DOCTOR-ASE

医学生がこれからの医療を考えるための情報誌［ドクタラーゼ］

Japan Medical Association
日本医師会

No.07
Autumn 2013

● 医師への軌跡
曽田 学

● 10年目のカルテ
呼吸器内科

特集

在宅医療

患者の「居場所」で行う医療

新たな治療につながるような遺伝子異常を、これからも発見していきたい ―――― 曽田 学

苦しむ患者をみて研究の道へ

父と父方の祖父が公衆衛生の医師、母方の祖父が山村地域の町医者という家に生まれ、小さいころから医師に憧れた。多くの人を救う研究、目の前の患者さんを治す臨床、どちらの良さも感じつつ、卒後すぐは臨床医を志し、市中病院で初期研修を受けた。その後、呼吸器内科のレジデントとなり、肺がん治療に携わるようになる。肺がんの末期で呼吸ができなくなり、苦しんで亡くなる患者さんを幾度もみては、心を痛めた。

ちょうどその頃、一部の肺がんに劇的に効く分子標的薬と言われる抗がん剤（イレッサ）が使われ始めた。しかしイレッサが効くのは、肺がんのうち特定の遺伝子の変異を持つ30％前後の症例にすぎない。イレッサが効かず、苦しむ患者さんにも、同じような「特効薬」を作れないか…。曽田先生は、肺がんの研究をしたいと思うようになっていった。

一丸となって論文を発表

当時の上司に紹介されて、2004年に自治医科大学の大学院に進学し、がん研究の第一人者である間野博行教授が率いる研究室で実験生活を開始した。取り組んだテーマは、手術で摘出した肺がんの検体を用いて、がんの新たな原因遺伝子を探すというものだった。

外科の協力を仰ぎ、自分で手術の日程を調べた。患者さんに承諾をもらい、アイスボックスを持って病理室まで検体を取りに行った。「同じものは決していただけないのだから、検体を絶対に粗末に扱うな」という教授の教えのもと、一つひとつの検体から丁寧にDNA、RNAを抽出し解析していった。

幸運なことに、研究開始からそう時を待たずして、新しい、そして世界を驚かすに値する遺伝子異常が発見された。新発見は、世界に先駆けて発表しなければ論文の価値が半減してしまうため、「とにかく早く論文に！」と研究室全体が一丸となって、発表に必要な実験を一気に進めた。2006年5月の発見から一年たらずで論文を仕上げ、2007年7月に『Nature』で発表。世界的に注目が集まった。

その時その時にできることを

発見から5年、この遺伝子異常を持つ肺がんへの新薬が開発され、日本でも認可された。投薬後1～2週間で劇的に症状が改善されるそうだ。この遺伝子異常を持つ患者さんは肺がん全体の約5％。少なく感じるかもしれないが、イレッサの適応にならない患者さんのうち約20％がこの遺伝子を持つ計算になる。その人々を新たに救うことができるようになったと考えれば、研究の成果は大きい。自分が携わった研究がたった数年で患者さんの役に立ち、新薬が多くの人を救うのを自分の目で見られることは、医師冥利に尽きる幸せだと曽田先生は言う。

「あの日にあの患者さんの承諾を取りに行かなければ、この発見はなかったかもしれない。本当に幸運や周囲の協力に恵まれていると思います。これからも、その時できることを精一杯やり、新たな治療に結びつくような遺伝子異常を見つけたい。そう思いながら研究を続けています。」

研究内容について ～EML4-ALK がん遺伝子の発見と治療応用～

曽田先生が大学院生として所属した研究グループでは、間野博行教授を中心として、がん検体から効率良くがん遺伝子をスクリーニングする独自の手法を確立し、各種がん検体における遺伝子異常を探索していた。曽田先生が発見したのは、EML4とALKという遺伝子が融合する新しい遺伝子変異だった。この「2つの遺伝子が融合している現象」は血液がんでは知られていたが、肺がんのような固形がんにも生じるとは考えられていないものだった。BCR-ABLという融合型のがん遺伝子を持つ血液がんにはグリベックという劇的に効く分子標的薬があるため、この発見はEML4-ALK異常を持つ肺がんの新たな特効薬の開発につながると期待された。

実際に、アメリカのファイザー社がザーコリというALKの阻害剤の治験を始めたところ、優れた効果を示すことが確認された。この薬は2011年にアメリカで認可され、日本でも2012年に認可を受けるに至った。EML4-ALKの発見は、日本発の研究によってがん患者の命を救うことにつながった、エポックメイキングな出来事なのだ。

曽田 学 Manabu Soda

東京大学大学院医学系研究科
生化学・分子生物学講座
細胞情報学分野 *

1999年、聖マリアンナ医科大学卒業。初期研修・後期研修を関東逓信病院（現・NTT東日本関東病院）で行い、その後自治医科大学の呼吸器内科に大学院生として入局。2007年、『Nature』に肺がんの新規遺伝子異常に関する研究成果を発表、2011年度日本医師会医学研究奨励賞、2013年第1回後藤喜代子・ポールブルダリ科学賞を受賞している。

*取材時（2013年8月）は、自治医科大学分子病態治療研究センターゲノム機能研究部所属

Information

October, 2013

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：jmafdsc@po.med.or.jp

『ドクタラーゼ』WEBページでも同記事・バックナンバーを掲載中！

ドクタラーゼは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/

医学生・日本医師会役員交流会の参加者募集

日本医師会は、これからの医療を担う医学生・研修医を様々な形で支援すると共に、その声を医療界に活かしていきたいと考えています。そこで今回は、医学生と日本医師会役員の交流会を開催します。交流会では5つの分科会に分かれ、6名の学生と日本医師会の役員がそれぞれのテーマに関して意見交換を行います。分科会後の全体会議では、意見交換の内容に基づいた学生の発表と、その声を医療界で活用するためのディスカッションを行う予定です。

日時： 2013年12月25日（水）
交流会 13:00〜17:20／懇親会 17:30〜20:00
場所： 日本医師会館（東京都文京区）
※遠隔地からの参加者には、旅費負担がないように配慮します。
分科会テーマ（仮）：
(A)医師養成のあり方について／ (B)地域医療・在宅医療について／(C)チーム医療・多職種連携について／(D)ワークライフバランス・男女共同参画について／ (E)医療への信頼を高めることについて
応募方法：
◎所属大学・学部・学年・氏名・性別
◎参加を希望する分科会テーマ（第1希望・第2希望）
◎本交流会で議論したいこと・聴きたいこと（200字程度）
を記載のうえ、
edit@doctor-ase.med.or.jp
に、2013年11月15日（金）までにメールでお送りください。
応募多数の場合：
「議論したいこと・聴きたいこと」の内容を審査した上で、地域・学年等のバランスを考慮して選考いたします。

みなさんの声を、日本の医療に反映させるひとつのチャンスです。
たくさんのご応募をお待ちしております。

『ドクタラーゼ』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、お待ちしています。
ドクタラーゼ編集部

DOCTOR-ASE

index

Publisher 横倉 義武
Editor in chief 平林 慶史
Issue 公益社団法人日本医師会
〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
TEL:03-3946-2121(代表)
FAX:03-3946-6295
Production 有限会社ノトコード
Date of issue 2013年10月25日
Printing 能登印刷株式会社

2 医師への軌跡
曽田 学医師（東京大学大学院医学系研究科　生化学・分子生物学講座　細胞情報学分野）

[特集]

6 在宅医療　患者の「居場所」で行う医療
8 ケース・スタディ　在宅医療の現場から
12 医師・患者関係からみる在宅医療
14 在宅医療に携わる様々な医師
16 在宅医療を支援する仕組み
18 スタディ・ツアーを終えて

20 同世代のリアリティー
芸術の分野で生きる　編

22 患者に学ぶ（周期性ACTH-ADH放出症候群）

23 チーム医療のパートナー（医療ソーシャルワーカー）

24 10年目のカルテ（呼吸器内科）
光石 陽一郎医師（東北大学病院　呼吸器内科）
武岡 佐和医師（大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター　肺腫瘍内科）

28 医師会の取り組み
沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）

30 日本医師会の取り組み
産科医療と医師会
医療における消費税問題

32 医師の働き方を考える
産科医としての臨床経験を活かし、公衆衛生の分野で管理職として働く
～新潟県村上地域振興局　佐々木 綾子先生～

34 医学教育の展望
和歌山県立医科大学附属病院　卒後臨床研修センター長　上野 雅巳先生

36 大学紹介
弘前大学／山梨大学／愛知医科大学／熊本大学

40 日本医科学生総合体育大会

44 医学生の交流ひろば

 本誌掲載の写真・記事・デザイン等の無断転載、複製、転用を禁じます。Copyright©2013　Japan Medical Association All rights reserved.

深夜の病棟で、ベッドに横になってみる。
目を閉じると、カーテン越しに聞こえる苦しそうな喘鳴、
微かに響き続ける機械音、遠くの階段の足音。
静けさを破るいびきの音に驚いて目を開けると、
暗闇に慣れた目に無機質な天井が覆いかぶさってくる。
廊下から漏れ入る蛍光灯の明かりの筋が、やけに眩しい。
一昨日の夜までこのベッドに居たおばあさんは、
人生最後の2か月をここで過ごしたそうだ。
隣県に住んでいる娘さんが頻繁に見舞いに来ていたが、
夜は独りだったらしい。
もちろんナースコールを押せば看護師さんが来てくれるし、
急変に対応できる設備も整っている。
しかし自分なら、最後の2か月間をこのベッドで過ごし、
見慣れぬ天井の下で、最後の夜を迎えたいだろうか。

病院を離れ、家に帰る。
お世辞にも綺麗とは言えないが、やはりここは自分の居場所だ。
服を脱ぎ捨て、寝慣れたベッドに疲れた身体を横たえる——。

在宅医療

患者の「居場所」で行う医療

昨今、在宅医療のニーズが高まっています。厚生労働省の調査によると、約63％の人が終末期の療養場所として自宅を希望しています。また、2025年には29万人が在宅医療を必要とするという試算もあります。しかし実際には、死亡者の約8割が病院で亡くなっており、最後の時間を病院のベッドで過ごす人が多いのが現状なのです。

国や医療界も、このニーズに対して手をこまねいているだけではありません。今世紀に入ってからは、介護保険の創設をはじめ、在宅医療に関する様々な制度が整備されてきました。在宅支援診療所・病院も着実に増え、在宅医療の提供体制は確実に進展しています。

医学生のみなさんが臨床の最前線で活躍する頃には、専門領域や働く機関を問わず、多くの医師が何らかの形で在宅医療に関与することになります。その時のためにも、在宅医療の意義や全体像を学生のうちから知っていてほしい――、そんな思いで今回の特集は組まれています。

【取材協力】日本プライマリ・ケア連合学会（若手医師部会）／福島県立医科大学医学部 地域・家庭医療学講座／喜多方市 地域・家庭医療センター／竹田綜合病院／福島県医師会／会津若松医師会／喜多方医師会／医療法人博愛会顕田病院／松口循環器科・内科医院／飯塚市医師会

【登場する先生方】武田仁先生（喜多方市地域・家庭医療センター）／髙柳宏史先生（福島県立医科大学）／渡邊睦弥先生（竹田綜合病院）／吉田伸先生（顕田病院）／金城謙太郎先生（顕田病院）／茂木千明先生（顕田病院）／大杉泰弘先生（顕田病院・松口医院）／松口武行先生（松口医院）／加藤光樹先生（松口医院）

※参考:厚生労働省　平成24年度在宅医療連携拠点事業「資料1　在宅医療の最近の動向」 http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf

ケース・スタディ

在宅医療の現場から

福島・福岡の先生方にご協力いただき、実際に学生たちが訪問診療に同行してきました。みなさんも、実際に自分が現場に同行したところを想像してみて下さい。

学生参加のスタディ・ツアー初日。午前の外来が終わり、午後2時ごろから訪問診療を開始する。本日の1件目の患者さんは80代の女性Aさん。肝臓をはじめ、高血圧や不整脈などの基礎疾患を持っている。日常生活はある程度自立しているが、若干の認知機能の低下がみられる。また、膝に痛みがあり、整形外科への通院歴は長い。

Aさんの家は、診療所から車で10分ほど、市内では比較的利便性の高いところにある。小雨のぱらつく中、車を近くの路地に停め、足早に玄関へと向かう。木造2階建ての家の玄関を入ると、すぐ左にある居間からふわりと線香の匂いがする。普段は一人暮らしのAさんだが、この日は息子さんが一緒に出迎えてくれた。晩夏のじっとりとした空気の中、蝉の鳴き声が窓の外から響いてくる。

私たちが訪れる少し前、ずっと病院で療養していた旦那さんが亡くなったそうだ。お盆休みで息子さん家族がたまたま帰ってきていたときの急変だった。居間の仏壇には、真新しい白木の位牌と骨壷が置かれている。通夜や葬儀がバタバタと行われ、親戚や知人が挨拶に訪れたりと、慌ただしい日が続いたのだろうということは容易に想像がついた。今は多少落ち着いたのだろう、息子さんだけが家に残って、Aさんの生活の様子をみているようだ。

先生が話を聞くと、Aさんは前回に比べて、手の震えが気になるようになったという。茶碗や箸を持とうとするとき、上手くいかずにイライラするのだ、と。実際に麦茶の入ったコップを持って、その症状をみせてくれる。先生はそれをみて、パーキンソン病の初期症状かもしれないと話す。歳

膝の痛みを軽減するための注射をする武田先生（写真右）と、医学生の大島さん（写真左）。

（上）まずは外来を見学。診察の際は、患者さんのことだけでなく、その家族の様子などについても話を聞いているとのこと。
（左）注射や、皮膚にできたイボを取る手術なども髙柳先生（写真右）に見学させてもらった。

を取るとどうしても筋力が低下し、物を持つのが難しくなること、まだ薬を飲むほどの状態ではないことを伝えると、本人も息子さんも納得の様子だった。

息子さんの話によれば、「自分が帰ってきてから数日の間に、母がどんどん弱ってきているように見える」とのこと。葬儀が終わってから、ずっと寝たり起きたりの生活を繰り返しており、この日の朝も「起き上がれない」と漏らしていたそうだ。また、トイレに行くとなかなか出てこないので様子をうかがってみると、便がゆるいのか、間に合わずに失禁してしまっているという場面を何度か見たということだった。そんな状況をほとんど見たことのなかった息子さんは、ひどく心配になったという。葬儀の前後は常に家族が家にいたため、心配はなかったが、これからまた一人暮らしに戻っても大丈夫なものだろうかと考えると不安な様子だ。

先生は、別々に暮らしている息子さんにもわかるよう、これまでの経緯を説明する。Aさんは以前からひどい便秘に悩まされており、2種類の下剤を処方していること。ただ、食事や水分の摂取量によって便の出方も大きく変わるので、様子を見ながら本人に薬の量を調整してもらっていること。夏はどうしても脱水の症状が起こりやすいので、便が硬くなる傾向があること。本人もそれをわかって薬の調整を行っており、これまでにも失敗して何度か失禁してしまったことがあること…。その話を聞いて、息子さんはいくらか安心したようだったが、葬儀の後でAさんに疲れがたまっていることは間違いないので、仕事を休める間は少しでもAさんの面倒をみようと考えているそうだ。

介護する家族も含めてケアする

田園地帯から、緑あふれる丘を上がったところにある、エレベーターのない公営住宅の2階を訪れる。綺麗に片付いた2DKの部屋で診療を待っていたのは、高血圧・高血糖など5つの病気が合併した80代の女性Bさんだ。1年ほど前までは、自分で車椅子に移動したり会話をしたりもできたそうだが、尿路感染症を繰り返し患い、転倒して骨折するなどといった怪我も重なって、現在は完全に寝たきりの状態になっている。

娘さんが同居しており、以前は娘さんがBさんのトイレや入浴などの介助をしていたこともあった。しかしBさんの自立度が低下していくにつれ、独力での介助は娘さんの大きな負担になるようになった。

そんな中、動脈硬化の悪化によって足の指が壊疽し、感染はないものの、指を切断しなければならない状態になった。しばらく入院して治療を行っていたが、このとき娘さんは心身が不安定になったという。「最後まで自宅でみたい」という気持ちと、「24時間365日、自分ひとりで介護できるのか」という不安が、葛藤を生んだのだろう。お見舞いには毎日訪れていたらしい。

Bさんの主治医で、かつ娘さんの主治医でもある先生によれば、娘さんはストレスからか血尿が出たりもしていたそうだ。先生は、Bさんだけでなく娘さんのケアも行わなければと考え、何度も話し合いの場を設けた。そして、医療・介護サービスを利用して、できる限り介護のサポートをすると約束し、自宅療養に切り替えた。

退院後は、Bさんも娘さんも安定した状態で、幸せそうに過ごしている。本日の診察でも特に異常はなく、足の壊疽も落ち着いていた。娘さんの話によれば、Bさんは最近食欲もあり、便の状態もよいそうだ。病院に入院していたときよりも受け応えがハッキリとしてきて、テレビを見ながら声を出したり、人の話を聞いて喜怒哀楽を示したりという反応がよくみられるようになったという。ヘルパーさんにも「よく人の話を聞いているんですね」と驚かれるほど、とのこと。

今後の課題は、娘さんの休息をどう確保するかだ。退院した直後は、Bさんを1泊2日のショートステイに預けるのもためらわれるほど、介護への依存度が高くなってしまっていた。少しの間でも顔が見られないことが不安で仕方がなく、Bさんの傍を離れられなかったのだそうだ。今ではショートステイにも慣れてきたが、その間も掃除や洗濯、一週間分の食事の前準備などに追われて、自身の休息やリフレッシュの時間をとるほどの余裕はないという。友人と連絡をとったりすることもなく、人間関係も狭まっている様子だ。周りの人からは「それならショートステイの時間を増やせばいい」と言われたりもするが、それも忍びないし…と娘さんは言う。

「本当は好きな映画でも見に行けたらいいねえ」と娘さんに一言かけて、私たちは家を後にした。

（上）B さんに優しく話しかける茂木先生（写真手前）。
（右）茂木先生から指導を受ける医学生の小池さん（写真左）と大島さん（写真中央）。
（左）部屋には B さんと娘さんの思い出の品が飾られる。

（左上）C さんに話しかける大杉先生（写真右から2番目）。
（左下）同行看護師は廊下でも様々な情報を収集している。
（右下）大杉先生に働きかける同行看護師。
（右上）結膜結石を取り除いているところ。

入居型介護施設への訪問診療

訪問診療先は患者さんの自宅ばかりではない。今回のスタディ・ツアーでも、入居型施設への訪問診療を見学させていただいた。

まず、施設への移動中、医師は訪問診療に同行する診療所の看護師から、この日に診察予定の患者さんの情報をヒアリングする。施設につくと、カルテの情報をチェックしながら各部屋を回り、それぞれの患者さんを診察する。この診察自体は、自宅への訪問診療の場合とそう変わらない。患者さんからいろいろな話を聞き出し、治療や投薬の判断や、その説明をしていく。

しかし、自宅へ訪問する場合と大きく違うところが2点あった。

1点は、医師の診察の場面には、現場のスタッフよりも、事務責任者が同行している場合が多いことだ。医師の診断内容を入居者の家族へ説明する必要が生じた場合のために、メモを取っているのだそうだ。もう1点は、同行した看護師のフットワークの軽さだ。前述のように、診療中の居室に現場スタッフがいない場合も多いため、廊下や共有スペースにも積極的に足を運んで、普段の患者さんの様子やスタッフとのかかわりなどを聴き取っている。施設での訪問診療の場合、限られた時間の中で患者さんとコミュニケーションを取り、家族やスタッフとも情報共有をして、さらに普段のケアについての指導も行うといった一連の流れを、医師1人で全てこなすのは難しい。そこで、看護師が情報共有における重要な役割を果たしているのだそうだ。

