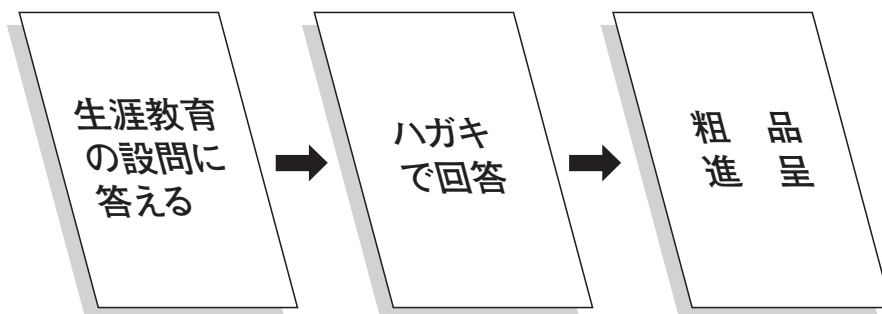


沖縄県医師会報 生涯教育コーナー

当生涯教育コーナーでは掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方の中で高率正解上位者に、粗品（年に1回）を進呈いたします。

会員各位におかれましては、多くの方々にご参加くださるようお願い申し上げます。

広報委員



●掲載論文を読み
設問に答える

●県医師会に
ハガキで回答する

●高申告率、高正解率の
方へ粗品進呈



頭頸部癌に対する治療および再発、 転移症例の終末期症状の検討

琉球大学医学部 耳鼻咽喉・頭頸部外科 平川 仁

【要旨】

頭頸部癌は頭蓋底から上縦隔に発生する癌を総称する。具体的には、副鼻腔癌、咽頭癌、喉頭癌、唾液腺癌、甲状腺癌などが含まれる。癌の種類は多いがその発生頻度は他の癌腫に比べ多くはなく、しかも隣接する亜部位でも治療法および予後は大きく異なるため、治療は施設により異なることがあった。しかし近年では治療ガイドラインが整備され標準化がなされている。2000年代に遊離皮弁が広く普及し、頭頸部癌の拡大切除が可能となり、進行癌に対しても根治切除が可能となったのは頭頸部癌の治療の大きな転機であった。近年は経口手術や化学放射線の進歩による臓器温存治療、免疫チェックポイント阻害薬などの薬物療法の進歩による生存期間の延長など治療法が大きく変わろうとしている。また他の癌腫に遅れをとっていた頭頸部癌緩和治療に関しても標準化にむけた取り組みを行っている。

はじめに

頭頸部癌は、世界では6番目に多い癌腫と言われており、1年間に約50万人が診断されている。本邦では2007年に18,444人が頭頸部癌と診断された。¹しかし胃癌、大腸癌、肺癌などの他癌腫よりも発生頻度は低く、副鼻腔、耳下腺、口腔、喉頭、咽頭など種類が多く、治療法、予後が異なるため、大学病院や癌専門病院以外の一般病院での治療が困難である。

治療は手術、放射線、化学療法がその3本柱である。2000年代の遊離皮弁の登場による拡大切除が可能となり成績が向上した。それとは逆に放射線治療法および経口手術法の進歩により機能温存治療も可能となっている。近年では免疫チェックポイント阻害剤の登場により治療法は大きな転換期を迎えている。

頭頸部癌治療を考える過程で、ゴールはもちろん、癌の完全治癒と考えるが、その他にも考慮すべき事項が機能（嚥下、呼吸、発声）の温存、審美性への配慮である。これらの優先順位は年齢、

性差、基礎疾患、家族背景、患者の人生哲学で大きく変わっていく。さらにこれらの治療を施しても、約4割の患者が未だ癌で亡くなるのが現状である。離島をかかえる沖縄県では緩和治療をどこで行うかも考慮しなければならない。

今回は筆者らの施設の頭頸部癌治療を手術、放射線、化学療法、緩和の点から述べる。

外科手術

外科手術は上咽頭癌を除いて、癌の完全除去の観点からは最も確実な方法である。

筆者らの施設では頭蓋底²から顔面、口腔³、咽喉頭さらには上縦隔までの癌病変の切除を行っている。主な術式を紹介する。

頭蓋底手術

主に頭蓋底に進展する副鼻腔癌に対して行う術式である。遊離皮弁の進歩により、開頭を伴う広範囲頭蓋底手術が可能となった。適応外は海面静脈洞に十分な安全域が取れない症例である。

咽喉食摘術

進行下咽頭癌に対する標準術式である。沖縄県では他県に比べ発生率が高く、頭頸部癌の中でも予後が悪いものの一つとされている。近年は内視鏡のNBIの普及により比較的早期に発見されることも増えてきたが、依然として、進行癌の状態を受診される事が多い。

下咽頭癌が食道癌と異なり治療の問題となるのは喉頭摘出を要することにある。

これまで喉頭温存を試みる多くの臨床試験がなされてきた。現在、実臨床で行われているものとして導入化学療法によるchemo-selectionがある。導入化学療法を行い、効果を認める例には放射線治療による効果が期待でき、喉頭温存治療を行う。一方、導入化学療法に効果を示さない症例は、放射線治療の効果が低いと予想され、咽喉食摘術を行っている。

上縦隔手術

下咽頭頸部食道癌や甲状腺癌の上縦隔進展例においては、胸骨縦切開もしくは鎖骨、胸骨、第2肋骨まで切除し、術野の確保、術後の死腔の除去を行い安全な手術が可能となる。多発リンパ節転移を伴わない原発腫瘍の上縦隔進展症例においては縦隔気管孔造設を併用する術式（いわゆるgrilloの手術）までを手術適応としている。

化学放射線療法

喉頭を温存する治療法としての化学放射線療法は多くの臨床試験がなされてきた。

Pignon ら⁴は、局所進行頭頸部癌を対象とした放射線治療単独と化学放射線療法を比較した63のランダム化比較試験のメタアナリシスを行い、放射線治療単独に対する化学療法の上乗せ効果を検証した。5年生存率で見た上乗せ効果は、放射線治療前に化学療法を行う導入化学療法が2%、放射線治療後に化学療法を行う補助化学療法が1%、化学放射線療法が8% ($p<0.0001$) と化学放射線療法が最も優れていることを示した。

併用する抗癌剤はRTOG91-1115試験以来、主にシスプラチン (CDDP) 単剤と放射線治療 (70Gy/35fr) の併用療法 (CDDP+RT) が用いられており、それ以降も複数の化学療法を併用したレジメンが臨床試験で比較されたがいずれにおいても結果的にCDDP+RTを超えることがなくCDDP単剤が標準とされている。⁵

生存成績

このような治療方針で筆者が在籍していた2施設での頭頸部癌908例における5年粗生存率を検討した。原発部位は副鼻腔（頭蓋底手術47例を含む）、口腔、中咽頭、下咽頭、喉頭、頸部食道（上縦隔手術14例を含む）を調査した。（図1）

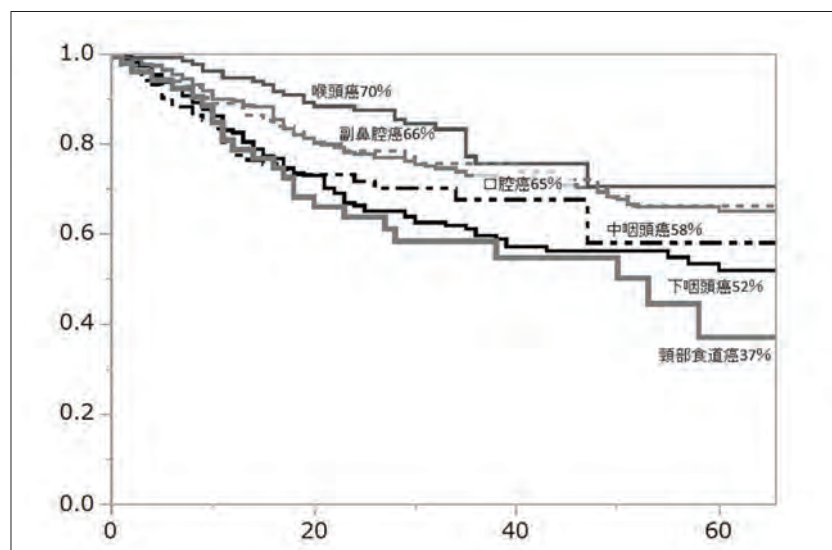


図1 疾患別の5年粗生存率

ステージはⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳがそれぞれ70、152、174、512例であった。全疾患の5年粗生存率は60.4%であった。最も成績が良いのは喉頭癌(70.6%)であり、最も悪いのは頸部食道癌(37.2%)であった。

