

■巻頭言	大阪医科大学救急医療部教授	森田 大	1
■特集：座談会			
「女医たちのラウンドテーブルディスカッション—円女医（エンジョイ）」			2
出席者：酒谷皮フ科クリニック		酒谷 省子	
大阪医科大学麻酔科		土居 ゆみ	
同・泌尿器科		橋本 玲美	
川添丸山眼科		丸山 優子	
(司会) 大阪医科大学一般・消化器外科		平松 昌子	
■最近の動き			
放射線科の近況	中央放射線部／放射線医学教室	鳴海 善文	23
■かなり役立つ生涯学習			
大腸がんにおける化学療法 ～個別化医療のはじまり～	化学療法センター	瀧内比呂也	25
■平成19年度大阪府医師会勤務医部会（第2ブロック）報告			
第2ブロック常任委員（茨木市医師会）		砂田 一郎	28
■会員の広場			
国際学会に参加して（アムステルダム）	衛生学・公衆衛生学教室	白田 寛	30
WHOでの業務について	衛生学・公衆衛生学教室	山鳥 江美	31
■ホームページの広場 13			
ファイルの一覧	放射線医学教室	上杉 康夫	32
■大阪医科大学医師会会長からの連絡			34
■大阪医科大学医師会職員の紹介			34
■インフォメーション（よどがわ呼吸器カンファレンス、第6回高槻肝疾患研究会、北摂心不全セミナー、第33回日本リンパ学会、近畿足の外科を語る会、第10回近畿脳神経血管内治療学会、大阪医科大学眼科セミナー、日本病理学会近畿支部、痛みの治療研究会・東洋医学とペインクリニック研究会）			35
■会員の受賞・功績のお知らせ			37
■北摂四医師会医学会分科会記録（第15回小児科医会、第7回画像診断研究会）			40
■大阪医科大学医師会会則			42
■大阪医科大学医師会会員名簿			44
■編集後記		平松 昌子	

巻頭言

大阪医科大学救急医療部教授

森田 大



医療費抑制政策ならびに公的資金の削減さらには医療事故への公権力の介入等が医療界全体の問題に発展し、医師の勤労意欲の低下を招来した。とくに過剰労働を強いられるリスクの高い診療科勤務医の撤退とともに、救急医療にも影を落とし、国民生活に影響を及ぼしている。

約40年来救急体制が整備されるなかで抜本的な制度見直しもなく、わが国独自の制度が構築され、重症の外傷患者に対応できる外科医を救急医と解釈したところにボタンの掛け違いが生じた。疾病救急は二次病院の各科診療で対応していたが、細分化した臓器別専門医の増加、専門医の診療を求める受療者の増加などから、担当医はリスクを伴う救急診療を避けるようになった。これは外傷外科医以外に、ER型救急医、総合内科医、あるいは家庭医などの救急医療体制の維持に不可欠なベースの広い一般医（得意分野があっても良い）としての医師を養成してこなかったことによる当然の帰結である。専門医が関わるべき救急疾病の発症数は少数で人口あたりほぼ一定しており、多くは日常病であることから、一般医がトリアージや初期診療を担い連携を図ることで専門医の本来の力量が発揮され、診療の負担が軽くなる。一方では、何かにつけ専門医志向する国民の受診意識を改める啓発も必要である。

これからの医療のあるべき姿は予防医療に重きをおき、働き盛りの国民への救急医療ならびに高齢者への介護福祉医療の流れに収束されていくと考えられる。そのためには、多くの一般医と少数の臓器専門医で医療従事者が構成されるのが望ましい。地域医療の質を底上げするという観点からも、人的資源を有効活用できるような制度が再構築され、専門性の高い勤務医がそのまま一般医として開業する、従来の医療形態の再生産だけは回避したい。

女医たちのラウンドテーブルディスカッション——円女医(エンジョイ)

日 時:平成20年10月2日

場 所:たかつき京都ホテル

参加者:酒谷皮フ科クリニック

大阪医科大学麻酔科

同・泌尿器科

川添丸山眼科

(司会)大阪医科大学一般・消化器外科

酒谷 省子

土居 ゆみ

橋本 玲美

丸山 優子

平松 昌子

(敬称略)



平松:本日は先生方、お忙しいところをありがとうございます。早速ですが、今回この座談会を開いた目的から申し上げますと、最近医師不足とかそういうことがさかんに言われていますが、その一方で女医さんの数がだんだん増えてますよね。国家試験に通る人の大体30%ぐらいが女医さんということです。女医が増えるということは男の医師が減るということで、それで女医さんがずっと仕事を続けてくれたらいいんですけ

ど、途中で休職したり退職したりとかいうことがあって、ますます医者への不足に拍車がかかってるんじゃないかと。それで女医さんにもっと頑張ってもらえるように、どげんかせんといけん、という動きが各地で見られます。大阪医大の中でも女性医療人の子育てとかキャリア形成の支援をするための会が設置されて、この中でも私とあとお2人の先生にメンバーに入っています。そういう場ではわれわれが見

を言い、男の先生方にも理解していただいて、全体でシステムを作っていたかかないといけないんですけど、今日の会はそういう堅苦しいのじゃなくて、本当に気軽に言いたいことを言っていたら、というふうに考えてます。いろいろご経験の豊富な先輩方のご意見もいただきたいし、実際に今子育てなどで非常に頑張っておられる先生の苦労話も聞きたいし。それからいわゆる女性支援というと子育てとかそういう話にばかりいっちゃいがちですが、それ以外のいろんな面、仕事の場でのキャリア・アップとかそういうことについてもご意見をいただきたいと思ひまして、本日は私が勝手に人選させていただいた先生方に来ていただきました。初対面の先生方もおられますので、よろしければ最初に自己紹介をお願いしてもよろしいでしょうか。どうして女医、医師になられたのかということも含めて、申し訳ありませんが丸山先生からよろしくお願ひします。

丸山：昭和38年卒、専攻は眼科です。現在は大阪府女医会の副会長をし、女性医師の支援に努めております。また医師協同組合で専務理事として、運営にも携わっています。医療器具・医学書の購入にメリットがあるので、勤務医の先生にもぜひ活用していただきたいと思ひ、ここで紹介させていただきました。

さて、私が医師になった理由ですが、両親は医者ではないのですが、親から「女性はやっぱり何か手に職を持った方がいいよ」と言われ、それならやってみようかなという軽い感じで医学部を目指し、気がついたら一人前の医者になってました。

結婚は卒業と同時にした。昔はインターン課程終了後に即国試なんですけど、実は、そのときすでにお腹が大きくて、お産して1ヵ月のちに国試だったんですよ。今考えると、昔の国試と今の国試とは違うとはいへ、よくやったな、と思ひます。子育てし



丸山 優子 先生

ながら医学を続けるためには、やはり基礎の方がいいんじゃないかなと思ひて、病理の大学院に入って、2年ぐらいで論文を仕上げました。育児休暇も考えましたが、当時の教授の配慮もあって、眼科へ院内留学をさせてもらい、おかげで、この間に子育てをすることができました。それからずっと今まで子ども4人の親を続けております。

平松：ありがとうございます。酒谷先生お願ひします。

酒谷：私、酒谷と申します。今現在は皮フ科を開業しております。開業したのがちょうど8年ぐらい前なんですけど、それまではずっと大学の皮膚科学教室に在籍して講師をしておりましたので、ひょっとしたら私の講義を受けていただいたかもしれないと思ひます。私は昭和56年卒になります。元々私の父親が開業医をしておりましたので、なんとなくそのままズルズルッと、という感じで医学部へ行きました。私も卒業してすぐ結婚したんですけど、なんとなく皮膚科を選び、そしてなんとなく卒業して結婚をし、子ども1人できたんですけど、実はすぐに離婚をしてしまいました。そこから、やるぞ！みたいな気になって、それですべて皮膚科やってたんです。私は1回も休まずに、産んでから3ヵ月でまた出て行きました。ただ私は近くに自分の実の母親がおりましたので、ほとんど母親丸抱え



酒谷 省子 先生



土居 ゆみ 先生

状態で… 子どもも1人しかいませんでしたし、子どもを見てもらって、産んでから3ヵ月ですぐ産休明けという感じで出て行って。大学院も行きましたし、離婚後は結構一生懸命やりました。

平松：ありがとうございます。土居先生。

土居：大学の麻酔科におります。平成9年卒の土居と申します。卒業して12年になりますけど、大学かもしくは大学の関連施設と一部私の希望もありまして兵庫こども病院に行った以外はほとんど大学にいるという状態で、今も大学で働いております。医師を志した理由はあらためて聞かれると自分でも疑問に思うんですけど、一つには学術的な仕事があったということと、一生続けられるものということ。そういうと他にもいっぱいあるような気がするんですけど。結果として大変忙しいという以外は大体いいんじゃないかなと思ってます。私の場合は都合12年ですけど、先輩方はすぐにご結婚されてお子さんもいらっしゃるという非常に私から見ればうらやましい状況なんですけど、まだ子どももいませんし結婚もしてませんし、今後予定もないというような状況でこれからも頑張ってる仕事を続けていこうかなと思ってるところです。

平松：ありがとうございます。それでは橋本先生。

橋本：13年卒、泌尿器科に所属しています橋本と申します。私は学生結婚をして3年

生のときに子どもを産んで。卒後1年お休みというか浪人をしまして14年に入局です。最近3年前にもう1人産みましたが離婚もしまして、今は子ども2人と3人家族で働きながら、という感じです。今日は一番グチを言わせていただくかもしれません。医師になりたかった理由は、高校時代一生懸命頑張ってた医学部志望の友達と一緒に頑張りがたかったの。今彼女は関西医大で小児科医をしており、いまだに交流もあります。今思えばそういったことが目指した理由なんじゃないかなと思ってるんですけど。楽しく勉強させていただいております。

平松：59年卒の平松です。私も残念ながら離婚してませんし、その前の段階もしてませんので。子育てのご苦労とかその辺は逆にいろいろ教えていただきたいと思います。医師を志した理由は外科がやりたかったから。何でも目立つ派手なことが好きだったという性格もあるんですけど、最初はみんな憧れみたいなのから入るんだと思うんですけど、一番自分でやってみたい、やりがいのある仕事だなという憧れがありました。やって良かったと思ってます。今でも後悔はないですけど。これから後輩に同じ道を歩みたいと言われたら、私が入ったときのままの状態だったらやめると言うと思います。だからこれから皆が後に続いてくれるような環境を作ってあげたい、というふうに今思ってます。



橋本 玲美 先生

それじゃあ、本題に入りましょう。まず先生方今まで女医としてやってきて何か困ったことはありましたか？ 医者になってこんな苦労したわとか、こういう現状だからこんなにしんどい思いをしたとか。橋本先生、何かありませんか？

橋本：先輩方の頃は女医の先生が少なかったと思うんですけれども、私たちのときは学年4割ぐらいが女性だったような気がするんです。ただ泌尿器科は…。

平松：泌尿器科は女医さん少ないでしょう。先生のもっと前に1人おられたと思うんですが。

橋本：そうですね。私が入局した当時、2年先輩の女医さんがおられましたので、今は別の病院で勤めておられますので、だいぶ長いこと1人ぼっちになりました。更衣室もないし。

平松：まだ更衣室もないんですか。

橋本：更衣室はないです。

平松：女医当直室を使ってるんですか。

橋本：今は外来のフィルム室で着替えています。もし女医さんに入ってもらえたら…

平松：もうちょっと待遇が良くなるかもしれない？

橋本：そうですね。入局当初は当直も一緒でしたけれど。私の出勤の服装のことをパンツ一丁の上司に注意されたこととかもありますし。思い出せばもう涙なしには…。

平松：私が入局した頃はそうだったんです

よ。私も女1人だったから。でも今はこの時代なのでもうちょっと改善されてるかと思ったら、先生のところはまだ旧態依然ですか。

橋本：ただ慣れというものは恐ろしいもので…。でも先生方もそうだったんじゃないですか。

丸山：私らのときも当直室は今みたいにきれいな建物じゃなくて、すごく古い建物で。医局も今の教務があるところ、いや、それもないですか。昔の食堂ご存じですか。

平松：昔の図書館があった所ですね。

丸山：その上が医局と研究室みたいな形で。医局で私ら寝てましたし。朝来はるまで鍵をかけとくんやけど。布団も全部男の人と一緒に。だから汚いとかそういうことも言えない状態でした。

土居：一番の問題は臭いやと思います。

酒谷：女医当直室自体ができたんですが、本当に10年ぐらい前ですよ。

土居：私が卒業した年なんで12年前にできました。

酒谷：私が辞めるちょっと前ぐらいだったんですけど、あのときに内科の北岡先生という講師されてた先生と病理学の講師をされてた、えーっと…。

平松：前田環先生ですか？

酒谷：そう、前田先生と3人であの女医当直室を作ったんです。

土居：ありがとうございます。昨日も使わせていただきました。

酒谷：使ってくださいね、先生。あれ作るの大変やった。

平松：今ちょっとまた広くなりましたよ。

土居：今個室10室、15ベッドになりました。

酒谷：そんなにたくさんになったんですか。最初4部屋ぐらいしかなかった。

平松：最近は男の先生が「女医はいいな、あんな部屋があって。僕らの重症当直室は汚いとこやし…」とか逆に文句言ってますけど。



平松 昌子 先生

土居：酒谷先生たちのおかげで。

酒谷：主に前田先生と北岡先生が頑張ってお作りくださったんですけど、あれを作れたのがほんの10年ほど前なんで、遅れてるなと思います。

平松：一般社会から見ると全く遅れてますよね。

丸山：私ら医局で椅子を重ねたようなところに布団をバツと広げて寝てました。そこでは、医局の先生方がお酒を飲んでから、いつまでたっても寝られませんでしたよ。

平松：最近では女医当直室はどこの病院でもあるんでしょうけど。うちでもまだロッカーがない科というのはありますね。そういう最低限のハード面はなんとかしてほしいですね。そういうことはどんどん上に要求していくべきでしょうね。それでは逆に女やから良かった、みたいなことはありますか。こんな得したとか。

酒谷：それはあんまりないね。

平松：ないですか。嫌な辛い思い出ばかり？

土居：涙が出そうになりますね。

平松：何か涙が出る実話があれば。

土居：先生がお断りになられたからかもしれませんが、大阪府医師会の勤務医部会常任委員に女医枠から1名出せということで、私若輩者が務めております。どう見ても場違いな感じでお偉方の男性の中にこんなお

