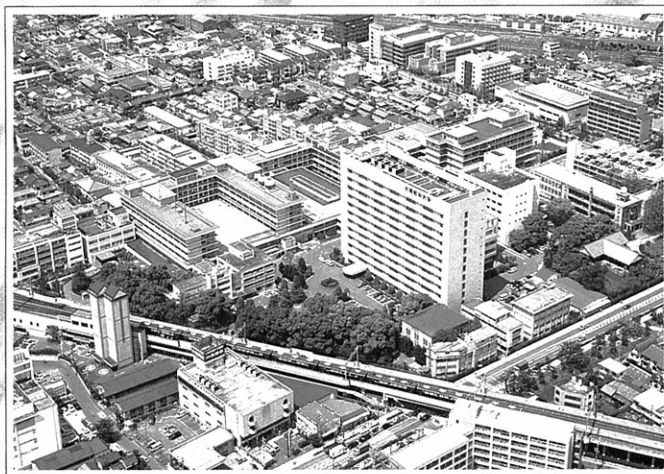




大阪医科大学医師会報

Annals of Osaka Medical
College Doctors' Association

第8号

平成9年9月

も く じ

❁巻頭言	大阪府医師会代議員 稲森耕平	1
❁特集：卒後研修		
1 卒後初期臨床研修について	大阪医科大学附属病院 院長 佐々木進次郎	2
2 在阪5大学における初期臨床研修の実状	高松順太	4
3 2つの内科をローテートして	宮田香織	10
4 私の経験した卒後教育	小杉 恵	12
❁最近の動き		
スポーツ医制度について	阿部宗昭	14
❁会員の広場		
産業医学講習会を開催して	織田行雄	17
オーダーリングシステムの導入	徳岡 覚	19
❁インフォメーション（大阪医科大学国際瞳孔講演会，大阪医科大学平成9年度 秋季学術講演会，第6回北摂四医師会医学会）		21
❁第5回北摂四医師会医学会プログラム		22
❁平成8年度大阪医科大学医師会会計報告		24
❁平成9年度大阪医科大学医師会予算		26
❁大阪医科大学医師会役員構成		27
❁大阪医科大学医師会会員名簿		28
❁編集後記	田中英高	

（題字：藤本 守 学長）

巻 頭 言

大阪医科大学麻酔科助教授
大阪府医師会代議員



稲 森 耕 平

1997年も後半に入り20世紀は残りわずかとなってきた。これまでの医学の進歩はめざましく、ある種の感染症の克服、画像診断の進歩、新しい検査・診断法の確立、薬物・手術を含めた治療法の進歩、遺伝子の解明等をはじめとして枚挙にいとまがないほどである。

麻酔に関係したことでキセノン、デスフルランをはじめとする新しい吸入麻酔薬の研究、新しい麻酔法の求めに応じてプロポフォール、レミフェタニルなどの静脈麻酔薬の開発、研究が盛んに行われている。また、手術後の痛み対策についてはPreemptive analgesia（先行鎮痛）という概念が注目され、その方法論の検討が盛んである。これは術中はもちろん術後も全く痛みのない手術が受けられるようにとの発想から生まれた。

このような術後の痛みを含めたあらゆる痛みは除去してほしいと患者誰しも願うところであろう。日頃ペインクリニックにおいてわれわれは開業の先生方から紹介されてくる反射性交感神経性ジストロフィー(RSD)、帯状疱疹後神経痛の治療を行うにあたりしばしば苦慮しているが、この概念を念頭に置き、NMDA 受容体拮抗薬、三環系抗うつ薬、カルシウムチャンネル遮断薬、リドカイン、マグネシウムなどを有効に使い病的持続痛、慢性痛を有する患者のQOLの向上に少しでも役立てたく努力している。これはとりもおさず日本医師会が推奨している病診連携の一躍をにうことになるものであり、今後なお一層この領域の研究に取り組み、地域医療に少しでも貢献できれば幸せだと願っている。また、このように大阪医科大学医師会の構成員がそれぞれの立場で病診連携に積極的であるためにも、本医師会の21世紀に向けた役割は大きいものと思う。

1. 卒後初期臨床研修について

大阪医科大学附属病院 院 長 佐々木 進次郎

昭和43年に大学紛争の解決策として実地修練（インターン）制度が廃止されたことにより，若い医師が患者を全人的に診療する基本的知識や技術に欠けることが危惧されるようになった．そのため，医師免許取得後少なくとも2年間の臨床研修を行うことを努力目標とすべきことが規定されたのであるが，約30年を経た今日においても，初期研修は必ずしも満足すべき状態にあると言い難い．以下に「わが国の大学医学部（医科大学）白書」（全国医学部長病院長会議編）（以下「白書」），「日本医学教育学会卒後教育委員会調査」（以下「調査」）などを参考にしながら，卒後初期臨床研修につき私見を述べてみたい．

まず，卒後初期臨床研修の目標であるが，これを論ずるには次のような現状を理解しておかねばならない．すなわち，毎年8,000名を超す医師国家試験合格者の約80％が大学病院で研修を行い，その90％は専門分野の認定医・専門医を指向している点である．このことは，善悪は別にして，卒後初期臨床研修を各学会の認定医制度の研修カリキュラムの中に組み入れてしまう（認定医取得の条件とする）のが現時点で最も現実的な考え方であることを示すものといえよう．事実，本学を含め多くの大学の臨床研修カリキュラムはかかる視点に基づいて作成されている．このような観点から，初期臨床研修の必要最低限の目標は，抽象的ではあるが，研修者の将来の医療・研究に対する取り組みの基本的な姿勢をつくることにあるといえる．

卒後初期臨床研修の開始時期は医師免許取得直後，また，研修期間としては2年間が望ましいという点では大方の意見の一致をみている．研修方式については，研修の目標達成ということからみれば複数科（例えば内科，外科，小児科，産婦人科など）のローテーションが望ましい．「調査」によれば近時“総合診療方式”（スーパーロー

