

西多摩医師会報

創刊 昭和47年7月

第382号 平成16年10月



『雲』 福原医院 福原 清

目

	頁
1) 井村進一先生を悼む 小机敏昭	… 2
2) 理事会で自動体外式除細動器の实地研修 広報部	… 3
3) 上手なお酒の飲み方の指導法 高木 敏	… 3
4) 「前立腺癌検診は必要か？ ＝是非必要である」 宮原 誠	… 7
5) 15年間に増えたこと・減ったこと(総括) 石井好明	… 9
6) 山川日本史を分析する 坂井成彦	… 17
7) 会員の声 西村邦康	… 21
8) 感染症だより 西多摩保健所	… 22
9) 文芸随筆諸事百般 短歌「残暑」 鹿野純	… 23

次

	頁
10) MRI 予約枠の運用開始 星 和夫	… 23
11) 青梅市立総合病院外来診察分担表 広報部 公立福生病院外来診療担当医表 公立阿伎留病院外来部門診療担当医表	… 24
12) 伝言板 広報部	… 27
13) 各部だより 国保レセプトの再々審査請求について 保険部	… 28
学術部インフォメーション 学術部	… 29
14) 理事会報告 広報部	… 35
15) 会員通知・医師会の動き・お知らせ 事務局	… 37
16) 表紙のことば 福原 清	… 39
17) あとがき 葉山 隆	… 40

井村進一先生を悼む

7月10日、先生の余りに突然の訃報を耳にし、驚きとともにその言葉を疑いました。

何年か前に体調をくずされた事は存じておりましたが、その後のご活躍を今思うと、先生の医師としての使命感の強さに感銘を受けます。

先生は、昭和33年名古屋市立大学医学部をご卒業後、名古屋大学で精神医学を学び、数多くの病院でご活躍、昭和53年11月から旧秋川市で61床の秋留台病院を開設されました。開院当初には色々ご苦勞がたえなかつたとお聞きいたし

ておりますが、その後、今日まで25年、4半世紀に亘り第一線の医師として、地域医療に多大なる貢献をなされました。特に、地域の精神を病む者にとっては心のよりどころであり、大いに信頼されておられました。

また、昭和61年から4年間に亘り、西多摩医師会理事として、保険・産業医関連の事業でご指導いただきました。

先生は、早くから高齢者医療に情熱を燃やし、先見的な医療に立ち向かってこられました。近年におきましては、介護保険制度導入に合わせ、早い時期から療養型病床に転換され、さらに訪問看護・訪問リハビリ・デイケアと次々に新しい分野に進出、地域住民

を中心に考えた、地域に密着した医療を実践されてこられました。ここでさらにリハビリ病棟、痴呆性老人グループホームがもうすぐ開設になる、というこの時期に突然のご逝去、先生の無念さが強く心に伝わってまいります。

井村先生、どうぞ安らかにお眠りください。

ここに在りし日の先生のお姿をおしのび申し上げ、謹んで哀悼の意を表し、ご冥福をお祈り申し上げます。

小机クリニック

小机敏昭



理事会で自動体外式除細動器の実地研修

救急の日に近い9月14日(火)の定例理事会において、自動体外式除細動器(AED)の実地研修が行なわれた。医師以外の一般人がAEDを操作することができるようになり、老若男女、大人も子供も心肺蘇生処置とAEDの使用が当たり前のようにできる、そんな時代が日本にもいつかは来るであろう。しかし現実はどうと理想にはまだまだ遠い感がある。非医療従事者の救急活動について、医師会としての対応が、都医ニュース8月15日号2ページに述べられている。「診



療科目に係らず全ての医師はAED及び心肺蘇生術に習熟しなければならない」という一文に襟を正し、西多摩医師会でも理事から率先してAEDに慣れる事になった。

今後、各地区会等で会員の集まる機会を利用し、AEDの実地研修会を行ない、全会員がAEDの使用に習熟し、学校医は学校保健の中で、産業医は産業医活動の中で、各地区においては一般市民との交流の中で、AEDの普及に医師会として協力して行く必要があると思われる。(広報部)



上手なお酒の飲み方の指導法

新町クリニック・健康管理センター 高木 敏

はじめに

飲酒問題は個人の健康障害だけではなく労働意欲の減退、欠勤、事故など企業にとっても害は大きい。1987年度の社会的損害は治療費で1兆7千億円、生産性の低下や労働不能で4兆4千億円と算出される。この治療費は総医療費の6.9%に相当するので平成12年度の総医療費30兆円を単純にこの比率で計算すると治療費は2兆円、企業損害額は7

兆8千億円と推定される。

定期健診の有所見者の中には酒の飲み過ぎを改善すれば良くなるものが多い。しかし、「酒を控えるように」と指導してもなかなか改善しない。なぜなら、本人は苦痛を感じておらず、酒は仕事上にも、ストレス解消にも必要と思っているからである。一方、臨床の場では禁酒を指示しても再飲酒、再燃を繰り返している人がいる。医療スタッフがもっと



飲酒問題に関心を持ち、適正飲酒の指導やアルコール依存症の早期介入を図れば個人の健康保持だけでなく会社にとっても有益となる。

I：職場の飲酒者

若い人は1回の飲酒量は多いが、一般に飲酒量は年齢とともに増加してくる。問題飲酒者は精神的に不健康の人が多く、職場の満足度や家庭の満足度は低い。性格では頑張りやで仕事中毒のタイプが多い。某保険会社の健診結果では肝機能障害が16%認められたが、内訳は6割が酒の飲み過ぎ、3割は食べ過ぎ、運動不足による脂肪肝で、肝炎ウイルスによるものは数%に過ぎなかった。生活習慣を改善すればほとんどの肝障害は改善する。

久里浜式アルコール症スクリーニングテスト(KAST)による企業内調査では重篤問題飲酒者の割合は男性で14.4%~30%、女性は2.8%と報告されている。質問項目で「酒を飲むまいと思ってもつい飲んでしまう」が46%、「前夜のことを思い出せないことがある」は25%の頻度であり職場ではかなりの人が危ない飲み方をしている。

II：臨床でみるアルコール性臓器障害

臓器障害には二つの特徴が有り、1つは、障害される場所に個人差がある。同じように飲んでいても肝硬変なる人もいれば肝臓はびくともしない人もいる。したがって、他人と比較できない。今一つは、禁酒すると速やかに改善する。そのために、油断を招き再飲酒と再燃を繰り返しその結果若くして死亡する。

アルコール依存症では肝障害が80%にみられる。脂肪肝の状態が多く肝硬変の合併は15%にすぎない。性差があり女性では男性より少ない量でしかも短期間で肝硬変が発生する。HCV抗体陽性率はアルコール依存症全体では13.7%にみられ、肝癌を合併するものではウイルス陽性例が半数以上を占める。禁酒直後の肝機能成績をみるとGOT値やγGTP値は年をとるにつれ高くなるが、50歳を過ぎると積算飲酒量は増えているにもかかわらず異常率は下がって来る。その理由は酒による肝障害は50歳前後で肝硬変のために死亡してしまうからである。一方、脳のCT検査をすると脳萎縮は年齢が経る

につれて高くなる。脳萎縮は前頭葉を中心にみられ脳室も拡大する。性格は頑固で白黒がはっきりして、ほれ込みやすく恨みやすくなる。しかし、断酒によって萎縮の半数は改善する。癌の発生は、喫煙者で蒸留酒を飲む者に多く、口腔癌、咽頭癌、食道癌が発生しやすい。食道癌は内視鏡下ヨード染色で3.6%に認められる。食道癌は少し飲むと顔が赤くなるアルデヒド脱水素酵素(ALDH)2欠損者に多く、顔の赤くならない人に比べ12倍のリスクがある。アルコール依存症では14%と高率に胃切除歴を有する。胃切除を受けたものが飲酒するとアルコールは速やかに小腸から吸収され、血中アルコール濃度は急上昇する。そのため耐性が早く形成され依存症になりやすいと考えられる。高血糖は入院時35%にみとめるが、禁酒2週間後には15%に減少する。これは酒をやめれば半数の糖尿病は良くなることを示している。糖尿病の治療の第一は禁酒であることを強調したい。飲酒している糖尿病合併例は予後が不良で5年生存率は22%である。アルコール依存症の糖尿病合併例では膵臓障害を有するものは32%、肝硬変を有するものは19%、一方、どちらも有していないものが43%にみられる。そのためインスリンを多量に使っても血糖が下がらない例や、少量でも低血糖に陥る例があるのでインスリン使用は慎重にやるべきである。

高血圧は入院時50%に見られるが、禁酒2週間後には10%に減少する。飲酒後、中性脂肪は上昇するが禁酒すれば速やかに下がる。アルコール依存症の退院5年以内の予後調査では死亡率は21%(死亡平均年齢51歳)で死因の40%は突然死である。

一方、東京監察医務院の調査では東京23区の中年層(35~54歳)の突然死例の32%は大酒家であった。突然死例の中には剖検しても脂肪肝の所見しかなく直接死因につながる所見がない例が多い。特徴は直前まで飲酒し、脱水、低血糖、低体温、代謝性アシドーシスがみられる。「大酒家突然死症候群」として原因の究明と治療法の開発が必要である。

Ⅲ：職場や臨床の場での取り組み方

1；職場の飲酒教育

健康教育の中でアルコールバッチテストを施行して発赤のない人（ALDH2 活性型）はアルコール依存症になりやすく、発赤のある人（ALDH2 非活性型）は悪酔いしやすいと教える。アルコール依存症の発生には遺伝的要因が関与していて代謝酵素の遺伝的多型から、アルコールを代謝する速度が遅い酵素と、アセトアルデヒドを速やかに代謝する酵素の組み合わせをもつ者が最もリスクが高く、日本人でアルコール依存症になるリスクが2倍以上の人は約30%を占めている。

未成年者の飲酒は耐性が早く形成されアルコール依存症になりやすい。また、女性はアルコールの害を受けやすく、妊娠中の飲酒は胎児に障害を及ぼす。胎児性アルコール症候群とって顔面の奇形、発達障害、脳障害が特徴である。最近では顔貌の特徴がなくても注意力の欠如や学習能力の低下などが3歳から7歳になってあらわれるアルコール関連神経発達障害が注目されている。予防の唯一は妊娠とわかったら禁酒することである。

歓送迎会でイッキ飲みをさせられ急性アルコール中毒で亡くなる例がありこれは絶対やってはならないと社員に徹底する。酔いはアルコールの脳に対する麻酔作用で、血中アルコール濃度が高くなれば意識を失う。2～3時間たって刺激しても目を覚まさないときは救急車を呼び、気道の確保と点滴で血圧の管理を行う。若い人には「酒作法」を教える必要がある。例えば、酩酊はエチケットに反する行為である。無理強いをしない。会話を楽しみながら飲む。飲酒量はアルコール2単位以下、週10単位以内とする（女性はその半分—単位については後述）。一気に飲みはしない。食べながら飲む。強い酒は薄めて飲む。薬と一緒に飲まないなど。生活習慣病の予防やメンタルヘルスをテーマにした話の中でも飲酒について必ずふれるようにする。「酒の上手な飲み方」という演題は聴衆を集められるので、そこでアルコールの臓器障害や依存症についての話をすれば職員の飲酒量は減る。

2；適正飲酒の試み

適正飲酒ができるのか、断酒しなくてはならないか見分けるのは難しい。定期健康診断で毎年不変あるいは悪化していくものには保健指導をする。

臨床の場では問診で「最高どのくらい」と聞いて「ボトル1本」と答えれば問題飲酒を疑う。「今はやめた」という言葉にも注意する。「いつから」と聞くと「3日前」と答える人がいるから。節酒指導は「週1回の休肝日」、「1日2合まで」といったものでは効果はない。問診表を使って「仕事中毒」かどうかのチェックを行い「酒量が増えるのはそのためである」というと節酒の導入がしやすい、ゆとりのある生活を促し、食生活の改善、適度の運動、ストレス解消法など併せて指導する。