ニボルマブによる再発転移癌の治療

ニボルマブはヒト型免疫グロブリン G4 (IgG4) (κ) アイソタイプモノクローナル抗体 (mAb) で、活性化した免疫細胞上の Programmed cell death 1 (PD-1) と結合し、その受容体と Programmed cell death-ligand 1 (PD-L1) との結合を阻害して阻害シグナルを遮断し、宿主の抗腫瘍応答を増大させる。

再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌に対し、それまでの標準薬を上回る生存率を実証した第Ⅲ相試験 (CheckMate 141) が報告された。⁶ この結果に基づき、PD-L1 の発現の有無に関係なく、「再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌」を対象として、2017年3月24日にニボルマブが承認された。図2は下咽頭癌リンパ節転移症例に対しニボルマブを投与した症例である。後頸部に再発したプラチナ不応病変に対し、ニボルマブを11コース投与後著明な縮小を認めている。当院での初期治療成績及を示す。全体の奏効率(17.6%)、病勢制御率(41.2%)はそれほど高くはないものの、効果を示す症例においては比較的長期に効果が持続している。図2

また免疫関連副作用を発症しなければこれまでの殺細胞性抗癌剤と比べ、QOLの改善が著明である。さらにはニボルマブが不応となった症例において、その後の殺細胞性抗癌剤の response rate が良好と報告されており筆者も同様な症例を複数例経験した。今後の課題は高価な薬剤であることから、効果を予測するバイオマーカーが明らかにされ、選択された患者に投与が可能となることと考える。

頭頸部癌終末期患者の症状

先に示した通り、未だ約4割の患者は癌の再発を認め、緩和治療へと移行する。頭頸部領域



ニボルマブ投与前



ニボルマブ投与11コース後
部分奏効を認める

項目	ニボルマブ(18例)
CR(完全奏効)	0
PR(部分奏効)	3 (17.6%)
SD(安定)	4 (23.5%)
PD(進行)	10 (58.8%)
評価不能	1
奏効率(CR+PR)	17.6%
病勢制御率(PR+SD)	41.2%

図2 ニボルマブの実臨床における効果

に切除不能な再発病変を認めた場合、呼吸困難、嚥下障害、頸動脈出血などの頭頸部に特有な症状を呈する。

本邦では2006年に診療報酬上の制度として在宅療養支援診療所が新設され、その後も終末期の在宅医療を推進するための施策がすすめられてる。しかし頭頸部癌患者に対しては、在宅医療はもとより、耳鼻咽喉科を標榜している一般病院での管理も進んでいない状況である。

最後の時を迎えるにあたって、どこで緩和医療を行うかは患者・家族にとって大きな問題となる。とりわけ沖縄県は多くの離島をかかえており、根治に至らなかった場合はどこで緩和治療を行うかが問題となる。耳鼻科を標榜していない病院での管理が可能となれば、患者は終末期の限られた時間を自宅もしくは自宅近くの医療施設で過ごす事ができ、患者本人はもとより、家族の負担も減らすことができると考える。しかし、頭頸部癌終末期患者の局所管理に難渋することがある。

筆者らは多施設共同研究として終末期頭頸部癌患者 72 人における諸症状の実態調査を行った⁷ 経験があり一部を紹介する。

対象と方法

72 人の再発または転移性頭頸部癌症例で緩和治療のみを行った症例を対象とした。観察期間中央値は 18 日 (0-167 日) で、今回は気道管理、腫瘍自壊や出血の対応、栄養経路、喉頭発声の可否、頭頸部浮腫について初回観察時と死亡時期の所見について変化を観察した (表 1)。

表 1. 登録時と最終観察時の終末期の症状 (n=72)

	登録時(人)	最終観察時(人)
気道形態		
気管切開	17	18
永久気管孔	15	15
気管孔周辺～気管内の腫瘍	7	9
自壊腫瘍ガーゼ交換	22	26
制御困難な出血	3	5
栄養経路		
経口	23	18
経鼻胃管	12	10
胃瘻 / 腸瘻	19	16
経静脈	17	26
皮下注	1	2
喉頭発声不能	32	36
頭頸部浮腫	17	26

気道管理

頭頸部癌終末期には気道管理がしばしば問題となる。72 名中 33 名 (45.8%) で気管孔が作成されていた。一般医療機関では気管カニューレの扱いが困難なことを理由に、頭頸部癌終末期患者が受け入れを躊躇されることがある。しかし今回、観察当初から死亡時までの気道形態の変化はほとんど認めなかったことから、一度管理法を身に着ければ最終的に問題になることも少ないと考える。また適切な指導を行えば、吸痰やカニューレ交換によるトラブルの報告は少ない。ただし気管口周辺～気管内に腫瘍を認める症例も今回 9 例あり、このような症例に関しては耳鼻科を標榜している病院で診療を継続したほうが良いと考えられる。

出血の対応

制御不能の出血による死亡は 5 例であった。このうち 4 例はいずれも腫瘍より軽度出血を約 2 週間程度繰り返し、最後は心肺停止に至っている。一方、医療者や家人に強い恐怖感を与える頸動脈破綻による大出血で急死した症例は 1 例 (1.4%) であった。頭頸部癌症例全体における頸動脈破綻は 3-4%⁸ と報告されている。実際にはそれほど多くはなく、過大評価とならないよう啓発する必要があると考えた。

栄養経路

18 例 (25%) が経口摂取を維持できていた。また経鼻胃管は 10 例 (13.9%)、胃瘻または腸瘻は 16 例 (22.2%) で使用されていた。頭頸部癌患者の場合、腹部臓器は健常であることが多く、薬剤や栄養が腸管まで到達すれば吸収可能である。筆者らの調査でも 61.1% で最終観察時に経腸栄養が可能であった。頭頸部領域の消化管に通過障害が存在する場合、腫瘍の増大により胃管の挿入が困難となることもある。胃瘻に関してはこのような問題点が少なく、さらに整容面、感染症の観点からも利点が多い。

喉頭発声の可否

発声可能とは喉頭から発声する事により自らの意思を「話の内容を知っていればわかる」程度に家族や医療者に伝えられる状態とした。今回の調査では喉頭摘出による発声障害および舌切除などに代表される構音障害を対象とした。

終末期における必要な会話の内容は限定され、対象者も医療者、家族間と限定されることが多い。頭頸部癌終末期には半数の36例で、話の内容を知っていてもうまく伝わらないのが現状であることがわかった。

頭頸部浮腫

顔面を中心とした頭頸部の浮腫は頸部郭清や放射線治療後の頭頸部領域再発時にしばしば認める。浮腫が著明な場合、元来の容姿が損なわれるほどその変化は著しく、さらに進行すれば開眼困難などの症状も呈する。患者本人の身体的、精神的苦痛は大きいと容易に想像できる。今回最終観察時には約3分の1の症例に頭頸部浮腫を認めることがわかった。

以上のように頭頸部癌の終末期症状は決して軽いものではない。しかし、これらの症状・病態を把握することで適切な管理が可能となり、一般病院や、在宅治療の可能性も広がると考える。これには、われわれ耳鼻科医と緩和認定看護師やメディカルソーシャルワーカーとの連携、病院間の地域医療連携システムの充実などが重要である。

また、一般病院や、在宅治療に移行した後も、病状の進行や新病変の出現への対応で耳鼻科医が介入したほうが良い場合もあり、その場合はいつでも戻ってくることが可能であることを患者、家族、一般病院の医療者の方々にお伝えすることにより、疎外感や不安感を減らすことができると思う。

まとめ

頭頸部癌の治療および終末期の症状について述べた。頭頸部癌治療はますます多様化する傾向にある。しかしこれは全人的医療が求められる昨今、それぞれの患者にあった治療が可能となりうる時代が来つつあると考えている。

【参考文献】

1. Ajiki W, Tsukuma H, Oshima A, Canc RGPB. Cancer incidence and incidence rates in Japan in 1999: Estimates based on data from 11 population-based cancer registries. Jpn J Clin Oncol 2004;34:352-6.
2. Hirakawa H, Hanai N, Ozawa T, et al. Prognostic impact of pathological response to neoadjuvant chemotherapy followed by definitive surgery in sinonasal squamous cell carcinoma. 2016;38:E1305-E11.
3. Hirakawa H, Hanai N, Suzuki H, et al. Prognostic importance of pathological response to neoadjuvant chemotherapy followed by definitive surgery in advanced oral squamous cell carcinoma. 2017;47:1038-46.
4. Pignon JP, Bourhis J, Domenge C, Designe L, Grp MNC. Chemotherapy added to locoregional treatment for head and neck squamous-cell carcinoma: three meta-analyses of updated individual data. Lancet 2000;355:949-55.
5. Seiwert TY, Cohen EEW. State-of-the-art management of locally advanced head and neck cancer. Brit J Cancer 2005;92:1341-8.
6. Ferris RL, Blumenschein G, Fayette J, et al. Nivolumab for Recurrent Squamous-Cell Carcinoma of the Head and Neck. New Engl J Med 2016;375:1856-67.
7. 平川仁, 篠崎剛, 海老原充, et al. 頭頸部癌患者の終末期における諸症状と機能に関する研究. 2018;44:75-81.
8. Powitzky R, Vasan N, Kreml G, Medina J. Carotid blowout in patients with head and neck cancer. Ann Otol Rhinol Laryngol 2010;119:476-84.

