

西多摩医師会報

創刊 昭和47年7月

第415号 平成19年7月



『いづれがあやめか……』

森本 晋

目 次

	頁		頁
1) 西多摩医師会総会開催	広報部 … 2	10) 伝言板	広報部 … 15
2) 阿伎留医療センターの 新たな品格の創造に向けて	荒川泰行 … 3	11) 青梅市立総合病院外来診察分担表 公立福生病院外来診療担当医表 公立阿伎留医療センター外来部門診療担当医表	広報部 … 16
3) 西多摩三師会開催	広報部 … 4	12) 広報部インフォメーション	広報部 … 20
4) 専門医に学ぶ	長坂憲治 … 5	13) 理事会報告	広報部 … 21
5) 学術部インフォメーション	学術部 … 7	14) 会員通知・医師会の動き	事務局 … 23
6) 糖尿病網膜症について	松木奈央子 … 8	15) 表紙のことば	森本 晋 … 24
7) 感染症だより	西多摩保健所 … 10	16) あとがき	道又正達 … 25
8) 新入会員紹介	広報部 … 11	17) お知らせ	事務局 … 25
9) 連載企画 放鷹道楽 5月の読書	大山高広 … 11 宮下吉弘 … 13		

西多摩医師会総会開催

広報部

平成 19 年 5 月 30 日（水）、フォレストイン昭和館にて平成 19 年度第 1 回西多摩医師会総会が開催された。開会宣言の後、議長には宮川栄次会員が指名され（議事録署名人：坂本保己、石田信彦会員）会長挨拶、物故された先生方への黙祷に続き以下の議案が審議された。

1.（報告事項）平成 18 年度各事業部活動報告

1.（審議事項）

第 1 号議案 平成 18 年度収支計算につき承認を求むる件

第 2 号議案 平成 18 年度預かり金につき承認を求むる件

第 3 号議案 平成 18 年度西多摩医師会互助会収支計算につき承認を求むる件

第 4 号議案 定款施行規則の改正案につき承認を求むる件

1.（監査報告）平成 18 年度監査報告

以上の報告事項、審議事項、監査報告の案件は審議の結果、すべて承認された。

なお 4 号議案の「定款」とは第 50 条（病院理事の選出）に示される以下の文面を指す；

第 50 条 定款第 12 条に規定する理事のうち 1 名を青梅市立総合病院、公立福生病院及び公立阿伎留病院の 3 病院間の互選により選出（以下病院理事という）。

この文面の中で「公立阿伎留病院」を名称変更し、「公立阿伎留医療センター」と改正する事が承認された。

総会の後、平成 19 年西多摩医師政治連盟、東京都医師政治連盟西多摩支部総会が開かれ、あわせて平成 19 年青梅青色申告会医師会総会も開催され各事業報告、収支計算報告、預かり金、などについての案件が審議、承認された。なお医師会総会に先立ち、新任の公立阿伎留医療センター荒川泰行院長の講演が行われた。（そのごく一部ですが院長就任の挨拶が次頁に掲載されています。）すべての総会の終了後に隣室で懇親会が開かれ定刻に終了した。

文責：鹿児島 武志

「阿伎留医療センターの新たな品格の創造に向けて」

公立阿伎留医療センター院長 荒川 泰行



平成 19 年 3 月 31 日で日本大学医学部消化器肝臓内科を定年退職し、4 月 1 日付けで公立阿伎留医療センターの院長として赴任致しました、荒川でございます。80 年有余年の長い歴史と伝統を有して全国自治体病院の草分け的存在である本医療センターの舵取り役としての重責を担います事は私にとりまして大変光栄に存じますとともに、一方でその責任の重大さを痛感致しております。

医療費抑制策の下で財政優先の立場に立った医療制度の相次ぐ改革、人口の少子高齢者社会への移行に伴う疾病構造の変化、患者の人権と権利意識の高まり、IT を用いたデジタル情報化の進展、初期医師臨床研修制度の必修化、地域医療における医師不足と医師の地域別・診療科別偏在、頻発する医療過誤報道に伴う国民の医療不信など、医療を取り巻く環境が大きく変革し、かつ厳しさを増しております。この先、我が国の医療の崩壊さえも懸念される状況の中でありまして、今日の時代背景の潮流に即した変革・改革が私どもの医療センターにも求められていることを私は強く認識しております。

これまで 40 年間大学病院で培った知恵と経験を生かして西多摩医療圏における地域医療の諸課題に取り組みながら新しい使命に全力を尽くして、重責をまっとうする所存ですので、皆様方の温かいご支援とご協力を賜りますことを宜しくお願い致します。

当院職員の一人一人が持ち合わせている叡智とエネルギーを「病を克服しようと悩み苦しんでいる患者と家族のために、そして当医療センターの医療の質とサービスの充実・発展」のために結集し、一人一人の力は小さくとも、多くの職員が同じベクトルに向かって収束すると、より大きなエネルギーとなり更に大きな仕事が達成できるのではないかと私は思います。「現状維持は退歩の始まり」とよく言われていますが、職員各自が自らの立場で患者にとって、より良い病院づくりのために、さらに「Next think one more」すなわち「プラス 1」を考えて行動に移すとより活力の満ち溢れた品格のある医療センターになりうるのではないかと考えている次第です。

当医療センターは、昨年 8 月に旧施設の公立阿伎留病院のハードとソフトを全面的に刷新して医療センターとして開院したばかりの施設ですので、院内のインフラ整備など療養環境の改善は十分図られています、医療の質とサービスの一層の向上と安全の確保、また医師を始めとする人材確保の推進と組織強化、そして経営の効率化と財務の健全化が直面する大きな課題です。今後は病院管理組合の構成自治体であるあきる野市、日の出町、そして檜原村 3 市町村となお一層緊密に相談・協議し指導・助言をいただき山積する諸問題の解決と改善に向けて最善の努力を払う所存です。また医療の現場におきましては西多摩医師会の一員として医師会員の開業医の先生方あるいは各病院の勤務医の先生方と密接な連絡をとりつつ西多摩全域の医療の発展と向上に向けてたゆまない研鑽・努力を捧げる所存です。今後とも宜しくお願い申し上げます院長就任の挨拶とさせていただきます。

西多摩三師会開催

広報部

西多摩三師会総会が6月16日(土)午後5時より昭和記念館で開催された。

鏡歯科医師会会長により開会宣言、真鍋医師会長(三師会会長)の挨拶がなされた。議案内容として平成18年度事業・庶務報告および収支決算報告、また19年度事業計画、予算案、役員改選などが審議され、すべて滞りなく承認された。針生薬剤師会会長により閉会宣言が行われた後に井上信治衆員議員の時局講演会が行われた。(講演の内容要旨はおおよそ以下の通りです。)

介護保険事業については昨年より制度改革が施行されたが、コムソンの不正請求の件以来、さらに介護保険事業に対する国民の信頼感が揺らいだ感がある。介護保険法の理念の出発点は介護の社会化であった。戦後日本の介護は主に家庭内で行われてきたが、人口構成や社会情勢の変容により法律が制定された経緯がある。今回の介護保険法の改正に伴ない諸問題が湧出してきた。細目については現実には不都合な一側面もあるが、介護保険法もまだ歴史が浅いため、私は介護問題を将来にわたって大局的、長期的な展望に立った法制面からも適切に捉えるべきであると思っている。介護現場の内容あるいは介護に携わるスタッフの待遇面などの諸問題も提起されているのは十分承知しているが、いずれにせよ根本的な問題は財源であるので、高齢者社会を迎えるにあたり、さらに内容のよい程度の介護内容や給付をカバーするためには国民のさらなる理解が必要である。例えば、高齢化社会に伴う人口構成の変化に対応した社会保障制度を維持してゆくためには介護保険財政は医療保険のような社会保険制度にするか税金負担かで負担も異なってくるであろうが、結論が出るまでには今すこし時間が必要である。

医療制度改革について診療報酬改定は前回-3.14%の最高の減額幅になったが、我々は高率な減額幅を経済情勢に応じて今後診療報酬をどうするかを鋭意検討中である。後期高齢者についても医療費の負担が高ずる時期であるので限られた財源の中で後期高齢者制度をどのようにするか、こちらも討議してゆかねばならないと考えている。また医療法人の持分に対する税負担あるいは相続に関する税制改定も現在はまだ最終的な結論は出ていないが厳しい財政面から予想するに今後は負担支出がおそらく増加の方向であろう。先生方も医療法人改正法には多いに関心のおありになる点は承知しており、私もこの件に関しては慎重に考慮してゆきたいと思っている。

