

第33号
平成22年1月



特集

「大阪医科大学の
新型インフルエンザ
対策の実際」

大阪医科大学医師会報

Annals of Osaka Medical College Doctors' Association

■巻頭言	大阪医科大学小児科学教室教授 玉井 浩	1
■特集：「大阪医科大学の新型インフルエンザ対策の実際」		
〈大学の対応〉		
新型インフルエンザへの大学の対応	大学感染対策小委員会 出口 寛文	2
〈病院の対応〉		
新型インフルエンザへの大学病院の対応	感染対策室 浮村 聡	4
新型インフルエンザ患者の入院	感染対策室 村尾 仁	10
妊産婦と新型インフルエンザ～当院での対応～	産婦人科学教室 亀谷 英輝	11
透析療法と新型インフルエンザ	血液浄化センター 井上 徹	12
救急外来と新型インフルエンザ	救急医療部 小林 正直	14
小児科とインフルエンザ	小児科学教室 芦田 明	16
■最近の動き		
前立腺癌—最近の放射線治療—	放射線医学教室 猪俣 泰典	17
■かなり役立つ生涯学習		
創傷被覆材について	形成外科学教室 大場 創介	20
■平成20年度大阪府医師会勤務医部会第2ブロック報告		
第2ブロック常任委員	砂田 一郎	22
■会員の広場		
嚥下障害のリハビリテーション	リハビリテーション科 日浦 裕子	25
〈学会助成活動報告〉第33回日本リンパ学会総会報告		
解剖学教室	大槻 勝紀	26
■ホームページの広場 15		
ウェブの検索はどうして速いのか	放射線医学教室 上杉 康夫	27
■大阪医科大学医師会会長からのお知らせ		29
■インフォメーション（北摂四医師会糖尿病フォーラム、神経と親しむ会、北摂皮膚科医会、痛みの治療研究会、第28回日本脳腫瘍学会、第8回大阪医科大学産婦人科オープンクリニックカンファレンス、北大阪心不全セミナー、第4回北摂皮膚科アレルギー懇話会、大阪医科大学眼科セミナー）		30
■北摂四医師会医学会分科会記録（第17回小児科医会、第8回画像診断研究会）		32
■大阪医科大学医師会 会則		34
■大阪医科大学医師会 会員名簿		36
■編集後記	村尾 仁	
（題字：竹中 洋 学長）		

巻頭言

大阪医科大学小児科学教室教授

玉井 浩



4月から始まった新型インフルエンザへの対応で忙殺された半年が経過しています。ワクチンの接種回数で2転3転していますが、優先順位の基準に疑問を感じざるを得ません。基礎疾患の有無に関係なく、子どもは全員接種の対象とすべきであり、それに疑問をもつ者はほとんどいないと思います。また、地区によって優先者が異なっていたり、現場は困惑しています。

政権が交替して、中医協のメンバーにも変化が見られ、勤務医重視への医療政策の変更が見え始めましたが、これも当然の成り行きであり、むしろ遅かったくらいです。さらに、初期臨床研修医の都市部からの締め出しが行われ、大阪医科大学は募集定員をすべて満たし、はじめてフルマッチしました。定員が減ったことと希望者が増えたことが理由ですが、希望したのに採用できなかったことには断腸の思いです。近い将来には大阪医科大学で研修あるいはレジデントとして学べる機会がもてることを希望しています。

このように今年は医療政策面での変革の年でしたが、本学でも平成22年度から看護学部を設置が認可され複合大学になります。これは明るいニュースです。看護学部もその時代のニーズにあったものと思いますので、大学／大学医師会をあげて期待し、協力をしたいと思います。

〈大学の対応〉

新型インフルエンザへの大学の対応

大学感染対策小委員会
教育機構

出口 寛文

新型インフルエンザは全国的に猛威をふるい、8月21日の厚生労働省の流行宣言以降も爆発的な感染拡大が続いている。直近の11月2日の大阪府発表では、定点あたりのインフルエンザ報告数は27.8（推定患者数約11万人／週）で、これまでの累計患者数は46万人、うち入院164人、重症者12人となっている。とりわけ、幼児から大学生など若年者の罹患率が高く、学級閉鎖・学校閉鎖は小中学校を中心に延べ1,800校に及ぶ。本学においても、8月13日、西医体のために沖縄で合宿中のバレー部の学生が新型インフルエンザに罹患し、飛行機に搭乗できず沖縄に留め置かれる事態が発生した。その後、大阪に帰った他のバレー部の学生に次々とインフルエンザが発症し、大学の対応が求められる状況となった。これを受けて、翌週学長の指示で大学安全委員会の下部組織として、急遽大学感染対策小委員会が発足した。感染対策小委員会は、保健管理室、病院の感染対策室とも連携を取りながら、学生および大学教職員のさまざまな感染症に対する対策を講じる機関とされる。発足後委員会審議を重ねるとともに、緊急を要する事案が多いためメーリングリストを作成し関係者間で逐一最新情報を交換して早急な対応に心がけているところである。さて、大学生の新型インフルエンザ感染者は10月より増加し（図1）、11月上旬にはクラブ活動などを介して急激に感染が拡大している。11月1～10日にはラグビー部を中心として14名の感染者が発生

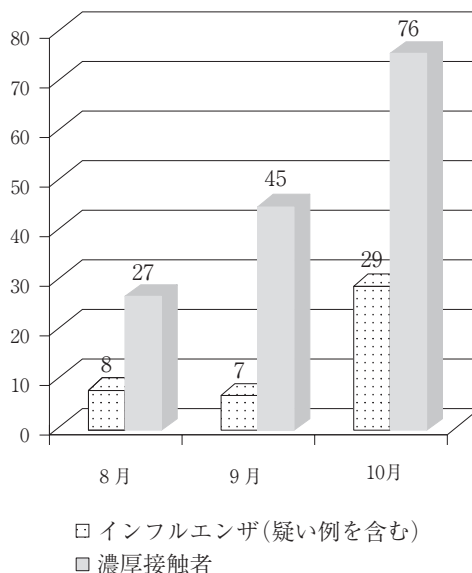


図1 大阪医科大学学生における新型インフルエンザ罹患者と濃厚接触者数（単位：人）
11月1～10日には14名の罹患患者、6名の濃厚接触者が発生している。

し、その中1年生の発症者は11名に上った。このため11月10日には、学長、教育機構長より1年生の学年閉鎖と対外試合を含めてすべてのクラブ活動の禁止が発令された。このようにインフルエンザが蔓延している現状では、臨床実習を行う学生が病棟にウイルスを持ち込むリスクが最も問題となる。クリニカルクラークシップの学生には図2のような文書で注意を促すとともに、体温計を配布し、インフルエンザ流行期間は毎朝検温し担当教員のチェックを受けることを義務づけた。現在インフルエンザに罹患

クリニカルクラークシップの学生への注意

- ① 毎朝体温測定など健康状態をチェックし、発熱（37.0℃以上）、及び鼻水、咳、咽頭痛、関節痛、強い倦怠感などの症状がある場合は、実習に参加する前に保健管理室に相談してください。毎日「検温・体調管理票」を記入し、各診療科で実習開始前に担当教員のチェックを受けてください。
 - ② マスクを必ず着用してください。
 - ③ 石鹸、速乾性アルコール消毒剤による手洗いを励行してください。
- ※ 病棟にはハイリスクの患者が多数おられます。「実習を休みたくない」などの自分本位で軽率な態度は、患者や病院スタッフに迷惑をかけることになります。医療にかかわる者として責任ある行動を取るようにしてください。

図 2

した学生は7日間の出校停止、濃厚接触者は4日間の自宅待機と体調報告をさせている。特に大学の授業日数は限られているため、学年閉鎖が高学年まで及ぶと影響は大きい。自宅待機となった学生が実習などを受けられず単位不足とならないように、教授会では各診療科の配慮を仰いでいる状態である。

なお、大学関係の教職員ではインフルエンザ感染は比較的落ち着いており、散発的な発生にとどまっている。教職員用のインフルエンザ対応マニュアルなどは保健管理室で作成し周知に努めているところである。

さて、新型ワクチンの接種については厚労省の通達も明確ではなく、混乱している。現段階ではワクチンの入荷状況が不透明な状態（11月11日時点）ではあるが、接種の優先順位は病院・大学と協議のうえですでに指針を定めている。ワクチンは医療者用

として大学病院に配当されているため、まず病院を優先的に接種し、ついで大学側にまでワクチンが充足できる状況となれば直ちに対応する予定である。一方、季節性インフルエンザワクチンについては、11月中旬にかなり確保できる目処が立ち、12月末までには希望する教職員と臨床実習の医学生・看護学生、国家試験受験の6年生などに接種可能となる模様である。

現在、インフルエンザ感染は近隣の大学や小中高等学校でも拡大中であり、これに季節性インフルエンザの流行も加わってきたとの情報もある。幸い本学関係ではインフルエンザ罹患者には重症患者は発生していないが、まだまだ、流行は続くものと考えられる。行政からの通達も矢継ぎ早に出され、しばしば情報も錯綜するなかで、大学全体としても迅速かつ一層適切な対応が求められるものと考えている。

〈病院の対応〉

新型インフルエンザへの大学病院の対応

感染対策室長 浮村 聡

現在世界中で流行している新型インフルエンザは、ブタ由来のインフルエンザ A (H1N1) による感染症である。2009年4月にメキシコでの発生が確認され、まず北米で流行し、それ以降、全世界に伝播し、多数の入院、死亡例が報告されている。5月の新型インフルエンザ国内流行時、神戸とともに高槻市は新型インフルエンザ患者発生に直面した。本稿ではまず新型インフルエンザのウイルス学的な解説とその臨床像について、さらに大学病院としてこれまでにどう取り組んできたか、今後どう取り組んで行こうとしているかについて述べてみたい。

今回の新型インフルエンザウイルスについて —ウイルス学からみて—

今回の新型インフルエンザウイルスは、かなり前に流行したと思われるヒト、トリ、ブタの遺伝子の混じり合ったウイルスとブタ由来のウイルスとが再び混じり合ったハイブリッドウイルスと考えられている。A型のインフルエンザウイルス蛋白には赤血球凝集素 (HA) に H1 から H16 までの 16 種類、ノイラミニダーゼ (NA) に N1 から N9 までの 9 種類があり、合計 $16 \times 9 = 144$ 種類の亜型が存在する。これらの亜型が異なると抗原性が異なり、基礎免疫をもたないために世界大流行 (パンデミックという) を引き起こすこととなる。A 型のインフルエンザのみがパンデミックを起こすのは、こうした理由による。

