

DOCTORASE

Japan
Medical
Association
日本医師会
年4回発行

医学生がこれからの医療を考えるための情報誌 [ドクターゼ]

No. 11

Autumn 2014

- 医師への軌跡
西脇 聡史
- 10年目のカルテ
整形外科

特集

緩和の視点 患者の生に向き合う医療



行政の視点に、病院という組織を
もっと良くするヒントがあった

西脇 聡史

豊橋市民病院

血液・腫瘍内科
西脇 聡史
Satoshi Nishiwaki

西脇 聡史 Satoshi Nishiwaki

豊橋市民病院血液・腫瘍内科副部長／
輸血・細胞治療センター副センター長

2004年、名古屋大学医学部医学科卒業。名古屋第一赤十字病院で臨床研修後、血液内科医員として入職。大垣市民病院血液内科、名古屋大学医学部附属病院血液内科で勤務。2012年、研修医時代からの恩師に声をかけられ、厚生労働省健康局疾病対策課臓器移植対策室に医系技官として赴任し、「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」の施行に携わる。2014年7月より現職。

臨床から医系技官の道へ

血液内科の臨床医として骨髓移植に携わっていた西脇先生は、卒業9年目のとき骨髓バンクの創設者である日本造血細胞移植学会の理事長に誘われ、厚生労働省に医系技官として赴任した。

「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」の立ち上げに携わるためだ。この法律は、骨髓バンク・臍帯血バンク・日本赤十字社などの機関が別々に行っていた連絡調整や情報管理などの業務を一本化し、安全基準を定めることで、造血幹細胞の適切で安定的な供給を目指したものだ。

「それまで、骨髓バンクや臍帯血バンクの活動は、創設者である先生方の情熱で続いていたようなところがあり、基盤としては弱い部分も少なくありませんでした。その先生方も引退されつつある状況で、これからもバンクが継続的に活動していくためには、ベースラインを整えることが必要でした。そのためこの法律ができることは、現場で医療に携わる僕たちにも大きなインパクトのあることでした。

お声がけいただいたときは驚きましたが、臨床家として法律に意見できるのは魅力的でしたし、移植分野の大きな転換期に携わることができるいい機会だと思いき受けました。」

様々な立場からの意見を調整

西脇先生に求められた役割は、臨床・学会・行政のそれぞれの意見を調整していくことだった。

「実際に赴任してみると、臨床の視点と行政の視点は全く異なることがわかりました。互いの用語や文脈が通じないと感じることも多く、文字通り『言葉の壁』があるなど感じました。けれどしっかりと話をすれば、それぞれが何を大事にしているかがわかるものです。

それまでは臨床側や学会側の視点しか持っていませんでしたが、厚生労働省で働いてみて、行政や医師会、さらにはボランティアなど、臨床家以外にもたくさんの人たちが医療を支えていることに気づかされました。それぞれの意見が食い違うこともあります。制度を作る際には日本の医療全体を考え、大きな目標を見失わないようにすること

が大事だと感じました。」

自分がいなくても回る体制を

2年の任期を終えて臨床の現場に戻った西脇先生だが、今後はどのようなビジョンを描いているのだろうか。

「この豊橋市民病院で1年以内に骨髓バンクの認定施設基準を満たし、僕がいなくなっても回るような体制を整えていくことを目標にしています。というのも、厚生労働省という大きな組織で働いてみて、組織は誰か一人が抜けたら回らなくなるようではいけないと気づいたんです。病院もひとつの組織なので、特定の個人や部署に依存しない形にしなければと思っています。

愛知県東部には、この病院以外に移植可能な血液内科のある大きな病院がありません。そのため一定の診療実績を積んで認定を受けることができれば、患者さんのためにも病院のためにもなると思うんです。また、認定施設になれば、結果的に血液内科を志す若手や研修医が集まってくるようになる。そこから次の世代に専門性を引き継いでいけたらと思っています。」

医系技官とは

医師免許・歯科医師免許を有し、専門知識をもって公衆衛生や保健・医療制度などに関する行政業務を担当する公務員。現在、200名以上の医系技官が厚生労働省をはじめとした関係省庁、WHOなどの国際機関で、日本の保健・医療制度を支えるために活躍している。

臨床研修を修了した医師・歯科医師が筆記・面接などの試験を経て採用されるのが一般的だが、西脇先生は「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」案が平成24年6月に国会に提出されたことを受けて、専門医として臨床に携わる立場の人材として、学会からの推薦で急遽赴任した。

Information

October, 2014

女性医師支援センター広報冊子 「女性医師の多様な働き方を支援する」・ DVD「女性医師のキャリア支援」紹介

女性医師の多様な働き方や生き方を紹介し、応援していくことを目的とした冊子・DVDです。自らのキャリアを考える材料とするのはもちろん、勉強会などの教材としても利用できます。利用をご希望の方はお気軽にご連絡ください。

Mail : jmafsc@po.med.or.jp



『ドクターゼ』WEB ページでも 同記事・バックナンバーを掲載中！

ドクターゼはWEBでも記事を掲載しています。過去の記事も参照でき、バックナンバー PDFのダウンロードもできます (iPadなどタブレット端末にもダウンロード可能です!)。ぜひアクセスしてみてください。ご意見・ご要望などありましたら、お問い合わせフォームからお気軽にご連絡ください。

URL : <http://www.med.or.jp/doctor-ase/>

『第29回日本医学会総会 2015 関西』開催のお知らせ

『第29回日本医学会総会 2015 関西』が、2015年春に京都・神戸・大阪を中心に関西で開催されます。日本医学会総会は、4年に1度開催される国内最大規模の医学大会です。学術講演や学術展示、市民向けの公開展示などのプログラムを用意しています。



【学術講演「20の柱」】

『第29回日本医学会総会 2015 関西』では、「医学と医療の革新を目指して—健康社会を共に生きるきずなの構築—」をメインテーマに、特定領域の専門的議論に偏ることなく、今日の社会が直面する20の医療課題について分野横断的な議論が行われます。取り上げるテーマは「先制医療」「再生医療」から「医療とIT」や「在宅医療を含んだ慢性期医療」・「死生学」・「チーム医療の新しい展開」まで多岐にわたります。WEBサイトでは、学術講演「20の柱」の各担当にQ&A形式でインタビューを実施しています。

【開催概要】

- ◎学術講演 4月11日(土)～4月13日(月)
場所：国立京都国際会館、グランドプリンスホテル京都、
京都大学百周年時計台記念館、京都大学医学部芝蘭会館
- ◎学術展示 4月10日(金)～4月13日(月)
場所：国立京都国際会館、京都市勤業館「みやこめっせ」
- ◎一般公開展示 3月28日(土)～4月5日(日)
場所：神戸国際展示場ほか
- ◎医学史展 2月11日(水・祝)～4月12日(日)
場所：京都大学総合博物館

講演や展示の詳細は、WEBサイトをご覧ください。

URL : <http://isoukai2015.jp/>

『ドクターゼ』に対するご意見・ご要望はこちらまで！

Mail: edit@doctor-ase.med.or.jp

URL: <http://www.med.or.jp/doctor-ase/>

※イベント・勉強会等で日本医師会の協力を得たい場合も、こちらにご連絡ください。

医学生のみなさんからのご連絡、
お待ちしております。

ドクターゼ編集部

2 医師への軌跡

西脇 聡史医師(豊橋市民病院血液・腫瘍内科副部長/輸血・細胞治療センター副センター長)

[特集]

6 緩和の視点 患者の生に向き合う医療

8 緩和ケアの基本的な考え方

10 専門的緩和ケアの3つの現場

緩和ケアチーム

ホスピス・緩和ケア病棟

在宅緩和ケア

16 医師に求められる「緩和の視点」

18 同世代のリアリティー

子どもを保育する 編

20 チーム医療のパートナー(臨床心理士・精神保健福祉士)

22 医療情報サービス事業“Minds”の取り組み(後編)

信頼できる医療情報の発信

24 地域医療ルポ 10

島根県隠岐郡西ノ島町 隠岐島前病院 白石 吉彦先生

26 10年目のカルテ(整形外科)

八幡 直志医師(帝京大学医学部附属病院 外傷センター)

頭川 峰志医師(富山大学附属病院 整形外科)

30 医師の働き方を考える

多様性を認め、働き続けやすい環境をつくる

～日本医師会男女共同参画委員会前委員長 小笠原 真澄先生～

32 医学教育の展望

川崎医科大学附属高等学校長 新井 和夫先生

34 大学紹介

順天堂大学/埼玉医科大学/岐阜大学/鹿児島大学

38 日本医科学生総合体育大会(東医体/西医体)

42 医学生交流ひろば

46 FACE to FACE 04

榎淵 凛×梅本 美月



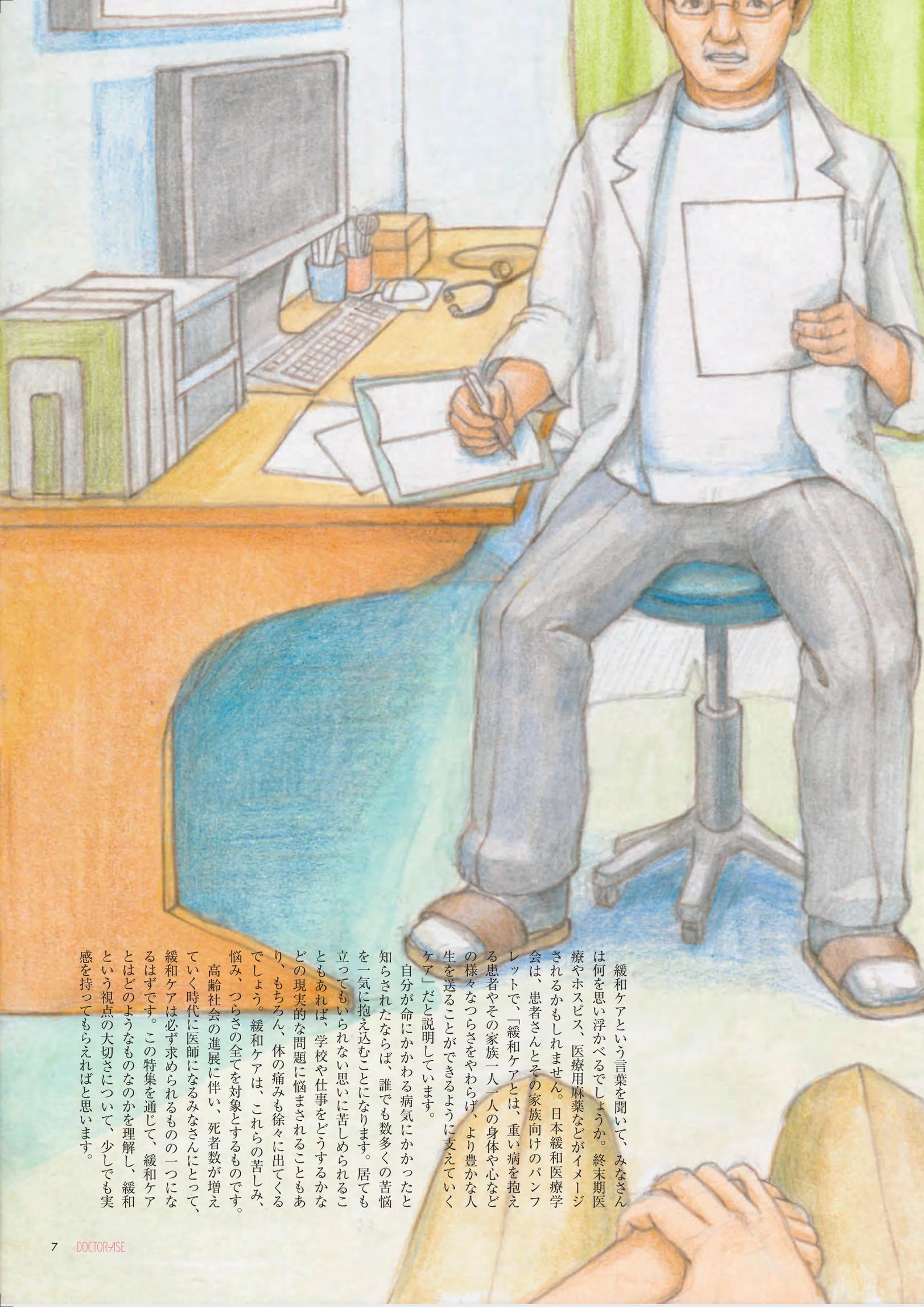
あなたは診察室に入り、丸椅子に腰掛ける。神妙な面持ちの医師が口を開く。「検査の結果、残念ですが進行がんとわかりました。」一般的には、もって1年ということらしい。頭が真っ白になり、呆然とする――。

長引く体の不調をいぶかり、かかりつけのクリニックを受診したのが2週間前。紹介された大学病院では、随分たくさんさんの検査を受けさせられた。不安を抱きつつも、まさかそんな重い病気ではないだろうと自分に言い聞かせながらこの数日を過ごしていた。

診察室を出て、目の前にあったベンチに座り込む。様々な思いが頭の中をぐるぐると駆け巡る。何かの間違いではないのか。本当に治る見込みはないのか。どんな治療をして、どんな副作用があるのだろうか。両親には何と言おうか。大学はどうしたらいいのか。自分は本当に死ぬのだろうか――。

緩和の視点

患者の生に向き合う医療



緩和ケアという言葉を知って、みなさんは何を思い浮かべるでしょうか。終末期医療やホスピス、医療用麻薬などがイメージされるかもしれません。日本緩和医療学会は、患者さんとその家族向けのパンフレットで、「緩和ケアとは、重い病を抱える患者やその家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるように支えていくケア」だと説明しています。

自分が命にかかわる病気にかかったと知らされたならば、誰でも数多くの苦悩を一気に抱え込むことになりそうです。居ても立ってもいられない思いに苦しめられることもあれば、学校や仕事をどうするかなどの現実的な問題に悩まされることもあり、もちろん、体の痛みも徐々に出てくるでしょう。緩和ケアは、これらの苦しみ、悩み、つらさの全てを対象とするものです。高齢社会の進展に伴い、死者数が増えていく時代に医師になるみなさんにとって、緩和ケアは必ず求められるものの一つになるはずです。この特集を通じて、緩和ケアとはどのようなものかを理解し、緩和という視点の大切さについて、少しでも実感を持ってもらえればと思います。

緩和ケアの基本的な考え方

このページでは、現在の日本における、
緩和ケアについての基本的な考え方を紹介します。

表：WHO（世界保健機関）による緩和ケアの定義

緩和ケアとは

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである。

緩和ケアは…

- ・ 痛みやその他の苦痛な症状から解放する
- ・ 生命を尊重し、死を自然の過程と認める
- ・ 死を早めたり、引き延ばしたりしない
- ・ 患者のためにケアの心理的、霊的側面を統合する
- ・ 死を迎えるまで患者が人生を積極的に生きてゆけるように支える
- ・ 家族が患者の病気や死別後の生活に適応できるように支える
- ・ 患者と家族——死別後のカウンセリングを含む——のニーズを満たすためにチームアプローチを適用する
- ・ QOL を高めて、病気の過程に良い影響を与える
- ・ 病気の早い段階にも適用する
- ・ 延命を目指すそのほかの治療——化学療法、放射線療法——とも結びつく
- ・ 臨床的な不快な合併症の理解とその対応の推進に必要な諸研究を含んでいる

表 出典：日本ホスピス緩和ケア協会 WEB サイト <http://www.hpcj.org/what/definition.html>
英語原文：WHO WEB サイト <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

図1 参考：日本緩和医療学会作成「がんとわかったときからはじまる緩和ケア」

図2 参考：淀川キリスト教病院ホスピス編（2007）「緩和ケアマニュアル」最新医学社

WHOによる緩和ケアの定義

そもそも緩和ケアとは何なのでしょう。ここでは、WHOによる緩和ケアの定義（2002年）を見てみましょう（表）。

まず、緩和ケアは、「生命を脅かす疾患」を抱えた患者さんとその家族に対し、「病気の早い段階」から行われるものであることがわかります。また、緩和ケアが対象とするのは「痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題」であり、それを早期に発見し、苦しみを和らげることで、患者さんと家族のQOLを改善することが目標とされています。

この特集では、「生命を脅かす疾患」がんに絞って考え、緩和ケアの考え方を紹介します。

がん診断された時からの緩和ケア

さて、右で確認したように、緩和ケアは病気の早い段階にも適用されるものです。みなさんの中には、緩和ケアというと終末期医療のことだと思っている人もいらっしゃるかもしれません。事実、そのように考えられていた時代もありましたが、現在では、緩和ケアはがん診断された時から始まるという考え方が標準になっています（図1）。

国のがん対策の転換点となったのは、平成19年6月の第1期がん対策推進基本計画の策定でした。ここで、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」が全体目標の一つになり、国全体としてがん患者のQOL向上を図ることが決定されました。

平成24年6月の第2期がん対策推進基本計画では、それまで「早期から」とされ

ていた緩和ケアについて、「がん診断された時から」と表現が改められ、緩和ケアの始まる時期が、がんという診断がなされた時点と、より明確に表現されました。

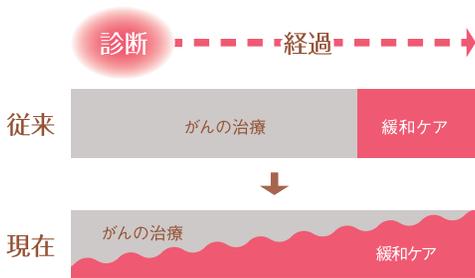
患者さんの抱える様々な苦痛

自分ががんにかかっているとわかった患者さんは、身体の痛みだけでなく、様々な苦痛を体験することになります。ホスピスの創始者であるシシリー・ソンドラスは、がん患者が体験する複雑な苦痛について、「全人的苦痛」という概念を提唱しました（図2）。全人的苦痛は、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペインから構成されます。

身体的苦痛とは、文字通り身体の痛みのことです。がんの患者さんは、がんそのものが骨や神経などに転移したことによる痛みのほか、治療の副作用で起こる嘔吐や吐き気、便秘・下痢など、様々な苦痛を抱えることになります。

精神的苦痛とは、がんであるとわかった

図1：WHO（世界保健機関）の緩和ケアの考え方



という事実、治療のつらさなどから発する不安や恐れ、いらだちなどを指します。自分が命にかかわる病気だとわかったら、気持ち落ち込む、何もする気が起こらないなどの状態になるといえるのは、想像に難くないことではないでしょうか。

社会的苦痛は、経済的な問題、仕事、家族との関係などに関する苦悩のことです。重い病気にかかれば誰でも、治療費はどうやって捻出するのか、仕事はこれからどうしようか、家族にはどう伝えればいいのか：などの課題を抱えることになります。

スピリチュアルペインとは、死への恐怖、また、人生の意味や目的が失われてしまうことによる苦痛です。病気になって今までのように生活を送れなくなったとき、人はこれからの生き方や、人生の意味や目的などについて疑問を抱くようになります。なぜ自分はこんな病気になってしまったのか、いつ消えてしまいたいなどという気持ちになるのもやむを得ないことでしょう。

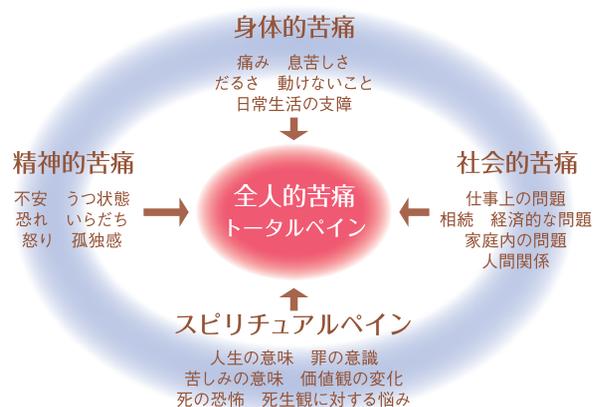
以上のような、患者さんを取り巻くあらゆる痛みやつらさを取り去ろうとするのが緩和ケアなのです。

