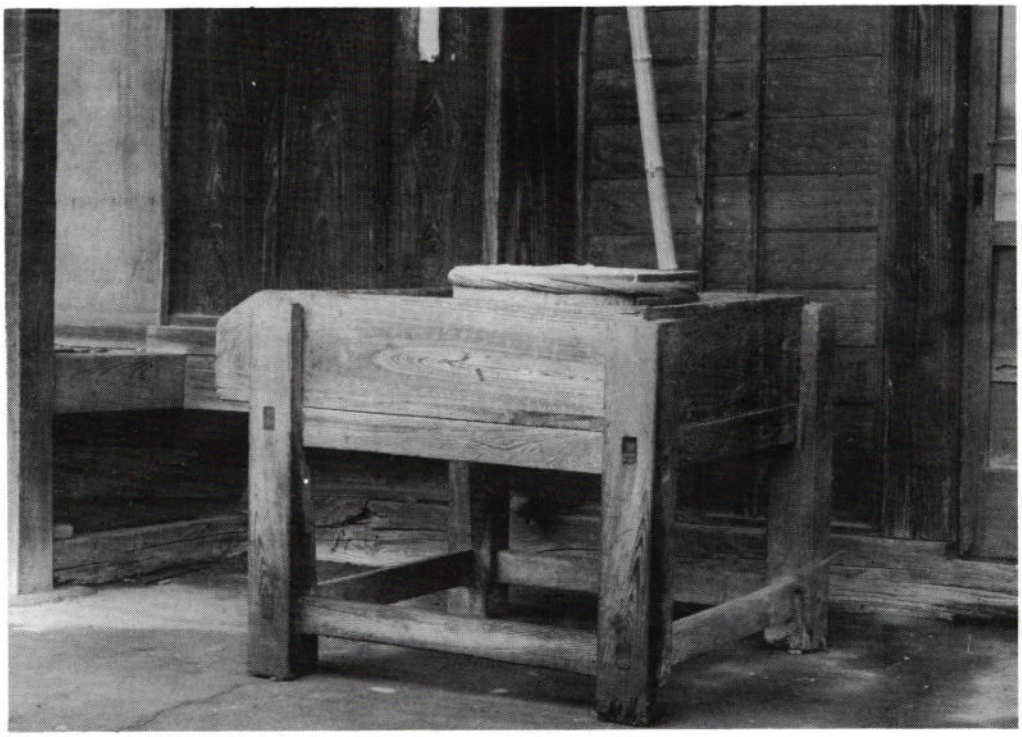
西多摩医師会報

第75号 昭和53年12月



石臼（青梅新町）　秋川　近藤友好

目　次

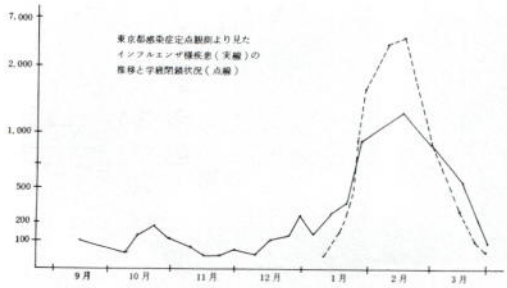
時報
　血清抗体調査よりみたソ連かぜの流行　松原　貞一…2
時論
　地域医療と老人福祉の体系化…野村　有信…11
学術
　学術講演会(1)　めまいについて　講師　高安　弘次…14
　　(2)　腰痛を中心として　講師　東　博彦…15
文芸・随筆
　How to……平林　信隆…20
　ほろ酔い随想……桂木　真…21
理事会報告……24
事業部だより
　広報部……26
　保険部……27
談話室
　……土田　守一…28
医師会日誌……29
同好会だより……30
あとがき……33

「血清抗体調査よりみたソ連かぜの流行」

西多摩医師会　公衆衛生部　　松　原　貞　一

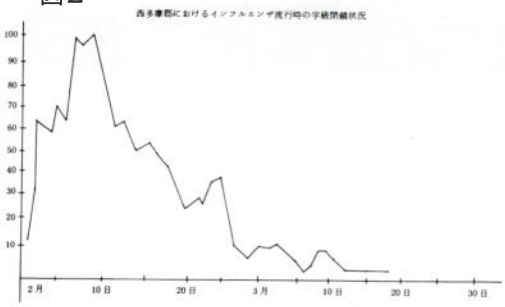
昨年暮より本年春にかけて、全国的にインフルエンザの大流行がみられた。東京都においても、感染症定点観測調査の報告によると、昨年11月末

図1



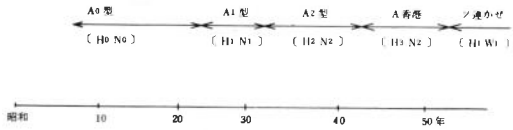
から本年1月初旬にかけて、インフルエンザ様かぜ、下痢嘔吐を伴う感冒様疾患が幼小児を中心に流行し始め、1月中旬学級閉鎖が始まると共にインフルエンザ様疾患者が急増し、3月中旬にその流行は終焉している。下図は西多摩地区9市町村での2月3月中の小中学校における学級閉鎖の状況を示すもので、当地区においても3月18日福生第5小学校の学級閉鎖を最後に流行は終結している。

図2



本年春流行したビールスは、数年前より毎年流行を繰返しているA香港型と、それとは全く抗原構造を異にする新型のソ連かぜビールスであり、東京都においては前者は1月初旬に後者は1月17日に分離されている。ソ連かぜビールスはその抗原構造を〔 H_1N_1 〕で表わされ、この抗原構造は昭和22年より31年迄流行した A_1 型インフルエンザ、俗称イタリヤかぜのそれと同一である。

図3



A型インフルエンザの流行と抗原構造

従って昭和32年以後に生れた若い人の血清中にはソ連かぜに対する抗体は認められない筈である。図4は昨年4月から12月に採取してあった東京都民の血清で検べた〔 H_1N_1 〕（ソ連かぜの抗原構造）に対する抗体の保有率であり、図5は本年2月検べた当地区における年令別の抗体保有率で、共に20才を過ぎると感染防御に有効と思われる程の抗体が存在することが判る。

図4

ソ連かぜ流行前採取血清における
年齢別の〔 H1 N1 〕抗体価　（東京都昭和52年4月～12月）

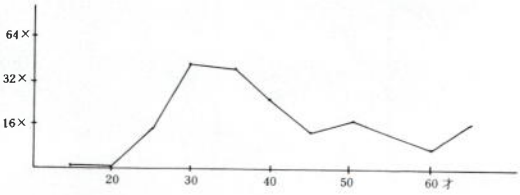
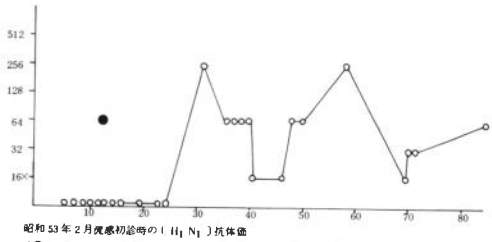


図5



昭和53年2月流感初診時の〔 H_1N_1 〕抗体価
（●は11才2月24日採血したもので東院時既に今期ソ連かぜの洗礼をうけていたものと考えられる）

そこで我々は、〔 H_1N_1 〕（ソ連かぜの抗原）に対する抗体を全く持っていないと思われる22才以下の群についてソ連かぜ流行後にその抗体を検べることにより、流行の状況が正確に把握できるのではないかと考え、一昨年行った「風疹の抗体調査」の経験を基にして本年2月より採血調査を開始した。

1）西多摩郡羽村町立東小学校（学級閉鎖終了は2月28日）において、欠席率の最も高かった3年2組（38名）と最も低かった4年1組（34人）の計72名について3月15日全員採血し、単一血清として抗体測定を行なった。

2）2月15日より2月27日までに下記の医療機関を訪れたインフルエンザ様患者31名について初診時と2週間後に採血を行ない、対（ペア）血清として抗体調査を行なうと同時に臨床症状との関連を検討した。

市原診療所
吉野医院　} 西部

松田医院
堤医院
松原内科医院　} 東部

米山医院
鈴木医院　} 南部

インフルエンザ　流行の歴史

古くはヒポクラテスの記述にも類似疾患があるときくが、我が国では貞観4～5年（862～863）に全国的に頭痛、悪寒、発熱を伴うかぜが流行したとの記載があり、江戸時代には、風邪、風疫、風疾と呼ばれ、天福0年、享保15年、享和2年、天保13年、安政0年などに外国から来たと思われる流行があったといわれている。

大正7～9年　スペイン風邪流行

昭和　8年　インフルエンザ・ウイルス発見

昭和　15年　インフルエンザ・ウイルスB型発見、従来のものをA型とした。

昭和　22年　インフルエンザ・ウイルスC型発見

昭和18～21年　古典的A型ウイルスによるインフルエンザ流行　（後にAo型）

昭和　22年　赤血球凝集柳制抗原（HIテスト）によりA型を更に細分、従来のものをAo型とした。

昭和22年～32年　A_1型（イタリヤかぜ）流行

昭和32年～42年　A_2型（アジアかぜ）流行（ウイルスをA_2／Singapre／1／57とよぶようになる）

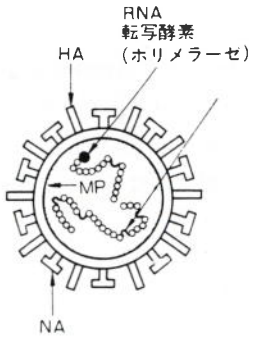
昭和43年～　A香港かぜ流行（ウイルスをA／HongKong／1／68〔H_3N_2〕とよぶようになる）

昭和53年～　ソ連かぜ流行

インフルエンザ・ウイルスの命名法

インフルエンザビールスはその中殻をなす中心構造と表層にある表面構造とに分けられる。殻に相等する

図6



部分はリボ核蛋白（RNP）であり、このリボ核蛋白を使って補体結合反応を行うことにより、インフルエンザ・ビールスは大まかにA型、B型、C型に分類される。インフルエンザ・ビールスの表面構造をなしている2つの物質即ち赤血球凝集素（HA）とノイラミターゼ（NA）という酵素は共に抗原性を持っており、この抗原性を利用して中和反応を行なうことにより、A型ビールスを更に小さくH_3N_2（香港かぜビールス）とかH_1N_1（ソ連かぜビールス）とかの亜型に分類することが出来る。

昭和28年WHO専門家会議で決めた「初期命名

法」によると

A_0／PR8／34

A_1／England／1／53……イタリヤかぜビールス

A_2／Singapore／1／57…アジアかぜビールス

という具合であったが

昭和46年にはWHOで更に抗原性の記号をとり入れた現在の命名法が考案された。

A　／PR 8／34　〔H_0 N_1〕

A　／England／1／53〔H_1N_1〕

A　／Singapore／1／57〔H_2N_2〕

A　／HongKong／1／68〔H_3N_2〕香港かぜビールス

A　／USSR／90／77〔H_1N_1〕ソ連かぜビールス

1. RNPの補体結合反応より、分けられた、A型、B型、C型を先づ記載する。
2. 分離地名（国又は都市名）
3. 分離されたビールス株番号
4. 分離年代
5. 赤血球凝集素HAの抗原性
   H_0　H_1　H_2　H_3
6. ノイラミターゼNAの抗原性
   N_1　N_2

初期命名法によれば、新型ビールスが見つかるとA_0 A_1 A_2……というような表現になっていたが、新しい命名法ではウイルスの表面にある抗原性により、アジアかぜビールスは〔H_2 N_2〕と、香港かぜビールスを〔H_3 N_2〕と、ソ連かぜビールスは〔H_1 N_1〕と抗原性の変異をそのまゝ表わすようになった。しかしB型、C型ウイルスについては、ウイルスが発見されてから現在までA型のような不連続変異が知られておらず、HA、NAは単一亜型に属しているということで、A型ビールスのように抗原性による記載をせず初期命名法のように

B／HongKong／8／73

C／Paris／1／67

と株名を示すに止まる。

インフルエンザ・ビールスの抗原性の変異

A・不連続変異

A香港かぜビールス〔H_3 N_2〕は昭和43年より既に10年間流行を続けており、調査上も世界の殆んどの人に抗体が出来、このビールスによるこれ以上の伝播は困難のようで早晩変異株の出現が期待されていた所に、ソ連かぜビールスが〔H_1 N_1〕という全く異なる抗原構造をもって流行し始めたわけである。A_1型（イタリヤかぜ）からA_2型（アジアかぜ）に、アジアかぜからA香港かぜに変ったのも同じような不連続性の抗原変異によるもので、凡そ10年の周期で変異株が現われている。

このような抗原の不連続変異を説明するのに

1. 突然変異説
2. 先祖若返り説

というのがあって、後者は今回のソ連かぜビールスの場合でも22才以上の人の血清中にはこの新型ビールスに対する抗体があり、昭和22年頃より流行しソ連かぜと同じ抗原構造H_1 N_1をもつイタリヤかぜビールスが、不顕性感染を繰り返して人の中で生き延びていたか、豚など動物の地方病となって生き延びていたかして、再び人のインフルエンザとして流行するという説で、従来アジアかぜビールス〔H_2 N_2〕、香港かぜビールス〔H_3 N_2〕が新種として現れた時も共に老人達の血清中にはこの新型に対する抗体が認められたといわれることが先祖若返り説の根拠になっている。

