

西多摩医師会報

創刊 昭和47年7月

第379号 平成16年7月



『はばたく』 細谷純一郎

目 次

	頁		頁
1) 第1回定時総会開催される	広報部 … 2	10) 地区だより 青梅地区	石井好明 … 18
2) TV出演体験記	池谷敏郎 … 4	11) 各部だより	
3) インド旅行記	片平潤一 … 6	地域医療部委員会報告	
4) 山川日本史を分析する	坂井成彦 … 12	地域医療部 … 18	
5) 会員の声	道又正達 … 14	学術部インフォメーション	学術部 … 19
6) 感染症だより	広報部 … 15	12) 理事会報告	広報部 … 25
7) 文芸随筆諸事百般		13) 会員通知・医師会の動き	事務局 … 29
短歌「空想」	鹿野純 … 15	14) 表紙のことば	細谷純一郎 … 31
8) 伝言板	広報部 … 16	15) あとがき	坂井成彦 … 31
9) 同好会短信		16) お知らせ	事務局 … 32
ゴルフ部だより	田村啓彦 … 17		

平成16年度西多摩医師会第1回定時総会開催

平成16年5月28日(金)西多摩医師会第1回定時総会が、フォレストイン昭和館に於て開催されました。司会は横田総務部長が担当し、以下の次第で進行いたしました。

1. 開会宣言 真鍋会長
2. 議長指名 内山 大議長を指名
3. 副議長指名 湯川文朗副議長を指名
4. 資格審査 会員総数 442名、議場出席者 38名、委任状出席者 246名、
会員総数の過半数(222名)以上のため総会は成立。
5. 開会挨拶 真鍋会長
6. 議事録署名人指名 木野村幸彦会員、星野 誠会員
7. 報告事項
平成15年度各部事業報告 各部部长
8. 審議事項
第1号議案 平成15年度収支計算につき承認を求める件
第2号議案 平成15年度預かり金につき承認を求める件
第3号議案 平成15年度西多摩医師会互助会収支計算につき承認を求める件
神尾経理部長
9. 監査報告 足立監事
10. 採決 3案とも賛成多数で承認
11. 議長団降壇
12. 閉会宣言 真鍋会長
13. 閉会挨拶 小机副会長

総会に引き続き、場を移して懇親会が行なわれました。真鍋会長の謝辞、松原監事の音頭による乾杯の後、和やかな雰囲気の中で会員相互の親睦が深められました。途中、野村有信東京都議会議員のご祝辞、宮川前会長の挨拶があり、最後に玉木副会長の御礼の挨拶でお開きとなりました。



今回の議場出席者は下記の38名でした。442名という会員数からすれば極めて少ない人数です。総会への出席は会員の皆様の権利と義務の行使であると思います。次回は是非多くの皆様のご出席をお願い申し上げます。

*総会議場出席者(敬称略、順不同)

宮川栄次、原 義人、波多野元久、細谷純一郎、坂本保己、中野和広、真鍋 勉、野本正嗣、石井好明、横田卓史、堤 次雄、渡辺良友、木野村幸彦、瀬戸岡俊一郎、森田和雄、玉木一弘、新井敏彦、土屋輝昌、田坂哲哉、湯川文朗、藤野淡人、甲原資秀、神尾重則、星野 誠、松原貞一、

道又正達、小机敏昭、足立卓三、足立陽一、葉山 隆、小林杏一、高木 直、岡本 忠、丹生 徹、森本 晋、野村有信、大堀洋一、内山 大

尚総会に先立ち、青梅市立総合病院副院長 原 義人先生による「EBMに基づく糖尿病診療ガイドライン」のご講演が行なわれました。以下に要旨を掲載いたします。（詳細は診療ガイドライン本体をご一読下さい）

（文責 広報部 野本正嗣）



西多摩医師会 平成16年度第1回定時総会 講演

「EBMに基づく糖尿病診療ガイドライン」について

青梅市立総合病院副院長 原 義人 先生

◇糖尿病治療の目標と指針

血糖コントロールの指標とその範囲

	HbA1c	空腹時血糖値	食後2時間血糖値
優	5.8未満	80～110未満	80～140未満
良	5.8～6.5未満	110～130未満	140～180未満
可	6.5～8.0未満	130～160未満	180～220未満
不十分	6.5～7.0未満		
不良	7.0～8.0未満		
不可	8.0以上	160以上	220以上

◇経口血糖降下薬による治療

1. 第一選択薬とする経口血糖降下薬

よい血糖コントロールが得られるならば、どの薬物も第一選択薬になりうる。ただし、長期的予後の改善が確立されている薬物はスルホニル尿素薬と、著しい肥満糖尿病患者におけるメトホルミン（ピグアナイド薬）だけである。

2. 血糖コントロールが不十分な場合の対応

1種類の経口血糖降下薬治療によっては良好な血糖コントロールが長期間維持できないことがある。この場合、食事・運動療法の徹底をはかり、さらに必要であれば、作用機序の異なる経口血糖降下薬を追加するか、インスリンへの切り替え、あるいは併用によって血糖改善効果を期待する。

◇糖尿病に合併した高脂血症

糖尿病患者の脂質管理目標値

冠動脈疾患	脂質管理目標値 (mg/dl)			
	TC	LDL-C	HDL-C	TG
なし	<200	<120	≥40	<150
あり	<180	<100		

TC:総コレステロール、LDL-C:LDL コレステロール、HDL-C:HDL コレステロール、TG:中性脂肪、（早朝空腹時の採血による）

◇糖尿病に合併した高血圧

1. 130/80mmHg以上の場合：

生活習慣の改善を3～6カ月指導、効果が不十分な場合は降圧薬治療を開始する。

2. 140/90mmHg以上の場合：

生活習慣の改善を指導しながら、同時に降圧薬による治療を開始する。

3. 降圧目標は130/80mmHg未満とする。

特に糖尿病腎症がある場合は十分な降圧をはかる。

4. 第一選択薬：

臓器障害やインスリン抵抗性を改善するACE阻害薬、ARB、持続型Ca拮抗薬を用いる。

複数の降圧薬を併用する場合は、少量のサイアザイド系利尿薬も考慮する。

5. その他の用いるべき薬剤：

微量アルブミン尿や蛋白尿を伴う場合にはACE阻害薬あるいはARBを用いる。

虚血性心疾患を伴う場合にはβ遮断薬を用いるべきである。(日本高血圧学会と日本糖尿病学会の合同委員会による)

◇糖尿病腎症の治療

1. 治療の原則：血糖コントロールならびに厳格な血圧管理(目標130/80mmHg未満)は、糖尿病腎症の発症・進展を抑制する。

2. 早期腎症の治療：

- ・厳格な血糖コントロール
- ・1型糖尿病；ACE阻害薬を用いた治療が勧められる。
- ・2型糖尿病；降圧薬投与(特に、ACE阻害薬、ARB)による血圧のコントロールは顕

性腎症への進展を抑制する。

- ・正常血圧の患者に対しても、ACE阻害薬は顕性腎症への進展を予防する。

3. 顕性腎症の治療：

- ・顕性腎症期の患者に対しては、ACE阻害薬もしくは、ARBを中心とした治療を行う。
- ・1型糖尿病ではACE阻害薬、2型糖尿病ではARBが腎機能の悪化を抑制する。
- ・ACE阻害薬やARBで降圧目標に達しないときは、他種の降圧薬(長時間作用型Ca拮抗薬、β遮断薬、利尿薬など)を併用する。
- ・蛋白制限食の有効性：1型糖尿病ではグレードB、レベル2+、2型糖尿病ではグレードB、コンセンサス。
- ・高血圧・浮腫が合併している症例では、減塩の指導をすべきである。



TV出演体験記

医療法人社団 池谷医院 池谷 敏郎

平成16年4月中旬に突然電話が入り、「血管をしなやかにする」というテーマの特集番組への出演依頼を受けました。番組が日本テレビの「午後は〇〇おもいきりTV」で、特集が47分間とやりがいがあり、動脈硬化や血圧について日頃から多くの方にぜひ伝えたい情報もあったことなどから引き受ける事にしました。どうやら、新聞(スポーツニッポン)へ掲載された「動脈硬化における血管年齢測定的重要性」の記事がTVディレクターの目にとまり、私に白羽の矢が立ったようです。

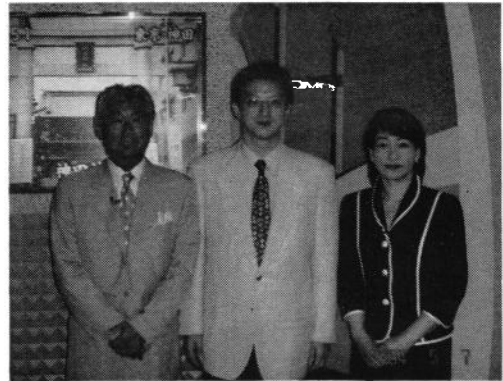
さて、本番までの約2週間が準備期間となりました。番組の制作にあたり、まずは特集のテーマに沿って医者が伝えたい情報を質問されます。ここでは(1)血管年齢測定の実演をすること、(2)心筋梗塞発症時の冠動脈狭窄

度を調べると全体の86%の症例で狭窄度が75%未満であり、発症時まで自覚症状がなかった可能性があることを根拠として、動脈硬化が自覚症状を現さずに進行する怖さを知っていただく、つまり「私は何も症状がないから大丈夫」と言って危険因子を放置する方への警告をすること、(3)「血圧の上が高くて下も低いから大丈夫」、あるいは「血圧の上と下が開いている程よい」といった血圧に関する誤った常識?を払拭すること、(4)EPAによる血管年齢の若返りに関する私どもの研究結果をもとに、動脈硬化に対するn3系多価不飽和脂肪酸摂取の重要性の再確認を行うこと、その他いくつかの情報を提供しました。ディレクターの方と打ち合わせをする際に驚いたのはその情報量の多さでした。最初にクイズの問題用の情報を出すと、それが過去の

番組で既に取り上げられており、もっと新しい情報が欲しいとの返事が来ました。なんとディレクターはAHAの機関誌；circulationの最新号の情報まで知っており、これには驚くと同時に思わず気合いが入りました。さすが高視聴率の長寿番組であると感心しました。生放送であり、どんな事を聞かれても言葉に詰まらないで正しい情報を答えねばならないというプレッシャーを感じつつ、動脈硬化や血圧についてはもちろんのこと栄養や食材に至るまで実に多くを勉強することを余儀なくされました。

