

表彰

小渡有明先生瑞宝双光章受章 宮城信雄先生旭日小綬章受章 祝賀会 伊江朝次前沖縄県病院事業局長退任 我那覇仁沖縄県病院事業局長就任 村田謙二前沖縄県政策参与退任 激励会



常任理事 照屋 勉



平成 30 年 5 月 30 日 (火) PM7:30 より「ザ・ナハテラス (アダンの間)」において、「小渡有明先生：瑞宝双光章受章」・「宮城信雄先生：旭日小綬章受章」『祝賀会』および「伊江朝次先生：前沖縄県病院事業局長退任」・「我那覇仁先生：沖縄県病院事業局長就任」・「村田謙二先生：前沖縄県政策参与退任」『激励会』が執り行われました。『司会進行』は金城忠雄先生にお願いいたしました。

まず、沖縄県医師会会長・安里哲好先生からのご挨拶に引き続き、南部地区医師会副会長・安里良盛先生から小渡有明先生のご業績を、南部地区医師会会長・名嘉勝男先生から宮城信雄先生のご業績をご紹介頂きました。詳細は後述されておりますので、是非ご一読ください！

次に、翁長沖縄県知事のご名代としてご出席頂いた謝花喜一郎副知事よりご祝辞を頂戴いたしました。沖縄県医師会からの『記念品・花束

贈呈』の後、5 人の先生方から後進への“熱いメッセージ”を頂きました。本当にありがとうございました。そして、羨ましいほどいつもお元気な本会代議員会議長の長嶺信夫先生に、壇上の先生方に関するエピソードを短めにご披露頂き、パンチの効いた『乾杯の音頭』を取って頂きました。各方面から大勢の先生方にご参集頂き、楽しく充実した懇談が続き、盛大な『祝賀会・激励会』を終えることができました。

挨拶

安里哲好沖縄県医師会 会長



本日ここに、小渡有明先生瑞宝双光章受章・宮城信雄先生旭日小綬章受章祝賀会、伊江朝次前沖縄県病院事業局長退任・我那覇仁沖縄

県病院事業局長就任、村田謙二前沖縄県政策参与退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、小渡先生は保健衛生活動を通じて、ハンセン病・結核等にご尽力をされたご功績により、宮城先生は南部地区医師会長・県医師会長として長年に亘り会の発展並びに県民の医療・保健・福祉の向上にご尽力されたご功績により、この度の栄誉ある賞を受章されております。

また、この度、沖縄県病院事業局では、伊江朝次沖縄県病院事業局長が退任され、沖縄県病院事業局長に我那覇仁先生が就任されております。

本県における沖縄県病院事業局の役割は非常に大きく、今日に至るまで沖縄県の基幹病院、また、地域の中核病院として、救急医療、小児・周産期医療、離島・へき地医療、精神医療等の政策医療を提供するとともに、地域医療の確保にご尽力いただいております。

また、この度沖縄県政策参与を退任されました村田謙二先生におかれましては、平成28年4月から平成30年3月までの2年余に亘り、県下における医療政策の重要課題の解決にご尽力頂くと共に、行政と医師会のパイプ役を担って頂きました。

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、ご高承のとおり、昨年末都道府県別平均寿命の順位が発表され、女性は3位から7位、男性は30位から36位に順位が陥落した事は誠に残念な事です。本会では予てより65歳未満の死亡率が全国で男性がワースト5位、女性がワースト4位である点に鑑み「65歳未満健康・死亡率改善プロジェクト」を推進して参りましたが6月に発足する新執行部においてもこれを重点課題として当プロジェクト達成の為に新執行部一丸となって尽力して参る所存であります。

小渡先生、宮城先生、伊江先生、我那覇先生、村田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

安里良盛南部地区医師会副会長



この度の小渡有明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年久留米大学医学部を卒業され、愛媛県立中央病院にて実地修練終了後、久留米大学医学部に勤務されました。帰郷後の昭和44年4月に琉球政府コザ保健所、昭和45年12月に名護保健所長、昭和52年3月に沖縄県環境保健部予防課長、昭和57年4月に那覇保健所長、昭和61年5月にコザ保健所長を歴任されております。

更に、平成元年に沖縄県環境保健部総合精神保健センター所長、平成7年4月に沖縄県環境保健部参事兼南部保健所長を最後に退官されました。その後、平成14年4月からは医療法人社団輔仁会介護老人保健施設嬉野の園に勤務し、現在に至るまでの53年の永きに亘り、地域医療、保健、福祉の向上にご尽力されました。

特に先生は、昭和44年の琉球政府コザ保健所での勤務を皮切りに、保健所長や本庁の予防課長を務め、ハンセン病の予防対策にご尽力されました。

昭和45年12月から(財)沖縄らい予防協会(沖縄県ゆうな協会)の評議員を30年、理事を9年、理事長を8年間務め、合計47年間に亘り、ハンセン病患者の診療をはじめ、回復者及びその子弟に対する厚生指導、同啓発講話会及びパネル展などハンセン病に対する差別と偏見の解消等ハンセン病対策事業にご尽力されております。

また、戦前戦後を通じ、結核での死亡率が全国平均を大きく上回っていた当時、小渡先生は保健所長として、国立感染症研究所の結核専門医師による結核サーベイランス組織を活用した指導を実施され、本県の医師や保健所の診療技術等の向上に尽力されました。

更に、昭和46年6月から沖縄県公衆衛生協会理事に就任し、平成16年から会長を務めると共に、昭和48年7月から沖縄県小児保健協会理事に就任。以来、理事を13年8ヶ月、会長を16年務められ、現在は名誉会長となっております。

以上のような小渡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。

小渡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、業績紹介を終わります。

この度の受章、誠にめでとうございます。

業績紹介

名嘉勝男南部地区医師会会長



この度の宮城信雄先生旭日小綬章受章に際し、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63年4月から南部地区医師会の理事に就任し、以来、理事4年、常任理事2年、副会長6年、会長4年間務められ、合計16年の永きに亘り南部地区医師会の発展に多大な貢献を果たされました。

特に、理事に就任すると同時に、南部地区医師会館建設と21世紀の超高齢社会を展望した老人保健施設の設立に尽力され、地域住民の保健・医療・福祉の向上を狙いとす医師会活動の拠点作りに大きく貢献されました。

更に、先生は平成14年4月から平成18年3月までの4年間、沖縄県副会長を務め、平成18年4月より沖縄県医師会会長に就任し10年余りの永きに亘り、県民の医療、保健、福祉の向上並びに県医師会の会務運営・事業推進に尽力されました。

先生は、沖縄県医師会会長就任時より「地域に根ざした活力ある医師会」を目指し、地区医師会と県医師会との連携を保ちながら、地域医療や地域での医師会活動がよりスムーズに展開できるよう努めました。

沖縄県が抱える離島・へき地の医師不足、産婦人科医不足、県立病院事業の対応、助産師・看護師不足対策、長寿県復活の為に県民の生活習慣改善対策等の諸問題を解決する為に、行政へ医療政策の提言を行うことができる政策参与を県庁内に配置させ行政と県医師会との連携を盤石なものとした。

また、平成20年11月に、長年の懸案事項であった「沖縄県医師会館」を竣工させ、学術医療をはじめ地域医療の拠点として医師会活動が活発に行われるようになり、先生のモットーである「地域に根ざした活力ある医師会」の更なる推進を図りました。

また、当会館において、全県下の新臨床研修医を対象とした歓迎レセプションを開催し、全島一体型の研修の場を提供する礎を築き、本県の人材確保に貢献しました。なお、現在は平成29年10月から全国医師国民健康保険組合連合会会長を務められ、医師国保の発展に尽力されております。