ひとつ印象的な出来事があった。ある80代の女性患者Cさんの診療を終えた後のことだ。

医師が居室を後にし、その後を同行の看護師と施設勤務の看護師が話しながらついて行く。雑談を交えながら、Cさんの最近の様子を話していると、「最近Cさん、よく目がゴロゴロすると言っているのよね」と、施設の看護師。眼科勤務の経験があった同行の看護師は、気になったのかCさんの居室に戻る。Cさんに「目がゴロゴロするの？　見せてくれる？」と話しかけ、実際に見ると、結膜結石ができているということがわかった。

さらに話を聞けば、Cさんは息子さんが住む隣県の施設へ入居したため、かかりつけの眼科を変えたという。先生が変わったばかりで、自分の感じたことをうまく伝えられず、結膜結石を取ってもらえずにいたようだ。今日の訪問診療は内科のもので、眼科の診療はまた別の日なのだが、同行看護師は「もし可能であれば、先生に処置をお願いできないでしょうか？」と医師に働きかけ、医師はその場で結膜結石を取り除いた。Cさんはずっと感じていた違和感がなくなり、安心した様子だった。

医師が本人から聞き取る以上の情報を、普段の様子をみている周囲のスタッフから収集し、適切なフォローをする同行看護師。施設における訪問診療では、特にその細やかな気配りが活きてくる。

医師・患者関係からみる在宅医療

スタディ・ツアーの後、福島・福岡の先生方と反省会を行いました。
そこでの話を通じて、在宅医療における医師・患者関係のあり方を探ります。

人生の最後と密接に関わる在宅医療

今後、在宅医療が普及するにつれ、在宅で死を迎える人も増えていくだろう。人生の最後と密接に関わってくることについて、福岡の松口循環器科・内科医院で院長を務める松口先生はこう話す。

「『死』をどうプロデュースしていくかという観点で考えると、どの疾患が原因で亡くなるかは、患者さんや家族にはあまり関係ないんですよね。私たちが担うべきは、患者さんが苦しまずに亡くなれるように、例えば家族がその死を受け入れられるようにすること。本人ももちろんですが、家族も不安や葛藤と闘いながら介護しています。だから、看取りの後は家族のケアも必ず行います。例えば私たちは、患者さんが亡くなられた後、『よくやったね、すごいね』と声をかけるようにしています。」

緩和ケアを専門とし、病棟勤務だけでなく在宅医療にも携わる福島・竹田綜合病院の渡邉先生は、終末期における患者さんの希望をどのように聞き出すかについて語ってくれた。

「緩和ケアで教育されてくるのは、ファシリテートするということ。患者さんや家族は、死の間際をどのように過ごしたいか、ご自身の意見を持っているものです。けれども、医療という専門分野を前にすると、なかなか主張できないところもある。だから、うまく信頼関係を築いて、その人の意見を吸い上げながら、望む方向へ導いていく必要があるんです。もちろん、世間的なものからあまりに外れるような場合や、実現することが厳しい場合には、少し私たちが方向づけをする場合もありますが、あくまでも選択肢を並べて、『どれを選ぶ?』という形にしています。そうすることで、意志決定を促すんです。」

松口先生（写真左）と加藤先生（写真中央）。

患者側のホームであることの意義

さらに渡邉先生は、その意志決定が在宅で行われることの意義を教えてくれた。

「患者さんの本当の気持ちを引き出すのは、病院ではなかなか難しいんです。もちろん病院やクリニックでも、患者さんが家にいるような雰囲気をつくり、本人の思いや希望を引き出せるようにと工夫しているところもあるでしょう。けれど病院というのは、どうしても病院や医師の持つ枠組みの中に患者さんが来るという形を取らざるを得ない。対して在宅医療の場合は、患者さんの住む世界に医師が行きます。これには、通院困難を克服できるという利点以上に得るものがあります。患者さんの普段暮らしている場所には、ベッドで寝ている本人だけでなく、例えば服や写真や置物など、患者さんを語るものがいっぱいある。まさにそこは患者さんの生活の中、家庭の中なんです。私たち緩和ケア医は、患者さんの生活の中に入らせてもらい、患者さんの意志をしっかり聞き取るために、不安や心配を取り除くコミュニケーションを徹底的に行っています。

実際、入院している最中は薬について一言も希望を言わなかった患者さんが、家に帰った瞬間、降圧剤は飲みたくない、不整脈の薬を減らしたい…なんて言ってくるんです。よく『患者中心の医療を』と言われますけど、まさに家に帰ったときがチャンスなのではないかと思っています。」

初期研修から在宅医療を学んできたという松口循環器科・内科医院の加藤先生も、「患者中心の医療」について同じような見解を持っているようだ。

「患者さんのテリトリーで、患者さんの考え方を持って、患者さんの望む形の医療を提供する。『患者中心』の考え方とは本来そういうものはずです。そう考えると、いかに病院での診療が医師のテリトリーに患者さんを引き込んでいるのかがわかります。患者さんの生活背景は、病院に入ってくる時点で剥ぎ取られ、医師は診察室で、看護師などの病院側の人間と一緒に患者さんを受け入れているわけですから、そもそも患者さんがリラックスして意見を言える環境ではないんです。対して在宅は、患者さんが一番リラックスできる環境です。まさに患者さんのテリトリーで、『どうありたいか』を私たちが訊ねながら、医療の専門家としてアドバイザーとしてかかわっていく。これが適切な『患者中心』のあり方なのではないでしょうか。」

「在宅」というフィールドの持つ力

しかし、多くの人がそうであるように、医師も「死」についてネガティブな考えを持っているのではないだろうか。現に多く

渡邉先生（写真右）の話を真剣に聞く大島さん（写真左）。

の医師が、自分が治したことに満足を感じるだろうし、命を救えないことを「負けた」と感じてしまうこともあるだろう。それゆえ、終末期においては、医師にとっての満足と、患者さんにとっての満足とにずれが生じる可能性も否めない。しかし在宅では、このようなずれが比較的起こりにくいという。もともと急性期病院に勤務していた福岡・頴田病院の吉田先生はこう語る。

「在宅医療をやり始めた自分が、以前と比べて外来でもだんだん患者中心の考え方ができるようになってきたのを感じています。例えば、外来で処方した薬を患者さんが飲んでいるかどうか、在宅では実際に目で確認することができます。もし飲んでいなければ、その薬の説明が不十分だったのかな、どうしたら飲んでもらえるのかな、と考えられる。患者さんがどう考えているかに寄り添うことで、医師と患者との認識のずれを少しずつ解消し、ゴールを見出すことができるようになったのです。在宅という場は、認識のずれに気づくきっかけをくれたのです。」

加藤先生はまた別の観点から、医師としての自分が丸裸にされる感覚を語ってくれた。

「私は在宅医療を始めたとき、自分がすごく弱くなったように感じました。今まで病院という組織や場に守られていた自分が、患者さんの家に行くと、丸腰になり、今まで築いてきた立場が全く関係なくなるんです。在宅では、患者さんの言うことに耳を傾けて、いかにその人の役に立てるかだけが評価される。そこには圧倒的な場の力があります。医師の側の意見だけを考えていてはうまくいかないのが実感としてわかるんです。」

このように、病院は医師側のテリトリーであり、医師の文化やルールのなかで診療を行うのに対して、在宅ではその医師の文化やルールが通用しないのだ。そこが難しさでもあり、面白みでもあると、先生方は口を揃えて語る。

ともに時間を過ごす

さて、こうした在宅医療の現場において、その地域で必要とされ、認められる存在であるためには、自らも地域住民の一員としてそこに溶け込み、信頼関係を築いていくことが求められるだろう。そこに、医師・患者関係の難しさはないのだろうか。医師としての自分と、ひとりの人間としての自分に、どう折り合いをつけていくのか。出身地から遠く離れた福島で地域医療に携わる高柳先生は、患者さんの急変時に動揺したときのことを振り返る。

「僕自身が患者さんに入れ込んでしまい、終末期の最後の急変のときに動揺してしまったんです。それまでに患者さんと話す中で、『静かに自宅で』と決めていたのにもかかわらず、実際に危ない状況を目の当たりにし、『病院に送ったほうがいいのかな』という葛藤が生まれてしまった。そのときの自分は、患者さんを友人として捉えていたんだと思います。

どれだけ親密な関係になったとしても、医師として俯瞰できる自分がいるのであれば構わない。けれど、そこで判断が鈍ってしまったということは、医師としての自分がいなかったということなんです。それからは、必ず客観的に患者さんとの関係性を見る自分を持っておくことを意識するようになりました。関係を構築する中で、たとえそこで非常によくしてもらったり、楽しく過ごしたとしても、医師である自分を忘れないようにと心がけています。」

この話に呼応するように、渡邉先生は「おもてなし」と「ともに時間を過ごすこと」について語ってくれた。

「患者さんからお茶を出していただくといったおもてなしがあったときは、ありがたく受けることも大事なのかな、と。というのも、もてなすというのは『私と時間を共有してください』という気持ちを表現する方法のひとつなんですよね。緩和医療学会の指導者研修会でも、『おもてなし』はキーワードになっています。緩和ケアのスキルやテクニックも重要ですが、大切なのは僕らが患者さんをもてなす心です。『おもてなし』の心を持った医師ならば、地域でも受け入れていただけるでしょうし、互いの気持ちがつながっていけば、それがやがて絆になるのではないかと感じています。

人はそれぞれ人生観も価値観も死生観も違います。だから本来、共感はできないと言われているんです。ならば共感に必要なことは何なのか。それは『時間を割く』ことです。そのための時間をとること、あるいは『その時間をつくりますよ』という言葉をかけることでもいいと思います。医師と患者の関係は、必ずしも友人や恋人のように親密でなければならないというわけではなく、きっぱりと分けてしまうのも悪くないと僕は思います。ただ、共感する時間は大事にしたい、しなければならないと考えています。」

わる様々な医師

そこに行き着くまでには様々なキャリアが
あり方から、その多様性を見ていきます。

患者やその家族にも、緩和医療の考え方を

渡邉 睦弥先生（竹田綜合病院　緩和ケア科・精神科）
1991 年　東京医科大学医学部卒業
日本緩和ケア学会 暫定指導医

外科医から緩和ケア医に転向。ホスピスでのケアの経験を経て、鍼灸や漢方療法についても学んできた。現在は竹田綜合病院の緩和ケア科・精神科に在籍しており、外来・在宅での緩和ケアに加え、精神科で漢方外来も務める。がん拠点病院に所属する緩和ケア医が、病院内でのケアだけでなく在宅まで行っている事例は珍しい。「手の施しようがなくなった後に、外科や腫瘍内科から緩和ケア科に引き継がれることが多いので、緩和ケア医が患者さんとかかわれる時間はどうしても短くなります。たった２週間ほどの中で、患者さんとの信頼関係をどのように築いていくかが大きな課題。だから僕らはある意味乱暴で、会ったその日から患者さんのパーソナリティーにずかずかと踏み込んでいかざるを得ないところがあります。」
だからこそ渡邉先生は、普段から患者さんと接している地域の先生たちと連携しながら治療を行っていきたいと考えているという。継続的に信頼関係を築いてきた先生方がイニシアチブをとり、緩和ケア医は専門的な観点から提案をするような関係が望ましい、と。今がその連携体制を築き上げる過渡期であり、患者やその家族、ひいては国民全体に緩和医療に対する考え方を広めるところにもかかわっていかなければならないと感じているそうだ。
「終末期では、患者さん自身だけでなく家族が病気を受け止めきれない場合も多いです。そういう場合も、できる限り患者さんと家族の不安を引き出すような会話を心がけています。そういうコミュニケーションには、やはり在宅医療という場がふさわしい。周りの風景やそこにあるもの一つひとつに、患者さんを語るものがたくさんある場で、患者さんの思いに寄り添った治療をしていくこと。これこそ、今後のプライマリ・ケアを担う医師に求められるものだと感じています。」

救急の最前線から開業し、在宅医療を始める

松口 武行先生（松口循環器科・内科医院　院長）
1978 年　熊本大学医学部卒業
循環器専門医・日本在宅医学会認定専門医

飯塚病院の循環器診療部長、総合診療科部長、救急部部長、集中治療室部長を歴任し、その後、松口循環器科・内科医院を開院。救急の最前線で活躍してきたという自負はあったが、開業してみるとさらにその先があることに気づかされた。「特に循環器にいた頃は、『命さえ救えばいい』という思い上がりがあったなと思い知らされました。開業は、巨大な基地から、末端で白兵戦をやるところに出てきたような感じ。患者さんの家の茶の間まで入っていくようになって、病院にいた頃よりも、より患者さんの意に沿う医療を提供しようと思うようになりました。」
そう語る松口先生だが、開業当初は在宅医療にあまり積極的ではなかった。夜間まで責任を持ちきれるだろうかという不安がまずあったためだ。けれど、患者さんからどうしてもと頼まれることもあり、往診は行っていた。そんな中で、徐々に連携できる訪問看護ステーションを見つけていった。「ステーションは、いろいろなことをしてくれます。医師は判断すべき要所で行けばいい。けれど、使う薬を説明したり、死期が近づいていることを伝えたりなど、肝心なところのコミュニケーションは医師がしっかり行っていく必要がある。こうして患者さんやその家族と、医師との信頼関係をつないでいくわけです。」
開業から４年、松口先生は在宅医療に本腰を入れて取り組み始めた。訪問診療を続けるうち、「在宅はこれからの医療のキーポイントなのではないか」と思ったという。現在では研修医や看護学生の教育にも力を入れており、今年は自院附属の訪問看護ステーションも開設した。「鞄ひとつだけを持って行くような昔の訪問診療とは違って、在宅医療につかわれる機器やデバイスも高度化されています。これは『古くて新しい医療だ』と感じました。在宅医療は、今後明らかに必要になってくる分野ですし、医師が責任を持って担うべきところだと考えています。」

在宅医療に携

ひとえに在宅医療に携わる医師といっても、
あります。今回ご協力いただいた先生方の

「命を救う」だけではない医療のかたち

吉田 伸先生（頴田病院　臨床教育部長）
2006年　名古屋市立大学医学部卒業
家庭医療専門医

初期研修では救急科を選び、CPA対応のリーダーとして日々患者さんの対応に精を出していた。そんな中ふと、吉田先生は思ったという。「ずっと寝たきりで、ご家族の顔もわからない患者さんに集中治療をして、誰かを幸せにできることがあるのだろうかと考えてしまったのです。ERの横の霊安室を見ながら、人の亡くなり方ってこれでいいのかな…と。」
そこで、松口先生に相談し、松口循環器科・内科医院で在宅治療をしている、膵がん末期の患者さんのところに通ってみることにした。緩和ケアの知識もないし、何もできないけれど、顔だけ出して帰ってくる。それを毎日続けたところ、患者さんが亡くなった後、同居されていた妹さんが感謝していたと看護師から聞いた。「僕は何もできなかったし、患者さんは亡くなってしまったのに、どうしてありがとうって言ってもらえるんだろうと、なんだか感激してしまって。当時の僕は、救急では『亡くなる＝病気に負けた』だと考えていたので、それでも感謝されるのはなぜだろうと不思議に思いました。それが、在宅医療に興味を持ち始めたきっかけです。」
初期研修2年目に、北海道家庭医療学センターに見学に行った。そこで、100歳の尿路感染症の患者さんに在宅で治療しているのを知った。「もし救急外来でこの患者さんが来たら、絶対に入院させていたと思います。けれど、この診療所では家で治そうとしている。頭をぶん殴られたような気分で、世界観がガラッと変わりました。」
この分野に入るのが遅かったことを、今でもコンプレックスに思うことがあるという吉田先生。けれど現場に行くと、自然と「相手のために時間を使おう」という気持ちになるそうだ。「誰に教えられなくても、何となくそんな気持ちになるんです。在宅という場自体が、そういう雰囲気を持っているのでしょうね。」

地元ではない新しい土地で、信頼関係を築く

髙桐 宏史先生（福島県立医科大学医学部　地域・家庭医療学講座）
2005年　北里大学医学部卒業
家庭医療専門医・指導医

この分野で先進的な教育を行っている福島県立医科大学の葛西龍樹先生から初期研修医の時に地域医療・家庭医療について紹介され興味を持ち、熊本出身ではあるが福島で専門研修を開始する。県内のいくつかの町で地域医療に携わって実践を積み、2011年に喜多方市地域・家庭医療センターが開院する際には、その院長を任された。現在も喜多方で暮らし、大学で助手のポストを持ちつつ、センターでも非常勤で勤務を行っている。「喜多方市で暮らして3年。僕が市内に住んでいると言うと、患者さんたちはやっぱりとても喜んでくれますね。他県から来た医師でも、地域の中で一住民として暮らしていけば、十分に信頼関係を構築することは可能だという実感があります。」
一回の外来だけではわからない、その人の人生や歴史、背景、価値観を知った上で患者さんを診ること。患者さんがいかに人生を終えるかという部分にもかかわることが多い在宅医療においては、医師患者間の信頼関係が大事だと髙桐先生は言う。「長く継続的に患者さんを診ていくことで、より深く背景を共有することができ、患者さんのより深いニーズに応えられる関係性が築けるのだと思います。僕も今の患者さんたちとの関係は、3年かけたから築いてこられたと思っています。けれど逆に、あくまでも3年でありそれ以上ではないということは、常に感じていなければならない。僕自身がここの出身者ではないわけですが、地域の患者さんにはそのことを温かく受け入れられてもらっているという感覚があります。そういう意味では、やっぱり喜多方出身、もしくは会津地域の出身で、この土地にこのままずっといてくれる先生がいたら、もっと強い信頼関係が築けるかもしれません。地域に根づき、継続的にかかわっていくことから絆が生まれてくるのではないかと思います。」

在宅医療を支援する仕組み

日本医師会と日本プライマリ・ケア連合学会は、
様々な視点から在宅医療に携わる医師たちを支援する仕組みを整えています。

まちづくり、地域づくりの視点で

日本医師会　高杉 敬久常任理事

在宅医療は、今後の超高齢社会においてますます求められていくでしょう。その中で、医療がどのような役割を担っていくべきかを考えたとき、日本医師会が目指すあり方は、まちづくり、地域づくりにかかわる医療です。まちづくりにおいて、医療にできることは2つあります。

まずは介護予防です。もし骨折などのトラブルがあった場合でも、残された機能はできるだけ維持したまま社会生活を送れるような支援をすることです。もちろん適切なリハビリを提供するといった臨床での貢献もありますが、地域ケアの制度づくりを行政だけに任せるのではなく、医療・介護分野も融合しながら総合的に行っていくことが求められています。

そしてもうひとつは命の保証です。例えば一人暮らしの高齢者が、見かけないと思ったら家で亡くなっていたというような不幸な死は減らしていかなければなりません。不本意な死に方ではなく、死に方においても自身の意志が通るような生活を形作るサポートをするのが、まさに在宅医療において求められる思想だと思います。

こうした考え方をもった地域のかかりつけ医の育成を目指して、日本医師会では今年3月に「在宅医療支援フォーラム」、7月に「在宅医リーダー研修会」をそれぞれ開催しました。これまでの考え方に囚われず、新しい柔軟な考え方で在宅医療に臨む医師が増えていくことを期待しています。

ITを活用した情報共有の発展を目指して

日本医師会　石川 広己常任理事

医師だけでなく看護師や介護スタッフなど様々な職種の協力で成り立つ在宅医療においては、患者さんの医療や生活の情報共有がとても大事になります。また24時間体制で患者さんを見守る体制を築くためには、地域の医師同士が情報を共有し、ネットワークを築くことも必要とされるでしょう。このような情報共有の手段として、ITの活用が期待されています。けれども、どの情報をどこまで共有すべきか、セキュリティは万全なのか、といった点で多くの課題があることも事実です。これらの課題を解決するために、日本医師会は厚生労働省の「在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤のあり方に関する調査研究」などに参加したり、保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI: Healthcare Public Key Infrastructure）の枠組みを利用して医師であることを証明する「日本医師会認証局」の運用を行っています。安心・信頼できるセキュリティのもとで情報の共有が実現できれば、医療の質の向上にもつながると考えています。

