

# 元気がいいよ

1・2月号・2015

- わたしの元気  
**中村 時蔵**さん
- からだ・こころ・健康  
**エボラ出血熱**
- 拝見! 医師の一日  
サッカー日本代表チームのドクター
- 医療Q&A
- 連載コラム/救急医療③

●地元医師会の災害時医療対策⑨ 新年特別版  
**東京における災害医療体制  
 の現状と将来**



公益社団法人  
**東京都  
 医師会**

●とうきょう点描●  
 羽根木公園の梅まつり  
 花の色も枝振りもさまざま、  
 60種類以上の梅の花が  
 咲き競います。  
 梅大福も食べられますよ。  
 さあ、梅の丘へ!

No. 89

中村 時蔵さん

Tokizo Nakamura

中村 時蔵 (なかむら ときぞう)

1955年東京生まれ。屋号は萬屋。四代目中村時蔵の長男。60年『姫山姥(こもちやまんば)』の童ほかで三代目中村梅枝として初舞台。81年『妹背山婦女庭訓(いもせやまおんなていきん)』のお三輪ほかで五代目時蔵を襲名。美貌と艶のある声、気品を併せ持つ女形として次代を担う。格調ある赤姫から重厚な御殿女中、粹な年増などまで幅広い演技力に定評がある。六代目中村歌右衛門、七代目尾上梅幸の教えを胸に古典歌舞伎の王道を求め続けている。子息に四代目中村梅枝、初代中村萬太郎。国立劇場特別賞、松尾芸能賞優秀賞、松竹会長賞、眞山青果賞奨励賞、日本芸術院賞ほか受賞多数。2010年紫綬褒章。1月3日から27日まで、国立劇場にて、平成27年初春歌舞伎公演「南総里見八犬伝」に出演。



「まだ」還暦。役者としての円熟はこれからだと思つています。

中村時蔵さんは、現代の歌舞伎界を代表する女形の一人です。天性の資質、群を抜く芸域の広さを認められながらも向上心はなお高く、役柄への挑戦は止むことはありません。

「花道から下がると、衣装を脱ぎ脱ぎ楽屋まで戻っていく先輩がいるんですね。その気持ち、最近なんだかわかるんですよ」

歌舞伎のこしらえは、物によつてはかつらや下駄を合わせて20kgほどになることもあります。

「1か月の公演を長く感じる、疲れが取れにくい。そんなことを感じる年齢になりました」

逆に言えば、からだあつての仕事ということ。だから体調への気遣いは強く、食事は奥様が心

を尽くした手料理で、かぜの気配を感じるとすぐにお医者さんへ、年一回の人間ドックのほかに半年に一度は血液検査も受けているそうです。「あとは歩くことかな。たまに地下鉄を使い、日比谷で降りて東銀座まで歩いて来たりします」

無理のない運動で膝まわりを丈夫に。舞台で正座が付き物の女形ならではの心がけです。

幸いに大病はなく、いま気になるのは、細めにしつらえる足袋が原因となる外反母趾くらいのこと。芝居の不出来や役作りの苦心などどう

しても感じる心の重荷は、ほどほどの晩酌と最近始めた陶芸で解消しているそうです。

「土を指でつまんで上に引き上げていく。少しでも力が入ると形が崩れますから、すごく集中できます。焼き上がりがどうなるのか、想像するの

のもまた楽しいものです」

時蔵さんが携わる演劇は、劇場という空間に生まれる感動と共感が魅力にほかなりません。ただ、歌舞伎ではそこに独特な要素が加わり

ます。「江戸という時代の雰囲気

をどうお見せできるか。そこが肝心です」

たとえば行燈に火を灯す、囲炉裏に薪をくべるなどの所作をさりげなく、衣装も

役に合わせて着付けを変え、帯は娘役ならば高く年増は低く。代々受け継がれてきた表現様式にはそれだけで深い味わいがあります。

「もう一つ、演出家のない演劇」というのも歌舞伎の特徴です。同じ演目でも役者が違えば印象は変わる。研究が生きる世界でもあります」

踏み外せない決まり事はあつても自分なりの工夫は許される。その間達さが歌舞伎を伝承させてきた理由の一つと時蔵さんは考えています。

この伝統を受け継いでいくために後進の育成は欠かせません。国立劇場には歌舞伎俳優を養成する一般人向けの研修制度があり、時蔵さんはその講師も務めています。

「たった2年間の課程ですから、教えられるのはほんの入り口です。歌舞伎は数十年もの時をかけてやるとわかるものですから」

その歩みを続けて今年、時蔵さんは還暦を迎えます。しかしこれは「まだ」といわなければなりません。女形には、位の高い女性を演ずる「片はずし」という至高の役柄があります。

