

大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会

—よりよい男女共同参画を目指して—
(共催：日本医学会連合)

理事 城間 寛



去る12月2日(金)日本医師会館において標記連絡会が開催されたので、その概要について報告する。

挨拶

日本医師会 横倉義武会長の挨拶を代読で、日本医師会 今村聡副会長より、概ね下記のとおり述べられた。

本日は大変お忙しい中、全国各地から多数の先生方にお集まりいただき感謝申し上げます。大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会の開催にあたり、一言ご挨拶を申し上げます。

さて、安倍内閣では我が国の構造的な問題である少子高齢化に真正面から向き合い、一億総活躍社会の実現の旗印のもと、我が国の最大の潜在力である女性の力を余すところなく発揮す

るため、女性活躍推進法の制定等、様々な分野で女性の参画を促進させ、全ての女性が輝く社会の実現に向けた環境整備が急速に進められている。医療界においては、平成12年以降、医師国家試験合格者に占める女性の割合が3割を超え、女性医師の数は年々増加している。一方、女性医師の就業率は、妊娠・出産・育児により職を離れる、いわゆるM字カーブを形成し、復職を希望する女性医師に対する支援が長らく課題とされている。

日本医師会では、女性医師支援センター事業として女性医師バンクを中核に、復職支援や育児支援、勤務環境の整備等に取り組み着実に成果をあげているとともに、女性医師の意思決定の場への参画についても取り組んでいる。なかでも女性医師バンクは、平成19年1月の開設

以来、皆様方のご協力により、490件に近い就業実績をあげている。引き続き、皆様方との相互理解を深めご協力をいただくことで、本事業の一層の活性化を目指していく。また、本センターの女性医師バンク以外の事業として、各都道府県医師会や学会等との共催による、医学生・研修医等をサポートするための会をはじめ、女性医師の復職支援や、育児支援、勤務環境整備のほか、様々な啓発活動に取り組んでいる。特に、医学生・研修医等をサポートするための会については、開始依頼、年々開催回数が増加し、昨年度は延べ76回開催することができた。本講習会は対象が主に医学生・研修医の若手医師であることから都道府県医師会のご尽力はもちろんのこと、各大学並びに各学会の協力なしには開催が困難な講習会となっている。

さて、本連絡会は、日本医師会の女性医師支援に関する取り組みを紹介するとともに、各大学における女性医師支援や男女共同参画の取り組みに関する情報を全国で共有することを目的に平成25年度から開催している。平成26年から、各学会にも参加いただいている。本日は、2大学と2学会に発表をお願いしている。ご出席の皆様には発表内容を参考に、是非この機会を情報交換の場としてご活用いただき、今後の活動に役立てていただければ幸いである。

女性医師の活躍は、現在の少子高齢化社会における医療の望ましい方向へ発展させるために必要不可欠である。日本医師会としてその実現のため、関係諸団体と力を合せ、真摯に取り組むを進めていく。今後とも一層のご協力をお願い申し上げます。

続いて、日本医学会・日本医学会連合会 高久史麿会長より、「本日は、大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会に多数ご出席いた

だき感謝申し上げます。さて、シカゴ大学のジャネット・ラウリー先生は、4児の母親でありながら38歳から研究を始めて慢性骨髄性白血病のPH1染色体を発見し、2012年には日本国際賞を受賞した。家庭を持ちながらも世界的な研究ができることを紹介したい。今後、ますます女性医師が活躍する時代になる。日本も女性医師が活躍できる場をさらに増やすことが重要である。本日の発表を参考にいただき、各医師会・医学会で女性医師の活躍の場を支援していただきたい」旨挨拶が述べられた。

議 事

1. 日本医師会の女性医師支援に関する取り組みについて

日本医師会常任理事 今村 定臣

日本医師会では、平成18年11月から厚生労働省より「医師再就業支援事業」を受託し、平成19年1月に日本医師会女性医師バンクを開設した。平成21年4月に「医師再就業事業」を「女性医師支援センター事業」へ改め、女性医師の勤務継続への支援に重点を置き、更なる事業の発展を目指している。

「医学生、研修医等をサポートするための会」は、都道府県医師会等との共催により、医学生や若い医師がキャリアを中断せず就業継続できるよう、多様な医師像のモデルを提示している。平成27年度は76回の開催があった（医師会53回、その他23回）。

「日本医師会女性医師バンク」は、会員・非会員を問わず利用ができ、求人・求職ともに無料となっている。平成28年10月末までの就業実績は487件（内訳：就業成立469件、再研修紹介18件）である。また、平成28年10月1日より専任コーディネーター（非医師）を配置している。

都道府県医師会または群市区医師会が主催する講演会等に、上限を30万円として平成21年度から託児施設の併設費用を補助している。平成27年度は23医師会で利用があり、307人の子どもが利用した。

「女性医師支援センター事業ブロック別会議」は、双方向による情報交換ならびに各地域内での情報交換の機械として全国6ブロックで開催している。また、各地で実施されたブロック別会議の内容を、全国規模で情報共有し、意見交換を行う機関として、女性医師支援事業連絡協議会を開催している。

本日開催の「大学医学部・医学会女性医師支援担当理事連絡会」は、日本医師会女性医師支援センターの取り組み、各大学医学部・医学会における女性医師支援や男女共同参画に関する取り組みについての情報交換を目的に開催している。

事例発表

大学の取り組み

(1) 北海道大学病院女性医師等就労支援室における男女共同参画事業
 北海道大学病院女性医師等就労支援室特任助教
 北海道大学病院内科Ⅰ（第一内科）特任助教
 清水 薫子

北海道大学では、女性医師等支援事業として、(1) 女性医師等就労相談窓口、(2) 育児支援、(3) 復職支援を中心に活動している。

(1) 女性医師等就労相談窓口においては、保育、勤務形態、復職に関する相談、市内の保育施設やロールモデルの紹介、講演会の開催を行っている。

(2) 育児支援においては、本院職員からの強い要望であった病後児保育が、平成23年2月に『病後児保育室 ぶらん』として開室し、職員が安心して勤務できるような環境を整備し

た。さらに、平成24年度には『すくすく育児支援プラン』という新たな短時間勤務医員枠を設置し、多くの女性医師等が仕事と育児を両立しながら、勤務を継続していける環境整備を進めている。

(3) 復職支援については、各診療科における復職研修をサポートする形で、復職を目指す女性医師等を支援している。

また、本学医学部2年生を対象にワークライフバランスに関するアンケートを実施した。その結果より、若い世代は男性も育児休暇を希望し、男女ともに仕事と家庭のバランスを重視する傾向がある。一方で、ワークライフバランスをとりながら、地域偏在、専門分野偏在の医師不足の問題があるなかで、社会に対する医師の責任をどうとるか、給与体系はどのように評価されるか等の問題点が示された。

(2) 和歌山県立医科大学医学部における女性医療者・医師研究者支援の取り組み
 ～和歌山県医師会、県医務課との協働体制～
 和歌山県立医科大学地域・国際貢献推進本部
 地域医療支援センター講師
 和歌山県立医科大学医学部公衆衛生学講師
 北野 尚美

和歌山県立医科大学では、卒前教育として、3年生・4年生を対象とした「男女共同参画」、「キャリアパス」の講義、医学部生に対する短期海外留学支援（対象：3年生 - 基礎研究、対象：5年生 - 臨床実習）を実施している。また、職位をあげて活躍していただくための若手（40歳未満）女性医師への支援、中間（講師・准教授）の年齢層への支援、研究遂行・継続のための能力向上、資金の確保に特に力を入れている。

その他、院内託児施設（クレヨン保育園 - 定員80名）を平成12年4月に設置し、職員が出産を終え育児中に職場復職する環境を整えている。

和歌山県医師会と協働して、①新臨床研修医ガイダンスでの県医師会講義、②新臨床研修医歓迎会、③医学生・研修医等をサポートするための会、④研修医レター、⑤4者（県医師会、県医務課、県病院協会、県立医科大学）協働での女性医師支援事業、⑥女性医師メンター制度、⑦女性医師支援講座等の事業を実施している。

学会の取り組み

(1) 産婦人科女性医師の現状とその支援

日本産科婦人科学会男女共同参画・ワーク
ライフバランス委員会委員長
日本医科大学多摩永山病院副院長 / 女性診
療科・産科部長 中井 章人

日本産科婦人科学会会員の勤務実態調査2014によると、50歳以下では女性が50%を占め、産婦人科領域では女性医師が急速に増加している。

女性医師支援のポイントとして、①男性医師の理解、②現場から遠のかせない配慮、③全体の仕事量の軽減、④仕事のモチベーション、⑤指導的立場の女性医師を育てる等があげられる。女性医師の支援は、就労継続でなく、一人でも多くの指導的立場の女性医師を育てることが到達目標である。

2004年に開始された新臨床研修医制度により、診療科偏在は加速している。産婦人科医師は微増にもかかわらず、当直回数の改善はなく他の診療科と比べると多い。1カ月の推定在院時間は2011年以来、初めて300時間を切ったが、分娩施設の常勤医師の内訳を「男性」、「女性」、「妊娠・育児中」の3種類で見ると、2015年は「妊娠・育児中」の医師が20%で、2008年の10%から倍増しており、妊娠・育児中の女性医師のみが増加している。

常勤先のない医師は、男性で11.5%、女性で15.4%となっている。中でも、常勤先のない

医師のうち、大半が30代となっており、妊娠や育児中の30代の離職対策を立てなければ、産科医師を増やしても非効率である。

(2) 日本耳鼻咽喉科学会における男女共同参画への取り組み

日本耳鼻咽喉科学会男女共同参画委員会委員長
昭和大学医学部耳鼻咽喉科学講座教授・
診療科長 小林 一女

耳鼻咽喉科医師数は、1997年で約8,700人うち女性医師が13.2%、2015年で約10,000人うち女性医師が20.5%となっている。男性で557人、女性で948人増加している。他の学会と同様に、若い世代で女性医師数が増加している。

日本耳鼻咽喉科学会では、2014年に男女共同参画委員会を設置し、ポジティブアクションの推進、ホームページの作成、シンポジウム・懇談会の開催、キャリアアップ支援に取り組んでいる。

本学会と関連する16学会に、役員における女性比率、学術集会でのシンポジスト・座長等における女性比率、基盤整備の現況についてアンケート調査を行った。その調査結果から、「学会役員、学術集会での演者や座長に積極的な女性の登用」、「研修機会の充実」を提言した。また、今年度は、耳鼻咽喉科臨床研修基幹施設へ復職支援について調査を行い、76施設中71施設（93.4%）で「復職支援研修が受け入れ可能」という結果であった。

その他、男女共同参画、女性医師等をテーマとして毎年学術集会を開催している。

意見交換

○日本脳神経外科学会：新専門医制度において、地域枠出身者が育休・産休を取られた場合、どう対応されるか。

- 和歌山県立医科大学：育休・産休で休んだ分を延長すると把握している。
- 久留米大学：院内保育所は大学のみで運営しているのか。
- 北海道大学：北海道と大学で半分ずつ持ち出している。
- 和歌山県医師会：県の基金から6割の補助がある。
- 日本小児神経学会：新専門医制度について、女性医師が活躍できるように日本医師会または日本医学会から要望してはどうか。
- 日本医師会：整備指針を構築していくなかで、女性医師が専門医を取得しやすい仕組みをどう作るかについて議論している。
- 日本脳神経外科学会：分娩を扱わない女性医師が増加していると示されたが、復帰の際にどのような方法で分娩できるように戻してい

- るか、再研修についてご教示いただきたい。
 - 日本産科婦人科学会：後期研修医と同様に責任者をつけて分娩に対応いただいている。休んでいる期間が短ければ短いほど再研修期間も短い。
 - 日本乳癌学会：上司、管理者に対する働きかけがあればご教示いただきたい。
 - 日本産科婦人科学会：管理者が多く集まる学会等で、男女共同参画、女性医師をテーマにシンポジウム等を開催している。また、学会内に男女共同参画委員会をおくこともインパクトがある。
- 引き続き、会場を移動して懇親会が開かれ、多くの都道府県医師会並びに各大学・各医学会関係者が交流を深めた。

印象記

琉球大学医学部附属病院手術部（麻酔科） 西 啓亨



私自身が今年の半年間、内科医の妻に代わり、育休を取得した経緯もあり、今回、標題の連絡会に参加させていただいた。他施設ではどのような女性医師支援が行われているのか、その現状を把握し、沖縄県でも活用できないか検討する目的で聴講した。

今回の会合の中では、日本医師会、国公立大学（北海道大学、和歌山県立医科大学）、学会（産科婦人科学会、耳鼻咽喉科学会）における、それぞれの男女共同参画を進める女性医師支援の取り組みが紹介された。

医師会の取り組みとしては、「日本医師会女性医師バンク」が紹介された。平成28年10月から新体制となり、非医師の専任コーディネーターが配置され、アドバイザーとして医師（契約）が配置された。人材が必要な医療機関にとって、民間企業と異なり、費用が必要ないことがメリットとなる。また都道府県医師会などが主催する講演会などには、託児所併設の費用補助を行っており、女性医師が参加し、研修しやすい環境作りが促進されている。

大学の取り組みとして、北海道大学 清水薫子先生からは、子供の病気の際は、女性医師の勤務中断が多いとのデータが示され、病児保育の必要性を強調されていた。また最近の医学生に行っ

たアンケート調査では、男子学生においても、仕事だけでなく、家庭も大事にしたいという学生が多いとの結果が報告された。和歌山県立医科大学 北野尚美先生からは、臨床面だけではなく、研究においても支援を行い、女性医師の職位向上に努める取り組みが紹介された。高齢化率が高い和歌山県における特色として、地域医療をどう支えるかという課題があり、特に地域卒学生の扱いに対して（結婚して県外に異動した場合どうするのか？、産休・育休を取得した場合、その義務期間の扱いはどうなるか？など）、質問が集中した。

各学会の発表においては、産科婦人科医の男女比率が若年層では女性が上回っており、女性医師支援が職場環境改善に必須であること、また耳鼻咽喉科学会では、学術集会において、指定演者や座長への女性医師の登用などポジティブアクションの取り組みについて、発表されていた。そして、驚いたことは、講演後、司会者がストップをかけるまで、行列を作り、質問が止まらなかったことであった。いかに、これらの課題が切実で、多くの施設で様々な取り組みが試行錯誤されていることが推察された。

今回、発表された内容は、すべて沖縄県においても同様に当てはまることが多い。個人的には特に病児保育の充実が重要であり、女性医師の欠勤の減少に繋がると考える。突然の子供の病気に対応して、サポートできる環境が整えば、かなりのストレスを軽減して働くことができ、職場への影響も少なくなるであろう。出産、育児、介護など様々なライフイベントがあり、その時々、ライフ・ワークバランスをいかにとるのか、個人によって、その取り巻く環境は異なるので、一概にこうすべきであると言うことはできない。現在、様々な支援制度があり、それらは拡充しつつある。医師として、継続して働いていくためには、このような支援制度を利用しつつ、気持ちが折れそうになる時があるかもしれないが、最後の演者 小林一女先生が述べたように「個人のモチベーション・やる気」も必要とされるであろう。

女性医師が働きやすいということは、男性医師も働きやすいということである。今後も男女共同参画を促進させて、より良い労働環境を作っていくことが必要だということを改めて実感させられた。



平成 28 年度家族計画・母体保護法指導者講習会 「周産期医療体制の確保に向けて」をテーマに



沖縄県産婦人科医会副会長 佐久本 薫



プログラム

1. 開 会
司会：今村 定臣（日本医師会常任理事）
2. 挨拶
横倉 義武（日本医師会会長）
塩崎 恭久（厚生労働大臣）
3. 来賓挨拶
木下 勝之（日本産婦人科医会会長）
4. 講 演
座長：温泉川梅代（日本医師会常任理事）
「地域医療構想に向けての医師会の取り組み」
中川 俊男（日本医師会副会長）
5. シンポジウム
座長：今村 定臣（日本医師会常任理事）
テーマ「周産期医療体制の確保に向けて」
 - (1) 周産期医療体制の現状について
岡井 崇（総合母子保健センター愛育病院院長）
 - (2) 専門医の仕組みについて
羽鳥 裕（日本医師会常任理事）
 指定発言：産婦人科領域における専門医について
佐藤 豊実（筑波大学医学医療系産科婦人科学教授）
 - (3) 産婦人科医師の地域偏在、診療科偏在について
中井 章人（日本医科大学産婦人科教授 / 日本医科大学多摩永山病院副院長）
 - (4) 最近の母子保健行政の動きー子育て世代包括支援センター等
神ノ田昌博（厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課課長）

去る 12 月 3 日（土）に日本医師会館大講堂において開催された標記講習会について、以下のとおり報告する。

日本医師会副会長、中川俊男先生による「地域医療構想に向けての医師会の取り組み」と題

した講演が行われた。2025 年の医療需要を算出し、病床の機能区分（高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能）ごとの医療需要を推計する。地域医療構想は「病床削減」や「病床規制」ではないことを強調していた。各地域で調整会議が進められている報告がなされた。

「周産期医療体制の確保に向けて」というテーマでシンポジウムが開催された。各都道府県が作成してきた周産期医療体制整備計画が平成 30 年度からは医療計画に含まれることが決まっている。

周産期医療体制の現状について総合母子保健センター愛育病院院長の岡井崇先生から講演が行われた。現状の課題として①周産期医療従事者の人員不足と地域格差、②周産期医療施設の設備不足と地域格差、③周産期搬送体制の不備、④妊産婦死亡率の上げ止まりと妊産婦の自殺の増加、⑤災害時の周産期医療体制の確保の準備があげられた。講演の中で対策が述べられましたが、すぐに効果を期待できる対策はないようであった。

その後「産婦人科の専門医制度の仕組みについて」の講演、「産婦人科医師の地方偏在、診療科偏在について」の講演、「最近の母子保健行政の動きー子育て世代包括支援センター等」の講演が行われた。

日本医師会女性医師支援センター事業 九州ブロック会議



理事 城間 寛



去る12月17日(土)沖縄県医師会館において、本県の担当で開催した標記会議について、以下のとおり報告する。

開 会

沖縄県医師会女性医師部会 依光たみ枝部会長より、開会が宣言された。

挨 拶

沖縄県医師会 安里哲好会長

本日は、師走の大変お忙しいなか、日本医師会並びに九州各県よりお集まりいただき感謝申し上げます。ご存知のとおり、このブロック会議は一昨年度から九州各県持ち回りで開催となり、今回沖縄県で初めての開催となる。女性医師支援に先進的に取り組んでいる皆様方と親しく情報交換したい。

今から26年前の1990年の女性医師数は、全医師の11.5%にあたる24,000名であったが、2016年には、20.4%の63,000人に達している。なかでも20代の女性医師はここ20年間で大きく増加しており、現在では29歳以下の医療施設に従事する女性医師の割合は34.8%と、3人に1人が女性医師となっている。

女性医師が能力を十分発揮し、活躍していただくためには、女性医師が安心して妊娠・出産・子育てを行なう期間を社会全体で重点的に支援し、女性医師が男性医師と何ら変わることなく、キャリアを積み医師として輝くことのできる社会基盤を整える施策が必要である。そのような施策がうまく機能すれば、医療界で叫ばれている“医師不足”も解決の糸口を見出せると考えている。

沖縄県医師会では、平成 19 年に沖縄県医師会女性医師部会を設立して以降、依光たみ枝部会長を中心として、「女性医師の勤務環境整備に関する病院長等との懇談会」、「沖縄県女性医師フォーラム」、県内臨床研修病院内で行う「出張事業（プチフォーラム）」、琉球大学医学部 3 年生を対象とした「キャリアアッププラン講義」等々の事業を開催している。

女性医師部会発足の頃は、病院長からの指示でハード面、ソフト面が整えられてきたが、現在では、若い先生方から勤務環境を良くするために数々の提案がある。これは女性医師部会の活発な取り組みによるものだと実感している。これに加え、今後は子育てをしている女性医師のフォローだけでなく、親の介護をする男性医師・女性医師のフォローも考えていなければなりません。

本日は、遠路よりご参加いただいている日本医師会 温泉川梅代常任理事をはじめ、日本医師会女性医師支援センターの皆様にご助言を賜るとともに、ご参加の皆様方には、忌憚のないご意見をいただきたい。

日本医師会 温泉川梅代常任理事

この会議は、地域からの声を日本医師会へ聞かせていただくと同時に女性医師支援センター事業への理解を深めていただくという双方向による情報の伝達と、各地域内での情報交換を目的として、平成 21 年度より全国を 6 ブロックに分けて開催している。本日のブロック会議開催にあたっては、沖縄県医師会の安里哲好会長をはじめ役職員の皆さまにご尽力をいただき厚くお礼を申し上げます。

さて、安倍内閣では一億総活躍の旗印の下、女性の力を余すところなく発揮するため、「女性活躍推進法」の制定など、さまざまな分野で女性の参画を促進させ、すべての女性が輝く社会の実現に向けた環境整備が急速に進められて

いる。医療界においても、平成 12 年以降、医師国家試験合格者に占める女性の割合は 3 割を超え、女性医師の数も年々増加している。一方で女性医師の就業率は、妊娠・出産・育児により職を離れる、いわゆる M 字カーブを形成し、復職を希望する女性医師に対する支援が長らく課題とされている。

日本医師会においては、女性医師支援センター事業として、女性医師バンク事業を中核として復職支援や育児支援、勤務環境の整備等に取り組み、着実に成果をあげるとともに、併せて、女性医師の意思決定の場への参画についても取り組んできた。今後は、これまでの成果を基盤に、女性医師のさらなる活躍に向け、より一層、真摯に取り組みを進めていきたいと考えており、女性医師バンクの体制を見直した。

女性医師の活躍は、現在の少子高齢化社会における医療を望ましい方向へ発展させるために必要不可欠と考えている。その実現のため、九州ブロックの各医師会において今後とも一層のご協力をお願い申し上げます。

報告・協議事項

日本医師会女性医師支援センター事業について

日本医師会女性医師バンクでは、これまでの求人登録件数は、求人が 1,304 件（延べ 5,448 件）、求職が 206 名（延べ 799 名）、就業および再研修決定 484 件であったが、総務省の行政評価が行われ、「女性医師バンク」について、「初期の目的を達していないのではないか」との指摘が厚生労働省に対してなされた。これを受けて、日本医師会でも民間業者の手法等を参考にしながら検討を重ね、平成 28 年 10 月 1 日に以下のとおり体制の変更を実施した。

これまでは、求職者より登録があると、統括コーディネーター（非常勤医師 1 名）が、求職者の就業希望地域や診療科を踏まえてコーディネ

ネーター（非常勤医師 10 名）に振り分け、求職者の就業斡旋や相談、求人施設との連絡調整および紹介を行う等、就業成立に向けた対応を行ってきた。新体制では、登録のあった求職者の就業希望地域を踏まえて東西のセンターに振り分け、新たに配置した専任コーディネーター（非医師、常勤 1 名、非常勤 1 名）が求職者への就業斡旋、求人施設との連絡や調整、紹介を行い、就業成立への対応を行っている。専任コーディネーターは医師の資格を持っていないため、医療や医学に関する相談対応等は、これまでコーディネーターを務めていた医師の中から地域のバランスなどを考慮し、5 名の先生方にアドバイザーに就任いただいている。

その他、女性医師支援、特に女性医師のキャリア形成・継続の支援を目的に、医学生や研修医等、若い世代の女性医師を対象に、都道府県医師会、学会、医会との共催による「平成 28 年度「医学生、研修医等をサポートするための会」、社会のあらゆる分野において、2020 年までに、指導的地位に女性が占める割合が、少なくとも 30% 程度を目指す「2020.30 実現をめざす地区懇談会」、全国の大学医学部や各医学会の女性医師支援や男女共同参画の担当者を対象に、日本医師会の取り組みの周知と各大学、各学会の取り組みについての情報交換をする「大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会」を開催した。

各県における女性医師支援のトピックス等について

大分県 谷口邦子

去る平成 27 年 7 月 17 日に開催した「女性医師職場環境改善委員会」において、①産前産後の休暇体制、②乳児期、学童期の病児保育を含めた支援体制、③職場復帰への支援体制、④勤務体制の柔軟化等の支援体制について議論を行った。特に③職場復帰への支援体制を強

化すべく、県内医療機関（943 施設）へ女性医師の再就職支援に関するアンケート調査を行った。結果では、女性の再就職支援制度が「ある」は全体で 6.3%、「ない」は 93.2%であった。この結果を踏まえ、各施設の実態調査を行い、医師会内にマッチングの窓口を作ることになった。

長崎県 瀬戸牧子・上戸穂高

長崎大学病院が、平成 24 年度に長崎県の委託を受けて、メディカル・ワークライフバランスセンター（mWLB）を設置した。当センターでは、長崎県内の医師が「働きやすさ」と「働きがい」を感じて医療に取り組める環境整備を検討、推進している。主な取り組みであるキャリアサポートでは、医師としてのキャリアの継続・復帰支援のためのコンサルティング、復職トレーニング、キャリアアップを目指した講演会、セミナー等を開催している。また、平成 26 年から進めてきた保育サポート事業の充実・拡大、医学生への教育への関与、ワークライフバランスについての広報活動等に取り組んでいる。

熊本県 後藤理英子

平成 26 年度から、熊本県地域医療支援機構、熊本県医師会男女共同参画委員会、熊本市医師会女性医師キャリア支援センター、熊本大学医学部附属病院男女共同参画推進委員会がまとめ、「熊本県医療人キャリアサポートクローバーの会」を組織した。

熊本地震の際、無料開放した「メディッククラブ（熊本市医師会が運営している保育所）：4 月 21 日から 5 月 9 日」並びに「熊本大学医学部附属病院臨時学童保育：4 月 27 日から 5 月 6 日」では、それぞれ約 160 名の利用があり、緊急時・災害時の保育のニーズの高さを実感した。また、熊本地震により、県内で約 1,000 床

が機能停止に陥り在宅診療のニーズも高まっている。熊本県地域医療支援機構では、休職中の先生方に、かかりつけ医が在宅診療を行っている間の外来診療（週1回程度）の協力を呼び掛けている。

その他、平成28年11月から復職支援コーディネーターを採用し、医師短時間勤務制度を実施している。また、平成29年4月から熊本県地域医療支援機構女性医師メンター制度を開始予定である。

福岡県 佐藤薫

福岡県では、九州大学病院きらめきプロジェクト10周年記念講演会（きらめきプロジェクト活動報告、3題の記念講演）、第7回学生交流会（九州大学医学部生を対象に、ランチョンセミナー形式で開催）、久留米大学第5回先輩医師と話そう！！（医学生を対象に医師のワークライフバランスについて考えられるように、先輩の体験談を聞く）等を開催した。また、久留米大学病院男女共同参画事業推進委員会の女性医師支援の先駆的な取り組みを行う医療機関として、厚生労働省「平成28年度女性医師キャリア支援モデル普及推進事業」の実施主体として選定された。

2020.30 実現をめざす地区懇談会を積極的に開催している。平成27年度は8回開催し88名、平成28年度は8回開催し131名の参加があった。当懇談会を開催して、専門科をこえた横のつながり、郡市区医師会役員への登用があった。今後は、情報を発信する女性医師のネットワークを構築したい。

鹿児島県 増田美奈

鹿児島大学では、女性職員が集まりやすい昼食時間（12:30～13:30）にランチミーティングを開催し、人事課や総務課、大学の男女協同参画推進室のコーディネーターにも参加い

ただき、情報交換を行っている。当ミーティングで挙げた質問や要望を元に、各担当部署へ働きかけを行っている。また、産休直前まで手術に関わる女性医師、看護師の増加に伴い、2014年からマタニティ専用スクラブを導入している。手術に関わる女性医師、看護師が使用出来るよう手術部女性更衣室に常備している。社会保障については、週29時間で社会保険・厚生年金加入となっているが、週4日1日6時間勤務（部分育児休業制度相当）をしている医師は、社会保険の対象としている。労災については全員が対象となったことで、安心して診療に従事することが可能となった。過去8年の短時間勤務制度利用者の推移では、多少の増減はあるものの着実に当制度利用者が増加している。

鹿児島大学病院の研修プログラム「桜島」は、鹿児島大学病院と多数の協力病院を組み合わせ、研修医の希望を最大限に考慮し、自分に合ったローテーション作成が可能で、さらに、研修開始後も、研修状況や進路に応じたローテーション変更が可能となっている。院内保育園の設置や研修中の妊娠・出産、復職等、女性医師支援に対応する。

