

# 平成23年度家族計画・母体保護法指導者講習会 「母体保護法の適正な運用」をテーマに



理事 金城 忠雄



## 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  
原中 勝征（日本医師会長）  
小宮山洋子（厚生労働大臣）
3. 来賓挨拶  
寺尾 俊彦（日本産婦人科医会長）
4. 講 演  
「未来ある社会に向けて」  
原中 勝征（日本医師会長）
5. シンポジウム  
座長：今村 定臣（日本医師会常任理事）  
「母体保護法の適正な運用」  
(1) 母体保護法をめぐる法的問題について  
白須 和裕（小田原市立病院副院長）  
(2) 人工妊娠中絶手術に関わる医療事故事例について  
石渡 勇（茨城県医師会副会長）  
(3) 改正母体保護法と今後の課題  
今村 定臣（日本医師会常任理事）  
(4) 指定発言—行政の立場から  
泉 陽子（厚労省雇用均等・児童家庭局母子保健課長）
- 討 議
6. 閉 会

平成23年12月3日（土）日本医師会と厚生労働省共催により、日本医師会館で開催された標記講習会に出席したのでその概要を報告する。

本講習会の目的は、母体保護法指定医師に必要な家族計画ならびに同法に関連する最新の知識について指導者講習を行い、母体保護法の適正な運営を期することにある。毎年この時期に開催されている。

講習会には、全国から各都道府県所属の母体保護担当理事をはじめ、日本産婦人科医会会員など180名が参加した。沖縄からは、私と産婦人科医会母体保護法担当理事の當山雄紀先生が参加した。

今村定臣常任理事の司会で開会した。

## 挨 拶

日本医師会 原中勝征会長

原中勝征会長は、社会の根幹である家庭のあり方が変質し、社会問題が起きていることに危機感を示した。

「子育ては、社会全体の責任であり、安心して子育てが出来る環境を整備することは、国の喫緊の課題である。この世に生を受ける時の担い手は、先生方であり、そこから、親からの子供への愛情、育て方、家庭の楽しみをご指導願いたい」と挨拶した。

**来賓挨拶**

**日本産婦人科医会 寺尾俊彦会長**

人工妊娠中絶行為は、総て刑法上の墮胎罪に該当するが、特定な位置づけ母体保護法指定医のみに許可された認定資格を有する医療行為である。指定医師には専門的な知識と優れた技術研修、真摯で高潔な人格が要求される。

そのために日本医師会と厚生労働省主催によるありがたい指導者講習会だと挨拶された。

**講 演**

**日本医師会 原中勝征会長**

「未来ある社会へ向けて」

**1. 国民皆保険堅持の雇用環境について**

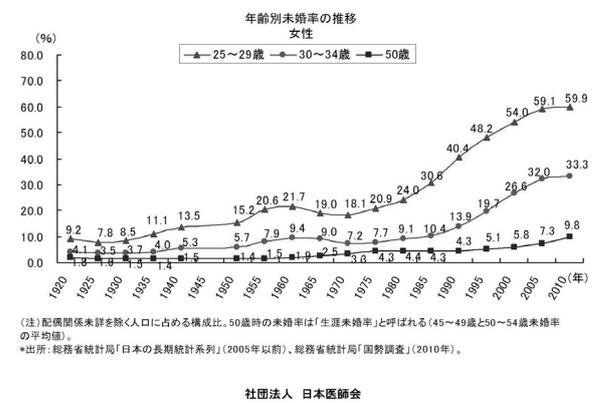
日本の人口構造の変化のグラフを示し、65歳以上の高齢者人口は2042年にピークを迎え、2055年には、就業人口（15～64歳）の51%で41%の65歳以上の人口を支えることになる。つまり現在は、65歳以上の高齢者1人を若者2.8人で支えているが、2055年には1.3人で高齢者1人を支える計算になり高齢化社会が問題である。そのうえ、非正規労働者の割合が大幅に増加、平成21年には3人に1人（33.7%）が非正規労働者となっている。非正規労働者の若者の生活が不安定になると治安も悪くなる。所得が少ないと結婚も出来ない未婚率の上昇とあいまって人口減少で社会保障制度の維持ができなくなる。国民皆保険制度を堅持するためにも、雇用環境の改善と少子化対策が喫緊の課題だと述べた。

男女の年齢別未婚率の推移を見ると右記の表の通りである。

**年齢別未婚率の推移(男性)**



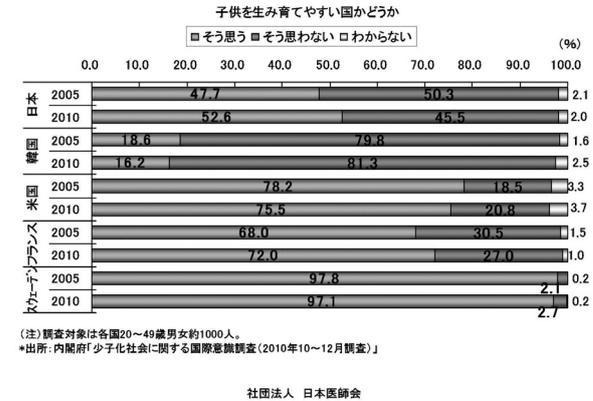
**年齢別未婚率の推移(女性)**



**2. 超高齢社会を見据えた社会保障について**

子供を生み育てやすい国かどうかの意識調査では、日本と韓国は子供を育てるには、欧米に比べ良い環境にはないようである。

**子供を生み育てやすい国かどうか(5カ国比較)**

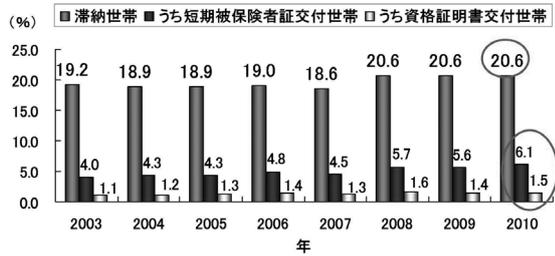


子供の数を増やす対策として保育所や児童手当制度などの環境改善のほかに、善し悪しは別にスウェーデンのようシングルマザーの保育環境を整えることも考慮する必要がある。シングル

推定無保険者の社会問題化(2/2)

生活が苦しく、家庭を持てる見通しもない中、保険料を支払えない世帯が増加している。2010年には、国民健康保険では、5世帯に1世帯(20.6%)が保険料を滞納している。そのうち、本来の国民健康保険証を持たない世帯が7.6%に上っている。

国民健康保険における滞納世帯等の比率



※出所：厚生労働省「平成21年度国民健康保険(市町村)の財政状況等について=速報=」各年6月1日現在の状況。2010年は速報値。

社団法人 日本医師会

国民の安心を約束する医療保険制度(日本医師会)

2010年11月11日公表

基本理念

- すべての国民が、同じ医療を受けられる制度
- すべての国民が、支払能力に応じて公平な負担をする制度
- 将来にわたって持続可能性のある制度

定義

- 一本化：制度としてひとつに統合すること
- 一元化：財政調整により財源面で一体的運用を図ること

医療保険制度改革の道筋

- 第1段階 高齢者医療制度も含めた医療保険制度全体の方向性の検討
- 第2段階 地域保険の創設と職域保険の段階的統合
- 第3段階 職域保険の完全統合
- 第4段階 全国一本化

社団法人 日本医師会

マザーの子が10%程度だといじめもあるが30%を超えるといじめはなくなるとの調査がある。

わが国においては、社会保障と生活や治安の良さを堅持していくためにも人口増加対策が必要である。

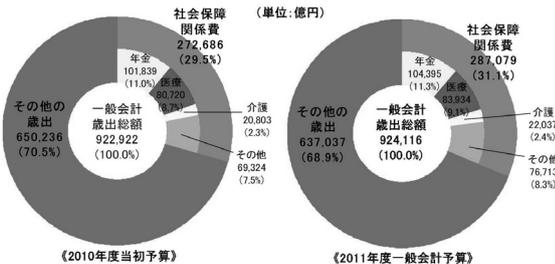
3. 適正な医療費を支えるための医療費

医療費の膨大が国を滅ぼすとの考え方は、土光臨調を出発点に、昭和53年厚生省吉村仁保険局長の医療費亡国論と続き、医師数の抑制、病院病床数の抑制、入院日数の制限と今日の医療の現状となり、TPP参加で止めを刺されるのではないかと危惧している。

2011年の一般会計歳出92.4兆円、社会保障費は28.7兆円(31.1%)その内医療費は8.3兆円(9.1%)である。医療保険制度改革を行い医療崩壊を食い止めるためにも医療費予算を増額する必要がある。

国家予算に占める医療費の割合

一般会計歳出のうち社会保障関係費は、2010年度当初予算で27.3兆円(29.5%)から2011年度予算では28.7兆円(31.1%)となった。そのうち医療分については、2010年度当初予算で8.0兆円(8.7%)から2011年度予算では8.3兆円(9.1%)となった。



※出所：財務省「平成23年度予算政府案」各予算のポイント「社会保障関係予算」<http://www.mof.go.jp/seifu/23/ysar010.pdf>

社団法人 日本医師会

4. 医師確保へ向けて

－医学部教育と臨床研修制度の見直し－

医学部4年生終了時

1. 4年生終了時に、CBT、OSCE※)を課し、各大学が合格者に参加型臨床実習の参加資格を与える。

※) CBT(Computer Based Testing 医学的知識を問う試験)  
OSCE(Objective Structured Clinical Examination 客観的臨床能力試験)

2. 現在のCBT・OSCEでは、大学が独自に合格基準を設定しているが、全国統一の判定基準の導入を目指す。

3. 参加型臨床実習は、モデル・コア・カリキュラムを尊重し、基礎医学・臨床医学・社会医学が密接に関係しあっていることを認識できるものにする。

4. 実習内容は、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会等でフォローし、文部科学省および厚生労働省が連携して、参加型臨床実習の水準向上のために必要な支援を行っていく。

社団法人 日本医師会

臨床研修制度 基本3原則(2000.11)

新医師臨床研修の基本3原則(参議院国民福祉委員会附帯決議)

1. 医師としての人格を涵養
2. プライマリ・ケアへの理解を深め患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を修得
3. アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備

日本医師会は、今後も新医師臨床研修の基本3原則を堅持すべきと考える。そのうえで、日本医師会は地域医療を代表する立場から、日本の医療を担う若手医師の養成を支えていく。

社団法人 日本医師会

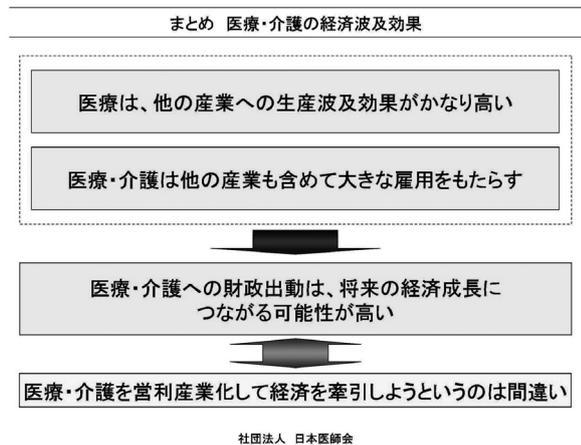
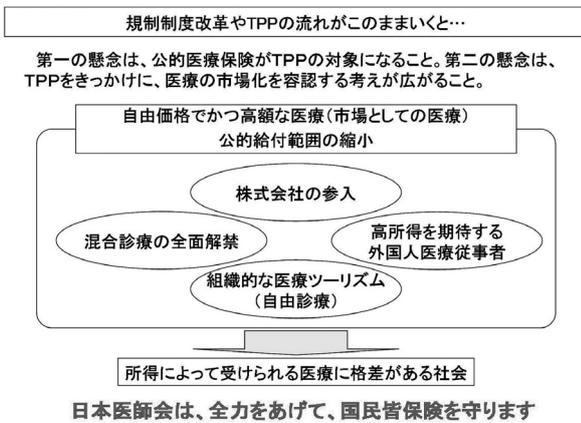
医師不足対策としては、医学部を新設するのではなく現在ある医学部に定員増で対応する。

医学部新設では、1学年100名程度だ。医学部新設の膨大な予算と指導医の募集で地域医療維持が困難になる。日本の国公私立80大学に2名募集増で医師確保は解決できるし医師過剰にも医学生数調節で解決できる。地域偏在・診療科偏在の是正や将来の医師数の調整も検討される。

### 5. 医療の非営利性の確保

医療の非営利性の確保—TPPの問題点

公的医療保険がTPPの対象になり、医療の市場化を容認することになる。



日本医師会は、全力をあげて、国民皆保険を守る覚悟であり、医療や介護が営利産業化して経済を牽引することは間違いである。診療報酬改定において適正な医療費を確保するための活動や受診時定額負担導入に反対への活動を展開していると講演された。

### シンポジウム

座長：今村 定臣（日本医師会常任理事）

「母体保護法の適正な運用」をテーマにシンポジウムが行われた。

#### (1) 母体保護法をめぐる法的問題について

白須和裕（神奈川県小田原市立病院副院長・日産婦医会常任理事）

母体保護法について、成立の経緯を説明。その上で、産むか、産まないかの選択を女性の基本的人権の1つとする「リプロダクティブヘルス・ライツ」（性と生殖に関する健康・権利）に触れ、平成12年に日本産婦人医会が、妊娠12週目までは、女性の権利に基づく任意の人工妊娠中絶を認めるべきとの提言をしたことを紹介した。

#### 母体保護法成立の経緯

- 1948年(昭和23年) 優生保護法が議員提案により制定
- 1949年(昭和24年) 経済条項が適応となる
- 1972年(昭和47年)、1982年(昭和57年) 経済条項の削除や胎児条項の容認をめぐって法改正の動き
- 1993年(平成 5年) 障害者基本法の制定
- 1994年(平成 6年) 国際人口開発会議(カイロ)「行動計画」の採択
- 1995年(平成 7年) 世界女性会議(北京)「行動綱領」の採択
- 1996年(平成 8年) 優生保護法の名称を改め母体保護法の成立

#### リプロダクティブヘルス・ライツ (性と生殖に関する健康・権利)

産むか、産まないかを選択・決定することは女性の権利(自己決定権)であり、それは女性の基本的人権の一つである。

生殖に関する女性の自己決定権

(女性差別撤廃条約16条:1979年、国連で採択)

子の数及び出産の間隔を自由にかつ責任をもって決定する同一の権利ならびにこれらの行使を可能にする情報、教育及び手段を享受する同一の権利を保障

#### 人工妊娠中絶における配偶者の同意

母体保護法(医師の認定による人工妊娠中絶)

第14条 都道府県の区域を単位として設立された公益社団法人たる医師会の指定する医師(以下「指定医師」という。)は、次の各号の一に該当する者に対して、本人及び配偶者の同意を得て、人工妊娠中絶を行うことができる。

- 一 妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの
  - 二 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫され妊娠したもの
- 2 前項の同意は、配偶者が知れないとき若しくはその意思を表示することができないとき又は妊娠後に配偶者がなくなったときには本人の同意だけで足りる。

## 多胎減数手術について

日本産婦人科医会提言(2000年)

人工妊娠中絶の定義の変更

母体保護法における人工妊娠中絶の定義を「人工妊娠中絶とは、胎児が母体外において、生命を継続することのできない時期に、人工的に、胎児及びその附属物を母体外に排出する場合、又は母体内において胎児を消滅させる場合をいう」と変更し、母体保護法のもとでの多胎減数手術を可能にする。

日本医師会母体保護法等に関する検討委員会答申(2007年)

結論の主旨: 刑法の墮胎罪、母体保護法の人工妊娠中絶の規定などの解釈により多胎減数手術が可能であるかを検討すべきである。

また、人工妊娠中絶における配偶者の同意規定の問題点を指摘し、母体保護法の観点から考えていく必要があるとした。

母体保護法制定の時には予想もしなかった不妊症治療により多胎妊娠が成立した症例がある。その減数手術について、母子の生命健康保護の観点から実施されるものは認められえりと思えるが、解決すべき法的問題があるとも述べた。

### (2) 人工妊娠中絶手術に関わる医療事故事例について

石渡勇 (茨城県医師会副会長・日本産婦人科医会常務理事)

日医医師賠償責任保険等のデータから、人工妊娠中絶手術にかかわる医療事故例について報告。

子宮穿孔、不完全手術、麻酔事故、感染などで死亡事例も発生している。数々の事例を紹介し、中絶不全による妊娠継続のケースでは、術後超音波での確認や、1週間後の来院指示を文書等で明確に行うことが重要であることを強調した。患者の不当なクレームや、配偶者等から脅迫まがいの不当請求があった場合には、警察へ通告して法的対抗手段をとるべきだとして、

1. 初回妊娠の中絶はなるべく行わない。
2. 中絶時には入院させる。
3. 妊娠12～15週の中絶に注意する。
4. 同意書は必ず取る。

など、具体的な医療事故防止対策を挙げた。医療行為には危険性を避けられないこともある。合併症や医療事故が起こったら、必ず所属の医師会および弁護士に相談することなど講演された。

人工妊娠中絶にかかわる事件の内容

内容	件数	割合(%)
不同意中絶	7	5
中絶不全(妊娠継続)	43	32
中絶時および中絶後障害	67	50
その他	17	13
合計	134	100

産婦人科医事紛争の症例に学ぶ  
奥山道雄  
1983年～1998年

紛争事例の臨床分類

中絶	134
分娩	211
新生児	234
診断	117
手術	71
その他	149

産婦人科医事紛争の症例に学ぶ  
1983年～1998年  
奥山道雄

人工妊娠中絶に関する医療事故防止対策

人工妊娠中絶に関する医事紛争では前述の障害はもちろん、麻酔事故または原因不明の死亡事故、同意書についてのトラブルが多い。このような紛争を防止するには、指定医師必携(日産婦医会)の内容を熟読し、常に慎重な態度をもって実施すべきものであり、以下要点を再掲する。

- (1) 初回妊娠の中絶はなるべく行わないように説明する。
- (2) 中絶時には入院させる。特にミソピスタ使用時。
- (3) 妊娠12～15週の中絶に注意する。
- (4) 同意書を必ずとる。
- (5) 中絶を軽視せず、開腹術と同様な心構えをもって行うほか、子宮損傷(子宮頸管裂傷、子宮穿孔)、出血防止、感染の予防に努める。
- (6) 子宮頸管裂傷、子宮穿孔、弛緩出血、DIC、薬物ショックなどに注意する。特に既往帝切例では子宮破裂を起こしやすいので注意する。
- (7) 必ず絨毛を確認する(水試験など)。
- (8) 子宮外妊娠を疑う場合は経膈超音波による厳重なチェックをする。また、患者にはあらかじめ説明しておく。
- (9) 中絶の適応を適確に決定し、必ずカルテを作成し記録する。
- (10) 中絶後の届出に関して遺漏なく実施する。
- (11) 1週間後必ず来院させる。遺残(特に妊娠継続)のないことを確認

### 流産手術・人工妊娠中絶に関わる事例 日産婦医会

	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年/中絶例	合計	
子宮損傷・穿孔	8	3	11	7	7	6	16	7	58
不完全手術	2	1	1	5	3	3	4	3	19
麻酔事故	1	0	0	1	0	0	0	0	2
その他	4	3	1	2	0	2	4*	1	16
合計	15	7	13	15	10	11	24	11	95

\*死亡事例が2例、心停止が1例発生:

- ①術後2時間で脳幹部出血にて死亡
- ②術後46分で酸素飽和度の低下、心室細動が起こり、蘇生に反応せず死亡
- ③心停止事例1例発生:迷走神経反射での母体心停止:アトロピン投与で回復

(母子保健統計)	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
中絶数(単位千人)	301	289	276	256	242	223	*
実施率(女子総人口千対)	10.6	10.3	9.9	9.3	8.8	8.2	*

\* 未発表

### (3) 改正母体保護法と今後の課題

今村定臣 (日本医師会常任理事)

公益法人改革において母体保護法指定医師を

「公益法人たる医師会」が指定する旨が明記され、一般社団法人に移行した都道府県医師会は指定権を失うという問題が発生したことから、日医内にプロジェクト委員会を設置し、解決に向け与野党に働きかけた経緯を説明。その結果、母体保護法に、指定医師を指定する医師会の特例が盛り込まれたことを報告した。

### 母体保護法の目的

母体保護法は、刑法212条等に規定する墮胎罪の適用除外として、母性の生命、健康を保護すること等を目的に、昭和23年に優生保護法として制定された。以来、同法第14条において人工妊娠中絶手術を行いうる医師の指定については、制度発足当初より、その指定権限を都道府県医師会が持つことが規定されている。

各都道府県医師会は、同法を遵守し、この極めて公共性の高い母体保護法指定医師の指定という重い責務を63年間にわたり適切に果たしている。

JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

### 問題解決のための対応③

#### 与野党議員へのロビイングの展開

➢平成22年11月、「母体保護法指定医師の指定権に関する検討小委員会」福田委員長の紹介により、松野頼久官房副長官(当時)と面会・陳情

#### ⇒このことが法改正に向けたエポックメイキングに

➢広く与野党への働きかけのきっかけに終わっただけでなく、医師会、産婦人科医会として受け入れ可能な具体的改正案が提示されるに至った。

JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

非会員に対する指定の取り扱いや指定・更新のあり方が今後の課題であるとし、研修カリキュラムの検討や、日医の「母体保護法指定基準モデル」の改定も視野にいれた対応が必要だと認識を示した。

### 非会員に対する指定の取扱い④

#### 適切な指定・更新の実施に向けて

➢母体保護法の理念に則り、適切に指定、更新等が実施されるよう、より一層の公正性・公平性が確保されるようお願いする。

(平23.7.5 母体保護法の一部を改正する法律の施行について(日医発第303号(地Ⅲ68)通知より)

JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

### 指定・更新のあり方③

#### 母体保護法指定医師の指定基準(モデル)細則における更新の条件

- ① 更新の際、研修の受講を証明するものの提出を義務付ける。  
日本産婦人科医会研修参加証6枚相当。(日本医師会生涯教育制度参加証、都道府県医師会研修証明証、日本産科婦人科学会研修シール等を勘案する。)
- ② 人口妊娠中絶手術の届出について更新までに必要な届出を行っていない場合には、指定の更新を保留する。
- ③ 指定医師更新申請書の作成  
⇒他の制度との比較により、研修の内容等を検討することも必要。

JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

### 指定・更新のあり方⑦

#### 母体保護法指定医師の指定・更新

- 医師という資格の上に、一定の要件のもとに資格を法的に設定しているのは、精神保健指定医と母体保護法指定医師である。
- 母体保護法指定医師に対する研修も各都道府県医師会、産婦人科医会、産科婦人科学会の連携の下に適切に実施されているものと推察されるが、カリキュラム、時間数等が全国的に統一されているわけではない。
- 精神保健指定医に対する指定、更新の研修内容と時間などを参考として、あるべき研修カリキュラムを検討することも必要と思われる。

JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

### まとめ

- 今回の母体保護法の改正の実現に際して、各地の医師会、産婦人科医会の強力な支援に心から御礼申し上げます。
- 母体保護法改正論議のなかで、これまでの都道府県医師会による指定が、ピア・レビュー、プロフェッショナル・オートノミーにより、63年間適切に運営されてきたことを評価すべきと主張してきました。
- 母体保護法の理念に基づき、さらに指定・更新が円滑・適正に運用されるよう、日本医師会作成の『母体保護法指定医師の指定基準』モデルの改訂も視野に入れた対応が必要と認識しています。
- 今後より公正で適切な運用を図るべく、関係各位のご協力をあらためてお願い申し上げます。

JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

指定の許可や更新には、医師の専門的知識、技術、倫理性が審査されるので、その地域の医療界の実情を確認できる医師による評価審査が必要だ。

#### (4) 指定発言—行政の立場から

泉陽子 (厚労省雇用均等・児童家庭局母子保健課長)

母体保護法改正の議員立法の過程で呈された問題として、

1. なぜ大臣ではなく都道府県医師会が指定

しているのか？

2. 公益社団法人と比べ、一般社団法人は社会的信頼が低いのではないかな？
3. 統一的な指定基準はあるのかな？国が定めるべきではないかな？

指定基準を国が定めるべきとの指摘が相次いだと一層の適切な運用を求めた。

このほか、児童虐待による死亡例の2割が生後早期であるとして「産婦人科医師の協力によって、妊娠中から虐待防止に取り組みたい」と述べ、望まない妊娠などの相談窓口を各都道府県に整備していることなどを説明した。

その後の討議では、シンポジストと参加者との間で活発な質疑応答が行われた。

## 印象記

理事 金城 忠雄

シンポジウムは、現在の母体保護法が昭和23年優生保護法として成立しその変遷の説明から始まった。法律の目的は、終戦後復員した男性によりベビーブーム人口爆発の抑制と危険なヤミ中絶を減らし妊婦の健康を守ることにあった。当時は、避妊方法も少なく、ヤミの中絶に頼らざるを得なかった。一定の収入源になるので産婦人科医ばかりでなく、畑違いの医師まで手術に手を出し医療事故が多発した。

昭和22年、産児調節運動家で知られた衆議院議員太田典礼等が中心になり墮胎罪をなくす立法に努力した。優生思想もあり「食糧難と人口増加、ヤミの中絶をやめさせること」を理由に、GHQから了解を得て法律化された。手術資格は、優生保護法指定医に認定し手術数の報告を義務づけた。手術報告義務のある今日、弁護士さえ看護学校の授業でヤミの中絶が多いと講義していると聞き、認識不足もはなはだしいと思っている。

