

第35号
平成23年3月



特集

「リハビリテーションの今」

大阪医科大学医師会報

Annals of Osaka Medical College Doctors' Association

■巻頭言	大阪医科大学リハビリテーション医学教室教授	佐浦 隆一	1
■特集：「リハビリテーションの今」			
序文	リハビリテーションの時代		
	大阪医科大学リハビリテーション医学教室	田中 一成	2
本学附属病院におけるリハビリテーション			
	大阪医科大学リハビリテーション医学教室	高橋 紀代	4
回復期のリハビリテーション …愛仁会リハビリテーション病院副院長		住田 幹男	6
維持期（生活期）のリハビリテーション			
	（医）健和会奈良東病院リハビリテーション科部長	鉄村 信治	9
女性医師にとってのリハビリテーション科			
	大阪医科大学リハビリテーション医学教室	日浦 裕子	11
■最近の動き			
受賞おめでとうございます。	救急医学教室	西本 泰久	13
■かなり役立つ生涯学習			
アンチエイジング医学的診療のすすめ（寿命予測編）			
	脳神経外科学教室	梶本 宜永	14
■大阪府医師会勤務医部会第2ブロック報告			
	大阪府医師会勤務医部会第2ブロック世話人	後藤 研三	18
■会員の広場			
成人教育とシミュレーション教育	救急医学教室	西本 泰久	26
浸潤性膀胱癌に対する画期的な膀胱温存治療“OMC-regimen”の			
高度医療認可に関して	泌尿器科学教室	東 治人	28
■ホームページの広場 17			
Content.IE 5	放射線医学教室	上杉 康夫	31
■海外留学レポート			
ハーバード公衆衛生大学院専門職修士課程へ入学			
	衛生学・公衆衛生学教室	辻 洋志	34
■大阪医科大学医師会会長からのお知らせ			36
■インフォメーション（北摂四医師会糖尿病フォーラム、東洋医学とペインクリニック研究会、北大阪心不全セミナー、第51回日本産科婦人科内視鏡学会、第43回日本臨床分子形態学会総会・学術集会、第32回大阪医科大学眼科セミナー、北摂エキスパートカンファレンス、北大阪心臓イメージングサークル）			40
■北摂四医師会医学会分科会記録（第19回小児科医会、第13回神経精神医学研究会、第9回画像診断研究会、第5回北摂コラボレーションミーティング）			42
■大阪医科大学医師会会則			46
■大阪医科大学医師会会員名簿			48
■編集後記		上杉 康夫	
（題字：竹中 洋 学長）			

巻頭言

大阪医科大学総合医学講座リハビリテーション医学教室教授
佐浦 隆一



大阪医科大学は1927年（昭和2年）の創立以来、「良医育成」を校是に医学教育を行って参りました。しかし、これまでの父権主義的な医療では、昨今の高度・複雑化した医学に対応できなくなっています。そのため、医療職教育には医師、看護師など多職種連携による「チーム医療」を実践できる知識、技能、能力の授与が求められています。

医学部教育において最も重要なことは「人間」をより幅広い観点から理解することであり、数年前から多くの医療系大学では卒前教育段階に「患者中心の医療」の実現に向けた専門職連携教育（IPE）プログラムを取り入れ、国も現代GPとして財政支援をしています。

本学でも平成15年度より6年一貫教育における教養課程の総合教育化など大幅な改革を行いました。総合・基礎・臨床医学教育間の連携は必ずしも十分とはいえ、PBLチュートリアルのマナー化は紛れもない事実です。そこで2010年4月の看護学部新設を機に、医看融合教育の出発点となる総合教育の在り方について検討が始まり、平成24年度のPBLチュートリアルを含む教育カリキュラム大改訂に向けて教育センターも精力的に動き始めています。

大学入学者定員の増加（大学全入時代）による大学入学者の基礎学力の低下が大学の高校化を招いていることは事実であり、医科大学や医学部の教育が医師国家試験合格率で評価されてしまう現状では、医学部教育の医師予備校化が危惧されます。しかし、今が、本学が創立100周年を迎えた時に真の医療人を世に送り出すことができるかどうかの正念場です。本学教職員のより一層の努力はもちろんのことですが、OB・OG諸先生の多大なるご協力もどうぞよろしくお願い申し上げます。

序文 リハビリテーションの時代

総合医学講座リハビリテーション医学教室 田中 一成

これまで先人たちの努力により進歩してきた医学は、以前は不治とされていた多くの疾患に打ち勝ち、生命予後の改善とともに平均余命を大きく押し上げてきた。しかしながら疾患が進行性であったり、疾患治療が終了しても障害が重度に残存して生活活動に窮するといったことが未だに多いことも事実である。これらの「障害」は疾患治療のかけに隠れ、「医療の限界」、または時に「命の代償としてしかたがないもの」と考えられ、長い間、その対応は後回しにされてきた感は否めない。しかし時は、治療と延命が主役であった時代から、再生と更生が重要視される時代へと移り、医療のアウトカムとして、より高い、そしてよりカスタムメイドな人生の質（QOL）が求められるようになってきたのである。このような現代医療状況にあっては「障害」は避けて通ることのできない課題であり、これに対応すべき医学体系として、保健医学、予防医学、治療医学に並ぶ「第4の医学」と呼ばれるリハビリテーション医学が注目されるようになってきたのである。

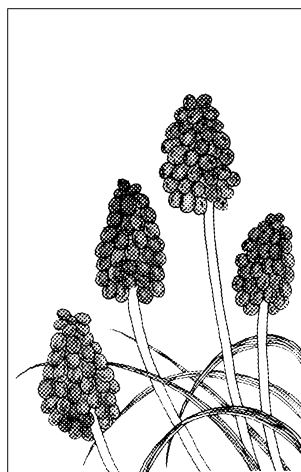
リハビリテーション医療では、まず障害を正しく評価することから始まる。障害評価とは単に機能障害（Impairment）を点数化するだけでなく、生活環境や社会との関わりの中で日常生活活動や社会参加についての情報を収集・分析して、障害を全人的に把握する作業である。これには1980年に世界保健機構（WHO）によって提唱された国際障害分類（International classifica-

tion of impairments, disability and handicaps：ICIDH）がよく用いられている。障害を「機能・形態障害（impairments）＝臓器・組織レベル」、「能力低下（disability）＝個人レベル」、そして「社会的不利（handicaps）＝社会人レベル」の3相に分けて評価するものである。これらを適正に評価したうえで、疾患と機能障害に対しては治療的アプローチ、能力低下には治療的アプローチとともに代償的アプローチ、そして社会的不利には環境改善のアプローチが試みられる。個々のアプローチについては、障害を時間軸で捉えた急性期、回復期、維持期（生活期）ごと、各項に後述されているので参考にされたい。

これまで医師にとって、リハビリテーションの必要性や重要性は理解しながらも、限られた専門領域の医師を除き、きわめて縁遠いものであったのではないであろうか？ しかし、これからの医療には、従来の臓器別・疾患別の診療と同時に「障害」の軽減や克服にも重点を置いた全人的なチーム医療が必要とされている。全人的復権という見地からは、観血的治療（手術）や薬物療法、各種訓練（理学療法、作業療法、言語聴覚療法）また物理療法などの各種治療法も、それ単独では単に機能障害に対するアプローチにすぎないことを銘記すべきであろう。疾患や機能障害のレベルでは軽症と考えられているケースにおいても、そこに重大な能力低下や社会的不利が潜在していることも少なくない。今、医療人は各

医療専門性に加えて、リハビリテーションの視点で広く「障害」を見つめ直す、すなわちリハビリテーションマインドをもつこ

とで、いままで「限界」とされ、諦められていた多くの課題に新たな解決策を見つける努力が求められている。



本学附属病院におけるリハビリテーション

総合医学講座リハビリテーション医学教室 高橋 紀代

急性期病院におけるリハビリテーション科専門医の役割は、疾患の急性期に対するリハビリテーションを安全かつ確実に実施できるシステムの構築や、適切な機能評価と予後予測に基づいた適切なゴール設定、および退院調整など多岐にわたります。さらに大学病院では、医学部学生や研修医へのリハビリテーション医学教育も役割の1つです。リハビリテーション医学における教育は、モデルコアカリキュラムに沿ったすべての医学生に対する卒前教育、新臨床研修制度に基づいた初期臨床研修とリハビリテーション科専門医養成のための卒後研修カリキュラムに沿った卒後教育、さらにそれに引き続く生涯教育に分けられます。大阪医科大学における、臨床と教育の現状について報告いたします。

1. 急性期病院のリハビリテーション科

1) 中央診療部門的役割

新規患者年間2,581人(2009年度 表1)、常時220名以上の訓練患者に対応している当科では、早期リハビリテーションを安全かつ確実にを行うために、幅広い疾患の病態、治療、予後の理解が必要です。「動く」ことで、体力、ADL、QOLを改善させるのがリハビリテーションの目標ですが、そのために、リハビリテーション科では多職種によるチーム医療を展開しています。

2) リハビリテーション科の専門外来

リハビリテーション科は特定の臓器を

表1 新規患者数(2009年度実績)

脳血管疾患・脳外傷・その他脳疾患など	316人
脊髄損傷・脊椎脊髄疾患・二分脊椎など	123人
脳性麻痺・その他小児疾患	12人
リウマチを含む骨関節疾患・骨折・外傷・切 断など	575人
神経筋疾患	133人
呼吸器疾患・循環器疾患	318人
その他の疾患(悪性腫瘍、熱傷など)	633人
計	2,581人

治療の対象とはしていません。人間の動きを診て、より安全な動きを提供するのがリハビリテーション医の専門性です。1つひとつの動作の改善によって、より豊かな生活を獲得していただくことを目指して、日々の診療を行っています。専門的に対応するために、対象疾患や治療手段別の専門外来を展開しています。

[関節リウマチ外来]

関節リウマチ患者様の日常生活(療養)や自宅での機能訓練法などについて総合的アドバイスを行っています。

[義肢・装具外来]

運動器疾患、脳卒中後遺症、神経筋疾患から脳性麻痺の患者様まで、幅広く義肢装具の適応評価、処方から作製まで行っています。

[痙性抑制治療外来]

脳性麻痺、脳卒中後遺症、脊髄損傷などの患者様の痙性麻痺(痙縮)に対して、薬

物療法のほか、主にボツリヌストキシン注射による痙性抑制治療を行っています。

〔神経筋疾患外来〕

神経筋疾患患者様の日常生活（療養）や自宅での機能訓練法などについて総合的なアドバイスを行っています。また、針筋電計を用いた電気生理学的検査も適宜行っています。

〔嚥下外来〕

嚥下障害の評価、診断、また症例に応じて嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査などを行い、食形態、食事方法、自宅での訓練法の指導などを行っています。

2. リハビリテーション科医師育成

1) リハビリテーション科医師育成のニーズ

平成22年9月に発表された厚生労働省必要医師数実態調査の一部です。

「必要求人医師数と現員医師数の合計数の現員医師数に対する倍率が高い診療科は、リハビリテーション科1.23倍、救急科1.21倍、呼吸器内科1.16倍であった。なお、分娩取扱い医師は、1.11倍であった。

また、調査時点において求人していないが、医療機関が必要と考えている必要非求人医師数を含めた必要医師数と現員医師数の合計数の現員医師数に対する倍率が高い診療科は、リハビリテーション

科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍であった。なお、分娩取扱い医師は、1.15倍であった。」

この調査では、リハビリテーション科に関しては現員医師数1,750人、必要求人医師数396人、必要医師数499人という値から算出されました。しかし、わが国の人口規模と高齢化の急速な進行を考慮すると、少なくともリハビリテーション科専門医は4,000名は必要と推計されており、社会に対する責任を果たすためにも、少しでも多くの専門医を育成することが大学病院の大きな役割となっています。

2) 教育活動

当科は、平成20年5月佐浦隆一教授が着任し、リハビリテーション医学教室として講座を開設されました。学生のPBLや、クリニカルクラークシップなどの実習を通じて、リハビリテーション医学の基礎、リハビリテーションマインドの教育を展開しています。研修医、レジデント教育では、実務を通じて、医療におけるリハビリテーション医療の重要性や、全人的医療の視点を指導しています。それらの経験をもとに、実学に基づいた研究テーマに取り組む大学院も当教室の特徴の1つです。また、学内だけではなく、研究会、講習会を主催することで、近畿地区のリハビリテーション医育成や専門医の生涯教育に関与しています。