外来、子供の世話、出演準備と慌ただしく過ごし、あっという間に本番の日を迎えました。いつも通り朝も早よから妻といっしょに3人の小学生の弁当を作り、今年小学校1年生になった次男をJR武蔵境駅まで送り、そしてそのまま夕留の日本TVまで直行しました。“特別ゲスト”ということで控え室が用意されておりそこでしばらく待機していると、まず“みのもんた”さんと対面です。いぶし銀のオールバックにスーツ姿と思いきや、Tシャツに日焼けしたサーファーといった風貌で控え室に居られました。アシスタントの高橋さんは見た通りの知的で清楚、かつ美人でした。続いて当日のゲスト、岡田真澄さん、今陽子さん、西郷輝彦さん、そして芳村真理さん。みなさまスターのオーラがあり、さすが年齢よりずっとお若い。しっかり時間をかけたりハーサルを予想していましたが、なんと7～8分の全体的な流れの確認で終わってしまいました。さて、いよいよ緊張する間もなく本番です。“みのもんた”さんの楽しいリードと高橋さんの的確なフォローで番組が進みます。ゲストの方たちもみな気さくな方々でCM中は雑談を楽しむほど和やかでした。会場のお客様（奥様方）は“さくら”ではなく一般から抽選で選ばれた方々で、熱心に番組に参加されていました。フリップの説明中に目の前に紙が出され「ここの説明をもっと短く！」との指示が出されて思わず動揺。2枚連続のフリップで1枚終了時に学会発表の癖が出て、「次お願いします！」と言ってしまう空白の時間が流れる……………など

など色々ありましたが、あっという間に47分が経過し、なんとか出演を終える事が出来ました。



さて、はるばるあきる野の診療所に戻ると早速午後の診療です。患者さんが次々とニコニコと本当にうれしそうに診察室に入ってきて。主治医のTV出演を我が子（孫？）のように喜んで視た。TVの前に正座して観ました。自慢げに知り合いに電話する主人を「あなたの息子じゃ無いんだからいい加減にしなさい！」とたしなめたというご夫人。痛む足をかばいながら来院し、うれしかったと背中をなでて行ってくださる老婦人など。それから毎日100人を超える患者さんから喜びやお褒めの言葉をかけていただきました。

それまでの私は主治医と患者の関係をすこしクールに考えていました。雨の日の翌朝、カーテンを開けて天気がいいと、「今日はいたい何人の患者を診察しなければならないだろう」と考えることもよくありました。ところが患者さんの反応を目の当たりにし、医者である自分には毎日多くの患者さんに喜び（愛？光？）を与えるチャンスがあることに今更ながら気付いたのです。人がまわりの人々に愛を与えるために生まれてきたとするならば、今までなんでもったいない事をしてしまったのでしょうか。今では朝、カーテンを開けると「今日はいたい何人の患者さんに喜びを与える事が出来るだろう。」と考えられるようになりました。また、TV番組の制作を通じ、疾患の治療に役立つ食材の探求、究極は薬剤を出来るだけ用いない自然療法の必要

(6)

性を感じ、これからの自分の診療スタイルを確立する上で貴重な経験をする事が出来ました。

私自身、TV出演がこれほどまで色々な“気付き”を与えてくれるものとは夢にも思いませんでした。たかがTV、されどTV。貴重な体験でした。

(番組は気楽に楽しめ、かつ血管年齢や動脈硬化、最近注目されている脈圧や早朝高血圧など織り込みつつ進められております。Dr.には内容が簡単すぎますが、少しはお役に立っている部分もあろうかと思えます。DVDとビデオテープの録画がございますので、ご希望の方は池谷医院・042-550-0005までお申し付けください。)



インド旅行記

片平医院 片平潤一

MRのH君と飲んでいる時に、インドはいよいよねえ、行きたいねえと言ったら、先生、それはいいですね、是非行きましょと受けられて、到底実現不可能と思われていたインド旅行ができることになった。以前家族旅行をした時、トランジットでムンバイの市中ホテルに泊まったことがある。モンスーンでかなりジメジメしていたし、街中のスラムや乞食の印象、ホテルが湿っていて臭いが悪く、食事もカレーばかりで、もう絶対にインドには来ないと家族全員から総スカンを食らってしまった。一人で外国旅行は御法度だから、H君には大感謝。さらにもう一人K君を誘ってゴールデンウィークに3人で行くことに決定。観光客が余り行かないような田舎旅行も考えたが、最初は「これがインドだ」という定番がよかろうと、デリー・アグラ・ジャイプールのいわゆるゴールドトライアングルにした。ツアー旅行だが旅行会社と交渉して、我々3人と現地ガイドに運転手のみの旅行にしてもらった。

昨年はSARSやテロ騒ぎでインド旅行する人は激減したらしいが、今回も行きのエアー・インドはガラガラ。機内の食事は以前よりだいぶ改善されており、キング・フィッシャーというビール共々今後期待が

もてた。デリーには約8時間で到着。ガイドが専用車で迎えにきてくれていた。といっても車は何十年も走っていると思われるアンバサダーというごろんとしたタクシー兼用車で少し窮屈。この季節には珍しく1週間前に雨が降ったとかで意外に過ごしやすい。本当は40度を越えるのに。ホテルは超高級タージ・パレス。どこの発展途上国でもそうだが、街は大喧騒と苦しみで満ちていても、ホテルは素晴らしく高級で静かで人も少ない。インドもこのギャップがものすごい。夕食はアンバサダーで街に繰り出す。「ンドゥピ」という屋上レストランで食事。地元の人のみで外国人は我々だけと見える。今回の旅行ではできるだけインド人だけが行く街中のレストランで食事することをあらかじめ希望しておいたので、ホテル食は朝だけであった。大皿に種々のカレー料理の皿を並べたターリーという食事をとる。カレーは中身が様々な野菜や豆、チキン、マトンなどをそれぞれ煮込んだもので辛いのも甘いのもある。ガイドが北インドの出身のせいか、魚は食べる人の気が知れないということで1回も出なかった。主食はロティ、チャパティ、ナンなどの小麦粉を延ばしてバターなどを練り込んだもの。飲み物はラッシーというヨーグルトを薄めたようなも

のでしょっぱいのと甘いのがあるが、甘いのがうまい。でもインド人は水だけを飲む。ガイドはわれわれにはサービスの水は飲ませず、栓付のミネラルウォーターのみを勧めた。ビールはホテルのレストラン以外では許可証が無いのでださないとのことだが、どこでもガイドが言うと冷えたキング・フィッシャーがでてきた。ガイドいわく、インドはやわらかい、ノー・プロブレムだ。実際、ヒンドゥ教はいろんな神様を取り入れて融通無礙なところがあるので納得。

翌日はデリーの観光。ガイドがさあどこに行きたいですかと聞く。まず大統領官邸に行くが、イギリス占領中にできたせいにかたく大きい。ここから戦没兵士を祭ったインド門（凱旋門と似ている）までは3キロの直線で周りは芝生の公園となって市民が夕涼みに繰り出すらしい。このへんまではニュー・デリーで計画都市らしく緑も多く清潔で「インドらしくない」。ところがオールド・デリーへの門を越えると途端に車は大渋滞、乞食もいっぱい、風景はイスラム風となり（デリーはもともとイスラム帝国の首都だった）、「らしくなる」。なんでこんなに汚いのかと聞くと、ガイドが言うのにイスラムの人々は掃除すると金も逃げると思っているから掃除をしないのだと。本当だろうか。お昼は再び街中のレストランで。店の中は真っ暗で、片隅にサイババの黄金像がきらびやかに飾られている。南インドの超能力者で今でも信奉篤らしい。今のサイババはインドでは良く知られていない様子。この店でアイスクリームやケーキなどを食べたが今一つ。やはりデザートは日本が一番。午後はH君が日本への土産物をあらかじめ買っておきたいということで、まず紅茶の店へ。百グラム400円から4000円くらいまで様々なのがあり、インドで庶民が使えるチャイには1キロ40円くらいを使うとガイドが言うのを聞いて、これはちょっと高いんじゃないのと思ったけど、H君はすごい。500円のを60個、4000円のを10個とまとめ買い。さすがのインド人店主も欲が出て、サフランはどうかとか香木はどうかとか、紅茶とは無関係のものすごい値段のお土産をだ

してくる。日本には無いものですというのが殺し文句。インドではつつい安いかなと相手に乗せられて大買いし後で結構高いのに気付くことが多いので要注意。買い物はデリーでは高いのでやめて、後にでてくるジャイプールが良いようだ。紅茶の後はクトゥップ・ミナールというイスラム寺院跡に。ミナールはミナレット（尖塔）でモスクの側に建っている塔で、73メートルとインドで最も高いらしい。そばに別の皇帝がもっと高いのを建てようとして途中で止めになった、より巨大な塔の基部が残っており、昔から偉い人は自己顕示欲が強いことがわかる。この後に行った世界遺産のフマユーン廟もそうだがインドの有名な建築物はイスラムのものが多く、ヒンドゥ教徒も気にしないで参観している。ノー・プロブレムか。しかし、彼らは大変信心深く、あちこちのヒンドゥ寺院は大変な賑わいで皆まじめにお祈りしている。ラクシュミー・ナラヤン寺院という最近建てられた寺院に行ってみたが、マネキンのような感じの目のぼちりしたシヴァ神やヴィシュヌ神、果てはベイビー・クリシュナというクリシュナ神の赤ちゃん時代の神などに熱心にお祈りしているのを見ても、なんか有り難みが無い。でも我々もお賽銭をあげていろいろと頼んで参りました。

夜は特急列車に乗ってヴァラナシへ。駅のウエンディーズで夕食用のバーガー類とピザを買う。しかしインドではチキンとラムしかないのに淋しいし美味しくない。1等寝台車は快適だが乗客は我々だけらしく、どうも今は観光シーズンではない。しかし、ガイドと4人でインドのウイスキーなどを開けておいに語り合う。朝起きてみると車窓の風景はどこまで行っても畑だけで人や建物は見えず、あちこちにレンガを焼く高い煙突が立っている。インドは広いと実感する。ムガール・サライという駅で降りる。街はリキシャという自転車でひく人力車のようなものとオートリキシャというオート三輪車、さらには普通の車が人々の間を縫うように走り回り、朝市では色鮮やかな果物や野菜を売る人々で大にぎわい。ヴァラナシではタージ・

ガンジスというやはり超高級ホテルに到着。ロビーにはシタールを弾くインド人。H君そばに行って写真をとると、インド人、まあこっちに来いとそばに寄せて肩など組んでシタールを触らせ、気軽に写真をとらせる。H君、サンキュウと行こうとすると、インド人すかさずマネーマネーと金を請求。インドではただで親切にしてもらうことはありえないということ。ホテルでの朝食後にせっかくだから泳ごうということになる。プールには誰もいなくて勿体ない。暑い日差しの中で皆でのんびりと泳ぐ。動きたくなくなる。午後から仏教遺産のサルナートへ。K君、ここでは絶対に数珠を買うんだと信心深い。ここは釈迦が初めて説法した所で広大な公園になっており、仏教の保護者アショカ王の4頭のライオンの石柱や、クシャーナ朝やグプタ朝の石像など、世界史の好きな人にはこたえられないものがたくさん収蔵されている考古学博物館がある。遺跡の側には土産物屋があり、インド人の親父が流暢な日本語で、日本人の奥さんと息子が日本に住んでいるんでもっと稼がなければなどいいながら、日本人相手に数珠や彫り物売り付ける。

