同じく医師側メリット2.に「多くの医師が参加し易い」とありますが、個別診査の方が参加し易い人もあれば、集団の方が都合のいい人もいますはずでおよそ「特定の方式」の特性ではありません。

検診事業の経費に関して、自治体側の「方式別」メリット、デメリットに言及してありますが、これは区市町村の財政規模とそれに基づく予算の執り方にかかわることであって、受診者および医師が直接に関与する問題ではありません。従ってこの項について論評することはあまり意味がありません。

個別診査における受診者のデメリット1.の「一般診察と一緒にになり、待つ時間が長くなることがある」という事と、同じく個別診査における医師

のデメリット1.の「一般患者と一緒にになり外来が混雑し易い」という事とは、全く同一のことであって敢えて分けて考える必要が無いものです。

以上、各方式の長所、短所に関する林理事「提言」別表について勉強してみました。ほぼ全項目に亘って見当違いやこじつけに見えるものが目立ち、唯一「無傷」で残るのは集団診査の受診者メリット2.「一般の診察と区別されていて、感染の危険が少ない」と、個別診査受診者デメリット2.「風邪、その他感染の問題がある」という二つだけになります。

しかもこれは一つの事の「表と裏」であり、集約すれば「受診者の院内感染の危険」に関する一項目だけという事になります。従ってその事だけならば「同一医師会内のコンセンサスを得る」云々といった大袈裟な問題では無い様に思われます。

また、集団方式が「医師側主義」の形態だから多くの住民の受診が望めないと言われてはいますが、医師側主義とは具体的にはどういうものなのでしょう。そして、それは集団方式とどのように結合しているのでしょうか。会報165号の井村氏の「提言」にあった「医師中心主義」もそうでしたが、定義不明の「イズム」が突然出現して、ひとり歩きしている様で、なんの事かよくわかりません。

もうひとつ、集団方式では検査データの判定に混乱がみられるのご指摘ですが具体的なはどういう事なのでしょう。データの読み方、意義づけという視点から見ますと個別方式の方がバラツキが大きいのではないかとも思われますが。

最後に、林理事「提言」について勉強させてもらった「結果」を、私なりにまとめさせていただきます。

林理事のお作りになった別表「メリット、デメリット対比」は一見整然としていて確固たるものに見えますが、全体の「構図」を分解し、対比の構成要素を個々に検討してみますと、論議の素材としての「耐久性」がありません。

先にも、全項目について「検討」させて頂いた如く、集団診査のデメリットも個別診査のメリットも、検診「作業」に付随する一局面をとらえて、微視的に「強調」されたものに過ぎません。従って、ご指摘の各項目は、ほんの少し視点を変えると、二つの方式のどちらにも共通するものもあり、

一方を支える「うしろ楯」に見えたものが、他方を補強する材料に転化したり、互いに打ち消し合って消滅してしまうこともあります。つまり、それらが個々の方式に特有の「属性」を持つものではないことを示しています。

特有の属性でないものを、あたかも特定の方式の本質であるかの様に分類、固定し、「パターン化」されるのは何故でしょうか。

意識的か、無意識的かはわかりませんが、林理事提言「論理性」を持たせる為に「演繹法」的手段が使われたからではないかと考えられます。

即ち「はじめに個別方式による統一構想ありき」で、その与えられた「命題」を維持する為、メリット、デメリットなる補強材料を「考案」し、後程「命題」に付与せざるを得なかったのかも知れません。そのためか、個々の項目間あるいはそれぞれの項目自体に矛盾が生じています。

個別方式メリット論と集団方式デメリット論から非本質的、修飾辞的項目をはぎとった後に現われる骨格は「経済主義」そのものです。

医療における経済主義は、たまたま新聞等に出てくる「どこか遠くの」もうけ主義医者のお話ではなく、他でもなく身近の地区医師会をも蝕みつつあることを、この「個別診査メリット説」がはっきりと示しています。

