

# 西多摩医師会報

第41号 昭和51年2月



(西多摩医師会新年会)

## 目 次

臨床検査に関するアンケート総まとめ…………… 2	国保講習会メモ……………箱崎 淳…………… 16
臨床検査に関するアンケートの要約	ロンドン中央癌センター見学記…三沢剛文… 17
小沢昌彦…………… 4	地区医師会長協議会…………… 18
臨床検査—私はこうしている…鈴木 修…………… 5	理事会…………… 18
追加……………平岡克彦…………… 9	臨時総会…………… 18
肝機能検査について……………市原 靖…………… 9	医師会消息…………… 19
総括……………吉野住雄…………… 12	法律相談…………… 20
予防接種法特に種痘改正に思う…山田正哉… 14	吉沢行雄君を悼む……………小泉新策…………… 21
市ヶ谷情報……………杉本 一…………… 15	平野孝治君を偲ぶ……………岸田壮一…………… 22

## 臨床検査に関するアンケート総まとめ(54件)

## (A) 検査の頻度について

- |                          |     |
|--------------------------|-----|
| 1. めったにしない               | 7件  |
| 2. 検査の目的で採血するのは(週3~4例以下) | 15件 |
| 3. 同 上 (週10例前後)          | 11件 |
| 4. 同 上 (週10例以上)          | 19件 |
| 5. 無回答                   | 2件  |

## (B) 院内で行っている検査は

- |                               |     |
|-------------------------------|-----|
| 1. ペーパーによる検尿くらい               | 23件 |
| 2. 尿沈渣、血沈、血算は行っている            | 34件 |
| 3. 簡易に測定できる生化学検査(GOT、GPT等)も行う | 14件 |
| 4. 上記(3)は行わないがその他の検査          | 3件  |

## (C) 院外へ検体を委託するのは

- |            |     |
|------------|-----|
| 1. ま れ     | 12件 |
| 2. 週3~4例以下 | 12件 |
| 3. 週10例前後  | 11件 |
| 4. それ以上    | 17件 |
| 5. 無回答     | 2件  |

## (D) 委託検査料は月にどれ位か

- |                          |    |
|--------------------------|----|
| 1. 5,000円以下              | 2件 |
| 2. 5,000円以上 ~ 10,000円以内  | 9件 |
| 3. 10,000 " ~ 20,000 "   | 2件 |
| 4. 20,000 " ~ 30,000 "   | 4件 |
| 5. 30,000 " ~ 40,000 "   | 2件 |
| 6. 40,000 " ~ 50,000 "   | 2件 |
| 7. 50,000 " ~ 100,000 "  | 7件 |
| 8. 100,000 " ~ 200,000 " | 2件 |
| 9. 200,000 " ~ 300,000 " | 4件 |
| 10. 300,000 "            | 2件 |

## (E) 検体委託先名

- |                      |     |
|----------------------|-----|
| 1. 相互プラットバンク臨床検査センター | 13件 |
| 2. 武蔵臨床検査所           | 10件 |
| 3. 多摩 "              | 4件  |
| 4. 青梅総合病院            | 4件  |
| 5. 町田臨床検査センター        | 4件  |
| 6. 臨床医学研究所           | 4件  |
| 7. 三多摩臨床検査所          | 3件  |
| 8. 東京 S R L          | 3件  |

- |                     |     |           |              |
|---------------------|-----|-----------|--------------|
| 9. 福生病院             | 3件  |           |              |
| 10. 三鷹臨床            | 11. | 阿伎留病院     | 12. 東京医学検査協会 |
| 13. 立川臨床            | 14. | ?大学検査室    | 15. 青梅保健所    |
| 16. 日本大学医学部検査科      | 17. | 東京公衆衛生研究所 | } 各1件        |
| 18. 慶応大学及び関連病院(脳波等) |     |           |              |

(F) 検査の頻度の少ない方に その理由

- |                    |    |
|--------------------|----|
| 1. 必要を感じない         | 9件 |
| 2. めんどうだから         | 6件 |
| 3. 忙しすぎて           | 7件 |
| 4. 保険の審査が心配で       | 0件 |
| 5. 新しい検査はとっつきにくいので | 6件 |
| 6. その他             | 4件 |
- ① 技術料が安すぎるのが最大の理由になるとも云える。又ショックの危険まで感じる場合など思慮する。  
(例 試薬の静注)

② 必要検体に達しないから

③ 不勉強のため

(G) 将来検査をもっと積極的に行う予定がありますか

- |                 |                 |     |
|-----------------|-----------------|-----|
| 現在殆どやってない       | ① 将来もあまりやらないだろう | 7件  |
|                 | ② 将来はもっと行う予定    | 4件  |
| 現在もある程度は行っているが  | ③ 現状で充分と思う      | 11件 |
|                 | ④ 将来は積極的に行いたい   | 18件 |
| 現在既にかなり行っていると思う | ⑤ しかし現状が精一杯だ    | 6件  |
|                 | ⑥ 事情が許せばもっと行いたい | 9件  |
| 無回答             |                 | 2件  |

(H) しばしば、或は時々行っている検査(委託も含む)

- |        |            |          |     |             |     |
|--------|------------|----------|-----|-------------|-----|
| 検尿     | 53件        | 血沈       | 49件 | 尿沈渣         | 44件 |
| 血算     | 40件        | 心電図      | 40件 | 血清生化学       | 35件 |
| 検便     | 33件        | 胸部X-P    | 32件 | CRP, ASLORA | 29件 |
| 細菌培養   | 25件        | 消化管X-P   | 23件 | 検痰          | 22件 |
| 眼底カメラ  | 13件        | 妊娠反応     | 11件 | 内視鏡         | 10件 |
| 脳波     | 9件         | 病理       | 9件  | 断層撮影        | 8件  |
| 胃十二指腸液 | 8件         | 心音図      | 5件  | 脈波          | 5件  |
| 内分泌機能  | 4件         | ウィルス血清反応 | 3件  | 染色体         | 2件  |
| 血液ガス   | 1件         | 基礎代謝     | 1件  | 呼吸機能        | 0件  |
| その他    | 2件(腔脂膏検査等) |          |     |             |     |

(I) 今回の企画に対しての御意見 御注文をどうぞ

- 大変有意義な企画と存じます。
- 甚だ結構な企画であります。小生宅では前記検査所が(相互ブラットバンク)月、水、金、に廻ってくるのが不満で、毎日が希望なので、このためには検査委託先(精度に関する管理か

ら云って信用度がより大) セレクトする討論も加えて毎日委託できるようにして欲しい。

日本医師会で調査していると思うが問い合わせしてみても如何?

3. 西多摩地区内に検査センターを希望します。
4. 医師会による臨床検査センターの設立を希望します。
5. 地区に信頼度のある検査センターが欲しい。
6. 必要と思う検査を自分の医院で実施できない場合、検査のみ委託するのではなく、大部分は病院へ「御高診賜わりたく」と紹介しているのが現状です。
7. ① 現在委託の精度について多少不安があるので、信頼度が高く週に3回きてくれる所があれば是非紹介していただきたい。
- ② 肝、高血圧症、心疾患、糖尿病等に対しての検査項目について、特に保険診療で初検査ではどの程度まで許されるか。
8. 特種検査(肝、脳血管写、スキャン、甲状腺機能、胃生検、肝生検、細菌検査)が依頼し得るようなルートが欲しい。
9. 保険請求の場合、臨床検査が相当けずられます。  
脳波検査など検査結果がアブノーマルであってもけずられています。減点対策を何とかしてもらいたいと思います。  
尚、人員充足でき次第 於病院にて可及的各種検査を行うつもりです。
10. 青梅総合病院の図書室を曜日、時間を区切って開放していただきたい。  
尚、有料で必要箇所をコピーできるようにお取り計らい願えれば幸甚です。

## 臨床検査に関するアンケートの要約

小 沢 昌 彦

アンケートの返信を頂いたのは54件で、会員中約5割であった。その内容中、検査の頻度は「めったにしない」7件、「無回答」2件を除く大多数の方々が何等かの形で、検査を施行しており、更に各院内の検査では、ペーパーによる検尿から尿沈渣、血沈、血算程度が大半の34件で、それ以上の簡易に測定出来る生化学検査(GOT、GPT等)を取り入れている方は14件で、当日会場に展示されたラバ(中外)、アキュスタットシステム(藤沢)利用の会員と考えられる。院外へ検体を委託される方は「まれ」12件、「無回答」2件を除くと程度の差はあれ多数の方が利用されている。委託検査料5,000円以下から300,000円以上迄多様であり5,000円~10,000円以内(9件)と50,000円以上~100,000円以内(7件)が目立った。検査委託先は、多岐に互っていたが相互プラット臨床検査センター13件、武蔵臨床検査所10件が多く、委託先の中、昨年秋の日本医師会雑誌精度管理調査報告書に記載されている評価を念のため記入すれば、「相互プラット」97点、「青梅総合病院」96点、「町田臨床検査」99点、「東京SRL」94点、「東京医学検査協会」98点、「日大医学部検査科」98点で精度の点では殆ど差はないようであった。検査の頻度の少ない理由の項目で「必要を感じない」「面倒だから」、「その他」が主であったが新しい検査は「とっつきにくい」6件と将来検査をもっと積極的に行いたいとアンケートで最も多く答えた18件の会員の声は学術部の今後の参考とすべき点と考えられる。しばしば行っている検査の項目で消化管X-P23件、内視鏡10件から当医師会の消化器系統の検査機関が大略を推測出来たことも初めてのことであった。最後に今回の企画に対する御意見及び御注文の中で実際の討論の場にて2~3人の方々から要望があったが、医師会による又は地区に信頼度のある検査センターが欲しいとの声を書き添えてアンケートの要約と致します。