3；飲酒量を減らす指導方法

人は個人々々一生分に飲める酒の量は決まっている。それを飲み干してしまうと例え少量の酒でもすぐに体を壊すようになる。酒を飲んで20年ぐらい立つと γ GT P値が上昇し、始め、アルコールによる臓器障害が現れたりする。それはそろそろあなたの許された酒の量が底をついてきたことを示している。こうなったら節酒するか断酒しかない。

a；節酒の必要性を説く

この病気は酒が原因である。まず2週間禁酒をする。2週間脂肪肝は改善する。もし禁酒ができなければアルコール依存症の可能性がある。そのときは離脱症状を抑えるためにジアゼパムや睡眠薬を処方する。抗酒剤（ノックピン）は本人に説明した上で睡眠薬を粉にした中に一緒に混ぜて服用させる。なお、 γ GT P値の半減期は禁酒後2～3週間であることを予め伝えておく。

b；禁酒によるメリットを記録する

脂肪肝が改善すると力がみなぎってくる。体が軽くなる。食事がおいしくなる。何よりもよいことは時間が余ること。人は余裕ができると好奇心がわいてきて何か面白い発見をする。あなたの生涯は飲んでいた人生としらふの人生と二つの違った人生を体験することになり大変おとくになりますよ禁酒を促す。

c；飲酒日記をつける

2週間の禁酒後、節酒するなら1日アル

コール1単位程度、多くても2単位以内、週10単位以下（女性はその半分）を目標にする。手帳に毎日飲酒量を記載して週末に達成できたか自己評価する。（1単位とは純アルコールで22g前後。それぞれ、ビール大1本、日本酒1合、ウイスキーダブル1杯、焼酎お湯割り1合、ワイングラス2杯に相当する）

d；飲酒量が増えるきっかけを列挙する

仕事が終わった後、接待、二次会、出張、落ち込むとき、いやなことがあったとき、ひとりになったときなど。

e；危機を乗り切る対策を立てる

誘いを断る法を身につける。予めストーリーをつくっておく（例：いつ、誰と、どこで会う約束があるので）。幹事に途中で帰ると予めそっと伝えておく。ドクターストップという。車のキーを見せる。酒席を早く切り上げ二次会には参加しない。食事を先にとる、清涼飲料水は酒を飲みたい気持ちを抑える効果がある。ノンアルコールは依存症者で断酒している人では15%しか利用されてない。本物に代わるリスクが高いからであろう。面白いネタを披露する、カラオケを歌いまくる。

f；リラックスできるメニューをつくる

自分を誉める。完全主義を変える。焦らず気楽に生きる。睡眠、入浴、瞑想の時間を十分とる。有給休暇をとって自然を楽しむ。スポーツジムに行く。散歩する。歴史小説を読む。

4；アルコール依存症の早期発見と早期介入

アルコール依存症を見つけるには、朝アルコールの臭いがする、欠勤、常習的な遅刻、作業能率の低下、仕事上のミス、あるいは γ GTTPの高値が続く、肝疾患や糖尿病などで治療していることに注意する。アルコール依存症の診断としては次の3点に注意する。第一は、ブレーキの効かない飲み方があるか？ここでやめようと思っても飲んでしまう、深夜まで飲む日がつづく、朝から飲むことがあるなど。第二は、身体症状があるか？健診結果で γ GTTPの高値、MCVの上昇、高血糖、高尿酸血症などがある。また、酒が切れると眠れない、いらいら、発汗などの症状が現れる（離脱症状）。第三は、会社や家

庭で問題があるか？欠勤が多くなる、能率が悪い、ミスが目立つなど。酔ってけがをする、交通事故、別居、離婚などの問題がある。この三点がそろえばアルコール依存症である。職場では職務遂行能力の低下が評価の対象になる。本人に酒を止めるように言っても「今度はやめます」「いつでもやめられます」「酒は接待で必要です」「酒は飲むが仕事はしている」「酒で死ねれば本望だ」とさまざまな言い訳をして自分の飲酒問題を認めない（否認）。したがって、ありきたりの説得や脅しではアルコール専門機関には行かない。そこで産業医が周囲の人達に過去の記録を見せ、このまま飲み続ければ仕事を失うか死亡することがあると気づかせ、酒がやめられないのはアルコール依存症であり、治療を受ければ回復することを説く。次にどのようにして本人を説得して専門機関へ行かせるか関係者の台詞を予め決めてリハーサルしておく。

産業医、上司、人事担当のいる前に本人を呼び出し過去の飲酒問題の記録を突き付けて改善を求める。そのとき産業医は「あなたはアルコール依存症という病気です。治療すれば必ず回復します。専門機関で治療してください。」とすすめる。上司は「あなたは会社にとって大切な方です。ぜひ治療をうけて健康な体になって会社のために働いてください」と頼む。人事の人は「あなたが専門機関で治療すれば経歴にキズをつけず復帰させます。」と言う。治療するか仕事を失うかは本人に選択させる。もし、拒否すれば降格も考えなくてはならないことをほのめかす。場合によっては家族に参加してもらう。専門機関へは予め電話で頼んでおくと受診しやすい。上司と一緒に付いて行くのもよい。このようにすればたとえしぶしぶ承諾しても回復率ははるかに高い。

産業医がかかりつけの臨床医に手紙で職場での飲酒問題を伝えそこからアルコール専門の精神科医を紹介してもらう方法もある。

なぜ上手に飲めず酒に溺れるのか、寂しさや怒りの原因は何なのか、断酒した人はどんな人たちか、再飲酒を防ぐにはどうするか。これらについてはアルコール専門機関の豊富な

プログラムを通じて学ぶことができる。

アルコール依存症は早期介入を図れば回復が可能な病気なので産業医および臨床医が健康診断の有所見や生活習慣病の背後に飲酒問題があるかどうか日ごろ注意を払うことが重要である。

《参考文献》

(1) 「飲み過ぎ」で起こる心と体の問題徹底チェック, 猪野亜朗、高木敏, 東峰書房 (03-3261-3136), 東京, 2001.

(2) アルコール依存症-治療・回復の手引き, (高木敏、猪野亜朗 編) 小学館、2002.

(3) <治療相談先・自助グループ>全ガイド アディクション, 調査・編集/ASK (03-3249-2551), アスク・ヒューマン・ケア, 東京、2002.

(4) アルコール依存症とその予備軍—どうする!? 問題解決へ向けての「処方箋」—, 永井書店 (大阪), 2003.



「前立腺癌検診は必要か？」 ＝是非必要である」

高木病院 宮原 誠

昨年、天皇陛下の前立腺癌の公表・手術以来その名を日本中にとどろかせた感があった前立腺癌だが、現在は男性の癌の一つとして一般的な知名度を得るようになってきた。マスコミの豊富な情報伝達も手伝って、一般外来の患者様方も癌告知を憂えるどころか、積極的に治療法選択の情報を収集している状況である。このように急速に知名度が上がった前立腺癌であるが、日本における検診制度となるとまだまだ発展途上といわざるを得ない。

私は、高木病院に勤務する泌尿器科医であるが、同病院が所属する医療法人社団仁成会に新町クリニックという検診部門があり、そこで昨年4月産業医向けに「前立腺癌とPSA検診」という講演をさせて頂いた。反響はものすごく、企業検診でPSAを取り入れる会社が多くでてきた。また、新町クリニック内のPSA検診のポスターの影響で、人間ドックでのPSA検診希望の方も増加してきた。その影響から当院でのPSA高値を主訴とする患者様の来院が増加し、新たに前立腺癌と診断されるケースも増加した。それに伴い早期癌も多く発見され、今年8、9月の2ヶ

月で根治的前立腺全摘5件（平均手術時間2時間半）という基幹総合病院レベルに近い状態となった。

急速に普及しつつある前立腺癌検診………とはいえ東京都では23区中6区、西多摩地区では昭島市のみというお寒い状況である。地方、関西の方が検診普及率は高い。この原因に各地方財政の悪化が影響していると考えられる。前立腺癌検診をやれば、前立腺癌は多く発見されるのは当然と思われるが、それに伴う財務費用の捻出や、病気が増えることによる国保社保の財政圧迫が懸念され、地方の公的機関が重い腰をあげずにいるのが現状であろう。では実際のところ検診による予後改善、対費用効果はあるのだろうか？

検診に適した癌の条件として、以下の項目が挙げられる。

- 検査が受け入れやすく安全であること
- 当該癌に対して治療が可能で治療法が確立されていること
- 当該癌の自然史が解明されていること
- 当該癌が重要であること（死亡率、損失人・年）
- 発見可能な前臨床期で有病率が高い



結論から先に述べるが、実は前立腺癌は上記すべてを満たしているのである。

前立腺癌の診断方法は腫瘍マーカーである P S A (前立腺特異抗原)、経直腸エコー、直腸診があるが、P S A が感度・特異度ともにトップである(群馬大、今井ら)ことから、血液検査だけの簡便・安全な検査方法であるといえる。

治療法については、手術治療、ホルモン療法、放射線療法、化学療法と各種治療方法が確立されており、治療法選択に対しても全世界的に標準化されているため、どこの施設に行っても同様の説明・治療選択がほぼ可能である。

自然史も解明されており、前立腺癌を放置した場合と、発見して治療した場合とでは、10年間で明らかに予後に差が出たという報告がある。古い報告であるが、今の時代まとまった数の癌患者を無治療で経過観察することは人道的に不可能であることより、貴重な報告といえよう。その他の報告としては、前立腺癌検診により年間死亡率は 69.2% 減少(カナダ、無作為比較対照試験)、検診により前立腺癌で死亡する確率が 40% 減少(日本、コホート研究)、検診を実施した地域は他の地域に比べ、死亡率が有意に減少(オーストラリア)、検診施行後前立腺癌は一時的に増加するが、その後減少、癌診断年齢も低下し、殆どが限局癌であった(米国)。と世界的に有用であるとする報告が多数存在する。

日本でも一般外来と検診でそれぞれ発見された前立腺癌の病期別患者比率比較を群馬大の伊藤らが報告しているが、手術可能な早期癌が検診の 61% (一般外来では 39%) を占めており、検診による早期発見が可能であることを示している。また、逆にすでに転移のある進行癌は一般外来での診断の 38% にもつより(検診では 11%) と一般臨床で見つかる前立腺癌の手遅れさをも示している。

実際検診では前立腺癌の発見頻度はどのくらいかという、受診者 1000 人あたり 12.3 人である。この数字は胃癌 1.3 人、大腸癌 1.6 人からすると検診による効率が非常によいことがわかる。中川らは前立腺癌検診

の費用効果比(1期待生存年数当たりの費用)は 50~59 歳で 204000 円、60~69 歳で - 65000 円、70~79 歳で - 433000 円であったとしている。-(マイナス)とは検診を行わなかった場合の総費用が行った場合の総費用を上回ったという結果である。60 歳以上では検診を行えば行うほど国家全体でみると経済的に利益が出るということである。実際国家規模で前立腺癌検診を行うと毎年 60 億円の経済効果(節約、黒字)があると報告もある(京都府立医科大、渡邊ら)。同じ費用効果比は胃癌の場合それぞれの年代で 564000 円、147000 円、135000 円とマイナスが一つもないことからみても、前立腺癌検診の経済性が示唆される。

さて、では実際青梅市で前立腺癌検診を行うとどれほどの効果があるのか試算してみた。50 歳以上の男性を検診対象として、検診受診率など細かい設定の説明は省略させて頂く。すると毎年約 32 人の癌患者が見つかり、毎年 4200 万円の医療費の節約となる。7 割が社保や国保の負担と計算すると保険支払い側からすれば毎年約 3000 万の節約となる。青梅市に必要な毎年の前立腺癌検診費用が約 300 万円であることから、実質 2700 万円/年の医療経済効果(青梅市の負担減)が見込まれることになる。

以上、前立腺癌検診の医療経済効果を示してきたが、今回の試算に検診により救われた命の値段や、働けることによる生産性の向上は含まれていない。その価値を考え出したら、すべてのがん検診を実施すべきという考えになってしまうであろう。しかし、青梅市が検診を実施するという事は青梅市民に平等に癌を発見する機会を与えるということである。それだけでも価値がある内容であるが、その他の付加価値を考慮しなくてもこれだけの有効性を持つ前立腺癌検診を、住みよい東京都である青梅市に是非とも実施して頂きたいと切に願うのである。(この原稿を書く機会を与えて頂いた、細谷先生、野本先生に心より感謝申し上げます)



15年間に増えたこと・減ったこと（総括）

（青梅市健康センター人間ドック第20報）

青梅市健康センター嘱託 石井好明



1. はじめに——昭和63年と平成13年の青梅市民受診者の成績を比較して、14年間の変動の大きいことに驚き、「ドックで倍増したこと」・「ドックで半減したこと」を、昨年の本会報8・9・10月号に報告しました。

しかし、この報告では、その14年間に30・40才代受診者が半減し、60才以上が倍増していたという年齢構成の高齢化への配慮が足りなかったと反省し、年齢別に比較して30・50・70才代の平成14年までの「15年間の検査異常率変動グラフから」を、今年の会報6月号に報告しました。（その「まとめ」で、飲酒率が増えたのは30才代女性だったのに男性と誤記しましたことを、お詫びして訂正します。）

この報告でも、40・60才代の比較と「減ったこと」を省略しましたので不充分であり、検査項目と自覚症状・生活習慣のすべての年齢別変動グラフを描いて、全体を見直した結果を表示して報告いたします。（検査法や基準値の変更のため直接比較できなかった項目と、増えても異常率が5%未満に留まった項目と減る前から5%未満であった項目は除外し、昭和63～平成2年と平成12～14年の前後3年間ずつの平均値で比較し、増減の明らかな項目を表示しました。）

（表1）15年間に異常率が倍増した検査項目（その1）

性	年齢	S63～H2とH12～14との比較で倍増（1.5倍増）した検査項目			
男 性	30才代	——	(肥満 (26%))	(高コレステロール血 (10%))	—— (高尿酸血 (3%))
	40	——		同上 (25%)	高血糖 (11%)
	50	(動脈硬化 (80%))		(同上 (24%))	同上 (16%) (高尿酸血 (4%))
	60	(同上 (92%))		同上 (22%)	同上 (4%)
	70				*高血糖 (26%)
女 性	30才代	——		高コレステロール血 (10%)	——
	40	——		(同上 (15%))	——
	50			(同上 (47%))	(高血糖 (12%))
	60			(同上 (42%))	——
	70				(高血糖 (20%))