「ヘルス事業」と一口に言っても、それに拘わる人々は多様で、様々な立場があります。行政単位の財政規模、国からの補助、地域の医師会の事情、地域住民の生活態様、交通の問題を含む地理的要因等があり、それらの間の複雑な「力学的」絡み合いの中から、診査の形態が地域の実状に合った形で、出来上がって来るのではないのでしょうか。そういう意味において、診査の方式を考えて行く方法としては、各地域の行政単位別に個々の具体的事情、条件等を「客観的に」検討すること

によって「命題」を導き出すという「帰納法」的手段に依拠するのが無難だろうと思います。

私達の西多摩地域の中で、法人格を持つ医師会は「西多摩医師会」だけですが、その構成単位は東、西、南の三ブロックであり、そのブロックの中はまた事実上それぞれの行政単位別に分かれています。

西多摩医師会が実施主体となって独自の検診事業を考えるのなら、医師会としての「統一方式」も意味があるでしょうが、ことヘルス事業に関する限り、実施主体は市町村となっていますから、それぞれの行政単位ごとに事情が異なっている以上「検診方式」が様々な形態になるのは、当然の前の「論理的帰結」というものです。

各市町村の検診実施条件の現実的な相異を考慮しないで、西多摩医師会「統一個別診査方式」なる網をかぶせようとする、それは客観的には「医師会のゴリ押し」となるにちがひありません。

いわゆるヘルス事業は、今始まったばかりと言ってもいいと思います。医師会としての柔軟で多様な対応が必要です。集団方式あり、個別方式あり、混合方式あり、それら全てを包含した形で、医師会全体が「統一して」協力できれば、それで良いのではないのでしょうか。自らの「内なる営利主義」と自闘しつつ、医師会から悪しき経済主義的「画一主義」を排除して行かねばなりません。かくも問題の多い「たたき台」を前にしながら、いとも簡単に医師会理事の多くが個別診査方式を是とされたとなると、一体いかなる「論議」が理事会で行なわれたのかと興味も湧いて来ます。

西多摩医師会の西村会長以下理事の方々全員に対し、この問題の「再考と熟考」を要請して置きたいと考えます。

1986. 11. 15 堀田 洋夫

堀田洋夫先生の

(西多摩医師会報 167号に掲載)

「老健法関連健診事業と医師会のかかわり」を読んで

秋川市 井村 進一

小学館の日本国語大辞典第四巻で「ことあげ」をひいた。「ことあげせぬ国」は日本の美称であり、あれこれとことばで言い争わない平穏な国、

とある。「あきづ島、大和の国は、神柄と言挙不為国、しかれども、吾はことあげす」(万葉)とあった。これが〈作者未詳〉とあるので笑ってし

(12)

まった。何と日本的であろうか。「コトノハ(言葉)にアゲツラヒイウ(論言)こと」という大言海の解釈、極めて日本的である。

さて、西多摩医師会報第167号(1986・11・1)で堀田洋夫氏の御高説を拝読し、久し振りに極めてさわやかであった。もしこれが匿名記事ならば誠に不快であろう。「怪文書」はすべて匿名なるがゆえに「怪」なのであり、不愉快である。一言で断ずれば卑しい人柄の作為で、相手にもならない。相手にするべきではない。

ことばとは不自由なものである。大言海のコトアゲは論外であるが、もっと日本人も「ことあげ」すべきときは論を吐かねばならない。欧米の訴訟主義(スウィズム)は、ともすれば「大言海」的コトアゲに傾き、そのぎすぎすした感触が私にはなじまない。やはり自分は日本人である。「智に働けば角が立つ。情に棹させば流される。意地を通せば窮屈だ。兎角に人の世は住みにくい。」という漱石の文章がよくわかる。かって本会報にこの文をとりあげたことがある。欧米人にはわからない、といら引用であった。理知的に論ずれば角が立ち、情に流される主体性の弱さを示し、自分の意志を達成すれば窮屈となる。さっぱり訳がわからない人種である。という主旨であった。確かにこの外人さんの感想も解る。という程度に依じて、私も非日本的であるかもしれない。私の一頁ちょっとの「提言」に対し、六頁に余る執筆をされた堀田氏に敬意を表するとともに、私と同程度か、それ以上の非日本的側面を拝見し、さわやかさを感じた。右へならえのぐちぐちが多い。

