

「がん征圧月間」(9/1～9/30)について



琉球大学医学部附属病院がんセンター 増田 昌人

9月は、財団法人日本対がん協会が定めた「がん征圧月間」です。

日本対がん協会は1958年がんの早期発見や早期治療、生活習慣の改善によって、「がん撲滅」を目指そうという趣旨で設立されました。1960年から毎年9月を「がん征圧月間」と定め、がんとその予防についての正しい知識の徹底と早期発見・早期治療の普及に全国の組織をあげて取り組んでいます。毎年9月に「がん征圧全国大会」が開催され、この大会で採択した大会宣言・決議に基づいて、がん対策の要望を国会と政府諸機関などに提出しています。

沖縄県においては、1967年に財団法人沖縄対がん協会が設立され、その後の統合等により、1992年からは財団法人沖縄県総合保健協会が日本対がん協会沖縄県支部を兼ねています。長年にわたって、がんに関わる検診・検査事業、広報・普及・啓発事業を精力的に展開しているのは、会員の先生方のご存じのとおりです。

『がん制圧』に関する沖縄の新しい取り組み

1 「リレー・フォー・ライフ ジャパン」

(<http://www.jcancer.jp/relay/>) の開催

「リレー・フォー・ライフ」は、1985年に米国対がん協会の医師が始めたイベントです。陸上競技場等を医師、患者やその家族、友人が数人ずつのチームを組むリレー形式で、24時間歩き続けるなかで、参加者の間がんと闘う連帯感が生まれました。現在では全米四千か所以上、世界20か国以上で行われるようになりました。共通するプログラムとして「サバイバーズ・ラップ」(がんと闘う人たちの勇気を称え、がん患者やがんを克服した人たちが歩く)、

「ルミナリエ」(がんで亡くなった人たちの霊を偲び、一人ひとりの名前を記した紙袋の中にもろうそくを灯して並べる)などがあります。

日本では2006年に日本対がん協会が後援して茨城県つくば市でトライアルとして開かれたのが最初でした。2008年度には沖縄を含む全国の7か所で開催され、参加者は1万3千人を超えました。

今年3月14・15日には、沖縄県で初めて「リレー・フォー・ライフ ジャパン」が北谷町陸上競技場で開かれました。初めての開催にもかかわらず、600名以上のがん患者さんとその家族、ご遺族、ボランティア、医療関係者が参加しました。

「リレー・フォー・ライフ ジャパン 2009in 沖縄」は、来年の3月13日(土)・14日(日)に、今年と同じ北谷町陸上競技場で開催されることが決まっています。8月22日には、第1回実行委員会が開かれました。実行委員会への参加はどなたでも可能ですから、県医師会会員の先生方のご協力をお願いします。

2 沖縄県がん診療連携協議会

(<http://www.okican.jp/>) の設立

昨年2月に琉球大学医学部附属病院(以下琉大病院)が厚生労働省から都道府県がん診療連携拠点病院(以下がん拠点病院)に指定されました。

それを受けて、昨年9月30日に沖縄県がん診療連携協議会が発足しました。この協議会は、4つのがん拠点病院(北部地区医師会病院、県立中部病院、那覇市立病院)の連携を図るだけでなく、沖縄県のがん医療全体を協議す

る場となっています。協議会のもとには、「緩和ケア」、「地域ネットワーク」、「普及啓発」、「がん登録」、「研修」、「相談支援」の6つの部会が組織され、それぞれ毎月1回部会を開き、2～4時間討論しています。その中で、新しい試みが次々と生まれています。その中から、いくつかを紹介しします。

(1) 沖縄県のがん対策に関するタウンミーティング (協議会主催)

9月5日(土)午後1時から4時、浦添市でだこホールで開かれます。タウンミーティングとは、地域住民の参加により予算、法律、その他自治体に関わる今後の政策事項を話しあう集会のことです。がん領域に関しては、沖縄県では初の試みになります。会の最後には、「一粒の種」の砂川恵理歌さんのミニライブも予定しています。

(2) 院内がん登録の普及と地域がん登録のシステム改革 (がん登録部会)

