

西多摩医師会報

第50号 昭和51年11月



今 朝 の 秋

目 次

小児の嘔吐をめぐって……今村栄一…………… 2	胆石症の問題点 …………… 菅井義久 …………… 10
新中国 23 日間見て歩き (第2回) 加藤 出 …………… 5	医療事故対策委員会発足 …… 松原貞一…………… 11
道南の旅に参加して…………… 三枝 進…………… 7	プロ棋士指導碁会…………… 11
はじめての道南旅行…………… 大蔵庸一…………… 8	理事会報告…………… 12
学術研究会…………… 9	医師会日誌…………… 13
C P C…………… 10	都医と三多摩ブロックとの連絡会…………… 14
	救急医療について…………… 松原貞一…………… 別刷

小児の嘔吐をめぐって

国立小児病院副院長 今村 栄 一

新生児の嘔吐

出生直後の新生児の病気としては熱発、痙れん等ありますが嘔吐もいやなものです。

新生児の嘔吐も心配のないものと、そうでないものがあります。呼吸障害や痙れんは全部心配のあるものですが、心配のない嘔吐に初期嘔吐があります。新生児では噴門が発達していないので、横にすれば吐いてしまうと言うことで、多くの場合羊水を吐きます。一般に出生直後には吐くことが多く、特に標準体重よりも小さい乳児では吐き易いものです。

出生直後の嘔吐で心配なのは、何回も吐くことで、吐けば胆汁や血液も吐くことになり、その他排便がないとか、うとうとしている等の異常が手がかりとなります。

新生児の嘔吐で注意する病気としては消化管閉鎖があり、これは口から肛門までどこでも閉鎖し、食道閉鎖、十二指腸閉鎖とか鎖肛等があります。

新生児で嘔吐がひどい場合は器質的なもの、特に食道が閉鎖しているとか、腸閉塞があるから注意する必要があり、次は感染症で、髄膜炎とか敗血症を考えます。

吐き方も一般的に云われている様に噴水の様に吐くのは幽門狭さく又は十二指腸閉鎖がありますし、胃液が出てこない場合は食道閉鎖で、胆汁や便の入ってくる場合はずっと腸管の下部の閉鎖です。新生児では腹膜炎を起こしても、腹部がはつてくることはあまりないので、始めは気がつかないことがあります。

新生児が出生後1週間位で吐いた場合は、先ず鼻からチューブを胃の中に入れて吸引することが必要です。それによって食道閉鎖が発見されます。これはあまり多いものではないが、早く見つけて手術をしないと死ぬことになります。

胃の中迄入って羊水を引くと、普通は嘔吐は治まります。その時に胆汁が出るか、胎便が出るか等によって病気を鑑別することができます。次は坐位で単純のレントゲン撮影をします。

新生児で嘔吐を起こす主な病気としては、消化

管閉鎖の外にヒルシュスブルグ(先天性巨大結腸症)、十二指腸閉鎖、腸の軸捻転等があります。

嘔吐の場合注意するのは胎便がどうかで、腸が閉鎖していてもその場所によって、その下部の胎便が出てくることがあるので、胎便が出て腸閉塞でないとは云えません。十二指腸閉塞は稀ですが、ダウン症候群に多く起こります。

腸閉塞も胎便が36時間以上して出ない場合は注意して下さい。24時間が境ですが、この位では未熟児では胎便がつまって便が出ないこともあります。

ヒルシュスブルグは新生児では診断がむずかしく、多くの場合見逃してしまうこととなります。これは新生児ではイレウスの症状が先に出てきますが、浣腸すると水様便と悪臭のあるガスが出て、レントゲンではガス像がでます。

鎖肛は少ないのですが、専門病院ではかなりあります。それも肛門の形があるので、看護婦も気がつかない場合があります。

嘔吐の激しい場合はネラトンのカテーテルを入れることと、胎便が何時間で出るかに注意して頂きたいと思います。

新生児の感染症としては敗血症と髄膜炎で、それが合併している場合もありますが、これは分娩が早期破水の場合に産道で感染が起こり、或は出生時に羊水のどろどろしている時も気をつけなければなりません。

感染症でも新生児では必ずしも熱も出ないので、うとうとしたり、吐気があり、特に痙れんすること位で髄膜刺戟症状も出ないことがあります。新生児で起こる痙れんは生れて1~2日位は脳内出血、生後3~4日では感染を先ず考えますが、熱も出ないし、白血球増多症もないので、最後にはルンパールで決めます。

乳児期の嘔吐

乳児期の嘔吐は外来にも多々診察に来ますが、これも心配のない嘔吐とそうでないものがあります。心配のない嘔吐は空気を飲みこむことによる

嘔吐があります。

人工栄養では哺乳瓶の空気をのませたのではないかと理解できますが、母乳栄養でもよく空気のみこむものです。これは乳首のわきから空気が入ってくるもので、乳児は口をふさいで乳をのむものではないので、母乳の走る場合はあわててのむし、出の悪い場合は強く吸うので口のわきから空気をのみこむことが多いものです。それで嘔吐があっても、一般状態がよければ少し様子を見てよいと思います。

乳児で嘔吐を起こす病気としては先天性肥厚性幽門狭さく症があります。これは以前は幽門癒れんと云われていました。狭さくが弱ければ自然に治ることもあると考えられています。これが何故起こるかばかりわかりませんが、生後2～3週間位から嘔吐がひどくなり、1ヶ月位するとやせて来ます。

これは出生直後は狭さく症状がなく、その後幽門部が働くことによって狭さくが起こってくると考えられます。症状は噴水状に吐くし、鼻からも吐きます。これには胆汁が入っていないことが特徴ですし、これに便秘が加わります。

乳児の嘔吐を診察する場合は先ずはだかにしてねかして、蠕動(ぜんどう)音が何処に起こるかを観察します。つまり腹部にあれば幽門狭さく、下腹部にあると腸閉塞です。

決定的なことは右の季肋部に腫瘤をふれることですが、これはむずかしいことで、他はレントゲンで胃の造影をして診断を確定します。

幽門狭さく症では手術をしますが幽門癒れんと云われる軽い程度のもはアトロピンをのませることによって生後6ヶ月迄に自然に治ってきます。そうした意味で生後1ヶ月位迄は様子を見てよいのですが、やせてくるとか、便秘が続く様な場合は手おくれにならない様に手術します。生後1～2ヶ月の嘔吐は先ず幽門狭さく症を考えます。

腸重積症は生後6ヶ月～2才位の間によく起こり、6ヶ月～1才位では腹痛を訴えず、不気嫌となり乳をのまず、吐気がでてきます。いやな顔をして泣き、時々だまると云うのが始まりの症状です。

この場合腸が閉塞するので便が出なくなるのですが、重積が起こっても24時間以内では便の出ることがあるのでごまかされます。こうしたことは

30%位あり、そのうち5～6%では血便がでます。これは乳児では赤痢と間違えることがあり、逆の場合もあります。多くの場合は浣腸すると血便が出るのが腸重積の症状ですが、おむつが血だらけのこともあります。

腸重積でも軽い熱の出ることも白血球増多のこともあります。幽門狭さくの場合と同じで右上部に腫瘤をふれます。他はレントゲン検査で肛門からバリウムを入れます。緊急の場合は生理的食塩水の高压浣腸で治療することもあります。

乳児の最初の頃は幽門狭さく症、後の時期は腸重積が大きな嘔吐の原因となります。

冬は冬期嘔吐症、冬期下痢症があります。これは冬のウイルス感染によって嘔吐と下痢が来るものです。消化不良症で嘔吐のひどいのは冬の下痢であると云うのが定説ですが、日常ありふれた病気ですが注意を要します。

流行は東京では12月中頃から1月中頃迄です。ウイルスの種類とか、他のウイルスの干渉か何かあって非常に流行することゝ流行しないことがあり、脱水症が起こるので注意を要します。

幼児・学童の嘔吐

この時期に起こる嘔吐としては周期性嘔吐症、所謂自家中毒症と虫垂炎があります。

虫垂炎は乳幼児には少ないのですが、それでも5～6才では時々あります。これは腹痛・嘔吐があり、症状が不定です。

虫垂炎と間違えられるのは腸間膜リンパ節炎でアデノウイルス等で起こり、腹痛を訴え稀に虫垂を誤って手術することがあります。かぜひきの症状でのが赤くて、腹痛のある場合は腸間膜リンパ節のはれていることを考える必要があります。

学童では十二指腸潰瘍があり、これは学童の終り5～6年と中学生徒に多い。この場合は嘔吐はあまりなく、腹痛で来ることが多いが、やはり症状不定でわからない。腹痛はなくても、嘔吐と食欲不振と気持が悪いと云うことで、レ線検査で十二指腸潰瘍と云うことがよくあります。これは自然治癒が多いので、手術をすることは殆どなく、又必ずしも過酸症もありません。

他は心因性嘔吐で小学校上級生と中学生に多く、気の弱い女子に多くみられますが、これは最終に診断をつけるものと思います。

所謂自家中毒症について

最近ではこの病名は不適當であるとするのが定説になっています。これは1914年に九大の伊藤教授がつけられたもので、子供がひきつけて意識がなくなると云うものを昔は疫痢と云う名前で一括していたが、疫痢が赤痢菌によるもので別けられ、残っているもので下痢がなく、嘔吐があって意識不明で痙れんするものに対して自家中毒と云う名前がつけられました。

ところがAuto intoxicationと云うドイツ病名は他の病名につけられているもので、適切でないとするので、戦後になってアメリカ医学が入ってきて、本態的にはケトン症、アセトン血性嘔吐症と云う病名で教科書にのせられました。それも適切でないとするので、何回も嘔吐を繰り返す病気であるというので、周期性嘔吐症と云う病名が一般的となりました。

この病気は現在の考えでは、昔の疫痢と同じ様に症候群であると考えています。嘔吐があって無気力になり、意識がなくなり、痙れんを起こしたり、循環障害を起こす様な症状を示すものを周期性嘔吐症と云う病名でまとめています。

その中でよく調べると低血糖症とかてんかんもでてくるし、横隔膜ヘルニアもでてくる。それ等を除外して、それでも残っているものと云うことになります。

残っているもの、似ているものに昔からある消化不良性中毒症があるが、現在では殆どないが、これも所謂自家中毒症の症状であるとしても間違いはありませんが、これは下痢を伴うので別のものとしています。

