

11 2017

E-mail kobun@hera.eonet.ne.jp

http://www.doctors-attention.com/

●発行人/西本虎文 ●発行所/〒665-0011 宝塚市南口1-11-4 株式会社協同企画サービス Tel.0797-78-1875  
●平成29年11月1日発行 ●通巻第448号 ●発行日/毎月1日 ●一部定価300円 ●印刷所/株式会社島之内印刷所  
©不許転載

ドクターズアテンション

検索

ドクターズアテンションが  
ネットで読めます。

Doctor's Attentionは独立した機関です。

毎月ドクターズアテンションは国会図書館、中之島図書館に保存されています。

新しい医療文化の創造

信頼でつなぐ  
You&I

# Doctors' Attention

ドクターズアテンション 関西・首都圏版



撮影/中野洋征(中野写真事務所)

一般社団法人 京都府医師会

副会長 **濱島 高志**  
(濱島医院 院長)

副会長 **城守 国斗**  
(医療法人三幸会 理事長)

会長 **松井 道宣**  
(医療法人同仁会(社団)理事長  
同仁会クリニック院長)

副会長 **北川 靖**  
(北川内科医院 院長)

ドクターズアテンション 取材

若い世代の医師会が目指す地域医療とは  
— 新体制となった京都府医師会 —

(P2~P3)

●京都府医師会70周年記念バッジ作成



Dを十字に組み合わせたものでDoctorの集まり、  
協力を意味し、中央は京の字をかたどっています。

# 若い世代の医師会が目指す地域医療とは ―新体制となった京都府医師会―

## 一般社団法人 京都府医師会

会 長 **松井 道宣** (医療法人同仁会(社団)理事長  
同仁会クリニック院長)

副会長 **北川 靖** (北川内科医院院長)

副会長 **城守 国斗** (医療法人三幸会 理事長)

副会長 **濱島 高志** (濱島医院院長)

京都府医師会では2017年6月に、前期副会長の松井道宣(みちのり)先生を第15代京都府医師会会長に選出、定時代議員会で承認しました。任期は2019年6月まで。2006年4月から6期11年にわたって会長を務めてこられた森洋一先生は顧問に就任されました。新執行部となった松井会長と3人の副会長、北川靖先生、城守国斗先生、濱島高志先生にお話を伺いました。

―今回、選挙ではなく無投票で会長が決まったそうですね。



**松井** この度、森会長の後任として、第15代京都府医師会会長を務めさせていただきますことになりました。平成16年から京都府医師会の役員として参画し、森会長のもとでは6期、計7期、医師会活動に取り組んできまし

―これらの方向性等は、どのように考えていらっしゃるのでしょうか。

**松井** これからは地域の時代ですね。中央で全体の方向性を決めていくというだけではなく、地元でしっかりとやっていくことが大事だと思います。現在の大きな取組み課題は「地域医療構想」です。昨年末には京都府でも地域医療構想が示されました。我々は京都府とも良好な関係で、様々な議論を重ねてきました。地域医療構想の本質はどこにあるのかということ

を考え、7対1病棟を減らすとか、高度急性期から回復期に移すとか、そういった数合わせの話ではなく、京都の将来の医療需要に対応していくための供給体制はどういうものか、考えていきたいと思います。2025年の推計は出ていますが、これはあくまでも推計です。いろいろな要素で推計は変わっていきますから、その時は臨機応変に現状を見ながらしっかりと対応していきましょうということ、京都府の地域医療構想は、「京都府地域包括ケア構想」と呼称を変えました。地域医療構想とは、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの病院種別の必要病床数を決めるという考え方ですが、議論を進めていくうちに、京都府では非常に多くの在宅患者さんが増えていくだろうというところで、病棟の機能分化以上に「地域包括ケア構想」に重きを置いていくことになりました。

包括ケアを構築するために、在宅医療、介護、予防などの要素があり、医療計画や病院の機能分化も地域包括ケアの要素として捉えています。京都府の実態に合った地域包括ケアを築くことが最も重要であるという考え方で、そこに向けて行政とタイアップしながら医師会も動いていこうと考えています。関係者が知恵を出し合って考えることが、「地域包括ケア」の究極の目的だと考えています。

**松井** 行政にとつては非常に勇気のことだと思います。厚労省が病床数を決めるように言ってきたので、ある意味それに従っていないわけですね。従わなければ、予算を切られる可能性もあるのですが、医師会と京都府は深い議論をしてきて、現場を大切にしようという意識で同じ方向を向いています。数字を合わせるだけであれば簡単ですが、京都を安心して暮らせる地域にしようということですから、我々も責任をしっかりと果たさなくてはならないと思っています。



**城守** 地域医療構想において、国はガイドラインを出していますが、現実問題として地域の医療資源がどのようになっているかという点、同じ県の中でも地域差があります。地域包括

ケア構想では、そこを上手く調整して、将来の医療提供体制を組み立てようと考えています。しかし国のガイドラインに収まることはどの県でも難しいことだと思います。市町村単位の地域から医療提供体制を積み上げていくしかありません。そのコーディネートをしていくのが、我々医師会の役目だと思っています。

京都には26の地区医師会があります。京都府医師会とは各地区医師会と懇談会を行っています。この26の中に京都府立医科大学医師会と京都大学医学部医師会も参加していて、次の京都大学医学部との懇談会のテーマは「地域医療構想」です。大学病院としても、どういう役割を望んでおられるか知りたいと思っています。

京都府医師会としては、医師会会員の先生方に正確な情報を提供するとともに、各自治体との調整もしっかりとサポートしていきたいと考えています。京都府民の特徴としては、千年の都の知恵とも言えます。各人の役割が何であるか、しっかりと意識しながら生きている部分があります。自分だけが多くの物を食べるのではなく、適度に食べようとする、緩やかな市場原理的な物の考え方が府民性としてあると思います。既に現存する各病院の機能はある程度決まっています。今回の地域医療構想は、病床機能の分化が大筋の狙いだと言われていますが、京都ではある程度その役割は決まっていますので、これから大きく機能を変えようという病院は少ないと思います。万が一、行政が無理に数字を合わせていくとすると、それがあれば、我々が「数字ではない。それぞれの現状に合わせた形での機能分担を出来る範囲でやっていきながら、緩やかに体制を変えていく」と必ず言えます。そういった流れ、土壌、

ベースがあるので、結果的には今回の地域医療構想に合致できるのではないかと思っています。

**松井** 5、6年前、城守先生が保険政策の担当理事であった時に、人口構成を見ると、高齢者が多い社会と若い人が多い社会では疾病構造も違ってくるのに、今のままの医療提供体制でいいのか、という観点で将来推計を分析し、将来はこういった医療機能が必要になるといった研究を行ってきました。地域医療構想の根本となる考え方が、京都府医師会の中には素地としてあったのです。厚労省が数字を出してきても、「数字ではないでしょう」と言い切れるだけの下地があります。

**城守** 京都府医師会では以前からセプトデータには正確な医療情報が含まれていないので、正確な医療情報を抽出するにはどうしたらよいかといった議論をしてきました。しかし医療情報は機密性の高いデータですし、都道府県レベルでもデータはもらえません。厚労省とも地域医療ビジョンについて話をしてきました。もしデータをベースに医療提供体制の改変を行うのであれば、データの正確さが重要です。しかし今現在、国が示しているデータが正確かどうかは分かりません。検証のしようがないからです。地域医療構想の調整会議ではこの話が良く出てきました。国が出している数字の通りに進めている県もありますが、京都府では現場に即した形での取組みをしようということ、地域医療構想の必要病床数に関しても独特の表現をしています。

しかし、たとえどれだけ上手に地域医療構想で機能分化や病院の役割の位置付けができたとしても、来年の診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等報酬のトリプル改定の内容次第で

### 京都府の地域医療構想は、「京都府地域包括ケア構想」

森前会長と安達前副会長は長い間京都府医師会を牽引してこられた大先輩ですが、我々はお二人から京都府医師会を引き継ぎました。森先生はまだ70歳ですが、我々はさらに10歳若い世代です。全国的に60歳前後の医師会会長は、最年少になるのではないかと思います。そして我々4人とも60歳前後ですので非常に若い執行部だと言えます。若過ぎて頼りないというお声もあるかもしれませんが、今までよりもっと意見が言いやすい執行部になったと思ってもらえることを活かしていかなくてはならないと思っています。もちろん4人とも今までの経験もありますし、執行部としての方向性は示していかなくてはなりません。それ以上に会員の先生方から身近に感じてもらえる執行部になったことを強みにしていきたいと考えています。知識、経験はどこの先輩方にも敵いません。いろいろなご意見を聞いて会に反映させていくことが、我々の特長になると思います。

は崩壊する可能性もあります。最終的に、来年の診療報酬改定が地域医療構想に多大な影響を及ぼすことは間違いありません。

### 在宅医療を成功させる鍵は かかりつけ医と サポートする民間病院

**松井** かかりつけ医をサポートする医療体制としての民間病院の役割は非常に大きいと思います。地域包括ケアを成功させるためには、民間病院を絶対に守らなくてはなりません。かかりつけ医が活躍するためには民間病院が居てくれると心強いでしょう。診療報酬の中で急性期に偏重している評価を、在宅支援などを上げる方向に向けていかないと、民間病院がそちらにはシフトしません。

