

# 大阪医科薬科大学 医師会・報

第64号

令和7年9月

Annals of Osaka Medical and Pharmaceutical University  
Doctors' Association



## ●特集●

### 「LDセンターのご紹介」

#### 最近の動き

女性医師・研究者支援センターの活動紹介

#### 会員の広場

「シン」編集委員 委員長就任のご挨拶 編集委員会、ここに“シン”発進!

#### ホームページの広場

第45回「固定電話の双方向番号ポータビリティとIP電話網」

#### ここがすごい! 我が診療科

消化器内科(肝・胆・膵)

リハビリテーション科

<https://www.ompu.ac.jp/u-deps/ompuda/>

巻頭言：大阪医科薬科大学医師会創立77周年を祝う－大学病院全建替事業完了と併せて－

学校法人大阪医科薬科大学 名誉理事長・相談役

植木 實

1

特集：座談会「LDセンターのご紹介」

4

司会・まとめ

大阪医科薬科大学LDセンター 副センター長／小児科学教室 非常勤講師  
大阪大谷大学 教育学部 教授

福井 美保

出席者

小児高次脳機能研究所 特別職務担当教員（教授）／  
大阪医科薬科大学LDセンター センター長  
小児高次脳機能研究所 特務講師／オプトメトリスト  
大阪医科薬科大学LDセンター 言語聴覚士  
大阪医科薬科大学LDセンター 言語聴覚士  
大阪医科薬科大学LDセンター 言語聴覚士  
小児科学教室 特別職務担当教員（講師）  
北摂総合病院 小児科 医員  
病院看護部 小児科外来 看護副師長

島川 修一  
奥村 智人  
栗本 奈緒子  
水田 めくみ  
竹下 盛  
岸 勘太  
水谷 翠  
水島 道代

最近の動き：女性医師・研究者支援センターの活動紹介

女性医師・研究者支援センター センター長

松村 洋子

19

会員の広場：「シン」編集委員 委員長就任のご挨拶 編集委員会、ここに“シン”発進！

大阪医科薬科大学医師会会報 編集委員長

新田 雅彦

23

ホームページの広場：第45回「固定電話の双方向番号ポータビリティとIP電話網」

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター 放射線治療科（在職出向）兼  
市立貝塚病院 顧問 放射線治療科

上杉 康夫

24

ここがすごい！我が診療科：

消化器内科（肝・胆・膵）

消化器内科（肝・胆・膵）科長

西川 浩樹

リハビリテーション科

リハビリテーション科 科長

佐浦 隆一

30

会長からのお知らせ：

令和7年度大阪医科薬科大学医師会評議員会・総会を開催しました  
第33回北摂四医師会医学会総会を開催しました  
大阪府医師会加納会長に特別講義をいただきました

38

学会等助成報告：

第19回日本統合失調症学会  
第17回日本蘇生科学シンポジウム

40

編集後記

大阪医科薬科大学医師会 編集委員

池田 宗一郎

45

## 巻頭言

# 大阪医科薬科大学医師会創立77周年を祝う — 大学病院全建替事業完了と併せて —

学校法人大阪医科薬科大学 名誉理事長・相談役

植木 實 [元大阪医科大学医師会長(1991～1997年)]



この度、大阪医科薬科大学医師会が設立77周年を迎えられ、また本法人が2012(平成24)年から進めました大学病院診療系建物の全建替事業が完了しましたことは誠に喜ばしく、皆で杯を上げたいと思います。

本医師会の設立は、届出資料を見ますと1948(昭和23)年3月でした。初代会長は内科学の岩田秋之助教授で、会員数は59名でありました。昭和40年代の学園紛争を機に教員組合の設立、助教授会及び講師会の設置、その他に病院長の選挙規程の策定がなされ、学内の民主化が進みました。当時の医師会長は助教授の川上勝朗先生が務めておられ、その後は関一郎先生に変わり、その頃から本医師会では三島地区の病診連携のベースとなる症例検討会が開始されています。

1991(平成3)年の私の会長就任当時、医師会員は100数十人でしたが、1993(平成5)年頃にさらに会員を増やそうと専攻医(無給医)の方々にも積極的に声をかけた結果、300～400人に増え、その無給医の会員の方々も医療事故賠償保険に加入することができました。

また、1994(平成6)年には本館・図書館棟が完成して立派な図書館ができましたことを記念して400万円相当のウルゴス社の床置時計(写真)を本医師会から寄贈しました。この重厚感のある床置時計は図書館の入り口に置かれており、30年以上経った今も変わらずに時を刻んでいます。

1995(平成7)年は阪神・淡路大震災が生じ、大学の総合研究棟の上層階は水道の破損などで水浸しになったり、本棚が倒れて書籍が散乱するなどの被害がありましたが、幸い教職員に死傷者は出ませんでした。しかし、神戸、芦屋、西宮市在住の教職員の中には家屋が崩れるなど大きな被害を受けた方もおられ、本医師会からは被災された19名の方々に各々5万円の御見舞金をお贈りし、大阪府医師会からの災害援助金要請にも30万円をお渡し致しました。



その後、1999(平成11)年に大阪府医師会は会員の会費の値上げを図りましたが、当時、あちらこちらで医師会役員会を開き、その都度、派手な宴会をしていることは有名でしたので、私は値上げする前にそのような無駄遣いや出席する代議員の電車代の抑制などを図るよう代議員会で発言致しました。当時の役員達は驚いたようで、取りあえず決定を先延ばしにしましたが、結局は会費は値上げになりました。それに抗議する意味で、私及び本医師会のA会員はC会員に切り換え、その分の医師賠償保険は大学の西泉(現 大阪医薬大サービス)の保険に加入するなどの対抗措置をとりました。少なからず、大阪府医師会には反省を喚起できたと思っています。

こうして振り返りますと、いろいろな出来事がありながらも大阪医科薬科大学医師会はよくまとまり、今では会員も572名(2025(令和7)年8月1日現在)にまで増えて成長しています。後に大阪府医師会から『保健文化賞受賞記念大阪府医師会長賞』を表彰されましたことは、本医師会の北摂地区での地域連携や学術活動などが高く評価された結果であり、大学の医師会としては珍しい活発な運営だったと思われ、現在も年2回の内容ある会報の発行は勿論、様々な事業が継続されております。

さて、この度、建築中でありました病院新本館B棟が本年5月に無事竣工しました。本法人は2012(平成24)年から大学病院全建替事業に着手し、その嚆矢として2016(平成28)年に中央手術棟が新築・開院し、「24時間体制で断らない手術室」を実践しています。その後、2018(平成30)年に竣工した関西BNCT共同医療センターでは、保険診療が適用された進行頭頸部がんに次世代がん治療法「BNCT(ホウ素中性子捕捉療法)」を行って素晴らしい成績をあげています。そして、建替事業のメインであり大阪医科大学創立100周年記念事業として位置付ける病院新本館は、2022(令和4)年にA棟が竣工・開院し、救命救急センター、各種検査センター及び化学療法を含む先進的ながん医療総合センターなどが順調に稼働しています。同時に中央エネルギー棟も竣工し、本部キャンパス全体の電力や空調・温水等の環境に配慮した効率的な管理を担っています。この度のB棟竣工によって、先に開院したA棟と合体して病院新本館が完成・全面開院することになり、第1研究館も竣工したことから、診療系建物の建築工事は完了致しました。

病院新本館は「超スマート医療を推進する大学病院」を基本方針に掲げ、AIを積極的に活用した高い機能と設備を備えた高度先進医療の拠点となるよう建築が進められました。一方で「心地よい環境の提供」をコンセプトに据え、自然と触れ合うことで幸せを得られる“バイオフィリア”の考えを採り入れ、院内のインテリアも癒しや温もりを感じる自然や動物をモチーフにデザインするとともに、大原美術館と直結して貴重な所蔵作品の数々を鑑賞できる大型デジタルサイネージを設置し、患者さんが少しでも心休まる空間を設けています。

本大学病院は、今後とも病院新本館の全面開院を契機に、患者さんに寄り添える「スーパースマートで温かみある病院」を目指し、全員がホスピタリティある対応をとるよう接遇面の向上にも取り組

んでまいります。

私は、病院長、学長を経験後、15年余り理事長職を務めさせていただきましたが、高齢になりましたので本年6月を以って職を辞することに致しました。振り返りますと、その間に3つの大きな事業を経験しております。

1つ目は2度の法人合併で、最初の高槻高等学校との合併は2014(平成26)年に岩井常務理事のご尽力もあり円滑に進み、次の大阪薬科大学との合併は2016(平成28)年に濱岡副理事長のご尽力により本邦では初めてといわれる1対1の対等合併が行われました。新しく誕生した大阪医科薬科大学は医学・薬学・看護学の3学部とそれぞれの大学院並びに特定機能病院である大学病院を有し、また中学校・高等学校を擁する医療系大学・学園となり、財政基盤も強固になり、非常に順調に運営されそれぞれ成長しています。

2つ目は約14年を要した大学病院全建替事業で、工事は順調に進み、診療系建物は大学を含めてほぼ完了しました。後は講堂・管理合同棟の建築が残っていますが、現在の病院の正面にあります1、2、3号館の解体を行いますと、新築の病院本館が正面に出て前面は緑豊かなプロムナードのある広場になり終了します。

3つ目は、本大学の宝物となった新しいがん治療法であるホウ素中性子捕捉療法(BNCT)施設を設置したことです。現在、実践治療を行いながら更なる改良を進めており、がんの治療方法として第4番目の治療法になる可能性が極めて高くなりました。この治療法は全ての臓器のがんに効果があることが判明しており、機器・薬剤・照射法などの更なる改良により素晴らしい治療法に発展すると思われます。すでに中国は注目してしまして、本学と同型のサイクロトロン(小型の中性子発生装置)の3台が輸出され、当地から研修生が本学の同施設に研修に来るなどしており、本邦は規制が強いので恐らく中国で急速に発展すると思われます。

最後になりましたが、本法人は2年後の2027(令和9)年に大阪医科大学創立100周年を迎えます。最優の医療系大学・学園を目指し、今後は佐野理事長と濱岡副理事長を中心に、私も微力ながら協力し、力を合わせて更なる成長・発展に尽力して参ります。

本医師会の先生方におかれましても、引き続きご指導とお力添えを賜りますようお願い申し上げますとともに、本医師会の益々の発展を祈念致します。

## 「LDセンターのご紹介」

日時：令和7年7月4日(火) 18時30分～ 場所：特別応接室(新講義実習棟4階)

### 司会・まとめ

大阪医科薬科大学LDセンター  
小児科学教室  
大阪大谷大学 教育学部

副センター長  
非常勤講師  
教授

福井 美保

### 出席者

小児高次脳機能研究所  
大阪医科薬科大学LDセンター

特別職務担当教員(教授)  
センター長

島川 修一

小児高次脳機能研究所

特務講師  
オプトメトリスト

奥村 智人

大阪医科薬科大学LDセンター

言語聴覚士

栗本奈緒子

大阪医科薬科大学LDセンター

言語聴覚士

水田めぐみ

大阪医科薬科大学LDセンター

言語聴覚士

竹下 盛

小児科学教室

特別職務担当教員(講師)

岸 勘太

北摂総合病院 小児科

医員

水谷 翠

病院看護部 小児科外来

看護副師長

水島 道代  
(敬称略)



前列左より福井先生、島川先生、水島様、岸先生、  
後列左より水谷先生、竹下様、水田様、栗本様、奥村様。

**福井** 本日は、お集まりいただきありがとうございます。司会を務めます、福井です。よろしくお願いいたします。本座談会では、まずLDセンターに携わってくださっている皆さんに、LDセンターの現在の活動内容や、設立の経緯などについてお話しいただきたいと思います。この記事を読まれる方の中には、学習障害(医学的診断名としては限局性学習症)についてよくご存じない方もいらっしゃるかもしれませんので、最初にセンター長の島川先生から学習障害についてご説明いただきたいと思います。



福井 美保先生

### ▶ LD(学習障害)について

**島川** LD(学習障害・限局性学習症)というのは、読み書き、計算に困難な状況をきたしている方に用いられる病名です。知能の水準に問題はないけれども文字から音、音から文字への変換の遅さや定着のしづらさから、読み書きに困難をきたすものです。計算では数の概念の困難さなどです。2つの数の大小がわからない、数の順番がわからないなどが、知的レベルの問題

がない状態にもかかわらず、生じることがあげられます。読み書きについては、識字障害という問題だと考えていただいたらよいかと思います。ですので、勉強ができないわけではありません。単に学校での勉強が難しいというお子さんたちを全て『限局性学習症』と呼んでいるわけではなく、その中で文字の単位での読み書きが困難、数の概念や数字が持つ意味がわかりにくいというような特異的な問題を持つ学習困難状態を指し(図1)、そこには、脳の読み書きに携わる機能や文字の概念形成などに関わる機能の問題が存在するのではないかとされています。私たちはその機能を、認知的な背景と呼び、子どもたちの持つ認知機能の特性についても研究

図1：限局性学習症(LD) 診断基準(DSM-5)

### 限局性学習症(LD) 診断基準(DSM-5)

A. 学習や学業的技能の使用に困難があり、困難に対する介入が提供されているにもかかわらず、以下の少なくとも1つが存在し、少なくとも6カ月以上持続していることで明らかになる。

- (1) 不正確または速度が遅く、努力を要する**読字**
- (2) 読んでいるものの**意味を理解することの困難さ**
- (3) **綴り字の困難さ**
- (4) **書字表出の困難さ**
- (5) **数字の概念、数値、または計算を習得することの困難さ**
- (6) **数学的推論の困難さ**

B. 欠陥のある学業的状態は、**その人の暦年齢に期待されるより著明にかつ定量的に低く**、学業的または職業的遂行能力または日常生活活動に意味のある障害を引き起こしており、個別施行の標準化された到達尺度及び、総合的な臨床評価で確認されている。



島川 修一先生

したり、調べて評価をしたりとしています。

**福井** ありがとうございます。今、お話があったように、読み書き、計算の困難さを抱えた状態が学習障害ということになります。勉強が難しいという主訴が、必ず学習障害ではありません。DSM-5™(精神疾患の診断基準・診断分類のひとつ)の限局性学習症の診断基準の中に読み書きの、特に文字から音への変換が難しいディスレクシアがあります。また学校の教育での学習障害の基準というのは、医療の基準とは異なるので、教員が学習障害ではないかと思い評価を依頼してくる場合は、医療の基準より広い範囲の学習の困りごとが多いです(図2)。LDは発達障害(医学的診断名としては神経発達症)のひとつですが、ADHD(注意欠如・多動症)やASD(自閉スペクトラム症)等は併存することが多い疾患です(図3)。ADHDやASDが原因で勉強に難しさを抱えるお子さんも多くいます

図2：学習困難の位置づけ

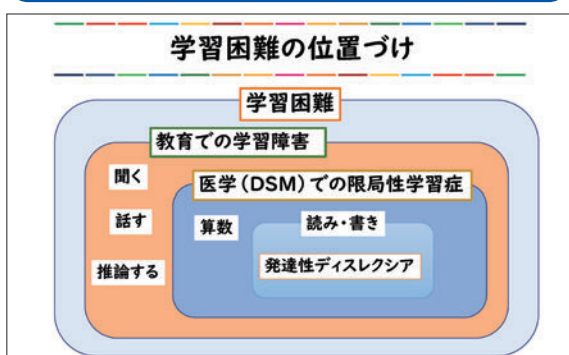


図3：発達障害・学習障害とは？



し、当然、知的な問題があれば、学習に困難をきたします。設立時は、学習障害の子どもたちの診察の場として始まりましたが、今は「勉強に関わること」の原因、認知機能を評価することがLDセンターの役割になっています。

小児科の先生方や小児に関わっている外来スタッフの方たちの中には、LDセンターは「一体何をしているところだろう」と思っている方も多い気がするのですが、岸先生は外から見てどういうところだというイメージをお持ちですか。

### ▶ 外から見たLDセンター

**岸** 私は小児の循環器を専門にしていますので、最初に思い浮かぶのがダウン症の教室のイメージがあるのと、フォローしている子たちが学習困難になってきた時にどんな子どもたちをどのタイミングで、どのようにしてLDセンターにお願いしていいのか悩む時があります。用語の問題になりますが、知的障害と発達遅滞は違う意味になるのでしょうか。発達障害、発達遅滞、知的障害の違いがよくわからないので教えてください。

**福井** 発達遅滞は、「発達の遅れ」、特に運動の遅れのことを言っていると思います。DSM-Ⅲの時に、知的障害は精神遅滞を表現されていま



岸 勘太先生

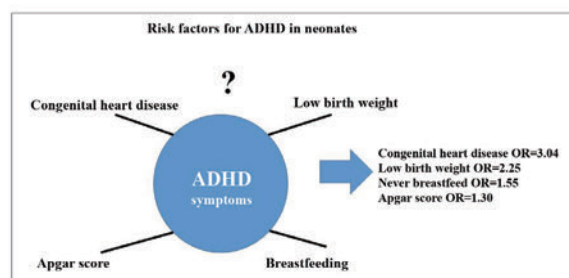
した。DMS-5では、知的発達症という名前になっています。

**岸** 正確な評価等はできないのですが、循環器外来で診ている子たちは、おそらく知的障害を併せ持っている子が多いと思われます。最近循環器の領域でも、かなり命を救うことができるようになりました。特に欧米等では、ただただ命を救うのではなくて、質を大事にするということで、神経発達へ関心が向けられていて、AHA(American Heart Association：米国心臓協会)から先天性心疾患を持つお子さんの神経発達に関するステートメント(提言)が出されるようになってきています。

脳への影響は胎児期から始まっているようで、胎児期の複雑な先天性心疾患の影響で通常より脳血流の酸素飽和度が低下していて、MRIを撮ると最初の手術の前からすでに脳の病変があり、出生後もチアノーゼ性心疾患だと低酸素の期間がどうかとか、人工心肺を使う手術をしているかどうかなど、各ステージでいろいろな因子が関与してきているようです。

具体的に言うと、術後の疼痛管理や鎮静、栄養、脳の循環が維持できているかなど、血行動態的なところ、ICUでの雑音とそれに伴う睡眠障害、家族の関わり、人工心肺に使うチューブなどのプラスチックの成分の血中濃度が高いと

図4：Risk factors for ADHD in neonates



Graphical abstract. ADHD, attention deficit hyperactivity disorder; OR, odds ratio.