米国に類似の法律がない時代、ジョンズホプキンスで研修していた産婦人科医故柳田洋一郎氏は、アメリカから「abortion tour」と称して日本に押しかけたと報告していた。手術を受ける女性は、人にも言えず苦悩で深刻な問題をかかえている。術者にも印象の良くない医療行為であることは確かである。

平成8年には、優生保護法を母体保護法と法律名も変え、最近是不妊治療による多胎妊娠の減数手術等医学の進歩や「リプロダクティブ・ヘルスライツ」女性の権利との考え方がおこり、法律の施行は複雑になってきている。

さて、今回の改正母体保護法では、これまで通りに各都道府県医師会が母体保護法指定医を認定できると改正された。しかし、厚生労働省の担当課長は法律改正の議論の中で、何故大臣でなく私的な医師会に指定権を与えるのか、公益法人に比較して一般社団法人は社会的信頼が低いのではないかな、指定基準は、国が定めるべきではないかななどの疑問点が相次いだと報告している。

沖縄県医師会は、厚労働大臣の代理を担う重責であり、尚一層慎重に審議をし、母体保護法指定の産婦人科医も、真摯に診療にあたってもらいたいと思う。

# 新型インフルエンザの診療に関する研修 ～今後発生が予想される病原性の高いインフルエンザに備えて～



理事 宮里 善次

日時：平成23年11月6日（日）  
場所：ベルサール八重洲（東京都新宿区）  
主催：厚生労働省  
共催：日本呼吸器学会  
後援：日本環境感染学会、日本感染症学会、  
呼吸器ケア・リハビリテーション学会

表1

## 日本呼吸器療法学会 新型インフルエンザ人工呼吸器装着例登録

・ 2010.1.22まで 88例 (2-83歳 -中央値10歳)  
・ 死亡 13例  
    15歳未満 1/48  
    15歳以上 12/38

成人 38例  
妊婦 0  
BMI 25以上 16 (生存12 死亡4)  
    25以下 5 (生存5 死亡1)

\* 妊婦、肥満は死亡の危険因子とはなっていない

—成育医療センター 中川 聡先生

厚生労働省  
報告のあった死亡者203例中に妊婦例なし  
日本小児科学会  
新生児死亡例、NICU管理例はなかった  
早産例が多かった

上記研究会に参加したので、要約を報告する。  
研究会では以下に示す基調講演2題と今後の  
課題と題して2題が発表された。

### 基調講演

#### 1. 新型インフルエンザ (A/H1N1) の総括及 び鳥インフルエンザ (H5N1) の流行の現状 国立感染症研究所感染症情報センター 長：岡部 信彦

基調講演の演題1はメキシコ型ブタインフル  
エンザの流行状況が報告された。死亡率の各国  
比較で日本は米国、カナダ、メキシコに比べて  
極めて低い (図1)。また、重症化して人工呼吸  
器装着となった症例も88例で、危険因子とさ

れた妊婦や肥満症例においても死亡率は高く  
ない。特に、妊婦の死亡がなかったことは特筆に  
値する (表1)。皆保険による迅速な判断及び適  
宜なタミフル投与、日本人の衛生意識の高さに  
よると推察される旨の報告があった。

#### 2. 鳥インフルエンザ (H5N1) の経験症例 公益財団法人結核予防会複十字病院診療 アドバイザー：工藤 宏一郎

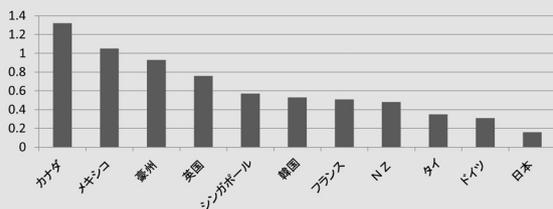
基調講演の演題2はベトナムに於いて、  
PCRで鳥インフルエンザH5N1が証明され  
た肺炎の治療が報告された。臨床症状とし  
ては、メキシコ型ブタインフルエンザ  
A/H1N1と同様、進行が著しく速く、胸部  
レントゲン所見も肺の全体に及ぶ間質性パ  
ターンで、病理像もほぼ同じであると提示  
があった。WHO提案の基本治療に加えて、  
重篤な症例では血液浄化療法を施行 (表2、  
図2)。

救命できた症例は、発症から治療開始ま  
でが5日以内で、助かった2歳女兒は発症

### 新型インフルエンザの死亡率の各国比較

	米国	カナダ	メキシコ	豪州	英国	シンガポ ール	韓国	フランス	NZ	タイ	ドイツ	日本
集計日	2/13	4/10	3/12	3/12	3/14	4月末	5/14	—	3/21	—	5/18	5/26
死亡数	推計 12,000	428	1,111	191	457	25	257	312	20	225	255	199
人口10万 対 死亡率	(3.96)	1.32	1.05	0.93	0.76	0.57	0.53	0.51	0.48	0.35	0.31	0.16
PCR	—	全例	—	—	—	全例	全例	260名はPCR で確定	—	全例	—	184名はPCR で確定

※尚、各国の死亡率に関してはそれぞれ定義が異なり、一義的に比較対象とならないことに留意が必要。



出典：各国政府・WHOホームページから厚生労働省で作成

図1

## 重症肺炎に対する新規治療法

### ポリミキシンBカラムを使用した血液浄化療法

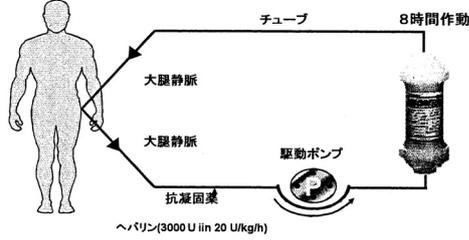


図2

表2

## 基本的治療と重症肺炎の治療

- 基本的治療・・・WHOの提案
  - 抗ウイルス薬
  - 抗生物質
  - 酸素療法
  - 気管内挿管
  - 低用量全身的コルチコステロイド
  - 抗炎症・解熱薬 (NSAIDs)
  - 感染コントロール
- 重症肺炎の治療・・・検討中！
  - 血液浄化療法 など

2日目のタミフル投与が著効していた。

演者の印象としては、ステロイド投与が救命に大きく関わっている旨の発表があったが、症例を重ねる必要があるだろう。

死亡例は、7日以上経過してから、治療開始している症例がほとんどであった。

結論として、6日以内の治療介入が重症肺炎の回避、生存へと繋がる。ARDSに対し、血液浄化療法が有効であることが示唆されたと報告があった。

### 今後の課題

1. 今後発生が予想される病原性の高いインフルエンザへの対策  
厚生労働省健康局結核感染症課新  
型インフルエンザ対策推進室長：  
神ノ田 昌博

今後の課題における演題1では、「新  
型インフルエンザ対策行動計画の改定」

の提案がなされた。前回の反省を踏まえて、行動計画の明確化と弾力的な運用を見直す (表3)。

意思決定システムの明確化と地域の状況に応じた対策の必要性が提案された (表4)。

批評の矢面に立たされた水際対策も変更案が提示された (表5)。

表3

### 総論的事項(1)

旧行動計画は、病原性の高い新型インフルエンザのみを想定した内容となっているが、2009年度の経験を踏まえて、ウイルスの病原性・感染力等に応じた柔軟な対策を迅速・合理的に実施できるよう、以下のように見直す。

1. 行動計画の対象の明確化
  - 行動計画が対象とする新型インフルエンザについては、発生したウイルスによって、病原性・感染力等は様々な場合が想定される
2. 行動計画の運用の弾力化
  - 対象となる新型インフルエンザの多様性を踏まえ、対策も多様
  - ウイルスの特徴(病原性・感染力等)に関する情報が得られ次第、その程度等に応じ、実施すべき対策を決定

表4

### 総論的事項(2)

3. 意思決定システムの明確化
  - 政府対策本部、厚生労働省対策本部、新型インフルエンザ専門家会議といった政府の意思決定に関わる組織を整理
4. 地域の状況に応じた対策の必要性
  - 地方自治体を中心となって実施する医療提供体制確保、感染拡大防止等に関して、地域の状況に応じて判断を行い対策を推進
  - 国レベルでの発生段階に加えて、地域(都道府県)レベルでの発生段階を新たに設置
    - ・地域未発生期
    - ・地域発生早期
    - ・地域感染期

表5

## 水際対策

旧行動計画では、検疫の強化等の「水際対策」の記載が多く、その実施期間も第三段階(改定後でいう「国内感染期」)までと長く設定されていたが、検疫の有効性に限界があることを踏まえ、以下のように見直す。

1. 水際対策の位置づけの明確化
  - ウイルスの国内侵入を完全に防ぐという誤解を与えないよう、水際対策の趣旨(あくまでも国内発生をできるだけ遅らせるために行われるものであり、ウイルスの進入を完全に防ぐための対策ではない)を脚注に記載
  - 検疫等により、国内発生をできるだけ遅らせ、国内発生が遅延と早期発見に努める
    - ・発生が疑われる場合、WHOフェーズ4宣言前でも検疫強化等の水際対策を開始
    - ・検疫の強化を行っても、感染者は入国し得るため、海外発生期から、国内の医療体制等を整備
2. 機動的な縮小
  - ウイルスの特徴(病原性・感染力等)や発生状況等に関する情報を踏まえ、発生段階の途中であっても、合理性が認められなくなった場合には機動的に措置を縮小
3. 検疫集約港の追加
  - 停留を実施する場合に検疫実施場所の集約化を図ることを検討
  - 実態に合わせて、集約港に羽田空港及び博多港を追加

また、社会・経済機能維持に関しても、4つの要望点が明記されている(表6)。結果、全会一致で小児肥満ガイドラインの作成に向けた方向性が決定された。

表6

社会・経済機能維持	
行動計画の、「社会・経済機能維持」に関する記載について、社会・経済機能の破綻を防止するため、以下の点を明記。	
1.	事業継続のための法令の弾力運用の周知
2.	生産・物流事業者等への医薬品・食品等の円滑な流通の要請
3.	生活関連物資等の安定化のため、買い占め等への監視、国民相談窓口の設置
4.	中小企業などの経営安定に資する政府関係金融機関への要請

**2. 病原性の高い新型インフルエンザ診療に求められる診療体制**

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科病態機構学小児科学教授：森島 恒雄  
成田赤十字病院感染症科部長：野口 博史

今後の課題における演題2では、小児科診療の視点から報告があった。

米国と日本の小児における統計比較で、日本での死亡率が極めて低いことが分かる(表7)。

表7

小児における「新型インフルエンザ」の統計	
・入院者数(0-14歳/全年齢)	=13981人/17646人 (79.2%)
・重症肺炎(小児科学会対策室届け出)	=404人(6月30日) (肺炎の所見・酸素投与・1週間以上の入院) 推定:全国約10000人が肺炎で入院。
・インフルエンザ脳症(厚労省研究班)	=188人(4月30日)
・15歳未満の小児死亡(厚生労働省への届出、4月30日)	全年齢死亡者(同)202人の約20%
・米国CDCの18歳未満の小児死亡例は、PCR診断;	334人(4月3日) 推計小児死亡 1,200人以上(CDC)

死亡例の臨床的特徴を示す(表8)。

また、もっとも入院例が多かった肺炎の特徴が示され(表9)、2009年の新型インフルエンザを振り返って、どのように考えて対策を立てるかという提案がなされた(表10)。

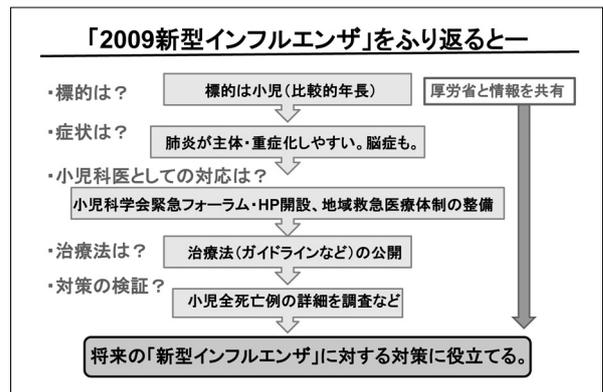
表8

小児死亡全41例の臨床的特徴	
(1)CPA(15例):	低年齢かつ基礎疾患なし
(2)急性脳症(15例):	1/3に基礎疾患有、著明な脳浮腫
(3)呼吸不全(6例):	5/6に基礎疾患有
(4)心筋症(2例):	2例とも12歳以上
(5)Septic Shock(2例):	発症時から高度のShock症状

表9

小児「新型インフルエンザ」肺炎のまとめ	
・	入院症例は年長児が多かった。
・	入院理由は呼吸障害が多かった。
・	発熱から呼吸障害発現までの時間が短かった。
・	低酸素血症の程度が強く、SpO <sub>2</sub> 測定が重要であった。
・	ウイルス性肺炎が主で、細菌感染の合併は稀だった。
・	喘息の既往が多かったが、肺炎の発症と喘息の重症度は必ずしも相関はなかった。
・	IgEの上昇を伴う肺局所の炎症が起きていた。
・	酸化ストレスによる組織障害が示唆された。

表10



# 日本の医療を守るための総決起大会



会長 宮城 信雄



去る12月9日（金）、日本医師会館において、国民医療推進協議会（加盟40団体）主催による標記大会が開催されたので、その概要を以下に報告する。

司会の今村聡日本医師会常任理事より開会が宣された。

## 挨拶

### 主催者代表

原中勝征国民医療推進協議会長（日本医師会長）

平成18年に患者の窓口負担が3割と定められた際、これ以上の負担は決してないと約束されたはずだが、ご高承のとおり受診時定額負担が提案されている。高額療養費制度の負担軽減を図るために、受診者に対して受診する毎に100円を負担してもらう案となっているが、もしこの制度が導入された場合、徐々にその額を上げていくのは明かである。私達は、高額療養費に対する手当を施さなければならないことは

十分に分かっているが、その財源を受診者から徴収することは本来の医療保険の制度から逸脱していることから反対しているのである。導入されて50年経った国民皆保険制度が今、様々な問題を抱えている。既に100万人以上が保険に加入しておらず、20%が保険料を納めていない状況である。このような時に、私共は永年にわたって継続可能な国民皆保険制度としていくために、どのようなことをすべきか提案してきた。収入の高い方が協会健保の健康保険の納める額と同じ額に改正することができれば、健康保険制度はしばらくの間持続可能であり、その時がきたら再度検討していけば良いとの考えである。それが最良の道ではないかと考えている。受診毎に弱い立場にある患者に負担させるという考えには決して賛成できるものではないことを改めて認識していただきたい。

また、TPP問題については、関税の撤廃はやむを得ないとしても、非関税障壁において、

国民皆保険制度が障壁となるとして改正するよう提訴される恐れもある。これらを審理する裁判所ではあくまで投資を円滑にする目的に沿った内容であるかを判断するものであり、世界に冠たる国民皆保険制度がどうなってしまうのか全く予測出来ない。

TPP 賛成の方には、国民皆保険制度をはじめとする医療に関することだけは手を付けないということを前提に交渉して頂きたいとお願いしているところである。

現在の少子・超高齢社会において、この制度が崩れるようなことがあると、国内の治安は乱れると思う。

現在の様々な不平・不満が犯罪に結びついていることを考えたとき、国民が一生涯安心して幸せな生活を送るための制度を死守しなければならないと心から感じている。

ここにお集まりの先生方は、全く自分達の利益を考えず国民の平和のため、健康で長生きできる社会を持続させるために心を一つにしてこの制度に反対している。

医療関係団体の殆どを網羅する40団体の集まりである国民医療推進協議会が一つになり、世界一の国民皆保険制度を堅持する合意がなされるよう祈念して挨拶に代えさせていただく。

#### 野中博東京都医師会会長

受診時定額負担、TPP 問題など、日本の大切な医療制度を揺るがす様々な提案が政府から出されている。これまでに国民皆保険制度が何をもたらしたかということ、等しく医療を受ける権利を作っただけでは無く、共に助け合い、連帯する精神によってこの立派な国が創られたのであり、その根幹にあるのが国民皆保険制度であると思っている。ご承知のように国民皆保険制度が出来て50周年であるが、この制度が出来前は極端に言えば一家に病人が出れば医療に掛かって破産するか、だまって死を待つかを選択しなければならない方達がいた。しかし、この国民皆保険制度により、やむなく病気を抱えても等しく医療が受けられるようになった。

この制度がもたらしたのはただ単に健康を回復するだけではなく、皆が共に助け合う連帯をつくったことにこの制度の意義を感じている。昭和20年に日本が敗戦し、焼け野原から現在の国に復興した。その復興の原点に国民皆保険制度があったと信じている。また、弱者を切り捨てないこともこの制度の意義である。経済が発展することは当然として必要であるが、その発展のために弱者を切り捨てて良いのか。少なくとも我が国はそのようなことをしないためにこの制度が実施され、医療関係者、政治家は大事に守ってきた。世界の経済がゆるぐ中で、米国のように経済を優先し弱者を切り捨てるような国に対して、むしろこの制度を広めていくことが大事であると思う。そのためには、本日お集まりの皆さんが心をひとつにして政治に働きかけ、我が国の医療制度を守っていくことが、国のあり方にとっていかに大事であるということをご理解いただき、一致団結して行動しなければならない。

#### 来賓挨拶

民主党筆頭副幹事長の鈴木克昌氏をはじめ、多数の国会議員が挨拶に立たれ、国民皆保険制度を中核とした社会保障を守っていく旨の挨拶が述べられた。

また、司会の今村日本医師会常任理事より出席された国会議員の紹介が行われた。

#### 趣旨説明

##### 横倉義武日本医師会副会長

東日本大震災が3月11日に発災し、このような時にこそ国民全体がお互いを支えあう国民皆保険の精神を生かしていかなければいけない。そのような中、7月1日に税と社会保障一体改革の成案が閣議報告され、医療や介護に十分な財源と人材を充てるべきであるとしている。正にそのとおりであり、やっと政治が医療や介護という国民生活の基盤に目を向けてくれたとの大いなる期待をもってその報告書を読ませて頂いた。しかしながら、受診時定額負担と

いう新たな問題が生じた。本来の保険制度から逸脱した制度を皆保険制度に組み込まずとする問題点がある。これを導入すれば、国民皆保険制度の崩壊が始まる。

戦後の復興期に国民皆保険制度が出来てから、50周年の節目を迎える本年に、この制度を崩壊の道に進ませることがあってはならないという気持ちで本日はお集まり頂いている。また、TPP問題については、野田総理が交渉参加を表明した。この問題についても様々な将来不安がある。国民が今後の生活に不安を抱えている。国民皆保険制度が崩壊の道を進まんとしていることを国民に知らせ、理解をしていただくことが我々医療人の責務として、この運動を全国的に展開してきた。今回の署名活動では、7,732,801名もの署名を頂いた。過日、原中会長以下代表の皆様方が衆議院議長、参議院議長へ国民の声と共に強く要望したところである。

本日の大会にご参集の皆様方の熱い思いを政治の場に訴え、何とか解決して頂くよう国会議員の先生方をお願い申し上げる。

## 決意表明

### 大久保満男日本歯科医師会会長

本決起大会は受診時定額負担とTPPへの反対を趣旨としている。

私は窓口負担が3割になった時点で社会保障の限度を超えていると考え、これまで反対し続けてきた。我が国の社会学者がドイツを訪れ、社会保障について議論した際、日本では患者の窓口負担が3割であることを説明すると、「それでも公的社会保障制度と言えるのか」と問われたとのことである。経済格差が進んでいる中で、更に負担を求めることは、医療の現場で患者と向き合っている我々にとって更に負担を求めることは、理屈を超えた耐え難いものである。

共通したこの思いで皆さんと共に反対し続けていきたい。

医療関係者にとって当然のことであるが、医療は提供者と患者との人間的な関係の中でのみ存在する。同時に医療は、病院や診療所という

医療を提供する場を必要とする。そしてその場において最も必要なのは、地域社会の中にしっかりと根を張っていることである。病院や診療所は地域において社会的存在として位置づけられ、従ってその中にいる患者と我々提供者の関係も社会的関係にある。我が国ではその関係において、先達、政府、政治、国民がそれぞれ堪え忍びながら努力し、今日の世界に冠たる国民皆保険制度に育てきた。

そのような医療を、TPPというある種の仮想空間に持ち込まずとすることは、医療にとって最も大事な地域社会あるいは国家における医療の根を切り取り、市場という場に差し出すようなものである。

論理的にあり得ないことを強行しようとするれば、国家や地域社会にとって最も大事な国民の健康を破壊する矛盾が生じる。

そのようなことは絶対にさせてはならないという共通した思いを皆が抱いている。もし、我々が育ててきた国民皆保険制度をTPPの場において、これを崩そうとする意見が他国から出た場合は、毅然として他国を戒めて頂きたい。それでも強引にこの議題を取り上げようとするならば、政府関係者は席を蹴って退出する思いで臨んで欲しい。

### 児玉孝日本薬剤師会会長

我が国では東日本大震災の発災や、デフレ、円高、不況等で先が見えず、国民からすれば困難な時代である。そのような中で、ご承知のとおり日本の国民は絆という言葉を忘れずに、日々一生懸命前を向いて努力している。

しかしながらその国民は、病気や、老後の生活保障に不安を抱えている。

社会保障制度における国民皆保険制度は、いつでもどこでも安心して医療に掛かれるありがたい制度である。しかし、この制度がいつまで続くのかという不安を国民は持っている。その不安を更に助長させているのが、受診時定額負担とTPPである。この不景気において何とか3割負担を凌いでいる方々へ更に負担を求める

のは忍びない。TPPにおいては、貿易立国である日本が参加することについて議論することは当然であると考えるが、医療分野において国民皆保険制度が壊されるのではないかとの不安がある。

医薬品を扱う立場から申し上げると、医薬品アクセスの拡大という項目があり、医薬品の流通障壁の軽減が述べられている。いわば日本の薬価制度を壊すことに繋がり、国民皆保険制度における医薬品はずし等の大きな危険性をはらんでいる。我々は当然の責務として日々、国民の健康のために努力をしている。また、それと同時に患者が安全・安心な医療に掛かれるような環境を提案し、それを守る責務もある。

本日まで参集の方々は特にそのような強い気持ちをもってこの大会に臨まれており、皆さんと共に最後まで頑張っていきたい。

## 決 議

山崎學日本精神科病院協会会長より決議文の朗読説明があり、全会一致で原稿通り承認された。

## 頑張ろうコール

最後に羽生田俊日本医師会副会長の音頭で頑張ろう三唱が行われ、大会の幕を閉じた。

### 決 議

このたびの東日本大震災は、未曾有の出来事であり、被災地の一日も早い復興を願うものである。

このような時こそ、明日の安心を約束する持続可能な社会保障体制を守ることが必要である。

今、患者にさらなる負担を求める受診時定額負担の導入を進める動きがある。

また、TPP 交渉のなかで、公的医療保険が対象となれば、医療の市場化を招く事態が強く懸念される。

これらはいずれもわが国の優れた公的医療保険制度を崩壊へと導くものである。

われわれは、だれもが等しく医療を受けられる国民皆保険を、これからも断固守り続けていく。

以上、決議する。

平成 23 年 12 月 9 日

日本の医療を守るための総決起大会



## 第55回社会保険指導者講習会

～「画像診断 update - 検査の組み立てから診断まで」～

琉球大学大学院医学研究科放射線診断治療学講座 助教 與儀 彰



平成23年10月13日(木)～14日(金)の2日間、日本医師会大講堂にて「画像診断 update - 検査の組み立てから診断まで」をテーマに第55回社会保険指導者講習会が開催された。私は沖縄県医師会を代表して参加したが、各領域において第一線でご活躍されている先生方を講師として招いており、放射線科診断医である私にとっても勉強になる会であった。

以下、それぞれの領域ごとに概要を報告する。

### ● PET-CT

PETはpositron emission tomographyの略語で、陽電子放出断層造影を意味する。PET-CTを有する施設は増加しており、2009年の時点で264施設に上る。2010年の診療報酬改訂にて悪性腫瘍の適用が拡大し、早期胃癌を除く悪性腫瘍に対してFDG-PETを施行出来るようになった。FDG-PETが診療に与えるインパクトは大きい。病期診断がより正確になるのみならず、治療効果判定や予後予測についても研究が進んでいる。特に乳癌や悪性リンパ腫の治療効果判定に対するFDG-PETの有用性は高い。

頭頸部癌においては、特に重複癌の検出に有用である。食道癌は生理的集積が少ないため、FDG-PETにて発見されやすい。

肺癌は病期診断および再発診断に有用であるが、1cm以下の結節の良悪性の鑑別は困難とされる。またN2診断に有用だが、1cm未満のリンパ節の診断成績にばらつきがある。

乳癌は、局所診断はマンモグラフィやエコー検査には及ばないが、他臓器転移や術後再発の診断には有用である。また、上述のように術前化学療法の効果判定にも有用で、両者は2008