今回日本ではマスコミが弱毒株という報道を行い、季節性と同等という先入観を国民に与えたが、これは用語的にも臨床的にも誤りである。通常インフルエンザウイルスはそのキャリアである渡り鳥によって運ばれるが、これがニワトリに感染した時にほとんどが死亡するのが「強毒株」であって、その他は「弱毒株」である。「弱毒」や「強毒」というのは、鳥インフルエンザに関してのウイルス学の用語でヒトに用いるものではない。またヒトのインフルエンザウイルスには H1N1、H2N2 および H3N2 の 3 亜型が知られているが、ウイルス学的に「強毒株」とか「弱毒株」という区別はない。臨床的に軽症、中等症、重症という区別があるだけである。また今回の新型に関して世界保健機構 (WHO) は moderate (中等度) と言っており、季節性と同じような mild (軽度) なものではないと考えられる。

今回の新型は、先程述べたようにトリのインフルエンザの遺伝子を一部有している。そのため、ウイルス学的にも通常の季節性インフルエンザと次の 2 点で大きく異なっている。ひとつ目は、新型インフルエンザウイルスの増殖に適した温度がヒト型の 33℃ でなく 41℃ とトリ型と同様であるということである。もう一点は、ウイルスが侵入するレセプターが季節性では上気道、高病原性 (H5N1) では結膜、下気道 (肺) にあるが、これらの両面を有していることである。これが迅速キットで陽性に出る前

にウイルス性肺炎を発症する重症例を生む原因ではないかと私は考えている。

5月の流行時の対応

SARSの発生後、トリ高病原性インフルエンザの発生を受け、大阪医科大学附属病院では私が委員長を務めている院内新型インフルエンザ対策小委員会、さらにその上部組織の感染対策室が中心となり、陰圧のプレハブ診察室を建設し、高槻保健所と合同で診察シュミレーションを行うなど、新型インフルエンザ対策を行ってきた。これまでのこうした準備が今回の新型発生時に役に立ったのはいうまでもない。当時陰圧のプレハブ診察室の建設を行っていただいた当時の院長である竹中現学長に感謝したい。

今回北米での新型インフルエンザの発生を受け、大阪医科大学附属病院でも北米から“飛行機というトリ”が運んでくると考えられた新型インフルエンザに対する対応を開始した。5月の黄金週間がひとつのリスクと考えていたが、われわれもまさか神戸、大阪が日本での初めての流行地になるうとは予想もしていなかった。

今回、高槻市保健所の要請により大阪医科大学附属病院では発熱外来を開設し、対応にあたった。大阪医科大学附属病院は感染症指定医療機関ではないが、高槻市が中核都市となり、高槻保健所が独自の対応をせまられている状況を考慮して対応を開始した。

茨木市のK校での新型インフルエンザ患者の発生を受け、保健所から高槻市、島本町の新型患者の濃厚接触者の診察依頼が5月16日（土）にあり、鳥インフルエンザ用に建設した室内の空気洗浄が可能な特別診察室を使用して診療を開始した。この時はあの宇宙服のようなタイベックスを着用し、N95マスクをつけて対応した。この時の診察医の感想は、呼吸困難、多量の発汗

でとても長時間続けられるものではないとのことであった。そのため翌日からはアースレーションガウン、サージカルマスク＋フェイスシールド付きのマスク、手袋という装備に切り替えた。これは飛沫感染に対してはこれで十分と判断したためである。神戸では医学的に入院不要な軽症者も入院させたため、神戸の対応病院が一時的に厳しい状況となったとその後報告を受けた。大阪では国の方針に反して、当初から抗インフルエンザ薬の投与下に帰宅させる方針をとったのが、大阪医大でも対応できたひとつの要因であった。今回の5月の流行時の新型対策は、高病原性のトリインフルエンザを想定したものであった。その指針の内容が大阪での実情と乖離していたことが、一番苦勞した点であったと考えている。またこれまでに作成したマニュアルはこの理由により役に立たず、毎日夜遅くまで対策立案の会議で激論を戦わせていた。

その後5月18日（月）には病院玄関にトリアージテントを設置し、特別診察室にて内科患者の対応を、救急外来横の時間外外来にて小児科の対応を、それぞれ開始した。5月19日（火）からは病院の出入り口制限を実施するとともに、7号館1階をすべて発熱外来とする対応に変更した。この体制は、院内感染予防という目的からは非常に優れていた。しかし大学病院としての機能低下（特に内科外来の機能低下）、職員のオーバーワーク、その結果として病院収益の低下など多くの欠点を有していた。翌週25日（月）からは別棟の歴史資料館での対応を開始した。その後、患者数減少に伴い7号館1階の一部を発熱外来とする対応に縮小し、現在に至っている。

この間に大阪医大では8例の新型インフルエンザ確定患者、すなわち遺伝子検査陽性患者を診察したが、そのうち4例は迅速キット陰性であった。今回の新型では発熱後12時間を超えないと迅速キットで陽性が

出ないということは、今では医師の間では常識になっているが、当時のわれわれとしてはその感度の低さは驚きであった。保健所から紹介された新型インフルエンザの確率の高い症例、それは海外渡航歴を有するものとK校関係者を意味したが、これらを診察するのが5月時点の大阪医大と高槻赤十字病院の役割であった。またわれわれは神戸のように感染が拡大すると当初は予想したが、学校閉鎖が効果的で結果的にこの時期にはK校関係者以外に感染は拡大することなくいったん収束に向かった。結果的にわれわれはやや過剰な対策を行ったのかもしれないが、当時の現場では予測不可能であった。またこの間、院内感染を恐れるがあまり、他の感染症による熱発患者への対応の遅れを経験した。その後この症例の反省から対応を再考し、何よりも患者の重症度を最優先する方針とした。高槻市では大阪医科大学附属病院、高槻赤十字病院に加え、他の6病院も発熱外来を行う体制が最終的に作られ、混乱を避けることができたことも大切なポイントであった。

今回の新型インフルエンザの 臨床像について

当初日本では感染者が10歳代以下に限られ、その症状も通常の季節性インフルエンザと同等ないしはむしろ感冒に近い軽症例のみであった。主な症状は発熱、咽頭痛、咳、筋肉痛などであり、十数パーセントに下痢等の胃腸症状を認めた。これらの患者の多くは病状としては軽症で、大阪ではノイラミニダーゼ阻害薬（タミフル、リレンザ）の投与を行いながら外来治療を行い、入院を要する患者は認めなかった。しかし、7月の時点でもアメリカでは症例数の増加とともに、基礎疾患を有する者のみならず健常者においても、ウイルス性肺炎、さらにはARDS (acute respiratory distress syndrome) 併発など重症化する患者がい

ることが報告されていた。わが国でも8月以降、患者数の増加とともに入院例が増加し、死亡例も報告されている。当院でも10月に小児のウイルス性肺炎の入院例を認めた。

今回の新型インフルエンザについては、米国ニューヨーク市のERにおける報告がよく引用されている。ニューヨークでの流行は2009年5月中旬に始まり、6月末までの約6週間でほぼ終息したといわれている。7月8日までに909名が入院し、年齢分布は4歳未満が208例（22.8%）、5～24歳が278例（30.6%）、25～65歳は379例（41.7%）、66歳以上は44例（4.8%）であった。通常の季節性インフルエンザに比し高齢者の患者とその重症化例は少なかった。909例中225例（24.8%）がICUに入室し、内124例（13.6%）がレスピレーター管理となり、45例（5.0%）が死亡した。患者の75%に基礎疾患を認め、喘息と慢性呼吸器疾患があわせて41%と多く、以下、心疾患、糖尿病等であった。一方で大きな危険因子のない例も20%以上みられた。メキシコと同様、基礎疾患のない若年者にも死亡例を認めることがきわめて重要であり、これは季節性では認められないことである。死亡した45例の年齢は2ヵ月から83歳であった（中央値は44歳）。またこれら死亡例の多くは、メキシコ市と同様に早期の抗インフルエンザ薬の投与を受けていなかったとされている。

欧州疾病予防センター（ECDC）では、これから起きる本格的なブタ由来新型インフルエンザ流行、第1波で（5月の日本でのブタ由来インフルエンザの流行はプロローグであり、これから第1波が起きると考えられている）国民の20～30%が罹患発病し、その1～2%が入院、さらに0.1～0.2%が死亡すると予測している。日本が諸外国と同様であるならば、2,560～3,840万人が発病し、入院が25～77万人、死亡が2.5～7.7

万人という数字となる。しかし、現在そこまでの重症例は認めていない。ただし数年後には、全国民が罹患するのが新型インフルエンザの本質で、これから冬に向かって第1波での2千万から4千万人の患者発生を避けることはできない。今回の新型はあくまでも中程度のものであるので、今後は原則としてすべての病院と診療所がインフルエンザ患者の診療にあたるのが、新型インフルエンザ対策の重要なポイントである。そしてノイラミニダーゼ阻害薬の投与、ワクチン接種や学級閉鎖などの対策により、重症化を防ぎ入院や死亡を減らすことが当面の最大の目標となる。

また過去のパンデミックでは、細菌性肺炎の合併により、不幸な転帰をとることが多く認められている。今回の新型インフルエンザの重症例においても、米国の死亡例の約30%に細菌感染症が合併していたと報告されている。実際、日本での50歳以上の死亡者は基礎疾患を有する割合が高い。すでに高齢化社会である日本においては、基礎疾患を有する高齢者も多く、適切な抗菌化学療法を行うことは重要である。

今回の新型インフルエンザによる死亡率には、各国間で大きな差がみられる。わが国では患者数が増加しても、致死率はきわめて低いレベルにある。被害の大きな国々では、患者の多くが発症後1週間前後に初めて医療機関を受診しており、その前には治療を全く受けていないこと、重症例や死亡例の多くが発症後4～5日目に呼吸不全を呈していること、ウイルス性肺炎の重症化だけでなく細菌性肺炎の重症化もみられること、など診断と治療開始の遅れがみられる。一方、わが国では発症者のほとんどが2～3日以内に医療機関を受診し、ほぼ全例で直ちに抗インフルエンザ薬による治療が行われている。また学級閉鎖などの感染拡大予防措置がとられていること、諸外国に比べるとマスクをする人が高率である

など、日本特有の土壌が低い致死率のひとつの要因と考えられ、今後も継続していく必要があると考えられる。

ただし注意すべき点としては40歳までの基礎疾患のない患者でも死亡例がみられること、季節性に比べて脳症の発症年齢が10歳以上でも認めるなど年齢層が高めであること、また迅速キットが陽性になる前にウイルス性肺炎を発症し重症化する例があることなどである。これらの重症化する患者を予想することは困難であるのが現状であり、こうした患者でウイルス変異が起きているわけではなく、感染したホストの感受性の問題と専門家は考えているようである。