**北川** 地域医療構想を考える時に、京都府医師会では医療機関に向けて在宅医療に関するアンケートを行いました。国の示した数字では2025年には在宅の患者さんが約2倍になるようです。自然増加分に加えて、慢性期病床に入院中の一部の患者さんも在宅という方向性によるものですが、アンケートの結果から見ると、現状のままではとてもカバーできる数字ではありません。

在宅医療を進めるには、必要条件が整わなくては無理です。例えば、かかりつけ医の頑張りはもちろん、在宅を支援する病院の存在も重要です。また、病院自体が在宅医療を実施することも求められます。それぞれの地域の特性に合わせて医療資源を組み合わせ、オール体制で最大限の在宅医療を整備しなければなりません。また、独居など社会的フレイルの状態の高齢者がこれから増加します。わ

ずかな身体や精神的变化が引き金となつて、生活機能が低下し、自宅での生活が困難になる方が増えて行きます。そこを何とか踏ん張れるような支えや仕組みを考えないと立ち行かなくなると思います。生活基盤がない所には在宅医療は成り立ちませんので、医師会としては、介護保険の範疇はもちろんのこと、住まいや町づくりの問題なども提言していきたいと考えています。

在宅医療の提供に関する数字の現実との乖離はとても大きく、また、生活の問題など多くの不安要素もありますので、府医師会は今から地域の将来について、真剣に考えることが大切だと訴えています。地区医師会も本気で考えていただいております。各圏域の調整会議などで病院関係者と一緒になつて活発な議論が行われるようになってきました。国の数字に合わせて計画をたてることはある意味楽ですがリスクも大きいと思います。自分たちで考え、常に検証しながら、大きなズレが生じないようにすることが必要です。

京都府では京都府医師会に「在宅医療地域包括ケアサポートセンター」を設置し、地域医師会、行政と情報共有し一緒に戦略を考えています。



**濱島** 在宅の場合、地域の範囲がかなり大きなファクターだと思います。京都市内の上京区のような人口密集地と丹後の医療圏では人口はほぼ同じですが、丹後の面積は上京区の130倍です。在宅にいかにか熱心な先

生がいらないとしても距離的に成り立ちません。在宅は地域によつてまったく事情が異なりますから、厚労省のガイドライン通りにできるかどうか。実態を見て実情に合った医療のパランスを崩してはいけないという考えから京都府モデルの地域医療構想を出しましたが、非常に現実的なものがあると確信しています。

**城守** 町というのは、利便性の良いところに人が集まり、町ができます。そして町ができたから店等もできて、お医者さんも必要だということになってきます。まず、町からできて、そこからいろいろなものが生れてきます。今回の医療提供体制の再編という国の考え方もそうですが、医療を中心にして町を作っていくという傾向が見られます。その町が高齢者ばかりで、生活の部分が少し薄らいできたような人たちの集まりであれば、医療を中心とした町づくりもあり得ますが、働いている人、子育て中の人にとつては、近くに病院があるからここに住もうというところは少ないと思います。社会全体のことを考えた時、町をいくつから計画的に作ろうとしても、できるものではないと思います。その町に沿ってできてきた医療体制をどういう形に変化させていけばいいのかという発想にすれば現実的です。計画経済がうまくいかなかったと思えます。あくまでも町あって医療ありきであり、医療あって町ありきではないと思います。



**北川** あまり背伸びをししないで生活

を支えるための医療に徹するならば、在宅療養を支えるために必要な医療を提供することは、それほど難しいものではないと思います。最近在宅医療をしていて強く感じるのは、生活の基盤が弱体化し、在宅療養を継続することが難しくなっているということだと思います。医療機能分化を議論することは重要ですが、介護や生活基盤を必ずセットで考える必要があります。

京都府北部に、高齢化率がすでに高いにもかかわらず、それほど生活の質が落ちていないところがあります。人口規模が小さい、高齢化のスピードが緩徐、支え合いの土壌がしっかりとっているなどの要素もあります。が、地域の人的資源の現実を踏まえて介護施設の整備を行っていることも大きな要素です。

人口規模の大きい京都市などでは、これから急激な変化が起きるのでは、混乱が起きる可能性があります。できるだけQOLを維持するために、そのための備えが必要で、最も大切なのは、それぞれが自分の終い支度をしっかりと考えることです。そのためのサポートを行うことが一層医療者に求められます。

最近気になるのが、「在宅」と言う言葉の曖昧な使われ方です。自宅、病院以外の療養場所、居住・介護施設、地域に住むことなど様々な意味に使われています。一般の方のイメージと乖離しているかも知れません。「在宅」は生活を視点とした言葉だと思えますが、その意味をしっかりと説明して、選択が行えるようにしなければなりません。

余談ですが、「最後まで自宅で暮らしたい」という意思を示す人を支えるには、もちろん医療や介護支援も必要ですが、今後人的資源の不足が深刻な状況になることを考えると、暮らしを支える技術開発をもつと真剣に考えていくことが重要だと

思います。

**濱島** 人類の歴史の中で、この40年間で平均寿命が3〜4割も延びました。この医学の発達に対して人間の知恵が追いつかなくなっています。人として尊厳を持つて、ここまで十分に生きたと思えることが大事です。在宅医療をしていると、医療のできることは小さいと痛感します。人として納得のいく人生ということ、今一度立ち止まって価値観を見直してみること必要ではないでしょうか。

### 医師は労働者なのか 命を預かる医師としての 価値観

**松井** この先、遠隔診療なども増えてくるのかもしれませんが、医師が聴診器も使わずに、患者さんの顔も見ないで、投薬できるのでしょいか。ずぼらな医師ばかりになってしまっているのではないかと心配です。しかし実際に共働きなどによって平日にお子さんを医療機関に連れていくことが難しい環境も増えていきます。そうするとやはりITによるアクセスか、あるいは医師の診療時間の見直しなども考えていかななくてはならないのかもかもしれません。

——町づくりというような視点  
は、やはり開業医をしていないと出てきませんか。しかし「医師の働き方」の中で、医師は労働者であると言われてしまうと変わってくるのではないですか。

**城守** 1人の人間としては、その考え方は間違っていないと思うのですが、一医師としてどのように振舞うことで患者さんに対してはどのような影響が出てくるのか？無理な働き方をしてきた医師の時代よりは、患者さんとの信頼関係の構築が難しくなるのではないかと思います。そこをどうしていいのか。我々は患者さんのことを第一に考えてきて、無意識のうち自分にすることは振り返らないでやってきましたが、自分の権利を第一に主張する若い医師にその思いを伝えることができるのか、難しい気がします。医学部の教育、臨床研修医制度のあり方からもう一度振り返つてそのあたりを考えないと、個人を中心とした物の考え方は加速していくのではないかと危惧します。国として、国民としてどう考えるのか。医師が労働者であるならば、医療のあり方は変わります。

**濱島** 海外の医療先進国でもさすがに、5時に帰る医師を見たことがありません。医師はプロフェSSIONだという職業意識は大事だと思います。労働者だと割り切ると、医療供給が全く変わってしまいます。

**松井** 「医師は労働者である」という考え方には違和感を覚えます。極端な話、もし手術中に5時のベルが鳴ったら、途中で止めるのですか？患者さんの安全に確信が持てるまで帰らないで治療を続けるのが医師です。そこを否定されると医師は医師として働くことができません。

医師の働き方は、時間で区切るのではなく、医療の安全に配慮した柔軟な考え方が必要です。  
**北川** 京都府医師会は近未来に向けて、直面する医療の課題について、できるだけ視野を拡げて真剣に考えているということをお聞かせいただけますか。

# 日本ハイパーサーミア学会 第34回大会 開催される —— テーマは「進行がん」を「慢性疾患」に ——



近藤 元治 古倉 聡 中村 仁信

「がんになっても  
あきらめないで」

医療法人社団千春会  
千春会ハイパーサーミアクリニック院長

近藤 元治

本日は、がん治療の中の温熱療法という治療法についてお話ししたいと思います。がんにかかると「もうダメだ」と諦める方が多いと思うのですが、「そうではないですよ」というお話です。

今、皆さん健康に関心を持っておられます。最近よく言われるのが、平均寿命と健康寿命です。平均寿命は肉体的に何歳まで生きられるか。去年の統計では男性が81歳、女性は87歳でこれは世界一です。健康寿命というのは介護を受けずに自立して生活できる期間で、男性71歳、女性76歳です。そうした寿命の前に立ちほだかるのが、いろいろなトラブルです。日本人の死因のベスト7では、悪性新生物がトップ、2番目が心臓、3番目が肺炎、そして脳血管障害、事故、老衰、自殺と続きます。がんが死因のトップを走り続けていますが、何故これだけがんが増えてきたのでしょうか。我々は大气汚染や化学物質に囲まれて生活しています。水や食品の汚染、ウイルス、紫外線、タバコなど環境問題が我々の身体の中にがんを発生させています。こうした発がん物質によって細胞がんになるのですが、正常細胞は分裂して一定の大きさになると止まるのに対し、がん細胞だけはその分裂が止まりません。がんは永遠に増殖を繰り返し、巨大に

なり、患者さんの栄養分を奪い、正常の臓器を圧迫し、あちこちに転移し、がんが出す排泄物で患者さんの身体の働きを狂わせてしまいます。たとえばCTなどで1cmくらいのがんが見つかり、これが10回分裂するとゴルフボールくらいの大きさになります。分裂のスピードはがんによって異なりますが、今年の検診では何もなかったのに、今年の検診では手遅れになってしまったという話もよく聞かれます。