発達予後が悪いとか、いろいろな段階で、いろいろな因子が関わっているようです。それらの因子が関連して、実際に小学校に就学してからADHDとか、学校での問題が出てきます。低出生体重児や母乳栄養でない子とか、アプガスコア(新生児の健康状態を評価するための指標)等よりも先天性心疾患自体がADHDのリスクを高めるとするような報告もあり(図4)、実際、先天性心疾患があるとADHDの診断が年単位で有意な差を持って多く発症するというようなこともあって、私たちはここに目を向けなければいけないのですが、やはり血行動態の管理がメインになり、落ち着いたなと思ったら、もう既に3歳、4歳になっていて、そこから発達の話をして、お母さんにとっては、その子自身はその子なりに発達しているので、こんなものだと思っていて、そういう専門医の受診等を希望されなかったりすることもあるのです。やはり、早期介入のメリットはあると思いますし、私たち循環器医では見つけるのが遅れてしまうので、決まったプログラムなど、必然的にLDセンター等につながるシステムがあれば、だいぶ助かるのではないかと思います。

**福井** ありがとうございます。お話を聞いていて、私は早産児のことを研究していますが、患者さんの病態の背景が似ていると思いました。早産の子ども達もお腹の中にいるときの胎児虚血の問題や、それによる脳の層構造の問題等がわかってきています。おそらく、循環器の患

者さんも胎児期に低酸素状態にいる可能性が高いので、同じような病態が起こるのではないかと思います。早産児の子たちもADHD傾向やASDの傾向を持った子たちがいますので、岸先生のお話を聞いていて、私にも協力できる事があればと感じました。LDセンターでは循環器の患者さんで、竹下先生が指導してくれているお子さんもいたと思います。

**竹下** 循環器の問題から脳梗塞になって、新生児の脳血管障害の子を指導していました。

**福井** LDセンターは、知的障害があるから必ずしも対象ではないというわけではなく、お子さんの特徴に合わせて対応しています。幼児のグループ指導はDQ(Developmental Quotient：発達指数)50～60くらいのお子さんから参加されていて、就学に向けて、コミュニケーション・言語と、集団適応を目的に取り組んでいます。てんかんのお子さんや、基礎疾患を持っているお子さんなども、紹介していただけるとセンターとしてはありがたいです。看護師の水島さんから見ていかがでしょうか。まだブラックボックスみたいかもしれませんが、長く、活動を見ていただいていますので、ご意見をいただけますか。

#### LDセンターでの検査・診断までの待ち時間を有意義に使う

**水島** 小児科にLD外来ができた頃から書類のやりとり等でお世話になっていました。LDセンターには楽しいものがたくさんあるので、若かりし頃は「これどうするの」と、よく聞いていました。LDセンターは、とにかく予約が取りにくいという印象はありますが、以前に比べるとスムーズになってきたと感じています。保護者の方の認知も高まってきているのか、自分の子どもにも検査を受けさせたいとか、LDセンターを利用した

#### 現在のLDセンター受診までの流れ

学習困難を主訴とした患者、家族



大阪医科薬科大学病院 小児神経科、もしくは連携している発達診療を行っている病院



必要に応じて  
知能検査後

LDセンターにて、現状の学習到達度や  
限局性学習症のスクリーニング

希望に応じて学習指導等をご案内します

いという主訴での受診が増えています。かかりつけ医から紹介状を書いてもらうという流れになるのですが、医療連携室と連携し、待機中にも「発達検査を受けておいてください」「書類系がたくさんあるのでチェックリストをチェックしておいてください」等、保護者の方にも子どもの診察の手助けをしてもらうというようにすることで、待機期間も有意義に変わってきているのか、保護者の方から「予約がまだなんですけど」という電話は、すごく少なくなったなと感じています。

また、LDセンターを紹介したお子さんに関しましてですが、親御さんたちから「やっぱり病院で診てほしい」という意見はありません。一緒にしてはいけないかもしれませんが、かかりつけ医に繋いだお子さんは「やっぱり大学病院で診てほしい」とか、「このあたりが物足りない」というよう



水島 道代様

な意見も出るのですが、LDセンターに関してはそういう意見が全くないので、保護者の方のニーズに合致しているのだろうと感じています。

**福井** 島川先生、初診を担当いただいている先生のご負担も増えているのかもしれませんが、いかがですか。

**島川** LDの診断はLDセンターで行っていますが、最初にどのようなお困りごとがあるのかを外来で聞いて、ではLDの検査をしましょうかという導入をおこなっています。

LDの診断をもらうために来ているので、診断をもらう前の外来の問診をあまり早くしてもしようがないだろうと、最初は思っていたのですが、「今すぐく困っているからなんとかしてほしい」、「早く診てほしい」というニーズが意外に多くて、「おそらくLDだと思いますよ」という見立てをしたり、「学校ではこんなことをしてもらってください」とかいう診断書を書いたりすることで、安心していただけていると思います。学校で勉強に困っている、漢字ができないというようなことを真剣に聞いてくれる場が、世の中にあまりないのでしょね。

**福井** 私は検査をした後の診断を担当していますが、小児科外来で、学校への暫定的な学習障害に関する診断書を書いてもらい、支援がすでに始まっていて、その裏付けをLDセンターで検査してもらうことになるという流れが、多くなっています。検査までの待ち時間が長くなっていることは事実ですし、LDセンターにクレームがないわけではありませんが、検査に来られた時に、「支援もある程度のところは進んでいますね」と私たちがお母さんたちに確認できるため、継続性を感じられ、最初のタイミングが早くなり、対応していただけていることはとてもありがたいと感じています。

学習の相談という部分で、最近、私たちが感

じていることは、不登校の学習の相談がかなり増えているということです。水谷先生はLDセンターにも関わってくださっているので、学習のこと等も詳しく診ていただける医師でもあるのですが、心身症の外来として不登校のこと等を診てくださっていたり、地域の病院からご紹介いただいたりするお立場として、何かご意見をいただければと思います。

**水谷** 私は発達障害も診ていますが、心身症や不登校という患者さんも多い中で、不登校の要因に関するデータを見ていました。2024(令和6)年の文部科学省の不登校に関連する要因についてのアンケート調査があり、保護者、学校の先生、本人、この三者とも学業不振が要因にあると、4割前後の人が回答していました。おそらく、複合的にいじめや先生との相性などもあると思うのですが、やはり不登校の背景に学業不振があるということは、すごく大きな問題かと思います。

また、不登校が長くなっても学業不振が出てきます。学校に行くことがゴールかどうかは、その子によって違うと思うのですが、本人に学業不振になる要素があるかどうかを調べ、保護者の方に知ってもらう、本人自身がわかっているということは、将来的に重要なことだと思います。当科に公認心理師も1名いるのですが、人的、物的な要素から、知能検査くらいし



水谷 翠先生

かできず、学業不振になる背景が知能だけではないか、学習障害もあり得るかというところで、LDセンターにお世話になれる選択肢があるというのが、地域の支援病院としては、すごく強みになっていると思います。いつもありがとうございます。

**福井** ありがとうございます。不登校のお子さんたちにも学習面に関する検査をおこなっていくと、介入した方が良いことは見えてはくるのですが、実際にどこでどうするかということが難しいです。LDセンターでの評価を次にどう活かしていくかという展開にも繋がる場所ですが、特に不登校になっているお子さんたちの場合は、困ります。学校が学習の問題を解決していく場にならないことに、課題があると思っています。

ここまでは、外から見たLDセンターということでご意見をいただきましたが、一度戻りまして、LDセンターの設立についてお話を進めたいと思います。設立から二十年以上経ちますが、知っているようで知らない、歴史を聞かせていただきたいと思っています。

#### ▶ LDセンター設立について

**栗本** おそらく最初から関わっているので、私



栗本 奈緒子様

からお話しします。私が大阪教育大学の大学院に入学してすぐの4月末に、竹田契一先生(現LDセンター顧問)が主催された『LD勉強会』が三田のセミナーハウスで行われました。この勉強会に神経外来を担当されていた若宮英司先生、鈴木周平先生、心身症外来を担当されていた金泰子先生が、診察の中で、てんかんがおさまったけど学習の問題が残るとか、不登校のお子さんの中にも学習の問題を持つ方がいらっしゃるということに疑問を感じられ参加されました。1泊2日の勉強会でしたが、金先生はセミナーハウスに宿泊されて2日間勉強されました。その時に金先生と同室となったのが、私たちの恩師でもある、大阪府立大学(当時)の里見恵子先生です。里見先生は大阪府立大学着任前に大阪市更生療育センターでST(Speech-Language-Hearing Therapist: 言語聴覚士)をされていて、金先生とものすごく意気投合され、こういう子どもたちがいて困っているというお話から、里見先生が大阪医科大学へ行って、クローズドのカンファレンスをしましょうかというお話になり、その年のゴールデンウィーク明け頃から始まりました。

私は里見先生から声をかけていただき、大阪教育大学のある山の上から授業が終わったら高槻まで来まして、月2回くらい行われていたカンファレンスに参加しました。このカンファレンスをそのままセンター設立後も続けようということで月2回、現在も火曜日にカンファレンスが行われています。

**福井** 今はかなり趣旨も変わり、研究のことを相談する場になっていますね。

**栗本** 初めは先生方が診療で困っている患者さんに来ていただき、里見先生がSTの立場から、言語やコミュニケーションという面からの評価をしつつ、見立てをお伝えすることを行っていました。2年目からは水田さんも参加されてい

ましたし、そこから発展して大阪医科大学でLD外来が始まりました。LD外来が始まって、診察・診断は行われていましたが、やはり最終的に保護者の方の希望は、「では、どこでどうしたらいいのですか」ということになるため、指導などができるように旧伝染病棟の一部を利用して、当時小児科教授だった玉井浩先生がセンター長としてLDセンターを開設しようということになり、2001(平成13)年に開設しました。

**水田** ちょうど大学院を修了し、栗本さんも私もそれぞれ別の場所で、専任講師や非常勤等の職についていたのですが、LDセンター開設のタイミングでお声をかけていただき、小児科を受診されたおさんの指導に携わりたいと思い、入職しました。

**栗本** 私はその前も2年くらい、知能検査の検査者としてLD外来にかかわっていましたが、「LDセンターのスタッフとして来ますか」と聞かれて「行きます」と即答しました。

**福井** 奥村先生はどのような経緯で参加されたのですか。

**奥村** 私は2年目の2002(平成14)年からです。アメリカで学習障害や発達障害の視覚認知のことを勉強して帰国し、先ほどお話に出た竹田先生に何も知らずにいきなり電話をして、「話がしたい」と大阪教育大学まで行ってお話をした



奥村 智人様



水田 めくみ様

ところ、「実は大阪医科大学っていうところがあって、そこにはすごいドクターもいて、STもいるから、1回行ってみたいわいいよ」と言ってくださいました。直接、面談してお話したところ、若宮先生や鈴木先生が興味を持ってくださり、まずはボランティアとして参加しました。最初はカンファレンスにも参加していないと思います。

**栗本** 奥村さんは週一回くらい、カンファレンスではなく、別の曜日に来ていたと思います。

**奥村** 「目のことで困っている子もいるから診てください」と言われて、週1回くらいボランティアで検査や訓練をしていました。そのうち当時センター長だった玉井浩先生が「奥村君、専門家としてしっかり診てはどうですか」とおっしゃってください、アルバイト、契約職員、常勤となり勤務しています。私だけ専門が違うので最初カンファレンスに参加した時は、先生方の言ってることがわからない、全く意味がわからない状態でした。一生懸命勉強して、なんとか発達障害のことが少しずつわかるようになり、徐々に発達障害に関する視覚のことも一緒に、議論したり、一緒に研究させてもらったりさせてもらうようになったという感じです。

**福井** ダウン症のお子さんについてはLDセンター開設前から始めていましたが、LDセンターが開設されて『ダウン症赤ちゃん体操教室』として移設して、継続してダウン症の学習クラスも行

われています。循環器外来の患者さんたちも通われていますね。

**水田** LDセンター開設前は、院内のリハビリテーション科で、赤ちゃん体操指導員の苗田裕美子先生が担当してくださっていました。赤ちゃん体操教室は、生後すぐからの低緊張へのアプローチです。LDセンターの開設に伴い、赤ちゃん体操教室もLDセンターに移行し、その後、STが担当する「幼児の言語コミュニケーション支援」のプログラムにつなげていくという流れができました。ダウン症専門外来を担当されていた玉井先生は、当時から、「ダウン症のお子さんが生後すぐから小学校に就学するまで、LDセンターでトータルにサポートできれば」という思いをお持ちでした。LDセンターのダウン症のためのタンポポ教室は、必要に応じて先輩保護者への相談もできるし、医師、赤ちゃん体操指導員、ST、OT(Occupational Therapist: 作業療法士)などの多職種が連携し、お子さんと保護者の支援を実施していくという思いの元、現在の形に発展してきました。

**福井** OTが参加するようになったのは、必要性を感じてということでしょうか。

**水田** OTの芳本有里子先生も、最初は週1～2回程度の勤務でした。言語やコミュニケーションの発達には、乳幼児期からのさまざまな体験(しっかり見る・しっかり触る)という感覚・運動発達もとても大切です。また、感覚・運動発達面の困難さは、運動会のダンスや体操の練習、椅子に長時間着席して学習に取り組むなど、小学校でのさまざまな活動場面の難しさにもかかわります。そのため、やはり就学までにしっかり介入した方が良いということでOTの勤務日も増えました。LDセンターでは、小児科の発達外来から直接VT(Vision Training: 視機能・視覚情報処理にかかわるトレーニングの総称)、OTの評価・訓練に紹介される場合以外に、学

習評価に来られた小学生、STの学習クラス・幼児グループに通っておられる幼児・児童にも、必要に応じてOT、VTの評価・訓練を案内し、スタッフ間でも連携しながらお子さんをサポートできる体制になっています。

### ▶ LDセンターの事業

**福井** センターの事業としては、ダウン症のお子さんのこと、幼児グループ、学習に関する認知機能の評価、診断につながる検査、それに学習指導クラスがあるというお話をしてきました。どうでしょうか。昔に比べると今はかなり学習の問題が増えてきていると感じますが、受診されている子どもたちの背景に、何か変化を感じる所はありますか。