回復期のリハビリテーション

愛仁会リハビリテーション病院副院長 住田 幹男

1. はじめに

21世紀はじめにリハビリテーション領域では、2つのエポックメーキングな出来事があった。医療面では急性期医療に続く回復期リハビリテーションの概念の整備とともに回復期リハビリテーションを専門で行う病棟（回復期リハビリテーション病棟）が診療報酬上で定義されたことであり、福祉面では介護保険制度が創設され、公的扶助であった「介護」が社会保険方式に変更されたことである。その後、平均在院日数の短縮化やDPC包括制度の導入により急性期から回復期への流れが作られ、さらに2006年の第5次医療法改正では、地域連携クリティカルパスの普及による医療機能の分化・連携の推進と切れ目のない医療の提供が方針として出された。その結果回復期リハビリテーション病棟・病院が都市部を中心に急速に増加してきた。

2. 回復期リハビリテーションの対象疾患と回復期リハビリテーション病棟・病院の入院基準

回復期リハビリテーション病棟・病院での入院上、リハビリテーションを行うことができる疾患、入院基準およびリハビリテーション算定上限日数は法律で定められている。また重症の入院患者の割合（新規入院患者の2割以上）によって、回復期リハビリテーション病棟入院料は1日につき1,720点と1,600点の2段階に分けられてい

る。入院患者1人当たりのリハビリテーション実施単位数も最低2単位（1単位20分）以上と定められ、平成22年からは、休日リハビリテーション提供体制加算（休日を含め、週7日間のリハビリテーションを提供できる体制）、リハビリテーション充実加算（患者1人当たり6単位以上算定）が追加され、入院リハビリテーションにおける量的（けっして質的ではない！）な充実に向けた政府の経済的誘導がさらに強化された。

3. 回復期リハビリテーション専任医の役割

もともと回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準で病棟専従医とされていた医師は、平成22年度から専任に変更され、回復期リハビリテーション病棟以外の業務との兼任も許されるようになった。しかし急性期病院の平均在院日数の短縮化、新規入院患者の重症者割合に対する入院料上のインセンティブなどから、回復期リハビリテーション病棟への入院患者の状態は、亜急性期の患者に近くリハビリテーション以外に様々な処置や投薬、検査などが必要となっている。また、回復期リハビリテーション病棟の対象疾患の大半を占める脳血管障害や運動器障害患者は高齢化しているため、単に障害に対するリハビリテーションの提供だけに留まらず、合併する様々な疾病や障害といった複数臓器の複合した問題に対しても医療を提供していかなければなら

	疾患	発症から入院	算定期間
①	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後もしくは手術後の状態または義肢装着訓練を要する状態	2ヵ月以内	150日
	高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷および頭部外傷を含む多部位外傷の場合		180日
②	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の骨折または2肢以上の多発骨折の発症後または手術後の状態	2ヵ月以内	90日
③	外科手術または肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後または発症後の状態	2ヵ月以内	90日
④	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の神経、筋または靱帯損傷後の状態	1ヵ月以内	60日
⑤	股関節または膝関節の置換術後の状態	1ヵ月以内	90日

らない。いわゆる全身管理をしっかりすることが求められている。このような状況の中でもリハビリテーション専任医は、理学療法士、作業療法士、言語療法士などリハビリテーション関連職や看護師とともにチーム医療を推進するために、リハビリテーション総合実施計画書に基づくリハビリテーションカンファレンスを通じて回復期リハビリテーション病棟をマネジメントしなければならない。

4. 臓器別リハビリテーションでは見えてこない障害者の医療

切断のリハビリテーションを取り上げれば、以前は切断原因も外傷が多く、切断後のリハビリテーションは、義肢の作成と比較的単純化することが可能であった。リハビリテーション科医は切断術後から関わることがほとんどであり、障害者本人を中心に義肢装具士、理学療法士、作業療法士、看護師、家族がチームとして関わってきた。しかし最近では切断原因として血管障害が多

くなり、切断前後から、腎臓透析、糖尿病、高血圧、心臓疾患、脳卒中など様々な疾病、障害が並存しているため、臓器別を言い訳にして内科医に合併症の管理を任せず、リハビリテーション科医も合併症を自ら管理しながらリハビリテーション処方しなければならない時代になっている。そして回復期リハビリテーション病棟の現場でもリハビリテーション科医は医療チームの軸として、並存する疾患や重複する障害に対する積極的な関わりがますます求められるようになっている。旧き時代の「急性期が過ぎ、疾病がおちついたので温泉地でリハビリテーションでもしましょう」という「でも・しかリハ」の現場でもなく、現代の回復期リハビリテーション病棟で働く医師には救急救命センター並みの情熱と体力が欠かせない。他の業務の片手間にできるものではない。

また、近年急性期病院における縦割りの臓器別医療の限界から、疾病や症候を包括的に取り扱うために、フットケア外来、栄



新 愛仁会リハビリテーション病院（2011年7月開院予定）

養サポートチーム（NST）、糖尿病教室など診療科、職種の枠を超えた医師、看護師、栄養士、リハビリテーション関連職種、臨床心理士などから構成されるチームによる医療が推進されてきているが、リハビリテーション医療の根幹はいうまでもなくチーム医療である。リハビリテーション科医が少ない時期には、他科の医師にはリハビリテーションマインドの重要性が説かれ、リ

ハビリテーションスタッフとの連携というお任せリハビリテーションが横行していた。しかし、リハビリテーションを必要とする患者の抱える問題は多彩であり、リハビリテーションマインドだけではなんら解決できない。これからの回復期のリハビリテーションを担う医師には、患者を人間として捉ええながら、疾病と障害に対する高い専門性（実力）が求められているのである。

維持期（生活期）のリハビリテーション

（医）健和会奈良東病院リハビリテーション科部長 鉄村 信治

1. はじめに

維持期とは、発症から一定の期間（通常、約6ヵ月）が過ぎ、病状が比較的安定している時期のことで、最近では「生活期」ともいわれる。現在、対象者は少なくとも100万人以上いると推定され、今後も高齢社会化に伴い増え続けると考えられる。この時期のリハビリテーションでは、「回復期までのリハビリテーションで獲得された家庭や社会における活動能力を向上・維持していくこと」などが目的となる（表）。

2. 維持期（生活期）のリハビリテーション

維持期（生活期）のリハビリテーションは、大きく在宅患者に対するサービスに含まれるものと施設入所および入院患者に対するサービスに含まれるものに大別され、主に介護保険下で施行されている。

1) 在宅患者に対するサービス

〔通所リハビリテーション〕

介護老人保健施設（老健施設）や病院、診療所において日帰りのリハビリテーションを提供するサービス。病院退院後や施設退所直後など、まだ状態が不安定でADL低下が予想される時期に提供される。

〔訪問リハビリテーション〕

通院が困難な者に対し、在宅でリハビリテーションを提供する訪問サービス。

表：維持期（生活期）のリハビリテーションの目的

- 再発予防のための医学的管理
- 機能の維持
- 活動性の維持（社会参加の促進）
- 生活指導（食事指導、運動指導、社会サービスの情報提供 等）

2) 施設入所および入院患者に対するサービス

〔療養病床〕

急性期・回復期での治療を終えた様々な状態の患者のケアを行う。近年は認知症、重度の関節拘縮等、医療度の高い重症患者も多く、リハビリテーションを要する患者が多い。

〔老人保健施設〕

病状が安定した要介護者に対して、医療、介護、リハビリテーションを提供する施設。リハビリテーション専門職を必置とし、生活機能の維持向上、在宅復帰を目的とする。入所サービス以外に前述した通所リハビリテーション等も提供する。

〔特別養護老人ホーム〕

寝たきりや認知症のため常時介護を必要とする利用者向けの施設であり、入所待機者が増加している。機能訓練指導員による運動機能評価や適切な介助方法の指導等も行われるが、リハビリテーションの提供は通常行われない。

3. 当法人の取り組み

筆者が所属している医療法人健和会は、奈良東病院（260床）を中心に主に高齢者を対象とした医療・介護を提供している。関連施設として老健施設、ケアハウス、グループホーム、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等を併設しており、現在、約900人が入院、入所されている。当法人ではどの入所施設においても規定の機能訓練指導員以外に、定期的にリハビリテーション専門職が介入し、運動機能評価や介護方法の指導等を行っているのが特徴である。その他在宅サービス事業としては、デイサービスセンター（4ヵ所）における通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション（4ヵ所）がある。デイサービスセンターでは、本来の日帰り介護サービス（入浴、食事など）以外に、専従のリハビリテーション専門職を配置して各種マシンエクササイズによるパワーリハビリテーションを行っている。訪問リハビリテーションでは、現在14人のリハビリテーション専門職がのべ600回／月程度の訪問リハビリを提供している。

4. 維持期（生活期）リハビリテーションの今後の課題

維持期（生活期）のリハビリテーションを取り巻く現状には、課題も多い。多様化している価値観や生活様式、急増する認知症、重介護者に対する対応の問題など、各利用者のニーズに合った個別のプログラムが、ますます必要とされていくであろう。しかし、現在これらの必要性は十分に認識されていても、保険上のインセンティブが弱いことから雇用も増やせず、不十分で画一的なサービスしか提供できていないのが現状であろう。介護保険下における、また介護保険によらないものも含めて、リハビリテーションの重要性（経済的インセンティブ）を評価しなおす時期にきているのではないだろうか？

また2つめの課題としては、リハビリテーションの人材育成の難しさも挙げられる。元来、維持期（生活期）のリハビリテーションには、急性期、回復期にはない、生活上の問題点抽出能力や、様々な価値観をもつ利用者とのコミュニケーション能力など、高度な対応能力が要求されるが、それらを十分に教育できる環境が整っているとはいえない。質の高いリハビリテーションサービスの安定供給のためには、人材育成のための教育システム構築も急務である。

女性医師にとってのリハビリテーション科

総合医学講座リハビリテーション医学教室 日浦 裕子

大阪医科大学のリハビリテーション科に入職して2年半が経ちました。その前は回復リハビリテーション病院で勤務していたのですが、通じて感じるのは「リハビリテーション科は女性医師が働きやすい科だ」ということです。

その理由をいくつか考えてみました。

まず、結婚や出産経験のある女性医師が多く働いていること。わたしは産休、育休明けで大学に復帰しましたが、勤務時間に制限のある中でも問題なく勤務できています。これは、基本的に女性医師が多い科であるため、男性医師もこのような働き方に理解がある（理解せざるを得ない）ためではないかと思います。実際、わたしは復職の際、教授から「子どものいる女医さんは時間の制限や突然の休みがあって当たり前。そこを上手にコントロールするのが上司の力量だからね」と言っていた大変心強かったです。また、実際に第一線で仕事をされている先輩女性医師がいることで、キャリアを積むうえでの現実的な目標が見えやすかったり、仕事面、生活面でのアドバイスをもらえたりすることも大きなメリットであると思います。

2つ目は、時間に追われる科ではないということ。やはり、家庭や子どもをもつと、どうしても勤務時間に制限が出てきます。緊急の指示や処置が必要とされる科や勤務時間（特に退出時間）がはっきりしていない科では女性医師は「帰らないといけないのに帰れない」という大きなストレスを抱

えながら仕事をしなければなりません。リハビリテーション科の医師の仕事は、患者を診察しリハゴールを立て、それに向けて必要があれば訓練を処方し、ある程度時間をかけてゴールを目指していくことです。「今緊急にこれをしなければ患者さんの命を左右してしまう」というケースはあまりなく、自分の時間に合わせてその日の仕事量を調整しやすいのです。このため、勤務時間に制限のある女性医師も、アルバイトではなく常勤で仕事を続けられ、キャリアを積み重ねていくことができます。

3つ目は、患者の生活を考える科であるということ。リハビリテーション科では患者さんの障害だけでなく、生活環境や社会背景も考えてゴールを設定していきます。自分が家庭をもったり、子どもをもったりすることで、患者さんの背景を深く想像することができるようになり、ゴールの設定やリハビリテーションを進めていくうえで非常にプラスになっていると感じています。医師（特に女性医師）にとってプライベートでの変化がプラスに働く科というのはあまりないと思いますが、リハビリテーション科は「生活を考える科」とであるという面で、その数少ない1つの科であると思います。

以上のようなことから、人によって向き不向き、好き嫌いがあるとは思いますが、リハビリテーション科は、特に女性医師にとっては長く第一線で仕事を続けていける科であるといえるのではないかと思います。

