DOCTOR-ASE

医学生がこれからの医療を考えるための情報誌［ドクターゼ］

Japan Medical Association
日本医師会
年４回発行

No. 12
Winter 2015

● 医師への軌跡
越智 小枝

● 10年目のカルテ
精神神経科

特集

医師国家試験を再考せよ。

いくつになっても「未知数」でいられる、それが医師の特権だと思う

越智 小枝

留学を機に災害医療の道へ

膠原病・リウマチ内科医として都内で働いていた頃、お金がなくてリウマチの治療ができず、そのため症状が悪化して働けない…という悪循環を目の当たりにした。生活習慣やストレスなどを改善することでリウマチの症状がよくならないかと考えた越智先生は、公衆衛生・疫学を学ぼうとイギリスへの留学を決めた。しかしその直後の2011年3月、東日本大震災が起きる。支援に行った方がいいのではと戸惑ったが、同僚から「むしろ公衆衛生を学んでから支援に行く方が被災地のためになる」と諭され、予定通り渡英。

その留学先で、越智先生の価値観は大きく変わった。というのも、「なぜ日本はあれだけの大震災で成功したのか?」と何度も聞かれたのだ。町全体が津波にのまれても、8割の住民が逃げられた。避難所で騒ぎが起きることもなかった。それはなぜなのか、と。日本の災害対応は海外に発信したら価値があるかもしれないと感じた越智先生の関心は、災害公衆衛生の分野にシフトしていった。

帰国後、福島県の沿岸部にある相馬中央病院に赴任。臨床に携わりながら、避難生活が住民に与える影響についての研究にも参加している。震災から3年以上が経った今も、糖尿病や肥満の増加や、筋力の低下、パチンコへの依存など、多くの問題が山積しているという。

地域で専門医の価値を発揮

2014年4月には、10万人が住む相双地区で唯一の常勤の膠原病・リウマチ内科医として、病院に特別外来を開設した。

「地域医療というと、総合診療のイメージがあるかと思います。もちろん何でも診られる医師は必要ですが、より専門的な治療が必要になったときに対応できる専門医も必要です。

知識は学会や論文から得られます。そして技術については、必ずしも全員が最先端を身につける必要はないと思うんです。大学にいても全員が一流になれるわけじゃない。ならば専門医も地域に出て、自分だけが発揮できる価値を見つけるのもいいんじゃないかと感じます。」

キャリアの価値観が変化

相馬で働くうちに、越智先生のキャリアへの考え方は大きく変わったそうだ。

「留学するまでの私は、有名研修病院に行き、大学に戻って博士号を取り、墨東病院で働く…という、いわゆる『順調な』キャリアを歩んでいました。災害公衆衛生の分野に飛び込んだのはいいけれど、周囲からキャリアの道を外れたと思われるのでは…という不安も実はあったんです。けれどここで働いていると、臨床で社会貢献している実感が湧くし、自分の時間があるから、勉強や情報発信もたくさんできる。今の方が医師としてやりたいことをやれているなと感じています。今後も私は、患者さんが『こうしてほしい』と思っていることができる医師でありたいし、かつ、どこにでも行って、自分がやりたいことをやっていきたい。3年後、5年後にどうなっているかは未知数ですが、むしろ何歳になっても未知数でいられることが、医師という専門職の特権なんじゃないかなと私は思っています。」

越智 小枝 Sae Ochi

相馬中央病院　内科診療科長

1999年東京医科歯科大学医学部卒業。専門は膠原病・リウマチ内科。リウマチの環境因子の疫学研究を学ぶための留学が決定した11日後に東日本大震災が発災した。2011年10月よりインペリアルカレッジ・ロンドン公衆衛生大学院に留学。海外の視点から震災を見て、日本の災害教育・災害公衆衛生に興味を持つ。被災地を訪問しながら世界保健機関（WHO）や英国のPublic Health Englandでインターン。2013年11月より現職、翌年4月にリウマチ特別外来を開設。

Information

January, 2015

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。
WEB：http://www.med.or.jp/doctor-ase/

初期研修医は、日本医師会の様々なサービスを無料で利用できます！

臨床研修医支援ネットワーク（RSN）
日本医師会では、会員向けのサービスの一部を、RSNに登録した初期研修医に無償で提供しています。
WEBサイトから簡単に登録でき、登録・利用料ともに無料ですので、晴れて医師国家試験に合格し、医師免許を取得したあかつきには、ぜひ登録してみてください。

【サービス内容】
●日本医師会医学図書館の利用
図書館の蔵書の少ない市中病院で研修する方には、特に役立つはずです。
●生涯教育on-lineの利用
様々な疾患に関するe-ラーニングコンテンツで学習することができます。
●日本医師会員特別割引ホテルオンラインサービスの利用
会員専用の予約サービスを使い、特別料金で多くのホテルチェーンが利用できます。
など

サービスの詳細・登録については、以下のWEBサイトをご覧ください。
WEB：
http://www.med.or.jp/rsn/
（ドクタラーゼWEBからもリンクしています。）

『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
WEB: 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 2015年1月25日
Printing 能登印刷株式会社

2 医師への軌跡
越智 小枝医師（相馬中央病院　内科診療科長）

[特集]

6 医師国家試験を再考せよ。
8 医師養成における国家試験の位置付け
10 医師国家試験ができるまで
12 医師国家試験のあゆみ
14 これからの医師国家試験
16 医学生が考える　医学教育、このままでいいの？

18 同世代のリアリティー
法律の世界　編

20 チーム医療のパートナー（訪問看護師・介護支援専門員）

22 地域医療ルポ　11
岐阜県高山市丹生川町　丹生川診療所　土川 権三郎先生

24 10年目のカルテ（精神神経科）
兼子 義彦医師（秋田県立リハビリテーション・精神医療センター　精神科診療部）
柳田 誠医師（大阪市立総合医療センター　児童青年精神科）
大江 美佐里医師（久留米大学医学部　神経精神医学講座）

