

平成30年度第1回マスコミとの懇談会 「受動喫煙・禁煙外来について」



理事 白井 和美



今回は、沖縄大学副学長の山代寛先生に、受動喫煙の害についてご講演いただきました。

その際、資料として、小職も参加している日本医師会広報委員会が作成した「禁煙は愛」という小冊子をご利用いただき大変ありがたかった。実は、この冊子作成に当たっては、演者の山代先生、仲本病院の玉城先生にもご協力いただいたため、この場をお借りして両先生に御礼申し上げたい。

さて、昨年夏に電子タバコに関する懇談会を開催し、それに引き続いてのたばこ関連の懇談会開催に、マスコミの反応はどうなるのか大変心配したが、出席者も多く杞憂に終わった。また、質問では、前回の講演会の内容を踏まえたものも出るなど、活発な討議が行われた。受動喫煙の害については、東京オリンピック・パラリンピックに関連して関心が高まっているところだが、沖縄県内でもこれまで以上の真剣な取り組みが必要であると感じた。

マスコミとの懇談会出席者

1. マスコミ関係者

(順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	大城 勝太	エフエム沖縄放送局ディレクター	エフエム沖縄放送局
2	西銘むつみ	NHK 沖縄放送局記者	NHK 沖縄放送局
3	前森智香子	琉球新報社社会部記者	琉球新報社
4	大森和歌子	沖縄テレビ	沖縄テレビ
5	下地由実子	沖縄タイムス記者	沖縄タイムス
6	石川 亮太	沖縄タイムス記者	沖縄タイムス
7	吾津洋二郎	琉球放送記者	琉球放送
8	照屋 信吉	FM たまん取締役会長	FM たまん
9	大城 作	FM たまん取締役	FM たまん
10	新垣 博子	ぎのわんシティ FM 主任	ぎのわんシティ FM

2. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	山代 寛	沖縄大学人文学部 福祉文化学科教授・副学長	沖縄大学
2	照屋 勉	広報委員	てるや整形外科
3	白井 和美	広報委員	白井クリニック
4	出口 宝	広報委員	もとぶ野毛病院
5	玉城 仁	那覇市医師会	仲本病院
6	小濱 守安	沖縄県公務員医師会	県立南部医療センター・ こども医療センター
7	大湾 勤子	国療沖縄公務員医師会	国立病院機構沖縄病院

懇談内容

懇談事項

平成 30 年度第 1 回マスコミとの懇談会受動喫煙と禁煙外来について（日本医師会の啓発冊子をもとに）

沖縄大学 副学長 山代 寛



【はじめに】

今回の懇話会の配布資料として、拙稿「禁煙外来における患者サポート」¹⁾と、「禁煙は愛」²⁾という冊子をお配りした。「禁煙外来における

患者サポート」については本年3月刊行された月刊保団連3月号に掲載されたもので医療従事者向けに禁煙外来の実際を記載したものだ。「禁煙は愛」はちょうど一年前に発行された日本医師会のタバコの啓発冊子で予稿の段階で沖縄県医師会の白井先生から意見を求められ微力だが作成に私も協力することができた。一般の市民に受動喫煙の恐ろしさと喫煙対策の重要性についてわかりやすくまとめているので、まずは「禁煙は愛」（以下冊子と略す）をもとに受動喫煙と禁煙の重要性などについて解説する。

【禁煙は愛】

タバコが身体に悪いことを知らない喫煙者はまずいないだろう。しかしながらタバコの煙が、タバコを吸わない周りの人の命も確実に縮めていることを認識している人はまだまだ少ない。

今年の世界禁煙デーのテーマは、日本では厚生労働省が「望まない受動喫煙をなくそう」としているのだが、そもそも受動喫煙の深刻さを知っていてそれを望む人など存在するのだろうか？

冊子の1ページ目 序文にあるように、望んでもいない受動喫煙によって健康を害している人たちがおり、喫煙者がタバコをやめれば、たくさんの命にかかわるリスクを減らすことがで

きる。禁煙は、周りにいる大切な人たちに対する愛の証であり、受動喫煙による健康被害が医学的に明らかになっている今こそ、禁煙を真剣に考えて欲しいと切に願っている。

【禁煙は日本への愛】

私のモットーは「愛国禁煙」だ。おかげさでなく禁煙が国民を救う、国家を救うと信じている。我が国のタバコの害から国民の健康を守る姿勢は諸外国に比べて著しく遅れている。2020年の東京オリンピック・パラリンピック開催は、日本がタバコによる健康被害のない社会を目指して変わる大きなチャンスだ。国際オリンピック委員会（IOC）と世界保健機関（WHO）の意向を受けて、近年のオリンピック開催都市では受動喫煙防止が徹底されている。開催都市では競技会場だけでなく、飲食店などのサービス産業もふくむ屋内施設を全面禁煙にする罰則付き受動喫煙防止法が施行されており、日本の受



動喫煙対策の遅れが目立つ。WHO より日本の喫煙対策は「世界最低レベル」と指摘されているのだ。2020 年に向けて、日本のタバコ対策のレベルを世界レベルに引き上げるべく東京都議会や国会で法案が練られているが、有効性のある法律を作るには国民の意識の高まりが必要だと考えている。

＊懇談会開催時点で審議中だった東京都と国の受動喫煙に対する法律が相次いで成立した。先進国に比べればまだ不十分なものだが、いままでの健康増進法に比べれば、罰則が適応されただけでも大きな進歩だと考えている。表に東京都受動喫煙防止条例と国の改正健康増進法の要点を示す。

【禁煙は身体への愛】

タバコを吸うと寿命が10年短くなるということがTVCMでもながされ、小学生などもよく知っている。喫煙は百害あって一利なしであり、喫煙はがん、心臓病、脳卒中、肺気腫、喘息、歯周病などさまざまな病気の原因となることが明らかとなっており、タバコを吸う人（喫煙者）の死亡率はタバコを吸わない人（非喫煙

者）より高く、我が国で喫煙に関連する病気で亡くなった人は年間で12～13万人、世界では年間600万人以上と推定されている。さらに、国内の調査では20歳よりも前に喫煙をはじめると男性は8年、女性は10年も短命になることが明らかにされている。

発がんのリスクも肺がんだけでなくほとんどのがんに関係し、がんのほかにも、脳卒中や虚血性心疾患などの循環器疾患、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの呼吸器疾患、さらに生活習慣病の糖尿病、妊娠周産期の異常（早産、低出生体重児、死産、乳児死亡など）の原因にもなる。

タバコの恐ろしさはニコチンがないと幸せを感じられないというニコチン脳に変化してしまうことでやめにくくなってしまっただけで、早く禁煙すればするほど、寿命を取り戻すことができる。またいくつになっても、ニコチンに奪われた幸せを取り戻すことはできる。禁煙に遅すぎることはない。

【禁煙は周囲への愛】

冊子のPointにもあるように他人のタバコの煙を吸うだけで、喫煙者と同じ病気

(表) 改正健康増進法と東京都受動喫煙防止条例の要点 (日本禁煙学会 村松弘康理事による)

	改正健康増進法 (平成30年7月18日成立)	東京都受動喫煙防止条例 (平成30年6月27日成立)
幼稚園、小・中・高校、大学、病院、行政機関	敷地内禁煙 (屋外喫煙所の設置は可)	敷地内禁煙(幼稚園・保育所、小中高校は屋外喫煙所も不可)
大規模の飲食店 (チェーン店など)	資本金>5000万円の飲食店、客席面積>100㎡の飲食店、また新規に開業する飲食店は屋内禁煙(喫煙室の設置可)	従業員のいる飲食店は例外なく屋内禁煙(喫煙室の設置可)
小規模の飲食店 (個人経営店など)	資本金≤5000万円かつ客席面積≤100㎡の既存店は標識を掲示すれば喫煙可(期限付きの経過措置)	従業員がいない飲食店のみ(同居中の家族だけで営業する店)標識を掲示すれば喫煙可
飲食店内での加熱式タバコの扱い	「当分の間(期限は未定)」の経過措置として 加熱式タバコ専用の喫煙室内ならば飲食しながらの使用も可	
その他の施設 (オフィス、ホテルなど)	原則屋内禁煙(喫煙室の設置可)	
未成年者の保護規定	喫煙スペースへの立ち入り禁止	
罰則(行政処分)	管理者:50万円以下の過料 喫煙者:30万円以下の過料	管理者:5万円以下の過料 喫煙者:3万円以下の過料 (加熱式タバコには罰則適用せず)

(厚労省・東京都HP <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000189195.html>, <http://www.metro.tokyo.jp/tosei/todohappyo/press/2018/04/20/19.html>)

ある。分煙してもタバコの臭いがかぐだけで健康被害がある。普段タバコを吸わない人は、タバコの煙に対する感受性が高く、他人のタバコの煙を吸うと、少しの量でも大きな健康被害を受けるといった報告が紹介されている。また、2016年8月に国立がん研究センターより日本人における受動喫煙の健康被害の新たなデータが発表され、受動喫煙による日本人の肺がんリスクを上げることが「確実」と科学的に示された。この結果にともない、同センターが発行している「日本人のためのがん予防法」ガイドラインにおいても、他人のタバコの煙を「できるだけ避ける」から「避ける」に書き換えられ、受動喫煙を避けることの重要性がうたわれている。海外では受動喫煙法によって急性心筋梗塞の入院患者が減少したという事例が報告されている。受動喫煙防止法を施行後6か月間で急性心筋梗塞の入院患者が40%減少。その後、受動喫煙防止法が中止されると入院患者が増大したという受動喫煙防止法の有効性を示す有名な米国モンタナ州ヘレナ市の事例をこの冊子でも紹介している。受動喫煙を避けるためにも受動喫煙防止法の整備が本邦でも必要なことがわかりただけだろう。

また、タバコ産業は新型タバコの売り込みに力を入れているが、昨年の第2回マスコミ懇談会でちばなクリニックの清水隆裕医師から詳しく講演いただいたように受動喫煙被害がないわけではない。冊子のコラムにも取り上げていただいたが、タバコ産業のプロモーションにより新型タバコは、喫煙の害や受動喫煙被害もほとんどないという誤った認識がひろがっている。新型タバコの普及で禁煙外来受診者が減っているという声も耳にしており、禁煙の機会が奪われたタバコの犠牲者が増えていると考えている。加熱式タバコについては紙巻タバコと同じように依存性があり発癌性物質が検出されている。ニコチン依存症治療を妨げることこそがタバコ産業の戦略なのであるから、喫煙者だけでなく医療従事者もだまされないようにしてほしい。

***可決された都条例、国の改正健康増進法においても加熱式タバコへの対応がタバコ産業寄りで見えない部分だ。**

【禁煙は社会への愛】

受動喫煙をなくすためには、100%禁煙だけが唯一の対策だ。分煙しても完全にはタバコの煙の被害はなくなる。家族の中に一人でもタバコを吸っている人がいたら、他の全員の健康を害することになる。タバコを吸う夫の妻は、夫からの受動喫煙がない場合に比べて肺がんのリスクが1.3倍になり、喫煙者が家族に気をつけて換気扇の下で喫煙していても子どもの尿からは大量のニコチン代謝物が検出されたというデータもある。同じ空間にいたら、完全にタバコの煙をシャットアウトするのは現実的に不可能であり、大切な家族や周囲の人を守る手段は禁煙しかないことが冊子に明確に記載されている。

【禁煙外来の実際】

冊子には禁煙治療についてもふれられているが禁煙外来の実際については自らの経験を記した拙稿「禁煙外来における患者サポート」をもとに述べたい。禁煙外来にやってくるのはニコチン依存症という難治だが完治できる疾患の患者であり、その治療には単に薬の処方だけではなく、心理的依存へのアプローチが必要だ。私は沖縄大学に勤務の傍ら、土曜日午前は沖縄市のちばなクリニック、日曜午後は西原町のゼブンスデーアドベンチストメディカルセンターで禁煙外来のお手伝いをしている。

ちばなクリニックはニコチンパッチ処方量全国の実績を持つなど、禁煙治療を行う医療関係者から脚光を浴び、私も前任地の岡山にいる時から注目していた。2008年5月から発売されている経口の禁煙補助薬バレニクリン（商品名チャンピックス）だが2008年度、2009年度は、ちばなクリニックがバレニクリンの処方量においても全国一となった。その後も処方量は全国でもトップレベルで、ニコチンパッチを

主に処方していた時の約2倍の禁煙成功者数もおそらく全国一であろう。決め手はバレニクリンの効果だけでなく、同院の人間ドック受診喫煙者をうまく禁煙外来に誘導していること、そして医療チームから禁煙を諦めるなどというメッセージがきちんと伝わっていることであると思う。大勢の患者を診察できる背景として、問診を担当する複数看護師によるケアや調剤薬局でのフォローも短い時間の診察を支える重要な要素だ。

