

第 100 回山口県医学会総会

と き 平成 29 年 6 月 11 日 (日)

ところ 山口市民会館

本医学会総会は例年、郡市医師会の輪番制によって開催しているが、平成 29 年度は 100 回目の節目であるため本会が企画して開催することとなった。はじめに吉本正博 県医師会副会長が開会の辞を述べ、続いて河村康明 県医師会長・山口県医学会会長が挨拶を行い、2 題の特別講演に移った。

挨拶

河村会長 1914 年に第 1 回が開催され、このたび第 100 回を迎えた。地域の医師のレベルアップを図ることを目的に、このような会が開かれるようになった。今までの先輩方の仕事を見習い、われわれも切磋琢磨して頑張っていきたい。

県民の目線で、われわれかかりつけ医にできることはたくさんある。先輩、同僚、そして将来の山口県の医療を担う人たちと手をつなぎ合って、この会をより良いものにしたい。

特別講演

1. 大規模災害から命を救いたい

～衛星リモートセンシングの可能性～

山口大学副学長

山口大学応用衛星リモートセンシング

研究センター長 三浦 房紀

前置きで、ご自分が病気になり、医師に命を救われたことを話され、今度は、自分が人の命を救う番であるとして講演を始められた。



1) 情報発信の重要性

まずは風水害と高潮による過去の大災害について話された。風水害とは暴風雨によって強風と大雨による災害が広範囲に入り混じって発生するもの。高潮とは強風や気圧低下によって海面が異常に高まり、高波を伴って陸地に押し上げてくるもの。高潮の原因は主として、気圧の低下による海面の上昇（吸い上げ効果：1hPa の低下で 1cm 上昇）と、向岸風による海水の吹き寄せによる海面の上昇（風速の 2 乗に比例して大きくなる）である。これらを「気象潮」と呼び、「天文潮」すなわち満潮が重なると一層潮位が高くなり、大潮の時に重なると一番潮位が高くなる。これらの効果は湾のように遠浅の海が陸地に入り込んでいる地形で最も顕著に現れる。

これらの気象条件や地形条件によって災害の大きさが左右される。しかし、それだけではなくて、先生は、情報を知っていたか、知らなかったかで被害の大きさが違うと言われた。その例として、次のことを挙げられた。1999 年 9 月 24 日、高潮で山口宇部空港が浸水した台風 18 号では山口県内の死者が 3 名であったが、1942 年 8 月 27 日夕方に山口県に襲来した周防灘台風では、山口県内の死者は 785 人であった。二つの台風の勢力は大きく違わなかったが、被害に大きな差ができた。これは、1942 年当時は戦時中で、台風情報の発信が無く、人々が備えるということができなかったことが大きな原因であったとされる。このことから、情報が被害を軽減する手段であることの裏付けであるとされ、現在、災害情報がいろいろ工夫されて発信されていると言われた。

2) ハザードマップを知っておくことが重要

地球温暖化が関係していると考えられる豪雨災

害が起きている。アメダスで観測された短時間強雨の発生回数は年々増加している。1 時間雨量が 50mm 以上で土石流が起これやすくなり、その他、多くの災害が発生する。80mm 以上になると災害が大規模になる恐れがある。豪雨災害は、近いところで 2009 年防府、2010 年山陽小野田、2013 年萩、2015 年鬼怒川流域などで起こった。これらの災害発生についてはハザードマップで示されている箇所が発生しており、ハザードマップに目を通して、地域の特性を理解し、災害に備えておくことが重要であるとのことだった。

3) 土砂災害には前兆があるので知っておくことが重要

土砂災害には①がけ崩れ（急傾斜地の崩壊）、②土石流、③地滑りがある。

①がけ崩れは傾斜度が 30 度以上で高さが 5m 以上の区域とその周辺で発生する。前兆として、崖からの水が濁る、崖に亀裂が入る、小石がパラパラ落ちて来る、異様な音やにおいがする、があり、知っていて避難をする必要がある。②土石流は、溪流のある地域で扇頂部から下流で勾配が 2 度以上の区域で起これ易い。前兆として、山鳴り、立木の裂ける音、石のぶつかり合う音がする、雨が降り続けているのに川の水位が下がる、川の水が急に濁ったり、流木が混じったりするときは、遠方ですでに土石流が発生している。③地滑りは緩い斜面で比較的ゆっくりと長時間にわたり土砂が移動する。前兆として、地面にひび割れ、沢や井戸の水が濁る、地面から水が吹き出すことを知っておく。