何はともあれ、拙文を繰りかえし読んだのは初めての体験であった。どこをどう押したら堀田氏

の解釈になるのか、私には解りにくい部分がある。しかし、そういう読み方もあるのだということは十分に了解出来た。了解すると、十人十色だなあとということになって、返事にもならない。

私の文は「確信する」「ねばならない」「べきである」等々と、断定的である。それに対し、堀田氏の文体は「ではないでしょうか」「と思われのです」「問題ではなさそうです」「と思います」「なってくるのは何故でしょうか」「かもしません」と極めてソフトである。堀田氏の文中にあるカギ括弧の文で拙文の中に見当たらないものもあり、「大言海」的コトアゲをしても不毛と判断するのでそれはしない。近日中に「医師会のかかわり」方について堀田氏に御教示を請いたい。

堀田氏の御高説を拝読し、以下の諸点についてだけは公的に表明やら反省をしておきたい。

私の提言は、秋川市在住の井村進一個人のものであること。「自然で素朴な提言を」したこと(これは受診者側に立って、親しみ深いホーム・ドクターにみてもらうのが自然だ。という意味)。「むしろ地理的条件等を含む地域特性、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」という御発言は当然であると賛同すること。最後に、理事会の雰囲気、現職理事の一人としてお伝えしたのではないことを明言しておきたい。現理事である井村進一氏が個人として発言し、提言する場を失わせては困るのであるが、そういう了解の仕方もあるであろうと強く再認識した。「広報理事」とか「理事」と冠した場合を除き、「秋川市」と冠したときは、私の個人的発言と御了解戴きたい。以上

多数決ということ

秋川市 井村進一

多数決は民主主義の原理を實際政治の面に適用した方法論であろう。多数決を貫徹するためにはレフェンダム(一般投票)、イニシアティブ(発議権)、リコール(一般投票による公職者の解任権)等の制度が伴わなくてはならぬとされている。語源であるギリシャ語のデモクラチアとの対立概念は独裁とアリストラシーである。

事実確認については概ね全員賛成となるが、事

実と真実との見解になれば、少数意見の出るのは当然であり、健全の証でもある。たとえ少数意見を持ったとしても、裁決された以上、多数意見の実現を黙認するのが多数決のルールである。

古今東西、人間は集団の中の個である。その条件内で個性を伸ばし、自己表現をする以外に道はない。社会性を無視した個性の発揮は考えられないのである。社会性とは周囲の人のびとに対して配

慮を持つことに他ならない。

しばしば先輩の先生方に西多摩医師会は親睦団体であるときく。しかし、昨今の会報をみると、学術団体であり、ときに政治団体である。同好誌から機関紙に変化している。時代の変遷によるものであろう。その時自分のおかれた状況や自分の位置づけを把握する必要がある。その正確な判断はニュートラルな、こだわりのない心眼を必要とする。しかし、人はしばしば錯覚や幻想を抱きやすいものであることも確かだ。逆に、ある種の幻想を抱かねばならぬこともある。

幸か不幸か今のところ私は穏健なるペシミストである。ペシミストは多少とも事態に対して諦めを抱き、事実に対して距離をもって観る傾向があ

る。ときに極めてシニカルな反応を示す。

しかし、昭和53年後半は完全にペシミストであった。多数決だったのが、サイレント・マジョリティだったのか内情は知る由もない。ただ一点、秋川市医師会の発足が57年10月なので、当時は実態としてはあっても、公的らしくみえる角印つき文書が関係官庁に配布されていたのは、未だに不可解である。「いじめ」の構造は学校や老人ホームだけではない。「人間この共謀するもの」という著書を思い出す。「悪夢」であった。

