

# 西多摩医師会報

創刊 昭和47年7月

第419号 平成19年11月



『林中紅屋』  
波田野洋夫  
油彩F10号

## 目 次

	頁		頁
1) 西多摩医師会市民健康講座開催	総務部 … 2	8) 感染症だより	西多摩保健所 … 30
2) 特定健診、特定保健指導について	横田卓史 … 3	9) 都知事表彰を受けて	道又正達 … 32
3) 連載企画		10) 松原、宮川先生喜寿を祝う会	広報部 … 33
三度のさようなら	堤 次雄 … 11	11) 伝言板	広報部 … 34
Paraguayの思い出(2)	西成田 進 … 12	12) 地区だより 青梅市医師会	広報部 … 36
タンザニア南部の旅	片平潤一 … 13	13) 広報部インフォメーション	広報部 … 37
愛犬の独り言(2)	江本 浩 … 16	14) 理事会報告	広報部 … 38
4) 新入会員懇親会開催	広報部 … 18	15) 会員通知・医師会の動き	事務局 … 40
5) 新入会員紹介	広報部 … 19	16) お知らせ	事務局 … 42
6) 専門医に学ぶ	五月女友美子 … 20	17) 表紙のことば	波田野洋夫 … 43
7) 学術部インフォメーション	学術部 … 22	18) あとがき	宮下吉弘 … 43

<http://www.nishitama-med.or.jp/>

## 西多摩医師会市民健康講座「骨の痛み、関節の痛み」 総務部

平成19年10月20日(土)午後2時から、羽村市コミュニティーセンターで西多摩医師会主催市民健康講座が開催されました(参加者56人)。学術担当 野本理事の総合司会で進行。真鍋会長は「厚生労働省平成16年国民生活基礎調査のデータでは、自覚症状に関し男性では腰痛が第1位、女性では肩こりに続き、腰痛が第2位、手足の関節痛が第3位となっており、整形外科関係の有訴率が高い」と述べられ、本講座が腰痛、膝関節痛の理解に有意義なものとなるよう挨拶されました。

一部は講演、二部は参加者からの質疑応答の形式をとりました。最初の講演は、東京女子医大附属膠原病リウマチ痛風センター整形外科講師で、高木病院副院長、青梅膝関節センター長として活躍されている堀越 万理子先生が「中高年の膝痛について」お話をされました。

講演では変形性膝関節症(以下 OA)を中心に関節リウマチ、半月板損傷、大腿骨内顆骨壊死についても触れていただきました。膝 OA の危険因子は高年齢、女性(閉経)、肥満、外傷、筋量の低下であり、特に大腿四頭筋の筋量低下が OA 発症、増悪に大きな影響を与える。また可動域に関して多くの患者さんは膝の屈曲制限を気にするが、伸展制限すなわち膝が伸びぎらないことには気づかないことが多い。膝が完全に伸展できないと、大腿四頭筋が萎縮をおこし、さらに関節破壊を引き起こし悪循環になる。したがって予防と生活指導においては良好な可動域を得ること、筋力訓練が重要である。運動は15分位でいいから毎日続けることが大事で、水泳がおすすめである。たとえ高齢でも関節の障害が強い場合や、ある時点から膝関節痛が急激に増悪した場合などは専門医を受診し、MRI や関節鏡などの検査を受けるようアドバイスされました。

続いて武蔵野赤十字病院整形外科部長の山崎 隆志先生が「怖い腰痛、ふつうの腰痛」のタイトルで講演され、腰痛を起こす代表的疾患を「恐さ」から分類整理しお話をされました。腰部椎間板ヘルニアや腰部脊柱管狭窄症などの変性疾患は恐くない、ただし下肢筋力低下や排尿・排便機能障害がある場合は注意が必要。発熱や下肢症状(しびれ・筋力低下)を伴う腰痛は感染症や腫瘍(原発性脊椎

腫瘍・転移性脊椎腫瘍)の疑いがあるので注意が必要。内蔵疾患からおきる腰痛の特徴は動いた時より安静時に痛み、腰痛以外の症状を伴う。具体的な臓器としては、腹腔内で後方に位置する膵臓・腎臓・子宮・大動脈などがある。最後に心因性の腰痛に触れ、腰痛患者の80%に抑うつ傾向があり、うつ傾向があると活動性が落ち、廃用性筋萎縮をおこしさらに腰痛を悪化させる。したがって腰痛が心因性腰痛にならないよう上手につきあうことが大切であると強調されました。



二部は両先生に筆者が加わりパネルディスカッション形式で質疑応答を行いました。会場の参加者からたくさんの質問を受け、両先生にはわかりやすくご回答いただき和やかな講演会となりました。

現在、国連と WHO の主導で2000年から2010年を「運動器の10年」とする世界運動が展開されています。「運動器」は「循環器」などの臓器とは異なり生命維持に直接関係しないことから、その重要性が軽視されてきた面があるかと思います。しかしひとたび運動器障害を発症し自分の意思で身体を自由に動かせなくなると、本人はもちろん周囲の家族にとっても、そのつらさ苦しみは大きく、社会的な負担も増えます。

運動器疾患のなかで最も頻度が高い腰痛と膝関節痛をテーマに本講座が開催されたことは、運動器障害の治療と予防に関し住民の皆様が理解を深める良い機会になったと思われます。

最後に本講座開催を支援して下さった真鍋会長、企画して下さった学術担当 野本理事、会場準備をして下さった事務局スタッフのご尽力に深謝いたします。

(文責:小林 浩)

## 特定健診、特定保健指導について

### — 西多摩医師会における対応方針 —

副会長 横田卓史



平成 20 年度より従来の老健法に基づく基本健康診査に代わり、高齢者医療確保法に基づく生活習慣病対策、特にメタボリック症候群を標的とした特定健診、特定保健指導が医療保険者に義務化され導入されることになりました。しかし、健診内容が単純化されたにも拘らず、データの電子化を始めとした実際の運営上の仕組みが複雑で、保険者のみならず医師会を含めた受託医療機関においても未だに対応に苦慮しているのが現状です。

当医師会においてもなかなか確定しない情報を整理しつつ、理事会においてようやく今後の方針の概要を確認することが出来ました。その内容は以下の 8 項目になります。

- 1：受診者の負担金はなしとする。(無料健診)
- 2：特定健診のみ(保健指導は受託しない)の受託とし、かつ医師会と八市町村との集合契約とするが全都的に統一された契約となる可能性もある。
- 3：健診の内容は八市町村統一方式とし、選択検査も心電図、眼底(専門医による判定)、クレアチニンの 3 項目に統一する。
- 4：八市町村相互乗り入れを可とする。(健診内容が統一されるため)
- 5：委託料は保険点数を根拠としこれに西多摩単価 1 点 13 円を適用する予定だが、全都的な契約になった時は統一される可能性がある。
- 6：実施期間は各地区で決定してよいが、相互乗り入れも考慮して出来れば 6 月から 11 月までの 6 ヶ月間が望ましい。
- 7：データの電子化に関しては今後の検討課題とし、取り敢えず紙ベースで実施する。
- 8：他の健診との関連
  - 40～64 歳：特定健診
  - 65～74 歳：特定健診+生活機能評価 又は  
：生活機能評価のみ
  - 75 歳以上：都広域連合健診+生活機能評価 又は  
：生活機能評価のみ
  - 40 歳以下は各地区独自で検討する。

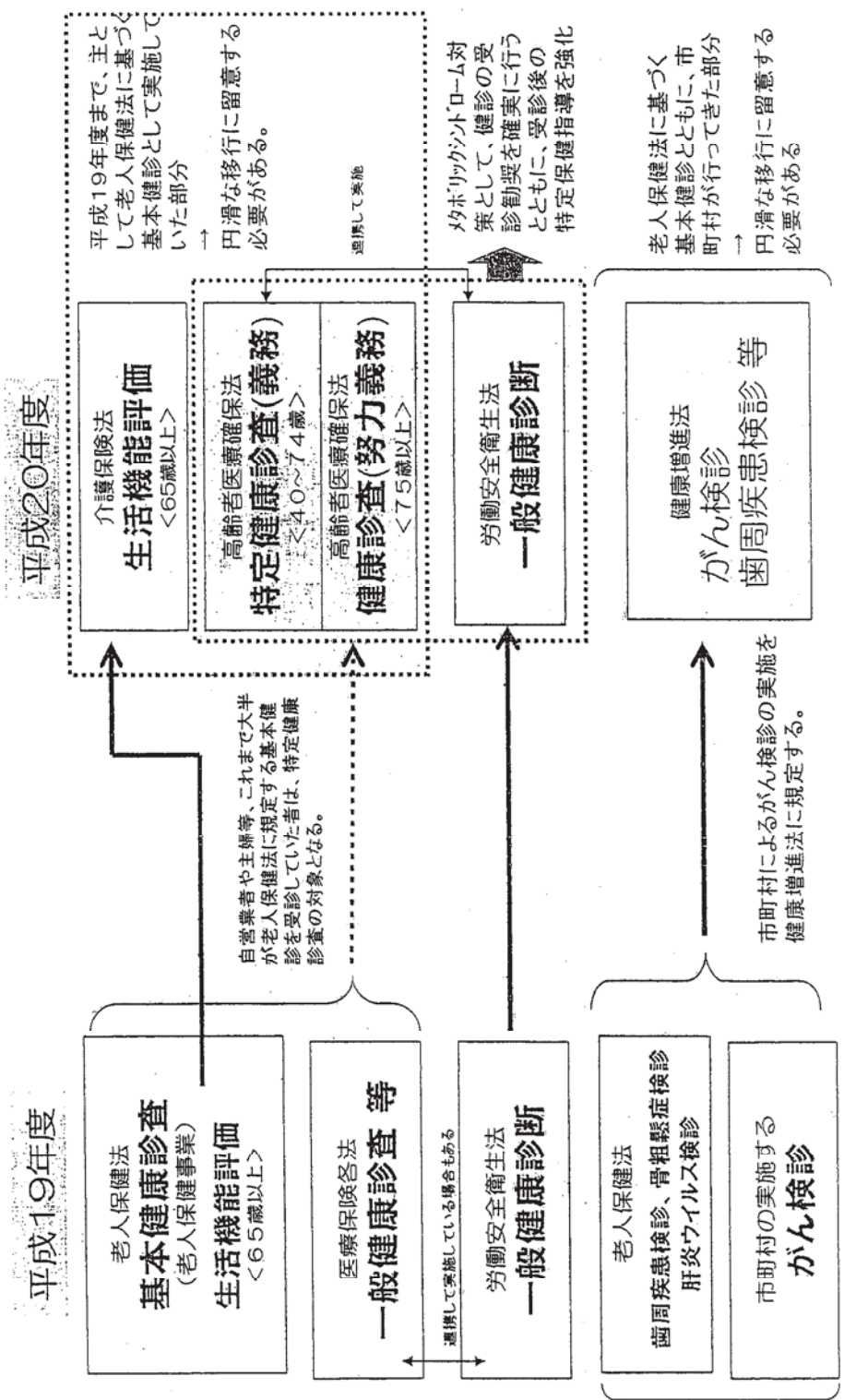
以上まだまだ不確定な事項が多々ありますが、保険者協議会や東京都医師会による協議が続いており、11 月中には全容が明らかになると思われしますので追ってご報告致します。

また、この原稿が掲載される前に以下の内容の健診受託の意思確認のアンケートと参考資料が配送されていることと思しますので御確認の上ご回答頂きたいと思ます。

御質問等ありましたら事務局にお問い合わせ下さい。

# 健診（検診）に係る制度の変更

市町村が行う「基本健診（老健事業）」は、今後、医療保険者が行う「特定健診／75歳以上健診」と介護保険者が行う「生活機能評価」が引き継ぎ形となる。



【資料2】

1. 特定健康診査の受診券(案)

<div style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">案</span> <span style="margin-left: 10px;">特定健康診査受診券</span> </div> <p style="text-align: right;">20XX年 月 日 交付</p> <p>受診券整理番号 ○○○○○○○○○○</p> <p>受診者の氏名 (※カタカナ表記)</p> <p>性別</p> <p>生年月日 (※和暦表記)</p> <p>有効期限 20XX年 月 日</p> <p>健診内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健康診査</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul> <p>窓口での自己負担</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: small;">特定健診基本部分</td> <td style="width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">医師の判断による追加項目</td> <td style="width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">その他</td> <td style="width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table> <p>保険者所在地</p> <p>保険者電話番号</p> <p>保険者番号・名称</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; text-align: center;">印</td> </tr> </table> <p>契約とりまとめ機関名</p> <p>支払代行機関名</p>	特定健診基本部分		医師の判断による追加項目		その他			印	<div style="text-align: center;"> <span style="font-weight: bold;">注意事項</span> </div> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. この券の交付を受けたときは、すぐに、下記の住所欄にご自宅の住所を自署してください。 (特定健康診査受診結果の送付に用います。)</li> <li>2. 特定健康診査を受診するときには、この券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。</li> <li>3. 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。</li> <li>4. 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者において保存します。</li> <li>5. 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。</li> <li>6. 被保険者の資格が無くなったときは、5日以内にこの券を保険者に返してください。</li> <li>7. 不正にこの券を使用した者は、刑罰により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。</li> <li>8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。</li> </ol> <p>住所</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> </div> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">このQRコードは、多数の情報の入力に要せず、事務の効率化・迅速化を図るためのものです。そのための情報の管理はQRコードによって行われます。</p>
特定健診基本部分									
医師の判断による追加項目									
その他									
	印								