30 日本医学会の取り組み
第29回　日本医学会総会2015　関西

32 医師の働き方を考える
周囲の理解と支援があれば、医師・母・妻を両立できる
～小児科医　大津 定子先生～

34 医学教育の展望
東海大学医学部　医学部長　今井 裕先生

36 グローバルに活躍する若手医師たち
日本医師会の若手医師支援

38 大学紹介
信州大学／聖マリアンナ医科大学／兵庫医科大学／香川大学

42 日本医科学生総合体育大会（東医体／西医体）

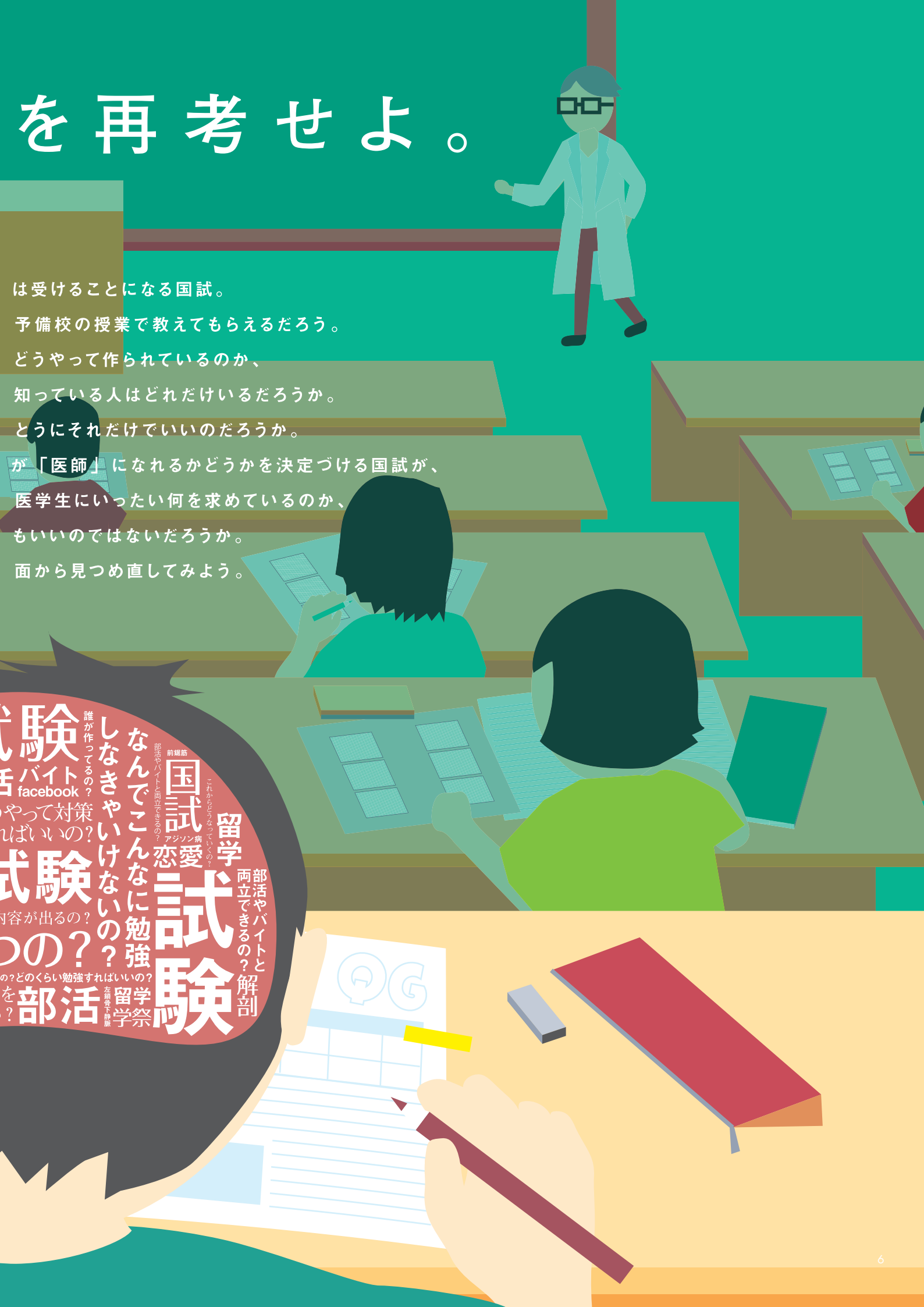
44 医学生の交流ひろば

46 FACE to FACE　05
古川 祐太朗×古賀 俊介

 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©2015　Japan Medical Association All rights reserved.

を再考せよ。

は受けることになる国試。
予備校の授業で教えてもらえるだろう。
どうやって作られているのか、
知っている人はどれだけいるだろうか。
とうにそれだけでいいのだろうか。
が「医師」になれるかどうかを決定づける国試が、
医学生にいったい何を求めているのか、
もいいのではないだろうか。
面から見つめ直してみよう。



医師国家試験

医学生ならば、やがて
試験問題の内容や対策方法は、学校や
けれど、国試は誰が関わって
どんな経緯で今の制度に至ったのか、
試験対策も大事だけれど、ほん
将来医師として人前に出る人間として、「医学生」
なぜ今のような形で行われているのか、
一度腰を据えて考えてみて
今回は、国試を制度的な

医師養成における国家試験の位置付け

医師を育てる仕組みのなかで、医師国家試験はどのように位置付けられるのか見てみましょう。

確認することに主眼が置かれています。前回（第108回）の医師国家試験は、２月上旬に３日間にわたって、１日あたり５時間程度をかけて実施され、マークシート方式で全500問が出題されました。試験の出題範囲は、厚生労働省が公開している「医師国家試験出題基準」に準拠しています。

共用試験（CBT・OSCE（オスキー））

臨床実習の開始前には、実習に必要な知識・技能・態度が学生に備わっているかどうかを評価するため、各大学で共用試験（CBT・OSCE）が行われます。CBTは解剖学・生理学・内科や外科の各論などの知識を評価する多肢選択式の試験で、コンピューターを用いて行います。問題数は320問で、受験生ごとに異なる設問が出題される仕組みになっています。OSCEは、技能と態度を評価する実技試験です。受験生は、模擬患者・必要な用具・機器等が用意されたステーション（試験室）を複数廻り、患者さんへの配慮や診療技能について評価を受けることになっています。

モデル・コア・カリキュラム（コアカリ）

医学部のカリキュラムは各大学が独自に設計しますが、文部科学省が公表している医学教育モデル・コア・カリキュラムに、医学部卒業時までに身につけておくべき知識・技能・態度の目標がまとめられています。各大学は、カリキュラムのうちおよそ３分の２をこのモデル・コア・カリキュラムの履修にあて、残り３分の１は大学独自にカリキュラムを開発することになっています。

医師養成の様々なステップ

医学生のみなさんにとって、医師国家試験は、学生生活の最後に立ちはだかる大きな壁のように思えるかもしれません。しかし、医師を養成する仕組みには、国家試験以外にも様々なステップが用意されています。このページでは、俯瞰的な視点から医師国家試験の位置付けを見てみましょう。

医学部入試に合格して医学生になると、基本的に大学が設計したカリキュラムに沿って教育を受けることになります。各大学は、文部科学省が医学部で履修すべき教育内容を示した「医学教育モデル・コア・カリキュラム」を参考にすることになっていますが、具体的な授業科目の設定や履修の順序は、大学の裁量に委ねられています。

共用試験

さて、主に5・6年次に実施される臨床実習に参加するために、医学生は共用試験に合格する必要があります。共用試験は、コンピューターで知識を問うCBT(Computer Based Testing)と、模擬患者等の協力によって技能・態度を評価するOSCE(Objective Structured Clinical Examination)から成ります。共用試験は各大学が独自に実施しており、問題・課題は共通のものを利用しているものの、合格基準は大学により異なります。現在その標準化に向け、議論が行われているところです。

