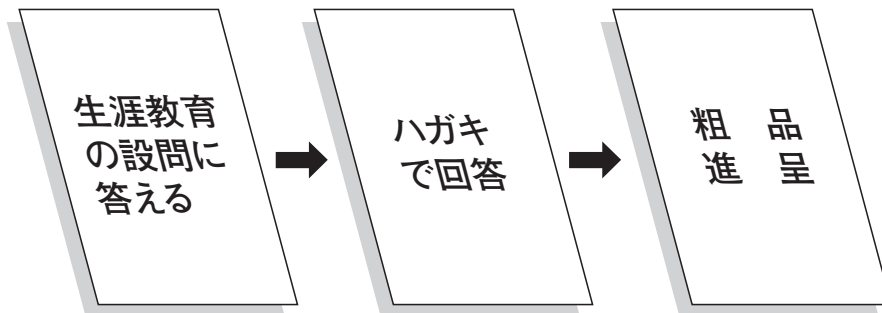


沖縄県医師会報 生涯教育コーナー

当生涯教育コーナーでは掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方の中で高率正解上位者に、粗品(年に1回)を進呈いたします。

会員各位におかれましては、多くの方々にご参加くださるようお願い申し上げます。

広報委員



●掲載論文を読み設問に答える

●県医師会にハガキで回答する

●高申告率、高正解率の方へ粗品進呈



上部尿路結石に対する 経尿道的尿路結石碎石術について

中部徳洲会病院 泌尿器科 田中 慧

【要旨】

上部尿路結石(腎結石、尿管結石)は増加傾向にある。要因として、食生活の欧米化、診断技術の向上、人口構成の高齢化などが考えられている。今回、当院における、上部尿路結石に対して経尿道的尿路結石碎石術(TUL)を施行した症例を検討した。2017年6月から2018年9月までに114例(治療対象結石210個)のTULを施行した。結石の完全除去率は全体で81.0%であった。TUL後の残石のリスクとして、結石が腎盂腎杯に位置すること、結石最大径が10mm以上であること、複数結石症例であることであり、結石量が多い症例は、経皮的碎石術等や複数回の碎石術も考慮する必要がある。また、上部尿路結石は上部尿路の閉塞、尿路感染の併発により、腎機能低下や腎不全の原因にもなり、その予防は極めて重要である。十分な水分摂取、肥満の防止、食生活の改善が推奨される。

【はじめに】

・疫学

上部尿路結石(腎結石、尿管結石)の年間罹患率は人口10万人対134人(男性:192人、女性:79人)で、近年その数は増加している(図1)。生涯罹患率は男性15.1%、女性6.8%となり、男性では7人に1人、女性では15人に1人が一生のうちには尿路結石に罹患することになる¹⁾。尿路結石が増加している要因として、食生活の欧米化、診断技術の向上、人口構成の高

齢化などが考えられる²⁾。結石患者は肥満率が高く(男性:40.3%、女性:24.8%)、その関連が示唆されている。また、家族歴がある患者では、初発年齢が20歳若く、再発率も高い¹⁾。

・外科的治療

上部尿路結石に対する外科的治療は、自然排石の可能性が低い10mm以上の結石、10mm未満の結石でも排石がない場合や、疼痛、感染、腎機能障害の原因となっている場合に検討される³⁾。

上部尿路結石の外科的治療には、腎切石術などの開放手術、体外衝撃波尿路結石破碎術(ESWL)、経皮的腎結石破碎術(PNL)、経尿道的尿路結石破碎術(TUL)などがある。近年、軟性尿管鏡の細径化、レーザー破碎装置、各種カテーテル類、結石回収デバイス等の改良に伴い、低侵襲手術としてのTULは増加傾向にある^{4,5)}(図2、図3)。

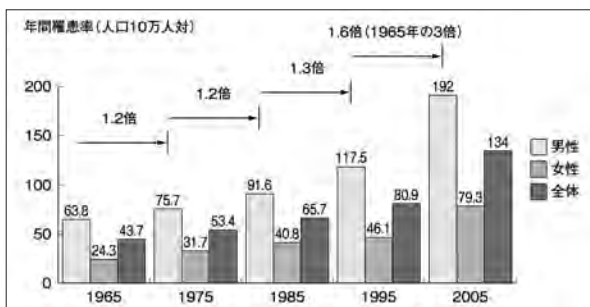


図1. 上部尿路結石の年間罹患率
(2013年尿路結石治療ガイドラインより抜粋)

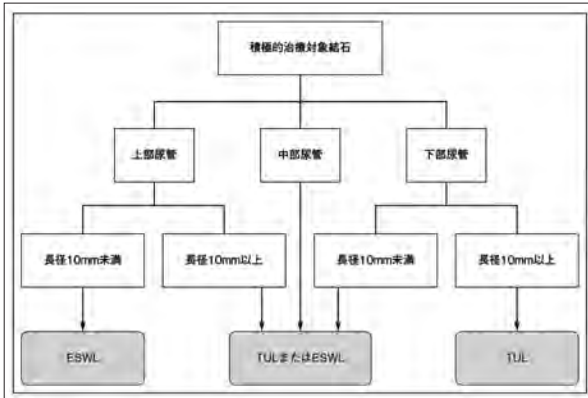


図2. 尿管結石の治療アルゴリズム (2013年尿路結石診療ガイドラインより抜粋)

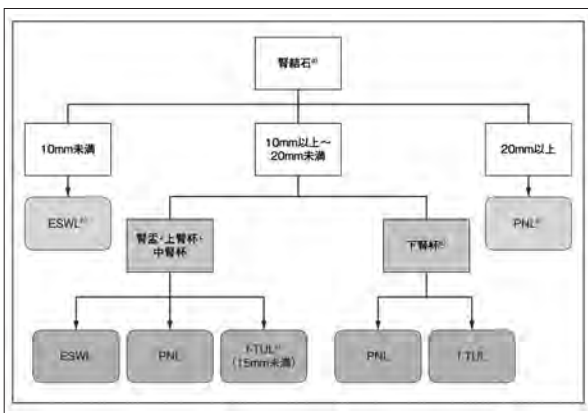


図3. 腎結石の治療アルゴリズム (2013年尿路結石診療ガイドラインより抜粋)

例 (31.6%) に認め、39例 (34.2%) は術前に尿管ステント留置術が施行されていた (表1)。

表1. 患者背景

患者背景	N=114
年齢:(中央値)	59歳(25~95)
性別:男性	57例(50.0%)
女性	57例(50.0%)
BMI:(中央値)	24.6(10.5~40.8)
回数:初回	103例(90.4%)
2回目	9例(7.9%)
3回目以上	2例(1.8%)
併存疾患:あり	81例(71.1%)
高血圧	41例(36.0%)
糖尿病	16例(14.0%)
尿管狭窄:あり	11例(9.6%)
結石性腎盂腎炎の既往	36例(31.6%)
術前尿管ステント留置症例	39例(34.2%)