がんの診断には、内視鏡、画像診断等がありますが、5mm以下ではみつかりません。そして組織を採った場合には、細胞診断、組織診断を行います。さらに血液の診断、腫瘍マーカーがあります。いろいろな方法を駆使して何とか早期にみつけないといけないのが、医師の願いです。

がんが見つかりますと、まず告知、病気の説明、そして治療が始まります。最近、あどどのくらい生きられるかと伝えるのが普通になっていきました。これはがんによって様々です、私はとても寿命(余命)を伝えることはできません。励まして希望を持たせ、前向きに生きていただきたいというも思っています。精神的に患者さんを落ち込ませるようなことは、がんに対して免疫力が落ちますからマイナスです。生活指導は食事や運動、休養などが中心です。がんはブドウ糖が好きですから、食事は炭水化物を摂り過ぎないようにといった食事療法をすすめます。抗がん剤による治療効果が薄れてきた時、もうできることはな

いのでホスピスを探してくださいと言いう医師がいますが、これは良くないと思います。

さて、がんは熱に弱いのご存知でしたか？まだがんの治療法が無かった頃、マリアなどの感染症で高熱が出た患者さんのがんが、自然に小さくなったという例が報告されています。しかし我々は恒温動物ですから、いくら熱い風呂に入っても身体の中の温度までは上がりません。京都大学の菅原努教授が1983年頃に「自分はがんを温める治療(ハイパーサーミア)を試みています。内科医の協力が必要なので、京都府立医科大学の内科にお願いしたい」と言っていました。

動物実験で血液の流れが十分にある正常な組織と血液の流れの悪いがんを5度のお湯に浸けると、がんだけが熱にやられるというのが、温熱療法の基本的な考え方です。その当時、私たちは肝臓がんに詰め物をする塞栓療法を行っていました。がんに詰め物を

して血液の流れを止め、そこに温熱をすればがんをやっつけることができることを発見しました。2週間に1回8カ月の治療で大きな肝臓がんも消えた例もあります。

私は内科が行う温熱療法としてハイパーサーミアを単独でも、他の治療と併用でも健康保険が使えるよう、厚生省と掛け合い、このことで温熱療法が大きく前進しました。どんなに進行しても諦めずに治療しましょう。小さくならなくても、かなり抑え込みますから、治療は有効です。最近

手術も放射線も抗がん剤もイヤだという患者さんが増えてきました。がん患者さんの不安は千差万別です。どんなに進行して他所で見放されても、治療することで患者さんは生きる希望を持たれます。がんとの平和共存を目指したいものです。

ハイパーサーミアは山本ビニター株式会社で製造している温熱療法の装置です。温度が上がるとがんはダメージを受け、免疫も上がります。他の治療との併用で効果が高まるどころがポイントです。頭以外の全身の治療に使えます。人間の全身60兆個の細胞のうち、活性酸素による遺伝子の異常などにより、毎日千から数千のがん細胞が生まれていると言われていますが、簡単にはがんにならないのは、免疫系が殺してくれるからです。免疫学的監視機構という、がんが出来ないように見回っている免疫細胞があります。しかしストレスにより免疫が弱ったりすると、がんが増えます。がんの死亡率は年齢と共に45歳くらいから増えていきます。年齢と共に免疫能力が落ちてくると反比例して弱くなります。エイズの患者さんなども免疫力が低いのがんに罹りやすいのです。免疫力の低下はがんの主要な原因になります。

温熱療法の特徴として熱を加えますと、全身にヒートショックプロテインがでます。これは身体を守るたんぱく質でストレスに強くなります。免疫細胞が元気になる、がん細胞を攻撃しやすくなります(がんワクチン効果)。またこのヒートショックプロテインによって、放射線や抗がん剤の副作用が軽減します。加温によってがん細胞も熱に強くなりますが、3日くらいで温熱耐性はなくなりますので、ハイパーサーミアは1週間に1〜2回のペースで行うのがよいと思います。加温のための電極にはいろいろな種類があり、がんの位置に対応した温熱療法ができます。放射線治療だけではなかなか小さくならないがんを、温熱療法を併せることで、かなり小さくすることができています。脂肪は温度を上げるには邪魔ですから、痩せた人の方が温熱療法は効きやすいと言えます。抗がん剤に組み合わせると両方の効果が出やすくなります。温度を上げることにより、細胞膜の透過性が亢進して抗がん剤が取り込まれやすくなるからです。放射線との併用においても、放射線の30分以内に温熱療法をすると生存率も向上します。温熱療法と化学療法、放射線療法を組み合わせることで治療効果が上がるといふ論文が世界的にたくさん出ています。血管内カテーテル治療とハイパーサーミアを併用して奏功している例も多々あります。いろいろな治療を組み合わせることを「集学的治療」と言います。ハイパーサーミアだけで治療するとうつるかな。大きながんが小さくなることはありませんが、大きくなるのを抑える作用があります。がんの進行をゆっくりさせるのもハイパーサーミアの特徴です。がんの再発予防が出来ている症例は多くあり、中には10年も再発していない方も見られます。ハイパーサーミアと何らかの治療を併用することが非常に効果的だと考えています。

細胞が元気になる、がん細胞を攻撃しやすくなります(がんワクチン効果)。またこのヒートショックプロテインによって、放射線や抗がん剤の副作用が軽減します。加温によってがん細胞も熱に強くなりますが、3日くらいで温熱耐性はなくなりますので、ハイパーサーミアは1週間に1〜2回のペースで行うのがよいと思います。加温のための電極にはいろいろな種類があり、がんの位置に対応した温熱療法ができます。放射線治療だけではなかなか小さくならないがんを、温熱療法を併せることで、かなり小さくすることができています。脂肪は温度を上げるには邪魔ですから、痩せた人の方が温熱療法は効きやすいと言えます。抗がん剤に組み合わせると両方の効果が出やすくなります。温度を上げることにより、細胞膜の透過性が亢進して抗がん剤が取り込まれやすくなるからです。放射線との併用においても、放射線の30分以内に温熱療法をすると生存率も向上します。温熱療法と化学療法、放射線療法を組み合わせることで治療効果が上がるといふ論文が世界的にたくさん出ています。血管内カテーテル治療とハイパーサーミアを併用して奏功している例も多々あります。いろいろな治療を組み合わせることを「集学的治療」と言います。ハイパーサーミアだけで治療するとうつるかな。大きながんが小さくなることはありませんが、大きくなるのを抑える作用があります。がんの進行をゆっくりさせるのもハイパーサーミアの特徴です。がんの再発予防が出来ている症例は多くあり、中には10年も再発していない方も見られます。ハイパーサーミアと何らかの治療を併用することが非常に効果的だと考えています。

市民健康講座としての2つの講演会をはじめ、教育講演、5つのシンポジウム、HIPERCワークシヨップなど多彩なプログラムを展開、2日目に開催された市民健康講座では「がん治療におけるハイパーサーミア(温熱療法)の役割」と題して、温熱療法の第一人者である医療法人千春会 千春会ハイパーサーミアクリニックの近藤元治院長と彩都友絢会病院の中村仁信院長による講演が行われました。2日間の大会には計約250名が参加、盛会裡に終了しました。

講演会をはじめ、教育講演、5つのシンポジウム、HIPERCワークシヨップなど多彩なプログラムを展開、2日目に開催された市民健康講座では「がん治療におけるハイパーサーミア(温熱療法)の役割」と題して、温熱療法の第一人者である医療法人千春会 千春会ハイパーサーミアクリニックの近藤元治院長と彩都友絢会病院の中村仁信院長による講演が行われました。2日間の大会には計約250名が参加、盛会裡に終了しました。

市民健康講座としての2つの講演会をはじめ、教育講演、5つのシンポジウム、HIPERCワークシヨップなど多彩なプログラムを展開、2日目に開催された市民健康講座では「がん治療におけるハイパーサーミア(温熱療法)の役割」と題して、温熱療法の第一人者である医療法人千春会 千春会ハイパーサーミアクリニックの近藤元治院長と彩都友絢会病院の中村仁信院長による講演が行われました。2日間の大会には計約250名が参加、盛会裡に終了しました。

市民健康講座としての2つの講演会をはじめ、教育講演、5つのシンポジウム、HIPERCワークシヨップなど多彩なプログラムを展開、2日目に開催された市民健康講座では「がん治療におけるハイパーサーミア(温熱療法)の役割」と題して、温熱療法の第一人者である医療法人千春会 千春会ハイパーサーミアクリニックの近藤元治院長と彩都友絢会病院の中村仁信院長による講演が行われました。2日間の大会には計約250名が参加、盛会裡に終了しました。

市民健康講座としての2つの講演会をはじめ、教育講演、5つのシンポジウム、HIPERCワークシヨップなど多彩なプログラムを展開、2日目に開催された市民健康講座では「がん治療におけるハイパーサーミア(温熱療法)の役割」と題して、温熱療法の第一人者である医療法人千春会 千春会ハイパーサーミアクリニックの近藤元治院長と彩都友絢会病院の中村仁信院長による講演が行われました。2日間の大会には計約250名が参加、盛会裡に終了しました。

市民健康講座としての2つの講演会をはじめ、教育講演、5つのシンポジウム、HIPERCワークシヨップなど多彩なプログラムを展開、2日目に開催された市民健康講座では「がん治療におけるハイパーサーミア(温熱療法)の役割」と題して、温熱療法の第一人者である医療法人千春会 千春会ハイパーサーミアクリニックの近藤元治院長と彩都友絢会病院の中村仁信院長による講演が行われました。2日間の大会には計約250名が参加、盛会裡に終了しました。

