

■巻頭言「学長就任のご挨拶」……………大阪医科大学学長	大槻 勝紀	1
■特集：座談会「大阪医科大学における専門医制度について」……………		2
＜司会・まとめ＞ 大阪医科大学医療プロフェッショナル支援室室長	星賀 正明	
＜出席者＞	大阪医科大学内科学Ⅰ教授 花房 俊昭	
大阪医科大学一般・消化器外科学／教育センター専門教授	林 道廣	
大阪医科大学耳鼻咽喉科学教授	河田 了	
大阪医科大学地域総合医療科学寄附講座特別任命教員教授	鈴木 富雄	
大阪医科大学脳神経外科学特別任命教員教授	梶本 宜永	
■最近の動き		
小児外科センター開設の紹介		
……………大阪医科大学一般・消化器外科学教室	富山 英紀	27
■かなり役立つ生涯学習		
医療安全シリーズ③「医療安全文化とは ～目標は医療安全文化の醸成～」		
……………大阪医科大学附属病院医療安全対策室室長	村尾 仁	30
■会員の活動……………		32
■会員の広場		
難病総合センター設立にあたり		
……………大阪医科大学附属病院難病総合センター長／神経内科教授	木村 文治	34
■ホームページの広場 26		
Unicode (ユニコード)……………大阪医科大学放射線医学教室	上杉 康夫	35
■会長からのお知らせ……………大阪医科大学医師会会長	米田 博	40
■インフォメーション(第12回痛みの治療研究会、第21回大阪上海メルボルン組織病理研究会、 関西おさかな勉強会、第19回大阪医科大学産婦人科オープンクリニカルカンファレンス、 第37回日本小児腎不全学会学術集会、第120回日本循環器学会近畿地方会、EndoDM カン ファレンス、第41回大阪医大眼科セミナー、第29回近畿小児科学会学術集会)……………		41
■北摂四医師会医学会総会記録(第24回)……………		43
■北摂四医師会医学会分科会記録(第27回北摂四医師会小児科医会、第28回北摂四医師会 小児科医会、作業環境管理と危機管理、第23回北摂四医師会北摂糖尿病フォーラム、第5 回北摂四医師会三島感染症研究会)……………		44
■大阪府医師会勤務医部会第2 ブロック報告……………みどりヶ丘病院院長	新井 基弘	48
■平成27年度大阪医科大学医師会総会議事録……………		50
■大阪医科大学医師会平成26年度事業報告ならびに平成27年度事業計画……………		53
■平成26年度大阪医科大学医師会会計報告……………		62
■平成27年度大阪医科大学医師会役員構成……………		63
■平成27年度大阪府医師会各種部会・委員会等委員構成……………		64
■編集後記……………編集委員長	梶本 宜永	
(題字：竹中 洋 前学長)		

学長就任のご挨拶

大阪医科大学学長

大槻 勝紀



6月1日に10代目学長に就任しました。就任してまだ2週間ほどしか経っていませんが、この2週間はとても長く感じました。これほどまで教育研究関係の委員会等の会合や挨拶依頼が多いとは思っていませんでした。それに加えて、分野別医学教育評価基準による国際認証受審のための医学教育カリキュラム改革が待ったなしの状態であり、頭を悩ます毎日を送っています。教授時代の教育・研究生活や趣味のゴルフを楽しんでいたところが懐かしく思えます。

私は昭和53年大阪医科大学を卒業後、本学産科婦人科学教室に入局し、その後解剖学教室に籍を移し、本年5月31日まで解剖学の教授を務めてきました。その間、大阪医科大学医師会の会員でしたが、基礎系教室に在籍していた関係上、一度も会合には出席せず、大阪医科大学医師会に貢献してこなかったことを心苦しく思います。ただ府医師会の代議員選挙などの話題が時折、小生の耳にも伝わってきました。その度、心の中で大阪医科大学医師会の会員の先生方のご活躍を祈っていました。これまで私は法人理事、参与として国家戦略特区としてのBNCT医療拠点を本学へ誘致することに携わっていた関係上、法人理事長の植木 實先生と本学病院長の黒岩敏彦先生とご一緒に、先日藍綬褒章のお祝いを兼ねて大阪府医師会の茂松茂人先生へBNCT医療拠点のご挨拶に伺ってきました。彼とは大学の同期で、府医師会の副会長として活躍しているのをお聞きし、嬉しく思いました。

今後は教育、研究の大学の責任者として、卒後研修や生涯研修などで会員の先生方と接点をもつことがあるかと思いますので、ご協力のほどよろしくお願いします。

最後になりましたが、大阪医科大学医師会のますますのご発展とともに会員の皆様方のご健勝とご多幸をお祈りし、挨拶に代えさせていただきます。

「大阪医科大学における専門医制度について」

日 時：平成27年 5月12日（火） 18：00～

場 所：大阪医科大学

司会・まとめ：

大阪医科大学医療プロフェッショナル支援室 室長 星賀 正明

出席者：

大阪医科大学内科学Ⅰ 教授 花房 俊昭

大阪医科大学一般・消化器外科学／教育センター 専門教授

林 道廣

大阪医科大学耳鼻咽喉科学 教授

河田 了

大阪医科大学地域総合医療科学寄附講座 特別任命教員教授

鈴木 富雄

大阪医科大学脳神経外科学 特別任命教員教授

梶本 宜永

（敬称略）



はじめに

星賀 本日はありがとうございます。新しい専門医制度が、今年の医師国家試験合格者から始まります。本日は内科から花房先生、外科から林先生、耳鼻咽喉科の河田先生、脳神経外科の梶本先生。それから総合診療という新しい専門医の分野が始まり、一番知りたいところでもありますので、鈴木富雄先生に来ていただきました。では、まず私のほうから新しい専門医制度の概略を述べます。

1. 専門医制度全般について

星賀 まず、これまでの専門医制度が、わが国で何が問題点であるかという、現行の専門医制度は、各学会が独自で制度を作り、専門医を認定してきました。学会同士の統一した基準がなく、一般の方からすると、いろんな専門医があつて分かりにくい。現在広告可能な専門医は57あります。国民からは、信頼される標準的な医療を提供できる医師が「専門医」として求められています。どうも、学会主導の専門医と、国民が求めている専門医との間に乖離があるようだ。そこで新専門医制度の基本理念として、1) 専門医の質を担保できる制度、2) 患者に信頼され、受診の良い指標になるような制度、3) 専門医が公の資格として国民に広く認知され評価される制度であること、4) プロフェッショナル集団としての医師が誇りと責任をもち、患者の視点に立ち、自律的に運営するという、いわゆる「プロフェッショナルオートノミー」を基盤にした制度、が述べられています。より具体的な改善点としては、1) 専門医の認定は中立性を確保するため、各学会ではなく第三者機関が行う、2) 専門医制度を基本領域とサブスペシャリティ領域の2段階制度にする、3) すべての医師がいずれかの基本領域の専門医取得することを基本



星賀正明先生

とする、4) 第三者機関で認定した専門医のみを広告可能とする、5) 新しい基本領域として、総合診療専門医を作る、これらの5点が決定しています。第三者機関は、日本専門医機構という名称で、理事長には現早稲田大学特命教授で、前慶応大学内科教授の池田康夫先生が就任されました。

星賀 新専門医制度は、2015年すなわちこの4月の国家試験合格者からが対象になります。現在初期研修中ですが、2年後に後期研修に入る際には、一斉に新専門医制度に基づいたカリキュラムに従って動くことになります。この新専門医制度にアプライする候補者を、「専攻医」と呼ぼうということになっています。少なくとも19の基本領域（図1）においては、今年度中に新専門医制度に向けた研修プログラムを各施設が整えて、日本専門医機構の認定を受け、2016年には基本診療領域研修プログラムの提示、専攻医登録の開始が始まる、というタイムスケジュール（図2）です。研修プログラムは、図3に示すように、研修基幹

基本領域専門医

内科	皮膚科	外科	産婦人科	耳鼻咽喉科	脳神経外科	麻酔科	小児科	精神科	整形外科	眼科	泌尿器科	放射線科	救急科	リハビリテーション科	形成外科	病理	臨床検査	総合診療科
----	-----	----	------	-------	-------	-----	-----	-----	------	----	------	------	-----	------------	------	----	------	-------

図1

施設が中核となって、複数の研修連携施設とともに専門研修施設群を形成するというものでありまして、例えば、大阪医大が基幹病院となり、連携する病院を具体的にあげて専門医養成プログラムを策定します。一方、専門医の更新に関しては、ごく最近日本専門医機構から発表がありました。われわれが今保持している専門医の更新になるわけですが、どうも2020年以降は、従来の学会が行う専門医の更新は不可で専門医機構が行うことのようにです。ですので、新規取得のみならず、更新に関しても大きな変化がありそうです。総論としては以上です。

2. 内科専門医

星賀 では、基本領域分野で今までの制度からの変更点や注意すべき点を、各領域の先生方から述べていただきたいと思います。では、まず内科専門医を花房先生、よろしくお願いします。

花房 それでは内科の専門医制度、今までのも含めて、ご紹介したいと思います。今、星賀先生がご紹介いただいたように、今後、第三者機関である日本専門医機構がコントロールすることになりました。昔、卒業臨床研修が必修化になる前は、卒後3年間の間に内科の研修をし、3年経てばいわゆる1階部分の内科認定医を取得し、それを1階部分として、それぞれのサブスペシャルティの専門医をまた次にめざすという形で



花房俊昭先生

した。その後、2年間の初期臨床研修が必修化になったあとも、卒後3年で認定医を受験できるというシステムはそのまま残りましたので、初期臨床研修の間に内科をローテートしている期間が短くなりました。一番短い人では半年、最長で1年半弱です。このように内科の研修期間が減少したこと、同時期に大学病院で臓器別再編が進行したりしたことなどから、ジェネラルに内科を学ぶ期間が必然的に少なくなってしまい、サブスペシャルティの研修に偏りがちになったという問題がありました。それから、内科の専門医の領域的、地域的な偏在が進んだという問題もありました。また、サブスペシャルティの1つとして認定内科専門医資格を取得できるわけですが、認定医資格を取得したあと、内科志望者がそれぞれ

新専門医制度開始までのタイムスケジュール

2014	日本専門医機構創設
2015	基本領域研修プログラムの策定、認定
2016	初期臨床研修医(2日目)への研修プログラムの提示 専攻医登録の開始
2017	新制度による後期研修開始
2020	新制度の専門医認定開始

図2 新専門医制度開始までのタイムスケジュール

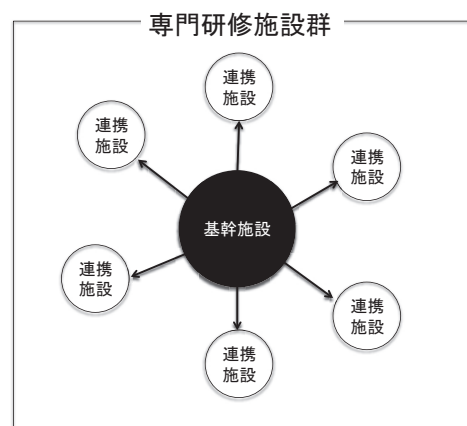


図3

のサブスペシャリティに進んでしまい、認定内科専門医資格を取得する人が非常に少なくなってきたという問題も生じてきました。そこで、内科学会としてはこのような種々の問題に対応するため、初期臨床研修の2年間に加え、さらに3年間、専攻医として内科の研修を行って、5年目で新しい内科専門医資格を取得できるというシステムに変更することとなりました。4年目の研修が終了すれば症例を提出し、5年目の研修中に査読があつて、試験は5年経ったら受けられることとなります。また、新しい内科専門医資格を取得したあと、3年間経験を積みば指導医になれます。教育指導施設として認定されるには、指導医が必要になってきます。

次に、内科専門医とはどういう医師か、という専門医像が内科学会で考えられています。ひと言でいうと、標準的診療能力を有する総合内科医ということになります。もう少し具体的にいうと、適切な診断治療をもって一定数以上の内科症例を経験し、医師としての倫理観と安全に関する知識を有し、内科全般にわたり標準的な知識と技能を習得し、チーム医療のマネジャーとして全人的な診療にあたる医師、というのが、内科学会から提示されている内科専門医像です。それなら、具体的にどういう医師がどういう領域でどういう場所で内科専門医として活躍しているのかというと、いろいろな形態が考えられていて、例えば地域医療でのかかりつけ医、内科領域のかかりつけ医、あるいは内科初期救急医療の専門医、病院での総合内科の専門医、サブスペシャリストだけれども総合内科的視点をちゃんともった医師である、とか、種々の例が示されており、同じ内科専門医といっても、働く場所によっていろいろ活躍する形態があるだろうというようになっています。

旧制度から新制度の移行について言いますと、今まで卒後3年で取得できていた認

定内科医は廃止され、新しい内科専門医の資格をもたないと1階部分をクリアできないということになります。それから、現在の内科の専門医（＝総合内科専門医）が新しい内科の指導医に移行するという移行措置が考えられています。新制度で廃止になる認定内科医資格を現在有している人については、その人1代限りではずっと認定内科医であり続けることはできるけれども、新しい内科専門医を取得しなければ、現在有しているサブスペシャリティの専門医資格が認められなくなるという可能性があります。そういう人がサブスペシャリティの専門医資格を引き続きもち続けるためには、新しい内科専門医試験を受験して内科専門医資格を取得する必要があるのではないかと思われます。

新しい内科専門医養成のため、現在、内科学会からカリキュラム案が提出されています。知識と技術、それから症例の経験が必要です。それぞれの知識・技術・経験が、A、B、Cのグレードに分けて設定されています。それから、疾患が70のカテゴリーに分類されており、各カテゴリーのなかで最低1症例を経験することが新しい内科専門医を受験する条件となっています。例えば、カテゴリーの1では、脳梗塞・TIA・脳出血・その他の血管障害がひとくくりになっており、そのなかから1症例以上の経験を要する、となっています。呼吸器、循環器等、すべての領域にわたってこのような形で決められています。専攻医はその病歴要約を研修手帳サーバというところに記録し、指導医はそれを確認して評価する、というシステムがイメージされています。それから内科領域では、初診を含む外来を通算で6ヵ月以上行うことが必要とされています。また、当直を経験することが求められています。それから、JMECCという内科の救急コースを受講することが必須となっています。その他にも、安全研修、管

理研修、CPCを受講することなど、いろいろなことが要件となっています。JMECCについては、今年の3月までに各大学病院で必ず1回は開催しなさいと内科学会からいわれており、大阪医大でも3月の初めに開催し、体制を整えつつあります。

今後、大阪医大としてやらなければならないことは、研修プログラムを作成することと、内科のいろいろな関連病院と専門医研修施設群を組織していくことを、同時並行でこの1年間でやることだと考えています。内科としては、以上です。

星賀 大学病院は基幹病院として、症例数など十分だと思いますが、周りの関連病院を含めた研修施設群を大学がプログラムとして形成していくことが大切のように思いましたけれども。

花房 そうですね。今まででも、それぞれの関連病院でいろいろ教育をされ、大学との人事交流もあって、内科をめざす研修医がいろいろな症例を経験して認定医あるいは専門医を取っていたのですが、今後、第三者機関がシステムの評価を行うようになりますと、組織の構成やプログラムの内容が今まで以上に問われると思います。

星賀 「内科離れ」の傾向がありますので、これをしっかりと作っていかないと。

花房 内科に入る人が、さらに少なくなる



林 道廣先生

(笑)。

星賀 ありがとうございます。それでは、外科専門医を林先生、お願いします。

3. 外科専門医

林 外科専門医について述べさせていただきます。まず外科のほうでは、他の科と異なるバックグラウンドが2つありまして、まず1つは、医師の数ですね。図4をご覧ください。1994年から2012年の間で、総数では30.8%の医師数増加があったわけですが、産婦人科、外科、これらは減少しています。なかでも外科の減少が最も激しい。産婦人科は学会を挙げて減少を食い止めようという強い動きと国民の協力等もありましたので、もち直してはきていますが、残念ながら外科に関しては、減少の傾

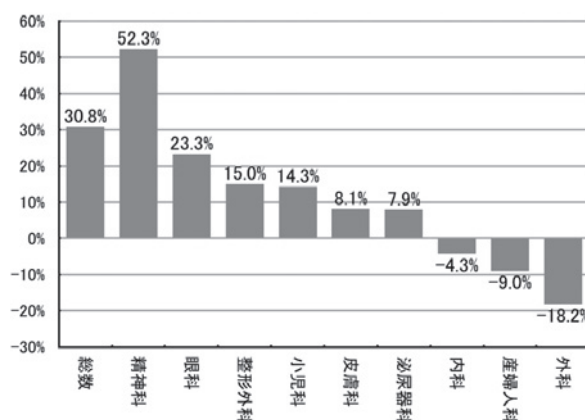


図4 医療施設従事医師数推移 (1994→2012年)

向を食い止められないような状況です。最近では女性医師がかなり増えて、大阪医大でも30%、北欧では50%以上が女性医師になってきております。女性医師が増えることは好ましいことだと思いますが、女性は外科医を選択する機会は極めて少なく、女性医師の割合が増えるにしたがって外科志望者の総数は減っていくというジレンマがあります。さらにそれに加えて2番目のバックグラウンドとしましては、昨今問題になっています群馬大学であったりですとか千葉のがんセンター、あるいは女子医大、まあ女子医大は小児科のケースですけれども、外科の医師の一部の診療あるいは手術によってたくさんの患者さんが死亡され、国民的な問題になったと。特に問題になっていますのが、外科の手術のなかでもとりわけ消化器外科、さらにもっと専門分野的というならば、肝胆膵の分野です。千葉がんセンター、群馬大学、神戸フロンティアメディカルセンター、すべて肝臓手術、肝胆膵の外科手術、こういう極めて高難度の手術の死亡例が発生しているということで、こうした問題になっているところだと思います。これがまた新しいこの専門医制度によって、どのように変化していくかということを考えてみました。

林 外科の分野でも、専門医が乱立しています。まず外科の専門医があります。消化器外科の専門医、食道専門医、大腸肛門専門医、肝胆膵外科、移植認定医、乳腺、肝臓専門医それから小児外科、消化器病専門医ですね。うちの科は消化器内視鏡の専門医や麻酔科の標榜医をもっている方もおられます。それから、「がん」はがん治療認定医と消化器がん治療専門医、こういう2つが入り混じったようなことになっており、いずれにしてもうちの科だけでもこれだけの専門医が乱立していますので、指導する立場としては難渋を極めております。新しい専門医制度基本設計では、基本領域