夕方から街にでる。ホテルの前にはリキシャが客待ちをしている。ガイドが値段の交渉をするがなかなか決まらない。インド人の交渉はほとんど喧嘩をしているように見える。真剣な顔で大声で喋りまくり、終わると見えてまた攻撃開始。日本人の出る幕は無い。それでもなんとか交渉成立で2台に分乗して繁華街へ。道は大変な喧騒で、おじいさんのこぐ我々のリキシャは車に追い立てられながらゆっくりと進む。少しの坂道でも可哀相なくらいに一生懸命にならなきゃならない。排気ガスとほこりとクラクションがすごい。衣服、雑貨、飲食物などの日常生活品からありとあらゆるものを売っている間口1間ほどの小さい店がとぎれなく続いており、果物や飲食物の屋台もかなり人が群がっている。ほとんど地元の人々だけで観光客はあまり見られない。ぼおっとしている人は少なく、みんな一所懸命に見受けられる。大変なエネルギーである。途中、チャイの店に立ち

寄る。牛乳に紅茶の葉を入れて煮、砂糖と何かのハーブをいれる。素焼きの茶碗に2～30ccくらいで5円くらい。甘くて美味しい。これだけで商売している店があるのだから庶民の生活の経費がわかる。

翌朝4時過ぎに起きて、ガンジス川の沐浴を見に行く。その朝は零時から2時間ほど月食があり、その後の沐浴は霊験あらたかとかでとくに賑やかだった。ヒンドゥ教徒は現世の罪を洗い清めるためにガンジス川で沐浴するのが大変大事で、とくにヴァラナシはその最重要地だ。ガイドはヴァラナシの人々に聖なる人が多いわけではなく、悪い人も多いといていた（日本でも同じか）。ガンジス川沿いにガートという階段状の沐浴場があり、大きい日傘があちこちにあってそこのバラモン僧が沐浴する人に祝福を与える。その近くで老若男女がちょちょいと着替えて川に入る。それこそ芋の子を洗うような大混雑の中で、水を浴びたり口をゆすいだり、お祈りをしたり、泳いだりしている。子供を除いてはみな真面目である。川沿いには観光客を乗せるボートがいっぱい係留されているし、実際川面ではボートから観光客がバシバシ写真を撮っているわけだが、みんな全く気にしていない。やはり宗教行事という気がする。ガートは数十あるらしいが、すべて大混雑というわけではなく全く人気のない所がある。そういう所では洗濯屋が洗濯物を岩に打ち付けて洗っている。本当は禁止されているのだが、インド人はノー・プロブレムだからとガイドは言う。いったん上流の電気炉の火葬場（これもガートという）まで行く。その水際には井桁を組んで死体を焼いている。あまり趣味のいいものではないから熱心には見ない。そばでは子供たちが金目のものが残っていないか焼け跡をほじくり返している。そうこうするうちに朝日が上がってくる。有名な火葬場のマニカルニカ・ガートのそばでボートを降りる。6人ほどが一度に焼けるようになっていて、階段には布にくるまれて順番を待つ死体がある。火葬場の裏を通過してヴィシュワナート寺院への道を歩く。とんでもなく汚い所で、牛はいっぱいいるし糞やゴミ、はては人

糞まで落ちている。ヒンドゥ教徒は沐浴した後はこの寺院に必ずお参りするが、大変狭い通りでしかも、隣にイスラム教のモスクがあり、テロのうわさもあるとかで大勢の警察官が警備してあたりは大混雑である。ようやく広い道に出るとほっとする。ヒンドゥ教の聖地ではあるが、このへんにはイスラム教徒がたくさん住んでいて、あちこちで集っている。その後はヒンドゥ大学に行く。日本人も留学している全寮制の、ツーリズムなどの専門学校のある大きな大学で、広大な敷地の中にヒンドゥの寺院もある。

今日はアグラまでの日程で国内便で直行の予定だったが、航空会社の都合で（乗客が少なく欠航になったらしい）デリー経由になる。デリーからは航空会社差し回しのトヨタクオリス（大変信用性が高いとのことでインドでは良く見られた）で高速道路をアグラへ。高速道路といってもオートリキシャも自転車も、果てはウシまで一緒に使っているので相当郊外に行くまでスピードは出せない。しかし、夜も更けると運転手は航空会社の人間なので帰らなくてはいけないらしく無茶苦茶に荒い運転で飛ばし、不安になる。デリーから4時間ほどで夜9時過ぎにアグラに着く。ホテルは同じく超のつく高級なタージ・ビューホテル。名前の通りタージ・マハルが窓から見える。しかし、大理石の色が変わるということで夜間照明はやってませんと、話が違いがっかり。翌朝目覚めると部屋からあのタージ・マハルが霞んで見えた。直線で3キロ弱だがインドの街はどこも空気が濁り、へんな黒いかすみもかかってくっきりとはいかない。朝食後早速出発。タージ・マハルの手前で車は止められ、電気自動車で行く。排気ガスが大理石を汚すということ。電気自動車では1キロも無く無料なのだが、馬車やオートリキシャの客引きがすごい。門では厳重な警戒で、パスポート番号も書かせられ、身体検査もあり、携帯電話などは持ち込み禁止。そのうえガイドも金を取られる。政府発行の許可証を持っていると示しても無駄で、偉そうな態度の係員とえんえんやり合っていた。インドではだいたいどこでも観光施

設の門には制服の係員らしいのとなんだかわけのわからない人々が何人もいてなんやかんやともめる。ガイドによれば警察官で、わいろを露骨に要求するらしい。軍人はいいが警察はだめで、これがよくなればインドはもっとよくなると嘆いている。インド人は誰かに金を取られても絶対に警察には行かない、行くと残りの金も巻き上げられるからだ。どうしてか門から先ではビデオは持ち込み禁止である。しかし門の向こうに真っ白なタージ・マハルを見出だした時には感激。その大きさ、4本のミナルで作られる完全な対称性、単純な形の中の細部のきれいさなど、喧伝されているわけだが、感動する。インド随一の、あるいは世界に誇れる素晴らしさである。近付いていくほどその大きさに圧倒される。相変わらずカメラポジションのいい所を勧めては金を要求したり、勝手にガイドをはじめて金を要求する輩はいるが、それも気にならないほどである。ジャー・ジャハーンという皇帝が3番目ながら最愛の妻、ムムターズ・マハルの遺言で作ったもので、霊廟の中には二人の棺があるだけである。基壇からはヤムナー川の向こうにアグラ城が見える。この城はムガル朝最盛期の皇帝たちの居城で赤砂岩でできたかなり大きな軍事施設というより宮殿。皇帝一家のプライベートな部屋が多い。もっとも半分以上はインド軍の施設で立ち入り禁止になっている。アグラ城から再びアンバサダーに乗ってファティプール・シクリへ。ここは水が無いために短期間だけアクバル帝の城になったところで、修復されてかなり大きな遺跡になっている。3人の妃がキリスト教徒、イスラム教徒、ヒンドゥ教徒だったために、それぞれの様式の建物がある。皇帝も大変である。

ここからインド西部ラジャスターンの街ジャイプールまで田舎道を250キロ。途中サルスの集団が道端にいたり（彼らはインドでは神様である）、クマが首輪をして芸をさせられていたりインドは多彩である。ジャイプールはムガル朝の対抗勢力が作った街で他とは少し雰囲気が違う。その当時の街が今の中心地にあたり、イギリスの皇太子が来た

時に歓迎の意味で家々をピンク色に塗ったため、ピンクシティといわれているが、どうも我々には茶色シティにしか見えなかった。当時のマハラジャの城で壁がピンク色の、風の宮殿が最大の売りものだが、女性が姿を隠して通りをのぞいていた小さな窓が多数ある壁だけの建物で中には入れない。そうかというだけで退散。その近くに今もマハラジャの子孫が住んでいる宮殿跡が博物館になっている。昔マハラジャがイギリスに旅行した際水にあたるといけないとガンジスの水を入れて持って行った(!) 巨大な銀の壺のそばで、課外授業らしい大勢の女子高生たちが建物をスケッチしていた。細密画の伝統のためか定規を使って実に細かく書いていた。それじゃスケッチじゃないんじゃないと言いたくなる。このそばにジャンタル・マンタルという18世紀の大規模な天文台がある。日時計や天体の動きが実に精密にわかるように作られている。その当時のマハラジャが天文学者だったというから面白い。この後の街の郊外にあるアンベール城塞へ。ジャイプールの街が作られる前に都のあった所で、山の上に城壁を巡らせている。そこには駐車場のそばから象に乗って細い道を登って行く。インド人は動物愛護精神が強いらんとガイドは随分強調していたが、象はインド東部から観光タクシー代わりにするために連れて来られたんだし、

象使いに頭を鉄のフックのようなものでポコポコ叩かれて痛がっていたし、このへんの道ではラクダやロバがものすごい重そうな荷馬車を引いているのをしょっちゅう見掛けだし、あんまりそう思われたい。象は4人乗りでゆらゆらしながら気持ち良い。操り人形や笛などの土産物売り付けようと大勢が大騒ぎでくっついてくる。城塞の中はやはり王様の私的空間が多く、妃が外の世界をのぞき見た部屋とか、ある王様が妃を亡くして懐かしむために作った星の夜空をイメージした部屋とか、王子のためのブランコの部屋とか、樋を巡らせて滴り落ちる水をカーテンで受けて風を涼しくした応接室など、人間味がある。ジャイプールでのホテルは昔宮殿だったというやはり贅沢な所で、ここのレストランでは珍しくサリーを着たウエイトレスがいた。H君大興奮で、写真を撮らせて下さい、送りますと名前を聞き出す。ガイドによればインドでは女性がレストランなどで働くのは好ましく思われていないとかで、実際ホテルなどでも非常に女性従業員が少ない。夜はガイドと運転手が泊まる近くのホテルに行き、キュウリやトマト、唐辛子などの盛り合わせサラダとマメ類のスナック、タンドリーチキンで酒盛り。随分シンプルな部屋でこれが普通のホテルだということだが、インド人の教育観や政治の話、彼女の話などで深更まで大



盛り上がりであった。翌朝、夜明け前に電話で起こされた。間違い電話でとんでもない奴だと思ったら、なんと家内からだった。全然電話してこないで、一体どういうつもりよ？。おい待て、時差を忘れちゃあいけないよ、全くどういうつもりだ。

ジャイプールから再びアンバサダーでデリーに戻る。ガイドがホテルで飲むためにとビールを街中で探してくる。首都デリーでもアルコールはほとんど売っていない。翌日から総選挙なのでなおさら見つけにくかったらしい。最後のインドの夜に乾杯。