**栗本** 最初の頃は、ボーダーから軽度の知的障害のお子さんの相談がすごく多くて、WISC™(5歳～16歳11カ月を対象としたウェクスラー式知能検査: ウィスク)検査をしてみると、確かに学習で困るだろうと判断できるお子さんが多かったのですが、最近はASDとADHDが必ず合併していて、合併していないお子さんの方が少ないです。ASDとADHDもあって、さらにディスレクシアもあるというお子さんが多いのと、コロナ禍以降は不登校が増えています。コロナがきっかけというのは、学校に行かなくてもいい期間があったことだけでなく、自分がコロナになって休んだことがきっかけになったお子さんもいます。

**福井** 特にコロナ禍で、一気にGIGAスクール構想(2019年に開始された全国の児童・生徒1人に1台のコンピューターと高速ネットワークを整備する文部科学省の取り組み)が進んだこともあって、最近、LDセンターでの指導として進めてきているのは、パソコンやタブレットの使用

です。学習の問題を持つお子さんたちの合理的配慮には役立つのですが、実際に使用するとすると難しいことも多く、使い方の指導についてを竹下先生に担当していただいています。竹下先生が参加された経緯と、『ICTクラス』のことをお話してください。

**竹下** 私が入職したのが2008(平成20)年から2009(平成21)年くらいのはずです。先ほどお話に出ていた里見先生のゼミ生で、もともとは障害児療育のソーシャルワーカーの勉強をしていました。更生療育センターでの実習でSTの先生が、私がまったく関われなかった自閉症のお子さんとは30分もやり取りを続けていたことをみて、自分もこういう直接的な援助がしたいと思い、里見先生のゼミに入りました。卒業後、ST養成校に行き、小児系の職場を探そうと思っていましたが、里見先生から助言をいただき、3年間だけ急性期病院で、失語症や高次脳機能障害、嚥下障害の成人の方を経験しました。里見先生には卒業後も研究会等でお世話になっていたのですが、ある日、突然電話でLDセンターでの求人のお話をいただき、入職させてもらいました。

2020(令和2)年度からタブレットやパソコ



竹下 盛様

ン、その他のICT機器を使って、子どもの読み書きの困難さの負担を軽減しながら学習効率を上げたり、インプット、アウトプットの負荷を下げること、理解に繋げる、思っていること、分かったことをちゃんと表出するスキルをつけていくことを目的に『ICTクラス』を立ち上げました。社会的な背景もあり、ICT機器を1人1台持つのが日常なこと、教具から文具へと変化しています。最初は単純に、私が比較的機械系に詳しいことや確かiPadがあるから使ってみようというところからでしたが、使用していくうちにアイデアも広がり、もっと本格的にクラスを立ち上げたいと提案して、『ICTサポートクラス』を立

図5：LDセンター設立後の経緯

## LDセンター設立後の経緯

- ・1996年10月 大阪医科大学小児科にて、LD、AD/HDを対象にLD外来を開設
- ・2000年 5月 リハセンター内に「ダウン症赤ちゃん体操教室」開設
- ・2001年 4月 旧伝染病棟の一部を利用してLDセンターを開設  
「ダウン症赤ちゃん体操教室」も同時に移設
- ・2002年 4月 オプトメトリスト1名が採用され、視覚認知機能・眼球運動と読み障害について研究・指導を開始
- ・2006年 4月 講演会の企画・運営部門として研修開発部門を開設
- ・2007年 4月 LD・ADHD他発達障害児を対象とした作業療法クラスを開設
- ・2010年11月 10周年記念講演会を開催
- ・2020年 6月 ICTサポートクラス開設
- ・2020年 7月 講演会・研修会のWEB配信開始
- ・2020年11月 20周年記念講演会(WEB配信)を開催

ち上げ、私が個別で対応しています。気付くともう5年くらい経っていて、驚きました(図5)。

これまでの事例の中で、「読みたくない、書きたくない」と、授業中に横になったままで、一文字も書かなかった子が、タブレットを使ってノートを取り出したら、自発的に写真を撮って、自分でわかったことを入力し、手も挙げて発表するようになりました。もう高校生になっていますけど、自分から学校に問いかけて、「タブレットを使いたいです」とか、「テストはこうしてほしいです」と言えるようになりました。このように成長していくお子さんも増えています。ICT機器の使用は、本人のスキルにも、配慮にもなり、子ども自身の能力の底上げにも繋がっていくということを実感し、クラスを始めてよかったと感じます。

ただ学校の中で使うためには、学校側との調整がうまくいかないこともあります。また、タブレットを紹介すると、保護者の方は、全てをタブレットでやらせようとしがちです。そうではなく、「これはタブレットでしょう。これは紙で書こう。これはもう別に読み上げいらないよ。自分で読もう」等、ICT機器は子ども自身の困難さの攻

略法のひとつにしていきたいと思っています。今後はこのような考え方の周知も必要だと思いますし、当たり前のように使っていくのはまだ難しい状態なので、当たり前のように使えるように、またその関わり方についていろいろ模索していきたいと考えています。

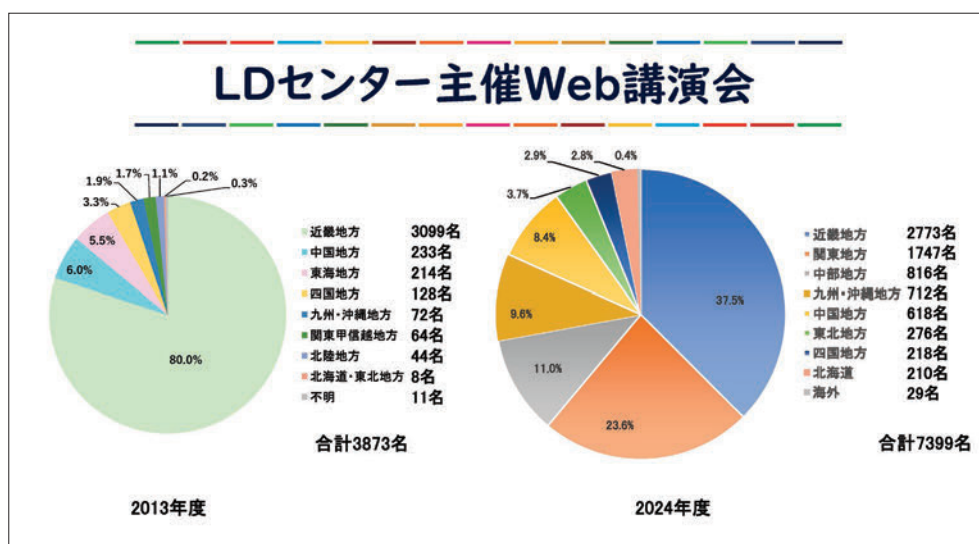
**福井** LDセンターの『ICTサポートクラス』は、すぐく利用したい、お願いしたいという人も多くなっているので、利用できる人を増やしていくこと、『ICTクラス』を充実させることは、LDセンターのやるべきことの大事な部分かなと思います。

#### ▶ LDセンターの社会貢献活動

**福井** LDセンターの『ICTサポートクラス』は、すぐく利用したい、お願いしたいという人も多くなっているので、利用できる人を増やしていくこと、『ICTサポートクラス』を充実させることは、LDセンターとしても大事な部分かなと思います。

では次に、社会貢献活動についてです。皆様、各々がさまざまな地域貢献活動を行っています

図6：LDセンター主催Web講演会



が、LDセンターとしては講演会が中心となります。かなり活発に行っていると思いますし、WEB化してからは受講生の数もかなり増えている状況があるかと思いますが(図6)。

**栗本** WEB講演会は年間50本を行っていますので、2週間おきに2本ずつといったところですね。1本150人~200人程度の申し込みがあります。全国からというか、場合によっては海外からも申し込みがあります。

**福井** WEB開催になって、広い地域で視聴していただけるようになりましたし、再配信の講演会でも毎回同じくらいの人数の参加がありますね。同じ人が複数回聞いてくださっていることもあるようです。学校や教育委員会主催の研修会などへの講師の派遣等は、LDセンターのスタッフの皆さんが多く引き受けていただいていると思います。

また、大阪医科薬科大学が大阪府の発達障害専門医療ネットワークの三島医療圏の拠点になっていまして、これは学習障害だけではなく、発達障害全般に関する活動ですが、LDセンターも関わっています。年度末に研修会を行ったり、高槻市に関しては教員の方、福祉の現場の方、医療者の方と3~4か月に1回Zoomで意見交換等をしています。地域事情や学校事情がよくわかって面白いです。医療者の参加は募集中です。

その他、企業との連携もありますし、LDの診療に関して、医師向けにセミナー等も実施しています。島川先生や水谷先生にも参加していただき、年に2回、ベーシックとアドバンスコースとして実施しています。一般向けの活動としての要望など、ご意見をいただきたいのですが、水島さんはいかがですか。

**水島** 今、放課後等デイサービスが盛んになってきていて、高槻市でも増えてきています。放

課後等デイサービスの中に、保育所や小学校に行く支援もあるので、LDセンターとも一緒にできればと思います。地域の学校の支援学級では、先生方が一人ずつ、それぞれにあった教材を手作りされていますが、ぜひアドバイス等をしていただければ、教育現場の充実に繋がるのではないかと考えています。

**福井** ありがとうございます。教材関係はLDセンターでもいろいろベースになるものは作っています。出版物等もLDセンターの活動のひとつとしてはあるのですが、ご指摘のとおり、その教材自体をそのまま子どもたちに使うだけではないところが個人の支援をする時の難しさですね。LDセンターのスタッフ自身も学習クラスでの指導の時に工夫しながら行っていますので、共有できる場などを作ればいいと思います。

**水島** なかなか結果が出ず、学校の先生方は「これでいいのだろうか」という思いを持っているため、「それでいいんだよ」と言っていたりとか、情報共有することで安心して進められれば、先生方もステップアップできて支援の幅も広がるし、子どもたちの利益になるのではないかと考えます。

**水田** 教育の領域にも、特別支援教育にかかわる先生方の研修会がたくさんあるのです。LDセンターのスタッフが現在理事を務めている日本LD学会には、「特別支援教育士資格認定協会」があり、希望する方は、特別支援教育士という

図7：特別支援教育士資格認定協会



認定資格を取得することができます。設立より2018(平成30)年まで竹田先生(大阪教育大学名誉教授、LDセンター顧問)が理事長をされており(図7)、教員、公認心理師さんなど、お子さんに関わる様々な職種の方々や保護者の方々が特別支援教育士(S.E.N.S)を取得し、日本全国で支部を作り、活動しています。LDセンタースタッフは、特別支援教育士の資格を取るためのオンライン講義を担当したり、事例検討を通して個別指導計画や教材作成までを経験する宿泊実習の講師を担当したりし、教育現場での支援を主導していただける方の養成にもかかわっています。

**奥村** 他に、教育委員会等が教育支援アドバイザーというような制度を持っていて、研修会の講師と呼ばれることもありますし、今、京都府と京都市と大阪府の教育委員会のアドバイザーを私や竹下先生が担当していて、それぞれの教育委員会から依頼があって、学校での学生について個別の相談を受けることもあります。

**水島** 高槻市ではやっていないのですか？

**水田** LDセンターができた頃は教育と医療の連携が必要ということで、高槻の小中学校の有志の先生方とカンファレンスをしていました。現在は、LDセンターに通われているお子さんの通級指導教室や支援学級の担任の先生方が、ドクター相談室や各種評価の結果説明の際に同席くださったり、三島医療圏発達障がいネットワーク研修会(大阪府発達障がい専門医療機関ネットワーク構築事業の一環として、当大学病院小児科が三島医療圏の拠点医療機関として地域連携を進める活動の一つ)に参加された学校の先生方などと繋がって情報交換会を定期的に開催したりしています。

**栗本** 仲良くなった先生方もいるので繋がり感はあるというところですか。

**福井** では最後に、研究についてのお話を進

めていきたいと思います。小児高次脳機能研究所として別の形が出来あがりました。取り組みについて、奥村先生にお話ををお願いします。

#### ▶ 高次脳機能研究所

**奥村** LDセンター設立から、研究発表や論文発表等、研究のことも少しずつ進めてきたのですが、情報発信という点で、きちんと研究をして根拠を持った検査、指導をしていることを示していかなければいけないと、前センター長の玉井先生、現センター長の島川先生、小児科の教授の芦田明先生から指摘をいただきました。そういう経緯で『小児高次脳機能研究所』が設立されました。

**福井** 私も研究の1つとして、早産児の学童期の問題に関することを進めています。LDセンターの方では研究資材やデータがありますし、検査キット等を作っている元データもあります。そういうものを活用しながら、さまざまな研究を進めています。医療の方からも、LDのデータは島川先生がいろいろまとめてくださっているのですが、島川先生からLDに関する研究の現状、展望などについてお話いただけますか。

**島川** 私は、小児神経医という、子どもに発症する脳の病気の分野を専門としてきています。そのためLDを小児神経医の目から見ると、こういうふうに見えますということを研究にしたいというように思っています。ディスレクシアではない人たちが学習の困難さを持っている人たちが、どういう脳の機能を、どういう認知的な特徴を持っているのかということにすごく興味がありまして、研究テーマとして検討しています。

本当にLDで困っている人に、先ほどの水島さんのお話にもあったように、どういう支援が必要なのかというようなところに視点が移っていけばいいのですが、この人たちはどういう人

図8：BUILD 学び創出プロジェクトとは



## BUILD 学び創出プロジェクト

BUILD (Building Unity and Innovation in Learning Differences/Diversity) は、学習障害・発達障害・高次脳機能障害・早産児など、学びに困難を抱える人々を支援するため、研究者と支援者が連携して新しい研究と支援方法を創出するプロジェクトです。

**本プロジェクトの理念**

1. **Building Unity (つながりの構築)**  
当事者・支援者・研究者が教材・検査・データを共有する情報基盤と協力体制を整備する
2. **Driving Innovation (革新の推進)**  
共同研究により、エビデンスに基づいた検査・支援法や診断・支援モデルの普及を目指す
3. **Reframing Learning Differences (学びの違いの再定義)**  
「障害」「困難」ではなく「違い」「多様性」として捉え直し、社会認識を転換する

たちなのかということ、小児神経医の目から分析するというようなことに研究の中心はあるかと思います。

**福井** ありがとうございます。教育の現場では、学校の先生方が子どもたちにどうしたらいいのか、すごくいろいろ考えてくださっているのですが、その案を出していく時に、その理由に目を向けていただくことは大事ですが、原因を考えるための学習に関する認知のデータや情報は十分ではありません。そこが、島川先生がおっしゃってくださったように、LDセンターにあるデータから情報提供ができることが増え、現場の先生方のお知恵で、いろいろな教材への展開などに繋がっていただければいいなと感じています。もう少し幅広く、さまざまな方たちと研究等の展開に繋がっていただければということで、『BUILD 学び創出プロジェクト』というのがあります。

### ▶ BUILD 学び創出プロジェクト

**奥村** 大きなテーマとしては文部科学省の共同利用・共同研究拠点に採択されることを目指し

ています。

採択されれば共同研究を集約する施設になります。目の前の目標としては、福井先生がおっしゃってくださったように、日本の研究というのは、発達障害の研究、学習障害の研究とみんなバラバラでやっていて、なかなか集約されておらず、みんなに見えてこない、教育にもすぐに使えるような状態にならないという状態です。できる限り、共同で利用できるデータを共有するプラットフォームのようなものを作りたいということと、それを教育にすぐに還元できるような環境にしたいというところを目指して、プロジェクト理念を作り、いろいろな動きを進めています(図8)。LDセンターで作成している『読み能力検査 CARD(スプリングス)』という読みの検査や『ビジョン・アセスメント WAVES(学研)』という視覚認知の検査は、かなりのデータを取って基準値を作り、小学校1年生から6年生までを対象とした検査として作っています。教育現場への浸透は予算



図9：利用可能な検査



の関係もあり難しい現状があります。今回『BUILD学び創出プロジェクト』というのを立ち上げて、教育委員会や出版社とも相談・交渉し、有料の中から一部無料で使える検査データ(図9)を出してもらい、それを『BUILD学び創出プロジェクト』のホームページで提供して、利用していただけるように、研究と現場での使用、活用を循環をうまく作れるような形のプラットホー