年金記録簿の管理体制に端を発する年金問題は、社保庁の不手際として忽然と世に出てきた感がある。我々にも知らされていなかったが、政府の基本理念は年金支払者である国民への年金給付はその公平性が基本方針であるという点だ。とにかく年金手帳の記録・管理方法の不手際については整理スケジュールを限定された期日までに間に合うように努力することが急務である。また先刻委員会で採決された、以前からあった年金給付の5年間の時効撤廃(受給権時効の撤廃)に関する裁断に対しては与野党で考え方の違いはあろうが、ある程度評価されてもよいのではないかと。そして年金問題に関しては今後とも適切な法律の制度化、整備が重要である。年金給付に対する国民の信頼感の欠如の回復が現在、将来にわたり何より大切である。この点については社保庁組織の構造的な問題点もあり、我々は社保庁の機構改革を提起しており、適切に今後は正されてゆくべきだと思う。

文責：鹿児島 武志

専門医に学ぶ 第31回

問題

【症 例】80歳男性、元事務職

【主 訴】頸部～肩、下肢の疼痛

【生活歴】タバコ：20～55歳、30本/日、アルコール：日本酒1合/日程度、輸血歴なし

【既往歴】【家族歴】特記すべきことなし

【現病歴】平成18年5月中旬より、肩から上腕にかけてのだるさがみられ、軽い庭仕事程度でも疲れやすいと感じるようになった。症状は徐々に増悪し頸部～肩～上腕、臀部～大腿の疼痛が出現。6月中旬には、こわばりと疼痛のため起き上がることも困難となったため、精査加療目的で入院となった。

【入院時身体所見】

身長163cm、体重65.2kg、体温37.2℃、脈拍80/分・整、血圧131/80、意識清明。

頭頸部異常なく側頭動脈の圧痛なし。頸部で血管雑音聴取せず。胸腹部異常なし。

四肢では軽度の筋把握痛あり。関節腫脹なし。肩関節の可動域制限はないが疼痛のため上肢の前方・側方拳上は90度までしかできず。

神経学的所見では異常はなく、筋力低下はないものの疼痛のためベッドから起き上がることはできず。

眼科的診察では異常なし。

【入院時検査所見】

〔赤沈〕119mm（1時間値）

〔尿定性〕蛋白（-）、潜血（-）、糖（-）

〔血算〕WBC 7780/ μ l（N 73.0%、Ly 18.3%、Mo 6.9%、E 1.3%、B 0.5%）、RBC 422×10^4 / μ l、Hb 13.2g/dl、Ht 39.4%、Plt 29.7×10^4 / μ l

〔生化〕TP 7.7g/dl、Alb 3.1g/dl、T-Bil 0.8mg/dl、AST 32IU/l、ALT 22IU/l、LDH 178IU/l、 γ -GTP 36IU/l、ALP 181IU/l、CK 22IU/l、UA 4.1mg/dl、BUN 12.4mg/dl、Cre 0.76mg/dl、Na 139mEq/l、K 3.9mEq/l、Cl 102mEq/l、Ca 9.0mg/dl、TC 112mg/dl、随時血糖 124mg/dl

〔血清〕CRP 18.08mg/dl、ミオグロビン 32.7mg/dl、IgG 1156mg/dl、CH50 38U/ml、RF7U/ml、抗核抗体 陰性、抗Jo-1抗体 陰性、MPO-ANCA 陰性

〔胸部 Xp〕異常なし

〔頸部・胸部・腹部・骨盤部 CT〕異常なし

〔血液培養〕陰性

- 診断、鑑別診断は？
- 治療法は

【診断と治療経過】

青梅市立総合病院 リウマチ膠原病科 副部長 長坂 憲治

本症例の特徴として、①高齢者、②比較的急性に発症、③頸部・肩を中心とする筋痛、④炎症反応の著明高値、があげられ、リウマチ性多発筋痛症（PMR）を強く疑った。鑑別すべき病態として、a多発性筋炎をはじめとする炎症性筋疾患、b血管炎症候群、c関節リウマチ、d感染症、e悪性腫瘍などがあるが、aは筋力低下や発疹、筋原性酵素の上昇がないこと、bは側頭動脈の異常および血管雑音やCTで動脈壁異常がないこと、皮膚所見や検尿異常・腎障害などがないこと、MPO-ANCA陰性であること、cは関節腫脹などの関節炎所見がないこと、d・eは細菌学的検査や体幹部CTなどで異常所見がないこと、から否定された。

以上よりPMRと診断し、prednisolone（PSL）20mg/日を開始したところ、速やかに解熱するとともに筋痛も著明に改善した。治療前には上肢の拳上やベッドからの起き上がりが困難であったが、治療2日後にはこれらの動作をスムーズに行えるようになった。また1週間で炎症反応も正常化したため退院とし、以後はPSLを漸減している。

【解説】

PMRは高齢者に発症する上肢帯、下肢帯の筋痛・こわばりを主訴とする疾患である。本疾患は発症率に地域差があるものの決して珍しい疾患ではなく、米国では50歳以上における発症率は10万人あたり54.8と報告されている。原因は不明であるが、側頭動脈生検で血管炎を認める場合があること、FDG-PETにおいて動脈壁に取り込みを認める症例が多いことから、PMRの病態の多くは血管炎に起因すると考えられており、特に巨細胞性動脈炎（臨床的には側頭動脈炎、大動脈炎症候群など）との関連が指摘されている。

症状は、頸部や両肩、上腕、骨盤部～大腿部の筋痛とこわばりであり、本症例のように手をあげられない、起き上がれない、ということもある。また肩、手、膝などの大関節に関節炎を伴うこともあるが筋痛に比較して軽微である。無治療では症状は持続し、微熱、倦怠感、体重減少なども呈するようになる。検査所見では赤沈、CRPなどの炎症反応が陽性となるが、筋炎ではないのでCPKは上昇せず、また特異的な自己抗体も存在しない。

PMRの診断に関して、複数の診断基準が提唱されているもののスタンダードな基準は存在しない。しかしこれらをまとめると、①50歳以上、②頸部・両肩・上腕・大腿などに1か月以上続く疼痛・こわばり、③赤沈亢進（40mm/h以上）が重要であることがわかる。一方、これらの所見はPMRに特異的とはいえず、またステロイド療法を長期に必要とすることからも、他のリウマチ性疾患や感染症、悪性腫瘍をきちんと除外することが大切である。合併症として側頭動脈炎が有名であるが、本邦ではまれである。

治療はステロイド療法を行う。PSL 15～20mg/日より開始し、症状や炎症反応を参考にして徐々に減量する。治療効果は数日以内にみられ、逆に効果が乏しい場合は診断の見直しを行う。ステロイド剤は副作用に注意しながら1～2年かけて減量、中止をめざすが、少量の維持療法を必要とする症例も少なくない。生命予後は良好である。

このように、PMRには特異的所見は存在しないものの臨床像は非常に特徴的である。高齢者では頸部痛や両肩痛を主訴とするケースも多いが、治療に難渋する場合は病歴、身体所見、検査所見（特に炎症反応高値）を再確認し、PMRを疑うことも大切である。さらに、PMRを疑った際は、上記の鑑別診断を慎重に行うことを心掛けたい。



学術部 Information



《学術講演会要旨》

日時：平成19年5月28日（月）

場所：公立阿伎留医療センター 地下1階講堂

演題：「肝癌抑制を視野に入れたC型慢性肝炎の新しい治療のパラダイム」

講師：公立阿伎留医療センター院長 荒川 泰行 先生

慢性肝炎が21世紀の国民病言われてから久しいが、最近増加傾向にあつて臨床的のみならず社会的にも重大な関心を引いている。現在、日本人の3大死因は悪性腫瘍、心臓疾患、脳血管疾患であるが、3人に1人が悪性腫瘍で死亡する時代に入っている。その中で、肝癌による死亡者数は年間3万5千人を超えて、全悪性腫瘍死亡順位の男性では第3位、女性で第4位に位置している。

しかも、わが国の肝癌の大半は肝硬変を伴い、また肝硬変は高率に肝癌を発生する特徴がある。慢性肝炎から肝硬変へと病態が進展する過程で、反復して持続する肝細胞の変性・壊死と炎症、そして肝細胞の不規則再生に伴って肝癌関連遺伝子異常が蓄積されて、低癌化状態から高癌化状態へと悪性ポテンシャルが高まりながら多段階的に進展して高分化型肝細胞癌が発生し、さらに低分化肝細胞癌へと進行していくものと考えられている。したがって、慢性肝炎・肝硬変は肝癌の前癌病変であり、「慢性肝炎なくして肝癌の発生はなし」という認識が大切である。わが国では、150～200万人のC型肝炎ウイルスキャリアが存在すると推定されているが、肝癌患者のほぼ80%がHCV感染に起因し、HCV感染者は非HCV感染者に比較して約1,000倍の肝癌発生のリスクを有している。

