

西多摩医師会報

創刊 昭和47年7月

第405号 平成18年9月



『師走のウィーンの街』 稲垣 壮太郎

目

次

	頁		頁
1) 脳卒中医療連携リストの情報公開に 関するアンケート集計報告 小机敏昭 … 2		8) 伝言板	広報部 … 26
2) 第二回会館建設準備委員会開催 広報部 … 6		9) 地区だより	
3) 連載企画		羽村市医師会納涼会	山田 学 … 27
川崎健一郎・岡本 忠・森 智之 … 7		10) 各部だより	
4) 専門医に学ぶ 西成田 進 … 11		PET/CT が役に立つとき	学術部 … 28
5) 特別企画 災害救助特集		11) 理事会報告	広報部 … 30
広報部・下村 智・井波宏壽 … 12		12) 会員通知・医師会の動き	事務局 … 31
6) 感染症だより 西多摩保健所 … 23		13) 表紙のことば	稲垣壮太郎 … 32
7) 各部だより		14) あとがき	近藤之暢 … 32
学術部インフォメーション 学術部 … 24		15) お知らせ	事務局 … 33

「脳卒中医療連携リストの情報公開に関する アンケート集計結果報告」



西多摩地域脳卒中医療連携検討会

座長 小 机 敏 昭

西多摩医師会では平成17年度に引き続き、今年度も東京都からの委託事業として「脳卒中医療連携システム構築に関する事業」を実施しています。この事業では検討会を設置しています。メンバーは、青梅市立総合病院から原院長と高橋眞冬先生（専門医として）、公立福生病院から小山脳外科部長、公立阿伎留医療センターから西成田副院長、多摩リハビリテーション病院 石田信彦先生、大久野病院 進藤 晃先生、介護老人保健施設さくらから櫻井秀樹先生、西多摩歯科医師会 麻沼副会長、西多摩薬剤師会 針生会長、市町村代表として青梅市 白鳥健康福祉部長とあきる野市 私市福祉部長、西多摩保健所から早川所長、西多摩医師会代表として野本理事、そして座長を副会長 小机が引き受けています。その他オブザーバーとして西多摩保健所から4名の担当者が参加しています。

平成17年度に「連携リスト作成のためのアンケート調査」を行ない、調査対象医療施設198施設のうち150施設から回答が得られ、75.8%の回答率でした。このアンケートの概略は、西多摩医師会報本年6月号に掲載した通りであります。今回のアンケートは、平成17年度4回行なわれた検討会の中で色々問題点が提起された案件について設問を作成したものであります。今年度アンケートは平成18年6月に実施、調査対象は、平成17年度のアンケート調査に回答していただけの医療機関のうち、今回の調査内容に該

当する146医療機関といたしました。回答率は、117/146、80.1%でありました。記述式の設問にも積極的にご回答いただき、感謝いたしております。今回は、この中から「連携リストの情報公開」に関する項目につき、ご報告させていただきます。

① 医療連携リストの情報公開について（表1）

「可」と回答した医療機関は、急性期病院5件中4件、80%、残る1件の回答は「その他」で、「内容が正しい病気の理解につながり、不安をあおるものでなければ良い」というものでした。不可というのではなく、公開範囲については「特に制限の必要はないと思います」という回答になっています。慢性期病院14件中12件、85.7%、「その他」と回答した1件は、「医師のマンパワーが不足しており、十分期待に応えられないため一部可」ということでした。老人保健施設の場合、5施設にアンケート用紙を発送しましたが回答を頂けたのが2施設、と意識が低いことが目立ちました。回答した2件のうち「可」としたのは1件、50%、残る1件は「未記入」でした。急性期・慢性期病院、老健施設の場合、「不可」と回答した施設は1件もみられません。有床診療所10件中、「可」としたもの6件、60%、「不可」としたもの2件、20%、「未記入」2件、20%でした。「不可」「未記入」としたものは、産婦人科2件、眼科1件で、いずれも「専門外のため」という理由

【表1】 医療連携リストの情報公開について

()内 回答数		可	不可	その他	未記入
1.	急性期病院(5)	4 (80%)	0	1	0
2.	慢性期病院(14)	12 (85.7%)	0	1	1
3.	老健施設(2)	1 (50%)	0	0	1
5.	有床診療所(10)	6 (60%)	2 (20%)	0	2
無床診療所	6. 訪問診療可(29)	26 (89.7%)	2 (6.9%)	1	
	7. 外来対応可(32)	24 (75%)	5 (15.6%)	0	3
	8. 対応不可(25)	16 (64%)	4 (16%)	0	5
計 (117)		89 (76.1%)	13 (11.1%)	3 (2.6%)	12 (10.2%)

で、直接脳卒中患者をみることはない、という意味と理解できます。訪問診療可の無床診療所 29 件中、「可」は 26 件、89.7%、「不可」は 2 件、6.9%、「その他」1 件で、約 9 割が情報公開可としている。「不可」とした中の 1 件は「十分な対応に不安があるため今の所不可とさせていただきます」ということでした。外来対応可の無床診療所 32 件中、「可」は 24 件、75%、「不可」は 5 件、15.6%、未記入 3 件でした。「不可」と回答した 5 件は、内科 2 件、外科 1 件、精神科 2 件、「未記入」の 3 件は、内科・小児科・耳鼻咽喉科各 1 件ずつでした。対応不可の無床診療所 25 件中、「可」は 16 件、64%、「不可」は 4 件、16%、「未記入」5 件、20%でした。「不可」と回答した 4 件のうちわけは、内科 3 件、皮膚科 1 件で、そのうち 1 件は公開範囲については一般地域住民以外「可」としていました。「未記入」の中にも 1 件（内科）、同様の回答がみられました。残りの「未記入」4 件は、内科 1 件、眼科 2 件、皮膚科 1 件でありました。3 分野の無床診療所の「不可」「その他」「未記入」を合わせてみると内科 10 件、内科以外 10 件で、半数は直接脳卒中患者を診療することが少ない科の回答でありました。

以上の結果を合計すると、連携リストの公開を「可」とするもの 89 件、76.1%、「不可」とするもの 13 件、11.1%、「その他」3 件、2.6%、「未記入」12 件、10.2%、ということになる。「不可」「その他」「未記入」とした医療機関の中でその理由を記述していただいたものを記述しましたが、それを加味して考察すると、約 80%の医療機関が「可」としていると思われ、医療連携の必要性、情報公開の理解はかなりできているようであります。

② 連携リスト情報公開の範囲（表2）

医療連携リスト情報公開の範囲に対する有効回答数は、急性期病院 5 件、慢性期病院・老健施設 16 件、診療所 96 件でありました。このうち全部未記入のものが慢性期病院・老健施設で 3/16、18%、診療所 14/96、14%みられました。また全部に可・不可の選択がなされず、一部のみ選択がなされている場合もみられました。結果の詳細は表2の通りです。合計でみますと、西多摩医師会会員「可」89 件、76%、「不可」9 件、7%、西多摩薬剤師会会員「可」76 件、65%、「不可」14 件、12%、西多摩歯科医師会会員「可」78 件、67%、「不可」12 件、10%、訪問看護ステーション「可」75 件、64%、「不可」

【表2】 連携リスト情報公開の範囲

	可				不可			
	急性期 (5)	慢性期 老健(16)	診療所 (96)	計 (117)	急性期 (5)	慢性期 老健(16)	診療所 (96)	計 (117)
西多摩医師会員	5 (100%)	12 (75%)	72 (75%)	89 (76%)	0	1	8	9 (7%)
西多摩薬剤師会員	4 (80%)	12 (75%)	60 (62%)	76 (65%)	1	1	12	14 (12%)
西多摩歯科医師会員	5 (100%)	12 (75%)	61 (63%)	78 (67%)	0	1	11	12 (10%)
訪問看護ステーション	4 (80%)	12 (75%)	59 (61%)	75 (64%)	1	1	11	13 (11%)
特別養護老人ホーム	4 (80%)	12 (75%)	59 (61%)	75 (64%)	1	1	11	13 (11%)
ケアマネージャー	4 (80%)	12 (75%)	59 (61%)	75 (64%)	1	1	11	13 (11%)
西多摩保健所	4 (80%)	11 (68%)	61 (63%)	76 (65%)	1	1	11	13 (11%)
消防署救急隊	4 (80%)	10 (62%)	56 (58%)	70 (60%)	1	2	16	19 (16%)
西多摩8市町村	4 (80%)	12 (75%)	55 (57%)	71 (61%)	1	1	15	17 (14%)
一般地域住民	4 (80%)	12 (75%)	48 (50%)	64 (55%)	1	1	22	24 (20%)
未記入	0	3 (18%)	14 (14%)	17 (14%)				

13件、11%、特別養護老人ホーム「可」75件、64%、「不可」13件、11%、ケアマネージャー「可」75件、64%、「不可」13件、11%、西多摩保健所「可」76件、65%、「不可」13件、11%、消防署救急隊「可」70件、60%、「不可」19件、16%、西多摩8市町村「可」71件、61%、「不可」17件、14%、一般地域住民「可」64件、55%、「不可」24件、20%でありました。「未記入」が17件、14%ありますが、「よく解らない」というニュアンスが強いようです。「可」は病院で多く、「不可」は診療所で多くなっています。消防署救急隊・西多摩8市町村・一般地域住民への情報公開は消極的な傾向が見られています。

③ 連携リスト情報公開「可」とした医療機関の公開範囲に関する調査結果（表3）

連携リスト情報公開することを前提に、「可」とした医療機関の調査結果をまとめますと、対象医療機関数は89件になります。このうち、全ての公開範囲に「未記入」であったものが慢性期病院1件、診療所1件、「一部未記入」であったものが慢性期病院1

件、診療所12件みられました。結果の詳細は表3の通りです。合計で見ますと、西多摩医師会員「可」86件、97%、「不可」1件、1%、西多摩薬剤師会員「可」75件、84%、「不可」4件、4%、西多摩歯科医師会員「可」76件、85%、「不可」3件、3%、訪問看護ステーション「可」73件、82%、「不可」4件、4%、特別養護老人ホーム「可」73件、82%、「不可」4件、4%、ケアマネージャー「可」73件、82%、「不可」4件、4%、西多摩保健所「可」74件、83%、「不可」4件、4%、消防署救急隊「可」69件、77%、「不可」8件、9%、西多摩8市町村「可」69件、77%、「不可」8件、9%、一般地域住民「可」63件、71%、「不可」14件、16%でありました。西多摩医師会員に関しましては、「未記入」が2件ありましたので、100%「可」ということも言えると思います。「一部未記入」の医療機関は、回答者が医師でない専門職・事務等のケースが多く、「不可ではないが何とも言えない」とか、「医師に確認していない」という理由もみられました。

以上のことより、西多摩医師会員間での連携リスト公開は、「可」とした医療機関を公

【表3】 連携リスト情報公開『可』とした医療機関の公開範囲に関する調査結果

	可				不可			
	急性期 (4)	慢性期 老健(13)	診療所 (72)	計 (89)	急性期 (4)	慢性期 老健(13)	診療所 (72)	計 (89)
西多摩医師会員	4 (100%)	12 (92%)	70 (97%)	86 (97%)			1 (1%)	1 (1%)
西多摩薬剤師会員	3 (75%)	12 (92%)	60 (83%)	75 (84%)	1		3 (4%)	4 (4%)
西多摩歯科医師会員	4 (100%)	12 (92%)	60 (83%)	76 (85%)			3 (4%)	3 (3%)
訪問看護ステーション	3 (75%)	12 (92%)	58 (80%)	73 (82%)	1		3 (4%)	4 (4%)
特別養護老人ホーム	3 (75%)	12 (92%)	58 (80%)	73 (82%)	1		3 (4%)	4 (4%)
ケアマネージャー	3 (75%)	12 (92%)	58 (80%)	73 (82%)	1		3 (4%)	4 (4%)
西多摩保健所	3 (75%)	11 (85%)	60 (83%)	74 (83%)	1		3 (4%)	4 (4%)
消防署救急隊	3 (75%)	10 (77%)	56 (78%)	69 (77%)	1	1	6 (8%)	8 (9%)
西多摩8市町村	3 (75%)	12 (92%)	54 (75%)	69 (77%)	1		7 (10%)	8 (9%)
一般地域住民	3 (75%)	12 (92%)	48 (67%)	63 (71%)	1		13 (18%)	14 (16%)

※ 未記入 : 慢性期病院 1、診療所 1 / 合計 2 施設

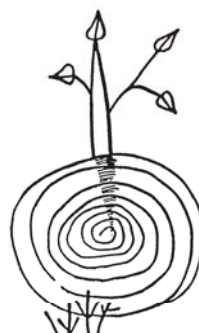
一部未記入 : 慢性期病院 1、診療所 12 / 合計 13 施設

開する分には問題ないようです。それ以上の公開範囲につきましては薬剤師会・歯科医師会・ステーション・老人ホーム・ケアマネ・保健所の場合 80%以上、救急隊・市町村では 77%、一般地域住民では 71%になっているため、どこまで許容していくか、今後十分検討が必要と考えます。

