

知念正雄先生瑞宝双光章受章 末永英文先生瑞宝小授章受章 祝賀会 藤田次郎前琉球大学医学部附属病院長退任 大屋祐輔琉球大学医学部附属病院長就任 激励会



理事 比嘉 靖



令和元年7月10日(水)午後7時30分より「ザ・ナハテラス(アダンの間)」において「知念正雄先生瑞宝双光章受章」、「末永英文先生瑞宝小授章受章」祝賀会および「藤田次郎先生前琉球大学医学部附属病院長退任」、「大屋祐輔琉球大学医学部附属病院長就任」激励会が執り行われました。「司会進行」は県医師会理事 比嘉靖が担当させていただきました。

まず、沖縄県医師会 安里哲好会長からのご挨拶に引き続き、中部地区医師会 新里勇二副会長から知念正雄先生のご業績を、引き続き中部地区医師会 中田安彦会長から末永英文先生のご業績のご紹介をいただきました。ご紹介の詳細は後述されておりますので、ごゆっくりとご一読ください。

次に来賓祝辞として砂川靖沖縄県保健医療部部長、琉球大学医学部部長 石田肇先生より来賓挨拶を頂きました。

続いて沖縄県医師会、中部地区医師会、琉球大学医学部 第一内科・第三内科 同門会などからの記念品・花束贈呈が行われ、今回受章された知念正雄先生と末永英文先生、琉球大学医学部附属病院長を交代された藤田次郎先生、大屋祐輔先生からご挨拶を頂きました。これらのご挨拶では、受章された先生方の素晴らしい実績のほか御苦勞談が散りばめられており、とても心のこもった暖かいコメントでした。

懇談の前には、長嶺信夫 沖縄県医師会代議員会議長から会を大いに盛り上げる「伸郎節」を効かせた乾杯の挨拶を頂き、会場を大いに盛り上げて頂きました。引き続き懇親会となり終了時間ギリギリまで和やかな時間となりました。

挨拶

安里哲好沖縄県医師会会長



本日ここに、知念正雄先生瑞宝双光章受章・末永英文先生瑞宝小授章受章祝賀会、藤田次郎前琉球大学医学部附属病院長退任・大屋祐輔琉球大学医学部附属病院

院長就任激励会を開催いたしましたところ、多数の皆様にご出席頂き、厚くお礼申し上げます。

先生方のご業績は後程詳しくご披露されますが、知念先生は学校医として長年にわたり、養護教諭並びに教職員と連携の下、円滑な学校保健活動にご尽力されたご功績により、末永先生は県民の医療・保健・福祉の向上にご尽力されたご功績により、この度の栄誉ある章を受章されております。

また、皆様ご高承のとおり、琉球大学医学部附属病院では、藤田次郎琉球大学医学部附属病院院長が退任され、新病院長に大屋祐輔先生が就任されております。

本県における琉球大学医学部附属病院の役割は非常に大きく、今日に至るまで常に県民への最新医療を提供し、地域医療の向上にご尽力いただいております。

ここに先生方の永年のご労苦に対し沖縄県医師会を代表して深甚なる敬意と謝意を表する次第であります。

さて、皆様ご存じのとおり我が県は、今や平均寿命の全国順位が発表される毎にその順位を下げている状況であります。

沖縄県医師会では、その要因となっている、65歳未満の死亡率の高さに鑑み、疾患の重症化予防と早世阻止に重点を置いた「65歳未満健康・死亡率改善プロジェクト一働き盛り世代の健康づくり」の事業計画書を昨年発刊致しました。

本年は、実践的かつ効果的な各種施策に取り組む為、今、人口約12万人のうるま市をモデル地域とし、諸事業を進めております。また、来る7月27日には「働き盛りの世代健康づく

り、あなたと家族のために65歳未満の死亡を防ぐ」をテーマとした県民公開講座をダブルツリーbyヒルトン那覇首里城で行います。

知念先生、末永先生、藤田先生、大屋先生におかれましても、なにとぞ今後ともその卓越したご見識によるご指導、ご助言を賜り、県医師会の会務運営並びに県民が希求する安心・安全な医療体制の構築にお力添え下さいますようお願い申し上げます。

結びに、先生方の今後益々のご健勝とご多幸を祈念して私の挨拶とさせていただきます。

業績紹介

新里勇二中部地区医師会副会長



この度の知念正雄先生瑞宝双光章受章に際し、輝かしい数々のご功績の中から主なものを簡単にご紹介させていただきます。

先生は、昭和39年8月に琉球政府立宮古病院、昭和44年4月に弘前大学医学部附属病院、昭和45年4月に県立中部病院で勤務された後、昭和52年3月に「ちねん小児科」を開設し、現在に至るまでの42年の永きに亘り、地域医療、保健、福祉の向上に尽力されております。また、中部地区医師会役員として、理事を2年・評議員を17年間務め医師会活動における重鎮として指導、助言を行うと共に、8年間にわたり、沖縄県医師会代議員として、県医師会事業の推進にご尽力されました。

更に先生は、開業した昭和52年3月より現在に至るまでの約42年間、学校医として児童生徒の健康管理、健康教育並びに疾病予防はもとより、医師の専門的な立場から養護教諭並びに教職員と密な連携の下、円滑な学校保健活動に貢献されています。

学校医の配置にあたっては、中部地区学校医配置検討委員会の委員長を務め、より良い学校医健診を求め尽力された他、平成23年から始まった中部地区医師会学校検診マニュアル作成

の中心メンバーとして現在も毎年の改定版の作成に携わると共に、集団予防接種担当医として約38年の長きにわたり、こども達の健康保持増進、疾病の予防及び早期発見を図ってられました。

また、平成11年から平成13年の間に麻疹が2度も流行した際、先生が中心となり「はしか“0”プロジェクト」を発足させ、麻疹流行を撲滅すべく諸活動を展開した結果、平成17年に麻疹患者発生ゼロを達成し、その功績は高く評価され沖縄方式として「はしか“0”キャンペーン」が各都道府県において展開されました。

以上のような知念先生のこれまでの長年に亘るご功績が認められ、この度、瑞宝双光章受章の栄に浴されております。

知念先生のこれまでの御苦勞に対し、改めて深甚なる敬意と感謝の意を表すると共に、今後とも御健勝でご活躍されん事を祈念いたしまして、簡単ではございますが、業績紹介を終わります。

この度の受章、誠にありがとうございます。

中田安彦中部地区医師会会長



この度の末永英文先生瑞宝小授章受章に際し、輝かしい数々のご功績の中から主なものを簡単にご紹介させていただきます。

先生は、昭和44年に久留米大学大学院を卒業し、同年4月より久留米大学医学部助手として勤務、昭和49年より国立小倉病院へ出向し麻酔科医局長に就任した後、昭和50年、外務省に出向しインドネシア日本大使館医務官として勤務されました。

帰国後は再び久留米大学へ復籍された後、昭和54年に沖縄県において医療法人緑水会宜野湾記念病院を開設、昭和59年には沖縄県で初めてとなるリハビリテーション専門病院である、「ちゅうざん病院」を北谷町に開設され、地域の介護ボランティア養成講座の実習や保健師

の研修等についても積極的に行ってまいりました。

このような、多忙な日常診療の中で、平成6年4月、中部地区医師会理事に就任、平成12年度からの2年間においては副会長を歴任されました。更に平成12年から2年間、沖縄県医師会の老人保健担当理事を務め、県下の老人医療福祉の向上発展に大きく貢献され、平成14年から2年間、常任理事に就任し、医療保険担当理事としてその手腕を如何なく発揮されました。

さらに平成14年5月より中部地区医師会看護学校建設準備委員会委員長に任命され、平成18年からは看護学校建設担当参与兼看護学校建設委員会委員長として、看護学校建設においても中心的な役割を果たされ、平成20年4月8日、ぐしかわ看護専門学校を無事開校に導きました。

以上のように、病院長歴18年、地区医師会役員歴8年、参与歴3年、県医師会役員歴4年という長年にわたる輝かしいご功績により、この度、瑞宝小授章受章の栄に浴されております。

末永先生のこれまでの御苦勞に対し、改めて深い敬意と感謝の意を表すると共に、今後とも御健勝でご活躍されん事を祈念いたしまして、簡単ではございますが、これにて業績紹介とさせていただきます。

この度の受章、誠にありがとうございます。

来賓祝辞

砂川靖沖縄県保健医療部長



知念正雄先生瑞宝双光章受章、末永英文先生瑞宝小授章受章祝賀会及び藤田次郎前琉球大学医学部附属病院長退任、大屋祐輔琉球大学医学部附属病院長就任激励会の合同開催にあたり、御挨拶を申し上げます。

知念先生、末永先生、この度の受章、誠にありがとうございます。心からお喜び申し上げます。おふたりの業績については、先ほど詳しくご紹介がございましたので詳細は割愛しますが、知念先生におかれましては中部病院や知念

小児科、末永先生におかれましては、宜野湾記念病院やちゅうぞん病院において、長年診療に携わってこられました。

両先生におかれましては、本県の地域医療の向上に多大な御貢献をいただき、その御苦勞に対して敬意を表するとともに、この場をお借りして、心から感謝申し上げます。

今後とも県民の健康増進のため御活躍いただくとともに、これまで培ってこられた豊かな経験を生かして、後進の育成にも御尽力いただきますようお願いいたします。

琉球大学医学部附属病院長を退任された藤田先生におかれましては、4年間にわたり本県の地域医療の水準の向上に御協力を賜り、心から感謝申し上げます。

藤田先生におかれましては、その高い見識と豊かな経験を生かして、本県の保健医療行政の発展に、引き続きお力添えを賜りますようお願い申し上げます。

また、新たに同病院長に就任される大屋先生におかれましては、医師の養成・確保や地域医療の充実に向け、リーダーシップを発揮して取り組んでいただけるものと期待しておりますので、御協力を賜りますようお願いいたします。

さて、沖縄県では広範かつ継続的な医療の提供に必要な5疾病・5事業及び在宅医療などに関する施策を定めた、第7次沖縄県医療計画を昨年3月に策定し、医療関係者の協力を得ながら県全体で施策の推進や課題の改善に向けて取り組んでいるところです。

目標達成のためには、地域医療を支える医療関係者との連携が必要不可欠でありますので、沖縄県医師会におかれましては、今後とも御支援と御協力を賜りますようお願い申し上げます。