さっき、「多数意見の実現を黙認する」と書いた。誤解のないように少しだけ補足すれば、サイレント・マイノリティに徹することを意味する。

以上

秋川市医師会だより

第四十二回例会が去る十一月十七日に催された。案件に特記すべきものはなく省略したい。

第四回秋川市医師会勉強会は平林信隆先生による「忘れ得ぬ患者さんたち」が演題であった。これを要約することは私にとって至難事である。心因反応による自殺、抑うつ、不眠の症例や、夢の解釈。映画に触媒され、変転を経て「自己実現」をする男。自己同一性の崩壊と確立。悟りとは何かを示唆するもの。社会心理学的日本人論ともとれる第二次世界大戦中の御体験とそれへの先生の自己洞察。これら一連のお話は聴く人それぞれに

深淺広狭、多様に受けとることが出来るであろう。私は川端康成の短編集「たまゆら」を読んだ若い頃の体験に似た、淡淡清冽な感慨で拝聴した。こういう聴き方は先生の御本意に添わぬかもしれない。しかし、私は「いつ私は私に出逢うのだろうか」と自問していた。人間とは何かという問いかけでもあった。大慈無辺。天地無私、春又帰。雪満山中、高士臥。独座大雄峰。このような文言が心中にこだました。医師である前に人間であった。あらねばならぬ。

(文責 井村進一)

学術講演会

第二回西多摩医学講演会開催される

昭和61年9月25日(木)午後7時30分より1時間30分 一般向に「食生活と健康」について、同愛記念病院栄養管理室長 栄養士 佐野倫子先生をお招きし、羽村町コミュニティーセンター「じゅらく苑」3Fホールで行なわれた。生憎、講演開始前雨が降り出し、出足を挫かれ 60名〔内訳 医師16名、医療関係26名、(保健所2名、自治体7名、教育関係3名、診療所従業員14名)、一般人18名〕と聴衆が少なかつたことは残念であった。

アンケート調査によると

◎経験豊かな先生のきどらない講義に好感を持ちました。話も大変わかりやすくよかつたと思ひ

ます。

◎理解しやすく大変参考になりました。楽しく聞くことが出来ました。

◎非常にわかり易い話でした。

◎「肥満予防に一口残す。」大変参考になりました。×スライド等見せながら講演をして欲しかった。

◎評価① 大変よかつた15名 ② よかつた10名

③ 期待したほどでなかつた0名の結果を得た。

内容に関しては講師の好意により原稿を頂いた

ので以下の通り掲上する

(塩澤)

食生活と健康

健康は食生活の充実にあります。

健康は、健康を考える母親に宿るように思います。皆様は健康に非常に御関心がお有りの事と思えます。今日、非常に儲かるものの一に健康産業といわれるものがあります。ブックセンターの棚の一部の家庭医学のコーナーには、なんと次のような本が並んでいます。脳卒中は予防できる。豆乳はこんなに効く。よみがえる毛髪。青汁は効く。体操は効く。上手に健康に老いる方法。玄米で痩せる。酵素は効く。アロエ健康法。梅でぐんぐん体が良くなる。スツボン美容法。癌とビタミン。・・・等と棚を埋め尽くしています。それにはそれぞれの理論が書かれていますが、それで健康に暮せますでしょうか。

健康な生活のための食事栄養学的に言うならばバランスの良いことが大切だといえます。バランスの良い栄養をエネルギーの比率で表わしています。これを数字で表わしますと、蛋白質を20%に、脂肪を30%に、糖質を50%のカロリーにすることがよいとされています。この数字については、学者によって多少異なりますが、私はこの数字を良く使います。例えば2000 Kcalの人にこれを当てはめると蛋白質は100g、脂肪は70g、糖質は250gとすることになります。そしてこれを一日の食事量にしますと御飯は550g軽く一杯半を3回、果物は林子里で一個、卵一個、肉120g、魚一切れ、豆腐半丁、納豆一つ、牛乳2本、油大匙2杯、野菜300g等となります。

現在日本においても死亡の順序も、欧米並になりつつあります。いわゆる心筋硬塞、高血圧です。動脈硬化症と云うものです。只今では高脂血症といいますが、高脂血症の食事療法が一番大切なことは規則正しい生活と、程よい運動と腹八分目の食事量が良いのです。そして太り過ぎないこと、動物性の脂を慎みなお砂糖の取過ぎを慎むことです。西洋料理を毎日とり過ぎないことでしょう。