〈まとめ〉

医療連携リストの公開について、検討会の各委員は、医師会員の間だけでやっても意味があるのだろうか、せっかく情報公開するのだから、もっと活用する方向で考えて行きたい、という意見でまとまっています。平成 12 年 4 月に介護保険制度が導入され、それ以後、医療関係者、福祉関係者の間で、医療と福祉の連携が重要であることは理解されていると思われます。また、介護保険サービスの利用者拡大で、一般市民も医療と福祉のつながりを感じてきていると思われます。このような社会情勢の中、医療関係者は、社会生活を含めた形で患者の療養生活を考えてゆかねばなりません。連携リストは急性期医療－

リハビリテーション医療－慢性期医療－在宅医療の流れをつかむのに、最適な情報シートになっています。これに介護関係のデーターが合わされば、さらに適切な連携リストになると思います。今後、介護関係者へのアンケート調査ができれば、と考えています。西多摩医師会の先生方にはこの事を良く理解していただき、連携リストの公開の方向でご協力いただければ、と願っております。10 月頃には説明会、公開討論会を予定しておりますので、是非たくさんの先生方にご出席いただき、ご意見をうかがえれば、と思っております。今後とも何卒宜しくお願いいたします。



第二回会館建設準備委員会

8月21日(月) 西多摩医師会館において

議題1. 新会館建設例について

2. 医師会館建設場所を現在地にするか、移転先をみつけて建設するかについて
3. そのほか

1. 新会館建設例について

一例として現在の土地に新会館を建設した場合の概要を示す。

RC 2 階建 施行床面積 430 m² (130 坪) 工事金概算 約 1 億円
(坪 90 万)

1 階 53 坪 小会議室 和室 事務室

2 階 60 坪 講堂兼ホール (100 名収容可能) 倉庫

地下駐車場の建設費は 1 階部分の 1.5 倍程度

隣接道路 6m 以下での地下建設は 100 m²まで

2 段型駐車場設置の場合、1 スペース 150 万

1 階を駐車場にする場合、やや強度に不安あり

以上の一例案は新たな借入れを必要としない。借入れが可能ならば手持ち資金を加えて新しい土地を購入することも可能である。借地権の地代を返済金に組み入れることになる。全く不可能ではないが、新たな負担をかけないという原則からは離れる。現在地と同様の広さの土地は小作、羽村あたりでは 1.5 倍から 2 倍の価格となる。移転をするということになれば建物の規模にもよるが、まず資金面でのさらなる配慮が必要となる。

2. 西多摩地区は広大な面積を有しているため、青梅の現在地についても各会員にとって交通の利便性の良し悪しがあるのは当然である。まず移転か否かを決めるのが先決ということになるが、現在地での交通の利便性、地の利、シンボリック的存在として適切な場所かなどについては様々な意見がでた。医師会館は地元医師会のシンボリック的存在であるだけでなく、対外的にも来館しやすいつまりある程度公共性をもった地の利が必要であり、会員にとっても機能的であり、交通の利便性もよい点が資金的な制約はあるが重要である。一方、出席委員全員の共通した認識は新会館がどのような場所に、どのような建築設計になっても将来の新入会員を含めた医師会員の医師会活動をより一層活性化するためではなくては新会館の設立の意義はないという点であった。風潮としていずれの地区医師会でも構成会員の医師会活動に参加することへの認識と意欲の低迷が残念ながら顕在化する傾向にあるのが昨今の状況である。本日の準備委員会のまとめとして様々な要望のあるなか、やはり資金の予算規模に限界のある以上、予算範囲内で建設案を具体化するには、比較検討する上でも、移動するにせよ、現在位置で新築するにせよもう少し具体的な物件の内容の提示が必要であることが求められ次回以降の協議事項となった。

3. 新会館建築時に必要な仮事務所をできるだけ公的機関より借り受けられるように各地区長に情報を集めてもらうよう委員長から要請があった。

(文責：広報部 鹿兒島武志)

編集委員会からのお知らせ

先月号より始めました連載企画第二弾です。今月は川崎健一郎先生（福生）、岡本 忠先生（青梅）、森 智之先生（あきる野）の3編の作品をいただきました。

3作品をご覧になった先生方もきっと同感だと思いますが、医者稼業はどちらの先生方も事情は同じではないかと思います。つまり毎日の外来診療、手術、そしてひょっとしたら一番重要かもしれない「雑用の山」の数々。お忙しい中の力作です。これからも編集委員会では先生方の楽しいエッセイをお待ちしております。

テーマは次のとおりです。

- | | | | |
|-------------|-----------------|--------------|---------------|
| 1. 私の趣味 | 2. 私の旅行だより | 3. 私のスポーツ観戦記 | 4. 私の一押しグルメ |
| 5. 私の失敗談 | 6. 私の言いたい放題 | 7. 私の感動した出来事 | 8. 私の健康管理や不養生 |
| 9. 私の得ダネ情報 | 10. 私のメディカルトリビア | 11. 私の学生時代 | |
| 12. 私のペット自慢 | 13. 自分史 | | |

編集委員会一同

連載企画



慕 情

大聖病院 川 崎 健一郎

念のために調べたところ、「慕情」とは、広辞苑では“したわしく思う心”と解説されていた。となると洋之と小百合の仲もその言葉がピッタリだと思った。もう20年余りも前の話である。当時の洋之は40代の前半位の歳で、勿論奇麗な奥さんも居たし子供さんもふたり居た。彼は上背もかなりあったし筋肉質で引き締まった体付きで、顔の彫りも深めでなかなかの好男子だった。一方小百合はというと、特に人目をひく程の美人ではなかったが、チョット小肥りで目許が清々しく親しみを感じさせるような女だった。彼女も既婚者だったが、旦那との間がうまく行かず、しばらく別居ということで福島県から上京して、洋之がメンバーであるゴルフ場の食堂のホステスをしていたのだった。そしてたびたび顔を合わせているうちに、洋之と小百合との間には、以心伝心というか、魚心あれば水心というか、お互いに相手を憎からず思うようになり、^{ほの}仄かな慕情とでもいうような気持を抱くようになったらしい。私はそのことを勘付いていたが、当人たちにも、また他の誰にも言わず、私の胸のうちに秘めたままにしていた。その後私は体調を崩してゴルフから

遠ざかっていたが、洋之は元気そのもので相変わらず休日にはゴルフ三昧^{さんまい}といった生活をしていました。

ところで20年も経つと洋之と小百合のことなどは、私の記憶から殆ど消えていたのだが、つい先日、どうした風の吹き廻しか、洋之が突然小百合のことを喋り出したのである。以下「」内は洋之の話である。

「僕は君も知っていると思うが小百合が好きだった。だから何回か食事に誘って、一緒に夕食を食べたり、お喋りをしたりして楽しい一時を過ごしたのだった。ただ一緒に居るというだけで楽しいんだよネ。ただし余計な誤解を避ける意味で、必ず彼女の親友をひとりかふたり同席するようにしていたヨ。そんなことが2年ほど続いたが、彼女は旦那との^よ縋りが戻って福島へ帰ってしまった。ところが最近になって小百合の親友だったウエイトレスから聞いた話では、彼女は数年前に脳出血で倒れて故人となってしまったとのことだった」

洋之の話の概要は以上のとおりだったが、その話を聞いた私は、すぐに中河与一の名作「天の夕顔」を思い出した。むかし若かりし頃、この小説を読んで大変感激したことを今でも

良く覚えている。特にその最終節部分が好きで、その箇所は暗誦できるくらい何回も繰り返し読んだのだった。天の夕顔の主人公の男性は独身で、激しい恋に心を燃やしたが、洋之は既婚者で、しかもね厭かな慕情を抱いていた点では双方に大きな違いがあるが、女性が先に故人となってしまうことと、双方ともに大変純潔・清純であった点では同じだったので、私は天の夕顔を思い浮べたのかも知れない。

ここで、その大好きな最終節部分を掲げてこの稿の掉尾を飾ることにする。

『好きだったのか、嫌いだったのか、今は

聞くすべもないけれど、若々しい手に、あの人がかつて摘んだ夕顔の花を、青く暗い夜空に向って華やかな花火として打ち上げたいのです。

わたくしは一夜、狂気したわたくしの喜びのために、花火師と一緒に野原の中に立ったのです。やがて、それは耳を聳する炸裂の音と一緒に、夢のようにはかなく、一瞬の花を開いて、空の中に消えてゆきました。

しかしそれが消えた時、わたくしは天にいるあの人が、それを摘みとったのだと考えて今はそれをさえ自分の喜びとするのです』

おわり

オートバイと私

高木病院 青梅市 岡本 忠

私とオートバイとの付き合いはかれこれ40年以上になりました。小学生の頃、夏休みになると必ず訪れていた田舎の親戚の家のまわりで、叔父の愛車、スーパーカブを見様見真似で乗り回していたのがその始まりだと記憶しています。もちろん(!?) 無免許でしたが……。

しかしその為、高校3年生の時、友達の持つ原付バイクを無免許で運転していたところあえなく御用。重々反省して(?)、大学に入るとすぐ大型バイクの免許を正規に取得、バイクも、自転車屋さんの片隅でほこりかぶっていた350ccの中古車を5万円で入手。さあこれで誰にも咎を受けることはないと大手を振って乗り回しておりました。しかしその頃住んでいたのは札幌。非情な事に、11月ともなると雪のため乗ることあたわず。3月までお天道様を恨む生活。

それならば、1年中いつでも乗れるにはと思案(と言う程のこともないか)し、大学卒業後は、1年中絶対雪の降らないと思える沖縄へ。バイクも550ccにグレードアップ。さあこれから1年中存分にといいきや、今度は研修病院が忙しすぎ、またまた欲求不満。人生なかなか思うようにならない、とこの頃悟り始めた次第です。

4年間の沖縄生活のあと、故郷栃木県に戻り、少しずつ時間も取れるようになり、オートバイも750ccの新車に鞍替え。休日になどは運転技術を磨くため、日光のいろは坂のヘアピンカーブでコーナリングの練習。コーナーのライン取りが思いどおりに決まる爽快感は何とも言えません。まだサーキット族などの出現する前のことでありました。また、かみさんに呆れられ始めたのもこの頃かと思われます。

時は過ぎて、平成の世になり、縁あってここ高木病院に勤務することになりました。その頃には子供も4人、国分寺に家を借りましたが、駐車場も狭く、オートバイは前任地で手放してしまいました。まことに残念。山の神の目も厳しく、新しくオートバイを買う機



会もなくおとなしい中年生活を送っております。

ところが天は見捨てず。愚息がオートバイに興味を持ち、私名義で400ccのバイクを購入しました。私の心の奥底に心地よい風が吹き出し、くすぶり続けていた熾き火もメラメラと燃え上がり、またまた乗り始めることに相成った次第です。

ここ数年の最大の楽しみは、年1回1週間の休みを取ってのオートバイ旅行です。人生、齢をとってくると味のある旅をしたいもの。愛読していた司馬遼太郎の〔街道を行く〕を参考に1週間の計画を立てることから旅は始まります。1日行程150～200km。昼の休憩には温泉入浴を必ず入れて、旅の間、毎日、運転の疲れをリフレッシュ。宿泊はユースホテル。始めのうちは旅館にも泊まっていますが、格好が薄汚いことで（雨に降られたりするとおさら）なんとなくきちんとした旅館には泊まりにくい。また旅館やホテルでは色々な人と話す機会が少ないように感じます。それに比べ、ユースでは、服装などには頓着なし、相部屋がほとんどで、色々な人と巡り合える楽しみがあります。また昔とは違い、お酒も自由に飲め、就寝時間も厳しくなく、ミーティングなどと称する集まりもあります。自由気ままに過ごせるのがなにより。

たいていの人が一人旅、夕食時などには食堂にて皆でひとしきりおしゃべり、また部屋に戻れば同室者と世間話。日頃職場では、職業上での会話ばかりになってしまいがちですが、ユースでは、職業なんて関係なし。自分のほうから明かす人はいても、いちいち相手の職業など尋ねる人もいません。向うも私を医者とは思っていないので、医療の話などが出る。と耳の痛い話も多く、色々と参考になります。

また宿泊人も若い方ばかりというわけではなく、年配の方も多いようです。60歳を機に自転車で全国を廻っている途中の人。私など東京－松本間を自転車で往復旅行しただけでもフウフウする始末でしたのに。その真っ黒く日焼けしたお姿に脱帽。70歳を過ぎてテントを担ぎながら全国行脚をしている人も。そのような方たちと酒を酌み交わしながら話していると、「まだあんたは若い!」なんて言われてしまい、世間をより長く生きてきた先輩方の話はほんとうに人生勉強になります。