B・連続変異

A香港かぜビールスA／HongKong／1／68 H_3 N_2は昭和43年より流行し始めたが、45年の末にはこのビールスに対する抗体が70～80％の人に出来たといわれたのに、A香港かぜは今年まで約10年間毎年流行を続けて来た。これはその基本の抗原性は総てH_3 N_2ではあるが、毎年少しづつ部分的には抗原性の変異が行なわれており、H_3' N'_2とかH_3'' N_3''というように変っているためであろうと考えられている。現在のインフルエン

図 7

年　次	アジア型時代 1967	香港型時代 1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
抗原 HA	H_2 //	H_3 →			H_3'	→ H_3''	→ H_3'''	→ H_3''''	→ H_3'''''
抗原 NA	N_2	N_2'	→ N_2' →				N_2'' →		N_2''
流行の規模	++		+	+++	○	+	++	+	+ ++

A／Hong Kong／1／68（H_3N_2）ウイルスのHAおよびNA抗原の、1968年以来の連続異変。H_3'、H_2''などは、HA抗原の、1968年型親株からの連続変異の程度を示す。N_2'、N_2''についても同様である。

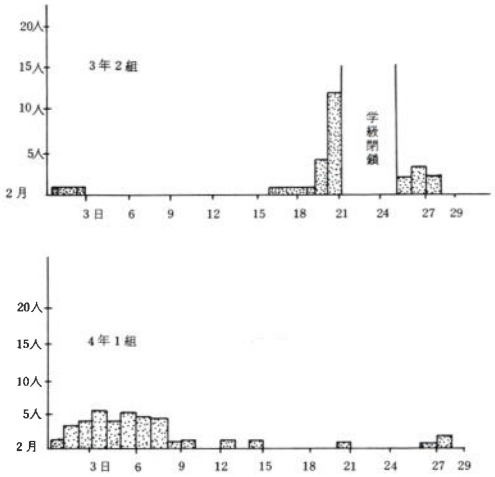
ザ・ワクチンは赤血球凝集素HAの抗原性を利用して作られたHAワクチンであり、この抗原性が$H_3' \rightarrow H_3'' \rightarrow H_3'''$と毎年少し宛変異して現れるので、前年度流行したビールスを使って作ったワクチンも今年は余り効かないというインフルエンザワクチンの泣き所が生れるのである。

調　査　成　績

1）感染率

西多摩郡羽村町町立東小学校において、養護訓導に依頼して印象的に流行の最もひどかったクラスと最も軽るかったと思われるクラスを抽出してもらい、単血清としての抗体調査を行った。流行の最もひどかった3年2組と最も軽るかった4年1組は、全体としての欠席率からみると前者は84％後者は73％と大差はなかったのに、ソ連かぜ抗体よりみたその浸淫は90％と41％と可成りの差があり、流行状況より見ると4年1組はそのピークが2月初旬にあり、猖厥を極めた3年2組は2月下旬で東小学校におけるソ連かぜの流行のピークは2月後半にあったと推測され、3年2組の流行はその典型と考えてよいのではなかろうか。3年2組と4年1組を合わせると、ソ連かぜに対する抗体上昇を認めたものは72人中48名、66％となり、A_2型即ちアジアかぜ流行時の抗体調査の結果の感染率60～70％と一致する。

図 8　抗体調査を行ったクラスの学童欠席状況



2）潜伏期

対血清検査で明らかにソ連かぜであったと診断されたものの潜伏期は0～5日に渡っており、平均すると1.8日であった。なお志願者による感染実験では、ビールス接種後48時間で突然発症するといわれ、接種量が少ない場合は潜伏期は延長して4日以上となるとされている。

3）有熱期間

対血清で確実にソ連かぜと認められた学童群11例の有熱期間は1～5日平均2.7日で、体温上昇は24時間以内に最高に達するものが多く、下る時も分離的に解熱する場合が多い。

§学童についての単血清での調査

3年2組　（流行がひどかったクラス）の症候別抗体価

A　感染欠席し、下痢、嘔吐、腹痛など腹部症状を訴えた群

	A/USSR90/77	A熊本 22/76	A東京 1/77	B神奈川 3/76	※
男 1 池田	64	512	64	512	1
2 大野	256	128	32	128	2
3 小峰	64	512	64	256	2
4 小山	128	128	16	64	2
5 小山	256	128	32	512	0
6 指田	512	512	128	128	2
7 島田	256	256	32	256	2
8 杉山	256	128	64	64	2
9 平野	<16	128	64	256	2
10 矢ケ島	128	256	64	64	1
11 篠	256	128	32	64	1
女 12 荒木	256	128	32	64	2
13 阿武	<16	512	256	256	2
14 岡野	64	128	64	64	2
15 柴田	512	128	128	128	?
16 田辺	128	512	128	256	2
17 田村	<16	256	128	128	1
18 細谷	512	256	256	256	2
19 米山	256	1024	512	1024	2

B　感染欠席したが、腹部症状を訴えなかった群

男 20 大江	128	128	128	256	0
21 清水	64	128	64	64	0
女 22 加藤	512	1024	256	64	2
23 小林	32	1024	1024	512	2
24 佐藤	256	512	128	128	2
25 杉山	16	256	128	64	2
26 竹内	256	128	64	256	2
27 森田	64	128	32	128	2

C　感染欠席したが、アンケートに症状の記載のなかった群

男 28 島田	256	256	64	256	?
29 島田	128	256	128	64	1
30 高橋	<16	256	64	256	2
31 奈良	128	64	16	128	?
女 32 鎌田	64	512	128	256	2

D　感染したらしいが、軽く欠席しなかった群

男 33	黒　山	64	256	128	256	0
34	島　田	256	128	64	64	?
35	吉　田	16	1024	256	64	2
女 36	清　水	256	64	<16	512	2
37	須　崎	64	128	128	128	2

E　全く感染した様子もなく、元気で通学した群

男 38	島　田	256	128	64	128	1

（※はインフルエンザワクチン接種回数）

4年1組（流行が軽かったクラス）の症候別抗体価

A　感染欠席し、下痢、嘔吐、腹痛など腹部症状を訴えた群

		A USSR90／77	A熊本 22／76	A東京 1／77	B神奈川 3／76	※
男 1	岡　野	<16	256	128	32	2
2	佐　藤	128	64	32	64	2
3	島　田	<16	512	256	512	2
4	中　野	<16	512	64	512	2
5	有　山	<16	512	256	128	2
女 6	大　野	<16	512	128	64	2
7	加　藤	<16	256	32	256	2
8	佐　藤	<16	512	256	128	2
9	中　根	16	256	64	32	?
10	水　田	32	256	64	128	2
11	山　口	32	128	32	128	2
12	中　村	32	512	256	64	2

B　感染欠席したが、腹部症状を訴えなかった群

男 13	尾　又	16	512	64	256	2
14	小　町	<16	512	256	32	2
15	佐　藤	128	256	128	60	2
16	田　村	<16	1024	256	32	2
17	新　村	<16	256	32	32	2
女 18	五十嵐	<16	256	32	128	1
19	中　島	<16	512	32	128	2
20	松　田	16	256	128	64	2
21	安　川	<16	64	32	64	2
22	横　川	32	256	256	1024	2

C　感染欠席したがアンケートに症状の記載のなかった群

男 23	大　野	256	512	128	1024	2
24	木　村	<16	256	128	128	?
女 25	諸　江	<16	64	32	64	2

D　感染したらしいが軽く欠席しなかった群

男 26	岩　瀬	<16	128	32	128	2
27	唐　沢	64	128	32	128	2
28	橋　本	16	256	128	128	2
29	本　橋	<16	128	32	128	2
女 30	高　柳	16	256	64	32	?
31	中　野	<16	512	32	128	2

E　全く感染した様子なく元気で通学した群

男 32	森　田	<16	512	128	128	2
33	北　浦	<16	512	128	128	2
女 34	川久保	16	128	64	256	2

4）血液所見

上記学童群 11 例中血液所見の揃っている 10 例についてみると、発症時の白血球数は全例に減少を認め、百分率からみると比較的好中球増多となっており、2週間後には白血球数は増加し、淋巴球の絶対的増多が認められ従来の報告と全く同様であった。

平均値より見た血液所見の変化

	発　症　時	2 週 間 後
白 血 球 数	6,210	9,200
百　分　率		
好中球	62.5 %	53.1 %
淋巴球	37.4 %	46.6 %

5）臨床症状

本調査を計画中であった本年2月11日号の日本医事新報によれば、「ソ連かぜの主要症状は熱、関節痛、筋肉痛を兼ね備え、付随症状としては咳と気管支炎であり、一方A香港型はソ連かぜと殆んど症状が変わらないが、腹痛、下痢の腹部症状が比較的多い」とされていた。しかし学級閉鎖が続出している2月初旬より診療中の印象としてどうも下痢、嘔吐、腹痛などの腹部症状を訴える子供が多いので、本調査では特に腹部症状と抗体価との関係に注意を払らい調査を進めた。2月下旬ソ連かぜが猖厥を極め学童の 90 %がA／USSRに抗体上昇を認めた3年2組について検討すると「C・感染欠席したがアンケートに症状の記載がなかった群」5名を除いた 33 名中ソ連かぜに抗体上昇を認めた、即ちソ連かぜにかかったと認められたものの内腹部症状を訴えたものは 30 例中 16 例、約5割であった。又各医療機関を訪れ、流感と診断され、対血清による抗体検査でも明らかにソ連かぜと診断された 10 例中腹部症状を訴えたものは5例であり、即ちソ連かぜ患者の半分位は腹部症状を訴えており、3年2組学童の成績とも一致する。なお、ソ連かぜ流行の極期であったと考えられる2月下旬、医療機関を訪れ流感と診断された学童 17 例中 7 例約4割はソ連かぜにもA香港に対しても抗体上昇を認めなかった。又発症時全例 16 倍以下であった学童の2週間後ソ連かぜに対する抗体上昇の平均値は、約 90 倍であった。

発症時既にソ連かぜに対する抗体を持っていた成人群（24～87才）については、臨床的には流感であろうと診断され流感の症状を具備していたと考えられたにも拘らず、ソ連かぜに対して抗体上昇を認めたものは僅か一例で、A香港に上昇を認めたものも3例計4例であり、残りの7割は何れに対しても抗体値の上昇を認めていない。

§インフルエンザ様患者の対血清による調査

（初診時と2週間後の抗体価）

A　腹部症状を呈した学童群

氏名（年令）	AUSSR90／77		A熊本22／76		A東京1／77		B神奈川3／76	
坂　井　12	<16	128	1024	1024	128	128	128	256
斉　藤　7	<16	32	256	256	128	128	256	128
池　田　9	<16	64	256	256	128	256	32	32
中　村　10	<16	<16	512	1024	32	32	64	64
金　子　7	<16	<16	4096	2048	256	256	128	128
徳　永　10	<16	128	256	128	128	128	64	64
田　中　9	<16	<16	1024	512	256	256	64	64
吉　野　11	<16	64	128	128	64	64	64	64
青　木　5	<16	<16	64	64	32	32	<16	<16
野　崎　19	<16	<16	64	64	64	64	<16	<16
伊　藤　14	64	64	32	128	16	64	32	16

B　腹部症状を呈した成人群

萩　野　38	64	64	16	16	<16	<16	16	16
国　方	256	256	32	32	<16	<16	64	64
清　水　34	64	128	512	512	128	64	64	64
松　村　47	64	64	<16	<16	<16	<16	16	16
清　水　45	16	16	<16	<16	<16	<16	16	16
木　崎　70	16	16	16	16	<16	<16	<16	<16
斉　藤　37	64	64	512	512	256	128	64	64
武　内　71	32	32	16	16	64	64	<16	<16

C　腹部症状を訴えなかった学童群

酒　井　7	<16	128	4096	2048	1024	1024	1024	512
下　田　10	<16	256	512	256	64	64	256	256
長　沢　10	<16	256	1024	512	256	512	512	1024
岡　崎　11	<16	128	64	64	32	32	128	128
畦　11	<16	128	64	64	16	16	512	256
横　沢　17	<16	<16	128	64	32	32	32	32

D　腹部症状を訴えなかった成人群

栗　原　37	64	64	64	64	32	32	256	256
小　倉　30	256	128	16	256	16	64	64	32
本　田　40	16	16	32	32	16	16	<16	<16
中　村　24	<16	16	512	512	16	256	<16	64
加　藤　87	64	64	256	512	128	256	256	256
武　内　71	32	32	16	16	64	64	<16	<16