## 臨床検査：

## 私はこうしている

鈴木 修

本日この様な研究会を開催されたのは、最近ますます多くなって来ている医療関係の訴訟問題も考慮に入れて、臨床検査を充分行い、正確な診断病状経過の把握、それにのっとっての適切な治療ということが第一の目的だと思います。

同時に先程のアンケートにもあります様に当医師会に臨床検査センターを設置するかどうかということの検討も含まれているかと思えます。

私の受け持ちました分野は検査を主として委託している診療所としての話であります、その前に臨床検査そのものについて簡単に触れて見たいと思えます。

## ○簡易化のこと

我々開業医にとって検査が簡単に出来るということが第一と思えます。然も正確であれば申し分ないでしょうが、現在では簡易検査としては主としてペーパーテストであります。各種のテスト用のペーパーが製造されていますが、あくまで bedside-test、救急検査用であり、これらは必要欠く可からざるものであります。然し精密度とは相反するものがあります。検査室の手助け程度であり、(+)か(-)の区別には事かかないものです。ですがこのペーパーテストも次の注意を忘れないことが必要であります。

1. 試薬の劣化の有無
2. 温度と時間
3. 反応の原理をよく知ること
4. 対象をとること

次に試験紙の外に Raba, Unitest, Clinicard 等簡単な比色計を使用するものが沢山製作されて来て居ります。これらも最近益々精密となり、したも簡易化されて来まして、我々開業医にも多少の時間と意欲があれば相当数の検査まで自ら行うことが出来ると思えます。これについては次の演者からお話があること、と思えます。

## ○自動化、コンピューター化のこと

他方臨床検査センターとか大学病院、研究所等では上記検査の自動化の傾向、コンピューター化の問題が進み、精度の向上、検査の迅速化がされて来ました。

## ○精度管理のこと

総括して臨床検査の誤りは10~20%位あるといわれてきましたが最近では10%以内5%程度までと、精度の向上が要求されて来て居ります。

この10%程度の臨床検査の誤りはどこから生ずるかということですが、

## 検査室内での誤り即ち

検査方法それ自体の誤り。 検体の取り違い。

検査上の誤り。 検体保存の方法の誤り。

計算の違い。 書き違い。

## と検査室外での誤り

検体の採取の時期と方法、 抗凝血剤の影響、

検体を入れる容器、 使用薬剤の影響、

検体申込書に記入事項の不備、

検体運搬、保存の方法、 溶血の影響

とがあります。

この検査室内と外ともその誤りは同程度の約50%ずつであると言われていています。ですから自分が委託した検査の結果が誤っている様な場合、必ずしもその検査センターの精度が悪いと即断することは出来ません。その誤りの原因は検査センターにあるのか或はそれ以外にあるのか五分五分であるということです。

この精度管理の問題について昭和49年度(第8回)精度管理調査報告が日本医師会雑誌74巻9号(昭和50年11月号)に掲載されております。

概略しますと全国8,441の検査所の内この調査に参加したのは612ヶ所でありました。

各検査所では54検体(54種類の検査)を取り扱い、その検査結果の精度を5点から0点までに分類し採点しまして、最高270点を100点満点として計算しました。その結果90点以上の良い成績を示した検査所が612ヶ所の約65%約380ヶ所あったという報告であります。

次に私の診療所での臨床検査状況ですが、自分で行っているものは、検尿一般、沈渣、赤沈、検便(虫卵、潜血)、ガストロテスト、PSP、心



電図、胃カメラ、レントゲン検査：一般撮影、胆道、腎盂、消化管、気管枝造影であります。その他は全部委託の形をとっております。毎日集配に來ます。経費は請求点数の55%程度。精度は比較的良好だと思います。又、検査範囲も相当広範で

新しい検査も積極的に取り入れている様に思われます。

最後に各種疾患による検査項目の選び方ではありますが、下記の様な機能別検査手引を参考にさせて頂いて居ります。

機能別検査手引

肝機能検査 I

分類	N	項目	採血量	
生化学検査	1	総蛋白	10ml	
	3	蛋白分画		
	5	ヒッパルビン		
	7	T T T		
	8	Z T T		
	9	G O T		
	10	G P T		
	11	A L - P		
	14	γ - G T P		
	15	L A P		
血液学検査	19	M A O	704点	
	25	総コレステロール		
	1	白血球数		2ml
	2	赤血球数		
	3	血色素量		
4	ヘマトクリット			
15	白血球像			
尿検査	1	蛋白定性	10ml	
	3	沈渣		
	9	糖定性		
	11	ウロビリノーゲン		
	13	ヒッパルビン	16点	

肝機能検査 II

分類	N	項目	採血量
生化学検査	1	総蛋白	8ml
	3	ビリルビン	
	9	G O T	
	10	G P T	
	11	A L - P	
	25	総コレステロール	
血液学検査	1	白血球数	2ml
	2	赤血球数	
	3	血色素量	
	4	ヘマトクリット	
	15	白血球像	
尿検査	1	蛋白定性	10ml
	3	沈渣	
	9	糖定性	
	11	ウロビリノーゲン	

心不全検査

分類	N	項目	採血量
生化学検査	1	総蛋白	10ml
	2	蛋白分画	
	9	G O T	
	12	L D H	
	16	C P K	
	17	H B D	
	25	総コレステロール	
	36	ナトリウム Na	
	37	カリウム (K)	
	38	クロール (Cl)	
血液学検査	1	白血球数	2ml
	2	赤血球数	
	3	血色素量	
	4	ヘマトクリット	
	15	白血球像	
尿検査	1	蛋白定性	10ml
	2	蛋白定量	
	3	沈渣	
	9	糖定性	
	10	糖定量	48点
	11	ウロビリノーゲン	

リウマチ検査

分類	N	項目	採血量
生化学検査	32	尿酸	4ml
	49	C R P	
	50	R A	
	51	A S L O	
血液学検査	1	白血球数	2ml
	2	赤血球数	
	3	血色素量	
	4	ヘマトクリット	
	15	白血球像	
尿検査	1	蛋白定性	10ml
	3	沈渣	
	9	糖定性	
	11	ウロビリノーゲン	

高血圧・動脈硬化

分類	No	項目	採血量
生化学検査	1	総蛋白	6 ml 284点
	25	総コレステロール	
	27	β-Lipo 蛋白	
	28	中性脂肪	
	36	ナトリウム (Na)	
	37	カリウム (K)	
糖	1	血糖	1 ml
血液学検査	1	白血球数	2 ml (95点)
	2	赤血球数	
	3	血色素量	
	4	ヘマトクリット	
	15	白血球像	
尿検査	1	蛋白定性	10 ml (48点)
	2	蛋白定量	
	3	沈渣	
	9	糖定性	
査	10	糖定量	10 ml (48点)
	11	ウロビリノーゲン	

腎機能検査 I

分類	No	項目	採血量
生化学検査	1	総蛋白	10 ml 385点
	3	蛋白分画	
	25	総コレステロール	
	31	磷脂質	
	32	尿酸	
	34	尿素窒素	
	35	クレアチニン	
	36	ナトリウム (Na)	
	37	カリウム (K)	
	38	クロール (Cl)	
血液学検査	1	白血球数	2 ml 95点
	2	赤血球数	
	3	血色素量	
	4	ヘマトクリット	
	15	白血球像	
尿検査	1	蛋白定性	10 ml (116点)
	2	蛋白定量	
	3	沈渣	
	9	糖定性	
	11	ウロビリノーゲン	
		クレアチニン (GFR-RPF)	

腎機能検査 II

分類	No	項目	採血量
生化学検査	1	総蛋白	6 ml 180点
	2	AG 比	
	25	総コレステロール	
	34	尿素窒素	
	36	ナトリウム (Na)	
	37	カリウム (K)	
血液学検査	1	白血球数	2 ml (95点)
	2	赤血球数	
	3	血色素量	
	4	ヘマトクリット	
尿検査	15	白血球像	10 ml 10点
	1	蛋白定性	
	3	沈渣	
	9	糖定性	

糖尿病検査

分類	No	項目	採血量
生化学	25	総コレステロール	5 ml (308点)
	27	β-Lipo 蛋白	
	28	中性脂肪	
	29	尿酸	
糖負荷	1	血糖 負荷前	各々 1 ml (132点)
	2	血糖 後 30	
	3	血糖 後 1	
	4	血糖 後 1 30	
	5	血糖 後 2	
	6	血糖 後 3	
糖負荷	21	尿糖 負荷前	各々 5 ml (120点)
	22	尿糖 後 30	
	23	尿糖 後 1	
	24	尿糖 後 1 30	
	25	尿糖 後 2	
	26	尿糖 後 3	
糖負荷	41	インスリン 負荷前	各々 3 ml (120点)
	43	インスリン 後 1	
	45	インスリン 後 2	

副腎髄質検査

分類	No	項目	採血量
血液学検査	1	白血球数	2 ml (95点)
	2	赤血球数	
	3	血色素量	
	4	ヘマトクリット	
	15	白血球像	
尿検査		ウロビリノーゲン	10 ml
	1	蛋白定性	10 ml (16点)
	3	沈渣	
	9	糖定性	
11	ウロビリノーゲン		
査	48	VMA 定性	10 ml
	49	VMA 定量	
	52	カテコールアミン (総)	
		HVA 定性	50 ml