そんなこんなで、私の旅の定番は、オートバイ、ユース、温泉と相成った次第。これからはオートバイにまたがり、より様々な人生の勉強をしていこうと思っています。

最後に、このような旅を許してくれている心の広い我が家族に感謝いたします。これからは家族旅行も少しずつ増やしますから……。

「おすすめの飯処」

森眼科 あきる野市 森 智之

私はいろいろな所に食べに行く事が大好きなので、今までの体験をもとにお勧めの店をいくつか紹介したいと思います。都心のほうにはあまり行かないので、だいたい多摩地区ということで。

学生時代を含め20年ぐらい三鷹市に住んでいたため、吉祥寺、三鷹の雑誌なんかに掲載されたいの店には行きましたが、ここはという店は本当に少ないと思います。

まず初めに和食系から。吉祥寺に「花泉」という店があります。第一ホテルの裏側です

が、ちょっと値が張りますがかなりいけています。銀座の一流割烹料理の店で板長をされていた方が自分の店を出したとのこと。おかみさんと二人で小さな店ですが、丁寧な仕事をされています。その先、五日市街道沿いに中華の「まつひろ」という店があります。この麻婆豆腐を食べたら他では食べられなくなります。チャーハンも絶品!。ちょっと脱線しました。すし屋は吉祥寺の「まつ勘」か武蔵境の「しんや」。あ、もちろん福生の「吉田」も忘れてはいけませんね。福生といえば、

中華でドラゴンゲート(龍門飯店)が最高の坦々麺を作ってくれましたが無くなってしまいました。どなたかどこかで行っているという情報をお持ちではないでしょうか? ご存知でしたらぜひ教えてください。あとステーキハウス「さんちゃん」。ただし私が行く時はいつもお昼だったのでステーキは食べたことがないのです。じゃあ、何を食べるのか? オニオンリングフライとピラフです。これで十分満足できます。(ステーキはちょっと高いらしいです)。うどんの「麦太」という店が福生駅近くにあります。そこの「にら玉うどん」(冬季限定)は最高です。おいなりさんもはずせませんね。天かす入れ放題はうれしいかぎり。でも最近いろんな事情で味が変わったとも聞きますがどうなのでしょう?。蕎麦は日の出町の「そうしあん」(←漢字が出ませんでした)で決まり。行かれる時は予約を忘れずに。中華No1は府中にある「菜根香」(つあいこんしあん)。あの四川飯店で料理長をされていたシェフが最高の中華を作ってくれます。しかも値段はすごくリーズナブル。エビチリや麻婆豆腐はさすが! とうなっちゃうくらいいうまい。ぜひコースで。ここも要予約です。ちなみにデザートは杏仁豆腐も甘くなく超美味!。

ラーメンは秋川駅近くの「池谷精肉店」。精肉店という名前ですがラーメン屋さんです。池谷先生の病院のすぐ裏ですが、関係はないようです。しかも「いけやせいにくてん」とのことです。ここのつけ麺はなんだかはまっちゃいます。ラーメンで思い出しましたが東八道路のラーメン屋「無坊」のしょうゆラーメンはうまい! と思います。ぜひ免許更新の際には立ち寄ってみてください。府中試験場より徒歩3分です。洋食(イタリア系)は残念ながら立川近辺まで行かれたほうがいいかもしれません。立川駅南側の「トレモンテ」、国立の「トラットリア アルペロベッロ」はコストパフォーマンスもよく、なかなかのものだと思います。特に「アルペロベッロ」は以前「アルポルト」(よくTVにも出ていますよね)にてメインシェフまでされていた方がやっておられるお店です。今後国立では

大注目の店だと思います。特に感動したのは「とってもなめらか人参のムースとコンソメジェル(うに添え)」おいしくて涙が出そうです。それとキターラ(パスタ)をボロネーゼ(ミートソース)でぜひ試してみてください。びっくりしますから。あ、ついでに国立といえばカレー屋さんですすごい店があります。「香鈴亭」(かれいてい)です。ちょっと怖そうなスキンヘッドのマスターがやっていますが、実はものすごくやさしい方です。ここのチキンカレーは私の人生最高のチキンカレーといっても過言では無いくらいいうまい!。その他、立川で外せないのは天ぶらの「岡本」、ジンギスカンの「ジーコ」でしょうか。さらに番外編として2店ほど。まずはピザ。これはちょっと遠いですが大月インターより車で5分ぐらいの所にある「ピッツェリアB」。もうとにかく天然酵母のピザ生地モチモチ感と焦げたところのバランスが最高!。こんなピザ食べた事ないって感じのピザが出てきます。野菜もこだわったルッコラや新鮮野菜を使用しているそうです。椅子や家具、店の作りにもこだわりを感じさせてくれる店です。ちなみに店の2Fの椅子はほとんどが「ザ・チェアー」という有名な椅子を使用しています。八王子インターより30分ぐらいで着きますので、ドライブや愛車の高速走行チェックにはもってこいの場所です。最後に日本一の腸詰めの店、渋谷の「麗郷」(れいきょう)。茅台酒(まおたいしゅ)と腸詰めの組み合わせは、台湾料理では最強のタッグではないでしょうか。あ、シジミと耳(食べ物です)もお忘れなく。そうそう、デザートはあきる野市の二宮にある和菓子屋の「菊屋」のイチゴ大福(季節限定)。これははずせませんね。

とまあ、私の独断と偏見で気に入った店を羅列させていただきました。もしよろしかったらどうぞ行かれてみてください。後悔はしないと思います。あえて電話番号は載せませんでした。多少は自分で探すことも楽しみの一つだと思いましたので。もしお口にあいませんでしたらお許しを。

専門医に学ぶ 第21回

問題

【症 例】 60歳の男性、農業

【主 訴】 発熱

【現病歴】 平成X年12月18日ころから全身倦怠感を伴う発熱（最高39度）が出現。近医で抗生剤を投与されたが解熱しないため、24日当院を受診した。診察時、体幹部を中心に不定形の発疹を認めたが、皮膚科では確定診断にいたらなかった。内科からセフェム系抗生剤を投与されたが解熱せず。全身状態の悪化もあり28日入院となった。

【入院時身体所見】 体温39度、血圧106/52mmHg、脈拍90／分、SpO₂ 92-94%、頸部リンパ節は触知せず、呼吸音正常、心音正常、腹部は平坦難で肝脾は触知せず、四肢に浮腫なし、神経学的以上所見なし。右上腕に直径8 mm大の周囲に発赤を伴い、中心部に黒色痂皮を伴う発疹を認めた（写真）。

【入院時検査所見】 WBC8400（好中球81.5%、リンパ球14%、単球2.5%、異型リンパ球2.0%、好酸球0%）、Hb 11.4g/dl、血小板6.1万、尿蛋白（±）、血清総蛋白6.5 g/dl、血清アルブミン値2.6g/dl、総ビリルビン0.5mg/dl、GOT 105IU/l、GPT 85IU/l、LDH 855IU/l、BUN 48.8mg/dl、クレアチニン1.7mg/dl、CRP 20.7mg/dl。胸部レントゲン写真上、明らかな肺炎像をみとめなかった。



【問題1】 考えられる診断は何か。

【問題2】 診断確定のために必要な検査は何か。

【問題3】 治療薬剤は何か。



解答と解説

公立阿伎留医療センター内科 西成田 進

抗生剤無効の持続する発熱、肝機能異常、CRP 高値、白血球増加なく好酸球消失、特徴的な皮膚の刺し口、などからツツガムシ病を疑い、ツツガムシに対する抗体検査をおこなった。Gilliam IgG 320倍、Kato IgG 320倍、Kato IgM 2560倍、Karp IgG 320倍、Karp IgM 5120倍と高値でありツツガムシ病と診断した。ミノサイクリン 200mgを点滴静注したところ2日後には解熱し、血液データの改善も明らかで入院9日後に退院となった。

ツツガムシ病は日本海側の河川敷に夏季に発生する風土病として知られていたが、発生地域を異にして秋冬に非河川敷に発生するツツガムシ病があることが報告され、従来の『古典型ツツガムシ病』に対し『新型ツツガムシ病』と呼ばれるようになった。前者の媒介ツツガムシはアカツツガムシであり、後者の媒介ツツガムシはフトゲツツガムシまたはタテツツガムシである。本例は感染機会が畑作業中と考えられ、感染時期、感染経緯、感染地域などから新型ツツガムシと考えた。新型は古典型に比べその臨床像は軽症であるとされているが本例では比較的重症（肝腎障害、血小板減少など）の病像を呈し、この点で新型としては非定型的と考えていた。しかしその後、保存していた血清中のDNAからツツガムシの塩基配列を決定したところ、そこに存在する変異部位がどちらかといえば新型よりは古典型に近い変異塩基配列を持つことが確認され、従来の疫学による新型、古典型の分類が必ずしも診断に決定的なものではないことを本例は例示した。本例ではまた従来ツツガムシ病としてはほとんど報告されたことのない腎障害も見られており、診断が確定されなければ重篤な他臓器障害を呈し生命的なリスクも発生したものと考えられた。

災害救助特集によせて

今月の災害特集ではさる7月18日に羽村市で行なわれた国立災害医療センター（立川市）院長 辺見弘先生の地震と最新の災害救助の実際についての講演にそって若干の考察を加えてみました。また阪神大震災発生後、現地で災害医療に従事した草花クリニック（あきる野市）下村智先生の貴重な体験談と災害時の整形外科疾患を高木病院整形外科（青梅市）の井波宏壽先生に解説していただきました。

日本の災害医療体制

－災害医療活動と首都圏大災害－

はじめに

8月の盆休みには旧江戸川でクレーン船の送電線接触による停電騒ぎで電車は止まり、エレベーターは停止、停電騒動で結局、140万世帯（阪神大震災では260万世帯が停電）が影響を受けました。我々の生活は火力、水力、原子力などのエネルギー源により支えられており、すべての産業基盤を支える源もすべてこれらのエネルギーに頼っています。

今回の騒動は不注意な操船による人為的災害でしたが、地震災害は、歯車が一つ狂えば数分のうちに現代生活の生活基盤のすべてのバランス即ちライフライン（生活に必要な上下水道、ガス、電気、情報通信）に大きな影響を及ぼしてきます。今回は大規模な地震災害とそれに対する行政面、医療面からの対応を特集としてとらえてみました。

■地震の歴史と3大地震の比較

地震王国とも呼ばれるわが国は、記録では684年天武天皇在位時に南海東海地震マグニチュード（以下M）8.25があったとされる。（類書により記載が多少異なる）また元禄16年（1703）の元禄地震に7.9～8.2、死者は6700名、潰家と流家28000軒とあり安政2年（1854）の安政地震（安政東海・南海地震）にM8以上とあり死者30000名、破壊/焼失家屋62500軒。

明治以降も数件あげられているが、最大の規模はやはり関東大震災そして阪神淡路大震災と繋がり、最近では記憶にも新しい2004年の中越地震が挙げられる。今後の地震対策で阪神大震災の反省をふまえて、参考になる

と思われる3つの地震の被害の比較をあげた。（図1参照）

【図1】3大地震の被害比較

関東大震災 1923. 9. 1	阪神・淡路大震災 1995. 1. 17	中越地震 2004. 10.23
M7.9 震度6	M7.3 震度7	M6.8 震度7
死者 99331 行方不明 43476 負傷者 103733	死者 6436 負傷者 43772	死者 65 負傷者 5097
家屋破壊 254499 家屋焼失 447128	損害家屋 513000 全壊 105000 公共建物 865 その他 3984	損壊家屋 107000 全壊 2800
特徴：プレート境界で起こる海溝型地震 元禄地震(1703) M8 震度6 安政地震(1854) M7-8.4 震度6 と同じタイプ	特徴：プレート内で起こる内陸型地震（直下型地震）	特徴：プレート内で起こる内陸型地震（直下型地震）

マグニチュードとは地震そのものの大きさで0.2上がると地震の強さは2倍の強さになるという。10上がると32倍の強度ということになり、関東大震災は阪神淡路地震の約8倍。阪神淡路は中越地震のやはり4～8倍の強さであったということになる。また震度とは各地点の揺れの大きさを示す単位で0～7まで10段階に分かれる。地震の震度表現法は昭和23年以降の設定のため震度7は1回目は阪神、2回目は中越地震であった。（図2参照）

さて、これらの地震による被害の比較は、時代背景、救助法の法的整備、建築物の構造、人口の密集度などにより異なり、単純に震度やマグニチュードの強さだけでは比較は難しい。災害による被害増加の背景には時代経