※6 保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会

2. 特定保健指導の利用券(案)

<div style="text-align: center;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">案</span> <span style="margin-left: 10px;">特定保健指導利用券</span> </div> <p style="text-align: right;">20XX年 月 日 交付</p> <p>利用券整理番号 ○○○○○○○○○○</p> <p>特定健康診査受診券整理番号 ○○○○○○○○○○</p> <p>受診者の氏名 (※カタカナ表記)</p> <p>性別</p> <p>生年月日 (※和暦表記)</p> <p>有効期限 20XX年 月 日</p> <p>特定保健指導区分</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 動機付け支援</li> <li>・ 積極的支援</li> </ul> <p>窓口での自己負担</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">医療従事者負担率</td> <td style="width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">保険者負担率</td> <td style="width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">(原則、特定保健指導開始時に全額徴収)</p> <p>保険者所在地</p> <p>保険者電話番号</p> <p>保険者番号・名称</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; text-align: center;">印</td> </tr> </table> <p>契約とりまとめ機関名</p> <p>支払代行機関番号</p> <p>支払代行機関名</p>	医療従事者負担率		保険者負担率			印	<div style="text-align: center;"> <span style="font-weight: bold;">注意事項</span> </div> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 特定保健指導を利用するときには、この券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは利用できません。</li> <li>2. 医療機関に受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。</li> <li>3. 特定保健指導はこの券に記載してある有効期限内に利用してください。</li> <li>4. 窓口での自己負担は、原則、特定保健指導開始時に全額をお支払い頂きます。なお、全額徴収できない場合は、次回利用時以降にもお支払い頂きます。</li> <li>5. 特定保健指導の実施結果は保険者において保存し、必要に応じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。</li> <li>6. 保健指導結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。</li> <li>7. 被保険者の資格が無くなったときは、5日以内にこの券を保険者に返してください。</li> <li>8. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。</li> <li>9. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。</li> </ol>
医療従事者負担率							
保険者負担率							
	印						

## 【資料3】

## 標準的な質問票

	質問項目	回答	リソース
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無		国民健康・栄養調査(H16)の問診項目に準拠
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ	
3	c. コレステロールを下げる薬	①はい ②いいえ	
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	糖尿病実態調査(H14)の問診項目に準拠
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	糖尿病実態調査(H14)の問診項目に準拠
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	糖尿病実態調査(H14)の問診項目に準拠
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	①はい ②いいえ	国民健康・栄養調査(H16)の問診項目に準拠
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ	保健指導分科会
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②いいえ	保健指導分科会
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い	保健指導分科会
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)	保健指導分科会
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上	保健指導分科会
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ	保健指導分科会
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思えますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上)	保健指導分科会
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ	保健指導分科会

【資料4】

特定健康診査と基本健康診査の健診項目の比較

		特定健康診査	老人保健事業	特定健康診査と老人保健事業との比較	備考
			基本健康診査		
診察	質問(問診)	○	○		
	計測	身長	○	○	
		体重	○	○	
		肥満度・標準体重	○	○	
		腹囲	○		新規追加
	理学所見(身体診察)	○	○		
血圧	○	○			
脂質	総コレステロール定量		○	廃止	
	中性脂肪	○	○		
	HDLコレステロール	○	○		
	LDLコレステロール	○		新規追加	独立した心血管危険因子の判定指標として有用であるため。
肝機能	AST(GOT)	○	○		
	ALT(GPT)	○	○		
	γ-GT(γ-GTP)	○	○		
代謝系	空腹時血糖	■	○		ヘモグロビンA1c検査を実施した場合には、必ずしも、空腹時血糖を実施する必要がないため。
	尿糖 半定量	○	○		
	ヘモグロビンA1C	■	□		
血液一般	ヘマトクリット値	□	□		
	血色素測定	□	□		
	赤血球数	□	□		
尿	尿蛋白 半定量	○	○		
	潜血		○	廃止	尿蛋白検査を実施した場合には、必ずしも、尿潜血を実施する必要がないため。
腎機能	血清クレアチニン		○	廃止	腎機能障害の発生リスクは、尿蛋白検査、血糖検査、血圧測定等により把握可能である。血清クレアチニン検査については、医療機関において必要に応じて実施。
心機能	12誘導心電図	□	□		
眼底検査		□	□		

○… 必須項目  
 □… 医師の判断に基づき選択的に実施する項目  
 ■… いずれかの項目の実施でも可

## 【資料5】

## 健診検査項目の健診判定値

番号	項目コード (JLAC10)	項目名	データ基準		データタイプ	単位	検査方法	備考
			保護指導判定値	受診勧奨判定値				
1		血圧(収縮期)	130	140	数字	mmHg		
2		血圧(拡張期)	85	90	数字	mmHg		
3	3F015000002327101 3F015000002327201	中性脂肪	150	300	数字	mg/dl	1:可視分光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去) 2:紫外分光光度法 (酵素比色法・グリセロール消去)	空腹時の測定を原則とした 判定値 空腹時の測定を原則とした 判定値
4	3F070000002327101 3F070000002327201	HDLコレステロール	39	34	数字	mg/dl	1:可視分光光度法 (直接法(非比濁法)) 2:紫外分光光度法 (直接法(非比濁法))	
5	3F077000002327101 3F077000002327201	LDLコレステロール	120	140	数字	mg/dl	1:可視分光光度法 (直接法(非比濁法)) 2:紫外分光光度法 (直接法(非比濁法))	
6	3D010000002226101 3F077000002327101 3F077000002327201	空腹時血糖	100	126	数字	mg/dl	1:電位法 (ブドウ糖酸化酵素電極法) 2:可視分光光度法 (ブドウ糖酸化酵素法) 3:紫外分光光度法(ヘキソキナーゼ法、グルコキナーゼ法、ブドウ糖脱水素酵素法)	
7	3D045000001906202 3D045000001920402	HbA1c	5.2	6.1	数字	%	1:ラテックス凝集比濁法 (免疫学的方法) 2:HPLC (不安定分画除去HPLC法)	小数点以下1桁 小数点以下1桁
8	3B035000002327201	AST(GOT)	31	61	数字	U/l	紫外分光光度法 (JSCC標準化対応法)	
9	3B090000002327201	ALT(GPT)	31	61	数字	U/l	紫外分光光度法 (JSCC標準化対応法)	
10	3B045000002327101	γ-GT(γ-GTP)	51	101	数字	U/l	可視分光光度法 (IFCC(JSCC)標準化対応法)	
11	2A030000001930101	血色素量 【ヘモグロビン値】	13.0(男性) 12.0(女性)	12.0(男性) 11.0(女性)	数字	g/dl	自動血球算定装置	小数点以下1桁(血色素量の 土原値については、健診 判定値、受診勧奨判定値とも 男性18.0、女性16.0とする ことを検討する。)

※1～2のデータ基準については日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン」に基づく。

※3～5のデータ基準については日本動脈硬化化学会「動脈硬化性疾患診療ガイドライン」及び「老人保健法による健康診査マニュアル」に基づく。

※6～7については日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド」等の各判定基準に基づく。

※8～10のデータ基準については日本消化器学会肝臓病研究班意見書に基づく。

※11のデータ基準については、WHOの貧血の判定基準、人間ドック学会作成の「人間ドック感度判定及び事後指導に関するガイドライン」のデータ等に基づく。

※検査方法については、それぞれの検査項目毎に90%以上をカバーするトレーサビリティが取れた日常検査法を記載した。

※検査項目コードについては、上記以外の検査法も含め、JLAC10コードを用いる。



【資料6】

(裏面)

貧血検査	赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )				
	血色素量 (g/dl)				
	ヘマトクリット値 (%)				
心電図検査	所見				
聴能検査	所見				
メタボリックシンドローム判定					
医師の判断					
判断した医師の氏名					

(備考)  
 1. この用紙は、日本工業規格A列4号とすること。  
 2. 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。  
 3. 基準値を付している場合には、「\*」を測定結果の欄に記入すること。  
 4. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準値を\*付測定結果/非該当」を記入すること。  
 5. 「医師の判断」の欄は、  
 ① 特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見  
 ② 貧血検査、心電図検査及び聴能検査を要請した場合の理由  
 を記入すること。

様式例

特定健康診査受診結果通知表

(表面)

フリガナ	生年月日	年	月	日	健診年月日	年	月	日
氏名	性別/年齢	男	女	歳	特定健康診査 受診券番号			
既往歴								
服薬歴								
自覚症状								
他覚症状								
項目	基準値	今年	今年	前回	前々	前々	前々	前々
身長 (cm)								
体重 (kg)								
腹囲 (cm)								
BMI								
収縮期血圧 (mmHg)								
拡張期血圧 (mmHg)								
中性脂肪 (mg/dl)								
HDL-コレステロール (mg/dl)								
LDL-コレステロール (mg/dl)								
G O T (U/l)								
G P T (U/l)								
γ-G T P (U/l)								
空腹時血糖 (mg/dl)								
ヘモグロビンA1c (%)								
尿検査	糖							
	蛋白							

【資料7】

**【図1】 (1) 標準的な健診**

**特定健康診査の項目**

**必須項目**

- 質問票 (服薬歴、喫煙歴等)
- 身体計測 (身長、体重、BMI、腰囲)
- 理学的検査 (身体診察)
- 血圧測定
- 血液検査
  - 脂質検査 (中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)
  - 血糖検査 (空腹時血糖又はHbA<sub>1c</sub>)
  - 肝機能検査 (GOT、GPT、γ-GTP)
- 検尿 (尿糖、尿蛋白)

**詳細な健診の項目**

- 心電図検査
- 眼底検査
- 貧血検査 (赤血球数、血色量、ヘマトクリット値)

(注) 一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施

**【図2】 保健指導対象者の選定と階層化 (その1)**

**ステップ1** ○内臓脂肪蓄積に着目してリスクを判定

- 腰囲 M ≥ 85cm、F ≥ 90cm → (1)
- 腰囲 M < 85cm、F < 90cm かつ BMI ≥ 25 → (2)

↓

**ステップ2**

①血糖 (a)空腹時血糖100mg/dl以上 又は (b)HbA<sub>1c</sub>の場合 5.2%以上 又は (c)薬剤治療を受けている場合 (質問票より)  
 ②脂質 (a)中性脂肪150mg/dl以上 又は (b)HDLコレステロール40mg/dl未満 又は (c)薬剤治療を受けている場合 (質問票より)  
 ③血圧 (a)収縮期血圧130mmHg以上 又は (b)拡張期血圧85mmHg以上 又は (c)薬剤治療を受けている場合 (質問票より)  
 ④質問票 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

↓

**ステップ3** ○ステップ1、2から保健指導対象者をグループ分け

(1)の場合	①~④のリスクのうち追加リスクが	2以上の対象者は	積極的支援レベル	
		1の対象者は	動機づけ支援レベル	
		0の対象者は	情報提供レベル	とする。
(2)の場合	①~④のリスクのうち追加リスクが	3以上の対象者は	積極的支援レベル	
		1又は2の対象者は	動機づけ支援レベル	
		0の対象者は	情報提供レベル	とする。

**【図3】 保健指導対象者の選定と階層化 (その2)**

**ステップ4**

○服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

(理由)  
 ○継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等を含めた必要な保健指導については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため。

(参考)  
 ○特定保健指導とは別に、医療保険者が、生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために、必要と判断した場合には、主治医の依頼又は、了解の下に、保健指導を行うことができる。  
 ○市町村の一般衛生部門においては、主治医の依頼又は、了解の下に、医療保険者と連携し、健診データ・レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の住民に対する保健指導を行う。

○前期高齢者 (65歳以上75歳未満) については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

(理由)  
 ①予防効果が多く期待できる65歳までに、特定保健指導が既に行われてきていると考えられること、  
 ②日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOLの低下に配慮した生活習慣の改善が重要であること  
 等

## 連載企画



## 三度の さようなら

羽村市 堤 次 雄

パリ北駅から列車で約40分の所に森に囲まれたシャンティイの街がある。街には14世紀に城が作られ16世紀には有名な馬好きのブルボン・コンデ公が領主だった。19世紀には領主オマール公が収集した膨大な美術品を城内の一部に展示し、壮大なシャンティイ城は今ではコンデ美術館になっている。この街の周辺には3000頭ほどの馬が飼われているようで競馬場がある。日本からパリ凱旋門杯に参加したディーブ・インパクトも大会前日までこの競馬場で調教している。

私達はコンデ美術館に行くためシャンティイ駅に降りた。駅前のタクシー乗場には、熟年の背の高い夫婦が車待ちをしていた。10分ほど待たろうか、車は来ないのだ。男性が、「美術館に行くなら我々と同乗しませんか」と誘った。私達は、「ぜひお願いします」である。妻の話では、二人はイギリス人で男性は仕事でよくパリに出てくるとのこと。今日は奥さんへのサービスの日なのだろう。奥さんが彼の肩をぽいと押して何か言った。多分、「電話したら」と指図したようだ。彼は頷いて駅に行った。戻って来た彼は私達に「タクシーは今パリに向っているんだそうです。歩きませんか」と言った。美術館までは2kmはあるとのことだった。駅前の広い通りを横切って森の中道に入ると時々涼しい風が頬を撫で気持がいい。遠くに競馬場の緑が線に見えてきた。彼等の後をついて歩くがどんどん距離が開くのだ。脚長の違いもあるが、トシの差を感じた。歩く勢いが違うのである。