姉ちゃんみたいなのが座ってどうなんかなと思ったりするんですけど。女医さんが増えてきたのでそういう勤務医部会の委員とかも今年2割女医にするということだそう。その女医枠で選ばれましたので、20も30も上の先生方と一緒に会議をしておるとい状況です。

平松：男の先生ばかりですか、ほとんど。

土居：女医さん2割が目標とは言ってますけど、お見かけしたところいつも私含めて30人出席がいて3人ですかね。やっぱりまだ、私以外は皆さんどっかの大学の教授か院長、副院長クラスなんですけど、その辺まで女医で公的機関に勤めるのはなかなか少ないのかなというのを実感しているところ。です。

平松：一番大変な仕事と家庭の両立ということについてお伺いします。私なんかは普通の家事だけなんですけど。それすらなかなかままならない。いつも朝早くて夜遅いので、ほとんど寝に帰るだけです。洗濯は洗濯機がやってくれるからいいとしても、掃除もなかなか土・日にまとめてという感じだし。食事外ですますことも結構ありますし。普通の家事だけでもなかなかできないのに、子育てをしておられる方はすごいなと思うんです。ご苦労話、いっぱいあると思うんですけど、差し障りのない範囲で。

橋本：上の子は今10歳ですけど、7年前ですか。3、4歳の頃に私が研修医になったのをおぼろげに覚えてくれてますので、何かと応援をしてくれる心強いパートナーではあるんですけど、つい子どもにも多くのものを求めてしまいます。それを取り戻そうと職場にもわがままを言いますし。やっと半年前から9時-5時勤務ということを医局員全員に協力してもらって実現しつつあるんですけど。仕事の枠が減った分家のことはもちろんできてんやろう、みたいな状況になってます。5時ピッタリで

帰ったとしても私にはもう限界で「お母ちゃん何もできません」と言って納豆ご飯だけ食べてもらった日も数知れずです。熱が出たとか学校でケンカしたとか、そういうのが仕事に持ち込めないというストレスはずっとありますね。皆さんはどういうふうになさってたんでしょう。第一線でお仕事されてる先生で子育て中という先生が少ないし。小さいお子さんを抱えている先生はお休みされていて、大学に私のような勤務の仕方をしている先生は多くないので話し合うタイミングもないです。こういった会がますます盛んになってくれたらと思っておりますけど。

平松：先輩方としてそれをどう克服されたか、何かアドバイスありますか。

丸山：私は母と同居だったんです。だから子どもは産みっぱなしの状態で見てもらいました。

平松：ご主人のご両親？

丸山：私の母と一緒に住みました。子どもの小さい間は学会に行くにしても、遠いところの学会は行けませんでしたね。帰って来て子どものお弁当作って、同居でもやはり主人・子どものご飯は全部自分でしましたよ。朝からお弁当を作り、子どもを送り出してしまってから学会にもう一度行くという感じでした。うちのスタッフが皆すごく協力的でしたので、幼稚園の送り迎え、運動会など、行事に私が参加できないときは、スタッフが代わりにしてくれました。運動会の際に踊る役があったんですが、それもうちのスタッフが行って子どもと一緒に踊ってくれてましたし、遠足も放っておくわけにいかない、ということでスタッフが自ら付いて行ってきて。そういう具合でした。

平松：ご主人は全然子どもさんの世話をしてくれないんですか？

丸山：主人はすごく子ども好きです。主人も同じ病理で京大にいたんですけど、小児

科にいっぺん帰って来て、私に4人目ができるときに、こんなままの状態だったらあかんからと主人は開業していた小児科を辞めて眼科の医局に入ったんです。このことには、さすがの私も主人に気を使いましたね。

自分の親に見てもらってるから、学会とかに子どもを置いて行くでしょう。そしてら帰って来たら、母は「あんたがいてへん間はすごい大変やった。子ども見てることはすごいことや」と文句ばっかし言われた。「早く帰ったねって、なんでひとこと言われへんのか」とよく母に文句を言いました。そういう辛い思い出はありましたよ。

長男は弱かったんで、熱を出したときは連れて来て、大学の小児科に入院させてもらって、自分は他の人の代わりに当直したり病室で寝てましたね、子どもと一緒に。そういうことをやってなんとか。お産があって代診頼んでも、開業してましたので大体1週間ぐらいですぐ復帰してたと思います。

平松：酒谷先生ご苦労話ありますか。逆にそれを乗り越えた話とか。

酒谷：乗り越えてないです。私は乗り越えられなかったのであまり偉そうなことは言えない。結局、丸山先生のご主人はとでもご理解のある方だったんだと思うんです。私の場合は子どもができたなら、夫は「仕事したいんやったらしたらええよ」と言うわけですよ。「僕は僕でやるし」というような感じになっちゃうんです。「別に仕事するとかそういうことは言わへんで。好きにやったらええやん」と言うけど、自分は手伝う気もさらさらないし。男の医者は忙しいです。ほとんど家にも帰って来ないし、向こうは向こうで好きにやってる。おまえも好きにやれや、みたいなどころでもううまいこといかなくなると離婚したので、全然乗り越えてないんです。本当は夫の方も

共に子どもを育てる責任というのがあると思うんです。同じ苦勞をして子どもを育ててもらわないと多分平等じゃないと思いますし、そうすれば多分子どもにすごい負担をかけてるというようなそういう思いは半分になる。自分が半分見て、半分を夫が見てくれると思ったら、そういう気持ちは半分になると思います。これから常識として、やっぱり男だって自分の子どもには関わるのがほんまなんだという意識をもってもらうようにしないといけない。子どもを犠牲にして仕事をしないと一人前と認めてもらえない、そういうような雰囲気改善しないといけない。子どももちゃんと見れるし仕事もできるしという、そういう環境作りというのがまず第一。そうしないと皆休んじゃいますからね。やっぱり自分の方が大事だと思ったら、仕事を捨てて子どもを見るか、子どもを捨てて仕事をするかというそういう選択をしないといけなくなると女性医師は残っていかない。でも私は乗り越えられなかったの、言う資格はないと思うんですけど。

平松：結局たくさん女医さんがおられる環境で、特にそういう子育てをしながら仕事しておられる方がたくさんおられるところでは男性医師の理解もある程度はあるんですけど、本当に橋本先生みたいに、あるいは私のときもそうだったんですけど、女医が1人しかいないようなところでは、みんなでそういう問題を考えようという姿勢すら全然ないですものね。何が困っているのかすらもわからない。

酒谷：皮膚科なんか半分ぐらい女医だったんで、昔から。だから女性の医師は多いので、医局の中ではたとえば子どもが熱を出したから急に朝になって、「今日子どもが熱を出したから行けないんです」ということを医局に言うとするじゃないですか。そしたら「ほんなら代診は女の間で決めてえな」と言われるんですよ。「男の方に押し

つけんといてほしい」と。

平松：麻酔科も女の先生多いですよ。でも子育てしながらの人はいますか。

土居：私の先輩方のだいぶ先輩方はご結婚されてませんでしたし、2つ上の先生は結婚して出産して、出産休暇ギリギリまで大学に席を置いておられたんですが、その後休暇と共に去って行きまして復職されなかったんです。やっぱり実際に産んでみると、30歳後半で1人目のお子さんだったということなので、年齢的なこともあって実際に産んでみると仕事しながらというのは体力的にきついなということで、そのままフェードアウトみたいな形になってしまいました。そこまでご本人が考えられたんだっただらしょうがないかなと思うんですけど。

平松：そういう人が多いから、だんだん女医さんが減って医者の数も少なくなっていく。そういう人が一旦休職してもまた戻って来られるシステムがあればいいですよ。

土居：今、その一旦休職された先生は週に2回ほど非常勤で行かれてますけど。麻酔科の場合、1日だけとか単発の非常勤というのが割と多いので。それでも時間の決まったものしか受けられないということで、その間子どもをお母さんに預けて行かれるみたいです。麻酔科ですから、この日だけ働くとかということが幸いできますので。技術とか知識とかは割とアップデートしやすいと思うんですけど、科によっては1日だけ行くということがききにくい科もあると思うので、そういう場合は何年か離れてしまうとちょっと事実上復帰は無理になるんじゃないかなと思います。よその施設の先生方も含めてですけど、麻酔科は復職してる先生も多いです。科としては割と結婚とか出産とかしやすい科なのかなというふうには思います。

平松：システム上続けやすい？

土居：はい。

平松：橋本先生は今手術には入ってないん

ですよ。

橋本：シャント造設だけです。

平松：術後管理が大変な症例では、なかなか手術に入りにくいということですよ。

橋本：希望すればさせてもらえるかもしれませんが、外科系の先生たちは手術がしたくてお仕事されているので、あえてそこに割り込んでという気を起こさせなくする雰囲気があるなどというのはすごく感じます。「手術したかったのに」という気持ちが幸いなかったので、構わないのですが。1回一瞬たりとも離れた人間は戻りやすい環境では決してないです。土居先生はフェードアウトとおっしゃいますけど、私にはドロップアウトしたなという瞬間がありましたね、産休の間に。

平松：でもいざまたバリバリ手術したいという気持ちはあるんですか。それとも大きな手術をしても、術後や夜患者さんを診られないからと、自分から引いちゃうという感じですか。

橋本：そうですね。もちろん患者さんにとっても9時～5時の医者に体を触られたくないと、私がかもし患者さんの立場だったら思うので。こういった仕事ではできないことは限られてくると思うんです。じゃあ他に何ができると探すのにはすごく時間がかかりましたし、そういったことを教えてくれる先輩もいなかったの、自分で模索という状態ですかね。

平松：先輩って今先生がおっしゃいましたけど、身の回りに同じような環境の方ですぐ相談できる人がいないというのもありますか。

橋本：はい、あります。

平松：こういうシステムがあったら、もっと自分たちのサポートになるとか。

橋本：私も全然噂でしか知らないんですけど、大阪中央病院では子育て支援のシステムがある程度確立しているというふう聞いたので、ちょっと調べに行きたいなとい

うようなことを先輩に言いますと、それは一旦医局を辞めてからじゃないと無理だね、と。そういうふうになりますので、他の様子を窺うこともできないという状態だったので、大学内で情報交換ができたかなと思って、子どもを産んだ同級生に「どうなん、どうなん」とかよく聞きに行ったりしてました。でもやっぱり多くの先生が非常勤という立場になってます。今どうかわかりませんが、大学非常勤は無給ですよ。

土居：今月から出るように。

橋本：出るようになったんですか。

土居：来年度からだったかな。

平松：出すようにするという話にはなってます。いつからだったかはちょっとはつきり覚えてませんが。

酒谷：非常勤というのはどういう立場なの。非常勤助手？ 非常勤医師？

土居：大学で医療行為を行っても良いと大学が認める人。

平松：IDをもらってるという状態ですかね。オーダリング画面が開ける。

酒谷：駐車券ぐらいももらえる？

土居：橋本先生に朗報が。うちの5年目か6年目ぐらい、専門医を取った取らないぐらいの女性の麻酔科医で出産後1年未満、だんなはサラリーマンというか公務員。病院の施設に24時間いつでも子どもを預けてOKという病院がありまして。彼女はオンコールもやっています。夜中呼ばれたらタクシーを使って行くと。タクシーを使って子どもを預けて病院まで来てくれていいですよ。そういう病院が。

橋本：ちなみに？

土居：ちなみに××病院。彼女はそのシステムを利用して働きながら子育てしています。それは病児保育も院内でやってる保育所なので、子どもはまだ1歳になってないはずですけど、連れて行って預けて、その間緊急手術の麻酔ができると、そういうことらしいです。

平松：その子育て支援の委員会が今大阪医大にできたんですけど、そこでも保育所のことが問題になって。病児保育とか夜間どの程度までやってほしいかということ皆にアンケートを取ってます。その辺がもっと充実して、大阪医大も××病院並みまで行ってくれば…。

酒谷：産婦人科の田辺先生が言っておられましたけど、24時間保育に子どもを預けてまで働きたいとあなたは思うか、と。そこも問題ですよ。夜は子どもと一緒にとか、子どものためにもある程度自分の時間を割いてあげたい、仕事も時間を割きたいという。それを叶えてあげないと皆辞めていくと思うんですよ。そこまでしてやりたくないという人もいますからね。やりたくないというか、そこまでしてやる意味があるのかとか。そういう疑問も沸いてきますよね。

平松：ただ仕事をやり出したらそうせざるを得ないこともありますよね。オンコールや緊急があって行かなければいけないというときには役に立つと思いますね。

土居：彼女の場合もそういう利用の仕方だそう。もちろん非常勤ですので、主に子どもを見てるんですけども、常勤の先生がお1人だとお1人で全部オンコールというのは無理です。常勤が倒れてしまいますので。たとえ子育て中のお母さんでも週に1回でも2回でもオンコールを取ってもらえるということになると、常勤の先生が助かります。

酒谷：それって大事。毎日オンコールというんじゃないで、週に2回非常勤の先生にオンコールができますということが常勤の先生の助けになるというところをアピールしなきゃいけないですよ。

土居：女医の活用によって、常勤の先生の負担を減らすことができるというような視点を。

平松：丸山先生、医師会でそういう取り組

みみたいなのはあるんですか。

丸山：いや、あんまりないですね。口では日本医師会でも大阪府の医師会でも女性支援、保育所支援とか言ってますけど、実際は全然動いてないですね。だからどうしても自分が動かなきゃいかんときに単発的にも保育所で預かっていただけたら、そこにきっちり毎日預けるんじゃないで、自分がどうしても都合のつかないときだけ大学だったら大学で預かっていただけるような施設を作っていただければ、比較的安心して働きはるとちがうかなと思う。

橋本：いろんな先生がおられると思うんですが、たとえばまだまだ寝なくても働ける、という先生。もしそういう施設さえあれば夜中でも安心して働ける。言葉で言ったら簡単ですけど、それってすごい保障だと思うので。それがキャリアアップになるならなに関係なく、働くということにそういったサポートがあればいいですよ。

丸山：働きたいときには安心して働けるような環境作りはしてほしいね。だから夜に自分の車で子どもを連れて来たら、駐車場は優先的に与えてもらうとか。一部でもタクシー代は出してもらえとか、そういう補助があればだいぶ違うと思うんですけどね。

平松：今おっしゃったように、安心できるバックアップ、そういう体制があれば、たとえば夜中呼ばれても出て来られるんだよということがあれば、橋本先生ももっと打ち込めるところの守備範囲が広がってくるかもしれないし。でもそういうバックアップって病院の組織としての経済力も必要ですよ。経済力も必要だし、上層部の理解も必要。