翌日は朝食後にまたプールでひと泳ぎ。相変わらず他に誰もいなくて申し訳ない感じ。昼からせっかく来たからにはアーユルヴェーダだと、インド式エステを試みる。なにやら怪しげな高速道路下の小さいお店へ連れて行かれる（医院というのか、マッサージパーラーというのか）。信頼する我がガイドが連れて来たのだからと意を決して入る。正式には専門の医者が体質やら体調やらを診察して適切な処方をするらしいが、我々は自己判断してやってもらう。全部脱いでタオルを敷いたベッドに寝る。インド人の男性マッサージ師がテンプラ鍋のようなものに様々な物質を入れた油を温めている。この油は新鮮なものだと盛んに強調するが当たり前な感じがして少し不安になる。熱い油をばれんのようなもので身体に垂らし全身を強くマッサージする。力が強すぎて痛くて何度やめてくれと言うか考えてばかりいた。むくつけきマッサージ師が耳元で、気持ちいい？と日本語で何回も聞くので参ってしまった。次は仰向けにさせられて同様にマッサージ。この態勢は少し不安になり緊張する。しかし、危ないところは避けてくれるのでほっとする。次はフェイス・マッサージになる。男がやってもしようがないとも思ったが、医療上良いかと頼んでみた。だんだん眠くなる。そのうち両目をしっかりカバーして額に油を注いでくる。これが大変気持ち良い。すうっと意識が無くなる。終わったと促されてシャワーを浴びておしまい。この店でもH君、棚に並んでいるアーユルヴェーダ式オイルやらクリームやら

をお母さんや奥さん、妹さんなどなどにとがながん買いまくる。1個900円くらいだが、果たして日本の女性が使ってくれるものか、私は買えなかった。昼食は美味しいのが評判の店に行った。店の前に蛇使いがいて、観光客が来ると笛を鳴らして蛇を踊らせる。値段の交渉をして写真を撮るが、いざ払う段になるとずっと高いことを言う。それは高いと言ってもK君の腕に蛇を絡み付かせて逃がさない。やっぱりインド人はすんなりとは放してくれない。

時間が少しあるので国立博物館に行く。モヘンジョダロの遺跡から近世まで実に様々な彫刻、細密画、宝石、壁画などなど、興味深いものが山ほど収蔵されている。時間がなくて残念ながら途中で屈強な係官に追い出された。さあこれから空港へ行きましょうとアンバサダーに乗る。途中でまだオートリキシャにのっていないことに気付いた。車を走らせながらガイドがそのへんのオートリキシャに声を掛け、我々3人を乗せてもらう。オートリキシャはじつに簡単な作りで、速度計も料金メーターも全く動いていない。だいたい30キロくらいの速度か。風が気持ち良い。後ろの席は3人用だが、大人8人が乗っているのを見たこともある。適当な所で下ろしてもらった。30ルピー、約70円。空港でガイドに別れる。また来るよ。出国審査もスムーズで、さあ出発ロビーへととなった途端、動かなくなってしまった。理由もなく放っておかれること4時間。やっぱりインドだね、こうならないわけがないよ。飛行機の中では中国上空の飛行許可が出ないからとか言っていたけど、嘘だろうという感じ。成田では税関を出ると家内が待っていた。4時間待ってポン。H君、K君、ごめんなさい。

しかし、旅行全般にわたって思っていたよりずっとストレスもなく、インドの強烈なエネルギーを感じることでできた、楽しい8日間でした。会員の皆さんにも是非お勧めします。きっと忘れられない思い出になるでしょう。今度は南インドに行きたいなと思っています。



山川日本史を分析する

(2004年7月)

坂井医院 坂井成彦

(北山文化)

禅宗が行き渡る。三代將軍義満は花の御所を作り、さらに後年北山に別荘として北山第(聚楽第を思い出して欲しい、第というのは大きな別荘という意味である)を作る。しかし、彼の死後、四代將軍義持によって規模が縮小されて、鹿苑寺金閣となる。やっぱり、義持は父を憎んでいたとしか思えない。金閣は三層構造。第一層が寝殿造りで、第二層は武家造りで公家に対する武家の優位性を示したとする説があるが、(新山川)ではあえて断言を避けている。第二層より上は外壁に金箔が貼られていた。義満は臨済宗に帰依し、南宋の官寺の制にならった五山・十刹の制を京都と鎌倉に整えた。南禅寺はその上に位置し、十刹の下に諸寺が置かれた。(南禅寺は後に織田信長の時代に法華宗と浄土宗の宗教論争の際に審判役を務めている)五山の禅僧には、中国からの渡來僧や帰国僧が多く、彼らの能力は水墨画、五山文学(絶海中津・義堂周信)や外交に活かされた。また、水墨画では明兆、如拙、周文の三人が有名だが、作品としては、如拙の唯一の遺作「瓢鯨図」しか紹介されていない。これは、四代將軍義持が命じて描かせた作品である。やはり、義持は父を憎んでいたとしか思えない。瓢筆で鯨をおさえ取ろうとする人物(公案=禅の題)が、父の姿を暗示している。

能は神事芸能として出発したが、各地で興行されるようになり、座を形成し大和猿楽四座と呼ばれた。興福寺が本所である。(観世座、宝生座、金春座、金剛座)この観世座の観阿弥、世阿弥親子は三代將軍義満の手厚い保護の元で、猿楽能を完成した。花伝書は理

論書で、能の脚本が謡曲である。後の時代に能の幕間に口語による喜劇的風刺劇(狂言)が演じられ庶民の人気を得た。私が小学生の頃、講堂で狂言が演じられたが、教頭先生が、「静かに聴く事。余計なおしゃべりをする人には体罰を加える」

とおっしゃったので、一時間もの間、生徒たちは正座したまま無言の行に耐えた。こうした形式の伝統文化の継承もあったのである。もちろん、私たちは放課後に「狂言」は退屈な拷問だとささやきあった。

(東山文化)

さらに禅宗が広く行き渡る。慈照寺銀閣は二層構造。上層が禅宗様で、下層が書院造りである。当初は金箔を貼るという計画があったらしいが、資金不足で、結局、金箔も銀箔も貼れなかったというのが事実らしい。書院造りは寝殿造りをもとに改変したもので、天井を張り畳を敷き詰めて、明障子を用いるのが基本である。違い棚、付け書院、襖障子が実用を兼ねたおしゃれである。この書院造りは後世の日本建築に大きな影響を及ぼした。慈照寺東求道同仁斎が有名。(ちなみに、広さは四畳半)禅宗の精神世界(簡素)をよく現しているのが、枯山水。岩と砂で美しい自然を表現した。竜安寺石庭が有名。(15個の石と白砂、石が島で白砂が海。どの角度から観察しても、石が15個にならないところが、禅の妙味である。女性の年齢もかくありたいと思う私であった)

余談であるが、ある人が高名な禅僧の前で手のひらを打ち合わせて、

「今の音は右手から出たものでしょうか、左

手からでたものでしょうか？」

と尋ねた。禅僧が答えるに、

「はて、私には音など聞こえなかった。その音とやらはあなたの右耳に聞こえたのでしょうか、それとも左耳に聞こえたのでしょうか？」

と聞き返した。周りにいた者は、禅の本質を垣間見る思いがしたという。

音の話のついでに、絵画についても触れておく。水墨画を完成したのが雪舟。大和絵として、土佐派、狩野派が起る。女性の話のついでに能面についても触れておく。顔の向きによって、喜怒哀楽を表現するというのは女性の特権である。茶の湯、生け花も女性にとっては大きな楽しみであろう。ただし、侘茶は村田珠光が創設し、その後、戦国時代の商人や武将にも愛好された。足輕の禁止を訴えた「樵談治要」の著書は、木こりではない。公家の一条兼良である。

(庶民文芸)

幸若舞（織田信長の敦盛で有名）、古浄瑠璃、小歌（細かく分類すると平安末期の今様、安土桃山時代の隆達節、江戸時代の弄齋節に分けられる）が有名。このうち、古浄瑠璃だけが、扱いが低い。山川の日本史では20年間も出たり、消えたりを繰り返している。

（新山川では掲載されている）それでは、古浄瑠璃とは何であろうか？

古浄瑠璃＝現在演目として残っているのは600余り、しかし、音曲としては皆無。つまり、音譜が無い。時代的には近松門左衛門の出現以前のを指している。

一条のあとには二条、三条と続くのが道理である。南北時代の二条良基が連歌を整理した。応安新式は連歌の規則書である。（基本を100句と定めた）「つく波集」は準勅撰の扱いを受けた。しかし、それ以前に二条河原落書の一節に、

「京鎌倉をこきませて 一座そろわぬエセ連歌
在々処々の歌連歌 点者にならぬ人そなき」とあるから、連歌会はずでに庶民の間で

行われていたらしい。応仁の頃、宗祇が出て正風連歌を確立した。彼は「新撰つく波集」を撰し、弟子たちと「水無瀬三吟百韻」をよんだ。一方、山崎宗鑑は自由な俳諧連歌を唱え「犬筑波集」を編集した。宗祇や山崎宗鑑らの連歌師が地方を遍歴したことで、連歌は全国的に流行する。

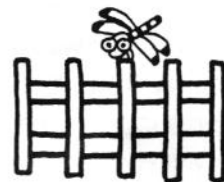
(文化の地方普及)

日明貿易で繁栄していた大内氏の城下町山口では古典の講義や書籍の出版が行われた。代表的文化人として雪舟がいた。薩摩の島津氏は桂庵玄樹を招き、彼は朱子学の「大学章句」を刊行した。南村梅軒はもともと大内氏に仕えていたが土佐の吉良氏のもとで、南学派の創始者となった。こうしてみると、明治維新に大きな役割を果たした、薩摩、長州、土佐が戦国時代にすでに文化的土壌を養っていたことに気づく。

地方武士の子弟の教科書として、「庭訓往来」「御成敗式目」が使われた。商工業者にも読み、書き、計算が必要とされ、「節用集」という辞書が刊行された。

(新仏教の変動)

法華宗の日親が「立正治国論」を六代將軍義教に提出し、排他的かつ戦闘的な布教をしたため、投獄され、熱せられた鍋をかぶせられた。足利幕府の衰退と共に五山派（禅宗）は衰える。諸派（禅宗）は地方に広がる。後者を林下という。真宗では蓮如の存在が大きい。彼は御文という平易な文章で阿弥陀による極楽往生を説き、惣村に広めた。





楽しくそして懐かしい 編集委員時代

道又医院 道又正達



西多摩医師会会報編集委員
のお手伝いから離れて10年、
2年の空白があるものの通算
20年あまり委員の人選に漏れ
なかったこと、よく繋がられ

たことを自負しています。記憶が確かならば歴
代チーフ、川崎・米山・堤・井村・菅井・明
田川・堀田・村山・大嶽・玉木・真鍋の各先
生と、委員会委員の諸先生と共に、医師会館
の和室の畳の上で知己になれたことを、私の
大きな心の財産と胸中に秘めて居ります。
ワープロ・パソコンなど普及してない頃は、
原稿は手書きでしたので、印刷に廻すまで、
私を含めて読みこなすのに手間暇がかかる先
生の筆跡があり、慣れてくると趣きもあつた
りするものでした。月当番で順繰りでマスダ
印刷さんに原稿を取り纏めて持参するような
システムの時があったように思うのですが、
或る夏の、原稿も少なく締め切りを過ぎて
もどかなという瀬戸際に、達筆・難字・クセ
字・旧カナ使いと四重苦の玉稿を携えて、先
代の大將に「何とかレセプト提出まで刷り上
げて」と頼み込み、原稿が全然読めないこと
を言いました。手慣れたもんで「これは何々
先生のだな」と、ヘビー級の体躯に似合わ
ない綺麗な字で、全文清書していただいて事
無きを得たことが強烈に思い出されます。