ま　と　め

本年1月17日東京都で始めてソ連かぜビールス（A／USSR／1／77）が分離され、今年は従来のA香港型と共にソ連かぜが混合流行しそうなこと、又ソ連かぜ（H_1N_1）に対する血清抗体は22才以下のものにはないこと、従ってこの22才以下の群例えば学童などを対象にしてソ連かぜ流行後に血清抗体測定を行なえば、ソ連かぜについての流行の疫学、臨床像が可成り明確になるのではないかと考え、学童2クラス72名と流感として受診せる患者31名について抗体測定を行ない、更には各市町村の教育委員会、小中学校、保育所などにアンケートを依頼して疫学調査を行った。感染率をみると流行の初期と極期では臨床的な欠席率には大差がなかったにも拘らず、ソ連かぜ罹患率は40%から90%と大差があった。しかし全体的にみると流行終焉後の当該ビールスに対する抗体保率は66%であった。潜伏期、その他一般臨床症状は従来記載されているものと変らなかった。ただ流行の初期にはA香港かぜに比べてソ連かぜには下痢、嘔吐、腹痛などの腹部症状が少ないといわれていたが、抗体測定により正確にソ連かぜであったと診断されたものについて調べてみるとその半数は腹部症状を訴えており、従来記載されている流感の腹部症状20～30%に比べれば多い方ではないかと考えられる。しかし流行最中の或る限られた時期に同じような症状を訴えて来院した患者でも、抗体調査よりみるとその原因は必ずしも一つのビールスによるものではなく、臨床症状より起因ビールスを推定することには可成りの困難があるようであった。

最後に今回の調査に当り御協力を頂いた会員各位を始め、市町村教育委員会、小中学校、保育所の係の方々にお礼を申し上げると共に、学童の採血、臨床症状のまとめなどで大変御苦労を頂いた羽村町立東小学校の宮原先生に感謝致します。又本調査の結果は、かかる御協力を頂いた方々にもお知らせ致したく、特に医学論文調をさけ図や表を主に一般解説風にまとめたことを付記します。

参考及引用文献

CH　スチュワードハリス他著杉浦他訳
インフルエンザ　講談社　1978

大谷　明　今期流行のインフルエンザ様疾患について　日本医事新報　2807：86
昭和53

村瀬敏郎　インフルエンザ流行のストーリー
東京都医師会学校医会報20号：1昭和53

福見他　アジアかぜ流行史
日本公衆衛生協会　1960

時　論

地域医療と老人福祉の体系化をめざして

野　村　有　信

西多摩医師会報11月号の堀田洋夫、西村邦康両先生の提言に接し、日常深く老人福祉と老人医療にたずさわる医師として、大いに反省すべき点がありました。また、この提言でふれている地域医療と老人福祉の体系化をめざす運動を、一部の医師の問題意識としてとどめないで、医師会全体の統一目標とされることを希望します。

さて、私は昭和49年から特別養護老人ホーム（以下文中にて特養と略す）を経営し、それに附設する診療所を開設しています。この4年間の経験から、医師会の皆様に実状を訴え、特養のかかえている内部整備の問題と地域社会とのかかわりの問題を、特に老人医療の視点から、私の考えを申し述べたいと思います。

なお、10月27日の青梅市医師会臨時総会の議題1（いわゆる「老人病院」の新設急増に対する問題）で決議された青梅市医師会の考え方については、一応総会で論議され、決定されたことでありますので言及をさけます。

I　老人ホーム体系のみなおし

現在の老人ホームは、昭和38年に施行された老人福祉法に基づいています。この法律を制定する作業に当った元厚生省社会局長に聞いた所では、特養については医療、看護を中心としたナーシング、ホームの構想をもっていたそうです。医療法、健康保険法との絡みから、この構想を断念し、現在の特養即ち「収容施設」という形態に落着いたとのことです。従って法制定当時から、特養には「医療の場」という概念が欠落し、法的に抹殺されていたのです。しかし、一旦法律が発動するとあくまでその法の許す範囲内でホームの性格が規定されるので、行政の側も、施設の側も「収容施設」に附加しなければならない「医療機能」を軽視し、今日の混乱をまねいたと考えられます。最近①特養における医療のあり方が、国レベルで意識され始めています。

一方、老人福祉の視点から「収容の場」を「生活の場」へと高めるべきだという考えも抬頭し始めています。

中央社会福祉審議会、老人福祉専門分科会では、昭和47年12月の提言「老人ホームのあり方」につづいて、昭和52年10月「今後の老人ホームのあり方について」という意見具申をおこなっています。

この建議には、三つの内容がふくまれています。

第1は「老人ホームのあり方」についてです。この報告では、まず老人ホームへの入所を必要とする老人を三つの類型に分け、

「常時、濃厚な介護を要する」（第Ⅰ類型）

「心身機能の低下により独力で日常生活に適応することが困難な老人で、第Ⅰ類型以外のもの」（第Ⅱ類型）

「独力で日常生活に適応することが可能な老人」（第Ⅲ類型）

とし、この第Ⅰ類型の老人に対応して福祉の措置をおこなう施設を「特別養護老人ホーム」とし、以下を「養護老人ホーム」、「一般老人ホーム」としています。

この考え方は、心身機能と介護状態に基づく「ナーシング・ホーム」の系列に特養と養護老人ホームを配し、一方「居住施設」の系列に一般老人ホームを配しています。

第2は「老人ホーム機能の地域開放」について具申しています。従来の閉鎖的な傾向を反省し、その方策として短期収容、給食サービス、機能回復訓練、入浴サービス事業等をあげています。これは既存の老人ホームを前提として論じられたものであるが、将来において老人福祉の「居宅処遇原則」の確立と「在宅福祉サービス」に重点をおいた方向が強く志向されるとするならば、コミュニティー・ケア論の確立に従い、施設を地域社会の福祉資源としてみなおし、老人ホーム機能を地域社会に拡大することもできるわけです。

しかし、現在は老人ホームの側も、社会の側もホームを収容施設として強く意識しているので、今後つづいて検討されるべき課題です。

第3は「老人ホームにおける医療処遇」につい

てです。ここでは、特養において医療ケアを必要とする老人が数多くふくまれているとき、医療処遇の課題は重要であると指摘しています。具体的な改善案は示されていないが、現行の医療処遇のあり方をみなおし、一応の論議の結着をつけています。

その中で、基本的な部分を拾ってみます。

「入院による治療を必要とするような程度の状態にある老人は、特別養護老人ホームではなく、病院において収容され適切な医療を受けるべきものである。」

「入院による治療を必要としなくとも外来又は往診による治療を要する程度の状態にある入所老人については、特別養護老人ホームの本来的機能としての介護機能の提供のほかに、いかにして適切な医療を受ける機会を与えるかを解決しなければならない。」

さらに（特別養護老人ホームにおける医療処遇の改善）と題して、

「特別養護老人ホームにおける医療処遇の問題が深刻であるのは、その入所者の医療需要が非常に高いことからきている。

このような高い医療需要に対処するために、入所者が医療を必要としたとき、容易に医療を受け得る体制を確立しておくことが必要であり、入所者への医療を随時供与する医師の確保を図る必要がある。また、入院による治療を必要とする老人が出た場合に即座に入院の手配をすることができるようにするため、特定の病院との密接な連絡協力関係を確立しておく必要がある。

以上のような必要性を満たすためには、今後の特別養護老人ホームの立地に当っては、医療機関との隣接が望ましく、隣接が困難な場合にあっても、医療機関と容易に連絡し得る場所に設置するよう配慮すべきである。

また、特別養護老人ホームにおいては入所者の心身状況に急変が生じる場合が多いので、応急に適切な処置をした上で早急に医師の診療を受けることができるような体制を確立するため、人員及び設備の整備について考慮すべきである。」

以上の建議で医療に関する部分をまとめると、①ナーシング．ホーム系列では、老人ホームに医療機能をもたせること、或は確保すること。②老人ホームの医療機能を越える高い医療需要に対しては施設外の病院の利用を期待していること。③医療機能の主体の所在が不明確であること、即ち施設内診療所の存在を認めたのか、或は、隣接する医療機関にその主体をおくのか明らかでないことです。

私の4年間の老人ホーム経営、運営の経験から指摘するならば、ごく当然の内容の建議です。しかし、この新味のない提起内容が、あらためて建議として、今頃になって登場してくる遅々たる取組み状況が、今日の老人福祉、就中、老人ホームをめぐる現実なのです。とはいっても、今後実施される老人ホーム体系の再編成に際しては、この建議の内容が基本的方向とされるので、単に行政、施設の怠慢として否定的に評価するだけでなく、相当の重味をもったものとして注目すべきであり、既存の一般医療機関への依存度も強くなるので、なおさら重視すべきであります。

II　地域医療と老人福祉

医師会報で堀田、西村両先生が論ぜられたように、これからつくられる地域の老人福祉体系の中に、今から無秩序に老人ホーム、老人病院が乱立したら、混乱を生ずるのは明らかであります。老人ホームが、その地域の老人福祉の全体系をになっているのではないからです。

中央社会福祉審議会の建議の第2「老人ホーム機能の地域開放」の所で、私が述べましたように、老人ホームを社会の福祉資源のひとつとして把握し、地域の特有性から検討、立案された老人福祉体系の部分系列として、老人ホーム等の諸施設を位置づけるべきであると考えます。

また、既存の施設も、この流れに沿って、施設機能を開放し、他方、入所老人の医療処遇をホーム内医療の低水準から、高い医療水準の病院へ移行すべきであろうと考えます。早急に、地域医療体系の中に、老人ホーム等の諸施設の役割をふくめた老人福祉のあり方を定めていく必要があります。

今回の青梅市医師会の総会決議は、やむをえない緊急処置として出されたものと理解しますが、老人ホーム、老人病院と医師会との対立関係として、把えたのでは問題の本質を見失います。本来ならば、両者が同一の場で、老人のための老人福祉の体系化を目ざして研究、協議すべきであった

し、その機会をつくるべきであったと反省され、残念であります。

地域医療体系、老人福祉体系とは、旧来の患者と医師との個別的な人間関係を維持、尊重しながら、これをこえた、拡大された社会関係を老人のためにつくり上げ、この新しい社会関係を、患者も老人も医師も共有し、確認し合い、育てていく、良心的努力をはらんだものでなければ、成り立たないと考えます。

現在の私達の問題意識で倒達しうる水準は、単なる理念規定の段階です。将来は、この理念を具体的に、この西多摩という個有の地域で実践する段階に入ることです。

理念規定を論議する段階で、現実に進行している老人ホーム、老人病院急増問題に、また、既存の老人ホーム、老人病院のあり方に要望をぶつけても、理想と現実の対立を残すおそれがあります。

一方、老人医療にたずさわる私達が、老年学、老人病学、リハビリテーション学には、不勉強であり、しかも、この領域が、未だ確立された段階でないことを知ることも、大切であります。そして、医学知識の専有者、医療技術者の位置にとどまらずに、さらに、これを生かした社会医学の実施主体者として、老人福祉体系の創設に参加することが、重要であろうかと考えます。

Ⅲ まとめ

今後、何よりも大切なことは、堀田先生が提示された7項目の実践項目を、早期に実施段階に移すことです。

東京都民生局の53年度行財政三ケ年計画によると、特養の設置は全体計画では、必要設定人員を7,670人と算出しています。現況が4,464人なので、今後の必要事業量は3,206人です。そのうち、向う3ケ年（53、54、55年度）で1,964人の事業を実施する計画でいます。3年後には、全体の83.8％が達成されることになります。これ以後は、特養の増設は、自然に抑えられてきます。

他方、老人ホームの設置が、老人の居住地域から遠距離になる傾向にあり、特に三多摩地区に偏在していますが、将来は、「居宅処遇原則」の確立と「在宅福祉サービス」の志向が強くなり、これを支える機能をもった「都市型特別養護老人ホーム」が、数多く設置される方向にあります。都市型特養の設計基準も、すでに検討されました。（昭和52年8月、全国社会福祉協議会）

従って、各区市町村の人口分布に応じた、適正な人員を入所させ、地域開放のための諸機能をもった特養の形態が、新しい流れとして意識されています。

これに並行して、施設管理者、施設職員の再教育が行われ、現行の職員教育体系が再編成され、専門分化がすすめられていきます。

最後に、最近、気になる言葉がはやり始めたので、一言、申し述べます。

今後の福祉のあり方として、「日本型福祉」という言葉が語られています。西欧型志向を理想像としてもっていた時代を思えば、今昔の感があり、本来の日本の福祉を忘却していた過去を反省する上では、大変結構で都合のよい用語です。日本には、日本人の心性に根ざし、日本の文化伝統を継承した社会生活、隣人関係があります。

私達は、いわば西洋医学の徒ですが、この日本型福祉を志向するならば、社会医学の側面に、日本民族の生活の歴史を、あらためて刻みなおす必要があります。この作業を重ねなければ、やたらに、「日本型福祉」という用語をふりまわしてはならないと考えます。

今おこなわれている自由民主党総裁選候補者らが、この「日本型福祉」を強張しています。経済成長期に急激に伸びた福祉財政に対し、ドル・ショックによる不況をむかえた時、「福祉みなおし論」が抬頭しました。この延長線上で、彼らのいう「日本型福祉」をながめてみると、言葉は同じでも、全く違った志向をふくんだ言葉として、ひびいてくるようです。

（昭和53年11月21日）

＜参考書＞

三浦文夫：「老人福祉の回顧と展望」（1978年老人福祉年報）

東京都民生局老人福祉部：「東京都の老人福祉の概要」（昭和53年度）

全国老人福祉施設研究大会：「高令化社会に対応する老人福祉」（昭和53年11月）

学　術

学術講演会(1)