土居：需要と供給のバランスといいますか、今麻酔科はどこの病院でも人手不足ということもあって、割と麻酔科の専門医が来てくれるなら誰でもという風潮があって。外科医が手術の片手間に麻酔をかけていたの

と、麻酔専門医が麻酔をかけていたのではちょっと事情が違ってくると思いますので。そういう需要と供給のバランスみたいところで、今のところ私たち麻酔科医に対してはちょっと利益度外視のところがありますので、経済力のある病院じゃないとそういうシステムはできないと思うんです。ありがたくもそういう雇われ方をさせていただいてますけれど、病院としてそれが黒字と出てるのか赤字と出てるのか、ちょっと疑問なところはあります。それは今のところの需要と供給のバランスでうまいこと成り立ってるんだとは思いますが。

平松：その××病院のシステムは麻酔科の先生だけじゃなくて、もちろん他の先生やナースも？

土居：そういうことではない。

平松：ないんですか。麻酔科の先生のためだけ？

土居：あとは看護師さんが夜勤のときに利用することもあるけど、そういう類でしょう。彼女だけそういう特別、いつでもOKみたいになってるそうで。

橋本：特別の1人から始まることもありますね。

土居：どんどん広がっていった。

平松：そういう広げ方もありますね。

橋本：大学でも昔ナースしか保育所使えなかったじゃないですか。いつのまにか広がりましたけど。

平松：今日の女医支援の委員会では、大学院生はまだ使えないと言っていましたね。困ってる人もあるみたいです。研究するために基礎へ行って大学院生になったりしたときに、その保育所が使えなくなったようです。一方、今回は来ていただけなかったんですけど、もうすぐ2人目をご出産予定のある内科の先生は、子どもがまだ小さい間は側にいてやりたいからということで、しばらく休職を考えておられるようです。そういう先生たちが子どもがちょっと大きく

なったからもう一度仕事に復職したいというときに、科にもよるんでしょうけど、医療というのは日々進歩しますので、すぐにスムーズに、ちょっと入り込みにくいときもありますよね。そういうときドライバーでいえばペーパードライバーの人が教習所でもう一度教えてもらうような、そういうシステムがあってもいいのかなと。

丸山：東京女子医大では復職支援センターというのを作っておられて。東京女子医大と日赤病院とが組んでおられて。復職したいという申し込みがあったときにはドクターのコーディネーターがそこにおられて、いろんな話し合いをして紹介して、働いてもらう。だから胃カメラだったら胃カメラだけやりたいと言ったら、そこの方に練習に行かせてもらって徐々に復職する。そういうドクターバンク、復職支援センターというのものもあるんですけど、大阪医大にはそれはないですね。

平松：ないですね。個々の科で対応してるというような状態なんでしょうね。ただ私の知ってる範囲では、何年か休まれてそこからもう一度戻って来られる人ってほとんどないんじゃないかと思いますね。結局辞めて家庭に入っちゃうか、パート的な感じでどこかの健診センターみたいな所に行かれたり、そういう方が多いように思いますね。

酒谷：皮膚科なんかは比較的戻りやすい。科としては戻りやすい科だと思うんですけど、それでも戻ってないですね。皆大概週に1回とか2回とかアルバイト程度に行っただけ、午前中だけ2回ぐらいというのをかろうじてやってる程度で戻ってない。本格的にという方はほとんどいない。

平松：それは戻りたいと思っておられないんでしょうか。それとも戻りたいけど、その方法がない。

酒谷：戻りたいとは思ってるみたいです。だから見学に来たいとかそういう話はしょ

っちゅう言われてましたけど、見学だけでは何にもならないですね。ただ見て帰って終わりなので、いつの間にか来られなくなって。

平松：また医局に入って、毎日じゃなくても再研修みたいな形があればいいですね。

酒谷：再研修で来てた先生もいらっしゃいます。たとえば内科で研修やってドロップアウトしてしまって、しばらく2、3年子育てしてもうそろそろという感じで、またやらせてほしいというので来られてもほとんど1、2年で結局また辞めて、できないという。子どもが2歳や3歳になったからといって急にフルで働けるわけじゃないし。言ってみたら中学生になっても手はかかりますものね。子どもが何歳になったら完全に手が離れるなんていうことは、たぶん本当に成人するまでないんじゃないかと思う。

丸山：やはり女医さんの意識改革も必要ですね。

平松：それも大事ですね。

丸山：結局甘えの気持ちがある。私なんかは昔から続けられたのかもわからないんですけど、根性でやりますでしょう。だけど一部の比較的根性のない先生がいてはと思うんですよ。モチベーションをずっと持続させるということは、学生のときから教育していかなきゃダメだと思いますね。

平松：先生前におっしゃってましたけど、医学部卒業して一人前になるのに国家予算をたくさん使ってますからね。

丸山：それで医者をやらへんのがあったら、やめてほしいと思う。国のお金返してほしいし。

土居：私いつも思うんですけど、それは教育をして付くものなのか、それとも入学をする時点で、学力だけじゃなくてそういう意識の高い者を振り分けるべきなのか。最近よく講義とかに行って学生さんに接することが多いんですけど、そこをすごく最近

疑問に思うんです。この子は一体何をしに医学部に入って来たんだろうという学生がすごく多くて。意識づけ、一生この仕事を続けていくんだという意識づけというのはどの時点でされるべきか、あるいは持っているべきなのかなとすごく疑問に思うんです。私の同級生なんか、結婚するとほとんど辞めてパートというパターンで復職する気もあまりない人が多くて。学生の頃は那些人たちに対してあまり何も思わなかったんですけど、自分が今度教員という立場になったときに、何か私たちが教育の現場でしてあげたら彼女たちの意識は変わるものなのか、そうでないのかというのをすごく最近疑問に思ってるんです。

橋本：私もまだ若いんですけど。世代の違いを学生さんに感じるようになったのは私のせいなのか、ゆとり教育のせいなのか。目がキラキラした人が少ないとよく言いますが、確かにガッツイてる子は少ないと思います。それがかわる位と思って、あえてセーブしてるのか、本当に意欲がなくなっちゃったのか。

平松：そういう意味では、医学部へ入るという時点ではそれほどの気持ちが入ってる人は少ないんでしょうか。世の一般の大学にくらべると、そういう目的意識を持って入ってくる人はおそらく多いと思うんですけど…。入学したときから自分の中に燃えるものを持っているかというとは実はそうではなくて、あるいは自分の志望する科を選んだ時点でもまだそういうものがないのかもしれない。科を選んだ時点かあるいは入ってしまったから、そこで何か目標を見つけられるような指導の仕方をしてやったらいいのかもしれないですね。最近はスーパーローテート制なので、1年目、2年目の時点であまり見てやれることができませぬ。3年目といたらもう30歳近いですよ。その辺で初めて各科に入って指導を始めても、なかなか燃えるものを見つけるこ

とは難しいのかもしれませんがね。結局そこから辺で、なんか辞めていく人が多いというのは非常に残念ですよ。

丸山：さっき東京女子医大のお話をしましたけど、この間医学を志す女性医師を集めて、先輩医師やいろんな方にお話ししていただく講演会があったんです。そのときに中学生とか高校生の女の子もたくさん来てました。そういう子たちにこんな辛いこともある、こういうこともあるということ話を話してやって、それから初めて医学部を目指してほしいなという感じがしますね。どういう世界かということ全然知らないで入ってくる。比較的女医さんの子どもさんというのが多いんですけど、親を見てますので、女の子でもやろうかなと。だけど完全にお母さんもドクターではあっても、辞めておられる人の子どもさんというのは比較的考え方が甘いような感じがしますね。本当にお母さんもバリバリ働いておられたら、子どもも親の姿を見てますので一生懸命頑張ろうかなという意識はあると思うんです。入学したときの当時の気持ちを6年間ずっと持たせるような教育の仕方というのも考えた方がいいかなと。

平松：学生の間には？

丸山：学生の間には叩いておいた方が。学生というのは男も女もあまり差別を感じてないんですね、男の子にしたって女の子にしたって。この頃男の子も医者になってもドロップアウトするような、あまり働かない子も出てきてるから。やはり学生の1年から6年の間にある程度の教育はするべきだと思いますね。医学の勉強ばかりじゃなくて人間性とか患者さんに対する思いやりとか、そういうことを教えていかんといけないように私は思います。

平松：教育も大事だということですね。女医さんがいろんなことをやっていきやすくするシステム作りとか組織のバックアップとともに、本人の意識も改革させるような

教育システムが必要。

酒谷：確かに若い学生さんは男女を問わずモチベーションが落ちてくるような感じはしますよね、全体的に。今の学生さんの気質としてなんとなく安きに流れるというか、楽しくて儲けたいとか。そういうのを感じることもありますよね。

橋本：月収聞かれたりね。

酒谷：今、私スモールグループだけちょっと見てるんですけど、5回生ですよ、スモールグループに来る人って、この間学生が来て、「先生、皮膚科って儲かるんですか？」と聞くんです。男の人よ。「それはやり方次第。皮膚科さえしたら儲かるとか、外科さえすりゃ儲かるなんてそういう話はどこにもない」と言ったんですけど。ちょっとでも楽しくて儲けたいとか、ちょっとでも楽しくて手に入れるものをもらいたい。どうやってうまいこと教育したらいいのかって難しいですよ。平松先生なんか教育しなきゃいけない立場では。

平松：私たちのときにはお給料がどうかかっていうのはなかったと思うんです。だけど今でも中には本当にそういう人はいますよ。お金じゃなくて、楽でもないけど、でもやっぱり自分はやりたいんだ、という。そういう人たちも上手に伸ばして行ってあげないといけない。そういう人たちが気持ちは持っているのに、それを挫折せざるを得ないという環境だけはないようにしてあげたいと思いますね。さっきは子育ての話がいっぱい出ましたけど、逆にもっと自分のキャリアを伸ばすときに、女性だから非常に不利だったとかそういうことがあります？

今日の委員会で丸山先生から、何を一番大切にするかというお話が出ましたね。どこを、何をを目指したいのか。たとえば家庭が一番大事なのか、子どもが一番大事なのか。どこを目指して、何を一番大事に思うかということですね。どうですか。やっぱり子どもさんのことももちろん大事だけど、

自分のことって大事でしょう？

橋本：子どもにとってはお母ちゃんは私だけなので、100%でありたいと思うんです。仕事は別に私がいなくてもみたいになちょっと引いた感情もあるし、打ち込みはするんですけど、不器用なので全力では打ち込めない。家に帰ってせなあかんことがあるからというので、ちょっと引いてしまうところもあるんです。病棟の患者さんを休みの日に診に行けないとか、そういったことにもつながるかもわからないですけど。

平松：10年先を考えたらどういうふうに。

橋本：そうなんです。先輩らが「1回辞めたら絶対戻ってこれへんから、そういう人いっぱい見てきてるからへばりついてでもおれ、毎日来い」というような形のアドバイスをよく下さるので、しょうがなしにへばりついてるんですけど。やっぱり家に帰ったら、家のことをする。しかも女性なので体力的にも男性と比べてというのはあると思うんです。仕事に100%というのはなかなかできない。じゃあ五分五分にしようと思っても、そんな器用にできませんし。

平松：どっちを取るといって問題じゃないですからね。

橋本：その日その日、です。

平松：でも自分の将来のことも考えて目標を設定しないといけないですね。

橋本：先輩の女性の先生に憧れてても、同じようにはできないですが。何よりも楽しそうに仕事されてるのが一番憧れる姿ですよ。同じように後輩たちも誰かに憧れて、それをマネしようと思って頑張ってくれるのを見てると楽しいですけどね。

平松：土居先生どうですか。何を目指しますか、何が大事ですか、先生にとって。

土居：流れに乗るといってこと。

平松：流されずに。

土居：流されずに流れに乗る、もしくは乗ったふりをする、体力が続く間は。月に1、2回はこれで明日目が覚めないかもと思

うこともありますけども。今はまだしんどいんですけど、一応は生きてますので、体力が続く限りはもうしばらくやりたいことをやらせてもらおうかなと。あとは体力的に今の仕事を10年後できるかといったら、今の仕事の量は絶対体力的に無理です。今が限界かなと思ってますけど。無理なのになんとかしないといけないんですけど。上の先生方を見ると、いろいろそれぞれあるんですね。結婚されてパートの先生もいらっしやるし、子どもさんが大きくなって復職せずずっとパートの人もあるし、ずっと1人部長で頑張ってる先生もいるし、いろいろいるんです。ちょっとスパンが長くなりますけど、老後のことも考えると、仕事だけというのでも…。一生仕事をするわけではないので。仕事中に死ぬかもしれないけど。80まで生きるとすると老後に何をするかというそういう楽しみなことも必要かと思います。体力の続く限りは、今のままやりたいことができていますのでさせていただく。体力が続かなくなったところで、何らかの形でもう少し仕事をセーブしながらより良い老後を迎える準備を少しずつしていく。その形がどうなるかというのは、まだ未定なんですけど。一応人生の設計としては、そうなってます。

平松：先生の医局では男女差別とかありますか。

土居：ないです。教授がああいう方ですので男女差別はありません。能力第一というところですね。女だからどうか。よその科のこと言ってるんちがいますよ。うちは性別関係なし。仕事の成果および能力によるという。

平松：橋本先生のところは本当に男社会だから、差別じゃないんだけど協力が得られにくいということはありますよね。理解が得られにくいというか。

橋本：ついこの間あときはこうやったという話になったときに、「妊婦時代、透視

の検査をさせたでしょう」みたいなことを言ったら、「そんなことしてない！」と言ってえらい怒られたんです。実際させられたというよりせざるを得ないような状況だったので。

平松：医者だったらそういうことの気配りはほしいですよ。

橋本：妊婦時代、片道3時間かけて、1時間に1本しかない電車を走って追いかけるような当直をしたりとか。産後1週間で「あそこのバイトに行ってくれ」とか。話がどんどん出ますけど。差別というより異性の生活というのは想像もつかないんじゃないかと疑うようなことがよくあったんです。

平松：多分それは経験がないからわからないですよ。啓蒙していかないと。

土居：うちは教授の奥様が歯科医師で、今もバリバリ働いてらっしゃいます。もちろん3人お子さんを育てていますので。そういう意味でうちのボスの場合には男女差別もしない。どっちが上ともどっちが下とも言わないけれども、多分そういう意味でどうしたらこの場合楽とかか想像が付きやすいんだと思いますね。もちろんうちの科に女性が多いというのもありますけど。想像がつかないというのは経験したことが多分ないからじゃないかな、そういう女医さんが困ってる状況を。うちの場合は上司がそういう家庭環境なので幸いかなと思いますけど。