問題

次の設問 1 ～ 5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 遊離皮弁の進歩により、頭蓋底に進展する副鼻腔癌に対して開頭を伴う広範囲頭蓋底手術が可能となった。
- 問 2. 放射線療法と化学療法の組み合わせとして、導入化学療法後の放射線治療が標準治療とされている。
- 問 3. 一般的に頭頸部癌の中で喉頭癌は最も予後が悪い疾患の一つである。
- 問 4. ニボルマブの適応はシスプラチン不応、PDL-1 陽性の再発・転移頭頸部癌である。
- 問 5. 頭頸部癌終末期の死因として最も多いのが頸動脈破裂である。



12 月号 (Vol.54)
の正解

臓器提供について本邦の現状

問題

次の設問 1 ～ 5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 本邦における臓器提供者数は年々増加傾向にある。
- 問 2. 本邦において小児心臓移植は行われていない。
- 問 3. イスタンブール宣言では細胞の移動（国境を超えた）は禁止していない。
- 問 4. 韓国の臓器提供数（/100 万人口当たり）は日本の約 10 倍である。
- 問 5. 本邦のアンケート調査では 30% 以上が臓器提供について前向きと答えている。

正解 1. × 2. × 3. × 4. ○ 5. ○



結核の診断



国立病院機構
沖縄病院
呼吸器内科

仲本
敦

1. 結核の発生状況

結核対策の推進、生活環境の改善などによりわが国の結核患者数は戦後 70 年間で急激に減少し、2016 年度で新規登録患者数は日本全国で 17,625 人、罹患率は人口 10 万人対 13.9 となっている¹⁾。しかしながら、罹患率は欧米と比較してまだ 2～5 倍高く、我が国は国際的にはまだ結核の中蔓延国と位置付けられている。

沖縄県内の状況は、2016 年の新規登録患者数は 201 人、罹患率は人口 10 万対 14.0 で、罹患率は全都道府県のうち低いほうから 33 位に位置している¹⁾。新規登録症例のうち、結核病棟での入院治療を必要とする喀痰抗酸菌塗抹陽性症例の割合は、約 40% 程度である。最近の結核患者の特徴は全国と同様、高齢者の割合が高く、70 歳以上が全体の 60% 以上を占める。高齢者結核の多くは糖尿病などの生活習慣病、悪性腫瘍、認知症などの合併疾患の治療も必要とし、対処が難しい場合が多い。一方、若年者結核に関しては、外国籍の患者の割合が増加している。ネパール、ベトナム、中国、韓国などのアジア諸国などから語学留学や職業実習な

どを目的に来日した 20～30 歳代の若年者で、肺結核と診断される症例が増加傾向にある。

2. 結核の診断

結核は活動性結核患者の咳に伴って発生する結核菌 (*Mycobacterium tuberculosis*) を数個含む飛沫核の吸入により伝搬される空気感染症である。

1) 症状

症状として最も多いのは咳で半数以上に見られる。長期間 (2～3 週間以上) にわたり咳の続く患者については必ず結核を疑って検査をする必要がある。その他、喀痰、血痰、胸痛などが見られる。また全身症状として発熱、寝汗、倦怠感、食欲不振、体重減少なども見られる²⁾。

2) 問診

結核が疑われる場合は、結核の家族歴、結核患者との接触歴、過去の結核の治療歴などについて確認する。さらにステロイドや免疫抑制剤の使用、糖尿病、慢性腎不全合併などの、結核発症の危険因子を有していないかも確認する必要がある。

3) 検査

症状と問診で結核の可能性も疑われる場合は、胸部レントゲン写真や必要に応じて胸部 CT 検査を実施する。最終的には、喀痰、胃液などの各種検体中に結核菌を証明することにより確定診断となる。通常の細菌感染症と異なり、1 コロニーでも結核菌が検出されれば、結核の診断が確定する。

肺結核の胸部単純 X 線検査では肺尖部、両側上肺野を中心に分布する散布性粒状影、結節影や浸潤影および空洞陰影などが特徴的である (図 1)。胸部 CT 検査では、図 2A、B に示したような、小葉中心性の辺縁明瞭な小粒状影あるいは分枝状陰影が集簇して見られるのが最も特徴的である²⁾。また図 2C に示したような小葉中心性の粒状影と気管支肺動脈束で形成される陰影も特徴的で、tree in bud appearance と呼ばれ、木の芽が芽吹く様子に似る²⁾。その他、結節影、空洞、浸潤影などが見られる。



図1 肺結核の胸部X線写真

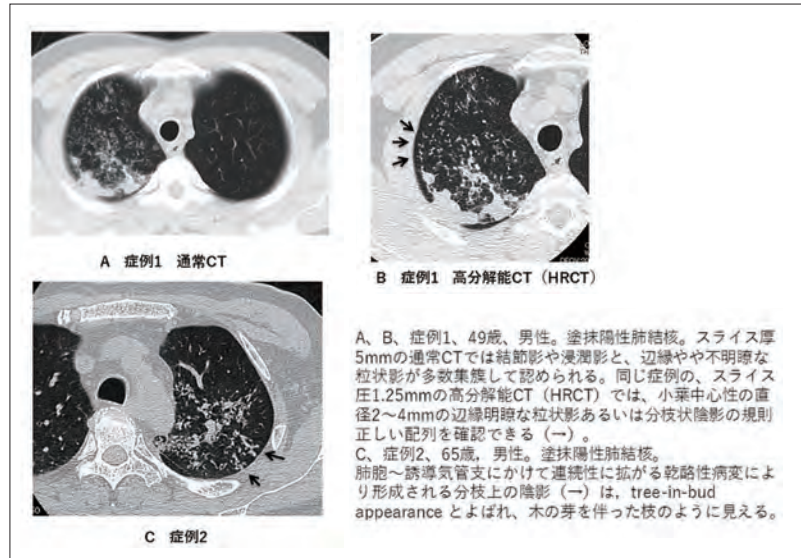


図2 肺結核の胸部CT

細菌学的検査としては、まず簡便で直ちに結果の判明する抗酸菌染色を用いた塗抹検査を喀痰や胃液などの検体を用いて行うが、感度が低いのが難点である。塗抹検査の特異度の面ではわが国で検出される喀痰中の抗酸菌の20%程度は他者への感染性を有さない非結核性抗酸菌(nontuberculous mycobacteria:NTM)なので、塗抹陽性の場合にはPCR法などの核酸増幅検査により結核菌であることを確認する必要がある。抗酸菌塗抹検査と核酸増幅検査の組み合わせで結核の迅速診断は可能だが、最終的には抗酸菌培養法により結核菌の増殖を確認する必要がある。

3. 診断に注意を要する結核症例

1) 気管・気管支結核

気管・気管支結核は中枢側の気管、気管支粘膜に結核結節、潰瘍などの結核性病変が形成される。症状として、難治性の激しい咳嗽や喘鳴を認めることが多い。また大量排菌であること

が多く感染源として重要となる。肺野にほとんど陰影を確認できないこともあり、気管支喘息や慢性気管支炎など他の疾患が疑われ、確定診断が遅れる症例も多く臨床的に問題となる。

2) ニューキノロン抗生剤の使用

ニューキノロン系経口抗菌薬は、外来、入院を問わず、また高齢者施設などにおいても、一般細菌による呼吸器感染症や尿路感染症に汎用される。しかしニューキノロン系薬は結核菌にも抗菌力を持ち、発症した結核の症状や画像所見が部分的に改善して見えることがあり、結核の診断の遅れにつながる場合があり注意を要する。

文献

- 1) 結核予防会 結核研究所 疫学予防センター. 結核の統計 年報2016.2017. URL: <http://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/toukei/nenpou/>
- 2) 日本結核病学会. 結核診療ガイドライン. 改訂第3版. 南江堂. 2015. pp9-40.