下痢をしないで嘔吐がひどく、痙れんが起こって意識がなくなって、循環障害の起こる様なものを自家中毒症としてまとめているので、その範囲は必ずしも一致していません。

症状は今迄云われている様に突然吐気が起こって、血液が混じてコーヒー残渣様となり、うとうとして痙れんが起こり、脱水と循環障害のため手足が冷たくなり、下痢をしないことが特徴です。熱はないと云うが、必ずしもそうでなく、誘因として感冒性疾患がある場合は37.5～38℃の熱があります。

病態として脳の血管収縮によって循環障害が起こるので、脳症状が出て意識障害があり、痙れん

が起こるので脳炎とか髄膜炎を考えますが、これは一過性のもので、炎症なら後迄続きますが、脳症状を起こしても脳炎とは云えません。末梢血管の収縮により手足が冷たくなり、又は心臓の冠動脈の血流量が減少するので胸が苦しくなる等のことで重篤感が強いが、自家中毒症で死亡することは他の病気に比べると少ない。脱水症が起こるがこの場合高張性の脱水は起こらない。

治療は古典的な方法でよいので、嘔吐があって痙れんを起こすので、鎮静剤と嘔吐をおさえる薬を使用します。注射としてはフェノバルビタールとか、クロールプロマジンとかジアゼパム等を使います。内服は困難です。幼児ではフェノバルビタール0.1mg、クロールプロマジン2mg位を何回かに別けて注射をして、おちついてきたら内服させます。

輸液は高張性になることがなく、しばしば低血糖症を起こすので、最初は高張糖水、20%ブドウ糖20cc位を静注する方が治り方がよい様です。

これは代謝異常で起こるので、ビタミンB・Cを使い、それから脱水がひどければ輸液をします。普通は生食と5%ブドウ糖の等量液、ソリタ1号を使い、利尿がついたら、ソリタ2号・3号等を使用します。

この病気は非常に治りがよく、4～5日でよくなるので、それにつれて食餌療法も必要で、食欲がでてきたら食べさせても差し支えありません。

神経質の子供とか、親が非常に心配したり等の暗示が病気に影響します。

原因としては色々で、自律神経失調症やアレルギーも関係していると云われています。

(これは9月21日に行われた学術講演会の内容です。)

保険のお知らせ

12月と来年1月の保険提出日は下記の通り変更になります。

記

12月は～12月6日正午

1月は～1月8日正午

新中国23日間見て歩き（第2回）

加 藤 出

北京市

5月20日朝7時羽田集合09:00羽田発JAL781便北京行直行便の予定であったが、当日は羽田が混雑し、ハイジャック予防の関門に長い列が出来、またゲートから飛行機までのバスも搭乗者がそろわずに待たされ、実際に出発したのは09:45であった。

飛行機のDC8は空席が多く搭乗率は $\frac{1}{3}$ 位であったが、吾々の他には商用らしい人々と共に、顔に苦勞のにじみ出た姿の女性が10名程居た。

着陸後の諸手続の為の書類記入も、字が読めずに困っている様で、スタッフワードが殆ど書いてやっていた。私も2人分を見て書いてやったが、聞いてみると18才で満蒙開拓団に行き、戦後中国人と結婚して、他人の子を育て乍ら生活し、昨年郷里の山形に帰って来たとのことで、気の毒な事情もあるらしく尚それ以上詳しくは聞くことを遠慮し、今後をはげました。搭乗が遅れたのも、この人達を探して案内し、乗せるのに手間取った為らしかった。

さて機は中国の上海上空まで飛び（朝鮮半島上空を避けて通る為、日本から北京へ直線飛行は出来ない。）そこから北上して陽子江・黄河を望み乍ら飛び13:55北京空港に着いた。日本との時差は1時間で、ここで時計を12:55に合せた。

北京空港は広いことは広いが、日本で言うローカル空港という感じで、吾々の機のエンジンを停止したら、空港のあの活気ある騒音は全く無く、シーンとした静けさで、歩く音、話す声が聞える程であった。飛行場には他に旅客機が1機いるだけで、パキスタン空軍のものらしい旅客機1機と遠くには軍用機も少数認められた。

空港は二階建てで、吾々は何の検査も無くすぐ広い応接室へ通され、中日友好協会副会長孫平化氏以下5名の出迎えを受け夫々の紹介と孫氏の挨拶があり、簡単な日程の説明が行なわれ、その後車5台に分乗して、宿舎の北京飯店に向った。

空港を出るまで約1時間半位であったが、その間静けさは続き飛行機の発着も無く、CM放送もうるさい音楽の鳴るスピーカーも無く、建物は天

井が高く、全く静かなことは驚く程であった。空港を出ると広い道路の中央だけが舗装してあり、その両外側に比較的若い並木が左右2列宛続いていた。これはすべて近々10年位で植えられたということであった。

市内は道は広いが、自転車の多い、車の少ない街で、そこを信号もかまわず進み空港から約30分で市の中心部近くの17階建北京飯店新館に着き、6階の一翼に2名1組で、仲々広い部屋を割り当てられた。

天井は高く設備も立派で、カーテンなども電動で動く様になっていた。バスも大きい水道のカーンなどはやゝ粗末であった。冷水・温水共他と違っていつでも使用可能であり、トイレトペーパーもまあまあであった。しかし洗面用の石鹸はまだ良かったが、バスに置いてあった石鹸は昭和21・2年頃にあった様な苛性ソーダの白い粉のふいている様な大きなもので、感心出来なかった。

食事は3食一階の食堂で10名集まって食べるのであるが、味はやゝ大ざっぱであるが、日本における中華料理と大差なく、油や唐辛子が強くて困るといった様なことは全くなくて無理に洋食にしてもらう必要はなかった。これらの食事代は一応サインをしたが、10名で15元乃至30元（1元は約160円程であるから約2400円～4800円）ということなので8～10皿あり飲物付で1人多くて480円ということは、日本に比べれば極めて安いということがわかる。

皿小鉢は小さいし、豪華とは言えないが、料理は仲々良く、これも首都で国賓を泊めるホテルであるから、最高のものに近いのであろう。内部設備も全部国産であり（新館は74年夏完成した）、中国では自慢の施設と思われる。中国製の厚い絨緞も広範に用いてあり、さすがという感じであった。ボーイ諸氏も親切味があり、国営企業の公務員といういやらしさは感ぜず、ニコニコして変な鋭い目付がなかったのは有難かった。

当日午後は中日友好協会理事の金黎氏他1名との会談あり、視察スケジュール調整と説明を受け、団員の質問にも気軽に答えてくれた。そのうち印

象のある点を記すれば、軍隊を見学するについて、中国に反対しない国は友好国である。独立国は自衛の軍隊を持つべきである等の事があり、医療の点では漢方医は中国でも文化革命後に盛んになったという話であった。これはおそらく漢方医を党・政府として盛んにする様な政策を用いているのであろうと思われる。

医療保険制度はないが全く保障されているという話でこの点については後に病院見学の際に触れることにし、労働者の停年退職後については退休制度ということで、退職時の70%の給与が支払われるとのことであった。これは元の職場から出る様な話に聞えたが、詳しくはわからない。

税金は間接税はあるが個人の所得税などはなく、個人の収入は、給料か農業生産の点数によって増減されるという話であった。これらのことは夫々の見学場所で触れることにする。

夕方はホテルの横に通ずる王府井の街路を2~3名で歩いて見た。北京の銀座通りであるこの通りも資本主義の国の様な自由な商業活動は見られないからすべて薄暗く、ウィンドディスプレイなどは殆ど見られず、新華書店のウィンドには毛語録など2~3種の書籍が並べてあるだけであった。ラジオ店もあり6石位のトランジスタラジオが置かれており、団員の1人が買うべく色々出させたところ、数個調べて良く働くものがなく、駄目だからといって売ってくれなかった。百貨店もあったが終戦直後の日本の百貨店の様で3階建の中に売物は豊富とはとても言えない。

王府井の通りには他に食堂・料理店の様なものはなかったが、一般にカメラを持っている人が少ない為か、写真館があり、記念写真が表に出してあるなどは懐かしい思いがした。この通りは夕方近かった故か人通りは仲々多く、眼鏡をかけ、カメラを持つ日本人は少ないので奇異の目で見られたが、終戦後30年も経てば敵愾心のある様な見られ方ではなく安心した。

しかし中国人すべて男女共例の人民服姿であり、それも木綿で皆が皆新しいとは言えず、すり切れているものをそのまま着ている人も少なくない。女性は襟元から僅かに赤い花模様のブラウスが認められるだけで、全部一樣な服装であるのには驚いた。その中に少なからずのカーキ色木綿の軍服の若い解放軍の兵士がおり、他に極めて僅かの辺

境少数民族の人と思われる服装の人もあり、その人達は背広服の吾々を見て、どこの地方の連中かなという目で見えていたのは面白かった。聞くところによると中国の休日は金土日の3日間に交代で休むということで、その日には王府井もなかなか賑わうようであった。

翌21日午前是北京都心部の建築機械工場の防空壕を見学した。これは1969年毛主席の指示により作ったもので、対ソ戦に備え、広さは4500 m^2 に達するという。煉瓦・セメントなどは廃物利用して、出入口は25ヶ、全長2Km、全工場人員が5分で入り、井戸もあり食糧庫には2週間分100屯の貯蔵が可能という。壕内病院には10床位の病室があるが、医務室には僅かの機械と笑気ボンベがボンと置いてあるだけで、凡そすぐには使用可能とは思えなかった。便所と炊事場も少なく狭く、空気清浄機はあるが小さく、又排水などはどうするのか、壕の位置そのものが浅く、これで近代戦で考えられる原水爆攻撃に対抗するには、その意気は壮なりと唎も、お粗末過ぎはしないかと考えられた。しかし平和の真直中の日本から着いた翌日に防空壕を見せられたには驚かないわけにはいかなかった。

ホテルへ帰って昼食後在北京大使館武官の吉原瑞穂一等陸佐と会見、色々話を聞いたが、中国人は日中戦争のことは忘れていない、許すけれども絶対に忘れない。天皇は搾取の親玉と思っている。ソ連に対しては畏怖の念を持っている。日本に対しては政治・軍事的には問題にしていない。経済的には注意深く、搾取されない様にしている。日本の政治家が、国内の相互の立場をあからさまにし過ぎ、国として一致せず党派にとられ過ぎるので問題にされなくなるとのことであった。

又解放軍の使命は政治工作、生産工作、軍事工作の3つの線があり、昔の日本軍の様に軍事だけで、他は全く考えないというあり方から考えるとやはり違うなあとと思われることであった。