新型インフルエンザに対する対策

こうした経過を受け、最近新型インフルエンザマニュアルを全面改定した。その中の一部を紹介する。

〈対策の基本方針について〉

- (1) 患者数が医療機関の対応可能レベルを超え、医療機関が破綻しないよう患者数のピークを抑制することが必要である。そのためにはワクチンの接種、学校の学年あるいはグループ単位の休校措置、医療従事者への適正な予防投薬などを状況に応じて使い分ける必要がある。
- (2) 患者の重症化を防ぐため、確実な診断、それに基づいた抗インフルエンザ薬の早期投与が必要である。そのためには発症後12時間以上経過してから医療機関を受診するような指導を、医療機関と行政が協力して行うことが必要である。
- (3) 致死率低下のためには、合併症を有する患者、妊婦、幼児乳児への個別対応が必要となる。また重症者に対する適切な入院措置が必要である。
- (4) 院内感染防止のためには、医療者が

感染しないことが第一だが、完全に感染を予防できるわけではない。大切なことは自らが感染源とならないことであり、マスクの正しい装着、適切な手洗いにより二次感染を起こさないことが重要である。

このような基本方針にのっとり、以下のような対策を行うこととしている。

〈外来対応〉

こうした考えに基づき、外来では以下のような対応としている。まずポスター等を用いて来院患者のインフルエンザ様症状のスクリーニングを行い、一般の患者と待合スペース（waiting room）等を分離し診療を行う。新型インフルエンザの感染が疑われる患者にはサージカルマスクを着用させ、対応する医療従事者もサージカルマスクを着用する。手指衛生、標準予防策および飛沫予防策の遵守が必要である。初診の成人は総合内科、各科専門内科通院患者は専門科で対応し、小児は小児科が担当する。慢性疾患ですでにコントロールがついている再来患者については可能な限り長期処方を行って、急速に患者数の増加がみられる時期に病院受診する機会を極力減らすように調整する。また軽症者の初診患者は診療所等の一次医療機関が担当し、妊婦や合併症を有する自院の通院患者を中心に対応することが大学病院の役割と考えている。

〈入院〉

当初と異なり入院に関しても、軽症例では基本的にすべての医療機関が対応を行うべきである。入院の適応は主に肺炎（ウイルス性と二次感染）および脳症発症者である。5月の時は発熱外来が主な役割であったが、秋以降は高槻保健所管内で入院可能な二次医療機関と協力して、この地域の重症者を中心に入院を受けるネットワークを構築することが重要である。入院部門でも重症度に合わせた役割分担を行うことが重

要と考えられる。

現実的対応としては、原則としてトイレ付き個室に入院させている。全例に陰圧空調個室は必要ないが、感染性を有する時期にエアロゾルを生じるような処置（気管挿管、蘇生処置、気管支鏡など）を行う時には陰圧空調が必要と考えている。エアロゾルを生じるような処置を行う時には空気感染予防策が必要となり、N95マスク、フェイスシールド、アイソレーションガウン、手袋の着用が必要である。入院期間中患者にはサージカルマスクを着用させ、対応する医療従事者もサージカルマスクを着用する。手指衛生、標準予防策および飛沫予防策の遵守が必要である。妊婦が新型に感染した状態での出産の時は長時間接触する医療者の防御として特別なマスクを用意している。

〈抗インフルエンザ薬〉

タミフル、リレンザは、ノイラミニダーゼという細胞からウイルスが放出される時に関与する蛋白に作用する。これらはともにウイルスを死滅させるものではなく、ウイルスが隣の細胞へウイルスを放出されるのを妨げるものであり、できるだけ早期投与が望ましい。一方で迅速キットの感度の問題があり、臨床診断が今後ますます重要になってくると考えられる。急性発症の脳症やウイルス肺炎への効果は十分なエビデンスがない。また正しい服用を行わないと耐性化を助長する可能性がある。大阪医大では院内感染予防の観点から医療者への予防投薬は認容している。予防内服において途中で服薬をやめると発症した例、また予防内服では意外と副作用が多いことなどをこれまでに経験した。

〈ワクチン〉

インフルエンザワクチンはあくまでも重症化を防ぐものである。季節性でさえ発症抑制効果はさほど高くなく、今回は基礎免疫のない新型であるのでなおさらと考えら

れる。今回は高病原性ウイルスに対する全粒子ワクチンと異なり、季節性と同様のウイルス蛋白をバラバラにしたスプリットワクチンが選択された。抗体がつく率は、1回接種で70%程度というのが最新のデータである。有効性よりも開発の容易さ、安全性を優先したものと考えられる。まずはのべ3,400万回分、3月までにさらに1,800万回分が生産される。輸入ワクチンに関して効果は強いが副反応は強く、免責問題や、限られたワクチンを先進国日本が買い占める道義的責任問題など課題が多い。また10月末の時点で大阪医科大学附属病院の医療関係者に接種するワクチンが一部しか入荷しないなど、ワクチンの流通の遅れは深刻である。今後患者向けのワクチンが何時どのようにして現場まで供給されるのか、合併症の証明書発行の問題などワクチンに関

する問題は山積している。なお大学病院の機能を考え、当院では一般の患者向けの外来での接種は行わない方針とした。

最後に

今回のパンデミックの被害を最小限にしたいとめるには、医療機関と行政の協力はもちろんだが、一人ひとりが正しい知識を持ち、自分の一つひとつの行動が感染拡大、あるいは抑制につながるという自覚をもって行動することが必要と考えられる。日本には国民皆保険、豊富な診断キット、抗インフルエンザ薬があり、致死率の低いモデル国になる要素は十分にあると考えている。感染症指定医療機関のない高槻市において、大阪医科大学附属病院はこの地域での対策が成功するよう行政、医師会さらに他病院と協力して対応していくべきと考えている。

〈病院の対応〉

新型インフルエンザ患者の入院

感染対策室副室長 村尾 仁

数年前のSARSとそれに引き続く鳥インフルエンザ騒動を機に、当院では早期から新型インフルエンザ小委員会が立ち上げられた。月1回のペースで小委員会が開催され、主として海外から帰国した疑い患者をいかにすれば特別診察室で安全に診察し、感染症専門病院へ搬送するのかという課題に取り組んでいた。このため、今回の新型インフルエンザの集団発生が突然近隣のK高校で起きた際にも、院内の協力により発熱外来立ち上げがスムーズに行われ、現在も運営されている。その後新型インフルエンザ流行は拡大し、重症患者発生や死亡者が発生するまでになっている。この状況に至り、外来対応の問題だけでなく重症患者の受け入れをいかに行うかということが現実の課題になってきたのである。

新型インフルエンザ患者の入院を考えると、以下のようないくつかの課題がある。

- 1) 1つの病院への入院患者集中。
- 2) 陰圧空調のできる理想的病室の確保。
(当院でも77病棟の2室のみ)
- 3) 小児重症患者は、小児病棟入院が安全。
- 4) 重症呼吸不全患者のICU管理。

1)の問題については、初めて高槻地域機関病院の間で取り決めが行われ一応の解

決をみた。すなわち、自院通院中ならびに入院中の患者の発症は自院に入院させること、開業医など地域から入院を含めた入院要請に対しては、各機関病院が受け入れする曜日を振り分け分担することとなった。

2)の問題については、原則として陰圧空調個室を利用するが、空気が無い場合には一般の個室でもよいこととした。さらに患者が増加する時は、患者を大部屋に集約することも検討する予定である。

3)の問題については、仮に陰圧空調個室に空気があっても、小児の特殊性から小児看護に慣れた病棟に入院させる選択があってもよいことになった。

4)については、院内感染の問題以上に重症呼吸不全患者に対して最善の全身管理を提供することが優先されるべきであるという基本認識で、ICU入室を選択できることになった。

以上、課題に対する対応を取り決めたところであるが、実際の運用に際しては予想しなかったさまざまな問題が浮かび上がってくると思われる。さらなる院内ならびに地域との連携協力を密にして、克服しなければならないと認識している。

〈病院の対応〉

妊産婦と新型インフルエンザ～当院での対応～

産婦人科学教室 亀谷 英輝

新型インフルエンザ（パンデミック（H1N1）2009）に関しては、すでに全国各地域で流行中であり、各地方自治体では、地域の流行の程度と地域の特性に応じた具体的な対応策が講じられている。妊産婦の新型インフルエンザ罹患者あるいは疑い患者への対応についても、地方自治体で産科医療機関と一般医療機関の連携の中で対応を定め、その対策に則して対応することになっている。また、妊婦では罹患すると重症化しやすいことが報告されており、各産科医療機関においては適切な判断と対応が求められる。

日本産科婦人科学会ではホームページ上に「妊婦もしくは褥婦に対しての新型インフルエンザ（H1N1）感染に対する対応Q&A（医療関係者対象）」として最新版が掲載されているが、平成21年5月19日の初版からすでに7回もの改訂がなされ（平成21年10月22日現在）、度重なる対応の変化に産科スタッフは少々戸惑い気味であるのが現状である。

当院での外来での妊産婦の対応に関しては、現在のところ産科的合併症が無い場合は一般感染症外来で、また、産科的合併症（切迫流産など）を有する場合は内診台を備える救急医療部に産科医師が出張して対応している。このことにより、感染妊婦と一般妊婦との接触を避けることができ、妊婦から妊婦への感染を防止している。対

応の内容は非妊婦と同じで感染者に対しては妊娠週数に関係なくタミフルの投与を、また予防にはワクチンの投与を行う予定である（これを執筆している10月29日現在では未だ妊婦用にはワクチンが入荷していない）。妊婦に対するタミフルとワクチンに関しては、すでに安全性と有効性が証明されているため、あまり心配はしていない。

一方、産科的入院を要する感染妊産婦（重症の切迫流産や陣痛発来などの妊婦など）に対しては慎重な対応が必要となる。当然産科病棟（63病棟）での入院となるため、非感染妊婦との接触を最大限に避けなければならない。幸い現在まで入院を要する感染妊産婦はないが、もし入院があれば、医療者に対する予防を万全としたうえで、第2分娩室の個別使用と、トイレを備える特室に隔離することで院内での感染拡大を避ける予定である。ただし入院可能な感染妊産婦数に限界があることは危惧される。

以上、当院での妊産婦に対する新型インフルエンザの対応を紹介したが、この特集が出版される頃にはどのような展開になっているかは予想すらできない。早く沈静化されることを望むが、個人的には例年の季節性インフルエンザとあまり変わることはなく、世間で騒ぐ程心配はしていない。むしろ、近い将来訪れるであろう鳥インフルエンザのパンデミックの予行演習と考えている。

〈病院の対応〉

透析療法と新型インフルエンザ

血液浄化センター 井上 徹

透析患者には以下のような特殊性がある。

- ①末期腎不全は免疫不全状態であり、易感染性かつ重症化しやすい。
- ②感染しても透析治療のため通院継続が必要で自宅待機ができない。
- ③数人から数十人が同じ部屋で数時間治療を受けるため院内感染の危険が高い。
- ④医療従事者に感染者が多発し通常の透析治療の提供が困難となった場合、非感染者も含めた全透析患者の受け入れ先を確保する必要が生じる。
- ⑤治療薬の用量設定が必ずしも確立されていない。