ジェネラリストを目指す若手医師を支援する

日本プライマリ・ケア連合学会　若手医師部会

近年、研修医や医学生のジェネラリストへの関心は高まってきています。しかし2000年頃、その養成のための研修プログラムは充分に整備されているとは言えませんでした。当時、ジェネラリストを目指す者の多くは全国各地に散らばりながら、孤軍奮闘して研修を行っていました。しかしながら、孤軍奮闘ではなく、「交流とネットワークづくり」を行っていくこと、若手医師の「意見集約を行うこと」が急務の課題であることが認識されるようになりました。

2003年夏ごろより、若手医師たちの間で、学術集会やセミナーなどの場で、自分たちに必要な研修などについて話し合う機会が増えてきました。同年の秋からは、メーリングリストという形で徐々に仲間を増やし、後期研修施設調査や、今後の後期研修充実に向けたアイデアなどを多く出してきました。このような若手医師たちの意見を集約し、具体的な活動を行っていくために、2004年の秋に『若手家庭医部会』を有志の会として設立、2005年5月に正式に学会内の一組織として承認されました。

学会の合併や、対象を広げより大きな活動を展開する意図もあり、現在は『日本プライマリ・ケア連合学会 若手医師部会』と名称を変えて活動しています。家庭医療後期研修施設調査プロジェクトや若手医師を対象としたワークショップの開催、若手医師同士の交流促進など、様々な活動を行っています。

「かかりつけ医」と「総合診療専門医」

日本医師会　小森 貴常任理事

日本医師会では、厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」で議論された新しい専門分野「総合診療専門医」について、その専門性を評価することに関しては肯定的な立場を取っています。これまで日本では、医師はまず各科の専門性を深化し、その後さらに特定の科の専門性を深化していく方向と、専門性を有した状態で幅広い診療能力を身につけていく方向とに分かれていくという流れがありました。しかしながら、領域別の専門性が重視され、総合的な診療能力は医療的な面からは評価されてこなかった歴史がありました。そこで、こうしたプライマリ・ケアの能力を評価するため、新たに「総合診療専門医」という資格を作ろうという流れになっているのです。

ただし、日本医師会が提唱する「かかりつけ医」という言葉は、必ずしも総合診療専門医のことを意味するわけではありません。様々な医療機関や多職種との連携を通じて地域のニーズに応える「かかりつけ医」の機能は、社会的課題も含むものであり、すべての医師が持つべき役割なのです。例えば、在宅での診療をはじめ、時間外対応・健診・母子保健・学校保健・がん検診・産業保健といった機能は、地域で働く医師であれば専門科が何であれ行っていく必要があるということです。

そこで、すべての医師がプロフェッショナル・オートノミーに基づき、日々資質の向上に励めるよう、日本医師会では生涯教育制度を整えているのです。総合診療を専門としている医師でも、他の専門であっても、かかりつけ医としての役割をしっかり果たしていただけるようにサポートするのが、日本医師会の使命だと考えています。

そのために、研修会や講習会を充実させると同時に、在宅医療やチーム医療の成功事例を紹介するカンファレンスなどを増やしていこうと取り組んでいます。

スタディ・ツアーを終えて

私はこの半年間、日本プライマリ・ケア連合学会の後期研修プログラムを何度も見学させていただきました。北海道、沖縄の離島、山間の渓谷の村、東京のど真ん中など、全国25か所を回っています。その流れで、今回のドクタラーゼのスタディ・ツアーにも参加することになりました。

まず、今回のスタディ・ツアーを通して強く印象に残ったのは、先生方が検査機器に頼らず問診と身体診察だけで判断する診断力の高さでした。例えば、頴田病院の吉田先生は、脳梗塞後の訪問診療で、専門外来では相談しづらいようなちょっとした皮膚の心配事に対して「これは安心なものですよ。」と自信を持って説明されていました。

また、病院というホームグラウンドではなく患者さんの家、言うなればアウェーの場で受け入れてもらうコミュニケーション能力の高さにも驚かされました。竹田綜合病院の渡邉先生は、訪問先の患者さんから「先生の顔を見るだけで安心できます」と言われていました。「何回目の訪問ですか」という私の問いに「2回目だよ」とのこと、まるで何年も通い詰めているような信頼関係を感じました。渡邉先生が「患者さんは心の底から笑える環境にあるのがいいよね」と仰ったのも心に残っています。たしかに病室では、人は心の底から笑うことは難しいと気づかされました。

特に考えさせられたのは、先生方が疾病だけでなく、家族との関係の中での、また地域での生活者としての患者さんをみる姿勢を大切にしていることでした。人は誰でも、自分が生まれ育った限られた地域の中での、限られた数の家族関係の中での体験しかしてきません。若手医師は、あらゆるバックグラウンドを持つ患者さんの日常生活を、何のきっかけもなくイメージすることは難しいのではないかと思います。例えば、脳梗塞後の患者さんの生活が自分の今までの経験でどれくらいイメージできるでしょうか。実際に訪問させていただくことではじめて、その人の家族の中での位置が見て取れ、病名ではなくひとりの人として捉えることができるようになるのではと感じます。人は見たこと・経験したことからしかイメージを膨らませることができません。将来病院で勤務する専門医になるとしても、すべての若手医師が早い段階で訪問診療を経験することの重要性を強く感じました。

今回、会津・飯塚で学生の見学を受け入れてくださった先生方、家に見ず知らずの学生の訪問を受け入れてくださった患者さん、ご家族に感謝いたします。ありがとうございました。

大島 壮太郎（旭川医科大学医学部6年）

大島さんと話していて、彼の「人は見たことや経験したことからしかイメージを膨らませることができない」という言葉に共感しました。私は、在宅医療は患者さん一人ひとりの疾病と生活がどう絡み合っているかを経験できる、この上ない方法のひとつだと思っています。私は患者さんの家で一人ひとりの営みを知り、そこから様々なニーズをイメージし、自分の診療スタイルを広げていくことで、日々成長を感じています。

小池さんのレポートは、在宅医療の特徴を俯瞰しようとする姿勢があって、素晴らしいと思いました。私自身、在宅で患者さんと笑っているときは、こんなにいい医療はないと思う瞬間もありますが、それがいつも、どの患者さんにも当てはまるわけではないでしょう。医師がやりたい医療ではなくて、患者が受けたい医療は何か…そんなことをひとしきり考えながら、今日もそれぞれのお宅のドアを叩いています。

まだまだ未熟な私たちの在宅診療が、これからの世代を担う医学生のみなさんにどのように映るのか、とても興味がありました。このように言葉にしていただけると、私にとっても診療の励みになります。「経験すること」と「深く振り返ること」。みなさんとともに、私たちも成長していきたいです。一緒に頑張りましょう！！

吉田 伸先生（頴田病院　臨床教育部長）

医学生の実習を福島で受け入れることができて誠に光栄です。今回、在宅医療の現場を実際に見て、参加者の大島さんは患者さんをどのように診るかを実感できたと思います。私たちも、熱心な医学生の学びの体験を現場で聞くことで、いい刺激になりました。自らの地域、診療について改めて振り返ることができましたし、また、実習先をコーディネートする過程で、地域で活躍する医師と新たな交流を育むことができました。

学生のみなさんに覚えておいてほしいのは、在宅医療を提供する医師には、患者さんの代弁者でありながら在宅ケアのサービスをコーディネートする責務があるということです。患者さんとその家族の状況を医師の視点で把握し、よりよいケアにつながるように各職種へアドバイスすることが求められます。なので、各種サービスの内容や介護保険制度を知っていなければなりませんし、診療している地域のサービス・資源についても熟知していなければなりません。これらの知識は在宅でのケアを提供するのには必須の知識です。

医師・患者間の信頼関係の構築をより強固なものにしているのは、多職種連携への医師の自覚だということも、ぜひ覚えておいてほしいと思います。どうもありがとうございました。

髙柳 宏史先生（福島県立医科大学医学部　地域・家庭医療学講座）

今回のスタディ・ツアーに参加して学生2名が学んだこと、それに対して受け入れ先の先生方が感じたことを語っていただきました。

最近よく耳にするようになった気がする「在宅医療」という言葉。イメージをしてみたものの、なんだかネガティブなものばかりが浮かんできてしまいました。ともすると、在宅医療とは超高齢社会に対する根本的な解決策ではなく、対症療法にしかならないのだろうか？なにはともあれ自分の目で見てから考えよう。参加する前は、そんなことを考えていたように思います。

実際に訪問診療に同行させていただき、先生方と患者さんの関係を見ていく中で、患者さん、そして患者家族の方から先生方が心から感謝されているのを見る中で、私は来る前は在宅を「なにで」「どのように」しているのかということをイメージするあまり、「なぜ」在宅をするのかということを見落としていたなと気づかされました。ものものしいベッドはあるものの、自分の家に患者さんがいるということは、とても当たり前で落ち着くもののように思いました。

「なぜ」在宅なのかという目で見ているうちに、吉田先生から「患者の言いなりではなく、患者中心の医療」というお話も伺いました。「患者のいうことを聞くというのは表面的なことを捉えているだけで、患者さんの環境、考え方、背景までを踏まえてアドバイザーになるのが医師である」ということでした。患者さんの希望や病状、患者さんを取り巻く背景までを考えた上で、本当に在宅が患者さんのためになるかを考えるという真摯な姿勢を見せていただいたように思っています。

今回の見学を通して特に感じたのが、患者さんの背景、考え方を捉えるということでした。どの先生方も病気を治すということだけでなく、治していく過程、治った後までを考えて患者さんに接しているのを見て、温かい気持ちになりました。命さえ救えば終わりなのではなくて、その先があるということ、健康かどうかを見届けることも医療であると再認識できました。

「医師の満足には、病気が治せたかという勝敗や功利にもあるけれど、患者の満足はまた別のところにある。病院ではなく、家という相手のフィールドに飛び込み、ある種自分が弱くなるようなことも感じる」と言いながらも、患者さんに向き合い、寄り添っていこうとする先生方の姿勢に憧れました。

最後になりましたが、今回のツアーを受け入れてくださった頴田病院ならびに松口循環器科・内科医院の先生、スタッフの皆様、本当にありがとうございました。今回の体験をしっかりと経験に変えて、これからの学生生活の糧にしていきたいと思います。

小池 研太朗（九州大学医学部４年）

リアリティー

芸術の分野で生きる 編

人たちとの交流が持てないと言われます。そこる同世代の「リアリティー」を探ります。今回大学に通う3名（美大生A・B・C）と、医学生ました。

今回のテーマは『芸術の分野で生きる』

医師とはまた違った専門性をもつ「作家」や「クリエーター」を目指す美大生。全く異なる世界のように見えますが、その学生生活や将来への展望には医学生と似たところも少なくないようです。

ファイン系とデザイン系？

医D：美大というと、絵を描くのかな、くらいのイメージしかないのですが、大学ではどんなことをやっているんですか？

美A：美大といっても様々な学科があって、絵画や彫刻などの作品を作る「ファイン系」と、紙面・空間・建築・映像などのデザインを扱う「デザイン系」という2つの系統に大きく分かれています。私は油絵学科なので、ファイン系です。

美B：私も同じく油絵学科です。将来は地元に帰って美術の先生になりたいと思っているので、教職の授業も取っています。

美C：私はデザイン系です。工芸工業デザイン学科というところで、カーテンなどの布地のデザインを専攻しています。

医E：美大を受験しようと思ったのはいつですか？

美A：私は小学校2年生の時から近所の絵画教室に通っていたこともあり、絵を描くのが大好きで、中学生の頃には何の迷いもなく美大に行こうと決めていました。美術系予備校の近くの高校を受験して、高校に通いながら毎日その予備校で絵を描いていましたね。

美B：私が美大受験を決めたのは高校のときです。当時は音楽と美術を掛け持ちしていて、どっちの道に進もうか迷っていました。部活は音楽系で、強豪校だったから、音大に行く人も多くて。ただ、音楽はやっていてつらかった。対して美術は、時間も食事も忘れて没頭できたんです。これは一生やっていけるっていう証拠なんじゃないかと思って、美術を選びました。

医F：やっぱり「絵が好き」っていう気持ちが強いんですね。逆にデザイン系は、中学・高校のときに、どんなことをするのかイメージしにくいんじゃないでしょうか？

美C：そうですね。私ははじめ美大を目指してはいませんでした。ただ、高校に入ったときには「ものづくりがしたい」という漠然とした目標がありました。それで工学部を目指したんですが、私は理系科目がとても苦手で先生にも無理って言われて…。どうしようかなと思っていたら、親が「美大でもものづくりはできるよ」と教えてくれたんです。それで美大を受験しました。

美大生のキャリア ～作家か、就職か～

医E：美大を出た後は、どんな働き方をすることになるんでしょうか？

美A：ファイン系は、やっぱり作家を目指す人が多いです。医学生は大学に入る時点で医師になるって決めているんだと思うんですけど、私たちのなかには、「絵が好きで、自分にはそれ以外ない」という感覚で美大に来る人が多いので、働くということを真面目に考えている人はあんまり多くないですね。

美B：油絵学科は入学するとまず「あなたたち、就職先なんて本当に全然ないよ」って言われるんです（笑）。私たちも、絵を描いて生きていくにはどうすればいいかという考え方なので、無難なところで教員免許を取る人は多いですね。作家になれなくて、就職もできなかったときに、免許さえ持っていれば美術の先生ができるから…と。

美A：高校時代は、周りの人はほとんど一般の大学を目指していたので、私たちって特別な存在だったんです。でも美大に入ってみると、周りもみんな作家を目指している。そういう中にいたら、「自分はなぜここにいるのか」をすごく考えさせられましたね。私は考えた末、生活していけるかどうかわからない作家を目指すより、就職したほうが向いてるんじゃないかと思いました。来年からは美術系の専門学校の運営部門で働く予定です。

美C：デザイン系は少し感覚が違って、美大に入った時点から将来を意識している子が多いと思います。家具や車といった商品のデザインなら、一般企業に就職することもできるので、やりたいことをやりつつも食べていけるんじゃないかと。私は来年からインテリアのファブリックを作る会社に就職することが決まっています。

『ハチクロ』と現実は違う

医F：ハチクロ（編注：美大が舞台の漫画『ハチミツとクローバー』の略）を読んだんですけど、やっぱり学内で恋愛したり、仲間と一緒に自分探しをしたりって感じなんですか？

美B：いやあ、現実はハチクロとは全然違いますよ！　あんなにほんわかしてない～（笑）。

美C：実際に学内恋愛ってすごく少ないです。そもそも女子の割合がとても多いし、男子はい

つも襟元がよれたTシャツとか、つなぎとか、パッとしない服装してるから、現実を見ちゃうと、ちょっとね（笑）。

美A：でも、確かに自分探しをする人は多いかもしれないです。美大ってすごく時間に融通が効くし、かつ将来の保証がなくて不安だから、常に「自分って何なんだろう」って考えてばっかりいる。必然的に自分と向き合わざるを得ないんですよね。

医D：そこは、毎日勉強に追われて他のことを考える余裕がない医学生とは、かなり対照的ですね。

医F：ちなみに、学内恋愛がありえないとなると、美大生はどんな相手と付き合うのが理想なんですか？

美A：夢っていうか、究極に楽な人生の過ごし方だなって憧れるのは、大金持ちと結婚すること（笑）。「ここ、今から君のアトリエにしていいよ」って言われて、作家活動と家事と子育てだけやっていればいいような。

美B：理想だね！

医D：うちは父が画家で母が医師なんですけど、父の生活はまさにそんな感じでしたよ。家事だけして、あとはずっと絵を描いてた。案外、医学生と作家気質の美大生の合コンとかやったらいいのかも。

美A：確かに！　それこそ学校ぐるみでやってもいいかもしれないですね（笑）。

評価基準が曖昧な世界

医E：ハチクロもそうですが、入学してみて、それまで美大に抱いていたイメージと違ったことはありましたか？

美B：自分の絵を描きたくて美大に入ったのに、実際には教授が気に入る絵を描かないと評価されないっていうギャップはありました。正解がないというか、点数がつけられない世界だなと実感しますね。

美C：デザイン系も、何が評価基準なのかわからないことがあります。教授の考え方次第というか。提出期限に間に合った人よりも、遅れて提出した人の評価が高かったりもするんです。どうやって評価しているのか公開してほしいと思ったことが何度もあります。

医E：医学部もそういうところがあって、うちの大学は試験の答えを公表しないんです。最新の医学ではどれが正解かわからない…という問題があったりするのですが、正解は教えてもらえない。診療ガイドラインと授業の説明が食い違っていたこともあります。

美A：医学の知識って、答えがはっきりしていそうなのに、意外と私たちと同じような曖昧さに悩んでたりするんですね。

コミュニケーション能力も必要

医D：今の話を聞いてて思ったのは、大学の先生ってスペシャリストなんですよね。大学にいても、教えることが本職なわけじゃなくて、美術なり医療なり、自分の分野を極めている。これは美大も医学部も同じなんじゃないかなと思います。

美B：確かにそうですね。技術的なことは指導してもらえるけれど、自分の売り出し方や、作家として活動していくための人脈の築き方などは全然教えてもらえない。技術だけじゃなく、実際に卒業後に活かせることをもう少し教えてもらえたらいいのにと思うことはあります。

美C：でも結局この世界って決められたレールがないから、自分から動かないと何も起こらないんですよね。そのためにも、コミュニケーション能力やプレゼンテーション能力が本当に必要だと思います。

医F：医師も専門知識だけでなくコミュニケーション能力が大事だと言われます。けれど医学生の中にも、外とのコミュニケーションが苦手っていう人が少なくないですね。

医E：そういう人が研究の分野に進んだりするけど、研究発表にはプレゼンテーション能力が必要。結局、外とのつながりを遮断して、医療という枠組みの中にとどまっているだけでは、何もできないんですよね。

美A：私たちの業界も、どうしても専門家ばかりが集まって評価しあうような状態になってしまっているので、もっと公共の場などにアートを取り入れて、違う業界とつなげていくことができたら、様々な可能性が生まれるんじゃないかなと思っているんですけどね。

医D：やっぱり、自分たちの枠の中で閉じこもらず、どんどん外の世界ことを知ることが大事なんじゃないかなと思います。学生の時点で既に医学生以外の子たちと縁遠くなっちゃってるのに、医師になって急に「患者さんを中心としたチーム医療をやりましょう」なんて言ってもできるわけがないですからね。そういうギャップを埋めていくためにも、学生のうちにいろいろな活動をして、価値観を広げたいなと思っています。今日は自分たちとは違う分野の美大生と話ができてよかったです。

一同：ありがとうございました。

医学生 × 美大生

同世代の

医学部にいると、なかなか同世代の他分野の
でこのコーナーでは、医学生が別の世界で生き
は「芸術の分野で生きる」をテーマに、美術
3名（医学生D・E・F）の6名で座談会を行い

＊この記事は、今回お話を聞いた美術大学の学生に即した一例です。

連載 患者に学ぶ

江本 駿さん（周期性 ACTH-ADH 放出症候群）

人は“病”をどう受け止め、どう感じ、“病”とどう付き合っていくのでしょうか？この企画では、様々な疾患を抱えながら生活する方々のインタビューを通して考えます。

協力団体：患医ねっと　NPO 法人患者スピーカーバンク
インタビュアー：宝田 千夏（昭和大学医学部3年）
河上 哲朗（昭和大学医学部4年）

――珍しい病名ですね。

江本（以下、江）：「周期性ACTH-ADH放出症候群」はその名の通り、周期的にACTHとADHが分泌される疾患で、日本には100人ほどしか患者のいない稀な疾患です。