治療対象結石位置は腎盂腎杯 (R2) が105個 (50.0%) と一番多く、次いで上部尿管 (U1) が38個 (18.1)、腎盂尿管移行部 (R3) が36個 (17.1%)、下部尿管 (U3) が23個 (11.0%)、中部尿管 (U2) が6個 (2.9%) であった (図4、表2)。

【当院における TUL の検討】

・目的

当院の TUL 症例を検討し、その結果を解析する。

・対象と方法

2017年6月から2018年9月の間、当院で上部尿路結石に対してTULを施行した114症例 (治療対象結石210個) について検討した。術後、KUBまたはCTで結石の完全除去が確認された症例をStone free 症例とした。

・結果

年齢中央値は59歳 (25~95歳)。男性57例 (50.0%)、女性57例 (50.0%) であった。BMI中央値は24.6 (10.5~40.8)。TUL初回例が103例 (90.4%)、2回目が9例 (7.9%)、3回目以上が2例 (1.8%) であった。41例 (36.0%) に高血圧、16例 (14.0%) に糖尿病の合併症を認めた。結石性 (閉塞性) 腎盂腎炎の既往を36

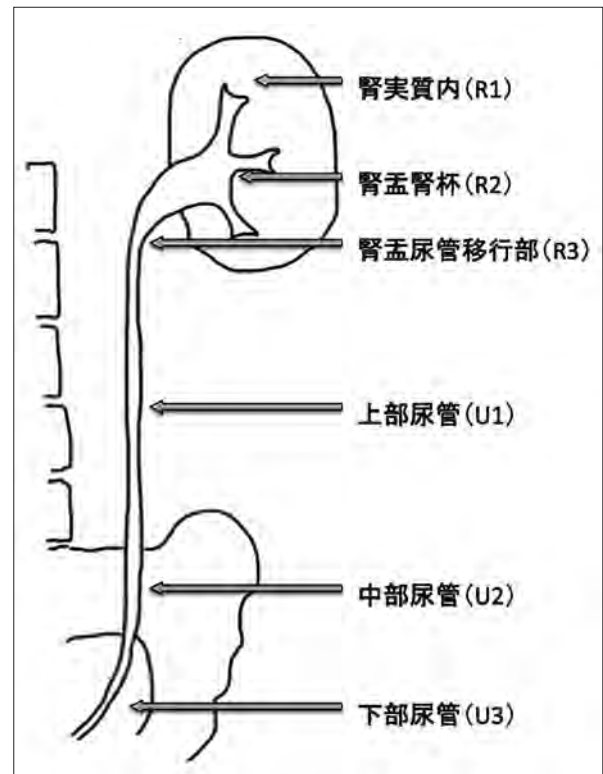


図4. 上部尿路の位置分類



結石最大径は10mm未満が117個(55.7%)、10mm以上20mm未満が79個(37.6%)、20mm以上が12個(5.7%)であった(表3)。

表2. 結石位置

治療対象結石	N=210
R2 (腎盂腎杯)	105個 (50.0%)
R3 (腎盂尿管移行部)	36個 (17.1%)
U1 (上部尿管)	38個 (18.1%)
U2 (中部尿管)	6個 (2.9%)
U3 (下部尿管)	23個 (11.0%)

表3. 結石径

結石最大径	中央値 9mm (2~44mm)
10mm未満	117個 (55.7%)
10mm以上20mm未満	79個 (37.6%)
20mm以上	12個 (5.7%)

手術時間の中央値は92分(13~347分)で、入院期間の中央値は術後2日(1~43日)であった。術後合併症としては、急性腎盂腎炎が17例(15%)、尿路損傷が4例(3.5%)、腎被膜下血腫が1例(0.9%)、深部静脈血栓症が1例(0.9%)であった。

治療対象結石全体でのStone free rateは81.0%だった。結石位置別ではR2で72.4%、R3で77.8%、U1で97.4%、U2で100.0%、U3で100.0%であった。結石最大径別では、10mm未満で91.5%、10mm以上20mm未満で69.6%、20mm以上で66.7%であった(表4)。追加の外科治療が施行されたのは8例(7%)、尿管ステントの定期交換が必要となった症例は3例(2%)であった(表5)。

・まとめ

U1、U2、U3の尿管結石は高確率で完全除去が可能であった。R2、R3の腎結石や、10mm以上の結石では残石が比較的多かった。また残石を認めた症例の71%は複数結石症例であった。結石位置(R2、R3)、結石径(10mm以上)、複数結石はTUL後の残石のリスク因子であっ

表4. 結石完全除去率

Stone free rate	
全体	81.0%
結石位置別	
R2 (腎盂腎杯)	72.4%
R3 (腎盂尿管移行部)	77.8%
U1 (上部尿管)	97.4%
U2 (中部尿管)	100.0%
U3 (下部尿管)	100.0%
結石最大径別	
10mm未満	91.5%
10mm以上20mm未満	69.6%
20mm以上	66.7%

表5. 追加治療有無

追加治療施行例	8例 (7%)
ESWL	1例
TUL	6例
TUL assisted PNL	1例
尿管ステント定期交換例	3例 (2%)

た。残石を認めた症例でも、術後も尿管ステントの留置継続が必要であった症例は少なく、尿路の通過障害には影響しなかったものがほとんどで、TULの上部尿路結石に対する治療効果は良好であった。一方、サイズの大きな結石や、複数結石など結石量が多い症例では、残石を認めることもあるので、PNL等の碎石方法や、複数回に分けての碎石術も検討される。

【考察】

経尿道的尿路結石破碎術(TUL)は、軟性尿管鏡の細径化やレーザー破碎装置、内視鏡周辺機器の改良により、安全で有効な治療手段として進化し、上部尿路結石の外科的治療方法として広く適応される。一方、麻酔(全身麻酔または腰椎麻酔)ができない症例、尿管狭窄や尿路形態異常などにより内視鏡の通過が困難な症例、未治療の尿路感染症が存在する症例、などは禁忌となる。術中合併症としては、尿管粘膜損傷、



尿管穿孔、尿管断裂、そのほかの臓器損傷、出血、などがある。術後早期合併症として、急性腎盂腎炎、敗血症、疼痛、などがある。晩期合併症として、尿管狭窄、持続する血尿、膀胱尿管逆流症などがある。重篤な合併症は2～3%とされており、手術時間が長くなると発生頻度が増えることが報告されている^{5,6,7)}。TULは低侵襲な治療ではあるが、これらの合併症の頻度を減らすために、丁寧な手術操作、尿管狭窄等が存在する場合は無理な内視鏡やカテーテル操作をしない、20mmを超える結石は経皮的破碎術または経皮的径尿道的破碎術の併用も検討する、手術時間が長くなる場合は複数回に分けての手術も検討する、感染症の治療は十分に行う、術前のドレナージ術を検討する、などの留意点があると考えられるが、当院でも日々意識している。