梅毒血清反応検査

血清学	No	項目	採血量
血清学	1	TPHA 定性	5 ml 372点
	2	ゲラス板法	
	3	凝集法	
	4	緒方法	
	5	FTA-ABS 法	

貧血検査

甲状腺検査

下垂体・副腎皮質

分類	No	項目	採血量	分類	No	項目	採血量	分類	No	項目	採血量
生化学検査	1	総蛋白	6ml	生化学検査	3	蛋白分画	10ml	生化学検査		血中コルチゾール	5ml 1010点
	2	A/G比			25	総コレステロール			成長ホルモン		
	5	ヒリルヒン			27	β-Lipo 蛋白			甲状腺刺激ホルモン		
	42	血清銅 (Cu)			28	中性脂肪		内分泌検査	41	インスリン 負荷前	各々 3ml 1.20点
43	血清鉄 (Fe)	46	P B I		43	インスリン 後1					
44	総鉄結合能	47	T <sub>3</sub> -レシニン 摂取率		45	インスリン 後2					
47	T <sub>3</sub> -レシニン 摂取率	1974点	44		サイロキシニン (T <sub>4</sub> )	血液学検査			1	白血球数	
血液学検査	1	白血球数	3ml		48			サイロキシニン (T <sub>4</sub> )	2	赤血球数	
	2	赤血球数			サイロイドテスト			3	血色素量		
	3	血色素量			マイクロゾームテスト			4	ヘマトクリット		
	4	ヘマトクリット		甲状腺刺激ホルモン	15		白血球像				
	5	血小板数		血液学検査	1	白血球数	2ml 95点	1	蛋白定性	10ml 16点	
	7	全血比重			2	赤血球数		3	沈 澱		
9	網状赤血球	3	血色素量		9	糖 定 性					
15	白血球像	4	ヘマトクリット		11	ウロビリノーゲン					
尿検査	16	赤血球像	3ml	15	白血球像	尿検査	50	17-OHCS (総)	各々 20ml		
	1	蛋白定性		1	蛋白定性		51	17-K S 総			
	3	沈 澱		3	沈 澱						
	9	糖 定 性		9	糖 定 性						
11	ウロビリノーゲン	11	ウロビリノーゲン								

付 記

質問：採血した検体は何時間位まで放置しておいても検査データに影響しないか。

答：質問の答となる様な実験をした記録が見当たりませんので確答出来ません。

唯次の様な実験報告がありますので御参考までに記しておきます。

“採血後血清分離をせず、24時間冷蔵庫に放置し、測定値の変化を観察した結果、次の様であった。

1. 変化の見られたもの

Na: 減少 (2~4%), Cl: 減少 (1%), K: 上昇 (70~100%)  
クレアチニン: 減少 (3~6%)

2. ほぼ変化なしと見てよいもの

総蛋白, 蛋白分画, Ca, P, 尿素N, 尿酸, GOT, GPT, Al, P, LDH, 総ビリルビン, ZTT, TTT, コリンエステラーゼ, 総コレステロール, βリボ蛋白, 中性脂肪, アミラーゼ, 11-OHCS

以上であるが変化のなかったものでも全血放置はあくまでも便法です。められることではない。できたら面倒でも採血後の血清分離という原則は守って欲しい。”



## 追 加 平 岡 克 彦

私の所では約四年前から R a B A を、約一年前から T G メーターを使用して血液検査を行って居ります。R a B A はヘモグロビン、T.P、アルブミン、T.T.T、Z.T.T、G.O.T、G.P.T、アルカリフォスファターゼ、L.D.H、L.A.P、血糖、尿素窒素、総ビリルビン、総コレステロール、クレアチニン、無機 P を T G メーターは T.G、フィブリノーゲンを測定致します。

検査は午前中に採血し午後まとめて行って居ります。二三時間後には結果を得る事が出来ます。正確度保守の点に付きましては殆ど問題はない様であります。

設備費は百万円位かゝります。試薬代は保険点数の約 25%、人件費は 10% 以下と見て良いと思われます。

血液検査を今後始めようとする所では一つの方法として R a B A、T G メーターの使用を御一考あっても良いかと思われます。

## “肝機能検査について”

市 原 靖

## A. 肝機能検査法の選択

肝機能検査は 100 種目以上あるが、これらの検査はそれ程特異性が高くないので各種の検査を総合的に組み合わせて肝・胆道疾患の診断、経過観察、治療効果、予後の判定が行なわれる。最近の大方の傾向としては①血清ビリルビン量又は黄疸指数 ②GOT、GPT ③TTT、ZTT ④アルカリフォスファターゼ ⑤コレステロール ⑥蛋白濃度 ⑦尿中ビリルビン、ウロビリノーゲンを routine の検査項目とし、必要に応じてプロトロンビン時間、BSP、LDH、LAP、 $\gamma$ -GTP、コリンエステラーゼ、アンモニアの測定等が行なわれているのが現状のようである。

## B. 肝機能検査法の臨床的意義

## ① 血清ビリルビンと黄疸指数

直接型ビリルビン (肝細胞内でグルクロン

酸抱合を受けた型) の正常値は  $0 \sim 0.2 \text{ mg/dl}$  間接型ビリルビン (非抱合型) は  $0.2 \sim 0.6 \text{ mg/dl}$  である。黄疸指数は 4 ~ 6 単位である。従って黄疸指数が 8 単位で血清ビリルビンが  $1 \text{ mg/dl}$  以上を示す時は何らかの黄疸をおこす疾患を考えねばならない。

## ① 間接型ビリルビンの増加する黄疸

④ 溶血の亢進でおこってくる先天性又は後天性黄疸、⑤ 肝細胞内ビリルビン受容蛋白体 (X, Z) の異常でおこる gilbert 病、⑥ グルクロン酸抱合を仲介する glucuronyl transferase の先天性欠損でおこる Crigler - Najjar 病等がある。

## ② 直接型ビリルビンの増加する黄疸

## ④ 胆汁うっ滞性黄疸:

(i) 閉塞性黄疸; 肝外或は肝内の胆道系の機械的閉塞で起る黄疸で胆道系悪性腫瘍や胆石症等がある。

(ii) 肝内胆汁うっ滞; 胆道系に明らかな閉塞が認められないのに起る胆汁うっ滞で、アルコール性肝炎、ウィルス性肝炎、肝硬変症、ウィンタミン等の薬剤性肝障害等である。

Dubin - Johnson 症候群や Rotor 型は肝細胞のミクロゾームから毛細胆管絨毛への抱合ビリルビンの輸送障害があるから広義の胆汁鬱滞に入る。

⑤ 肝細胞性黄疸: 急性肝炎等の場合で肝細胞内のビリルビンの輸送、排泄などいろいろの部位が障害される為に黄疸が起る。

## ② 尿中ビリルビン

直接ビリルビンのみが糸球体濾過により尿中に排泄され、間接ビリルビンは排泄されない。従って黄疸が認められるのに尿中ビリルビンが検出されない時は間接ビリルビンが増加した黄疸である。

## ③ 尿中ウロビリノーゲン

ウロビリノーゲンの腸肝循環の際一部は肝を通過し血中から尿中へ排泄される。従って健康尿でも少量の尿ウロビリノーゲンは証明される。肝実質障害ではビリルビンへの変化が障害される為に、又、溶血性ではビリルビン生成が増加する為に尿中へのウロビリルン体が増加する。一方閉塞性黄疸で完全な閉塞の

(10)

ある場合及びウィルス肝炎の極期には胆汁が腸内に排泄されないで尿中ウロビリノーゲンは証明されない。本法は簡単であり鋭敏なので広く行なわれているが、過労、心不全、発熱、体内に出血のある時でも陽性になるので判定には注意が必要である。又抗生物質を経口投与している時、ビリルビンをウロビリノーゲンに変化させる腸管内細菌が死滅しウロビリノーゲン産生が減少する場合や、再生不良性貧血では破壊されてビリルビンを経てウロビリノーゲンになるべき血色素の産生が衰えている為、或は下痢等の腸からの吸収不良の時等では肝障害があってもウロビリノーゲン尿を来さない。以上から尿中ウロビリノーゲンだけで肝障害の有無を決定するのは危険で、必ず他の肝機能検査を行う必要がある。

## ④ GOT, GPT

GOT或はGPTのひとつを測定するのではなくて両者を合せて判断することが大切で、一方だけで判断した情報よりは、遙かに大きな効果がある。GOTは筋肉・肝・心筋に多く、GPTは肝、その $\frac{1}{3}$ が腎にあるから肝が障害されるとGOT、GPT両者とも血清の中に出てくる。之に対し心筋或は筋肉の障害ではGPTが低いわけで、GOT、GPTの両者を測定すれば障害臓器の鑑別もできることになる。肝疾患に限っても両者の測定が必要である。例えば急性肝炎の場合、回復期は別としてGOTの方がGPTより高い。然し慢性肝炎ではその67%がGPTの方が高い。肝硬変或は肝癌といった特に進行した肝疾患では88%にGOTの方が高い。殊にGOTとGPTの比が3以上になった場合は肝硬変もかなり進行している。従ってGOT、GPTの両者を常に比較しながら判断してゆくことが必要である。

