

西多摩医師会報

第45号 昭和51年6月



緑蔭釣魚 川合玉堂

目次

気管支喘息の治療を中心として 奥田英二…………… 2	地区医師会長協議会…………… 13
感冒の治療について 市原靖・松原貞一・大久保憲二・丸茂三千穂 大島大知・藤田洋一・その他…………… 5	4月理事会報告…………… 14
コロンビア大学付属病院見学記…三沢剛文… 10	5月臨時理事会報告…………… 15
甲斐天目山……………近藤友好…………… 12	三多摩庶務担当事務連絡会…………… 16
	公衆衛生部より連絡事項…………… 17
	医師会日誌…………… 18
	多摩医学会幹事会及総会…………… 19

気管支喘息の治療を中心として

阿伎留病院内科医長 奥田英二

はじめに

石坂らによる第5の免疫グロブリンIgEの発見以来、アトピー性喘息における治療および研究は急速な進歩をとげてきている。しかし、それにもかかわらず気管支喘息（以下喘息）の概念についてはいまだ混沌とした状態であり、単一疾患と考えるか、症候群と考えるかについても意見の統一をみていない。

ここでは現在の治療の考え方を中心に、治療を左右する喘息の分類と、簡単にできるアレルギーテストについて触れてみることにする。

1. 気管支喘息の分類

Rakemannは、喘息を外因性（extrinsic）と内因性（intrinsic）に分け、Swinfordは、アトピー型と感染型に分けている。我が国では、Swinfordの分類を基礎とし、アトピー型・感染型・混合型・心因性の4つに分ける場合が多い。

アトピー型とは、家族歴・アレルギー歴があり、各種アレルギーテストにて即時型アレルギーのはっきりするタイプであり、特異的減感作療法、インターナル等が適応となる。若年者に多くみられる。感染型とは、アレルギー歴・家族歴のはっきりしない細菌・真菌などの気道感染が発作の発現に関与すると考えられるような型である。一般的に中高年層に多くみられる。混合型とはアトピー的な因子に感染等の因子も加わっていると思われるタイプであり、喘息発病的にはアトピー型であったものが、長い経過とともに感染等の影響を大きくうけるようになったものが多い。心因性とは、精神的な動揺や欲求不満が喘息の原因となるタイプであるが、喘息は発作の無い時期であっても常に次の発作の不安に悩まされる病気であり、多かれ少なかれ、どのタイプでも心因の影響はうける。心因のみが発作の原因となる例はごく少ないといえる。

対症療法にはどのタイプでも大きな差異はないが、生活指導、特異的減感作療法等の原因療法はタイプにより異なる場合が多く、喘息患者の来院

時には、早期にタイプの決定がなされる事がのぞましい。

2. アレルギー性喘息の診断

1) 問診

家族歴・既往歴・職業歴・経過・発作の状況等について十分な問診を必要とする。とくに、季節性か通年性か、職業と発作との関係、愛玩動物や寝具、化粧品等の問診から原因となるアレルギーがある程度つかめる場合が多い。例えば、花粉類を例にとると2月～4月は杉花粉、5月は松の花粉、8月・9月はブタクサ・ヒメガマ・カモガヤ等の雑草の花粉というように発作と開花季節が一致するので容易にアレルギーが推察できる。

2) スクラッチテスト

前腕屈側等の皮膚面をアルコール消毒し、注射針等で出血しない程度に3～5mm皮膚の表面を傷つけ、その上に検査したい抗原液を1滴載せれば良い。判定は15分後で、10mm以上の発赤あるいは膨疹のはっきりするものは陽性とする。手技は簡単であり、苦痛も少なく、喘息発作等を誘発する危険も少ない。アレルギースクラッチ用エキ스는容易に手に入るので、HD（ハウスダスト）・ブタクサ・ヒメガマ・杉花粉・カンジタ等陽性例の多いものとは対称液だけでも用意しておく事がのぞましい。

3) 皮膚反応

やはり前腕屈側等に皮内反応用抗原液を0.02ml皮内注射するが、スクラッチテストが即時型アレルギーのみを判定できるのに対し、アルサス型・遅延型アレルギーも推察できる点に利点がある。注射後15分で発赤20mm、膨疹9mm以上を即時型アレルギー陽性とし、5時間後の発赤と浮腫、24～48時間後の発赤と硬結をみる事により、アルサス型・遅延型の判定もできる。

4) その他

点鼻誘発テスト・食餌試験・吸入誘発テスト・P-K反応等があるが、これらは施設と人数を必要とするため簡単に施行することはできない。また

現在はRadio-allergo-sorbent-test (RAST) という方法が発達しつつあり、患者の血液を採血するだけでその血清中に各種のアレルゲンに対する抗体があるかどうかをしらべられるようになっている。将来は患者の負担をより少なく、RASTにより容易に検査室でアレルゲンを決定できるようになるかもしれない。

3. 治療

1) 生活指導

喘息の治療に生活指導はかかせない。急激な気温・湿度の変化、ほこりの多い場所、喫煙等が悪いのは当然だが、実際にはこまかい点で患者およびその家族は誤解していることが多い。例えば小児喘息の場合、親は感冒をおそれるために家にとじこめた生活をおくらせる傾向にある。それが結果として感冒をひきやすい抵抗力の無い子供にしてしまう。発作のない時には陽にあたらせ、皮膚をきたえ充分な抵抗力をつけることが必要である。とくにHD (ハウスダスト) がアレルゲンとなっている患者が室内に長時間いる事はのぞましくない。それとは逆に花粉症の患者は、花粉季節中にはなるべく外出しない方が良いということになる。冷暖房については、炭火・石油ストーブ等、ガスの発生するものは好ましくないし、クーラーは人工的な急激な温度の低下と乾燥のため発作を誘発する機会が多い。また、部屋の空気だけを回転させるクーラーは不必要に部屋のすみのほこりまで回転させ、HD陽性者には悪影響を与えることとなる。運動をする事により発作をきたす人以外は、非発作時の適度な運動はむしろ好ましい。しかし、しいていえばランニング・マラソンのような運動より水泳をすすめる方が良い。なぜなら、マラソン時の呼吸は喘息発作時の呼吸と似かよっているため発作を誘発しやすいし、水泳は腹式呼吸のため発作をおこしにくく、皮膚の鍛錬、呼吸法の訓練にもなるためである。

2) 水分補給

喘息発作時には呼吸が頻回となり、また発汗が強度となるため、不感蒸泄が著しい。まして発作重積状態となれば脱水状態となる。その結果、気道は乾燥し、外界の影響をうけやすくなり、また喀痰の排出も困難となる。発作強度の時は気管支拡張剤、副腎皮質ステロイド等とともに1500~

2500^{ml}/dayの補液を必要とするし、家庭においては可能なかぎりの水分の摂取をすすめる必要がある。

3) 気管支拡張剤

気管支拡張剤は、交感神経作用剤 (β -アドレナジック刺激剤) とテオフィリン剤 (キサンチン誘導体) に大別される。現在、その作用機序については、 β -刺激剤は細胞内のATPをcyclic AMPに変換することにより β -作用 (気管支拡張・心拍増加・振せん等) を起こし、テオフィリン剤はphosphodiesteraseがcyclic AMPを不活性化させるのを阻害し、 β -作用を増強させると考えられている。 β -刺激剤にはアドレナリン (エピネフリン)・イソプロテレノール・エフェドリン、そして、イソプロテレノールの構造をかえることにより心拍増加等の β_1 -刺激作用を弱め、 β_2 -刺激作用を主体としたアロテック (オルシ・ブレナリン)、アストーン (クロルブレナリン)、イノリン (トリメトキノール)、ベネトリン (サルブタモール)、ブリカニール (テルブタリン) 等がある。現在のところこれらのうち心拍増加等の β_1 -作用が最も弱く、喘息の治療という面に関しては副作用の少ないものは、ベネトリンとブリカニールであろう。

また、テオフィリン剤には、ネオフィリン (アミノフィリン)・テオコリン・ネオフィリン M (ジプロフィリン)・テオナP等がある。

これらの事から、気管支拡張剤を併用する際には、同系列のものを併用せず、 β -刺激剤とテオフィリン剤をブリカニール6錠、テオナP3錠というように併用することがのぞましい。