ムを作っていきたいということを考えています。このあたりをひとつの軸にしながら、いろいろな研究とみんなの実践を広げていけないかなと考えているところです。

**福井** ありがとうございます。LDセンターが進めていることを広く活用していただいたり、次の展開へ持っていけるように進めていけたらと思います、こういうプロジェクトを立ち上げたわけですね。そろそろ終了時間になりますが、今回は貴重なお時間をいただき、ありがとうございました。設立の経緯については初めて記事に残すことができることも貴重なことだと思いましたが、この場で岸先生、水谷先生、水島さんからのご意見をいただけたことは、LDセンターとして今後の展開に繋がるのではないかと思います。本日はありがとうございました。



## 最近の 動き

# 女性医師・研究者支援センターの 活動紹介

女性医師・研究者支援センター センター長

松村 洋子



## はじめに

近年、医学部生の約3分の1が女性となり医師における女性の割合が高まっています。一方で、女性医師はそのライフイベント等から男性医師と比べてキャリア形成が難しい傾向があります。当センターは、厚生労働省の医師の働き方改革の提案を受け、女性医師のキャリア形成支援を主な目的として2018(平成30)年に設置されました。2022(令和4)年には対象を研究者にも拡大し、名称を女性医師支援センターから女性医師・研究者支援センターに改称しています。発足当初は女性医師がライフイベントに応じてキャリアを継続できるように支援することを中心に取り組んでいましたが、現在では女性医

師のみならず職場全体の働きやすさの向上を目指して活動しています。

ここでは当センターの4つの柱、キャリア・復職支援、子育て支援、ライフイベント支援、情報提供を中心に活動内容を紹介します(図1)。

## 1. キャリア・復職支援

短時間勤務制度の整備と復職支援などを通じて、女性医師・研究者がライフイベントを迎えても継続的にキャリアを築けるよう支援しています。

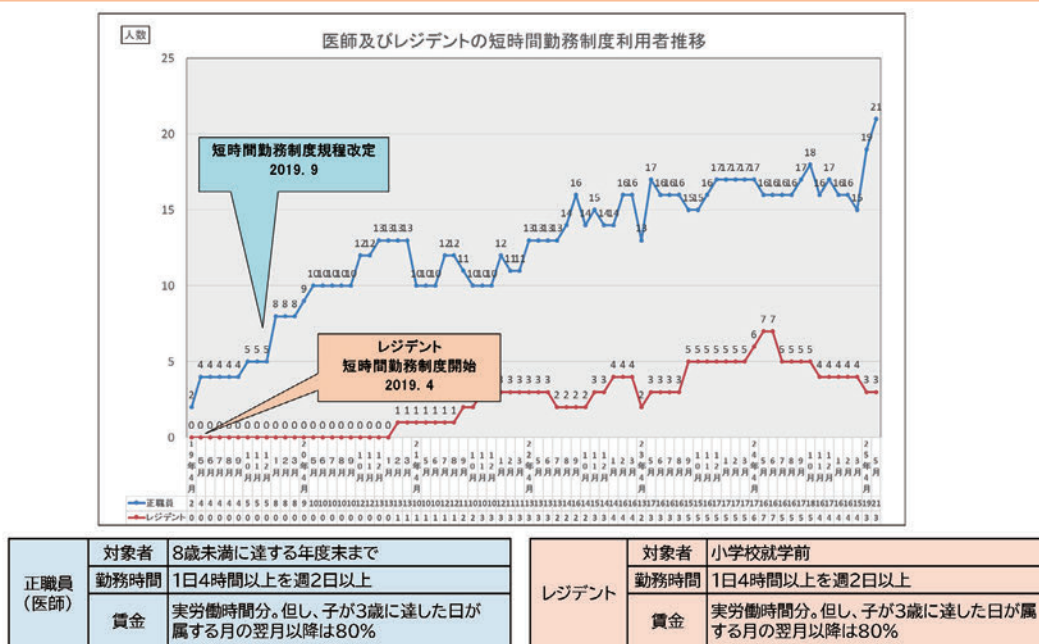
### 短時間勤務制度

2019(令和元)年レジデントの短時間勤務制度を導入し、正職員の短時間勤務制度の改正(医

図1：当センターの4つの柱



図2：本学独自の短時間勤務制度



師の兼業許可など)を行い、柔軟な働き方を可能にしました。2025(令和7)年3月現在24人の先生方にご利用いただいています(図2)。

### 復職支援プログラム： グリーンアップルプロジェクト

出産・育児・介護などにより一時的に現場を離れた医師や研究者がスムーズに復職できるよう、「グリーンアップルプロジェクト」を実施しています。各診療科のご協力のもと、個々の事情に応じた柔軟な研修内容を提供しており、これまでに3人の先生方がこのプログラムを利用さ



写真1：贈呈した感謝状  
写真左より佐野浩一学長、今川彰久教授、筆者

れました。2024(令和6)年度は糖尿病代謝・内分泌内科に受け入れていただきセンターより感謝状を贈呈しました(写真1)。

## 2. 子育て支援

仕事と育児を両立しやすい環境を整えるため、院内保育施設の拡充や支援制度の充実に取り組んでいます。

### 院内保育施設・保育支援制度

院内保育施設「バンビ保育室」では、一時保育や病児保育の利用対象を拡大し、より多くの先生方に活用いただけるよう整備を進めています。特に、一時保育・病児保育の希望者が円滑に利用できるように、利用申し込みの簡略化や近隣保育園との連携を強化するとともに、ベビーシッター派遣事業の割引券補助や訪問型病児保育の利用補助など、多様な支援策を導入しています。詳細をホームページに掲載していますので、ご利用を検討される方はいつでも窓口までお問い合わせください。

### 学内交流会の実施

女性医師・研究者が自身の経験を共有し、

キャリア形成の課題を議論する場として年1回学内交流会を開催しています。2024(令和6)年度は「先輩に聞いてみよう」とし、様々な支援制度を活用しながら活躍されている先生方にご発表いただきました。困難な状況に直面した時にどう乗り越えたのか、どのようなサポートが良かったのか、など参加者同士の意見交換もできて有意義な交流の場になりました。また現在の困りごとについて直接お話を伺えたことを活かして、今後の有用な支援拡充に繋がりたいと思っています(写真2)。



写真2：学内交流会

### 3. ライフイベント支援

女性医師・研究者がライフイベントを迎えても安心して働き続けられるよう、マタニティ白衣の貸与制度や各種休暇制度などの情報提供を行っています。

#### 休暇制度・支援情報の提供

結婚・妊娠・出産に伴う休暇制度について、ホームページで詳しくご案内しています。最近で

は産休後の柔軟な働き方を支援する制度が整備されており、育児休業中の臨時・一時就労が可能(半育休)になっています。ご検討の方はセンターの窓口にお問い合わせください。

#### イクボス推進活動

職場環境の向上に向けて、管理職者の育児支援への理解を深める「イクボス宣言」の推進活動を行っています。2025(令和7)年3月末時点で182名のイクボス宣言者が登録しており、組織全体での意識改革が進んでいます。イクボス宣言は随時受け付けています。

#### 女性医師・研究者支援センターの今後

当センターの各種支援についてはホームページに詳細情報を掲載しており、最新の取り組みを随時更新しています。また月1回ニュースレター「Smart News」で、センターの支援や活動内容を学内関連部署に配信しています。さらにLINE公式アカウントを開設し教職員向けにお役立ち情報やイベントの案内を配信しています。ぜひご登録いただき最新情報をご活用ください(図3)。

図3：センターの公式LINEアカウント



友達登録は  
こちらから

#### 他大学との交流

2024(令和6)年は「第2回 近畿地区近隣医科大学 医療職サポート事業 共同フォーラム」に参加し、京都府立医科大学・関西医科大学・兵庫医科大学・奈良県立医科大学・滋賀医科大学など他大学との連携・情報交換を積極的に進めています。(写真3)

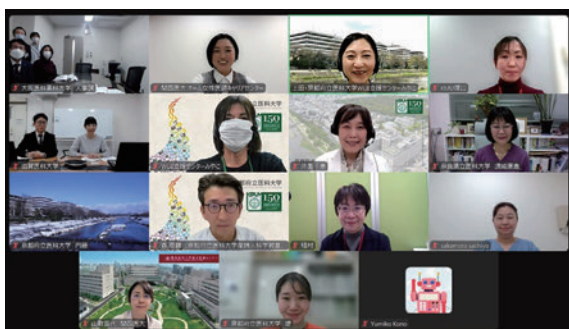


写真3：第2回 近畿地区近隣医科大学  
医療職サポート事業 共同フォーラム

#### 4. 情報提供

現在センターは副学長、副院長、大阪医科薬科大学医師会会長、教授、講師、助教、事務職員、そして外部アドバイザー(高槻市立子ども保健センター管理医師)、オブザーバー(学長)の協働体制となっています(写真4)。センターの認知が広がり、多くの皆様から貴重なご意見やご相談をいただけるようになりました。これらの問い合わせ内容や要望事項をセンター会議で報告・情報共有を行い、現在施行されている制度の見直し等も含め、関係各部署のご協力のもと段階的に改善を進めています。今後も、女性医師だけでなく職場全体が働きやすい環境となるよう引き続き努力して参ります。

結びに際しまして、皆様のご理解とご協力に、心より御礼申し上げます。今後ともご支援とご指導を賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

#### お問い合わせ

女性医師・研究者支援センター

窓口 法人事務局内(本館・図書館棟1階)

TEL(072)684-6220(内線 3293)



写真4：センター集合写真(2025年3月)

# 「シン」編集委員 委員長就任のご挨拶 編集委員会、ここに“シン” 発進!

大阪医科薬科大学医師会会報 編集委員長

新田 雅彦



このたび、大阪医科薬科大学医師会会報の編集委員長を拝命いたしました、病院医療安全推進室室長の新田雅彦です。前任の脳神経外科・梶本宜永先生からバトンを受け継ぎ、歴史と伝統を守りつつ、新たな一步を踏み出すこととなりました。

今回の挨拶タイトルに掲げた「シン」には、「新」「真」「親」「心」「深」という五つの意味を込めています。

**新**：新しい編集体制と新企画への挑戦

**真**：真摯に医療・学術に向き合う姿勢

**親**：読者・筆者双方に親しみやすい誌面づくり

**心**：母校への愛着を育む記事

**深**：これらを軸に本誌をさらに深め、魅力を増すこと

この五つの「シン」が、これからの編集方針の羅針盤です。

本誌は、会員同士の情報共有や学术交流の場であると同時に、私たちの活動と歴史を刻む大切な記録です。診療科の現状、学生教育や大学の近況、留学記、医療制度・安全管理に関する話題など、多彩な記事が掲載されてきました。その幅広さは、同窓・同僚の顔と声が生き生きと感じられる「医師会のアルバム」であり、未来の医師たちにとっても貴重な財産です。

医療の環境は絶えず変化しています。診療技術の進歩、ICT活用、医療安全・質改善への取り組みなど、新たな課題と可能性が複雑に広がるなか、本誌が担う役割はますます重要です。現場で生まれる工夫や知恵、時代を切り取る研究や経験を形にして残す——それこそが、次の世代への確かなバトンになります。

私たちが目指すのは、本誌を「読む楽しみ」と「伝える喜び」が共存する場にすることです。読者には診療や研究のヒントや仲間の活躍を知る喜びを、筆者には経験や思いを共有し、記録に残す充実感を。そして、この循環が医師会全体の活力を生み出すと信じています。

新体制では、これまでの伝統を守りながら、特集号としての座談会記録、テーマ別連載、新たなリレーエッセイなど、より多くの会員が参加しやすく、役立つ企画を展開していきます。また、大阪府医師会・日本医師会との連携を意識した情報提供を行うとともに、医師会ホームページを活用して、本誌掲載の会員の取り組みや活動を会員以外にも広く発信してまいります。これにより、地域医療における私たちの役割や成果をより多くの方々に知っていただきたいと考えています。

本誌の魅力を高めるためには、会員一人ひとりのご協力が欠かせません。日常診療での気づき、研究成果、現場での課題や提案、学会参加報告など、どんな小さな話題でも結構です。本誌を通じて皆さまの声を届けていただければ、それが誌面に深みを与え、会員同士の絆を強める力になります。

最後に、これまで本誌を支えてくださった歴代編集委員長、委員の先生方、そして多くの寄稿者の皆さまに心より感謝申し上げます。「シン」編集委員会として、読み応えがあり、皆さまの心に残る雑誌を目指し、編集委員一同、全力で取り組んでまいります。今後とも温かいご支援とご協力をお願い申し上げます。

# 「固定電話の双方向番号 ポータビリティとIP電話網」

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター  
放射線治療科（在職出向） 兼  
市立貝塚病院 顧問 放射線治療科

上杉 康夫



固定電話番号の双方向番号ポータビリティが2025(令和7)年1月14日より可能になりました。携帯電話では、会社を乗り換える際に、現在使用している電話番号をそのまま新しい会社でも使えることは周知の事実ですが、固定電話間でも同様のことができるようになりました<sup>※1, 2</sup>。

NTT東日本とNTT西日本(NTT東西)の固定電話番号以外にも、NTT東西のひかり電話番号やKDDI、ソフトバンク及び他事業者の指定番号も、他の電話会社と持ち込み、持ち出しを行うことができるようになりました(図1)<sup>※1</sup>。以前はNTT東西からの片方向番号ポータビリティのみであったため、NTT東西以外の電話会社での発番による固定電話を使っていた場合、他社では使えませんでした(図2)<sup>※1</sup>。

これはNTT東西が2024(令和6)年12月25日に固定電話用PSTN(Public Switched

Telephone Network:公衆交換電話網)<sup>※3</sup>からIP(Internet Protocol)電話網へ全移行したこと<sup>※4</sup>、固定電話番号がENUM(E.164 Number Mapping)形式<sup>※5</sup>のIPアドレス(Internet Protocol Address)で記録管理されるようになったIP電話網が開始されたことによりです。

双方向番号ポータビリティが可能になり、新たに設けられた制度上の制限である「同一市外局番内」という項目があるもの、050番号、警察(110番)や消防・救急(119番)また海上保安庁(118番)と言った緊急通報受理回線などは対象外とされ<sup>※6, 7</sup>全電話会社間でほぼ全ての固定電話番号ポータビリティが可能となりました(図1)<sup>※8</sup>。

今回はこの話題について記載いたします。

## 1. PSTNと固定電話番号のデータベース

固定電話番号のデータベースは、手動交換の時代は交換手の手元のメモ、もしくは電話番号簿上にありました。そして、1985(昭和60)年4月1日の通信自由化までの自動交換の時代は自動交換機上にデータベースがありました。

さて、このような自動交換機が設置された収容局と家庭やオフィスを銅線などの物理的な回線でつなぎ、回線交換方式ネットワーク<sup>※9</sup>で音声通話を提供する仕組みをPSTN(Public Switched Telephone Network:公衆交換電話網)(図3)と称していました。電話線が長すぎると音質が悪くなるため、自動交換機と電話機との距離は概ね2.2kmでカバーされるように、全国に自動交換機を有した収容局が整備されました<sup>※10, 11</sup>。

その後、この通信自由化により新規の固定電

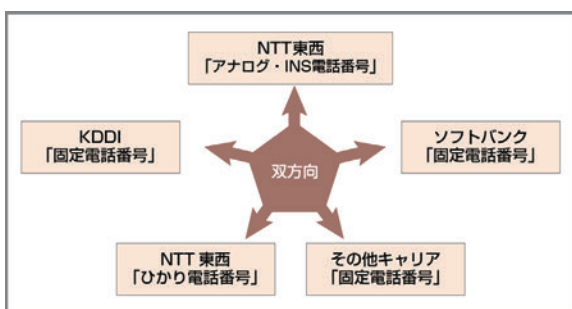


図1: 双方向番号ポータビリティとは<sup>※1</sup>

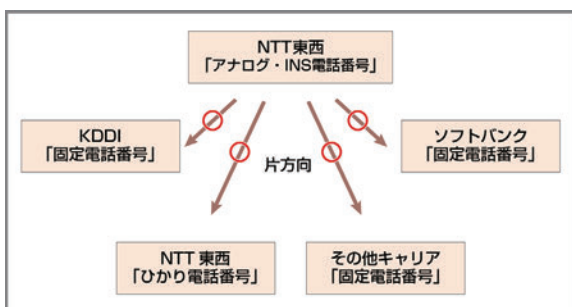


図2: 片方向番号ポータビリティ<sup>※1</sup>

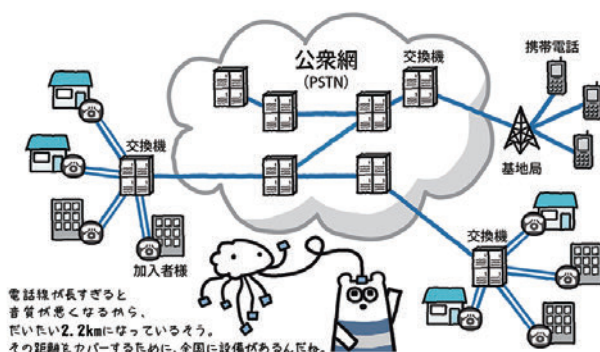


図3: PSTN(Public Switched Telephone Network: 公衆交換電話網)