テート)を望ましい研修方式とする研修施設が多いが、実際にこの方式を採用している率は大学よりも研修指定病院において高い。因みに本学の研修方式をみると、平成8年度の研修医(平成7年および8年免許取得者)の43%はローテート方式(セミローテート)、57%はストレート方式をとっている。研修本来の目的からは勿論のこと、ストレート方式に対する国家補助の低いことからみても、本学の研修方式は再検討を要する時期ではないかと思われる。研修目標の到達度は研修プログラムの自己評価、さらには第3者によるチェックが必要であり、到達目標は医療をとりまく環境の変化に応じた見直しが重要と思われる。

卒後初期臨床研修と卒前教育との間に、一貫性を保つべきとする考え方がある。これにより、卒後初期臨床研修時の負担も軽くなるからである。例えば大学病院に救急医療部門を設けて学生の実習の場にする、関連病院の外来診療に学生実習を依頼する、などが考えられよう。

次に、卒後研修と大学院の関係についてである。2年間の初期臨床研修を大学院の入学資格とする大学は多く、臨床系大学院の場合には実際上あまり問題はないと思われる。しかし、基礎系大学院においては大学院前教育の2年延長という不都合が生じる。そこで、「白書」では初期臨床研修を大学院終了後、またはいつの時点からでも開始できるようなオプションがあつてよいとする意見もみられる。

最後に、卒後初期臨床研修の義務化について触れたい。現在、この義務化の論議はひと頃に比べると活発ではない。しかし、研修医を含めた医療関係者のすべてが、「条件さえ整えば義務化に賛成」とするものが圧倒的に多いことは周知の通りである。「調査」によれば、義務化の遂行にあたって必要な主な条件とは、①国の財政的援助、②研修医の身分保障、③臨床研修指定病院の理解と協力、④大学の理解と協力、⑤指導医の質、数および熱意、であるとしている。国の財政的援助ひとつをとってみても、その財源は文部省で予算化するのか、もし厚生省主導で保険診療から捻出されるならば、自由な研修が制限されないか、などの困難な問題がある。義務化の道は、なお遠い感がする。

卒後初期臨床研修には、なお多くの問題点が残されている。国の財政的援助、研修医の身分保障・待遇の改善が不可欠であり、性急な研修の義務化はインターン制度の二の舞になりかねない。現在の本学の診療体制において臨床研修の実をあげるには、大学と関連研修病院との連携による機能の分担が望ましいと考える。

2. 在阪5大学における初期臨床研修の実状

大阪医科大学医師会 広報・会計 高松 順太

本年2月24日、在阪5大学すなわち大阪医科大学、大阪大学、大阪市立大学、関西医科大学、近畿大学の各医師会役員が集合し、懇談会を持ちました。その主な目的は、医師国家試験に合格した新医師に対する初期臨床研修の各大学の実状を紹介し、意見を交換することでした。本学からは、植木 實、勝 健一、阿部宗昭、河野公一、稲森耕平、北浦 泰、高松順太の7名が出席し、大阪大学から高井新一郎教授他5名、大阪市大から一色 玄教授他9名、関西医大から岩坂壽二教授他6名、近畿大学から安富正幸教授他6名が参加しました。

本学での状況については佐々木進次郎病院長が述べていらっしゃるので、本稿では他大学の状況について報告いたします。各大学ともいろいろな試行錯誤をくり返しなが研修医の実力の向上に努力していることが示されました。ただ、どの大学でもこの課題に対する取り組みが、どうしても後回しになって処置されてきているという印象を、小生は持ちました。研修医の地位というのは、どこの大学でもきわめて弱いものであるようで、研修医が不満に感じていること、あるいはこうしたいと望んでいることを、はっきり主張できるような機会が少ないようです。このため、初期臨床研修システムの変更などが、速やかに実行されていないように感じます。

医学、医療が急速に専門細分化し、専門医指向が強まっていることは間違いないと思います。しかし一方、医師側の立場としては、幅広い一般臨床知識を身につけたいという望みも持っているはずで、とくに卒業直後の時期にあたっては、学生時代の講義で習ったような典型的な病態を示す患者さんばかりではないことを驚きとして実感するものです。このような時期に、学生時代に学んだことをもう一度ふり返り、実際の患者さんでの所見と異なる点を十分に把握することが必要となると思われます。この時期に幅広い一般的臨床の实地訓練がとくに望まれると思います。他の4大学の先生方も同様に感じておられるようです。

これに対応できるシステムは、自身の所属している医局での研修に加えての他科へのローテート研修でしょう。本学でもこの点に配慮したローテートシステムが少しず

つ実行されており、例えば本号では、平成6年卒業の宮田香織（旧姓新原）先生がその経験を寄稿してくれています。しかしながら、実際には困難なことが多くあるようです。例えば、大阪大学では、卒業後まず1年を学内で、そのあと学外で1～5年間研修させていることが紹介されました。ただ、ローテートのシステムは外科系でほんの少し、1年目の時にあるだけのようです。2年目以降の学外研修にあっては、他科ローテートは、各講座の壁があって実現困難な状況であることを示しておられました。本学でもこれと変わらないような状況があるかも知れませんが、国公立の大学ではなく私学ですので、ぜひその特色を生かして講座の壁を低くし、研修医のためになるようなトレーニングのシステムができれば、と思います。少し付け加えて、入院、外来の患者数についても報告があり、ちなみに大阪大学は1日平均入院患者数が870人で、1日平均外来患者数が、1,977人でした。本学では、平均入院患者数865人、平均外来患者数2,482人で、入院患者数は大阪大学のそれと変わらないが、外来患者数は明らかに多いことが示されました。また、大阪大学における研修終了時の自己評価および指導医評価の表(6～9頁)を掲載します。私たちのそれと比較したり、参考にしたりできるのではないかと思います。

終りに、このような在阪5大学の医師会の交流を通じて、情報がゆき渡り、他学に対する理解が深まることを、私は感じました。また、本学での研修ローテートシステムを良い方向にもってゆくために、研修医がたくさん会員となっている本学医師会が、彼らの意見や希望を吸い上げ、実現してゆくのに少なからぬ貢献ができることを予想し、筆をおきます。