平成3年5月、三多摩連合広報委員会が
立川であり、先輩顔して真鍋先生と玉木先
生と出席したまではいいが、帰りに急病人と
なり救急車で青梅市立総合病院までつきあ
ってもらいました。坂本保己先生とその一門
の先生方の救命処置により、今尚現役で、程
々に私でなくちゃ駄目だという患者さんを診
させていただいて居ります。入院中の諸先生

のお見舞いに感謝しています。松原先生の多少
回春作用もあろうかと思われる得難い書籍を
何回も携えてのお見舞いや、殆ど毎日ベッド
サイドに静かに現れる石井先生に原稿を頼ま
れていたのに、闘病記はチョイト難しいの
で、随分時間が経過しましたが、これでご勘
弁して下さい。

社会通念では新聞は、社会の公器といわれ
ますが西多摩医師会報は公器そのものと解釈
して、医師会の顔に彩りを添えるものと思っ
ています。数回ですが、埋め草のために随筆
風なものを載せていただきました。会員の諸
先生やご家族・従業員の方々も読んでいただ
ける様に、単に随筆というコーナーを「文芸
随筆諸事百般」と、医師会日誌を医師会活動
が如何にも動態的に捉えられるように「医師
会の動き」とした犯人です。また投稿しやす
いように400字の普通の原稿用紙にしたら
など提案もしてみました。然し今はパソコンで
やっています。一番残念なのは、「理非曲直」
が姿を消したことです。必ず真摯な意見を吐
露するコーナーが生まれると信じます。どう
ぞ爺さん化した写真をご賞味下さい。

*本号より「会員の声」コーナーを新設
いたしました。

会員の皆様のご意見、ご要望などを
ご投稿下さい。

原稿に顔写真を添えて医師会事務局ま
でお願いいたします。

広報部

感染症だより

(1) 感染症動向調査報告

本号より、西多摩地域における感染症発生動向調査を掲載いたします。

当地区における感染症発生状況の直近のデータを、西多摩保健所のご協力により提供していただき、毎月載せて行く予定です。定点となる医療機関は小児科が笹本医院（青梅市）、新井クリニック（瑞穂町）、星野小児科内科クリニック（あきる野市）、滝浦医院（羽村市）、内科が福生クリニック（福生市）、鈴木内科（あきる野市）、落合クリニック（日の出町）です。

調査期間 平成16年6月7日～6月19日

咽頭結膜熱	22例	A群溶連菌咽頭炎	26例
感染性胃腸炎	49例	水痘	12例
伝染性紅斑	14例	突発性発疹	8例
ヘルパンギーナ	2例	流行性耳下腺炎	4例
百日咳	1例	不明発疹症	2例

(今回は保健所からの情報が間に合わなかったため、定点医療機関からの報告を集計し、載せました。咽頭結膜熱が増加傾向との事です。)

(2) 西多摩地区感染症集団発生報告

- 6月18日あきる野市の小学校で感染性胃腸炎の集団発生があり、ノロウイルスによる感染性胃腸炎と確認されました。24日終息。
- あきる野市の高校において6月1日から6月21日までに26名のマイコプラズマ肺炎の集団発生がありました。6月1日発症の学生1名が血液検査でマイコプラズマ感染と診断されました。マイコプラズマの潜伏期間は約2～3週間のため、罹患者の再ピークが見られましたが、24日現在減少傾向にあります。

文芸随筆諸事百般

空想

福生市 鹿野純

梅雨前の晴れた青空緑濃き

若葉茂りてエネルギーがある

いつまでも毎日見ても飽きがこない

魅力のもとを考えてみる

人間の憧れ色と流線型

子供の頃からクレヨンでかく

老衰の体操に階段昇りゆき

先生元氣と掃除婦ほめる

今頃に分りし事は患者から

年齢きかれる禿げない吾は

手際良くはつきり物言う看護師と

一旗あげる空想がわく

ゆとりある発想之しく行きづまる

戦争時代の原因とする

伝言板

「納涼の夕べ」開催のご案内

会場に余裕がありますので当日の飛び入り参加でも結構です。

開催時間に遅れても結構ですのでご出席下さい。A・B会員の多くの先生方のご出席をお待ちいたしております。

日時 7月21日(水) 午後7時30分より

場所 昭和の森 フォレストイン昭和館 2F シルバンホール

西多摩医師会 写真部写真展 開催のお知らせ

第33回西多摩医師会写真展を7月6日(火) から7月12日(月) まで羽村市コミュニティーセンター2階ロビーにて開催しております。是非お立ち寄り下さい。写真展終了後、7月12日に恒例の写真部懇親批評会を、写真家 柳内正義先生をお迎えし「かつら」にて19時30分より行う予定です。写真に興味のある先生は、松原部長又は細谷までご一報下さい。お待ちしております。

文責 細谷純一郎

青梅心電図勉強会のお知らせ

診断・治療に苦慮している不整脈や専門家の意見を伺ってみたい心電図などありましたら、ご持参下さい。青梅地区以外の先生方のご参加も歓迎いたします。

日時 7月14日(水) 午後7時30分から

場所 青梅市立総合病院 南棟3階講堂

同好会短信

ゴルフ部だより

田村皮フ科 田村 啓彦

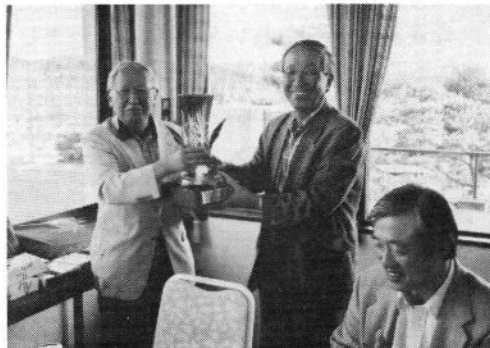


去る6月13日、恒例のゴルフ部コンペが立川国際カントリー倶楽部奥多摩コースに於て新ペリア方式のストロークプレーで行なわれました。

当日は皆の願いが通じたのか明方まで降り続いた雨も上がり、比較的良好なコースコンディションでのプレーとなりました。クラブ競技のため、本来予定していた草花コースではなく、アップダウンが激しく難易度の高い

奥多摩コースでの開催となり、更に当日は優勝候補者の高水会員と江本会員が不在のため殆どどの会員に優勝の可能性があり、思わずかんでスコアを崩すといった方が多かったようです。この両横綱不在の大混戦を制したのは別表の如くシャンク病を克服された往年の名横綱 宮川前会長でした。

今回は11月に立川国際カントリークラブ草花コースでの開催を予定しております。奮って御参加下さい。



順位	氏名	(所属)	OUT	IN	グロス	ハンディ	ネット	
優勝	宮川 栄次		46	44	90	15.6	74.4	ニアピン賞
準優勝	田村 啓彦		47	44	91	14.4	76.6	ドラコン賞×2
3位	横田 卓史		48	44	92	14.4	77.6	ニアピン賞
4位	諸角 強英		47	44	91	13.2	77.8	
5位	岩尾 芳郎		49	48	97	19.2	77.8	
6位	渥美 浩	(福生市歯科医師会)	48	46	94	15.6	78.4	
7位	三井 理	(福生市薬剤師会)	38	49	87	8.4	78.6	ドラコン賞、バスグロ賞
8位	中田 芳孝		52	52	104	25.2	78.8	
9位	河内 泰彦		53	46	99	18.0	81.0	
10位	寺嶋 伸治	(興和)	54	51	105	21.6	83.4	
11位	田辺 秀郎	(福生市薬剤師会)	59	50	109	25.2	83.8	ドラコン賞
12位	森本 晋		55	52	107	22.8	84.2	ニアピン賞
13位	野村 中夫		49	59	108	22.8	85.2	
14位	西村 律子	(大聖病院)	61	53	114	28.8	85.2	
15位	百瀬真一郎		58	58	116	27.6	88.4	
16位	横地喜代美	(大聖病院)	61	53	114	25.2	88.8	ブービー賞
17位	堤 次雄		62	67	129	31.2	97.8	

地区だより

青梅地区

「市民健康の集い」開催される

青梅市健康センター 嘱託 石井好明



5月30日(日)、青梅三師会・青梅市主催「第35回市民健康の集い」が青梅市総合体育館で開かれました。各コーナーで受け付けた人の合計は4,534人で、昨年よりも1割少なかったようですが、血圧を測った人も248人で1割減っていました。

血管年齢測定コーナーは相変わらず人気があり、先着150名様までの予定が230名と昨年よりも3割増えました。また、体脂肪測定には骨量測定よりも長い列ができていました(体脂肪129名、骨量78名)。骨粗鬆症より

も肥満の方が関心が高いようです。医師会で担当した健康相談は、昨年よりも1割多い42名でした。

特別講演は「口の渇き、ドライマウス」(講師 斎藤一郎鶴見大歯学部教授)で、笑うとよく咬むのと同様、唾液腺のマッサージになり、唾液がよく出るようになるというお話で、老化は「口腔内乾燥症」の原因ではなく、薬の副作用が半数を占め、社会的ストレスも原因になるとのことです。講師が歌舞伎役者だった一昨年、民放女性アナウンサーだった昨年よりも聴衆が少なかったのは、演題よりも講師の人気の差かな、と思いました。

各部だより

地域医療部

地域医療部の初会合報告

6月9日に初会合があり、小児救急の現状と整備について検討しました。

現在、小児医療は大きな転換期をむかえており、その背景として、

- (1) 病気の程度にかかわらず、小児科専門医の診療を受けたいという「小児医療のニーズ」がたかまっている。
- (2) 共稼ぎ夫婦や核家族の増加に伴い、地域における小児時間外診療の需要は非常に高くなり、小児科医がいる病院に患者が集中する結果、当直医師が疲労困憊する事態が生じている。そのため時間外診療の体制維持すら困難になっている地域がある。

このような背景を考慮し、西多摩医療圏における小児救急の現状は、青梅市立総合病院小児科が当医療圏の基幹病院として一次～三次救急対応を常時担当している。一方、各地区医師会の救急体制として平日夜間一次救急体制を運営しているのは羽村市のみであり、他地区は日曜祝祭日のみの対応となっており、

しかも内科小児科対応であり、小児科専門救急体制ではなく、小児救急の観点からは十分な体制とは言えない。

今後、当医師会の特徴である広範な医療圏で、しかも小児科医数の少ない状況下で、小児科専門救急体制の確立が可能なものか、あるいは現状の内科小児科救急体制を発展させることがより現実的なものかなどを今後の検討課題として、基幹病院である青梅市立総合病院小児科の救急体制の現状を伺い、公立福生病院小児科や公立阿伎留病院小児科を含めて、医師会としてどのような協力体制が必要なのか、また、その可能性などに関して8月4日に「小児救急に関する座談会」を開催する予定となりました。