耳の日 (3/3) に因んで

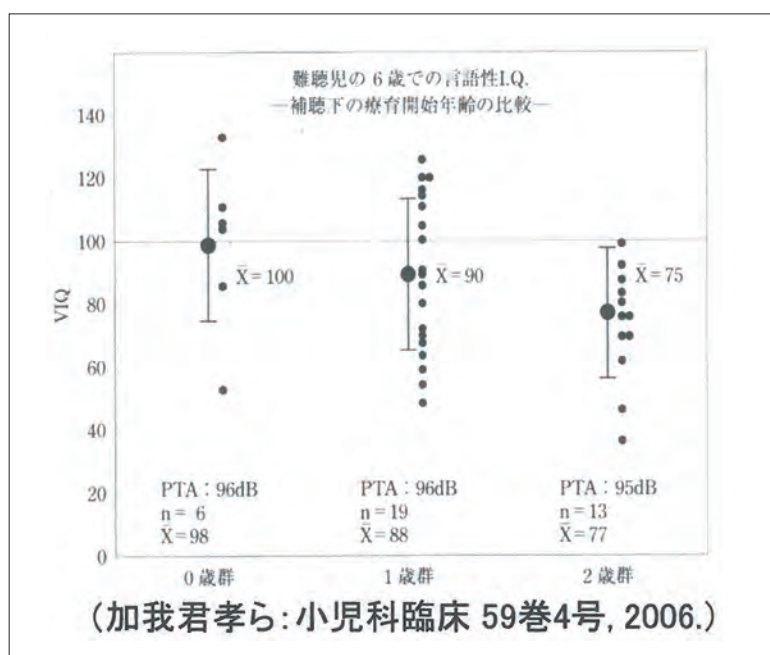


真栄城耳鼻咽喉科 真栄城 徳秀

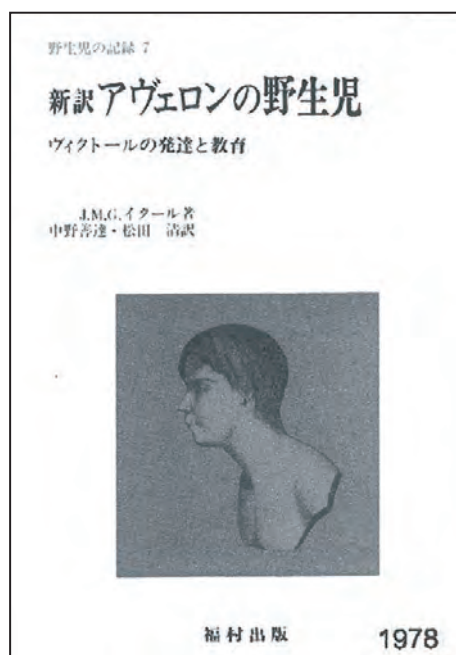
先天性高度難聴と新生児聴覚スクリーニング検査についてぜひ知っていただきたい事を述べます。

先天性高度難聴は一定の頻度で存在し、約1,000人に1人の割合で発生しています。しかし、沖縄県では1歳を過ぎてから見つかるケースが多く乳幼児健診や保育園で難聴を指摘されてから初めて医療機関を受診するケースが珍しくありません。ここでみなさんにぜひ知っていただきたいことは「言語の獲得には臨界期がある」ということです。先天性難聴は早期に見し、早期に療育を開始しないと「言語発達遅滞」になってしまいます。表をご覧ください。これは先天性高度難聴児が6歳になった時の言語獲得能力を療育開始年齢別に比較したものです。0歳で療育を開始した群の言語獲得を100とした場合、1歳で療育を開始した群の平

均は90。2歳で療育を開始した群の平均は75です。特に2歳群では13名中2名は半分以下の言語獲得しかできていません。正しい言語を獲得するためには、遅くとも1歳のうちに医学的介入（補聴器、人工内耳）下で療育を開始する必要があるのです。「新訳アヴェロン野生児」という本をご存知でしょうか。1800年南フランスのアヴェロンの森で保護（捕獲）された野獣のような少年の実話です。保護された際、少年は人間性がほとんど失われておりフランスの医師と世話役の女性のもとで献身的な教育を6年間受けた結果、日常生活のある程度のことではできるようになったそうです。しかし、言語だけはどんなに教えても獲得できず結局諦めざるを得なかったというお話です。理由は「言語獲得の臨界期を既に過ぎていたから」と結論づけています。



表



新生児聴覚スクリーニング検査を行うことで先天性高度難聴児の早期発見が出来ます。既に県内のほとんどの産科施設で新生児聴覚スクリーニングの検査機器は導入されています。問題はこの検査を拒否する保護者がいることです。なぜなら検査は任意で約5,000円の費用がかかるからです。おそらく「難聴は2～3歳で見つからってから治療を開始しても遅くない」と考えているのでしょう。我々知識ある立場の者が「それでは言語発達遅滞になりますよ」という正しい情報を教えてあげるべきです。そうすれば5,000円という費用は決して高くなく、すべての保護者が新生児聴覚スクリーニング検査に同意すると思います。長崎県、岡山県、福島県は全額公費負担となっていますが沖縄県も早

くそうなっしてほしいものです。実際の検査は出生後から退院までの間に行います。生後3日以内に行い、リファ（要再検）となった場合は1週間以内に再検査を行い再びリファの場合、琉球大学耳鼻咽喉科で精査、外耳道の羊水貯留などによる疑陽性を除外し3ヵ月以内に確定診断、生後6ヵ月以内に療育開始となっています。すべての赤ちゃんに新生児聴覚スクリーニング検査を施行することが言語発達遅滞児の数を増やさないことにつながります。母親、父親に新生児聴覚スクリーニング検査の重要性を分かってもらうためには直接現場で働いている産科の先生の力が必要です。すべての赤ちゃんが新生児聴覚スクリーニング検査を受けられる様、啓発活動をよろしくお願いいたします。

原稿募集

プライマリ・ケアコーナー (2,500字程度)

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。

奮ってご投稿下さい。

随筆コーナー (2,500字程度)

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。

なお、スポーツ同好会や趣味の会(集い)などの自己紹介や、活動状況報告など、歓迎いたします。

いきいきグループ紹介コーナー (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。

発言席コーナー

会員の皆さまの御意見、主張を掲載いたします。奮ってご投稿下さい。

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します。

世界腎臓デー (3/14) によせて

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

医療部長 和氣 亨



はじめに

慢性腎臓病という言葉が誕生したのは2004年のことです。Chronic Kidney Disease (CKD)の日本語訳として日本腎臓学会が命名したもので、当初はこれを慢性腎疾患と訳する案もあったそうですが、一般の方にも親しみやすいように腎臓病という言葉を用いることになったと伺っています^{*1}。従来の腎臓病学が、原因が判明したものはその原因別に、原因不明のものは組織学的な特徴別に分類して、それぞれの予後や治療法を論じてきたことに対し、新たに登場したCKDという考え方は、原因を問わずに慢性的にeGFR低下や尿蛋白が続くものを総括する画期的なものでした。診断基準が簡潔で臨床現場に即していて、一般にも理解しやすいことから今では広く受け入れられています。こうなるまでには地道な啓発活動が必要でした。本稿ではCKDの普及啓発のために2006年から始まった世界腎臓デー(WKD)を沖縄での啓発活動を通じて振り返ってみたいと思います。

CKD診断に蛋白尿が重要なことは2003年に沖縄から世界に向け発信された

CKDの診断基準に沖縄での研究成果が重要な役割を果たしていることは知る人ぞ知る事実で、琉球大学(当時)の井関邦敏先生が沖縄県総合保険協会の20年間の検診データと当時の透析患者を丹念に解析し、検診時に蛋白尿が多い人ほど透析に至る可能性が高いというデータを信頼に値する確度をもって世界に発表したのが2003年でした(Iseki K, Kidney International 2003)。もういっぽうのeGFRの

ほうは世界的な生命保険会社の調査が元になっており(Go AS, NEJM 2004)、この2つの研究成果がその後のCKD診断基準の重要な根拠となっています。

沖縄の世界腎臓デーへの取り組みは2006年から

毎年3月の第2木曜日を世界腎臓デーと位置づけ、世界中で啓発活動をしようという運動は2006年に始まりました。この日が選ばれたのは、世界中で最も記念日がない平凡な日なのでイベントで衆目を集めやすいというのが理由だそうです^{*1}。日本腎臓学会はこの年からCKD広報活動を担うキーパーソンを各県ごとに任命し、本県では私と琉球大学の古波蔵健太郎先生がその任に就いています。2006年末にWKDにむけた県内のキックオフが行われ、会の最後に「メンバーが足りない、キーパー(ソン)2人では試合がはじまりません」と、会場の皆が選手やサポーターとなりCKD対策事業に取り組もうと熱く語ったことが昨日のこのように思い出されます。翌2007年に県医師会主催で県民公開講座「慢性腎臓病～なぜ多い沖縄の腎不全～」が行われWKDにあわせた毎年のイベントがスタートしました。その後は「長生きの秘訣は丈夫な腎臓」が沖縄のWKDの通年テーマとなり、県民の関心は年を追うごとに高まり、WKD2015では会場に入りきれずに場外で熱心に聞き耳をたてる方々まで現れ、会場を大きくした新タイムスホールでのWKD2016では主催者側の想定をはるかに超え、ホール管理者から「これ以上聴衆が入ると床が抜けるから入場を止めてください」と言われるまでになりました。