S 53・10・26
西多摩医師会館にて

演題　〝めまい〟について

講師　高　安　弘　次　先生
（国立・立川病院耳鼻科医長）

要　　旨

めまいの原因にはどんな病気があるか

頸性めまい　血液型
　　筋肉型

自律神経性めまい
　　起立性調節障害
　　自律神経失調
　　鼻咽腔炎

耳性めまい
　　片側メニエール病
　　両側メニエール病
　　末梢前庭障害
　　突発難聴　　其の他

精神心因性めまい
　　神経症　心身症　うつ病
　　ヒステリー　分裂病

めまいセンター2年間の新患の疾患別分類

頸性めまい（CS）	30 %
起立性調節障害（OD）	26 %
自律神経失調（AI）	8 %
精神・心因性めまい（PSY）	12 %
メニエール病（MD）	8 %
その他の耳性めまい	7 %
その他	9 %

めまいを主訴として受診した場合、各科（内科脳外科、耳鼻科、眼科等）によりその検査は一定でない、又その原因についてはメニエール症候群といわれる者が一番多い。その他疲労、感冒、低血圧症、神経質等々である。メニエール病と診断された者についての最終診断は

頸性めまい	37 %
起立性調節障害	21 %
自律神経失調	6 %
精神・心因性	6 %
メニエール病	20 %
その他	10 %

となっている。

めまいの診断について

発作中は　急性脳循環障害
　　急性心臓障害
　　急性中毒
　　ショック
　　迷路機能障害

大体以上の区別をする。

急性期をすぎて、間歇期に入った場合は

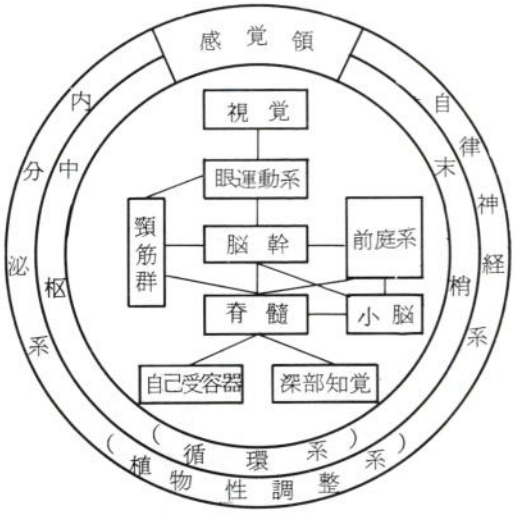
間歇期　1.自科領域の疾患か
　　2.どの領域の疾患らしい
　　3.どんな病態で起っているか
　　4.原因は何か
　　5.誘因は何か
　　6.発現機序は？　等を診断するのであるが、専門以外の所では2.のどの領域の疾患らしいと診断をして、患者にその科の受診を指示するのが良心的であろう。

めまいをどの様に理解するのが便利か

めまいとは平衡失調の感覚であると理解して、平衡を維持するのはどんな機能系か、それを図示すれば下図の如くである。

この平衡を維持する機能系のどこかに異常が起これば〝めまい〟が発生する。

これを臨床的に簡略化すれば　眼・耳・頸・中枢・自律神経・心の6つに区分すればよい。この6つのいづれかに異状があればめまいが起ると考えられる。



以上6つのいづれかの異常によって起るめまいには夫々その症状に特徴がある。

めまいの性質、発現動機、随伴症状及び常在症状によって大体どの区分の異常であるかが判る。それには問診を詳しく行う必要がある。多忙な日常の診療に於てもめまいの患者を要領よく診断出来る問診表を利用するのが最良である。

めまいの患者が来た時最低限どのような検査をするか。

急性期の場合は前述の如く、心疾患？中毒、ショック、脳疾患、迷路障害？の区別をする。心電図、眼球運動、問診、理学的所見より大体直接生命にかゝわるかどうかは判別出来るだろうと思われる。

間歇期：ＣＭＩの健康調査表
　　問診表
　　心電図
　　血清梅毒反応
　　電解質、中性脂肪血糖、等
　　眼振の検査
　　血圧　（Schellong試験）　を行う

以上からめまい患者の85％を占める、眼、耳、自律神経、心の内のどの部分の異常か大体見当がつくと思う。先に述べたどこの領域の疾患らしいということがわかる。

（この問診表については台糖ファイザーに〝めまい問診表セット〟が出来ていますから問い合せて下さい。）

めまいの治療

1.急性期：　感覚領の鈍化
　　自律神経の調製
　　脳内循環の改善

2.慢性期（間　期）　病態の改善
　　誘因の廻避
　　原因の改善

（記　鈴木修）

学術講演会(2)

S 53・11・16

演題　一般医家に必要な整形外科の知識
－腰痛を中心として－

講師　東　博　彦　教授
（埼玉医科大学整形外科学教室）

腰痛を訴えて来院する患者は極めて多く、大凡その見当では整形外科外来患者の3／1位を占めている。その中原因が不明で〝腰痛症〟として対症的に治療されているものも可成りあるが、表1に示すごとく多種多様な原因から腰痛が生じうる。したがって腰、背痛のある患者の診察にあたっては、あらゆる角度からの見方が必要となるが、今回は整形外科的診察法の要点や診断根拠の若干について簡単にふれてみる。

腰痛患者の診察にあたっては、一定の順序で系統的に行うことにより、限られた時間内で見落しを防ぎ正しく患者の状態を把握することが出来る。

腰、背痛患者の診察にあたってもっとも大切なことは、〝患者を裸にして診る〟ことである。シャツをまくりあげて腰部のみ露出させて診察したのでは、正しい診断はありえない。女性患者にた

いしては腰、背部は露出した背開きの診察衣を用い、羞恥心を出来るだけおこさせないような配慮は当然である。

診察の順序は立位、腹臥位、背臥位のほか、必要ならば側臥位、坐位で行なう。

立位ではまず背柱の変形の有無や骨盤の傾きを見るが、軽い湾曲は上肢と軀幹の間でつくられる三角形の隙間が左右対称であるか否かが役に立つ、また軽度な側湾症では、前屈時での背部膨隆非対称が目立つ。

背柱の運動性は前、後、側屈をみるが、とくに前屈時旁背柱筋群の緊張をみることがあり、この筋肉の緊張状態が背柱不撓性と呼ばれる。これは背柱の運動を防ぐために起こる反射性筋緊張状態で、脊椎カリエス、腰椎々間板ヘルニアなどでは明らかであるが、そのほか多くの疾患たとえば、腰椎捻挫や腰痛症でもみられることがある。

腹臥位で腰、背部の圧痛（指圧、掌圧）の有無や局在性を検査し、通常はこの肢位でアキレス腱反射を調べる。アキレス腱反射の高位は S_1 であるが、容易な記憶法を図1にあげておく。

図1

FIG. 2-30. An easy way to remember that the tendon of Achilles reflex is an S1 reflex.

図2

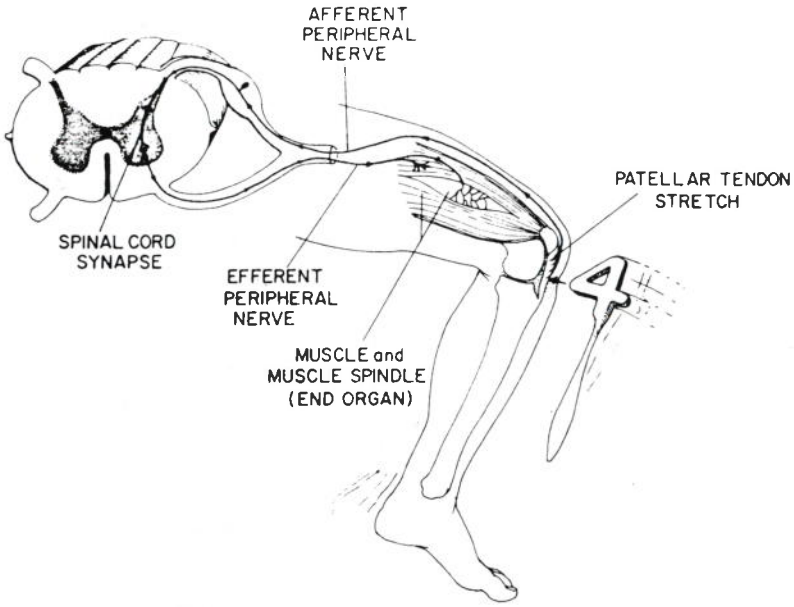


FIG. I-2. The stretch reflex arc.

次に背臥位にして両下肢の筋萎縮や脚長差についてみ、この状態で膝蓋腱反射をはじめ種々な神経学的検査を行なう。膝蓋腱反射高位はL_4であるが、図2は記憶に便利である。神経学的検査の道具としては、ルーレット（大凡その痛覚域をしらべるのに便利。痛覚鈍麻の部から正常知覚の方向へころがしてしらべる）、馬毛（触覚）、ピン、音叉、ノギス（2点識別覚）およびハンマーで充分である。

下肢伸展挙上テスト(Lasegue テスト）は、膝を完全伸展し足関節を下腿と直角位に保って挙上し、腰痛あるいは下肢痛（坐骨神経に沿った痛み）が出現する角度をもってあらわす。正常では年令によっても異るが、7、8才は挙上出来るが、約60°位以下の場合を陽性ととる。腰椎々間板ヘルニアが中央に位置するような場合、挙上肢の反対側の下肢に放散痛が出現することもある。

腰椎々間板ヘルニアでみられる側湾は坐骨神経性側湾とも呼ばれ、坐位では消失する。

脊椎のX線学的検査はほとんどの場合行なわれるが、腰椎では前後、側方向撮影の二方向に加え、45°左右へ軀幹を廻わした斜位撮影の、四方向からとられたX線像について検討する。また時には前屈、後屈時の側方向撮影ー機能撮影ーを行ない、運動にともなう椎体の動き、ズレなどを観察する。さらに必要があれば断層撮影を行なったり、また最近ではCTスキャンが行なわれることもある。

先に述べたごとく腰痛を起こす疾患は多数存在するが、こゝでは整形外科的にみて主なもののみ簡単にふれてみる。

ギックリ腰とかギックラ.センキと称される急性腰痛は、種々な病態で発生するものと思われ腰椎々間板ヘルニア、脊椎々間関節のズレ、筋々膜性のものなどが含まれている。

腰部椎間板ヘルニアは腰痛とともに坐骨神経痛があり、青壮年の男性に多い。L_5／S_1、L_4／$_5$間のものが大多数を占め、したがって膝蓋腱反射の減弱がみられないのが普通である。それぞれの高位での神経症状は図3、4で示しておく。