文責 新井敏彦

*小児救急についてご意見のある会員は各地区長又は地域医療担当委員までご連絡下さい。

地域医療部



学術部

Information



《7月》

西多摩医師会学術講演会のご案内

① 日 時：平成16年7月15日（木）19:30～

場 所：西多摩医師会館

演 題：『嚙下障害の包括的アプローチ』

恒昭会 藍野病院 内科副部長 清 水 隆 雄 先生

② 日 時：平成16年7月28日（水）19:30～

場 所：西多摩医師会館

演 題：『C型慢性肝炎及び NASH の病態と治療』

東京女子医科大学成人医学センター 助教授 栗 原 毅 先生

《第10回西多摩心臓病研究会報告》



公立福生病院 循環器科 井 關 治 和

平成16年4月23日（金）、公立福生病院大会議室に於いて、第10回西多摩心臓病研究会が開催されました。

(1) 特別講演

「慢性心不全の治療とEBM」 東海大学教授 半田俊之介先生

今日ではEBMと言う言葉がすぐに使われているが、この言葉の定義としては The conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients（ここの患者の臨床判断に現在最良のエビデンスを一貫性、明示性、妥当性をもってもちいること）であるとする。この言葉を実際の臨床に当てはめると(1)信頼あるエビデンスは guideline にまとめられる。これと(2)医師の経験、(3)患者の考え、(4)社会的要因などを組み合わせて診療を行うのである。すなわちエビデンスは利用するものであり、治療方針はエビデンスに左右されるものではない。事実、慢性心不全におけるEBMも歴史とともに変遷している。

そもそも鬱血性心不全の診断基準は Framingham Study (1971) により決められたが、major criteria として、発作性夜間呼吸困難・起座呼吸・頸静脈怒張・湿性ラ音・心拡大・急性肺水腫・S3 ギャロップなどがあげられる。“心不全症候群”は全身諸臓器の需要とポンプ機能のバランス破綻による症候群で Criteria のようないろいろな症状を呈する。その原因となる不全心は多くは収縮機能不全を指すが、心不全症候群の中には拡張機能障害も含まれている。これについてはいまのところ十分なエビデンスがない。

これら慢性心不全の患者は全国で軽症も含むと 50万人から 100万人いるとされているが、診断が難しく患者数も特定できていない。この内訳は、東海大学のデータからみると虚血性36%、弁膜症20%、高血圧11%、拡張型心筋症10%などである。男性の方が虚血性心不全が多く(約44%)、女性の方が弁膜症が多い(32%)。年齢的には虚血性は70才台、弁膜症は60才台にピークを認めた。

心不全の治療について、最近では1990年前半に比べて ACE 阻害薬や β 遮断薬が増えてきているがこれは最近の EBM に準じている。歴史的には、1775年にジギタリスを心不全患者に投与して有効性を認めたのが最初である(経験医学)。その後1990年頃には William Osler が内科学書の中で治療法として、安静・食事(水分制限)・瀉血を勧めている(経験医学)。その後心不全の概念は 1940-1960 まで心腎障害、1960-1980 まで心循環障害、1980-1990 まで神経液性障害として考えられ治療法が変化した。

慢性心不全の治療目標としては病態生理として心機能および循環動態の改善があるが、これにより quality of life や生命予後が良くなるかが問題となる。「心循環障害」時代に慢性心不全の患者で EF>20%では低心機能の患者より生命予後がよいことが報告された(1987)。このため心機能を改善するために、カルゲート・アムリノンピモペンダン等各種経口強心薬が開発されたが生命予後を改善できず逆に悪化させた。このためジギタリスも同様でないかと大規模試験(6000例)が行われた。しかし症状は良くするが生命予後は良くなるということがわかった(1997)。この時代では生命予後の改善はできなかった。この次の「神経液性障害」時代に移りホルモンや神経の関与が検討されるようになった。すなわち循環障害による代償機序によりレニン・アンギオテンシン系の活性や交感神経系の緊張が生じ心機能障害を増悪すると考えた。ACE 阻害薬は SOLVD treatment trial により心不全についての症状改善効果が認められ、ジギタリス・利尿薬とともに心不全の治療薬として認められた。近年では AT1, AT2 にさらに細分化され検討されるようになり ELITE II study で AT2 拮抗薬が ACE 阻害薬と同等の効果を認めた。その後 Val-HeFT 試験が行われ valsartan が ACE と同等の有用性を認めた。昨年報告されたものとしては CHARM study がありカンデサルタンの有用性を認めた。 β 遮断薬は本来禁忌とされていたが 1975年に Waagstein により metoprolol の有用性が報告されたのが最初であり、その後 carvedilol 等の予後改善(死亡数低下)効果が続々報告されるようになった。日本では MUCHA study で carvedilol の有用性を報告した。これらの EBM を経て最近では、神経ホルモン拮抗薬を以前の心不全治療薬に追加して考えるようになった。

このように心不全は 1940-1960 では cardio-renal disorder すなわち症候学的障害モデルと

して考えられていたが1960-1980では cardio-circulatory disorder すなわち機械工学的モデルとしてさらには1980-1990では neurohormonal disorder すなわち制御系の障害モデルとしてとらえられてきた。そしてその時代ごとに治療法に対する EBM が検討され治療に活用されている。今後はより幅広い制御系の障害モデルとしての心不全に対する検討がされると考えられる。

(2) 症例報告

(1) 当院での心不全治療経験 公立福生病院 井關治和

(2) 心不全の重症度評価法について (第一報)

— SCPV 分類の提唱— 多摩開業医心臓病研究会 田中穂積先生

(3) 著明な QT 延長を呈した重症三枝病変の一例

青梅市立総合病院 西森健雄先生

半田先生の御講演では、現在・過去・未来の心不全治療の流れがわかりやすく解説されていましたが、また EBM のとらえ方を改めて考えさせられるものでした。公演後に活発な質疑応答があり、具体的な心不全治療法について理解が深まったと思います。最後に「みんな New England Journal にのせなきゃ信じてくれないよ」というスライドが印象的でした。

《「第2回阿伎留病院 CPC」報告》



公立阿伎留病院 循環器科 宮澤拓也

2004年5月24日 阿伎留病院5階講堂

演題：「急性心筋梗塞発症3ヶ月後に突然死した1例」

司会：矢嶋幸治 (外科)

演者：増田尚己 (循環器科)

症例は82歳の男性で、2003年7月12日の発症の急性心筋梗塞の患者。前胸部痛を主訴に来院した。心電図でV1~4のST上昇を認め、また心筋逸脱酵素の上昇も認めたため急性心筋梗塞と診断した。同日行われた緊急冠動脈造影 (CAG: Coronary Angio Graphy) で、前下行枝に造影遅延を伴う99%の高度狭窄を認め、同部に対し冠血行再建術 (PCI: Percutaneous Coronary Intervention) が行われた。術後、症状は消失し血行動態も安定していた。peak CPK は5468U/l、peak CK-MB は1052U/lであった。

7月14日午前10時頃より前胸部痛、嘔吐が出現し、血圧70mmHgまで低下した。心電図でV3~6のST上昇を認めたため再虚血発作と判断し、カテコラミン製剤投与下にて緊急CAGを施行した。前下行枝のPCI施行部付近に冠動脈解離を認め、また、回旋枝にも90%の高度狭窄が認められた。両者による心筋虚血と考えられ両者に対しPCIを施行した。

7月27日嘔吐が出現し、心電図でV3~6のST上昇、発作性心房細動 (PAF: Paroxysmal Atrial Fibrillation)、非持続的心室頻拍 (VT: Ventricular Tachycardia) が見られ、心筋逸脱

酵素の再上昇が見られたため前壁領域の再梗塞と判断し、緊急CAGを施行した。前下行枝のステント部に血栓性閉塞（亜急性冠閉塞、SAT: Sub-Acute Thrombosis）を認め、同部に対し再度PCIを施行した。

術後もVTが見られ、抗不整脈薬などで加療した。アミオダロン使用にてもVTのコントロールが得られなかったが、VTの出現はPAFに引き続き起こるものが主体であったため抗不整脈薬Ia群を併用しPAFをコントロールしたところVTも見られなくなった。また、腎不全を併発し持続的血液ろ過透析（CHDF: Continuous Hemodiafiltration）を4日間行った。この時期の心エコー所見は、前壁から心尖部にかけての壁運動は無収縮で壁の菲薄化を伴っていた。左室駆出率は42%であった。

全身状態が安定しリハビリテーション中であったが、10月13日突然ベッド上にて心肺停止し、直ちに蘇生術を施行した。自己心拍が再開しカテコラミン製剤、大動脈内バルーンポンピング（IABP: Intra-Aortic Balloon Pumping）使用下に血行動態は安定したが、瞳孔は散大し意識レベルはJCS300であった。翌10月14日VTが出現し、午前7時心室細動（Vf: Ventricular fibrillation）となり心停止した。蘇生術を施行したが自己心拍は再開せず同日午前8時18分死亡確認された。

上記経過のプレゼンテーションに続き、医師会の先生方よりご意見や、鋭いご質問があり大変活発な質疑応答が行われた。

その後、病理解剖を担当していただいた東京女子医科大学の澤田達男教授より、剖検所見の説明があった。病理学的診断名は①陳旧性心筋梗塞、②冠動脈ステント留置術後。心臓の所見は、重量が425g、左室前壁と中隔に繊維化と菲薄化を認めた。右冠動脈は軽～中等度の動脈硬化を認めたが明らかな内腔閉塞は認めなかった。左前下行枝はステント内に基質血栓を認めステントより15mmの部位で完全閉塞していた。この血栓は新しいものであるが、何らかの原因で血栓閉塞しそのためにVT/VFとなったのか、VT/VFのために冠血流が低下し血栓ができたのかは不明であった。左回旋枝のステントは開存していた。左室前壁は広範な繊維化が認められ、viabilityの非常に乏しい心筋であったが、一部残存する心筋内に急性の変化を示す部分も認められた。

〈学術講演会要旨1〉

平成16年6月16日（水）

演題：『最新の喘息治療』

講師：東京医科大学内科第3講座 助教授 新妻知行先生

気管支喘息の治療に対する考え方はこの10年で大きく変わってきている。それは気管支喘息の疾患概念が気道閉塞による気流制限の原因として、気道の炎症がクローズアップされたこと、さらに国際機関や本邦で示された喘息治療ガイドラインによるところが大きい。

アレルギー性疾患の増加が言われており、アトピー型気管支喘息の発症因子としては、アトピー素因に加え、住宅環境の変化による室内汚染物質（ダニ、室内塵、ペットなど）の増