現在、県内の11施設で院内がん登録が行われています。まだ導入していない施設には琉大病院がんセンターの診療情報管理士が伺って研修会を行っています。この制度を利用して、宮城信雄会長が理事長を務める沖縄第一病院が今年から院内がん登録を開始しています。

また協議会から沖縄県へ要望していた地域がん登録と院内がん登録の提携が実現し、院内がん登録データを用いての地域がん登録が可能となりました。

(3) 緩和ケア研修会 (緩和ケア部会)

がんに関わるすべての医師が基本的な緩和ケアを提供できることを目標に、全国で行われています。沖縄県でも昨年は4回開催され、好評を博しています。実質延べ14時間の研修会で、今年も9月13日(日)・27日(日)、11月14日(土)・15日(日)、12月19日(土)・20日(日)、来年1月30日(土)・31日(日)の4回が予定されています。さらに、来年には宮古地区と八重山地区での開催も計画しています。

(4) 5大がん(肺癌、胃癌、大腸癌、肝臓癌、乳癌)の早期診断のための研修会 (研修部会)

9月24日(木)には「乳癌の早期診断のための研修会」が開催されます。また、「胃癌」が11月19日(木)、「大腸癌」が来年1月21日(木)に開催予定です。いずれも、午後6時から、県医師会館で開催されます。講師は沖縄県を代表する先生にお願いしましたので、ご参加をよろしくお願ひします。

(5) 5大がんの地域連携クリティカルパスの作成 (地域ネットワーク部会)

9月9日(水)午後7時から、琉大医学部管理棟大会議室にて、各パスのワーキンググループの発表会があります。今後は、各方面の先生方にご意見を頂いたのちに正式決定とし、地区医師会毎に報告会兼勉強会を計画しています。

(6) がん患者ゆんたく会 (以下、ゆんたく会) (がん拠点病院主催)

がん患者サロンと患者会を兼ねた「ゆんたく会」を各地で毎月開催しています。9月は、4日(金)沖縄ゆんたく会(午前10時から、琉大医学部管理棟)、10日(木)名護ゆんたく会(午後2時から、ホテルゆがふいんおきなわ)、16日(水)患者サロン(午後1時30分から、那覇市北保健センター)、28日(月)中部ゆんたく会(午後2時から、うるま市健康福祉センターうるみん)で開催予定です。

このように、昨年から、県医師会の先生方のご協力を得て、協議会および部会において『がん制圧』に関する新しい取り組みが開始されています。今後とも、ご協力をよろしくお願ひします。

なお、各種研修会等の問い合わせは、
琉球大学医学部附属病院がんセンター
903-0215 西原町字上原207番地
電話：098-895-1368, 1369
FAX：098-895-1497
URL：http://www.ryukyucc.jp
E-mail: mail@ryukyucc.jp

までお願ひします。

(拙稿は、一部を財団法人日本対がん協会ホームページから引用させていただきました。)

救急の日 (9/9) ・ 救急医療週間 (9/9 ~ 9/15) に因んで



那覇市立病院 寺田 泰蔵

メディカルコントロール (MC) という言葉が用いられるようになって10年余りが経過し、救急医療の現場では耳慣れた言葉となりましたが、一般に広く浸透した言葉とは言い難いようです。誌面をお借りしてMCについて少しお話させていただきます。

メディカルコントロールの歴史

初期の病院前救護は傷病者を病院へ運ぶという事が目的で、救急隊員により現場で高度な医療処置がなされることはありませんでした。1960~70年代になるとベルファウストやシアトルにおいて、救急隊員に医療処置を行わせることで救命率を向上させようという試みがなされるのと同時に、救急隊員が行う医療行為の妥当性をどのように保証できるかということが問題となりました。当時救急隊員の指導に携わった医師たちは、病院で救急隊員に高度な医療処置を習得させるのと同時に、救急の現場に向いて救急隊の活動に立ち会うことで自らが教えた医療行為の質を担保しました。諸外国の先進的地域においては、このような活動が進められる中で「医学的観点から救急隊員が行う応急処置等の質を保証する」というMCの概念が生まれ発展して参りました。