肝癌の予防には一次予防が最も重要なことは論を待たないが、C型肝炎ウイルスキャリアに対し肝癌の高危険群を設定した1.5次予防、もしくは2次予防の視点から、その肝癌の潜在リスクを低下させるために、慢性肝炎へ移行した時点でインターフェロンとリバビリン等の抗ウイルス剤の単独、もしくは併用療法による早期コントロールが重要である。特に、2004年12月からPEG-IFN（ペグインターフェロン）とリバビリンによる新しい併用療法の導入によって、従来難治とされてきた1bで高ウイルス量のC型肝炎でも50～60%、そして1bかつ高ウイルス量以外のC型肝炎の90%のウイルス駆除率がそれぞれ達成することが可能となり、従来のIFNよりも高い有効性が確認されている。PEG-IFNは、合成高分子ポリエチレングリコールをIFNに結合させて高分子化したものであるが、抗原性の低下、体内停滞時間の延長、薬効の増強等の効力が期待できる。週一回の注射で済むので患者にとって利便性が高くなる。また、2006年4月から、IFN-βが1bの高ウイルス量以外の代償性肝硬変にも効能追加が承認されて、肝癌に最も近いC型肝炎の治療選択の幅が広がっている。

このようにして、従来のIFNに加えて、PEG-IFNとリバビリンの導入などによって、今日C型肝炎に対する治療薬剤の選択のスペクトルムが広くなり、かつ48週間の長期投与も普遍的になってきたために、肝癌の抑止を視野に入れて、ウイルスの量、遺伝子型、NS5A領域のアミノ酸の変異数（野生株、中間型、変異株）などのウイルス側因子と、年齢、性別、肝組織の線維化の程度、鉄代謝異常、肥満、糖尿病、インスリン抵抗性、高インスリン血症など宿主側のリスク因子の有無など病態背景を十分分析・評価し、いわゆる“テーラーメイド”をコンセプトとした新しい治療体系のパラダイムの構築が非常に重要な課題である。慢性肝炎を抑制し、また不完全ながら肝炎からの回復を図ることによって、高がん化状態から低がん化状態へと誘導して発癌から少しでも遠ざかるようにすることが重要となる。

糖尿病網膜症について

平成19年4月23日(月) 公立阿伎留医療センター

公立阿伎留医療センター 眼科医長 松木 奈央子

糖尿病のわが国の有病率は境界型を含めると約1600万人でその中の糖尿病網膜症(DR: diabetic retinopathy)の患者数は約680万人程度と言われている。また現在わが国の成人の中途失明の原因の上位である。初期の段階では自覚症状がなく症状が出現してからでは治療の時期が遅れることが多い。DRに影響する因子として血糖値、糖尿病の罹患期間、腎症の有無、妊娠などが挙げられ、特にHbA1cが1%上昇するとDRの相対危険度が71%上昇するとされ血糖コントロールが重要と考えられる。罹病期間については5年で5~20%に、10年で20%以上にDRが発生し、特に11年以上経過した患者の3%に増殖糖尿病網膜症が合併する。

分類は病期により単純糖尿病網膜症(SDR: simple diabetic retinopathy)、前糖尿病網膜症(PPDR: preproliferative diabetic retinopathy)、増殖糖尿病網膜症(PDR: proliferative diabetic retinopathy)の3つに分類される。病態は毛細血管レベルの網膜細小血管症で始まり網膜血管が障害され進展していく。眼底所見はSDRで毛細血管瘤、点状出血、硬性白斑が、PPDRで網膜内細小血管異常、軟性白斑、血管の拡張・蛇行がみられる。PDRでは新生血管が発生し破綻すると硝子体出血を生じ、増殖膜の発生と牽引性網膜剥離が生じる。

定期的な眼底検査がDRの早期発見と治療に非常に重要であり、進行例では蛍光眼底造影検査を行う。蛍光眼底造影検査によって新生血管や無血管領域の存在が明らかになりレーザー治療の適応を決めるのに重要である。

治療はSDRでは基本的に経過観察のみで、PPDRは無血管領域を生じている場合に網膜光凝固術(レーザー治療)を、PDRは網膜光凝固術や進行例では硝子体手術を行う。網膜光凝固術は新生血管の抑制と予防目的で行われDRの病勢を抑えるための治療である。視力を改善することが目的ではなくむしろ網膜の炎症や浮腫が進行し視力低下が進行することも少なくない。黄斑浮腫に対してケナコルトテノン嚢下注射がよく行われるようになってきている。

DRの問題点は全身合併症を合併していることが多く、成人の中途失明の原因の上位であり、有病率が増加しているにもかかわらずレーザー治療の時期を逃していることが多い。定期的な眼底検査を行うことで失明を予防することは社会的にも有用と考えられる。

以下に内科も眼科もほぼ無治療で初診時にPDRであった症例を提示する。

【症 例】 29歳 女性

【主 訴】 視力低下

【現病歴】 平成18年9月に下肢のむくみで内科を受診しネフローゼ症候群を指摘。

当院内科入院中に精査加療目的で眼科受診となる。

【既往歴】 平成13年、妊娠中に糖尿病を指摘されるも出産後治療を中断。

【初診時所見】

視力 Vd = 50 cm / HM (手動弁) (n.c.)、Vs = 0.09 (0.8)

眼圧右 24mmHg、左 18 mm Hg

前眼部所見：右眼虹彩に NVI (新生血管) (+)

眼底：右眼) 広範囲に牽引性網膜剥離 (図 1)、左眼) 新生血管が多数存在 (図 2)

【経過】 蛍光眼底造影検査後 (図 3) に左眼に対して網膜光凝固術を開始。右眼は眼底全体に及ぶ網膜剥離あり増殖硝子体症の状態であった。廃用性外斜視も存在し視力低下の期間が長いので積極的な治療はせず。

左眼網膜光凝固術後に黄斑浮腫が出現し左視力 (0.6) になるも平成 18 年 11 月にケナコルトテノン嚢下注射にて (0.7) と改善。

入院後の全身検査で高脂血症、高血圧を指摘され治療開始。血糖コントロールは入院後にインスリンを開始し、入院後 HbA1c 12.7% が退院時には 6% まで改善。

本症例は腎症、高血圧、高脂血症などリスク要因を合わせもっており若年であるものの PDR まで至っていた。入院後は内科と連携により早急に眼科的治療を開始できた。

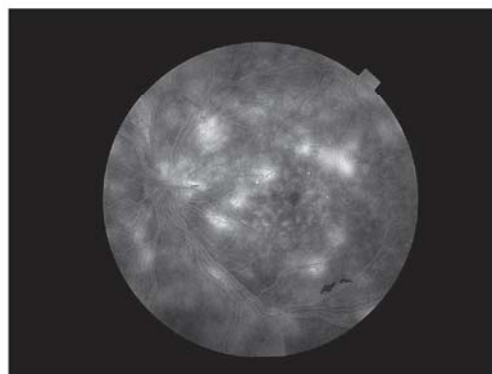
糖尿病網膜症は血糖コントロールが非常に重要であり、定期的な眼底検査を続け早期に治療を開始し適切な治療を行うことが必要と思われる。



(図 1) 右眼 眼底



(図 2) 左眼 眼底



(図 3) 左眼 蛍光眼底造影

感染症だより

<全数報告>

管内では第23週(6月4日～10日)に、腸管出血性大腸菌感染症(無症状病原体保有者)1件の報告がありました。血清型・毒素型はO157・VT2であり、西東京市内の学校での集団発生に関連した症例でした。

<管内の定点からの報告>

	20週	21週	22週	23週	24週	2007年 累計
	5.14～20	5.21～27	5.28～6.3	6.4～10	6.11～17	
RSウイルス感染症	0	1	0	0	0	13
インフルエンザ	0	0	0	0	0	1,664
咽頭結膜熱	1	0	0	0	5	17
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	10	13	4	2	4	94
感染性胃腸炎	24	20	23	6	17	582
水痘	17	10	9	23	9	252
手足口病	0	2	1	7	0	28
伝染性紅斑	4	11	6	2	9	111
突発性発疹	4	3	5	5	3	78
百日咳	0	0	0	3	0	3
風しん	0	0	0	0	0	2
ヘルパンギーナ	1	2	0	0	2	6
麻疹(成人以外)	0	0	0	1	0	1
流行性耳下腺炎	1	2	0	0	1	16
不明発疹症	0	0	1	3	1	5
MCLS	0	0	0	0	0	0
急性出血性結膜炎	0	0	0	0	0	0
流行性角結膜炎	2	0	0	0	1	7
合計	64	64	49	52	52	2,879