2008 年 特定検診に eGFR と検尿が両方入った

メタボ検診とも呼ばれる特定検診は 2008 年 4 月にスタートしていますが、これに先立ち厚労省では検診項目をメタボ関連検査に特化しようとする動きがあったそうです^{*1}。費用対効果を盾に検診費用を削減したい国と CKD を広く国民に知らせて対策を行うべきとする腎臓学会との間に激しいせめぎあいがあり、CKD が国民病といえるほどありふれた病気で、血清クレアチニン値と検尿という簡単な検査で診断できること、CKD の進行を抑制するには喫煙・肥満・高血圧・脂質異常症・糖尿病といった生活習慣病の適正な管理が重要でメタボ検診の趣旨と一致することがアピールされ、現在の検診項目に決まったということです。このとき大いに引用されたのが先の沖縄での検診結果の報告でした。

CKD の治療方針を決める上でも沖縄は重大な役割を果たした

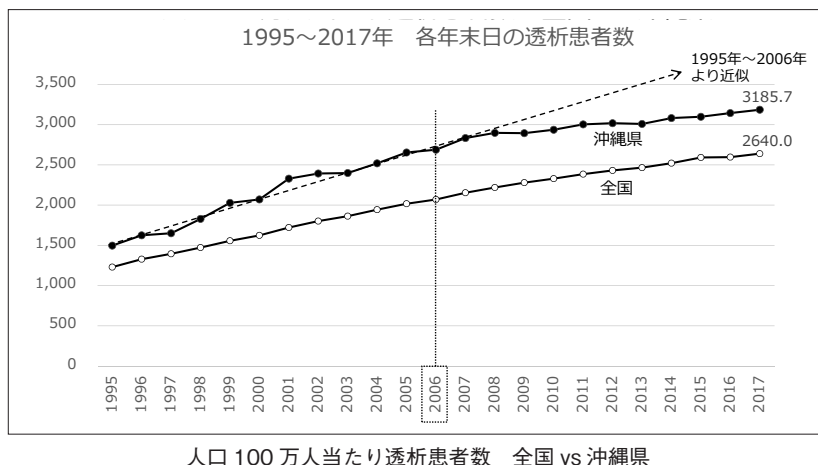
2008 年から 4 年間にわたり、CKD の治療介入にどのような方法が有用かを検討する FROM-J 研究^{*2} が全国 49 医師会が参加して行われ、県内からも中部地区・浦添市・那覇市・南部地区の 4 医師会が参加しました。その成果が 2014 年に発表され、腎臓専門医とかかりつけ医、薬剤師、栄養士の連携による診療システムが CKD 進行抑制に有用であることが示されています。ワークシェアという言葉が医療現場にまだ浸透してないこの時代に、多職種によるチーム診療でそれぞれのエキスパートがコラ

ボすることで CKD に歯止めがかけられることを示した日本発のこの研究 FROM-J には沖縄からのデータの関与が大きく、私はこっそり FROM-O だと思っています。

おわりに

2006 年に CKD 対策にメンバーが足りないと訴えてから 10 余年、腎臓内科医の勉強会にはじまり、次いで腎臓を専門としない臨床医に向けた講演会となり、WKD という記念日イベントを通じて一般の方々を対象とした啓発活動へ発展し、今では行政も巻き込んだ CKD 対策事業となっています。2015 年には那覇市で行政を巻き込んだ CKD への取り組みがはじまり、アイドルグループ名をもじった CKD48 というネーミングは秀逸で、数字の 48 は那覇市医師会の 48 クリニックがメンバーとして参加していることを示していますが、これに賛同するクリニックはその後にも増え続け、まもなく CKD78 (ナハ) となると伺っています。本県はいまだ透析患者が全国平均よりはるかに多い地域 (2017 年末の維持透析患者は全国 7 番目^{*3}) ですが、2006 年から始まった WKD への取り組みにより、透析患者の増加はわずかながら緩やかになったように感じていますが、読者の皆様はどう思われます? (図)

- * 1 これらのウラ話はすべて当時井関先生に教わりました
- * 2 慢性腎疾患重症化予防のための戦略研究 (FROM-J) 筑波大学 山縣邦弘教授
- * 3 県民 100 万人当たり透析患者は沖縄県 3185.7 人 (2017 年末) 日本透析医学会



失敗をおそれず
新しいことに挑戦し続け、
沖縄県に貢献すること
を目指します。



琉球大学大学院医学研究科形成外科学講座
教授 清水 雄介 先生

質問 1. 琉球大学大学院医学研究科形成外科学講座教授ご就任おめでとうございます。ご就任に当たってのご感想と今後の抱負をお聞かせ下さい。

大変嬉しいと同時に重責を感じています。私は平成 27 年 3 月に琉球大学医学部附属病院形成外科の特命教授として沖縄に赴任しました。同院における約 3 年間の形成外科診療、研究、教育の成果を評価していただいた結果、平成 30 年 4 月に形成外科が琉球大学大学院医学研究科の一つとして講座化されることになり、初代主任教授を拝命いたしました。引き続き周囲の期待に応え、出来るだけ良い診療、研究、教育、そしてイノベーションを実践していけるよう精進していきたいと考えています。

質問 2. 形成外科を目指された動機はどのようなものだったでしょうか。

形成外科は様々な生まれつきの病気や、後天的に失われた組織の再建、再生を目指して患者さんに寄り添った治療を行います。私は小さい頃から、絵を描いたり、物を創ったり、人が考えないことを想像することが好きでした。Creative であることを本質とする形成外科は、自分の性に合っていると感じたために、形成外科医を目指しました。「人の命」を直接救う機会は多くないですが、他科と連携しつつ、ときに人の命と同じくらい大切な「人の尊厳」を守ることでできる診療科だと考えています。

質問 3. 医学研究科形成外科学講座は新しい診療科となりますが清水先生が目指す講座運営の方針等についてお聞かせ下さい。

形成外科医として丁寧な手術を行っていくだけでなく、従来の常識を破って「新しいモノ、価値」を創りだしていくことが大事だと考えています。患者様一人ひとりに向き合うだけでなく、社会全体に良い影響をもたらす仕事を遂行していくことを目指しています。平成 29 年 2 月には再生医療研究を目的とする琉球大学 1 号ベンチャーとなる株式会社 Grancell を立ち上げました。これまで培ってきた経験を生かし、多くの後輩を育てて医療界を活性化させ、最終的には沖縄、日本、世界の医療の質の向上に貢献したいと考えています。特に途上国では多くの患者さんが悩まれているため、大きな支援をできる体制を構築していきたいと考えています。

質問 4. 清水先生は脂肪幹細胞を用いた再生医療に力を入れておられますが、現在なさっている再生医療の内容と今後の展開についてお聞かせください。

私は元々再生医療研究の経験がなかったのですが、琉球大学に赴任してから研究を開始いたしました。再生医療としては iPS 細胞、ES 細胞などが有名ですが、琉球大学では「脂肪幹細胞」の研究に力をいれています。それは体のどこにでもある脂肪からは、大量の脂肪幹細胞を

採取できる機会があり、かつ脂肪幹細胞は同種移植をしても免疫拒絶の問題が少ないことから臨床応用に最も近いと考えられているからです。平成 28 年 3 月には国内初となる顔面陥凹性病変に対する培養脂肪幹細胞移植を琉球大学形成外科で行いました。

現在は沖縄県の支援を得て、脂肪幹細胞をストックし品質を評価する国内初の「脂肪幹細胞ストック事業」を行っていて、これまでに 59 検体の細胞を収集しています。また AMED (国) の予算をいただいて「琉球大学を起点としたヒト (同種) 体性幹細胞原料の安定供給システムの構築」を行っています。これは、今まで倫理的な問題で不可能とされてきた「ヒトから企業へ細胞を提供するためのプラットフォーム」を構築する事業です。これにより沖縄県の琉球大学から多くの製薬企業に細胞原料を提供することが可能になり、産官学連携による経済波及効果が期待できるだけでなく、多くの患者さんに新しい細胞製剤を届けて恩恵をもたらす契機となります。これらのプロジェクトを成功させたいと考えています。

質問 5. 県立病院を含めた他病院との連携、離島医療についてご意見をお聞かせ下さい。

残念ながら琉球大学形成外科は新しく、まだまだ所属する医師の数が少ないため、県内他病院、離島医療に尽力することが出来る人材が育っておりません。5 年、10 年かけて立派な形成外科医を育て、沖縄県の形成外科医療を充実させることが私の役割だと考えています。

