

## 令和元年度 親睦囲碁大会参戦記



常任理事 照屋 勉

令和2年2月11日(建国記念の日)、毎年恒例の「令和元年度:沖縄県医師会親睦囲碁大会」が開催されました。砂川恵徹7段から大山朝賢2段まで総勢14人の囲碁愛好家が、AM8:30頃より三々五々集結し、静かな熱戦が繰り広げられました。

因みに、「建国記念日」と「建国記念の日」の違いとは…?。「\*\*記念日」は歴史的事実として日付が確定している日を記念する…という意味、「\*\*記念“の”日」は日付は確定していないけれども、そのことを記念する日…という意味だそうです!。(アメリカ・ウクライナ・ガーナなどの「建国記念日」は「独立記念日」、アルバニア・ブルガリアなどは「解放記念日」…!)

そこで、戦前の『紀元節』を復活させようとする自民党 vs 反対する日本社会党…。昭和26年頃から「建国記念日」を制定しようとする法案は「提出」・「廃案」を繰り返していたようです。それから紆余曲折を経て、昭和38年「建国記念“の”日」と「の」を挿入することで『建国されたという事実』そのものを記念する日であると解釈できるようにして、昭和41年「祝日法改正案」が成立し2月11日は政令で定める日となったということです!。歴史を感じますね~!。

さて、親睦囲碁大会ですが…。やはり、優勝は5勝0敗の砂川恵徹先生…。流石「7段格」でも他を寄せ付けない圧巻の5連勝でした。「ヨミ」、「シノギ」、「サバキ」、「ネバリ」etc…。是非とも“弟子入り”させて頂きたいものです!。準優勝は「2段格」で大健闘の新崎盛雄先生。4勝0敗で、砂川先生との全勝対決…。惜しくも敗れ、納得(?)・上出来(?)の4

勝1敗準優勝!。コングラチュレーション!!!。3位は南部地区医師会が誇る「6段格」の知念信雄先生。初戦で砂川先生に敗れたものの、その後は安定感のある4勝1敗同率3位。不本意とは存じますが、おめでとうございます。

さて、ここで囲碁界の『最近の話題』を二つほど…。

①「芝野虎丸(しばのとらまる)・名人・王座・九段」:1999年(平成11年)11月9日生まれ。20歳。神奈川県相模原市出身。日本棋院東京本院所属。三大タイトル獲得史上最年少記録。入段から史上最短で全棋士参加棋戦優勝、史上最年少七大タイトル獲得、最年少名人戦リーグ入り、本因坊戦リーグ入りetc。多数の最短・最年少記録を有しております。恐るべし!「虎丸(とらまる)20歳」です!。

\*三大タイトル=棋聖(4,500万円:読売新聞社)、名人(3,700万円:朝日新聞社)、本因坊(3,200万円:毎日新聞社)

\*七大タイトル=三大タイトル+天元(1400万円:新聞三社連合)、王座(1,300万円:日本経済新聞)、碁聖(800万円:新聞囲碁連盟)、十段(700万円:産経新聞社)

②「仲村董(なかむらすみれ)初段」:2009年(平成21年)3月2日生まれ。11歳。東京都出身。日本棋院関西総本部所属。「英才特別採用推薦棋士」として平成31年1月5日(囲碁の日)に最年少プロ棋士入りが発表されました。公式戦2戦目第23期ドコモ杯「女流棋聖戦」予選Bで田中智恵子四段に勝利して「プロ公式最年少勝利(10歳4ヶ月)」を記録。2019年の通算成績は17勝7敗で、同期入段13人

の中で最多勝利・最高勝率だったそうです。恐るべし！「堇（すみれ）ちゃん11歳」です！。

さてさて、毎年1月の『成人の日』は南部地区医師会主催、2月の『建国記念の日』は沖縄

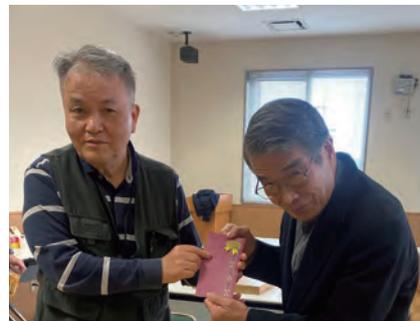
県医師会主催の「親睦囲碁大会」が開催されております。「隠れ囲碁ファン」の先生方のご参加を心よりお待ちしております！。今後とも宜しくお願い申し上げます。

令和元年度 沖縄県医師会親睦囲碁大会対戦表

No	【段位・五十音順】													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
氏名	砂川	知念	岸本	渡口	仲宗根	村田	池村	糸数	宮里	照屋	仲本	饒波	新崎	大山
段級	7段	6段	5段	5段	5段	5段	4段	4段	4段	3段	3段	3段	2段	2段
成績	5勝0敗	4勝1敗	2勝4敗	4勝4敗	2勝2敗	1勝3敗	2勝2敗	1勝3敗	3勝4敗	2勝3敗	2勝3敗	4勝2敗	4勝1敗	0勝4敗
勝率	1.000	0.800	0.333	0.500	0.500	0.250	0.500	0.250	0.429	0.400	0.400	0.667	0.800	0.000
試合数	5	5	6	8	4	4	4	4	7	5	5	6	5	4
結果	優勝	三位											準優勝	