高齢化が進むにつれ、高齢者や寝たきり患者の上部尿路結石症例も増加している⁸⁾。寝たきり患者に発生する上部尿路結石は、尿流の停滞、感染、活動度の低下による高カルシウム尿症が起因している場合もある。閉塞性腎盂腎炎や敗血症を契機に診断されることも多いが、耐性菌、様々な合併症、麻痺や四肢の拘縮、高齢、Performance Status不良などの存在が治療選択を悩ませることもしばしばある⁹⁾。閉塞性腎盂腎炎に対してドレナージ(腎瘻や尿管ステント)が必要となることもあるが、その後は上部尿路結石が排石されない限り、カテーテルやステントの定期交換が必要となる。定期交換の継続や、それに伴う合併症などが起きると、かえって患者の負担になる場合もある。高齢者や寝たきり患者の尿路結石による閉塞性腎盂腎炎に対しては、結石治療戦略を見据えた上で、ドレナージ術を検討することが必要である。そしてドレナージ術後は、可能な限りカテーテルフリーを目指して碎石術を行うことが重要である。

また、尿路結石患者の数が増加傾向にあることは冒頭でも述べたが、その再発率も高い。尿路結石と動脈硬化の発症には類似点が多く、尿路結石はメタボリックシンドロームの一疾患であるという概念が提唱されるようになってきた。

結石形成の促進因子である高カルシウム尿症、高尿酸尿症、高シュウ酸尿症の割合は肥満と相関すると報告されている。尿路結石予防の基本は、十分な水分摂取、肥満の防止、食生活の改善であり、メタボリックシンドロームの予防と共通点も多い。水分摂取を促して尿量増加を図ること、シュウ酸を多く含む食品、プリン体、食塩の過量摂取を控えること、カルシウムに関しては消化管内でシュウ酸吸収を抑制するため一定量摂取した方が尿路結石の再発予防に良いとされている¹⁰⁾。

安全で有効な碎石術の施行を目指すのは当然であるが、それ以上に尿路結石の予防も重要であると考えられる。

【結語】

上部尿路結石の総論、当院でのTULの現状、筆者の臨床現場での課題と展望、結石予防の重要性を書かせていただきました。今後の皆様の臨床に少しでもお役に立てれば幸いです。ありがとうございました。

【参考文献】

- 1) 第5回尿路結石症全国疫学調査. 日本尿路結石症学会, 2005
- 2) Yasui T, Iguchi M, Suzuki S, et al. Prevalence and epidemiological characteristics of urolithiasis in Japan : national trends between 1965 and 2005. *Urology*. 2008;71 : 209-13.
- 3) Kaneko T, Matsushima H, Morimoto H, et al. Efficacy of low dose tamsulosin in medical expulsive therapy for ureteral stones in Japanese male patients : a randomized controlled study. *Int J Urol*. 2010;17 (5) : 462-5.
- 4) 荒川孝. 我が国の尿路結石治療の現状と展望. *JJEE*. 2009;22 (2) : 142-7.
- 5) Turk C, Knoll T, Petrik A, Sarica K, Skolarikos A, Straub M, Seitz C. Guidelines on Urolithiasis. European Association of Urology. 2013.
- 6) Geavlete P, Georgescu D, Nita G, et al. Complications of 2735 retrograde semirigid ureteroscopy procedures : a single-center experience. *J Endourol*. 2006;20 (3) : 179-85.
- 7) Sugihara T, Yasunaga H, Horiguchi H, et al. A nomogram predicting severe adverse events after ureteroscopic lithotripsy : 12 372 patients in a Japanese national series. *BJU Int*. 2013;111 (3) : 459-66.
- 8) Yasui T, Iguchi M, Suzuki S, et al. 2008 Prevalence and epidemiological characteristics of urolithiasis in Japan : national trends between 1965 and 2005. *Urology* 71 : 209-213
- 9) 高沢亮治, et al. 閉塞性腎盂腎炎後の寝たきり患者の上部尿路結石に対する治療戦略. *Japanese Journal of Endourology* (2016) 29 : 42-49
- 10) 尿路結石症ガイドライン第2版 2013年版. 日本泌尿器科学会・日本泌尿器内視鏡学会・日本尿路結石症学会 編, 金原出版



問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 上部尿路結石患者は増加傾向にある。
- 問 2. 経尿道的尿路結石破碎術は一般的に、上部尿路結石に対して低侵襲で有効な碎石術である。
- 問 3. 20mm 以上の大きな結石にも積極的に経尿道的尿路結石破碎術が適応される。
- 問 4. 高齢者の尿路結石による閉塞性腎盂腎炎に対しては、全例尿管ステント留置術を行うべきである。
- 問 5. 尿路結石予防に、肥満の防止は重要である。



8月号 (Vol.55)
の正解

**前立腺肥大症に対する手術療法
—レーザー手術を中心に—**

問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 前立腺肥大症による下部尿路閉塞が長期間持続した場合、手術による尿道閉塞の解除だけでは症状が改善しないことがある。
- 問 2. 前立腺肥大症に対する標準術式は TURP であるが、近年はレーザーを用いた手術 (HoLEP、PVP など) も普及してきている。
- 問 3. 経尿道的手術ではいずれの術式でも電解質を含まない灌流液を用いるため、術中の灌流液の吸収による低ナトリウム血症の合併症が起こりうる。
- 問 4. HoLEP はホルミウムレーザーを用いた蒸散術であり、PVP は KTP レーザーや LBO レーザーを用いた核出術である。
- 問 5. PVP では出血が少ないため、抗血栓療法を受けているハイリスク患者でも休薬せずに内服継続下で手術を施行することが可能である。

正解 1.○ 2.○ 3.× 4.× 5.○

- 問 3. TURP では電解質を含まない灌流液を用いるため低ナトリウム血症の合併症が起こりうるが、HoLEP や PVP では生理食塩水を用いるため低ナトリウム血症のリスクはない。
- 問 4. HoLEP はホルミウムレーザーを用いた核出術であり、PVP は KTP レーザーや LBO レーザーを用いた蒸散術である。

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令和 年 月頃から ③未定			
	勤務時間	勤務可能な曜日	月・火・水・木・金・土・日		
		勤務可能な時間帯	時 分 ~ 時 分		
	当直勤務	①できる ②できない			
	希望業務内容	①病棟 ②外来 ③健診 ④パート ⑤臨時 ⑥産業医			
	給与	常勤務の場合	月給：	以上	
		非常勤の場合	日給：	以上	月給： 以上
		臨時の場合	時給：	以上	
保育所	①必要 ②必要なし				
再就業のための再研修	①必要 ②必要なし				
その他希望					

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

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

アルカリ製剤誤飲後の腐食性食道炎における食道狭窄の予防への取り組み
トリアムシノロン局注法

中部徳洲会病院
消化器内科 医師長 中村 慎哉
仲間 直崇

アルカリ製剤の誤飲による腐食性食道炎は高度の粘膜病変をきたし、治癒過程において食道狭窄を高率に引き起こすため、迅速な対応を要する疾患です。当院ではトリアムシノロン（合成コルチコステロイド）食道粘膜局注を積極的に行うことで食道狭窄回避を目指す取り組みを行っています。