平松：確かに男性の意識改革をすることも大切だと思うんですけど、医局という集団の中ではボスの意識が大切なのか、それともそれ以外の一般の男性医師の意識が大事なんですか。ボスの影響力が強いですか。

土居：麻酔科においては今現在、過去もそうですけど、差別的な女だから男だからと区別する考えを持った人間がいない。もしくは私がいなくていいと思ってるだけなのかも。

平松：伝統的なカラーというかそういうも

のですか。

土居：麻酔科として働いていて嫌だったのは、結構年齢のいった男性の先生で、私に向かって「先生」じゃなくて「ねえちゃん」とか「お嬢ちゃん」とか呼ぶ人がいたんです。そういうふうなことをするのは、ある程度以上の年齢の方なんです、40歳代ぐらいの先生とかだと少なくとも女医さんに向かって「ねえちゃん」とは呼ばないと思うんです。そういう年齢による考え方の違いというのも大きいと思います。今のうちの麻酔科は医局員が皆若いですから、男女差別がないというのは大きいと思うんです。ボスを筆頭に。

平松：セクハラを受けたことはありますか。

土居：たびたび。やっぱりある一定の年齢以上の先生ですよ。ある一定のおかしな人か、ある一定以上の年齢の先生ですね。

平松：何かご意見ありますか、丸山先生。

丸山：医者の世界って比較的男社会でしょう。先生が言われるように、ある年代から上は女性というのをある程度軽く見ておられる先生が多くて、だから府の医師会やいろんな医師会でも結局役職に就くのは男性が多い。いろんな政策決定、意識決定するのは男性の先生が寄っているんことを決めてる。女性はそれに入っていけない。それはやっぱり間違っていると思います。これだけ女性が多くなったら、いろんなことを決めるにはやはり女性の意見も入れてほしい。入れてもらおうと思ったらその執行部に入らなかつたらできない。それはこの頃ものすごく感じますね。

平松：その中枢部に入っていこうとしたら、医師会の中でもそうですし、大学というところの中でもそうですけど。それなりにずっと継続してキャリアを積んでこないとなかなか難しいですね。たとえば週何回かしか来ていないような状態だと。

丸山：ちょっと無理ですね。

平松：そこまでにまず障害があって、そこ



へ入り込むためにはずっと継続して第一線でやってなきゃいけないというところがありますよね。

丸山：ある病院の眼科の部長がいたんです。彼女が私に言ったんです。男社会で眼科の部長としてこれだけやろうと思ったらものすごくしんどい、って。家のことも全部ある程度犠牲にしなかったらここまでは昇りつめられないということはよく言っていましたね。そういう女性は、ものすごく人を押しつけてやっていく人が多いですね。そうしなかったら女性は上に昇れないかなんかということ、ものすごく痛切に感じたことがあるんですけどね。

平松：逆にある時期休職して、幅広いいろんなことを吸収した女性が本当は上に行っていたんですけどね。

丸山：そうすると思いやりとかいろんな面が出てきますからね。政策決定のところには女性の意見も入れていただかなかつたら、いつまでも下でワイワイ言ってるだけでは改善されない。女性の地位の向上はなかなか難しいと思いますね。

平松：もっと皆声を上げていかないといけないということですね。

丸山：そうだと思います。

土居：声を上げるためには実績も持たないといけないと思う。やっぱり途中で退職されたり休職されたりする先生がいるというのは、もったいない話やなと思うんですけど。実力を伴ってから声を上げれば誰か聞

いてくれるかもしれませんが、仕事もせずに声だけ上げてただ騒いでるだけになってしまうので。そういう意味でも続けるなり短期間休んでも、戻ってくるなりしてほしいなと思うんです。もちろん事情があると思いますが、なかなかそのところが難しいなと。

平松：戻ってきてもらえるような、そういう支援機構をしっかりと確立してほしいと思いますね。さっき男の先生の話も出ましたが、近頃は男の医者の方が情けないじゃないか、お前らもっとしっかりせえよ、みたいな話がありますか？ 男性の医師にもおの申したいことは？ 先ほど丸山先生もおっしゃいましたが、最近男の子でも途中でもうしんどくなって辞めちゃったりとかありますよね。あるいは男だから自分は仕事だけしてたらいいと思って、他のことを全くかまわずにやってる人がいます。子どもの苦労もなしで。せめて子育てなんかはもうちょっと協力してほしいもんです。半分は自分の責任なんだから。今私の下にいる後輩なんですけど、奥さんもドクターで、彼なんか奥さんが早出のときは自分が子どもの送り迎えに行ったりしてます。外科の医者でも、そういうのがもうちょっと増えてきてくれたら嬉しいんですけどね。

酒谷：大体医者の仕事というのは、弱者を見る立場じゃないですか。たとえば子どもを持つ親の気持ちとか介護をする娘の気持ちとか、そういうのが本当はわからないといけない立場ですよ、仕事として。そういうことを何にも知らずにメスが切れるだけの医者では本当はダメなんだと思うんです。医者の資質としても、そういう家庭のことを顧みるというのはとても大切なことだと思うから。ある意味教育としても。そこで教授がそういう人であれば、医局員を教育するという立場のときにそういうことが言えるんでしょうけど。教授自身が包丁1本みたいなタイプの人だと全然ダメです

よね、教えていくことができない。

平松：今の教授ぐらいの年代の人たちって、育児とかしたことがないような人がほとんどですよ。たとえば「子ども迎えに行くから、今日はちょっと早く帰らせて」とか、「朝、手術に30分ほど遅れます」とか、そんなことを言い出せないところが多分ほとんどですよ。実際には、他のメンバーがいれば多少のことは何とかカバーし合うことも可能なんですけど。そういうことを中堅や若い先生たちが言うようになってくると、だんだん組織としての意識も改革される、変わってくるんじゃないのかなと思いますね。

酒谷：そうですね。そういうことが自由に言えるような雰囲気であれば、女の人も言えるんですよ。「5時に帰らせてもらいます」ということが、ある程度抵抗なく言えることにはなると思うんですけど。なかなか今の段階では無理なところがありますかね、医局の中では。

土居：うちは教授をはじめ、男性の医師の方が平気に言うので。「その日は子どもの運動会だから絶対ダメ」とか、「この日は芋掘りがあるから絶対ダメ」とかいうことが多々あるんですよ。正直ちょっと、「えーっ、芋掘りかぁ」、「また今年も芋掘りかぁ」、と思うこともあるんですけど、むしろうちの場合、男性医師の方が平気でそういうことを言って仕事をお休みすることが度々あるので、言いやすい環境があります。なぜたまたまうちの医局がそういう言いやすい環境なのかかわからないですけど。よその科ではそういうことがご法度というかないんですか。言いにくいんですか。言ってはいけない空気なんですか。

橋本：ある後輩が体調が悪かったのにずっと言い出せずに、先輩に「ずっとトイレばかり行ってるやん」と怒られるまで誰も気づいてやれないとか。女性だけが特別細やかだとは思いませんけど、体調なんて医

者の眼力の最たるものやのにそれも見抜いてやれないとか、そういうのがありました。後輩にもいろいろあります。私の誕生日に結納すると言って、初当直デビューの日に交代してくれと言った後輩もいますし、いろいろですけど。女性ならではで、きめ細やかに様子を見てやれたら。

酒谷：多分主治医制がどうしても必要な科と、主治医というのあまり厳格でない科の違いだと思うんです。はっきり主治医制というのがデューティーになっていて、1人の患者さんを1人の医者が最初から最後まで診るのが当たり前というふうになると、どうしてもそう簡単に休めないと思うので。だから理想をいえば、もう主治医制をやめて、すべてチーム医療で複数の医者と1人の患者さんを診るのが当たり前というふうにすればきっともう少し休みやすくなるんじゃないでしょうか。

橋本：チームのなかで後輩が、ちょっと休ませてください、とどれだけ言い出せるか。

土居：もの申したいのは、なぜあなたたちはいつも大名行列のように24時間一緒にいるの？

橋本：だいぶましになったの。

土居：チームでありながら、どうしてもいつもセットでなければいけないの？ 夜中の2時ぐらいでも皆でICUの回診に来たりするじゃないですか、全員で来るのはなぜ？

橋本：履き違えてるかどうかかわからないけど、それが連帯感やと実感しながら、本当に毎日合宿してる状態で。

平松：それ外科系の特徴ですね。体育会系、運動部の合宿なんですよ。手術は1人でできないから皆でやるでしょう。クラブのメンバーなんですよ。もちろん内科でもチームなんですよ。

土居：それはそう思います。日曜日の昼間高槻市街を歩いていると、昼食から帰る先生の班の班員の方々によくお会いしますけ

ど、あれはなぜ日曜日の昼ごはんまで一緒に食べないといけないんでしょうか。

平松：んー。午後からも仕事があると自然とみんなで食べますよね。家族よりも班員と一緒にいる時間の方が長いのかも知れない。

土居：なぜ日曜日の昼ごはん？

橋本：晩御飯も毎日一緒でしたもんね。

土居：チームのなかで何となく続いてしまったみたいなことがありますからね。あれは誰かが休もうと言っては？

平松：うちなんか班にもよるんですけど、同じようにまとまってやってる場合もあるし、手分けしてやるようにもなったり。あるいは土日とかだったら交代で休んだりとか。

土居：班制度があると、女医さんはフルタイムで仕事するのはちょっと無理かなと思うんですね。

平松：抜けにくい？

土居：抜けにくい。なんか班制度があるといつも4人で行動してるのに、自分1人だけ休むと1人だけ患者さんの情報についていけない、病態の変化についていけなかったりとか思うとちょっと。交代ごうたいで休みを取るなり。

平松：完全に日勤とか日勤準夜と深夜にするとか。看護師さんみたいに申し送りするとか。それができればもうちょっと違いますか。

橋本：年に何回かしかかない緊急時に備えて常に一緒にいて、今日も無事やったというのを確認してから寝てたんです。研修医時代は皆が寝てからですし、処置台で寝たことも何回もありますし、大体4時、5時でした。ある先生には「あんたいつもいるね。やめないの」みたいな感じによく言われたし。あの頃よりはちょっとましにはなってきたんですけど、おそらく外科もそうじゃないのかなと。

平松：外科も昔に比べるとましですけど、

班単位の行動というのは残ってますね。

橋本：もう一つ、男の医者はよく術衣のまままで院内をウロウロしたり、そのまま寝たりするけど、あれはやめてほしいですよね。

土居：平松先生、最近女医当直室に行かれました？「持ち込んだ術衣、タオルは自分で返すように」と書いてある。

橋本：私が研修医のときにはタオルが山積みだった。掃除の人が入れないからだと思ってました。その当時は珍しい鍵付きのドアだったんですよ。掃除の人が入れなくて、どんどん山積みで排水溝は詰まるし。女医の方が汚いと、ほんまに。

土居：でしょう！今の当直室に怒りの告知が。「女医当直室を管理するのは女医自身なんです！皆さんきれいに使いましょう！」というふうに書いてある。書いてあるということは、多分術衣とかを持って上がって着替えて、そこで放っておく人、自分で使ったタオルをそのままそこに置いておく人がいるから、そんなことが書いてあると思うんですけど。その辺は男性化してきたといいますか、残念ながら。

平松：女の人でもだらしがない人が多いね。

土居：だらしがない。

酒谷：片付けられない女というやつ。

土居：最近、女医当直室でそういうこともあって。

平松：うちの医局なんか大学で一番汚い医局と言われてますけど、秘書さんがよくできる人たちなのでちゃんと片付けてくれます。医局は汚いですけど、術衣なんかは片付けてくれます。

土居：時々ワゴンに積んで、手術着返しに来る可愛い女の子がいると思ったてたんです。

平松：それです。それです。

土居：ワゴンに積んでますよ、カルテ積むワゴンに。とにかく女医当直室の汚さ、その辺のだらしなさは、女医が男性並みになってきたというちょっとよろしくない傾向

ですね。

平松：手術場のロッカー占拠したりとかもそうだし。

丸山：私物を持ち込みはるような人はないですか。公の場に自分の私物を持ち込んで、そのまま置いておく。

橋本：最近オベ場の更衣室がその状態だったので、ちょうど師長さんが変わったときに「汚いわよ」と言ったら、すぐに直してくれたんですけど。

土居：それと女医の数が増えすぎて、手術室の女医のロッカーが小さくなったんです。今までは上下2段で使えてたものがあまりにも数が増えすぎたので、今4段重ねにならないと。倍ですね、ロッカーの数は。ロッカーの数を倍にしても、女医が着替える場所がないくらい数が増えてるんです。今、男性のロッカーは男性の医師が着替えるロッカーと、男性のナースが数人いますので着替えのロッカーがあって。女子は女性の看護師と女医とが着替える所があるんですが、圧倒的に男性のロッカーの方がスペースが広いんです。女性の医師がこれだけ増えてきているにも関わらず、女性用のロッカーが広くならないというのも男女差別といえ差別だと思うんです。服を着替えて脱いだ服を入れるところすらなくて困ってるんです。それも差別といえ差別かなと思うんですよね、あのロッカーの小ささ、狭さ。

平松：スペース的なところは急には変えられないですけど、やっぱり考えてほしいですよ。

土居：手術室の師長がもう動いています。

橋本：学生さんも着替えるので。

土居：たまに麻酔科に3人か4人の班が回ってくると、3人とも女の子だったりすることがあるんですね、そうなるともうロッカーが足りない。

橋本：学生なんだから常識的にロッカーの数をみて様子をうかがって、何で何人かで

一緒に使わへんのかな、というのがありますね。ちょっと間借りという意識で着替えるのが普通だと思うんですけど。いいのかわからないですけど、私なんかいつも洗面台の横にひっかけてるんです。そのうち怒られるかなと。

平松：でも場所がないんですね。

土居：特に橋本先生みたいに昼から来るとね。研修医も女の子が増えてますし、学生も女の子が増えてます。女医全体が増えてる以上、同じ数しかないと当然足りない。

平松：医局で自分のロッカーとかがない人もあるんですね。

土居：レジデントは1年目から女医当直室にロッカーと着替えるところがあるけど、あそこで夜中しゃべるのやめてほしいね。

平松：なんか男性医師にも申すじゃなくて、女性医師にも申す、になってきました。修正します、軌道を。最後ですけど、男性、女性関係なしに今の医療崩壊をどう乗り越えるか、あるいはこれから女医たちは社会のために医療のためにどんな貢献ができるでしょうか。