佐賀県 原めぐみ

平成19年度より日本医師会と共催行事を計9回開催しており、延べ371名（託児利用15名）の参加があった。このうち、平成27年度に実施した「女性医師・勤務医師・医学生等をサポートするための会」では、学生地域交流の会の活動報告並びに、自見はなこ先生より「医師のキャリアデザイン」と題して、体験談を交えながら今後の進路設計等について講演が行われた。

宮崎県 荒木早苗

平成27年度から、急な残業や出張、お子様の病気時（病気回復期）等で仕事を休めない時、

買い物や美容室、リフレッシュしたい時等に保育サポーターの自宅または女性医師の自宅等において、お子様の一時的な預かりを行う「宮崎県医師会女性医師保育支援サービスモデル事業」を実施している。

既存の子育てサポートについて女性医師より、「どんな方に預けるか不安」、「必要な時に利用できない」、「病後児を預ける際には医療機関の受診が必須で利用しづらい」、「当直や学会出張時に宿泊で預けられない」等の意見があった。このような意見を踏まえ、女性医師や地域医療等を理解していただくため、医師会が保育サポーターを養成し、女性医師が利用しやすい「医師会版保育サポートシステム」を構築した。

沖繩県 外間雪野

本県では、新専門医制度を見据え「どうなる新専門医制度～指導医、研修医が知っておくべきこと～」をテーマに、沖繩県女性医師フォーラムを開催した。当フォーラムでは、県内3臨床研修群(県立病院を中心とした「県立病院群」、琉球大学を中心とした「RyuMIC群」、民間病院を中心とした「群星沖繩群」)のそれぞれの立場から新専門医制度に取り組んでいることについてご発表いただいた。続いて、各診療科の「整備基準で病休・産休について」、「整備基準で労働環境について」を踏まえ、演者、参加者を交え全体で討論を行った。

ディスカッション

情報交換会(質疑応答、日本医師会への要望、提言等)

平成28年4月1日より「自らの意志によって職業生活を営み、又は営もうとする女性の個性と能力が十分に発揮されることが一層重要である」という理念のもと、「女性活躍推進法」が施行された。法の施行により、各県において新たに取り組んでいる女性医師支援につい

て、「女性医師のキャリア形成に配慮している点」をテーマに概ね下記のとおりディスカッション、意見交換を行った。

沖繩県

専門医制度をテーマに女性医師フォーラムを開催した。各研修群、各臨床研修病院の指導医等に多くお集まりいただいた。今後、専門医制度を見据えた女性医師支援について、県行政を交え取り組んでいきたい。

宮崎県

宮崎大学医学部5年生を対象に、「未来の医療を語る全員交流会 in MIYAZAKI」を開催した。当日は、県知事、県医師会長、宮崎大学長をはじめ、宮崎大学附属病院各診療科や基幹型臨床研修病院から数多くの先輩医師が参加し、5年生の参加者90名と合わせて総計173名が一堂に会し、医師のワークライフバランスとキャリアについて語り合った。医療人育成支援センター教授の小松先生より、ワークライフバランスとキャリアについて自身の経験を交えた基調講演が行われた。また、県医師会からは「医師会版保育サポートシステム」を紹介した。

福岡県

宮崎県医師会の保育サポートシステムを利用している方はどのような方が多いか。

宮崎県

利用者は、三分の一が大学の職員で、残りはクリニック等の方が利用している。全県は網羅できていない。昨年、宮崎市内からスタートした。各地域に合わせて運用を検討している。

鹿児島県

医師会が運営している保育サービスと大学の保育園との関連、連携はいかがか。

宮崎県

医師会が運営している保育サービスは、宮崎市内に事務局があり、大学・非会員の先生問わず利用できる。大学の保育園は短時間という範

困で預けることができない。大学も保育サービスを始めたいという意向はあるが、位置的な関係もあり三分の一の利用となっている。大学の近くに若い女性医師が多いことから、今後検討が必要である。

大分県

病児保育は、医師の自宅で預かることも可能か。

宮崎県

基本的には病後児であるが、病児でも預ける時の条件を緩和している。過去、サポーターにクリニックまで来てもらい、クリニックで働いている方の病児を預かったことがある。

大分県

病児は、ある程度医療的なサービスが充実している病院、クリニックであれば預かることが可能か。

宮崎県

医師がいれば可能としている。

佐賀県

佐賀大学は女性医師が多い。大学と県医師会と連携を図る際に、医局ではなくどこが窓口になっているか。工夫していることがあればご教示いただきたい。

鹿児島県

鹿児島大学では、キーパーソンを配置して県医師会等と連携を図っている。若い先生方をどう育てるかということが女性医師支援の重要なポイントである。子育てだけでなく、日本の医療がどうなっているか、医師は何をしなければならないのか、地域医療をどうするか等を男女問わず考えなければならない。具体的には、県医師会と鹿児島大学女性医師等支援センターとの共催で産婦人科医をどう育てるかをテーマにシンポジウムを開催した。鹿児島大学の活動の目安は、「甘えてはいけない使命がある」ということを若い先生方に理解していただくことである。

熊本県

キーマンが必要である。県医師会の女性医師の先生が、熊本大学に積極的に働き掛けていただきたい。

熊本県

大分県の発表で男性医師へのメッセージ「一時点での医師の労働力としては評価しないという認識を持ってもらう」とあるが、どのような意図があるかご教示いただきたい。

大分県

単に労働力として女性医師を活用するだけでなく、女性医師のライフイベントを考えたなかで、「休んでいる間も医師としての潜在的な蓄積をしている」ことを男性医師も理解していただきたいという意味である。

佐賀県

佐賀大学は、他からの支援を受けずに自前で院内保育所をつくり病児保育まで始めた。これまで県内の医師派遣は医局が行っていたが、医学部生の女性の割合が増え、それが難しい状況になるのではないかと予想している。今後、若い先生方の意見を聞きながら女性医師支援を進めていきたい。

沖縄県

長崎県の「あじさいプロジェクト」、久留米大学の「元気プロジェクト」の取り組みについてご紹介いただきたい。

長崎県

長崎大学の学長、病院長が、女性医師、女性登用、ワークライフバランス等に熱心で、メディカル・ワークライフバランスセンターが中心となり、長崎県女性医師等就労支援協議会や長崎大学ダイバーシティ推進センター等との関係機関と連携してプロジェクトをすすめている。新たな取り組みとしては、大学病院内で夕方から実施される会議・勉強会等への参加を可能にするために「イブニングシッターサービス」を始めた。また、試験や学会での発表方法、各科

での再就職等、若い世代に関しては比較的サポートができています。大学ではすでに助教クラスの20～30%が女性になっている。母になって頑張っているが助教クラスで止まっている。女性がリーダーになれるような、マネジメントをしなければならない。産休・育休で中断しても40代50代で部長や要職に就くような働きかけを検討したい。女性のワークライフバランスと同じように、医師のワークライフバランスをどうするか検討が必要である。

沖縄県

産婦人科では医員、助教、講師として、県医師会女性医師部会では役員として様々な事業に取り組んでいる。医員の時に「帰っていいのかわ？」という疑問を持ち、助教になって「大学で女性医師をサポートできるか？」と葛藤した。現在、琉球大学の産婦人科は25名中16名が女性医師である。私が辞めずに働き続けることが彼女たちのモデルとなり得るだろうと考え、現在講師として働かせていただいている。大学にいる女性医師は、大学院生と助教まではやるが、それ以降はなる方がほとんどいない。家庭をもちながらどこまで責任がもてるのか、本人も、上司も女性医師をそのような立場にすることをためらうという側面があるかもしれない。平成28年度大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会において、産婦人科医の50歳以下は半分が女性となっていることを聞いて、これからの女性医師は、要職について後輩の道を作るのだという決断を求められている。私は産婦人科では頑張っているが、大学内ではまだまだである。この立場でもう少し各科の連携をとって、大学内での女性医師支援をやらなければならない。そこに多くを求められているが難しさも感じている。

福岡県

平成26年から久留米大学病院男女共同参画事業推進委員会を設置しているがまだ委員会レベルではある。月一回の診療部長会議において、

本委員会の活動を報告している。女性活躍推進法の社会的な後押しもあり、医学教育、復職支援、勤務医への働きかけもできている。

沖縄県

女性医師支援により、全体の医師数が増えた病院があるか、また女性医師支援をすることで病院の収益をあげることができた病院があればご教示いただきたい。

福岡県

限られた都市部の恵まれた病院だけだと考える。

沖縄県

日本医師会女性医師支援センターにおいて、女性医師支援をすることでどのような効果が表れるのか、まとめてはどうか。

日本医師会

いかに病院、医局等を魅力的にするかが重要であると考えます。

平成28年度女性医師支援事業連絡協議会における女性医師支援センター事業九州ブロック会議の報告について

平成29年2月日本医師会館において開催されるみだし連絡協議会における九州ブロック代表について協議を行った。

協議の結果、当番県である沖縄県医師会が代表に選出された。

平成29年度女性医師支援センター事業九州ブロック会議の開催県について

平成29年度日本医師会女性医師支援センター事業九州ブロック会議の開催県について協議を行った。

協議の結果、九州医師会連合会の当番順に倣い、次回は大分県医師会の担当で開催することが決定した。

引き続き、会場を移動して懇親会が開かれ、活発な意見交換が行われた。

第 122 回沖縄県医師会医学会総会



広報副担当事務 白井 和美



第 122 回沖縄県医師会医学会総会日程

会 期：平成 28 年 12 月 11 日 (日)

会 場：沖縄県医師会館

ポスター掲示、準備、閲覧

第 122 回沖縄県医師会医学会総会開会宣言

第 122 回沖縄県医師会医学会総会会頭挨拶

一般講演 口演部門

ミニレクチャー (ランチョンセミナー)

- ① 「進化する消化器内視鏡～高齢社会に求められるものは～」

座長：大北内科胃腸科クリニック院長 上地 博之

講師：那覇市立病院 仲地 紀哉

- ② 「肺癌の放射線治療」

座長：国立病院機構沖縄病院 饒平名知史

講師：琉球大学医学部附属病院 放射線科助教

有賀 拓郎

教育講演

「琉球大学の「脂肪幹細胞移植」再生医療の分野から」

座長：琉球大学大学院医学研究科

内分泌代謝・血液・膠原病内科学講座

(第二内科) 教授 益崎 裕章

講師：琉球大学大学院医学研究科 再生医学講座
教授

琉球大学医学部再生医療研究センター セン

ター長 野口 洋文

一般講演 ポスター部門

沖縄県医師会医学会賞 (研修医部門)

沖縄県医師会医学会賞 (研修医部門) 選考委員会

沖縄県医師会医学会賞 (研修医部門) 受賞者発表

分科会長会議

第 122 回沖縄県医師会医学会総会が、12 月 11 日、肌寒さを感じる晴天の中、開催された。

ミニレクチャー 1 題目の、「進化する消化器内視鏡～高齢社会に求められるものは～」は、那覇市立病院 仲地紀哉先生が講演された。前半は、昨今の消化器内視鏡治療の成績向上が、診断能力のレベルアップを希求し、それに見合う技術が開発され、その結果今まで難しかった治療手技を創意工夫で克服し、さらなる成績の改善をもたらす好循環にある現状を、豊富な画像を供覧して一般会員にもわかりやすく解説された。後半は、抗血栓療法中の内視鏡治療のガイドラインをめぐる問題点について述べられた。高リスク群では、ワーファリンを中止し、ヘパリンに置き換えるが、その場合意外にも後出血が多いという点、また、cold biopsy の利点などにも言及され、大変興味深かった。DOAC 服用中の方の服薬指導法は、次回のガイドライン改定に先駆けご紹介くださった。一般医家から専門医に各種処置をお願いした場合、休薬に関しては、未だ診療科により指導に差があるように感じているのは、私だけだろうか。結語の、「これからの内視鏡医にはコミュ

ニケーション力が必要」とのお言葉は、すべての臨床医にも当てはまると感じた。

2 題目は、「肺癌の放射線治療」について、琉球大学医学部附属病院放射線科 有賀拓郎先生が講演された。まず、沖縄県の肺癌の5年相対生存率が全国最下位であり、全国平均に比して放射線による治療割合も低いという厳しい現実からお話が始まった。かつて、治療計画は、2D 平面上で策定されていたが、現在は、3D 空間で、キーオルガンを避けた照射計画が作成可能となり、結果、放射線治療も根治を目指す治療の一つとなってきたという。ステージによるが、術前・術中・術後の化学療法、手術療法との組み合わせで、様々な腫瘍で予後が改善することを実感しておられ、更に、手術困難例、多発例では、臓器への放射線の影響をコントロールすることで、治療に手応えを感じておられるというお話は大変説得力があった。放射線腫瘍医として、呼ばればどこにでも行って治療に協力したいというお言葉が大変印象に残った。

教育講演は「琉球大学の「脂肪幹細胞移植」再生医療の分野から」について、琉球大学大学院医学研究科再生医学講座教授で琉球大学医学部再生医療研究センター長の野口洋文先生が

お話された。先生は、世界的な臍島移植の第一人者で、管理しておられる細胞培養加工施設 (CPC) の運用について、移植の実際を交え大変わかりやすくご説明くださった。また、今後琉球大学で予定されている脂肪由来間葉系幹細胞 (MSC) を使用した3分野の研究に関するお話は、MSC 作成の実際の映像など滅多に見られない情報に溢れた貴重な講演であった。我々が大変関心を持ち見守っている研究だけに、フロアから様々な質問が相次いだ。しかし、CPC の運用上の問題点、特に資金的な部分、施設規模と対象患者数の問題、大量に必要な書類作成等の現状を伺った時、研究者としてのみならず、管理者としての先生のご苦勞には頭の下がる思いであった。座長の益崎先生が、この研究の重要性を強調され、支援の必要性に触れられたが、我々もそれぞれの立場で出来る支援をしてゆくことが大切だと感じた。

また、一般口演、ポスター部門でも、研修医発表を含め、闊達な意見交換が行われた。

今回から、1階エントランスで、後期 (専門) 研修に関する各病院の説明ブースが設置された。一人でも多くの研修医が県内での後期研修を選択して下さる機会となれば幸いだ。

医学会頭挨拶

第122回沖縄県医師会医学会総会会頭
屋良 朝雄



第122回沖縄県医師会医学会総会の開催にあたり、ご挨拶を申し上げます。このたびは、伝統ある県医師会医学会の会頭にご指名いただき、安里哲好県医師会会長ならびに砂川博司医学会会長、そして会員各位に感謝の意を表します。

医療の進歩は、日進月歩で特に最近の進歩には驚かされるばかりです。かつては正しいと思っていた治療法、手応えがあった経験的治療

法も、エビデンスとそのレベルにより科学的根拠に乏しく、否定的だったりします。医療者はいつまでも謙虚に学ぶ姿勢を維持しなければならないと思います、勉強会、研究会には積極的に出席するようにしていますが、それでもなかなか追いつけない現状です。まさに右往左往している晚期研修医です。

どの医療分野においても、病気の予後を飛躍的に改善させたエポック・メイキングな出

来事があるはずで、私が関わってきた新生児医療においては、サーファクタントという薬剤の登場はまさに画期的でした。勤務先の琉球大学、研修先の鹿児島市立病院周産期母子センターをはじめ全国の新生児医療機関において、1980年代中盤までの超低出生体重児（出生体重1,000g未満）の予後は惨憺たるものでした。その大きな原因は、未熟肺すなわちサーファクタントの欠乏による新生児呼吸窮迫症候群（RDS）でした。サーファクタント補充療法（経気道的）の治験施設であった県立北部病院の当時小児科部長小堂先生のご厚意で薬を譲っていただきました。1987年12月26日、出生体重700gの超低出生体重児への投与が、琉球大学における治療第1号でした。その後も、多くのRDSの児を救命することができました。治験の開始前には、かつてない程の論文を読破し、RDSの病態からサーファクタントの生化学的特徴、生理的作用についても十分理解して臨んだだけに感無量の瞬間でした。サーファクタントが手軽に使用できる今時の皆様にはなかなか感動は伝わらないかもしれませんが、新生児医療を目指して良かったとしみじみ感じ入った日々でした。研修医の皆様にも、自分なりのエポックメイキングに遭遇し醍醐味を味わって欲しいと思います。

管理者になった現在、新たに学ばなければならない分野にも直面しています。医学書から経営用語が飛び交う書物、資料の方に読書はシフトしてきています。医療費抑制という厚労省の診療報酬改定そして医療政策的方向性に対応しなければならず、経営の安定化なくして良質の医療は提供できないと痛感しています。これからの医療人には、経営についての素養も求められていると実感しています。

日本の国家財政は、莫大な債務を抱える危険な状況を迎えていると言われていています。医療費も、技術革新と高齢化によってどんどん高騰していきます。

超高齢社会を迎え、本県の地域医療構想策定案は今年度中には出来上がる予定ですが、地域

のみなさまが納得できる案であって欲しいと願っています。一方、少子化による人口減少問題、いびつな人口構造。子供たちの笑い声、泣き声は、私たち成人が絶対に勝てない社会の活気、エネルギー源です。子供は、地域の、社会のそして日本の財産、未来そして希望です。高齢者対策に隠蔽されぬよう、少子化対策、子供たちの心身の成長のため、もっと、もっと多くのヒト、モノ、カネを注ぎ込むべきであると考えている小児科医です。

新専門医制度については研修医をはじめ多くの皆様が、振り回されていると思います。この制度は、専門医の質を高め、良質な医療を提供するという目的を掲げていますが、準備不足、議論不足は否めず、結局1年延期の2018年度からのスタートになりました。多くの問題を内含している制度であるだけに、十分に議論され、納得した形で開始してもらいたいと思います（残念ながら、小児科、耳鼻咽喉科においては、2017年度からの新専門医制度プログラム開始が決定されました）。一方この制度には、医療人材の地域偏在、専門診療科偏在そして業態別偏在（勤務医と開業医）を是正、調整するという方向性も取りざたされており、我が国の医療体制にとって大きなエポックメイキングになる可能性も秘めています。

さて、本学会では、教育講演として野口洋文先生による「琉球大学の「脂肪幹細胞移植」再生医療の分野から」という最先端医療についての講演、ミニレクチャーとして、仲地紀哉先生による「進化する消化器内視鏡～高齢社会に求められるものは～」、有賀拓郎先生による「肺癌の放射線治療」を予定しています。いずれも、最新高度医療、アップデートな講演内容で興味深く拝聴したいと思います。一般演題は、146題で応募くださった先生方に感謝申し上げます。多くの会員の皆様に参加していただき、活発な議論が展開されていくことを願っています。県医師会医学会のますますの発展と会員の皆様のご活躍を祈念いたしまして、挨拶とさせていただきます。

ミニレクチャー(抄録)

(1) 「進化する消化器内視鏡 ～高齢社会に求められるものは～」



那覇市立病院 仲地 紀哉

内視鏡は消化管などの精査や治療に用いられ、良性疾患のみならず、悪性腫瘍の早期発見・早期治療に大きな役割を果たす。加齢と共に罹患率が増加する悪性腫瘍は高齢化社会において克服すべき疾患の一つである。高齢者に限らず、安全で侵襲の少ない検査や治療法が求められる現代において、内視鏡はその活躍を期待されている。今回、内視鏡を用いた新たな治療法や高齢化社会に向けた内視鏡医の取り組みについて紹介する。

上・下部消化管内視鏡検査では画質の向上や画像処理の工夫などにより、早期に悪性腫瘍が診断されるようになってきている。また、カプセル内視鏡や小腸内視鏡の開発により、暗黒大陸と言われてきた小腸の精査や治療を行うことも出来るようになってきている。その他には超音波内視鏡や従来から行われてきた胆道系、消化管の止血術なども進化してきている。

内視鏡関連の技術やそれを支える機器の発展において日本は世界をリードしてきているが、その中で特に大きな影響を及ぼしたのものとしてESD (Endoscopic Submucosal Dissection: 内視鏡的粘膜下層剥離術) とNBI (Narrow Band Imaging: 狭帯域光観察) が挙げられる。従来の手技では内視鏡的に治療困難であった大きな病変や技術的にアプローチ困難な病変に対してESDが有用なことがあり、外科手術が行われていた病変も内視鏡治療で完治することも増えている。

内視鏡治療を成功に導くためには正確な術前診断が不可欠であるが、診断能向上のためNBIが開発された。NBIでは血中のヘモグロビンに吸収されやすい狭帯域化された光を当てて観察することによって血管像を明瞭に見ることが出来る。更に、拡大観察することによって微細な腫瘍血管を観察し、良性・悪性の鑑別、病変の範囲診断、場合によっては深達度診断も可能になる。診断能の向上により、今まで発見が困難であった病変が早期の段階で発見されることが増え、内視鏡治療の幅が広がってきている。意識的な観察の影響もあるが、従来は発見困難であった咽頭表在癌がNBIで診断されることもあり、耳鼻咽喉科医と連携しESDで治療する機会も増えている。

また、消化器外科医と連携し腹腔鏡下手術と内視鏡の特徴を生かしたLECS (Laparoscopic Endoscopic Cooperative Surgery: 腹腔鏡内視鏡合同手術) も行われてきている。胃のGIST (Gastrointestinal Stromal Tumor) など、局所切除で済む手術において最小限の切除を得意とするESDが有用である。最近ではESDでの切除が困難な早期胃癌の局所切除やESDの後穿孔を予防する目的のLECSも行っている。内視鏡治療の幅が広がるにつれ、内視鏡医は他科との連携が重要となってきた。

悪性腫瘍への対策が重要視される中、高齢化社会による心血管疾患の増加に伴い消化器領域においても抗血栓療法中の患者に遭遇することが多くなってきている。内視鏡検査や治療において、抗血栓療法は出血のリスクが高まるため、抗血栓療法中の内視鏡の対応は以前より課題となっている。2012年に「抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン」が多学会合同で改定され、それを踏まえた上で新たな対応を行っている。

基本的には休薬による血栓症のリスクと内視鏡における出血のリスクに配慮し個別に判断することにはなるものの、以前は出血予防を重視

し休薬を前提としていたが、改定ガイドラインでは休薬しない選択肢を設けており、血栓症ハイリスクの場合は内服継続下に処置を行うことも許容されてきている。止血に関する技術の向上や機器の発達、後出血を起こしにくい治療法の工夫などもそれを後押ししているものと考えられる。休薬による血栓リスクが高い場合、アスピリン単剤であれば出血高危険度の治療においても休薬することなく行い、ワルファリンにおいては治療域内での生検も可能である。現行のガイドラインではワルファリンやDOAC (Direct Oral Anticagulant: 直接作用型経口抗凝固薬) 内服患者の内視鏡治療はヘパリン置換を行うことになっているが、様々な検討により今後は実情に沿った変更が予想される。内視鏡医にとっては難しい対応を迫られることもあるが時代の流れに答えて行く必要がある。

内視鏡の診断能や治療法の向上により消化器内視鏡は新たな展開を迎えており、高齢化社会におけるニーズに沿った安全で侵襲の少ない治療の提供が求められている。また、他科との関わりが強くなるに従い、内視鏡医は技術力のみならず、高いコミュニケーション力が必要な時代になってくるものと考えられる。

(2) 「肺癌の放射線治療」



琉球大学医学部附属病院 放射線科 助教 有賀 拓郎

国立がん研究センターがん対策情報センターの“がん診療連携拠点病院院内がん登録 2007年生存率報告書”によると沖縄県における、肺癌の5年相対生存率は20%と、残念ながら全国ワースト1位です。平成27年度に我々は沖縄県医療基盤活用型クラスター形成支援事業「沖縄県における高精度放射線治療の推進と安定供

給に向けた基盤構築」のなかで沖縄県における放射線治療の実態調査を行いました。それによると、全放射線治療患者における肺癌での適用率は全国と比較して低率(14% vs 17%)でした。III期を例にとると肺癌治療ガイドラインでは、標準治療は同時化学放射線療法ですが、沖縄県の院内がん登録データ(2013)によると、県内16医療機関での肺癌III期の放射線治療適用率は15%に止まっていることも判明しています。全国と比較して低い放射線治療適応率を改善することは、沖縄県の肺癌治療の成績改善に貢献する可能性があります。このレクチャーでは肺癌治療(特に非小細胞肺癌)における放射線治療の適応について肺癌診療ガイドラインや近年の臨床試験を参考にしながら紹介します。

I-II期非小細胞肺癌治療の標準治療は手術ですが、耐術能が低い症例に対しては定位放射線治療(いわゆるピンポイント治療)が適応になります。本邦からもJCOG0403といった前向き臨床試験(JCOG0403)で良好な治療成績が報告されています。国内外の手術と定位放射線治療の治療成績の比較ではほぼ同等であり、耐術能が低い症例には積極的に適応を考慮すべきと思われます。

また、肺癌診療ガイドライン(2015)にて臨床病期IIIA期(N2)症例に対する手術前後の補助療法として放射線治療を検討してもよいとの記載があることもご存じでしょうか?片上らは術前治療の臨床試験(WJTOG9903)を行い、化学療法単独と比較して同時化学放射線療法(concurrent chemoradiotherapy: CCRT)で局所制御が良好であったこと、また良好な局所制御が生存率向上に寄与していたことを報告しています。Douillard JYら(ANITA trial)、Shen WYらは臨床病期IIIA期(N2)症例に対して術後治療としてCCRTを施行して化学療法単独と比較して有意な予後改善を報告しています。術前後の補助療法として放射線治療も検討する価値があると思われます。

III期で切除不能例も化学放射線療法(CRT)の適応となりますが、JCOG0301の結果を受け、2013年よりガイドラインの記載が高齢者でPS

が良好であればCRTを施行すべきとなりました。さらに、予後不良なⅢ期症例に対して化学療法単独とCRTを比較した臨床試験もありますが、生存率、QOLとも有意にCRT群が良好だったとの結果があります。

放射線治療の適応を考慮する上で、内科や外科の医師が最も懸念するのは放射線肺臓炎ではないでしょうか。X線写真で位置決めを行う2次元治療計画で治療が行われていた時代から、現在はCTをベースに標準化された標的体積(Clinical target volume: CTV)に3次元治療計画に基づく治療計画に移行しており、より正確で安全な治療が施行可能になっています。さらに、予防的リンパ節領域照射(Elective nodal irradiation; ENI)の有無で局所制御率、生存率、肺炎発生率を比較した試験では、ENI無

しの方が肺炎が少ないだけでなく、局所制御率や生存率が有意に良好であることが示されており、現在の照射範囲はより病変にフィットした方向に縮小しています。また、3次元計画によって放射線肺臓炎等の有害事象の発生を線量体積ヒストグラム(DVH)パラメータの解析により定量的に予測できるようになり、辻野らによって重症肺炎の発生に相関のあるDVHパラメータが明らかにされており、より肺炎の発生率を抑えて安全に照射が行えるようになっています。

このように、放射線治療は肺がん治療の多彩なシーンにおいて利用が考慮されるべきであり、かつての2次元計画時代と比較して放射線肺臓炎は減少していると考えられます。当日はさらに詳細なデータを交えて提示します。

教育講演(抄録)

「琉球大学の「脂肪幹細胞移植」再生医療の分野から」



琉球大学大学院医学研究科 再生医学講座 教授
琉球大学医学部再生医療研究センター センター長
野口 洋文

現在、日本の再生医療分野においては、ES細胞やiPS細胞を用いた治療法の開発により、これまで治療が困難とされたさまざまな疾患の根本的治療が可能になると期待されている。特にこれら幹細胞を用いた再生医療はドナーを必要としないため、将来的に懸念されているドナー不足にも対応可能であると考えられている。別個体の組織を用いる従来の移植手術とは異なり拒絶反応もない夢の治療法として、国内

では当分野において先行する京都大学iPS研究所だけでなく、ロート製薬株式会社、味の素株式会社、富士フイルムホールディングス株式会社等でも培養技術等の開発に着手するなど、周辺技術においても大きな展開を見せている。再生医療分野は今後もさらなる発展を遂げると考えられる。しかしながら安全性への配慮も必要であり、平成26年11月25日より施行された「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」では、再生医療の提供機関及び細胞培養加工施設に関し新たな基準が設けられた。この法律は安全性だけではなく、実用化までの迅速性を図る狙いがあり、医療機関から許可を受けた企業へ細胞加工(製造・培養・保存等)の外部委託が可能となった。この法律は幹細胞を用いた再生医療のみならず、免疫細胞療法もその対象として含めており、同治療法においても産業化へ向けた動きが活発化してきている。