【図2】

震度階級		震度階級	状況	震度5弱
震度0		0	人は揺れを感じない。	
震度1		1	屋内にいる人の一部が、わずかな揺れを感じる。	
震度2		2	屋内にいる人の多くが、揺れを感じ、眠っている人の一部が目覚ます。	
震度3		3	屋内にいる人のほとんどが、揺れを感じる。恐怖感を感じる人もいる。	
震度4		4	かなりの恐怖感。一部の人は身の安全を図ろうとする。眠っている人のほとんどが、目を覚ます。置物が倒れることも。	
震度5弱		5弱	多くの人が身の安全を図ろうとする。一部の人は、行動に支障を感じる。棚にある食器類や本棚の本が落ちることがある。家具が移動することもある。	
震度5強		5強	非常な恐怖を感じる。多くの人が、行動に支障を感じる。棚にある食器類、書棚の本の多くが落ちる。室形によりドアが開かなくなることがある。ブロック塀も崩れる。	
震度6弱		6弱	立っていることが困難になる。固定していない重い家具の多くが転倒する。間かなくなるドアも多い。壁のタイルや窓ガラスが破損、落下。耐震性の低い木造住宅は倒壊。	
震度6強		6強	立っていることができず、這わないと動けない。固定していない家具のほとんどが移動・転倒し、戸が外れて飛ぶこともある。コンクリート建造物も破壊される。	
震度7		7	揺れにはろうされ、自分の意志で行動できない。ほとんどの家具が大きく移動し、飛ぶものもある。補強されているブロック塀も破壊する。大きな地割れなども発生。	

山と溪谷社「自然災害ハンドブック」より引用

過に伴い図3に示されるようにエネルギー利用増加と引き起こされる二次的な環境の変化すなわち人口増加、可燃物の増加、環境破壊の影響などがあげられよう。(図3参照)

【図3】

災害被害増加の背景

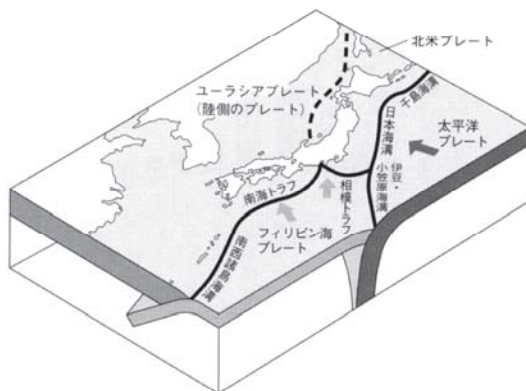
- ・人口増加と都市集中による過密化
- ・交通機関の発達
- ・化学工業の発達
- ・核物質の利用
- ・環境破壊による自然災害の増加
- ・冷戦後の地域紛争

講演スライドより引用

■地震の成因とタイプ

有史以来、日本列島にかように地震が多いのにもかかわらず、距離的にも近い朝鮮半島ではこのように回数が少ないのは何故であろうか。理由は安定した古い土地である朝鮮半島には断層がないが、日本には4つの巨大なプレート上に列島が乗り重なっているという状況の違いによる。地球の半径は6400kmにわたるが、外側を地殻。その下にマントル層、中心は核という構造をとっている。マントルは年間数cmの速度でゆっくりした対流を持ち水平方向に動くが、このマントルの上部と地殻を合わせた深さ70～200kmまでの層はプレートと呼ばれている。(図4参照)

【図4】 日本周辺のプレート境界図



(注) 図中の矢印は、陸側のプレートに対する各プレートの相対運動を表す。日本海東縁(図中の点線部)に沿ってプレートの境界があるという説が出されている。

徳間書店「東京直下大震災」より引用

地震はプレート間の境界付近で起こり、地球上の全ての計12のプレートの4つが列島の周辺に存在し、先にあげた有名な地震は、それぞれが異なるタイプに分けられプレートの動きによって起こっているのは興味深い。まず①相模トラフを震源とする海溝型地震で北米プレートの下側にフィリピン海プレートが潜り込んで起こされたタイプ。M8クラスの関東大震災と元禄地震が挙げられる。別のタイプは②内陸型地震とも呼ばれ、関東平野が乗る北米プレートの内側で起こる直下型地震がこのタイプで阪神淡路大震災と中越地震が該当する。最後は同じく海溝型で発生の③

予想度の高い東海地震が挙げられる。こちらは南海・東南海地震の兄弟地震で、ユーラシアプレートとフィリピン海プレートの境界で起きるとされている。この地震は M8 クラスで、東京は震度5程度になると予想される。このタイプは長期型周期震動による超高層ビルや石油タンクおよび橋などの巨大施設に対して重大な被害を与えることが懸念されている。

■行政と災害救助

講演では地震災害に対応した医療体制を行政面と医療面から捉えた。災害に対する基本的な考え方は次のように捉えている。

災害は、起きた時点の状況がさまざまで、前もって被害を予知することは不可能であるが、一旦災害が起きると原因を問わず経時的に被災者の医療設備、医療内容、さらに精神衛生面や公衆衛生面でのフォローなどのさまざまな問題点が惹起される。災害医療の目指す医療とは、どの傷病者に (who)、何時 (when)、どのように (how)、どのような程度で (what) 最善の医療を提供できるかという点にあるが、自然災害、テロ、大量殺傷兵器やその他の複合災害などで、汚染された環境での犠牲者の多くは災害弱者である。(図5参照)

【図5】

災害医療の基本的考え方

災害にルールはなく、次ぎに、どこで災害が起きるか誰も予知できない。

災害の原因が何であれ同様に医療や公衆衛生上の問題点を伴う

災害は自然・人為災害が包括される。

テロ、大量殺傷兵器や複合災害に限らず汚染環境犠牲者の多くは災害弱者である。

災害医療の鍵は多くの傷病者にとって最善の医療提供である。

講演スライドより引用

このような視点からみた場合、阪神大震災から得た教訓は測り知れない。冬の早暁に起きた発生確率の予測値が0.02%~8%であった直下型地震により病院の機能が低下した原

因は断水、電話の不通話、ガス供給停止および停電などのライフラインの機能低下であった。公共施設、住宅でも同様に災害の規模をさらに大きくした。当事の村山内閣は行政の法制上の守備の遅れもあって実際に救助が国政レベルで稼働したのは地震発生後長時間を経てからであった。この間に救出の手遅れとなり多くの人命が失われたことは想像に難くない。震災の教訓から対策はその後数回にわたり修正され、細目にわたるまで作成されてきて今日に至っている。行政面と医療面から照覧すると、総論的には国レベルの防災対策の変化は災害対策基本法により、防災情報の流れ、管轄指揮系統の流れ、などが以下に示すように一新された。

1. 緊急の災害発生時の関係者の参集の方法と場所が決定され首相の権限が増強された。災害対策本部を通じて行政の長に対する権限の強化がなされた。
2. 自衛隊の災害時派遣が法制化された。
3. 情報連絡体制の強化 (例 DIS: disaster information system) が制度化された。
4. 自然災害以外の海上、航空、鉄道、道路、原子力、危険物により引き起こされた災害への対応も防災計画基本法に盛り込まれるようになった。

政府の初動対処のあり方は図6に示されるように複雑に見えるが一例を示す。

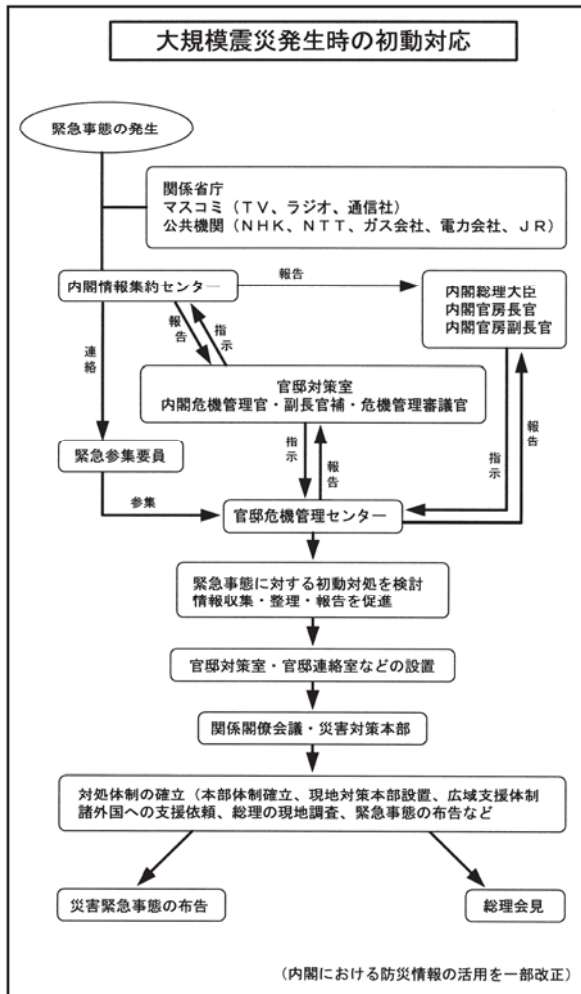
とりわけ重要な点は1、内閣情報集約センターの役割と2、首相 (官邸) の権限の機能強化とその指示に連なる初動対処体制を決定する手順である。(辺見院長はスライドの図をもって簡潔に講演されたが、文書に示すと説明が冗長になるのはやむをえず別図を掲げた。) (図6参照)

中越地震では、地震発生後30分で記者会見がもたれ立川災害医療センターに属する医療班は90分後に派遣要請を受けたという。情報の収集が最優先されるなか DIS システムの果たした役割は大きい。

■災害救助訓練

医療面からみた災害応急対策も大きな進歩をとげた。中越地震の際には3時間で情報先

【図 6】



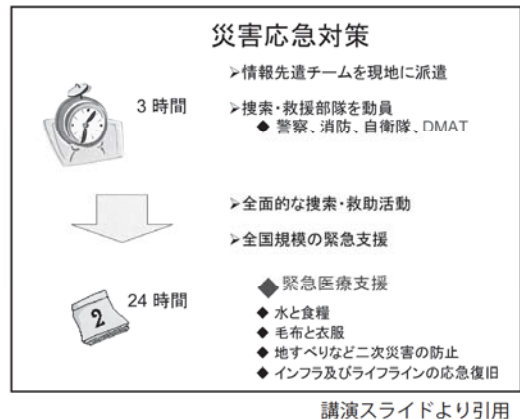
遣チームが派遣され同時に捜索・救援部隊の動員、警察、消防、自衛隊、そして DMAT（disaster medical assistance team）が現地に派遣された。そして24時間後には緊急医療支援が行なわれた。

水と食糧、毛布と衣服また地すべりなど二次災害の防止とインフラおよびライフラインの応急復旧がなされた。1週から3週間の間には復旧・復興への移行の段階として捉えられている。避難者の生活の質的向上、インフラとライフラインの完全復旧がなされた。

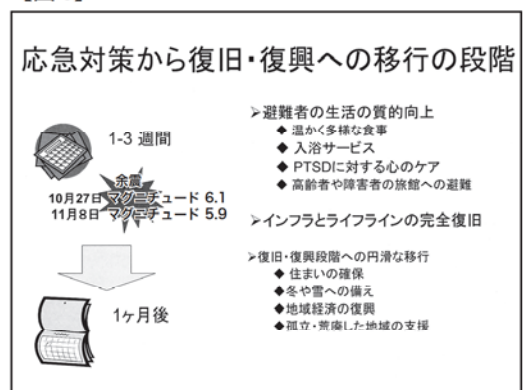
（図7、8参照）

防災基本計画の流れは医療面からは予想される1、東海地震と2、首都直下型地震3、東南海・南海地震に対応すべく広域医療搬送システムが検討、整備中である。広域医療搬

【図 7】



【図 8】

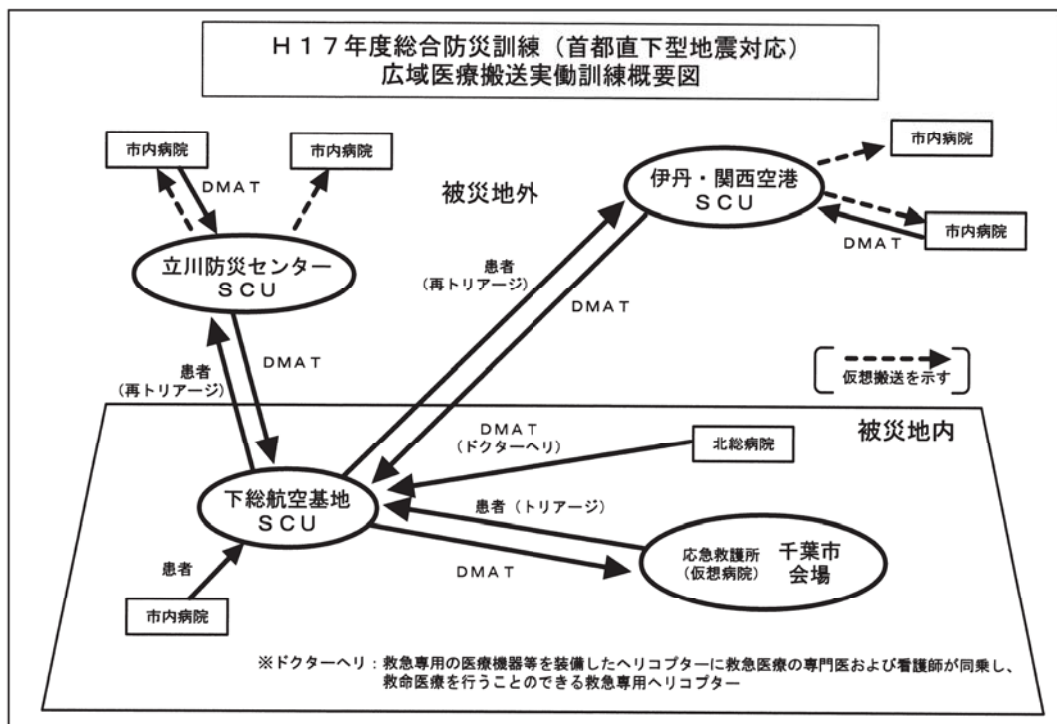


送とは被災によるまたは災害弱者などの重篤な患者を被災地より被災地外の地域の病院へ搬送するシステムだが、患者の救急医療や搬送患者の振り分けなどに DMAT（災害派遣医療チーム）の存在が加わった事が注目される。平成17年防災の日（9月1日）に行なわれた訓練ではおおそ以下の内容で行なわれた。