臨床実習と医師国家試験

共用試験に合格すると、臨床実習に参加することができます。文部科学省によれば、臨床実習の目的は、医師としての職業的な知識・思考法・技能・態度の基本的

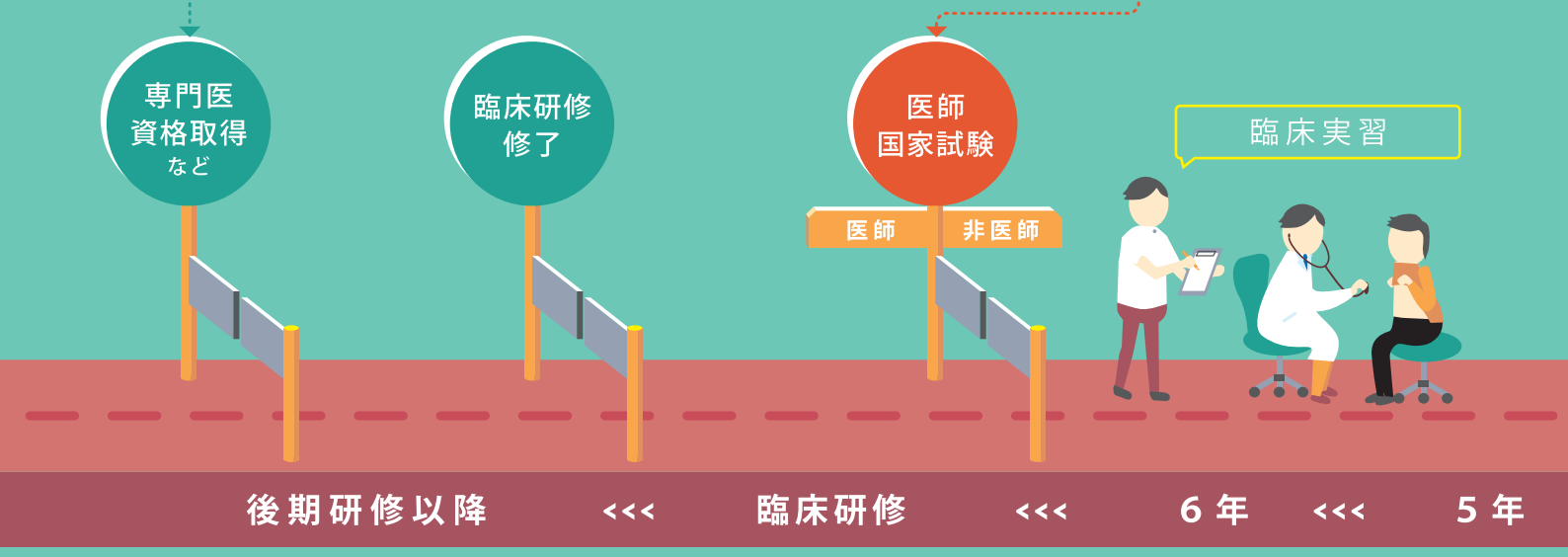
国家試験のボリューム

生涯にわたる研鑽

臨床研修を修了後も、医師は生涯にわたって知識を広げ、技能を磨いていかなければなりません。医師が学び続けるための方法としては、学会が運営する専門医制度があり、さらには医師会が主体的に運営する生涯教育制度で、幅広い症候や地域医療、保健活動、医療安全等を学ぶことができます。これからの専門医制度のあり方については、厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」において報告書がまとめられています。これを踏まえ、現在学会が独自に運用している専門医制度を中立的に認定する第三者機関（日本専門医機構）が設立されたほか、2017年をめどに、専門医の標準化を図り、基本領域の専門医の一つとして、総合診療専門医を加えるとされています。

医師国家試験

医師になるためには、医師国家試験に合格して医師免許を取得しなければなりません。医師法によれば、医師国家試験は、「臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う。」とされており、臨床研修を開始するにあたって、基本的な知識・技能・態度を



初期臨床研修　2004年に新医師臨床研修制度が制定されてから、診療に従事しようとする医師は、2年以上の臨床研修を受けることが必修化されています。

診療参加型臨床実習　主に医学部の5年次・6年次では、診療参加型臨床実習が行われます。医学生が診療チームに参加し、その一員として診療業務を分担する中で、医師の職業的な知識・思考法・技能・態度の基本的な部分を学ぶことを目的としています。

な内容を学ぶことであり、そのためには見学や模擬診療にとどまらない診療参加型の臨床実習が必要です。臨床実習は現在すべての大学が実施していますが、実施期間は大学によって様々で、その内容を更に充実させることが課題だとされています。

臨床実習後、医師としての知識と技能を確認するのが医師国家試験です。医師法によれば、医師国家試験は医師として臨床に出るにあたって最低限の知識・技能を問うもので、その内容は医学と公衆衛生からなります。具体的な出題範囲は、厚生労働省が公表している「医師国家試験出題基準」に準拠します。

医師としての診療能力を高める

医師国家試験に合格すると、医師免許を取得し、医行為を行うことができるようになります。しかし、もちろんすぐに一人前になれるわけではありません。診療に携わる場合、基本的な診療能力を身につけるための2年以上の臨床研修が必修化されており、原則、内科で6か月以上、救急で3か月以上、地域医療で1か月以上研修を受けることになっています。

臨床研修を修了すると、厚生労働省から臨床研修修了登録証が交付されます。それ以降も、専門医制度や日本医師会生涯教育制度を利用しながら、医師として研鑽を積む必要があるでしょう。

医師の養成過程は、すべての医師が一定のレベルに達していることを保証するため、段階を踏んで少しずつ知識・技能・態度を身につける設計になっています。国家試験はあくまでステップの一つで、臨床研修を含めた卒業後の臨床実践を行える状態かどうかを判断するためのものなのです。

医師国家試験ができるまで

国家試験の制度や内容を定期的に見直し、改善していくための仕組みがあります。

全国医学部長病院長会議

アンケート

2013年度、学生向けのアンケートは全17項目について実施されました。国家試験の質やボリュームを問う質問のほか、大学での学習内容との整合性について、また国家試験は医学生の不安をあおっていると思うかについて問うものもありました。

検討材料の提供

医師国家試験に関するアンケート調査

全国医学部長病院長会議は、毎年「医師国家試験に関するアンケート調査」を独自に行い、今後の医師国家試験の改善のためにその内容を分析しています。
2013年度に第108回医師国家試験について行われたアンケートは、10大学の学生と、80大学の教員が対象でした。また、同時にワーキンググループのメンバーにより、医師国家試験の問題全500問の質の評価も行われています。
全国医学部長病院長会議は、このアンケートの結果に基づき、厚生労働省などに要望書を提出しています（表1）。

表1　「医師国家試験に関する要望書」（2014年8月1日公表）内容

1. 試験に関する情報公開、受験環境の整備を引き続きお願いする。
2. 難易度の高い専門医レベルの問題は排除し、臨床実習の成果を問う良質な問題の出題に尽力いただきたい。
3. 難易度の高い問題および必修問題で正解率の低い問題は採点から除外するなど、受験生の不利にならない適切な処置を引き続き講じていただきたい。
4. 全国医学部長病院長会議が公表した「医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザイン：地域医療崩壊と医療のグローバル化の中で」を参考に、医師国家試験の改革に関して、関係機関で検討を続けていただきたい。

国家試験を見直す

医道審議会医師分科会医師国家試験改善検討部会

概ね4年に一度

厚生労働省は、医師国家試験の妥当な範囲と適切なレベルを保ち、医師の資質の向上を図るため、国家試験の改善に向けた取り組みを行っています。特に、1981年の医療関係者審議会医師部会からの意見を受け、1982年に医師国家試験制度改善委員会が設置されてから、同省では定期的に医師国家試験制度の見直しを行うようになりました。2014年の6月と11月にも、委員13名による医師国家試験改善検討部会が開催されています。

厚生労働省

医療現場より

全国医学部長病院長会議より

学術界より

患者・市民より

医師会より

医師の質を国民に担保する

ここまで紹介してきたように、医師養成の過程には様々なステップが設けられていますが、その中でも、医師国家試験は社会的に大きな意味を持ちます。医師免許を取得すれば、人体に侵襲を加えうる医行為を合法的に行うことができるようになるわけですから、国家試験は、医師に最低限必要な知識・技能を、国民に対して担保するものでなければなりません。そのため、医師国家試験の作成には多くの人が関わり、常に最適な形で試験を行えるよう、試行錯誤を重ねています。

よりよい国家試験のために

わが国には、医師国家試験を定期的に見直す仕組みとして、厚生労働省で概ね4年に一度開催されている「医師国家試験改善検討部会」があります。直近では2014年に検討部会が開かれ、13名の委員が現行の国家試験を評価するとともに、改善事項について検討を行っています。

改善検討部会の報告書が出されると、それを踏まえて「医師国家試験出題基準」改定のための会議が行われます。前ページで紹介したように、医師国家試験の出題範囲は、医師国家試験出題基準に準拠します。医療に対するニーズの最新の動向を踏まえ、必要な知識を万遍なく問うことができるよう、有識者が議論を重ねているのです。

この出題基準に基づいて、厚生労働大臣に任命された試験委員が試験問題を作成することになります。このように、医師免許の質を保つため、医師国家試験は多くの人の手によって作られているのです。

試験問題を作る　医師試験委員

出題基準に沿って毎年作られる

医師国家試験出題基準に準拠して、実際に試験問題を作成するのは医師試験委員です。医師試験委員については医師法施行令第13条に、「必要な学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する」こと、「委員の数は、百四十五人以内とする」ことなどが定められています。公募問題も取り入れられており、出題依頼に応じた大学医学部・医科大学、臨床研修指定病院、また日本医師会によって、問題公募システムに問題が登録される仕組みになっています。