話キャリアが参入しました。このことにより、固定電話番号のデータベースは、幾種類も存在する事態となりました。電話番号のデータベースの種類別について見ます。NTTがすでに発番した固定電話番号は新規の電話キャリアに契約変更した場合は、その電話番号はNTTで利用していた同一収容局の同一自動交換機上の電話番号のデータベースを利用する仕様となっていました。もちろんNTTと契約していた場合は、NTT収容局の自動交換機上にあるデータベースを利用する仕様になっていました。またNTTの設備に依存しない各社独自の設備を介して直接通信する直収電話<sup>※12</sup>については各社独自形式の電話番号データベースを利用する仕様になっていました(図4)<sup>※13</sup>。

すなわち、通信自由化後のPSTN上の固定電話番号のデータベースは、NTTの自動交換機上のものと、NTT以外の電話キャリアが有する各社独自形式のものとの混在する状態になっていました。したがって、データベース形式の変更を伴う固定電話キャリア間の番号ポータビリティは作業が煩雑なため、キャリアに請負ってもらえない状態でした。

また、PSTNでは自動交換機と電話機との距離の限界は通常数kmとされています<sup>※11</sup>。このため固定電話の契約住所を変更した場合、この距離の限界を超えての電話機の移設では収容局の変更をせざるを得なくなります。このため、

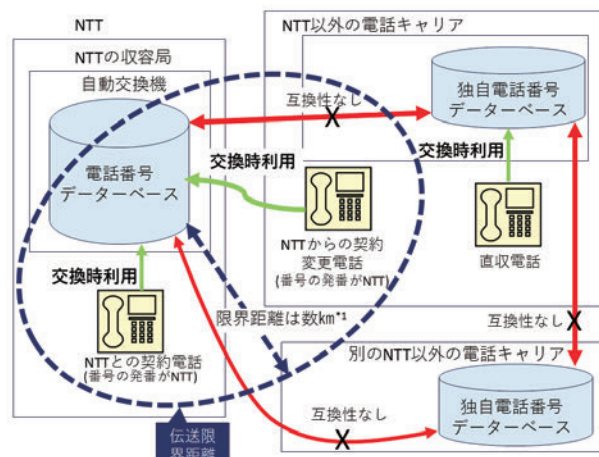


図4: 通信自由化後のPSTN当時の電話番号データベースの所在

PSTN時代では番号ポータビリティはNTTの収容局内工事に対応可能な同一収容局内でのみ可能でした。

上記のような状況であるため双方向番号ポータビリティの実施はなされませんでした。

## 2. PSTNからIP電話網への移行

NTT東西は2024(令和6)年12月25日、固定電話用のネットワークをPSTNからIP網(図5)<sup>※14</sup>に全て移行したと発表しました<sup>※15</sup>。PSTNとIP電話網の大きな違いは、音声の伝送方式がパケット交換方式になった点と電話番号がENUM形式のIPアドレスで記録管理されるようになったことが挙げられます。

上記のENUMについてさらに次章から詳しく述べます。

## 3. 固定電話番号からENUM形式IPアドレスへの変換手順

IPアドレスは、インターネットのネットワークに繋がっている通信機器に割り振られている識別番号のことです。その通信機器がそのネットワークのどこに存在しているかを示すための「住所の役割」を担っています。世界中に広がるインター

## IP (インターネット・プロトコル) 網の仕組みとIP電話※

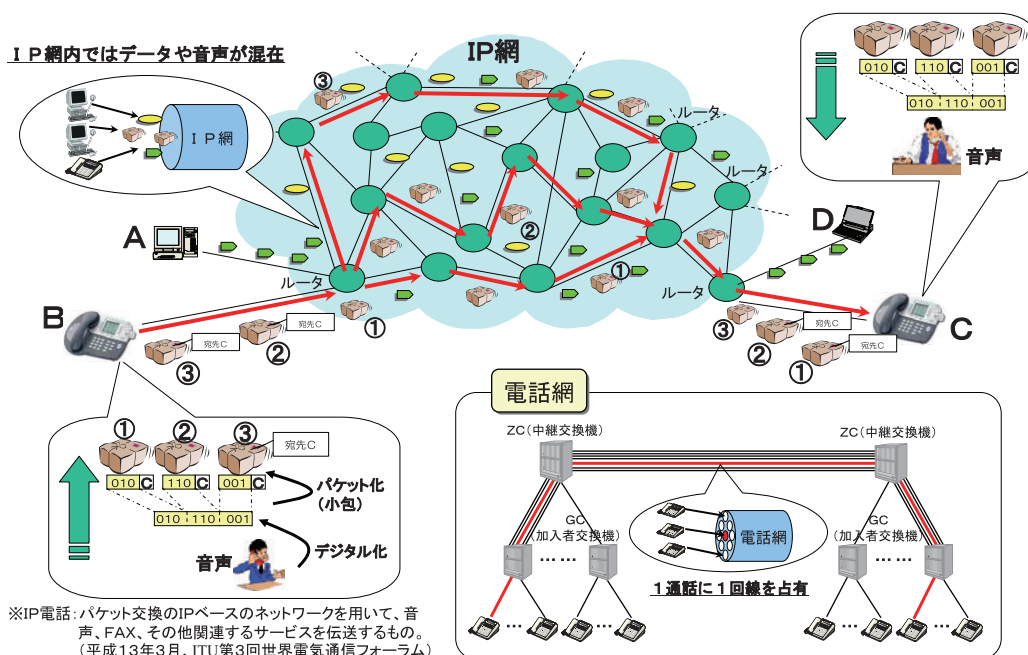


図5：IP網と電話(PSTN)網

画面のズームイン機能で拡大できます

IP網ではデータはパケットに分けて送受信され、送信側と受信側のIPアドレス間で送受信が行われる※14。パケットは同一経路とは限らず複数の経路を使用して送受信される。電話(PSTN)網では1通話に1回線を使用し、1経路でデータを送受信している。

ネットの世界でも、送信元と送信先の居場所が分かるからこそデータを送受信することが可能です。図6ではインターネットを利用したデータ送信を示しています※16。この図のIPアドレス「192.168.1.20」のコンピュータが、「192.168.1.11」のコンピュータにデータを送っていますが、送信元と送信先のIPアドレスが決定されているので、別の経路を使ったとして

もデータの送受信が可能となっています※17。したがって、電話をIP網化上で取り扱うためには、ある1つの電話番号に対して、インターネット上でアドレスを一意的に決める必要があります。

さらに従来のPSTN上での固定電話の電話番号がどのような手順で、IPアドレスに一意的に変換されていくかを見てみます。

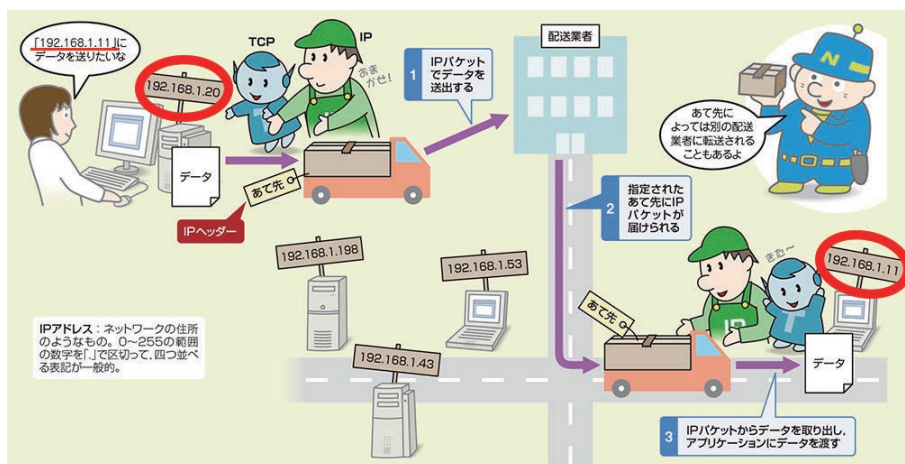


図6：IPアドレスとデータ送受信※15、16

### 3-1. 0(ゼロ)ABJ番号

日本国内では、IP電話、着信課金電話番号、110番・117番・119番などを除いて、電話番号形式は、0ABJ番号です。この0ABJ番号は0(ゼロ)から始まり、合計10桁の数字で構成されています。最初の数字「0」は国内を表しています。次に続く9桁は、アルファベットでABCDEFGHIJを使って表されます。アルファベットの「I」がないのは、数字の「1」と混同されないようにするためです。

さらに詳細に述べますと0の次に来る5桁(A～E)が市外局番+市内局番の組み合わせを表し、続く4桁(F～J)が加入者番号となります(図7)※18、19。



図7：0ABJ番号

- 大阪医科薬科大学と東京都庁の代表電話番号の場合
- ・「0A - BCDE - FGHJ」という順序で構成
  - ・先頭の「0」は、国内通話であることを表す
  - ・「0A - BCDE」で市外局番・市内局番を表す（市外局番と市内局番は、原則合わせて5桁まで）
  - ・「FGHJ」は、電話会社によって割り振られる加入者番号を表す※19

### 3-2. E.164番号

E.164番号とはITU-T(International Telecommunication Union Telecommunication Standardization Sector: 国際電気通信連合 電気通信標準化セクター)のE.164勧告で規定されている国際公衆電気通信番号のことです。E.164勧告は国際的に一意な電話番号体系として規定されています。この番号は国番号を含む最大15桁の数字で構成されています※20。特徴は国際的に一意となる電話番号表記形式で、国

番号を含み、また「+」から始まります※21。

0ABJ番号(日本の固定電話番号)からE.164形式には変換可能です。

大阪医科薬科大学の代表番号を変換すると次の通りです。日本の国番号「+81」を先頭に付け、市外局番072の先頭の「0」を削除して、ハイフンやスペースは除去し数字のみにします(図8)。

〔0ABJ番号〕 072-683-1221  
↓  
〔E.164番号〕 +81726831221

図8：0ABJ番号からE.164番号への変換

### 3-3. 電話番号データベース ENUM

IP電話網では、電話番号データベースとしてENUMが使用されています。このENUMのIPアドレスをIP電話網での個々の電話番号のIPアドレスとしています。

ENUMは、公衆交換電話網の電話番号体系をインターネットのIPアドレス体系と統合する電話番号マッピング(Telephone Number Mapping)の代表的な規格です。電話番号は前章で述べたE.164規格で体系化されたものと、1対1対応でIPアドレスが振られています。

インターネットではIPアドレスにDomain Name System(DNS)を用います。ENUMでは電話番号に対応するIPアドレスに特別なDNSレコードタイプとして「.arpa」を使います。

さてこの「.arpa」は、アメリカ国防総省が1958(昭和33)年に設立した研究機関ARPA(Advanced Research Projects Agency)によって1969(昭和44)年に生み出されたインターネットの前身であり世界初のパケット通信ネットワークであるARPANET(Advanced Research Projects Agency Network)に由来しています※22。

このarpaは後にトップレベルドメイン(Top-level domain: TLD)となりました※23。

さてこのTLDは、ドメイン名において、ドットで区切られた文字列の一番右の部分(ラベル)の

ことです(図8)※24、25。インターネットは階層型をしています。IPアドレスの最初の分岐がTLDで、以降、セカンドレベルドメイン(Second-level domain: 2LD)、サードレベルドメイン(Third-level domain: 3LD)というように階層構造が構成されます(図9、図10)※26、27。

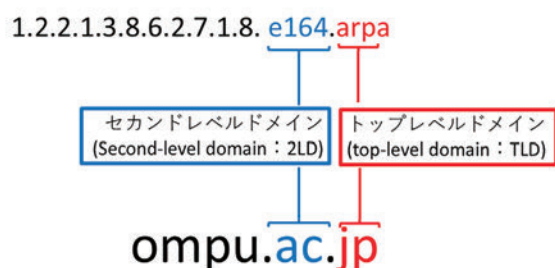


図9: TLD(トップレベルドメイン)と2LD(セカンドレベルドメイン)  
大阪医科薬科大学の代表電話番号(072-683-1221)のENUMとURL(ompu.ac.jp)でのTLDと2LD

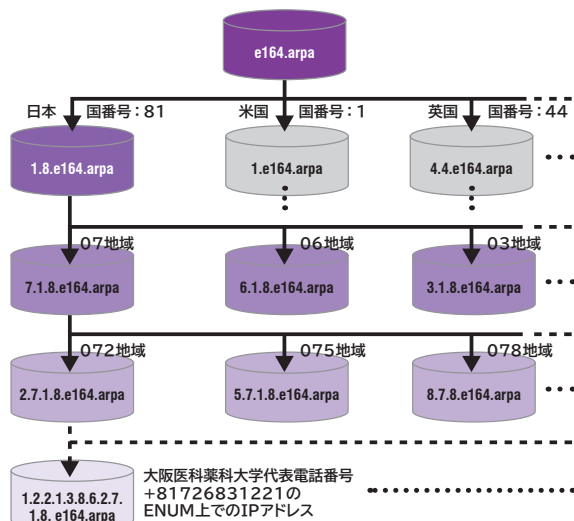


図10: IP網上での電話番号の階層構造

電話番号として使われるIPアドレスのDNSの最上位レベルのドメイン名であるTLDは、.arpaとなっています。この.arpaはインターネットのインフラのためだけに利用されるTLDです。この.arpa内の1つのドメインとしてENUM用のe164.arpaが定義され、電話番号のIPアドレス用に使用されています。

さてところで「E.164形式をENUMに変換するときに逆順にする」と記載いたしましたが、その理由は、E.164形式では先頭は日本の国番号「+81」で、先頭から大きな範囲の順で並んでいます。それとは、逆にインターネットのドメインでは末尾がTLDの「.arpa」であり、末尾から大きな範囲の順で並んでいます。この理由のためE.164形式をENUMに変換するときには逆順にする必要があります。

例えば、大阪医科薬科大学の代表番号を変換すると次の通りです。E.164番号を逆順にし、各数字の間にドットを挿入し、最後にe164.arpaを付加します(図11)。

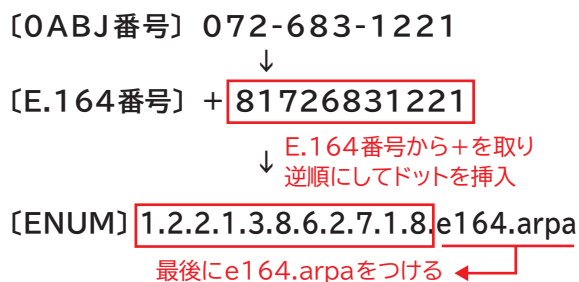


図11: E.164番号からENUMへの変換

上記のような手順を経て固定電話の番号にENUM形式のIPアドレスが付与されました。またNTT東西だけにとどまらず他の固定電話会社もENUM形式のIPアドレス付与を行い、ENUM形式で統一された全社共通電話番号データベースが完成しました。この共通電話番号データベースの完成によって固定電話の双方向番号ポータビリティは可能になりました。