丸山：今度の「医療崩壊を阻止する高槻市市民集会」をするのにしても、結局患者さんを巻き込まずと医療改革は絶対できない。医者ばかりが言っても、一般の人は冷めた目で見てるから。医療費がこんなになってるとか、そういう医療の不合理性を患者さんに説明していくのも1つの手だと思うんですけどね。一般市民を巻き込まなければ医療改革はできないと思いますね。

平松：最近でこそ医療崩壊が新聞で言われるようになってきましたけど、私たちは本当はもっと前から大変だ大変だと思ってたんですよ。だけど一般の市民の方はご存じないわけですよ。いまだに医者は楽して儲けてると。皆がそう思った。今でもそう思ってる人もあるだろうし。最近になってやっと、小児科や産婦人科が大変だということがわかって、他の科はどうかという

と、それに対しては多分まだ理解はないと思いますね。もっと啓蒙していかないといけないですね、国民を。私たちは国民と敵ではなくて、一緒に手を取り合って厚労省と戦わなければいけない。そのときに女性というのは、特に小児科や産婦人科を通じてになるのかもしれませんが、女の患者さんというのは女医さんのところに來たがりますよね。男の患者さんは別に男性医師を選んで行くということはあまりないと思いますけど。女医さんのとこに來たら、その辺で交流の場もあるし、女性同士の団結心みたいなものもあるので、患者さんに呼びかけていくのはどっちかという女性の方がふさわしい役割なのかなという気がしますね。男の先生は最近医者が足りないから、一旦家庭に入った女の医者呼び出して来いという考えです。最近学会で、女医に関するいろんなシンポジウムとかあるんですけど、どっちかというそういう視点なんですね。男の先生たちは医師不足だから女医さんが辞めるのを防ごうとか、一旦家庭に入った女医さんを引き戻してこよう。そういう視点でばっかりものを言うように見えますね。でも女性の求めているところはそうじゃなくて、自分たちは何もパートをやりたくないじゃない、仕事を9時-5時にしてほしいと言ってるわけでも必ずしもないと思うんですよ。本当はもっと同じように働きたい、子どももいるけど安心して働けるようなシステムを作ってもらったら、自分ももっと前に向かって行きたいんだというところじゃないでしょうか。どうですか。

橋本：萎えてないかどうか、体力がどうかとか心配はあるんですけど、希望としてはあります。だけど上司にそんなことは別に求めてない、みたいなことを言われたりすると、あー私はいらぬのかみたいな。じゃあ書類仕事だけしておけばいいのかとか。しょっちゅう衝突して少しずつ折り合っ

ます。だいぶ私わがまま言ってますけど。女性の患者さんが「女の先生がいるって知ってたらもっと早く来てたわ」とか言ってくれるのだけが楽しみで今やってる状態です。「女性外来」という文字だけは一応あるんです。まだあまり稼動してないんですけど。

平松：泌尿器科に女医さんの需要は多いでしょうね、多分。

橋本：そうですね。患者さんが医者を選ぶ時代ってだいぶ前に聞いたと思うんです。私はまだ選ばれたことがないんですけど。婦人科の亀谷准教授と田辺先生にもいろいろ教えてもらいました。婦人科とウロとじゃ共通するところが多いので、診察や手術見学させていただきました。女性の患者さんの求めるものははっきりしていて、細やかな心配りを医療者に求めています。当然だと思うんです。それができるのはまず女医たちやと思います。男性の先生にももちろん学ぶことは多いんですけど、私からできることというのを実践してみたいなと思ってます。

平松：泌尿器科の女医さんって本当に少ない。婦人科はどんどん増えてますけどね。泌尿器科は患者さんの半分とはいわないけど、結構女性の患者さんも多いと思うんですよ。

丸山：研修医の私立4大学と国立のローテーションが、厚労省の審査に通りましたね。あそこに女性の支援も入れていただいたら、女性も働きやすくなる。

橋本：4大学というのは私学4大学ということですか。

平松：大阪医大と関医大、近大、兵庫、それと近畿圏の国立の大学も入ります。

土居：2年間の中のある一定の期間グルグルまわるんですか？

橋本：どの大学を回ってもよいということなんですか。

平松：希望に応じて多彩なコースがありま



左から、平松先生、橋本先生、丸山先生、酒谷先生、土居先生

す。好き勝手にというわけにはいかないと
思いますけど。

丸山：そこに女性医師支援も組み込んで
もらったらすごくいいと思います。

酒谷：国から予算が出るなら、ちょうど
チャンスですね。たとえ男が困ってるから
女を引きずり出そう、なんとか手伝わせ
ようみたいな、そういう動機であったとし
ても、やっぱりチャンスなんだと思うん
ですよ。このチャンスをうまく捕まえて、
自分らの働きやすい環境をちょっとでも
作らせるように持っていくということは必
要というか大事なことなんじゃないでしょ
うか。ポーッとしているうちに、男の人の
いいようにされてしまうと結局「なーんや
」ということに終わるから、ここは頑張
って女の方も積極的に出て行って。だか
ら文句言いでいいんじゃないかと思う。

平松：そうするともっといろんな人の
声を拾い上げないとダメですね、女医
さんたちの。

酒谷：そうですね。1人ひとり事情が
違うということはあると思うので、それ
ぞれ事情の違う人のそれぞれの声とい
うのはできるだけ拾って、それを上の男
の人の方につけるといふか。ある程度一
定年齢以上に

なった私たちとしては、しなければい
けないんじゃないかとは思ってますけど。

平松：こういう動き自体も初めてで
きてきた動きでしょうし、いつもこうい
う会に参加しているのは私たち同じ顔ぶ
れの人が多いですね。だけどその陰で
ずっと何も言えずに黙ってる先生たち
がたくさんいると思うので。

酒谷：どうせ私はできないのよとい
うので諦めちゃってる人たちの要望とい
うのを拾い上げて、もっと言ってい
いんですよ。うふうにもっていつかあ
げたい方がいいですよ。

平松：今回土居先生や橋本先生たちは
あの委員会には入っておられないん
ですけど、幅広くいろんな意見を聞
きたいなと思って、そういう意味では
いい機会をもてたし、いいお話を聞
けたと思います。

橋本：公然グチみたいな。だいぶモチ
ベーションを落とした時期やったので、
すごく息を吹き返すことができました。

丸山：女性医師問題に無関心な女医
さんも非常に多いと思うんです。自分
だけが良かったらいい、自分の仕事さ
えすればいい。そうじゃなくて、皆で
この機会になんとか良くするように、
無関心な先生を引きずり

こむように平松先生なんかはやってほしい。保育所についても、女医さん、女医さんと言ってるけど、男性の医師も預けられるよということ言って、男性にも門を開いたら規模も大きくなるし。そういう男性の先生も女医さんと夫婦になってる人があるから。「僕は今日単発でここに預けてあげるよ」というようなのができたら、皆に広がっていくと思うんです。女医さんばかり

の女医さんのための保育所じゃなくて、大阪医大の先生の保育所という形でしてもらったほうがいいように思いますね。

平松：そうですね。それはいいご意見ですね。ありがとうございます。本当に今日は有意義な時間を持てまして、非常に楽しいお話を聞かせていただきました。どうもありがとうございました。



放射線科の近況

中央放射線部／放射線医学教室 鳴海 善文

2008年4月に本学に赴任してから、中央放射線部にいくつかの変更が行われた。ひとつは2007年1月に放射線技術部から組織変更して以来しばらく休眠状態であった中央放射線部運営会議を復活させ、実質上の「中央化」を行い各診療科の要望を入れる場所を設定したことである。また、中央放射線部の運用規定を改変し、医師、診療放射線技師のほかに看護師、事務職員を構成員として入れ、各職責をその運用規定に盛り込み、組織として活動できる体制を構築した。これらにより今後さらに高度な医療の展開と業務の効率化、医療安全対策の充実がはかれると思われる。

また、新しい動きとして320列CTの導入がある。本学においては画像診断機器の導入がほかの特定機能病院に比べ遅れていた面があるが、CTに関しての診療レベルは現時点で一気に最高水準に達したと考えてよい。この320列CTはarea detector CT (ADCT) と呼ばれ、従来64列であった検出器が320列になることにより約16cm幅の情報を1度の回転で面 (area) として検出するものであり、上下方向に比較的短い臓器(心臓、脳、膵臓、腎臓など)は0.35秒で臓器全体が同時にスキャンできる。従来のCT(4~64列)はヘリカルスキャンで、スキャン開始点と終了点では同一臓器内に10秒以内の時間差があり、造影相は必ずしも同じとは言えないものであったが、この方法で1回のスキャンで同じ造影相で見ることになり、造影CTの時間分解能ははるかに向上する。心臓ではこの利点により造影剤を減量できることのほか、多様な背景をもつ患者に対しても安定した画像取

得が可能なこと、被曝が従来の1/4~1/5であることなどメリットは多大である(図1)。頭部、膵臓、腎臓に関してもCT perfusion など造影検査における新しい展開が期待でき(図2)、他の臓器に関しても工夫次第でさまざまな使い方が可能である。また、スキャン速度が非常に早いので、小児、救急患者に大きなメリットがある。この320列CTは執筆時点で日本の大学病院では3台目、世界でも23台目の設置であり、各診療科と協調して大阪医大発の新しい情報を世界に発信していきたいと考えている。

別の新しい動きは、大阪医大での念願であった3 TMRI の設置である。これは中枢神経系、四肢、軟部、骨盤など動きの少ない領域にメリットが大きく、S/N比は従来の約2倍であり空間分解能の高い詳細な情報が得られる。拡散テンソルイメージングは、脳内の水分子の拡散のしやすさが方向によって異なる特性にもとづいたMRIの撮像法であり、大脳白質の神経線維の走行を可視化することが可能である(図3)。研究面ではすでに新しいとは言えない手法であるが、3 TMRI の設置により可能になった。また、MR angiography(図4)、MR Spectroscopy、拡散協調画像などにも今後新しい展望を開くことができる。

以上、大阪医大の最近の動向を、中央診療施設としての中央放射線部と画像診断の臨床、研究の核としての放射線科の両面から述べた。今後、特定機能病院にふさわしい業務、業績をさらに広く展開したい。



図1) 心臓の造影 ADCT

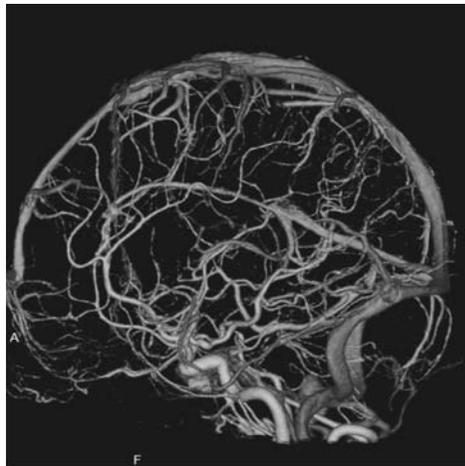


図2) 頭部の CT angiography

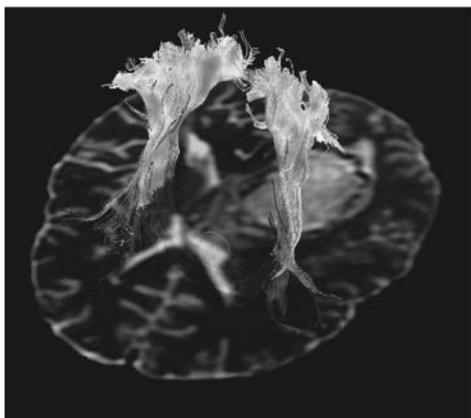


図3) 拡散テンソル・イメージング



図4) MR angiography 1.5T (左) と 3T (右)

本稿の図は以下の病院のご厚意によるものであることを付記する。
図1、2) 藤田保健衛生大学病院 (愛知県豊明市)
図3、4) 城山病院 (大阪府羽曳野市)

大腸がんにおける化学療法 ～個別化医療のはじまり～

化学療法センター 瀧内比呂也

古典的な抗悪性腫瘍薬の代表例である代謝拮抗剤、微小管作用薬、DNA合成阻害剤、植物アルカロイド、抗がん性抗生物質などは、がん細胞の無限増殖に伴うDNA合成や細胞分裂を阻害することにより、がん細胞の死滅、すなわち抗がん活性を示します。その一方で、がん細胞に特有の無限増殖や生存に関連する分子として、キナーゼ活性を有する増殖因子受容体や染色体転座産物、アポトーシス関連分子などが続々と同定されました。そしてこれら分子をターゲット（標的）とするコンセプトにより誕生したのが分子標的治療薬です。

増殖因子受容体のなかには、EGF (epidermal growth factor) 受容体、c-kitなどの受容体型チロシンキナーゼ (tyrosine kinase, TK) と IL-6 (interleukin-6) 受容体のように TK 活性を有さないサイトカイン受容体ファミリーに分類されます。いずれのタイプの受容体もそれ以降のシグナル伝達は類似しており、細胞内シグナル伝達分子が遺伝子変異により恒常的に活性化されると腫瘍化の原因となります。現在、分子標的治療の標的となる受容体型 TK としては、EGF 受容体 (EGFR)、c-kit、VEGF 受容体などがあげられます。

EGFR は、HER-1、ErbB1 としても知られている human epidermal growth factor receptor (HER) ファミリーに属する 170kDa の膜通過型糖タンパク受容体です。正常の上皮細胞にも広く存在する受容体ですが、がん細胞での高発現が報告さ

れており、とくに前立腺、卵巣、肺、腎臓、大腸がんの悪性転換と EGFR 発現との関連が報告されています。EGFR は細胞外に存在するリガンド結合ドメインと、細胞膜に存在する膜貫通部ドメイン、細胞内に存在する TK ドメインから形成されています。リガンド結合ドメインに EGF や TGF- α といったリガンドが結合すると、EGFR あるいは他の HER ファミリー受容体と二量体を形成し、細胞内の TK ドメインで自己リン酸化が起こり、引き続いて下流へのシグナル伝達が起こります。このシグナル伝達には多数の経路の関与が考えられていますが、細胞のがん化と深く関連している経路が Ras-mitogen-activated protein kinase (MAPK) 経路です (図1)。この経路の Ras が、次に紹介する抗 EGFR 抗体であるセツキシマブの抗腫瘍効果発現に関して重要なポイントであることが最近わかってきました。