は19領域とサブスペシャリティ専門医が29領域あります。そのなかで外科、それから私たちが直接関与しますのは、消化器病の専門医、肝臓病専門医、消化器外科専門医、小児外科専門医、さらに今後認定を検討するというようにされている3階建ての3階部分の高度専門医として、外科の関与しますのは、乳腺専門医、肝胆膵外科高度技能専門医、小児外科専門医、大腸肛門専門医。それから、食道外科は消化器系外科のなかでも特に難易度が高いですので、特別に食道専門医というのがあります。それからあと最近問題になっていますのが、内視鏡手術ですね。内視鏡手術に関しては、技術認定というものが発足して、うちの医局員もたくさん取っております。あと私ももっております移植認定医やがん治療認定医、これが今後どのような分類付けにされていくかは注目していきたいと思います。基本領域は当然ですけれども、サブスペシャリティあるいは3階の部分まで私たちの誰かが面倒をみて専攻医を育てていけないといけないというのは、今回の新しく専門医制度になっても、かなり難しい課題であるかなと思います。

一方、外科の領域で、専門医制度にとって欠かすことができませんのが、NCDというシステムがあります。これはNational Clinical Databaseといいまして、専門医制度に沿って専門医を取得するにあたってなくてはならないデータベース事業で、これはあらゆる手術症例をデータベースにしています。現在のところは全国4,100施設から420万件ぐらいの手術をすべてデータベース化されております。2011年の1月から始まって、今4年目を迎えて400万例以上の手術症例が登録されています。私たちがこれをどういうふうに使おうかといいますと、まず自分が経験した手術症例、すべてこちら（図5）のデータベースに入れまして、そのデータベースを開きますと、術式です

とか、患者さんのいろんな背景、あるいは合併症の有無、入院期間、そういったものをすべて入力することができます。最終的に1枚のカルテができます。これは、1回入力しておけば、いろんな専門医を取るにあたって利用できる極めて便利なツールです。要するに、こういうふうに外科専門医、基本領域を取ったうえでさらに専門医A、専門医Bそういったものをどんどん積み重ねていくにあたっては、NCDが有用だということです。専門医機構には、専門医の認定と更新、それから専門医の研修プログラム、この2つの柱があります。今後、外科専門医制度のなかで、私たち大学病院が考えていけないといけないのが、専門医の研修プログラムをいかに早く確立していくか。特に、大阪医大の場合は基幹病院になることはまず間違いないと思いますので、基幹病院としてさまざまな責務を果たしていく必要があると思います。今までの専門医制度の内容についてはおそらく

新専門医制度と矛盾や不足する部分は極めて少ないのではないかとということで、今現在外科学会が進めています専門医制度を大きく変える必要はないというふうに考えています。あるいは更新にしましても、ほぼそのままの形で移行できるというふうな期待をもっており、その支えとなっていますのが、NCDが徹底されていることと考えます。最後に、研修プログラムを作るにあたって、やはりこういった大学のなかで、現在行っているセデーションや鼠径ヘルニア手術のトレーニングコースなど、こういったコースをどんどん設けていく必要があると思います。またセミナーをどんどん開催して連携施設からもたくさんの専攻医を呼んで、しっかりした研修プログラムを確立していくことが必要だと思います。以上です。

星賀 1つ確認ですが、内科専門医の場合は今まで認定医が3年だったのが、新専門医制度では5年になるという大きな変更が

図5 症例登録システムNCDの入力画面

ありますが、外科は今までも5年でしょうか？

林 5年ですね。初期臨床研修、2年課しています。専攻医としては3年。

星賀 はい、ありがとうございました。それでは河田先生、耳鼻咽喉科専門医をお願いします。

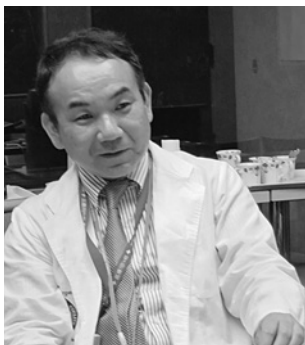
4. 耳鼻咽喉科専門医

河田 総論部分は今、花房先生、林先生から言っていたいただいたので、大枠としてはうち何も変わらないので、耳鼻科の特徴だけちょっと解説させていただきます。耳鼻咽喉科の問題点としては、昨今減少傾向にあります。新臨床研修制度ができてから随分減りました。新臨床研修制度は平成16年に始まりましたが、それ以前、年間300人弱が耳鼻咽喉科医になっていました。この制度ができてから、年間200人程度になっています。それはおそらく2年間の臨床研修で、耳鼻科選択という研修医が少ないうちに、6年生卒業時には耳鼻科志望が結構いるのですけれども、最終的には他科に取られてしまったと推定されます。それからもう1つは、耳鼻科は今30数%が女医さんです。女医さんが35歳、45歳になったときに、なかなか続けていただけないということも大きな問題です。最近、全国の総合病院からどんどん耳鼻科医が引き上げられています。基幹病院や大学病院は別として、特に地方の病院から耳鼻科医がどんどん引き上げられています。そのような病院ではどうにか非常勤で回しているというのが現状です。現在、耳鼻咽喉科の学会でもどうやって人を集めるかというのが大きな課題になっています。各論については、林先生が述べられたのと事情が似ています。耳鼻咽喉科も外科ですので、手術数が大きな問題です。この1月の日本耳鼻咽喉学会における説明会ではかなりクリアするのが厳しい数字が提案されています。この手術



河田 了先生

数はわれわれの施設のように、大都会にあるところは大丈夫なのですが、おそらく、地方の大学では厳しいと思われます。実際その説明会で多くの反対意見が出されました。手術数だけでなく、手術内容も問題になっています。耳鼻咽喉科の手術は結構多彩です。耳の手術、鼻の手術、咽頭の手術、頭頸部腫瘍の手術、その他、嚥下障害などの機能的手術も多くあります。さらには非手術分野、例えばハビリテーションや緩和医療の経験も要件に含まれています。こうなると大学病院でさえ、一部には得意でない分野も当然ありますので、これらを楽し々クリアするのはそう簡単ではありません。そのような事情から今後まだまだ紆余曲折があると感じています。受け入れ人数が多くなればなるほど、症例数がたくさん要るわけですから、大きな大学になりますと、その年の入局希望が10人以上という年もあるわけですから、10人受け入れるためには、それだけ症例数が必要なわけで、大きな大学でさえ十分な症例数がない。せっかくたくさん来てくれる年があったにもかかわらず、全員が受け入れられないということが起こるのではないかとという危惧があるわけです。経験すべき症例基準数というのが明記されていますが、最初受けるときはどうにかクリアできるとしても更新のとき難しくなるかもしれません。特に今回話題になったのは耳鼻科の勤務医はいいとして開業



梶本宜永先生

医さんです。多くの開業医の方は専門医になっているわけですが、もはや外科的なことはほとんどやっておられませんので、専門医を継続することが難しくなってきます。ところが、今1万人程度しかいない耳鼻咽喉科医のうち、その半数以上は開業医さんです。そうすると学会を維持するためにも、やはり開業医さんを抱き込まないと、学会として成り立たないと思います。だから開業医の先生も専門医がクリアできるようなシステムを組まなければなりません。一方、新専門医制度試案をみると、明らかに手術を重視してします。耳鼻咽喉科はあくまで外科の一部ですので、外科手術をしっかりやらなければ、専門医ではないという基本路線です。この矛盾をどう解決するかが今後の問題だと思います。それから、耳鼻咽喉科もそれ自体狭い分野ですけれど、2階建ての制度になる予定です。現在耳鼻咽喉科の2階建ての専門医は頭頸部がん専門医だけです。今後、耳科の専門医。鼻科の専門医、咽頭科の専門医というのが作られていくだろうと思います。頭頸部がん専門医は5年前にできまして、既に更新する時期にきています。今後の課題としては、手術症例をたくさんもっておかないと、多くの研修医がアブライしてくれたとき、まかないきれないことになります。幸い当科では、大きな関連病院をいくつも有しておりますので、そこと連携して、たとえ10人がアブ

ライしてくれても、まかなえるだけの症例数があると思います。それから指導医の問題もあります。専門医を一度更新している人が指導医資格を有するので、大体卒後10年目ぐらいの人間になります。うちの場合は、10年ぐらいすると、開業したいという先生が結構いますから、10年目以上の医師が大学あるいは関連病院にいてもらう必要があります。もう1つの問題は大学院との関係です。すなわち基礎教室で研究した期間を専門医の期間にカウントしてよいかどうかということです。耳鼻科では基本的にはカウントはだめであるといわれました。そうすると、今の若い先生は専門医志向で、学位はいらないという先生も多く、大学院で研究するのがますます敬遠されるのではないかという危惧をもちます。大学は研究機関ですので、大学院生が減るということは、やはり将来のことを考えるとちょっと問題じゃないかなと思います。今日、ぜひ他科の事情をお聞きしたいと思います。

星賀 大学院の件は、後ほど議論したいと思います。脳神経外科専門医について、梶本先生お願いします。

5. 脳神経外科専門医

梶本 脳外科の梶本です。脳外科の専門医制度の発足の歴史は古く、麻酔科に次いで1966年に脳外科の専門医が始まりました。長い歴史のなかで多くの改善がなされ、脳外科の専門医制度は、プロフェッショナルオートノミーとしても、専門医の資格審査システムに関しても、完成度が高いといわれています。

脳外科診療では非常に多くの疾患を対象としています。脳血管障害、脳腫瘍、脊髄、脊椎疾患、頭部外傷、先天奇形、水頭症などの認知症、などです。したがって、専門医になるためには、これらの多岐にわたった疾患を幅広く経験しないといけません。特に、日本の国民病といわれます脳卒

中に関しましては、日本では脳卒中内科医が少ないので、ほとんどの脳卒中患者を脳外科の医師が治療しています。重症の外傷では、頭部損傷を伴うことが多いので、救急の現場においても脳外科医というのが必須の存在であります。脳外科の専門医に求められますのが、これらの多様な疾患の予防、診断、手術からリハビリテーションまで総合的な専門知識および診療技能です。

現在の脳外科の専門医のシステムですけれども、初期研修制度のあと、4年間の後期研修、専攻医を経まして、専門医の受験資格が得られます。受験では、筆記試験と口頭試験の両方に合格する必要があります。試験に関しましては、脳神経外科学会のなかに委員会がございまして、試験問題の作成、カリキュラムの作成、および試験の合格認定を行っております。年に1度、夏に専門医の試験がありまして、現在の合格率は大体70%程度で推移しております。

脳外科の専門医数は世界的にみて非常に多いです。欧米の脳神経外科というのは、単に手術治療のみを担当するわけですが、日本の脳外科医は、脳と脊髄の手術以外にも、放射線画像の診断、脳卒中の一般的な内科的な治療、ガンマナイフなどの放射線治療、あるいは脳ドックなどの予防医学など脳神経に関わる広い領域を受けもっております。ですから、けっして7,000人という脳神経外科専門医の数というのは多すぎるというわけではありません。

専門医制度の大きな問題点として、やはり地域の偏在があります。今回の専門医改革も、地域の偏在をいかにしていくかということが1つの大きなテーマになります。しかし、脳外科に関しましては、各都道府県におけますバランスは良く、地域の偏在というのは現時点では存在しておりません。一方、脳外科専門医の年齢分布は、逆ピラミッド型で、ちょっと40、50代前後に1つの団塊があります。現在の40、50代が抜け

るであろう、10年から20年後ぐらいに、この減った部分の少ない専門医でカバーできるかというのが1つ大きな問題点です。やはり脳外科の若い研修医にもっと脳外科を志望してもらわないと、日本の脳卒中や救急医療というのが立ち行かなくなる可能性があると思います。

先ほど、林先生がおっしゃられたように、手術症例をどのように報告をして管理するかということで、脳外科でもNCDデータベースを利用したシステムが始まっております。大阪医大でも平成27年1月からこれに登録するようにしています。ところで、脳外科を志望する若い先生の多くが、脳血管内治療を志望しておられます。低侵襲で頭を開けずに治します。その結果、患者さんの術後の経過も良好ですし、開頭手術ではできないような難しい動脈瘤なんかも、血管内手術ではいとも簡単に治せます。この脳血管内治療に関しても、日本脳神経外科学会が展開する手術登録事業（JNR: Japan Neurosurgery Registry on National Clinical Database）に参加し登録できるようになりました。

脳外科には、多くのサブスペシャリティがあります。脳卒中、血管内治療、脳腫瘍、脊髄、等々です。専門医制度の2階部分に相当する、このサブスペシャリティが問題になっています。例えば、脳血管内治療学会の専門医の8割は脳外科医ですけれども、他に脳卒中内科や放射線治療の先生もおられます。脳卒中内科医や放射線治療医の1階部分をどこに乗っかるかという問題です。もし、脳外科に乗っかるとなると放射線科や内科の先生方がどういう対応となるのか、今、もめています。

以上、いろいろな問題点もありますが、少しでも多くの若い医師に脳外科を志望していただけるように、希望がもてるような研修医システムの作成が非常に重要だと思っております。

星賀 それでは、鈴木先生、新設の総合診療専門医についてお願いします。

6. 総合診療専門医

鈴木 はい。総合診療科、鈴木です。よろしく願いいたします。星賀先生から今、ご紹介ありましたように、このたび総合診療専門医というものが新しくできるということで、まず日本専門医機構の「総合診療専門医に関する委員会」から4月20日に「専門研修カリキュラム（案）」として出されたものがあります。ここから抜粋してご紹介いたします。今までの内科系の臓器別や領域別の専門医は、いわば縦の専門家であり、その領域の専門性の深さが求められていたと思いますが、総合診療専門医はそれに対して横の専門家であり、その特徴は患者や疾病の多様性と広さに柔軟に対応できるということだと思います。そして、この「専門研修カリキュラム（案）」には総合診療専門医として必要とされる「6つのコアコンピテンシー」が記載されていますが、まさにこれこそ、新たな総合診療専門医の性質を正しく表すものとされています。まず1番目が「人間中心の医療ケア」。疾患だけを診るのではなく、患者の心理社会背景も含めて対応してベストの方向性を出すこと。これは当たり前のことではありますが、多忙な日常診療のなかで私たちもできていない部分があります。家族との関わりということに関して1例を挙げると、問題事例に対してそのときに家族を呼んで相談するというだけでなく、日常診療のなかで患者の病気が家族にどういった影響があるのか、家族のなかで患者の病気がどのように受け入れられ、あるべき形できちんと対応されているかどうかなどにも常に気を配りながら、そこに対しても積極的に介入をしていく。患者を取り巻く文化的、社会的、家族的な内容とそれに関連した情報を得て、その点も考慮したうえで最善の医



鈴木富雄先生

療介入を考えるということが総合診療専門医として求められると書いてあります。2番目は「包括的統合アプローチ」です。これは小児から老年期まですべての年代の患者に対する適切な診療の部分で、日常診療のなかでさまざまな年齢層の患者が多様な症状を訴えてきますが、プライマリ・ケアの現場では一般的にはその時点で問題点が明確にはなっておらず、診断もついていないことがほとんどです。そこからすべてが始まるのですが、そのような曖昧な状況からの確に患者の問題点を抽出して適切な医療介入ができる能力が求められています。患者の訴えをよく聞き的確な診察をしたうえで、正しい論理展開で臨床推論を行い、科学的な根拠に基づいて最適な診断・治療を行うことが重要ですが、患者の心理社会背景や経済的問題も加味してのベストの方向性を出すことが求められ、さらには日常診療のなかで本人や地域と継続的に関わり、健康増進、予防医療、リハビリテーションまでの非常に広い範囲にわたる介入を行うことの必要性も書かれています。3番目は「連携重視のマネジメント」です。総合診療専門医は、地域が主となる活躍の場だということで、そこでの患者や家族に対する適切な継続的介入は医師1人だけで行えるものではないので、多施設、多職種の連携ということがキーワードとなってきます。看護師、薬剤師、栄養士、リハビリテーシ

ョンのような医療分野の連携だけにとどまらず、福祉、介護の関連職種も含めて、地域のコンダクターとして多職種連携のリーダーシップを取ることが必要だと記載されています。4番目は「地域志向アプローチ」です。地域で活躍する医師として、本邦の地域医療のシステム、特に今後推進していく必要のある地域包括ケアへの取り組みなどに関する理解や実践に加え、地域そのものの文化や社会背景に対する解釈や理解を踏まえたうえでの診療を展開する能力も必要とされています。5番目は「公益に資する社会規範」とされていますが、説明責任や診療責任、自己研鑽と生涯学習、ライフワークバランスなどが内容に上げられており、医師の職業倫理やプロフェッショナルリズムに関する部分で、他の領域の専門制度のなかでも強調されているかもしれませんが、これらは医師にとっての必須の能力にあたるかと考えてもよいでしょう。最後の6番目は「診療の場の多様性」となっており、これは総合診療専門医の実際の診療範囲に関係した部分なのですが、外来、救急、病棟、在宅というすべての現場で、患者のもつ心理社会背景を十分に考慮し、他の職種や他の施設などとも連携をとり柔軟で最適な診療を行う能力の必要性がうたわれています。この6つのコアコンピテンシーの記載の後に、総合診療専門医を修得するために必要な「経験目標」として実際の研修で求められる項目が具体的に記載されています。ここでは内科領域を主とした

成人領域の範囲にとどまらず、救急診療領域、小児診療や産婦人科領域、そして整形外科領域や河田先生の耳鼻科領域とも関係している耳鏡を用いての診察などマイナー科の診療領域あるいは小外科的な手技など多彩な経験目標が具体的に明記されています。これらは個々の領域の専門の先生からすれば、commonな病態における基本的な経験目標だと思いますが、これを1人の医師が確実にマスターし、実践として診療できるためには、実際の研修現場となる各部門の連携も含め、かなりしっかりとした研修システムが必要となります。その他の「経験目標」としては、在宅医療の現場での医療連携やケアカンファレンスへの参画、地域での予防活動や行政・保健活動への協力なども含まれています。以上に挙げたような事項が「経験目標」とされた根拠は、総合診療専門医となってから診療に従事する地域にもよると思いますが、僻地や離島、山間部、地方都市、大都市など、どんな地域であったとしても、ニーズに応じた標準的なプライマリ・ケア診療を柔軟に提供できる能力が必要とされるということだと思います。最初に述べたように、総合診療専門医には地域を診ることのできる専門医として、このような診療の多様性と広さが専門性として求められていると考えてよいでしょう。

次に少し既存の学会の専門医との関連性について述べます。現在はこのような総合診療医の母体となる学会がいくつかあるの

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
後期研修 1年目	必修 内科						必修 小児科			必修 救急		
後期研修 2年目	総合診療専門研修Ⅰ（診療所・小病院） ＋領域別研修（1日/週）【精神科、皮膚科】											
後期研修 3年目	総合診療専門研修Ⅱ （病院総合診療部門）						領域別研修 【整形外科】			領域別研修 【産婦人科】		