日本透析医学会・日本透析医会合同委員会は、厚労省の定めた発生段階別の対応を協議し、昨年11月、透析施設における対策ガイドラインを作成した。しかしこのガイドラインは厚労省のそれと同じく強毒性鳥インフルエンザを想定したもので、疑い患者は感染症指定医療機関へ受診、感染者は原則隔離透析が可能な施設へ入院させるなど、H1N1ブタ由来新型インフルエンザ対策としては非現実的なものであった。そこで合同委員会は、本年5月の国内発生以降、今回の流行に関しての対策を以下のように逐次追加してきた。

- ①診断は一般患者と同じく迅速検査もしくは臨床症状で行い、早期治療に努める。
- ②治療はタミフル1カプセル服用とし、5日後症状が残っている場合もう1カプセル服用する。リレンザは常用量。
- ③軽症例は必ずしも入院の必要はなく、透

析は原則かかりつけ施設で実施、時間的・空間的に隔離して行う。空間的隔離は米国CDCのガイダンスに習い、個室もしくは治療ベッド間を2m離す。

- ④呼吸困難や意識障害など重症化の兆候があれば、速やかに呼吸管理のできる病院へ入院させる。
- ⑤同居家族等に感染者が出た場合は、タミフルの予防投薬が可能である。

本学にも少数ながら通院透析患者は存在し、その方たちが発症もしくは発症が疑われた場合の対応は同様である。患者に対しては血液浄化センターから逐次説明文書を発行し、対策を周知してきた。一方、本学には基幹施設としての特殊性が存在する。

- ①一般感染者が多数受診するので、透析患者との動線の交差に注意を要する。
- ②他施設から重症例の入院受け入れを要請される可能性がある。
- ③当院で入院透析中の患者には周術期や免疫抑制治療中などさらに易感染性状態と考えられる例が多く、院内感染の危険は通常の透析施設より高い。

大阪府でも透析研究会、透析医会ならびに大阪府健康医療部が合同で大阪透析施設感染対策委員会を立ち上げ、主にメーリングリスト上で府内の対応を協議し、透析患者の発熱初療はかかりつけ施設で行うことなどを流行の早い段階から決定してきた。9月には重症患者の搬送受け入れについてのアンケート調査が行われ、当院を含む31の施設が受け入れを表明した。ただし当院

では、上記の特殊性から現時点では近隣の関連施設からのみ受け入れることとした。

ひと口に対策といっても、発生する患者数によってすべきこと、できることは大きく異なってくる。今後感染拡大の規模によ

っては、重症例の受け入れ先確保だけでなく、複数の施設の非重症感染者をまとめて透析したり、医師を含めた透析従事者の相互派遣など関連施設と協力したシステムを考慮する必要があるだろう。

〈病院の対応〉

救急外来と新型インフルエンザ

救急医療部 小林 正直

本学においては各診療科がさまざまな重篤な基礎疾患を有する患者を抱えていることもあって、救急外来には発熱患者が多数来院する。一方で、患者の大病院志向は進んでおり、熱が出たというだけで、まったくの初診患者が救急外来に何の前ぶれもなく現れる。それが深夜に救急と称して直接来院されるわけである。本学は特定機能病院であるから、大学病院でないと対応が難しいであろう疾患を対象として、情報提供書を持って受診していただくというのが、理想的な姿である。新型インフルエンザで言えば異常行動が出ている子どもなどが、このカテゴリーに相当する。しかし、救急外来に突然押し寄せる患者の多くは、そのことを理解するのは困難で、なぜ応需しない?! なぜ熱が出たからといって来院してはいけない?! と逆ギレされてしまう。最近のマスコミ報道や厚生労働省の見解をみると、「連絡してから受診」はまったく強調されなくなり、「早期受診」が強調されている。重症化や死亡を避ける名目の下、自分たちは責任追及から外れたいという逃げ口上に感じられてならない。「手遅れにならないうちに」という意味が、国民には「緊急受診」というふうに伝わっている。さらには、家族がインフルエンザになったからという理由で抗インフルエンザ薬の予防投与を目的で来院したり、さらには明日出勤しないといけないからという方も来られる。

さて、新型インフルエンザは救急外来を

通じて、本学に多くの教訓と課題をもたらしてきたが、ここでは救急外来という視点に限って問題点と課題を述べさせていただく。

1つには、患者の待合いスペースである。現時点では救急外来には4畳半程度の待合室しかなく、換気はされていないし、アメニティも考慮されていない。一般の診療所の待合室の方が桁違いに快適で、本学の最新の棟の待合室とも雲泥の差がある。新型インフルエンザの診療で強調されているのは患者の分離であるが、これを完遂するための十分な体制を組めないことは本学にとって大きな課題である。そもそも、新型インフルエンザ到来以前の問題でもある。また、テントやプレハブで発熱外来を行うシーンがマスコミで報道されてきたが、あのような形態では息の長い診療を正しく行うことに無理があることもあきらかとなった。救急外来は呼吸障害や循環不全、意識障害にも対応できる唯一の外来として、今後も機能し続けなくてはならない。容赦なく押し寄せる軽症者（あるいは病気でない者も…）から重症者まで、幅広いスペクトルを有する患者層を円滑に診療する体制の構築が急務である。

2つ目の問題は、入院を要する重症インフルエンザ患者の診療である。当地域には市立病院がなく、本学が地域の一般診療の一部を支えてきたという歴史的背景がある。この地域背景から、入院を要する重症インフルエンザ患者においても、本学は対応し

ていかねばならない立場にある。重症患者の管理には、集中治療室の整備が欠かせない。本学の集中治療室は、歴史的に術後管理とともに発展してきた経緯があり、また病床数も限定的である。術後管理以外の患者が集中治療室に入室する枠はさほどない状況で、やりくりを行い、重症患者を一括管理できる部屋を整備していくことが、急

務である。幸いにも集中治療室からはご理解が得られ、好ましい方向性に向かっているが、もし、重症者がこれより増えれば、混乱は必至である。診療の需要と供給のバランスが崩れたものを災害と定義する人がいるが、そういう意味ではインフルエンザはまさに災害である。

〈病院の対応〉

小児科とインフルエンザ

小児科学教室 芦田 明

新型インフルエンザは本年春に上陸して以来、季節性では考えられない夏場に猛威を揮い、その患者数はうなぎのぼりである。重症例や死亡例の報告がマスコミで報道される中、小児患者も増加の一途をたどり、一般外来、救急外来を問わず多くの患者が殺到している。小児患者が成人と異なる点には、①症状の表出が稚拙であり、母親をはじめとする家族の観察に基づく他覚症状が訴えの中心となること、②外来の特徴として診療所、一般病院、大学病院などその病院の機能、規模により基礎疾患の有無など患者背景は大きく異なるものの、受診する患者の多くが急性熱性疾患であるということ、③小児では急性発熱疾患の患者が痙攣や喘鳴、無呼吸発作など偶発的に多種多様な合併症状を呈するということである。新型インフルエンザに対しては、これら小児患者および小児科外来の特徴に配慮した対応が必要である。すなわち、多くの急性熱性疾患の患者の中からインフルエンザ様症状を的確に把握、患者の分離を行い、さらにはその他の疾患も含めた重症者の把握、選別を行うことである。このためには小児に対する細やかな観察力がトリアージを行うものに備わっている必要がある。

今回の本学における対応では、小児科外来における患者のトリアージ、および発熱外来へ移行後のスタッフに常に小児科外来経験のある看護師および医師が選任され、

その任に当たった。結果、比較的スムーズに小児患者の選定が行われ、以後の診療速度に大きく寄与したと考えられる。しかし、一方でインフルエンザ迅速検査など各種検査を行う際には非常に多くの医療者の手と時間を要し、診察・検査・結果説明という診察の流れでは患者1人に対する診察・検査時間が成人に比較し非常に長く、多くの患者に対応するには限界がある。今後は、小児に慣れたトリアージ者が診察前診察の段階でインフルエンザ迅速検査を施行し、結果を踏まえたうえでの診察を行うような工夫が必要であると考えられる。また、小児科外来における③の特徴として、先に挙げた突発的に生じる合併症状に対する対応について、発熱外来という仮設の診察スペースでは十分な加療が行えない可能性がある。その対策としては発熱外来内に薬剤や機材配備を備えた十分な処置スペースを設けるか、そういった処置が行える設備をもつ空間に非常に近い位置で発熱外来を開設するかが必要である。これらのハード面に加えてトリアージを行う看護師、医師など人員の確保を含めたソフト面の配慮・配置が備わることが必要であり、今後の課題であると考ええる。

以上、今回の新型インフルエンザに対する対応について小児科の立場より考察した。今冬の本格的な新型インフルエンザの流行に備え、一層の対応努力が必要である。

前立腺癌 —最近の放射線治療—

放射線科専門教授 猪俣 泰典

(1)はじめに

前立腺癌が激増しています。2000年には年間22,000人であった罹患数が2010年には50,000万人を超え、2020年には77,000人に達して男性では肺癌について罹患数の多い癌になると予測されています。これにはPSAによる前立腺癌健診が広く行われるようになった結果、早期前立腺癌の発見数が増加したことが反映されているとも言われています。しかし、なんと申しまして終戦後の食生活の変化によるところが大きく、戦後の欧米型食生活への転換、特に高脂肪・高カロリー食で過ごしてきた世代が前立腺癌の好発年齢である60～70歳代に達したことが大きく関与しています。

前立腺癌の放射線治療も、この10～15年ですっかり様変わりしました。前立腺癌は放射線抵抗性であり、制御するには多くの線量を必要とします。従来の外部照射のみによる方法では前立腺に多くの線量を照射すると膀胱や直腸にも多くの線量を照射せざるを得ないので、膀胱・直腸障害のために投与できる線量に限界がありました。このためにこれまでの前立腺癌の放射線治療といえば、骨転移の除痛目的が中心であったと申しまして過言ではありません。

しかし、時代は大きく変化しました。技術的進歩により膀胱や直腸に多くの線量を照射することなく前立腺に局限して大線量を照射すること、すなわち放射線治療で前立腺癌を根治することが可能となりました。放射線治療にもさまざまな方法があります。大阪医科大学では粒子線治療以外のすべての方法、すなわち従来の外部照射法（三次元原体照射法（3D-CRT））に加えて密封

小線源治療、強度変調放射線治療（IMRT）を行う体制が整いました。これにより、患者さんの病態に応じてきめこまかな治療を行うことができるようになりました。このような施設は日本でも数えるほどしかありません。

今回は、現在行われている放射線治療の方法とそれぞれの特徴についてお話ししましょう。最近、前立腺癌の放射線治療がマスコミで取り上げる機会が増えたので、名前を耳にしたことのある治療法もあると思います。

(2)密封小線源治療

密封小線源治療には、一時刺入法（高線量率組織内照射（HDR brachytherapy））と永久刺入法（低線量率組織内照射（LDR brachytherapy））とがあります。