現場における緩和ケアの提供体制

緩和ケアが診断がついた時から始まるということ、告知をする医師が緩和の視点をもつて患者さんに接しなければいけないということ、とはいえ、最初から最後まで、主治医ひとりでは緩和に取り組みなければならないわけではありません。

緩和ケアには、基本的な緩和ケアの段階と、専門的な緩和ケアの段階があります。基本的な緩和ケアというのは、主に主治医や担当看護師によって、日常的に行われる

図2：全人的苦痛（Total Pain）



レベルの緩和ケアです。医学生のみなさんの多くは、将来こちらの立場で緩和ケアに関わることになるでしょう。診断がついて、最初に患者さんや家族の気持ちを慮り、様々なつらさを和らげるところが基本的緩和ケアです。対して、主治医が、自分たちの力では解決できない、専門家に頼りたいと思ったときにコンサルトできるのが、専門的な緩和ケアの担い手です。

専門的な緩和ケアの中でも病気の早い段階から関わるのは、がん診療連携拠点病院などに設置されている緩和ケアチームです。一方、治療の手立てを尽くしたけれどもはや治療は見込めない状態となった患者さんのつらさを和らげる役割を果たすのが、ホスピス、また在宅での緩和ケアです。次のページからは、これらの専門的緩和ケアの担い手について紹介します。



医師
研修医
川本 晃史先生

研修医2年目です。様々な科をローテーションしてきた中で、このチームが最も一緒に動いている感じがあります。ここでは先輩医師だけでなく他職種とも頻りに顔を合わせて話すことができるので、コンサルトがしやすいですね。チームで協力して治療法を考えることができるのは、やっぱり理想的だなと思います。



医師
緩和ケア科医長 鄭 陽先生

患者さんや家族と出会った時からコミュニケーションをしっかりとって、信頼関係を築いていくことが、緩和ケアの第一歩だと思います。



心理士
心理療法士
栗原 幸江さん

時間の流れと人間関係の両方を見ながら、患者さんのお話を伺います。その中で、声の調子や選んでいる言葉、語彙もその人の内面の表れとして観察し、今直面しているつらい局面を乗り越えるための気づきをサポートしていきます。患者さんのお話の中で、治療やケアに活かせることは他職種と共有するようにしています。また、患者さんと向き合う医療者の心のケアにも携わっています。



専門的緩和ケアの 3つの現場

緩和ケアチーム 都立駒込病院

がんの治療の早い段階から、患者さんの抱える様々なつらさの緩和にチームで関わります。



チームで専門性を発揮する

緩和ケアチームは、がんの初期から、患者さんの痛みやつらさのケアに携わること専門とした医療チームです。患者さんから要望があった場合や、がん治療に関わる医療者からコンサルトがあった場合に、緩和ケアチームはそれを受けて患者さんの状態に合わせた専門的ケアを提供します。特にがん診療連携拠点病院においては、その指定要件の中で、緩和ケアチームを整備することが求められています。

緩和ケアチームは、身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、緩和ケアの経験を有する看護師・薬剤師などのメンバーで構成されています（このメンバーは診療報酬の加算基準にも定められています）。他にも、施設によって心理士や管理栄養士、ソーシャルワーカー、リハビリ専門職などの多職種が関わっています。

駒込病院の緩和ケアの取り組み

緩和ケアチームの活動について、都立駒込病院の緩和ケア科部長・田中桂子先生にお話を伺いました。

「当院では緩和ケア科医師・精神科医師・看護師・薬剤師・心理士をコアメンバーとし、管理栄養士・ソーシャルワーカーなどの多職種が連携してチームを構成しています。院内の栄養サポートチームや褥瘡対策チームとも連携しながら、幅広い視点からの緩和ケアを推進しています。」

また駒込病院では、2014年1月のがん診療連携拠点病院の指定要件の改定を受けて、9月から患者さん全員にスクリーニングシートを配布し、心・体のつらさの自己評価を行ってもらおうという取り組み



栄養士
管理栄養士
能勢 彰子さん

患者さんにとって、食事ができるということはとても大事なことです。食事ができないことをつらく思う方はとても多いので、食欲が低下して1人分食べられない方にも、食べたいもの・食べられるものの要望を聞いて、できる範囲でお出ししています。心をこめて手作りしたゼリーやスープは好評をいただいています。



ソーシャルワーカー
高橋 利江さん

受診の案内、制度や医療費の紹介、在宅の調整など、入院から退院までの様々な相談に応えています。



薬剤師
緩和薬物療法
認定薬剤師
宮澤 真帆さん

多くの患者さんが抗がん剤治療などを受けているため、チームで提案する薬との相互作用や副作用の重複に注意し、薬学的視点から考えられることをメンバーと共有します。患者さんに服薬指導を行ったり、看護師さんには薬を使用する際の注意点などの情報提供を行っています。



痔瘡対策チーム
皮膚・排泄ケア認定看護師
佐々木 尚美さん、里見 優子さん

がん治療中の患者さんは、痛みや倦怠感、吐き気といった症状でなかなか動けなくなり、痔瘡ができることが多いんです。できてしまった傷は治りにくいので、緩和ケアチームと一緒に考えながら、患者さんがつらくないような体位にしたり、傷ができるだけ悪くならないような配慮をしたりしています。



看護師
がん看護専門看護師
宗定 水奈子さん

チームの看護師として病棟の看護師の後方支援を行います。患者さんと直接会う時間は限られているので、チームで情報を収集し、ポイントを絞って対応していきます。病棟と連絡を密にとり、病棟とチームとの患者さんやご家族に対する支援の考え方をすり合わせていきます。そのうえで、他の専門職の支援要請など調整を行うことも大事な仕事です。病棟の看護師が声をかけやすく、開かれたチームであるように心がけています。



を段階的に始めました。スクリーニングにより患者さんをピックアップして、つらさの段階に応じたケアを提供しているのです。「具体的には、一次支援では病棟や外来のスタッフがパンフレットを渡したり、痛みについてヒアリングをしたりします。二次支援では緩和ケアに関する認定看護師が関わり、さらに専門的な指導を行います。管理栄養士や心理士、ソーシャルワーカーが関わる場合もあります。三次支援では緩和ケアチームが全面的に関わります。希望により、緩和ケア病棟に移動することもあります。患者さんの年齢や生活背景、がんの進行度、治療法などにかかわらず、全ての患者さんに必要な緩和ケアを提供することを目指しています。」

院内教育で、スタッフに緩和の視点を

取り組みを行うにあたっては、スタッフ全員が緩和の視点を持つことが必要です。「スタッフ全員が緩和ケアについて理解し、最低限のことができるようにするため、院内での教育・啓発、マニュアルの整備に力を入れています。例えば、緩和ケア科医師・がん看護専門看護師・緩和ケア認定看護師が中心となって、各スペシャリティを持った専門・認定看護師と共に勉強会を行ったり、電子カルテ上にマニュアルを設け、いつでも緩和ケアチームに相談できるような基盤を整えたりしています。また、各病棟に緩和ケアリンクナースを配置し、困っている患者さんや看護師がいらないかを常に見て回ってもらっています。病院には医師だけでなく様々な職種の人があります。お互いの役割をきちんと認識し、コミュニケーションをとれば、よりよい医療が提供できると思っています。」

ホスピス・緩和ケア病棟とは

がん治療を続けていくと、残念ながら治療する可能性がなくなる時期があります。抗がん剤治療や放射線治療の効果がなくなり、それ以上治療を続ければ副作用が患者さんの心身を蝕む場合も少なくありません。残された人生を苦痛なく穏やかに過ごしたいと望む患者さんのための場所が、ホスピスや緩和ケア病棟です。

とはいえ、ホスピスでは医療的な処置を全くしないというわけではありません。病状が急変する場合もあるため、がん末期の患者さんがどのような経過を辿って死に至るのかを知り、適切に対応する必要が 있습니다。入院したその日に亡くなってしまいうケースもあるほどです。それでも、患者さんのつらさを和らげ、できる限りその人らしい最期を過ごしてもらうために様々なケアを行うのが医療者の役割です。

東京衛生病院の緩和ケア病棟

古くからホスピスの歴史を持つ東京衛生病院理事長の早坂先生に、ホスピスでの緩和ケアについてお話を伺いました。

「ホスピスの基本的な考え方は、患者さんにとって今一番よいことを、すべての側面から考えることです。もちろん、がんが治る可能性がある場合には治療は必要ですが、治らないとわかった場合には、積極的な治療を行わない方がよい場合も多い。あくまで患者さんの今の病状に対して一番よいと考えられる医療を提供しています。

ホスピスではほとんどの場合、最終的に命を助けることはできません。その分、亡くなるまでの過程に患者さんや家族が納

専門的緩和ケアの 3つの現場

ホスピス・緩和ケア病棟

東京衛生病院

がんを治すための治療を行うより、つらい症状の緩和に重点を置く方がよい時期に至った患者さんを受け入れます。

得しない限り、必ず悔いが残ります。私たちは患者さんと家族が最後の時期によい時間を過ごせたと思えるように、通常の何倍もの時間をかけて、様々な職種が関わりながら、症状のコントロールや精神的なケア、家族のケアを行っています。

診断当初から治療に携わった医師であれば、患者さんと長い時間をかけてコミュニケーションがとれますが、ホスピスは最後の段階で引き継がれるため、短期間で信頼関係を築かなければならない難しさがあります。今後は、大学病院や地域の医療機関の主治医と早い段階からやり取りをし、患者さんと家族の背景を把握しておくことができると考えています。」

精神的支柱としての宗教者の役割

東京衛生病院をはじめ、ホスピスや緩和ケア病棟をもつ病院には宗教的な背景

があるところが多くあります。

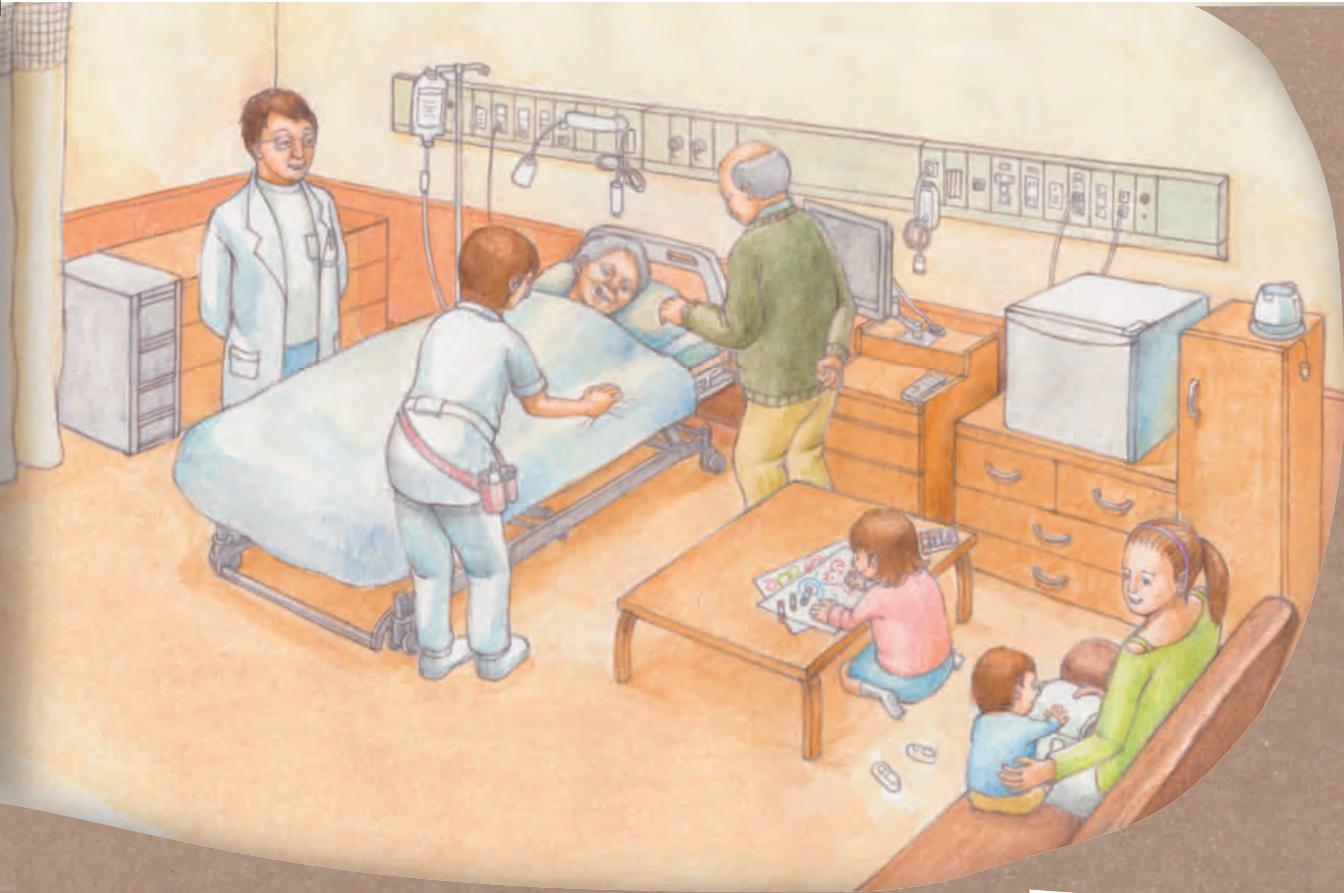
「キリスト教系の病院は欧米の病院とつながりがあったため、緩和ケアの考え方を導入しやすかったのではと思います。

キリスト教には、『人間の命は神様から与えられたものであり、能力・状態によらず大切である』という思想があり、これは『死までの時間をいかによく過ごせるかを考えよう』というホスピスの理念に近いものがあります。そうした理念を組織として支えているのが、当院では牧師という存在なのではないかと私は思います。彼らはとても尊敬できる存在です。私たち医療者も、困ったことがあるときには牧師に相談に行くんです。死に向き合うのは大変なことだから、やはり様々な迷いや葛藤がある。そんなとき立ち返るのが理念であり、当院ではそれを牧師が体現し、精神的支柱になってくれているんだと思います。」

東京衛生病院理事長・ホスピス部長 早坂 徹先生

私はずっと外科医として働いてきました。がんの患者さんを治療するなかで、どんなに手術をしても再発する患者さんに何度も出会い、「元気になってよかったですね」とニコニコしているだけでは済まない、再発する人のケアも重要だということが実感としてわかってきました。そして、歳をとってきて、外科医として長時間働くことが厳しくなってきた頃に、緩和ケアの分野に転向しました。「とにかく何とか命を助けたい」と思い、努力してきたことがベースとなり、今は何とか命を支えたいと思っています。





看護師
緩和ケア認定看護師
中村 陽子さん

緩和ケア病棟は、患者さんに寄り添うことを大切に、そのことに時間をかけることができる環境だと思います。私たちは患者さんや家族がこれまでどのように生きてこられたのか、「その人らしさ」を大事にすることを心がけています。そして、からだや心のつらさに寄り添い緩和することで最期までその人らしく生きることを支え、「あの方らしい生き方だったな。」と思えるような看護を目指しています。患者さんが亡くなるのは私たちにとってもつらいことですが、ケアをしながらそれぞれの生き方や考え方を傍で感じられ、自分の人生の勉強になっています。みなさんすごく尊敬できる生き方をされていますし、「生きる」ことを考え、感じられる場所だと思います。

ボランティアスタッフの手作りの品が並ぶ売店。売上はボランティアの活動費に充てられます。



牧師
牧師部長・チャプレン 永田 英子さん

不思議なもので、「牧師です」と言って伺うと、患者さんたちもストレートに、死ぬことや生きること、過去のこと、自分の死後のことなどについて話して下さいます。そこで出てくるのが、「なぜ」ということばです。なぜ自分は病気になったのか、何の意味があるのか、自分が生きている意味は何だろうという問い。私たちはそうしたことばに耳を傾け、時には時間をかけて話を聴きます。それは人を越えた存在への問いのように聴こえます。医療者とは違う側面からその人と出会い、共に悩み、共に平和をみつめることが役割だと思っています。この病院は宗教色の強い病院で、スタッフの3割がクリスチャンですが、クリスチャンでなければならないというわけではありません。ただ、「こころとからだのいやしのために、キリストの心でひとりひとりに仕えます。」という病院の理念をスタッフ全員が常に大事にしていることは、この病院の医療の質を支えていると思います。患者さんのためにスタッフと一緒に祈る機会があるのですが、みな同じことに悩み、どうしたらいいかを考えているんです。思いを共有できていることは、うれしいことですね。医療者も神の癒しの対象であることをいつも伝えるようにしています。

ボランティアスタッフ

東京衛生病院では患者さんのケアにボランティアの方が関わっており、買い物に行ってくれたり、お花の水を換えてくれたりするそうです。一定の距離のある第三者と関わることが、患者さんにとって癒しになっています。

在宅で緩和ケアを行うということ

抗がん剤治療の最中、あるいは積極的な治療をやめた後に、家で過ごすことを選択する患者さんも多いでしょう。内閣府の調査*によれば、「治る見込みがない病気になる場合、どこで最期を迎えたいか」という質問に対し、「自宅」が54・6%で最も多く、次いで「病院などの医療施設」が27・7%という結果も出ています。

しかしながら、在宅を選択するということは、身近に医療機器もなければ医療者もないということです。そうした状況の中で、患者さんの様々なつらさをどのようにケアするかが、在宅緩和ケアの課題となります。疼痛の緩和や看取りといった医療的なことももちろんですが、死への恐怖に耳を傾けたり、家族の思いを聞き取ったりといった関わりも非常に重要です。

また、急変など、何か起きたときに病院に搬送されれば、結果的に在宅で死を迎えることはできなくなってしまう。そのため、周囲に救急車を呼ばないように声をかけるなど、患者さんが納得する形で生を全うするための工夫が求められます。

パリアンの在宅ホスピスケア

在宅での緩和ケアを専門とする医療法人社団パリアン理事長の川越厚先生にお話を伺いました。

「私たちは、患者さんと家族が在宅での生と死を納得できる形で全うできるように支援することを目指し、診療所・訪問看護ステーション・訪問介護事業所・ボランティア組織などを運営しています。ケアの主体となるのは主に医師と訪問看護師ですが、介護スタッフやボランティアスタッフがと共にチームで関わることで、全人的な

