

救急医療週間 (9/9 ~ 9/15) によせて

～たらい回しのない沖縄の救急～



沖縄県立中部病院 院長 (救急科) 宮城 良充

はじめに

今年も9月9日を含む1週間の“救急医療週間”がやってきた。これまで、救急専門医がそれぞれの活動分野の救急について解説してきたが、筆者は今年度で現場からリタイアすることもあり、救急医療を引き継ぐ後輩への申し送りをおこなう。救急医療の仲間が誇りとしている“たらい回しのない沖縄の救急”ができるまでの歴史と要因を示したい。なお、詳しい沖縄の救急医療は本会医師会史2の拙文をご覧頂きたい。

救急医療の歴史

救急が医療の根本と言われながら、体系的な医療として取り組まれるようになったのは比較的新しい。救急先進国の米国でさえ1950年代には救急患者の搬送は葬儀屋であったという。当時は救急患者の多くは病院到着前になくなっていったからであろう。1960年になると外傷や内科救急を受け入れる“救急室”を持つ病院が出てきたが、専属医は居なかった。市中で発生する救急患者を初療するのは開業医で、増え続ける救急患者に病院も対応するに難渋し始めたころ、開業医が病院に勤務し救急患者に対応する“救急医”となったのが1961年と言われている。そして1968年救急を専門とする医師が集まり米国救急学会を発足させている。

我が国の救急医療

さて、我が国の動向はどうであったろうか。我が国でも1930年代以前までは、救急患者は家族や周囲の人たちによって町医者に担ぎ込まれていたであろう。1933年になって赤十字や警察が救急車を一部の都市で走らせるにとどま

っていた。

本格的に救急患者の搬送について体系的に取り組まれるようになったのは、敗戦後救急搬送業務が各自治体の業務として位置付けられてからである。それぞれの自治体で救急搬送業務が実施されたものの、内容に格差があり整備統一するために1963年に法改正され、あわせて救急患者を受ける側も整備され、救急告示病院制度がスタートした。

増え続ける休日夜間の患者のために1972年休日夜間急患センターが作られるようになり、さらに増え続ける患者を効率的に診療するべく1977年初期、二次、三次と重症度に応じて患者を受け入れる施設を設定、全国に救命救急センターが整備された。また、従来救急隊の取り扱い患者を内科患者まで広げ、1988年に救急告示病院の要件も変更された。その後プレホスピタルケアの充実のため1991年救急救命士法が発令、1995年の阪神淡路大震災の反省からDMATの結成、ドクターヘリの導入が進んでいる。

沖縄の救急医療の歴史

沖縄は27年間、祖国から切り離されていたため、医療制度、医療保険制度、社会福祉など1972年の祖国復帰後、堰を切ったように整備が進められた。救急医療についても国の救急医療体制整備政策のもと、休日夜間診療所、救急告示制度、中部病院の救命救急センター開設など、本土に追いつけ、追い越せと努力がなされて来た。

しかしながら、救急医療に関して、私は別な見方をしている。むしろ、救急医療については、

365日24時間救急患者がたらい回しもなく治療されている沖縄こそが、正道を歩んできたと自負したい。中部病院のゼネラル重視の研修制度が、新臨床研修制度のモデルとなったように、国内の重症集中治療型救急施設が、我々が綿々と先輩方から引き継いできたER型救急機能を合せ持つよう、方向転換し始めたことが示している。

“たらい回しのない救急”の要因

では、沖縄で出来ている理由は何であろうかと、私なりに整理してみた。

- 1 離島県かつ島嶼県であること。隣県の鹿児島県とは海が隔てるため、日常の医療から救急まで地域内完結する医療をせねばならぬため、これが医療人の覚悟と気概を醸成し、相応の施設整備が進められてきたこと。
- 2 戦争は甚大な人的・物的損害の爪痕を残し終結した。医師の絶対数が不足する中で医療は復興していったが、少ない医師は専門科を超えた診療も求められ、かつ専門領域の救急ができることが要求され、全員参加型の救急がなされてきたこと。
- 3 終戦後、米国主導のもとで医療の復興が進められたが、そのため病院は開放型であり開業医が利用する形態であった。病院は重症患者と救急患者を収容するためのものであったので、いつでも救急患者を受け入れるER型救急が始められ、現在も続いていること。