初期一般的臨床研修（各科共通）到達目標と評価

研修医氏名

指導責任者

印

以下の項目中達成したと自己判断できる項目は(A)、ある程度達成できた項目には(B)、できていない項目には(C)と記入する。

	自己評価	指導医評価
1. 一般目標		
(1) 全ての臨床医に求められる基本的な診療に必要な知識・技能・態度を身につける。	()	()
(2) 緊急を要する病気又は外傷を持つ患者の初期診療に関する臨床的能力を身につける。	()	()
(3) 慢性疾患患者や高齢患者の管理の要点を知り、リハビリテーションと在宅医療・社会復帰の計画立案ができる。	()	()
(4) 末期患者を人間的、心理的理解の上に立って、治療し管理する能力を身につける。	()	()
(5) 患者及び家族とのより良い人間関係を確立しようと努める態度を身につける。	()	()
(6) 患者の持つ問題を心理的・社会的側面をも含め全人的にとらえて、適切に解決し、説明・指導する能力を身につける。	()	()
(7) チーム医療において、他の医療メンバーと協調し協力する習慣を身につける。	()	()
(8) 指導医、他科又は他施設に委ねるべき問題がある場合に、適切に判断し必要な記録を添えて紹介・転送することができる。	()	()
(9) 医療評価ができる適切な診療録を作成する能力を身につける。	()	()
(10) 臨床を通じて思考力、判断力及び創造力を培い、自己評価をし第三者の評価を受け入れフィードバックする態度を身につける。	()	()
2. 具体的目標		
(1) 基本的診療		
卒前に習得した事項を基本とし、受持症例については例えば以下につき主要な所見を正確に把握できる。		
1) 面接技法（患者、家族との適切なコミュニケーションの能力を含む）	()	()
2) 全身の観察（バイタルサイン、精神状態、皮膚の観察、表在リンパ節の診察を含む）	()	()
3) 頭・頸部の診察（眼底検査、外耳道、鼻腔、口腔、咽喉の観察、甲状腺の触診を含む）	()	()
4) 胸部の診察（乳房の診察を含む）	()	()
5) 腹部の診察（直腸を含む）	()	()
6) 泌尿・生殖器の診察（注：産婦人科の診察は指導医と共に実施のこと）	()	()
7) 骨・関節・筋肉系の診察	()	()
8) 神経学的診察	()	()
(2) 基本的検査法 I		
必要に応じて自ら検査を実施し、結果を解釈できる。		

1) 検 尿	()	()
2) 検 便	()	()
3) 血 算	()	()
4) 出血時間測定	()	()
5) 出血型判定・交差適合試験	()	()
6) 簡易検査(血糖、電解質、尿素窒素、赤沈を含む)	()	()
7) 動脈血ガス分析	()	()
8) 心電図	()	()
9) 簡単な細菌学的検査(グラム染色、A群B溶連菌抗原迅速検査を含む)	()	()
(3) 基本的検査法Ⅱ		
適切に検査を選択・指示し、結果を解釈できる。		
1) 血液生化学的検査	()	()
2) 血液免疫学的検査	()	()
3) 肝機能検査	()	()
4) 腎機能検査	()	()
5) 肺機能検査	()	()
6) 内分泌検査	()	()
7) 細菌学的検査	()	()
8) 薬剤感受性検査	()	()
9) 髄液検査	()	()
10) 超音波検査	()	()
11) 単純X線検査	()	()
12) 造影X線検査	()	()
13) X線CT検査	()	()
14) 核医学検査	()	()
(4) 基本的検査法Ⅲ		
適切な検査を選択・指示し、専門家の意見に基づき結果を解釈できる。		
1) 細胞診・病理組織検査	()	()
2) 内視鏡検査	()	()
3) 脳波検査	()	()
(5) 基本的治療法Ⅰ		
適応を決定、実施できる。		
1) 薬剤の処方	()	()
2) 輸液	()	()
3) 輸血・血液製剤の使用	()	()
4) 抗生物質の使用	()	()
5) 副腎皮質ステロイド薬の使用	()	()
6) 抗腫瘍化学療法	()	()
7) 呼吸管理	()	()
8) 循環管理(不整脈を含む)	()	()
9) 中心静脈栄養法	()	()
10) 経腸栄養法	()	()
11) 食事療法	()	()
12) 療養指導(安静度、体位、食事、入浴、排泄を含む)	()	()
(6) 基本的治療法Ⅲ		

必要性を判断し、適応を決定できる。		
1) 外科的治療	()	()
2) 放射線の治療	()	()
3) 医学的リハビリテーション	()	()
4) 精神的、心身医学的治療	()	()
(7) 基本的手技		
適応を決定し、実施できる。		
1) 注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保）	()	()
2) 採血法（静脈血、動脈血）	()	()
3) 穿刺法（腰椎、胸腔、腹腔等を含む）	()	()
4) 導尿法	()	()
5) 浣腸	()	()
6) ガーゼ、包帯交換	()	()
7) ドレーン、チューブ類の管理	()	()
8) 胃管の挿入と管理	()	()
9) 局所麻酔法	()	()
10) 滅菌消毒法	()	()
11) 簡単な切開・排膿	()	()
12) 皮膚縫合法	()	()
13) 包帯法	()	()
14) 軽度の外傷の処置	()	()
(8) 救急処置法		
緊急を要する疾患又は外傷を持つ患者に対して、適切に処置し、必要に応じて専門医に診療を依頼することができる。		
1) バイタルサインを正しく把握し、生命維持に必要な処置を的確に行う。	()	()
2) 問診、全身の診察及び検査等によって得られた情報をもとにして迅速に判断を下し、初期診療計画をたて、実施できる。	()	()
3) 患者の診療を指導医又は専門医の手に委ねるべき状況を的確に判断し申し送りないし移送することができる。	()	()
4) 小児の場合は保護者から必要な情報を要領よく聴取し、乳幼児に不安を与えないように診察を行い、必要な処置を原則として指導医のもとで実施できる。	()	()
(9) 末期医療		
適切に治療し管理できる。		
1) 人間的、心理的立場に立った治療（陣痛対策を含む）	()	()
2) 精神的ケア	()	()
3) 家族への配慮	()	()
4) 死への対応	()	()
(10) 患者・家族との関係		
良好な人間関係の下で、問題を解決できる。		
1) 適切なコミュニケーション（患者への接し方を含む）	()	()
2) 患者、家族のニーズの把握	()	()
3) 生活指導（栄養と運動、環境、在宅医療等を含む）	()	()
4) 心理的側面の把握と指導	()	()
5) インフォームド・コンセント	()	()