4) 副腎皮質ステロイド

ステロイド剤の作用は現在、なお明らかでないが、抗炎症作用、組織中のヒスタミン含量の減少、 β -遮断状態の解消等が考えられている。たしかにステロイド剤は重症発作・慢性発作に著効がある。それだけに離脱困難例も多く、副腎皮質機能不全・感染に対する抵抗力の低下・糖尿病・高血圧・消化管の潰瘍・精神障害などの副作用をきたす場合も多く、結果として抵抗力のない不安定な状態をつくってしまう危険性が大きい。ステロイド剤は大量投与の場合も発作緩解後はなるべく早期に離脱することに留意すべきである。

5) インタール (Disodium Chlomaglycate)

アトピー性 (即時型) 喘息は、アレルゲンと

(4)

IgE抗体が反応し、マスト細胞の顆粒中のヒスタミンが遊離し、その結果発作に到ると考えられる。インターールはその吸入によりマスト細胞の脱顆粒を抑制し、とくにアトピー性喘息に効果がある。そしてこの特徴からインターールは発作の予防薬であり、非発作時に使用する薬剤として注目に値する。また、発作時をさげ長期間の経過を必要とする特異的減感作療法の併用薬としては最も有用である。

6) 特異的減感作療法

特異的減感作療法（以下減感作）はとくに難しい治療法ではない。スクラッチテスト・皮内反応等で原因抗原をみつけた後、できれば閾値テストを施行する。閾値テストはアレルギー皮内反応用エキスを千倍・1万倍・十万倍・百万倍・千万倍というように希釈し、各々を0.02 ml 皮内注射し、陽性を示した最も希釈倍数の高い値を閾値とする。我々は、閾値決定後、閾値の10倍の希釈倍数の液の0.05 ml の皮下注射から開始する。注射は週1～2回とし、同量を2回注射した後、約50%増量していき、初回注射量の100倍前後を維持量とする。維持量に達すると、経過を十分に観察しながら2～3カ月の間隔で皮下注射を2週に1回、3週に1回と減少していき、月1回の注射は完全に発作が消失しても2～3年は継続する事がのぞましい。減感作において注意する点は、たとえ少量とはいえ原因抗原を注射するのであるから発作時にはさける必要があることである。減感作は、HDにおいては80%以上、花粉類でも季節中の注射等を考慮すれば60%以上の有効率を期待できる。しかし、真菌類のように即時型よりもアルサス型あるいは遅延型のアレルギーが主体をしめるようなアレルギーについては効果は期待しえない。

7) 非特異的変調療法

非特異的変調療法には、アストレメジン、矢追抗原、バスパート、ブロンカスマ・ベルナ等多々あるが、いずれも著効例はあまりみられない。これらの中で最も特徴があるのは金剤である。金剤は週1回筋注し、10 mg 10回、25 mg 10回、50 mg 10回と増量、効果があれば、50～100 mgを維持量とし、注射間隔をあけていく。効果発現にはかなりの時間がかかるが、減感差と異なり、全てのタイプや発作時、重症喘息にも使用できるという点で利点がある。副作用としては口内炎、皮疹、

蛋白尿、まれには血液障害、肝機能障害等をきたす事があり、十分な注意を要する。

副作用が少なく使用しやすいという薬剤にはヒスタグロビン（ヒスタミン加ヒト血清グロブリン）がある。ヒスタグロビンは週1回7～10回を1クールとし、効果があるようなら持続あるいは投与間隔をあけて使用する。ヒスタグロビンも発作時にも使用できるし、金剤が皮疹をきたしやすいのに対し、喘息との合併が多いじん麻疹や湿疹にも効果がある点が都合の良い薬剤である。

8) 注目の薬剤

現在、最も注目されている喘息治療薬にベクロメサゾンがある。ベクロメサゾンはステロイド剤であるが吸入薬であり、気道からの吸入が非常に少ないという点に特徴がある。これのみで発作をおさえる事もできるし、経口ステロイド剤の離脱あるいは減量にも有効であり、副腎皮質機能の抑制も殆どみられていない。それ故、難治性喘息の治療薬として注目され、近々のうちに発売される予定である。

おわりに

喘息の病態は症例により各々異なり、各症例の臨床像を十分に把握しそのタイプにより適切な加療をおこなうことが必要である。今回は自律訓練法等の心因に対する治療は省略したが、それらを含め、患者自身に喘息は決して「不治のやまい」ではない事を理解させ、医師と患者の相互理解のもとに長期間の加療を続けることが最ものもぞましい。

感冒の治療について

感冒の治療についてのアンケートのお願い

感冒（又はかぜ症候群）の患者は私達の毎日の診療に於てもかなりのパーセントを占めています。それにも拘らず感冒についての先生方のお考えは色々であろうと思います。これらの点について先生方の御意見、治療の仕方、特に薬剤の使用方法等について内科・小児科を専門とされる先生方に御意見を伺って、会報に掲載したいと存じます。

以下の質問について同封の原稿用紙に別々に、又はまとめて書いて頂いても結構ですが、お返事は勝手ながら5月15日迄にお願いします。

1. かぜ症候群については色々な原因・症状のものを含んでいると思いますが、その特徴をどうお考えで、他の疾病とどう区別されますか。又症状について、原因、特にウイルスの種類等によって区別することができるでしょうか。治療についてはどんな点に注意されるでしょうか。小児科では小児の感冒についてどんな特徴があるでしょうか。

2. 病名は感冒とされるか、或は各罹患器官別とされますか。

3. 一般に抗ヒスタミン剤、鎮痛下熱剤等をどう使用されますか。又抗ウイルス剤はどうですか。日常治療に使用される場合の使用薬品名、用量、処方例等をお教えます。小児の場合は乳児、2～3才、5～6才に分けて1～2～3g等と記載願います。

4. 感冒の際抗生剤の使用についてどうお考えですか。どんな場合にどんな製剤を使用されますか。その処方例をお願いします。

5. 熱発のある場合。

6. せきのある場合、小児では喘鳴を伴う場合。

7. 胃腸症状の著明な場合、特に乳幼児の下痢症の場合はどんな方法で処置をされますか。

8. 注射を併用される場合、どんな症例にどんなものを使用されますか。

9. 臨床検査、特に検尿・血液検査・レ線検査等についてはどんな基準でどんな検査を実施されますか。

4月27日付で上記アンケートを各病院の内科・小児科医長と内科・小児科を専門とされる開業の先生方20人近くにお送りして、メ切日迄に7名の方から返事を頂きました。アンケートの主旨がはっきりしなかったためか、2名の方は氏名の記載がありませんでしたが、そのまま掲載します。

私達は医師会内で医療問題やゴルフの話は盛んにしますが、こうした日常の治療等についての話題は少ない様に感じます。今後ともこうした問題について、私達の間で気軽に質問したり、話をしたりできる様になる様にとの願いをこめて、この紙面に取り上げてみました。投稿の先生方に感謝します。 (大河原)

市原 靖

1. “かぜ”は一般に他覚的所見に乏しく特徴的なものが少ないと思いますが、症状をまとめれば次のように云えるかと思えます。発病は突発的で、咽頭痛・鼻閉・くしゃみ・鼻汁等があり、1～2日して眼の充血・嘔声・咳嗽等があって上気道炎から下気道炎に進むものもある。発熱・全身倦怠・全身の疼痛がみられることが多い。然しこれらの症状は比較的早く消失し、数日で緩解するのが通

常である。そして上気道から下気道のおかされる部位と症状の軽重によって以下のように分類される。①普通感冒、②非細菌性咽頭炎・扁桃炎、③ヘルパンギーナ、④咽頭結膜熱、⑤クループ、⑥鑑別不能性気道疾患、⑦インフルエンザ、⑧原発性異型肺炎、⑨急性気管支炎、⑩気管支肺炎。以上の臨床像を示す疾患群を“かぜ症候群”と云っていると思います。これらのうち咽頭結膜熱・インフルエンザ・原発性異型肺炎は病原が限られています。かぜの大半を占めるその他のものは様々なウイルスで惹起され、臨床症状のみから病原

(6)