一方我が国においては平成3年に救急救命士制度が創設され、いわゆる特定行為(器具を用いた気道確保、輸液路確保、除細動)が行われるようになってからもしばらくの間、救命士が行う医療行為の質的レベルを保証する制度的枠組は明確にされないまま経過していました。こういったなかで我が国においてMCという言葉が初めて使われたのは平成10年の「救急医療

体制とメディカル・コントロール;今後のきわめて重要な課題」と題した前川の論説¹⁾でありました。当時救命士による気管挿管、薬剤投与などの処置拡大が検討される中、高度化される病院前救護における医療行為の質の保証のため、平成10年度厚生科学研究「米国各地におけるプレホスピタルケア事情の調査研究」²⁾を経て、平成12年には厚生労働省から「病院前救護体制のあり方に関する検討会」³⁾による報告書が示されるに至り、都道府県単位のMC協議会や地域医療圏単位のMC協議会設置などMC体制の導入の動きが一気に加速され、今日に至っています。

メディカルコントロールの実際

(オンラインMCとオフラインMC) : 表1

オンラインMCとは「電話や無線などにより現場に対して直接なされるMC」のことを指し、具体的には心肺停止患者へのアドレナリン投与時や対応に困った症例に対する助言要請などの際に救急隊員と医師が直接電話で行うやり取りを指します。オンラインMCの体制は、東

表1: メディカルコントロールが必要とされる場面

場所	メディカルコントロールすべきもの
指令センター	トリアージプロトコル(重症度判定用) 口頭指導用プロトコル
救急救命士養成所	カリキュラム、教育方略、卒業基準
救急現場	傷病者処置プロトコル 現場への直接指示(オンラインMC)
事例検証会	搬送症例の事後検証
卒後研修	資格更新用カリキュラム 個人指導用プログラム
一般市民への研修	蘇生法講習テキスト、プログラム

京など大都市圏では各救命救急センターより派遣された救急医が消防司令センターに常駐してその任務に当たる体制が敷かれています。また沖縄県を含む地方都市においては、おもに受け入れ先救急病院の救急担当医師がその任務に当たっている状況です。この体制の違いは地域社会や消防組織の規模、救急車搬送件数、救急医の確保状況、基幹病院の数や規模など、地域の実情に見合った形で体制が組み立てられてきたことによるもので、それぞれに長所、短所があるようです。私の所属する沖縄県南部地区では受け入れ先の各救急病院がオンラインMCを行っており、お互いよく知っている救急隊員と医師が顔の見える関係でMCを行っているため地域の実情により合致したMCが行える反面、病院間でオンラインMC体制が若干異なることなども一因となってまれにはありますが瞬時のオンラインMCが行えない場合があるなどの短所も存在します。オフラインMCとは救急隊が出場した現場に対して直接的に行われるオンラインMC以外の全てのMCをさし、MCの大部分を占めます。具体的には傷病者処置プロトコルの作成、救急隊や救命士養成カリキュラムの作成、救命士に関わる種々の資格更新プログラムの作成、搬送症例の事後検証などが挙げられます。これらオフラインMCは、県MC協議会や地域MC協議会に設置された各作業部会にて体制の検討や整備が行われています。

事後検証

もともと米国ではquality assuranceもしくはquality improvementと言われ、当該組織における業務内容を検討し、質の改善やリスクマネジメントの対策を立てたりすることを意味します。病院前救護においては事後検証を行う

ことにより、隊員個人の能力や技量の評価及び再履修の勧告、処置プロトコール(救急活動基準)の再検討や定期的改訂、救急救命士養成所や卒後教育のカリキュラム改変などを行うことを目標としています。検証体制も地域により若干異なりますが、私の所属する南部地区MC協議会においては、主に心肺機能停止症例について、救急隊活動記録(検証票)をもとに所属消防署の統括技術指導員による一次検証、MC協議会より委託された検証医による二次検証をへて、事後検証委員会という場で救急システムやプロトコール見直しの討議を行う三次検証へと検証が進められます。現在私は南部地区MC協議会において事後検証作業に携わっておりますが、ある面では病院内で行われる医療行為以上に広範にまた厳密に検証がなされていると思われれます。