そのあと故宮見学のため車で出発し、天安門を通り、その後方にある広大な昔の紫禁城に入った。大和殿、中和殿、成和殿とその後方に後宮がある誠に壮大・広大なもので22万坪もあるという。こちらは何も知らずにカメラ1台持って行っただけなので途中フィルムが不足し、良いところも充分とれずに残念であった。

紫禁城は1804年～1818年の間清の乾隆帝の時に造営され、革命後は故宮博物館として色々な文物を展覧してあったが、現在は台北に殆どの物があり、本家のこちらには最近の出土品の一部が展覧されているだけであった。しかし民衆相手の教育用標語と説明用パネルは徹底しており、共産主義が如何によいか、皇帝が如何に搾取していたかをくどい程説明してあった。搾取されて作られた

宝石・芸術品は当時の人民が作ったもので、その芸術的水準の高さは類がないと説明された。

吾々の考えでは皇帝があつたればこそこの様な芸術品も出来ただろうと考えるのであるが、あちらではその様な考え方は通らないらしい。ここでも一般の人々は有料で数多く入っており、稀にカメラを持ってとり合っており、表情は明るく楽しそうであった。(つづく)

道南の旅に参加して

三 枝 進

9月18日(土) 総員16名の小団体で16時35分羽田発JAL 519便にて北海道千歳に向って出発、視界のよい誠に快適な空の旅をつづけ、あっと言う間に18時、夕暮れの北海道に到着した。迎えるバスに乗り込み一路札幌へ向う。ガイド嬢の心づくしのあついお茶の接待を受け、ほっと一息つく。広々とバスの両側にひらけた石狩平野の真ん中を高速道路でひた走りに走った感じの一時間であった。本日の夕食地札幌ビール園に着きバスから降り立つと、さすが気温27度の東京から14度の札幌に来たとあっては、大分ひんやりと肌寒いような感じである。

週末でにぎわう札幌ビール園は活気にあふれ、名物ジンギスカンに本場の生ビールで乾杯、北海道無事到着を祝った。あまりの口あたりのよさによく飲みよく食べ、あゝ満腹とはまさにこの事。北海道にやって来た実感が改めて湧いて来た。

今日の泊りは駅前の札幌国際ホテル、荷物を部屋に置き、身軽になって地下より直結のゴムタイヤと無人出札改札の地下鉄に乗り二つ先の「すすきの」の繁華街をぶらつく。東京の新宿周辺と似かよっている。ジンギスカンの食べすぎと生ビールの飲みすぎか、羽田出発前より楽しみにしていた名物札幌ラーメンをついに口にできなかったのはかえすがえすも残念であった。

9月19日(日)、午前9時30分ホテル出発、時計台・大通公園・大倉山ジャンツェなど市内見物をし、定山溪・中山峠を経て洞爺湖に到着した。

湖畔のホテルにて石狩鍋にて昼食、北海道の名物を味わう。昼食後、遊覧船に乗り四つの島に浮

かんでいる湖上をひとめぐり、ごみごみした喧騒の都会から離れ、広々とした湖上で久し振りでびのびとした気分ひたった。

湖の周囲43Km、最も深いところは183mもあり、湖の底は地熱が高く底であたためられた水が対流するので冬も水面が凍ることはないとのこと。

青々と登んだ水中には魚が泳ぎ、昭和新山・有珠岳を眺める様は誠に壮観であった。

バスは湖畔をまわり、昭和新山へ向う。昭和18年12月より約2年間、地震・地割れ・隆起・爆発をくり返して出来たという、不気味な噴煙をあげている昭和新山は何となく魅力的であった。

昭和新山をあとにオロフレ峠をこえ、二日目の宿泊地、登別温泉の滝の家に着く。豊富な湯量の大風呂で手足をのぼし、歌の一つも出そうなのんびりとしたよい気分ひたった。純日本風の広間での宴会は和気合々の楽しいもので、いくら・すじこ・塩辛・鮭のかす漬など、北海道の味覚盛り沢山の二膳つきで、まさに「旅に出ている」の感じであった。

ちなみに本日は他にこくのある独得の牛乳・ジャガイモを味わうことが出来て食い意地のはっている小生としてはすこぶる満足であった。

9月20日(月)、いよいよ旅行最後の日である。

9時10分旅館を出発、地獄谷に向う。6億年の昔倶多楽火山が噴火して残った噴火跡といわれ、無数に気孔から沸騰するドロドロの湯がうずを巻き吹き出し激しい噴気はまさに地獄そのものように不気味な感じであった。バスでわずか5分あまり、ロープウェイで約10分弱、四方嶺に登り熊牧

場を見学する。地下道を通り人間専用の檻の中から熊を見物、球状にまるめたクマボールを投射機で打つと熊は心得たもの、エサの出ってくる前に出口に舌をさし込んで、打つやいなや自分の口の中へ…、何か人間が熊に見物されている感じであった。多数の熊のほえ声と異様な臭いで大変なそうそうしさであった。

牧場内では、テレビでおなじみのアヒルの競走が行われている。アヒルの首にまかれたリボンの色にかけ、一等を競い、勝つと「優勝」の文字とアヒルの絵のついたハンカチをくれる。

これは余談であるが、小生のかけた白いリボンのアヒルが一等になり、うやうやく白いハンカチを頂戴に及んだ。

登別温泉にわかれをつげ、太平洋浜に虎杖浜

を通り白老町に入り、木彫熊の製造工場を見学する。北海道旅行最後の食事は石狩鍋・毛がにで、あらためて北海道の味覚を心ゆくまで味わった。

最後に白老アイヌコタンを見学した。丸木造、笹葺のチトセとよばれた家の中に炉を設け、天井から炉鉤をつるし、鍋をかけ、室内には生活道具が置かれている。約20分ばかり酋長の話聞く。昔ながらのアイヌの生活様式や風俗習慣を伝えるこの部落の見学で道南の旅をしめくくるにふさわしい場所であった。時間の関係で神秘的な支笏湖を見学することができず残念であったが、2泊3日の楽しい充実した道南の旅であった。

15時千歳発のJAL514便にて機上の人となり、16時20分無事羽田に帰着した。

はじめての道南旅行

大 蔵 庸 一

はじめて北海道へ行ってきました。と言っても道南部の駆け足旅行だったのですが、昼も夜も、それは充実した素晴らしいひとときでした。

土曜日(9月18日)の仕事を終えて羽田空港を飛び立ったのは16:35。一行16名の団体さんは、高度1万メートルの上空を、490人乗りの日航機(DC-10?)内で思い思いに過ごす。たそがれの雲海、ヘッドフォンから流れる音楽、黙想。

1時間20分後には千歳空港に降り立った。そこで出迎いのマイクロバスに乗り、これから約1時間は夕食と宿舎が待っている札幌市内へ。車内でガイドさんが何やらしゃべっているが、何しろ腹が減って耳に入らない。「北海道へ着いたという感じがしますか」と言ってるらしいが、アクセントが道南部出身の友人のそれと同じなのと、気温の差(東京では26℃、札幌では15℃)で、観念的に何となく北国、別の土地と思う程度。

ようやく夕食場、サッポロビール園に着く。生ビールを中ジョッキ4杯。ジンギスカン料理ともよくマッチし、これも食い放題とのこと。

どうやら人心地が着いてきた。内から活気が甦ってくる。

一旦駅前のホテルにバックし、荷物を置いて、

夜の市内見物へ出掛ける。地下鉄「すすきの」は歓楽街のどまん中だった。バーというものを一度社会見学したいという、うら若いお嬢さんが一行に混じっていた。私は御両親のお許しを得て、案内役を買って出た。

バーが見当たらなかったのがキャバレーにした。良家のお嬢さん同伴で入ったのは初めてだったので、勝手に分らず、主としてホステスさんとの会話を楽しんで貰った。店内の風景に接してどんな感想があったかは聞き洩らした。宿舎に戻ったのは御両親に約束した12時を少し過ぎていたが、これはコーヒー店に立ち寄ったからだ。心待ちして居られたであろう御両親に、私は胸を張って(悔いを残して)お会いできた。

翌19日は市内めぐりから。縦横に整備された道路に囲まれた一画全部を使用している道知事官舎、雪まつりが行われる大通り公園、ゆかりの時計台、笠原選手らが活躍した大倉山ジャンプ台、等々、ブラウン管を通じてでなく肉眼で確かめられたのは嬉しかった。当日のコースは、中山峠→洞爺湖→昭和新山→オロフレ峠→登別、であったが、短評を試みると、

<中山峠> 路肩を示す標識(紅白に交互に彩

られた棒)が珍しく、また雪の深さを思わせた。

〈洞爺湖〉 湖水の色はグー。遊覧船でなく、ボートでゆっくり巡ればなおグーだったろう。

〈昭和新山〉 天然記念物に指定されているので地主さんは自分の思うように手を加えられない。

〈オロフレ峠〉 通常霧で視界が限られるらしいが、この日は雄大な遠景が八方に楽しめた。(医師会の方は買い物好き、とガイドさんが笑っていた。景色は見ないで土産店へ直行する、と)

〈登別〉 先だつてのガケ崩れで野天風呂は楽しめなかった。庭がよかった。夕食後、部屋に戻ってまたまたウィスキーをやりながら7・8人でおしゃべり。寮歌祭の準備委員の方がいて、スクラム組んで時ならぬ寮歌祭。中年のオジサマ方、たまには不格好も省みず発散させましょう!この夜は流石に自宅へ戻ったらボタン・キュー。

第3日目(月曜日)はロープウェイで熊牧場へ。「人のオリ」がベリー・グー。ボス熊の貫録、

非力のクマが落ちこぼれの餌にありつのが印象的。

次はシラオイのアイヌ記念館。酋長の装束に帯刀の酋長 — 現在純粋のアイヌ人はいないらしくこの酋長氏も車で通勤しているサナリーマンの由 — から10数分「説明」があった。ここでアイヌ語をにわか勉強。カムイ・フツェ(焚き火の神様)、ムックイ(只一つの楽器、ビョンビョンという音)、ホッチャレ(産卵後のサク)。