年度版乳がん診療ガイドラインにおいても推奨グレードはBに設定されている。骨転移にも有用であるが、造骨型は骨シンチの方が検出率が高い。

胃癌に対してはFDG-PETの有用性はやや低く、スキルス・印環細胞癌でのFDGの集積は低い。

胆嚢癌は内腔型や塊状型は高集積になるのに対して、壁肥厚型は検出困難である。また、しばしば問題となる黄色肉芽腫性胆嚢との鑑別は、FDG-PETでも難しい。

直腸は炎症によってFDGが集積するため、直腸癌の診断はやや難しいことがある。しかし再発腫瘍の検出感度は高く、有用である。

膀胱癌にはFDGはよく取り込まれるが、糖尿病合併例では集積が低下することがある。

子宮癌にはFDGは良好に集積し、播種、遠隔転移、再発腫瘍の検出にはCTやMRIよりも有用である。

卵巣癌に関しては、原発巣の診断精度はあまり高くはなく、これは正常卵巣の排卵時期から黄体形成期に生理的集積がみられることに拠る。ただし閉経後の卵巣にFDGが集積した場合は、癌を疑うべきである。また播種の検出に関してはCTよりも有用性が高い。

### ● 中枢神経・頭頸部

認知症の画像診断の目的は、硬膜下血腫、腫瘍、水痘症などの器質的疾患を除外すること、血管性認知症の診断、アルツハイマー型認知症(AD)と他の変性性認知症の鑑別、ADの早期診断、である。変性性認知症にはAD以外にも前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症など

様々な病型があり、それぞれ特徴的な画像所見を呈する。正しい診断には頭部MRIや脳血流SPECTでの精査が必要であり、画像統計解析は主として核医学検査で行われていたが、近年ではアルツハイマー病診断支援ソフト(VSRAD)も日常臨床で活用され、実績を挙げている。

脳卒中の症例において、まずはCTで脳出血を除外することが重要である。続いて急性期脳梗塞の診断だが、2005年10月のrt-PAによる血栓溶解療法の認可に代表される治療法の進歩により、急性期脳梗塞の早期診断が非常に重要である。急性期脳梗塞の診断は主に拡散強調像に拠るが、単純CTでのいわゆる“early CT sign”も診断に有用である。ただし、early CT signを同定するには一定のトレーニングが必要で、また各施設の正常頭部CT像にも慣れておかなければならない。MELT JapanのHPではearly CT signの画像が掲載されているため、是非ご覧頂きたい。

めまいに対しては、米国放射線科専門医会が検査の妥当性尺度(ACR appropriateness Criteria)を報告している。良性等位性めまいは画像で異常を認めることは稀であるが、メニエル病では前庭水管や内リンパ嚢の異常を評価するため、あるいは炎症や腫瘍の合併を除外するために画像診断は有用である。細菌性迷路炎は迷路の閉塞による液体信号の消失を認め、内耳道内あるいは小脳橋角部病変は画像で容易に検出できる。これらを踏まえ、めまいの症例では、内耳道を含めた造影MRIを行うことが最も妥当性が高いと結論づけている。ただし、中枢性めまいと末梢性めまいとは検査内容が異なるため、可能な限りこれらを区別してもらうことが重要である。

● 呼吸器

HRCTで肺野すりガラス影を呈する疾患として、真菌症(侵襲性アスペルギルス症、ムコール症など)や敗血症性塞栓症、抗酸菌症(結核、非結核性抗酸菌症)などの感染性疾患、原

発性肺癌(高分化型腺癌、扁平上皮癌)、転移性肺癌(血管肉腫、絨毛上皮癌、骨肉腫など)、リンパ増殖性疾患などの腫瘍性病変、非感染性非腫瘍性病変としてはWegener肉芽腫症や好酸球症、器質化肺炎がある。感染性疾患や非感染性非腫瘍性病変は出血や炎症を、腫瘍性病変は肺胞壁に沿う腫瘍の進展や出血を反映する。出血を示唆する所見としてCT halo signが特徴的で、真菌症や敗血症性塞栓症などでよくみられるが、腫瘍からの出血でも認められる。これらを鑑別していく際は、免疫能が正常か異常か、単発病変か多発病変かを判断することが有用である。

高分化型腺癌と器質化肺炎は時として鑑別が難しいが、高分化型腺癌は癌自体が線維化をして縮んでいくため、辺縁が不整で、周囲の気管支や血管を巻き込むようになる。2cm以下の小型腺癌の分類と進展に関する仮説として野口分類が有名で、純粋なすりガラス影を呈する現局性の細気管支肺胞上皮癌(BAC)からBAC+肺胞虚脱、BAC+線維化とすすむにつれて内部にconsolidationが増加していくとされる。高分化型腺癌において、HRCTにおけるGGOの割合を50%で2群に分けた場合、予後に有意差がみられた、という報告(Fig.1)もある。このほか、内部の石灰化や脂肪の有無も高分化型腺癌と器質化肺炎の鑑別に有用である。ただし、肺気腫やブラ肺に生じた肺癌の進展や形態は通常の判断基準が適用できないため、いかなる場合でも肺癌の可能性は念頭に置いておくべきである。pure GGOを認めた場合は、出来る

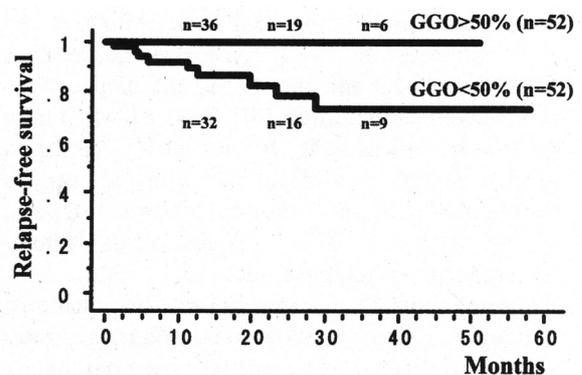


Fig.1 高分化型腺癌におけるHRCT所見と予後

限り薄いスライスでのHRCTにて病変の性状を確認し、1～3ヶ月程度の経過観察において増大を認めた際、BALやTBLBまたは生検を検討する必要がある。

単純X線写真にて肺門や縦隔の拡大を認めた場合は、CTでの精査が必要である。単純CTにて縦隔や肺門部に占拠性病変を認めた場合は、可能な限り造影CTを施行して質的診断を行う。ヨード造影剤が不可能な場合はMRIも有用である。縦隔腫瘍は縦隔の位置（上縦隔、前縦隔、中縦隔、後縦隔）、性状（嚢胞性、充実性）である程度の鑑別が可能である。心外膜脂肪や腕頭動脈の蛇行、食道裂孔ヘルニアは縦隔腫瘍と間違われやすく、注意が必要である。

最初の胸部単純X線写真では、縦隔腫瘍を指摘することはしばしば困難なこともある。また肺門部肺癌もしばしば見落とされるが、無気肺による肺葉の容量減少で生じた葉間線・横隔膜、肺内血管の偏位を見逃さないことが重要である。

● 心臓・血管

胸部単純X線写真にて、心血管影は従来右2弓、左4弓からなるとされてきたが、外側へ凸という意味で弓を作るのは右第2弓（右房）、左第1弓（大動脈弓）、左第4弓（左室）だけである。よってこの名称は国際的には通用しない。新しい呼び方として、右縁上部（上大静脈）、右縁下部（右房）、左縁上部（大動脈弓）に左縁中部（肺動脈および左心耳）、左縁下部（左室）がある。

心・縦隔影の拡大を来す疾患には心拡大、胸腺、心膜液貯留、縦隔病変、縦隔型肺癌、リンパ節腫大、胸膜腫瘍、縦隔側胸水、大動脈および分枝動脈の病変、静脈系の病変がある。これらの所見はしばしばオーバーラップするが、心膜液貯留の診断にはepicardial fat pad signが有用である。

心・縦隔陰影の偏位をきたすものとして胸水、気胸、無気肺、縦隔・肺腫瘍、漏斗胸、胸椎側湾、straight back syndrome、右胸心、Scimitar症候群、肺形成不全・無形性、肺動脈

近位部欠損、先天性心膜欠損などがある。Scimitar症候群はScimitar signと呼ばれる上下方向の線状影、心臓の右方偏位、右肺低形成が特徴である。また左側心膜欠損では、左側臥位での心陰影の著しい左方偏位が特徴である。

心大血管の石灰化を来す疾患として、収縮性心膜炎、心筋梗塞、心室瘤、心筋内腫瘍、リウマチによる心内膜石灰化、心腔内血栓や心腔内腫瘍の内部石灰化、動脈硬化や梅毒、川崎病、動脈管開存などがある。

心右縁上部の膨隆を来す病態には、腕頭動脈の蛇行、大動脈弁狭窄、総肺静脈還流異常がある。上縦隔腫瘍でも同様の変化を来すことがある。心右縁下部の膨隆を来す疾患としてEbstein奇形、大動脈弓部の膨隆には大動脈瘤、肺動脈弓の膨隆には心房中隔欠損による肺高血圧症、肺動脈弁狭窄症、左上大静脈遺残、修正大血管転位がある。これらの部位の膨隆は、腫瘍性病変でも認められることがあり、その場合はhilum overlay signの有無が鑑別に有用である。胸部下行大動脈の膨隆を来す疾患には僧帽弁狭窄症や左房粘液腫がある。これらは左房拡大が原因で、肺高血圧に伴うkerley's B line、肺胞性肺水腫も認められる。胸部下行大動脈の膨隆を来す疾患としては、動脈瘤、急性期高安動脈炎、後縦隔腫瘍などがある。

近年はCTやMRIの発達が目覚ましいが、それでも胸部単純X線写真には全体が外観でき、簡便で安価で、何より低被曝であるというメリットがある。自然放射線による被曝が2.4mSv/年であるに対して、胸部単純X線写真での被曝は0.1mSv/枚である。よってスクリーニングや経過観察には最適で、今後も重要な役割を担う。

● 乳房

近年、我が国での乳癌の罹患率は上昇傾向をたどり、女性の罹患率は一位である。これに伴い乳癌による死亡率も依然上昇しているが、これに対しアメリカやイギリスでは乳癌による死亡率は低下しつつある（Fig.2）。この違いは乳癌検診率の差にあると考えられる。乳癌を予防

することは現時点では不可能なので、早期発見に努めていくことが重要である。

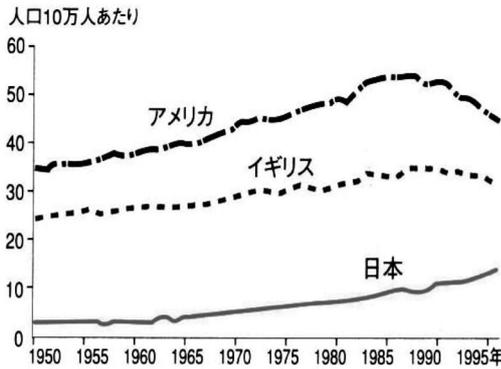


Fig.2 各国の乳癌死亡率

乳癌に伴う症状、所見として、しこり、乳頭分泌、乳房痛がある。しこりは乳癌の重要な所見であるが、小さいしこりや深い位置にあるしこり、厚い乳腺や皮下脂肪に覆われたしこりは触知が難しい。また月経周期にあわせてしこりを生じることもあるので、医師に診察してもらうことが重要である。

乳癌の検査には触診の他にマンモグラフィ、超音波検査がある。マンモグラフィは1回の被曝線量が約1～2mSvで、年間自然放射線量2.4mSvよりも低く、侵襲は低い。圧迫を加えることで乳腺などの重なりが減り、診断しやすい画像が得られる。さらに、石灰化を検索することでしこりを作らない乳癌の発見が可能ではあるが、乳腺量の多い人では発見感度が低下する欠点がある。これに対し、超音波検査は被曝がなく乳腺量が多いほうが発見が容易な点の特徴である。しかし、術者の技量に大きく依存し、脂肪性乳房での腫瘍の検出、腫瘍を形成しない乳癌の検出は不得手である。この二つの検査に触診を併せ、相補的に検査を組み立てていくことが重要である。また、検査を継続して受けさせることも重要である。

細胞診や針生検で乳癌と診断された場合は、全身CTによる転移巣の検出、MRIによる乳癌の広がり診断や対側乳房の病変検出を行うことが重要である。両者はまた、両側乳房を同時に検査することが可能であるメリットもある。MRIは術前化学療法の効果判定にも有用である。

● 骨・関節・軟部・脊椎

軟部腫瘍の鑑別は、石灰化の有無や隣接骨への影響、MRIでの信号パターンが重要な鍵となる。石灰化を伴う良性軟部腫瘍には海綿状血管腫、陳旧性神経鞘腫、深在性軟部組織平滑筋腫、骨外骨腫、傍骨性(骨化性)脂肪腫などがあり、石灰化のパターンでもある程度の良悪性の鑑別がつく。またMRIにおいて多くの腫瘍はT1強調像(T1WI)で低信号、T2強調像(T2WI)で高信号を呈する傾向にあるが、脂肪や亜急性期の血腫、メラニン、蛋白濃度の高い液体はT1WIで高信号を呈し、またT2WIで緻密な膠原線維やヘモジデリンは低信号を呈する。これらを同定することで、腫瘍の鑑別がつくようになる。骨破壊のパターンとしては地図状骨破壊、虫食い状骨破壊、浸透状骨破壊があり、地図状骨破壊には硬化縁を伴うもの、辺縁明瞭で膨張性発育を呈するものや、辺縁不明瞭なものがある。これらの所見は少々のオーバーラップがあるものの良悪性の判断に不可欠で、各疾患の特徴的所見であることもある

骨粗鬆症の早期診断には骨密度測定が必要である。原因として閉経後のエストロゲンやテストステロン不足、加齢性変化、ステロイドなどの医薬品や内分泌疾患に伴う続発性骨粗鬆症がある。骨粗鬆症性骨折は高齢女性に好発し、仙骨に多い。典型的には、骨シンチやMRIにて両側仙腸関節と仙骨の異常による“ホンダサイン”を呈する。

腰痛に対するアプローチで重要なことは初診時に臨床所見から診断トリアージを行うことで、脊椎腫瘍や外傷・骨折、馬尾症候群、感染性・炎症性脊椎炎などのレッドフラグ疾患を鑑別することである。レッドフラグのない急性腰痛に対しては、基本的にはMRIをせずに経過観察をする。ただしレッドフラグ病変による腰痛症は2%以下に過ぎず、神経根症状を伴う腰痛も10%以下で、9割弱が非特異的腰痛とされる。神経根症状を伴う腰痛に対して、慢性症例では術式検討を前提としてMRIは推奨される。しかし進行性でない急性症例では推奨されな

い。これは、無症候性の人でも退行性変化など同様の所見を認めることが多いためである。また非特異的腰痛に対しては、CTやMRI検査は患者の予後改善に貢献市内ばかりか不必要な治療に繋がるおそれがあるため、MRIは推奨されない。腰痛を訴える患者は非常に多く、多彩な病態がこれに関与する。不必要な画像検査を減らすためにも、最初のトリアージが重要である。

● CT・MRI検査・造影剤の適応と副作用

造影剤は基本的に診断薬であって治療薬ではない。そのため重篤な、時に軽度であっても副作用が出現したときに患者の納得が得られない場合が多い。また副作用の種類は多彩で時に重篤に陥ることがあり、ある程度のリスクファクターが分かっているだけでも予知することは容易ではない。よって造影剤の使用に関しては慎重な検討が必要であるが、多くの施設では造影剤の使用は主治医の判断に委ねられているのが現状で、そして各診療科の医師に造影剤の危険性が認知されているとは言い難い。

造影検査のリスクマネジメントに重要な要素として、①CTやMRIにおける造影検査の適応の検討、②造影検査依頼時の問診、説明と同意、③副作用の種類把握、④副作用の注意と対処法、⑤日常の準備、定期的な準備、が挙げられる。

①において、造影検査の目的は病変の描出能の向上、病変の質的診断や広がり診断がある。これらは、例えば肝細胞癌においては造影剤が必須であるが、肺癌においては必要ではない。また肺門リンパ節転移の検索には造影剤が必要なこともあるが、縦隔リンパ節の確認は単純CTで十分である。疾患によって造影剤の適応は細かく分かれており、そういう点で画像診断ガイドラインの整備が必要である。少なくとも造影検査を行う時には、造影することによって得られる情報(利益)が、造影のリスクより高い場合に施行されなければならない。

②において、造影剤を使用する際に問診を行い、使用上の危険性と利益の説明を行い、同意

を得ることは重要である。その際、薬剤使用の適応や投与量、投与に際しての注意は添付文書から把握しておく必要がある。

③の副作用の種類は、急性の副作用 (Fig.3)と遅発性の副作用 (Fig.4)に大別される。前者は造影剤投与中ないし投与直後に生じ、重篤な症状を来しうる。後者は投与後一週間程度で生じ、ほとんど生命の危険性はない。2005年の鳴海らの報告によると、非イオン性ヨード造影剤の重度副作用の発現率は0.04% (2920例)、ガドリニウム造影剤では0.0065% (480例)であった。また死亡例は、前者は0.0003% (185例)、後者は0.0001% (11例)であり、重度副作用の発現率は決して高くない。

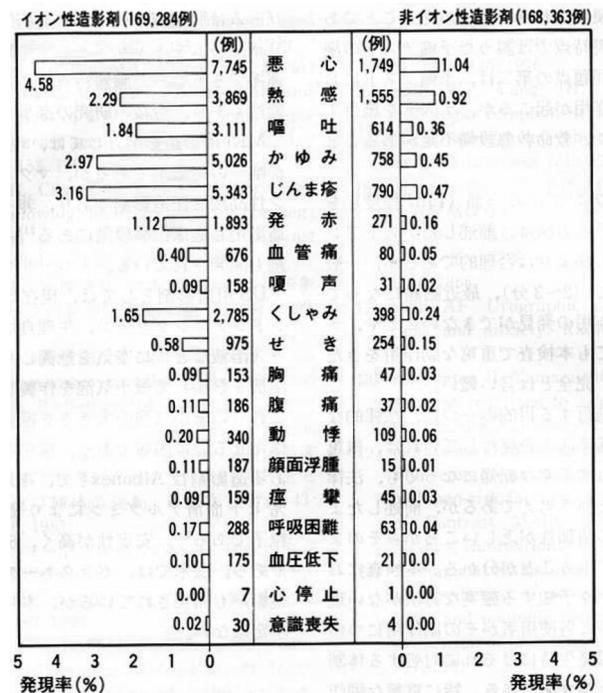


Fig.3 ヨード造影剤の急性副作用の種類と頻度

副作用	発生率	副作用	発生率
頭痛	2.60 (%)	動悸	0.20 (%)
皮疹	2.40	耳下部痛	0.20
痒痒感	1.90	眠気	0.10
嘔気	1.60	咳	0.10
めまい	0.90	腕の痛み	0.10
全身倦怠感	0.70	腰痛	0.10
腹痛	0.50	くしゃみ	0.05
喉頭異常感	0.40	咽頭痛	0.05
悪寒	0.40	戦慄	0.05
胸部不快感	0.30	乏尿	0.05
嘔吐	0.30	鼻出血	0.05
蕁麻疹	0.20	発熱	0.05

Fig.4 ヨード造影剤の遅発性副作用の種類と頻度

④において重要なのは造影検査オーダー時に造影検査が診療に必要であること、副作用の危険性と種類、頻度について話し、副作用発生時は即座に対処を行うことをしっかり説明することである。また気管支喘息や腎機能低下などリスクファクターの有無についても確認する必要がある。造影剤投与中は造影剤漏出の有無を確認し、撮影が始まる前まで状態の変化がないか確認し、投与後も皮疹や嘔気、咳、くしゃみなどの前駆症状が出現していないか観察する。全身状態が良好であれば静脈ルートを抜去し、その日は多めの飲水を勧める。副作用が出現した際は即座にバイタルを確認して対症療法を開始し、呼吸障害や循環障害が出現した場合には躊躇せずに緊急チームを招集してチーム到着まで緊急大量輸液、アドレナリン投与を基本に適切に処置を施していく。

⑤については、常日頃から救急カートの整備や院内緊急時コールシステムの構築を行い、また各検査毎に同意書、危険因子を再確認していくことが必要である。また、造影検査に関するインシデントレポートを分析して定期的なミーティングで問題点を検討し、またアナフィラキシーショックに対する対応のシミュレーションを行うことで、緊急時の初動の遅れを防ぐことが可能となる。

● 泌尿器・生殖器

血尿の原因は多彩であるが、画像診断の適応となる疾患は主に結石や腫瘍である。主な検査法として腹部超音波、腹部単純X線写真(KUB)、排泄性尿路造影(IVU)、CT、MRIがある。各検査には一長一短あるので適切な検査法の選択が重要であるが、特に被曝に関しては慎重にならなくてはならない。尿路結石の場合、低線量CTでも十分に診断可能な画像が得られることが報告されており、低線量ヘリカルCTが第一選択である。しかし、尿路上皮系腫瘍に対しては造影剤の使用が必要である。特に腎癌に対しては単純、動脈相、実質相、排泄相など複数の撮影がなければ、正しい診断は出来

ない。

血尿精査において従来はIVUがinitial studyとして用いられてきたが、尿路結石の検出、尿路上皮腫瘍の検出、水腎症の原因検索、尿路の解剖の把握には限界がある。CT urography (CTU) は経静脈的に造影剤を投与後、MDCTを用いて排泄相を含めて撮影したもので、これらの欠点を補完するとして注目されている。過去の報告で、尿路上皮腫瘍の検出にてCTUはIVUに対し感度、特異度ともに優れるが、RPと比較した場合は感度は同程度で、特異度はややRPに劣るとされている。いずれにせよ、尿路上皮系腫瘍が疑われた場合は、CTが第一選択となっていく可能性がある。既に泌尿器科側のガイドラインにこのような動きがみられ、EAU 2004 guideline for upper urinary tract transitional cell cancerではIVUが血尿検索の第一選択検査でCTは小さな腎盂、尿管腫瘍の検出に劣る、とされていたが、2011年に改訂された際はMDCTを用いたCTUがgold standardと表記されるに至っている。本邦においても、2006年3月の血尿診断ガイドラインでは、肉眼的血尿に対してヨード造影剤が使用できる場合にCTUを推奨している。顕微鏡的血尿患者に対してCTUを行い、33～42.6%で血尿の原因を同定でき、感度は92.4～100%、特異度は89～97.4%とされている。“顕微鏡的”を含む血尿患者の尿路上皮腫瘍を有する可能性は0.9～7.3%といわれているが、肉眼的血尿を呈する40歳以上の患者で、化学物質(アニリン色素、ナフチラミンやベンチジンなど)の職業的暴露や喫煙の既往がある場合は、尿路上皮腫瘍のリスクが高いため膀胱鏡やCTUにて積極的に精査をすべきである。

● 放射線被曝

放射線被曝の人体への影響は、受けた線量が高線量か低線量かによって異なる。低線量域の境界は吸収線量(Gy:物理的線量)で200mGy、実効線量(Sv:臓器感受性から発癌を考慮した線量)としては100mSvと考えられ

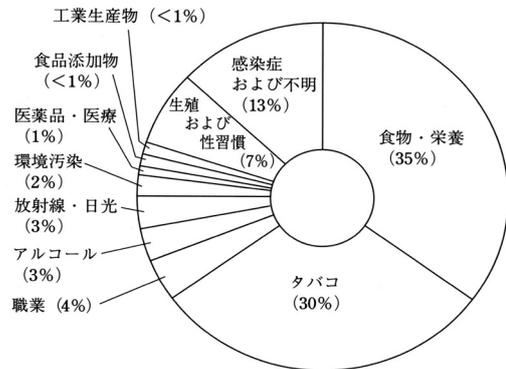
ている。低線量被曝であれば、ほとんどの影響（DNA 損傷）は数日で修復される。次に、同じ線量でも急性被曝（一過性の被曝）より慢性被曝（分割して受ける被曝）のほうが後に残る DNA 損傷は少ない。これは、線量率効果によって被曝の間隔毎に DNA 損傷の修復が行われるためである。高線量の急性被曝に IVR 後の皮膚障害、低線量の急性被曝に CT、注腸造影、PET などがある。両者の慢性被曝には IVR 術者や RI 従事者がある。これらの中で CT は比較的被曝量が大きく、問題となることが多い。CT での被曝は、従来の単純 X 線撮影とは異なる回転照射による加算が特徴的で、胸部 CT では 10～20mSv、dynamic study や頸部～骨盤 CT では 40～50mSv となる。他の検査と比べると多い線量だが、しかしそれでも 100mSv を超えることはなく、2 日程度で DNA の修復は完了する。また、CT の開発によって被曝線量の軽減技術が進歩し、近年では逐次近似法によって体幹部 CT 被曝線量を 30～60% 減少させることが可能となった。

水に放射線を照射すると、水の O-H 結合が切断されて活性酸素が発生する。放射線の主たる作用は活性酸素の発生による DNA 損傷で、これによる遺伝子、細胞膜、血管壁の傷害が癌、動脈硬化、循環障害、老化の原因となる。突然変異がひとつでもあれば癌が発生する可能性がある。しかし、活性酸素を過剰に発生する因子は放射線以外にもタバコ、運動、紫外線、環境汚染、炎症、発癌物質など多くの物質があり (Fig.5)、さらに、これら因子が複合することで発癌リスクは相加的に高くなる。

かつて ICRP (国際放射線防護委員会) は長年にわたり放射線はどんなに微量でも有害としてきたが、現在は 5mSv 以下の被曝を問題視する意見はない。100mSv 以下の低線量での発癌リスクの増加は、原爆被害者の長期の追跡調査