出題基準を見直す

概ね4年に一度

医師国家試験出題基準改定部会

厚生労働省では、医師国家試験全体についての議論ののち、医師国家試験出題基準をいかに改定していくかに関する会議を別途実施しています。同出題基準は、医師国家試験が準拠する出題基準で、医師国家試験の「妥当な範囲」と「適切なレベル」とを項目ごとに整理したものです（表2）。2013年版の改定の際は100人を超える委員により、出題基準について検討されました。

表2　平成25年度版医師国家試験出題基準（概要）

必修の基本的事項		
1	医師のプロフェッショナリズム	約4%
2	社会と医療	約6%
3	診療情報と諸証明書	約2%
4	医療の質と安全の確保	約4%
5	人体の構造と機能	約3%
6	医療面接	約6%
7	主要症候	約15%
8	一般的な身体診察	約13%
9	検査の基本	約5%
10	臨床判断の基本	約4%
11	初期救急	約9%
12	主要疾患・症候群	約10%
13	治療の基本	約4%
14	基本的手技	約4%
15	死と終末期ケア	約2%
16	チーム医療	約2%
17	生活習慣とリスク	約5%
18	一般教養的事項	約2%

医学総論		
Ⅰ	保健医療論	約10%
Ⅱ	予防と健康管理・増進	約13%
Ⅲ	人体の正常構造と機能	約10%
Ⅳ	生殖、発生、成長・発達、加齢	約10%
Ⅴ	病因、病態生理	約13%
Ⅵ	症候	約13%
Ⅶ	診察	約8%
Ⅷ	検査	約10%
Ⅸ	治療	約15%
医学各論		
Ⅰ	先天異常、周産期の異常、成長・発達の異常	約5%
Ⅱ	精神・心身医学的疾患	約5%
Ⅲ	皮膚・頭頸部疾患	約11%
Ⅳ	呼吸器・胸壁・縦隔疾患	約7%
Ⅴ	心臓・脈管疾患	約10%
Ⅵ	消化器・腹壁・腹膜疾患	約13%
Ⅶ	血液・造血器疾患	約5%
Ⅷ	腎・泌尿器・生殖器疾患	約12%
Ⅸ	神経・運動器疾患	約9%
Ⅹ	内分泌・代謝・栄養・乳腺疾患	約8%
ⅩⅠ	アレルギー性疾患、膠原病、免疫病	約5%
ⅩⅡ	感染性疾患	約8%
ⅩⅢ	生活環境因子・職業性因子による疾患	約5%

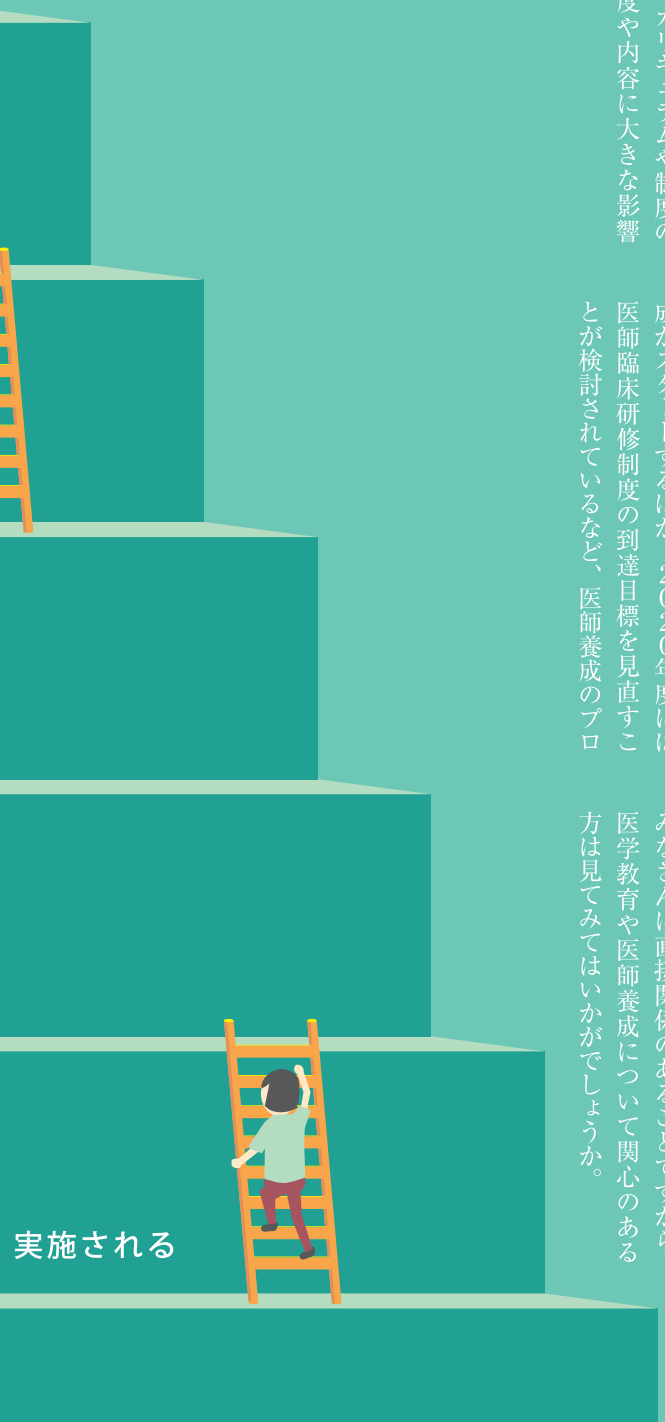
医師国家試験のあゆみ

医師国家試験の制度はこれまでどのような変遷をたどってきたのか、
これからの制度について現在どのような議論がなされているのか、紹介します。

2005
共用試験が正式に実施される

2004
卒後臨床研修が必修化される

2001
医学教育モデル・コア・
カリキュラムが策定される



医師国家試験の変遷

みなさんは、自分の親の世代が学生の頃、医師国家試験がどんなものだったのか知っていますか？ 実は戦後約70年をかけて、国家試験の制度は大きく変わってきています（左頁）。例えば、いま60代後半の医師が受験した頃の国試には口頭試問がありましたし、いま50代後半の医師の頃には、国試は年に2回行われていました。これだけでも、かつての医師国家試験が現在とは大きく異なるものだったことがわかるのではないでしょうか。

試験内容についても、1978年に医師国家試験出題基準が初めて策定され、2001年には医師国家試験設計表という形で分野ごとの出題配分が公開されました。2006年には問題・解答が厚生労働省から公表されるようになり、徐々に透明化されてきていると言えるでしょう。さらに、コアカリの策定や卒後臨床研修必修化など、医師養成のカリキュラムや制度の変化も、国試の制度や内容に大きな影響を与えてきました。

今後の改善の方向性

前ページで紹介したように、近年は医師国家試験改善検討部会が概ね4年に一度開催され、国試の改善について議論が行われています。ちょうど現在（2014年度）も検討部会が行われており、年度末をめどに報告書がとりまとめられる予定です。この内容を踏まえて出題基準の改定が行われることになっており、いま低学年の医学生が受験する頃には、現在の議論を踏まえた新しい形で国試が行われるようになるかもしれません。

検討部会では、国家試験を一連の医師養成の流れの中に位置付けたうえで、その役割を十分に発揮できるようにすることを課題にしています。国試と卒前教育の整合性はもちろん、卒後の臨床研修や専門医制度にもつなげていけるよう議論が行われています。いまの6年生が初期研修を終える2017年には新しい専門医の養成がスタートするほか、2020年度には医師臨床研修制度の到達目標を見直すことが検討されているなど、医師養成のプロセスは常に改善されており、それに合わせて国試のあり方も議論されているのです。

いま議論されていること

では、国試はどう変わっていくのでしょう。最近の検討部会の報告書から、具体的な議論のポイントを見てみます。

例えば、国試の出題内容を、基本的臨床能力を問うものに重点化することが課題に挙げられています。議論の中では、「現在の国試では臨床実地問題と一般問題が250問ずつ出題されているが、一般問題の出題数を再考する余地があるのではないか」という指摘もあります。一般問題の内容の一部は共用試験で評価できるという見方がある一方、現在は共用試験の成績評価が大学間で統一されていないため、2014年度の検討部会でも、まずは共用試験の標準化について議論が行われました。

