

西多摩医師会報

第232号 平成4年4月



風見鶏 近藤 肇

目 次

	頁		頁
1. 学術		4. 文芸随筆その他諸事百般	
『東京都西多摩地区胃集検 実施報告』 西多摩医師会		生涯現役	
石井好明ほか … 2	2	回想録 その(十五) 小泉新策 … 21	21
『リハビリテーションの現状 について』		『外来こぼれ話』 …… 23	23
青梅市立総合病院理学診療科		青梅市立総合病院	
藤本和幸 … 5	5	「いづみ会だより」より	
『靈魂とは何かについて(1)』		『良書紹介』 鹿野純一 … 23	23
近藤 肇 … 6	6	『雑記 学童疎開』 山田正哉 … 24	24
2. 理事会報告 広報部 … 7	7	5. 医師会日誌 …… 26	26
3. 西多摩地域における在宅ケアへの 現実的対応 吉野住雄 … 15	15	6. お知らせ …… 28	28
		7. 表紙のことば 近藤 肇 … 29	29
		8. あとがき 渡辺良友 … 29	29

学術

「東京都西多摩地区胃集検実施報告」

(第43回日本消化器集団検診学会関東
甲信越地方会発表・1992年2月15日)

西多摩医師会 ○石井好明 西村邦康 大塚 渉 松原貞一
鈴木 修 井上勇之助 湯川文朗 清水章三郎

1. 受診率について

(表1) 青梅市 胃集検受診率 (1)

期間 ※	1976~'79 (4年間)	'80~'85 (6年間)	
年齢 ※	25才以上	35才以上	
方式	巡回	巡回	
年回数	2回 (一定期間)	2回 (一定期間)	
受診率	40才以上	12% $\left(\frac{7,648}{65,316}\right)$	13% $\left(\frac{16,192}{124,092}\right)$
	40才未満	10% $\left(\frac{5,492}{57,475}\right)$	15% $\left(\frac{4,945}{31,999}\right)$
	計	11% $\left(\frac{13,140}{122,791}\right)$	14% $\left(\frac{21,137}{156,091}\right)$

(表1) 青梅市で春秋2回、巡回検診車で胃集検を行っていた1985年以前の10年間の、40才以上の受診率は12ないし13%であった。40才未満の受診率は、対象年齢を25才から35才以上に改めた1980年以後、10%から15%に上昇したが、これは、年少者ほど受診率が低かった為であろう。(対象者数は、東京都の指示に従って年齢別人口の56.8%とした。)

(表2) 青梅市 胃集検受診率 (2)

期間 ※	1976~'85 (10年間)	'86~'90 (5年間)	
年齢	25才以上 ('79まで) 35才以上 ('80以降)	35才以上	
方式 ※	巡回	固定	
年回数 ※	2回 (一定期間)	1回 (一定期間+常設)	
受診率	40才以上	13% $\left(\frac{23,840}{189,408}\right)$	11% $\left(\frac{15,069}{131,966}\right)$
	40才未満	12% $\left(\frac{10,437}{89,474}\right)$	8% $\left(\frac{2,521}{30,070}\right)$
	計	12% $\left(\frac{34,277}{278,882}\right)$	11% $\left(\frac{17,590}{162,036}\right)$

(表2) 1986年以後は、集検を年1回とし、新設された青梅市健康センターで行なうこと

になったが、いわゆる日帰り人間ドックもセンター内に常設して、その中で一年を通じて胃検診を行なっている。ドックと一般の胃集検を重ねて受診する人や、年2回ドックを受診する人は殆んどないので、両者の合計を青梅市の集検受診率とした。

巡回方式を固定方式にしたことにより、受診率が12%から11%に低下したように見えるが、1985年以前は年2回受診していた人がかなりあったので、実質的な受診率の低下はなかったと思われる。

(表3) 青梅市 胃集検受診率 (3)

期間	1986~'90 (5年間)	'86~'90 (5年間)	
年齢	35才以上	35才以上	
方式	固定	固定	
年回数 ※	1回 (一定期間)	1回 (常設)	
料金 ※	無料	有料	
受診率	40才以上	7% $\left(\frac{9,125}{131,966}\right)$	5% $\left(\frac{5,944}{131,966}\right)$
	40才未満	5% $\left(\frac{1,484}{30,070}\right)$	3% $\left(\frac{1,037}{30,070}\right)$
	計	7% $\left(\frac{10,609}{162,036}\right)$	4% $\left(\frac{6,981}{162,036}\right)$

(表3) 青梅市の1986年以後の5年間の受診率11%の中の、7%は夏に健康センターで行なった無料胃集検によるものであり、4%が有料の人間ドックによるものであった。受診者の3分の1は、有料でも受診したということになる。

(表4) 西多摩地区 胃集検受診率

期間	1986~'90 (5年間)	'86~'90 (5年間)	'86~'90 (5年間)	
年令	35才以上	35才以上	35才以上	
方式	固定	固定	固定	
年回数	1回	1回	1回	
地区 ※	西多摩全地区	青梅市(ドックを含む)	青梅市以外西多摩	
受診率	40才以上	6% $\left(\frac{31,567}{518,480}\right)$	11% $\left(\frac{15,069}{131,966}\right)$	4% $\left(\frac{16,488}{386,514}\right)$
	40才未満	5% $\left(\frac{5,645}{114,982}\right)$	8% $\left(\frac{2,521}{30,070}\right)$	4% $\left(\frac{3,124}{84,912}\right)$
	計	6% $\left(\frac{37,212}{633,462}\right)$	11% $\left(\frac{17,590}{162,036}\right)$	4% $\left(\frac{19,612}{471,426}\right)$

(表4) 1986年以後、青梅市以外の3市4町1村からなる西多摩地区では、福生保健所で胃集検を行なっているが、受診率は4%で青梅の11%より低く、ドックを除いた青梅の一般の集検の7%(表3)よりも低かった。検診会場が居住市町村以外になると、受診率が低下するのではないかとと思われるが、実情は福生2%(2,967/130,602)、秋川3%(4,519/121,550)、羽村6%(4,059/67,062)、瑞穂4%(2,569/70,245)、五日市2%(2,301/29,943)、日の出9%(2,112/24,066)、奥多摩5%(799/15,694)、桧原6%(732/12,289)であり、住民の理解度・積極性など、会場への距離以外の要因の関与が大きいようである。

最近の5年間の西多摩全地区の受診率は6%で、40才未満の受診率も5%であり、40才以上より低いとは言えなかった。

2. 胃がん発見率について

(表5) 青梅市 胃集検癌発見率 (1)

期間 ※	1976~'79 (4年間)	'80~'85 (6年間)	'86~'90 (5年間)	
年令 ※	25才以上	35才以上	35才以上	
方式 ※	巡回	巡回	固定	
年回数 ※	2回(一定期間)	2回(一定期間)	1回(一定期間+常設)	
発見率	40才以上	0.22% $\left(\frac{17}{7,648}\right)$	0.10% $\left(\frac{17}{16,192}\right)$	0.26% $\left(\frac{39}{15,069}\right)$
	40才未満	0.04% $\left(\frac{2}{5,492}\right)$	0.06% $\left(\frac{3}{4,945}\right)$	0.28% $\left(\frac{7}{2,521}\right)$
	計	0.14% $\left(\frac{19}{13,140}\right)$	0.09% $\left(\frac{20}{21,137}\right)$	0.26% $\left(\frac{46}{17,590}\right)$

(表5) 青梅市での1976年以後15年間の胃がん発見率の変遷をみると、25才以上を検診していた始の4年間の0.14%より、35才以上にした6年間の方が0.09%と低下している。しかし、40才未満の発見率は0.04%から0.06%へと低下していないので、全体の低下は、検

診年令を上げたためではないと思われる。實際上、この期間に35才未満の集検発見胃がんはなかった。

ただし、青梅市立病院の1960年以来30年間955例の胃がん手術例の中に、35才未満が3.5%あったので、当地区に若年者胃がんが稀であるとは言えない。

最近5年間の発見率は0.26%で、40才未満の発見率も0.28%と、若年者の発見率の上昇の方が目立った。

(表6) 青梅市 胃集検癌発見率 (2)

期間 ※	1976~'85 (10年間)	'86~'90 (5年間)	'86~'90 (5年間)	
年令 ※	25才以上(79まで) 35才以上(80以降)	35才以上	35才以上	
方式 ※	巡回	固定	固定	
年回数 ※	2回(一定期間)	1回(一定期間)	1回(常設)	
発見率	40才以上	0.14% $\left(\frac{34}{23,840}\right)$	0.28% $\left(\frac{26}{9,125}\right)$	0.22% $\left(\frac{13}{5,944}\right)$
	40才未満	0.05% $\left(\frac{5}{10,437}\right)$	0.29% $\left(\frac{4}{1,484}\right)$	0.29% $\left(\frac{3}{1,037}\right)$
	計	0.11% $\left(\frac{39}{34,277}\right)$	0.28% $\left(\frac{30}{10,609}\right)$	0.23% $\left(\frac{16}{6,981}\right)$

(表6) 巡回検診をしていた10年間と、会場を固定して以来の5年間の胃がん発見率を比較したが、前者は0.11%、後者は0.28%と後者の方が高く、殊に40才未満では0.05%から0.29%へと上昇が著しい。

これは、巡回か固定かの差ではなく、最近5年間の方が、胃がんが増えているためではないか、と思われる。最近5年間の人間ドックでの発見率も、0.23%と上昇を示している。又、青梅市立病院の1975年以来5年ごとの胃がん手術数も176・229・245と増加傾向を示している。