以上のような宮城先生のこれまでの長年に亘るご功績が認められ、この度、旭日小綬章受章の栄に浴されております。

宮城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、業績紹介を終わります。

この度の受章、誠にめでとうございます。

祝 辞

謝花喜一郎沖縄県副知事



はいさい ぐすーよー、ちゅうがなびら。

小渡有明先生瑞宝双光章受章・宮城信雄先生旭日小綬章受章祝賀会及び伊江朝次前沖縄県病院事業局長退任・

我那覇仁沖縄県病院事業局長就任激励会並びに村田謙二前沖縄県政策参与退任激励会の合同開催にあたり、御挨拶を申し上げます。

小渡先生、宮城先生、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。両先生におかれましては、長年にわたり保健、医療及び医師会等の団体活動を通して県民生活の保健医療の向上、発展に御尽力をいただいております、その御苦勞に対して敬意を表するとともに、県民を代表して感謝申し上げます。

今後とも、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のために、お力添えを賜りますようお願い申し上げます。

病院事業局長を退任された伊江先生におかれましては、8年間にわたり沖縄県の病院事業の経営に携わり、救急、小児、周産期及びへき地医療等の充実、強化に取り組んでいただき、心から感謝申し上げます。

また、新たに病院事業局長に就任される我那覇先生におかれましては、引き続き病院事業の安定化や地域医療の充実に取り組んでいただけるものと期待しております。

そして、政策参与を退任された村田先生におかれましては、在任中は本県の医療行政の課題解決に向け、貴重な御助言をいただきました。

心から感謝申し上げますとともに、引き続き御指導、御鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

さて、医療関係者の皆様の御尽力や各医療機関の取り組みによって、本県の保健医療の水準は向上してまいりました。

一方、急速な少子高齢化の進展や生活習慣病の増加など保健医療を取り巻く環境は大きく変化しており、県民の健康寿命の延伸に向けた取り組みや地域ごとの医療提供体制の整備等が求められております。

そのような中、沖縄県では地域全体で切れ目のない医療体制の構築のため、第7次医療計画や地域医療構想に基づき、様々な施策を推進しているところであります。

目標達成のためには、地域医療を支える医療機関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小渡先生、宮城先生、また、病院事業局長を退任されました伊江先生、新たに病院事業局長に就任されました我那覇先生、そして政策参与を退任されました村田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御健勝を祈念申し上げ、お祝いの言葉といたします。

謝 辞

小渡有明先生



本日はどうもありがとうございました。

この度、はからずも瑞宝双光章受章の栄に浴しました。去る5月10日、皇居へ参内し天皇陛下へ拝謁してまいりました。

先程、南部地区医師会の安里副会長から荣誉あるご紹介を頂きましたが、帰省してから私は沖縄県の保健所で色々と仕事をさせて頂き、30年余保健所を中心に、地域の方や多くの方に色々とお世話になりました。今回の受章も多くの方々のお蔭だと思っております。

公衆衛生協会設立後今年で50年になりますが、小児保健協会にも当初からかわらせて頂きました。また、そういった事もありまして各島々を周り、沖縄の風土・習慣・歴史などを学ばせて頂きました。

これからも今まで以上に色々な事をさせて頂きたいと思っておりますので、本日お集まりの先生方今後共ご指導をお願い申しあげまして私の挨拶にかえさせて頂きます。本日はどうもありがとうございました。



宮城信雄先生



皆さんこんばんは。先程私の業績紹介を南部地区医師会名嘉会長に行っていました。そんなに大きなことを行ってこなかった気はしております。私が医師会活動を

できたのも周りにいた仲間が支えてくれたお蔭だと思っております。皆さんに感謝を申し上げますと思います。

また、この様な盛大な会を開いて頂きました沖縄県医師会会長安里先生どうもありがとうございます。改めて御礼を申し上げます。

この章を頂くかどうかという話がきた時、非常にありがたい名誉な事だと思いましたが、ただ、家内に相談をすると家内はいつか叙勲を頂く日がくるのは予測しては行きましたが嫌だとの話が最初にありました。叙勲を頂くと本当に大変ですね。色々準備をしないといけない。

まず皇居に行く時には男性は礼服（モーニング）、女性もきちんとした服を着用する事になっており、私達は着る服を持ち合わせてない。

まず、そこから心配が始まりました。宿泊するホテルで礼服をレンタルできると伺っていたのですが残念ながら私の着るものはありましたが、家内に合う服がなかった。何でも応えるホテルですけれども、ここには無いという事で別の貸衣装を紹介頂きました。銀座三越まで行って何とか家内に会う着物を調達致しました。その様な事があったので行きたくないという事があったかと思えます。

5月10日に叙勲の受章式がありました。最初に行ったのは厚生労働省、そこでは全国から120人ぐらゐの受章者と同伴者が来ておりました。一人ひとり名前を呼んで頂き手渡しで頂きました。その後に皇居に行きました。皇居では色々な建物があり、私達が受章式に参加した所は長和殿で一番長い建物のようです。その春秋の間で天皇陛下から体に気を付けて頑張るようにとのお言葉を頂きました。その後、同伴者と受章者の間を通りながら声をかけて下さり退出するまで非常に短い時間ですが、やはり受章された皆様方は感激されておりました。私も身に余る光栄で、またこの様な事は二度とない事だと思ひ非常に印象に残っております。また、ここにおられる皆様方のおかげだと思っております。特に側にいる家内のおかげだと思っております。私をここまで支えてくれたのは、家内がいたからだと思っておりますので、改めて感謝申し上げます。どうも皆様ありがとうございました。これからもよろしくお願い致します。



伊江朝次先生



皆さんこんばんは、3月に沖縄県病院事業管理者を退任しました伊江でございます。県医師会の安里会長を始め県医師会の先生方には私達の為にこのような席を設けて頂

きまして本当に感謝しております。

4月からフリーになり自由を謳歌していた所、医師会事務局長からどうしても激励会に出席頂きたいとの事で、今日は万難を排して出席致しました。挨拶代わりに私が今までしてきた事を話したいと思います。

私は、大学卒業後中部病院で研修医になりました。退職するまでの懲役43年間長かったです。先程、謝花副知事から新八重山病院の話がありましたが、私が八重山病院に勤めたのは自分の意思ではなく真栄城先生のせいです。私達が研修を修了する頃は必ず離島に行く事が当たり前になっていましたが、私の場合は前任者が辞めたくない戻りたくないとの事で離島に行きそびれました。その後、私の1年後輩の新垣先生が行く事になり彼が1人で行くのは嫌だと言うので真栄城先生が伊江一緒に着いて行ってくれと言われ、師匠の言いつけは守らないといけないので八重山病院へ赴任したのが運命の始まりで、これが僕の一生を決めたのではないかと考えています。八重山病院勤務の後に中部病院に戻りましたが、平成4年に八重山病院の副院長になり、1年半で中部病院に戻った後に再度平成11年に院長として八重山病院に行き約11年間八重山で院長をしました。その中で見えたのが沖縄県の病院事業の現実でありました。

平成10年代の県立病院は大赤字で倒産寸前で、不良債務・資金不足膨大で、一時借入金が100億円余りあり当時大阪府がワースト1で沖縄県がワースト2で非常に厳しい状況でした。そういう中で平成18年に公営企業全適になって初代の病院事業局長として知念清先生が4年間しっかり病院事業の債権の計画のルールをひいてくれました。私はその後を継いで2代目に