【バレニクリンについて】

バレニクリンは $\alpha 4 \beta 2$ ニコチン受容体に選択的に作用し、阻害性と弱い作動性の二面的な作用で禁煙を補助するため、「タバコを吸いながら治療を開始できる」点でニコチン置換療法に対して大きな優位性をもつ。

先に述べたようにバレニクリンの出現によって禁煙の治療成績は格段に向上している。

しかしながら2011年7月にバレニクリンの添付文書が改訂され「重要な基本的注意」に「めまい、傾眠、意識障害等があらわれ、自動車事故に至った例も報告されているので、自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないよう注意すること。」という文言が記載された。

米国や欧州においては、日本の添付文書と違い、医療従事者の診察、観察のもとに患者の状況に応じた対応が認められており、私自身延べ1万人以上禁煙治療を行なっているが交通事故を起こすような意識障害を経験した報告を受けたことはない。この添付文章によって本来支障なく薬剤の恩恵を受けられるはずである多くの患者の禁煙の機会が奪われているとすれば、由々しき問題である。その一方で、2017年7月「禁煙は治療の有無を問わず様々な症状を伴うことが報告されており、基礎疾患として有している精神疾患の悪化を伴うことがある。本剤との因果関係は明らかではないが、抑うつ気分、不安、焦燥、興奮、行動又は思考の変化、精神障害、気分変動、攻撃的行動、敵意、自殺念慮及び自殺が報告されているため、本剤を投与す

際には患者の状態を十分に観察すること」という警告文は削除された。2016年に英国のランセット『The Lancet』誌に掲載された、海外の大規模臨床試験EAGLES試験(Evaluating Adverse Events in a Global Smoking Cessation Study)³⁾の結果を受けたものという。もちろん、バレニクリンに副作用がないわけではない。特に精神科疾患を持つ患者には注意が必要であり、慎重なフォローが必要であるが、バレニクリンがなくても禁煙治療は可能である。バレニクリンやニコチンパッチなどのニコチン置換療法はあくまで禁煙治療の補助であることを強調しておきたい。

【未成年者、若年者の禁煙外来】

ちばなクリニックでは未成年の禁煙外来にも取り組んでいる。2008年4月沖縄県内で初めて小児禁煙支援外来を立ち上げたが、開設した年の治療成績は成人に比べてはかばかしくなかった。その理由として小児禁煙支援外来の受診者の多くが学校から命令されたり、保護者に無理矢理つれてこられる、タバコをやめる意志のない子どもであり、必要性を自覚して禁煙外来を受診する成人とは来院の動機が大きく異なることがあるであろう。

未成年者の禁煙が難しいからこそ、防煙対策がより重要である。タバコ産業がターゲットとして狙う未来の世代を守るため、タバコの害を知る医療従事者の積極的な喫煙対策への関わりが、教育、行政の現場から求められているということを沖縄に来てより強く感じている。医療従事者が出来ることはいろいろあるが、特に外来で早期に未成年喫煙、受動喫煙被害をキャッチできる小児科や歯科の診療従事者の役割は大きいと考える。小児の受動喫煙と小児喘息発作、中耳炎、気管支炎等の疾患との関連性は明確であり、また未成年者の喫煙は低年齢から始めるほど、がん、生活習慣病のリスクが高まるとともに、ニコチンへの依存度がより強く、やめにくくなることが医学的な証拠をもって明らかになっている。実際、問診で喫煙開始時

期を問うと禁煙外来に来る成人患者のほとんどが未成年のうちに喫煙を開始しており、ニコチン依存症の早期の治療や吸えない環境づくりが重要だ。

2016年4月の診療報酬改定において、35歳未満の若年者でブリンクマン指数（1日喫煙本数×喫煙年数）が200未満でも保険で禁煙治療ができることとなり、大学生や専門学校生の受診者が増えている。禁煙外来受診の理由として、就職先が禁煙だから、とか、実習先で喫煙できないからという理由もあり、吸えない環境作りの重要性を実感している。沖縄大学も敷地内完全禁煙を2018年4月から実施しているが、2007年の4年生男子の喫煙率は40%近かったものが、2010年の値上げ、2011年の原則敷地内禁煙をへて現在10%台まで低下している。高校生などの未成年者でも依存状態等の医学的判断と本人の禁煙の意志、家族等との相談にて要件を満たす場合は保険適応が可能となっている。まだ少数例だが高校生にも保険診療をしており、従来の一回受診のみの自費診療による小児禁煙支援外来に比べて禁煙の成功率が高いように感じている。若年者の禁煙治療については日本禁煙学会の指針⁴⁾が参考になる。

【精神疾患患者の禁煙治療】

禁煙外来には精神疾患をもつ患者がとても多い。前掲EAGLES試験をはじめ様々な研究において治療成績は精神疾患のない患者よりも治療効果が落ちる。精神科の禁煙には様々な問題が伴う。病院敷地内禁煙など社会がどんどん禁煙化していく中で、喫煙していると更に生きづらさを感じ、疎外感をあじわっていることは禁煙外来受診理由でもうかがうことができる。

ちばなクリニックで私の担当する禁煙外来では、うつスクリーニングの間診票を精神疾患の既往歴のある患者だけでなく全例初診時にとり、フォローすることになっているが、うつ症状悪化により禁煙治療の継続が困難になった症例はたしかに存在する。禁煙によって精神症状が

悪化するときは精神科の主治医と相談するようにおすすめているが、主治医から禁煙よりも精神科治療を優先するように指示されて治療を中断する例も経験している。ただ禁煙外来を受診する精神疾患の既往や現病を持つ患者の大半は、（バレニクリンやニコチン置換療法などの薬物療法が困難であった患者も含め）12週目の最終受診日を笑顔でむかえることが出来ている。問題はその後、デイサービスや精神科入院をきっかけに再喫煙をはじめってしまうケースが少なからず存在することだ。それでも諦めずに何度も禁煙外来を受診しているケースも多い。ニコチン依存症は完治が難しい精神疾患である。精神科の先生こそ積極的に禁煙治療に取り組んでいただきたいと切に願っている。

【心理的依存への対応】

ニコチン依存症は難治な疾患であるにもかかわらず、薬物依存やアルコール依存症に比べて治療が必要な病気という認識が薄い。アルコール依存症の治療施設や薬物依存のリハビリ施設でもタバコが容認されている現場は珍しくない。2012年より様々な依存症の援助職が交流し、どの領域について必要最低限の支援はできるようにすることを目的に、毎月沖縄大学で研究会（ANDOG研究会）を開催しているが、依存症についての学びを深めるとともに、依存症治療に有効な動機づけ面接法（Motivational Interviewing;MI）のスキルの習得をひとつの目標に掲げている。

動機づけ面接法は「行動変容への動機と決心を強化するための協同的な会話スタイル」と定義され、意欲が不十分な患者に行動変容を動機づける方法として様々な領域で用いられており、禁煙外来でも特に未成年の受診者のように動機が不十分な場合に有効だ。学習を希望される場合には、入門教材として「今日からできるミニマム禁煙医療 第2巻 禁煙の動機づけ面接法」⁵⁾が適している。通読後に関連団体のワークショップの利用をおすすめしたい。

【おわりに】

禁煙治療、喫煙対策は学問として成り立つと考えている。ご興味があれば改定を重ねている日本禁煙学会公認テキスト「禁煙学」第3版⁶⁾を参照いただきたい。第3版では禁煙治療で重視される動機づけ面接などの心理療法の記載が充実しており、喫煙による疾患もより細分化している。また、実践的なクリニカルパスを掲載しており、すぐに禁煙外来で利用可能である。禁煙治療に携わる全ての医療者に最適のテキストであり、タバコの真実を俯瞰することができる。

禁煙外来に携わり20年近くになるが、やればやるほど面白く、奥深く、やりがいがある。禁煙外来で用いられる患者をやる気にさせるスキルはすべての診療科の様々な場面で役立てることができる。ぜひ医師会員の皆様には、おそれず禁煙外来に取り組むことをお勧めする。

またマスコミの皆様には受動喫煙の恐ろしさと、禁煙外来についての正確な情報をお伝えいただきたい。

- 1) 山代寛：禁煙外来における患者サポート．月刊保団連 3月号 2018年3月
- 2) 禁煙は愛 日本医師会 禁煙推進 WEB サイト <https://www.med.or.jp/forest/kinen/> 2018年5月31日アクセス
- 3) Anthenelli, R. M. et al. : Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES) : a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet 387 (10037) : 2507, 2016
- 4) 日本禁煙学会 禁煙治療と支援委員会：若年者の禁煙治療指針．日本禁煙学会雑誌 第11巻第6号 2016年12月 http://www.jstc.or.jp/uploads/uploads/files/gakkaisi_161226_145.pdf
- 5) 加濃正人：今日からできるミニマム禁煙医療 第2巻 禁煙の動機づけ面接法．中和印刷，東京，2015.
- 6) 日本禁煙学会編：禁煙学 第3版，南山堂，東京，2014

質疑応答

○白井理事

山代先生ありがとうございます。山代先生はタバコに関して非常に熱心に研究されていますので、具体的なお質問でもお答えいただけるかと思えます。これより質疑応答に入りたいと思います。どなたかご質問ございませんか。

○前森氏（琉球新報社）



山代先生、大変分かりやすいご講演ありがとうございました。1点お伺いさせていただきたいのですが、先生のお話の中に未成年の禁煙外来については指導の大変さとやりがいの両方の部分があるとのことでしたが、未成年の場合にはこういった事が特に苦勞しているのかお聞かせ下さい。

山代先生、大変分かりやすいご講演ありがとうございました。1点お伺いさせていただきたいのですが、先生のお話の中に未成年の禁煙外来については指導の大変さとやりがいの両方の部分があるとのことでしたが、未成年の場合にはこういった事が特に苦勞しているのかお聞かせ下さい。

○山代先生

禁煙外来に来る未成年の患者さんの場合には、学校等で吸っているところを大人に見つかってしまい、自分の意思ではなく親に連れて来られて受診するケースが多いので、そういった辞める気があまり無い子をどうやってタバコを辞める方向に持っていくのかといった点が非常に難しいところです。また、日本禁煙学会の指針でも詳しく述べられていますが、未成年者の場合は特に動機づけ面接が有効とされていますので、私も積極的に取り入れており、一旦は禁煙に成功する事も多いものの、周囲の環境が変わらなければ再び吸ってしまうというケースも多い為、社会全体で未成年者がタバコを吸う事境を作っていく事が非常に重要だと思います。

しかし、以前に比べ現在は喫煙率自体かなり減少してきています。1980年代初めの頃の男

子の喫煙率は80%近くあり、私は琉球大学医学部出身ですが、当時、私の在籍時にはタバコを吸っている学生は珍しくなく、喫煙者の学生に対して積極的に注意している先生もあまりいなかったように思います。また、現在私が勤めている沖縄大学の2007年頃の4年生男子の喫煙率は約48%でしたが、現在では約16%程度まで減少しています。

喫煙者が大きく減少した転機は2010年10月のタバコ的大幅な値上げが大きな要因となっていると考えています。世界的にも、未成年者の喫煙を防止するのに最も効果的な方法は値上げであると示されており、我が国の場合も値上げによって未成年者の喫煙率の減少に一定の効果があったと思いますので、社会全体がタバコに対する認識が変わっていれば、今後も喫煙率は下がり、子ども達もタバコを吸わなくなる社会になるのではないかとと思いますが、実際には以前よりもタバコに対する考えが変わってきた現在でもタバコを辞められない子どもたちがいるのも現実なので、そういった子ども達を救っていききたいと考えています。

○照屋氏 (FM たまん)



山代先生からのお話にありましたように、私としても以前よりもかなりタバコを吸っている人が減っているなという印象はありますが、今後喫煙者を完全に無くしていく為にはどのような方法が考えられるのかお聞かせ下さい。

○山代先生

たばこ事業法という法律で利益を上げる事を目的とした法律となっている以上は、タバコを完全に無くすというのは難しいのではないかと思います。しかし、タバコを吸える場所を減らしていくことであれば対応は可能であると思います。本県においても受動喫煙に関する陳情書を県議会へ提出したところ、市民の反響も大き

く、現在では県議会や一部市役所の施設内ではタバコを吸う事が出来なくなっている事や、以前は首里城壁内では喫煙可能でしたが、利用者より施設内禁煙にするよう要望書を提出したところ、現在は施設内禁煙に変わっていますので、タバコに対する市民の反対の声が大きくなる事で地域や社会も変わっていくのではないかと思います。

○照屋氏 (FM たまん)

ありがとうございました。先生へもう1点お聞きしたのですが、他国においてはタバコのパッケージは写真入りでインパクトがあるものになっておりますが、日本では文字だけとなっている事について先生のご意見をお聞かせ下さい。