## ⑤ TTT, ZTT

TTTはびまん性肝実質障害では高値を示し、閉塞性黄疸では多くは正常である。又急性肝炎の回復期に最后迄異常を示すことで慢性化或は治癒判定に意義があるとされている。

ZTTは $\gamma$ -グロブリンとよく相関し肝硬変、慢性肝炎などで上昇する。

膠質反応は慢性炎症、膠原病、骨髄腫など $\gamma$ -グロブリンが増加する疾患でも増加する。

## ⑥ アルカリ・フォスファターゼ (Al-P)

血清Al-Pは疾患により臓器由来を異にするAl-Pの出現が認められる。閉塞性黄疸等の肝・胆道疾患に出現するAl-Pは寒天ゲル電気泳動法によるアイソザイムをはかれば、最も陽極に出現するAl-P<sub>1</sub>である。正常ヒト血清中のAl-Pは肝由来と考えられAl-P<sub>2</sub>である。乳幼児では骨由来のAl-Pも存在するが、その為に成人のAl-Pよりも高い値を示している。骨性Al-PはAl-P<sub>3</sub>である。妊娠末期では胎盤由来のAl-Pが出現する。之はAl-P<sub>4</sub>である。又癌及び重症患者の末期にAl-P<sub>4</sub>とよく似たAl-Pが出現する。血液型B及びO型の分泌型では特に高脂肪食後に小腸由来のAl-Pが出現するが、之はAl-P<sub>5</sub>である。又肝硬変の40%にAl-P<sub>5</sub>とよく似たAl-Pが出現する。従って黄疸の鑑別診断にAl-Pアイソザイムは重要な検査である。一般にAl-P高度の上昇は肝内外性胆汁うっ滞を考え、中等度Al-P上昇時には肝細胞性黄疸、アルコール性肝炎、薬剤性肝炎等考える。

## ⑦ 血清蛋白

血清蛋白のうち肝機能に併行して増減するのはアルブミン、 $\alpha$ 、 $\beta$ -グロブリンで、之に対応して $\gamma$ -グロブリンの変化がみられる。肝硬変、重症肝炎では著明となる。 $\gamma$ -グロブリンは免疫グロブリンで、急性肝炎でIgMが増加する。急性肝炎が遷延し、活動型慢性肝炎や肝硬変に移行すると、IgG、IgAの動員が行なわれる。アルコール性肝障害ではIgA、胆汁性肝硬変ではIgMが増加する。

## ⑧ 血清コレステロール

胆汁うっ滞で増加する。肝実質障害で低下する。激症肝炎、重症の肝硬変では特に低下が著明で $100\frac{mg}{dl}$ 以下となる。尚悪性閉塞性黄疸におけるコレステロール値の低下は肝実質障害への進展を、また肝硬変症での上昇は肝癌の発生が疑われる。即ち閉塞の方が上まわるわけである。

## ⑨ プロトロンビン時間

プロトロンビンは肝でビタミンKの作用により生成される。肝実質障害ではプロトロンビンの肝での生成が障害される為、また閉塞性黄疸ではビタミンKの吸収障害があるため、プロ

トロンビン時間が延長する。

### ⑩ B S P

ショックの問題もあり、又GOT、GPTの測定が容易になり、而も極めて鋭敏な検査であり、頻繁に行うことができるので急性肝疾患のスクリーニングのファーストチョイスとしてBSPは用いられることは少なくなった。然し本法は鋭敏な方法で黄疸を呈しない肝・胆道疾患の発見に威力を発揮する。肝癌、肝膿瘍等の限局性肝障害や胆石症等の胆路系の疾患では血清ALPとBSPの高度の異常が認められることが多い。慢性肝障害では黄疸の軽度の場合、その診断に極めて有用であって而もBSPの停滞の程度によって肝障害の程度或は機能を営んでいる肝実質の量を推定することも可能と云われる。慢性肝炎の経過中GOT、GPTの上昇があってもBSPの停滞が軽度の時は余り心配なく、逆にGOT、GPTがそれ程高くなくてもBSP停滞が著しければ肝の病変はかなり進んでいると考えられる。BSPは体質性黄疸に対して機能を発揮する。gilbert症候群や溶血性黄疸ではBSPは正常であるが、Dubin-Johnson症候群やRotor症候群ではBSPの停滞がみられる。而もDubin-Johnson症候群ではBSPの血中濃度は30～45分が最低で、その次第に再上昇する。之は胆汁中への排泄障害の為に再び血中に出現する為である。

### ⑪ L A P (ロイシンアミノペプチターゼ)

血清LAP活性値の上昇は肝内にせよ肝外にせよ胆道閉塞機転の存在を示唆する。急性肝炎にみられる上昇も肝細胞障害に加えて肝内胆汁うっ滞機転の関与を現わす。正常値200単位以下。細胆管炎型肝炎では700単位以上、その他の肝炎では300～500単位。肝硬変で400単位以下。肝及び胆道の癌で400単位以上。肝腫瘍、膵腫瘍、胆道系腫瘍では胆石と比して一般に異常が著しく、胆石との鑑別に用いられる。又LAPが数ヶ月異常を続ける場合にも悪性腫瘍の存在を考えておく。肝・胆道疾患以外では妊娠、殊に妊娠後半期に上昇する。

### ⑫ L D H (乳酸脱水素酵素)

肝実質障害、心筋硬塞、悪性腫瘍、筋デストロフィー、肺硬塞、悪性貧血、溶血性貧血、妊娠後半期等で増加する。癌患者血清で高い値を

示すが、癌のうちでも白血病、肝臓癌、転移癌肺癌等で高くなり、早期の胃癌、子宮癌等は高い値をとる事は少ない。

### ⑬ コリン・エステラーゼ

血漿中のコリン・エステラーゼは肝臓でつくられるが、肝実質が荒廃してこの酵素の産生が衰えると血清のコリン・エステラーゼが減少する。このことから慢性肝実質障害の判定、特に肝硬変症の診断及び経過の観察に役立つ。

### ⑭ $\gamma$ -G T P ( $\gamma$ -グルタミルトランスペプチターゼ)

この酵素は胆道系を経て排泄されるので、肝内性及び肝外性の胆汁うっ滞時に血清活性の著しい上昇を示す。急性ウィルス肝炎の胆汁うっ滞型、薬物性肝炎、胆汁性肝硬変症、外科的黄疸、膵頭部癌等で有意の上昇を示す。正常値は $30.0 \pm 42.4 \frac{m\mu}{ml}$ 、胆汁うっ滞のない急性肝炎では100単位前後と軽増する。急性肝炎後100m $\mu$ 程度を下らない場合には慢性化を考える。

## (附 記)

### 検査法に関する医学書

- (1) 臨床検査法提要 金井 泉 著 (金原出版株式会社)
- (2) 臨床医の検査法 守屋美喜雄 他 著 (医歯薬出版株式会社)
- (3) 日常診療のための臨床検査法 (解釈と実施のコツ) 阿部正和 浦田 卓 共著 (株式会社文光堂)
- (4) 臨床検査の進め方と読み方 樫田良精 著 (株式会社文光堂)

## 雑 誌

- (1) クリニックマガジン (株式会社クリニックマガジン)
- (2) 診 療 (月刊診療社)
- (3) 臨床医 疾患病シリーズ (中外医学社)
- (4) 医学メデチーネ 臨時増刊号 1975年4月  
これだけは知っておきたい臨床検査のポイント (医学書院)
- (5) 日本臨床 1973年5月号  
血液、尿化学検査、その数値をどう読むか
- (6) 総合臨床 昭和44年10月号  
臨床検査計画法
- (7) 日本医師会雑誌 74巻9号(昭和50年11月号)  
昭和49年(第8回)精度管理調査成績表

## 総 括

吉 野 住 雄

50年11月の学術研究会「臨床検査—私はこうしている」については会報1月号に報告した。その後、編集者から会の内容をもっと詳細にとの御注文を受けた。しかし2ヶ月を経た今、既に記憶も薄れたので筆者の私見を混えて、自由に書かせていただくことをお許し願いたい。

### 1) 検尿について

真面目な勉強家の鈴木先生は、最も身近な尿のペーパーテストでは、試薬の劣えに十分注意すること、時にはコントロールする必要があることを述べられた。試験紙を縦半分に分けることの可否について質問があったが、これはよくないらしい。

### 2) データの精度に及ぼす条件について

この件については鈴木先生が詳細に話されたが、検査室内の事故は別として、まず採血の時期はやはり空腹時であるべきで、平岡先生、鈴木先生は空腹時に来院するよう患者に注意しておられるそうだが、恥ずかしながら小生は来院患者を歩きあたりばったり採血するので時に乳び血清になりデータが不正確になることがある。血清分離するのは採血後30分とされているが、小生の経験では1時間くらいの方が良さそうである。十分に凝固していない血塊を乱暴にはがすと時に溶血する。溶血はデータを殆ど信頼できないものにしてしまう。採血容器は検査所が配布しているようだが、PBIとか血清鉄の測定には容器をよく確かめたい。血清分離せずに検査所へ呈出することの可否は、診療所の事情にもよろうが、できれば分離した方がよいと思う。CRP、RAは血清分離してあればキットを用いて極めて簡単に測定できる。特に電解質の測定では血液のまま冷蔵すると溶血し、カリウムが高くなる。このことは小生自身失敗し技師に注意されたことがある。血糖値測定では一般の生化学検査の試験管とは別にフッ化ソーダ末入りの試験管に1~2cc入れておくと血清分離せずとも3~4日は安定している。リフレクタンスメーターで血糖測定をしておられる松原先生はペーパーにつける血液の量と洗い方