4) 自分の住む地域のことを知ることが重要

土砂災害危険箇所数は広島県、島根県について山口県は全国第 3 位である。関西以西の山は真砂土が多いので危険度が高い。真砂土とは花崗岩が風化してできた砂のことであり、地表に近い層に堆積しているので、強い降雨で多量の砂が流れ出す危険性がある。

5) 津波のことを知ることが重要

津波は地震、火山噴火（隕石の落下なども含む）

といった気象以外の活動が原因で起こり、定義上高潮とは異なるものである。2011 年 3 月 11 日の東北地方太平洋沖地震（東日本大震災）では、死者 15,894 人、行方不明者 2,561 人が犠牲になった。震災関連死を含めると 22,000 人になるといふ。津波がハザードマップよりも遠くに到達して多くの人が亡くなった。避難所として指定されていた釜石東中学校と鶴住居小学校の生徒は、より遠くの石材所まで逃げて助かった。これは「釜石の奇跡」と言われている。だが、病気で登校していなかった子供や親が連れて帰った子、一般市民は亡くなられており、裏返しとして、「釜石の悲劇」もあった。今回の教訓は、ハザードマップも一つの目安でしかなく、とにかく遠くへ逃げるということであった。また、もう一つ「津波でんでんこ」が大事であることが再確認された。「家族全員が必ず避難していると信頼し合うこと」、すなわち「子供は、後で親が必ず迎えに来てくれると信じて一人で逃げる。親は、子供は必ず逃げてくれると信じて、後で迎えに行くために逃げる」ことによって、より多くの人々が助かり、また、家族や地域の全滅を避けることができるというものである。それと、「100 回逃げて 100 回来なくても 101 回目も必ず逃げて！」（上野葉璃（中学 2 年））の標語を実践することである。

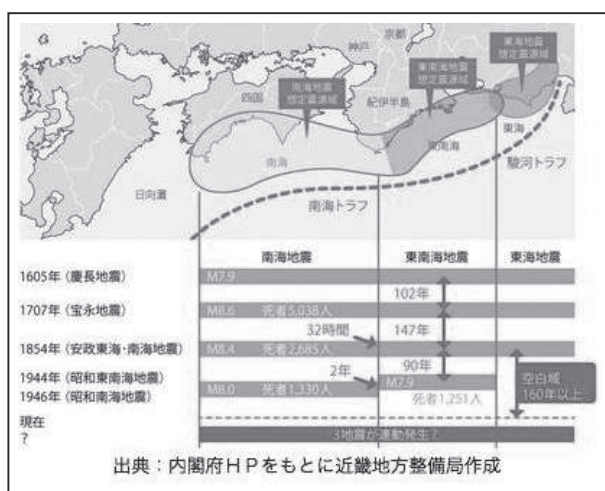
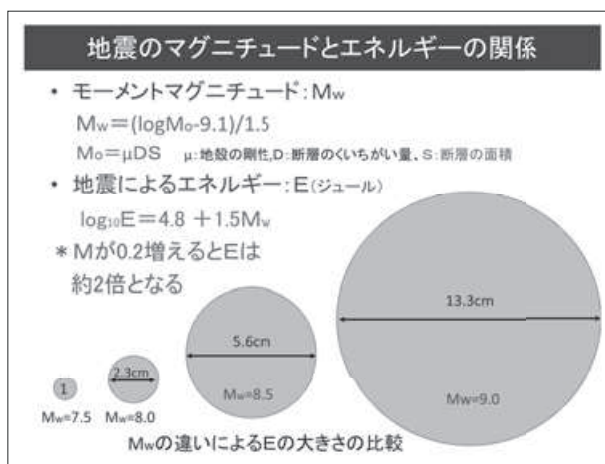
一方、防災には逃げるという「ソフト」も大切だが、新しい堤防と古い堤防が隣り合わせのところでは新しい堤防が壊れていなかった写真を示され、「ハード」としての対策も重要であることを先生は話された。