専門的緩和ケアの 3つの現場

在宅緩和ケア

医療法人社団パリアン

「家で死にたい」という患者さんとご家族のために、患者さんの自宅で緩和ケアを行う環境を整えます。

す。私たちは、患者さんや家族の疑問に答えるとともに、『在宅がベストな選択なのか』をじっくりと話し合います。」

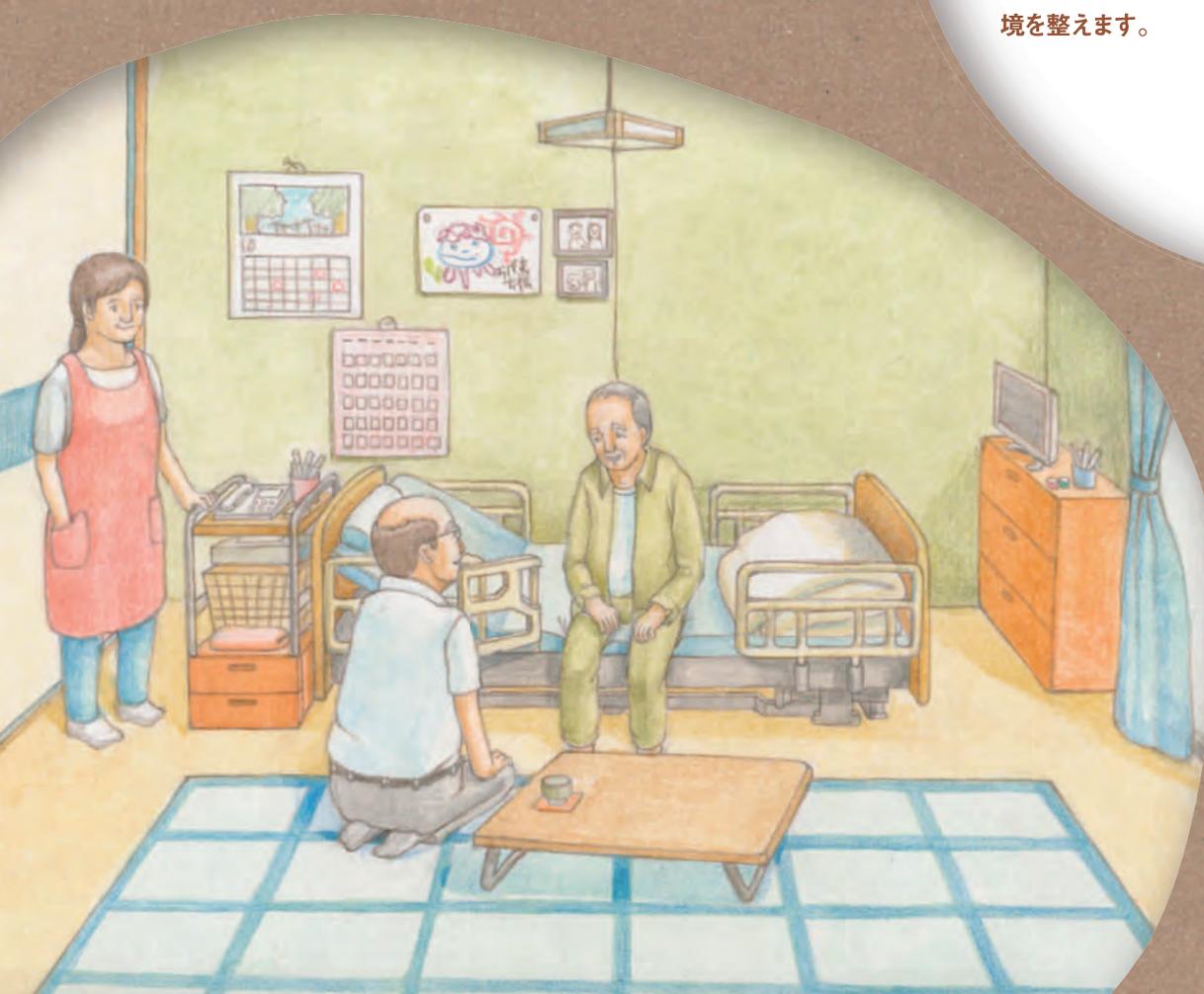
ホスピスケアという哲学

川越先生はお話の中で「緩和ケア」ではなく「ホスピスケア」と仰っていました。ホスピスケアは緩和ケアの概念に含まれるものではありますが、なぜ敢えて「ホスピス」という言葉を使うのでしょうか。

「ホスピスの創設者であるシシリー・ソングダースは、ホスピスを『看取りの哲学』であると定義し、それに基づくケアをホスピスケアとしました。だから私は、ホスピスとは建物のことではなく、死を前にした患者さんを対象とする医療・ケアの哲学や考え方だと捉えています。」

例えばホスピスの哲学では、患者さんと家族はひとつのケア対象として捉えられています。病院では通常、患者さんが亡くなっ

*内閣府 平成26年版高齢社会白書



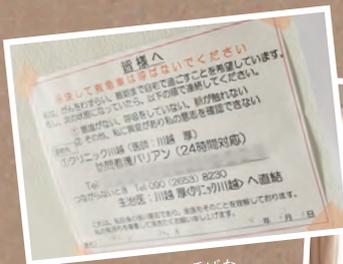


患者さん
Aさん

この患者さんは、20年以上C型肝炎の治療を続けてきましたが、5年前に肝臓がんと診断されました。そして昨年2月まで抗がん剤の動注療法を続けていましたが、通院が困難になり、入院することになりました。入院時にCT検査をしてみると、肝両葉に複数のがん腫瘍が認められましたが、肝機能が低下しているため抗がん剤治療は難しい状態だったそうです。そこで患者さんの意向を確認すると、積極的な治療はやめて在宅で療養することを希望したとのこと。こういった経緯を経て、川越先生が診療を行うことになりました。現在は、都内のマンションで一人暮らしをしながら、在宅での療養を続けています。

なケアを提供しています。
在宅への移行にあたっては、相談外来を設けています。相談外来は、患者さんや家族が私たちの提供するケアについて理解し、自分たちの希望を医療者に伝える貴重な場であり、医師や訪問看護師が患者さんや家族の思いを理解する機会でもありま

たらケアは終わりですが、ホスピスケアの場合は家族（遺族）のためのケアも非常に大切なのです。パリアンでは亡くなって1週間後に医師と看護師が必ず手紙を書き、1か月後にはお電話をし、1年後にはボランティアが命日カードを書いて送ります。また、年に4回ほど遺族の会を開いており、家族を亡くした方が集まって悲しみを共有する機会を設けています。」



部屋には「救急車を呼ばないでください」という張り紙が貼ってありました。



往診では、痛みはどのくらいかを聞き、病状に波があるということを患者さんに説明します。また、家族や周囲の人とこれからどのように関わっていきたいか、丁寧に意向を聴きます。この患者さんの場合、内縁の妻と娘がいるようですが、いずれも会いたくないとのこと。また入院している頃は会社の同僚も見舞いに来ていたようですが、彼らにも知らせないでほしいといいます。患者さんの選択を受け入れ、「僕らが守るよ」と約束する川越先生。さらに話は、ゴルフが趣味であることや、学生時代の部活動でやっていたスポーツのことにまで及びました。



往診には、研修医の斎藤先生も同行していました。地域医療実習の一環だそうです。

医療法人社団パリアン理事長・クリニック川越院長 川越 厚先生

僕はもともと産婦人科医で、婦人科腫瘍学の専門家でした。再発がんや進行がんの患者さんに対する化学療法を中心にやっていました。しかし39歳のころ、自身が大腸がんになりました。結腸半切除という大きな手術を受け、しかも腸閉塞になり、その後1週間も経たないうちに再開腹を受けて、生死の境を彷徨ったんです。これは非常につらい体験でした。自分が本当に死ぬとしたら何が大事か考え、家族と一緒にいる時間をたくさんとりたいと思って、大学病院をやめました。やめてしばらくして、当時、在宅医療の領域を切り開いていた先生にお会いする機会がありました。これは面白そうだと思い、在宅でのがん治療・ケアという道に入りました。



医師に求められる「緩和の視点」

これから医師になるみなさんに考えてほしいことについて、
日本緩和医療学会の二人の先生方にお話を伺いました。



木澤 義之先生

神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科
神戸大学大学院 医学研究科
内科系講座 先端緩和医療学分野 特命教授

緩和ケアの専門医の養成課程

—先生は神戸大学で緩和ケアの専門医養成に携わっていらっしゃるようですが、緩和の専門家になるためには具体的にどのような教育課程を経るのでしょうか。

木澤（以下、木）…私が担当している「地域密着型がん緩和医療専門医養成コース」では、4年間の教育プログラムを設けています。そのうち、緩和ケア病棟1年、在宅緩和ケア6か月、緩和ケアチーム6か月、計2年間の臨床研修が必修です。症状緩和や腫瘍学、心のケアなどを経験しながら、将来どういう場所でどんなケアに携わりたいかを考えてもらいます。そして残りの2年間で、特に深めていきたい分野を選択してさらに学びを深めていきます。

このコースで特徴的なことの1つは、医師だけでなく看護師や薬剤師、心理士などの多職種が集まって、論文抄読会やリサーチミーティングを定期的に行っていることです。職種の垣根を越えて、緩和医療に関する良質な論文を多職種で精読し、自分たちのケアに生かせるかを討論しあうというトレーニングを毎週続けています。↓

まだ日本で行っているところは少ないですが、世界的には一般的なことです。

緩和を志す人のための道筋を作りたい

—そのようなコースを立ち上げられた背景には、どんな経緯があったのでしょうか。木…緩和ケアをやりたいと思った人が、ちゃんと緩和ケア医になれる道筋を作りたいという気持ちが一番のモチベーションでした。というのも、僕が今まで前例のない道を通って苦労してきたからです。

実は僕は学生の頃から緩和ケアをやりたいと思っていました。もともと人の生と死に興味があったということもあります。直接のきっかけは、大学1年生の頃に社会医学の研究室の「21世紀の医療を考える」というゼミで、ホスピス・緩和ケア

や在宅医療の現場を見学する機会をいただいたことでした。その後、縁あって、学生時代のエレクトティブ・プログラムでカナダのマクマスター大学に留学する機会をいただきました。その頃はまだ緩和ケア医を育てるプログラムは日本になかったので、指導医の先生に「緩和ケアを日本で実践したいがどのように研修すればよいか」と相談したら、「まずは総合診療や家庭医療学を勉強したほうがいいよ」と勧められました。しかし日本に帰って来てみると、その当時はまだ総合診療や家庭医療を学ぶ環境も十分ではありませんでした。恩師の勧めもあり、総合内科や在宅医療が研修できる河北総合病院で3年間研修させていただいたのですが、その後やはり緩和ケアの道に進みたいと思えました。でも、歴史のあるホスピスに応募しても、全く採用してもらえなかった。一度総合診療の道に戻りましたが、7年目にまた「やっぱり緩和をやりたい」と思ったんです。でも、

その時も採用してくれる病院はなく、唯一国立がん研究センターだけが「無給であればいいよ」と言って研修を受け入れてくれました。その時代はとても苦労しましたが、それでもなんとか研修を続けた結果、研修が終わった頃には、病院内に新しく総合診療部や緩和ケア病棟を設立できるようになりました。

日本緩和医療学会が2013年から開催している「医学生・研修医・若手医師のための緩和ケア夏季セミナー」も、緩和ケアを学びたい学生のための場を作りたいと考えて立ち上げたものです。緩和ケアを学びたいと思っている学生さんにはぜひ参加してほしいと思っています。

キウアだけでなくケアの視点を

—大学で緩和ケアを教えるうえで、どのような難しさを感じますか？

木…医学教育では、キウア、治すことについては習いますよね。しかしながら、ケアの部分についてはほとんど教えていないのが現状だと思います。だから医師になっても「患者を癒すこと」はイメージできず、ケアに関しては看護師さんには敵わないのではないのでしょうか。しかし緩和ケアの考え方の基本は、キウアできるものをまずキウアし、その上でキウアできないものをどうマネジメントするかということ。もちろん治せるものは治さなければなりません。けれど、医学の限界は必ずあるんです。だからこそ医師は、ひとりの人間として、治すことができない患者さんとのように向き合うのかということを追及しなければならぬ。そして、治らない患者さんとうまくやって一緒に生きていくかを考えなければならぬ。難治性症状の緩和と、治療が難しい患者さんとともに生きること、

緩和ケアは終末期だけのものではない

現代において、がんは非常に一般的な病気になっています。今やがん患者さん全体の5年生存率は60%以上であり、まだまだ働ける現役世代のがん患者さんも珍しくありません。このため、手術や抗がん剤治療、放射線治療の後に社会復帰するというケースも多くあります。男性の60%、女性の48%ががんになる時代ですから、医学生のみなさんも卒業して医師になったら、がんの患者さんを主治医として診ることになる場合も多いでしょう。

がんと診断されることは、患者さんにとって相当なショックを伴います。たとえ治療可能だとしても、告知された瞬間に死を想起する人も多いでしょう。苦しい治療に耐えられるのか、その間仕事はどうするか、本当に治るのか…など不安は尽きないでしょうし、治療終了後、再発する可能性に怯えながら暮らす人も少なくありません。

そう考えてみると、患者さんや家族の不安やつらさを和らげる緩和ケアの考え方は、決して終末期にのみ適用されるべきものではないということがわかつて思います。だから私たち日本緩和医療学会は、がんと診断された時からの緩和ケアが重要だと考えているのです。

死について考える機会を持つことの重要性

日本人は生と死について考える機会が少ないのではないかと思います。日本には70年も戦争がなく、世界一の長寿国でもあり、人は必ず死ぬとわかっていても、実際に自分が死ぬことまで想像していない人が圧倒的に多いように思います。医学生の中でも、「1年後、生きていないかもしれない」などと考えたことがある人はほとんどいないのではないのでしょうか。実は70代・80代の人も同じなのです。

そういうところに、がんは突然訪れます。だから、がんと診断されてはじめて死を想起する患者さんも多い。そうなったとき、主治医であるみなさんが、患者さんの生と死にしっかり向き合い、思いやることができるかどうか。私は、みなさんが一度でも腰を据えて生と死について考えたことがあるかどうかで、患者さんへの接し方が大きく変わってくるのではないかと考えています。

だから私は、大学で教えている学生には、「もし今『あと3か月しか生きられない』と言われたら自分なら残された時間に何をするかを真剣に、それも24時間考え続けてほしい」と伝えています。後から卒業生に、「どんなことを24時間真剣に考えたか」と聞いてみると、それぞれ、内容や感じ方は違いますが、「自分が死ぬことなんて考えたこともなかったけれど、やってみてとても勉強になった」と話してくれる学生が多いです。

みなさんも、国家試験が終わってから就職までの休みの間に、是非この“試み”を経験してほしいと思います。もちろん、何をしたら正解というものはありませんが、この試みをやること自体に大きな意味があると私は考えています。

細川 豊史先生

日本緩和医療学会 理事長
京都府立医科大学附属病院 疼痛緩和医療部 部長
京都府立医科大学 疼痛・緩和医療学講座 病院教授



この2つのことに興味をもち、患者・家族とともに努力を続けることこそが、緩和ケアの専門性だと考えています。

価値観の向こうを見つめてほしい

——先生が学生を教育するうえで大切にしているのは、どのようなことですか？

木：学生によく言うのは、普通のことを楽しみながら真剣にやるのが重要だということ。そして、「善」と「悪」などといった価値判断を加えないで物事を考えてみてほしいということですね。僕はよくディ

スカッションの中で、「どこまでが『善』で、どこまで『悪』だと思う？」それをどうやって判断してる？」などと学生に聞いてみることもあるんですが、本当に自分の考えを突き詰めている人は少ないですね。「だっで一般的にはそう考えられていますよね。」なんて答えが返ってくることもある。しかし緩和ケアに携わる医師は、それではダメだと思うんです。

患者さんが何かをしたいと言ったとき、「なぜそうしたいのか」を理解しなければいけません。その判断の背景には何があるのか、もっと具体的に言えば、患者さんにはどんなパーソナル・ヒストリーがあつて、どんな物語があるのかを知らなければ、その判断の本当の意味はわからないわけです。僕は患者さんのストーリーを聴く立場だからこそ、逆に自分が話す機会も作っていかないと話すことで互いのことがわかり、信頼関係が築ける。それがなければ緩和ケアはできないと思います。価値観の向こうにあるものを見つめていくということ。僕はその能力を、4年間の教育で培っていきたくて考えています。

今回のテーマは 『子どもを保育する』

医師が仕事と育児を両立させるためには、保育所や幼稚園にお世話になることが多いでしょう。今回は保育のプロ3人に、その仕事内容や育児について聞きました。

保育所と幼稚園 保育形式の違い

社D：私は保育士として働き始めていま3年目で、今年は0歳児クラスの担任をしています。
社E：私は幼稚園に今年入職して、4歳児を受け持っています。
社F：僕も今年から幼稚園で働いています。僕の園では入職1年目は担任を持たず、年少・年中・年長のクラスを1学期ずつ補助することになっています。来年から担任を持つ予定です。
医A：基本的なことなのですが、保育所と幼稚園の違いはどのようなところにあるんですか？
社F：保育所は厚生労働省管轄の乳幼児の保育を行う施設ですが、幼稚園は文部科学省が管轄する学校の一つです。そのため保育士と幼稚園教諭は別の資格で、僕たち3人は大学でそれぞれに対応した授業を履修して両方の資格を取得しています。
社E：保育・教育の内容面でも、お昼寝の有無やお勉強に割く時

間などに違いがあります。私の勤めている幼稚園は音楽教育に力を入れていますが、食育などを行っていない園もあります。

医B：通う子どもの年齢などにも違いがあるんですよね？

社D：保育所は0歳児から小学校入学直前までの子どもを受け入れていて、うちの園では朝7時から、延長保育を使えば夜7時まで預かれます。一方、幼稚園の対象は基本的に3歳以上の子どもで、預かる時間は1日4時間くらいが多いですね。

社F：保育所は基本的に両親が共働きでないといれませんが、今は保育所に入れない「待機児童」が問題になっていますが、幼稚園だと預けられる時間が短いので、フルタイムで働く親御さんの場合は、どうしても保育所に預ける必要があるんです。

保育するということ 仕事の難しさ

医C：保育士・幼稚園教諭として働くうえで、一番大変なことは何ですか？

社E：やっぱり親御さんとの関係ですかね。いわゆるモンスターペアレントも、なかにはいます。以前、蚊についての苦情を受けたことがあります。夏だと子どもは汗をかくし身長も低いのでどうしても刺されてしまうものなんです。「うちの子がなぜ蚊に刺されるんだ!」と怒られてしまいました。でも刺されないように長袖を着せると、今度は逆に「こんなに暑いのになぜ長袖なんて着せるんだ!」と言われたり(苦笑)。親御さんにもストレスがあるので、そういうのを聞いてあげるのも私

たちの仕事なのかなと、最近になって思えるようになりました。

社D：私が大変だと感じるのは園外保育です。先日1泊保育があつて、年中・年長を連れて静岡の牧場とサファリパークに行きました。怪我や誘拐など、万が一のことがあつたら大変なので、とにかくプレッシャーが大きいんです。トイレ休憩などを挟む度に点呼して、全員を安全を確認していました。神経を張りっぱなしの2日間でしたね。

医A：私を通っていた幼稚園には、男性の先生はあまりいませんでした。男性が幼稚園で働くのって大変じゃありませんか？
社F：男性の割合は少しずつ増えてはいますが、それでも全体の2割くらいでしょうか。まだまだ女性社会の職場なので、男性が働く際には難しいことも多

いですよ。ただ、子どもを腕にぶら下げたり肩車したりするダイナミックな遊びができることは、男性の強みかなと思います。

医B：それって、絶対に子どもが喜ぶやつですね!

社F：でも幼稚園教諭の収入はかなり少ないので、将来の結婚などを考えると、正直難しいものがあるのかなとも思います。僕の場合は4年制大学卒ということであつて、後は送迎バスの運転手をやったり年次が上がったりすれば少しずつ昇給していきますし、結婚しても生活できるように頑張ると園長先生は言ってくれています。自分としては、せつかく就いた仕事ですし、子どもの相手をするのも好きなので、できるだけ長く続けたいと思っています。

「できない」が「できた!」に

医C：そういう大変なことが多くなかで、「この仕事をやっていて良かった」と思う瞬間ってどんな時なんですか？

社E：子どもができなかったことをできるようにになると、本当に感動します。最初は泣いて登園していた子がそのうち泣かずに登園できるようになったり、一人で着替えられなかった子が自分でボタンを留められるようになって、「先生、できたよっ!」って見せに来てくれた



リアリティー

子どもを保育する 編

たちとの交流が持てないと言われます。そこでこの世代の「リアリティー」を探ります。今回は「子どもを働く3名(社会人D・E・F)と、医学生3名(医

りすると、本当に嬉しいですね。
社F…コミュニケーションが苦手な子どもだと、嫌なことがあると友だちを引っこ掻いたり噛んでしまうことがあります。ある日、その子にとつてすごく嫌なことがあって、友だちに手を出してしまいそうになったのですが、何とか我慢して「いやだ!」と言えたんです。その時は僕も感動して、「よく我慢できたね!」ってほめてあげました。

社D…保育所に預けられる時間よりも園にいる時間の方が長いので、初めて寝返りをしたり歩いたりするのが保育所であることも多いんです。でもそれは、絶対に親御さんに言っちゃいけないことになっていきます。

一同…あー、そうなんだ!
社D…やっぱり親御さんにとつて、我が子が何かをできるようになる瞬間は、自分で見届けたいですからね。

自然やアニメから学び 引き出しを増やす

医A…子どもに対する保育・教育の技術はどこで身につけるものなんですか?先輩に教わる

社F…先輩に教わるのはもちろんですが、人によって得意な分野が違うので、自分が伸ばしたい分野の研修会に行くことも多いです。研修会は主に自治体が



医学生 × 保育者

同世代の

医学部にいると、なかなか同世代の他分野の人のコーナーでは、医学生が別の世界で生きる子どもを保育する」をテーマに、保育所・幼稚園学生A・B・C)の6名で座談会を行いました。

まの」って歌い始めます。

医師の仕事と 育児と両立するためには

社F…お医者さんは忙しいから、将来子どもが生まれたら育児をどうするかが悩みどころですね。

医C…そうですね。ベビーシッターや保育所を使ったり、親の力を借りたりして仕事と育児を両立する医師が多いと思います。病院によっては保育所が併設されている所もありますが、預けられる時間帯は限られるし、定員が少なく入れないことも多い。結局は周囲の理解とサポートがないと難しいと思います。

医B…医学分野は進歩のスピードがとても速いので、いったん仕事から離れると、追いつくために相当な時間がかかってしまいます。とは言え、育児はもち

ろん大事ななので、育児休暇はしっかり取りたいです。育児後に職場へスムーズに復帰できるようなプログラムが充実するといいなと思っています。

社E…親が子どもと一緒にいられる時間って本当に短いですが、私たちとしては、できるだけ子どもと一緒にいてほしいとは思っています。預かり保育の子どもを見ていると、他の子が親と帰って行くのを見送りながら待つのは、淋しそうですね。

社D…けれど、園にいる時間が長い子でも、家でちゃんと愛情を注いでいれば大きな問題は無いと思います。園に預けることで集団生活に慣れて親離れができるのは、子どもにとってもプラスです。要はバランスですね。

医A…先輩のなかには、キャリアを諦めないために育児は全部シッターさんと保育所に任せて、当直も全部こなしたという人もいます。でも私個人としては、産後数年間は子どもと一緒に過ごしたいと思います。キャリアにも育児にも、今後はいろんな選択肢が出てくると思います。医C…女子医学生が集まると、よく出産や育児の話になります。今日は実際に子どもを保育・教育しているみなさんとお話できて、子どもを育てることがどういうことであるか、リアルに想像することができました。どうもありがとうございます!