琉球大学医学部では平成27年4月に再生医療研究センターおよび細胞培養加工施設(Cell

Processing Center: CPC) が設置された。同センター内に設置された CPC は、沖縄県先端医療産業開発拠点形成事業として整備され、床面積 224m² という本格的な施設となっている。CPC の審査を医薬品医療機器総合機構 (PMDA) から受け、平成 27 年 10 月に特定細胞加工製造物事業者として九州地方厚生局長から許可を取得した。また、ソフト面の準備として標準作業手順書 (SOP) の整備のため、平成 26 年 12 月に標準化委員会を設置し、改訂を重ねて平成 27 年 10 月に SOP が完成した。さらに、平成 27 年 6 月に琉球大学医学部内に認定再生医療等委員会および特定認定再生医療等委員会の設置を厚生労働省に申請し、同年 10 月に認定を受け、沖縄県内で再生医療の審査が完結できるようになった。施設許可および委員会の設置認定により、琉球大学医学部では治療用の細胞を培養・加工・供給できる体制が整ったため、平成 28 年 3 月に沖縄県初となる培養脂肪由来幹細胞の移植手術を実施した。

そのような中、沖縄県・宜野湾市・琉球大学は、キャンプ瑞慶覧の住宅跡地を活用した国際医療拠点構想を内閣府、文部科学省、厚生労働省など関係省庁との連携により推進している。沖縄県は、地理的に近隣アジア諸国とのゲートウェイとして、さらに那覇空港では 24 時間体制での通関手続きを実施するなど、国際物流においては他県には無い強みがあり、国際的な細胞 SHIPPING 拠点となり得る条件が揃っている。琉球大学は国際医療拠点構想の基盤となる再生医療・細胞治療の臨床体制確立と革新的治療法の開発を目標とし、これらの成果により国際医療拠点の推進、産業振興、地域医療水準の向上を目指している。

平成 28 年 7 月から琉球大学医学部附属病院長の藤田次郎教授がプロジェクトリーダーとなり、沖縄県先端医療実用化推進事業として、以下に示す 3 項目の臨床研究を行う計画となっている。

1. 脂肪組織の採取および脂肪幹細胞の培養・供給
2. 脂肪幹細胞を用いた肝硬変治療
3. 脂肪幹細胞の品質管理

上記計画を実行することにより、県内での細

胞療法 of 臨床応用面での活性化を琉球大学中心で実施することを目指している。本事業は琉球大学が再生医療分野の発展に寄与することにより、国際医療拠点を目指す沖縄県の地域振興、産業振興に大きく貢献するものと考えられる。

論文 (英語論文 212 編より抜粋)

- 1 : **Noguchi H**, et al. Induction of tissue-specific stem cells by reprogramming factors, and tissue-specific selection. *Cell Death Differ.* 2015 Jan;22(1):145-55.
- 2 : **Noguchi H**, et al. Ductal injection of JNK inhibitors before pancreas preservation prevents islet apoptosis and improves islet graft function. *Hum Gen Ther.* 2009; 20: 73-85.
- 3 : **Noguchi H**, et al. Activation of c-Jun NH₂-terminal kinase (JNK) pathway during islet transplantation and prevention of islet graft loss by intraportal injection of JNK inhibitor. *Diabetologia.* 2007 Mar;50(3):612-9.
- 4 : Soto-Gutierrez A, Kobayashi N, Rivas-Carrillo JD, Navarro-Alvarez N, Zhao D, Okitsu T, **Noguchi H**, et al. Reversal of mouse hepatic failure using an implanted liver-assist device containing ES cell-derived hepatocytes. *Nat Biotechnol.* 2006 Nov;24(11):1412-9.
- 5 : Narushima M, Kobayashi N, Okitsu T, Tanaka Y, Li SA, Chen Y, Miki A, Tanaka K, Nakaji S, Takei K, Gutierrez AS, Rivas-Carrillo JD, **Noguchi H**, et al. A human beta-cell line for transplantation therapy to control type 1 diabetes. *Nat Biotechnol.* 2005 Oct;23(10):1274-82.
- 6 : **Noguchi H**, Bonner-Weir S, Wei FY, Matsushita M, Matsumoto S. BETA2/NeuroD protein can be transduced into cells due to an arginine- and lysine-rich sequence. *Diabetes.* 2005 Oct;54(10):2859-66.
- 7 : Matsumoto S, Okitsu T, Iwanaga Y, **Noguchi H**, et al. Insulin independence after living-donor distal pancreatectomy and islet allotransplantation. *Lancet.* 2005 May 7-13;365(9471):1642-4.
- 8 : **Noguchi H**, et al. A new cell-permeable peptide allows successful allogeneic islet transplantation in mice. *Nat Med.* 2004 Mar;10(3):305-9.
- 9 : **Noguchi H**, et al. PDX-1 protein containing its own antennapedia-like protein transduction domain can transduce pancreatic duct and islet cells. *Diabetes.* 2003 Jul;52(7):1732-7.
- 10 : Kobayashi N, Fujiwara T, Westerman KA, **Noguchi H**, et al. Prevention of acute liver failure in rats with reversibly immortalized human hepatocytes. *Science.* 2000 Feb 18;287(5456):1258-62.

一般講演 演題・演者一覧

＜口演部門＞

1. 沖縄病院における高齢者結核の臨床的検討
国立病院機構 沖縄病院 呼吸器内科 比嘉 太
2. 当院における外国人結核患者の臨床像の検討
国立病院機構 沖縄病院 呼吸器内科 名嘉山 裕子
3. TomoTherapy を用いた限局性前立腺癌に対する強度変調放射線治療の成績
南部徳洲会病院 放射線治療科 山田 裕樹
4. おきなわ脳卒中地域連携委員会パスシート分析結果(平成 26 年度、回復期)
南部病院 岩田 剛
5. 食道アカラシアに対する POEM 手術 28 例の治療成績の検討
ハートライフ病院 外科 奥島 憲彦
6. 内視鏡補助下 septorhinoplasty ～他科とのコラボレーション～
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 三輪 志織
7. 感染性胸部大動脈瘤 9 例の検討
沖縄県立中部病院 外科 堀江 博司
8. 当院における先行的腎移植 (PEKT)22 症例の検討
豊見城中央病院 外科 大田 守仁

＜ポスター部門＞

産婦人科

9. 卵巣より有茎性に発生した良性 Brenner 腫瘍の 1 例
豊見城中央病院 産婦人科 大城 大介
10. 胸膜転移をきたした卵巣癌の 1 例
豊見城中央病院 産婦人科 當眞 真希子
11. 肺血栓症を合併した卵巣癌の 1 例
豊見城中央病院 産婦人科 小林 剛大
12. 多発リンパ節転移を来していた子宮頸部微小浸潤癌の 1 例
琉大産科婦人科 下地 裕子
13. 奇胎除去後低単位 hCG が存続した 1 例
豊見城中央病院 産婦人科 前濱 俊之
14. 感染性心内膜炎を合併した臨床的絨毛癌の 1 例
琉大産科婦人科 仲宗根 忠栄
15. 腹腔鏡下仙骨腫固定術 (LSC) の排尿機能に及ぼす影響
沖縄協同病院 泌尿器科 嘉手川 豪心
16. 子宮留膿腫穿孔の 1 例
ハートライフ病院 産婦人科 上原 博香
17. 超音波で水腎と、血尿を示さなかった尿路結石
琉球大学 産婦人科 屋良 奈七

18. 高齢妊娠における体外受精症例と非不妊治療症例の臨床的検討
豊見城中央病院 産婦人科 神山 和也

呼吸器内科

19. 沖縄病院での肺小細胞癌症例に対する放射線治療について
国立病院機構 沖縄病院 呼吸器内科 知花 賢治
20. 琉球大学医学部附属病院における肺癌定位放射線治療 (SBRT) の初期治療成績
琉大医学部放射線科 石川 和樹
21. 当院における ALK 阻害薬の使用経験について
浦添総合病院 呼吸器内科 名嘉村 敬
22. 異所性 ACTH 産生により重度の低カリウム血症を呈した小細胞肺癌の 1 例
北部地区医師会病院 内科 森岡 弘光
23. 画像で増大を認めるも FDG-PET 陰性であった肺腺癌の 1 例
ハートライフ病院 金城 優美
24. 沖縄県内の PET 検査における施設間 SUV 補正の試み
琉球大学医学部附属病院 放射線科 千葉 至
25. Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) の 1 剖検例
中頭病院 呼吸器内科 西田 成
26. 画像上肺癌多発転移との鑑別を要したメトトレキサート関連リンパ増殖性肺炎患の 1 例
大浜第一病院 呼吸器内科 明永 征大
27. 気腫合併肺線維症 (CPFE) の加療中に ANCA 関連血管炎を発症した 1 例
豊見城中央病院 小祿 純平
28. 当院における慢性期呼吸リハビリテーションの現状
仲本病院 玉城 仁

消化器外科

29. 直接多臓器浸潤を認めた進行横行結腸癌の一症例
豊見城中央病院 外科 伊波 孝路
30. 大動脈周囲リンパ節転移をきたした S 状結腸癌の 1 例
南部徳洲会病院 大城 允人
31. 腸閉塞症状をきたし回盲部切除術を行った DLBCL の 1 例
沖縄県立中部病院 外科 菊池 悠太
32. サイトメガロウイルス腸炎による腸管穿孔の 1 例
大浜第一病院 外科 桃原 慎
33. 急性虫垂炎に対する虫垂切除後に偶然腫瘍性病変が指摘された 9 例の検討
沖縄県立中部病院 外科 都築 行広

消化器内科

- 34. クロウン病患者においてメトロニダゾールの長期内服により発症したメトロニダゾール脳症の一例
 沖縄県立中部病院 赤嶺 博行
- 35. Aeromonas hydrophila 腸炎により敗血症性ショックに至った1例
 中部徳洲会病院 福岡 弘望
- 36. clostridium paraputrificum を起因菌としたガス産生性化膿性肝膿瘍の一例
 沖縄県立中部病院 初期研修医 2年目 岩本 昂樹

泌尿器

- 37. 高齢者の浸潤性膀胱癌に対して放射線治療を行った一例
 琉球大学 放射線科 前本 均
- 38. 前立腺癌に対するホルモン療法にて肝機能障害を来した1例
 南部徳洲会病院 泌尿器科 関根 啓太
- 39. 血液透析導入 39年後に献腎移植を施行した1症例
 豊見城中央病院 外科 大城 由利恵
- 40. 有痛性骨転移に対するストロンチウム-89による治療経験から見てきた臨床の問題点
 那覇市立病院 放射線治療科 橋本 成司

腎・透析

- 41. バラシクロビルによる急性腎障害をきたした1例
 中頭病院 坂口 公太
- 42. 軽度腎機能障害例への飲水指導の効果 (続報)
 榕原医院 池田 祐之
- 43. 当院における腹膜透析診療の実際
 豊見城中央病院 腎臓内科 永山 聖光
- 44. 感染性心内膜炎に対する人工弁置換術後に溶血性貧血を発症した透析患者の一例
 豊見城中央病院 腎臓・リウマチ膠原病内科 小禄 雅人

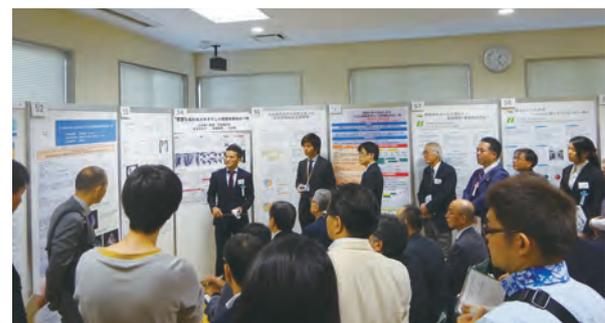
膠原病・内分泌

- 45. Tissue is issue
 中部徳洲会病院 総合診療内科 宮崎 允宏
- 46. 難治性線維筋痛症の臨床的特徴
 おおうらクリニック 大浦 孝
- 47. カテコラミン上昇を認めず、123I-MIBG シンチグラフィ陰性であったため、術前診断に苦慮した頸動脈小体原発の褐色細胞腫
 琉球大学大学院医学研究科内分泌代謝・血液・膠原病内科学講座(第二内科) 國場 司
- 48. ステロイドの漸減により慢性副腎不全をきたしていた一例
 大浜第一病院 糖尿病センター 上條 公守

沖縄県医師会医学会賞 (研修医部門)

- 49. RSV 感染症診療の標準化に向けて
 沖縄県立中部病院 小児科 赤尾 敏之

- 50. 敗血症様症状を呈したヒトパレコウイルス3型の乳児例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 永澤 俊
- 51. 沖縄県北部の河川でのレジャー後に集団発生したレプトスピラ症の検討
 ハートライフ病院 小児科 石川 瀬里
- 52. Streptococcus agalactiae による感染性心内膜炎の一例
 浦添総合病院 救急集中治療部 喜久山 紘太
- 53. マイコプラズマによる重症非定型肺炎に対して治療効果を認めた一例
 沖縄協同病院 総合内科 長嶺 由哉
- 54. 急速な陰影拡大をきたした乾酪性肺炎の一例
 大浜第一病院 呼吸器内科 稲澤 今日子
- 55. 当院救急室から入院となった症候性低Na血症の特徴
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 錦織 宇史
- 56. 塩酸ドネペジルによるコリン作動性クリーゼが疑われた一例
 浦添総合病院 救急総合診療部 石原 佳奈
- 57. 糖尿病患者の高血糖を伴う意識障害-糖尿病性昏睡?
 中頭病院 感染症・総合内科 石原 千尋
- 58. 高カルシウム血症～Pitfallに陥りそうになった一例～
 中頭病院 感染症・総合内科 花井 翔悟
- 59. 取り下げ
- 60. 羞明を主訴に来院しFisher症候群と診断された1例
 南部徳洲会病院 内科 小林 大太
- 61. 嘔吐、下痢を主訴に来院し診察中に失神を繰り返した一例
 沖縄協同病院 新屋 剛広
- 62. HLA一致同胞間骨髄移植後の再発に対して非血縁者間骨髄移植を行った骨髄異形成症候群の1例
 琉球大学附属病院 総合臨床研修・教育センター 本間 健一郎
- 63. 持続する発熱とリンパ節腫脹を認め、リンパ節生検で菊池病の診断がついた一例
 那覇市立病院 内科 内原 志野
- 64. 院内急変を減少させる取り組み ～MEWS-RRSの導入とその効果～
 中部徳洲会病院 山下 薫
- 65. ショック患者に対する当院での心エコー施行率
 豊見城中央病院 横山 尚佑



66. 子宮腫大に伴う血栓形成に対して下大静脈フィルターを挿入して治療した2例
 沖縄県立中部病院 産婦人科 山根 若菜
67. 急性胆嚢炎に腹腔鏡は本当に有用なのか
 沖縄赤十字病院 整形外科 青木 佑介
68. 強直性脊椎増殖症 (ASH) に合併した胸腰椎骨折3手術例の検討
 南部徳洲会病院 整形外科 大月 悠平
69. 外反母趾に対する遠位線状中足骨骨切り術 (Distal linial metatarsal osteotomy:DMLO) の検討
 大浜第一病院 仲舛 美希
70. 憩室炎治療中に偶発的に発見された小腸腫瘍による腸重積の1例
 沖縄県立北部病院 外科 新崎 雅乃
71. 穿孔した胃 GIST に対し、切除術後にイマチニブを長期投与した1例
 ハートライフ病院 外科 山田 義貴

呼吸器外科

72. 壊死性降下性縦隔炎との鑑別が困難であった臍仮性嚢胞頸部進展の一例
 琉球大学大学院 胸部心臓血管外科 佐々木 高信
73. 肺嚢胞に対してVIORによるソフト凝固を行った気胸症例の3例
 那覇市立病院 外科 井上 綾乃
74. 乳び胸に対し硬化療法および癒着療法を施行した縦隔リンパ管腫の1例
 中頭病院 呼吸器外科 知念 徹
75. 胸部外傷に対する胸腔鏡補助手術症例の臨床的検討
 中頭病院 呼吸器外科 嘉数 修
76. 胸腔内全面癒着および縦隔脂肪織が豊富な多汗症症例に対する手術の工夫
 中頭病院 呼吸器外科 大田 守雄
77. 経皮経肝胆嚢ドレナージ後に膿胸を合併した4例
 沖縄県立中部病院 外科 塩川 桂一
78. 原発不明リンパ節小細胞癌の1例～詳細に観察すれば原発巣は見つかる～
 沖縄赤十字病院 呼吸器外科 宮城 淳
79. 高齢者に発症した肺原発リンパ上皮腫様癌の2例
 国立病院機構 沖縄病院 外科 古堅 智則
80. 薄壁空洞を呈した多形癌の1切除例
 中頭病院 呼吸器外科 津覇 雄一
81. 10年間胸部CT検査にて経過観察後肺腺癌と診断された1例
 豊見城中央病院 呼吸器外科 我喜屋 亮
82. 胸腺癌に対し拡大胸腺摘出術、心膜合併切除、SVCパッチ形成術を施行した1例
 中頭病院 呼吸器外科 荒川 宏
83. 診断に苦慮した肺癌術後の他臓器悪性腫瘍による肺転移の2例
 国立病院機構 沖縄病院 呼吸器外科 饒平名 知史

肝・胆・膵

84. ネクサバル投与後に肝細胞癌が縮小し切除し得た一例
 ハートライフ病院 仲本 正哉
85. 自然退縮した肝細胞癌の1例
 ハートライフ病院 太田 沙也加
86. 両下肢浮腫で見つかった巨大肝嚢胞に対して腹腔鏡下肝嚢胞開窓術を行い、著効を示した1例
 ハートライフ病院 外科 仲本 寛
87. 当院で診断されたC型慢性肝炎に対するDAA (Deirect Acting antivirals) 製剤の治療成績の検討
 浦添総合病院 消化器病センター 内科 普久原 朝史
88. 胆嚢癌の診断で拡大胆嚢摘出術を施行したコレステロールポリープの1例 -画像診断の限界か? -
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 外科 桂 守弘
89. 約10年生存したStage IVb 膵癌の一例 (当科における膵癌症例の検討も含めて)
 ハートライフ病院 外科 西原 実
90. 巨大臍仮性嚢胞に対し内視鏡的ドレナージが有効であった1例
 南部徳洲会病院 外科 新垣 碧

形成外科

91. 取り下げ
92. 多血小板血漿療法 (PRPF) による顔のアンチエイジング治療
 新垣形成外科 新垣 実
93. 脂肪注入による豊胸術における安全性確保の取り組み
 新垣形成外科 野村 紘史
94. 3D パラメディカル・タトゥーによる一期的乳頭乳輪再建
 中頭病院 形成外科 金城 未来子
95. ZO Skin Health の経験
 当山美容形成外科 當山 護
96. 開頭術後感染症例の人工物による頭蓋形成に対し遊離前外側大腿皮弁による皮膚再建を行った3例
 ハートライフ病院 形成外科 溝渕 貴俊
97. 広範囲熱傷に対して自家培養表皮を用いた一例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 北村 卓也



98. 県内初の陰茎形成術
 沖縄県立中部病院 形成外科 祖慶 美希

整形外科

99. 当院における大腿骨頸部骨折の早期手術の有用性について

沖縄協同病院 若林 創

100. 当院における内側開大式高位脛骨骨切り術の術後成績

ハートライフ病院 比嘉 浩太郎

101. outside-in 法による二重束前十字靭帯再建術の大腿骨孔位置についての検討

ハートライフ病院 屋比久 博己

102. 経皮的内視鏡を使用して治療後改善した化膿性脊椎炎

浦添総合病院 原国 毅

感染症

103. 急性発症の発熱、右腰痛、歩行困難で発症した化膿性仙腸関節炎の一例

浦添総合病院 当真 賢也

104. オスラー病に合併した脳膿瘍の一例

沖縄協同病院 野崎 由迅

105. マイコプラズマ感染を合併した若年成人発症サイトメガロウイルス初感染の一例

豊見城中央病院 腎臓内科 平良 翔吾

106. 急性経過を辿ったブタ連鎖球菌による敗血症の一例

中部徳洲会病院 救急総合診療部 戸塚 大幾

107. 経時的なMRI撮影により診断に至った化膿性脊椎炎の1例

沖縄赤十字病院 柳田 明希

108. 重症熱性血小板減少症候群の一例

中部徳洲会病院 総合内科 猪谷 克彦

神経

109. 反復する脳梗塞と神経症状に片頭痛の関与が疑われた一例

豊見城中央病院 曾谷 祐貴

110. 度重なる転倒で何度も受診し、ビタミン B12 欠乏症と脳血管型パーキンソンニズムを診断した一例

沖縄県立中部病院 川崎 恭兵

111. 本態性血小板血症による脳梗塞を認めた一例

国立病院機構 沖縄病院 神経内科 妹尾 洋

112. 大浜第一病院脳ドックにて発見された脳動脈瘤

大浜第一病院 脳神経外科 百次 仁

救急

113. 左下肢に刺入した木の枝を契機として発症した破傷風の一例

中部徳洲会病院 初期研修医1年目 田中 源八

114. 右腋窩リンパ節炎を契機に発見された組織球形壊死性リンパ節炎の1例

中部徳洲会病院 研修医 納 響

115. 急速な発症・進行し死亡に至ったびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫 (DLBCL) の一例

南部徳洲会病院 救急診療科 村上 陽亮

116. 雷撃症による心肺停止から救命された一例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 救急科 近藤 和伸

一般外科

117. 当院における Zone3 頸部貫通外傷 3 例の検討

沖縄県立中部病院 外科 牧野 克俊

118. 傍神経節腫を疑われ摘出された後腹膜腫瘍の1例

沖縄県立中部病院 外科 井上 和樹

119. 直腸瘤に対する transvaginal anterior levatorplasty を施行した2症例の経験

大浜第一病院 大腸肛門外科 仕垣 幸太郎

120. パレット食道癌に対して胸腔鏡腹腔鏡下のアプローチより下部食道噴門部切除、中下縦隔・腹部リンパ節廓清を施行した1例

浦添総合病院 呼吸器センター外科 谷口 春樹

循環器内科

121. 循環器外来通院患者における ω -3 系脂肪酸濃度の検証と今後の課題: Nambu heart 研究

南部病院 井上 卓

122. 左房拡大を伴った高齢者に対する肺静脈隔離術後頻拍に対する再アブレーションの有用性

翔南病院 循環器内科 山城 啓

123. 慢性心房細動に対するコンタクトフォースを指標に用いた両側肺静脈隔離術の有効性についての検討

中部徳洲会病院 野村 悠

124. 左腎梗塞を契機として発見された心サルコイドーシスの一例

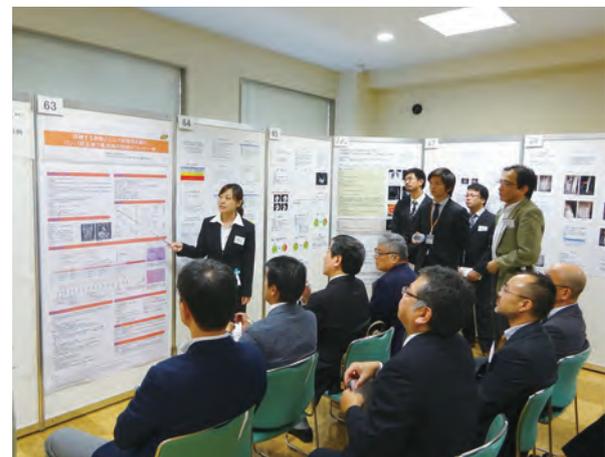
中部徳洲会病院 救急総合診療部 知念 巧

125. 再発性感染性心内膜炎から弁破壊、急性心不全をきたし治療抵抗性となり緊急手術となった一例

沖縄県立中部病院 豊福 尚且

126. 上腸間膜動脈閉塞症に対して 8Fr Thrombuster による血栓吸引が著効した一例

ハートライフ病院 循環器内科 大山 恵理子



127. 心腔内バブル発見により診断に至った2例
 大浜第一病院 心臓血管センター循環器内科
 大田 一木

循環器外科

128. 当院における感染性心内膜炎の治療成績
 豊見城中央病院 心臓血管外科 田淵 正樹

129. 特発性慢性心嚢液貯留に対する一手術例
 牧港中央病院 心臓血管外科 達 和人

130. 下壁梗塞に伴う心室中隔穿孔の2症例に対する治療経験
 豊見城中央病院 心臓血管外科 鳥塚 大介

131. 下肢静脈瘤エコー検査結果表記法の工夫
 南部病院 外科 城間 寛

132. 孤立性上腸間膜動脈解離15例の治療経験
 沖縄県立中部病院 心臓血管外科 伊志嶺 徹

133. 急性大動脈解離、バルサルバ洞破裂及び外傷性僧帽弁閉鎖不全症に対し、手術し救命しえた1例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 心臓血管外科
 山里 隆浩

134. 上行大動脈瘤術後、非吻合部人工血管仮性動脈瘤の1例
 南部徳洲会病院 瀬名波 栄信

135. 開心術後に膵炎を合併した4例の検討
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 心臓血管外科
 大山 詔子

136. 解離用デバイスを用いたTEVAR
 琉球大学大学院 医学研究科 胸部心臓血管外科学講座
 比嘉 章太郎

137. Endovascular Stent-Graft Placement for the Treatment of Chronic Ruptured Aortic Dissection
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 心臓血管外科
 高崎 直

138. HOCMに伴うSAM+MRの1治験例
 牧港中央病院 心臓血管外科 毛利 教生

139. 肥大型心筋症に伴う僧帽弁閉鎖不全症に対する心筋切除と僧帽弁形成術
 沖縄協同病院 心臓血管外科 橋本 亘

140. MAC (Mitral Annular Calcification)を有する僧帽弁手術の検討
 豊見城中央病院 心臓血管外科 山内 昭彦

141. 易感染性腎移植後患者に対するAVRの一手術例
 琉球大学大学院 胸部心臓血管外科学講座
 安藤 美月

142. 大動脈縮窄症、心室中隔欠損症術後遠隔期に肺動脈弁形成術を施行した1例
 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 小崎 教史

一般

143. 余命3乃至6カ月の非B型非C型肝炎細胞癌に罹患した沖縄県で長らく一人暮らしする本土出身の81歳男性をデイサービス併設住宅型有料老人ホームで看取った経験
 南城つはこクリニック 小山 信二

144. 当院におけるがん温熱治療の実際(第2報)
 のはら元氣クリニック 野原 正史

145. ストレスチェックからリーダーシップチェックへ:A病院の場合
 辻田労働衛生コンサルタント・産業医事務所
 辻田 敏

146. 運転禁止の指示を遵守できず、最終的に公安委員会に届出となった、症候性てんかん・アルコール依存症の1例
 宮里病院 精神科 川崎 俊彦



沖縄県医学会賞(研修医部門)左から、優秀賞:赤尾先生、石川先生、最優秀賞:石原先生

生涯教育コーナーを読んで単位取得を！

日本医師会生涯教育制度ハガキによる申告 (0.5単位 1カリキュラムコード)

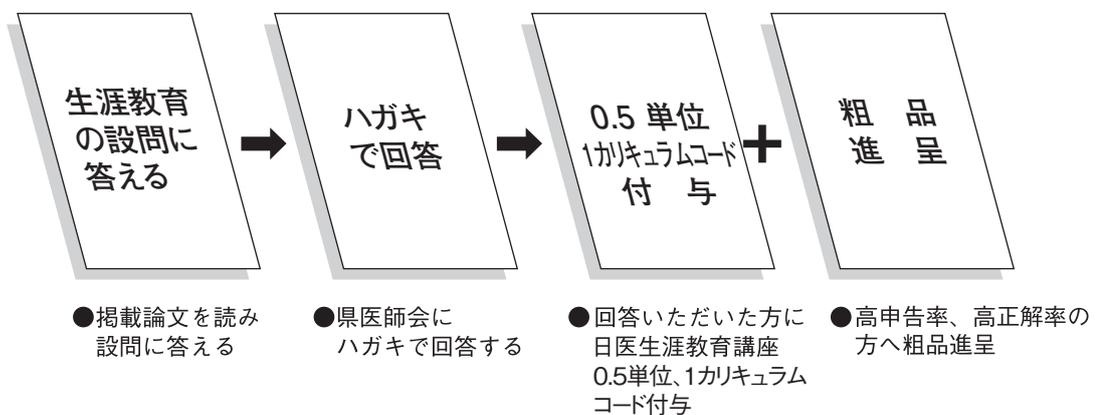
日本医師会生涯教育制度は、昭和62年度に医師の自己教育・研修が幅広く効率的に行われるための支援体制を整備することを目的に発足し、年間の学習成果を年度末に申告することになっております。