※基幹定点報告対象疾病<細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎(オウム病を除く)、成人麻疹>: 第21および23週において、マイコプラズマ肺炎各1件、第23週に成人麻疹2件の報告がありました。

<コメント>

・全国的には

インフルエンザは連続して減少しています。手足口病、伝染性紅斑は増加が続いています。伝染性紅斑は過去5年間の同時期と比べかなり多い状態です。水痘、突発性発疹はほぼ横ばい状態です。麻疹も第19週よりほぼ横ばい状態が続いています。成人麻疹については連続して減少しています。

・都内では

麻疹、成人麻疹の発生は高いレベルで推移していますが、減少傾向が見られます。麻疹は20週から3週連続して減少、成人麻疹についても第21週より連続して減少しています。南関東地域においても同様の減少傾向ですが、千葉県ではまだ増加傾向にあります。咽頭結膜熱、手足口病、ヘルパンギーナは増加傾向にあります。

・管内では

管内定点からは、麻疹1件、成人麻疹2件の報告がありました。この間、麻疹患者の増加とともに複数の学校で臨時休業措置がとられました。現在はいずれもほぼ終息しています。咽頭結膜熱が第24週に入り5件と増加、水痘、手足口病、伝染性紅斑、突発性発疹はほぼ横ばい状態です。

<お知らせ>

麻疹、成人麻疹の流行が高いレベルで続いているのですが、都内では第20週前後をピークとして連続して減少傾向が見られます。当管内でも、麻疹患者の増加とともに、複数の学校において麻疹の集団感染なども見られましたが、第25週現在、それらもほぼ終息いたしました。貴会所属の多くの先生方に、診断や治療、地域保健、学校保健の観点からご指導をいただきました。ありがとうございました。

都を含む南関東地域においても同様の減少傾向ですが、千葉県ではまだ増加傾向にあります。麻疹、成人麻疹については依然注意が必要です。

麻疹は、欧米諸国を中心とする多くの国々で既に『排除』された疾患です。日本もまた、国内からの麻疹の『排除』を目標としています。そのためには、①学校、施設などでは、1例でも発生した時は適切に対応すること、②流行下ではワクチン未接種の未罹患者は早期に接種を受けること、③1歳時と小学校入学前1年間の2回の定期接種を積極的に勧奨すること、の3点が特に重要とされています。患者さんや地域の方々をご指導いただく機会がございましたら、これらの点につき、何卒よろしくごお願い申し上げます。

(文責: 西多摩保健所保健対策課)

新入会員紹介

青梅市 土田医院 土田大介 会員



本年4月より父守一から土田医院（青梅市）を引き継ぐことになりました、土田大介です。

昭和45年に世田谷区に生まれ、翌年父が土田医院を開設して以来20年近くを青梅で過ごして参りました。千葉大学医学部を平成8年に卒業後は一般外科を中心に研修を続けておりました。私が青梅に戻ることを決意したことを受け、土田医院は本年1月に隣の敷地に建て替えられ、私は4月より父と一緒に仕事を始めました。

そんな矢先の父の急死はとても言葉で表すことの出来ないくらいのショックでありましたが、数日でも一緒に働けたことは私にとって貴重な財産であり、父に対して多少なりとも親孝行となったのではと切に願う毎日です。

現在は母（薬剤師）と妻（看護師）と共になんとか切り盛りしていますが、毎日が勉強の日々です。

若輩者ではありますが、長く育ってきた西多摩の地域医療に貢献出来るよう努めて参りますので、ご指導ご鞭撻のほど宜しくお願い致します。

連載企画



放鷹道楽

青梅市 東原診療所 大山高広

放鷹とは、鷹を使って何がしの獲物を獲ることを言う。従って、放鷹道楽とは、呼んで字のごとく、鷹狩りにうつつを抜かして家庭を顧みないことを言う。この言葉自体は、特別な造語でもなんでもないが、上記をネット検索するとこの名称のサイトがある。サイトの主も有名な方で、その道のプロでやはり鷹狩りをなさっている作家の先生である。しかし、かの先生の方は何でもお子が生まれ、鷹狩りは一時休止とのことらしい。従って到底家庭を顧みないとはいえない、立派なお方である。

一方、私はここ十数年断続的に鷹狩りに興

じている。もちろん猟期があつて一年中ではないものの、なかなか足を洗えないでいる。今となつてはゴルフのように金はかからないし、一日中野山を歩き回っているので健康に良いから、と半ば強引に家族を説得している。鷹狩りは楽しいからやっつてはいるのだが、苦しいことのほうが圧倒的に多い。

ここで、基本的なことを一言。鷹はそのまま放したら鳩のように飼い主の元に戻るといったことは無い。餌を減らして体力を落とし餌欲しさのために人間の元に戻ってくるように訓練する。と、同時に本来の捕食者としての性質をできるだけ失わないようにして、獲物

に向かうようにするのである。使用する主な鷹の種類は、オオタカである。皆さんもよくご存知のとおり、今となつては日本ではごく普通の野鳥である。しかし、増えたのは各地での自然保護活動の寄与もあるが、何より鷹としての性能や順応性が優れているからだろう。そのせいかオオタカは日本のみならず世界中の北の地域に広く分布する。他に有名なものが、ハヤブサであるが、ハヤブサは干拓地や雪原、海上などの見通しの大変良い広大な場所で上空から獲物を蹴落とすという狩の方法をする。日本の狩場でそのような場所は皆無ではないが、ほぼ無いのでハヤブサは基本的に使用できない。日本の狩場ならオオタカのほうが圧倒的に猟果が上がる。他にオオタカよりはサイズは小さいが、小型の鷹も使われる。これらの鷹では、ムクドリやキジバトを狙う。また鷹は小型になるほど性格がきつくなる傾向がある。従つてある意味非常に使いやすいところがある。

さぞや多くの獲物を獲つて、野山を荒らしまわつておるのだろう、とご想像の諸兄も多いことかと思う。しかし、これが獲れないのである。1シーズンで片手がやつと。鉄砲などの火器と大きく違う点である。しかし当然こちらでもできるだけ工夫して、頭を使つてもまだ野生の獲物たちの方が速いのである。特に私と友人の狙っている主な獲物はオスキジであるが、これが速い、強い、用心深いので3拍子そろつている。もちろん、昨シーズンは相当がんばつて多くのキジを出したが、猟果は残念ながらゼロであつた。キジを出すのと同時に鷹を投げても全く追いつかない。それは、もともとキジのほうが鷹よりも飛ぶのが速いことに加え、こちらの反応がコンマ数秒遅れることに原因がある。それはつりにおけるあたりに近いものといえれば想像できるか？ 敏感な魚は、コンマ数秒遅れるだけで、餌はもうなくなつていくのによく似ている。キジの筋肉は白い速筋で無酸素飛行、一方鷹は赤い遅筋で有酸素飛行と違いがある。キジは長くは飛べないが、全速で短い距離を飛ぶことができるのである。加えて、すぐにボサ(藪)に突っ込み、到底鷹が入つてゆけないところを、これまた全速力で走ることができる。キジがそこかしこに多いことは偶然ではない。

野生の鷹もキジはほとんど狙わない。たまにやや遅いメスキジを獲ることはあるが、オスはまず無理である。強くすばやく用心深いキジはまさに最強の獲物である。しかし、確率的に考えても、相当多くのキジを出している以上、1羽くらいドジで間抜けなキジがいてツタ等に絡まってしまうような者がいても良いではないか？ そんなキジはとうとういなかつた。私は、よほど狩の神に嫌われているのか、はたまたキジが守られているのか？ 私はこのようなキジに畏敬の念を持っている。

そんなキジをどうやって獲るかが問題で、永遠の課題である。キジを良く獲る鷹を造つてみたい。それには、訓練の仕方もあるが多分に鷹自体の資質によるところが多い。猟師一代犬一匹と言うのではないか。そのような優れた鷹はごくまれである。慣れすぎる鷹はダメ。苦勞して獲物を追うより、人間から貰おうとなる。性格的にはしつこくて、執着心の強い鷹が望まれる。また、あまりに獲物に集中しすぎる鷹も長続きしない。これはどうゆうことかと言えば、事故に遭うから死亡リスクが高いということである。現代の鷹狩りは都市近郊の野畑近傍で行われるので、建物等の人工物が多い。土着のキジはその地に慣れているからそれらを難なくかわしながら逃げるが、時として鷹はそのような建物に激突する。昨シーズンもその場に居合わせてしまった。私の鳥ではなかつたが、大変優秀で手塩にかけて訓練した鷹だったので非常に残念であつた。