6) これから起こる南海トラフ地震のこと

トラフ（舟状海盆）とは海底にある細長い凹地で、海溝（トレンチ：水深 6,000m 以上のもの）程深くない場合をいう。南海トラフは紀伊半島から四国にかけての南方の沖合約 100km にあり、フィリピン海プレートが日本列島（ユーラシアプレート）に沈み込んでいる。水深が他のプレート境界よりも浅く、4,000m 程しかない。2017 年 1 月 1 日時点で 30 年以内に発生する確率は 70% 程度、規模は M8 ~ 9 クラスと地震調査委員会は評価している。マグニチュード

(magnitude) は地震そのものの規模を表す尺度、また、その数値である。通常、震央から 100 キロ離れた地点にある標準地震計の最大振幅をミクロン単位で測り、その常用対数で表す。マグニチュードが 1 増加すると、エネルギーは約 30 倍増加するので、M7.5 と M9 とでは地震の大きさが格段に違う。南海トラフ地震は M9 に近い巨大地震が想定されており、津波の高さは高知県黒潮町で 34.4m、山口県では山陽小野田市の一部で 5m 以上が予想されている。山口県の被害想定は死者 614 人（うち津波で 582 人）、安芸灘・伊予灘地震 M7.3 の死者 30 人とは比較にならないものになるであろうと想定されている。

昭和東南海地震（1944 年）は鳥取地震（1943 年）の翌年に発生しており、2016 年 10 月に発生した鳥取県中部地震を考えると今年の冬に南海トラフ地震が発生するかもしれないという人も居ると私から先生に告げた。



(三浦先生のスライドより)

7) 衛星リモートセンシングで命を救う

陸域観測技術衛星「だいち」(ALOS: Advanced Land Observing Satellite、エイロス) シリーズによる日本上空(だいち 2 号は 628km)からの観察を行っている。観察方法には、太陽の光の反射や放射を測る光学センサ方式とマイクロ波センサ方式がある。光学センサ方式は太陽の当たっている昼間しか観測できない、雲があると観測できないという難点がある。マイクロ波センサ方式には、衛星からマイクロ波を放射して反射を測る、又は対象物が放射するマイクロ波を測る方式があり、夜間や悪天候時にも地球が観測できるようになっている。それぞれのセンサの対象は次のようになっている。

- 光学センサ: 植物の有無、地表の温度、海面の温度、地表の高さ、雲の状態、水の有無
- 能動型マイクロ波センサ: 植物の有無、地表の高さ、雲の状態、水の有無
- 受動型マイクロ波センサ: 地表の温度、海面の温度、雲の状態

観察されたデータの空間分解能は現在 3m 程度であり、最終的には 2cm 程度の地殻変動も捉えようとしている。まずは、災害の状況を衛星リモートセンシングすることにより、広域を一度に観測することが可能で、夜間や降雨時にも観測が可能になっている。地震や津波の大きさと被害の広がりビッグデータとして取り扱うことができるようになった。これにより津波の到達時間や大きさのシミュレーションができ、シミュレーションに応じた対策を立てることにより、多くの命を救うことが可能になる。

次の図に示したように、最近の地震の発生を経時的に抑えていくと、南海トラフ地震が迫っていることが判る。また、東京直下型地震も迫っており、三浦先生は 2020 年東京オリンピックが危ないのではと言われた。869 年に貞観地震(陸奥国東方沖)があり、9 年後の 878 年元慶の関東地震、その 9 年後に南海地震が起こっている。9 年ごとに大震災が起これば 2011 年の東日本大震災から 9 年後は 2020 年になるという。



(三浦先生のスライドより)

8) 客観確率と主観確率について

先生の話では客観確率が同じでも、賭け事のように自分に都合の良いときは主観確率を上げて賭けるが、災害のときのように自分に都合の悪い時には主観確率を下げて、避難しないということが起きているという。つまり、防災政策決定者が客観確率をもとに避難政策を行っても、客観的には避難するはずの住民が主観確率によって避難しないことを選択するということが起き得る。津波のように発生頻度が少ない場合、客観確率では避難すべきであるのに、自分で津波発生確率を設定、不安感、死亡の危険性、避難所への距離や面倒さを総合判断して主観確率を決めて待機したり、より危険の迫った客観確率の情報待ちに陥ったりする。これらのことにより逃げ後れが生じている。地震発生から約 5 分で津波の第一波が来た事例もあり、津波警報などの情報を待ってから避難では遅い場合があり、避難に向かわせる主観確率となるようなハードの整備や住民意識の形成が重要である。