最近5年間における一般集検とドックとの発見率には、大差がなかった。

(表7) 西多摩地区 胃集検癌発見率

期間	1986~'90 (5年間)	1986~'90 (5年間)	1986~'90 (5年間)	
年令	35才以上	35才以上	35才以上	
方式	固定	固定	固定	
年回数	1回	1回	1回	
地区 ※	西多摩全地区	青梅市(ドックを含む)	青梅市以外西多摩	
発見率	40才以上	0.22% $\left(\frac{70}{31,567}\right)$	0.26% $\left(\frac{39}{15,669}\right)$	0.19% $\left(\frac{31}{16,488}\right)$
	40才未満	0.18% $\left(\frac{10}{5,645}\right)$	0.28% $\left(\frac{7}{2,521}\right)$	0.10% $\left(\frac{3}{3,124}\right)$
	計	0.21% $\left(\frac{80}{37,212}\right)$	0.26% $\left(\frac{46}{17,590}\right)$	0.17% $\left(\frac{34}{19,612}\right)$

(表7) 最近5年間の西多摩地区全体の胃がん発見率は0.21%であり、40才未満の発見

率も0.18%と大差なかった。従って、集検年齢を35才から40才に引き上げると、かなりの胃がんを見落すことになりそうである。

青梅市と青梅市以外の西多摩地区の発見率を比較すると、特に40才未満において、0.28%村0.10%と大差が出ているようであるが、少数例なので、意味があるか否かわからない。

3. 集検発見胃がんについて

(表8)

青梅市 集検発見胃癌のStage(1) (市立病院手術例)

期間※	'76~'79(4年間)	'80~'85(6年間)	'86~'90(5年間)	'96~'90(5年間)	
年齢※	25才以上		35才以上	35才以上	
方式※	巡回	巡回	固定	固定	固定(ドック)
年回数※	2回	2回	1回	1回(一定期間)	1回(常診)
stage I	6例	4	12	7	5
stage II	2	3	4	2	2
stage III	4	5	5	1	4
stage IV	3	0	9	5	4
計	15	12	30	15	15
stage I の占める割合	40% ($\frac{6}{15}$)	33% ($\frac{4}{12}$)	40% ($\frac{12}{30}$)	47% ($\frac{7}{15}$)	33% ($\frac{5}{15}$)
stage IV の占める割合	20% ($\frac{3}{15}$)	0% ($\frac{0}{12}$)	30% ($\frac{9}{30}$)	33% ($\frac{5}{15}$)	27% ($\frac{4}{15}$)

(表8) 青梅市胃集検で発見された胃がんの3分の2が、市立病院で手術された。1976年からの4年間、1980年からの6年間、1986年からの5年間に区切って、全体に対してStage Iの占める割合を比較したが、40・33・40%とこの15年間にStage Iが増えたという傾向は見られない。同じく、Stage IVの占める割合を比較すると、20・0・30%と、この15年間にStage IVが減ったという傾向も見られない。市立病院の1975年以来5年ごとの集計でも、Stage Iは22・22・27%であり、Stage IVも47・36・40%と、やはり、早期例の増加傾向と末期例の減少傾向はそれほど明らかと言えない。

(表9) 最近15年間の市立病院手術例を、集検発見例と医療機関受診例(青梅市以外の集検・ドック発見例も除く)とを比較したが、Stage Iの占める割合は、集検例の39%に対して医療機関受診例は21%と殆んど2分の1であり、Stage IVの占める割合は、集検例の21%に対して医療機関受診例は43%と殆んど2倍であった。

集検発見例の方が、医療機関受診例より早期胃がんが多く進行がんが少ないことは明らか

(表9)

青梅市 集検発見胃癌のstage (2) (市立病院手術例)

期間	1976~'90 (15年間)	1976~'90 (15年間)
発見動機	青梅市 胃集検	医療機関受診*
stage I	22例	110
stage II	9	45
stage III	14	144
stage IV	12	228
計	57	527
stage I の占める割合	39% ($\frac{22}{57}$)	21% ($\frac{110}{527}$)
stage IV の占める割合	21% ($\frac{12}{57}$)	43% ($\frac{228}{527}$)

* 青梅市集検以外の集検・ドック発見例も除く。

かであるが、集検例でも半数はStage III以上であり、医療機関受診例では7割がStage III以上であった。中央の専門病院では早期例の増加が著しいということを知ることが、当地区では、まだまだ進行癌が多いと言わざるを得ない。

(表10)

青梅市 集検発見胃癌の予後 (最小粗生存率)

	胃集検	医療機関受診*
5年生存率	59% ($\frac{23}{39}$)	33% ($\frac{108}{324}$)
10年生存率	57% ($\frac{12}{21}$)	21% ($\frac{27}{128}$)

* 同一期間における市立病院手術例の成績

(表10) 集検発見胃がんの5年生存率は59%、10年生存率は57%であった。集検発見例は早期がんが多いだけあって、医療機関受診例より、5年生存率は2倍、10年生存率は3倍高かった。

4. まとめ

1) 青梅で、巡回式年2回の胃集検を固定式に改めたが、受診率は低下しなかった。有料(人間ドックの一部として)でも、受診する人がかなりある。

2) 最近5年間の受診率は、西多摩全地区で6%であった。2ないし9%と、地域差が大きい。

3) 胃がん発見率は0.21%で、40才未満も0.18%と低くなかった。

4) 集検発見胃がんは、Stage I が39%を占め、医療機関受診例より2倍多いが、Stage III以上の進行癌も半数を占めていた。(医療機関受診例では7割)

5) 集検発見胃がんの5年生存率は59%、10年生存率は57%で、医療機関受診例より前者は2倍、後者は3倍高かった。

当日発表した原稿に若干説明を追加して御報告しました。胃集検に直接・間接に御協力賜った医師会員各位に感謝いたします。

リハビリテーションの現状について

— 自己紹介を兼ねて —

青梅市立総合病院理学診療

(リハビリテーション)科 藤本和幸

昭和59年防衛医大卒業、2年間内科・外科等を研修医として勤務した後、すぐにリハビリ科に入局しました。その頃は全国医科大でリハビリ科があったのは2-3私立大ぐらいで、ほとんど入局する卒業生はいませんでした。

その頃に海のものとも山のものともわからない“リハビリ科”に入った理由は……防衛医大の教育方針は「総合臨床医の育成」で、その当時の我々学生は「そんなことができるはずがない。今は臓器別医学の時代だ。そんな医学教育のポリシーじゃ防衛医大の卒業生は全員ダメ医者になってしまう。」と本気で悩んでいました。ところがポリクリでリハビリ科をまわってみると、「リハビリの医者は頭の前から足の先まで診るんだ。今はどうかわからないが人間を1つの個体とみる医学がリハビリ医学の真髄なら、これからこういう医学も発展するのではないか？」と考え、また“リハ医学は運動療法、物理療法など病院内でも治療のスペシャリティー”を持っていることを発見したためでした。そして促成栽培で、医師としての風格を持たないまま“リハビリ専門医”となりました。

“リハビリ専門医”といっても馴染みが少なく、また“リハビリ”そのものが医療の中でどのような位置づけにあるのかわかりにくい点もあるので、ましてリハビリの医者が何

をする医者なのかと思われる先生も多いかと思えます。そこで簡単にリハビリ医療の紹介をします。

前述しましたようにリハビリ医療の真髄は、局所だけを診ず、全体を診ることですが、その中でも身体の運動器・機能に重点をおいて診ます。そして患者を治療する手段として、外科医は手術、内科医は薬とすると、リハビリ医は、運動や種々の物理器具を用います。

日本でのリハビリ医療は1980年代に主に重度障害者を対象に国立リハセンターを始めとして大がかりな(あたかもオーケストラのような)リハビリシステムが確立され、その後、よりコンパクトな形で都立病院などで整備されてきました。一方、開業医(主に整形外科)を中心に物理療法(物療)さらにペインクリニックが行われていたのが最近の在宅リハの普及と相まって開業医を中心とする地域リハ構想が着実に浸透してきています。このような中で地域の中核病院としての都立・市立病院のリハビリの役割の1つには、最近のリハ医学の進歩により“早期リハの医療的効率の改善”にあります。

図1 リハビリ医療の役割区分

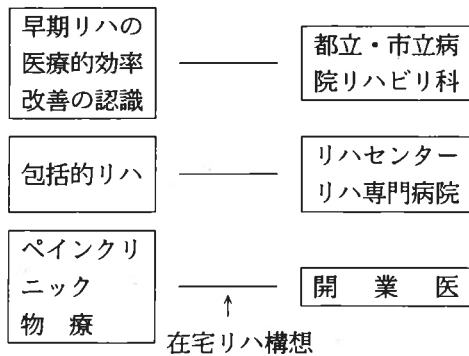


図1は以上述べたリハビリ医療の役割区分

を簡単にまとめたものです。「急患のたらいまわし。」をなくすため救急医療の整備が社会的課題となっていますが、リハ医療においても現実に「リハビリ患者のたらいまわし。」があり、我々にとって無視できない状況になりつつあります。このような中でもっともっとリハビリ医療が行政面で整備されたと希望しています。

以上、私の全くの一人よがりな考えで、リハビリ医療の発展と問題点、構想を書きました。あくまで“分相応”のリハビリ医療を目指していきたいと思っておりますのでよろしくお願い致します。

霊魂とは何かについて (I)

— あなたは、どう死を迎えるか —

近 藤 肇

はじめに

現代は科学文明、物質文明が問われている。文明の発達が社会や人間性を破壊しつつあり、物質文明が地下資源を枯渇せしめ、開発による自然破壊、大気汚染が地球温暖化や地球環境の危機を招いている。現代は、これまでの科学万能主義に対する反省と疑念が抱かれ始めているのではないだろうか。

霊魂という概念についていうと、これまではずべてを現代の頭で考えて科学的でないと思うものは非現代的ときめつけていたりしていた。最近になって、霊魂の問題やその他超常現象などに注意が向けられてこれらを学問的に研究しようとする機運が生まれた。TVやマスコミなどで霊媒者とか霊能力者、霊現象などが紹介され、いろいろな超常現象が取り上げられ話題を提供している。

1970年前後からアメリカを中心に、死後の世界から生き返った臨死体験というもの学問的に注目されて研究の対象となってきた。臨死体験については昔から世界中でそういう事が事実として語られていた。それが今、現代の文明批判、科学への反省の中にあって、