わたし自身は、このようなリハビリテー

ション科の特性を考えて専門科を決めたわけではないのですが、結婚や出産を機に今までのキャリア形成をあきらめてしまったり、方向転換を余儀なくされてしまう友人や同僚を見ていると、非常にラッキーな選択をしたんだなあということを実感せざるを得ません。

現在の研修制度が始まって以降、病院実習に来る5回生に希望進路を訊くと「研修医になってから考えます」とか「全く白紙です」と答える学生が非常に多いのですが、もう少し現実的になりビジョンをもっていた方がいいのではないかと老婆心ながら心配してしまいます。ですから、特に女子学生さんには、結婚や出産、育児が仕事に大きな影響を与えること、だからこそ10年後、20年後の自分のなりたい医師像、生活像を明確にさせ、それを踏まえて進路を選択した方がいい、そのためには、学生のうちからしっかりと考えておくことが大切だ、と伝えています。医師不足が叫ばれる中で医師になる彼女たちには、ぜひ、長くキャリアを積み重ねていける進路を選択してほしい

いものだと思います。

しかし、リハビリテーション科にも問題があります。比較的新しい科であり、全国的にも講座がなかったり、診療科になっていない大学も多いことから、認知度が低くリハビリテーション医の仕事内容を具体的に想像しにくいのです。このため「リハビリテーション科」という進路が選択肢に挙がりにくくなっているのではないかと思います。大阪医科大学は幸運にも講座があり常勤のリハビリテーション医もいますが、それでもまだ「整形外科の後療法をする科」とか「リハビリテーションをするならその前に整形外科や神経内科に行ってからでないと」などと勘違いしている学生や医師が多くいます。独立した特色ある科であるということを広く認識してもらえよう、現場で働く私たちが積極的に学生や研修医、他科の先生方に働きかけていくことも、仕事の1つであると考え頑張っているところです。「リハビリテーション科を選んで良かった」という女性医師が今後増えることを期待しています。

受賞おめでとうございます。

大阪医科大学学生体管理再建医学講座救急医学教室 西本 泰久

1. 平成22年度救急功労大阪府知事表彰受賞

平成22年9月9日に大阪府医師会館で開催されました、「平成22年度救急医療週間」行事の「救急功労者（団体）表彰式典」で大阪府知事救急表彰の個人として74病棟看護師長代理の大岸英子様（前救急外来）が表彰されました（写真1）。また、団体として大阪医科大学附属病院が表彰されました（写真2）。

合わせての受賞おめでとうございます。
日頃からの、救急医療へご努力と周囲皆様のご理解のたまものです。

2. 大阪府医師会創立63周年記念功労賞

平成22年11月3日にシェラトン都ホテル大阪で開催されました、「社団法人大阪府医師会創立63周年記念式典」におきまして、在任20年以上の大阪府医師会代議員として河野公一先生、北浦 泰先生のご両名、そして、在任10年以上の大阪府医師会各種委員会委員として、村田卓士先生、木下光雄先生のご両名が表彰されました。長年の医師会への貢献に対しての功績がたたえられたものです。



写真1 大阪府の笹井部長から大岸師長代理に表彰状授与



写真2 大阪府の笹井部長から大阪医科大学附属病院に表彰状授与

アンチエイジング医学的診療のすすめ (寿命予測編)

脳神経外科学教室 梶本宜永

●医者の不養生●

古くから「医者是不養生」なものと相場が決まっています。みなさんの周りを見渡されても、あるいは自分を振り返っても、医者は不養生になりがちです。激務のために自分の健康管理まで手が回らないのかもしれない。しかし、健康長寿のための予防医学の知識不足もその根底にあるのではないのでしょうか。

医者は、これまで自分の専門領域の病気を治療することに手一杯でした。しかし、日本が超高齢社会（注）に突入し、急性疾患から慢性疾患に治療の軸足が移り、病気の一次および二次予防が重要になるにつれ、病気の予防に関する知識はますます重要になりつつあります。予防医学の知識不足からくる「医者の不養生」は、ご自分の病気の予防だけでなく、患者の予防の機会を奪うことにもなりますので、厳に戒めなければなりません。

私は、脳外科医をしています。脳卒中から社会復帰された患者は皆、次の脳卒中の予防だけでなく、「ボケたり寝たきりにならない」という総合的な予防を切望されています。これは患者に限らず、自分自身や自分の家族に置き換えて考えてみると、「健康で長寿である」という願いは万民に共通することが理解できます。われわれ医

師は、このような願いにできる限り答えなくてはなりません。

私はこれまでに、脳神経外科および脳卒中専門医に加えてアンチエイジング専門医として、脳ドックに関わるなど、予防医学を脳外科医の視点からどのように取り組むべきかを常に自問してまいりました。本稿では、皆様自身や患者の健康管理に役立つ予防医学の知識をシリーズとしてお伝えしたいと思います。今回は、あなたや個々の患者がどこまでの寿命が期待できるかという寿命予測がテーマです。

●やがて平均寿命は、100歳に●

2009年の日本人の平均寿命は、男性で79.6歳、女性で86.4歳に達しました。平均寿命は、10年毎に2年のペースで直線的に伸びています。このペースが維持されますと、現在40歳の方の寿命は男性で90歳、女性は96歳となります。また、21世紀に生まれた子供の平均寿命は100歳に達するでしょうし、このような推計が最近 Lancet にも掲載されました (Christensen 2009 Lancet)。50歳前後の人でも不養生さえしなければ90歳くらいまで元気で長生きできる可能性が十分あるのです。

寿命が伸びるということは、何も「よほよほ」の状態で長生きするわけではありません。老化速度自体が遅くなっているのです。

注) 超高齢社会とは、65歳以上の高齢者の占める割合が全人口の21%を超えた社会。日本は、2007年に超高齢社会に突入した。

今の高齢者は、一昔前の高齢者に比べて若々しく元気であることから理解できると思います。超高齢化社会では、若さを維持した状態で長寿が可能となるのです。

これまで65歳以降の老後は、余生ということばかりに分かるとおり「おまけ」の人生でした。しかし、人生90年あるいは100年時代への突入は、長い余生をどのように有意義に過ごすべきかという命題をわれわれに突きつけています。一方、医学的にみれば、疾病構造が激変していくことが予想されますし、90歳代まで病気の発症を予防することは、未知の領域になります。

例えば、脳血管障害を例に挙げます。これまで心血管イベントを予防するためには、フラミンガムリスクスコア（年齢、性別、総コレステロール、HDL コレステロール、収縮期血圧、喫煙、降圧剤の使用）に基づいた管理が重要でした。しかし、85歳以上の脳血管障害では、これらリスクは発症の予測には役立たず、血中のホモシステインが重要になるといわれます（de Ruijter 2009 BMJ）。長生きすれば、脳梗塞は誰にでも起こりうるものですので、これをどのように予防していくかは、未だ手探りであると

いえます。

●まず何から手をつけるのか●

では、健康長寿を達成するためには、何から手をつけていけば良いのでしょうか。健康長寿を保つための対策としては、「禁煙、少食、運動、あるいは高血圧、高脂血症、糖尿病の治療」であることは、誰もが承知しています。しかし個々の患者において、まず何から優先的に手をつけるべきなのかに対する指針はありません。あるいは、個々のリスク要因を改善した場合には、どれだけの寿命延長が期待できるのかに関しては、あまり知られていません。

表1 日本における損失寿命（2002年 WHO）
（<http://www.who.int/whr/2002/annex/en/>）

リスク因子	損失寿命（年）
たばこ	6.15
高血圧	5.94
コレステロール	3.01
過体重	1.92
野菜・果物不足	1.87
運動不足	1.78
酒	1.61

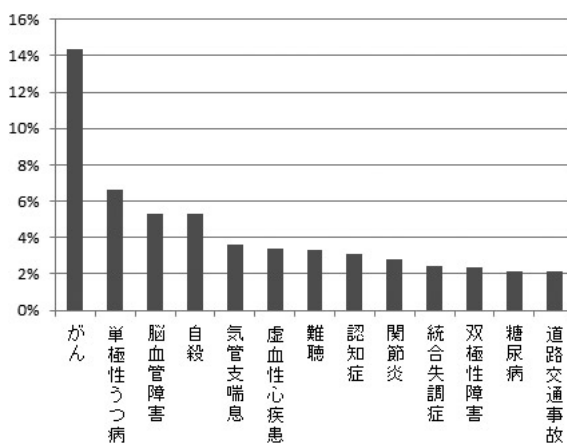


図1 寿命と健康寿命を害する要因 (Daly) の割合 (2009年 WHO の健康報告より)
（http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.htmlを基に計算）

これらの答えとなるのが、損失寿命(LLY, Loss of Life Years)の概念です。損失寿命の定義は、「ある人の寿命が、ある特定のリスクに遭遇することで短縮される平均の寿命」、あるいは、「あるリスクが無くなったときに各人が期待できる寿命の増加量」です。2002年のWHOの世界健康報告書では、国あるいは地域別にこの「損失寿命」の推計が公表されました(表1)。こ

れを見ますと、たばこや高血圧は6年も寿命を短縮している2大悪人であることが分かります。また、たばこ以外の上位の要因は、すべて生活習慣病です。糖尿病や高脂血症はそれぞれ3年と2年寿命を短縮します。やはり、生活習慣病があると長生きできないことが分かります。逆に、禁煙し生活習慣を是正すれば長生きが可能であるともいえます。

あなたは何歳まで生きられる？

(<http://www.gfcwo.com/download.htm>)

76歳からスタートして、項目ごとに点数を加算する。

1. あなたが30～50歳ならば+2歳、51～70歳ならば+4歳
 2. 男性ならば-3歳、女性ならば+4歳
 3. 人口200万人以上の都市に住んでいるならば-2歳、1万人以下ならば+2歳
 4. 祖父母のうち1人でも85歳以上ならば+2歳
 5. 祖父母が4人とも80歳以上ならば+2歳
 6. 両親のどちらかが50歳未満で心臓病か脳卒中で亡くなっている場合は-4歳
 7. 50歳未満の家族(両親、兄弟姉妹)で子どものころから心臓病、ガン、糖尿病を患っている人がいれば-3歳
 8. 年収が5万ドル(約400万円)以上ならば-2歳
 9. 大学を卒業している場合は+1歳、学位を取得していれば+2歳
 10. 65歳以上で現在も働いていたら+3歳
 11. 妻や夫または友人と同居していれば+5歳
 12. 同居していない場合は-3歳、その期間が10年増すごとに-3歳
 13. デスクワークをしているならば-3歳、身体を動かす仕事ならば+3歳
 14. 1回30分程度の運動(テニス、ジョギング、水泳など)を週5回以上していれば+4歳。週2、3回ならば+2歳、
 15. 1日に10時間以上寝ていたら-4歳
 16. 怒りっぽい性格ならば-3歳、あくせくしない性格ならば+3歳
 17. 幸せと感じていれば+1歳、不幸と感じていれば-2歳
 18. この1年にスピード違反でつかまったことがあれば-1歳、
 19. 毎日タバコを2箱吸っていれば-8歳、1～2箱は-6歳、1箱以下は-3歳
 20. 毎日1オンス(約30cc)のお酒を飲んでいるならば-1歳
 21. 体重が標準体重を50ポンド(約23kg)以上オーバーしていれば-8歳
 22. 30～50ポンド(14～23kg)オーバーならば-4歳
 23. 10～30ポンド(4.5～14kg)オーバーならば-2歳
 24. 40歳以上の男性で毎年健康診断を受けていれば+3歳
 25. 40歳以上の女性で毎年婦人科検診を受けていれば+2歳
- さて、あなたの寿命は？

図2

•健康寿命

一方、単に長生きするだけではなく寿命の後半に訪れる不健康な期間(約6～9年)を短くし、健康寿命を伸ばすことも大事です。ここでいう健康寿命とは、平均寿命から自立した生活ができない不健康期間を引いた寿命のことです。寝たきりなどの制約の大きい状態で長生きしても、あまり意味がありませんし、かえって介護などの負担が増します。

そこで、寿命のロスと健康寿命のロスを合算したDaly (Disability Adjusted Life Years, 障害調整生命年)という概念生まれました。2009年のWHOの報告書から寿命と健康寿命のロス(Daly)を集計すると、図1となります。がんは、寿命のみならず健康寿命をも脅かす最も重要な疾患です。また、脳、心血管障害が上位に来るのは当然ですが、うつ病やそれに関連する自殺が上位に来ます。また、介護で問題となる認知症、脳血管障害、関節炎もやはり上位に来ます。

これらの統計は、本来はマクロ的指標として、医療行政や医学研究の予算配分などに用いられてきました。しかし、日常診療における治療の優先順位をつけるうえでも参考になります。また、患者が自覚しにく

い高血圧や喫煙の害を患者に説明する際にも、「喫煙すると6年、高血圧を放置しても6年寿命が短くなりますよ」と具体的にアドバイスできます。

•寿命予測

最後に、アメリカのファイナンシャル・プランニングで用いられている寿命予測のチャートを掲載します(図2)。2006年の日経サイエンスにも紹介されたもので、簡単な質問に答えるだけで寿命が推測できます。前述の生活習慣以外にも遺伝的素因や社会環境も加味されており、なかなか良くできています。さて、あなたは何歳になりましたか？ また、何がウイークポイントになっているのかが分かりましたか？

参考文献

Christensen K et al. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet 374 (9696): 1196–1208, 2009.

de Ruijter W et al. Use of Framingham risk score and new biomarkers to predict cardiovascular mortality in older people: population based observational cohort study. BMJ 338 (24): 219–222, 2009.