結びに、栄えある勲章を受章されました知念先生、末永先生、また、琉球大学医学部附属病院長を退任されました藤田先生、新たに琉球大学医学部附属病院長に就任されました大屋先生の益々の御活躍及び、沖縄県医師会の御発展並びに御列席の皆様の御健勝を祈念申し上げ、お祝いの言葉といたします。

来賓挨拶

石田肇琉球大学医学部長



琉球大学を代表して一言ご挨拶致します。

知念先生・末永先生この度の受章おめでとうございます。地域医療に貢献され、またリハビリテーションにも

力を入れて頂きありがとうございます。

藤田先生におかれましては、この4年間病院長として活躍されると共に、感染症対策等の啓発・研究、また県立中部病院との協定を結び地域医療に多大な貢献をし、県・琉球大学・県医師会との関係を発展されたと思います。ありがとうございました。

大屋病院長におかれましては、大学の理事・副学長・病院長・第三内科の教授・県医師会の理事等と大変お忙しい中にいます。大屋先生とは昔から医学生教育・臨床実習教育等を一緒にさせて頂きました。また、ゆい健康プロジェクトでは沖縄県に多い生活習慣病を何とかしようとしてご尽力を頂いています。

先生は今後6年間病院長を務めると思いますが、医学部及び附属病院の移転まで我々を導いて頂ければと思います。

現在、琉大の卒業生は県内医師の45%を占めている状況です。地域医療に向けて卒業生を今後も輩出していきますので、後身のご指導もよろしく願います。

沖縄県・沖縄県医師会の皆様、今後とも琉球大学をよろしく願います。

本日はおめでとうございます。

謝 辞

知念正雄先生



本日は多くの皆様が、私どもの受章祝賀会においてくださりまして、誠にありがとうございます。

この度、私が学校保健功労者として瑞宝双光章の叙勲を受けましたことは、身に余る光栄であり、ご推挙いただきました県医師会および中部地区医師会役員の皆様及び県の関係者の皆様に感謝いたしますとともに衷心よりお礼申し上げます。

今回の私の叙勲は校医としての学校保健功労に対するものであり、その経緯につきましては、先ほど中部地区医師会副会長の新里勇二先生より過分なご紹介がありまして、大変恐縮いたしております。

私は、昭和52年(1977年)に小児科医院を開業して、中部地区医師会に入会すると同時に学校医に配置されました。最初に与那城小学校に配置され、約1,200名余の児童がいました。その後具志川東中学校、具志川小学校、と移動し、現在は児童数が800名余りの中原小学校の校医をしています。

学童健診の際には私は必ず2~3人の看護師も同行して、子供たちに安心感を与えながら健康診査の重要性をそれとなく認識させ、楽しみながら検診を実施しています。

すいぶん古い話しになりますが、県医師会の学校保健担当理事をしておられた(亡くなられた)糸満市の神谷栄一先生のもとで、学校医常務理事として学童の心電図検診の標準化や判読に関わり、琉大医学部地域医療部の前教授の鈴木信先生や、沖縄県健康づくり財団(旧沖縄県総合保健協会)の理事長・金城幸善先生のご指導、ご助言もいただきました。中部地区医師会では学校医及び予防接種配置検討委員会にて、医師会担当理事や委員の先生方とともに校医健診マニュアルの作成に参加し、学校検診の質を高めるための一助として成長曲線の活用を提案し実現しました。学校現場の養護教諭の先生方からは、仕事が増えるといわれて敬遠されましたが、今では中部地区のほとんどの小学校で成長曲線が活用されています。このようにこれまで多くの先生方のご指導ご助言をいただきながら、学校医を務めることができましたことに心から感謝し、衷心よりお礼を申し上げます。

最近学校医の中には、児童生徒の定期検診を疑問視する意見もありますが、その重要性はいささかも変わっていないと思います。

「学校医は学校へ行きましょう。」これは校医活動に熱心な先生方がお書きになった本のタイトルです。

皆さん、学校の保健室を覗いてみてください。小学校では次々と子ども達が入ってきます。熱がある、頭が痛い、おなかが痛い、けがをしたなど、いやそれだけではありません。教室に行けない、入れない子どもが、保健室で勉強しているのです。給食も保健室です。中学校や高校の保健室のベットは朝早くから満床のところもあるようです。学校現場を見れば学校保健の問題点や課題が見えてきます。学校医の皆様、まずは学校へ行ってみましょう。

私も、今しばらく学校医として校医活動に微力を尽くしたいと思います。

本日は、私どものために祝賀会を開催してくださいました県医師会の皆様にお礼申し上げますとともに、ご臨席の皆様の益々のご健勝とご多幸をお祈りいたしまして、お礼の挨拶いたします。

ありがとうございました。



末永英文先生



本日はどうもありがとうございます。

この度、令話元年春の叙勲に際しまして瑞宝小綬章の荣誉に浴しました。長年に亘ってこちらの会場にいらっ

しゃる皆様よりいただきましたご指導ご厚情の

賜と深く感謝を申し上げる次第でございます。5月24日厚生労働省にて勲記・勲章の伝達を受け、皇居に参内し、天皇陛下に拝謁いたしました。このような機会はありませんかと思っておりますので、ご報告させていただきます。

まず、なぜ瑞宝章を受章できたのかということからですが、こちらは厚労省や文部科学省などそれぞれの分野でポイント制になっており、そのポイントによって決まります。

瑞宝章については社会や公共のために功労があるものに授与され、6つの等級に分かれています。今回は瑞宝小授章、昔の勲四等瑞宝章をいただきました。

5月24日の伝達式のタイムスケジュールです。9時50分に受付を済ませ、10時30分に叙勲伝達式にて厚生労働政務官の上野氏から表彰されました。その後、厚生労働省18階に全員移動し、会議室にて待機。昼食でお弁当をいただきました。そこから2時間待ち、12時10分勲章を着用し、12時25分から受章者はバスに乗り皇居へ移動(10分)その後2時間半、皇居を目の前にして待たされました。その後、14時50分から皇居宮殿の春秋の間にて拝謁したのがたった3分30秒程度でした。「これからもお身体に気を付けて頑張ってください」とお言葉を頂きました。その後は皇居にて記念撮影をし、厚生労働省へ戻ってから玄関前で解散となりました。



藤田次郎先生



皆さまこんばんは。只今、ご紹介いただきました第一内科の藤田です。

私は、琉球大学医学部附属病院長・県医師会理事を4年間務めさせていただきました。会長を中心

に極めて見識の高い県医師会の理事の先生方、および素晴らしい医師会の事務職員と一緒に、4年間さまざまな貴重な経験をさせていただきました。まずこのことを関係者の皆さまに心から感謝したいと存じます。

私の医局運営の理念を簡単に紹介したいと思います。14年前、第一内科の教授に赴任した際、柳田国男の「海上の道」が示すように、私自身の遺伝子の一部は南方からきているのではないかとこのインスピレーションを得ました。もし琉球列島の島々の一つでも欠ければ、自分という存在がなくなるのではないかとこの感覚です。

このようなインスピレーションを得たこともあり、第一内科の教授として14年間心がけてきた事は、宮古・八重山・北部の医療圏を支援することでした。赴任当時、宮古・八重山・北部に医師を派遣する際、医局員を約1時間かけて説得していました。入局者が少ない時には派遣を断念しようかと思ったこともありましたが、当時、准教授であられた金城福則先生に支えていただきながら、何とか医師派遣を継続してきました。最近では第一内科に入局する医師は、



以上で報告とさせていただきます。今後とも尽力を尽くしてまいりますので、よろしくお願いいたします。

この度は本当にありがとうございました。



表彰

宮古・八重山・北部の医療圏に出向するのは当たり前となり、特に北部は順番待ちの状況になっています。また入局者にも恵まれ、今年度は中部地区医師会、中田会長の素晴らしいお嬢さまに消化器グループに加わっていただきました。

私の任期は残り約2年半ですが、大屋新病院長と協力しながら宮古・八重山・北部の医療圏への医師派遣を継続していきたいと思えます。

今後とも琉球大学医学部附属病院に対する、皆様のご支援をよろしくお願い致します。

大屋祐輔先生



琉球大学の大屋です。4月1日から病院長を拝命致しております。私は17年前に参りまして琉球大学に奉職する事になりました。

それ以来、ずっとと医師会とは一緒に仕事をさせて頂き今回医師会の

理事にならせて頂いた事は私にとって本当に誇りです。

先程、藤田先生が言われておりましたように、沖縄の地域は十分に医師がいない状況などありますが、その中で医師会の先生方は非常に熱心に地域医療を支えておられる。そのような中で、私も、大学に身を置くものとして、理事として、少しでも協力がしたいと思っています。

さて、本日は知念先生・末永先生受章おめでとうございます。藤田先生もご退任おめでとうございます。お疲れ様でした。

今、琉大では様々な難題が私の周りにやっけてきています。令和6年度中には新しい病院・新しい医学部が移転する事になっています。

最後になりますけれども私未熟者でもありますので本日まで出席頂いている皆様方からのご指導・ご鞭撻をお願いしまして私のお礼の言葉とさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。



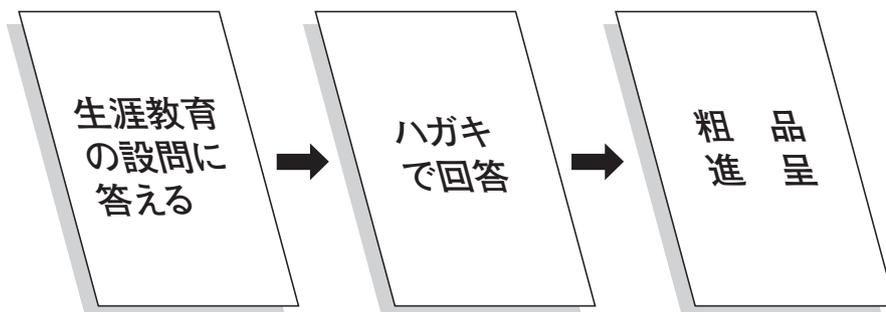
祝賀会の様子

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



生涯教育コーナーのハガキによる上位申告者 46 名に 記念品 (図書カード) 贈呈！

ご承知のとおり本会では、平成 13 年 6 月号会報から、生涯教育制度の新たな試みとして、当生涯教育コーナーの掲載論文をお読みいただき、各論文の設問に対しハガキで回答された、平成 30 年度の上位申告者 46 名に記念品 (図書カード) を贈呈いたしました。