競馬場外の牧草の所で彼等は20mほど遅れて歩く私達を待っていた。彼は、「我々は競馬場のフロントまで行くのでここでお別れしましょう」と言った。「有難う、マダム、ムッシュ、さようなら」とここで彼等と別れたの

だった。私達は競馬場の外縁に沿って歩いた。左前方に大きな石造の建物が見えてきた。前の方から犬を連れ散歩している三人の中年女性と会った。妻が女性に、「あの建物は美術館なのか」と聞いた。「あれは馬の博物館で、そこを過ぎて公園に出ると左に城が見えます。そこが美術館です」と教えてくれた。3匹の犬供はちゃんと飼い主の足元に坐っていたが、話が終ると飼い主の2mほど前を歩いていた。引き綱なしの犬でよく仕付けられている、と感心する。馬の博物館は元厩舎だそうなので私達は入口まで行ったが、馬小屋独特の強い匂いが漂っていて匂いだけで満足して公園に向った。芝生の公園の端に屋台の車が一台居た。そこで生ハムサンドイッチと水を買って昼食をとった。公園の真中で若い男女が寄り添って寝ていた。少し離れた所で4人の幼児が大きな風船で遊んでいて、公園ののんびりした風景を見ながら30分ほど休み美術館に向った。途中でイギリス人夫婦と会った。彼は、「馬の博物館を見たのでこれから公園の奥の森まで行きます。さようなら」と手を振った。歩くのが好きな健康夫婦のようである。

城内のギャラリーに入って直ぐの壁にはライオンの毛皮と猟銃がぶら下っていて驚く。



シャンティイ城

次の大部屋には壁一ぱいに中世紀頃の絵が展示されていた。次の半円形の小部屋には、ラファエロの三美神の絵があった。以前、私はフィレンツェのウフィツィ美術館で、ポッティチェリの有名な、“春”の絵を見たが、小さい花が咲き乱れる野原で透き通った衣を着た三美神が、つま先立ちし、両手を上げて伸び上ったフォームの素晴らしい絵であった。愛欲、貞節、美、の女神だそうである。女好きだったラファエロが画いた三美神は、一条まとわず而も豊満で、私には、どの女神も愛欲の美神に見えて気に入ったのだった。だが、この絵は小さくて八ツ切りフィルム大である。ラファエロは何故けちって小さい絵にしたのだろうか。私が顔を三美神にぐっと近づけたとき、突然、私を恐怖の過活動膀胱が襲ったのだ。私は直ぐにきびすを返し小走りで急いで入口に向いフロントの女性に「すみません、マダム。トワレはどこ？」と聞いた。女性は少し驚き顔で、「出て左」と指差した。中庭の端のトイレから出てきた時には気分はすっきりし、落ちついていたが、疲れて早く宿の

ベットにもぐり度い気分だった。妻が入口から出てきた。私が急に居なくなったので少し気になったのだろう。「また、あの恐いのが迫ってきたのね」珍しく同情の顔付きだったな。城を出ての帰路、過活動膀胱のため売店で、三美神の絵葉書を買えなかったのは残念だったが、今さら戻って買う気はもう失せていた。城の外堀の近くをこちらに向っているイギリス人夫婦が見えた。彼等も私達に気が付き驚き、彼は、「おうおう」と大声をあげた。さようなら、して三度も会うとは不思議な縁、と思ったのだろう。彼は手を差し出しながら足速にやってきて私達と握手した。夫人もにこにこ顔で私の手を握った。彼は小さな声で、「さようなら」と言い他は何も喋らなかつた。

三度の「さようなら」から既に3年が経つ。あの夫婦はイギリス人で、彼は私達にいつもフランス語で話かけた。夫人は笑顔のいい静かな人だった。彼等の名前も知らない。写真も撮らなかつたが、彼等の顔や声、服装など、3年前の私の旅の思い出の中に色褪せずに残っている。



## Paraguayの思い出(2)

あきる野市 公立阿伎留医療センター 西成田 進

首都アスンシオン市内はバスで移動が一般的である。しかし、短期滞在の外国人にはその路線が良くわからない。さらにわからないのがバスの停留所。わからないのではなくどうも停留所そのものがないようなのだ。バスを待つ人はバスが停まりやすそうな交差点でたむろし、バスが見えると手をあげてこれを停める。バスはバスで一度に多くの客を拾おうと、できるだけ多くの客が手を上げているところに停まってしまう。ぼんやりと一人で手を上げているところは運転手はほとんど無視して猛スピードで行き過ぎ、すぐそばの手の多いほうへ停めてしまう。そして一人だけのところは積み残して出発。従ってバスを待

つ人は来るべきバスの姿を見つけることと、「自分のおかれた状況を確認するのに真剣(写真)。バブル絶頂期の頃の年の瀬。渋谷でタクシーを捕まえるときの苦労を思い出した。



バスを待つ人々



## タンザニア南部の旅

青梅市 片平潤一

### ☒タンザニア

名所旧跡巡りは子供たちにはつまらないものです。自然と触れ合い、動物を追いかけるアフリカの旅はわくわくします。アフリカはヨーロッパから近いので英国人、ドイツ人、フランス人は大勢遊びにきます。日本からはかなり遠い上（時差で6～9時間）、直行便が無いのが残念です。今回は乗り継ぎ時間が比較的短いカタール航空で行きました。羽田から関空を経てカタール国のドーハまで14時間、「ドーハの悲劇」です。カタールはアラビア半島の東側、アラブ首長国連邦の隣、最近石油の力で急速にのし上がり、カタール航空はサービスと安全性で大変評判の良い会社になっています。しかしそれは全日空との共同運行便だからかも知れませんが、実際ここからタンザニアの首都、ダルエスサラームまでの5.5時間のサービスはいまいちでした。（それでもエチオピア航空やエアインディアなどよりははずっとましですが）。タンザニアは赤道のすぐ南の国で今頃は乾期です。ダルエスサラームは海に面していますが、日中は27度くらいまで日が暮れると長袖が必要です（雨期の2月頃でも最高30度くらいです）。タンザニアはフランスくらいの大きさで人口は3300万人くらい、120ほどの部族がいます。農業と観光しかない貧しい国ですが、昔は社会主義国で今も比較的落ち着いた、犯罪と汚職の少ない良い国です。30余りの国立公園や動物保護区があり、1番有名なセレンゲティ、巨大なカルデラ全体が公園のンゴロンゴロ、木登りライオンで有名なマニャラ湖、キリマンジャロなどがあります。これらは全部北部にあり、実際大部分の観光客はこの方面へ行きますし、私も6年前に家族で行ってきました。

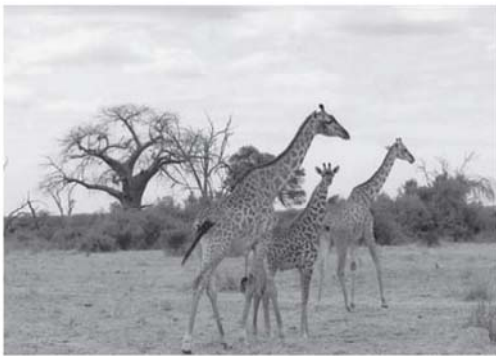
### ☒ルアハ国立公園

今回は南部のルアハ、セルーという2つの公園に行きました。ルアハまで12人乗りのプロペラ機で3時間ですが、途中セルーの主な飛行場3つに降りました。それぞれロッジがあり、客がいると降りるのでバスみたいです。ルアハはタンザニア中央部の公園で面積は10000km<sup>2</sup>で岐阜県と同じくらい（ちなみにハワイ島もこれくらい）ですが、ロッジが4つだけ東端に集中しており、公園の残り部分には何もありません。飛行場（土をならしただけの短い滑走路と掘っ立て小屋でエアストリップといいます）にはそれぞれロッジからの迎えの4駆が来ています。スーツケースを詰め込んで出発です。4駆はMULTI-SUZUKIでした。これはインドと日本のスズキの合弁会社の車でインドでは最もポピュラーです。かなりの年代物でドアは木でした。パートタイム4WDで登りになるといったん車を止めてギアを変えあえぎあえぎ登ります。タンザニアでは新車を買うのは政府だけで、殆どの人は日本製のかなり古い中古車を購入するのだそうです。ですから日本の会社名や幼稚園の名前が書いてある車が沢山走っていて、ちょっと日本の町と間違えます。ルアハのロッジはオープンエアのダイニングと20棟くらいのコテージからなっています。



数メートルまで近よるとゾウも緊張する（ルアハで）

すぐ前にゆったりとした川が流れていて、多くのトリやインパラやヒヒがやってくるのを眺められます。ロッジのマネージャーはイギリス人で他の従業員は全てタンザニアの男性ばかりです。女性は全くいません。川にはカバもいますが、ワニもいるので川から3メートル以内に近付いてはいけないといわれ少し怖くなります。暗くなるとゾウやカバなどがロッジの敷地内に来るので、コテージから移動する時は槍を持ったマサイ人に先導してもらいます。実際、コテージは窓が網戸だけなのですが、夜は窓のすぐ下をカバが歩いてブホブホという声が聞こえたり、ハイエナの鳴き声が枕元でしたりします。ロッジ内の通路にはゾウの大きな落とし物がたくさんあります。客は4~5家族だけで、イギリス人、イタリア人、ドイツ人といったところで、食事の時にちょっと挨拶するくらいです。食事は最初の夜は外で食べましたが真っ暗で寒くて星が綺麗なだけでした。食事は朝はトースト、卵料理のチョイス、コーヒーと全く欧風です。夜はビュッフェ形式でドライカレーや煮込み料理などでなかなか美味しく子供たちは何回もお代わりです。4駆で朝と夕方に動物探しに出かけます。広い道が延々と続いています。ルアハは東アフリカで最大のゾウの群生地といわれ、草木を食べながら1日に数十キロくらい移動しているのであちこちで群れに遭遇します。数メートルくらいまで近付くとパオンと脅かされるので不安になりますが、車の中でじっと見ているとやがて行ってしまいます。ライオン、バッファロー、キリン、シマウマ、インパラ、ヒヒもたくさんいます。



キリンの家族 バオバブの木が多い(ルアハで)

珍しいところではクドゥ、ディクディク、ロン・アンテロップ。観光客が少ないので広大な自然公園の中を殆ど我々だけでのんびりと動物を間近で見られます。

#### セルー動物保護区

ルアハ国立公園でのサファリを終えて、また12人乗りの小型飛行機に乗ってセルー動物保護区に行きました。セルーは4万5千平方キロとタンザニアで一番大きい公園なのですが、サファリのできる所はタンザニアで最も大きいルフィジ川の北部一帯だけで、残りの9割ほどの広大な地域は狩猟区になっています。政府はお金を得るために動物が殺されるのを認めている訳で、動物保護にかかわる人々からは大変評判の悪いことです。そのためセルーの動物たちは敏感で人間が近付くとすぐ逃げます。他の公園では人間はある程度無視されているのです。ベホベホというロッジに泊まったのですが、滑走路は平原の中にフラットにならした道があるだけなので、最近珍しく雨が降ったという事で飛行場は離着陸のときにつるつる滑って走るのでとても怖い思いをしました。ロッジは5分くらいの所にあります。素晴らしい見晴らしの高台にあり、広々としたオープンエアのロビーから左右に8つのコテージが連なっています。ここもルアハと同じく日が暮れると動物がロッジ内を歩き回るので槍を持ったマサイの人と一緒にないと外を歩いてはいけません。部屋は大変豪華で一方の壁は全面開いていて大景観です。シャワーも熱いお湯が出ます。夜は開け放って寝て、モーニングコールには熱いコーヒーを持ってきてくれます。サファリにはオープンランドクルーザーで出かけます。セルーは世界遺産になっているらしく道も含めて「そのまま」の感じですが、あちこち大変な悪路ですが、ワイルド・ドッグ(オオカミでセルー以外ではまず見つかりません)の群れを見つけると道を外れて草原を猛スピードで追跡です。ふつう公園では道を外れるのは禁止ですが大サービスなのでしょうか。ガイドはジンバブエから来た白人で、一般のガイドと違って動物のいる所に案内する



セルーで最も美しい花 インバラ リリー  
(アディニウム マルチフロラム)

だけでなく、セルーの歴史の説明や数多くの美しいトリ、動物の生態など熱心に教えてください(砂についた跡を見つけて、昨日ハイエナが寝てここが頭でここが足の跡とか)。サファリが面白いかどうかはガイド次第だと思います。セルーには440種類以上の美しい様々なトリがあります。分厚いトリの図鑑を持ってきている白人は多いのですが、どうも日本人はトリに興味が無いようです。ガイドは詳細に教えてくれましたが、日本名が無いためにすぐ忘れてしまいます。勉強していけば良かったと後悔しました。時間ぎりぎりまでワイルド・ドッグを追って走り回り遅くなって、素晴らしいサバンナの夕焼けを見ながらランドクルーザーを飛ばします。夜は危険なのでロッジの外は禁止なのです。皆さんはセレンゲティで川を渡るヌー(ワイルド・ビースト、ウシカモシカ)の群れの写真を見た事があるかも知れません。セルーではヌーはナイアサという種類で大概ひとりです。ポツンポツンと丘に立ってテリトリーを守っています。そこにメスが訪ねていってうまくいかなないと次のオスのテリトリーを訪ねます。ライオンはあちこちで群れで見られます。ヒョウは疎林の中でちらりと見掛けましたが、チータやサイは全く見られません。セルーの植栽は少し変わっています。ゾウの大好きなパームヤシと数十メートルもあるスティキュリアというのっぽのつるつるした木を中心とした林が草原に点在しています。ルアハで物凄くたくさん見たバオバオは殆どありません。ウォーキング・サファリもできました。