図3

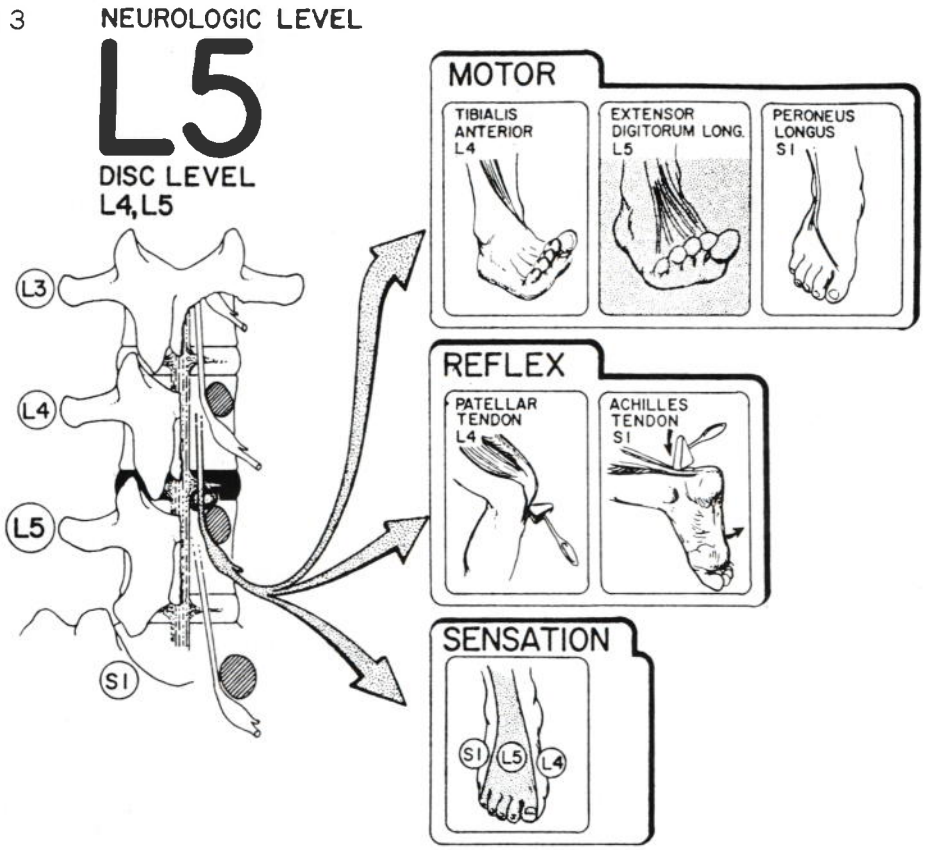


図 4

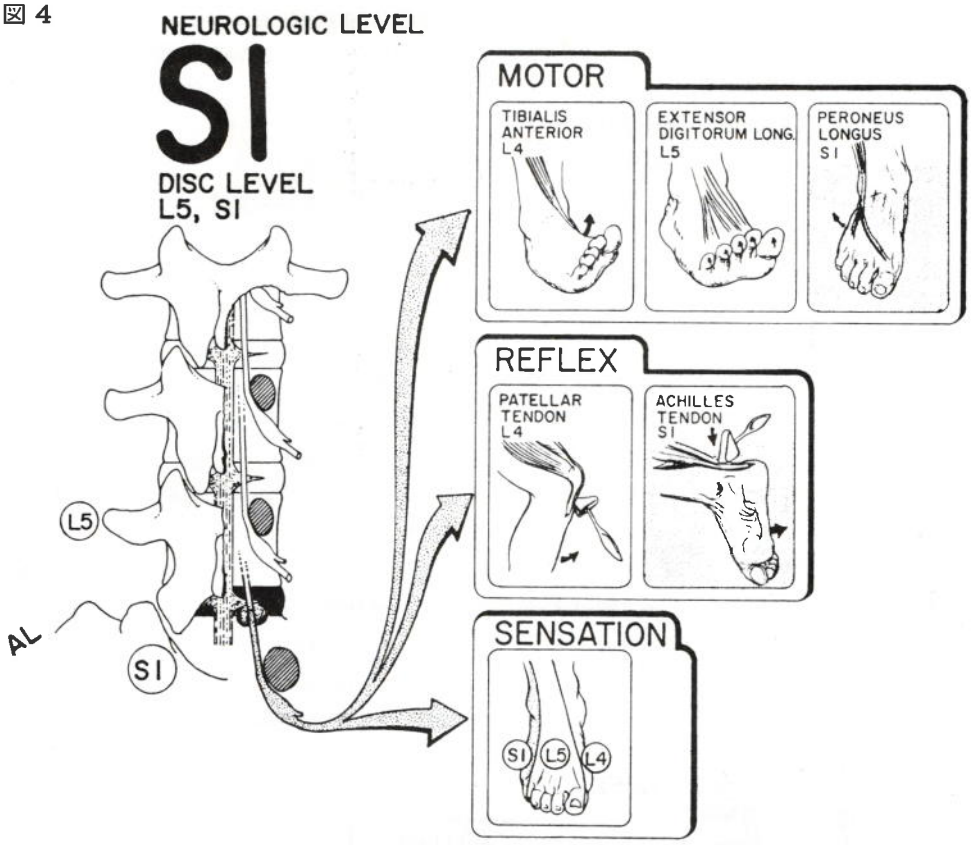


FIG. 2-37. A herniated disc between vertebrae L5 and S1 involves the S1 nerve root. This is the most common level of disc herniation in the lumbar spine.

所謂〝腰痛症〟は、整形外科的疾患は勿論のこと、内科的疾患の部分症状も考慮に入れて、腰痛を来たしうる疾患が除外されて始めてつく診断名である。単にX線学的変化が見られないためにつけてはならない。

変形性脊椎症による腰痛は、他の変形性関節症における痛みの起こり方と同様、運動の始めに痛く、動いている中に軽くなって、くた疲れてくると痛み出すといった具合のものが多い。X線像で変形性関節症の変化が高度の場合、Forestier病（強直性背椎骨肥厚症）との鑑別が問題になる。

背椎分離、辷り症は多くは無症状であるが、時に腰痛、下肢痛を生ずることがある。

脊椎カリエスは他の部位での骨、関節結核と同様、現在では稀にしかみられなくなった。脊椎カリエスと脊椎骨髄炎との鑑別はしばしば困難であり、結局病巣組織よりの菌培養、病理組織学的所見から確定される。

強直性脊椎炎はまたリウマチ性脊椎炎とも呼ばれるが、慢性関節リウマチとは別の疾患単位である。最近の知見でHLA抗原（human leucocyte locus Aantigen）中B 27 が高率に証明され、今後このような疾患に対する免疫学的アプローチの発展が期待されている。

閉経後および老人性骨粗鬆症は、骨代謝疾患の1つで、骨蛋白基質産生が不十分のため骨組織量が減少し、骨がもろくなる病気である。

腰椎は骨盤とともに、癌転移の好発部位であるが、しばしば脊椎転移が見られる癌として乳癌、肺癌、腎癌、前立腺癌などがある。これらの癌転移を老人性骨粗鬆症と見誤らぬことが大切である。

以上ごく簡単に腰痛患者の診察の要点と、整形外科的にとり扱うことが多い疾患のいくつかについて述べてみたが、諸先生方の日常診療の上で若干でもお役に立つならば望外の幸である。

註　表1は、内科医のための骨、関節疾患の診かた。横関嘉伸、永野柾巨共著、医学書院より引用。

図1～4はORTHOPAEDIC NEUROLOGY S・Hoppenteld・J・B・Lippincott Companyより引用

表1　腰背痛症候群のおもな原因

構築上の欠陥	椎体数異常：腰仙移行椎，過剰腰椎 骨発生異常：二分脊椎（脊椎破裂），脊椎分離症，脊椎辷り症， 関節突起異常：左右非対称，矢状面方向関節面 腰仙角増加：急峻仙骨
感染その他炎症性	骨・関節：脊椎関節炎，脊椎カリエス，骨髄炎，強直性脊椎炎 軟部組織：筋炎，筋筋膜性腰痛，結合織炎，膠原病，リウマチ性疾患
変性または代謝性	変形性脊椎症，椎間板変性，棘突起間関節形成（Baastrup） 骨粗鬆症：老人性，閉経後，若年性，廃用性，内分泌疾患（皮質ステロイド，甲状腺機能亢進，副甲状腺機能亢進），血液疾患 骨軟化症，腎性クル病
外傷性	骨関節：椎体圧迫骨折，椎骨突起部骨折（関節突起，横突起，棘突起），椎間板断裂 軟部組織：筋断裂，靱帯損傷（Sprung back），捻挫，挫傷
新生物	一次性：骨髄腫，血管腫，巨細胞腫，エオジン好性肉芽腫，神経線維腫症（Recklinghausen），骨肉腫，脊髄腫瘍 転移性：乳腺，前立腺，肺，腎，甲状腺，消化器悪性腫瘍
機能的欠陥	側方不均衡：下肢長不同，種々の原因による側彎症，職業的，姿勢的 前後不均衡：股，膝屈曲拘縮，下垂腹，妊娠，膝変形，外反足，姿勢的（静力学的）腰痛 麻痺性：弛緩性，痙性，強剛
内臓起因	内臓下垂症，腎疾患，骨盤内鬱血（便秘，婦人科疾患）
心因性	ヒステリー，仮病

文芸・随筆

How to　叱ったり　叱られたり

平　林　信　隆

日本のアーミーの発足当時はいろいろと米軍の指導をうけた。その当時のことであろうが、日本アーミーの幹部に、お前たちはサイコロジーをしらん、部下の叱り方はこうするんだ、とて机をたたいての叱り方まで伝授されたとのことである。この場合サイコロジーを日本的に「心理学」とうけとっては一寸おかしな事になる。マア叱られる側の気持とか感情とか、そううけとめた方が良いだろう。

叱られる側の気持としては、何かミスをしたら多少はシュンとしている筈なので、叱られたり注意されたりしたら一応自己のミスを認める。「スミマセン」とか「私の責任です」とか謝罪すればそれで片づく事になる。叱る側もたゞ謝罪を要求しているだけらしい。

イザヤ・ベンダサン氏「日本教徒」のやり方によると「罪状認否」で罪を認めながら責任をとらされずに終る、「責任回避」したのではなくて、「責任解除」されたことになる。

叱る方も「自分の不徳のいたすところ」とか「指導不充分」、「すべて長である自分の責任」とか口にして、罪状を認め合いながら相互に責任を解除し、時にはお互に手をとり合って涙を流して、正に日本教徒の美談に終りメデタシ、メデタシになる。

叱られる側のスタイルを二、三。

台風一過型（無抵抗の抵抗）

ひたすら何も云わずに低頭して、ガミガミいう文句が通りすぎるのを待つ。抵抗していることは明白だから叱る方も強情な奴とおこる。

攻撃は最良の防禦型

これは叱り方にも左右される。叱る方が一事を問題にするだけでなく、例えば、何か忘れたとすると何故忘れたか、それは何故かとギュウギュウ問いつめると、叱られる側にも反撥がおこる。自分が悪かった、それは謝る、しかしそこまで追求しなくても良いではないかと。まして叱る方が過去にさかのぼって、この前も同様のミスをした、その前もこんな事があったと輪をひろげると、反撥も拡大して来て、その云うオマエだってこの前こんな事をしたではないかとくってかかることになる。夫婦喧嘩にも「いつも……」は古今東西をとわず禁句になっている。

逃避型

それは私の責任ではない、誰々がどうしたからこうなったので私の責任ではない、といった式。叱られる側にも自己保存本能が働く、叱る方にもその立場に立った本能的な何かが働くことになる。救勢欲とか自己顕示欲とかいろいろ混在するだろう。余りにも叱られることに敏感でありすぎて、反動形式の結果、他に対して余りにも厳格、落ち度に対して攻撃的にすらなることもある。

叱る者の権力が余りに強大で、叱られる者の反撥が直接に向けられない様なときには、置き換えられて、自己を非難する方向に向ったり、又は相手の可愛がっている飼犬をいじめたり、その他傍迷惑の事すらある。

また、こんな事もある。注告の形をとるのだが誰々がこんな事をしている、オマエももう少し目を開いて叱ったり、注意するなりしないとダメではないか、もっとしっかりしろ、とお叱りをうける。その注告におよんだご当人は自分だけはヘマもミスもない間然するところのない人間であることを前提としているようだ。自分を除外しておいて誰はどう、彼はこうだと云う訳。しっかりしろと云われる者の目から見れば、目クソ、鼻クソにすぎないのに。叱嗔とか争いとかそれ自体が罪悪である日本教では解決策は喧嘩両成敗しかない。敢行すればそのセクションは崩壊する事にもなる。

先制降伏型（しなだれかかる型）

叱られそうだと予感すると先手をとって謝り、相手からの攻撃（と感ずるもの）を封殺する。自己のミスは棚上げして、そのミスをしたあわれな自分をなぐさめて欲しいと出る型、そして相手の同情を得ようとする。

扨、このくらいにして結論的に一つつけ加えたい。叱ったり注意したりしてわかる（従って効果がある）人は、はじめから何もしなくても充分承知しているし、いくら叱ってもわからない人は、はじめからわかってなく理解不能で何の効果もない。こまった事だがあらゆる分野で自明のことのようだ。全く認めようとしない人もいる事も問題だと思う。

ほろ酔い随想「うっ憤とぼやき」

戸倉診療所　桂　木　　真

「もの言わざるは腹ふくるる云々」とか。しかし、また一方、「もの言えば唇寒し」とも申します。いずれが是か非か、私は今、そんな悠長な詮索をしている暇もなければ、まして、選ぶ権利すらないという窮地に追い込まれているのであります。それというのは、私は先月の会報編集会議に欠席してしまったのです。それはそれなりに理由あってのことでしたが、他の委員に迷惑を及ぼしてしまった以上、わが身えの跳ね返りは当然のことです。つまり、なんとか一文を「モノ」にして、次の編集での「スペース」埋めに些かでも貢献しなければ申し訳ない、という、謂わば、強迫観念にとり憑かれたからなのです。

斯くして、ここに稚拙ながらも随筆の起草にとりかかったのですが、どうも、これまでの会報の執筆者や寄稿者を顧みますと、「或る限られた人」の観が少なからぬように思われます。何故、もっと多くの会員から原稿が集まらないのか？それは、われわれ委員の頭痛の「タネ」なのですが、これには色々な理由があろうか、と考えられます。例えば、もともと会報そのものに無関心であるとか、或いは筆不精であるとか……。それはそれとして、その原因の一つに、余りにもそつのない、頭脳の冴えをまざまざと反映するような論文や、機智と文才を如実に匂わせるような文芸・随筆などが目立ち過ぎたため、つい怖れをなして尻込みしてしまう、という傾向が無きにしも非ず、ではなかったでしょうか？

私のこの愚文が、そういった気持を抱かれているかも知れない会員に些かでも心易さを与え、「ひとつ俺も投稿してやろうか」という気分えの誘い水ともなれば、「以って瞑すべし」であります。

最近の「マスコミ」の調査によりますと、わが国では国民の大多数、（少くとも過半数以上）が「自分は中流以上の生活を営んでいる」と意識しているそうです。生活意識などというものは、人それぞれに受けとめ方の相違があり、これを統計などで、無理やり現わそうとすること自体、既に、「マユツバ」ものだ、とは思うのですが、これは、少くとも私にとっては、大いに関心と興味のある問題です。

教えられたところによりますと、人間の生活はまず、衣・食・住を基本とし、その上に、個人維持のための医療と、社会継承のための教育があり、そして更に、最終的に、社会発展のための文明・文化というものがあるのだそうです。