「これまで培ったものすべてが出る役です。これをそろそろ自分のものにしたいたい。実はこれからの10年が役者として最もからだ

が動く年代。私はそう思っています」

五代目中村時蔵、円熟に向けた日々が始まりました。

# エボラ出血熱 冷静に行動しよう！

独立行政法人国立国際医療研究センター 国際感染症対策室 加藤 康幸 先生

## エボラ出血熱とは？

エボラ出血熱は1976年に現在の南スーダンとコンゴ民主共和国で初めて確認された比較的新しい感染症(新興感染症)です。病原体のエボラウイルスは、コウモリなどの野生動物が保有していると考えられています。このような野生動物から偶発的に感染した患者から家族や医療従事者に広がることで、この病気の発生に気づかれます。これまでに少なくとも15回の流行がアフリカで確認されていますが、発生地はアフリカ中部にほぼ限られ、患者数も数百人規模で収まってきました。2013年末にギニアで発生した現在の西アフリカにおける流行は、かつて報告されていない地域だったことに加え、患者数が17,000人を超える(2014年11月現在)大規模なものになっています。過去の流行時より住民の移動が盛んなこと、人口の多い首都で流行が起きたことなどがその原因と指摘されています。

## エボラ出血熱の症状と治療

目などの粘膜や傷のある皮膚からエボラウイルスは体内に侵入します。10日前後(潜伏期と呼び、その幅は2〜21日間です)経つと高熱や筋肉痛といった症状が現れます。その後、嘔吐や下痢などの症状が目立つようになり、発病して7〜10日くらいが最も症状の重い時期です。この頃は患者の血液や体液にウイルスが多く含まれ、嘔吐や下痢などの症状と併せて感染性の高い時期でもあります。約

半数の患者が亡くなりますが、これにはアフリカの貧しい医療環境も関係していると考えられます。病名の由来でもある出血症状は15%程度の患者にしか見られません。

## 流行を抑えるには

感染しやすくなるのは発病して数日経ってからになりますので、患者を早く病院に入院させること(隔離)で流行を抑えることができます。医師や看護師などの医療従事者は自身が感染しないように、アイガードやマスク、ガウンなどの个人防护具を着用して治療やケアを行うことになります。他の発熱を起こす病気との区別は難しいので、エボラウイルスの遺伝子を血液から検出すること(PCR法)で診断します。家族などの身近な方は患者になる可能性が高いので、あらかじめ接触者を把握して健康観察を行うこと(検査)が有効な対策となります。

## 日本の医療体制は？

現在の流行地である西アフリカのギニア、リベリア、シエラレオネは日本から遠く、人的な交流も盛んな地域ではありません。このため、日本でエボラ出血熱の患者が発生する可能性は低いと考えられます。しかし、日本からも支援者を現地へ派遣しているため、その支援者が帰国してから発病することなどを想定しておく必要があります。現在、同地域から日本に入国する方には検疫所により健康

観察が行われる

ことになっていきます。発熱が認められた場合には、全国の専門

病院(特定および第一種感染症指定医療機関)

において、診療が行われます。

西アフリカはマリアナなど他の

感染症も大変多い

地域ですので、このよ

うな病気の検査も必要に応じて行われます。なお、エボラ出血熱の検査は安全に配慮した国立感染症研究所(武蔵村山市)の検査室で行われます。

## あなたにできること

エボラ出血熱の流行は発生地で抑えることが大変重要です。西アフリカは特に開発が遅れており、国際的な支援が必要です。これから現地へ行く日本や諸外国からの支援者をぜひ応援していただきたいと思えます。万が一、患者が国内で発生した場合でも慌てることはありません。症状の強い患者の血液や体液に接触しなければ感染しませんので、冷静に行動することが大切です。