で誤差が出るといわれた。小生も青梅市立総合病院時代この機械を使ったが、正常値付近は正確でも高血糖域ではあてにならない印象を受けた。

### 3) 院内で生化学検査を行っている場合について

藤沢薬品から発売されているアキュスタットシステムを御使用の市原先生から御経験を聞けなかったのは残念だったが、展示された機械からは中外のRABAシステムとほぼ同様の簡便さであると感じた。当地区でかなり普及しているRABAを御使用の平岡先生の御経験は既報の通りだが、小生も開業当初から1年間大いに活用した。幸いパートの検査技師が居るので診察機のそばで採血・検尿・血算をしながら測定してくれる。ねらいをつけた患者では大抵異常値を呈するところからみると一般診療所としては十分な程度に正確な値を出しているようだ。何よりの利点はデータの出るのが早いことで、心筋梗塞を疑った場合などでは大変有用と思う。採算性についての平岡先生のお話は既報の通りだが、御参考に小生のすべての検査に関する1年間のデータを述べさせていただく。請求総点数に占める検査点数は10.6%であった。どうやらこの数字は割合多い方らしく、審査会から必要程度にという御注意を二・三回いただいた。小生としては必要程度にしているつもりなのだ。項目別では点数で生化学5.5%、レントゲン2.9%、検尿5.5%、心電図4.5%、血液2.8%、血沈0.9%、眼底カメラ0.8%、採血料1.7%であった。余談だがこのうちレントゲンが最も採算が悪い。(月平均胸部X-P50、胃10、その他6例)レントゲン機械、自現機の償却費(100万円)、材料費(34万円)人件費を差し引くと何も残らない。話を生化学検査に戻すと、諸経費は、試薬2.5%、償却費2%、人件費1.4%、委託費1.8%で差し引き3.9%が純益となる。委託費が高いのは市立病院とか東京SRLへ80%の委託費を払ったからで、一般検査所へ委託すれば純益は3.9%から5%増えて4.4%となる。一般検査所へ委託した場合の利益率は45~40%だそうだから、委託と院内処理の利益率はほぼ同じと言えるだろう。次に人手の問題だが、アキュスタットでもRABAでも高卒程度の人なら2~3日トレ



ーニングすれば十分操作できる。主婦のパートで週3日位(1日3~4時間勤務)でも一般診療所の検体数は処理出来ると思われる。

非公式な話ではあるが青梅市立総合病院の中技師長は、素人に一般臨床検査について常識的なことを教えるトレーニングはしてあげますと耳うちしてくれた。お役所の人は何というか知らないが地域の中核病院の人の言として大変有難いと思っている。

#### 4) 検査所について

検査所へ委託する際、最も重要な問題は集配と精度管理であろう。五日市の杉本先生は週3回しか来ないと嘆いておられた。討論の際に出たことだが、当医師会として検査所をいくつかに絞り、毎日集配するよう要求することも一つの方法であろう。現在でも相互ブラッドバンクとか武蔵臨床などは毎日集配している。

医師会検査センター設立も話題になったが十分な討論は行われなかった。私見だが採算からみて現状のままで医師会検査センターを作っても現在の一般検査所より安く検査できるとは考えられない。小生が青梅市立総合病院検査科を担当していた頃、能率向上の目的でオートアナライザー導入を計画し、採算性を検討したことがある。GOTを例にとると総合病院の1日あたり30~40の検体はどのような機械を使っても30分~1時間で処理する能力がある。西多摩地区全会員の検体を一手に処理するとすれば1日何検体のGOTが呈出されるだろうか。(小生の所では1ヶ月60~80件)。1日30件でも機械の償却はできようが、現在の一般検査所ほど安価にデータをサービスできないであろう。検体数を増やすには結局各診療所がもっと積極的に検査に取り組むことが必要なのである。今回の会合の真の目的は実はそこにあったと今正直に告白したい。

精度管理については日本医師会雑誌50年11月1日号に精度管理調査表が掲載されていることを鈴木先生に教えていただいた。それによると当会員の利用している施設のうち相互ブラッドバンク、町田臨床検査センター、青梅市立総合病院などは大変良い成績であった。

疾患による項目の選び方について

肝疾患については市原先生が蘊蓄を傾けてお

話しされた。詳細は省略せざるを得ないが配布された肝機能研究班の表中、CCFは現在不要とされつつあること、BSPはいまだに鋭敏な検査として有用だが対象の選び方はよく検討するよう注意された。鈴木先生は相互ブラッドバンクの機能別検査表を配布され御自身では大体この表に沿って行って居られ、スクリーニングでは検査Ⅱの項目の少い方を選んで居ると話されたが、社保審査委員の蓮沼先生の御意見では、スクリーニングはむしろ項目の多い方で行った方が良いとのことであった。しかし項目を選ぶに当っては目的とする疾患(或はレセプトの病名か)に適合した項目を選択するように注意された。小生も大体は項目の多い方で行っており、肝疾患ではTP、A/G、ZTTまたはTTTの一方、GOT、GPT(時にはGOTのみ)、Al-P、総コレステロールは大抵の患者に行い、胆道系が関与すると思えばビリルビン、LAPを加え、蛋白分画はA/Gの代りに行う症例も多い。経過観察は異常データの出た項目を中心に選択している。高血圧、心疾患、糖尿病の初診時、および経過観察の際の項目選択が話題に上らなかつたのは残念だった。小生は高血圧の経過観察はTP、A/G、コレステロール、GOT、Al-P、UN、UA、Na、K、Clで行っている。GOT、Al-Pを加えるのは薬剤の肝障害を知るため、UAはサイアザイドによる尿酸蓄積を慮れてである。

討論時間が短くなったのは司会の任に当った小生の不手際で会員諸兄にお詫びいたします。

今回の様な会員同志の話し合いは初めての試みであったが、今後テーマを選び、たとえば医療事務処理の改善、従業員問題、経営および税対策、などの自由な話し合いの会が続けて持たれば、今回の試みも意義があろうかと考えます。



## 予防接種法

### 特に種痘改正に思う

山田正哉

伝染病予防調査会予防接種部会が「予防接種のあり方」をまとめて、昨年12月22日調査会総括部会に報告したことは新聞、テレビ、ラジオで報道されたので医師も一般国民も理解したと思う。

報告の中で大きな変化は種痘の接種のあり方である。

天然痘の患者発生は世界各国から殆ど絶滅された状態で、インド、バングラデシュ、エチオピアの一部に残っているのみである。

我が国では昭和22年まで流行が見られ、約3,500人が死亡したが、昭和27年以降は現在迄死亡者ゼロで、逆に種痘禍による副作用で死亡する者が毎年10人前後で、後遺症患者を加えるとその二倍以上と云われている。

我が国の種痘接種法では、生後6ヶ月から24ヶ月即ち2才迄に接種を義務づけ、特別の理由がなく延期して2才以後に定期接種を受けて、種痘後脳炎などの副作用事故が発生しても国の救済制度が受けられなかった。然し昭和45年以降種痘禍が問題になって以来種痘接種月令の変更があったものの2才以後の接種を希望する親達が多くなって来た傾向があった。

種痘禍が昭和45年マスコミに取り上げられ、それまで使用してた痘苗株(池田株、大連株)が悪く、WHOの公認株リスターは局所反応が軽く事故を軽減すると報ぜられて以来現在迄本株が使用されているが相変わらず種痘後脳炎、脳症は減少して居らない。

今回の大きな改正点は、種痘接種年令を3才から6才の間に引き上げ且つ新開発の弱毒ワクチン(LC16m8)を使用し、現在の二期及び三期の追加接種を廃止することである。

この接種年令の引き上げは必然的には種痘の廃止方向に進展するものと思うが、一部学者の中には海外渡行が盛んになっている点から尚天然痘の侵入を防げぬとする者もある様で今後数年は廃止されぬのではなからうか。

弱毒ワクチン(LC16m8)は千葉血清研究所の橋爪博士等がリスター株からウサギ腎細胞培養によって弱毒化したもので、サル脳内接種で病原性がなく、人に接種するとよく善感し、発熱等の全身反応も極めて弱いことが種痘研究班によって証明されている。

私は外来患者の中で特に気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性体質を有する乳幼児を選別して、種痘研究班の都立駒込病院感染部長南谷幹夫博士の御厚意により今迄に30名近くこの弱毒ワクチンの接種を実施した。

接種児は従来のリスター株接種と比較して殆ど発熱がなく、接種部位の発赤・腫脹もなく、種痘後<sup>後</sup>も綺麗で、再接種を受けた者でも発赤を認めていない。

接種前に適切な検査(血液検査、脳波、胸部X線写真撮影等)がその患児個々によって必要最低限が実施され、接種後の発熱等がなきたため、家族からは喜ばれている。

予防接種法が改定され法律が公布されて、この弱毒ワクチンの使用が許可されるまでは、私は一人でも多く種痘禍から守るため御厚意に甘えて上記患者の種痘を続けて行く積りでいる。

### 予防接種の実施について

51年1月19日付厚生省公衆衛生局長から各都道府県知事宛通知によれば、伝染病調査会の答申を制度化する迄には相当期間を要するので、当面緊急の措置として次の様に実施する様に要望があった。

1. 初回の種痘については、細胞培養痘そうワクチン(LC16m8株)の実施方法が定められるまでの間、その接種を見合わせる事。
2. 第二期の種痘(小学校入学前6月以内)及び第三期の種痘(小学校卒業前6月以内)は、いずれもその実施を見合わせる事。
3. ジフテリアの定期予防接種のうち小学校入学前6月以内に行う予防接種は、その実施を見合わせる事。

## 市ヶ谷情報

杉本 一

市ヶ谷の支払基金内にある社保審査委員会に通い始めて早くも半年をすぎ会報の編集委員から感想を求められたわけですが、その気持のうちには勿論一般的な新任の挨拶を求めているほかに、最近急に社保の査定が目立つようになったことへの不信感やら査定のからくりを知りたいという気持も含まれているように思われますので、ベテランの先輩方がいられるにも拘らず新人として目に映った審査会の内幕の一部を許されるであろう範囲で少し述べたいと思います。実際には部外秘の印を押してある文書も多いのですがその殆どに対して何故④にしないでならないか今の私には不思議に思われてなりません。