腐食性食道炎は薬物誤嚥後に生じる組織障害で、以下のように分類されています。

- I 度：食道粘膜に充血・浮腫・粘膜の表層潰瘍を認める。
- II 度：紅斑・水泡形成、フィブリンの滲出を伴う表層潰瘍を生じる。
- III 度：表皮脱落 深い潰瘍 肉芽形成などを認める。

II 度で 15～30%（全周性の II 度で%）、III 度で 90% の食道狭窄をきたすため、正確な現状把握が重要ですが、アルカリは深く浸潤することが多く受傷直後の判定は非常に困難です。医中誌に 1983～2018 年で報告されていた 39 例では経過観察のみにて狭窄回避しえた症例は 4 例のみで、多くは何らかの治療を要しました（表 1）。

食道狭窄症例ではバルーンによる食道拡張術を行うことが一般的です。しかし、拡張が 1 度で完遂することはまれで、数十回の拡張術を要することも多く、その過程で拡張不全や食道破裂により最終的には食道離断術となる症例も少なくありません。

つまり一度形成された狭窄の拡張は非常に困難であるため、あらかじめの狭窄予防こそが最も重要ということです。

食道 ESD（粘膜下層剥離術）の際、特に切除範囲が半周～全周性に及んだ場合、術後潰瘍治癒過程で、筋層菲薄化及び繊維性の肥厚にて食道狭窄を生じることが知られており、この狭窄回避のために、トリアムシノロン局注を ESD 後潰瘍底にまんべんなく施行することが一般的で、狭窄回避において良好な成績を上げています。

アルカリ製剤は蛋白を融解壊死させることで、粘膜障害が粘膜下層から筋層まで達することになりますが、これは ESD にて粘膜下層まで切除されている状態と似通っており、やはり治癒する際に繊維性の肥厚を生じることで狭窄をきたすと考えられています。

そこで、食道 ESD 後と同じようにトリアムシノロン局注を行うことで、増生する筋繊維芽

表 1

	手術	バルーン	保存
アルカリ	13 例 (43%)	2 例 (7%)	2 例 (7%)
酸	12 例 (40%)	1 例 (3%)	—

1) 松村英樹,田村孝史,久倉勝治,他：腐食性食道炎症の 3 例 日臨外会誌 76：714-719,2015

細胞の収縮力を減じ、狭窄を回避できるのではないかとの考えに至りました。当院では直近の4年間で、緊急気管切開を要した2症例を含む5症例のアルカリ誤嚥症例に対し、トリアムシノロン局注を積極的に行うことで、食道狭窄を全症例で回避することに成功しております。

当院で経験した症例で一例をご報告いたします。50代の男性がアルカリ洗剤を誤って服用後、喉頭違和感を自覚し数時間後に当院救急搬送されました。食道・気道評価目的の上部消化管内視鏡検査にて高度の喉頭蓋浮腫を認めため、緊急気管切開術施行後ICU入院となりました。入院2日目上部消化管内視鏡検査にて食道に広範な腐食性食道炎を認め、トリアムシノロン注（ケナコルトA注）を各2mgずつ25か所に局注しました。

さらに入院8日目2mgずつ50か所、入院15日目2mgずつ25か所にトリアムシノロン局注施行しました。

その後全身状態良好にて経過し入院20日目に退院となり、40日目に施行した上部消化管内視鏡検査では潰瘍狭窄なく、食道・胃粘膜

治癒を確認しました。4か月後までの定期フォローでは食道狭窄は認めないまま経過していません（図1）。

具体的に局注部位や量の妥当性は模索中ですが、当院では上記のようにトリアムシノロン50mg/2mlを0.2mlずつ発赤など粘膜障害を疑う部位を中心に25か所の粘膜浅層かつなるべく丘疹状になるように局注しています。これを受傷直後に1回、その後経過を見ながら1～2週間後に再度と計2回施行しています。現在までバルーン拡張を要する症例はなかったものの、必要な場合には、バルーン拡張後、拡張部に再度局注を行う予定としています。

トリアムシノロン局注は食道ESD後の狭窄回避では有効性を示しており、抗炎症作用により繊維癒痕狭窄を予防しているものと考えられます。腐食性食道炎の治癒過程においても同様の作用機序で繊維癒痕狭窄を予防しえたと考えますが、その注入回数や、量などが確立されているとは言えず、今後の症例集積が望まれます。

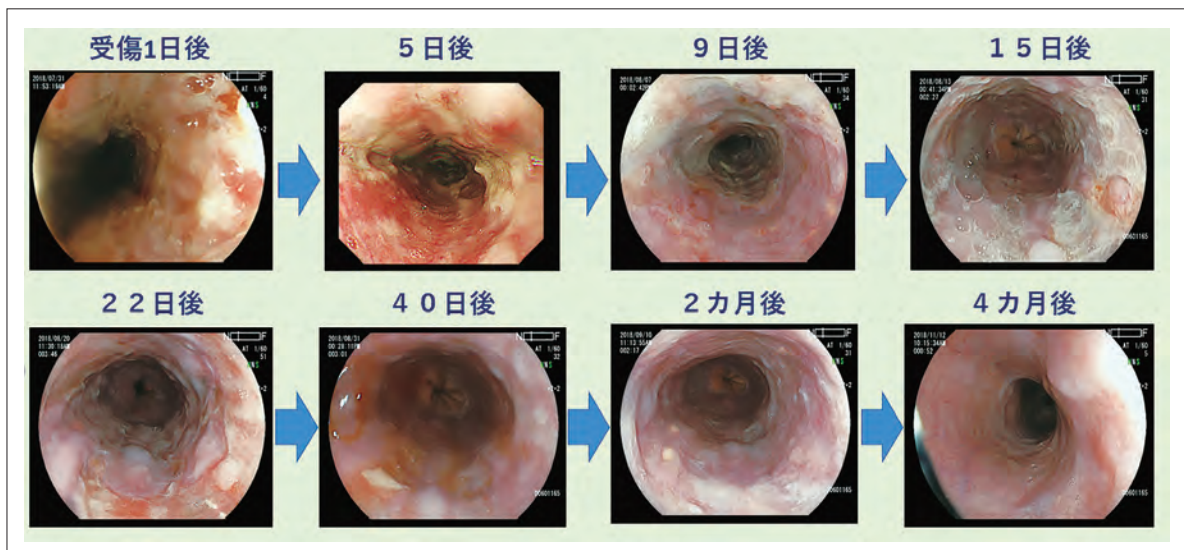
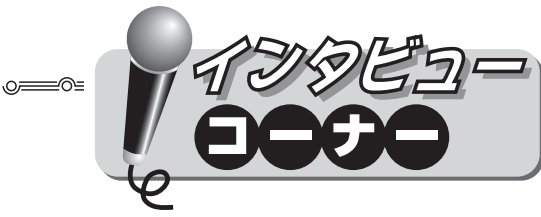