9) おわりに次の言葉で講演を締めくくられた。

- ・一瞬の判断が生死を分ける。
- ・一瞬の判断のためには、長い時間をかけた準備が必要。
- ・日ごろから準備していないと、いざというときに何もできない。
- ・間違いなく西日本にも巨大地震はやってくる。
- ・風水害も多発。

- ・日頃からイメージトレーニングを
「今地震が起こったら」
「今……が起こったら」
(初めて訪問した場所では特に)
- ・想定外を想定する
- ・基本の繰り返しがファインプレーを呼ぶ

以上、先生のご講演を十分に消化吸収できなかった部分を自分で調べたことで埋めて印象記としました。先生のご活躍で多くの命が救われることを祈念いたします。

[印象記：理事 山下 哲男]

2. デメンチア患者の診療

東京女子医科大学名誉教授

メディカルクリニック柿の木坂院長

岩田 誠

先生は、認知症という言葉は日本語として正しくなく、病気の名前ではないというお考えで、デメンチアは病態名であり、タイトルはデメンチア患者の診療となった。また、現在のデメンチア患者はすべての分野の医師が診ないといけないう状態であるというお考えから、認知症専門医を返上されたそうである。



器質性病変、つまり神経細胞が減って、それによって認知能力の低下が起こり、それまでの社会的役割を果たすことができなくなるというのがデメンチアの定義である。したがって、社会的な役割がうんと低い方はデメンチアにはならない。逆に社会的役割の非常に大きな方は、逆にちょっとしたことで簡単にデメンチアという診断がつく。メンタルテストの点数は診断に使うべきものではない。デメンチアの患者の診断には、患者とその介護者との間の対話の食い違いが一番大事である。患者は自分に起こっている健忘症を自覚しないことが多いので家族と話が食い違う。また、家族から指摘されたことをしばしば否定する。健忘症によって出てきた結果を自分の知識で取り繕う。大事なのはデメンチアとデメンチアでない者

を鑑別することである。鑑別で大事なものは健常状態や、Charles-Bonnet 症候群、音楽幻聴症などの幻視・幻聴、代謝性・薬剤性の知能低下、高齢発症のてんかん、統合失調症の再燃、老人発症統合失調症があり、老人性パラフレニアは珍しくはない。人の名前が出ないということも多いが、ヒトの脳にとって可能な個体識別数は 150 人であり、150 人以下だったら名前を覚えていられるが、それ以上は難しい。

84 歳の女性。81 歳頃から音楽が聞こえてくるものの MRI も異常なし。聴力が右耳 68.8db、左耳 53.8db と落ちている。これは難聴によって起こる音楽幻聴症である。また、別の患者は、視覚では網膜変性症による視力低下による Charles-Bonnet 症候群、視力低下によって起こってくる幻視があるが、これらは放置してもよい。幻覚や妄想は精神活動であり、それを薬で抑えると、精神活動を抑制することになるので、よほどのことがないならやめた方がいい。アマンタジンによる妄想や、パロキセチンによるセロトニン症候群という例もある。薬剤性の認知機能障害は結構あり、多いものの一つはスルピリドである。気をつけなくてはいけないのは長時間型のベンゾジアゼピン、ユーロジン、ベンザリン、ネルボン。抗コリン薬ではパーキンソン病の薬アーテンもデメンチアを起こす。昔の過活動性膀胱治療薬のボラキスもアルツハイマー病とよく似た行動異常が出る。抗ヒスタミン薬、風邪薬、H2 ブロッカーは高齢者では薬剤性の認知機能低下をおこす。86 歳で瞬間的に記憶が消える例として高齢発症てんかんがある。ほとんどが複雑部分発作、ごく短期間だけ意識が消えるが痙攣発作は大変珍しい。82 歳の患者で、30 歳頃から統合失調症があり、51 歳から別のクリニックでセレネース、インプロメンなどを処方され服用。受診時はパーキンソン症状、幻覚妄想がひどく、2010 年から服薬中止。アキネジア、妄想が出現、統合失調症が再燃した。80 歳のレヴィ小体型認知症以外の例で統合失調症再燃例もある。