2008年秋、欧米から遅れること約4年余り、セツキシマブがEGFR発現陽性の¹大腸がんに対して適応承認を受けました。欧米とわが国における Drag Lag が社会問題となっていました。セツキシマブの承認によってほぼ Drag Lag の問題も解消されました。セツキシマブはリガンド結合ドメインに直接結合して二量体の形成を阻害します。その結果 TK ドメインでの自己リン酸化が抑制され、下流へのシグナル伝達を抑制することにより抗腫瘍効果を発揮することが知られています (図2)。当初セツキシ

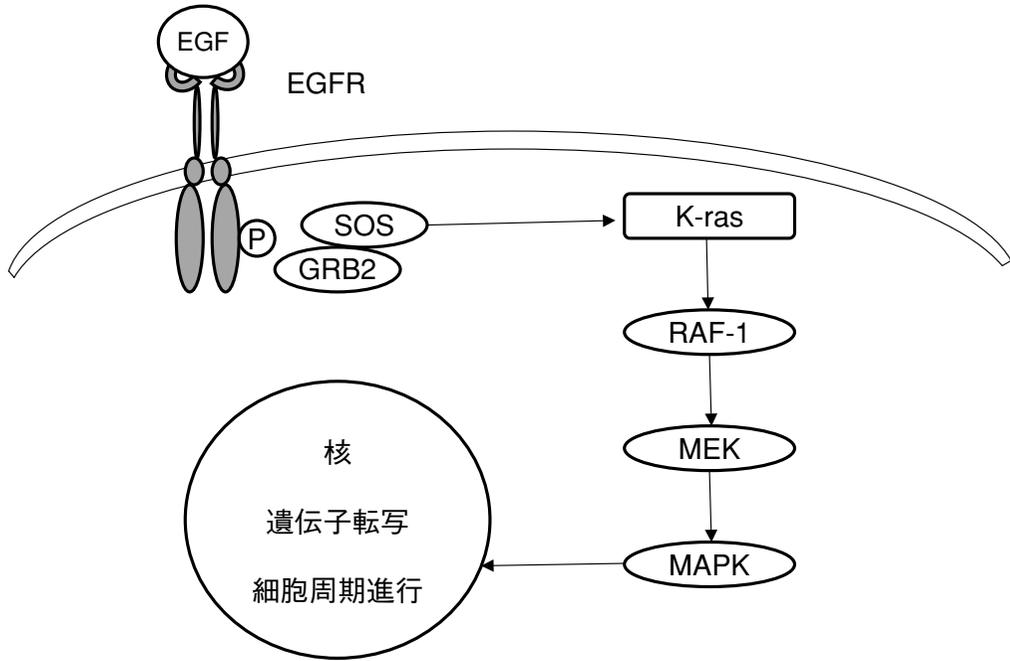


図1

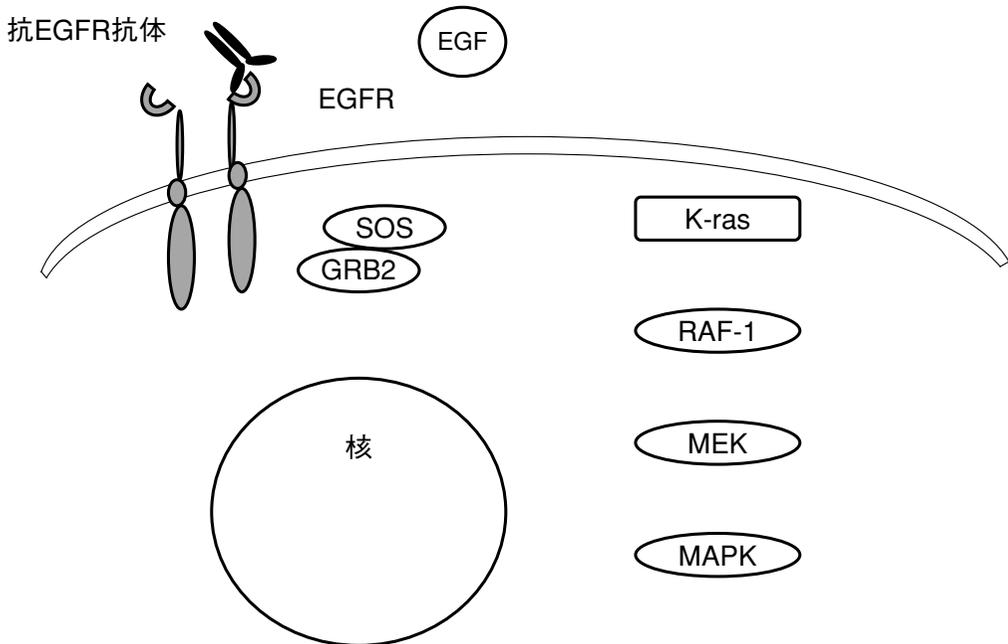


図2

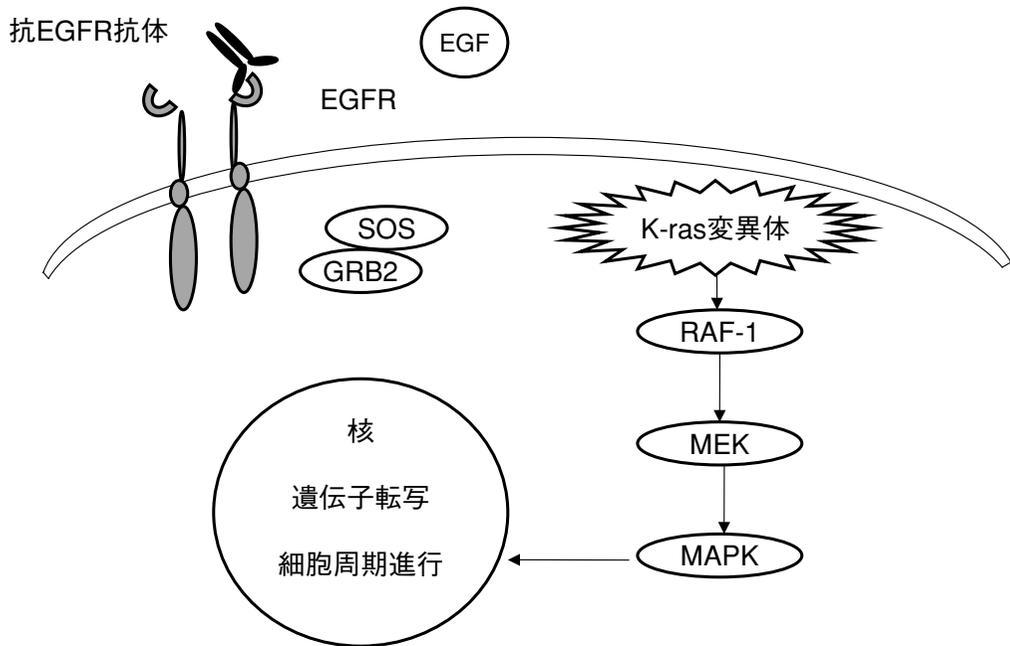


図 3

マブは、免疫染色による EGFR の発現の程度が治療効果と相関するのではないかと考えられましたが、残念ながら臨床試験の結果から相関がないことが明らかとなりました。

近年、セツキシマブの治療効果予測因子として Ras に大変注目が集まっています。Ras は Ras がん遺伝子からコードされる膜関連 G タンパク質です。哺乳類では K-ras、H-ras、N-ras の 3 種のタンパク質が同定されており、なかでも K-ras はヒトのがん化の初期段階に関与していることが知られています。その K-ras の遺伝子変異の有無とセツキシマブに対する治療抵抗性との間に強い相関があることが証明されました。つまり K-ras 遺伝子変異を有する症例に対してセツキシマブの効果が期待できないことがわかったのです。米国でもっとも頻用されている National Comprehensive Cancer Network (NCCN) のガイドラインにも、セツキシマブを使用する場合、K-

ras の wild-type (野生型) の患者にのみ使用することが明記されています。そのストーリーとしましては、いったん Ras 遺伝子の変異が起こると、Ras 変異体が形成され、上流からのシグナル伝達のコントロールは失われてしまうことがわかったのです (図 3)。

大腸がん化学療法における K-ras ストーリーは、2008 年米国臨床腫瘍学会 (ASCO) における最大のトピックとなりました。でも今回紹介させていただいたストーリーは、セツキシマブに効果が期待できない集団が明らかになったにすぎません。まさに、大腸がんにおける個別化医療のプロローグに過ぎないのです。これから個別化医療におけるどのようなストーリーが展開していくのか、固唾をのんで見守っていきたいと思います。もちろん役者の 1 人としてそのストーリーに参加できれば、このうえない幸せなのですが…。

平成 19 年 度

大阪府医師会勤務医部会（第2ブロック）報告

大阪府医師会勤務部会 砂田 一郎
第2ブロック常任委員

（大阪府済生会茨木病院脳神経外科）

大阪府医師会勤務医部会は、昭和48年に全国で初めて創設された勤務医のための部会であります。勤務医は激務であっても、自分たちのため、また将来の医療のために、診療以外の活動をすべきであるというのが、当部会の主張です。

大阪府を11ブロックに分割し、当三島地区（高槻市、茨木市、摂津市、島本町）は第2ブロックにあたります。ブロック委員数は勤務医数あたりで決められており、平成19年度は12名であり、表1にあげております先生方にご協力を賜りました。

主な活動は常任委員4名（稲森委員、北浦委員、土居委員、砂田）が大阪府医師会会館での常任委員会に出席し（月2回）、

表2に示します事業計画に基づき、勤務医の現状把握、地位向上運動、教育、医療連携支援、啓蒙運動等について協議等を行い、それを各ブロックに持ち帰り、それぞれの地域での勤務医の支援を行うのです。

平成19年度の事業としまして、

- ① ブロック委員会の開催
（9/4、12/18、3/27）
- ② 四医師会学会総会の支援
- ③ 第1・2・3・4ブロック合同懇談会の主催（平成20年1月17日）
講演“やる気の出る会議の仕方”
日本ヘルスサイエンスセンター
代表 石川雄一 先生
- ④ 茨木市医師会勤務医部会の創設

表1 平成19年度大阪府医師会勤務医部会第2ブロック委員

岡村雅雄	愛仁会 高槻病院	胸部外科	部長
新井基弘	みどりヶ丘病院		院長
秋元 寛	大阪府三島救命救急センター		所長
後藤研三	高槻赤十字病院	外科	副院長
稲森耕平	仙養会 北摂総合病院	麻酔科	副院長
麻田邦夫	信愛会 新生病院	心臓血管外科	部長
柳 尚夫	茨木保健所		所長
砂田一郎	大阪府済生会茨木病院	脳神経外科	部長
平位洋文	摂津医誠会病院	外科	副院長
北浦 泰	大阪医科大学	第三内科	教授
河野公一	大阪医科大学	公衆衛生学	教授
土居ゆみ	大阪医科大学	麻酔科	講師
			（順不同）

等を施行いたしました。昨今、医療崩壊、勤務医の減少が叫ばれております。少しでも現在の医療の手助けになればとの思いで精進してまいります。皆様のご理解・ご支

援を賜りたく存じます。

“俺には関係ないや” ですむ時代ではなくなっていますよ。

表2 平成19年度大阪府医師会勤務医部会事業計画

-
- | | |
|---|--|
| <p>1. 部会組織の充実</p> <p>1) 加入促進</p> <p>①医師会未加入勤務医への働きかけ</p> <p>②新研修医への働きかけ</p> <p>2) 部会活動の浸透</p> <p>①広報活動の充実・強化</p> <p>②ブロック委員会の活性化</p> <p>③大学との関係強化</p> <p>④IT化による部会活動の推進</p> <p>3) 医師会活動における勤務医の在り方の検討</p> <p>2. 学術研究の推進</p> <p>1) 各種感染症に関する研究</p> <p>①大阪府内における感染症の臨床疫学的研究</p> <p>②HIV 感染症予防に関する研究</p> <p>③輸入感染症の臨床疫学的研究</p> <p>④結核感染予防に関する研究</p> <p>2) 地域医療に関する調査研究</p> <p>①生活習慣病のための地域病診連携に関する研究</p> <p>②地域における障害者医療・リハビリテーションに関する研究</p> <p>③府下におけるエイズ患者の病診連携に関する研究</p> <p>④地域発達支援ネットワーク形成のための研究</p> <p>3) その他学術研究の展開</p> <p>①大阪府医師会医学会雑誌『大阪医学』への積極的参加</p> <p>②勤務医部会 CPC の開催等</p> <p>3. 地域医療崩壊を防ぐための諸施策の検討
〔新設〕</p> <p>4. 医療制度の研究と研修</p> <p>1) 医療制度の研究</p> | <p>①医療制度の在り方の研究</p> <p>②新医師臨床研修制度の研究と指導者養成</p> <p>③その他（高齢者医療制度を含む）</p> <p>2) 医療保険制度の研修</p> <p>3) 診療報酬改定内容の研修</p> <p>4) 介護保険制度の研究</p> <p>5. 勤務環境改善の推進</p> <p>1) 過重労働改善策の研究と提言</p> <p>2) 女性医師就労環境（条件）の見直しの研究と提言</p> <p>6. 医療安全対策の推進</p> <p>1) 医療安全対策の研究</p> <p>2) 医療安全対策の推進と医師会の医師賠償責任保険への加入促進〔新設〕</p> <p>7. 勤務医生涯教育の推進</p> <p>1) 生涯教育制度の推進</p> <p>2) 各種研修会・講演会の開催</p> <p>3) 大阪府医師会医学会等への積極的参加</p> <p>4) 国際的な学会・研究会等への参加促進</p> <p>8. 医療機関連携の推進</p> <p>1) 病診、病病連携の強化</p> <p>2) 研修会等による連携の推進</p> <p>3) 医療機能分担（医療提供体制）の在り方の研究</p> <p>4) 病院機能の評価</p> <p>5) 外国人の医療対策</p> <p>9. 福利厚生事業の推進</p> <p>1) 府医職業紹介事業（ドクターバンク）への参加推進</p> <p>2) 勤務医の福利厚生の充実</p> <p>3) 医師会の医師賠償責任保険への加入促進</p> <p>10. 各地勤務医部会との連携</p> <p>1) 全国医師会勤務医部会との情報交換</p> <p>2) 近畿各府県医師会（勤務医部会）との連携強化</p> |
|---|--|
-