図6 総合診療専門医研修プログラムの1例

ですが、一番中心となるのが日本プライマリ・ケア連合学会で、現時点の情報では、この学会認定専門医である家庭医療専門医研修のバージョン2の研修プログラムが、新しく専門医制度として認められる今回の総合診療専門医研修プログラムにほぼそのまま移行するとされています。このプログラムの1例が次に書いてありますが、少しご紹介しましょう（図6）。まずこのなかでの総合医療研修Ⅰの研修というのは診療所や中小の病院での研修で、ここでは小児の継続的診療や高齢者への在宅診療の研修が可能であるということが認定施設としての要件となっています。この研修のなかで福祉・保険分野との協力体制や、学校医や地域の保健活動などへの参画も学ぶことになります。ただし必ず学会認定指導医がいるというのが重要なポイントで、後でも申し上げますが、実際には日本全国の中小病院や診療所に勤務される先生方のなかでこの学会認定指導医の資格をもっておられる方の数が極めて少ないのが、この領域の一番の問題です。次に総合診療Ⅱの研修ですが、これは私たちの大阪医科大学附属病院の総合診療科のような大病院の総合診療部門での研修で、他の領域の専門医と協力しながら不明熱のような複雑な病態を解明する病棟診療や、紹介患者も含め外来初診・再診の継続診療を行うなかで、指導医の下で総合診療専門医としてふさわしい臨床能力の獲得を目標とします。ここでは文献検索能力を含む臨床推論能力や、生涯学習につながるプロフェッショナル教育に関する部分や、場合によっては臨床教育や研究分野への展開なども学ぶことになります。この総合診療研修ⅠとⅡはそれぞれ最低でも6ヵ月以上の継続研修期間が必要で、最終的に3年間研修期間のうち、合計で18ヵ月間は行わなければなりません。次に内科領域の部門での研修ですが、例えば循環器内科で3ヵ月研修する、神経内科で2ヵ月研

修をするなどのローテート研修が可能とされ、これらの内科領域は最低6ヵ月行うと定められています。それから小児科での研修を最低3ヵ月行うことが必要です。私たちは超高齢社会の地域医療の担い手として期待されている面もありますが、地域によっては小児科不足の問題も大きく、プライマリ・ケアの専門家としては小児の初期診療ができることも必須になっています。救急科での研修も最低3ヵ月行うことが求められており、一次から三次まである程度の救急要件を満たす研修が必要とされています。研修期間を計3年と考えた場合に、残りの6ヵ月はフリーな研修の選択期間があるので、それは本人の志向性や将来実際に働く現場を想定して、産婦人科や整形外科やマイナー科などの選択ができることになっています。以上の研修をプログラム責任者の責任において各協力施設や各診療部門と密接な連携をとって行うのが、現在日本プライマリ・ケア学会認定の家庭医療専門医の研修カリキュラムバージョン2の基本例ですが、おそらくこれが新制度の総合診療専門医の研修カリキュラムに移行すると考えられています。以上のように今回発表された総合診療専門医に関する「研修カリキュラム（案）」は、総合診療の診療教育に当たっている私たちのなかでは比較的评价は高く、よく工夫されたものであると考えているのですが、一番の問題は先ほど申し上げたように、これらの研修を行う場合の指導医が、地域医療の現場で圧倒的に不足しているということです。これは非常に大きな問題で、この指導医資格に関しても継続的に議論がされているようです。決定ではないのですが、おそらく指導医という点に関しても、現在の日本プライマリ・ケア連合学会の認定指導医が新しい総合診療専門医制度の指導医となっていくと思われるのですが、何度も申し上げているようにこの資格をもっている医師の絶対的な数が、特

に地域医療の現場で足りないのです。厚生労働省は、総合診療専門医を最初の試算では、2025年までに数万人作ると思っていたんですね。数万人ですから、とてつもない数なのですが、指導医もいないのにそんなことができるわけがありません。では、どうするかと。今回報告されたこの総合診療専門医の「研修カリキュラム（案）」のなかでも言及されていますが、認定機構としては日本プライマリ・ケア連合学会の認定指導医のみならず、学会認定の指導医の資格はもっていないなくても、今まで地域の病院の総合診療部門などで十分な臨床経験や指導歴がある先生方や、地域の診療所で地域医療に専心され存分に活躍しておられた第一線の先生方において、指導医資格を得られるような講習会への出席や多様な分野のレポート提出などをしていただいたうえで、一定の認定による指導医資格を授与するような形での指導医養成を早急にしていかざるを得ないと考えているようです。昨年私の赴任直後から、近隣の多くの病院や診療所の先生方がご挨拶に来られて、大阪医大の総合診療科と連携をして人事交流を行いたいというさまざまなご依頼をいただいています。こちらにとっても大変ありがたいお話で光栄ではあるのですが、その施設に認定指導医がおられない、つまりその施設が専門医を取るための認定施設として認められていないということになると、専門医取得以前の若い先生の長期にわたる派遣などは実際難しくなってしまう。たぶんこれは他の領域の専門医資格取得でも問題になってくるとは思いますが、若い人たちのなかでは専門医を取るために、どうしても最短距離で、最短時間で取りたいという希望が強いので、プライマリ・ケア領域であったとしても、その問題はついて回ってきます。認定指導医をどのように養成し、認定施設をどのように認定して、総合診療専門医の研修課程においてどのよう

に連携していくか、これはこの制度を進めていくなかでの大きな課題であり、たぶんそこがうまく乗り越えられれば、制度としての最初のスタートは何とか開始できるのではと考えています。おそらくこの制度が走り出せば、今後ジェネラル志向をもつある一定の割合の若い先生方が総合診療専門医を獲得していく方向性にあると思います。大阪医大などは元々開業されている先生方のご子息が非常に多い大学ですし、将来的にプライマリ・ケアの現場で活躍する方が多いので、この新たな総合診療専門医制度との親和性はかなり高いと考えています。

星賀 ありがとうございます。基本領域それぞれの新専門医制度の概要と問題点をご説明いただきました。まとめますと、内科に関しては3年が5年になること。大阪医大が基幹施設として、近隣の関連病院を含めた関連施設としてプログラムをどうまとめていくか、が重要であること。それから外科に関しては、とにかく経験手術数がかなり厳しい基準で、特に更新のときに難しいんじゃないかということ。女性医師や大学院生などのキャリアプランニング。最後に、総合診療専門医に関しては新しいシステムであるので、指導医が少ないということが問題点としてあったと思います。

7. 新専門医制度に向けて

梶本 先生、そうすると研修センターの関わりはどうなりますか？

星賀 研修センターのなかのプロフェッショナル支援室は、各基本領域における新専門医制度で、大阪医大が基幹施設として、プログラムを作成し専門医機構に認定してもらう、のを推進していくことが重要だと思います。タイムスケジュールをみてみますと、今年中にプログラムをしっかりと作っていかなくちゃいけないと思います。

今、お聞きしていますと、特に脳神経外

科は、現行のシステムとほとんど変更なしのようにかがえたのですが？

梶本 そうですね。そんなに。

河田 脳神経外科専門医は、昔からよくできているシステムですね。

星賀 今でも受験者全員に面接をされているのですね。

梶本 そうです。

河田 そもそも今回の専門医の2階建て制度は、外科をモデルにしているところが多いのではないのでしょうか。

星賀 そうですね。私のサブスペシャリティの循環器では、それぞれ内科、外科、小児科の1階建て部分の資格を取ってから、循環器の専門医にアプライするのですが、現行では内科だけ3年で、外科と小児科は5年です。そこで、内科専門医取得を5年目にしようということになったと思います。

梶本 将来、今の内科の専門医の先生らが移行するときに、2階建ての2階しかなくて1階の部分が外されてしまうと、専門医すら維持することができなくなってしまうという問題があります。

花房 しばらくは維持できると思うのですが、更新するときには難しいかもしれません。まだ明確にそこまでは決まっていないかもしれませんが、更新の際に維持できなくなる可能性があると思います。

梶本 脳卒中の専門医は、以前は登録性だったのですが、試験を受けないといけなくなりました。私も40代後半で脳卒中の専門医試験を受けましたが、結構負担でしたね(笑)。歳をとってからのペーパーテストは、結構大変です。

星賀 既に現行でも、循環器専門医の1階部分が外科専門医の先生で、外科専門医を維持するのが難しくなって、そうすると2階部分の循環器専門医の更新ができない、ことが問題になってきています。おそらく内科のほうも、将来そういうふうになるのではないかな、と懸念しています。

河田 今、内科の需要がどうか分かりませんが、例えば内科の先生が開業された場合を想定したとき、開業前は糖尿病や消化器の専門家であらうしゃったりするけれども、開業後は総合診療科に近くなるわけですね。だから、その先生は総合診療科の専門医なのか従来の2階建て部分も含めて内科専門医なのかははっきりしません。耳鼻科でも、手術を重視する専門医制度ですから似たような問題が発生します。現在耳鼻咽喉科の開業医が行っている診療の8割は総合診療の先生にも可能だと思います。例えば昔と違って鼓膜は電気耳鏡で、喉頭は電子ファイバースコープで簡単に観察できます。そうすると、開業の耳鼻科医の専門性とは何か、何を差別化して行うことができる診療かが問題になってきます。このことはおそらく他の診療科でもいえることではないでしょうか。

星賀 そうすると、耳鼻科も含めた多くの開業医の先生方の診療は、今までの各領域の専門医というよりも、総合診療に近いのではないかと、というご指摘ですね。

鈴木 被る部分はありますね。

星賀 今日話をお聞きして、外科系専門医の更新が、必要とされる手術症例数の観点でハードルが高いことがよく分かりました。内科系専門医の更新は、そこまで厳しくないように思います。おそらく講習を何単位受けたということが基準になるのではないのでしょうか。

花房 そうですね。たぶん、それでいけると思うんですがね。

星賀 ただ、第三者機構が出している方針で、リサーチマインドをもった医師を作りたいというのがありまして、更新の5年間に学会発表や論文発表が求められるのではないかと、思います。確かにこの点は、開業医の先生にとってハードルになると思います。しかし、外科系専門医更新の厳しさに関しては、これは死活問題ですよ。

林 実際、各更新期間の間に100例をこなさないで更新できないですね。開業してもう既に手術から足を洗った外科医も大勢おります。そういった方たちは、むしろ地域医療にどんどん貢献していただいています。非常に重要な中核部分の担い手なんですけれども、実際、一線としてですね。ただ、外科専門医が今後更新できないとなると、1階の部分が全くなってしまいうんですね。そもそもこの専門医制度が今回ここに整備された本来の目的としては、国民が専門医として信頼のおける、あるいは受診の際の指針になる、そういう意味で、専門医制度を作ったにもかかわらず、あの先生が外科の専門医を取っていませんよ、その先生は開業されています。じゃ、大病院に、専門医の先生の方に行くかという、もう地域の名医ですけども専門医をもっていない先生の、どちらを選ぶかという、選択が非常に難しいですね。だから、本来のこの専門医制度、今回の新しい制度の本来の目的からかなり離れたところに、最終的に陥ってしまうおそれがあるかと思えますね。

河田 本末転倒になりそうです。学会もやっぱり、人数がいてなんぼですよ。だから、例えば、もう外科でメスを置いた方が、学会からは脱会する。そうすると学会の人数が減って、学会が維持できなくなる、というようなジレンマがあるのじゃないですかね。

星賀 これから先、開業の際には、第三者機構の専門医がないと標榜できないことになりますよね。

梶本 そうですよ。元専門医なんですよ。

星賀 大きな問題ですね。でもそういった

医師を、総合診療専門医が受け皿になるというようなことになるのでしょうか？

鈴木 もちろん、総合診療医の場合は、たぶんその他の領域で専門医をもっておられて、その後そういう専門医の仕事から離れて、地域の診療をされるような方々を、今後は受け入れていかないと2025年までに数万人などの目標は（笑）、まあそれは無理にしても、総合診療医の数としてとても増えていかないわけですから。ただしそのような方々が総合診療専門医として認定されるかどうか、後から専門医資格が取れるかどうか、もし取れるとしたらどの段階でという垣根になるのかは、実際現段階で議論するのはかなり難しい問題となると思います。先ほど申し上げたように、この新しい総合診療専門医の研修カリキュラム（案）の元となっている、日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医制度は、相当に練られたうえで確立している制度で、専門医認定はそれなりに厳しい基準を設けています。まずは3年間の研修期間で決められたプログラムをこなし、ポートフォリオを20個近く作成しなければなりません。これも点数化されます。そのうえで、専門医試験は結構な難易度で分量もある多分野にわたる論述問題と実践的なOSCE（メモ）がありますので、若い先生でも落ちる方もおられます。そのような研修と試験を日常診療に尽力されている多忙な現場のベテランの先生方がやるかといわれると、極めて非現実的であると思います。ですから、総合診療専門医を今後増やしていくためには、新卒の人たちはいいと思うんですよ。新卒はいいんだけど、既存のプライマリ・ケアで活躍しておられる先生方や、他の専門領域で活躍してこられた先生方でその後開業

メモ：OSCE（Objective Structured Clinical Examination；オスキー）

模擬患者を相手に医療面接や身体診断等を行い、臨床能力を試す実技試験。臨床実習前に共用試験として、(社)医療系大学間共用試験実施評価機構が全医学部で施行している。



されて地域医療に特化した診療をされるような方々に対して、再研修などのブラッシュアップを行い、どのようにして総合診療医としての診療の質を上げていくのか、さらに総合診療専門医の資格認定というものと、どのようにして折り合いをつけていくのかというのは、たぶん、さっきの指導医問題よりも難しいような気がしますね。そこがうまくいかないと、日本のこれからの超高齢社会を支えるような、地域のプライマリ・ケアの医療供給体制の確立にも影響してきますし、地域医療の現場でプライマリ・ケアを実践していく先生方のやりがいとか、アイデンティティの維持にも関係してくると思います。先ほど花房先生がおっしゃったように、専門医制度そのものが、医師のモチベーションにネガティブな影響を与え、アイデンティティを逆に妨げてしまうようなものになってしまう可能性はありますね。

河田 総合診療専門医の最終地点っていうのは、やはり地域医療なわけですか。

鈴木 現在専門医認定機構が考えているところは、中小病院や診療所だと思います。これからの超高齢社会を考えたうえで、地域包括ケアの担い手となるところの専門家を育てたいというのが国の方向性ですから、主戦場はそこです。ただし、大病院でも総合診療医は必要ですし、大学病院でも、教育、研究っていう観点からは絶対に必要なんですね。なので、主戦場は地域医療の第一線の中小病院や診療所になっていくかもしれないけれども、いろいろな場所

に専門医は必要です。

河田 それでは、内科の専門医を有して開業される先生と最初から総合診療をめざされた先生の違いはあるのでしょうか。

鈴木 差別化と言われると、ちょっとニュアンスがあまりよくないのですが、まず内科の臓器別の専門医のもっている医学的な専門性が違いますよね（笑）。基本的に。

河田 例えば、消化器内科医を専門とされて、その後お父様の医院を継承されたとした場合、当然消化器だけでやってられないでしょう。

鈴木 そういう方は、ある程度内視鏡などの消化器診療の技術を前に出した形の開業形態を選ばれる方が多いかもしれないんですけど、そうでなければ、超高齢社会のなかで自分たちがもっておられたその武器というのを少し横において、プライマリ・ケアの診療の部分に、かなり特化した形になっていくのかもしれないですね。日本の開業医って、いろんなパターンがありますけれど、割と専門性をもったまま開業される方も多いじゃないですか。そういう方々はたぶん、内科専門医でサブスペシャリティを持ったなかで、それをある程度の武器にして開業されてもよいのかもしれない。ただ、花房先生がおっしゃったように、内科医たるものはまず全身が診られなければならないはずなので、それが基本だと思いますし、ある程度は柔軟に診療を行うことが必要で、地域からはそのような診療を求められると思います。ただし、そういう方々が、じゃ、地域のニーズに合わせて小児科も診るとか、緊急時に在宅往診とかもこなされるかといわれると、そのキャリアの研修カリキュラムのなかで、そのような研修をしていないとなると、たぶんしんどい部分も出てくるかもしれないですね。

星賀 内科で開業されている先生で、今おっしゃられた専門性を高くずっともてるっていうのは、消化器内科が最たるものです

ね。私のような循環器内科医では、いったん開業しますと、やはり仕事の多くは、かかりつけ医ではないかなと思うんです。

鈴木 それはそれで、非常にすばらしいと思いますし、すごく大事なことだと思います。ただその内科専門医制度のなかで、そういう方々が、じゃ、循環器、さっきの話に戻りますけれど、内科医専門医のサブスペシャリティを、維持できるかどうかというのは、難しくなってくるのでしょうか？

星賀 循環器内科医として、循環器専門医は維持できると思います。

鈴木 そうなんですね。

星賀 循環器専門医の更新時に、カテーテル経験何例以上とかそういう基準は導入されないと思います。

鈴木 そうでしたらサブスペシャルの専門医というのを維持しながら開業されるっていうのは、可能ではありますね。

星賀 河田先生の質問は、1階部分の内科専門医と、今回新設の総合診療専門医が「かかりつけ医」として何か区別されることがあるのでしょうか、という点だと思うのですが。

鈴木 差別化は、別になくてもいいんじゃないですか。ただ、研修のあり方として、小児や産婦人科を研修したという方々は、それだけ診療の幅が広がるので、そのような形の診療を好むかもしれませんし、臓器別の専門領域での専門医を取られた方は、自分の得意な分野にある程度重きを置いた診療の形を好むかもしれないですね。だから、そこの違いはあると思います。基本的には患者さんを全人的に診たり、職業的なプロフェッショナリズムっていうのは、変わらないと思うのですが、ただ自分たちがやってないことは、できないじゃないですか（笑）、研修として。なので、そういう部分で、今回の総合診療専門医っていうのは、最初からターゲットを多様性と広さにもってきて、地域のニーズに合わせて柔

軟に診療ができるような能力が求められているんだと思います。実際既にこの日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医を取って現在クリニックなどで開業をしている若い先生方は、まだ全国で数は少ないですが、予防接種や乳児健診も含めた子どもの診療から女性の思春期や更年期への対応、地域での健康教室やヘルスケアへの積極的な関わり、高齢者やがんの患者さんのターミナルケアなどの在宅医療まで、多職種と連携しながら地域を診る医師として多様で幅の広い診療を効果的に推し進めている場合が多く、患者さんや地域での評価は非常に高いと思います。ただし、その人たちだけでは、地域包括医療の有効な担い手としては全然数が足りないわけですよ。全然数が足りないので、たぶん、内科領域の臓器別の専門性をもって開業されたような方々や、外科領域で専門医を取った後にメスを置いて開業された方々と一緒に、地域医療の現場での良い協力診療体制を作りながらこれからの超高齢社会への対応をしていく必要がありますよね。ただ専門医制度の資格というものにこだわりすぎると、ではこの総合診療専門医っていう枠に、それらの方々を無理に入れないといけないのかっていうことが問題になると思うんですが、あまり大きな声では言えませんが、僕もはっきり言って、本質的には医師にとって専門医資格なんかどうでもいいと思ってるほうでして（笑）…。そんな枠に無理やり入れて、医師と患者にとって何かメリットがあるのかどうなのかっていうことですよ。医師と患者さんが良い関係のなかで良い医療を展開することができるのが何より重要なことです。ただ総合診療専門医ができた1つのいいところは、ジェネラルな診療も横の専門家としての高い専門性をもつものであり、その診療を一定のレベルで行うためには、工夫されたカリキュラムを研修することが必要だということが示され、