銃を持ったガイドの説明を聞きながら一列になって草原や林の中を歩いて行きます。途中インバラを追っているワイルド・ドッグに遭遇しました。向こうは追いかけるのを止めてグルグル吠えながら敵意をむき出しです。仰天しましたが、ガイドは身を低くしてじっとしていると大丈夫と安心させてくれました。途中家内が蜂に刺されるというアクシデントがありました。木の枝の間に紙のような巣を作るペーパー・ワズプという黒い蜂で、木の下を歩いていて襲われました。後々まで潰瘍になるほど強い毒でした。タガララという湖では湖畔でランチを食べた後、小さいモーターボートに乗って涼しい風に吹かれながらクルーズしました。たくさんいるカバは遠くから迂回します。テリトリーに入るとひっくり返されるのだそうです。湖畔にはワニがずらっと昼寝しています。1万頭くらいいるのだそうで、ボートが行くとすぐ潜ります。家内は「こんなにいるのにどうしてバッグはあんなに高いの」と言っていました。湖の後は



ライオンのプライド  
丘の上からインバラの群をみつめている(セルーで)

温泉に入りました。崖際から温泉が流れ出し川になっているのです。ガイドも一緒に皆で大騒ぎで入りました。タンザニアにも4か所くらい温泉があるのだそうです。ロッジでは食事は毎日場所を変えて食べます。庭先、プールサイド、崖に張り出した素敵な小屋など、客全員が1つの長いテーブルについて女主人(マネージャーはどことも女性です)を中心にして話しながら食べるのです。英語が話せないは大変です。食事は殆どヨーロッパスタイルで味も素晴らしいものでした。帰る日



ゾウと私の足跡（セルーで）

にはロッジの下を流れるルフィジ川のヒッポ・プールを見に行きました。乾期には川はあちこちで伏流水になってしまい、池のように流れが取り残されます。そこにカバが集まってくるのです。川の側に四阿ふうの小屋があり、そこで紅茶を飲みながら見物です。100頭以上のカバがぎちぎちにひしめき合って互いにブヒブヒ喧嘩しています。少し離れた所にいるのはこちらが歩くと油断なく見つ

めています。凄い匂いです。大迫力です。カバは余り可愛くないです。さて飛行機を待ちます。ところが来たのは5人乗りの小さいのです。スーツケースを席の後ろに置くと飛行機の後ろが重くなって危険だという事で、せっかく収納した荷物をばらして操縦席の下の小さい物入れに押し込んでの出発です。小さい飛行機なので低い所を飛びます。雲の中に入ると室内に雨滴が入ってきます。少し不安でしたが、ダルエスサラームの空港に着陸する時には今まで経験したことが無いくらいソフトで、皆で大拍手でした。

タンザニア南部のサファリは北部と違います。1つは圧倒的に観光客が少ない事で他の車にもあまり遭いません。2つめは動物が違います。3つめは素晴らしく豪華でアフリカ的なロッジがあります。4つめはロッジの人達がかかりフレンドリィです。5つめはかなりコストがかかります。是非皆さんにお勧めします。



## 愛犬の独り言（パートII）

青梅市 江本 浩

私はラブラドルのピグちゃんです。ちょうど1年前に初めてこのシリーズに登場したのを覚えていてくれましたか？そう、スポーツ大好きな江本家の3女です。私は「食べて」「寝て」「遊んで」「お散歩して」「また食べて」「また寝て」のちょっと退屈だけど平穏で幸せな毎日を過ごしています。そんな私でも色々考えていることもあるのです。私の独り言をまた聞いて下さいね。

私にもひとつだけ悩みがあります。実は、私、最近「オデブ犬」のレッテルを貼られてしまいそうなのです！大きな声では言えないのですが、今なんと体重は31kg！去年の今頃は29kgでしたから、結構スリムボディだったのです。ところが今年の猛暑のせいもあつ

てお散歩の時間が短くなって腰のクビレさんがほとんど不明状態になってしまいました。





ついこの前、おうちに梅郷のおばあちゃんが遊びに来たとき「あらピグちゃん最近ちょっと太ったでしょ」っていきなりすどい突っ込みを入れられてしまい大ショック！それからというもの会う人会う人に、口をそろえて同じこと言われてしまいます。あたしだってこれでもレディだから少しは気にしているのよ。でも私もあと少しで6歳、つまり人間でたとえると立派なおバサン、だからこれからは成人病（成犬病？）が心配だわ。そうそう、パパから聞いた話では世の中では「メタボなんとか」っていうのが注目されているのですって。ちなみに私の胴回りは65センチ。血圧と血糖値と中性脂肪はよくわからないけどウエストをあと3センチくらいはひきしめなくちゃね。でも今は食欲の秋、ますます私の食欲はとどまるところを知らないと思うので、ご飯の量を減らすのだけは絶対にイヤよ。もちろんお姉ちゃんが買ってきた「ビリーズ何とか」っていう変な体操のDVDの真似なんて私には難しそうだし。そこでパパにお願いがあるの。貴重なお休みの日にはゴルフばかり行かないで私をドッグランのある公園にいっぱい連れて行って遊んで下さい。それからママにもお願いね。私の目の前ではなるべく甘いお菓子を食べないで下さい。！（つい食べたくなっておねだりしてしまうので）。そうすれば必ずまたスリムに戻れると思います。

私の大好きな公園を教えてください。一押しは、何と言っても「八ヶ岳自然文化園」です。ちょっとだけ遠いけど東京の蒸し暑い夏がうそのように涼しくて快適で木陰がいっぱいのドッグランがあり、私たちワンちゃんもテラスで一緒に食事ができるレストランもあります。ついでに小淵沢 IC 近くの八ヶ岳アウトレットに立ち寄るとおしゃれなワンちゃんの T シャツや首輪が買ってもらえますよ。2番目のお気に入りには富士山のふもとの河口湖の近くにある「富士スバルランド・ドギーパーク」です。ここには大小色々な種類のワ

ンちゃんたちが大勢暮らしています。だから犬連れでない方もワンちゃんと触れ合ったり、レンタル犬とお散歩もできます。もちろん森の中には広大なドッグランがあり、こちらも夏でも涼しくて、パパはベンチでお昼寝もできちゃう、私たちにとっては快適な憩いの場所です。園内のお土産品には可愛らしいワンちゃんグッズが豊富です。公園の入り口にあるレストランはテラスで食事ができてメニューにはワンちゃん用のミルクもあります。よい子にしていると必ず貰えます。（ドギーパークは JAF の会員証を見せると入場料が割引してもらえます！）まだまだお気に入りの公園は沢山あります。昭和記念公園はおうちから近くて手軽に行けます。ここのドッグランは小型犬専用もありますが、足場が土なので少しほこりっぽいことが難点です。（駐車料金と入園料が少しばかり高いワンとママが言っていました。）でも公園内は緑とお花がいっぱいで、お散歩したら半日かかるくらい広大なので私にとっては最高の場所です。その他に東松山の森林公園、八ヶ岳の滝沢牧場も、ドッグランがあってお友達と遊べる場所です。紅葉が見頃となる来月あたりには富士五湖方面とか、私はまだ行った事がない小金井公園も行ってみたいなと思っていますワンワン。



## 西多摩医師会新会員との懇親会開催

広報部

10月18日、昭島の昭和の森（車屋）で、毎年恒例の医師会に新たに入会された先生方との懇親会が開かれ、新会員8名、執行部6名、事務長の計15名と昨年よりも多くの出席者がありました。真鍋会長は、入会熱烈！歓迎の挨拶のほかに今後の医療の変革、特に特定健診の内容詳細が未定である点に言及し、医療環境を取り巻く厳しい現況を指摘され、あわせて当医師会創立100周年事業を視野に入れ、新会員の先生方が医師会活動へ積極的に参加されることを希望しました。横田副会長の乾杯音頭の後、会食をしながら各先生方が自己紹介をしましたが、新会員の先生方を簡単に紹介します。挨拶順に以下の通りです。

内藤 茂憲先生：(医社) 珠泉会 いなメディカルクリニック

五日市線の武蔵増戸駅近くで内科。 (18.9.26)

坂元 龍先生：坂元医院

青梅市河辺町5丁目で内科。 (19.1.23)

加藤 出先生：(医社) 三清会 小作クリニック

青梅市河辺町8丁目で腎透析を中心に内科。 (19.3.13)

坂本 保己先生：青梅市健康センター

石井 好明先生の後任。ドック中心で内科。 (19.4.10)

土田 大介先生：土田医院

父上の故土田守一先生のあとを継ぎ青梅市根ヶ布で内科。 (19.4.24)

大野 芳裕先生：大野耳鼻咽喉科

青梅線牛浜駅北口の医療ビル2Fで耳鼻咽喉科。 (19.7.24)

會澤 義之先生：あいざわ整形外科クリニック

大野耳鼻咽喉科と同じビルの一階で整形外科。 (19.9.11)

中島 秀晶先生：(医社) 和風会老人保健施設 メディケア梅の園

青梅市駒木町にて内科。 (19.9.11)



内藤 茂憲先生



坂元 龍先生



加藤 出先生



坂本 保己先生



土田 大介先生



大野 芳裕先生



會澤 義之先生



中島 秀晶先生

紹介のあと終始賑やかな雰囲気懇親会は進み、ほろ酔いの各先生方もお互いすっかり打ち解けた様子でした。小机副会長の閉会の挨拶と恒例の西多摩3本締めでお開きとしました。写真には全員で納まりましたが、盛り上がった雰囲気は収まりそうになく、2次会は有志で10階の「ダコタ」で余韻を覚えました。(余談ですがこのホテルの親会社の昭和飛行機では戦前、戦中アメリカのダグラス DC-3 (和名;ゼロ式輸送機)を生産していたそうです。エントランスの壁には古い飛行機の写真が多数飾っており、その飛行機のニックネームをダコタといいますが、このバーの名前の由来になっているとのことです。)



文責：鹿児島 武志

## 新入会員紹介

### 福生市 大野耳鼻咽喉科 大野芳裕会員



大野耳鼻咽喉科の大野と申します。8月1日に牛浜駅近くにできたメディカル・ビーンズという医療ビルの2階で開業しました。

昭和63年に杏林大学を卒業後、慶應義塾大学の耳鼻咽喉科学教室に入局し、平成8年からは同医局の関連病院として公立(前国保連)福生病院耳鼻咽喉科に赴任し、5年間常勤として勤務しました。その後、縁あって防衛医大、杏林大学に異動しました。杏林大学に在籍していたときも、パート病院として公立福生病院で耳鼻咽喉科の外来を担当していましたので、紹介状などをやりとり頂いた先生方もいっしょるかと思えます。

平成8年当時から福生市内に在住しています。すでに当地に住み慣れ、福生病院の患者さんもいたため、福生市内で開業することにしました。東京都の中では自然豊かな環境である西多摩医師会の一員に加わることができ嬉しく思っております。

学生時代は硬式テニスをやっていましたが、ここ数年は子供が所属している少年野球チームに顔を出しており、現在はチームの監督をつとめています。日曜日、祝日は野球三昧ですので、ゴルフなどにはしばらく参加できそうにありません。

何かとわからないことばかりの若輩者ですので、ご指導、ご鞭撻の程よろしくお願い申し上げます。

### 青梅市 メディケア梅の園 中島秀晶会員



このたび伝統ある西多摩医師会に入会させていただきましてありがとうございます。私は昭和49年に東京医科歯科大学を卒業いたしまして、長く産婦人科、麻酔科をやってまいりました。そして高齢者医療に携わるようになって6年ほどになります。現在、多摩川と釜の淵公園がよく見えるマンションに単身赴任中です。一男、三女があります。長男と、長女、二女(一卵性双胎)はすでに結婚して別々に所帯を構えています。孫もおります。家内と末の娘は柏におります。娘は日本女子大4年生で、お陰様で就職も決まり、やっと子育てが終了します。

私の趣味は山歩きです。この6月からメディケア梅の園にお世話になっておりますが、窓の外にはいつも青梅の美しい山並み、美しい景色が見えてほっとしますし、元気が出てきます。地区の先生方これからよろしく願いいたします。

## 専門医に学ぶ 第35回

### 問題

次の不登校児の状態は、以下のどれに該当するでしょう。

- 適応障害
- 不安障害
- 過剰適応型不登校
- 気分障害

#### 〈症例1〉 8歳女児 (小3)

4月、5月に38°Cの発熱、嘔気、下痢が数日間認められた。6月5日から嘔気、嘔吐、食欲低下が持続するため6月9日当科受診し、精査目的で入院した。血液検査、頭部MRI、腹部CTで異常なく、点滴、潰瘍治療薬、制吐剤の投与で上記症状はやや改善した。入院11病日に退院したが、その後も食欲不振、夕方の嘔気が続き、学校を欠席していた。両親共働きで学童保育に入っており、同胞なし。

#### 〈症例2〉 10歳女児 (小4)

7月上旬から腹痛を訴え学校を欠席することが数日あった。夏休みは不調を訴えなかったが、9月11日再び腹痛を訴え、翌日当科受診し点滴を受けた。以来腹痛のために学校欠席の日が続き、10月12日再診時には、「学校に行きたいけれど、朝起きると行けない」と涙ながらに訴えた。寝付きが悪くなり、朝には胸のつかえ感、腹痛を訴えた。本児はまじめで負けず嫌いの性格。