- （註） 1. () 内の数字は平成14年の異常率。
 2. *は3倍以上に増えた項目。
 3. —— は異常率5%未満。

2. 15年間に異常率が倍増した検査項目（表1～4）

(1) 動脈硬化について（表1）——（眼底カメラでS-2以上）性別・年齢別に比較しますと、異常者の割合が1.5倍増したのは50・60才代男性のみで、50才代女性のみ8割に減りましたが、他は1.1～1.4倍増に留まりました。

第17報での男性3倍・女性2倍の増加は、異常率が低い若年者が半減し、異常率が高い年長者が増えたための、全体としての異常率の上昇であって、異常率が倍増しているため老化防止に

心掛けるべき人は、50・60才代男性であるという結果になりました。

(2) 肥満について(表1)——(平成11年以後はBMIで評価していますので、肥満度で評価していた平成10年までの比較で、肥満度20以上を肥満と判定しました。)食欲のままに食べてきた青少年時代の余波なのでしょうか、肥満者の割合が明らか(1.8倍)に増加したのは30才代男性のみで、40才代男性は1.1倍増、他は1割弱の減少、女性ではすべて2割以内の減少でした。

(3) 高コレステロール血について(表1)——(231 mg/dl以上)高コレステロール血の人の割合は男女とも、70才代を除く全年齢に増加が明らかでした(1.5～2.4倍)。魚を除く動物性脂肪摂取量の増加と運動量の減少のためと考えられますが、70才代で増減がなかったのは、脂肪摂取量が増えなかったためなのでしょうか。

もうひとつの高脂血症である高中性脂肪血(161 mg/dl以上とした平成11年までの比較)の人の割合は、50才代女性が4割減した他は、男性は増減なしから1.4倍増までの範囲で、女性は3割減から1.2倍増までの範囲の変動で、明らかな増減はありませんでした。

(4) 高血糖について(表1)——(111 mg/dl以上)高血糖の人の割合は男性では40・50才代が倍増、70才代が3倍増、女性では50・70才代が1.5倍増していました。30才代は男女とも、40才代女性も異常率5%以下でしたが、60才代は男女とも1.4倍増に留まり、減少した年齢はありませんでした。

(5) 高尿酸血について(表1)——(8 mg/dl以上)高尿酸血の人の割合は男性では60才代が倍増、30・50才代が1.5倍増、40・70才代が増減なしで減少した年齢はなく、女性では全年齢が異常率ほとんど0%でした。誘因といわれる飲酒は、飲酒率の増加はないようですが(表4)、 γ -GTP上昇者の増加(表3)から、飲酒量の増加が疑われます。また、日本人では排泄低下による高尿酸血が多いと言われますが、腎機能障害の関与(表2)が心配です。

(表2) 15年間に異常率が倍増した検査項目(その2)

性	年齢	S63～H2とH12～14との比較で倍増(1.5倍増)した検査項目					
男 性	30才代						——
	40		——			尿潜血(18%)	*尿沈渣(7%)
	50		——			同上(15%)	*同上(8%)
	60		——				——
	70		——		(便潜血(17%))	(尿潜血(19%))	——
女 性	30才代	(やせ(22%))	低血圧(22%)	胃要精検(19%)	(便潜血(6%))	(尿潜血(22%))	*尿沈渣(7%)
	40		同上(15%)	(同上(21%))	同上(7%)		*同上(12%)
	50	——	同上(7%)				*同上(8%)
	60	*やせ(6%)	*同上(5%)		(便潜血(8%))	尿潜血(36%)	*同上(18%)
	70	——	——	(胃要精検(33%))	同上(10%)	同上(50%)	*同上(7%)

- (註) 1. ()内の数字は平成14年の異常率。
 2. *は3倍以上に増えた項目。
 3. ——は異常率5%未満。

(6) やせについて(表2)——(肥満度-11以下、平成10年までの比較)やせた人の割合は男性では30才代が6割に、70才代が7割に減った他は0～1.4倍の増加に留まりましたが、女性では60才代が4.7倍増、30才代が1.9倍増、40才代が1.1倍増で、50・70才代は異常率5%以下ですが、増加傾向でした。

(7) 低血圧について(表2)——女性では70才代のみ異常率が5%以下でしたが、低血圧の人の割合は30・40・50才代は倍増、60才代は5倍増(ただし異常率は5%)を示し、増加傾

向は明らかでした。男性も30才代が1.2倍増ですが、他の年齢では異常率が5%以下でした。

(8) 胃要精検について(表2)——(バリウム透視の結果、精密検査を要すると判定された人)男性では、胃要精検者の割合は3割減から1.2倍増の範囲の変動でしたが、女性では30・40・70才代が1.7～2倍増で50・60才代も1.4倍増と、増加傾向が明らかでした。男性よりも女性の方が、胃の異常が多くなっているのでしょうか。

(9) 便潜血について(表2)——(2日法による便潜血陽性者)平成4年以後の比較ですが、便潜血陽性者の割合は男性では70才代のみ1.6倍増し、他は3割減から1.2倍増の範囲内の変動に留まり、女性では40・70才代の倍増、30・60才代の1.5倍増、50才代のみ2割減でした。(血便の訴えは30才代男性が1.5倍増していますが、他は異常率が5%未満でした。)大腸の異常も女性の方が多くなっているのでしょうか。

(10) 尿潜血について(表2)——(±を除外した陽性者)尿潜血陽性者の割合は、男性では40・50・70才代で1.5～2.1倍増と明らかに増加し、他は1.0～1.3倍増に留まり、女性では30・60・70才代も1.6～2倍増と増加が明らかで、他は1.1～1.3倍増に留まり、男女とも減少した年齢はありませんでした。尿潜血陽性者の増加は、IgA腎症の増加を意味しているのでしょうか。(尿蛋白陽性者が明らかに増加したのは60才代女性のみで、減少した年齢の方が多いようです。——表6)

(11) 尿沈渣異常について(表2)——(赤血球数毎視野6ヶ以上)尿沈渣中赤血球数増加者の割合は、男性では40・50才代が15・20倍増し(他の年齢では異常率5%未満)、女性では70才代が8倍、他の年齢でも4～7倍に増えていました。異常率は尿潜血の方が高いのですが、増加率は尿沈渣の方が高いようです。尿潜血と同じく、IgA腎症の増加を示しているのでしょうか。

(表3) 15年間に異常率が倍増した検査項目(その3)

性	年齢	S63～H2とH12～14との比較で倍増(1.5倍増)した検査項目				
男性	30才代	*GOT (8%)	(GPT (20%))	γ -GTP (29%)	——	*RAテスト (14%)
	40	同上 (6%)	同上 (13%)	*同上 (24%)	——	
	50	(同上 (4%))	(同上 (8%))	同上 (19%)	——	*RAテスト (7%)
	60	GOT (7%)	同上 (7%)	*同上 (21%)	*ZTT (7%)	
	70	同上 (6%)		同上 (9%)	*同上 (15%)	*RAテスト (8%)
女性	30才代	——	——	——	ZTT (5%)	*RAテスト (9%)
	40	——	——	——		*同上 (9%)
	50	——	——	* γ -GTP (7%)	(ZTT (7%))	同上 (5%)
	60	——	——	——		
	70	——	——	——	*ZTT (10%)	*RAテスト (13%)

- (註) 1. ()内の数字は平成14年の異常率。
 2. *は3倍以上に増えた項目。
 3. ——は異常率5%未満。
 4. 他に40才代男性の(高血圧(12%))・60才代女性の(尿蛋白(7%))が増えていました。

(12) GOT上昇について(表3)——(41単位以上)血清GOT陽性者の割合は男性は30才代が4.7倍増、他は1.5～2.3倍増で、全年齢で増加が明らかです。女性は全年齢、異常率は5%未満でした。ウイルス肝炎・飲酒・脂肪肝・高血圧・心疾患など、GOTを上昇させる原因が増加しているためでしょうか。

(13) GPT上昇について(表3)——(45単位以上)血清GPT陽性者の割合は男性では、70才代のみ8割に減っていますが、他の年齢では1.7～2.1倍に増えています。女性は全年齢、異常率が5%未満でした。

人間ドックでは、GPT のみの異常者に対しては、ウイルス肝炎と飲酒が除外されれば脂肪肝を疑います。30 才代男性には肥満者の増加が目立ちます(表 1) が、その結果、脂肪肝が増え、GPT の異常率が 30 才代で最も高くなっているのでしょうか。

(14) γ -GTP 上昇について(表 3)——(71 単位以上)測定を始めた平成 1 年以後の比較ですが、男性では全年齢で血清 γ -GTP 上昇者の割合が 2.3 ~ 3.3 倍増しています。女性では 50 才代女性が 3.8 倍増しています。他の年齢では異常率が 5% 以下ですが、減少した年齢はありません。

人間ドックでは、 γ -GTP のみの上昇者はまずアルコール性肝障害を疑いますが、(表 4) の如く、男性では飲酒率の増加はありません。飲酒量の増加があるので γ -GTP 上昇者が増えているのでしょうか。逆に女性では全年齢で飲酒者の割合が増えています飲酒量が多くないので、 γ -GTP 上昇者の割合の増加が少ないのではないかと思います。

(15) ZTT 上昇について(表 3)——(12.1 単位以上)男性では、30 ~ 50 才代の異常率は 5% 未満ですが、血清 ZTT 上昇者の割合は 60・70 才代は 8.5 倍増です。女性では 30・50・70 才代が 1.8 から 2.9 倍以上と増加が明らかで、40・60 才代も 1.3・1.2 倍増しています。男女とも減少した年齢はありません。年長者はいろいろな臓器に炎症を起こすことが多く、ZTT の上昇が多くなるのでしょうか。

(16) RA テストについて(表 3)——血清 RA テスト陽性者の割合は 60 才代男性のみ 3 割減り、40 才代男性と 60 才代女性が 1.3・1.4 倍増した以外は、1.5 ~ 10 倍以上に増加しています。日常、関節リウマチの症状がないのに RA テストが陽性の人が少なくないことを実感していますが、リウマチの既往があると言う人は、15 年末男性は 0.2 ~ 1%、女性も 1 ~ 2% です。リウマチ罹患時に似た血液成分の変化が、リウマチ症状を伴わないで起こることが多くなっているのでしょうか。

(表 4) 15 年間に倍増した自覚症状・生活習慣(その 1)

性	年齢	S63 ~ H2 と H12 ~ 14 との比較で倍増(1.5 倍増)した自覚症状・生活習慣					
男 性	30才代	*夜間排尿(16%)		昼の眠気(39%)	(花粉症(37%))		
	40	同上(16%)	(コーヒー・紅茶をのむ(46%))	(同上(43%))	(同上(38%))		
	50	同上(29%)		(同上(35%))	同上(36%)		
	60	*同上(62%)	コーヒー・紅茶をのむ(24%)	同上(40%)	同上(22%)		
	70	同上(75%)	(同上(22%))	*同上(52%)	*同上(17%)		
女 性	30才代	*夜間排尿(8%)				*飲酒率(37%)	喫煙率(24%)
	40	同上(12%)	(コーヒー・紅茶をのむ(44%))		(花粉症(47%))	同上(33%)	*禁煙率(9%)
	50	*同上(27%)	(同上(32%))		(同上(36%))	同上(24%)	
	60	同上(45%)	*同上(21%)	(昼の眠気(37%))	同上(29%)	同上(12%)	*禁煙率(9%)
	70	*同上(77%)	*同上(27%)	(同上(43%))	*同上(17%)	*同上(17%)	(喫煙率(3%)) *同上(7%)

(註) 1. () 内の数字は平成 14 年の頻度。

2. *は 3 倍以上に増えた項目。

3. 他に 30 才代女性の手足のむくみ(8%)・60 才代女性の(手足のむくみ(8%))が増えていました。

3. 15 年間に倍増した自覚症状・生活習慣(表 4・5)

(1) 夜間排尿について(表 4)——(就床後起床までに 1 回以上排尿に起きる人)男女とも全年齢で、夜間排尿を訴える人の割合が 2.5 ~ 4.2 倍増しています。

緑茶をのむ人は 30 才代男性が 1.5 倍増(表 5)、他の年齢でも 1.0 ~ 1.3 倍増(50 才代女性のみ 8 割に減少)と増加傾向、コーヒー・紅茶をのむ人も 30・50 才代男性と 30 才代女性が 1.2 ~ 1.4 倍増の他は 1.5 ~ 3 倍増(表 4)と水分摂取が増えた影響があると思われます。

また、不眠を訴える人が30才代女性では倍増していますが(表5)、30・40才代男性では4・5割減、他の年齢では2割減から1.3倍増の範囲(表9)で、睡眠6時間未満の人は30才代男性では倍増し(表5)、70才代女性では4割減ですが(表8)、その他の年齢では2割減から1.3倍増の範囲です。従って不眠や短時間睡眠が全体的に増えたか減ったかは明快ではありません。

(2) 昼の眠気について(表4)——(平日の昼間に眠気を感じずる人)調査を始めた平成2年からの比較ですが、昼の眠気を訴える人の割合は男女全年齢に増加傾向が認められ、男性では全年齢が1.8～3.8倍増、女性も60・70才代は1.8倍増、他も1.3～1.4倍増で、減った年齢はありません。(1)で述べたように、短時間睡眠や不眠を訴える人が全体的に増えたとは言えないようですし、若年者も眠気を感じていますから、睡眠不足や老化だけでなく、いろいろな原因で眠気を感じずる人が増えているのでしょう。