鷹狩りに使用する鷹は外国から直接輸入する。多くは求められないので、優れた1羽を厳選してもらつて特別に輸入するのである。外国では鷹狩りが盛んで、多くの鷹が各国で生産されている。主な消費国は、アラブ諸国やイギリス等のヨーロッパである。アメリカは自国で生産し、輸入もしているが輸出はしない特殊な国である。近年鳥インフルエンザによって、鳥の輸入が大変厳しくなつた。輸入に伴う健康証明書の要件も厳しくなる一方である。しかし、何事にも困難は付き物である。他人任せでは良い鳥を手に入れることは出来ない。輸入によって、お国柄がわかるのも大変面白い。ドイツに大変まじめで好感が持てる良いブリーダーがいる。イギリス人の

ように「それはどうゆう意味だ？」なんて突っ込まれることもない。お互い英語がネイティブではないので、気が楽ということもある。今年7月にイギリスで世界初の鷹使いの集いがある。各国の民族衣装や慣習を披露し、自国の鷹狩り文化の交流を楽しむ一大イベントである。当然私も参加したかったが、職業柄断念した。どうしても5日間も休診しなくてはならないからだ。

この道楽もいつまでつづくのやら。家族による様々な負の協力、ますます衰える体力で藪漕ぎもきつくなってきたし、そして何より

狩場が無い。鷹狩りをやっていると失われてゆく緑地が手にとるようにわかる。地球の支配者は人間であるが、人間様だけが好き勝手に繁栄することは正義なのかと思う。加速する経済発展は止め様も無い事実だが、何か後ろめたいものを大いに感じてしまう。自然保護も結構であるが、人間の活動パイそのものを縮小させるという選択肢を考えることはあまりにラディカルであろうか？豊かな自然が後世に多く引き継がれることを切に願っている。



5月の読書 (医療費問題について思ったこと)

青梅市 沢井診療所 宮下吉弘

5月の連休中、運動中にアキレス腱断裂を煩ってしまい、手術のため高木病院に3日間入院した。退院翌日から、診療を再開したが、移動がままならないため自宅と診療所の往復という軟禁状態が続いている。鬱屈した気分になりながら日々を過ごしていると、それに追い打ちをかけるように、5月18日の日本経済新聞で「開業医の初診・再診料引き下げ」の記事が載っていた。内容は、勤務医との格差是正のため開業医の初診・再診料引き下げを行い、その分、時間外診療・在宅医療の報酬を引き上げ、それらを促進させることにより、大病院への患者の集中を減らし、勤務医の負担を軽減することが目的と書かれている。医療財源および資源の適切な配分を行うため、財政中立の立場に基づいた考え方と言われているが、体一つで自分と家族や従業員の生活を守っている個人開業医には、あまりにも酷な要求ではないかと感じた。個人開業医は、病気やけがで入院加療をし、仕事を中断した場合は、任意で入っている所得保障保険以外は、なんらかの救済措置はない。そんな漠然とした不安感や疑念を解消するため、Amazonで購入した医療制度に関する数冊本を読んで、大切と思われたことをまとめてみた。

現在行われている医療改革の理念としては、公的保険で提供する医療を限定・縮小する医療給付費の抑制と、国と企業の負担を軽減することにある。これと同時に、混合診療の解禁および株式会社の参入、民間保険会社による自由診療向け医療保険の創造など、医療市場の開放と新たなビジネスチャンスの発生も、もう一つの目的と考えられている。

このような状況を検証し、日本における医療改革制度についての議論の矛盾を医療経済学的に分析し、兪炳匡氏は以下のようにまとめている。(『改革のための医療経済学』 兪炳匡著 メディカ出版)

第一に、日本と欧州諸国との比較では、日本は医療を含めた社会保障全体の割合が低いが、経済振興対策費(公共事業関連費)の割合が高い。医療総支出は、2001年において日本は、対GDPで8% 他国は10%前後を占める。日本の医療において、医療従事者への配分は相対的に薄く、医療機器への配分が手厚い傾向がある。

第二に、医療費高騰の犯人として次の5つが挙げられる。①人口の高齢化 ②医療保険制度の普及 ③国民所得の上昇 ④医師供給数増加 ⑤医療分野と他の産業分野の生産性上昇格差である。しかし、これらの要因を

すべて合わせても、米国の総医療費上昇率（1940年から1990年）のせいぜい25～50%の関与しているに過ぎない。米国の医療費上昇に50～75%も寄与した主犯は、医療技術の進歩が推測されている。

第三に医療技術の進歩による医療費高騰は、新規の医療技術を医療保険で給付対象にするか否か、地域・人口ごとに高額な医療機器・設備の導入を規制することにより、政策的にかなりの程度までコントロール可能となる。また、高齢者の全人口に占める割合が増大しても、総医療費上昇への影響はほぼゼロである。

第四に日本においては、医療政策研究に必要な個人レベルの情報・データが管理されおらず、信頼性の低い政策研究・提言をもとに見切り発車的に抜本改革をただちに開始し、実施後は十分な評価もなく放置し、数年周期で方向感覚を見失った抜本改革を繰り返す危険性がある。ハイテク医療信仰こそが、医療技術の革新を後押しすると同時に、医療費高騰の最大の要因であり、意識を改革することがなければ、制度の改革だけで持続可能な医療制度を維持することは難しい。

第五に医療分野において営利民間企業の役割を拡大させると、米国、チリ、フィリピンでの事例では、効率基準の多くにおいて、通説に反して効率が低下した。予防であれば、治療より経済効果が高いことは、必ずしも当てはまらない。予防によるコスト上昇が生じ健康ゆえの長生きが起きる。

第六に医療費高騰と効率低下を同時に招く普遍性の高い失敗例として、次の4つが挙げられる。

①公的医療保険制度の役割を縮小し、営利保険企業の役割を増大させる改革案

健康で所得の高い民間保険に加入できるグループと、病弱で所得が低く、公的な医療制度に依存せざるを得ないグループの差別化が起きる。このため医療制度の二重構造が生じコスト高騰を促進する。

②医療機関への営利企業の参入は、医療機関の間に二重構造を生じ、富裕な患者の奪い合いが起きる。

③医療機関への診療報酬を一律に引き下げる政策は、医師誘発需要を格上げさせる。

④患者の窓口負担増は、コスト抑制にはほとんど無効である。

第七に成功した普遍性の高い改革案として、次の2つが挙げられる。

①保険組織から医療機関に支払う総額に上限を設定する総額規制。

②家庭医を受診しなければ、医療費のかかる専門医を受診できないという家庭医と専門医の機能区分。

以上、内容の一部を要約・抜粋して記入した。とても驚くような内容が書かれており、医療経済学について興味をいだかされた。医療技術の進歩が、医療費増加の最大の要因であれば、高齢者増加による医療費の高騰を最大の要因とする厚労省の方針を見直す必要性があるのではないかと。

『医療崩壊』で有名になられた小松秀樹氏は、著書『医療の限界』の中で、厚労省に望むこととして「日本の医療費は、世界的に見て低く、ぎりぎりの状態で運営されている。もし、費用を抑制するとすれば、どのサービスをやめるのか、あるいは、サービスの質をどこで落とすのかがセットで議論されなければならない。それを国民に納得させることを恐れたり、怠ったりしてはならない」と述べている。

医療費問題は、医療従事者間における財源の移動や高齢者増加の問題だけではなく、その本質は、ハイテク医療信仰や医療に対する安全神話、日本人の精神構造や死生観の変容などが深く関わっており、今の財政論的な議論に執着しているだけでは解決しないのではないと思われる。

以下に、今回の参考図書を挙げますので、ご興味のある方は是非読んでみてください。

1. 改革のための医療経済学 兪炳匡
メディカ出版
2. 医療の限界 小松秀樹 新潮新書
3. 医療改革法でどうなる、どうする
日野秀逸・寺尾正之 新日本出版社
4. 奪われる日本 関岡英之 講談社現代新書
5. 崩壊する日本の医療 鈴木厚 秀和システム

伝言板

① 第45回 青梅糖尿病内分泌研究会のご案内

日 時：平成19年7月11日（水）20：00～
場 所：青梅市立総合病院 新棟3階 セミナー室
内 容：(1) 糖尿病治療薬の最近の話題 武田薬品工業株式会社
(2) 症例提示 担当 東青梅診療所 川口 卓治 先生
(3) 最近の話題

