

学友会ニュース217号

107名の医学士誕生—第78回卒業式—

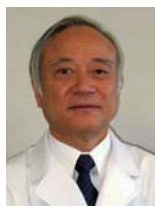
平成十八年度卒業式、大阪大学学位記授与式が三月二十三日午前十時より大阪大学吹田地区体育館にて行われた。宮原秀夫総長は挨拶の中で、最近のIT分野の進歩について述べられ、人類が膨大な情報を利用できるようになった技術の進歩には負の側面があり、それを上手く使いこなす課題が求められていることを話された。そして、今年の卒業生が二十一世紀社会の中で人類が技術とどのように向き合っていくべきかについてしっかりと見識を持つ専門家になって欲しいと励まされた。



また、その卒業式にともなう医学部学位記伝達式が同日午後三時より医学部講堂にて行われ、本年度は百七名の 新医学士が誕生した。伝達式においては遠山正彌医学部長より一人一人に学位が授与された。医学部長は挨拶の中で、高い志、他人への優しさを持って先端医学や先端医療に貢献し、国際的にリードできる人間になって欲しいと説かれた。続いて荻原俊男病院長より激励の言葉がかけられた。病院長は、医師の哲学として、適塾の祖である緒方洪 庵がドイツ医師フーフェランドの書より翻訳した扶氏経験遺訓について話された。これは当時の内科学の教科書であり、その中にある医戒には、医師は自分のためではなく患者のために働くことなど、大切な心得が述べられており、良い医師でありかつ良い医学研究者として研鑽されるようにと励まされた。

最後に松本圭史学友会理事長より祝辞が述べられた。理事長は、医師という者は時代の変化はあっても確固とした 社会的地位をもつ大切な職業であり、この仕事につくことはめでたいと同時に大きな責任をもつことになるので、医学・医療の中心となる本学卒業生は臨床と同時に研究にも専念されるようにと励まされた。また、学友会活動の意義 を話され、学友会に新たな仲間を加える喜びを伝えられた。次いで学友会からのお祝いが卒業生に送られ、学位記伝達式を終了した。

平成十八年度楠本賞は浅野佳奈さんにその荣誉が贈られた。さらに平成十八年度山村賞授与式も併せて行われ、池中健介君と小林千鶴子 さんにその荣誉が贈られた。また、今年度より博士課程論文優秀者も表彰されることになり、平成十八年度は十一名にその荣誉が授与された。



病院長あいさつ 林紀夫(昭47)

4月1日より前荻原俊男病院長の後任として附属病院長を拝命いたしました消化器内科学教授の林でございます。学友会会員の皆様、今後とも宜しくお願ひ申し上げます。

国立大学法人化後の厳しい医療情勢の下で、阪大病院は前荻原病院長の指導により日本でも有数の先進医療開発病院として発展してまいりましたが、今後運営交付金の削減等により厳しい財政状況を迎えますので、阪大病院の発展のために学友会会員の皆様にはさらなるご支援をお願いいたします。大学病院としては、教育、診療、研究における使命があり、その発展、充実を図る必要があります。地域の中核病院としての幅広い活動が要求されるのは当然のことで、独立法人化した大学病院としては、運営の効率化を行いながら先進医療開発病院としての機能強化を図る必要があります。

高度先進医療、トランスレーショナルリサーチの推進を目指す阪大病院としては診療活動の活性化および充実はその基本であり、既に稼働している診療専門別センターに加えて現在準備が進んでいるハートセンターなどの設置を推進することにより、患者様のニーズに対応した診療機能を充実させる必要があります。さらに、稼働を始めた未来医療センターの機能を充実させ高度先進医療に対応するとともに、今後の日本の医療の発展のために必要な臨床試験機能を高めるために、新たに臨床試験部を設置し、その機能を強化いたします。また、医療の安全は最も重要であり、リスクマネジメント、医療クオリティマネジメントについては全国でも最も進んでいる病院の一つですが、さらにその機能を充実させ、国民の期待する安全・安心な医療を提供したいと考えています。

教育は阪大病院に課せられた最も重要な責務ですが、学部教育・卒業後教育とも大きな変革を遂げました。特に、研修必須化により卒業後教育システムが大きく変わり、関連病院の先生方にも初期研修・後期研修では大変お世話になっております。しかし、阪大関連病院全体として考えますと、初期研修・後期研修の医師数は十分とは言えず、さらに魅力ある初期および後期研修システムを構築して、さらに多くの研修医に阪大病院および阪大関連病院で研修を受けて頂く必要があります。