国際学会に参加して（アムステルダム）

衛生学・公衆衛生学教室 臼田 寛

平成20年9月9日から11日にかけて、第36回国際化学工業労働衛生会議・総会（Medichem; Occupational and Environmental Health in the Production and Use of Chemicals）がオランダのアムステルダムで開催されました。

当教室から河野公一教授、清水宏泰講師、山鳥江美助教、河野 令大学院生、山本君代大学院生、三井剛特別協力研究員と私、そして共同研究を行っている本学口腔外科の島原政司教授とお嬢さんの千秋さん、有吉靖則講師が参加し職域で利用される化学物質の健康影響などについて計5演題の発表を行いました。

国際化学工業労働衛生会議は1972年に設立され、第1回総会はドイツ西部のルートヴィヒスハーフェンで開催されています。以降、国際労働衛生学会（ICOH; International Commission on Occupational Health）との共催を含めて、国際学会にしてはめずらしくほぼ毎年開催され、今年で36回目となっています。今回は日本をはじめ21カ国から約100人が参加し、口演・ポスター合わせて35の演題発表があり、活発な討論が

行われました。

評議員を務める河野教授と清水講師は学会長の Dr. Peter J. Boogaard の勤務先であるアムステルダム郊外の Shell Internationale BV（オランダのシェル石油本社）で開催された定期総会に出席し、今後の学会運営方針や次回開催地の台湾代表者からの報告を受けました。

学会終了後は、山鳥助教が留学中のスイス・ジュネーブにある国際保健機関（WHO; World Health Organization）へ移動し、当教室が参画を予定している ODA 事業であるインド・タミルナドゥ州におけるホゲナカル上水道整備・フッ素症対策計画を WHO の担当者に紹介し、また WHO 側からは山鳥助教の所属部署で懸案となっているスリランカでの重金属汚染による腎障害について説明を受けた後で意見交換を行い、今後の両者の協力関係を確認することができました。

学会が開催されたアムステルダムは、中世の建物と網の目状に広がる運河が印象的な都市でした。WHO 訪問のために訪れたジュネーブはスイス西部のフランスに接する都市で、レマン湖にある大噴水や国連本部をはじめとして集中する国連機関が印象的でした。学会・会議の帰路では、スイスの観光地として有名な山岳地帯のツェルマット（マッターホルンの麓）やグリーンデルワルト（アイガー北壁に位置するユングフラウ地域の観光拠点）を訪れることができ、心身のリフレッシュメントをすることができました。



WHO での業務について

衛生学・公衆衛生学教室 山鳥 江美

日本はもとより大阪以外では生活をしたことのなかった私が、スイスジュネーブにある World Health Organization (WHO) で研修生活をスタートすることとなり、期待と不安に胸を躍らせて機上の人となったのが2008年の1月でした。WHO は今年60周年を迎えており、気候変動から健康を守るという2008年度世界保健デーのテーマのもと多くの活動がなされていました。

私が配属されましたのは Department of Human Security and Environment であり、中でも特に、重金属汚染による子どもへの影響を取り扱う部署の一員として研修することとなりました。小児における重金属汚染として主に問題となるのは、中枢神経に影響しその知能を低下させる原因となる水銀や鉛であり、ガイドラインの作成等が行われておりました。私はカドミウムに関する研究を行っていたこともあり、カドミウムについての仕事を頼まれることが多く、日本に引き続きジュネーブでの日々もカドミウムと共に過ごしたといっても過言ではないくらいでした。



まず手始めに開始した仕事は、小児科医や看護師などに向けて行うカドミウム汚染に関する教育モデルの作成でした。予防は教育からという考え方のもと、一体どのようなことがカドミウム汚染の原因となるのか？ 生体にはどのような影響が生じるのか？ 世界のカドミウム汚染状況はどのようなのか？ どうやって予防するのか？ そもそもカドミウムとは何なのか？ などといった情報が含まれたスライドを作成し、汚染地域での教育活動に役立てるのが目的でした。大まかなドラフトは多数の専門家の意見を聞く機会が設けられ、さらに変更が加えられた後編集部で編集され、WHOとして公式に発表されるまでには多くの日数がかかるようでした。また教育モデルの作成と並行して小児が重金属に暴露されたことを的確把握するために用いられる biomarker の確立等に関する仕事にも関わることができました。

しかし実際の仕事より研修によって得たものは、日本という枠を離れて物事をみるという経験だったように思います。当たり前のことが日本には見えにくくなっていったのだという現実に、衝撃と深い反省を受ける場面が研修を通じ数多くありました。研修は残り僅かとなり、今後これらの経験が次なる活動に活かせることができればと、日本に帰国できる日を夢みて過ごしております。

最後になりましたが、この貴重な経験を与えてくださいました河野教授はじめ衛生学・公衆衛生学教室の先生方、本当にありがとうございました。

ファイルの一覧

放射線医学教室講師／本誌編集委員 上杉康夫

コンピュータ内のファイルを整理したいと思った場合や、また手持ちの多数のファイル名を選び出したい場合、エクスプローラやファイル検索機能だけでは、どのファイルが必要なのか判断するのは簡単とはいえません。ファイルの一覧リストを取得して、判断したいのですがWindows標準のエクスプローラは、あるフォルダの下にあるファイルの一覧を表示はしますが、ファイル名を取得してリストにするような機能はもっていません。何か良い方法はないかと探してみました。

まず、コマンドプロンプトを利用する方法を見つけ出しました¹⁾。

- (1) エクスプローラを起動して、対象となるフォルダを表示する。
- (2) スタートメニューから「すべてのプログラム」－「アクセサリ」－「コマ

ンドプロンプト」を選ぶ。

- (3) 「コマンドプロンプト」ウィンドウに「dir /s /b」と入力して、その後に半角スペースをひとつ入力する（図-1）。
- (4) エクスプローラから対象とするフォルダを「コマンドプロンプト」ウィンドウにドラッグ・アンド・ドロップする（図-2）。
- (5) コマンドラインに「dir /s /b フォルダ名」と入力されたことを確認して、さらに半角スペースを入れて「>」を入力し、例えばディスクDに保存する場合は半角スペースを入れて「d:¥list.txt」を入力する（図-3）。
- (6) 「Enter」キーを押す。

これで、(5)で指定したファイル一覧のテキストファイル「list.txt」が



図-1 「コマンドプロンプト」ウィンドウに「dir /s /b」と入力して、その後に半角スペースをひとつ入力する。

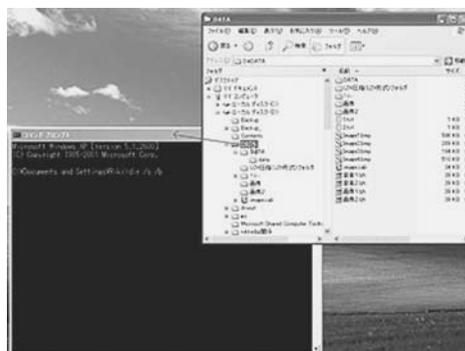


図-2 エクスプローラから対象とするフォルダを「コマンドプロンプト」ウィンドウにドラッグ・アンド・ドロップする。

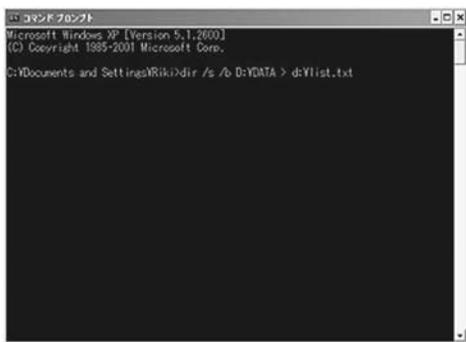


図-3 コマンドラインに「dir /s /b フォルダ名」と入力されたことを確認して、さらに半角スペースを入れて「>」を入力し、また半角スペースを入れて「d:¥list.txt」を入力する。

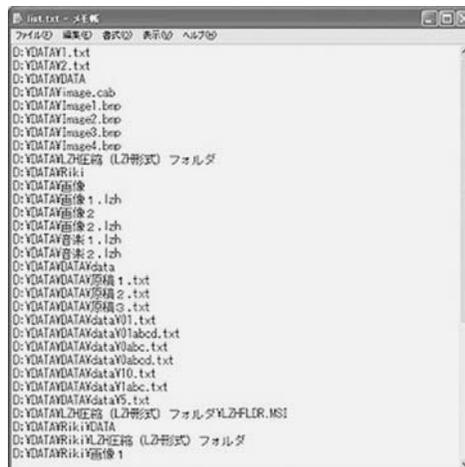


図-4 テキストファイルにフォルダのファイル一覧が保存される。

図1～4は、<http://trendy.nikkeibp.co.jp/article/tec/winxp/20060525/116841/>より引用。



図-5 ふりくぼの画面（2より引用）

ディスクDのルートディレクトリに保存されます（図-4）。

またフリーソフトやソフトウェアでも見つけ出しました。私はフリーソフト“ふり

くぼ”^{2),3)}を使っています。“ふりくぼ”のソフト名は“File List to Clip Board”の日本語読みの略から名づけられ、ファイルやフォルダをドラッグ&ドロップするだけでファイルリストを作成します。ファイルではなくクリップボードに作成するので自由に貼り付けることができ、さまざまな用途に使えます。基本的にファイル名とパス関係のみ出力するので設定も分かりやすく、ちょっとした時に手軽に使えます。ファイルリストの作成や、ファイル名の利用する時に便利です。

大阪医科大学医師会ホームページ：<http://www.osaka-med.ac.jp/deps/omcda/>
 メールアドレス：omcda@art.osaka-med.ac.jp
 ホームページ担当：上杉康夫

〈引用ホームページ〉

- 1) ファイル一覧を簡単に作成する - デジタル - 日経トレンドィネット
<http://trendy.nikkeibp.co.jp/article/tec/winxp/20060525/116841/>
- 2) かんたんファイルリスト作成 “ふりくぼ”
<http://www.geocities.jp/hirogamesoft/furikubo/furikubo.html>
- 3) 窓の杜 - ふりくぼ <http://www.forest.impress.co.jp/lib/sys/file/fileuty/furikubo.html>

大阪医科大学医師会 会長からの連絡

ISSN (International Standard Serial Number 国際標準逐次刊行物番号) を取得しました

●大阪医科大学医師会報

(本誌表紙の右肩に表示) : 1883 - 3942

●大阪医科大学医師会オンラインジャーナル : 1883 - 3950

<http://www.osaka-med.ac.jp/deps/omcda/report/>
【ISSN の利点(国立国会図書館 HP より抜粋)】

ISSN はその逐次刊行物に固有の番号ですから、それが逐次刊行物に付与されていれば、そ

の発行国、発行者、言語、内容にかかわらず、容易に識別することができます。ISSN には、わが国の逐次刊行物を国際登録することにより、国際的普及の機会が得られるという利点もあります。



北摂四医師会医学会のホームページ (<http://www.4ishikai.jp/>) を開設しました

分科会の研究会等の案内を掲載しています。分科会は現在12あります。

来年度には分科会の情報も順次掲載し、内容を充実させていきます。

- ・北摂四医師会全人医療研究会
- ・北摂四医師会画像診断研究会
- ・北摂四医師会内分泌骨代謝研究会
- ・北摂糖尿病フォーラム
- ・北摂四医師会神経精神医学研究会
- ・北摂四医師会小児科医会
- ・北摂急性肺疾患フォーラム
- ・北摂四医師会生活習慣病フォーラム
- ・北摂コラボレーションミーティング
- ・北摂四医師会認知症研究会
- ・北摂肝疾患地域医療セミナー
- ・北摂形成外科懇話会

(順不同)



大阪医科大学医師会職員の紹介

現在、大阪医科大学医師会は、大阪医科大学共同利用会館（北門西側）1階の事務室で、3名の事務員（非常勤）が業務にあたっています。

主な業務は、会員の入退会手続き、会費請求等の管理業務、会報等の配布、ホームページでの情報提供、北摂四医師会医学会の運営にかかわる業務などです。

医師会に加入するとどんないいことがあるのでしょうか？

- ・日本医師会 A 会員に入会すると、医師賠償責任保険（1億円まで [免責100万円]）に自動的に加入となります。他の賠償責任保険と比べてサポート体制が優れているとされています。
- ・日本医師会会員であれば、日医医師年金に加入（別途掛金要）できます。
- ・大阪府医師会に加入すると、大阪府医師国民健康保険に加入できます。
- ・大阪医科大学医師会に加入すると、大阪医科大学医師会報が配布されます。

先生方に医師会を有効にご活用いただけるように、3人でがんばっております。至らない点多々ございますが、日々改善してまいりますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

<連絡事項>

- ・大阪医科大学を退職後関連病院等に勤務される場合は、継続加入も可能です。
- ・住所・姓名・勤務先等変更がありましたら、ご一報ください。
- ・退会される場合は、必ず退会届をご提出ください。

<勤務時間表>

曜日	勤務時間
月	10:00~17:00
火	10:00~16:00
水	10:00~17:00
木	10:00~16:00
金	11:00~17:00

<連絡先>

	学外から	学内から
T E L	072-684-7190	内線2951 PHS6903
F A X	072-684-7189	内線2950
E-mail	omcda@art.osaka-med.ac.jp	



左から 藤原、林、村上

よどがわ呼吸器カンファレンス

開催日：平成21年5月13日、7月8日、9月9日(水)
 場 所：胸部外科学教室
 当番教室：同上
 問合せ先：花岡伸弘

第6回高槻肝疾患研究会

開催日：平成21年6月(日は未定)
 場 所：大阪医科大学
 当番教室：一般消化器外科・消化器内科教室

北摂心不全セミナー

開催日：6月(日は未定)
 場 所：大阪医科大学
 当番教室：第三内科学教室
 問合せ先：北浦泰 内線2373

第33回日本リンパ学会

開催日：平成21年7月17日(金)～19日(日)
 場 所：大阪医科大学 新講義実習棟 P101
 当番教室：解剖学教室
 問合せ先：同上

近畿 足の外科を語る会

開催日：平成21年8月（日は未定）

場所：未定

当番教室：整形外科学教室

第10回近畿脳神経血管内治療学会

開催日：平成21年9月12日（土）

場所：毎日新聞オーバルホール

当番教室：脳神経外科学教室

問合せ先：内線2363 ksnet2009@art.osaka-med.ac.jp

大阪医科大学眼科セミナー

開催日：平成21年9月12日（土）

場所：附属看護学校講堂

当番教室：眼科学教室

問合せ先：清水一弘

日本病理学会近畿支部

開催日：平成21年9月（日は未定）

場所：未定

当番教室：病理学教室

問合せ先：内線2635

痛みの治療研究会・東洋医学と ペインクリニック研究会

開催日：未定

場所：未定

当番教室：麻酔科学教室

問合せ先：西村 内線2368

柚木孝仁 先生 (本学第一内科学循環器班大学院3年)