市民健康講座としての2つの講演会をはじめ、教育講演、5つのシンポジウム、HIPERCワークシヨップなど多彩なプログラムを展開、2日目に開催された市民健康講座では「がん治療におけるハイパーサーミア(温熱療法)の役割」と題して、温熱療法の第一人者である医療法人千春会 千春会ハイパーサーミアクリニックの近藤元治院長と彩都友絢会病院の中村仁信院長による講演が行われました。2日間の大会には計約250名が参加、盛会裡に終了しました。



# 業界No.1の高効率を自在に設置。

(30馬力システム:IPLV6.4)

## 業界No.1<sup>※1</sup>の運転効率を発揮。

※1.JRA4066:2014「ウォーターチリングユニット」に基づく、散水レス仕様において(2015年11月現在/当社調べ)。

運転時間の最も多い低負荷時の運転効率を徹底的に向上。

# IPLV6.4

(30馬力システム)

Style Free Chiller [ジザイ]

# JIZAI

空冷ヒートポンプチラー  
30HP・40HP・50HP

新発売

空きスペースを活かした

## 自在な設置が可能なセパレート型。

※2  
業界初

※2.「ウォーターチリングユニット」セパレート型方式において(2015年11月現在/当社調べ)。

ユニット単位で分割設置でき、  
現地スペースに合わせた自在な設置が可能。

エレベーター<sup>※3</sup>による  
ユニット単位の分割搬入も可能。  
更新時の撤去もスムーズに行えます。

※3.13人乗りエレベーター(JIS A4301-1983)の場合。



ハイドロユニット

熱源ユニット

省スペース、省工事な  
一体型もラインアップ。



**ダイキン工業株式会社 空調営業本部**  
本社 〒530-8323 大阪市北区中崎西二丁目4番12号 梅田センタービル  
東京支社 〒108-0075 東京都港区港南二丁目18番1号 JR品川イーストビル

ダイキン  
コンタクトセンター  
お客様総合窓口



非通知設定の方は、最初に「186」をダイヤルいただき発信番号の通知をお願いします。  
**0120-88-1081** ..... 全国共通フリーダイヤル  
<http://www.daikincc.com> ..... ご相談対応ホームページ



ハートで応える  
プロの提案

## Kenes Utility Service

ケネス ユーティリティサービス

関西電力グループ  
power with heart



初期  
投資費用を  
軽減したい!

ランニング  
コストを  
減らしたい!

### ケネス Kenesで解決! エネルギーのこと ぜんぶまるごと

経営資源を  
本業に集中  
したい!

事業継続  
(BCP)  
対応を強化したい!

瞬低対策で  
生産設備を  
守りたい!

環境保全への  
取組みを  
強化したい!

エネルギーの事は  
プロに  
任せたい!

カスタマイズにより  
エネルギーを  
最適化したい!



株式会社関電エネルギーソリューション(Kenes:ケネス)は、  
関西電力グループの技術力・総合力を活かし、  
ワンストップで最適なソリューションを提供します!



株式会社関電エネルギーソリューション

〒530-0005 大阪市北区中之島2丁目3番18号 中之島フェスティバルタワー TEL:050-7105-0147(代表) FAX:06-6228-1777 <http://www.kenes.jp/>

# 医療におけるフットケアとは？ 足病医への取り組み

## 新須磨病院・創傷治療センターの15年

コーディネーター

澤田 勝寛 (医療法人慈恵会 新須磨病院 理事長・院長)

北野 育郎 (新須磨病院 外科・創傷治療センター 医師)

寺師 浩人 (神戸大学医学部 形成外科学教室 教授)

辻 依子 (新須磨病院 形成外科・創傷治療センター 医師)



澤田 勝寛 寺師 浩人 辻 依子 北野 育郎

日本の足の創傷治療の先駆けである先生方にお集まりいただき、お話を伺いました。

—— 新須磨病院では非常に早くからフットケアに取り組んで来られたとお聞きしています。

2017年9月17日(日)、神戸市のANAクラウンプラザホテル神戸にて、「第14回日本フットケア学会神戸セミナー revisited」が開催されました。会長を務めたのは、医療法人社団慈恵会 新須磨病院 形成外科・創傷治療センターの辻依子医師です。フットケア学会とはどういった学会なのか、医療におけるフットケアとは何なのか。「足病」とは？「足病医」とは？

澤田 10数年前の日本では、「創傷治療」という考え方が認知されておらず、足の指先を怪我しただけで足の切断に至るようなことがありました。血流が悪くなるので切るしかないと言われていたのです。しかし米国ではwound care (創傷ケア)と言って足を切断せずに傷を治す治療を行っているというので、北野先生に見に行っていました。本当に足の指だけの切断、あるいは足を残して患者さんが歩けるような治療が行われていて、かなりのカルチャーショックを受けて帰ってきたのが、2002年のことでした。当時の日本では殆どそのような治療を行っていないところはあるかもしれませんが、米国在住の足病医に教えてもらいなが

ら、創傷治療センターを立ち上げました。その後、神戸大学医学部形成外科学講座の寺師先生に支援していただきながら、同講座の辻先生にも来ていただいて、血管外科、形成外科、整形外科、糖尿病、透析などの医師、さらに義足や特殊な靴作り、関係する看護師、検査技師などなど、様々な人が関わるチーム医療によるフットケアというところまで来しました。15年前までは足を切断する人が本当に多かったのですが、今は足を残すことができるようになりました。「創傷治療」という考え方もこの10年で広まってきたと思います。

寺師 私は1986年に大分医科大学(現大分大学)医学部医学科を卒業、大分医科大学附属病院皮膚科形成外科に約15年おりましたが、2001年に神戸大学医学部附属病院形成外科に来ました。来てすぐに、澤田先生から創傷治療センターを手伝って欲しいというお話をいただいて、もともと創傷治療という傷を治す仕組みを基礎や臨床でずっとやってきておりまして、結構自信もあつたのですが、創傷治療センターではことごとく裏切られました。傷が治らないのです。どうしてだろうと考えた時、今まで自分が行ってきた創傷治療は合併症のない傷や火傷を治すもので、血行障害も神経障害も

創傷を治す形成外科、整形外科、皮膚科などの診療科が必要で、2002年当時、日本でこういった治療を積極的にやっている施設は少なく、かなり限られた地域だけに、足を専門とする血管外科医や整形外科医がいるという状況でした。ですから兵庫県では、糖尿病で足が壊れると、大切断になってしまふなど、治療に非常に難渋しているのが実情でした。

2003年1月に創傷治療センターを開設するにあたり、私1人では何もできませんでしたので、まだ面識もなかった寺師先生に、バイパス術後の創傷治療をお願いしたいと連絡しました。お互いに違う科でしたから、考え方も随分違い、手探りで始めたチーム医療でした。寺師先生と初めて治療した症例は、既に片足は切断されていて、残った足も切断する寸前の女性でした。何とか助けなくてはいけないということで、まずバイパス手術を行い、血流を改善してから、寺師先生とデブリードマン、植皮術を行い、何とか救済することができました。

その後、集学的治療はさらに進み、看護師さんにフットケアの知識を広めたり、器具を使って歩けるよう足専門の装具士さんにも加わってもらいました。また立位、歩行訓練のため理学療法士や作業療法士の役割も大切になってきています。

澤田 寺師先生は創傷研究の第一人者でしたが、糖尿病の患者さんは血管が乏しくて血流が少ないですから、傷が治りません。創傷治療センターで行っているのはそういう状況に対する治療です。

—— 足病というのは糖尿病によるものですね。

2002年にロサンゼルスに行き、Wound Care Center という創傷専門のセンターを見学しました。そこでは血管外科、形成外科、糖尿病内科、感染症内科医などとともに、Podiatristと呼ばれる足病医が連携して、チーム医療を行っていました。単診療科では治すことができなかった創傷を、集学的治療を行うことで治すことができていることに一番ショックを受けました。

澤田 糖尿病による足の障害については、1万人以上の足病医がいるのに、日本には0人だったからです。

北野 糖尿病性足病変の原因には血流障害と神経障害の2つがあります。これに感染が加わることで大切断に至ります。血流はあるのに神経障害で何故壊死するのかという、知覚神経障害により痛みが分からないうことや、運動神経障害による足の变形、自律神経障害による皮膚の乾燥などが挙げられます。糖尿病の患者さんは網膜症で目が見えなくなっていることも多く、知覚障害で痛みもわからない

ため、病院を受診した時には重症化して、切断に至るケースもあります。また血流障害では虚血により足が壊死します。今回米国の血管外科学会から新しい足病の重症度のクラス分け(Wifi分類)が出されたのですが、これは重症度を①傷の大きさと②虚血と③感染の3つの観点から判定しようというものです。

また、米国には糖尿病足病変専門の義肢・装具士がいます。日本には足専門の義肢・装具士はいなかったのですが、最近足を専門的に観る義肢・装具士さんも育つてきています。

全国的に患者さんはどれくらいいるのですか。

寺師 糖尿病の患者さんは1000万人おられます。神経障害の方が500万人、血行障害の方が400万人、透析を受けている方が32・5万人です。透析は糖尿病からの方が殆どです。人口は減っていますが、高齢化に伴い、糖尿病も動脈硬化も透析患者も増えていきます。2025年までには団塊の世代が後期高齢者になり、75歳以上の方が500万人増えます。病気を抱えている人がさらに増えているということですね。実際に、糖尿病で足に傷がある人は少なくとも20万人いますが、これに対しては多職種で対応していかなくてはなりません。傷ができないようにするフットケアも大切です。しかし足に傷があった時、人々はどうするでしょうか。まず多くの病院ではとりあえず軟膏を出します。しかし血流が乏しかったり神経障害があれば治りません。