図1



沖縄県公認心理師協会は「県民のこころの健康の保持・増進」に尽力していきます。



沖縄県公認心理師協会 会長
平安 良次 氏

質問 1. 沖縄県公認心理師協会会長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。

まずは、沖縄県公認心理師協会設立の経緯をご説明させていただきます。沖縄県公認心理師協会は沖縄県臨床心理士会が母体となり、「公認心理師」と「臨床心理士」が会員として所属する職能団体として、2019年4月1日に設立されました。「公認心理師」という名前は、まだ聞きなれない方も多いと思います。公認心理師は2017年に施行された「公認心理師法」に基づく、我が国初の心理職の国家資格です。2018年に第1回目の公認心理師資格試験が行われ、2019年の4月に第1期の公認心理師が誕生しました。沖縄県では初年度294名が公認心理師資格試験に合格しました。今年、8月に行われた第2回目の試験では65名が沖縄県から合格しております。

それまで我々は、「臨床心理士」という民間の認定資格として各領域・組織で心理職として活動を行ってきました。

私はその沖縄県臨床心理士会の6代目会長でした。ちょうど私が臨床心理士会の会長の時期に「公認心理師」という名称で心理職の国家資格が誕生することになりました。当時の沖縄県

臨床心理士会の総会で「公認心理師」と「臨床心理士」が所属する「沖縄県公認心理師協会設立」案が承認され、そのタイミングで一般社団法人化も行うことになりました。そうして、平成の最後の年になる2019年4月1日に「一般社団法人沖縄県公認心理師協会」が設立され、スライドする形で、私が初代会長を拝命することになり、理事も同じメンバーで引き続き会員のまとめ役として残ってくれることになりました。「沖縄県公認心理師協会」に一本化することに会員の中には色々な想いがあったと思います。しかし、これから10年後20年後の心理職の未来のことを考えると必要なことだと思っております。特にユーザー・クライアントからしてみれば、心理職の職能団体が複数あることで、混乱を招くことを強く懸念いたしました。沖縄県臨床心理士会時代からの旧知の仲の理事たちの尽力で沖縄県公認心理師協会が設立できたものと感謝しております。

また、令和の時代を迎えた2019年5月12日には、琉球新報ホールで沖縄県公認心理師協会設立記念講演会を開催いたしました。特別講演としてマインドフルネスの我が国第一人者としてもご高名な早稲田大学教授の熊野宏昭先生に「マインドフルネスで育む生きる力」と題し

てご講演いただきました。当日は、琉球新報ホールもほぼ満席になり、玉城デニー知事にもお忙しい公務の中、ご本人自らご挨拶を賜りました。デニー知事には、講演会翌週に慣例の知事による月曜朝の庁内放送で「マインドフルネス」について話題にされたとのことで、大変嬉しく思いました。また、沖縄県医師会にもご後援をいただき、副会長の宮里善次先生にもご臨席賜りました。大変感謝しております。この場をお借りしてお礼を申し上げます。

設立記念講演会と前後して、こちらも新しく移転リニューアルした県立図書館で、「メンタルヘルス」や「アンガーマネジメント」などのテーマで「公認心理師ミニ講座」を持ちました。公認心理師による推薦図書も図書館に展示してもらい、幸いにも好評をいただきました。

質問 2. 沖縄県公認心理師協会の活動内容についてお聞かせ下さい。

公認心理師は諸領域にまたがる汎用資格です。会員は「医療・保健」「教育」「産業・労働」「司法・犯罪」「福祉」の5領域を中心に活動しています。医療分野では、近年は精神科領域だけでなく、周産期、緩和ケア、HIV、リエゾンなどの領域で活動する会員も多くなってきております。会としては、沖縄県より「エイズカウンセリング事業」「元気力アップ事業（教職員のメンタルヘルス事業）」「ゲートキーパー養成講師」などの公的事業の委託を受けております。また、那覇市とも「大規模災害時の協力協定」を締結しており、災害避難者支援者のメンタルヘルスなどにも積極的に協力しております。さらに第11管区海上保安庁からも委託を受け、海上保安庁職員のメンタルヘルス研修なども行なっております。昨今、学校現場における「いじめ」の問題や重大事案が起きた場合などに県教育庁とも連携し「第三者委員会委員」として弁護士の先生方と共に、公認心理師も委員会のメンバーとして活動することも増えております。今後も会として他専門職の先生方と連

携し、広く県民のこころの健康のために活動して行きたいと思っております。

質問 3. 平安会長が目指す会の運営方針、今後の展望、課題等についてお聞かせ頂けないでしょうか。

運営方針というか、私たち初代の沖縄県公認心理師協会理事がやらなければいけないことは、「社会的責任のある職能団体」の基盤作りです。そのため組織体制強化が必要です。まずは、沖縄県公認心理師協会設立に伴い、会を一般社団法人化いたしました。法人格を持つ職能団体となることにより、より一層、公的な仕事も会として請け負っていく所存です。次に事務局機能の強化です。今までは、理事が手弁当で会を運営してきました。特に事務局長は、本務の傍に事務作業を行い、総会の前には、それこそ会計作業などに忙殺されておりました。会計業務なども、より効率化・透明化していくため税理士の先生とも契約しご指導を受けることになりました。事務局も福祉保健センター内に部屋をお借りできることになりました。今後は、専属の事務局員をおけるようにして行きたいと思っております。

課題といたしましたのは、「令和」という時代を迎えて、既に多くのこころの問題が指摘されております。ここ沖縄県でも子どもの貧困、子供の虐待、いじめ、引きこもり、アルコール・ギャンブルなど各種の依存症、うつ、自殺問題…など心理支援に関わる多くの問題に我々も国家資格の心理専門職として取り組んでいかなくてはなりません。そのためには、深い専門的知識や幅広い心理支援技術が必要です。様々なこころの問題に対応していくため、公認心理師の質の向上や人材育成が急務です。

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。

公認心理師は出来たばかりの国家資格です。近年はこころの相談にのる心理支援のニーズは

高まっておりますが、先ほども述べましたように「公認心理師」という名前はまだ聞き慣れていない県医師会の先生方が多いのではないかと思います。県医師会の先生方にはいろいろな局面でご協力を仰ぐ場面もあると思われます。今後とも、県医師会の先生方にはご指導・ご鞭撻をいただきたいです。また、クライアントを取り巻くコ・プロフェッショナルとしても連携を深めていただければありがたいです。

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。

私の健康法は週に1回～2回ジムに行き、体を動かすことと、週末にやんばるに行き、農業をすることで心身のリフレッシュをはかっています。

趣味はゴルフです。一昨年他界した父が、3度の飯よりゴルフが大好きでした。その父が使っていたゴルフクラブを今は私が使っております。そのクラブが悪いのか？私の腕が悪いのか？その両方か？わかりませんが、全然スコアは伸びません！