② 「納涼の夕べ」開催のご案内

日 時：平成19年7月13日（金）午後7：30～
場 所：昭和の森 フォレストイン昭和館
2F「シルバンホール」 Tel 042-542-1234
講 演：青梅市立総合病院の先生による講演予定
アトラクション：ギター&オカリナ演奏
会 費：A会員 10,000円 B会員 1,000円

③ 第2回地域連携がん診療セミナーのご案内

～胸部単純写真による肺癌とその鑑別疾患～

日 時：平成19年7月25日（水）午後7時30分～8時30分
場 所：青梅市立総合病院 南棟3階講堂
講 演：「胸部単純写真による肺癌とその鑑別疾患」
講師 日本医科大学武蔵小杉病院
放射線科 助教授 佐藤雅史 先生
申し込み：申し込みは不要です直接会場にお出かけください
問い合わせ：青梅市立総合病院 経営企画課 池田、高橋
TEL 0428 - 22 - 3191

④ 写真部員“大募集”

写真部は毎年二回春秋に羽村市のコミセンで写真展を開催、今回六月で39回目となりました。毎回花、小鳥、昆虫、風景など多彩な50点前後の出品があり、展覧会終了後はプロの写真家を招いて、批評懇親会を行なっています。次回は十一月を予定しています。写真が趣味の方、興味のある方は是非医師会事務局が部員（本号出品者）までご連絡ください。

部長 松原 貞一（TEL 042-554-2427）

広報部

青梅市立総合病院 外来診察分担表

平成19年6月4日現在

診療科	月	火	水	木	金	
新患担当	野口	名和	清水	今井	高橋(眞)	
総合内科	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	久保	熊谷・中内(午後)	
内分泌代謝科	名和・新井	朱・名和(午後)	新井	新井	名和	
腎臓内科	栗山	木本	荻原	栗山	木本	
神経内科	高橋	横手	原・高橋(午後)	高橋	岡野	
呼吸器科	木原・富島	高野・土田		磯貝・富島	磯貝・小松	
消化器科	浅川	細井・草野	舩石	濱野	高橋(英)	
	濱野・舩石(午後)		並木	野口・高橋(眞)(午後)	細井	
循環器科	清水・中村	大友・大坂	澤田・小野	栗原・坂本	大西・高山	
リウマチ膠原病科	長坂(午後)		長坂(午後)		長坂(午後)	
外科	保坂・吉田	正木・杉崎	青木・山崎	正木・杉崎	青木・日吉	
胸部外科(予約)	大島(午後)		白井(午後)			
脳神経外科	高田		高田	久保田	芳村	
整形外科	当番医	鈴木(康)・鈴木(孝)・吉村	鈴木(康)・折井・山田	当番医	鈴木(孝)・折井・吉村	
産婦人科 妊婦	山中	依光	関口	吉川	篠原	
	婦人予約	依光・関口	陶守・小野	篠原・吉川	山中	陶守・小野
	婦人一般	小野・篠原	関口・栗原	依光・栗原	陶守・関口/篠原・栗原	依光・栗原
皮膚科	馬場	馬場	馬場	馬場	安井	
泌尿器科	友石	足立	藤岡	友石	当番医	
小児科	林・奥山・横山・古山	奥山・竹村・鹿嶋	林・横山・小山	奥山・鹿嶋・古山	林・小山・竹村	
眼科	森・末吉	末吉・江里口	当番医	森・末吉	森・江里口	
耳鼻咽喉科	当番医	八島・片山	当番医	片山・加藤	八島・加藤	
精神科 新患	山口	日野	武藤	日野	三ツ汐・井上	
	再来予約	三ツ汐・日野	山口・武藤	三ツ汐・日野	山口	武藤・井上
放射線科	佐藤(IVR)				鮎川(放治)	
リハビリテーション科		原田		原田		
口腔外科	黒川	黒川	佐藤・黒川	黒川	黒川	

※ 内科系の網掛けは、予約診察です。

※ 複数の医師を/で区切っているのは、週ごとに交代での診察となります。

平成19年6月

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	岩科	長谷川	岡田	神経内科:栗原 (2・4週予約制)	北島	ふるえ、もの忘れ外来 柴木(予約制)	金岡				
	2診	金岡	呼吸器:依田	消化器:奥山		長谷川(専)	膠原病:幸田 (予約制)	妹尾				内分泌代謝:岩科 (予約制)
	3診					妻神	肝臓外来:妻神 (予約制)					ペースメーカークリニック 担当医(第1診曜日:予約制)
神経科												神経科:原 (1・2・3・4週)
循環器科 心臓血管外科												
小児科		松岡	慢性疾患外来:松山 (毎週1時30分~4時)	湯田 (予約制)	森島 (予約制) 2時~5時	村田 (予約制)	予防接種(予約制):清水 (1時30分~2時)	継 (予約制)				野地 (予約制)1時30分~
				五月女	慢性疾患外来:清水 (毎週)	清水	内分泌代謝外来:樋口 2週(1時30分~3時)	西尾				乳児検診(予約制) 清水(1・3・5週) 西尾(2・4週)
外科		諸角		宮崎		諸角(予約制)		仲丸				
		平野		高原		五月女		山本				古川 長谷川(小)
整形外科	初診	柴崎		吉田	予約検査	当日担当医	手術日	加藤				
	再診	加藤		川崎舎	柴崎	当日担当医		柴崎				川崎舎 吉田 手術日
脳神経外科		小山		小山	脳ドック(予約制)	後藤		小山				木村 予約外来
皮膚科		稲岡		稲岡	予約外来	長島(初診)		稲岡				稲岡 予約外来
泌尿器科		笹島		名出	手術日	松井		堀永				笹島 予約検査
		松井	予約検査 小原泌尿器科外来:川村 1週(1時30分~4時30分)					清水				菅原 産後健診 手術日(2・4週)
眼科	1診 (産科)	清水		菅原	手術日	豊島		清水				菅原 清水
	2診 (産人科)	菅原	中高年外来:鈴木 (1時30分~4時30分)	清水	手術日	菅原		岩佐				清水 秋山(専)
耳鼻咽喉科		秋山(専)		秋山(専)	手術日	秋山(専)		秋山(専)				秋山(専)
ペインクリニック				勝又 野田	守田 (2時~4時)	大野(芳)						鈴木 野田 栗原 大野(芳) (2時~4時)
検診		大久保		井上		大荷						太田

(作成 5月25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)

公立阿伎留医療センター 外来部門診療担当医表 (診察は予約を要します)