#### 〈症例3〉 14歳男児 (中3)

5月末修学旅行の頃から、友達が自分から「ひいていった」と感じ、疎外感をもった。そのことを考えると学校に行く気がせず、夜眠れなくなった。学校の欠席が続くため、7月9日他院心療内科に受診したところ、抗うつ剤と抗不安薬を処方された。食欲は保たれていたが、朝だるく、なにもやる気が起きない状態が続き学校欠席が続くため、7月20日当科初診。

#### 〈症例4〉 13歳女児 (中1)

4月下旬から、微熱、腹痛のために学校を早退、欠席するようになった。週末は不調を訴えなかった。所属していた吹奏楽部は、欠席が多くなったため退部した。食欲低下や夜中の中途覚醒も認められるようになり、6月21日当科初診。保護者と別室の面談では、両親が小学校の教員であることや、4歳上の姉ががんばりやであることなどをとりとめもなく語った。抗不安薬を服用開始したが、学校は欠席が続き、7月になると些細なことで大泣きするなど感情が不安定になることがあった。

**解答と解説**

公立福生病院小児科医 臨床心理士 五月女 友美子

**〈症例1〉不安障害**

母が介護休暇をとってくれ、週1回の面談を継続した。両親は児の要求を先取りせず、児に自ら表現させるようにした。気持ち悪くなることや腹痛の訴えが減少し、7月は数日間登校した。児は母と過ごす時間が増え、夏には犬を飼い始めた。夏休みの終わりに、泳ぎが苦手で水泳の授業が苦痛であることを訴えたので、主治医の提案でスイミングスクールに通い始めた。9月からは不調なく登校でき、いやがっていた学童保育も退所した。調子が良くなってからは2ヶ月毎の面談とした。次学年に進級後も不調なく、水泳の授業も受けることができた。

**〈症例2〉適応障害**

本児は、登校できない理由に思い当たることはないと言っていたが、面談中に涙がこぼれる場面がいくつかあった。それらは、授業中みんなの前で先生に自分の意見を否定されたこと、男性教師に恐怖感をもっていること、仕事のため長期間別居していた家族（両親）が戻ってくることに戸惑いを感じていること、などであった。抗不安薬を服用後はよく眠れるようになり、10月下旬から適応指導教室に出席するようになった。面談では、おもに自分の苦手や興味について語った。2学期の終わりから所属学級に通学できるようになり、面談は計6回で終了した。

**〈症例3〉気分障害（双極性障害 = 躁うつ病）**

当科初診時、意欲減退、感情の平板化、朝よりも夜に活気がでてくるなどの日内変動を認め、うつ病と診断した。学校は欠席して休養するように指導し、抗うつ剤と抗不安薬を継続した。8月後半には読書が楽しめるようになり、勉強にも興味をしめすように回復してきたため、9月から段階的登校を始めた。腹痛や気持ち悪さを少し訴えながらも登校できていたが、10月上旬、早起きしてジョギングするようになり、注意散漫で授業中も落ち着きがなく、購買欲、異性に対する興味が増して人が変わったようになった。本人は「調子がよくなった」と言っていたが、主治医は軽躁状態と判断し、抗うつ剤を減量し感情調整薬を処方したところ症状は軽減した。以後精神科に転科し、双極性障害として服薬治療している。

**〈症例4〉過剰適応型不登校**

本児は、両親が小学校の教員で、両方の祖父母もまた小学校教員という家庭の二女であった。4歳ちがいの長女は勉強、運動万能で、吹奏楽部員としても本児の先輩であった。小学校時代は、教師から「・・・先生のお嬢さん」として先入観のある扱いを受けることがしばしばあった。父は子に厳しく、祖父母も教育にうるさかった。本児は、家族と比べられている自分をいつも感じていたが、その不満を誰にも語らず、いつも笑顔で穏やかにしていた。主治医との面談で、初めてこれらをあふれるように語り始めたため、気持ちの切り替えができるまで学校は欠席でかまわない、と指導した。夏休みに、主治医から母に児の不満を伝え、転校することも選択肢に入れて考えてもらった。9月からは、「家にいる方が学校にいるよりも休まらない」と言って登校している。

不登校にはさまざまな要因があるが、いずれも「心身が疲れている状態」から生じる。周囲の理解や対応によって「疲れ」の回復具合も異なることから、不登校児それぞれの状態を把握することは重要である。学校欠席が長期化すると、多くの児童・生徒は、腹痛、頭痛、気持ち悪い、微熱などの身体症状を表す。まず、一次的な身体疾患を鑑別する診察から始まるが、心身症の疑いが大きくなったなら、性急・単純な指導よりも、その児の生活の背景にあるものを探る姿勢が大切である。それは精神疾患に分類されることもあり、親和性の高いものとしては、「不安障害群」と「適応障害群」がある。前者には社会不安障害、全般性不安障害、分離不安障害、強迫性障害などのケースが含まれ、後者には家族の病気や死、転校などのライフイベントや、いじめ、過重な学校活動、両親の不和などのストレス要因の発生に続いて高まる不安・恐怖の結果不登校に至ったケースもある。また、気分障害（うつ病、躁うつ病）や統合失調症などを発症しているケースもあり、固有の症状把握が重要になる。そのほか、個性とまちがわれやすいのだが、幼少期から備わっていた発達障害のために、学校生活において社会適応能力に破綻をきたすこともある。疾患概念ではないが、症例4のように、学校に適応するために無理をして周囲にあわせることで心理的疲労が蓄積し、不登校になる「過剰適応型」もめずらしくない。心身症の対応としては、治療者のゆったりとかまえながらも患者の苦しさを理解したいという前向きな姿勢が、未踏の部分を手当てすることもあれば、患者自身の自浄能力を引き出すこともある。



学術部

Information



《学術講演会要旨》

日 時：平成 19 年 10 月 16 日（火） PM7:30～9:00

場 所：羽村市生涯学習センター ゆとろぎ小ホール

演 題：「予防接種の基本と最近の話題」

演 者：日本赤十字社医療センター 小児科部長 菌部 友良 先生

I. 日本の予防接種体制

現在の日本の予防接種体制は、欧米どころか中進国よりも遅れていると考えられる。その一番の根拠は実際の罹患者数である。罹患者を見ると、2001年時点の日本の麻疹罹患者は28万人（死亡80例）と推定されているが、同じ年の米国では100名前後（輸入例を含む）であり、フィンランドではほぼ無いとされる。当然今年の麻疹の流行も充分に予測されていたものである。これ以外でも任意接種になっている水痘やおたふくに限らず、細菌性髄膜炎など他のワクチンで防げる疾患（VPD）患者数も大幅に日本が多い。

予防接種体制を考えると、ハード（ワクチンの種類、接種回数、接種時期などとその決定の仕組み）の面と、ソフト（接種率を上げるための多くの方策など）に分けると理解しやすい。まず、ハードの点から見ると米国の定期接種用の小児用ワクチンで言え

ば、B型肝炎、ロタウイルス、DTaP（ジフテリア・破傷風・百日咳混合）、不活化ポリオ、ヘモフィルスインフルエンザ菌（Hib）、小児用蛋白結合型肺炎球菌（PCV）、インフルエンザ、MMR（麻疹・おたふくかぜ・風疹混合）、水痘、A型肝炎、Tdap（年長児・成人用のジフテリア・破傷風・百日咳混合）、髄膜炎菌、人パピローマウイルス（子宮頸癌予防用）の16疾患である。日本は、地域上必要である日本脳炎とBCGを除くと、定期接種はDPT、経口生ポリオ、MR（麻疹・風疹混合）の6疾患（日脳、BCGを入れても8疾患）である。おたふくかぜ、水痘、B型肝炎（母がHB陽性の場合を除く）、小児のインフルエンザはあくまでも任意接種である。また、接種回数もポリオが2回のみで、これはWHO勧告（最低3回）違反で、世界最低の回数である。MR（米国ではMMRか、MMRVの2回接種も、米国は1989年からであるが、日本では2006年からやっと2回である。また日本では任意で、1回しか接種が勧められていないおたふくかぜと水痘も米国では2回である。

次がソフトの面である。ワクチンは接種して初めて有効であるので、受けやすい制度を作り、それを上手に運用するかである。しかしこの点に関して日本は米国などとは全く逆で、いかに受けさせないようにするかが特徴で、厚労省が行った最近の予防接種制度の変更（接種期間、ワクチンの種類と既往者等への制限など）はまさにその最たるものである。日本では、無料化されているワクチンが少ない、病気とワクチン情報が極めて少ない、保護者の同伴義務、広域化されていない、他のワクチン接種との間隔が異常に長い、同時接種をしないなど多くのバリアーがあるが、今回は詳細を省略する。

そのために上記のように日本の現状は、VPDで多くの子どもの健康と命を無駄に損ねている。これ以上もったいないことはなく、社会の虐待（ネグレクト）ともいえる。日本の予防接種の常識は世界の非常識と言われている。まさに、できの悪い仏像（悪いハード）だけでなく、その上に魂（悪いソフト）がこもってないものである。修正すべきところだらけであるが、これには財務省の予算配分、司法の判決、マスコミ、情報不足の世論などが関係する面もあり、ただ単に厚労省だけを責めるわけにはいかない点も少しある。しかし、ソフトの面では、啓発活動が極めて少なく、説明義務などを果たしていない点など、すぐにも修正できることも多いので、厚労省が国民を守らなかつたら誰が守るのかと考えて、行動してほしいものである。特に、たとえば麻疹流行があった翌年の2002年にでも現在の米国並みの制度にしていたら、どれだけの日本人の命と健康が救われたかを深く考えてもらいたいものである。

今後の改善のために米国とフィンランドの政策につき述べる。米国では大統領自ら国民に向かって予防接種の必要性や成果を演説し、実質上の義務接種制度を用いても米国の子どもを守っている。その演説の際に予防接種政策を進めることで、国民の健康と命が守られるだけでなく、直接及び間接医療費まで減ることも言及している。予防接種政策のコントロールセンターとも言えるACIP（予防接種実施勧告委員会）が、多くの部門（小児科医、内科医、看護師、教師等々）の専門家を集めて、ぶれのない最良の子どものためのプログラムなどを決定しており、政府もその案に従っている。学ぶことだらけであるが、日本においては、義務接種制度は、少なくとも現時点ではなじみにくい。ただし子どもの

シートベルトの義務制度は受け入れられている。そのため義務接種制度を用いずに98%の接種率を維持しているフィンランド方式も取り入れて行くべきものと考えてる。この国の基本は、子どもは国や社会の宝としてとらえているためと小生は考えている。

## II. ワクチンは悪い星の元に生まれた

ワクチンは人類の健康に極めて大きな貢献をしているのに、これほど正しく評価されていないものはない。その理由として、ワクチンが有効で、その疾患をほぼ撲滅させるとその疾患の恐ろしさが忘れられることと、接種後に起こったいやなこと（正しくは有害事象）は、紛れ込み事故（偽の有害事象）を含めて皆ワクチンが悪いこととされてしまうためである。ワクチンは多くの重大な副作用があるというまじがった副作用神話が広がれば広がるほど、かえってVPDの恐ろしさが啓発されず、益々ワクチンの重要性（必要性）が認識されなくなる。ワクチンは医薬品である以上は、真の副作用が存在する。しかし本当に多くの重大な問題があるのかなどいわゆる副作用問題について、日本ではほとんど正面から取り上げてこなかった。副作用問題の正しい認識がワクチン普及の鍵でもあると小生は考えている。

## III. 副作用神話からの脱却

接種後に起こった接種を受けたものに悪いことを有害事象と呼ぶ。これには真の有害事象と偽の有害事象（紛れ込み事故）とがある。総ての薬剤にとって、この有害事象報告というものは、真の副作用を見つけるために不可欠のものである。しかし、問題は集めた情報の処理と運用法である。たとえば日本のワクチンの薬剤情報で副作用項目を見ると、脳炎という記載もある。しかしこれの因果関係についての情報はない。これに対して米国のMMRワクチンの説明書には、「脳炎の報告もあるが、本当に関連があるかの判断は不可能である。」との記載がある。日本の薬剤行政は疑わしい有害事象は総て真の有害事象として記載するという傾向がある。そのためにワクチンに限らず多くの薬剤が副作用の面から正しく判断されずに、影響が出ている可能性がある。

では実際にそのワクチンと関係するかどうかを科学的に見ると、疫学的に偽薬（プラセボ）投与例や自然感染例よりも発生頻度が高い、その臨床経過（発症までの期間、その後の経過、臨床検査値など）も有る程度の共通のパターンがある、基本的には医学的に説明可能ということなどがそろえば、そのワクチンが悪いとすることができる。まず局所反応や、大変稀であるが典型的なアナフィラキシーが起これば誰でも真の副反応と認める。また知られていないが、過去に起こったワクチンの真の有害事象に関しては、米国のブタインフルエンザワクチンによる一過性Guillain-Barre症候群、大腸菌毒素をアジュバントして用いたスイスの経鼻不活化インフルエンザワクチンによる一過性顔面神経麻痺がある。日本においては、ゼラチン問題が存在して、死亡者まで出した。これらは確実にワクチン接種後の発症頻度が疫学的に高く、その因果関係は明白である。