これまでは、当生涯教育コーナーの掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方には日医生涯教育講座5単位を付与いたしておりましたが、平成22年度に日本医師会生涯教育制度が改正されたことに準じ、本誌の生涯教育の設問についても、出題の6割（5問中3問）以上正解した方に0.5単位、1カリキュラムコードを付与することに致しました。

つきましては、会員の先生方のご理解をいただき、今後ともハガキ回答による申告に、より一層ご参加くださるようお願い申し上げます。

なお、申告回数が多く、正解率が高い会員につきましては、年に1回粗品を進呈いたします。ただし、該当者多数の場合は、成績により選出いたしますので予めご了承ください。

広報委員会



成人の自閉スペクトラム症をめぐる最近の動向

琉球大学大学院精神病態医学講座 近藤 毅

【要旨】

成人の自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder : ASD) では、社会不適応を契機に他の精神疾患を伴って受診される場合が多い。このため、併存精神疾患の中に潜む ASD を見出し、早期に特性に合った行動療法や環境調整を行うことが重要である。抑うつ状態で医療機関を訪れる成人 ASD は、一般に若年で受診し、しかも、対人トラブル、被いじめ体験、精神病様体験など負の既往を抱えていることが多く、その際には、潜在する ASD の可能性を考慮し、抑うつ背景にある発達特性の問題や現実での挫折体験に焦点を当てた問診を行う必要がある。また、成人抑うつ患者の自殺企図に関与する因子として、焦燥感や過去の自殺関連行動といった既存の危険因子に引き続き、非定型的な ASD も有意に寄与することが指摘されている。さらに、ASD 患者では企図の際に、より致死性の高い手段を取りやすく、その危険性にも十分留意されたい。

【はじめに】

自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder : ASD) は、その特性を比較的明瞭な形で保持する場合には、学童期～思春期の適応上の問題として、周囲の他者 (親、保育士、教師、スクールカウンセラー、医師) より見出されることが多い。しかしながら、その特性には濃淡が存在しており、程度の軽い場合は発達障害の特性に自他ともに気づかぬまま成人年齢に達し、社会的な不適応をきたしたことを契機に、初めて併存精神疾患を伴って精神科を受診する成人患者も少なくない。さらに、付け加えると、併存精神疾患を重ね着した場合は、ASD の診断に辿り着くことが一層困難となることも臨床現場の現実として指摘せざるを得ない (図1)¹⁾。

適応障害や気分障害などの併存疾患の裏に隠れている ASD を見出すことは、特性を理解し

た行動療法的アプローチや適切な環境調整の判断を下すことにもつながり、難治化打開への大きな治療転機となりうる。逆に、主治医が ASD 特性に気づかぬまま、併存疾患に対する標準的な治療にのみ固執し続ければ、社会復帰の度に繰り返される不適応と主観的苦痛が徒に再現されることとなり、最終的には社会参画から撤退してしまうかもしれない。実際、成人 ASD 患者の中で、具体的に自身のどのような点が健常者と異なるために問題が生じているのかを十分に把握できている人は少ない。このため、単に自分が他人より仕事ができないと思いつ込んでいたり (劣等感)、または、負担のかかる仕事をさせられていると受け取ったりしやすい傾向 (被害感) にある。

成人における ASD の有病率は 1% 前後とけっして少なくはなく²⁾、いずれの科においても

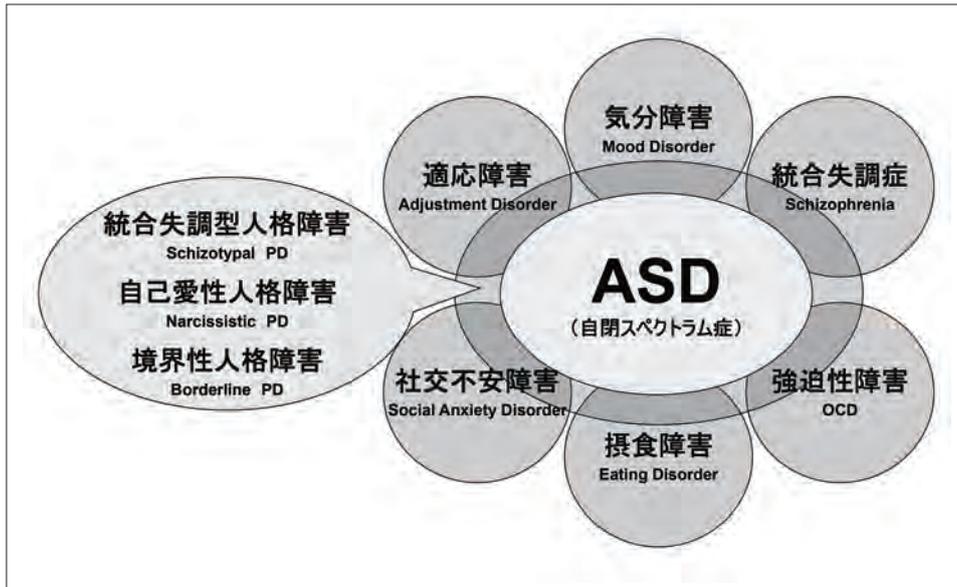


図1. 自閉スペクトラム障害 (ASD) に伴う併存精神障害およびパーソナリティー障害

遭遇する可能性のある病態であることを再認識する必要がある。また、近年、マスメディアが ASD を取り上げることで、一般層において啓発効果のみならず過剰な受け止め方も現れ始めており、一般の精神科医に対しても、ASD の正確な診断を下し、適切な対応をアドバイスする専門能力が求められ始めている。しかしながら、臨床現場では、個々の医師の ASD を見極める技量にはばらつきが大きく、補助的診断ツールである自閉症スペクトラム指数 (Autism-Spectrum Quotient : AQ)³⁾ も自記式であるため患者の主観に影響されやすく、知能検査の所見 (言語性>動作性) も間接的な判断材料に過ぎない。特に、成人例においては ASD 特性が軽度または非定型的であることが多く、前述した情報を総合しながら手探りで ASD の診断を進めているのが現状である。

【成人 ASD はなぜマスクされるか？】

図1で示されるように、ASD には併存精神疾患やパーソナリティー障害が重複していることが少なくないため、本態にある ASD が見えにくい構造となりやすい。この点に関しては、ASD の特徴自体が他の精神疾患と重複した諸要素を備えているところに起因する部分も大きい⁴⁾。

たとえば、対人関係上の問題を抱え、職場への適応が困難な若年の ASD 者は、多くの場合、心因論で解釈されて適応障害の診断がつきやすい。また、情緒表現の少ない表情と対人距離を置いた適応から外観上はうつ病性障害を疑われたり、対人関係の過敏さや他者との交流を回避する傾向から社交不安障害と判断されることも少なくない。周囲の状況の読めなさからくる被害関係念慮や感情表現の貧困さは統合失調症の陽性症状と陰性症状に見えてしまう場合もある。さらには、積極奇異型の ASD においては、その感情制御の不良や一方的で衝動的な言動からパーソナリティー障害の烙印を押されてしまうこともある。

このように、先入観のために他の精神疾患の診断がいったん下されると、しばらくはそれに引っ張られた治療が続いてしまう、といったことが起こりうる。実際に、2009年から2012年の期間に、精神科プライマリケアから琉球大学医学部附属病院に紹介を受けた70名の成人 ASD 症例のうち、精神科プライマリケアで初めから ASD の診断が疑われていたケースは31%に留まり、残りは他の精神疾患の診断に基づく紹介であった (図2)。しかしながら、当科初診においても ASD に気付かれることなく、その後も ASD と診断されないまま治療された

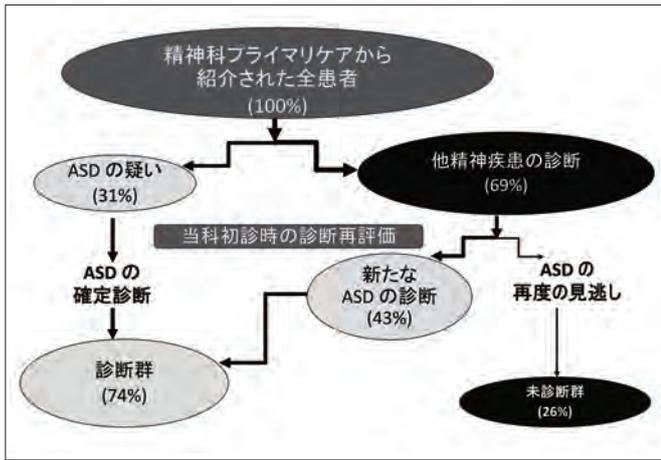


図 2. 琉球大学医学部附属病院に紹介された 70 例の ASD 患者の流れと帰結 (2009-2012 年)

【成人うつ病に紛れる ASD を見出す】

抑うつ状態で受診した成人症例の 11 ~ 16% が ASD を有する^{5,6)}。言い換えると、新患うつ病者の 1/9 ~ 1/6 に ASD 特性を有する患者が存在する勘定となり、頻度としても無視できない割合である。

抑うつ状態に加えて ASD を有する患者は、非 ASD 患者と比較して、初診時年齢が低く、未婚で身体疾患はないが、若くしてすでに不登校、被いじめ体験、精神病様体験、自殺関連行動および対人トラブルといった負の既往を抱えていることが指摘されている⁵⁾。これらの諸因子の中で、①対人トラブル、②被いじめ体験、③精神病様体験および④若年受診 (32 歳未満) の 4 つの因子が ASD の判別に有用であり、93% の ASD がこれらのうち少なくとも 1 つの因子を有する一方で、いずれの因子も持たない症例では 98% の確率で ASD の除外診断が可能であった⁵⁾ (表 1)。

割合も 26% で存在した。このような症例では、摂食障害、双極性障害、または、パーソナリティ障害を併存し、過去に自殺関連事象の既往があり、現在は入院を必要とする重症度にある、など併存精神疾患の病態に目を奪われやすい場合が多く、結果として発達歴の聴取には及んでいなかった。

以上のように、各種精神疾患の中には一定の割合で ASD 患者が含まれる点を念頭に置くべきであるが、全ての患者に対して ASD に関連した問診を行うのは現実的とはいえない。このため、ASD を疑って詳細な問診を行うべき症例の特徴を特定していくことが重要と考えられる。

このため、上記の 4 因子を参照として、診断可能性がある判断された症例では、能力に見合わない社会不適応、状況認知や対人共感性の弱さ、および、マイペースさやこだわりを彷彿させるエピソードなど、ASD の社会性の弱さ、コミュニケーション障害、常同性保持を中心とする 3 つ組症状に着目した問診を行い、併せて

表 1. 判別因子の組み合わせによる ASD のスクリーニング (文献 5) より引用)

	感受性	特異度	陽性的中率	陰性的中率	Youden index	陽性尤度比	陰性尤度比
① 対人トラブル (学校/職場)	0.37	0.92	0.48	0.88	0.29	4.78	0.68
② 被いじめ体験	0.37	0.94	0.55	0.89	0.31	6.37	0.67
③ 精神病様体験	0.24	0.97	0.63	0.89	0.21	8.74	0.78
④ 若年受診 (32歳未満)	0.66	0.73	0.32	0.92	0.39	2.41	0.47
⑤ 不登校の既往	0.23	0.96	0.53	0.87	0.19	5.89	0.80
⑥ 高学歴 (大学以上)	0.50	0.59	0.19	0.86	0.09	1.22	0.85
①+②	0.66	0.87	0.49	0.93	0.53	5.03	0.39
①+②+③	0.74	0.84	0.48	0.94	0.58	4.78	0.30
①+②+③+④	0.93	0.62	0.32	0.98	0.55	2.46	0.11
①+②+③+④+⑤	0.63	0.92	0.61	0.93	0.55	8.08	0.40
①+②+③+④+⑤+⑥	0.80	0.79	0.43	0.95	0.59	3.89	0.25



単調な口調や表情の乏しさなど非言語的特徴にも留意しながら診察を行うべきであろう。また、前述した本人による自記式のAQは補助診断として用い、確定診断のためには患者の幼少時を知る保護者から発達歴を詳しく聴取することが望ましいと考えられる。

諸事情により保護者からの聴取がすぐには難しい場合は、先行して治療対応をASDに合わせた形で行い、その反応を見て判断する場合もありうる。すなわち、ASDでは変化しにくい認知の修正を図るよりも行動療法への反応性が良好であることや、予告・見通し・手順などを明示した適応的な行動の指示により劇的に問題行動が改善する場合などは、ASD診断を間接的に示唆する可能性を考えてもよいかもしれない。

【ASDの生物学的診断は可能か？】

近年、ASDの生物学的病態に関する臨床研究が急速な勢いで進められており、これらがASDの客観的診断に有用となる可能性も少しずつ見え始めている。

ASDの診断基準である社会性の困難の中に、アイコンタクトの異常（視線の合わなさ）が指摘されているが、このようなASDに特有の注視パターンを測定する視線計測装置（Gazefinder[®]：JVC Kenwood）が開発されている。定型発達者との比較において、ASD患者は、ヒトの顔の目よりも口の方を注視する傾向があり、ヒトと幾何学模様を同時呈示ではヒトへの着目度がより低かった⁷⁾。検査に要する時間は5分程度で侵襲もなく、ASDの客観的診断の感度は81%、特異度は80%であったことから、補助診断としては一定の役割を果たす可能性がありそうである。

また、精神科臨床において、近赤外分光鏡（near-infrared spectroscopy：NIRS）はうつ状態の鑑別診断に使用されているが、これらは主として前頭葉賦活課題を与えて頭皮上から酸素化ヘモグロビンを測定することにより、課題遂行時の脳血流量の変化を測定するものである。ASDの中核群であるアスペルガー障害で

は、言語流暢課題時の前頭葉活動が対照群と比較して低下することが報告されている⁸⁾。言語流暢課題は通常のNIRS測定でも行われ、単極性うつ病においても同様に課題時の前頭葉活動の低下をみることから、ASDに特徴的な結果とはいえないが、今後は、ASDを識別できる社会刺激課題を加えることで特異的なNIRS所見が得られる可能性も期待できるかもしれない。

機能的磁気共鳴画像（functional MRI）において、安静時脳活動はいくつかの脳領域間の結合で構成され、default mode network（DMN）と呼ばれており、主に脳の正中部にある内側前頭前野（medial prefrontal cortex：MPFC）や後部帯状回（posterior cingulate cortex：PCC）を中心とする神経回路が関与している。実は、これらの脳部位は、自己内省（self-reflection）や他人の考えの推測（theory of mind）の際に活動する社会脳ともいわれている。ASDでは、安静時のMPFC-PCC間の機能的結合が弱く⁹⁾、社会課題を与えてもMPFCが賦活されにくいことが判明している¹⁰⁾。このため、安静時や社会課題時のニューロイメージングがASDのバイオマーカーとなることが期待されている。

【ASDと自殺リスク】

従来、ASDでは自殺リスクが高いのはいか、と推測されており、以下がその理由として考えられている。

一般にASD者は、社会的な不適応によるストレスが多い一方で、問題が生じた時の現実的な解決能力は低い。また、周囲から誤解や批判を受けやすく、概して低評価を受けがちであるが、対人スキルは乏しく、周囲からのサポートも得られにくい。このため、慢性的に希望のなさや救いのなさを抱いており、不安・ストレス耐性が低く、衝動制御にも難がある。希死念慮が漠然と生じる段階においても、そもそも認知の切り替えや柔軟性に乏しく、常同的な考えを反芻するあまり、自殺を思い詰めてしまう傾向にある。

実際に、うつ病エピソードで受診された成人例において自殺企図に至った症例の割合は、ASD患者で24%、非ASD患者で7%であり、有意にASD患者において、希死念慮が行動化されやすいことが判明した⁶⁾。特に、ASDの自殺企図者では焦燥感が高率(89%)に認められており、焦燥感がASDの衝動的行動化を誘発することも示唆されている⁶⁾。また、うつ病エピソードを有する患者全体において、自殺企図に寄与する危険因子を探索したところ、焦燥感(オッズ比:7.15)、過去の自殺関連行動(4.32)といった既知の自殺の危険因子に引き続いて、非定型的なASD(DSM-IV-TRによる特定不能の広汎性発達障害)が4倍のオッズ比で有意な危険因子として抽出された(表2)⁶⁾。以上より、むしろ軽症に見えるASD特性において、実は自殺リスクが高いという点にも留意する必要があるだろう。

また、ASDにおいては、自殺企図の頻度のみならず、その深刻度も考慮に入れる必要がある。企図の手段として、ASD患者では縊頸(44.4%)が最も多く、非ASD患者では過量服薬(59.1%)が最も多かったが(図3)⁶⁾、この事実はASD患者がより致死性の高い企図手段を取りやすいことを示唆しており、ASD患者が予期せず突然に危険な自殺企図を起こしてしまう可能性には十分な注意を払うべきであろう。

【おわりに】

ASDの有病率は診断する医師側の認識の向上により年々増加しており、近年においてはASDの過剰診断を問題視する向きもあるが、過少診断による見落としのため見当外れの対応が繰り返されてしまうことと比べれば問題は少ないと思われる。ASD患者に対しては、単に診断だけのラベリングに終わるのではなく、その後の治療対応についても一定の役割を担うことが求められよう。また、ASDの特性告知や診断告知に関しても、患者自身のASD特性に対する認識・受容度(病識やセルフスティグマ)

表2. 自殺企図の予測に向けた各種判別因子のオッズ比(文献6)より引用

	Adjusted OR	95% CI	P
焦燥感	7.15	2.88-17.74	<.001
過去の自殺関連行動	4.32	1.70-10.98	.002
特定不能の広汎性発達障害	4.04	1.20-13.54	.024
家族内の自殺の既往	3.22	0.95-10.95	.061
若年(29歳未満)	2.11	0.81-5.50	.125
B群パーソナリティー障害	2.49	0.46-13.58	.292

OR = odds ratio; CI = confidence interval.

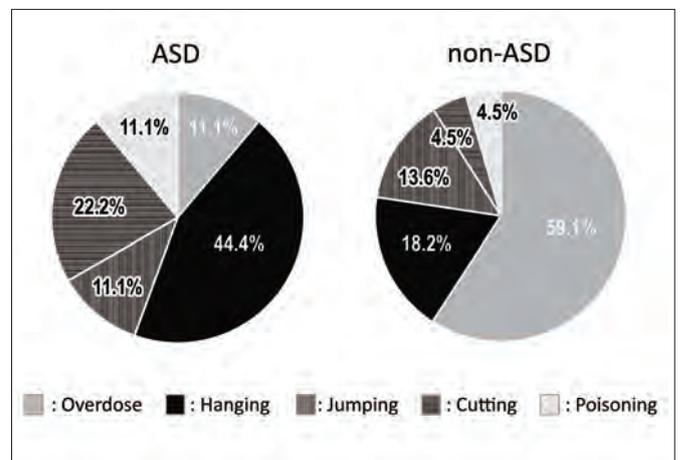


図3. ASD患者と非ASD患者における自殺企図の手段(文献6)より引用

に配慮して行う必要があることも忘れてはならない。

ASD患者への対応の原則については何も難しいものではなく、発症前不適応の状況分析を行うことで再発予防に備え、併存する精神症状の緩和を積極的に図り、周囲の協力体制が見込める場合は積極的な環境調整を行う点では、通常とまったく変わりはない。ただ、付け加えるとすれば、対人共感性が低く、状況の読みを誤りやすいASD患者に対しては、現場実況の解説者として良き translator としての役割がより求められ、独断的手法に固執するあまり現実的で柔軟な解決能力に乏しい点に対しても、具体的な適応行動の指示者として良き instructor であることが求められよう。

平成 28 年 4 月 1 日より障害者差別解消法が施行され、職場を含めた社会においても、障害を理由とする差別的取り扱いが禁止され、さらには合理的配慮の提供が義務付けられている。このような流れの中で、特に産業保健分野においては、産業医を中心として、不適應の ASD 勤労者を抱える職場に対する環境調整能力が問われる時代となった。特性の共有と対応の伝授は、何も当事者だけに行われるのではなく、それを支える周囲のサポーター達に対しても、十分な説明能力を以って心理教育が届く必要があり、実際に産業保健の領域では、産業医を中心とした産業保健スタッフに、そのような相談が持ち込まれる機会も少なくないと考えられる。ASD の正しい理解と基本的対応の原則に関しては、その知識とスキルを精神科専門医だけでなく、産業医を含めた一般医にまで拡大して分かち合う時期に来ているのかもしれない。

【文献】

- 1) 衣笠隆幸, 他. 重ね着症候群とスキゾイドパーソナリティ障害 -重ね着症候群の概念と診断について-. 精神神経学雑誌 109 : 36-44, 2007.
- 2) Brugha TS, et al: Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. Arch Gen Psychiatry 68: 459-465, 2011.
- 3) Kurita H, et al: Autism-Spectrum Quotient-Japanese version and its short forms for screening normally intelligent persons with pervasive developmental disorders. Psychiatry Clin Neurosci, 59: 490-496, 2005.
- 4) Takara K, Kondo T: How and why is autism spectrum disorder misdiagnosed in adult patients? -From diagnostic problem to management for adjustment. Ment Health Fam Med 11: 73-88, 2015.
- 5) Takara K, Kondo T: Autism spectrum disorder among first-visit depressed adult patients: diagnostic clues from backgrounds and past history. Gen Hosp Psychiatry 36: 737-742, 2014.
- 6) Takara K, Kondo T: Comorbid atypical autistic traits as a potential risk factor for suicide attempts among adult depressed patients: a case-control study. Ann Gen Psychiatry 13: 33, 2014.
- 7) Fujioka T, et al: Gazefinder as a clinical supplementary tool for discriminating between autism spectrum disorder and typical development in male adolescents adults. Mol Autism 7: 19, 2016.
- 8) Iwanami A, et al: Task dependent prefrontal dysfunction in persons with Asperger' s disorder investigated with multi-channel near-infrared spectroscopy. Res Autism Spectr Disord 5: 1187-1193, 2011.
- 9) Jung M, et al: Default mode network in young male adults with autism spectrum disorder: relationship with autism spectrum traits. Mol Autism 5: 35, 2014.
- 10) Kennedy DP, Courchesne E: Functional abnormalities of the default network during self- and other-reflection in autism. Soc Cogn Affect Neurosci 3: 177-190, 2008.





QUESTION!

次の問題に対し、ハガキ（本巻未綴じ）でご回答いただいた方で6割（5問中3問）以上正解した方に、日医生涯教育講座0.5単位、1カリキュラムコード（70.気分の障害（うつ））を付与いたします。

問題

成人の自閉スペクトラム症（ASD）について次の設問1～5に対して、○か×でお答え下さい。

- 問1. 成人のASDでは併存精神疾患を伴いやすい
- 問2. 成人のASDでは見逃しや過少診断が少ない
- 問3. 対人トラブルや被いじめ体験の既往があればASDを疑う
- 問4. ASDでは自殺企図の頻度が高い
- 問5. ASDでは危険な自殺手段を選択しやすい

※会報2月号に11月号の正解を掲載する事になっておりましたが、会報2月号の生涯教育コーナーの掲載が無かった為今月号に掲載させていただきます。

CORRECT ANSWER!

11月号(Vol.52)の正解

健診からみた OGTT 1200 症例の検討問題

次の設問1～5に対して、○か×でお答え下さい。

- 問1. 沖縄県の肥満率は日本一高い。
- 問2. 空腹時血糖値が正常範囲なら糖尿病の可能性はない。
- 問3. IGTの段階から心血管病変は増加する。

- 問4. 本研究では空腹時血糖値が110mg/dlを越えると糖尿病が4割を占めた。
- 問5. 糖尿病治療ガイドライン2016-2017では空腹時血糖値100-109mg/dlの正常高値でもOGTTを推奨している。

正解 1.○ 2.× 3.○ 4.× 5.○

- 問4. 糖尿病が4割ではなく糖尿病型が4割です。

CORRECT ANSWER!