レヴィ小体病やアルツハイマーにも妄想はあるが、統合失調症の幻覚妄想とは異なる。デメンチアの幻覚妄想はある程度理解可能であるが、統合

失調症の幻覚は理解しにくい。

デメンチアは治療できない。デメンチアを治療するという事はデメンチア患者への対策を考える事である。デメンチアの早期診断で一番大事なことは、個人の尊厳を損なわないように周りが気遣うことである。社会的な役割が果たせるようにサポートすることが重要である。デメンチアになると社会的に孤立することが多いため、早く診断する。それは一にも二にもデメンチア患者の人格を守ることが必要であり、薬剤はあくまでそれをしやすくするための補助的なものである。一番大事なものはデメンチアの人権を守るために患者に対する共感 (empathy) を育てることである。他人ゴトとしてではなく、自分ゴトとして患者の行動をみるという習慣が共感 (empathy) になる。認知症患者になりきってその行動を理解する、これが大事である。デメンチア患者に対しては一人称的なアプローチ、三人称的なアプローチ、二人称的なアプローチがある。一人称的なアプローチは Dogmatism であり、私にはこんなこと考えられない、こんなことできないというものである。三人称というのは Science の言葉であり、BPSD (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia) という言葉を使ってその中に当てはめるのはよくない。そうではなくて、二人称で「あなたはなぜそういう行動をとるんですか」という、患者の行動に自分も身を置く、参加するということが必要である。

BPSD という言葉がよく使われるが、これが大嫌いで使わない。帰宅願望、暴力・暴言、徘徊と言う言葉は使わせない。帰宅願望の大部分は帰宅習慣と失見当識、暴力・暴言というのは抑制に対する理解障害とそれに対する抵抗である。徘徊というものはなくて、理由があって外出し、地誌的記憶障害があって迷うのである。BPSD の D は不要であり、D がついているので、デメンチアによっておこってくる異常な現象であると思われてしまうが、そうではない。BPS というのは何らかのはっきりした理由がある。その何らかの理由を理解するにはその患者さんのすべての人生を遡って、詳細に知る必要がある。しかも、その人のことを知った上で、そのとき自分だったらどうするか、と常

に考えることが大事である。

認知症専門医という資格をもっていたが、このたび返上した。理由はデメンチアの患者の多くが高齢者で、複数の慢性病をもっており、デメンチアしかないという人は珍しい。そのもとともある糖尿病、高血圧、高脂血症などの管理が良好だったらどんだん年をとるのは当たり前である。そうすると最終の合併症として、どの患者もデメンチアを発症してくる可能性が高い。専門を問わず、すべての一般開業医はデメンチア患者の診療の最前線にいるという自覚が必要である。認知症専門医は指導的役割を担う存在として必要だとは思いますが、デメンチア患者の診療は、一般開業医が担うべきである。大事なのはデメンチアの診療ではなくて、デメンチア患者の診療である。それはデメンチア患者の“こころ”、何を考え、何を感じておられるのかを共感的に理解することが一番大切である。目の前のデメンチア患者は自分の将来像である。

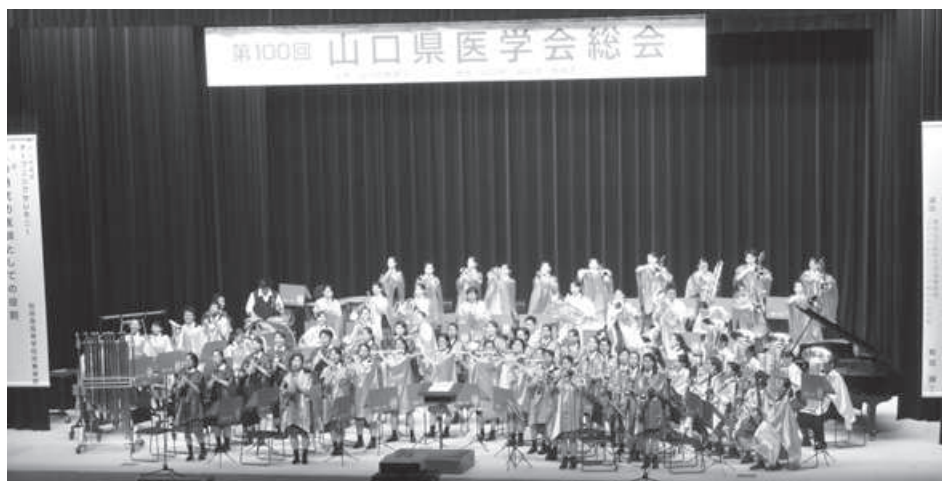
ご講演後に、東日本大震災の時のデメンチア患者についてお聴きしたところ、「東日本大震災の後日、認知症の患者さんばかりが入所しているグループホームに行き、介護の人たちに『こないだ大変だっただろう。入所者もあったし、パニックだったんじゃないの?』と言ったら、介護士が『いいえ、先生、パニックになったのは私たちばかりで入所者さんたちはみなさん平然としておられました。』と。それで僕はびっくりしたんです。それでその日からずっと聞き取り調査をしまし