なり前半は非常に楽勝でしたが、私は病院現場から県庁に入った時は病院現場と県との関係は非常に厳しい状況でした。仕事がスムーズにできるように私は知事部局と県立病院課と病院現場の橋渡しをする事が役割だと思い日々8年間過ごしてきました。そういう意味では病院現場と県立病院課はかなり一体感ができていると思います。

昨今の労基法の違反の問題、公益企業法の新会計基準の適用等、非常に病院事業にとっては外圧の厳しい状況であります。職員が一体になって取り組めば、このような事は何とか打開できるのではないかと考えています。4月から就任された我那覇先生には大いに期待しております。

沖縄県の病院事業、北部病院の問題、医師の診療科の偏在、地域偏在、これは県立病院だけではなく県医師会の先生方の支援・協力なしには解消しません。沖縄県は他府県に比べればいい方だといいますが、やはりまだ足りない所がありますので今後とも県医師会の先生方には沖縄県の県立病院事業、いわゆる僻地医療への協力をよろしくお願いしたいと思います。私は43年間やったので随分エネルギーを放出しましたが、これから先何をしようかなと考えていますが、しっかり充電をしてまた新しい事ができればと思っています。

本日はこのような会を設けて頂きありがとうございました。沖縄県医師会の発展と県医師会の皆様の今後のご活躍を祈念して私のお礼の挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

我那覇仁先生



皆さん今晚は、まず最初に私の大先輩であります小渡有明先生、学校医関係で大変お世話になりました宮城信雄先生、お二人の叙勲を心からお喜び申し上げます。おめでとうございます。

また、先程、ご挨拶がありました伊江先生は私の大学の先輩です。8年間の長きに亘る激務に対し立派に病院事業局長として任務を終えた事に心から敬意を表したいと思います。

さて、私の自己紹介を行いたいと思います。私は1950年生まれで出身は那覇市です。1976年に千葉大学を卒業した後、県立中部病院小児科に勤め、その後カナダのトロント小児病院に留学しました。カナダでは沖縄県の小児心臓病をなんとかしたいという気持ちで小児循環器科、小児集中治療科を2年間研修し沖縄に帰ってきました。

帰国後は県立中部病院に勤務し、その後南部医療センター・こども医療センターの開設に伴い異動致しました。また最後の4年間は院長として病院全体をみる機会をもつことができました。

病院事業局には4月から赴任しましたが、赴任直後に麻疹の発生がありました。私は中部病院のICUも管理していましたが、1999年に2,000名を超える麻疹の大流行があり随分辛い思いをしました。その後はしか0（ゼロ）プロジェクトを始めとして沖縄県の予防接種活動が始まり、今回は重症患者がなく99人におさまり、その効果が出ていると思います。

今は、県立病院の公共性と経済性の二つの相反する役割をどううまくバランスを取るか奮闘しています。現在の病院事業は課題が山積しています。まず、一つ目は県立北部病院と北部地区医師会の統合の問題です。沖縄県で初めて県立病院と民間病院が合併する事はこれまでにない事業です。今日ご来場の謝花副知事のご理解を頂き保健医療部、北部地区の関係者と協力しながら良い病院を作ることができればと思います。二つ目に人材確保の問題です。最近クローズアップされている外科医・産婦人科医・小児科医等の確保をどうしていくかが問題です。沖縄県は卒後研修のメッカと言われていますが、今後は研修を終了した後も県立病院に勤務してもらうことと、琉大医学部の地域枠で卒業される方をうまく活用し、離島僻地の医療に貢献し

て頂きたいと思っています。三つ目に経営の問題です。先程、伊江局長から話しがありました。大変厳しい状況であることは間違いありません。今後病院機能の見直しや経営の見直しも色々と考えていかないといけないと思います。

厳しい話をしましたが中には明るい話題もあります。今年10月に新八重山病院が開院いたします。先日、謝花副知事と訪問致しました。すぐ立派な病院ですので、皆さん期待して頂きたいと思います。

私は仕事を行うにあたっていくつかモットーにしている事があります。一つ目は人の話をよく聞き相手の立場になって物事を考える。二つ目はスピード感をもち仕事をする。三つ目は、できないではなく、できるようにするにはどう取り組めばよいのか、建設的な立場で県立病院を今後率いていきたいと思っています。

最後に、私の趣味をお話致します。私は海外旅行が好きです。最近インバウンドの方々が大勢沖縄に来ています。今後、病院もそうですが、これらの人達と交流を持つ事も重要になると思います。

フランスの小説家にマルセル・プルーストという人がいます。彼の名言に「発見の旅とは、新しい景色を探すことではない。新しい目をもつ事だ」と。旅だけではなく全ての事象に新しい見方を持つ事が大切と考えます。

今後は、琉球大学、沖縄県医師会の皆様と手を取り少しでも沖縄県の医療に貢献できるよう、微力ではありますが全力を尽くして頑張りたいと思いますので是非、ご指導ご協力をよろしくお願い致します。

村田謙二先生



本日は激励会を開いて頂きありがとうございます。

私は2年間政策参与を務めました。激励会の話の頂いた時に恐縮して断ろうかと思いま

表 彰

したが考え直しました。それはこちらに出席頂いている先生方の周りには若い有望な先生方がたくさんおられるのでメッセージを伝えたいと思出席致しました。

私が2年間でできた小さな事ですが、今大学では世界中で競争を行っています。米国のハーバード大学、私達から見れば超一流の大学といえども座している研究者・学生達が来るのを待っている訳ではなく、自分達から積極的に海外に出て優秀な研究者を集める努力をしています。ハーバード大学は、世界の10ヶ所で研究者を育てる事業を行っています。アジアで2番目の拠点をなんと沖縄にあるOISTの施設を非常に気に入って、そこを拠点にしたグローバルエデュケーションとうプログラムを開催したいと申出がありました。簡単に言うと半年間インターネットをフルに活用した通信教育です。グループで半年経った後に英語の論文を最低1つ仕上げるのが目標です。その為の統計学的な処理の仕方やデータの集め方、あるいは倫理委員会

の仕方、研究費の集め方等を丁寧に半年間指導頂けます。授業はインターネットで何回も見ることができるので必ずしも英語が堪能だという必要はありません。もう一つの強みは南部医療センターに勤務している諸見里先生が実質きりもりしていますが、彼はハーバード大学に2年間留学し、英語がすごく堪能なのでそのプログラムに参加している一人ひとりが、きちんと授業についていけているかどうかという事を週に1回テレビ会議でチェックしながら環境を整えて行っていますので、必ずしも英語が堪能でなくても大丈夫です。皆さんの周りに若い方や又は中堅でも構いません。英語の論文を書けるようにしてあげたいという方がいましたら、NPO オアシスのホームページを見て頂きたいと思います。そちらに詳しく書かれています。NPO オアシスは井関先生と徳田先生と立ち上げました。本日はその件を是非皆様に伝えたくて今日の激励会を出席致しました。どうもありがとうございました。