三食の食事をきちんと取り、程よい仕事をつづけることが大切に思います。快食、快便、快尿、快談これすなわち健康生活です。

ここで私達の日常の食の傾向を振りかえって見ますと、ずっと前のことですが紅茶木の子とやらがありました。アロエもあります。最近では累瘦

茶、ウーロン茶、フーアール茶等がととももてはやされています。何かが流行すると目にも止まらぬ早さでとうり過ぎます。そしてその効果も試されることなくまた次の何かが出てきます。

肥満が良くないことといひましてもそのお茶を飲んでおれば肥満が解決するような感じの食品名はどうにも気持ちとしてすっきりしません。スタイルが良いということ、痩せていてよいのとは違います。痩せているということは治療が必要になります。六本木・原宿に集まる子供達を見ますが怖いと思えます、なぜならば服装は同じ、髪型もそして頭の上のリボンも、そこまでは良いのですがウエスト・ヒップ迄もおなじにしようとしてダイエットをしているのでしょ、顔色は青白く貧血ではないかと心配です。そして便秘もあるのではないのでしょうか、この子達の母親は？と気になります。ルイソー茶ならまだしも下剤を用いることが多いといわれています。しかもこの人達はこれから母親になる人達であることに危険を感じるのです。美しいということと痩せていることとの違いを教えなくてははいけません。

良い食事の方法とは、一体どのようにすればよいとおもいますか？

1. 適正なエネルギーを摂ります・肥満に注意しましょう。標準体重を維持することでしょう。
2. 蛋白質はどのようにすると良いでしょう。動物性蛋白質と植物性蛋白質を3対1にする様に、そして年をとつたからといっても一日の量を60gを割らないことです。
3. 糖質は、肥満をせぬように、砂糖の摂り過ぎはコレステロールと血中脂肪を増します。ケーキはたまにとしましょう。
4. 脂肪は植物性の油を・コレステロールを下げてくれます。
5. ビタミン・ミネラルは充分に・緑黄色野菜100gとその他の野菜200gを摂りましょう。果物はとても良いのですが、沢山摂り過ぎると肥満に・
6. 食物繊維を充分に・便秘・血糖を下げます。
7. 塩分は控え目に・一日の塩分は10g以下にしましょう。
8. お酒は程々に・アルコールは摂り過ぎますと

・・肥満に・・惚けやすくなります・・肝臓に注意。

肥満について

肥満はしていないほうが良いです。肥満の定義は理想体重の15%を越えないことでしょう。肥満は高血圧、通風、糖尿病などの誘発の原因となりよくありません。こう言うとき、肥満が自分で判断できたとき、今食べようとしている食事の1割を残すようにしてみましょ。すると一週間もしますと体が軽くなります。すると体が動きます。やる気が出てきます。食事療法は本当に根気のいるものです。栄養士さんも、保健婦さんも、一生懸命に指導をします。地域の人達の健康のためです。それは皆さんの本当の健康を願うからです。

食品添加物について

健康な生活を唱えるもう一つに、食品の選び方を考えなくてはなりません。いわゆる食品添加物のことです。色々なものがあります、行政にあたる係官の御苦労の難しさのある時代です。色あり、香あり、味あり化学の進歩のすごさと言えません。

色についてですがブルーそれも食欲を注る本当にきれいな色ですがこれが蚕の「ふん」だそうです。びっくりされましょがこれは自然食です。蚕は桑の葉しかたべません、その糞は自然食です。科学薬品の合成されたものではありません。

味については、5～6年前のことですがハワイに行きました、ここでは甘味料としてズルチンやソルビトールが許されていました。日本では許されていません。アメリカではサツカリンは許可されていません。日本ではサツカリンが許可されています。ハワイと日本とでは時差で16時間位ありますが、飛行機での所要時間はたったの6～7時間です。そのように人が簡単にいききすることのできる時間の中にありましても、許可されているものと、許可されていないものが一つの例としましても異なるのが現状です。