平成19年7月2日

	月	火	水	木	金	土
内科 10・1 午前 Bブロック 午後	西成田 進	西成田 進		山上 賢治 柳田和弘(DM第1・3週)	西成田 進	休
10・2 午前 午後	青木 正紀	青木 正紀	中山 麻里	中山 麻里	青木 正紀	
10・3 午前 午後	熊澤 文雄	原 元彦(神経内科)	熊澤 文雄	熊澤 文雄	小野真一	
10・5 午前 午後	山上 賢治	金子 菜穂	土屋 貴彦	金子 菜穂	土屋 貴彦	
10・6 午前 午後		佐野 茂男 (第1・3)	西成田 進(リウマチ)		早川 純子	
11・1 午前 午後		渡辺 圭介 江本 浩(循)	鬼田 敬洋	鬼田 敬洋	木島 豪	
11・2 午前 午後	横山 潔	横山 潔	矢嶋 真弓(消化器)	横山 潔 (DM)	腰塚 康揚	
11・3 午前 午後	山田 幸樹	天木 秀一(消化器)	菱木三佳乃	永田 靖彦	山田 幸樹	
11・5 午前 午後		荒川 泰行(消化器)	腰塚 康揚	蓬田 茂(腎)	荒川 泰行(消化器)	
救急科	櫻井 淳 北畑 有司	北畑 有司	櫻井 淳 北畑 有司	櫻井 淳 北畑 有司	櫻井 淳	
血液透析	仲野谷祐嗣	朝岡 博	朝岡 博	仲野谷祐嗣	佐藤 安男	佐藤 安男
人間ドック			西成田 進			
小児科 午前 Aブロック 午後	森本 繁夫 岩本 孝夫	森本 繁夫 中川万樹生	中川万樹生 岩本 孝夫	森本 繁夫 中川万樹生	森本 繁夫 岩本 孝夫	休
	中川万樹生 岩本 孝夫		岩本 孝夫 専門外来(慢性疾患)		中川万樹生 岩本 孝夫	
		乳児検診(予約)	予防接種(予約)	予防接種(予約)		
外科 1 2 3 Aブロック	柴田 昌彦 矢嶋 幸浩	矢嶋 幸浩 阿部 英雄 乳がん検診 (1時～2時)	柴田 昌彦 平野 由美(形成) 阿部 英雄	柴田 昌彦 松尾 定憲	矢嶋 幸浩 阿部 英雄 松尾 定憲 (第1)	
整形外科 Cブロック	若林 健 小野 秀樹	若林 健 根本 菜穂	小野 秀樹 根本 菜穂	若林 健 根本 菜穂	若林 健 小野 秀樹	
脳神経外科	伊藤 宣行	野末 恭子	前村 栄治	伊藤・◆河合	河合 拓也	
皮膚科 Dブロック	勝田 倫江 石田 正	勝田 倫江(午前中) 石田 正 石田 正午後2時～	勝田 倫江 石田 正	勝田 倫江	石田 正 堀江 千穂	
泌尿器科 午前 Cブロック 午後	1 佐藤 安男 2 朝岡 博 (専門)岡田 清己 予約検査	1 朝岡 博 2 仲野谷祐嗣 予約検査	1 仲野谷祐嗣 2 佐藤 安男 (専門)岡田 清己	1 仲野谷祐嗣 2 朝岡 博 予約検査	1(専門)岡田 清己 2 朝岡 博 予約検査	
産婦人科 婦人科 Eブロック 産科 午後は再診予約のみ	大山 俊雄 吉村 理 (研)木田 渉	松本 公一 大山 俊雄 (研)木田 渉 母乳外来(予約)	吉村 理 松本 公一 (研)木田 渉	大山 俊雄 吉村 理 (研)木田 渉	松本 公一 大山 俊雄 (研)木田 渉 母乳外来(予約)	
眼科 Dブロック	松木奈央子 山本亜希子 予約検査	松木奈央子 山本亜希子 手術	松木奈央子 予約検査	木村 隆 松木・山本(手術)	山本亜希子 予約検査	
耳鼻咽喉科 Dブロック	大畑 敦(第2・4) 谷 康寛(第1・5)	大畑 敦	大野 俊哉 午後2時～	谷 康寛	田中 是 午後2時～	
麻酔科Eブロック 緩和ケア科(専門)	戸澤育文午後2時～	清水 健次		坂本 英明	戸澤育文午後2時～	
歯科口腔外科Eブロック	山下千穂・荻野靖人	山下 千穂	山下 千穂	山下千穂	山下 千穂	

◆産科科曜日午後診療(専門外来「もの忘れ外来」を含む)は、河合が担当します。

内科外来・検査担当医表 (診療は予約を要します)

平成19年7月2日

		月	火	水	木	金	土
外来	10-1 午前	西成田 進	西成田 進		山上 賢治 柳田和弘(DM第1・3週)	西成田 進	当直医師
	午後	青木 正紀	青木 正紀	中山 麻里	中山 麻里	青木 正紀	
	10-2 午前	熊澤 文雄	原 元彦(神経内科)	熊澤 文雄	熊澤 文雄	小野 真一	
	午後	山上 賢治	金子 菜穂	土屋 貴彦	金子 菜穂	土屋 貴彦	
	10-5 午前		佐野茂男 (第1・3週)	西成田進(リウマチ)		早川 純子	
	午後	鬼田 敬洋	渡辺 圭介 江本 浩(循)	鬼田 敬洋	鬼田 敬洋	木島 豪	
	11-1 午前	横山 潔	横山 潔	矢嶋真弓(消化器)	横山 潔 (DM)	腰塚 康揚	
	午後	山田 幸樹	天木 秀一(消化器)	菱木三佳乃	永田 靖彦	山田 幸樹	
	11-3 午前		荒川泰行(消化器)	腰塚 康揚	蓬田 茂 (腎)	荒川泰行(消化器)	
	午後	(専門) 戸澤 育文 緩和ケア科午後2~4時 麻酔科にて診療				(専門) 戸澤 育文 緩和ケア科午後2~4時 麻酔科にて診療	
救急科		櫻井 淳・北畑 有司	北畑 有司	櫻井 淳・北畑 有司	櫻井 淳・北畑 有司	櫻井 淳	
救急	午前	土屋 貴彦		鬼田 敬洋		鬼田 敬洋	
	午後	土屋 貴彦		青木 正紀		熊澤 文雄	
MDL				技 師		技 師	
胃カメラ		腰塚 康揚	田原邦朗・山田 幸樹	横山 潔	南雲 大暢	矢嶋 真弓	
大腸・ERCP		横山 潔・山田 幸樹 腰塚 康揚	横山 潔・山田 幸樹 腰塚 康揚	西田 茂・横山 潔 腰塚 康揚	横山 潔・山田 幸樹	柴田 昌彦 矢嶋 幸浩	
気管支F						熊澤 文雄	
腹部エコー		腰塚 康揚(ドック)	腰塚・栗田(午前) 矢嶋・阿部(午後)	横山 潔(ドック) 矢嶋 真弓(午後)	山田 幸樹(午前) 栗田 榮子(午前)	山田 幸樹(ドック) 矢嶋 真弓(午後)	
心エコー						鬼田 敬洋	
トレッドミル						鬼田 敬洋	
ホルター心電図						鬼田 敬洋	
カテ(午後)		鬼田 敬洋・江本 浩			鬼田 敬洋		
血液透析		仲野谷祐嗣	朝岡 博	朝岡 博	仲野谷祐嗣	佐藤 安男	佐藤安男
放射線治療		大西 洋(午前)		青木 真一(午後)	医師の都合により曜日の変更あり(確認の必要あり)		
ESWL(結石破砕)							
人間ドック				西成田 進			
研究日			鬼田 敬洋	山田 幸樹			

外科診療担当医表

		月	火	水	木	金	土
外 来	1	柴田 昌彦	矢嶋 幸浩	柴田 昌彦	柴田 昌彦	矢嶋 幸浩	当直医師
	2	矢嶋 幸浩	阿部 英雄	平野由美(形成)	松尾 定憲	阿部 英雄	
	3			阿部 英雄		松尾 定憲(第1)	
乳 検			矢嶋・阿部(1~2)				
超音波			乳腺エコー 矢嶋・阿部				
			柴田昌彦(回診後)		阿部英雄(回診後)		
病 棟		阿部英雄(10~)	柴田 昌彦	矢嶋幸浩(10~)	阿部 英雄	柴田(第1週朝回診)	



広報部 Information



■ジUNK堂 池袋本店のベストセラーです。

1. できるかなクアトロ 西原理恵子

むりやりでもやってみよう。でたらめでも行ってみよう。インドの奇祭から恐竜化石発掘まで、サイバラ猛進の足跡。

2. 食い逃げされてもバイトは雇うな 山田真哉

「数字が嫌い」「数字が苦手」「数字なんて見たくもない」そんな人でも正しい訓練をすれば、数字は誰でもうまくなる。数字がうまくなれば、インパクトや説得力のある文章が書けるようになるだけでなく、ビジネスにも強くなります。1時間で読めて一生効果がつづく「数字&会計の入門書」。

3. 裁判官の爆笑お言葉集 長嶺超輝

「死刑はやむを得ないが、私としては、君には出来るだけ長く生きてもらいたい」(死刑判決言い渡しの後で)。裁判官は無味乾燥な判決文を読み上げるだけ、と思っていたら大間違い。ダジャレあり、ツッコミあり、説教あり。スピーディーに一件でも多く判決を出すことが評価される世界で、六法全書を脇におき、出世も顧みず語り始める裁判官がいる。本書は法廷での個性あふれる肉声を集めた本邦初の語録集。これを読めば裁判員になるのも待ち遠しい。

4. 女性の品格 坂東真理子

5. Gボーイズ冬戦争 石田衣良

振り込め詐欺グループ VS マコト連合軍。絵画商法の“ヴィーナス”に恋をしたオタク青年、少年放火犯 VS 連続放火魔、マコトの俳優デビューとタカシの危機…。刻々と変化するストリートで、生き残りをかけた若者たちの「いま」を描く新世代青春ミステリー。

6. プロフェッショナル原論 波頭 亮

「プロフェッショナル」とは、高度な知識と技術によってクライアントの依頼を適えるインディペンデントな職業だ。業態はさまざまであっても、求められるのはたゆまぬ研鑽によって培われる技量であり、最高の結果を追求するこだわりである。ますます複雑化・高度化するビジネス分野において、その仕事はさらに重要性を増している。今こそプロフェッショナルのあるべき姿のとらえなおしが必要だ。