重症化する可能性が高くなります。足病医がいないと最初から治療のレベルに乗っていないので重大なことになるかもしれません。

北野 我々は2003年から始めて、15年経ちますが、全国的にもこういった取り組みをされる施設が増えてきて、いろいろなことが分かってきました。わが国の重症虚血肢の特徴として、欧米に比べ圧倒的に維持透析の患者さんが多いことが挙げられます。我が国の維持透析数は32・5万人で、そのうち年間9千人が足切断されています。足病に関しては欧米の方がかなり先進国ですが、維持透析になって1年後の生存率は日本の方が4倍高く長生きで、透析医療においては日本の方が優秀です。現在足の患者さんの半数弱が、透析患者さんです。欧米と日本のガイドラインは事情が違い、非常に特殊な「足病大国」ということができます。

足病治療で大事なことは、「未然に防ぐ」ということです。今回下肢救済・足病学会が中心となり、患者さんを拾い上げる目的で提案され、秋野公造参議院議員が国会に出された「下肢救済・足病重症化予防加算」が、2016年の診療報酬改定に盛り込まれました。また9月に辻先生が会長となって「第14回日本フットケア学会神戸セミナー revisited」を開催しましたが、この「フットケア」には「予防」という思いが込められています。

辻 フットケアというと、爪をきれいにしたり足をきれいに洗ったり、アロマやマッサージといったイメージが強く、初めのうちは学会でも

そういった面が大きかったように思います。足潰瘍にきちんと取り組んだのは、2005年の北野会長が第2回日本フットケア学会神戸セミナーを初めて神戸で開催した頃からです。2016年には第14回学会集会を寺師会長が開催しており、私たちは足病変治療の最新情報を全国へ発信してきました。この9月のフットケアセミナーでは「みんなの力を結集しよう」をテーマとしました。2005年のフットケアセミナーでも、すでにチーム医療の重要性について取り上げられています。看護師にとっては、患者さんの足をきれいにしていくうちに、足に傷ができた時のことも考えられるようになってきて、足潰瘍のことも理解できてきているようですが、そのあとはやはり殆どが医師がしなくてはならないことが多いので、フットケアに対する考え方にはどうしても少し乖離があります。

北野 メタボリック症候群と心筋梗塞のようなイメージです。メタボリック症候群のうちは予防ですが、心筋梗塞になれば血行再建術が必要で、フットケアはあくまでも予防です。この15年間に大きく変わったことが2つあって、1つはこの15年でカテーテルによる治療(血管内治療)が非常に普及しました。その結果、血管外科医だけでなく循環器内科医もこの領域に積極的に参入しました。もう1つは、創傷治療を専門にする形成外科医も入ってきたことで、足潰瘍に対する新しい治療法がどんどん行われるようになっていっています。

澤田 形成外科治療でも、どんどん

新しい治療法が出てきていますので、きっちり実践してくれる形成外科医が必要だということと、辻先生に来ていただくようになりました。

足の傷を治しても歩けなければ意味がない

北野 形成外科医として足の治療に携わってきて、変わってきたことはありませんか。

辻 私は創傷治療センターに来て、11年目になります。形成外科医になって8年目に足の治療に入りましたから、足の治療をしている期間の方が長いのですが、1つ言えることは、足の傷を治しても歩けるようにならないと意味がないということです。悪いところを切除することが治療ですが、治療したからといって歩けるようになるかということでもありません。もつとと言うと、傷は治らなくても歩ける足が残れば患者さんはハッピーですが、治つても歩けなければアンハッピーです。私たちが考える「ゴール」と患者さんが思う「ゴール」は違うということです。しかも家族が思う「ゴール」はまた違います。家で元気に過ごしてもらおうと「ゴール」です。歩けなければ帰ってきて辛いわけです。皆のゴールを一致させるにはどうしたらよいか、総合的に考えるようになりまして。

北野 もともとは足を残そうという治療でしたが、10年経ち歩行を残そう、さらに生活を残そうという治療でなくてはなりません。そこで重要になってくるのが理学療法

士と作業療法士です。

寺師 結局、大切断(膝の下くらい)での切断になると歩くことはできません。切断前に患者さんは必ず「歩けるようになりますか」と聞かれます。傷が治らなくても、痛みがなくて感染していなければ、歩行が維持できることはあります。ここで理学療法と作業療法が必要になります。そのために、データを出して厚労省にも働きかけて、理学療法士と作業療法士に保険点数を付けるように動いています。患者さんの歩行を維持できるようにするためには必要なことです。

北野 一般の方がよく思われることですが、パラリンピックなどで義足のランナーがいらつしやいますね。ああいった事故で足を失ったような方と、糖尿病で足を切断される方とは全然違います。血管が詰まって足が壊死されているような方は、サルコペニアといって身体全体が動けなくなっています。ですから大切断後のリハビリも難しいです。今までの整形外科では、足を切断後は義足を付けてリハビリしたら早く歩けると言われていました。それが事故や悪性腫瘍の場合です。透析で、心臓も悪く、自分で手を動かすこともできないような患者さんの足を切断しても、2年後に亡くなる方が3割、もう一方の足を切断される方が3割です。「歩く」とは「命」「生活」に直結しています。

辻 足の壊死を治すのは私たちの役目ですが、未然に防ぐことが本当に大事だと思うようになりまして。裾野を広げていくためには、看

護師をはじめとするコメディカルの力が必要であると感じます。今回は、フットケア指導士や理学療法士と医師のコラボレーションについて考えてみました。足潰瘍を作らないために、コメディカルの人たちとどういった取組みができるかといったようなことです。現在は足潰瘍の患者さんは増えていますが、虫歯と同じように予防で減らしていくことができると思っています。

北野 予防で大切断が減れば、医療費もかなり削減されるはずですが。

ありがとうございます。

「足病」とは、2016年より具体的に医療体制の仕組みが動き出した新しい医療の領域。「足病の治療・予防法やその医療制度の新しい仕組みは、まだ一般の人々にはあまり知られていない。糖尿病や透析の重症化で年々増加する足切断を回避する取り組みや、病気を悪化させないための理念が、公明党の秋野公造参議院議員(兵庫県神戸市生まれ。内科医、厚労省勤務を経て2010年7月、長崎県から参議院議員に)らの努力で、国の「骨太の方針2015」となった。そして2016年度の診療報酬改定では「下肢末梢動脈疾患指導管理加算」(下肢救済加算)により、透析患者さんの重症化予防のための足チェックが義務化され、全国で足病治療体制つまり足切断を回避する仕組みが整えられつつある。

# VHJ研究会 第28回職員交流研修会

## 経営戦略・人事労務管理統合第①分科会 10月21日(土)9時~12時 シェラトン都ホテル大阪にて開催されました

### テーマは「医師の働き方改革について」

#### ■開会の挨拶

座長 北摂総合病院 理事長

#### 木野 昌也

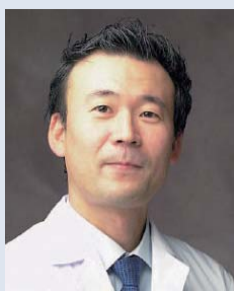
我々にとって最大の問題である「医師の働き方改革」について考えてみたいと思います。どこの病院も対応に苦労していますが、医師の働き方について方向性を示していければと思います。

#### ■基調講演

#### 『厚労省「医師の働き方改革」に関する検討会』の現状について』

厚労省同検討会構成員、社会医療法人ペガサス 馬場記念病院 理事長、日本医療法人協会 副会長、大阪府私立病院協会 副会長

#### 馬場 武彦



8月2日に第1回「医師の働き方改革に関する検討会」が厚労省の省議室で開催されました。議題は、①働き方改革実行計画を踏まえた時間外労働の上限規制、医師の勤務実態等について②医師の働き方改革についてでした。

会議決定)においては、長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し、

現在36協定の締結により上限無く時間外労働が可能となっている状況を見直す方向性が示されている。この中で、医師については、医師法(昭和23年法律第201号)に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、時間外労働規制の対象とするもの、改正法の施行期日の5年後を目的に規制を適用することとし、具体的には、医療界の参加の下で検討の場を設け、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得るとされた。これを踏まえ、本検討会を開催するものである」とあります。7年間(今現在で6年半)の猶予があるわけですが、議論する期間はあと1年半。かなりバタバタしています。年内に第6回まで行われる予定です。

まず「現行の時間外労働規制の概要等」の説明が行われました。1週間40時間の法定労働時間、そして36協定については、36協定の延長時間は「時間外労働の限定基準」に規定されています。36協定の年間6カ月まで例外的に無制限に限度時間を超えることができるというものです。しかしこの年間6カ月というのはいくことを再確認しました。一番大変なのは当直問題です。「時間外労働の上限規制について」では、応召義務があるため患者の求めがある限り勝手に帰るわけにはいかないと理屈付けていたのですが、問題点は私たちが病院であることです。1人で診ている開業医であれば通る話ですが、病院では医師の労働時間が短くなるよ