私はこうしたことから何か新しい食品似ついでの御質問がある時、何世紀も何年もの間人が使用してきたものが一番安全であると答えています。そうです出回っては消える食品が存在する以上、こう言うことしか言えないのです。このような現状です。皆さんの意識を高め、食べ物について関心をお持ちになっていただきたいのです。

貧血について

貧血はとて多くの人に見られます。問題は若い女性に多いことです。けっこんして、妊娠を予定する人にはとくにこの貧血に注意しなければなりません。貧血は出産にも非常に影響をします。その上貧血の母親から生れた子供はやはり貧血があるような状態です。

この病気は、もう食事によって直すことしかできません。薬によっても直すことはできますが、人によっては食欲不振を起こしたりします。貧血を直すのはとて大変です。むしろ予防を常にすることのほうが簡単に思います。とにかく三食をきちんと食べることです。朝食抜きなどは絶対に良くありません。つぎにレバーはとて良いのですが、貧血の人は兎角レバーを好みません。牛肉が良いとおもいます。

貧血の母親の子供は、胎児のうちに充分な鉄を補給されないことから必然的に恐ろしいことに本対性の鉄欠乏性貧血になります。母親のこの影響は子供に対して過酷な、しかも現実的に現われてしまうものです。

人間はここ数年で非常に「ずぼら」になったように思われてなりません。朝食を食べないのは、少し前までは貧乏で食べられなかったと覚えています。どうでしょう。何世紀にも渡る我々人類の食の歴史を変えてはならないと考えます。

金平ごぼうが人参とともにいためられるのは、人参の中のカロチンをビタミンAに変える効果を倍増することは御承知でしょう。高野豆腐の含め煮を冷して食べると良いのです。なぜならば、夏の暑いとき冷やっこで豆腐を食べますと水気でお腹が一杯になってしまい、あとのものが食べられません。高野豆腐をこのように利用すると良いと考えます。しかし今の人はこのような料理のことを「ナウクナイ」と申しまして、受けないのです。だししるを充分に使い煮たもののおいしさを伝えたいように思います。

貧血の食事療法は、レバーを食べさせる方法が良く取られますが、すぐレバーには「あきが」きますことからなかなかうまい方法がありません。

まずは、朝食を摂ることです。例えばトーストパン・ハムエッグ・ほうれん草のソテー・牛乳であればよいのです。簡単に揃えられる食品でよいのですから、動物性の食品と黄緑色野菜を食卓に載せるようにいたしましょ。

(16)

母親の役目について

母親の栄養に対する考え方の影響は、そのこどもの食べ物に影響が多きことを知らなくてはなりません。例えば、貧血の母親の子供に与える厳しさが子供のからだへの悪い影響の遺産は、有難くないものです。

偏食もその一つといえます。母親の偏食は子供の一生を支配します。お母さんの嫌いなものは食卓に乗りません。子供は自然に食べず嫌いになります。よくなんでも食べられることはその人を、非常に丈夫な体としての、良い遺産でしょうね。

やはりなんでも良く食べられる子供に育てることの役目は、母親の役目せと考えます。良い仕付け、良い習慣を次の世代に伝えるべく役目を果たそうではありませんか。

母親は子供に対して食欲を充実させなくてはなりません。乳児期は食物が液体であれば自然に受け入れてしまいます。此の時期に飲めば飲むからといって、泣けばすぐのませたり、喉が乾いてうったえたのにミルクを飲ませていたのでは、子供が満腹と空腹との区別ができなくなり、食欲を調整する機能すなわち視床下部の食欲中枢の刺激を失わせることとなります。これを失った子供の十中八九は肥満児になることでしょう。その反対のこともあります。恐ろしいことにその機能をうしなったことにより食欲不振もこの時期に作られてしまいます。どちらにしても苦しむのは子供です。食べることの愉快さを知らないこと程可哀想ではありませんか。

味覚の形成

口の中に食べ物が入ると自然に、胃液が増えて消化や吸収が始まるのですが、此の一連の作業が円滑にいかないことがあります。味わうという能力を潰されてしまった子供がいます。急いで食べることしか仕付けなかったり、味について自然の味を大切にせず合成の味にだけ親しませていては正常な味覚を形成することはできません。