検討部会の資料や議事録は、厚生労働省のホームページでも公開されています。みなさんに直接関係のあることですから、医学教育や医師養成について関心のある方は見てみてはいかがでしょうか。

2015

2005

2006 問題の持ち帰りが可能に
正答肢が公表される

正答が公表されるようになったのも意外に最近なんだ。

1995

2001 ブループリント（医師国家試験設計表）が公表される
問題の公募が開始される
出題数が500題へ

1985

1985 実施が年1回となる
出題数が320題へ

これまでは年2回あった！だから戦後70年なのに今回が109回なんだよね。

1978 医師国家試験出題基準が初めて策定される

1975

1975 口頭試問が廃止される
出題数が190題から260題へ

口頭試問がなくなって出題数が増えた！この時期、医学部の数が大きく増えたんだよ！

1965

1955

国試に口頭試問があった！

1953 口頭試問が導入される

戦後から始まったんだね

1945

1946 第1回医師国家試験が

日本医学教育学会

医学教育に関する
研究を充実・発展させ
その成果を
普及させます

医学教育における医師国家試験の位置付けと大学の責任

日本医学教育学会　国家試験・共用試験委員会　田邊 政裕

2004年からの臨床研修必修化により、我が国の医師育成制度が医学教育（6年）と臨床研修（2年）から構成されるようになりました。この8年間の医学教育・臨床研修のアウトカムは、全医師が共通に身につけるべき基本的な診療能力であり、わが国がどのような医師を育成するのかを示します。この診療能力の修得により自律的な専門研修をスタートし、医師としてのキャリアを積むことができます。

医学教育は医学部・医科大学への入学から始まり、各大学が設定する卒業要件（医学士になるための要件で学位授与の方針、ディプロマ・ポリシーと呼ばれる）を達成するために、6年間の教育カリキュラムに沿って行われます。2001年に全ての医学生が卒業までに身につけておくべき能力（医学教育モデル・コア・カリキュラムと呼ばれている）が明示されました（2010年度改訂）。診療参加型臨床実習において医学生は診療経験を積むことで、指導医の指導・監督のもとで基本的な診療を実践できるようになります。これが医学教育モデル・コア・カリキュラムで設定されている卒業時の診療能力であり、臨床研修を開始できるレベルです。臨床研修では、医師の業務（医師法第17条）としての研修（OJT、On the Job Training）により、指導医の指導・監督を徐々に減らし、修了時には指導・監督なしでできる診療能力を達成します。

このような臨床研修を開始できる診療能力を適切に評価することで、医学生から研修医へのシームレスな移行が可能となり、医療安全や患者中心の医療を担保できます。

知識の評価（現状の医師国家試験）は必須ですが、卒業時の臨床能力の評価としては十分ではありません。これを補完するためには、臨床実習等での診療現場での評価に加えてディプロマ・ポリシーや厳格な卒業判定（学位授与）が重要です。各大学には卒業生の質を保証し、医学教育に対する説明責任があります。

これからの医師国家試験のあり方について、
医師養成にかかわる4つの機関にお話を伺いました。

医学・医療の質を
向上させるため
行政への提言や社会への
発信を行います

全国医学部長病院長会議

医師国家試験の現状と今後のあり方

全国医学部長病院長会議　国家試験改善検討ワーキンググループ座長　持田 智

現行の医師国家試験はMCQ*形式の500問からなり、一般問題200問、臨床実地問題200問、必修問題100問に区分されます。合格基準は必修問題が80%の絶対評価ですが、その他は相対評価です。このため合格率は毎年90%前後で安定しています。しかし2013年実施の第107回試験では、臨床実地問題の合格基準が72.7%と高値でした。70%正答でも不合格となるのは、資格試験としては如何なものでしょうか。医師不足の解決にも逆行するシステムと言わざるを得ません。一方、第108回試験では、臨床実地問題の合格基準は66.2%と大幅に低下しました。出題委員長の考えによって難易度が乱高下することが、学生の不安を招いています。

全国医学部長病院長会議では、国家試験改善ワーキンググループが、構成員の10大学受験生と、全国80大学の教員を対象としたアンケート調査を毎年実施しています。第108回の試験は学生、教員ともに満足度が最近の7年間で最低で、「良問が少ない」、「専門医レベルの問題が多い」、「臨床実習の成果を問う問題が減少している」などの指摘が寄せられました。また、1問ごとの質を評価した調査で「臨床実習の成果を問う問題」と評価されたのは18%に過ぎず、MCQ方式の出題には限界があることが明らかになっています。

全国医学部長病院長会議は「医師養成の検証と改革実現のためのグランドデザイン：地域医療崩壊と医療のグローバル化の中で」を参考に医師国家試験の改革を行うことを関係機関に要望してきました。以下は私見ですが、MCQ方式の試験は200問程度に限定し、医師として最低限必要な必修事項のみを出題、絶対的基準で評価すべきと考えます。一方臨床実習の成果は、実技試験を各大学に委託し、卒業時OSCEとして実施するのが現実的でしょう。しかし、そのためにはMCQ方式の良問を大量にプールする作業が必須です。各大学には卒業時OSCEの質を向上させる自浄努力が求められ、その透明性を保証する全国統一システムも構築しなければなりません。

*MCQ…Multiple Choice Question（多肢選択式問題）

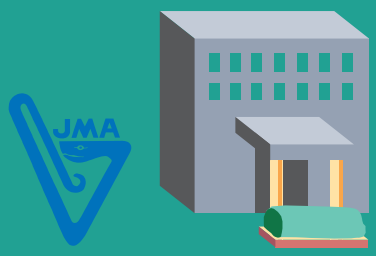
臨床実習の成果を問う医師国家試験へ

日本医師会　副会長　中川 俊男

日本医師会ではこれまで、医療の中期的な展望を示す「医療のグランドデザイン」の設計、医師の臨床研修についての検討委員会などを通じて、医師養成についての検討を重ねてきました。2013年には「医師養成についての日本医師会の提案　第３版」を公表し、医学部５・６年生の診療参加型臨床実習と臨床研修２年間の合計４年間で、プライマリ・ケア能力を獲得できる研修システムの構築を提案しています。この内容は、医師国家試験改善検討部会においても参考にされています。
この中で日本医師会は、臨床実習中の学生が、国民の理解と協力を得て安心して実習に取り組めるよう、「学生医（仮称）」の資格を与えることを提言しています。また、医師国家試験については、臨床実習を通じて習得した医学的知識および技能に基づいて、プライマリ・ケアを中心に適切な臨床推論を行えるかどうかを評価するものにすべきだと考えます。現在医学部６年生は、知識問題を含む医師国家試験対策に多くの時間を割いています。しかし医学的知識については、医学部４年生終了時（大学によって異なる）に受験するCBTでも高度な内容が課されています。そこで日本医師会は、医学的知識については医学部４年生終了時のCBTで評価し、医師国家試験を上級OSCE（Advanced OSCE）に相当する内容に見直すことを提案しています。
臨床研修制度については、日本医師会は新医師臨床研修制度創設時に決議された基本３原則「１．医師としての人格を涵養、２．プライマリ・ケアへの理解を深め患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を修得、３．アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備」を堅持し、地域社会で充実した研修体制を構築すること、臨床研修医が単なる労働力として位置付けられることなく研修に専念できる環境を整えることなどを支援します。
日本医師会は日本の医師を代表する学術専門団体として、これからの時代の医療を支える医師を育てるため、引き続き医師養成のあり方について議論を重ね、提案をしていきます。