優勝：砂川先生



準優勝：新崎先生



3位：知念先生

－ 対局中の様子 －

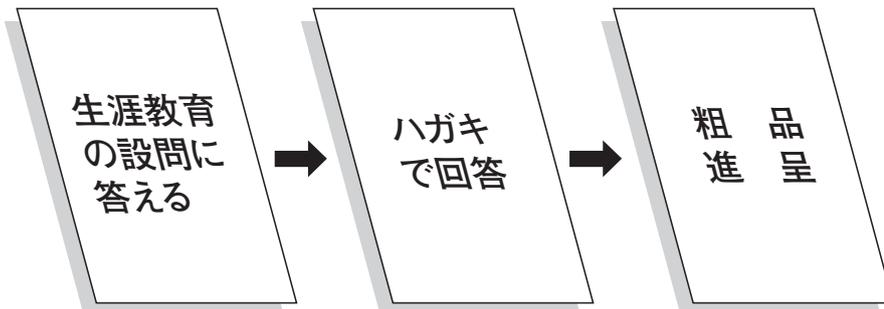


## 沖縄県医師会報 生涯教育コーナー

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



# 間質性肺炎におけるアドバンスケアプランニング

国立病院機構沖縄病院 大湾 勤子

## 【要旨】

間質性肺炎は、慢性に進行し難治性になることが多い疾患群である。病気の進行の過程で急激な増悪をきたしたり、気胸、肺高血圧症などの合併症により急変することもある。また間質性肺炎という病名は国民に十分認知されておらず、終末期のイメージを理解してもらいにくい。このような間質性肺炎の特徴をふまえて、患者が望む治療やケアを提供できるように、本人、家族、医療者間で事前に繰り返し話し合う過程がアドバンスケアプランニングである。終末期を見据えつつも患者や家族に希望をもって過ごしてもらうためにコミュニケーションの果たす役割は大きい。アドバンスケアプランニングを行った終末期間質性肺炎事例を通して、その開始時期や患者、家族、医療者の思いについて考察した。

## 【はじめに】

アドバンスケアプランニング (Advance Care Planning: ACP) は、人生の最期のステージを見据えつつ、本人と関係者が (家族や友人、医療者など) これから受ける医療やケアについて、繰り返し話し合い、全員が納得できる意思決定をする過程と定義されている<sup>1)</sup>。ACPの根幹は本人の意思を尊重することにあるが、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、意思代理決定者 (家族等) も ACPの当初から話し合いに参加することが重要である。

臨床の現場で病状の進行や悪化を認めた時には、治療方針の決定のために医療者は必然的に ACPに関わっていく。その場合病状の変化が急激であるほど本人も家族も、身体的、精神的、社会的状況に余裕がないことが多い。そのような状況下での意思決定は本当の望みとは異なってしまうこともある。特に病状の変化が予想できない場合には、ACPの開始時期について迷

うことが多い。なぜなら ACPの開始にあたって医療者は、病状がさらに進行するという「悪い知らせ」を伝えなければならないからである。この見通しを「伝える」、「伝えられる」ことが、希望を「奪う」「失う」かもしれないという心理的な負担を双方に引き起こす。

本稿では慢性進行性の疾患の一つである間質性肺炎 (Interstitial Pneumonia: IP) について概説し、筆者が経験した ACPの事例を通して考えてみたい。

## 【間質性肺炎の分類・疫学】

IPの病態は図1に示す通り多岐にわたり、多くの疾患からなる症候群である。その中でも原因不明なものを特発性間質性肺炎 (Idiopathic Interstitial Pneumonias: IIPs) と称す<sup>2)</sup>。IIPsの中では特発性肺線維症 (Idiopathic Pulmonary Fibrosis: IPF) が多くを占める。日本における IPFの有病率は北海道 study<sup>3)</sup>によると 10万人

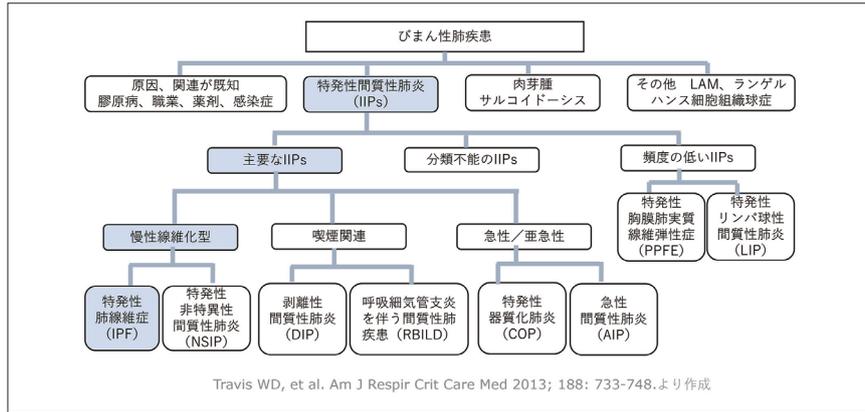


図 1. びまん性肺疾患の分類

当たり 10 人、診断時平均年齢は 70 歳、男性が 73% と多く、68% に喫煙歴を認めたと報告されている。IPF の経過は図 2 に示すように、病初期は無症状で、症状出現後に診断されることが多く、患者の大多数は緩徐に進行していく (A) が一部の患者では急速進行性に悪化する (B) ことが知られている。また緩徐に進行する患者の中にも急性増悪をきたし死亡あるいは段階的に悪化する (C) 患者も認められる。IPF の死因は急性増悪が 40%、慢性呼吸不全が 24%、肺がん 11% と報告され、確定診断後の生存期間中央値は 35 か月と予後は厳しい。IPF 以外にも、慢性進行性の経過をたどる間質性肺炎は多く、いずれも時間経過や治療反応性を考慮しながら管理していく必要がある<sup>2)</sup>。