私は、これらのことを頭の片隅に置きながら、夜毎の晩酌で「ほろ酔い」の裡に心の中を去来する「もやもや」の数々を、少しばかり吐き出させていただきたいと思うのです。

以前は六畳一間に何人もの家族が「ザコ」寝、などと住宅問題ではずいぶん騒がれたものですが、近頃では、だいぶ様相が変ってきているようです。公団アパートは、かってのⅠＤＫ・ⅡＤＫからⅡＬＤＫ・ⅢＬＤＫえと推移し、そして、「マンション」、更には高級「マンション」えとエスカレートしています。それに、所謂、庭つき住宅も、新旧とり交ぜて随分増えて来たように思います。中には、相当立派な新築住宅も見受けられます。

私の住んでいる診療所の医師住宅などは、その周辺や、往診などで知り得る、よその家に較べたら全くお粗末で、仮に上・中・下の品定めをするなら、まず下の上といった所でしょうか。隣・近所を見わたせば、私のところが一番貧弱だ、と云っても、まず過言ではありますまい。そのことを町の助役に訴えたら、「建てた頃は周囲の家よりも少しは良かった筈なんですがね……。」との返答でした。それでもまあ我まんして住んでいられるのは、それをなんとか糊塗すべく「フンバッ」した家具や電気製品がカバーしてくれているおかげだと思っています。

新築された立派な家を眺めるたびに、「みんなよく金があるなー。」と羨望まじりの溜息が出るような有様です。しかし、往診に便乗して、その新築家屋を、口では賞め、心では「ヤッカミ」ながら隅々まで見せて貰ったその後で、改めて、費用のことも含めてよく聞いてみますと、大抵が借

金絡みで「これから先のローン返済が大変なんですよ。」とのことです。これを聞いて私も些か心和む思いがするのですが、それにしても「マイホーム」を持って、そこに住めるということは幸せなことですよね。まして、会員の誰方だったか、盛んに「ベトーネン」しておられたように、それが素晴らしい家なら、たとえ借金して建てたものでも、なお更のことだと思います。

私も、横浜の日吉に、古いながらも自分の家があって、そこに齢老いた母が、まだ元気で住んでいるのですが、なにしろ遠くて其処から通うわけにもゆかず、次々に建つ見事な住居を眺めては、わが身にひきかえて、つい考えこんでしまうのです。

住のことはこれ位にして、次に衣の方はどうでしょう。みんな素敵な装してますよね。私の小・中学生の頃は、破れた「スボン」の尻には継ぎの「ミシン」目があり、修繕した靴を穿くというのは極く当り前のことでしたが、今はそんなもの、めったにお目にかゝれません。昔は靴下のつくろいも母親の仕事の一つで、そのことに私は、おふくろの暖い慈愛さえ感じたものでした。それが、どうでしょう！今では、穴があくどころか、色が褪せたというだけでお払い箱の、使い捨て時代なんですからね。

どうも、私のみるところでは、いまどきは、粗末な身なりの人の方が却って資産家なんじゃないか、と思われる「フシ」があります。皆さんも思い当る方が多いのではないでしょうか？日頃、患者やその家族に接していると、なんとなく判りますよね。

ところで、私のどうにも「ハナモチ」ならん、と思うものに、流行の変遷という奴があります。かっての「ミニ」の頃は良かったですなあ！「どうしてだ」って？身に覚えのある人ほど、そういう質問をしたがるものです。あの「ミニ」と、その少し前に流行った、先の尖った靴。あれは一体どこに消えてしまったんでしょうかねえ。「タンス」や下駄箱だって物が入り切らなきゃ、新しく、もっと大きいのを買わせられる「ハメ」になるんですがねえ。そうでないとすれば捨てたんですか？じゃあ、もっと大変です。それこそ「ゴミ」公害問題ですよ、これは。斯くして、「流行」の二字によって、まんまと業者どもに振り廻わされた消費者――私は口が裂けても、それが女どもである、などとは申しません。――の「ツケ」は、七・五・三や成人式のそれを含めて、一体、誰のところに廻って来るんでしょうかねえ。少くとも私は、こんな馬鹿げたことの尻ぬぐいには、これっぽっちも責任を持ちたくありません。まったく！

さて、そろそろ本命の食のことに移りましょう。昨今では、食べものに風情といろどりを沿える季節感など何処に行ったものやら。その上、日常の食生活が、お祭りや盆・正月のそれと殆んど区別がない、という味気ない状態になってしまいました。温室栽培や冷凍食品で、四季を問わず、何でもござれの世の中ですが、その分だけ味の方も以前よりは、ぐんと落ちてしまったようです。それに、どんなに山海の珍味といったところで、これを毎日食べさせられてごらんなさい、直ぐに飽きがこようというものです。それにひきかえて、昔は貧しいながらも、楽しみと云うか、今の時代にはない良さがありました。誕生日を初め、謂われのある日には、平素、口に入らないような数々のご馳走が、一家団らんのもとに食膳を賑わしたものでした。

また、小学生の頃の遠足の想い出も懐しく偲ばれます。好きなお菓子を、この時ばかりは何時もと違って幾つも買って貰い、お弁当と一緒に通学用の「カバン」（「リュックサック」とか「ナップサック」とかいう、しゃれた、贅沢なものは、当時、一般化していませんでした。）に詰めて、「テルテル」坊主を吊して寝たものでした。キャラメル、チャイナマーブル、風船ガム、お菓子は私ども子供の頃の夢でした。そして、その王様ともいうべきものが、明治や森永の板チョコでありました。

ところが、今の「ガキ」どもの態度は一体どうでしょう。試みに、昔のそれと同じ程度の、並のチョコレートを子供らに与えてごらんなさい。たいして嬉しそうな顔もしなかった、というのならまだ良いんです。それどころか殊によると、返礼として受けるものは冷たい、軽蔑の「まなざし」かもしれないのです。おまけに、「うちのお子様をムシ歯にするつもりか？」と、云わんばかりの母親の目すら考慮しておく必要がありそうです。

しかし、まあ、このぐらいのことなら、まだ我慢もいたしましょう。ついでに云いますがね。私

は、もっともっと腹に据えかねることがあるんです。そもそも昔から「女子と小人は養い難し。」とか云いますが、女・子供（オット失礼。小人と子供はちがいましたね。）に限らず戦後っ子とか呼ばれている若い者も含めて、「たべもの」を喰いのこす、というのは、一体、どういう神経なんでしょうかね。戦前派・戦中派のわれわれが、さつま芋や南瓜の「つる」で飢えを充たし、食器についた「かす」まで舐めて生き延び、そして戦後には、最悪の生活条件に堪えながら、歯をくいしばって頑張ってきたからこそ、ＧＮＰ二位などといわれる現在の繁栄となったのではないでしょうか？私など、めし粒一つ残すことにも抵抗を感じ、飲食店で銭を払って頼んだものを残すことにさえ、勿体ない（銭じゃなくて、ものが）という許りでなく、作った人にも申し訳なくて、とても、そんなことは出来ないのですがね。それを何たることか、ものを喰い残すとは！「イカス」ことだ、とでも思っているのか？気取るな！私は余りの情なさに思わず絶句するのであります。

以上、ざっと思いつくままに述べたところからみても、少くとも衣・食・住については、ことほど左様に豊かになって来たようです。加うるに、高校は義務教育化され、高卒の二人半に一人が大学に行き、われわれ医者が、保険証一枚で、「誰れでも、何処でも、何時でも」診させられる時代ともなってみれば、国民の大多数が中流家庭意識をもつのも亦、宜べなるかな、であります。まったく御同慶の至りです。

然し、です。深夜に叩き起こされて、診させられる者の立場は一体どうなるんでしょう？

「マスコミ」は、ことある毎にわれわれを攻撃していますが、「ジャーナリスト」だって人間でしょう。なま身なら、夜中に腹の痛むこともあれば、また幼い我が子が熱を出すことだってあるでしょう。そんな時、現実に、ご厄介になっている相手は、そもそも誰だと思っているんですかね。

連休を楽しむための旅行は、自分たちには当り前のことであっても、医者がちょっと留守にしようものなら、目くじら立てて騒ぎたてる。これは「不公平税制」以上の不公平ではないでしょうか。

近ごろよくテレビの一駒で、真夜中電話の「めいわく」宣伝をやっていますね。あれが医師会の「コマーシャル」だと実に良いと思うんですが…。これと関連して、私が日頃から「アタマ」にきていることなんですが、いったい、日本には、『一般国民にとっては迷惑なことでも、医師だけは例外で、これを迷惑と感じてはならない。』という法律でもあるんですかね。

冗談じゃない。たとえ、それが不文律や「しきたり」でも、そのような風潮が世間に滲みついているということ自体、許し難いことです。これは基本的人権にもかかわる重大問題です。

保険証のことだってそうです。「定期券わすれたけど、あとで見せるから。」と云われて、「はい、そうですか。」と通してくれる改札口が、一体、何処にあるでしょう。

保険証は例外だって？医療のことになると、なんでもかんでも例外なら、措置法２６条という税制の例外も、また、あって然るべきではないでしょうか。自分らに都合のいい例外だけは押しつけておいて、具合の悪い例外は、「例外の中での例外」として、それは認められないって？そんな理屈に合わない、勝手な話ってあるか！ドイツ語の文法じゃあるまいし、ふざけるな！

「ほろ酔い」のつもりが、いつの間にやら夜も更けて、だいぶ酩酊して来たようです。これで心の滓もいくらかとれたのか、もう眠くなってきました。読み返してみますと、持ちまえの硬くるしさ、ぎごちなさ、それに、意想粘着的なところが目について、われながら嫌になります。しかし書き直す暇もない今となっては、そんなこと言っていられません。編集委の御大、わが敬愛する日の出の入道氏の今にも湯気を立てそうな顔が目の前にちらつくからです。では、おやすみなさい。

理事会報告

53. 10. 25.

報告事項

1. 事業部報告

◎保険部　市町村国保担当者との懇談会

西村理事：特別な議題はなく、医師会から返戻の状態を説明し、レセプトの記号番号の確認を出来るだけするようにとの話合いがあった。

2. 委員会報告

◎地域医療対策委員会

西村理事：看護学院の件については、すでに会長に答申致しました。今度は老人問題について会報にも出しておきましたが検討致しました。先日の西多摩地区市町村長との懇談会にも話題にして、今後も年に2～3回会合をもつ事になりました。11月には「開業医と看院」という問題で委員会を開く予定になっております。

3. 会長報告

会長：都医会長との話について御説明申し上げます。①健保抜本改正については、いろいろと問題があり、結局継続審議の形のままで提出される状態になってしまいました。②次に28％の問題ですが、政府も、自民党も今年度一ぱいで、きりをつけると言っている状態で、やはり少しずつ変えられてくると思われます。③西多摩地区市町村長との懇談会の挨拶の中でも申しましたが、責任のある事業には誠意をもって行うといっていますが、また1才半健診の問題が起って来ております。④看護学院の問題は請願書を都議を経て、都議会へ提出致しました。

4. 地区医師会長協議会議題　　内山副会長

①東京都医師会創立30周年記念式典並びに祝賀会開催について

②学術講演会の開催について

③昭和53年度東京都がん検診センター研修事業について

④1才半児健診に関する覚書について

特別区と都医師会との間で取り交されましたが、三多摩地区は別に行政側と協議願いたい。

⑤学校保健法施行規則の一部改正について

伝染病の予防に関する改正規定は公布の日、昭和53年9月14日から、その他の改正規定は昭和54年4月1日から施行されることになった。

1.就学時の健康診断の方法及び技術的基準について、脊椎側弯の問題、視力の問題、検査疾病の一部削除の問題等がある。

2.児童、生徒等の定期健康診断について

3.学校において予防すべき伝染病の種類及び出席停止の期間の基準について

4.就学時健康診断票等の様式及び記入方法の改正について

等々諸々に問題があり、11月には講習会を開く予定していますので、福島理事にその際御説明を頂きたいと思います。

⑥社保、国保、労災請求書の提出期日について

12月は例年通り1日早く、1月は1日遅く提出する事になります。

⑦健康診断結果報告書への産業医の記名押印について

現状は事業場において産業医を選任しているにもかかわらず、産業医以外の医師によって健康診断をした場合、多くの事業場はその結果を当該事業場の産業医に了知させてないきらいがあり、そのため産業医として専門的立場から健康管理に対する指導助言を行い難い状況にある。そこで今般産業医の健康管理の一助として、健康診断結果報告書に産業医の氏名、印欄を設け、産業医自ら記名押印してもらう事になった。なおこの記名押印することは、自ら当該事業場の健康診断を実施した場合を除き、医療行為としての健康診断及びその結果についての責任を負う事を意味するものではない。