を持ってしても、確認出来ない程度である。今後 100 万人規模の前向き研究を実施したとしても、疫学上影響を検出することは難しいと考えられる。

CT で発癌したという証拠はなく、証明も困難である。CT の被曝は急性の被曝だが、多くは局所の被曝なので原爆と同様に発癌するとは限らない。しかし、喫煙者が肺の CT を受けた場合、僅かにリスクが上乘せされる可能性はある。よって、やはり無意味な被曝は不必要で、CT の適応については慎重になるべきではある。ただし、これを気にするあまり CT の適応のハードルを挙げすぎたり、線量を落としすぎて診断精度を下げるようなことがあってはならない。



がんの原因(ドーラらによる推定、1981年)

Fig.5 活性酸素を過剰に発生する因子

例年、社会保険指導者講習会には本会より 2 名を派遣し、その後、県内にて伝達講習会を行っております。しかし、今回は、東日本大震災による同講習会の開催が遅れたこと並びに関係学会等がその時期に集中したことにより、1 名の先生しか派遣できませんでした。同講習会は 2 日間開催されており、伝達講習会を 1 名の先生で行うことは負担となるため、会報への報告と代えさせていただきます。

## 平成23年度(第27回)九州学校検診協議会第2回専門委員会 九州各県医師会学校保健担当理事者会



理事 宮里 善次

去る11月26日(土)、福岡県医師会館にて標記会議が開催されたので報告する。

### I. 平成23年度(第27回)九州学校検診協議会第2回専門委員会



福岡県医師会の原口理事の司会により会が開かれた。

#### 挨拶

福岡県医師会の松田会長より、概ね以下の通り挨拶があった。

本日は平成23年度九州学校検診協議会第2回専門委員会に際し、ご多忙の中ご出席を賜り厚く御礼申し上げます。

本専門委員会も早いもので27回目の開催を迎えることが出来た。これも各県の先生方や関係者のご尽力の賜物であると感謝申し上げますと共に、これからも学校検診のより一層の充実を図っていききたいと考えている。

今回はお手元の日程にもあるように、心臓部

門、腎臓部門、小児生活習慣病部門への提案事項が合計12題出されている。皆様方の十分なお協議をお願い申し上げ、挨拶とさせていただきます。

#### 各専門委員会別協議

##### 1) 心臓部門

###### ①学校心臓検診について(宮崎県)

###### <提案理由>

学校心臓検診は、学校保健安全法に基づき、各県とも小・中・高の各1学年次を実施されているが、小学校4年次にも検診を実施している県があるか、各県の状況を伺いたい。

###### <協議内容>

熊本県を除く九州各県ともに、小学校4年次

の検診は実施しておらず、フォローアップのみとなっている。

熊本県では全県下レベルで実施されており、調査票を群市医師会、県医師会に返送している。

各県ともに、当検診については、予算（高コスト）確保の問題、労力の問題等もあって積極的に進んでいないのが現状である。

### ②学校管理下外の生徒の突然死症例の1例（報告）（長崎県）

#### <提案理由>

今回、偶然、学校管理下外での生徒の突然死の情報を知り得たので報告する。

#### <協議内容>

長崎県より、学校管理下外での中学2年生の突然死（J波症候群）について情報提供があり、学校心臓検診でいち早く発見し、それをフォローしていくことが重要であると述べられた。

### ③「学校管理下」外の心臓突然死例の情報について（長崎県）

#### <提案理由>

突然死例ニアミス例の情報がほとんど入っていない状況で、その各症例の検診時所見等の集積がその予防に重要であることは明白ではあるが、その集積をどのようにやっていくかご意見を伺いたい。

#### <協議内容>

これまで突然死の症例を集積して予防を図ることとしていたが、併せてAEDの使用状況調査を行うことでニアミス防止を行うこととした。

AEDの使用状況は、実際に扱う救急隊が把握しているが、結果が返ってくるのは1年半後となっているため、学校医が把握しておくことが重要であるとして、本件については九州学校検診協議会から各県医師会宛に依頼文書を送付するので、群市医師会経由で学校医全てに伝わるようお願いしたいと協議内容がまとめられた。

また、福岡県では、各地域で重複する無駄を

省くことと、調査内容の確認がスムーズに行えるよう心臓病調査票の共有化を進めていると報告があり、更には、論文や成書を参考に心臓病の統一病名を作成しているので、再来年には九州各県のデータを集めて報告できると思う。同時に問診票も共有化を図っているところであると報告があった。

## 2) 腎臓部門

### ①学校検尿についてのアンケート調査の実施について（宮崎県）

#### <提案理由>

九州学校検診協議会で、平成13年に各郡市医師会に対して学校検尿のアンケート調査が行われた。それから10年が経過し、その間に九州学校腎臓病検診マニュアルが導入され学校検尿の現状は大きく変わってきていると考えられる。そこで、再度学校検尿の検診状況についてアンケート調査を実施することを提案したい。

#### <協議内容>

宮崎県の宮田先生を中心にアンケート調査の用紙が作成され、一部内容を修正した上で、県医師会を通して各郡市医師会の公立の小・中学校に検査の調査を行うこととした。

問題点として、私立の小・中学校と私立、県立、公立の高等学校については、必ずしも郡市医師会が関与していないところがあると挙げられ、この部分の調査については、各県医師会に一任し、郡市医師会にて調査が行えるところとそうでないところを確認し、行える範囲で小・中学校、県立、公立、私立の高校の調査を行っていただくこととした。調査の期間は、来年の1月から3月の間にお願いすることになった。

### ②九州学校腎臓病検診マニュアル第3版の改訂について（鹿児島県）

#### <提案理由>

九州学校腎臓病検診マニュアル第3版を一部修正できないかご検討いただきたい。

＜協議内容＞

現在、日本学校保健会が「新・学校検尿のすべて」の改訂版を作成しており、これが2～3年後を目途としていることから、九州学校腎臓病健診マニュアルもそれに併せ第4版の改訂作業を行う必要があることから、その下準備として、今後メール等で意見交換を行うこととした。

③群市医師会の「学校腎臓病健診委員会」を介さない学校の腎臓病健診について(長崎県)

＜提案理由＞

私立の小・中学校、多くの高等学校では、医師会と教育委員会による腎臓病健診委員会を介さずに、学校単独で検査機関と契約し検尿が試行されている場合が多い。この場合、ほとんどが健診システムに依らず、二次、三次判定、精密検査などの事後処理が不明である。この問題について各県の状況をご教示いただきたい。

＜協議内容＞

協議事項①で示されたように、私立の小・中学校、高校については各県ともに必ずしも絶対的な把握ができていない部分があると問題点の確認があり、その部分が省かれた際、結果にどれくらいの影響があるのかが不明であるとして、今後、九州各県において私立学校の在校生を調べることとした。

④九州各県全域における学校検尿に関する調査結果について(熊本県)

＜提案理由＞

8月の第1回専門委員会で提案したが、時間がなく十分に議論できなかった。

判定基準が+で実施されていない地域への今後の対応について各県の考えをご教示いただきたい。

＜協議内容＞

九州学校腎臓病健診マニュアルでは、一次検尿、二次検尿を+で行っていただきたいとお願いしているところだが、現時点において一次検

尿、二次検尿を+でやっているところは、沖縄県と宮崎県と長崎県という状況であることが確認された。

判定基準にバラツキがあると、最終的な一次陽性、二次陽性、精密検査のデータに誤差が生じるため、+で統一していない県については、なるべく+で検査が行われるように今後対応していただくこととした。

⑤アンケート調査結果等のデータ管理について(報告)(熊本県)

＜提案理由＞

第1回専門委員会で、福岡県メディカルセンターにデータの管理をお願いすることになったが、どのような形で管理(保存)されるのかご報告をお願いしたい。

＜協議内容＞

腎臓病専門委員会では、①一次、二次の検尿の状態、②九州学校健診マニュアルを使っているかどうか、③一次要請と精密検査の成績、という3つのデータを保有しており、現在、そのデータ管理を福岡県メディカルセンターにお願いしているところであると報告があり、当該データの公開等については、今後検討していく必要があるとされた。

⑥暫定診断名の統一について(報告)(福岡県)

＜提案理由＞

現在、日本学校保健会を中心に「新・学校検尿のすべて」の改訂版を行っており、暫定診断名も改訂される見通しである。暫定診断名の全国的な統一は、データベース化するために必要と思われるので、現在の進行状況と今後の本協議会の対応について報告したい。

＜協議内容＞

協議事項④の通り。

### 3) 小児生活習慣病部門

#### ①九州地区の尿糖陽性例について (佐賀県)

##### <提案理由>

九州各県より頂いた調査結果について報告する。

##### <協議内容>

九州各県より、平成22年度の尿糖陽性例に係る調査結果について報告があった。

糖尿病Ⅰ型73名、糖尿病Ⅱ型13名であった。また、今回の調査票では、一次検尿において、既管理者なのか新しい管理者なのか判断出来かねたので、平成23年度においては、どちらなのか明確に分かる調査票を作成し、九州各県から平成24年、夏に提出していただき、第1回専門委員会の際に報告することとした。

#### ②生活習慣病予防検診結果について (佐賀県)

##### <提案理由>

これまでに、生活習慣病予防検診結果について、まとめられたものがあればご教示いただきたい。

##### <協議内容>

生活習慣病予防検診については、採血を行っているところと、採血を行わず本人の背景から判断しているところに分かれると報告があった。

採血実施校においては、無条件または、肥満度を20～40%に分けるとした条件の2つに分類されており、無条件での採血実施校においては、検査項目を加え、こういった検診を行えば有効かを今後検討していくこととした。

また、条件下で採血を行っているところにおいては、こういった条件で、どれくらいの肥満度になるかを検討するため、医師会にて二次検診の結果を収集していくこととした。

#### ③血液一般検査での貧血測定について

(大分県)

##### <提案理由>

貧血は、血液一般検査で、従来RBC、Hb、

Htにて判断されているが、現在の測定はほとんどが機械化されており、MCV、MCHの項目は自動的に計算されて来ています。これらの項目を加える事は有用である。貧血の分類では、大球性、小球性、高色素性、低色素性に分類されるが、Fe、Zn、欠乏症では、小球性、低色素性貧血を示すことは周知である。一方、食物アレルギーによる過度の食事制限、摂食障害では、大球性、高色素性貧血を示し、Se欠乏、甲状腺機能低下；FT4→FT3への転換障害を示す症例が見出される。学校検診では項目の追加、変更は容易ではない事は理解している。

##### <協議内容>

血液一般検査におけるMCV、MCHの検査項目を教育委員会に出したがるらないが、検査センターではMCV、MCH等のデータを出していると報告があり、検査センターから学校側に、そういったデータの有効性について説明していただき、今後、学校側にも協力を要請していくこととした。

##### 全体協議

各専門委員会別協議の協議内容について、各座長から報告があった。

#### 九州学校検診協議会 次年度 (平成24年度) の日程について

- 1) 第1回専門委員会 平成24年8月4日 (土)  
15:00～17:00 於 福岡県
- 2) 幹事会 平成24年8月4日 (土)  
17:00～18:00 於 福岡県
- 3) 年次大会 平成24年8月5日 (日)  
9:00～12:00 於 福岡県
- 4) 第2回専門委員会 於 福岡県  
(第1案) 平成24年11月17日 (土)  
15:00～16:45  
(第2案) 平成24年12月1日 (土)  
15:00～16:45

上記の会議日程について協議が行われ、1)

～3) については特に異議なく了承され、4) の第2回専門委員会の開催日時については、平成24年12月1日が佐賀県医師会の設立記念日

であることから、第1案の平成24年11月17日(土)に行うことが決定した。

## II. 九州各県医師会学校保健担当理事者会



### 開 会

福岡県医師会常任理事の相良鞆彦先生の司会により会が開かれた。

### 挨 拶

福岡県医師会会長の松田峻一良先生より、概ね以下の通り挨拶があった。

本年8月に大分県で開催された九州医師会連合会学校医会評議委員会において、来年度の第56回九州ブロック学校保健・学校医大会並びに平成24年度九州学校検診協議会を、私共福岡県医師会が担当することに決定した。これを受け、私共は早速準備委員会を設置し、大会の内容を検討した。本日開催要項案として提出させて頂くことになった。

詳細は後ほど、協議事項の中で担当理事よりご説明させて頂くので、慎重にご審議の上ご承認賜わりますようお願いしたい。

また、本日は本県から2題の協議事項を提出している。これについても活発な議論を頂くようお願いを申し上げ、簡単ではあるが開会挨拶とさせて頂く。よろしくようお願いしたい。

協議に移る前に、第55回大会の担当県であった大分県医師会の藤本常任理事より「8月に大分県で開催した第55回九州ブロック学校保健・学校医大会並びに平成23年度九州学校検診協議会については、各県の先生方大変ご協力を頂き、この場を借りて御礼を申し上げる」とお礼の言葉があった。

### 座長選出

慣例により、開催県(福岡県医師会)の松田峻一良会長が座長となり協議が行われた。

### 協 議

#### 1) 第56回九州ブロック学校保健・学校医大会並びに平成24年度九州学校検診協議会(年次大会)について(福岡県)

福岡県医師会理事の原口先生より提案事項について説明があった。

平成24年8月4日(土)、5日(日)、ホテルニューオータニ博多で開催を予定している。大会のメインテーマを「子どものレジリエンスを

高める学校保健安全教育の推進～しなやかで力強い適応力の育成を目指して～」とし、年次大会では、教育講演4題と、基調講演2題を開催する。また、分科会の眼科部門では講演2題、耳鼻咽喉科部門並びに運動器部門においてはパネルディスカッションを開催する予定である。

開催日時、場所、開催内容については、先に開催要項案を提示し、各県にご意見を伺っている。大会全般については特にご意見がなかった。

参加対象者並びに会費は例年通りである。

なお、前日の諸会議については、15時から九州医師会連合会常任委員会及び平成24年度九州学校検診協議会第1回専門委員会を開催し、以後幹事会、担当理事者会、懇親会まで例年通りの開催を予定している。

次に、大会当日のプログラムについて説明する。

午前中は、平成24年度九州学校検診協議会(年次大会)として、心臓部門・腎臓部門・小児生活習慣病部門に加え、特別部門として放射線に関する講演を設けた計4部門の教育講演を行う。九州学校検診協議会と並行して、九州ブロック学校保健・学校医大会分科会として、眼科部門・耳鼻咽喉科部門・運動器部門を実施する。

12時から13時の昼食時間を利用して、九州医師会連合会学校医会評議員会を開催する。なお、議事については改めてご連絡させて頂く。

13時から九州医師会連合会学校医会総会を開催し、13時30分から16時まで、基調講演2題を開催する。

### 【各県回答】

協議の結果、各県とも特に異議なく承認された。

### 2) 放射線から子ども達を守るための保健安全教育について(福岡県)

福島第一原発事故による放射能汚染は全国に拡大し、福岡県をはじめ、国民の不安は日々募るばかりとなっている。なかでも、放射線の影

響を受けやすい子どもたちを守ることは、学校保健安全教育の重要課題となってきた。

すでに全国学校保健・学校医大会前日の10月28日には「放射線に関する研修」が開催された。

また、来年度の九州学校検診協議会(年次大会)では、特別部門を設け、関連の教育講演を企画している。

現段階ならびに今後の具体的な取組みについてお尋ねするとともに、日本医師会の今後の対応について要望等あればご意見いただきたい。

### 【各県回答】

各県ともに、放射線から子ども達を守るための保健安全教育を現在行っていない状況である旨の回答であった。

福岡県医師会より、7月末、日本医師会に「被曝情報管理 日本健康100年宣言ー放射線被曝の人体への影響に関するデータベース構築と利用ーについて」を送付し、「放射線被曝健康管理情報センター(仮称)」を設立するよう提言を行っているところであるとの報告があった。

また、福岡県医師会より、先般、静岡で開催された「放射線に関する研修会」において、文部科学省では、小・中・高校生用として、「放射線から身を守るための副読本」を作成し、11月中旬に配布する予定であるとの報告があった旨、情報提供があった。

さらに、来年2月18日に開催される学校保健講習会においても、放射線に関する講演会が予定されているとの報告があった。

沖縄県より、福島原子力発電所の周囲の牛を何頭か調査し、血液検査及び放射線量測定等の検査を、今後も継続して行えないか九州地区医師会から提案することは出来ないかと発言した。

それに対し、福岡県より、先ほど申し上げた日本医師会に送付した「被曝情報管理 日本健康100年宣言ー放射線被曝の人体への影響に関するデータベース構築と利用ーについて」において、福岡県医師会では、そういった継続的な血液検査や放射線量測定等の検査を、人間に対

して行うことを考えており、DNA等の情報も含め、100年間蓄積すれば国際的にも明確なデータを開示できるのではと考えていると意見が述べられた。

長崎県より、今回の原発事故とは少し異なるが、長崎の原爆においては、当時、放射線に関するデータの収集について全く考えていなかったと思うので、今回、それを踏まえ、放射線に関する資料等をきちんと収集し、それを基に、データベースを構築することが必要ではないかと意見が述べられた。

福岡県医師会より、放射線に関するデータを収集し、データベースを構築できるよう今後も、先生方のご意見等いただきながら、進めていきたいと述べられた。

### 3) 児童虐待の早期発見・対応について

(福岡県)

先般、厚生労働省は児童虐待の早期発見・対応につなげるため、各地の小児救急病院やこども病院などに児童虐待専門のコーディネーターを配置し、小児科医院などを受診した子どものけがや体のあざなどが虐待によるものかどうかを判断できるよう、医療従事者からの相談や、研修会を開催し、中核的な小児医療機関と開業医らが連携する「児童虐待防止医療ネットワーク」が来年度から全国10地域を対象に開始され、将来的には全都道府県に構築する方針を固めた。

来年度からの導入にはなるが、現段階においてすでに県行政から本ネットワークに関する説明や相談を受けた県があれば、ご教示いただきたい。

また、児童虐待防止のためには、学校医、園医および養護教諭による児童の異常な兆候を発見することも重要となる。現在、学校医が児童虐待についてどのように関与しているか具体的な取組みについてあれば、ご教示いただきたい。

#### 【各県回答】

各県ともに、「児童虐待防止医療ネットワー

ク」に関する説明や相談を受けておらず、また、学校医が児童虐待についても、具体的な取組等は行っていない旨の回答であった。

鹿児島県医師会より、平成16年3月に「子ども虐待早期発見対応マニュアル」を会員及び関係行政機関に配布し、それ以降は、県の「子ども虐待防止ネットワーク会議」に参加しているとの報告があった。

福岡県医師会より、児童虐待は、社会全体で取り組んでいかなければならない問題だが、一般の方々からは、行政や国は何もしてくれないという印象だと思うので、医師会を中心とした活動が必要ではないかと意見が述べられた。

#### 4) その他

大分県医師会の藤本先生より、日本医師会学校保健委員会で話し合われている内容として、以下の通り情報提供があった。

- ①今般、文部科学省が、放射線に関する副読本を小・中・高校生用並びに教師用、学校医用として作成したとのことなので、近日中に配布されるとのことである。
- ②大阪で脊柱側湾検診の見落としで医師が敗訴し、900万円の損害賠償金を支払っている。学校医が脊柱側湾の検診を行わなかったことが敗訴の原因である。現在の学校保健安全法並びに以前の学校保健法において、脊柱側湾については必ず検査を行う旨明記されている。脊柱側湾の検診を行い、見落としした場合は法的に医師に対して責任が求められることはないが、問題は脊柱側湾の検診を行わなかったことである。

先生方にも今後、学校保健安全法に定められている検査項目をきちんと確認していただき、検診を行っていただきたい。

- ③次年度、文部科学省が新規事業として、学校における運動器検診並びに小児生活習慣病検診をどのような形で進めていくのか再検討するための調査を目的とした委託事業を行うとのことである。

宮崎県医師会の佐藤先生より、日本医師会乳幼児保健検討委員会で話し合われている内容として、以下の通り情報提供があった。

保育園、保健の充実等に向けて医師会がどう関わるべきかという議論があった。現在、アン

ケート調査及び提言をまとめており、来年2月には都道府県医師会に配布予定である。基本的には委員会を作っていくと思うので、その際にはご協力をお願いしたい。

## 印象記

理事 宮里 善次

平成23年11月26日、福岡県医師会において九州学校検診協議会第2回専門委員会が行われ、続いて九州各県医師会学校保健担当理事者会が開催された。

専門委員会は、①心臓部門、②腎臓部門、③生活習慣病部門に分かれて協議が行われ、最後に全体協議が行われた。

筆者は、生活習慣病部門に参加したが、三つの提案事項について協議がなされた。

尿糖陽性者例については、各県とも二次検診や精査された症例を一カ所（医師会や教育委員会等）に集めて管理されている県はなく、それぞれの精査した医療機関でフォローされている現状であった。

生活習慣病予防検診結果についても、県全体でまとめられたものはなく、宮崎県や佐賀県では希望校に行っている。沖縄県では、那覇市の小学校4年生を対象とした崎原先生の報告があるので、資料として提出した。

また、貧血は血液一般検査で判定されるが、RBC、Hb、Htで判定されるが、現在の測定は全て機械化されており、MCVやMCHは自動的に計算されている。貧血の分類にはそれらが有用なので、項目の追加が可能かどうかの議論がなされたが、ソフト及び費用等の問題があり、変更は容易ではないが、粘り強く交渉していくべきであるとの結論であった。

最後の全体会議では、心臓部門から学校管理下での突然死情報に関連して、U波シンドロームの取扱いが今後、議論されるべきとの報告があった。

また、腎臓部門からは、現在、小児腎臓病学会を中心に「新・学校検尿のすべて」の改定版を行っており、暫定診断名も改定される見通しであるため、データベース化するためには、暫定診断名の全国統一が必要との見解が示された。

学校検診は、一次検診は業者、二次検診は医療機関、三次検診は専門医療機関で行う流れになっており、最終データを一カ所で管理する困難さを痛感した会議であった。

九州各県医師会学校保健担当理事者会においては、福岡県医師会から二つの提案がなされた。

第一に、放射線から子どもたちを守るための保健安全教育について議論が行われた。福島原発の事故を受けて、時宜を得た提案であり、活発な意見交換が行われた。学校医として、放射線被害を教育するためには、学年に応じた分かり易い共通の資料が必要であるとの結論であったが、日本医師会からの情報で、厚生労働省が小学生、中学生、高校生向けの冊子を作る方向で検討に入る旨の報告があった。

また、福岡県医師会は7月29日付で、「被曝情報管理 日本100年宣言－放射線被曝の人体へ

の影響に関するデータベース構築と利用について」という標記宣言を検討するよう、日本医師会の原中会長宛に送付したと報告があった。

第二に、児童虐待の早期発見と対応について、意見交換が行われた。

現在は、疑い症例の泣き声情報や医療機関からの通報が効果を出しているが、学校医として、児童虐待を見つけるチャンスは少ないと思われるが、検診時はそうした目で検診を行う必要があるとの結論となった。

今回、沖縄県から“小児肥満ガイドライン”作成が提案されているが、各県の答えも同調する意見が多い。委員会としてはガイドライン作成に着手することで異論はない。たたき台作りは沖縄県、琉大小児科の太田教授が担うと云う結論に達した。

さて、その後の担当理事者会議では沖縄県南部地区医師会から提出された“小児肥満ガイドライン作成”が協議された。なお協議前に沖縄県側の作成目的を説明するよう提案があった。

最後に、全国レベルの集まりで得られた情報として、大阪で脊椎湾曲症を見逃した校医が訴えられ、敗訴したとの報告があった。解説では、たとえ見逃したとしても「脊椎湾曲症がないかどうかも頭にいれて診察しました」と言えば、法的に医師に責任を求められることないが、その担当医は「そのつもりで診ていませんでした」と答えたために、有責の判断が下されたとの報告であった。

## お知らせ

### 文書映像データ管理システム開設（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」事業を本年4月から開始致しましたのでお知らせ致します。

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：平良・池田）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。

## 女性医師支援センター事業九州ブロック会議



沖縄県医師会女性医師部会 副部会長 銘苺 桂子



去る12月4日（日）鹿児島県医師会館に於いて、日医女性医師支援センター役員並びに九州各県において積極的に女性医師支援に取り組まれている先生方の参加の下、標記連絡協議会が開催された。

協議会では、各県医師会の女性医師支援にかかる取り組みについて、それぞれ報告があり意見交換を行った。以下に会議の様態を報告する。

### 挨拶

鹿児島県医師会会長 池田 琢哉

今回初めて鹿児島県医師会担当の下、九州ブロック会議を開催させていただくことになった。

本会議は、昨年度より北海道・東北・関東・甲信越・近畿・中四国・九州の各ブロックで開催され、いずれも活発な意見交換が行われたと伺っている。

女性医師支援は、各医療機関が独自で行うには費用の面で限界がある。保坂常任理事のご尽力により、今年度も国の予算から女性医師支援

事業の補助金として1億5千万円もの予算を獲得していただいたと聞いている。保坂先生の努力には心から敬意を表すると共に、今後ともご活躍を期待する。また、現在の予算を基に、様々な支援事業が展開されているが、医師会や行政が一致協力して、これらの事業を実施することが医療機関の負担を減らすことになる。今後も女性医師支援が継続できることを深く感謝している。

鹿児島県医師会では、平成14年度より女性医師支援を事業計画に掲げ、さまざまな問題に取り組んできている。平成22年4月に女性医師支援室を立ち上げた。また、医師協同組合では医療従事者無料相談所を運営している。この他、ドクターバンクかごしまと日医女性医師バンクとの連携により、積極的な女性医師支援に取り組んでいる。