を推定することはできません。更に上述の如く、他覚的所見に乏しいのが“かぜ症候群”の特徴でもありますから、临床上から病原的な診断を下すことは、咽頭結膜熱・インフルエンザ・原発性異型肺炎を含めてもむずかしいことゝ思います。特に同一ウイルス感染でも患者年齢・抗体保有状態・慢性疾患保有の有無等によって種々な病型をとることが認められていますので、流行時の典型例以外は臨床像から病原の推測を下すことは不可能に近いことゝ思います。これを決定するには血清補体結合反応、パラインフルエンザでは赤血球凝集抑制反応を pair sampleで行う以外になく、特に肺炎では是非施行したいと思ひ実施しています。治療は対症療法・原因療法については3問以下にありますので一般療法にとゞめます。一に安静、二に安静。「第一日目の注意」を徹底させ、勤務を休んで就床静臥をすゝめています。解熱後も1～2日は安静にさせます。高蛋白・高カロリー食で保温に留意させます。

2. 病名はできるだけ各罹患器官別としています。
3. 抗ヒスタミン剤は鼻汁のある時に使います。鎮痛解熱剤は38℃以上の時は大抵使います。A B O Bはインフルエンザやアデノウイルスに効くと云われますが、効果が著明でなく、或る程度有効との程度であり、それに幼若動物についての資料が少なく発癌性の点での懸念も払拭されてはいませんので未だ使っていません。

鼻汁過多の場合にポララミン2錠(分2)、又はプロエントラ1錠(眠前)、或はダン・リッチ 2 cap(分2)で投与しています。

発熱・頭痛に P L 4.0 分4(食後・眠前投与)、
4. 湿性咳嗽になった時は気道上皮細胞が破壊し、その脱落がかなり進んだ時と考え、抗生物質を投与する目安にしています。この場合マクロライド系の抗生物質が肺内濃度も比較的高く、このような時に感染し易いブドウ球菌・レンサ球菌・肺炎球菌等に有効なので第1選択として選んでいます。それにマイコプラズマ肺炎が非細菌性肺炎の1/2強を占める程多く、これにマクロライドが奏効しますのでこの点からも有利かと思ひています。3日使ってみて奏効しない時はアミノペニシリンやセファロsporinに代えています。(昭和48年の青梅市立総合病院に於ける非細菌性肺炎は32名中、マイコプラズマ11名、インフ

ルエンザA 5名、B 3名、RS 2名、アデノとインフルエンザAの重複感染2名、オウム病2名、不明7名でした。これを見てもマイコプラズマ肺炎の多いことが分ります。)

5. 38℃以上の時は大抵使います。この時は非ピリン系のをよく使います。
6. 気管支炎の咳嗽はフスタゾール・フラベリック等使います。咳・痰が刺戟性となって喘息のような状態になった時は塩酸エフェドリンの入ったエクサズマ等使っています。痰がのどからむような湿性咳嗽になった時は抗生物質を投与しています。この時オノブローゼ等の消炎酵素剤を2～3日併用しています。
7. 胃腸型の時は活菌性整腸剤のエントモール又はラックBに、コランテル、又はマリジンM等併用しています。脱水のみられる時は輸液をします。対症療法に終始しています。
8. 湿性咳嗽の強い時、肺炎・老人・幼児・慢性疾患特に肺疾患・糖尿病の人で発熱あり而も胃腸症状の激しい時等に抗生物質を、又癒れんの時にフェノバルを注射しています。
9. 時にインフルエンザの場合等肺炎併発の有無をみる為に検尿を、肺炎の考えられそうな時(二次感染も含めて)血液検査・レ線検査等しています。又肺炎の時できる限りCF反応をしらべています。

松原貞一

- 1) 所謂、かぜとは何かと聞かれたら、上気道の非細菌性炎症ではないかと考えています。感冒ウイルスによる疾患としますと、肺炎・消化不良・果ては脳炎迄入って収拾がつかなくなります。寒冒というものがあるかどうかも分りませんが所詮感冒との区別は出来ないものと考えています。アデノによる咽頭結膜熱等集団発生した時などの外ウイルスの種類別に診断をつけることは不可能と思ひます。治療は、2日間は対症療法を行い、治らないもの又は悪化傾向を示すものについては、抗生剤の併用を考えます。小児の感冒は、喘息性気管支炎の状態となり易いのが特徴と思ひます。

2) 殆どが「感冒」という診断にし、抗生剤を使った例は細菌感染を疑って使うわけですから、保険上は扁桃炎・気管支炎等と致します。

3) 解熱鎮痛剤は

アスピリン・フェナセチン・スルピリン・サチボン

抗ヒスタミン剤 レスタミン散・ベリアクチン散

等対症的に使います。

成人	アスピリン	1.2
	フェナセチン	0.8
	レスタミン	0.08～0.1
1～2才	アスピリン	0.4
	フェナセチン	0.3
	レスタミン	0.03

抗ウイルス剤は無効と思いません。

4) 抗生剤は可成り使用していますが、殆ど不要ではないかと思えますし又効いていないと思えます。患者も医者も安心感から使っているのが大部分ではないでしょうか。

5) 発熱のある例は3)の処方

6) 咳には

炭酸水素ナトリウム	2
メヂコン	0.06～0.1
メチルエフェドリン	0.08～0.1

小児で喘鳴のあるもの

1～2才	アセチルロイコマイシンS	10cc
	イノリンS	5cc

7) 乳幼児の下痢症には

1才位	タンナルビン	1.0
	乳酸カルシウム	0.4
	ロートエキス	0.01
	磷酸コデイン	0.01

8) 嘔吐等あって服薬が出来ないもの及び、適確な解熱効果を望む場合、服薬で効果のない時

9) 2日以上予期した治療効果が挙がらない時は検査を行います。

大久保 憲 二

1. 主として上気道の感染の症状がみられる。急性肺炎の鑑別の目的で胸部レントゲン検査を要する時もある。検尿(蛋白・糖)なども参考となる。

2. 感冒と病名をつける場合と、咽頭炎・気管支炎等と記載することもある。

3. 発熱・頭痛などあれば鎮痛下熱剤を使用する。鼻汁過多あれば、抗ヒスタミン剤を用いる。成人に対する処方例の1例

D.p	ブルフェン	6錠
	タベジール	3錠

4. 細菌感染が関与していると思われる場合には抗生剤を使用している。成人の気管支炎の場合の1例

D.p	ジョサマイシン	1.2
	レスブレン	6錠

サルファ剤として、シノミン1日2gを用いる時もある。

8. 抗生剤の注射は、速効を期待する時、経口投与の不能の時に用いる。セボラン1日1～2g程度

9. 臨床検査によって感冒以外の疾患と鑑別するが、比較的軽症と思われる上気道感染・微熱程度では省略することが多い。

丸 茂 三千穂

1. コクサッキーウイルスに因るもの位は区別できますが、その他のウイルスについてはできません。乳幼児特に新生児の感冒は肺炎等の重篤な併発症を起し易く又急性消化不良を伴うことが多い点に注意します。

中耳炎も屢々合併します。

一体に小児特に乳幼児は二次感染を常に考えねばならない点が大きな点だと思います。

2. 病名は罹患器管別としています。

(8)

3. 抗ヒスタミン剤・鎮痛下熱剤は努めて使用しません。
抗ウイルス剤も使用しません。
4. 抗生剤は使用します。最近では主としてアミノベンジールペニシリンを使用しています。
ドライシロップを年齢・体重を考慮して1g、1.5g、2g、3g、4g等としています。
5. 発熱は抗生剤で比較的早く下ります。高熱の時はバクオトルを投与します。
6. 喘鳴を伴う際、気管支炎を併発していることが大部分の様です。治療は抗生剤と安静。
7. 下痢を伴う時は消化不良として処置します。
8. 注射は近時、努めて使用しないことにしています。
9. 臨床検査 腎炎・ロイマチス等の予病併発が考えられる時は行います。

大 島 大 知

感冒に対しては、一般には、鼻閉・鼻汁分泌・咽頭痛等の所謂上気道感染の症状を目標に診断することが多く、またその時々流行により症状に可成りの特徴を共通に認める場合は、それが診断や経過観察の重要な手掛かりになると思います。

また当然ながら、その際、感冒の症状に被覆されて居る合併症の診断が、感冒の診断以上に大切かと考えます。

実際にその都度ウイルスを固定したことはありませんが、一つの流行に共通の特徴、または特徴めいた感じを抱く場合が多いのは、多分その原因となるウイルスの種類によるのではないかと疑って居ります。