味の基本であります甘み、酸味、塩味、辛味、そして旨味、これらを感じなくしてしまうものの悲しさはその人の生きがいを失わせたことにもなりませんでしょうか。

嗜好の形成

食べ物に対する嗜好の大切さは口くう感覚に影響します。顎の形成や歯の形成に関係します。歯

の形成は美人不美人をも決定するものです。美人も歯並びによるそうです。

赤ちゃんがお乳から固形物の食べ物に移る時期、すなわち離乳食の味付けや食品の選び方により子供の味や嗜好の形成が左右されます。旨いものや、味がわからないことは食べ物に対して正常な唾液や、酵素が出てこないのではやはり健康は望めません。飲み込むことも噛むこともおいしく食べられなくては苦痛になるだけではないでしょうか。離乳食からきちんと子供に対する教育が大切です。**サラリーマンの健康**

さ～お勤めをしている人の健康はどのように考えたら良いでしょうか。

サラリーマンが一度病気をしますと出世から遠ざかることがわかっていてもつい忙しさととられることが多くて困ることがあります。家庭での注意はやはり朝食抜きが原因になることが多いでしょう。理由はどうあれ家庭の大黒柱の責任のあることをお忘れにならないようにと、職場においても朝食抜きの無いような敬蒙が大切に思います。もう一つ昼食の摂り方について教育が大切に思います。ざるそばで済ます人の多くに見られる現象ですが勤務の終る絡しみのお酒の旨さにこうした粗食を考えてしまうのですが、お酒はおかずとともが一番良い事となれば美味しいと説得すべきのように思います。食事の粗末さ共に宴会つずきも大変な仕事のうちです。もし宴会や接待の多い人はなおの事朝食はほうれん草のような青い野菜を、味噌汁などにいれて食べるように努めましょう。三食の食事をなるべく規則たたく食べる事がこれも健康を守る事の一つでしょう。

健康に暮す

1. 三食をきちんと食べましょう。
2. 御飯ばかり食べきように、肉・魚・野菜・を一諸に。
3. 果物を一個は食べます。食べ過ぎは肥満の基です。
4. 偏食をしないように。
5. カルシウムを摂ることを、忘れずに、年を取れば取る程に気を付けましょう。
6. 繊維を摂ること。高血圧にも、便秘にも良いのです。
7. お菓子は決めた時間に、お茶と共に頂きましょう。

8. お酒は程ほどに。食前酒位に。
どうぞ皆様お元気にお暮しく下さいませ。

同愛記念病院 栄養管理室長
管理栄養士 佐野 倫子

研究会予告

貧血について

胃癌は胃の病気であって胃癌が肺にできることはない。同じように肺炎は肺の病気であって肺炎が子宮に生じることもない。というように人間におこる病気を“臓器”によって分けようとした場合、“貧血”とは一体どこの病気ということになるだろうか。

貧血—血が貧しくなる病気であって決して血が少なくなる病気ではない—は、ごくごく当然のように“血液”という臓器の病気ではあるが、実際に“血液”という臓器自体の疾患のために貧血がおこってくることはむしろ少ない。日常の臨床の場で診ることのできる貧血の大部分は、“臓器”としての血液とは全く無関係の原因で生じてくる。ある時は、成長、発育、月経、偏食というような人々の生理的状态を反映するものであったり、ス

トレスをきっかけにして発生した消化性潰瘍の仮の姿であったり、時には生体の深部に潜む“癌”というような魔物が人を欺く場合の唯一の足跡であったりする。そのような訳で、貧血を診断すること、それは貧血をおこし得る様々な可能性の一つ一つを塗りつぶし、最後に残された唯一の可能性に到達することに他ならない。

血液があらゆる“臓器”の境界を通りとしていかなる“臓器”へも入りこむように、“血液屋”と呼ばれる一群の医師もまた、自分の本来の専門領域を通りとして他人の専門分野へアンテナをさし向けなければならないことになる。その“塗りつぶし”の過程をできるだけ平明にお話しさせていただく。