## 地元医師会の 災害時医療対策

9

新年特別版

# 東京における災害医療体制 の現状と将来

日本医科大学医師会会長／日本集団災害医学会代表理事 山本保博先生

東京の災害医療体制は、医系大学、都立病院、東京都医師会を中心に多くの関係機関の協力の下に発展してきた。特に1995年の阪神・淡路大震災の教訓を踏まえて東京都災害医療協議会が設置され、新たな災害時における質の高い医療救護活動を円滑に行えるよう検討を重ねてきた。全国のDMATの先駆けとなった東京DMATや、日本医師会が作ったJMATの質をより高めた東京JMATを考えても、東京の災害医療体制は日本をリードしてきたと言えるだろう。

ここでは、阪神・淡路大震災以後の日本の災害医療を整理し、将来的により充実を図るよう考えてみたい。

### 新しい災害医療は阪神・淡路大震災の 教訓から(図1)

1995年1月に発生した阪神・淡路大震災は、マグニチュード7.3で最大震度7を記録し、6千5百人の尊い生命が失われ、4万4千人が負傷し、最大時の避難者は32万人に達した。被害の中心となった死傷者の多くは圧死やクラッシュ症候群だった。

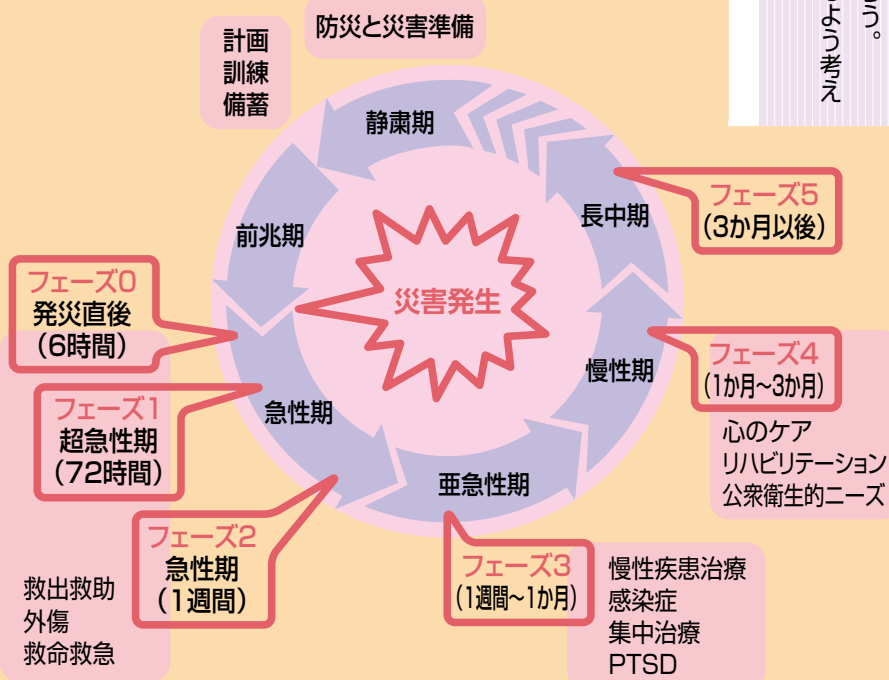
私は地震後、直ちに当時の厚生省(現厚生労働省)に設置された「阪神・淡路大震災を契機とした災害医療体制のあり方に関する研究会」の座長として何十回も現地を訪れ、避難所や被災病院での医療活動や被災者と夜を徹して話し合うことも多かった。

大震災の後遺症が少しずつ癒えてきた2004年10月、新潟県中越地震が発生し、震源地近くの北魚沼では最大震度7を記録し、阪神・淡路大震災以後の最も強かった揺れで死者68人、負傷者は4千8百人を記録した。新潟地方では本震に続いて余震も頻発し揺れも強く、山間部では多くの被災者が自家用車

で暖を取りながら避難生活を余儀なくされた。狭い自動車内で寒さも加わり、エコノミークラス症候群(静脈血栓塞栓症)が多発し、死者の少なくとも10人は肺血栓塞栓症だったと報告されている。

2011年3月11日に発生した東日本大震災はM9.0、最大震度は7を記録し、死者・行方不明者は1万8千5百人、負傷者は6千2百人を記録した。被害は南北5百キロに渡り、過去に経験しなかった巨大地震とともに大津波と福島第一原発事故に襲われたが、死傷者の大多数は津波による溺死・溺水だった。被害を大きくした原因は被災地に通じる交通網が土砂や瓦礫で遮断されてしまったことで、人的物的支援が空路で