治療については何と云っても安静と保温及び合併症への注意が肝要と考えます。

安静、殊に初期の安静を軽視する患者が多いので困ります。

病名は可能な限り感冒としてまとめ、しかし合

併症はこれと区別して考えて行きます。

薬剤としては抗ヒスタミン剤や鎮痛下熱剤を、むしろ患者の薬剤依存の習慣を考えながらその安心感の為に使用することが多い様です。

従って抗生物質の使用は細菌感染の合併を疑う場合に限り、熱・咳嗽・胃腸症状等に対しては、極端な場合は別として、その対症療法にあまり積極的な薬剤使用を致しません。

感冒に対する注射の経験は殆どありません。

検尿・血液検査・レ線検査等は無論合併症の早期発見の為に、理学的諸所見からそれを疑う場合に行いますが、検尿は気軽に出来るだけ多く行いたいと考えて居ります。

(無 名)

1. 上気道の炎症があるが多に原因の考えられない場合。臨床症状のみでウイルスの区別は出来ない。治療はあくまで対症療法。
2. 罹患器管の症候が明瞭な場合は各器管別
3. 鎮痛下熱；サリチル酸が主 時に抗ヒスタミン剤。抗生物質は殆どの症例に併用する。
抗ウイルス剤は使用したことなし。
4. 処方 E A錠 3～6錠
抗生剤 (エリスロシン, ピクシリン等々) 1～1.5g
5. アスピリン+アミノピリン
6. 去痰剤・鎮咳剤 (システイン製剤, コデイン等)
7. 下熱剤+抗生剤+収斂剤 (ビオ-R, 沈炭灰, ラクボン, アドソルビン等) 併用
8. 注射は殆どしない。成人の場合希望すれば、鎮痛下熱剤 (メチロン, 時にネオレスタミンを併用)、肺炎のおそれある時セファメジン, リンコシン等の注射。
9. 検尿は一般的なこと。
血液検査は重症の場合。
レ線検査；熱・咳嗽の長びく時。

藤 田 洋 一

1. かぜ症候群の特徴は、急性の気道感染症状を主徴とし、原因の大部分が、ウイルス其の他肺炎マイコプラズマ、一部細菌感染、物理化学的刺戟、寒冷等によって起る症候群と考へて居ります。本症候群と類似の他疾患との区別については、問診・臨床的所見・経過・諸検査の実施等によって、鑑別診断を試みて居ります。

本症候群の原因が、いかなるウイルスの種類によって発症して居るかの区別については、季節的消長・流行時の状態・粘膜皮膚発疹の状態等によって、一部臨床的に鑑別可能なものもあると思われまゝ。

治療については、1) 現症状・容態等について患者或は家族に対しての説明、療養の仕方についての指示。2) 症状の進展状態、合併症発現、例えば脱水症状や肺炎等に対する考慮、或は、合併症の増悪等に注意を配って居ります。

2. 病名は主として各罹患器官別として居ります。

3. (1) 抗ヒスタミン剤は、鼻かぜ特に水性鼻汁過多、アレルギー性因子の関与して居ると思われる症例に使用して居る時があります。主としてダン・リッチ2~3 Cap. 或はレクリ 2~3 tab (2) 鎮痛下熱剤は、本症候群において疼痛主訴、炎症々状高度の際、時々ブルフェン3~6 tab, ポンタール3~6 cap, インテパンSP 2~3 cap, 等を単剤或は併用薬剤として投与して居ります。(3) 抗ウイルス剤は、最近殆ど使用して居りません。

4. 抗生剤の使用については、細菌の一次的、或は重感染の加わって居ると思われる症例について使用して居ります。軽症例については、抗生剤の投与は控え、経過観察を行って居りますが、初診時の問診・所見の如何によって抗生剤の投与が、症状の増悪・進展を抑える様に思われます。(1) 鼻炎で濃性鼻汁過多 (2) 咽頭異常所見著明 (3) 胸部異常音聴取 (4) 肺炎 (5) 腸炎症状顕著の症例 (6) 其の他高熱持続・咳嗽・喀痰の多い症例等。

症状に応じて リンコマイシン4~6 cap,

ジョサマイシン4~6 tab, 塩酸クリンダマイシン4~6 cap, セファロスポリン系6~8 cap, 時にエントモール散3.0~4.0併用。

5. 発熱時 PL顆粒3.0~4.0 時にパッフアリン3~4 tab併用。

6. 咳嗽時、フスタゾール投与。症例によってはイノリン, アロテック, ビソルボン等、併用投与。

7. 胃腸症状、特に嘔吐、下痢頻回にて脱水症状の著明なる症例には、経静脈的輸液を実施して居ります。

8. 薬剤の経口的投与可能である限り、注射を併用する症例は余り無いのですが、

(1) 感染症による脱水症状著明の際、輸液注射を併用 (2) 悪心・嘔吐・腹痛・全身疼痛等著明の際に、ノバミン, フェノパール, プスコバン, カシワドール等を併用している症例もあります。

9. 臨床検査を実施するに際しては、まず問診と身体的所見に基づいて、診断決定、現病態把握(合併症の有無を含めて)並びに鑑別診断の目的の為に、検査方法を選択し実施して居ります。

(1) 検尿; 蛋白・糖沈渣時に細菌培養・感受性検査 (2) 血液; 末梢血一般、特に白血球, 赤沈, ASLO 時に血清反応, 肝機能検査, 電解質, 尿素窒素, 血液像, LE細胞等。

(3) レ線検査; 胸部X-P 断層撮影, 腹部単純撮影等。

(無名)

大略急性に起った鼻汁、咽頭痛、頭痛、発熱、咳嗽、四肢の筋肉・関節痛等の症状のある場合感冒でしょうと診断している。然し2週間以上もぐずぐずしている場合単に感冒と云うのは危険で検査を実施して他の疾病と鑑別せねばならないと思っている。開業医が原因又はウイルスの種類により区別する事は不可能の事で、流感の場合でもA型かB型か臨床症状により大別区別されても、新聞等により流行状況・原因菌型が発表されて初めて判るのが本当ではないかと思う。治療上の注意といっても感冒の特効薬は無いから、我々のやる事は対症療法であり、肺炎・中耳炎等の余病を防ぐために治療が必要だと云う事を分らせる様にする。薬使用に際しては、体質等をよく問診して薬疹とかショック等の起らぬ様に注意す可きである。小児の感冒の特徴としては、病気の経過が早いと云う事に注意しなくてはならない。又、咳嗽喘鳴を伴う場合が多く、又乳児の場合半数以上が消化不良等の症状を伴う事が多く、又仲々治り難い場合が多い。病名に関しては罹患別にした方が保険請求上都合が良い様に思う。

抗ヒスタミン剤・鎮痛下熱剤は、鼻汁、頭痛、発熱等使用した方が患者の苦痛を和らげ、精神を安定する意味で有効と考える。又、抗ウイルス剤は以前使用してみたが効力あるとも思えないので最近では使用していない。最近乳幼児にアミノピリンの買薬が頻用され、又素人でも薬局から容易に手に入り使用されている場合がある。然し乱用すれば血液等に悪影響あるので慎しむ可きと考える。感冒薬としてはP L顆粒、幼児用P L顆粒が便利で使用量も増減出来便利と思っている。

感冒の際の抗生剤の使用は小児の上気道炎等の場合には早期に広範囲スペクトルのもの、例えば合成P Cを使用する。咳嗽喘鳴を伴う場合去痰剤、痰の溶解剤を併用する。

小児の場合胃腸症状を伴う場合が多いので(又抗生剤使用により起る場合もあり。)充分なる水分補給とラックB、アドソルピン等の薬剤を使用している。感冒に際しては注射は使用していない。感冒でこじれたものについては、X線・血液等の検査を施行する。検尿は初診時より当然行う。特別検査に基準等は無く、症状に合わせ医師の判断による可きものとする。

コロンビア大学付属病院見学記

三 沢 剛 文

五月初旬と云うのに縁一つみあたらずアラスカから雪嵐の北極点を経て、ヨーロッパの玄関コペンハーゲンに着陸してから、幾多の思い出を残したヨーロッパ諸国の医療機関、小学校、幼稚園等の見学巡りを始めてから三十余日、之がホームシックなのか、早急に後半の日程を終了したく、逃げる様にロンドン空港を出発。二時間後ニューヨークの国際空港に着陸。中央公園に近く、ブロードウェイにも近いパークシエランホテルに入る。