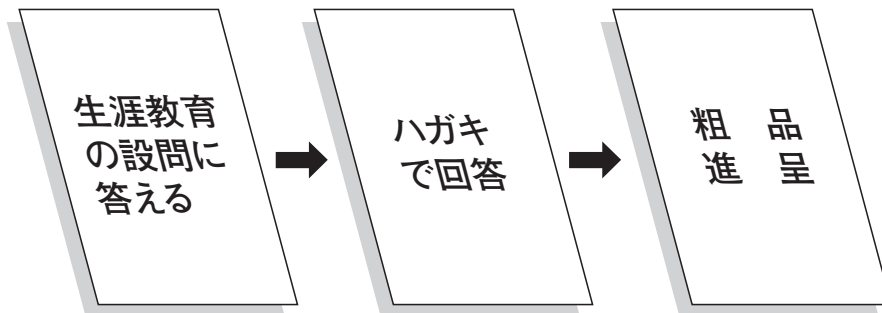
祝賀会・激励会の様子

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



摂食嚥下障害について

国立病院機構沖縄病院 神経内科
 中地 亮、渡嘉敷崇、赤嶺博行、立田直久、妹尾洋
 藤原善寿、城戸美和子、諏訪園秀吾

【要旨】

摂食嚥下障害は耳鼻科やリハビリテーション科などが主に専門的に診療することが多い。しかし、日本では誤嚥性肺炎の発症や死亡数も増加しており、多くの医師が誤嚥性肺炎の治療を行っている。診療科にかかわらず摂食嚥下障害について正しく理解することが必要と思われる。誤嚥性肺炎を予防するには嚥下の仕組みを理解し、スクリーニング検査で嚥下障害をきたしている可能性のある患者を見落とさず、必要に応じて嚥下造影検査（VF）や嚥下内視鏡検査（VE）で精査を行い、その障害に適した摂食・嚥下に関するリハビリを行うことが重要である。

【はじめに】

日本人の死因は2011年以降肺炎が脳血管疾患に代わり第3位となり、2016年の全死亡者に占める肺炎の割合は9.1%となった¹⁾。また、70歳以上の高齢者の肺炎のうちおよそ70%以上が誤嚥性肺炎と報告されている²⁾。現在でも診療科にかかわらず多くの医師が誤嚥性肺炎を経験していると思われるが、今後更に高齢化率の上昇とともに、誤嚥性肺炎による死亡率が増加することが予想される。誤嚥性肺炎のリスクを減らすために嚥下状態の評価を行い適切な対処を行うことが重要と思われる。当院でも嚥下造影検査に加え、2016年から嚥下内視鏡検査を行っており、特に神経内

科疾患の特徴について簡単に紹介させて頂く。

【摂食嚥下障害の原因】

主な原因を表1に示す。なお、高齢者においては複数の疾患を合併することで病態が複雑化し、さらに複数の服用薬剤による影響や、身体機能の低下、活動性の低下、栄養状態の低下によって摂食嚥下障害が増悪すると考えられる。

また、筆者の専門科である神経内科疾患であるパーキンソン症候群、筋萎縮性側索硬化症、筋疾患などで嚥下障害を多く経験するため、特に神経内科医は嚥下障害について正しく理解し、評価することが必要である。

表1 摂食嚥下障害の原因

1. 器質性嚥下障害（搬送路そのものの異常と周辺病変による圧迫によるものを含む） (1)腫瘍、(2)外傷、(3)手術、(4)奇形など
2. 運動障害性嚥下障害（搬送機構の異常） (1)脳血管障害、(2)変性疾患、(3)炎症（脳幹脳炎、膠原病、ギラン・バレー症候群など）、(4)筋疾患（筋ジストロフィー、重症筋無力症）
3. 機能的嚥下障害（搬送路にも搬送機構にも異常のないもの） (1)嚥下時痛をきたすもの（急性咽喉頭炎、多発性口内炎など）、 (2)心因性（ヒステリー、拒食症など）、(3)高齢者



【摂食嚥下のモデル】

摂食嚥下の動態や摂食嚥下障害の病態を説明するために、摂食嚥下モデルが概念として形成され、研究や臨床に用いられている。ここでは5期モデルについて表2に示す³⁾。

【スクリーニング検査】

以下の①～③の検査などが行われる。その他、食物テスト、舌圧や開口力の測定、MASA (The Mann Assessment of Swallowing Ability) などがある。

①反復唾液嚥下テスト (RSST)

口腔内を湿らせた後に、空嚥下を30秒間繰り返す。30秒で2回以下が異常。

②水飲みテスト

30mlの水を一気に嚥下し、5秒以内にむせなく飲めれば正常。それ以外は嚥下障害疑いか異常。動作全体を観察する。

③改定水飲みテスト (MWST)

3mlの冷水を口腔底に入れ、嚥下するよう指示する。嚥下状態によって5段階で評価し、異常所見を認めない場合には反復嚥下を2回行うよう促す。

【検査】

嚥下は嚥下関連器官（口唇、頬、舌、咽頭、喉頭、食道）の運動によって行われるが、その運動の大部分と食塊の動きは外から観察することができない。したがって、飲み込みの際に何が起きているかを知り、対策を立てるために下記の2種類の検査がゴールドスタンダードとなっている。これらの検査を行うことにより経口摂取困難とされていた患者が実際には経口摂取可能であると判断されることもある。

①嚥下造影検査：VF (videofluoroscopic examination of swallowing)

X線透視下でバリウムを含んだ食品を患者に食べさせて摂食・嚥下動態を観察する。摂食・嚥下障害でもっとも問題となるのは誤嚥であるが、食物が咽頭部を通過する様子、さらに誤嚥そのものを直接観察することができる。(表3)

②嚥下内視鏡検査：VE (videoendoscopic examination of swallowing)

喉頭内視鏡などを用いて直接観察下に着色水を嚥下させ、嚥下反射惹起のタイミング、着色水の咽頭残留および誤嚥の程度を指標に嚥下機能を評

表2 5期モデル

先行期：食物を目で見、鼻でにおいをかぎ、食具で口へと運び捕食するまで
準備期：捕食した食物を咀嚼し食塊形成して嚥下しやすい状態にするまで
口腔期：嚥下が開始されて食塊を咽頭へと送り込むまで
咽頭期：咽頭へと到達した食塊を食道へと送り込むまで
食道期：食塊が食道蠕動によって胃へと運ばれるまで

表3 VFの適応と禁忌（摂食・嚥下障害のVF実践ガイド）

適応	・自覚症状やRSST、MWSTなどのスクリーニングで何らかの異常が疑われる場合
要注意	・経口摂取をしているが微熱が続く ・肺炎が遷延化している ・唾液を含めた明らかな誤嚥がみられる
禁忌	・呼吸状態不良 ・重症肺炎 ・嚥下反射がみられない ・意識レベルが常にJapan coma scale(JCS)で2桁以下 ・VFに対する患者あるいは家族の同意が得られない



価する。有害事象としては、リドカインアレルギー、血管迷走神経反射、喉頭けいれん、鼻出血などがある。VEは、意識状態の悪い患者や人工呼吸器などで管理されている重症の患者や、機動性に優れており施設・在宅などで生活している患者にも適応となることも利点の一つである。(表4)

【当院での嚥下内視鏡検査について】

ここで当院での嚥下内視鏡検査の現状について報告する。神経筋疾患では摂食嚥下障害をきたし誤嚥性肺炎を発症する患者が多い。また、パーキンソン症候群のなかの多系統萎縮症(MSA)では声帯外転障害をきたし突然死する症例もある。嚥下状態を正確に評価し誤嚥性肺炎の予防または、不必要な絶飲食を防ぐことと、声帯外転障害の評価を行うことを目的に2016年8月から当科でVEを導入した。