しかしこれらは例外で、普通の子どもにとって、乳幼児突然死症候群、永続的脳障害、自閉症などとワクチンの関係は多くの事実から否定されている。また、接種後の発熱など



の症状のほとんどはかぜなどによることが、偽薬（プラセボ）を使った比較研究から判明している。また接種後の重い有害事象（脳炎や血小板減少紫斑病など）の際も、ウイルス学的検索をしっかりと行えばエンテロウイルスやその疾患の野生株などが検出されることが多い。

また、真の副反応としてポリオ生ワクチンによる数百万に1人のポリオ麻痺例の発症やおたふくかぜワクチンによる無菌性髄膜炎（約2000例に1例）の発症も見られるが、これらも含めてワクチンの価値は相手の疾患の怖さとの関係で総合的に決まるものである。また、新聞などで大きく報道される予防接種被害認定や裁判所の判決は、予防接種制度を維持するための社会的判断や弱者救済優先によるもので、現在の科学的エビデンスとは合わないものであることも知っていただきたい。すなわち、ワクチンほど世界中で使用され、その後も厳密にモニターされているものは無く、安全性が極めて高いから生き残っているものであることを認識する必要がある。

#### IV. 間違い防止の必要性

実質的にワクチンの安全性は高いが、一応劇薬に指定されている。また現在は訴訟社会でもある。しかしこのようなことは抜きにしても間違いは許されるものではない。予防接種リサーチセンターから間違い防止策の冊子が出ているので、それを熟読する必要がある。ここではその中で頻度が多いものに付き簡単に解説する。

##### 1. 接種日問題

同じワクチン同士の接種間隔、他のワクチンとの間隔は決まっているが、間違いが多い。この根本は年齢や日数などに関して、未だに古い民法を用いていることである。すなわち4月1日生の子ども1歳の誕生日は、翌年の3月31日である。このことは学校入学時に4月1日生の子どもがどうであったかを思い出してもらえばよい。結論から言えばDPT ワクチンを接種してから次の他の種類のワクチンの接種期間は、月曜日に接種していれば翌週の月曜日である。ポリオ接種ならば4週後の同じ曜日から他のワクチンの接種が可能である。また時々あるのはDPT ワクチン接種後に、これは不活化ワクチンであるのとして、次の同じ曜日にDPT ワクチンの2回目を接種していることである。DPT ワクチン同士の接種間隔は3～8週である。

##### 2. 人間違い

「山田さん」と呼び出すと「はい」と小島さんが入ってくることは良くある。また兄弟できた場合は、おまえが先だと言い合いになり、最終的には接種違いになることも良くある。接種直前に、名前を最終確認して、ワクチンのバイアルかプリフィールドシリンジを保護者に確認してもらうことが大切である。

##### 3. 投与量違い

年齢によりワクチン接種量が異なるものは、インフルエンザワクチン、日本脳炎ワクチ

ンであり、必ず年齢確認をする。また DT ワクチンは 0.5ml バイアル入りのことが多いので、5 倍接種になりやすい。0.1ml 入りのプリフィルドシリンジも発売になっているので特に集団接種の会場では間違い防止に有用である。

#### 4. 期限切れ

ワクチンは効果などの問題で、かなり厳しく有効期限を短くしているため、多少の期限切れは医学的には効果や安全性の大きな問題ではないとされる。しかし道義的には責任は大きい。保管してある冷蔵庫に各種ワクチンの期限を書いておいたり、最終的には接種直前再チェックする必要がある。

#### 5. 保管方法

細菌製剤協会監修の一覧表があるので、これを保管用の冷蔵庫に貼っておくことがよい。

#### 6. 間違い防止の基本

上記以外にも多くの事故が報告されている。根本対策は、医師や看護婦が、「予防接種は間違いが起りやすい」という事実を良く認識することである。すると自ずから道は開けてくる。

### V. ワクチン各論

#### 1. DPT

感染研のワクチンスケジュール表が 2006 年より改正されて、DPT の矢印の位置が移動した。初回接種が生後 3 ヶ月からで、BCG よりも早くなった。これは生後 6 ヶ月未満の子どもが重症になりやすく、百日咳の罹患者数も多く、当初 3 回の接種が必要のためと、理解している。できれば初回接種の 3～4 週間後に 2 回目を接種してその 1 週間以後に BCG を接種するのがよいと考えるが、この件は BCG の項目も参照してほしい。接種間隔について 3～8 週間を過ぎると定期接種として認めないとの懸念が存在したが、正式に認める通達がつい最近に出た。罹患者への接種が禁止されているのは不当なことであり、WHO も罹患者の接種を認めているので、早期の是正が望まれていたが、来年 4 月に解決予定である。ただし、7 歳以上のジフテリア罹患者は適応外になる予定である。また、この疾患は麻疹などとは異なり撲滅が不可能で、今でも米国でも子どものみならず年長児・成人でも流行している。そのため米国では重症化しやすい乳児への感染源である年長児・成人の百日咳流行を防止するために、百日咳成分を減量させた Tdap ワクチンの接種が始まっている。日本でも年長児にも百日咳ワクチンの接種が望まれる。その際は日本の DPT 0.1ml を DT の代わりに接種すればよいので、これの早期実現も望まれる。ジフテリアと破傷風に関しては、DPT 接種率が高いので、小児では問題ないが、成人未接種者への接種と、米国同様に 10 年毎の成人への追加接種が望まれる。

また DPT を含む総ての定期接種ワクチン無料券は国の決めた次期の 1 ヶ月以上前に保護者に届いていることが肝要である。

## 2. BCG

15歳以下の結核患者数（予防投与例は除く）は100名強と推定されている。生後6ヶ月未満の接種であるが、上記のようにDPTを優先して、また重症免疫不全の発見の面からも4ヶ月以後の接種が実用的と小生は考えている。接種スケジュールには色々な考えがあるが、いずれにしても6ヶ月までには、ポリオを延期してでも、DPT3回とBCGの接種を完了させるべきである。罹患者に接種した際に起こるコッホ現象（接種後3日くらいで周囲の発赤を伴うくらいに強く接種部位の変化が起こり、接種後2週間くらいで痂皮化）が疑われたら専門施設に紹介する必要がある。

BCGも個別接種が国の基本であり、未導入の地域では早期導入が望まれる。

## 3. ポリオ

本来はWHOの勧告通りに最低3回は投与すべきものである。幸い実質上20年以上患者発生がないので、経口生ポリオ接種時期にDPTや麻疹などの患者数の多いワクチンの接種時期と重なった場合はポリオ接種を遅らせることが大切である。ポリオの流行さえなければ、1回目と2回目の間隔は数年あいても有効である。不活化ポリオは今後DPTとの混合ワクチンとして使用される見込みであるが、未だに治験が始まっていない。

ポリオも個別接種が国の基本であり、未導入の地域では早期導入が望まれる。

## 4. 麻疹・風疹（MR）

本年のような麻疹流行時には9ヶ月頃からの定期接種が望まれる。その際も、1歳以後には定期接種としてMRワクチンが接種できる通達が最近だされた。1歳半の時点での接種率が85%であるので、これを95%に高める一層の努力が必要である。また第2期接種の接種率82%で、充分ではなく、これも小学校とタイアップして向上に努める必要がある。麻疹根絶（正式には排除）のために、1回しか接種していないもの（現在小学校2年生以上から30歳頃まで）に対して、キャッチアップ接種が必要になる。MRワクチンを使用した定期接種を日本政府は可及的速やかに決定すべきであると皆から指摘されてきた。その結果、遅ればせながら2008年4月から中学1年生と高校3年生（及び同年齢）への臨時MR追加接種が決定された。

風疹の小流行が続き、先天性風疹症候群患者、風疹脳炎患者、血小板減少性紫斑病の発生が続いている。母親の風疹抗体が陽性であっても先天性風疹症候群患者の発生も報告されており、国からの風疹撲滅が必要である。

## 5. 日本脳炎

積極的勧奨接種が中止になったきっかけのADEM症例は、種々の理由でワクチンが原因とは極めて考えにくい。またたとえそうであっても、実質上のワクチン中止政策を取るとは、予防接種政策上極めて間違っている。この点に関して、2006年8月にWHOは、日本脳炎は重大な疾患で、ワクチン接種が大切であり、日本政府の言うようなワクチン接種でアテムが増加するというエビデンスはないとの所信表明をしている。昨年の熊本の未

接種の3歳例のように日本脳炎患者が今後増加することは目に見えており、現在でも定期接種として接種可能であるので、最大限予防に努める必要がある。新型の組織培養型ワクチンの開発は遅れており、また従来型ワクチンの在庫も底をついてきているので、深刻な問題である。

#### 6. おたふくかぜ

任意接種でワクチン代がかかることと、おたふくかぜの合併症の恐ろしさが啓発されていないために接種率が30%前後と低い。そのため平均すると毎年約60万例が罹患し、これらの自然罹患患者からは、年間に無菌性髄膜炎が約6千例（100例に1例）、一生治らない感音性難聴が600例（千例に1例）発症している。ワクチンによる無菌性髄膜炎の発生頻度は約2千例に1例であり、発症しても軽い傾向がある。これも定期接種化し、1歳からの2回接種が望まれる。一部自治体のように、ワクチン代の補助制度をひとまず確立することが望ましい。

#### 7. 水痘

水痘は皆の想像を超える合併症の多い疾患である。米国での水痘ワクチン発売以前の調査結果を日本の人口に合わせて調整すると、毎年約5千例が肺炎、脳炎、重症皮膚感染症などのために入院し、約40例が死亡している。免疫状態の悪いものが重症化しやすいが、全く正常な小児、成人でも重症化している。そのために、いくら抗ウイルス薬（1日3回投与で効果が高いバラシクロビル）の1歳以上の小児への使用が2007年4月より認可）などがあっても流行は治まらず、死亡を含めた重症例が発生するので、米国ではワクチンを定期接種化して流行を抑えた。しかし、麻疹同様に1回接種者から水痘罹患患者が増えたので、今年より小学校入学前に2回接種が義務づけられた。日本では定期接種でないので、接種率は約30%と低く、不幸が続いている。全国で自治体による任意接種費用の一部補助制度が始まっており、全国への普及が望まれる。当然一日も早い定期接種化、当然2回接種制度の導入が望まれる。

米国では重症化しやすい高齢者の带状疱疹予防のワクチンが発売になり、成果を上げている。日本のワクチンの力価も、このワクチンと同様であり、細胞性免疫の低下したもののへの接種も勧められる。

#### 8. インフルエンザ

現在のワクチンには限界がある。しかし、タミフルが悪いか良いかに関わらず、ワクチン接種がインフルエンザ対策の基本である。新型インフルエンザワクチン作りの次は、新型ワクチン作りの経験を生かして現在のインフルエンザワクチンの改良（アジュバント、全粒子型）が望まれる。それまで待たずに米国のように定期接種化して、現行ワクチンの普及が望まれる。また2本鎖RNAを利用した経鼻不活化ワクチンなどの早期開発も望まれる。

### 9. B型肝炎

WHOは生直後からの3回接種を勧告しており、世界中の多くの国では定期接種に組み入れられている。日本は母子感染予防では世界一であるが、父子感染予防も当然必要である。また、慢性化しやすい欧米タイプのウイルスが増えている。これに対しても現在のワクチンは有効で、日本でも定期接種化の早期導入が望まれる。

### 10. (日本では未発売) 蛋白結合型ヘモフィルスインフルエンザ菌b型 (Hib)

この菌は小児の細菌性髄膜炎の最大の起炎菌で、毎年600例が罹患しており、死亡と後遺症をあわせると100例を超していると推定されている。発病初期の発見は大変難しい上に(医療訴訟が起こりやすい)、この菌も耐性化が進み、これらの点からも問題である。導入した国ではこの菌による感染症が激減して、WHOを定期接種化勧告している。今年認可になったが、日本のワクチン基準に合わせるために現在改良中で、発売は2008年早々の見込みである。本来ならばこのようなことをせずに、ひとまず世界基準のままで早期に発売して年間600例の発病を防止して、その後改良することが望ましい。いずれにしてもWHOが勧告しているように、直ちに定期接種すべきである。

### 11. (日本では未発売) 蛋白結合型(小児用)肺炎球菌(PCV)

肺炎球菌は小児の細菌性髄膜炎や重症全身感染の起炎菌で、毎年200例くらいが発症している。このPCVワクチンの効果もHibワクチン同様に素晴らしく、WHOも優先的に定期接種に組み込むことを勧告している。現在承認申請中である。この菌に関しても耐性化も進んでおり、最大限早期の認可が望まれるが、承認までに今後数年かかるものと思われる。

なお、成人及び2歳以上の肺炎予防のニューモバックスとは異なるものである。このニューモバックスも理論的にBSEの危険性のないニューモバックスNPと変更されている。

### 12. (日本では未発売) ロタウイルス

米国では2ヶ月からの定期接種に今年からなった。現在まで腸重積例の増加は認められて無く効果は高そうである。日本でも治験が予定されており、早期導入が望まれる。メルク社製は3回の、GSK社製は2回の経口接種生ワクチンで、生後2ヶ月から開始する。このために米国の2ヶ月児は合計6種類のワクチンを同時に接種することになっている。

### 13. (日本では未発売) 人パピローマウイルス

欧米の子宮頸癌の約70%は、人パピローマウイルス16型と18型が原因である。STDであるので、米国では11歳の思春期女児に定期接種が始まった。不活化ワクチンで合計3回接種する。このワクチンの早期導入も望まれる。