ヨーロッパは何と云っても歴史と伝統の重みによる市民の生活水準は日本より遙かにたかく十年の遅れを感じさせた。オーストリアとブルガリアの国境をみにゆく途中田畑で働く農夫を見て、ミレーの落穂拾いの風景画を思い出させたが、唯畑

道にある自家用車や小型トラックが時代の移り変りを物語っているが、日本の農村も十年後には同じ様な風景がみられる様になるだろうと思いがら米国に来て、更に欧州よりも十年のハンデを感じさせた。

メインストリートをタクシーでコロンビア大学に行く時大きなビルの谷間を四列に並んだ自動車が東から西へ一勢に、エスカレータの様に流れ、おしだされて行くその重量感、巨大さを感じさせる。

ニューヨーク、それは太陽の如くはげしく燃えている街であり、何と言っても世界の王者である。これが米国上陸の第一歩の印象である。夕刻中央公園に散歩に出かけ様としたが、ホテルで夜間は

危険だからと注意されたので、翌朝六時未だ人の居ないうちに散歩に出かけた。

ニューヨークは巨大な岩盤の上に築かれた街と聞いたが、公園のあちこちに巨大な岩が露出している。最初にこの公園で出会ったのは可愛いリス君である。全々人間を気にすることなく、私の足もとにまで来て何か話しかけたい素振りで見上げている。何か餌をねだっているのか、私のそばを離れようともしない。岩陰にいる一匹が何やら見つけたらしく口にくわえて、急いで大きな高い木の枝を登って行ったが葉陰で何か食べはじめた。朝食であろう。何をひろったのか、人間様の食べのこした御馳走だろう。と大きな岩陰に近づいてみると、之は意外人間様の忘れもの、新しいストッキングであるが片足だけとは何故なのか、一寸そこらを見まわしたが見当らないので、読者の想像におまかせする次第ですが、如何なる風態の女性だったのか。ホームシックに輪をかけられたのも無理ないことである。

午前八時コロンビア大学医学部付属病院長GHハンフレイ教授が病院玄関まで迎えにいられた。病院長自ら出迎えて頂いたのは、この病院だけで欧州の病院では一度もなかったことで、その理由は判然としませんが、同盟国だからか米国人特有の人柄か、お国柄か、その気楽さからか明瞭でない。先ず院長が歓迎の挨拶の後、ロビーに設置した大学の模型図により、現在の位置・建物等に就いて説明して下さったが、大学全部の建物だけで一つの街を形成して居て医学部関係は全体の十分の一に該当するだけとのことである。模型図による説明後屋上に案内、建物の一つ一つを指さして説明して頂いた好意に感激し深謝しつつ、院長の説明に次いで当病院に留学中の八人の日本人の先生方の案内で本日の主な日程は電子医療工学による諸施設及び手術の見学で、手術の主なるものは、人工大動脈弁の手術、肺摘出術、胃上位部切除術の三つが行われた。八名の日本人留学生に紅一点、唯一人の女性が、手術時の麻酔係を担当していた姿には心ひかれるものがありました。手術よりもこの大学病院がヨーロッパの官公立病院と異なるところは病院の職員が世界各国の学者・教授級の医師であることで、日本人医師もある者は研究生として又助手として研究・教育に専念して居る外、講師や教授の重要な地位に居られる医師も居られ

又医師でありながら大学の工学部の教授として教鞭をとっている先生も居られるとのことで有能なる学者なら国籍の別なく人種の区別なく学問の為には民族的・国家的意識や偏見もなく登庸されて居りGHハンフレイ病院長も英国人とのことでした。一本のアメリカ国旗の病院に世界中の有名な学者が集って人類の為学問の為に、医学の教育・研究の為に使命を完遂する為に努力している姿を確認する事が出来た。私事であったがニューヨークに於ける日本の先生方の生活に就いてお尋ねしたところ、忌憚なく話してくださった。

ニューヨークでの生活は食物が安い為比較的楽で、俸給は月60万円、生活費は30万円あれば十分とのこと。米国人の俸給は日本人の約二倍で、米国内では最高水準の生活をしているとのこと週末の金曜日からロッキーの別荘に出かける先生も居られるとのことでした。

欧米幾多の国々を訪問し日本人に対する感情のよいのは何と云ってもアメリカ人、独乙人である。

独乙人の日本人に対する感情、それは、戦時中同盟国であったとか同じ敗戦国と云った共通点による、それだけのものとは思われない。米国人に就いても現在同盟国であると言うだけのものではなさそうである。ロンドンでバッキンガム宮殿に行く道に迷い、地図をひろげて首をひねっていると、後ろから誰かに何処に行くのかと尋ねられ、有名な地下鉄とバッキンガム宮殿ですと云うと、俺はアメリカ人だと自己紹介して親切に教えてくれた。

又、デンマークのコペンハーゲンのホテルヨーロッパの近くに、セブンネーションと云うレストランがあり、有名なデンマークビールを味わうのに適当な店であると教えられた。セブンネーションとは、米・英・仏・独・伊・カナダ・日本の計七つの国と云うことで、一寸のぞいてみることにした。七つの国の国旗がのきさきからたれさがっている。一歩ふみこむと、タバコの煙、料理の臭、予め電話で予約して置いたのでどこかにテーブルがあるわけだが兎に角超満員で足の歩み場もない混雑。女性、老人等すでにメートルのあがった者もあり、笑い・音楽・歌声のざわめきにしばし呆然としていると、米国人の一人がさあどうぞこちらと親切にテーブルを示し教えてくれた。礼を言いながらテーブルについたく日の丸の小旗がた

(12)

てゝある)。一時の後米人が我々のテーブルに来て、何の用件で来たのか、これから何処へ行くのか、俺は米国人だが米国には行かないのか、と住所氏名を書いた紙切れを差し出し、チャンスがあったら来てくれとあたかも親しい友人の様な気持ちで話してくれた。これが真の米国人の姿なのだろうかと更めて考えたが、アメリカ人の日本人に

対する株の高価なのに我ながら驚かざるを得なかったが国際関係から来る同盟国同志としての感情に基因しているものであり日本人に対して兄貴分としての友情を一人一人が持っているのではなからうか。そしてお互いに母国を離れた外国に於ては更に親密度を増大せしめるものであることを知ることが出来た。

甲 斐 天 目 山

近 藤 友 好

日本には2つの天目山がある。西の天目山は丹波の氷上郡佐治庄にあり遠谿祖雄禅師の開いた瑞巖山高源寺のある所で、もう一つは東の天目山と呼ばれ私達の思わぬ近くにある。山梨県東山梨郡大和村、戸数10数戸の木賊部落がそれで、栖雲寺と云う無住の寺がある。

貞和4年(1348年)業海本浄禅師が中国杭州銭唐の国師中峯明本の元で幻住思想の修業をし日本に帰り20年間も探し求めた結果この地を師の教えを守り抜くのにふさわしい地として武田一族の力を借り中峯国師を勧請開山として寺を開いたとの歴史がある。この山の一带を天目山と云いこの寺を天目山栖雲寺(又は棲雲寺)と呼んでいる。

今日でこそ中央線の初鹿野駅から途中の景德院(武田勝頼自刃の地)迄バスが通い道巾もまあまあだが標高千米山又山の奥深く大菩薩嶺に向って日川(にっかわ)の溪谷を分け入った所にそゞり立つ岩肌の中腹に壮大な寺を開き七堂伽藍を配し数百人に及ぶ禅僧が自給自足で修業に励んでいた事は大変な事であったと思う。

こゝまでは徒歩で2時間かゝる。人に奨められて昨年3月に登ってみた。笹子トンネルを抜けると直ぐに日川の溪谷がみえる。右折して道巾2米弱の溪の道を登りにかゝる。龍門狭迄は路面は舗装されているし数戸の民宿もあるがこゝから先は全くの悪路で安全ベルトをしていても車の天井に頭がぶつかる程である。