そのようなキャリアを選択するなかで、ジェネラリストとしてのアイデンティティを確立することが可能であることが分かったこと。それはそのような志向性をもつ若い医師にとって、そしてそのような医師に今後かかることになるであろう多くの患者さんにとって、非常に重要なことだと思いますね。

花房 先生が着任される前、総合内科のときに、総合内科を専門で志望する若い先生方が少なかったように思いますが、総合診療専門医の制度が見えてきて、総合診療科に行きたいなという学生は、だんだん増えてきますでしょうか？

鈴木 増えてくると思います。インターネットに出ていましたが、学生のアンケートの希望で将来の専攻科としては3位に総合診療医が入っていました。総合診療というのは関わる問題の多様性のなかにも面白さがあります。縦の専門家としての領域の深さっていうのを求めることは、もちろん非常に大事なことですけれど、横の専門家として少し違う角度からものをみて地域に関わる、そのような医師のオルタナティブな、方略があることが、僕は重要であると思います。

8. 新専門医制度と地域医療

星賀 新専門医制度の目的の1つとして、医師の偏在是正や地域医療推進がいられています。大阪医大を基幹病院とした場合に、地域性をどのように活かしていけますでしょうか？

梶本 大阪医大の学生は開業医の師弟が多いですから、どうしても大病院というよりは、診療所志向のところがありますかね。

花房 今回のようなシステムで地域の偏在が解消されるかという、必ずしもそうならない気がします。今までの専門医制度は、どちらかというと医師目線のシステムで、専門医をもってバリバリ活躍することに誇りをもってやるシステムのように感じます。一方、今回の第三者機関が主導する専門医制度は、ある程度患者さん目線で、患者さんがどこ行ったらちゃんと診てもらえるのかという視点の入った専門医制度にしようとしているのは理解できるような気がします。しかし、例えば、先ほど耳鼻科でも、脳外科でも、外科でもおっしゃっていたと思いますが、患者さんをちゃんと診ることのできる地域の医師が、専門医資格更新のハードルが高いために更新できずに資格がなくなってしまうと、患者さんが、ちゃんと診てもらえる医師のところに、その医師が専門医資格を失ったという理由で行なくなる心配もあると思います。もう少しフレキシブルなシステムが必要ではないでしょうか。開業したあとは、例えば、総合診療の専門医に移行できるというようなことが可能になれば、患者さん目線からいって、意義のあるようなシステムになるのではないかと思いますね。

星賀 聖路加病院院長の福井先生は、いままでの基本領域専門医から、総合診療専門医のほうにいける移行措置っていうのを、作るべきとおっしゃってますね。

梶本 そうですね。やっぱり、難しいですね。いろんな人たちが、いろんな立場からいろんなことを言うもので（笑）。しかし、先ほど花房先生がおっしゃったことは、とても大事なことです。専門医制度改革は、医者のためじゃないんです。患者さんが、その専門医制度改革によって、目に見える形で恩恵を受けないと、結局失敗だったっ

ていうことになると思います。

林 専門医制度の整備指針読みましたが、やはり地域偏在をこういった方略で克服していくかっていうことが全く読めないんですね。外科に限っていいですと、外科としては、このまま新しい指針でいきますと、非常に厳しいものが求められていると思うんですね。で、今までみたいな、ある程度年齢がいったら、メスを置いて開業するかですね。そういう今までのルートっていうのは、かなり狭められいくのではないかと思いますね。要するに、専門医で、1階の部分の外科専門医、2階の部分の消化器外科の専門医、3階の部分には、かなり高難度を要する手術を求めるような高度の技能専門医になってきます。じゃ、もう僕たちの道としては、もう限りなく、2階から3階、3階から4階まで行くのかと。で、そうなりますと、どんどんそういう難しい症例が集まる病院というのは大都市になっていきますし、もう地域の病院では、そういう手術はやっていませんので、大都会の病院で手術をされて、そういった4階の、高度技能の専門医を取ることができないようになりますと、むしろ逆にそういう、難しいものを求める、高度なものを求める外科医が、どんどん都会のほうに集中していったら、で、地域のほうはどんどん薄まっていくんじゃないかと思いますね。で、じゃ、今までどおり開業して、やめたらいいんじゃないかっていうふうに思いがちですけども、やっぱりいざ開業するとなると、もう圧倒的に総合診療の専門医のほうが有利なんですね。だからもう、最初から外科としてどんどん技術を高めていか、もしくは、外科やめてもう最初から、開業とかに一番有利なのは、やっぱり総合診療専門医で、そうしますと、どこかの科の患者も診れますし、どこに行ってもオールマイティに働いていけますので、中途半端に外科に行く人間っていうのは、減っていく可能性あ

るんですね。それでなくても、昨今、手術の失敗とかで、かなり国民からも厳しくいわれてますんで、外科にとって、厳格にこの指針に従っていくならば、余計に外科をめざす若手医師が減るのじゃないかという危惧はありますね。地域偏在をどういうふうに解消していくかっていうことも、明確になっていませんし。

花房 地域偏在は、そもそも新臨床研修制度になって、研修医が自由に研修先を選ぶようになり、みんな大都市に行ってしまったために加速したのだと思います。それまでは、いろいろ問題はありましたけれども、大学が責任をもって地域に医師を派遣し、地域医療を支えていたわけです。その仕組が崩壊したというのはありますよね。

星賀 だから今になって、一生懸命都市部の研修医の定員を抑えようとしています。もし新専門医制度で地域偏在を変えようとすると、それこそ、都会の専攻医の数を減らすと。

花房 だからまた、いったん都会にきた医師を、一定期間地域のほうに還流する仕組みが必要になってくるんだと思うんですね。

星賀 今後専門医養成プログラムのなかに、地域派遣を入れるというのは必要な要件になってくると思うのですが、大阪医大では最近兵庫や高知などの地域に医師を派遣していますね。

鈴木 そうですね。まさに今のお話は私の講座とかなり関係していて、高知県と兵庫県の地域医療の現場に、花房先生の第一内科の先生方を含め、多くの科の先生方のご協力をいただき、医療人材支援という形で医師を派遣しています。高知県には今内科学講座からの支援を得て2人送っていますし、兵庫県には循環器内科、それから整形外科ですね。あと、麻酔の先生にも行っていると思います。現地に赴き地元の地域の方々や病院の方々とお話をさせていただくと、大変感謝され本当に喜んでおられる



ことが分かります。ただそれだけではなく、送られた側のみならず送った側、つまり私たちにとっても、地域医療の現場での豊富な診療経験を得ることができる大変貴重な機会をいただいているということになります。そこでは都会の大病院では味わえないような、地域の住民の方々とのふれあいであるとか、行政や保険などの分野の多職種の方々との協働であるとか、患者さんのニーズに合わせて専門家の垣根なく自在に診療をやれる喜びであるとか、そういうものがやっぱりあるわけですから、それがその専門医制度の研修システムそのもののなかに、うまくフィックスするように、作り上げることができれば理想だと思います。

梶本 大阪医大の脳外科でも、田舎の病院から医師派遣のオファーがありますが、常勤としてはなかなか出ませんけれども、非常勤医師として交代で行くことで対応しています。医局単位でも、都会から田舎への医師の還流の機能は徐々に果たせるようにはなっています。

河田 新臨床研修制度によって都会に研修医が集まったのは間違いありません。若者たちの都会指向がベースにあります。特に外科系は手術症例数が重要な要素ですし、症例数が足りないという理由から、専門医取得が延びてしまったということもあるわけです。そうすると症例数の多いところを選択するのは当然の成り行きで、そうすると都会の病院ということになります。だから

ますます地域格差が広がるという結果になります。本専門医制度では、症例数の少ない病院、地域では「病院群」を形成してという指針がありますが、そう簡単ではないと思います。

鈴木 外科系の先生方からは、やっぱり、新しい専門医制度についてちょっとネガティブな話が結構出てきますけれど、でも学会としてはその第三者機構を含めて、そういうところに対しての何か働きかけとか、その意見とか、それはどんな感じにされているのでしょうか？

林 外科学会が声明を出しまして、大きく専門医制度を変えるのに関しては大反対というような。で、もうそのままほぼ無条件で更新をという、あるいは、認定されるというふうなことが前提で、大きく見直すつもりは毛頭ない。もし必要であれば脱退するということも。

星賀 逆に後期研修医の大学病院回帰ということがあるかもしれませんか？

林 あると思いますね。

花房 それはあるでしょう。

星賀 大学病院を基幹としたプログラムに人が集まってくれば、地域医療にも回せるだけのマンパワーが出てきますよね。

鈴木 いい流れになれば、そういう形ですよ。

星賀 河田先生がおっしゃっていましたように、やはり大学だけでは、受け皿として多くの専攻医が入ってきたときに定員がオーバーしてしまう可能性がありますので、いろんな病院と組んで多様性をもったプログラムを作る必要があるかと。あとやっぱり指導医を増やさないとはいけませんね。

梶本 地域に医師が回らないのは、ショック時の末梢循環不全と同じですね（笑）。ある程度、循環血液量が増えて循環システム全体が回復しないと、末梢循環は改善しない。

星賀 ますます関連病院との有機的なつな

がりが重要になってきますね。

梶本 それの再構築ですよ。昔の医局制度とはまた違う。

河田 だから、大阪医大全体としてはやっぱり、しっかり関連病院を抱き込むのが大事ですね。残念ながら関連病院の少ない科もありますので、病院全体の方策として、三島医療圏も含めてしっかり関連病院を作ることが重要だと思います。それと大阪医大としてしっかりした分院を作ることが望まれます。しかも高槻圏内じゃなくって、人口の多いところに大阪医大附属分院を作らないと、やっぱりだめでしょうね。本院の3分の2ぐらいの規模の分院を作る必要があると思います。

林 それと同時に、やっぱり地域の医師偏在をなくすための1つの方法としては、例えば大阪医大が基幹病院になって、いろんな連携も取ったりもしますけれども、例えば高知県とか兵庫県とかといったように、必ずその病院群のなかに過疎の病院も2個か3個入れると。必ずそこも一緒に回るといようなことを、全基幹病院が、そういうような企てをしたならば、割とその辺の地域での偏在の問題はよくなるかもしれませんね。

9. 大学院と新専門医

星賀 それでは次に、専門医制度における大学院生の立場について伺います。

河田 本学会の説明会では、大学院在学のなかで、基礎教室で研究する期間は専門医修練の期間に入れてはならないとしていました。そうすると、ただでさえ大学院より専門医志向が強い最近の傾向に拍車がかからないかと危惧します。

梶本 社会人大学院でしたら、メインの籍は臨床系の教室に籍を置きながら、大学院で研究をすることはできます。

河田 当科では大学院4年間のうち、1～2年間は基礎系教室で研究することを基本

としています。その期間には基本的に手術症例はないわけです。

梶本 アクティブな病院に勤務して、その間に手術症例を稼ぐみたいな感じですよ、今の状態はですね。

河田 修練期間の年数より内容を重視するのであれば、それもいいと思います。

林 この指針をみましても、リサーチマインドの涵養という言葉が出てくるわけですが、実際、大学院の言葉が出てくるのは本当に1行だけですけれども、整備指針のなか、基準のなかには、研究経験に関すること含まれねばならないという言葉しか入ってないですね。その研究経験に関しましても、「主に臨床研究が考えられるが、大学院等での一部期間の研究も可能」と書いているだけで、じゃあその大学院に属する期間はどういうふうに算定されるかということに関しては、具体的には・・・

星賀 具体的にはないですね。

河田 例えば2年間基礎研究をやっている期間に手術をしなければ、規定の年限で必要症例数に達しないと思います。

鈴木 私たちの領域でも、私も名大の総合診療科にいたときは、後期研修医兼大学院生もいたんですよ。ただ、実際それを最短コースでするっていうのは極めて難しくて、臨床をやり始めると、どうしてもそちらのほうに患者さんがいれば、当然そっちにエネルギーが注がれます。一般的に日本プライマリ・ケア連合学会の専門医認定は3年の決められた研修を修了すれば受験資格が得られるのですが、名大の後期研修医コースは4年でやっていて、その4年目の3年目ぐらいから大学院に入る人は時々いました。つまり4年目であれば既に専門医試験を受験するために必要な研修はある程度終了しているが、名大の後期研修医のコースとしては4年あるので、最後の1年は大学院生としての研究も少し始めてみてもよいかもという感じで、少しオーバーラップし

た形でやってました。そのようなことで、私たちの領域でも、後期研修と大学院とどちらも最短コースで兼任することは難しいので、外科となればさらにちょっと無理なんじゃないかなという気がします。

花房 内科では、レジデント兼大学院生という人が何人かいて、4年で取れる人は半分（笑）弱ですかね。それでも、何とか頑張って5、6年で取ってはいます。私の教室は大学院生が基礎に行きっぱなしということはあります。内科の診療もしながら、基礎的研究や臨床研究を並行してやっている人がほとんどですね。症例数に関しては、内科では外科の必要手術症例数ほど厳しくはありませんので、その間に経験することは可能です。

星賀 研究指導されるのは同じ内科の先生が指導されるわけですね。

花房 そうです。ただし、ある程度教室員がいるということが必要です。教室員が少なくて、診療で手一杯という教室では、教室単独で診療も大学院生の指導もやるというのはなかなか難しいと思いますね。

星賀 大学院生が少なくなってくると、研究の継続性や発展がなくなってしまうですね。

河田 大学は研究機関ですから、大学院生が4年間きっちり研究をするというのが本来の姿だと思います。そうでないと今後、次につなげるような研究医が生まれてこない。もし専門医制度で、大学院の間は全くカウントされなかったら、専門医取るのに10年ぐらいかかるというわけですね。そういう大学院で研究に没頭する人たちがいなくなると、本当に今後大学の存続に関わるような気がしますね。

林 大学はやはり研究は一般病院に比べて大きな比重をもちます。むしろこの1階部分の専門医育成は、もう大学ははなからその使命を逆に放棄して、2階、3階部分に関しては大学がきっちり責任をもってや

る、研究もきっちり大学が責任をもってやる、というように、役割をまったく分けてしまうような極論はありませんか？ その1階部分の症例数は、大学病院じゃなくても十分集められます。

星賀 外科では一般病院で症例を十分経験できるということですね。内科は一般病院ですべてを経験するのは少し難しいのではないかと、思います。

花房 内科の専門分野でいえば、例えば血液や膠原病や内分泌系など、大学以外の病院だけで症例数を集めるのはなかなか難しいと思いますね。

林 枚方市民病院で1年目から外科を開始した研修医がいるんですけども、やっぱり血管の手術は大阪医大の心臓血管外科で手術に入って研修して、というふうに大学が機能してうまく回れば、ちゃんと専門医も取れるんですが。

星賀 特に内科専門医はそれがないとプログラムが組めないと思います。例えば1～2ヵ月間、リウマチ膠原病とか血液内科といった診療科に他の病院からローテートする。それがないと全然回らなくなるというわけですね。

梶本 脳外科でも一般病院ですと、どうしても外傷脳卒中が中心で、脳腫瘍がどうしても少ないんですね。ですから、やはり大学病院を中心として回らないと、幅広い疾患の症例数は稼げないですね。

河田 学会の説明会で、最初に4年間で道筋、プログラムを提出しなさいと言われてました。しかし、現実には4年間の人事をすべて作成するのはほぼ不可能と思います。

梶本 それはかなり厳しいですね。

河田 人事が十分な余裕をもってできているならいいですが、現実はぎりぎりのところでやっています。

耳鼻科学会は非常にまじめで、今回の学会案は、直球ど真ん中ストライクの案です。まじめな案と作ると、結局自分の首を絞め



前列左より、河田先生、花房先生、鈴木先生、後列左より林先生、星賀先生、梶本先生

ることになると思います。

10. 大阪医大における新専門医制度

星賀 大阪医大のような基幹病院では、多くの基本診療科がありますので、今日のように複数の科が集まって、相談するのは非常に有意義ではないかと思いました。今日は面白い話がいろいろとお聞きできました。

梶本 この座談会を若い先生が読んで、こういうルールが敷かれているけれど、いったいどういう議論があったんだろう、とか、裏にはどういうことがあるんだということが、見えてくるのではないかなあ、と思いますね。

梶本 研修医として、志望してくれんのもありがたいですけど、やっぱり専攻医としてまた戻ってきてもらうということも非常に大事ですね。

星賀 研修医以上に集まってくればなと思いますけどね。

林 私、専門医制度、新しく提示されて、若い人が専門医取りたいという気持ちはよく分かるんですけど、今でも日本の伝

統からみると、自分が専門領域でなくて非専門領域であっても何となくおぼろげながらいろんな人のアドバイス聞きながら、とりあえず診てみるということが、そういう時間が非常に貴重で、そういうのが日本の医療の曖昧ではあるけれども、いい部分だとも思うんですね。今後専門医、専門医となると、自分に関係ない、専門医制度に関係ない患者を、取得までの限られた時間の問題で、もう診る余裕がないとかですね、点数にならないとか、そういうことでリフューズしてしまう、そういう気持ちが入ってこないかということを一番心配しています。その辺をやっぱり大阪医大として、どのような形で、こういう形の研修プログラムを作り上げていくかにもよると思うんですけれども、ある程度幅をもたせてやったほうが僕はいいと思いますし、そのなかから逆にリサーチマインドが出てくると思うんですね。自分の専門ばかりやっているんじゃないしに、いろんな分野から自分の専門をみて、そこで初めていろんな疑問が出てきて、それを研究したいっていうような、

そういうふうな形である程度自由さももたせて幅ももたせてやったほうがいいと思いますし、大阪医大だったらそういうことができるってところがあるんじゃないかと思うんですね。

梶本 だから当直医は大事ですね。有無を言わず患者さんは来ますし（笑）。でも、勉強になりますよね、逆に。昔は、「今日の治療指針」とかいう本を見ながら、診療した覚えがありますね。僕も、たまに島本夜間休日診療所に、当直しています（笑）。一同（笑）

梶本 でも、ああいう夜間休日診療所は、総合内科の研修としてはすごくいいですね。

鈴木 今日は本当に貴重な機会を与えていただいてありがとうございました。やっぱり今日一番勉強になったのは、外科の先生のご意見がかなり衝撃的で、外科領域の専門医制度は想像以上にシビアな状況にあるというのが分かりました。で、逆に総合診療専門医を推し進める私の立場からすると、そのような外科の専門医でその後メスを置いた方であるとか、専門性を少し離れて地域で診療しておられるような方々といかにうまくコラボしながら、医師がモチベーションを維持することができて最終的には患者さんのためになるような、良いネットワークとそれを支える制度を作り上げることが重要であるということを痛感しました。ありがとうございました。