私の場合は7歳のころに発作が出始めました。1～2週間に1回くらい激しい腹痛と嘔吐が1日近く続き、それが終わるとケロッと元気になる、という感じでした。発作の間は、お腹に爪を立てたり引っ掻いたりしながら腹痛に耐え、脱水症状になるのを防ぐためスポーツドリンクを飲んで寝ているぐらいしかできない状態でした。

診断がついたのは2年後でした。はじめはいろいろな病院を回っても病名がわかりませんでした。親も「この子はもうダメかもしれない」と思っていたらしく、悔いのないようにといろいろなところに旅行に連れて行ってくれていたと後から聞きました。診断がついたきっかけは、親が発作を記録していてくれたことです。記録を見ると症状に周期性があることがわかり、その記録を持って病院に行ったら、たまたま同じような症状の女の子が入院していて、そこで診断がついたんです。

――診断がついて変わったことはありましたか？

江：この後どのような経過をたどるかがわからない不安が大きかったので、診断がついたことですごく安心しました。

この病気は思春期ごろには治るとされているんですが、私の場合、実際に発作が出なくなったのは18歳の冬でした。けれど「本当に治ったのかな」という疑問はまだあるので、現在も小児科に通院しています。

――学校生活はどのように過ごしていましたか？

江：先生には発作のことは説明していました。1週間に1回は休むので、勉強はどうしても遅れていました。テストの日に発作が出たときには、普段の成績から見込みで点数を出してもらったこともありました。高校入試・大学入試の時は発作の日と重ならなかったのでよかったのですが、これが重なっていたら大変だったと思います。

発作の記録をもとに発症当時の様子を語る江本さん（中央）

――友達付き合いの中で、つらいと感じたことは？

江：正直、なんで自分だけ…と思っていました。ただあまり自暴自棄になることはなく、静かに絶望しているという感じでした。もともとひょうきんな性格だったので、クラスでもいじめられるようなことはありませんでしたが、「どうせ9日経ったらまた発作が出るんだ」と思うと暗い気持ちになりました。周りに同じ痛みやつらさをわかる人が全くいなかったので寂しい思いもしていました。あとは、勉強も運動も好きで、いっぱいやりたいことがあるのに体がついていかなくて、もどかしさを感じていましたね。

――病気と向き合えるようになったのはいつごろですか？

江：高校生ぐらいのころです。理解のある両親と親友の支えもあり、この発作ともうまく付き合っていこうと思えるようになったんだと感じます。「どうせ発作が出る」と絶望するのではなく、「発作が出るなら、前倒しでこれをやっておこう」と計画的に考えることができるようになりました。

――昨年、患者会を立ち上げられたそうですね。

江：稀な疾患ではありますが、周囲にわかってくれる人がいなくて困っているのは自分だけではないと思い立ち、元患者としてできることをしたいと、2012年に患者会を立ち上げました。今はまだ参加者を募るなどの準備段階ですが、患者会を通じて、病気のことや生活の知恵を共有できたらいいなと思いながら活動を続けています。

PROFILE

江本 駿さん

7歳で周期性ACTH-ADH放出症候群を発症。2年後に診断がつき、闘病生活の中で高校・大学受験を経験してきた。現在、大学院で患者会の研究を行いながら、自らも2012年2月に患者会を立ち上げ、同病患者・家族同士の情報共有に努めている。東京大学医学系研究科修士1年在学中。慶應義塾福澤諭吉記念文明塾修了。

連載

チーム医療のパートナー

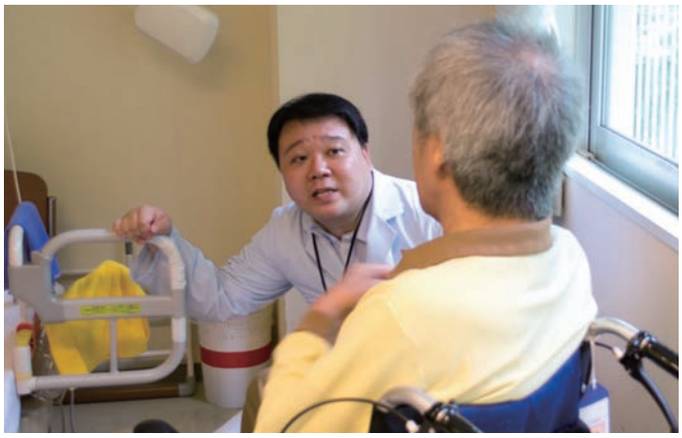
医療ソーシャルワーカー（MSW）

大久野病院地域連携課　伊藤 正一さん

チーム医療のリーダーシップをとる医師。円滑なコミュニケーションのためには他職種について知ることが重要です。今回は、医療ソーシャルワーカーの仕事を紹介します。

社会福祉にかかわるプロです

退院後も無理なく暮らせるよう様々な支援をします



社会的困難を支援する

医療費が払えない、会社から退職を迫られている、通勤に支障が出るようになった…。疾患や外傷が原因となって患者さんに生活上の困難が発生することは少なくありません。こうした困難に対し、社会的資源を利用して支援するのが、医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker, MSW）の仕事です。大久野病院の伊藤正一さんにお話を伺いました。

MSWの多くは社会福祉士の資格を持っています。社会福祉士とは、高齢者や障害者、生活保護受給者など日常生活に支障のある人に、福祉や保健医療などのサービスを提案し、生活を支援する仕事です。この仕事のうち、MSWは主に病院内で患者さんと福祉・介護サービスをつなぐ役割を担います。特に急性期病院から回復期病院への転院や、在宅療養への移行などの際に関わることが多いそうです。

「我々の普段の生活は、基本的には一週間のスケジュールと、それに加えてお盆や正月といったイベント…という流れで動いています。私の場合、患者さんの生活スケジュールを一週間の表にして、そこに家族のスケジュールも書き込んで、どの時間にどんな困難が発生するか、そして誰が何を手伝えるのかを見ます。家族の負担も考慮し、介護保険などの支援が必要であればその手続きをお手伝いします。家屋調査を行い、周辺環境も含めて生活に支障がないかを見た上で、必要であれば役所や駅などの公共機関に支援を要請したりもします。」

家族の反対がある、在宅の受け入れ体制が整っていないなど、スムーズに自宅に帰れない場合も少なくありません。こうした場合でも、状況を見極めて最適な解決策を提案します。

「私たちの仕事は、患者さんだけでなくその家族も、みんながより幸せに過ごせるように支援すること。退院がゴールではなく、場合によっては5年、10年先までを予想して働きかけることもあり、ときには厳しいことを言わなければならないこともあります。そんな私たちが現場で強く求められるのはコミュニケーション能力。私たちは『手当て』をする専門職ではないからこそ、患者さんや家族の感情を汲み取るコミュニケーション能力を常に高めていかなければと思っています。そうやって信頼関係を築いてはじめて、福祉の専門知識を支援に活用していけるのだと考えています。」

世間的にはまだまだ認知度が高くない職種ですが、伊藤さんは積極的に多職種にも声をかけ、何ができるかを伝えています。

「私たちは病院内だけでなく、常に外にも目を向けていなければならないと思っています。医療とそれ以外の制度やサービスをつないでいくことが私たちの役割ですので、先生方も患者さんに何か社会的な困難がありそうだなと感じたときは、ぜひ私たちを活用してほしいです。」

病棟内を回っていろいろな話を聞いています。

SCHEDULE BOARD

1日のタイムスケジュール

8:40	ミーティング・全体朝礼
9:00	病棟・受付・薬局・リハ室などで情報収集
10:00	病室で患者さんと面談、役所などに電話
13:00	カンファレンス
14:30	記録の記入、委員会など
15:30	患者さんや家族と面談
17:00	資料作りなどの事務作業
19:00	退勤

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

10年目のカルテ
■ 呼吸器内科

経験10年前後の先輩に聴く「医師としてのキャリア」

光石 陽一郎医師
（東北大学病院　呼吸器内科）
Yoichiro Mitsuishi

1997
東北大学医学部入学
学生の頃から、臨床と基礎研究を両立したいという希望があった。3年生のときに、東大医科研の岩本愛吉先生の研究室で実習の機会を得る。

2003
1年目
NTT 東日本関東病院に初期研修医として入職

2005
3年目
亀田メディカルセンター　総合診療・感染症科
感染症指導で有名な岩田健太郎先生（現・神戸大学教授）のもとで、幅広い臨床を経験する。

2008
6年目
東北大学病院　呼吸器内科
最初の1年は大学病院の仕事をしていた。

2009
9年目
東北大学病院　呼吸器内科
医化学分野（山本雅之研究室）で研究に専念。

2012
10年目
大学院博士課程修了
大学院時代の研究成果は米科学誌『Cancer Cell』に掲載。2012年に同誌に掲載された論文の中で最も優れた論文の1つに選ばれた。

2013
11年目
東北大学病院　呼吸器内科
現在の仕事の割合は、臨床が8割、研究が2割ぐらい。

1 week

	終日	当直は月3〜4回
mon	病棟業務 教授回診	
tue	病棟業務 気管支鏡検査	
wed	東北大学保健管理センターで職員の診療	
thu	県内関連病院での外来業務	
fri	病棟業務 気管支鏡検査	

大学病院の呼吸器内科病棟は54床あり、3チームで担当しています。休日夜間は基本的に当番医の先生が対応しています。

光石 陽一郎
2003年　東北大学医学部卒業
2013年10月現在
東北大学病院　呼吸器内科

難しい分野だからこそ臨床と研究の橋渡しとなる自分らしい仕事ができる

呼吸器内科の魅力

――呼吸器を専門にしようと思ったのはいつ頃ですか？

光石（以下、光）：初期研修の2年目くらいから呼吸器に興味はありました。生命に直結する分野に携わりたいという気持ちから、循環器と呼吸器で迷ったのですが、がんが診られる科がいいなと思い、呼吸器に絞りました。

呼吸器内科が診る疾患は治らないものが多く、看取るケースも少なくありません。また肺は、たくさんの細胞からできている複雑な臓器であり、疾患も多様で、画期的な治療法がないこともよくあります。そんな中でも、新旧の技術や治療を組み合わせて、なんとかしていかなければならない。そういう難しい分野だからこそ、何かできることがあるのではないかと感じたんです。

臨床だけでなく研究も

――教育に定評のある病院で研修を受けてきたにもかかわらず、なぜそのまま臨床でキャリアを積む道を選ばず、大学に戻られたのでしょうか。

光：教育に熱心な病院で学ばせていただいたこともあって、臨床の優れた先生方ともたくさん出会いました。けれど臨床の最前線で、自分らしく、かつ新しいことをするのはとても難しいなという実感がありました。一方、サイエンスのテクノロジーはものすごい勢いで発展しており、さらに科学的な知見を臨床に応用していく報告がどんどん増えていました。こういった状況を見て、やっぱり臨床のエキスパートというだけでは何かが足りないのではないか、自分はもうひとつ、サイエンスという武器を持つべきなのではないかと考えたんです。

振り返ってみると、臨床と基礎研究の両方をやりたいという気持ちは、学生時代からあったように思います。というのも、大学3年の時に3～4か月、ひたすら基礎研究の実験をやる機会があったんですが、そこで出会った先生から「サイエンティフィック・フィジシャンになりなさい」というお言葉をいただいたことがあって。つまり、臨床医も基礎研究者ももちろん必要だけれど、両方の良さをわかりながら、患者にしっかり還元できる医師になれということです。この言葉がずっと頭に残っていました。

――大学に戻ってからは、どのような経験をされたのですか？

光：最初の1年間は大学病院で病棟を受け持ちました。肺がんと間質性肺炎の患者さんを診る機会が多かったです。

2年目の4月からは、臨床ではなく生化学の研究室に移って、研究に専念しました。そこは酸化ストレスに対する生体防御の機序を精力的に研究している教室で、私はがん細胞の中で酸化ストレス応答を担う転写因子Nrf2がどのような働きをするのかを調べる研究に携わることになりました。何百という数の遺伝子の解析を続ける中で、このNrf2ががん細胞の中の代謝を変化させ、がん細胞の増殖を促進することがわかりました。この転写因子ががん細胞の代謝を変化させるというのは、新しい発見でした。

この発見を発表するための実験が大体終わったころ、東日本大震災が起きました。私は臨床のスタッフとして被災地へ手伝いに出たりしていたので、論文の提出まではかなりドタバタしました。震災後の混乱を乗り越えて、2011年4月に無事論文を提出し、翌年7月には『Cancer Cell』に掲載されました。多くのレスポンスがあり、『Cancer Cell』掲載の原著論文の中から年間10本が選出される「ベスト・オブ・2012」にも選ばれました。

――素晴らしいですね。成果を出せたポイントは何ですか？

光：当時の上司にはとても感謝しています。網羅的な解析結果を眺めながら、この転写因子が代謝に関わっているのではないか、という突拍子もない仮説を話したときに、面白いからやってみようと言ってくれた。また、震災後の混乱の中、電気もあまり通っていない状況で、メールでディスカッションをしながら論文を仕上げてくださいました。上司に恵まれなかったら、このような成果は出せなかったと思います。

今後のキャリア

――今後のキャリアについてはどう考えていますか？

光：今後も、可能であれば臨床と研究の両方をやれる立場で仕事をしたいですね。臨床だけをやるなら市中病院のほうがいいでしょうが、研究と両立するなら、病棟業務を分担できるような環境でなければ難しいと思います。今はせっかく大学にいるのに、臨床と研究の割合が8：2ぐらいになってしまっているので、なんとか時間を作って研究も頑張らなければと思っています。

実際に研究に携わってみると、自分の学生時代に基礎医学を勉強していたときと比較して、遥かに基礎医学と臨床医学が近い関係にあると感じています。臨床と基礎の両立というよりは、基礎医学の発展を実際の患者さんへ還元していく橋渡しのような立ち位置で、これからも仕事をしていきたいと考えています。

10年目のカルテ
■ 呼吸器内科

経験10年前後の先輩に聴く「医師としてのキャリア」

武岡 佐和医師
（大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター肺腫瘍内科）

Sawa Takeoka

2001

和歌山県立医科大学入学

祖母が離島に住んでいたことからへき地医療に興味を持ち、長期休暇のたびにへき地の診療所を訪ねていた。

2007

1年目

大阪警察病院

大阪大学の研修プログラムを選択し、1年目は「たすき掛け」で大阪警察病院に勤務。肺がんの患者を受け持ち、抗がん剤治療の劇的な効果と看取りまでを体感し、呼吸器内科に興味をもつ。

2008

2年目

大阪大学医学部附属病院

2年目は大学病院に戻る。将来の結婚のことなどを考え、糖尿病内科に進もうと考えていた。

2009

3年目

市立池田病院

医局には所属せず、市中病院に入職。当初は糖尿病内科に勤務していたが、どうしても呼吸器への思いが捨てきれず、呼吸器内科へ転科した。

2011

5年目

結婚

夫は外科医。「いずれは地域医療にも携わってみたいね」という話を、時々夫婦でしている。

2012

6年目

市立吹田市民病院

幅広い症例を扱う市中病院で、気管支喘息やCOPDを重点的に学ぶ。

2013

7年目

大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター

肺腫瘍内科で、主に肺がん、ときに大腸がん・乳がんの患者さんの診療にあたる。

1 week

mon	tue	wed	thu	fri
終日 病棟業務	終日 病棟業務	終日 病棟業務 気管支鏡検査	終日 病棟業務 気管支鏡検査	終日 病棟業務

当直は月3〜4回

担当患者さんは複数の病棟にまたがって入院しているので（肺がん病棟・緩和病棟など）、いくつかの病棟を移動しながら仕事をしています。

だいたい 7 時半までに出勤。気管支鏡検査日は、8時半から「枝読みカンファレンス」があるので、朝はその予習をします。件数が多いと、午前中から夕方まで検査が続きます。

武岡 佐和
2007 年　和歌山県立医科大学卒業
2013 年 10 月現在
大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター
肺腫瘍内科

呼吸器内科に惹かれて

――初期研修が始まってすぐに、呼吸器内科に決めたのですか？

武岡（以下、武）：いえ、はじめは糖尿病内科に入ろうとしていました。呼吸器内科に興味はあったけれど、将来の結婚や出産を考えたら、もっと続けやすい科のほうがいいかなと。そこで卒後3年目には糖尿病内科を選んだのですが、やはり呼吸器内科への思いが捨てきれませんでした。悩んだ末に、当時糖尿病内科の部長だった女性の先生に相談したところ、「私も本当は循環器に興味があったんだけれど、将来を考えて糖尿病内科に入ったの。そんなに呼吸器に思いがあるなら、やりたいことをやるべきよ！」って、背中を押してくださったんです。呼吸器内科も人手が不足していたので、歓迎していただきました。

――そこまで呼吸器内科に惹かれたのはなぜですか？

武：初期研修1年目の4月に呼吸器内科を回ったとき、肺がんの患者さんを担当する機会があり、1回目の抗がん剤治療がすごくよく効いたのを見て感動したんです。けれどその患者さんは、2回目の抗がん剤治療の前に状態が悪くなって、亡くなってしまいました。治療の醍醐味と無力さを同時に味わったことが、呼吸器内科に興味を持ったきっかけだと思います。

――呼吸器内科では、どのような疾患を診るのですか？

武：多種多様な肺炎・結核などの感染症、肺がん、気管支喘息、COPD、他疾患をベースにした慢性呼吸不全など、幅広い疾患を経験しました。挿管して人工呼吸器をつけて…といったスピーディーな処置が求められる場面もあれば、がんの終末期や、高齢者の誤嚥性肺炎など、看取りまで行う場面もあります。その両方を管理できるところにやりがいを感じました。

――その後も医局に所属せず、市中病院を回られていますね。

武：私は、専門を究めるというよりは、急性期治療もがん治療も、看取りも、気管支喘息やCOPDの管理も、とにかくいろいろなものを診られるようになりたいと思っていたんです。そう考えたら、症例が多様で豊富な市中病院で働きたいなと。3年間でひと通りの症例を診た後、今度はどうしようかと思っていたときに、気管支喘息やCOPDに力を入れている先生がいらっしゃるという別の市民病院を紹介してもらい、じゃあ今度はそこで重点的に勉強してみようと、病院を移りました。

ただ、やっぱり市中病院ってかなり忙しいんです。呼吸が不安定な患者さんが多いから、病棟から呼ばれる回数も多いし、救急対応もしなければならない。体に負担がかかったのか流産も経験しました。「じっくりと腰を据えて患者さんを診る機会も必要かもしれない」と考えていたとき、専門病院である今の病院に声をかけてもらいました。

専門病院で得られるもの

――専門病院には、市中の総合病院とは違う学びがありますか？

武：まずは最先端の気管支鏡技術を習得できます。また肺がん治療においては、例えば初回の抗がん剤を選択する際、今までは手持ちのガイドラインに沿って型どおりに選択していたのが、当院では最新の研究結果を踏まえカンファレンスで検討を重ねて決定します。微妙な効果判定や抗がん剤を変更するタイミング、2次治療の決定にも専門病院ならではの絶妙な技があって、カンファレンスや先輩のアドバイスは勉強になります。

多様な患者さんをトータルな視点で診療したい

――市中病院より働きやすい環境なのでしょうか。

武：圧倒的に先生の数が多いので、余裕はあります。完全当直制なので、夜は当直の先生が対応してくださるのもありがたいです。また、「もし妊娠したら、放射線を使う検査や当直は免除しますから、すぐに言って下さい」と言ってくださるなど、女性に優しい雰囲気もありますね。けれど、先生がたくさんいるとはいえ、私が抜けることでしわ寄せもあると考えたら、実際にはなかなか妊娠に踏み切れません。制度が整っていても、すぐに利用する気になれるかと言われると複雑ですね。