図1 東京都の考えるフェーズ区分と災害サイクル





しかでなくなってしまうことである。同時に電話やインターネットなどの通信網が完全に崩壊し情報の往来が不可能になったことも被害を増大させてしまった。

### 災害発生時の救急医療

世界で最も多く発生している災害は台風やサイクロンなどの風水害であり、人的被害の最も大きい災害は地震である。歴史的には中規模地震は10年に1回、大規模地震は100年に1回の割合で発生すると言われており、東京で最も警戒しなければならない地震は、首都直下型である東京湾北部地震と南海トラフ巨大地震である。

一般的に災害発生時の緊急医療対応ではCSCATTTと呼ばれる基本的原則がある。CSCATTTは指揮・連携、安全確保、通信、評価、トリアージ、応急処置、救急搬送のそれぞれの頭文字で、前者4つの「CSCA」は組織運用を意味し、後者3つ「TTT」は医療行為である。

災害現場で活動するすべての組織は、それぞれ指揮命令系統を持っている。また、災害時には医療、消防、警察、自衛隊、行政など多業種の組織が活動するため、特に緊急を要する医療対応では相互の連携と調整が必要である。その上、災害現場では安全が必ずべてに優先されなければならない。災害対応で最も多い失敗の原因は情報伝達の不備であり、阪神・淡路大震災の大きな教訓でもあった。情報伝達は正確性を重視し、多種類の伝達手段を考慮しながら確認と評価を加える必要がある。また、得

られた質の高い情報を組織内だけでなく関連組織に連絡し活動方針を決定していく。

### トリアージについて

災害医療において負傷者が同時に多数発生した場合、限られた人的物的資源を最大限に活かして最大多数の負傷者に最善の医療を提供するために、負傷の緊急度、重症度を迅速に評価して現場応急処置、搬送などの優先順位を決定することをトリアージ(Triage)といい、日本では阪神・淡路大震災以後一般的になつてきた。

トリアージによる優先順位は4つに区分されている。赤(区分Ⅰ)、黄(区分Ⅱ)、緑(区分Ⅲ)、黒(区分Ⅳ)で、それぞれ「最優先治療群、待機可能治療群、軽症外来治療群、死亡・無呼吸群」を意味している。トリアージの方法は、一次トリアージと二次トリアージの2段階で構成されることが多い。

①一次トリアージ  
救助者が負傷者の状態を災害現場で迅速に評価するために先行われ、日本ではSTART (Simple triage and rapid treatment) 方式が汎用されている。

②二次トリアージ  
一次トリアージ実施後にさらに正確性のある生理学的評価と解剖学的評価を加味して行うPAT (Physiological and anatomical triage) 方式のトリアージである。

### 災害弱者を考慮した医療対応

災害現場で最も被害を受けやすい人々を災害弱者と呼んでいる。子どもたち、女性特に妊婦、高齢者、障害者や病人、貧困者、外国人、旅行者など、一般的に考えられる社会的弱者が災害弱者である。将来的にますます増加するこれら災害弱者の医療は、優先順位の高いことを認識して対応することが重要である。

### 瓦礫の中からの医療とDMAT

日本の災害医療は阪神・淡路大震災までは待ちの医療で災害現場には入らず、病院にて負傷者が運ばれてくるのを待っていた。

阪神・淡路大震災後の教訓から2005年4月に設立された日本DMATは急速に発展し、東日本大震災の現場では目を見張る活躍だった。災害現場での瓦礫の中から救急医療を始めることで、救える命を救うべく全国から2千5百人以上が派遣された。災害現場だけでなく、避難所や被災病院におけるDMATの活躍も顕著だった。

日本のDMATの基礎となつたのが、これより一年ほど前の2004年に誕生していた東京DMATであった。どちらも3〜4日間の初期研修を修了して登録される専門家集団で、将来的に大きな期待を抱いている。

### おわりに

いつ起こるか分からない災害に備えて体制を整えることは重要である。東京においては首都直下地震を想定して災害準備を行うことは、目に見えない事象を見えるものとして捉え対処することである。現実には起っていないものに莫大な資金を投入することは無駄と考えるならば大きな間違いである。福島原発事故はわれわれにも、もしものときのために何をしなければならなかったかを教えてくれたのではないだろうか。