(3) 花粉症について(表4)——30才代女性を除く男女全年齢で、花粉症があると言う人の割合は倍増しています。70才代の人は昭和63年には0%でしたが、平成14年には男女とも17%あります。30才代女性も1.3倍増です。(花粉症が増えていることは、日常、ドックでも実感しています。)アレルギー体質の人が増えているのでしょうか。

(4) 飲酒率について(表4)——男性の飲酒率は70才代の1.4倍増を最高、40才代の増減なしを最低として増加傾向ですが、倍増した年齢はありません。女性では70才代の3.6倍が最高、60才代の2.6倍が最低で、全年齢倍増しています。(表3)の γ -GTPの成績から推定すると、男性は飲酒率の増加は明らかでないが、飲酒量は増えている、女性は飲酒率は明らかに増えているが、 γ -GTPを上昇させるほど飲んでいる人は少ないのではないかと思います。(日常、ドックでは病気以外の理由で禁酒したという話は、ほとんど聞かれませんが。)

(5) 喫煙率と禁煙率について(表4)——男性の喫煙率は70才代が6割に減った以外、ほとんど増減がありません。禁煙率にも増減がありません。女性では喫煙率は30才と70才代で倍増し、他は1割減から1.4倍増の範囲ですが、禁煙率は50才代のみ8割に減り、30才代では1.4倍増でしたが、他は3.4～4倍に増えています。

(6) 手足のむくみ(表4の註)——手足のむくみを訴えた人の割合は、女性では30才代と60才代に増加が目立ち、40才代は2割減、50・70才代が1.3・1.2倍増でした。男性では全年齢、異常率が5%未満でした。

(表5) 15年間に倍増した自覚症状・生活習慣(その2)

性	年齢	S63～H2とH12～14との比較で倍増(1.5倍増)した自覚症状・生活習慣
男 性	30才代	睡眠6時間未満(21%)・(のどのつかえ)(9%) (緑茶をのむ(35%)) (血便(4%))
	40	(自覚症状なし(20%))
	50	
	60	
	70	(腰痛(28%))
女 性	30才代	不眠(6%)・口のかわき(6%)・痰(10%)・咳(6%) (便秘(15%))
	40	不整脈(8%)
	50	
	60	
	70	*めまい(17%)・胃もたれ(13%)・(むねやけ(27%))・(坂でどうき(27%))・食欲不振(3%)

(註) 1. ()内の数字は平成14年の頻度。

2. *は3倍以上に増えた項目。

(7) ひとつの年齢層のみで倍増した項目を(表5)に一括しました。30才代男女と70才代

女性に多いことが目立ちます。

(表6) 15年間に異常率が半減した検査項目(その1)

性	年齢	S63～H2とH2～14との比較で半減(4割減)した検査項目					
男性	30才代	*高血圧(3%)	——	——	CRP(0%)	*難聴(0%)	*尿蛋白(2%)
	40	——	——	——	——	(同上(4%))	(同上(7%))
	50	——	(肺要精検(3%))	*十二指腸憩室(6%)	*CRP(1%)	——	——
	60	——	同上(1%)	——	*同上(2%)	——	——
	70	——	*同上(2%)	——	*同上(2%)	——	(尿蛋白(7%))
女性	30才代	——	——	*十二指腸憩室(3%)	——	——	——
	40	(高血圧(2%))	——	*同上(4%)	——	*難聴(0%)	尿蛋白(3%)
	50	(同上(13%))	*肺要精検(1%)	同上(7%)	CRP(0%)	*同上(3%)	——
	60	——	同上(5%)	——	同上(3%)	*同上(5%)	——
	70	高血圧(23%)	*同上(0%)	十二指腸憩室(7%)	*同上(0%)	*同上(20%)	——

- (註) 1. () 内の数字は平成14年の異常率。
 2. *は3割以下に減った項目。
 3. —— は始めから異常率が5%未満であった項目。

4. 15年間に異常率が半減した検査項目(表6・7)

(1) 高血圧について(表6) —— (平成5年までは151/91 mm Hg以上、平成6年からは140/90以上) 正常値の変更があったので厳密な比較はできませんが、高血圧の人の割合は男性では30才代が7割減、40才代のみ1.8倍増、他は1.2倍増から2割減の範囲、女性では70才代が半減、40・50才代が4割減、60才代は3割減、30才代は異常率5%未満でした。

(2) 肺要精検について(表6) —— (単純レントゲン撮影像の読影で肺の精密検査を要すると判断された人) 肺要精検と判定された人の割合は男性では50才代が4割減、60・70才代が6・8割減で、女性では50才代が7割減、60才代が半減、70才代が8割減でした。男女とも30・40才代は異常率5%未満でした。

(3) 十二指腸憩室について(表6) —— 上部消化管検査で認められる十二指腸憩室の割合は50才代男性と30・40才代女性では6割減、50・70才代女性では半減、他の年齢では1～3割減で、増加した年齢はありません。30才代男性は異常率5%未満でした。十二指腸憩室は減ってきているのでしょうか。

(4) CRPについて(表6) —— 30・40才代女性は異常率が5%未満で、40才代男性はCRP陽性者の割合が3割減に留まりましたが、他の年齢では6～8割減以上の明らかな減少を示しています。何故CRP陽性者が減ってきたのでしょうか。

(5) 難聴について(表6) —— (8,000ヘルツのみの難聴を除き、騒音性難聴と高音性難聴を加えて集計しました。) 難聴者の割合は男性は50才代では増減がほとんどなく、70才代が1割減、60才代が3割減、40才代が4割減、30才代が8割減で、女性は30才代は異常率5%未満でしたが、60・70才代が7割減、40・50才代は8割減でした。年長者では女性の方が難聴者の割合の減少が男性よりも高率なのは何故でしょうか。

(6) 尿蛋白について(表6) —— (±を除外した尿蛋白陽性者) 尿蛋白陽性者の割合は60才代男性が1.3倍増、同じく60才代女性が1.9倍増していますが、男性では30才代が7割減、40・70才代が4割減、50才代は1割減、女性では40才代が半減、50才代が3割減、30・70才代が2割減です。尿潜血・尿沈渣(表2)、夜間排尿(表4)の増加から腎障害の増加が心配ですが、尿蛋白陽性者の増加は60才代に限られているようです。

(表7) 15年間に異常率が半減した検査項目(その2)

性	年齢	S63～H2とH2～14との比較で半減(4割減)した検査項目			
男性	30才代	(赤血球数増加(12%))			(白血球数減少(6%))
	40	同上(13%)	*ヘモグロビン上昇(2%)	*ヘマトクリット上昇(1%)	同上(4%)
	50	(同上(8%))	(同上(4%))	——	同上(4%)
	60	同上(5%)	(同上(4%))	*ヘマトクリット上昇(1%)	
	70			同上(0%)	*同上(4%)
女性	30才代	——	——	——	(白血球数減少(9%))
	40	赤血球数増加(4%)	*ヘモグロビン上昇(3%)	——	同上(8%)
	50	同上(5%)	(同上(4%))	——	
	60	同上(4%)	(同上(3%))	——	(白血球数減少(6%))
	70	——	——	——	同上(7%)

- (註) 1. ()内の数字は平成14年の異常率。
 2. *は3割以下に減った項目。
 3. —— は始めから異常率が5%未満であった項目。
 4. 他に30才代男性の(やせ(14%))・50才代女性の(高中性脂肪血(10%))が減っていました。

(7) 赤血球数増加について(表7)——(男性521万、女性491万以上)赤血球数増加者の割合は男性では3割減に留まった70才代を除き、4～6割減っています。女性でも、異常率が5%未満であった30・70才代を除き、4～5割減っていました。異常者の割合が増加した年齢はありません。

(8) ヘモグロビン上昇について(表7)——(男性17.1g/dl、女性15.1g/dl以上)男性は3割減に留まった30才代と増減がなかった70才代を除くすべての年齢でヘモグロビン上昇者の割合が4～7割減っています。女性も異常率が5%未満の30・70才代を除くすべての年齢で上昇者の割合が4～7割減っています。異常者の割合が増加した年齢はありません。

(9) ヘマトクリット上昇について(表7)——(男性53、女性49以上)男性では40・60・70才代で異常者の割合が8割以上減り、30・50才代は異常率が5%未満でした。女性は全年齢、始めから異常率がほとんど0%でした。

(赤血球数減少・ヘモグロビン低下・ヘマトクリット低下の人の割合は、15年後に6割に低下した70才代男性のヘモグロビン低下者の割合以外に、明らかな増減はありませんでした。何故、赤血球関係の指標の増加の割合だけが減ったのでしょうか。)

(10) 白血球数減少について(表7)——(白血球数3,900以下)白血球数減少者の割合は男性では60才代は3割減でしたが70才代は8割減、50才代は6割減、40才代は半減、30才代は4割減と、全年齢で減少しています。女性でも50才代は2割減でしたが、70才代は6割減、40・60才代は半減、30才代は4割減と、全年齢で減少しています。

(白血球数増加者の割合については、30・40才代男性が1.2倍増でしたが、60・70才代男性および女性は全年齢、異常率が5%未満でした。)

5. 15年間に半減した自覚症状・生活習慣

(1) 腹部圧痛について(表8)——腹部診察時に圧痛を訴えた人の割合が男性では40・70才代が7割減、50・60才代が6割減、30才代のみ3割減でした。女性では全年齢、2～3割減でした。(15年間、同じように診察してきたつもりですが、男女全年齢で腹部圧痛を訴える人の割合が減っています。男性の方が減り方が多いのは何故でしょうか。)

(2) 肩背痛について(表8)——「肩や背中がいたむ」と訴えた人の割合が、男性では60才

(表8) 15年間に半減した自覚症状・生活習慣(その1)

性	年齢	S63～H2とH2～14との比較で半減(4割減)した自覚症状・生活習慣					
男性	30才代					*便秘(0%)	
	40	*腹部圧痛(5%)	肩背痛(5%)	頭痛(6%)	(上腹痛(7%))	下痢(5%)	——
	50	同上(4%)	(同上(8%))				——
	60	同上(3%)	*同上(3%)				
	70	*同上(3%)		頭痛(2%)	——	*下痢(0%)	(便秘(6%))
女性	30才代		(肩背痛(13%))				
	40		(同上(11%))	(頭痛(10%))			
	50		(同上(15%))				
	60					下痢(1%)	
	70		(肩背痛(10%))	(頭痛(1%))	(上腹痛(7%))		

- (註) 1. () 内の数字は平成14年の頻度。
 2. *は3割以下に減った項目。
 3. —— は始めから異常率が5%未満であった項目。
 4. 他に70才代女性の(腰痛(30%))が減っています。

代で7割、40才代が6割、50才代が4割減り、30・70才代では1割減りました。女性では30・40・50・70才代が4割減、60才代が3割減と、男女全年齢で減り、増加した年齢はありません。

(3) 頭痛について(表8)——「頭痛がする、頭が重い」と訴えた人の割合が半減したのは40・70才代男性で、女性でも40・70才代が4割減していますが、他の年齢でも0～3割減り、増えた年齢はありませんでした。

(4) 上腹痛について(表8)——40才代男性と70才代女性で上腹痛を訴える人の割合が4割減り、50才代男性と30才代女性では3割減り、30才代男性では2割減り、60才代男性と50才代女性では1.1倍増え、70才代男性では異常率が5%未満でした。

腰痛を訴える人も、1.7倍増した70才代男性以外は、70才代女性では4割減、他の年齢では0～3割減でした。現代人が我慢強くなったとは考え難いのですが、腹部圧痛・肩背痛・頭痛・上腹痛・腰痛など痛みに関する訴えに減少傾向が見られます。生活環境の改善を含めた痛み対策が進歩したためなのでしょう。

(5) 下痢について(表8)——下痢を訴えた人の割合は70才代男性で7割減、40才代男性と60才代女性で6割減し、その他の年齢では1～3割減して増加した年齢はありませんでした。

(6) 便秘について(表8)——「便秘する、便秘に悩んでいる」と訴えた人の割合は男性では30才代が9割減し、70才代も6割減し、60才代は3割減でしたが、40・50才代は異常率が5%未満でした。女性では30才代が1.5倍増、40・70才代で1.3倍増ですが、50・60才代では1割減でした。便秘は食事の量と運動量に関係すると考えられますが、30才代女性には少食と運動不足の傾向があるのでしょうか。

(7) むねやけ(表9)——「むねやけがする」と訴えた人の割合は70才代女性が1.5倍増していますが、40才代女性が半減、40・50才代男性が4割減し、他の年齢では1割減から3割減の範囲です。

(8) 口のかわき(表9)——「口がかわく」「のどがかわく」と口渇を訴えた人の割合は、30才代女性では倍増しましたが、40才代男性と70才代女性では半減しています。他の年齢では4割増から3割減の範囲です。水分摂取が増えたためでしょうか。(表4)。

(表9) 15年間に半減した自覚症状・生活習慣 (その2)