12月号(Vol.52)の正解

人工股関節全置換術後白蓋骨折の3例問題

次の設問1～5に対して、○か×でお答え下さい。

- 問1. 人工股関節全置換術の適応疾患は変形性股関節症のみである。
- 問2. 人工関節の設置法にはセメント固定とセメントレス固定の2種類がある。
- 問3. 低侵襲性人工股関節置換術（MISTHA）は筋間進入のアプローチである。
- 問4. 人工股関節のカップ設置には外方開角と前方開角の至適設置角度がある。
- 問5. セメントレスカップの表面処理や形状は統一されている。

正解 1.○ 2.× 3.○ 4.○ 5.×

—新しいてんかん治療—
迷走神経刺激療法



沖繩赤十字病院脳神経外科部長
饒波 正博

てんかんの治療総論

新しいてんかん治療についてお話しする前に、まずてんかん治療を振り返ってみましょう。てんかんの患者さんに対し、外来で最初にお話しすることは次の3項です。

- 1) てんかんは100人に1人の病気です。
- 2) てんかんの治療は薬物療法（抗てんかん薬）です。3分の2の患者さんは、これだけで発作フリーになります。
- 3) てんかん治療の目標は治癒ではありません。したがっててんかんは治ることはありません。てんかん治療の目標はあらゆる手段を使って、発作フリーに持っていくことです。

てんかんのメインの治療は2)で述べている通り薬物療法ですが、3)でわざわざ“あらゆる手段”という言葉を使っているのは、手術療法を想定しているからです。薬物療法で目標が達せられない3分の1の患者さんについててんかんの手術を検討します。

てんかんの手術療法は2つに分かれます。まずは根治療法。これはてんかんの原因となっているてんかん焦点を切除する方法です。ここで注意していただきたいのは、焦点を切除しても薬物療法は続けるということです。手術と薬物で発作フリーを実現することが目標になります。話を戻します。焦点切除の欠点は、焦点がいくつもある場合、すなわち多焦点性である場合はこの手術ができないということです。典型的なのは、両側の海馬に焦点がある場合です。両側の海馬切除を行うでしょうか？答えは否、それを行うと患者さんのQOLを著しく損なうことが経験的にわかっています。それでは根治療法（焦点切除）ができない患者さんはてんかん手術の恩恵は受けられないのでしょうか？ここで登場するのが、もう一方の手術療法、緩和療法です。

これはてんかんの発作頻度、程度を減じるのを目標とする手術で、脳梁離断術が代表的です。脳梁離断術は左右の脳を繋ぐ脳梁を離断することにより、片側で起きた神経興奮をもう片方に伝わらないようにするというのが基本的な考えです。この手術によって大きな恩恵を受けるのが失立発作です。この発作は、神経興奮が全脳で起こることにより立っていらなくなり、瞬時に卒倒し頭部顔面の外傷が絶えなくなります。我々の患者さんでは、30代で既に複数回の顔面の手術（主に骨折）を受けられた方がおられました。この方に脳梁離断術を施行し、その後、頭部顔面外傷を繰り返すことはなくなりました。

本稿の主題である迷走神経刺激治療（VNS）も、この緩和療法に分類されるてんかんの治療法です。

迷走神経刺激療法

迷走神経刺激療法は、左頸部迷走神経を持続間欠的に電気刺激することにより、てんかんの発作頻度、程度を減ずるという目標を得る緩和治療です。具体的に言うと、強さ 1.5 mA、頻度 20Hz（1 秒間に 20 回）の電気刺激を 30 秒間行い 5 分間休むという間欠的刺激を 24 時間 365 日持続的に行う治療です。これまでに発表されているデータでは、治療後 1 年目の個々の症例における発作減少率は 30%～60%とばらつきがあり、レスポonder率（50%以上発作が減少した患者の割合）が 40～60%、治療継続により発作減少率やレスポonder率が高まる事が報告されています。本邦では、2010 年 1 月の薬事承認から 3 年間の全例調査が行われました。これによると、2013 年 1 月 7 日までの 321 例についての中間解析の結果、治療 12 か月後の発作減少率は、全体で 58%、部分発作で 60%、全般発作で 68%、治療 12 か月後のレスポonder率は、全体で 60%、部分発作で 60%、全般発作で 65%であり、欧米からの先行報告よりもやや良好な結果でした。

ではなぜ、迷走神経を持続間欠的に刺激することがてんかん緩和療法になるのでしょうか？結論から言えばまだよく解っていません。もともとは胃潰瘍に対する迷走神経切断の動物実験で脳波の変化が見られたことに端を発します。そこからてんかん動物モデルに対する迷走神経刺激の動物実験、次にヒトに対する臨床応用・治験と進んで実用化された治療法であります。つまり経験則から生まれた治療法であるので、その原理についてはよく解っておらず、これから解明されることになると思われます。

迷走神経刺激療法の実際は、全身麻酔下で左頸部を開創、直接左迷走神経にコイル電極を巻き付けます。電極はそのまま皮下を通し、左胸

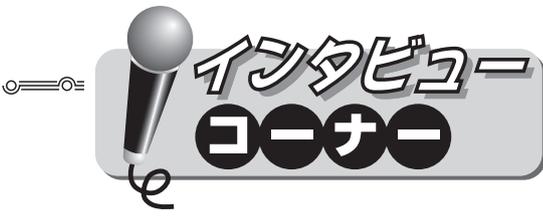
部皮下に設置されたジェネレーター+電池につながります。手術侵襲は低く、簡単で、特殊な装置を準備する必要もありません。術後、体外からジェネレーターを操作し刺激を開始します。電池は 5 年毎に交換となります。多くのでんかんの患者さんは発作の前には前兆があり、したがって発作は予測できるとおっしゃいます。この前兆の時、患者さんあるいはその同伴者が専用マグネットで体外からジェネレーターを操作（2 秒あてるだけ）することで、迷走神経に一時的に強い電気刺激を送り、発作を事前に抑制することができます。現迷走神経刺激装置ではこういったオプション治療もできるようになっています。

以上、迷走神経刺激療法の概略をお話いたしました。

成人のてんかん専門外来

沖縄赤十字病院では平成 21 年に成人のてんかん専門外来を開設しました。平成 22 年には迷走神経刺激療法が保険診療で行えるようになり、同時に新規抗てんかん薬がどっと承認されるなど、この時はてんかん治療の幅が大きく広がった時期でもありました。これらの流れの中で、沖縄のてんかん患者もその恩恵を享受できるようにと開設したのがてんかん専門外来で、てんかんの手術を含めた沖縄のてんかん治療の刷新を目指しました。この 8 年間で 8 例の VNS 手術を県内で行いました。その成績については、稿をあらためて報告いたしますが、概ね良好であるところでは書いておきます。

てんかんは、診断が難しくかつ治療も日進月歩であるので、お困りの際には当てんかん専門外来へご紹介いただければいつでも対応いたします。



耐性アタマジラミ・皮膚癌検診など、沖縄県特有の皮膚病対策も急務となっております。
 医師会の諸先生のご協力もお願いするかと存じます。
 その節は、よろしくお願いいたします。



琉球大学大学院医学研究科皮膚病態制御学講座 教授
高橋 健造 先生

質問 1. 琉球大学大学院医学研究科皮膚病態制御学講座教授に就任されてからこれまでを振り返ってみてどのような感想をお持ちでしょうか。

平成 28 年 4 月に琉球大学医学部皮膚科の教授を拝命いたしました。私自身は 6 年間ほど、准教授として皮膚科学教室で働いておりましたので、沖縄県の皮膚病の傾向や琉球大学の皮膚科の医局自体には馴染んでおりました。

しかし教授職として医学部全体や病院のシステムの中で皮膚科が果たすべき役割の確認や対応は、今年の課題と考えております。実際、7 年後には医学部と病院全体が西普天間地区へと移動いたします。これに関しても、皮膚科医の私どもはどのような協力ができるのか、尽力して参ります。

教授会に参加してみますと、琉球大学医学部は、その歴史的成り立ちからも、いわゆる学閥、出身大学グループ、排他的な意味での仲間意識が存在しません。私自身も北海道出身で、京都大学で学生時代より約 30 年間過ごし、その間

にジョンス・ホプキンス大学や群馬大学で勤務してきました。琉球大学医学部内の臨床診療科や基礎医学教室のいずれも、多彩な地域、大学や大学院出身者の集合体です。沖縄という環境もあってか、琉球大学医学部自体が非常にオープンで平等で公平な雰囲気職場であると感じます。

質問 2. 高橋教授が目指す講座運営の方針等についてお聞かせ下さい。

現在の琉球大学の皮膚科教室は、皮膚腫瘍を対象とする皮膚外科グループと、膠原病・アレルギーグループがうまく融合し機能しており、私がこれまでに勤務してきた県外の大学病院よりも高度で果敢に責任を持った治療を行っていると自負しております。

琉球大学のように地方色の強い大学病院の皮膚科学講座が達成すべき臨床の目標としては、次代の人材の育成と地域への再配分、最終基幹病院としての使命、さらには高度先進医療施設としてのチャレンジなどが挙げられます。医学

部と病院全体の移転を数年後に控え、アジアに開かれた国際性豊かな医学部をめざし、今後、皮膚科教室からもひとりでも多くの若者に国外留学の機会を与え、国際的に発信し続ける皮膚科医・皮膚科学研究者を育てていきたいと思えます。

沖縄県は従来、救急医療研修が盛んに行われた土地柄もあってか、若い医師のフットワークは軽く、経験不足の症例に対しても果敢にこなしていく姿勢は良い点だと思います。しかし昨今の忙しい医療環境もあってか、1人の症例を継続して深く考察する姿勢が、希薄であるように感じられます。自分の頭で1人の患者さんを深く観察し続け、考える、全ての患者・症例は何某かの点では典型ではない、その点に気付けるように、若い研修時期に自分で考える習慣が大事だと感じます。

質問 3. 琉球大学医学部附属病院は県内唯一の大学附属病院として県民から寄せられる期待が大きいと思います。県立病院を含めた他病院、診療所との連携、離島医療に関してご意見をお聞かせ下さい。

沖縄本島自体は南北に約100Kmと、本州都市圏のように交通機関が充実していれば、全域から琉球大学へ通院することも可能なのですが、現状では大部分の患者さんは自家用車かタクシーでの通院となり、中部や北部医療圏との協力や役割分担は不可避となります。

大学病院全体としても共通していますが、皮膚科の日常の外来患者数は年々、増加しております。完全紹介性となりました最近も、毎日10～20名の新患の受診がございます。他方、現状の患者さんや患者家族からの医学的な達成

度のみならず、医学的側面以外の要求も強くなる一方です。

医療の質は落とさずに、この現状に対応したく思いますと、疾患によって皮膚科クリニックや、皮膚科専門医を複数人擁する中核となる病院施設への逆紹介が必須となります。

幸い、各病院の院長先生のご配慮により2017年度より、那覇市立病院は皮膚科医3人体制の中核病院として、また、これまで専門医のいる病院施設のなかった中部・北部地区における初めての連携病院として、北部医師会病院へ皮膚科専門医の常勤医師を派遣することが可能となりました。今後も、地元のクリニックと患者さんのニーズを鑑みた上で、皮膚科専門医の再配分に取り組みたいと存じます。

琉球大学皮膚科への赴任後の1つの課題として、医局内の専門医取得医師を大きく増加することが出来ています。7年前には私と前教授の2名しか取得していなかった皮膚科専門医が、今では20名以上と、ほぼ全ての有資格年齢の皮膚科医は取得しております。

大学病院の移転を念頭に、沖縄県全域や移転先である中部地区にとって、より使いやすく便利で価値があり、他の病診施設と差別化が可能な大学病院へ生まれ変わるように、熱く議論されております。

質問 4. 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。

私も早速、県医師会にも入会いたしました。私ども大学病院の医師が、皮膚科以外の医師会の先生や医師会のシステムにお世話になる機会は、まだ少ないのですが、年に数回の日本皮膚科学会沖縄地方会や本年度はハンセン病講習会

の開催にあたっては、県医師会館を使用させていただいております。先日も、私の就任記念の地方会の開催にあたっては、事務の方達にも大変お世話になりました。

皮膚科教室の使命といたしまして、今後も本島各地域への医療資源配分や、非常勤ながら必要とされる各離島への医師の派遣、ハンセン病施設である宮古南静園、本島愛楽園への協力は高い優先項目として継続できるような体制を維持して参ります。医師会の中でも、特に皮膚科医会、皮膚科勉強会、デルマ会に所属されます諸先輩や諸先生には、これまで通り、あるいはこれまで以上に、当方からの逆紹介の患者さんの数も増えると思っておりますが、よろしく願いしたく存じます。

質問 5. 大変ご多忙の身であります、日頃の健康法、ご趣味、座右の銘等がございましたらお聞かせください。

現在、京都に残る家内と子供は京都の洛星高校1年生であり、まだまだ単身生活は続きます。健康法などは特にはございませんが、食べ過ぎない、飲み過ぎないようにとは思いますが、県外からの講演者や友人などを向かえた際は、数

日連続した会食や飲み会となります。県産のウコンを絶やさず、これ以上の内臓脂肪を増やさないようには気にだけはしております。

楽しみだけのゴルフですが沖縄へ来ても続けており、ゴルフバックは県内と県外を行ったり来たり、年に何度も宅配されております。

八年ほど前には東京フルマラソンに思いで出走もいたしましたし、最近は大学の同級生の間でも、もっぱらランニングがブームであります。各離島のハーフマラソンには多数エントリーしておいて、出張などの用件さえ入らなければ、離島での半分歩きながらのランニング旅行を楽しんでおります。なかなか平日に運動する時間は取れず、出張先はなるべくジムが付いているホテルに宿泊するようにはしております。

思いつく銘でありますと、開高健さんの「悠々として急げ」と、父の札幌医大時代の恩師で、ウイルス学者の植竹久雄先生より頂いた「Face Fact」が、あります。

この度はお忙しい中、ご回答頂きまして、誠に有難うございました。

インタビューアー：広報委員 本竹 秀光

ご 注 意 を ！

沖縄県医師会常任理事 稲田隆司

1. 【金銭交渉について】

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

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

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

2. 【日医医賠償保険の免責について】

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

詳細については、沖医メディカルサポートへお問い合わせ下さい。

3. 【高額賠償責任保険について】

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

詳細については、沖縄県医師会へお問合わせ下さい。

【お問い合わせ先】

沖 縄 県 医 師 会：TEL (098) 888-0087

沖医メディカルサポート：TEL (098) 888-1241

耳の日にちなんで



沖縄県立中部病院耳鼻咽喉・頭頸部外科 須藤 敏

先日、私は日本耳鼻咽喉科学会産業・環境保健委員会の会議に出席しました。このときの議題で騒音性難聴が取り上げられていました。

騒音性難聴は有効な治療法は確立されておらず、治癒は困難です。しかし、そもそも予防できる疾病であり、発症した場合でも適切な対処により難聴の進行は防ぐことができます。

ここでは、耳にちなんで、騒音性難聴についてご紹介します。

1. 騒音レベルと障害

日本工業規格 (JIS) では、騒音とは、不快な又は望ましくない音と定義されています。騒音による生体への影響は、音の大きさ (騒音レベル) によって異なります。30 ~ 65dB (A) では不快感やイライラなど心理的影響を生じ、65 ~ 85dB (A) ではこれに加えて自律神経や内分泌系などへの生理機能に影響を及ぼし、睡眠や休息が妨げられます。但し、このレベルでは内耳障害による難聴は起こらないとされています。さらに騒音レベルが増強し 85 ~ 120dB (A) に及ぶと、内耳 (蝸牛) 障害を来す可能性が出てきます。しかし、障害の起こりやすさ (受傷性) に個人差があるため、全ての人に難聴が起こるわけではありません。120dB (A) を越えるような強大音では、極めて短時間に内耳が破壊され高度の聴覚障害が生じます。

2. 音による聴覚障害の分類について

聴覚障害は急性障害と慢性障害の2種類があります。前者は、極めて強大な音により短時間のうちに内耳が障害を受ける急性音響性聴器障

害です。爆発やピストルのような強大音によりほぼ瞬間的に受傷する場合や、ロックコンサートのように数分から数時間の強大音暴露による場合などです。

後者は慢性音響性聴器障害で、短時間の暴露では障害を受けない程度の大きさの騒音環境に長時間繰り返し暴露されることにより、長い年月を経たのちに生じるものです。騒音性難聴がこれに相当します。85dB (A) 以上の騒音環境に、1日8時間暴露されたとき、約5年から15年で騒音性難聴が発症するとされています。

3. 騒音性難聴と作業環境、患者数

平成4年、労働省から「騒音障害防止のためのガイドライン」が公表されました。このなかでは、騒音作業場とは等価騒音レベル (音の強さは時間とともに変動するので、一定の時間内で実際の騒音と等しいエネルギーを持つ連続定常音の騒音レベルで表した数値) で85dB (A) 以上の騒音レベルになる作業環境を有する職場と定義されました。85dB (A) という音の強さは耳元での大声より少し弱いくらいの騒音レベルとされています。そのような作業環境で1日8時間就業する場合、やがては騒音性難聴を引き起こす可能性があるため、事業者はガイドラインに基づき適切な処置を講じることにより騒音レベルの低減化に努めること、と定められています。

米国では約3千万人の労働者が職業性の騒音に曝されていると考えられ、騒音が関与する難聴を有する人は1千万人程度と報告されています。

ちなみに本邦では騒音性難聴の正確な罹患者数は不明ですが、平成 25 年の新規認定件数は 365 件となっています。

4. 騒音性難聴発症のメカニズムと聴力検査

音刺激により、病理学的には蝸牛の外有毛細胞が変性することが観察されています。この変性は不可逆的といわれています。

通常の会話の音域は 500 ～ 2000Hz ですが、標準純音聴力検査では、それより高音域である 4000Hz の閾値上昇 (e^sdip) を最初に認めます。さらに病状が進行すると 3000 から 6000Hz の広い範囲で dip 型の聴力低下が起こります。

5. 騒音性難聴の診断

騒音暴露の職業歴と、5 ～ 15 年の経過で徐々に進行する両側性の難聴で、標準純音聴力検査上 4000Hz の dip 型聴力変化を認めるという典型的な症例では診断は比較的容易です。しかし、

実際は加齢と共に老人性難聴の影響が加わることが多く、判断は容易ではありません。

騒音性難聴は労災の対象となる職業性疾患です。診断には社会的な影響が極めて大きいことを理解した上で、慎重な判断が求められます。

最後に

日本耳鼻咽喉科学会では、耳鼻咽喉科専門医の資格をもち、産業・環境保健講習会を受講した医師を騒音性難聴担当医として認定し、学会のホームページで公開しています。

(<http://www.jibika.or.jp/members/nintei/souon/souon.pdf>)

何か疑問な点があれば、これら担当医や耳鼻咽喉科医師にご相談下さい。

参考文献：和田哲郎、原晃：産業医実務に生かせる提言 職域に生かす耳鼻咽喉科の最新知識 騒音性難聴① 歴史と医学的・社会的背景，産業医学ジャーナル 2015；38：77-82

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。

原稿送付先

〒901-1105 南風原町字新川218-9 沖縄県医師会広報委員会宛

E-mail: kaihou@ml.okinawa.med.or.jp

※原稿データは、出来ましたらメール送信又は電子媒体での送付をお願い申し上げます。

「世界結核デー」に因んで

“Unite to End TB” 結核流行の終息のために団結しよう。



北部保健所 仲宗根 正

3月24日は世界結核デー（World TB Day）です。1882年のこの日にロベルト・コッホがベルリン医学会において結核菌の発見を報告したことによるものだそうです。この機会に最近の結核事情をお伝えしたいと思います。

「低まん延国」をめざして

まず、この50年間の結核患者の発生率（人口10万人あたりの罹患率）の推移を見てみましょう（図）。流行状況を3つの時期に分けると、第1期は戦後から80年頃までの時期で、60年頃には400もあった結核罹患率が胸部健診による患者発見と化学療法の進歩によって対策が奏功し、年間減少率が約10%と順調に推移しました。第2期では減少率にブレーキがかかり、さらに97年から99年には逆に増加する事態となり「結核緊急事態宣言」が出されました。その後結核予防法の大幅改正による「結核対策のモデルチェンジ」が行われました。第3期

の現在は患者の服薬支援に重点をおいた対策やIGRAを用いた接触者健診が定着し、減少スピードは緩やかですが罹患率は14.4（2015年）まで減少し、次の目標である罹患率10以下の「低まん延国」入りを目指している状況です。

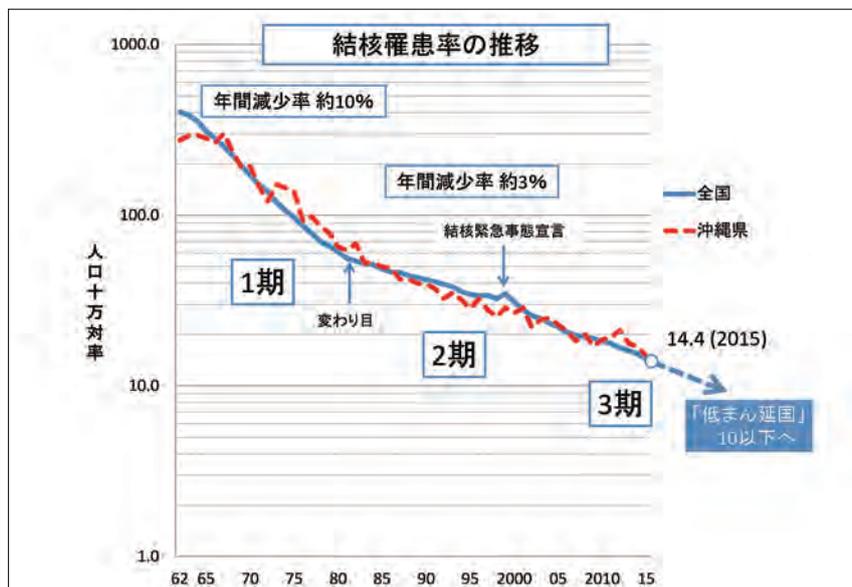
“他人ごとだとは思えないね。

結核は現代の病気だ。”

これは数年前、ビートたけしがシリアスな表情で訴えた結核予防週間のポスターのキャッチフレーズです。慢性感染症である結核は各時代の人々の生活や行動様式を反映して変化します。「現代の病気」としての結核の特徴を整理しましょう。

1. 患者の高齢化

同じ病気なのに結核はこの数十年で患者の年齢層が大きく変わりました。かつては結核療養所を舞台とした文学作品（最近ではアニメ映画



図

「風立ちぬ」で若い男女が主役になったのですが、今や新規患者の4割が80歳以上の高齢者になっています。超高齢社会の現代は老化に伴う各種疾患の増加が注目されますが、結核の場合は少し事情が異なります。

結核発病のメカニズムを見ると、①結核感染を受けて1～2年のうちに発病するタイプと、②若い頃に結核感染を受けたが免疫を獲得し発病せずにすんだ人が年をとってから発病するタイプがあります。数十年前の流行の結果が今に影響するという結核ならではの特徴で、この②の発病タイプこそ、患者の年齢層が変わった要因なのです。ちなみに60年代の結核罹患率は図のように約400（その後減少しても200）という高まん延状況が続きました。現在の70歳代以上の世代は2人に1人は結核感染していると推定されていて、日常の診療において高齢者では既感染者が多いことを念頭に置く必要があります。一方（ややこしくなりますが）近年では高齢者層でも既感染率が年々低下してきており、そのことが高齢者の初感染による発病（発病タイプ①）や高齢者間の集団感染事例につながっています。結核の感染・発病の様相は時代とともに変化しているのです。

2. 結核発病リスクの多様化

いったん感染し体内にひそんでいた結核菌が再び活動して発病する際の要因が明らかになっています。医学的要因で最も発病リスクが高いものとしてHIV/AIDSがよく知られています。次いで慢性腎不全による血液透析、結核患者から最近感染を受けたこと（2年以内）、生物学的製剤の使用等が高い発病リスクを示しています。あまり知られていないことでは、喫煙は結

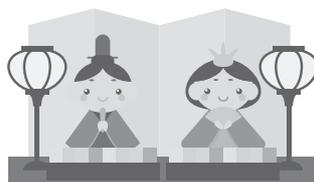
核発病のリスクを約2倍高め、世界中の結核患者の20%以上は喫煙が関連しているとされています。結核発病予防の観点からも禁煙の指導は重要です。

結核病学会では上記のリスクのある人への予防治療を積極的に行うことを推奨しており、日本が低まん延化をめざすための戦略としても重要な項目として位置づけられています。

3. グローバル化

国際的な人の行き来が激しくなる中、とくに途上国からの人の流入による結核罹患の影響が見られます。最近では日本の20歳代の若者の結核患者の約半数を外国人が占め、その出身国は中国、フィリピン、ベトナム、ネパール、インドネシアとなっています。去年は県内でも日本語学校に通う留学生の結核発病を発端とした集団感染事例が報告されました。日本の若者のほとんどが結核未感染であるため、ひとたび感染性のある結核患者が発生すると集団感染がおきやすい状況にあります。これらの国の罹患率はインドネシア395、フィリピン322、ネパール156と高く、今後、留学生や外国人労働者の受け入れがますます増加することが予想され、その対策が急がれています。

結核は、いまだに県内で年間約200人の新規患者が発見されています。そのほとんどは定期健診ではなく、日常の診療の中で発見されています。有症状者の診断の遅れをなくすことが、新たな感染、発病を予防する上で重要です。とくに高齢者の結核には咳、痰、発熱等の典型的な症状を示さないことが多いので、気になる時は胸部X線検査、喀痰検査の実施をお願いします。



世界腎臓病デーによせて

Think Local & Act Personal で沖縄を世界で最も透析導入の少ない地域に！

琉球大学医学部附属病院血液浄化療法部 古波蔵 健太郎



世界腎臓学会では毎年3月の第2木曜日を世界腎臓デー (World Kidney Day, WKD) として各国で啓発活動を展開しています。慢性腎臓病 (CKD) が透析導入のみならず心血管病や全死亡の要因となっていること、また特異的な自覚症状に乏しく高血圧や糖尿病などの生活習慣病および感染症を基盤に発症することを世界中の一般の方や専門外の医師に幅広く知ってもらうことを目的にしています。啓発による“気づき”は問題を解決する第一歩になりますが実際に問題解決につなげるためには知識をどのような行動につなげるかが重要になります。ゴールから逆に考えていくとどの段階にアプローチする必要があるのか見えてきます。最も重要なゴールの一つとして末期腎不全患者を減らして透析導入を減らすことが挙げられます。透析導入の原疾患としては多い順に糖尿病性腎症、慢性腎炎 (ほとんどがIgA腎症)、腎硬化症、原因不明となっています。原因不明とされた中には慢性腎炎や腎硬化症も少なからず含まれていると考えられます。したがって実質的に前述の3疾患で全体の80%以上を占めていると考えられます。我々の施設における経験からよほど進行した例や特殊な例でなければこれら3つの疾患に関してかなり高い確率で腎障害の進展抑制を達成することができる可能性があることを実感しています。ヨーロッパからの報告でも専門医への紹介後、CKDの進展がほぼ抑制されたという報告もあります。

つまり末期腎不全の原因の8割は専門的なアプローチを適切に行えばほぼ制圧できる可能性があることとなります。したがって、末期腎不全への進行するリスクがある患者に適切な治療を早期から提供できれば透析患者を大幅に減らすことが可能だと考えられます。

このことを実現するための方策として2つの重要なポイントがあります。1つ目は専門医につなぐための地域に根差した仕組みづくりです (図1)。日本は世界にも例をみない検診システムが充実した国です。CKDは一般的によほど進行した段階にならないと自覚症状に乏しく、いよいよ透析が必要という状態になるまで本人は全く気付かないこともあります。したがって、健診における検尿と腎機能検査を受けることが早期診断において最も重要です。しかし、透析導入に至った患者を分析してみるとミスマッチが生じていることがわかります。すなわち検診未受診者と検診や診療はうけていたものの専門医による診療を受けていなかった患者さんがかなりの割合を占めているのです。したがって、検診未受診者への受診勧奨や専門機関につなぐ連携作りが急務です。現在、透析導入の原因として最も多い糖尿病性腎症に関して国から地域ごとに糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定し実践するように求められています。沖縄県においても、沖縄県医師会会長安里哲好先生が会長を務め、琉球大学第二内科の益崎裕章教授を副会長とする委員会が発足しています。そし

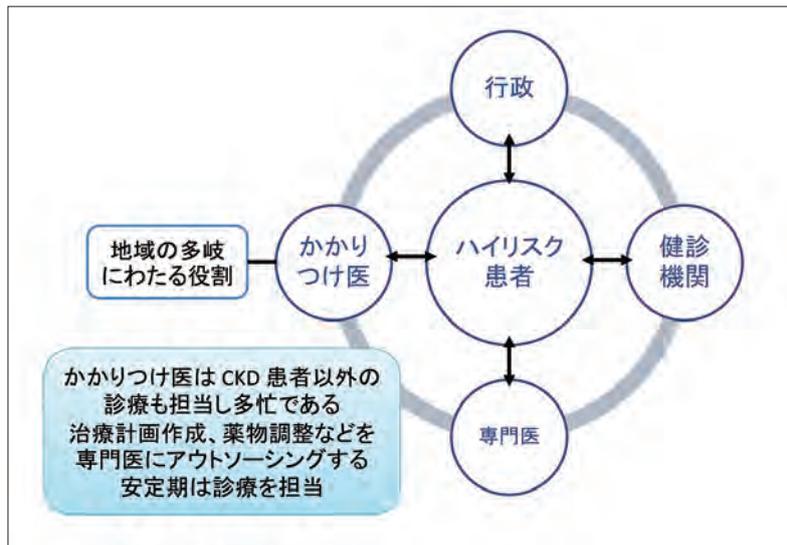


図1. 末期腎不全ハイリスク患者と専門医のマッチングを適正化する仕組みを沖縄県で構築する

て、すなわち内科クリニックの砂川博司先生が実務的な責任者として県内の糖尿病、腎臓それぞれの専門医（私もメンバーの一人に加えていただきました）、開業医、医師会の委員からなる委員とともに沖縄県独自の案をまとめられました。ちょうど、この3月に案が公表され各自治体はこの案に基づいて独自の対策がスタートすることになっています。沖縄県の案の特徴として、末期腎不全に至る可能性が高いハイリスクグループの独自の抽出基準、より踏み込んだ専門医への紹介勧奨やアルブミン尿やeGFRの変化率による治療のモニタリングの推奨、さらに各自治体の対策がうまく機能しているかを評価するための必須評価項目を挙げた点です。また、糖尿病でも合併がみられるIgA腎症については血尿と蛋白尿で見つかることが多いためこの2つの尿所見以上が持続する場合は腎臓専門に紹介することが重要です。元来、地域における開業医の役割は多岐にわたるため比較的専門的な治療が必要なCKD患者の診療は負担が大きいのではないかと推察されます。地域の仕組みを活かして専門治療をアウトソーシング

する発想が求められていると感じています。

2番目に重要な点は専門医が個々の患者毎に治療戦略を練り治療効果の最大化と最適化を達成することです。“個別化医療”という言葉を目にする機会が増えてきました。2015年4月号のNature誌に“Time for One Personal Trials”というタイトルのcomment論文が掲載されました。その中でアメリカのオバマ前大統領が中心となって個人の遺伝情報などに基づいた医療の最適化にむけて国をあげての取り組みがスタートしたことが紹介されています。腎臓の分野でも特定の遺伝子が腎障害の進展に関わっていることが少なからず報告されているものの実臨床の場で応用されるまでにはいたっていません。しかし、実際、個々の患者の特徴に目を向けると同じ原疾患病名でも腎障害の進展に関わる病態（炎症、糸球体高血圧や虚血などの血行動態異常など）が異なっていることに気づきます。すなわち腎障害進行に関連する介入可能な因子という観点から、個々の症例毎にそれぞれの因子の寄与率を想定することができます。したがって腎障害進展に関連する病態を介