当院神経内科医師は8人であり、耳鼻咽喉科医師は不在、言語聴覚療法士(ST)は1人であり、平成28年度の当科の退院患者数は約600人である。平成28年8月1日～平成29年11月13日当科に入院し、問診や実際の摂食状況などから摂食嚥下障害が疑われた患者、睡眠中のいびきや気道狭窄音があり声帯外転障害の可能性のある患者を対象にし、同意が得られた患者延べ100症例(男性53症例、女性47症例)でVEを行った。評価は主に兵頭スコア(表5～7)を用いて行い、本人の希望する食べ物(パン、肉、寿司)などの摂食も試みた。また、VEは毎月曜日1～2症例を神経内科病棟で神経内科医、

表4 VEとVFの比較

	VE	VF
被爆	なし	あり
場所的制約	なし	あり
時間的制約	なし	あり
実際の摂食時評価	可	不可
準備期・口腔期の評価	不可	可
咽頭期の評価	可	可
食道期の評価	不可	可

表5

評価(兵頭スコア)	
①喉頭蓋谷や梨状陥凹の唾液貯留	0:唾液貯留がない 1:軽度唾液貯留あり 2:中等度の唾液貯留があるが、喉頭腔への流入はない 3:唾液貯留が高度で、吸気時に喉頭腔へ流入する
②声門閉鎖反射や咳反射の惹起性	0:喉頭蓋や披裂部に少し触れるだけで容易に反射が惹起される 1:反射は惹起されるが弱い 2:反射が惹起されないことがある 3:反射の惹起が極めて不良

表6

評価(兵頭スコア)	
③嚥下反射の惹起性	0:着色水の咽頭流入がわずかに観察できるのみ 1:着色水が喉頭蓋谷に達するのが観察できる 2:着色水が梨上陥凹に達するのが観察できる 3:着色水が梨上陥凹に達してもしばらくは嚥下反射がおきない
④着色水嚥下による咽頭クリアランス	0:嚥下後に着色水残留なし 1:着色水残留があるが、2～3回の空嚥下でwash outされる 2:着色水残留があり、複数回嚥下を行ってもwash outされない 3:着色水残留が高度で、喉頭腔に流入する

表7

兵頭スコアの解釈	
4点以下	経口摂取は概ね問題なく行える。
5～8点	経口摂取は可能だが誤嚥のリスクがあり、食事内容の制限、気道管理、補助栄養の併用などが必要。
9点以上	経口摂取は困難、不可。

ST、看護師の多職種で行い、検査後症例についてカンファレンスを行った。

VEを行った主な疾患としては表8の通りであり、平均兵頭スコアは4.24であった。MSA23症例中3症例においてVEで声帯外転障害を認め、気管内挿管、気管切開術や喉頭全摘術(甲状腺癌を合併)などにより突然死を防ぐことができた。また、VEで経口摂取困難と判断されたが、希望のあった5症例で誤嚥防止術を施行され経口摂取可能となった。

表8 当院におけるVE100例の疾患別症例数
(2016年8月～2017年11月)

疾患名	症例数
多系統萎縮症	23
筋萎縮性側索硬化症	23
進行性核上性麻痺	11
パーキンソン病	7
皮質基底核変性症	7
重症筋無力症	6
レビー小体病	4
その他	19

神経筋疾患患者の摂食嚥下状態について兵頭スコアを用いて評価を行うことができ、検査中に様々な食べ物（パン、肉、寿司）の摂食をVEで観察し安全に摂取できるか確認することもできた。また、MSA患者においてVEは声帯外転障害と摂食嚥下状態の両方の評価を行うことができ非常に有用と思われた。

【リハビリテーション】

基礎訓練とは嚥下機能回復を目的とした食物も用いない訓練を指す。嚥下器官の運動機能低下、嚥下反射惹起の遅延、呼吸・体幹機能の低下に対して、基礎訓練は嚥下器官のリラクゼーションや筋力強化、感覚刺激入力の強化、神経再教育などから構成される。代表的な基礎訓練、間接訓練を記載する^{4) 5)}。

- ①嚥下体操：嚥下訓練時や食事開始前に行う準備運動であり、口腔器官の運動エクササイズ、頸部ストレッチ、深呼吸（口すぼめ呼吸）、咳嗽訓練、発声練習などがある。
- ②口唇・舌・頬のマッサージ
- ③アイスマッサージ訓練：凍らせた綿棒や氷水につけた綿棒などで嚥下反射誘発部位を刺激し、嚥下反射を誘発させる訓練であり、間接的嚥下訓練の代表的な訓練。
- ④冷圧刺激：前口蓋弓に冷温刺激や触圧刺激を与え、嚥下反射を誘発させるための感覚閾値

を低下させる訓練法。

- ⑤頭部挙上訓練（Shaker exercise）：仰臥位にし、頭部を持ち上げることで舌骨上筋群の等尺性運動と等張性運動をセットにして行う訓練である。
- ⑥ブローイング訓練：吹く動作により軟口蓋を挙上させる訓練。

【誤嚥防止術】

一般的に、リハビリテーションなどの保存的治療に抵抗性を示す難治性嚥下障害症例に対し外科的治療が選択される。いわゆる神経筋疾患や変性疾患などでは嚥下機能は経時的に悪化する傾向にあるため誤嚥防止術が選択されることがほとんどである。最大の目的は食物や唾液の誤嚥を防ぐことである。気道と消化管を完全に分離することで誤嚥による肺炎の反復や窒息がなくなる⁶⁾。

(誤嚥防止術の目的)

- ・食物や唾液の誤嚥防止（窒息を防止）
- ・喀痰の減少（吸引処置の減少）
- ・夜間の良眠
- ・家族負担の軽減
- ・人工呼吸器管理の容易さ
- ・経口摂取の可能性

神経難病における誤嚥防止術の適応⁷⁾

1. 難治性の嚥下障害および誤嚥があり、保存的対処により十分な改善が望めない
 2. 音声言語でのコミュニケーションが困難で、回復の見込みがない
 3. 十分に説明を受け、同意が得られたもの
 4. 誤嚥が著明で、誤嚥性肺炎の既往があり、今後も誤嚥性肺炎を併発する可能性が高い
 5. 下記のうち2つ以上を認める
 - 1) 誤嚥性肺炎を併発する可能性が高い
 - 2) 喀痰量が多く、頻回の喀痰吸引を必要とし、本人または介護者が疲弊している
 - 3) 経口摂取を強く希望している
- 1, 2, 3, 4 または 1, 2, 3, 5 を満たすものを適応とする。ただし、手術困難例は除外する。

【まとめ】

嚥下障害の原因、摂食嚥下のモデル、スクリーニング検査、VE、VFなどの検査、リハビリテーション、誤嚥防止術について述べた。食べることは人が生きる上で重要であり、大きな楽しみであることが多い。絶食とされていた患者がリハビリや食事形態の変更、食事の際の体位の工夫などにより経口摂取できるようになると、表情も明るくなりあらゆることに意欲を持って取り組むようになることもしばしば経験する。反対に、詳しく嚥下評価すれば経口摂取は困難であるにもかかわらず、経口摂取を漫然と続け誤嚥性肺炎を頻回に繰り返すこともある。上記のことを避けるため、まずは主治医が嚥下に対

して少しでも興味を持ち、様々なスクリーニング検査や嚥下評価の検査があることを知ることが重要と思われる。

<参考文献>

- 1) 厚生労働省.平成 28 年人口動態統計月報年計の概況 結果の概要. 2016.p.10.
- 2) J Am Geriatr Soc 2008
- 3) 摂食・嚥下障害の VF 実践ガイド
- 4) 摂食嚥下リハビリテーション 第 3 版
- 5) よくわかる嚥下障害 181-201
- 6) 神経内科, 87 (6) : 626-629, 2017
- 7) 誤嚥防止術のアルゴリズムと適応基準. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「政策医療ネットワークを基盤とした神経疾患の総合研究」統括研究報告書 163-164, 2006