河田 非常に楽しく他科の事情を拝聴いたしました。今、林先生がおっしゃったように、日本の医療制度って結構よくできていると思うんです。医療費が膨大になってきて、背に腹は代えられないという面も当然あると思いますけど、日本の平均寿命が世界一というのも医療制度と大に関係があると思います。この専門医制度の改正をみても、本当に何が良くなるのかみえてこないというのが本音ではないでしょうか。新臨床研修制度もそうだったと思います。大

きく制度を変えるときは、十分な議論と慎重さが必要だと思います。改定することの利点だけを強調して作文することは簡単ですから。

花房 今日、初めて知って勉強になったのは、外科の先生方が手術症例の1例1例をシステムに全部登録されて、それが専門医の申請に利用できるということです。内科はその点で非常に遅れているように思います。内科でもぜひそのようなシステムを取り入れるべきだという気がしました。あと、先ほども申し上げましたが、一般の社会、国民からみて、自分が診てもらう先生は、手術は何十例、何百例もやったベテランの専門性の高い先生を求めるということと、一方では地域性を求める、すなわち自分たちの地域にそのような専門性の高い先生がいてほしい、ということとはなかなか両立しないと思います。新しい専門医制度に加えて、専門性の高い医師を地域でうまく循環させるようなシステムが必要ではないかと思いました。あと、ダブルボード（専門医資格を2つ取得すること）はできないと以前いわれていましたが、その原則はそのままでしょうか？

星賀 原則的には1つで、不斷の努力でその限りではないということのようです。

花房 分かりました。

林 医学知識がこれだけ増加し、1つの領域の知識だけでも膨大になっているのに、それをあえて2つってというのは無謀すぎるし、果たしてそれに対処できるのかということでしょうか。

星賀 本日はお忙しいところありがとうございました。新専門医制度について、いろいろな角度から有意義な討論ができたと思います。今後も、新専門医制度を大阪医大の発展につなげられるように先生方とご相談していきたいと思います。

小児外科センター開設の紹介

大阪医科大学一般・消化器外科学教室講師 富山 英紀

はじめに

本年4月に大阪医科大学一般・消化器外科学講座に講師として着任いたしました富山英紀と申します。今回、同教室の内山和久教授のご高配により、当大学にて小児外科診療を開始することとなりました。

簡単に私の自己紹介をさせていただきますと、平成6年に京都府立医科大学を卒業後、同小児外科教室に入局いたしました。初期研修終了後に愛知県コロニー中央病院をはじめとして小児外科および成人一般外科の研修を行い、13年より豪州メルボルンにあります Royal Children's Hospital に surgical research fellow として2年間留学、その後国立病院機構兵庫青野原病院、宇治徳洲会病院を経てこの度の赴任となりました。

今回は小児外科学についてのお話をさせていただきます。

小児における外科治療

「小児診療において子どもは小さな大人ではない」とは昔からよく言われてきた言葉ですが、小児の生理的な特性や疾患などは成人とは異なります。そして小児科での対象疾患は、感染症などの common disease から先天性疾病まで多岐にわたります。そのなかには外科的治療を要する疾患も多く存在しますが、一般的に知られているのは虫垂炎や鼠径ヘルニアなどでしょうか。

しかし小児外科分野で最も重要な領域は、

新生児期の消化管の閉鎖や腹壁異常などの先天奇形に対する根治術です。さらには神経芽腫をはじめとする小児悪性腫瘍への外科治療もありますし、臍ヘルニアや漏斗胸といった体表部体幹部の異常もあります。泌尿器や耳鼻科、形成外科とオーバーラップする領域など多岐にわたります。対象年齢は15歳までですが、実際には術後の長期経過観察などでの transition (carry over) により、成人以降もフォローする場合があります。

その特殊性とインパクトから新生児外科が注目されやすい分野ですが、新生児の外科症例は全国で年間約3,500例程度であり、多くの小児外科診療施設での症例の過半数は鼠径ヘルニア（陰嚢水腫）や虫垂炎、臍ヘルニアが占めています。つまり common disease から稀少疾患までを診るのがこの科の特徴であり、またその数少ない新生児疾患もその出生時体重や合併疾患により治療戦略がさまざまです。ある欧米の小児外科の大家である先生の “Pediatric surgery is never boring!” という言葉がありますが、まさにこの表現が適切に思われます。

小児外科の歴史

小児に対しての外科治療は一般的な（つまり成人対象）外科と比べると歴史が浅く、その対象疾患の研究もそう古いものではありません。欧米では小児病院が設立されて小児医療の一環としての外科治療が19世紀より始まっていましたが、当初は整形外科

治療が主であり、いわゆる小児外科治療が本格的に行われるようになったのは20世紀初頭になってからといわれています。Denis Brown（英）と William Ladd（米）の2人の泰斗によりこの分野は飛躍的に進歩を遂げ、消化器疾患を中心とする近代的小児外科治療が始まりました。

一方本邦ではその専門性は長らく着目されることはなく、時おり成人外科医による治療が試みられる程度でした。そして第二次大戦などの影響もあって遅れること数十年、1950年代に入ってから新生児の手術の成功例が報じられるようになり、1964年には日本小児外科学会が設立されしばらく黎明期を迎えます。しかし一方では、1955年に東北大学の葛西森夫教授（当時）による先天性胆道閉鎖症に対しての肝門部空腸吻合術が成功するなど、日本発の先駆的な業績も世界に向けて発信されていました。それから50年以上経ち、本邦の小児外科疾患の治療レベルは欧米と比べても遜色ないものとなっています。

専門医の現状

日本小児外科学会では他の学会同様専門医制度を設けており、外科専門医の上位で、より特化した専門性を求められる専門科として、心臓外科、呼吸器外科、消化器外科と並んで subspecialty の1つとなっています。

その専門医資格は学会の表現を借りれば「子どもを安心して預けることができる外科医」ということになります。その内容は、自らの力量だけでなく設備や人員を含めた総合的な立場から最も正しい治療法を選択できる、ということで「他の適切な施設に転送することができる」とまで含められています。この資格は外科専門医を取得した後、学会認定施設での新生児手術の執刀を

含めた一定数の手術経験のうえに試験および業績を踏まえて認定されます。2017年度より始まる新専門医制度ではある程度の変更はあるかと思いますが、症例経験数は同様の条件が求められる見込みです。

2011年より始まったNCD事業により、本邦の外科手術症例は全例同データベースに登録されるようになりましたが、これにより国内での小児症例がどのような形で行われているかも明らかになりつつあります。それによると、新生児の手術では現在9割前後が専門医によって行われていますが、市中病院において診ることの多い虫垂炎や鼠径ヘルニアといった疾患は一般成人外科医による治療も多く、小児外科専門医による治療が5～7割にとどまっています。将来的には専門医での治療がより求められていくと考えられますが、現在専門医は約600名程度でまだまだ十分とはいえない数であり、今後さらなる増加が求められています。

大学での取り組み

大阪医科大学の小児科学講座は消化器グループをはじめとして豊富な臨床症例と良好な治療成績で知られております。また産婦人科には出生前診断がなされたハイリスク妊娠の症例も関連病院から紹介されてくることから、大学内においても小児の外科治療は大きな需要があると考えられます。小児の先天性疾患は循環器をはじめとして合併疾患が多く、出生前から産婦人科、新生児科、小児循環器科など複数の診療科にまたがったの検討と準備が必要になることも珍しくはありません。今後はこうした症例に対して外科的側面から貢献できるものと思っております。

また所属している一般・消化器外科学講座は、その年間症例数、腹腔鏡下手術の件数ともに西日本有数の外科教室であります。

現在、小児外科分野においても腹腔鏡による低侵襲手術は拡がりつつある分野であり、教室の他の先生のお力を借りてその技術を適応していくことができればと考えております。

最後に

われわれ小児外科グループは執刀症例数

を学会施設認定の基準である年間手術100例以上、新生児手術5例以上を当座の目標にしています。地域医療連携室とも協力して、大阪医科大学を早く大阪北部での認定施設の1つとなるよう努力してゆく所存ですので、今後ともよろしくお願いいたします。

「医療安全文化とは ～目標は医療安全文化の醸成～」

大阪医科大学附属病院医療安全対策室室長 村尾 仁

今回で医療安全シリーズは3回目となる。1回目「医療事故後の情報開示と謝罪」では患者に、2回目「非難の文化を考える」では医療従事者に焦点を当てた。ともに医療事故後の課題をテーマに取り上げたことになる。

今回は、より大きなテーマである「医療安全文化」について考える。

1 医療安全の目標に気づく

医療安全対策室室長になって早8年が経過した。数年前からは医療安全文化という言葉をよく耳にしていた。しかし、あまりにも抽象的な概念のため、何をもって医療安全文化とするのか具体的にイメージできないままであった。

約4年前、小生の関心が医療事故後の課題に偏重していたことに気づいた。それ以来、事故前の課題にも意識して取り組むようになった。このような業務に対する意識の変遷を経て、「そもそも医療安全の目標は何なのか？」という根本的な問いを意識するようになった。そして2年前、「医療安全文化を醸成する」ということがわれわれの目標だと明確に認識することができた。当たり前と思われるだろうが、極めて新鮮な気づきであった。

2 医療安全文化とは

この気づきについて述べるには、医療安全文化というものをどのようにとらえ、イメージしたのかということに触れる必要がある。文化という言葉の定義は多様である。ここでは、「組織や社会に発生する普遍的

課題を改善するために、その構成員によって創造されるシステムや日常の態度・意識の総体」と考える。病院であれば、「医療事故という課題に対し、その解決に向け創造されたシステムや職員の態度・意識の総体」ということである。医療安全部門は医療事故を分析して原因を明らかにし、再発防止に向けたシステムを整備する（システムズアプローチ）。新たに創造されたシステムは医療安全文化を構成する要素であり、そのアプローチ自体も医療安全文化の要素である。

3 職員の態度・意識こそ医療安全文化の本質

確かに医療事故防止に向けたシステムは医療安全文化にとって重要であるが、システムの多少や質の良し悪しが医療安全文化の本質ではない。医療安全文化の評価においては、職員の態度・意識こそがより根本的で重要な要素である。なぜなら、どんなに優れたシステムでも職員の態度・意識が伴わなければ機能しないからである。

4 医療安全で期待される態度・意識

心理学者 Janes Reason は、著書『組織事故』のなかで、安全文化は4つの要素から構成されると述べている（表参照）。

表 安全文化の4つの要素

1. 報告する文化	Reporting culture
2. 正義の（公正な）文化	Just culture
3. 柔軟な文化	Flexible culture
4. 学習する文化	Learning culture

Janes Reason 『組織事故』 p. 271, 1997/1999

なかでも、報告する文化（Reporting culture）を最重要視していることが印象的だ。報告しようとする態度・意識が、安全文化には重要なのである。

これを医療の安全文化に当てはめて比較してみよう。われわれが期待する職員の態度・意識は、①患者さんを理解し擁護すること（アドボカシー）、②インシデントを報告すること、③失敗から学ぶこと、④正義と公正を尊重すること、⑤お互いを尊敬し支援すること、などが挙げられる。両者に多くの共通する部分があることが分かる。しかし、①の、患者さんを理解し擁護すること（アドボカシー）が最も重要であることに医療安全文化の特徴がある。

5 医療安全文化の醸成に向けた管理者の役割

職員の態度・意識は医療安全文化そのものである。例えば、職員が事故やエラーをあえて報告する態度は、医療安全文化の基本単位として極めて大切なものである。報告行動を大切にし、その行為自体を評価することが肝要である。管理者ならびに安全管理部門は、この職員個々の崇高な行動を常に肯定的に評価し、フィードバックしなければならない。タイムリー、かつ、継続的フィードバックがあれば、おそらく職員の報告行動は継続され、医療安全文化の芽となる可能性が高い。要するに、医療安全文化の醸成に向けた管理者の役割は、期待する職員の態度・意識を積極的に支持することにある。

会員の活動

次の先生方には平成26年度大阪府医師会学術講演会において講師をしていただきました。
ご協力ありがとうございました。

平成25年度豊中市眼科医会学術研究会 日時：平成26年1月11日 講師：池田恒彦 題名：「誤診しやすい眼底疾患」	第6回西成区医師会学術講演会 日時：平成26年3月12日 講師：川村尚久 題名：「小児のワクチンが変わった。ワクチンが小児の医療を変える」
第52回アレルギー Q&A 研究会 日時：平成26年1月18日 講師：竹中 洋 題名：「学童におけるスギ花粉感作成立と発症について～疫学研究～」	学術講演会感染症シリーズ 日時：平成26年3月13日 講師：中野隆史 題名：「事例から学ばない!? 原理・原則から学ぶ院内感染対策」
学術講演会「レーザー治療 前眼部～後眼部」 日時：平成26年2月22日 講師：池田恒彦 題名：「糖尿病網膜症に対するレーザー治療」	第24回南大阪糖尿病フォーラム 日時：平成26年3月15日 講師：花房俊昭 題名：「1型糖尿病の病態と治療をめぐって」
第8回北摂コラボレーションミーティング 日時：平成26年2月22日 講師：林 哲也 題名：「睡眠時無呼吸と心血管障害」	池田・ハートクラブ 日時：平成26年3月28日 講師：芥川 茂 題名：「当院における最近の呼吸器疾患のトピックス」
第26回北摂四医師会小児科医会 日時：平成26年3月1日 講師：高谷竜三 題名：「小児夜尿症の診かた」	八尾市医師会学術講演会 日時：平成26年4月5日 講師：康 純 題名：「総合診療におけるうつ病の診断と治療について」
第20回関西耳鼻咽喉科臨床懇話会(関耳会) 日時：平成26年3月1日 講師：河田 了 題名：「耳下腺腫瘍の診断と治療」	高槻市医師会学術講演会 日時：平成26年4月16日 講師：李 相雄 題名：「最新の胃がん外科治療」
堺市医師会産婦人科医会講演会 日時：平成26年3月8日 講師：川村尚久 題名：「出生前の妊婦さんに知っておいてほしい予防接種の知識」	学術講演会 日時：平成26年7月30日 講師：森脇真一 題名：「皮膚科～日常診療 知っておきたい知識～」
第32回中河内産婦人科勉強会 日時：平成26年3月8日 講師：寺井義人 題名：「婦人科疾患領域における腹腔鏡下手術の現状と可能性」	豊能広域こども急病センター救急医療研究会 日時：平成26年8月9日 講師：新田雅彦 題名：「急病センターに来院する子どもの重篤患者」

池田・ハートクラブ 日時：平成26年 9 月26日 講師：芥川 茂 題名：「当院における呼吸器疾患 Up to Date」	第18回泉州呼吸ケア勉強会 日時：平成26年11月13日 講師：村尾 仁 題名：「初心に帰ろう身体診療のポイント」
大阪医科大学附属病院皮膚疾患病診連携を 考える会 日時：平成26年11月13日 講師：森脇真一 題名：「大阪医科大学附属病院皮膚科にお ける乾癬治療」	学術講演会 日時：平成26年11月25日 講師：康 純 題名：「睡眠障害について」

難病総合センター設立にあたり

大阪医科大学付属病院 難病総合センター長／神経内科教授 木村文治



私の所属は脳をはじめとした神経系およびその効果器である筋肉の病気を診る神経内科です。神経内科における『3つのない』は『分からない、治らない、でもあきらめない』と言われます。神経内科は難病疾患が最も多い分野の1つでもあります。神経内科の日常臨床では、頭痛や脳卒中など common disease とともに、このように多くの神経難病患者さんに接しています。なかでも、私のライフワークである筋萎縮性側索硬化症（ALS）の患者様と家族に接し、この病気の克服をめざし研究診療に従事しながら、今でも“四肢が不自由であっても人生の生きる意味とは何か？”を問い続ける毎日です。

難病とは、原因が明確でなく、慢性の経過をたどり、後遺症を残す恐れが大きく、かつ本人・家族の経済的・身体的・精神的負担が大きい疾患です。難病は、その時代の医療水準や社会事情によって変化します。昔、結核が難病であったように、人類は薬剤の開発など医療の進歩により多くの難病を克服した結果、難病でなくなった疾患も多く存在します。また、完治はしないまでも適切な治療や自己管理を続ければ、普通に生活ができる状態になっている疾患も多くなっています。この難病疾患の克服への努力は、人類の健康へ大きく貢献していると考えます。

平成26年5月の難病新法（難病の患者に対する医療等に関する法律）および改正児

童福祉法の成立に伴い、平成27年1月から医療費助成の難病対象疾病56疾患が現在300疾患になっています。以前より、大阪医科大学付属病院（以下、「当院」）では、三島圏域（高槻市、茨木市、摂津市、島本町）難病医療ネットワーク会議の事務局を担当し、三島圏域における難病対策活動の中心的役割を担ってきました。

このように、難病行政で大きな変換期を迎えている今、当院では平成27年1月より『難病総合センター』を設立しました。難病に関しては、皆様や地域社会等の理解の促進に取り組むとともに、当院の社会的使命として、就労支援、社会参加、在宅療養を含めた総合的なサービスを充実させたいと考えています。そのなかで、難病患者様の在宅診療への支援体制は重要なテーマの1つであり、専門病院から円滑に切れ目なく、在宅で療養いただくためには、地域の難病医療の基幹病院が、①地域医師会と連携して多くのメディカル・スタッフを育成・指導する、②高度な水準の医療・看護・介護が受けられる在宅療養の支援体制を整備する、ことが必要です。

各診療科で行われている専門診療を活かしたうえで、垣根のない診療体制確立をめざし、多職種専門医療チームの知識・技能が集結したセンターづくりをめざします。当院の『難病総合センター』をよろしくお願いたします。

Unicode (ユニコード)

大阪医科大学放射線医学教室／本誌編集委員 上杉康夫

1. Unicode

Unicode (ユニコード) とは、符号化文字集合や文字符号化方式などを定めた、文字コードの業界規格です。文字集合 (文字セット) が単一の大規模文字セットであること (「Uni」という名はそれに由来する) が特徴です¹⁾。Unicode 登場以前は、コンピュータ上で使用する文字を扱うための仕組みである文字コードは、アルファベットや数字などについては「ASCII コード」が世界標準になっていました。それ以外の文字については、例えば日本では JIS が漢字・ひらがな・カタカナなどの文字コードを制定し、各国がばらばらにその使用言語独自の文字コードを制定していました。このため文字コードも、その国の数だけ増えていく状態であり、さまざまな不都合が情報交換の場で生ずるようになってきました。また、経済的な面でもソフトウェアを各言語に合わせて開発する必要が生じ、それには膨大な費用を要する事態となってきました。これらの問題を解消するために、「全世界で共通の文字コードを策定しよう」という意図で作られたのが Unicode です²⁾。