それから民芸品の木彫工場見学。材質は樫の木、稀にイチイの木。熊がサクをくわえてるのはザラに有ったが、子熊をくわえてるのは遂に見当たらなかった。

昼食の毛ガニ(メガニ)は成程、と思わせる味だった。

好天、そして和気あいあいのグループ旅行 — これにまさるものはありませんでした。

蛇足 お土産には「わかさいも」がいい。豆が原料の焼菓子だが、独得の風味あり。

学術部研究会

第1回は既報の如く西多摩の三病院の内科の先生にお願いして心筋硬塞の症例について討論会を行った。

第2回からは心疾患の診断治療に欠くことの出来ない心電図についての解説を順大助教授(循環器内科担当)岡田了三先生にお願いした。

“臨床医は心筋硬塞ときくと心電図に現われる異常Q波や、ST・Tの上昇と劇的な発作をすぐ連想して、いわゆる冠状動脈不全とはおのずから一線を画することを知っている。然し病理学者にとってはとくに顕微鏡下の心筋細胞の乏血性壊死を頭の中に思い浮べた場合には心筋硬塞と冠状動脈不全のあいだにどこに線を引くべきか迷いを生じることになる。勿論典型的な大きな心筋壊死巣と冠状動脈の血栓があれば問題はない。しかし小さな壊死巣があっても微小硬塞と呼ぶことは差し支えないし、線維症が広範囲に散在してあるものは多少集合する傾向を示すときどう診断するべきか。

心筋壊死が心筋の内側 $\frac{1}{2}$ に止まればQRSに変化はないが、外側 $\frac{1}{2}$ に及ぶと心外膜誘導で異常Qが出現。貫壁壊死となるとQS型をとる。心筋の

変性が強く一部壊死を伴う程度の傷害部位上の誘導でSTの上昇が起こり、可逆性の心筋代謝異常、変性を示す部分でT逆転が起こる。”

岡田先生的心電図の解説は以上の考えが中心をなしている。

われわれ開業医は心電図を見る場合その波型の変化から病名をつける。又この病名の場合はこの様な変化が心電図上に見られると学んだ。

今回の講演では心電図の波型の変化と病理形態所見を結びつけての説明であった。例えば異型狭心症の場合心筋の変性の状態と心電図上の変化とを照合しての解説であり、心房細動の時刺戟伝導系の病変の実際を見て異常P・不整脈の出現の原理を理解することが出来る様なお話であった。

(鈴木 修)

次回学術部研究会

日時 11月11日(木)午後7時30～9時

場所 西多摩医師会館

演題 心弁膜症について

講師 順天堂大学助教授 岡田了三先生

C P C

急激に意識障害を来し、約10日の経過で死亡した症例

9月16日 青梅市立総合病院
 症例；61才 男 主訴 意識障害
 経過；50年10月6日 右上肢運動障害
 11月上旬・尿の黄染と糖尿。 11月18日・黄疸
 12月1日・某病院入院。手指振戦、嘔吐。 12月5日・意識障害を来し閉塞性黄疸を疑われ、12月9日青梅市立総合病院内科へ転院。入院時セミコマーの状態。肺にラ音聴取。肝は触知されず。腹水あり。クモ状血管腫あり。入院後黄疸増強し肝濁音著明に減少。尿量減少し血圧低下。13日より昏睡に陥ったが非経口的にL-DOPAを投与し意識の改善を認め、15日腹膜灌流施行。
 16日・出血傾向出現。血圧低下。18日大量吐血、下血を来し死亡。

検 査 成 績

血液 (12/10)	生化学 (12/11)
赤血球数 437万	総蛋白 5.0 ^g / _{dl}
血色素量 16.7 [%] / _{dl}	A/G 1.43
ヘマトクリット 49%	CCLF (H)
血小板数 9.6万	TTT 4.9
出血時間 4分	ZST 6.2
凝固時間 2分	GOT 51
血球数 12300	GPT 20
C P C 4 (+)	Al-P 11.0 K.A.U.
	総コレステロール 80 ^{mg} / _{dl}
	総ビリルビン 32.5 ^{mg} / _{dl}
尿	直接ビリルビン 18.0 ^{mg} / _{dl}
蛋白 (+)	LDH 880
糖 (-)	UN 45.7 ^{mg} / _{dl}
ウロビリノーゲン (+)	Na 141 mEq/l
ビリルビン 大量(H)	K 2.1 mEq/l
沈渣 R(H)	Cl 90 mEq/l
便	アンモニア 223 ^{mg} / _{dl}
潜血 (H)	

入院前のGOT、GPTは237、255で入院後は表に示した程度が持続。LAP、 γ -GTPは軽度上昇。低K血症は改善された。ECGで著明なU波。線浴系検査でフィブリノーゲンは著明に減少し、EDP増加。

討論；参加者の興味は昏睡の治療に用いられたパーキンソン病治療薬L-DOPAと腹膜灌流の効果に向けられたように見受けられた。

主治医松江先生の臨床診断：脳血管障害の経過中に併発した亜急性肝炎とその結果生じた肝腎障害、あるいはショック腎、肝性昏睡。末期にはあるいはDIC (disseminated intravascular coagulation 散布性血管内凝固) の可能性が疑われる。直接死因は大量消化管内出血。

病理解剖診断：(亜)広汎肝壊死、肝重量760g。肝萎縮は著明で亜急性肝炎、或は黄色肝萎縮と呼ばれる所見に一致するもので、部分的に肝細胞の再生・線維化が始まっており壊死後性肝硬変への移行が認められる。腎は動脈硬化と尿管管浮腫があるが糸球体にはDICの際に認められる血栓は存在せず、DICは否定的。脳は浮腫と両側レンズ核の小軟化巣。胃腸管には浮腫と出血。心肥大、脾の萎縮。2400mlの腹水(埼玉県立ガンセンター病理部長 三友善天先生)

まとめ；本症例のポイントと思われる肝性昏睡の治療、特にL-DOPAと人工肝臓—血液透析について松江先生がお話された。本例の治療には抗生剤、プレドニン換算200^{mg}/_日のステロイドのほかラクチュロース(Lactulose、抗アンモニア剤でモニラックシロップの名で中外より発売されている)30^{ml}/_日が投与された。肝性昏睡に陥ってから直ちにL-DOPA 300^{mg}/_日が点滴静注され1時間半後にはかなりの意識状態の改善が認められ、2日後にはほぼ覚醒した状態になり有効と思われる。本例のほかL-DOPAを投与された教例を呈示されたがいずれも有効性があるとのことであった。肝性昏睡は一般開業医家にも相遇することの多い疾患だけにL-DOPAを試みる機会もあると思われる今回のCPCは有意義であった。

(吉野 住雄)

胆石症の問題点

公立阿伎留病院外科 菅井 義久

公立阿伎留病院外科で取り扱った胆石症病例を中心に、いくつかの問題点を取り上げてみました。

診断面では、D.I.C.のほかに内視鏡的逆行性胆管造影が積極的に行なわれるようになり、特に遺残結石を含む胆管胆石や肝内結石などでその診断的価値が優れています。またレ線検査のほかに超音波診断を行なっていますが、レ線検査で胆嚢の

描出されない例や急性炎症合併時にも患者に全く負担のない検査法であることなど利点があります。

胆石症手術に際しては、術中胆道造影を routine に行なうようにしていますが、その撮影の条件や読影の不十分から遺残結石を経験しています。術中胆道造影の施行にあたっては、条件のよい写真と充分慎重な読影が要求されます。なお遺残結石の1例はT字管の瘻孔から胆道ファイバースコープを用い直視下で結石の摘除に奏効しています。

胆石症死亡例は3例で、2例は高度黄疸の合併例で、1例は高齢者で乳頭部狭さくと考えられ、1例はその経過から硬化性胆管炎と思われる例でした。他の1例は肝内結石で手術前に急性化膿性胆管炎の合併をみ、肝内胆管ドレナージを行ないましたが、septic shockで失いました。

胆石症は極めて多彩な病態を示すことから、術前・術中に正確な病態の把握が本症の予後をよからしむるものと考えます。

(昭和51年9月阿伎留病院C.C.)

医療事故対策委員会発足

松原 貞一

10月28日第一回会合を開き、先ず、委員長に松原理事を選出し、ついで紛争処理のルール化について話し合い、次のようなことを決定しました。医療においても人間関係の稀薄化に伴い、紛争は多発の傾向にあり、かつこじれて来る場合が多いようです。これまでの例をみましても、患者が受けた医療に対して不満を抱くと先ず他の医師や福祉事務所員などに意見を求め、自分が考えているのと同じような意見が得られると、意を強くして紛争に発展させているようです。患者が不満を抱く場合は期待通り治って行かないというような場合が多いわけですから、患者は必ず同じ疾病について次の医師を訪れ医療をうけることとなります。

そこでよく実情が判らないまゝ患者の話を基にして求められるまゝに意見をのべると、例えば、「そんな馬鹿な」とか「それはおかしい」等多少とも前医を批判するが如き発言があると、患者は客観的にみても自分の意見の正しいことを確信し、訴訟などへと発展させています。

後医は又一寸した不用意な発言が原因で裁判の

証人として呼び出されたり、不本意ながらも紛争に巻き込まれざるを得ない立場に追いこまれます。このことは自分自身の為でもありますので呉々も御注意を頂きたい所です。

決定事項は次のようですが、何分発足早々で経験がありませんので、今後勉強もし経験を生かして、上手な処理の仕方を考えて行きたいと思っております。

- 1) 秘密保持
- 2) 東京都医師会医事紛争等特別委員会細則を基にする。
- 3) 紛争の早期における処理が主なる役目であり、紛争が専門家の手に渡った時は混乱をさけ深入りをしない。
- 4) 一つの紛争には2~3人の要員が担当し、委員会・顧問弁護士・会長などと協議の上解決方法を考える。
- 5) 事故や紛争が発生した場合は直ちに担当委員は現場へ急行して実情の把握を行い、直ちに委員会を開いて方針を決定し意見の統一を行う。
- 6) 理事会とは別個のものであることを確認

委員長	松原 貞一(羽村)	0425-54-2427
委員	高木直二郎(青梅)	0428-22-2672
	深山 秀憲(＃)	0428-22-3126
	野村 脩(奥多摩)	04288-5-2226
	内山 大(福生)	0425-51-0989
	矢ヶ崎久雄(瑞穂)	0425-57-0827
	葉山 侃(秋川)	0425-58-0543
	大塚 渉(＃)	0425-58-5547
	杉本 一(五日市)	0425-96-2106

プロ棋士指導碁会

恒例の、日本棋院 河合哲之五段の指導碁会を10月17日(日)下記の通り催しました。

第1回(午前10:20~午後0:20)

大蔵氏	4目置いて	中押負
鈴木先生	5目＃	中押勝
栗原先生	6目＃	中押負
林先生	7目＃	中押負

第2回(午後0:40~午後2:00)