た。デメンチア患者のうち、一応日常生活が自立している方は慌てている、あるいは逃げようとした。そして、地震のことをちゃんと覚えている。一方、日常生活のいろいろな部分で自立しておらず介護の必要な人、あるいは最重症のデメンチアの人は平静で慌てていない、地震を覚えていない。これはこういう災害時の入所者たちの救出体制を全面的に見直さないといけな。『地震だから逃げましょう!』と言ったのでは絶対逃げない。そういった人たちは手を引っ張るとか担ぐなどして物理的に避難させないと絶対に逃げない。火事が高齢の方が逃げ遅れて亡くなっているが、『本当に逃げ遅れたんですか、逃げてなかったんじゃないんですか』ということもずっと疑問に思っていた。危機管理能力がデメンチアの人には落ちてくる、これは恐怖を感じて逃避行動をとる一番大事なところである扁桃体が機能しなくなって悪くなり、恐怖反応がなくなっているのではないか。』と話された。

〔印象記：生涯教育委員会委員長 福田 信二〕

2 題の特別講演終了後、次回引受会長の宮本正樹 下松医師会長にご挨拶いただき、午前の部を終了した。

午後からは県民公開講座を開催し、最初に村岡嗣政 山口県知事にご挨拶いただき、次にオープニングセレモニーとして防府西高等学校吹奏楽部に演奏を行っていただいた後、県民公開講座に移った。



防府西高等学校吹奏楽部による演奏

県民公開講座

この時代の医師としての役割

順天堂大学医学部附属順天堂医院院長

順天堂大学医学部心臓血管外科教授

天野 篤



自分は波乱万丈・破天荒型で、3年間浪人して日本大学医学部に入った。河村会長の弟さんが先輩で、厳しく指導いただいた。“得意なことを伸ばせばなんとかなる”と思った。大切なことは結果を出すこと（手術をした患者さんが元の生活に戻ること）で、それには相互信頼、仲間や組織の向上、自己研鑽が必要である。

一人の学生が医学部に入って卒業するまでに、1億1,100万円かかっている。自己負担は国立では60万円/年、私学では300～750万円/年である。医師国家試験に合格しない人たちが約1割(1,000人)いるが、国費の無駄遣いは約1,000億円である。順天堂も上位だが、自治医科大学はさまざまなレベルの学生を教育してほぼ100%医師にしている。国試の合格率の低い大学は工夫をして欲しい。

医師となつての目標・キャリアパスとして、初期研修医、後期研修医、専門医・指導医と進む。一方、勤務形態としては、開業医・勤務医、勤務場所としては医院・病院、一般病院・大学病院がある。また、国家試験、専門医の試験、指導医の試験の壁がある。医者になったら、一生勉強が必要である。外科医のキャリアパスとしては、臨床経験、病院管理、研究活動がある。

この時代は、衛生が良くなり、少子高齢化、生活習慣病の拡大、健康寿命と平均寿命の格差が拡大してきている。日本人の総コレステロール摂取量はかつて低かったが、2000年ぐらいいは欧米のレベルとなり、糖尿病患者、肥満患者が増えている。虚血性心疾患のリスクは高血圧や糖尿病、高脂血症、喫煙などのリスク因子が1つもない人と1つある人、2つある人とリスクは上がるが、3～4つある人ではリスクは約30倍になる。若年者と後期高齢者では医療費が一人当たり18.3