問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. VE (嚥下内視鏡検査) は意識状態の悪い患者では施行できない。
- 問 2. VE は特別な設備が必要であり、病院でしか施行できない。
- 問 3. VF (嚥下造影検査) のデメリットは被爆することである。
- 問 4. 多系統萎縮症では、声帯外転障害のため突然死することがある。
- 問 5. 嚥下障害に有効なりハビリテーションはない。

高齢者、あるいはハイリスクの患者などは低疾患活動性をめざす。

- 問 2. RA の患者は早期診断が求められているが、診断がつかない場合には関節エコーや MRI が滑膜炎の有無や活動性を評価するのに有用である。
- 問 3. 生物学的製剤の登場で寛解症例が増加し、すべての整形外科手術が減少している。
- 問 4. メトトレキサートは eGFR 30ml/min/1.73 m² 以下の患者では禁忌で、軽い腎機能低下が見られる高齢者や脱水などがある場合は腎機能低下が進み、WBC 低下や肝障害などをきたすことがあるので注意が必要である。
- 問 5. 比較的長期にコントロール不良な RA 患者では腎臓 (蛋白尿) や腸管にアミロイドーシス (下痢や血便など) を合併することがあるが、生物学的製剤を使うとさらに悪化するので使うべきではない。

C

A

CORRECT ANSWER!

5月号 (Vol.54) の正解

当院における関節リウマチ治療の実際

問題

次の文章を読んで、○×で答えよ。

- 問 1. 関節リウマチの治療目的は、発症早期の患者では T2T (Treat to Target) で臨床的寛解、構造的寛解 (骨びらんや関節裂隙などの進行しない状態)、機能的寛解 (日常生活での支障のない状態) をめざす。一方、RA の罹病歴が長い患者、

正解 1.○ 2.○ 3.× 4.○ 5.×

- 問 3. 人工関節置換術や滑膜切除術などは減少しているが、手指や足趾の整容目的の小手術は増加している。
- 問 5. 生物学的製剤を使い、炎症が軽快するとアミロイドーシスが改善することが報告されている。

高齢入院患者における
発熱の検討



中頭病院 総合内科
伊敷 洋平、
新里 敬

【背景】

近年、本邦では総人口における高齢者の割合が増加している。平成 29 年の総務省の発表によると、総人口 1 億 2,671 万人のうち 65 歳以上の高齢者は 3,514 万人であり、27.7% で過去最高を記録しており、それに伴い、入院患者も高齢者が占める数も増加している¹⁾。

入院中の高齢者は複数の基礎疾患を有し、加齢に伴う身体機能の低下もあり、様々な原因による発熱をきたすことが多い。そこで、高齢入院患者における入院中の発熱の原因についての検討を行った。

【対象と方法】

2017 年 3 月 1 日から 2017 年 8 月 31 日の半年間、中頭病院総合内科で入院加療を行った 65 歳以上の 242 名（男性 104 名、女性 138 名）を対象に後ろ向きカルテレビューを行い、入院契機となった疾患とは別の原因による 37.5 度以上の発熱の原因を検討した。同一患者で複数の発熱エピソードがある場合、原因が別のは別個に算定した。

入院主病名が感染症の場合は入院 1 週間以内の発熱、入院中発熱の原因が感染症であった場

合は治療終了から 1 週間以内の発熱、および慢性感染（結核や膿瘍）による発熱は除外とした。また、発熱群と非発熱群に患者背景の差については Charlson Comorbidity Index (CCI)²⁾ に基づいて検討した（表 1）。統計解析はカイ二乗検定、Pearson 検定、Fisher 検定、t 検定を用いた。

表 1. Charlson comorbidity index

Score	該当疾患
1	慢性肺疾患 リウマチ疾患 慢性合併症のある糖尿病 腎疾患
2	うつ血性心不全 認知症 軽度肝疾患 片（対）麻痺 悪性腫瘍
4	中等度から重度肝疾患 AIDS/HIV
6	転移性固形腫瘍

（文献2より）

【結果】

242 名中、発熱した患者は 68 名（28%、男性 24 名、女性 44 名）であった。発熱をきたす患者背景としては、神経疾患・脳血管障害・固形癌患者が有意に多く、CCI スコアも発熱群において有意に高かった（表 2）。また発熱群において入院日数が有意に長かった。入院主病名に関しては発熱群と非発熱群では概ね差はなかった（表 3）。

97 の発熱エピソードがあり、その原因としては感染症が 59%、非感染症が 22%、原因不明が 19% であった（表 4）。感染症の中でも最頻度は誤嚥性肺炎を含む呼吸器感染症（35%）で、次に尿路感染症（9%）、カテーテル関連血流感染症（5%）であった。非感染症の中では偽痛風が最も多く（7%）、次いで薬剤熱（4%）、深部静脈血栓症（3%）であった。原因不明の多くは治療介入せず自然解熱を認めた。

【考察】

高齢入院患者における発熱症例の原因調査の報告は少ない。上野らの報告によると、高齢入院患者の発熱原因の約 70% は感染症であり、最頻度は呼吸器感染症で 34.5%、次いで尿路感

表 2. 高齢入院患者 242 名の背景

	発熱群 (n=68)	非発熱群 (n=174)	P
平均年齢(歳)	87±9	84±9	0.25
性別-男性	24	80	0.13
-女性	44	94	
入院日数(日)	31±18	12±12	<0.001
併存症			
神経疾患/脳血管障害	64(94%)	121(70%)	<0.001
糖尿病	18(26)	48(28)	1.00
慢性心不全	17(25)	26(15)	0.09
喘息/COPD	14(21)	43(35)	0.61
固形癌	13(19)	13(8)	0.02
慢性腎不全(透析)	2(3)	5(3)	1.00
肝硬変	2(3)	4(2)	0.68
血液腫瘍	1(1)	2(1)	1.00
CCI score [※]	3.8±2.9	2.3±2.0	<0.001

※ CCI: Charlson comorbidity index

表 3. 高齢入院患者 242 名の入院時診断

入院主病名	発熱群			非発熱群			P
	n=68 (%)	n=174 (%)	P	n=68 (%)	n=174 (%)	P	
呼吸器感染症	23(34)	74(43)	0.21	呼吸器疾患	2(3)	3(2)	0.62
脳血管障害	10(15)	24(14)	0.84	敗血症	2(3)	2(1)	0.31
尿路感染症	10(15)	24(14)	0.84	腸炎	1(1.5)	1(0.6)	0.48
循環器疾患	5(7)	10(6)	0.77	脱水	1(1.5)	1(0.6)	0.48
電解質異常	3(4)	11(6)	0.76	整形疾患	0(0)	1(0.6)	1.00
悪性腫瘍	3(4)	0(0)	0.02	不明熱	0(0)	1(0.6)	1.00
肝胆道系感染症	3(4)	0(0)	0.02	結核	0(0)	1(0.6)	1.00
軟部組織感染症	2(3)	7(4)	1.00	横紋筋融解症	1(1.5)	1(0.6)	0.48
消化器疾患	1(1.5)	5(3)	1.00	その他	1(1.5)	4(2)	-
神経疾患	0(0)	4(2)	0.58				