つきましては、上位申告者 46 名の名簿を掲載すると共に元県立中部病院内科 (感染症) 喜舎場朝和先生のコメントを紹介致します。

平成 30 年度生涯教育制度ハガキによる上位申告者名簿

No	地区名	会員名	医療機関名	No	地区名	会員名	医療機関名
1	中部	安座間 聡	いずみクリニック	24	北部	出口 宝	もとぶ野毛病院
2	那覇	雨積 涼子	沖縄協同病院	25	那覇	照屋英太郎	
3	那覇	新垣 敏幸	新垣クリニック	26	那覇	渡久山洋子	とくやま眼科
4	那覇	池間 啓人	いけま小児クリニック	27	那覇	友寄 英雄	友寄クリニック
5	宮古	池村 栄作	いけむら外科	28	那覇	中里 和正	ウイメンズクリニック糸数
6	北部	石川 清司	介護老人保健施設 あけみおの里	29	中部	長嶺 好弘	翔南病院
7	南部	石川 哲也	大浜第二病院	30	那覇	仲本 亜男	仲本クリニック
8	南部	稲福 盛弘	とよみ生協病院	31	南部	原田 宏	南部徳洲会病院
9	中部	今井 千春	今井内科医院	32	中部	比嘉 禎	ひが皮膚科クリニック
10	中部	上原 茂弘	アドバンス・メディカル・センター	33	中部	普久原 勉	ふくはら胃腸科・外科
11	南部	翁長 春彦	おなが眼科医院	34	中部	普久原 浩	屋宜原病院
12	中部	岸本 広次	岸本内科クリニック	35	宮古	藤川 栄吉	宮古島市 休日夜間救急診療所
13	公務員	喜舎場朝和		36	中部	真栄城尚志	新垣病院
14	那覇	金城 治	クリニック安里	37	那覇	真栄城弘史	介護老人保健施設 識名清風苑
15	公務員	金城 正高	県立中部病院	38	公務員	真喜屋實佑	
16	那覇	久場 長毅		39	中部	道下 聡	ぎのわんメンタルクリニック
17	中部	慶田 喜信	よしクリニック	40	那覇	嶺井 定嗣	嶺井医院
18	那覇	源河圭一郎	オリブ山病院	41	那覇	嶺井 定紀	嶺井医院
19	中部	小橋川 悟	中部地区医師会検診センター	42	那覇	嶺井 定一	嶺井医院
20	南部	下地 克正	沖縄メディカル病院	43	那覇	嶺井 ミツ	嶺井医院
21	南部	下地 國浩	豊見城中央病院	44	北部	宮城 一文	かなな病院
22	那覇	新屋 雄二	まきし眼科クリニック	45	那覇	横矢 隆宏	沖縄協同病院
23	那覇	高里 良孝	高里内科胃腸科	46	那覇	渡邊 廉也	おもろまち メディカルセンター

生涯教育コーナーを讀んでの感想



元県立中部病院内科（感染症） 喜舎場朝和

数年前にあることをきっかけに「生涯教育コーナー」の設問回答ハガキを投函し始めた。日々多忙なお仕事を抱えた先生方に比べれば、“95% 隠遁生活”の身で、月に1回、数ページの論文を読み設問に答える時間を捻出することは難しくない。しばらく続けているうちに、論文/設問の質の良さと各執筆者の努力のほどが見えてきて、勉強不足の私にとってあれこれの分野の最新の内容が新鮮で、感心しながら勉強してみる気になった。そのうちに裏方に回った広報委員会と事務局が、本企画のレベルを保つために永続的努力を払ってこられたことも想像できた。月々候補者をピックアップし、依頼し、確約を取り、論文/設問を回収するという作業を、多岐にわたる分野のバランスをとりながら、レベルを保ち、途切れることなく延々続けるということは並大抵のことではない。そこで、このいい加減な年寄りも、鈍ってきた頭がなんとか回る限りは、月一ペースでハガキを投函するというささやかな“義務”を果たすことにしたのである。

一方では、執筆者と広報委員会に怒られそうだが、続けていくための個人的コツとして、気張らずに、止めようと思えばいつでも止められると、少々天邪鬼の自分に自己暗示もかけている。お誂え向きの設問つきで、一読後答えを求めて本文を読み直して考える。考えてもわからぬときは、答えの箇所をなんとか見つけ出す目の運動を優先させる。この歳になるともちろん認知症予防にもなろうと期待する。正直に言えば、少々理解できたと喜んでも、回答ハガキを投函した途端に忘れてしまうのだが、頭の片隅に多少の潜在的記憶は残ってくれようとして期待する。気楽に続けているうちに図書カードもいただけて、その頂き物をさも無造作に「これ要るかい？」と妻に手渡すときのちょっぴり優越感も捨てがたい。

少し苦言めいたことを述べさせていただく。設問に1年間ほぼレギュラーに回答した「上位申告者」が毎年9月号（か10月号）に氏名を発表されるのだが、過去数年間観察していると、50～60名と不思議ほど低い数値に定着している。しかもそのかなりの部分を同じ方達が占めているのである。本県の医学レベルをセットしてくれる各種企画の大事な一つではないかと思うので、各執筆者と広報委員会の努力に対する読者側の呼応が如何にも足りないように感じてしまう。2千余名の会員を擁するのだから、「上位申告者」数は少なくとも三桁低値に達しなければおかしいと思わざるを得ない。

一方、「日本医師会生涯教育制度の改正により」、設問回答を申告することで付与されていた5単位が0.5単位に下げられ、とうとう0単位となったのにも驚いた。その辺の経緯や、他府県医師会の取り組みがどうなっているのか知る由もないが、本県医師会報の映えある「生涯教育コーナー」の評価が下げられたようにもみえて残念に思う。しかし考えてみると、生涯教育・生涯学習こそは“自己学習”の基本であり、本来お上から与えられたから仕方なく従う類のものではない。せっかく目の前に郷土自慢の良質な手作り“県産品”として、執筆者、広報委員会、そして読者のコラボで成り立つ自己学習のための企画が存在するので、まずは県産品を愛用すべし。「上位申告者」が二桁から三桁に増えて、いずれ氏名リストも「3ページを超えてしまったがどうする？」とか、図書カードの額も「3分の1に減らさないと保たないぜ」と企画側が悩む時が来るならば上出来である。もちろん一申告老人にとって、図書カードの額が減ったりなくなったりは寂しくなるけれど…

沖縄型神経原性筋萎縮症の自然史 —2019年における臨床研究の現状

独立行政法人国立病院機構沖縄病院 脳・神経・筋疾患研究センター センター長 諏訪園秀吾

【要旨】

厚生労働省の科学研究費による沖縄型神経原性筋萎縮症に関する研究班が組織され、これにより90例あまりにおけるカルテを後方視的に検討し、症状頻度の解析・報告がされた。本症は多くは30歳代後半に下肢の痛性筋痙攣（特に夜間）で発症し、次第に筋力低下と筋萎縮が全身へ進行して60歳代後半から70歳代には人工呼吸器管理が必要となるが原因治療は確立されておらず、いわゆる神経難病の特質を備えた希少疾患である。原因に深く関わる遺伝子が同定された後、様々な解析が進められ病態理解がある程度進んでいる。自然史の解析からは発症から前期までは単一遺伝子異常を想定する作業仮説に矛盾しない経過であるが、後期の予後改善には密接な地域連携が寄与しうる。様々な治療的介入について今後どのような展開が期待されるかにも触れた。

疾患概念・発見の経緯

文献としてアクセスできる本症の最初の報告は、厚生労働省の班会議において川平らによりなされたもので、近位筋優位で常染色体優性遺伝であるが、既知疾患にあてはまらない筋萎縮症の複数家系を報告したものである（川平1983）。その後の初期研究の歴史の詳しい記載は別の総説（中川2009, 高嶋2013）に譲る。英文での最初の報告は23例について1993年になされ（Takashima1997）、本質的に原因に関連すると考えられるトロポミオシン受容体キナーゼ融合遺伝子（Tropomyosin-receptor kinase fused gene, 以下TFG）異常も決定された（Ishiura2012）。遺伝子異常を伴う疾患をカタログ的に記載するOMIMでは本症をHereditary motor and sensory neuropathy, Okinawa type (HMSNO, #604484)と記載している（OMIM）。しかしながら本症は沖縄に限局した疾患ではないこと（Maeda2007, 中川2009, Alavi2014）や英文原著に用いられこれまで使い慣れてきたという経緯から、当院ではHereditary motor and sensory neuropathy with

proximal dominant involvement (HMSN-P)の名称を現在も常用している。

臨床症状・検査所見・鑑別疾患・区別すべき類似疾患

臨床所見の日本語によるまとめは末原による報告（末原2001）に詳しく現時点でもこれと大きな変化はない。すなわち、多くは30歳代後半に下肢の痛性筋痙攣（特に夜間）で発症し、軽度の感覚障害を伴い、深部腱反射は消失し、次第に筋力低下と筋萎縮が全身へ進行する。多くの症例で60歳代後半から70歳代には人工呼吸器管理が必要となるが原因治療は確立されておらず、いわゆる神経難病の特質を備えた希少疾患である。臨床徴候から筋萎縮性側索硬化症・脊髄性筋萎縮症・遺伝性末梢神経障害が鑑別疾患に挙げられ、本症を念頭に置かないとこれら遭遇頻度の高い疾患として診断されかねない。これらの鑑別診断との異同については詳細な病理学的検討が必要となるが、当院からH30～31年にかけて剖検を複数例経験することができ現在その



結果を共同研究者と共にまとめているところである。ALSにおいて病態に深く関連するとされる TDP-43 が本症でも検出されたとする報告が複数ある (Ishiura2012, Fujita2011) が、当院での剖検症例においても確認され、上位運動ニューロンにも CD68 陽性細胞が存在することが確認されたため、ALS とよく似た側面があるといえる。しかし、前角と後角で病変の分布を比較すると後角に圧倒的に強く、決して ALS 中核群と同じとは言いがたい。そのような広がりをもった疾患群として運動ニューロン疾患をとらえるならば、本疾患もその範疇として考えることは可能である (cf, 末原 2001, Nakagawa2011, 阿部 2018)。

TFG についてわかっていること・なぜ本疾患が話題となるか

iPS 細胞を用いた基礎的研究が様々な疾患と同様に本症でも行われ蛋白分解に関わるプロテオームの障害が示唆されており (Murakami2017)、一般に、神経変性の細胞レベルでのメカニズムは主として異常蛋白の処理に何らかの問題があるものとして理解されており、この方向性に合致する大変興味深い結果である。