- | | | |
|---|-----|-----|
| 6) プライバシーの保護 | () | () |
| (11) 医療の社会的側面 | | |
| 医療の社会的側面に対応できる。 | | |
| 1) 保健医療法規・制度 | () | () |
| 2) 医療保険、公費負担医療 | () | () |
| 3) 社会福祉施設 | () | () |
| 4) 在宅医療・社会復帰 | () | () |
| 5) 地域保健・健康増進（保健所機能への理解を含む） | () | () |
| 6) 医の倫理・生命の倫理 | () | () |
| 7) 麻薬の取り扱い | () | () |
| (12) 医療メンバー | | |
| 様々の医療従事者と協調・協力し、的確に情報を交換して問題に対処できる。 | | |
| 1) 指導医・専門医のコンサルタント、指導を受ける。 | () | () |
| 2) 他科、他施設へ紹介・転送する。 | () | () |
| 3) 検査、治療・リハビリテーション、看護・介護等に幅広いスタッフについてチーム医療を率先して組織し実践する。 | () | () |
| 4) 在宅医療チームを調整する。 | () | () |
| (13) 文書記録 | | |
| 適切に文書を作成し、管理できる。 | | |
| 1) 診療記録等の医療記録 | () | () |
| 2) 処方箋、指示箋 | () | () |
| 3) 診断書、検案書その他の証明書 | () | () |
| 4) 紹介状とその返事 | () | () |
| (14) 診療計画・評価 | | |
| 総合的に問題点を分析・判断し、評価ができる。 | | |
| 1) 必要な情報収集（文献検索を含む） | () | () |
| 2) 問題点整理 | () | () |
| 3) 診療計画の作成・変更 | () | () |
| 3) 診療計画の作成・変更 | () | () |
| 4) 入退院の判定 | () | () |
| 5) 症例提示・要約 | () | () |
| 6) 自己及び第三者による評価と改善 | () | () |
| 7) 剖 検 | () | () |

3. 2つの内科をローテートして

大阪医科大学公衆衛生学教室 大学院2年 宮田 香織

私は現在卒後4年目になりますが、卒後最初の2年間は大学病院で研修させていただきました。まず私の研修において特徴的なのは、2つの内科をローテートできたという点です。これはかなり異例のことですが、私は卒後まず第二内科に入局し、そこで、消化器、血液疾患を中心にトレーニングを開始しました。1年目の年の秋頃だったでしょうか、「内科の間でローテートしてはどうかという案がでているが、希望者はありますか」と医局長先生からお話がありました。

しかし、私自身、当時は入局して半年足らずの頃であり、第二内科での研修生活に精一杯の状態でしたので、他科へのローテートなど考える余裕もありませんでした。したがって、その後も第二内科で研鑽を積んでいったわけですが、そのうち胸部X線の読影に自信が持てなかったり、糖尿病患者の血糖コントロールがうまくいかなかったりと、日々の診療のなかで反省材料が出てきました。大学病院という性格上、各教室での専門分野があり、1つの医局にだけいるとどうしても視野が狭くなりそれ以外のことは学ぶ機会がほとんどないという点は仕方のないことかも知れません。しかし、いろいろな分野で、様々な疾患を経験し、各専門の指導医のもとでトレーニングを受けてゆくというのは、特に内科を志望する者にとっては望ましいことではないかと思うようになりました。その時、以前に聞かされていたローテートのお話を思い出したわけです。そこで医局長先生に御相談したところ、快く第一内科の方に交渉して下さい、半年間の約束で内科ローテートの計画が具体化されました。第一内科は各疾患ごとのユニット制になっており、もともと医局内でも研修医が3ヵ月ごとに入れ替わるという体制でしたので、私の受け入れもスムーズに行って下さいました。半年間で、私は呼吸器、内分泌疾患と2つのユニットをまわらせて頂きましたが、その半年間の経験は私にとって貴重なものであり、経験した疾患に対して理解を深めることができましたし、第二内科以外の医局の雰囲気も知ることができて、いろいろな意味で良い勉強になりました。

現在、全国の医学部では、様々な研修制度をとっているようです。本学のようなス

トレート方式は、その分野に関しては、短期間で身につくことが多いというメリットもありますが、卒後の研修医の期間だけでも、片寄ることなく、多角的に物事を考える訓練ができるよう、ローテート方式で多くの経験を積むことが大切だと実感しています。実際、本学の中でもこうした制度を進めていこうとする動きがあるようですので、1日も早くローテート制度が具体化されることを私は願っています。

最後になりましたが、このような貴重な体験をさせて頂くにあたり、御指導頂いた第一内科、第二内科の諸先生方に、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

4. 私の経験した卒後教育

大阪府立母子保健総合医療センター発達小児科 平成3年卒 小杉 恵

平成3年に本学を卒業し、大阪大学小児科に入局しました。私の現在までの研修が、卒後教育と呼べるものかどうか分かりませんが、何かの参考になればと思います。

大阪大学の小児科には毎年10人以上が入局しています。それぞれの年で違いますが、同期入局の中で阪大出身者が30%から50%といったところです。

阪大では、1年目の研修を大学病院で行う人と研修指定の関連病院で行う人がいます。そして原則として4年目に、「後期研修」という形で全員が大学病院に戻り、いくつかのグループを回ります。その後、自分の専門分野を決めて、そのグループに所属する人もあれば、再度関連病院に勤める人もあります。