日大医学部第一内科 西成田 進

診療報酬明細書返戻状況

9 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	9	4	20
2	旧証の記号○番号			1	3
3	患者名、生年又は生年月のもれ	3			1
4	傷病名のもれ	1	2		
5	診療月分、診療開始日、診療実日数、転帰のもれ	5	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	1			3
7	診療月と診療開始日及び初診料の不一致	7		4	2
8	診療実日数と診察回数又は処方回数との不一致	2	5		5
9	投薬○注射(薬名、規格単位、用量、回数)の不備	14			2
10	処置○手術○検査○X線(薬名、回数、内訳)の不備	2			
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	1	1	3	10
13	契約外(国保、国鉄、公費等)		1		
14	症状詳記(診療内容及び方針の説明等付せん参照)		2		5
15	医療機関(薬局)の申し出によるもの	57	1		
16	その他	5			2
	計	119	22	13	54

第128回 西多摩医師会ゴルフ大会

昭和61年10月26日(日)立川国際CC.草花コースで行なわれた。葉山先生がBG優勝をかざった。次回は12月28日(日)の予定です。

氏名	アウト	イン	グロス	ハンデ	ネット	ランク	新ハンデ
川崎	50	53	103	26	77	優勝	21
葉山	47	50	97	18	79	2	16
鈴木	46	47	93	14	79	3	13
内山	45	51	96	16	80	4	
宮川	44	46	90	10	80	5	
大嶽	45	44	89	7	82	6	
宇田	49	47	96	14	82	7	
内田	46	47	93	10	83	8	
工藤	50	51	101	18	83	9	
吉野	45	46	91	8	83	10	
藤田	48	49	97	12	85	11	
立花	48	56	104	18	86	12	
江本	56	53	109	18	91	13	

BG

氏名	アウト	イン	グロス	ハンデ	ネット	ランク	新ハンデ	
葉山	46	43	89	16	73	優勝	13	BG
江本	44	50	94	18	76	2	16	
立花	43	51	94	18	76	3	17	
杉本	55	51	102	20	82	4		
大嶽	45	44	89	7	82	5		
井村	64	66	130	36	94	6		
大橋	78	71	149	36	113	7		

あ と が き

本紙掲載の内田萬次先生の「地域医療」概観を拜読させて頂き、先生が、いかに檜原村の人々に対し、誠意を尽くされ、医療に専念されたかを思う時、私も医師の後輩として、初心に戻り仕事にあたらねばと思わせられました。

最近の生涯教育制度に於ける病診連携問題や、ヘルス事業に対する医師会の立場等考える時、先生の長年の「地域医療」活動の中に一つの方向性

が示唆されている様に思われました。

先生のこれからの増々の御活躍をお祈り致します。なお、会報委員会では、最近会報がどうあるべきか検討されておりますが、誤字、脱字等至らぬ事が多く、投稿される先生方に御迷惑をおかけしているかもしれませんが、内容も含め、御意見があれば御聞かせ頂ければと考えております。

担当 小林 杏一



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
奥多摩特別出張所 (TEL 0428-83-2515)

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)

秋川支店 (TEL 0425-58-2611)

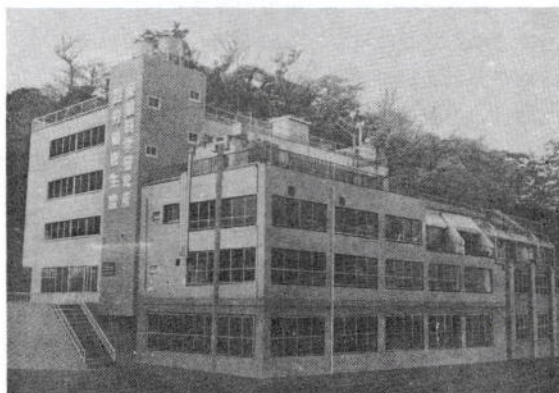
臨床検査センターの雄 保健科学研究所

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。