今回は固定電話の双方向番号ポータビリティとIP電話網について記載いたしました。

## 参考文献

- ※1: 【NTT西日本】双方向番号ポータビリティの開始について - 通信・ICTサービス・ソリューション  
<https://www.ntt-west.co.jp/info/support/oshirase20241225.html>
- ※2: 【プレスリリース】2025年1月から始まる「固定電話番号の双方向ポータビリティ制度」に伴う 固定電話番号の受け入れ範囲が拡大|ニフティニュース  
<https://news.nifty.com/article/economy/business/12372-3652814/>
- ※3: 公衆交換電話網 - Wikipedia  
<https://ja.wikipedia.org/wiki/公衆交換電話網>
- ※4: 全国の固定電話がIP網に移行 | 日経クロステック(xTECH)  
<https://xtech.nikkei.com/atcl/nxt/mag/nnw/18/041800012/021600237/>
- ※5: ENUM - Wikipedia  
<https://ja.wikipedia.org/wiki/ENUM>
- ※6: 双方向番号ポータビリティとは?概要やメリット・デメリットを解説|クラウド電話|電話関連コラム|ソリューション|法人のお客さま|NTT東日本  
[https://business.ntt-east.co.jp/content/denwa/tel\\_column/number\\_portability/](https://business.ntt-east.co.jp/content/denwa/tel_column/number_portability/)
- ※7: 双方向番号ポータビリティにおける例外規定について  
[https://www.soumu.go.jp/main\\_content/000949450.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_content/000949450.pdf)
- ※8: 固定電話番号ポータビリティ(LNP)の条件について|03plus  
<https://03plus.net/lnp/conditions.html>
- ※9: PSTN  
<https://kwcplus.kddi-web.com/glossary/pstn>
- ※10: 電話はどうしてつながるの?\_5分で学べるコールセンターコラム  
<https://www.bewith.net/service/omnialink/callcenter/column/vol1/>
- ※11: 96年8月1日 [レポート] 普通の電話線で6 ~ 8Mbpsが可能になるADSL技術をNTTは採用するか  
<https://internet.watch.impress.co.jp/www/search/article/9608/0110.htm>
- ※12: >直収電話とは?メリット・デメリットと料金2社比較【最新】  
<https://office110.jp/phone/knowledge/line/directaccess/#:~:text=また、「直収」は、,することを指します。>
- ※13: 番号ポータビリティの扱いについて  
[https://www.soumu.go.jp/main\\_content/000433169.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_content/000433169.pdf)
- ※14: 総務省『IP電話の今後の展開について』  
[https://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/joho\\_tsusin/policyreports/joho\\_tsusin/iken/pdf/040427\\_1\\_s3.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/joho_tsusin/policyreports/joho_tsusin/iken/pdf/040427_1_s3.pdf)
- ※15: NTT電話網が2024年1月に激変、「IP化」とは何のこと? | 日経クロステック(xTECH)  
<https://xtech.nikkei.com/atcl/nxt/column/18/02482/060500001/>
- ※16: IPパケットは受け取った側でもTCP/IP処理ソフトが動く | 日経クロステック(xTECH)  
<https://xtech.nikkei.com/atcl/nxt/column/18/00780/052700001/?SS=imgview&FD=1422774646>
- ※17: 図で分かる、IPパケットを使った通信の仕組み(3ページ目) | 日経クロステック(xTECH)  
<https://xtech.nikkei.com/atcl/nxt/column/18/00780/052700001/?P=3>
- ※18: 「OABJ番号」って何?初心者にもわかりやすく解説!  
<https://circleip.com/en/what-is-an-0abj-number-an-easy-to-understand-explanation-for-beginners/>
- ※19: コールセンターで使われる電話番号の種類を解説。 - Call Center Times(コールセンタータイムズ)  
<https://www.callconnect.jp/blog/44>
- ※20: インターネット用語1分解説~ E.164番号とは~ - JPNIC  
<https://www.nic.ad.jp/ja/basics/terms/E164.html>
- ※21: E.164形式の電話番号とはなんですか | PAY.JP ヘルプ  
<https://help.pay.jp/ja/articles/9734017-e-164形式の電話番号とはなんですか>
- ※22: .arpa - Wikipedia  
<https://en.wikipedia.org/wiki/.arpa>
- ※23: .arpa - Wikipedia  
<https://ja.wikipedia.org/wiki/.arpa>
- ※24: JPRS用語辞典|TLD(トップレベルドメイン)  
<https://jprs.jp/glossary/index.php?ID=0058>
- ※25: トップレベルドメイン - Wikipedia  
<https://ja.wikipedia.org/wiki/トップレベルドメイン>
- ※26: URIによる識別とENUM  
[https://jprs.co.jp/enum/enum\\_jprs/activity/pdf/040628N+I2004-T201.pdf](https://jprs.co.jp/enum/enum_jprs/activity/pdf/040628N+I2004-T201.pdf)
- ※27: 日本の市外局番 - Wikipedia  
<https://ja.wikipedia.org/wiki/日本の市外局番>

ここがすごい！  
我が診療科

## 消化器内科(肝・胆・膵)

消化器内科(肝・胆・膵) 科長

西川 浩樹



肝胆膵は、胆膵と肝臓が隣接する臓器であることから、常に連携した診療が求められています。我々消化器内科(肝胆膵)は、常にそのことを意識しながら診療に従事しております。

また常に最新のエビデンスを追求し、ご来院される患者様に最良の医療をお届けできるよう、日夜努力をしております。

### 膵胆道内科

#### 1. 膵胆道グループの特徴

消化器内科における膵胆道グループの最大特徴は、手前味噌ですが、世界水準トップレベルの診療・学術実績にあります。以下に我がグループの特徴を列举します。



小倉 健

① 当グループには総勢30名が所属し、随一のマンパワーを有しています。特に若手が多数在籍し、留学も積極的に行なっていることから、今後さらに成長していくグループであると期待しています(写真1)。



写真1：胆膵グループ

② 年間膵胆道疾患の入院患者数は1,000名以上に達します。また、膵胆道内視鏡検査(ERCP)は年間1,500件以上であり、日本

で最も多いといっても過言ではありません。超音波内視鏡下ドレナージ術(EUS-BD)(写真2)や、内視鏡下結石破碎術等、最先端の治療法を提供しています。特にEUS-BD症例数は世界有数です。



写真2：EUS-BD

③ 最新の知見を得る上で極めて重要であるため、学術活動にも重点を置いています。当グループから公表される英語論文は年間20編を越えます。また、現在行なっている研究課題数も本学でもトップクラスです。

④ 学会では、総会レベルでの主題採択はもちろん、海外発表も積極的に行なっています。特に、海外での招待講演や、内視鏡ライブにも毎年数多く招聘されており、診療及び内視鏡手技レベルは世界トップクラスと自負しています(写真3、4)。



写真3：インドライブの様子



写真4：スペインライブの様子

- ⑤ 内視鏡発展途上国とされるベトナムやカンボジアにインストラクターとして、通年招聘され、内視鏡医学の普及活動も積極的に行なっています(写真5)。海外から留学生も多数受け入れています。消化器内科でも最もグローバル活動が盛んなグループのひとつです。



写真5：ベトナムハングオンの様子

- ⑥ 本年6月より大学組織の一つとして、膵胆道高度医療センターが設立されました。詳細な取り組みは今後発信していきますが、センター化することで、さらに効率的で効果的な活動が可能となることが期待されます。

## 2. 膵胆道グループの取り組み

膵胆道癌の予後が不良であることは周知の事実です。また、膵胆道内視鏡治療は、専門性が高く、多くの施設で適切な治療ができるとは限らないのが問題点です。この問題を解決すべく、我々は以下の2つの取り組みを行なっています。

### ① 膵癌早期診断プロジェクト(Earthプロジェクト)

膵癌の予後は極めて不良であることが知られています。予後を改善するためには、可能な限り小さな膵癌を発見する必要がありますが、CTやMRIでは同定困難な場合があります。一方、超音波内視鏡検査(EUS)は、mm単位での腫瘍の同定が可能であり、小膵癌を発見するためにはなくてはならない検査法です。この恩恵を広く受けてもらうために、当院では、独自で作成した膵癌リスクスコアリングシートを用いています(図1)。スコアリングシートで2点以上該当する場合は、膵癌の合併や、発生リスクが高いため、EUSによる精査が必要と考えていま

図1：膵癌リスクスコアリングシート

## OMPU-Earth プロジェクト

Detect early and resectable tumor (pancreatic cancer) with high sensitivity

早期に、切除可能な膵腫瘍を、高い精度で発見する

### 【 Earthチェックリスト 】

| リスク因子     | Score | チェック項目                                                                                          | Score |
|-----------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 家族歴       | 2点    | <input type="checkbox"/> 2親等以内に2人以上の膵癌                                                          |       |
|           | 1点    | <input type="checkbox"/> 血縁関係に1人の膵癌                                                             |       |
| 症状        | 1点    | <input type="checkbox"/> 腹痛・背部痛 <input type="checkbox"/> 体重減少 (*黄疸は2点)                          |       |
| 糖尿病       | 2点    | <input type="checkbox"/> 新規発症 <input type="checkbox"/> 増悪                                       |       |
| 腫瘍マーカー    | 2点    | <input type="checkbox"/> CEA and/or CA19-9 ↑                                                    |       |
| 腹部エコー(CT) | 2点    | <input type="checkbox"/> 膵腫瘍 <input type="checkbox"/> 膵萎縮                                       |       |
|           |       | <input type="checkbox"/> 膵石 <input type="checkbox"/> 膵嚢胞                                        |       |
|           |       | <input type="checkbox"/> 主膵管拡張 <input type="checkbox"/> IPMN <input type="checkbox"/> 慢性膵炎(石灰化) |       |
| その他       | 1点    | 喫煙 and/or 肥満                                                                                    |       |

➤ 2点以上の場合は、膵癌のリスクが高い、もしくは今後膵癌になるリスクが高い事が想定されますので、大阪医科薬科大学Earth診療枠にご紹介ください。精査・経過観察をさせていただきます。

す。該当の患者さんがいらっしゃいましたら、いつでもご紹介いただければ幸いです。

## ② 膵胆道疾患フレックスライン

膵胆道疾患は増加の一途を辿っています。しかし、全国的に膵胆道専門医は希少であり、日常診療でお困りになることや、対応不可能な患者さんに遭遇することがあるかと存じます。フレックスラインは、膵胆道専門医に直接繋がります。症例のご相談や、紹介など、膵胆道疾患に関することすべてに対応致しますので、何かお困りのことがございましたら気軽にお電話いただければと思います。詳細は、本大学病院医療連携室：072-684-6338)にお問い合わせください。

## 3. 先生方へのお願い

膵胆道グループは、以上のようにアクティブ活動を行なっています。膵胆道疾患に関すること全てを一手にお引き受けいたします。少しでも膵胆道疾患に悩む患者さんのお役にたてるよう、今後も精進してまいりますので、当グループを何卒よろしくお願いいたします。

## 肝臓内科

### 1. 肝臓内科グループの特徴

当科の肝臓グループは肝臓専門医の少ない北摂地域において、肝疾患診療の「最後の砦」となるべく、原則として手術以外のすべての治療・処置(抗ウイルス治療、栄養療法、薬物療法、運動療法、経皮的肝生検、経皮的治療、経カテーテルの治療等)を行っており、少数精鋭で最大限の成果につなげるため日々診療・研究に励んでいます。特に後昂佑、西川知宏の活躍は目を見張るものがあります。グループの特徴として以下の点が挙げられます(図2)。



西川 浩樹

- ① 日本人で3人に一人であり、消化器疾患で最も頻度が高く近年増加の一途を辿る脂肪性肝疾患に対し、併設されている健康科学クリニックとの密接な連携の下、体組成等の評価・栄養指導等の介入を随時施行しています。またこれらのデータをもとに多くの学術論文を世界に向けて発信しています。

図2：消化器内科肝臓グループの活動の特徴

## 消化器内科肝臓グループの活動の特徴

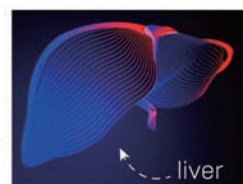
### 院内関連事業

- 肝疾患センターとの連携
- 肝臓病教室の定期開催
- がん医療総合センターとの連携
- がん登録推進
- 検査部との連携
- 栄養部との連携
- 肝炎アラートシステムの構築

### 院外関連事業

- 健康科学クリニックとの連携
- 市民公開講座の定期開催
- 大阪府肝炎肝がん対策部会への関与
- 多機関共同研究への参画
- ガイドライン策定への貢献

「健康な肝臓への貢献」という  
思いが込められています



- ② 当科併設の肝臓外来は、消化器内科全グループの中で最も受診患者数が多く、他のグループへの一助となるべく内視鏡件数の増加にも貢献し、病変を発見した際は迅速に連携できる体制を構築しています。
- ③ 肝疾患センター(センター長：朝井章)を院内に併設しており、同センターとの密接な連携の下、当該患者さんへの啓発活動として院内肝臓病教室、市民公開講座等を頻繁に開催し、肝臓グループとして常に社会貢献に注力しています。
- ④ 北摂医療圏最大の規模を誇るがん医療総合センター(センター長：西川浩樹)を擁し、その活動の一つとして肝がん患者さんの登録推進・診療業務の集約化および効率化に寄与しています。
- ⑤ 大阪府肝炎・肝がん対策協議部会の一員として常に関与し、大阪府の医療行政に関与(委員：西川浩樹)、大阪府の肝疾患医療行政に対して一定の意見力を発揮します。
- ⑥ 大学病院内の診療科横断的な部署である検査部と栄養部に、当科肝臓グループからリーダーを輩出しており(検査部長：朝井章、栄養部長：西川浩樹)、検査・栄養の観点から大学病院内の全診療科と密接な連携がとれる体制を構築しています。
- ⑦ 他に類を見ない「肝炎アラートシステム」を導入し、肝炎症例の早期発見・治療介入に取り組んでいます。我々のこのシステムは論文化され(筆頭著者：朝井章)、ロールモデルとして全国的に高い評価を受けています。
- ⑧ RELPEC studyと称する全国多施設共同研究に参画し、毎年多くの研究論文を海外に向けて発出しています。

- ⑨ 近年注目を集めているサルコペニア(骨格筋量の質的、量的低下)は、肝疾患が原因となることが多く、臨床栄養学会から診療ガイドラインが発出され、当科肝臓グループ(松井将大(非常勤医師)、西川浩樹)もガイドラインの策定に多大な貢献を果たしました。サルコペニア合併肝疾患に対する栄養療法に特化したガイドラインとしては本邦初であり、今後多くの引用が期待されます。

## 2. 今後の方向性

肝疾患の近年の傾向として、抗ウイルス薬の発達とともにウイルス性肝疾患は減少傾向ではあるものの、脂肪性肝疾患は一貫して増加傾向にあり、アルコール性肝疾患も増加傾向にあります。また「肝臓リハビリテーション」も近い将来保険収載されます。これらの「トレンド」を意識した肝疾患診療体制のブラッシュアップを目指し、肝疾患患者様に貢献できるよう精進して参ります。

ここがすごい！  
我が診療科

## リハビリテーション科

リハビリテーション科 科長

佐浦 隆一



「リハビリテーション医学は医療・福祉・介護のインフラストラクチャーである」——この言葉を胸に、私たちはすべての患者さんに寄り添う医療を日々実践しています。

### 1. リハビリテーション医学の本質：生活の再建を支える医療

「リハビリテーション医学」と聞いて、多くの人が思い浮かべるのは、けがをした人が歩行訓練をしている様子や、高齢者が体操をしている場面かもしれません。しかし、私たちの診療科が担う役割はそれだけにとどまりません。

たとえ手術が成功しても、普段の生活に戻れなければ“医療の価値”は半減します。リハビリテーション科は、急性期医療の出発点に並び、かつ、その延長線上に位置して「生活の再建」を目的とした“もう一つの医療”を提供します。

運動器疾患や外傷、その手術後の機能障害と能力低下、脳卒中を含む脳血管障害や脊髄損傷後の運動麻痺などに対する訓練、心臓・大血管手術後の体力回復、心疾患や呼吸器疾患など内部障害に対する非薬物治療としての運動療法、脳性麻痺や発達障害など小児疾患に対する療育を含む発達支援、切断者に対する装具療法から、がんや神経難病への生活支援、高次脳機能障害の復職支援、さらには摂食・嚥下障害への専門治療まで、「動くこと“は命を支える」という信念のもと、患者さんの人生の再出発を支援するパートナーとして日々活動しています。

### 2. 超急性期から生活期まで、“寝かせない医療”を実現する、切れ目のないリハビリテーション医療

当科の最大の特長は、「発症当日からリハビリテーション治療を開始できる診療体制」と「退院後の生活期支援までを見据えた包括的な医療

体制」にあります。

ICU(Intensive Care Unit：集中治療室)・EICU(Emergency Intensive Care Unit：救命救急集中治療室)・HCU(High Care Unit：高度治療室・ハイケアユニット)専属の療法士が、手術直後、あるいは脳卒中を含む脳血管障害や脊髄損傷、多発骨折や多発外傷といった高エネルギー外傷、急性心筋梗塞、慢性心不全の急性増悪、心肺停止からの蘇生後など、さまざまな重症患者さんに対して、入室当日あるいは翌日からリハビリテーション治療を開始します。