○山代先生

我が国ではたばこ事業法によって、ご質問があるように文字だけによる注意喚起となっておりますが、FCTCに従った世界の取り組みが明らかとなることで日本がこのままではいけないと気がつく人が増えることを願っています。

○照屋常任理事



私は南部の具志頭小学校の学校医をやらせてもらっておりますが、以前、タバコを吸い始めてしまった児童から、そのきっかけについて話を聞いたことがあります。

「両親・祖父母のお使いでタバコを買いに行き、余分を買って友人たちと隠れて吸ってみた!」という話でした。山代先生のご講演にもありましたように、小学校の段階でタバコの有害性について授業を行うことは、喫煙のきっかけを防ぐことに繋がりますので、とても重要なことだと痛感いたしました。

先日あるテレビ番組で、愛媛県の「葉タバコ農家」の方が、助成金を活用して「薬草農家」になったという話が放送されていました。「昔は、体に悪いものを作っていました、今は体

に良いものを作っています！」というコメントがとても印象的でした。現在、タバコの税収は約2兆円程度ですが、タバコ関連の医療費は約4兆円と言われているので「葉タバコ農家」への助成金などを勘案しても十分賄える状況だと思います。また「タバコ」の表記についてですが「たばこ」というひらがなの表記では印象が柔らかく見えてしまいますので、マスコミの方々には「タバコ」というカタカナ表記をお願いしたいと思います。

○山代先生

照屋先生貴重なご意見ありがとうございます。私の方からも新聞社の方には、タバコの表記はカタカナを使用するようにお話をした事がありますが、マスコミの方からたばこの表記はひらがなで使用する決まりがあるとお話を聞いていますが、みなさんに考えて頂きたいのは、「カステラ」といったカタカナ表記が使われているものとの違いは何かという事を考えていただきたいと思います。

○石川氏（沖縄タイムス）



他県に比べ沖縄では禁煙外来の患者が多いと聞いていますが、未成年者は親や先生によって連れてこられて受診していると思いますが、成人の場合の受診のきっかけ等についてデータ等あればお聞かせ下さい。

○山代先生

具体的なデータというのは持ち合わせていませんが、一番の原因は受動喫煙の害の影響が多くの市民に知られたことから、喫煙者の意識も変化してきているのではないかと思います。2010年にタバコの大幅な値上げの際には禁煙外来に多くの方に受診に来ていただきましたが、それ以降はタバコの値上げ幅が小さい事もあり、受診者は横ばいになっていますが、最近では結婚や妊娠をきっかけに子どもに対する害

を心配し、禁煙外来に来る方も増えているなどという印象もある為、以前に比べ市民の意識が変化しているのかなと思います。

○照屋常任理事

山代先生、具体的なご回答ありがとうございます。私が最近もっとも危惧していることは、まったく安全・安心ではない「加熱式タバコ」の大流行も心配ですが、取り付け用カートリッジに問題ありという話がとても心配です。カートリッジを取り換えて『脱法ハーブ』の使用も有り得るということですので、相当注意深く監視する必要があります。受動喫煙につきましては「東京オリンピック・パラリンピック」に向けて東京都の方が独自にかなり厳しい内容の条例で対応を進めているようです。しかし、国の方はまだまだ後ろ向きのように思います。山代先生、この点については如何ですか？

○山代先生

照屋先生のおっしゃる通り、国の方は当初、飲食店を全て禁煙にすることで話を進めていたにも関わらず、実際には100平米以下の飲食店については喫煙が可能な内容となってしまいましたので、そういった現場で働く従業員の健康を守っていく為にも声を上げ続けていくことが重要であると思います。

○大城氏（エフエム沖縄）



禁煙外来についても少しお話をお聞かせいただきたいのですが、薬物療法他に、心理療法もあるかと思いますが、その点はいかがでしょうか。

○山代先生

ご質問がありますように、心理療法についても非常に重要であると思います。禁煙外来に来る方は禁煙を何度か挫折された方も多くいますが、そういった方に高圧的な説明等をして継続しないケースも多いので、丁寧に説明を行う事を心掛けています。タバコは少し吸わないだ

けで、体内の一酸化炭素の量も目に見えて減りますので、そういった結果を毎回見せて上げると、たとえ禁煙に失敗し次にタバコを吸った場合でも、肺の奥まで深く煙を吸わなかったり、いつもよりも早くタバコの火を消すようになったり等、禁煙外来に来る前よりも気持ちに変化が表れ、そういった積み重ねが本人の禁煙に対するモチベーションにも繋がっていきますので、禁煙外来に来る方にはまず、本人の意識を少しずつでも変化させていくことが重要だと思います。

○玉城先生



山代先生、本日は大変分かりやすいご説明ありがとうございます。山代先生がお話されていましたように、東京では受動喫煙については独自に国の内容よりも厳しく対応されていますが、当県は観光立県でありながら、名前が知れた有名ホテルであっても宴会場前の通路近くに喫煙所が設けられており、ホテル内でも平気でタバコを吸う事が可能な場所もまだまだありますので、そういったところも変わっていかねばならないのかなと思います。

○大湾先生



山代先生のお話にあったように心理療法に近いものかもしれませんが、私の場合は成人の方を診る機会が多いですが、ある程度の信頼関係を築けた患者さんであれば、最初は少し厳しく禁煙に対して指導を行い、どうしても最初は失敗してしまう事もありますが、私たち医療側も諦めずに患者さんへ理解いただけるように時間をかけてゆっくり丁寧に説明し

ていくと、患者さんの意識が徐々に変化していくというケースもあります。

○小濱先生



沖縄では10代の若い方の喫煙率が高い状況に非常に危惧しています。また、そういった子ども達に、いつ頃からタバコを吸い始めたかを尋ねてみると、中

学生頃から吸い始めているといった回答や、早い子では小学年の低学年からすでに吸っているとの回答もありましたので、早い時期に対応出来れば、子どもの喫煙率を減らせるのではないかと思った事が、未成年者の禁煙外来を始めきっかけとなりました。子ども達の禁煙外来では、山代先生からもお話があったように動機づけ支援がとても有効ですが、どうしても進級や進学によって環境が変わると再び吸い始めてしまうケースも多いですので、子ども達を吸わさない社会づくりがとても大事だと思います。また、最近危惧している事は「新型タバコ」と呼ばれる商品が販売されており、子ども達がタバコを吸うきっかけとならないか非常に心配です。

○出口先生



小濱先生が話されているように、新型タバコを肯定するような内容で報道している一部のメディアがある事に子ども達に悪影響を及ぼさないか非常に危惧しています。

○白井理事

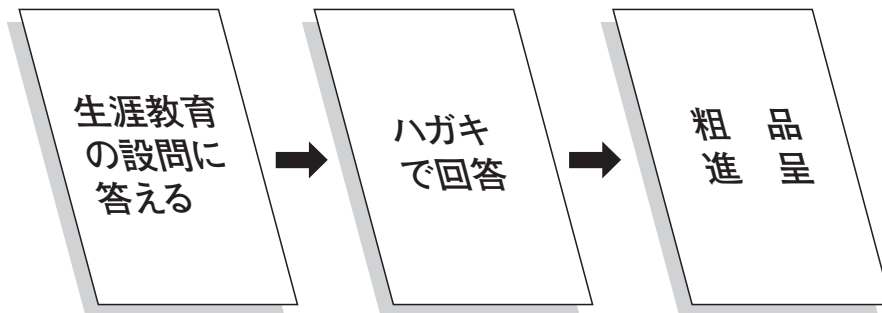
そろそろ予定の時間になりました。山代先生本日はありがとうございました。皆様、本日は長時間ありがとうございました。

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



日医生涯教育制度ハガキによる上位申告者 48 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 29 年度の上位申告者 48 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 48 名の名簿を掲載すると共に南部徳洲会病院 原田宏先生のコメントを紹介致します。

平成 29 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	25	浦添	洲鎌 盛一	牧港中央病院
2	那覇	雨積 涼子	沖縄協同病院	26	那覇	高里 良孝	高里内科胃腸科
3	那覇	新垣 敏幸	新垣クリニック	27	南部	玉城 利昭	ひめゆりクリニック
4	那覇	池間 啓人	いけま小児クリニック	28	北部	出口 宝	もとぶ野毛病院
5	宮古	池村 栄作	いけむら外科	29	那覇	照屋英太郎	
6	南部	石川 哲也	大浜第二病院	30	那覇	渡久山洋子	とくやま眼科
7	南部	稲福 盛弘	とよみ生協病院	31	那覇	友寄 英雄	友寄クリニック
8	中部	今井 千春	今井内科医院	32	那覇	中里 和正	ウイメンズクリニック糸数
9	中部	伊元 幸信	伊元小児科	33	中部	長嶺 好弘	翔南病院
10	中部	上原 茂弘	アドバンス・メディカル・センター	34	中部	中村 聡	中部地区医師会検診センター
11	那覇	大城 義人	大浜第一病院 天久の杜	35	那覇	仲本 亜男	仲本クリニック
12	南部	翁長 春彦	おなが眼科医院	36	南部	原田 宏	南部徳洲会病院
13	那覇	嘉陽 宗隆	クリニック安里	37	中部	比嘉 禎	ひが皮膚科クリニック
14	中部	岸本 広次	岸本内科クリニック	38	中部	普久原 勉	ふくはら胃腸科・外科
15	公務員	喜舎場朝和		39	宮古	藤川 栄吉	宮古島市休日夜間救急診療所
16	那覇	金城 治	クリニック安里	40	中部	真栄城尚志	新垣病院
17	公務員	金城 正高	県立中部病院	41	那覇	真栄城弘史	介護老人保健施設 識名清風苑
18	那覇	久場 長毅		42	公務員	真喜屋實佑	
19	中部	慶田 喜信	よしクリニック	43	中部	道下 聡	ぎのわんメンタルクリニック
20	那覇	源河圭一郎	オリブ山病院	44	那覇	嶺井 定一	嶺井医院
21	南部	下地 克正	沖縄メディカル病院	45	那覇	嶺井 ミツ	嶺井医院
22	南部	下地 國浩	豊見城中央病院	46	北部	宮城 一文	かな病院
23	那覇	城間 政尚	沖縄協同病院	47	那覇	横矢 隆宏	沖縄協同病院
24	那覇	新屋 雄二	まきし眼科クリニック	48	中部	米田 元夫	沖縄中部療育医療センター

生涯教育コーナーへの感想



南部徳洲会病院 救急 原田 宏

沖縄県医師会広報委員会より、生涯教育コーナーへの感想 原稿依頼がありました。

私ごとですが、医師になって、気がつくと、30年以上経過してしまいました。

研究生生活をするか、学校教育にたずさわるか、そして、医療に関係するか迷って、沖縄に来ました。幸いにも、医学部入学を許可され、沖縄での生活が始まりました。友人に恵まれ、暖かい人間関係の中で、医学生として育てられました。入学試験、面接で、離島医療にも取り組みたいと、試験官と語り、合格をいただきました。そして、なんとか、医学部を卒業し、国家試験もパスすることが出来ました。育てられた6年間と同じ期間、恩返しで、沖縄で医療に取り組み、その後、面接の際の言葉に責任を持とうと6年間、離島医療に携わりました。帰島後、沖縄本島の最南端の診療所を立ち上げ、さらに、救急専門医として、少しでも、社会貢献できたらと、努めてきました。こうして、30年間が経ってしまったわけです。

さて、救急医療は、ある意味で総合医療です。各専門科との取次役です。従って、各科の、取り組みや、最新の知識、情報が必要なのです。毎月、いろいろなテーマで発行される、日本医師会雑誌なども、出来る限り、理解しようと目

を通しています。医療講演会にも参加する様にしております。

沖縄県医師会報の「生涯教育コーナー」も、同様に考えております。身近なドクターが、最新の情報、知識を解説してくれています。いつも、疑問を持っている内容を解説してくれていることもありました。自分の知識を広めたり、考え直す機会として、利用させてもらっています。確認の意味での、質問に答えるわけですが、記事の中に、解答が書かれていないこともあり、はがきを送ってしまった後に、誤りに気づくこともありました。とても恥ずかしい気持ちになります。だって、どなたかが、採点しているのですよね！

県医師会報も、1年間ためるとかなりの厚さになります。半年毎に、整理の意味で、必要な部分を抜き取ってファイルしています。その中に、ほとんど毎月の「生涯教育コーナー」が保存されることになります。私にとって、この記事が、最も大切なのかもしれません。今後も充実したコーナーとして、存続させてください。期待しております。

広報委員の皆様の活動に感謝申し上げます。有難うございました。



「若年者突然死の原因である Brugada 症候群を知る」

那覇市立病院 循環器内科 間仁田 守

【要旨】

Brugada 症候群とは、1992 年に Pedro Brugada、Josep Brugada により、器質的心疾患を合併せず、心電図に特徴的な変化（右脚ブロックパターンを呈し、複数の右側胸部誘導（V1～V3）で心筋梗塞を思わせる ST 上昇）を示し、致死性不整脈のため、突然死を来す症候群である。