一時刺入法は、文字通り会陰部より照射用の針を前立腺に一時的に刺入して照射する方法です。線源にはIr-192を使用します。刺入後にCTを撮影して治療計画しますので、確実に最適な線量分布を得ることが可能です。通常は2日間かけて2～3回照射します。この治療法では前立腺内部に放射線源を直接送り込んで照射するので、外部照射のみでは投与することが困難な大線量を短時間で前立腺に照射することが可能です。一方では前立腺に隣接する代表的な臓器である膀胱・直腸への照射線量は、著しく低く抑えることができます。前立腺癌を制御する方法としては、最も理想に近い方法です。図1は会陰部に組織内照射針を刺入したところ、図2はDose Volume Histogram (DVH) で、治療部位 (target)

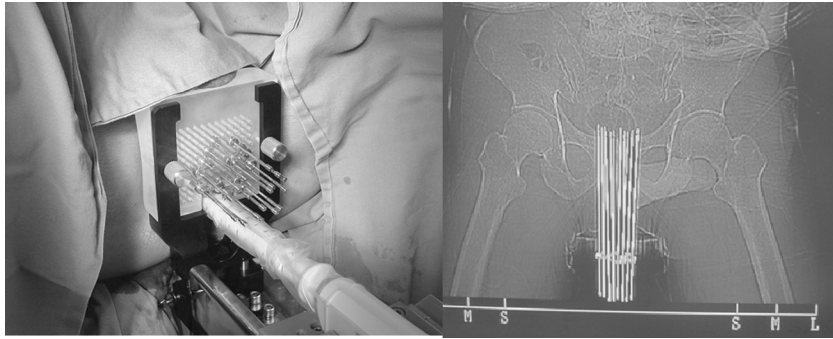


図1 高線量率組織内照射用の針を刺入したところ

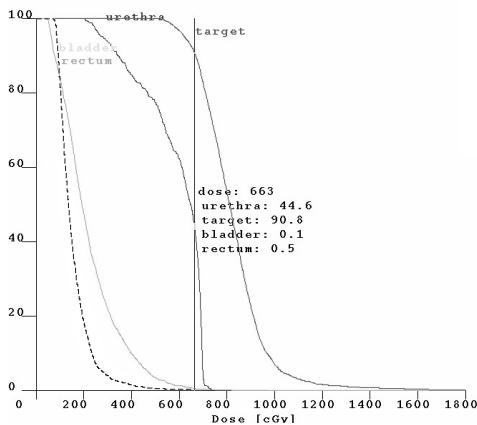


図2 Dose Volume Histogram (DVH)。治療部位 (target) には十分な線量を投与できる一方で、特に膀胱・直腸への線量は著しく低く抑えていることを示している。

には十分な線量を投与できる一方で、特に膀胱・直腸への線量を著しく押さえることを示しています。しかし、手間は最もかかります。通常は外部照射を併用します。しかし線量は40～50Gyとそれほど多い線量ではありませんので、膀胱・直腸障害への影響は軽微です。適応範囲は広くて、遠隔転移例以外はすべて適応可能です。

永久刺入法は、seedと呼ばれる内部にI-125を封入した0.8mm×4.5mmの金属を前立腺内に60～80個ほど埋め込む方法で

す。大阪医大では3日間の入院のみで治療しており、短期間で治療を完遂できるのが大きな利点です。大がかりな設備を有しなくとも治療できるので、ここ数年で日本でも非常に普及してきている方法です。ただし、永久刺入法のみで投与できる線量には限度があり、通常は低リスク群のみを適応としています。また刺入後1年以内に患者さんが死亡した場合には、前立腺を摘出して保管する必要があります。

(3)強度変調放射線治療 (Intensity Modulated Radiotherapy: IMRT)

照射範囲内の放射線の強さを意図的に変えることで、照射したい部位の形態通りに均一に放射線を照射することを目的とした方法です。これにより前立腺には十分な放射線を照射する一方、隣接する直腸の線量は大幅に低減することができるようになりました。図3は通常の外部照射法、図4はIMRTによる線量分布図を示します。通常の方法では直腸にも前立腺と同じ線量が照射されていますが、IMRTでは直腸の線量を低下させることが示されています。結果として、より多くの放射線を前立腺に投与することが可能です。すべて外来通院で治療を完遂できます。ただし治療期間は、約2ヵ月かかります。非常に手間のかかる方法ですので、一度に多くの患者さんを治療

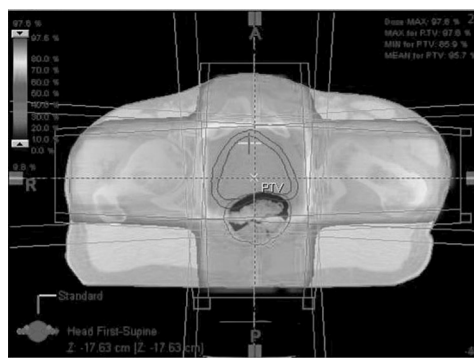


図3 通常の外部照射法(3D-CRT)の線量分布図

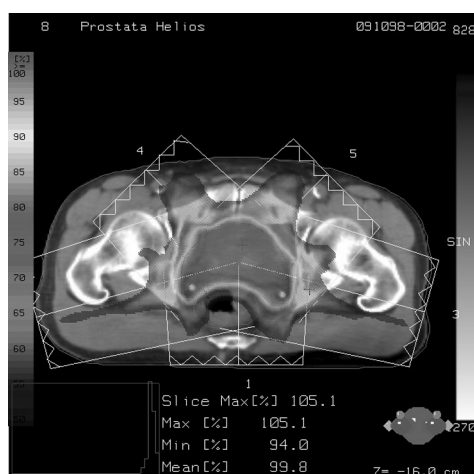


図4 IMRTの線量分布図

することが困難です。大阪医科大学では放射線技師諸君のがんばりのお陰で、ほぼ限界人数まで治療しております。それでも現在、治療開始まで4ヵ月待ちの状況です。現在IMRTを行える治療装置は1台ですが、老朽化したもう1台の治療装置(ライナック)をIMRT可能な装置に更新できれば多くの患者さんをIMRTで治療できますので、治療装置の更新が焦眉の急です。なお保険点数は、通常の外部照射よりも遙かに高く設定されています。

(4)粒子線治療

粒子線には、通常の放射線治療で使用するX線とは異なった性質があります。ひとつにはブラッグ・ピークといって、ある一定の深さで放射線の届く範囲を急激に止める特性があります。これにより正常組織への照射を防ぐことが可能となります。日本では粒子線治療としては、陽子線と炭素線とが使用されています。炭素線は、原子の質量が大きいのので重粒子線と呼ばれています。炭素線は通常用いられるX線よりも生物学的効果が非常に大きいので、効率よく癌細胞を障害することができます。しかし陽子線の生物学的効果は、X線とは大差ありません。現在日本で行われている粒子線治療は、陽子線を用いる場合が大半を占めています。むしろ粒子線による治療効果も良好ですが、(1)、(2)でお話ししたような洗練された治療法が普及しつつある現在、少なくとも前立腺癌に関してはどうしても粒子線治療でなければならないというほどの優位性はありません。ちなみに保険は適応されず、患者さんは約300万円の出費を必要とします。

(5)おわりに

前立腺癌は、PSA健診などにより多くの患者さんが早期に発見・治療が可能となりました。放射線治療は、治療後のQuality of life (QOL)を大きく損なうことなく癌を制御することができます。これからも放射線治療を受けられる前立腺癌の方が増加することは確実な状況です。もしも身近で前立腺癌の方がいましたら、当方までお気軽にご相談ください。

創傷被覆材について

形成外科学教室 大場創介

創傷被覆材は、創を湿潤環境で保持し、治療環境を整備するために使用されるものです。従前より分層植皮（皮膚を、デルマトームという専用の器械で毛根が残存するように薄く採取する方法で、熱傷などの皮膚欠損に使用される手技）の採取部のドレッシング材として使用されてきました。近年褥瘡の治療の進歩とともに大きく進化し、広く使用されるようになりました。残念ながら現在は、保険で使用する場合には原則2週間までの使用で、特に必要と認められる場合は3週間を限度として算定できると決められています。この制限の中で効力を最大限に生かすように正しく理解して、使用するのが良いでしょう。

機能別被覆材の分類

機能は、創面の乾燥を避け、なおかつ浸出液が創に貯留して創周囲の皮膚が浸軟しないように使用するのが望ましいものです。その特徴を効果から分類して、代表的製品（特に現在大阪医科大学で採用しているものを中心に）とともに紹介していきます（参考までに下線が2009年現在大阪医科大学で採用しているものです）。

1. 創面を閉鎖し、創面に湿潤環境を形成するもの。ハイドロコロイド（デュオ アクティブ、テガソープなど）

創面に密着して、なおかつ閉鎖環境下でドレッシング材の親水ポリマーが浸出液によってゲル状に変化して創面に湿潤環境を作ります。使用上の注意としては、浸出液

が多すぎる場合にはゲルが漏れるので、可及的すみやかに交換が必要となることです。

2. 乾燥した創を湿潤させるもの。ハイドロジェル（グラニュゲル、ジェリパーム、ニュージェルなど）

この製品は、水分を多量に含んでおり、乾燥した壊死物質を軟化させ、自己融解を促進します。使用上の注意としては、他の被覆材と比較しますと交換する回数が多くなることです。

3. 浸出液を吸収し保持するもの。アルギン酸塩（カルトスタット、ソープサン、アルゴダームなど）、キチン（ベスキチン）、ハイドロファイバー（アクアセル）、ハイドロポリマー（ティエール）、ポリウレタンフォーム（ハイドロサイト）

水分の吸収に優れ、なおかつ浸出液を保持します。創に余分な浸出液を貯めないように、創面の浸出液を吸収します。

4. その他、ポリウレタンフィルム（オプ サイト、テガダームなど）

この最後のポリウレタンフィルムは被覆材として請求できず手技料に包括されますが、おおよその症状別使用方法をこの後で紹介する際に出てきますので、敢えて紹介しました。

症状に応じた被覆材の選択

1. 褥瘡が治癒したあとの創面保護や発赤などの場合には？

ポリウレタンフィルムまたは透明で薄い

ハイドロコロイド

これは創面の変化を透明な被覆材で観察を行い、悪化した場合には速やかに変更していきます。

2. 水泡形成する場合

熱傷の場合の水泡内のサイトカインは、貯留しておく意義はないので、水泡を除去した方が良いでしょう。他の場合はハイドロコロイドが良いと考えますが、ハイドロファイバーでも良いでしょう。