座右の銘というか好きな言葉は、かの有名なJ・F・ケネディが残した言葉です。それは「人間の真の勇氣というのは、決定的な瞬間に出てくる勇氣ではない。戦場で敵と対決した時のそれとは違うのだ。日々、新たに確信を持って仕事を成し遂げていく。たった一人でもやり抜いていく。これが本当の勇氣というものだ」という言葉です。目の前のことを日々、信念を持って淡々とやり抜くことの重要性を説いています。そうありがたいものです…。

インタビューアー：広報委員 照屋 勉

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。



長続きしない
「趣味累々」

外間眼科
外間 政利

人は本来の自分の仕事をしていない時に、何かをして暇つぶしをしなければ生きていけないと私は思っている。自分は無趣味という人でも新聞だけは隅々まで読んだり、テレビを長時間見ていたりするものだ。

ただの暇つぶしであって、趣味ではないと主張できるが。

テレビも新聞も時間が来れば見ることや読むことは尽きてしまう。

最近ではネットサーフィンなどと言って、興味の趣くまま、だらだらといろいろなサイトを閲覧し、あとは何を見ていたか翌日は忘れてしまう。これは暇つぶしであろう。

さて「趣味累々」とは私の造語で、ある趣味を身に着けようとして、一時的に熱中するも次第に飽きてフェードアウトしたり、ちっとも上達しなかった数々の器楽演奏や物集めや体を動かす活動などである。

【ダイエット】

大学に入学当時、浪人時代の運動不足でかなり肥満していた。運動とダイエットを兼ねて高校時代2年間経験のあった卓球部に入部し一年ちょっとで19kgの減量に成功した。その後努力むなしくリバウンドし、現在に至る。40年間ダイエット、リバウンドを5～6回繰り返して遂に敗北し、現在BMI33の危険水準に達している。

【音楽】

モテようとフォークギターを学生時代に始めるが、才能なく挫折。

洋楽部というのがあって楽しそうであったので入部したがコーラス部だったので、譜面が読めずフェードアウトした。部室に古いピアノが

あったので、ポピュラー音楽に挑戦するも全く経験がなかったので上達しなかった。今でも電子ピアノで細々と楽しんでいるが人に聴かせるまでには至らずに還暦を過ぎてしまった。次女の結婚式に長淵剛の「乾杯」を弾き語りで披露した。感極まって泣かないように録画で済ませた。悲惨な出来だったが招待客には受けていた。「下手でしたね」と言うような空気を読まない人は居なくてよかった。クラシック音楽鑑賞にも挑戦したがバーンスタイン指揮の「マーラー交響曲第5番」は何度聴いても途中で寝てしまい、いまだに最後まで聴いたことがない。エンディングはどうなっているのだろうか？ラフマニノフの【ピアノ協奏曲第2番】は映画の中やテレビ番組でも良く取り上げられるので、なじみがあり寝ずに最後まで鑑賞できる数少ないクラシック曲である。旋律が心地よい。

【水泳】

55歳ころ膝を痛み、ゴルフが出来なくなり唯一の体を動かす趣味が無くなった。人生最大の落ち込みを経験した。友人の間ではゴルフがうまいほうだったので、ひそかに優越感を隠して、蘊蓄を語っては悦に入っていたのだが。悶々としている内に重力を膝に感じずにできるのは水泳しかないという理由でプールのあるジムに入会した。100mも泳げなかったが2年もすると、休まずにゆっくりとではあったが2kmも泳げるようになった。変な自信がつき、オープンウォーター競技（海で泳ぐ）1,500mの部に挑戦した。万座毛の海で開催され日本中から水泳趣味の老若男女が集まる。1,500mの部は60～70人の参加者で小学生や若者、中年のおじさん、おばさんが参加していた。トップは16分ぐらいでゴールしていたが、私は56分も掛かって完泳した。56～60歳の部の3位であった。もっともその部門では参加人数4人であったが、そんなことより完泳した喜びと達成感はひとしおであった。

水泳にも燃え尽きて何年かプールもご無沙汰であったが数年のブランクを経て、スイミングを今年4月から再開した。やっと700m泳いでも平気になった。

【お絵描き】

ゴルフが出来ないので、何か暇つぶしは無いかと考えていたところ、お絵描きが認知症進行の予防効果があると聞いて、何枚か描いてみた。アクリル画と色鉛筆画をいくつか描いてみたが、やはり続かず数作のみであえなく終了している。(とても絵画というほどの腕前ではないので、お絵描きとした)



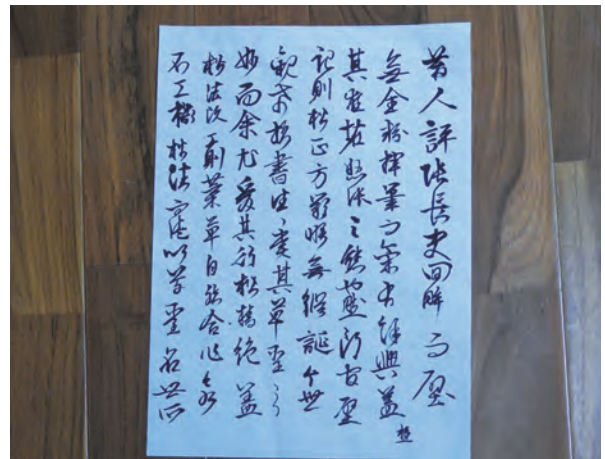
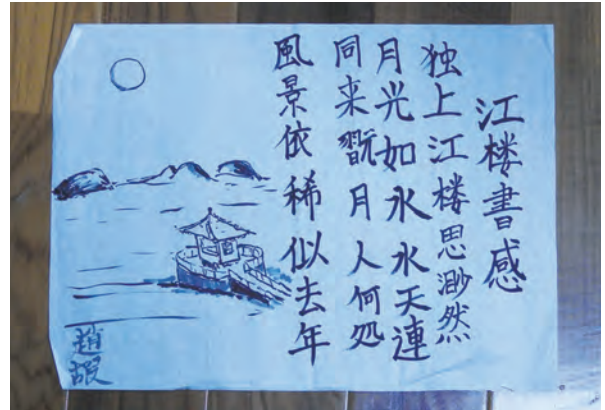
【百人一首、練習帳】

あまりに悪筆なので何とかそれを誤魔化すべく良い練習方法が無いかと本屋に行った。「31文字に込められた、王朝びとの想いをなぞる。流れるような美しい行書が書ける！」の宣伝文句に惹かれ書き込み式「百人一首練習帳」を購入し、数か月かけて全首を2回ほど書きこんだ。悪筆は直らなかったが、王朝びとの想いを少し知ることができた。

【臨書】【漢詩に墨絵風の絵を付ける】

王羲之などの中国の古典名作に自己流で挑戦するもあえなく挫折。奥が深すぎてすぐに無

理だと理解した。3か月ぐらいは継続したが飽きっぽい性格が災いしたようだ。



【ガーデニング】3ヶ月で終了。



【やせるサプリを試す】

5～6種類試したが私に合うものはなかった。腹筋6パックが1ヶ月で出来たという文句に踊らされた私は1パックもできず、数万円無駄にした。寿司を6パック買えばよかったと後悔した。