⑧脳外、新生児救急医療について

休日に於いて上記の専門的入院治療等を要する者への救急医療事業が10月15日から行われます。

⑨新生児救急医療に従事する医師等に対する講演会が、10月26日午後2時から日仏会館にて行われる。

⑩都医共済会に未加入者が一部あるため、全員の加入をお願いしたい。

⑪監察医務業務の実施について都医師会と西多摩医師会との間で契約書が出来ました。これは監察医務院の分院が出来るまでの暫定的なものです。

5. 秋川市医師会より報告　　米山理事

老人病院等の開設について下記のような要望書を作りました。

「日頃は地域医療推進につきましては格別のご配慮を賜わりまして深く感謝しております。

さて、秋川市には老人病院等の開設希望がここ数年来5～6件に及び、その都度市及び医師会の協力により開設を断念していただいております。即ち私共医師会員は、市制施行後日なお浅い秋川市の都市造りと発展に沿った地域住民の健康と地域医療の向上に日夜協力しておりまして、営利的老人病院等の開設には地域住民と共に反対して行く考えでおります。

次に実際問題として秋川市民4万人の門、65才以上の老人が2452人おります。その内所謂ねたきり老人は現在65人、その内入院中の老人は9名でありまして、老人病院は当市に一ケ所で十分であります。帝応老人病院は秋川市唯一の老人病院でありますが、経営上からか他地区の老人が殆んど入院しており、地域医療に何等の貢献もしておりませんし、又医療内容は医師の立場からして真に憂慮に耐えない状況であります。此の帝応病院長が「不良病院を閉鎖して、良心的な秋留台病院を開設する」として医師会の同意と当局の許可を取り、着工後に「実は帝応病院は存続する」と医師会に連絡して来ました。医師会としては此の欺まん的行為に対し、いずれか一つ良心的病院として残る以外に現在両者共医師会員とは認めないことになりました。

しかも尚、現在調整区域の利用の一便法として又非医師が営利を目的とすると公言しつつ老人病院建設許可を市当局にせまる等、この問題はあとを断たない状況であります。

老人病院等の開設には地域住民も歓迎しない旨秋川市より当医師会にも連絡してまいっておりますので、医師会としても市と協力して、当市にふさわしい地域医療を推進したいので、営利を目的とする老人病院等の開設には今後とも一貫して反対して行く堅い決意であります。都当局におかれましても当医師会の主旨をご賢察の上、行政指導その他に反映されんことを切望いたします」

財団法人　西多摩医師会会長　高水武夫
秋川市医師会

以上の要望書を田村都議にも説明し、更に東京都の民生局長、衛生局長、衛生局医務部医務課長、同局同部医療対策課長、民生局保険部保険指導課長、国保部指導課長、老人福祉部計画課長、福祉部地域福祉課長宛に提出致しました。

状況は違っていますが福生市でも拝島病院建設反対の問題が起っておりますが、秋川市医師会の先生方の努力は大変参考になると思います。病院等の建設に対しては歯止めの手数がなく、書類が正当に整っていれば役所としては受理せざるを得ないようです。都議会議員にお願いして政治的にも働らきかける事が必要であることは非常に参考になりますね。

奥多摩町の川辺先生からも奥多摩病院移転問題について、移転反対の陳状書を出してくれといって来ております。

会長：要望書が出ている以上地域医療対策委員会を開いて検討する必要があると思います。

6. その他

①麻疹の予防注射は西多摩内に於て大部分の所でまだやっていないのだが、各自治体の長と西多摩医師会長と協定し、西多摩内で、行政区域外の対象者にも接種出来るようにしたいと思いますので、この話を進めることを御了承頂きたいと思います。

一応北多摩地区の協定書を参考にして案文を作ってみましたが、各地区医師会で検討してみたらどうでしょう。

西多摩に限らず、隣接している北多摩や埼玉県など広域的な面に於ても考えねばならないでしょう。

②来月の役員協議会の日は、都医師会へ出席される方が多いので11月10日に変更したいと思います。

③今川理事：就学時の健診について福島理事より連絡がありまして、今後は身心障害児を含めて健診する事となっていましたが、これまで通りの健診方法でよく、その障害児については、教育委員会と学校精神科医が扱ってくれるとい

う事です。又11月には行ってくれという事でしたが、都合がつき次第出来るだけ早くしてくれという事になったようです。

審議事項

役員忘年会及び医師会新年会に関する件

これにつきましては福祉部に一任しましょうか。

中林福祉部長：夏の管外理事会は参加者が少くなりキャンセルをしてしまった苦い経験がありますので、人数を充分確認して頂きたい。

毎年一泊旅行の形でやっているので参加者が少なくなるので、どこか近い所で行ってみては？

では次回の役員協議会で決めるようにしましょう。

以上

（記　土田）

事業部だより

広　報　部

会員相互の親睦について

上記のテーマで第15回三多摩地区医師会広報研究会に去る14日唯一人出席の栄誉（当日川崎編集委員長神経痛のため）を得て、勇躍調布市「男爵亭」に行って参りました。酒肴付雑談的会合であったので小耳に挟んだものを雑然と御報告申し上げます。他地区医師会々報も大同小異の編集方法をとっているようですが、委員の原稿集めが、なかなか大変で、当医師会報と多少相違する面白味のある所を大いに消化吸収したものです。

「ハハー、ソンナ所もアルノ？」と気楽にお読みいただきたいと思います。猶 医師会名、発言者氏名等は記憶があやしいので省略させていただきます。

○某医師会では開業医四、五十軒あるのにドーモ近隣の先生同志仲良くせず遠くの先生と親密になる傾向があるとか、何かあった時は矢張り近所が頼りなのだから先ず近所づきあいをしっかりしたいと思うとの事。

○誕生会をやって一人1,000円程度の品物を持ちより談合するそうで、意外に楽しめるそうです。

○会報に会員一人づつ年令順に写真入りで御招介申し上げていた所、次回予定者が仏様になったり笑うに笑えぬ話になり人数の多い場合に何人か纏めてやらないと間に合わないとか、生年月日、出身地、出身学校（小学校、中学校も含めて）開業年月日、趣味、自己招介等……。

意外な事実、考えられない一面があったりでこれ又結構との事。

○スライド会を催し、旅行、ゴルフなんでも持ち寄ったりすると話が弾むそうです。

○医学と無関係な講師を招いて例えば郷土の歴史の勉強会をやったところ結構人が集まり驚いたそうです。

○マスコミの力を軽視することなく謙虚に受けとめようと某医師会では七者会議（朝日、読売、毎日、産経新聞等の地元記者、市長、医師会代表等）で年に何回か懇談会をすると、お互いの立場も理解し合え何かあった時、敵味方にすぐ別れず早期に処理する事も出来るそうです。

○医療の賠償保険について都医師会よりいらした先生と歯に衣をきせぬやりとりがあったり……。何しろとりあえず安田生命の100万円迄のには加入した方が自分の為にもよいそうです。

例えば撓骨神経マヒの場合で300万の判決の場合200万は日医で、東医では34万、保険会社では66万だそうで加入していると34万先生方に届くとか……。（はっきり説明出来ず済みません。）

○「東京都医師会の広報は誤字を訂正せよ。準夜の準はニスイで準備の準ではない」との発言あり、都医側で「済みません勉強不足で。」との一幕もあった。

○某先生、生命保険は嫌いなのだが所得保障保険に加入したとの事。自分が死んでから人に金をやる事はない。残された者で各自この世を生き抜いて行け、（言葉の表現は少し違うかも知れないが）女房は身体を売っても！と云った所、翌日奥様鏡の前でションボリしている。どうし

たと声をかけたが昨日のあの言葉ではとハタと気付いた。彼女は40代後半であった。

○某医師会、集団見合を計画しているそうで、会員の年頃の子息、令嬢或は従業員を含めて奥多摩辺にバス旅行をするそうです。ソコデ喝采を浴びていました。

○ダンス講師を招いてダンスパーティーをする会もある様子。

○会員作品展をやった所大成功。（先生、奥様、その他家族の方々の盆栽、山水画、掛軸、洋画、日本画、写真、陶器、生花、バンフラワー、刺しゅう等出品）

○ソフトボールクラブがある医師会もありました。

蛇足

研究会の翌日頂載してきた他地区会報に眼を通していたら我々の会報の同好会だよりにあたるところで○○三昧○○味というのがあり、変った所で、

音楽三昧……某先生そのむすびで「とに角演歌はいい、これからも仕事に励み疲れた心身を演歌で愈して行きたい」

食い気三昧……旨いものを食べさせる店を地図入りで営業時間、電話番号、値段まで記入。

園芸三昧……診察室の鉢植の花が珍種であり、専門家の間でも話題になっている。

この辺で私自身ものかきになった心算で続けたい。若い時は呑、打、買、何でも結構だが中高年になると以外に〝病気持ちの先生〟〝働くばかりの先生〟〝これから40、50の手習を考えている先生〟種々考えておられる事と思うが会員の先生方に楽しんで頂だく会報編集が出来たらと思う。

医事紛争は口のキキカタで大変な事になると云う、そこで話術の専門家、例えば落語を聞いてみる事、詩、俳句、川柳等の講師を招き手ほどきを受けたり、会報の中にユニークな素人写真を沢山のせたり、麻雀だけでなく、中央競馬ファンの先生方も多く居られる様ですので、如何ですかスポーツニッポンに出ている六大学競馬予想リーグ式に〝馬学三昧〟又は〝オケラ会〟と云う様なものを来年の金盃からでも実現いたしませんか。

会報こそ会員相互の親睦であると笠井照保先生のズバリ結んだスピーチは名言だと確信致しました。

会報編集委員　　道又　正達

保　険　部

下表の通り、大変少なくなりました。今後トータルが2桁になるようご注意下さい。

西多摩医師会　　8月分

診療報酬明細書返戻状況

返　戻　理　由	医科（乙表）件数
1. 記号番号不備不明および保険者名（符号）不一致のもの	38
2. 国保・国鉄等基金と契約してないもの	3
3. 生年および患者名不備あるいは記載ないもの	3
4. 傷病名不備あるいは記載ないもの	1
5. 診療開始日・日数および転記不明あるいは記載ないもの	9
6. 日雇健保で給付期間の満了したもの	0
7. 初診・負担金・再診および往診料について不備不明のもの	6
8. 投薬の場合薬名・用量・回数等が不備あるいは記載ないもの	16
9. 注射の場合薬名・用量・回数等が不備あるいは記載ないもの	0
10. 投薬・注射・X線で点数算出根拠の不明なもの	2
11. 処置および手術で内容の不備なもの	2
12. 検査で検査名・回数・内訳の不備なもの	2
13. 診療内容と摘要欄記入事項とが不一致のもの	0
14. 診療内容および方針の説明を要するもの	17
15. 上記事項に該当しない不備・不明のもの	5
計	104

談話室

青梅　土　田　守　一

◎ゴルフの話

私、此度ゴルフを始めました。やってみると大変で仲々思うようには飛ばないものでした。端から見ていると自分がやったらもっと上手くなるだろうと高をくくっていましたが、スポーツに限らず何事も難しい事が多いものですね。

大分以前からハーフセットからシューズまでそろえておりましたが、始めるきっかけがなく新品のクラブが部屋の隅にほこりを覆っておりました。

11月に青梅医師会の親睦会でゴルフ大会をリバーサイドコースで行われる事になり、初心者歓迎という事で参加させてもらいました。一度も球を打った事がないという事では困るので、その4日前に1時間程練習に行き、丁度吉野先生にグリップからお教え頂きました。

さて当日の第一打目はゴロで右の方へ転がって行き、グリーン縁から5～6米の所で止っていた。これならまあまあだと思いましたが、それからが大変でグリーンに乗せるつもりがはるかに越えて道路の上に止ってしまった。こいつは大変と走って行って、チョンと打つと今度はグリーンを転がって又先の所へ逆戻り、マラソンゴロフで始まってようやく4オン、パットも転がせば行き過ぎ、又打つと再び行き過ぎ、結局この第1ホールは7でやっと終了、早くも汗びっしょりになりました。

フライにならないゴロフがしばらく続き、あきらめの境地になってくると反対に落着き、吉野先生に教わったグリップ、腰の動き、左手の使い方と一々チェックするようになってくると自然と球は上の方へあがって行きグリーンの近くに落ちるようになって来た。やはり何事も初心忘るるなかれという事でした。気分転換にも、運動不足解消のためにもこれから練習に励みたいと思っております。

◎眠れなかった話

先月号の堤先生のお話の続きのようですが、ゴルフ大会の前夜、午前2時頃、電話で起されました。

「先生に以前お世話になった事のある息子が、今眠れないと言っているのですが往診して下さい」

「お名前に憶えがないのですが、いくつの方で、何かの病気で起れない方なのですか」

「25才の息子で特別病気ではないのですが、今眠れないから医者を呼んでくれというのでお願いするのですが、以前にも少しおかしくなって先生に精神病院への入院を手配してもらった事がある息子なんです」

そういえば何年か前に早朝起されて精神病院へ入院させるため手配するやら、タクシーに乗せるやらいろいろ手伝ったのに、その後往診料は勿論保険証も持って来なかった者がいた事があった。

「今病気で起せない人ではないのならこちらへつれて来て下さい」

「本人は行きたくないというので、先生の方から注射をしに来て下さい」

「私が往診しなければならない患者さんとは思えませんので、当院に来られるなら待っていましょう」

「来てくれないのなら結構です。もう頼みません」

ガシャンと電話を切られてしまった。いたずら電話ではないのだが、あまりにも勝手な人間がいるのに腹がたって、こっちが不眠で苦しんでしまった。こんな目にあっても時間外初診料も請求出来ないなんて合わない話です。これがなかったらゴルフの成績も少しは良かったろうに。