日本医師会

医師の
学術専門団体として
医師養成についても
活動・提言を行います



これからの医師国家試験

医師の質を国民に担保するために

厚生労働省　医政局医事課　試験免許室

医師法第９条に、「医師国家試験は、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う。」とあります。これは、「医師として必要なものは何か」という基本に立ち返った際の答えとなり得るものです。つまり、「臨床上必要な医学」と「公衆衛生」が、医師として知っておくべき知識・技能の２本の柱とされているということです。
2001年、試験問題が500問に増えました。これは医学の進歩に伴い、学ぶべき事項が増加していることに鑑みて、医師国家試験改善検討部会で議論された結果の改定でした。この際に増えたのは、主に臨床問題です。今後は、臨床実習を踏まえた、より実践的な問題を国家試験に盛り込み、国家試験の内容を初期臨床研修にしっかり役立つものにした方がいいのではないかと、改善検討部会でも議論が重ねられています。
医師国家試験は、医師として最低限の知識と技能を有しているということを国民に対して担保するための試験です。そして、広く国民が求める医師像とはどういったものか、これから現場で求められる知識・技能はどのようなものかについては、有識者が集まってわずか500問の中にいかに組み込むかを常に検討しています。学生のみなさんには、「この分野・この診療科の問題が多く出題されているから勉強する」といった試験対策に陥らず、医師国家試験は医師として身につけるべき内容を問うものであると認識したうえで、学習に取り組んでいただきたいと思います。

日本で提供される
医療の質を
国民に対して
保証します

厚生労働省

次のページでは
医学生と若手医師が
医学教育の今後について
語りました！

医師国家試験は受験勉強の延長？

池尻：僕はまだ3年生で、国家試験についてはあまり具体的なイメージがなかったのですが、何となく国試って大学入試に似ているのかなと思っていました。6年生になってから知識を必死で詰め込んで乗り切る感じというか。

水野：うちの大学では、授業でも「この疾患は国試に出るから覚えておいた方がいい」とよく先生に言われます。ただ、「国試によく出るけど、日本ではあまり症例が多くない」と言われる場合もあって、6年生になったら臨床ではあまり出会わない疾患のことも必死に覚えなきゃいけないのかな…と思ったりします。

渥美：私も、授業や試験は本当に臨床に役立つのかなと疑問に思うことが多いですね。周りの人たちも、1週間前ぐらいから試験勉強を始めて、とりあえず目の前の試験に合格すればいいと思っている人がほとんど。そういう状況で日々過ごしていると、臨床に出るイメージも湧かないし、正直不安です。自分が将来どんな医師になりたいかを考える時間もあまりなく、モチベーションを保つのが難しいなって思います。

岩間：私は高校の時から、訪問診療を見学させてもらったり、実際の医療の現場を見たりといった活動をしていたので、まだ2年生ではあるけれど、将来なりたい医師像はイメージできている方だと思います。将来のために勉強も頑張りたいと思っているし、モチベーションは低くない方だと思うけれど、それでも、試験に受かるだけなら60点取ればいいんだと思うと、授業を聞かずに過去問を解いていればいいのかなって思ってしまう瞬間があります。

水野：僕もモチベーションを保つのは大変だなと感じますね。というのも、僕の大学では試験の解答があまり公表されないんです。点数も明かされないし、合否だけしかわからない。試験の結果って、自分の頑張りに対するフィードバックになるはずなのに、それがないとやっぱりやる気が落ちますよね。いかに楽に試験を乗り切るかだけを考えている同級生も多いです。

医学生にも多様な学びの機会を

岩間：試験がある以上、どうしても試験のための勉強という感覚になるのは、ある程度は仕方がないのかなとは思います。でも私は、医学部で得るべき知識って、自分のためというより、将来診ることになる患者さんのために持っていなきゃいけない知識なんじゃないかなと考えています。

鵜飼：そう感じます。私は後期研修医ですが、学生時代はみなさんと同じようにイメージが湧かず、モチベーションが下がった時期もありました。結局マニュアル化された試験のために勉強して、合格したら終わりなのかなと感じたこともありました。けれど、実際に医師になって経験を積んでみると、例えば2年生でやった解剖学がすごく大切だったりするんです。

橋本：私も臨床実習を終えてみて、大学の授業で学ぶ知識も大事だなと思うようになりました。臨床実習では、ひとつの診療科を回るのはたったの2週間程度で、経験できない症例もたくさんあります。実際に医師として働くために幅広い知識を得るという観点では、国試のために一定の期間、集中して机に向かうのも有意義なのではないかと思います。

渥美：知識が大切なのはもちろん理解できます。けど、医学生は一人ひとり、どんな医師になりたいか、どんな医療をやりたいかが違うと思うんです。でも、今の授業では知識を得ることばかりに時間が割かれていて、それ以外のことを考える余裕がない。もっと教養というか、人間のコアな部分について考える機会が授業の中に盛り込まれていたらいいのにと思います。

池尻：あと、最近はPBL(Problem Based Learning)という、患者さんの症例から入って、問題を解決していく力を育もうという授業が増えていますよね。そういう風に、実際の患者さんのケースやシナリオを考える機会がもっと増えれば、ただ講義で知識を教えられるよりも実感を持って学

が考える

教育、でいいの？

家試験に何を求めるのか、
のか、研修医の先輩を交えて話し合いました。

べるようになるんじゃないかなと感じています。学生のうちは講義の時間を減らして、PBLを大事にするようなカリキュラムにするのはどうでしょうか。

渥美：大学によって、知識を重視する大学、一般教養を重視する大学、PBLを重視する大学…など、バリエーションがあったら嬉しいのに、と思います。

とはいえ、一定以上の知識は必要

水野：確かに教育を受ける側としては多様な選択肢があるというのはありがたいことですけど、一方で国民からすると、「それで大丈夫か?」と思う部分があるのではないかと僕は感じます。日本で医学部を出て医師免許を持っているならば、一定の質は担保してほしいなと、僕が患者なら考えると思うんです。

鵜飼：どんな医師になりたいかイメージするために医学以外を学ぶことも大事だし、PBLなど症例を通じた学びから得るものも多いと思います。けれど、そうした学び方ばかりでは、教科書にあるようなベースラインの知識は網羅できない。実際に臨床に出て患者さんと向き合って診断・治療をするときに、学生時代に得た知識や理論は基礎になるんですよね。やっぱり一度でも学んだかどうかでずいぶん違うので、学生時代に教科書的な知識や理論をダイジェストで学んでおく必要はあると思う。そして、ベースラインを習得することができたかどうかを問うのが、国試なんじゃないかと私は思っています。

これから医学生にできること

岩間：ただテストに追われる毎日…というモチベーションの低い状態から抜け出すためには多様な学びが必要だし、一方で最低限必要とされる知識はしっかり学ばなければならない。どうしたら、その両方を実現できるのでしょうか。

鵜飼：ひとつは、大学の仲間と狭い世界で過ごすのではなく、学生団体などで活動して、視野を広げていくことでしょうね。私も学外の仲間と交流することでモチベーションを維持できたように思います。

橋本：私はPBLにそのヒントがあるように思っています。私は、PBLで学ぶべきことの本質は、学生が自ら学ぶ姿勢を身につけることだと考えています。確かに授業で行われるPBLだけでは、医師として最低限の知識は担保できない。でも、自ら学ぶ姿勢を習得できたなら、あとは知識を身につける機会を学生たちが自ら作っていくことだってできると思うんです。

水野：具体的には、どのような機会を作るのがいいのでしょうか?