⑦千葉県に首都直下型地震がおき被害甚大との想定で DIS（地域防災情報システム）を参考に政府は千葉県の要請を待ちつつ広域医療搬送の準備にかかり DMAT の参集と自衛隊機の確保を行なう。

⑧千葉県の要請を受けオペレーションを開始、自衛隊機により千葉県へ搬送された DMAT は応急救護所（千葉市）から広域医療搬送対象患者をトリアージし、SCU（広域搬送拠点医療管理所）経由で被災地外拠点（大阪、立川）へ広域搬送する。（図9参照）

【図9】



訓練の項目は

1. DMAT の参集、応急救護所（今回は千葉市会場）への派遣
2. 航空機格納庫を利用した被災地内拠点（今回は下総航空基地）での SCU の設置、運営
3. 応急救護所での搬送対象患者のトリアージ（選定）
4. 患者の SCU 収容と再トリアージ
5. SCU から航空機による被災地外の拠点病院（今回は立川、伊丹、関西）へ患者搬送
6. 航空機内での患者の管理

用語説明：

DMAT (disaster medical assistance team)
災害派遣医療チーム：災害急性期に活動できる機動性をもったトレーニングを受けた各地に存在する医療チーム

DIS (disaster information systems) 地震防災情報システム：震度情報、地形、人口から被害規模を推計し、政府の初動体制を早期にたちあげることを目的とするシステムで、

地震被害早期評価システム (EES) および各種応急対策を支援する応急対策支援システム (EMS) から構成される。

SCU (staging care unit) 広域搬送拠点医療管理所：広域搬送拠点に設置する搬送患者待機のための臨時医療施設。かつここで症状安定化のための処置・広域搬送のトリアージ等が行なわれる。

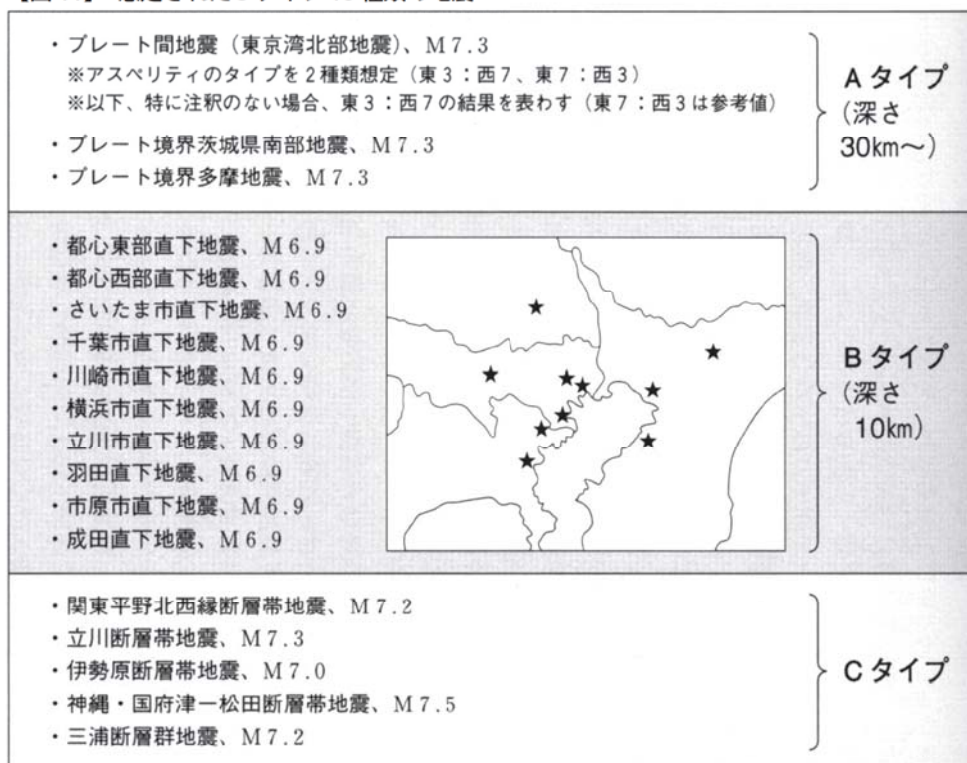
トリアージ (triage)：災害発生時などに多数の傷病者が同時に発生した場合、傷病者

【図10】 東京湾北部地震予想
仮定：冬の夕方6時に発生

	死者
建物崩壊	約 31000人
急傾斜地倒壊	約 900人
火災 風速 3m/sec	約 2400人
風速 15m/sec	約 6200人
屋外落下物・ブロック塀倒壊など	約 800人
交通被害	約 200人
死者合計 風速 3m/sec	約 7300人
風速 15m/sec	約 11000人
経済被害額 風速 3m/sec	94兆円
風速 15m/sec	112兆円

帰宅困難者 650万人（東京都390万人、多摩地区37万人）
避難所生活者 400～460万人（15～20万人の疾病10%要入院）

【図 11】 想定された 3 タイプ 18 種類の地震



※アスペリティとは「大地震時に大きく滑る領域」のこと、東 3：西 7 とは、東に 3 の比重、西に 7 の比重がかかる、という意味。

徳間書店「東京直下大震災」より引用

の緊急度や重傷度に応じて適切な処置や搬送を行なうために傷病者の治療優先順位を決定すること。

応急救護所（千葉市内）において一度トリアージを行なった上で、SCU（下総航空基地）に搬送。SCU においては再トリアージを行ない、重篤患者を航空機で被災地外拠点（立川、伊丹、関空）に搬送するという手順で訓練がなされた。注意すべき医療上のポイントは救出後のクラッシュシンドローム発生と搬送時の緊張性気胸の有無である。

■東京湾北部地震と多摩直下型地震について

東京湾北部地震における被害予想は前記の図 10 に示される。冬の夕方 6 時という季節、時間の設定と災害発生時の風速がポイントになる。火力を頻繁に多数の家庭が使用するという状況と強風下の火事による二次災害（死者数と経済的損失）が被害をさらに大きくする。（図 10 参照）

首都直下型地震対策専門調査会によると直下型地震を 3 つのグループタイプ、計 18 個の地震を想定している。①第 1 タイプは M7.3 クラスのプレート間地震で（深さ 30km）、東京湾北部、茨城県南部、多摩地震が挙げられる。ついで②第 2 のタイプは M6.9 のエネルギーでいえば前記のタイプの 4 分の 1 程度のプレート内部地震で（深さ 10km）10 地区の周辺中核都市と都心東部（日本橋、大手町）、都心西部（新宿）に起きた場合が挙げられ、さらに③ M7 程度の活断層におきる地震などを合わせると 18 通りとなる。（図 11 参照）

発生時刻と季節を 4 つの状況に分類すると冬の朝 5 時（阪神大震災）秋の朝 8 時（関東大震災）夏の昼 12 時。冬の夕方 6 時となる。結局、全く予測できない地震が 72 通り存在することになる。

我々の活躍する西多摩地区における地震被害の想定も加えてみた。図 12 に示されるように M6.9 の強度とそのエネルギーでは 4 倍

(18)

の威力をもつ M7.3 の地震がおきた場合の被害の比較が示されている。地震発生時には警察による交通規制がなされ警視庁警備部災害対策課のパンフレットでは西多摩地区では青梅、新青梅街道、五日市街道、吉野、滝山、新奥多摩の各街道、国道16号と圏央道、そして小作北通りも交通規制が行なわれる。西多摩地区における広域救出救助活動拠点は東京都立川地域防災センターであり、大規模災害の場合にはここが、自衛隊、広域緊急援助隊（警察）、緊急消防援助隊（消防）その他の救急部隊のベースキャンプとなる。（図12参照）

東京都の災害拠点病院として61箇所が指定され当地区では青梅市立総合病院、公立阿伎留医療センターが該当する。

【図12】

多摩直下型地震被害想定(平成18年5月冬18時)			
	M6.9	M7.3	
建物被害	2.1万棟全壊	5.2万棟全壊火災	10.7万棟
人的被害			
死亡	1500人	3400人	
負傷	51000人	86000人	
	16.2万棟半壊	30.3万棟半壊	
交通			
橋脚 橋梁	0カ所	12カ所	
細街路の閉塞	0カ所	閉塞率15%以上が25%	
鉄道	0カ所	21カ所	
電気	5区10%以上	5区1市で20%以上	
通信	僅か	西多摩の一部を除く全域	
上水道	断水なし檜原村 奥多摩町	檜原村だけ	
下水道	殆どすべて		

講演スライドより引用

■まとめ

地震の歴史的背景と誘発されるしくみ、行政の機構、防災基本計画のあらまし、想定地震の被害の概要について述べてみました。実際には現代科学をもってしても自然災害に対してはどうすることもできない人智の限界があることを知ることになりますが、同時に事前の防災意識の高揚と物資の備えが被害を軽減化させることは事実です。災害時における行政の対応と医療の実際を解説した今回の講演より一部抜粋し、地震の歴史的背景、起因理由を少々追加して地震災害の理解の一助としました。冗長になり過ぎた箇所もある点をお詫びし、また類書により統計内容が異なってくることをお断り致します。

広報部（文責：鹿児島武志）

参考文献

山と溪谷社：「自然災害ハンドブック」

徳間書店：「東京直下大震災」

「内閣における防災情報の活用」

H14.10より引用

「H17年度総合防災訓練

広域医療搬送実働訓練」より引用



私の経験した災害時の医療の実情

草花クリニック あきる野市 下村 智

■はじめに

私は防衛医大の第2期生で、約20年弱、自衛隊の医療業務を遂行してまいりました。今回、災害医療に従事した経験などを通して、今までの経過を振り返りながら災害医療の実情をご紹介します。医療従事者として災害時に問題になる点は医療機関が通常の医療業務を日々こなしつつも同時に被災者

の治療にもあたらなければならず、その分、過剰な負担がかかり患者に対して十分な治療ができにくいことです。そのことを踏まえますと阪神大震災に自らが経験した災害医療の実際を述べるのが一番よいと思いますが、さらに奥尻島の災害医療経験とも比較してみたいと思います。

■ビッグレスキュー

1991年には北海道の部隊が緊急医療支援訓練（ビッグレスキュー）で孤島におきた災害に対しての自衛隊の医療チームをヘリコプターで派遣して、トリアージ（症状の重症度による治療区分をすること）、応急治療、患者の空輸を含めた患者搬送を行うというもので、事前に周到な準備がなされた後に実施されました。1993年に発生した北海道南西沖地震では訓練の成果が大いに発揮され、ヘリコプター輸送チームが初動から緊急患者の搬送、物資の輸送などに活躍し、一方、医療チームも早期に出動し、救護所診療、巡回診療、遺体の検案を行いました。このような自衛隊による災害救助活動を円滑に行うためには、災害時の自衛隊派遣を考慮するうえで、都道府県知事の要請の有無が最も大切です。その点反省すべきは、阪神大震災の発生時にも多数の方々が指摘されたように日本の行政区分が縦割り構造になっていて、そのマイナス面が表面化したのも事実です。