#### DMAT (ディーマット)

従来からある医療救護班とは異なり、発災現場に赴いて救命医療を行うことを目的とし、被災者に迅速な急性期医療を提供する。

#### JMAT (ジェイマット)

日本医師会の災害医療救護班のこと。東日本大震災では被災地に約1,400チーム6,000人以上が派遣された。

#### クラッシュ症候群

筋肉が長い時間圧迫され続けたために血流障害が起こって筋肉がまひを起こすだけでなく、筋肉の細胞が壊れて細胞内の成分が血液中に流れ出し、腎臓をはじめさまざまな臓器に悪影響を及ぼし、全身的な異常を示す。



# 医師の一日

順天堂大学医学部整形外科 先任准教授  
日本サッカー協会スポーツ医学委員会  
委員長

池田 浩先生

## サッカー日本代表チームのドクター

池田先生の専門はひざのスポーツ整形外科ですが、スポーツによるけがだけでなく、高齢者の変形性膝関節症の患者さんも診療しています。大病院では外来診療や手術のほか、研究もして、学生への講義も行っています。その上で、Jリーグのクラブのチームドクターを17年務め、2014年W杯ブラジル大会の日本代表チームのドクターにもなりました。

### Jクラブのチームドクターは365日対応

小学生のときからサッカーをしてきた池田先生は、高校生のときに骨折したことがきっかけでスポーツドクターになろうと思ひ、医者を目指したそうです。「医学部のサッカー部OB会が古河電工のサッカー部(シエフユナイテッド市原・千葉の前身)のチームドクターをしていた縁で加えていただき、Jリーグが発足してそのままチームドクターになりました」とうかがいました。

Jクラブのチームドクターのときには、大学にも勤務しながら週に二日だけクラブハウスの中にある診療所に勤務したそうですが、電話での対応は毎日、練習が終わるとトレーナーから必ず選手の状態の報告を受けて、365日フルタイムでチームとかかわってきたそうです。選手だけでなく、家族全員のかかりつけ医のような存在で、奥さんや子どものけがや病気を診療したり、専門医を紹介したりしたそうです。

### 日本代表チームのドクターは活動期間限定

日本代表チームは活動期間が決まっているので、ドクターもその期間限定で担当します。「代表チームに誘われたときには、ずっとやってきたJクラブのチームドクターを辞めなければならないことや、代表チームの選手はけがをして期間中に復帰

Dr. Hiroshi Ikeda



池田 浩先生

1987年順天堂大学医学部卒業、96年同整形外科学講座助手、99年講師、06年助教授(現 先任准教授)。専門はひざ、スポーツ整形外科。

89年から古河電工サッカー部(シエフユナイテッド市原・千葉の前身)チームドクター、93~10年Jリーグシエフユナイテッド市原・千葉チームドクター(00~10年チーフドクター)。10~14年サッカー日本代表チームドクター(世話人)。14年4月から日本サッカー協会スポーツ医学委員会委員長。

## 医療



正常な血糖値はくぐくぐですか?  
(新宿区、20歳、男性)



「正常な血糖の値」は空腹時で70~109mg/dl、食後で140mg/dl未満です。発熱や激しい運動後などの特別な状態でなければ、まったく正常な人がこれらの値を超えることは通常ありません。健康診断などでこれらの値を超えた結果が出た場合は、必ずかかりつけ医にご相談ください。また「糖尿病」と診断されるのは、空腹時血糖126mg/dl以上、食後血糖200mg/dl以上の結果が日を変えても認められる場合です。一回だけそれらの値を示しても「糖尿病」とは診断されませんが、同じ日に採血したHbA1c(ヘモグロビンエーワンシー...過去約1か月間の血糖値の変動を表す)が6.5%以上(基準値4.6~6.2%)であれば、その日の段階で「糖尿病」と診断されます。糖尿病は、全身の血管が障害されて起こる脳卒中、心筋梗塞、四肢の壊疽、腎不全、失明などや、免疫力の低下などによって起こる肺炎などの感染症、がんの危険性を高める怖い病気です。しかし早めに対処することで、それらの合併症の発症を抑え、普通の生活を続けることが可能です。健康診断を受けた際は、血糖値やHbA1cなどにぜひ注目してください。

ザッケローニ日本代表監督(当時)  
と(2013年6月埼玉スタジアム  
2009J1)  
©STUDIO AUPA)