万円と89.1万円と4.6倍も後期高齢者が多く、また、入院費も7.1倍多くなっている。85歳以上で虚血性心疾患と大動脈弁狭窄症がある患者さんの治療として冠動脈ステントとTAVI（カテーテルによる大動脈弁置換術：Transcatheter aortic valve implantation）を行うが、総治療費はリハビリも含め、平均1,200万円かかる。高額医療は適応を十分に検討してなされるべきである。

初期研修医は6都府県（東京、神奈川、大阪、京都、愛知、福岡）に4割で、他の41道県に6割の配置になっていて不均衡である。面積は41都道府県の方がはるかに広い。研修医は、症例数、プログラムの良否、経験豊富な指導医の質、勤務環境・給与水準、高度な医療施設・設備を選択の基準にしており、地方は不利である。しかし、工夫をしている施設もある。東南アジアの施設と連携しているところもある。

1970年代の日本では、お金を払って水を買う時代が来るとは思っていなかったし、胃がんを告知することはなかった。上下水道が確立し、ピロリ菌に感染する人が少なくなり、胃がんの治療も告知の下になされるようになった。ベトナムの医療水準は日本の1970年以前の状況であり、生活排水と近い深さの井戸水が使われている。上下水道の完備と衛生状態は比例する。また、胃がんの告知に関してもがんと告げられると即、死と考えている状態である。

昭和36年に確立された国民皆保険は世界に冠たる制度である。保険制度により、医療者やその家族も恩恵を受けてきたので、この制度を守っていかなければならない。極端な混合診療や医師へのインセンティブはいらない。一人前の外科医になるために誰でも1例目があったはずで、患者に手術をさせてもらって成長してきている。約7,500例の手術を経験しているが、3,000例の手術をこなした頃、自分の技術が役立っていると実感でき、5,000例の手術をして、他の医師よりも患者への貢献度が高いと思えた。

内胸動脈を用いた心拍動下冠動脈バイパス術の動画を提示、内胸動脈は体の中で最も動脈硬化がこない血管である。14針ぐらいつなぐ。大動脈弁狭窄症に対する置換手術でもリスクがある。

AVR の適応のある患者を薬物治療した場合と外科手術をした場合で比較すると、AVR をした群の方が明らかに予後がよかった。カテーテルで人工弁を入れる TAVI という方法がある。TAVI では侵襲が少ないが、軽症患者に TAVI を行うと結果が悪いというデータもある。一方、TAVI の方が通常よりも 300 万円ぐらい治療費が高い。リスクを考量した適応が大事である。

自分の果たすべき役割として、心臓外科医・指導医、チームリーダー、特定機能病院の病院長としての仕事があり、2015 年 JCI (Joint Commission International) の取得も行った。父親に自分が手術を勧め、3 回の大動脈弁置換術の手術を受け、66 歳で亡くしたことは残念であった。亀田総合病院でお世話になった、外山先生のこと、亀田理事長のこと、須磨先生のことの紹介、また、『メスよ輝け!!』の主人公である当麻鉄彦はライバルとのことである。

一人前の外科医になるには、自信とエビデンスが必要で、Cure と Care のバランスが取れていなくてはならない。患者が必要な時にそばにいてくれる医師がいい。名医とは先の状態を言い当てられる医師である。手術は手段であり、「早い、安い、上手い」がいい。自分は手術で社会に貢献する。

高校生 2 年生に早期医療体験をしてもらう取り組みもしていて、手術を見てもらったりしている。医学部を希望し、外科医を作るための効果が大きい。

天皇陛下の手術については 2012 年 2 月 18 日、内胸動脈による冠動脈バイパスと左心耳縫縮術を行った。最高の手術は患者が手術をしたことを忘れられる手術である。公平の原則と陰徳の難しさを学んだ。皇后陛下の和歌も紹介された。

インドにマザーテレサの心臓の手術をした心臓外科医がいて、1 日に 31 例、1 年間で 6,000 例の手術が行われている。コストも安く、成績もいい。そこを訪問し、教室員を派遣し、後進の育成をしている。