加も一因と考えられる。その他種々の環境危険因子により気道炎症が遷延化することにより、気道の構造変化（リモデリング）を来し慢性化すると考えられている。

診断は発作性の呼吸困難、喘鳴、咳（夜間、早朝に出現しやすい）の復発に加え、自然に、また治療により寛解する可逆性の気流制限、気道過敏性の存在による。

喘息管理の目標は症状がなく、正常な肺機能が維持でき、治療薬による副作用がないことである。治療にあたってはアトピー型では、原因アレルゲンの除去、回避が重要であるが、ペット飼育者などでは困難なことも多い。喘息治療薬には発作治療のために短期間使用する発作治療薬（レリーバー）と長期管理のために継続的に使用する長期管理薬（コントローラー）がある。発作治療薬には経口・静注ステロイド薬、吸入・経口短時間作用型 β 2刺激薬、経口・静注テオフィリン薬などがある。長期管理薬には吸入ステロイド薬、抗アレルギー薬、テオフィリン徐放製剤、長時間作用型 β 2刺激薬があり、重症度に対応して段階的にこれらの薬剤を用いる。重症度は治療前の臨床所見から軽症間歇型（ステップ1）、軽症持続型（ステップ2）、中等症持続型（ステップ3）、重症持続型（ステップ4）に分けられ、肺機能としてピークフロー値または一秒率が指標になる。長期管理薬で最も重要なのは吸入ステロイド薬であり、低用量（ステップ2）から高用量（ステップ4）の連用が勧められている。さらにステップ2以上ではテオフィリン徐放製剤、ロイコトリエン拮抗薬、長時間作用性 β 2刺激薬（吸入/貼付/経口）の連用、Th2サイトカイン阻害薬の併用も考慮されている。吸入ステロイド薬にはドライパウダー吸入器のフルタイドディスクス・ディスクヘラー（フルチカゾン）、パルミコート（ブデソニド）と、加圧式定量噴霧器のアルデシン、ベコタイド（ベクロメサゾン-CFC）、キューパール（ベクロメサゾン-HFA）、フルタイドエア（フルチカゾン-HFA）があり推奨量がステップ別に示されている。各薬剤の特徴をふまえ、長期に連用することで十分な効果が期待できる。さらに吸入ステロイド薬を早期導入することで肺機能（ピークフロー）や症状が改善されることが報告されている。ロイコトリエン拮抗薬は本邦で開発されたオノン（プラニルカスト）とキプレス・シングレア（モンテルカスト）があり、吸入ステロイド薬と併用して用いられる。ロイコトリエン拮抗薬は気管支拡張効果も有することから、吸入ステロイド薬との併用投与と吸入ステロイド倍量投与との比較で、同様の改善効果がみられ、かつロイコトリエン拮抗薬併用によりピークフロー値の早期改善がみられたとの報告がある。テオフィリン徐放製剤は本邦においては従来から広く用いられており、気管支拡張作用とともに抗炎症作用を有するとの報告もみられている。長時間作用型 β 2刺激薬は経皮吸収により作用持続時間を長くした貼付薬と製剤自体の局所作用時間を長くした吸入薬がある。経口薬に比べて副作用が少なく、吸入薬は吸入ステロイド薬との併用ですぐれた臨床効果を示している。

今後も新しい吸入ステロイド薬、吸入ステロイド薬と長時間作用型 β 2刺激薬の合剤、吸入抗コリン薬さらに生物学的製剤の発売も予定されており、さらなる喘息治療の進歩が期待されている。

〈学術講演会要旨 2〉

平成16年6月30日(水)

演題：『糖尿病患者における高血圧治療：ARBの臓器保護作用』

講師：埼玉医科大学内科学 内分泌・糖尿病内科部門 教授 片山茂裕先生

はじめに

糖尿病患者における高血圧の合併は、心血管系疾患の発症率を2~3倍増加させ、さらには糖尿病性腎症の進行を促進する。本講演では、糖尿病患者における高血圧の特徴と治療について、特にアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)の意義について焦点をあてて概説する。

I. 糖尿病患者における高血圧の成因

糖尿病における高血圧の成因には、高血糖・インスリン抵抗性/高インスリン血症・交感神経の緊張・糖尿病性腎症などが関与する。いずれにしても、糖尿病と高血圧の合併は動脈硬化をより促進する。

II. 糖尿病における高血圧の治療：

より早くから降圧治療を開始し、130/80mmHg未満を目標血圧とする。

本年5月に発表された日本糖尿病学会の「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン」では、糖尿病は高リスク群とし、日本高血圧学会のガイドライン(JSH 2000)よりさらに低い130/80mmHg未満を目標血圧としている。血圧が140/90mmHg以上あれば降圧薬を直ちに開始するが、130~139/80~89mmHgの場合にはライフスタイルの修正を指導し、3ヶ月後に血圧が130/80mmHg未満に低下しなければ降圧薬を開始する。

III. 降圧薬の選択・特にARBの位置付け

糖尿病患者における第一選択薬は、ACE阻害薬・ARB・長時間作用性Ca拮抗薬されている。これら降圧薬が、臓器障害を改善しあるいは予防し、インスリン抵抗性を改善することが大きな理由である。

利尿薬やβ遮断薬やCa拮抗薬が糖尿病患者の心血管系疾患の発症率を減少させることは、多くのエビデンスがある。ACE阻害薬についても、MICRO-HOPE(Heart Outcomes Prevention Evaluation) studyで、心血管系疾患発症率および死亡を25%減少させた。ARBについても、LIFE(Losartan Intervention for Endpoint Reduction in Hypertension) studyにおいて、β-遮断薬に比べて糖尿病患者における心血管系疾患による死亡を37%減少させた。

ACE阻害薬は糸球体輸出細動脈を拡張し、糸球体内高血圧を改善して腎症の進展を抑制する。最近、ARBの糖尿病性腎症における有効性が相次いで報告された。特に、ACE阻害薬やARBを用い、より厳格な血圧コントロールを維持することで、蛋白尿が微量アルブミン尿に、微量アルブミン尿が正常アルブミン尿に戻る可能性(remission/regression)が報告され、非可逆的と考えられてきた腎症の治療も変わりつつある。最近発売されたオルメサルタンについても、国内で蛋白尿を伴う糖尿病患者でORIENTが、ヨーロッパで正常から微量アルブミン尿への進展防止をみるROADMAPが開始されている。降圧効果に優れた長時間作用性の新しいARBへの期待が高まっている。

理事会報告

★ Information

5月定例理事会**平成16年5月25日(火)****西多摩医師会館**

〔出席者：真鍋・小机・横田・新井・甲原・酒井・瀬戸岡・田坂・中野・野本・細谷・足立〕

【1】報告事項**1. 都医地区医師会長協議会報告（真鍋会長）****(1) 都医からの伝達事項**

- ① 平成15年度在宅難病患者訪問診療事業の実施状況報告について
年間計画件数 1000件に対し年間訪問実績は 993件で過去最高の達成率であった。西多摩では計画数 28件に対し、実績 18件で達成率は低い方であった。
- ② 保健所長の医師資格要件の見直しについて
厚労省は保健所長の医師資格要件について「医師と同等またはそれ以上の高い専門性を有する者に対して例外を認める」とする、条件付きの例外的措置を発表した。
(例外の期間は概ね2年程度)
- ③ 日本医師会認定産業医制度における研修会の開催について
研修会日程等の詳細は逐次医師会事務局より連絡送付する。
(西多摩医師会産業医研修会は7月24日(土) 青梅市立総合病院にて開催)
- ④ 東京都医師会主催第1回「指導医のための教育ワークショップ」の開催について
7月18日(日) 19日(月) 東京都医師会館にて開催。
- ⑤ 平成16年度「情報開示・地域医療連携推進モデル事業」モデル地域について
南多摩を加えた。
- ⑥ 東京都医師会メーリングリストについて
- ⑦ 東京都医師会・東京都看護協会ジョイント研修会開催について
「在宅療養の現状と退院コーディネイトの課題」～退院から在宅療養への移行を円滑にするために～
- ⑧ 平成16年度共済部会新規部会員加入促進の実施について
都医会員で未加入の先生方は共済部会への加入をお願いいたします。
- ⑨ 公益法人の活動と政治団体の活動の峻別について
会費等の金銭の納入・管理を公益法人である医師会と医師政治連盟との間で峻別し、入退会の峻別も含めて両者の活動が一体であるかのような誤解を与えないようにする。当医師会ではでき得る所から順次整備して行く予定です。

(2) その他

① 講演会「統合失調症のこれから―治療・福祉・地域応援―

(東京都精神保健福祉協議会主催) について

7月13日(火) 13:30~16:30 中央区立日本橋社会教育会館 (Fホール)

問い合わせ先 東京都精神保健福祉協議会事務局 (東京医科大学病院精神神経科内)

TEL. 03-3342-6111 内線 5754

2. 各部報告

① 学術部 (細谷理事)

・平成15年度生涯教育申告報告状況について

西多摩医師会員は77%の申告率(羽村94%、福生79%、瑞穂100%、青梅64%、奥多摩100%、あきる野84%、檜原100%、日の出100%)であった。

・学術委員会を5月26日(水)開催予定。

・講演会予定6月16日(水)「最新の喘息治療」東京医科大学 新妻知行助教授

6月30日(水)「糖尿病患者における高血圧治療:ARBの臓器保護作用」

埼玉医科大学 片山茂裕教授

7月15日(木)「嚥下障害の包括的アプローチ」藍野病院 清水隆雄副部長

② 産業医 (甲原理事)

・6月15日(火)西多摩地域産業保健センター連絡協議会開催

・7月24日(土)西多摩医師会産業医研修会 於:青梅市立総合病院

③ 広報部 (野本理事)

・5月19日(水)第1回会報編集委員会開催

年間計画の決定、6月号新執行部特集、納涼会(7月21日)案内掲載。

・東京都医師会雑誌8月号(随筆特集)に3点(米山会員、細谷会員、森本会員)を応募。

④ 学校医 (瀬戸岡理事)

・第1回結核対策委員会を開催。BCG未接種児童の対応について協議。要精密検査児童の選別を行なった。

⑤ 地域医療部 (新井理事)

・6月9日(水)地域医療委員会開催予定。

3. 各地区会よりの報告 (各地区理事)

・青梅:5月30日(日)市民健康のつどいを共催。

・福生:6月11日(金)地区会総会を開催予定。

・羽村:5月21日(金)地区会開催。

・あきる野:5月17日(月)例会。

・瑞穂:6月総会を予定。

・日の出:特になし。

4. その他

・青梅市立総合病院より高額医療機器の共同利用のお知らせについて

詳細は各会員への送付資料をご覧ください。

- ・ 6月24日（木）午後2時～東京都医師会定時代議員会及び総会開催
真鍋会長が出席予定。

【2】報告承認事項

1. 入会会員について ―― 承認 ――

A会員：末永明彦会員（医社） 博生会西多摩病院

B会員：青梅市立総合病院 4名、（医社）幹人会福生クリニック 1名、公立福生病院 2名。
（退会） 公立福生病院 2名、東医院 1名。

2. 西多摩地域保健医療協議会委員の推薦について ―― 承認 ――

地域医療システム化推進部会委員
保健福祉部会委員
生活衛生部会委員 } の推薦について

* 西多摩地域保健医療協議会委員（敬称略）

新 真鍋 勉 旧 宮川 栄次
玉木 一弘
小机 敏昭

* 地域医療システム化推進部会委員（敬称略）

新 真鍋 勉 旧 宮川 栄次
玉木 一弘
新 横田 卓史 旧 石田 信彦

* 保健福祉部会委員（敬称略）

小机 敏昭

* 生活衛生部会委員（敬称略）

野本 正嗣

【3】協議事項

1. 納涼の夕べ開催について（中野理事）

7月21日（水）午後7時30分～ フォレストイン昭和館 2Fシルバンホール
会費A会員 10,000円、B会員 1,000円、講演・アトラクションは未定。

2. その他

- ・ 定時総会議案に関するご意見について 必要あれば総会後に討論する。
- ・ 平成16年5月1日現在の会員名簿について E-Mail も会員の承諾をとった上で連絡網の次に新規に挿入する。