大阪府医師会勤務医部会第2ブロック報告

平成22年4月～11月

第2ブロック世話人 後藤 研三

大阪府医師会会長および役員改選に伴い府医勤務医部会の役員も交代され、三島医療圏3医師会会長の推薦により、平成22年4月から第2ブロック世話人をするようになりました。

今までは高槻市医師会勤務医部会担当理事として高槻市の勤務医部会の取りまとめをさせていただいてはありましたが、府医での活動経験はなく、手探りでの出発となりましたが、大阪医科大学医師会、高槻市医師会、茨木市医師会、摂津市医師会ならびにブロック常任委員の先生やブロック委員の先生たちのお力添えをいただきながら、第2ブロックひいては大阪府勤務医部会の活動の一助になればと思っています。

第2ブロックでは今までも、ブロック委員会の開催や、北摂四医師会医学会への参画・支援などを行ってきましたが、今年度からは北摂四医師会医学会総会への積極的な参画や優秀演題に対しての賞与、大阪府医師会医学会総会への積極的な研究発表、第2ブロック研修会の開催などを行います。

平成22年度第2ブロック講演会

日時：平成23年1月15日（土）

14:00～15:00

場所：大阪医科大学看護学部講堂

対象：医師・コメディカル

参加費：無料

演題：女性医療人の豊かな未来のために：

キャリア形成と子育てとの両立支援

講師：大阪府医師会理事／勤務医部会副
部会長

上田 真喜子先生

その他：託児所の用意があります。

また、「大阪府医師会女性医師支援プロジェクト」推進のためのWGを立ち上げました。

微力ではありますが、勤務医の環境整備や、福利・厚生、地位向上に努めてまいる所存ですので、どうかご協力のほどよろしくお願いいたします。

大阪府医師会勤務医部会第2ブロック 平成22年度第2ブロック講演会

この度、大阪府医師会勤務医部会に男女共同参画プロジェクトが発足したことを記念して勤務医部会第2ブロックとして初めての講演会を開催する運びとなりました。
医師をはじめコメディカルの方々も是非ご参加ください。男女共同参画について、みんなで考えましょう。

◆◆男女共同参画◆◆
女性医療人の豊かな未来のために：
キャリア形成と子育てとの両立支援

上田 真喜子先生
大阪府医師会理事／勤務医部会副部会長

日時 平成23年1月15日(土)
14:00～15:00
場所 大阪医科大学看護学部講堂
対象 医師・コメディカル
参加費 無料



大阪府医師会勤務医部会第2ブロック ブロック世話人：後藤 研三

事務局：TEL 072-684-7190
〒565-0808 FAX 072-684-7189
大阪府高槻市大学町2-7 大阪医科大学医務会内 E-mail: orin@med.osaka-u.ac.jp

・託児所を用意します。利用を希望される方は、必ず12月15日(水)までに事務局にご連絡ください。
・講演会に参加を予定されている方は、参加人数把握のためFAXでご連絡ください。当日参加も歓迎いたします。

大阪医科大学勤務医部会第2ブロック事務局宛(FAX 072-684-7190)

平成22年度第2ブロック講演会(1月15日開催)
☐ 講演会に参加します。
☐ 託児所の利用を希望します。

所属施設名	
ご芳名	

大阪府医師会勤務医部会とは…

(大阪府医師会ホームページより転用)

- 大阪府医師会勤務医部会は

大阪府医師会に入会された全ての勤務医会員で構成されます。

この勤務医部会は全国の医師会に先駆けて昭和48年7月に設立されました。

以来、勤務医としての立場から、わが国の医療（保険）制度のあり方の検討をはじめ、地域医療や高度医療、学術研究など、医師会事業推進の一翼を担っています。また勤務医部会員のための福祉事業サービス業務にも取り組み、勤務医医師賠償責任保険へ加入していただけます。さらに関連団体である医師協同組合の購買事業の利用、医師信用組合の各種ローンの利用などが可能となります。

大阪府医師会では、大阪府民の健康を守るのはもちろんのこと、われわれ勤務医の勤務環境の向上、改善をはかるための諸活動を続けています。

- 勤務医部会の主な活動

【各種委員会等の設置】

勤務環境検討委員会、医療制度検討委員会などを設置し、勤務環境改善策（女性医師増加に伴う勤務環境整備や医師不足に伴う過重労働対策等）や福祉向上策を検討し、また実践しています。

【研修会等の開催】

勤務医部会研修会、勤務医のための医療保険研修会などを定期的に開催しています。

【各種研究活動】

大阪府内における感染症の臨床疫学的研究などを行っています。

【関連諸団体との連携】

全国医師会勤務医部会連絡協議会、近畿医師会連合などへの積極的参加により関連諸団体との連携を図っています。

平成21年度の大阪府医師会勤務医部会全体の会務報告は、次の URL をご参照ください。

http://www.osaka.med.or.jp/kinmui/images/kin_h21_kinmuibukai.pdf

大阪府医師会勤務医部会第2ブロック 平成22年度事業計画と予算

活 動 計 画			予 算				
実施項目			頻度	経費項目	単価 (円)	数量	予算 (円)
1	第 2 ブロック委員会の開催*1)		年 2 回	交通費	3,000	15人× 2 回	135,000
				飲食費	1,500	15人× 2 回	
2	北摂四医師会 医学会	総会への積極的 参画	年 1 回	協賛金	100,000	一式	250,000
				優秀演題賞 (3 人)	150,000	一式	
		年数回			0		
3	大阪府医師会医学会総会への積極的研究発表		年 1 回	奨励金 (複数人)	200,000	一式	200,000
4	第 2 ブロック研修会の開催		年 1 回	講師料	50,000	1 人	200,000
				座長料	30,000	1 人	
				会場費	100,000	一式	
				雑費	20,000	一式	
5	学術調査「コメディカルに対するアンケート調査」*2)		今年度のみ	調査費	500,000	一式	700,000
				報告書	200,000	一式	
6	第 2 ブロックの事務局設置 (大阪医科大学医師会内)*3)		随時	事務委託費	50,000	一式	50,000
				合 計			1,535,000

*1) 委員13名、オブザーバー2名で行う

*2) 一昨年、大阪医科大学医師会で「勤務医の労働環境に関するアンケート調査」を行った。今回は、医師のみならずコメディカルを含めて再調査を行い、来年度はアンケート結果をもとに労働環境の改善を図る

*3) 事務局を大阪医科大学医師会内に設置し、大阪府医師会勤務医部会との連絡・調整、第2ブロック内の連絡・調整・会計、第2ブロック委員会の案内・運営等を行う

以上

大阪府医師会勤務医部会第2ブロック 平成22年度第1回ブロック委員会

会議名	大阪府医師会勤務医部会第2ブロック平成22年度第1回ブロック委員会
議 題	平成22年度活動計画と予算について 他
日 時	平成22年7月23日（金） 18：30 ～ 20：00
場 所	大阪医科大学 第8会議室（総合研究棟1階）
出席者 （敬称略）	後藤・稲森・秋元・立田・越前・麻田・平位・河野・杉田・西本
欠席者 （敬称略）	家永・新井・千野・中平・土居
配布資料	■大阪府医師会勤務医部会第2ブロック ☐ 委員名簿 ☐ 平成21年度会計報告 ☐ 平成22年度活動計画と予算（案） ☐ 活動状況 ■大阪府医師会勤務医部会 ☐ 第5回常任委員会要録（H22. 6. 8開催） ☐ 第6回常任委員会要録（H22. 6. 22開催） ☐ 第7回常任委員会資料（H22. 7. 13開催） ■その他 ☐ 医師協 Times2010年7月号 杉田先生エッセイ ☐ MEDIFAX 2010年7月22日号 新生涯研修制度
1. メンバー紹介 2. 21年度会計報告 ・全会一致で承認された。 3. ブロック活動助成金の使い方について 1) 各ブロックによって、用途が異なる ・会議を行うための会場がホテル等ではなく支出が生じるブロックがある。 ・勤務医の人数や、割合もブロックごとに異なる。 2) ブロック活動助成金の余剰分の返済について ・第5回大阪府医師会勤務医部会常任委員会で、活動費が100万円以上蓄積されている場合は、100万円以上を余剰金とみなし、府医に返還して、男女共同参画に充填していく方向で説明があった。 ・各ブロックで検討し、10月までに返還するかどうかを決めることとなった。 3) 男女参画検討委員会について ・各地区に男女参画検討委員会 WG を設置し、子供の年齢が15歳以下の子育て中の医師に参画してもらう。子育て中の医師の生の声が欲しい。 ・20代の大阪府医師会員の45%が女性なので、第一線で医師として長く頑張ってもらいたい。	

- ・上田真喜子理事も子育て経験者である。

4) 第2ブロックとしての方針について

- ・高槻市医師会・茨木市医師会には、勤務医部会が設置されており、研修会等の活動も活発に行っている。また、北摂四医師会医学会として、総会や分科会も毎年定期的に開催している。ブロック助成金は、ほとんど使用していないが、活動をしていないわけではなく、むしろ、これほど頻繁に活動をしているブロックは他にないと自負できる。
- ・来年、合同ブロック研修会の当番なので、その資金を残しておかなければならない。本来は、大阪府医師会勤務医部会が負担するべきではないか。
- ・第2ブロックとしては、今後、研修会等開催に際し、ブロック活動費を使用していく。

4. 第2ブロック活動計画と予算について

1) 第2ブロック委員会の開催

- ・年2回開催する。
- ・ブロック委員会出席者に一律3,000円の交通費を支給することとする。

2) 北摂四医師会医学会への参画

- ・北摂四医師会医学会は、「病診連携症例検討会」から発展している。
- ・総会協賛金として、例年通り10万円を支出する。
- ・総会の優秀演題賞として、3人くらいを対象に合計15万円を支出する。

3) 大阪府医師会医学会総会への積極的研究発表

- ・研究発表者、複数人に対して、合計20万円の奨励金を支出する。
- ・大阪府医師会研究助成は、開業医が対象で、勤務医は公募ができない。府医助成と重ならないように配慮する。

4) 第2ブロック研修会の開催

- ・勤務医が集まる機会は現在ブロック委員会しかなく、全員が集まる機会として研修会を開催したい。
- ・年1回開催する。
- ・講師料、座長料等は、大阪府医師会の慣例に則った金額とする。

5) 学術調査「コメディカルに対するアンケート調査」

- ・以前、大阪医科大学医師会で「勤務医の労働環境に関するアンケート調査」を行った。今回は、コメディカルを含めた全体の労働環境調査を行いたい。
- ・コメディカルを含む調査は、国内初である。事務職も疲弊しているので、どこまでを対象とするか検討していきたい。
- ・高槻市医師会では、高槻市と島本町に対して、待機児童の解消を要望している。