本日は、各県より特色ある報告がなされると思うので、是非参考にさせていただきたい。

**日本医師会女性医師支援センター長 羽生田 俊**

本会議は、全国7つのブロックで開催される。先日中部ブロックで開かれた会議に参加したが、非常に活発な意見が出たと同時に、これからの女性医師支援センター事業にいろいろな示唆を頂いた。

本日は九州から沖縄まで多くの先生方に集まっていた。九州だからこそ出る意見もあるかと思う。全国的な支援事業ではあるが、それぞれの地域で特色を活かした支援が出来るよう心掛けている。

担当がパワフルな保坂常任理事であるので、皆様から叱咤激励していただき、本支援事業が盛んになることをご期待申し上げます。

**日本医師会常任理事 保坂 シゲリ**

ブロック別会議を各地で開催させていただき、本日で4回目となる。全国の皆さんが励ましてくれるお陰で、これからも頑張っていきたいと思う。

先程、池田会長から過分な言葉をいただいたが、来年度予算についても厚労省の概算要求では、通常一割カットで要求されるが当事業に関しては増額で概算要求が出ている。国の予算編成時に少しばかりカットされるとしても、今年並みには確保できるだろうと考えられている。来年も安心して各県にお願いが出来るものと思うので、引き続き、ご協力をお願いしたい。

**報告・協議事項**

**1) 日本医師会女性医師支援センター事業について**

鹿島直子日医女性医師バンク西日本センターコーディネータよりみだしセンター事業の活動について報告があった。

日本医師会女性医師支援センターでは、女性医師の活躍を支援すべく各種事業を展開している。

①日本医師会女性医師バンクによる就業継続、復帰支援（再研修を含む）をはじめとして、②都道府県医師会等との共催により、「女

子医学生、研修医等をサポートするための会」等の講習会を開催し、啓発活動に努めている。

③各都道府県医師会での女性医師の相談窓口の設置促進や、④本センターと地域との双方向による情報交換を目的として、ブロック別会議を開催している。また、⑤育児中の医師の学習機会の確保を目的として各医師会が主催する講習会等への託児サービス併設促進・補助を行っている。この他、⑥女性医師支援における広報活動の一環としてキャリア支援のためのDVDの作成を予定している。また、⑦昨年7月29日より女性医師支援センターのホームページを開設した。これまで7,593件のアクセスがある。⑧ホームページの充実に向けて女性医師の就労環境の改善や健康支援等の様々な支援情報配信していきたい。

なお、女性医師バンクの運営状況は、平成19年1月の開設以来、就業実績件数は284件（就業成立268件、再研修紹介16件）となっている。今年度300件を目指している。

その後、各ブロックコーディネーターの自己紹介が行われた。

**○「『2020.30』推進懇話会」の開催（1/27）について**

保坂常任理事よりみだし懇話会の開催趣旨について説明があった。

国が2020年までに指導的地位に女性が占める割合を30パーセント程度にすると基本計画を閣議決定していることに付随して、各団体でも積極的な改善措置をお願いしたいとの呼びかけがあった。

日本医師会でも検討した結果、本会でも「女性一割運動」として、「2020年に30%」を目指す積極的改善措置（ポジティブ・アクション）に関する取り組みを進めていくことになった。

具体的には、1)平成24年度までに、委員会委員に女性を最低1名登用。2)平成26年度までに、理事・監事、常任理事に最低1名登用し、役員女性の割合を一割に増やすことを数

値目標として掲げている。

本件については、先般、各県に委員の推薦を依頼している。

数値目標を達成するために、女性医師会員に日医の組織・運営・活動に関わる理解を深めていただき、将来日医の活動に参加して頂くことを目的として、「2020.30」推進懇話会を開催することに決定した。

開催期日は、平成24年1月27日（金）日医会館にて開催する。委員は各都道府県医師会から推薦された先生方、男女共同参画委員会委員、その他執行部からの推薦もいただいており約90名程度になる予定である。また、来年度以降は年に3回程度会合を開く予定である。

#### ○女性医師支援事業連絡協議会の開催（2/17）について

女性医師支援事業連絡協議会を年1回様々なテーマで開催しているが、本年は2月17日（金）に開催する予定である。今回のテーマは例年、各都道府県医師会等との共催より開催している「女子医学生、研修医等をサポートするための会」について、双方向の情報交換を計るべく、事例発表を中心に協議会を開催する。既に10県から報告したいとの希望があり、当該県へ事例発表を頂く予定である。

#### 2) 各県における女性医師支援の活動報告について

女性医師支援にかかる取り組みについて、それぞれ報告があった。

##### 福岡県医師会理事 佐藤薫

福岡県下の取り組み状況について報告する。福岡大学では「先輩医師と話そう」をテーマに、勤務中の子育て先輩医師に講演をお願いした。講演会には男子学生の参加もあり、勉強になったとの感想があった。

九州大学のきらめきプロジェクトでは「どうする結婚、そしてその後の夫婦の絆と仕事」をテーマに、弁護士を招き「離婚裁判からみえて

きた結婚の真意」と題した講演を行った。また、パネルディスカッションでは「そこが知りたい夫婦の本音」として4組の夫婦を招き本音トークを行った。また、きらめきプロジェクトでは柔軟な勤務形態が功を奏し、非常に高い評価を得ている。

女性医師に関わる委員会として男女共同参画連絡協議会を設けているが、今回、臨床研修病院から代表者に参加いただきミニレクチャーを開催した。今後は臨床研修病院への出張講演会を検討しており、研修医を取り込んでの活動を活発化していきたい。

今後の予定として、福岡県医師会では、内閣府政策統括官の村木厚子氏を招き基調講演を予定している。

その他、育児支援では、宗像医師会病院で看護師のための院内保育所を地域の女性医師にも開放しようという動きがある。病児保育が重要であるが、費用の面で難しく行政との連携が必要である。

##### 佐賀県医師会副会長 松永啓介

本県では、佐賀県医師会ホームページに日医女性医師バンク、日医女性医師支援センター、佐賀県女性医師等就労支援事業等各ホームページとリンクを張っている。また、これまでに「女性医師の勤務環境を整備に関する研修会」、「女子医学生・研修医等をサポートする会」、「子供をもつ女子医学生・結婚出産を経験し復職された女性医師・病院管理者との懇談会」等を開催してきたが、今回初めて講演後のティーパーティーを開催し、非常に盛り上がった。

女性医師相談窓口事業では、今年1月より佐賀県女性医師等就労支援事業を活用し、佐賀大学に女性医師相談窓口を設置した。求職者、離職者に対して希望する診療科にあわせた実践的研修をコーディネートすることや、再研修を受けやすくするための託児施設等の子育て支援情報の提供等が中心に行われている。また、ホームページも開設しており、離職中の医師（男女問わず）に対し、再就業へ向けた情報の提供や

復職に向けた講演会の紹介、ベビーシッター、保育施設の相談等を行っている。また、医療施設側からは就職斡旋の相談を受けている。

**長崎県医師会常任理事 森崎正幸**

長崎大学病院にワークライフバランスセンターを設置することがほぼ決定しており、院内に医師の相談窓口を設置する予定である。

また、昨年より女子医学生・研修医をサポートする会を開催しており、今年度は、産婦人科医で夫婦共に留学された医師の「ベルギー生活と海外での出産体験談」と「将来医師をめざすみなさんへ」と題する講演を予定している。託児サービス等については、昨年度から日本医師会の補助を受け、講習会等での託児サービスを行っている。

**熊本県医師会理事 坂本不出夫**

県医師会はあまり活動していないのが現状である。実際活発に活動しているのは市医師会である。本日は、国保水俣市立総合病院医療センターで国の補助事業（建築費の半額補助を得る）として院内保育所を設置したので、その概要について報告する。

院内保育所は、平成21年4月に県の補助で定員20名の院内保育所を開設した。保育所では年齢に応じた食事（アレルギー、離乳食にも対応）と、保護者による直接授乳が可能である。基本的には午前8時から午後5時45分までだが、延長保育も可能で夕食にも対応している。延長保育の追加料金は不要で、土日祝祭日も対応している。また、一時保育、一日保育も可能である。

この他、内科、小児科による定期的な検診もあり、体調不良の際は保護者の空き時間を利用して小児科の受診が可能となっている。

院内保育所の設置は、看護師の確保対策にも非常に効果がある。

また、女性医師に配慮した住宅整備を行い、市内4ヶ所に医師専用住宅を38戸分、3年計画で進めており、今年度は10戸の住宅の完成を

目指している。整備にあたり女性医師から提案のあった内容（1階は駐車スペース、2階に住居空間）を取り入れた。

勤務条件に関する配慮として、出産後1年以内は当直、宿直免除及び時間外勤務にならないよう担当患者数を制限する等の配慮を行っている。

女性医師は情報交換が活発なので、口コミでこれらの支援が広がり、現在では（男女合わせて）45名の常勤医師が勤務している。

**大分県医師会女性医師の会会長 谷口邦子**

本県では女性医師支援対策の一環として、短時間正規雇用支援事業を行っているが目標5医療機関に対し、現在のところ1医療機関のみに留まっている。また、病院内保育所運営事業も1医療機関のみである。

中小企業子育て支援助成金事業の方が利用しやすいようで、こちらを利用している医療機関が多いようである。

大分大学では、平成22年度文部科学省科学技術振興調整費「女性研究者支援モデル育成」事業に、「地域社会で育む『輝く女性研究者』支援」が採択され、同年7月26日より大分大学女性研究者サポート室が設置された。主な支援内容は、①キャリアサポート、②環境サポート、③情報サポート、④地域連携サポートを行っている。

大分県医師会ではこれまで女性医師への研修等を行ってきたが、今年度は管理者向けのアンケート調査を実施する予定である。また、大分大学が独自に女子医学生対象の研修を行っているため、医師会では研修医をターゲットに企画していく予定である。

この他、保育支援に関しては、県下162の病院中、29施設で院内保育所を設置していた。県の補助金以外で設置したのは11施設（21世紀職業財団）であった。

**宮崎県医師会事務局地域医療課長 小川道隆**

本会では、平成21年10月より女性医師相談

窓口を県医師会内に設置し、週2回相談員（女性医師）による面談を行っている。また、研修・講習会時の託児所サービスを県医師会館託児ルームで行っている。保育者は業者（NPO法人）からの派遣保育士に依頼している。費用は無料で医師会負担である。

また、本県の臨床研修病院（大学病院を含む）6ヵ所のうち、3病院に保育施設が設置されている。他に無料託児サービスと女性医師メーリングリストの案内を、県医師会会報及びホームページで年4～5回ほど掲載している。メーリングリストでは活発な情報交換が行われている。

**宮崎大学清花アテナ男女共同参画推進室室長補佐 清水鈴代**

宮崎大学では、男女共同参画を推進すべく、本年10月より「清花Athena男女共同参画推進室」を設置（大学独自予算）した。これまで本学では平成20年度から3年間、文部科学省科学技術振興調整費による女性研究者支援モデル育成事業に取り組んできた。これらの経験を生かし、今後、男女共同参画に関する幅広い取り組みを進めていきたい。

また、平成23年8月より、内閣府「地域医療における男女共同参画連携支援事業」に採択され、宮崎県・宮崎市・宮崎県医師会・宮崎大学の4者が連携し「地域医療現場における働きやすい環境を考える会」を設置した。事業のコンセプトは、医療人、地域、自治体による「メディカルトライアングル」と称した検討会等を開催している。主な取り組みとして、女性医師を対象としたヒアリング調査の実施やコミュニティサイトの設置、シンポジウムの開催等である。

**沖縄県医師会女性医師部会副部会長 銘苺桂子**

沖縄県女性医師部会の主な活動として、年1回の「女性医師フォーラム」と女性医師側からの意見や要望を伝える「病院長等との懇談会」を開催している。この他、女性医師バンクの設置や大学病院との連携等を行っている。また、

本部会専用のメーリングリストには現在240名が登録している。

病院長等との懇談会において、女性医師の環境改善は進みつつあるものの、「それでも女性医師側が辞めてしまう」との意見が複数あった。それをうけて、今年度の女性フォーラムでは、女性医師が果たすべき責務とは何か、ということを考えてその切り口の一つとして「専門医をめざそう」をテーマに多くの参加者により議論が行われた。

今回フォーラムを開催するにあたり、事前に医療機関に出張するプチフォーラムを開催し、研修医の生の声を聞いたが「日々を過ごすのに精一杯で、専門医について全く考えていない」「取得方法もわからない」という現状であった。フォーラムでは、診療科毎にテーブルを配置し、21の専門医が指南役として、男女を問わず、世代、立場の異なった参加者等で意見交換を行った。また大学病院以外での専門医の取得について、今後のテーマとして揚げられた。

**鹿児島県医師会女性医師支援室長 鹿島直子**

本会では、医師確保を目的として「鹿児島県医師会医師不足対策基金」を設立している。当基金は、鹿児島県内で研修する一定の要件を充たした医師に対し研修期間中の生活支援を助成している。

また、本県では臨床研修医確保対策の充実・強化を図るべく、県内の臨床研修病院及び関係機関が協力し、「鹿児島県初期臨床研修連絡協議会」を設立しているが、その中で女性医師の復職研修も行っている。

本年7月、医師をめざす中・高校生を対象に「医師である生きがいと使命」と題した公開講座を開催した。当日は女子高校生等300人が参加した。全国の医師会の中でも初めての試みであったが、生徒たちは熱心にメモをとっていた。

各県の活動報告のあと、意見交換に入ったが、本県においては復路便の都合により、意見交換を行うことができず退席した。

## 印象記

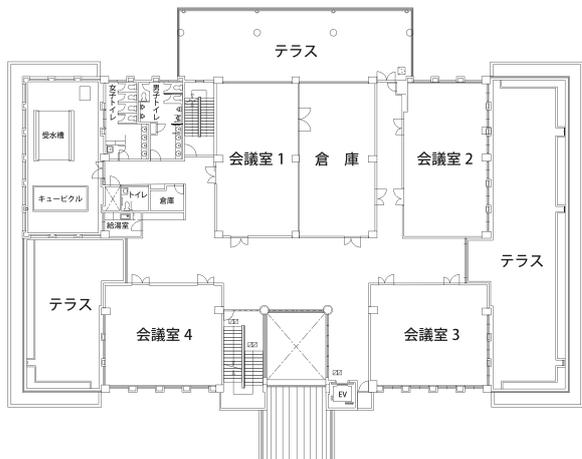
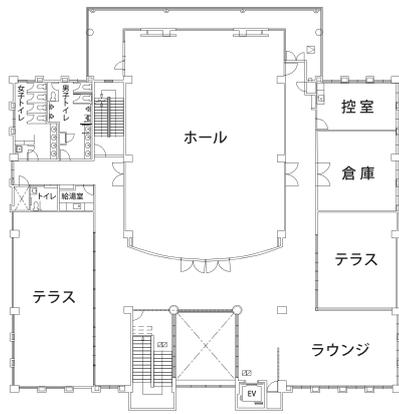
沖繩県医師会女性医師部会 副部会長 銘苺 桂子

医師不足対策の一端として、女性医師支援活動が活発化している昨今、女性医師支援事業に対する国の補助金として、1億5千万円もの予算が厚労省から日本医師会に割り当てられているとの事です。その内訳は、日本医師会女性医師バンクの運営、女性医学生・研修医をサポートするための講習会の開催、女性医師の現状を題材にしたCM・DVDの作成などとされています。今回の九州ブロック会議への派遣費用や本県における年一度の女性医師フォーラムの託児所等の運営として30万円を限度に補助をいただいておりますが、そのような大きな税金が毎年女性医師支援のために使われていると感じることは、あまりなかったように思います。しかし振り返ってみますと、ここ数年の女性医師をとりまく環境改善に、日本医師会女性医師支援センターの果たした役割はとて大きいのではないかと思います。私たち沖繩県医師会女性医師部会もゼロからのスタートで、何から手を付ければいいのか、女性医師は何を求めているのか、暗中模索の状態でありました。女性医師の置かれる立場は多様であり、それに応じたニーズも多様であるため、対策を一元的に講じるのは困難であります。そのような中、女性医師支援センターは、最も重要であると思われる「女性医師を取り巻く環境」についての啓発活動をされ、少しずつですが多くの医師・患者さんの意識改革が行われてきているのではないかと感じます。お腹の大きな産婦人科女性医師が夜遅くまで働いているCMをごらんになった方も多いと思います。女性医師への直接的な支援のみならず、女性医師をとりまく病院、医師、患者さんなどの「サポートをしてあげよう」という意識の変化が、間接的に女性医師の環境改善につながっていると感じます。

今回のブロック会議でも、各都道府県が自発的に、積極的に女性医師支援を行い、その先に男女が共同して働きやすい医療現場にならんことを共通の認識として確認しました。家庭や育児との両立に悩み、医師を辞めることを考えている女性医師には、国をあげてこれだけの組織が動き、税金が投入され、辞めないよう支えるサポートがあることを知ってもらえたらと思います。そしてそのサポートを上手に利用し、一時期は仕事を制限せざるを得ない期間があるとしても、それを乗り越え、次の世代の女性医師をサポートする立場に成長してもらえたらと願います。そのような女性医師が現場に増えたとき、「女性医師支援」という言葉は不要になるのかもしれませんが。

# 沖縄県医師会館利用のご案内

## フロアガイド

<p>●<b>会議室1～4</b></p> <p>2F</p> <p>会議室1・2 S=42席 T=64席 □=35席</p> <p>会議室3・4 S=36席 T=54席 □=30席</p>	<p>●<b>ホール</b></p> <p>3F</p> <p>(S=144席 T=234席)</p>
<p><b>機能的に各種会議が開催できるよう 4つの会議室(40～60名)を備えています。</b></p> <p>各部屋とも小規模な研修会や委員会等(会議)が開催できるようスクリーンを設置し、必要に応じて音響への対応も可能となっております。</p> 	<p><b>研修会、講演会などを行うホールを 完備しています。</b></p> <p>最大240名収容のホールを完備。仮設舞台や音響設備をはじめ、講師控室やラウンジなども設置しておりますので、スムーズな運営が可能です。</p> 

(S=スクール、T=シアター、□=□の字)

## アクセス



## 会館利用に関する問い合わせ



沖縄県医師会事務局 経理課 (城間、山田)  
〒901-1105 沖縄県南風原町字新川218-9  
TEL:098-888-0087/FAX:098-888-0089

# 第113回沖縄県医師会医学学会総会



理事 當銘 正彦

## 第113回沖縄県医師会医学学会総会日程

会 期：平成23年12月11日(日)  
 会 場：沖縄県医師会館  
 (2階会議室・3階ホール、エントランス)、  
 沖縄県薬剤師会館(3階ホール)

- |    |             |   |
|----|-------------|---|
| 1  | 08:30～08:55 | 第67回沖縄県医師会定例総会  |
| 2  | 09:00～09:05 | 第113回沖縄県医師会医学学会総会開会宣言   |
| 3  | 09:05～09:10 | 第113回沖縄県医師会医学学会総会会頭挨拶   |
| 4  | 09:15～10:15 | 特別講演<br>演 題：「東日本大震災－東北大学病院の取り組みと得られた教訓－」<br>講 師：東北大学副学長・病院長 里見 進<br>座 長：沖縄県医師会副会長 玉城 信光   |
| 5  | 10:20～12:20 | シンポジウム<br>テーマ：「考 大災害医療 ～東日本での医療、また今後何をなすべきか～」<br>座 長：沖縄県医師会理事 玉井 修<br>沖縄県医師会医学学会副会長 田名 毅<br>シンポジスト<br>(1) 「東日本大震災における災害亜急性期・慢性期における医療支援活動－沖縄県医師会災害救助医療班(JMAT 沖縄)の事後検証から－」<br>公立大学法人名城大学大学院教授、同健康管理センター長 出口 宝<br>(2) 「沖縄県こころのケアチームの現地での活動及び現状報告」<br>医療法人へいあん平安病院精神科 平安 明<br>(3) 「災害対策本部の運営で学んだこと」<br>釜石市災害対策本部内 釜石医師会災害対策本部本部長 寺田 尚弘 |
| 6  | 12:25～12:35 | 「おきなわクリニカルシミュレーションセンター進捗状況説明」<br>おきなわクリニカルシミュレーションセンター・琉球大学医学部附属病院 大屋 祐輔  |
| 7  | 12:40～13:40 | ミニレクチャー(ランチョンセミナー)<br>演 題：「B型肝炎ウイルスの再活性化とその対策」<br>講 師：ハートライフ病院副院長 佐久川 廣<br>座 長：伊集内科医院院長 伊集 守政<br>演 題：「前向き臨床推論」<br>講 師：豊見城中央病院 池原 泰彦<br>座 長：稲福内科医院院長 稲福 徹也   |
| 8  | 13:45～15:58 | 一般講演 発表・討論  |
| 9  | 14:00～15:45 | 沖縄県医師会医学賞(研修医部門)  |
| 10 | 16:15～17:15 | 分科会長会議  |

12月の第2日曜日を定例とする県医学学会総会が今年も粛々に行われた。以前は土日の2日間を掛けて行われていたが、昨年12月の第111回からは現在の様な1日方式になっているため、プログラムは可成り過密になっている。今回は一般演題が223と多かったこともあり、13会場に分かれてのポスターセッションとなったが、医師会館だけでは間に合わず、4会場は隣の薬剤師会館を借用しての開催という異形となった。今回から新設された「沖縄県医師会医学賞(研修医部門)」もこの様な県医学学会の活況を後押しする大きな一因になったものと考えられる。新たな企画に挑戦する県医学学会の勇断に、深甚なる敬意を表したい。

まずは日程表を参照して頂きたい。医学学会の開催に先立って、定例の県医師会総会が行われた。総会では、平成22年度の会務報告と収支計算書の報告の後、懸案である法人制度改革に伴う県医師会の今後の組織的態様について、執行部より「一般社団法人」への移行を決意した経緯の説明があり、滞りなく満場一致で採択された。

医学学会は、名嘉村博県医学学会会長並びに瀧下修一医学学会会頭の挨拶で開会宣言され、早速、東北大学病院長である里見進先生の特別講演「東日本大震災－東北大学の取り組みと得られた教訓」が行われた。那覇高20期生である里見先生は、来年度から東北大学の総長になるとのホットなニュースが先だって流れたばかりであり、因らずも今回の特別講演は、彼の凱旋帰郷の舞台となった感である。

引き続き行われたシンポジウムも「考 大災害医療～東日本での医療、また今後何をなすべ

きか」と大震災にフォーカスされたものであり、県医師会の出口宝先生、平安明先生に釜石市で災害対策本部長として奮闘された寺田尚弘先生を交えての3人のシンポジストによる共演であったが、今回は特別講演、シンポジウムと災害対策医療一色の企画となった。突然に襲い掛かって来る“予期せぬ出来事”“想定外の事変”に相対する医療は、如何に普段からの心構えと訓練が大切であるかが、繰り返し語られた一日であった。そして一たび発災の有事に際して、医療人は率先して行動することの使命と倫理、即ち“いざ鎌倉”の精神を普段から強く保持する覚悟が共通した認識である。

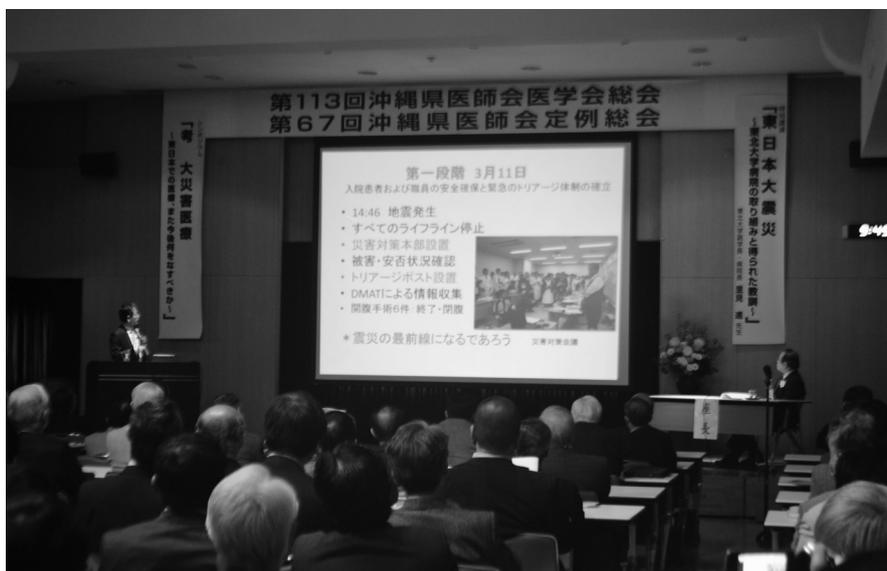
昼食時間を挟んで、琉球大学第3内科教授・大屋祐輔先生から「おきなわクリニカルシミュレーションセンターの進捗状況」の報告がなされた。来年4月オープンに向けて建築工事は順調であり、そして何よりも東洋一のシミュレーションセンターを目指してコンテンツの充実に一所懸命であることが熱く語られた。

続いて、休む間なくミニレクチャーの2題である。最初はハートライフ病院・佐久川廣先生の「B型肝炎ウイルスの再活性化とその対策」である。良い抗体＝HBs抗体、悪い抗体＝HBc抗体の説明は非常に分かりやすく、専門外の者にも非常に参考になったものと思われる。免疫抑制剤や抗がん剤等の強力な化学療法が一