3. びらん、浅い潰瘍

ハイドロコロイド、キチン、ハイドロポリマー、ポリウレタンフォームで、使用に

慣れているものが良いでしょう。

使用上の注意

どのような創面でも同じことが言えるのですが、基本的には、壊死物質の除去と感染のコントロールが重要です。この条件が満たされていれば、通常行われている消毒とガーゼによる処置と比較して創傷被覆材を使用しますと、患者様の負担の軽減と創傷処置回数の減少により、入院の場合の医師のみならず病院スタッフの業務を減らすことで、他の医療行為がスムーズに行えることが期待されます。

平成 20 年 度

大阪府医師会勤務医部会第 2 ブロック報告

大阪府医師会勤務医部会第 2 ブロック常任委員 砂田 一郎

(大阪府済生会茨木病院脳神経外科)

大阪府医師会勤務医部会は、昭和48年に全国で初めて創設された勤務医のための部会であります。勤務医は激務であっても、自分たちのため、また将来の医療のために、診療以外の活動をすべきであるというのが、当部会の主張です。

大阪府を11ブロックに分割し、当三島地区（高槻市、茨木市、摂津市、島本町）は第2ブロックにあたります。平成20年6月に規約の一部改正があり、部会役員の構成として、従来の部会長、副部会長、常任委員、顧問に加え、参与という役職が新設されました。これは日本医師会の代議員資格を有する勤務医師に相当し、当ブロックか

らは大阪医科大学衛生学・公衆衛生学教授の河野公一先生が就任されました。それに伴い、河野委員の補充として北大阪警察病院副院長の越前直樹先生に常任委員となつていただきました。また、規約で勤務医が20名以上いる施設からは委員を選出しなければならず、第一東和会病院から千野佳秀先生が新たに加わっていただきました。以上より、平成20年度は表1に挙げております先生方にご協力を賜りました。

ブロックでの主な活動は、常任委員4名（稲森委員、越前委員、土居委員、砂田）が大阪府医師会会館での常任委員会に出席し（原則月2回）、表2に示します事業計

表1 平成20年度大阪府医師会勤務医部会第2ブロック委員

岡村雅雄	愛仁会 高槻病院	胸部外科	部長
新井基弘	みどりヶ丘病院		院長
秋元 寛	大阪府三島救命救急センター		所長
後藤研三	高槻赤十字病院	外科	副院長
稲森耕平	仙養会 北摂総合病院	麻酔科	副院長
千野佳秀	第一東和会病院	内視鏡外科	医員
麻田邦夫	新生病院	心臓血管外科	部長
越前直樹	北大阪警察病院	脳神経外科	副院長
砂田一郎	大阪府済生会茨木病院	脳神経外科	部長
平位洋文	摂津医誠会病院	外科	副院長
北浦 泰	大阪医科大学	第三内科	教授
土居ゆみ	大阪医科大学	麻酔科	講師
参与			
河野公一	大阪医科大学	衛生学・公衆衛生学	教授
			順不同

画に基づき、勤務医の現状把握、地位向上運動、教育、医療連携支援、啓蒙運動等について協議等を行い、それを各ブロックに持ち帰り、それぞれの地域での勤務医の支援を行うのです。

平成20年度の事業としまして、

① 計21回の部会常任委員会への出席

② ブロック委員会の開催（7／15、9／29、3／4）

③ 第17回北摂四医師会学会総会の支援（6／21）

④ 第1・2・3・4ブロック合同懇談会の主催（平成21年1月29日）

講演“職員満足向上のポイント ～

表2 平成20年度大阪府医師会勤務医部会事業計画

1. 部会組織の充実	②新医師臨床研修制度の研究と指導者養成
1) 加入促進	③その他（高齢者医療制度を含む）
①医師会未加入勤務医への働きかけ	2) 医療保険制度の研修
②新研修医への働きかけ	3) 診療報酬改定内容の研修
2) 部会活動の浸透	4) 介護保険制度の研究
①広報活動の充実・強化	5. 勤務環境改善の推進
②ブロック委員会の活性化	1) 過重労働改善策の研究と提言
③大学との関係強化	2) 女性医師就労環境（条件）の見直しの研究と提言
④IT化による部会活動の推進	6. 医療安全対策の推進
3) 医師会活動における勤務医のあり方の検討	1) 医療安全対策の研究
2. 学術研究の推進	2) 医療安全対策の推進と医師会の医師賠償責任保険への加入促進
1) 各種感染症に関する研究	7. 勤務医生涯教育の推進
①大阪府内における感染症の臨床疫学的研究	1) 生涯教育制度の推進
②HIV 感染症予防に関する研究	2) 各種研修会・講演会の開催
③輸入感染症の臨床疫学的研究	3) 大阪府医師会医学会等への積極的参加
④結核感染予防に関する研究	4) 国際的な学会・研究会等への参加促進
2) 地域医療に関する調査研究	8. 医療機関連携の推進
①生活習慣病のための地域病診連携に関する研究	1) 病診、病病連携の強化
②地域における障害者医療・リハビリテーションに関する研究	2) 研修会等による連携の推進
③府下におけるエイズ患者の病診連携に関する研究	3) 医療機能分担（医療提供体制）のあり方の研究
④地域発達支援ネットワーク形成のための研究	4) 病院機能の評価
3) その他学術研究の展開	5) 外国人の医療対策
①大阪府医師会医学会雑誌『大阪医学』への積極的参加	9. 福利厚生事業の推進
②勤務医部会 CPC の開催等	1) 府医職業紹介事業（ドクターバンク）への参加推進
3. 地域医療崩壊を防ぐための諸施策の検討	2) 勤務医の福利厚生の充実
4. 医療制度の研究と研修	3) 医師会の医師賠償責任保険への加入促進
1) 医療制度の研究	10. 各地勤務医部会との連携
①医療制度の在り方の研究	1) 全国医師会勤務医部会との情報交換
	2) 近畿各府県医師会（勤務医部会）との連携強化

職員のやる気と人材育成の実践～”

(株)エクスアンティ取締役

永田雅章 先生

⑤ 高槻市医師会勤務医部会・茨木市医師会勤務医部会の後援等を施行いたしました。

ブロック会議では、下記のような議題について報告や討議がされました。

1. 平成19年度会務報告
2. 常任委員の変更について
3. 各種委員会の委員の変更について
4. 医療安全調査委員会（仮称）に関して
5. 各ブロック合同懇談会の報告
6. 北摂四医師会の活動について（各種分科会の紹介、HP の紹介）
7. 舩添厚生労働大臣と語る会（9月2日）の報告
8. 社会医療法人について

9. 高槻市医師会の脳卒中地域連携クリティカルパスについて 等

以前より危惧された医療崩壊が現実的な社会問題となって久しく、打開策がいろいろと叫ばれていますが、まだ明確な答えがでていません。

大阪府医師会勤務医部会も平成20年度は自由民主党政権下での動きでしたが、医療安全委員会についてはすでに民主党案などの検討もあるなど、政権与党の変更も視野に入れておりました。

ここ数年で医療を取り巻く環境も大きく変化していますし、今後もっと大きな変化がやってくる見込みです。勤務医ももっと社会問題に力を合わせて向き合わねばならない時代です。そのためにも勤務医部会の発展は欠かせないものと考えております。

嚥下障害のリハビリテーション

リハビリテーション科 日浦裕子

肺炎は日本の疾患別死亡の第4位であり、死亡者数も増加傾向にあります。その中で65歳以上の高齢者が占める割合は96%ときわめて高く、また、高齢者の肺炎の約8割が誤嚥性肺炎であるといわれています。高齢者の増加などにより、誤嚥性肺炎の原因である嚥下障害のある方は増加しています。

食事中に頻回にムセたり、発熱、体重減少、肺炎などを起こしている場合には嚥下障害を疑ってください。嚥下というものは本当にデリケートなもので、ほんの少しの体調の変化によっても良くなったり悪くなったりするものなのです。ですから、嚥下障害は「あり」と「なし」の線引きだけではなく、「あり」の場合にも重症度に応じて細やかに対応することが重要です。

大阪医科大学リハビリテーション科では、嚥下障害のリハビリテーションにも積極的に取り組んでいます。各科主治医からの依頼に応じて嚥下の状態を評価し、それに応じて訓練や食事を処方し、その後は毎週水曜日に回診し経過を追っています。

嚥下回診では、食事形態、摂取量に加え、意識レベル、発熱の有無、血液検査や胸部レントゲン写真を評価したうえで、口腔器官の診察をします。声の状態、口腔内の衛生状態、舌や軟口蓋の動きなどを確認し、続いてRSSST（30秒間に何回唾液を嚥下できるか）、MWST（3ccの水を安全に嚥下できるか）などのテストを行い、それらの

結果により重症度を判断し、食事の形態の調整や訓練の処方を行います。さらなる検査が必要なときには、嚥下造影検査（VF：造影剤入りの食品を使って嚥下の状態を透視下に撮影する）や嚥下内視鏡検査（VE：内視鏡を使って喉の状態を観察する）も行います。

嚥下リハの基本は、口の中が清潔に保たれていること、全身状態が安定してある程度の体力があること、栄養と水分補給が十分されていることです。これらの土台がしっかりしたうえでないと、訓練はできません。訓練には、間接訓練（食品を使用しない）と直接訓練（食品を使用する）があります。

しかし、残念ながら重症で経口摂取ができない場合や、経口摂取のみでは十分な栄養や水分量を確保できない方もいます。そのようなときには、一時的には鼻から胃までカテーテルを留置し、長期的には胃瘻を造設して、経管栄養剤を用いた経管栄養を行います。これらにより栄養状態が良好に保たれ、嚥下障害が改善することもあります。不要になれば容易に抜去できるものなので、必要な際には嫌悪せず前向きに検討していただきたいと思います。

安全に食事を摂取できる患者さんが1人でも増えますよう努力していきますので、今後ともよろしくお願いいたします。

〈学会助成活動報告〉

第33回日本リンパ学会総会報告

第33回日本リンパ学会会頭
生命科学講座・解剖学教室教授 大槻勝紀

第33回日本リンパ学会総会を、2009年7月17日（金）から18日（土）、および市民公開講座を7月19日（日）に大阪医科大学にて開催させていただきました。本学会は、基礎や臨床の研究者がリンパ管について自由に語り合う会（リンパ研究会）に端を発し、その後、リンパ管だけでなくリンパ球やリンパ組織をもリクルートした会として1975年に日本リンパ学会として発足しました。発足当時は血管とリンパ管の鑑別法など主にリンパ管の基礎的研究が中心でありましたが、現在では、臨床からリンパ浮腫の診断と治療、あるいは放射線診断学としてのリンパ節転移の画像診断と治療に関する研究発表が盛んに報告されています。幸いにして本学ではリンパ管に造詣の深い先生方が多数いらっしゃいますので、谷川允彦教授（一般消化器外科学教室）、鳴海善文教授（放射線医学教室）、および上田晃一教授（形成外科学教室）に各シンポジウムのオルガナイザーになっていただき、会を盛り上げていただきました。学会および市民公開講座の参加人数は360名で、近年になく盛会裏に終えることができました。学会参加者のご意見として地の利といましようか、「大阪医科大学は非常に交通のアクセスが良い」とのご意見を多数いただきました。また何分、基礎教室が主催する学会の総会でありますので、華美なことはできませんが、学会の理事会で管弦楽の生演奏を高槻京都ホテルで、学会懇親会を学内の歴史資料館3Fで、管弦楽および津軽