【ピアノカラオケ】

youtube で好きな音楽ビデオに合わせてピアノ演奏を楽しむ、結構続いている。

【週刊誌購読】

d マガジンという 400 誌ほど月 400 円で読める定額読み放題ネット配信がある。

【ゴルフ中継鑑賞】

可愛い女子プロ鑑賞といってもいいかも。

【将棋】 2 段止まり。

【英語】 英検準 1 級止まり。

【ゴルフ】

ハンディキャップ 11、下手になる一方だ。

【B 級グルメ】 を自称し新しいモールのフードコートをうろつき食べるのが楽しい。ダイエットの妨げになっているが「わかっちゃいるけど止められない」っと（若い先生方、植木等知ってる？）

【作詩】

妻に捧げる詩を一編のみ作ったが不評だった。題が「黄昏ゆく君へ」だったのが良くなかった。SF 短編小説 2 作ぐらい「星新一」風に書いたが、内容は忘れた。

まだまだネタはあるが字数制限のため、あとは現在継続中の物を箇条書きとする。

【写真整理】 **【野良猫のエサやり】** **【ホームシアター】** **【ネットフリックスなどのネット配信映画、ドラマ鑑賞】**



ホームシアター

最後に「いろんな趣味にとりあえず挑戦するのが趣味」と言う事で締めたい。

「人間は幾つになっても、伸びるもの変わるものこれで完成という年はない」（作者は思い出せない…）



さて走ろうか

ハートライフ病院 外科
宮平 工

沖縄県で開催されるマラソン大会の数をご存知であろうか。ネットで調べた範囲内ではあるが、フルマラソン 5 回、ハーフマラソン 17 回と予想以上に多い。同じ大会でフルマラソンもハーフマラソンもある場合はフルマラソンでカウントした。別に 100 キロとか 60 キロを走るウルトラマラソンも 3 回ある。巷でも数年前から密かにブームとなっているようである。

マラソン走るなんてアホがやることじゃ、と思っていた。しばらくは。大学時代は体育会系の部活動に所属していたがランニングは大嫌いであった。

きっかけはあった。ハートライフ病院では医学とは直接的には関係のなさそうな講演会が時々開催される。2009 年だったと記憶しているが、福岡大学スポーツ科学部の田中宏暁教授*による「スロージョギングの勧め」と題した講演会を拝聴した。実際、その方法を実践してみると走れる、楽に。歩くよりちょっと早いペースで走る。徐々に距離を長くする。これだけである。翌年尚巴志ハーフマラソンでデビュー、46 歳遅咲きであった。その後は年に平均フルマラソン 2 回、ハーフマラソン 2 回出場し、全て完走している。出場回数がトータルで 34 回となった。断っておくが、タイムは大したことはない。自己ベストはハーフで 2 時間、フルで 5 時間弱くらいである。大会は決まって日曜日であり、翌日の月曜日午前は外来業務であるが、ちょっと足を引きずりつつでも欠勤したことはもちろん一度もない。余談ではあるが、あの超有名な月刊誌「ランナーズ」の 2013 年 11 月号の特集で先の田中教授が監修された際、隅っこに私の電話インタビュー記事を載せていただいた。

普段は週に1回週末の夕方走っている。マックスで月に150キロくらい走ったこともあったが、最近は月40キロ程度である。走りの友として以前は音楽を聴きながらであったが、最近は聴く小説「Audible」をスマホに入れそれを聴きながら走っている。娯楽物では企業ものの池井戸潤、警察ものの今野敏、ホラーものの鈴木光司などが好みである。川端康成や夏目漱石も好きで、芥川龍之介はこれで制覇した。高尚なものとしては「サピエンス全史/ノハ・ハラリ」がいい。

学会出張には折りたたみシューズを持参している。これは折りたたんでファスナーで小さくできるランニングシューズでクッション性は落ちるが数キロ程度の走りには問題なく、何よりもコンパクトで持ち運びに便利である。県外では沖縄にはないような大きな川があり、その河川敷や高い堤防を走るの最高に気持ちいい。

走ることの効能は少なくとも3つある。一つ目は心肺機能が向上し、筋力が増強する。二つ目は抗メタボ効果である。我が家系はやや肥満体質であり、私のビール好きも相まって油断すると太る。が、普段から太らないように食事は節制するようになった。三つ目はメンタルタフネスになれることである。体力が付き、長時間手術の後半でも折れない心を維持することができる。マラソンのデメリットはほとんどないと思うがトレーニングなしでの参加は禁物であり、むしろ害である。出場するのであればちゃんとした準備が必要である。準備としては前出のスロージョギングが参考になる。毎年12月の第一日曜日に開催されるNAHAマラソンの前日は必ずどこぞの忘年会があり、ノンアルコールで我慢するのがちょっと辛い。二日酔いで参加して死ぬ思いをしたことがあるので前日の禁酒は絶対である。

実際のマラソン大会で走っている最中には何を考えているのか。尚巴志ハーフマラソンの新里ピラなどの坂道では箱根駅伝の「山の神」が降臨してくれと願う。調子がいいときは1980年代向かう所敵なしであった「瀬古利彦」が降

臨し、前のランナーを「タンザニアのイカンガー」に見立てて抜き去る。エンドルフィンが出る出る。30キロ、35キロをすぎるとさすがに辛い。頭がぼーっとなったら、「スラムダンクの三井」になる。沖縄の長寿を復活させるにはとか、肥満男性の大腸癌手術（特に腹腔鏡手術）は大変だよとか、若手外科医が増えないなあとかあれこれ考えながら、最後の最後はこんなにも頑張っている自分に陶醉しつつ完走となる。完走した後はふるさと納税で注文した高級和牛の焼肉が待っている。

さて走ろうか、と週末の夕方に家を出る。走った後のビールがまた格別である。

※田中宏暁：福岡大学名誉教授、日本スロージョギング協会元理事長。2018年すい臓がんにて永眠された。ご冥福をお祈りいたします。



おきなわマラソンのスナップ写真：嘉手納基地第2ゲート前で。28.9キロ地点。ここから基地内を2.8キロ走り、第5ゲートより出る。お祭り騒ぎで声援してくれるヤンキー達にありがとう。



**随筆ならぬ日々の近況報告
させていただきます！**

(医学教育企画室のご紹介も兼ねて…)

琉球大学医学部：医学教育企画室
屋良 さとみ

琉球大学医学部医学科5期卒の屋良と申します。呼吸器内科・びまん性肺疾患が専門で、臨床・外来は琉球大学医学部第一内科(感染症・呼吸器・

消化器内科学講座) に属しておりますが、平成 24 (2012) 年より、現在の「医学教育企画室」に部署移動して参りました。これは、この時期前後より、日本の「医学教育」が“専任教員”を置かねばならぬほど、急ピッチで進展・発展し、新しくポストが出来たためでした。今ではもう一人の専任の先生と、事務員 4 人の合計女性 6 人の部屋で日々を生き生きと楽しく送っております。女性 6 人とはいいまでも、上には室長として教務委員長の教授が併任でおられます。