橋本：私は4年生の時に、ケースプレゼンや身体診察の仕方など、講義で習わないけれど臨床では大事なことを自主的に学び合う勉強会を立ち上げました。そして、勉強会で学んだことをアウトプットする機会も多く設けてきました。例えば救急に興味を持っている学生を集めて*BLSについて学び、自治体の協力を得て、地域でAEDの使い方についての講習会を行わせてもらうなどです。学んだことを人に伝える場を作ったことで、1年生も以前より熱心に参加するようになったと感じますね。

渥美：確かに、もっと自分で表現する場があれば、やる気が高まるかもしれません。

橋本：ええ、きっとそうだと思います。ただもちろん、学生だけではわからないことやできないこともたくさんあります。そういう場合は教員に協力をお願いしています。教育熱心な先生なら、例えば放課後に勉強会に顔を出して身体診察について個人的に教えてくださるなど、案外快く引き受けてくださいますよ。

池尻：大学のシステムの中に、自主的に学びたいという学生を支援する仕組みがあれば、もっと学ぶ意欲が出てくる気がしますね。先生方にもぜひ診療科を越えてディスカッションをしていただいて、学生の学びたい気持ちを後押しするような仕組みを整えてくれたらいいなと思います。

水野：これからの医学教育がそういう風に変わっていくように、僕ら学生から声を上げていくことが大事かもしれませんね。

医学生
医学このまま

医学生の立場から医師国
医学教育に対してどのように働きかけていける

*BLS…Basic Life Support（一次救命処置）

リアリティー

法律の世界 編

たちとの交流が持てないと言われます。そこでこ世代の「リアリティー」を探ります。今回は「法の法曹職を目指す3名（法A・B・C）と、医学

今回のテーマは『法律の世界』

テレビドラマで弁護士など法曹職の仕事を見たことがあると思います。法律を通して紛争を解決し社会秩序を守る彼らは、実際にはどんな人たちなのでしょうか。

法曹三職って、何をする仕事？

医D：医学生、特に医療系学部だけの大学の医学生は、文系の学生と接する機会が少ないので、お話しするのを楽しみにして来ました。まずは3人がどういう方か、教えていただけますか？

法A：僕は大学の法学部を卒業して、今は法科大学院の2年です。将来は弁護士を志望している、比較的スタンダードな法科大学院生なのかなと思います。

法B：私も弁護士志望ですが、難民支援や紛争解決に興味があるので、将来はNGOなどで働くことを考えています。

法C：僕は元々理系で工学部を卒業した後に法科大学院へ進学しました。理系出身というバックグラウンドを活かした進路に進みたいと考えています。

医E：法学部って法律を暗記するというイメージがありますが、何を勉強する所なんですか？

法A：誤解があると思うんですが、法律家は顧客の前で六法全書を使って法令を調べられるので、法律そのものを覚えることはあまり重要じゃないんです。ただ六法には最小限の事項しか書かれていないので、大学ではむしろその六法をどう読めばいいのか、条文をどう解釈すればいいのかを学びます。

医F：イメージと実際の姿は違うものですね。法学部の学生はどういう進路を選ぶのですか？

法B：大学入学時には、多くの学生が司法試験を受験して弁護士などの法曹職に就くことを目指していますが、紆余曲折を経て、その道へ進むのは一部です。残りは公務員になったり、民間企業へ就職することも多いです。私たちが所属している法科大学院というのは、2004年から全国の大学に設置された新しい大学院です。学生はここで専門的知識と実務について学び、司法試験の合格を目指します。

法C：法科大学院は、法学部出身者はもちろん、他学部出身者や社会人経験者にも門戸が開かれています。学生のおよそ2割は社会人経験者や僕のような他学部出身者です。社会人経験のある人は仕事を辞めて入学して来るので、その決意とやる気たるや、凄いものがあります。

医D：なるほど。では法科大学院を卒業した人は、どんな過程を経て法曹職に就くんですか？

法A：大学院を卒業すると、5月に司法試験を受けることになります。9月に試験の合格発表があり、見事合格した人は12月から1年間、司法修習生という、医師にとっての研修医と同じような身分になります。司法修習が終わると、多くの人は法曹三職と呼ばれる弁護士・検察官・裁判官の3つの職種に就き、それぞれの職場で働き始めます。

医E：弁護士については何となくイメージがあるのですが、それぞれどんな仕事なんですか？

法B：弁護士と聞くと、裁判で被告人の弁護をするイメージがあると思うんですが、実はそういう刑事弁護はあまりお金にならないので、専門にしている人はかなり少ないんです。弁護士の仕事の主なフィールドは、離婚や遺産相続などの民事弁護や企業の顧問弁護などです。

法C：弁護士は民間の職種ですが、残る検察官と裁判官は公務員です。検察官というのは、警察が捜査を行った刑事事件について裁判を起こすかどうかを決め、裁判では被告人が犯罪を行ったことなどを証明します。警察と関わることも多く、また縦社会であるため、体育会系の人が向いていると言われます。一方裁判官は、法曹職のなかでもエリートと言われます。裁判のなかで訴訟を起こした原告と相手方である被告の主張を冷静に聞いて、証拠などにもとづいて論理的に判決を下さなければなりませんし、大量の文献や資料を読んで、自らも大量の文章を書かなければなりません。裁判官の判決には国を動かす力があるので、その責任は重大です。

弁護士のキャリア 医師のキャリア

医F：医学生には6年次に受験する医師国家試験が関門ですが、法科大学院生にとっての司法試験って、どんな存在ですか？

法A：かなり高い壁です。司法試験のいまの合格率は約2割。法科大学院制度ができるまでは3%ほどだったので、それでもだいぶ受かりやすくはなったんですが、学生にとっては依然として難関ですね。

法C：ただでさえ難関の試験なのですが、有名弁護士事務所へ就職したり、裁判官や検察官になるためには上位で合格する必要があるため、それらの進路を目指す人はよりハードに勉強をする必要があります。

医D：医師国家試験は順位が出

ないです。合格順位が進路に影響するのは違う点ですね。

法B：ニュースなどでは、司法試験に合格しても就職先がない人がいると言われます。これは医師も同じだと思うのですが、都会では人材が余っているけれど地方に行くと法曹職が足りていないんです。都会であっても、企業の法務部や行政の道に進む選択肢もあるはずなんですが、法科大学院生は視野が狭いので、自分の就職先として都会の大手事務所しか目に入らないことが多いのだと思います。

医E：晴れて弁護士事務所に就職が決まると、どんな仕事をすることになるんですか？

法A：事務所を経営する弁護士のことをボス弁と呼ぶのですが、就職したばかりの新人弁護士は、ボス弁の指導のもとで様々な弁護についての書類作成に明け暮れます。数年間そうした下積みを続けて、徐々に一人で業務をできるようになっていくんです。

医F：医師はUSMLEを取得し、アメリカへ臨床留学することでキャリアアップを目指す人もいます。弁護士の留学事情はどのようなものなんですか？

法B：弁護士も医師と同様にアメリカの法科大学院のLL.M.（Master of Laws）に留学して、国際法やアメリカの法律を学びます。昨今、日本企業も国際的な取引が増加しているので、その顧問弁護をするためには、もはや日本の法律だけを知っていれば務まる世界ではなくなっているんですよ。

法C：留学した医師は、そのまま向こうに永住して医療に従事することになるんですか？

医D：留学する医師の多くは、海外で高度な技術や知識を学びますが、将来的には日本に戻って医療に従事します。しかし、例えば向こうで最先端の外科技術を身につけたとしても、その技術を活かすための設備が日本の病院にないなどの問題が起きることもあるそうです。留学にはリスクが伴いますし、「箔」を付けるためだけに留学する時代ではないのだろうと思います。

医E：医師にとっても弁護士にとっても、キャリア上の目標の一つとして開業することが挙げられますよね。医師が開業する場合には、出身医局との関係が重要になります。と言うのも、専門分野外だったり治療の設備がないために自分では診られない患者さんが受診してきた時に、多くの診療科を擁していて設備も充実している大学病院などに紹介する必要があるからです。弁護士が開業する時には、何が重要なんですか？

法A：弁護士が開業する時にも、他の弁護士、そして顧客とのコネクションが一番大切だと思います。客商売なので。まずは法律事務所で経験を積みながら顧客との信頼関係を築いた後に独立するケースが多いです。弁護士も自分の専門でない依頼に対しては他の事務所へ紹介をすることもあります。ただ開業医の場合は設備次第で治療が難しい疾患がありますが、弁護士の開業に必要なのは設備ではなく六法と頭脳だけなので、そこが医師と違うところかなと思います。