のパートナー

師。円滑なコミュニケーションのため
す。今回は、精神保健分野を専門とす
健福祉士(PSW)の2職種を紹介します。

臨床心理士

医療法人社団碧水会 長谷川病院
星野 法昭さん

精神分析療法・認知行動療法
などを行います

うつ病・統合失調症などの
患者さんを支援します



臨床心理のエキスパート

うつ病や統合失調症などの精神疾患に対して、臨床心理学の知見にもとづき、患者さんの心に寄り添う職種が臨床心理士です。日本には複数の心理職が存在しますが、臨床心理士は臨床心理学系の指定大学院を修了し、試験に合格することで取得できる資格です。臨床心理士の活躍の場は幅広く、医療機関の精神科や心療内科、産科や緩和ケア科などに所属するほか、スクールカウンセラーとして学生の相談に乗ったり、児童相談所や障害者施設で働いています。今回は、精神科病院である長谷川病院で働く星野法昭さんにお話を伺いました。

臨床心理士は知能検査やロールシャッハテストなどの心理検査を行うことで患者さんの心理的資源、つまり知的能力やパーソナリティをアセスメントし、診断や治療に活かします。例えば、医師から統合失調症の疑いと診断された患者さんに臨床心理士が心理検査を行い、その結果をもとに診断を再検討したところ、実はその患者さんは統合失調症ではなく発達障害だとわかったこともあったそうです。アセスメントが終わると、次

は患者さんの状態に合わせた心理療法を行います。そのアプローチは、個人または集団を対象として物事の捉え方を変える認知行動療法や、心の内面で起きていることを患者さんと共に探る精神分析療法など様々です。「例えば、統合失調症には幻聴が伴うことがあり、医師はそれを薬で治療します。対して臨床心理士は患者さんの認知や感情に働きかけることで、たとえ幻聴があっても、それをどう捉えれば前向きに生きていけるのかを一緒に考えて考えることがあります。精神疾患は完治が難しく、いったん症状が治まっても再発する可能性の高い患者さんが多い。そのなかで私たちは、患者さんが自分の症状と折り合いをつけ、症状を抱えながらも自分らしく生きるための手助けをしたいと考えています。」

共に、「らしさ」を考える

精神疾患の患者さんは、時として症状に圧倒され、自分の価値や生きる意味を見失ってしまふことがあると言います。臨床心理士はそんな患者さんと信頼関係を築き、自分らしい生き方を探す過程をサポートします。「患者さんは、症状が良くなったり悪くなったりを繰り返しながら、長い時間をかけて自分らしい生き方を探します。その期間はとても長く、私たちも紆余曲折にずっと付き合う覚悟があります。双方にとってしんどいことではありますが、患者さんが『これが自分らしい生き方なのか』って、ふと気づく瞬間があって、そこに立ち会えるのはやはりこの仕事の喜びなのだと思えます。」

チームミーティングには
患者さんも参加します。

SCHEDULE BOARD

1日のタイムスケジュール

9:00	出勤
9:15	ミーティング
10:00	集団療法（打ち合わせ、実施）
12:00	昼休み
13:00	個人心理療法
15:00	心理検査
16:00	ユニットミーティング（週1回）
16:30	チームミーティング
17:15	記録をつけた後、退勤

※この記事は取材先の業務に即した内容となっておりますので、施設や所属によって業務内容が異なる場合があります。

チーム医療のリーダーシップをとる医
には他職種について知ることが重要で
る職種である、臨床心理士と精神保

精神保健福祉士 (PSW)

横浜市立大学附属市民総合医療センター
泉 桃子さん 渡邊 貴子さん



精神疾患特有の困難を理解し、 患者さんの社会的な 問題を解決します

重度の精神疾患の患者さんの場合、経済的に困窮したり、退院後に自立した生活を送るのが難しくかったりと、症状自体が治まった後も、社会的な困難が続くことがあります。患者さんが自分らしい生活を送るためには、医学的・臨床心理学的な治療に加えて、保健所を始めとする関係機関などの社会的サポートが不可欠です。精神保健福祉士 (Psychiatric Social Worker, PSW) は、患者さんが自分らしい生活を送れるように各種社会資源の活用や調整を行う国家資格です。今回は横浜市立大学附属市民総合医療センターの泉桃子さんと渡邊貴子さんにお話を伺いました。

社会的な困難を軽減

PSWは病院内外の職種と連携し、患者さんの社会的な困難の軽減を図ります。ここで言う社会的困難とは、自身の身体的な変化によって生じるものや取り巻く環境の変化によって生じるものなど様々です。例えば患者さんが妊娠した時には、向精神薬などの服用を減量または中止することが多く、また産後には症状悪化のリスクが高まると言われるため、関係職種の支援が必要です。PSWは、院内の

看護師や助産師、育児期の支援担当である保健所の保健師と連絡を取り、安心して出産・育児ができる環境を作っていきます。「患者さんの状況は、疾患の重症度や家族・仕事の環境など、一つとして同じものではありません。これをやれば正解、というものがない所に難しさがあります。絶対的な正解がないなかで、より良い方針をその都度考えていく。一度退院し、再入院してくる患者さんもいますが、声をかけながら、信頼関係を積み重ねていくのがこの仕事の面白さなのかなと思います。」

患者さんの自己決定を尊重

精神疾患の患者さんのなかには、症状によっては、自身を傷つけたり、他者に危害をおよぼす可能性がある場合があります。そのため、治療や保護のために

本人の意思に反する入院を求められ、身体の拘束を受けることがあります。歴史的にも精神疾患患者の権利が不当に侵害された背景があるため、PSWは患者さんの人権や自己決定を尊重しなければなりません。「退院後に生活する場所を決めるのも自己決定の一つです。家族との同居だけでなく、生活訓練施設やグループホームに移る選択肢もあり、それぞれのメリットとデメリットを十分に説明します。この時に大切なのは、患者さん自身が決定すること。私たちの意見を押しつけても、結果的に上手くいかないことが多いです。たとえ失敗する可能性が高い決定をしても、私たちはそれを尊重して、患者さんを守るためのセーフティネットを用意しておくこともあるんですよ。」

患者さんご家族との
かわりも多いです。

SCHEDULE BOARD

1日のタイムスケジュール

8:30	出勤・ミーティング
8:45	精神科のカンファレンス
10:00	病棟全体のカンファレンス (月曜日のみ) / 患者さん・地域の関係者と面接、面談
12:00	昼休み
13:00	面接、患者さんとの面談、調整
15:00	患者さん・ご家族との面談、調整
17:15	事務作業、面接の後退勤

※この記事は取材先の業務に即した内容となっておりますので、施設や所属によって業務内容が異なる場合があります。



医療情報サービス事業“Minds”の取り組み（後編） 信頼できる医療情報の発信

みなさんは「診療ガイドライン」を知っていますか？信頼できる診療ガイドラインをWEB上に掲載する医療情報サービス事業 Minds（マインズ）の取り組みと活用方法を、2号にわたってご紹介します。



吉田 雅博先生

日本医療機能評価機構
EBM 医療情報部部长



山口 直人先生

日本医療機能評価機構特命理事

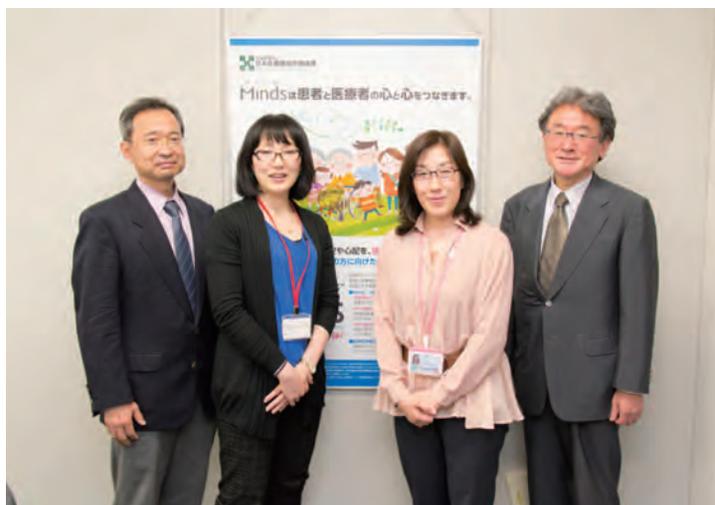
ドクターラーゼ10号の記事では、EBM（Evidence Based Medicine）の実践のため、診療ガイドライン（以下、ガイドライン）が重要な役割を果たすことを紹介しました。世界中で行われている臨床研究の成果をまとめ、治療に対して推奨を出してくれるのがガイドラインです。しかし、ガイドラインの役割はそれだけではありません。今回は、前号とは違った視点でガイドラインを見てみましょう。あなたが根拠をもとに診断し、治療法を提示したのに、その患者さんが、テレビや雑誌、インターネットで集めた情報をもとに反論してきたら、どう思うでしょうか。根拠のない情報を信じ込み、聞く耳をもたない患者さんに困り果てる、あるいは腹を立てるかもしれません。

しかし、患者さんの立場に立って見たらどうでしょう。病気になったと知ったら、誰でも薬にもすがりたい気持ちになり、ありったけの情報を集めようとしてしまうのではないのでしょうか。そして、今の世の中には、病気やその治療に関する情報があふれています。何が正しいのかわからなくなり、医師の診断や治療方針をすぐに信用できない患者さんが出てくるのも、やむを得ないことなのかもしれません。とはいえ、メディアに出回っ

ている医療に関する情報は玉石混淆です。医師の立場としては、どうすれば患者さんと上手にコミュニケーションをとれるのか、悩むこともあるでしょう。そんなとき、頼りにできる一つの手段がMindsなのです。前号に引き続き、日本医療機能評価機構特命理事の山口直人先生、同機構EBM医療情報部部长の吉田雅博先生にお話を伺いました。

患者さんと協働して意思決定するために

——医師と患者さんがコミュニ



日本医療機能評価機構 EBM医療情報部 Mindsのみなさん。
Minds ガイドラインセンター URL: <http://minds.jcqhc.or.jp/>

ケーションをとるうえで、ガイドラインはどのように役立つのでしょうか。

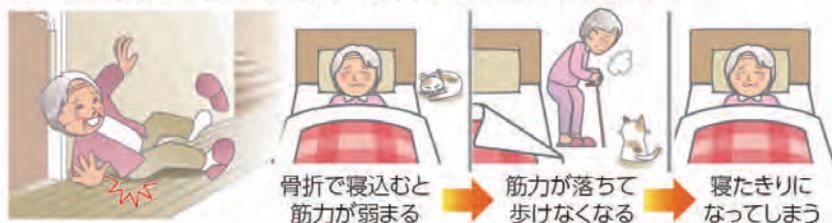
山口（以下、山）…ガイドラインは、医師と患者さんが協働して意思決定するための助けになってくれる存在だと言えると思います。

テレビやインターネットを通じてたくさん情報に触れた患者さんと話をしようとしたとき、間をとりもってくれるものが何もないと、コミュニケーションがうまく成り立たない可能性があると思います。様々な情報を

1. ガイドライン検索
[Minds事務局]
2. データクリーニング
[Minds事務局]
3. 1次スクリーニング・ガイドライン収集
[Minds事務局]
4. 2次スクリーニング
[Minds事務局]
5. AGREEⅡ評価
[診療ガイドライン評価ワーキンググループ]
6. ガイドライン選定
[診療ガイドライン選定部会]
7. 書誌情報公開
[Minds事務局]
8. ガイドライン掲載
[Minds事務局]

Minds 診療ガイドライン評価・選定・掲載方法。

▶ Minds版やさしい解説「大腿骨頸部転子部骨折」



▶ Minds版やさしい解説「高尿酸血症・痛風」



患者さんやご家族の方向けに、わかりやすい言葉と図や表で医療の基本知識について解説している。

山…そうですね。Minds の役割は、信頼性の高いガイドライン

民双方から信頼できるものであることが大切なのですね。

るために、Minds で公開しているガイドラインが、医療者と国民双方から信頼できるものであることが大切なのですね。

は、信頼性の高いガイドライン

常に信頼に足る情報を提供する

足る根拠になるはずですよ。

情報です。医師にとっても患者さんにとっても、信じるに足る根拠になるはずですよ。

Minds に掲載されているのは多くの専門家によって厳選された情報です。医師にとっても患者さんにとっても、信じるに足る根拠になるはずですよ。

吉田 (以下、吉) : Minds では、医療者だけでなく、患者さんに対しても情報提供を進めているんです。ホームページでは一般の方向けに、ガイドラインのわかりやすい解説や、医療に関する基礎知識を掲載しています。

してほしいと思っています。

吉田 (以下、吉) : Minds では、医療者だけでなく、患者さんに対しても情報提供を進めているんです。ホームページでは一般の方向けに、ガイドラインのわかりやすい解説や、医療に関する基礎知識を掲載しています。

手にした患者さんは、目の前の主治医を心から信じていることができず、いつまで経っても話が平行線を辿ってしまうかもしれません。医師にとつての当たり前は患者さんにとっては当たり前ではありませんし、逆もまた然りです。何かひとつ、双方が信じられるもの、立ち返るところがないと、立場の異なる者同士が協働して意思決定するのは非常に困難なのです。私たちは、そんなときこそ Minds を活用してほしいと思っています。

吉…臨床医になると多くの人が、自分の専門分野で専門医を取得し、その分野で数多くの症例をこなしていくことになると思います。しかし、もし自分の専門外の相談を受けたとき、例えば自分は外科だから眼科のこととはわからない、関知しないという態度をとってしまったら、

吉…臨床医になると多くの人が、自分の専門分野で専門医を取得し、その分野で数多くの症例をこなしていくことになると思います。しかし、もし自分の専門外の相談を受けたとき、例えば自分は外科だから眼科のこととはわからない、関知しないという態度をとってしまったら、

対応できる医師になる

— Minds に収載されたガイドラインを医師が活用できる場面には、他にどのようなものがあるのでしょうか。

吉…臨床医になると多くの人が、自分の専門分野で専門医を取得し、その分野で数多くの症例をこなしていくことになると思います。しかし、もし自分の専門外の相談を受けたとき、例えば自分は外科だから眼科のこととはわからない、関知しないという態度をとってしまったら、

たしな情報がある、しかもそれは頻繁にアップデートされ、いつでも最新の情報になっているとわかっていれば、医療者も患者さんも、Minds に掲載されている情報を信じていることができる。結果的に、双方が納得のいくコミュニケーションを成立させることができると思います。

Minds には最低限の基準を満たした情報がある、しかもそれは頻繁にアップデートされ、いつでも最新の情報になっているとわかっていれば、医療者も患者さんも、Minds に掲載されている情報を信じていることができる。結果的に、双方が納得のいくコミュニケーションを成立させることができると思います。

医師が患者さんとともに意思決定をするためには、双方の納得が不可欠であり、そのために Minds のガイドラインが活用できるのだということを、ぜひ学生のうちから理解しておいてほしいですね。

山…そうですね。また、ガイドラインには様々な臨床研究の成果がまとめられていますから、Minds を参照することで、医師が情報を収集したり吟味したりする時間を短縮し、患者さんとのコミュニケーションにより多くの時間とエネルギーを使えるようになります。ガイドラインが、医師と患者さんが十分な対話を行う環境を整えてくれるとも言えるでしょう。

山…そうですね。また、ガイドラインには様々な臨床研究の成果がまとめられていますから、Minds を参照することで、医師が情報を収集したり吟味したりする時間を短縮し、患者さんとのコミュニケーションにより多くの時間とエネルギーを使えるようになります。ガイドラインが、医師と患者さんが十分な対話を行う環境を整えてくれるとも言えるでしょう。

患者さんに信用してもらえないのではないのでしょうか。少なくとも、急を要する事態だから大至急眼科の先生に紹介状を書かなければならないのか、あるいはひとまず適切な目薬を処方して、翌日眼科に行くように伝えればいいのか、その場で責任をもって判断できないといけません。そのように、自分の専門以外の領域に関しても、きちんとした根拠をもって対応するため、Minds を活用してほしいと思っています。Minds が公開しているガイドラインを参照すれば、それを判断の基準にすることができるとは思います。



いい仲間と仕組みができれば、地域医療はやめられない

島根県隠岐郡西ノ島町 隠岐島前（おきどうぜん）病院 白石 吉彦先生

「へき地医療の中でも、離島医療は独特のハードルの高さがあると思います。ヘリが飛べない時間や天候だと、緊急搬送もできない。だから、僕のように島で10年以上続けている人は多くない。僕もこんなに長くいるつもりはなかったんです。」

では、なぜ白石先生は島で医療を続けているのか。一つは医師である妻をはじめ、仲間や地域の支えがあったからだ。

「妻は病院の医師であり、同じ島内の診療所長も兼務しています。4人の子どもを産み育てながら、二人三脚で当直も外来も何でもやってきました。妻が医師としてのパートナーであり続けてくれることは心強いです。」

妻と隠岐島前に赴任し、最初は数年で戻るつもりが、4年目で病院長への就任を打診された。

「人は温かいし、自然も魅力的で、やりがいには確かにありました。自分がやりたかったのは病院経営ではなく総合診療医の仕事だったので、悩みました。行政の支援や本土の後方支援体制がなければ責任は持てないと感じたこともあります。そういう環境を整えてもらうことを条件に、院長を引き受けました。今振り返ると、34歳の若手に病院を託してくれた周囲の思いに応えた部分もあります。どうせやるなら、行政や基幹病院のバックアップを受けられる仕組み



県境にある鳥取県の港から西ノ島まではフェリーで3時間ほど。朝刊もフェリーで届けられるので、手元に届くのは昼になる。



島の暮らしの楽しさを熱く語る白石先生。



2001年、増改築して現在の隠岐島前病院となった。



島根県隠岐郡西ノ島町

180あまりの島々が集まる隠岐諸島のなかで、有人島は島前（西ノ島町・海士町・知夫村）と島後（隠岐の島町）の4つ。隠岐島前病院は、島前で唯一の有床医療機関として、約6,200人の健康を支えている。隠岐は後醍醐天皇の流刑の地としても有名。