実際に企画室では教授の先生方と共に、1 年から 6 年生全体のカリキュラム作り・内容検討、各種講義・教育方法の検討、低学年からの各種実習実施・対応、全国共通の共用試験 (知識を問うコンピューター客観試験 CBT 【Computer Based Testing】、診察技能・態度を問う客観的臨床能力試験 OSCE 【Objective Structured Clinical Examination】) の実施・運営、総合試験作問依頼・取りまとめ・ブラッシュアップ、地域枠学生 (H27 (2015) 年 3 月に一期生が卒業) 教育、離島・地域病院実習・セミナー、良い臨床実習へのアプローチ・調整・対応、医師国家試験合格率アップへの取り組み、面談等、様々多岐に渡る取り組みを行っております。

現在、琉球大学医学部医学科は、一年生として 17 人の“地域枠学生 (卒業 9 年間は沖縄県の医療に貢献する)”を含む 112 人が入学し、二年生で“学士特別枠学生”の 5 人が編入学で加わり、一学年 117 人の在籍で成り立っています。

この人数が 6 学年分ですので、総勢約 700 人の医学生さん達の主に学業に関するほぼ全業務に参与している部署、ということとなります。(学務課と協力しながら。)

現在、世界の医学教育界は「医学教育の国際 (グローバル) 認証」を受講せねばならないという現実に向き合っております。これは Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) の宣言 (平成 22 (2010) 年 9 月) : 2023 年から、アメリカ医科大学協会 (AAMC) の Liaison Committee on Medical Education (LCME)、World Federation for

Medical Education (WFME) の基準、または相当する国際基準に認定されていない医学部からの卒業生には ECFMG 受験を認めない、という宣言がなされたことに始まりました。日本には従来医学教育を評価する組織が無かったため、この時点でそれを契機として、その基準に見合う認証組織作りが開始され、平成 25 (2013) 年 5 月 17 日に全国医学部長病院長会議で日本医学教育認証評価評議会 (JACME : Japan Accreditation Council for Medical Education) が承認されました。その後国際機関からも認証されました。

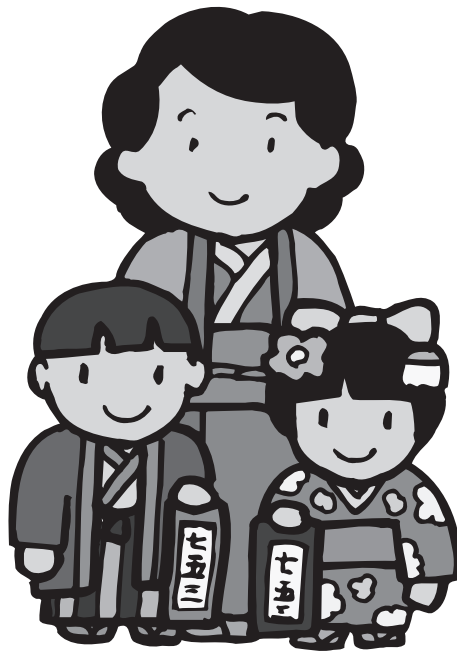
日本の課題としましては、特に臨床実習 (時間数、内容)が、欧米に比し不十分ということで、従来日本の医学科の臨床実習時間は 40 週台~ 52 週前後であったものが、72 週前後まで延長することが理想的とされ、当琉球大学でもここ 2~3 年で達成致しました。それによって医学科のカリキュラムは次々低学年に前倒しとなり、様々な内容の学習が検討・統一・見直しされてきました、琉球大学も教授の先生方を中心に詳細な準備を重ね、平成 29 (2017) 年 12 月に JACME による分野別評価を受審し、合格することが出来ました。今後も 7 年毎の受審を受け、医学教育のレベルの維持・向上を目指していきたいと思っております。

日頃は 6 学年分のカリキュラムが毎年、同時進行しているわけですので、毎月何かしら行うべきことが満載で、常にバタバタと忙しくしております。4 月新学年が始まったかと思えば、様々な行事が次々とやってきて、3 月はもう卒業式、医師国家試験の発表、するとすぐにまた次の学年進行が始まる…という感じです。

しかし、それだけ毎年毎年、何かしらの形で総勢約 700 人の医学生さん達と接している、ということで、18 歳を筆頭に主に 20 代主体の若い面々との日々は、「高齢者も多い患者さん対応」とは異なり、日々“若い風・空気”を浴びさせてもらっているも同然で、何だか自分も若返っているのではないかと錯覚させてもらっております。

また、医学生も一学年 117 人もいると、皆“医師を目指している”はずにも関わらず、個性は千差万別なので、時に“ミニイベント”が勃発したりして、毎年ほぼ同様のカリキュラムを繰り返しているにも関わらず、全く飽きることもなく、日々を過ごさせてもらっております…（日々の息抜きとして、自宅マンションのベランダと玄関ホールに、もらい物から始まった“Green 達”に日々、水をかけながら癒されています…）

医学・医療の進歩は日々留まるところを知らず、常に発見・発展を続けております。それらの知識・技術を充分に対応・修得し、患者さん方に対しても優しく真摯で信頼され、良好な医師・患者関係を築きながら、沖縄県、日本、ひいては世界の医学・医療界に羽ばたいていけるような人材を輩出できるよう、努力を続けていこうと考えております。どうぞ宜しくお願い申し上げます。



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	35 週	36 週	37 週	38 週	39 週	
		9/1	9/8	9/15	9/22	9/29 (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	1178	1978	2895	3029	1979	(34.72)
RS ウイルス感染症	小児科	23	18	14	25	10	(0.29)
咽頭結膜熱	小児科	65	62	78	48	22	(0.65)
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	小児科	20	21	20	29	14	(0.41)
感染性胃腸炎	小児科	104	65	62	62	63	(1.85)
水痘	小児科	8	5	9	8	8	(0.24)
手足口病	小児科	150	100	89	40	45	(1.32)
伝染性紅斑	小児科	14	15	10	6	8	(0.24)
突発性発疹	小児科	11	14	16	11	3	(0.09)
ヘルパンギーナ	小児科	17	13	8	5	3	(0.09)
流行性耳下腺炎	小児科	3	3	2	0	2	(0.06)
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	17	22	27	21	21	(2.33)
細菌性髄膜炎	基幹	0	0	0	0	0	(0.00)
無菌性髄膜炎	基幹	1	0	2	1	2	(0.29)
マイコプラズマ肺炎	基幹	2	1	4	4	5	(0.71)
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。
麻疹の情報も随時更新しております。
<http://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/eiken/kikaku/kansenjouhou/home.html>

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しております。

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

○ 「文書映像データ管理システム」

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

※ 当システムは、沖縄県医師会ホームページからもアクセスいただけます。