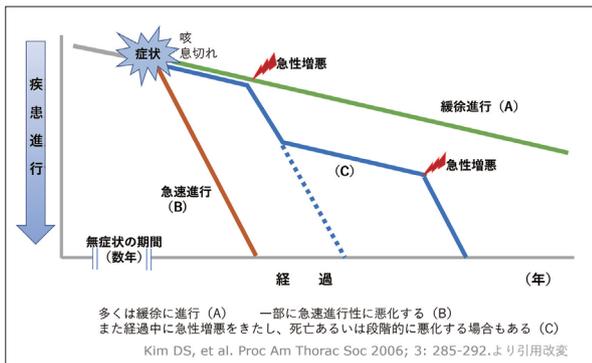


図 2. 特発性肺線維症 (IPF) の経過

【管理と治療】

本疾患の経過を見ていく際には、体重、息切れの程度 (MRC)、酸素飽和度、血清肺線維化マーカー (KL-6、SP-D)、呼吸機能検査 (特に %FVC、%DLco)、6 分間歩行検査、胸部画像、心エコー検査 (肺高血圧の有無) などの経時的変化を指標に、進行の程度を予測していく。IPF 患者の簡易的な予後予測の一つに、性

(Gender)、年齢 (Age)、呼吸機能検査 (Pulmonary function test; %FVC、%DLCO) を点数化した重症度分類がある (表)1<sup>4)</sup>。この GAP スコアに則った北海道 study の stage 別生存曲線を図 3 に<sup>5)</sup> 示す。これらの報告から、早期に診断して治療介入すると、進行抑制に寄与することが明らかになっている。

表 1. GAPscore:stage I (0~3) II (4~5) III (6~8)

	予測因子	点数	
肺疾患	特発性肺線維症	0	
	分類不能型間質性肺疾患	0	
	膠原病関連間質性肺疾患/NSIP	-2	
	慢性過敏性肺炎	-2	
性 (Gender)	女性	0	
	男性	1	
年齢 (Age)	≤60	0	
	61~65	1	
	>65	2	
肺機能検査 (Pulmonary function test)	努力肺活量%予測値 (%FVC)	≥75%	0
		50~75%	1
	<50%	2	
	DLco%予測値 (%DLco)	>55%	0
		36~55%	1
		≤35%	2
	施行不可	3	

Christopher J.:Chest2014;145: 723-728より引用

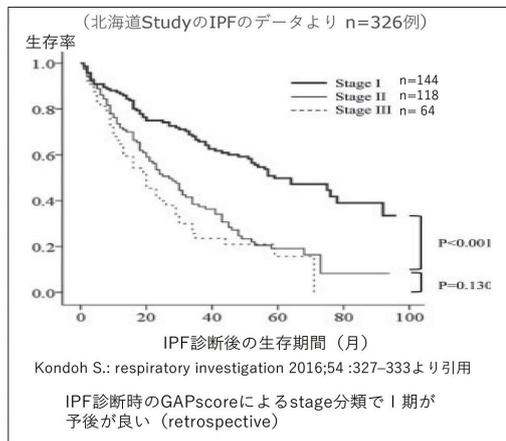


図 3. GAP モデルによる Stage 分類別にみた生存率 (北海道 Study の IPF のデータより n=326 例)



治療は、種々の薬物療法に加え、在宅酸素療法、呼吸リハビリテーション、病状によっては肺移植、緩和医療などがある。代表的な薬物治療としてIPFには抗線維化薬、特発性器質化肺炎にはステロイド、非特異性間質性肺炎にはステロイド±免疫抑制剤が一般的である。現在IPFに使用できる抗線維化薬はピルフェニドンとニンテダニブの2剤がある。効果はほぼ同等で、早期に治療を開始したほうが呼吸機能(%FVC、%DLco)の低下を抑制できると報告されているものの、治癒を目的とする薬剤ではない。薬価は月額約20～40万と高額であるが、IIPsは難病に指定されており軽症例でも助成が受けられる。

本疾患の代表的な合併症としては、気胸、肺高血圧症、肺がん、胃食道逆流、糖尿病、骨粗鬆症、心血管疾患（虚血性心疾患、静脈血栓症）、睡眠時無呼吸症候群、抑うつなどがありその対策も重要である。

症状の変化や合併症の出現にあわせて、患者の病状理解が深まるように何度も説明を行うことが大切である。その延長線で、終末期を見据えたACPを行うことになる。

**【事例提示】**（表1、表2）

今回提示するのは、当院でACPを行ったIPの4事例である。予め発表にあたってご遺族の

了解を得て、個人情報保護に配慮している。各人に物語があり、表にまとめるのはいささか難があるが、ACPを開始するにあたって、患者背景や病態、契機、患者・家族・医療者の思いについて整理した。4事例は、3～12年という闘病の経験から、自身の予後について推察し、延命治療は希望されず、終の棲家として自宅療養を希望した。4事例とも、出来得限りの治療を経て、合併症併発の中での決断であった。一方、家族は、呼吸不全の対応に不安を感じつつも本人の希望を叶える方法を模索し、最終的に事例1、2は自宅、事例3は施設、事例4は病院での療養を選択した。いずれの方も、ACPの契機となったのは病状の悪化であり、死亡前2か月以内という時期に患者自身によって医療行為や療養場所について決断が下されていた。事例1は、入院中は食事摂取がほぼできなかったが、自宅に帰るという決断をした後は、自ら補助食品を希望するほど気持ちが前向きになっていた。事例2は、肺高血圧にともなう右心不全で症状が厳しくなった際に、自宅療養の強い希望を表明したことがきっかけとなり、家族や訪問診療、看護体制をより強固に進めることができた。事例3、4は介護者の負担を考慮して本人の決断で、それぞれ施設、緩和病棟を選択した。より良いケアが継続出来ると家族は安堵された。