表 4. 入院中の発熱原因

	発熱原因(%)	発熱原因(%)	
感染症	57(59)	非感染症	21(22)
呼吸器感染症	34(35)	偽痛風	7(7)
尿路感染症	9(9)	薬剤熱	4(4)
CRBSI ^{※1}	5(5)	深部静脈血栓症	3(3)
軟部組織感染症 ^{※2}	4(4)	器質性肺炎	2(2)
肝胆道系感染症	2(2)	腫瘍熱	1(1)
クロストリジウム・ ディフィシル腸炎	1(1)	その他 ^{※4}	4(4)
その他 ^{※3}	4(4)		

※1 CRBSI: カテーテル関連血流感染症 ※4 骨折、間質性肺炎、脳梗塞
 ※2 CRBSIとの重複例あり
 ※3 脳炎、椎体炎、敗血症、門脈気腫

染症で 23.8% となっている³⁾。また原因不明が 26.9% となっており、今回の検討とほぼ同じであった。これは対象を高齢者としており、患者背景が類似しているためであると考えられる。発熱群においては CCI スコアも高く、神経疾患や脳血管障害など ADL が低下している症例

も多いため、原因不明の中には不顕生誤嚥の可能性もあり得る。

急性期病院入院患者の感染症の原因について調査した Shelly らの報告によると、呼吸器感染症(肺炎+下気道感染症)が約 25% と最も高く、次に手術創部感染が約 22%、消化管感染症が約 17% (内 12% がクロストリジウム・ディフィシル腸炎) となっている⁴⁾。今回の検討と呼吸器感染症が最頻度なのは同等の結果であるが、それ以外の原因頻度に関してはかなり構成が違っている。これは、内科以外、例えば外科入院患者や高齢者以外も対象に含まれているためと考えられる。

上記 2 つの報告は発熱の原因として感染症に主眼が置かれており、発熱の原因として偽痛風や深部静脈血栓症などの非感染症に関しては言及が少ないが、今回の検討では非感染症の原因にまで調査できていることが特徴といえる。今回の検討の限界としては、対象患者数が少なく有意差の妥当性が弱いこと、単施設で後ろ向きの検討によるものなので対象選定の曖昧さ・偏りなどのバイアスが除去できない点、診療科が限定され半年間の調査期間のため、並存疾患や発熱の原因の偏りが生じている点が挙げられる。

それでも、実臨床でよく経験する高齢入院患者の発熱原因の検討であり、非感染症の頻度まで調査できており、今後の診療の参考となるものだろう。高齢入院患者の発熱の原因として、感染症を考慮しつつも感染症以外の鑑別も怠らず、病歴や身体所見を丁寧にとることによって安易な抗菌薬処方の回避にもつながる。

【文献】

- 1) 総務省: 統計からみた我が国の高齢者 (65 歳以上) . <http://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics103.pdf>
- 2) Quan H, et al: Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. Am J Epidemiol 173: 676-82, 2011.
- 3) 上野久美子ら: 高齢入院患者における発熱症例の実態調査 - 調査方法と発熱の原因疾患. 感染症誌 72: 493-498, 1995.
- 4) Shelly S, et al: Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. N Engl J Med 370: 1198-1208, 2014.

沖縄県ドクターバンクからのお知らせ

常勤・非常勤での勤務先を探している、ベテランの技を活かしスポット勤務で働きたいとお考えの先生方、または産業医として勤務できる事業所をお探しの皆様！沖縄県ドクターバンクに登録してみませんか？当バンクでは多くの求人情報の中から、皆様のご希望に合う医療機関をご紹介します。

☆下記の登録票に必要事項をご記入の上、沖縄県医師会事務局 業務1課まで、FAXにてお申し込みください。

FAX 番号:098-888-0089

沖縄県ドクターバンク登録票 (医師用)

*項目は必須

受付登録日： 年 月 日 受付番号：

ふりがな *氏名	-----		*生年月日	(西暦) 年 月 日生	
*住所	〒 -				
*連絡先	電話(自宅または携帯)：				
	E-mail：				
*医籍登録日	年 月 日登録	保険医登録番号	医 号		
*医籍番号	第 号	*専門診療科			
資格	専門医資格	その他の資格			
*現在の状況	①就業中 ②休職中(産休・育休・病休) ③離職中 ④その他：				
現在の勤務先					
希望条件	就業形態	①常勤 ②非常勤(頻度 回/月程度) ③その他：			
	希望診療科				
	施設種別	①病院 ②診療所 ③その他：			
	希望地域	第1希望： <input type="checkbox"/> 那覇 <input type="checkbox"/> 南部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 北部 <input type="checkbox"/> 離島			
		第2希望： <input type="checkbox"/> 那覇 <input type="checkbox"/> 南部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 北部 <input type="checkbox"/> 離島			
	勤務希望時期	①今すぐ ②平成 年 月頃から ③未定			
	勤務時間	勤務可能な曜日	月・火・水・木・金・土・日		
		勤務可能な時間帯	時 分 ~ 時 分		
	当直勤務	①できる ②できない			
	希望業務内容	①病棟 ②外来 ③健診 ④パート ⑤臨時 ⑥産業医			
	給与	常勤務の場合	月給：	以上	
		非常勤の場合	日給：	以上	月給： 以上
		臨時の場合	時給：	以上	
保育所	①必要 ②必要なし				
再就業のための再研修	①必要 ②必要なし				
その他希望					

*氏名、住所等の個人が特定される情報につきましては、個人情報保護関連法令に則り開示・公表また無断流用は一切いたしません。

《提出・問合せ先》
〒901-1105 南風原町字新川218-9
沖縄県医師会事務局
業務1課 ドクターバンク担当
TEL.098-888-0087 / FAX.098-888-0089

県立北部病院院長 久貝 忠男 先生



○出口先生 この度は県立北部病院の院長ご就任おめでとうございます。ご就任にあたっての感想と今後の抱負をお聞かせ頂けますか。

○久貝先生 私にとってこの1年はまさに「光陰矢のごとし」でした。昨年、南部医療センター・こども医療センターから副院長として赴任して、北部の雰囲気慣れる間もなく、今年は院長の重責を担うことになりました。これまで心臓血管外科医として22年間、昼夜、時間外を問わず家族を放擲し、診療一筋に専心してきました。いまは一時的に心臓外科を離れていますが、今でも心臓外科が好きです。実は管理業務をやるにあたって、決断や判断の切り替え、危機管理など心臓外科手術に通ずるところがあり、考え方が生きています。そして、何よりも諦めない気持ちでしょうか。心臓の手術で何度も諦めかけて、自分を奮い立たせました。

大きく違うところは心臓の手術ははっきりして、すぐ結果がでますが、管理業務は結果が出るのに時間がかかることです。その点はまだせっかちになるところが抜けていません。今後の抱負はそのまま、課題の克服でしかありません。

○出口先生 北部の急性期医療そのものが非常に厳しい状況にきています。去年・一昨年と年々悪くなってきているのが現状だと思っています。

基幹病院という次へのプロジェクトの道ができてつつありますが、現在の県立北部病院の現状と課題を教えてくださいませんか。

○久貝先生 北部病院は昨年度から外科、内科、産婦人科、眼科の医師が相次ぎ退職、それによる診療科の制限、廃止と目まぐるしく変化し、新年度は極めて厳しい状況からの出発で