TFG がコードしている蛋白は小胞体の出口部位 (ER exit) で 8 量体を形成して sec16 といった他の蛋白と共同して COPII 複合体に参加し、いわば「輸送用カーゴ」となって小胞体からゴルジ体へのタンパク質輸送に関わる過程に関与するとされる (Johnson2015)。動物モデルで TFG を減少させると本来 COP II 複体内に取り込まれて輸送されるべきタンパク質の産生量が減少し (Johnson2015, McCaugheyJ2016)、いわゆる ER stress (Xu2005) と言われる状態となることや、蛋白分解システムであるユビキチン系を抑制する (Yagi2014) ことにより、神経細胞障害へ至るとされる (Beetz2013)。なお、前記の議論・解釈は HMSN-P とは同じ TFG の異常であるが別の部位の変異 (c.316C>T (p.R106C)) によって得られた動物モデルから得られた解析も同列にまとめて議論されていることに注意が必要である。同じ TFG の中でアミノ酸異常の部位による症状発現の異同は大変

興味深いものであるが、詳細は別の優れた論考に譲る (Yagi2014, Yagi2016)。

当初の報告から本症では耐糖能異常が比較的良好みられることが報告されていた (Takashima1997, 末原 2001) が、その原因が膵臓 β 細胞における TFG 異常によりインスリン分泌が影響を受けるためである可能性が指摘されている (Yamamotoya2017)。その報告の 2 年後には ALS において激しい糖代謝異常が起こる原因についても似た解析がなされ、ALS 病態に深く関連するとされる TDP-43 遺伝子異常により膵臓 β 細胞のインスリン分泌に問題が起こることが関連するとの報告がなされている (Araki2019)。

神経変性疾患の発症メカニズムは、わかってきたようでよく考えると不思議な点が多く残されている。遺伝子の発現は広い臓器に確認されるにも関わらずなぜ神経系だけに遺伝子異常の影響が大きいのか、という臓器特異性に関する点もそのひとつであるが (さらに神経組織の中でもどうして脊髄後角に比重が比較的大きいのか小脳ではどうなのかといった問題も未解決である)、耐糖能異常に関連した前記の学問の動きは、この疑問について大変興味深いことを私達に示唆してくれている。

なぜ本疾患が問題となるか 一発症年齢と遺伝形式に由来する本疾患の特質

本症の殆どは 30 歳代後半で発症する。すなわち次世代が殆ど生まれ終わってから親の世代が発症し始める。一般に多くの遺伝性神経難病には世代間促進現象があり世代が進むと発症年齢は若くなり重症度も悪化する (脊髄小脳変性症 2 型や筋強直性ジストロフィーが代表例) ため、3 世代を超えて継承されるものは少ない。翻って本症は浸透率は極めて高く世代間促進現象がないため永く次世代に引き継がれていく。これはある意味でその家系にとっては malignant であるともいえる。患者さんの中には発症に絶望して自殺した家族を、複数名見てきた方もおられる。「次世代に残さないようになんとかしたい」と明瞭に口になさる患者さんも複数おられる。(たった) 1 塩基のみの異常



ならば、分子生物学の発達した今日の技術でなんとかできないだろうか・なんとかしたい、と筆者をして思わせるのにはこのような背景がある。しかもその根本解決がALSの解決にも参考になりうるとしたら、これは神経難病を診ている医師としては声を大にせねばならない。

厚生労働省の科学研究費による研究班がH29年からH30年にかけて組織され、筆者が班長を拝命し、この成果のひとつとして本疾患の自然史に関する英語論文を上梓することができた(Fujisaki2018)。この論文で最もユニークな主張は、筋痙攣や歩行障害といった症状の出現頻度はいったん立ち上がるとシグモイドカーブで年齢とともに増加し、それら複数のシグモイドカーブは50歳代前半まではお互いに交わることはないが、50歳代後半から立ち上がってくる嚥下障害・呼吸不全といった症状についてはカーブが交わり一様な進行でないという点である。前期の症状進行がかなり一様であることは、単一遺伝子異常を原因とする作業仮説に矛盾しない。同時に後期の症状発現頻度が前後する時期では、これ以外の因子の関与が考えられることになり、例えば耐糖能異常とその合併症の管理の成否や生活習慣病などの影響もありうるであろう。地域に根ざした診療を行うチームと専門病院との間に強力で密接な連携が必要とされる(諏訪園2018)。本稿の依頼がなされた背景にはこの成果を地域へ確実に還元し周知を図ることが沖縄県の医療レベルの向上に繋がることの認識があるであろうと拝察する。

今後の展開・本県医師会員に伝えたいこと

一般に治療薬開発のための昨今の方法論として、iPS細胞による細胞レベルでの疾患特性の研究を行って治療薬開発の方向性を見定めるとともに、候補薬を試すためのモデル動物の開発が必要となる。筆者は当院倫理委員会の承認を得て、他の施設とiPS細胞作成の共同研究を開始し、またこれとは別の施設と、モデルマウス作成の共同研究も開始しており、結果待ちの状況である。ALSでなされている様々な試みのいくつかが本症の本質に迫る治療方法の開発につながる可能性も十分にあると考えている。こ

のような基礎研究的アプローチを共同研究として行いながら、対症療法の臨床試験についても施行が可能であるかどうか検討を開始しつつある。根本治療がすぐに実現できなくても、これらの複数の試みを同時に実現していくことで、症状発現率を記載したシグモイド曲線が右横へ倒れて、気管切開などの濃厚な治療が必要となる年齢が少しでもより高齢へ移行する可能性を追求できればありがたいことだと考えている。

当院から英語論文となったデータは多数の歴代主治医たちの丹念なカルテ記録そのものであり特殊な検査や解析を交えたがために報告できたというものではない。貴重な財産を捨てずに残しまとめられたことに大きな意味がある。同時にそのような疾患群が他にも(神経疾患に限らず)存在しうることを是非、想像されたい。恩師である(故)井形昭弘先生は目の前の症例の問題点を大事にすることがグローバルな最先端の問題に直結することをベッドサイドで常に強調なさる優れた臨床家であったが、この教えを忠実に実践したものともいえる。更に、数年で勝負がつく疾患とは異なり神経難病の多くは数十年をかけて完成し次世代に引き継がれていく疾患群である。電子化の時代において古い記録(それは死闘の記録であるとともに人類の財産である)をどのように残し継承していくかには大きな課題が残されている。臨床とはある側面においてデータベースにほかならない。昨今の希少疾患におけるレジストリに関連した動向を鑑みると、いかにして有用かつ安全に・どの範囲で、どの情報を共有していくかが問われている。

謝辞

言うまでもないことではあるが、ここまでの仕事は私一人でなし得たものではない。私は偶然にもこのステージに居合わせただけであり、数多くの先輩・同僚・地域の医療従事者の多方面にわたる日々の努力の積み重ねの一側面を切り取ったものにほかならない。枚挙にいとまがないために列記することは控えさせていただくが、関係諸氏に心から感謝を述べたい。



【参考文献】

阿部康二 日本における amyotrophic lateral sclerosis (ALS) 関連疾患の初期論文とその今日的展開. 臨床神経, 58:141-165, 2018

Alavi A, Shamshiri H, Nafissi S, Khani M, Klotzle B, Fan JB, Steemers F, Elahi E. HMSN-P caused by p.Pro285Leu mutation in TFG is not confined to patients with Far East ancestry. *Neurobiol Aging*. 2015 Mar;36 (3) :1606.e1-7. PMID:25725944

Araki K, Araki A, Honda D, Izumoto T, Hashizume A, Hijikata Y, Yamada S, Iguchi Y, Hara A, Ikumi K, Kawai K, Ishigaki S, Nakamichi Y, Tsunekawa S, Seino Y, Yamamoto A, Takayama Y, Hidaka S, Tominaga M, Ohara-Imaizumi M, Suzuki A, Ishiguro H, Enomoto A, Yoshida M, Arima H, Muramatsu SI, Sobue G, Katsuno M. TDP-43 regulates early-phase insulin secretion via CaV1.2-mediated exocytosis in islets. *J Clin Invest*. 2019 ;130. PMID:31355778

Beetz C, Johnson A, Schuh AL, Thakur S, Varga RE, Fothergill T, Hertel N, Bomba-Warczak E, Thiele H, Nürnberg G, Altmüller J, Saxena R, Chapman ER, Dent EW, Nürnberg P, Audhya A. Inhibition of TFG function causes hereditary axon degeneration by impairing endoplasmic reticulum structure. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013 Mar 26;110 (13) :5091-6.

Fujisaki N, et al. : The natural history of hereditary motor and sensory neuropathy with proximal dominant involvement (HMSN-P) in 97 Japanese patients. : *Intractable Rare Dis Res* 2018; 7 : 7-12. Fujisaki N, Suwazono S, Suehara M, Nakachi R, Kido M, Fujiwara Y, Oshiro S, Tokashiki T, Takashima H, Nakagawa M. The natural history of hereditary motor and sensory neuropathy with proximal dominant involvement (HMSN-P) in 97 Japanese patients. *Intractable Rare Dis Res*. 2018 Feb;7 (1) :7-12. PMID:29552439

Fujita K, Yoshida M, Sako W, Maeda K, Hashizume Y, Goto S, Sobue G, Izumi Y, Kaji R. Brainstem and spinal cord motor neuron involvement with optineurin inclusions in proximal-dominant hereditary motor and sensory neuropathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011 Dec;82 (12) :1402-3. PMID:21836032

Ishiura H, Sako W, Yoshida M, Kawarai T, Tanabe O, Goto J, Takahashi Y, Date H, Mitsui J, Ahsan B, Ichikawa Y, Iwata A, Yoshino H, Izumi Y, Fujita K, Maeda K, Goto S, Koizumi H, Morigaki R, Ikemura M, Yamauchi N, Murayama S, Nicholson GA, Ito H, Sobue G, Nakagawa M, Kaji R, Tsuji S. The TRK-fused gene is mutated in hereditary motor and sensory neuropathy with proximal dominant involvement. *Am J Hum Genet*. 2012; 91 (2) :320-9. PMID:22883144

Johnson A, Bhattacharya N, Hanna M, Pennington JG, Schuh AL, Wang L, Otegui MS, Stagg SM, Audhya A. TFG clusters COPII-coated transport carriers and promotes early secretory pathway organization. *EMBO J*. 2015 Mar 12;34 (6) :811-27. PMID:25586378

川平稔, 中原啓一, 末原雅人, 納光弘. 沖縄県における筋萎縮性疾患について. 厚生省神経疾患研究委託費「筋ジストロフィー症の疫学, 臨床および治療に関する研究」昭和 58 年度研究報告書 P167-9, 1983.