以上は一般論ですが、次に私の場合について書いてみたいと思います。私は、初めの2年間の研修を大阪府立病院で行いました。

各科での研修を始める前に、府立病院では2週間の研修がありました。これは病院の組織についての説明に始まって各科の先生の講義、検査手技など大学の講義のようなもので、臨床の研修を早く始めたい私たちにとっては非常に苦痛でした。研修医は同期が10名と2年目の先輩が20名ぐらいおり、総勢30名以上の大所帯でした。小児科の研修コースとしては1年目の初めの6ヵ月が小児科での研修、後半6ヵ月是他科研修、2年目は1年間小児科研修というものでした。それ以外に研修医には1年目は三次救急の応援当直と週末の一次救急、2年目は一次救急当直という義務が課せられていました。

初めの6ヵ月の小児科での研修では、比較的短期入院で予後良好の患者を中心に受け持ちをさせてもらいました。カルテの書き方や診察の手順など、今思えば本当に単純なことでも非常に時間がかかりました。やっと何とか小児科医になりかけた頃に、6ヵ月は終了しました。後半の他科のローテートは3ヵ月単位で2つの科を研修することが許されており、私は麻酔科と消化器内科を回らせてもらいました。そのときの研修が、現在役に立っているかどうかは疑問ですが、病院全体として相互に研修医を受け入れる体制をとっていることは、研修医にとっては心強い気がしました。

研修2年目には、悪性疾患や未熟児、診断の難しいものなど、1年目には持てない症例を担当させてもらいました。このとき2年目の研修医が私1人しかいなかったこともあるかと思いますが、研修のスタイルとしては理想的なものであったと感じています。

また、この2年間の研修では、出身大学も医局も違う様々な科の先生たちと机を並べることができたことも、私にとっては非常に楽しい経験でした。

2年間の研修を終えた後は、1年間一般病院で医員として勤めました。このとき勤めた大阪厚生年金病院には、腎炎やハンセン病など慢性疾患の入院児が多く、3年や5年、中には10年入院を続けている子もいました。思春期の問題や進学悩みなど、それまで診ていた患児たちとは違う問題を有している患児たちに、心理的サポートの必要性を感じました。

卒後4年目の大学病院での「後期研修」は、私たちの2年上の学年から始まったもので、現在は6年目になります。最近は大学内のみならず、関連病院での研修も可能になりつつあるようで、うまく利用できれば非常にいい制度だと思います。1年目を大学病院で研修していない者にとっては、「大学病院とは……？」を知るためにも必要な期間であるかもしれません。

4年目の後期研修が半ばすぎた頃、来年度の希望についてのアンケートが送られてきました。その後、教授との面談があり、私は現在の職場へレジデントとして勤めることになりました。もともと研修を始めた頃から、心身症など心理的な問題を有する子どもたちに興味があり、3年目に慢性疾患児に対する心理的ケアについても必要性を感じていましたので、希望の職場に勤めることができ幸運だったと思います。現在は(異例の)3年目レジデントとして働いています。

「卒後教育」という題で書くという宿題を頂いて、私なりにいろいろと自分の今までの研修を振り返ってみました。しかし結論としては、「卒後教育」と呼べるものを自分は受けてきたのだろうかという疑問が残りました。何も分からない1年目の新米医師に、それなりの指導はどの施設でもして下さいます。ただ、それがきちんと系統だった教育ではありえないのが実状で、即戦力として必要な病院もあれば、疾患に偏りのある病院もあります。欧米のレジデント制度のように、卒後の数年間を研修期間として、できるだけ偏りなく学べる体制が、各大学の枠を越えて可能になればよいのと思っています。



スポーツ医制度について

大阪医科大学整形外科科学教室 教授

阿 部 宗 昭

現在、スポーツ医制度については3団体、すなわち日本医師会、日本整形外科学会、日本体育協会が認定もしくは公認している。以下に各団体のスポーツ医制度を紹介する。



- 〔名 称〕 日本医師会認定健康スポーツ医
- 〔認定団体〕 日本医師会
- 〔目 的〕 健康スポーツ医の養成とその資質向上を通して地域保健活動の一環である健康スポーツ医活動の推進を図るため。
- 〔資 格〕 日本医師会会員である医師で、日本医師会の定めた講習科目に基づく健康スポーツ医講習会(前期、後期)を修了したと認められるもの。
- 〔登録期間〕 5年間
- 〔登録料〕 10,000円
- 〔講習(前期、後期)を修了するために要する日数〕
4日
- 〔受講料〕 20,000円
- 〔資格継続に関する必要事項〕
5年間に日本医師会が主催する再研修会を3単位以上修得。
健康スポーツ医として学校、職場、地域などにおいてスポーツ医学の立場から指導、教育、診療などの実践活動を行っていること。
- 〔問合せ先〕 各都道府県医師会



- 〔名 称〕 日本整形外科学会認定スポーツ医
- 〔認定団体〕 日本整形外科学会



- 〔目 的〕 日本整形外科学会(以下日整会)は、最近我が国のあらゆる年齢層におけるスポーツ人口の増加に伴い、それによる障害も増加していること、これに対し整形外科は運動器官の外傷を含む諸疾患を主要な診療対象としているところから、スポーツ障害の予防や診療を担当するに最もふさわしく、それに尽力すべき責務をもつと考えられるので、スポーツ医学全般について定期的な研修を実施する。
- 日整会は、会員のスポーツ医学に対する指導力と診断能力向上のため日整会認定スポーツ医を設ける。
- 〔資 格〕 日整会認定医で日整会が主催した研修会においてスポーツ医学研修カリキュラム35単位の受講を修了したもの。
- 〔登録期間〕 6年間
- 〔審査および登録料〕 40,000円
- 〔講習(35単位)を修了するために要する日数〕 5日
- 〔受講料〕 70,000円
- 〔資格継続に関する必要事項〕 6年間に12単位
- 1 日整会が主催する資格継続のためのスポーツ医学研修会／1日完全受講3単位
 - 2 教育研修会のスポーツ医学単位(スポーツ委員会が認めた再研修単位)ただし、認定医資格継続のための単位との重複は認めない。／1演題1単位
 - 3 スポーツに関連した学会への出席(スポーツ委員会が認めた一括申請による単位)／1回1単位
- 〈公認学会〉日本整形外科スポーツ医学会
日本臨床スポーツ医学会
- 〔問合せ先〕 日整会事務局 (TEL: 03-3816-3671, FAX: 03-3818-2337)



- 〔名 称〕 財団法人日本体育協会公認スポーツドクター
- 〔公認団体〕 日本体育協会
- 〔役 割〕 スポーツドクターの役割は次の通りとする。

● 最近の動き ●

- 1 スポーツ活動を行う者に対する健康管理と競技能力向上の援助.
- 2 スポーツ外傷, 障害に対する予防, 診断, 治療, リハビリテーションなど.
- 3 競技会等の医事運営並びにチームドクターとしての参加.
- 4 スポーツ医学の研究, 教育, 普及活動.
- 5 その他上記に準ずる必要な事項.