7. 鈍感力 渡辺淳一

8. 田中有久子の造顔マッサージ 田中有久子

顔を変える！10年前の顔になる『造顔マッサージ』を一挙に紹介。美のカリスマ田中有久子自らが出演、指導によるDVD登場!! 映像を追っていくうちに、驚異のマッサージを習得。毎日たった3分間のマッサージで小顔になれる。しみ、シワ、くすみ、たるみ、毛穴などの悩みを解消。『造顔マッサージ』のすべてが、この一冊で、このDVDで、習得できます。

9. お札DEおりがみ公式「ターバン野口」のつくりかた いそにしまさお

お札での折り紙がちよっとしたムーブメントになっている。本書では、その発端となった「ターバン野口とゆかいな仲間たち」の折り方を誰もが折れるように丁寧に紹介している。また芸能人やセレブの間で語られている「ご利益」についても、本書で初めてその効果について解説する。

10. 神はテーブルクロス 須藤元気

悩みは悩みに対する悩みでしかない。—「幸福を生み出すヒント」を綴る最新エッセイ。

■私のインターネットお勧めサイト

Click-M.I <https://click-mi.jp/ceart/View/vLogin.aspx>

スズケンさんのサイトです。登録が必要ですが無料です。薬品の検索 etc. に便利です。

ASKUL <http://www.askul.co.jp/>

オフィス用品が何でもあります。1900円以上送料無料で、翌日には商品が届きます。

(文責:野村中夫)

理事会報告

★ Information

6月定例理事会

平成19年6月12日(火)

西多摩医師会館

[出席者：真鍋・小机・横田・新井・鹿児島・小林・鈴木・田坂・中野・西成田・野本・足立・松原]

【1】報告事項

1. 各部報告（各担当理事）

総務部：1) 平成19年度第1回定時総会終了報告

2) 都医総務・医療安全対策担当理事連絡会報告

3) 東京都保健所肝炎ウイルス検診実施医療機関数82件

○ウイルス肝炎担当理事連絡会（6/27）事務長出席予定

○説明会 東京都多摩立川保健所講堂（6/21 19時30分から）新井理事出席

○健診・保健担当理事連絡会（6/22）

学術部：1) 平成18年度日本医師会生涯教育申告提出者数、西多摩医師会は98%

2) 公立福生病院医師会合同症例検討会（6/25）

3) 学術講演会「演題未定」

講師：自治医科大学 教授 苅尾 七臣先生（9/14）

演題：「日本人の虚血性心疾患におけるスタチンの役割」

講師：済生会熊本病院 内科医長 坂本 知浩先生（10/24）

学校医：平成19年度福生市学校保健会総会（6/16）真鍋会長出席

病院部：第1回講演会（6/29）西多摩医師会館にて開催

演題：「患者さんの医療に対する意識の変化」

講師：読売新聞 医療情報部長 前野 一雄先生

（立食形式の懇親会あります）

2. 地区会よりの報告（各地区理事）

青 梅：定時総会6/22 決算報告など

福 生：6/28 総会

羽 村：6/12 地区会

7/8 三師会20周年講演（市民参加）

松山先生「メタボリックシンドロームについて」

植田先生「認知症について」

あきる野：なし

瑞 穂：行政と3混ワクチン、肝炎ウイルス検診について懇談会予定

日の出：6/22 総会

3. その他

○西多摩三師会時局講演会・懇親会（6／16 フォレストイン昭和館にて）の出席依頼について。

演題：「年金と介護について」 講師：井上 信治衆議院議員

【2】報告承認事項

1. 入会会員について —— 承認 ——

A会員：角 一雄 けんちの苑みずほ

B会員：笹本光信 笹本医院

2. 東京都医師国民健康保険組合第19期組合会議員の選出について

3. 同上協力員（職員）の選出について —— 承認 ——

事務長とする。

4. 地域保健医療協議会（西多摩保健医療圏）における医師会委員の推薦について

真鍋 勉（会長）・小机敏昭（副会長）・野本正嗣（理事） 各継続推薦

【3】協議事項

1. 納涼の夕べの講演会及びアトラクションについて

○講演会「未定」 青梅市立総合病院医師に依頼

○アトラクションギター&オカリナ演奏

ギタリスト 井上隆男氏ほか2名予定

2. 新入A会員（対象会員は下記のとおり）との懇親会日程について9月に開催予定とする

《新入会員紹介》

林 實 介護老人保健施設 さくら

内藤 茂憲 いなメディカルクリニック

森田 和雄 森田ウイメンズクリニック

土井 京子 なごみクリニック

三浦 洋靖 あさひ整形外科クリニック

木下 廣明 介護老人保健施設 あかしの里

坂元 龍 坂元医院

加藤 出 小作クリニック

坂本 保己 青梅市健康センター

荒川 泰行 公立阿伎留医療センター

土田 大介 土田医院

堀内 正 奥多摩病院 (敬称略)

3. 会館建設準備委員会委員長より

情報提供数件あり。準備委員会を開催予定としている。

4. その他

- 7月の移動理事会（昨年は第4火曜日）日程について
7/24 予定、場所未定。
- 多摩地区医師会懇話会日程
19年11月10日（土）午後18時～
京王プラザホテルにて開催（担当 西東京市医師会）
- 本会日程一覧
- 特定検診について（横田副会長）
平成20年より実施予定であるが詳細は未決定。
- 写真部（松原写真部部長）
広報に写真部員募集の掲載依頼（本号の伝言板の中に掲載）

会員通知

- 会報
- 宿日直表（青梅・福生・阿伎留）
- 東京都保健所肝炎ウイルス検診の実施医療機関の募集について
- 学術講演会（6/14）
- 平成19年度西多摩医師会第1回定時総会報告
- 産業医研修会（7/28 西多摩医師会）
- 東京都医師会主催「日本医師会生涯教育講座」（4～7月期）の開催（変更）について
- 平成19年度産業医関係予定について
- 平成19年度結核対策特別促進事業
- 「結核予防講演会」開催について
- 介護老人保健施設整備事業計画説明会について
- 第7回西多摩消化器疾患カンファレンスの御案内
- おくすり手帳 ポスター
- みんなで始める禁煙講座 チラシ
- 青梅市立総合病院だより
- 労働衛生のハンドブック
- 公立福生病院・医師会合同症例検討会（6/25）
- 西多摩医師会「納涼会」の御案内（7/13）
- 公立阿伎留医療センター医局CPC（6/25）

医 師 会 の 動 き

医療機関数	208	病 院	29
		医院・診療所	179
会 員 数	489	A会員	200
		B会員	289

講演会・その他

6月8日	保険指導整備委員会
13日	法律相談
14日	学術講演会

演題：骨粗鬆症性椎体骨折の病態と治療

講師：独立行政法人国立病院機構
村山医療センター整形外科
臨床研究センター長
町田 正文 先生

会議

6月12日	定例理事会
15日	在宅難病訪問診療（青梅1件）
22日	会報編集委員会
26日	西多摩地域産業保健センター運営協議会
26日	定例理事会

あ と が き



先月号の連載企画と今月のあとがき当番が偶々重なり恐縮しております。改めて書くこともないので野球の話題で進めたいと思います。5月22日からの交流戦でともすれば、また下降線をと懸念したが、15勝8敗の好成績で巨人軍は優勝ムードに突入と思うのは早計なのであろうか……。それにしても今年は、若手

の台頭が素晴らしいようだ。12球団全選手カラー百科名鑑を精読して彼らの個人情報に頭に詰め込んで観戦して居ります。試合の合間に40歳前後のベテラン選手の活躍は感慨深いものがある。メジャー・リーグは、朝からテレビ中継がありトイレ休憩を挟んで堪能してます。結論としてできうる限り東京ドームに出掛けて巨人軍の応援をしたいものです。
道又正達

お知らせ

事務局より お知らせ

平成19年8月(7月診療分)の

保険請求書類提出

8月8日(水)

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

社団法人 西多摩医師会

平成19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 鹿児島武志

宮下吉弘 野村中夫 近藤之暢 渡辺良友 江本 浩
道又正達 古川朋靖 鈴木寿和 馬場眞澄 石井好明

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

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



《新社章コンセプト》たましんのダイナミックに広がりゆく姿を頭文字「T」に象徴しています。力強く上昇するカーブは、未来への確実な成長と発展・信頼性を表現しており、地域をつみこむやささと、柔軟かつ躍動的な印象を併せ持ったデザインです。たましんの親近感と熱意を象徴するレッド、多摩の自然を象徴するブルーとグリーンを使用します。

価値創造合併 多摩に「たましん」 新生誕生。

〈たましん〉〈たいへい〉〈はちしん〉は平成18年1月10日合併し、「多摩信用金庫」としてスタートしました。これからも、「お客さまの幸せづくり」を使命に地域とともに歩んでまいります。

多摩信用金庫

<http://www.tamashin.jp>