Maeda K, Sugiura M, Kato H, Sanada M, Kawai H, Yasuda H. Hereditary motor and sensory neuropathy

(proximal dominant form, HMSN-P) among Brazilians of Japanese ancestry. *Clin Neurol Neurosurg*. 2007 Nov;109 (9) :830-2. PMID:17764830

McCaughey J, Miller VJ, Stevenson NL, Brown AK, Budnik A, Heesom KJ, Alibhai D, Stephens DJ. TFG Promotes Organization of Transitional ER and Efficient Collagen Secretion. *Cell Rep*. 2016 May 24;15 (8) :1648-59. PMID: 27184855

Murakami N, Imamura K, Izumi Y, Egawa N, Tsukita K, Enami T, Yamamoto T, Kawarai T, Kaji R, Inoue H. Proteasome impairment in neural cells derived from HMSN-P patient iPSCs. *Mol Brain*. 2017 Feb 15;10 (1) :7. PMID:28196470

Nakagawa M. Optineurin inclusions in proximal hereditary motor and sensory neuropathy (HMSN-P) : familial amyotrophic lateral sclerosis with sensory neuronopathy ? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011 Dec;82 (12) :1299. PMID:21949104

中川正法 シンポジウム 12—1 末梢神経疾患研究の現在 Hereditary motor sensory neuropathy (HMSN) の広がり 臨床神経学 49 (11) 950-952, 2009.

OMIM # 604484 <https://www.omim.org/entry/604484>

末原雅人 沖縄型家族性神経原性筋萎縮症 2001 年 55 巻 2 号 p. 101-103.

諏訪園秀吾, 藤崎なつみ, 中地亮, 藤原善寿, 城戸美和子, 渡嘉敷崇, 妹尾洋, 立田直久, 赤嶺博行. 沖縄型神経原性筋萎縮症の自然史—約 90 例の検討と一般型に留意してほしいこと. 沖縄医学会雑誌第 58 巻第 3 号 p43 (第 126 回沖縄県医師会医学会総会抄録集), 2018

Takashima H, et al. : A new type of hereditary motor and sensory neuropathy linked to chromosome 3. : *Ann Neurol* 1997; 41 : 771-80.

高嶋博. <シンポジウム (3) -9-1> 感覚障害を伴う近位筋優位型神経原性筋萎縮症 (HMSN-P) : 疾患確立の歴史と分子病態沖縄型神経原性筋萎縮症 (HMSN-P) の疾患概念の確立と歴史. 臨床神経 2013;53:1196-1198.

Xu C, Bailly-Maitre B, Reed JC. Endoplasmic reticulum stress: cell life and death decisions. *J Clin Invest*. 2005 Oct;115 (10) :2656-64. PMID:16200199

Yagi T, Ito D, Suzuki N. Evidence of TRK-Fused Gene (TFG1) function in the ubiquitin-proteasome system. *Neurobiol Dis*. 2014 Jun;66:83-91. PMID:24613659

Yagi T, Ito D, Suzuki N. TFG-Related Neurologic Disorders: New Insights Into Relationships Between Endoplasmic Reticulum and Neurodegeneration. *J Neuropathol Exp Neurol*. 2016 Apr;75 (4) :299-305. PMID:26945032

Yamamotoya T, Nakatsu Y, Kushiya A, Matsunaga Y, Ueda K, Inoue Y, Inoue MK, Sakoda H, Fujishiro M, Ono H, Kiyonari H, Ishihara H, Asano T. Trk-fused gene (TFG) regulates pancreatic β cell mass and insulin secretory activity. *Sci Rep*. 2017 Oct 12;7 (1) :13026. PMID:29026155



問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 沖縄型神経原性筋萎縮症は沖縄に限局した疾患である。
- 問 2. 沖縄型神経原性筋萎縮症では呼吸不全に至ることはない。
- 問 3. 沖縄型神経原性筋萎縮症は常染色体優性遺伝形式であるとされ、原因と目される遺伝子異常が決定されている。
- 問 4. 沖縄型神経原性筋萎縮症と鑑別しなければならない疾患には筋萎縮性側索硬化症 (ALS) やシャルコーマリートゥース病 (CMT) や脊髄性筋萎縮症 (SMA) が含まれる。
- 問 5. 沖縄型神経原性筋萎縮症の脊髄病理像では前角よりも後角のほうが障害が強い。

C
A

CORRECT ANSWER!

7月号 (Vol.55)
の正解

沖縄県における小児上肢骨折 (肩関節から手関節) の疫学調査

問題

小児上肢骨折について、次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 女児の方が男児より上肢骨折が多い。
- 問 2. 上肢骨折は未就学児に頻度が高い。
- 問 3. 部位別では肘関節骨折と手関節骨折の頻度が高い。
- 問 4. 中学生では肘関節骨折の頻度が高い。
- 問 5. 沖縄県では8月に上肢骨折の頻度が高い。

正解 1. × 2. × 3. ○ 4. × 5. ×

- 問 1. 0歳を除くすべての年齢で男児が女児よりも多く、男女比は 2.5:1 である
- 問 2. 全体では 10歳の頻度が最も多く、小学生の時期に骨折の頻度が高い。
- 問 3. 頻度は肘関節骨折が 37%、手関節骨折が 44% で、この 2か所で全体の 80% 以上を占める。
- 問 4. 中学生では手関節骨折の頻度が高い。未就学児では肘関節骨折の頻度が高い。
- 問 5. 沖縄県では8月の骨折が最も頻度が低い。

薬剤性肺障害について

中頭病院呼吸器内科

山元 隆太

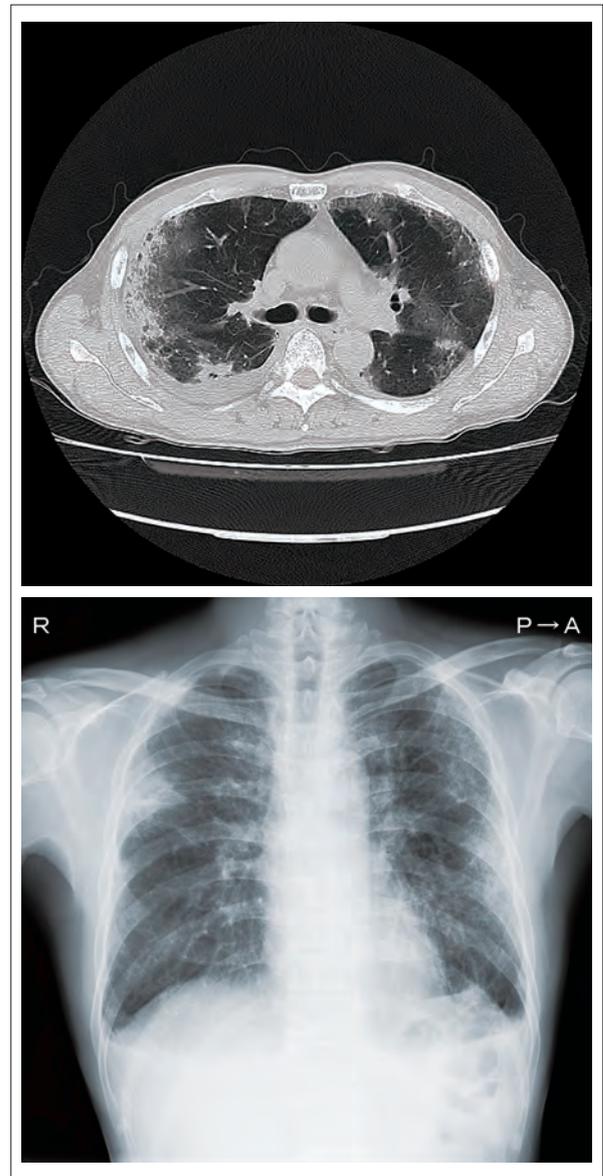
外来を受診した。胸部単純レントゲン写真や胸部 CT 検査を撮影されたところ両側肺炎、特に間質性肺炎を疑われて当科に紹介となった。
 身体所見：眼球結膜黄染なし、眼瞼結膜充血、頸部リンパ節腫脹なし、呼吸音：左右差なし、副雑音なし、心雑音なし、ばち指なし
 血液検査：T-Bil 0.8mg/dl, AST 62U/l, ALT 133U/l, ALP 446U/l, LDH 196IU/l, BUN 12.7mg/dl, Cre 0.74mg/dl, Na 138mEq/l, K 3.9mEq/l, CRP 21.44 mg/dl, WBC 8360 / μ g, Eosino 2.9%, Neutro 85.7%, RBC 352 万 / μ l, Hb 12.4g/dl, Plt 31.0 万 / μ l, KL-6 183U/ml, SP-D 163ng/mL, pH 7.46, PCO₂ 32.0mmHg, PO₂ 62.2mmHg, HCO₃ 22.8mmol/l

はじめに

新規薬剤が次々と登場する中、薬剤性肺障害の報告も増えている。しかし薬剤性肺障害と確定するための検査方法は確立しておらず、診断には臨床経過や他疾患の除外を踏まえた総合判断が必要である。症例を紹介しながら薬剤性肺障害に関する基本事項を解説する。

症例

患者：60歳男性
 既往歴：高血圧症、脂質異常症
 喫煙歴：ex-smoker 40本/日×12年間
 常用薬：イルベサルタン 100mg/日、アムロジピン 2.5mg/日、メチクラン 75mg/日、プレガバリン 75mg/日、アセトアミンフェン 1,800mg/日、ミノサイクリン 50mg 2錠分2/日
 現病歴：20XX年3月より右背部痛が出現し、徐々に増悪したため同年7月に整形外科を受診したところ化膿性脊椎炎と診断された。ミノサイクリン 50mg 2錠分2/日による治療が開始されたが、治療開始16日後から咳嗽が出現し始めた。1週間の経過で咳嗽が悪化したため内科



薬剤性肺障害の定義・機序

薬剤性肺障害とは薬剤を投与中に起きた呼吸器系の障害の中で、薬剤と関連のあるものと定義される¹⁾。

発生機序は主に細胞障害性薬剤による直接毒性と免疫系細胞の活性化の2つの機序が考えられている¹⁾。前者は薬剤が直接肺胞上皮細胞や肺毛細血管内皮細胞を障害する機序であり、活性酸素や蛋白分解酵素の関与が考えられている¹⁾。後者は投与量や投与期間と関係しない肺障害で、免疫系細胞の賦活化が考えられている¹⁾。