人間の魂の問題、死後の世界の存在の問題、霊魂の不滅の問題、輪廻転生など宗教的問題と絡み合わせて、注目を浴び始めている。

第一章 霊魂の概念

1-1 霊魂なる語の意味と解釈

一体霊魂とは何を言うのか？

人間の霊とか人間の魂(たましい)とかを口で云うが、果たして霊魂とは何なのか。

霊魂の概念とは何だろうか。

霊・魂・たましい・霊魂という言葉は『一口に言うとは一体何なのか？』

霊と魂について、広辞苑を見ると次のように書いてある。

【霊】：たましい、たま、霊魂、不思議に尊いこと、尊いもの、目に見えない力の本体、神々しく尊いこと、神聖、いきおい、威光、神聖。

【魂・たましい】：動物の肉体に宿って心の働きを司ると考えられるもの、古来多く肉体を離れても存在するとした。精神、気力、きも、心、精霊。

〔靈魂〕：肉体のほか別に精神的実体として存するものと考えられるもの。不思議な精神、たましい。特にアニミズムにおいて、事物の生命の根源であり神秘的勢力をもち、且つ多少とも人格性を有する存在。ある事物に宿り、事物そのものとして考えられる身体魂と、遊離している遊離魂とがある。

1-2 靈魂を意味する外国語

英語では、靈魂に当たるのは通常soulとspiritの二つがある。

〔soul〕：魂、靈魂、精神、心。

〔spirit〕：精神、心、靈、氣力、気分。

ドイツ語では、靈魂に当たるのは通常SeeleとGeistである。

〔Seele〕：心、精神、魂、靈魂、
(英) heart, soul。

〔Geist〕：精神、魂、心、(英) mind。

フランス語では、通常espritとâmeである。

〔esprit〕：精神、心、靈。(英) spirit。
息吹、精霊、靈、靈魂、幽霊、魂、生命。超自然的な存在。

〔âme〕：靈魂、魂。心、精神、生命、生根。

外国語では日本語ほど靈魂独特の言葉がないようである。

心と精神を意味する語と同じ語が使用されている。英語のspiritにしてもsoulにしてもドイツ語のGeist, Seele、フランス語もそうであるが、精神、心、靈、魂が共通の語である。

ヨーロッパ語の語源たるギリシャ・ラテンについて見る。

プシュケ“psychē”と云うギリシャ語は重要な意味を持っている。魂とはプシュケ(psychē)であり、心より広い意味であり、息を吹くとか生命を持つという意味である。

ラテン語では、animaが魂とか生命と云う意味である。animateは生命あるの意。animalの語源となっている。

インド哲学の語では、アートマン“atman”は、「我」という意味があるが、元来は氣息を意味する語であったのが転じて生氣、身体の意となり、自我、靈魂を意味するに至った。

1-3 人間の原始的観念

ソクラテス、プラトン、アリストテレスその他の古代以来の哲学者により、人間の存在の問題、宇宙・世界の存在に関するあらゆる問題などが学問として探究されてきた。そういう中で、人間はそれぞれの時代時代に、人間の生と死の問題や、世界の存在の本質にかかわる問題を抱えていた。

古来、人間の心や靈魂の問題は、今のような自然科学の発達していなかった時代には、その時代の宇宙観に応じて、観念、思考、形而上学としての哲学的自然観として論ぜられ考えられていた。人間を取り巻く神秘的「外的自然」の中に、靈魂や生命があるとする考えは人間固有のもので原始的なものである。しかも、そういう考えは人間の知識経験を超越したものであり、原始的であるにしても、現代の科学によって否定し得ないものがある。その他、諸々の超常現象、超能力現象、靈媒、靈視その他不可思議な現象についてもこれらを否定し得るだけの根拠は現代の科学は持ち合わせていない。科学の発達した現代にあって、こういう現象や観念は、学問的でないように受け止められ軽視されつつあるが、こういうような素朴な自然観は決して人間の心の奥底から消えるものではない。

原始社会において人間は、人間を含めてすべての生物、動植物は勿論無生物にいたるまで人間と同じように靈魂を持っていて、それらの靈魂はその物を離れても独立して存在しているという考えを持っていた。こういう靈魂の存在を信ずるのが「アニミズム」である。これはイギリスの人類学者たるEdward B. Tylerが、その著『原始文化』(1871)の中で唱えていることで有名であるが、人間は自然界の現象やいろいろも事物に驚異と畏敬の念を持って、超自然的な力の存在を信じた。そして、超自然的な力に対して怖れと畏敬をなし、期待や祈願などそういう力に頼るといふ心が生まれ、それが原始宗教としてのアニミズムとなって、そこから種々の宗教、信仰、呪術などが生まれた。

1-4 進歩した脳科学

科学は驚異的に進歩してきて、物の考え方が合理的、物理的になってきた。だが物質的な科学の発達に比べると、この宇宙の諸現象、この宇宙における人間の存在の探究、デカルト以来の心の面と身体の関係、心身問題という内面的な問題や生命の根源となる問題となると科学的には解明困難である。

最近になって、分子生物学、脳の生理学や脳の生化学や脳の神経免疫学の発達によって、脳と心との関係で心の動きの脳への投影が電氣的・化学的にとらえられるようになって、心の問題を科学的にある程度解明できるか手がかりが得られてきた。例えば、人間のある行為や心の動きが、エネルギーの変化として脳波に表れたり、脳内に産生されるある種のホルモンや化学物質の研究、特に最近注目されている物質ドーパミンとかエンドルフィンとかの脳内成分の作用とか、脳と心の関係などにおいて新しい知識が得られてきた。

1881年にローランドが実験したのであるが、放射能をもつキセノンという物質を血液に入れることで、脳の一部が働く時のその部分の物質代謝が高まり血流量が増加することが知られた。これにより心の動きが客観的に脳の変化として読み取れるのであり、例えば、指先に注意を集中した時とか、頭で何かの動作なり思いを考えた時に特定の部分に反応が表われるのである。

1983年、ポジトロン エミッション トモグラフィー (PET) と云う装置で脳内のブドウ糖の消費量が直接測定されるようになり、精神分裂病患者では大脳新皮質のブドウ糖の消費場所が偏り、それがクスリの投与によってある程度改善されるようになった。

ドーパミンは人間の快感、感情に関係する神経ホルモン分子である。1983年、カナダのガーネットらは「PET」を使って脳内のドーパミンの分布を調べた。その結果、人間の脳では大脳基底核に最も多く、次いで大脳新皮質の側頭葉、前頭葉に分布していることが分かった。

こういう新しい研究の進歩の為に、心の問題を論ずる時に心を脳に還元して『心は脳で

ある』という方向に考えが向ってしまう傾向を生じた。『心は物質である』と云うような唯物理的一元論の立場を取る傾向である。心が魂であり、心が脳であり、魂が脳にあるとするならば、魂は肉体と共に消滅してしまう。魂も靈魂もないという物質的一物論となれば、科学によって靈魂の存在はナンセンスとして葬り去られてしまうだろう。

1-5 DNAと靈魂

何かの偶然性によって宇宙が誕生した。何かの偶然性によってこの地球に生物が誕生し生命体が誕生した。偶然によって生まれた生物が進化して人間となってこの世に生まれた。現代の学問によって知るところによると、生物の進化発生は遺伝子の偶然による変異の繰り返しによって生じたものであるという。そうすると、人間は今後遺伝子の変異を繰り返し、今と違う生物になる。

遺伝子は化学物質たるデオキシリボ核酸である。これが通称『DNA』と云われているものである。『DNA』には基本的に生物、人間の生存の仕組みの設計図が仕組まれており、1個の細胞の中に『DNA』がある。卵子1個、精子の1個に『DNA』がある。

『DNA』は生命を支配している。生命体の最高の聖なる心、精神活動も物質的な肉体に基礎があるということになるにはなるが、生命体は物質であるかと云うとそうでもあるまい。肉体が物質たるDNAの支配にあるが、生命の本質たる生命体もやはり物質『DNA』だろうか。

倫理的な問題として生命の尊厳を云う場合、どこまでが物質でありどこまでが生命かと云うと難しい問題となる。卵子、精子は『DNA』を有する物質であるが、受精して初期妊娠の胎芽、胎児となるとどこまでが物質でありどこからが生命体であるか。人工妊娠中絶の場合、どこまでが殺人であるか。生命の尊厳と靈魂の問題について考えさせられる問題である。

脳死は、脳幹の機能消失を確認して人間の死とする。DNAが人間の生命の根源だとするならば真の死はDNAの死をもってすべき

なのか。もしもDNAが生きていたならそれは死ではないのだろうか。スウェーデンのカロリンスカヤ研究所では人間のミイラの皮膚からDNAを分離してクローン化（複製）することに成功していると云うことである。

DNAには生物の『死』までのスケジュールが出来ているのではないかと私は思う。猫は自分の死を知るようである。死ぬ前には家人の前から姿を消し、どこで死んだか分からないことが多い。インドでは象は自分の死に場所へ行くという。

DNAは死後の行動までをもプログラム化しているのかどうかについて私は大いに関心がある。

1-6 脳死と魂

脳死は、生きた身体の中に死んだ脳がある状態である。脳は死んでいるが身体は生きている。脳死という診断が間違っていない限り1~2週間か1か月間の生命である。生き返ることはない。しかし脳死状態でも身体が生きていることには変わりない。

『死』の決定は、医学では「心停止、呼吸停止、瞳孔拡大」の三兆候によると決ってい

る。

では何故、脳死を以て人の死としようとしているのか。

身体が生きているうちに臓器移植をしたいからである。死んだと認められた人間でない身体を切り開いて臓器を取り出すわけにいかない。脳死を以て人間の死とすれば、例えば生きている身体からでも臓器の取り出しができる。死んだと認められたからである。

結局は『臓器移植がしたいから脳死を以て人の死としてくれませんか。』ということである。臓器移植さえなかったらこういう問題は起こらない。

脳は死んだ、心臓は動いている、呼吸もしているし身体は暖かい。これを切り開いて臓器を取り出す時、一体「魂」はどうなっているのか。「魂」はまだ生きた肉体の中にある。人間の死に対する畏敬、尊厳はどうなっているかの問題が問われなくてはなるまい。