甲斐	5目置いて	6目勝
速水先生	6目＃	中押負
百瀬先生	6目＃	中押負
栗原先生	6目＃	9目負

(甲斐)

理事会報告 (51・9・24)

地区医師会長協議会報告(会長)

1. 予防接種について

9月28日担当理事連絡会 松原理事出席

2. 室料差額に関する日医の見解について
3. 高額療養費の自己負担限度額の改定について
3万円から3万9千円になった。
4. 分娩費の請求書様式の改正について
5. 薬価基準の一部改正について

9月1日付官報により告示、同日施行された。

日医雑誌9月1日号に掲載されている。

6. 民間病院(老人専用)運営協議会設置に関する協力依頼。都内4カ所 西多摩にはない。
7. 救急医療機関に関する情報提供と収集について
関係機関に連絡済み
8. 老人医療費受給者番号等の照会事務について
9. 東京都国保診療報酬等審査支払に関する件について

都と都医・国保連絡会の三者で案文を作り、
国保委員会で練り、10月26日の代議員会で決める。

10. 学術講演会の開催について
11. 昭和51年度日医医学講座病院実習について
12. 昭和51年度国民健康調査の実施について
13. 第34回診療所調査実施について
調査期日は10月31日 東京都は、有床診療所
513施設、無床診療所996施設、計1,509施設
を無作為抽出して行う。協力して貰いたい。

14. 其の他

○大気汚染認定委員会の委員交代について

今迄杉本先生がなって居られたが今回辞退され
代りに鈴木修先生になっていただきたい。(承認)

○新しい医師会の敷地内に青梅消防団より、防火 用水の設置を希望して来たがどう取り扱うか、 造って了うといろいろ制約されるので断わろう と思うが如何。

(貯水槽・消火栓には駐車制限が伴らので駐車
場には不都合であるので断わることにする。)

○予防接種(松原)

予防接種法が変わり、種痘がなくなり、接種年
が上り期間が延びた。然し其の期間内に行う様
にする事以外では救済の手がない。接種も医師
がやると云うよりも市町村長が実施者であると
責任の所在がなっている。東京都内では医師と

一市町村とではなく全体との契約になると思う。
接種方法は、医師1人を含む3名1班で1時間
100名迄となっている。医師複数の場合はリー
ダーを定め其の指示に従う。判定に迷ったら接
種を止める。

三種混合は法定で2才～4才迄に行い、保育
所に入る前には済ませる事になっている。2才
以下の乳幼児の扱いを如何にするかは問題にな
る。個人接種は3ヶ月～48ヶ月となっているが
料金はどうか、又個人接種の救済はまだ不
明である。

之からの予防接種は、打聴診は殆ど不必要と
なり、問診と視診で行う事になった。従って問
診表が大切となる。発育の悪い者、乳健を受け
ていない者は重視し、打聴診も必要となるだろう。

問診表は都区内では統一された。西多摩でも
統一したいので、資料を当事者に示した。

災害保障の契約は8月17日に都と成立した。
次は各市町村と医師会との契約とする事になっ
た。之は都との契約と同じである。

○社保と公費負担医療の請求事務一本化について(速水) 社保担当連絡会について報告します。

8月2日に法令が公布され、10月1日より実
施される。然し之は基金側には簡素化になるが、
我々にはメリットはない。カルテ・処方箋・請
求書・レセプトの様式が変わる。差し当たって
カルテが新しくなるが、当分の間は旧式のを取
り繕って使用してもよい。番号はコード化され
るが、医療機関番号は従来のものを使用して貰
いたい。コード番号等の簡素化については目下
交渉中。レセプト記載に当たり、薬価105円以
下の投薬・注射の薬名・量がいらなくなった。
又レセプトの編てつ方法も変わったが煮つまっ
ていない。都医でも煮つまり次第講習会を開き
各医師会に徹底させる予定。都よりも説明書
を出す予定だが、保険者番号の変わる事、カルテ
・レセプト等の新しくなる事等、とりあえず必
要な事柄をまとめ全員に知らせる様希望あり実
施する。

(会長) 10月23日(土) 都医会長以下全理事が、
懇親会の為来る事になったので、全理事参加して
貰いたい。於 河鹿園 p.m.2時 予定(後日変更)

○老人健康診断について(西村)

現在老人健診の施行方法が各地区でまちまちで

都医と三多摩ブロック との連絡会

都医と三多摩ブロック医師会との連絡会は9月22日(休)午後2時から4時迄新宿ステーションビル7階レインボーホールで開催された。

出席者は都医渡辺会長、副会長の他理事その他10名、三多摩ブロックから三多摩医師会々長、副会長と各市医師会代表等約40名であった。

都医渡辺会長の挨拶の後救急医療対策について松井副会長から説明があった。8月18日地区防災計画に基づき、都知事と都医会長の間に災害時の医療救急活動についての協定が行われた。これによって今後の医師の救急活動についての費用弁償、出勤時の保障と医療費等の費用等が明確になった。平常時の救急医療については近く協定に達する予定である。

三多摩地区では現在各市長との協定迄は具体的に進められていないが、今後都の場合と同一条件で決定したい意向で、この面での都医の協力を期待したいとのことであった。

三多摩に対する医政について。行政組織に伴う諸問題、特に都内に比べて三多摩地区では行政上の格差があり、色々不利な点が多い。学校医手当についても都内に達していない。それらの解決のために三多摩地区担当の副会長を増員してもらいたいし、三多摩市長会と医師会の会合に都医からも出席してもらいたい。又民事紛争解決のためにも三多摩に監察医務院を設立してもらいたい等の要望があった。

これに対し三多摩担当の副会長をおくことは無理で、監察医務院については以前から都に対し要望し、昨年度予算に計上したが、財源難によって削除された。渡辺会長は今後都と都医と各自治体代表と各医師会との間の協議会を設置して格差是正に努力したいとのことであった。

学術問題も都医の学術講演会が朝日講堂で行われているが、三多摩からは遠隔のため出席できないので、せめて年何回か新宿地区で開催してもらいたいし、又多摩医学会のために援助してもらいたいと希望した。

この点に対し講演会については今後とも要望にそいたいが、学術助成金については現在各医師会

に支出しているが、三多摩地区だけに支出することは困難であるとのことである。

救急及び二次収容問題については、都区内に比して三多摩地区は人口の急増と面積の広いのと、交通事情が悪い等の点で各地区で休日診療や夜間診療が実施されているに拘らず、二次収容施設がないので今後ともこの充実と救急医療センターの設立等について努力してもらいたいと希望した。これに対して都医は都との協議により来年1月から、夜間の救急医療対策を実施することになっているが、三多摩地区では公的医療機関も不足しているし、その増加も色々の問題があるので、二次収容施設の助成金について考えたいと云う。

保険診療についても審査とか講習会の実施等についての要望があった。

最後に渡辺会長から都医に三多摩担当の副会長や理事をおくことについても今後の問題として研究してゆきたい。三多摩地区の格差是正の問題については、今後各地区医師会と市長会、都医と都衛生局の四者協議会をつくって、問題の解決に努力したい。そうした点について今後とも各医師会の協力をお願いしたいと云うことで散会した。

(大河原 周)

第8回麻雀大会 (51.10.23)

於 割烹いろは

優勝 - 杉本, 2位 - 宮川(倉田薬品), 3位 - 川崎, 4位 - 百瀬, 5位 - 桂木, 6位 - 高水, 7位 - 今川, 8位 - 速水, 9位 - 末武(倉田薬品), 10位 - 宮地, 11位 - 倉田(倉田薬品), 12位 - (割烹いろは)

○麻雀部長交替のお知らせ このたび足立先生が部長になりましたのでよろしくご願ひ致します。

昭和51年11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

吉野 住雄 鈴木 修

土田 守一 波田野洋夫

救急医療

—— 夜間急病センターについて ——

公衆衛生部 松原貞一

休日診療体制は全国的にも80%の地域で定着したといわれ、人口27万の西多摩地区でも青梅市・福生市・羽村町・五日市町の4ヶ所で休日診療が実施されており、少なくとも休日の昼間に限っては医療を求めて住民が右往左往するということはなくなった。「子供が熱を出しても、いつでもどこでも安心してかゝれる医療を」という住民の欲求は、選挙の度毎にスローガンとして吸い上げられ候補者の公約となり、いまや(夜間診療所の設立)という形に凝集されて来た感がある。「従来行われている休日夜間急病センターの整備及び当番医制の普及と定着化を図る施策を更に一層拡充強化する必要がある。休日・夜間急病センターは人口10万以上の市を対象に施設が図られているが、これを人口5万程度までを対象とするよう拡張すべきである。」というのが「当面とるべき救急医療について」救急医療懇談会が今年7月にまとめた意見である。現在人口2000人に医師1人とされており、眼科・精神科等の専門医老医を含めても人口5万には医師数25名程度となり、これで毎夜の救急医療をやるようにというのも随分乱暴な意見と思うがそのような議論は別としても、急病センターという形の夜間診療は、否と応にかゝわらず我々の医師会の中でも設置をせまれるのは、そう遠い将来のことではなさそうであ

る。確かに「たらい廻し」をはじめとして、夜間の医療にも多くの問題があることも否めない事実である。核家族化のため年寄りからの生活の智慧の伝承もなく、さりとして一服の解熱剤さえ備えようという心がけもなく、熱を出した子を抱いて戸惑う若い母親の悩みまで解決してやらなければならぬとすれば、確かに夜間急病センターとでもいような形あるものを作るより外に方法はないようにも思える。子供が夜中に熱が出たの類送救急車で救急病院に搬送していたのでは、救急病院はその本来の使命である2次収容機関という機能が麻痺してしまうし、開業医が毎夜応じるということも物理的に不可能であ

心配、重患の事故 手間どる二次病院探し



救急車で治療院に運ばれる急患。もし救急医療体制がなかったら...

