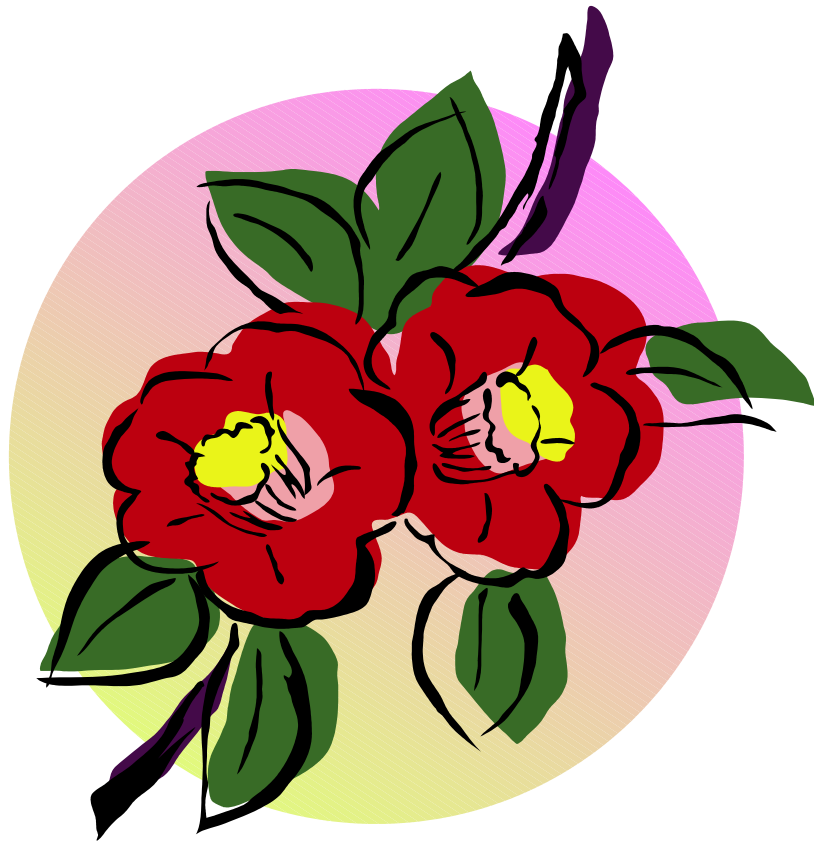


宮崎県医師会 勤務医部会講演会



と き 平成18年3月18日(土) 16:00~18:00
と ころ 宮崎県医師会館 3階研修室

平成17年度宮崎県医師会勤務医部会講演会

と き 平成18年3月18日(土) 16:00～18:00

ところ 宮崎県医師会館 3階研修室

開 会
挨拶
講演会

『HTLV-1感染と関連疾患』

宮崎大学医学部臨床検査医学講座教授

岡山昭彦 先生

(座 長 宮崎県赤十字血液センター所長 立山浩道)

『信頼される医療であるために』

読売新聞東京本社 社会部長

五阿弥宏安 先生

(座 長 宮崎大学医学部附属病院長 江藤胤尚)

ご 略 歴 宮崎県出身

学歴：昭和49年 宮崎大宮高等学校卒業
昭和55年 宮崎医科大学医学部卒業
昭和62年 同上 大学院終了

職歴：昭和63年 宮崎医科大学第2内科 助手
同年 - 平成2年 同上休職
ハーバード大学腫瘍生物学科リサーチフェロー
平成7年 宮崎医科大学第2内科 講師
平成16年3月 宮崎大学医学部 臨床検査医学講座教授、検査部部長
平成16年8月 附属病院 膠原病・感染症内科 科長

『HTLV - 1 感染と関連疾患』

1977年には成人T細胞白血病(ATL)、1981年にはこの疾患の原因ウイルスとしてヒトTリンパ向性ウイルス1型(HTLV - 1)が発見された。本ウイルスはヒトで初めて見つかった白血病を引き起こすレトロウイルスであり、その研究はのちに見つかったエイズの原因レトロウイルスであるHIVの研究に大きく貢献した。