質問 6. 形成外科を目指す若手医師にアドバイス等がありましたらお願いします。

私が社会勉強をさせていただく中で気づいたことがあります。それは私を含めた多くの医師が社会の中では、「井の中の蛙」であるということです。医師であることにより、新しい挑戦をしなくても社会で十分に生きていくことが出来ます。そのために気づかないうちに挑戦を避け、無難な道を選んでしまいます。Creative な形成外科医を目指すには社会に変革をもたらすことを目指し、まずは自分の小ささを謙虚に実感し、学び、新しいことに挑戦する姿勢を忘れないことが肝要だと思います。

質問 7. 県医師会に対するご要望等がございましたらお聞かせ下さい。

形成外科は新しいために、取り扱っている疾患について御存知のない医師の先生がまだまだ多い状況です。是非、形成外科が行っている治療の内容を医師や県民の皆様に周知する機会をいただけると幸いです。

質問 8. 大変ご多忙の身であります、日頃の健康法、ご趣味、座右の銘等がございましたらお聞かせください。

特に運動もせず、健康にも気を配っておらず、医者の不養生と反省しているところです。ただ気持ちの持ち方は大切なのではないかと考えています。失敗を恐れないこと、失敗の中にチャンスがあること、そこから学び立ち上がること、可能な限り物事をポジティブに捉えることが肝要だと考えています。私は自分中心に物事を考えてしまう傾向があるので、常に周囲の方達の幸せは何かを考えるようにし、自分自身を律するよう心がけています。

インタビュアー：広報委員 斎藤 誠一



故安里浩亮先生の在りし日を偲んで

— Fifty-years of contribution・御業績と思い出 —

沖縄県立中部病院医療部長 平田 一仁



元中部病院医療部長：循環器内科部長安里浩亮先生（中部病院卒後研修第一期生）は2018年3月4日にご逝去されました。本稿では、沖縄県の心臓診療に多大な貢献をされた安里先生の足跡、御業績、人となりなどにつき、県立中部病院時代を中心にご紹介させていただき、その在りし日を偲びたいと思います。

時代背景¹

太平洋戦争で唯一の地上戦が行われた沖縄では、医療インフラの破壊も深刻であり、終戦時には沖縄県全体の医師は全部で60余名しかいなかった。その後米軍施政下となり、徐々に復興していったが、終戦後20年近くたっても医師不足は深刻で、医療環境も劣悪であった。米国民政府（USCAR）および国の補助を得て、本土の国立大学医学部に留学した「契約学生、後の国費留学生」も、沖縄に帰りたくても受け皿となる病院さえない状態が続いた。1964年には米軍 Pacific Military Command から依頼され、沖縄の医療事情の調査をしたハワイ出身の県系二世であり、日系人として初めてアメリカ外科専門医をとった Yamauchi 医師は、劣悪な医療環境をつぶさにし、強烈に批判し、以下の3点を提言した。すなわち、①臨床研修病院、②医学図書館、③医学部の設立である。琉球大学医学部が設立されたのは、17年後の1981年、卒業生の輩出には23年を要した。その間、喫緊の課題として、まず沖縄の医療を担う若く優秀な人材の育成、救急医療を担う generalist の養成を目的に琉球政府立中部病院が設立され、ハワイ大学を中心に米国からティーチングスタッフを招聘し、1967年には、本土から3名、沖縄出身5名の計8名で中部病院における卒後

臨床教育が開始された（図1A,C）。安里浩亮先生は、1967年3月に熊本大学医学部を卒業され、中部病院における卒後研修第一期生としてその医師人生をスタートされた（図1A,B）。野戦病院さながらの過酷な環境の中で、昼夜診療、研修に没頭した（図2A-D）。当時は初期2年で実地に通用する臨床医の養成を目標に、充実した外国人ティーチングスタッフにより、厳しい教育が行われた（その中で唯一沖縄から米国外科専門医、および FACS：米国外科学会正会員を取得した真栄城優夫先生が参加）（図1C、図2A）。第一回の研修修了式は、当時の新聞にも大きく報道されるなど、県民にとって、いかに医師充足、医療事情の改善に対する期待・関心が大きかったかがわかる（図3）。



図1 A、B：熊本大学を卒業後、中部病院卒後研修プログラム一期生として着任した安里先生

C：1968年度のハワイ大学ティーチングスタッフ。左上は初代団長 Neal Gault 先生：中部病院研修に理念と目標を掲げ、その後の日本人スタッフにも大きな影響を与えた。1972年から1984年までミネソタ大学の医学部長。右上：県内から唯一ティーチングスタッフとして参加した真栄城優夫先生。メリーランド大学に学び米国外科専門医、米国外科学会正会員（FACS）取得、鬼軍曹として若手を鍛えた。

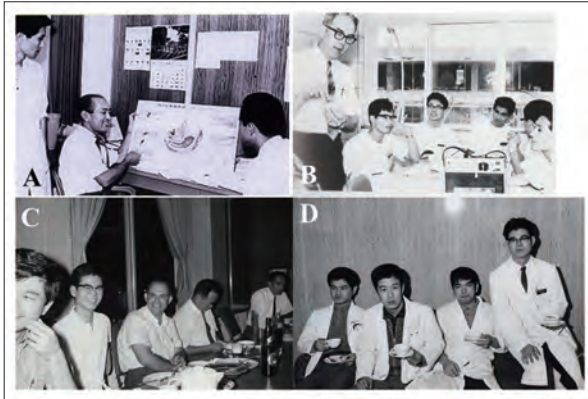


図2 A、B：「鬼軍曹」真栄城先生（A）、Gault先生（B）による指導風景。研修医たちは徹底的に鍛えられた。
C：ハワイ大スタッフとの会食、D：同期生と束の間の休息



図3 第一回インターン修了式を報じる新聞および修了式の写真 前列向かって左端が安里先生

アメリカ臨床留学時代

当時の研修医たちは、将来の沖縄県医療のリーダーとなるべく、さらなる専門研修のため、積極的にアメリカでの臨床研修に送り込まれた。安里先生も3年間の中中部病院での研修後、West Virginia 大学医学部内科でレジデントとしてさらに3年間内科一般の研修をされた後、同大学心臓内科部門でフェローとして2年間研修した（図4）。米国研修医時代も非常に優秀だったようで、数多くの武勇伝が伝わっている。あるとき、回診で学生が患者の病歴をプレゼンし始めた。学生「患者は、高血圧の既往と十二指腸潰瘍の既往があり、今回は両側の尿管結石の痛みで来院し…」、それを聞いていた安里は「待て！、みなまで言うな！僕は診断がわかった。それは副甲状腺機能亢進症だ！」。

検査結果がでそう前に診断し、後で本当にそうであったことが確認され、一躍有名になり、一目置かれる存在になった。その後進んだ心臓病フェロー時代には、カテーテル検査、心エコー、心機図などに没頭した。2年のフェロシップ後、同大学スタッフとして迎えられ、さらに3年を West Virginia 大学で過ごし、極めて優れた臨床家に成長されていった。計8年間 West Virginia 大学で過ごされ、土地も住宅も購入され、一時永住まで考えておられたが、故郷沖縄のため、1978年 中部病院スタッフとして、帰沖を果たされた。帰国までに米国内科・心臓病専門医を取得され、West Virginia 大学の associate professor にまで昇任され、また Fellow of American College of Cardiology（米国心臓病学会正会員）を取得された（図5）



