宮崎県医師会
勤務医部会総会・講演会

と　　　き　　平成１９年7月7日（土）　１５：３０～

と　こ　ろ　　宮崎県医師会館　３階会議室

平成１９年度　宮崎県医師会勤務医部会総会・講演会

と　き　平成１９年7月7日（土）
ところ　宮崎県医師会館　３階会議室

プログラム

◎ 勤務医部会総会　　　　１５：３０～

１．開　会
２．県医師会長挨拶　　　宮崎県医師会長　　　　　　秦　喜八郎
３．勤務医部会長挨拶　　宮崎県医師会勤務医部会長　豊田　清一
４．報　告
　１）平成１８年度全国医師会勤務医部会連絡協議会（H18.11.4　さいたま）
　２）その他
５．議　事
　１）平成１８年度事業報告及び歳入歳出決算に関する件
　２）平成１９年度事業計画及び歳入歳出予算に関する件
　３）その他
６．閉　会

◎ 講　演　会　　　　　１６：００～

○『　脳腫瘍治療の進歩　』
宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科学分野 教授
竹　島　秀　雄　　先生
（座長　宮崎大学医学部付属病院長　髙崎真弓）

○『　ストップ医療崩壊ー私たちはどう闘うべきかー　』
埼玉県済生会栗橋病院　副院長
本　田　　宏　　先生
（座長　宮崎県立宮崎病院長　豊田清一）

略　　歴　　書

竹 島 秀 雄（たけしま ひでお）
宮崎大学医学部臨床神経科学講座 脳神経外科学分野　教授

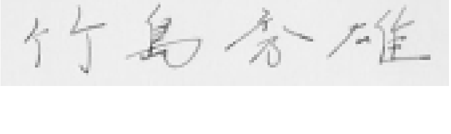
生年月日　　昭和３３年１０月２４日（４８歳）
出身地　　　熊本県
昭和 58 年 3 月　熊本大学医学部卒業
昭和 58 年 4 月　　熊本大学医学部附属病院脳神経外科
昭和 59 年 4 月　済生会熊本病院脳神経外科
昭和 60 年 4 月　熊本大学大学院医学研究科
平成 1 年 4 月　社会保険下関厚生病院脳神経外科
平成 3 年 4 月　九州記念病院脳神経外科
平成 3 年 12 月　熊本大学医学部附属病院脳神経外科　医員
平成 4 年 7 月　熊本大学医学部附属病院脳神経外科　助手
平成 5 年 1 月　テキサス大学 MD アンダーソン癌センター 客員研究員
平成 7 年 2 月　熊本大学医学部脳神経外科　助手
平成 12 年 4 月　鹿児島大学医学部附属病院脳神経外科　講師
平成 17 年 7 月　熊本大学医学部附属病院脳神経外科　講師
平成 18 年 4 月　熊本大学大学院医学薬学研究部脳神経外科　助教授
平成 18 年 10 月　宮崎大学医学部臨床神経科学講座脳神経外科　教授

脳腫瘍の診断と治療

脳腫瘍は、小児において白血病に次ぐ悪性新生物による死亡の第２位を占めるが、成人においても原発性脳腫瘍の年間罹患率は人口１０万人に対して１０人であり、これに転移性脳腫瘍を加えると、動脈瘤破裂によるくも膜下出血とほぼ等しい発生頻度を持つ。

原発性脳腫瘍には、大きく分けて脳外より発生し圧排性に発育するもの（髄膜腫、神経鞘腫、下垂体腺腫）と、脳自体より発生し、浸潤性に発生するもの（神経膠腫）の２種類が存在する。前者は手術により全摘できれば治癒可能であり、手術法の進歩により近年治療成績が向上している。一方、後者は手術のみでは効果が乏しく放射線療法や化学療法の追加が必要となる。

悪性脳腫瘍、その中でも悪性神経膠腫は、最も予後の悪い悪性腫瘍の１つであり、これまでのスタンダードな治療では診断確定より平均１０ヶ月程度の余命が期待できるのみであった。最近の手術機器、手術法の進歩に伴い、より安全に摘出度を上げることができるようになり、これに加えて分子生物学的研究の進展により分子レベルでの腫瘍の分類ができるようになってきた。また、テモゾロマイドなどの新規抗ガン剤の開発により有意な生存期間の延長が認められるようになった。分子生物学的解析からは一部の悪性グリオーマには 1p, 19q の染色体の LOH が見られ、特に大多数でこの欠失が見られる乏突起膠腫においては特に化学療法、放射線療法の効果が高いこともわかってきた。今回、我々がこの脳腫瘍の治療効果を向上させるべく行ってきた様々な試みを具体的な症例をもとに提示し、あわせて今後の展望についても触れてみたい。