般化する昨今の医療において、HBs抗体の確認だけでは不十分であり、HBc抗体を測定していないとDe novo肝炎を誘発して悲惨な結果を招きかねない病態生理を丁寧に解説して頂いた。

次いで豊見城中央病院・池原泰彦先生の「前向き臨床推論」は、非常にスマートな睨目すべきレクチャーであった。総合診療科領域におけるEBM的手法を用いた診断学の修練法を、可成りの質のレベルで披露して頂いた。取り分けsemantic qualifier SQという手法は、普段から誰もが無意識のうちに行っている方法ではあるが、これを意識化して追求することにより診断が画然とレベルアップするものであることが如実に感じられた。この様な総合臨床的な新しいスタイルの研修教育をリードする、若き指導医の出現を心から歓迎したい。

さて最後のプログラムは一般演題である。個人的には自分の専門領域である呼吸器内科セッションを聴講したかったのであるが、今回は本医学会の初企画である県医学会賞の掛かった2年目の初期研修医による15題の発表を聞かせて頂いた。県立南部医療センターから2題、那覇市立病院から2題、協同病院から2題、浦添総合病院から2題、豊見城中央病院から2題、中頭病院から2題、そして琉大病院、赤十字病院、ハートライフ病院から各1題のラインアップである。審査を任された8人の委員と各病院



からの応援団が入り乱れて、最後まで白熱した討論が繰り広げられたが、全般的な印象として、発表される研修医の皆さんが何れも臆することなく堂々とプレゼンテーションする姿に、沖縄県における臨床研修制度の着実な成果の一端を垣間見る思いであった。栄えある第1回の受賞者は、以下の3人である。

- ・最優秀賞 永村良二先生（沖縄協同病院）  
「脾臓摘出後34年経過して発症した overwhelming post-splenectomy infection の1例」
- ・優秀賞 喜名みちる先生（那覇市立病院）  
「悪性リンパ腫と鑑別を要した大腸低分化腺癌の一例」
- ・優秀賞 林裕樹先生（那覇市立病院）  
「胃転移を来した乳癌の一例」

受賞された3人を含め、各病院から選ばれた15人の若き戦士達に心からの拍手を送りたい。そして、この沖縄県医師会医学会賞が今後益々充実し、沖縄県における卒後臨床研修の更なる発展の弾みにならんことを祈念して、本稿を閉じたい。



左から、受賞した林先生、喜名先生、永村先生

## 会 頭 挨 拶

第113回沖縄県医師会医学会総会会頭  
瀧下 修一



このたび、名嘉村沖縄県医師会医学会会長のご配慮により第113回沖縄県医師会医学会総会会頭をお引き受けすることになりました。県医師会活動として全国に類を見ず、しかも伝統のある本医学会総会の会頭の任にあたることは誠に光栄に存じますが、沖縄県医師会、医療、医学教育などで多大な功績を残された諸先輩に比べるべくもない私としては恐縮するばかりです。

少し、自己紹介をさせていただきます。私は、1988年4月から2009年3月まで、国立循環器病センターへ転出した5年間を除いて、琉球大学医学部第三内科（現、循環器・腎臓・神経内科）および琉大医師会に在籍しました。現在は医療法人おもと会沖縄リハビリテーション福祉学院学院長を務め、琉大医師会顧問、沖縄県医

師会治験審査委員会委員長を兼ねています。

医師会医学会との関わりは、2004年4月から2008年3月まで琉大医学部附属病院病院長・琉大医師会会長であったこともあり県医師会理事を拝命し、学術担当理事として医学会副会長を務め比嘉實会長を補佐させていただいたことです。この間、一般演題のWeb上の登録化、データベース化が実現し現在に至っています。特別講演の決定、講演者、座長の選出などは分科会会長会議、幹事会での熱心な討議で決定されましたが、発表演題で沖縄県医師会雑誌に投稿された論文の査読者の選定、掲載不可と評定された論文への対応など総会後の仕事が結構あったことや、総会への医学部学生、コメディカルの方の出席なども前向きに検討されたこ

とが思い出されます。また、記念すべき2004年12月の第100回総会で進行役を務め、ノーベル賞受賞者小柴昌俊先生の特別講演「やれば、できる」、シンポジウム「沖縄県医師会医学会100回の歩み—戦前・戦後・未来—」を感激をもって拝聴しました。

琉大医師会から会頭をご指名いただくのは恐らく今回が初めてではないかと思えます。本土復帰の1972年に琉大保健学部附属病院の医師10数名で琉大医師会が発足しました。1979年に琉大医学部設置認可、1987年に一期生卒業、医師会会員数は1992年に200人を超え、以後200人台の後半で推移しています。琉大医学部附属病院は県唯一の医育機関の附属病院として設置され、その後特定機能病院としてだけでなく、沖縄県の中核病院として運営されてきました。しかし、沖縄県の医療体制が県立病院を基幹とするネットワークで既に出来上がっているところに落下傘で降下したようなものであり、よそ者扱いされてきた経緯がありました。この状況を改善するために歴代の琉大医師会長や役員は県医師会との関係を強めることを意識してきました。県医師会には1984年から県医師会理事として学術、勤務医担当として迎えていただいています。とくに最近では附属病院長が琉大医師会長、県医師会理事を務めて緊密度を高めています。医師会医学会においては、学術担当理事が副会長を務め、多くの教授（診療科長）が医学会分科会の会長として活動に加わっているほか、総会における座長やミニレクチャーの講師、研修医の症例発表など琉大医師会会員の関与は少なくありません。医学部および附属病院の使命として教育、高度医療および研究・開発の推進、専門医養成等を担っており、

県内の他の医療機関とは異なる多くの面がありますが、本土でみられる大学を頂点とするヒエラルキーを目指すものではなく双方向での地域医療への関与、他医療機関との交流の比重を高めているところです。今回の琉大医師会からの会頭指名はこれらをさらに進めよとの医学会会長のメッセージと理解しています。

昨年3月11日に発生した大地震による東日本大震災、原発事故による被災は急性期を乗り切りましたが、未だ復興の兆しも見えない状況が続いています。この間、沖縄県でも県医師会や医療機関から多くの医療スタッフが現地に行かれ支援に尽力されました。6月の本会においては災害時の医療等について総会としての対応が困難でしたが、今回は被災地最前線の医療を支え続けておられる東北大学病院の病院長里見進先生（日本外科学会理事長、那覇高校ご卒業）による特別講演「東日本大震災—東北大学病院の取り組みと得られた教訓—」と大災害医療についてのシンポジウムを組んでいます。これらを通じて医療人自らの問題として深く捉えること、大災害への具体的な対応の基盤ができることを願っています。また、臨床研修関係のプログラムでは来春完成予定の沖縄県、県医師会と琉大が連携した「おきなわクリニカルシミュレーションセンター」の進捗状況の説明が予定されています。

医学会総会は学術・研修面だけではなく情報交換の場でもあります。多くの先生方のご参加をお待ちしています。終わりにあたり、本総会の開催にご尽力いただいた関係者の皆様に感謝申し上げますとともに、沖縄県医師会医学会のさらなる発展を祈念いたします。

## 特別講演

# 「東日本大震災－東北大学病院の取り組みと得られた教訓－」



東北大学病院病院長 里見 進

3月11日に発生した東日本大震災では東北大学病院も、研究棟や外来棟、手術室、検査室などに多大な被害を受けた。ただし病棟は制震構造の新築で患者にはほとんど被害はなく、また職員も奇跡的に無傷であった。一時的にはライフラインが全てストップし機能不全に陥ったが、非常用電源や人海戦術で乗り切った。発災当初は東北大学病院が震災被害の最前線であろうと考えていたが、情報収集の結果、県の沿岸部が津波によって壊滅的な被害を被っていることが明らかになったので、段階を踏んで支援を開始することにした。第一段階としては対策本部の立ち上げと院内の医療安全の確認、トリアージ体制の整備である。かねての訓練通り約20分後には対策本部、40分後にはトリアージ体制を作ることができた。この段階で懸念されたことは食料、医薬品、生活用品の不足、交通手段の不足であった。使用可能であった衛星電話を通して全国の大学病院や学会、在京の大学関係者をお願いして必要な物資を搬送してもらった。また、大学の各部局に依頼して部局の車両を運転手つきで病院に集めてもらうことにした。第二段階では病院の機能回復を図りつつトリアージを継続し、仙台市周辺の医療機関への

支援を開始した。今回の地震では震度の割に家屋の損壊は少なく予想したほどのトリアージ患者は来院しなかった。第三段階では県の内外の医療機関への支援を強化した。県北部の沿岸部では多くの医療施設が壊滅的な被害を受け機能不全に陥っていた。かろうじて機能している最前線の病院を疲弊させないように、医療スタッフを食料、医薬品とともに連日送りこむと同時に、被災病院からの入院患者を無条件で受け入れることとした。また患者搬送の中継基地としての機能も果たし、透析患者を自衛隊機を使って北海道へ搬送した。第四段階は避難所の医療体制の整備段階である。宮城県だけで1,000か所はあったと推定されている避難所の医療を維持するために、震災直後は急性期の医療チームの派遣を依頼し、その後は慢性期の医療や感染症の多発する状況に対処するためにエリア・ライン制を提唱し、長期滞在できる医療チームに責任を持って医療を支えてもらう体制の整備を行ってきた。この体制は9月いっぱいでは終了したが、この間多くの医療チームの派遣を受けたことで、医療の全面崩壊は食い止められたと思う。全国の温かいご支援に感謝申し上げる。

震災後7カ月が過ぎ、被災地の医療を今後どのように再興するかが大きな課題である。短期、長期の課題があるが、最終的な街づくりのプランが決まるまでは長期的な展望は描けないと考え、県の復興会議では1ないし2年の間医療が崩壊しないように対策を立てることとした。基本的には残った公的病院を中心に必要な仮設の診療所を設置することとし、民間の診療所の開設も積極的に支援することになった。医療の本格的な再興には医療資源の有効活用を図る上からもIT技術等の積極的な活用が望まれる。

## シンポジウム

# 「考 大災害医療～東日本での医療、また今後何をなすべきか～」



(1) 「東日本大震災における災害亜急性期・慢性期における医療支援活動  
—沖縄県医師会災害救助医療班（JMAT 沖縄）の事後検証から—」



公立大学法人名桜大学大学院教授、同健康管理センター長  
出口 宝

### はじめに

災害急性期医療が「避けられた災害死」を防ぐことがその目的とされているのに対して、災害亜急性期・慢性期の医療支援は、「災害から免れた命」を守る医療となる。そして、DMAT (Disaster Medical Association Team) などの急性期専門の医療チームが災害発生後48時間以内に活動を開始するのに対して、災害亜急性期・慢性期の医療支援活動はこれら急性期チームが

撤収する災害発生後およそ4日目から始まり、被災地の医療の復興まで継続することとなる。

東日本大震災において、沖縄県医師会は災害亜急性期・慢性期の医療支援を行うべく、3月14日に独自の判断で沖縄県医師会災害救助医療班（以下、JMAT 沖縄）の派遣を決定して、翌15日には岩手県へ派遣した。そして、壊滅的被害を受けた岩手県上閉伊郡大槌町の城山体育館に仮設診療所を開設して、6月1日に撤収するまでの79日間で15チーム79名を派遣して延べ5,110名への診療を行うなどの医療支援活動を行った。この貴重な経験を今後活かしていくべく、今回の震災における大槌町の状況とJMAT 沖縄の活動を検証して、災害亜急性期・慢性期における医療支援活動について検討した。

### 方法

大槌町を医療圏とする釜石医師会災害対策本部が配布した3月20日から5月31日までの避難所ならびに医療チームに関する情報、そしてJMAT 沖縄の現地日報を分析して、大槌町における1. 避難者と医療支援チーム数の推移、2. 避難者数と受診数の推移、3. 拠点診療と巡回

診療における受診数と受診率の推移、4. 城山仮設診療所における受診数の推移、5. JMAT 沖繩の初動から撤収までを検討した。さらに、派遣された医療班員への事後アンケート調査から、6. JMAT 沖繩の派遣事業の在り方について検討した。

### 結果と考察

1. 避難者数が最も多い亜急性期早期には活動していた医療支援チーム数は少なく、避難者数に対する医療支援チーム数の供給に不均衡がみられた。早期に活動を開始していた医療支援チームは独自に情報を収集して活動を開始していた。多くの情報が得られない災害発生早期の初動は自律型分散型が有効であると思われた。2. 経過とともに避難者総数は減少していったが、それに比較して受診数の減少は少なかった。早期では医療ニーズ密度が高くなると思われた。3. 診療形態では巡回診療よりも拠点診療の方が受診数ならびに受診率ともに高かったが、交通手段のない被災地においては巡回診療も不可欠である。しかし、医療が壊滅した被災地の早期には、どこに行けば医療支援を受けることができるのかを明確にすることが重要であり、拠点診療から開始することが優先されると思われた。4. 撤収計画は、現地災害対策本部と調整しながら地元医療機関による保険診療の再開とともに開始して、慎重に段階的に縮小していくことが重要と思われた。5. 被災地における現地災害対策本部が早期に機能することが望まれ、その指揮下で全ての医療支援チームが活動するべきであると思われた。6. JMAT 沖繩の現地活動ならびに後方支援にはある程度の評価を得られたが、平時から災害医療に対する研修などが必要であると思われた。

災害亜急性期・慢性期における医療支援活動は被災地のニーズに合わせた『初動』、『継続』、『撤収』が重要である。今回の経験を活かして、平時から災害医療支援活動に対する備えをしておくことが望まれる。一方、本県にも広域大規模災害が発生する可能性があることを念頭に置き、本県の特徴も考慮して今回の大震災を経験

された被災地の関係者から学ぶことが重要と思われる。

### (2) 「沖繩県こころのケアチームの現地での活動及び現状報告」



医療法人へいあん平安病院精神科 平安 明

東日本大震災の発災後、県医師会は直後にアクションを起こし岩手県大槌町の支援活動に入った。様々な課題はあろうが初動としては的確な判断であったと思う。

今回の被害はその殆どが津波によるものであり、その特徴として死亡・行方不明者に比べて負傷者の割合が低いことがある。初期から重症者の対応のみならず慢性疾患の治療継続や避難所生活での衛生面の問題、集団感染等が医療上の課題になった。一方で、被災範囲の広さや被災者の多さは過去に例を見ず、直後から様々なストレス反応による抑うつ、不安、不眠等をベースにした体調不良を訴える方が多かったようである。

初期にはまず生命危機への対応が優先され、PTSDを含めたメンタルケアは少し遅れてから本格化するといった認識をもっていたが、今回の災害は事情が異なっていた。その要因の一つとして、被災者を支える役割を担うはずの行政スタッフも多くが被災しており、地域によっては保健担当者のほとんどが亡くなっているといった状況が挙げられる。そういうことを考慮すると、当初最も重視されたことは、まずは現地に行くこと、行政の役割を補完すること、極論すると“とにかく応援に行く”ことであつたのかもしれない。

現地の情報が著しく不足している中、沖繩県

の「こころのケア」活動は岩手県の要請があったから動き出した。民間精神科病院の組織である沖縄県精神科病院協会（沖精協）に県から人材派遣の協力要請があり、協議した結果、県と沖精協の合同チームを派遣することとなったが、この調整に約3週間を要した。行政と民間病院が一体となって派遣体制を構築したことは評価できるが、少し時間がかかりすぎたと思う。私自身は今回のことを通して「こころのケア」においても医療救護活動同様に初動の判断は自発的、自律的であるべきだと実感した。

沖縄県の「こころのケアチーム」は主だったところで3つあり、県/沖精協合同チーム、国立病院機構琉球病院チーム、県保健師チームである。いずれも岩手県に派遣され、県/沖精協チームと保健師チームは大船渡市、琉球病院チームは宮古市で支援活動を行なった。

私は県/沖精協チームの第2陣として4月11日から18日まで支援活動に携わった。チーム構成は医師、看護師、心理士、精神保健福祉士、事務員の計5人で、ロジスティックは県保健福祉部が担った。当時の活動内容は、避難所の巡回、医療救護班や保健師から紹介のあったケースの診察や自宅等への訪問診療、地元の医療機関との連携や相談調整業務の補完、現場からの様々な情報を行政に届ける等、医療のみならず御用聞き的なこともやるようにした。

県/沖精協チームは、4月5日から9月30日まで計19チーム、延べ87名が支援活動に従事し、一旦区切りをつけた。最終チームからの報告では、大船渡市は瓦礫の撤去は一見進んでいるが、小学校の校庭等場所を移してまとめられただけで、あの日の傷跡はまだ至る所に残っている。避難所はほとんどが閉鎖され生活の拠点は仮設住宅に移っているが、衣・食といった生活基盤の心許無さに加え、不安、寂しさ、孤独といったメンタルな問題が浮き立ってきている。行政スタッフの疲労もピークをとっくに超えている。このような被災地の現状を鑑みると、精神的な支えはまさにこれから必要とされるのではないかと感じずにはいられない。

初動と同様、撤収もまた重要である。県医師会の医療救護チームは現地の診療態勢回復の状況を見ながら、非常にうまく撤収出来たように思える。こころのケアに関しては「ここで終わっていいのか、むしろこれから必要ではないのか」といった思いがつかまとうが、我々が出来ることには自ずと限界がある。

医学会当日は県/沖精協チームとしてのこれまでの活動を振り返り、皆さんのご意見もいただきながら今後の支援活動のあり方や平時になすべきこと等考えてみたい。

### (3) 「災害対策本部の運営で学んだこと」



釜石市災害対策本部内釜石医師会災害対策本部部長  
寺田 尚弘

#### はじめに

3月11日に発生した東日本大震災に際しては、医療支援チームの派遣を中心に医師会の多くの先生方、医療スタッフの方、事務職の方々はじめ多くの方に助けていただいた。まずは深く御礼申し上げる。

本日は今回の大震災に際し、釜石市災害対策本部としての釜石医師会災害対策本部が経験した震災対応についてご報告申し上げ、この報告が今後どの地域にも起こりうる震災対応の一助となれば幸いである。

釜石医療圏は釜石市、大槌町の2つの自治体をカバーする人口5.5万人の医療圏である。釜石医師会も同様に両地域をカバーしている。今回の震災で多くの医療機関が甚大な被害を受け、特に大槌地域の医療機関はすべて全壊であった。

災害対策本部医療班の成立・初動について検証してみた。もともと災害時に起動する医療班

については市町村の定める地域防災計画にその定義、立ち上げ方、活動内容など詳細が記されている。その中で医療班の主な役割は被災地域への救護活動であった。しかしながら今回の震災はその規模が大きく、地域防災計画を支える多くの前提が発災とともに機能しなくなった。医療班もまたその定義や活動内容を柔軟に変えることが求められた。最終的に釜石医師会災害対策本部が行政の一部門の役割を果たしつつ、地域全体の医療状況を把握し、県外からの医療支援チームを指揮し、またそれを支える連携系の構築・維持をその役割とすることとなった。

災害対策本部医療班の活動内容は大きく2つに分けられた。1つは『指揮系』の仕事であり、もう一つは『連携系』の仕事である。

『指揮系』の主な仕事は、本部方針を立て、医療支援チームを把握・統括し、その活動をバックアップすることであった。特に活動報告会を通しての医療支援からの情報の収集と本部からの情報の配布、医療支援チームが立ち往生しないための介入などを行った。また避難所からの撤退調整、医療支援チーム自体の引き上げに際する引き継ぎ管理なども行った。

『連携系』の主な仕事は指揮系のバックアップであった。当医療圏にもともとあった医療連携、介護連携、福祉・行政連携や内陸の医療圏との連携など平時の連携が機能するかどうか、無事を確認しバックアップにあたった。

災害医療の状況全般を把握し、コントロールしてゆく上で大切なことは平時からの顔の見える『連携』であると感じた。

地元医師会が果たすべき役割について。今回当医療圏では災害対策本部医療班を釜石医師会が担当した。地域によっては急性期病院が指揮

をとったところも多かったかと思う。どの組織がまとめ役を行うにしても重要なことは事前のコンセンサスであると感じた。どの組織がまとめ役を担当し、関連機関はその指揮系や連携系に組まれる、という基本的なコンセンサスづくりが医療における災害対策の基本前提なのではないかと考える。これは県医師会のレベルでも郡市医師会のレベルでも同じことが当てはまると考える。

個々の判断でバラバラに動くことが本部を最も混乱させることになるため、チームが編成することが非常に有効であると感じた。具体的には、診療科別にチームを作り、現地入りも含めた長期的なバックアップ体制は特にkleinで有効であった。事象別でいえば、感染コントロールチームは感染拡大兆候を報告すると翌日には現地入りしてくれたし、深部静脈血栓症予防チームは避難所をスクリーニングして、避難民の予防啓発に大きな力を発揮した。いずれにしても避難所横断的な支援チームはメインの医療支援チームと連携することで大きな役割を果たしたと思う。このようなチームの投入を順序良く、計画的にできたわけではなかったが、それは私の見識不測が原因であって、準備可能なことであったと反省している。直接被災された先生方は仮設診療所の再建に奔走する必要があるし、被災地で難を逃れた病院やクリニックは押し寄せる患者をこなしてゆくことで手いっぱいとなると思われる。

最後に再度平時の連携の重要性を強調したいと思う。医療連携のみならず顔の見える地域連携は単に横をつなぐ接続ツールではなく、連携それ自体が推進力を持つモーターのような働きをすることを痛切に感じた。当医療圏でも改めて連携の重要性を共通認識としたところである。

## ミニレクチャー

### (1)「B型肝炎ウイルスの再活性化とその対策」



ハートライフ病院 佐久川 廣

B型急性肝炎は、その多くが一過性の感染で、肝炎発症後ウイルスが排除され、治癒と言われていました。しかしながら、これまで既往感染として扱ってきた症例でもHBc抗体が陽性であればウイルスが肝臓内に存在し続けることが肝移植の研究の中で明らかにされました。最近、免疫抑制剤や化学療法を受けた既往感染者にB型肝炎の再活性化が起こることが問題になっています。特に分子標的治療薬での再活性化は劇症化例も多く、治療抵抗性で、予後が悪いことが報告されています。

沖縄県の成人の約40%はB型肝炎ウイルスに暴露されており、再活性化を起こす可能性のある症例は多いと考えられます。患者さんに免疫能を抑制する薬剤を使用する場合は、必ずHBc抗体をチェックして下さい。そして、HBc抗体が陽性なら、一度肝臓専門医に診てもらって今後の方針を話し合うことが重要です。分子標的薬の中で特にリツキシマブは要注意で、B型肝炎を発症した場合は、救命率が非常に悪いことが報告されています。当院でもリツキシマブによるB型肝炎ウイルスの再活性化を2例経験しました。2例とも抗ウイルス剤開始時に黄疸を認めませんでした。治療抵抗性で、何れも救命出来ませんでした。

免疫抑制剤や抗がん剤は多くの先生方が処方しており、B型肝炎ウイルスの再活性化につい

て理解を深めてもらうことは非常に重要と思われます。本講演では自験例を中心に文献的考察を含めて解説したいと思います。

### (2)「前向き臨床推論」



豊見城中央病院 池原 泰彦

現在私は豊見城中央病院にて内科初診外来を週9コマ担当しております。これは年間通算すると約2,500の初診患者数となり、疾患もCommon diseaseからKiller disease、Rare diseaseまで多岐に渡り、広い範囲で診察をする機会に恵まれています。

9コマの内5コマは後期研修医と併診しておりますが、研修医への指導、多岐に渡る疾患、時間の制約という現実を踏まえると、現場では常に『速く正確に診断をつける』という事が重要となります。

この『速く正確に診断をつける』という目的を達成させるために、前向き臨床推論という戦略を用いています。これは診察前情報からある疾患を想定し効果的な質問を繰り返しながらリアルタイムに推論を行うHistoryに重点を置いた推論法です。

一般外来において診断に寄与する割合は、History : Physical : 検査が8 : 1 : 1と言われており、Historyに重点を置く推論法は合理的です。

初診外来診療は常に時間との戦いです。

Historyの段階で疾患が想起できずにPhysical、検査に進んだ場合、検査結果が出た後から足りない情報を集める事になります。そのためHistory再聴取・Physical取り直し・検査追加等となり、時間の制約が比較的緩い病棟診療ではそれほど問題にはなりません、限られた時間しかない外来では望ましくありません。

時間と情報に限りのある中、Historyから疾患を想起し、リアルタイムで推論していく事は有効な戦略です。

前向き臨床推論では以下の4つが軸となります。

①VABCDE (問診票から得られる診察前情報)  
Vital /Age/ Background/ Chief complaint/ Duration/ Sex

診察前情報から得られるキーワードを軽視してはいけません。Vitalと問診上の小さな見落としにより大きな落とし穴に落ちることは稀ではありません。

②SQ (Semantic Qualifier)

患者の発した言葉を抽象度の高い医学用語に置き換えた情報。簡潔なプレゼンテーションと言えます。例えば『75歳女性の昨夜からの右膝の発赤を伴う痛み』という主訴は75歳女性→高齢女性 昨夜から→急性発症 右膝の発赤を伴う痛み→単大関節炎となりSQはAcute large monoarthritis in an elderly womanとなり、細菌性関節炎と偽痛風が鑑別に挙げられます。

③illness script

個々の疾患の時間経過を重視した臨床像。ある疾患が時間によってどう経過するかを観察すると、physicalでは区別が難しい疾患も鑑別が可能となります。例えば右下腹部痛という主訴に対して考えられる疾患は虫垂炎、憩室炎、腸間膜リンパ節炎、ウイルス性腸炎、細菌性腸炎、PIDなどがありますが、これらの疾患は全て痛みの時間経過 (illness script) が少しずつ異なります。発症から治癒までの時間経過をより多くの疾患で理解していくことが重要となります。