4 1967年に始まった中部病院の臨床研修度が沖縄の救急医療に与えた影響は大きい。当時の医師不足から疲弊していた医師の力強い助力とその存在による病院の活性化、そしてゼネラル教育を受けた修了生が沖縄県に留まり、ER型救急を県内にて展開していること。

5 自他共に県立病院が“最後の砦”と認識されている。戦後の医療の復興は公的病院を中心に進められてきたので、職員も“自分たちが見放したら患者はどこへ行けばいいんだ”の強い使命感で勤務を続け、これが伝統となっている。消防も困ったら県立へ搬送業務を、民間病院も公的病院への信頼も厚く積極的に救急医療に参加協力していること。

あげた要因を考察すると、戦争での大きな人的物的損失、離島・島嶼県、米国施政権下などに結びついていることが分かる。このような逆境が人々を困難に立ち向かせ、工夫する知恵を導き出させ、協働への一体感を醸成したと言えるであろう。

加えて、沖縄独特の国費自費制度の存在も大きかったと考えている。この制度で医師となった人たちが沖縄の医療全体を牽引してきたが、救急も同様である。そして、これからあと7年もすればこの制度で医師となったものたちは定年を迎え現場から立ち去る時期を迎える。そのときこそ次世代の医療人の真価が問われる。これから先もたらい回しのない救急が引き継がれていることを期待したい。

原稿募集!	<p>プライマリ・ケアコーナー(2,500字程度)</p> <p>当コーナーでは病診連携、診診連携等に資するため、発熱、下痢、嘔吐の症状等、ミニレクチャー的な内容で他科の先生方にも分かり易い原稿をご執筆いただいております。</p> <p>奮ってご投稿下さい。</p>
--------------	--

結核予防週間(9/24～9/30)によせて



南部福祉保健所長 譜久山 民子

はじめに

平素、医師会員の皆様には、結核対策で、大変お世話になっているところです。

厚生労働省は毎年9月24日から30日までを結核予防週間と定め、結核予防会、日本医師会等関係団体のご協力のもと、結核の普及啓発等を行います。

平成24年度の標語は、【「胸に空洞!? 失恋ですか?—いいえ、結核です。】でした。

戦前の日本では結核は「国民病」「亡国病」と恐ろしい病気という認識でしたが栄養状態・衛生状態の改善、医療の著しい進歩により、感染症ではありますが、医師の中でもあまりお目にかかることがない時代になっているかもしれません。

しかし日本全国では平成23年22,681名の新規結核患者発生があり、罹患率は17.71で、罹患率で米国の4.3倍、カナダの3.3倍と、世界の中蔓延国とまだまだ対策をゆるめるわけにはいきません。

沖縄県の状況

1. 新規結核患者数：平成23年209名の発症、罹患率19.2ともに2年連続の増加です。

	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
新登録者数	252	277	235	260	269
結核罹患率	18.4	20.1	17.0	18.7	19.2

罹患率：人口10万対

2. 高齢者の結核患者の割合が増加しています。

新登録者数	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
80歳 人数	60	74	61	78	82
以上 割合%	23.8	26.7	26.0	30.0	30.5

3. 医療機関受診による発見が最も多く、職場からの発見が次で、増加傾向にある。

発見方法 (%)	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
医療機関受診	57.0	54.8	55.7	56.9
職場健診から	3.6	5.1	6.5	6.7

4. 結核患者のうち、合併症を持つ割合 (%)。

合併症	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
糖尿病	17.8	14.5	17.7	14.5
H I V	0.36	0	0	0

5. 結核死亡数

	1970年	1990年	2010年	2011年
人数	103	32	32	26

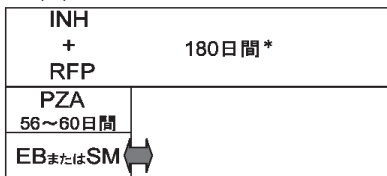
6. 潜在性結核感染症の届出数の増加：特に医療従事者の増加がみられます。検査法の進歩も背景と思われます。