表2. 事例提示 プロファイル ACP開始時の状態と契機、ACP後の生存期間

事例	1.70歳代 男性	2.60歳代 男性	3.70歳代 女性	4.70歳代 男性
IPの罹病期間	3年	8年	3年半	12年
主な治療	抗線維化薬 在宅酸素 ステロイド 抗不安薬 モルヒネ	抗線維化薬 在宅酸素 抗凝固薬 ステロイド モルヒネ	在宅酸素 抗凝固薬	在宅酸素 ステロイド 抗癌剤 モルヒネ
病態に影響した合併症	気胸	肺動脈血栓塞栓症 右心不全	肺動脈血栓塞栓症 右心不全 2型糖尿病	悪性リンパ腫
ACP開始時PS	4	4	4	3
ACP開始時の症状	MRC4 (O2 4リットル) 移動：車いす 食事：1割未満 排泄：ポータブル	MRC4 (O2 6リットル) 移動：車いす 食事：8割 排泄：車いす移動	MRC4 (O2 2.5リットル) 移動：車いす 食事：9割 排泄：ベット上	MRC4 (O2 2.5リットル) 移動：車いす 食事：8割 排泄：車いす移動
入院からACP開始の契機	リハビリ、モルヒネ 導入目的入院中 気胸 併発 PS3→4へ悪化	肺高血圧、右心不全 合併で浮腫あり PS3→4へ悪化	肺炎、右心不全→CO2ナ ルコースで意識障害 PS3→4へ悪化	抗癌剤内服中（他院） 病状進行し介護者疲弊 →レスパイト目的入院
ACP開始後死亡迄の期間	30日 （自宅1週間）	59日 （自宅20日）	10日	13日



自己決定によってなされた看取りは、遺族にとっては喪失の悲嘆はあるが、「本人の希望に沿えた」という安堵もあると思われた。一方事例1では、「自宅療養中はかなり状態が良かったので、病院に居たらもっと長く生きられたのでは」と遺族の複雑な思いを話されていた。

IPは進行性難治性疾患であるが、終末期のイメージが患者、家族には十分に理解しづらい。病状の進行にともない、様々な合併症により急変することもあり、将来の見通しを含めて繰り返し病状説明に努めてきた。ACPの過程を通して、患者の思いを尊重しつつ、遺族も患者とともに大事な意思決定を共有できていた。反省点として、長い罹病期間において終末期を意識した具体的なACPが開始できたのは死亡前の2か月以内であったことより、あらためてIPにおけるACPの開始時期の検証が必要であると感じた。

**【考察】**

IP、特にIPFの早期は自覚症状に乏しいため、進行期における病気の重篤性を理解してもらうことが難しいと感じる。抗線維化薬の導入をすすめても、〈治癒ではなく進行抑制という薬効〉や〈軽症高額〉というハードルがあり、早期治療の介入に苦勞する。また慢性進行性の過程で急性増悪を発症するなど、病状進行の不透明さも病状の受容を困難にしていると思われ

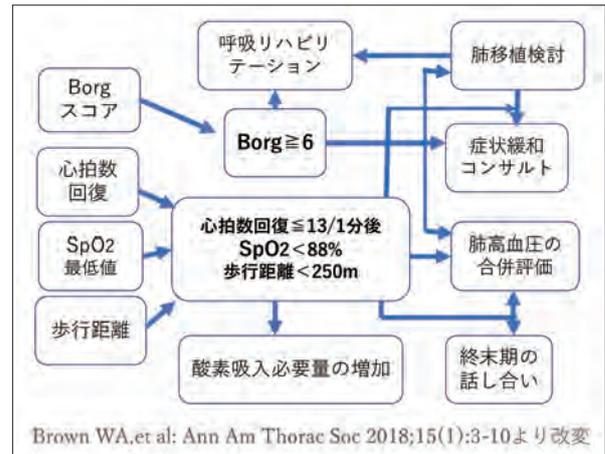


図4 IPFにおける6分間歩行検査結果による治療方針の決定過程

る。先に提示した事例においても、終末期の治療内容や療養場所の選択を決めるACPに至るまで、何度か話し合いを重ねたが、振り返ると結果としては病状が悪化して死期が近い状態での話し合いとなっていた。IPのACP<sup>6)</sup>においては、病気を理解してもらい難しさに加えて、悪い知らせを伝えるタイミングや伝え方の難しさも感じることが多い。この現状を踏まえて、病状の進行を患者と医療者の双方が認識するという見地から、患者が自覚しやすい6分間歩行検査の変化は、ACPを開始する一つの契機になると考える(図4)<sup>7)</sup> また、酸素吸入<sup>8)</sup>の開始、もしくは増量という治療内容の変更時期もACPを開始するタイミングである。

ACPは、医療者にとって病状や治療の見通しを伝えつつ、本人や家族の思いに寄り添って

表3 事例提示 患者の意思決定とそれに対する家族、医療者の思い、遺族の思い

事例	1.70歳代 男性	2.60歳代 男性	3.70歳代 女性	4.70歳代 男性
患者の意思決定	自宅で最期を迎えたい	自宅療養を強く希望	施設入所を希望 (介護者がご主人のみ)	緩和病棟を選択 (自宅は家族負担大)
患者意思決定に対する家族の思い	本人の希望を叶えたい 自宅で呼吸困難に対応できるか不安	本人の希望を叶えたい 自宅で呼吸困難に対応できるか不安	自宅ではご主人は支援できないので、本人が施設入所を決断し安堵	自宅希望だが介護者疲弊し入院、病院で自宅のように過ごさせたい
患者意思決定に対する医療者の思い	本人は不安が強い 訪問診療、看護体制強固に	心不全による呼吸困難が強く、訪問診療、看護体制強固に	今後の療養場所として施設入所は介護の点から現実的な選択	家族の不安が強く、本人の希望も尊重したいが症状も不安定であり、現実的な選択
遺族の思い	家族に囲まれて看取ることができ、本人の希望が叶ってよかった。 自宅で元気だったので病院にいたら、もう少し長く生きられたのでは…	家族も一緒に過ごせ、本人の希望も叶ってよかった。悔いはない。 症状が辛かったとき、訪問看護の支援が心強かった。	施設入所の申込みをした日に急変。何度も病状悪化があったが、よく持ちこたえてくれた。 覚悟はしていたが、亡くなったあと空白の期間が半年以上続いた。	自宅のように家族で看取れた。介護者も付き添えて病院でよかった。 症状緩和は病院でも難しいと感じた。できる限りのことはした。