典型的な心電図は coved 型といわれ、J 点で 0.2mV 以上の上昇、T 波が陰転しているものだが、心電図変化には日差・日内変動があり、繰り返し心電図を記録することが重要である。

Brugada 症候群の突然死予防に有効な唯一の治療方法は、植込み型除細動器 (ICD) であるが、突然死予防という利点と、ICD 植込みに伴う患者の不利益を十分に比較考慮して治療しなければならない。

はじめに

Brugada 症候群とは、器質的心疾患を合併せず、心電図に特徴的な変化を示し、致死性不整脈（心室細動）のため、突然死を来す症候群である。また、健常な若年者が突然死する疾患であり、家族や社会に与える影響が大きい疾患である。

1992 年に Pedro Brugada、Josep Brugada（写真）により、安静時の心電図で右脚ブロックパターンを呈し、複数の右側胸部誘導（V1～V3）で心筋梗塞を思わせる ST 上昇を示し、明らかな

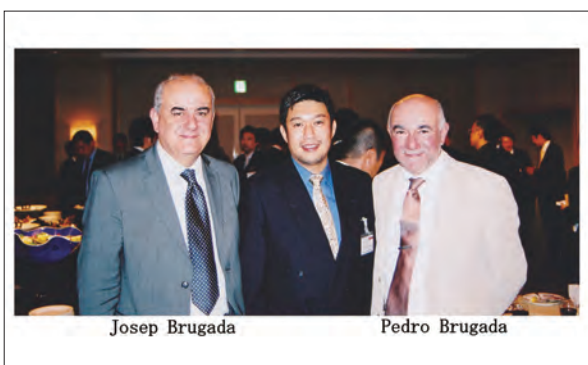
心疾患を認めず、電解質異常、QT 延長もなく心室細動発作をきたした 8 症例が報告された¹⁾。

日本では「ポックリ病」、タイでは「Lai-Tai」、フィリピンでは「Bangungut」と表現される突然死の中には、Brugada 症候群の症例が多く含まれていると考えられ、欧米諸国に比して頻度が高いとされており、日本や東南アジアにおいて、特に注目されている。

本稿では、日本循環器学会がまとめた「QT 延長症候群（先天性・二次性）と Brugada 症候群の診療に関するガイドライン（2012 年改訂版）²⁾」および「遺伝性不整脈の診療に関するガイドライン（2017 年改訂版）³⁾」を中心に、当科での自験例を交えて、Brugada 症候群について解説する。

Brugada 症候群の疫学

Brugada 症候群は、我が国では稀な疾患ではない。J 点で 0.2 mV 以上の coved 型 ST 上昇を示す症例の有病率は、日本人学童で 0.005% 程度、成人では 0.1～0.3% 程度（1,000 人に 1～



（写真）Brugada 兄弟とともに



3人)で、加齢とともにその比率は増加すると報告されている。一方、saddleback型のST上昇を含むとその比率は上昇し、40歳以上では、右脚ブロックで0.1mV以上のST上昇を呈する人は、全体で0.7%、男性では2.14%に達すると報告されている。発症率は14.2人/10万人・年(年間0.014%)程度であり、30歳代から40歳代に発症のピークがあって、その平均発症年齢は45歳である。また、男女比では、我が国の報告によると、ほとんどが男性であり、女性は5%と、圧倒的に男性に多い。突然死が生じる比率は、年間に約0.5%(1人/180~280人)程度であるが、突然死はcoved型以外の症例にも生じると報告されている。これには、日内・日差変動が関与していると考えられる。

Brugada 症候群の心電図

米国および欧州 Heart Rhythm 学会は V1 ~ V3 誘導の ST 異常を 3つのタイプに分類し、J 点で 0.2mV 以上の上昇があるが、coved 型で T 波が陰転しているものをタイプ 1、ST 部が 0.1mV 以上上昇していて saddleback 型を呈するものをタイプ 2 とし、ST 上昇が 0.1mV 未満で、saddleback 型または coved 型のものをタイプ 3 と定義している⁴⁾。ただ欧米では、タイプ 1 波形が自然の状態、または薬物負荷後に認

められる場合は Brugada 型心電図としてもよいが、負荷後でも、タイプ 2 やタイプ 3 にとどまる場合は Brugada 型とはしないとする意見が主流である (図 1)。

我が国では、通常肋間の右側胸部誘導記録では ST 上昇が軽度あるいは saddleback 型であっても、V1 ~ 3 誘導を 1 肋間あげて記録した高位肋間記録で coved 型 ST 上昇を示す場合も、Brugada 症候群と同様の電気生理学的基盤を有するものと考えている専門家が多い。これは、異常部位とされる右室流出路の電気的現象が上方の肋間の右側胸部誘導心電図でより反映される症例が存在するからである。

当院では、研修医が失神の患者を診た際には、必ず肋間をあげて心電図を記録するように指導している (図 2)。

心電図の日内・日差変動

Brugada 症候群の ST 上昇には経時的な変化(日差・日内変動)がみられることも知られており (図 3)、変動すること自体が心臓突然死のリスクとも報告されている。また、Na チャネル遮断薬、Ca 拮抗薬、β 遮断薬、三環系あるいは四環系抗うつ薬、α 交感神経刺激薬、静脈麻酔薬などの薬剤や、迷走神経緊張、発熱

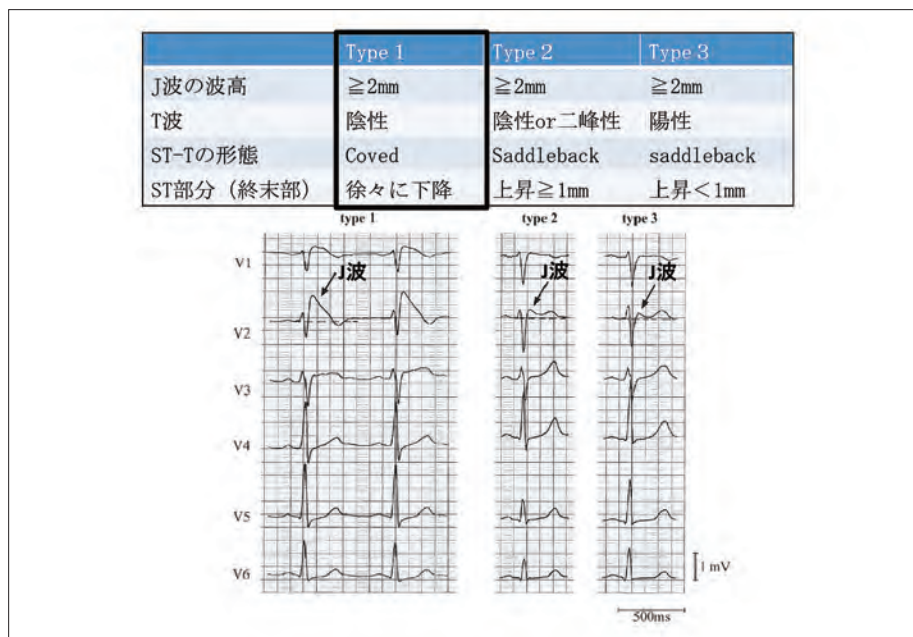


図 1) Brugada 症候群の心電図

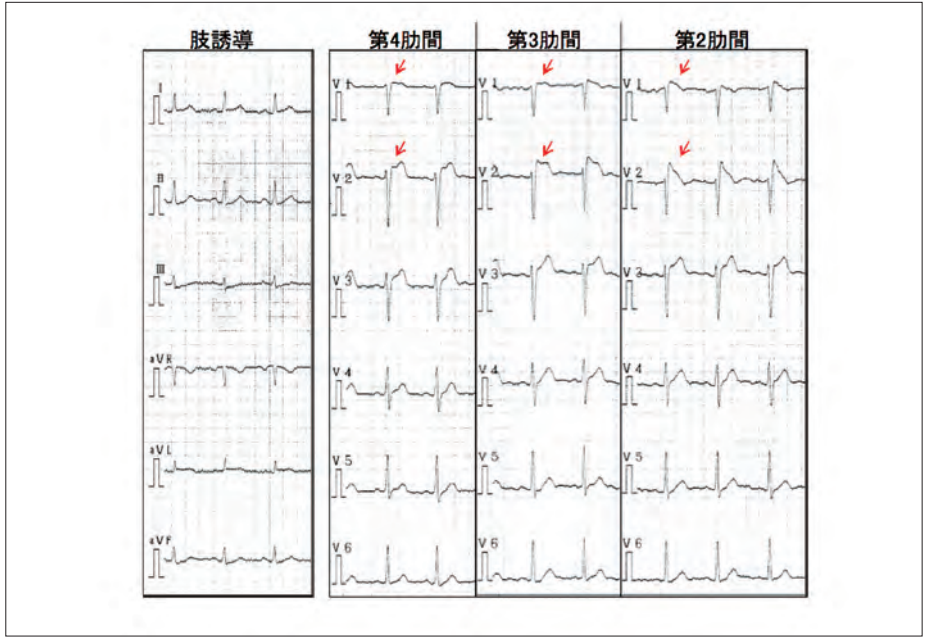


図2) 右側胸部誘導記録 V1 ~ 3 肋間を肋間をあげて記録 saddleback → coved 型

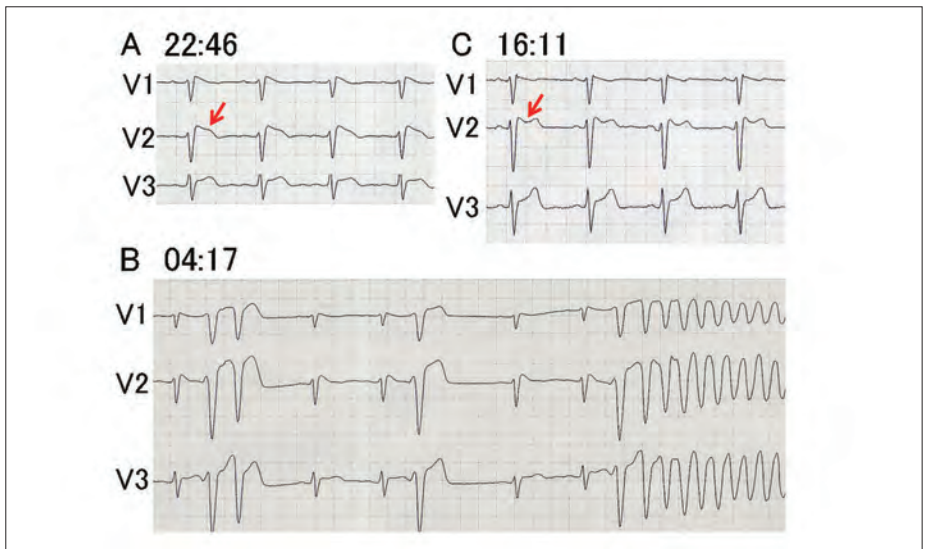


図3) Brugada 症候群における心電図の日内変動・心室細動

(図4) などにより ST 上昇が顕著になることがある。インフルエンザの感染による発熱時にも注意は必要である。また、性ホルモンによる影響や、食後のインスリン分泌による影響も報告されている。

負荷試験

Brugada 症候群の診断は、器質的心疾患を認めず、急性心筋虚血や電解質異常などを示さず、coved 型や saddleback 型の特徴的な心電図変化を呈し、失神や心室細動を発症する場合に確定する。しかし、我が国では検診にて Brugada 症

候群と同様な心電図変化を示す例が散見されるため、心電図異常から検出される頻度が高い。また、心電図上の ST 上昇は時期によって正常化する例もしばしば認められるため、負荷試験を行い、ST 上昇や波形変化が増強または顕性化することで診断する。その際、症状や家族歴の有無によって負荷試験の臨床的意義が高まる。

薬物負荷試験

薬物負荷には Vaughan Williams 分類 Ia 群および Ic 群の Na チャネル遮断薬が用いられ、薬物負荷後に ST 上昇の程度や波形変化が増強し、