略　歴　書

◆氏　　名：本田　宏（ほんだ　ひろし）

生年月日：昭和29年6月16日、福島県郡山市生まれ　５３歳

最終学歴：国立弘前大学医学部、昭和54年卒

現　　職：埼玉県済生会栗橋病院副院長
NPO法人、医療制度研究会代表理事
弘前大学医学部非常勤講師（平成18年9月～平成19年2月）

◆主な経歴業績等

・昭和54年；国立弘前大学第一外科入局、昭和56年；東京女子医科大学第3外科助手
昭和64年；同講師、済生会栗橋病院外科部長として出向、平成6年；同助教授、
平成7年；日本外科学会指導医、平成10年；医療制度研究会幹事、平成13年；済生会栗橋病院副院長、現在に至る。
当初は移植外科医を志して上京、米国での肝移植見学、インドネシアでの臨床腎移植協力に携わるが、平成元年より地域中核病院の外科部長として17年働いている。

◆著書、論文等

・著　　書：今年夏までに医療制度に関して出版予定準備中
・論　　文：「真実は現場にある」をキーワードとして、医療制度に関して、医療関係学会のみでなく新聞投稿等重ねている。
・テレビ等：BS 放送や民放テレビ番組への出演も含め一般社会への情報発信にも努めている。平成18年3月日本医学会総会ポストコングレス公開シンポジウム「どうする日本の医療」シンポジスト、18年6月2日NHK特報首都圏スペシャル「患者の命を守るために、徹底討論どうする医師不足」、同10月14日、日本のこれから「医療に安心できますか？」に出演等。

◆主　張

現在日本の医療は、日本の構造的問題の犠牲となって崩壊寸前である。今を生きる医師・医療関係者に与えられた社会的責任は、日本の病因を的確に診断し、真の民主主義国家へ改革するように説明責任を果たす行動を起こそう、と訴え続けている。

【はじめに】

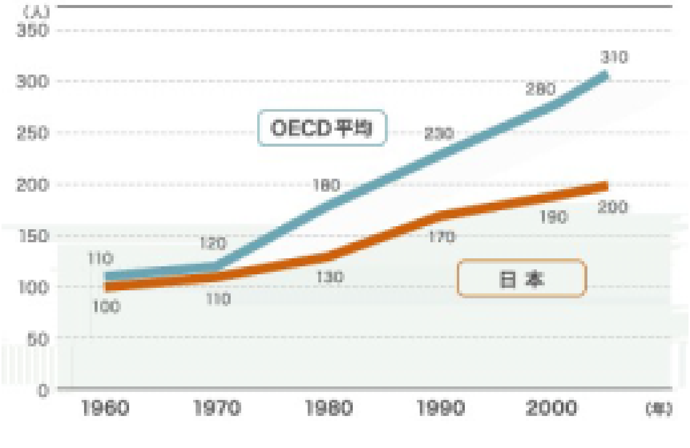
なぜ日本各地で医療崩壊がドミノ倒しとなっているのか。それは日本医療がグローバルスタンダードから大きく立ち遅れたからだ。

【日本の医療制度の問題点と解決策】

1、日本の医療費は世界最低：日本の医療費は先進国中最低、逆に国民自己負担は世界最高、さらに薬剤や医療機器は世界一高いという理不尽な構図。団塊の世代が高齢化すればさらに爆発的に医療需要が増大することは間違いない。総医療費を国力に見合って G7 並みのGDP10%とすべき。

2、財源：日本の財政赤字は深刻だが特別会計と公共事業の無駄（例：高速道路の緊急電話1台250万円：原価40万円、対して胃癌で4週間入院120万円）を見直せば医療に公的資金注入は可能。医療は永続的な雇用対策効果をもつ公共事業、発想の転換と決断が求められる。

3、医師の大幅増員を：医師不足の根本原因は偏在ではなく絶対数不足。日本の医師数 26万人はOECD加盟国平均と比較して12万人不足で世界63位で、その格差が年毎に拡大している。医療崩壊の先輩英国はすでに医学部定員50%増を断行し、米国も将来の高齢化に備えて医師増員を図っている。



4、現場の医療環境再構築へ大同団結すべし：今まで日本の医学会や大学は学術最優先、医師会も勤務医の医療現場（　急性期医療）に関心が低いのが現実だった。今こそ早急に大同団結すべき。

【おわりに】

「医療は命の安全保障」しかし正確な情報なしに国民が正しい判断を下すことは不可能。このまま医療・福祉・教育が崩壊すれば苦しむのは戦前・戦中・戦後と同様に弱い立場の国民だ。今こそ医療関係者は一丸となって、国民の信頼を獲得すべく正しい情報を広く訴えよう、さあ一緒に立ち上がろう！