治療やケアを進める重要な過程である。その際に、患者の自律性を尊重し、本人の意思を推定する「代理決定者」を決めることも大切になる。ACPの効用は本人に加えて代理決定者も医療者とコミュニケーションをはかり、より患者の意向が尊重されたケアが実践されることである。その結果、患者や家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少するとされている。しかし見通しについての説明は、病状の理解が十分でなければ、informed consentが成立しない。正しく病状を伝える一方で、厳しい予後にもかかわらず希望をもって過ごしてもらうための説明は、医療者にとって困難を感じることは否めない<sup>9)</sup>。ACPにおける問題点は、患者の心の準備ができていないと抑うつになり治療のコンプライアンスが悪くなったり、その後の療養に支障をきたすことがあること、また本人の希望を奪わないよう配慮する医療者側の考えが、話し合いを始めるタイミングを遅らせてしまうことがあること、また時間と手間がかかるということである。

IPの診療におけるACPの適切な開始時期については諸外国から多数の論文が出ている<sup>6)</sup>。病院内であれば時間的な猶予もあろうが、療養の場が自宅や施設の場合、急変時の対応につい

て事前のACPによる本人の意思確認、または代理人による推定意思を確認しておくことが大切である。しかし、実際には急変時に救急搬送後、人工呼吸器管理下でICUにおいて亡くなるケースが少なからずあり<sup>10)</sup>、どのように病状予測をしながら、終末期の治療方針を決定するか現在も多くの施設で模索されている。

大切なことは、病状の変化がみられる際に、医療者と患者・家族が互いに「相手は何を重要と考えているか」を確認したうえで、これからのことについて繰り返し話し合いをすすめていくことであろう。

### 【結語】

提示した4事例を通して、IPにおけるACPについて省察した。ACPの過程を通して、患者の思いを尊重し、遺族にとっても大事な意思決定を共有できていた。IPの病気の不安定さからACPの開始時期については、筆者は6分間歩行検査結果の変化がみられたときや、酸素吸入の開始時期などがよいきっかけとなると考えている。患者の望む意思決定ができるように適切な情報提供を行い、IPにおけるACPの開始時期について今後さらに検証していくつもりである。

### 【参考文献】

- 1) 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(2018年改訂版) <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>
- 2) Travis WD, et al: An official American Thoracic Society/European respiratory Society statement: Update of the international multidisciplinary classification of idiopathic interstitial pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 188: 733-748.
- 3) Natsuzaka M, et al: epidemiologic survey of Japanese patients with idiopathic pulmonary fibrosis and investigation of ethic differences. *Am J Respir Crit Care Med* 2014; 190: 773-779.
- 4) Christopher J. et al: Predicting Survival Across Chronic Interstitial Lung Disease: The ILD-GAP Model. *Chest* 2014;145: 723-728
- 5) Kondoh S, et al: Validation of the Japanese disease severity classification and the GAP model in Japanese patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *Respiratory Investigation* 2016; 54: 327-333.
- 6) Kreuter M, et al: Palliative care in interstitial lung disease: living well. *Lancet respir Med* 2017;5:968-980
- 7) Brown WA, et al: The Value and Application of the 6-Minute-Walk Test in Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *Ann Am Thorac Soc* 2018;15 (1) :3-10
- 8) Swigris JJ, et al: Transitions and touchpoints in idiopathic pulmonary fibrosis. *BMJ Open Respir Res.* 2018;5 (1) : e000317.
- 9) Bajwah S, et al: 'I Wish I Knew More ...' The end-of-life planning and information needs for end-stage fibrotic interstitial lung disease: views of patients, carers and health professionals. *BMJ Support Palliat Care.* 3: 84-90, 2013b
- 10) Singhania SVK, et al: Unmet Needs for Palliation in Fibrotic Interstitial Lung Disease. *Indian J Palliat Care.* 2018 ;24 (3) :345-348.

**問題**

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 間質性肺炎の中で、特発性肺線維症は罹患数が多く、予後は確定診断後、約 35 か月である。
- 問 2. 特発性肺線維症の治療薬である抗線維化薬は、早期に導入したほうが病気の進行抑制効果が高い。
- 問 3. アドバンスケアプランニングは、患者と医療者間において現在および近い将来の医療・ケアに関する方針を検討し、意思決定する過程のことである。
- 問 4. アドバンスケアプランニングの開始は、できるだけ早いほうが良い。
- 問 5. アドバンスケアプランニングにおいて、決定されたことは変更できない。



## 琉球大学大学院医学研究科 衛生学・公衆衛生学講座 教授 中村幸志 先生



○**藏下先生** この度は、琉球大学大学院医学研究科衛生学・公衆衛生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。

○**中村教授** 沖縄には20数年前に私的旅行で1度訪れたことがありましたが、琉球大学赴任と残りの人生の沖縄での生活というご縁に驚くとともに感謝しています。地理的および歴史的事情などによる他の大学と異なる特性を理解し、琉球大学ならびに沖縄の公衆衛生の発展に微力ながら貢献していきたいです。前任地が北海道でしたので、引越しと気候への適応に少し苦慮しました。