相談できる先輩も意外といないもので…。私は出産後も病棟で患者さんを診ていきたいのですが、実際には外来だけという先生が多いです。ちょうど今、仕事が楽しい時期なので、もし妊娠してしまったら…という気持ちは常に持っています。この病院の強みである内視鏡の技術を身につけることもできなくなってしまうし、何のためにここに来たのかわからなくなってしまうような気もして。ただそれでは結局市中病院で働いていた頃と同じになってしまう。せっかく妊娠しても温かく見守ってもらえる環境にいるのだから、ご迷惑をおかけするかもしれないけれど、そのときはお願いするしかないかなと、少しずつ思い始めています。

いずれはまた市中病院に

――10年後、どういう医師になっていたいですか？

武：そのときの家庭の状況にもよりますが、やっぱり市中病院に戻りたいですね。市中病院は、最終的に様々な患者さんの受け皿になっているところなので、患者さんの治療後の生活や看取りについても考えながら、臨機応変に対応することが求められる場だと思うんです。それまでに学ばせていただいたことを活かしながら、多彩な患者さんをトータルな視点で診られる医師でありたいと思っています。

医師会の取り組み

沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）

優れた研究発表を行った研修医を
年2回、表彰しています。

県医師会の医学会が研修医向けの賞を創設

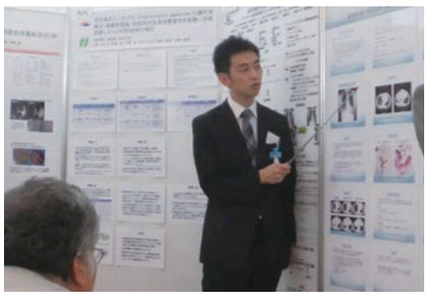
沖縄県は、県外からも多くの研修医が研鑽のために訪れる地域です。1979年に琉球大学に医学部が開設される以前から、県立病院がアメリカ式医学教育を積極的に取り入れてきたという背景もあり、新臨床研修制度が始まる前から、各研修病院に熱心な指導医が多かったのです。沖縄県医師会は、県外から若い医師が来ることで、沖縄の医療が活性化することを期待していますが、全国の研修病院が教育に力を入れている中で、沖縄県にやって来る研修医の数は2006年をピークにやや減少傾向にあります。

そこで、研修医のモチベーションを高め、沖縄での研修の魅力を向上させるべく、沖縄県医師会医学会では「沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）」という賞を創設しました。学会の中で研修医がポスター発表する機会を年に2回設け、その発表の中から優秀者を各回ごとに3名選んで表彰するという取り組みです。この賞について、沖縄県医師会医学会副会長の田名毅先生にお話を伺いました。

「2011年の12月に、第1回目の沖縄県医師会医学会賞（研

研修医の症例研究を表彰することによってモチベーションを高める

沖縄県医師会医学会副会長の田名 毅先生



平成25年6月
第116回沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）最優秀賞

「若年で肝性脳症を繰り返す非肝硬変症の一例」

琉球大学医学部附属病院　研修医　山城 貴之先生

研修で消化器内科を回っていたとき、救急から肝性脳症による意識障害の患者さんが運ばれてきました。肝性脳症は、有害物質であるアンモニアが体内に溜まってしまうことにより意識障害を起こす疾患です。多くは肝硬変など肝臓の機能が傷害されていたり、あるいはシャントが起こってアンモニアが体内に回ってしまう場合に発症することが多いのですが、この患者さんの場合、肝性脳症を起こす一般的な原因が全く見られず、何度か同じ症状で運ばれてきては、原因不明とされていました。気になって、患者さんが退院した後も、上の先生に相談しながら論文などを読んで調べました。すると、小児では先天性の遺伝子欠損によってこのような症状を引き起こす例があることがわかり、この患者さんにもあてはまることがデータから推測されました。若年成人では珍しい例だったので、「こういう症例もあります」という形で、学会で紹介させていただきました。現在患者さんは、食事制限をしながら定期的に外来を受診しており、再発を防ぐことができています。
このように論文や資料などを自分で探し出して調べた症例発表は初めてでした。これからの発表や研究の基礎になるような経験ができたので、とてもいい機会をいただいたなと思っています。

修医部門）を選考しました。初期研修2年目の医師を対象とし、毎年6月と12月の計2回、最優秀賞1名・優秀賞2名を表彰しています。2013年6月までに計12名の研修医が表彰されました。表彰式は翌年の4月、1年目の研修医を集めたレセプションパーティーで行われます。頑張った成果を後輩の前で表彰されることが、若い先生方にとって誇らしく、モチベーションにつながっているようです。

また、研修医だけでなく、指導医のレベル向上もこの賞のねらいのひとつです。各研修病院から1～2名の研修医を推薦する仕組みになっていますので、指導医の先生も、『病院やチームの代表として頑張ってもらわなければ』と指導に熱が入るのです。そのためにも、演題を絞って推薦してもらっています。」

現場で感じたことを重視して

発表の内容は主に、研修中に経験した症例の報告が多いそうですが、その症例を通じて関心を持った分野について、指導医の協力を得ながら過去数年間の症例を集めて検討するようなケースもあるそうです。ただ、審査側からは「医師になったばかりなのだから、現場で患者さんを通して感じたこと・勉強させてもらったことをしっかりと演題の中に入れて、自分の言葉で表現するようにしてほしい」と伝えているそうです。先輩方からの意見は貴重ではありますが、自らの経験に基づいた発表を行うことで学びを深め、その学びを若手同士で共有していけるような場にしたいと考えているとのこと。

「県医師会の医学会ということで、専門の学会よりもプライマリ・ケアやQOLの観点を重視した内容に近づけていきたいと考えています。研修医は受け持ち期間も短いですし、まずは研修医として関われる範囲内の内容で構わないのですが、患者さんとの会話から感じたことや、その人の生活背景や人生についてどのように捉えたのかという点に関しては、しっかり表現してほしいと伝えています。

自分たちの学んだ内容を発表することで、同じく現場で頑張っている若い先生たちが知識を共有し、最終的に医療・医学の質が向上していくことを期待しています。また、若い先生が県医師会とこのような形でつながりをもつことで、沖縄の地域医療を支えることに少しでも関心をもってもらえたらと思っています。」

日本医師会の取り組み

産科医療と医師会

医師が抱えざるを得ないリスクを
少しでも軽減するための制度があります。

産科における無過失補償制度の創設

医師になったとき、医療事故のリスクは常にみなさんについて回ります。どんなに注意して診療を行っても、事故が起こる可能性を完全に取り除くことは難しいでしょう。さて、事故が起こったとき、それが医師の過失による場合には医賠責がその賠償と紛争の解決の役割を果たします（本誌３号参照）。一方、医師として過失がないのに不可避的に生ずる被害について補償を行う制度は、無過失補償制度と呼ばれます。この制度を産科に適用したのが、産科医療補償制度です。

産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償する制度です。日本医師会は無過失補償制度の実施について各分野で検討を続けてきましたが、困難が多くあり、実際の制度の創設には至りませんでした。その中で、本制度を産科において実施することができたのは、産科で無過失補償制度が必要とされる差し迫った状況があったからです。産科医不足が社会問題化する中、２００６年には、医療事故で、産科医が逮捕・起訴される事件が起こったのです。このことにより産科医の減少に拍車がかかり、国民に十分な産科医療が提供されなくなることが危惧されました。状況を打開するために試行錯誤が重ねられ、医師が安心して医療行為にあたることができ、国民は万が一の場合にも十分な補償を受けることができるよう、産科医療補償制度が創設されました。

産科医療に対する医師会の取り組み

産科医療補償制度の創設は、日本医師会の「医療に伴い発生する障害補償制度検討委員会」、「分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度の制度化に関するプロジェクト委員会」の検討結果を受け、日本医師会が政府に働きかけて実現したものです。日本医師会は２００６年に発表した「子ども支援日本医師会宣言」に基づき、母子に関する医療・保健・福祉環境の整備等を推進し、また次世代を担う子どもたちが心身ともに健やかに育つことを目指して活動しています。

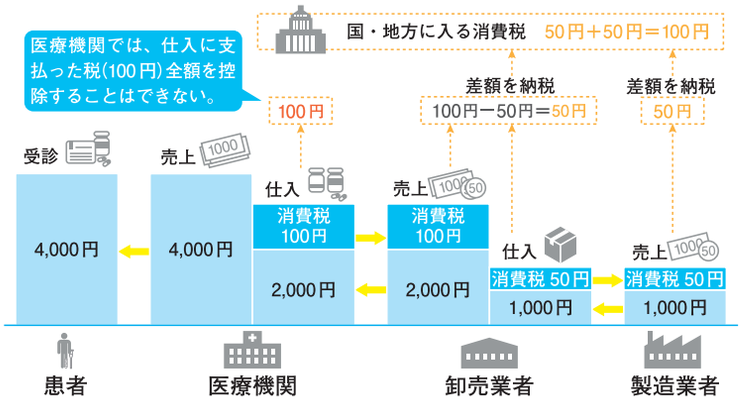
「産科は本来疾患を扱う科ではなく、その魅力は何よりも、母子ふたつの命に関与することができる喜びにあると思います。ただし、そこには命の誕生の喜びが奪われてしまう可能性も、常にある程度存在します。そのため、産科の医師は自分に過失がないのに訴訟に巻き込まれてしまうリスクも高く、多大なストレスが存在するのも事実です。日本医師会では、みなさんが少しでも働きやすい環境を整えるため、産科医療に関するさまざまな取り組みを行っています。また、産科に限らず、不可避的に生じた事故について、患者側にしっかり補償をするとともに、医療提供者側を守ることができる公的な仕組みを整えていかなければなりません。産科医療補償制度はその第一歩であり、この取り組みは他の診療科にも広げていきたいと考えています。」（今村常任理事）

今村 定臣常任理事

子ども支援
日本医師会宣言

1. 妊娠を望む人たちへの支援に取り組みます。
2. より安全な妊娠・出産に向けての医療環境の充実を図ります。
3. 満足できる妊娠・出産に関する社会環境の整備に取り組みます。
4. 子どもが育ちやすい医療環境の充実を図ります。
5. 子育てに関する社会環境の整備に取り組みます。
6. 学校保健の充実を図ります。
7. 障害児などへの支援に取り組みます。
8. 子どもや子育て支援のための諸施策について政府等関係各方面への働きかけを行います。

社会保険診療における消費税の仕組み



控除対象外消費税と医療機関にかかる税負担

みなさんは、医療における消費税の仕組みをどのくらいご存知ですか？

消費税は、モノを買ったりサービスを受けたりする取引において、最終消費者に課税される税金です。中間事業者は売上にかかる税額から仕入れにかかる税額を控除して国・地方自治体に差額を納付していますが、税を実際に負担しているのは最終消費者で、各事業者には税の負担はかかっていません。

原則として、消費税は国内におけるすべてのモノ・サービスに課税されますが、例外となる取引もあり、社会保険診療もそのひとつです。病気になったり怪我をしたりして治療を受けている患者さんの診療費や処方薬には、消費税はかからない仕組みになっているのです。

ただし、診療を行うために購入する医薬品や設備投資には消費税がかかっています。結果、医療機関が仕入れ分の消費税を控除できず、その分を自ら負担せざるをえない事態になっているのです（図）。このように中間業者の負担となる消費税は、控除対象外消費税と呼ばれています。

医療における消費税問題

医療の消費税をめぐって、医療機関と国民にかかっている負担の見直しが必要です。

現状では、診療報酬に対して1・53％を上乗せすることで、負担の解消が試みられています。しかし、ほとんどの医療機関でそれを上回る控除対象外消費税が発生しており、現在の上乗せ額では不十分です。なお、消費税が10％まで引き上げられた場合には、今の2倍の控除対象外消費税が発生することになり、問題は更に深刻なものになるでしょう。

消費税法を改正しゼロ税率へ

問題を根本的に解決するには、控除対象外消費税が発生しない仕組みを作る必要があります。そのためには、消費税法を改正し、社会保険診療を課税取引にしなければなりません。

ただし、その際に患者さんの負担が増えてしまわないよう、配慮することが必要です。そのために日本医師会が提案しているのが「ゼロ税率」の制度です。ゼロ税率では、税率がゼロなので患者さんの負担は増えませんが、課税取引であることにより、医療機関が支払った消費税額を控除することが可能になるのです。

「医療に関わる消費税の仕組みは、医療機関にとっても患者さんにとっても、大きな問題をはらんでいます。この問題を解決し、合理的な取引と安定した医業経営を行っていくために、日本医師会は税制の改正に向けての取り組みを行っています。」（三上常任理事）

三上 裕司常任理事

産科医としての臨床経験を活かし、公衆衛生の分野で管理職として働く

～新潟県村上地域振興局　佐々木 綾子先生～

今回は、勤務医から公衆衛生の分野に転向し、新潟県村上地域振興局の局長として幅広く行政の業務を担っている佐々木綾子先生にお話を伺いました。

語り手　佐々木 綾子先生
新潟県村上地域振興局　局長
新潟県村上保健所　所長

聞き手　秋葉 則子先生
日本医師会女性医師支援委員会　委員長
日本医師会男女共同参画委員会　委員
女性医師バンク統括コーディネーター

産科医から保健所の所長に

秋葉（以下、秋）：先生は産婦人科の勤務医としてずっと働いていらっしゃったそうですね。

佐々木（以下、佐）：地域の約260床ほどの病院で、産科医2人体制でお産をやっていました。40代後半になり、3人の子どももみんな親元を離れたころ、このまま厳しい勤務環境でやっていけるのかなと漠然と思っていました。そんなある日、大学の英文科に進学した長女が、「私、10年後は何をしているかわからないわ」と漏らしたんです。私、その言葉になんだか嫉妬してしまったんですね。

秋：医師は10年後も医師ですものね。

佐：もちろん、それは素敵なことです。けれど、私も娘に負けずに新しいことをやってみたいと思いました。ちょうどそのとき、村上保健所に席があるというお話を頂いて、じゃあやってみようと決意したんです。はじめは、この仕事を10年続けたら何ができるかなと思っていたのですが、まさか保健所の所長から地域振興局の局長に昇進するとは思ってもいませんでした。医療職で局長というポジションは県で初めてです。

保健所の仕事とやりがい

秋：具体的にはどのようなお仕

事をされているんでしょうか？学生さんにとって保健所の業務というと、感染症対策などのイメージが強いかと思いますが。

佐：時代の変化とともに、仕事自体も変わってきました。感染症対策ももちろんありますが、今特に力を入れているのは災害に備えた危機管理ですね。他には、高齢化が進んだ地域なので、救急医療や高齢者医療の仕事が多いです。市町村と県とのネットワークづくりが重要ですね。

秋：学校などの地域の施設に出て行って、性感染症などに関する講演をなさっているとか。

佐：はい、主に夏休み前の時期に県内の中学校や高校に出張して、講演を行っています。というのも、私がまだ勤務医だった15～16年前、新潟は中高生の人工妊娠中絶や性感染症が多い地域だったんです。妊娠した子や病気になった子を診ていたら、「もっと避妊や病気のことをわかっていたら、こんな目に遭わなかったのに」と感じました。病院で働いている間はそんな時間はなかなか取れなかったけれど、保健所ならもっと指導に費やす時間をとれるのではないかと思ったのが、この分野に転向したきっかけでもあります。

秋：産婦人科医としての経験に基づいたお話ですから、聞く方にも響くでしょうね。

佐：臨床を23年間やってきて、女性の健康や思春期の子どもたちを診てきたことがベースにあるので、私はやっぱり他の保健所長とは違うと思います。行政のプロとしては、はじめから行政職として働いている方たちの足元にも及びませんけれど、私は私の経験を活かして仕事をしています。

医師のひとつの選択肢

秋：異業種の方との交流も多いですか。

佐：ええ、もちろん医師会や病院といった医師同士のお付き合いもありますけども、商工会議所や観光業、建設業や農林水産業といった全く違った職業の方たちとのお付き合いも出てきます。勤務医をやっていただけでは絶対に出会えなかったような方たちとお仕事ができることは、とても楽しいですよ。

秋：医学部を卒業して、勤務医になって、開業して…というレールだけでなく、先生のように途中から行政に入られるというのも、医師の働き方のひとつの選択肢ですね。

インタビュアーの秋葉先生

佐：そうですね。新潟県では臨床経験を積んだ後にこの分野に入る人も多いです。地域の産婦人科や老年内科などで積んだ経験を活かせる働き方ですからね。学生さんのほとんどは、保健所に勤めるなんてあまり考えないかもしれませんが、臨床や専門の経験を積んだ後でもこういう働き方ができるということを頭の隅においてもらえたら、選択肢が増えると思います。特に女性にとっては、日勤帯で年休や育休もしっかりしていますし、働きやすい職場だと思います。

秋：今の若い方たちは専門医志向が強くて、一本道を走らなければならないと考えているような印象があります。

佐：それはそれでいいでしょうけれど、結婚や出産といったライフイベントに関しては、決まった「いい時期」なんてないものです。大事なのは、自分の思うようにならないことが起きたとき、柔軟に対応していくこと。「こうでなければいけない」ではなくて、何か起きたときに「じゃあどうしようか」と考えて道を選んでほしいですね。地位や収入、あるいは周りから見てどうかではなくて、自分の家庭環境や年齢なども考えた上で、自分にとって今一番いいと思う働き方を選ぶのがいいと思います。もっと長いスパンで考えて、何十年も先まで医師として仕事をしようとしたとき、活躍できる場はいろいろあるということを、若い方たちにはぜひ知ってほしいですね。

女性管理職の面白さ

秋：女性が管理職になることに関してはどうお考えですか？

佐：まだまだ日本では、女性はハンデキャップを背負っていると思います。でもそのため、どこに行っても注目されます。女性だというだけで覚えてもらえるし、インパクトがある。今の段階では、このハンデは逆に強みにできると思います。

秋：今の女子学生は、あまり偉くなりたいと言わないようです。これからは先生のような女性管理職がもっと増えてほしいと思うのですが、尻込みしている方が多いように見受けられます。

佐：案外やってみればできるし、本人も面白いって言ってがんばるものです。女性管理職を増やすには、現在の部長や病院長といった管理職の方たちが、多少強引にでも女性を登用する必要があるかもしれませんね。意識は何もやらずに変わるものではありません。まずはやらせてみるのがいいと思います。

秋：「役が人を育てる」という話はいろいろなところで聞きますし、ぜひ多くの人に引き受けてほしいですね。

局長席に座り微笑む佐々木先生

佐：ええ。上の立場に立てば、今よりももっと面白いことがあると思うんです。多くの情報が入ってくるし、発言する場も与えられます。私も局長というポジションをもらったときは、予想外でかなり戸惑いましたが、案外やってみると面白いものですよ。医師会の役員や委員会委員もそうなのではないでしょうか？

秋：そうなんです。私は主人と一緒に開業医をやっていて、たまたま県の医師会に出てみないかって声をかけてもらったんですが、やってみたらどっぷりハマりました。家の中にいるだけじゃわからないことが、いろいろわかるようになったのが面白かったんですよね。

佐：私もぜひ、若い先生方や女子学生には、上を目指すことの面白さを知ってもらいたいなと思っています。

救急を基盤とした研修で大学と市中の両方を経験

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きています。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、シリーズで紹介します。

臨床研修の必修化以降、「研修医の大学病院離れ」が話題に上がることが多く、特に地方の大学病院のマッチング率はおしなべて低い。そのような状況において、和歌山県立医科大学附属病院（以下、和医大病院）は、地方医科大学の附属病院としては異例の人気を誇っており、2012年度は114の大学付属病院の中で9位にランクインしているのだ。なぜ和医大病院はこのように研修医から支持を得られるのか、和医大の臨床研修にはどんな特長があるのか、卒後臨床研修センター長である上野雅巳先生にお話を伺った。