2. The Unicode Consortium

全世界で共通の文字コードを策定すべく、1980年代に、Star ワークステーションの日本語化 (J-Star) などを行ったゼロックス社が提唱し、マイクロソフト、アップル、IBM、サン・マイクロシステムズ、ヒュー

レット・パッカード、ジャストシステムなどが参加するユニコードコンソーシアム (The Unicode Consortium)³⁾ が設立されました。ユニコードコンソーシアムはすべての文字を16ビット (65,536文字) に収録してしまおうという、野心的な多重言語文字セット規格の制定を自らが中心となって企図していました。またそれとは別に、国際標準化機構 (ISO: International Organization for Standardization) も、世界中の主要な文字を一括して扱う多重言語文字セット規格を開発していました。

複数の国際規格が制定されるのは非効率的であるため、両者が歩み寄って、国際標準との一致が図られました (実際には、ISO 側が Unicode の規格に合わせる形での規格の変更を行いました)。1993年に ISO は原案 DIS 10646から大幅に変更された ISO /IEC 10646 (ISO/IEC 10646-1: 1993, Universal Multiple-Octet Coded Character Set (UCS) – Part 1: Architecture and Basic Multilingual Plane)⁴⁾ を制定しました。同年翌6月には、Unicode 側も Unicode 1.0から ISO/IEC 10646-1: 1993に合わせた変更を行い Unicode 1.1を制定し、以後 Unicode と ISO/IEC 10646 とは歩調を合わせて改訂されていくことになります。

3. サロゲートペア

当初の Unicode 1.0では1文字あたり2バイトのデータ量 (0x0000~0xFFFF) を

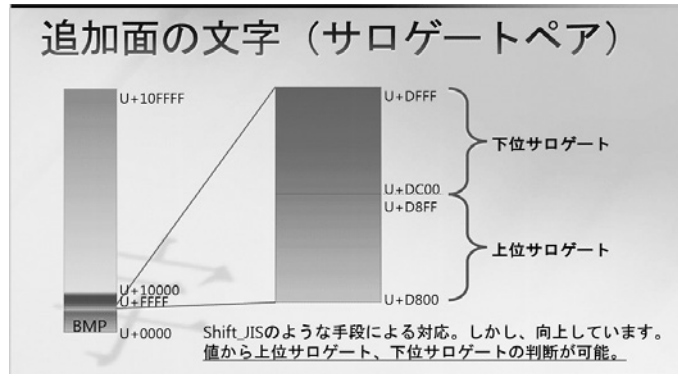


図1 サロゲートペア

文献5から引用 (図版: 日本マイクロソフト田丸 提供)

使い65536 ($= 2 \text{ バイト} = 2^8 \times 2^8 = 2^{16} = 16 \text{ ビット}$) 通りの文字で世界中の文字を表現しようとした。ところが、Unicode に組み込みたい文字の要望が増えたため Unicode1.0 の収録可能な文字数では収まらなくなりました。そこで、Unicode2.0 では2バイトのデータを2つ組み合わせて表示する「サロゲートペア (Surrogate Pair)」という拡張技術を導入し、より多くの文字の表現を可能としました (図1)⁵⁾。

サロゲートペアでは、U+D800~U+DBFF (1,024通り) を「上位サロゲート (High Surrogates)」、U+DC00~U+DFFF (1,024通り) を「下位サロゲート (Low Surrogates)」と規定し、「上位サロゲート + 下位サロゲート」の4バイトで文字を表現する方法です⁶⁾ (なお Unicode では、16進数で書かれる文字番号は、頭に「U+」をつけるルールとなっています)。これは、「1文字 = 2 バイト」の基本は維持しつつ、一部の文字については「1文字 = 4 バイト」にする方法です。

「上位サロゲート」も「下位サロゲート」も Unicode2.0 以前では未使用の領域なので、以前の Unicode の文字コードと重複することはありません。このサロゲートペアの導入により $1,024 \times 1,024 = 1,048,576$ 字の領域が拡張されることになりました。

4. 面

Unicode6.0.0 (ISO/IEC 10646:2011) 以後からは上位のビットから、面 (plane、16ビット、値は0から16まで)、区 (row、8ビット)、点 (cell、8ビット) と定義されています。

すなわち現行の Unicode では面は0から16までの全17面とされ、各面は次のように使われています。

- 00群00面 (U+00000~U+0FFFF) - 基本多言語面 (BMP: Basic Multilingual Plane)
- 00群01面 (U+10000~U+1FFFF) - 補助多言語面 (SMP: Supplementary Multilingual Plane)
- 00群02面 (U+20000~U+2FFFF) - 補助漢字面 (SIP: Supplementary Ideograph Plane)
- 00群03面 (U+30000~U+3FFFF) - TIP: Tertiary Ideographic Plane (直訳で第三漢字面)
- 00群04面 (U+40000~U+4FFFF) - 未定義
- 00群05面 (U+50000~U+5FFFF) - 未定義
- 00群06面 (U+60000~U+6FFFF) - 未定義
- 00群07面 (U+70000~U+7FFFF) - 未定義
- 00群08面 (U+80000~U+8FFFF) - 未定義
- 00群09面 (U+90000~U+9FFFF) - 未定義
- 00群10面 (U+A0000~U+AFFFF) - 未定義
- 00群11面 (U+B0000~U+BFFFF) - 未定義
- 00群12面 (U+C0000~U+CFFFF) - 未定義
- 00群13面 (U+D0000~U+DFFFF) - 未定義
- 00群14面 (U+E0000~U+EFFFF) - 補助特殊用途面 (SSP: Supplementary Special-pur-

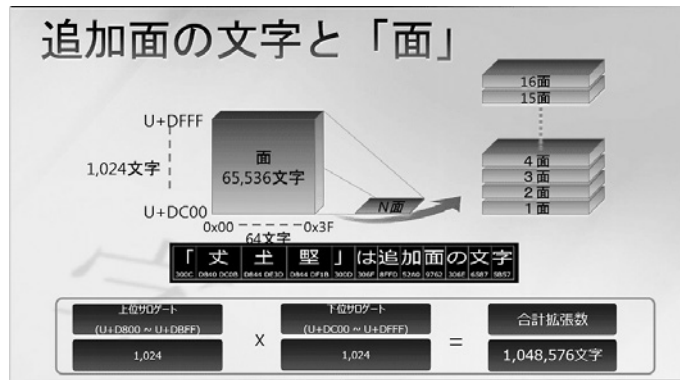


図2 面

文献5から引用 (図版：日本マイクロソフト田丸 提供)

楔形文字
Cuneiform
Characters: 879
Font: DecodeCuneiformBook

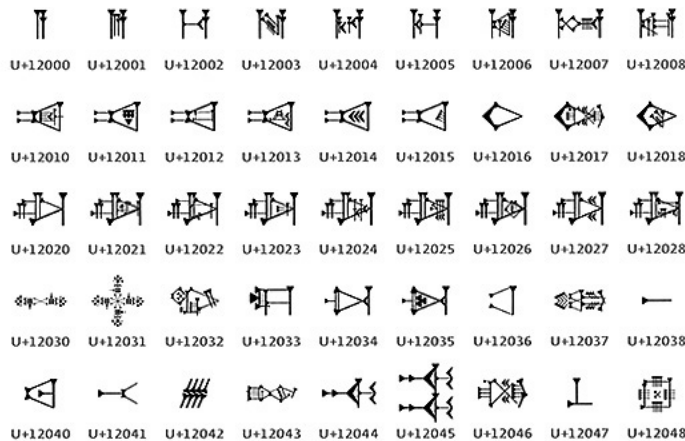


図3 楔形文字の Unicode
文献11から引用

pose Plane)

- 00群15面 (U+F0000~U+FFFFF) - 外字領域
- 00群16面 (U+100000~U+10FFFF) - 外字領域

01面から16面は1面あたり64×1024 (= 65,536) 文字 (図2) が含まれ、合計16面で1,048,576 (= 65,536×16) の文字を収録することができます^{7,8)}。

5. 各面について

Unicodeの現在の最新規格は、Unicode 8.0.^{9,10)} (2015年6月17日) になります。

基本多言語面 (BMP: Basic Multilingual

Plane) は「0x0000~0xFFFF」で示す範囲となり、「0面」と呼びます。この領域には、英数記号や各種アルファベット、CJK (The Chinese, Japanese and Korean) 統合漢字、ひらがな・カタカナなどの使用頻度が高く各国の主要な国語文字が格納されています。またこれらに加え、サロゲートが納められています。

補助多言語面 (SMP: Supplementary Multilingual Plane) には既に利用者のいない文字 (例えば古代文字) や、日常の使用頻度の低い文字のうち漢字以外が納められています。メソポタミアの楔形文字 (図

3)¹¹⁾やエジプトのヒエログリフなどが納められています。既に利用者のいない文字でも、漢字の場合は補助漢字面（SIP）に格納されています。

補助漢字面には日常の使用頻度の低い文字のうち、漢字文字が納められています¹²⁾。

TIP (Tertiary Ideographic Plane) は JIS による公式訳はまだありませんが、直訳すると「第三漢字面」となります。Unicode において現在策定中の面で、将来的に追加されるとされています。Unicode における行程表によりますと、「古代漢字、つまり、商王朝、西周王朝、春秋時代、戦国時代、そして秦王朝の各時代に属する文字の符号化を想定している」としています¹³⁾。

補助特殊用途面には、特殊な用途に使われる記号や文字等が格納されています¹⁴⁾。特に異体字セレクターがここには納められています¹⁵⁾。例えば葛も葛もどちらの字体も、Unicode では双方ともに U+845B です。奈良県葛城（かつらぎ）市と東京都葛飾（かつしか）区とでは葛と葛のように字体が異なっています。この字体の違いは「〈親字〉〈異体字セレクター〉」として異体字セレクターを親字の後置で用い、先行する親字の異体字¹⁶⁾を表すことができました。

葛では (U+845B U+E0100)

葛では (U+845B U+E0101)

と異体字セレクターを利用して上記のように表示を区別することができるようになりました。

Unicode についてはまだまだ奥行きがあるのですが、今回はその概要について述べました。

ホームページ担当：上杉 康夫
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

〈引用ホームページ〉

- 1) Unicode—Wikipedia
<https://ja.wikipedia.org/wiki/Unicode>
- 2) Unicode (UTF-8) ってなんのことですか？
また、歴史的経緯と現状での活用...-Yahoo！
知恵袋
http://detail.chiebukuro.yahoo.co.jp/qa/question_detail/q1364430188
- 3) ユニコードコンソーシアム—Wikipedia
<https://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%83%A6%E3%83%8B%E3%82%B3%E3%83%BC%E3%83%89%E3%82%B3%E3%83%B3%E3%82%BD%E3%83%BC%E3%82%B7%E3%82%A2%E3%83%A0>
- 4) ISO/IEC 10646—Wikipedia
https://ja.wikipedia.org/wiki/ISO/IEC_10646
- 5) about IVS
<http://www.est.co.jp/ivs/#learn>
- 6) Unicode (サロゲート) —CyberLibrarian
<http://www.asahi-net.or.jp/~ax2s-kmtm/ref/unicode/surrogate.html>
- 7) Unicode—通信用語の基礎知識
<http://www.wdic.org/w/WDIC/Unicode>
- 8) Unicode
<http://www.seiai.ed.jp/sys/text/csd/cf14/c14a070.html>
- 9) ユニコード8.0追加予定文字まとめ—世界の特殊文字ウィキ
<http://seesaawiki.jp/w/qvarie/d/%A5%E6%A5%CB%A5%B3%A1%BC%A5%C98.0%C4%C9%B2%C3%CD%BD%C4%EA%CA%B8%BB%FA%A4%DE%A4%C8%A4%E1>
- 10) Unicode8.0.0—通信用語の基礎知識
<http://www.wdic.org/w/WDIC/Unicode%208.0.0>
- 11) 「世界の文字の歩き方 永原康史×大日本タイポ組合（塚田哲也＋秀親）鼎談
http://type.gs/fonts/interview_unicode_talk.html
- 12) 補助漢字面—通信用語の基礎知識
<http://www.wdic.org/w/WDIC/%E8%A3%9C%E5%8A%A9%E6%BC%A2%E5%AD%97%E9%9D%A2>
- 13) TIP—通信用語の基礎知識
<http://www.wdic.org/w/WDIC/TIP>

- 14) 補助特殊用途面—通信用語の基礎知識
<http://www.wdic.org/w/WDIC/%E8%A3%9C%E5%8A%A9%E7%89%B9%E6%AE%8A%E7%94%A8%E9%80%94%E9%9D%A2>
- 15) 異体字セクター—通信用語の基礎知識
[http://www.wdic.org/w/WDIC/%E7%95%](http://www.wdic.org/w/WDIC/%E7%95%B0%E4%BD%93%E5%AD%97%E3%82%BB%E3%83%AC%E3%82%AF%E3%82%BF%E3%83%BC)

- B0%E4%BD%93%E5%AD%97%E3%82%BB%E3%83%AC%E3%82%AF%E3%82%BF%E3%83%BC
- 16) Unicode—文字コード入門—
<http://www.shuiren.org/chuden/teach/code/main8.htm>

大阪医科大学医師会 会長からのお知らせ

■ 大阪医科大学医師会会報の電子化について ■

大阪医科大学医師会 会長

米 田 博

大阪医科大学医師会では、毎年2回9月と3月に会報を刊行してまいりました。医師会の広報紙としてだけでなく、大阪医大を取り巻くタイムリーなテーマを特集することで会員の皆様に様々な話題を提供するように心がけております。また、会員の先生方の利便性を考え、冊子体のみならず電子媒体としてのPDFファイルを創刊号から最新号まで医師会のホームページに掲載しております。

これを一歩先に進めるべく、次号からはWebベース（HTML形式およびPDF形式）での完全電子化に移行し、冊子体を廃止する予定となりました。完全電子化には、以下のような様々なメリットがございます。

- 1) 欲しい記事を検索し、いつでもPCやスマートフォンから閲覧できる。
- 2) 電子ファイルとして保存でき、保管場所が必要ない。
- 3) コストが削減できる（制作費用・郵送代）。
- 4) 写真やキーワードをカラーで掲載できる。
- 5) 動画を掲載できる。
- 6) 欲しいサイズで印刷できる。
- 7) 閲覧回数をカウントでき、会報編集にフィードバックできる。

逆に、紙媒体でしか読めない会員様には、プリントアウトしていただく必要があるなどのデメリットもあります。しかし、医学雑誌を含めて様々な情報が電子化されていく中、避けることのできない趨勢かと存じます。メリットの方がデメリットを遙かに上回るものと考え、完全電子化の準備を進めてまいりますのでご理解の程よろしくお願い申し上げます。

なお、電子化された会報のご案内は、その都度会員の皆様方に電子メールを通じてお伝えする必要がある場合がございます。会員の先生方のメールアドレスは、転勤とともに変わる場合も多く、当医師会ではすべての会員の方のメールアドレスを把握できておりません。その場合には、ご所属の医局（医局秘書）に問い合わせる予定にしておりますので、ご了承の程お願い申し上げます。電子化に対するご要望およびメールアドレスの確認についてのご意見がございましたら医師会までご一報ください。

第12回痛みの治療研究会

開催日：平成27年10月17日（土）
場 所：臨床第一講堂
当番教室：麻酔科学教室
問合せ先：内線2368

第21回大阪上海メルボルン組織病理研究会

開催日：平成27年10月31日（土）～11月1日（日）
場 所：大阪市立大学医学部附属病院
当番教室：病理学教室
問合せ先：内線2635

関西おさかな勉強会

開催日：平成27年11月6日（金）
場 所：大阪医科大学 歴史資料館
当番教室：生理学教室
問合せ先：内線2696

第19回大阪医科大学産婦人科 オープントリニカルカンファレンス

開催日：平成27年11月7日（土）
場 所：グランヴィア大阪
当番教室：産婦人科学教室
問合せ先：藤田太輔 内線2685

第37回日本小児腎不全学会学術集会

開催日：平成27年11月26日（木）～27日（金）
場 所：加賀・山代温泉 ゆのくに天祥
当番教室：小児科学教室
問合せ先：秘書 田部井芳江〈PHS6455〉

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。

大阪医科大学医師会 FAX072-684-7190
E-mail: omcda@art.osaka-med.ac.jp

第120回日本循環器学会 近畿地方会

開催日：平成27年11月28日（土）

場所：ナレッジキャピタルコングレコンベンション
センター

当番教室：内科学Ⅲ教室

問合せ先：伊藤、鈴木

EndoDM カンファレンス

開催日：平成27年12月12日（土）

場所：ブリーゼプラザ

当番教室：内科学（Ⅰ）教室

問合せ先：寺前純吾 内線3415

第41回大阪医大眼科セミナー

開催日：平成28年3月12日（土）

場所：大阪医科大学 臨床第一講堂

当番教室：眼科学教室

問合せ先：内線2354

第29回近畿小児科学会学術集会

開催日：平成28年3月6日（日）

場所：大阪国際交流センター

当番教室：小児科学教室

問合せ先：秘書 田部井芳江〈PHS6455〉

■ 北摂四医師会医学会総会記録 ■

【第24回】

* 日 時：平成27年 6 月 6 日（土）午後 2 時～ 5 時

* 場 所：大阪医科大学 新講義実習棟

特別講演

座長：高槻市医師会 中小路隆裕

「いま、何故 先天性心疾患？」

根本慎太郎（大阪医科大学 外科学講座胸部外科学教室 専門教授）

一般演題

座長：高槻市医師会 中小路隆裕

1. 「内視鏡手術の新たな展開」

齊藤奈津穂（北摂総合病院 産婦人科）

2. 「骨盤臓器脱の新しい手術」

鎌田 知子（第一東和会病院 ウロギネコロジーセンター）

3. 「ランジオロールとチアマゾールの経静脈的投与が有効であった甲状腺クリーゼの 1 例」

木股 宏恵（藍野病院 内科）

座長：摂津市医師会 明石 季憲

4. 「リハビリテーション病院における嚥下造影」

砂田 一郎（愛仁会 リハビリテーション病院 脳神経外科）

5. 「大学病院から地域の在宅へつないだ直腸癌患者の 1 例」

紀 貴之（大阪医科大学 化学療法センター）

6. 「包括的心臓リハビリテーションを導入して（その有用性の検討）」

平野 玄起（高槻赤十字病院 循環器科）

7. 「当院における転倒事例減少に向けた取り組み」

高橋 郁夫（みどりヶ丘病院 内科）

座長：茨木市医師会 国里 洋子

8. 「肺炎で入院し死亡した患者の死因は何か？：291例単施設後方視的観察研究」

福家 良太（北摂総合病院 呼吸器内科）

9. 「敗血症性ショックで発症した劇症型 A 群溶連菌感染症の 1 歳男児例」

石河 慎也（愛仁会 高槻病院 小児科）

10. 「慢性炎症性脱随性多発神経炎の 1 症例を通じての地域医療連携」

切東 美子（摂津ひかり病院）

11. 「当院での急性脳動脈閉塞に対する機械的血栓回収療法」

大西 宏之（大阪医科大学 脳神経外科）

■ 北摂四医師会医学会分科会記録 ■

【第27回 北摂四医師会小児科医会】

* 日 時：平成26年 9 月20日（土）午後 3 時30分～ 6 時

* 場 所：大阪医科大学 新講義実習棟

座長：大阪医科大学 小児科教室 福井 美保

一般演題

1. 「軽微な外傷により乳児急性硬膜下血腫を呈した 1 例」

高槻病院 北原 光

2. 「かな読字障害のない漢字書字障害の検討」

大阪医科大学附属病院 小児科 畑中 マリ、玉井 浩

藍野大学 医療保健学部 若宮 英司

大阪医科大学 LD センター 竹下 盛、水田めぐみ、栗本奈緒子、奥村 智人

バームこどもクリニック 三浦 朋子

関西大学大学院 心理学研究科 中西 誠

3. 「当院における不登校の検討」

大阪府済生会茨木病院 小児科 中尾 亮太

4. 「痂皮性膿痂疹による急性糸球体腎炎を発症した中学生ラグビー部員の 2 例」

大阪医科大学 小児科 藤井 裕子、田中 智子、松村 英樹、芦田 明、玉井 浩

市立枚方市民病院 小児科 白数 明彦

第一東和会病院 小児科 中倉 兵庫

特別講演

座長：大阪医科大学 泌尿生殖・発達医学講座 小児科 教授 玉井 浩

「日常診療で遭遇する血液疾患」

大阪医科大学 小児科教室 講師（准） 井上 彰子

.....