【現状と問題点】
昨日(十八日)深夜、西多摩地区の青梅市で発生した救急車出動件数は、過去最大を記録した。救急隊の出動件数は、青梅市消防本部によると、同日午後七時三十分ごろから翌朝二時三十分ごろまでの間に、青梅市消防本部に呼出された救急車は、計百三十九台に上った。このうち、青梅市消防本部が出動した救急車は、計七十九台に上った。このうち、青梅市消防本部が出動した救急車は、計七十九台に上った。このうち、青梅市消防本部が出動した救急車は、計七十九台に上った。

救急医療体制を考える

救急医療体制は全国的にも80%の地域で定着したといわれ、人口27万の西多摩地区でも青梅市・福生市・羽村町・五日市町の4ヶ所で休日診療が実施されており、少なくとも休日の昼間に限っては医療を求めて住民が右往左往するということはなくなった。「子供が熱を出しても、いつでもどこでも安心してかゝれる医療を」という住民の欲求は、選挙の度毎にスローガンとして吸い上げられ候補者の公約となり、いまや(夜間診療所の設立)という形に凝集されて来た感がある。

(2)

り、翌日の患者の医療にとっても損失は大といわなければなるまい。形だけで心の通わぬ医療であれば、それはそれで又悩みも生れるかも知れないが、無いよりましという議論には勝てない。利用する側からすれば、嫌なら利用しないで事はすむが、実施する方は総ての問題を十字架の如く背負って行かなければならず、事が生命にかゝるだけに問題は更に深刻となるはずである。風が吹くと槿屋がもうかるという。物事はよく考えて行わないと思わぬ所に影響が出るということである。万人に歓迎されて発足したはずの老人医療無料化でさえ、今では国家財制を圧迫し老人による病床占有のため救急医療にとっても大きな障害となり、医療を混乱させる大きな原因となって来ている。人生50年という唄の文句も半世紀を経ぬ内に75年を越えてしまったが、これは医療内容を向上させた厚生省のせいではなく、寒い冬を暖い所で過させ医療を受け易くするように国民所得を引き上げた大蔵省の成果であることを間違えてはならない。老人医療の解決のため厚生省がその主役を演じようとする所に悲劇は生れ、保険財政は益々増悪し、医療は益々その混迷の度を深かめているのが現状である。夜間診療所というプライマリ・ケアに労力を費すの余り、2次救急の方が反って手うすになり、風邪は治るが肺炎はお手あげという地域医療を作ってしまったのは、我々の折角の努力も水の泡と帰し元も子もなくなってしまふ結果となる。限られた医療資源を如何に有効に利用するかが現在我々医師会に与えられた命題でもあり、住民のニーズにそった広くて浅い夜間医療を作るか、住民に多少の犠牲は求めてもいざという時に頼りになる濃度の濃い夜間医療を考えるか2者択をせまられるわけである。それにしても救急医療懇の意見にもあるように、急病センターという形はヒシヒシと我々の身近に迫って来る。どうせやらなければならない体制であるにしても、今の内に原則的な考え方をまとめておかなければ、我々の地域医療は反ってそのために混乱低下するかも知れず、悔を後に残すことにもなりかねないと思ひ、必要な調査を行った。

- 1) 西多摩地区の夜間医療需要の実態把握
 - a 都医師会の時間外診療についてのアンケート調査

- b 地区内4消防署の救急搬送状況調査
 - c 集団乳検時母親へのアンケート調査
 - d 患者家族に対するアンケート調査

などより、医療需要の量と質を知り、夜間医療対策の原点とした。

2) 2次救急の実態調査

- a 2次収容病院に診療時間内、外の入院した患者数及びその経緯をアンケート調査
 - b 救急搬送調査

などより不十分であるが、当地区内の2次救急の実情を推測した。

3) 現在運営されている夜間急病センターの実態調査

センターを運営している医師会へアンケート調査を行った。

夜間急病センターという形の診療はお互に人間的な連がり乏しく、一枚の保険証がとりもつ一夜の契約となりかねず、住民にとっては確かに無いより増しであることには違いないが、実施を担当している医師がその中どのような価値を見出し、生き甲斐を感じているか併せて知りたかったが充分な理解は出来なかった。

1. 西多摩地区の夜間における

医療需要について

夜間の医療が不足しているといわれると、実感としてもそのような感じはうけるが、それなら昼間受診出来るものを除外し真に夜間急に医療を必要とするような患者がどの位いるのかという殆んどデータがないのが実情である。救急医療懇の意見でも「救急医療についてのヒヤリングや救急医療施設の実施視察などより」と誠に頼りない次第で、医療が不足しているという漠然とした実感を基にして議論を進めているのではないかと疑いたくなる程である。去る5月24日(月)東京都医師会は全会員に調査票を配布し、時間外診療についての貴重なアンケート調査を行った。当地区でアンケートに協力した機関は、病院(地域担精神科が多い)19中12、診療所112中47機関であり、集計によると一晩の時間外診療は77件であった。これを他の調査、諸条件から推計し

てみると、当西多摩地区で一晩に受診している時間外診療は、少なくとも見積っても100件前後はあると思われる。これを夜間急病センターを訪れる患者数と比べてみると、終夜診療を行っている急病センターの平均来院数は一晩人口1万につき、1.5人であるので、これを当地区人口27万に当てはめてみると40件ということになり可成りの開きの出ることに驚かされる。更に救急車の利用をみると平均して一晩に9件の出動があるということである。東京のはずれという立地条件にあるためもあって、救急車の利用は受診患者の一割弱となり、この割合は都医師会のアンケート調査からも担送は8.5%とっており一致する所である。我々が急病センターを作った場合予想される患者数は前記の如く一晩40人となり、これは全受診患者数の4割ということになる。厚生省は「地域における救急診療が確保され、かつ地域住民に十分周知徹底されているような休日夜間診療体制が敷かれている場合において、医師が来院した患者に対し休日夜間診療所などで診療をうけるよう指示することは、医師法の応招義務の規定に違反しない」との見解を発表し、休日夜間診療所を作れば患者は安心して医療が受けられ、各医療機関はそれだけ時間外診療に対する負担が軽減されるはずであるとの考えである。それはそれで理解出来ないわけではないが、元来医師と患者という人間関係を基盤にした医療であってみれば、急病センターを作ったからといって問題が総て解決されるというものではなく、その背後には約2倍の人間関係を基にした時間外診療が相変わらず行われているはずであり、夜間急病センターを訪れる人達は一晩に発生する医療需要の一部でしかなく、このような人間関係よりはみ出した人達ではないかとさえ考えられるのである。事実このような一群こそトラブルを起し易く、かつマスコミの話題をにぎわし勝ちである。

総ての疾病が公示された診療時間の内外を問はず発生することは当然であるが 一生に一度診るかどうかが分からないような稀な疾患に対して迄対策を建てるなどということは、限られた医療資源の有効な利用という点からも不可能なことである。従って夜間の医療についても、来院を予想される患者の数即ち量を知ると共に、どのような患者が来るのかその質を知ることにも又重要なこと

である。先づ年齢であるが、来院患者の60~70%が小児であるということは、どこの夜間急病センターで調べても一致したデータで、今回のアンケート調査で同時に送られて来た資料からも、いわき60.2%、船橋60.7%、札幌は少し低く55%、松山63.7%であった。我々が昨年羽村町で行なった患者1000家族を対象とした夜間受診状況のアンケート調査でも61.4%が乳幼児であり、この数字は患者サイドの調べでも医療機関サイドからみても一致した数字である。次に疾病の種類・重症度からみると、都医師会の西多摩地区での調査では発熱など風邪と思われるもの51%、船橋市、52.6%、我々の羽村町での患者調査からも65%と夜間診療をうけている患者の50~60%が感冒であると思われる。更にこれを時間帯別にみると、救急車の動きより推論すれば午後5~9時頃迄は比較的卒中などの患者がみられるが、9~12時の間は小児の風邪症状が圧倒的に多くなり、12時を過ぎると胆石など疼痛の患者が多くなるとされている。このことから考えると、多くの医師会が行っている9時~12時の準夜時間の夜間診療はその病気の種類からも子供の風邪が主な対象ということになる。12時過ぎの深夜帯にこそ真に救急を要する患者が多くなるという事実を考え併せてか、多くの医師会がそのセンターを「救急」と銘うたず、「急病センター」とか「応急診療所」と名付けているのも、救急診療を目的としているのではなく、一般的に急に起った病気に対するとりあえざる応急処置をすることを目的とするということであろうと、よく考えてつけたものと苦心の程がうかがわれる。

次に西多摩全域で乳幼児検診時母親を対象としたアンケート調査210例及び昨年羽村町で行った患者を対象とした1000例の調査により住民が夜間の医療をどう考えているかを推測してみた。

1) あなたの家族で今年夜間に診療をうけた方がいますか。

- | | | |
|---|-----|-------|
| 1 | いる | 11.9% |
| 2 | いない | 88.1% |

2) あなたのお子さんが今夜急に高熱を出し、診療をうけたいと思った時、あなたは、

① 救急車を呼んで診療をうけたい

…… 20%

② かかりつけの医院に電話して指示を

(4)

うける …… 55%

③ 解熱剤を使って、翌日診療をうける …… 25%



前にも述べたように急病センターを訪れる患者の約2倍がかかりつけの主治医の診療をうけているのではないかという推測は、本調査①の救急車を呼ぶ群を通常主治医との人間関係をもたない患者で急病センターを訪れるであろう群と考えれば、その2倍に相等する②の群は何らかの形で主治医の指示を仰ぐということになり、推測の値と一致する。

3) あなたのお子様は今夜急に高熱を出し、診療をうけたいと思った時

- ① すぐ診てもらえると思う …… 31%
- ② 努力すれば診てもらえる …… 43%
- ③ 不可能と思う …… 21%
- ④ 解答なし …… 5%

ここにも2割の迷える羊がいるわけで、前記の救急車を呼ぶ一群であると思われる。

4) あなたの家族には次のものがありますか。



- 1. 解熱剤 …… 60%
- 2. 浣腸液 …… 30%
- 3. 家庭医学書 …… 57%
- 4. 富山の置き薬の類 …… 36%

乳幼児を持つ家庭でさえ4割に解熱剤がなく浣腸液に到っては7割が備えていない。健康の自己責任という観念が果してあるのであろうかと疑いたくなり、このような人達を相手に対策を講じなければならぬとすれば、夜間診療というものは可成りしんどい仕事のように思える。

5) あなたのお子さんが予防注射でショックを起し死んだとしたら

- 1. 皆が善意で行なった結果死んだのだから、運がなかったとしてあきらめる …… 12.4%
- 2. 法律で決められてやったのではあるが、とにかく注射のために死んだのであるから、責任は追求したい …… 78.1%
- 3. わからない及その他 …… 9.5%



医師が善意から、夜間開設しているとか、

手うすであった、設備がなかった等という言い訳は一切通らず、事故が起きれば善意とは別に責任は責任としてキチンと追求されることは必定であり、このよくなための保険迄入らねばならないとすれば、何のための自由開業かと嘆きたくもなる。