性	年齢	S63～H2とH2～14との比較で半減(4割減)した自覚症状・生活習慣			
男性	30才代			(不眠(4%))	
	40	(むねやけ(7%))	口のかわき(3%)	同上(3%)	
	50	(同上(9%))			
	60				自覚症状なし(6%)
	70				
女性	30才代				
	40	むねやけ(5%)		——	(睡眠8時間以上(6%))
	50				(同上(5%))
	60				
	70		(口のかわき(3%))		睡眠8時間以上(3%)

- (註) 1. () 内の数字は平成14年の頻度。
 2. —— は始めから異常率が5%未満であった項目。
 3. 他に30才代男性に坂でどうき(30%)・70才代女性に(睡眠6時間未満(20%))・胸のしめつけ感(7%)が減っています。

(9) 不眠について(表9)——「夜、よく眠れない」と訴える人の割合は30才代女性のみ倍増しましたが、30・40才代男性では4割減・半減しています。他の年齢では1.3倍増から2割減の範囲でした。増加した年齢層と減少した年齢層は同数です。

(10) 睡眠8時間以上(表9)——睡眠時間が8時間以上と言う人の割合が、女性では70才代で6割減し、40・50才代では4割減しましたが、30・60才代では1.3・1.1倍増でした。男性では2割減から1.3倍増の範囲でした。

(11) 自覚症状なし(表9)——自覚症状のない人の割合は、男性では40才代で1.6倍増、30才代が1.2倍増、70才代が1.1倍増しましたが、50才代はほとんど増減なく、60才代では6割減しています。女性では60才代が1.2倍増しましたが、70才代では6割減、30才代では1割減し、40・50才代ではほとんど増減なしです。

6. おわりに 以上で、倍増と半減を目安にした15年間の人間ドックの成績の観察を終わります。考察が進まず、事実の羅列に過ぎませんが何か参考にして戴けることがあれば幸いです。

2004年9月16日



山川日本史を分析する (2004年10月)

坂井医院 坂井成彦

(宿題の解答)

瀬戸の語源は、狭戸である。海峡を指すこともあり、また、川の両岸に挟まれた場所を指すこともある。瀬戸市の川と瀬戸焼の生産地の地理的關係はまだ調査中である。小柳ル

ミ子の「瀬戸の花嫁」は歌詞の内容から考えて瀬戸内海でよい。まさか、狭い戸をこじあけて、新郎新婦入場というわけにもいきません。

(安土桃山文化)

桃山文化の風は江戸初期におよんでいたもので、寛永期の文化もこれに含める。鉄砲による戦術の変化により、山城は平山城や平城になり、その平城の中に天守閣が聳え立った。城郭の内部は書院造で、濃絵の障壁画、透し彫りが施されていた。現存する城郭としては姫路城が有名である。連立式天守閣がみごとである。

障壁画でもっとも有名なのは、「唐獅子図屏風」(狩野永徳筆)である。「洛中洛外図屏風」(同筆)は、信長が上杉謙信に贈ったものとされる。門人である狩野山楽筆の「牡丹図」は濃絵だが、「松鷹図」は水墨画である。(共に大覚寺所有)

………松鷹図をワープロに打ち込もうとすると、松たか子になるので閉口した。

すでに、東山文化でA：狩野正信・元信の親子が出て活躍している。「大徳寺大仙院花鳥図」(狩野元信筆)は周辺が白黒水墨画、中央は色つき大和絵で、目にずっと入ってくる(二人合わせてまみむめもと覚える)。B：狩野永徳とその門人狩野山楽はセットで覚えておく(二人合わせて永楽銭と覚える)。さらに、C：江戸時代に狩野探幽(永徳の孫)が出てくるので混乱しやすい。狩野派はA～B～Cと覚えるのがいいだろう。

余裕のある人は長谷川等伯と海北友松の名前も記憶しよう。濃絵は金箔を大量に使うが、この頃、日本の金銀生産量がピークをむかえていたことが背景にある。秀吉は「天正大判」などの貨幣を鑄造した。とくに銀については、1533年に灰吹法が朝鮮から日本に入り、銀と鉛の吹き分けが可能になったことが大きい。この銀を輸出して、生糸や硝石を輸入していたのである。風俗画としては、「洛中洛外図屏風」と「南蛮屏風」を覚えておけば十分だろう。私は「南蛮屏風」の中にも「南蛮寺」があるのではないかと探してみたが見つからなかった。

(江戸幕府の成立)

日本史において、我慢という言葉は、徳川家康と高橋是清のためにあるといっても過言

ではない。徳川家康は、少年時代は今川家の人質に取られ、青年時代は信長の従属的な同盟者となり、中年時代は秀吉に義兄弟の関係を強要される。孫娘千姫を豊臣秀頼に嫁がせるが、のちに大坂夏の陣で取り返す。

家康の事績については「霸王の家」司馬遼太郎に詳しいので、そちらのほうを読んでいたが、ここで、ひとつの問題提起をしたい。従来、松平氏であった家康がなぜ徳川氏に改姓したのかという点である。改姓したのは、永禄4年から6年の間である。具体的には、桶狭間の戦いで信長が勝利を取めた永禄3年の後である。松平は、松+平である。つまり、平氏の流れであることを暗示している。(司馬遼太郎はただの通りすがりの異邦人、正体不明の入り婿と分析している)平氏は征夷大將軍にはなれない。此の時点で、家康が征夷大將軍をねらっていたとは考えにくいだが、少なくとも、平の姓に未練は無かったのだろう。また、徳川は徳+川である。今川は今+川である。つまり、川にはこだわりがあったことを示している。当時、家康の正妻は今川家重臣関口氏の娘であり、嫡男は当然今川の血につながる。もし、武田家と今川家が連合して、信長を滅亡させ自分が切腹しても、嫡男はなんらかの救済処置を得る可能性がある。逆に、今川家を滅亡させて自分の傘下に収める場合も、今川家臣の心理的抵抗は少なくなる。つまり、今で言うファジーな感覚、柔軟な発想をもっていたようである。それでは、「徳」の一字はどこから来たのだろうか？ここで官位十二階を思い出して欲しい。その最高位は「徳」である。(冠の最高位は紫である。紫式部の名の由来であろう)

(関が原前夜)

関が原の戦いの直前。3月5日。豊後国臼杵湾に一隻のオランダ船が漂着した。「リーフデ号」(リーフデというのは慈悲という意味)である。この船は出航当時は、五隻の船団を組み、2年がかりで大西洋からマゼラン海峡経由で太平洋を横断して日本を目指したのである。航海は困難を極め、五隻のうち

リーフデ号のみが難破船同様の状態で豊後にたどり着いた。ほとんどの船員はすでに航海中に死亡あるいは栄養失調のため倒れており、かろうじて、英国人「ウィリアム・アダムス」（水先案内人）とオランダ人「ヤン・ヨーステン」（航海士）が役人や漁民に対応できる状態だった。驚くべきことに、この難破船には交易品のほかに、新式大砲を含む大量の武器が搭載されていた。応急修理されたリーフデ号と積荷は大坂に回航された。当時、大坂で上杉討伐の連合軍を組織していた家康は、あえて時間を割いて二人を尋問した。

アダムスたちは、武器の目的はポルトガルやスペインの艦と遭遇交戦する場合に備えたのだと弁明した。これは嘘である。武器の量が多すぎる。しかも、通訳がポルトガル人の宣教師だったため、彼らはただの海賊だから即座に処刑すべきだと、意見具申を始める始末で、アダムスたちの主張が認められるには時間がかかった。ただし、明敏な家康は宣教師と彼らの間に何らかの宗教的対立があることは感じていたようである。家康自身が、一向宗と対立抗争した時代を体験していたことが助けになった。とりあえず、家康はアダムスたち生き残りの船員を手厚く保護する方針をとったが、積荷はいったん没収された。関が原の戦いに家康がこの新式大砲を使用したとする小説を読んだことがある。アダムスたちは病人である。あまり病人を酷使してほしくない。どう考えても無茶な話であり、石田三成が大筒（大型散弾銃）を使用した事と混同している。ただし、大坂冬の陣で淀君の居室に打ち込まれた大砲の玉がリーフデ号由来の物である可能性は大きい。生前の秀吉が長距離砲の出現を予測していなかったからこそ、冬の陣の「一発の衝撃」が大坂側と淀君を不利な休戦に導いたのである。その射程距離や射撃目標の精密さは当時驚異的であった。角山栄（京都大学経済学部卒。堺市博物館長。和歌山大学名誉教授）によれば、……天下統一の最後の戦いとなった大坂夏の陣に備え、家康は鉄砲鍛冶芝辻理右衛

門に大砲製造の注文を出した。大砲は完成したが、（そのレプリカは堺市博物館にある）夏の陣は早く終わり実戦には用いられなかった。……

まことにくどいが、信長が鉄砲を抱えて天下布武（さあやるぞ）を唱え、家康が元和えん武（もういいよ）に落ち着いたのである。これは対句表現である。やはり、後期戦国時代は鉄砲の伝来によって始まり、1615年大坂夏の陣によって終結したのである。家康は、一国一城令。武家諸法度。禁中並公家諸法度と江戸幕府の足固めをして（いずれも1615年）。翌年鯛のてんぷらを食べて、あっけなく亡くなる。胃がん説もある。（1616年。いろいろあったね、家康さん）

ヤン・ヨーステンもアダムスも江戸に屋敷を与えられたが、アダムス「三浦按針」の方がより家康に信頼されていたようである。彼は横須賀に200石の領土を貰い、日本人の妻を娶り、子供を二人生ませている。按針は本当はイギリスに帰国したかったが、家康が許さなかった。按針がイギリスに残した妻に送った手紙が実在している。……私はこのたび日本の上級武士に取り立てられた。

按針の遺跡として、平戸に墓がある。また、毎年、8月上旬に伊豆の伊東で按針祭りというのがあるが、ただの花火大会である。1610年、家康はスペイン領メキシコに帰ろうとした前ルソン総督と商人「田中勝介」のために伊豆伊東の港で船を作り提供したが、リーフデ号を解体して利用したらしい。伊東には元東大皮膚科教授の太田先生（太田母斑の発見者）の生家を利用した小さな記念館がある。そこに森鷗外の遺書があったのには驚いた。さらに、横須賀の塚山公園というのがある。これは、神奈川県指定公園である。行程を示す。横浜で京浜急行の特別快速に乗る。金沢文庫駅で浦賀行きの各駅電車に乗り換え按針塚駅で下車する。グレートスーパーのとなりにエレベーターがある。それを利用して二階にのぼり、右に曲がってゆるやかに進み、さらに急な坂を登る。もうひとが

ばりだ。樹木に覆われた高台にたどり着くと意外と広い。桜の名所である。海の方角に細い道を10メートル歩くと展望台にたどり着く。ベンチが二つすえてある。そこから、海上自衛隊の基地と横須賀湾を一望に見渡すことができる。復路はもと来た道でもよいが、逸見駅の方角に下りてもよい。京浜急行のガードのそばに(株)香取屋というお店がある。聞くと、地元の方たちが、交代で公園の清掃をしているとのこと。頭が下がる思いがする。

一方、ヤン・ヨーステンも家康に交易を許可されて活躍した。現在の八重洲地下街は彼の名にちなんでおり、地下街の一番東側にヤンの胸像が安置されている。彼は台湾からシャムにかけて南方貿易で活躍するが、海難事故で落命する。私がヤン・ヨーステンの名を何度呟いても、……「いやーん、よして」という音にしかならない。これは私の邪心(よこしまな心)のなせる業であり、ヤンには何の責任もない。

(宣教師たち)

イエズス会の「フランシスコ＝ザビエル」が1549年に鹿児島に到着し、さらに平戸に赴き、さらに京都を尋ねた。しかし、京都は荒廃しており、失望したザビエルは山口の大内義隆(陶氏によって滅亡)や豊後の「大友義鎮(宗麟)」の保護のもと布教につとめた。中国沿岸のポルトガル船は日本の銀を求めて来航するようになった。とくに「大村純忠」は長崎をイエズス会に寄進して、進んで南蛮貿易に努めた。輸入品は鉄砲、火薬、中国の生糸であり、日本からは主に「銀」が輸出された。ザビエルの去った後も、宣教師たちは次々と来日し精力的に活動した。南蛮寺、「コレジオ」、「セミナリオ」、病院を建設すると共に布教に努め、キリシタン大名もあらわれるようになった。語学の天才、ルイス＝フロイスは「日本史」を著し、「ヴァリニアーニ」は大友義鎮、大村純忠、有馬晴信にすすめ、「伊東マンショ」らの4少年をローマ教皇のもとに派遣させた(「天正遣欧使節」)。彼らはローマでグレゴリオ13世と会見し、1590年に

帰国した。(東京 p160) 一説に、正使の一人千々石ミゲルは帰国直後に改宗したともいう。当時、豊臣秀吉は「バテレン追放令」(1587年)を出したのちであったが、彼らと会見したともいう。(桐原 p170)

特筆すべきことは、ヴァリニアーニが再来日したさいに、「活字印刷術」をもたらし、日本の書物をローマ字で出版した(「キリシタン版」)ことである。天文学、医学、地理学、航海術、造船術も伝えられた。キリシタン版「平家物語」と地球儀が今でも残っている。(新東京 p111) イエズス会に続いて、フランシスコ会の宣教師が来日して布教をおこなったため、イエズス会と対立をするようになった。1596年「サンフェリペ号」の事件をきっかけに、フランシスコ会の宣教師ら26名が長崎で処刑された(「26聖人殉教」)。この事件はサンフェリペ号の船員の失言が原因とも、イエズス会の非難が原因ともいわれている。(私は「サン」「フランシスコ」と覚えている)(実教 p165) いずれにしても、日本史の表面に宣教師が復活するのは、「新井白石」が屋久島に上陸したイエズス会のイタリア人宣教師「シドッチ」を尋問して、「西洋新聞」を書き、ヨーロッパなどの地理・歴史を紹介する1708年まで待たなければならない。