◎保険医のグチ

保険への不満を言っていたらきりがない事は分っているのですが、創傷処置にいくら時間をかけても、いくら心配しても再診料に及ばないという矛盾はいつになったら解決されるのでしょう。

矛盾の最たるものはあの薬価基準ではないでしょうか。医者が責任をもって使う薬は普通の商品ではないのだ、購入価格と請求価格が違っても当然ではないでしょうか。現在のように安く作られて、安く売られるという理由で安い薬価基準が決められている。例えばプレドニゾロン5㎎錠が6.8円ジギトキシン0.1㎎が4.5円。直接生命に関係し、医者が細心の注意を払って使用しているこのような薬は、今の薬価の100倍、1000倍以上

同好会だより

奇術部昭和53年の回顧

池田　聖

奇術部も発足以来丸4年を迎え、細々ながら何とか頑張って居ります。年末に際し、今年1年間の歩みを御報告申し上げます。

本年1月の例会は、新年会を兼ねて、河辺駅北口の割烹「いろは」で行いました。出席者は、香西、速水、川崎、宮川、奥出の諸先生に、特別会員の中村倫二郎先生と私。それにゲストとして、南京玉すだれの元祖で、多摩奇術愛好の会副会長の新井房五郎氏をお呼びして、南京玉すだれを演じていただき、用具製作の秘伝の伝授もあり、お年玉として、カード1組及びカードスライダーも出て、酒肴も充分、楽しい会でした。

2月はミステリー・ドア・ベネトレーション及びミラクルグラスの解説練習、中村先生のご指導で、シガレット奇術の一般技法の講習を行った。

3月の例会は、STD手品道場の講師で、新宿は京王百貨店の奇術用具売場のデイラー西尾勝義師の「宴席奇術の演出の仕方」の特別講習会を行い、10名の会員が参加した。

4月の例会は、雨と各地区で改選集会があった上、私もお産があって出席出来ず、極めて低調でした。

5月は浪曲奇術で著明な、トリックスの布目貫一師をおよびして、特別講習会及び、新製品の割引頒布をしていただいた。出席者7名。

6月は「奇術入門」の著者、近藤幸三氏による小パーティ向きの奇術の解説があった。

7月の例会は、第50回目にあたる例会で、全国の奇術クラブの指導者86才の小寺幸作氏による、最近人気のある奇術についての特別講習会を開催した。

8月は夏休みで休会。

9月は3月の例会で好評だった京王百貨店ディラー西尾勝義師による、サロン向き奇術演出のコツと題しての講習があり、出席者は10名。（写真①②参照）

10月は山梨県石和温泉に会場をかえて、新年会で演じられた新井房五郎氏を招き、南京玉すだれの講習会を行った。一泊しての特訓で、翌朝の復習で全員完全に修得出来た。（写真③参照）

11月は行事が多く休会。

12月は12日に1年間の総複習及び西多摩医師会新年会出演の打合せを行う予定です。

昭和53年を顧みますと、年間10回の例会のうち、講師を招いての特別講習会は7回にも及び、各講師独得のユニークなレクチュアーで、大きな収獲がありました。昭和54年は、財政上特別講習会は年5回位にとどめ、その代り、7月に第60回例会が開かれますので、60回を記念して何か

漸新な企画をしてみたいと思っています。

尚、以前にもこの会報を通じてお知らせしてありますが、1年間に1度も出席されない会員の方は、自動的に退会されたものとして、以后例会の御案内を差上げませんので、出来るだけご出席下さるようお願い致します。　以上。

第81回　西多摩医師会ゴルフ大会

昭和53年10月22日(日)　立川国際カントリークラブで、15名が参加しておこなわれた。草花インと、奥多摩アウトの18ホールのストロークプレーで、中村先生がネット72で優勝した。幹事の手落でハンデの間違いがあり、御迷惑をおかけしたことを、おわび申し上げます。

氏　名	草　花	奥多摩	グロス	ハンデ	ネット	ランク	新ハンデ	
中　村	44	44	86	14	72	優勝	11	
鈴　木	45	48	93	17	76	2	15	
江　本	41	45	86	10	76	3	9	BG
内　山	43	44	87	11	76	4		
今　川	49	49	98	22	76	5		
宇　田	46	45	91	14	77	6		
吉　野	46	43	89	10	79	7		
林	50	47	97	17	80	8		
葉　山	56	47	103	22	81	9		
金　子	55	63	118	36	82	10		
高　水	49	51	100	17	83	11		
川　崎	52	55	107	24	83	12		
杉　本	49	58	107	24	83	13		
大　嶽	53	53	106	22	84	14		BB
渡　辺	52	57	109	22	87	15		

今大会は特にⓟ大日本製薬がスポンサーになり多大の賞品及びパーティー費を持って頂きました。厚く御礼申し上げます。12月の忘年コンペは、12月10日立川国際奥多摩コースで行います。スポンサーはシオノギの予定です。

（記　江本）

第8回　西医ゴルフ研修会　兼第5回　狛江医師会対抗戦

と　き　　53. 11. 19.(日)
ところ　　高麗川CC

記

前夜来の雨も上がり、風もなくポカポカとあたたかく、正に絶好のゴルフ日和だった。

欠席者、遅刻者等も皆無で、このことは幹事にとって大変ありがたい事だった。

成績は別表の如く、1位から15位まで1打差づつという接戦で、大嶽先生がバーブレーで優勝、江本先生が準優勝と併せてベスグロも獲得（連続3ヵ月ベスグロを獲得）相変らず安定した強みを発揮した。3位には狛江の藤川先生が入ったが、聞くところによると狛江医師会のホープだそうである。次回の対抗戦の時には優勝の本命として登場して来るものと思われる。狛江医師会は実力者の近藤(高)先生や岩瀬先生の不振がひびいて、又もや団体優勝のカップを持ち帰ることができなかった。次回は是非とも勝利の美酒を味わっていただきたいものである。　（記　川崎）

別　表

氏　名	アウト	イ　ン	グロス	HCP	ネット	ランク	その他	新HP	摘　要
大　嶽	48	51	99	27	72	優		22	新H／Pは次回の対抗戦用のもの
江　本	43	45	88	15	73	準優	BG	14	
藤　川	49	45	94	20	74	3		19	
川　崎	53	49	102	27	75	4		25	
内　山	43	48	91	15	76	5		14	
川　島	54	55	109	33	76	6		33	
杉　本	46	51	97	20	77	7		20	
波田野	52	52	104	27	77	8		27	
近藤(正)	54	56	110	32	78	9		32	
高　水	50	51	101	22	79	10		19	
吉　田	57	55	112	33	79	11		33	
岩　瀬	48	46	94	14	80	12		14	
鈴　木	54	51	105	24	81	13		22	
堤	57	50	107	26	81	14		24	
保　坂	50	49	99	18	81	15		18	
近藤(尚)	45	52	97	13	84	16		13	
青　井	65	64	129	33	96	BB		33	
野　沢	84	76	160	36	124	18		40	

囲碁部だより

2年ぶり2回目は勝越し

プロ棋士河合哲之五段の指導を受けている、22チームが参加して、恒例の河合会が11月19日(日)日本棋院会館（市ケ谷）6階の「洗心の間」で行なわれた。成績下表の通り。

	1回戦	2回戦	3回戦
主　将 大　蔵	白番 3目半負	白番 中押勝	黒番 中押負
副　将 甲　斐	黒番 14目半勝	黒番 中押負	白番 13目半負
三　将 桂　木	白番 24目半勝	白番 中押勝	黒番 中押勝

ご覧の通り、桂木先生の獅子奮迅の勢いがお見事。個人賞も受賞。

おかげで、一昨年初出場の時は2勝7敗だったが、今回は5勝4敗の勝ち越しに転じた。

負け碁を分析してみるに、1. 手柏子で七八級でも分るヘボ手を打った。2. 必敗の碁を大逆転で必勝の形勢にしたもののヨセで大甘に甘く打ち、作ってみたら負けていた。3. 中盤のねじり合いで、基本的な考え方にミスを犯して打った（自分の石さえ生きていれば良かった……。）等が挙げられる。

ケアレス・ミスも実力のうち、次回こそ頑張り度い。　　（記　会代理　大蔵）

あとがき

11月24日厚生省の終息宣言が出されて、池の端文化センターのコレラ騒ぎも一段落した。毎月1回開かれている保健所医師会連絡会で聞いた所によると、西多摩地区でも当時池の端文化センター製の折詰めを食べた御仁が10人前後もいたそうである。都衛生局より氏名の通達が行なわれた頃には、該当者は既に自発的に保健所に申し出、検査を受けていたそうで、さすが田舎だなあーと根津・青梅保健所長が感心しておられた。幸にして菌検索の結果はオール陰性で、会員各位の手を労らわすまでに到らなかった。コレラの臨床症状はアジア型は言うに及ばずエルトール型においても、赤痢や食中毒のように熱が出たり腹痛を訴えたり吐いたりするようなことはなく、初発症状は先ず下痢を以って始まるというのが本病の特徴のようである。潜伏期は5日とされ、感染の機会があった日より5日を過ぎた検便が陰性であれば疑いは晴れる。それにコレラ菌はアルカリ性培地にしか増殖せず、酸に弱いらしく胃切除例に感染すると重症例が多いそうである。その昔コレラの流行時予防のため梅干しが使われたと聞くが、ムベナルカナである。

コレラ騒動の寸時前、羽村町立東小学校に於て、東京都で本年度最初の学級閉鎖が行なわれた。さてはインフルエンザのはしりかと色めき立ったは、福生保健所、早速発熱児童の枕元に及んでウガイをさせたり、血液を採ったりして検索に及んだが、インフルエンザは勿論、パラインフルもアデノも総て陰性の空振りに終った。患者を見た我々はその臨床像より溶連菌感染ならんと、定点観測サベランスにコメントを送ったりして、名を挙げんと張り切ったが、培養の結果はこちらも空振り。11月30日熊本でAH_1なるウイルスがウガイ液から確認された由、頃はよしと言うわけで、今年春公衆衛生部が行なったインフルエンザの調査結果を時報として掲載することにした。嬉しいことにお願いしてあった予定原稿が全部集まり、1978年度のオーラスを飾るに相応しい豪華版が出来上った。編集者の喜び此れに過ぐるものはないが、暮の忙しい時こんな部厚いものを作ってなどと言わないで、忘年会帰りの酔眼モーローの折でも結構ですので、是非、是非御一読下さい。

座って仕事をしようとすると腰が痛いと言い寝るのも儘ならぬと申すのに、ゴルフは平気と言う難病奇病があり、我が編集委員長が悩んでおられる。ドナタカ霊験あらたかな加持祈禱の師を御存知の方はおられませんか。もれ聞くところ、会員や御家族の方で入院されたり御加療中の方もいられる由、一日も早い御平癒をお祈り致しますと共に、会員各位におかれましても何卒御自愛の上、さわやかな新春をお迎え下さいますようお祈り致しつつ、今年度の筆を置くことに致します。

（記　松原）

表紙写真説明

石　臼

久しく忘れていた年末の農家の粉挽風景を思い出した。年越そばのそば粉や正月用の小麦粉を挽く老夫婦の黙々とした姿がそこにある様だ。

青梅市新町にある名主「吉野家」の軒先に置かれた石臼と舟（粉を集める箱で一方に取り出し口がついている）

近藤　友好

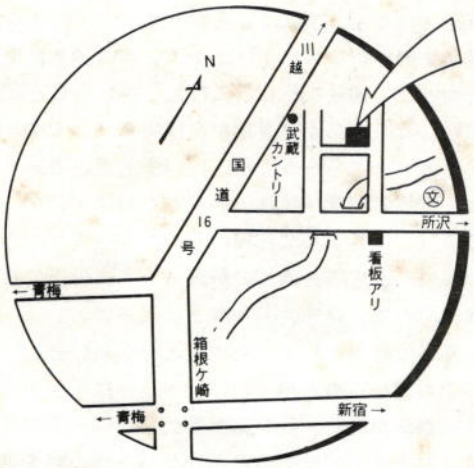
昭和53年12月　1日発行
発行所　西多摩医師会
東京都青梅市西分3－103
TEL（0428）23－2171㈹
会報編集委員　川崎健一郎
松原　貞一　桂木　真　足立　卓三
米山　秀雄　堀田　洋夫　道又　正達
土田　守一　堤　次雄　植田　稔

印刷所　マスダ印刷　TEL（0428）22－3047

期待と信頼にこたえて10年!!

検査のことなら**武蔵臨床へ** 電話一本緊急検査に応じます

学校，会社の集検にも御利用下さい



埼玉県登録衛生検査所第12号

武蔵臨床検査所

所長 杉田富徳

TEL 0429 (64) 2621(代)

くらしの知恵と情報を

ホームバンクの埼玉銀行

埼玉銀行

青梅支店（TEL.0428－22－1101）　福生支店（TEL.0425－51－1021）

東青梅支店（TEL.0428－22－2121）　村山支店（TEL.0425－61－1211）

奥多摩支店（TEL.04288－3－2515）　五日市支店（TEL.0425－95－1311）