6) あなたは今年夜間の救急医療に不安を感じたことがありますか

- 1. ある …… 33%
- 2. ない …… 67%



とに角現実に住民の3割は夜間の救急医療に不安を感じている。

救急医療の責任は結局は「健康で文化的な最低限の生活」を保障している行政府にあり、我々は実務者として止むなく夜間診療に協力するというのと、医師という職業は一種の独占企業であり我々が解決しなければ一体誰が解決するのかという立場に立つのかによって夜間診療の運営も可成り変って来るはずである。

以上の調査より夜間診療体制を考える原点ともなるべき当地区の診療対象は、要約すると次のようになる。

- 1. 西多摩郡の人口 276,285人
3市 5町 1村
- 2. 現在一夜の受診患者数(推定) 約100名
 - a 時間別では
 - 21時~24時(準夜) 77人
 - 0時~9時(深夜) 25人
 - b 重症度より
 - 重症(都医の調査より) 4人
 - 中等症 31人
 - 感冒などの軽症 65人
 - c 年齢別では
 - 小児 61人
 - その他 39人
- 3. 夜間急病センターを作った場合
予想される来院患者数(推定)
 - 終夜の場合 40人
 - 準夜のみの場合 28人
- 4. 救急車の夜間出動一夜 9回
- 5. 西多摩地区の一ヶ月の入院患者数約1000名 (後記)

夜間入院患者数(除産科) 155名

一夜に最低必要な病床 5~6床

6.住民の3割は夜間の医療に不安があるといい、住民の2割は子供が熱を出せば救急車を呼ぶという。乳幼児を持つ家庭の4割に解熱剤の予備がなく、浣腸液に至っては7割の家庭にないという。しかし夜間急病診療所であろうとも一端事故が起きれば、どんな善意がそこにあったとしても8割の家族は責任の追求を始めるという。

2. 2次救急の実態調査

西多摩地区の夜間における2次収容がどのようになっているのか、又夜間を含めて一般病院と2次病院とがどのようなコミュニケーションになっているのかを知る目的で、2つの調査を行った。先づ西多摩地区にある青梅・福生・秋川・奥多摩の四消防署に依頼して、8月中の搬送状況を調べた。

表1 救急搬入患者数

時間	署名					計
	青梅	福生	秋川	奥多摩		
昼間 9:00-17:00	67	75	69	16	227	
夜間 17:00-翌9:00	45	114	91	16	269	
計	112	189	160	35	496	

このことより1ヶ月の救急車の出動は496回1日に18.5回となり、夜間は1日に9回の救急出動が行われていることが分る。搬送の4割は収容されている事実より、当地区では救急車による入院だけでも3.6人あることが分り、その他のものも含めると最低一夜に5~6床位は必要と思われる。

表2 搬入先医療機関等

医療機関等	署名					計
	青梅	福生	秋川	奥多摩		
救急告示	19	121	41	2	183	
公的医療機関	22	15	64	28	129	
一般医療機関	64	14	44	1	123	
西多摩区域外	7	39	11	4	61	
計	112	189	160	35	496	

現在救急車は殆んど、救急告示機関か公的病院に運ばれているものと考えていたが、その1/4が一般医療機関に搬入されていた。

表3 医療機関収容までの経緯

回数	署名					計
	青梅	福生	秋川	奥多摩		
1回の連絡でOK	59	140	114	25	338	
2 //	22	20	24	5	71	
3 //	31	13	7	2	53	
4回以上でOK		6	4	3	13	
管外の収容		10	11		21	
計	112	189	160	35	496	

表4 拒否された回数と理由

理由	署名					計
	青梅	福生	秋川	奥多摩		
担当医が専門外	19	56	33		108	
満床	18	11	2		31	
手術中	7	5	3		15	
設備不十分	8	10	3		21	
その他	1	16	12	10	39	
計	53	98	53	10	214	

救急車が医療機関に紹介し拒まれることを、「たらい廻し」というのであれば、8月中西多摩地区では496回の搬送で214回のたらい廻しがあったことになり、又496回中158回は2回以上の紹介で搬入されており、3回に1回は、「たらい廻し」が行われている。しかし管外搬入は21回と非常に少なく殆んどが管内で処理されていると思われるが、4回以上の紹介というのが13回もあり、「たらい廻し」事件が起きないといいきれないのが現状である。尙当地区には青梅市大門に24時間診療を行っている大門診療所があり、一夜の来院患者は20~30名とのことであり、我々が夜間急病センターを開設した時予想される患者数の大部分を既に消化しており、実質的に地域の急病センターとしての役割を果しているものと考えられる。

次に地区内の7一般病院(青梅市立総合病院323床・福生病院244床・阿伎留病院216床・奥多摩病院53床・大聖病院129床・目白第二病院80床・高木病院47床)にアンケートを送り、8月中の入院の経緯を調査した。

(6)

表 5

	内科	外科	小児科	整形	婦人科	皮フ科	眼科	その他	計	
時 (含休日 内)	155	86	37	35	212	7	1	24	557	当院外来より
	29	11	6	5			1		52	院外の医療機関より紹介
	18	30		8	1				57	救急車による
計	202	127	43	48	213	7	2	24	666	
時 間 外	29	28	9	2	104			1	173	当院外来より
			2						2	紹介入院
	19	55	1	8	2				86	救急車による
計	48	83	12	10	106			1	261	

入院件数は1ヶ月で937件で、夜間は261件婦人科を除くと155件であり、救急車による入院は86件で夜間入院の半数が救急車で搬入されており、残りの半数は外来患者であった。次に病院と医院との疎通性を推察すると、医院よりの紹介入院は全体としては5.9%であり、夜間では産婦人科を除いた155件中でも僅かに2件、0.13%であり、病院に通院中の患者でなければ、夜間に入院するには殆んどが救急車によるという結果であり、管内に一夜に急病として入院している者が150件位あるのに、その内医院が関与しているのが僅かに2例とはどういうことであろうか。管内には112の診療所があり、夜間に入院を必要とするような急病者の発生が2例ということはないはずである。あきらめて翌日迄何とか処置をしているのか、管外に紹介しているのか、入院を要するような患者は始めから医院を訪れることなく救急車を利用しているのか、いづれにしても検討を要する所である。

3. 夜間急病センターの実態調査

前記救急医療懇の意見にもあるように、夜間急病センターという問題は医師会としてもさけては通れぬ問題である。しかし団地を含む過密地帯と奥多摩という過疎地域とを含む広い西多摩地区で、果してどんな形の夜間急病センターが可能なのか、そして又このような形の夜間センターが救急医療の解決にどれ程の役割を演じているのか、住民にとって確かでないより増しというセンターも医師側にとって果して働き甲斐のある仕事なのか、便利さの余り住民の甘えが益々エスカレートしていないかなど素朴な疑問があり、現在夜間急病センターを運営している医師会にアンケートを送り調査を行った。調査は今年7月に、昭和50年4月1日現在の厚生省休日診療所設置状況表より夜間診療を行っていると思われる24医師会宛調査票を送り、返事を頂いた21施設中夜間急病センターという形で運営が行われている11機関を選んで調査を行なった。11機関中その名称を「救急診療所」としてある所は3ヶ所のみで、他は急病・応急等としてあった。

11施設中終夜診療を行っているのは3施設であり、出勤可能医師483名を擁する札幌医師会夜間急病センターは当然としても、70名の室蘭・応急急病センター・66名の奈良市立応急診療

名 称	診療時間	対象地区人口	出 動 医師数	1 夜当 来院数	月当収入	月当支出	1夜当(平日) 人件費	1夜当(平日) 医師手当
札幌医師会 夜間急病センター	19～ 7	1 市 126万	483人	180人	1500万	1000万	85千円	30千円×2
室蘭・登別 急病センター	22～ 6	2市 22万	70	30	525	525	88	52 ×1
いわき市休日夜間 急病診療所	20～24	1市 33万	26	11	155	170	65	22 ×1
船橋市夜間 急病診療所	21～24	2市 49万	179	30	300	20	54	18 ×2
江戸川区夜間 急病診療所	21～24	1区 47万	108	25	120	220	54	22 ×2
八王子市夜間 救急診療所	20～23	1市 32万	285	25	150	306	73	27 ×2
朝霞地区医師会 夜間診療所	22～24	4市 28万	46	7	68	34	30	15 ×2
松山市 救急医療センター	21～24	3市7町 49万	114	48	188	338	65	20 ×2
大津市休日夜間 急病診療所	17～23	1市1町 20万	京大より	32	55	85	102	33 ×2
高槻島本 救急医療センター	21～24	2市1町 41万	大阪大 日赤医師会	33	750	1400	233	50 ×3
奈良市立 応急診療所	22～ 6	1市 26万	66	15	180	470	113	50 ×2

所が終夜診療を行っているのは意外であった。いわき市休日夜間急病診療所、船橋市夜間急病診療所、江戸川区夜間急病診療所、八王子市夜間救急診療所、朝霞地区医師会夜間診療所、松山市救急医療センター、大津市休日夜間急病診療所、高槻・島本救急医療センターの8施設は午前零時迄のいわゆる準夜診療である。札幌通信「夜間急病センター4年の歩み」によると483名の医師を有する札幌でさえ終夜当直の翌日は疲労が激しく、約半数の医師が自宅での診療を半日で打ち切っていることが判明し、これ迄の年2回徹夜当直制を変更し、一人は午前0時を境に前半夜・後半夜当直制に切り替えることになり、その為出向回数が増加することになったと記されている。準夜診療を行っている各施設も出向回数は毎月～3ヶ月に1回と可成り苛酷な仕事であることも判明した。

次に一夜の来院患者数は平均してみると12時迄とする準夜診療の場合は人口1万につき1人、終夜診療を行う場合は人口1万当たり1.5名となる。患者数や収入は各施設の運営方針によっても違って来るわけで、朝霞方式といわれる如く検査や投薬をせず全く応急処置のみで患者にとっても夜間診

療は決して益のあることではないと知らしめることを方針とすれば、人口1万当たり3人と受診患者数は低くなる。反面、レ線や心電図等設備を充実昼間と同様の診療をしようとするれば、時間内に診療をうけられる患者が時間外夜間に流れ込むことも考えられ患者数が増加することも又当然である。検査や投薬を積極的に行わなければ深夜初診料が収入の大部分となり一夜1人の来院があるとすれば月当たり10万円となり、10人毎晩来るとすれば月間収入は100万円前後となる予定である。収支を見ると黒字の所もあるようであるが、大部分は赤字であり、高槻・島本の例をとると昨年12月1人当たりの収入が2605円で支出が5257円となり患者1人当たり2652円の赤字になると言われ、現点数としても可成りの赤字が出る事が予想される。以下アンケート調査の結果である。