### 14. A型肝炎(日本では小児へは未認可)

米国では1歳以上の子どもの定期接種になっている。日本でも大流行はないものの、散発例はあり、定期接種化が望まれる。しかし現在は16歳未満への使用認可はない。た

だし日本では小児の治験も終了しており、知る限りでは医学的な問題はないとされているので、早期認可が望まれる。

## VI. 最後に

日本の遅れた予防接種制度が世界基準に追いつき、無駄に日本の子どもの健康と命が損なわれない日が、すなわち子どもを愛する美しい国の実現が、1日も早く来ることが望まれる。この日が来るまでに座して待つのではなく、地方自治体と協力して任意接種のワクチンや、接種しそびれたものへの自治体の費用で接種できる体制作りが望まれる。また、少なくとも任意接種も健康保険での適応を認めれば大幅に接種率の向上が見込まれる。これらの達成のためにも、子どもの代弁者である小児科・内科医が先頭に立って行動することが望まれる。

(2007年10月記載、文献は省略)

## 感染症だより

### <全数報告>

第37週(9/10-16)から第40週(10/1-7)の間に、管内医療機関より

(二類感染症)結核3件(全件肺結核、40歳代1件、50歳代1件、70歳代1件)

(三類感染症)細菌性赤痢1件(20歳代男性、*S.sonnei*/D群、推定感染地はインド)

(四類感染症)レジオネラ症1件(60歳代男性、肺炎型、感染経路は不明)

(五類感染症)ウイルス性肝炎1件(70歳代男性、C型、推定感染地は国内、感染経路は不明)

の報告がありました。

### <管内の定点からの報告>

	37週	38週	39週	40週	2007年 累計
	9.10~16	9.17~23	9.24~30	10.1~7	
RSウイルス感染症	0	0	0	0	12
インフルエンザ	0	0	0	0	1,665
咽頭結膜熱	2	2	0	0	35
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	0	3	3	2	144
感染性胃腸炎	13	17	13	16	780
水痘	4	9	0	3	319
手足口病	6	12	4	1	99
伝染性紅斑	3	0	2	0	152
突発性発しん	2	4	2	4	120
百日咳	1	0	0	0	3
風しん	0	0	0	0	2
ヘルパンギーナ	0	0	1	2	106
麻疹(成人以外)	0	0	0	0	0
流行性耳下腺炎	0	0	1	0	25
不明発疹症	0	0	0	0	6
MCLS	0	0	0	0	1
急性出血性結膜炎	0	0	0	0	0
流行性角結膜炎	1	0	0	0	9
合計	32	47	26	28	3,478

※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(オウムを除く)、成人麻疹>:報告はありませんでした。

- **全国的には**、インフルエンザが39週から連続して増加しています、A群溶血性連鎖球菌咽頭炎、感染性胃腸炎も増加傾向にあります。水痘、手足口病、ヘルパンギーナは減少、風疹、麻疹、成人麻疹は減少傾向が続いています。
- **都内では**、インフルエンザが38週以後増加し、同時期の過去5年平均より多くなっています。早期の流行開始に注意が必要です。検出されたウイルスはいずれもA型です。感染性胃腸炎も増加傾向にあります。
- **管内では**、インフルエンザの報告はありません。感染性胃腸炎は引き続き増加傾向にあります。手足口病、ヘルパンギーナは第31週以降減少傾向が続いています。眼科領域からは、37週に流行性角結膜炎1件が報告されています。

#### <コメント>

感染性胃腸炎は毎年秋から冬にかけて増加しますが、管内ではすでに増加傾向が見られます。多くの場合に原因となるノロウイルスはきわめて感染力が強く、初発患者への対応が不十分であると容易に二次感染や集団発生につながります。適切な嘔吐物処理や丁寧な手洗いが感染予防にきわめて重要です。患者さんの診察の際には感染予防の指導もあわせてお願いいたします。

#### 新型インフルエンザ発生時における西多摩医療圏の対応について

新型インフルエンザの発生時における西多摩医療圏での対応について、対策連絡調整会が設けられ、検討が進められています。会議は、管内8市町村・西多摩医師会・西多摩薬剤師会・西多摩保健所の担当者で構成され、西多摩医師会からは地域医療担当理事の新井先生が参加されています。東京都が示す新型インフルエンザ対応マニュアルや行動指針をもとに、この医療圏が持つ地域性にも配慮し、発生時には、住民・医療提供者・行政機関等が一体となった対応が速やかに進むよう検討が重ねられています。これまでに3回の話し合いがもたれ、まもなく「今後の方向性」(仮称)が出される予定です。

実際に新型インフルエンザ発生の際となりますと、発熱センター・発熱外来などで医師会員の先生方のご協力は欠かせません。ご高配のほど、なにとぞよろしくお願い申し上げます。

(文責：西多摩保健所保健対策課)

## 都知事表彰を受けて

福生市 道又正達

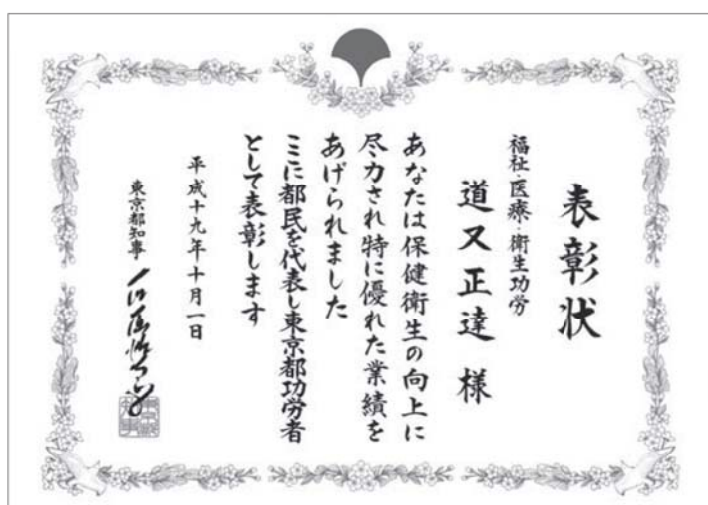
先月の中頃の或る日、都庁より分厚い封筒が届きました。開封してみると都知事による表彰の式次第関連のパンフレット数枚が入っていました。十月一日都民の日、市役所職員が式に間に合うようにとの送迎車の好意に甘えて朝7時45分一路中央高速道路で新宿に向かい余裕を持って式場に到着しました。平服でどうぞということなので、ジーンズでと思いましたが、普通の背広を着用して一応ネクタイを締めて行きました。表彰式は都庁第一庁舎5階大会議場で、式そのものは、冒頭に君が代斉唱に始まり、まず名誉都民として折り紙作家の加瀬一郎氏、心の東京革命の多胡輝氏、ミュンヘン五輪の松平康隆氏三名の顕彰式と謝辞があり、その後都知事の祝辞がありました。次いで13項目に分けられた256名が胸ポケットに色分けのリボンを左ポケットに差込み、あらかじめ用意された席に案内されました。

当日は、都会議員の義務なのかどうか判りませんが、党名と氏名を係りの方の指名により議員さんが、立ち上がって一礼する場面に遭遇しました。野村有信先生も出席されていて式が終わってから顔を合わせ握手をしました。式終了後、前述のリボンごとに都知事さんを前列中央に四段くらいの並び方で記念撮影がありまして、普段の自分と違い、慎太郎さんのすぐ斜め後方にすばやく場所取りに成功しました。有名人に弱いのか。

表彰の主な対象になったことは、平成3年、西多摩の福生市学校保健会の発足に関与して七期14年だと思いますが、その間会長役を勤めさせていただきました。ここ数年前より小・中学校の精神保健の重要性が叫ばれており、福生市学校保健会理事会でもこの問題を教育委員会と協議し市側に教育医委員会囑託として臨床心理士としても熱心な福生病院小児科・五月女友美子先生に中心になっていただきました。その後先生は市内小中学校を巡回されて居られ順調に成果を挙げておられます。思い出しますと学校医担当理事や東京都医師会学校医委員会委員を経験したことや、滑り出しが性教育だった事等思い合わせ、ご協力くださった先生方に深く感謝申し上げる次第です。

従来の学校保健会活動と学校精神保健がいい形でドッキング出来たものと思います。現在は顧問という形で側面から応援しています。表彰状の写真は、石原慎太郎さんの左端のサインを味わっていただきたくて、またもう一枚の写真では矢張り若くないのだと写真で確認をしたところです。

11月末、シャンソンを中心に音楽鑑賞会を義弟が計画してくれて、私も3曲くらい唄わせてくれるというので急遽練習しています。お世話になった諸先生に感謝です。





## 松原貞一、宮川栄次先生の喜寿を祝う会開催

さる9月29日(土曜日)に昭島の昭和の森(車屋)で両先生の喜寿を祝う会が盛大に催されました。羽村、福生地区以外の会員も加わり総勢30数名を越える先生方にお集まり頂きました。いつもの医師会総会後の懇親会会場ではなく座敷で行われたせいか、参加された先生方も和気藹々の雰囲気の中、真鍋会長の挨拶、乾杯の音頭とりで会は始まりました。席上、会長は両先生のように長寿を保ち、かつ現在も医師会活動に意欲的に参加されることに対して心からお喜び申し上げ、また後に続く我々もその器量、気力を分かち合いたいとのメッセージがあり、長年の臨床経験を持ち医道に関しては百戦錬磨の両先生もさすがに頬が緩みっぱなしでありました。(写真1)参加者全員も同じ感想を持たれたことと思います。



写真1

宴が始まって一時間も経った頃、花束贈呈が行われ、両先生の答礼の言葉がありました。このような会を催して頂くとは夢にも予想しておらず、感謝の一言につきるとの返礼の言葉でした。長年にわたり時代の趨勢とともに変わりゆく医療現場の実際を経験され、時差を感じさせることなく、よどみなく答えるお二人には出席者一同もいささか驚いた様子でした。しかし、お話の中にもあったように患者意識の変化や診療内容の煩雑さが医師の診療に対する取り組みをややもすると益々困難にしてゆくありさまは、昨今の医療訴訟の多様性を垣間見ても明らかです。何年後かにこうした宴で自らが主役で挨拶をする時には、世の中一体どうなっているのだろうか?と医療を取り巻く周辺事情の行く末にいささかの危惧感を、出席者の誰しもが抱いたことと思います。

その後はお二人と永らくお付き合いのある先生方(玉木、馬詰、足立、内山、真鍋、横田の各先生方)よりウィット、ユーモアとアイロニーがまぜこぜになった、要するに心のこもった温かくも辛辣(?)な挨拶が会場をドッと沸かせました。堤先生の締め挨拶ののち、お店の気配りで喜寿のお祝いの格好をしたお二人を囲んで全員がカメラに収まり、めでたく10時過ぎにお開きとなりました。(写真2,3)

(文責：鹿児島 武志)



写真2



写真3

# 伝言板

西多摩医師会主催

## 「市民ふれあいのつどい」

— 講演とコンサート —

**第1部** 講演「西多摩地域の脳卒中医療連携」(30分)

フィルム「脳梗塞予備群—あなたは大丈夫ですか？」

西多摩地域脳卒中医療連携検討会

**第2部** さこみちよ「ふれあいコンサート」(90分)

TBSラジオ「大沢悠里のゆうゆうワイド(金曜日担当)」

でおなじみの「さこみちよさん」の明るいお話と歌をお楽しみ下さい。

平成19年

11月21日(水)

秋川キララホール

(あきる野市秋川1-16-1)

開場17:30 開演18:00

**入場無料**

**申込方法** 西多摩医師会まで

下記のいずれかの方法で

●FAX 0428-24-1615

(裏面の申込書をご利用下さい)

●葉書 〒198-0044 青梅市西分町3-104

●TEL 0428-23-2171

●E-mail: info@nishitama-med.or.jp

後援: 西多摩保健所・あきる野市



【申し込み締切り 11月14日(水) 必着】

## ② 西多摩医師会 学術講演会

日 時：平成 19 年 11 月 8 日（木）PM 7：30～  
 場 所：青梅市立総合病院 講堂  
 演 題：「糖尿病治療の最前線 - Treat to Target -」  
 演 者：帝京大学医学部 内科学講座 教授 山内 俊一 先生

## ③ 西多摩医師会 学術講演会

日 時：平成 19 年 11 月 15 日（木）PM 7：30～  
 場 所：羽村市生涯学習センター ゆとろぎ 2 階「講座室 A・B」  
 演 題：「地域医療連携の中での C 型肝炎診療」  
 - 新しい「インターフェロン治療医療費助成制度」発足にあたり -  
 演 者：青梅市立総合病院消化器科 部長 野口 修先生

## ④ 西多摩糖尿病合併症セミナー2007 (案)

～ 足に目をむけ、糖尿病性神経障害の早期発見を目指す～

日 時：平成 19 年 11 月 20 日（火）PM 7：30～9：00  
 場 所：昭島市昭和の森「フォレスト・イン昭和館」  
 講演 1：「日本大学医学部附属板橋病院における糖尿病神経障害患者実態調査について」  
 講師：日本大学医学部内科学系 糖尿病代謝内科学分野 荻原 典和 先生  
 講演 2：「糖尿病性神経障害の診断と治療戦略」  
 講師：東京都済生会中央病院 副院長 渥美 義仁 先生  
 後 援：西多摩医師会