以上

大阪府医師会勤務医部会第2ブロック 平成22年度第2回ブロック委員会

会議名	大阪府医師会勤務医部会第2ブロック平成22年度第2回ブロック委員会
議 題	研修会の実施について コメディカルも対象とする勤務環境アンケートの実施について 他
日 時	平成22年7月23日（金） 18：30 ～ 19：30
場 所	大阪医科大学 第3会議室（総合研究棟12階）
出席者 (敬称略)	後藤・稲森・家永・立田・越前・麻田・平位・河野・西本・白田（オブザーバー）
欠席者 (敬称略)	新井・秋元・千野・中平・土居・杉田
配布資料	■大阪府医師会勤務医部会常任委員会要録 ☐ 第8回常任委員会 7月27日（火） ☐ 第9回常任委員会 8月24日（火） ☐ 第10回常任委員会 9月14日（火） ☐ 第11回常任委員会 9月28日（火） ☐ 第12回常任委員会 10月12日（火） ■大阪医科大学医師会会報 第31号 ☐ 特集〈座談会〉「女医たちのラウンドテーブルディスカッションー円女医」 ■大阪医科大学医師会「勤務環境ならびに心の健康に関するアンケート調査2007」 ☐ アンケート調査用紙 ☐ 論文：大学勤務医のメンタルストレスについて 大阪医科大学医師会 理事 田中 英高（小児科学） ☐ 論文：勤務医の職場ストレス ―過重労働を中心として― 大阪医科大学医師会 評議員 白田 寛（衛生学・公衆衛生学）
1. 勤務医部会常任委員会報告 (1) 第8回常任委員会 7月27日（火） (2) 第9回常任委員会 8月24日（火） (3) 第10回常任委員会 9月14日（火） (4) 第11回常任委員会 9月28日（火） (5) 第12回常任委員会 10月12日（火） 2. 研修会の実施について (1) 日時 : 平成23年1月15日（土） 14：00～15：00 (2) 場所 : 大阪医科大学看護学部講堂 (3) 講師 : 大阪府医師会 理事 上田 真喜子 先生 (4) 演題 : 男女共同参画について（仮題） (5) 案内 : コメディカルにも参加を呼びかける (6) その他 : 可能であれば、託児所を設置する	

3. コメディカルも対象とする勤務環境アンケートの実施について

- (1) 対象者 : コメディカル（事務職を含むかどうか検討する） 数百名
- (2) 実施機関 : 高槻赤十字病院、高槻病院、済生会茨木病院
- (3) 回収方法 : 病院ごとに回収し、北摂四医師会医学会事務局でまとめる
- (4) 集計方法 :
- (5) 実施スケジュール :

アンケートプロジェクトの発足	H23年 1 月
アンケート項目・実施機関等の検討	H23年 3 ～ 4 月
アンケート用紙配布	H23年 5 月
アンケート用紙回収	
アンケート分析・まとめ	
論文発表	

4. その他

- (1) 合同ブロック研修会
 - ・日時 : 平成23年 2 月17日（木）18：00～
 - ・場所 : アプローチタワー（梅田茶屋町）を予定
 - ・依頼 : 大阪医科大学医師会の平松昌子先生に、「女医たちのラウンドテーブルディスカッション」についての演題発表を依頼する。
- (2) 高槻市医師会勤務医部会（25周年記念会）
 - ・日時 : 平成23年 2 月 3 日（木）
 - ・場所 : たかつき京都ホテル
- (3) ブロック委員会出席者への交通費の支給
 - ・金額 : 3000円／回
 - ・平成22年度第 1 回委員会に遡って支給する

以上

大阪府医師会勤務医部会第2ブロック 平成22年度委員一覧

No		氏 名	所 属		役 職
1	常任委員 ブロック世話人	後藤 研三	高槻赤十字病院	外科	副院長
2	常任委員	稲森 耕平	仙養会 北摂総合病院	麻酔科	副院長
3		家永 徹也	愛仁会 高槻病院	外科	院長
4		新井 基弘	祐生会 みどりヶ丘病院	脳神経外科	院長
5		秋元 寛	大阪府三島救命救急センター	救急科	所長
6		千野 佳秀	東和会 第一東和会病院	外科	医長
7	常任委員	立田 浩	済生会茨木病院	内科	副院長
8	常任委員	越前 直樹	大阪府警察協会 北大阪警察病院	脳神経外科	副院長
9		麻田 邦夫	恵仁会 介護老人保健施設 たんぽぽ		施設長
10		平位 洋文	医誠会 摂津医誠会病院	外科	副院長
11		河野 公一	大阪医科大学	公衆衛生学	教授
12		中平 淳子	大阪医科大学	麻酔科学	助教
13		土居 ゆみ	大阪医科大学	麻酔科学	講師
	府医勤務医 部会顧問	杉田 隆博	高槻市	保健所	所長
	常任委員 (会長推薦)	西本 泰久	大阪医科大学	救急医学	診療准教授

成人教育とシミュレーション教育

生体管理再建医学講座救急医学教室 西本泰久

医学教育、特に新人教育は、従来 on the job training で行われてきました。その多くは、先人の技をまねる形の家元制度に近いものでした。何か題材があると、その場その場で適宜行われる教育で、系統立てられたものではありませんでした。また、いきなり、患者様の前で教育が行われ、患者様と医師の信頼関係にも問題がありました。さらに、救急現場など緊迫した場面にはそぐわないものでした。2000年頃から、医学教育にも off the job training として、シミュレーション教育が盛んに行われるようになりました。元々は、飛行機のパイロットや、原子力発電所など、失敗が許されない状況の教育として行われていたシミュレーション教育が医学教育にも取り入れられてきたものです。すなわち、医学にも失敗が許されないところが多くあります。あ

らかじめ、臨床の様々な状況を想定してトレーニングを行うことで、実際の臨床ではうまくできるようにするのが目的です。ある意味では、臨床ではできない失敗を、あらかじめしておく教育法ともいえると思います。よく考えると、災害訓練など、すでに行われていた手法であったのかもしれませんが。

最近では、心停止や、脳卒中、外傷などを想定した ACLS、BLS、ICLS (写真)、PALS、ISLS、IPLS、JATEC、JNTEC、JPTEC、PSLS など多くのシミュレーション教育コースが行われるようになりました。教育のためのシミュレーションマネキンなど機材も充実してきています。また、聴診、各種ファイバースコープ、超音波検査、内視鏡下手術などのトレーニング用のシミュレーターも素晴らしいものができてきてい



写真 研修医のための ICLS コース

ます。これらの、シミュレーション教育は、OSCEという形で、学生教育にも取り入れられ、4年次から5年に進級する段階（クリニカルクラークシップとして患者様にあたる条件）では、統一された基準で全国レベルでの技能テストが行われています。今後は、国家試験レベル（卒業の条件）として、advanced OSCEが行われる方向にあります（カナダや韓国ではすでに取り入れられています）。これらの動きは、今まで、知識偏重であった医学教育が、技能の分野まで踏み込んだともいえます。

シミュレーション教育には、資機材も大切ですが、指導者も非常に大切です。「医学知識をもっている」「優れた技術をもっている」だけでは決して良い指導者とはいえません。指導者は学習者の知識、技能、

態度をバランスよく伸ばしながら、適切に評価してフィードバックを行い、あるいはファシリテートし、学習者を「より良い状態」に導いていく必要があります。この点では、ヨーロッパの医学教育が一番進んでいるといわれています。ガニエは、学習とは「行動に見ることができる学習者の特性や能力が変化するプロセスである」としています。「学習者の特性や能力の変化」のためには、指導者は成人教育に習熟しておき指導者としてのコンピテンシーをもつ必要があると思われます。研修医・レジデントなどの教育は、学校教育ではありません。成人教育としてのシミュレーション教育のためには、良き臨床医で、良き指導医である必要があると考えられます。

浸潤性膀胱癌に対する画期的な膀胱温存治療 “OMC-regimen”の高度医療認可に関して

泌尿生殖・発達医学講座泌尿器科学教室教授 東 治人

冒頭、このような機会を与えていただきました、大阪医科大学医師会会長、河野公一先生、および、医師会会報の編集委員長、田中英高先生をはじめとする編集委員の諸先生方に深く感謝申し上げます。

1. 膀胱温存療法の必要性

さて、表在性（非筋層浸潤型）膀胱腫瘍の治療は内視鏡手術の技術革新とともに飛躍的に進歩し、現在では患者様のほとんどが、内視鏡による経尿道的手術にて良好な治療効果を得られています。しかし、腫瘍が筋層内に浸潤する浸潤性膀胱癌では、膀胱を摘除する“根治的膀胱全摘術”が標準治療です。

膀胱は、蓄尿と排泄という重要な機能を

担っている臓器であり、体内に1つしか存在しないため、膀胱を摘除すると、通常術後ストーマ設置を余儀なくされ、患者のQOLは著しく低下します。また、こうしたリスクとQOLの低下を覚悟して膀胱全摘術を施行しても、術後局所再発やリンパ節転移や肺などへの遠隔転移をきたす症例が少なくなく、浸潤性膀胱癌患者全体の約50%が死亡するのが現状です。これらの状況から、膀胱摘除を行わずに治療する“膀胱温存療法”を開発することは、浸潤性膀胱癌に対する治療において非常に重要であると考えられます。

2. これまでの膀胱温存治療の現状

これまで、多くのグループが抗癌剤と放

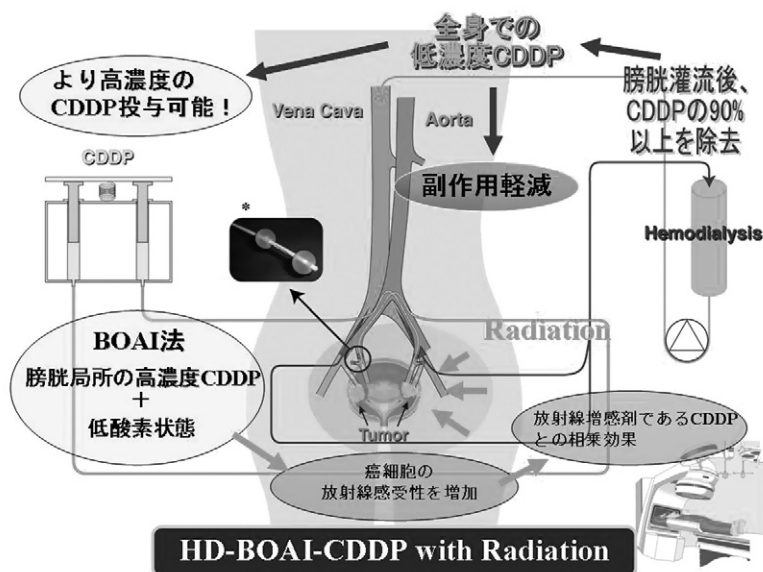


図1

射線照射を組み合わせた集学的治療を行ってきましたが、長期にわたり再発なく膀胱を温存することは困難であり、新しい画期的な治療法の開発が切望されていました。

3. 画期的な膀胱温存治療 “OMC-regimen”

以上を踏まえ、われわれは放射線科の先生方と協力の下、バルーン塞栓動脈内抗癌剤投与法（BOAI）によるシスプラチン投与と血液透析とを併用する大阪医科大学式膀胱温存療法 “OMC-regimen” を15年前から開発し、これまで多くの浸潤性膀胱癌の患者様を膀胱摘除することなく根治に導いてきました（図1）。

“OMC-regimen” は、

- 1) 血流塞栓用バルーンが付属したカテーテルを用いて、血流遮断+抗癌剤の動脈内注入を行うことによって、腫瘍細胞は低酸素状態となり、静脈内投与に比較して約30倍以上の高濃

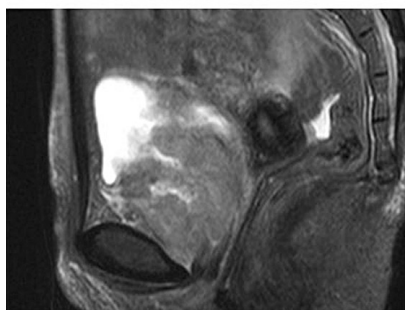
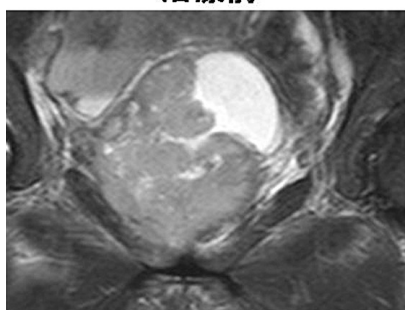
度の抗癌剤を腫瘍部位に局所的に送達されるため、きわめて高い殺細胞効果が発現します。