2024(令和6)年度にはEICUに入室した患者さんの約6割にリハビリテーション治療を行い、その8割は入室後48時間以内に開始されています(表1)。

表1：EICU入院日からリハビリテーション処方(治療開始)までの日数

|            | 2022年7月～2023年6月 |      | 2023年7月～2024年6月 |      |
|------------|-----------------|------|-----------------|------|
| 治療開始       | 人数              | %    | 人数              | %    |
| 0日～        | 28              | 7.0  | 94              | 18.6 |
| 1日～        | 173             | 43.3 | 266             | 53.2 |
| 2日～        | 68              | 17.0 | 69              | 13.8 |
| 3日～        | 52              | 13.0 | 31              | 6.2  |
| 4日～        | 24              | 6.0  | 11              | 2.2  |
| 5日～        | 21              | 5.3  | 7               | 1.4  |
| 6日～        | 6               | 1.5  | 14              | 2.8  |
| 7日～        | 9               | 2.3  | 3               | 0.6  |
| 上記以降～      | 19              | 4.8  | 10              | 2.0  |
| 計(処方割合%)   | 400(51.4)       | 100  | 505(61.7)       | 100  |
| 期間内の入室者数   | 778             | —    | 818             | —    |
| 3日目までの治療開始 | 321             | 80.3 | 460             | 91.0 |

術後や重症疾患の患者さんにとって、早期離床は合併症予防と機能維持の大きなカギです。早期退院と在宅復帰支援は、医療資源の最適活用、病院収益改善への大きな貢献であると考え、私たちは、この“時間との戦い”に365日

向き合い、早期回復を支えています。

また、退院後もリハビリテーション医療を必要とする患者さんには、広域医療連携センターと連携し、切れ目のない生活期のリハビリテーション医療を継続するための支援を惜しみません。患者さんの「日常生活動作(ADL)」だけではなく、「生活の質(QOL)」にまで踏み込んだ支援が提供できるのが、当科ならではの強みです。

### 3. 専門性の高い外来診療とチーム医療で患者さんの「できる」を支える、生活機能回復の最前線

#### 3-1. 高次脳機能障害リハビリテーション治療外来

当科では、高次脳機能障害に対して、専門的かつ多職種連携による評価・リハビリテーション治療を行っています。初期段階では、脳損傷(脳血管障害、脳卒中、外傷性脳損傷、低酸素脳症など)に伴う注意・記憶・遂行機能・言語・行動の障害を評価し、各患者さんの障害機能を詳細に検討します。評価方法として、世界各国で用いられている標準的評価法である、ウェクスラー成人知能検査(WAIS)、ウェクスラー式記憶検査(WMS)、標準注意検査法(CAT)、リバーミード行動記憶検査(RBMT)、遂行機能障害症候群の行動評価(BADS)などの神経心理検査を使用します。さらに、家族面談や日常行動観察を通じて、実生活での問題点や支援環境も多角的に把握します。

評価結果に基づき、リハビリテーション科医、言語聴覚士(ST)、作業療法士(OT)、理学療法士(PT)、看護師、社会福祉士らがチームを組み、患者さん個々の目標や障害特性に応じた個別リハビリテーション治療プログラムを作成します。具体的には、注意障害に対する段階的注意訓練、記憶障害に対する外部記憶補助具(アラーム付きスケジュール帳など)の導入、遂行機能障害に対する計画立案訓練、情動コントロール障害に対する心理的アプローチなどです。そして、リハビリテーション治療の経過中には再評価を実施し、訓練内容を柔軟に調整します。また、必要に応じて精神神経科、脳神経内科、脳

神経外科・脳血管内治療科とも連携し、向精神薬や抗てんかん薬の調整を依頼します。このように高次脳機能障害のある患者さんに対して、包括的な医療体制を構築しています。

また、退院後の復職・復学支援や地域移行支援も重視しています。社会的スキルトレーニングを行いながら、退院後の就労移行支援サービスの検討など、地域連携を通じて、円滑な社会復帰を図ります。大学病院ならではの高度な専門性と多面との連携により、高次脳機能障害のある患者さんの生活機能と社会的役割の回復を目指します。



#### 3-2. 心臓・大血管疾患のリハビリテーション治療外来

心筋梗塞や心不全、心臓手術後の患者さんに対して、安全な運動処方を行うための心肺運動負荷試験(CPX)を実施します。運動強度を“見える化”し、退院後も継続して運動ができるように支援する点が特徴です。

心臓・大血管疾患のリハビリテーション治療では、心不全や心臓弁膜症・狭心症・胸部/腹部大動脈疾患に対する外科手術後の患者さんに、発症後あるいは術後、ICU入室中の早期から訓練を開始して、離床促進や体力向上を図ります。病棟での歩行が連続して100m程度可能となれば、自転車エルゴメーターも漕いで貰います。自転車エルゴメーターが10分以上



漕げるようになってきたら、より安全で適切な運動負荷量を決めるために心肺運動負荷試験(CPX)を実施します。呼気ガス中の二酸化炭素濃度の変化から適切な運動負荷量の目安となる有酸素運動から無酸素運動に切り替わる点(AT)を検出し、患者さんに必要かつ、耐えられる安全な運動強度を“見える化”します。そして“見える化”された運動強度に基づいて、退院後も運動へのアドヒアランス※向上を図り、心事故や再入院を未然に防ぐための体力向上に努めています。

心臓リハビリテーション指導士や心不全療養指導士など、専門資格を持つスタッフも多数在籍していますので、安全で安心な心臓・大血管疾患のリハビリテーション治療が可能です。

(※患者さんが治療方針を理解し納得した上で、積極的に治療に参加・継続すること)

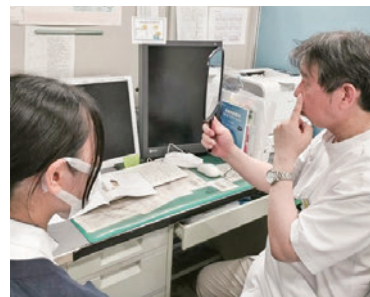
### 3-3. 顔面神経麻痺のリハビリテーション治療外来

ベル麻痺やハント症候群などの末梢性顔面神経麻痺では、患者の約20%が回復不十分で、さらに顔面拘縮と病的共同運動という2つの後遺症を合併します。顔面拘縮は顔の表情筋が常に緊張してこわばり、引き連れが生じる状態です。一方、病的共同運動は一つの表情筋を動かしたときに、ほかの表情筋も連動して動く症状です。後遺症により、顔かたちの変化や不快感が生じるうえに、上手に表情が作れないのでコミュニケーションにも支障を来します。

後遺症を予防あるいは改善することを目的に、リハビリテーション治療が行われます。顔面拘縮に対しては筋伸張マッサージを、病的共同運動に対しては鏡を見て閉眼しないように意識しながら口の運動を行うバイオフィードバック療法などを行います。

顔面神経麻痺のリハビリテーション治療は、その必要性が近年認識されてきてはいるものの、定期的に通院による訓練を行っている施設は少数です。当院では、耳鼻咽喉科・頭頸部外科と連携した顔面神経麻痺外来を開設し、日本顔面神経学会の認定を受けた顔面神経麻痺相談医が

中心になって、マッサージの指導や、バイオフィードバック療法を行っています。また、中央検査部とも連携した筋電図検査による予後予測(正中法)の研究と豊富なデータの解析結果をもとに、患者さん一人ひとりの症状に応じた治療(個別化リハビリテーション治療)を行っています。



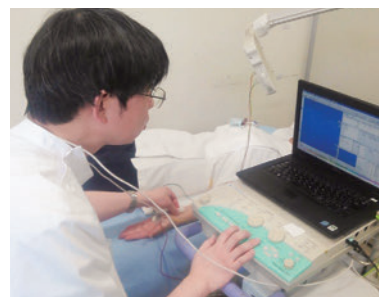
### 3-4. 電気診断(筋電図)外来

筋電図検査とは、末梢神経や筋疾患における損傷部位や重症度を調べる検査です。電気刺激を用いた神経伝導検査と、針電極を用いて筋活動を調べる針筋電図検査があります。筋電図検査で求められる診断や評価を行うためには、専門的な技術と得られた波形を正しく解釈する知識および経験が必要になります。そのため、欧米では、筋電図検査の経験を積んだ医師に対する、電気診断医学(Electrodiagnostic medicine)専門医の制度があります。

本邦ではあまり知られていませんが、日本臨床神経生理学会により認定される、欧米の電気診断医学専門医と同様の日本臨床神経生理学会専門医(筋電図・神経伝導分野)資格があります。当科ではこの稀少な専門資格をもったリハビリテーション科医が筋電図検査を行っています。さらに、超音波ガイド下の新しい針挿入法も導入し、正確性と安全性を高めています。

現在、当院の整形外科をはじめ、近隣の病院やクリニックからも紹介をいただいています。

診察と検査を行ったあと、検査値だけではなく、その検査結果から推定される電気診断や重症度などを詳細にまとめてレポートしており、好評を博しています。



#### 4. 1フロアすべてが「リハビリテーション治療専用空間」！最新設備とチーム体制が集結

大学病院の6号館1階の1フロア(1,200㎡)に専用の診察・訓練スペースを構え、心肺運動負荷試験装置、三次元動作解析装置、超音波診断機器、嚥下内視鏡、筋電計などを活用し、医学的評価に基づくリハビリテーション医療を実施しています※。さらに、新病棟内に病棟訓練室が設けられ、“ひとりも取りこぼしがないように”とリハビリテーション治療と摂食機能に関する病棟回診チームも稼働させ、病院全体をフィールドに、迅速かつ的確な特定機能病院ならではの年中無休365日リハビリテーション医療提供体制を構築しています。  
(※2026(令和8)年以降の6号館立て替えにより設備内容が変更となる予定)

#### 5. 医育機関ならではの使命： 教育・研究・地域貢献

日本リハビリテーション医学会専門医研修施設として、初期・後期研修医を受け入れるだけでなく、看護学・薬学および理学療法・作業療法・言語聴覚療法などを含むリハビリテーション科学の学部生に対する多職種連携に関わる教育

や臨床実習にも積極的に参画しています。研究活動にも注力し、摂食嚥下障害のVE(嚥下内視鏡検査)評価やリハビリテーション治療効果のデータベース解析など、エビデンス創出(特定の主張や結論を裏付けるための証拠やデータを生成すること)にも貢献しています。

#### 6. 地域と未来をつなぐ 「社会的処方」の担い手として

私たちリハビリテーション科医とリハビリテーション専門職の仕事は、病気や障害を「治すこと」だけではありません。その人らしい生活を再び歩み始めるための「伴走者」であり続けることです。退院がゴールではありません。その先の人生に寄り添い続けること、あなたの「生活」を支えること、それが、我々の誇りであり、使命です。

リハビリテーション医学・医療は、“あって当たり前、なくなって初めて気づく”医療の大切な基盤です。私たちは、“動くことは命を支える”という信念のもと、患者さんとともに一步一步、歩みを重ね、その人らしい暮らしの再建を支え続けています。

#### 大阪医科薬科大学病院 リハビリテーション科多職種連携医療チーム



## 会長からの お知らせ

# 令和7年度大阪医科薬科大学医師会 評議員会・総会を開催しました

大阪医科薬科大学医師会 会長

森脇 真一

2025年(令和7)年6月23日(月)、令和7年度大阪医科薬科大学医師会評議員会・総会を開催しました。

医師会の組織強化のために、当医師会の上部団体である日本医師会と大阪府医師会から、若手の勤務医が日本医師会に加入するよう求められています。当医師会の会員数は561名(総会開催日時点)で、昨年の総会時の522名から39名増加し、研修医も39名から42名に微増しました。今後も一層の勧誘活動が必要ですので是非ご協力をよろしくお願いいたします。

総会では例年通り、令和6年度活動報告ならびに令和7年度活動計画の説明を行いました。詳細はホームページ(<https://www.ompu.ac.jp/u-deps/ompuda/about/business.html>)をご参照ください。どちらも審議ののち承認されました。続いて令和6年度会計報告ならびに令和7年度予算案について説明を行い、こちらも審議ののち承認されました。本会報を会員限定にするかどうかどうか、審議しました。現在は、広く読んでもらうことを目的にフリーアクセスにして、ダウンロード及び印刷を可能にしています。が、テキストのコピーはできないよう制限をかけています。大学病院の強みや診療科の情報を積極的に配信して、ブランドイメージの向上にも寄与しているので、会員にも会員以外にもアピールするのが良いという意見を複数いただきました。今後は、執筆を依頼する際に、会員以外の医師や患者さんの目に触れることを考慮していただくよう説明することとし、会報各ページの下方に当医師会報と号数を明記します。

本医師会の先生におかれましては、今後とも若手医師への医師会勧誘を含めまして医師会活動へのご支援、ご協力をよろしくお願いいたします。

## 会長からの お知らせ

# 第33回北摂四医師会医学会総会を開催しました

大阪医科薬科大学医師会 会長

森脇 真一

2025(令和7)年6月14日(土)、第33回北摂四医師会医学会総会を開催しました。北摂四医師会医学会は、高槻市医師会、茨木市医師会、摂津市医師会、大阪医科薬科大学医師会および大阪府医師会勤務医部会第2ブロックの連合によって構成されています。今年度は摂津市医師会が当番で、摂津市立コミュニティプラザで開催しました。当日会場には、42名の先生が来場されました。

特別講演は、大阪医科薬科大学、一般・消化器外科学教室教授の李相雄先生にお願いし、「外科学の発展の課題」と題して講演をいただきました。ここ数十年の外科治療がどのように変化したかたくさんの写真を提示して説明いただき、またこれからのチーム医療や人材育成など、幅広い観点でご講演いただきました。熱心にご聴講いただき、多くの質問がありましたことから、関心の高さが窺えました。

また、一般演題では11題発表いただき、活発な討論が展開されました。北摂四医師会医学会ホームページ(<https://4ishikai.jp/meeting/index.html>)に抄録を掲載していますので、是非ご高覧下さい。この中から2題を優秀演題賞として選考して、賞金5万円を授与いたします。優秀演題賞の対象は、昨年度まで勤務医が含まれる演題としていましたが、今回から勤務医に限らず当ブロックの医師が発表する全ての演題としました。

来年度は、6月13日(土)に開催します。一般演題でのご発表、多数の先生方のご参加をいただきますようよろしくお願いいたします。

## 大阪府医師会加納会長に特別講義を いただきました

大阪医科薬科大学医師会 会長

森脇 真一

### 加納会長が医学生に特別講義

#### 大阪医科薬科大学「第3学年診断学入門」



加納会長

加納康至会長は5月1日午後、大阪医科薬科大学に出向き、「第3学年診断学入門」において特別講義を実施。「日本の医療制度と医師の業務」と題して講演し、約120人の医学生が受講した。

まず、日本の医療制しなければならぬと度として、保険診療の強調した。関係法令や仕組みを解説。保険者療養担当規則にも言及。診療録の記載・保と保険医療機関との「公法上の契約」であり、健康保険法等で規定されるルールを遵守した。また、保険診療の

禁止事項として、①無診察治療②特殊療法③健康診断④濃厚（過剰）診療⑤特定の保険薬局への誘導——などを列挙。こうしたルールを遵守せず不正・不

当の疑いがある場合は、指導・監査の対象となる。加えて、▽国民皆保険制度▽現物支給▽フリーアクセス——な

「治す医療」と「治す方改革」などを取り支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制の構築を目指すとの方向性を示した。さらに、医療機関の経営を取り巻く環境は深刻な状況で、診療報酬改定では、物価・賃金の上昇に適切に対応できない。医師会は、組織として、連携を取りながら活動している。医師会は、行政の力や、社会保険料の負担を軽減する声が上がっている。そのほか、▽かかりつけ医療機能報告制度▽医療DX▽医師の働き方改革——など、最近の医療情勢として、新たな地域医療構想に触れ、



医師会活動を伝えた

関連するホームページ

■府医ニュース 2025年8月6日号：

大阪医科薬科大学「第3学年診断学入門」  
<https://www.osaka.med.or.jp/doctor/doctor-news-detail?no=20250806-3116-16&dir=2025>