先ず審査会のアウトラインに就いては西村国保審査員の会報22号「審査会あれこれ」を参考にさせて頂くこととして、社保の場合は診療担当者・保険者・学識経験者夫々80名ずつ計240名により東京都社保診療報酬請求書審査委員会が構成され、わが西多摩からは森先生（阿伎留病院）、吉植先生（青梅市立総合病院）が保険者として、私が診療担当者として推せんされています。そして顔ぶれは誠に多彩で大学教授から助手、病院長から部長、技官、有名無名の開業医が一堂に会して机を並べ、タテマエでは先輩後輩の区別なく平等ということになっており、又その分担は①地域分担、②大病院分担、③審査困難、④経過観察、⑤科別となっており、各々4カ月交替となっております。そして審査は明細書に記載されている事につき、書面審査を基調として、その審査内容が療養担当規則に定めるところに合致しているかどうかその請求点数が診療報酬算定方式に照らし、誤りがないかどうかを検討し、もって適正な診療報酬額を審査算定するものである…と紋切型に云えばなるわけでありませぬ。あの治療指針・使用基準は勿論療養担当規則の一部です。

そこで愈々審査委員会が始まるわけですがその前日に審査研究会とって個人差の是正を目的として前月における審査の反省と検討、例規通牒等の研究検討、外部から講師を招いての学術的研究、当月の審査方針等の検討を行なうことになってい

ます。そして最終日には審査協議会が開かれて特殊事例の明細書に対する合同審査と、当月審査の最終決定を目的とし、尚疑義申し出のあった請求明細書の決定等を協議決定することになっております。その他色々な委員会がありますが、私達に関心の深いものは、審査結果通知整備委員会と疑義申し出処理委員会及び専門委員会等があります。

各医療機関毎に審査録が挿入され診療傾向、注意事項、減点理由等が逐月記載され審査録の記載事項から、後日「審査結果通知書」が作成され送付されるわけです。誠に砂を噛むような記述になり申し訳ないのですが、元々好きで引き受けたわけではないのでどうしても筆が渋滞してしまいます。最後に昨年6月新任時、新人を集めての訓話のうち記憶に残ったものをあげますと、①明細書の内容は実際に行われたものであるという心構えで審査を始める。②物珍しげに矢鱈に赤鉛筆をふるう（審査における訂正返戻付せんの記載には赤鉛筆を使用する）赤鉛筆を使う時は周囲のベテランに相談する（新旧とりまぜて座席がきめられてある）。③審査録の申し送りを読んでから審査にかかる（前月までの診療傾向等の把握が容易になっている。これから作られる審査結果通知書は注意が肝要で無視して誤りを繰り返すと後日面接等の辛い経験を味わうことになる）。④最後に強調されたことは、見逃しによる誤りよりは、誤って査定した方が遙かに重大な結果を招来するということであった。

私自身未熟で新知識を吸収しつつあるので大きなことは云えませんが、地区整備の押印ある請求明細書で病名白紙が毎月何件か見受けられるのは不思議な気がします。私達医師が明細書提出前にもう一度他人の明細書を審査する心算で見直す必要があることを痛感しています。それによって検査・診断・治療の不統一性も発見され、査定という不愉快な目にも会わないで済むのではないのでしょうか。それと査定された場合は、徹底的に研究してみる態度が必要で、若し不当なものならどしどし医師会の方に申し出て疑義申し出処理委員会にかけるべきだと思います。審査委員を審査する道はこの方法以外にないように思われます。次回からはたった一行でもよいから診療に役立つ具体的な例があればお伝えしたいと思います。

## 国保講習会メモ

箱 崎 淳

先日開かれました国保講習会の主な事項をメモいたしておきますので参考にしたいと思っております。

### I) 国保請求の事務事項について

- 1) 本年度から証が更新され、全国的統一の目的で新しい保険者番号が6桁入っており全国的にこの取り扱いであります。東京都の場合は、従来の付号も入っておりますので、どちらを使っても有効であります。他府県の場合は番号だけの場合もありますので、それを用いる事になっております。
- 2) ㊦も15桁の番号が入っており、東京都の場合は、従来の付号も有効であります。他府県の場合は1)と同様であります。
- 3) 他府県の㊦を取り扱う場合省令による全国統一様式がきまっております。東京では連合会に有料で置いてありますが、従来使っているものに、番号(15桁)を補正して使用しても今のところ、どこの府県に於ても処理してくれる筈です。
- 4) 他県の患者の請求については、現在のところ、横須賀市、平塚市、川崎市、藤沢市を除いて、各県の連合会あてに提出すればよいことになっております。
- 5) 沖縄県の場合は、51年4月から連合会が出来ますが、それまでは基金に於て取り扱います。
- 6) 療養費払の場合に、患者にわたす同意書、又は、意見書等の類は、保険給付にかゝるものについては無料ですので、文書料を取らない様、御注意下さい。

### II) 保険診療審査上の問題点について

- 1) 保険者の方から出て来る再審査の項目で一番多いのは初診料で、慢性疾患治療経過中の急性疾患の追加で、とっている場合が非常に多いので注意して下さい。
- 2) 次いで、投薬料(誤点数、内容についても例えば病名と合わないとか、又は不認のもの

等)・乳児加算・慢性疾患指導料・一般処置以外の内科再診療算定・カウンセリング・精神科治療時の内科再診及び慢性指導料の算定・重複請求・処置料・レントゲン料・注射料の順であります。西多摩で特に多いのは、重複請求と乳児加算でありますので、十分の注意を必要とします。

- 3) 伸縮絆帯は、頭部・顔面・軀幹に使用し、四肢には使用出来ません。
- 4) 処置の点数は、夫々の個所の総合された範囲に該当する点数で請求して下さい。
- 5) ガーゼ・脱脂綿等の材料については、処置点数とは別に算定して請求して下さい。
- 6) スクリーニング検査の場合は、対象疾患についての検査の種類を十分検討して行って下さい。
- 7) 同じ様な内容をもつ検査については、どちらか一つを行う様にして下さい。  
例えばA/G比と蛋白分画、残余窒素と尿素窒素、コレステロールとリポ蛋白等々の様なものであります。
- 8) 産婦人科の場合、頸管・腔のスミアテストは両方行っても1回分、採取料も1回分であります。
- 9) 細菌鏡検の場合は何種類について行っても16点です。
- 10) 薬剤の使用については、9月の改正後では再評価の能書によって使用する事になったため、一部使用基準・指針とのくい違いが生じてきていますので、その点十分注意して下さい。

## ロンドン中央癌センター病院

### 見学記 (IV)

三 沢 剛 文

パリのルブルジェ空港を出発して約2時間ロンドン空港に到着、マンデビルホテルに入る。

ロンドンの夜は暮れにくく、8時と云うのにまだ薄明るく、夕食後ぶらり町に出かけた。ドーバーをひと飛びすると安定感と道徳性に満ちた古い歴史と伝統の中に貫録をたゞえた民族アングロサクソン人の国と云った感じが、香りが漂っているのに気付く山高帽子にコーモリ傘、英国人の表象とも云うべき紳士に会おう。英国人は幼少の時から各階級を問わず、外国人にいやな思いをさせない訓練がなされていると聴いたが他人を卑下したり、さげすむ様な態度は少しも表面に現わさないのは海外移民地の民族との交流の中に生きて来た為だろう。如何なる国の人とも交われる社交性に富んでいるのだらうと思う。

ロンドンでの計画は2泊3日そのうちローヤルマルスデン病院の外、有名な地下鉄、王宮広場、ロンドン塔、テムズ河をかけ足で見物することで、当病院の見学予定は午前九時から午後一時までで昼食は病院で職員と一緒に食堂でする事になっていた。九時病院の門をくぐると事務長が心よく迎え玄関ホールの一室でコーヒーの接待を受けた。英国人は紅茶を好んで飲む国民であるのにコーヒーを出してくれたのは何故か不思議に思えた。そのコーヒーが煮えくりかえるほどに熱かった為、日本茶をすゝる様に音をたてゝすゝった。これをみていた接待の婦人が首をすくめて、両手の手のひらをかえして、びっくりした様なジェスチュアを連発し眉をひそめた。海外旅行に於けるテーブルマナーと云うパンフレットに紅茶・コーヒーを飲む時は決して音をたてぬ様にとの注意書きがある。外人が眉をひそめる日本観光団と云う週刊雑誌の中の一ページに日本人は外人の前で平気で音をたてゝすゝる事は外人に非常にいやな思いをさせ、彼等の眉をひそめさせる事を考え、テーブルマナーを学ばねばならないと忠告していたが正に此のことだと冷汗の出る思いだったが事務長、院長秘書、総婦長(ナイチンゲール賞を持っている)は少しもいやな態度も顔色も見せなかった。

先ず病院の経緯に就いて、又、地図と模型で設計構造に就いて説明し、本院は二年前に設立され現在尚新病棟を増築中で英国に於ける最も新式の中央癌センター式病院で将来2,000ベッドを有し500人の職員によって運営管理される。現在約300人の癌患者が入院していて、診断・治療・研究・予防の面にあらゆる化学的技術技能を投入しているとのことだ。