2014年9月W杯ブラジル大会の日本代表チームのベンチスタツ

の見込みがないと交代させてしまうので、あまり治療に携われない、医者らしいかわりができないと思つて、引き受けるかどうかずいぶん悩んだ」のだそうです。

ところが実際には、「2010年のW杯後に僕が代表チームのドクターになってから、選手に比較的大きなけがが続きました。海外の有力なチームにはしっかりしたメディカルチームがあつて、通常は所属チームのドクターが治療を行います。日本人の選手は日本のドクターにも診てもらいたい気持ちがあるので、所属チームのドクターと二緒に検討するようになって、場合によっては治療に携わることも出てきました」とのこと。期間限定の“帯同ドクター”というだけでなく、チームドクター的な役割になってきたのだそうです。

### 日本代表チームのドクターにはさまざまな業務がある

代表チーム23人の選出後すぐに選手一人ひとりの状態を把握し、実際に集合しただけがの状態を確認して、トレーニングの制限が必要かなどを検討するそうです。試合の出場時間を確認し、それに応じて代表チームでのトレーニング時間を調整するのだそうです。また、Jリーグと異なり代表チームは試合の間隔が3日程度と短いので、短期間に体調を回復させなければいけません。定期的に血液検査を行つて健康状態を調べ、鉄分などが不足していればサプリメントや食事で調整し、試合前には体の中の水分量を確認して、それによって飲むものや量を決めるのだそうです。

国際大会ではメディカルチェックの詳細な基準が決まっています。代表チームのドクターには循環器専門医もいて、詳細な心臓の超音波検査も行うそうです。またW杯ブラジル大会のときは選手とスタッフ全員に破傷風、麻疹、黄熱病など7種類の予防接種も行いました。そのうち肝炎は3回接種。短期間に全部打つことは難しいので、数年かけて計画的に接種するのだそうです。もちろん、スタッフの健康管理もチームのドクターの仕事です。

### サッカーは昔から選手の健康管理を推進してきた

池田先生は昨年4月に、日本サッカー協会スポーツ医学委員会の委員長に就任しました。この委員会の一番の仕事は、選手の健康管理です。サッカーで多いけがについて調査して、その予防対策も検討しています。サッカーは昔から多くの医師たちが携わつてけがを減らす努力をしてきた歴史があり、スポーツ団体の中でも健康面のサポートを重視する考え方が進んでいます。日本サッカー協会が管理している高校生、中学生のチームや、Jリーグのアカデミーチーム、女子のチームに対しても、健康管理やけがの予防の啓発活動を積極的に行っています。未来の代表選手はこうして育ってくるのですね。

## 救急医療 35 頭痛一(2) 脳腫瘍

連載  
コラム

### 症状

脳腫瘍は命にかかわる重大な病気です。脳腫瘍には100以上の種類があり、良性のものから悪性度の高いものまでさまざまです。また子どもから高齢者まで誰にでも起こります。脳腫瘍に伴う頭痛として「起床時の頭痛」があります。頭痛はせきをしたときや力んだとき、前かがみになったときに増強することが多いです。食事とは関係のない吐き気や嘔吐を伴うこともあります。頭痛のほかにもさまざまな症状がありますが、脳のどの部位に腫瘍ができてくるかによって変わってきます。手足のまひや感覚の異常、視力の異常、ふらつきやめまい、耳の聞こえにくさなどが起こります。これらの症状を伴う頭痛の場合には、脳腫瘍を疑う必要があります。

### 検査

脳腫瘍は、頭部CTや頭部MRI検査によってほぼ発見できます。脳腫瘍が発見されたら、どの種類の脳腫瘍なのかを詳しく調べるために、追加の検査を受ける必要があります。

### 治療

治療は、外科手術を基本とし、手術後に放射線治療や化学療法(いわゆる抗がん剤治療)を追加することがあります。また腫瘍の大きさや種類、できている場所によっては治療を行わず、経過観察することもありますので、脳神経外科専門医とよく相談し決めていく必要があります。

### 早期発見・治療のためには

脳腫瘍は、くも膜下出血ほど緊急を要することはありませんが、放置しておくとも命にかかわる病気であることは間違いありません。頭痛が続いている、頭痛以外に手足のしびれやまひ、嘔吐やけいれんを伴うなどの場合には、できるだけ早く病院を受診し、脳神経外科専門医の診察を受けることをお勧めします。

脳腫瘍と診断されても、悪性のものもあれば良性のものもあります。腫瘍そのものの性質が良性でも、切除できない場所にできたり、腫瘍が正常な脳を圧迫して呼吸や心臓の機能を損なう場合などは、悪性度が高いといえます。担当の医師から説明をよく聞き、治療方針を十分に検討していくことが必要です。