## 第19回日本統合失調症学会

会 長 金 沢 徹 文 （神経精神医学教室 教授）



2025(令和7)年4月26日(土)・27日(日)の両日、本学看護学部講堂にて第19回日本統合失調症学会を開催いたしました。本学会は、疾患名を冠した希少な学会の一つであり、統合失調症という精神疾患に焦点を当てています。この病気は青年期から20代にかけて約100人に1人が発症するとされ、妄想や幻覚を主症状とする一方、陰性症状と呼ばれる無為自閉に至ることもある極めて重篤な疾患です。患者さんの多くが生涯にわたり抗精神病薬による治療を必要とするため、その影響は非常に大きなものとなります。

私は精神科医としてキャリアをスタートした際、ある患者さんの発症から治療に携わり、その疾患が生涯にわたって患者さんやご家族に及ぼす影響に強い衝撃を受けました。その経験をきっかけに、病因の解明を目指してアメリカやオーストラリアで遺伝子解析を基盤とした研究に従事し、日本では統合失調症の診療ガイドライン作成にも携わってまいりました。統合失調症は、私のキャリアを通じて中心的なテーマであり続けています。

そのような背景の中、今回、学会より大会長の大役を仰せつかり、「種撒く人が集う日」というテーマを掲げて学会を企画しました。このテーマに合わせ、山梨県立美術館から許可をいただき、ジャン・フランソワ・ミレーが描いた名画『種撒く人』をポスター(図1)に使用いたしました。さらに、この学会では様々な企画を通じて新たな視点や学びを提供することを目指しました。

特に注目を集めたのは、統合失調症の姉を撮

**The 19th Annual Meeting of Japanese Society of Schizophrenia Research**  
**第19回日本統合失調症学会**

**種撒く人が集う日**  
Days when seed sowers gather

**2025年4月26日(土)・27日(日)**  
大阪医科大学  
看護学部講堂 他

【会 長】 金 沢 徹 文  
大阪医科大学 医学部  
総合医学講座 神経精神医学教室

【事務局長】 西 田 圭 一 郎  
大阪医科大学 医学部  
総合医学講座 神経精神医学教室

■ 事前参加登録期間：割引価格  
【銀行振込】 【クレジットカード決済】  
2月5日(水)～3月31日(月)

■ 通常参加登録期間：通常価格  
【クレジットカード決済】  
4月1日(火)～4月27日(日)

学会への参加登録はこちら  
<https://med-gakkai.jp/jsr19/>

**特別企画2 トークセッション**  
「どうすればよかったか?」

4月27日(日) 10:00～11:00  
大阪医科大学 看護学部棟 2F 大講義室(第1会場)

藤野 知明 (監會)  
浅野 由美子 (プロデューサー)  
金沢 徹文、村井 俊哉

**市民公開講座**  
「チャンスは自分で切り拓くもの」

4月27日(日) 15:00～16:30  
大阪医科大学 看護学部棟 2F 大講義室(第1会場)

司会：金沢 徹文  
菊山 裕貴  
講演：永島 昭彦

ホームページから  
事前にお申し込みください

参加費無料 / 先着300名

お問い合わせ  
主催事務局 大阪医科大学 医学部 総合医学講座 神経精神医学教室 〒569-8686 大阪府高槻市大学2-7  
運営事務局 株式会社メッド 〒530-0012 大阪府大阪市北区堂島3-5-14  
TEL: 06-4802-6661 FAX: 06-4802-6662 E-mail: jsr19@med-gakkai.org

<https://med-gakkai.jp/jsr19/>

図1：学会ポスター



写真1：トークセッションの様子

影したドキュメンタリー映画『どうすればよかったのか』を発表した藤野知明監督をお迎えしてのトークセッションです(写真1)。また、市民公開講座では、元ガンバ大阪でサッカー日本代表として活躍された永島昭浩氏を講師にお迎えし、貴重なお話を伺う機会を設けました。懇親会は、安満遺跡公園内にある「Sundays Bake」にて開催し、ピザを囲みながら参加者同士が和やかに交流を深める場となりました。

本学会の最大の特徴は、統合失調症を患う患者さんやそのご家族を積極的にお招きしている点です。今回の学会には、予想を大きく上回る620名以上の方々にご来場いただき、ほとんどのシンポジウムや企画は満席となり、立ち見の方が出るほどの盛況ぶりでした。患者さんご自身にもシンポジウムでご登壇いただくことで、貴重な体験を共有していただき、聴衆にとっても多くの学びと情報交換の場を提供することができたと考えております。

統合失調症は非常に辛い病気ではありますが、近年ではピアサポーター(統合失調症の当事者が同じ病気となった方の援助者になること)の活躍や法的支援の進展、新薬の大規模治験の計画といった明るい兆しも見えてつつあります。「種撒く人」というテーマに込めた思いが実を結ぶ時代が少しでも早く訪れることを願ってやみません。

最後になりましたが、本学会の開催にあたり、多大なるご支援とご協力を賜りました大阪医科薬科大学医師会の皆様に、この場をお借りして深く感謝申し上げます。



写真2：学会終了後の集合写真

## 第17回日本蘇生科学シンポジウム

会 長 新田 雅彦 (小児科学教室／救急医学教室  
医療安全推進室 室長)



2025年7月5日(土)、東京都・虎ノ門ヒルズフォーラムにおいて「第17回 日本蘇生科学シンポジウム(17th J-ReSS)」を開催いたしました。J-ReSSは日本蘇生協議会※1(JRC)が主催し、会員25団体のうち11の理事学会※2が共催する学術集会であり、毎年、関連する学術集会に併設して実施されています。

今回は「第38回 日本小児救急医学会学術集会」(会長：聖マリアンナ医科大学 小児科学講座 清水直樹主任教授)に併設され、また、第38回 学術集会は「第32回 小児集中治療ワークショップ」(大会長：兵庫県立こども病院 小児集中治療センター 黒澤寛史センター長)と合同開催され、3つの集会が同時開催される意義深い学術の場となりました。学会参加数は、J-ReSS単独で46名、併設された学会で1,121名(7月14日現在)となり、多くの方々にご参加いただきました。

### J-ReSSの沿革と開催の意義

J-ReSSは、米国心臓協会(AHA)が年次集会に併設して開催するResuscitation Science Symposium(ReSS)を範として、救急蘇生科学の進歩と発展、ならびに蘇生教育の普及を目的に2008年より継続しています。特に本年は、ILCOR(International Liaison Committee On Resuscitation：国際蘇生連絡委員会)※3が2020年以降に公表したCoSTR(Consensus on Science with Treatment Recommendations)に基づき、各国・地域の蘇生ガイドラインが改訂される節目の年にあたり、学術的に極めて重要な開催となりました。

### 開催プログラム：会長講演・教育講演※4



写真1：会長講演

今回のテーマは「“救命の連鎖”を科学する～予防から恢復まで～」とし、私(新田)が会長講演「“救命の連鎖”への想い～予防から恢復までを見つめて～」を担当し、日本における“救命の連鎖”策定の歴史的経緯と今後の展望について解説いたしました(写真1)。

教育講演では、ソウル大学 新生児科 金漢錫教授(韓国小児科学会理事長、アジアオセアニア周産期学会連盟会長)が「国際ガイドラインに基づく新生児蘇生法の国内標準確立へのあゆみー韓国における取り組み」と題して、少子高齢化や人口集中を背景とした韓国の取り組みをご紹介くださいました。日本にとっても極めて示唆に富む講演でした(写真2)。



写真2：ソウル大学 新生児科 金漢錫教授(写真中央)と

### シンポジウム

#### 「JRC蘇生ガイドライン2025改訂に向けて」

9領域(BLS、ALS、PLS、NCPR、Maternal、ECC、NR、FA、EIT)の共同座長および作業部会メンバーが登壇し、公開されているCoSTR

を踏まえ、2025年改訂に向けた展望をご解説いただきました。会場は立ち見が出るほどの盛況であり、関心の高さがうかがえました。

### 海外招聘講演

午後には、フィラデルフィア小児病院 麻酔集中治療科 Vinay Nadkarni教授を招聘し、「Improving the Chain of Survival for Resuscitation of Children: Through the lens of a ‘looking glass’ and ‘crystal ball’」と題した特別講演を賜りました(写真3、4)。講演では、小児の心停止の予後をいかに改善するかをテーマにお話しいただきました。現在の複雑な医療環境の中、ガイドラインによる治療の標準化によって悪い結果を良い結果に変え、さらに個々の生理学的特性を考慮した治療により、より良い治療結果をもたらすと述べられました。また、Low dose, High frequencyによる教育が大きな効果をもたらすことをエビデンスに基づき解説されました。さらに、今後の医療においてはILCORが提唱する「院内心停止におけるケアの質と転帰を改善させるための10ステップ」※5に基づき、臨床研究から診療の流れの中で質の評価のための



写真3：特別講演



写真4：フィラデルフィア小児病院 麻酔集中治療科 Vinay Nadkarni教授（写真左）

レジストリを活用し、改善を繰り返すことが重要であると強調されました。質の評価における最新のアプローチも紹介され、まさに近未来の日本の医療に示唆を与える講演でした。

### パネルディスカッション

午後には2つのパネルディスカッションが行われました。

#### 「国際基準に基づく院内心停止登録システムの構築」

医療安全、救急、集中治療や循環器領域から院内心停止の課題について講演いただき、ディスカッションでは、ウツタイン様式に基づいた院内心停止登録様式の翻訳を行い、その重要性を周知するとともに、データベース化して運用後には誰でも利用可能なオープンデータとし、質の検証を行うことの重要性が認識されました。今後は医療安全分野との連携の必要性が確認され、またJRC代表理事の坂本哲也先生より、会員学会の専門関係者が集う委員会・協議会の設置について前向きな発言をいただきました。

#### 「こどもの蘇生にもう少し関わるために ——大人との同異点」

小児の蘇生における人工呼吸の重要性や、コロナ禍を経験してのバイスタンダー CPRにおける小児人工呼吸の課題、分娩直後の新生児の圧迫換気比と病態生理的観点からの違い、さらに病院前救護・脳死判定・死因究明における小児と成人の相違について、各領域のエキスパートから解説いただきました。小児蘇生の機会は限られており、小児を日常的に診療する医療者であっても非日常的で混乱を生じやすい一方、救急医にとって蘇生は日常的業務であるものの、小児や家族対応には不慣れであることが指摘されました。そのため、「救命の連鎖」を担う多職種が協力し合う体制の構築と、ガイドライン教育・普及の重要性が強調されました。また、日常診療のみならず研究面においても医療者間の協力が重要であるとされました。

#### 一般演題とJRC Okada Award

一般演題は7題(pre-hospital：1題、ALS：2題、PED：1題、EIT：3題)が発表され、活発な討議が行われました。優秀演題は「JRC Okada Award」として表彰されました。この

「JRC Okada Award」は、初代JRC会長 故・岡田和夫先生の多大なご貢献と業績※6を記念し、ご本人のご意向により、若手研究者の育成と研究推進に資することを目的として第8回J-ReSSより設けられました。本年は、獨協医科大学看護学部 茅島綾氏らの「RQI プログラムを用いた医療従事者による乳児蘇生スキルの長期的効果」が受賞しました。本研究は“low-dose, high-frequency”教育による胸骨圧迫スキルの長期的維持を示したものであり、若手研究者の育成に資する成果となりました。

### 総括と次回開催

小児領域の学会としては3度目の担当開催でしたが、小児のみならず成人を含め「救命の連鎖」について多角的に議論する機会となり、学術的にも大きな成果を挙げることができました。開催にご協力いただいた関係各位に深く感謝申し上げます。

次回第18回J-ReSSは、2025年10月26～27日に長崎で開催される「第54回 日本救急医学会総会・学術集会」に併設され、長崎大学病院 高度救命救急センター 田崎修先生により引き継がれる予定です。

### 引用

- ※1: JRC日本蘇生協議会  
<https://www.jrc-cpr.org/#>
- ※2: 日本蘇生協議会 参画団体および賛助会員一覧  
<https://www.jrc-cpr.org/member/>
- ※3: International Liaison Committee on Resuscitation  
<https://www.ilcor.org>
- ※4: 第17回日本蘇生科学シンポジウム プログラム・抄録集  
[https://macc.jp/temp/17J-ReSS\\_program.pdf](https://macc.jp/temp/17J-ReSS_program.pdf)
- ※5: Media Release - Top 10 steps to improve in-hospital cardiac arrest outcomes and care identified: A scientific statement on behalf of the International Liaison Committee on Resuscitation  
<https://ilcor.org/news/media-release-top-10-steps-to-improve-in-hospital-cardiac-arrest-outcomes-and-care-identified-a-scientific-statement-on-behalf-of-the-international-liaison-committee-on-resuscitation>
- ※6: 日本蘇生協議会名誉会長岡田和夫先生が逝去されました  
<https://www.jrc-cpr.org/2022/11/29/%e6%97%a5%e6%9c%ac%e8%98%87%e7%94%9f%e5%8d%94%e8%ad%b0%e4%bc%9a%e5%90%8d%e8%aa%89%e4%bc%9a%e9%95%b7%e5%b2%a1%e7%94%b0%e5%92%8c%e5%a4%ab%e5%85%88%e7%94%9f%e3%81%8c%e9%80%9d%e5%8e%bb%e3%81%95%e3%82%8c/>



学会終了後の集合写真

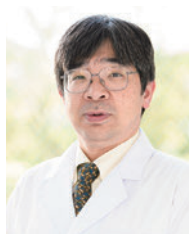
## 編集委員会



森脇 真一先生



新田 雅彦先生



萩森 伸一先生



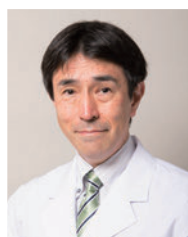
津田 泰宏先生



中野 隆史先生



瀧谷 公隆先生



池田 宗一郎先生



平松 亮先生



神吉 佐智子先生



吉岡 裕人先生

### 新編集委員のご挨拶

この度、大阪医科薬科大学医師会会報の編集委員に就任いたしました。これまで学術活動、市民啓発、患者会支援、医師のキャリア支援など、多様な立場で活動してまいりました。編集業務は初めてですが、読み物が好きなこともあり、情報発信の在り方を学びながら努めたいと思います。ぜひ皆様のご意見を賜りたく存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

胸部外科学教室 神吉 佐智子

この度、前任の上杉康夫先生のご推薦を賜り、編集委員を拝命いたしました放射線腫瘍科の吉岡裕人と申します。若輩の身ではございますが、誌面づくりの一助となれるよう努めてまいります。何卒よろしくお願い申し上げます。

放射線腫瘍学教室 吉岡 裕人

### 編集後記

本号から、新田新編集員長のもと、「シン」編集委員会による“シン”発進!となりました。興味津々の記事が目白押しです。特集の座談会は「LDセンター」です。名前は聞いた事はあるものの、LDが何の略語かすら覚えなかった小生にとっては、心身にハンディがある方を真心込めてサポートするセンターが、新進と発展し今や全国規模・海外からも受講希望がある事は新鮮でした。一方、最近の動きの「女性医師・研究者支援センターの活動紹介」では、4つの柱を軸にして新しいプロジェクトにシンシンと心を燃やす事で、着々と制度利用者が右肩上りです。その様な情熱が心身に染み渡りました。ここがすごい!我が診療科や学会等助成報告では、新進気鋭の先生方の活躍が見て取れます。これらの記事の内容を、しんと静まり返った夜の帳の中で、深々と思い起こしていただくのも一興です。間違っても冷房を効かしすぎて、体まで芯々と冷え込みません様に。

編集委員 池田 宗一郎

大阪医科薬科大学医師会会報  
第64号

ISSN 2436-5424

発行日：令和7年9月16日

発行：大阪医科薬科大学医師会

発行責任者：大阪医科薬科大学医師会 会長 森脇 真一

編集：大阪医科薬科大学医師会会報編集委員会  
〒569-8686 高槻市大学町2-7

大阪医科薬科大学 旧保育室内 大阪医科薬科大学医師会事務室

TEL 072-683-1221（内2951）／ 072-684-7190（直通）

FAX 072-684-7189

E-mail ompuda@ompu.ac.jp

URL <https://www.ompu.ac.jp/u-deps/ompuda/>

制作：日新印刷有限会社