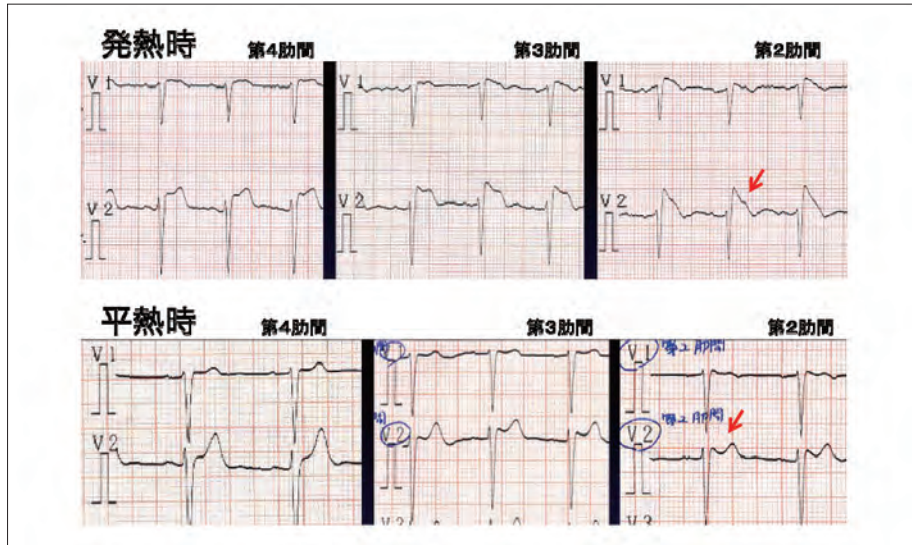


図4) 発熱時のみ典型的な心電図を認めた症例 (自験例)

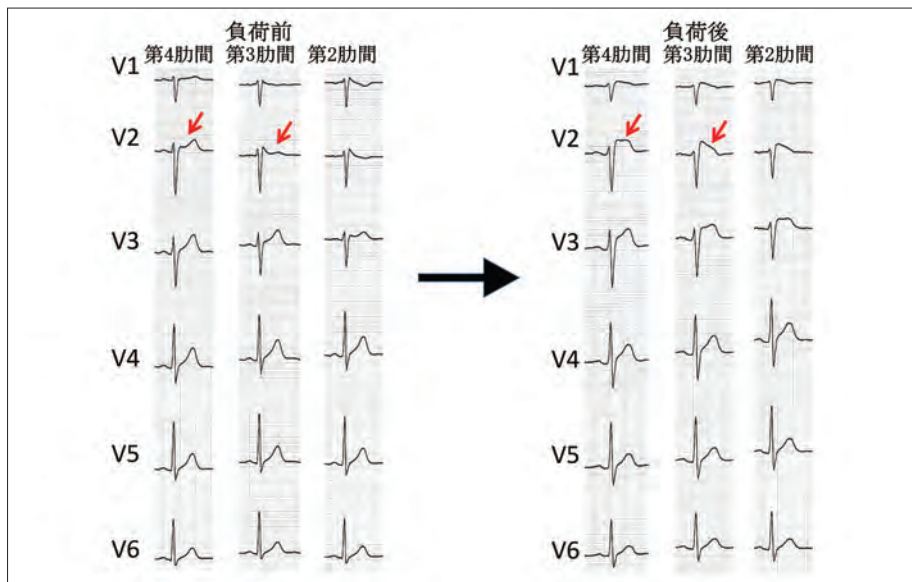


図5) ピルジカイニド (サンリズム®) 負荷試験 (自験例)

coved 型の ST 上昇 (J 点が 0.2mV 以上) に移行した場合に陽性と判定される。我が国ではピルジカイニド (サンリズム®) 1mg/kg を 10 分かけて静注する方法で行われることが多い (図 5)。

当科では、完全右脚ブロックを伴った Brugada 症候群と考えられた症例でも、ピルジカイニド投与により ST 上昇が認められた症例を経験している (図 6)。

運動負荷試験

交感神経が刺激され、カテコラミンの増加に伴い ST 上昇の程度や波形変化は軽減し、

coved 型より saddleback 型に変化することがしばしば認められる。逆に、負荷後では副交感神経系の緊張により ST 上昇や波形変化が顕著になることがあるため、負荷後の観察時間を通常より長くすることが重要である。

経口糖負荷試験

経口糖負荷試験中の心電図記録では、血糖値およびインスリン値の上昇に伴い、ST 上昇が増強し、ST 波形は saddleback 型から coved 型へ移行することがある。当院でも 50% ブドウ糖液静注後に心室細動が電気生理学的検査にて誘発された症例を経験している。

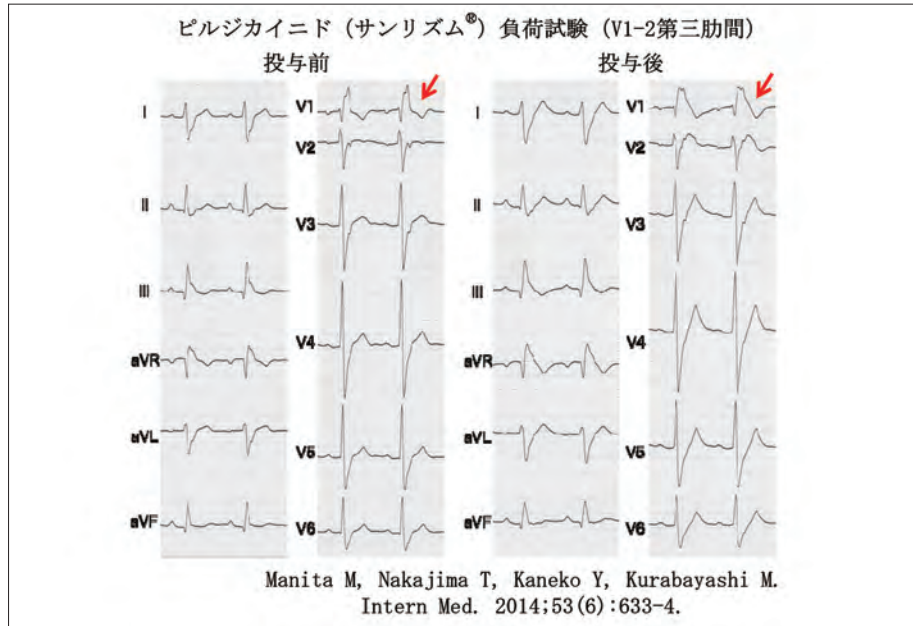


図6) 完全右脚ブロックを伴った Brugada 症候群と考えられた症例 (自験例)

満腹負荷試験

本試験は ST 上昇の増強、coved 型 ST 波形の顕性化の誘発に利用できる。さらに、ST-T 波形はしばしば日差・日内変動を示し、食事後、とくに夕食後に saddleback 型から coved 型への顕性化をみることがあるため、頻回の心電図記録が推奨される。また、短時間に多くの料理を摂取させ、満腹にすることで副交感神経を亢進させ、coved 型 ST 上昇を顕性化させる試みも有用である。

電気生理学的検査

電極カテーテルを経静脈的に右心室内へ挿入し、心室期外刺激により多形性心室頻拍 / 心室細動が誘発されるかどうかをみる検査である。一般的には閾値の 2 倍の出力で、心室の 2 ヶ所、通常、右室心尖部と右室流出路から、そして基本周期は 600ms と 400ms (あるいは 500ms) で、まず右室心尖部と右室流出路の 2 ヶ所から 2 連刺激までを行い、誘発性の判定を行う。最短刺激間隔 (S1S2、S2S3) は 200ms が一般的である。

心イベント予測因子となりうるかどうかが多く多くの試験で検討されているが、いまだ一定の見解は得られていない。

2 連刺激までで誘発された場合には予測因子となりうるということが報告されており、心室細動あるいは心停止既往例を除いた多施設研究では、単発刺激で誘発された場合には予測因子となりうるということが報告されている。

Brugada 症候群の予後

2001 年から厚生労働省の循環器病委託研究が開始され、Brugada 症候群の予後が前向きで検討された。その結果、無症候群と失神群の予後は良好で、心室細動群の予後は不良であった。

非タイプ 1 心電図 (タイプ 2、タイプ 3、J 点で 1mm 以上 2mm 未満の coved 型または saddleback 型 ST 上昇) を有する症例の予後も検討された。それによると、非タイプ 1 群もタイプ 1 群と同様な予後を示し、心室細動既往例では約 10% / 年の頻度で心事故を生じていた⁵⁾ (図 7)。

Brugada 症候群の治療

Brugada 症候群の突然死予防に有効な唯一の治療方法は、植込み型除細動器 (ICD) である (図 8)。

タイプ 1 心電図に加えて心肺停止蘇生歴あるいは心室細動の既往を有する例は ICD 植込みの

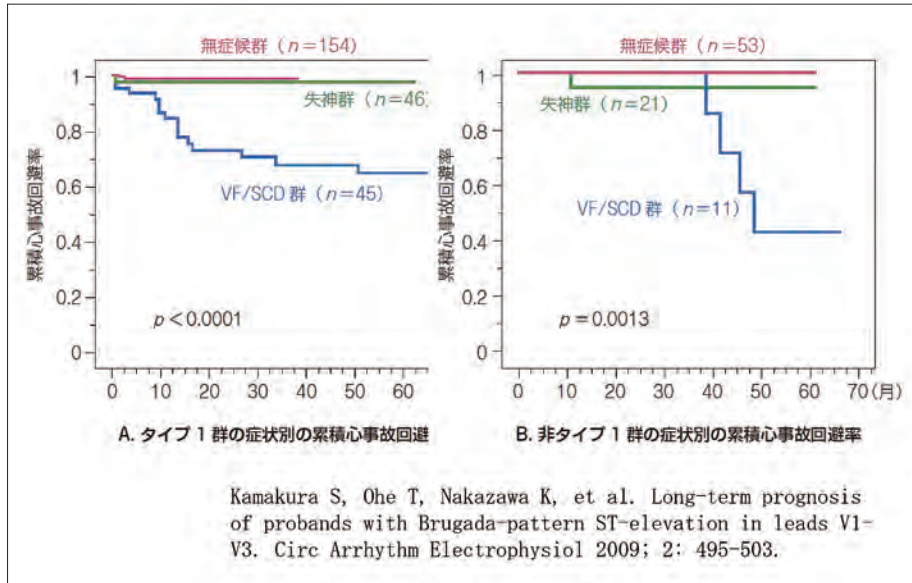


図7) 無症候性 Brugada 症候群の予後

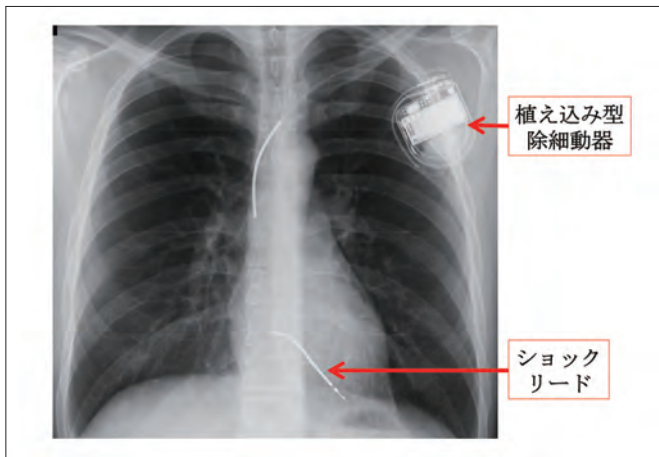


図8) 植え込み型除細動器植え込み (ICD) (自験例)

クラスIの絶対適応である。タイプ1心電図で不整脈原性失神（尿失禁を伴うことが多く、非不整脈原性失神に特徴的な誘因を伴わない）あるいは夜間の苦悶様呼吸を有する例は、クラスIIaのICD適応とした。タイプ1心電図で原因不明の失神を伴う場合、そして自然発生タイプ1心電図で無症候性であっても、考慮すべきその他の臨床所見（年齢、性別、家族歴など）、心電図所見（QRS棘波、J波など）、SCN5A遺伝子変異を有する場合には、心室プログラム刺激による心室細動誘発試験の結果を加えて判断することとした。また、2連期外刺激までによる心室細動誘発を陽性と定義とした。タイプ1心電図で原因不明の失神を伴う場合において誘発試験陽性であればクラスIIaのICD適応、無症