〔資格〕 日本国の免許を有し原則として日本体育協会あるいは日本体育協会加盟団体(都道府県体育協会あるいは中央競技団体)の推薦を受けた者(各都道府県体育協会に連絡すればほとんどの場合推薦を受けることができる).
日本体育協会が主催する講習会の全単位(41単位)を修得した者.

〔登録期間〕 4年間

〔登録料〕 40,000円

〔講習の全単位を修得に要する日数〕

10日

〔受講料〕 40,000円

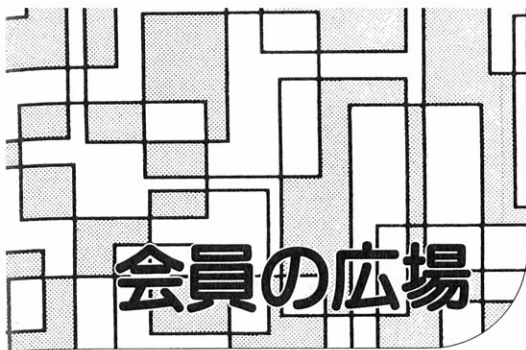
〔資格継続に関する必要事項〕

登録期間(4年間)中に日本体育協会が主催する研修会を1日受ける.

〔特典〕 日本体育協会が発行する機関誌, 指導者のためのスポーツジャーナル, ならびにスポーツ医科学研究書などの無料配布.

〔問合せ先〕 各都道府県体育協会

以上, 3団体によるスポーツ医制度を簡単に紹介した. 各団体のスポーツ医を統一するための話し合いが持たれてはいるが, 未だ一本化はなされていない.



産業医学講習会を開催して

衛生学・公衆衛生学教室 講師

織 田 行 雄

このたび、北摂四医師会医学会と大阪府医師会の共催で、産業医学講習会を本学の衛生学・公衆衛生学教室が実地指導する形式で平成9年4月19日(土)、20日(日)の2日間、開催いたしました。日本医師会認定産業医制度の生涯研修および基礎研修における実地研修の中の作業環境管理の各項目について、両日とも出席された先生はすべての内容が研修できるようにプログラムを作成いたしました。何分、大阪府医師会で産業医学講習会の実地研修を開催できるのは、人材と設備の両条件が整っている本学衛生学・公衆衛生学教室のみであるため、各々の研修日で募集定員が100名であります。受講申し込みが殺到するのか、あるいは大きく割り込むのか、初めてのこともあって募集開始時には不安が尽きない状態でありました。ふたをあけてみると、受講申し込み件数はごくごく順調な伸びを示し、申し込み締め切り日に両研修日とも定員100名に達しました。またどちらかの研修日のみ受講する先生の数がほぼ同数であったため、グループ分けとスケジュール作成が苦もなく行えました。受講申し込み受け付けに関する心配がことなく済みますと、次に実際の研修内容について限られた時間内に各指導者がどこまで研修できるのかの調整および手引書の作成に入りました。

両日とも河野公一教授に研修会開催の挨

拶をいただき、第1日目の講義「作業環境管理の実際1」を当教室非常勤講師で労働衛生技術センター所長の前田 章先生に、第2日目の講義「作業環境管理の実際2」を河野公一教授に御願いたしました。

研修会での研修内容は以下の6項目に分類し、出席者を6班にグループ分け(各班16~17名)いたしました。指導は河野教授、渡辺講師、土手講師、高橋助手、白田副手、西浦大学院生と私の7名で行いました。それぞれのグループで指導者が関連事項の小講義を行った後、デモンストレーションないし体験実習を施行しました。

①事務作業環境と高温環境(温度、湿度、風速、照明)

- 1 検知管による二酸化炭素の測定
- 2 温度、湿度、気流の測定
- 3 照度の測定

②騒音環境(騒音レベル、周波数分析、オーディオグラム)

- 1 騒音の測定
- 2 オーディオメトリー

③振動環境(振動レベル、振動障害)

- 1 振動の測定
- 2 振動覚測定
- 3 ピンチ力測定
- 4 タッピング測定
- 5 皮膚温度測定

④粉塵環境(デジタル粉塵計、肺機能)

1 粉塵の測定

2 肺機能検査

⑤化学環境（サンプリング、ガスクロ、ガス検知管）

1 検知管による有機溶剤の測定

2 ガスクロによる混合気体の成分分析

⑥生物学的モニタリング（有害物質取り扱い作業者の尿中代謝物測定）

1 高速液クロによる尿中馬尿酸の測定

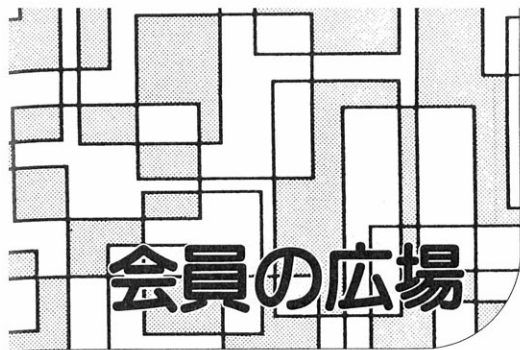
2 イオン電極法による尿中フッ素の測定

研修会は各御協力いただいた先生方、指導に当たった先生方のご尽力のおかげで、終始順調に進行し、無事終了することができました。ただ、学生相手の実習と異なり、受講しているのはドクター、ほとんどが年上でなかには本学出身の先輩まで含まれているとあり、精神的緊張と肉体的疲労とで両日とも研修終了後にどっと疲れがでて帰宅後寝込んでしまうほどでした。