○**藏下先生** 今年は特に暖冬で沖縄は冬が無いように感じましたが、先生いかがでしたでしょうか。

○**中村教授** 人生の大半を雪国で過ごしてきた為、冬に雪がないのが変な感じです。

○**藏下先生** 貴講座での、研究、人材育成について今後の課題、方針などについてお聞かせ下さい。

○**中村教授** まずは意欲的な大学院生を集めることが第一です。近年、どこの大学でも公衆衛生の講座は、医師のみならず、広く医療・保健・福祉に関わる人を大学院生として受け入れています。本務に活かせる知識、論理的思考、データ解析、プレゼンテーション、文書執筆の能力を修得していただけるよう、粘り強く指導していきたいです。県医師会の先生方の周りに社会医学や予防医学について学びを深めたいとお考えの方がいらっしゃいましたら気軽に当講座にお声かけください。一方、将来の公衆衛生を担う医師の勧誘と育成も行政関係者などと協力しながら進めていきたいです。

○**藏下先生** 先生が公衆衛生の道に進まれて興味をもたれたのはどういったところでしょうか。

○中村教授 目の前の1人の患者さんの後ろには、まだこちらには現れない多くの人々がいることを考えた時、地域全体の健康状態を良くする責務のある公立診療所医師としてその人達にも何か働きかけるアプローチの公衆衛生が頭に浮かんできて、公衆衛生の勉強を始めました。個人というより集団という視点でものを考える時に、疫学が非常に役立つと思います。

○藏下先生 講座において特に力を入れている研究・活動・テーマがあれば、お聞かせ下さい。



○中村教授 私はこれまで3つの大学とオーストラリア留学で一貫して疫学的手法、特にコホートを用いて、循環器領域を中心にした生活習慣病の予防につながる研究の研鑽を積んできました。もともと内科・プライマリケアの臨床医であった経歴と関係し、臨床との接点をかなり意識した予防医学的な研究といえますので、県医師会の先生方にも関心をもっていただけたと思います。培ったノウハウを活かし、沖縄の生活習慣や環境の課題に着目して、沖縄の健康長寿復活につながる研究を進めたいですね。あくまで私の知る範囲ですが、これまでの沖縄の公衆衛生には私が目指すような疫学研究があまりなかったように思います。まだ計画段階であり、まず研究基盤を構築することが第一ですが、そのためには研究フィールド候補の関係者と信頼関係を築くことが重要です。また、研究成果の社会実装まで責任を負う必要があると思います。講座関係者が協調と切磋琢磨の気持ちをもって取り組んでいきたいですね。学際面を重

視する研究では、異分野融合の疫学研究にも興味があります。実際、前任地の北海道大学では、理学部などの研究者と協働で研究を進め、現在も継続中です。

○藏下先生 先生は自治医科大学のご出身で最初の9年間は臨床の現場で従事されています。その後に公衆衛生の世界に移られているわけですが、現在のお仕事はやはり臨床の現場を意識したことでしょうか。

○中村教授 臨床医の頃に生活指導に関心があり、そのような場に有用なエビデンスを出したいと意識しています。また、臨床との連携のない公衆衛生だけの生活習慣病対策では、効率よく住民の健康を向上させることに繋がっていかないと思います。臨床を意識し、臨床関係者と連携しながら研究や実践活動を行いたいです。

○藏下先生 沖縄県は長寿日本一から陥落しました。沖縄に多い疾患の研究にも興味があるかと思いますが、特に循環器生活習慣病あたりはどうですか。

○中村教授 まさにそのあたりを専門にしてきたのですが、先程申したように、実践に結びつけることはすごく大事なことで、まずは沖縄の人の生活習慣やその土台となる環境をじっくり観察し、その根本の原因が何なのか、どうすれば改善に結びつくのかを意識して研究を進めていきたいです。



○**藏下先生** 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。

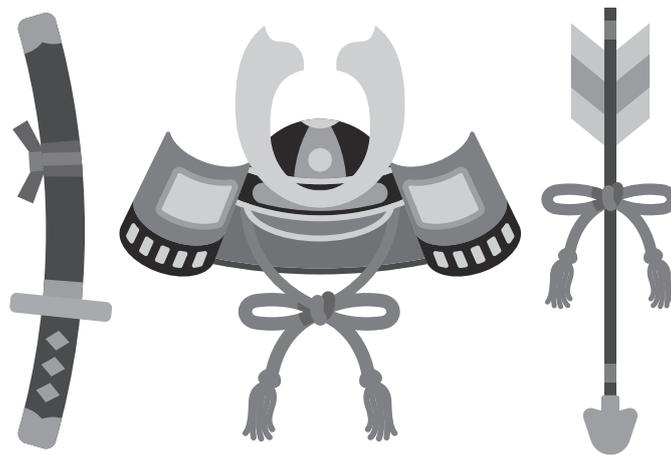
○**中村教授** 沖縄に来て、おこがましいですがいい意味で驚いたというか感銘を受けたのが、県医師会の公衆衛生への造詣の深さです。県医師会が生活習慣病予防などの公衆衛生的な事業を熱心に展開されているのを知り、是非とも仲間に入れていただきたいと思い、県医師会に入会いたしました。先に申した講座の研究や実践活動についても、県医師会を含む医療・保健・福祉の機関と協力せねば推進できません。一方的なお願いというよりも、県医師会と互いに協力し合いながら活動していきたいです。

○**藏下先生** 大変ご多忙の身ではありますが、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下さい。

○**中村教授** 健康管理のため、休日に外出する場合、なるべく歩いています。樹木や建物などの街の光景が海外旅行に来ている錯覚をいまだに起こさせ、楽しんでいきます。小説、ノンフィクション、雑学など何でもありますが、読書が好きです。旅行も好きで、ご縁あって来た沖縄の史跡や自然に触れるドライブを少しずつ始めています。座右の銘というほどのものではありませんが、自治医科大学卒業の医師として郷里の滋賀県でいくつかの病院・診療所を転々とした経験、研究者としていくつかの大学を転々とした経験から「与えられた環境で最善を尽くす」ことを心がけています。