み作りをしようと考えました。」
院長になったことで、医療を支える様々な仕組みが見えるようになった。県内の基幹病院の院長と会議で顔を合わせるようになり、直接いろいろな話もできるようになった。
「重症の患者さんは本土に送るのですが、僕は地元の人間ではないから、それまでは送り先の医師の顔も知らなかった。けれど本土に通うようになって、相談も受け入れ依頼もしやすくなりました。仕組みや信頼関係を築くことで、医療の質が上がるという確信を得られました。」
現在は、医学・看護学の実習生の受け入れ、総合診療医向けの書籍の出版、全国自治体病院協議会の就職就任など、積極的に外部との交流をはかっている。
「島に来たいという医療者を増やし、彼らが少しでも長く島で働きたいと思える、そんな医療体制を築くのが僕の仕事。そのため、離島医療の面白さも、島での充実した生活についても発信を続けています。この仕組みと楽しさを学びに若い人が島前に来てくれれば活気が出るし、ここで育った人たちが各地で地域医療を担ってくれば素晴らしい。医師としての技量に加え、いい仲間と仕組みが揃えば、地域医療ほど面白いものはないですよ。僕はそれを証明したいと思っています。」

八幡 直志医師

(帝京大学医学部附属病院 外傷センター)

Tadashi Yahata



19 96

弘前大学医学部入学

出身は東京都。学生時代は自分がどの診療科で働くのか、イメージできなかった。

20 02

1年目

都立府中病院（現・都立多摩総合医療センター）で研修
臨床研修必修化前だったが、研修システム作りに取り組む先輩医師のもとで、屋根瓦方式を経験。

20 05

4年目

東京大学の整形外科に入局、虎の門病院で勤務
東京大学医学部附属病院

入局のタイミングの都合で、半年は虎の門病院へ。
大学病院では、周囲のスタッフとの連携を学んだ。

20 07

6年目

焼津市立総合病院

手術は年間200件、外来も午前中だけで30人という環境で整形外科のコモンディーズに触れ、「これが整形外科なんだ」と感じた。

20 09

8年目

都立墨東病院 救命救急センター

もっと外傷や救急の最前線に行きたいという思いで、救命救急センターを選んだ。

20 10

9年目

都立広尾病院

整形外科に所属。救命センターに運ばれてきた外傷の患者にも対応していた。

20 12

11年目

日立総合病院

昼夜を問わず働きながら、セミナーなどにも積極的に参加していた。

20 13

12年目

帝京大学医学部附属病院 外傷センター

日本の外傷のスペシャリストが集まる環境で、毎日知識を吸収している。

24:00

帰宅

19:00

勉強

11:00

手術
一般病棟で退院調整など

9:00

回診

8:15

会議

7:30

出勤

当直は月に3回ほど
オンコールは月に4回ほど

手術にあたって、事前準備は非常に重要です。カンファレンスの準備などもこの時間に行っています。

2時間ほどで終わる手術もあれば、6時間に及ぶような手術もあります。

1 day



八幡 直志

2002年 弘前大学医学部卒業

2014年10月現在

帝京大学医学部附属病院

外傷センター

ダイナミックさに惹かれて

——先生は、当時まだ臨床研修が必修でなかったにもかかわらず、3年間のローテーション研修を経験されているんですね。

八幡（以下、八）…はい。周囲にはすぐ医局に入る人が多かったのですが、私は医学部卒業の時点で何をやりたいかが決まっていなかったもので、ローテーション研修を行っていた都立病院に入職しました。しかし2年間の初期研修の後も専門分野が決められず、追加で整形外科と脳外科を半年ずつ回らせてもらいました。

——最終的に整形外科を選んだ決め手は何でしたか？

八…折れた骨を戻したり、ざっくり切れたところを治したりというダイナミックさに惹かれたからです。救急車で運ばれてきた外傷の患者さんを治療する先輩医師の姿に憧れ、その先生が所属する整形外科の医局に入りました。

ただ、入局直後は苦労しました。専門分野を選んだのが遅かった分、同年代の医師たちよりも整形外科の専門的な手技がうまくできなかったんです。「4年目なのにそんなこともできないのか」と怒られることも多く、悔しい思いもしました。

命を救うことと 機能を再建することを 両立する

——その後、医局の人事で、約1年半ごとに大病院と各地の関連病院を回られたんですね。

八…はい。ただ大病院は扱う内容が専門的で、自分がイメージしていた「現場」とは何か違うなと感じてしまったんです。

今思えば、初期研修の頃によく呼ばれていた救急の雰囲気や「これが医療の現場なんだ」と感じていたからかもしれません。もっと患者さんに近い場所で働きたいと思い、医局人事では最前線で働くことのできる地方病院や都立病院を希望しました。

救急の現場で外傷を診る

——この病院の前に救命センターを2つ経験されていますね。八…はい。もともと最前線

で働きたいと思い、墨東病院の救命救急センターを希望したのですが、この頃には既に自分の中で「現場」＝救急・外傷というイメージがうつすらできていたんだと思います。

救命センターには大きく2種類あって、各専門科の医師がセンターに所属していてセンター内で完結する形と、救急の専門医の判断のもとに、各専門科所属の医師につないでいく形があります。墨東病院は前者でした。この当時に上司から教えられた「自分が少しでも関わったのであれば、主治医と同じように対応せよ」という考え方は今でも肝に命じています。例えば頭と四肢に外傷がある患者さんが運ばれてきた場合、もちろん脳外科の先生と一緒に対応するのですが、整形外科だからといって骨だけ診ていればいいというわけではなく、全身状態を把握することを求められます。これは勉強しなければと強く思い、休日も利用して月に数回セミナーに通っていました。

帝京大学外傷センターの強み

——現在は外傷を専門にされているんですね。

八…はい。通常は10年目前後に専門を決めるのですが、私は入局して8年で外傷を専門にしよ

うと決め、この病院に来ました。この大きな特徴は、救急科の中に外傷センターがあるところです。救命センターと外傷センターが併設されている施設は、ほとんどありません。

外傷センターにはその道のスペシャリストが集まっており、常に患者さんを前に指導してくれます。今まで費用を払って参加していたセミナーの講師陣に、実際の症例を目の前にして、ライブで、しかも無料で教えてもらうことができるんです。毎日、非常に貴重な勉強の日々となります。

外傷センターの役割は、初療の段階から機能再建を視野に入れて介入することです。救急の現場では命を救うことが最優先ですから、複合的な症状の場合には外傷治療が後になってしまいう場合も少なくないのですが、機能の再建という観点で考えるとそれでは間に合わない場合もあります。どのタイミングで介入するかが患者さんのその後の生活を大きく左右するため、早期から各専門科が話し合いながら適切なタイミングで関わるのがとても大事なんです。外傷センターが救急科の中にあることで、救命と機能再建を両立しやすいと感じます。

さらにこの病院のいいところ

は、一般整形外科各専門診との連携も密であるところです。一般整形各専門診の観点から、さらに踏み込んだ検討が行われる点も非常に魅力的です。

外傷治療の重要性を伝えたい

——今後はどんな医師になっていきたいと思っていますか？

八…これからは救急の現場で外傷の治療に携わっていたいですね。ただ、現状では整形外科の中で外傷治療というと、研修医がやるべきものという認識も残っています。しかし外傷を専門とする医師からすれば「もつ」といい介入ができたのでは」という事例も少なくない。外傷治療の重要性を周知していく必要があると感じています。

そのためにも、この外傷センターのように専門家が集まり、情報共有しながら技術を磨ける場がもつと必要だと思います。





頭川 峰志医師

(富山大学附属病院 整形外科)

Mineyuki Zukawa

1年目	19 97	富山医科薬科大学医学部(現・富山大学)入学 学生時代のスポーツ外傷でお世話になった経験や、雰囲気の良いから整形外科を選んだ。
富山医科薬科大学附属病院(当時) 附属病院を研修先に選んだ理由は、「お世話になった先生方や先輩、友人たちとの人間関係を大切にしたい...一言で言えば、母校愛です(笑)」とのこと。	20 03	
2年目	20 04	飯山赤十字病院
3年目	20 05	
富山労災病院	20 06	4年目 飛騨市民病院 2~4年目は救急に呼ばれることが多く、そこで切断系のミゼラブルな症例を経験した。
5年目	20 07	
富山大学附属病院 大学に戻った初日に、ゴミ収集車に挟まれ腕を切断した患者のつなげた腕を目の当たりにし、再接着の魅力に取りつかれた。	20 10	8年目 聖隷浜松病院 手外科クリニカルフェロー 医局長に頼み込んで全国公募の手外科のクリニカルフェローに応募し、国内留学。
9年目	20 11	
黒部市民病院 手外科医が少ない地域であり、手の難しい疾患をすべて任せられるようになった。	20 12	10年目 富山大学附属病院
11年目	20 13	
富山大学附属病院 危機管理医学 助教 救急災害にかかわる部署のポストにつき、救急を勉強中。		

	fri	thu	wed	tue	mon
当直は月に6回ほど	外来	手術	関連病院で外来・手術	手術	外来・手術
	サブスペシャリティを活かせるように、週1回~月1回のペースで複数の関連病院に出向しています。		最初は血管の模型チューブや、スーパーで買った手羽先の動脈を顕微鏡で吻合する練習をしました。		

1 week



頭川 峰志
2003年 富山医科薬科大学
医学部(当時)卒業
2014年9月現在
富山大学附属病院
危機管理医学 助教
(整形外科兼任)

整形外科を目指したきっかけ

——まず、整形外科を目指したきっかけを教えてください。

頭川（以下、頭）…学生時代から手術に強い憧れがあり、自分は外科系だなと思っていました。外科系の中でどこにするかは非常に悩みましたが、スポーツの外傷で自分自身がお世話になったという身近さと、実習の際に感じたスタッフの明るさに惹かれて、整形外科を志しました。

——整形外科に入ると、まずはどんなことを学ぶのですか？

頭…整形外科が診るのは主に急性期の外傷や慢性期の変性疾患ですが、まずは外傷の初期治療で研鑽を積むことが多いです。私も2～4年目は救急の初期対応で、検査や診断、投薬、骨折・脱臼の治療、創縫合などを身につけました。この時期に救

患者さんよりも先には諦めないという情熱を持って

急外傷の初期対応を任せられる

ことで経験と自信を積み重ねることができたのですが、私がこの

とき困ったのが四肢切断の患者さんでした。当時私がいた病院には、ちぎれた手足をつなぐことができる先生はおらず、患者さんと一緒に救急車に乗って三次救急病院に搬送しても、結局再接着できずに私の外来に戻ってくるということが多かったです。今となつては条件が悪かったと思うのですが、そういう悲しい結末を多く目にしたんですね。

——そうした経験から、手外科を志すようになったということですか。

頭…はい。手外科を目指すことを決めたのは、5年目に大学に戻ったときでした。たまたま新しくできた手外科のチームに入ることになったのですが、配属初日にゴミ収集車に挟まれて腕がちぎれてしまった患者さんが来たんです。それを上の先生が見事につなぐところを目の当たりにして、非常に感動して。これは絶対に必要な技術だぞと思いました。ちぎれたものがつながらり、しかも動くようになるという再接着術の魅力と、まだまだ残る後遺症に対する機能再建という課題に取りつかれ、それから手外科を専門にしようと思

うようになりました。

手外科の専門性

——具体的にはどのような治療を専門とされるのでしょうか。

頭…手外科では上肢の疾患から外傷まで取り扱います。手は第二の脳とも言われており、複雑な機能構造をもっているため、手技も非常に細かいです。0.5～1mmの血管や神経や腱を顕微鏡で見ながら縫い合わせていく、かなり時間のかかる地道な手技ですね。この技術は、手だけでなく他の部位や移植手術にも応用できるものです。

手は顔の次に露出する部位なので、整容的配慮も必要です。微小血管外科（マイクロサージヤリー）・末梢神経外科・整形外科・形成外科などの技術を複合的に駆使して治療を行う、かなり特殊な分野だと感じますね。——そうした専門家の少ない分野で技術を高めるために、どんなことをしてきたのですか？

頭…手外科の症例は限られているので、どの病院にいてもそれほど多く多くの症例を経験できるわけではありません。私はたくさん経験を積んで一人前になりたいと思い、国内留学という形で聖隷浜松病院の手外科・マイクロサージヤリーセンターのクリニカルフェローに応募しまし



た。ここでは手外科のスペシャリストの先生方と一緒に手術に入ったり、主治医として様々な患者さんの手術を年間200件ほど行ったりしました。大変な1年でしたが、これまで富山では滅多になかった手術も多く経験できたのはよかったです。

——この経験をを通して、手外科のスペシャリストとして一人前になれたと感じますか？

頭…そんなに大きなことは言えないですが、「困っているから助けてくれないか」と頼られるようになったなと感じます。幸い、専門家が少ない分野とはいえ、難しい症例については学会などで相談もできます。学会に

は、工場の事故などが多かった高度経済成長期に実績を積み上げてきた偉大な先生方がいるんです。実は手外科は日本が世界をリードしている分野なんです。これは手外科に限ったことではないですが、スペシャリストが少ない地域では、患者さんが不幸になってしまう事例がどうしても多いと思うんです。専門の医師がいれば再接着ができたはずのものがつなげなかったり、つながらなくても動かなかったり、私がこの地域で働いている以上、そういう事例をできるかぎり少なくしたい。今は「患者さんを不幸にしない」という使命感で動いています。

患者さんの夢をつなぐ

——今後、医師としてどのようなキャリアを積みみたいですか？

頭…ちょっと格好つけて言うのと、指や血管だけではなく、患者さんの夢をつなぐことができ、医師になりたいと思つています（笑）。破綻したものを修復するだけでなく、その先にある機能改善のための手術をしたい。自分は患者さんよりも先に諦めないという情熱を持って患者さんに向き合っていきたいです。さらに症例を積み重ねて臨床研究を行い、全国の同志に発信していきたいと考えています。

医師の働き方を
考える

多様性を認め、働き続けやすい環境をつくる

日本医師会男女共同参画委員会
前委員長 小笠原 真澄先生

近年の女性医師の増加に伴い、出産・育児・介護と仕事の両立が可能な勤務環境の整備が、医師の世界でも課題として認識されるようになりました。夫婦共働きが当たり前となる世の中で、家庭内のケアワークと仕事を両立できる勤務環境をつくることは、男性・女性にかかわらず業界全体で取り組んでいくべきテーマです。日本医師会では、男女共同参画委員会を設置し、男女共同参画の推進、ワークライフバランスの実現に向けて検討を重ねてきました。平成20年には「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」を実施し、平成25年は「男性医師の男女共同参画についての意識調査」を行いました。（両報告書は、日本医師会のWEBの「女性医師」コーナーで公開されています）

今回は、この男性医師の意識調査の結果を、男女共同参画委員会前委員長の小笠原真澄先生に読み解いていただきます。

語り手 小笠原 真澄先生
日本医師会男女共同参画
委員会 前委員長
秋田県医師会理事

男性医師も育児休暇を希望

——今回の調査は、どのような目的で行われたのですか？

小笠原（以下、小）：女性医師が働き続けるためには、上司・同僚・パートナーである男性の意識も非常に重要です。しかし、男性医師の男女共同参画に対する意識の調査は今まで行われていませんでした。そこで、「男性医師の男女共同参画に対する意識調査」を行うこととなりました。全国の臨床研修病院に2万1400部を配布し、6948名の男性医師から回答を得ています。

——調査の内容はどのようなものだったのですか？

図1：育児休暇について

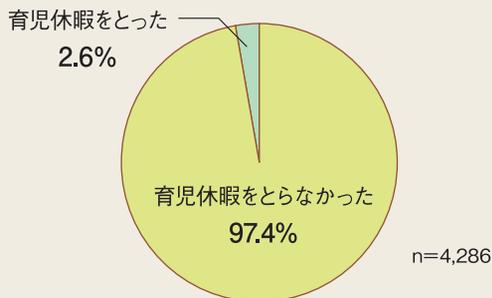
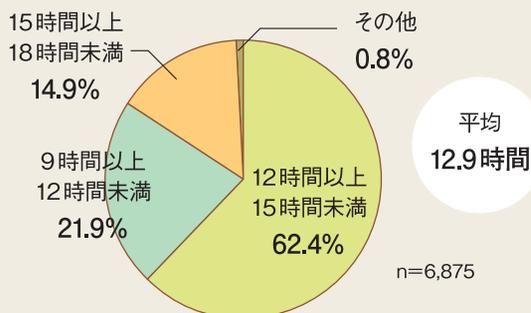


図2：労働時間



小：「男女の地位についての認識」「自身の勤務状況や育児・介護などの経験」「家庭での家事分担」などを調査しました。

「男女の地位についての認識」に関する設問では、社会全体については「男性のほうが優遇されている」「どちらかといえば男性の方が優遇されている」という回答を合わせると、60%の男性医師が男性の方が優遇されていると考えており、「男女は平等」と答えたのは13.2%でした。対して、医師の職場においては43.2%の男性医師が男女は平等だと感じていました。

——社会全体に比べると、医師の職場では男女は平等だと捉えられているのですか。

小：しかし、男性の育児休暇の取得については、社会全体とあまり変わらない結果が出ました。育児休業を取得した男性医師は、回答者の2.6%にあたる110名にすぎず、「取得の希望はあったが言い出せなかった」という男性医師が524名いました（図1）。

厚生労働省が臨床研修終了後の医師に対して行った調査によると、男性医師の5割弱が育児休暇をとりたいと考えているという結果が出ています。希望はあるのに育児休暇をとれていない男性医師は多いようです。

——男性医師は、何が原因で育児休暇を取得できていないのでしょうか。

小：大きな原因として、長い勤務時間が挙げられると思います。3400名中3104名が、「仕事の比重が重く、家事や育児にはかかわれない」と答えています。勤務時間は、62.4%の医師が12時間～15時間、14.9%の医師が15時間～18時間と答えていますから、8割近くの医師が長時間労働を余儀なくされていることとなります（図2）。

問い直される医師の働き方

——長い勤務時間は、男性医師だけの問題なのでしょうか？

小：医師の勤務時間の問題は、女性医師の割合が増えつつある

現在、医療業界全体にかかわる非常に大きな課題となっています。現在の女性医師の割合は19.7%ですが、女子の医学部入学者は増加しており、女性医師の数が医師全体の40%を超える時期が遠からずやってくると思われています。

医師の勤務体制は、長い勤務時間にくわえて、当直業務、休日・夜間の急な呼び出しなどが日常化しているのが一般的でしたから、これまで、育児をしながら働き続けようとする女性医師は多くありませんでした。復帰を志した女性医師も、多くはパートタイム勤務にシフトしたり、専門性を捨てて健診業務に従事したりする道を選んでいったのが事実です。もし40%を超える女性医師がそのような道を選んだとしたら、医療の担い手が足りなくなってしまうですね。様々なライフイベントを経ても、医師としてブランクなく働き続けられるシステムを構築することが急務であると思います。

働き方の多様性の価値

——これからの医師の働き方を考えるにあたり、勤務時間の改善が重要なポイントになりそうですね。

小：そうですね。男女がともに無理なく働き続けるためには、長すぎる勤務時間を改善する必

要があるでしょう。緊急対応という観点から、医師が院内にいるということが大切な側面があるのも、もちろん事実です。しかし、医師の仕事の評価は、職場にいる時間の長さだけによってなされるべきではありません。

今回の調査の自由記述には、子育て中の女性医師の短時間勤務をネガティブにとらえる男性医師の意見が散見されました。しかし、先ほども述べたように、長すぎる勤務時間ゆえに仕事を続けられない女性医師が増えれば、結局そのしわ寄せは他の医師に来ます。そして、女性医師の割合が増えるにつれて、その負担はどんどん大きくなるでしょう。様々な働き方を可能にすれば、勤務を続けられる医師が増え、医療界全体としての労働力の総量は大きくなります。

男女にかかわらず家庭を大切にしたいと考える若い世代が増えていくこともあり、医師個人の健康や生活を犠牲にして医療を守るという医師の働き方そのものが、いま問い直されています。現在は、チーム医療の時代です。男女に関係なく、それぞれの医師の適性に合った仕事で能力を発揮し、チームとして成果を出すことを目標にすれば、わが国の医療はもっと良くなっていくはずですよ。