④引き算診断

『この症例は〇〇のillness scriptに当てはまらないので違う疾患に違いない』という推論法。例えば『この症例は下痢があり一見急性胃腸炎に類似するが、illness scriptに当てはまらないので急性虫垂炎やその他の疾患に違いない』と考える事が出来ます。

この4軸は全てHistoryに基づいていますが、それぞれを駆使して推論していくのが前向き臨床推論です。

豊見城中央病院は群星沖縄(研修病院群プロジェクト)に参加しています。そして実際に私も日々研修医の指導にあたっています。群星では『Common Disease中心の救急、プライマリ・ケア研修を実践する』というのが7つのコンセプトのひとつとなっていますが、プライマリ・ケア研修にはCommon diseaseのバリエーションに富んでいる内科初診外来が重要な役割を果たしています。

検査、時間等の制約の多い初診外来を『診断はつかなくてあたりまえ』という姿勢で臨むのではなく、前向き推論を行うことにより速く正確に診断がつくようになると、初診外来は全く違ったものとなります。ともすれば『振り分け』と揶揄される内科初診外来ですが、診断をつけなければ内科初診外来の存在理由はありません。診断推論は研修医教育でも非常に重要で、ジェネラリストを目指さない医師にも問題解決に必ず生きてくる技能です。今回沖縄県医師会主催の場で臨床推論に関するお話をさせて頂く機会を得たことに心から感謝致します。



## 一般講演 演題・演者一覧

### 循環器外科

1. 感染性心内膜炎に対する僧帽弁置換術後に左室仮性瘤を生じた1治験例  
浦添総合病院 心臓血管外科 安藤 美月
2. AVR+CABG後の上行仮性瘤に対する治療  
南部徳洲会病院 心臓血管外科 戸塚 裕一
3. 順行性選択的脳灌流を使用した上行大動脈置換術の検討  
琉球大学医学部 第二外科 山城 聡
4. AAEおよび右鎖骨下動脈瘤を合併したMarfan症例に対する一期的David手術、解剖学的右鎖骨下動脈血行再建術の工夫  
琉球大学大学院胸部心臓血管外科学講座 神谷 知里
5. 心臓外科周術期にトラネキサム酸過量投与にて強直間代性痙攣をきたした長期透析患者症例の検討  
県立中部病院外科 井上 学
6. 小児のMRに対する僧帽弁形成術の1例  
牧港中央病院 心臓血管外科 達 和人
7. 閉鎖性気管外傷  
県立中部病院 外科 島垣 智成
8. 救命し得た超高齢者(90歳)の腸骨動脈瘤切迫破裂の一例  
豊見城中央病院 外科 花城 清俊
9. 腹部大動脈ステントグラフト内挿術におけるAorto-uni-iliac法の検討  
琉大医学部 第二外科 比嘉 章太郎
10. 大動脈解離を伴わない上腸間膜動脈解離の一例  
那覇市立病院 浅井 恵
11. 上腸間膜動脈血栓・塞栓症の4例  
那覇市立病院 外科 名城 れい子
12. 救命に成功した院外発症Non-Occlusive Mesenteric Ischemiaの1例  
県立中部病院 宮地 洋介
13. 下腿膿瘍を来した下肢静脈瘤の1手術例  
琉球大学大学院医学研究科胸部心臓血管外科学講座 仲栄真 盛保

### 乳腺内分泌外科

14. 腫瘍切除およびリンパ節生検に際してγ線検知装置が有効であった症例  
琉大医学部第二外科 平安 恒男
15. 乳腺疾患におけるMDCT画像所見の研究 -CT画像所見から乳癌biologyを読み解くことができるか-  
那覇西クリニック 乳腺外科 玉城 研太郎
16. 当院における乳癌センチネルリンパ節生検の手法と、2年間の成績報告  
北部地区医師会病院乳腺科 野村 寛徳
17. 薬物治療抵抗性の紡錘細胞癌の1例  
那覇西クリニック、那覇西クリニックまかび、県立南部医療センター・こども医療センター 滝上 なお子
18. 内視鏡補助下甲状腺手術(VANS法)62例の経験  
浦添総合病院 外科 長嶺 義哲
19. Automated Breast Volume Scanner (ABVS)の使用経験  
豊見城中央病院 乳腺科 比嘉 国基
20. 乳房痛とその関連因子についての検討~浦添総合病院健診センター婦人科検診問診票より~  
浦添総合病院 乳腺センター 時沢 亜佐子

### 循環器内科

21. 末梢白血球数は、糖尿病冠動脈疾患患者の心管イベントを予測する  
豊見城中央病院 循環器内科 新崎 修
22. 僧帽弁輪石灰化(MAC)に付着し多発性塞栓症を起こしたGroup G streptococcus (GGs)による感染性心内膜炎の1例  
ハートライフ病院循環器内科 前本 均
23. 当院の2010年度緊急PCI症例の検討  
沖縄協同病院 佐久田 豊
24. 当院における外来通院型心臓リハビリについて  
大浜第一病院 大城 康一
25. FFRガイドによるPCI低侵襲化への取組み:左冠動脈主幹部直下へのPCIを回避しえた前下行枝tandem lesionの1例  
大浜第一病院心臓血管センター循環器科 前田 武俊
26. トレッドミル負荷中に前上脛十二指腸動脈瘤の破裂をきたした1例  
那覇市立病院 大城 登喜子
27. バレーボール中にAEDにて蘇生した致死性不整脈を伴う心疾患の1例  
中部徳洲会病院 宇野 研一郎
28. 頻拍性心房細動から心不全を発症し、カテーテルアブレーションにて改善がみられた1例  
豊見城中央病院 大庭 景介
29. リード抜去を要したCRT-Dリード感染症の1例  
豊見城中央病院 山中 裕介
30. 発作性心房細動後の洞停止にて失神、外傷性くも膜下出血を来し、カテーテルアブレーションにより治療を行った1例  
豊見城中央病院 循環器内科 二宮 実穂
31. 院外心肺停止後、PCPS、IABP導入するも救命し得なかった、両側肺動脈の広汎腫瘍塞栓症の1例  
中部徳洲会病院 友利 隆一郎

### 呼吸器外科

32. 原発不明縦隔リンパ節転移を切除5年後に発見された肺癌の1例  
国立病院機構沖縄病院 外科 河崎 英範
33. 単孔式胸腔鏡下手術を施行した同時性多発胸腺腫の1例  
中頭病院 外科 仲嶺 盛
34. 当院における進行・再発非小細胞肺癌に対するBevacizumab併用化学療法施行例の検討  
国立病院機構沖縄病院 外科 饒平名 知史
35. 縦隔発生気管支性嚢胞の臨床像の多様性  
国立病院機構沖縄病院 外科 石川 清司
36. 当院で経験した肺カルチノイドの1例  
浦添総合病院 呼吸器センター 松岡 裕
37. 腫瘍型4mmのAAHの1例~正常肺胞上皮細胞からAAHへの移行像~  
沖縄赤十字病院 外科 宮城 淳
38. 当院で行っている食道癌に対する鏡視下手術  
浦添総合病院 呼吸器センター 澤田 徹
39. 左上肺静脈と左下肺静脈が共通管であったHOT施行中の左上葉肺癌の1例  
中頭病院 藤原 善寿

40. CPA後にflail chestを来し肋骨固定術で奇異性呼吸が消失した1例  
中頭病院 外科 大田 守雄
41. 多発肋骨骨折、横隔膜損傷を伴う外傷性気胸に対し胸腔鏡補助下止血術を施行した1例  
中頭病院 外科 日高 竜太
42. 当院で経験した良好な経過を得られたLVRSの1例  
浦添総合病院 呼吸器センター 渡辺 丞
43. 胸骨正中切開により摘出した縦隔甲状腺腫の一例  
南部徳洲会病院 伊元 孝光
44. 腎型にて発症した縦隔内副甲状腺腫による原発性副甲状腺機能亢進症の1例  
南部徳洲会病院 宮崎 洋介
45. 当院における小型肺癌切除例の検討  
豊見城中央病院 外科 我喜屋 亮
46. 原発性肺癌が疑われた術前未診断肺病変の検討  
琉球大学大学院胸部心臓血管外科学 古堅 智則

一般外科

47. Streptococcus pyogenesによる壊死性軟部組織感染症により右上肢切断術を施行した1例  
県立中部病院 外科 國崎 正造
48. PEG困難例に対する腹腔鏡併用下経皮内視鏡的胃瘻造設術(LAPEG)  
沖縄赤十字病院 外科 豊見山 健
49. 18歳の1型糖尿病患者に発症した特発性腸重積症の一例  
中部徳洲会病院 川満 菜津貴

血液

50. CMV感染症を契機に発症した血球貪食症候群の一例  
ハートライフ病院 上原 盛幸
51. サイトメガロウイルス初感染を契機に発症したクームス陰性自己免疫性溶血性貧血の一例  
ハートライフ病院 血液内科 大濱 昌代
52. 診断に苦慮したEBV-associated NK/T cell lymphomaの一例  
県立南部医療センター・こども医療センター 新垣 若子
53. 化学療法中に可逆性後頭葉白質脳症(PRES)を来した思春期白血病の1例  
琉球大学医学部 第二内科 仲地 佐和子
54. 免疫抑制療法により凝固が正常化し手術を行った軽症後天性第VIII因子インヒビターの1例  
中頭病院 内科 林 正樹
55. 初回化学療法としてAzacitidineを使用した高リスク骨髄異形成症候群(MDS)3例の検討  
沖縄赤十字病院 血液内科 朝倉 義崇
56. 輸血離脱にてDeferasirox内服休止後再度輸血依存となり同薬内服再開後も輸血依存にて経過中の骨髄繊維症の一例  
那覇市立病院 内科 内原 潤之介

呼吸器内科

57. 胸部単純CTからHTLV-1関連細気管支炎が疑われた1例  
県立中部病院 呼吸器内科 馬場 洋行
58. 胸腔鏡下胸膜生検で診断し得たマイコプラズマ胸膜炎の一例  
県立中部病院 内科 高倉 俊一
59. 胸水精査にて結核性胸膜炎が疑われた1例  
北部地区医師会病院 金城 康治

60. 当院における非結核性抗酸菌症手術症例の検討  
国立病院機構沖縄病院呼吸器内科 原 真紀子
61. 特発性上葉限局型肺線維症の1例  
国立沖縄病院 呼吸器内科 那覇 唯
62. 当院におけるサルコイドーシスの検討  
県立中部病院 呼吸器内科 玉城 仁
63. ECMO下に両側同時全肺洗浄を行った続発性肺蛋白症の一例  
豊見城中央病院 小幡 景太
64. 喀血で来院し3D-CTで診断した巨大気管支動脈瘤の1例  
豊見城中央病院 呼吸器内科 比嘉 剛二
65. Saccharopolyspora rectivirgulaが原因と考えられた慢性農夫肺の一例  
豊見城中央病院 金武 有為子
66. 産褥期に増悪した慢性好酸球性肺炎の一例  
県立中部病院 内科 中山 泉
67. 慢性好酸球性肺炎の一例  
中頭病院 呼吸器内科 喜屋武 夏海
68. seawalker後に発症したimmersion pulmonary edemaの一例  
県立中部病院 呼吸器内科 山城 信

腎・泌尿器

69. Neisseria mucosaによるCAPD腹膜炎の一例  
豊見城中央病院 リウマチ膠原病・腎臓内科 張 同輝
70. 手術侵襲後の急性腎不全に対するPMMAダイアライザーによる持続血液浄化療法  
沖縄協同病院 徳岡 優生
71. 意識障害を伴ったリチウム中毒に対し集学的治療を行い救命できた1例  
県立中部病院 腎臓内科 瀬尾 卓司
72. 透析治療を経ずに先行的腎移植(preemptive腎移植:PET)を施行した慢性腎不全患者の一例  
豊見城中央病院 外科 沖 哲
73. 豊見城中央病院における生体腎移植20例の成績  
豊見城中央病院 外科 大田 守仁
74. 慢性維持透析者に発症したCUA;calcific uremic arteriolopathy (calciophylaxis)の一例  
沖縄医療生活協同組合 沖縄協同病院 木村 百合
75. 維持透析29年間で様々な骨代謝病変を呈した一症例=現在からみる病態の解釈と治療法の変遷=  
沖縄協同病院 玉城 元之
76. 2度の意識障害をきたした慢性腎不全患者の一例  
豊見城中央病院 幸地 祐
77. 長期SLE患者に急性発症したネフローゼ症候群に対して血漿交換療法が著効した1例  
おおうらクリニック 大浦 孝
78. 長期の寛解を経て発症したseronegative rheumatoid vasculitisの一例  
県立中部病院 呼吸器内科 安里 哲矢

肝胆膵外科

79. 術前に鑑別し迅速に対応しえた胆嚢捻転症の1例  
中部徳洲会病院 外科 中島 温
80. クリップレス、臍部切開創のみによる当科における単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術の実際  
豊見城中央病院 外科 島袋 誠守
81. 胆道狭窄としてチューブステントを長期留置されていた膵・胆管合流異常の1手術例  
浦添総合病院消化器病センター外科 加藤 拓也

報 告

82. 肝門部胆管癌との鑑別が困難であった良性胆道狭窄の1例  
 浦添総合病院消化器病センター外科 斎藤 由希子
83. 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除の報告  
 中頭病院 外科 砂川 宏樹
84. Vater乳頭部腫瘍に対し腹腔鏡補助下経十二指腸的乳頭部切除を施行した1例  
 中頭病院 卸川 智文
85. 受傷機転不明の外傷性膵損傷に対し膵頭十二指腸切除術を施行した一例  
 中頭病院 外科 嘉数 修
86. 膵頭十二指腸切除術後の胃空腸吻合部に狭窄をきたした1例  
 ハートライフ病院 外科 西原 実
87. 若年女性に発生し4つの組織型を併せもったIPMN分枝型の1例  
 中頭病院 病理科 矢田 圭吾

**脳神経外科**

88. 腰痛で発症した右中大脳動脈破裂によるくも膜下出血の1例  
 浦添総合病院救命救急センター救急総合診療部 岩永 航
89. 筋間アプローチにて治療した脊髄硬膜外神経鞘腫の2例  
 浦添総合病院 脳神経外科 原国 毅
90. 当科で行われた頸動脈ステント術の検討  
 浦添総合病院 脳神経外科 銘苅 晋
91. 血管内治療を行った後大脳P2-P3分岐部動脈瘤  
 県立南部医療センター・こども医療センター 前田 肇
92. 裸眼3D液晶モニターを用いた術前3D画像の検討  
 琉球大学医学部 脳神経外科 宮城 智央
93. 原因不明の中枢神経限局性血管炎の1例  
 琉球大学医学部 脳神経外科 長嶺 英樹

**総合医療**

94. 浦添総合病院での在宅緩和ケアのまとめ  
 浦添総合病院 新里 誠一郎
95. 緩和医療の現場で在宅での看取り症例の検討  
 国立沖縄病院 緩和医療科 大湾 勤子
96. 当院緩和病棟への紹介入院患者についての検討  
 国立病院機構沖縄病院 上原 忠大
97. 当院における癌終末期の入院治療・緩和ケアについて  
 那覇西クリニック 上原 協
98. 浦添市在宅医療ネットワークの現状と問題点  
 名嘉村クリニック 大浜 篤
99. 繊維筋痛症を含む慢性疼痛患者に対する集団認知行動療法  
 南部病院緩和ケア/ペインクリニック 笹良 剛史
100. 禁煙治療における心理療法の役割 動機づけ面接法を中心に  
 ちばなクリニック 清水 隆裕
101. 「こむらがえり」に芍薬甘草湯を用いた112例の臨床的考察  
 首里城下町クリニック第一・第二 田名 毅
102. 総合感冒薬により急性薬剤性肝炎を発症した一例  
 県立中部病院 内科 朴 大晃
103. 視力障害から発症した多発性硬化症疑いの一例  
 県立中部病院 宇土 有崇
104. 妄想気分、被害妄想への宗教的概念を用いた支持的精神療法とspiritual well-beingについての検討  
 博愛病院 仲里 淳

105. 豊見城中央病院の再生医療への取り組み  
 豊見城中央病院 外科 城間 寛
106. 進行大腸癌治療における樹状細胞ワクチン療法の取り組みについて  
 豊見城中央病院 外科 照屋 剛

**消化器内科**

107. 胃静脈瘤の4例  
 那覇市立病院 宮里 賢
108. 後上膵十二指腸動脈瘤破裂に対してコイル塞栓術が有用であった1例  
 浦添総合病院 消化器病センター内科 明石 麻里
109. 全身転移を来したBarret腺癌の1例  
 沖縄赤十字病院 内科 石橋 興介
110. 肺胞出血を伴った播種性糞線虫症の1例  
 中頭病院 伊良波 朝敬
111. 当院における大腸腫瘍に対する治療戦略 ～主に大腸ESDのすみ分け・意義について～  
 豊見城中央病院 消化器内科 峯松 秀樹
112. 好酸球性腸炎の1例  
 浦添総合病院 潮平 淳
113. 止血目的の放射線療法が有効であった横行結腸癌術後腹膜転移巣の空腸浸潤の1例  
 浦添総合病院 消化器病センター内科 金澤 孝祐
114. 高齢で発症したHenoch-Schoenlein紫斑病の1例  
 県立中部病院 消化器内科 太田 龍一
115. 胆管腫瘍に対する超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)の有用性  
 県立中部病院 吉田 幸生
116. ダブルバルーン内視鏡による治療が有用であった術後再建腸管を有する胆道結石の2例  
 中頭病院 消化器内科 陣内 駿一
117. 膵腫瘍に対する超音波内視鏡下穿刺吸引組織診(以下EUS-FNA)の有用性の検討  
 県立中部病院 消化器内科 知念 健司
118. IDUSが術前診断に有用であった下部胆管癌の1例  
 中頭病院 消化器内科 崎原 正基
119. 門脈ガス血症をきたした過酸化水素大量服用の1例  
 県立南部医療センター・こども医療センター内科 窪田 圭志
120. ショック状態で救急搬送となった門脈ガス血症の1例  
 豊見城中央病院 消化器科 糸洲 美代香
121. 当院における免疫抑制・化学療法に伴うHBV Reactivationの検討  
 県立中部病院 消化器科 山田 航希



報 告

122. 活動性慢性肝炎を伴ったNASHの1例  
ハートライフ病院 富里 孔太
123. 早期診断により劇症化に至らず治療しえたHBV再活性化による急性肝炎の1例  
県立中部病院 内科 木全 俊介
124. 当院で経験したアメーバ性肝膿瘍の2例  
那覇市立病院 玉城 祐一郎

**形成外科**

125. 当院における入院加療を要する小児熱傷患者の治療  
プロトコル～小児外傷チーム結成後の成果：第1報～  
県立南部医療センター・こども医療センター形成外科  
西関 修
126. 腹部感染性大動脈瘤に対する人工血管置換術に際し、  
腹直筋弁にて人工血管の被覆を施行した1例  
県立南部医療センター・こども医療センター形成外科  
円谷 悠子
127. 真皮脂肪移植の美容外科への応用  
当山美容形成外科 當山 護

**整形外科**

128. 化膿性手関節炎の3例  
南部徳洲会病院 整形外科 五日市 綾美
129. 広範囲腱板断裂に対する術後成績  
はえばる北クリニック 安里 英樹
130. 骨粗鬆症性椎体圧潰に伴う遅発性脊髄麻痺に対する  
後方手術の2例  
南部徳洲会病院 整形外科 金城 幸雄
131. THA術後帯状疱疹と思われた下肢末梢神経炎2  
例の経験  
豊見城中央病院 永山 盛隆
132. 脛骨骨近位部に高度骨欠損を伴ったRA膝関節に  
対するTKAの経験  
豊見城中央病院 整形外科 富山 聡

**小児科**

133. 当院における新生児不整脈の検討  
県立南部医療センター・こども医療センター  
小児循環器 島袋 篤哉
134. 沖縄県立中部病院ICUに入院した小児の検討  
県立中部病院 小児科 赤峰 敬治
135. 2010年度の小児救急受診制限を検証する  
県立中部病院 小児科 小濱 守安
136. MRSA肺膿瘍を発症した1例  
中部徳洲会病院 小児科 上原 卓実
137. マイコプラズマ感染症入院症例のPA抗体価の検討  
県立中部病院 小児科 松茂良 力
138. 親から感染したと考えられ、無呼吸発作、チアノー  
ゼで受診した乳児百日咳の1例  
県立南部医療センター・こども医療センター小児科  
山本 賢一
139. 巨大脾腫と汎血球減少より門脈血行異常症の診断  
に至った小児の1例  
県立南部医療センター・こども医療センター小児血液  
腫瘍科 屋宜 孟
140. 拡散強調画像にて白質に一過性高信号を呈した  
Sturge-Weber症候群の1例  
県立南部医療センター・こども医療センター  
松岡 剛司
141. 歩行困難を主訴とし診断が異なる2乳幼児例  
ハートライフ病院 小児科 青山 貴博

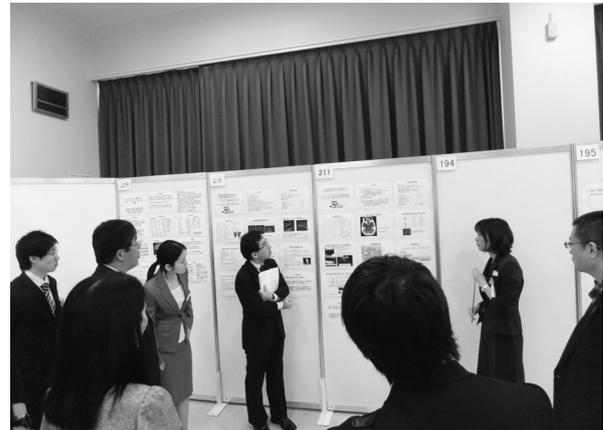
142. 長期間の拒食によりビタミンB1欠乏症を発症し  
た11歳男児の1例  
中部徳洲会病院 小児科 大越 猛

**沖縄県医師会医学賞(研修医部門)内科**

143. 腹痛をきっかけに判明した結核性大動脈瘤の1例  
県立南部医療センター・こども医療センター  
呼吸器内科 西口 潤
144. 細菌性髄膜炎を合併した播種性糞線虫症の1例  
沖縄協同病院 伊波 悠吾
145. 認知症症状を契機に診断し得た神経梅毒の1例  
浦添総合病院 総合内科 三浦 航
146. 脾臓摘出後34年経過して発症したoverwhelming  
postsplenectomy infectionの1例  
沖縄協同病院 総合内科 永村 良二
147. ATLに随伴した傍腫瘍症候群が疑われた1例  
ハートライフ病院 血液内科 後藤 敬子
148. Hirschsprung病の新生児例2例～母親も同疾患  
であった1例と消化管穿孔・敗血症をきたした1例～  
県立南部医療センター・こども医療センター新生児科  
中奥 大地
149. 悪性リンパ腫と鑑別を要した大腸低分化腺癌の1例  
那覇市立病院 喜納 みちる
150. 著明な腹水を伴った甲状腺機能低下の3例  
浦添総合病院 消化器内科 前住 忠秀
151. 原発性アルドステロン症の疑いで評価した498例  
豊見城中央病院糖尿病・生活習慣病センター  
小波津 香織
152. MPO-ANCA関連血管炎が疑われた高齢女性の  
1例  
豊見城中央病院 神経内科 城間 美咲

**沖縄県医師会医学賞(研修医部門)外科**

153. 当科で経験した二次性気胸の検討  
琉球大学医学部附属病院卒後臨床研修センター  
川上 智子
154. 飛行機搭乗後に症状が悪化した左巨大肺嚢胞の  
1例  
中頭病院 平井 雄喜
155. 87歳の高齢者に見つかった乳頭腺腫の1例  
沖縄赤十字病院 外科 儀間 清悟
156. 胃転移を来たした乳癌の1例  
那覇市立病院 林 裕樹
157. 膀胱内BCG注入療法後に発症した感染性腹部大  
動脈瘤の一治験例  
中頭病院 心臓血管外科 仲村 尚司