図4 West Virginia 大学心臓病フェロー時代

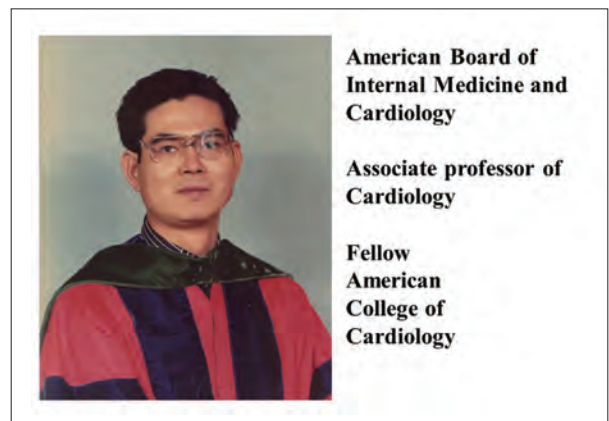


図5 FACC（アメリカ心臓病学会正会員）の Convocation ceremony にガウンで正装して。

中部病院時代

安里先生が米国留学されていた8年の間に、同時期に米国留学していた多くの若手（最初

の3年間に研修した33名中15名が米留：真栄城先生資料）が、内科、外科、産婦人科、小児科の主要4科のスタッフとして帰国し診療を始めており、中部病院における卒後研修は、その充実期を迎えていた。内科トップには、やはり米留し、内科および腎臓病の専門医を取得し、幅広い知識をもったすぐれた臨床家である宮里不二彦先生がトップとなり、呼吸器内科の宮城征四郎先生なども加わった。中部病院の卒後研修は全国に名を知られるようになり、多くの本土出身者を含む研修医が研修を希望するようになった。また1972年の本土復帰に前後して、アメリカ人スタッフは引き揚げ、自前のスタッフが充実した。一方、県内の医療機関も復帰を機に充実していき、本土で研鑽をつんだ多くのすぐれた医師たちが沖縄に戻り定着し始めた。当時まだ中部病院内科は、内科全体で総合内科的な診療体制をしいていたが、専科を学んだ医師の充実により、診療体制を、各専科のグループ診療制とし、より高度な医療に対応できるようになった。このような中、帰沖された安里先生は、本格的循環器診療を開始された。当時はまだ一般的ではなかったカテーテル検査をどんどんこなし、心エコー、心音図、心機図なども駆使しながら、多くの手術適応がある心疾患患者に接した。当時は県内で心臓手術ができないため（簡単な先天性心疾患はすでに行われていた）、九州、東京の諸大学にわざわざ紹介して手術してもらっていた。しかしあまりの手術患者の多さに、県内でも成人心臓外科を始める必要性を痛感した安里先生は、真栄城優夫先生に進言し、1978年中部病院でも成人の本格的な心臓手術が開始されたのだった。ほぼ同時期に、琉球大学でも古謝景春先生により、成人の心臓手術がはじめられたと聞く。また安里先生は血行動態評価にきわめて詳しく、Swan-Gantz カテーテル検査をベッドサイドで行えるようにし、CVP のみの1次元の治療から、心拍出量および血管抵抗を考慮した3次元の循環不全診療を導入された。安里先生は、教育についても非常に熱心であり、多くの後進を指導した。カテーテルなどの侵襲的検査のみでなく、

general cardiologist または general internist として、徹底したベッドサイド教育を行われた。入院しているすべての患者を回診し、心音など理学所見をとり、ECG を review し、その重要性を研修医に説いてまわった。そして、自分ですら理学所見を、心音図心機図で記録することで客観的に研修医にフィードバックしていた。循環器内科志望の研修医に対する指導も厳しく、冠動脈のスケッチ、心内圧の編集などこだわりの教育をしていた。この姿勢は、ご自身がカテーテル治療の第一人者となられた後も続き、われわれ当時の若手は夜遅くまで鍛えられたものである。思うに、研修については、ご自身がそうであったように、“General Cardiologist” になってから Intervention をできるようになったほうが良いとのこだわりがあった。

沖縄ハート

安里先生が帰沖する1年前の1977年は、沖縄の心臓病診療にとって、大きな年となった。本土復帰から5年たち、医療施設も増え始め、今まで帰沖をためらっていた県出身の優秀な若手が、各病院に勤務し始めていた。心臓診療に関しては、千葉大学で心臓血管外科を修められ琉球大学第二外科にもどられた古謝景春先生、琉球大学地域医療部鈴木信先生、当時琉球大学におられ、現在沖縄協同病院の当山真人先生、中部病院小児科の知念正雄先生、玉那覇栄一先生などを中心に、内科、外科、小児科すべての心臓関連診療科の有志医師により、心臓診療に関する知識および技術の向上と若手教育の場として心臓病の勉強会を設立することになり、「沖縄ハート」と命名された。安里先生は1978年帰沖され、沖縄ハートの世話人に加わり、founder の先生方と協力されながら、鋭いコメントや、あたたかい suggestion で会を盛り上げ、中部病院のみならず、沖縄県全体の循環器診療のレベルアップに大きく貢献した。現在は、沖縄ハートは、琉球大学2外科教授国吉先生が古謝先生から代表世話人をひきつがれ、ますます充実し、現在開催回数が250回になろうとしている。

インターベンションの世界

元来カテーテル検査に精通していた安里先生にとって、カテーテル治療の導入は、必然であった。1977年スイスのGrüntigにより開始されたカテーテル治療（当時経皮的冠動脈拡張術：PTCAと呼んでいた、現在のPOBA）は、その簡便さから、瞬く間に世界中にひろがった。1982年には、小倉記念病院の延吉正清先生を中心に日本でもPTCAがはじめられ急速に広まり始めた。安里先生は1985年中部病院にPTCAを導入された。当時日本のPTCA第一人者である小倉記念病院延吉正清先生を招聘して院内でPTCAを施行していただいた。現在京都大学循環器内科の教授をされている木村剛先生が第一助手を務められ、安里先生が第二助手という豪華メンバーで、記念すべき第一例を行い成功した。その後県内でもPTCA手技を施行する施設が増え、技術の向上について勉強する会の必要性が高まり、安里先生を会長に1986年「沖縄県心血管インターベンション研究会」が設立され、2か月に一回各施設の症例をもちより、症例検討をおこない、年1～2回は有名講師を招聘して特別講演を行った。安里先生は、会設立以来

2015年に退任されるまで20年近く会長として会をリードされた。1992年にはJSIC（日本心血管インターベンション学会）のWinter meeting全国学会が安里先生を会長として沖縄で開催され、大きな成功をおさめた（図6A）。2001年には、JSICの幹部評議員の間での路線や考え方の違いから、学会が二つに割れてしまい、あらたに日本心血管カテーテル治療学会（JACCT）が設立された。以後7年にわたり同じような二つの学会が並立して存在し、それぞれ学術集会を開催し専門医の認定を行っていた。このようなゆがんだ現状に危機感をいだいた九州沖縄地区の有志医師たちは、現久留米大学上野高史教授の下に結束して、JSIC/JACCT両学会の合同地方会を全国に先駆けて、JACCT会長安里先生（当時2004年から中頭病院）、JSIC会長平田（中部病院）で、2005年に沖縄で開催した（図6-B）。その2年後の2007年全国レベルでも両学会は統一され、新たにCVIT（日本心血管インターベンション治療学会）が設立された。公募されたデザインから選ばれたCVITのロゴには、二つの学会が手を取り合い、発展しようとの願いが込められている（図6右上）。

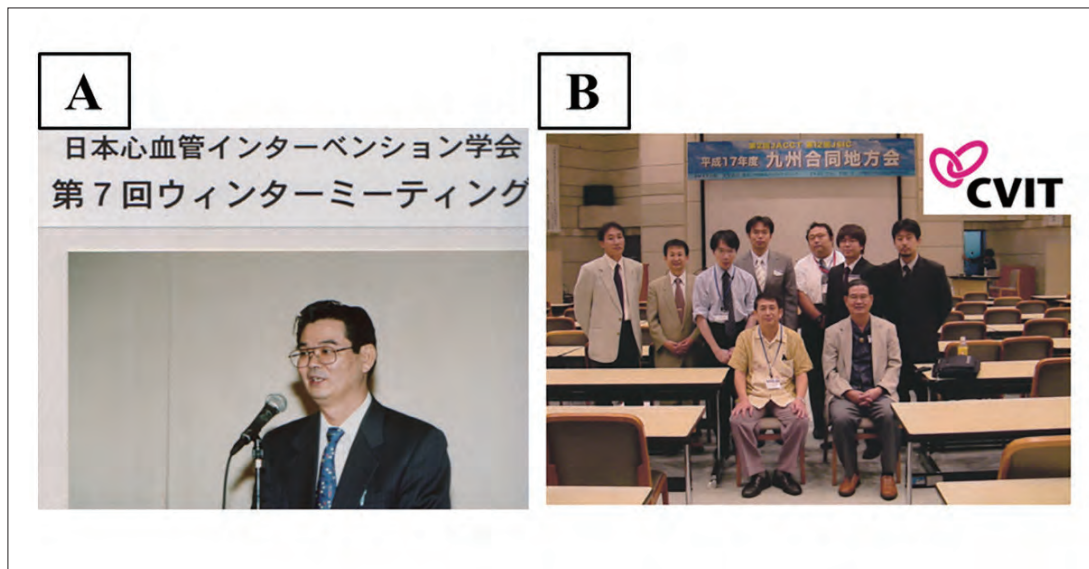


図6 A：1999年日本心血管インターベンション学会（JSIC）Winter Meetingを会長として成功に導く。於宜野湾市沖縄コンベンションセンター

B：2005年 全国に先がけて二つに分かれた学会の合同地方会を開催。終了時、門下生たちとともに。於宜野湾市沖縄コンベンションセンター

また2002年には、沖縄に滞在中であった、森繁久彌さんが心筋梗塞・心不全で中部病院に搬送され、安里先生により、責任部位である左主幹部にステントを留置され、救命されたことはよく知られている。この後、森繁さんの誕生日などには、「命の恩人」として何度も招かれたということをお聞きしている。

学術活動

医中誌および、pubmedで安里先生のお名前で検索すると、114件の業績がヒットする(2004年までの中部病院在籍時、2005年以降の中頭病院在籍時の合計)。またgoogle scholarで検索すると、アメリカ留学時代のものも3件見つけられた。ごく一部のみを巻末に提示する²⁻⁴。