■自衛隊の派遣

以前は自衛隊の自主派遣はできなかったのですが、1995年防衛庁防災業務計画にて

- 1) 災害時に災害時関係機関に情報を提供するために情報収集を行う。
- 2) 知事などが派遣要請を行うことが困難と思われた時には市町村長からの通知により救援措置をとることができる。
- 3) 災害時に自衛隊が実施すべき救援活動の有効性が明らかな場合には、救援活動中に自主的に人命救助活動を行ってできる。
- 4) そのほか特に緊急を要する場合には、都道府県知事の出動要請を待つまで、時間のないと認められる時にも自主派遣は可能との基準を決めています。いずれも救援活動を継続するには事後の都道府県知事の派遣要請は必要となっています。

■災害出動の実例

阪神大震災が発生した1995年1月17日午前5時46分から同10時の派遣要請までの間、伊丹の駐屯地近くの駅前に普通の隊員が出動して人命救助と遺体収容を行いました。派遣要請後は衛生担当者が治療に当たったの

ですが、今回の震災が人口密集地帯でおきた都市型災害であり、信じられないような交通渋滞のために陸路での救出活動はかなり困難をきたしたことは医療活動を行う上で大きな問題となりました。

被災早期に警察などによる救急医療従事者の車両通行を優先する通路確保も非常に大切なことですが、一人でも多くの被災患者を救助する目的からはさらに有効な手段はヘリコプターを使用する空路搬送であると思います。そのためのヘリポートの確保および被災者の所在、人数と応需内容の情報収集が重要です。したがって非常時の適切な交通規制と災害被災状況の情報把握には平時の地域住民と国、都道府県単位レベルの行政指導による被災訓練が必要であると思います。

また阪神大震災の場合、災害規模が想像を越えていたことも事実で、先程の道路交通事情の劣悪化もあり、私たち医療チームが現場に到着したのは災害直後ではなく、地震発生後3日を経っていました。現場ではそれまでに日赤医療チーム、ボランティアの方々が現地入りをしていましたが、各組織の活動状況はばらばらで各避難所を中心に情報が集まってくるというスタイルをとっており、人材の適所配置と物資の有効活用は不備でありました。このような状況で私たちの保持している能力を初動活動に有効に活用することはできませんでした。

災害発生直後の医療チームの現場への早期到着の重要性は救急医療に携わる方々であれば自ら理解できる事実ですが、当事の情勢では被災地の行政機関と自衛隊の間にはほとんどといって良いほど相互の関係性が確立されておらず、災害時の情報の共有が困難な状況でした。時間の経過とともに被害状況が明らかになり、私たちは被災地中心付近の医療機関はパニック状態になっているのではとの想定のもとに準備していたのですが、行政からの出動要請は2日目の深夜からであり、実働態勢に入ったのは3日目（1月19日）の朝方からになりました。

神戸市の灘区から大阪市立総合病院および神戸市の甲南病院から県立柏原病院、市立西

脇病院、小野市立病院、姫路新日鉄病院、石川島播磨病院などの病院への搬送は卒業した大学の医局の医師の連携によりなされていました。今回1月17日から1月22日までの6日間では外傷、熱傷、骨折、クラッシュ症候群などの救急医療を必要とする患者が多く、それ以降は感冒や小さな外傷（化膿創など）、便秘、慢性疾患（特に高血圧などの生活習慣病の服薬の中断）が主体となりました。（図1、表1、表2参照）また被災後2週目頃からは慢性疾患に加えて不眠、精神病疾患患者が増加してきました。精神科領域疾患では被災による色々な「心」の問題が提起され、早期のカウンセリングケアが予後に相関することは報告されているとおりです。

一方、地域の医療機関に残された重症患者の空路搬送は被災後10日位から必要でした。巡回診療が必要とされる期間は被災後3週間位までで、その後の医療の中心は救護所とその周囲の巡回となりました。（図2、図3参照）また公衆衛生上特に大切と思われたのは排泄物の処理で、このような防疫的な処置は被災直後から実施すべきであります。低所得者や看護・介護を必要とする患者などに対する福祉面での医療活動は被災後1月経た頃より必要になってきました。その頃になると何時の時点で支援

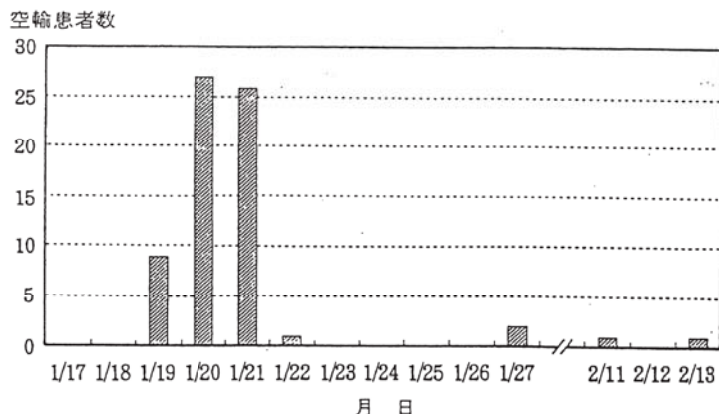


図1 自衛隊ヘリコプターによる緊急空輸患者数

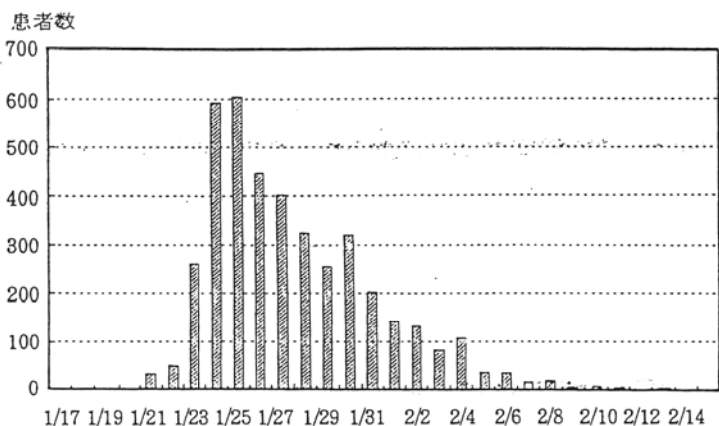


図2 巡回診療の患者数

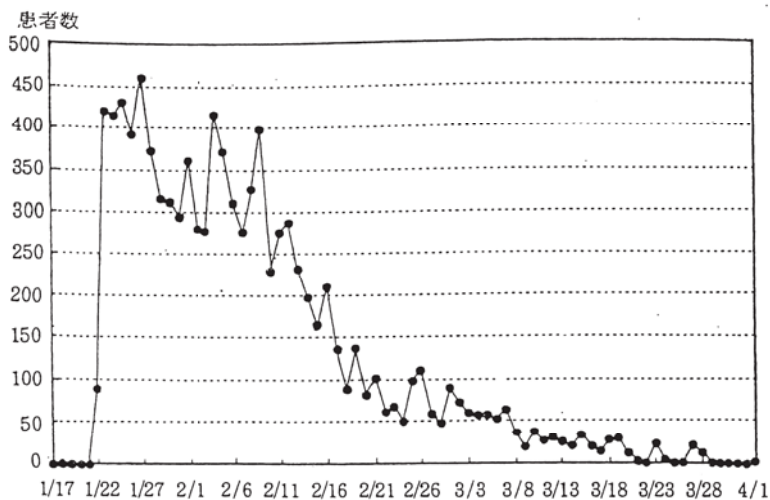


図3 救護所診療における患者数

活動を休止するかという点が話題になってきました。

図1に緊急患者のヘリコプターによる輸送患者数の推移、表1、2には空輸した患者の内訳、図2には巡回医療を行った患者数の推

移、図3には救護所診療の患者数の推移を示しました。

■まとめ

通常の医学教育を受けてきた医師では災害時に被災者の多量発生に即応して適切な医療

を提供することは困難であると思います。

このような非常時の災害救助医療を円滑に行うための平時の国、地域の行政機関や医療機関および地区医師会の相互協力体制が構築されることを願って稿を閉じたいと思います。

表1 緊急患者空輸支援

	搬出先	受入先	患者数 (名)
1次	金沢H	大阪市立総合医療センター	8
2次	甲南H	①県立柏原H ②市立西脇H ③市立小野H	11
3次	甲南H	姫路新日鉄 広畑製鉄H	15
4次	甲南H	石川島播磨H	15

表2 空輸患者の内訳

主病名	患者数 (名)
挫滅症候群 腹部内臓損傷	4
頭蓋骨折脳挫傷	1
脊髄損傷	5
骨盤骨折	3
その他 胸腹部・四肢損傷	36



大規模災害時の整形外科的疾患

高木病院 青梅市 井波宏壽

現在、我々が暮らしている東京において震度6以上の大規模地震が起きる確率は、10年以内に30%とも言われています。災害発生に際しては、負傷者が同時多発的に生じることが多く、その適切な処置や搬送のために、傷病の緊急度や重症度に関して負傷者の治療優先順位（負傷者選別）を決定することが非常に重要となってきます。この負傷者選別のことをトリアージと呼んでいます。

トリアージの原則は以下の通りです。

①生命は四肢に優先し、四肢は機能に優先し、機能は美容に優先する。②救出不能な被災者は潔くあきらめる。③治療の不要な軽症患者は除外する。④全国共通のトリアージタグの使用。

トリアージタグにて黒（死亡）、赤（緊急治療群）、黄（準緊急治療群）、緑（非緊急治療群）に分類されたなかで緊急治療群に属する整形外科的疾患をご紹介します。

1. 開放骨折

開放骨折は骨折部と外界が直接交通しているため感染の危険が高く、特別の配慮が必要です。開放骨折は軟部組織損傷の程度によって初期治療が異なるので一般的に Gustilo の分類により治療方針を決定します。

《Gustilo の開放骨折の分類》

Type I：開放創が1cm以下で清浄な開放骨折。横骨折、斜骨折など単純な型の骨折が多い。

Type II：開放創が1cm以上ではあるが、広範な軟部組織損傷や弁状創をともしない開放骨折。横骨折、斜骨折、粉碎はあっても軽度な単純な型の骨折が多い。

Type III-A：開放創の大きさに関係なく、強度の外力による広範な軟部組織の剥離や弁状創をともしながら、軟部組織で骨折部を被覆可能な開放骨折。

Type III-B：骨膜の剥離をともしながら広範な軟

部組織損傷と、著しい汚染をとまなう開放骨折。

Type III-C：開放創の大きさにかかわらず、修復を要する動脈損傷をとまなう開放骨折。

開放骨折の初期治療の手順は以下の通りです。

①開放創の周囲、創内の清浄化

②挫滅組織の切除

③骨折の処置：原則的には内固定は避ける。

ただし Gustilo の Type I から III-A までの開放骨折で、汚染部が小範囲でデブリドマンが十分になされ、受傷6時間以内の Golden hour にあるときは皮下骨折と同様に内固定しても感染はおこりにくいといわれています。Type III-B はたとえば Golden hour 内でも開放創から離れた部位にピンを刺入して創外固定を行うほうが安全である。

④十分な量の抗生剤投与

⑤創の閉鎖：Golden hour 内に十分な創の処置が完了すれば一時的に創を閉鎖してよい。しかし Gustilo Type III-B では創を一時的に閉鎖してはいけない。

以上初期治療とあわせ破傷風、ガス壊疽の予防や出血性ショック、脂肪塞栓症候群、深部静脈血栓症、区画症候群の合併にも細心の注意を払わなければなりません。

2. 骨盤骨折

緊急性の高い骨盤骨折は Malgaigne 骨折（前方骨盤輪と後方骨盤輪の骨折を合併したもの）に代表される安定性の悪い形の骨折や多発外傷例であります。しかし骨盤骨折で特に注意を要するのが合併症です。

①出血：骨盤内臓器の損傷を伴わなくても、骨折による出血は多量で、しばしば会陰部、陰嚢部などの皮下出血が広範に認められます。特に後腹膜腔には大量の出血が貯留していることが多いので十分に注意しなければなりません。大量輸血してもショックが改善しない場合動脈損傷を疑い、血管造影で動脈損傷が確認できたら、TAE にて止血が必要になります。

②膀胱、尿道損傷：骨盤骨折の約10%に認め、しかも損傷合併時の死亡率は5～15%といわれています。初診時に自力排尿が可能でその尿中に出血を認めない場合、カテーテルを挿入して、尿道損傷、出血の有無を確認しなければなりません。膀胱、直腸損傷の症状が現れれば、緊急開腹手術が行われます。

3. 脊髄損傷

外傷性脊髄損傷の年間発生は人口100万につき約40人と報告されています。交通事故時の発生が最も多いのですが、大規模災害時にも脊髄損傷は発生します。特に高齢者においては軽微な外傷が脊髄損傷の原因になることが少なくありません。