## ⑤ 西多摩医師会 学術講演会

日 時：平成 19 年 11 月 26 日（月）PM 7：30～  
 場 所：公立阿伎留医療センター 地下 1 階講堂  
 演 題：「内視鏡所見に基づく冠動脈疾患の病態解析と治療戦略」  
 演 者：日本大学医学部循環器内科教授 平山 篤志先生

## ⑥ 西多摩医師会 学術講演会

日 時：平成 19 年 11 月 28 日（水）PM 7：30～  
 場 所：青梅市立総合病院 南棟 3F 講堂  
 演 題：「外来での不整脈患者にどう対応するか」  
 - ガイドラインに準じた治療のしかたのポイント -  
 演 者：杏林大学医学部第二内科 准教授 池田 隆徳先生



## ⑦ 西多摩医師会 学術講演会

日 時：平成 19 年 11 月 29 日（木）PM 7：30～

場 所：羽村市生涯学習センター ゆとろぎ 2 階学習室

演 題：「呼吸器疾患の診断と治療」

－ 長引く 咳嗽をどう診るか －

演 者：東海大学医学部付属八王子病院 副院長

呼吸器内科 教授 近藤 哲理先生

### 地区だより

## 青梅市医師会、秋の懇親会開催さる

広報部

9月26日に青梅市勝沼の三河屋で、恒例の青梅市医師会懇親会が行われた。予想を超える26名の出席者が集まり、中野会長の挨拶、引き続き福原先生の乾杯の音頭で賑やかに宴が開催された。席上、野本副会長より来年度より実施される健診事業の枠組みの概略、そして行政や他地区医師会の現在の状況についてのコメントがあり、健診事業に関する出席者は盃を置きなおし話に聞き入っていた。ついで今年に入って新しく入会された先生方（加藤出先生、土田大介先生、坂元龍先生、坂本保己先生）の自己紹介が行われ喝采を浴びた。

宴もたけなわに達する頃より出席者の自己紹介、近況報告が行われた。恒例の行事で今

回は特に目新しい企画はないが、青梅医師会は会員数が多く、長年開業されている先生方はいらっしゃっても、出席者には限りがあるため、同じように挨拶が繰り返されても、お互い会員どうし知己を得る意味では良い機会となったようである。また診療、医業経営、或いは人間関係など日頃から抱えているささやかな悩みで、諸先輩のアドバイスを小耳にはさむ良い機会であったようだ。予定時刻をオーバーし10時過ぎに足立先生のユーモアあふれる締めで、また次回（1月予定）もより多くの会員の出席者の参加を願いつつ秋の懇親会をお開きとした。

（文責：鹿児島 武志）





## 広報部 Information



### 紅葉ベスト10

今回はインターネットのサイトで Walker plus 内の『全国紅葉名所ガイド2007』

関東・甲信越のブックマークで人気でスポット10をあげてみました。

今年の紅葉は、季節が少しずれていたり夏が暑すぎたためか今ひとつパツとしないようなこともいわれています。紅葉狩りの参考にしてみてください。

#### 1 筑波山

男体山・女体山の2峰からなる、標高 877mの日本一低い百名山。11月初旬から紅葉を観ることができる。ケーブルカー、ロープウェーを利用してのアクセス可能。

11月1日から30日まで筑波山紅葉まつり開催。

#### 2. 長瀨

長瀨ライン下りを楽しみながらの荒川流域の紅葉がすばらしい。

11月10日から25日までライトアップもあり。

#### 3. 小石川後楽園

特別名勝・特別史跡。都会のオアシスの公園。大泉水という池に映る赤が鮮烈。

#### 4. 箱根

ご存じ観光名所中の名所。紅葉は芦ノ湖から始まり、仙石原、強羅、小涌谷と移っていく。

三河屋旅館に併設する庭園「蓬來園」(入園自由)の色づきは特に見事だ。

#### 5. 明治神宮外苑

青山通りから聖徳記念絵画館を正面に臨むイチョウ並木が有名。

一面黄色の不思議な空間。11月16日からいちょう祭り。

#### 6. 昇仙峡

天神森から仙娥滝にかけて、約4kmにわたって渓谷がつづく。標高差があるため1ヶ月以上もの長い間紅葉が楽しめる。

#### 7. 河口湖

標高1300mの天下茶屋、830mの河口湖、それぞれの移りゆく紅葉を鑑賞できる。もみじ回廊やもみじ街道は10月26日から11月28日までの紅葉まつり中ライトアップされる。

#### 8. 中央アルプス千畳敷カール

駒ヶ岳ロープウェイ、また、千畳敷カールから絶景の紅葉が鑑賞できる。

(時期的にはもう遅いようです)。

#### 9. 中野邸もみじ園

新潟市秋葉区金津にある広大な庭園。中野家の当主が40年の歳月と贅の限りを尽くし、日本の伝統美を極めてつくりあげた。130種2000本のモミジが色づく。

11月3日から11月18日まで 石油の里もみじまつり

#### 10. 大佐渡スカイライン

相川町から金井町までの約30kmのコース。佐渡の形をそのままパノラマ状態で観ることができる。(見頃は10月下旬とのことなので今年はまだ遅いか?)

## お勧めサイト

旅行や紅葉狩りに役立つサイトを3つ程あげてみました。

1. <http://kouyou.yahoo.co.jp/index.html>  
紅葉特集2007 みんなでつくる紅葉情報。  
日本全国の多くの写真とおすすめ情報があり旅の計画に役立ちます。
2. <http://www.mapple.net/>  
地図で有名なマップルが日本全国の観光・旅行情報を掲載しています。  
さすがに地図利用の情報が多数です。
3. <http://allabout.co.jp/travel/meito/>  
all about (その道のプロが、あなたをガイド) のサイトの一部です。  
名湯、紅葉狩り等の情報多数。

(文責：近藤之暢)

## ● 理事会報告 ●

★ Information ●

9月定例理事会

平成19年9月25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・蓼沼・中野・西成田・野本・松原・足立]

### 【1】報告事項

1. 都医地区医師会長協議会報告
2. 各部報告  
総務部：「医療協」10/5(金)開催  
産業医：地域産業保健センター事業実地監査結果の説明会報告(9/25)  
特に問題なし
3. 地区会よりの報告(各地区理事)  
青 梅：9/26 秋の懇親会  
福 生：なし  
羽 村：9/21 羽村学術講演会開催(ゆとろぎ)  
9/18 地区会  
あきる野：9/18 例会 特定健診について  
瑞 穂：なし  
日の出：なし
4. その他  
○第29回産業保健活動推進全国会議に会長出席(9/13)

**【2】報告承認事項**

1. 入会会員について 継続へ
2. 青梅簡易裁判所民事委員候補者の推薦について（継続案件）

**【3】協議事項**

1. 平成19年高齢者インフルエンザ予防接種について（追認）  
金額 据置き 4500円（2200円自己負担）  
期間 10/15（月）～1/31（木）
2. 特定健診・特定保健指導に関するアンケート結果について（多摩ブロック）  
電子化は来年度には無理。  
紙ベースで可能か？
3. 東京都医師会学校医大会及び同大会被表彰者の推薦について  
百瀬眞一郎、奥野 仁、篠原秀隆の3名を20年継続として推薦

**10月定例理事会**

平成19年10月9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・田坂・蓼沼・中野・西成田・野本・松原・足立〕

**【1】報告事項****1. 各部報告**

総務部：1)「医療協」10/5 報告（横田副会長）

130名参加者あり。

2) 会館建設準備委員会開催 10/22 午後7時30分より（横田副会長）

3) 東京都医師会「健康食品に関する安全性情報共有事業（東京都委託事業）」に係わる拠点医療機関 横田クリニック推薦登録 —— 承認 ——

保険部：国保主務担当者との懇談会開催 11/12（月）午後1時30分～

テーマ：特定健診について

**2. 地区会よりの報告（各地区理事）**

青 梅：11/20 ケアマネジャーの連絡会

福 生：10/11 総会予定

羽 村：10/7 三師医健康フェア

あきる野：例会予定

瑞 穂：なし

日の出：なし

**3. その他**

○西多摩三師会役員会報告（10/4）

山田先生（薬剤師会）を偲ぶ会

西多摩市民健康講座の予定 H 20. 2/16（土）午後2～3時

三師会勉強会 宮原先生（泌尿器科）予定

## 【2】報告承認事項

### 1. 入会会員について ― 承認 ―

A会員：塚田 裕 ひかりクリニック

B会員：新町クリニック 1名

### 2. 青梅簡易裁判所民事委員候補者の推薦について ― 承認 ―

(医社) 葵会 青梅今井病院 院長 武者 廣隆会員を候補者として推薦する

## 【3】協議事項

### 1. 平成19年度緩和ケア人材育成研修会について(野本理事) ― 承認 ―

11/17 予定 医師会より小机副会長に閉会の辞を依頼

### 2. 新型インフルエンザ発生時の医師会の協力体制について(新井理事)

### 3. 特定健診：第1回「医療協」後の方向性と課題及び特定健康診査・特定保健指導機関の登録について(横田副会長)

10/19 第3回目の会合予定

横田副会長談

1. 医師会の公衆衛生委員会で決定した内容を行政側に説明した。
2. また行政サイドも現況では健診の内容に対する詳細は未決定との事。

〈質問〉保健指導受託の条件は？

イ. 保健指導手続にそって行なう。

ロ. 内容よりも手続の問題がある。例えば…

1. 電話相談、集団で指導 etc.
2. ポイントをだす。
3. 書類に残す。
4. 将来的には電子化する。

ハ. 契約

法人(西多摩医師会)との契約を考えている。(現況では)

### 4. その他(横田副会長)

○各地区医師会で社会保険診療報酬支払基金の特定健康診査・特定保健指導機関の登録については協議していただきたい、私が出席し説明をしてもよい。

## 会員通知

- |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| ○会報                   | ○産業医研修会(11/3,4 順天堂大学医師会) |
| ○宿日直表(青梅・福生・阿伎留)      | ○ ” (12/15 東京医科大学医師会)    |
| ○訃報(伊藤敬一先生御母堂様)       | ○ ” (12/2 昭和大学医師会)       |
| ○学術講演会(10/24)         | ○ ” (12/8 町田市医師会)        |
| ○会館建設準備委員会開催案内(10/22) | ○ ” (11/17, 2/17 日本橋医師会) |
| ○「市民ふれあいコンサート」パンフレット  | ○ ” (12/7, 8 日本医師会)      |



【管理者変更】

(医社) 光輝会 ひかりクリニック  
(新) 塚田 裕  
(旧) 土屋 輝昌

【開設者・名称変更】

柳田医院  
(新) (医社) 天陽会 柳田医院  
理事長 柳田 和弘  
(旧) 柳田医院 柳田 和弘

お知らせ

事務局より お知らせ

平成 19 年 12 月 (11 月診療分) の

保険請求書類提出

12月8日(土)

— 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 11月は14日(水)  
12月は12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。

訃報

伊藤 晶子様

あきる野市秋川3-5-7  
伊藤整形外科  
院長 伊藤 敬一先生(ご母堂様)

去る9月23日ご逝去されました。  
謹んでお悔やみ申し上げます。

訃報

池谷 伊三郎様 (79歳)

あきる野市秋川1-3-7  
池谷医院  
院長 池谷 敏郎先生(ご尊父様)

去る9月29日ご逝去されました。  
謹んでお悔やみ申し上げます。

## 表紙のことば



「林中紅屋」 油彩F10号

此の絵は毛呂山町の小生の小さいアトリエから描いた山川画で此の山の名は古くから左側が富士山、右側の山が<sup>シロガネダイラ</sup>白銀平という地名で下に流れている川は宿谷瀧より流れる宿谷川という川で荒川の上流になる川です。昔から修験の場でありましたが、瀧の処にあった神社は約20年前台風で全壊、今はもうありません。

波田野 洋夫

## あとがき



来年から予定されているメタボリックシンドロームに基づく特定健診・特定保健指導について、ここ最近、その判定基準、医療経済効果、新たな健診市場の創設と民間企業の参入、政官業の癒着などを含めた様々な問題点が、新聞、雑誌、書籍、Webなどで取り上げられています。

まず、腹囲の判定基準が、男性85cm以上、女性90cm以上であり、男性に厳しく、女性に甘い基準となっています。国際糖尿病連合の基準では、男性90cm以上、女性80cm以上となっており、基準の見直しが必要という意見が認められています。

次に、特定健診・保健指導の対象者は、40歳から74歳の5700万人であり、このうち3000万人が医療機関の受診を勧められる可能性があり、これにより、メタボ撲滅により医療費2兆円削減の目標が、逆に新しい健診により、医療費がさらに5～6兆円増加する危険性があるとされています。

脂肪組織を、単なる脂肪の貯蔵庫だけではなく、様々なアディポサイトカインを分泌する人体内で最大の内分泌臓器と判断することにより、個々別々に疾患を治療する体系から、まず内蔵脂肪を減らし、包括的な治療を行うように変わっていくことは、画期的なことと考えられます。

しかしながら、上述したような多くの問題を抱えた上でのスタートであり、軌道の修正があるのではないかと思います。

宮下 吉弘

社団法人  摩医師会

平成19年11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 鹿兒島武志

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 マスタ印刷 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

地球の健康とすべての人々の  
健康で豊かな生活に貢献したい。  
それが私たちスズケンの  
壮大なテーマです。



May I  
"health"  
you?  
健康推進のスズケン

 **SUZUKEN**  
<http://www.suzuken.co.jp>