【第28回 北摂四医師会小児科医会】

＊日 時：平成27年2月7日（土）午後3時30分～6時

＊場 所：大阪医科大学 臨床第Ⅱ講堂

特別講演

「小児科医でもここまでできる・小児科医だからここまでできる外傷診療」

都立小児総合医療センター 救命救急科 診療科責任者 井上 信明

【作業環境管理と危機管理 —産業現場に必要な作業環境、生体影響の測定と救急処置の知識— —日本医師会認定産業医講習会—

＊日時：平成27年3月1日（日）午前9時～午後5時半

＊場所：大阪医科大学 講義実習棟および新講義実習棟

内 容：労働安全衛生法改正点、関連主要通達の解説、
および、スモールグループによる作業環境管理の实地研修

第1部 「労働安全衛生法改正点、関連主要通達」の解説

講師：大阪労働局 労働衛生指導医 河野 公一

「作業環境管理」

1. 事務作業環境（温度、湿度、風速、照明その他）
2. 騒音環境（騒音環境、周波数分析、オーディオグラムその他）
3. 振動環境（振動レベル、振動障害測定 他）
4. 粉塵環境（デジタル粉塵計、肺機能検査 他）
5. 高温環境（WBGT）
6. 疲労測定（フリッカー検査）

第2部 「一次救命処置とAED」

.....

.....

【第23回北摂四医師会北摂糖尿病フォーラム】

* 日時：平成27年 4 月 4 日（土）午後 5 時～7 時

* 場所：大阪医科大学 看護学部講堂（本部北キャンパス）

座長：大阪医科大学 小児科学 高谷 竜三

講演

1. 「運転免許更新に際し CGM が無自覚性低血糖の評価と低血糖回避に有用であった劇症 1 型糖尿病の一例」

大阪医科大学附属病院 糖尿病代謝・内分泌内科 長江 亮太

2. 「発達障害を有する 1 型糖尿病の男児例」

大阪医科大学 小児科 にえ川智美、高谷 竜三、玉井 浩
市立ひらかた病院 小児科 にえ川智美、大場 千鶴、岡空 圭輔

特別講演

座長：大阪医科大学 内科学 I 教授 花房 俊昭

「糖尿病診療における動機付け面接の有用性」

大阪市立大学大学院 医学研究科 発達小児医学 講師 川村 智行

.....

【第5回北摂四医師会三島感染症研究会】

*日時：平成27年6月20日（土）午後4時～6時10分

*場所：アンシェルデ・マリアージュ 3F「アスティオン」

開会の辞

北摂総合病院 呼吸器内科 部長 貴島 源一

一般講演

座長：北摂総合病院 呼吸器内科 部長 貴島 源一

1. 「当院におけるカルバペネム系薬の使用の現状」

愛仁会高槻病院 薬剤科 薬剤師 川崎 文雄

2. 「当院における、誤嚥性肺炎予防のための口腔ケアについて」

みどりヶ丘病院 看護部 歯科衛生士 神田 紀子

3. 「地域ネットワークにおける耐性菌の遺伝子学的検討」

大阪医科大学附属病院 中央検査部・感染対策室 臨床検査技師 柴田有理子

オープニングリマークス

「大阪医科大学における感染対策の試み」

大阪医科大学 内科学総合診療科 教授／感染対策室 室長 浮村 聡

特別講演

座長：大阪医科大学 内科学総合診療科 教授／感染対策室 室長 浮村 聡

「実効性の高い感染対策の実践」

東京医科大学 微生物学講座 主任教授 松本 哲哉

大阪府医師会勤務医部会第2ブロック報告

平成26年度事業報告と平成27年度事業計画

第2ブロック世話人 新井 基弘
(高槻市医師会／みどりヶ丘病院院長)

1. 平成26年度事業報告

1) 第2ブロック委員

(任期は平成28年6月 府医代議員会終結時まで)

委員	委員名(敬称略)	所属医療機関名	役職
ブロック世話人 常任委員	新井 基弘	祐生会 みどりヶ丘病院	院長
常任委員	家永 徹也	愛仁会 高槻病院	院長
	立田 浩	大阪府済生会茨木病院	院長
	越前 直樹	大阪府警察協会 北大阪警察病院	副院長
委員	奥田喜代司	仙養会 北摂総合病院	副院長
	千野 佳秀	東和会 第一東和会病院	医長
	後藤 研三	信愛会 新生病院	院長
	秋元 寛	大阪府三島救命救急センター	所長
	平松 昌子	高槻赤十字病院	副院長
	麻田 邦夫	恵仁会 介護老人保健施設 たんぽぽ	施設長
	田辺 伸悟	医誠会 摂津医誠会病院	院長
	米田 博	大阪医科大学	教授
	西本 泰久	大阪医科大学	診療准教授
	萩森 伸一	大阪医科大学	准教授

2) 第2ブロック委員会の開催

委員会名	回数	日時	場所
ブロック委員会	第1回	平成26年4月10日	大阪医科大学第3会議室
	第2回	平成26年6月7日	茨木市医師会
	第3回	平成26年11月12日	大阪医科大学第3会議室
	第4回	平成27年1月10日	大阪医科大学学1講堂

3) 北摂四医師会医学会優秀演題賞

演題名／発表者
妊娠に合併する虫垂炎～19例の経験から～ 加藤 大樹 (高槻病院 産婦人科)

表彰式：平成26年度勤務医部会第2ブロック研修会 (H27.1.10) で行う。

賞 金：賞金5万円×1題

4) 研修会の開催

研修会名	開催日程・開催場所
《第1部》 平成26年度北摂四医師会医学会総会一般演題優秀演題賞授与式 《第2部》 不当なクレームに負けない！ ―院内トラブルへの予防と対策― 医師・弁護士 長谷部 圭司 先生	平成27年1月10日（土） 13：30～15：00 大阪医科大学学1講堂

2. 平成27年度事業計画

1) 第2ブロック委員会の開催

委員会年4回開催を予定

2) 北摂四医師会医学会協賛金

10万円

3) 北摂四医師会医学会優秀演題賞の実施

選考対象：第24回北摂四医師会医学会総会（平成27年6月6日開催）

選考対象：発表者に勤務医が含まれる演題

表彰数と褒賞：1演題に「優秀演題賞」を、褒賞として金5万円を授与する。

贈呈式：第2ブロック研修会（1月9日開催予定）で行う。

4) 第2ブロック研修会の開催

開催日時：平成28年1月9日（土）

開催場所：大阪医科大学

演題：未定

以上

平成 27 年度

大阪医科大学医師会総会議事録

大阪医科大学附属病院中央検査部／書記 村尾 仁

日時：平成27年6月22日（月）

18：00～19：00

場所：大阪医科大学第2会議室（総合研究棟12階）

出席：米田会長、森協副会長、梶本理事、上杉理事、萩森理事、石田評議員、内山評議員、岡田評議員、根尾評議員、上田評議員、大道評議員、寺崎評議員、臼田会計、芦田会員（敬称略）

14名出席、268名委任状 計282名
会員数492の過半数247を超えている
ので、会議成立

議長：森協副会長

会長挨拶：

日頃から医師会運営にご協力いただきありがとうございます。大学医師会は規模も大きく、まとまった活動を行い、さまざまな事業を展開してきました。北摂にある近隣の市医師会は法人ですが、大学医師会は大学医師会らしく活動をしていきたいと思っています。これからも、ぜひご協力いただきますようお願いいたします。

1. 平成26年度事業報告（米田会長）

1) 大阪医科大学医師会の充実

会員数が489名（平成26年5月31日現在）であった。研修医の入職時のオリエンテーションにおいて、大阪府医師会西本理事が日本医師会、大阪府医師会、大阪医科大学

医師会の役割の違いや、医賠責保険等について説明し、勧誘を行った。大阪府医師会主催の新研修医ウェルカムパーティーが開催されたが、大学のオリエンテーションと重なっており、参加が難しかった。

日本医師会生涯研修制度は、医師免許生涯交付のために医師が自主的にしっかり研修していることを示す大切な制度である。研修会参加時には、必ず大阪府医師会生涯研修チケットを提出するよう、大阪府医師会からも強く求められている。

医賠責保険への加入は個人としても団体としても大事である。日本医師会医賠責保険は、医療専門の弁護士を有し、メリットも大きいので、日本医師会への加入を促す。予定していた加入状況調査ができなかったもので、27年度に引き続き行う。

2) 大阪医科大学医師会の学術活動

『大阪医科大学医師会報』を2号発行した。会報を発行している大学医師会は数少なく、当医師会の特徴でもあるので続けていきたい。第42号(9月15日発行)は「医療安全からみた電子カルテ導入」を、第43号(3月15日発行)では「大学病院における認知症患者への対応を考える」を特集として掲載した。

学会等助成は、平成25年度に選考した平成26年度分5学会に各10万円計50万円を助成し、6月9日に開催した大阪医科大学医師会総会内で受賞式を行った。10月に平成27年度分の公募を行い、12月に選考を行い、

5学会に助成することを決定した。

北摂四医師会医学会総会が、6月7日(土)に茨木市こども健康センターで、特別講演1題、一般演題9題の発表があった。北摂四医師会分科会のうち「ほくせつフットケアカンファレンス」が閉会となった。休会中の分科会もあるが、活動中の各分科会は研究会を開催した。産業医講習会は1回開催した。

大阪府医師会勤務医部会第2ブロックは、ブロック委員会を4回開催し、積極的に活動した。北摂四医師会医学会総会一般演題のなかから優秀演題賞を1題選出して5万円ずつ賞金を授与した。1月10日に開催した第2ブロック研修会では、医療安全についてディスカッションを行った。

3) 日本医師会・大阪府医師会・在阪5大学医師会・地域医師会との連携強化

日本医師会の代議員会に米田会長が参加した。大阪府医師会の郡市区等医師会長協議会や代議員会、各種部会や委員会に積極的に参加した。12月4日に「在阪5大学医師会ならびに2行政医師会役員と勤務医部会役員との懇談会」が開催され、当医師会から4名の理事が出席し、新研修医制度について、意見交換を行った。大学全体として進めていくのは難しく、大学ごと学会ごとに違いがある。眼科と麻酔科が進んでいる印象を受けた。全国大学医師会連絡協議会は開催されなかった。

2. 平成26年度会計報告・会計監査報告 (臼田会計)

全会一致で承認された。

3. 平成27年度事業計画(米田会長)

特に新たなことは考えておらず、昨年度の事業を継続的に進めていく。

1) 大阪医科大学医師会の充実

会員数が493名(平成27年5月31日現在)となった。3月31日に開催された研修医の入職時のオリエンテーションにおいて、大阪府医師会西本理事が医師会の役割や医賠償保険等について説明し、勧誘を行った。医師会に加入するメリットとして、医師年金・医師協カード・保険・ローンについても説明した。今年度は、医賠償保険加入状況調査を実施する。

2) 大阪医科大学医師会の学術活動

例年通り、『大阪医科大学医師会報』(年2回発行)、会報44号は特集として「大阪医科大学における専門医制度について」を掲載する予定である。会報45号からは冊子体を発行せず、オンラインジャーナル版のみとすることが決まった。カラーで掲載したり動画を掲載したりでき、記事の検索が容易になる。加えて印刷費や郵送費等の経費が削減できる。大阪医科大学医師会として会費を徴収していないので、医師会として紙媒体で発刊する義務はないと考える。会報ができ上がったことを各会員に連絡する手段としては、電子メールが一番有効である。しかし、現在、大学外で勤務している会員のなかにはメールアドレスを把握できていない会員もいる。今後、医局から情報提供してもらえるように本人に承諾をもらう準備を進める。

学会等助成金は、昨年度選考した5学会に各10万円計50万円を助成し、平成28年度助成公募を10月1日より1ヵ月間行う。

北摂四医師会医学会は、6月8日(土)に第24回医学会総会が高槻市医師会の当番で実施された。第25回となる来年度は大阪医科大学が当番になる。各分科会は、年1回以上研究会を行う。大阪府医師会勤務医部会第2ブロックでは、昨年度に引き続き積極的に活動を進める。北摂四医師会医学会総

会一般演題優秀演題賞1題を選考し、各5万円の褒賞を出す。また、第2ブロック研修会を1月9日(土)に昨年度実現しなかった医療安全の講演を、医師で弁護士の演者に再度依頼する予定である。今年度より大阪府医師会勤務医部会第2ブロック事務局を会計も含め全面的に高槻市医師会に移行する。

3) 在阪5大学医師会・地域医師会との連携強化

在阪5大学医師会との懇談会への参加はもとより、高槻市・茨木市・摂津市医師会との連携を深めていく。例年通り、日本医師会代議員会、大阪府医師会郡市区等医師会長協議会、大阪府医師会代議員会、大阪

府医師会各種委員会、ならびに全国大学医師会連絡協議会等にも参加する。

4. 平成27年度予算案(臼田会計)

臼田会計より前年度と同じ事業を展開するための予算案の提示があった。単年度で見ると100万円程度赤字となる。今年度は、会報の全面Web化を行うことで、昨年度より赤字が減るものと思われる。

今年度予算案は、全会一致で承認された。

5. 平成27年度学会等助成贈呈式

採択された5題について10万円の目録を贈呈した。

以上

大阪医科大学医師会 平成26年度事業報告

ならびに 平成27年度事業計画

【平成26年度事業報告】

項目			平成26年度計画	平成26年度報告	
1. 医師会の充実	(1)会員の増員に向けて	会員数 (5月31日現在)	489名	計画通り遂行	
		新入職者への勧誘	研修医オリエンテーション（４月１日開催）において 大阪府医師会西本理事より医賠償保険について説明	計画通り遂行	
			大阪府医師会主催新研修医ウェルカムパーティーへの参加		
	(2)医賠償保険について	医賠償保険の調査	＜新規＞医賠償保険加入状況調査の実施	実施できず	
	(3)大阪医科大学 医師会役員（着任順・敬称略）	顧問	竹中 洋（学長）	計画通り遂行	
		会長	米田 博（神経精神医学）		
		副会長	花房 俊昭（内科学Ⅰ）		森脇 真一（皮膚科学）
		理事	米田 博（神経精神医学）		花房 俊昭（内科学Ⅰ）
			梶本 宜永（脳神経外科学）		上杉 康夫（放射線医学）
			森脇 真一（皮膚科学）		萩森 伸一（耳鼻咽喉科学）
村尾 仁（中央検査部）			東 治人（泌尿器科学）		
評議員		榎野 茂樹（内科学Ⅰ）	石田 志門（内科学Ⅰ）		
		樋口 和秀（内科学Ⅱ）	浮村 聡（内科学Ⅲ）		
		内山 和久（一般・消化器外科学）	森本 大成（胸部外科学）		
		梶本 宜永（脳神経外科学）	米田 博（神経精神医学）		
		上杉 康夫（放射線医学）	岡田 仁克（病理学）		
		辰巳 真一（麻酔科学）	西本 泰久（救急医学）		
		根尾 昌志（整形外科）	上田 晃一（形成外科学）		
	高谷 竜三（小児科学）	亀谷 英輝（産婦人科学）			
	東 治人（泌尿器科学）	森脇 真一（皮膚科学）			
	菅澤 淳（眼科学）	萩森 伸一（耳鼻咽喉科学）			
	白田 寛（衛生学・公衆衛生学）	谷本 芳美（衛生学・公衆衛生学）			
	村尾 仁（中央検査部）	河野 武弘（輸血室）			
	寺崎 文生（医学教育センター）				
監事	土手友太郎（看護学部）	麻田 邦夫（介護老健たんぽぽ）			
会計	白田 寛（衛生学・公衆衛生学）				
書記	村尾 仁				
編集委員長	梶本 宜永				
編集委員	村尾 仁、上杉 康夫、萩森 伸一、西本 泰久、 林 道廣（一般・消化器外科学）、寺崎 文生、 瀧井 道明（看護学部）、石田 志門				
(4)日本医師会生涯研修	生涯チケット	研修会等の参加するには生涯チケットを提出すること（大阪府医師会学術課で集計）	計画通り遂行		