受講の先生方にいただいたアンケートをみますと、以下のようにお褒めの言葉をい

ただいており、企画側といたしましては十分な成果をあげたものと考えております。

- ・ これまでの工場見学の実地研修と比べ有益で良かった。参考になった。
- ・ 実際の測定機械を使用したデモンストレーションがあり、興味深い実習ができた。
- ・ 短時間でポイントをおさえた講義とディスカッションしやすい雰囲気よかった。
- ・ すばらしい試みに感謝いたします。
- ・ Good and well organized!!
- ・ 講義・実地研修とも親切丁寧で解りやすく感謝しています。
- ・ 研修会開催は学校および教室の長年の実績の賜であろうと心から敬意を表す。
- ・ 40年ぶりの母校実習室での実地研修で感無量です。
- ・ 土・日曜日の開催はスタッフの方々は大変でしょうが、出席者の立場では仕事を休むことなく非常にありがたい。
- ・ 定期的な研修会開催を希望します。



オーダーリングシステムの導入

眼科学教室 講師

徳 岡 寛

今年6月17日にととう大阪医大にもオーダーリングシステムが導入されました。導入初期ということもあっていろいろなマイナートラブルがあったりしましたが、比較的順調に稼働し、心配された診療時間の延長もあまりなく、まずまずのスタートを切ることができたのではと思います。まだ生まれたばかりのシステムですので、病棟、外来、中検、薬剤部の各現場ではどうしたらこのシステムにあった運用ができるか、まだ何回も話し合いがもたれていることと思います。

このオーダーリング導入の経緯については既に中心的な役割を果たされた山本隆一先生が『大阪医科大学学報』5月号（第32号51～52ページ）で詳しく述べておられますが、最後の詰め段階では各科のオーダーリング連絡委員とオーダーリング連絡委員会が非常に大きな役割を果たしたと思われます。私も眼科の連絡委員としてこの会議などに参加させていただきましたので、この時のことを少し述べてみたいと思います。

まずオーダーリングシステムの仕様の骨組みは病態検査学の清水教授を代表とし、医師、看護婦、中検、薬剤部の代表からなる構築委員会で意見を出し、それを富士通と病院情報システム企画室（4月に医療情報部に改組）の間でさらに煮詰めたものを、次の構築委員会で承認する手順で作られました。オーダーリングシステムの実際の運用に当たってはオーダーリング連絡委

員会というものが非常に大きな役割を果たしました。

まず1996年の年末から各科の頻用薬画面の設計が始まりました。眼科では当初から外来と病棟で共通して使える頻用薬画面を作るということで点眼・眼軟膏約70種類、内服薬約110種類、注射薬約70種類を選び画面に配置していきました。薬剤の選定と画面のレイアウトではいろいろな人に意見を聞いたり、何度も組み合わせを変えたりして結構苦心しました。各科から提出された頻用薬画面にプログラム上のリンクを貼り、マニュアルを作って実際の訓練ができるようになったのが今年の2月です。訓練は研究棟11Fのオーダーリング操作訓練室で行われました。訓練室の向かいの部屋では富士通の担当者が日夜プログラムの改良に取り組んでいるという自転車操業に近い状況でした。

第1回のオーダーリングリハーサルが3月に行われましたが、このころから毎週火曜日に連絡委員会が開かれ、システム運用上の問題点などを熱心に討議しました。この連絡委員会には各科の医師だけでなく、外来、病棟の看護婦さん、中検、事務、薬剤部、富士通の方も参加し、毎週火曜日の5時から会議が行われましたが、まれにみる熱心さで討議が行われ、2時間近くかかることもあり、外来病棟合同会議も同

様な構成ですが、こんなに議論がでるということはありません。この理由としては外来や病棟で行ってきた処方や検査の業務のひとつひとつにこの新しいコンピューターシステムを介在させ、その情報を中検、薬剤部、事務部に最適な形で情報を伝達する仕組みを考える必要があるためであり、討議事項も膨大な量に上りました。

医局にもどってからは会議の結果を要約して報告したり、医局の方にできるだけわかりやすい形で情報を伝えるために、いろいろな資料を作って配布したり、リハーサルの時に参加する医局員の配置を決めました。毎週あるいは隔週の水曜にあるリハーサルの時には実際に参加してもらうスタッフとともに臨床第一講堂に集まりました。全科とも10名前後の人員が集まり、またそれに中央検査部、薬剤部、事務部、医療情報部、富士通のスタッフが集まったリハーサルの説明会はなかなか壮観でした。リハ

ーサルの最中にシステムダウンなども経験し、緊急時の本学の連絡網が未整備であることも経験しましたが、医療情報部の大坂先生のテキパキとした陣頭指揮のおかげで、大概是短時間にリハーサルは完遂されました。7回のリハーサルを通じてシステムの問題点を洗い出すことができ、本番のスムーズな運用につながったと思います。このシステムはまだ産声をあげたばかりであり、ユーザーインターフェースなどもまだまだ改良の余地があります。しかしこのような大規模なシステムがとにもかくにも無事船出を果たした裏には、医療情報部を中心として臨床各科の医師・看護婦、薬剤部、中央検査部、事務部のスタッフが連絡会議で大いに議論をし、また力を合わせて目標に向かって協力したたまものであると思います。今後もこのシステムがますます発展し、収益向上と患者さんへのサービス向上に役立つことを願ってやみません。

大阪医科大学国際瞳孔講演会

演 題：瞳孔から見た最近の神経学的診断（仮題）
 演 者：Randy Kardon 教授（アイオワ大学神経眼科学教室）
 開 催 日：平成 9 年 11 月 4 日（火）17：00 頃より
 場 所：大阪医科大学臨床第 1 講堂
 主 催：大阪医科大学眼科学教室