- 2) 同時に内腸骨静脈内に設置した透析用カテーテルを通して膀胱灌流後の非蛋白結合型シスプラチン（分子量約300で、クレアチニンと同程度であるため血液透析で除去できる）を透析膜を通して濾過することによって（約9割を除去可能）、全身の副作用をほとんど認めません。
- 3) 膀胱局所に放射線治療を加えることによって、高い放射線増感作用を有する高濃度のシスプラチンとの相互作用によりきわめて高い殺細胞効果がもたらされ、高齢者や全身状態その他の理由で通常であれば根治が望めない患者に対しても根治の可能性をもたらし、画期的な治療法です。

われわれはこれまで、100例以上の患者

治療効果（MRI）

治療前



治療後

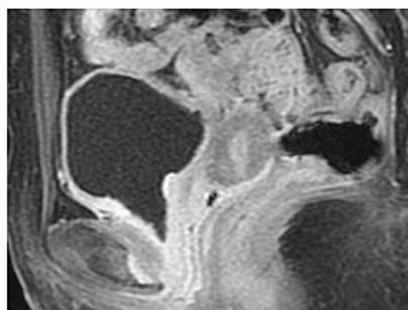
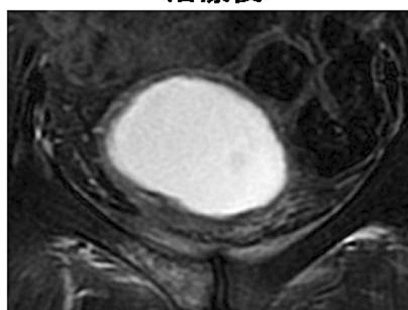


図2

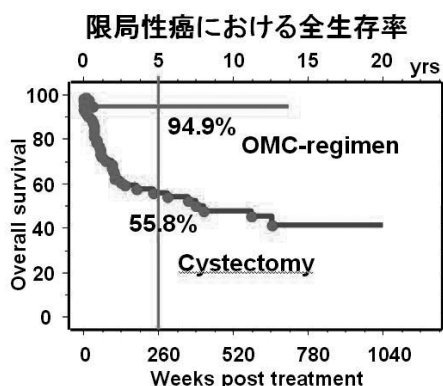


図 3

様にこの治療法を施行し、組織タイプが尿路上皮癌である局所膀胱浸潤癌では90%以上の患者様に根治が誘導され、根治が誘導された患者様では、最長14年の観察期間を経てほとんどの方が再発、転移を認めず元気に生活されています。

以下に本治療法施行前後の腫瘍変化（図2）、と本治療法と膀胱全摘術、各治療法における生存率（図3）を提示しました。

4. 高度医療認可に伴う適用拡大の可能性

1つ、大きな問題点は、本治療法が保険適応外治療であるため、自費、あるいは研

究費での治療を余儀なくされていたことでした。しかし、この度高度医療に認可され、混合診療という形式での診療（BOAI-CDDP、および透析医療の医療費のみを自費、あるいは研究費にて賄う）が可能となる予定です。本治療法は、最短3～4日の入院にて治療が可能であること、また、血液透析の併用により抗癌剤の副作用をほとんど認めないため高齢者（最高98歳）や腎機能低下症例にも治療を完遂することが可能であること、など幅広い患者様に適用することが可能です。もし、先生方の間で“年齢や全身状態その他の理由で根治的な治療を考慮することが困難な膀胱癌の患者様”がおられましたら、ぜひご紹介いただければと思います、ここにご紹介させていただいた次第です。

今後も、この高度医療認可の下で治療実績を積み重ね、近い将来には保険適応認可へと進み、より多くの患者様に広く適用していただけるよう考えております。先生方におかれましては、日常診療にて日々きわめてお忙しいことと拝察申し上げますが、何卒、よろしくご高配をいただけますようお願い申し上げます。

Content.IE 5

放射線医学教室講師／本誌編集委員 上杉康夫

先日ウイルスチェックを行っていると、妙に時間がかかることに気がきました。Temporary Internet Files内のContent. IEのフォルダに大量のファイルがあることに気がきました。“Temporary Internet Files”フォルダというのは、『Internet Explorer』でWeb ページを表示する時に使用される一時ファイルの保存用のフォルダで、そのフォルダ内にある“Content.IE 5”はその補助用のサブフォルダです¹⁾。このようなフォルダですので、その中のファイルを削除しても何の問題もありませんが、このContent.IE 5が肥大するとインターネットを見ている画面がおかしくなったり、起動まで時間がかかったり、また今まで見られていたサイトが見られなくなったりと様々なトラブルに遭遇します。そこでContent.IE 5の掃除について調べてみました。

1. 日ごろのメンテナンスとして

通常のメンテナンスとして、Internet Explorerの上で右クリックし、表示されるメニューのプロパティを選択。[インターネットのプロパティ] 画面が表示されます。この中の[全般] タブの真ん中にあるインターネット一時ファイルの[ファイルの削除] をクリックすることで、インターネット閲覧時に取り込んだ情報は、削除されますが、それは正常に動作をしているときだけです(図1)²⁾。

一度おかしくなってしまうと、[すべてのオフラインコンテンツを削除する] にチ

ェックを入れて、[OK] をクリックしても削除されないファイルがずっとトラブルを引きずったままとなってしまいます。このような場合Content.IE 5内のindex.dat ファイルが破損していることが多いのですが、上記の方法では解決できません。

2. リフレッシュ方法

1) 別の Administrator アカウントを利用しない方法

ログインしているのとは別の Administrator 権限のユーザーでログインして、Content.IE 5の掃除をすべきユーザー IDのContent.IE 5を直接削除してしまえばいいのですが、少し面倒です。

マイコンピュータをダブルクリックし、Dドライブを開きます。Dドライブのウィンドウが開いたら、その中で右クリックし、表示されるメニューから、[新規作成] - [フォルダ] と進めます。フォルダの名前

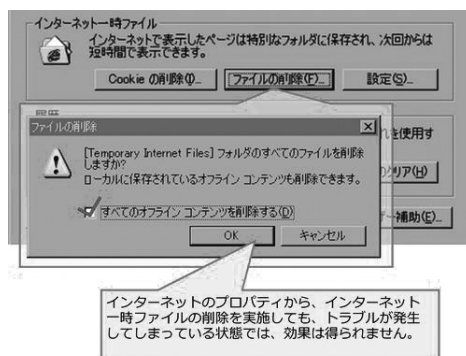


図1 ファイルの削除の画面(2)より引用)

を、temp（半角英字）（アルファベットであれば名前は任意のものでも構いません）で入力し、[Enter] をクリックします。Dドライブがないパソコンでは、Cドライブの直下に同じ操作をします。既に、temp フォルダが存在するパソコンもありますが、その場合は任意の名前で作成してください（図2）。

続いてインターネットのプロパティを開きます。[全般] タブ、インターネット一時ファイル項の[ファイルの削除] をクリックしてください。[ファイルの削除] 確認画面が表示されます。ここで「すべての

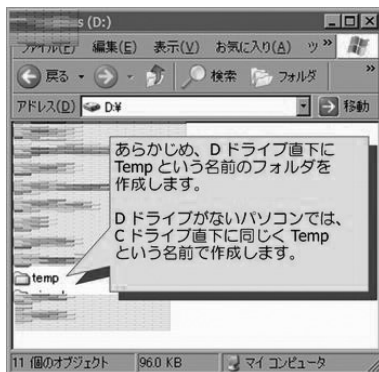


図2 ドライブ内での temp フォルダの作成(2)より引用)



図3 ファイルの削除(2)より引用)

オフラインコンテンツを削除する」のチェックを入れて [OK] をクリックしてください（図3）。

[ファイルの削除] が終われば、続いて隣の[設定] というボタンをクリックしてください。[設定] 画面が表示されたら、まず無駄に領域を占有しているインターネット一時ファイルにどれだけのハードディスク領域を与えるか? の設定を実施します。使用するディスク領域の数値を“1”にします（Internet Explorer 8は8MB以上の設定となっていますので、8にします）。数値を設定後、必ず[適用] をクリックしてください。その後、[フォルダの移動] をクリックします。ここで、先の操作で作成した temp フォルダを探し、[OK] をクリックしてください（図4）。

設定を有効にするために、いったん [ログオフ] することを要求されます。[OK] をクリックしてください（図5）。再起動



図4 設定の画面(2)より引用)



図5 ログオフの画面(2)より引用)

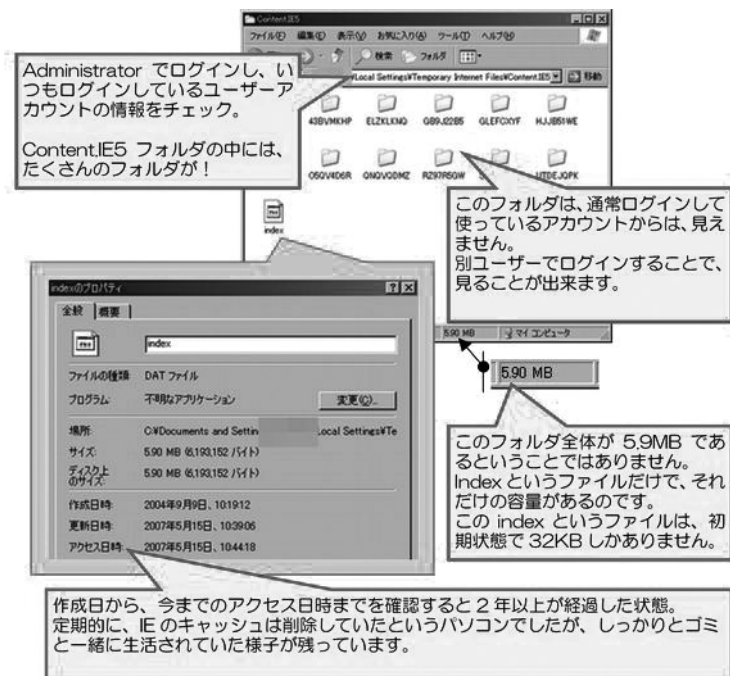


図 6 Content.IE のフォルダ(3)より引用)

後には、設定した場所にインターネットの情報が一時保存されることになります。この作業で、index.dat が破損したシステムでも Content.IE 5 の再構築がなされるわけです。

2) 別の Administrator アカウントを利用する方法 (図 6)

別の Administrator アカウントでログインします。Administrator 環境でログインした後に、C ドライブ内の Documents and Setting フォルダを開きます。ここで、“すべてのファイルやフォルダを表示する”という設定になっている前提で進めます。いつも利用しているユーザーアカウント名になっているフォルダを開きます。その中の Local Settings フォルダを開き、Temporary Internet Files フォルダを開きます。Content.IE 5 というフォルダが出てきます。Content.IE 5 フォルダを含める Tempo-

rary Internet Files フォルダを削除します。削除後再起動して、いつも通りログインすることで、削除したフォルダはウインドウズがしっかり再構築してくれます³⁾。

ホームページ担当：上杉 康夫

大阪医科大学医師会ホームページ：

<http://www.osaka-med.ac.jp/deps/omcda/>

メールアドレス：omcda@art.osaka-med.ac.jp

〈引用ホームページ〉

- 1) Content.IE 5 について教えてください。 — その他 (デジタルライフ) — 教えて！goo
<http://oshiete.goo.ne.jp/qa/235009.html>
- 2) Content.IE 5 を見直せ！ ～けんじといっしょ
http://clubjs.tsukaeru.jp/FAQ/20/contentIE5_trouble.htm
- 3) Content.IE 5 の内容は ～けんじといっしょ
http://clubjs.tsukaeru.jp/FAQ/20/contentIE5_02.htm#ContDel



衛生学・公衆衛生学教室 辻 洋志

ハーバード？ なんだか難しそう。公衆衛生？ 国家試験で最後に丸暗記した記憶がある。それを合わせたハーバード公衆衛生大学院となると、もう多くの医師にとって遠くて関係のない、少しマニアな人だけが行く世界だと思われるかもしれません。しかし違います。実は多くの医師にとって魅力的な留学先なのです。世界中の医師が米英の公衆衛生大学院で学んでいます。

さて、ハーバード公衆衛生大学院(HSPH)、2009—2010年度の学生総数は1,028人、毎年500人前後が入学し、その過半数が医師で学生の33%は外国人。国籍や経験、年齢も様々です。医師が多く入学する専門職修士課程では、最低3年の職業経験が必要なため、卒後4年目以降の若手以外に、中堅、部科長クラスまで多様なレベルの医師が入学します。日本人は毎年10人前後入学します。教員総数は405人で研究者、技術スタッフを含めると2,000人を超え、年間予算は300億円。こうした公衆衛生大学院が全米に44あり、2009年度の入学人数は総勢10,251人で、同16,468人のメディカルスクールに匹敵する規模となっています。私は2009年夏から約1年間、ハーバード公衆衛生大学院専門職修士(Master of Public Health)課程へ入学し、産業環境衛生を専攻しました。