6月定例理事会

平成16年6月8日（火）

西多摩医師会館

[出席者：真鍋・小机・横田・新井・甲原・酒井・田坂・中野・野本・原・細谷・松原・足立]

【1】報告事項

1. 各部報告（各担当理事）

- ① 総務部 第1回定時総会終了報告。
- ② 学術部 学術委員会（5/26開催）報告。

学術講演会 7月15日(木) 「嚥下障害の包括的アプローチ」

講師 藍野病院 清水隆雄副部長

③ 地域医療部・病院部

6月29日 医療機能連携推進事業運営委員会開催

④ 広報部 6月18日 会報編集委員会

⑤ 保険部 6月25日 生活保護法指定医療機関指導立会 (青梅厚生病院)

6月29日 新規指定保険医療機関指導講習 (今川病院・永仁醫院)

2. 各地区会よりの報告 (各地区理事)

- ・青 梅：6月末に総会予定。
- ・福 生：6月11日(金) 総会予定。
- ・羽 村：6月16日(水) 地区会、休日診療当番体制・IT化について協議。
- ・あきる野：6月21日(月) 地区会。
- ・瑞 穂：特になし。
- ・日の出：欠席。

【2】報告承認事項

1. 入会会員について — 承認 —

入会 A会員：柳田和弘 (柳田医院、羽村)

中島 均 (中島内科・循環器科クリニック、青梅)

B会員：公立阿伎留病院 5名、公立福生病院 3名、岡村クリニック 1名。

(参考) 退会 武蔵野台病院 1名、東医院 1名、鈴木内科 1名、公立阿伎留病院 6名、
福生クリニック 2名、新町クリニック 1名、羽村相互診療所 1名。

管理者変更：(医社) 博生会 西多摩病院

2. 平成16年度羽村市立羽村東小学校学校医 (内科医) の推薦について — 承認 —

平成16年6月より羽村市立しらうめ保育園園医の推薦について — 承認 —

柳田医院 柳田和弘会員 任期：平成16年6月1日～平成17年3月31日

3. 平成16年度東京都産業医 (小作浄水場) の推薦について — 承認 —

丹生クリニック 丹生 徹会員 任期：平成16年6月1日～平成17年3月31日

【3】協議事項

1. 納涼の夕べ開催について (継続)

7月21日(水) フォレストイン昭和館 講演：青梅市立総合病院 星院長

アトラクション：ライトスタッフ (プロアマ混成バンド)

2. 新入A会員との懇親会日程について 今秋に予定。

3. その他

- ・地区レベルの学術講演会は、学術部長に連絡し、生涯教育シールを発行してもらい、会報にも日程を掲載する。

- ・病院部会は病院部が吸収していく形となる予定。
- ・西多摩地区の感染症発生状況を医師会報に掲載する。

会 員 通 知

- 会報
- 学術講演会 (6/16)
- 総会報告
- 公的個人認証による電子証明書の取扱い等について
- 平成16年度東京都医師会主催「日本医師会生涯教育講座(8月～11月期)」の開催について
- 産業医研修会申込(7/25 昭和大学医師会)
- 青梅市立総合病院からのお知らせ
- 青梅市立総合病院だより
- 東京都ナースプラザ第2四半期研修計画
- 国際モダンホスピタルショウ2004招待状
- 東京都保健所からのお知らせ
- 眼の健康講座「緑内障のはなし」
- 宿日直表(青梅・阿伎留・福生)
- 告示 都医補欠選挙
- 納涼会のお知らせ(7/21)
- 学術講演会(6/30)

////// 医師会の動き //////////////////////////////////////

医療機関数	197	病院	29
		医院・診療所	168
会 員 数	445	A会員	191
		B会員	254

会議

6月8日	定例理事会
9日	地域医療委員会
15日	西多摩地域産業保健センター連絡協議会
15日	職員との懇談会
15日	在宅難病訪問診療(青梅)
16日	在宅難病訪問診療(青梅)
18日	会報編集委員会
22日	定例理事会
25日	学校医委員会
29日	地域医療機能連携推進事業運営委員会

講演会・その他

6月8日	保険整備会
9日	法律相談
16日	学術講演会 演題：最新の喘息治療 講師：東京医科大学 内科学教室 助教授 新妻知行 先生
30日	学術講演会 演題：糖尿病患者における高血圧治療：ARBの臓器保護作用 講師：埼玉医科大学 内科学 内分泌・糖尿病内科 教授 片山 茂裕 先生

役員出張

6月18日	都医会長協議会
19日	福生市学校保健会総会
19日	西多摩三師会総会

お知らせ

事務局より お知らせ

平成16年8月(7月診療分)の

保険請求書類提出

8月9日(月)

— 正午迄です —

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
ご相談ください。

- ◎相談日 7月は14日(水)
8月は11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。

社団法人 西多摩医師会

平成16年7月1日発行

会長 真鍋 勉 〒198-0044 東京都青梅市西分町3-103 TEL 0428 (23) 2171・FAX 0428 (24) 1615

会報編集委員会 野本 正嗣

瀬戸岡俊一郎 石井 好明 桂川 敬太 込田 茂夫 坂井 成彦
鈴木 道彦 馬場 眞澄 葉山 隆 細谷純一郎

印刷所 マスダ印刷 TEL 0428 (22) 3047・FAX 0428 (22) 9993



最新のヒューマンリレーション。
 医療ネットワークが結ぶ、健康への希い。

医薬品・試薬・医療機器の総合商社

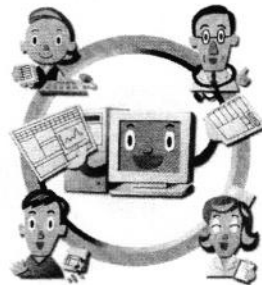
 **東邦薬品株式会社**

〒155-8655 東京都世田谷区代沢5-2-1 TEL. 03 (3419) 7811 (大代表)

レセコンから今、多機能電子カルテ時代へ。

「Medical Station」は診療・検査から会計まで、医療現場をまるごとサポート。医療スタッフの煩雑な作業を軽減するだけでなく、インフォームドコンセントや待ち時間の短縮など質の高いサービスを実現。

検査結果は暗号化したインターネット・メールで、依頼日の翌朝にはシステムに自動的に取り込まれます。検査センターならではの充実した検査機能のほかに、レセコン機能による診療費計算の自動化、さらには経営分析にも手軽に活用でき、医療の現場をトータルにサポートします。



画期的な新技術により「非改ざん証明」を初めて実現しました

(株)NTTデータとの提携により、厚生省の医療情報電子化3基準のうち最も実現が難しかった「真正性の確保」を日本で初めて技術的に可能にしました。過去のカルテ情報に不正な改変のないことをNTTデータのSecureSeal™センタ(電子文書証明センタ)が厳密に第三者的に証明します。

ハイパフォーマンス電子カルテシステム

Medical Station

お問い合わせ・資料請求先
株式会社ビー・エム・エル
 医療情報システム部
 〒151-0051 渋谷区千駄ヶ谷5-21-3
 TEL. 03-3350-0392
 e-mail. ms-sales@bml.co.jp
 http://www.bml.co.jp/

開発元
株式会社メリックス
 戦略システム開発部
 〒350-1101 川越市約場1361-1
 TEL. 049-233-7074

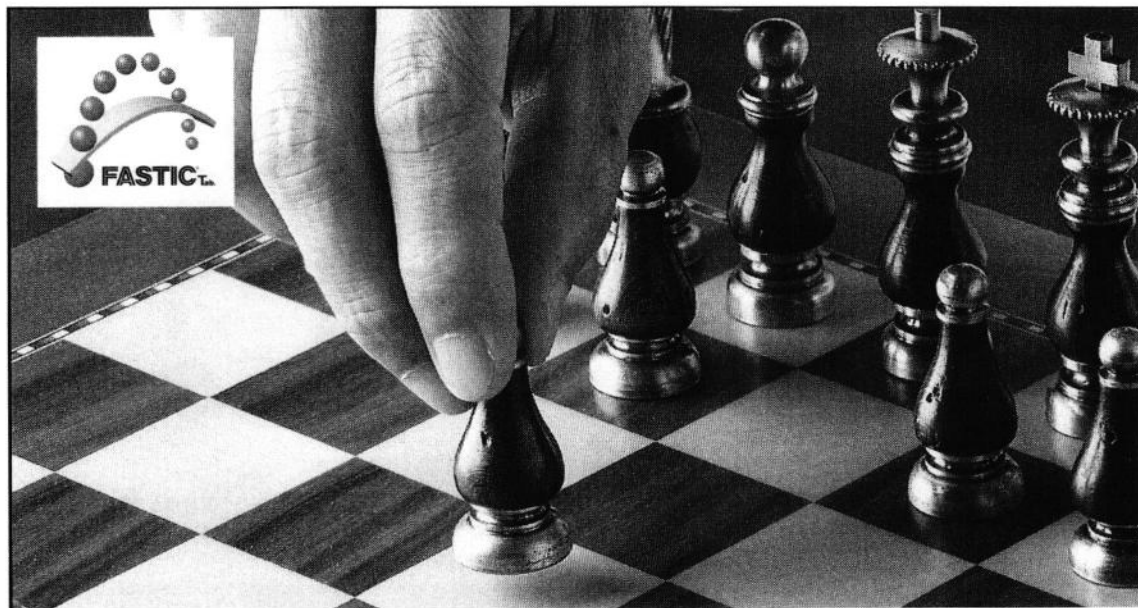
健康が 21世紀の扉を開く



命の輝きを見つめ続けて……
(株)武蔵臨床検査所

食品と院内の環境を科学する
F・S サービス

〒358-0013 埼玉県入間市上藤沢309-8
TEL 042-964-2621 FAX 042-964-6659



速効型食後血糖降下剤 **薬価基準収載**

ファスティック®錠30
錠90

指定医薬品 要指示医薬品：注意 - 医師等の処方せん・指示により使用すること
一般名/ナテグリニド製剤

★効能・効果、用法・用量、効能・効果に関連する使用上の注意、用法・用量に関連する使用上の注意、禁忌を含む使用上の注意は製品添付文書をご覧ください。

製造元 **AJINOMOTO.**
味の素株式会社

〒104-8315 東京都中央区京橋一丁目15番1号

販売元(資料請求先)
三共株式会社

SANKYO 〒103-8426 東京都中央区日本橋本町3-5-1