また、小学校の道徳の教科書、高校の英語の教科書に自分のことが載っていること、などを紹介された。

お話の底流には、医師は社会に貢献しなければならない、自己研鑽を続けていかなければならないという思いがあるように思われました。

第 100 回の山口県医学会総会を記念する県民公開講座の開催前には、どのくらいの参加者になるだろうかと大変不安でした。雨という天気予報も恨めしく感じられるほど気をもみましたが、当日は雨にも降られず、天野先生の話を知りたいという思いで来場した人々で会場がいっぱいになりました。1,500 人超の参加者が得られましたことに、各都市医師会や協力していただいた諸団体の方々に深く感謝いたします。

[印象記：常任理事 加藤 智栄]



閉会

河村県医師会長・山口県医学会長による謝辞の後、濱本史明 県医師会副会長による閉会の辞をもってすべてのプログラムを終了した。

医師の職業体験コーナー

午前中（10～12時）に中学生・高校生を対象とした「医師の職業体験コーナー」を山口市民会館の展示ホールで開催し、34名の生徒の参加があった。

当日は、白澤文吾 教授、桂 春作 准教授をはじめとした山口大学医学教育学講座の医師、小野田 赤十字病院長の清水良一 先生、済生会山口総合病院の研修医にご協力いただいた。

はじめに清水先生から救急蘇生の実技に繋がる

内容で、生命を維持するためのエネルギー代謝について講義をしていただき、その後、参加者は4グループに分かれて、採血、心肺蘇生、血圧測定、縫合・結紮をそれぞれ体験した。

また、予定にはなかったが、体験コーナー終了時に午後の県民公開講座でご講演いただく順天堂大学の天野 篤 教授から中高生に対して、ご挨拶をいただくことができ、参加者は体験学習を含めて大変貴重な経験をしたと思う。

今回の体験を通じて参加した生徒が、一人でも多く医師やメディカルとなり、山口県内で医療に従事することを願うばかりである。

最後に、当日使用した機器等を準備いただいた医学教育学講座に感謝申し上げる。

[文責：理事 清水 暢]



採血コーナー



血圧測定コーナー



心肺蘇生コーナー



縫合・結紮コーナー

参加者の感想**面白かったこと、勉強になったこと**

- ・採血が面白かった。縫合・結紮の特に針を初めて見て、こんな形をしているんだと思った。
- ・採血するときに効率を良くするためのバンド？の締め方にも工夫が凝らしてあってすごいと思った。
- ・採血をしたとき本物の道具を使って本当に採血をしているような体験ができたこと。
- ・採血は今までされる側だったので、する側の視点から医療を見ることができ、とても新鮮な体験だった。
- ・心肺蘇生は倒れている人だけでなく、その周辺も見て行動することが大切なんだとわかった。
- ・体験をしていく中で医師の方々とお話をし、医師の仕事の多様性を学べた。
- ・普段何気なく病院で見る医師の仕事を実際行ってみて良い経験になった。
- ・オペの時に着る服を実際に着れたこと、また、縫合の針を持った時には、きちんとロックしなくてはならないということを初めて知り、勉強になった。
- ・日頃体験できない 4 つの体験ができ、とてもためになった。
- ・模擬体験を通じて医療系を志そうと思う。

難しかったこと、あまり理解できなかったこと

- ・初めのブドウ糖などの説明が少し難しかった。
- ・血圧測定で少しずつ下げていくのが難しかった。
- ・人工呼吸で肺が膨らまなかったこと。人工呼吸の仕方が悪く、うまくいかなかった。
- ・縫合、結紮のときに道具の持ち方に慣れるのに時間がかかった。
- ・採血時の針の刺し具合が難しかった。

その他の意見

- ・山口県の医療に将来尽力したいと思うことができた。
- ・楽しかったし、自分のためになったので良かった。
- ・とても勉強になった。医師になることを目指して頑張りたいと思う。
- ・もう少し体験の時間が長くて良かった。
- ・すごく充実した 1 日になった。
- ・最初の講義の際に清水先生のおっしゃっていた「人間のバッテリーは 30 秒しかもたない」という言葉が印象に残った。そのバッテリーの循環の問題を解決するのが医療従事者ということもわかった。
- ・医師になり、多くの人を救えるようになりたいと思った。



中高生に対してメッセージを送られる天野先生