マッチング数のランキング　2012年

順位	大学名	マッチ者数
1位	東京大学医学部附属病院	126
2位	東京医科歯科大学医学部附属病院	118
3位	京都大学医学部附属病院	84
4位	筑波大学附属病院	76
4位	東京女子医科大学病院	76
6位	神戸大学医学部附属病院	70
7位	杏林大学医学部付属病院	64
7位	京都府立医科大学附属病院	64
9位	北里大学病院	62
9位	和歌山県立医科大学附属病院	62
11位	大阪市立大学医学部附属病院	61
12位	兵庫医科大学病院	60
13位	聖マリアンナ医科大学病院	59
14位	九州大学病院	58
15位	福岡大学病院	56

医師臨床研修マッチング協議会の発表に基づき作成。

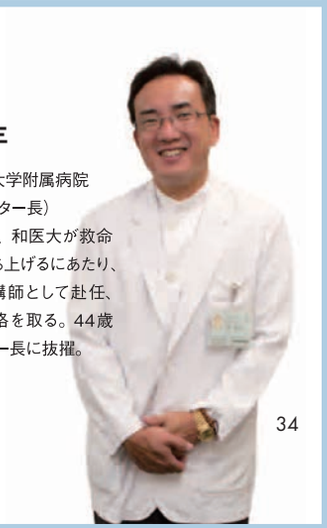
研修医の声に応えた自由度の高いシステム

「センター長になることが決まり、研修システムの構築を任された私は、まずは実際の研修医がどんな研修をしたいと思っているのか、現場の声を聴き取ることから始めました。全く新しいことを始めるにあたっては、『答えは現場にある』と考えていたので、研修医の生の声を聞くことを第一に考えたのです。すると、もっと自分で考えて計画を立てながら、自由にいろいろな科を回りたいという声が圧倒的に多かった。大学側の都合でローテートの順番を決め、研修開始時点で2年間の計画が全て決まっているのでは、研修医の興味の変化に対応できない。臨床研修は様々な経験をして、感じたり考えたりできる貴重な時間なので、無駄にすることがないよう、できるかぎりフレキシブルな研修の仕組みを構築しようと考えました。そこで、必修分野で最低限の知識や技術を身につけることを保証し、あとは幅広い選択肢を設けて、自由に選べる体制にしたのです。」

各科と協力病院が競い合い質の高い研修をつくる

とはいえ、研修内容の自由度を高めるのは簡単なことではない。診療科や協力病院によって研修医の数に大きな偏りが出ないよう、多くの大学では回る診療科・病院を決めてローテートする形を取っている。和医大では、自由度を高めることで偏りが生じないのだろうか。

「もちろん、診療科や病院によって人気の高い所も低い所も出てきます。でも、私はそれでいいと思っています。研修医にどんどん来てもらって活性化したい診療科や病院は、教育体制を充実させ、研修医の満足度を高めればいいのです。実際に競争原理が働くことによって、それぞれの診療科や病院が切磋琢磨しながら研修・教育の充実を図っていると感じます。紀伊半島の南端にあるような協力病院でも、研修内容が魅力的という



上野 雅巳先生

（和歌山県立医科大学附属病院卒後臨床研修センター長）
脳外科医だったが、和医大が救命救急センターを立ち上げるにあたり、川崎医科大学に講師として赴任、救急の指導医資格を取る。44歳で臨床研修センター長に抜擢。

評判が立てば、多くの研修医が希望するようになる。そうやって、立地や伝統にとらわれずに『良い研修・教育』を行う所が評価されるようになっていけばいいと思います。」

自由度の高い研修を支える救急における教育体制

自由度の高い研修システムを支えるもう1つの肝は、救急における教育を研修のベースにしていることだ。臨床研修で経験・習得すべき事項のほとんどを、3か月間の救急研修だけで満たせる体制を作ることによって、他の期間の研修の柔軟性が増している。

「和医大病院は、大学病院でありながら、同時に県立中央病院にも似た役割を果たしています。和歌山県には県立中央病院がないので、他の大学病院に比べて、当院は重症患者の受け入れ数が多いのです。そのため救命救急センターでも、一次から三次まで多様な救急患者を受け入れており、救急の研修で非常に幅広い症例を経験できます。さらに、センターには救急以外にも各科のスタッフが所属しているので、研修中に随時専門家のバックアップを受けることができるのです。

話は飛びますが、私は『患者を選ばない医師』を育てたいんです。そのためには、やはり急性期の患者を助けられなければいけない。地域医療を担うといっても、『私の手には負えません』では頼りにならないですから。だから、救急でしっかり急性期総合診療の基本を身につけさせることで研修の質を担保し、あとは本人の興味や希望に沿って、それぞれの分野で成長できる仕組みにしているのです。」

しかし、2年間の研修で身につけるべきことを、たった3か月間の救急研修で学ぶことができるのだろうか。

「もちろん可能ですよ。ERではドクターヘリや三次救急の前線を、ICUやHCUでは入院患者を診る力も身につけられます。さらに、他科を回っている間も、月に2〜3回の救急当直があります。研修期間を通じて、救急に触れ続けることで、基本の定着を図っているのです。」

顔の見える関係を大切にしていきたい

自由度の高い臨床研修の実現には、県内の協力病院との良好な関係も欠かせない。かなりの広さを持つ和歌山県が一体となれるのはどうしてなのか。

「もちろん、県や医師会の協力があり、みんなで作り上げているシステムだからです。県内唯一の三次救急である和医大で働いていたので、県内のどの病院からも患者さんを受け入れていて、多くの先生と面識があったのもよかったですね。顔の見える信頼関係の中でシステムを作れたのは大きかったです。」

顔の見える関係を大事にしているのは、指導者側だけではない。研修医どうしのコミュニケーションを活性化するために、大学内には研修医のオフィスが用意されていて、大きな部屋に1〜2年目の研修医全ての机がある。どの診療科を回っていても、協力病院を回る時期であっても、ここに戻ってくれば仲間の研修医に会って、いろいろな話をすることができるのだ。

「研修医どうしが『そっちはどうなんだ?』『こんな所が面白かったよ』といった情報交換をしているのをよく見かけます。3か月ごとに、次のクールでどこを回るかを決めるシステムのため、自分の体験を振り返ったり仲間の話を聴いたり、時には先輩の話を参考にしながら、自分の研修プランを考えられるんです。僕の机もこの部屋にあるので、よく相談を受けています。」

取材中も、部屋に帰ってくる研修医に声をかけ、雑談をする。自由度の高い研修がしっかりと機能する背景には、顔の見える関係と、指導者の細やかな気遣いが感じられた。

» 弘前大学

〒036-8562　青森県弘前市在府町5
0172-33-5111

将来医師になった時に役立つ知識と力を身に付ける

弘前大学医学部医学科　4年　熊江 優

弘前大学の授業の特徴は、病理学など基礎系の先生が熱心なところだと思います。周りを見ると基礎よりも臨床志向の学生が多いですが、たとえ今は基礎の重要性が分からないとしても、後々理解してくれればいいというスタンスで授業をされている印象があります。臨床分野だと循環器の授業が有名で、うちの学生は他大の学生と比べて心電図の読みがうまいと言われるそうです。また青森県の疾病特性にあわせ、脳神経系の講座の授業も非常に充実しています。基礎・臨床ともに、将来医師になった時に使える知識を教えるという姿勢は一貫しています。そのためか、国試に関してもあくまで通過点の一つだという印象があります。国試だけでなく、もっと先のことを見据えて勉強しなさいとおっしゃる先生が多いですね。

弘前大学では1・2年次に学年を6〜7人のグループに分けて、臨床系と基礎系の先生が1人ずつ担任のように付いてくれる制度があります。先生と一緒にご飯を食べに行くこともありますし、進路や私生活についてアドバイスしてもらうこともあります。1年次に先生と個別に話す機会は少ないですし、弘前大学の先生の面倒見の良さを象徴するような制度じゃないかと思っています。

僕は硬式テニス部に所属していて、シーズン中はほぼ毎日練習しています。6年生まで現役で活動する人も多いですし、卒業した先輩も練習に参加したり試合の応援に駆けつけてくれたりと、部内の人間関係は濃密です。医学生は高校時代に勉強一筋であまり集団行動を経験していない人が多いですが、部活の人間関係を通して将来医師としてチームで医療を担っていくための力を身に付けているんだと思っています。

Education

郷土を愛する医師の養成

弘前大学大学院医学研究科
学務委員長　若林 孝一

弘前大学医学部医学科の教育課程の特徴は、診療参加型教育、地域医療教育、少人数教育にあります。診療参加型としては、早期臨床体験実習（1年次）、臨床実地体験実習（2年次）、臨床実習Ⅰ(Bedside Learning)（5年次）、臨床実習Ⅱ(Clinical Clerkship)（6年次）が挙げられます。1年次の早期臨床体験実習は附属病院と学外施設（障碍者支援施設、老人ホームなど）で、2年次の臨床実地体験実習と5年次の臨床実習は附属病院で行っています。さらに、6年次の臨床実習では、学内または学外の3病院（診療科）を体験します（現在は12週。来年度から24週に拡充）。地域医療教育としては、社会医学実習（3年次）、地域医療学（4年次）があり、6年次の臨床実習では4週間の地域（へき地）医療実習を義務付けています。少人数教育としては、基礎人体科学演習（1年次）、Problem-Based Learning（2年次）、研究室研修（4年次）を導入し、研究室研修発表会では全員が発表と質疑応答を行います。さらに、医師としての役割や医療倫理に関しては、医の原則Ⅰ(1年次)、医の原則Ⅱ(2年次)、医療安全学（4年次）の授業を実施しています。

これらの授業の展開により、入学後早期からの医療現場の体験、地域医療を含む体験型臨床実習の実施、地域社会との連携による医療関連教育の実践を行い、職業観の涵養や社会に参画する意欲・態度の形成、専門的職業人（医師）としての役割、そして郷土愛を身に付けます。

なお、国際交流も積極的に実践しており、毎年夏に5年生を中心にテネシー大学メンフィス校(米国)や米国空軍病院(三沢市)に10名程度を派遣しています。

最後に、2005年以降の本学の新卒者の医師国家試験の平均合格率は96.0%で全国平均を大きく上回っています。

research

世界に発信し、地域とともに創造する医学研究

弘前大学大学院医学研究科附属高度先進医学研究センター　センター長　伊東 健

弘前大学医学部医学科では、大学が掲げる「世界に発信し、地域とともに創造する弘前大学」というスローガンのもと、地域の要望に即した、かつ最先端の医学研究を行っています。青森県では飲酒や喫煙等の生活習慣を背景に脳卒中の発生率が高いことが問題でしたが、本学では、昭和40年に医学部附属脳卒中研究施設を設置し、脳卒中の病態解明や予防法の開発に取り組んできました。平成15年には「医学研究科附属脳神経血管病態研究施設（脳研）」として改組し、現在では脳神経病理学講座、脳血管病態学講座、脳神経生理学講座、脳神経内科学講座の4部門が脳神経科学の最先端の研究を行っています。平成21年度には「心の遺伝子リポジトリ形成」というタイトルで大型の特別研究経費が概算要求で認められ、遺伝子改変動物を用いた解析を中心に脳神経疾患の病態解明や脳機能に関与する遺伝子の生理機能の解明を行っています。また、平成17年度に設置された高度先進医学研究センターは現在、分子生体防御学講座、糖鎖工学講座、糖鎖医化学講座（寄附講座）からなり、酸化ストレス応答や糖鎖研究を中心としたポストゲノム研究を推進しています。

また、平成18年度から特別教育研究センター（現・特定プロジェクト教育研究センター）としてがん診療・研究センター、移植医療研究センター、循環器病研究センター、社会医学センター（現・健康・スポーツ医科学センター）を医学研究科に設置し、それぞれのテーマの下に実績を挙げています。特に社会医学講座では平成17年より「岩木健康増進プロジェクト」という包括的住民コホート研究を開始し、弘前市岩木地区の一般住民1,500名からの膨大な健康情報および血液サンプルを収集して、疾患とライフスタイルの関連性を検討しながら健康指導などを行い、地域の健康寿命延伸に貢献しています。

research

ローカルになされるグローバルな研究活動

山梨大学医学部医学科長　中尾 篤人

山梨大学は平成15年春に大学院大学として生まれ変わり、その基本理念として「世界の人材」の育成を謳っています。「世界の人材」の育成とは、将来各分野において世界の最先端を担うような先進的研究者を育成することです。この理念の実現のためには、優秀な指導者の存在が不可欠です。そのため本学医学部では、各大学院講座に世界レベルで優れた業績をあげている教官を次々と採用し、研究の質を高め続けています。その結果、現在では、脳神経、癌、エピジェネティクス、ウイルス、アレルギーなど現代医学の大切なトピックにおいて優れた研究を行っており、その成果は、J Neuroscience、EMBO J、Blood、Cell host and microbe、J Allergy Clin Immunol などの一流の医学雑誌に掲載されています。
さらに、「世界の人材」を育成するため、研究に興味を持つ医学生に対して研究者としての早期英才教育を直接的に施しています（「ライフサイエンス特進コース」）。このコースでは、毎年医学科学生（1年次生）を対象に特待生を募集し、大学院講座に受け入れ、在学中を通じて、課外時間や学期間の休暇を利用し大学院に準じた研究教育を行っています。この特進コースで指導・教育を受けた学生達は、これまで「日本学生支援大賞（研究部門）」を5年連続で受賞したり、「サイエンス・インカレ」で口頭発表部門、ポスター部門で最高賞を受賞するなど優れた研究成果を既にあげています。
このように本学医学部では、教員・学生が一体となって、質の高い研究活動を行っています。ぜひ、富士山が見える小さな町で日々なされている世界レベルの研究活動に参加してください。

Education

地域の中核、世界の人材

山梨大学医学部教育委員会委員長　松田 兼一

山梨大学は「地域の中核、世界の人材」をキャッチ・フレーズに掲げ、地域社会の中核として地域の要請に応えると同時に、世界を舞台に活躍できる人材の育成をめざしています。人材育成の教育プログラムとしては、ライフサイエンス特進コース、リエゾンアカデミー研究医養成プログラムなど、医学部学生に対して特色ある教育プログラムを用意しています。研究に興味ある医学生が1年次からこれらのコースに入り世界最先端の研究に触れるだけではなく、学生自身が行った研究成果を論文発表してきました。詳細は山梨大学WEBをご覧下さい。また、本学は国立大学として最初に地域医療学講座を設立しました。本講座では、地域医療の現状を理解し、魅力と意義を感じることで地域医療に積極的に参加・貢献できるよう教育しています。実習は、各学年に設けられており、1年次のECE（早期臨床体験）は、山梨県の地域病院の現場で見学・看護補助体験を通し、病院の概要と臨床医療の現状を理解することを目指します。２年次の防災トリアージ訓練は、毎年600人規模で行われる山梨大学医学部及び附属病院の防災トリアージ訓練に怪我人やボランティアとして参加し、災害時医療の実際を見学・体験します。３年次の救急車同乗実習では、学生一人が救急隊と夜間を含む24時間の行動をともにし、救急搬送の実際を体験します。また、４年次の地域医療フィールド研究では、５～7人のグループに分かれて地域医療の問題点を洗い出し、その解決方法をまとめます。そして、11月に学会形式で公開発表することで調査研究を総合的に体験し、春休みには1週間のフィールド研究合宿を行っています。このように本学医学部では、「地域の中核、世界の人材」を育成するために教職員・学生が一体となって、質の高い活動を行っています。

LIFE

地域連携型の体験実習と充実した研究教育

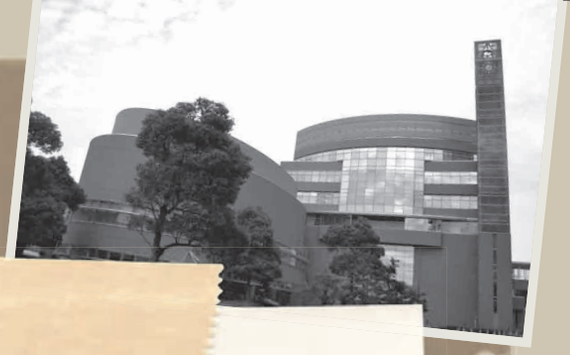
山梨大学医学部医学科　５年　城野 悠志

山梨大学には1～４年生で毎年行う、地域医療学の授業があります。特に印象に残っているのは、３年生の時に行った救急車同乗実習です。朝の訓練から夜の当直まで、24時間救急隊員の方と行動をともにします。受け入れ先には1人ずつ配属されるので、その分救急隊員の方から業務についてのお話をたくさん聞けて、濃密な時間が過ごせました。医師になった後でも救急車同乗はなかなかできないことなので、貴重な体験だったと思います。他の学年では、県内の病院に泊まりこんで看護師さんの指導のもとで看護の補助をしたり、救急隊や地域の方と一緒に災害時のトリアージのシミュレーションを行ったりしました。体験実習を通して地域の医療関係者や住民の方々と密接に関わることができるのも、この授業の魅力です。
うちの大学は研究教育の取り組みがユニークです。「ライフサイエンス特進コース」という制度を使うと1年次から特待生として研究室に所属して、大学院の授業を無償で受けられるんです。きちんと論文を出せば、基本的には卒後1年で博士号が取れます。僕は今このコースに入って、医学科のカリキュラムと並行して分子情報伝達学の研究をしています。分子情報伝達学は、例えば、ストレスをかけられた細胞がどういう風に反応するのかを研究する学問です。研究室には毎日顔を出しているので、生活のための物はそこに置きっぱなしです。教科書や歯ブラシはもちろん、ベッドもキッチンもあります（笑）。院との両立は大変ですけど、研究室のメンバーの仲がとても良いので生活は充実していますね。僕は入学前から基礎研究に興味があり、研究教育が充実している山梨大学を選びましたが、臨床に行きたい人も、学生のうちに基礎研究をしっかり学ぶことは将来の役に立つと思います。

» 山梨大学

〒409-3898　山梨県中央市下河東 1110 番地
055-273-1111

» 愛知医科大学



〒480-1195 愛知県長久手市岩作雁又1番地1
0561-62-3311

LIFE

学生の活動を応援してくれる大学

愛知医科大学医学部　5年　小島 あゆみ
同　5年　安藤 克敏

小島：愛知医科大学は学生の自主的な活動を応援してくれる大学だと感じています。実は以前は1、2年生で留学をする枠組みがなかったんです。そこで私たち2人が発起人になってHIAMUという留学のサークルを作ったんですが、サークル設立時には学生課にご協力いただきましたし、大学の先生に仲介をお願いしてドイツのルール大学との留学も始めることができました。最初は私たちを含めて7人くらいの小さなサークルだったのが、今は70人が所属する部活になっています。
安藤：今のHIAMUの主な活動は留学とボランティアの2つです。留学だけだとどうしても不定期な活動になってしまうので、小児ボランティアにも興味があったため、始めようと思いました。月に1回大学病院の小児科病棟に行って患者さんと接する機会をいただいているほか、退院した子どもたちと夏休みにキャンプへ行ったりもしています。
小島：愛知医科大学には「医師キャリア教育」という授業があって、自分たちのキャリアプランに関してディスカッションを行います。私のグループは全員女子だったのですが、「10年後の自分」というテーマについて「仕事と家庭を両立したいけど難しそう…」とか「留学したいから研修先をどうしたらいいか悩む」などいろんな意見が出ました。愛知医科大学には1学年に40人くらい女子学生がいるので、大学としても女性医師のキャリアプランを応援して下さっているように感じます。
安藤：理想の医師像に向けて逆算していった時に、学生時代にやりたいことを学生課や先生方がバックアップして下さるのはとても助かります。平成25年度から開講した基礎医学セミナーのような講義がなかった頃、そういう経験をしてみたいと先生にお願いしたところ快く引き受けて下さったんです。研究テーマをもらって指導していただいたお陰で、学会発表までさせていただきました。カリキュラムにないものでもお願いしたら最大限支援してくれる雰囲気があって、それはこの大学に入ってよかったと思うところです。