項目			平成26年度計画		平成26年度報告
	(5)ホームページ	定期更新	当医師会について（事業計画・事業報告、総会議事録、役員構成、大阪府医師会役員構成、学会等助成） 医師会会報（第41号、第42号）		計画通り遂行
2.学術活動	(1)会報の発行	9月発行	第42号 特集「電子カルテと医療安全（仮題）」 編集委員会2回実施：4月1日（火）、7月8日（火）		特集 「医療安全からみた電子カルテの導入」
		3月発行	第43号 特集「(未定)」 編集委員会2回実施		特集 「大学病院における認知症患者への対応を考える」 開催日： 9月17日（火）、 12月3日（火）
		会報のWeb化			
	(2)学会等助成の実施	今年度助成金の支払い	助成金額：5件各10万円 合計50万円 支払日：平成26年5月20日 表彰式：平成26年度大阪医科大学医師会総会（6月9日）において		計画通り遂行
	今年度助成一覧 （敬称略）	内科学Ⅰ教授 花房俊昭	第57回日本糖尿病学会年次学術集会 日程：平成26年5月22日（木）～24日（土） 場所：大阪国際会議場、リーガロイヤルホテル		計画通り遂行
病理学講師 山田隆司		第40回日本婦人科病理学会学術集会 日程：平成26年6月14日（土） 場所：大阪医科大学臨床第1講堂・3階実習室			
整形外科学助教 藤原憲太		第26回日本整形外科超音波学会 日程：平成26年7月5日（土） 場所：ブリーゼブリーゼ			
眼科学教授 池田恒彦		第53回日本網膜硝子体学会総会 日程：平成26年11月28日（金）～30日（日） 場所：大阪国際会議場			
耳鼻咽喉科学教授 河田 了		第25回日本頭頸部外科学会総会・学術講演会 日程：平成27年1月29日（木）～30日（金） 場所：ナレッジキャピタルコングレコンベンションセンター			
	来年度公募及び選考	公募期間：平成26年10月1日～10月31日 選考日：平成26年12月の編集委員会で行う 贈呈式：平成27年度大阪医科大学医師会総会（6月予定）で行う 助成金額：5件各10万円 合計50万円		計画通り遂行	
(3)北摂四医師会医学会の充実	役員	会 長：大阪医科大学医師会会長 副会長：高槻市医師会会長、茨木市医師会会長、摂津市医師会会長 幹 事：〔プログラム委員〕各医師会生涯教育担当理事、 大阪府医師会勤務医部会第2ブロック代表世話人 幹 事：〔会計〕大阪医科大学医師会会計 監 事：高槻市医師会副会長、茨木市医師会副会長		計画通り遂行	
	総会の開催	開催日時：平成27年6月6日（土）14：00～17：00 開催場所：大阪医科大学 P301教室（新講義実習棟） 当 番：高槻市医師会 構 成：特別講演1題、一般演題10題		計画通り遂行	

項目		平成26年度計画		平成26年度報告
	役員会の開催	開催日時：平成27年 6 月 6 日（土）17：00～17：30 開催場所：大阪医科大学		計画通り遂行
	記録集	総会演題抄録をホームページに掲載 分科会開催スケジュールとプログラムをホームページに掲載		計画通り遂行
	分科会の充実	全人医療研究会	休会	
		骨・内分泌・代謝研究会(旧：内分泌骨代謝研究会)	休会	
		北摂糖尿病フォーラム		4月19日(土)開催
		神経精神医学研究会		10月9日(木)開催
		小児科医会		9月20日(土)、 2月7日(土)開催
		肺疾患フォーラム(旧：北摂急性肺障害フォーラム)		開催なし
		生活習慣病フォーラム	休会	
		北摂コラボレーションミーティング	休会	
		北摂肝疾患地域医療セミナー	休会	
		認知症研究会		市民公開講座を数回実施
		北摂先天性心疾患学会		(調査中)
		北摂生殖内分泌学会		(調査中)
		大阪医科大学産婦人科オープンクリニカルカンファレンス		11月8日(土)開催
		骨盤疾患フォーラム		開催なし
		ほくせつフットケアカンファレンス		閉会
		三島感染症研究会		6月21日(土)開催
	(4)産業医研修会の実施	開催予定なし		作業環境 8単位 3月1日(日)
	(5)大阪府医師会 勤務医部会第2 ブロック	委員 (敬称略)	15名	計画通り遂行
		大阪医大医師会	米田 博、西本 泰久、萩森 伸一	
		高槻市医師会	高槻赤十字病院、三島救命救急センター、 高槻病院、みどりヶ丘病院、第一東和会病院、 北摂総合病院、新生病院より各1名	
		茨木市医師会	済生会茨木病院、北大阪警察病院、 介護老人施設たんぽぽ より各1名	
		摂津市医師会	摂津医誠会病院 より1名	
		委員会の開催	年4回を予定	4月10日(木)、 6月7日(土)、 11月12日(水)、 1月10日(土)
	優秀演題賞 の授与	選考：北摂四医師会医学会総会一般演題の中から、1題 賞金：5万円／題		優秀演題： 妊娠に合併する虫垂炎-19 例の経験から-（高槻病院）

項目			平成26年度計画	平成26年度報告
		研修会の開催	開催日：平成27年1月10日（土）予定 開催場所：大阪医科大学	講演： 医療安全について 手違いにより講師来校されず、参加者でディスカッションを行った
		事務局	高槻市医師会内に事務局を置き、大阪医科大学医師会は会計を担当する	計画通り遂行
3. 日本医師会・大阪府医師会・在阪5大学医師会・地域医師会等との連携強化	(1)日本医師会代議員会への参加	定例	第132回 開催日：平成26年6月28日（土） 開催場所：日本医師会館 ①代議員会議長及び副議長の選定 ②平成25年度日本医師会決算の件 ③日本医師会役員（会長、副会長、常任理事、理事、監事）及び裁定委員選任の件 ④日本医師会役員（会長、副会長、常任理事）選定の件	計画通り遂行
		臨時	第133回 開催日：平成26年6月29日（日） 開催場所：日本医師会館 ①平成27年度日本医師会会費賦課徴収の件	第134回 開催日：平成27年3月29日（日） 開催場所：日本医師会館 議題： ①平成27年度日本医師会事業計画及び予算の件 ②平成26年度日本医師会会費減免申請の件
	(2)大阪府医師会郡市区等会長協議会への参加		開催日時：毎月第3金曜日 14：00～ 開催場所：大阪府医師会館 出席者：米田会長	計画通り遂行
	(3)大阪府医師会代議員会への参加（敬称略）	定例代議員会	第302回府医定例代議員会（決算） 開催日時：平成27年6月26日（木）14：00～ 開催場所：大阪府医師会館	計画通り遂行
		臨時代議員会	第305回府医臨時代議員会（予算） 開催日時：平成27年3月26日（木）14：00～ 開催場所：大阪府医師会館	計画通り遂行
		代議員	大阪医科大学医師会理事が兼務	計画通り遂行
		予備代議員	島本 史夫、白田 寛、土手友太郎、谷本 芳美、岡田 仁克、西本 泰久、寺崎 文生、河野 武弘	
	(4)在阪5大学医師会ならびに2行政医師会役員との懇談会への参加		開催日：平成26年11月～12月（予定）	開催日：平成26年12月4日（木） 会場：ホテル阪急インターナショナル テーマ：「新専門医制度について」 出席者：米田会長、森脇副会長、梶本理事、萩森理事

項目		平成26年度計画	平成26年度報告
(5)大阪府医師会各種部会・委員会への参加（敬称略）	代議員	上記代議員に同じ	計画通り遂行
	予備代議員	上記予備代議員に同じ	
	医学会運営委員会	臼田 寛、米田 博	
	医学会雑誌編集委員会	樋口 和秀	
	医学会評議委員	上杉 康夫、村尾 仁、 河野 武弘	
	勤務医部会	米田 博、西本 泰久、 萩森 伸一	
	学校医部会	新任者（大阪府医師会が任命）	
	労災部会委員	清水 宏泰	
	救急・災害医療部	新田 雅彦	
	生涯教育推進委員会	梶本 宜永、寺崎 文生	
	母体保護法指定診査委員会	大道 正英	
	感染症対策委員会	浮村 聡	
	臨床研修制度推進委員会	上田 晃一	
	女性医師支援ワーキンググループ	谷本 芳美	
(6)全国医師会連絡協議会総会への参加	開催詳細未定		総会開催なし
(7)全国大学医師会連絡協議会への参加	開催詳細未定		協議会開催なし
(8)大阪府都市区等医師会職員連合会への参加	研修会年4回、懇親会年2回		計画通り遂行

【平成27年度事業計画】

項目			平成27年度計画
1. 医師会の充実	(1)会員の増員に向けて	会員数 (5月31日現在)	493名
		新入職者への勧誘	研修医オリエンテーション（3月31日開催）において 大阪府医師会西本理事より医賠償保険について説明
			大阪府医師会主催新研修医ウェルカムパーティーへの参加
	(2)医賠償保険について	医賠償保険の調査	＜継続＞医賠償保険加入状況調査の実施
	(3)大阪医科大学 医師会役員（着 任順・敬称略）	顧問	大槻 勝紀（学長）
		会長	米田 博（神経精神医学）
		副会長	花房 俊昭（内科学Ⅰ） 森脇 真一（皮膚科学）
		理事	米田 博（神経精神医学） 花房 俊昭（内科学Ⅰ） 梶本 宜永（脳神経外科学） 上杉 康夫（放射線医学） 森脇 真一（皮膚科学） 萩森 伸一（耳鼻咽喉科学） 村尾 仁（中央検査部） 東 治人（泌尿器科学）
		評議員	榎野 茂樹（内科学Ⅰ） 石田 志門（内科学Ⅰ） 樋口 和秀（内科学Ⅱ） 浮村 聡（内科学Ⅲ） 内山 和久（一般・消化器外科学） 森本 大成（胸部外科学） 梶本 宜永（脳神経外科学） 米田 博（神経精神医学） 上杉 康夫（放射線医学） 岡田 仁克（病理学） 辰巳 真一（麻酔科学） 新田 雅彦（救急医学） 根尾 昌志（整形外科） 上田 晃一（形成外科学） 高谷 竜三（小児科学） 大道 正英（産婦人科学） 東 治人（泌尿器科学） 森脇 真一（皮膚科学） 菅澤 淳（眼科学） 萩森 伸一（耳鼻咽喉科学） 白田 寛（衛生学・公衆衛生学） 玉置 淳子（衛生学・公衆衛生学） 村尾 仁（中央検査部） 河野 武弘（輸血室） 寺崎 文生（医学教育センター）
		監事	土手友太郎（看護学部） 麻田 邦夫（介護老健たんぼぼ）
		会計	白田 寛（衛生学・公衆衛生学）
		書記	村尾 仁
		編集委員長	梶本 宜永
		編集委員	村尾 仁、上杉 康夫、萩森 伸一、林 道廣（一般・消化器外科学）、寺崎 文生、 瀧井 道明（看護学部）、石田 志門、新田 雅彦
	(4)日本医師会生涯研修	生涯チケット	研修会等の参加するには生涯チケットを提出すること（大阪府医師会学術課で集計）
	(5)ホームページ	定期更新	当医師会について（事業計画・事業報告、総会議事録、役員構成、 大阪府医師会役員構成、学会等助成） 医師会会報（第43号、第44号）
2. 学術活動	(1)会報の発行	9月発行	第44号 特集「大阪医科大学における専門医制度について」 編集委員会2回実施：4月7日（火）、7月7日（火）
		3月発行	第45号 特集「(未定)」 編集委員会2回実施

項目		平成27年度計画	
	会報のWeb化	＜新規＞第45号より、オンラインジャーナルのみの提供とする 冊子体の発行はおこなわない	
(2)学会等助成の実施	今年度助成金の支払い	助成金額：5件各10万円 合計50万円 支払日：平成27年5月28日 表彰式：平成27年度大阪医科大学医師会総会（6月22日）において	
	今年度助成一覧 （敬称略）	皮膚科学教授 森脇真一	第4回光皮膚科学研究会 日程：平成27年5月16日（土） 場所：新大阪ワシントンホテルプラザ
		耳鼻咽喉科学教授 河田 了	第28回日本口腔・咽頭科学会総会・学術講演会 日程：平成27年9月10日（木）～9月11日（金） 場所：ホテル阪神
		形成外科学教授 上田晃一	第33回日本頭蓋顎顔面外科学会学術集会 日程：平成27年11月12日（木）～11月13日（金） 場所：宝塚ホテル
		小児科学講師 芦田 明	第37回日本小児腎不全学会 日程：平成27年11月26日（木）～11月27日（金） 場所：ゆのくに天祥
		内科学Ⅲ教授 石坂信和	第120回日本循環器学会 近畿地方会 日程：平成27年11月28日（土） 場所：ナレッジキャピタルコングレコンベンションセンター
	来年度公募及び選考	公募期間：平成27年10月1日～10月31日 選考日：平成27年12月の編集委員会で行う 贈呈式：平成28年度大阪医科大学医師会総会で行う 助成金額：5件各10万円 合計50万円	
(3)北摂四医師会医学会の充実	役員	会長：大阪医科大学医師会会長 副会長：高槻市医師会会長、茨木市医師会会長、摂津市医師会会長 幹事：〔プログラム委員〕各医師会生涯教育担当理事、 大阪府医師会勤務医部会第2ブロック代表世話人 幹事：〔会計〕大阪医科大学医師会会計 監事：高槻市医師会副会長、茨木市医師会副会長	
	総会の開催	開催日時：平成28年6月11日（土）14：00～17：00 開催場所：大阪医科大学 当番：大阪医科大学医師会 構成：特別講演と一般演題 演題数は未定	
	役員会の開催	開催日時：平成28年6月11日（土）17：00～17：30（総会終了後） 開催場所：大阪医科大学	
	記録集	総会演題抄録をホームページに掲載 分科会開催スケジュールとプログラムをホームページに掲載	
	分科会の充実	全人医療研究会	休会
		骨・内分泌・代謝研究会（旧：内分泌骨代謝研究会）	休会
		北摂糖尿病フォーラム	4月4日（土）
		神経精神医学研究会	
		小児科医会	

項目		平成27年度計画		
		肺疾患フォーラム（旧：北摂急性肺障害フォーラム）		
		生活習慣病フォーラム		休会
		北摂コラボレーションミーティング		休会
		北摂肝疾患地域医療セミナー		休会
		認知症研究会		
		北摂先天性心疾患学会		
		北摂生殖内分泌学会		
		大阪医科大学産婦人科オープンクリニカルカンファレンス		
		骨盤疾患フォーラム		
		三島感染症研究会		6月20日（土）
		(4)産業医研修会の実施		作業環境
(5)大阪府医師会 勤務医部会第2 ブロック	委員 （敬称略）	15名		
		大阪医大医師会	米田 博、西本 泰久、萩森 伸一	
		高槻市医師会	高槻赤十字病院、三島救命救急センター、高槻病院、みどりヶ丘病院、第一東和会病院、北摂総合病院、新生病院より各1名	
		茨木市医師会	済生会茨木病院、北大阪警察病院、介護老人施設たんぽぽ より各1名	
		摂津市医師会	摂津医誠会病院 より1名	
	委員会の開催	年4回開催を予定		
	優秀演題賞 の授与	選考：北摂四医師会医学会総会一般演題の中から、1題 賞金：5万円／題		
	研修会の開催	開 催 日：平成28年1月9日（土）予定 開催場所：大阪医科大学 講 演：医療安全について 講 師：昨年度とおなじ講師（医師／弁護士）		
	事務局	高槻市医師会内に事務局置き、委員会開催当日の手伝いを行う		
3. 日本医師会・大阪府医師会・在阪5大学医師会・地域医師会等との連携強化	(1)日本医師会代 議員会への参加	定例	第135回 開 催 日：平成27年6月28日（日） 開催場所：日本医師会館 ①平成26年度日本医師会事業報告の件 ②平成26年度日本医師会決算の件 ③平成27年度日本医師会会費賦課徴収一部変更の件 ④平成28年度日本医師会会費賦課徴収の件	
		臨時		
	(2)大阪府医師会都市区等会 長協議会への参加		開催日時：毎月第3金曜日 14：00～ 開催場所：大阪府医師会館 出 席 者：米田会長	
	(3)大阪府医師会 代議員会への参 加（敬称略）	定例代議員会	第304回府医定例代議員会（決算） 開催日時：平成27年6月25日（木）14：00～ 開催場所：大阪府医師会館	
		臨時代議員会	第305回府医臨時代議員会（予算） 開催日時：平成28年3月24日（木）14：00～ 開催場所：大阪府医師会館	

項目		平成27年度計画
	代議員	大阪医科大学医師会理事が兼務
	予備代議員	島本 史夫、白田 寛、土手友太郎、岡田 仁克、西本 泰久、寺崎 文生、河野 武弘、玉置 淳子
(4)在阪5大学医師会ならびに2行政医師会役員との懇談会への参加	開催日：平成27年11月5日（予定）	
(5)大阪府医師会各種部会・委員会への参加（敬称略）	代議員	上記代議員に同じ
	予備代議員	上記予備代議員に同じ
	医学会運営委員会	白田 寛、米田 博
	医学会雑誌編集委員会	樋口 和秀
	医学会評議委員	上杉 康夫、村尾 仁、河野 武弘
	勤務医部会	米田 博、西本 泰久、萩森 伸一
	学校医部会	高谷 竜三、芦田 明
	労災部会委員	白田 寛
	救急・災害医療部	新田 雅彦
	生涯教育推進委員会	梶本 宜永、寺崎 文生
	母体保護法指定診査委員会	大道 正英
	感染症対策委員会	浮村 聡
	臨床研修制度推進委員会	上田 晃一
	女性医師支援ワーキンググループ	玉置 淳子
(6)全国医師会連絡協議会総会への参加	開催詳細未定	
(7)全国大学医師会連絡協議会への参加	開催詳細未定	
(8)大阪府郡市区等医師会職員連合会への参加	研修会年4回、懇親会年2回	

編集後記

新専門医制度は、単に専門医の認定制度の改革だけでなく、大学病院における卒後研修のあり方や内科再編など今後10年の大阪医科大学の教育・病院改革に多大なる影響を及ぼします。2015年度の国試合格者から新専門医制度に移行することになりますので、今年の新研修医にとってもその動向は気になるところです。そこで今回の座談会のテーマを「大阪医科大学における専門医制度について」といたしました。

新専門医について複雑で分かりにくかった問題点、すなわち日本専門医機構のしくみ、新専門医の基本理念、基本領域専門医と2階建て制度、症例登録システム、内科や外科などの学会と専門医機構との関係とその動向、総合診療専門医、研修センターとの関わり、などを広く議論していただきました。総論だけでなく大阪医大の現実的な各論としても論じていただきましたので、より身近な問題として理解していただけたかと思います。

最後に、貴重なお時間をさいて座談会にご出席いただきました花房教授、林教授、河田教授、鈴木教授ならびに司会および全体のまとめをしていただきました星賀教授に深く感謝いたします。

編集委員長 梶 本 宜 永

編集委員 梶本 宜永 / 村尾 仁 / 上杉 康夫 / 萩森 伸一 / 林 道廣 /
寺崎 文生 / 瀧井 道明 / 石田 志門 / 新田 雅彦

大阪医科大学医師会会報 第44号

発行日 平成27年9月15日

発行 大阪医科大学医師会

発行責任者 医師会長 米田 博

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

大阪医科大学共同利用会館

大阪医科大学医師会事務室

(村上真理子・池田則子・神門せつ子)

TEL 072-683-1221 (内2951) 684-7190 (直通)

FAX 072-684-7189

e-mail omcda@art.osaka-med.ac.jp

URL <http://www.osaka-med.ac.jp/deps/omcda/>

制作 有知 人 社