謝辞：このたびの取材に関して、横須賀タクシーの上原勇作さんに特別の便宜をはかっていただいた。料金が5円たりないのに、「ああ、いいよ」ですませてもらったのだ。「上原勇作」は大正時代の陸軍大臣。陸軍二個師団増設問題で、西園寺内閣を総辞職に追い込んだ人物である。海軍の町横須賀で陸軍ゆかりの人名に遭遇するとは思わなかった。これは、あるいは上原さんのご両親のユーモア感覚のなせる技かもしれない。



西多摩医療圏における小児の 救急医療体制についてを読んで

西村医院 西村 邦 康



本年4月福生市医師会総会で休日診療所が話題となった時、田坂福生市医師会長の発言の通り小児科医じゃない者が小児を診ていいのかと言う意見が多く…福生市休日診療所の存続が危ぶまれるような雰囲気を感じ取れた。休日の急病者の盛り回しが社会問題となっていた当時、適切な休日診療体系を医師会がイニシアチブをとり福生市当局と協議を重ね、当時救急病院ではなかった福生病院に入院受入れを了解して頂き昭和50年6月福生市休日診療所を立ち上げた当時を思いおこし、休日診療所の廃止＝福生市休日診療体系の崩壊を意味し医師会の社会的責務を問われる事となる。医師会・休日診療担当医が今一度、休日診療・救急医療体制とはと問い掛ける必要があるのではと考えた。今回の座談会の記事を読み改めてこの事を痛感した。現在の西多摩地域の救急医療体制は初期救急、二次救急、三次救急医療体制に体系化されて初期救急医療体制は市町村が、二次救急医療体制は東京都が実施主体となり医療機関の協力で実施されている。三次救急医療体制は青梅市立総合病院が『救命救急医療センター』として機能している。本年度の西多摩保健医療圏の保健医療推進プランでは市町村対応の初期救急医療体制は整備されていると評価されている。東京都はこの休日診療、休日準夜診療体制のさらなる充実を図り小児初期救急医療をこの事業の中に包含させた。そして包含された市町村が実施する小児初期救急医療事業を支援し又この事業に参加する医師を確保する為、主として内科等を標榜する開業医を対象に研修事業を計画している。この初期救急医療事業は医師会、医療機関の協力で着々と実績を上げてきた。しかし我々は休日診療所発足当初から休日診療所は休日急病患者（当然小児の急病患者も含まれる）対応の休日診療であり救急医療診

療と言う意識はなく、救急病院は交通事故対応の病院と認識していた。時代の変遷により、小児二次救急医療体制は変わり当初、青梅、福生、阿伎留の公立三病院の輪番制で発足し順調に実施されていたが、東京都は東京都救急医療対策協議会の『東京都における今後の小児救急医療体制の在り方について』に基づいて小児二次救急医療対策として小児科医師が必ず診療する小児科の休日全夜間診療事業を2001年から開始した。この都の方針転換で福生、阿伎留の二病院は小児二次救急医療体制から外された。当時の二次救急医療機関の要件は原則として固定・通年制で、入院治療を必要とする重症救急患者入院治療を行う医療機関として別に定められた要件を満たすものとされ、また地域の事情等により輪番制も可能とされた。過去、西多摩医師会は休日診療体制策定時、都内とは異なる西多摩地域の特性を強調し、都の画一的な指導に異議を唱え地域に適した西多摩方式を提案し都に了解された経緯がある。この小児二次救急体制も地域にあった二次救急体制と言う事で処理し福生・阿伎留を含む輪番救急体制で良かったのではないかと思う。福生・阿伎留が外された理由は不明であり小児科医常勤三名・非常勤一名の福生病院としては勿体ないような気がする」と述べた院長の発言は当然と思う。また前記の開業医対象の研修事業を医師会主催で地区医師会が福生病院小児科医が講師で行っておれば小児科医じゃない者が小児を診ていいのかと言う発言はなかったのでは無いかと思う。小児救急患者の9割以上は救急ではない。病院集中等の改善には西多摩地域医療問題懇談会等の場で行政の抱える保健業務で保護者の理解を求めるよう要請すべきである。専門医志向は時代の流れではあるが医師会の中で過度の専門医志向の強調は日常診療の中で開業医が行っている質の高いプライマリケアは何かと否定することにもなる。

感染症だより

<全数報告>

第34週（8.16～22）から第38週（9.13～19）のあいだは、一件も報告がありませんでした。2004年第1週から第38週までに西多摩保健所に報告があったものは、三類の腸管出血性大腸菌感染症が2件、四類感染症のA型肝炎1件、五類感染症のアメーバ赤痢1件・後天性免疫不全症候群1件で、総数は5件です。

<西多摩保健所管内定点からの報告>

	34週	35週	36週	37週	38週	2004年 累計
	8.16～22	8.23～29	8.30～9.5	9.6～12	9.13～19	
RSウイルス感染症	0	0	0	0	0	0
インフルエンザ	0	0	0	0	0	1,300
咽頭結膜熱	4	1	2	0	0	99
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	0	0	0	3	4	249
感染性胃腸炎	1	19	14	10	8	1,063
水痘	0	3	5	2	5	193
手足口病	2	1	4	7	5	30
伝染性紅斑	5	1	2	1	1	192
突発性発しん	3	3	4	5	3	112
百日咳	0	0	0	0	0	8
風しん	3	0	0	2	1	39
ヘルパンギーナ	8	2	3	2	2	81
麻しん(成人以外)	0	0	0	0	0	12
流行性耳下腺炎	4	5	4	1	4	74
不明発疹症	0	0	0	0	0	0
MCLS	0	0	0	0	0	0
合計	30	35	38	33	33	3,452

<コメント>

- ・第34週から3週報告の無かったA群溶血性レンサ球菌咽頭炎の報告が続いている。都全体でもやや上昇傾向にある。
- ・流行性耳下腺炎の報告が続いている。少なめであった昨年に比べると西多摩でも報告数が多い。
- ・風しん患者の年齢は、第34週が7ヶ月以降の乳児2名、1歳児1名。第37週が7ヶ月以降の乳児2名。第38週が7ヶ月以降の乳児1名であった。

<「東京都感染症予防計画」を改正>

東京都福祉保健局では、9月13日に改正「東京都感染症予防計画」を発表しました。

近年、SARS、高病原性鳥インフルエンザ、ウエストナイル熱等の新興感染症が人類に大いなる脅威を与えており、昨年の感染症法の改正を踏まえて、東京都の計画を改正したものです。基本的な考え方は以下の3点になっています。

- 総合的な予防対策（感染症発生の予防、感染拡大の予防、集団感染等まん延の防止）の実施
- 関係機関との連携を図り、健康危機管理体制を確立
- 健康診断や入院など行動制限が必要な際には、人権に十分配慮

詳細をごらんになりたい方は、福祉保健局ホームページに掲載されています。

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kansen/news/presskansen040913.html>

西多摩保健所ホームページにも、感染症に関する記事を載せていますので、ご利用ください。

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/nisitama/index.html>（8月号でお知らせしたアドレスは、変更になっています。）

感染症発生動向調査（サーベイランス）は、先生方のご報告があつて初めて機能します。ご協力をお願い申し上げます。

（文責：西多摩保健所保健対策課感染症対策係）

文芸随筆諸事百般

残 暑

福生市 鹿野純
一

入所して喜ぶ老人診察を

拒否する老女性格違い

問診の老人言語障害で

考える吾れ握手させられ

熱中症一人もなくて東京は

救急車の記録八〇〇回

朝夕はやつと涼風テレビでは

オリムピックの思い出話

エルニーニョしゃれた名前の現象は

日本列島ねらっているか

お隣の柿の木眺める楽しみは

新築工事で消えてなくななり

新聞の死亡者欄の年齢は

吾れより若い人多くなり

医師会の先生方専用のMRI予約枠の運用開始

青梅市立総合病院 院長 星 和 夫

自治体病院の使命の一つとして、高額医療機器の共同利用があげられておりますが、当院の現有する2台のMRIでは、院内需要を満たすにも不十分な現状で、先生方からのご依頼患者様につきましても、当院患者の予約の中で対応して参りました。しかし、今年度予算におきまして、1台をフィリップス社製 Gyroscan Intera 1.5T Nova Dual という最新鋭機に更新することが決まり、目下設営中です。この際、院外医療機関紹介患者様専用時間帯を設け、共同利用、病診連携の充実を図ることにいたしました。当面毎週2日間、下記要領によりお受け致しますのでご利用くださいますようお願い申し上げます。

記

1 実施日

水曜日と金曜日の午後5時から7時（平成16年6月1日より開始）

2 申込み方法

検査希望の前日までに電話で予約していただき、予約後患者様情報をFAXして下さい。

TEL 0428-22-3191 FAX 0428-25-1854

3 当日患者さんは

予約時間の30分前に、直接MRIの撮影室におこしてください。

（事前にカルテ等準備しますので受付手続きは必要ありません。）

4 結果は

検査翌日（土、日、祭日は除く）の正午以降に、放射線科受付でお渡しいたします。

5 ご不明な点は

地域連携室にお問い合わせください。

TEL 0428-22-3191 内線5327

広 報 部

青梅市立総合病院 外来診察分担表

平成16年9月1日現在

診 療 科	月	火	水	木	金
新 患 担 当	桜井	原	大玉	今井	大友
総 合 担 当	交代で	交代で	交代で	交代で	交代で
血 液 内 科	熊谷	今井	今井	小谷	熊谷
内 分 泌 代 謝 科	関口・名和	杉山	関口・丸野	関口	名和
腎 臓 内 科	栗山	木本	江渡	栗山	木本
神 経 内 科	高橋	石橋	日詰	高橋	石橋
呼 吸 器 科	大玉・遠藤	高野・鶴浦		大玉・立石・谷合	高野
消 化 器 科	野口・浜野	細井・亀山	石井	野口・浜野	細井・佐藤
循 環 器 科	清水(茂)	大友・北森	副島	坂本・大野	西森・清水(雅)
リウマチ膠原病科	長坂(午後)	桜井(午後)	長坂(午後)	古賀	桜井(午後)
外 科	藤田・浅井	正木・杉崎	青木・徳田	正木・杉崎	藤田・中村
胸 部 外 科 (心・呼)	大島(午後)		白井(午後)		
脳神経外科	高田	当番医	高田	森本	長尾
整 形 外 科	当番医	松岡・井上・堀江	松岡・大久保・佐谷	当番医	大久保・佐谷・井上
産婦人科 妊婦	小野	高嶺	依光あ	荒木	依光毅
婦人予約	依光あ・荒木	陶守・依光毅	依光毅・小野	小野・高嶺	陶守・依光あ
婦人一般	陶守・依光毅・高嶺	依光あ・荒木	陶守・高嶺	陶守・依光毅	小野・荒木
皮 膚 科	馬場	馬場	馬場	馬場	田島
泌 尿 器 科	友石	非常勤	安部	友石	非常勤
小 児 科	林・奥山・横山	奥山・笹本・安藤	林・有賀・小山	奥山・横山・安藤	林・有賀・小山
眼 科	森・小川	森・小川	当番医	森・小川	森・小川
耳 鼻 咽 喉 科	当番医	石川・大野・牧野	当番医	大野・牧野	石川・大野・牧野
精 神 科 新 患	山口	南光	山口	南光	三ツ汐
再来予約	三ツ汐・平山	山口	三ツ汐・南光	山口	南光・茂末
放 射 線 科	佐藤(IVR)				太田(放治)
リハビリテーション科					
口 腔 外 科	高久/黒川	森	佐藤	佐野	高久

* 内科の網掛けは、予約診察

* 複数の医師を/で区切っているのは、週ごとに交代で診察

平成16年9月より

公立福生病院 外来診療担当医表

診療科目	曜日			月			火			水			木			金			
	AM	PM		AM	PM		AM	PM		AM	PM		AM	PM		AM	PM		
内科	1診	松原														池井			神経科:原 (1・2・3・4週)
	2診	福本(耕)	呼吸器:清水・中野 (交替)													柴木			
	3診			柴木												井関			
循環器科		井関(予約制)														井関(予約制)			ペーパードクター/リフト:井関 予約制
検診		大久保														水川			
外科		諸角														古川			
整形外科	初診	斉藤	手術日													宮崎(肇)			手術日
	再診	柴崎														吉田			
皮膚科		稲岡	手術日													稲岡			予約外来
眼科		福本	コタ外外来(2時~3時)													福本			
耳鼻咽喉科			大野 (2時~4時)																大野 (2時~4時)
小児科		河野	慢性疾患外来:松山 (毎週1時30分~4時)													松山			呼吸器外来 1・3週(1時30分~3時) 乳児科(予約制):清水・田中 心臓科(予約制):清水・田中 第3週(3時~)
	産婦人科	菅原	中青年外来:鈴木													菅原			
泌尿器科	1診	清水														清水			
	2診															松井			
脳神経外科		菊地(1・3・5週) 松井(2・4週)	予約検査													川村			予約検査
		小山														小山			
ペインクリニック																野田 柘下 (予約制)			