Education

豊かな人間性と国際的視野を持った医師の養成を目指して

愛知医科大学医学部　教務部長　細川 好孝

愛知医科大学は、人間の尊厳を守り、ヒューマニズムに徹することができる豊かな人間性を備え、常に医学の進歩に対応して高度の知識・技術を体得できる医師を養成することを目標としています。また、地域医療に奉仕し、医学・医療における国際貢献にも参画できる医師の育成に努めています。このような目標の下、平成25年度に抜本的な医学教育カリキュラムの改正を実施しました。今回の改正では、医学教育の国際基準を見据えながら、低学年では医師としてのコミュニケーション能力やプロフェッショナリズムの養成を図り、高学年では臨床実習を大幅に充実させました。
本学では低学年より、医学へのearly exposureの機会を増やすように工夫しています。「医療人入門」では、早期から医師としてのプロフェッショナリズムの養成に努めています。基礎医学セミナーでは、基礎医学教室に配属して教員との交流を図り、先端の医学研究を体験してもらい、その成果を学会発表や論文発表する機会を与えています。PBL-チュートリアル教育を導入して、能動的な学習の場を用意し、問題発見・解決能力の養成を図っています。高学年では、高齢医学や東洋医学といった特色ある科目も開講されています。また、「地域医療学」では地域医療を担っている現場の先生から、地域医療に密着した医療現場を学ぶ機会を設けています。本格的な臨床実習の準備として、臨床推論能力の養成を目指した「臨床実習入門」を新たに開講しました。平成25年度から臨床実習の総時間数を増加させ、医学教育の国際基準に向けた診療参加型臨床実習の充実を図りました。臨床実習では、これまで学んだ知識の総合化を図り、卒後教育への橋渡しを目指します。また、海外との交換留学を積極的に行い、米国の南イリノイ大学やタイのコンケン大学との国際交流を進めています。
このように、これまでの自由度が高いカリキュラムを維持しながら、豊かな人間性と国際的な視野を持った医師の養成を目指して、特色ある医学教育を推進できるように今後とも努力を重ねていきたいと考えています。

research

愛知医科大学における先端医学研究

愛知医科大学先端医学研究センター　センター長　住友 誠

愛知医科大学では、平成24年4月に先端医学研究センターを発足いたしました。本センターは「研究企画部門」「高度先進医療研究部門」「臨床応用研究部門」の3部門から構成されており、その主要な目的は本学における「臨床研究」の推進と新たな「研究シーズ」の開発です。臨床研究を実施するためには研究計画実施書すなわち研究プロトコールの作成が重要で、プロトコールには研究の背景、目的、研究実施方法、データ収集方法、データ解析方法などが適切に記載されなければなりません。「研究企画部門」では臨床疫学、生物統計、企業治験、臨床薬理の専門家が業務支援を行います。また、「高度先進医療研究部門」では本学で厚生労働省の先進医療承認を受けた2つの研究：難治性腫瘍を対象にした「自己腫瘍（組織）を用いた活性化自己リンパ球移入療法」とリンパ系造血器腫瘍を対象にした「微小残存腫瘍量の分子生物学的測定法」の推進と発展を目的にしています。「臨床応用研究部門」では新たな研究シーズの開発を目的として「痛み」と「難治性腫瘍」を研究テーマに掲げ、「慢性疼痛」の病態メカニズムの解明や「がん転移」に関わる遺伝子の機能を解析中です。今後は、「分子イメージング」や「再生医療」の分野にも注目し、トランスレーショナルな最先端医学研究を推進していきたいと考えています。
本センターの使命として最重要な点は、学内の研究室の閉鎖性を取り除き、研究室間の交流、融合を促進するとともに、学外へ研究成果を発信することであると考えています。本センターが掲げるプロジェクトを遂行するためには、本学の大学院生を含めた若い世代の方々の参画が不可欠です。本センターはこのような若き研究者が研究協力活動を推進するための拠点化も目指しています。志のある方々の研究参加を期待いたします。

research

熊本大学大学院・生命科学研究部（医学系）における研究活動の特色

熊本大学大学院医学教育部　副教育部長　西村 泰治

私どもの大学では、平成15年度に大学院教育の重点化に伴い、医学部医学科ならびに大学院医学教育部により構成される学生の教育組織を教員の研究組織である大学院生命科学研究部（旧大学院医学薬学研究部）より分離し、最先端かつ国際的な研究とこれに基づく優れた教育を実施する体制を整えました。そして以下のような教員・大学院学生によるユニークな教育研究活動を行っています。まず発生医学研究所との連携により、発生再生医学の基礎研究と、細胞と臓器の再生・再建医療への臨床応用に向けた研究では、ES/iPS細胞を用いた難治性疾患の治療法の開発で成果を挙げつつあります。またエイズ学研究センターとの連携により、HIV感染症の基礎ならびに応用研究を実施し、エイズ治療薬を複数開発し臨床応用に供しています。このような優れた基礎研究成果に基づくTranslational Researchが着々と進行中です。さらに悪性腫瘍や臓器移植、代謝循環器疾患、脳神経系疾患ほかに関する、基礎ならびに臨床研究を精力的に実施しています。
また、これらの特色ある研究拠点を生かした大学院教育を遂行し、特に若手研究者の海外派遣を推進すると共に、海外から留学生を積極的に受け入れ、国際的センスを有する優れた人材育成を行っています。これらの教育・研究は、従来の「グローバルCOE」2件、「大学院教育改革プログラム」ほか多数の大型外部獲得資金により支援され、平成24年度には「博士課程教育リーディングプログラム：グローカルな健康生命科学パイオニア養成プログラムHIGO」が、平成25年度には「卓越した大学院拠点形成支援補助金」および「研究大学強化促進事業（Research University - 22）」の支援対象機関にも採択され、ユニークな国際的教育研究拠点を形成し発展させています。

Education

熊本大学医学部学生の教育

熊本大学大学院生命科学研究部　神経内科教授
熊本大学医学部　医学科長　安東 由喜雄

熊本大学医学部では、コア・カリキュラムに基づくCBTとOSCEの導入、改革など全国的な医学教育改革の潮流のなかで、教育・専門科目のカリキュラム改変が強力に進められ、近代的な医学教育システムの構築が完成されつつあります。
まず入学後2年間を中心に基礎医学について座学のみならず実習をふんだんに取り入れた講義を行い、3年目には、約3か月にわたり、基礎の教室及び臨床サイドから希望のあった教室で基礎医学や臨床の疾患を基点深くその病態・病因を掘り下げるトランスレーショナル・リサーチを行う期間を設けております。教室によっては海外の共同研究を行っている教室に派遣し、研究をしてもらうシステムを取り入れているケースもあります。そこで得られた研究結果を基に、国内外の学会で発表をする学生も増えて参りました。4年生から始まる臨床系の科目の系統講義を経て、5年生からポリクリ実習、5年生の冬からはクリニカル・クラークシップを行っております。6年生の夏まで、3週間ごとの6タームを学生の希望に応じて各臨床系の教室に振り分けております。この間、教室によっては、国内外の病院実習に派遣したり、教室の関連病院に派遣し、医師としての見識・経験を広めて頂くよう計画しています。医師国家試験は、これまで本学は比較的放任に近い状態でしたが、合格率が思わしくないため、各臨床の教室に専門のチューターを選任して頂き、疾患についての疑問点や、問題の解き方などをコーチしてもらうシステムを構築したところです。
本学は、部活も盛んで、よく学びよく遊ぶタイプの学生が多く、特に最近は文化系の部活と体育系の部活を兼部するものが多くなって参りました。
現在は、医学教育の国際認証を受けるべく、その要求に沿った最新の教育カリキュラムを作成中です。

LIFE

九州の真ん中で、部活も勉強ものびのびと

熊本大学医学部医学科　3年　寺尾 祐香

私は熊本大学ALS部を中心に、部活を5つ兼部しています。休みの日はALS部の活動で、全国の大学で行われるワークショップに参加するので、熊本にいないことも多いです。熊大でも大人や乳児のBLSについてワークショップを行っているほか、「チーム医療」や「山岳医療」など各々が関心のあるテーマについて発表して、救急に役立つ周辺知識を身に付ける勉強会も最近始まりました。学外ではボーイスカウトの訓練に参加しているんですが、ボーイスカウトの子たちは大学生のお兄さんお姉さんが来るとテンションが上がるみたいで、もうお祭り騒ぎです（笑）。
熊大の3年次は部活や学祭の実行委員などに打ち込む時間があって授業以外もかなり充実していますが、4年生になるとCBTとOSCEに加えてポリクリ前試験が各科にあるんです。それまでに学んだ全ての分野で試験があるため、夏休みの前後3か月は毎日試験という感じで、まるでプレ卒試のようです。また2012年度から熊本出身の北里柴三郎先生にちなんで、「柴三郎プログラム」という熊大独自の取り組みが始まりました。このプログラムに参加すると、初期研修をしながらeラーニングで大学院の授業も受けられて、卒後4年で研修と大学院の両方を修了できるんです。「女性柴三郎コース」というのもあって、出産や育児の休暇中もeラーニングで勉強を続けられます。これは私のイメージですが、基礎か臨床のどちらか1つをすぐに選ばなければならない訳ではなくて、長いスパンで自分のキャリアを考えながら、必要に応じてどちらにでも挑戦できるように考えられたプログラムなんじゃないかと思います。
熊本には阿蘇山もあるし、海もあるし、温泉もある。地理的にも九州の真ん中で、都会過ぎず田舎すぎず、遊べるけどちょっと田舎っぽく暖かいところもある。そのバランスはすごくいいなって思っています。

» 熊本大学

〒860-8556 熊本県熊本市中央区本荘1丁目1番1号
096-373-5025

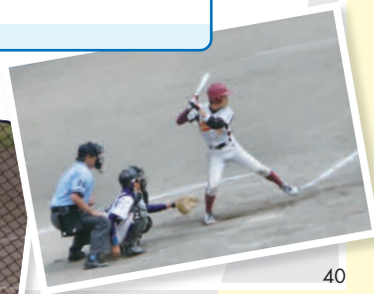
第56回　東日本医科学生総合体育大会（夏季のみ）
総合得点順位

第1位	慶應義塾大学
第2位	筑波大学
第3位	東北大学

第 56 回　東日本医科学生総合体育大会　各競技結果一覧

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

硬式野球	1	千葉
	2	聖マリアンナ医科
	3	獨協医科
	4	信州
準硬式野球	1	東北
	2	福島県立医科
	3	旭川医科
	4	札幌医科
サッカー	1	順天堂
	2	筑波
	3	群馬
	4	千葉
柔道	1	東海
	2	旭川医科
	3	山形、日本
	4	自治医科、獨協医科、防衛医科、慶應義塾
剣道	1	自治医科
	2	旭川医科、秋田
	3	群馬、順天堂
	4	獨協医科
弓道	1	札幌医科
	2	東北
	3	千葉
	4	福島県立医科
ヨット	1	筑波
	2	東北
	3	東邦
	4	なし
ボート	1	慶應義塾
	2	東北
	3	山梨
	4	なし
馬術	1	東京医科
	2	山梨
	3	昭和
	4	なし
ハンドボール	1	自治医科大
	2	順天堂
	3	なし
	4	なし
ラグビー	1	弘前
	2	獨協医科
	3	東北
	4	なし

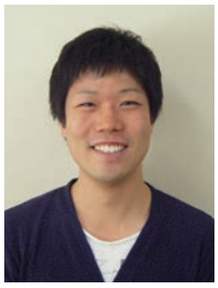


第56回　東日本医科学生総合体育大会

大会レポート

大会を影から支えた運営の取り組み

日本各地で最高気温の記録が更新されるなど文字通り「異常気象」となった今夏。その暑さに負けることなく、第56回東日本医科学生総合体育大会夏季競技が開催されました。参加者のみなさんのご協力のおかげで大きな事故はなく、すべての夏季競技を無事終えることができました。
運営側としては、「今年の東医体も楽しかった！」と思っていただけるよう、大会を開催するにあたりさまざまな支援をしてきました。たとえばWBGT計を導入し、適した気温・湿度のもとで競技を行うようにするなど熱中症対策を行い、また医師に常駐してもらい、競技中に怪我人が出てしまった際にはすぐに処置できる環境を作りました。スポーツに怪我は付き物ですが、その対策を事前にしておくかどうかで、以降の選手の生活は大きく左右されます。その点、今年怪我をしてしまった選手たちのQOLの低下は最小限に抑えられたと自負しています。来年の大会も怪我などのアクシデントへの対策を十分に行ってもらうよう、次期東医体主管校にしっかり引き継ぎたいと思います。
季節は変わって、次に控えているのは冬季競技です。各大学で冬季大会に向けた追い込み練習が始まる頃だと思いますが、私たち運営側も最大限のサポートをすべく準備を進めています。第56回東医体が大成功となるように、みんなで盛り上げていきましょう！



東医体運営本部長
庄原 秀一

第56回東医体夏季競技を終えて

56回目を迎える伝統ある東医体の夏季競技が8月1日から14日まで行われ、無事に終えることができました。競技実行委員会の皆様、本当にお疲れ様でした。私たち弘前大学医学部運営本部、札幌医科大学運営部、北海道大学医学部運営部、旭川医科大学運営部は2年前から今大会のために準備をしてきました。特に安全対策に力を注いできたので、大きな事故や怪我もなく夏季競技を終えることができ、とてもうれしく思います。選手の皆様にとって今大会が充実したものとなったならばこれ以上ない喜びです。しかしまたすぐに冬季競技が始まりますので運営部一同もう一度気持ちを引き締めて準備を進めて参りたいと思います。最後に、第56回大会を開催するにあたり、多大なるご支援ご協力を賜りましたすべての皆様に厚く御礼申し上げます。ありがとうございました。

広報局局長の鈴木さんと総務局長の熊江さん。

大会パンフレットを作成しました！　by 広報局

まだ夏の余韻が残る弘前大学の東医体運営本部を編集部スタッフが訪ねました。話をしてくれたのは今年度東医体広報局長の鈴木さん。広報局の一番大きな仕事は大会パンフレットの作成です。選手名簿の原稿が締め切りを過ぎても集まらず、印刷会社の人に頭を下げる場面もあったとか。「取りまとめには苦労しましたが、それでも東医体にパンフレットは欠かせません。僕自身、選手名簿を見て知り合いの選手が引退したことを知ったり、他のチームに強い選手が入ったと聞いて調べたりすることもあります。参加者どうしをつなぐのがパンフレットなんだと思っています。」今年度は運営本部が弘前大学、運営校が北海道の3大学ということで、海を渡って札幌などで打ち合わせを行うことが多かったそうです。広報局長としての次の仕事は冬季競技終了後の報告書の作成。夜遅くまで明かりがともる運営本部の部屋には、もう暫く賑やかな声が響きそうです。

第65回　西日本医科学生総合体育大会

浜松医科大学 3連覇！

貫禄の西医体総合3連覇！
優勝した競技の主将を訪ねました。

弓道部男子主将　中井 省吾さん

弓道部男子・女子【優勝】

男子が2連覇、女子が優勝し初アベック優勝を果たした浜医弓道部。主将の中井さんは女子が優勝できたのは近年女子部員が増えたおかげで競争意識が芽生えてきたため、と分析する。そんな中井さんも、大会初日は緊張していつも通りの力が出せなかったと言う。
「僕個人は初日の調子があまり良くありませんでした…。けれどそんな時に他の部員が応援に駆けつけてくれたり、僕の分を取り戻そうと必死に頑張ってくれたりしている姿を見ると励まされて、2日目にはいつもの調子を取り戻せました。」

サッカー部主将　松竹 由晃さん

サッカー部【優勝】

全面人工芝のグラウンドを持つ浜医サッカー部。その恵まれた環境を活かして充実した練習を積んだが、そこに思わぬ落とし穴があったと話すのは主将の松竹さん。
「本番の会場が土のグラウンドだったので、いつもと違う環境に苦しみました。けれど今年のチームは例年以上に仲が良く、皆が一丸となって試合に臨めたので流れに乗ることができました。苦しい時間帯にワンチャンスをものにできたのも勝因だと思っています。」

このノリの良さが総合優勝の秘訣なのかもしれません。

写真左から、中井さん、松竹さん、小松さん。

総合優勝を支えた西医体評議員から

「総合2連覇のバトンを受け取ったので、「このまま3連覇しよう！」と各部の主将と話していました。実際にはプレッシャーもありましたが、目標を達成できてホッとしています。今回優勝した部は弓道部とサッカー部だけなんですが、他の部も全体的に上位に食い込んでくれたので総合優勝できたんだと思います。」（西医体評議員・小松直人さん）

運営委員長　渡部 健二

第65回大会が無事終わりました

平成25年8月1日に開幕した第65回西日本医科学生総合体育大会は、8月18日をもって全ての競技日程を終了しました。目立った事故が発生することなく無事に大会を終えることができ、また、今年の福岡はとても暑かったにもかかわらず、熱中症はそれほど発生しなかった事に安心しております。
約2年と半年前から西医体に向けて準備して参りました。軽い気持ちで引き受けた仕事ではありましたが、実際やり始めると責任の重さに打ちのめされそうでした。それでも、多くの人々から協力をうけ、いっしょに仕事をする仲間にも恵まれて仕事をやりきる事ができ、関わってくださった人には感謝の気持ちでいっぱいです。
運営には至らない点もあったかもしれませんが、選手のみなさんに今年の大会を楽しんでいただけたとしたら、うれしく思います。西医体の運営という、とても貴重な体験をさせていただき、本当にありがとうございました。この経験を今後の人生に生かしていきたいと思います。

第65回　西日本医科学生総合体育大会 総合得点順位

第1位	浜松医科大学
第2位	山口大学
第3位	神戸大学

第 65 回　西日本医科学生総合体育大会　各競技結果一覧

	男子	女子
テニス	1 和歌山県立医科	名古屋市立
	2 岡山	神戸
	3 名古屋市立	熊本
	4 長崎	奈良県立医科
ソフトテニス	1 島根	神戸
	2 岡山	香川
	3 久留米	和歌山県立医科
	4 奈良県立医科	三重
バスケットボール	1 広島	琉球
	2 佐賀	山口
	3 山口	福岡
	4 大阪市立	奈良県立医科
バレーボール	1 香川	香川
	2 京都	岐阜
	3 岡山	琉球
	4 佐賀	宮崎
バドミントン	1 京都府立医科	大阪
	2 長崎	奈良県立医科
	3 久留米	愛知医科
	4 関西医科	大分
弓道	1 浜松医科	浜松医科
	2 大分	名古屋
	3 佐賀	山口
	4 山口	富山
卓球	1 広島	三重
	2 三重	島根
	3 岡山	大阪医科
	4 京都	神戸
陸上	1 富山	富山
	2 三重	関西医科
	3 浜松医科	鹿児島
	4 佐賀	三重
水泳	1 岐阜	大阪市立
	2 長崎	浜松医科、長崎
	3 高知、京都	産業医科、富山
	4 浜松医科	広島、大分
空手道	1 久留米	琉球
	2 浜松医科	鹿児島
	3 高知	山口
	4 琉球	浜松医科