HTLV - 1が引き起こす主な疾患にはATLのほかにも神経疾患である脊髄症(HAM)、眼科疾患であるブドウ膜炎(HU)がある。ATLは成熟したTリンパ球が白血化したものであり、皮膚病変、肝脾腫、リンパ節腫脹、また高カルシウム血症による意識障害を伴いやすい。発見以来さまざまな治療が試みられてきたが、現在も非常に予後不良な疾患である。HAMは脊髄病変により痙性対麻痺、膀胱直腸障害などをきたし、輸血などによりHTLV - 1に感染した場合でも発症することが知られている。ステロイドやインターフェロンが治療に用いられる。HUは通常片側性のブドウ膜炎であり、ステロイドの治療によく反応するが、再発もありうる。

HTLV - 1感染者(以下キャリア)数は九州を中心とした西南日本に約120万人と推定され、宮崎県においても成人の5 - 10%がキャリアである。成人キャリアからのATL発症率は年間1000人に一人と考えられている。キャリアが発見されるきっかけとしては、上記の疾患が疑われたとき、妊娠時のスクリーニング、献血での検査などがある。キャリアであることが判明した場合には、上記疾患のルールアウトを病歴と診察、簡単な血液検査で行い、年に1回程度のフォローアップを勧めている。県内では大学病院、県立病院、国立都城病院、古賀総合病院などでキャリア外来を行っており、相談を受け付けている。またHTLV - 1は主に母乳を介して児に感染するため、母親がキャリアで同意が得られた場合は人工乳保育を勧めるが、県による児の検査費用の部分的な補助が受けられる。

HTLV - 1に関する基礎研究が長足の進歩を遂げたのに対して、ATLは依然予後不良の疾患である。基礎研究の進歩をATLの治療と予防に結びつけることが強く求められており、現在その努力が続けられている。宮崎県においても地域結集COE事業「食の機能を中心としたがん予防基盤技術の創出」が平成16年1月より開始されており、HTLV - 1関連疾患の予防と治療法を開発し、実用化を実現する努力が行われている。

講師のご紹介 五 阿 弥 宏 安 (ごあみ ひろやす) 先生
読売新聞東京本社 社会部長

ご 略 歴 宮崎県出身

学歴：昭和49年 宮崎大宮高等学校卒業

昭和53年 早稲田大学政経学部卒業

職歴：昭和53年4月 読売新聞社入社

昭和58年5月 浦和支局から社会部に配属。裁判所クラブ、遊軍、厚生省クラブなどを担当。

平成9年4月 社会部次長となり、薬害エイズ問題や臓器移植問題、医療過誤問題などを担当。

平成13年7月 論説委員となり、医療・年金・福祉など社会保障問題のほか、食の安全問題などを担当。

平成16年9月 東京本社社会部長
国民健康保険中央会・医療保険制度改革に関する研究会委員

東京消防庁救急業務懇話会委員

『信頼される医療であるために』

医療を取り巻く環境は大きく変化している。高学歴化は患者の権利意識を高め、情報社会の急激な進展に伴い、情報開示への要求もますます強まっている。医療費負担の増大は患者のコスト意識を高め、「患者中心の医療」の実現が喫緊の課題となってきた。

だが、こうした環境の変化に医療界が十分対応できているとは言い難い。それが医療不信の背景にあると考える。見直すべき点として、以下の3点を指摘したい。

第一は、情報開示の推進である。医療広告の規制緩和が進み、手術件数や治療成績を公開する医療機関が増えつつある。だが、「開かれた医療」というにはほど遠い。信憑性に乏しい“名医”紹介のランキング本などがベストセラーとなる現状は、いかに患者が情報に飢えているかを示している。

第二が、第三者による評価制度の導入である。個々の医師や医療機関によって、診断技術や治療成績に格差があるが、患者には見えない。自由標榜制や画一的な診療報酬制度は「すべての医師は同じ能力を持つ」という“平等主義”を前提としてきたが、国民の多くはそれが幻想に過ぎないことに気付いている。医師の専門性や技術の違いを適切に評価し、診療報酬に反映させる仕組みが急務である。診療情報を蓄積し、分析するデータベースの構築や医療の標準化の推進も大きな課題である。

第三に、医療事故防止の徹底を挙げたい。医療の質の核心は「患者の安全」である。ミスは個人の問題ではなく、組織の問題と受け止め、再発防止につとめる「安全文化」を医療現場に根付かせることが必要だ。「医の裁量権」や「プロフェッショナル・フリーダム」の見直しも求められよう。

医師会や学会が専門職能集団として自浄能力を発揮し、質の向上を目指すことこそ、医療不信を払拭する最善の道だと考える。