医療運搬室

(作成 9月6日)

*受付時間 < AM8:30~AM11:30まで
PM1:00~(診療科により異なりますのでご確認ください)

公立阿伎留病院 外来部門診療担当医表

平成16年9月1日

		月	火	水	木	金	土
内科	1	西成田	西成田	矢 嶋	入 山	西成田	
	2	入 山	金 子	井 口	隈 部	増 田	
	3	宮 澤	笠 間	宮 澤	小 野	井 口	
	4	松 田			金 子		
内科午後診			佐野(HOT) △第1・3週	隈 部			
専門外来			南(神経内科)	西成田 (リウマチ科)	蓬田(腎)	岡田(泌尿器) △午前のみ	休
			増田 (ペースメーカー) △第2・4週	藤原(糖尿病)	藤原(糖尿病)		
			江本(循環器) △午後のみ				
血液透析		仲野谷	朝 岡	朝 岡	仲野谷	佐 藤	
人間ドック					西成田		
小児科		岩 本 水 村	岩 本 水 村	岩 本 非常勤	岩 本 水 村	岩 本 水 村	診
	専門外来(午後)		乳児検診(予約)	予防接種(予約)	予防接種(予約)		
外科	1	柴 田	矢 嶋	阿 部	柴 田	矢 嶋	
	2	永 田	阿 部	東盛(形成)	永 田	阿 部	
	3	矢嶋(予約)	■(南郷)	永 田	矢嶋(予約)	■(南郷)	
整形外科		若 林 小 野	若 林 石 神	小 野 石 神	若 林 石 神	若 林 小 野	
脳神経外科		伊 藤	永 山	前 村	伊藤・◆河合	河 合	
皮膚科 (午後診)		堀 田 予約検査	堀 田 アレルギー外来(早川)	堀 田 真菌外来	堀 田 凍結療法	水 川	
泌尿器科		朝 岡	仲野谷	佐藤(透析室長)	朝 岡	朝 岡	
産婦 人科	婦人科	森 田	吉 村	斉 藤	森 田	吉 村	
	産科	吉 村	百 村	森 田	吉 村	森 田	
眼 科		原 田 扇 谷	原 田 扇 谷	原 田	折 原 原田・扇谷(手術)	扇 谷	
		予約検査	手 術	予約検査	予約検査	予約検査	
耳鼻咽喉科		長谷川	大 畑	竹 腰	大 畑	青 木	
麻 酔 科				相 田			
歯科口腔外科		山 下 柳 下	山 下	山 下	山 下	山 下	

網掛け部分は、原則的に予約を要します。

◆ 脳外科木曜日の午後診療(専門外来「もの忘れ外来」を含む)は、河合が担当します。

■ 外科火曜日の(南郷)は透視終了後、外科金曜日の(南郷)は病棟回診終了後、午前11時頃より診察予定です。

伝言板

保健所からのお知らせ

平成16年10月1日より下記の医療費助成制度や母子保健サービスに係る申請や各種届出については保健所から市役所・町村役場へ変わります。

(療養に関する相談等は今までどおり保健所で行います。)

- 大気汚染健康障害者医療費助成
- 原子爆弾被爆者援護
- 難病医療費等助成
- 子どもの医療費助成 (未熟児の教育医療・身体障害児の育成医療・小児慢性疾患医療費助成)
- 母子保健サービス (低出生体重児の届出・未熟児訪問)

市民健康講座のお知らせ

日 時：平成16年11月27日(土) 午後2時30分～

場 所：羽村市コミュニティセンター 3階

演 題：「自分らしく生きる」

講 師：遠藤泰子先生

(講師プロフィール：フリーアナウンサー。TBS ラジオ「森本毅郎スタンバイ」

「永六輔の誰かとどこかで」等に出演中)

後日、ポスターを配布いたします。待合室等への掲示をお願いいたします。

(学術部)

第11回西多摩心臓病研究会のお知らせ

日 時 平成16年10月15日(金) 午後7時30分～

場 所 青梅市立総合病院 南棟3階講堂

内 容 (1) 特別講演

『胸骨部分切開法による開心術—なぜまだ小開胸か—』

獨協医科大学越谷病院心臓血管外科 教授 今 関 隆 雄 先生

(2) 症例検討 症例を募集しております。

症例をお持ち頂ける先生は当番幹事までご連絡下さい。

当番幹事 青梅市立総合病院 大島永久先生 (TEL 0428-22-3191)

田中医院 田中穂積先生 (TEL 0428-22-2762)

第13回青梅心電図勉強会のお知らせ

日 時：平成16年11月10日（水） 午後7時30分～
 場 所：青梅市立総合病院 南棟3階講堂
 ミニレクチャー：講師 西東京警察病院院長 桑木 綱一 先生
 症例検討：診断・治療に苦慮している心電図がありましたら当日ご持参下さい。
 青梅地区以外の先生方もご参加下さい。

第1回病院部主催「勉強会」のお知らせ

日 時：平成16年11月1日（月） 午後7時30分～9時
 場 所：青梅市立総合病院 南棟3階講堂
 演 題：「栄養サポートチームNSTの現状と将来」
 演 者：財団法人東京都保険医療公社大久保病院 外科医長 丸山 道生 先生

各部だより

保険部 国保レセプトの再々審査請求について

保険医療機関は提出したレセプトが1次審査、又は保険者のレセプト点検において、不当なあるいは納得のいかない減点が行なわれた場合、再審査請求をすることができる。再審査の結果、「原審通り」という結果を受けた場合は、それ以上の審議はなされなかった。しかし平成16年8月より国保レセプトに限り、再審査請求の結果に明らかな誤りがあった場合や、解釈に納得のいかない場合“再々審査請求”ができるようになった。

(1) 再々審査請求の方法

- ① 国保連合会・審査事務共助指導課へ電話し“再々審査請求”する旨を申し出る。
- ② 申し出を受け、国保連合会が“再々審査”を行なう。
- ③ 医学的事項であれば、医療機関は再度再審査請求書を提出し、文書の受領後に国保連合会が審査を行なう。
- ④ 事務上の誤りであれば、国保連合会内部で処理をし、電話等で対応するため、文書提出は不要である。
- ⑤ 医療機関へは再審査結果通知書で結果が通知される。

再々審査請求には従来の再審査請求書用紙（医師会事務局にあります）を使用し、再審査請求と同様に必要事項を全て記載する。（審査内容によっては書類提出が不要な場合もあるので、再々審査請求を行なう場合は、まず国保連合会へ電話をし、内容・方法等について確認をする。）

尚、支払基金（社保）は再々審査請求を制度化していない。また逆に保険者からの再々審査請求も制度化された。

(2) 再々審査請求書の問合せ・提出先

国保連合会・審査事務共助指導課 TEL 03-5326-2611
 〒160-0023 新宿区西新宿 6-24-1 西新宿三井ビル 14階



学術部

Information



《10月》

西多摩医師会学術講演会のご案内

1 日 時：平成16年10月13日（水）19:30～

場 所：西多摩医師会館

演 題：『血管年齢と生活習慣病について』

東京医科大学八王子医療センター循環器内科部長 高澤謙二先生

2 日 時：平成16年10月20日（水）19:30～

場 所：青梅市立総合病院 南棟3階講堂

演 題：『進行性腎障害の病態と治療』

東京慈恵会医科大学腎臓高血圧内科 助教授 川村哲也先生

《公立阿伎留病院講演会》



脳卒中治療ガイドライン 2004 —脳梗塞を中心に—

日時：平成16年8月23日（月）

講師：公立阿伎留病院脳神経外科科長 伊藤宣行先生

【はじめに】

国民病ともいえる“脳卒中”に関して、本邦では確立されたガイドラインがなく、欧米のものをそのまま利用しようとしても、認可されている薬剤が異なること、人種の相違の問題などより困難な状況であった。そこで“日本人のための、日本の evidence を重視したガイドライン”の作成の必要性が重視された。本ガイドラインは、日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本脳卒中の外科学会、日本神経学会、日本神経治療学会、日本リハビリテーション学会の6学会と厚生労働省の脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血の3研究会の合同委員会により作成された。今回、脳梗塞を中心にガイドラインについて概説する。なお、実際は約11万件の文献が吟味されたが、文中の文献はその一部である。

【脳卒中の evidence level】

I a : RCT (randomized controlled trial) のメタアナライシス Meta-analysis (with homogeneity) of RCTs

I b : RCT at least one RCT

II a : よくデザインされた比較研究 At least one well designed, controlled study but without randomization

II b : よくデザインされた準実験的研究 At least one well designed, quasi-experimental study

III : よくデザインされた非実験的記述研究 (比較・相関・症例研究) At least one well designed, non-experimental descriptive study (eg. Comparative studies, correlation studies, case studies)

IV : 専門家の報告・意見・経験 Expert committee reports, opinions and/or experience of respected authorities

【脳卒中の recommendation grade】

A : 行うように強く勧められる (少なくとも1つのレベル I の結果)

B : 行うように勧められる (少なくとも1つのレベル II の結果)

C1 : 行うことも考慮して良いが、十分な科学的根拠がない

C2 : 科学的根拠がないので勧められない

D : 行わないよう勧められる

【脳卒中急性期一般管理】

〈呼吸〉

1) 低酸素血症が明らかでない軽症から中等症の脳卒中患者に対して、ルーチンで酸素投与することの有用性は明らかになっていない (C2)。

2) ただし、有意差はないが重症の脳卒中では酸素投与群の方が生存率がややよかった。

#Should stroke victims routinely receive supplemental oxygen? (Ronning OM, Guldvog B, 1999.)

〈血圧〉

1) 脳卒中発症直後の高血圧の管理は、高血圧脳症、くも膜下出血が疑われる場合以外は病型診断が確定してから (C1)。

2) 脳梗塞急性期は過度の降圧をしない (C1)。

#High initial blood pressure after acute stroke : factors influencing and implication to outcome (Admed N, Wahlgren NG, 2000).

〈栄養管理〉

1) 高血糖は予後不良(B)。

2) 嚥下障害のない例では、高カロリー、高タンパクの摂取が望まれる (B)。

#Prognostic significance of hyperglycemia in acute stroke (Candelise L, Landi G, 1985).

#A randomized, controlled, a single-blind trial of nutritional supplementation after acute stroke (Garibella, Parker, 1998).

〈合併症管理〉

1) 脳卒中後30ヶ月の期間の観察結果：脳卒中再発9%、痙攣3%、尿路感染症24%、呼吸器感染症22%、その他の感染症19%、転落等外傷30%、深部静脈血栓症2%、肺塞栓症1%、痛み43%、うつ状態・不安等42%、錯乱56%。

2) 3ヶ月後の死亡の半数は合併症による。

3) 急性期のリハビリテーションを積極的に行うことは、肺炎の発症を減少させる (B)。

#Complications after acute stroke (Davenprt RJ, Dennis MS, 1996).

#Medical complications after stroke : a multicenter study (Langhorne P, Stott DJ, 2000).

#The early physical therapy in patients with ischemic brain disease in prevention of bacterial complications (Raicevic R, Jovicic A, 2000).

【脳卒中一般の危険因子】

1) 高血圧：脳卒中発症と正の相関がある。140/90mmHg 以下を目標値とする (A)。

2) 糖尿病：脳梗塞の確立された危険因子 (C1)。II型糖尿病では、血圧の厳密な管理が必要。

#Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, prolonged differences in blood pressure : prospective observational studies corrected for the regression dilution bias (MacMahon S, Peto R, 1990).

#The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 1997

3) 高脂血症：冠動脈疾患を伴う高脂血症患者にはスタチン投与が脳梗塞発症予防に有効 (A)。冠動脈疾患を有さない患者における有効性は確立していない。

4) 心房細動：脳卒中・TIA の既往、高齢、心不全・高血圧の既往、冠動脈疾患、糖尿病のいずれかを合併した非弁膜性心房細動患者にはワーファリンが推奨される (A)。ワーファリン療法の強度は、高齢者の場合 INR 1.6~2.6 を目安にする (A)。脳卒中の既往や危険因子のない患者、ワーファリンの使用が禁忌の患者にはアスピリンが推奨される (B1)。

#A comparison of low versus standard dose pravastatin therapy for the prevention of cardiovascular events in the elderly (Ito H, Ouchi Y, 2001).

#Prevention of stroke in patients with non valvular atrial fibrillation (Hart RG, Sherman DG, 1998).

#本邦における心房細動患者の脳梗塞と抗血小板療法の実態についての調査研究 (日本循環器学会学術研究会, 2000).

5) 喫煙：脳梗塞とくも膜下出血の有意な危険因子。脳内出血に関しては有意ではない (A)。

6) 飲酒：出血性脳卒中の発症率と飲酒量は、直線的な正の相関関係がある (B)。一方、虚血性脳卒中の発症率は非飲酒者に比べて、少量飲酒者では低く、大量飲酒者では高い。

#Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke (Shinton R, Beevers G, 1989).

#Prevention of a first stroke : a review of guideline and multidisciplinary consensus statement from the National Stroke Association (Gorelick PB, Sacco RL, 1999).