候性自然発生タイプ1心電図で考慮すべきその他の所見を有する場合、誘発試験が陽性であればクラスIIbのICD適応である（図9、10）。

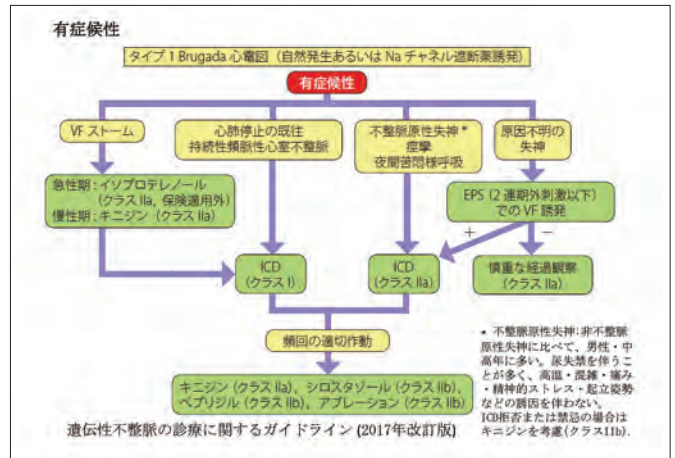


図9) 症候群患者のリスク層別化に基づく治療のフローチャート

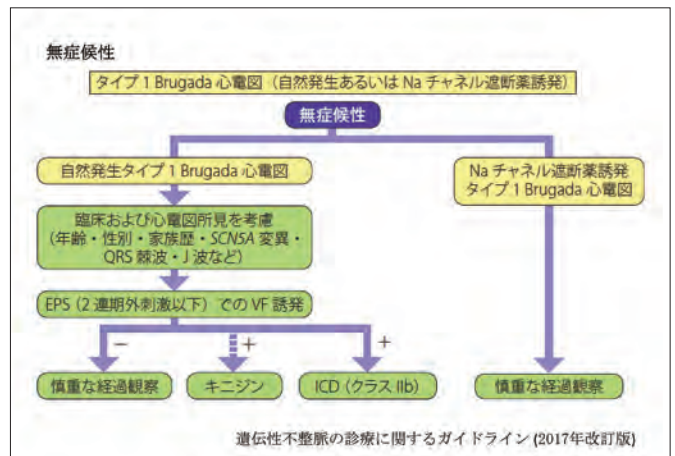


図10) 症候群患者のリスク層別化に基づく治療のフローチャート



多施設共同研究で ICD を植え込んだ Brugada 症候群患者（有症候性、無症候性を含む）の適切作動は年間 2.6% であったのに対し、不適切作動を含む ICD 関連合併症の発生率は年間 8.9% にも及んでいた。ICD による突然死予防という利点と、ICD 植込みに伴う患者の不利益（植込み合併症とショック作動や誤作動に対する不安、うつなどの QOL の低下）を十分に比較考慮して治療しなければならない。

まとめ

Brugada 症候群の典型的な心電図は、J 点で 0.2mV 以上の上昇を認め、T 波が陰転しているもので coved 型（タイプ 1）と呼ばれるものである。しかし、Saddleback 型心電図でも日内・日差変動があり、coved 型へ移行する症例もあるため、繰り返し（満腹時など）心電図を記録することが重要である。

Brugada 症候群は、健全な若年者が突然死する疾患であり、家族や社会に与える影響が大きく、突然死の家族歴を有する例や、失神の既往例では、負荷試験や電気生理学的検査なども必要な場合があるため、Brugada 型（coved 型および saddleback 型のどちらでも）心電図が検

出された際には、不整脈専門医に相談する必要があると考える。

引用文献

- 1) Brugada P, Brugada J. Right bundle branch block, persistent ST segment elevation and sudden cardiac death: a distinct clinical and electrocardiographic syndrome. A multicenter report. J Am Coll Cardiol 1992; 20: 1391-1396.
- 2) QT 延長症候群（先天性・二次性）と Brugada 症候群の診療に関するガイドライン（2012 年改訂版）
Guidelines for Diagnosis and Management of Patients with Long QT Syndrome and Brugada Syndrome (JCS 2012)
<http://www.j-circ.or.jp/guideline/>
- 3) 遺伝性不整脈の診療に関するガイドライン（2017 年改訂版）
Guidelines for Diagnosis and Management of Inherited Arrhythmias (JCS 2017)
<http://www.j-circ.or.jp/guideline/>
- 4) Antzelevitch C, Brugada P, Borggrefe M, et al. Brugada syndrome: report of the second consensus conference: endorsed by the Heart Rhythm Society and the European Heart Rhythm Association. Circulation 2005; 111: 659-670.
- 5) Kamakura S, Ohe T, Nakazawa K, et al. Long-term prognosis of probands with Brugada-pattern ST-elevation in leads V1-V3. Circ Arrhythm Electrophysiol 2009; 2: 495-503.





問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. Brugada 症候群の典型的心電図は coved 型と呼ばれる。
- 問 2. Brugada 症候群は若年、男性に多く、突然死をきたす疾患である。
- 問 3. Brugada 症候群の心電図変化は、日差・日内変動があり、繰り返し心電図を記録することが重要である。
- 問 4. 心電図で Brugada 型心電図を認め、失神の既往例、突然死の家族歴を有する例では、負荷試験や電気生理学的検査が必要なこともあり、不整脈専門医に相談する。
- 問 5. Brugada 症候群の突然死予防に有効な唯一の治療方法は、植込み型除細動器 (ICD) である。

6月号 (Vol.54)
の正解

沖縄県における放射線治療の実態調査 (第3報) : 沖縄県先端医療実用化推進事業 問題

沖縄県の放射線治療の実情について、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 県内では 9 施設で放射線治療が実施されている。
- 問 2. 昨年 (2017 年) に県内で放射線治療を実施された患者さんは約 2,100 人である。
- 問 3. 全国と比較して肺癌に多く放射線治療が適用されている。
- 問 4. 強度変調放射線治療 (IMRT) は県内 7 施設で実施され、適用患者数は年々増加している。
- 問 5. 昨年 10 月に発表された国の第 3 期がん対策推進基本計画で、今後の取り組むべき施策の一つに緩和的放射線療法の普及が盛り込まれた。

正解 1.○ 2.○ 3.× 4.○ 5.○

第126回沖縄県医師会医学会総会の演題募集について（ご案内）

本会では、標記医学会総会を下記のとおり開催することになりました。
つきましては、本会ホームページ上にて一般演題を募集いたしますので、《ユーザー名・パスワード》をご参照の上、お申し込みください。

記

※『一般演題募集期間』：平成30年8月14日（火） 9：00～
9月13日（木）18：00迄
『一般演題修正期間』：平成30年9月20日（木）18：00迄

沖縄県医師会ホームページ (<http://www.okinawa.med.or.jp>)
『沖縄県医師会医学会総会一般演題募集』よりログイン

ユーザー名：okiigaku

パスワード：126igaku

会 期：平成30年12月9日（日）

場 所：沖縄県医師会館

内 容：

○特別講演

「観光立県沖縄における輸入感染症対策について（仮）」

国立感染症研究所 感染症疫学センター 第二室長 砂川 富正先生

○ミニレクチャー

○一般講演

※演題の採否、演題分類等についてはプログラム編成委員会にご一任ください。

※当日は託児所を設置致します。ご利用を希望される方は本会 HP をご確認ください。

（完全予約制）

※第125回県医学会より、一般演題募集のお知らせは、県医師会報と本会ホームページのみでのお知らせとなっておりますのでご了承のほどお願い申し上げます。

問合先：沖縄県医師会業務1課 與儀(TEL：098-888-0087)

のど元過ぎても忘れない
沖縄麻疹流行の振り返りと
明日への備え



沖縄県立中部病院 感染症内科

椎木 創一

○麻疹の1例目はブラリと現れる

当院で診療した1例目の麻疹症例は台湾からの旅行者でした。研修医がまず診察を行い、発熱と発疹に気づいたものの「よく分からない発熱」として救命救急センターのスタッフ医に相談されました。この症例は典型的な皮疹と口腔内のKoplick 斑が揃っており、研修医も麻疹の病名など当然知っていたものの「生（なま）麻疹患者」は初めての体験であり、鑑別診断のリストにパッと挙がらなかったのでしょうか。次に診察した救命救急医が麻疹を疑うことができたのでスムーズに陰圧室に隔離され、幸い大量の暴露者を出すことなく診療することができました。感染症内科医がやってきて診察したのはその翌朝になりますので、3番手ぐらいの役割です。

このように、病院や施設に感染症診療のベテランがいたとしても、最初に麻疹患者と接触するのは前線にいる救命救急医や小児科医、一般内科医、そして研修医やトリアージの看護師なのです。麻疹を疑う眼力をどれだけ多くの人がその施設で備えているかが重要なのです。

○「R0=15」の威力+「旅行者特性」による広範囲の大規模麻疹流行

その後、県内各所から発生報告が出現したのです。症状があるままに発症者は県下の観光スポットを回られていたのです。巨大なショッピングモールに発症者と同日にいた方が麻疹を発症した、という報告を聞いた時、教科書に記されている麻疹の「R0（基本再生産数）=15」の凄まじさを実感しました。

今回沖縄での麻疹流行曲線を描いてみると（図1）、沖縄の各地域でクラスターを形成して発生していることがわかります。つまり「発症しながらでも観光地を移動していく旅行者の特性」と「麻疹ならではの感染力」が組み合わさったことによる「多焦点型クラスター発生」と言えます。これが、沖縄県全体における麻疹発生を生み出した原因と考えます。

○麻疹疑い患者のトリアージ方法：中段の構え

麻疹の初期症状は上気道症状と発熱であり、風邪とかわりありません。また、流行期ではどこで接触しているかわからないので、暴露歴だけでは抽出できません。外来受付で麻疹を早期発見したい医療者としては、頭をかかえるところです。

当院では流行期に「発熱 37.5℃以上」「発疹がある」「1ヶ月以内の海外渡航歴」のうち2つ以上を満たしたら「麻疹疑い」として隔離対策を行いました。このトリアージ方法は麻疹流行が過ぎた現在でも継続しております。それは次に再び来るかもしれない「麻疹1例目」に備えを続ける必要があるためです。さらに、こうした備えは新たな輸入感染症への対策にも繋がります（表1）。力を入れ過ぎず、程よい注意を払っておく「中段の構え」が感染対策の肝といえます。

○麻疹対策：できることをコツコツと

1. 麻疹疑い患者の隔離方法

施設内に陰圧個室がない場合、来院された患者ご自身の自家用車内で待機をお願いすることが考えられます。ただし、診療エリアと離れる

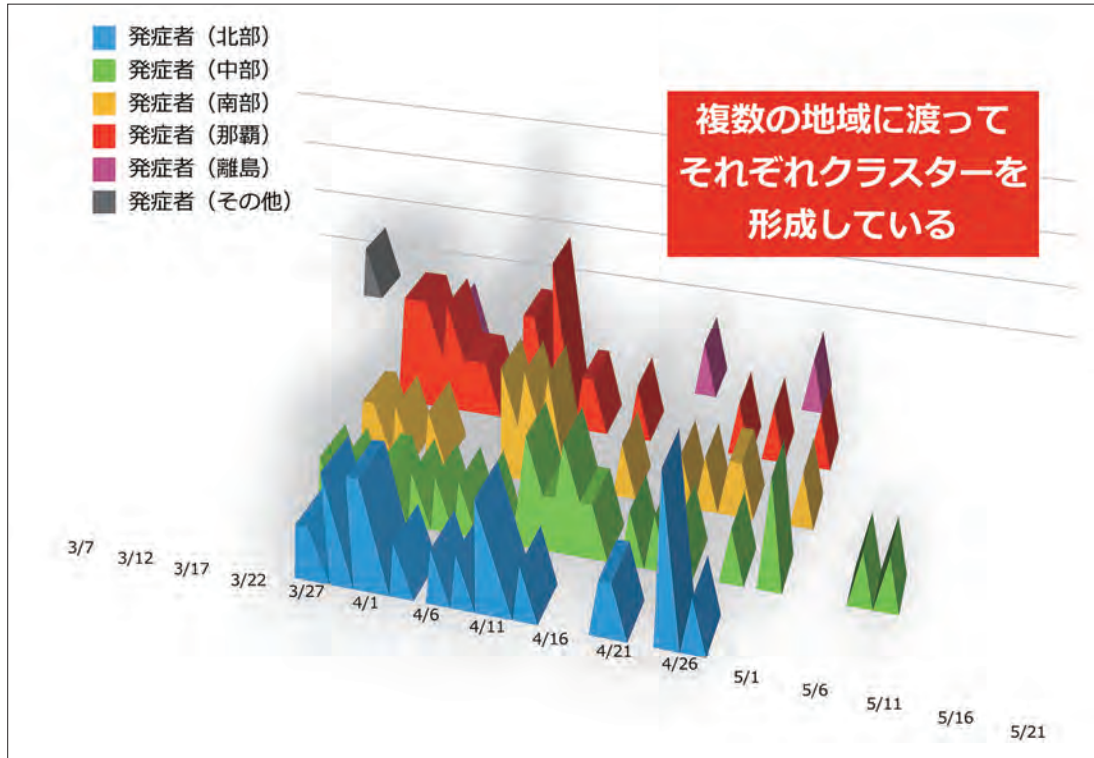


図1：沖縄 麻疹 発生状況（全99例）（発症日、居住地別：2018/5/28 県発表データより）

表1：救命救急センター受診時にチェック3項目（海外渡航歴、発熱、発疹）が2項目陽性の場合の主な鑑別診断と感染対策

	空気感染対策 (陰圧隔離)	飛沫感染 対策	接触感染 対策	標準予防策のみ
<input type="checkbox"/> 海外渡航歴 + <input type="checkbox"/> 発熱	新型インフル（気道） 鳥インフル（気道） MERS（気道） 肺結核（気道）	インフル 髄膜炎菌感染症 肺ペスト	腸チフス（便） 渡航者下痢症（便） 腺ペスト A型肝炎（便）	マラリア デング熱、ジカ熱 レプトスピラ症 リケッチア症 HIV感染症
<input type="checkbox"/> 海外渡航歴 + <input type="checkbox"/> 発疹 (+/- <input type="checkbox"/> 発熱)	麻疹 ウイルス性出血熱		腸チフス（便）	デング熱、ジカ熱 レプトスピラ症 リケッチア症 HIV感染症、梅毒 播種性淋菌感染症 炭疽（検査室注意）
<input type="checkbox"/> 発熱 + <input type="checkbox"/> 発疹	麻疹 水痘	風疹 髄膜炎菌感染症 突発性発疹 伝染性紅斑 手足口病	(播種性糞線虫症)	リケッチア症 感染性心内膜炎 薬疹 A群溶連菌性扁桃腺炎 HIV感染症、梅毒 播種性淋菌感染症 EBV/CMV感染症