うな勤務体制を組めば済むことだと労働組合側から指摘されました。この観点から論じることは重要ですが、応召義務を理由に上限規制を撤廃することは困難なように思います。もちろん、女性医師の働き方の支援については、医療界としても出来るだけ話し合っていかなければいけないと思っています。医師の勤務を楽にするタスクシェアリングについても真摯に話し合っていかなければいけません。それが、それだけで解決する問題でもありません。さらにIT、AIの活用で医師の仕事が楽になると考える向きもありますが、残念ながらそうはいきません。(中略)

勤務時間の中には、診療時間、診療外時間として待機時間が含まれます。長く働いている中には待機時間が延びている傾向があります。今はここを切り分けて議論の中ではつきりさせていく必要があると考えています。病院単位でアンケート調査を行う予定です。ご協力お願いします。

第2回は9月21日に行われましたが、議題は①今後の進め方、主な論点について②労働時間法制について③医師の勤務実態についてでした。「労働基準法上の労働者性について」では医師が労働者なのかそうではないのかという論議は座長によって蹴されました。決まったことなので問題にしないと言われました。医師は労働者だということですが、

(中略)議論の中で、地域医療を守るといふ論点は1割にも満たしていません。今後私たちがしなければいけないことは、①医師の勤務環境の改善②地域医療崩壊への警鐘③新しい医師の労働制の確立です。

そのあと、特別講演「最新最高裁判例を踏まえた医師の残業手当への実務対応」 御堂筋法律事務所 弁護士 高井浩一、現状報告「医師の働き方改革に関して」各病院の現状報告 & 意見交換 座長・VHJ副会長 日立総合病院 顧問 岡裕璽 ①相澤病院 ②浦添総合病院 ③河北総合病院 ④倉敷中央病院 ⑤津山中央病院 ⑥トヨタ記念病院と続きました。

#### ■研究会を終えて

北摂総合病院 理事長 木野 昌也



いるのでは勝ち目はありません。現実的には固定残業代制やフレックスタイム制等々の採用で対応していくことを考えています。

VHJでは今現在の病院界にとって重要な話題について、4つのテーマで研究会を立ち上げていたのですが、その中の1つが「働き方改革」でした。馬場先生には厚労省の検討会での状況を整理していただきまし

た。我々現場の医師の思いと厚労省の間にはかなりの乖離があります。すべてが労働基準法の中での話で、病院では理事長以外は全員が労働者です。明らかにしたのは、我々医師の勤務を労働者として労働基準法の中で話してよいかどうか。根本的なところで困難を感じています。我々は医療の現場を最優先するた

めに、医師として働いてきましたが、その結果患者さんの状態によっては極めて長時間労働になることもありました。そのことに対して良くないとされているわけですが、現場では救急車が来れば対応せざるを得ません。労働基準法の中で話をし

た。我々現場の医師の思いと厚労省の間にはかなりの乖離があります。すべてが労働基準法の中での話で、病院では理事長以外は全員が労働者です。明らかにしたのは、我々医師の勤務を労働者として労働基準法の中で話してよいかどうか。根本的なところで困難を感じています。我々は医療の現場を最優先するた

めに、医師として働いてきましたが、その結果患者さんの状態によっては極めて長時間労働になることもありました。そのことに対して良くないとされているわけですが、現場では救急車が来れば対応せざるを得ません。労働基準法の中で話をし

た。我々現場の医師の思いと厚労省の間にはかなりの乖離があります。すべてが労働基準法の中での話で、病院では理事長以外は全員が労働者です。明らかにしたのは、我々医師の勤務を労働者として労働基準法の中で話してよいかどうか。根本的なところで困難を感じています。我々は医療の現場を最優先するた

めに、医師として働いてきましたが、その結果患者さんの状態によっては極めて長時間労働になることもありました。そのことに対して良くないとされているわけですが、現場では救急車が来れば対応せざるを得ません。労働基準法の中で話をし

いには整備されないままに放置してきたことに謝罪するのならば分かります。あるいは、これからは医師の労働環境を改善したいのでご協力お願いしますというのなら分かります。医師は今まで自分の労働時間が何時間かなどと考えてきたこともなかったのです。目の前の患者さんに対して必死でやってきました。そして、私たちは何を自分たちで工夫することが出来るのでしょうか。診療報酬も何もかもが厚労省によって決まっているのに、時間外に5割増しで職員に支払いをするようにと言われた時、その分の診療報酬はどうなるのですか。どの病院も当直などできなくなりました。1.5倍から2倍の非常勤医師を雇わなくてはやっていけません。厚労省の真意が分かりません。病院会としては現実的に勤務実態の調査と、医師法が医療法の範囲での医師の勤務の規定を考えています。

●VHJ研究会(麻生泰会長、Voluntary Hospitals of Japan)

ともに地域医療の中核をなす民間病院が、医療の質の向上や病院経営管理などの分野でそれぞれの持つ優れた点を学び、それを自らの病院における業務活動にいかそうと、自主的な研究活動を展開しています。

いには整備されないままに放置してきたことに謝罪するのならば分かります。あるいは、これからは医師の労働環境を改善したいのでご協力お願いしますというのなら分かります。医師は今まで自分の労働時間が何時間かなどと考えてきたこともなかったのです。目の前の患者さんに対して必死でやってきました。そして、私たちは何を自分たちで工夫することが出来るのでしょうか。診療報酬も何もかもが厚労省によって決まっているのに、時間外に5割増しで職員に支払いをするようにと言われた時、その分の診療報酬はどうなるのですか。どの病院も当直などできなくなりました。1.5倍から2倍の非常勤医師を雇わなくてはやっていけません。厚労省の真意が分かりません。病院会としては現実的に勤務実態の調査と、医師法が医療法の範囲での医師の勤務の規定を

いには整備されないままに放置してきたことに謝罪するのならば分かります。あるいは、これからは医師の労働環境を改善したいのでご協力お願いしますというのなら分かります。医師は今まで自分の労働時間が何時間かなどと考えてきたこともなかったのです。目の前の患者さんに対して必死でやってきました。そして、私たちは何を自分たちで工夫することが出来るのでしょうか。診療報酬も何もかもが厚労省によって決まっているのに、時間外に5割増しで職員に支払いをするようにと言われた時、その分の診療報酬はどうなるのですか。どの病院も当直などできなくなりました。1.5倍から2倍の非常勤医師を雇わなくてはやっていけません。厚労省の真意が分かりません。病院会としては現実的に勤務実態の調査と、医師法が医療法の範囲での医師の勤務の規定を

いには整備されないままに放置してきたことに謝罪するのならば分かります。あるいは、これからは医師の労働環境を改善したいのでご協力お願いしますというのなら分かります。医師は今まで自分の労働時間が何時間かなどと考えてきたこともなかったのです。目の前の患者さんに対して必死でやってきました。そして、私たちは何を自分たちで工夫することが出来るのでしょうか。診療報酬も何もかもが厚労省によって決まっているのに、時間外に5割増しで職員に支払いをするようにと言われた時、その分の診療報酬はどうなるのですか。どの病院も当直などできなくなりました。1.5倍から2倍の非常勤医師を雇わなくてはやっていけません。厚労省の真意が分かりません。病院会としては現実的に勤務実態の調査と、医師法が医療法の範囲での医師の勤務の規定を

いには整備されないままに放置してきたことに謝罪するのならば分かります。あるいは、これからは医師の労働環境を改善したいのでご協力お願いしますというのなら分かります。医師は今まで自分の労働時間が何時間かなどと考えてきたこともなかったのです。目の前の患者さんに対して必死でやってきました。そして、私たちは何を自分たちで工夫することが出来るのでしょうか。診療報酬も何もかもが厚労省によって決まっているのに、時間外に5割増しで職員に支払いをするようにと言われた時、その分の診療報酬はどうなるのですか。どの病院も当直などできなくなりました。1.5倍から2倍の非常勤医師を雇わなくてはやっていけません。厚労省の真意が分かりません。病院会としては現実的に勤務実態の調査と、医師法が医療法の範囲での医師の勤務の規定を

いには整備されないままに放置してきたことに謝罪するのならば分かります。あるいは、これからは医師の労働環境を改善したいのでご協力お願いしますというのなら分かります。医師は今まで自分の労働時間が何時間かなどと考えてきたこともなかったのです。目の前の患者さんに対して必死でやってきました。そして、私たちは何を自分たちで工夫することが出来るのでしょうか。診療報酬も何もかもが厚労省によって決まっているのに、時間外に5割増しで職員に支払いをするようにと言われた時、その分の診療報酬はどうなるのですか。どの病院も当直などできなくなりました。1.5倍から2倍の非常勤医師を雇わなくてはやっていけません。厚労省の真意が分かりません。病院会としては現実的に勤務実態の調査と、医師法が医療法の範囲での医師の勤務の規定を



関西電力とご契約いただいているお客さまの、**省エネルギー・省コスト・環境性向上に向けた取り組みを無料でお手伝いします。**



ヒアリング

**お客さまの現在の状況について、丁寧にヒアリング**

[例] 省エネ取り組み状況、エネルギーご使用状況、設備概要（仕様・運用実態等）、お客さまニーズ 等

データによる分析

**データを活用し、エネルギーのご使用状況を分析**

[例] 電気のご使用実績、お客さま保有BEMSデータ、その他エネルギーご使用実績 等

設備調査  
設備診断

**設備の調査・診断により、運用状況を把握**

[例] 簡易コンサルティング(ウォークスルー)、データ測定(圧力、電力、流量、温度等)、放熱測定(サーモカメラ等)、設備稼働状況(短周期、同時性のあるデータ) 等