薬剤性肺障害のリスク因子は背景疾患や治療薬によって様々であるが、一般的なものとしては年齢、既存の肺疾患、喫煙歴が挙げられる。アミオダロンやブレオマイシンは投与量と相関があり、担癌患者においては performance status との関連が指摘されている。人種差も指摘されており、日本と欧米における薬剤性肺障害の頻度は、レフルノミドにおいて1.3% vs 0.018%、ゲフィチニブにおいて5.27% vs 0.45%であった²⁾。明らかに日本人で高頻度であることが報告されており、日本人の薬剤に対する肺脆弱性が推測される。

薬剤性肺障害の疫学

薬剤と呼吸器症状の因果関係を証明するのは困難であるため薬剤性肺障害の発生頻度を正確に把握することはできない。しかしながらゲフィチニブによる肺障害が社会的にも大きな問題となったことから2000年以降に副作用報告が増加している³⁾。

原因薬剤としてはどの薬剤でも起こりうるが、抗癌剤、関節リウマチ治療薬、抗菌薬などで多いことが知られている⁴⁾。

薬剤性肺障害の臨床病型

薬剤以外の原因による呼吸器疾患との類似性に基づいて薬剤性肺障害は分類されており、これを臨床病型と呼ぶ。間質性肺炎の他に、気道病変や胸水、肺胞出血などが含まれる。陰影の

パターンを把握することで鑑別診断の一助となり、治療反応性や臨床経過を予測するのに役立つ一方で、画像と病理の相関がないことや同一薬剤が多様な臨床病型を示しうるなどの問題点もある。

薬剤性肺障害の診断

新たな肺病変が出現した際、どの薬剤でも原因となりうると疑いを持つことが必要である。投与中だけでなく投与後にも発症しうることを念頭に、栄養食品やサプリメントを含めた薬剤歴を詳細に聴取し、薬剤の種類、投与期間、投与量などを確認する。投与される薬剤が1種類だけでなく併用薬があれば原因薬剤を特定するのは容易ではない。他疾患との鑑別が必要であり、原疾患の悪化、心不全、感染症の合併などに注意する。薬剤性肺障害の診断・治療の手引きにある診断基準を示す (Fig1)¹⁾。診断基準中の項目2については Pneumotox (<https://www.pneumotox.com/drug/index/>) や医薬品医療機器総合機構 (PMDA) などで確認することができる。項目4に関しては薬剤中止やステロイド投与ではすぐに軽快しない場合は判断に苦慮することがあり、項目5については倫理的問題があることから実臨床では行うのは現実的ではない。

薬剤性肺障害を確定できる検査方法は存在しない。参考所見として、血液検査では末梢血好酸球の上昇があればアレルギーによる機序を疑う。KL-6は薬剤性肺障害でも上昇し、特にびまん性肺胞障害 (DAD) や線維化を有する例で相関が報告されている⁵⁾が、過敏性肺炎 (HP)、器質化肺炎 (OP)、好酸球性肺炎 (EP) では上昇しない場合もあることや既存の間質性肺炎などでも上昇しうるため解釈には注意する。BAL 検査ではリンパ球、好中球、好酸球のいずれも上昇し得ることから薬剤性肺障害と特発性間質性肺炎と鑑別はできない。薬剤性肺炎の重要な鑑別疾患には PCP を始めとした日和見感染症が挙げられるため、BAL 検査の主な役割は他疾患、特に感染症の除外と言える。

TBLB 等の肺生検についても、薬剤性肺障害はどの組織学的パターンも取りうるため他疾患の除外が主な目的である。薬剤リンパ球刺激試験 (DLST) は薬剤によるアレルギーのうち、特にIV型アレルギーが関与するものを検出するのに用いられる検査法である。薬剤によってはそれ自体にリンパ球増殖作用や抑制作用を有するもの、細胞内の thymidine に影響を与えるものなどがあり結果の解釈が複雑となる。DLSTの結果だけで薬剤性肺障害と診断するのは避けるべきである。

以上から、薬剤性肺障害の診断には詳細な病歴聴取と検査結果を参考に、他疾患との鑑別を行なって総合的に判断する必要がある。

薬剤性肺障害の治療・予後

まずは原因薬剤の中断を行い、副腎皮質ステロイドを重症度に応じて投与する。標準的な方法は確立していないが中等症であれば 0.5 ~ 1.0mg/kg 程度、重症であればステロイドパルス療法を行う。アレルギー性の機序が想定される場合、好酸球性肺炎や器質化肺炎などではステロイドへの反応を期待できる。DAD が想定される場合にはステロイドへの反応性は悪く、重篤な呼吸不全に陥る可能性がある。

症例の経過

両側上中肺の胸膜下優位に consolidation、網状影、すりガラス影を認めたことから好酸球性肺炎を疑った。ミノサイクリンでは薬剤性好酸球性肺炎の報告があることからミノサイクリンを中止とし、入院翌日から呼吸不全を認めたためメチルプレドニゾン点滴を開始した。気管支鏡検査を行ったところ BALF で好酸球が 43% と上昇していたため薬剤性好酸球性肺炎と診断した。治療開始後、すみやかに呼吸状態は安定化したため自宅退院となった。

【参考文献】

- 1) 日本呼吸器学会薬剤性肺障害の診断・治療の手引き第2版作成委員会(編): 薬剤性肺障害の診断・治療の手引き 第2版 2018. メディカルレビュー社, 2018
- 2) 久保恵嗣、他: 薬剤性肺障害の発現状況の国際比較に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業, 平成22年度総括・分担研究報告書. 2011, pp.34-37
- 3) 金澤實: 薬剤性肺炎の基礎知識. 医学のあゆみ, 248: 63-68, 2014
- 4) Sarah Skeoch, Nicholas Weatherley, Andrew J. Swift et al. Drug-Induced Interstitial Lung Disease:A Systematic Review. J Clin Med. 2018; 7: 356
- 5) Ohnishi H., Yokoyama A., Yasuhara Y., Watanabe A., Naka T., Hamada H., Abe M., Nishimura K., Higaki J., Ikezoe J., et al. Circulating KL-6 levels in patients with drug induced pneumonitis. Thorax. 2003;58:872-875.

1.原因となる薬剤の摂取歴がある	市販薬、健康食品、非合法の麻薬・覚醒剤にも注意
2.薬剤に起因する臨床病型の報告がある	臨床所見、胸部画像所見、病理パターンの報告
3.他の原因疾患が否定される	感染症、心原性肺水腫、原疾患増悪などの鑑別
4.薬剤の中止により病態が改善する	自然軽快もしくは副腎皮質ステロイドにより軽快
5.再投与により増悪する	一般的に誘発試験は勧められないが、その薬剤が患者にとって必要で誘発試験の安全性が確保されている場合

Fig1. 薬剤性肺障害の診断基準

お知らせ

日医かかりつけ医機能研修制度 2019 年度応用研修会 (DVD 研修) ご案内

- 開催日** 令和元年 10 月 20 日(日) 10:00~17:15
- 会場** 沖縄県医師会館(3 階ホール)
- 内容**
1. かかりつけ医の感染対策 (60 分)【専門医共通講習-②感染対策(必修)1 単位 ※申請中】
 2. 医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築 (60 分)
 3. かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際 (60 分)
 4. 終末期医療、褥瘡と排泄 (60 分)
 5. 多疾患合併症例 (60 分)
 6. かかりつけ医の社会的処方 (60 分)
- 対象** 医師
- 申込み締切り** 令和元年 10 月 11 日(金)
- 単 位** 日医かかりつけ医機能研修制度 6 単位
日医生涯教育制度 6 単位・6CC
- 申 込 み** 下記により、FAX(098-888-0089)にてお申込みください。
- 問 合 せ 先** 沖縄県医師会 業務 1 課 (久場)
TEL : 098-888-0087 FAX : 098-888-0089
e-mail : g1@okinawa.med.or.jp
- 備 考**
- 本研修会は 5 月 26 日(日)に開催された研修会と同様の研修となります。
 - 「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」とは異なります。
 - 昼食は各自でご準備ください。

日医かかりつけ医機能研修制度 2019 年度応用研修会 (DVD 研修) 受講申込書

FAX:098-888-0089

(ふりがな) 氏 名	
医療機関名	
※非会員の場合 医籍登録番号	

警察医部会の今後の在り方(提案)2



警察医 中村 義清

前回は、「警察業務に協力できる医師の会」が県医師会の中に「警察医部会」として設置されたこと、警察医が行っている警察業務の紹介と会員諸兄の部会への入会の勧めについて私見を述べた。

今回は私が検案に関わった当初の状況と現在の状況、若干の事例紹介、警察医部会が何故県医師会内に設置されたのか、その経緯と警察医会が今後目指して欲しい方向性についての提案を記し、会員諸兄のご理解と警察医会の今後の担い手になるであろう若い先生方に、少しでも関心を持って戴く端緒になれば幸いである。

死体検案の業務は、医師のみが専任し得る判断行為であることから、戦時中は一時途絶えていたとしても、法治国家である以上何らかの形で依頼を受けた医師によって粛々と行われてきたと推測される。

昭和44年に私は与那原町で開業し、挨拶回りで与那原警察署を訪れた際に、署長から署員の健康管理を依頼されたのが始まりである。

3年後の復帰の年(昭和47年)に正式に検案業務の依頼も受ける事になった。ただ、当時は県警本部長よりの委嘱ではなく、与那原警察署長の依頼によるもので、委嘱状の交付はなく口頭での依頼であったと記憶している。このように所轄署単位で行われていた検案業務を、県警察本部を中心に一つに纏められ、沖縄県警察嘱託医会として組織が発足したのは確か昭和57年からだと記憶している。

昭和47年当時の検案は、死者のいる現場に赴いての検案であった。

若干例示すると、南風原町新川山中での縊頸死、与那原町内の自宅庭のドラム缶内での割腹

自殺、与那原町板良敷の自宅で吐血による失血死等で何れも現場に赴いての検案であった。また、或る日知念村からの検案依頼があり、現場に赴いたところ、自宅風呂場で石油を全身にかぶり火を放っての焼身自殺であった。現場到着まで結構な時間を要した事を今でも記憶している。

現場での検案となると、多くの時間と労力を要するので決して簡単ではなかった。特に、1日に複数体の検案の求めがある場合は、診療業務にも大きな支障をきたす事から長く続けられる仕事ではないと何時も思いつつ業務を熟していた。