	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
全届出数	18	21	40	45	94
医療従事者	3	2	4	23	49

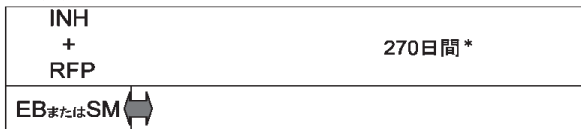
7. 生後6か月までに行う乳児のBCG予防接種率：平成23年度93.4%と90%台を維持しています。

標準治療 初回治療ではINH とRFP に初期2ヶ月PZA とEB (またはSM) を使用し全治療期間6か月とする式を第一選択とし、重症肝障害等のためにPZAが使用できない場合に限りPZAを使用しない9ヶ月治療を行うこととしていた。さらに、2009年の基準ではEB (またはSM) に関して、INHとRFPに対して感受性であることが確認されれば使用を中止することになった。

標準治療 (A)



標準治療 (B)



おわりに

医師会の先生方には“結核はまだまだある感染症”という事は申すまでもない事ですが、皆様のクリニックに受診される咳が続く患者ではまず結核を頭においていただきますようお願い致します。また結核患者と診断した時には“直ち”に保健所への届け出や接触者の検診、結核患者のDOTS訪問 (服薬支援) 等の保健所の業務につきましても、日頃大変ご協力をいただき、改めて感謝を申し上げます。

原稿募集! **本の紹介コーナー (1,500字程度)**
 感動した、生き方が変わった、診療が変わった、新たに真実新たに真実を知った本等々、会員の皆様の座右の本をご紹介します。

原稿募集! **随筆のコーナー (2,500字以内)**
 随時、募集いたします。日常診療のエピソード、青春の思い出、一枚の写真、趣味などのほか、紀行文、特技、書評など、お気軽に御寄稿下さい。

「がん征圧月間」に寄せて



那覇市立病院 外科 友利 寛文

毎年9月は「がん征圧月間」です。

がんに対する知識を深めがんの早期診断・治療を考えていただきたいと思います。

日本人の死亡原因の第1位はがんです。1984年にそれまで第1位だった脳血管疾患を抜いて以降、死亡原因の第1位はがんです。そしてがんの死亡者数はいまなお増加し続けているというのが現状です。

会員の皆様ご存知のように日本では、2人に1人ががんになり、3人に1人ががんで死亡しています。がんは初期のうちには自覚症状がほとんどありません。自覚症状が現れたときには、病状がかなり進行している場合が多いのです。

現在、日本におけるがん死亡率の部位別トップ5は、男性では、1位から肺癌、胃癌、肝臓癌、結腸癌、膵臓癌、女性は、1位から肺癌、胃癌、結腸癌、膵臓癌、乳癌です。

今回はがんの中でも早期診断・治療が困難とされトップ5に名を連ねる膵臓がんを取り上げ早期診断治療に役立てていただければと思います。

膵臓による死亡者は2010年には27,989人で全死亡者数の2.3%を占めています。癌死亡における膵臓の割合は2009年に男性6.8%・女性9.2%（1965年では、2.9%・2.7%）でした。膵臓の死亡者数の増加は画像診断の進歩によるものが多いのですが、罹患率と死亡率がほぼ同数であることは膵臓が根治治療困難な疾患であることを意味しています。

膵臓診療ガイドライン2009年版では、膵臓の危険因子として①家族歴②合併疾患③嗜好の3つがあげられています。

① 家族歴：膵臓、遺伝性膵臓症候群（遺伝性膵炎、家族性大腸腺腫症ポリポーシス、Peutz-Jeghers 症候群、家族性乳癌など）

② 合併疾患：糖尿病、肥満、慢性膵炎、遺伝性膵炎、IPMN

③ 嗜好：喫煙

膵臓における糖尿病の合併率は25.9%とともにも高頻度の合併疾患として報告されています。糖尿病は血管病変だけではなく癌の死亡リスクともいわれています。また新たに発症した糖尿病の患者は、膵臓の発生が高いと報告されています。