本病院の治療の特徴は、手術は行なわず100% X線治療に重点が置かれている事だ。その為か X線に関する各種の装置が実に沢山設置されている。診断用・治療用の装置は贅沢と思われるほど数多く設置されている。写真の現像に関するフィルム処理の機械設置も贅沢と思われるほど色々取りそろえている。ある深部治療室に入ると部屋の壁全部に森の風景写真がはりつめられていて森の中に居る様な錯覚にとられる。重苦しい X線治療室にいて治療を受けていると云った心理的感覚を取り除く為の方法である。即ち森の中に寝ころがっていて鳥の声を聴いているうちに深部治療は終るのだ。一寸面白い着想と思う。治療台は全て電動式で管球が左右上下傾斜回転何れにも動くのである。この病院では胸・腹部癌の割に脳の癌性腫瘍が特に多いのが特徴で、これに対する治療に重きを置いていると説明してくれた。病室を廻ってみて感じたことは患者に暗い影がないことだ。皆明るい顔をしている。之が皆癌患者なのたと思われるほどだ。又、病室も立派で風呂・便所付きの一人部屋から、四人一部屋まで皆一流ホテル並のベッド・寝具・枕頭台である。四人一部屋の部屋が七室で一病棟単位で廊下をへだてて洗面所、風呂場、汚物処理室、汚物消毒室、配膳所、診察室、看護婦控室、カルテ室等がある。風呂場では病棟看護婦が電気ボタンを押すと浴槽が上下に又傾斜したりするのを見せた。どの部屋も明るく清潔で室温の調節や換気が十分出来る様になって居る。又、ベッドも電動式で上下に又半傾斜したり又病棟と看護室と話が出来る様になっている。これなら看護人も楽だし、日本の様に腰痛を訴える看護人や付添者が居ないわけである。病室を廻っているうちに建物と建物の中間の空地に日本式庭園を形どった庭が設けられていたのには、お箱を奪われた感じと懐しさが胸に迫る。日本ムードは米国丈と思ったら英国の病院の内にもあるとは。



病院のすみずみや狭い空地まで無駄にしていない細い着眼、気のくぼり様に敬服した。午後1時私等は食堂に案内され、一枚のおぼんを手にしてカウンターを歩いてゆくと炊事係がおさらに適当の量の肉や野菜の料理を何種類かの中から希望を聴きながら盛り付けてくれる。大体4から5種類の外に、デザートとしてプリン及びコーヒーの接待でした。仲々栄養価の高いものを上手に英国風に調理してあった。私等に特別今日は御馳走を作ったものと思われたが、英国人は昼は案外簡単にサンドウィッチとコーヒー位ですませるのが多いと聴いていた。食堂を出て応接室に帰ると、ワインを接待して頂いた、ブドウ酒である。彼等は昼の2時頃と夕食後にワインを飲むのが普通との事だった。病院見学の日程を終え順天堂元山瀬助教授と地下鉄で王宮広場に行く為に保険医返上スト決行前夜の病院の門を出た。

## 理 事 会 (12月23日)

- 1) 自治体との会談 (学校医、予防注射手当)
  - 学校医 月額2万、管理職手当 月額5千
  - 予防注射 1万3千円 (要求通り)
  - その他予防注射協力費として月額30万円を医師会にいたゞける事になった。
- 2) 医師会敷地買収について (理事会承認)
  - 詳細は総会記事参照
- 3) 6~9ヶ月児検診手当支払について
  - 10月分までしか入金していないが12月分まで1日2万を支払う事に決定。
- 4) 新人会員
  - 谷本秀司先生 内科 博仁会診療所
  - 滝浦復平先生 小・内科 滝浦医院

## 第 二 回 臨 時 総 会

(12月24日)

### 地区医師会長協議会議題

(12・19)

- 1) 中医協の現況について (別紙)
- 2) 職域病院の機能について (別紙)
- 3) 昭和49年度中の救急患者損失医療費の取り纏め及び申請について (配布済み)
- 4) 昭和50年度医療関係施設調査の実施について (配布済み)
- 5) 学術講演会の開催について
  - (1) 51年1月21日 於朝日講堂 午後1時 癌の早期診断について (通知済み)
  - (2) 51年2月12日 (木) 午後1.30分 於朝日講堂 癌の化学療法について
- 6) 医事紛争事件の現況について (略)
- 7) その他
  - 予防注射の方法が変る件 (後日通知)

議題 医師会館敷地の拡充整備について

資格審査の上総会成立し、議長一任の上署名人として米山、波田野先生が指名された。議題に付いて会長説明あり。要点としては医師会将来のため決行したい。坪24万、51年一杯にサラ地にして引き渡す。総坪148.28坪、内金として500万程度の支出が必要であるが、本会会計の積立金があるためこれを充当する。

資金を銀行から借り入れて購入する。

会計の積立金を使用すること。

以上すべての件が満場一致で可決、承認された。引き続き瀬戸岡副会長から尚詳細な補足説明があった。

菱山理事より支払完了に10年を要する事になるが、会員の協力を得て短縮する事を考えてはどうかとのご意見あり。

石森先生より購入その他に付いて賛成の意見発表。近藤先生より地上権の問題に付いて質問、これに対し会長より全く問題ない様契約をすること。更に明、25日契約を行う予定との発言あり。

午後3.10時無事終了した。



## 法律相談

## 土地や家屋の売買に

## どんな注意が必要か

顧問弁護士 鈴木 禧八

売買契約の場合まずその所有者が誰かを確かめることが必要です。それは不動産の場合は登記簿によります。唯登記簿上その人の名義になっていない場合があります。これは少ないのですが他人の名義にしてあって、その名義人がその土地建物他の人へ売ってしまう場合もあります。

所有者と云うのは必ずしも登記上の名義人でない場合があります。私が扱った例でも色々な事情で自分の名義にしておくのが都合が悪いので、他人の名義を借りている場合があります、こういうときはその人が本当の所有者でないという場合があります。唯そうしたときでもその所有名義人から買った場合に、その売買契約が必ずしも無効でない場合もありますが、トラブルのもとであることは確かですから、これは先ず所有者が誰かと云うことをはっきりさせなければなりません。

特に田舎などでは既に名義人がなくなっていて相続が行われており、特に長男か誰かが売ることがありますが、こうしたときは相続の関係をはっきりして、所有者が誰かを明確にしなければなりません。

後は所有者がわかっている、当該売買の相手つまり契約者が必ずしも本人でないことがあり、例えば不動産屋とか又は誰かが代理人で契約を締結することもあります。この際は代理権があるかどうか、これは通常は委任状で確かめます。しかし委任状も偽造と云うことがありますから、必ずしも100%間違いがないとも云いきれません。そこで委任状の判が実印であるかどうかを確かめます。それには印鑑証明書を添付してもらおうことになります。印鑑証明書があってそれに証明れた印鑑が押してあれば、通常の場合は間違いありませんが、これも他の目的に使うと云うことで印鑑を渡したらそうなったと云うことがあります。

その場合には法律的な救済はありますが、トラ

ブルのもとになるので、できたら本人に確かめる必要があります。そうしないとかりにそこまでの代理権を授けてなかった場合に過失が買主にあると認定されることがあり、売買契約が有効にならない場合があります。

従って前の段階で所有者、実際に契約を締結するのは誰か、代理権をその人が持っているのか、これを確かめるのが第1の問題です。

次は物権の特定と云うことですが、大事です。通常私達は物を売買する場合に、その物件を手持っているのが普通ですが、土地は離れた所にあるとか、現実には物を見ないで売買することがあり得るのも、かりに見てもその土地の番地が、例えば別荘等では、これが当該土地であると云われても、それがはたしてその番地であるかどうかを登記簿を以て特定するわけですが、登記簿上の土地がはたしてその土地であるかどうか非常に難しい場合があります。

従って十分に現地を確認していないと、特に北海道の土地を買ったが、非常ながけっぷちを買ってしまうとか、色々な問題があります。

土地を見ている場合も物権の特定と云う場合、何番地を買うのか、どの範囲を買うのかと云う現実の範囲を明確にしなければなりません。それをしないと、自分は何番地でここまで買ったつもりでも、それは実は他の地番であったと云う様なこともあります。つまり売買の対象を明確にすることが、つまり現実に指示を受けるとか、登記簿で確定することが必要です。(未完)

(西多摩医師会では鈴木禧八先生を顧問弁護士にお願いして、毎月第2水曜日午後1.30～4.00本会事務所で会員のために法律相談をお願いしています。但し2月は10日になります。私達の周囲には色々な法律的に解決を要する問題があります。些細なことでも結構ですから会員の利用をお待ちしています。法律相談は無料で、秘密は守ります。急を要する場合は原田事務長に連絡していただければ、先生の法律事務所、又は自宅へ連絡します。)

## 吉沢行雄君を悼む

小泉新策

謹んで故吉沢行雄先生の靈に弔辞を捧げる。

君は旧歳十二月卅一日午後一時卅分東急病院に於て医局各位の手厚い治療のかいもなく遂に他界された。行年六十二才。病名原発直腸癌の内臓転位癌とのことである。

君は昨年二月体の不調を気付き痛研にて直腸癌の診断の下に手術を受け、一時退院後診療に従事して居たが同六月再度入院、以来東急病院にてその最後を看とられたのである。

この間、献身的に治療の労をとられた医局各位の御厚志に深甚なる謝意を表するものである。君にとってはこれからが真に活動の時であったのに残念なことである。

君は幼時に賢父を失い檜原村で小学校を卒えて上京し全盛であった叔父のもとで経済的には何不自由なき環境で芝中から日大医科へと進学した。医科は亡父の願望でもあったのでその意志を継いでの進路であったのであるが、昭和十四年卒業後済生会病院に勤務、間もなく、軍医予備員として応召、翌十五年に北支派遣となり以来転戦して太原地区にて終戦を迎え、その後は抑留され、同卅一年九月最後の引き揚げ者として十七年振りに内地の土を踏んだのであるが、抑留中は一労働者として強制されて来たので医療からは遠ざかって居り、改めて医学を修めねばならず、親戚や同窓先輩の援護のもとに学修に励み、日大に於て学位を授与され、一方卅四年より同志と共に西荻窪診療所を開設したが、縁あって同卅七年増戸診療所へ招聘されることとなり以来五日市町の直診医療を担当されたが、同四十二年より伊奈診療所を独立開設して今日に至ったのである。