大阪医科大学平成 9 年度秋季学術講演会

演 題：未 定
 演 者：未 定
 開 催 日：平成 9 年 11 月 5 日（水）
 場 所：大阪医科大学臨床第 1 講堂
 担 当：口腔外科学教室・第一病理学教室
 学術講演会終了後、ミニシンポジウムの開催を予定しております。

第 6 回北摂四医師会医学会

開 催 日：平成 9 年 11 月 22 日（土）
 場 所：高槻市総合保健福祉センター
 担 当：高槻市医師会

大阪医科大学を中心に開催されている研究会、講演会、カンファレンスなどのうち、
 会員が参加できるものについてのインフォメーションを掲載いたします。
 今後とも順次お知らせしたいと考えています。ぜひ情報をお寄せ下さい。

大阪医科大学神経精神医学教室 米田 博

Tel 0726-83-1221・Fax 0726-83-4810

○北摂四医師会医学会プログラム○

【第5回】

1. 日 時 平成9年5月17日(土)午後2時～

2. 場 所 茨木市健康増進センター

開会の挨拶

岩永 啓

演題発表(2:00～2:30) 司 会 西幹 輝彦

(1) 腸回転異常症を伴った巨大総胆管嚢腫の一例

丸茂病院 内科

村上 剛

外科

畑 幸樹, 朝子 理, 笠川 脩

(2) 循環器症状を伴わない著明な心拡大を認めた一例

大阪第二警察病院 内科

細井 慶太, 村上 雅樹, 武田 吉人, 湯徳 太郎,

西口 太, 高田 淳, 西尾 浩, 佐伯 巧,

重本 昌三

(3) 当院産婦人科における術後早期回復を目指した手術療法の工夫

北摂病院 産婦人科

井本 広済

教育講演(2:30～3:00) 司 会 河野 公一

「病気とアポトーシス」

大阪医科大学第一解剖学教授 大槻 勝紀

演題発表(3:10～3:40) 司 会 植木 實

(4) 十二指腸潰瘍穿孔に合併した小腸嚢胞様気腫症の一例

丸茂病院 外科

朝子 理, 畑 幸樹, 笠川 脩

(5) 当院における性器脱の治療

友誼会総合病院 産婦人科

藤本 昭, 前田 隆義

(6) 若年女性の急性腹症診療のピットフォール

大阪府済生会茨木病院 産婦人科

山本 紳一，曾根 春男，林 章子，藤江 隆夫

(7) 三島地域の救急医療体制の現況と問題点

大阪府三島救命救急センター 富士原 彰

特別講演（3：50～4：40） 司 会 岡田 宏

「形成外科の最近の進歩」

大阪医科大学形成外科学教授 田嶋 定夫

閉会の挨拶

原 亮多

大阪医科大学医師会役員構成

大阪医科大学医師会 役員

会 長	植木 實(産婦人科)
副 会 長	清金 公裕(皮膚科)
	河野 公一(公衆衛生学)
	勝 健一(第二内科)
広 報	河野 公一(公衆衛生学)
	高松 順太(第一内科)
	米田 博(精神神経科)
	佐野 浩一(微生物学)
	田中 英高(小児科)
	梁 壽男(消化器外科)
会 計	高松 順太(第一内科)
書 記	麻田 邦夫(胸部外科)
会計監査	竹田 喜信(第二内科)

大阪府医師会 代議員

植木 實(産婦人科)	清金 公裕(皮膚科)
河野 公一(公衆衛生学)	勝 健一(第二内科)
稲森 耕平(麻酔科)	北浦 泰(第三内科)
阿部 宗昭(整形外科)	

大阪府医師会 予備代議員

清水 章(病態検査学)	高松 順太(第一内科)
麻田 邦夫(胸部外科)	米田 博(精神神経科)
末吉 公三(放射線科)	徳岡 覚(眼科)
佐野 浩一(微生物学)	

大阪医科大学医師会会員内訳

(平成9年7月1日現在)

顧問	1 名	精神神経科	11 名
第一内科	86 名	放射線科	12 名
第二内科	35 名	形成外科	8 名
第三内科	18 名	I C U	3 名
一般消化器外科	25 名	輸血室	1 名
皮膚科	15 名	病態検査学	3 名
麻酔科	22 名	中央検査部	6 名
小児科	27 名	第一解剖学	2 名
脳神経外科	4 名	第一生理学	1 名
胸部外科	28 名	第二生理学	3 名
泌尿器科	8 名	医化学	2 名
整形外科	7 名	第一病理学	3 名
リハビリセンター	3 名	第二病理学	1 名
眼科	22 名	微生物学	3 名
耳鼻咽喉科	13 名	公衆衛生学	9 名
産婦人科	35 名	心理学	1 名

計 418 名

編集後記

大阪医科大学医師会会報の第8号を会員の皆様にお届けしました。本号では“卒後研修”を特集として組み、佐々木進次郎病院長をはじめ、本学出身、他施設研修の先生方にもご執筆をお願いしました。本学の卒前教育については新カリキュラムが導入されつつありますが、卒後研修に関しては大学としての取り組みはまだ議論の段階です。各教室では各々の実情に合わせた卒後研修プログラムを用意されていると思いますが、全学的に統合された活発で魅力あるシステムが今後は必要になるでしょう。その時期にあって本号の特集が会員諸氏の議論活性化の参考になればと願って止みません。ご意見のある方は広報部に原稿をどしどしお寄せください。

今年は6月中旬に2回も台風が来たり、一時水不足が心配された空梅雨が突然大荒れになり、各地で被害が出ました。地震もいまだに日本各地で起こっております。再び災害対策の必要性を感じる今日この頃です。会員諸氏のご健康をお祈りしております。

広報 田中英高

大阪医科大学医師会会報 第8号

発行日 平成9年9月1日

発行 大阪医科大学医師会

発行責任者 医師会長 植木 實

編集 大阪医科大学医師会広報担当

〒569 高槻市大学町2-7

大阪医科大学医師会事務局(村上純子 職員会館内)

TEL. 0726-83-1221(内2664)

制 作 知人社