人間は死して火葬にされ灰となればDNAもなくなる。本当の死である。法律は死亡後24時間火葬を認めていない。生き返ることのない確実の死を確認した後死体をこの世から去らせるのである。

理事会報告

— その1

平成4年2月25日 西多摩医師会館

議事録署名人 { 大嶽理事
宮川理事

議題

1. 報告事項

1) 都医地区医師会長協議会及び三多摩ブロック地区医師会会長協議会報告

西村会長

(1) 都医からの伝達事項

(イ) 日医生涯教育制度の一部変更について—既報—

(ロ) 「ビル診」調査依頼について

(ハ) 都立学校産業医について

(ニ) 平成4・5年度東京都産業医（知事部局・水道局下水道局・教育委員会）の推薦依頼について

(ホ) 点数改正講習会開催日程について

(2) 協議事項

なし

(3) 地区医師会からの報告

(4) その他

(イ) 第1回医師スポーツ大会のアンケート調査について

2) 第43回日本消化器集団検診学会報告

石井理事

別掲資料(A)参照

3) 地区医師会経理担当理事、担当職員連絡会報告

大嶽理事

4) 三多摩地区医師会広報研究会報告

既報

真鍋理事

5) その他

宮川理事より救急事業研究会について報告あり

2. 報告承認事項

- 1) 入会会員について 林 理事
—— 承認 ——
- 2) 平成4年度学校医推薦について 林 理事
—— 承認 ——
別掲資料(B)参照
- 3) 都立高校産業医変更について
—— 承認 ——
別掲資料(C)参照
—— 承認 ——
- 4) 平成4年度東京都非常勤産業医推薦について 唐橋理事
—— 承認 ——
別掲資料(D)参照

3. 協議事項

- 1) 平成4年度予算について
(1) 地区会・同好会補助金について 大嶽理事
- 2) 定款印刷及び会員名簿定款掲載について 林 理事
紛失を防ぐ意見で定款を会員名簿と一括印刷することに決まる。
- 3) 各地区選出役員の理事会への届出期限について(定款施行細則第51条第2項) 林 理事
7日に告示発送し、14日正后までに各地区医師会理事を医師会事務局に届出することに決定す。

資料(A)

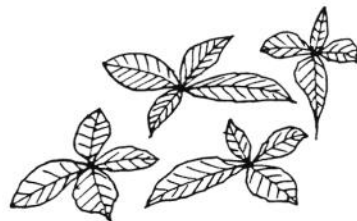
第43回日本消化器集団検診学会関東甲信越地方会報告

石井 理事

(2月15日 府中市)

1. 一般演題として「東京都西多摩地区胃集検実施報告」を西多摩医師会として発表しました。(内容は別に御報告します。)
2. シンポジウム「集検の受診率向上の工夫」を聴講、下記の項目が有効であったとのことです。
- (1) 地域住民の中に協力者を養成すること。
(奥多摩の保健推進委員、前橋の母子保健委員など。)
- (2) 検査を医師会に委託して、いつでもどこでも受診できるようにすること。(調布、武蔵村山。)
- (3) 各種集検をチケット制にして配布すること。(前橋)
- (4) 総合検診を中核にして、これにいろいろな検診をつけ加えてゆく。(武蔵野)
- (5) 個別通知すること。(武蔵村山・小平)
- (6) 成績を公表して、いろいろな機会にPRすること。(小平)
- (7) 問診に保健婦に立ち会ってもらうことは、受診者の不安をなくす上で有効。
(小平)

その他、行政と医師会の連携を密にすること、精検紹介状にはがきを同封して、どこで精検を受けたか、受診者から返事をもらい、追跡の手がかりにする(埼玉)、結果連絡票を受診者から出していただく(小平)などが報告されました。



資料 (B)

< 五日市町 >

小・中学校			
学 校 名	新学校医氏名	現在学校医氏名	備 考
増戸小学校	桂 木 真	桂 木 真	
五日市小学校	鈴 木 修	鈴 木 修	
戸倉小学校	黒 田 雅 信	黒 田 雅 信	
小宮小学校			
増戸中学校	栗 原 琢 磨	栗 原 琢 磨	
五日市中学校	小 机 敏 昭	小 机 敏 昭	

保 育 園 名	新園医氏名	現在園医氏名	備 考
すぎの子保育園	黒 田 雅 信	黒 田 雅 信	
誠和保育園	鈴 木 修	鈴 木 修	
増戸保育園	横 田 博	横 田 博	
五日市保育園	杉 本 一	杉 本 一	
五日市わかば保育園	小 泉 新 策	小 泉 新 策	

< 瑞穂町 >

小・中学校			
学 校 名	新学校医氏名	現在学校医氏名	備 考
瑞穂第一小学校	小 林 康 光	小 林 康 光	
瑞穂第二小学校	丸 野 仁 久	丸 野 仁 久	
瑞穂第三小学校	栗 原 三 省	栗 原 三 省	
瑞穂第四小学校	高 水 松 夫	高 水 松 夫	
瑞穂第五小学校	大 嶽 栄 二	大 嶽 栄 二	
瑞穂中学校	大 嶽 栄 二	大 嶽 栄 二	
瑞穂第二中学校	波 田 野 洋 夫	波 田 野 洋 夫	

< 日の出町 >

保 育 園			
保 育 園 名	新園医氏名	現在園医氏名	備 考
大正保育園	川 崎 健 一 郎	川 崎 健 一 郎	
大久野保育園	湯 川 文 朗	湯 川 文 朗	
さくらぎ保育園	川 崎 健 一 郎	川 崎 健 一 郎	
宝光保育園	鈴 木 民 子	鈴 木 民 子	

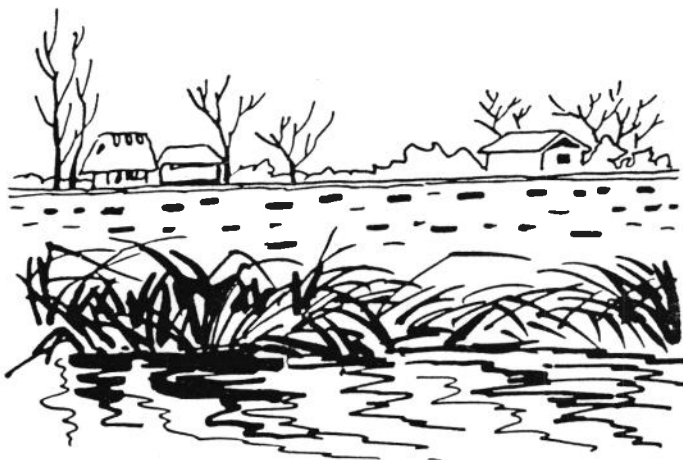
都立保育園			
保育園名	新園医氏名	現在園医氏名	備考
青梅保育園	大河原 周	大河原 周	
霞保育園	土田 守一	土田 守一	
福生保育園	田村 啓彦	山口 太平	
熊川保育園	瀬 在 由美子	渡 辺 良友	

資料 (C)

都立学校産業医変更について

(平成4年2月25日 理事会資料)

学校名	旧	新
都立農林高等学校	小 沢 町 江	古 味 隆 子



資料 (D)

平成4年度東京都非常勤産業医推薦名簿

医師会名 西多摩医師会

【事業所名】 氏名	住 所 医療機関名 電話	生年月日
主税局青梅都税事務所 労働経済局西多摩経済事務所 福祉局西多摩福祉事務所 出納長室青梅出納事務所 吉野住雄	〒198 青梅市河辺町8-7-7 吉野内科医院 ☎0428-31-2350	M・T・㊦ 10年10月24日
【労働経済局畜産試験場】 野本正嗣	〒198 青梅市新町1053-2 野本医院 ☎0428-31-7155	M・T・㊦ 28年9月30日
【建設局西多摩建設事務所】 片平潤一	〒198 青梅市河辺町10-6-1 トミタワービル 片平医院 ☎0428-21-1741	昭和 24年4月28日
【福祉局誠明学園】 大河原周	〒198 青梅市青梅252 大河原医院 ☎0428-22-2047	M・㊦・S 元年11月4日
【福祉局日の出福祉園】 宮川栄次	〒197 福生市福生871 大聖病院 ☎0425-51-1311	M・T・㊦ 5年10月24日
【羽村浄水場】 松田三樹雄	〒190-11 西多摩郡羽村町羽2091-20 松田医院 ☎0425-54-0358	M・T・㊦ 4年12月30日
【水源林事務所】 平岡克彦	〒198 青梅市青梅241 青梅医院 ☎0428-22-2043	M・㊦・S 9年8月4日
【小河内貯水池管理事務所】 川辺隆道	〒198-02 西多摩郡奥多摩町氷川177 川辺医院 ☎0428-83-2136	M・T・㊦ 17年9月24日

(変更)

変更 建設局西多摩事務所 旧 山口岱三 新 片平潤一

理事会報告

— その2 —

3月定例理事会

平成4年3月6日(金) 西多摩医師会館

議事録署名人 { 唐橋理事
田代理事

議題

1. 報告事項

- (1) 東京都医師会第204回(臨時)代議員報告 (西村会長)
2月27日開催
1. 日本医師会代議員及び予備代議員の選挙が行われ定数通り選出した。当会の西村会長も日医予備代議員に選出された。
2. 東京都医師会定款施行規則の一部改正に関する件、原案どおり可決。
- (2) 地区医師会地域医療及び病院理事合同連絡会報告 (大堀理事)
関連記事 別掲
- (3) 経理部会報告 (大嶽理事)
2月27日開催、平成4年度収支予算案について検討。

2. 報告承認事項

- (1) 入会会員について (林 理事)

— 承認 —

- (2) 五日市町「NHK健康フェア、五日市町民健康のつどい」開催に伴う西多摩医師会名義使用許可依頼について

— 承認 —

- (3) 平成4年度小、中学校、保育園医の推薦について (林 理事)