最近では肥満と膵臓のとの関連も報告されBMIが30をこえるとハザード比が1.19になると報告され、また肥満は膵臓の予後にも影響するとの報告もあります。

これらの危険因子を複数有する場合は膵臓を念頭においた検査を行うことが推奨されています。糖尿病に関しては、急激な発症や悪化を見逃さずに膵臓の合併を疑い検査が勧められます。またIPMNは癌へ進展・癌を合併することがあるため診断と経過観察が勧められます。

診断のポイントとして、エコーでの膵臓の診断は、2cm程度までの膵管癌は一般に低エコー像としてとらえられること、胆管拡張や膵周囲の血管の狭窄やリンパ節の腫大を見逃さないことが挙げられます。早期診断を行うためには、膵管拡張や膵のう胞を認めた場合、膵臓の合併を考え積極的にCT・MRI・EUS・ERPを行うか、行える施設への紹介を行ってください。

がん検診の目的は、がん検診による早期発見、早期治療によって、がんが治る確率を高めがん患者本人の肉体的、精神的、経済的な負担を軽くすることです。

がんの罹患は、本人だけの問題ではありません。このがん征圧月間を機会に患者本人と家族を守るために、定期的ながん検診の受診を勧め、日ごろからがんを防ぐための食習慣・生活習慣の実践を勧めてください。

原稿募集のご案内

広報委員会

沖縄県医師会報は皆さまの会報です。
広報委員会では、会員の皆さまからの原稿を多方面にわたり募集いたします。活発な御投稿をお待ちいたしております。

●分科会、研究会等からの報告（1,000字程度）

分科会、研究会等が本県に於いて開催する、九州規模以上の学会の開催案内、また、開催後の報告等について御寄稿をお願いします。

●質問コーナー

- ・日常診療の中での疑問、診療のポイント、医師会活動、税制（税務）、健康保険等について質問を受け付けます。
- ・質問は「沖縄県医師会広報委員会」宛に、住所、氏名を明記の上、文書でお願いします。
- ・誌上匿名は可です。
- ・回答者を指定されても結構です。

●発言席

会員の皆さまの御意見、主張を掲載します。

●随筆（2,500字以内）

随時、募集いたします。日常診療のエピソード、青春の思い出、一枚の写真、趣味などのほか、紀行文、特技、書評など、お気軽に御寄稿下さい。

●「いきいきグループ紹介」(1,000字程度)

各研究会、スポーツ同好会や模合等の活動紹介などを掲載致しますので、どうぞお気軽にご紹介下さい。

●勤務医のページ

勤務医の立場を明確にして筆者を希望なさる方のコーナーです。若い先生方から御意見、御投稿を期待します。

●甘口・辛口コーナー

医師会の活動とか社会に対し、本音で発言できないことや恨み・つらみ何でも結構ですでお気軽に御投稿下さい。

- ・誌上匿名・ペンネームでも可。
- ・内容的に会報記事として適当でない場合は、広報委員会で協議し、掲載を見合わせる事もありますのでご了承下さい。

●若手コーナー（1,500字程度）

今後の進路を決める若手医師へのアドバイス等について御投稿下さい。（若手医師への提言、日常診療のコツ、開業顛末記等。）

●身近な闘病記（2,000字程度）

ご自身又はご家族の病気療養の経験談について、会員の皆様からの御寄稿を募っております。

●ロゴマークは語る（400字内）

医療機関のロゴマークとそのつけた由来、趣意等について掲載致します。

●本の紹介コーナー（1,500字程度）

感動した、生き方が変わった、診療が変わった、新たに真実を知った本等々、会員の皆様の座右の本をご紹介ください。

本会報の編集は沖縄県医師会広報委員会内規の編集方法に基づいてなされます。
(内規は平成24年7月号(79ページ)に掲載)

※原稿送付先

〒901-1105

南風原町字新川218-9

沖縄県医師会広報委員会宛