1. 夜間診療センターが契約している2次収容先は、

全く契約していないとする所が3ヶ所もあり、他は何らかの形で収容施設と関係をもっているようである。しかし船橋市夜間急病診療所では公的病院2、

(8)

図-5



その他の病院21との間に関係を作っているにも拘らず、年報によれば325件の紹介中92件27.5%が待期医療機関での収容を拒否されており、プラマリ・ケアと2次収容の関係が如何に困難であるかが窺がい知れる。

2. 夜間診療センターは、心筋梗塞・腸重積・気管内異物など3次救急に対する配慮は…

図-6



あると答えた所は、札幌・高槻・奈良・八王子の4施設でどれも大学のある都市か、大都市の周辺であり、一般的には昼間でさえまゝならぬ3次救急を夜間に望むことは不可能といわなければならぬ。

3. 夜間診療センター設立の動機は……

図-7



1) 医師会が必要を感じ、自治体を説得して設立 …… 9施設

2) 市や議会、住民などの願望に応じて設立したのが実情… 2施設

多くの夜間診療所は住民パワーにより止むなく行っているのかと思ったら認識不足も甚しく大部分が医師会指導型であった。しかし現実問題として大都市周辺でなければ3次救急との関連は不可能であり2次収容でさえおぼつかないのが現状であれば、医師会指導型の夜間診療所といえども木更津の事件を起さないとは言いきれないのではなかろうか。

4. どの調査でも、夜間急病患者の7割はいわゆる時間外軽症患者であり、真に救急と思われる患者は3割とされています。貴夜間診療センター設立の目的はどちらかといえは……

図-8



a) 3割の救命のため…… 7施設

b) 7割の処理のため…… 4施設

b) の4施設は総て地方都市であり3次収容など望み願ひ立地条件にもある為か7割のためと割り切っておられ、救急と言わず急病とか応急センターと名付けている所にも悩みがうかがわれる。

5. 救急医療についても我々と住民との間には可成りの意識のずれがあり、我々の意識で

図-9



2次・3次救急体制を確立しても住民の救急医療に対する欲求を満すことにはならず、さりとて住民の意識を基にして対策を立てたのでは、住民の医療に対する欲求は益々エスカレートし、健康の自己責任という原則さえうすれ、我々との間の意識のずれは開くばかりで、医療は反って混乱するのではないかと心配しています。夜間診療所をはじめ、住民の医療に対する甘えが増大しているように感じませんか。

a) 感じる…… 8施設

b) 感じない… 3施設

6. 夜間診療センターをお始めになって、この仕事は医師会にとって

a) やりがいのある仕事 …… 6施設

b) お付き合いで止む得ない仕事 …… 3施設

c) 余りすすめたくない仕事… 0

7. 2次収容施設との連絡さえとれていれば、夜間救急の解決策の一つとしてテレフオンサービスという形は

a) テレフオンサービスという形でも可能である…… 0施設

b) 夜間診療センターという形がよい …… 11施設

であり、電話という形はお互いに説明不足を来たしトラブルの原因と成り易いと思つて加えられた所もあった。

夜間診療を望む大部分が非救急時間外軽症患者といわれるが、3割に医師サイドからみても救急と思われるものがあり、4~5%に重症が含まれるとされている。白血球の上昇しないうちの虫垂炎・浣腸しても血便の出ないうちの腸重積・STTの上昇しないうちの心筋梗塞など危険は多々あり、これ等の診断には3次救急並みの設備と優れた臨床経験が必要となる。それに一夜の診療で診断をつけるということは殆んど不可能な場合であろう。甚だ頼りない話であるがこの時期に重症を選別する手段は経験によるカンに頼るしか方法がなく、選別した患者を確実に2次収容して経過をみる事が、夜間診療所に当てられた最大の役割であろう。よい設備を作れば住民の夜間診療に対する依頼心が強くなり、甘えは一層増大する。

結局の所夜間医療の問題点は軽症時間外とされる7割の処理をいかにするかということであり、3割の真の救急患者を救わなければならないことは昔も今も変わらないはずである。そしてこの苛酷と思える仕事もやり甲斐のあるものであればとも角、お付き合いで止む得ない仕事となれば、今の内に余程慎重に考えておかないと後日に悩みは増大する危れがあることを知った。

ま と め

憲法では「健康で文化的な最低限の生活」を保障すると言っているが、それはあくまでも最低限の問題であって、子供が熱を出したがどうしてくれると開き直られても、国が責任を感じる必要はあるまい。自分の健康は自分で守るという原則が医療問題の原点であることを、我々も含めて住民は今再確認しなければならない。道路に穴があいていれば建設省や市役所はその管理責任を追求されるが、穴が開いていれば落ちないようによけて通るといふことも生活していく上に大事な智恵である。子供は免疫が少なく風邪にかかり熱を出し易いことは昔も今も変わりなく、水枕や解熱剤など備えておくことは子を持つ親の常識であるはずであるのに、調査によれば乳のみ児を持つ母親の約半数は持っていないと答えており、常識が常識になつていない所が医療、特に夜間医療を混乱させる一因になっている。何の熱か分からないのにやたらと解熱剤は使えないと母親は言う。情報化社会であって、川崎病という恐ろしい病気も熱が出る、日本脳炎の初期は発熱からとテレビで聞けば、熱を出した子を見つめていると何やらそんな気もして来てソレ救急車をということにもなりかねない。蚊に刺された子を救急車で連れて来た母親があるという。母親は日本脳炎の原因は蚊に刺されることと聞いて、早い方がよいと夜中に馳けつけたそうである。視聴者である一般住民にどのように受けとめられるかも考えず、医学の指導者達はやたらと詳しい情報を流し続けている。我々が聞いてさえ感心するような話を一住民に聞かせて彼らは何を期待するのであろうか。分裂病気質の説明をきくと、何となく自分もそんな気がして来るではないか。住民の不安をかきたてている一半の責任は医学の指導者といわれる人達にもあるはず

で、甲状腺機能亢進症で微熱が出るときには、この子は甲状腺ではないかと生れたばかりの子を抱いて母親が来院することもある事実を、彼等に知ってもらいたいと思う。

我々の調査からも子を持つ家庭の4割に一服の解熱剤もなく、2割の母親は夜中に子供が熱を出したら救急車を呼ぶという現実もある。夜間に医療を受けている7割がこのように一服の解熱剤で決解がつくであろう子供の発熱であり、ここに夜間医療の問題点がある。この一群こそ救急病院におしかけてはその二次救急という機能を麻痺させており、夜間急病センターを訪れては益々その無防備振りを発揮し、多くの急病センターで住民の医療に対する甘えは益々増大していると嘆かせる一因をなしている。この7割の面倒をみるかどうかは、医療の問題というより政治の問題でないかとさえ思え、限られた医療資源を有効に使うという観点から考えると答は自ら出て来るように思う。そして又3割には我々の目からみても救急医療を必要とする一群があり、これをどのようにして発見し、どのように収容するかが救急医療の初期における我々の仕事である。初期医療というものは、前記したように虫垂炎でも白血球が上らず、腸重積であるのに浣腸しても便が正常であり、心筋梗塞であるのにSTTが全く上昇していないというように一切の検査がネガティブに出る危険をもっており、それだけに優れた検査設備より優れた臨床経験が要求される分野である。最高の設備を駆使して少数の患者を救っているスペシャリストが名医であると同様に、豊富な経験を基にして聴心器一本で多く患者を助けているゼネラリストにも名医はいてもよいはずであるが、どちらかといえば軽んぜられている風潮があるのは残念である。机の上に約束処方を書いておくだけの救急医療となれば、悩みは更に大きくなって行く。

今回の医療懇の意見でも「救急医療を確保するためには、いつ発生するかも知れない患者のために休日、夜間にも必要な医師その他の医療従事者を待機させ、また、必要な病床を確保して救急患者に対する診療体制を整えておかなければならないので、実際に行われた医療行為に対して報酬が支払われる出来高払い方式の現行社会保険診療報酬体系の下では通常採算をとることは困難である。」と救急医療の不採算性を認めているのである。

(10)

採算の合わない事業であれば、どんなに運営を考え体制を造り直してみても、業績があがらないのは当然であり、夜間医療解決のためには夜間センターという発想よりも国はむしろこの不採算性の解決を先に考えるべきであろう。そして少なくとも国公立病院で赤字の出ない位の医療費にすれば2次救急はもっとスムーズになり、ひいてはたらい廻しも少なくなることは明らかである。

更に住民も夜間の医療費が高くならざるを得ないことを知れば、自然子供が熱を出した位ではおしかけなくなり、健康の自己責任をとりもどすことにもなり一挙両得となるのではなからうか。

夜間救急センターを作り2次救急としての待機病院制度を確立したとしても、たらい廻しなどの問題の解決には余り役には立たないことは船橋市夜間診療所年報によっても明らかなことである。このことから夜間急病センターという形が、ないよりましという以上にどれ程夜間救急医療の解決に貢献出来るのかと些か疑念を抱かざるを得ない。

「不幸にしてあなたが重い病気になった時、病院職員が多数の軽症の患者さんに忙殺されて、あなたに十分な手をつくせないという事態を思いうかべて下さい。いかに不都合なことかおわかり頂けるとと思います。右御理解の上御協力下さい。」これは都立府中病院整形外科の窓口にある掲示である。3次救急病院としては当然のことであり、軽症患者を一般開業医が引き受けるということは医療の機能分担からいっても当然のことである。軽症は我々が受け持ち、重症になればいつでも收容してくれるような体制が出来れば、我々としても心強いことである。さればとて翌日でもよい軽症患者のため連夜起されるとなれば、翌日沢山の患者に十分な手をつくせないことになり、我々も又御理解の上御協力を頂きたい次第である。

救急医療というものは結局は2次救急につきるのであって、このことは昔も今も変わりなく、たとえ夜間急病センターという形を作ってみても、2次救急体制が確立されていなければ「たらい廻し」がなくなることもなく、会員にとって労多くして稔りの少ない仕事とはならないだろうか。無いよりはましといえ、もう何もいうことはないのである。

この調査をするに当って、西多摩地区にどのような形の急病センターを作ったらよいのか検討し

ようという気持ちもあったが、調査をまとめているうちにそれ以前にまだ解決しなければならない問題が沢山あることを知り、急いで事はし損ずるというのが現在の偽らざる心境である。