別掲資料①参照

— 承認 —

- (4) 日本医師会会長立候補者、村瀬副会長の事務所開所祝いの件 (西村会長)
西多摩医師会として応分の支援、協力をする。

— 承認 —

3. 協議事項

- (1) 平成4年度事業計画案につき承認を求める件 (林 理事)
— 承認 —
- (2) 平成4年度収支予算案につき承認を求める件 (大嶽理事)
— 承認 —
- (3) 西多摩医師会互助会規定案につき承認を求める件 (林 理事)
(定款施行規則10章)

— 承認 —

資料①

＜ 秋 川 市 ＞					
学 校 名	新学校医氏名	新再	学 校 名	新学校医氏名	新再
東秋留小学校	大 塚 涉	再	一の谷小学校	葉 山 侃	再
多西小学校	瀬戸岡 俊一郎	〃	前田小学校	斎 藤 信 幸	〃
西秋留小学校	近 藤 友 好	〃	秋多小学校	清 水 章三郎	〃
屋城小学校	奥 野 仁	〃	東 中 学 校	米 山 秀 雄	〃
南秋留小学校	植 田 稔	〃	西 中 学 校	秋 山 静 夫	〃
草花小学校	平 林 信 隆	〃	御堂中学校	横 田 博	〃

保 育 園 名	新園医氏名	新再	保 育 園 名	新園医氏名	新再
東秋留保育園	斎 藤 信 幸	再	屋城保育園	奥 野 仁	再
西秋留保育園	葉 山 侃	〃	神明保育園	瀬戸岡 俊一郎	〃

いる方が現代医学の恩恵に浴することができるとのことである。すなわち私は収容医療の支持者なのである。

望み薄い家族の介護

病者の自宅で療養したいという願望を考慮の外に置くならば、収容によるケア、収容による医療の方が、在宅より数段望ましいと考える人は私のほかにも多いと推測している。特に幾分でも在宅での介護を経験した人達はそうではないかと思う。そういった人達も、たまたま自分には若さと体力があり、周囲の協力があつたが故にその年寄りを自宅介護することができ、送り出すことができた。しかし、自分自身が年老いて介護が必要になったとき、自分の子供に、嫁に、孫に、周囲の人達に、自分がして来たような介護への努力を期待することが出来るであろうかと思ひ巡らすとき、暗澹とならざるを得ないであろう。在宅介護に真剣に取り組んだ人ほどその期待のかなえられることの困難さを知っている。そういった人たちは子供を始め周囲の人達に、あれ程までの迷惑を掛けるくらいならいっそのこと自殺でもしたいと考えるかもしれない。しかし、自殺というのは勇気がなくては出来ないし、それ以上に頭脳がしっかりしているときでないとは出来ないことではない。呆けてしまったら自殺も出来ない。そして出て来る最後の願ひは、それがたとえ不十分な施設であったとしても、どこかに収容して貰ひ、不十分な取り扱いをされたとしても、一応は人間として扱ってくれるなら、そういった施設で自分の生涯を終えたいと願うのではなからうか。

かなえられない人生最後の願ひ

しかしながらこうした人生最後の願ひがかなえられる希望は将来薄くなる。その原因は言うまでもなく老年人口の増加と老人医療費の増加にある。みんなの願ひをかなえていると近い将来、それもほんの鼻の先の近い将来、日本の病床は老人に溢れ、その世話のために労働力が奪われ、生産性は低下し、一方で医療費は留まるところなく増加し、ついに日本

経済は破綻するであろう。そして我国はまた昔の貧しい国に逆戻りするであろう。こんなふうにと考えると、さすがの収容医療支持者の私も、賢明な厚生官僚諸兄の推進される在宅ケアを、不本意ながら受け入れざるを得ないのである。私共実地医療の担当者は自分の周囲のことにしか気が回らないが、官僚諸兄は日本全体のこと、しかも二十年、三十年先を見越して計画を立てておられるのであるから、ここは在宅ケア推進に協力することとしようと考えてみたのである。

意気込む熱心な在宅ケア

推進論者と尻込みする人々

この一文を草するに当たって参考としたものの一つは日本医師会雑誌平成2年3月1日103巻5号『特集在宅医療』と西多摩医師会地域医療委員会で配布された資料の一部、日本プライマリ・ケア学会在宅ケア研究委員会の『わが国における在宅ケア制度 — その現状と将来展望 — 昭和62年6月25日』（抜粋、以下ケア委報告と略す）くらいのものである。そのケア委報告を読むことにより、厚生省が在宅ケア、在宅医療を叫ぶほどには自治体も医療担当者も在宅ケア、在宅医療に熱意を見せない理由を知ることが出来た。同時に私の「在宅ケア協力意識」も一気に萎んでしまった。ケア委の報告には「在宅ケアにおいては…病院と同じレベルの内容が確保され…ていなければならない。」「プライマリ・ケア医は…責任がある」、「在宅ケアを支援する看護職員は…責任を果す必要がある」などと記してあつたからである。

責任を問われてはたまらない

医療ではいつどんな出来事が起こるか予測できない。ましてや医師の目の届かない自宅では誰がどのように努力したとて事故は起こり得る。責任と聞いただけで行政も、医療担当者も、介護の人もみんな逃げ腰になるのは当然であろう。そこで私は、在宅ケアを行う側も、受ける側も、ケアは責任や義務ではなく「サービス」と理解することを主張したい。そうでなければ、在宅ケアに手を出さずどこ

か口を出すのでさえ恐ろしい。ケア委報告のように重い責任を負わされるとなると万全の態勢を整えなければならないので一層多くの人手を確保し、予算を組まなければならないであろう。病者を自宅に置き、病院にいたると同じくらいのレベルで24時間介護し、医療を供給することは、病院に収容して介護、医療することの何倍ものマンパワーと費用を必要とするかを考えていない訳ではあるまい。ところが厚生省は「費用を節減する」ために在宅ケア、在宅医療を推進しようとしている事は明白なのであるから予算を出す訳がない。くしくも今年に入って厚生省が全国各地に設置する施設の名称は「サービスステーション」となっていることを私は知った。

やれることだけをやる

責任を重視するケア委の報告は「在宅ケア、在宅医療は無理であること」を訴え、その実現を阻止することを意図したものではないかとさえ私には受け取れたのである。私のイメージする在宅ケアは、ケア委報告のような「責任を負う」式の正面を切ったものでなく、出来ることだけをやりましょう、無理なことは無理ですと言える、もっと気楽な方針を取り、その方針を受け入れた病者のみが在宅ケア、在宅医療を受ける、そういった行き方の在宅ケアなのである。この方針でならば実現の可能性が大きいと思うのである。そして私はこの一文で「西多摩地域ではこの気楽な方針」を採用されるよう主張したい。

用語の整理

在宅ケア、在宅医療、在宅介護、在宅福祉などいろいろな用語が用いられている。私はそれらの用語の定義を知らないがここではすべてをひっくるめて在宅ケアと呼んでおき、とくに必要な場合はそれぞれの用語を用いることとする。

在宅ケアの対象となる病者

まず第一に対象となる人は、何らかの疾病で入院治療の後、ある程度病状が安定し、自宅療養が可能になり、特殊な治療を必要とし

ない状態になって老人であろう。このグループに属する人は恐らく数としては最も多いであろうし、また在宅ケアも行い易い人達であろう。

対象の第二グループは難病疾患患者、第三は在宅酸素療法、在宅経管栄養法、中心静脈栄養法、清潔間欠（自己）導尿法、在宅透析法などを受けている患者、第四は身体障害者などが考えられる。

当面の対象者

前項の対象者すべてに対応出来るようにすることは到底かなえられない。だから最も対応が容易なグループをまず最初にとりあげ、順次範囲を広げるのが好ましい。ケースにもよるであろうがあの人もこの人もと範囲を広げると計画が行き詰まるであろう。

在宅ケアに占める医療の役割

私は在宅ケアにおいては医師が、医療がという立場は取らない。医師が良心に基づいて真剣に主導的立場をとって推進する事業としては、いかにも経済的な基盤が貧弱で将来的にも見通しが暗いからである。医療はケアをサポートする程度で十分であって、在宅ケアは介護、あるいは福祉が9割以上を占めると考えている。とは言うものの医療なしの在宅ケアはあり得ない。在宅で療養している人もいつかは必ず容体が変わり、往診や入院を必要とするときが来る。主治医はそのとき適切な指示を出さなくてはならない。

医療は医師の役目であるが、在宅ケアの主導権は保健婦、看護婦に在るとし、各種職種との連携のためのコーディネーターの機能は保健婦、看護婦に任せの方がケアのチームプレーは円滑に動くと考えている。この点に関して、私の考え方は日本医師会雑誌や在宅ケア委の考えと大いに違っているので皆様のご意見を聞かせて頂きたい。

コーディネーターである保健婦は主治医の立場や考え方、厚生省の方針、役場としての業務について患者とその家族に説明し了解を得てくれるであろう。医師として言いにくい話も全部代わりに話してくれるはずである。

ところが医師自身がコーディネーターを勤めるとなると医師自身が言にくい話も含めて患者と家族に話さなければならないであろう。そうなるとお人よしの先生は、つい「夜中でもいつでも往診してあげますよ」と口を滑らせてしまう。誰でも人前では「良いお医者さん」ぶりたいたいのだがしゃべったあとで後悔しても間に合わない。それはそれで約束を守るのが当然である。コーディネーターを保健婦に任せるよう主張する理由はチームプレーの為だけでなく医師自身が直接患者と家族に厭な話をしたくないからである。

これまで述べた事項をまとめると

- 1 在宅ケアの(たぶん唯一の)利点は、自宅で療養したいという病者の願望をかなえてあげられること。
- 2 医療の立場から言えば在宅ケアは次善の策であること。
- 3 在宅ケアは看護、介護が主体であって医療は補完的なものであること。
- 4 介護、医療の担当者に重い責任を問わないこと。
- 5 在宅ケアのコーディネーターは保健婦、看護婦に任せ、医師はサポーターであること。
- 6 在宅ケアはやり易い対象者から始めること。
- 7 在宅ケアに完璧を期待しないこと。