入可能な形として因数分解する事がある程度できると考えられます。そしてそれぞれの因子に過不足なく治療を行うことにより、我々は多くの症例で腎障害の進行をかなり抑制できる事を経験しています。降圧治療も個々の症例における高血圧による腎障害のおこりやすさや虚血の病態を想定して降圧目標や降圧薬の使い分けを行うことが重要です。多くの症例では腎障害の進行を eGFR の経時的な変化で“見える化”することが可能であり。透析導入に至る“X デイ”をある程度予測できます。また治療がうまくいっているのかを eGFR の傾きの鈍化という指標で捉えることで PDCA サイクルの考え方に基づき治療内容を適宜、変更することができます。この絶え間ないチャレンジにより個別の治療効果の最大化と最適化が実現可能です。

近年、大規模ランダム化比較試験やメタ解析の結果が最良のエビデンスであり、それに基づいた診療を実践することが重要であることが声高に叫ばれてきました。しかし、本来、Evidence based medicine はそのようリサーチの結果に基づく診療だけを実践することを意味するものではなく、1) リサーチから得られたエビデンス、2) エキスパートや各医師の経

験に基づく意見、3) 患者の希望の3つを統合して意思決定を行い医療を実践する過程を指しています (図2)。透析導入が必要になった患者が専門医の外来を訪れた際に、「腎臓が悪いなんてこれまで一度も言われたことはない、一体いつから腎臓が悪くなっていたのですか?」と言われ返事に窮することをほとんどの専門医は経験しています。このような例で過去に本土で訴訟になった事例もあります。CKD というツールを使って、自分が関わる患者に、将来の末期腎不全のリスクを“見える化”し適切に伝え情報を共有することが極めて重要な第一歩になります。その中で末期腎不全リスクが高い患者や治療介入にも関わらず尿蛋白が減らない場合や腎障害の進展抑制が十分達成できない場合は専門医への紹介という選択肢を示すことも重要です。沖縄 (Local) の地域に根ざした効果的な診療システムの構築と“個” (Personal) の特性に基づいた治療の最大化と最適化により沖縄県を世界で最も透析患者の少ないエリアにできるように世界腎臓デーがきっかけになってくれることを期待してやみません。

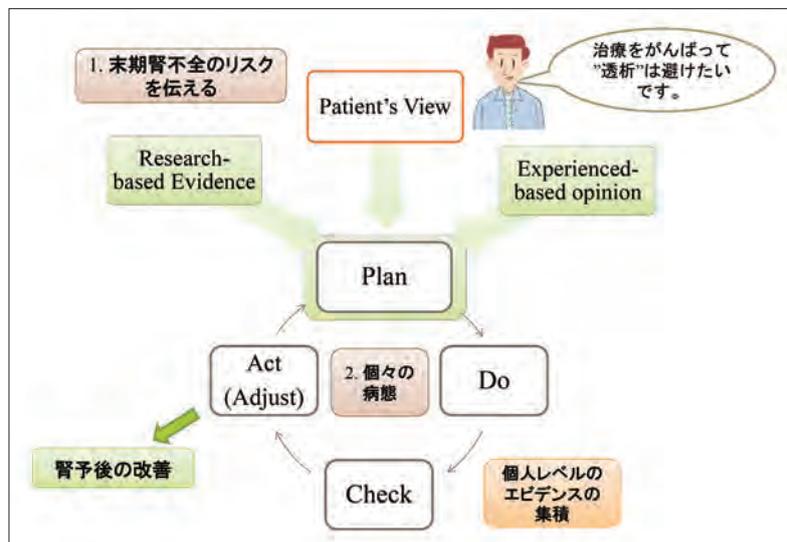


図2. CKD における Shared Decision Making

手術におけるマネジメントの意義 ～第38回日本手術医学会総会のご報告～



琉球大学医学部附属病院 手術部 久田 友治

本学会の開催にあたっては県医師会から、ご寄附を頂きました。お蔭様で全国から1,038名の参加者が集い、手術医学・手術医療の研鑽を積む事ができたので、会員の皆様に感謝を申し上げますと共に、そのご報告をしたいと思ひます。

本学会の会員は、医師、看護師、臨床工学士、滅菌技師・士など多職種から成り、その目的は表1に記していますが、一言で云えば「手術におけるマネジメントを研究する事」だと私は理解しています。

手術は収入そして支出が多いだけでなく、感染を含む安全管理上の課題も少なくないので、急性期病院にとって手術におけるマネジメントの重要性は増しており、また、手術医学の研究が先進国では増加しています。

本学会では4つの特別講演(表2)と10のシンポ・パネル、そして約200題の一般演題がとり行われました。沖縄関係では「緊急手術の現状と課題～沖縄県立中部病院からの発信」が本竹秀光院長、国吉茂先生の司会で行なわれました。また、私の中部病院研修の先輩である町 淳二ハワイ大教授には特別講演と特別企画「南の島で町先生と『米国の手術室の現状』を

語り合おう」をお願いしました。

参加者は、学会の合間に沖縄の自然と文化に親しんだと思ひれます。学会中も特別プログラムとして琉球古典 安富祖流音楽研究朝一会による「琉球芸能に親しむ」が演じられ好評でした。

第38回日本手術医学会総会



会期:平成28年11月4日(金)・5日(土)
会場:沖縄コンベンションセンター
会長:久田友治 琉球大学医学部附属病院手術部臨床教授

表1. 本学会の目的

手術部における業務を安全かつ円滑に遂行するための機構、施設、設備、機器、機材、運用その他に関する医学的研究の進歩を図り、これによって社会の福祉に寄与する。

表2. 特別講演

周術期管理センターの現状と課題	: 安原 洋 (東京大学)
日本開国: 医学教育と外科システムの国際標準化に向けての改善	: 町 淳二 (ハワイ大学)
20世紀における手術医学の歴史	: 小林 寛伊 (東京医療保健大)
患者・医療者にとって有効的且つ効率的な周術期医療の提供	: 石橋まゆみ (手術看護学会)

第二次大戦直後に創設の那覇地区病院

— 那覇・首里地域に於ける医療の中核的役割を一定期間担う —

順天堂大学医学部名誉教授 山城 雄一郎



はじめに

沖縄県医師会から県医師会報へ那覇地区病院に関して寄稿依頼を受けた。父、故山城興雄が嘗て内科医として勤務していた事がその理由である。現在、当時の病院の状況を語れる人が皆無に近い事を考えると、当時小学1～2年生であった筆者がこれを担うのに無理がある事を承知で、いくつかの資料を参考に筆者の記憶に残る思い出を含めて拙文に記した。

1. 第二次大戦直後の米軍政府管轄下の沖縄の医療

米軍は1945年（昭和20年）4月1日、沖縄本島に上陸。日本軍との激戦死闘の末、同年6月末に完全に占領、終戦。米軍は直ちに各地域に病院、診療所を設置し、戦時中に医療施設から離散していた医師、看護婦その他の医療職の生存者を集めて住民の診療に当らせた。医師数は、64人で戦前の登録医160人余から約100名も減少した人数で住民の診療を開始したが、1医師当り患者数の圧倒的多さに医師は対応に苦慮した。医療体制が整い始めたのが、1946年（昭和21年）1月に米軍（海軍軍政府）主導で発足した名目上沖縄住民主体の米国民政府、公衆衛生部の活動開始であった。米軍によって設立された沖縄中央病院（450床、後のコザ病院、現在の中部病院）、名護病院（200床）、宜野座病院（120床）の3総合病院、前原（25床）、石川（75床）、糸満（75床）そして、知念（100床）の各地区病院、さらに93診療所がその管轄権を上記、公衆衛生部に移譲され、総ての医師は公務員として医療に従事する事になった（医療の公営）。病院が那覇市やその近郊ではなく中

北部や南部（知念、糸満）にも設置されたのは、終戦後の人口分布が中北部と南部に集中していた事にある。医療の公営とは言え、運営の実際は殆どが米軍政府に掌握され、米軍ペースで進められた。例えば、病院、診療所の医薬品、医療機器等の全てが米軍から無償で提供され、かつ診療費は当初は無料（医療施設に赤十字マークを付け）であった事は（1948年、昭23年4月から低額有料）米軍の占領史そして沖縄の医療史上の特記事項の一つと考えられる。占領軍にとって、間接効果として米軍人とその家族の健康管理上重要と認識しての政策であったが、占領地域住民の疫病発生を防ぎ、占領政策を効率良くそして民意の抵抗を少なくして安定有利に導く上で周到な計画・準備の下に行なわれたと推察され、大戦史上特筆に値する占領政策であったと筆者は評価したい。例えば、日本軍が侵略した中国を含むアジア諸国で行なった蛮行と対比すれば明らかである。

2. 一般住民としてマラリア罹患を含む筆者の医療体験

1) DDT白粉の洗礼

終戦直後に3歳の筆者は満州（中国東北部）から母と当時生後数ヶ月の弟（現、那覇市与儀市場通りで山城内科医院を開業）の三人で命辛辛脱出し、3～4ヶ月間熊本に滞在後、沖縄に生還出来た。その沖縄上陸の際にDDTの白粉を頭から多量浴びせられた。同様な事は、当時、集落毎に設けられたテント小屋キャンプに入る際に成人から子どもまで全ての住民がDDTの白粉を浴びせられる洗礼を受けた。疾病予防対策の一つとして施行されたと思わ

れ、現代医学の観点から考えると問題無きにしても有らずであるが、マラリア、ノミ、シラミが蔓延していた当時の状況の公衆衛生面への寄与は否定出来ない。換言すれば、米軍は公衆衛生の悪化防止を重要視したのである。

DDTとは— DDT (dichloro-diphenyl-trichloro-ethane) は殺虫薬として第二次世界大戦から戦後にかけて広く世界で使われたが、昆虫類が急速に耐性を獲得し、また、環境的蓄積による毒性が判明して、現在は使用禁止になっている。筆者の記憶では、石灰粉の代用として野球のバッターボックスのライン引きに使われていた事から住民は多量に入手出来たと示唆される。

2) マラリア罹患

筆者は沖縄帰還2～3ヶ月後、急に高熱とともに激しい悪感戦慄を発症した。有りったけの蒲団、毛布を被っても寒さと震えは一向に改善せず苦しんでいる我が子の姿に母は“困難辛苦の末に九死に一生を得て沖縄まで辿り着いたのに、ここで死なせたら父親（この頃、父は捕虜としてシベリア抑留なれど、その様な事は当時知る由もなかった）に何とも説明出来ない”と懸命に看病し、何処からかマラリアの特効薬キニーネを入手して来てこれを強引に飲まされ、そのお陰で死を免れた。終戦直後の沖縄でマラリアが流行、猛威を振るった時期があり、戦争から生き延びた人が少なからず犠牲になった。米軍はマラリアの流行に備え住民にキニーネの配給を行っていた事も重要な歴史的事実である。筆者の記憶に残るキニーネは黄色の錠剤で、これを幼児の筆者に服用させるのに母は、お湯に溶解させて強引に口から流し込んだ。その理由は、その強烈な苦味にあった。キニーネがどのようなルートで住民に配布されたか筆者には不明だが、その黄色の錠剤が路地裏に捨てられているのを何度も目にしたし、また何とその黄色を利用して布地の染色に使っていたのを目撃した記憶もある。

マラリア Malaria とは如何なる疾患か— マラリアは熱帯・亜熱帯地域に広く分布してい

る感染症で、年間罹患者は2億人、死者60万に達し、小児では急速に重症化し死亡率も高い。病因としてハマダラカの刺咬によってマラリア原虫が体内に入り赤血球内で分裂増殖を繰り返し感染し、三大徴候として発熱、貧血、脾腫を呈する。経口治療薬として現在でもキニーネ Quinine が使用されているが、新しい内服薬そして重症例用にキニーネの静注薬 Quinimax[®] も開発されている。

3. 那覇地区病院の創設

終戦時の旧那覇市内の建造物は多くが焼失して焦土と化し、米軍の物資集積所となっていて、米軍の許可無しに住民の市内立ち入りは禁止されていた。筆者は父が勤務していた那覇地区病院に隣接した首里当蔵の居住地から遊びの遠征として、当時最下級生だが高学年の悪童らと首里坂下の観音堂横を越えて安里の方まで度々行った覚えがある。その時に見た光景であるが、軽便鉄道の鉄橋があったはずの現在の安里交叉点にそれは既に撤去されて無く、ひめゆり橋の鉄骨だけが残っていて、盛り土で周囲より盛り上がった鉄路跡から眺めたその先の那覇市内は鉄条網で遮断され、現在の蔡温橋周辺の広場は米軍車輛の駐車場（モータープール）になっていた。

この頃の那覇の人口は極めて少なかった事もあり、那覇地区に医療機関として診療所が最初に開設されたのは、1946年6月頃の首里診療所（所長、千原成悟医師、1947年3月頃に二代目所長として与儀清秀医師が引き継ぐ）であった。次いで真和志診療所（所長、千原繁子医師）、奥武山診療所（所長、山里将徳医師）、楚辺診療所（所長、田仲康栄医師）そして最後に壺屋診療所（所長は真和志診療所から異動の千原繁子医師）が開設された。

上記の如く診療所の数は増えたものの、診療所は入院患者の収容禁止という米軍の指令があり、要入院治療の患者は殆ど全て糸満地区病院か時に沖縄中央病院へ搬送する不便が、那覇地区の人口増加に伴う患者増もあって増大し、その解決の為に1947年7月頃から

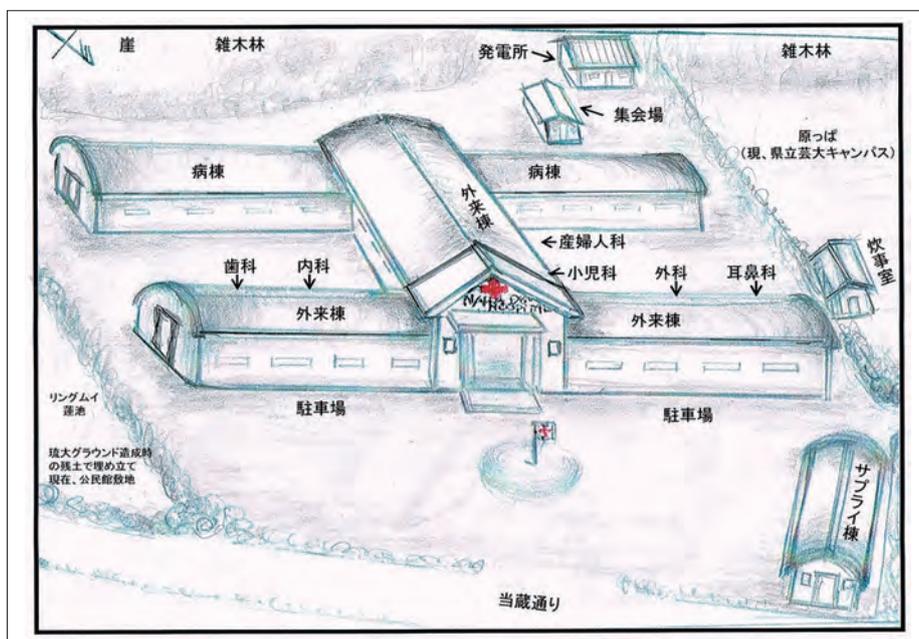
那覇地域に於ける病院設立の要望が急速に高まった。この様な背景から当時の首里診療所の与儀清秀医師が中心になり、米軍政府と交渉する那覇地区病院設立運動が始まった。しかし、上記の理由から旧那覇市内には適当な病院敷地が見出せず、当時米軍管理下にあった円覚寺跡の旧沖縄工業学校跡地（その後、琉大グラウンドそして現在の県立芸大キャンパス）に米軍と交渉の結果、コンセット建築棟の病院（100床）が創設される事になった（添付写真と病院略図参照）。病院長は与儀清秀医師（小児科）で創設当時の院内勤務医は大宜見朝計医師（内科）、山城興雄医師（内科）、与儀清昌医師（内科）、儀保宜栄医師（産婦人科）、源河朝成医師（外科）、与那嶺茂享医師（外科）、比屋根良栄医師（耳鼻科）の8人と歯科医 知花朝申の各氏、そして医介輔の瑞ヶ村（外科）、金城（内科）両氏も加わった陣容であった。

医介輔（medical service man）とは一終戦後の医師不足を補う医療職として、衛生兵など医療に従事した経験のある者を短期的教育受講後に、診療所の医師の助手や地域を限定して医療行為が認められた人材。1950年の医師数127人、医介輔80人であった。

コンセット Quonset とは一米海軍の注文で作製された軽量で表面に10cm前後の多数の波形のある鉄板屋根で覆われたカマボコ型の簡易建造物で、米軍基地内で種々の用途に使われた。コンセットの名はその製造地のロードアイランド州 Quonset に由来する。

4. 筆者の記憶にある那覇地区病院

ソ連軍捕虜として2年余りのシベリア抑留から1948年に生還帰国した父は直ちに、経緯は不明だが、開院早々の那覇地区病院に内科医としての職を得た。その直前まで母の祖母の家に母子3人居候していた大里村大城の田舎から“都会”の首里に移住して見た那覇地区病院は堂々として非常に立派な建物に見えた（写真1）。常時多くの患者さんが玄関から出入りし、外来待合室と廊下は患者さんで溢れていた。子どもにとっての関心は駐車場に停めてあったアンブランス（本来は救急車、写真2）にあり、特殊だが病院関係者の子どもなので身近な自動車として“アンブランス”と親しみを込めて呼んでいた。そのアンブランスは現在の救急車としての役割より、病院車として各地の診療所からの患者搬送が主たる役目だったと思われる。



那覇地区病院略図（縮尺は不正確）



写真1. 病院玄関前の盛り土のある庭で。
向って左より、金城医介輔、仲村歯科技工士、知花朝申歯科医、山城興雄医師、新垣芳子看護婦、比嘉シゲ子(旧姓)看護婦、金城つる子看護婦
病院玄関上部とアンブランスに赤十字マークのあるの
にご注目。



写真2. アンブランスを背に
左より山城興雄医師、新垣芳子看護婦、
比嘉シゲ子(旧姓)看護婦

1) 職種の壁なく和やかな職員間の交流、野球チームの結成

医師、看護婦の人員に比し圧倒的に多い外来そして入院患者数の診療に多忙を極めていた事は想像に難くないが、鉄の暴風と言われた沖縄戦を生き抜き、病院というヒトの生命を救う場で働けることに職員は職種に関係なく、生きている喜びに満ち、相互の連帯感が強く親しい関係が築かれていた。その象徴の一つが野球チームで、医師、薬剤師、電気技師、技工士、運転手、事務職員等で構成されていた(写真3)。

野球チームは糸満地区病院と知念地区病院にもあり、南部地区医療団野球大会がリーグ戦形式で年1回以上開催され、那覇地区病院は糸満地区病院といつも好ゲームを展開して最終的には勝利し、優勝旗を保持していた。球場は首里高校グラウンドが使われ、病院職員は勿論、その家族や関係者とともにも筆者も熱心に応援していた光景が脳裏に浮ぶ。父はピッチャーで中心打者であった事からチームの主導的立場で他の地区病院との試合も企画していた。当時の首里市は伝統的な文化の高さが戦後間もない時期でも維持されていて、市民生活にも回復の兆しが見られ、例えば少年野球チームらしい組織があって、筆者も父の影響もあり、上級生に混じってプレーしていた。また、当時既に市民運動会が年1回首里高グラウンドで開催され、グラウンドの周囲を大勢の市民が囲んで応援と手作りのお弁当を家族で楽しむ光景が見られた。戦争の悪夢からやっと解放され、細やかな平和な日々の到来である。

2) 職員の交流会

病院職員の一体感を示す交流の場を新年会の写真が示している(写真4)。1949年の新年会出席者には、写真から医療職、技術職、事務職以外にも炊事職、清掃職の面々が確認出来、殆ど全ての職員が出席していた。その背景に与儀院長のお人柄を反映した職員に対する優しい気配りがあったと推察される。病院の創設に導いた実力者であられるが謙虚で、スーツとネクタイが似合うジェントルマンであった。筆者は父から“院長先生は、病院で一番偉いヒトだよ”とよく聞かされていて、子どもながら遠くから畏敬の念を抱いて眺めていた。院長職はその後、源河朝成先生、与儀清昌先生そして大宜見朝計先生に引き継がれた。筆者の父は、1949年末に出身地の東風平村の要請を受け、東風平診療所へ移動した。

5. 那覇地区病院の閉院

1951年(昭和26年)5月から自由開業が許可された結果、各地区病院と診療所から医



写真3. 病院玄関前に勢揃いした野球チーム

向って前列左より、佐久本政敦氏（サプライ部所長）、平井氏（サプライ部職員）、真境名電気技師、楠見薬剤師、宮城運転手。
 中列（座右）左より、与儀院長、山城医師、知花医師、後列左より2人目、宮城氏、4人目、源河医師、5人目、田仲医師、6人目、照屋医師。
 右より、1人目、照屋氏、2人目、瑞ヶ村医介輔。
 他の方々のご氏名不明。



写真4. 1949年（昭24年）職員新年会（於：病院集会場）

最前列左より、知花医師、瑞ヶ村医介輔、源河医師、与儀院長、高良医師、鉢嶺氏、照屋氏、真境名氏、宮城氏。
 前2列目（座右）左より3人目 与儀医師、4人目 太田氏、5人目 平井氏、6人目 仲村氏、7人目 山城医師、9人目 佐久本氏。前2列目右より米須さん、原国さん。
 前3列目（中座）左より2人目 宮城氏、赤嶺さん（山城医師の向って左後方）比嘉さん。
 山城医師右後方、吉田さん、その左、仲本さん、長嶺さん。右3列目 祝嶺さん、右3列2人目 新垣さん。
 後列（立位）、左より2人目 知念さん、5人目 知名さん、6人目 古謝さん、7人目 楠見氏、8人目 上原さん、9人目 宮城さん、10人目 新垣さん、11人目 屋宜氏、屋宜氏右前饒波氏。
 後列右より、1人目 兼本さん、2人目 新垣さん、3人目 当間さん、4人目 宮里さん。他の方々のご氏名不明。

師の退職の増加と一般市民の移動の加速も相俟って、知念病院と糸満病院は1956年（昭和31年）に閉院となり、那覇地区病院は解

放型病院（入院指示医師が主治医となり診療）として残存した。南部地域の人口比に対する少ない病床数と那覇地区病院から遠方の医師

の解放型システムに対する不満、そして他地域でも同様の状況が生じた結果、その改善策として1954年(昭和29年)に有床診療所(29床まで)の開設が認められ、沖縄の医療環境に大きな変動が始まった。更に政府立那覇病院が1959年(昭和34年)6月に那覇の中心地の一画である那覇市与儀に完成し、首里の那覇地区病院の役目はやがて終わりを告げた。

おわりに(含謝辞)

終戦直後の約10年間、現在の那覇市とその近郊に於ける医療上の中心的役割を果たした那覇地区病院が首里に存在していた事を知る医師が、沖縄県医師会現会員の中に果たして何人いるだろうか。肝心なその病院の医師を含む職員の殆どが鬼籍に入っておられる現状では、多少なりとも当病院を知り得た者が何等かを後世の為に書き残すべき義務があると筆者は考えた。しかし、沖縄を離れて50数年、後期高齢者の筆者が約70年前の記憶を辿る困難に一抹の不安が過ぎた。筆者は医学部の教職に長い間就いて現在も同様である為、講演や共同研究(南部こども医療センター)そして機会は少ないが、中部病院の研修医教育のお手伝いの機会に沖縄を訪れる程度では、沖縄の医療の現状は正直余り知らない。しかし今回の寄稿依頼は、現在ではなく約70年前の沖縄の医療について述べる事にあるのである意味、開き直ってペンを握る事に決めた。

当時の幼い小学生(写真5)の記憶に頼って如何にしてその当時の現状をお伝え出来るか考えた時に、実家に残っていた古い写真アルバムに那覇地区病院に関する写真があった事を思い出し、これらを見ながら当時の状況を想起した。しかし、それだけでは不十分の

為、昨年11月に講演で沖縄を訪れた際、記憶にあった与儀院長の旧宅地を探し当て、予告なしの訪問であったが、先生の長女の比嘉文子様(旧姓)に運良く偶然にもお会いする事が出来た。礼を失した突然の訪問にも拘わらず、訪問の主旨をご理解頂き、ご親切にも先生の蔵書の山から「那覇地区医師会のあゆみ」他2冊を探し出し貸与して下さった。そして筆者の知らなかった貴重な情報を筆者が帰京後も何回か連絡下さり教えて頂いた。また、当時の病院で筆者の父の下で看護婦として勤務しておられた比嘉シゲ子(旧姓)様とも連絡を取って下さり、新たな貴重な情報を教えて頂いた。寄稿依頼に曲りなりにも応えられ、駄文を記述出来たのはこの様な方々のお力添えがあったお陰にあると深謝し、これを明記してペンを置きたい。

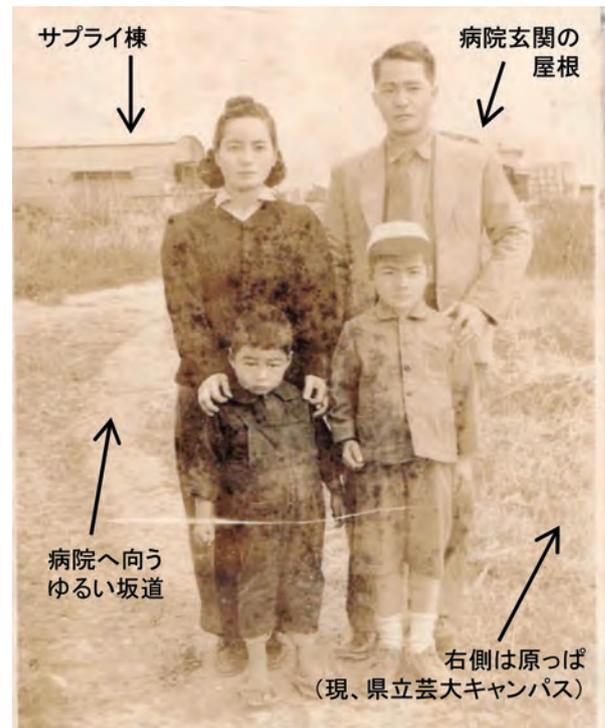


写真5. 筆者宅前で病院を背に家族4人のスナップ(第3歳)

沖縄県医師国民健康保険組合からのお知らせ

■医師国保組合とは

沖縄県医師国民健康保険組合は、国民健康保険法に基づき、国民健康保険を行う目的で昭和49年10月に設立された公法人で、沖縄県内で医業関係のお仕事に従事されている方を組合員とした「国民健康保険組合」です。



■加入対象者について

- ・医師 … 沖縄県医師会会員で医業に従事しており、社会保険等に参加していない方。
(※開業医、勤務医等は問いません。詳しくは事務局までご連絡下さい。)
- ・家族 … 医師、従業員組合員と住民票が同一で社会保険等に参加していない方。
- ・従業員 … 医師組合員が開設する医療機関に勤務する従業員の方。

■組合の保険料について(※1人当たり)

	国保分	後期分	介護分 (※40～64歳)	月額保険料	年間保険料 (月額×12)
医師	26,000	2,600	3,300	31,900	382,800
家族	7,000	2,600	3,300	12,900	154,800
従業員	8,000	2,600	3,300	13,900	166,800

※介護分(介護保険料)は40歳から発生し、64歳までは組合で徴収します。
65歳からは市町村へ納付することになります。

■組合の保健事業について

組合では、被保険者の健康保持・増進のため、次の保健事業を実施しています。

- 半日人間ドック助成事業 … 半日人間ドックの受診費用を一部助成します。
- インフルエンザ予防接種助成事業 … 予防接種の接種費用を一部助成します。
- 宿泊助成事業 … 県内ホテルへ宿泊された場合、宿泊費用の一部を助成します。
- 育児支援事業 … 出産された被保険者の方へ、育児支援本を1年間提供します。