公衆衛生大学院で何が学べるかというと、やはり公衆衛生です。ただ、日本のように医学部の一分野としての公衆衛生ではなく、一定の集団の健康をアウトカムに設定する“Population Health”。米国では医学は個人の病気の診断や治療を基本に“Individual Health”として、医学と公衆衛生は別のア

プローチとして認識されています。日常臨床でいうと、禁煙を達成するのにニコチンパッチを処方するのは医学。成功率を上げるために、夫婦ともに禁煙を勧めるのは医学+公衆衛生。こういったプログラムを組めば成功率が上がるかデータを取って改善に役立てるといのは公衆衛生。具体的には生物統計学、疫学、環境衛生学、医療管理経営学、社会行動科学を基本として、医療統計、臨床疫学、医療政策、グローバルヘルス、母子保健、医療コミュニケーション、栄養といった様々な分野を学ぶことができます。

私が住んでいたのは米国東海岸のボストン市。米国を代表する学術都市で、住民の平均年齢が30歳前後といわれ、町全体がエネルギーに溢れ、一方では英国の影響が残り、米国の中では歴史を感じさせる町でした。野球チームとしてはレッドソックスがあり、ニューヨークヤンキースとの戦いは日本でいう阪神 vs 巨人戦のような伝統の一戦とされ大阪出身の私としては非常に親近感の湧く町でもありました。HSPHはボストンの中でもメディカルスクールや有名なハーバード関連病院の集まるロングウッドメディカルエリアというところにあります。HSPHではそれら近隣の病院の医師も多く入学し、いつも使っていた図書館の最上階において、週2回 The New England Journal of Medicine の編集会議が行われており、まさに世界中の知識が集まるような非常に刺激のある場所でした。

私は2009年の夏に専門職修士課程に入学し産業環境衛生を専攻して、生物統計や疫学、産業環境医学、関連した法律、産業衛



The 359th Commencement of Harvard University

生リスクアセスメント、組織管理等について詳しく学びました。HSPH を卒業するためには所定の単位を1年間で取得しなければならず、私はそのために合計15クラス取りました。HSPH だけで約400のクラスから受講するクラスを選択することができ、希望すればメディカルスクールや政治といった他のハーバード大学院や MIT など近隣の大学のクラスも取ることができるので、そのシステムと選択肢の多様さには驚くばかりでした。クラスでは積極的な発言などが求められ、講義を受けるというよりトレーニングを受けるといった方が適切なほど、毎日大量の課題が出されました。留学前には普段医師をしていたらできないような米国国内旅行もできるかもと少し甘い期待もありましたが、学期中はボストン市内から出ることも難しいほどでした。しかし、HSPH からほど近い大学院寮の前が大きな公園になっておりそこで課題をしたり、弁当を食べたり、自転車に乗って公園を抜けるとボストン美術館やボストンシンフォニーまで直ぐに行け、地下鉄も発達しており特に不自由は感じませんでした。なんとい

っても世界中から来た同級生たちから刺激をもらい共に切磋琢磨し、ガウンを着て、ハーバードで共に卒業式を迎えることができたことは非常に貴重な経験でした。また学外活動として、日本の長寿の秘訣を学んでもらうために2006年から毎年行っている HSPH ジャパントリップという企画があり、

2010年の3月に30人ほどの HSPH の学生を連れて日本の公衆衛生関連施設を案内いたしました。私はその関西のパートを企画させてもらい、トリップでは府立母子保健総合医療センター、あいりん地区、また大阪医科大学公衆衛生学教室と中山国際医学医療交流センターの案内の下、本学の教育施設と健康科学クリニックを見学させていただき好評を得ました。関係者の皆様にはこの場をお借りし改めてお礼申し上げます。

HSPH は分野に限らず多くの医師にとって研究に必要な統計や疫学、また組織管理や経営を学ぶことができるので、米国人医師だけでなく日本人医師としても公衆衛生大学院は非常に魅力的な留学先だと感じました。米国公衆衛生大学院への留学等、より詳細な情報を希望される方はぜひ辻にご連絡ください (hyg033@osaka-med.ac.jp)。

このような素晴らしい留学の機会を与えていただきました河野教授をはじめ大阪医科大学公衆衛生学教室の皆様、第一内科学教室、留学の支援をいただきました日米教育委員会（フルブライトプログラム）の関係者の皆様に改めてお礼申し上げます。

大阪医科大学医師会 会長からのお知らせ

■ 平成23年度学会等助成を行います ■

学会等助成も今年で3回目となりました。

今年度は、次の5件に各10万円、合計50万円を助成することといたしました。

学会名・開催日程・開催場所（開催日順）	助成金額
第25回日本腹部放射線研究会 日程：平成23年6月10日（金）～11日（土） 場所：大阪市中央公会堂 会長：鳴海 善文（総合医学講座放射線医学教室 教授）	10万円
第26回日本保健医療行動科学会学術大会 日程：平成23年6月11日（土）～12日（日） 場所：大阪医科大学 看護学部講堂 会長：元村 直靖（看護学部 教授）	10万円
第51回日本産科婦人科内視鏡学会 日程：平成23年8月4日（木）～6日（土） 場所：リーガロイヤルホテル大阪 会長：大道 正英（泌尿生殖・発達医学講座産婦人科学教室 教授）	10万円
第43回日本臨床分子形態学会・学術集会 日程：平成23年9月9日（金）～10日（土） 場所：大阪医科大学 臨床第1、2講堂 会長：大槻 勝紀（生命科学講座解剖学教室 教授）	10万円
第4回国際足の外科学会学術集会 日程：平成23年9月21日（水）～24日（土） 場所：奈良県新公会堂 当番世話人：木下 光雄（生体管理再建医学講座整形外科学教室 教授）	10万円

大阪医科大学医師会総会（平成23年5月）に贈呈式を行い、助成金は応募者指定の口座に振り込みます。

平成24年度の公募は、平成23年10月1～31日に実施します。来年度も奮ってご応募ください。

■ 大阪府医師会医学会総会が開催されました ■

平成22年度大阪府医師会医学会総会（通算第34回）が、11月7日（日）に大阪府医師会館で開催されました。

(1)大阪府医師会地域医療活動支援事業研究助成の11事業の報告が行われました。

当医師会から、事業タイトル「特定健康診査・特定保健指導の実施率向上と生活習慣病の予防対策」について白田寛先生が発表されました。

府医ニュース 第2587号（2010年11月24日発行）の4頁より転載します。

特定健康診査・特定保健指導の実施率向上と生活習慣病の予防対策



発表者
大阪医科大学医師会
白田 寛氏

平成20年度からスタートした特定健康診査・特定保健指導で、国は市町村に対して、24年度までに実施率65%・45%達成を目標とする指針（参酌水準）を示し、未達の市町村に対する

後期高齢者支援金加算措置を行うとしているため、当該市町村の実施率が国民健康保険加入者の国民健康保険税に影響を与える可能性がある。本研究では申請者らの所

属する医師会の活動拠点である高槻市が、参酌水準目標値を達成し、後期高齢者支援金加算措置を受けずに国保財政の安定運営に寄与するため、有効な実施率向上策を提案することを目的としてアンケート調査を行った。

高槻市民3千人（21年度の受診者1千人、未受診者2千人）と高槻市内で特定健康診査を受託している医療機関に勤務している医師200人を調査対象として22年6月8日～6月30日の期間にアンケート調査（市民向け23問、枝問合計46問、医療機関向け27問）を行った。アンケートの開発・配布・回収は、高槻市保健福祉部保健医療室健康づくり推進課の協力を受け



で、大阪医科大学衛生学公衆衛生学教室、大阪医科大学医師会および高槻市医師会が行った。アンケートの回収総数は市民向けが2086通で69・6%（受診者1千人、未受診者2千人）、医療機関向けが97通（發送先215件）で45・1%であった。アンケート結果は現在集計中であり、中間結果について発表する。

高槻市では20年からの5カ年計画「高槻市国民健康保険特定健康診査等実施計画」を展開中で、最終年度の24年に国の参酌水準達成が可能としている。しかし、大阪府国保課が行った21年2月の実施率調査見込み状況では特定健康診査29・6%、特定健康保健指導

5%と計画を大幅に下回る水準で推移し、目標達成は困難な状況に直面している。高槻市における低調な実施率を改善するためには、未受診者の実態把握と対策立案を行い受診率向上へつなげる必要があるため、アンケート調査の結果に基づき、有効な実施率向上策を提案する計画である。

(2)一般演題（パネル展示）では、54題の発表が行われました。

当医師会から、「閉経後女性透析患者におけるラロキシフェンの骨代謝改善効果」について血液浄化センターの井上徹先生が発表されました。抄録は次の通りです。

「閉経後女性透析患者におけるラロキシフェンの骨代謝改善効果」

大阪医科大学附属病院 血液浄化センター ○井上徹、長門谷克之、鍵谷真希、松田拓久
三康クリニック 上野信之
西本クリニック 西本和彦

【背景】透析患者は骨折のハイリスク群である。特に高齢女性では慢性腎臓病骨ミネラル代謝異常に加えて閉経後骨粗鬆症の合併が大きな要因となっている可能性があるが、一般に副甲状腺ホルモン（PTH）値を指標とした活性型ビタミン D（VD）治療が性別を勘案することなく行われており、日本透析医学会ガイドラインにおいても性差への言及はない。近年、閉経後女性において選択的エストロゲン受容体モジュレーターであるラロキシフェン（RLX）の骨折予防効果が確認されたが、透析患者における効果は明らかではない。

【対象】6ヵ月間の経口もしくは静注 VD 治療によっても骨型アルカリホスファターゼ（BAP）もしくは骨型酒石酸抵抗性酸性ホスファターゼ（TRAP-5 b）高値が改善しなかった女性血液透析患者19例。ビスホスホネート、アルミニウム製剤、炭酸ランタン、シナカルセト投与例、インタクト PTH（iPTH）が500以上の例、静脈血栓塞栓症の既往、長期不動状態にある患者は除外した。

【方法】RLX 60mg／日を6ヵ月間投与し、補正 Ca、P、iPTH、BAP、TRAP-5 b、総コレステロール、LDL コレステロール、中性脂肪を測定した。上記除外項目以外の治療については日本透析医学会ガイドラインに従って継続した。

【結果】RLX 投与4週後、BAP および TRAP-5 b が有意に低下した。また補正 Ca、P も4週以降低下し、8週後以降になると iPTH が上昇し、BAP、TRAP-5 b の前値との有意差が消失した。総コレステロール、LDL コレステロール、中性脂肪はいずれも低下した。全例において血栓症などの有害事象は認められなかった。

【考察】閉経後女性透析患者において、RLX は PTH を介さない機序で高回転骨状態を改善する可能性がある。しかし同時に Ca を低下させ結果として PTH を上昇させる作用を有するため、VD 治療を適切に強化する必要がある。

府医ニュースに掲載されました

府医ニュース2568号（2010年5月19日）より



救急医療は近医への
受診から始まる

理事 西本 泰久

[illegible]

選ばれ、消化できるのは、
 悪くないでしょうか。医療
 資源を守るために、か
 かったついでに患者
 の苦痛を大切だと考
 えます。

新卒やモンスターバ
 イシメントなど、医療
 を取巻くリスクの軽
 減が図られることで、
 使命がある医師はき
 っと救急の現場に戻っ
 てくるでしょう。今の
 高い医療を行うこと
 には、開業医と勤務
 医が連携して専門性
 の高い治療を行うこと
 によって、新しい医療
 を提供することが求め
 られます。

府医ニュース2582号（2010年10月6日）より

あなたの勇気が命を救う

救急防災フェスタ2010

AEDと防災対策を学ぼう

[illegible][illegible]

2019年9月5日現在、全国20
でいっせいに開か
本催しは大坂会
兼ねたもの。「P
H講習会」の詳細
版「ライフサポート
事務局」(重03-6
0-58883
/oskalisupport.