第33回

日本リンパ学会総会

会期

2009年7月
17日(金)・18日(土)・19日(日)

会場

大阪医科大学 [新講義実習棟 P101号室]

特別講演 宮坂昌之 先生 (大阪大学大学院医学系研究科・免疫学講座)

「リンパ球トラフィッキングを制御する血管HEVの機能制御機構」

シンポジウム

- 「リンパ浮腫に対する複合的治療」
オーガナイザー 北村 薫 先生 (九州大学病院 乳癌科)
- 「リンパ浮腫の外科的治療」
オーガナイザー 光嶋 勲 先生 (東京大学大学院医学部研究科 皮膚・泌尿器科) 上田 晃一 先生 (大阪医科大学 形成外科 腫瘍外科)
- 「センチネルリンパ節概念に基づくデューラメードがん治療」
オーガナイザー 谷川 允彦 先生 (大阪医科大学 形成外科 腫瘍外科)
- 「リンパ節の画像診断」
オーガナイザー 鳴海 善文 先生 (大阪医科大学 放射線医学教室)
- 「リンパ管・リンパ管と組織とのクロストーク」- 腫瘍から臨床へ -
オーガナイザー 伊藤 竜一 先生 (東北大学大学院 医学部研究科 放射線医学講座 腫瘍学分野) 伊藤 裕子 先生 (大阪医科大学 生命科学部 細胞生物学)
- 「リンパ管の発生・再生」- 基礎から臨床へ -
オーガナイザー 加藤 征治 先生 (大阪大学 医学部) 岡田 雅典 先生 (大阪医科大学 生命科学部 解剖学教室)

市民公開講座 日本リンパ学会・リンパ浮腫治療研究会共催
「リンパ浮腫診療は変わった？ 保険改訂後1年」

会頭：大槻勝紀 (大阪医科大学 生命科学講座 解剖学教室 教授)

大阪医科大学 生命科学講座 解剖学教室 〒565-0866 大阪府高槻市大学町2-7
TEL: 072-684-7197 (ダイヤルイン) FAX: 072-684-4511 E-mail: lymph2009@art.osaka-med.ac.jp

三味線の演奏でおもてなし、すこぶる好評でした。現在第4学年学生の北野裕孝君(多数のバイオリンのコンクールで受賞)とプロのバイオリニスト、ピアニストとの競演、および私の教室の柴田雅朗講師(種々の津軽三味線のコンクールで入賞)とプロの方との三味線の競演がその内容でした。盛会裏に総会を終えることができましたのも、一重に大阪医科大学医師会、大学関係などの多くの皆様方のご支援の賜物であり、感謝いたします。

ウェブの検索はどうして速いのか

放射線医学教室講師／本誌編集委員 上杉康夫

ウェブ（Web:正式名称 World Wide Web）は、どの位存在するのでしょうか？

2001年の研究によれば、ウェブ上の文書は5,500億個以上、2005年1月では、75種類の言語でウェブ検索を行ってサンプリングし、一般に検索可能なウェブは少なくとも115億ページ、2006年2月では、静的なページだけでも150億ページ以上、動的に生成されるページを含めると350億ページ以上が存在するとの推定があります¹⁾。膨大なウェブも、検索エンジン（search engine）を使えば短時間で検索できます。検索エンジンとは、広義には、インターネットに限定せず情報を検索するシステム全般を含み、狭義にはインターネットに存在する情報（ウェブページ、ウェブサイト、画像ファイル、ネットニュースなど）を検索する機能およびそのプログラムを指します²⁾。日頃から、何気なく使っている検索エンジンですが、何億にもなるウェブを短時間で検索してくれます。1つひとつを検索すれば、何年もかかりそうですが、そのようなことはありません。ウェブの検索はどうして速いのでしょうか。

検索エンジンには、人手で構築したウェブディレクトリ内を検索するディレクトリ型検索エンジンと、与えられた検索式に従ってウェブページ等を検索するロボット型検索エンジンとに大きく分かれます。他に1つの検索ワードを複数の検索エンジンで検索するメタ検索もあります。

ディレクトリ型検索エンジンは人手で構築しているため、質の高いウェブサイトを検索可能で、概要を人手で記入しているため、検索結果の一覧から目的のサイトを探しやすい、サイトのカテゴリ分けがされていることから、特定分野や地区などに限定したサイトを探しやすいという特長がありますが、しかし、検索対象となるサイトは人手で入力するため、検索対象となるサイト数を多くできないという欠点があります。大手のディレクトリ型検索エンジンでは人の手によって選別しデータベースを構築しますので、ある程度品質が保たれるのですが、やはり数の少なさは否めません。国内最大級のYahoo!でさえ数十万件程度だといわれています。有名な公式サイトを探すにはロボット型検索エンジンよりもディレクトリ型検索エンジンで早く目的にたどり着けますが、複数のキーワードで絞り込んで行くと途端にヒットしなくなります。これはディレクトリ型の検索エンジンが、サイトのタイトルと紹介文やカテゴリ名に現れるキーワードだけを元に検索インデックスを作成しているからです³⁾。インターネットが一般に使われるようになった初期（1990年代）のころには、ディレクトリ型が主体でしたが、ウェブの爆発的な拡大によって、あらゆるウェブサイトを即時にディレクトリに反映させることが事実上不可能になり、現在では主流ではなくなってきています。ディレクトリ型検索エンジンに

は Yahoo! JAPAN (2005年10月2日以前)、goo、Open Directory Project などがあります。

一方、ロボット型検索エンジンは与えられた検索式に従って、ウェブページ等を検索しています。大きな特徴の1つとして、『クローラ (Crawler)』を用いることが挙げられます。検索サービスを行う会社では、世界中のウェブページを自社のデータセンターに保存しており、それを調べることで検索結果を出しています。このため検索は高速で表示されます。このウェブページを集めているのがクローラと呼ばれる自動化プログラムです。クローラはリンクをたどりながら世界中のウェブページを閲覧し、自社のデータセンターのサーバにその情報を保存しています。さらに収集したページの情報は前もって解析し、索引情報 (インデックス) を作成しています⁴⁾。一見この作業は単純そうにみえますが、規模が拡大するにつれてその難易度は上がります。とくに困難な点は、多数のクローラによって更新されるウェブページをどうやって短時間で1つの索引にまとめるかという点です。つまり、クローラからの更新情報を1つひとつ順番に処理してインデックスを生成するのであれば、膨大な時間がかかってしまいます。この解決方法が並列にデータを処理するフレームワークです。Map Reduce⁵⁾と呼ばれています。このことにより、ウェブ上にある多数の情報を効率よく収集することができます。次に挙げられる特徴は『ページランク』機能です。ロボット型検索エンジンでウェブ検索をすると、ページのランク付けがなされ、表示順が決まっています。これはページランク機能によっています。ページランクの基本となるアイデアは、リンクされる数が多いページは、より多くの人々が求めていると判断し、検索結果の上位に表示させようという考え方で、ほとんどの検索サイトで使われています。多く

の検索エンジンが、表示順を決定するアルゴリズムを非公開にし、その性能を競っています。このランク付けも規模が拡大すると、インデックス生成と同様に困難になります。このため検索ページ付け機能をインデックス生成と同様に複数に分散させています。具体的には、検索サーバがある一定のウェブページ群を担当し、そのウェブページ群の中からランク付けをし、ウェブサーバで結果を絞り込んでから表示しています。インデックス生成、ランク付け、いずれもデータを細かく分割して、空いているサーバが処理し、分散・並列処理によって高速化を実現しています⁶⁾。ロボット型検索エンジンには Google, Yahoo! JAPAN (2005年10月3日以後) などがあります。

「ウェブの検索はどうして速いのか」ですが、クローラ、ページランクに加えて分散・並列処理技術のおかげといえるでしょう。

大阪医科大学医師会ホームページ：

<http://www.osaka-med.ac.jp/deps/omcda/>
メールアドレス：omcda@art.osaka-med.ac.jp
ホームページ担当：上杉 康夫

〈引用ホームページ〉

- 1) World Wide Web — Wikipedia
http://ja.wikipedia.org/wiki/World_Wide_Web#cite_note-6
- 2) 検索エンジン — Wikipedia
<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E6%A4%9C%E7%B4%A2%E3%82%A8%E3%83%B3%E3%82%B8%E3%83%B3>
- 3) Yahoo! 等のディレクトリー型検索エンジン (検索サイト) とは
http://search.web-sun.com/kind/kind_d.html
- 4) Google などのロボット型検索エンジンとは
http://search.web-sun.com/kind/kind_r.html
- 5) MapReduce — Wikipedia
<http://ja.wikipedia.org/wiki/MapReduce>
- 6) WEB 検索はなぜ速いのか？
<http://www.nhk.or.jp/itwb/workshop/5.html>

■「平成21年度大阪府医師会地域医療活動支援事業研究助成」に採択されました ■

〔事業課題〕 特定健康診査・特定健康保健指導の実施率向上と生活習慣病の予防対策

〔事業目的〕 平成20年度から40～74歳の国民健康保険加入者を対象として特定健康診査・特定保健指導がスタートした。特定健康診査・特定保健指導は生活習慣病予防の1次予防に力点をおき、生活習慣病ハイリスク群である内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）対象者および予備群の減少を目的としている。

国は市町村に対して、平成24年度までに特定健康診査・特定健康保健指導の実施率65%・45%達成を目標とする指針（参酌水準）を示し、未達の市町村に対する後期高齢者支援金加算措置を行なうとしているため、当該市町村の特定健康診査・特定健康保健指導の実施率が国民健康保険加入者の国民健康保険税に影響を与える可能性がある。

本事業では申請者の所属する大阪医科大学医師会と本研究協力医師会である高槻市医師会の活動拠点である高槻市が参酌水準目標値を達成し、後期高齢者支援金加算措置を受けずに国保財政の安定運営に寄与するため、有効な特定健康診査、特定健康保健指導実施率向上策を提案することを目的としている。

〔事業期間〕 平成21年10月～平成23年9月（2年間）

〔助成金額〕 平成21年度 100万円

平成22年度 100万円（予定）

■ 大阪府医師会生涯研修に参加し、申告しましょう ■

大阪府医師会では日本医師会と協力して会員各位の生涯研修を支援するために「生涯研修システム」が実施されています。医師が生涯研修に励む実態を社会に示し、その結果として医師や医師会への信頼をより高める手段としても重要な施策です。また、医師の立場を守り、自らの「診療行為を守る」ためにも大変重要であり、会員各位にその協力を強く求められています。