以上MCについて概説しましたが、最後に救急医の仕事はERでの医療行為に留まらず、今回述べましたMCやドクターヘリ、災害支援などいろいろな分野に広がりを見せており、やり甲斐や活躍の場も多いと思われます。若手の先生方、将来の進路として救急医という道も是非御一考していただければ幸いです。

文献

- 1) 前川和彦：救急医療体制とメディカルコントロール；今後の極めて重要な課題.救急医療ジャーナル 6:3, 1998.
- 2) 吉田竜介,寺田泰蔵,前川和彦,他：米国各地におけるプレホスピタルケア事情の調査研究.平成10年度厚生科学研究 研究実績報告書,1998, pp63-85.
- 3) 病院前救護体制のあり方に対する検討会報告書.厚生省健康政策局,2000, 5.

結核予防週間 (9/24～9/30) に寄せて



中部福祉保健所 崎山 八郎

はじめに

国は、毎年9月24日から30日までを結核予防週間と定め、全国的に結核に関する普及啓発活動を展開しますが、県内においても、県、結核予防会、結核予防婦人団体などの関係者が参加して街頭キャンペーンなどが実施されます。

今年の4月、お笑い芸人の結核発病があり、マスコミでも大きく取り上げられたことにより、国民の関心が一気に高まり、東京都の保健所などでは一時電話相談が殺到したと伝えられています。特に、今回のケースでは患者が芸能人ということもあり、マスコミの取り上げ方も大々的で、本人には大変気の毒な出来事であったと思います。

結核に関しては、医療従事者も含め一般の方々の関心は低く、マスコミで取り上げられたりすると一時的に関心は高くなりますが、しばらくするとまた忘れられてしまう傾向があるように思われます。

アメリカより40年の遅れ

日本における結核の現状は、2007年の新規の患者発生数は25,311人で、罹患率は人口10万対19.8となっており、毎年わずかながら減少していますが、アメリカの人口10万対5以下に比べると約4倍も高い状況にあり、先進国の中では最も結核の多い国となっています。アメリカでは1970年頃、既に現在の日本の状況に達しており、日本の現状はアメリカに40年の遅れをとっています。我が国において、結核は依然として主要な感染症の一つであり、引き続き十分な対策の実施が求められています。

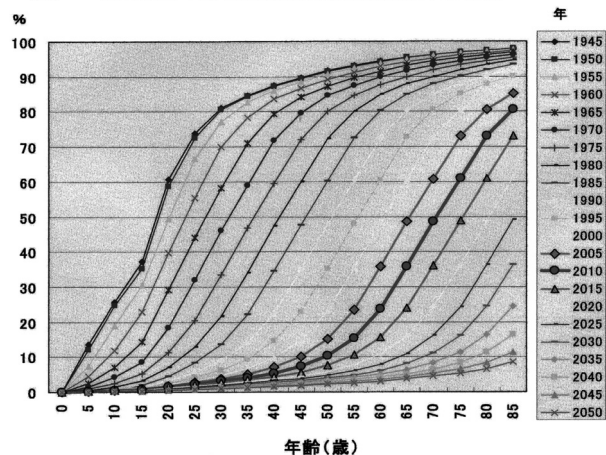
県内では、2007年に252人の発生で、人口10万人あたり18.4の発生となっており、ほぼ全国平均並の発生状況となっています。復帰前

からの関係者の献身的な努力と沖縄県独自の取り組みにより、沖縄県における結核指標は著明な改善を成し遂げました。

結核に既に感染している人は23%

結核既感染率の推計によれば(図)、2005年における全年齢の既感染率は23%、40歳で7%、50歳で15%、60歳で36%、70歳で61%となっています。50歳未満では、大部分の人が未感染者ということになり、このような集団でひとたび排菌患者が出た場合、集団感染へと発展することもあり得ます。2020年には50歳で6%、70歳においても24%となり、今後、高齢者集団においても未感染者が増加することにより、高齢者でも初感染発病という発病パターンが起これる状況が予測されます。