	男子	女子
剣道	1 長崎	福井
	2 浜松医科	奈良県立医科
	3 島根	神戸
	4 金沢	富山
ゴルフ	1 岐阜	高知
	2 川崎医科	愛知医科
	3 近畿	大阪
	4 愛知医科	名古屋市立
スキー	1 大阪医科	神戸
	2 名古屋	和歌山県立医科
	3 福井	愛知医科
	4 岡山	大阪医科
柔道	1 愛媛	
	2 滋賀医科	
	3 福岡	
	4 久留米	
サッカー	1 浜松医科	
	2 熊本	
	3 宮崎	
	4 徳島	
準硬式野球	1 島根	
	2 福井	
	3 熊本	
	4 和歌山県立医科	
ボート	1 京都	
	2 浜松医科	
	3 滋賀医科	
	4 佐賀	
ヨット	1 香川	
	2 京都府立医科	
	3 滋賀医科	
	4 神戸	
ハンドボール	1 京都府立医科	
	2 福井	
	3 浜松医科	
	4 滋賀医科	
ラグビー	1 神戸	
	2 九州	
	3 琉球	
	4 岐阜	
合気道	最優秀演武校	鹿児島
	優秀演武校	広島
	敢闘賞	神戸

医学生の交流ひろば

Report

医療チーム　学生フォーラム　summer camp

第29回日本医学会総会2015関西「医療チーム　学生フォーラム」

【医療チーム　学生フォーラムsummer camp】
私たち医療チーム学生フォーラムは、8月24日から2泊3日で、滋賀県の近江高島で夏合宿を行いました。
最初に行われた京都大学薬剤疫学分野助教の西山知佳先生によるCPR講習会では、医療、医療従事者の卵として自分たちだけが適切に心肺蘇生法を行うのでなく、社会に浸透させていく必要性やその方法について考えました。
午後からはこの合宿のメインイベントである、分科会発表を行いました。各分科会ごとによく練られており、学生同士の質疑応答も活発で、演者、質問者ともに勉強になりました。それぞれの分科会が、先生方の鋭い指摘にまだまだ不十分だと感じつつも、もっと良い発表ができるという確信を得たようで、2015年の医学会総会での発表に期待が持てます。
今回の最優秀賞には、在宅医療グループが選ばれました。このグループは実際に訪問診療に同行した経験をもとに、多職種連携や制度にまで掘り下げた発表を行い高評価を得ました。
最終日にはサプライズ企画として医学会総会会頭の井村裕夫先生（京都大学名誉教授）に地域の中で病気を予防することの重要性や保険制度などについて話していただきました。学生から出た「健康に気を付けている人とそうでない人が同じ金額の保険料を払うのはおかしいのではないか」といった質問に対しては、会頭と学生で熱いディスカッションが繰り広げられ、有意義な時間となりました。各種分科会発表や先生方の講演の中では、国民皆保険の実態、医療情報の管理と共有、医療はどこまで進歩すべきなのか、目の前の命を救えるのかなど、将来を考える上で心が揺さぶられるテーマが次々投げかけられ、会が終わった後も部屋で語り合い、とても濃い3日間でした。
トークセッションでは参加者全員が本音でぶ

つかり合い、今までの学生フォーラムの反省点や今後どうしていくべきかなど先生方を交えて議論しました。このトークセッションでの反省を通して今後学生フォーラムが大躍進することを確信しています。
最後に、今回の合宿は、参加してくださった先生方、事務局及びメディアの方など、多くの方々のお力添えで成功できました。この場をかりてお礼申し上げます。これからも学生フォーラムにご注目ください！

Group

こころの病を予防できる社会の実現へ

NPO法人Light Ring.

【Light Ring.とは】
2011年7月、こころの病はがんなどと同等に対処すべき国民疾患に認定され、「5大疾病」のひとつになりました。深刻化するこの社会問題に対して、私たちLight Ring.では、医学生や、臨床心理士を目指す学生を含むさまざまな年代のスタッフたちが、一般市民の立場から大切なひとと寄り添い、こころの病を予防できる社会を目指して活動しています。
気分が晴れないときや落ち込んでいるとき、友人や家族などに悩みを聞いてもらったり、アドバイスをもらったり…「小さなこころの病」は、そばにいる人のちょっとした行動で和らげることができるかもしれません。そして、それが「大きなこころの病」の予防に繋がっていくことが期待されています。Light Ring.では、そばにいる人を大切にしたいという気持ちを「聴く力」に変えて、自分とそばにいるひとの「健康なこころ」を守る、非医療者でも、そばにいるからこそできる支援を行っています。
この「聴く力」は、メンタルヘルス分野のプライマリ・ケアにも役立つと考えられます。
【4つの事業】
①養成講座を受けたボランティアである聴くトモスタッフに、こころの負担を打ち明ける「聴くトモカフェ」。
②悩んでいる人を支えたい方のための事例検討会を行い、仲間を作り情報交換の場を提供する「Light Ring Time」。
③身近な人を支えるために必要な心構えや傾聴（聴く力）などについて学ぶ1日完結型の学習プログラム、「ソーシャル・サポート講座」。
④「聴くトモカフェ」の聞き役・支え手を育てる「聴くトモ養成講座」の4つの事業を中心に活動しています。
【聴くトモの活動の体験談】
活動のきっかけは、大学生になって他人へ打ち明けづらかった話をじっくり聴いてもらい、向き合い続けてくれる人と出会った経験でした。今では、悩む利用者さんや大切な友人へ「あなたはあなたで大丈夫」と、自分の方が声かけできる側になり、聴くトモとしてのやりがいを感じる日々です。さらにLight Ring Timeやソーシャル・サポート講座では運営スタッフとして関わり、参加者さんが周りの大切な人をどう支えていくかを対話し、支え手として力をつけていくプロセスを見届けることができています。医療者の卵である私たちにも、1人の市民として社会問題に関われる場があります。興味がある方は、WEBページにアクセスしてみてください。
URL：http://www.alight-kikutomo.com/

※この頁の情報は、各団体の掲載依頼に基づいて作成されておりますので、お問い合わせは各団体までお願い致します。

STUDENTS' LIFE Coenzyme

医学生のためのイベント、サークルや勉強会の告知など、
医学生どうしの交流のための情報を掲載していきます。

Event

タケダヤング フォーラム2013

11/30 [Sat]

朝日新聞社

【参加者募集＆ネット生中継のお知らせ】
主催：朝日新聞社／**協賛**：武田薬品工業
開催日：2013年11月30日（土）
会場：渋谷ヒカリエホールB
14時開場／14時半開演（17時終了予定）
260人無料招待。医療分野を志す学生や、若手医療従事者を対象に、学問・医療の世界でご活躍されている先生をお招きし、自分の進むべき方向性や臨床・研究に対する情熱など、ご自身の経験をもとに語っていただきます。当日参加できない方も下記アドレスでの生中継を是非ご覧ください（講師への質問も受付中）。
第1部「iPS細胞が変える医療の未来」
岡野 栄之先生／慶応大学医学部　生理学教室教授／iPS細胞使った神経再生医療の第一人者
第2部「被災地に芽生えた地域医療の新たな姿」
川島 実先生／気仙沼市立本吉病院院長／被災地で新たな地域医療の可能性を切り拓く、元プロボクサー医師
【お申し込み方法】
必要事項を明記し下記までお送りください。2013年11月8日（金）必着。
応募多数の場合は抽選。発表は聴講券の発送をもってかえさせていただきます。
URL：http://www.asahi.com/takeda/
はがき：〒530-8612
日本郵便株式会社 大阪北郵便局
私書箱191号　朝日新聞社広告局
「タケダヤングフォーラム」係
E-Mail：youngforum@asahi.com
※携帯電話のメールも可
詳しくは、
http://www.asahi.com/takeda/
をご覧ください。

岡野 栄之先生

川島 実先生

Group

「医師あたま」になる前に

医療ことばを創る会

皆さんは病院で使われている「ことば」に疑問を持ったことはありませんか？ことばの意味はよく分からなかったけれど、とりあえず頷いてしまったという経験はありませんか？
「医療ことば」は、そのような難しい医療用語を、患者さんにも分かりやすいように140字程度で言いかえた言葉です。
私たち「医療ことばを創る会」は、「医師と患者の中間的立場にある医学生にこそできること」をコンセプトに、2009年に発足しました。はじめは数人程度の会議から始まり、自分たちの活動の方向性すらはっきりと定まらない状態でした。それでも根気よく勧誘活動を続けた結果、多くの仲間に恵まれ、活動も軌道に乗ってきました。現在は、医学生15名程度で活動を行っています。主な活動は、「医学生が患者と医療者をつなぐわかりやすい医療のことば＝医療ことば」を創ることです。普段は、インターネット上で議論をしていますが、月に一度は実際に顔を合わせて会議を行います。「医療ことば」を使うことで、患者さんや家族のみなさんが病気とその治療の選択を行う手助けをしたい、ひいては21世紀の日本の医療を、「国民自らが自身の健康・病気を考えられる」ものにしたいと考えています。
いざ医師になってしまうと、患者としての感覚を忘れ、「医師あたま（石頭）」になってしまいがちです。医師あたまになる前に、私たちと一緒に医療ことばを創ってみませんか？
「医療ことばを創る会」公式facebook：
https://www.facebook.com/iryoukotoba

（2013年3月撮影）

Event

リハビリテーション科医師が語る！「患者を活かす仕事」のご案内

11/10 [Sun]

リハビリテーション科女性医師ネットワーク（RJN）

「患者を活かす力」を、リハビリテーション科医師はどのようにつくりだしているのか？3人のリハビリテーション科医師が、臨床とつながる3つのテーマでお話しします。
患者を活かし、自分も活かすリハビリテーション科に興味のある医学生、医師のご参加をお待ちしています。
日時：2013年11月10日（日）12：10～13：40
場所：札幌市教育文化会館302研修室
内容：1．基礎研究を臨床に活かす力…
旭川医科大学　向野 雅彦
2．他科の経験をリハビリテーション科の診療に活かす力…北海道大学　安彦 かがり
3．「育児や介護」も仕事に活かす力…
市立函館病院　長谷川 千恵子
参加費：無料、軽食付き
託児室：あり。第8回日本リハビリテーション医学会専門医会学術集会WEBページの「託児室のご案内」をご参照ください。
URL：http://rihasen8.umin.jp/
申込先：日本リハビリテーション医学会事務局（office@jarm.or.jp）へ、「RJNセミナー参加申込」とご明記のうえ、下記の5項目をご連絡ください。①氏名・フリガナ ②性別 ③連絡先（携帯番号）④連絡先（E-mail）⑤在籍する学校名（学年）あるいは病院名（卒業年度）
申込締切：2013年11月7日（木）
定員：50名
主催：日本リハビリテーション医学会
共催：日本医師会「平成25年度医学生、研修医等をサポートするための会」

Group

医療系学生の挑戦を応援します

医療系学生の挑戦

「医療系学生に大きな世界と無限の可能性を見せたい」という想いを胸に、私たちは『医療系学生の挑戦』という名前の電子書籍を出版しています。
勉強、部活、バイト。多くの医療系学生にとって、学生生活の中心はこの3つです。私たちは、この3つ以外の選択肢をもっと増やしたいと考えました。そのために、全国のユニークな医療系学生の活動をより多くの人に知ってもらおう。そんな想いから、全国で活動している医療系学生に現在の活動内容の紹介や他の学生に刺激を与える文章を書いてもらい、それを電子書籍として無料配布しています。
電子書籍『医療系学生の挑戦』は、4人の医療系学生からなるチームで執筆者から原稿を集め、編集し、Web上で無料配信しています。編集にあたっては、執筆者の方からいただいた文章、文体、表現などをそのまま使用させていただいています。そうすることで執筆者のキャラクターが伝わり、より親しみを感じていただけると思うからです。
紙の本ではなく電子書籍なのであまり読まれないのではないかと言われたこともありました。しかし、現在では月間閲覧数は3700回を越え、「面白い」「手軽に読めて便利」と好評をいただいています。
医学部、看護学部、薬学部、栄養学部、理学療法学部など、これまで多様な執筆者による原稿を掲載させていただきました。国際保健分野の研究者として活躍している学生や、会社を経営している学生もいます。どの方の文章も刺激を受ける内容です。
低学年の学生さんをはじめ、できるだけ多くの方にこの電子書籍を読んで欲しいと考えています。電子書籍を読んで「こんな活動もあったのか」「学外活動って案外簡単かも」と感じていただければ幸いです。新しい文化を創ることは、未来の「当たり前」を創ることです。『医療系学生の挑戦』をきっかけに、また新たな医療系学生の活動が生まれていけば、将来の医療系学生の活動の選択肢はもっと広がることでしょう。私たちは、すべての医療系学生の挑戦を応援します。『医療系学生の挑戦』を読むことで活動の幅が広がり、より多様な場所で活躍する医療系学生が増えることを願っています。
『医療系学生の挑戦』は下記WEBページより無料ダウンロードできます。また、記事を書いていただける執筆者の方も募集しております。
『医療系学生の挑戦』URL：
http://iryokeigakusei.jimdo.com/

2013年4月号の表紙
月1回のペースで発行しています。
『医療系学生の挑戦』で検索！

Group

論文を自由に読めるようになろう

のぶのぶ EBM 勉強会

目の前の患者さんから寄せられた疑問を解決するためにはどうしたら良いか、悩んだことはありませんか？また、どんな最新の医療があるのか知りたいと思ったことはありませんか？臨床論文を読むとき、本当にその論文が信用できるのか、不安に思ったことはありませんか？
のぶのぶEBM勉強会では、長年、医学生や薬学生を対象にEBMについて教えてこられた千春会病院の高垣伸匡先生を講師としてお招きし、医療系の学生や現場で働いている皆さんと、臨床論文の批判的吟味を行っています。勉強会では、臨床論文を信用するためにはどういった点に気をつけて読んだら良いのか、得られた結果を現場に適用するためにはどうしたら良いのか、などをグループワークで話し合います。論文を読むときはチェックシートを用い、効率的かつ発展的な論文の読み方や統計結果の見方を学んでいます。
バックグラウンドの知識は問いませんので、医療系の方であれば低学年の方でも気軽にご参加いただけます。わからないことがあればその場で積極的に質問していただき、グループで話し合いながら解決していきます。現役の医療者の方々も参加されているので、現場の話もたくさんして頂けます。
少しでも興味のある方は、ぜひ私たちと一緒にEBMを勉強しましょう！
開催頻度：月1回 土曜日
時間：15：00 ～ 19：30（終了時間は前後することがあります）
場所：京阪神の大学
費用：無料（交通費は自費でお願いします）
開催日及び場所に関しましては、決定次第個別に連絡いたしますので、お手数ですが下記連絡先までご連絡ください。また、興味を持ち、より詳しい内容をお知りになりたい方も、ぜひご連絡ください。お待ちしております。
連絡先：広報担当　笠原 奈那子
（qx080675@st.kobepharma-u.ac.jp）
また、11月17日（日）と12月22日（日）に、どちらも神戸でEBMワークショップが開催されます。のぶのぶEBM勉強会よりもさらに規模の大きいワークショップで、1日を通して行います。外部講師の先生によるご講義や、論文の検索エンジンの使い方を勉強する時間等も設けられています。医学生、薬学生、看護学生、医療従事者の先生方、司書の方々といった多職種が集まって行われます。こちらも1年生から大歓迎ですので、ぜひご検討ください。

※この頁の情報は、各団体の掲載依頼に基づいて作成されておりますので、お問い合わせは各団体までお願い致します。

告知募集

次号掲載申込締め切り：2013年12月8日（日）

※掲載を希望される団体の方は、http://doctor-ase.med.or.jp からご連絡下さい。

Report

医療の担い手Project

第29回日本医学会総会2015関西「医療チーム　学生フォーラム」

【医療の担い手Project】
6月29日、京都薬科大学にて医学会総会学生フォーラムの派生イベント「医療の担い手Project」が開催されました。このイベントは「多職種連携やチーム医療というワードはよく耳にするけれど、あまり学部間交流がない。むしろ学生の間から相互理解に努めるべきではないか。」という問題意識から開催され、満足度98%を達成するなど非常に内容の濃いものとなりました。
プレゼンテーションは医・薬・看護の三学部の特徴について、医学部は京都府立医科大学、薬学部は京都薬科大学、看護学部は大阪大学の学生が担当となって行われました。
第1回プロジェクトのテーマは「相互理解」ですが、一口に相互理解といっても、他学部の何を知っていて何を知らないのか、自分自身の学部への理解は十分なのか、これらがわかっていなければ「理解」まで到達できません。参加者に意義ある1日を過ごしてもらうためにも、1つ目の企画では、他学部に対するオドロキを発見し、自身の学部について深く考えるきっかけとなるよう、3学部のカリキュラム、教育・人材育成のスタンス、卒後進路・選択肢の幅について発表しました。
ロールプレイングでは、ケースカンファレンスで自分の職種だけでなく、あえて他職業の役も体験することで、その職業に対するイメージが実感でき、自分の職種も再度理解できたという声が多く寄せられました。
ワークショップでは第1回医療の担い手プロジェクトを通して新しく知ったこと、もっと知りたいこと、これからどんなことがしたいか、の3段階に分けて意見を出し合いました。もともと抱いていたお互いの学部へのイメージをさらけ出し、企画を受けて変化はあったか、もっと知っておくべきことはあるか、学部を超えて協力することで何ができるか、具体的に取り組んでみたいことなどについて議論し、今後につながるものとしました。今回の企画が参加者の方々にとって、何か行動を起こすきっかけとなればと考えています。
講演では弓削メディカルクリニックの森洋平医師に、チーム医療に何が必要か、患者は何を求めているのかについて、実体験からお話しいただき、質疑応答を交え濃密な時間になりました。
最後に、ご協力いただいた関係者各位、京都薬科大学のスタッフの皆様ありがとうございました。現在、第2回医療の担い手Projectに向け活動中です。今後にご期待ください。

Report

25周年記念会　開催報告

公益財団法人日米医学医療交流財団

7月20日、公益財団法人日米医学医療交流財団の25周年記念会が行われました。1988年10月に設立されたこの財団は、これまで医師を中心として600名以上の留学支援を行っています。また留学希望者を支援するセミナーを主要大学と毎年共催し、看護師やコメディカルに対する海外研修セミナーや、各種学会・研究会への助成なども行っています。記念会では、当財団設立の発起人の一人である日野原重明先生（写真）、当財団米国在住選考委員の赤津晴子先生にご講演いただきました。

Event

北海道最大級の医療系学生交流イベント

North Powers

11/9 [Sat]

みなさんこんにちは。今回は北海道の医療系学生団体であるNorth Powersが企画する本会のご案内をさせていただきます。当会は年に一度行われる北海道最大級の医療系学生交流イベントです。今年度は2人の講師をお呼びしておりまして、前半は“ケア・カフェ”という、医療者・介護者・福祉者によるワールド・カフェ形式の交流を全国で展開されている阿部康之先生による講師企画で、医療者コミュニケーションに関するワークショップを行います。後半は医学教育コンサルタントとして国内外でご活躍されている齋藤中哉先生による講師企画で、全医療系学部・職種を巻き込んだ多職種連携ワークショップを行います。それぞれ「コミュニケーション」、「チーム医療」がキーワードになっていますが、両者に共通するのは「みんなが当たり前、大事だと思っているところを問い直し、実践的なスキルについて学び、考える」ということだと思います。その他、北海道の医療系学生・団体が一堂に会して交流を行うなど、共に志を同じくする仲間と出会える非常に濃い1日が企画されております。北海道の方はもちろん、北海道に興味のある医療系学生の方はぜひ奮ってご参加くださいませ。皆様と会場でお会いできますことをスタッフ一同心待ちにしております。

日程：2013年11月9日(土)
会場：札幌医科大学
団体ページURL：http://p.tl/8aMp
イベントURL：http://p.tl/hrCQ
申込締切：2013年11月2日（土）
お問い合わせ：nps.staffs@gmail.com

DOCTOR-ASE

【ドクタラーゼ】

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

2013年10月25日発行　発行人：横倉義武　編集人：平林慶史
発行：公益社団法人日本医師会　〒113−8621 東京都文京区本駒込2-28-16　TEL 03-3946-2121（代表）　URL http://www.med.or.jp/doctor-ase

Japan Medical Association