学会会長(前述 図6)

1999年：日本心血管インターベンション学会(JSIC) Winter meeting 会長 宜野湾市
2005年：平成17年度 JACCT/JSIC 九州合同地方会 JACCT 会長 宜野湾市

こだわりのあった心臓理学所見については、ご自身の集大成として以下のすぐれた書籍を残された。

循環器フィジカル診断：安里浩亮 身体所見からの臨床診断 P69～128：宮城征四郎・徳田安春編 羊土社 2009⁵

主な肩書

- ◆米国内科／心臓病専門医
- ◆FACC
- ◆ハワイ大学准教授／琉球大学臨床教授
- ◆日本心血管インターベンション学会評議員
- ◆日本心血管カテーテル治療学会評議員
- ◆沖縄心血管インターベンション研究会会長
- ◆沖縄ハート世話人

最後に

その「人となり」を一言で言うと、安里先生は、知識、技術のみならず、立ち居振る舞い、言葉にダンディズム・男の色気があるカリスマ的な人物であり、若手に「自分もこうなりたい」と強く思わせる人だった。今でもそのお姿が強くまぶたに焼き付いている。

50年間におよぶ安里先生の多大な御業績は、とても短い文章や数枚の写真・図表で伝えられるものではないが、安里先生といっしょに最も長く働かせていただき、最も深く薫陶を受けた者の一人として少しでも安里先生のことを伝えられたら幸いである。

心からご冥福をお祈り申し上げます。

参考文献

1. 良医の水脈 沖縄県立中部病院の群像 安次嶺 馨著 2014年 ポーダーインク
2. Asato H, Bowyer AF et al. Run-away pacemaker: Diagnosis and management. W V Med J 1977; 73: 73-76
3. Jain AC, Asato H et al. Left ventricular function after cigarette smoking by chronic smokers: Comparison of normal subjects and patients with coronary artery disease. Am J Cardiol 1977;39: 27 - 31
4. Hirata K, Asato H et al. Electrocardiographic changes in patients with type A acute aortic dissection. Incidence, patterns and underlying mechanisms in 159 cases. J Cardiol. 2010 Sep;56 (2) :147-53. doi: 10.1016/j.jjcc.2010.03.007.
5. 循環器フィジカル診断：安里浩亮 身体所見からの臨床診断 P66-128: 宮城征四郎・徳田安春編 羊土社 2009

ご 注 意 を ！

沖縄県医師会理事 徳永義光

1. 【金銭交渉について】

医事紛争発生時に、**医師会に相談なく金銭交渉を行うと医師賠償責任保険の適用外となります。**

医事紛争発生時もしくは医事紛争への発展が危惧される事案発生時には、必ず地区医師会もしくは沖縄県医師会までご一報下さい。

なお、医師会にご報告いただきました個人情報等につきましては、厳重に管理の上、医事紛争処理以外で第三者に開示することはありませんことを申し添えます。

2. 【日医医賠償保険の免責について】

日医医賠償保険では **補償されない免責部分があり100万円以下は自己負担となります。** その免責部分を補償する**団体医師賠償責任保険があります。** この団体医師賠償責任保険は医師の医療上の過失による事故だけでなく、医療施設の建物や設備の使用・管理上の不備に起因する事故も補償いたします。

詳細については、沖医メディカルサポートへお問い合わせ下さい。

3. 【高額賠償責任保険について】

最近の医療事故では高額賠償事例が増えていることから、日医医賠償保険（1億円の限度額）では高額賠償にも対処できる特約保険（2億円の限度額）があります。特約保険は任意加入の保険となっております。

詳細については、沖縄県医師会へお問合わせ下さい。

【お問い合わせ先】

沖 縄 県 医 師 会：TEL (098) 888-0087

沖医メディカルサポート：TEL (098) 888-1241

総合診療を応援したい

ープライマリ・ケア認定医試験を受けてみたー

沖縄県赤十字血液センター 久田 友治



ライフワークとなった仕事に一区切りついた
ので、気力と体力が残っているうちに新しい事
をしようと考えた。定年の二年前に63歳で大
学を辞し、昨年度は友人から声をかけられて公
立久米島病院で働くことにした。40年前に中
部病院で総合診療方式による臨床研修を受け、
その後は外科医として仕事をしてきたが、久米
島での診療は何とかなるだろうと思っていた。
しかし、島医者の実現は甘くなかった。生まれ
て初めて内科外来を受け持ち、夜間・休日は小
児や整形、不正出血などの患者も診る。初めて
主治医意見書を書き、特養や自宅への訪問診療
に週1～2回看護師と共に赴く。一方24時間
オープンの救急室では、脳梗塞だと思っていた
意識障害患者の胸部大動脈解離がCTで判明し
てドクターヘリでの搬送依頼となる。30年前
の研究生時代に同僚がt-PA（組織プラスミノ
ゲン活性化因子）を用いて肺癌の組織を染色し
ていたが、最近ではドクターヘリで出発する直
前の脳梗塞患者にt-PAを点滴静注だ。判らな
い事が多いので、外来で診た患者の診断と治療
について若い医師たちに相談して勉強する毎日
であった。ここで、ふと勉強の励みとして認定
医試験を受けてみようと思った。島に赴任する
前に入会した日本プライマリ・ケア連合学会の
認定医試験である。

日医と総合診療医

認定医試験の過去問を取り寄せて見ると、な
かなか手強い。試験の形式はMEQ（Modified
Essay Question）とあった。MEQで受験生は
シナリオを提示され、それに基づいた一連の質
問に短いテキストで答える。出題分野は必須が

日常病（急性期・慢性期）、高齢者・在宅医療、
患者教育・慢性病、EBMの4つ。加えて小児
医療、メンタルヘルス、緩和ケア、ウイメンズ
ヘルスの4つから2つを選択する。参考書を買
って読んでは見るが、昨日覚えたことを今日
は忘れている。その時、これまでも少しやって
いた日医生涯教育制度のeラーニングを思い出
した。因みに本制度は日医と関連学会により
総合（診療）医の養成に関連して策定された。

かかりつけ医とプライマリ・ケア

eラーニングでは眼と耳から情報が入ってく
るため理解し易いように思え、また実際に受講
すると丁寧に作られているのが判る。コンテン
ツ毎にテストがあり、一定の点数を取らないと
単位を取得できない。コンテンツは医療倫理、
医療安全から、めまい、胸痛、終末期などと幅
が広い。そもそもプライマリ・ケアの理念も広
く緻密である。診療の合間や休日を利用して
eラーニングの全部の受講を終える事が出来た
（図1）。日医の“かかりつけ医”は「健康に関
することを何でも相談でき、必要な時は専門の
医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りにな
る医師」と定義される。このeラーニングを通
して、かかりつけ医の“何でも”がプライマリ・
ケアの“広さ”と近いように思えた。

総合診療が専攻医募集で「惨敗」

専攻医とは2018年度にスタートした新専門
医制度の研修プログラムに登録・実践中の医師
である。加納は¹⁾、総合診療医について「地域
の医療や介護、保健などの分野でリーダーシッ
プを発揮しつつ、在宅医療や緩和ケア、高齢者



図 1

ケアなどを包括的に提供することが期待され、新専門医制度の目玉として注目されていた」とした。しかし、ふたを開けてみると専攻医の登録をした約 7,800 人のうち総合診療を選んだ専攻医は 2% にすぎなかったとの結果から、「惨敗」

と表現した。日医の松原副会長は、「新専門医制度は医師の偏在対策として地方への配慮が十分でなかった」と第 141 回日医臨時代議員会で答弁している。沖縄県における医師偏在の現状は、各診療科における医師は全国の 0.8 倍以上おり明らかな偏在はなかったが、診療科に医療圏を加味すると偏在は著明となり、例えば先島や北部における脳神経外科、産婦人科、放射線科の南部との偏在は 3 倍以上であった²⁾。

さいごに

偏在が大きい外科や産婦人科などの医師数の是正については、大学が中心的な役割を果たすと考えられる、一方、急性期以外の施設における今後の医療では、総合診療が重要な役割を担うと考えられる。先には触れなかったが、「総合診療の惨敗」の背景にはスキャンダラスとでも表現したい出来事があったようだ。私の試験結果は幸い合格であった。この年齢なので多くのことは出来ないが、総合診療を応援したいと思っている。医師会は、“かかりつけ医”だけでなく総合診療にもっと関わって良いのではないだろうか。

参考

- 1) 加納亜子. 専攻医募集で総合診療が「惨敗」、その理由は？
<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/eye/201801/554415.html>
- 2) 川妻由和、ほか：沖縄県における診療科別・二次保健医療圏別の医師偏在について 沖縄県医学会雑誌 56 (4) 1-5, 2018.