栖雲寺にたどりついて庫裏を訪れたが誰もいない。境内にある分校の生徒に聞いてみた「おぼさん(吉成かつ代・武田家の歴史をしらべにこの寺

に住みついている)は用事で山を下りているし先生(学校の先生の事ではない)はもう一週間位いないよ」との事、寺院はそれ程大きくもなく立派でもないがきちんと片附いており思わず襟を正す。寺院の西側に10坪程の開山堂があり伝燈寮と筆太に書かれた櫺の板額がかゝげられ素堂書としてある鎌倉建長寺管長の筆になる立派なもので、室内は後に訪れた時に拝観させてもらったが、中峯国師(国宝)業海禅師の各木彫があり中央には室町時代の作とされている大日如来(国宝)の木彫が据えられている。又正真正銘の天目茶碗、中峯国師直筆のある伝法衣(目下奈良博物館に保存依頼中)等々何れも国宝級の物がいとも無造作に陳列されている。墓地には武田家武將の墓として五輪塔が並び中央近くには略々完全な形で保存されている宝印塔2基があり何れも関西の石工の手になるものとされている見事な作品である。東に目を転ざると荒れた庫裏があるが之も室町期の建築とされ国宝の指定をうけており外見は見すぼらしいが一步中に入ると亜然とする様な梁構造と棟木に達している大黒柱の壮大さに圧倒されてしまう。目下解体修理の準備中との事。

この庫裏に連なる東北の斜面に累々たる巨岩を見せているのがこの天目山の本来である禅の境地を表現したと見られる一面である。此れは具舎論の中にある須彌山を表現したものであろうとの事だが一つ一つについて説明されなければ何処に人の手が加えられたものか分らない程であるし人工的なものとすればどんな工法を用いたものか見当もつかない。栖雲寺に住んでいる庭師の大原孝治

氏は10数年前山の木を探しに来てそのけい眼は数面に及ぶ巨岩の内ほんの1つを藪の中に発見この藪には大変なものがかくされている事を見抜き、その日からこの寺に住み付いて藪を切り開き今日の「境地」(庭と云う様な生やさしいものではなく正に禅の境地そのもので京都辺の名園等は糞くらえあんなものは金持貴族の遊びに過ぎないとの見解をとっている)を発見し己の目に狂いのなかったことを確かめ命がけで石と取り組んでいる。だがこの境地その後何回も訪れてみたが私の様なものが見たのではどうしてもその全貌のきびしさが掴めず蘆の髄から天井をのぞいている様な感じでしか受け取れない。或る時その事を話したら「車でこゝまで来たのでは駄目だ日川の溪谷を徒歩で登って来い、そうしたら多少は分るだろう」と云われ、その通りにしてみたがその壮大さが益々大きくなる許りでどうにも困ったものとなって来た。

機会ある毎に夜となく昼となく何回も登ってみたいが夜中の静けさは正に無音の世界に入った

様であるし、夕方山波以外目に入るもののない境地から目の高さに富士山と対峙時の気持はとても表現出来ない、正に雲に棲む寺の名前がびったりする。

その工法について多少の推測を加え乍ら説明された所によると50人の人達が20年はかかっているだろうし、修業の傍らの事なので正に命懸け仕事であつたらう。これだけの巨岩を現出させるために遠くの谷の水を水路によって引き入れ水の力に依って表土を洗い流し不必要に大きな岩は「焼き割法」を使って頭部を小さく見せる様にしており、又拜座石を設けてあり、こゝから三尊石を見るとその延長ははるか天空に向って無限に伸び、その果てはびたりと北斗七星の中の北極星を指している。随筆をとの事だったが何か紹介記事の様なものになってしまい書いている私自身この大きな甲斐天目山についてだんだん分らなくなってくるし恐ろしくさえなった。余程おひまな方は訪れてみて下さい。無住の寺の住人はどんな方でも心良く会ってくれます。

地区医師会長協議会(4.16)報告

1. 地区医師会ブロック別連絡会の開催方針について

三多摩ブロックは11月の予定。費用無料

2. 麻薬取扱講習会の開催について

各地区医師会が講師(都の麻薬課の係官)をよんで実施してもらいたい(講師の件は都医庶務に連絡すれば手配する)(学術講演会等のスケジュールの一部に入れてもよい)。

3. 昭和51年度定期予防接種の実施について

本年4月8日通知済みですが、予防接種事業が円滑に実施できるよう各地区医師会の協力をお願いします。(印刷配布)

4. 昭和51年度医師会委託事業(公衆衛生関係)実施に伴う契約について

1. 健診事業(妊婦、乳児、子宮癌)について

(1) 契約条項の改正

イ、契約期間を昭和51年4月1日から昭和51年7月31日まで更新

ロ、委託料の改訂 詳細は別紙印刷の通り

(2) 地区医師会における契約更新の手続き方

法は昨年と同じ(印刷配布)

5. 伝染病予防法第1条第二項の規定に基づく伝染病の指定について

「ラッサ熱」が上述の規定に基づき伝染病に指定された。(印刷配布)

6. 老人医療(寿福)及び大気汚染関係(都)医療における介助手数料の改訂について

昭和51年4月診療分から介助手数料100円が130円に増額された。

7. 計量器の集合検査について

別紙計画予定表により実施致しますので協力をお願いします。西多摩は51年12月予定

8. 昭和51年度東京都がん検診センターの研修事業について

本年も別紙の通り計画致しましたので各地区医師会の協力を願う。(印刷配布)

9. 水道料金の減免について(印刷配布)

10. 昭和51年度病院医療監視の実施について

都衛生局が3年間に1回実施しておるものにて各地区医師会の協力を願う。

西多摩医師会関係実施対象病院

青梅市立総合病院・東京海道病院・東京青梅病院・青梅成木台病院・青梅保養院・西東京

病院・目白第二病院・大久野病院

11. 放射線使用施設を有する病院の昭和51年度医療監視の実施について

毎年都衛生局が実施しおるものにて各地区医師会の協力を願う。

青梅市立総合病院のみ該当

12. 東京労働保険医療協会役員の改選について
評議員を各地区医師会より選んで推薦して下さい。

本会では、福島理事に決定した。

13. 生保診断書料の改訂について

生活保護者の葬祭に際しての死亡診断書料1件2,000円が2,500円に改訂された。(51年4月1日より)(印刷配布)

理 事 会 (51. 4. 21)

職務分担に付いて

会長発言——各部長だけ決める。部員は部長が推せんして欲しい。

全 般 両副会長(瀬戸岡・山田)(敬称略)

総 務 福 島

広 報 大 河 原

福 祉 川 崎

産 業 内 山

経 理 江 本

保 險 箱 崎

学 術 西 村

公衆衛生 松 原

学 校 医 速 水

4月23日午後7時、部長・三役会同して各理事の担当を決める。

○社保・国保の整備委員 23日午後7時の会同まで、地区毎に候補者を決めて推薦して欲しい。(国保は各地区6名、社保は4名)決定は会長がする。

○会報編集委員 大河原以下旧と同じ。但し木野村辞退のため欠員1名補充のこと。

○医療事故対策委員 人選を申し出て欲しい。

○地域医療対策委員 人選を申し出て欲しい。

現在 長は瀬戸岡

こゝで内山理事より発言あり、この場で決定した方が良いと思う。

○会長発言—地域医療対策委員の決定は更に検討する。現在は前述の如く整備、事故対策委員会の候補者を23日の会同までに出して欲しい。

○百瀬理事発言—税務対策に付いて

理事会などには事務長又は代理が出席して傍聴した方が良いと思う。

○会長発言—税務署員をよんで話し合ったり、また委員会を作りいと考えている。

○福島理事報告

事務長休暇願(骨折部手術のため)許可さる。

○会長—阿伎留病院 森院長が辞任、大学に復帰されるので送別会を行う。4月26日 福生あたまに於て 午後7時30分から。

記念品を贈りたい。この件会長に一任。

報告事項

三多摩庶務担当理事懇談会(4. 16) 福島理事報告。

1. 慣行料金の改定について 本会は48年に改正した。いずれ検討の予定。

2. 51年度事業計画、予算案。

3. 府中市の医療事故に付いて とり下げられて詳細は不明である。

4. 公立小・中学校に於ける伝染病の治癒・登校許可の証明書代、入学時身体検査書の料金について—各地区で一定しない。

5. 夜間診療に付いて各地区医師会の動静について

6. 国立市に於ける医療事故調査委員会の委託業務に於ける身分補償について

7. 都医の行う計量器検査の実施方法について 一括方式に対し改善を申し入れたい。

会員移動

入会 中野 昭男先生 産婦人科 青梅市立総合病院

退会 井上 毅先生

谷 宏先生

池亀 卯女先生

そ の 他

(平林附記 議事進行の流れからすると多少順序に前後するがテーマが理事会の運営に関する事柄のため一括しました。ご了承を乞います。)