大阪大学医学部の発展のためには、若くて優秀な先生に阪大病院で研鑽して頂くことが重要であり、研修医の先生方に魅力ある阪大病院になるよう努力する所存です。

このように阪大病院の発展のためには多くの難問を解決する必要がありますので、学友会会員の皆様には、今後ともご協力の程お願ひ申し上げます。

恩賜賞・日本学士院賞 審良 静男先生(昭52)

トピックス 緩和ケアチーム

緩和ケアチームは、一九七四年にアメリカのセント・ルカ病院で行われた入院施設を持たないコンサルテーション活動が始まりとされる。緩和ケアチームが架け橋となり、緩和ケアがホスピス・緩和ケア病棟だけでなく、一般病院や在宅でも提供されるようになり、患者の療養場所の選択も広がってきている。わが国では、二〇〇二年四月に診療報酬項目として緩和ケア診療加算が新設されてから、緩和ケアチームの活動が始動している(後掲)。

阪大附属病院では、がん患者の症状緩和を図り、QOLの向上を支援するため、緩和ケアチームを立ち上げる気運が高まり、保健医療福祉ネットワーク部が中心となって準備にあたり、緩和ケアチームが二〇〇四年四月に発足した。当時の構成メンバーは全員が兼任であり、本来の多忙な業務の合間のボランティア精神に基づく活動であった。そのように時間的制約があったため、二〇〇四年度は「がん疼痛のある患者に限定して依頼を受けるようにし、二〇〇五年度からは身体症状のあるがん患者、二〇〇六年度は身体症状に伴う精神症状のあるがん患者にも対象を広げるようにした。二〇〇六年四月から念願であった緩和ケアチーム専従看護師が配属され、二〇〇六年六月から緩和ケアチー

ム診療加算を算定している。また、二〇〇六年十月に緩和医療学寄附講座が開設され、緩和ケアチームと協同しながら活動している。現在の主要な構成メンバーは、緩和ケア医師一名、麻酔科医師三名、内科医師一名、精神科医師一名、薬剤師二名、がん専門看護師二名（そのうち一名が専従看護師）となっている。入院患者において緩和ケアの依頼が発生すれば、迅速に対応するように努めている。チームの介入を受けた患者が退院して、化学療法や疼痛治療を受ける場合は、外来化学療法室や麻酔科ペインクリニック外来で継続してフォローアップするように心がけている。

院内のスタッフに対する教育として、院内緩和ケアマニュアルを作成し各病棟に配布している。緩和ケアの症状マネジメントや使用薬剤の知識は、多くの医療従事者に十分に普及していないため、「主治医マニュアル」や患者用説明書を作成・配布している。

がん疼痛治療に対する意識は確実に高まっており、オピオイドの使用は以前よりも早期かつ適切に使用されるようになってきている。今後、緩和ケアチームの活動が拡充し、患者のQOL向上に更に貢献できるように励みたいと思っている。

緩和ケア診療加算に関する施設基準(概要)

1. 「身体症状の緩和を担当する常勤医師」「精神症状の緩和を担当する常勤医師」「緩和ケアの経験を有する常勤看護師」の三名から構成される緩和ケアに係る専従のチームが設置されていること
2. 「身体症状の緩和を担当する常勤医師」または「精神症状の緩和を担当する常勤医師」のうちいずれかは、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする
3. 「身体症状の緩和を担当する常勤医師」は、悪性腫瘍患者または後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした三年以上の経験を有する者であること
4. 「精神症状の緩和を担当する常勤医師」は、三年以上がん専門病院または一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること
5. 「緩和ケアの経験を有する常勤看護師」は、五年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること
6. 「身体症状の緩和を担当する常勤医師」および「精神症状の緩和を担当する常勤医師」については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと
7. 症状緩和に係るカンファレンスが週一回程度開催されていること
8. 緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること
9. 院内に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨などの必要な情報提供がなされていること

緩和医療学寄附講座 恒藤 暁

提言 “医師のプロフェッショナリズムに基づく専門医制度を”

我が国の専門医制度は昭和三十七年の麻酔科指導医制度に始まり、その後多くの学会が認定医制度を導入した。学会ごとにばらばらの制度の整合性を図るために昭和五十六年、二十二学会が集まり、学会認定医制協議会(学認協)が発足した。さらに、この制度を医学界全体の統一したものとするため、昭和六十一年には日本医学会、日本医師会、学認協による三者懇談会が開催された。しかし、日本医師会が専門医制度を積極的に推進する姿勢を示さず、なかなか合意に達することはできなかった。引き続く七年間の検討の末、やっと三者懇談会において十三基本的領域診療科の三者承認が合意された。このようにして、認定医制度について日本医師会、日本医学会、学認協による三者承認が始まり、社会の一つの制度として定着する動きになった。