○**藏下先生** ありがとうございます。是非沖縄の地に早く馴染んで頂いて、今後益々ご活躍されることをご期待申し上げます。

沖縄県医師会との関係も今後ともよろしくお願い致します。本日はどうもありがとうございました。



## キッズの日はキズケアの日にかけて



琉球大学病院 形成外科 安里 令子

### はじめに

「キッズの日はキズケアの日」はキズを治す専門医として形成外科医がいることを知っていただくためのキャンペーンとして2017年に日本創傷外科学会により制定されました。

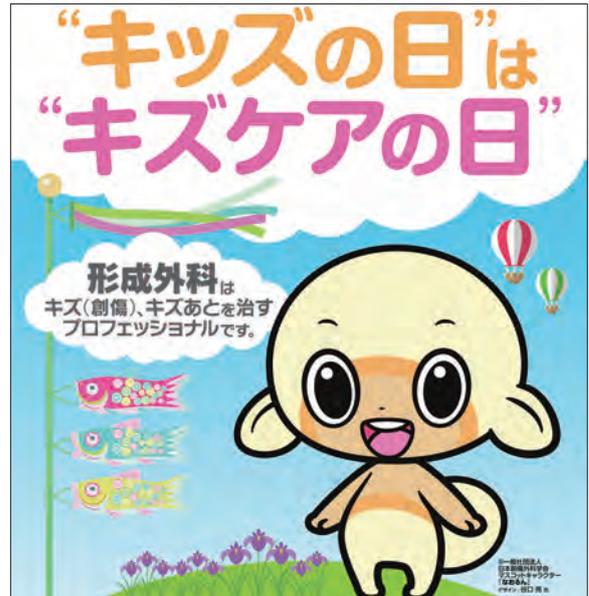
形成外科は歴史がまだ浅く、また対象とする疾患が一つの器官ではないこともあり、一般の方々への認知度が低いというのが現状です。

怪我や傷に関しては、怪我をすると病院にかかることが多いため、そこで適切に形成外科に相談してもらえることが多いように感じています。しかし、キズあと（瘢痕）となると、なかなか病院にかかることなく長年過ごし、別の病気がかかっている病院でたまたま相談して形成外科に紹介されるというケースも多く経験します。そのような患者さんからは、どこに相談していいかわからなかった、治療できるとしていなかったなどという声が聞かれます。そうした傷あとで困っている患者さんがうまく形成外科につながるように、という想いから今回は‘キズあと’について書かせていただきたいと思います。

### 目立つキズあと、目立たないキズあと

キズあと（瘢痕）と一言に言ってもほとんど目立たないものから大きく盛り上がり目立つものまで様々です。

通常、瘢痕はキズが治ってから3ヶ月ごろをピークに赤みや硬さが収まっていき、やがて肌色から白色の成熟瘢痕になります。しかし、瘢痕の成熟を妨げる因子（後述）が存在することにより、赤みや硬さを持った肥厚性瘢痕となります。さらに、元々の傷を超えて拡がってくるような場合をケロイドと判断します。ケ



5月5日はこどもの日であることからキッズ、キズのゴロ合わせ、また、お子さんは怪我をしやすく、傷あとが残った場合には長くそのキズあとを抱えて生きていかなくてはならないため綺麗に治したいなどの理由もありこの日に制定されました。

創傷外科学会のホームページには一般の方にもわかりやすいキズの解説が掲載されています。

<https://www.jsswc.or.jp/general/index.html>

ロイドには体質的な要因が多く関与するとされています。

実際には肥厚性瘢痕とケロイドを明確に区別するのは難しい場合も存在し、そのような場合には治療への反応性などを見て総合的に判断します。自然経過で肥厚性瘢痕は経時的に消失しますが、ケロイドは時間と共に悪化し消退は認めず、元々のキズを越えて拡がります。また、ケロイドはニキビ跡や湿疹などのごくわずかな傷から大きな腫瘤を形成することもあります。

### 癬痕の成熟を妨げる因子

癬痕の成熟を妨げる因子には局所的なもの、全身的なものがあります。

局所的な因子としては、部位や方向、元々のキズの深さ、治癒遅延の有無などがあります。大まかな言い方をすると、キズに力がかかりやすい部位（関節など）や向き（動きに直交する方向）のキズで、病変の主座である真皮網状層にかかる深さのもの、また、感染などで治るのに時間がかかったキズ、が悪くなりやすいということになります。

全身的な因子としては遺伝的な要素に加え、高血圧や妊娠、女性ホルモンなども関与することがわかってきています。

### 治療

保存療法としては患部の圧迫・安静、トラニラスト内服、ステロイド含有貼付剤、ステロイドの局所注射、レーザー、放射線照射があります。放射線照射は通常手術療法と合わせて行うのですが、巨大なケロイドや高齢のため手術が難しい場合などに単独照射での治療を行うことがあります。

手術療法は肥厚性癬痕・ケロイドの局所因子

をコントロールすることに主眼を置いて行います。癬痕部を切除するだけでなく、拘縮の解除や、皮弁形成によるキズの方向の転換、減張縫合などにより、キズにかかる力を少なくします。術後には予防的な保存療法を行い、ケロイドの場合にはさらに術後放射線療法を行います。

治療のゴールは患者さんにより異なり、痛み痒みがなければそれでいいという場合もあれば、目立つ部分にあり整容面の改善が一番の目的となる場合もあります。それぞれのニーズに合わせて治療を行えるよう希望を確認しながら治療を行っていきます。