高校からの9年間で 人間力豊かな医師を養成

医学教育はいま、大きな変化の渦の中にあります。臨床研修必修化はもちろん、医学研究の成果や新しい技術の開発に伴って学習内容は増加し、新しい取り組みがどんどん進んでいます。そんな医学教育の今後の展望について、最前線で取り組んでいる教育者を取り上げ、シリーズで紹介いたします。

近年の医師不足に対応するために、医学部の定員が増員されたり、地域の医師確保のために地域枠が設けられたりと、推薦入試・編入学など、医学部に入学する方法は多様化しつつある。これらは医学生の学力低下と結びつけて論じられ、批判の対象になることもしばしばだ。

しかし、医師になるために必要なのは、厳しい受験競争を勝ち抜き、狭き門をくぐり抜け、医学部に進学した後もテストで良い点数を取り続けることだけなのだろうか？ 医師という職業には、学力や医療に関する知識が求められる側面だけではなく、人と向き合う職業という側面もあるはずだ。

みなさんは、日本で唯一の医

学部附属高校である川崎医科大学附属高校をご存じだろうか。生徒の9割以上が医学部に進学する附属高校では、偏差値や受験勉強に振り回されず、医学部附属の強みを活かし、『人間（ひと）をつくる、体をつくる、学問をさわる』という建学の理念にもとづいて、人間教育と勉学を織り交ぜた特色ある教育を行っている。

今回は、川崎医科大学附属高校で行われている早期からの医学教育の内容や、その理念について、校長の新井和夫先生にお話を伺った。

9年一貫教育による、 人間性の涵養

川崎医科大学附属高校は、昭

和45年（1970年）、川崎医科大学と同じ年に設置された。高度経済成長期のさなか、受験競争が激化していった時代だ。「創設者の川崎祐宣は、大学設立と同時に附属高校を設置した意図について、以下のように語っています。

『一生の間で、人格形成を左右する大切な年齢層は高校時代である。この年頃に、唯々、大学の入学試験に合格することのみを目標にして、受験科目だけに集中した勉強のために心身を損ない、いびつな知識を持った青年が出現しつつあるのは悲しむべきである。医師になるためには、片寄らない均整のとれた心身が必要である。』

創設者の川崎が理想としたの

は、『常識を備え、良心的で温かみがあり、信頼される』医療人です。そのために必要な、人間性・知性を涵養する教育を実現するために、附属高校を同時に設置し、最も感受性豊かな高校生の頃からの9年一貫教育を始めたのです。』

全寮制の環境で身につく コミュニケーション能力

附属高校の全校生徒数は2014年10月現在、3学年の合計で75人。イギリスのパブリックスクールのような、人格形成に重点を置いた全人教育をめざす全寮制教育は、日本ではまだあまり馴染みのない制度だ。「全寮制による教育は、『人間（ひと）をつくる』という建



医療に関する本も
充実した図書館。

新井 和夫先生

(川崎医科大学附属高等学校長)
岡山県教育庁教職員課長、岡山県教育庁教育次長などを歴任。
2013年、川崎医科大学附属高等学校の校長に就任する。



「ドクターロード」の主なプログラム	
現代医学教育 博物館見学	現代医学教育博物館は、豊富な実物標本と視聴覚教材で現代医学の全般が学べる施設。見学し、医学の歩みを学びます。
川崎医科大学 附属病院の医師 へのインタビュー	生徒自らが診療科目を選択し、質問事項を考えて、1対1で医師へのインタビューを行います。
メディカル スクール・アワー	月1回、川崎医科大学の教員が、大学で学ぶ項目の一部を高校生向けにアレンジして講義を行います。
医科大学 体験実習	川崎医科大学の研究室での体験を行います。
関連施設 「旭川荘」での 実地研修	旭川荘は障害者・高齢者のための社会福祉法人。施設での実地体験を通じて、医療福祉の現状を学びます。
テーマスタディ	研究テーマを決め、調査や実験・観察を行い、発表します。
卒業生講話会	医師として活躍している卒業生の講演です。

学の理念にもとづき、豊かな人間性を育むために行っています。生徒たちは、赤の他人と寝食を共にするという初めての経験のなかで、時にはぶつかり合いながらも、人との距離の取り方を身につけていきます。医師の子弟が多い傾向はありますが、その中にも親の期待を子どもなりに汲み取って、何となく「という感じで入学してくる生徒もいれば、地方の医師の子弟で、私が医師になって帰らないと、地元が無医村になってしまおう！という強い使命感を持って入学してくる生徒もいます。医師になりたいという夢は同じでも、様々な考えをもった仲間と、お互いに刺激しあいながら成長していくってほしいですね。」

活能力や人間関係を築くコミュニケーション能力など、教科書や授業ではなかなか教えられない能力を高められる点だ。近年、様々な場所でコミュニケーション能力が取り沙汰されているが、医療者にとってもコミュニケーション能力は重要な課題だ。「大人数で複数クラスのある学校だと、気の合う人とだけ仲良くして3年間を過ごすこともできますが、本校は小規模で、しかも全寮制なので、そういうわけにもいきません。また、クラスメイトや先輩後輩といった年の近い者だけでなく、教員や寮の舎監などの年長者とコミュニケーションを取る場面も多くあります。医師になると、患者さんはもちろん、先輩医師、看護師や事

務、その他医療にかかわる人たちと協力しながら医療を提供することにになります。卒業生からは、特に先輩医師や上司とのコミュニケーションの取り方について、全寮制の環境で学んだことが役に立っているという声を聞きますね。また、附属高校出身の医学生は実習で患者さんへの接し方が優しいと評価している。ただける傾向もあるようです。」

医科大学附属高校ならではの早期からの医学教育

附属高校の近隣には、川崎医科大学をはじめ、医療関係職種の養成校や附属病院がある。この恵まれた環境を活かして、附属高校は独自の教育プログラムを構築している。

「受験勉強にしばられないということ、勉強をしないということではもちろんありません。『人間（ひと）をつくる』とともに掲げられているのが、『学問をきわめる』という理念です。『口先と身振りがどのように親切であっても、日進月歩の医学的知識と技術の持ち主でなければ、患者や社会に感謝される医師ではない。』と創設者は述べていますが、医師は生涯学び続ける職業です。生徒たちは、規則正しい生活のなかで勉強の習慣を身につけていきます。『ドクターロード』と名付けた、医科大学附属高校ならではの



受験勉強に しばられない教育で 道徳心を育んでほしい

の授業もあります。大学の先生が、医学部で学習する項目の一部を高校生向けにアレンジして講義を行うメディカルスクール・アワーで早期から大学の教養科目、基礎医学や臨床医学の先生の講義を体験できるほか、大学や附属病院の施設・人材を活かした見学や研修、講演会、障害者施設でのボランティア活動などの行事も数多く実施しています。様々な体験を通じて、規則正しい生活のなかで勉強の習慣を身につけていきます。『ドクターロード』と名付けた、医科大学附属高校ならではの

マスタディの時間を設けています。今後はこの時間を強化して、プレゼン能力を高める教育を、大学の先生にも協力して頂いて、実現したいと考えています。」

医学部へ進学する方法は様々だ。みなさんが経験した受験勉強や入試方式のメリットとデメリットは何だったのだろうか。その経験は、医師になるために学ぶ今、そして医師になってから、どのような場面で役に立っただろうか。医学部受験や医学教育において重視されるべきものが何なのか、医学生である今のうちにぜひ一度考えてみてほしい。

» 順天堂大学

〒113-8421 東京都文京区本郷2-1-1
03-3813-3111

他学部生と関わりあいながら、
医師への第一歩を踏み出す
順天堂大学 医学部 5年 岩瀬 小春

順天堂大学の特色として私がぜひお話ししたいのは、1年次に経験するスポーツ健康科学部の学生との寮生活のことです。ワンフロア16人の「家族」で1年間を過ごすのですが、お互いのことを尊重しながら共同生活を営んでいくことは、学生時代にしかできない良い経験だと思います。私自身中高一貫校出身なのですが、医学生はずっと学業第一にやってきた人が多いと思います。一方でスポーツ健康科学部の学生は運動を頑張ってきた人たちで、違う文化で生きてきた人と一緒に生活するというのは刺激的な経験ですし、今やひと足先に社会人になった彼らとは、今後一生の付き合いになるだろうと思っています。

私は部活に入らず大学の自治会に所属していました。順天堂大学には学祭がないのですが、そのかわりに自治会主催のパーティーが12月にあります。これは学年を越えて人間関係を築くことを目的としたもので、都内のホールを借りてほぼ毎年行っています。先生方にも参加していただくので参加者は数百人規模。準備をするのも大変です。参加する人を楽しんでもらうために、去年は抽選会を企画するなどして盛り上げました。

学業面では、順天堂大学は手技を教えてもらうのが他の大学より早いと思います。2年次から糸結びや縫合、心肺蘇生の実技がありますし、3年になると手袋やガウンを清潔に着ける方法などを学びます。外科だけでなく、診察の手技も3年から始まります。胸部の聴診とか、腹部の打診とか。もちろん座学の勉強も面白いんですけど、やっぱり実技が始まって実際に自分の手を動かしていると、「私は医師になるんだな」という気がして、楽しいですね。



Education

「不断前進」の理念と 学是「仁」を掲げた医学教育

順天堂大学 医学部 カリキュラム委員長
小児思春期発達・病態学 教授 清水 俊明



建学176年に亘る歴史を有する順天堂は常に先取的に学生教育の改革を教職員、専門医師そして学生参加の下に進め、日本の医学教育の指導的立場に恥じない改革を“今、ふたたび「仁」”を掲げつつ行っています。順天堂大学医学部は、医師になろうと努力する学生に対し、6年間で卒業し、ストレートで医師国家試験に合格させるよう教育しています。実際、平成25年度の医師国家試験では現役生91人が全員合格し、過去10年間の平均合格率は97.0%で全国国公私立医科大学80校中2位となっています。しかしながら単に医師国家試験の合格だけを目指すのではなく、知性と教養と感性溢れる医師となるための全人教育を重んじています。学是である「仁」の精神、すなわち「人在りて我在り、他を思いやり、慈しむ心」を備えた医師の育成に力を注いでいます。さらに最近では、国際化への積極的な取り組みや基礎医学研究者養成プログラムなどを介して順天堂大学医学部の新たな教育姿勢を展開しています。前者においては1年次から一貫したTOEFL教育や国際医学教育塾などによってUSMLEに向けた教育支援も行っています。また後者では、奨学金制度なども利用し、医学部在学中から大学院の単位を取得し、卒業後2年間で初期臨床研修を終え、卒業4年後には大学院を修了して医学博士号が取得でき、専門医取得も同時進行できるシステムを提供しています。

順天堂大学ではこれらの教育成果の向上を目指し、医学教育や課外活動等を通じて、教員と学生間の距離を縮め、各々の個性を尊重し、学生生活が楽しく充実したものとして過ごせるよう随所に教育的配慮を行っています。

research

国際的に活躍する基礎と臨床をつなぐ研究医の養成

順天堂大学 基礎研究医養成プログラム運営委員長 細胞・分子薬理学 教授 櫻井 隆

順天堂大学大学院医学研究科には文部科学省事業等によりアトピー疾患研究センター、老人性疾患病態・治療研究センター、環境医学研究所、感染制御科学研究センター、スポーツロジックセンター、先導的がん医療開発研究センター、ゲノム・再生医療センターが整備され、日本有数の付属病院群と連携し、世界トップレベルの基礎・臨床融合研究が展開されています。最先端の共同利用機器と大学院生に対する研究サポート体制が整備された研究基盤センターをコアとして、国立がん研究センター、理化学研究所等国内だけでなく国際交流センターを介した海外研究機関との連携により、学是「仁」の心を持ち世界に通用する基礎医学者、臨床医学者、さらに両者を兼ね備えたフィジシャンサイエンティストを育成しています。

平成24年度文部科学省事業「基礎・臨床を両輪とした医学教育改革によるグローバルな医師養成」(A)「医学・医療の高度化の基盤を担う基礎研究医の養成」に『基礎研究医養成のための順天堂型教育改革』が採択され、医学部と大学院をシームレスにつなぐ3ステップの特別教育コースが開始されました。ステップ1では1年次から研究の基本スキル、研究倫理を学びつつ、ラボローテーションにより自分に合った研究室を選ぶことができます。ステップ2ではチューター及びICT活用によるきめ細かなサポートのもと所属研究室で研究を進め、学会発表・短期研究留学支援を受けられます。ステップ3の大学院では、国際的研究レベルを持つ基礎医学研究者養成のAコースまたは基礎臨床融合研究成果の臨床への橋渡しを推進する研究医を養成するBコースを選択し、それぞれ国内外留学、初期臨床研修を並行して行うことが可能です。多様な興味を持つ多くの学生が活動しており、順天堂国際医学教育塾におけるTOEFL・IELTS教育さらにUSMLE教育と合わせて、国際的に活躍する研究医の養成を進めています。



research

研究マインドを育てる卒前卒後教育

埼玉医科大学 医学研究センター長 免疫学教授 松下 祥

本学の建学の理念は「教育」の項で紹介しましたが、その中の、「自らが考え、求め、努め、以て自らの生長を主体的に開展し得る人間の育成」は研究活動と深い関係にあります。本学では研究マインドを醸成するため、平成11年から課外学習プログラムを実施しています。このプログラムには1年生から参加可能で、春休み・夏休み・通年の放課後を利用して研究室に出入りし、研究を体験できます。基礎医学系の教室のみならず、臨床医学系や国際レベルの最先端研究が行われているゲノム医学研究センターでも学生を受け入れています。さらに、平成25年度入学の医学部1年生が4年生になる28年度から、研究医枠のコースがスタートします。本コースでは、学部生の段階から基礎系の研究室で研究活動を経験するとともに、「海外研究体験留学制度」を利用し、提携先の大学でも研究体験ができます。学部4年生から大学院博士課程4年生までの7年間は奨学金が支給され、博士号取得後は本学で助教として採用されますが、本学で一定年限以上の研究活動を行えば返済免除となります。

初期研修医プログラムとして「研究マインド育成自由選択プログラム」があります。本プログラムでは、初期臨床研修を行いながら社会人大学院生として研究（基礎や臨床）を行います。研修の空き時間を利用して1年次には大学院の講義などを受け、2年次の自由選択時期からより専門的な研究を行うことも可能です。なお、研修開始時には大学院入試に合格しておく必要がありますが、この入試の中でも最難関の外国語試験は、学部3年生から受験できます。実際、多くの学生が合格しています。本学の研究面でのもう一つの特徴は、特許を産学連携に活用していることです。知的財産収入は国内単科系医科大学の中ではトップです。みなさんと共に研究できる日を心から楽しみにしています。

Education



師弟同行で育つ優れた臨床医

埼玉医科大学 医学教育センター 生理学教授 渡辺 修一

本学の建学の理念は、「1. 生命への深い愛情と理解と奉仕に生きるすぐれた実地臨床医家の育成」「2. 自らが考え、求め、努め、以て自らの生長を主体的に開展し得る人間の育成」「3. 師弟同行の学風の育成」で、最も大切にしているのは優れた実地臨床医家の育成です。優れた臨床医には医学の基礎と臨床に関する豊富な知識と深い理解を基盤とした病気の診断・治療の力に加えて、患者さんが抱える家庭、職場、保健・福祉制度の悩みや困難にも共感して力になれる、人としての大きさが求められます。本学では1年生から「細胞生物学」と「人体の構造と機能」のユニットが始まり、学年が上がると「病気の基礎」「ヒトの病気」「社会と医学」を学んでいきます。5～6年生は臨床現場で学びます。臨床実習の最後の4か月は学生が臨床チームの一員として参加して学んでいく実践実習です。1～4年生には「良医への道」コースがあり医療面接、基本的臨床手技や臨床推論力を身につけていきます。「医学概論」で倫理・医療経済・行動科学等を学び、選択必修科目で広く教養も身につけます。

特色ある制度として交換留学と課外学習プログラムがあります。7か国10大学へ毎年20余名の学生が留学し、外国からの留学生が本学で学びます。課外学習プログラムは師弟同行そのもので、教員が用意した見学・体験・研究等に放課後・休暇中に参加します。もう一つ師弟同行として私達が誇りにしているのはアドバイザー制度です。学生約5名に対して教員1名がアドバイザーとなり、食事を共にして語り合い、いろいろな相談に乗るものです。また学生支援室では、学業や生活での不安・悩み・困難に所属の教員がチームとなって相談に応じ、対応します。「師弟同行」の学風の下、みなさんと共に学び、質の高い国際水準の医学・医療を实践できることを楽しみにしています。



医療系学生との議論からチーム医療を学ぶ

埼玉医科大学 医学部 5年 有川 滋久

埼玉医科大学のカリキュラムで特徴的なのは、4年次に用意されたIP演習という多職種連携の実習だと思います。埼玉県立大学の看護・作業療法・理学療法などの学生と一緒にチームを組んで、県内の病院で実際に患者さんと関わる実習です。僕のチームが受け持ったのは脳出血の患者さんで、リハビリを行いながら今後どのようにご自宅にお帰りいただくかを議論しました。4年の段階だと、医学生よりも他の医療系学生の方が医療現場について詳しいので、そのなかで発言するのは大学でのディスカッションよりも緊張します。この実習を通してわかったのは、僕たち医学生は疾患に着目するけれど、他の職種が見ているものは時として違うということ。例えば看護の人たちは、普段の生活で患者さんが困っていることをいかに解決するかを考えていて、理学の人は理学の人

で違う観点を持っている。同じ患者さんを見ていても、捉え方が違うんだと学びました。

生活面では、僕はSAT (Saitama Academic Team) という勉強会サークルに所属しています。SATでは、医学部の授業で学んだことだけでなく、メンバーの関心領域に合わせて自由に勉強します。例えば漢方に興味がある学生がチームを組んで一緒に勉強したり、病院見学に行ったりして、最終的にメンバーの前で発表することもあります。僕は臨床推論の勉強会をやっています。症例を教科書や論文から探してきて、後輩にどんな疾患なのかを推論してもらい、最後に簡単な解説をする形です。もちろん授業で学ぶ内容も大切ですが、こうやって自分たちの関心に沿った内容を能動的に勉強することが、将来役立つはずだと思っています。



» 埼玉医科大学

〒350-0495 埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38
049-276-1109

» 岐阜大学

〒501-1194 岐阜県岐阜市柳戸1-1
058-230-6000

実践的な知識と経験を 和やかな空気のなかで

岐阜大学 医学部 医学科 5年 村橋 賢祐
同 5年 立川 優果

村橋：岐阜大学のカリキュラムのなかで珍しいのは、4年次にある災害医学の演習です。これは大規模災害が起こった時に病院が救急医療の拠点になることを想定した演習で、実際に大学病院を使って、病院の看護師さんも参加して行います。

立川：何の災害なのかは当日まで秘密にされるので、学生はトリアージから患者さんの搬入まで、全ての事態に対応できるマニュアル作りから始まります。私たちの時は市内で爆発事故が起きたというケースで、患者役の学生は特殊メイクをしてバイタルなどの情報とシナリオを覚え、医師役の学生は熱傷などの患者に対してその場で臨機応変に対応しました。実際の災害現場を模したもので臨場感がありますし、卒業後にこれだけの規模で演習する機会はあまりないと思うので、良い機会でした。

村橋：岐阜大学はテュートリアル教育が充実していると思います。2~4年まで週3回PBL (Problem Based Learning) の実習があるんですが、8人のチームに1人ずつチューターがついて、患者さんの主訴や検査結果にもとづいてどんな疾患なのかを考え、議論します。

立川：PBLという学習形態は、各自が課題について事前にしっかり調べる必要があり、チーム一人ひとりが発言しないと意味のないものですが、しっかり勉強したうえで参加すれば、暗記型ではなく実践的に知識を修得できるのでとても面白いです。

村橋：僕は山岳部に所属していますが、うちは山岳競技をやる部ではなくて、近場の低い山に登って、帰りに温泉へ寄って来るような活動が多いです。岐阜県は山と温泉には事欠かないですし、西医体で上位を目指すような部活もいいですが、うちのような気楽な部活で岐阜をエンジョイするのもオススメです。