以上の事項を頭において西多摩地域において現実に在宅ケアをどのように進めれば良いかを考えてみる。

市町村介護支援センター

西多摩の各市町村それぞれに一ヶ所、在宅介護支援センターを設置する。それには保健婦、看護婦、理学療法士、ケースワーカー、事務職員など必要な人材を配置する。その人数は経済の許す限り多い方が好ましい。もちろん一般市民のボランティアも募集する。

市町村のセンターの業務は平日の昼間のみとし、コーディネーターの指示に従い訪問看護、介護を行う。夜間休日のケア・サービスは後に述べる西多摩全体で一ヶ所のセンター

ですべてをカバーする。

介護を受ける病者には当然主治医がいるはずであるが、一般的には地域の開業医であろう。これを在宅主治医と呼ぶとする。ケースによっては入院時代の主治医の役割が大きい場合であろう。これを病院主治医と呼ぶとする。特に問題のないときは在宅主治医がその任にあたるが、入院を要する状態になったとき、また特別の治療を要する状態の場合は病院主治医が指示を出すことになるであろう。

主治医はコーディネーターに医療の立場から介護に関する指示を出し、コーディネーターは病者と家族の希望を主治医に伝える。

主治医は特別のことがない限り、月に一回か、多くて二回往診し、コーディネーターに指示を与える。

緊急の事態が発生した場合の処置の仕方についてコーディネーターは平素から主治医と家族との間での了解を得ておく必要がある。どのような方法で、どのような内容の了解事項を作るかが、在宅ケアの成功、不成功を分ける鍵になるであろう。これは別の機会に譲る。

一般的には緊急事態の連絡はセンターが受け、看護婦が直ちに訪問する。その先は平素からの了解事項に従って処置する。

どのような了解事項を作るか挙げてみる。

- A 看護婦の訪問のみで十分なケースも多いであろう。
- B 主治医が呼ばればいつでも往診すると約束しているケースもなくはないであろうが、
- C そのような約束のないケースについては
 - d 主治医の都合のついたとき往診を依頼するケース。
 - e 往診が間に合わないときは受け入れ病院に送る事を了解しているケース。
 - f 決まった受け入れ病院がなく救急車で転送するケース。
 - g 往診が得られなくても、そのまま自宅で終末を迎えることを承知しているケース。

などがある。日本人は縁起が悪いと称してこのような話題を避ける傾向があるが、こ

の処置方法を明確にしない限り在宅ケアは実現しないと考えている。

恐怖の深夜往診

長い間自分の診療所に通院していた患者さんが年を取り寝込んだとき往診して面倒を見るのは患者と開業医の間の義理人情としてごく自然のことであろう。こんな場合はたとえ真夜中であろうと仕方ないと諦めて往診もする。しかし在宅ケア患者の場合にそのような義理人情は期待できない。それを要求される事を承知で在宅ケア患者の主治医を引き受ける開業医は希であろう。

このような話をあからさまに口にする医師はまずいない。利口な人は避けて通るか、ぼかして話すであろう。悪い恰好はしたくないのである。だがこの点を棚上げにしている在宅ケアは実現できない。

在宅ケアを企画する人は、夜中に呼び出されたり、休日にも拘束されたりすることを恐れて在宅ケアに取り組みかねているという医師の心情を理解するべきであろう。

あてにされていない一般開業医

と期待されている病院主治医

一般開業医が在宅ケアの主治医を勤めるには限界があるという考えがある。その理由の第一は、一般に一人だけの医師が開設している診療所では、いつでも在宅している訳でないし、連絡の取れない場合もあり得るし往診もいつでもという訳にいかないことが挙げられる。第二は高度に進歩した現代の医療にふさわしい医療をサービスできるとは言いがたいことである。現在診療報酬で「在宅〇〇療法」と呼ばれている治療法に精通している開業医はまれであろう。

そこで私は次のような大胆な憶測を試みた。「厚生省は在宅ケアの主治医の役割を開業医には期待していないのではなからうか。はっきり口に出すと医師会を刺激することになりかねないので明言していないだけで、厚生省は病院の医師が在宅ケアの主治医となる事を期待しているのではないか」

病院が地域の病院である限り、病院の医師

がそのまま在宅ケアの主治医になることには数々のメリットがある。たとえば病院には複数の医師がいるので往診の求めに応じられるし休日夜間といえども当直医がいる、レベルの高い医療をサービスできる、再入院を要するとき至極都合がよい、病院側としても患者の自宅を病室がわりに使える利点がある、などなどである。このうえ自治体から空ベット確保に対する補償費を貰えるようになったり、保険診療からペイするくらいの在宅医療管理料を貰えるようになるならば、中小の民間病院にとって在宅ケアは魅力ある業務となる見込みがある。この方法は四方が円く収まる、かなりの名案と期待されよう。

患者が大学病院など都心の中核病院に入院していた場合は、その病院から直接在宅ケアに移行せず、患者を一旦地域の病院に移した後、在宅ケアに移行させるようなシステムを作れば支障は起こらないであろう。かくして一般開業医を強いて在宅ケアに参加させる必要性は激減することとなる。

西多摩介護支援センター

西多摩地域全体で一ヶ所の介護支援センターを設置する。いずれの市町村への交通至便な場所が望ましい。西多摩介護支援センターは夜間と休日のみに業務を行う。各市町村のセンターから介護要員を当直職員として派遣する。このため市町村センターの職員数はかなりの数を必要としよう。

夜間、病者から連絡が入った場合、看護婦が直ちに訪問し、病状を判断し、先に述べた緊急時処置のマニュアルに従って処置する。病者が不幸な転帰を取りそうなときでもすぐには主治医を呼び出すことはしない。病院に送るか、自宅で終末を迎えるかは家族の意志に従うが後者を選択した場合は延命のための処置はしないということであるから、たとえ主治医がそばにいたとしてもそれは気休めに過ぎない。医師はその患者の救命のためであるならば苦勞はいとわない。しかし単に家族の気休めの為にそれほどの犠牲を払うことには耐えられない。したがって自宅での臨終の為には夜なかに、休日に往診することはしない。

この場合主治医は翌日死体検案を行うことは当然である。こういった処置法についてあちこちからご批判があるのが家族に承知して頂くほかないであろう。

従来わが国では臨終の瞬間にその場にいなかった人を「親の死に目に会わない親不孝者」といって非難し、往診したが臨終に間に会わなかった医師を「役立たずの医者」と非難する傾向がある。医師にこのような非難が向けられる限り、在宅ケアのシステムは作り得ない。医者の勝手とか何とか世間から非難されるかもしれないがこの申し合わせは大変重要であって、在宅ケアの成否の鍵を握っていると考えている。ご理解いただけるであろうか。

西多摩医師会の役割

西多摩医師会館と西多摩介護支援センターは近接した場所にあることが望ましい。医師は在宅ケアについて主導権を取るつもりはないが最も重要な協力者となるであろう。在宅ケアのコーディネーターと主治医とが緊密な連絡を取り合うには介護支援センターと医師会館とが近接していることは大変重要なポイントであって在宅ケアを成功に導くキーになるであろう。できることなら隣の敷地で、渡り廊下で行き来できることが望ましい。この点に関して今少し説得力のある説明をしたいが私にはその力がない。しかし在宅ケアが実際に施行された際にはそれがどのくらい有利であるかが解って貰えるであろう。ともあれ開業医をこの魅力少ない仕事に取り込むには最高の手段であるに違いない。

介護支援センターの経営

介護支援のための費用は一部の健康保険からの費用を除き殆どは自治体の負担になるであろう。従って自治体が設立しても不思議はないがほかの考え方もあろう。西村会長は社会福祉協議会を考えておられるようであるがそれも一案である。関係者でご協議願いたい。

在宅ケア成功のキーポイントについて

在宅ケア成功の鍵となる幾つかの事項を指

摘した。それぞれについてできることならもっと説得力のある説明ができればと思うのがこれが私の能力の限界である。しかしながらサービスを受ける側の病者とその家族と、サービスする側の行政、介護者、それに医師など、皆立場が違おうし、言葉は悪いが利害も異なる。みんなを納得させるような理路整然としたことは言えるだろうか。口で喋ってさえ難しいことを文章にするのはなお難しい。たとえ文章で、言葉で説得したとしても、現実の利害関係は残る。特に在宅ケアの主治医になる医師にとっては余りにも苦勞ばかりが大きい。在宅ケアを何とか現実のもとするために譲り合い、妥協して到達する地点が先に「キーポイント」と記した事項になるであろう。

おわりに

私事で大変恐縮であるが私の家内は何でもよく読み、よく聞き、そのうえで実に柔軟な考え方、解釈の仕方をする。彼女の考え方に私はこれまで随分と多くのサジェスションを得て来た。彼女の言葉の一つに「自宅で家族に看取られて死ぬなんて人生最高の贅沢よ」というのがある。長い間寝込んだお姑さんを終わりまで世話した彼女の友人にそう言ったところ、その友人は「そう言ってくれたのはあなただけよ」と言って涙ぐんだという。

自宅で病人を世話する苦勞を理解している人がいかに少ないかを物語っているではないか。その苦勞を金銭に換算しては介護した人の気持ちを損なうかもしれないが、敢えて換算してみよう。

24時間つきっきりとすると4人分(3人ではない)の給与は必要とする。その他風呂へ入れたり、トイレへ連れて行ったりするのはとても一人の介護人に出来ることではない。少なくとも二人は必要である。少しでも容体が悪くなれば家族は旅行はおろか出張も控えねばならない。私共開業医はいつ呼ばれるかと毎日束縛される。束縛料を頂けないのは残念であるが、貰えるものならかなりの金額になる筈である。こうして考えてみると一人の病人が自宅で療養する為の費用はひと月に百万円は下らないであろう。これ程までの苦勞