初期治療の主目標は以下の通りです。

①救急処置と全身管理

a. 呼吸管理：特に C4 より高位の完全損傷では横隔膜神経の支配する呼吸機能が失われ、人工呼吸器がなければ生命が維持できません。

b. 循環管理

c. 消化器管理

d. 尿路管理：受傷直後の尿閉には導尿が不可欠であり、感染の予防や膀胱内容量の保持のため持続導尿より間欠導尿法がなされることが多い。

e. 薬物療法：ステロイド大量投与が一般的に行われています。

②脊椎の整復固定による脊髄除圧と脊髄保護

③合併症予防と早期リハビリテーション

a. 褥瘡：頻回の体位交換が基本です。

b. 感染症：尿路、呼吸器感染の予防には褥瘡と同時に体位交換が大事になってきます。

c. 関節拘縮：好発部位は肩関節、股関節、足関節、手指、足趾です。

d. 早期リハビリ：残存筋力の維持と強化が主目標です。

以上大規模災害時の整形外科的緊急疾患の代表例を紹介致しました。教科書的な内容でしたが、専門外の先生方のお役にたてましたら幸いです。

感染症だより

<全数報告>

第 31 週（8 月 4 日）に細菌性赤痢の報告が一件ありました。インド旅行で食べたサラダが原因と推定されています。症状は軽く、血便やテネスマスは見られませんでした。常在地に旅行する場合、生もの（サラダ、ジュース、生水、氷）の摂取を控えるようにご指導頂きますようお願い致します。

<定点からの報告>

	28週 7.10～16	29週 7.17～23	30週 7.24～30	31週 7.31～8.6	2006年 累計
RSウイルス感染症	0	0	0	0	2
インフルエンザ	0	0	0	0	1,572
咽頭結膜熱	10	8	20	8	99
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	2	2	0	0	158
感染性胃腸炎	14	7	10	9	665
水痘	4	5	3	4	232
手足口病	10	10	10	3	71
伝染性紅斑	3	1	4	1	59
突発性発しん	7	2	2	4	79
百日咳	0	0	0	0	1
風しん	0	0	0	0	0
ヘルパンギーナ	6	1	7	5	86
麻疹(成人以外)	0	0	0	0	1
流行性耳下腺炎	6	4	3	5	141
不明発疹症	0	0	0	0	0
MCLS	0	0	0	0	0
合計	62	40	59	39	3,166

※基幹定点報告対象疾病＜細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎（オウム病を除く）、成人麻疹＞：報告があったときに掲載します。

<コメント>

咽頭結膜熱は過去 10 年間で最も多い状態が続いています。管内でも多くの報告があります。

A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎は全国的には過去 5 年間で比較して多い状態が続いていますが、管内では報告数ゼロまで減少しました。

感染性胃腸炎はベースラインとなっていますが、気を緩めると集団発生します。平時の標準予防策の励行が重要です。

伝染性紅斑は管内では第 25 週に 9 例と増加したもののベースラインに戻っています。

ヘルパンギーナは減少しつつありますが、まだベースラインには戻っていないため注意が必要です。

手足口病は管内で 28、29、30 週と報告が多かったのですが、31 週によりやく減少に転じました。

<お知らせ>

蔓延を防止し、期間を限定して入院させることを可能にするため、高病原性鳥インフルエンザの一つである H5N1 陽性インフルエンザは感染症法 2 類相当の指定感染症に政令指定されました。罹患すると重症化しやすい点で通常のインフルエンザと異なりますが、症状のみでは鑑別できません。鳥インフルエンザに罹っていると思われる病鳥との密接な接触歴によって疑い、咽頭ぬぐい液中に H5N1 タイプのウイルスを検出することで確定診断します。幸い、現在までのところ、日本国内におけるヒトへの感染例は発生していません。

（文責：西多摩保健所保健対策課）

各部だより



学術部

Information



《第4回西多摩消化器疾患カンファレンス》



日 時：平成18年6月9日（金）

場 所：公立阿伎留病院講堂

演題1：食道狭窄を来した逆流性食道炎の1例

演 者：症例提示 青梅市 東青梅診療所 川口卓治先生

40歳 男性

身長 174cm 体重 108kg 胸囲 110cm

主 訴：食べ物がつかえる

現病歴：平成18年3月16日初診

平成17年9月頃より、食べ物がつかえて苦しい、つかえて落ちるまでに時間がかかる。急いで食べると、余計に苦しい。胸焼けは、訴えなし。

既往歴：高脂血症、高尿酸血症

3日で、ボトル1本、焼酎 150ml、
タバコ 50本/日

上部消化管検査は、青梅市健康センター
より借りてきてもらった。（写真1）

食道下部に、狭窄か、蠕動の所見を
認めた。

胃内視鏡検査（写真2）で、食道下
部に食道炎を伴う狭窄を認めた。

討論にて、ルゴール染色の追加必要、

狭窄部肛門側のパレット上皮からの食道癌発生、肥満食生活の是正 などの指摘
をうけた。

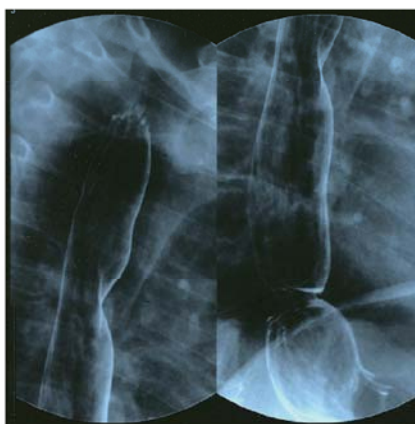


写真1



写真2



演題2：胃二重早期癌の一例

演 者：症例提示 青梅市 東青梅診療所 川口卓治先生

演 者：経過報告 青梅市立総合病院外科 青木文夫先生

1. はじめに

同時性胃二重早期癌の1症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

2. 症例提示

75歳 T.T (女性)

主 訴：嘔気

既往歴：胆石にて cholecystectomy H7年、大腸ポリープ polypectomy H4年、高血圧

現病歴：平成17年9月初診、1ヶ月前より嘔気を訴える。胃内視鏡施行のうえ青梅総合病院へ紹介となる。

3. 経過

上部消化管内視鏡検査
所見：胃前庭部小彎に O-II a 型 (Fig1a) 及び胃角小彎に O-II c 型早期胃癌 (Fig1b) を認めた。病理検査所見にて、高分化型管状腺癌と診断された。

治療経過 (Fig2a, b) :
両者に対して、内視鏡下粘膜切除術を施行した。

切除標本病理検査所見 (Fig3a, b) : 両者ともに高分化型管状腺癌と診断された。病変は粘膜固有層に局限しており、脈管侵襲は認めず、切除断端陰性で、根治度 A であった。互いの病変は、正常な粘膜で隔てられており、多発胃癌と診断された。

4. 考察

多発性胃癌は本邦では予想以上に多く、13.2 - 23.0% との報告がある。その内容は、分化型腺癌同士が 60 - 80% と最も多く、未分化型腺癌同士は 10 - 20% と少ない。また、ML 領域でかつ同一領域に多発するものが 80% を占めており、2 病変にとどまるものが 90% との報告がある。本症例は、そのいずれにもあてはまり、典型的であるが、今回のように EMR で治療された多発胃癌にさらに異時性の発生報告もあり、今後の経過観察が重要であると考えられた。

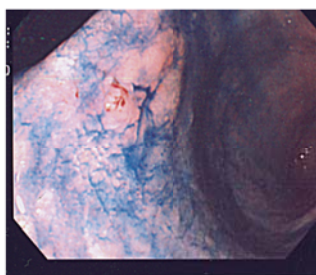


Fig1a

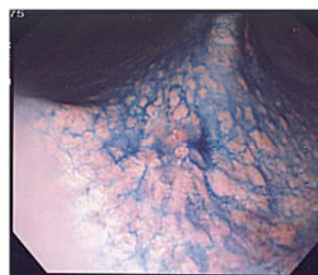


Fig1b

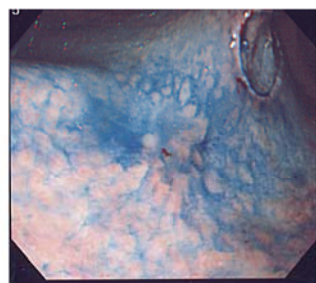


Fig2a

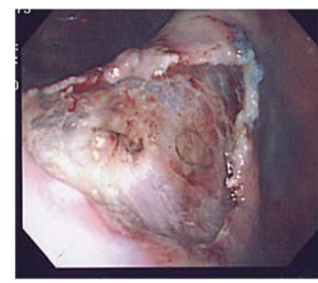


Fig2b

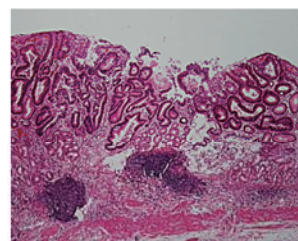


Fig3a

粘膜固有層
← 粘膜筋板
← 粘膜下層

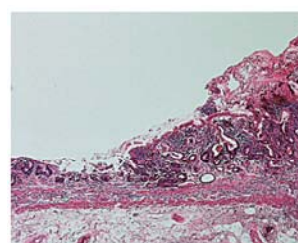


Fig3b

粘膜固有層
← 粘膜筋板
← 粘膜下層

両者ともに粘膜固有層に局限して、クロマチンに富む不規則な腺管構造を有する高分化型腺癌を認めた。

伝言板

① 西多摩医師会 学術講演会

日 時：平成18年9月27日（水） 19：30～
場 所：青梅市立総合病院 南棟3F 講堂
演 題：「メタボリックシンドロームのマネージメント」
講 師：国家公務員共済組合連合会立川病院健康医学センター
部長 佐藤 秀昭 先生

② 第15回 西多摩心臓病研究会 (症例募集のお知らせ)

日 時：平成18年10月4日（水） 19：30～
場 所：公立阿伎留医療センター 地下1F 講堂
①商品説明 パリエット錠について エーザイ株式会社
②特別講演
「急性心筋梗塞治療の問題点」
～プレホスピタルケアと重症ポンプ不全の対策～
日本医科大学付属病院 内科 教授 高野 照 夫 先生
③症例検討 2例～3例を予定
*当日は研究会参加費として500円を徴収いたします。

—— 症例募集要項 ——

テーマ：「虚血性心疾患」

今回は、日頃の診療の中で虚血性心疾患の診断・治療で苦慮された症例を募集いたします。尚、その他、相談したい症例、興味ある症例等につきましてもご遠慮なくご応募ください。

締め切り：平成18年9月22日（金）

連絡先・問い合わせ先：

エーザイ株式会社 多摩コミュニケーションオフィス
(担当者) 竹田篤志

FAX: 042-535-9436 TEL: 042-535-9411

e-Mail: a-takeda@hhc.eisai.co.jp

応募方法：提示症例があることを上記連絡先、もしくはエーザイ担当者にご連絡ください。詳細は後日こちらからお伺いしご案内いたします。



③ 第5回西多摩消化器疾患カンファレンス (症例募集のお知らせ)

第5回西多摩消化器疾患カンファレンス 当番世話人

大河原森本医院 森本 晉
高木病院 岡本 忠

第5回西多摩消化器疾患カンファレンス

日 時：平成18年10月27日(金) 19:30～

場 所：青梅市立総合病院 南棟3階講堂

症例募集：今回は主題を設けておりません。消化器疾患で印象に残っている症例、興味ある症例につきまして募集いたします。

締め切り：平成18年9月15日(金)

連絡先・問い合わせ先：

エーザイ株式会社 多摩コミュニケーションオフィス
(担当者) 竹田篤志

FAX: 042-535-9436 TEL: 042-535-9411

e-Mail: a-takeda@hhc.eisai.co.jp

地区だより

羽村地区

羽村市医師会納涼会

羽村市 山田 学

羽村市医師会納涼会のここ数年の傾向で、都内と西多摩の2通りの選択肢があります。但し残念ながら都内某所でクルージングを企画した年に没となった経験もあり、2年ぶりに思いきって(1昨年は中華料理とオカマショー)都会へと足をのばしてみました。企画は新宿末広亭とその付近での食事会で春先に決定、あとは頭数が揃うかが最大の懸念でした。7/15土曜の3時過ぎにはチャーターしたサロンバスで羽村を出発、昼間の落雷の後遺症が鉄道・道路・高速道に及び不成立も

気がかりでした。しかし天は見捨てず、1時間遅れで寄席を鑑賞、その後仏料理を貸切で(看板の出ていない怪しい店、ではなく完全予約制の一元客無しの店)堪能して閉会となりました。一路再び新宿から羽村迄戻ったのは日付けを越える頃でした。寄席は私、個人的には初体験で楽しみの1つにもなりました。又食事処は都会の隠れ家的存在で、羽村の田舎から上京でたまに行くならこんな店もリストの1つにと、加えていただければ意義もあったのではと、感じた1日でありました。

PET/CTが役に立つとき

青梅市立総合病院 放射線科 PET/RIセンター

今年7月より稼働いたしました当院のPET/RIセンターはこれまで幾つかの初期トラブルはありましたがおおむね順調に運用されております。医師会の先生方には患者さまの紹介、稼働前に当院で行われた講演会への出席や体験検査への参加などご協力をいただいておりますことに紙面を借りて御礼を申し上げます。