### 最後に

今回はキズあと、特に治療の対象となることが多い肥厚性癬痕、ケロイドについて書かせていただきました。

餅は餅屋というように、キズはキズ屋の形成外科にと言っていただけのように、キズ、キズあとの治療に積極的に取り組んでいきたいと考えています。

キズやキズあとでお困りの方がいらっしゃいましたら是非、形成外科に声をかけていただけますと幸甚です。

## 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。

## 世界禁煙デーに因んで 那覇市医師会が取り組む禁煙推進パレード

那覇市医師会禁煙推進委員担当理事 嘉数 朗



那覇市医師会禁煙推進委員会では平成15年3月に「禁煙宣言」を行ってから、長嶺委員長を筆頭に那覇市に対して禁煙推進を強く働きかけ「歩きタバコ禁止条例」を制定するなど積極的に活動しています。そして那覇市民に禁煙の意識を高め、実際に禁煙する動機につながるよう毎年「国際通りトランジットモール禁煙パレード」を行っています。

令和元年11月24日日曜日、第12回国際通りトランジットモール禁煙パレードを行いました。禁煙パレードは平成18年から今年で12年間続いている禁煙啓発活動で、日曜日に歩行者専用となる国際通りで禁煙のノボリを持ち、禁煙を訴えるシュプレヒコールを連呼しながら行進するもので、音楽隊やバトンガールがいる訳ではありません。

これまでパレードは、医師会理事、病院関係者、保健所関係者とそのご家族のみの参加者で行っていましたが、回数を重ね10回を超えた時点の一つの節目として、これまで医療関係者のみの参加者だったのを見直し、多くの一般市民に参加してもらえるよう、各企業や業界に医師会から直接参加勧誘を行い、平成30年からは医療関係者と一般市民が等しく参加し禁煙を訴える、新しい形のパレードとなりました。

今回の参加人数は約70名、那覇市医師会から、山城会長と長嶺禁煙推進委員会委員長をはじめ医師会理事の先生方10名が参加、那覇市看護学校から看護学生8名参加、毎年参加のアドベンチストメディカルセンターからは10名参加、そして那覇市役所から5名の参加がありました。

一般参加として、前回第11回に続き谷村勝己社長を始めとしたジャンボツアーズの社員さん多数が参加してくださいました。そしてテレビ業界で有名なママドルこと中沢初絵さんも多忙なスケジュールの中、今年も参加してくれました。タレントの中沢初絵さんにはボランティアで参加いただいており本当に感謝しております。さらにモデル事務所 office RHIZOME からは喜屋武厚子社長をはじめ、モデルの饒平名理佐さん(那覇市医師会制作「介護福祉士普及PV」主演女優)等合計6名が参加してくれました。

司会は私嘉数が務め、山城那覇市医師会会長のパレード開始の挨拶、長嶺委員長の禁煙活動の挨拶に続き、ジャンボツアーズ谷村社長の挨拶をいただきました。日本では問題とならない歩きタバコが海外では犯罪となる国もあるなど、世界中を旅した谷村氏ならではの話を聞くことができました。



県庁前広場で出発式



横断幕を先頭にパレード

//////////////////////////////// 月間(週間)行事お知らせ //////////////////////////////////

禁煙推進パレードは「吸うまえに吸わない人へのおもいやり」の標語を書いた横断幕と那覇市ゆるキャラ「なはっぴー」を先頭に、「何度でも挑戦するぞ！禁煙に」の標語を書いた幟旗を何人が持ち、3～4列になりながら、禁煙シュプレヒコールを連呼しつつ観光客や家族づれで賑わう国際通りトランジットモールを進みました。



シュプレヒコールを先頭に進みます

禁煙推進パレードでは禁煙シュプレヒコールを連呼するだけでなく、禁煙外来を行なっている病院を紹介したポケットティッシュを沿道の方々に配布します。今回も家族づれで参加された方々があり、お子さんが禁煙外来ポケットティッシュを道ゆく人々に配布する微笑ましい光景も見られました。また、那覇市医師会職員の方々は沿道のポイ捨てタバコを回収しながら



沿道の人に禁煙外来案内ポケットティッシュを手渡す参加者のお子さん

パレードに参加しました。吸い殻拾いは地味で辛い作業ですが、非常に重要な活動です。

禁煙推進パレードは、県庁前の国際通り入り口を出発点とし国際通りトランジットモールを北へ約1時間ほどかけて終点モノレール牧志駅まで向かい、終点で参加者の挨拶をいただきました。まず長年禁煙パレードに参加している山根先生の禁煙パレードの意義についての挨拶に続き、今回も中沢初絵さんの挨拶、そして今回初参加の office RHIZOME 喜屋武厚子社長の挨拶がありました。中沢氏は最近初孫ができたとのことで「煙から子供たちをまもりましょう」の標語に強く賛同したとのことでした。また喜屋武氏は実の父親を肺がんで失った悲しみを振り返り禁煙の大事さを改めて痛感したと述べました。最後に那覇市保健課の東氏による締めめの挨拶で令和元年の禁煙推進パレードは幕を閉じました。

このように那覇市医師会では、禁煙推進として毎年禁煙パレードを行っており、今後も一般参加者の数をさらに増やすべく参加勧誘を行い、盛大なパレードを目指して活動を続けていく予定です。

**2019年 禁煙推進パレード シュプレヒコール**

<1部 (タバコの害をアピール)>

タバコをやめましょう！ No smoking

心臓病はタバコから！ No smoking

肺の病気はタバコから！ No smoking

煙から子供達を守りましょう！ No smoking

---

**2019年 禁煙推進パレード シュプレヒコール**

<2部 (禁煙の素晴らしさをアピール)>

禁煙でたまる貯金は18万！ No smoking

禁煙で明るい未来がやってくる！ No smoking

禁煙は意志の強さの証明だ！ No smoking

今日から禁煙ははじめましょう！ No smoking



パレード終了後の集合写真