詳細につきましては、事務局までお気軽にお問い合わせください

沖縄県医師国民健康保険組合

住所：南風原町字新川218-9
TEL：098-888-0087
FAX：098-888-0089
事務局：高良、新崎まで



随筆



スイミングのすすめ

中部徳洲会病院 泌尿器科
大城 吉則

この随筆のコーナーでは、運動・スポーツに関する話題が時々掲載されていますが、私自身のはまっている運動について書きます。その前に、私は他人から見ると非常に健康そうに見えるようですが、実際には健康には全く自信がありません。中学生の頃は糸球体腎炎を患い、約5ヶ月間の入院生活を余儀なくされ、退院後も運動制限と食事制限で非常に暗い中学時代を過ごし、家系的にも高血圧や糖尿病などがあり、俗にいう生活習慣病にいずれ罹患するのではと不安を感じながら生きております。実際に20歳後半で結婚したところ、半年で7～8kg体重が増加し、N市立病院当時の上司が私の健康状態を案じ、私には内緒で糖負荷試験をオーダーしてくれました。しぶしぶ検査を受けたところ糖尿病の境界型と診断され、すぐさま、食事療法で体重を減らしたおかげで血糖値は改善しましたが、元来太りやすい体質故、油断すると短期間で体重が3～4kg容易に増えてしまう状況が続いていました。従いまして、若いころから体重が増加したり、健診で何等かの異常を指摘されると思い出したように食事療法やジョギング等の運動を行ったりしていました。ジョギングは、主に早朝または仕事が済んだ帰宅後の深夜に行っていましたが、仕事で疲れたり、夏の暑さの厳しい時期、逆に寒さが厳しい冬場はさぼったりで、意思の弱い私にとっては継続することが困難な運動でした。その後、ジョギングよりは運動負荷そして精神的負担の軽いウォーキングにシフトしましたが、一緒にウォーキングをしていた妻の膝痛が出現してからは、それも途切れてしまいました。

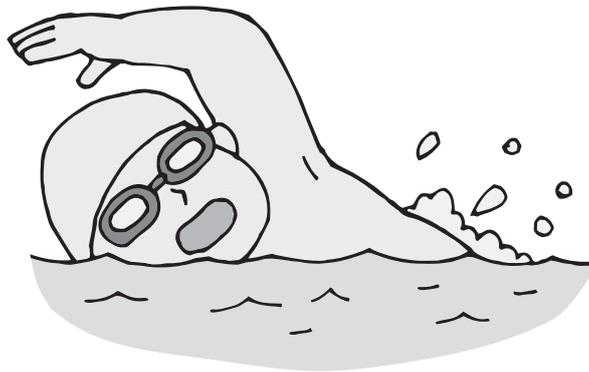
4年前、某スポーツクラブの秋の1日無料体験キャンペーンのチラシに誘われ、同施設を訪れたころ、老若男女たくさんの方々が、マシンと格闘しながらトレーニングしている姿を拝見し（その中には高校あるいは大学の同級生、そして見覚えのある同業者なども見受けられました）、私も“腹筋ボコボコ”、“上腕二頭筋がポパイ”、“僧帽筋が北斗の拳のケンシロウ”を夢見て入会してしまいました。当初は、トレーニングマシンやランニングマシンそして腹筋筋骨体操などで主に筋肉を鍛えていましたが、トレーニングを開始して3ヶ月経った頃から、オーバーワークで逆に右下肢の縫工筋を痛め、歩く時も痛みを伴うようになってしまい、ついにトレーニングが継続できなくなりました。そこで、仕方なく筋肉の痛みを癒すためスイミングを始めることにしました。大学生の頃、定期的にプールで泳いでいましたので、ある程度は泳げるものと考えておりましたが、30数年ぶりの水泳で25mプールの端から端まで泳ぎ切ることもつらく、プールの端までたどり着くとゼーゼーと息を切らして呼吸を整えてから、スタートラインまで戻るの繰り返しで、せいぜい250ml程度を泳ぐのがやっとの状態でした。私の横では、かなりご高齢のご婦人や体の引き締まった60代後半の男性がスムーズにゆったりと長い距離を泳ぐ様をみて、負けず嫌いな私はCD付きの水泳のhow to本を購入して、泳ぎのフォームを矯正することを試みましたが、幼稚園から中学までスイミングスクールに通っていた息子からはまるで溺れているような泳ぎだとの冷たい評価も受けました。自己流でフォームを矯正するのは不可能だと判断し、インストラクターによる個人レッスンを週一回受けることになりました。インストラクターからも私の体は非常に硬く、特に下半身の柔軟性がないことを指摘されました。バタ足のキックはイルカの尾びれをイメージしてキックするのが理想的なようですが、私の場合は足首が伸びず、直角の状態ですら丸タン棒が上下運動をするよう

なキックになっていました。下半身の柔軟性を高めるためにストレッチ体操なども行いましたが、50年以上かけて硬くなった下半身はそう簡単にはほぐれることなく、キックを矯正することはあきらめ、腕のかき（プル）を矯正することにしました。プルはキックに比べると矯正は容易で、少しずつではありますが、泳ぎのフォームは徐々に改善されてきました。それによって泳げる距離も、500m、800m、1,000mそして1,500mまで伸びてきました。今では、筋肉トレーニングは行わず、スイミングのみを週に3～5回の割合で行っていますが、スイミングを始めてから3ヶ月程度で体重が6.0kg程度減量でき、それによって健診でのHbA1cの値も5.0g/dl前半を維持できております。また、以前は外来診療の直後に血圧測定すると150/90mmHg以上まで上昇することがありましたが、現在では120/80mmHg程度に維持できております。ちなみに、水泳は水の中で行うため、浮力によって腰や下半身の過度負荷は軽減され、水圧や水の抵抗によって全身の筋肉にまんべんなく負荷がかかります。それによって、全身の筋肉特にインナーマッスルが強化され、さらにゆったりとした泳ぎを行うことによって最も効率の良い有酸素運動になるとされていま

す。運動別の1時間あたり消費カロリーを比較してみると、ウォーキングが160キロカロリー、ジョギングが300～500キロカロリーに対して、水泳の平泳ぎが500～600キロカロリー、クロールが500～1,000キロカロリーとの報告（全てインターネットからの情報ですが-----）もあり、水泳がいかにダイエットに効率が良いかがわかります。琉大附属病院に勤務していたころは、多くの腎移植後の患者さんの外来診療を行っていましたが、腎移植後の体調の改善に伴い食欲が亢進し、さらに免疫抑制剤のステロイドの副作用などで体重が増加し、その結果として血糖値の上昇（PTDM: post-transplant diabetes mellitus）や血圧が上昇する患者さんがいましたので、このような患者さんには積極的に水泳や水中ウォーキングをすすめていました。

水泳は主に室内で行う運動ですので、暑さや寒さ、雨や嵐などの天候に左右されることはありませんし、何よりもスイミングパンツにキャップそしてゴーグルの手軽な道具で、1人で気楽にできます。

健康に自信のない会員の皆さん、スイミングを始めてみましょう！



随筆



7年間の沖縄県医師会医学会 総会での発表を振り返って

牧港中央病院心臓血管外科
達 和人

私は2010年4月に牧港中央病院心臓血管外科に入職し、それから7年間、沖縄県医学会総会での発表を欠かさず行ってきました。2016年12月11日、第122回の医学会総会での発表で連続13回の発表を達成することができました。私は春から本土の病院への異動が決まっております。連続記録も途絶えそうですので、この7年を振り返りたいと思います。

決して嫌々ではありませんでしたが、最初は上司からの命令で行っていた発表も、そのうち発表するのが当たり前になっていき、終盤は意地になって続けていたような気がします。単身沖縄に来た私にとって、医学会での発表の場は、県内他施設の心臓血管外科医と知り合える貴重な場でありました。発表演題に対する議論により見識を深められるのは勿論ですが、知り合いの先生が増えるにつれて、これから行う手術の術式について相談したり、術後管理に難渋している症例のアドバイスをいただいたり、そのような場にもなっていました。全13回の発表演題を下記にまとめてみました。初めて参加した第110回ですが、自分の発表のことはあまり思い出せませんが、県立中部病院の本竹秀光先生と、琉球大学第二外科の國吉幸男教授がBudd-Chiari症候群における下大静脈-右房バイパス術について、大激論を交わっていたのが強く印象に残っています。当院ですが、私が赴任した頃は洲鎌盛一先生（現院長）が物凄い勢いでメスをふるっておりました。まるで「孤高のメス」の主人公、当麻鉄彦のように思えるほどでした（エホバの証人信者を断らないところも似ています）。どんな厳しい症例も断らず頑張っていましたので、私にとって心身ともにきつかったのですが、色々な症例を経験でき、そ

の分発表症例も事欠きませんでした。洲鎌先生は顔も広く、第113回の症例は榊原記念病院の加瀬川均先生に来ていただき一緒に行った手術症例です。当時小学生だった患者さんですが、僧帽弁逆流再発なく、大学受験に向けて勉強中のようです。第114回で初めて自分の執刀症例の発表となりました。発表時、県立南部医療センター・こども医療センターの久貝忠男先生から貴重なアドバイスをいただき、考察に厚みを出すことができた結果、「慢性破裂を呈したPAUによる腹部大動脈穿通の1手術例」と題名は大きく変わってしまいましたが、日本血管外科学会雑誌（2013 ;22:773-777）に論文として採択してもらうことができました。2011年から当院に比嘉聡先生が着任、心不全・不整脈治療部門が開設されたことにより不整脈治療の幅が格段に広がりました。第115回の発表症例も外科と内科がスクラムを組み、治療にあたった思い出深いものです。2012年には南部徳洲会病院から上江洲徹先生が当院に異動され、外科の体制も大きく転換し始めました（私自身、上江洲先生に足を向けて寝られないほど、外科医としての基礎を叩き込んでいただきました）。同年、琉球大学第二外科の永野貴昭先生のご助力を賜り、当院がステントグラフト実施施設に認定されましたが、第116回の発表症例ではステントグラフトの大いなる可能性を実感しました。この感染性動脈瘤の二症例は、現在術後約4年の遠隔期に入っておりますが、お二人とも元気に通院中です。第118回では、2011～14年の4年間で4例のエホバの証人信者に対する開心術成績をまとめ、沖縄医学会雑誌第53巻第4号（平成27年6月）に論文として掲載していただきました。第119回の発表症例は、2014年10月に自身が初めて執刀した大動脈解離の緊急手術例であります。単一冠動脈の単独発生率ですが、0.024～0.06%と報告されております。何故そのような希な疾患が、よりによって自身初のA型解離手術にあたるのだろうかと思議な気持ちになったのを思い出します。この患者様も元気に通院中です。第122回、最後の発表はエホバの証人信者の症例報告

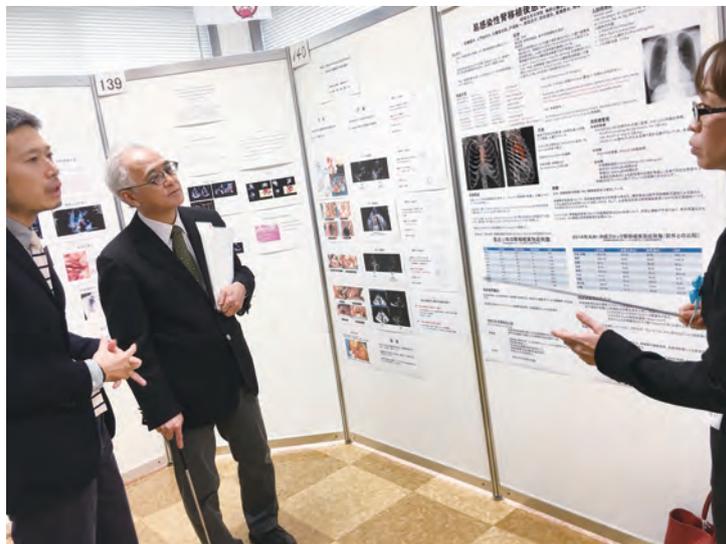
になりました。当日は久しぶりに洲鎌先生が会場に足を運んでくれました。若手の先生が発表された心室中隔穿孔 (VSP) の症例に対してコメントをしており、私はそれを聴きながら洲鎌先生が執刀した緊急手術を思い出していました。穿孔修復時 (Daggett 法) の一針、一針が頭の中に甦ってきました。この日も各施設から、熱のこもった発表が数多く出され、久貝先生をはじめ座長を務められた先生方の労もあり、非常に議論が活発で勉強になる会となりました。

これからも、この会が若手の先生方がのびのびと発表できる場であり、中堅・ベテランの先生方の温くかつ、教育的なコメント・議論が飛び交い、そして何より交流の場であってほしいと思います。たくさんの先生方、患者様のおかげで自分が成長させてもらったと感謝して筆を置きたいと思います。七年間、ありがとうございました。

【追 伸】

今回の執筆にあたり、沖縄県医師会事務局に連続発表をされている先生方を調べていただきました。2017年1月現在、私と同じように第110回から13回連続が1人、第102回から21回連続が1人、第101回から22回連続が1人いらっしゃるようです。当たり前のことですが、上には上がいるということです。いつかこの先生方とお話できる機会があるといいなと思います。

- 110 回 心拍動下、左開胸にて僧帽弁置換術を行った再手術症例の経験
- 111 回 Alfieri 法による僧帽弁形成術を施行した1例
- 112 回 嗄声にて発見された嚢状弓部大動脈瘤の1手術例
- 113 回 小児のMRに対する僧帽弁形成術の1例
- 114 回 二ヶ月で出現した嚢状腹部大動脈瘤に対する1手術治療例
- 115 回 薬剤抵抗性頻発性PVCを伴うASrに対し術中心外膜アブレーションを併施した1例
- 116 回 感染性大動脈瘤の2治療例
緊急TEVAR施行例と緊急手術施行例
- 117 回 PCI後の滲出性収縮性心膜炎に対し心膜切開術を施行した1例
- 118 回 エホバの証人信者に対する開心術症例経験
- 119 回 単一冠動脈症に発生したA型急性大動脈解離の1手術例
- 120 回 当院施行の僧帽弁形成術における、full ring と partial band の比較検討
- 121 回 当院における下肢静脈瘤に対する血管内高周波アブレーション治療の経験
- 122 回 特発性慢性心嚢液貯留に対する1手術例



感 染 症 情 報

沖縄県感染症発生動向調査報告状況

(定点把握対象疾患)

疾 病	定点区分	52 週	1 週	2 週	3 週	4 週	
		1/1	1/8	1/15	1/22	1/29 (定点あたり)	
		報告数	報告数	報告数	報告数	報告数	
インフルエンザ	インフルエンザ	708	1040	982	1237	1720	(29.66)
RSウイルス感染症	小児科	2	6	8	9	11	(0.32)
咽頭結膜熱	小児科	5	6	12	8	14	(0.41)
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	小児科	20	24	35	30	33	(0.97)
感染性胃腸炎	小児科	372	285	194	169	169	(4.97)
水痘	小児科	19	12	15	14	12	(0.35)
手足口病	小児科	1	2	0	0	0	(0.00)
伝染性紅斑	小児科	0	4	0	0	2	(0.06)
突発性発疹	小児科	7	10	12	8	5	(0.15)
百日咳	小児科	1	3	2	1	0	(0.00)
ヘルパンギーナ	小児科	2	1	2	2	1	(0.03)
流行性耳下腺炎	小児科	0	2	9	1	8	(0.24)
急性出血性結膜炎	眼科	0	0	0	0	0	(0.00)
流行性角結膜炎	眼科	4	9	8	5	7	(0.70)
細菌性髄膜炎	基幹	1	0	0	0	0	(0.00)
無菌性髄膜炎	基幹	1	2	1	1	2	(0.29)
マイコプラズマ肺炎	基幹	7	5	5	6	2	(0.29)
クラミジア肺炎(オウム病を除く)	基幹	0	0	0	0	0	(0.00)
感染性胃腸炎(ロタウイルス)	基幹	0	0	0	0	0	(0.00)

※1. 定点あたり・・・対象となる五類感染症(インフルエンザなど18の感染症)について、沖縄県で定点として選定された医療機関からの報告数を定点数で割った値のことで、言いかえると定点1医療機関当たりの平均報告数のことです。

(インフルエンザ定点58、小児科定点34、眼科定点10、基幹定点7点)

※2. 最新の情報は直接沖縄県感染症情報センターホームページへアクセスしてください。
<http://www.idsc-okinawa.jp>

(麻しん確定情報)

52週から4週までの、県内での麻しん確定報告はありません。

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:徳村・国吉)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。

講演会・例会のご案内

(3月1日～3月31日)

開催日	場所	名称	講師	カリキュラムコード	問合せ先 参加費
3/3 (金) 18:45	ANAクラウンプラ ザホテル沖縄ハー バービュー	第13回沖縄リウマチ薬研究 会 (日医生涯教育講座2単位) ①RAの治療薬としてのJAK 阻害薬の可能性～新たな paradigm shiftとなるか? ②未定 ③未定	①天野 宏一(埼玉医科大 学総合医療センターリ ウマチ・膠原病内科教 授) ②親川 知(琉球大学医学 部附属病院整形外科) ③未定	61)関節痛 1)医師のプロフェッ ショナルリズム 9)医療情報	ファイザー(株) 080-3583-9267 参加費 1,000円
3/4 (土) 13:00	沖縄県市町村自 治会館	市民公開講座～長生きの秘 訣は丈夫な腎臓～ ①未定 ②なはCKD48からCKD78 (なは)へ ③未定	①田名 毅(首里城下町クリ ニック第一院長) ②仲宗根 正(那覇市健康 部那覇市保健所参事・ 医師) ③和氣 亨(県立南部医療 センター・こども医療セン ター腎・リウマチ科部長)		(社)沖縄心臓 腎臓機構 090-6291-9135
3/6 (月) 19:00	沖縄県医師会館	第238回沖縄ハート (日医生涯教育講座1.5単位) ①未定 ②未定 ③未定	①未定(琉球大学医学部 附属病院第三内科) ②未定(県立南部医療セ ンター・こども医療セン ター小児心臓血管外科) ③未定(県立中部病院循 環器内科)	59)背部痛 71)流・早産および満 期産 72)成長・発達の障 害	エーザイ(株) 895-1168 参加費 500円
3/6 (月) 19:30	ザ・ナハテラス	第11回琉球関節症研究会 (日医生涯教育講座1単位) 変形性膝関節症に対する薬 物療法の有効性と課題	内尾 祐司(鳥根大学医学 部整形外科学教授)	61)関節痛 73)慢性疾患・複合 疾患の管理	アステラス製薬 (株) 860-6753 参加費 1,000円

※都合により変更する場合がありますので、ご確認の上ご出席ください。
 ※最新の情報はホームページで逐次更新していますので、ご確認ください。
 ※お願い:4月10日～6月9日迄の講演会例会等が決まれば、2月25日迄に業務1課(098-888-0087)へご一報下さい。

お知らせ

女性会員の出産・育児減免制度について (ご案内)

本会では日本医師会と共に、女性医師事業支援策の一環として、平成 22 年度より下記の通り医師会費の「出産・育児減免」制度を設けております。

当制度の利用を希望される場合は申請が必要となりますので、本会事務局までお問い合わせください。

出産・育児減免制度

- <対象者> 出産された(これから出産予定の)女性会員で、出産・育児休業
取得者(日医は休業取得・未取得は問わない)
- <減免期間> 出産した日の属する年度の翌年度1年間
(例:平成28年4月1日に出産した場合 → 平成29年度が減免)

問い合わせ先
 沖縄県医師会 経理課
 TEL: 098-888-0087
 FAX: 098-888-0089

産業医研修会のご案内

第23回日本行動医学会学術総会開催のお知らせ（日医認定産業医制度指定研修会）

主催：第23回日本行動医学会学術総会（共催：沖縄県医師会）

日時：平成29年3月17日（金）、18日（土）

場所：沖縄科学技術大学院大学（OIST）（恩納村字谷茶 1919-1）

取得可能単位数：

3月17日（金） 生涯・専門研修（認定医対象）

10：40－11：40 特別講演「沖縄からの発信－健康長寿を目指して」（1単位）

12：50－14：30 シンポジウム「健康に及ぼす睡眠と食との相互作用」（1.5単位）

15：00－16：00 会長講演「公衆衛生における行動医学的アプローチ」（1単位）

16：10－17：50 シンポジウム「睡眠と行動医学－睡眠時無呼吸症候群を中心に－」（1.5単位）

3月18日（土） 生涯・専門研修（認定医対象）

9：00－10：40 シンポジウム「健康を育む社会を目指して：社会疫学からのアプローチ」

(1.5単位)

11：00－12：00 特別講演「睡眠と睡眠障害」（1単位）

14：20－16：20 シンポジウム「ストレスチェック制度実施上の留意点」（2単位）

参加費：日本行動医学会会員 6,000円、日本行動医学会非会員 7,000円、学生・研修医 3,000円

受付時間・場所：カンファレンス・センター内総合受付にて行います。

3月17日（金）9：00－18：00

3月18日（土）8：30－15：00

※詳細については、第23回日本行動医学会学術総会ホームページ
(<http://plaza.umin.ac.jp/jsbm2016/>) をご確認ください。

平成29年度九州ブロック認定産業医制度基礎・生涯研修会開催のお知らせ（福岡県）

主催：九州医師会連合会

日時：平成29年5月20日（土） 13：00～17：45

平成29年5月21日（日） 8：00～17：00

場所：産業医科大学 産業医実務研修センター

（福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘 1-1）

受講資格：沖縄県医師会会員

取得可能単位数：

基礎研修（未認定医対象）12単位（実地6単位、後期6単位）

生涯研修（認定医対象）12単位（更新1.5単位、実地6単位、専門4.5単位）

※部分的な受講は認めておりません。必ず2日間両日をご受講ください。

受講料：15,000円（税込）

定員：10名

申込方法：沖縄県医師会事務局（担当：興儀）あて電話（TEL:098-888-0087）にてお問い合わせください。

申込締切：平成29年4月7日（金）※定員になり次第締め切らせていただきます。

嘱託産業医活動情報書

沖縄県医師会では、事業場からの産業医紹介依頼に対応するため、産業医としての契約を希望されている先生方の情報を取りまとめたいと考えております。ご協力いただける方は下記事項に記入いただき提出をお願い致します。
 ※事業場との契約内容(報酬等)については、事業主と産業医の相談により決定となります。

申込み日 月 日 ()

産業医氏名	診療科目
医療機関名	
住 所	
電話番号	FAX
メールアドレス	

嘱託産業医を受託する際のご希望をお聞かせ下さい。

項 目	ご 希 望 条 件
実施可能件数	1件 ・ 2件 ・ 3件 ・ 4件 ・ 5件以上
事業所規模	従業員数 ①50人～99人 ②100人～149人 ③150人以上
業種について	①建設業 ②製造業 ③運送業 ④サービス業 ⑤IT業 ⑥その他 ()
病院から事業所までの所要時間 (片道)	①30分程度 ②45分程度 ③1時間程度 ④時間は気にしない
事業所への訪問、実施曜日 (事業所訪問は基本月1回)	①企業の都合に合わせる ②双方相談のうえ調整
()に第何週か記入下さい	①第()水曜日 ②第()木曜日 ③第()土曜日
ストレスチェックの 実施者 になることについて	① 承諾する ②承諾しない ③要相談
ストレスチェックの 共同実施者 になることについて	① 承諾する ②承諾しない ③要相談
ストレスチェック後の高ストレス者に対する面接指導について	① 実施可能 ②実施不可 ③要相談
地区医師会との情報共有	① 許可する ②許可しない

メモ欄

連絡先
 沖縄県医師会 業務1課(與儀)
 TEL:098-888-0087
 FAX:098-888-0089

沖縄医療勤務環境改善支援センター ニュースレター

平成 29 年 1 月 6 日発行 第 37 号

沖縄県医師会(沖縄県医療勤務環境改善支援センター)
〒901-1105 南風原町字新川 218-9
TEL.098-888-0087 / FAX.098-888-0089
mailto:g1@ml.okinawa.med.or.jp

★労務管理トピック

「残業規制」時代到来！今こそ残業削減の取組みを

医療労務管理アドバイザー(社会保険労務士)前里 久誌

◆「残業」に対して厳しい時代

残業を規制する気運が高まっています。

政府が取り組んでいる「働き方改革」において長時間労働の是正が重要な柱とされており、さらに電通事件の社会問題化、過労死等防止対策推進法の施行、初の「過労死白書」発行などもあり、「残業」には特に厳しい目を向けられるご時勢となりました。

◆現行法における残業時間の上限は？

労働基準法において労働時間は「1日8時間、週40時間」と定められていますが、労使間でいわゆる「三六協定」を締結し、労働基準監督署に届け出ることによって、「月45時間、年360時間」までの時間外労働が認められます。

さらに三六協定に「特別条項」を付けることで、繁忙期や納期直前といった臨時の場合に「上限なし」の時間外労働までもが可能となります。厚生労働省「平成25年労働時間等総合実態調査」によれば、三六協定を締結している企業は、大企業では94%もあったのに対し中小企業ではわずか43%にとどまっています。

◆特別条項付三六協定だけでは対応不足

今のご時勢、「特別条項付三六協定」を締結しているからといって安心できません。

前述の電通でも「月間70時間まで」とする特別条項付三六協定を締結していましたが、事件を未然に防ぐことができませんでした。また、政府は現在、「残業時間の上限規制強化」や「違反企業への罰則の厳罰化」を検討しています。病院にとっても、法的対応は当然として、さらに抜本的な残業削減の取組みが必要ではないでしょうか。

★Q&A 出張中の移動時間は労働時間？

医療労務管理アドバイザー(社会保険労務士)善平 克恵

県外に出張したのですが、帰宅したのは22時を過ぎていました。そこで、時間外手当を請求したのですが、「時間外手当は出ない。」と言われました。出張に伴い帰宅が遅くなったのに、納得できません。

A: 出張の際の往復の移動時間が労働時間に該当するかどうかについては、「出張の際の往復に要する時間は、労働者が日常出勤に費やす時間と同一性質であると考えられることから、右所要時間は労働時間に算入されません。したがってまた時間外労働の問題は起こり得ないと解するのが相当である」とされています(日本工業検査事件・横浜地判川崎支判 S49.1.26)。

移動時間中に、特に具体的な業務を命じられておらず、労働者が自由に活動できる状態であれば、労働時間とはならないと解するのが相当といえます。

ただし、出張の目的が物品の運搬自体であるとか、物品の監視等について特別の指示がなされているとか、特別な病人の監視看護に当たるといった場合には、使用者の指揮監督下で労働しているといえますので、労働時間に含まれると考えるべきでしょう。なお、出張は、事業場外で業務に従事するものなので、使用者がその実際の労働時間を確認することはむずかしく、このような場合、労働基準法は、所定労働時間労働したものとみなすと規定しています(第38条の2第1項)。

平成28年12月16日発行のニュースレター第36号「Q&A」タイトルに誤りがありました。正しくは「残業代の支払いについて」となりますので、ここに訂正し、お詫び申し上げます。

沖縄県医療勤務環境改善支援センター ニュースレター

平成 29 年 1 月 20 日発行 第 38 号

沖縄県医師会（沖縄県医療勤務環境改善支援センター）
〒901-1105 南風原町字新川 218-9
TEL.098-888-0087 / FAX.098-888-0089
mailto:g1@ml.okinawa.med.or.jp

★ 労務管理トピック

医療労務管理アドバイザー 名城 志奈

雇用保険の適用拡大

～1月1日より65歳以上の方も雇用保険の適用対象となりました～

雇用保険法改正に伴い高齢者の雇用を一層推進するため、65歳以後に新たに雇用した者であっても、「週20時間以上かつ31日以上雇用の見込みあり」といった他の適用基準を満たしていれば、雇用保険の被保険者（高齢年齢被保険者）として取り扱うこととされました。なお、加えて、支給される雇用保険の給付の範囲も拡大されます。

改正前は、65歳前から引き続いて65歳以後も雇用している者に限り、雇用保険の被保険者（高齢年齢継続被保険者）として取り扱うことになっており、65歳以後に新たに雇用した者（別の会社で定年退職した者を、アルバイトとして雇った場合など）については雇用保険の適用除外でした。

新たな要件に該当する従業員がいる場合は、雇用保険被保険者資格取得届の提出などが必要になりますので、65歳以後新たに雇用した方がいないか確認しましょう（資格取得届の提出期限は、原則的には「翌月10日まで」ですが、提出期限の特例があり、「本年3月31日まで」に提出すればよいことになっています）。雇用保険料は平成31年度分までの経過措置を設け免除となります。