Travel Awards of the ESC Council on Basic Cardiovascular Science 賞 受賞

European Society of Cardiology Congress 2008 (ヨーロッパ心臓病学会)

受賞日：平成20年9月1日

研究課題：Combination of eicosapentaenoic acid and statin are of most potent effect for plaque stabilization in rabbit plaque model

内容：昨年わが国で、高純度 EPA 製剤を用いた大規模臨床試験、JELIS が Lancet に報告された。JELIS 試験では、脂質異常症患者 1 万 8645 例を対象として、冠動脈疾患の予防を検討し、全例にスタチンを投与した上で EPA を投与した EPA 群では、スタチンを単独投与した EPA 非投与の対照群よりも優れた冠動脈イベント抑制効果が認められた。しかし、EPA によるプラーク安定化の詳細な機序は、未だ不明であった。そこで我われは、安定プラークから不安定プラークに移行する動物モデルを考案、これを用いて EPA のプラーク安定化作用とその分子メカニズムを検討し、スタチンとの比較を行った。モデルは、日本白色家兎の右頸動脈をバルーンカテーテルにて傷害し、通常食餌で 4 週間飼育後、さらに高コレステロール含有食餌で 8 週間の飼育を行った。コントロールでの第 12 週の頸動脈摘出標本では、MMP-9 発現増加と Tissue Factor 発現増加、マクロファージ増加を認め、プラークは不安定化していた。投薬群は、高コレステロール食餌期の後半 (第 8 ~ 12 週) に、ピタバスタチン単独投与、EPA 単独投与、またはピタバスタチン + EPA 同時投与を行って、第 12 週の頸動脈摘出標本を評価した。結果としてピタバ



星賀 Dr と柚木 Dr

タチン単独群では、MMP-9 発現低下が強く、Tissue Factor 発現低下が強く、マクロファージ減少が強かった。一方 EPA 単独群では、MMP-9 発現低下傾向、Tissue Factor 発現低下、PPAR- α の発現増加を認めた。さらにピタバスタチン+EPA 併用群では、MMP-9 発現低下はより強く、Tissue Factor の発現がより低下し、マクロファージが減少し、PPAR- α の発現増加を認め、強いプラーク安定化を示していた。以上の結果から、EPA の PPAR-alpha 活性化が分子メカニズムのひとつであると予想された。また、スタチンと EPA は異なる分子機序でプラーク安定化に作用するため、併用による相加・相乗効果が期待できるものと考えられた。

宮田至朗 先生 (本学脳神経外科学大学院生)

13th International Congress on Neutron Capture Therapy Fairchild Award を受賞

受賞日：平成20年11月6日

研究課題：Biodistribution and Imaging studies on F98 rat glioma by convection enhanced delivery of transferrin targeting PEG liposomes encapsulate both BSH and iodine contrast agent

内容：悪性神経腫は強い浸潤性格をもち、従来の「手術+放射線」の標準治療を用いても制御が困難である。われわれは基礎と臨床の両方面から悪性神経腫に対するホウ素中性子捕捉療法 (BNCT) の研究を進めてきた。臨床面では標準治療を上回る成績をあげており、今後の発展が期待できる。BNCT の治療効果を高めるためには、いかに高濃度のホウ素を腫瘍に蓄積させるか、と同時にいかに正常組織とのコントラストをつけるかが重要である。すなわち腫瘍だけにホウ素を取り込ませることができれば、「狙い撃ち」の治療が可能となる。しかし実際には血液脳関門 (BBB) によりホウ素の腫瘍への輸送が制限されたり、細胞レベルでの浸潤部には十分量のホウ素が到達しにくい、などの問題がある。これらの問題を克服するべく、われわれはホウ素化合物を封入したリポソームにトランスフェリンを結合させて腫瘍ターゲティングを可能にしたホウ素キャリアを開発し基礎研究をおこなっている。この研究ではトランスフェリン結合リポソームにホウ素化合物である BSH とヨード系造影剤の Iomeprol を同時に封入したホウ素キャリアを用いた。これにより腫瘍に蓄積したホウ素キャリアは CT スキャンで可視化できる。また convection enhanced delivery (CED) という脳内局所投与法を用い



指導医の宮武伸一先生（左側）と川端信司先生（右側）と受賞会場にて

てホウ素キャリアーの腫瘍への超選択的な蓄積を目指した。【方法】F98ラット脳腫瘍モデルに対しPEGリポソーム（BSH,Iomeprol）およびトランスフェリンPEGリポソーム（BSH,Iomeprol）を $0.33\mu\text{l}/\text{分} \cdot 30\text{分}$ で脳（腫瘍）内にCED投与する。一定時間（0、24、48、72時間）後、頭部CTスキャンを実施。脳腫瘍、正常脳、血液各臓器を採取しそのホウ素濃度をICP発光分析装置を用いて測定する。【結果】PEGリポソーム群およびトランスフェリンPEGリポソーム群の腫瘍内ホウ素濃度の差はCED後24時間で最大となり、値はそれぞれ $22.5\mu\text{g}^{10}\text{B/g}$ 、 $82.2\mu\text{g}^{10}\text{B/g}$ とトランスフェリンPEGリポソーム群で有意に高値であった。正常脳および血液中のホウ素濃度はいずれも低値（ $<1.0\mu\text{g}^{10}\text{B/g}$ ）であった。また、腫瘍-正常脳ホウ素濃度比（T/N比）も24時間で最大となり、その値は274であった。CT画像ではPEGリポソーム群はCED後24時間で腫瘍の造影効果が消失したのに対し、トランスフェリンPEGリポソーム群では72時間後まで腫瘍造影効果が持続していた。【結論】トランスフェリンPEGリポソームはCEDと組み合わせることにより強力な腫瘍ターゲティングが可能となる。また、CT画像では投与したホウ素キャリアーの分布を可視化でき、治療前の線量計画に有用である可能性が示唆された。

■ 北摂四医師会医学会分科会記録 ■

【第15回小児科医会】

*日 時：平成20年9月13日（土）午後3時30分～6時

*場 所：大阪医科大学新講義実習棟

一般演題

座長：愛仁会高槻病院小児科 西野昌光

1. 「乳様突起炎の2症例」

茨木済生会病院小児科 木下智香子、梶浦 貢、久野友子、森信孝雄

2. 「体重増加不良を主訴とした、腎性尿崩症の乳児例について」

愛仁会高槻病院小児科 宮部由利、香田 翼、下竹敦哉、麻生安曇、
山本友人、橋本直樹、三宅 理、南 宏尚、西野昌光

3. 「小児のメタボリックシンドローム」

大阪医科大学小児科 高谷竜三

特別講演

座長：大阪医科大学小児科学教室 玉井 浩

演者：大阪医科大学整形外科学教室 藤原憲太

「小児整形外科疾患の診断のコツ」

.....

【第7回画像診断研究会】

日医認定産業医講習会

*日 時：平成20年12月20日（土）午後2時～5時30分

*場 所：ホテル日航茨木大阪

北摂四医師会からのご挨拶

北摂四医師会医学会会長 河野公一

開会の挨拶

大阪医科大学放射線医学教室教授 鳴海善文

シンポジウム

『産業医に役立つ婦人科疾患における画像診断』

1. 「婦人科良性疾患における画像診断と内視鏡検査・手術」

大阪医科大学産科・内分泌科 奥田喜代司

2. 「画像診断と婦人科腫瘍」

大阪医科大学産婦人科・腫瘍科 寺井義人

3. 「産業医のための婦人科疾患のIVRについて」

大阪医科大学放射線医学教室 山本和宏

特別講演

座長：大阪医科大学放射線医学教室教授 鳴海善文

「卵巣腫瘍の画像診断」

近畿大学医学部放射線医学教室放射線診断学部門講師 今岡いずみ

閉会の挨拶

高槻市医師会理事 長谷川博之

.....

大阪医科大学医師会会則

(名 称)

第1条 本会は大阪医科大学医師会と称し、事務所を大阪医科大学に置く。

(構 成)

第2条 本会は大阪医科大学に在籍し、大阪府医師会に加入する医師を以って組織する。

(目 的)

第3条 本会は、医学教育、医学研究ならびに診療にたずさわる医師たるものの本分の自覚を促し、医学および医療の発展に寄与するとともに、本学の勤務環境の改善、地域医療、公衆衛生および学会活動に努力し、会員相互の親睦をはかることを目的とする。

(事 業)

第4条 本会の目的を達成するために次の事業を行う。

1. 大阪医科大学における診療および教育・研究の推進
2. 関係諸団体との提携
3. 医学会の開催、会報、報告書等の刊行
4. その他目的達成のために必要な事業

第5条 本会に次の役員を置く。

1. 会 長 1名
2. 副会長 3名
3. 理 事 (大阪府医師会代議員) 若干名
4. 評議員 (内 大阪府医師会予備代議員 若干名) 若干名
5. 監 事 1名
6. 会 計 1名
7. 書 記 (1名)
8. 編集委員 (若干名)

第6条 役員の仕事は次のごとくである。

1. 会長は本会を代表し、会務を統轄する。
2. 副会長は会長を補佐し、会長に事故あるときはその職務を代行する。
3. 理事は会務を処理する。
4. 評議員は会務を審議する。
5. 監事は会計を監査する。
6. 会計は財務および経理を処理する。
7. 書記は会議の記録を作成する。
8. 編集委員は大阪医科大学医師会報の編集発行を行う。

第7条 役員の任期は次のごとくである。

1. 任期を2年とし重任を妨げない。欠員が生じた場合は後任者が決定するまで他の役員が兼務する。
2. 補欠による欠員の任期は、前任者の残留期間とする。

(役員を選出)

第8条 役員を選出は次のごとく行う。

1. 会長は理事会において理事より選出し、副会長は会長がこれを指名する。
2. 理事 (大阪府医師会代議員) および監事は評議員会において互選により選出する。
3. 大阪府医師会予備代議員は理事会において評議員の中から指名する。
4. 評議員は各教室において互選により1名を選出する。但し、会員数が30名を超える教室では2名を

選出する。会員数が5名以下の教室では、その選出方法を附則に定める。

(会 議)

第9条 会議は次のとおりとする。

1. 理事会
2. 評議員会
3. 総会
4. 編集委員会

第10条 理事会は第5条に定める理事全員により構成し、会長または過半数以上の理事の要請により開催する。理事会は過半数の出席により成立し、出席者の過半数の賛成を以って決定する。

第11条 評議員会は第5条に定める評議員全員により構成し、会長または過半数以上の評議員の要請により開催する。評議員会は過半数の出席（委任状を含む）により成立し、出席者の過半数の賛成を以って決定する。

第12条 総会は本学医師会全員により構成し、毎年1回会長の召集により開催する。臨時総会は会長が必要と認めた場合、また会員の過半数の要求があった場合に会長がこれを召集しなければならない。会員の過半数以上の出席（委任状を含む）により成立し、出席者の過半数以上の賛成を以って決定する。

第13条 次の事項は総会の承認を経なければならない。

1. 会則の変更
2. 予算および収支決算

第14条 次の事項は総会に報告しなければならない。

1. 事業報告
2. その他総会に報告を必要とする事項

第15条 本会は顧問および名誉会長を置くことができる。

顧問および名誉会長は会長が推薦し、理事会の承認を得るものとする。

(会 計)

第16条 本会の経費は日本医師会および大阪府医師会の会費還付金、本学医師会会費および寄付金をもってこれに充てる。

第17条 本会の会計年度は、4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。

附 則

この会則は、昭和57年4月1日より施行する。

附 則

この改正は、平成14年4月1日より施行する。

附 則

1. 大阪医科大学医師会会報編集委員（若干名）等の各種委員会委員は、評議員より選出する。
2. 会員が5名以下の教室における評議員の選出について
 - 1) 基礎系教室では会員の互選により2名選出する。
 - 2) 臨床系教室および関連部門（センター、診療部門等）では互選により1名を選出する。
3. 正当な事由なく3年間会費を滞納した会員については、評議員会の議を経て、総会で会員資格の喪失を議決することができる。

附 則

この改正は、平成18年5月15日より施行する。

編集後記

昨今医師不足が叫ばれる中で、医師国家試験合格者のうちで女性が占める割合は年々増加し、毎年約2,500人の女性医師が誕生しています。しかしながらせっかく医師免許をとった女性が長く仕事を続けられる環境はまだ充分整備されているとは言いがたい現状です。女性医師の休職や離職を防ぐ取り組みはもはや女性だけの問題ではなく、男性医師も含めて組織全体、国家単位で取り組んでいくべきで、産休やその後の復職支援、保育施設の充実やフレックスタイム制・ワークシェアリング制度の導入など、課題は山積みです。この度大阪医大に「女性医療人の子育て、キャリア形成ならびに復職支援センター」が設置されたのを機会に、いろいろな経歴・立場でご活躍の女性医師にお集まりいただき、まずは硬いことは抜きにしてこれまでの御苦勞話や後輩へのアドバイスなど、本音のところを語っていただこうと座談会を企画しました。女どうしでわいわい、ジョイジョイ、話が盛り上がるに連れ、愚痴になったり、憂さ晴らしになったり・・・ そういうわけで上司や同僚の男性がたには少々お耳障りなところがあるかもしれませんが、その辺はどうぞご勘弁を。

編集委員 平松 昌子

編集委員 田中 英高 村尾 仁 梶本 宜永 上杉 康夫
土手友太郎 平松 昌子 大場 創介 島本 史夫
萩森 伸一

大阪医科大学医師会会報 第31号

発行日 平成21年3月15日
発行 大阪医科大学医師会
発行責任者 医師会長 河野公一
編集 大阪医科大学医師会会報編集委員会
〒569-8686 高槻市大学町2-7
大阪医科大学医師会事務室
(藤原則子・村上真理子・林ひろみ)
TEL 072-683-1221 (内2951)
684-7190 (直通)
FAX 072-684-7189
e-mail omcda@art.osaka-med.ac.jp
制作 旬知人社