ところが、平成十四年、厚生労働省は、医療における広告規制緩和を求める「二十一世紀医療改革案」に従って、学会の基準(いわゆる外形基準)を設け、それに適合しておれば、その学会が認定した専門医を広告することができるようにした。それまでは研修目標以外メリットのなかった認定医制度に比し、広告できる資格を有することから、各学会は外形基準に合う体制を整備して専門医制度を競って導入することとなった。昨年一月には、日本医師会学術推進会議は現行の専門医制度の欠陥、認定医・専門医の定義の不明確さ、学会単位の専門医制度、学会のメリットを優先した色彩の強い制度、日本の医学界のプロフェッショナリズムの欠如等を指摘し、認定医制の上に専門医制を設ける新しい二段階制、さらに特定の専門科を選び特定専門医を新設する制度の提案を行って現在に至っている。

このように我が国の専門医制度は、専門学会、医学会、厚労省、医師会が次々と違った制度を打ち出し、未だに混沌とした状況が続いているのである。現在でも解決の糸口が見えない最大の原因は、関係する学会や医師会、あるいは専門医認定機構などが、論議の中で自分の組織の利益・利権の追求を離れることができないことではないだろうか。言うまでもなく、専門医制度は学会のためでも医師のためのものでもない。患者あるいは国民のための医療制度における専門医に関する制度設計を行っていることを忘れてはならない。

現在、細分化した非常に多くの学会が存在するなか、総医師のプロフェッショナリズムに基づく専門医制度をての学会の専門医制度など国民に理解できるものではない。制度を構築するからには、ある程度最大公約数的に領域を設定し、その枠内で到達目標を定め、それを社会に定着させる必要がある。そうするためには、専門医認定制度を学会単位に任されている現在の外形基準に基づく専門医制度は早急に改正しなければならない。そして、個々の医師は医師のプロフェッショナリズムに基づき、真の専門医制度の構築に努力しなければならないであろう。

門田 守人(昭45)

リレー随筆 在宅での死のみとり・・・その118

十月のある日、丁度定期の往診日。午後往診に出かけようとした時に電話がかかり、ホームヘルパーさんの狼狽気味の声が耳に飛び込んできた。「今Nさんのお宅ですが、ドアフォンを押しても返事がないので、預かっている鍵で部屋へ入るとNさんが倒れていて、呼びかけても返事がないんです」とのこと。すぐに飛んで行ったら、ヘルパーさんがマンションのドアの前で1メートルも離れて緊張した様子で立っている。「中へ入ったら」と促すが、「怖いですもん」と立ち尽くしたまま。

部屋へ入ると、いつも診察する居間の和机の横で、Nさんがうたた寝をしているかのごとき様子で倒れている。既に息絶えているが、部屋の中はいつものたたくまのままで、吐瀉物もまったくない。持病や顔色から心筋梗塞による突然死と診断した。

Nさんは八十二歳で独居、ずっと慢性の呼吸器病と心臓病を患っておられ、四年前から往診させて頂いていた。両股関節も人工関節に取り替えていたが、近くにいる息子さんとの同居も断って「一人で気ままが一番」と愛犬二匹とともに毅然として暮らしておられた。その愛犬たちが、遺体の周りを、いつものように飛び跳ねずにクンクンと歩き回っていた。こういう高齢者の死の風景もないではない。しかしとても少ない。

長年、いわゆる在宅医療に尽力しておられる、浅野靖医師(岐阜県西加見市)が、在宅でのターミナルケアについて、貴重なデータを発表しておられる。介護保険発足以前のことが、十四人の在宅死の方々について(死亡時の年齢は九十代五人、八十代五人、七十代四人、男女七人ずつ)、直接死因は、(1)肺炎が七人(2)腎不全二人(3)窒息(4)心筋梗塞一人(5)老衰二人(6)不明一人である。(1)～(3)まで、実はかなりの期間にわたる呼吸困難をとまぬ、その間は相当苦しい、あるいは「苦しうに見える」。苦しみを軽減させるために、麻薬系の薬剤なども使っても、うまくいかないことも多い。その間、見守る家族の「これでいいのだからか」という迷いや動揺、精神的プレッシャーはとてつもない。家族間の意見の相違も顕在化する。

在宅での死のみとり推進に厚生労働省はご熱心だが、これを普及させることは、実は容易なことではない。現場の実情を知らない官僚たちの政

策パフォーマンスのように思えてならない。

次回は市立芦屋病院院長・姫野誠一先生(昭43)にお願いしました。

国際高齢者医療研究所・岡本クリニック 岡本祐三(昭43)