ところが、平成6年頃から与那原署内に遺体安置所ができ、以降は安置所内での検案となったため大幅な負担軽減となった。

捜査資料(既往歴・病歴・病院での検査資料等)もゆっくり検討できるので、ゆとりある検案が行えるようになったので現在も続いている。

死体安置所で検案するようになってからの検案で、珍しい事例を紹介すると、

- 死者は30代の男性で、電線の両端を裸にして自分の胸壁に貼り付け、その電線にタイマーをセットし、睡眠薬を服用し睡眠中に通電するよう仕組んでの自殺であった。
- 病死での珍しい例、60代の男性で食道癌を指摘されていたが、医者嫌いで病院通いはあまりしていなかったと言う。

きっと痩せ細ってカヘキシー(悪液質)の状態だろうと想像しながら安置所の遺体に直面して唾然とした。遺体は普通の男性で、しかも結構筋肉質で決して痩せている訳でもない、癌死ではなさそうであることは一目瞭然であった。

しからば死因は何だろうと考えさせられた。そこで捜査情報によることになるが、「死に様」は蹲った姿勢での死であったと言う。当然、心筋梗塞か心タンポ（大動脈解離）等を疑った。診てみると体の張りもあり脱水症を疑う所見もないので、半信半疑で、手始めに胸腔穿刺を行ったところ、膿状の胸水が採取された。そこで色々検討した結果、食道癌が穿孔して縦隔炎→胸膜炎→膿胸→敗血症での死亡ではないかと判断した。

等々検案事例は枚挙に遑がないが敢えて数例紹介したのは、死者の霊を冒瀆するつもりは全くない、これから、部会に入会して下さるであろう若い先生方への検案事例紹介の意味合いから上げさせて戴いたのである。

我々が考える臨床現場における一般の臨終の姿とは、何らかの事情があってかけ離れたものであるが、こうした方々の尊厳ある死を可能な限り死因を究明するのが警察医には求められているのである。

本論に戻るが、沖縄県警察医会は昭和 57 年に結成され、組織として日本警察医会に属した。日本警察医の組織率は決して良くないと指摘されていた。加えて、委嘱された会員以外に新たに会員が増えるシステムになっていなかったため高齢化が進み、他組織からも指摘されるようになっていた。

東日本大震災の時に、日本警察医会の弱さが諸にでた。

全国組織ができていなかったこと、会員が高齢化して即応体制が取れなかったこと等の指摘を受けた。

そこで日医は、全国組織化するために都道府県医師会に部会・「警察業務に協力できる医師の会」（仮称）を設置し、そこには会員を始め、非会員でも警察業務に協力できる医師は入会して戴き、現在の警察医会員に欠員が生じた場合は、「協力できる医師の会」の会員から推薦するシステムにするよう警察庁にも働きかけたとの談話があった。その背景には、日医は後継者

の育成を睨んでの研修会（基礎研修、上級研修）を実施し、仮に、大規模災害が発生した場合の対応については、現場レベルの的確な行動が大変重要になる。そのような観点から、一旦、警察庁から各県警に指示があれば検屍・検案を担当する医師は半ば自動的に任務に入れるよう、予め仕組みを作っておくべきであるとの日医の見解である。

そこで本県警察医部会のことを改めて考えてみたい。従来の警察医は所轄署の推薦があり、本部長が委嘱するシステムであった。従って、所轄署管轄内の人口により嘱託医数は異なるが、14 所轄署で現在 38 人である（欠員 1 人）。この 38 人が沖縄警察嘱託医会（警察医会）の会員であり、今後この数は踏襲されていくものとする。

我々警察医は委嘱を受け粛々と業務に従事し、後継者を育成することに考えが及ばなかったのである。いや後継者を育成する仕組みの組織になっていなかったからである。

東日本大震災当時、私は沖縄県警察医会の会長であったが、震災現場に行けなかったし、何らかの策を講じることすらできなかった。「敗軍の将は兵を語らず」というが全く申し開きができない。

従って、二度とその轍を踏まないためにはどうするかである。そこで再度本県警察医部会のことを考えてみよう。

警察医会が警察本部に属していた当時は、年に 1 回は一堂に会し意見交換を行うと共に、死因究明の質的向上を目指して講演会、勉強会を開催するのが慣例であった。その維持には幾ばくかの予算措置が必要であることから決められた会員数で増員することなく現在に至ったと理解している。しかし、現在は県医師会の部会となったし予算も県医師会の措置で動くようになった。従って、会員が増えていく事への予算上の問題はなくなった。

現在の部会員は、旧警察医会の会員数のままである。警察医業務の平時の今でも負担感のあ

る会員がおり、その対策を南部地区医師会で話し合いを持ったことがある。緊急事態を考えると、果たして今の会員数で大丈夫だろうか気になるところである。そこで提案であるが、県警察本部と合議の上、現在の「警察業務に協力できる医師の会」に入会してくる会員は警察医と見做し委嘱して戴くシステムにすると後継者育成の道筋が開かれることになる。

無論、新しく入会してきた会員には日医での研修を受講して戴くこと、こうした平時から緊急事態でも対応できる体制作りが今後は求められて行くのではないだろうか。

前回は述べたが、死因究明二法の成立後は、本来なら我国の剖検率を20%以上に上げるために各県に大学の法医学教室以外に解剖が可能な施設ができるはずであるが、諸般の事情で本県では設置されていない。その代わりなのか最近、AI (autopsy imaging) が以前より多く行われるようになってきた。所謂、捜査資料の中にAI画像情報の提供が増えつつあり、今後その傾向はますます増えていくと予測される。

数年前、私は日医で開催されたAIシンポジウムを受講したが、当時は今から発展していく学問だとの印象であった。ところが、最近では相当なところまで解析できるようになったと聞いている。このような視点に立つと、こうし

た医療技術を習得した若い先生方に部会に入会して戴き、上級研修を受け検案業務に携わって戴く道筋を今から築いておくことが、検案業務の質的向上に繋がっていくものと考えるのである。

「警察業務に協力できる医師の会」への入会の勧めのため敢えて駄文を認めた^{したた}が、入会して下さる会員は1人か2人か或いは0かも知れない。しかし、何とか地区医師会単位でも協力医の入会勧誘を粘り強く続けていかなければ、本県の検案業務の未来は明るいものにはならないのではないかと。

医師会は知的集団である、知恵を出し合って真剣に話し合えば自ずと道は開けると思っている。医学・医療技術は目覚ましい進歩・発展を遂げてきた。そうした知識・技量を習得した医師が部会に入って下さることで検案業務の将来は明るいものになると信じて止まないのである。

今後も本県に大学以外に解剖施設を設けることは極めて困難な状況である以上、死因究明の精度を維持向上させるには、AIによる画像情報が増えていくしその読影力、加えて死因究明のための色々な検査等が求められていくものと考えられる。そのための用意を今から進めて行く必要性を痛感するものである。



経鼻経管栄養から経口摂取への移行

～移行を可能とする条件の検討と内服薬の見直し～



介護老人保健施設「あけみおの里」 石川 清司

【はじめに】

老健施設における経管栄養は嚥下機能の低下または喪失に伴い施行される処置である。併発疾患の急性期を乗り切るために行われる応急的対応と嚥下機能の回復が期待できない事例に対しての長期的に行われる処置がある。稀に経口摂取と併用されることもある。

平成29年9月～平成30年8月までの1年間に経鼻経管栄養から経口へ移行できた症例3例を経験した。3症例の臨床像から、経口摂取への移行可能な条件を探るために検討を加えた。

なお、経口摂取への移行に伴う食事形態と全身状態の変化から内服薬の調整が必要となった。

【症例提示】

症例1：92歳、女性、介護度5

- 1) 介護を必要とした基礎疾患：レビー小体型認知症・陳旧性多発脳梗塞
- 2) 病歴：平成30年1月、誤嚥性肺炎の治療後に偽膜性腸炎を併発し、経口摂取不能となり経鼻経管栄養となった。

平成30年5月、当施設へ入所。入所1週後に水分のみを経鼻投与とし、食事の経口摂取を試みた。さらに1週後よりすべてを経口へ移行した。令和元年6月現在（経口摂取移行後12か月）、誤嚥性肺炎の併発は無い。なお、全身状態の改善に伴い内服薬の見直しを行った。消炎鎮痛剤の中止に伴い胃粘膜保護剤を中止し、呼吸器症状の消失によりβ2刺激貼付薬を中止、経口摂取量の増加に伴い便秘に対する下剤を追加した（5剤削除2剤追加）。

3) 服薬状況

入所時内服薬

- ①バイアスピリン（100）1T/1×、②クロピドグレル（75）1T/1×、③ネキシウム（10）1C/1×、④ポラプレシング OD（75）1T/1×、⑤スピロラクトン（25）0.5T/1×朝食後、⑥セレコックス 2T/2×、⑦ツロブテロールテープ1枚/1日1枚

現在の内服

- ①クロピドグレル（75）1T/1×、②スピロラクトン（25）1T/1×朝食後、③ファモチジンD（10）2T/2×、④酸化マグネシウム（500）2T/2×朝夕食後

症例2：93歳、女性、介護度5

- 1) 介護を必要とした基礎疾患：慢性心不全・腎不全・低栄養・認知症
- 2) 病歴：平成29年6月、心不全・腎不全・低栄養から経鼻経管栄養へ移行した。

平成29年9月、廃用症候予防のため当施設へ入所。入所1ヶ月後に経鼻胃管を抜去、経口へ移行した。経口摂取へ移行2ヶ月後、食思の低下により経鼻胃管が再度挿入され、約4か月間の経管栄養が行われた。その後、再度、経口摂取に移行した。平成30年6月、肺炎を併発したが、その後に感染は診られていない。

血圧が低めに維持されていたため降圧剤を中止、骨粗鬆症治療薬と消炎鎮痛剤を中止、消化器症状の消失に伴い消化管運動亢進薬を中止し、睡眠導入剤を追加した（10剤削除1剤追加）。

3) 服薬状況

入所時内服

- ①カルベジロール (1.25) 1T/1 ×、②エナラプリル (2.5) 1T/1 ×、③サムスカ (7.5) 0.5T/1 ×、④ダイアート (30) 0.5T/1 ×、⑤アルファカルシドール (0.5) /1C/1 ×、⑥ファモチジン D (10) 1T/1 ×、⑦ロキソプロフェン Na (60) 1T/1 ×朝食後、⑧スルピリド (50) 2T/2 ×、⑨スローケー (600) 2T/2 ×朝夕食後、⑩メコボラミン (500) 3T/3 ×、⑪ポリフル細粒 (83%) 3包 /3 ×、⑫ガスモチン (5) 3T/3 ×毎食後