Education

プロとして生涯成長する 医師の育成

岐阜大学 医学教育開発研究センター長
教授 鈴木 康之



医学部を卒業するだけで一人前の医師になれるわけではありません。ましてや医学部入学がゴールではありません。医師は社会から負託されて医療をリードしていく責務があります。医療は年々めざましい発展を遂げていますが、多くの課題にも直面しています。少子・超高齢社会、グローバル化、財政問題などは、将来の医療に大きな影響を及ぼすでしょう。そうしたなかで日々研鑽し、生涯にわたって成長していける医師の基礎作りをするのが医学部の役割です。

岐阜大学では自ら積極的に学ぶ生涯学習の姿勢を身につけることを重視しています。医学部6年間に得る知識は大切な財産ですが、卒業後も日々学ばなければなりません。医療現場では常に新たな問題・課題に直面し、解決を迫られます。岐阜大学では学生時代から自ら積極的に課題を発見し、自分で解決する力を身につける教育を行っています(テュートリアル教育)。入学早期から患者さん・模擬患者さん・地域の方々のご協力のもと、医師としての基本的姿勢を学んでいきます(プロフェッショナリズム教育)。研究を通じて医療に貢献することも重要な使命であり、長期間の研究体験、MD-PhDコース(大学院の早期履修)を提供しています。4年後期から始まる臨床実習では、医療チームの一員として患者さんを受け持ち、指導医とともに診断・治療法を学んでいきます(クリニカル・クラクシップ)。6年では総仕上げとして希望する地域病院・診療分野で選択臨床実習を行います。英語力を磨いて海外実習に挑戦する学生も増えています。岐阜大学は多様な入試を実施しており(一般推薦15名、地域枠推薦25名、前期32名、後期35名)、岐阜県内はもとより、全国から多士済々の学生が集い、互いに刺激しあいながら学んでいます。

research

先端医学に対応した幅広い研究体制

岐阜大学 大学院医学系研究科 副研究科長 原 明

岐阜大学医学部では、「先進的研究と地域医療の推進に基づいた人材育成」を理念として幅広い研究体制の整備が行われています。

大学院医学系研究科では、医科学専攻と再生医科学専攻に加え、生命科学総合研究支援センターの設置により活発な研究がなされ、幹細胞医学への取り組みとともに、iPS細胞を利用した再生医療への展開やがん幹細胞の解明によるがん治療法の確立などが期待されています。医学系研究科、工学研究科に岐阜市立岐阜薬科大学が連合する大学院、連合創薬医療情報研究科では、特に「創薬」をキーワードとして医学・薬学・工学の横断的な研究を展開しています。優れた研究業績・知識・情報の共有を基盤とする教育体系を構築し、国際的にも水準の高い生体分子化学・生体制御・生体応答・生物学的創薬・薬効情報・患者情報などを基盤とする創薬科学及び医療情報学を展開し、特色ある研究を行っています。

また、将来の研究者育成への試みとして学生研究員制度が導入されています。この制度は学部学生が早期に研究に参画することで研究の面白さを体験し、生命科学・医学の研究者を志す学生を発掘することを目標としています。学生研究員に採用されると、課外時間や休暇期間を利用して行った研究活動に対して時間給が支払われます。さらに平成26年度には、学生研究員が主体となって実施する研究に対する研究助成金が創設されました。研究意欲の高い学生は、研究計画を練り、申請書を提出して審査を受けた後、研究資金を獲得し、登録した基礎医学教室の教員の指導のもと、その研究資金で自ら研究を進めることが出来ます。岐阜大学は教育機関として人材育成を推進するとともに、国内外の医療機関・教育機関・研究機関との交流や相互理解を深め、倫理観のある先端医療の研究機関の一翼を担っています。



research

地域医療からインターナショナルな仕事へ

鹿児島大学 大学院医歯学総合研究科 神経病学講座
神経内科・老年病学分野 教授 高嶋 博

鹿児島大学病院は九州の南端にあって多くの離島を抱えるため、地域に発生する様々な疾患を診療します。県内の多くの病院が鹿大とつながりがあり、神経内科では、診断困難または難治の症例が集まってきました。その診療は大変難しいものですが、当科には井形初代教授・納前教授から引き継いだ「患者の病を治すのが医の原点である。そして、原因のない病気はないので原因を見つける努力をせよ」という教えがあります。そのため私たちの研究は患者さんとの出会いから始まり、その患者さんの真の病態を、これまで蓄えた研究手法を駆使して分析します。すなわちPatient-oriented researchです。通常、研究所などは主にDisease-oriented researchを行いますが、鹿児島大学には地の利を生かした研究がふさわしく、また成果が出やすいと考えており、遺伝子学・免疫学・組織学・分子生物学的な実験手法を駆使して問題の解決を図っています。新しい研究手法も積極的に取り入れ、早期から導入した次世代シーケンサーを使いこなすことで、様々な領域で次々とディスカバリーが出てきました。現在、当科の研究対象は、HAM (HTLV-I関連脊髄症)・筋疾患・ミトコンドリア病・遺伝性ニューロパチー・自己免疫性脳症など広範にわたりますが、それらは地域の患者の問題を解決する過程で出てきたものです。これまでにいくつかの病気の原因や病態を同定して治療法を開発し、その後に世界的な舞台への発展を見たものも多くあります。

私たちは、地域に根差したローカルな病気を研究すると同時に、その成果を世界的な研究にし、多くの人々に恩恵が広がるようにすることで、井形・納の掲げた「限りなくローカルなものを限りなくインターナショナルへ」という理念を、引き続き鹿児島の地で推進していきたいと思えます。診療するにも研究するにも生活するにも、鹿児島はおすすめです。

豊かな環境のなかで医療の現場を学ぶ

鹿児島大学 医学部 6年 川上 翔平
同 6年 是枝 め衣

川上: 鹿児島大学では、6年次の4~6月に1週間、県内の離島へき地で実習をすることになっています。僕たち2人はつい先日一緒に沖永良部島に行ってきたところで、診療所の外来や訪問診療、通所リハビリを見学しました。

是枝: その島の人たちがどのような暮らしをしていて、島の生活と医療がどういう風に結びついているかを見ることができました。実習の目的は離島医療の現状を見ることですが、それと同じくらい「その島の良い所を感じ取って楽しむ」のが重要なテーマです。島を散策していたら現地の人と仲良くなって、「今日、飲みに来い」と誘われてお家にお邪魔したり、「クルージングに連れてってやる」って漁船を出してもらったりしたこともありました。

川上: 離島の医療を支える仕組みは今後ももちろん必要だと思います

が、その前にまず島で暮らすことの良さをもっともっと知ってもらって、若い人が長く住んでいける環境を作ることが重要だと思います。是枝: 鹿児島の良い所は、まず何でも美味しいことです。野菜・魚・肉、全部美味しいですし、焼酎も美味しいです。嫌なのは桜島から灰が降ることです。洗濯物が真っ黒になりますし、車のフロントガラスに灰が積もって洗車が1時間待ちなんてこともザラです。川上: 鹿児島は温厚・温和な人が多いです。助け合いの文化が強い土地柄なので、困ってる時にひと声かけてくれることが多いです。部活でも、先輩やOBの先生がしょっちゅう差し入れを持って来てくれたり、遊びにも連れていってくれます。そうして自分が先輩に面倒を見てもらった分は、先輩に返すようにしています。食べ物も美味しいし、人も良い。鹿児島は住みやすい所ですよ。

Education



離島へき地医療から国際的視野を

鹿児島大学 医学部 教務委員会医学科部会長 河野 嘉文

平成25年に創立70周年を迎えた鹿児島大学医学部医学科では、九州最南端に位置し、南北600kmの広範囲に28の有人離島を有する鹿児島県の特徴を生かした、独自の医学教育を実践してきました。医学生には生涯学び続けることの重要性を認識してもらい、医療人としての学びの場の多様性を感じてもらう教育を心がけております。入学当初から全学共通教育と併行して生命科学、患者と医療、研究開発基礎を学ぶことで医学生としての自覚を促し、科学的思考ができる医師・医学研究者の育成を目指しています。2年前期から3年前期にかけては各分野の研究室で研究を体験し、3年後期からは臨床系の講義とともにシャドウイングと称する臨床見学実習を取り入れています。基礎医学と臨床医学を統合して効率的に学びながら診療参加型臨床実習の準備をし、5年生では鹿児島県内の医療機関と連携したプログラムでStudent Doctorとしてプライマリ・ケアから先進医療まで幅広く修得し、6年前期には全員が離島・へき地での臨床実習を体験しています。また離島へき地医療人育成センターが開催する「離島へき地医療実習」は、全国の医学生・医療系学部学生にも開放し、実習の場を提供しつつ、本学学生の意欲の向上にも寄与しています。このような離島・へき地を利用した教育の充実と同時に、5年生夏から1年間マイアミ大学への留学ができるシステムを構築しています。さらに、6年生の臨床実習では、外国の医療施設での短期実習を認めています。以上のように、鹿児島大学医学部は医学を漠然と学ぶだけでなく、離島・へき地の医療を経験して理解し、国際的な視野を持ち、学び続ける医療人を育成するためのカリキュラムを構築しています。



» 鹿児島大学

〒890-8544 鹿児島県鹿児島市桜ヶ丘8-35-1
099-275-5111



第57回 東日本医科学生総合体育大会 (夏季のみ) 総合得点順位

第1位	慶應義塾大学
第2位	秋田大学
第3位	順天堂大学

第57回 東日本医科学生総合体育大会 各競技結果一覧 (夏季のみ)

	男子	女子
陸上	① 筑波	秋田
	② 慶應義塾	慶應義塾
	③ 東京歯科医科	東京
	④ 順天堂	信州
テニス	① 北里	東京医科
	② 信州	杏林
	③ 日本	筑波
	④ 秋田	秋田
ソフト テニス	① 新潟	秋田
	② 山梨	群馬
	③ 福島県立医科	獨協医科
	④ 旭川医科	弘前
卓球	① 山形	秋田
	② 北海道	順天堂
	③ 順天堂	帝京
	④ 聖マリアンナ医科	自治医科
バレー ボール	① 旭川医科	日本医科
	② 信州	群馬
	③ 順天堂	慶應義塾
	④ 千葉	日本
バドミ ントン	① 旭川医科	札幌医科
	② 筑波	秋田
	③ 千葉、帝京	聖マリアンナ医科・東京女子医科
	④ 信州、東京医科、自治医科、東京	慶應義塾、千葉、北海道、昭和
バスケット ボール	① 慶應義塾	聖マリアンナ医科
	② 東邦	日本
	③ 北海道	昭和、秋田
	④ 北里	北里、山形、獨協医科、日本医科
空手道	① 札幌医科、慶應義塾	新潟
	② 自治医科	埼玉医科
	③ 旭川医科、東京医科、防衛医科、山梨	札幌医科
	④ 山形、岩手医科	山形、旭川医科、慶應義塾
水泳	① 慶應義塾	東京女子医科
	② 東北	筑波
	③ 群馬	慶應義塾
	④ 信州	順天堂
ゴルフ	① 群馬	北里
	② 東京慈恵会医科	杏林
	③ 聖マリアンナ医科	慶應義塾
	④ 慶應義塾	岩手医科

硬式野球	① 東京医科
	② 聖マリアンナ医科
	③ 獨協医科
	④ 慶應義塾
準硬式野球	① 群馬
	② 福島県立医科
	③ 東北
	④ 北海道
サッカー	① 千葉
	② 筑波
	③ 順天堂
	④ 弘前
柔道	① 東海
	② 獨協医科、埼玉医科、慶應義塾
	③ なし
	④ なし
剣道	① 秋田
	② 順天堂
	③ 群馬
	④ 東京
弓道	① 信州
	② 新潟
	③ 秋田
	④ 慶應義塾
ヨット	① 東北
	② 慶應義塾
	③ 横浜市立
	④ なし
ボート	① 慶應義塾
	② 杏林
	③ 山梨
	④ なし
馬術	① 昭和
	② 山梨
	③ 信州
	④ なし
ハンド ボール	① 順天堂
	② 旭川医科
	③ 福島県立医科
	④ 岩手医科
ラグビー	① 信州
	② 獨協医科
	③ 日本医科
	④ なし



第57回 東日本医科学学生総合体育大会 (夏季のみ)

慶應義塾大学 夏季 総合優勝!

慶應義塾大学 総合優勝競技主将から喜びのコメントをもらいました!

夏季総合優勝を支えた
優勝競技の主将たち



水泳部 主将
松本 雄暉

水泳部は東医体を8連覇していたのですが、昨年準優勝に終わってしまいました。今年度は負けを知ったことで1年間必死に練習した結果、チーム全体の力を底上げでき、最後に大きな成果を得ることができました。今年、慶應水泳部の歴史に新たな1ページを刻むことができたので、後輩には更なる向上を目指して欲しいと思います。



バスケットボール部 新主将
神山 真人

バスケットボール部はもともと強豪だった訳ではありませんが、組み合わせが良かったこともあって、前回大会で優勝することができました。水泳部とは逆に、勝ちの味を知ったからこそ今年も優勝を目指して団結できたのだと思います。東医体が終わり、今は新体制に移ったばかりですが、来年の優勝に向けて新たなスタートを切りたいですね。



端艇部 主将
金子 賢司

昨年度は接戦の末の優勝でしたが、今大会は安定した試合運びで勝つことができました。他大学は練習場まで車でしか行けないことが多いですが、慶應の端艇部は埼玉県にある練習場まで電車で行けるという点で恵まれています。来年に向けての課題は1年生の成長です。大学から始める人の多い競技なので、これから伸びていくことに期待しています。



空手部 主将
岩田 樹里

慶應大学空手部は歴代初の東医体男子総合優勝を達成しました。男子団体形の部門で優勝したことに加えて、男子個人形では入学したばかりの1年生が優勝したのが大きかったです。私自身は女子個人形で4連覇することができました。今年は組手の部門で上位に行くことができなかったのが、来年は両方で優勝を目指せるよう頑張りたいと思います。

夏季競技を終えて

妥協しない運営委員会として、最後まで職務を全うします!

第57回 東日本医科学学生総合体育大会 運営本部長 福田 怜雄

関係者の皆様の多大なるご支援を賜りまして、8月1日から14日にかけて、第57回東医体夏季競技を無事に終えることができました。猛暑による熱中症の多発が懸念されましたが、先輩方からのご指導もあり、大きな事故・怪我を防ぐことができました。選手の皆様が各々の目標を達成し、医学生同士の絆を深めることができたならば、我々運営委員会4校にとってこの上ない喜びで

す。冬季競技の準備が控えているのはもちろんですが、夏季競技の決算を公正に行い、また夏季大会で起きた問題を限なく精査・改善して、後の世代へより良い形で引き継げるよう整えていくことも我々の責任だと思います。妥協しない運営委員会として最後まで職務を全うする所存ですので、今後ともご理解・ご協力のほど、よろしくお願い致します。



第66回 西日本医科学生総合体育大会 三重大学 総合優勝!

卓球部門では男子団体で広島大、
女子団体で三重大がそれぞれ5連覇!
水泳・陸上部門では大会記録が
続々更新されました!

数ある強豪を破り、
三重大学が総合優勝!
優勝した競技の主将に
話を聞きました。



女子バレー部 主将
若林 慧美里

今年度は医学科に加え、試合に出ない看護科のメンバーがボール出しや対戦相手の分析などを手伝ってくれるなど、チーム一丸となって戦えたことが勝因の一つだと思います。



女子卓球部 主将
中西 美菜子

普段は和気あいあいと練習していますが、西医体前は厳しい練習を乗り越えてきました。5連覇することができ、とても嬉しいです。OB・OGの皆様ありがとうございました。



弓道部 主将
佐藤 安沙子

今回の西医体優勝は、部員全員が一丸となり挑んだ結果勝ち取ったものであると思います。温かいお言葉をかけてくださった先生方・先輩方・部員にお礼申し上げます。

第66回西医体を終えて

西医体が無事終り、ほっとしています

第66回 西日本医科学生総合体育大会
運営委員長 村 宏樹

第66回西医体は代表主管校を金沢大学とし、8月1日～18日の日程で開催されました。台風接近のためトラブルもありましたが、皆様のご理解・ご協力もあり、大きな事故や熱中症もなく無事に全日程を終了することができました。運営委員会は約2年半前に発足し、競技会場の確保、予算案の作成、各会議の準備など、多岐にわたる運営業務を行って参りました。西医体は66年という長い歴史の中で、時代のニーズに合ったものへと変化をしてくま



た。小さな規模から始めた大会も、現在では参加人数が15,000名を超えるほどの大きなものになりました。いつの時代も、この大会が医学科生にとって1年間で最も熱くなれるイベントであるということに変わりはありません。次年度代表主管校の大阪市立大学の運営委員会のみさんには、西医体がより良いものになるように尽力して欲しいと思います。最後になりましたが、本大会の開催にご尽力いただきました全ての皆様に、改めて感謝申し上げます。

評議員が分析する 総合優勝の秘訣

西医体評議員 黒田 祐輔

三重大は医学科・看護科の交流が深く、また先輩と後輩の仲が良いのが強みです。今回の総合優勝は、大学一丸となって掴み取ったものだと思います。あの西医体でしか味わうことのできない熱い気持ちを忘れることなく、来年の連覇を目指してまた一から練習に励んでいきたいです。



第66回 西日本医科学生総合体育大会 総合得点順位

第1位	三重大学
第2位	福井大学
第3位	岡山大学



第66回 西日本医科学生総合体育大会 各競技結果一覧

テニス	男子	女子
	① 和歌山県立医科	名古屋市立
	② 岐阜	大分
	③ 大阪	近畿
	④ 山口	奈良県立医科

ソフトテニス	男子	女子
	① 岐阜	島根
	② 長崎	奈良県立医科
	③ 鹿児島	長崎
	④ 宮崎	富山

バスケットボール	男子	女子
	① 山口	福岡
	② 島根	愛媛
	③ 琉球	佐賀
	④ 福井	産業医科

バレーボール	男子	女子
	① 岡山	三重
	② 福井	福井
	③ 大阪	神戸
	④ 京都	滋賀医科

バドミントン	男子	女子
	① 京都府立医科	金沢
	② 富山	金沢医科
	③ 鹿児島	三重
	④ 大阪市立	大阪

弓道	男子	女子
	① 佐賀	三重
	② 浜松医科	徳島
	③ 高知	福井
	④ 金沢	名古屋

卓球	男子	女子
	① 広島	三重
	② 岡山	島根
	③ 浜松医科	京都府立医科
	④ 大分	名古屋

陸上	男子	女子
	① 富山	富山
	② 三重	三重
	③ 大分	金沢医科
	④ 鹿児島	愛媛

水泳	男子	女子
	① 長崎	大阪市立
	② 島根	長崎
	③ 岐阜	浜松医科
	④ 高知	香川

空手道	男子	女子
	① 久留米	浜松医科
	② 岡山	奈良県立医科
	③ 三重	鹿児島
	④ 高知	琉球

剣道	男子	女子
	① 和歌山県立医科	福井
	② 香川	神戸
	③ 岡山	奈良県立医科
	④ 大分	岐阜

ゴルフ	男子	女子
	① 近畿	愛知医科
	② 名古屋市立	岐阜
	③ 岡山	名古屋市立
	④ 愛知医科	川崎医科

スキー	男子	女子
	① 大阪医科	神戸
	② 名古屋	京都
	③ 金沢	和歌山県立医科
	④ 岐阜	大阪医科

柔道	男子	女子
	① 徳島	
	② 愛媛	
	③ 福井	
	④ 滋賀医科	

サッカー	男子	女子
	① 徳島	
	② 鹿児島	
	③ 岐阜	
	④ 大阪医科	

準硬式野球	男子	女子
	① 岡山	
	② 九州	
	③ 佐賀	
	④ 長崎	

ボート	男子	女子
	① 京都	
	② 佐賀	
	③ 滋賀医科	
	④ 長崎	

ヨット	男子	女子
	① 滋賀医科	
	② 京都府立医科	
	③ 神戸	
	④ 香川	

ハンドボール	男子	女子
	① 京都府立医科	
	② 岐阜	
	③ 滋賀医科	
	④ 山口	

ラグビー	男子	女子
	① 福井	
	② 京都	
	③ 鳥取	
	④ 九州	

合気道	男子	女子
	最優秀演武校 富山	
	優秀演武校 奈良県立医科	
	敢闘賞 近畿	

医学生の交流ひろば

第2回 医学生・日本医師会役員交流会開催！

タイムスケジュール

13:00～ 挨拶 日本医師会会長 横倉 義武

13:10～ 基調講演

1. 「死因究明とこれからの医学」
(放射線医学総合研究所重粒子医科学センター
Ai情報研究推進室長・作家 海堂 尊先生)
2. 「未来志向の医療体制作りのために、
医師会を活用しよう」
(日本医師会副会長 今村 聡)