す。中・南部に医師が偏在し、これまでも当院は慢性的な医師不足に悩んで来ました。今年度はさらに拍車がかかり、診療科の制限、廃止に至りました。私の最大のミッションはこのような負の連鎖を脱し、一刻も早く北部に安心した医療を提供することです。当院は北部12市町村を背景とする北部地区の伝統ある中核病院です。赴任するにあたり、「北部の救急医療は激務である」との噂を聞いていました。24時間365日の受入れ体制を継続するには大変な努力が必要であり、時には36時間勤務を強いられることもあります。また、「専門外」の患者さんを診察しなければならない実情もあります。南部医療センターの移転前の旧那覇病院は同じ状況でした。幸い、旧那覇の時は周辺の多くの急性期病院が輪番制を取り、かつ那覇市の急病センターがありましたので、北部ほどではなかったと思います。北部のように内科医、外科医が前線に立って、一次救急を見るのは体力や気持ちの疲労を起し、離職につながる可能性があります。救急医療の疲弊、崩壊はその恩恵が得られない患者さんの発生につながり、それはなんとしても回避しなければなりません。そのためには、医師の定着には住環境の整備、モチベーションをいかに維持するかも大切と考えています。でも、ないものはないので、大切なものは何と与えられているかではなく、与えられたものをどう使うかでしょう。北部病院の医師不足は深刻です。中南部のように代替の施設が少なく、中南部へ行くようなら何のための住

民の医療かわかりません。北部で地域完結できるように今残った機能を最大限に生かす工夫を考えます。管理者自らが「こうしよう」「これができる」と具体策を掲げ、職員もひとりひとりが、「病院のために何ができるか?」、人事異動のサイクルの中で集中して行動して欲しいと思います。

○出口先生 先生の話の中で非常にインパクトある言葉が負の連鎖を断ち切るという事でした。具体的な案として住環境の整えやモチベーションを下がらないように取り組んでいられるとの事ですが、実際何か手がけているプロジェクトはありますか。

○久貝先生 今でもそうですが医師確保を県の人材育成にかなり頼っている所がありますが、ダメもとでも院長自ら医局員の出身大学と掛け合った事があります。

○出口先生 県立北部病院と北部地区医師会病院との再編・統合による基幹病院構想が進んでいます。その課題や展望等について先生のお考えをお聞かせ下さい。

○久貝先生 12万あるいは10万の対象人口に2つの急性期病院がありますが、それぞれ得意分野が異なります。また、北部病院と医師会病院が設立された26年前とはたぶん事情はかなり変わっているのではないのでしょうか?地方の医師不足、病床機能の編成、高齢化社会の到来など時代の変化についていくことが必要です。そのためにも、病院の再編、統合は自然の流れでしょう。

これは北部だけに限りません。中南部もいずれ単体だけでは苦しいと思います。私は以前、2015年9月号の県医師会報に沖縄県の心臓外科施設の多さを問題視しました。九州だけで見ても福岡県の20について多く12施設です。



人口比からすると1施設のカバー人口は11万。他府県は2倍の20～30万です。アクセスがいいと言えいいですが、外科医の腕は確実に落ちます。また、進歩も鈍足になり、医療資源も無駄にし、症例確保のための無理矢理手術が増える可能性があります。沖縄県の人口規模なら、4～5施設で十分です。私は医療というのは電気や水道、ガスなど生活になくてはならないインフラと思っています。住民も病院職員もそのような大所高所の観点から、議論を見つめて直して欲しいと思います。我が国の素晴らしい国民皆保険維持のためにも、限りある医療資源を有効に使わなくてはなりません。電気はあった方がいいが、料金は払いたくないでは、生活は成り立ちません。議論は適正な料金は何かと言う議論だと思います。基幹病院をつくることに反対する人々は少数だと思います。多くの人が賛同しています。最大の課題は2つです。設置主体は誰か？もう一つは経営形態です。これは両輪であり、統合問題には切り離せません。北部病院の医師不足からくる医療体制は厳しいものがあります。もちろん、統合によって医師不足が解決するものではありませんが、最新の設備を入れ、アメニティーを良くすれば医師定住のきっかけにはなると思います。分散している医療資源を集めれば、効率的な働き方ができます。5年後が予定されていますが、現状を考えると個人的にはもっと早めるべきかと思っています。

○出口先生 県医師会に対するご要望がございましたらお聞かせ下さい。

○久貝先生 これまでも県医師会は研修医の育成に多大な努力をされており、敬意を表します。特に全県的な研修医のレセプションを開催したり、また、県医学会で以前と違って研修の表彰部門を設けたり、様々な工夫を凝らして、初期研修医のトレーニングのメッカとなる状況を作り出しているものと思います。沖縄県の医療政策はへき地、離島の健康を守るという使命がありますが、住民も当事者意識を持ち、適

正受診をこころがけて欲しいと思います。医師会としてもその辺の啓発運動をしてもらいたいものです。

現在、基幹病院において北部地区医師会が参加しており、さらに綿密に連携をとりあっていい病院を作って欲しいと思います。

○出口先生 最後に日頃の健康法、ご趣味、座右の銘等がございましたらお聞かせ下さい。

○久貝先生 座右の銘は徳川家康の家訓です。私に無いすべてが網羅されています。怒りをいかにコントロールするかを常に悩んできました。家康の我慢強さを取り入れたいと口ずさんでいます。

『人の一生は重き荷を負って遠き道に行くが如し、急ぐべからず 不自由を常と思えば不足なし 心に望み起こらば、困窮したる時を思い出すべし 堪忍は無事長久の基、怒りは敵と思え勝つことばかり知りて、負けることを知らざれば、害その身に至る 己を責めて人を責むるな 及ばざるは、過ぎたるに勝れり』

また、座右の銘ではありませんが、『医は仁術ではない』と言うことです。もちろん、算術でもありません。結構知らない人が多いと思いますので、紹介します。これは大江雲沢（明治32年）の言葉です。「医は仁ならざるに術、務めて仁をなさんと欲す」。全て医師を敵に回すような言葉ですが、真実ではないでしょうか？つまり「医療は無条件に善なのではなく、医者次第で善にも悪にもなる。だから、医師は仁に



近づくように、常に謙虚に患者のために尽くすべきである」。以前から『医は仁なのか』、利己になっていないかと思案している時にその言葉に出会いました。医療事故や興味本位的、スキルアップが目的のような手術、患者へのあさましい態度など、その裏側を知るたび「医療は仁でない」と感じるがあります。また、都会でもへき地、離島でも、医師の仕事は生活の糧であるということを改めて痛感します。忘己利

他とは青臭いとしりつつ、「なぜ医師になったか」を名護で見つめなおしています。趣味は読書、歴史を語ることが好きです。歴史は現在、未来を映し出す鏡と思っています。健康のために水泳、ジョギングをしています。そして、ストレス解消に革ジャンを着て、1450cc、250kgのハーレー・ダビットソンで新緑の山原路をぶっ飛ばしています。名護に来て土地勘もでき、山原路がとても近くなりました。

お知らせ

文書映像データ管理システムについて（ご案内）

さて、沖縄県医師会では、会員へ各種通知、事業案内、講演会映像等の配信を行う「文書映像データ管理システム」事業を平成23年4月から開始しております。

また、各種通知等につきましては、希望する会員へ郵送等に併せてメール配信を行っております。

なお、「文書映像データ管理システム」（下記 URL 参照）をご利用いただくにはアカウントとパスワードが必要となっており、また、メール配信を希望する場合は、当システムからお申し込みいただくことにしております。

アカウント・パスワードのご照会並びにご不明な点につきましては、沖縄県医師会事務局（TEL098-888-0087 担当：新垣・國吉）までお電話いただくか、氏名、医療機関名を明記の上 omajimusyo@okinawa.med.or.jp までお問い合わせ下さいますようお願い申し上げます。

○「文書映像データ管理システム」

URL： <http://www.documents.okinawa.med.or.jp/>

※ 当システムは、沖縄県医師会ホームページからもアクセスいただけます。