現在の内服

- ①ダイアート (30) 0.5T/1 ×朝食後、②スルピリド (50) 2T/2 ×朝夕食後、③エチゾラム (0.5) 1T/1 ×眠前

症例 3：95 歳、女性、介護度 4

- 1) 介護を必要とした基礎疾患：慢性心不全・認知症
- 2) 病歴：平成 29 年 5 月、誤嚥性肺炎・慢性心不全から経鼻経管栄養へ移行。平成 29 年 9 月に当施設に入所。入所後、嚥下反射良好との ST (言語聴覚士) の評価があった。入所 1 ヶ月後に経口摂取へ移行した。移行後、数回発熱が看られたが、令和元年 6 月現在、重篤な呼吸器感染は認めていない。

なお、血圧が低めに維持されていたため降圧剤を中止、呼吸器症状消失のため気道粘膜保護調整剤を中止、便秘に対して下剤が処方された (3 剤削除 2 剤追加)。

3) 服薬状況

入所時内服

- ①ダイアート (30) 1T/1 ×、②オルメサルタン OD (20) 2T/1 ×朝食後、③セパミット R 細粒 (2.0g) /2 ×朝夕食後、④フロセミド (10) 1T/1 ×隔日投与、⑤アンブロキソール塩酸塩 (15) 2T/2 ×朝夕食後、⑥プロチゾラム (0.25) 1T/1 ×眠前

現在の内服

- ①ダイアート (30) 1T/1 ×、②オルメサルタン OD (20) 1T/1 ×朝食後、③スルピリ

- ド (50) 2T/2 ×朝夕食後、④酸化マグネシウム (330) 3T/3 ×毎食後、⑤プロチゾラム (0.25) 1T/1 ×眠前

【3 症例の特徴】

1. 90 歳代、女性。2. 意識障害が無い。3. 認知症の合併を認めるがコミュニケーションは図れる。4. 急性期を乗り切った介護度 4、5 症例。5. 食べる意欲がある。6. 経管栄養の期間は 4 ヶ月以内。7. 座位での姿勢保持が可能。8. 嚥下機能が保たれている (ST 評価)。9. 誤嚥の可能性についての家族の理解が得られている。10. 経口摂取に伴い内服薬の調整が必要となった。

【あけみおの里における過去 3 年間の経管栄養 21 症例の概要】

I：胃瘻 (8 例)

男性 2 例、女性 6 例。男性の 2 例は 60 歳代、原疾患は脳出血。女性は 55 歳～ 87 歳、脳出血 4 例、パーキンソン病 1 例、肺結核 1 例。

II：経鼻経管栄養 (13 例)

男性 2 例、女性 11 例。男性の 2 例は 60 歳代の神経難病と 80 歳代の脳梗塞。女性は全例 90 歳代、脳梗塞 7 例、脳出血 2 例、脊椎圧迫骨折 1 例、誤嚥性肺炎 1 例。

なお、21 症例中 3 例の死亡事例があり、老衰 2 例、脳梗塞の再発 1 例であった。

【考察】

高齢者に限らず食事の経口摂取は QOL の基本をなす。誤嚥性肺炎は致命的な結果をもたらすことがあるが、QOL の向上を図るためには経口摂取の可能性を常に念頭におかなくてはならない。

食事の経口摂取から経管栄養への移行の判断は、年齢、基礎疾患、意識レベルおよび認知症とコミュニケーション、疾患の急性増悪からの回復の可能性のみならず、社会的要因を含めて多くの因子の検討から判断が下される。

経管栄養の導入は、延命措置に対する本人の意志が優先されるべきであるが、老健施設においては認知症や意識障害を合併する事例が多く、家族・親族の意向が反映されることが多い。

経管栄養への移行後、長期の療養が予測される際には胃瘻が選択される。年齢や全身状態から予後の予測が困難な際には経鼻経管栄養が採用されている。経鼻経管栄養は、脳血管疾患を契機に介護を必要とする病態となり、感染が加わるにより経口摂取不能となり経管栄養へ移行する経過がほとんどである。経管栄養の導入・維持・中止に関しては医学的判断のみならず、倫理的配慮が必要となるため諸学会の指針が公表されている^{1) 2) 3)}。

経管栄養から経口摂取への移行においては、口腔内の衛生管理と嚥下障害に対するリハビリテーションが重要な意味を有する⁴⁾。自験例においては経管栄養の維持期間が平均4か月と比較的短い期間であったので嚥下機能に対するリハビリを施行せずに移行できたものと推測される。このことは可能な限り、経管栄養の期間を短縮し、早期離脱を検討することに意義があるものと考えられる。

経口への移行後の内服薬は、食事形態と全身状態の変化に伴い調整が必要となる。降圧剤、消炎鎮痛剤、消化剤等の調整とともに便秘に対する対応が必要となる。高齢者、超高齢者においては転倒・転落の視点からも内服薬の減薬の検討がなされる。

経口摂取は、個々の事例におけるQOLの維持、向上の基本をなす。噛み、味わい、飲み込

むことにより満腹感、満足感を味わうことができる。定時的に、強制的に注入される経管栄養との対比からすれば、より人間性の表現であり行為と言える。

全身状態と嚥下機能の評価によって、経口摂取への移行の可能性については常に念頭において介護、看護に臨むことが必要なことと思われる。リハビリ部門を含めたチーム医療でもって的確な判断と対応が求められる。

【結語】

コミュニケーションが成立し、食べる意欲のある事例においては、経管栄養から経口摂取への移行が可能な事例があり、そのタイミングを失することのないよう慎重に判断すべきと思われる。経口摂取に踏み切るかどうかは、医学的エビデンスに加えて、「生活」の、「命」の質に対する考え方が基本となるため、家族に対して、日ごろから「人の生きざま」、「寿命」等については、日常の話題として話し合い、意思統一を図るよう強調している。

【参考文献】

- 1) 日本呼吸器学会：医療・介護関連肺炎診療ガイドライン、第8章・誤嚥性肺炎、2012
- 2) 日本呼吸器学会：成人肺炎診療ガイドライン2017、各論2・院内肺炎/医療・介護関連肺炎、2017
- 3) 日本老年医学会：高齢者の意思決定プロセスに関するガイドライン—人工水分・栄養補給の導入を中心として—、2012
- 4) 海老原 覚：嚥下障害のリハビリテーション、日本老年医学会雑誌 52 (4) :314、2015



お知らせ

「2020年版医師日記(手帳)」の購入について

日本医師会から標記医師日記の斡旋方依頼がありますので、お知らせ致します。

購入ご希望の方は、下記注文書（本頁をコピーしてお使い下さい）により本会迄お申し込み下さい。（TELでも可 098-888-0087 FAXでも可 098-888-0089）

なお、代金は申し込み後、貴口座から引き去り徴収、または請求書を送付いたしますのでご了承下さるようお願いいたします。

記

1. 仕様
 - ・表紙 羊皮スウェード(紺色)透明カバー付き
 - ・サイズ 横95×縦160mm（本体78×150mm）
 - ・付属品 日本医師会・都道府県医師会役員名簿、鉛筆
2. 価格 1冊 2,100円送料込み（引去予定日 12月5日）
 ※締切後のお申し込みにつきましては、個人価格（2,300円）となります。
3. 締切日 令和元年10月24日（木）

令和元年 月 日

沖縄県医師会行
 TEL 098-888-0087
 FAX 098-888-0089

「2020年版医師日記(手帳)」注文書

品名	単価	冊数	金額
2020年版医師日記	2,100円	冊	

上記のとおり注文します。

住所 _____

医療機関名 _____

氏名 _____

自己愛にあふれた10月に

那覇西クリニック 上原 協



対策型乳がん検診で行われる検査はマンモグラフィ撮影です。その検査及び読影の精度をしっかりと保つため、日々技師及び読影医の努力がそこにはあります。

2016年度分より国は「事業評価のためのチェックリスト」の公表を始めました。「事業評価のためのチェックリスト」には「都道府県用」、「市区町村用」、「検診実施機関用」の3種類があり、いずれも、厚生労働省「がん検診の事業評価に関する委員会」が決定した各々の役割に即して、最低限整備すべき検診体制がまとめられています(国立がん研究センターがん情報サービスHPより)。がん検診の基本的な考え方は「がん検診によりがん死亡を減少させるためには、有効ながん検診を正しく実施する必要がある」です。昨今、がん検診を取り巻く状況は「がんの見落とし」や「過剰診断」、「偽陽性」をキーワードに益々厳しくなっています。がん検診の不利益を強調されるあまり、“ゼロリスク症候群(「リスクはゼロでなければいけない」という考え方)”に陥り、本来のがん検診受診を軽んじられていくことはよくありません。これらががん検診の課題に、国が「チェックリスト」を通してしっかり取り組み始めたということでしょう。事務レベルでも精度管理に対する意識が高まり、前向きに評価したいと考えます。

硬い話は以上にしまして、今回諸先生方にお話ししたい点はズバリ、「自己愛」です。その前に“breast awareness”をご紹介させてください。ご存知の先生もいらっしゃるかと存じますが、

Breast Awareness とは

1990年代からイギリスで提唱され始めた概念で

- 1) 自分にとっての乳房の正常な状態を知ること
- 2) 見て感じること
- 3) 乳房の変化に気が付くことができること
- 4) 変化を感じたらすぐに医療機関に行くこと
- 5) 50歳以上になったら乳癌検診を受けること(イギリス発祥の概念であるため、日本の40歳以上の検診開始とは異なります)

などから構成される概念です。いわゆる、自己触診を勧める、とは異なる考え方です。

日本でも2000年代から少しずつ案内されてきていますが、医療者のなかでもまだまだ周知できていない概念です。

大事な点は、普段行うべきことからいざ見つけた時の対処の仕方まで含まれている点です。先にも述べました単にセルフチェックを推奨すること、とは違うという点でしょうか。個人的には自分の乳房を慈しむというイメージかなと思っています。理想的には乳房に限らずその方の心・体すべてに慈愛(自愛)を持って頂くことより良いと思います。普段から自分の乳房を慈しむことで、自然にセルフチェックを始められるでしょうし、自ら検診へ足を運んだり、予防に対する意識を持ってもらったりできると考えます。自己愛が重要ですね。

そこで沖縄県医師会の先生方にお問い合わせがあります。

「一日一人に検診の案内を！」

先生方の外来で、一日におひとりで構いませんか「乳がん検診受けてね！」とお声かけい