14:10～ シンポジウム

- テーマ「日本の医療を考える～これからの『地域医療』には何が求められるのか～」
- ・金子 伸吾先生
(済生会西条病院 循環器科医長・
心血管カテーテル室長)
 - ・原澤 慶太郎先生
(亀田総合病院在宅医療部)
 - ・吉田 穂波先生
(国立保健医療科学院 生涯健康研究部
主任研究官)
 - ・吉本 尚先生
(筑波大学医学医療系地域医療教育学講師)

15:20～ 総合討論

シンポジスト・参加学生・日本医師会役員による討論。

17:00～ 懇親会

8月22日に東京の日本医師会館において、第2回医学生・日本医師会役員交流会が開催されました。今回の交流会では医師・作家の海堂尊先生や全国各地で活躍する若手医師が集まり、23大学の医学生と熱いディスカッションを行いました。



コメンテーター：日本医師会
常任理事 釜沼 敏 (写真
左) / 笠井 英夫 (写真右)



総合司会：
日本医師会常任理事
今村 定臣

13:45～

未来志向の医療体制作り
今村 聡 日本医師会副会長



日本医師会は約30万人の医師のうち55%が加入しており、約半数は勤務医です。地域の医師会員は夜間休日診療をしたり予防接種をしたりと患者・国民の健康を支えています。日本医師会は現場の先生たちが仕事をしやすいように環境整備をしています。若手研究者への医学研究奨励賞を設け、会員への研究助成をしているほか、医賠償保険や医師年金の運用、臨床研修医支援ネットワークの整備などを行っています。若い方にも加入のメリットがあることを知っていただきたいです。

13:10～

死因究明とこれからの医学
海堂 尊先生



死因究明が必要な場合でも、解剖が実施できないために正確な死因が判明しないことがあります。そうした状況を改善すべく、死亡時画像診断 (Autopsy Imaging, Ai) の導入を主張してきました。国への働きかけが上手く進まない中、日本医師会はAiの意義に着目し、検討会を開いてくれました。結果、今年からAiを用いて小児死亡症例の原因を究明する厚生労働省のモデル事業が始まりました。問題解決のパラダイムを示してくれるのは、学会や厚生労働省ではなく日本医師会だと感じています。

13:00～

人間の尊厳を大切にす社会
横倉 義武 日本医師会会長



昨年、人間の尊厳が大切にされる社会を実現すべく日本医師会綱領を定めました。「安全・安心な医療提供体制の構築」、「国民皆保険制度の堅守」などの4項目を明記し、その誠実な実行を国民に約束しました。日本医師会は、「国民に安全な医療を提供できるか」、「国民皆保険制度が維持できるか」という2つの原則に照らして、国に提言をしています。将来の医療を支える皆様が、学生時代から日本の医療を考えることが国民医療の向上につながっていくものと思います。



Q&A 総合討論

Q 地域住民を医療に巻き込んでいくためには？

A 医師から見た優先順位と住民の順位は違うことがある。選択肢を提示して、住民の理解を得ながら進んでいく。これからの地域医療に必要なのは、納得感。(原澤先生)

タクシーや弁当は地元のものを利用するなど、地域に還元していることをアピールする。ビジネスの観点で、Win-Winの関係を作っていくことが大切。(金子先生)



Q 若手医師が日本医師会に入ることのメリットは？

A 地域のなかで活動するとき、医師会と一緒に協力していくスタイルは有効。会合で先生方と議論できるのは貴重だし、地域で医師会から協力を得られる場面は多くある。(吉本先生)



Q 出産・育児とキャリアの両立に悩む医師が多いが、キャリア継続の秘訣は？

A 早く産め、たくさん産めという2点を、患者さんから学んだ。1人目がお産の道を作るので、2人目からは産むのも育てるのも楽。早く産むことが育児を楽にするコツだし、仕事にとってそれがプラスになる。(吉田先生)

14:25~

地域医療には何が必要なのか

原澤 慶太郎先生



現代は長生きの時代と言われますが、それは病気を手術で治すだけでは終わらない時代になったことを意味しています。今後は、患者さんの相談にワンストップで応えるサービスが必要です。つまり、どこに相談していいかわからない患者さんのそばでサービスを評価してくれる水先案内人が求められているのです。加えて必要なのは、アドバンス・ケア・プランニングです。患者さんは、自分が将来どういうケアを受け、どういう死に方を望むのかを家族と一緒に話し合い、決定していくことが重要です。

14:10~

地方中核病院で働く魅力

金子 伸吾先生



循環器内科医として、東京の大規模病院と愛媛県の中核病院で働いてきました。大病院では症例数を重ね、他の先生の助手を務められるメリットがありましたが、地方の中核病院では個人のパフォーマンスが尊重される点にやり甲斐があります。しかしそのパフォーマンスを発揮するには、自分がリーダーシップを取ってコアスタッフの育成・院内外の連携システム構築などを行う必要があります。学生には10年後・20年後のビジョンを持ち、ぜひ患者さんの需要の高い分野で頑張ってください。

14:55~

学生は医療システムへ参画を

吉本 尚先生



医師として働くなかで、まちづくりに興味を持ちました。三重大学在職時代には公民館を作る事業に参加し、福祉はもちろん消防や救急などインフラの問題解決にも携わりました。今後は住民主体の「ご当地医療」が求められると考えています。これからの医療が発展していくためには、医療者が情報を発信することで非医療従事者を巻き込んでいく必要があります。「市民の感覚を持ちながら医療の知識もある立場」である医学生は、ぜひ医療者而非医療者の橋渡しに協力してほしいです。

14:40~

母子支援体制の構築と受援力

吉田 穂波先生



患者さんに必要なのは、離れた場所からものを言う専門家ではなく、身近なアドバイザーなのだ。と第一子出産の際に感じ、専門家と患者さんの隙間を埋める仕事をしたいと思いました。日本は子どもの割合が非常に低く、この状況を改善するためにはワンストップで母子を支える拠点の構築が必要です。また個人においては、ひとに助けを求める力、「受援力」が必要だと思います。助けを求めることは相手への敬意・称賛でもあります。助け合い、助けてと言いつける社会を構築していきたいです。



Group

子どもたちと共に成長しよう

香川大学 児童問題研究会ひばり

こんにちは、初めまして。私たちは、香川大学医学部サークルの児童問題研究会ひばりです。主に障害を持った子どもと関わるボランティア活動を通して子どもたちとご家族を支援し、同時に自分たちも学び、成長することを目的としています。ひばりの設立は1983年と古く、現在は約40名の会員がいます。活動内容は主に、おひさま教室への参加、附属病院でのボランティア、児童デイサービスでのボランティアの3つです。

おひさま教室とは、月に一度、高松平和病院が主催する活動で、主に自閉症やダウン症を持った小学2年生までの子どもが参加しています。この教室にボランティアとして参加することが、ひばりのメインの活動です。おひさま教室では、春の公園での運動会、夏の水遊び、秋の芋ほり、冬のスキー合宿など季節ごとに多彩な活動を行っています。おひさま教室の子どもには、他者とコミュニケーションを取ることが苦手な子どもも多いです。私たちの役

割は、子どもたちがまずはボランティアと仲良くなり、さらに他の子どもとも関わりが持てるように支援することです。最初は私たちを警戒していた子どもも、根気よく話しかけていると少しずつ打ち解けてくれ、活動が終わるころには自分から手をつないでくれるようになることもあります。他の子どもと関わることができずにいる子ども同士が、ボランティアの連携により、遊び道具の貸し借りなどができるようになることもあります。このように、子どもたちの成長に自らが少しでも関わっていると実感できるところが、おひさま教室に参加することの魅力です。

2つ目の活動は、香川大学附属病院の小児病棟に入院している子どもと遊んだり、勉強のお手伝いをすることです。子どもたちの多くはベッド上での生活に退屈しており、なかには病院や医師への恐怖感を抱いている子どももいます。そのような子どもと関わることで、病院や医療に対する負のイメージを取り除くこ

ができれば良いと考えています。

3つ目の活動は、みきの家三木町児童デイサービスセンターで、介護スタッフの補助をするというものです。食事やトイレなどの日常生活を補助することは、私たちの将来につながる貴重な経験といえます。

これら3つの活動に共通するのは、そこで得た経験が確実に、医療人を目指す私たちの糧となるということです。これからも日々、子どもたちと積極的に関わり、自らも成長していきたいと考えています。



Report

満員御礼！第26回家庭医療学夏期セミナー

日本プライマリ・ケア連合学会 学生・研修医部会

こんにちは！私たち「日本プライマリ・ケア連合学会学生・研修医部会」は1988年より日本プライマリ・ケア連合学会の支援を受けながら、年に1度の夏期セミナー開催と全国各地での支部活動を中心に、多くの学生が活動しています。その目的は①家庭医療・総合診療の重要性を学ぶ機会を、未来の医療を担う若者に提供すること②学部卒前教育では深く取り上げられない家庭医療について、正しい知識を得たうえで気軽に情報交換し、将来の医療者像を語り合える場所を提供することの2点にあります。今回はそんな当団体の活動主体「夏期セミナー」について今年度第26回のご報告をさせていただきます。

—「家庭医療」という名のFRONTIER！—
今年で26年目を迎えた「学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー」（通称夏セミ）。開始当初は医学生を対象とした数十名規模のものでしたが、年々参加者も増え、今年は職種問わず学生・講師合わせて500名以上

の方が集う大規模なセミナーとなりました。そんな今年第26回のテーマは「FRONTIER」。全国から集う全ての参加者が、家庭医療というジェネラルな道に挑み続ける先生方との交流を通して将来へ向けて新しい一歩を開拓して欲しいという願いが込められています。スタッフ一同、このテーマに相応しい夏セミの開催を目指して新企画を導入するなど、1年間準備して参りました。今年、また1つ進化した第26回は学びも感動もより一層大きなものだったのではないのでしょうか。

【写真】は第26回の懇親会集合写真です。今年も熱く、楽しい、笑顔いっぱい夜となりました。夏セミの3日間ではこの懇親会をはじめ、様々な場面で医療に対する考え方・技術に触れることが可能です。学生も先生も関係なく、時間も忘れて熱く語り合った思い出は、参加

者一人ひとりにとって大きなインパクトとなったことでしょう。私たちは、そのインパクトが、この先、家庭医療をはじめとした多方面にわたって医療を開拓《FRONTIER》する皆様の糧となることを願っています。

【第27回へ向けて】

第26回を閉幕し、私たちは既に次なるステージへ動き出しています。夏期セミナーが、将来の家庭医療・総合診療の発展と参加者の成長により寄与できる場となりますようにスタッフ一同これからも駆けていきます。夏期セミナーの更なる飛躍にご期待ください！

WEB: <http://goo.gl/XjC3G1>

文責：五嶋嶺、鵜籠ゆきこ、吉本尚



Report

サマーキャンプ@亀田2014 報告レポート

医師のキャリアパスを考える医学生の手記

2014年8月6～7日、1泊2日のサマーキャンプが亀田総合病院で開催されました。「医師のキャリアパスを考える医学生の手記」とは、マッチング制度や臨床研修、専門医制度の変更、医師の計画配置などが議論されるなか、医学生自身が自らのキャリアについて学び、考え、発信していくためのネットワークです。その理念に基づき、毎年行っている企画の一つがサマーキャンプ@亀田です。前身の企画を含め5年目となるこの企画は、千葉県鴨川市にある亀田総合病院との共同で開催されており、医学生のみならず、医療に関わる未来を思い描く学生が集い、チーム医療について考えを深めていく1泊2日のキャンプです。今年も50人を超える学生、そして亀田総合病院で働く職員の方々が学生とほぼ同数お集まりくださいました。1日目は、講演・院内見学を通して患者さんのためにできるチーム医療のあり方について考え、働き手が提供できるもの、システムや設備が提供できるもの、そし

てその根底にある患者さんへの思いを学びました。午後はグループディスカッションや、他職種になりきるロールプレイを通して、能動的にチーム医療についての考えを深め、自分の専門分野以外の職種の働きへの理解や周りに自分の職がどう捉えられているかといった新たな視点を多く得ることができました。また夜には院長先生をはじめ多くの職員の方とBBQを行い、未来の医療を担うもの同士、熱い思いをぶつけ合いました。日中の限られた時間のなかで行うワークでは表現しきれなかった内容を夜遅くまで語ることで友好を深められ、良い時間となりました。

2日目は「1つの事実の2つの真実」と題し、プロフェッショナル性が会話の中で誤解を生んでしまうリスクを、ロールプレイを通して体験しました。専門的知識が身につくほどに、意図せずに患者さんとの会話の中にひずみが生まれてしまうことを身をもって実感しました。参加学生からは「ただ漠然と定型句の様に発

していた「チーム医療」に対して具体的なビジョンが描けるようになった」「将来一緒にチーム医療を担いたいと思う友達が出来た」などの声が多数寄せられ、充実した夏のひとときとなりました。

今後も医師のキャリアパスを考える医学生の手記では長期休みを利用しての勉強会などを随時企画・発信していく予定ですので、ぜひご期待下さい。

WEB: <http://students.umin.jp>

サマーキャンプ@亀田2014代表 東京女子医科大学5年 李 殷先



Group

私たちに救える命

奈良医大 Nara Life Support Club

この部では主に心肺蘇生法について学び、互いに教え合っています。みなさんは目の前で人が倒れたとき、助けるために何をしたらいいかわかりますか。あるいは知っているにもかかわらず動けない人もいないでしょうか。私たちは現場で率先して救命に臨めるよう、日頃から勉強しています。また、このような活動は自分たちだけでやっても仕方ありません。多くの人に心肺蘇生法を学んでもらって、いつでもどこで誰が倒れても近くにいる人がすぐに救命措置を行える。そのために、いづれ市民向けの講習会を開けたらいいなと思っています。



Group

できる災害支援を考え行動する

奈良医大 NARA Will

奈良県立医大学生災害ボランティアグループのNARA Willでは、学生が中心となって被災者や医療従事者をサポートする活動をしています。毎年夏休みには和歌山県立医大の学生と合同で、福島県内で被災病院や仮設住宅での傾聴活動、草刈りなどのボランティア活動を行ってきました。福島での活動を通じて、活動を継続すること、被災者に寄り添うこと、地域で医療を学ぶことの大切さを実感しました。また豪雨災害に対して学生ボランティアをグループ外からも募集し、被災地での支援活動なども行っています。



Group

自分らしさをみつけよう

奈良医大 社会医学研究会

社会医学研究会は、ボランティアと国際交流を主な柱とした様々な活動を行っているサークルです。ボランティア活動としては、保育園やデイサービスセンター、ホスピス病棟、地域の団体などにおいて、様々な行事の開催やそのお手伝い、そして利用者の方々との交流を行っています。国際交流としては、AMSA・IFMSAという世界中の医療系学生が集まる団体の活動に参加したり、交換留学プログラムを運営したりしています。部員は自分の興味のある活動を見つけて参加し、医療系学生として大切な経験を積んでいます。



FACE to FACE

NO.4

interviewee
櫛渕 滯

interviewer
梅本 美月

各方面で活躍する医学生の素顔を、同じ医学生のインタビュアーが描き出します。

梅本(以下、梅)・櫛渕さんは医療ビジネスコンテスト「Perry」の代表を務めましたよね。そもそもビジネスに興味をもったきっかけは何だったのですか？

櫛渕(以下、櫛)・正直に言うと、大学入学までの私の目標は医学部へ入ることそのもので、その後の将来像を持っていませんでした。転機になったのは入学後に行った3日間の震災ボランティアです。入学直後の医学生が被災地でできることは限られていて、自分は問題の解決に全く役立てていないと痛感しました。

震災などの深刻な問題を前にした時、医師としてのスキルのみを向上させる選択肢もあります。でも私は、医療や社会貢献って対症療法でいいのだからかと疑問を持ち、「医学」の外の世界を見てみたいと思いました。そんな時に医療ビジネスコンテストに出会ったんです。
梅・医療ビジネスコンテストを

知ったとき、どう思いました？「医療に必要なのはお金じゃなくて熱い気持ちだ！」という考えはありませんでしたか？

櫛・正直、最初は「医療でお金儲けなんて、大丈夫？」と怪訝に思っていました。けれど、それまで知らなかった世界が新鮮に思えて参加してみると、徐々に考えが変わっていききました。

梅・ビジネスと医療を掛け合わせることで、どんな良いことが生まれると思いますか？

櫛・ビジネスの強みは、持続可能性にあります。今の医療体制は、医師の生活や将来の世代を犠牲にすることで維持できているという側面があると思います。医療にビジネスの視点を取り入れることで、閉鎖的と言われる医療を、ITやNPOなどの様々な分野とつなぐことができると考えています。それによって、患者さんの細やかなニーズに応えるサービスの提供や医師

の業務効率化など、医療にとってプラスを生み出せます。また国のレベルでは、今まで「負担」だと捉えられてきた高齢化や医療費増大を逆に「強み」にすることができ、医療から日本全体を活気づけられると考えています。だいぶ大きな話ですが(笑)。

だし、興味の対象が近いから仲良くなれる。」と言っていたんですが、まさにそうですよ。
櫛・間違いない(笑)。普段出会えない人と話せるし、合コンよりも絶対に懇親会ですね。
梅・学外でいろんな活動をしたけれど、あと一歩が踏み出せない学生の背中を押すとしたら、櫛渕さんは何と言いますか？

櫛・最初のハードルが高いのはわかります。けれど気になる活動に、参加してみるだけなら1時間です。最初はアウェー感が強いと思いますが、1か月もすれば馴染むものだし、それを半年経ていけば立ち位置や見える世界が変わる。1年経つ頃には、周囲の人から認められるようになるはずですよ。最初のハードルを前にしたためらうのではなく、半年、1年後に自分がどうなっているのかを想像したうえで、その一歩を踏み出すかどうかを決めるといいと思います。

梅・人に会うとエネルギーをもらえるし、本当に楽しいですよね。私の知人が「合コンよりも、勉強会の懇親会の方が絶対に面白い。いろんな人と話せる機会



profile

梅本 美月 (日本医科大学3年)

今回櫛渕さんには多くの質問をさせていただき、とても刺激を受けました。同級生とは思えないほど、しっかり力強く生きている彼女を改めて尊敬しました。櫛渕さんに会ういつもエネルギーをいただくのですが、その源がわかった気がします。これからもご活躍をお祈りしています!(梅本)



profile

榑渚 滯 (東京医科歯科大学3年)

1994年生まれ、小学生時代をブラジルで過ごす。医療ビジネスコンテストPerry2014元代表。医療学生ラウンジでは、「医療と他分野をつなぐ」、「楽しく成長する」を提供しています。興味を持たれた方は、Facebookでご連絡ください!

WEB: <http://iryogakusei.com/portfolio-item/perry2014/>

DOCTOR-ASE

【ドクターゼ】

医学生を「医師にするための酵素」を意味する造語。

医学部という狭い世界に閉じこもりがちな医学生のアンテナ・感性を活性化し、一般社会はもちろん、他大学の医学部生、先輩にあたる医師たち、日本の医療を動かす行政・学術関係者などとの交流を促進する働きを持つ。主に様々な情報提供から成り、それ自体は強いメッセージ性を持たないが、反応した医学生たちが「これからの日本の医療」を考え、よりよくしていくことが期待される。

発行元 日本医師会

www.med.or.jp

DOCTOR-ASE (ドクターゼ) は、日本医師会が年4回発行する医学生向け無料情報誌です。

次号 (2015年1月25日発行) の特集テーマは「医師国家試験」の予定です!