* 下線：重篤になりうる疾患、赤字：コモンな疾患

ので重症者ではないか速やかに評価することが重要です。高熱、意識状態不良、呼吸促迫などの重症者であれば、暗く狭い車中で詳細な診察は困難ですので、診断にこだわらずに速やかに急性期病院へご紹介ください。

施設内で隔離対策を行う場合、換気できるエリアを使用します。密閉した場所は高濃度にウイルスなどの病原体が残るので、換気ができないと逆に感染のリスクが高まります。使用後に窓を開けたり換気装置を使った場合、どのように

空気が流れるかを事前に確認し、麻疹疑い患者の待合や診察エリアが風下に入るようにします。

2. 麻疹関連の検査方法

麻疹確定のためのPCR検査には血液、尿、咽頭拭い液が用いられますが、全てを採取するのは困難な場合があります（特に小児）。そこで、やむを得ない場合には、インフルエンザやRSVの迅速診断キットで鑑別を行いつつ、麻疹PCR用に咽頭拭い液だけでも自家用車内で採取することもできます。

3. 施設職員のワクチン接種と防護具の準備

職員が麻疹に対する免疫を獲得しているかを確認しておくことは、平時となった今こそ重要な取り組みです。必要に応じてワクチン接種を行って免疫獲得に勤めることが、次の流行に備える大きな防御になります（参考：日本環境感染学会「医療関係者ためのワクチンガイドライン」）。

ただしワクチン接種歴や抗体価を過信するのは危険です。ワクチン接種歴が数回ある方でも麻疹発症した方が今回の流行でも認められたように、発症を完全に予防するものではないのです。過去の医療施設内での麻疹アウトブレイクの報告では、医療従事者が自分の接種歴や抗体価を元にN95マスクなどの防護具をつけずに麻疹患者と接触し、その後発症したことが原因

となっていました。当院ではN95マスクを職員が使用できるように準備がされているので、免疫の有無にかかわらず麻疹患者との対応では装着するように推奨しました。

○確実な診断や完璧な感染対策にこだわらず、正しい行動を

医師は、ややもすると間違いのない診断に拘泥するあまり、検査を頼りすぎたり、不明瞭な状況であえて確定的に診断をしてしまうことがあります。しかし、麻疹流行時に多く発生した「修飾麻疹」は非特異的な症状のために診断が非常に困難でした。そんな時は「麻疹ではないかもしれないが、麻疹の可能性もある」というスタンスで感染対策や患者への指導を行うことで、現場での医療をスムーズで適切なものに向けてくれました。

また「完全な」感染対策を目指すと患者や医療従事者にとって非常に大きな負担となります。隔離対策を厳密にしようとするとは「こんなことはできない!」となってしまいますが、暴露リスクを「少しでも減らす」という試みはどの施設でも可能です。ご施設での工夫やアイデアを持ち寄って実践可能な対策を講じていくことが、対策を進めることに繋がります。

流行が去った今こそ、次の麻疹流行に向けた一歩が始まります。





「最後の砦」としての誇りを持ち、職員一同頑張っています。



県立八重山病院 院長
篠崎 裕子 先生

質問 1. この度は、県立八重山病院 院長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。

当時、前沖縄県病院事業局の伊江朝次局長から依光たみ枝前病院長の後を引き継ぎ、新病院の開院を無事に成し遂げるというミッションを受け、平成 30 年 4 月、県立八重山病院長を拝命することになりました。

私に白羽の矢が立った理由として、三つあると推測されます。一つ目の理由は、依光前院長のもとでこの一年間、副院長として県立八重山病院が抱える多くの課題を把握しているし、その解決に向けてオバさんパワーを発揮して、新病院へのアクセス道路の中央分離帯に無理やり新病院への進入口を開口してもらった業績が評価されたのか、はたまた、地位も名誉も気にしないイケイケどんどんの無謀な行動力を買われて、これから生じる難題も解決してくれると期待したのでしょうか。

二つ目の理由は、県立中部病院の臨床研修終了後に麻酔科医師として勤務したのが県立八重山病院であったこと。（“縁もゆかりも無い”のうち、ゆかりはないが、縁があった。）

三つ目の理由は、当時、本島からはるか 400Km 離れた南の果ての島への異動に応える男

気のある管理職が居なかったことでしょうか。

何はともあれ、故郷に錦を飾って院長に就任された依光前院長の故郷への想いを受け継ぎ、それを次世代の院長にバトンタッチするまで、八重山郡民の最後の砦としての地域医療に貢献し、地域住民に愛される県立八重山病院を目指したいと思います。

質問 2. 11 の有人離島があり、地元住民のほか多数の観光客が常時滞在する八重山医療圏域の中核病院として重要な役割を担っておりますが、医師不足、救急医療を含めた離島医療の現状と課題についてお聞かせ下さい。

毎年、医師の半数以上が入れ替わる現状がある中、医師の確保は、永遠に続くだろうと思われるくらい離島病院にとって毎年の重要な課題でもあります。そんな状況では、医師の働き方改革で示されている時間外勤務の削減のための変形労働制勤務は、十分な医師数が確保されてできる体制であり、離島中核病院である県立八重山病院では夢物語的な話でしかありません。

毎年、病院を去っていく医師の空いた席をいかに埋めていくかで頭を悩ましています。

平成 30 年度 7 月現在、医師数 44 名（離島診療時医師 4 名と管理者 2 名を除く）で、八

重山諸島の郡民のために政策医療である救急医療、小児医療、周産期医療、精神医療、離島医療、そして急患搬送を担っているのが県立八重山病院です。

最近では、新石垣空港の開港や大型クルーズ船の寄港に伴い観光客が急増したために、持病の悪化や交通事故、水難事故での当院救急受診患者が増えてきて、その対応に四苦八苦したり、トラブルケースも多々あります。

また、近海を走行している船舶内での急病人発生に関しても、以前はタンカーなどの船員の洋上急患搬送が主でしたが、今年になって大型クルーズ船からの外国人の乗客の洋上急患搬送も増えてきている傾向があります。

他の病院と異なる県立八重山病院の特徴的な役割についてご紹介したいと思います。また、それが当院の課題でもあると考えられます。

県立八重山病院では、日常の診療以外にヘリコプターなどを使用した急患搬送時の医師の添乗業務も行って、「内科 夜間・休日ヘリ添乗優先順位表」で365日毎日当番を決めて、竹富町の島々、与那国島、多良間島などの診療所から急患搬送の要請があった場合に対応しています。要請に応じて、県立八重山病院の医師が海上保安庁のヘリコプターに乗り込んで、患者を診療所医師から引き継ぎ、石垣島にある当院に収容する任務を担っています。

これは、「沖縄県ヘリコプター等添乗医師等確保事業」の一環として行われていますが、沖縄本島であれば本島周辺の離島診療所からの急患搬送の要請があった場合の自衛隊ヘリへの添乗業務は、沖縄本島の9施設の医療機関（県立南部医療センター・こども医療センター、県立中部病院、豊見城中央病院、沖縄赤十字病院、沖縄協同病院、南部徳洲会病院、中部徳洲会病院、浦添総合病院、中頭病院）で分担しています。

しかし、多良間島以南の先島地域においては、石垣島に海上保安庁航空基地がある関係で、県立八重山病院の医師がその圏域の急患搬送業務

を一手に引き受けているという現状は、あまり知られていないことと思われます。

そのために、離島診療所からの急患搬送が60～90件/年、それ以外に三次医療を必要とする症例の自衛隊ヘリによる沖縄本島の病院への急患搬送が30件/年、洋上救急が1～2件/年、日常業務の傍らに県立八重山病院の医師は対応しています。

驚くことに、そのうちの60%がもっと危険とされている夜間飛行での急患搬送となっています。このような離島が故に地域の中核病院が独自で守り続けてきた医療がそこにあることを多くの方々に知っていただきたいと思います。

今後は、少しでもその負担を軽減できるように、災害拠点病院でもある新県立八重山病院に隣接した大型ヘリポートの設置が可能となれば、傷病者の新石垣空港から病院までの収容時間が短縮でき、急患搬送に対応する医師のストレスも減ることが予想されます。

また、災害が起きた際に新石垣空港が使用できなくなった時の補完的な位置づけとしても大型ヘリポートが災害拠点病院の横にあれば、傷病者の沖縄本島への搬送にも大いに役に立つと考えられます。

質問3. 新県立八重山病院の進捗状況と、将来の展望等についてお聞かせ下さい。

新県立八重山病院は、平成26年度より基本計画を策定し、その後、三度目の落札で平成27年1月より工事着手、当初の予定では平成30年3月末の開院でありましたが、離島という不利な条件の下での建設労働者の確保が難しいとの理由から、開院が7月、その後10月へと二度も延期することとなってしまいました。

その間も、患者の利便性の悪い立地であることで生じた沖縄県初となる敷地内薬局の設置問題や、基本構想から関わったコンサルタント会社への不信感が募り、止む無く開院予定の4カ月前で契約打ち切りの決断をすることになったり、新病院の内装工事中に生じた漏水問題や検

査料の安全キャビネット設置場所の天井にダクトが無かったなどの建設関連の問題が多く発生しました。これら多くの苦難を乗り越え、平成30年10月1日に新県立八重山病院の開院の運びとなっております。

これからは、台風が接近するたびにバケツの用意をしなくても済むとの職員の心配も無くなりましたが、現病院の1.4倍の床面積となり、しばらくは移動だけで運動量が増え筋肉痛になりそうと嬉しい悲鳴を上げています。我慢を強いられていた劣悪な環境から待ちに待った新築移転となり、職員のモチベーションの向上にもつながっていくだろうと思っています。

また、八重山地域の郡民の新八重山病院に対する期待も大きいようですので、その期待を裏切らないように安心・安全な医療をすべての方に提供できるように職員一同頑張っていきたいと思っています。

質問 4. 医師の働き方改革の中で女性医師の働き方について何かアドバイスがありましたらお聞かせください。

これからの時代は、「医師も労働者」と言う考え方が浸透していくのだらうと思っています。

その中で、女性医師のみならず男性医師も含めたワークライフバランスを大切にしたい働き方を考えなくてはいけなくなるでしょう。

しかし、実現するまでに数年かかると思うので、それまでに沖縄県の医師数が増えて無理のない勤務体制が取れる働きやすい社会になることを期待しています。

今、子育て中の女性医師へのアドバイスとしては「その子の成長の一瞬に立ち会えることを喜びとしてください。仕事は、自分が居なくても回るものです。そして、医師としてのキャリアは後からでも作ることはできますが、その子の成長はその瞬間だけで二度とやってこないのです。」

そして、自分の抜けた穴をカバーし、陰ながらサポートしてくれている同僚医師（男女問わ

ず）にいつでも感謝の気持ちを忘れないようにして欲しいと思います。

質問 5. 県医師会に対するご要望がございましたらお聞かせください。

島嶼県である沖縄県において、離島に住む島民が安心して暮らしていける環境を維持していくことが、強いては日本の最西端、最南端（有人離島）の国境を守っていることにつながっています。

電気・水道などだけがインフラではなく、現在、医療は地域にとって大事なインフラの一つと言っても過言ではありません。それを支えている離島医療の現状を少しでもご理解いただき、今後の離島医療の発展に更なるお力をお貸し頂けるよう切に願っています。

質問 6. 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。

県立中部病院の副院長時代は、日頃からエレベーターを使わずに階段を使うように心掛けていましたが、県立八重山病院では病院自体コンパクトで行動範囲が狭くなり階段の使用頻度も極端に少なくなり運動不足になっています。最近、新病院への開院・移転に関する会議や、労基署による勧告の対応で経営状況が悪化した県立病院の経営改善を図ろうとする病院事業局全体のたび重なる本島への呼び出し会議への出席、経営改善の見直し計画など山のような資料提出に疲弊しストレスが溜まる一方です。健康に良いことやダイエットすらできない状態です。