ご提案

**改善方策・設備改修計画をご提案**

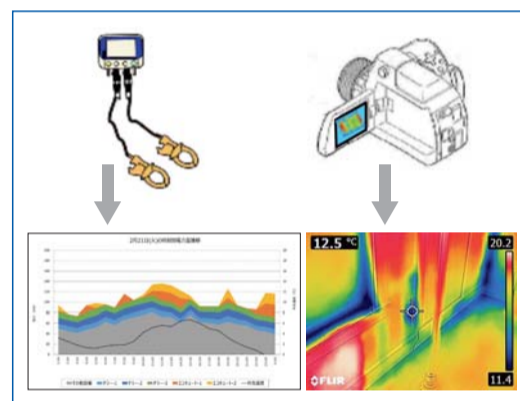
[例] 設備の運用改善のご提案、設備改修のご提案(設備改修ロードマップ)

**運用変更後の効果検証も実施させていただきます。**

【電気ご使用実績「見える化」】



【電流測定とサーモカメラによる測定例】



＜関西電力ホームページ/法人のお客さま＞  
<http://kepcoco.jp/biz/setsuden/>

関西電力 省エネ・節電に役立つ情報

検索

Kinden



エネルギー 電気 衛生 情報  
情報通信 計装 環境 内装 その他  
空調 土木

**チーム、きんでん。**

(施工力+技術力+現場力)×情熱

“お客さま満足”という目標に向かって、  
さまざまなスタッフが力を結集。  
人間力を基盤とした総合エンジニアリング力で、  
あらゆるソリューションにお応えします。

本店 大阪市北区本庄東2丁目3番41号 東京本社 東京都千代田区九段南2丁目1番21号  
TEL.06-6375-6000 TEL.03-5210-7272  
<http://www.kinden.co.jp/>

きんでん

# 循環器診療地域連携フォーラム

## 3テスラMRI導入記念

主催：循環器診療地域連携フォーラム研究会  
共催：社会医療法人渡邊高記念会

シーメンズヘルスケア株式会社

10月21日(土)、ホテルヒューイット甲子園にて開催されました。



### 開会挨拶

社会医療法人渡邊高記念会  
理事長 佐々木恭子



本日は3テスラMRI導入記念の講演会を開催させていただきます。地域が一緒になって医療を進めていこうという時代には、私たちは自分たちができるところ、自分たちが向かっている道を周知していただいで利用していただくということをもっともつとやっつけていかなくてはいけないと考えております。病院を運営している一人として考えることは、病院とはそこで働くドクターを中心としたスタッフが思いっきり腕を磨ける、思いっきり力を発揮できる、そんな環境を作ることが、病院を運営する人間に与えられた大きな使命であると思えます。さらには、その皆が頑張ってくれている病院の姿を地域の皆様に周知していただいで、もつともつと利用していただくようにしていく。この循環を病院が作つていけば、結果として地域の方に貢献することもできますし、我々の医療も病院も発展していくと考えています。

今日もそういった思いを形にする形で開催させていただきます。10周年を記念して、新しいCT2管球×192スライス搭載型を入れさせていただきます。SUPER ICU(特定集中治療室)になり、アンギオ室も2室になり、今回MRI1.5Tと3Tの2台のMRIが揃いました。これからの循環器医療にはMRIは欠かせないものになると思います。センター長の民田から、私どもが今行っている治療におけるMRIの有用性について話してもらい、さらに榊原記念クリニックの寺岡先生にも、心臓MRIの有用性についてお話しただく予定です。小児の心臓の手術では世界の第一人者でおられる佐野俊二先生にもお話をいただきます。私どもが心臓血管センターを設立する時に、設計に携わつてくださったのが当時岡山大学心臓血管外科教授の佐野先生でした。おかげで10年経つても古びず、どんどん最新の医療機器が入るスペースのある病院を維持できています。

今は厳しい時代で、厳しい話しか耳に入ってきてません。何だか元気のなくなる時代です。高齢社会を迎えるこの日本ですが、知恵を絞れば必ず明るい未来があるはずですよ。我々ができることを可能な限り形にして、皆さんに提供して、地域の医療、日本の医療が国

難とならないようにこれからも頑張つていきたいと思います。

### 『日常診療における心臓MRIの有用性』

西宮渡辺心臓・血管センター  
センター長 民田浩一

私たちが頻繁に用いております心臓MRIのお話をさせていただきます。心臓MRIで何が分かるのかという点ですが、循環器領域において心臓MRI検査にはいくつかの撮影方法があり、対象疾患や検査目的に応じて組み合わせが行われます。主な心臓MRIの撮影方法としては、心臓の動画像を得るシネMRI、心筋血流の評価を行うパーフュージョンMRI、梗塞や線維化の評価に用いて心筋の障害を見る遅延造影MRI、冠動脈MRAなどがあります。これまではエコー、シンチ、PET、CTなどいろいろな機器を用いて多様な心臓の疾患の診断をしてきました。しかしMRIはすべての検査を統括し、今はゴールドスタンダードとして置かれています。例えば、エコーでは心筋の壁が薄くなつて動きが悪くなつた心臓の動きを見るのには技術が要ります。非常に大事な検査ですが、MRIなら誰が見ても分かるような鮮明な画像を

得ることができます。また、パーフュージョン(灌流perfusion)MRIは、や組織に液体を流すこと)MRIは、特に狭心症の診断において心臓の筋肉への血流を見るのが大事ですが、例えば冠動脈に狭いところがありますと、造影剤を流した時に正常心筋に比べて染まりが遅くなつてきます。心筋の染まりが遅れてくることで、欠損の部位が良く分かり、虚血があると診断することが出来ます。さらに造影剤を入れて10〜15分して再度撮影をしますと、遅延造影と言いますが、冠動脈が詰まって非常に心筋のダメージを受けたところに色が付いてきます。心筋梗塞の部位も範囲も非常によく分かります。そしてMRAですが、頭蓋内の血管、首の血管に関してはゴールドスタンダードだと思います。心臓の場合は動きますのでMRIでの追従が難しかったのですが、近年の画像の処理、心電図と同期させることで、非常にきれいな冠動脈の造影が造影剤なしで得ることが出来ます。冠動脈の形態学的な評価に対しては、冠動脈CTが進んでいるわけですが、弱点として動脈硬化が強くなつてきて血管の石灰化が起こつてくると白く光つてしまい、狭窄の度合いが分かりにくくなります。しかしMRIの場合は影響を受けません。ですから動脈硬化が強い場合、冠動脈MRAが非常に役に立ちます。

心筋梗塞で私たちが治療を行っているのは、血管が詰まってできるだけ血の流れを早く再灌流してあげたいという場合です。早期の再灌流療法ができて、致死率、致死亡率が非常に下がりました。しかし虚血再灌流で心筋のダメージが起こることもありますので、冠動脈をきれいにしても微小な血管が詰まったり、やられていることもあるので血流が流れません。こういった場合は心筋のダメージが大きく予後が悪いです。さらに心筋が出血性梗塞を起こすこともあります。これもMRAではつきりと分かります。当院では開設時より1.5TのMRIでこういったことを行ってきましたが、脳外科の診療が活発になってきたこと、下肢の末梢動脈治療なども積極的に行うようになってきたことから、1台では対応することが難しくなつてきましたので、今年6月に1.5T MRIの新調と3T MRIを導入して、2台体制を整えました。(以下略)

その後、2つの特別講演が行われました。特別講演I『心臓MRIの有効性について』公益財団法人日本心臓血管研究振興会榊原記念クリニック 寺岡邦彦内科部長(座長・西宮渡辺心臓・血管センター 民田浩一センター長) 現在MRIはゴールドスタンダードでエコーに入れかわる装置であるというお話でした。特別講演II『夢の再生医療―臨床応用を目指して―最新の心臓外科治療―夢の再生医療が現実―』カリフォルニア大学サンフランシスコ校、心臓血管外科 佐野俊二教授(座長・神戸大学大学院医学研究科外科科学講座 心臓血管外科学分野 大北裕教授)



佐野 俊二 教授

新生児の再生医療はすでに現実段階であるという夢のあるお話でした。▼検査を受けて頂く方に快適な環境を確保するために、様々な最新技術を搭載しています。静音撮像技術により騒音を軽減し、軽量コイルシステムにより圧迫感を軽減することができます。▼下肢の動脈、静脈の新しい撮像法が可能となりました。こちらの撮像法では、造影剤を使用することなく、高画質な画像を従来の半分の時間で撮像可能となります。▼心筋症に対して、今までの視覚的な判断に加え、定量評価が可能となりました。心筋の様々なコントラスト画像が一回の息止めにより撮像できる画期的な検査を受けて頂けます。