先ず、菱山理事より理事会書記は理事以外に定めた方がよいとの発言があって、

○西村理事—理事会の日時を確定して欲しい。

開会・閉会の時間を明示すること。議事が長びけば次回にもちこすこと。書記を別にする。理事会報告を提出して欲しい。議題を前もって理事に通知して欲しい、必要な資料があればそれを含めて通知すること。司会は会長が行わず別に司会を設ける。職務分担は重複が多い様だから、どの部はどんな分担かを明確にする。例えば部長会を作って企画・立案などを行う。総務部を庶務部として、部長会で理事会の運営を計ること。各部の合議制をはっきり確立させたい。以上の内容を会長宛に文書で提出するから考慮して欲しい。

これに対し会長から文書提出は結構であり、参考にすると答弁があった。

○中林理事一会長が議長を兼ねる規則であるが、会議の時は議長を別に立てた方がよい。議事進行中、書記の平林理事は過去2年間全く発言がなかったから、書記を別にしてその発言を可能にする。地域医療は今後益々問題が多くなると思う、他地方に於ても医師会から市会などに出ているし、当会としても先輩のご出馬を計ることも大切と思う。青色申告会の仕事をしてみて、600円の会費を集めることに大変な苦勞をした。会費を出しても税金が安くなる訳でないし……との意見も耳にした。会費を出すことの理解の無いことを痛感した。ある程度の支出をして更に良い仕事出来る様に計りたい。この点からしても、会の役員ともなれば自己のベストをつくすべきであり、会としてもある程度の支出を認めて良いと思う。

○箱崎理事一兩副会長の分掌を止めて部長制に変ったが、分掌が異ってくると下部の仕事も異ってくる、どこに話をもって行って良いのかわからなくなる。

○会長発言一従来の副会長の分掌を踏まえて考えて欲しい、今まで通りと解されたい。

○箱崎理事一部長の権限が強化されると解されるので、会長の方針が変わったのかと考えて発言した。

○会長発言一従来と不変である。

○箱崎理事一法人の理事の責任として、専ら分掌以外であっても第三者に対しては責任を負わねばならぬ。責任が重い事項であればある程指示をうけたい。分掌を明白にすべきであり、また少数意見も重大であると思う。

○百瀬理事一議題が出てもすぐその場で議決する要はないと思う、もっとよく考えて良いと思う。

○箱崎理事一多数決が良いとは云えない。会長は会長、副会長は副会長の責任で決定する訳だから、消化しないうちに多数決で決定してうことは不可だと云いたい。

その他、西村・瀬戸岡理事からも大変建設的な意見があり、理事会の運営・あり方に付いて有意義な討論があった。
(平林信隆)

臨時理事会 (51年5月7日)

1) 職務分担決定 (敬称略)

総務部…福島・箱崎・速水・江本・内山

広報部…大河原・松原・平林

福祉部…川崎・内山・百瀬・今川・中林

産業医部…内山・蓮沼・今川・中林・宮川

経理部…江本・平林・今川・福島

保険部…箱崎・西村・川崎・平林・速水・
宮川

学術部…西村・大橋・蓮沼・松原・大河原

公衆衛生部…松原・箱崎・西村・中林・宮川・
蓮沼

学校医部…速水・川崎・大河原・百瀬

各部間の打合せその他は各部長間で計画すること。

企画その他の受付は箱崎

一般総務の総括は福島

庶務は速水

2) 臨時総会開催について

5月29日(土) 午後2時に決定

これに関連して

監査会 5月14日(日) 午後7時30分 開催

臨時理事会 5月19日(水) 午後7時30分

定例理事会 5月26日 午後7時30分

3) 定例理事会について

地区医師会長協議会が毎月第3金曜日に開催されるので、第3金曜の次週の水曜日に決定する。
時間 午後7:30から9:30まで。審議未了の際は次回に持ちこすこと。

4) 西東京医師協同組合理事について

山田副会長が現在同組合の理事であるが辞任の希望表明あり、種々検討の結果同組合から来てもらっているいろいろ説明をきく事になり、次回理事会に招くことに決定した。

5) 救急医療担当理事の決定について

会長より公衆衛生部内で決定する様指示があった。

6) 従来の委員会の解消について

地域医療対策、税務対策の両委員会は解消することに決定した。

7) 理事会議題の提出について

窓口は箱崎理事、運営に付いても相談のこと。当月 15 日までに文書で事務室に提出のこと。

8) 学術部の部員について (西村理事)

従来活動を計るため部員をえらんでいた。その選出を一任されたい。承認さる。

(平林信隆)

三多摩庶務担当理事連絡会

当番 町田市医師会
51年4月16日PM. 8:00
場所 北多摩医師会館

議 題

1. 慣行料金について

三鷹は50年4月に改定したが今回保険診療の初診料、再診料その他加算料が増額になったので改定したいとのことであった。西多摩医師会は48年4月にきめたままである。尚北多摩医師会では慣行料金表は外来待合室には掲示していないとの事であった。

2. 51年度事業計画及び予算案について

各医師会は資料交換を行った程度であった。

3. 府中の医療事故の現状について

議題は取り下げになったが関係質問として、医療紛争処理委員会をつくり規約を明文化したいがどうかと云うことであった。国立市医師会と国立市との間に医療事故調査委員会条例が制定されたのは全国初のケースと思われるが、これは委託契約または覚書による診療および検診で生じた事故による紛争についてであって、外来・往診等の日常の診療で発生した事故については無関係である。現在継争中の事故をかかえている南多摩の理事が、規約を明文化しても効果は挙がらないと発言したが、福島もこれと同意見で、対策委員だけはきめて弾力的に動くべきだと発言した所、各理事も参考になったとの反応が見られた。

4. (1) 学校伝染病に関する証明書

(2) 就学児健診に関する報酬

(1)は福生市では教育委員会が600円を支払い羽村町では小・中学校、保育園、幼稚園に提出するものは個人負担300円。立川、国分寺、武蔵野国立は個人負担。南多摩、相模原は福生方式で500円を教育委員会が負担している。

(2)は就学児健診の報酬は学校医報酬とは別に支給されるべきである。

5. 夜間診療について

調布市医師会は夜間診療の予算として2,200万円を計上した。府中市医師会は土曜日だけの夜間診療を計画し調査準備委員会を設置する予定である。北多摩医師会としては積極的ではないが清瀬市が4月1日から日曜日だけ実施している。八王子市は実施中であってp.m.8:30~p.m.11:00の時間帯に会員250名中150名が参加している。内科1名外科1名で1組とし、2ヶ月1回の出勤である。八王子市の赤字は月150万円~200万円。

6. 委託業務についての身分補償

国立市では公務上災害については「国立市議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償に関する条例」に準ずることになっている。福島が羽村町を調査したところ、町条例として、非常勤職員の公務災害補償に関する条例(第14号)に規定してあるが第二条(非常勤職員の定義)のなかの囑託員に該当するものと考えられる。尚補償額を算出するための基礎額が不明であるので目下調査中。

ただし学校医としての公務上災害の補償は文部省令、都条例が優先する。

7. 産業医の把握と契約状況

労働保険事務組合の有無

	産業医実態把握	事務組合
北多摩	調査中	組合なし
南多摩	把握してない。	"
調布	"	"
三鷹	"	組合あり
町田	"	組合なし
西多摩	一応把握、契約については不明。	" あり
府中	産業医部が実態を把握しており、契約については管理の内容により二種類の契約書を用意しており、会員と事業所の話合で結び、契約している。組合はないが労働保険は強制加入であるので、将来は東京労働保険医療協会の一部門である東京都医師会労働保険事務組合に加入す	

ることになる。

次回は、北多摩医師会の当番で6月18日開催の予定。
(福島大寿)

公衆衛生部より連絡事項

1. 青梅保健所では、毎週月曜日に「成人病クリニック」を実施することになり、異常を認めたものについては紹介状を書いて各医療機関に廻すので、各医療機関においては診療の結果を添付の書類に記入の上保健所に報告するよう要請がありました。