★Q&A 「改正男女雇用機会均等法に基づく事業主に義務づける職場におけるマタハラ防止措置の対象となる事由」について

医療労務管理アドバイザー
（特定社会保険労務士）金城 由紀子

Q 平成29年1月1日施行の改正男女雇用機会均等法により、職場におけるマタハラ防止措置の実施を事業主に義務づけるとのことですが、「事業主が講じなければならない職場におけるマタニティハラスメントの防止措置」の対象になるのはどのような事由ですか。

A 職場において妊娠、出産等により女性労働者の就業環境が害されることのないよう、事業主に雇用管理上必要な措置を義務付ける改正男女雇用機会均等法が平成29年1月1日から施行されました。今回の改正では、職場におけるマタニティハラスメントを防止するため、その雇用する女性労働者からの相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備をはじめ、その他の雇用管理上必要な措置（防止措置）を講ずることを事業主に義務付けています。なお、事業主が講じなければならない職場におけるマタニティハラスメントの防止措置の対象となる事由については、①妊娠したこと、②出産したこと、③母子保健法の規定による保健指導・健康診査などの母性健康管理措置の請求・適用、労基法に基づく④～⑧（④坑内業務・危険有害業務の就業制限、⑤産前産後休業、⑥妊娠中の女性の軽易業務への転換、⑦妊産婦の時間外労働・休日労働・深夜業、⑧育児時間）の請求・適用、⑨妊娠又は出産に起因する症状により労務の提供ができない・できなかったこと、または労働能率が低下したことの9項目が、男女雇用機会均等法施行規則第2条の3で規定されています。

ご存知ですか？

平成26年10月施行の改正医療法により、病院または診療所の管理者は、医療従事者の勤務環境改善等への取り組みが努力義務化されました。将来にわたり質の高い医療サービスを提供していくためには、医療従事者が健康で安心して働くことの出来る環境整備が必要です。

沖縄県医師会

医療勤務 環境改善 支援センター

平成27年3月2日より沖縄県医師会事務局内にみだし支援センターを開設しました。本センターには医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士）及び医業分野アドバイザー等を配置し、医療機関の自主的な勤務環境改善に必要な支援を行います。

まずは「できるところから」始めてみましょう

相談

情報
提供

助言

支援

医療勤務
環境改善に
関する研修会

労働時間管理（働き方・休み方等）
労働安全衛生（スタッフ健康支援）
施設環境整備（ハード・ソフト）
キャリア形成支援等

診療報酬制度面
医療制度・医療法制度面
組織マネジメント・経営管理面
各種補助メニューの活用提案

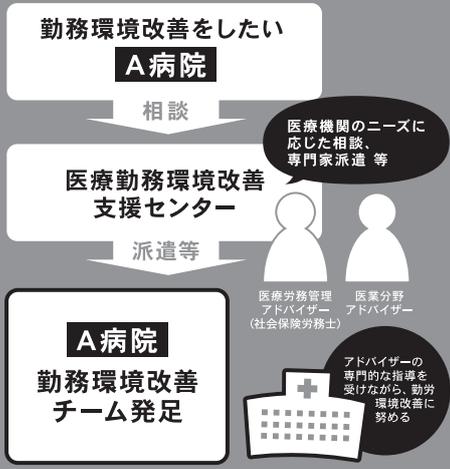
お問い合わせ

TEL:098-888-0087

沖縄県医療勤務環境改善支援センター 〒901-1105 南風原町字新川1218-9
FAX:098-888-0089 平日9時～17時（土・日・祝祭日・年末年始除く） 沖縄県医師会事務局内

いきいき働く医療機関サポートWeb <http://iryou-kinmukankyau.mhlw.go.jp/>

【医療勤務環境改善の手順】



PDCAサイクル



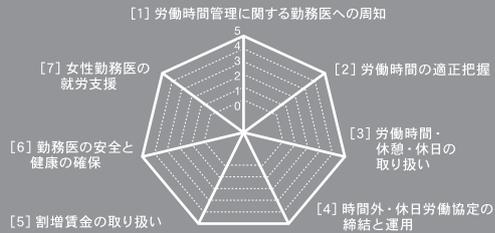
日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会
勤務医の労務管理に関する
分析・改善ツール
http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien_tool201403.pdf



勤務医の労務管理チェックリスト

- [1] 労働時間管理に関する勤務医への周知
- [2] 労働時間の適正把握
- [3] 労働時間・休憩・休日の取り扱い
- [4] 時間外・休日労働協定(36協定)の締結と運用
- [5] 割増賃金の取り扱い
- [6] 勤務医の安全と健康の確保
- [7] 女性勤務医の就労支援

勤務医の労務管理チェックリスト分析チャート



沖縄県医師会事務局 沖縄県医療勤務環境改善支援センター 行

お問い合わせ TEL:098-888-0087 FAX:098-888-0089

無料

沖縄県医療勤務環境改善支援センター利用申込書

記入日：平成 年 月 日

所属機関		
連絡先	TEL	内線
担当者氏名		
希望相談支援内容	医療労務管理面 ・ 医業経営面		
相談方法	電話相談 ・ 訪問相談 ・ 来所相談		
希望日	平成	年	月 日

沖縄県医師会

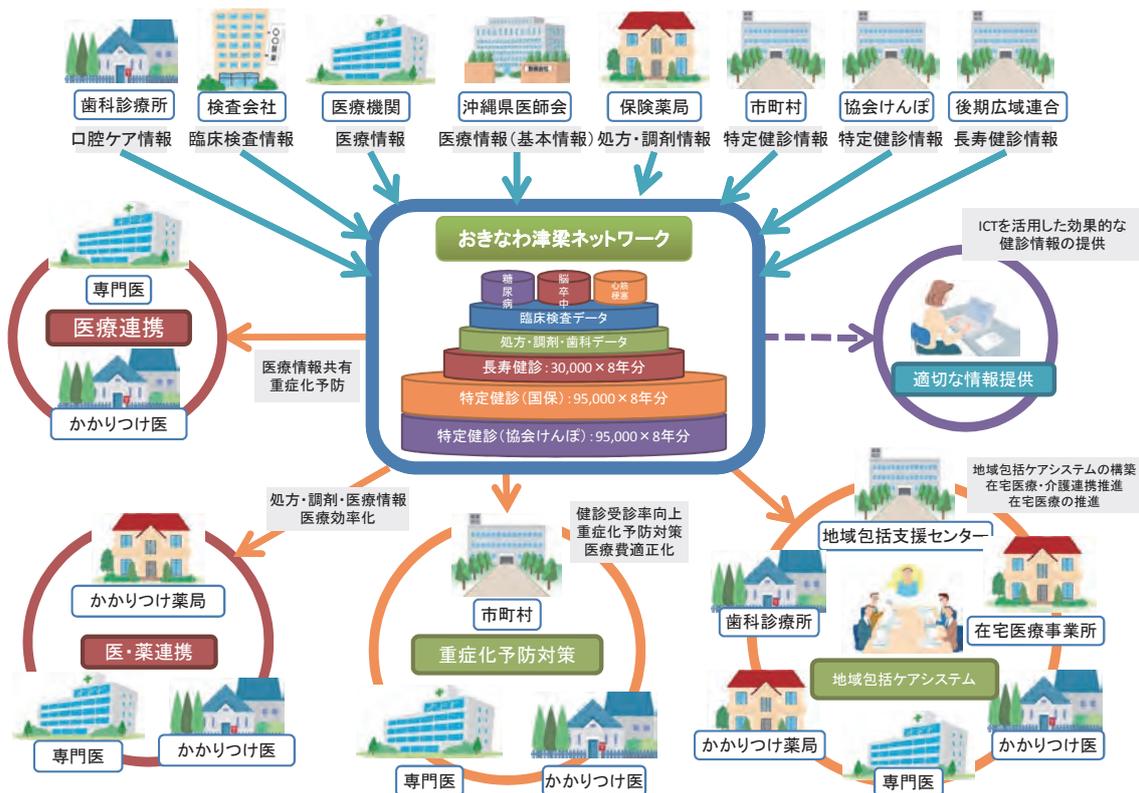


沖縄の新しい医療のカタチ！ 『おきなわ津梁ネットワーク』

セキュリティの高い特定の端末より、インターネットを介して、以下の医療情報を参照または関係機関と共有し、効果的かつ効率的な診療等に役立てるシステムです。

沖縄県医師会は、おきなわ津梁ネットワークというツールを用い、県民の健康推進・健康長寿復活を目指しております。

- 特定健診（市町村国保、協会けんぽ）や長寿健診の結果
- 各医療機関における臨床検査結果
- 糖尿病・脳卒中・急性心筋梗塞に特化した専門病院と診療所による地域医療連携パス情報
- 薬局より提供いただく処方・調剤情報
- 多職種より提供いただく患者さんの情報（在宅・介護情報等）



おきなわ津梁ネットワークに参加する医療機関のリストは、健康推進を目的に保険者と共有されます。





平成28年度診療報酬改定

診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価

第1 基本的な考え方

現在、署名又は記名・押印が求められている診療情報提供書、訪問看護指示書及び服薬情報等提供文書とについて、電子的に署名を行い、安全性を確保した上で電子的に送受した場合にも算定可能とする。診療情報提供書への検査結果・画像情報等の添付について、電子的に送受・共有する場合についても評価する。

第2 具体的な内容

1. 医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する文書、訪問看護管理療養費の算定に係る文書及び服薬情報等提供料の算定に係る文書の電子化

[算定要件]

(1) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保健色湯機関等に提供する場合は、**厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成25年10月)を遵守し、安全な通信環境を確保する。**

おきなわ津梁ネットワークの通信環境を活用

(2) 署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。その場合、**厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤 (HPKI : Healthcare Public Key Infrastructure) による電子署名を施すこと。**

日本医師会の医師資格証を活用

2. 診療情報提供料 (I) 検査・画像情報提供加算の新設

(新) 検査・画像情報提供加算

イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200点

ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点

[算定要件]

保険医療機関が、患者の紹介を行う際、過去の主要な診療記録を、他の保険医療機関に電子的方法で閲覧可能なように提供した場合に加算する。ただし、イについては、注7に規定する加算を算定する場合は算定しない。

3. 電子的診療情報評価量の新設

(新) 電子的診療情報評価料 30点

[算定要件]

保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、過去の主要な診療記録を電子的方法により閲覧でき、当該診療記録を診療に活用した場合に算定する。

[2及び3に係る施設基準]

(1) 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。

(2) 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。



【お問合せ先】

沖縄県医師会業務2課 (知念・徳村・平良)

おきなわ津梁ネットワーク事務局

TEL : 098-888-0087 / FAX : 098-888-0089

E-mail : okinawa-shinryo@okinawa.med.or.jp

おきなわ津梁ネットワークの活用(例)

〔特定健診結果の活用〕

初診患者さん
同意説明



①問診票記入後、津梁ネットワークの趣旨を説明し参加同意取得

津梁ネット登録
健診受診を確認



②自院の患者としてシステムに登録
③健診受診の有無について確認

健診結果参照



④健診結果を直接端末より参照もしくは紙出力し、診察前に医師へ提供

要医療者への介入
健診受診勧奨



⑤健診結果より、その場で適切な治療開始
※重症化予防!
⑥健診未受診の場合、健診受診勧奨
※健診受診率向上!

〔救急外来診療時の活用〕

救急外来受付時
津梁ネット登録



①利用者カードの提示
②自院の患者としてシステムに登録
(初回のみ)

フェイスシート
紙出力



③フェイスシート(医療基本情報)を紙出力し、診察前に医師へ提供

アレルギー情報



救急診療の充実



〔調剤薬局での活用〕

受付時
津梁ネット登録



①利用者カードの提示
②自局の患者としてシステムに登録
(初回のみ)

健診結果・他薬局
調剤情報参照



端末参照 or 紙出力

健診結果を基にした
服薬指導・健康相談



他薬局調剤情報を
基にした適正処方



〔整形外科での活用〕

白衣
高血圧？
仮面
高血圧？

リハビリ前の
血圧測定

健診結果参照
端末 or 紙出力

〔健診結果：血圧〕
H25: 170/110
H26: 165/108
H27: 166/102

特定健診
結果

リハビリ可否判定
(参考資料)

リハビリ中止基準
収縮期: 70以下、200以上
拡張期: 120以上

可否判定

〔眼科での活用〕

眼底・眼圧検査

視神経
乳頭所見
眼圧
所見

健診結果参照
端末 or 紙出力

〔健診結果：血糖〕
H25: 7.0%
H26: 7.4%
H27: 7.7%

特定健診
結果

精密検査・
専門医との連携

精密検査

連携

〔産婦人科での活用〕

妊婦健診

妊娠
中毒症？

医療基本情報参照
端末 or 紙出力

〔フェイスシート〕
健診検査より
・体重の変化
・血圧の変化
処方調剤より
・服薬状況
アレルギーより
・禁忌薬等

アレルギー情報

フェイスシート
検査・健診
処方・調剤

状態に応じた
適切なケア





システム利用に必要なもの

1.インターネット回線 ※利用者負担

- 既存回線が利用可能
- 光ネクスト、光プレミアム、Bフレッツ、フレッツADSL、YahooBB、ケーブルTV等

2.インターネットに接続可能なPC又はiPad ※利用者負担

- 既存端末が利用可能（但しスペック制限あり）
- Windows (Vista,7,8) ※Windows 10 はH28.4月以降対応予定
iOS (6.0以降)、Macintosh (X10.7以下) ※Macは現在調査中



3.ウイルス対策ソフトの導入 ※利用者負担

- 安全なものであればソフトの種類は問いません。

4.VPNソフトの導入 ※沖縄県医師会より配布

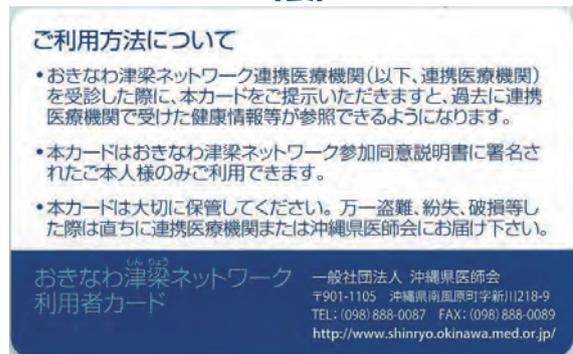
5.利用料金（月額）

病院（15,000円）
 診療所・歯科診療所・調剤薬局（5,000円）
 介護サービス事業所等（2,000円）

(表)

(裏)

利用者カード原寸大



〔お問合せ先〕
 沖縄県医師会業務 2 課（知念・徳村・平良）
 おきなわ津梁ネットワーク事務局
 TEL：098-888-0087 / FAX：098-888-0089
 E-mail：okinawa-shinryo@okinawa.med.or.jp

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					

★以下の項目は、沖縄県ドクターバンクホームページへの登録をご希望の方のみ、ご記入ください。

◎沖縄県ドクターバンクホームページ用アカウント(半角英数字10文字以内)

※メールアドレスの登録が必須です。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

◎当ドクターバンクホームページ上における個人情報の開示について

「受付番号」「専門診療科」「希望就業形態」「希望地域」の掲載を許可しますか？

はい、許可します

いいえ、許可しません

*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

医師年金

<認可特定保険業者>公益社団法人 日本医師会

ご加入のおすすめ

加入資格 64歳6カ月未満の日本医師会会員 (会員区分は問いません)

☑ 年金検討チェックリスト

- 公的年金では現役時代の生活水準を維持できない
- コツコツ積立てて十分な年金を確保しておきたい
- 一生涯受け取れる年金が望ましい
- 受け取れる年金の額を効率的に増やしたい
- 医師独自のライフスタイルにあった年金がいい
- 加入前に受取年金額のシミュレーションを確認したい

1つでも該当したら...

医師年金ご加入をおすすめします!

医師年金ホームページで、
簡単シミュレーション!

医師年金 検索

<http://www.med.or.jp/nenkin/>

ご希望の受給額や保険料、生年月日を入力するだけで、簡単に受取年金月額のシミュレーションができます。
ぜひお試しください。

個別プランの設計や詳しい資料のご請求はこちら

JMA 公益社団法人
日本医師会 年金・税制課

TEL : 03-3946-2121(代表) / 03-3942-6487(直通)

FAX : 03-3942-6503

受付時間 : 午前9時30分~午後5時(平日)

E-mail : nenkin@po.med.or.jp

保険料からプラン作成

保険料 ●基本：月払 加算：月払 前年所得 (10.27) 月払保険料 60,000円 基本所得 月払保険料 12,000円 加入年齢 24歳 6ヶ月 294日 月額月払保険料 72,000円	受給年金 ●81コース 加入年齢 24歳 6ヶ月 294日 基本所得 月払額15年 17,200円 15年受給総額 103,300円 / 103,300円 15年受給総額 10,598,000円 ●82コース 加入年齢 24歳 6ヶ月 294日 基本所得 月払額15年 17,200円 15年受給総額 25,212,000円 ●83コース 加入年齢 24歳 6ヶ月 294日 基本所得 月払額15年 17,200円 15年受給総額 26,028,000円 ●84コース 加入年齢 24歳 6ヶ月 294日 基本所得 月払額15年 17,200円 15年受給総額 26,874,000円
--	--

設定条件をご確認ください。

試算日	平成 27年 9月 7日
生年月日	昭和 50年 1月 1日
試算日年齢	40歳
加入申込期間	平成 27年 6月 15日
加入申込年齢	平成 27年 7月
加入申込年齢	40歳 6ヶ月
加入申込開始日	平成 27年 7月
年金受取開始年月	平成 52年 1月
年金受取開始年齢	65歳
払い保険料合計	25,166,000円

注意事項です。お読みください。

- 加入申込期間は、18日(土日・祝祭日)の場合は、その前日となります。
- 「加入申込」は、加入者ご本人であれば一生間実行可能な場合があります。
- 「仮受給開始15年」では、加入者ご本人が65歳到達前に死亡した場合は、15年満期の満期に基づいて、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。
- 「受給開始15年」は、加入者ご本人が65歳到達前に死亡した場合は、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。
- 「受給開始15年」は、加入者ご本人が65歳到達前に死亡した場合は、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。

日本医師会が運営する医師のための私的年金
日本医師会 **医師年金**

最新マップへ
個人事務保護方針
重要事項のお知らせ

医師年金の特長 医師年金のしくみ 医師年金シミュレーション よくあるご質問 手続きガイド お問い合わせ・資料請求

豊かで安心できる将来に向けて

現役引退後、公的年金だけで、現在の生活水準を維持できますか？

医師年金についてシミュレーションしてみましょう。

保険料からシミュレーション 受給年金からシミュレーション

医師年金 HP のトップページの「保険料」及び「受給年金」からシミュレーションが可能です。

お知らせ

- 2015年2月26日 医師年金ホームページ シミュレーション機能拡充について
- 2013年3月21日 東日本大震災に関わる特別措置の終了について
- 2012年12月 認可特定保険料の認可取得に伴う制度変更のお知らせ
- 2012年4月9日 特定保険料の認可申請についてのお知らせ 特定保険料の認可申請について
- 2011年7月7日 医師年金を繰上り変更申請に関するお知らせ

医師年金の特長

- 日本医師会会員のための私的年金
- 積立型の私的年金
- 事務手数料が少額
- 年金の受取コースは受給開始時に選択
- 満64歳以降は未請求まで加入可能
- 一生享受される年金
- 保険料の増減は自由
- 年金の受取開始を満75歳まで延長可能
- 所属医師会・会員種別が変わっても継続可能

医師年金のしくみ

- 保険料について
- 加入資格について
- 給付について
- 費者年金
- 費者年金
- 医師年金
- 遺族年金
- その他
- 税金の取扱いについて

よくあるご質問 手続きガイド リンク 日本医師会 日本医師会 日本医師会

日本医師会が運営する医師のための私的年金
日本医師会 **医師年金**

最新マップへ
個人事務保護方針
重要事項のお知らせ

医師年金の特長 医師年金のしくみ 医師年金シミュレーション よくあるご質問 手続きガイド お問い合わせ・資料請求

医師年金シミュレーション

ホーム * 医師年金シミュレーション * 保険料からシミュレーション

医師年金シミュレーション

保険料からシミュレーション

生年月日 保険料を入力して、受給年金のシミュレーションをしてみましょう。

生年月日 昭和50年 1月 1日

基本保険料払込方法 月払 年払 一括払

※基本保険料払込方法については、[こちら](#)をクリックしてください。

加算保険料払込方法 月払 随時払 なし

※加算保険料払込方法については、[こちら](#)をクリックしてください。

加算保険料口数 10口 月払 60,000円

※月払の場合は1口6,000円、随時払の場合は1口10万円です。
加入する口数を入力してください。上限はありません。

※シミュレーションの試算結果(年金月額)は、総額計算による概算です。

[このページの先頭へ](#)

日本医師会が運営する医師のための私的年金
日本医師会 医師年金
[トップページへ](#) [サイトマップへ](#)
[個人情報保護方針](#) [重要事項の通知](#)

○ 医師年金の特長 ○ 医師年金のしくみ ○ 医師年金シミュレーション ○ よくあるご質問 ○ 手続きガイド ○ お問い合わせ

ホーム > 医師年金シミュレーション > 保険料からシミュレーション

医師年金シミュレーション

保険料からプラン作成 (試算結果)

試算結果は簡易計算による概算です。

[戻る](#) [PDF](#)

保険料

■ 基本：月払 加算：月払

加算年金 (10口)	月払保険料 60,000円
基本年金	月払保険料 12,000円

40歳 ————— 65歳

支払期間 24年7ヵ月 (295回)

合計月払保険料 72,000円

■ 設定条件をご確認ください。

試算日	平成27年 3月16日
生年月日	昭和50年 1月 1日
試算日年齢	40歳
加入申込期限日	平成27年 5月15日
加入予定年月	平成27年 6月
加入時年齢	40歳5ヵ月
加算払込開始年月	平成27年 6月
年金受給開始年月	平成52年 1月
年金受給開始年齢	65歳
払込保険料累計	21,240,000円

■ 注意事項です。お読みください。

- 加入申込期限は、15日が土日・祝祭日の場合は、その前日となります。
- 「終身年金」は、加入者ご本人であれば一生受け取ることができます。
- 「保証期間15年」では、受給者ご本人が保証期間中におこなくなりになった場合、15年の残りの期間について、ご遺族の方が必ず受け取ることができます。
- 「受取コースの選択 (B1~B4)」は、受取開始の時に決めいただけます。
- 受取開始年齢は、75歳まで延長できます。
- 「受取年金月額」は概算です。現在は年利率1.5%での計算となっており、将来、年金の制度改定が行われる時は、変更になる場合があります。

受給年金

● B1コース

加算年金	保証期間15年 86,500円	終身
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身

65歳 ————— 80歳

受取月額

103,800円 103,800円

15年受取総額 16,884,000円

● B2コース

加算年金	5年確定型 370,100円	
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身

65歳 — 70歳 ————— 80歳

受取月額

387,400円 17,300円 17,300円

15年受取総額 25,320,000円

● B3コース

加算年金	10年確定型 191,900円	
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身

65歳 ————— 75歳 — 80歳

受取月額

209,200円 17,300円 17,300円

15年受取総額 26,142,000円

● B4コース

加算年金	15年確定型 132,600円	
基本年金	保証期間15年 17,300円	終身

65歳 ————— 80歳

受取月額

149,900円 17,300円

15年受取総額 26,982,000円

[このページの先頭へ](#)

[戻る](#) [PDF](#)

シミュレーション結果が分かり易く表示されます。

今年度も残すところ1ヶ月・何かと慌しさを増す時期となりましたが、会員の皆様はいかがお過ごしですか？沖縄気象台の発表によりますと、沖縄地方の2017年1月の地域平均気温平年差は+1.6℃となり、統計を開始した1946年以来最も高い値を記録したようです。肌感覚でも「暖かい冬」で、桜の開花時期がずれ込むのではと心配されていましたが、今年の寒緋桜はとて鮮やかで春の息吹を感じさせてくれました。同じ時期に北中城・中城では恒例の、ひまわり祭りやコスモス畑が話題となり、また2月からは今年で31回目となる「沖縄国際洋蘭博覧会」が海洋博公園熱帯ドリームセンターで開催され、約2万点のランが展示されました。沖縄らしい鮮やかな原色風景が目飛び込み、プロ野球春季キャンプで人の動きが活発になってくると、夏はもうすぐの感覚です。新年度に向けてよいスタートが切れるよう、準備万端といきたいところです。

今月号の注目記事は、日本医師会館で開催された「大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会」、沖縄県医師会が担当となった「日本医師会女性医師支援センター事業九州ブロック会議」の報告です。女性医師数は、1990年全医師の11.5%にあたる24,000名であったのが、2016年には20.4%の63,000名に達しており、29歳以下では34.8%と3人に1人が女性医師となっています。男性医師と何ら変わることなくキャリアを積み、医師として輝くことのできる社会基盤を整えるためには何が必要なのか・問題提起や実践報告等活発な討議が各大学・医学会・県医師会から提言されています。ハード・ソフト両面からの環境整備はもちろん、各人のライフ・ワークバランスの考え方、男性育休取得のあり方、病児保育の充実など課題は多種にわたります。子育ての終わった先輩方の経験や知恵、進学・留学等キャリアパスに伴う対策など、疲弊しない人材（人財）育成を考えていきたいものです。

昨年12月11日に開催されました「第122回沖縄県医師会医学会総会」の報告も読み応えがあります。お食事中でメモが取れなかった方には朗報です。ランチョンセミナー2題の抄録も収載しております。教育講演<琉球大学の「脂肪幹細胞移植」再生医療の分野から>は、国際医療拠点を目指す沖縄県の地域振興・産業振興にも大きく貢献する取り組みと思われ、引き続き連携強化に努めていきたいものです。

コーヒーブレイク随筆コーナーで、牧港中央病院心臓血管外科達先生の「7年間の沖縄県医師会医学会総会での発表を振り返って」も是非一読お勧めいたします。会員皆様のたゆまぬ努力が県医

学会の質を高め、見識を深める術として機能しているのだと再認識しました。

第123回医学会総会は、6月11日となっております。多くの会員の皆様のご参加をお待ちしております。

皆さん気付いておられましたか？2月号には「生涯教育コーナー」がなかったことを。

論文末尾の設問に答え単位取得を楽しみにされている会員の皆様には大変申し訳ありませんでした。今月号は「成人の自閉スペクトラム症をめぐる最近の動向」で、琉球大学大学院精神病態医学講座・近藤毅先生の論文です。自分の専門領域以外はどうしても疎遠になりがちですが、各分野の最新トピックスをわかりやすく解説いただいております。また、プライマリ・ケアは「迷走神経刺激療法—新しいてんかん治療—」沖縄赤十字病院脳神経外科部長・饒波正博先生のレクチャーです。このコーナーは、日常診療に役立つ情報が満載で一読すると診療の視野が確実に広がります。最新知見を学習することで診療の幅が広がり、患者さんの言葉にも余裕を持って耳を傾けられる気がします。是非ご活用下さい。これらの記事は事前に執筆依頼の交渉を行い、お忙しい診療の中から寄稿いただいております。会員皆様のご協力には、心より感謝申し上げます。

インタビューコーナーは、昨年4月に就任された、琉球大学大学院医学研究科皮膚病態制御学講座教授・高橋健造先生です。7年前には2名しか取得していなかった皮膚科専門医が、現在では20名以上と確実に成果を積み上げており、県医師会との連携についても語っておられます。また3月の月間行事として「耳の日」「世界腎臓病デー」「世界結核デー」の話題を取り上げています。さらに歴史を紐解く貴重な記録として「第二次大戦直後に創設の那覇地区病院」を山城雄一郎・順天堂大学医学部名誉教授から頂いております。当時小学1～2年生であった筆者の記憶と当時の資料からの寄稿となっております。

最後に・・・「編集後記」の右側には緑の広告ページが続きますが、それをめくり進むと「はがき」が2通用意されています。1つは生涯教育コーナーの単位取得申告用、それともう1つが「本誌ならびに本会へのご感想・質問・提案等の募集」用です。

広報委員会では会員皆様からの忌憚ないご意見をお待ちしております。ぜひ会報創りにご参加下さい。あわせて県医師会ホームページのご活用もご案内申し上げます。

広報委員 金城 正高