### 新世代ハイスベック

#### 3テスラMRI装置を導入

Magnetic Resonance

Imaging System

MAGNETOM Skyra 3T

ドイツ・シーメンズ社製

MRI(磁気共鳴画像診断)検査について

MRI検査とは、磁場を利用して体内の様子を画像化するもので、解剖的、質的診断にきわめて有効な検査です。

3テスラ(磁場強度MRI装置について

従来の超電導磁石1.5テスラMRI装置に比べ2倍の磁場強度を備えており、従来の装置に比べ、より精密な検査に対応可能となります。

●高精度な画質 3テスラの高い磁場強度により、微小病変がより見やすくなります。

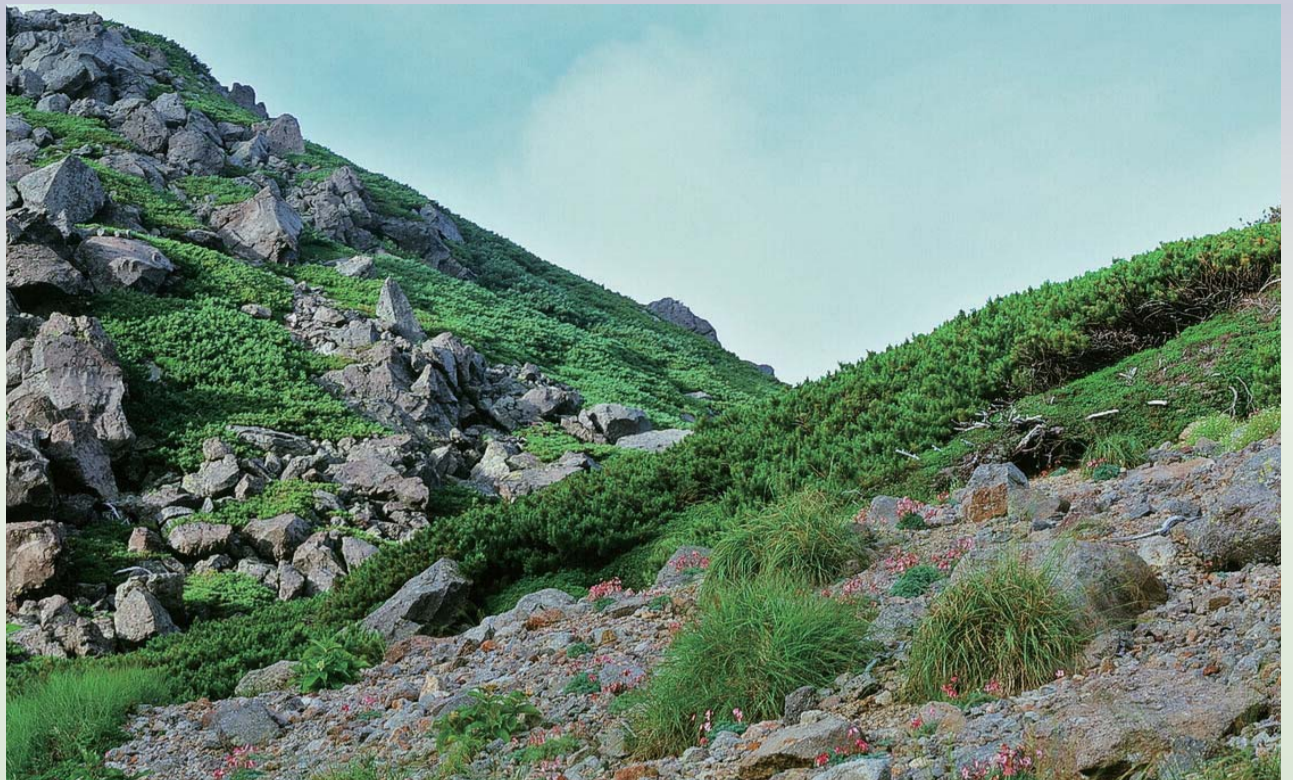
●開口部が広い 現存する装置の中で最も広い70cmの開口部を確保し、今までより快適に検査を受けて頂けます。

▼検査を受けて頂く方に快適な環境を確保するために、様々な最新技術を搭載しています。静音撮像技術により騒音を軽減し、軽量コイルシステムにより圧迫感を軽減することができます。

▼下肢の動脈、静脈の新しい撮像法が可能となりました。こちらの撮像法では、造影剤を使用することなく、高画質な画像を従来の半分の時間で撮像可能となります。

▼心筋症に対して、今までの視覚的な判断に加え、定量評価が可能となりました。心筋の様々なコントラスト画像が一回の息止めにより撮像できる画期的な検査を受けて頂けます。

# Photo Gallery



晩夏の乗鞍岳と白川郷への旅  
今は静謐の世界なり

● BY Osaka Private Hospital Association  
President Hiromichi Ikuno

## ドクターズ・イン・シネマ94

例によって、殆ど予備知識を持たずに観たのですが、「あさがくるまえに」(仏・ベルギー16)には唸りました。「近頃のTVドラマに多い患者と医師の集団劇かな」と思っていたけれど…、こんなに考えさせられるとは。

そう、複数の男女の群像劇です。まず17歳のサーフィン好きの少年シモン、彼の恋人と仲間と両親。ノルマンジーの海沿いの古都ル・アーヴルの砂浜と大波と坂道、彼等を撮る移動カメラが美しく、バックミュージックが快い。

一方、パリでは中年の女流作曲家クレール、彼女の息子達とレスのお相手の歌手。音楽堂や石畳のアンクルが絶妙で、弾き語りのソプラノが繊細。

青を基調とした光と影、欧州映画独特の流麗感。日本初公開ですが、女流監督カテル・キレヴェレの感覚の冴えが、我々の心を「掴み」「乗せ」ます。

この10人位の日常を交互に観せられ、我々はどの人物にも好感を持ってしまいます。TVの「欧州の街歩き番組」に癒されるような気持ちで…。

が、ここまでは、ほんの序章だったのです。…突然ッ、シモンが交通事故に遭い、脳死と診断される。一方、クレールはホールで胸を抑えて昏倒。



ここに主治医の女医トマが登場。「全仏に手配するわ、心臓移植がベストよ」と助言、彼女は「臓器移植コーディネーター」でもあったのです。

しかしシモンの両親が移植を「あの子はまだ生きている」と「拒絶」。クレールも「高齢者の私が延命してもらってイイの?」と「葛藤」を繰り返す。…ようやく「ドナーを承諾」する両親と恋人が無反応のシモンにイヤホーンで聴かせるサウンドが「波の音」。(これが悲しい)。クレールも息子達の喜ぶ顔を想って「レシピエントをお願いします」。もちろん双方の素情は知らされない。

ここから「移植センター」と二つの「病院」のスタッフ、医師団が「群像」に加わります。「朝が来る前」までの動きが俊敏で映像がシャープ。

圧巻の「心臓手術」の臨場感には、観ている私の体も強張りました。なにしろ、医師と患者のロングから切れ目なく手先のアップになり、鼓動する心臓血管にメスを入れるショットになるんです。(本当にどんな風に撮ったのか)。

臓器「デリバリー」の描写も凄い。アルミケースを抱えた輸送班→パイロット→バイクライダーと次々リレーされ病院へ。(どの人も走る姿がイイ)。

そしてル・アーヴルにもパリにも「朝」が来ます。沈黙の中でのシモンの葬儀の準備、息子達とクレールの類笑み、医療関係者のほっとした達成感。

やはりフランス映画ですね。素潜りたちの「グラン・ブルー」(仏伊88)やワクチン輸送の「空と海の間」(仏55)を思い出しました。そして「運転免許証」や「医療被保険者証」の裏に書かれている「臓器提供への〇×」について「真剣に考えねば」との深い想いで、シートから立ち上がりました。  
(白井松器械・白井秀明)



# 一般病院の経常利益率1%を割り込む 急性期病院の病棟群条件の改善が必要

日本医療法人協会 会長／大阪府私立病院協会 副会長／社会医療法人協和会 理事長 **加納 繁照**

独立行政法人福祉医療機構（WAM）が10月13日に発表した2016年度病院経営状況分析によると、一般病院の経常利益率が0.7%と1%を割り込んだことが分かりました。2015年度は1.5%でしたからほぼ半分です。医療収益は経年的に増加していますが、医療従事者の増員による人件費率が上がったことが大きな要因と分析されています。

集計は福祉医療機構の貸付先病院を対象に行われたもので、その内訳は一般病院（全病床に占める一般病床の割合が50%を超える病院／638病院）、療養型病院（全病床に占める療養病床の割合が50%を超える病院／457病院）、精神科病院（全病床に占める精神病床の割合が80%以上の病院／243病院）の決算データから算出されています。

一般病院では、病床1床あたりの医療収益は12年度1844万円、15年度2004万円、16年度で2033万円。人件費率は12年度51.3%、15年度52.4%、16年度53.2%と増加していますが、1人あたり人件費は12年度617万円、15年度627万円、16年度625万円。福祉医療機構では人件費率の上昇は医療従事者の増員が背景にあると見えています。そして、経常収益対経常利益率は12年度3.6%、13年度2.3%、14年度1.5%、15年度1.5%、16年度

0.7%と減少しました。療養型病院では、病床1床あたりの医療収益は経年的に増え、人件費率も12年度57.1%、16年度59.3%に。経常利益率は12年度6.4%、16年度5.5%でありました。精神科病院では、病床1床あたりの医療収益は12年度600万円、16年度622万円。人件費率は12年度60.5%、16年度62.2%。経常利益率は15年度3.5%、16年度3.6%でありました。再投資できる経常利益率は、一般的に約10%程度必要だと言われています。1%を切るというのは極めて厳しい結果です。06年度の診療報酬改定（改定率▲3.16%）の時には、07年度に経常利益率が0.0%にまで落ち、地域医療に多大な影響が出ました。18年度改定が同じ轍を踏まないように、急性期医療の評価をよく考えていただきたいと思えます。また、次期改定では7対1、10対1を届け出ている急性期病院での病棟群制度の取り扱い要件を全面的に見直し、病棟群への移行を進める様にしていきたいです。

平成15年度から平成30年度までの急性期、慢性期、精神科の各病院の経常利益率をグラフにしてみました。何が起きているのか、あと2年で何が起ころのか、よく考えてみて欲しいものです。