(図) 暦年別、年齢(時点)別、結核既感染率の推計



結核研究所疫学情報センター：大

日本における結核の特徴および問題点

(1) 高齢者の結核

結核患者における70歳以上の割合が48%と高齢者の占める割合が増加傾向にあります。高

高齢者は結核既感染者の割合が高く、細胞性免疫低下により発病する危険性が高いばかりでなく、免疫低下により外因性の再感染も起こし、発病しやすいと考えられています。高齢者施設における集団での再感染の事例も報告されるなど、既感染者だから安心ということにもなりません。特に高齢者では、臨床症状も呼吸器症状を呈さず、また、X線写真上も典型的ではない所見であることも多く、診断が遅れたり、重症化して発見されることが少なくありません。高齢者施設等での患者発見の遅れは、時には集団感染の発生へと繋がることにもなりかねません。わが国の結核は今後ますます70歳、あるいは80歳以上の高齢者の割合が高くなると予想されます。

(2) 若者の結核

ネットカフェ等での集団感染の発生がみられることがあり、カラオケ店、まんが喫茶等若者が多く利用する場所での集団感染の発生が懸念されます。これらの場所は、狭くて換気の悪い閉鎖空間であり、若者の場合、受診の遅れなど重症化して初めて発見されることも少なくなく、集団感染へと発展する可能性もあり、また、最悪の場合死亡ということも起こりえます。

(3) 社会経済的弱者等における結核

40歳代以上の人々の間では、ホームレスや無職の人々の結核、あるいは、建設飯場などでの結核感染なども、最近注目される結核問題の1つです。

(4) 外国人の結核

外国人の結核は徐々に増加していますが、つい最近まで新登録患者の1.5%だったのが3.3%になり、年齢別にみると、特に20代の約5人に1人は外国籍となっています。今後、労働力の不足、外国人の増加など外国人の結核が増える可能性が大きく、対応策を怠ることはできません。

(5) その他

結核の院内感染、とりわけ看護師の結核の問題があります。罹患率は一般女性に比して4.3

倍も高く、しかも最近、年々高くなっています。解決が望まれる問題の一つです。

日本では、HIV感染者の結核はそれほど広がっていませんが、最近の傾向を見ると徐々に増加しており、県内でも何例かのケースが見つかっています。

多剤耐性結核の動向にも注意が必要です。多剤耐性結核 (Multidrug resistant TB; MDRTB) はヒドラジド (INH) とリファンピシン (RFP) の両者に耐性になった結核菌で、超多剤耐性結核 (Extensively drug resistant TB; XDR-TB) は、INH, RFPに加えてキノロン剤とアミカシン、カプレオマイシン、カナマイシンの3者のいずれかに耐性になった結核と定義されており、ほとんどの抗結核薬に耐性になった結核菌を意味しています。我が国の初回治療患者におけるMDRは1%程度とそれほど多くありませんが、MDRの中でのXDRの割合は3割程度と非常に高率になっています。DOTS (Directly Observed Treatment, Short-Course : 直接服薬確認治療) による多剤耐性結核や再発の減少への取り組みの継続が必要です。

結核は過去の病気ではありません

有症状肺結核患者において、3ヶ月以上の診断の遅れは約20%となっています。結核患者を早めに発見し、治療へ繋げることが本人の治療経過を良くするだけでなく、周りへの感染を防ぐことにもなります。そのために医療機関においては

- ・ 咳が2週間以上続く有症者への胸部X線検査の実施
- ・ 糖尿病、透析、免疫抑制剤使用患者等に対する定期的な胸部X線チェック
- ・ 必要に応じて、喀痰検査等の実施
- ・ 不定愁訴が続く高齢者に対する注意深い診察の実施
- ・ 診察待合室等での咳エチケットの徹底などが重要ではないかと思えます。

結核は決して過去の病気ではありません。日常の診療活動のなかで、常に結核の可能性も念頭に置き、診療を行う必要があるのではないのでしょうか。