生涯研修に積極的に参加し、申告してください。21年度の申告は、平成22年4月に右図の申告書を配布しますので、必ず提出してください。

よろしくお願いします。

平成21年度大阪府医師会生涯研修申告書

所 属： _____

役 職： _____

ご氏名： _____

生涯研修項目		回数
(1) 研修会・学会等参加	学内	回
	学外	回
(2) 各種個人業績	論文執筆・講師等	回
	症例検討会参加	回

北摂四医師会糖尿病フォーラム

開催日：平成22年4月3日（土）

場所：高槻京都ホテル

当番教室：糖尿病代謝内分泌内科

問合せ先：寺前 PHS6700

神経と親しむ会

開催日：平成22年7月4日（土）

場所：高槻京都ホテル

当番教室：神経内科 脳外科

問合せ先：神経内科

北摂皮膚科医会

開催日：平成22年4月10日（金）

場所：ホテル日航茨木

当番教室：皮膚科

問合せ先：同上

痛みの治療研究会

開催日：未定

場所：大阪医大

当番教室：麻酔科学教室

問合せ先：西村 内線2368

大阪医科大学を中心に開催されている研究会、講演会、カンファレンスなどのうち、
会員が参加できるものについてのインフォメーションを掲載いたします。
今後も順次お知らせしたいと考えています。ぜひ情報をお寄せ下さい。

大阪医科大学衛生学・公衆衛生学教室 土手友太郎

TEL072-683-1221 FAX072-684-6519

第28回日本脳腫瘍学会

開催日：平成22年5月21日（金）～22日（土）
場 所：大阪市中央公会堂
当番教室：脳神経外科学
問合せ先：内線2382

第8回大阪医科大学産婦人科 オープנקリニカルカンファレンス

開催日：平成22年5月22日（土）
場 所：ヒルトン大阪
当番教室：産婦人科
問合せ先：同上

北大阪心不全セミナー

開催日：平成22年6月 日は未定
場 所：未定
当番教室：第三内科学教室
問合せ先：寺崎文生

第4回北摂皮膚科アレルギー懇話会

開催日：平成22年7月18日（土）
場 所：高槻京都ホテル
当番教室：皮膚科
問合せ先：同上

大阪医科大学眼科セミナー

開催日：平成22年9月25日（土）
場 所：本学看護学部講堂（予定）
当番教室：眼科学教室
問合せ先：清水一弘

.....

■ 北摂四医師会医学会分科会記録 ■

【第17回小児科医会】

*日 時：平成21年 9 月12日（土） 15：30～18：00

*場 所：高槻京都ホテル

一般演題

座長：すぎた子どもクリニック 杉田久美子

1. 「起立性調節障害の実際—症例を通じて」

第一東和会病院小児科 中尾亮太

2. 「脳波において PLEDs を認めた急性脳症の一例

愛仁会高槻病院小児科 長坂美和子、奥平 尊、高尾木綿子、
平瀬敏志、李 知子、起塚 庸、橋本直樹、西野昌光

3. 「PFAPA—そこにある症例？」

大阪医科大学小児科学教室 杉田卓士

特別講演

座長：大阪医科大学小児科学教室教授 玉井 浩

演者：大阪医科大学放射線医学教室講師 松木 充

「小児科領域の画像診断 update」

当番世話人 茨木医師会 田中孝二

.....

【第8回画像診断研究会】

日医認定産業医講習会

*日 時：平成21年12月19日（土） 14：00～17：30

*場 所：大阪医科大学 新講義実習棟

北摂四医師会からのご挨拶

北摂四医師会医学会会長 河野公一

開会の挨拶

大阪医科大学放射線医学教室教授 鳴海善文

シンポジウム

『産業医に役立つ救急領域の画像診断』

座長：大阪医科大学救急医学教室教授 森田 大

1. 「腹部救急疾患の画像診断」

大阪医科大学放射線医学教室講師 松木 充

2. 「気胸を超音波で診断する」

大阪医科大学救急医学教室助教 林 敏雅

3. 「産業医が知っておきたい急性期脳虚血の画像所見」

大阪府三島救命救急センター副所長 小畑仁司

特別講演

座長：大阪医科大学放射線医学教室教授 鳴海善文

『産業医が知っておくべき救急の画像診断とIVR』

大田原赤十字病院副院長・放射線科部長 水沼仁孝

閉会の挨拶

高槻市医師会理事 長谷川博之

大阪医科大学医師会 会則

(名 称)

第1条 本会は大阪医科大学医師会と称し、事務所を大阪医科大学に置く。

(構 成)

第2条 本会は大阪医科大学に在籍し、大阪府医師会に加入する医師を以って組織する。

(目 的)

第3条 本会は、医学教育、医学研究ならびに診療にたずさわる医師たるものの本分の自覚を促し、医学および医療の発展に寄与するとともに、本学の勤務環境の改善、地域医療、公衆衛生および学会活動に努力し、会員相互の親睦をはかることを目的とする。

(事 業)

第4条 本会の目的を達成するために次の事業を行う。

1. 大阪医科大学における診療および教育・研究の推進
2. 関係諸団体との提携
3. 医学会の開催、会報、報告書等の刊行
4. その他目的達成のために必要な事業

第5条 本会に次の役員を置く。

1. 会 長 1名
2. 副会長 3名
3. 理 事 (大阪府医師会代議員) 若干名
4. 評議員 (内 大阪府医師会予備代議員 若干名) 若干名
5. 監 事 1名
6. 会 計 1名
7. 書 記 (1名)
8. 編集委員 (若干名)

第6条 役員の職務は次のごとくである。

1. 会長は本会を代表し、会務を統轄する。
2. 副会長は会長を補佐し、会長に事故あるときはその職務を代行する。
3. 理事は会務を処理する。
4. 評議員は会務を審議する。
5. 監事は会計を監査する。
6. 会計は財務および経理を処理する。
7. 書記は会議の記録を作成する。
8. 編集委員は大阪医科大学医師会報の編集発行を行う。

第7条 役員の任期は次のごとくである。

1. 任期を2年とし重任を妨げない。欠員が生じた場合は後任者が決定するまで他の役員が兼務する。
2. 補欠による欠員の任期は、前任者の残留期間とする。

(役員の選出)

第8条 役員の選出は次のごとく行う。

1. 会長は理事会において理事より選出し、副会長は会長がこれを指名する。
2. 理事 (大阪府医師会代議員) および監事は評議員会において互選により選出する。
3. 大阪府医師会予備代議員は理事会において評議員の中から指名する。
4. 評議員は各教室において互選により1名を選出する。但し、会員数が30名を超える教室では2名を選出する。会員数が5名以下の教室では、その選出方法を附則に定める。

(会 議)

第9条 会議は次のとおりとする。

1. 理事会

2. 評議員会
3. 総会
4. 編集委員会

第10条 理事会は第5条に定める理事全員により構成し、会長または過半数以上の理事の要請により開催する。理事会は過半数の出席により成立し、出席者の過半数の賛成を以って決定する。

第11条 評議員会は第5条に定める評議員全員により構成し、会長または過半数以上の評議員の要請により開催する。評議員会は過半数の出席（委任状を含む）により成立し、出席者の過半数の賛成を以って決定する。

第12条 総会は本学医師会全員により構成し、毎年1回会長の召集により開催する。臨時総会は会長が必要と認めた場合、また会員の過半数の要求があった場合に会長がこれを召集しなければならない。会員の過半数以上の出席（委任状を含む）により成立し、出席者の過半数以上の賛成を以って決定する。

第13条 次の事項は総会の承認を経なければならない。

1. 会則の変更
2. 予算および収支決算

第14条 次の事項は総会に報告しなければならない。

1. 事業報告
2. その他総会に報告を必要とする事項

第15条 本会は顧問および名誉会長を置くことができる。

顧問および名誉会長は会長が推薦し、理事会の承認を得るものとする。

(会 計)

第16条 本会の経費は日本医師会および大阪府医師会の交付金、および寄付金をもってこれに充てる。

第17条 本会の会計年度は、4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。

(会 費)

第18条 会費は、別に定める会費を本会に納入しなければならない。

- 2 会費は、会員が指定する預金口座から預金口座振替（自動引落）により行う。

附 則

この会則は、昭和57年4月1日より施行する。

附 則

この改正は、平成14年4月1日より施行する。

附 則

1. 大阪医科大学医師会会報編集委員（若干名）等の各種委員会委員は、評議員より選出する。
2. 会員が5名以下の教室における評議員の選出について
 - 1) 基礎系教室では会員の互選により2名選出する。
 - 2) 臨床系教室および関連部門（センター、診療部門等）では互選により1名を選出する。
3. 正当な事由なく3年間会費を滞納した会員については、評議員会の議を経て、総会で会員資格の喪失を議決することができる。
4. 会費徴収方法として預金口座振替を正当な理由なく拒否する会員については、評議員会の議を経て、総会で会員資格の喪失を議決することができる。

附 則

この改正は、平成18年5月15日より施行する。

附 則

この改正は、平成21年5月18日より施行する。

編集後記

平成21年を振り返れば、「100年に一度の不況」と「政権交代」、そして「新型インフルエンザ」の年ということでしょうか。どれも我々の生活に大きな影響を与えるという点で共通している。政権交代がもたらす変化は未だ不透明だが、多くの国民が期待と不安の時を過ごしている。偶然とはいえ、世界的な不況と同時に新型インフルエンザが流行し、社会不安が助長される巡りあわせはなんとも不運である。

特集の記事のように、新型インフルエンザ流行は医療機関に多くの制約と課題を強いている。その対応に多くの時間と労力を費やした結果、病院収入に大きな減少がもたらされた。さらに大学病院には教育機関としての対応も必要で、二重苦となったのである。多くのことが未経験で困難な課題であったが、その対応過程に多くの職員の積極的な協力が得られたことが大いなる救いである。未だしばらくは新型インフルエンザ騒動は続くことになるでしょうが、むしろ「不況」や「政権交代」が医療に暗い影を落とさないことを願うばかりである。

編集委員 村 尾 仁

編集委員	田中 英高	村尾 仁	梶本 宜永	上杉 康夫
	土手友太郎	平松 昌子	大場 創介	島本 史夫
	萩森 伸一			

大阪医科大学医師会会報 第33号

発行日 平成22年 1 月15日
発行 大阪医科大学医師会
発行責任者 医師会長 河野公一
編集 大阪医科大学医師会会報編集委員会
〒569-8686 高槻市大学町2-7 大阪医科大学共同利用会館
大阪医科大学医師会事務室
(藤原則子・村上真理子・林ひろみ)
TEL 072-683-1221 (内2951)
684-7190 (直通)
FAX 072-684-7189
e-mail omcda@art.osaka-med.ac.jp
URL <http://www.osaka-med.ac.jp/deps/omcda/>
制 作 旬知 人 社