【脳梗塞概説】

1) 脳梗塞死亡者数は、脳卒中全体で増加傾向にあり、1960年では、脳梗塞13.3%、脳出血76.8%に対し、1999年には脳梗塞62.7%、脳出血23.0%と逆転している。

- 2) 発症率は人口10万人対100~200人、40歳以上では約600人と推定される。
- 3) 脳卒中が原因で、入院あるいは通院中の患者は150万人前後であり、寝たきりの40%弱が脳卒中によるものである。また、脳卒中患者の平均在院日数は全ての疾患で最も長い。

#生活習慣病予防研究会(編). 2001生活習慣病のしおり 2001.

【再発予防】

1) 降圧 (A) : 日本高血圧学会ガイドライン2000年版では、治療開始2~3ヶ月後の一次目標として、150~170/95mmHg未満、最終目標として140~150/90mmHg未満が推奨されている。

2) 糖尿病 (C1) : 糖尿病のコントロールにより、再発予防を検討した報告は少ない。むしろ、厳密な血糖コントロールが発症率を高くするという報告もある。

#Systolic blood pressure, arterial rigidity, and risk of stroke. The Framingham study (Kannel WB, Wolf PA, 1981).

#Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type2 diabetes (UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group, 1998).

#Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type2 diabetes (UKPDS) Group, 1998).

3) 高脂血症 (C1) : コントロールは推奨されるが、再発予防に関しては十分な科学的根拠がない(現在調査中)。

4) 喫煙 (C1) : 再発に関しては、未だ科学的根拠は確立されていない。

5) 飲酒 (C1) : 少量飲酒は脳梗塞の発症率を低下させるが、再発率については十分な科学的根拠がない。

#Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California : incidence of stroke in Japan and Hawaii (Takeya Y, Popper JS, 1984).

#Alcohol consumption and risk of stroke : a meta-analysis (Reynold K, Lewis LB, 2003).

6) 肥満 (C1) : 再発に関して肥満治療の有効性は確立していない。本邦の研究では、肥満は脳梗塞の危険因子でないとする否定的な報告が多い。

7) 心房細動 (A) : 弁膜症を伴わない心房細動患者の再発予防にワーファリンが有効であり、INR 2.0~3.0でコントロールすることが推奨される。

#Epidemiologic studies of stroke in Shibuya, a Japanese provincial city : preliminary report on risk factors for cerebral infarction (Tanaka H, Hayashi M, 1985).

#久山町研究からみた動脈硬化性疾患とその原因(上田一雄、藤島政敏、1993).

#Optimal intensity of international normalized ratio in Warfarin therapy for secondary prevention of stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation (Yasaka M, Minematsu K, 2001).

【再発予防のための抗血小板療法】

1) 現段階で非心原性脳梗塞の再発予防上、有効な抗血小板療法（本邦で使用可能なもの）は、アスピリン75～150mg/日、チクロピジン200mg/日 (A) およびシロスタゾール200mg/日 (B)。

2) ラクナ梗塞の再発予防にも有効 (B)。ただし、十分な血圧管理を行う。ラクナ梗塞の再発予防に evidence が証明された薬剤は本邦で開発されたシロスタゾールのみ。

3) 心原性脳塞栓症の再発予防はワーファリンが第一選択薬 (A)。ワーファリンが使用できない患者にはアスピリンなどの抗血小板薬を投与する (B)。

#Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients (Antithrombotic Trials' Collaboration, 2002).

#Cilostazol stroke prevention study : a placebo-controlled double-blind trial for secondary prevention of cerebral infarction (Gotoh F, Tohgi H, 2000).

#Secondary prevention in non-rheumatic atrial fibrillation after transient ischemic attack or stroke (European Atrial Fibrillation Trial Study Group, 1993).

#Prevention of stroke in patients with nonvalvular atrial fibrillation (Hart RG, Sherman DG, 1998).

【脳梗塞後遺症】

1) “めまい”に対してイブジラストが有効である (B)。

2) “認知障害”にはニセルゴリンが有効であることが示された (B)。

#脳梗塞後遺症としての“めまい”に対する ibudilast の有効性に関する研究-run-in period 法を用いた placebo 対照二重盲検比較研究- (篠原幸人、楠正、2002).

#Efficacy of nicergoline in dementia and other age associated forms of cognitive impairment (Fioravanti M, Flicker L, 2001).

【脳卒中後うつ状態】

1) 脳卒中後のうつ状態に対して、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) 等の抗うつ薬の投与が推奨される (B)。

2) うつ治療により改善した症例は、認知機能の改善が有意に大きかった。

#Fluoxetine in early poststroke depression : a double-blind placebo-controlled study (Wiart L, Patit H, 2000).

#Treatment of cognitive impairment after poststroke depression : a double-blind treatment trial (Kimura M, Robinson RG, 2000).

【外科手術】

脳梗塞に対する外科手術としては、1) 頸動脈内膜剥離術 (CEA)、2) 血管内手術 (選択的血栓溶解術)、3) 経皮的血管形成術、ステント留置術、4) EC-IC (extracranial-intracranial) bypass、5) 減圧開頭術がある。本邦では、それぞれの evidence は確立しているとは言い難く、現在大規模の研究が進行中である。

【おわりに】

脳卒中ガイドラインの一部を紹介させていただいたが、Evidence-based medicine が強調されると、単に文献的データに固執する傾向が生じてしまう可能性は否定できない。本ガイドラインは、臨床にたずさわる医師の裁量権を規制するものではなく、一般的な方針と考えるべきである。

《学術講演会要旨》

平成 16 年 9 月 29 日 (水)

演題：「最新のリウマチ治療」

講師：東京医科歯科大学医学部膠原病・リウマチ内科 教授 宮坂信之先生

関節リウマチ (RA) は、関節滑膜を病変の主座とする原因不明の慢性炎症性疾患である。病変部位はときに関節滑膜にとどまらず、全身に及ぶ。そして、関節滑膜に初発した炎症はやがて軟骨、骨の破壊を起こし、関節組織破壊へと至る。また最近の疫学的研究では、RA は生命予後に多大の影響を及ぼすことも明らかとなっている。

RA に対する治療薬としては、非ステロイド系消炎鎮痛薬 (NSAIDs)、ステロイド薬などの抗炎症剤と抗リウマチ薬 (DMARDs) が用いられる。NSAIDs は RA に対する第一選択薬として用いられているが、一方で消化管障害や腎障害の問題も看過できない。また DMARDs については平成 15 年秋からは新たにレフルノミド (アラバ) が承認・発売されたが、昨今、重篤な間質性肺炎の誘発が注目を集めている。また、ステロイド薬は RA に対する第一選択薬剤ではないが、臨床の現場では多数例に投与されているのが実態であり、それによる骨粗鬆症や感染症の誘発などが問題となっている。

一方で RA の治療に対する考え方は最近になり大きな変遷を遂げつつある。すなわち、RA における関節破壊を阻止する目的で、メトトレキセート (リウマトレックス) に代表されるような有効性の高い DMARDs を早期から開始するようになってきている。しかし、これらの薬剤は特有の有害事象を起こしうることから、RA を診療する医師には RA 治療のリスクマネージメントに精通をすることが求められる。

他方、新規薬剤の開発も着々と進められている。特に遺伝子組換え技術を用いて作製された各種生物学的製剤の臨床応用は急速に進められており、その高い有効性は特筆に値する。我が国でも抗 TNF α 抗体インフリキシマブ (レミケード) がメトトレキセート (リウマトレックス) との併用で使用されるようになり、その劇的な治療効果が注目を集めているが、一方では感染症の誘発などの問題も起こっている。

本講演では、最新のリウマチ治療を紹介するとともに、その問題点と将来展望について概説を行う。

【2】報告承認事項

1. 入会会員について —— 承認 ——

B会員：青梅市立総合病院 3名 高木病院 2名 公立福生病院 1名
東青梅診療所 1名

2. 会費の減額申請について 1名 —— 承認 ——

【3】協議事項

1. 役員欠員の補充について —— 承認 ——

あきる野地区において検討中。

2. 平成16年度東京都医療機能連携推進事業について —— 承認 ——

3. 平成16年度高齢者インフルエンザについて

接種実施期間 平成16年10月15日～平成17年1月31日まで
接種単価 4,500円
地区相互申入 平成15年度と同様
予診票 従来どおり（平成17年度からは各市町村において負担）

4. 市民健康講座について —— 承認 ——

平成16年11月27日（土）PM2時30分から
羽村市コミュニティセンター
講師（予定） 遠藤泰子氏（TBS元アナウンサー）

5. 西多摩救急医療体制に関する件（大門診療所について）

地域医療委員会で萩森先生の意向を聞く。

6. 東京都医師会学校医会永年勤続（20年以上）推薦について —— 承認 ——

笹本隆夫、荒巻武彦、井上勇之助、川辺隆道、湯川文朗会員を推薦。

7. その他

- 再々審査請求について（詳細は本号28ページに掲載）
- 西多摩医師会の後援会名義の使用について —— 承認 ——
- 東京徳洲会病院着工の件
- 平成16年度多摩地区医師会懇親会出席について
16年11月27日 PM6時開宴（吉祥寺第一ホテル）

【資料No.1】 16年度西多摩医師会産業医研修会収支報告
平成16年7月24日(土) 青梅市立総合病院

収 入		
科目	金額	備 考
受 講 料	195,000	5,000×39人
〃	400,000	8,000×50人
〃	190,000	10,000×19人
〃	588,000	12,000×49人
本会補助	186,675	支出と収入の差額
収入計		1,559,675
支 出		
科目	金額	備 考
事務委託費	816,000	ヒューマンサチ シール代・OHPLN材料 16,000
謝 礼	720,000	150,000×3人 100,000×2人 50,000×1人 20,000×1人
雑 費	23,675	シューズ 21,000 雑費 2,675
支出計		1,559,675

会 員 通 知

- 会報
- 宿日直表 (青梅・福生・阿伎留)
- 学術講演会 (羽村市医師会 9/27)
- 学術講演会 (9/29・30)
- 「2005年版医師日記」(手帳)の斡旋について
- 「医薬品、医療用具等安全性情報報告制度」のお知らせ
- TOKYO ナースプラザ Vol. 40
- 〃 第3第4四半期研修計画
- どんなサービスが利用できるの (介護保険制度)
- 医療費助成制度や母子保健サービスを利用される皆様へ
- 東京都難病相談・支援センター開設のお知らせ
- ポスター「(障)受給者証・(乳)医療証をお持ちの方へ」の掲示について
- 平成16年度外国人未払医療費補てん事業のご案内

医 師 会 の 動 き

医療機関数	196	病院	29	会議	
		医院・診療所	167	9月3日	在宅難病訪問診療 (瑞穂)
会 員 数	449	A会員	190	14日	定例理事会
		B会員	259	16日	在宅難病訪問診療 (青梅)
				17日	会報編集委員会

お知らせ

事務局より お知らせ

平成 16 年 11 月 (10 月診療分) の

保険請求書類提出

11 月 8 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 10 月は 13 日 (水)
11 月は 10 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。

表紙のことば



「雲」

今年の夏は異常な暑さがつづきました。この日 (8 月 4 日) は炎天のさなか散歩に出かけました。前期高齢者への仲間入りを間近にひかえた高血圧ぎみの私にとって散歩は欠かせない日課の一つではありますが、この時に私の重い腰を上げさせ

たのは最近購入したデジタルカメラだったのです。

汗にまみれた散歩からの帰り道で、西の空に幾重にも美しく輝く雲に目を奪われました。この時期にふさわしくない雲の形に興味をひかれました。夢中でシャッターを切りました。盛夏の思い出! 私の脳裏には今もこの光景が鮮明に焼きついているのです。

福原医院 福原 清

あ と が き



日歯連の裏献金問題の捜査終結が新聞で報道されました。竜頭蛇尾の感がありますが、それは兎も角我ら医師会政治連盟は、使われる金額は日歯連より多いと聞いていますが、クリーンなロビー活動をしていただいているのでしょうか。

インターネットで「アメリカ医師会の失敗」という項目を見つけました。アメリカ医

師会は政治力を駆使して、既得権益を守ろうとしたため、国民にネガティブなイメージを持たれ、その結果、今アメリカ医療の最悪な部分といわれるマネジドケアに至ってしまったとの事でした。

また、その反省の中から、医療のグローバルスタンダードは市場原理や DRG/PPS ではなく、透明性と説明責任であると述べていることが印象的でした。

葉山 隆

社団法人 西多摩医師会

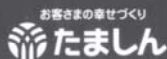
平成16年10月1日発行

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



「身近なたましん」が、「その場でたましん」になる。

365日ご利用OK! その場でカンタンお取引き!

「たましんダイレクト」は、電話やパソコン、携帯電話、Lモードを使って、
〈たましん〉とお取引できるサービスです。窓口やATMに行かなくても、
たましんがその場でご利用いただけます。

**たましん
ダイレクト** **Tamashin
Direct**

個人向け **たましん(パーソナル)ダイレクト** 事業者向け **たましん(ビジネス)ダイレクト** 電話 パソコン 携帯電話 Lモード

<http://www.tamashin.jp> たましん コールセンター **042-528-0121** オールワンサービス

多摩中央信用金庫