底に沈んで居るのを子供達が見付けたもので、一二時間経過した様子、なので断ったがきかぬ。敢えて反対すれば腰のパチンコを振り廻して見せる。私は型の如く膝を曲げた上にうつ伏せに載せて水を吐かした。そして仰臥位で人工呼吸を三十分行ったが、反応がないので止めようとする尚ほ続けると上官らしいのが意張って居るので更に十五分、計四十五分汗を流してやった。黒人の上官が止めの合図で他の黒人かジープを近よせて溺死体を引き取って言った。私は私を呼んで来た國警々官に治療費を要求した。頭を掻いたのみ、それで何も出来ない。腹の立つことであった。私は敗戦のみじめさをつくづく味ははされた。私も七年間中支、ビルマと戦線を体験して来たけれど、こんな風景を見たこともない。私は國警の前で敢えて唾を地面に幾度も吐いて腹の虫を納めた。又或日曜國警の招きで山の中で起きた（今熊山麓不動瀧）岸壁から墜落受傷してるので救護に出動してくれとの迎えを受け出向いた。患者は外傷が幾ヶ所あったが生命に別状なし、現地で剣傷処理と四肢の骨折に應急副木装着させて近くの農家の手伝ひを得て搬出して来た。途中子安神社附近で休憩していると、八王子警察が来て、挨拶も事情も述べずに、この患者を運び去った。私は警官のこの仕打ちに腹が立ってたまらなかった。その後の沙汰もなく無駄骨折りであった。このことは後日東京都全体の公安委員会で採り上げさせ当時児玉九十先生が会長で問題提起させたことがある。今日でも縄張り争ひが無くなったわけではないけど。

前述の様な困迷な副産物として屢、問題は、白い手掌の胎児の始末であった。この御婦人がと思うような人生の裏面をさらけ出した。

「紀平正雄君」彼を知ってる人は幾人かはあります。中支で2年間見習士官で私の下で手術を錬磨する傍ら人工中絶の機械を考案に専念して居た。イレパールの最前線（柿陣地）で聯隊長（尾本大佐）の手当てをしたことで有名になった、彼から第一号の試作器械か私の手許に届いて来て使用して大変重宝した。

寄生虫が非常に多かった。蛔虫蟯虫有鉤無鉤の十二指腸虫、サナダ虫もあった。暗屠殺によるヂストマが多く出た。萬有に薬物があって幾人も助けた。ウイルス痛が一人、ポタリヌスー一名を体験して居る。蛔虫は誰彼でなく全員と言っていい程多くあった。一家六人で小箴に一杯約300医出た家もある。蛔虫症で妊婦が気絶した。通りがかりの戸倉診療所の明石昇軍医少佐が通りがかりで頼まれ疔痛に苦しんで居た妊娠8ヶ月婦人が苦悶して死んだ今引導をわたして来たよと途中で会った私に申し渡して行った。朝往診を頼まれて居たので前を通るので声をかけると父親が、もう手遅れだったと、私を睨みつけた。仕方ないけど診て下さいよと老婦人の言葉で上って顔の白布を取り除いて診た。妊婦であって親の心音は消えてるが胎児のはあるような気がしたので胸に強心剤を許しを得て打った。2、3分后死相の婦人が眼を見開き意識が出た。声が出た。呼使の隣家二人は啞然として立ち上った。



外 来 こ ぼ れ 話

いも洗い検査

ある日、婦人科に電話が入りました。

患「8月〇日にいも洗い検査をすると先生から言われたんですが、どんなことをするんですか」

看「いも洗い検査？先生はどなたですか、あなたの病名は」

患「〇〇先生です。筋腫と言われました。」

看「検査の説明用紙は、黄色いノート大の紙で注意事項がいっぱい書いてありますね」

患「はい、そうです」

おかしさをやっところえ、受話器に向かう。

看「それはMRIという検査です」

#####

患「だからいも洗い検査を教えてくださいっているでしょう」

確かに発音は似ています。間違えるのも無理からぬこと、よく説明し納得して頂きました。

患者さんには、医師や看護婦の言っていることはあまり理解されていないようです。患者さんには、判り易い言葉で説明してあげないとこのような結果になる事、大です。

〔青梅市立総合病院「いずみ会だより」
平成3年10月1日発行 より〕

*いずみ会は看護職員の親睦と勉強のための会です。

良 書 紹 介

Dr P a s s p o r t

鹿 野 純 一

外人と対応するのに便利である。又海外旅行へもっていくと安心感がある。例へば頭が重い、づきづき痛い、割れる様に痛い等、英和も和英も一頁づつ交互に編集してある。母子手帳の大きさ。



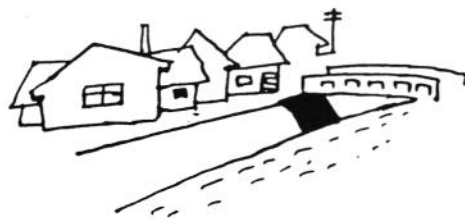
〒103

東京中央区日本橋2-16-1

丸善株式会社 (外商部)

英和 和英各 700円

送料 200円



雑記

学童疎開

山田正哉

「学童疎開」と云うと若い人は何んのことが理解に苦しむかと思うが、戦争体験者には余り心よく響かぬことだろう。

昭和16年12月8日早暁帝国海軍航空隊によるハワイ軍港奇襲によって始った第2次世界大戦は、初戦から次第に戦果が擧りシンガポール陥落などに国民が喜びに酔い痴れてた頃昭和17年4月18日の眞昼間米軍機による帝都初空襲があった。昭和17年6月5日のミッドウエー海戦に於いて帝国海軍は虎の子の連合艦隊の戦力の大半を失ひ爾後の制空権の確保も思うままにならず、昭和17年5月29日アッツ島の日本陸軍守備隊兵2,500人が玉砕した。また学徒兵役徴集延期が廃止され昭和18年9月より学徒兵の入隊が始り昭和19年6月サイパン島守備隊玉砕、昭和19年7月2日米軍のグアム島上陸により同島守備隊18,000人が玉砕してから次第に敗退の色が濃くなって来た。然し、大本営は依然として戦果の発表を続けていたが、米国はアリアナ基地から飛行機B29による帝都空襲を昭和19年11月24日より開始し、昭和20年1月からは帝都空襲の回数が増加し、遂に3月10日夜午前零時から344機のB29で2時間40分間に亘り、焼夷弾19万発を落下し江東区を中心に絨毯爆撃をして、焼死者85,000人、死傷者12万人、焼失家屋23万戸を出した所謂東京大空襲があった。帝都は初空襲から終戦まで延べ4,070機による絶え間なき米軍機の空襲を受けた。

昭和20年3月17日硫黄島守備隊玉砕、6月23日には沖繩守備隊玉砕して事実上の沖繩戦争が終決し、8月6日午前8時15分広島に原子爆弾投下、8月9日長崎にも原子爆弾が投下され、8月14日宮中御前会議でポツダム宣言無条件受諾が決定されて、8月15日正午ラジオを通じて天皇陛下(昭和天皇)の「朕深く世界の大大勢と帝国の現情とに鑑み非常の措置を以て時局を收拾せむと欲し、茲に忠成なる爾臣民に告ぐ」に始る終戦の詔勅が下され、

茲に第2次世界大戦が終了したことは皆様ご存知の通りである。

一方本部に関係することを見ると昭和13年青梅町に西多摩保健所が開設され、昭和15年福生町、氷川町、瑞穂町が発足、昭和16年には五日市鉄道株式会社と南武鉄道株式会社が合併して南武鉄道会社設立、軍事機密保持の為に青梅線が拝島、立川間で進行方向左側の窓を閉鎖して電車を運行、福生町に日本陸軍航空整備学校を開設(現在の横田基地内)、青梅線東中神駅開設(17)小河内ダム工事一時中止(S.18)、作家吉川英治氏が吉野村に疎開生活(S.19)、青梅線御岳氷川間開通、牛浜駅開設(S.19)が見られる。

サテ、前置きが長かったが、戦争が次第に激烈化するに従って昭和19年6月30日内閣は本土空襲の激化に備え「□民学校初等科児童の集団疎開」を決定し、8月4日親と分れて生活するのも「お国のために」との下に第1陣が日本各地に出発したが、本郡でも各町村の施設に疎開学童を受け入れることになった。

幸にも当時西多摩郡医師会長職にあった父が疎开学童の学校名、人数、受け入れ施設を記録したものがあるので記載する。

本郡が引き受けた疎開児童は当時の品川区内の小学校児童であるが、現在は大多数が社会人として立派に活躍していることだろう。時には己れの体験を子供に語って戦争の恐ろしさを伝えてくれることだろう。また、この子供立達の面倒を見てくれた方々は現在どうなされてるのだろうか。

ここに記載するのは、何か戦争の傷痕をさぐるようで悲しいが、戦時中の医師会活動の一環であることを考えて欲しい。

学寮所在地	学寮名	学校名	児童数
氷川町	水道局小留浦 合宿所 同慶院	第4日野	60
		"	30

	桧村建設事務所	"	52		高瀬集会所	"	18
古里村	養蚕場	"	48		四軒在家	"	18
	天理教会場	"	41		尾崎	"	16
	西光寺	"	74		菅生	"	25
	鳩和荘	"	29		森山	"	30
	鳩巢閣	"	31		瀬戸岡岸野	"	66
三田村	斉飯分室	第3日野	125		養蚕所		
吉野村	柚木会館	"	34	瑞穂町	福正寺	城南第2	66
	畑中会館	"	34		納税場	"	32
	地藏院	"	50		円福寺	"	51
青梅町	森下公会堂	"	22		飼育場	"	60
	本町会館	"	24	大久野村	長井寺	第1日野	41
	西分公会堂	"	25		北原クラブ	"	21
	天ヶ瀬公会堂	"	22		水口クラブ	"	21
	裏宿会館	"	31		玉内寮	"	27
	勝沼会館	"	47		榜平寮	"	41
小曾木村	開修院	芳水	48		第1佃尾寮	第2日野	30
	竜雲寺	"	51		第2 "	"	27
	福昌寺	"	45		新井寮	"	40
	天理教会	"	42		黄久保寮	"	20
成木村	安楽寺	"	67		肝要寮	"	73
	長蔵寺	"	50	小宮村	診珠院	城南	52
	長金寺	"	57		徳雲院	"	25
霞村吹上	宗泉寺	栄間台	49	桧原村	吉祥寺	"	57
師岡	妙光寺	"	45	戸倉村	善光寺	"	61
	薬王院	"	45		西戸倉クラブ	"	41
	天理教会	"	47		光厳寺	"	36
	コハク神社	"	47	平井村	第1クラブ	御殿山	57
	社務所				西光寺	"	56
師岡	光明寺	"	39		第8クラブ	"	40
	青年クラブ	"	17		第2クラブ	"	27
	藤橋社務所	"	30	増戸村	大悲願寺	第1日野	81
今井	宝泉寺	"	17		的元寺	"	54
中道	眞浄寺	"	53		松岩寺	"	35
新町	東禅寺	"	55		禅昌寺	"	24
調布村	調布第1口	品川	65		瑞雲寺	"	81
	民学校				山田会館	"	50
	上長剣クラブ	"	42		国民学校	"	37
	友田文教場	"	52	西秋留村	福德寺	三木	19
	友田クラブ	"	29		平口クラブ	"	19
	下長剣クラブ	"	32		金松寺	"	41
西多摩村	本会館	城南第2	55		上代クラブ	"	23
	川崎会館	"	23		眞城寺	"	20
多西村	瀬戸岡集会所	第5日野	47		観音寺	"	20