■ 田中英高先生（当医師会理事、府医学校医部会副部長）が、大阪府医師会学校医部会から以下の2大会に発表されました ■

· 第41回全国学校保健・学校医大会

平成22年11月20日

前橋ベシァ文化ホール

主催：日本医師会

・第59回近畿医師会連合学校医研究協議会総会

平成22年11月28日

兵庫県医師会館

主催：兵庫県医師会

演題名『近年の小中学生の心身不調について：その原因と対応』

演者 大阪府医師会 田中英高

共同演者 大阪府医師会 武本優次、松原謙二、伯井俊明

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）子どもの心の診療に関する診療体制確保専門の人材育成に関する研究 奥山眞紀子

北摂四医師会糖尿病フォーラム

開催日：平成23年 4 月 2 日（土）

場所：高槻京都ホテル

当番教室：内科学Ⅰ教室

問合せ先：寺前純吾

東洋医学とペインクリニック研究会

開催日：平成23年 6 月 日未定

場所：大阪医科大学

当番教室：麻酔科学教室

問合せ先：内線2368

北大阪心不全セミナー

開催日：平成23年 6 月 日未定

場所：未定

当番教室：内科学Ⅲ教室

問合せ先：寺崎文生

第51回日本産科婦人科内視鏡学会

開催日：平成23年 8 月 4（木）～6 日（土）

場所：リーガロイヤルホテル大阪

当番教室：産婦人科学教室

問合せ先：同上

第43回日本臨床分子形態学会総会・学術集会

開催日：平成23年9月9日（金）
 場所：ホテル ザ・リッツカールトン大阪
 当番教室：解剖学教室
 問合せ先：072-684-7197

第32回大阪医科大学眼科セミナー

開催日：平成23年9月17日（土）
 場所：新講義実習棟1階
 当番教室：眼科学教室
 問合せ先：内線2354

北摂エキスパートカンファレンス

開催日：未定
 場所：高槻京都ホテル
 当番教室：内科学Ⅲ教室
 問合せ先：宗宮浩一

北大阪心臓イメージングサークル

開催日：未定
 場所：マリアージュ高槻
 当番教室：内科学Ⅲ教室
 問合せ先：伊藤隆英

■ 北摂四医師会医学会分科会記録 ■

【第19回小児科医会】

*日 時：平成22年 9 月18日（土）

*場 所：たかつき京都ホテル

一般演題

座長：大阪医科大学小児科学教室 奥村謙一

1. 「当院における炎症性腸疾患症例のまとめ」

社会医療法人愛仁会高槻病院小児科 奥平 尊、平瀬敏志、来日路子、早野克徳
起塚 庸、林 振作、西野昌光

2. 「腹部症状で発症した劇症型心筋炎の1例」

大阪医科大学小児科学教室 岸 勘太、奥村謙一、森 保彦、玉井 浩
同・心臓血管外科 根本慎太郎、小澤英樹

特別講演

座長：大阪医科大学小児科学教室教授 玉井 浩

1. 「小児救急救命医療に「科学」はあるのか？ 小児蘇生学のアップデート」

大阪医科大学小児科学教室・救急医学教室兼任 新田雅彦

2. 「新生児蘇生の Do と Do not」

愛仁会高槻病院小児科副院長 南 宏尚

.....

【第13回神経精神医学研究会】

*日 時：平成22年10月9日（土）午後6時～

*場 所：ホテル日航茨木大阪

一般演題

座長：藍野花園病院院長 川島文雄

1. 「クエチアピンが効果を示したレビー小体型認知症の2症例」

大阪医科大学神経精神医学教室助教 富樫哲也

2. 「当院における認知症疾患医療センターについて」

大阪府認知症疾患医療センター

大阪精神医学研究所新阿武山病院 森本一成

特別講演

座長：大阪精神医学研究所新阿武山病院院長 岡村武彦

「気分障害の治療」

大阪医科大学神経精神医学教室教授 米田 博

.....

【第9回画像診断研究会】

＊日 時：平成22年12月18日（土）午後2時30分～6時

＊場 所：大阪医科大学 新講義実習棟

開会の挨拶

大阪医科大学放射線医学教室教授 鳴海善文

シンポジウム

「泌尿器領域の画像診断」

座長：大阪医科大学泌尿器科学教室教授 勝岡洋治

1. 「前立腺癌の放射線治療」

大阪医科大学放射線医学教室専門教授 猪俣泰典

2. 「血尿の画像診断」

大阪医科大学放射線医学教室准教授 松木 充

3. 「前立腺癌の診断と治療 ～画像診断及び手術手技の日進月歩～」

大阪医科大学泌尿器科学教室准教授 東 治人

特別講演

座長：大阪医科大学放射線医学教室教授 鳴海善文

「泌尿器画像診断：脂肪と石灰化によるアプローチ」

昭和大学医学部放射線科学教室教授 後閑武彦

【第5回北摂コラボレーションミーティング】

＊日 時：平成23年1月22日（土）午後4時～5時30分

＊場 所：たかつき京都ホテル

開会の辞

須永医院院長 須永恭司

報告

「国際共同試験の実際について」

大阪医科大学附属病院臨床治験センター治験コーディネーター 吉川知沙

特別講演

座長：大阪医科大学内科学Ⅲ准教授・臨床治験センター長 林 哲也

「大規模臨床試験とトランスレーショナル・リサーチのデザイン力向上のためには」

大阪大学大学院医学系研究科臨床遺伝子治療学教授 森下竜一

閉会の辞

千里丘協立診療所 今村育夫

大阪医科大学医師会 会則

(名 称)

第1条 本会は大阪医科大学医師会と称し、事務所を大阪医科大学に置く。

(構 成)

第2条 本会は大阪医科大学に在籍し、大阪府医師会に加入する医師を以って組織する。

(目 的)

第3条 本会は、医学教育、医学研究ならびに診療にたずさわる医師たるものの本分の自覚を促し、医学および医療の発展に寄与するとともに、本学の勤務環境の改善、地域医療、公衆衛生および学会活動に努力し、会員相互の親睦をはかることを目的とする。

(事 業)

第4条 本会の目的を達成するために次の事業を行う。

1. 大阪医科大学における診療および教育・研究の推進
2. 関係諸団体との提携
3. 医学会の開催、会報、報告書等の刊行
4. その他目的達成のために必要な事業

第5条 本会に次の役員を置く。

1. 会 長 1名
2. 副会長 3名
3. 理 事 (大阪府医師会代議員) 若干名
4. 評議員 (内 大阪府医師会予備代議員 若干名) 若干名
5. 監 事 1名
6. 会 計 1名
7. 書 記 (1名)
8. 編集委員 (若干名)

第6条 役員の職務は次のごとくである。

1. 会長は本会を代表し、会務を統轄する。
2. 副会長は会長を補佐し、会長に事故あるときはその職務を代行する。
3. 理事は会務を処理する。
4. 評議員は会務を審議する。
5. 監事は会計を監査する。
6. 会計は財務および経理を処理する。
7. 書記は会議の記録を作成する。
8. 編集委員は大阪医科大学医師会報の編集発行を行う。

第7条 役員の任期は次のごとくである。

1. 任期を2年とし重任を妨げない。欠員が生じた場合は後任者が決定するまで他の役員が兼務する。
2. 補欠による欠員の任期は、前任者の残留期間とする。

(役員の選出)

第8条 役員の選出は次のごとく行う。

1. 会長は理事会において理事より選出し、副会長は会長がこれを指名する。
2. 理事 (大阪府医師会代議員) および監事は評議員会において互選により選出する。
3. 大阪府医師会予備代議員は理事会において評議員の中から指名する。
4. 評議員は各教室において互選により1名を選出する。但し、会員数が30名を超える教室では2名を選出する。会員数が5名以下の教室では、その選出方法を附則に定める。

(会 議)

第9条 会議は次のとおりとする。

1. 理事会

2. 評議員会
3. 総会
4. 編集委員会

第10条 理事会は第5条に定める理事全員により構成し、会長または過半数以上の理事の要請により開催する。理事会は過半数の出席により成立し、出席者の過半数の賛成を以って決定する。

第11条 評議員会は第5条に定める評議員全員により構成し、会長または過半数以上の評議員の要請により開催する。評議員会は過半数の出席（委任状を含む）により成立し、出席者の過半数の賛成を以って決定する。

第12条 総会は本学医師会全員により構成し、毎年1回会長の召集により開催する。臨時総会は会長が必要と認めた場合、また会員の過半数の要求があった場合に会長がこれを召集しなければならない。会員の過半数以上の出席（委任状を含む）により成立し、出席者の過半数以上の賛成を以って決定する。

第13条 次の事項は総会の承認を経なければならない。

1. 会則の変更
2. 予算および収支決算

第14条 次の事項は総会に報告しなければならない。

1. 事業報告
2. その他総会に報告を必要とする事項

第15条 本会は顧問および名誉会長を置くことができる。

顧問および名誉会長は会長が推薦し、理事会の承認を得るものとする。

(会 計)

第16条 本会の経費は日本医師会および大阪府医師会の交付金、および寄付金をもってこれに充てる。

第17条 本会の会計年度は、4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。

(会 費)

第18条 会費は、別に定める会費を本会に納入しなければならない。

- 2 会費は、会員が指定する預金口座から預金口座振替（自動引落）により行う。

附 則

この会則は、昭和57年4月1日より施行する。

附 則

この改正は、平成14年4月1日より施行する。

附 則

1. 大阪医科大学医師会会報編集委員（若干名）等の各種委員会委員は、評議員より選出する。
2. 会員が5名以下の教室における評議員の選出について
 - 1) 基礎系教室では会員の互選により2名選出する。
 - 2) 臨床系教室および関連部門（センター、診療部門等）では互選により1名を選出する。
3. 正当な事由なく3年間会費を滞納した会員については、評議員会の議を経て、総会で会員資格の喪失を議決することができる。
4. 会費徴収方法として預金口座振替を正当な理由なく拒否する会員については、評議員会の議を経て、総会で会員資格の喪失を議決することができる。

附 則

この改正は、平成18年5月15日より施行する。

附 則

この改正は、平成21年5月18日より施行する。

編集後記

今号は「リハビリテーションの今」が特集です。本特集集中の「障礙」・「障碍」・「障害」・「障がい」の表記は「障害」で統一いたしました。

本表記に至った経過を説明いたしたく存じ上げます。昭和26年の「身体障害者福祉法」の制定時には「礙」もしくは「碍」（礙の俗字としての碍）が当用漢字にないために「障礙」や「障碍」は使用できず「障害」という語が採用され、以後一般的に使用されだしたとのことです。しかし近年「害」の字を避け「障がい」と書くべきという動きや「碍」を常用漢字に追加すべきという動きがあります。平成21年12月8日に設置された「障がい者制度改革推進本部」では、「害」の字を避けて表記されており、また同本部の設置についての閣議決定では「法令等における『障害』の表記の在り方に関する検討等を行う」とされました。改定常用漢字表に関する平成22年6月7日の文化審議会答申では、『碍（障碍）』は、現時点では追加しないが、『障がい者制度改革推進本部』において、『障害』の表記の在り方について検討しているため、その結果によっては改めて検討することとする」とされました。このような動きがありましたが、平成22年11月22日の「障がい者制度改革推進会議」では、総括において「法令等における『障害』の表記については、当面、現状の『障害』を用いることとし、今後、制度改革の集中期間内を目途に一定の結論を得ることを目指すべきである」とされ、その一方で今後の課題において「意見集約を図っていく過程において、『碍』の字の常用漢字への追加についても十分に検討を進めていく必要がある」とされました。これらを受け平成22年11月30日告示の改定常用漢字表では「碍」の追加は見送られました。

著者の先生方や、読者の皆様には「障害」の表記についていろいろとご意見があろうかとは思いますが、上記のことも踏まえ今回は、表記を「障害」で統一いたしました。ご理解のほどをお願いいたします。

編集委員 上 杉 康 夫

編集委員 田中 英高 村尾 仁 梶本 宜永 上杉 康夫
土手友太郎 平松 昌子 島本 史夫 萩森 伸一
西本 泰久

大阪医科大学医師会会報 第35号

発行日 平成23年3月15日
発行 大阪医科大学医師会
発行責任者 医師会長 河野公一
編集 大阪医科大学医師会会報編集委員会
〒569-8686 高槻市大学町2-7 大阪医科大学共同利用会館
大阪医科大学医師会事務室
(池田則子・村上真理子・柳原厚子)
TEL 072-683-1221 (内2951)
684-7190 (直通)
FAX 072-684-7189
e-mail omcda@art.osaka-med.ac.jp
URL <http://www.osaka-med.ac.jp/deps/omcda/>
制作 旬知人社