君は性極めて温厚篤実、絶対に骨惜しみせず夜となく昼となく、よく地域住民の健康管理に奉仕された。為に信望絶大で診療所は毎日門前市をなす盛況であった。又町の衛生業務にも保健所のそれにも極めて積極的に協力を惜しまなかったし、又医師会にあっても医道

審議会委員や定款改正委員に推されて、よく職責を果された。又南部秋川ブロックの支部長の現職もあって正に席温まるの暇なき多忙な活躍振りであったわけである。

君は常日頃、口癖のように「抑留中のプランクを取り戻さねば」と云って居られ、心の焦りを感じさせられて居たが、今日あるを予感されて居たのかと胸のつまるものがある。

これからは真に人生の価値を発揮すべき時であったのに。哀惜の念に堪えない。

まだ後には八十八才の老母も健在であり、弟妹六人、養育を担当された叔父、妻子、特に嗣子は高校二年生、これ等さぞかし、心残りであったろうに。人生無常は何人も破ることの出来ない鉄則ではあるが痛ましいことである。御遺族の悲嘆の程如何ばかりか、お察しするに餘りあるものがある。然し乍ら世の中のこととは凡て時が解決してくれる。じっと悲しみに耐えていれば臆ては自ら時と所を得て春風駘蕩たるの機運が廻り来るものである。されば静かに安らかに心置きなく冥福されんことを祈念して、哀別の辞とする。合掌

昭和五十一年一月八日

## 平野孝治君を偲ぶ

福生病院 岸田 壮一

我々が慶応義塾大学医学部予科に入学したのは昭和五年であるから、既に四十六年即ち半世紀近くが経過したことになる。その頃の紅顔の美少年も今や光頭白髪を歎ずる年令になった。そしてポツポツ生を終えるものが出るのでその度に存りし日の面影を思い出して懐旧にひたることが多い。

ところが平野孝治君にはそうした思い出が殆どない。彼は極めて目立たない存在であったからである。昭和五年から予科三年間、本科四年間を一緒に過ごしたのであるから、誰もがその間何か特別奇抜なことをしたり、大失敗をやらかして皆に迷惑をかけたりすることが何回かあるものだが、平野君にはそうしたことが全く記憶に残っていない。

入学したばかりでお互にその素性や人柄もよく知らない頃、ドイツ語の時間などで訳読や暗誦を当てられたとき、トギレトギレに武骨に堅苦しく、しかもやや早口で答えていたのが目に浮かぶ。例えばまだよく教わらないことを試験されたりして皆が大いに憤慨している時など、一緒になって口を尖らせて発言してはすぐワハハと相好を崩して笑った。

平野君は朴訥であり、実直であり、又真面目でもあったが、ガリ勉型ではなかった。麻雀、撞球、ダンスなど遊びの仲間にも加わらなかったし、スポーツのグループにも入らなかった。

昭和十二年我々は卒業したが、引き続いて入局する教室について皆がガヤガヤ騒いでいる時も平野君はその渦に巻き込まれなかった。もう就職することを決めていたようであった。これは甚だ異例なことで、陸海軍の軍医依托学生の他は一応はどれかの教室に籍を置くのが常識であったからである。

その後平野君の消息は消えてしまった。尤もその年の七月には芦溝橋で事変が起って戦争が拡大して、殆どが軍隊に入ったので、誰

が何処で何をしているかは多くは分らなかった。

戦争が終って追々世の中が落付いて来ると学位論文作成等の目的でそれぞれの教室へ戻って来たので各自の現状も少しずつ判明するようになったが、平野君は現われなかった。クラス会等にも出席しなかった。ただ誰いとうとなく祖先伝来の地で自宅開業していることは伝わってはいた。

平野君が府立二中の出身であることも変わっているといえば変わっていた。我々の頃の東京府立中学校は八中までであったが、何れも旧東京市の十五区内か若しくはその周辺にあって、二中だけが離れた立川にあった。そこでさえ随分辺鄙だと思ったのに、更にそれから奥へ入るのだから大変な田舎であるような印象を持った。遂に彼は花の都会に出ることなく、田舎医者で生涯を終えるのかと気の毒にさえ思えた。

人間の運命は何がいいのか分らない。私は国立の病院等を転々としていたが、結局還暦に近くなって失職した形のところを拾われて福生病院に勤めるようになった。昭和四十六年の秋であった。

来て見ると平野君が入院していた。卒業後三十四年振りであった。頭髮は薄くなり顔の皺も深く刻まれてはいたがそう変わってはいなかった。早口の話言葉も学生時代の通りであった。主治医であるO博士に聞いても何の病名かよく分らなかった。隣疾患のようでもあったが程なく快くなって退院して行った。秋川溪谷に魚釣りに来るように私にいつて帰ったが、私の怠惰癖から遂に出かけなかった。

平野君はもうこの頃は本気で仕事する気はなかったようである。

昨年末に又入院して来た。腰が痛むとか歩行がづらいとかいっているので、大方脊椎変形症の類であろうと整形外科で診ていたようである。N博士が股関節のX線写真を見てどうも癌の転移らしいといい出した。食欲も落ちたといっているので胃の検査をすると、相当進行した癌でもう手術の適応を過ぎていた。

本人は既にそのことを知っていたようである。私が行くと、もう駄目だとか、いよいよ臨終だとかヤケ気味に自分からいうので私は何と答えていいかわからなかった。ただ昨秋近所の老人達と或る温泉に行った話を如何にも楽しげに何回も繰り返していた。

私は年末の休暇に入ると妻を伴って欧州へ観光旅行に出た。休み中に平野君が死んでしまわないかと心配であった。それは私が今彼と最も近い間柄に居るので、もしもの時は私がクラス委員に連絡通報しなければならなかったからである。

帰って見るとまだ生きていた。衰弱の度は大分進んでいた。ただ秋川市の有力者達が頻繁に見舞に来て病室の空気が変わっていた。するとその翌十三日急に退院することになった。私は車に乗って彼の家まで従って行った。

平野君の家は秋川溪谷を南に望む日当たりのいい傾斜地に林に囲まれて建てられていた。もう古い家らしいが、住むということだけを考えればこれよりよい処はあるまいと思われる位であった。彼の人と争わない穏やかなしかも無口の性格もこの土地に哺くまれてなったのかも知れない。人に言えない苦勞も困難もこの山や河が忘れさせて呉れるのであろう。十五日の休日が過ぎて十六日に出勤すると

平野君は昨日亡くなったことを知らされた。そしてその翌十七日午後葬儀であった。自宅から少し南へ下ったお寺の本堂で行われた。寒い日であったが、よく晴れた好天気であった。僧侶の読経につれて焼香する人々の列を私は無心に眺めていた。種々の階層の人が続いた。心なしかそれらの人々の身なりも小綺麗でサッパリしているように見えた。他人と全く交際しないように見えた平野君もよく親しい人の心をつかんで信望を得ていたことが目の当り見られた。重ねていうが平野孝治君は目立たない人であった。それだけ実直であり誠実でもあった。そして生涯目立たなかったように目立たないでこの世を去った。

本稿は平野孝治君を悼む文章としての体裁をなして居ないであろう。でも君はその意のあるところを知ってくれるであろう。

昭和51年2月1日発行

発行所 西多摩医師会

東京都青梅市西分3-103

TEL (0428) 23-217 (代)

会報編集委員 大河原 周 丸茂三千穂

平林 信隆 松原 貞一

米山 秀雄 木野村幸彦

健康に奉仕する

中村薬品株式会社

TEL 本社0424(82)8211(代)中央店03(357)1731(代)



八王子中村薬品株式会社

TEL (04264)0912(代)

迅速、確実なサービス強化

# 東洋信販 とはこんな会社です

当社は先生方だけに白衣から別荘ライフの夢までを提供する特殊商社で、資本金1億9900万円、年間売り上げ60億円、社員全員働くモチベーションとして、「仕事は生活の手段にあらず、人生の目的である」という動機づけの完了している、ヤング・エリートのもーレッツ集団であり、新聞、雑誌、コンサルタント業界では、たびたび記事や講演の引合いに出されている、完全実力主義会社で、社員のより豊かな生活と、より価値高き職務につくことを企業目的とする一風も二風もかわった会社です。

東洋信販はこんなこともやっています。

## ①先生方を株主に

- ◎ 1口10万円 1人6口まで
- ◎ 年配当1割2分7厘
- ◎ お買い物が更に5%引き
- ◎ 年1回株主総会へご招待

## ②サービス事業

- ◎ 医院経営等の税務相談
- ◎ 法律相談
- ◎ 従業員の募集と定着のお手伝い
- ◎ 経済事局等の勉強会

**2月15日(日)は、  
三多摩の先生方の節税セミナー**

● 詳しいお問合せは ●  
☎ 0425(52)6341

 株式会社 **東洋信販**

代表取締役・大谷昭雄 設立・昭和24年8月 経営総資本・240億

本社・東京都渋谷区代々木4-27-25 ☎ 03(379)5111(代)

**三多摩第二営業所・東京都福生市熊川字武蔵野1633 ☎0425(52)6341**

所長塚原純二 佐藤洋一 新井静子