	湖上クラブ	”	21
	眞照寺	”	34
	正音寺	”	19
	宝泉寺	”	21
東秋留村	小川クラブ	”	36
	法淋寺	”	64
	宝清寺	”	29
	普門寺	”	47
	玉泉寺	”	26
	野辺クラブ	”	31
	地藏院	”	43
	雨間クラブ	”	36

以上が戦時中本郡に受け入れられた4,075名の疎開児童の収容場所であるが、これ等児童の救急処置を受け持った先生方のお名前は残念ながら記録がないが、恐らくその場所に近い先生方が携さわったものとする。

このような記録が各地区医師会に残っているのか私は知りたい。

お詫びと訂正

第 231号（平成4年3月号）中次の如く訂正させていただきます。

P10：左側上から3行目 世界対戦は世界大戦

P10：左側上から13行目 相像は想像

P10：今川先生報告中

8行目と9行目は逆で、9行目と8行目と入れ変へ

P12：坂本先生報告中右側

	実 数			延 数		
	男	女	計	男	女	計
高血圧症 } 萎縮腎 }	3	1	4	26	28	54

に訂正し次行に

脳鬱血（男1） } 脚気（女1） }	1	3	4	5	75	80
-----------------------	---	---	---	---	----	----

を挿入すること。

P 5

福生第1小学校 新学校医氏名

田村啓彦から 山口太平に訂正

医師会日誌

医師会日誌

医療機関数	175	病院	27
		診療所	148
会 員 数	330	A会員	168
		B ”	162

会議

- 3月3日 老健施設についての説明会
- 6日 在宅難病訪問診療
- ” 理事会
- 16日 地区長会
- 17日 臨時理事会
- 18日 会報委員会
- 19日 在宅難病訪問診療
- ” 保健所との懇談会

お 知 ら せ

4 月（3 月診療分）の
 保 険 請 求 書 類 提 出 日

~~~~~  
 4 月 8 日（水）

— 正 午 迄 です。 —

◎ 5 月 は 1 日 繰 り 上 り ます の で お 間 違 い の な い よ う ご 注 意 願 い ます。

## 法 律 相 談

西多摩医師会顧問弁護士 鈴木禧八先生による法律相談を  
 毎月第 2 水曜日午後 2 時より実施しておりますのでお気軽に  
 ご相談下さい。

- ◎ 相 談 日    3 月 は 11 日（水）  
                   4 月 は 8 日（水）の予定です。
- ◎ 場 所    西多摩医師会館和室
- ◎ 内 容    医療、土地、金銭貸借、親族、相続問題等民事、  
                   刑事に関するどのようなものでも結構です。
- ◎ 相 談 料    無料（但し相談を超える場合は別途）
- ◎ 申 込 方 法    事前に医師会事務局迄お申込み願います。
- （注）先生の都合で相談日を変更することもあります。

## 西多摩医師会写真部の皆様へ

西多摩医師会写真展の会期が決まりましたのでお知らせ申し上げます。ご準備よろしくお願い致します。

会期：平成 4 年 6 月 29 日〔月〕－  
       平成 4 年 7 月 5 日〔日〕

搬入：6 月 28 日〔日〕19 時  
 搬出：7 月 5 日〔日〕18 時

松原貞一

## 西多摩医師会絵画部の皆様へ

あんず展の会期が決まりましたので、お知らせ申し上げます。ご準備よろしくお願い致します。

会期：平成 4 年 6 月 7 日〔日〕－  
       平成 4 年 6 月 13 日〔土〕

搬入：6 月 6 日〔土〕19 時  
 搬出：6 月 13 日〔土〕18 時

内山 大

神戸北野の異人館街。日本の文明開化、神戸の港開港で外人用につくった居住地域、どれも木造ペンキ塗り出窓の家々、背後に山の緑あり前方には港が一望できる異国情緒たっぷりだった。今はぎっしり詰まったビル立ち並ぶ市街地の真ん中、神戸市が観光地並みに整備し、狭い坂道にギャル達がひしめいている。写真に見える建物はNHKのドラマで有名になった「風見鶏」。

近藤 肇



もともと文章を書く事など、無能に近い私が、会報委員を続けて満八年。いよいよ搾りカスを搾っても一滴の汁も出ない状態になってきました。この八年間の世界の三大事件は私の意見では①米ソを中心とした二大イデオロギーの対立の消滅 ②それに伴う民族主義の台頭宗教対立の再浮上 ③日本経済の膨張、そしてバブル崩壊 ではなかったかと思いません。西多摩医師会、会報委員としての三大事件は①グリコ森永事件 怪人二十一面相のキツネ目の男のビデオが編集委員会当日に流されるというので、皆で、テレビに見入った。②怪文書事件 5～6年前にずいぶん流れました。③広報部編入事件、会報委員会に集まったら突然広報部に編入されていた。などでしょうか。

この八年間においても、医師の立場が変化して来ているのが感じられます。世界の激動に比べ、まだ、現在までの変化は微動というべきでしょうか。

(渡 辺)



平成4年4月1日発行

発行所 (社) 西多摩医師会

東京都青梅市西分3-103

TEL (0428)23-2171(代)

会報編集委員 真鍋 勉

石井好明 小机敏昭 小林杏一

田代 洋 玉木一弘 堀田洋夫

道又正達 百瀬真一郎 渡辺良友

自然のめぐみを最先端の技術で活かす——ツムラ漢方製剤エキス顆粒(医療用)128品目+3品目



ツムラは、ツムラ漢方製剤エキス顆粒(医療用)128品目+3品目により、高齢化社会の深まりつつある現実の治療に貢献しつつ、漢方製剤の科学的な実証を通じて、21世紀に至る長寿社会の治療手段としての役割をはたしていきたいと願っております。

 株式会社 **ツムラ**  
東京都千代田区二番町12-7 千102

最新のテクノロジーが計測します  
そして、人の眼と心が記録します



臨床検査のパイオニア  
**保健科学研究所**

本社 千240 横浜市保土ヶ谷区神戸町106 TEL/045-333-1681(大代表)

仙台支社 千983 仙台市宮城野区扇町1-3-5 TEL/022-238-9345(大代表)

# 健康の輝きをひろげる。



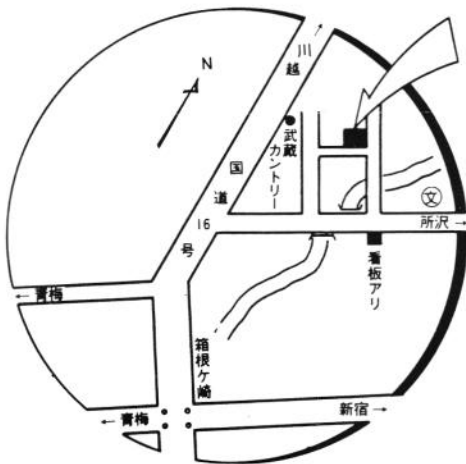
株式会社 **ビー・エム・エル**

BML

本社・〒166 東京都杉並区堀川寺町1-24-5 TEL.03-3316-0111(代)  
総合研究所・〒350 埼玉県川越市朝日1-361-1 TEL.0492-32-0111(代)

## 期待と信頼にこたえて**23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)



# 医薬品総合商社 大森薬品株式会社

本社 東京都千代田区神田佐久間河岸59号地  
TEL. 03-862-6111(代)

## 多摩営業部

保谷営業所 東京都保谷市泉町3-5  
TEL. 0424-22-6811

日野営業所 東京都日野市上田379  
TEL. 0425-84-3600

福生営業所 東京都福生市加美平3-15-1  
TEL. 0425-53-1411



KYOWA SAITAMA



## 協和埼玉銀行

|              |                     |         |                   |
|--------------|---------------------|---------|-------------------|
| 東青梅支店        | TEL.0428-22-2121(代) | 〒198    | 青梅市東青梅2-17-4      |
| 奥多摩<br>特別出張所 | TEL.0428-83-2515(代) | 〒198-02 | 西多摩郡奥多摩町氷川1421    |
| 青梅支店         | TEL.0428-22-1101(代) | 〒198    | 青梅市青梅295          |
| 河辺支店         | TEL.0428-24-2401(代) | 〒198    | 青梅市河辺町10-2-9      |
| 福生支店         | TEL.0425-51-1021(代) | 〒197    | 福生市福生1048         |
| 村山支店         | TEL.0425-61-1211(代) | 〒190-12 | 武蔵村山市中藤4234       |
| 秋川支店         | TEL.0425-58-2611(代) | 〒197    | 秋川市下代継111-5       |
| 羽村支店         | TEL.0425-79-0881(代) | 〒190-11 | 西多摩郡羽村町五ノ神4-13-10 |
| 五日市支店        | TEL.0425-96-1311(代) | 〒190-01 | 西多摩郡五日市町五日市840-1  |