**消化器外科**

158. Ommaya reservoirにて治療した胃癌髄膜癌腫症の1例  
ハートライフ病院 外科 宮平 工
159. 宿便性大腸穿孔様の症状を呈した大腸癌閉塞による穿孔  
県立中部病院 外科 別城 悠樹
160. 妊娠に合併した肝転移を伴う若年性大腸癌の一症例  
県立南部医療センター・こども医療センター 宮城 大雅
161. 著明な多発肝転移を伴う若年者大腸癌に対して集学的治療を施行した一例  
ハートライフ病院 外科 新里 輔鷹
162. 上行結腸の狭窄を来した結腸リンパ腫の一例  
豊見城中央病院 外科 安里 昌哉
163. 大腸内視鏡および経肛門の用手的操作にて摘出した義歯誤嚥の一例  
浦添総合病院 消化器病センター外科 福嶋 真弥
164. 放射線性腸炎による腸管癒着を合併した義歯誤飲の一例  
県立中部病院 外科 菊川 元博
165. 貧血増悪で見つかった小腸悪性リンパ腫の一例  
大浜第一病院 外科 高江洲 享
166. imatinibによる間質性肺炎のため、局所治療をくりかえしている再発小腸GISTの一例  
浦添総合病院 消化器病センター外科 白井 智子
167. イマチニブ術前化学療法が有用だったGISTの1例  
県立中部病院 外科 田邊 太郎
168. 小腸合併切除を要した parasitic leiomyoma の1例  
中頭病院 外科 石野 信一郎
169. 腹部鈍的外傷による遅発性盲腸穿孔の1例  
豊見城中央病院 濱田 祐斗
170. 腹部刺創による盲腸・小腸損傷をきたした1例  
南部徳洲会病院 外科 金城 泰幸
171. 腹部鈍的外傷に伴う虫垂断裂の1例  
浦添総合病院消化器病センター外科 本成 永
172. 盲腸・虫垂憩室穿孔の1例  
ハートライフ病院 外科 国吉 史雄
173. 虫垂杯細胞カルチノイドの一例  
豊見城中央病院 須田 晃充
174. 門脈気腫を合併した穿孔性虫垂炎の1例  
中頭病院 玉野井 徹彦
175. 炎症性腸疾患を疑われたメッケル憩室出血の一例  
県立中部病院 外科 藤居 勇貴
176. 急性腹症で発症し、虫垂切除術後に川崎病の診断基準を満たした1例  
県立南部医療センター・こども医療センター小児外科 水野 智子

**救急・麻酔・ICU**

177. 小児集中治療科入院統計から見える、沖縄県小児集中治療の変化と今後の課題～沖縄県小児死亡の減少を目指して～  
県立南部医療センター・こども医療センター 水野 裕美子
178. 妊娠中に非産科手術の全身麻酔を行った2症例  
中頭病院 麻酔科 本成 登貴和
179. Duchenne型筋ジストロフィー患者の全身麻酔の経験  
琉球大学医学部 麻酔科 新垣 かおる
180. 減圧症治療に対する遠隔医療の試み  
南部徳洲会病院 高気圧酸素治療部 樋口 さやか

181. 多発外傷により発症した重症呼吸不全に対し、気道圧解放換気 (APRV) と二相性体外人工呼吸器 (BCV) が奏功した1例  
県立南部医療センター・こども医療センター 多田 欣司

**救急**

182. 原因不明のショックに対し一日で20L以上の補液を行うも血圧を維持できなかった一例  
豊見城中央病院腎臓・膠原病リウマチ内科 西平 守邦
183. 右足しびれで受診したStanford A型の胸部大動脈解離の一症例  
大浜第一病院 内科 花城 徹
184. 当院に搬送された心肺停止症例の検討及び考察  
中頭病院 島袋 耕平
185. 躁鬱薬内服による慢性リチウム中毒の一症例  
中部徳洲会病院 泉 恵一朗

**感染症**

186. 肺炎球菌による細菌性髄膜炎にて死亡した1歳児の一例  
沖縄協同病院 日比野 世光
187. 突然の呼吸苦にて発症した感染性大動脈瘤の一例—これからの治療戦略—  
県立中部病院 長嶺 由衣子
188. 腹壁結核の一例  
中頭病院 内科 岩田 はるか
189. 粟粒結核により播種性血管内凝固症候群 (DIC) をきたした2例  
県立中部病院 内科 西岡 典宏
190. 旅行後発熱持続を主訴に受診した腸チフスの一例  
県立南部医療センター・こども医療センター総合内科 垣花 一慶
191. 帰国後に発症したレプトスピラ症の一例  
ハートライフ病院 島袋 全志
192. 本県3例目のツツガムシ病の1例  
県立宮古病院 内科 名嘉村 敬
193. 経過観察できた急性HIV感染の症例  
県立南部医療センター・こども医療センター 城田 ふみ

**内分泌・代謝**

194. 高LDL血症患者におけるLp (a) の臨床的解析  
島尻キンザー前クリニック 島尻 佳典
195. 摂食不安定高齢者に対する糖尿病薬選択の提案  
ハートライフ病院 内科 安谷屋 徳章



報 告

196. 持効型インスリン1回法による治療効果の検討  
豊見城中央病院糖尿病・生活習慣病センター  
佐久田 静
197. 当院に通院されている2型糖尿病患者の特徴～内臓脂肪面積からみた2型糖尿病の治療計画～  
大浜第一病院 糖尿病センター 高橋 隆
198. 当院におけるシタグリプチン投与の効果についての検討：著効する患者の予測因子は？  
大浜第一病院 糖尿病センター 谷川 幸洋
199. 痙攣発作で受診した、著明な低血糖を伴う甲上腺クリーゼの1例  
県立南部医療センター 神納 幸治
200. 医原性甲状腺機能低下症の2例  
県立南部医療センター・こども医療センター  
和田 伊織
201. 当院で経験した原発性副甲状腺機能亢進症  
豊見城中央病院 新垣 桂
202. 当初原発性アルドステロン症を疑われた、サブクリニカルクッシング病の1例  
豊見城中央病院 眞境名 豊文
203. 当院での副腎静脈サンプリングの工夫～3DCTによる副腎静脈描出の有用性～  
豊見城中央病院 循環器内科 嘉数 真教
204. カテコラミン高値を契機に睡眠時無呼吸症候群と診断した1例  
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） 仲村 英昭

**神経内科**

205. おきなわImmediate Stroke Life Support (ISLS) コースの開催経験、今後のあり方  
琉球大学医学研究科循環器・腎臓・神経内科学  
伊佐 勝憲
206. 両側声帯麻痺を発症した多系統萎縮症の1例  
県立中部病院神経内科 古閑 和生
207. 心原性脳塞栓症の急性期治療の経過で原発性脳室内出血を併発した1例  
県立南部医療センター・こども医療センター  
笠 芳紀
208. 起立性低血圧が著明なpure autonomic failureの1例  
起立性低血圧が著明なpure autonomic failureの1例  
那覇市立病院 内科 小渡 貴司
209. シプロヘプタジンが奏功したShapiro's syndrome variantの1症例  
豊見城中央病院 神経内科 長谷川 樹里
210. 間歇的低酸素血症を呈した奇異性脳塞栓症の1例  
琉球大学大学院医学研究科循環器・腎臓・神経内科学  
崎間 洋邦
211. 本態性血小板増多症による血栓形成から脳主幹動脈閉塞を来し、脳梗塞を発症した1例  
琉大医学部第三内科 呉屋 よしの

**産婦人科**

212. 妊婦のサイトメガロウイルス感染症の1例  
県立中部病院総合周産期母子医療センター産科  
直海 玲
213. HTLV-I 母子感染に関するデータ分析  
豊見城中央病院 産婦人科 前濱 俊之
214. 帝王切開術直前抗生剤投与後アナフィラキシーを起こした1例  
琉球大学大学院医学研究科環境長寿医科学女性・生殖医学講座 北條 真子
215. 妊娠中に高血圧を認めず帝王切開術後にreversible posterior leukoencephalopathy syndrome (PRLS)、Preeclampsia、HELLP症候群を発症した1例  
県立北部病院 産婦人科 知念 行子
216. 当院で経験した致死性骨異形成症の3例  
県立南部医療センター・こども医療センター  
産婦人科 栗原 みずき
217. 卵子提供にて双胎妊娠したターナー症候群の1例  
県立南部医療センター・こども医療センター  
産婦人科 菅 更紗
218. 異常細胞診指摘9年後に子宮頸部腺癌Ib1期となった1例  
豊見城中央病院 産婦人科 濱川 伯楽
219. 当院で施行した治療的円錐切除術に関する臨床的検討  
豊見城中央病院 産婦人科 菅真 真希子
220. Gn-RHアナログ投与後に肺塞栓症を発症した1例  
那覇市立病院 産婦人科 池宮城 梢
221. メトトレキサート (MTX) 2段階投与により子宮温存可能であった帝王切開創部妊娠の1例  
豊見城中央病院 白石 康子
222. BMI44.8の高度肥満を合併した子宮体部類内膜腺癌の1例  
豊見城中央病院 産婦人科 苅部 誠子
223. 外来化学療法におけるシスプラチン導入の認容性の検討  
豊見城中央病院 産婦人科 上地 秀昭



## 里見進先生東北大学総長ご就任激励会



会長 宮城 信雄

本県那覇市出身で、現在東北大学副学長・東北大学病院長の要職に就かれている里見進先生が、今年の4月より東北大学総長にご就任されることから、これを祝して、有志（小生、玉城信光、小渡敬、新垣善一）の呼びかけにより、昨年12月11日（日）、沖縄ハーバービューホテルクラウンプラザに於いて標記激励会を開催した。

当激励会は、同日に開催された第113回沖縄県医師会医学会総会における特別講師として里見先生をお招きしたことから、この機会に開催する運びとなった。

当日は、世話人を代表して小生より、「他県の国立大学で、しかも旧帝大の総長に沖縄県出身者が就任したということは、本県において史上初の快挙であり、沖縄県民に大きな誇りと勇気を与えるものである。昨年の震災によって、東北大学は開学以来の甚大な被害を受けており、建物や研究施設、実験機器などの復旧、教育・研究機能の速やかな回復、さらには震災からの地域復興、地域医療の再構築が喫緊の課題となるが、卓越したご見識によるご指導により「医療の最後の砦」の役割を果たす大学病院としての機能の更なる強化、被災地医療の再興や東北地方に希望を与えられる大学作りをリードされ、ご尽力頂くようご期待申し上げる」旨の挨拶を行った。



引き続き、義兄弟である玉城信光副会長より里見先生の業績紹介の後、仲井眞弘多知事より、「学問の世界で、また3月11日の東日本大震災では日本を一つにまとめ上げ対応され

る人物が本県出身におられるということは、大変に誇りであり、県民に元気を与える存在である。沖縄に帰省する際には、是非とも、若者や医療の世界にも檄を飛ばして頂くと共に、東北大学の益々の発展のためにも頑張ってください」と挨拶があった。

以上の祝辞を受けて、里見先生からは、激励会開催のお礼が述べられるとともに、「震災を受けて学内には沈滞ムードがあったが、震災被害からの復旧、復興だけではなく、みんなに希望を与えるような大学にしたい」と抱負が述べられた。

その後、本会代議員会議長で、東北大学医学部長陵会沖縄県支部長の新垣善一先生による乾杯の後、懇談に入り、終始和やかな内に閉会した。



左より里見進先生、啓子夫人



里見先生を囲んで

# 平成24年沖縄県医師会新年祝賀会・ 医事功労者表彰式



常任理事 真栄田 篤彦



## 沖縄県医師会新年祝賀会・医事功労者表彰式 式次第

日時：平成24年1月7日（土）19：00～

場所：沖縄ハーバービューホテル  
クラウンプラザ（彩海の間）

司会 渡辺克江アナウンサー

- |                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| 1 開会のことば            | 玉城信光副会長              |
| 2 会長挨拶              | 宮城信雄会長               |
| 3 第26回沖縄県医師会医事功労者表彰 |                      |
| ・県知事表彰              | 3名                   |
| ・県医師会長表彰            | 26名                  |
| ・被表彰者代表挨拶           |                      |
| 4 来賓祝辞              | 仲井眞弘多沖縄県知事           |
| 5 鏡開き・乾杯            | 村山貞之琉球大学医学部<br>附属病院長 |
| 6 祝宴・余興             | サウンドオフィス・名城          |
| 7 福引き               |                      |
| 8 閉会のことば            | 小渡敬副会長               |

去る1月7日（土）沖縄ハーバービューホテルクラウンプラザにおいて、平成24年沖縄県医師会新年祝賀会・医事功労者表彰式が開催され、会員114名、家族46名、来賓等66名と多数の方々にご参加頂き、大いに賑わった。

医事功労者表彰式では、県知事表彰3名、県医師会長表彰26名の先生方が受賞された。

初めに、玉城信光副会長から開会の辞が述べられ、その後宮城信雄会長が挨拶にたたれ、次のとおり述べられた。

### 宮城信雄沖縄県医師会長挨拶



新年あけましておめでとうございます。

本日は、2012年の新春を寿ぐ沖縄県医師会新年祝賀会を開催いたしましたところ、仲井眞弘多知事をはじめ、

ご来賓の方々、会員並びにご家族の皆様方多数ご参加頂きまして衷心より感謝申し上げます。

昨年の3月11日に発生した東日本大震災は、巨大地震・巨大津波による未曾有の大災害をもたらし、多くの尊い人命が失われました。また、人災ともいべき原子炉の爆発事故は一向に解決の方向が定まっておられません。ご存知の通り、本会では発災後3月15日からいち早く医療支援チームを結成し、日本医師会と被災地の岩手県医師会と連携を取りながら、被害が大きかった大槌町へ医療支援チームを派遣し、そこを活動拠点に、地域医療の復旧を確認するまでの79日間、医療支援活動を行って参りました。支援チームのボランティアを会員に募集したところ、非常に多くの先生方に手を挙げて頂きました。支援金、義捐金も多額寄せられ、ご協力頂いた多くの会員の皆様へこの場を借りて厚く感謝申し上げますとともに、被災された現地の一日も早い復旧・復興を祈念致します。

さて、昨年、2012年度の診療報酬改定率が決定致しました。トータルで0.004%アップということです。日本医師会は直ちに感謝の声明をだしましたが、これがどれくらいの意味をもつのか、その評価はいろいろであります。

民主党は、2009年の選挙前にマニフェストにおいて、地域医療の崩壊は、長年の医療費抑制の結果によるものであるという反省を踏まえ、OECD加盟国の平均並みに持っていくと掲げました。日本の医療費は、加盟国中22～23番目に低く、下から数えた方が早いのです。日本より医療費が安い国は韓国、メキシコくらいしかありません。加盟国並みの医療費にするためには、現在の医療費を1.5倍くらいに増やさないといけないこととなります。政権を取った2年前に診療報酬改定がありましたが、その時には全体で0.19%のアップでした。10年以上診療報酬を下げ続けていたことに比べると、0.19%でも非常に大きかったと思います。

今回の改定については、0.004%のアップですが、100万円の収入があれば40円のプラスと言う計算になります。ただ、本体部分は

1.38%のアップですので、それが救いになるかと思えます。

それから、昨日政府は社会保障・税の一体改革を決めました。昨年の6月時点の素案には、我々が見過ごすことが出来ない項目が入っていました。受診時定額負担の導入です。日本の医療費、窓口負担は2～3割となっております。外国において自己負担が3割という国はありません。患者に多くの負担させている上に、受診毎に少額とはいえ更に定額の負担をさせるということは、医療保険の精神から外れることとなります。

この制度の導入を阻止すべく会員の先生方や沖縄県医療推進協議会の各団体で県民集会を開き、反対の決議をとりました。また、署名活動にもご協力頂き、5万3千人余の多くの署名が集まるとともに、全国では773万人余の署名が集まりました。その結果、政府・民主党は「受診時定額負担」導入を見送る方針を決定したと伝えています。

この制度は小泉政権の時に軽医療費免責制度という形で一度提案されており、それが姿かたちを変えて今回出てきました。今回は旗を降ろした形になっておりますが、また別の形で提案してくるだろうと考えております。

そういう意味では、患者にこれ以上の負担をさせないように我々医師会としましても徹底的に阻止していかなければなりません。

また、野田首相はTPPへの交渉参加に向けて協議に入ることを表明いたしました。農業分野に影響する問題についてはマスコミが取り上げておりますが、医師会では、先例である米韓のFTAや北米自由貿易協定をみても、TPPが締結された場合日本の医療は大きな影響を受けると分析しており、今後、どのような形で推移していくのか注目しておかないといけないだろうと思えます。

交渉参加の議論をきっかけに、医療の営利産業化を推進する考えが広がる事が懸念されます。自由診療、自由価格の医療市場の拡大、混合診療の全面解禁等により、持続可能な社会保

障体制と国民皆保険制度の崩壊を何としてでも阻止するべく、引き続き全力で取り組んで参る所存でありますので、会員各位におかれましても、ご支援・ご協力をお願い申しあげる次第であります。

この後、引き続き行われます第26回沖繩県医師会医事功労者表彰式では、県知事表彰に3名、県医師会長表彰に26名の先生方を表彰いたします。特に、慶祝表彰におきまして、米寿の先生が3名、喜寿の先生が16名おられることは誠に喜ばしくおめでたい限りであり、沖繩県医師会の誇りであります。受賞者の皆様におかれましては衷心よりお慶び申し上げます。現在の本県の医療事情は国による振興計画や県の諸施策により、大幅に改善されておりますが、その陰にはここにおられる先生方をはじめとする諸先輩方が、戦後の脆弱な医療環境のもとで日夜を分かたず保健・医療・福祉の向上確保にご尽力いただいた基盤があったからこそ成し得たものであり、ここに改めて先生方の永年のご労苦に対し、深甚なる敬意と感謝の意を表する次第であります。

最後になりますが、医療を巡る情勢は依然として混沌とし、今後も困難な状況が予想されますが、我々に与えられた崇高な使命である、「県民のための良質な医療提供」が全う出来るよう、会員並びに関係各位のより一層のご協力をお願いすると共に、平成24年の辰年がご参会の皆様にとって明るく希望に満ちた一年になるよう心か

ら祈念致しまして、私の年頭の挨拶と致します。

**第25回沖繩県医師会医事功労者表彰**

引き続き、医事功労者表彰式に移り、仲井真知事から沖繩県知事表彰（3名）の授与、宮城会長から県医師会長表彰の授与が行われた。県医師会表彰については、受賞者が26名と多数おられることから、ご出席頂いた先生方のお名前をご紹介させていただき、慶祝を代表して山本達人先生と、医事功労を代表して仲原靖夫先生に授与された。その後、受賞者を代表して、県知事表彰を受賞された友寄英毅先生から挨拶があった。

**友寄英毅先生受賞者代表挨拶**



新年明けましておめでとうございます。

今日の受賞者の中には、私よりも先輩の先生方が大勢いらっしゃいますが、ご指名ですので、お礼の言葉を述べさせていただきます。

本日は、仲井真知事をはじめ、多数の御来賓の方の御列席のもとに、盛大な祝賀会を開催して下さり、誠に有難うございます。

今年は本土復帰40年を迎えますが、今日受賞された先生方の大半は復帰以前から医師会員であり、特に米寿を迎えられる山本先生、富名腰先生、伊志嶺先生の御3名は平成13年、

平成23年度 沖繩県医事功労者県知事表彰受賞者 (年齢順)			No	氏名	受賞理由
No	氏名	受賞理由	10	真喜屋 浩	喜寿表彰
1	友寄 英毅	県医師会・地区医師会役員10年以上	11	宮城 勇	喜寿表彰
2	赤嶺 達生	県医師会役員8年以上	12	金城 國弘	喜寿表彰
3	川平 稔	地区医師会役員10年以上	13	新垣 盛良	喜寿表彰
<b>沖繩県医事功労者県医師会長表彰受賞者</b>			14	源河 圭一郎	喜寿表彰
No	氏名	受賞理由	15	大島 誠行	喜寿表彰
1	山本 達人	米寿表彰	16	伊地 柴彦	喜寿表彰
2	富名腰 良善	米寿表彰	17	豊見山 永昭	喜寿表彰
3	伊志嶺 玄喜	米寿表彰	18	金城 和男	喜寿表彰
4	高良 光雄	喜寿表彰	19	仲本 嘉兒	喜寿表彰
5	真栄城 兼信	喜寿表彰	20	親川 幸信	医療保険研究委員会委員10年以上
6	宜保 好彦	喜寿表彰	21	山田 芳弘	学校医歴15年以上
7	大仲 良一	喜寿表彰	22	多和田 健	学校医歴15年以上
8	西川 徹	喜寿表彰	23	仲原 靖夫	漢方医学研究会会長10年以上
9	山内 義正	喜寿表彰	24	新垣 義清	地区医師会役員8年以上
			25	湧上 民雄	地区医師会役員8年以上
			26	山城 章裕	臨床検査精度管理委員会委員10年以上

2001年に開催しました沖繩県医師会創立50周年記念式典では50年会員として表彰を受けておりますので、今年で60年以上に亘り活動されています。長い間、ご苦労さまでございました。

1972年の本土復帰後、次々と病院や診療所が開設され、沖繩県の医療はだんだん充実されていったと思います。2004年に新しい臨床研修医制度が発足しますと、沖繩県には沢山の研修医が来られて、その数は日本でも常に上位を争う数となり、現在でも研修が大変賑わっております。これは沖繩の医学・医療の進歩の現れだと思えます。

それから2008年には沖繩県医師会館が新しくなりましたのも大変嬉しい事柄でした。このような時代を共有しながら私たちは医療に携わった事が大変幸せなことだと感じております。

私たちはこれからも、それぞれの立場で沖繩県の地域医療、医師会活動に努めて参りたいと思っておりますので、これからも皆さまのご指導をお願いしたいと思います。

本日は、誠に有難うございました。

続いて、来賓を代表して仲井眞弘多知事が祝辞を述べられた。

**仲井眞弘多知事挨拶**



明けましておめでとうございます。

本日、友寄先生、山本先生、仲原先生、他沢山の先生方が表彰の栄に浴されました。心か

らお祝い申し上げます。

先ほど宮城会長の挨拶にありましたが、昨年の東日本大震災の際には、先生方の迅速で率先力のある医療支援の対応はすごいものだなと県民全員が再確認した事だろうと思います。まだまだ東日本の復興には時間がかかります。是非とも先生方、医療関係の多くの皆様のお力・ご指導を引き続き賜りたいと思いますので、宜しくお願いします。

今年は、本県が本土復帰してからちょうど40年になります。これまでの沖繩振興は、どうも沖繩の尺に合わないというのがありました。認可外保育や建築基準法一つをとってもそうですし、そして島だけで出来ている県というのは本県しかありませんので公共交通システムがうまく発達しておりません。石垣・宮古・本島間が陸続きであれば、道路や鉄道の整備がなされていたかもしれませんが、民間の船と航空事業だけだと考えると、この40年は多方面でいい形に発展してきた印象でおります。しかし、何か足りません。

そういうことで、新たな沖繩振興にあたっての考え方として、まず第一に独立自尊、自主性をもち、地域主権の考えを入れた新しい振興法を政府に作ってもら。次に残留軍用地跡地利用促進法をしっかりと作る。この二つの法律が沖繩独自の法律となり、骨格になります。その中身を現代版になおした法律を作ります。

また、少なくなっている沖繩振興予算についてもう少し嵩上げをして頂きたいと考えております。

更に、アジアの中で、他国と競争できるように税制に変えていこうという内容を国に要求し



県医師会長表彰を代表で授与される山本達人先生



県医師会長表彰を代表で授与される仲原靖夫先生



乾杯

てきました。かなりいい形で政府民主党の皆様にはまとめていただきましたし、自民党、公明党の皆様にも色々な形で支援を頂きながら、予算・税制の案が決まりました。3月末日までに予算関連法案と沖縄関連の二つの法案が通らなければ実際は動きだしません。3月末日まで一つの目途としてどのような形でまとまるかというところでございます。

沖縄の将来像の実現を図るため、2年前に沖縄21世紀ビジョンを策定しました。医療・福祉関連、産業、社会システム、教育等様々な面を多面的に示した指針となります。これからの10年は沖縄21世紀ビジョンの実現に向かって頑張る第1期にあたりますので、しっかりと取り組んでいく所存であります。

沖縄の将来像は、第一に沖縄の自然・文化を支える、第二に安心・安全な社会作りにもう一度しっかりと取り組む、第三に非常に柔軟な産業を構築する、第四に交流・共生という姿勢で取り組む、第五に人材育成にもう一度取り組むというような内容になっております。

新たな年を迎え、新年度からは、沖縄県民が同じベクトルに向かって取り組んでいけるように、先生方には是非とも沖縄の発展にお力添えをお願いしたいと思います。

本日は誠にありがとうございます。

引き続き、宮城会長、新垣代議員会議長他6名の来賓による鏡開きが賑々しく行われ、来賓を代表して村山琉球大学医学部附属病院長が下記のとおり挨拶された後、乾杯の音頭をとられた。

村山貞之琉球大学医学部附属病院長乾杯挨拶



新年おめでとうございます。

昨年は、未曾有の東日本大震災がありましたが、本県の方々を初め、多くの方が、被災地の支援に率先して行

かれまして、日本人の心の絆が世界中で評価された年でもあったかと思えます。

今年の沖縄の医療界における一つの特筆すべき事柄になると思われまものが、琉球大学医学部附属病院にメディカルシミュレーションセンターが設立されることです。ALL沖縄の支援の下、恐らく医学教育の殿堂となり、日本全国或いは世界から注目される施設になるということが非常に期待されておりますし、地域医療の改善、発展が期待される年になるかと思えます。

更に沖縄の医療人の絆が更に深まるいい年になると期待しておりますので、是非沖縄の医療界の為に頑張っていきましょう。

その後、サウンドオフィス名城の4人のメンバーによるエレクトーン、サクソ、ハーブ、ピアノの演奏とソプラノ・アルト歌手による歌を披露していただき、祝宴が和やかに行われた。

福引きで幸運を射止めた方は、17名おられたが、1等賞（液晶テレビ）は仲原漢方クリニックの仲原靖夫先生先生、2等賞（加湿空気清浄機）は当山美容形成外科の當山護先生、3等賞（自転車）は今帰仁診療所の石川清和先生であった。

最後に小渡副会長より2012年が明るい年になるよう祈念する旨の挨拶があり、閉会となった。



余興：サウンドオフィス・名城



左から真喜屋先生、豊見山先生



左から田名先生、潮平先生、大仲先生、真栄田先生、安次嶺先生