2. 食中毒のシーズンとなり、従来集団発生があり多数の患者より届出があっても、医療機関よりの届出は殆どないので困ることが多かった由。早期に情報が入れば保健所としても対応し易いと思われるので、食中毒特に集団発生の場合は届出義務を励行すること。

(食品衛生法施行規則第26条)

医師の届出は次の事項につき文書・電話又は口頭により、24時間以内に行わなければならない。

- ①医師の住所・氏名
- ②患者若しくは疑あるものの住所・氏名・年齢
- ③中毒の原因
- ④発病年月日・時刻
- ⑤診断年月日・時刻)

3. 都医師会と都・地区医師会と地方自治体との間に「災害時の医療救護活動についての協定書」なるものをとり交すことになりました。従って、大量災害発生時医師の出動は災害対策基本法・災害救助法に基づいて行われ、その際の医師の身分は出動費・負傷死亡時の補償など一般消防士並みとなっているので、かゝる点も併せて改善し救助活動が円滑に行くよう取り決めを行うもので、三多摩では7月頃実施される予定である。

4. 学校伝染病の登校停止期間……都伝染病予防検討委員会(木村三生夫委員長)よりの答申に

よれば次の如し。

- 1) 麻疹
発病後8～9日 発疹出現後5日を経過するまで。潜伏期5日から発疹出現後数日の間は感染源となりうる。
- 2) 水痘
すべての水痘がカサブタになるまで。発疹出現前1日から発疹出現後5～6日を経過してすべてカサブタになるまで感染性がある。従って、発病後少なくとも7日を経過してから登校許可を行うのが適当。
- 3) 流行性耳下腺炎
耳下腺の腫脹が消失するまで。発病前7日から耳下腺腫脹など症状出現後9日間は感染性がありうる。
- 4) 風疹
発疹消退まで。発疹出現前7日から出現後5日間は感染性がありうる。感染予防のための隔離はそれ程の意義を有しないが、発疹消退までの期間は登校停止するのが適当と考えられる。
- 5) インフルエンザ(インフルエンザ様かぜを含む)
発熱等の主要症状消失まで。少なくとも3～5日必要と考えられる。咽頭のウイルスは発病後5日までは検出するが、3日以内でないと分離することは困難である。学級閉鎖は3～5日くらい行わないと意味がないという意見が多い。潜伏期間は1～7日、通常2日くらいである。
(松原貞一)

多摩医学会幹事会及総会

5月21日午後7時から北多摩医師会館に於て幹事会を開催した。出席者は丸山会長以下14名で、西多摩医師会からは西村及び大河原が出席した。

50年度会務報告としては幹事会3回、同準備会1回開催した。50年度総会は11月15日立川富士銀行で開催、出席者36名、総会議事の後会員研究発表3題あり、特別講演として東京女子医大教授平山俊先生の「形成外科に就いて」の講演があった。

50年度決算報告としては、収入として前年度繰越金339,579円、分担金26万円（北多摩15万円、西多摩3.5万円、南多摩3万円、調

布市2.5万円、三鷹市2万円）、利子を加えて合計602,802円である。

支出は役員会費102,500円、講師謝礼6万円、懇談会費8万円、事務手当その他計308,760円で、差し引き294,042円を51年度に繰返した。

続いて多摩医学会々則の一部改正を決定した。

本年度総会は11月29日（土）午後2時から の予定（会場未定）で、会員の研究発表は7月16日（金）開催の次回幹事会迄に事務所又は各医師会推せんの幹事迄提出して下さい。

尚当日会長、副会長、常任幹事、会計及び監査等の役員の選出は各地区役員の推せんが出そろわないために次回幹事会に延期された。

続いて臨時総会を開いて、会則の一部改正の承認を得た。（大河原）

多 摩 医 学 会 々 則

昭和51年5月21日改正

第 1 章 総 則

第 1 条 本会は多摩医学会という。

事務所を立川市柴崎町3丁目16の11北多摩医師会館内に置く。

第 2 条 本会は北多摩・南多摩・西多摩・調布市・武蔵野市・三鷹市・府中市医師会員を以て組織する。

第 3 条 本会は会員の親和を図り医学の研鑽に努め以て社会福祉の増進に寄与することを目的とする。

第 2 章 事 業

第 4 条 本会は第3条の目的を達成するため下記事業を行う。

1. 学術講演会及び研究会の開催
2. 会誌の発行
3. その他必要な事業

第 3 章 役 員

第 5 条 本会に下記の役員を置く。

会長1名、副会長若干名、幹事若干名（内若干を常任とする）、会計1名、監査2名

第 6 条 会長は会務を統轄し本会を代表する。副会長は会長を補佐し会長事故あるときはこれに代る。幹事は会長の定むるところにより会務を掌理し常任幹事は庶務会計の事務を分担する。

会計は会の会計事務を担当する。

監査は会の事業・財産・会計を監査する。

第 7 条 役員の選出は下記の方法による。

会長・副会長・監査は幹事会に於て会員の中から選出決定し総会に報告する。

幹事は各医師会の推薦により選出する。常任 及び会計は幹事の互選とし幹事会に於て選任する。

第 8 条 役員の任期は 1 カ年とし重任を妨げない。但し補欠によって選任された者は前任者の残任期間とする。

第 9 条 本会に特に功勞のあつた者を顧問に推薦する。

第 4 章 運 営

第 10 条 総会は幹事会の議を経て招集し、会則の設定改廃・事業計画・収支決算の承認・諸報告等を協議する。幹事会は会長が招集し、会長・副会長・常任幹事・会計及び監査の選出、総会並びに學術講演会の開催及び総会に提出すべき事項等を協議する。

第 11 条 學術講演会又は研究会は毎年開催する。但し総会と兼ねて行うことができる。

第 12 条 会誌は毎年発刊する。

第 13 条 本会の庶務並びに収支決算は総会の承認を受けた後各医師会長に報告しなければならない。

第 5 章 会 計

第 14 条 本会の経費は各医師会からの分担金及び寄付金をもって支弁する。

第 15 条 本会の會計年度は毎年 4 月 1 日に始まり翌年 3 月 31 日に終る。

昭和 51 年 6 月 1 日発行

発行所 西多摩医師会

東京都青梅市西分 3-103

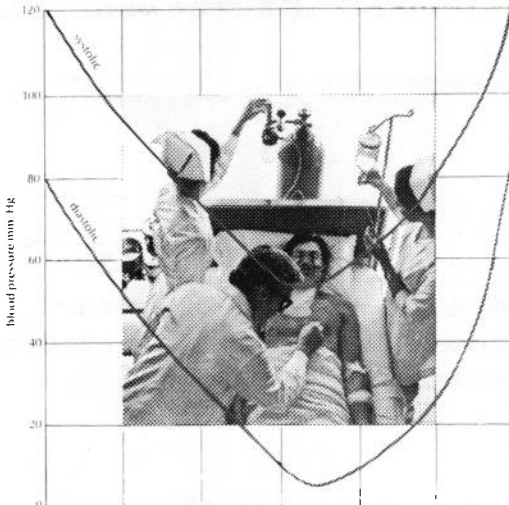
TEL (0428) 23-2171 (代)

会報編集委員 大河原 周 平林 信隆

松原 貞一 堤 次雄

丸茂三千穂 米山 秀雄

ショック，脳浮腫，重症感染症の危急時に…



《健保適用》

副腎皮質ホルモン製剤

デカドロン[®]注射液

(デキサメタゾン燐酸エステル注射液)

- 血中濃度は、筋注、静注いずれの場合も、5 分以内に明らかに上昇します。
- 抗炎症作用の力価が高く（ヒドロコルチゾンの 25～30 倍）、十分量の有効成分が少量の溶液に含まれています。
- 用時溶解、混和などの必要がなく、ただちに使用できます。

本剤は 1 ml 中にデキサメタゾン燐酸エステル 4 mg (デキサメタゾン 3.3mg) に相当のデキサメタゾン燐酸ナトリウムを含有する水性注射剤です。

- 〔包装〕 20ml × 1 バイアル
 2ml × 1、10 バイアル
 1ml × 10、50 アンブル
 0.5ml × 5、50 アンブル

適応症、用法・用量、使用上の注意などの詳細については製品添付説明書をご参照ください。



製造 日本メルク萬有株式会社
販売 萬有製薬株式会社