さてPETならびにPET/CTが特に悪性腫瘍の診療に有用であることは広く知られています。しかしながら本格的に臨床に普及してからまだ日が浅く、悪性腫瘍の中にもPETによる評価が有用であるものとあまり有用でないものがあるため、実際の臨床でPETを施行すべきかどうか迷う場面もあると思われます。さらに保険適応となる疾患に限られており（悪性腫瘍では肺癌、乳癌、大腸癌、食道癌、膵癌、卵巣癌、子宮癌、転移性肝癌、原発不明癌、頭頸部癌、脳腫瘍、悪性リンパ腫および悪性黒色腫の13疾患。胃癌、前立腺などは適応外）、それぞれについて細かく条件が設定されていることも判断を難しくしている要因です。

そこでこの度は特にどのような場合にPET/CTが役に立つのかについて具体的に述べます。なおこれは今年7月の医師会納涼会で「PET/CTの有用性について」の題目でいたしました講演の内容の一部に捕捉したものです。なおPETは悪性腫瘍以外にも虚血性心疾患、てんかんにも保険適応がみとめられており、保険適応外にも幾つかの良性疾患の診断に有用であることが示されておりますが、今回はそれらについては割愛いたします。

例1. 悪性腫瘍術後。特に腫瘍マーカーが高値であるなど再発を疑う所見がありながらもCTなどの画像診断で再発病巣が明らかでない場合

他の検査で判明しないのですからPETをやろうとするのはある意味必然ですが、例えば村上は大腸癌術後でCEAが三回連続して上昇し、しかもCTでは異常が見られなかった症例26例にPETを施行したところ、19例に異常集積が発見され、10例は臨床的に、5例は手術にて再発が確認されたとしています[1]。PET/CTを施行すべき時期には様々な要因があり、一概に申し上げることはできませんが、一つの目安になると思います。図1は漿膜下浸潤、Douglas窩転移を伴ったstage IVのS状結腸癌術後で、やはり腫瘍マーカーが高値でありながらもCTで再発が明らかでなかった症例です。吻合部より肛門即の前壁に強い集積があり（矢印）再発を疑います（病理未確認）。

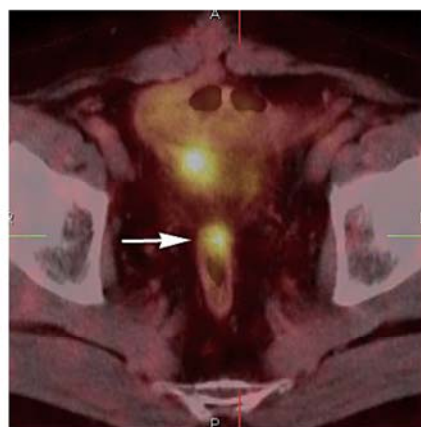


図1

例2. 悪性腫瘍術後。他の画像診断で再発が指摘された場合

Staibらは大腸癌再発症例においてPETを施行したところ86%の症例で何らかの新しい情報があり、61%で術式の選択に影響があったとしています。再発病変に対する治療方針の決定には転移が単発であるか、多発であればどの様に広がっているのかをできるだけ正確に診断する必要

があります。このような目的にもPETが特に有用とされます。図2は子宮体癌の術後です。術後腫瘍マーカーが低下傾向であるものの正常範囲とならず、CTでは骨盤内リンパ節への転移が否定できないとレポートされました。PET/CTでは骨盤内以外にも傍大動脈のリンパ節に強い集積をみとめ（矢印）化学療法が継続となった症例です。

例3. 悪性腫瘍術前。正確なステージングのため

PET/CTが術前ステージングの診断精度を向上させたとする報告は多数あり、例えばLardinoisらは非小細胞肺癌40例を対象とし、PET/CTと、CT単独、PET単独、CTとPETの対比診断とを比較した場合、従来の方法では20～20%強の割合でstagingを誤っていたのに対し、PET/CTでは2.5%しか間違えなかった、さらにいわゆるequivocalなstagingの割合も減少したとしています[3]。悪性腫瘍の病期診断に対する保険適応には「他の検査、画像診断で診断が確定できない場合」との条件があり濫用は慎まなくてはなりませんが、PETによる予期せぬ転移の発見が少なくないことを考えると、CTで明らかな転移がないとレポートされた場合でもPETの施行を検討する余地があるものと思われます。

例4. 原発不明癌

これも例1.と同様、他で分からなければ必然的にPETを施行することになると思います。ここでは、腫瘍マーカーが高値というだけでは保険の適応にならず、リンパ節生検で転移巣が証明される、骨シンチグラフィー、MRIなどで転移を疑う病変があるなどの所見が必要なことに注意下さい。

例5. 良悪性不明な結節性病変の鑑別のため

このような目的で保険適応となる疾患は限られており実際には肺結節の良悪性鑑別目的で施行される場合が多くあります。図3は右下葉の結節性病変で気管支鏡下の生検で診断がつかなかった症例です。PETで強い集積をみとめたためCT下肺生検が施行され腺癌と診断されました。PETでは転移をみとめませんでした。

以上、PET/CTが役に立つ場合の代表例をあげました。日々の診療の参考にいただければ幸いです。また適応について迷われた場合には是非当院のPET/RIセンターまでご相談いただきますようお願いいたします。

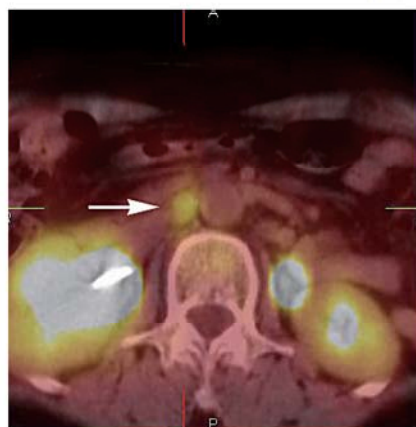


図2

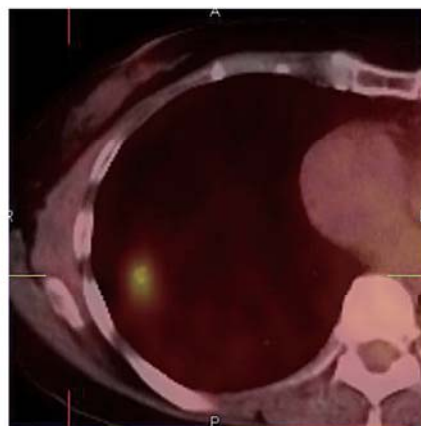


図3

参考文献

- [1] 村上康二 画像診断 2005
- [2] Staib et al. Am J Sur, 2000
- [3] Lardinois et al. N Eng J Med, 2003

● 理事会報告

★ Information ●

7月移動理事会 平成18年7月25日(火) プチ・クール・ダルジャン(新町)

〔出席者：真鍋・小机・横田・新井・鹿児島・小林・鈴木・田坂・蓼沼・中野・西成田・野本・松原・足立〕

【1】報告事項

1. 都医地区医師会長協議会報告

2. 納涼の夕べ収支報告(小林理事)

A会員出席33名、B会員出席38名。今後もA会員の出席を増やしてゆきたい。

3. 各部報告(各担当理事)

総務部：公立阿伎留病院新棟竣工式(7/1)

会館建設準備委員会開催(7/10) 会議記録は会報8月号に掲載。

西多摩脳卒中医療連携検討会(7/25) 小机副会長。

産業医：7/22(土) PM 12:55

産業医研修会開講(青梅市立総合病院) 登録人数167名 司会：新井理事

学校医：羽村市学校保健会総会(7/1) 真鍋会長、鈴木理事出席。

福生市学校保健会総会(7/1)

学術部：○多摩医学会役員会(7/12)(西成田理事)

同 学術講演発表会(10/28) 原稿締切(8/28) 1題7分。

○学術講演会「メタボリックシンドロームの診断と治療」

講師：国家公務員共済組合連合会立川病院健康医学センター

部長 佐藤 秀昭先生

9月27日、青梅市立総合病院で開催。

病院部：休日・全夜間診療事業協議会(7/24) 会長、林 良樹先生出席。

4. 地区会よりの報告(各地区理事)

青 梅：7/5 青梅心電図勉強会、7/12 青梅糖尿病内分泌研究。

7/18 糖尿病・循環器セミナー。

福 生：

羽 村：7/18 学術講演会 防災医療について。9月号に特集として掲載。

あきる野：なし。

瑞 穂：なし。

日の出：なし。

5. その他

なし。

【2】報告承認事項

1. 入会会員について ―― 承認 ――

入会B会員：公立福生病院2名、高木病院1名、青梅三慶病院1名
 青梅市立総合病院2名、松田医院1名。

(参考) 退会会員：公立福生病院1名、青梅市立総合病院3名、高沢病院1名、
 坂井成彦会員。

2. 8月の定例理事会は特別の協議事項なきときは休会とする ―― 承認 ――

【3】協議事項

1. フリートーキング

2. その他

○全国労働安全衛生週間説明会 特別講演 講師派遣について(地域産業保健センターへ)
 青梅労働基準協会

記

日 時：18年9月6日(水) PM 13時30分～1時間程度(予定)

場 所：青梅市福祉センター2F集会室

内 容：(仮題)「メタボリックシンドロームの診断・過重労働の弊害などについて」

○高木病院にて「コーメディカルにおける胃瘻管理」(岡本副院長講演)
 西多摩医師会は本講演を後援することで承認された。

会 員 通 知

- | | |
|-----------------------|---|
| ○会報 | ○東京都医師会主催「日本医師会生涯教育講座」追加開催について |
| ○会員名簿 | ○主治医意見書記入のポイント |
| ○宿日直表(青梅・福生・阿伎留) | ○ポイント「 障 受給者証・ 乳 医療証をお持ちの方へ」の掲示について |
| ○産業医研修会(9/17 千代田区医師会) | ○ポスター「がん制圧月間」 |
| ○〃 (11/3 江東区医師会) | ○ポスター「肺がん予防」 |
| ○〃 (9/30 城北ブロック医師会) | ○第15回西多摩心臓病研究会のご案内 |
| ○第19回健康スポーツ医学講習会 | |
| ○学術講演会(8/28) | |
| ○西多摩医師会費平成18年度第2期請求書 | |

医 師 会 の 動 き

医療機関数	209	病 院	29	会 議	
		医院・診療所	180	8月2日	医道審議会
会 員 数	479	A会員	201	21日	会館建設準備委員会
		B会員	278	22日	会報編集委員会

ん観なれてくると常連の若者たちがいて頼もしく感じる。以前は私が年配者達の祭りと勘違いしていたせいか余計に感じる。

若い人たちの踊りは熱気を帯びている。看護学生のグループ、イラクへ派遣された人た

ちも混じっているであろう自衛隊のグループ、大学生グループ等。私はそのエネルギーに圧倒され「まだまだ日本は大丈夫」などと思ってしまった。

近藤之暢

お知らせ

事務局より お知らせ

平成18年10月(9月診療分)の

保険請求書類提出

10月7日(土)

—— 正午迄です ——

法 律 相 談

西多摩医師会顧問弁護士 鈴木禧八先生による法律相談を毎月第2水曜日午後2時より実施しておりますのでお気軽にご相談ください。

- ◎相談日 9月は13日(水)
10月は11日(水)の予定です。
- ◎場 所 西多摩医師会館和室
- ◎内 容 医療・土地・金銭貸借・親族・相続問題等民事・刑事に関するどのようなものでも結構です。
- ◎相談料 無料(但し相談を超える場合は別途)
- ◎申込方法 事前に医師会事務局迄お申込み願います。
- (注) 先生の都合で相談日を変更することもあります。

社団法人 西多摩医師会

平成18年9月1日発行

会長 真鍋 勉 〒198-0044 東京都青梅市西分町3-103 TEL 0428(23)2171・FAX 0428(24)1615

会報編集委員会 鹿児島武志

宮下吉弘 野村中夫 近藤之暢 渡辺良友 江本 浩 細谷純一郎
道又正達 古川朋靖 鈴木寿和 馬場眞澄 石井好明

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

健康が 21世紀の扉を開く



命の輝きを見つめ続けて……
(株)武蔵臨床検査所

食品と院内の環境を科学する
F・S サービス

〒358-0013 埼玉県入間市上藤沢309-8
TEL 042-964-2621 FAX 042-964-6659



信頼のヒューマンリレーション。
医薬品ネットワークが結ぶ、健康への^{たぐい}希い。

医薬品・試薬・医療機器の総合商社

 **東邦薬品株式会社**

〒155-8655 東京都世田谷区代沢5-2-1 TEL. 03 (3419) 7811 (大代表)