新県立八重山病院が無事に移転開院した暁には、多くのストレスから解放されると思われまますので、宿舎から新病院まで歩いて通勤する余裕ができるのではないかと期待しています。

趣味は、「読書」「旅行」そして、「仲間とワイワイしながらの懇親会」です。昨年、23年ぶりに単身赴任で石垣島に住むようになり、自分の時間が増えたせいか読書に没頭するようになりました。まずは、自宅にある家族が買った

単行本をジャンルに捉われずに片っ端から読んでいこうと決めて今日に至っています。

しかし、最近は飛行機の中でも二、三行読んだかと思うといつの間にか寝ていることが多くなり、しばらくは機内睡眠に徹しようかと思っています。

また、県立八重山病院でも女性医師の数が増えたので、昨年度から「女医ナース八重山支部」を結成し、県外大学からの医局派遣で女性医師が赴任するたびに歓迎会や送別会を2～3ヶ月に1回の割合で開催しています。「女医ナース会」が開催される日は、当然のごとく女性医師は当直から外すご配慮を男性医師の皆さまから頂いています。

また、医局でも看護部や事務部門へのお裾分け用の量も含め、ひたすら医局の談話室内で手の空いた医師やクラークが交互にたこ焼きを焼き続ける「たこ焼きランチパーティー」なども開催して医局員の交流を図っています。

座右の銘としては在り来たりではありますが、「一期一会」です。多くの人との出会いは私の一生の宝ものであり、その出会いを大切にすることを心掛けてきました。

そして、その出会いがご縁で力になって頂き、助けて頂いたことにより、今の私がここにいると思っています。

インタビューアー：広報委員 本竹 秀光



お知らせ

「2019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、貴口座から引き取り徴収、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（えんじ色）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 平成30年10月17日（水）

平成30年 月 日

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

「2019年版医師日記（手帳）」注文書

品名	単価	冊数	金額
2019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 _____

救急の日・救急医療週間に寄せて

沖縄県立中部病院 救急救命センター 豊里 尚己



【はじめに】

沖縄県内の救急科専従の医師数はこの数年右肩上がりに増え、沖縄県保健医療部医療政策課によると、平成28年度には70名の医師が従事しているといえます。しかしながら年々増加する救急医療の需要に応えるほど充実しているとはいえない状況です。

そこで今回救急の日に寄せて、24時間365日救急医が常勤している当院の体制を取り上げ、救急医の役割と救急医療のこれからについて私の見解を述べたいと思います。

【救急救命センターの勤務体制とその影響】

当院救急救命センターの救急医は現在10名(うち、卒後5年目研修医2名)。救急医が常在する体制を取るため、3交代4シフト制を組んでいます。救急診療の運営はその4分の3が時間外診療です。常に救急診療の質を維持するために試行錯誤しながら2007年4月、現在の勤務体制をスタートさせました。勤務体制を一新して、まず効果を感じたのは各部署との連携でした。

専門医との患者引き継ぎ時に問題が生じたときには、経過を把握する救急医が間に入ることでより速やかに事態の收拾ができるケースが増えました。看護師との連携も継続的にできるようになり、救命センターの運営を円滑に進めることができるようになりました。

また地域の医療機関や離島診療所とのコンサルテーションをリアルタイムで行うことで迅速な対応ができ、連携強化を図ることに繋がりました。

今年の3月、県内で麻疹患者が発生したのは、皆さんの記憶に新しいところではないでしょうか。患者の初期診療を行ったのは当院の救急医でしたが、隔離処置などの対応に加え、感染症チームへの迅速な報告で早期に対策をとることができました。

前述したような日頃の円滑な連携は、災害などで起きる多数傷病者発生時においても早期覚知から準備、対応に個々の能力が活かされることに繋がると思われます。

【救急医の役割について】

これまでに述べた内容から救命救急センターにおける救急医の役割についてまとめました。

- 年中無休の医療体制を維持
- 全ての関連組織との連携
 - 院内各科
 - コ・メディカル
 - 地域医療機関
(ドクターカー及びドクターヘリ等)
 - 消防機関
 - 自治体
 - 自衛隊
 - 他県医療チーム など
- 災害時の院内初動の主導
- 病院前救護活動(当院ではうるま市消防とワークステーション形式で運用)
- 地域医療構想協議への参加

このように救急医は単に救急診療に携るだけでなく、院内外に活動の場を広げるためのノウ

ハウを身に付けることも重要と考えます。

度々、メディアで取り上げられる集中治療、高度救急診療はとても魅力的ですが救急医療の現場を包括的に見れば救急医が求められているのは救命救急センターを運営するために必要なネットワークの構築ではないでしょうか。

現場でこれまで経験した様々な事柄を振り返り、救急医の役割について考えてみると、救急救命センターで重要なのは調整役、あるいは緩衝役など円滑に物事を解決できるコーディネーターのような存在だと感じます。

【救急医療の展望について】

少子高齢化が叫ばれる中、沖縄県も 2025 年は 4 人に 1 人が高齢者になる見込みです。それに伴い、救急患者数や救急搬送件数は更に増加する事でしょう。県でも地域医療構想で地域における医療提供体制の確保に動いています。平成 29 年 3 月に沖縄県保健医療部から報告された「2025 年の医療機能別必要病床数の推計」では県全体で回復期病床数の不足が挙げられています。中部地区においては高度急性期病床も不足すると推計されています。つまり、中部地区で急性期患者があふれ、連鎖的に患者の回復期病院への転院も困難になり、連鎖が連鎖を呼び、救急医療の崩壊につながる可能性がある

ということです。一部の地区がそうなればその地区を超えて県全体での対応が必要な時代も来るかもしれません。

【まとめ】

救急医たちは今後、更に難しい救命救急センターの舵取りをしながら、地域のライフラインとしての役割を守っていかなければなりません。病院が円滑に機能すれば、病院スタッフのモチベーションは維持され、患者はより良い医療サービスを受けることができるでしょう。そのためには救急医は地域医療のコーディネーターとしての自覚を持ち、全ての関係組織と良好な関係を築き、救急医の役割を理解してもらう努力が必要です。さらには必要な人材の育成も急務です。

今日、中部地区がたらい回しという社会問題から縁遠いのは、かつて戦後ほぼ 0 に近い状況から医療の復興に尽力した気概のある医師たちが残してくれた研修モデルが根底にあるからだと思えます。時代とともに取り巻く環境は違いますが、この 2025 年の問題に対しても、いかにして救急医療の現場を守り、そして地域の医療をコーディネートしていくかを常に考え、現状に満足せず最善策を考えられる医師でありたいと思っています。



結核予防週間（9/24～9/30）に寄せて



那覇市保健所 東 朝幸

はじめに

厚生労働省は結核罹患率を2020年の東京五輪・パラリンピックまでに（WHO）世界保健機関が定める結核の低まん延国の条件である人口10万対10以下とする目標を定め、対策を強化していく事を決めています。結核登録者情報調査年表によると16年の国内の新規結核患者は1万7,625人、罹患率は13.9で、前年と比べ0.5ポイント減少し目標に迫っています。

沖縄県においても同年の新規結核患者201人で罹患率は14.0であり、順調に減少して来ていますが、患者が減っている今だからこそ、こういう週間が大切だと思います。

罹患率が高い高齢者

結核は高齢化が進んでおり、新規患者の7割を60歳以上が占め、80歳以上だと4割の状況にあり、人口10万対の罹患率が60を超えています。免疫抑制剤等使用時の予防投薬も重要ですし、間質性肺炎や誤嚥性肺炎を繰り返している様な高齢の患者さんでも、抗生剤になかなか反応しない患者を診たら、鑑別疾患に結核を加え喀痰検査の考慮をお願いします。また、結核菌はニューキノロン系にも感受性がありますのでそれにも注意が必要です。

高蔓延国からの留学生

全国の外国生まれの新登録結核患者数は、前年から174人増加し、1,338人となりました。最も増加したのは20～29歳であり、前年から147人増加し、712人となっています。また、20～29歳の新登録結核患者における外国生まれの割合も前年から7.6ポイント増加し、57.7%となっています。沖縄県においても高蔓延国からの留学生が増えているのに並行して患者数も増加しております。また、若年層である事から、しばしば受診の遅れや発見の遅れにつながるケースも見受けられます。国の対策として入国前スクリーニングが提言されています。

入国前スクリーニング

政府はビザ発給手続きの運用を変更し、指定の医療機関でのX線検査受診と、証明書の提出を求める予定です。対象者は、感染拡大のリスクの高い、留学や就労など長期滞在者に限定します。対象国はまず、日本国内で患者数が多いフィリピン、インドネシア、ミャンマー、ネパール、ベトナム、中国の6カ国とし、人口10万人当たりの罹患率が50以上の約100カ国にも順次広げる方針との事です。

超多剤耐性結核の浸入

外国からの結核でもうひとつ気になる事があります。それは、耐性菌の問題です。日本ではDOTS（直接監視下投薬）を始めてからめっきり耐性株は減りました。ところが、最近県内において留学生から超多剤耐性結核（HR耐性かつ多剤耐性結核の治療に用いる多くの効果的な2次薬フルオロキノロンと注射薬アミカシン、カナマイシン、カプレオマイシンの内の1剤にも耐性の結核と定義）が出てきたとの情報がありました。

現在ではデラマニドやベタギリンといった結核に対する新薬が承認され治療に使われるようになってきましたが、今後注意を要します。

保健所の立場から見ても、超多剤耐性結核患者さんの接触者健診でIGRA検査が陽性になった場合の対応等は、頭の痛い問題です。

最後に

ハイリスク集団ではないものの、日本人の小児や若年者、妊婦等もまったく可能性がないわけではありません。また胸部X線は正常でも、感染力の強い気管支結核の可能性もありますので、見逃さず、喀痰検査をお願いします。日頃の診療の中において、ほんの少しでも結核を頭の隅に置いてもらえれば、早期発見、早期対策にも繋がりますので重ねてよろしくご配慮お願いいたします。

第20回日本医療マネジメント学会 学術総会報告

介護老人保健施設「あけみおの里」施設長
(日本医療マネジメント学会評議員) 石川 清司



【はじめに】

第20回日本医療マネジメント学会学術総会は、6月8日(金)、9日(土)の2日間にわたり札幌市において開催されました。

医療の各分野の専門性と効率性、安全性を追求した多くの演題の発表とともに、地域包括ケアの時代を迎えるにあたっての地域医療の現状と課題に関する演題が多く取り上げられていました。沖縄県の地域医療の今後の在り方についても参考になるところが多くあるものと思われましたので要旨を報告いたします。

【学術総会概要】

本学会は、クリティカルパス研究会からスタートし、各種業務の専門分化に伴い人材育成の場を提供してきました。パスに関するシンポジウムのタイトルを列挙します。パスの広範囲に及ぶ展開を窺うことができます。

クリティカルパス～20年を振り返って今後の展開を考える～

- 1、クリティカルパスの普及とこれから
- 2、クリティカルパスと経営
- 3、クリティカルパスと患者満足度
- 4、クリティカルパスと安全管理
- 5、クリティカルパスの教育と人材育成

なお、地域包括ケアに関するシンポジウムでは下記のようなテーマでの討論が行われました。

地域包括ケア関連シンポジウム

- 1、地域医療介護連携～他職種チーム医療の地域包括ケアへのかかわり
- 2、地域と在宅につなげる病薬連携
- 3、地域包括ケア時代の地域連携～心と体の栄養管理

特別講演：地域医療構想の現況について

厚生労働省 医政局から現況と方向性についての特別講演がありました。すべての団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けて、各県で地域の医療ニーズの変化に対応して、病床の機能分化と連携を推進する地域医療構想が策定されています。構想を実効性のあるものにするために地域ごとの調整会議が開催されることになっています。

各医療機関は、地域における機能分化や連携を自主的に進めていくこととなります。そのことは、各県により、また地域により人口動態、高齢化の比率等にかなりの差異がみられるために、地域の医療ニーズに沿う形で展開されなければならないことに因ります。

「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への移行に伴い、医療と介護の一体化が進行するため、機能分担と連携体制の構築が求められます。離島県沖縄においては、他の都道府県以上に施設間の機能分担と連携は重要な課題になるものと思われまます。

なお、沖縄県内の医療機関からも16題の発表がありました。

【まとめ】

本学会は、沖縄地方会も開催されています。クリティカルパスから発展して、医療サービスの向上対策、医療安全の問題を重点的に取り上げるとともに、施設の運営・経営形態までテーマとして取り上げるようになりました。そして、地域包括ケアの枠組みを模索する時代になりました。地方会も沖縄県の地域医療の在り方を議論する学会として成長することを願い、今年度の全国学術総会の報告といたします。