医療訴訟の当事者になること

法B：近年、医療訴訟がニュースになることが多いですね。将来、自身が訴訟の当事者になる可能性があるということについてはどう考えているんですか？

医F：授業でも取り扱われますし、友人との話題に上ることもあります。例えば産科は訴訟のリスクが高いと言われます。妊娠・出産って、おそらく一般の人が考えているよりも遥かにリスクが高いんです。それ故に、出産時に妊婦が亡くなってしまうと、たとえ医師に過失がない場合でも、訴訟に至ってしまうことが少なくない。患者さんの抱くイメージと、実際の医療現場でのリスクの間にギャップがあると、万が一医療事故が起こった際に訴訟に発展する可能性が高くなるのだと思います。

法C：医療訴訟の有名な例としては、「エホバの証人輸血拒否事件」があります。これは、信仰上の理由から輸血を拒否する患者さんの意に反して医師が輸血した事例について、助かった患者さんが医師を訴えたものです。この裁判は最高裁まで争われ、結果的に患者さんの主張が認められました。このように一時期の判例では医療者に対して厳しい認定が出されることもあったのですが、近年は医師のリスクをもっと減らすべきだと言われています。

医D：率直に言うと、医師は患者さんの命を救うことを第一に、日々必死に治療をしているので、輸血すれば助かる命を救うなと言われると、複雑な気持ちです。

法A：もちろん医師にとっては患者さんの命が最優先だと思うのですが、我々法律家にとっての至上命題は、その人の意思決定を実現することなんです。

医E：医師も弁護士も「相手のため」を考える仕事なのに、時として結論が逆になることもあるんですね。日頃あまり触れることのない法律家の考えを知ることができ、興味深かったです。

医学生 × 法科大学院生

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同律の世界」をテーマに、法科大学院で学び将来生3名（医D・E・F）の6名で座談会を行いました。

＊この記事は、今回お話を聞いた法科大学院生の話にもとづくものです。

のパートナー

円滑なコミュニケーションのためには他職
在宅医療に関わる、訪問看護師とケアマ

訪問看護師

三重県立一志病院　訪問看護室
野尻 光子さん

住み慣れた地域やご家庭での療養生活を支援します

五感を使って患者を看ます

在宅療養を医療でサポート

看護師は、様々な情報から患者の状態を把握・評価し、問題点や介入のポイントを判断したうえで、そのときの患者の状態に合わせて、最も健康的で質の高い生活を送れるように援助します。患者に最も近い所で働く場合が多いため、患者の状態や思いをよく把握しているという強みを持っています。

近年、在宅医療を担う一員として注目を集めているのが、病院の訪問看護部門や地域の訪問看護ステーションに所属する訪問看護師です。今回は三重県立一志病院の訪問看護師、野尻光子さんにお話を伺いました。

医療を必要とする高齢の患者が自宅で療養するとき、生活面の支援はホームヘルパーや家族が行えますが、点滴や留置カテーテルの交換などといった医療処置を行うことはできません。医療処置を含めた最適な生活支援で、その人が持つ能力に応じた、その人らしい在宅療養をサポートするのが訪問看護師です。訪問看護師は、定期的に患者の家を訪問し、まずは医療者の視点から生活環境を踏まえたアセスメントを行います。

野尻さんは、初回訪問の際には必ず足に注目します。爪の生え方や皮膚の色を見ると、日頃履いている靴や普段の行動が分かり、転倒リスクなどのアセスメントができるのだそうです。

アセスメントの後、必要な処置とケアを行います。訪問先では、設備の充実した病院と異なり、持ち込める医療機器だけで処置・ケアを行わなければなりません。また、訪問は一人で行うことも多いため、責任ある行動が求められます。

患者とその家族を支える

在宅療養の一番のメリットは、住み慣れた地域やご家庭で、その人らしく療養生活を送れることです。しかし同時に、すぐに医師や他の看護師を呼べる病院とは異なり、緊急時の対応に時間がかかるデメリットもあり、そのことに患者やその家族が不安を持っていることも少なくありません。そんな場合、医師に直接言いにくい不安については双方の橋渡し的役割になるなど、患者・家族に寄り添って気持ちや変化を汲み取ることも訪問看護師の大切な役割の一つです。

「訪問看護をするうえで、私はその人が大事にしている〝マインド〟を共有していくように心がけています。そして、介護をしている方への労いの気持ち・言葉を大切にしています。介護をしている方が元気でいることで初めて在宅療養が成り立つからです。

在宅療養をためらう家族はまだまだ多いですが、訪問看護の計画を説明すると少し不安が和らいで、『看護師さんが来てくれるのなら、在宅で頑張ってみようかな』と言っていただけることも多いんですよ。」

合間にケアマネなどと連絡をとっています。

SCHEDULE BOARD
1週間のスケジュール

月	午前	訪問看護
	午後	訪問看護、カルテの整理、翌日の準備
火	午前	訪問看護
	午後	訪問看護、副師長会議（月1回）
水	午前	訪問看護
	午後	訪問看護、接遇委員会（月1回）
木	午前	訪問看護
	午後	訪問看護、当直（翌朝8:30まで）
金	午前	訪問看護（11:30まで）
	午後	休み

※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。

チーム医療のリーダーシップをとる医師。種について知ることが重要です。今回は、ネジャーの2職種を紹介します。

介護支援専門員（ケアマネジャー）

居宅介護支援事業所　風まくら
池原 忍さん

※写真左が池原さん、
写真右は同僚の岡部さん。

介護や支援を必要とする人と適切なサービスをつなぎます

介護サービスのキーマン

医療分野においては、医師がリーダーシップを発揮して医療職種と連携を図ります。一方介護分野において、様々な職種をコーディネートすることで高齢者がより良い生活を送れるよう支援するのが介護支援専門員（ケアマネジャー）です。今回は、NPO法人が運営する居宅介護支援事業所「風まくら」でケアマネジャーとして働く池原忍さんにお話を伺いました。

高齢者が介護を必要とする場合、まずは自治体などへの申請が必要です。申請を受けた自治体は、高齢者の心身の状況を確認するとともに、かかりつけ医に持病などについての医学的な意見を求めます。それらの結果にもとづいて要介護認定がなされると、ケアマネジャーが介護サービスの計画（ケアプラン）を立て、訪問介護やデイサービスなど、利用者が必要なサービスを受けられるように手配していきます。

利用者の中には公的なサービスだけでは対応できない問題を抱える人もいるため、ケアマネジャーはありとあらゆる解決策を講じます。例えば、ショートステイに行く奥さんの持ち物に名前を縫い付けられないという相談が高齢の男性から来れば、代わりに縫い物をしてくれるボランティア団体を探してつなぎます。また独力では病院やスーパーなどに歩いて行けない高齢者のために、外出支援が必要なこともあります。風まくら周辺の地域には外出支援を行う機関がなかったため、池原さんたち自身で外出支援サービスを立ち上げたそうです。

「私は以前、訪問看護師として働いていたのですが、医療だけではカバーしきれない問題にアプローチできる方法はないかと考え、NPO法人を立ち上げました。退院後に自宅へ戻った人たちは、日々の生活で様々な困りごとに出会います。そうしたときに、ただプランを立てるだけではなく、問題を何とか解決できる形にして、利用者が自立して生活を送れるようにすることが、ケアマネジャーの使命だと思っています。」

かかりつけ医と連携しながら

介護の現場では、医療の専門家に相談が必要な問題が頻繁に生じます。例えば高血圧の利用者を入浴させていいかどうかや、褥瘡予防の方法などをかかりつけ医に問い合わせて、指示を仰ぐことも多くあります。

「私たちは利用者が何に困っているのか、どういう生活を目指したいのかなどの情報をもっています。その情報を医師に提供し、医学的な観点から適切な指示を出してもらえれば、介護側の不安も少なくなります。介護職と医療職の連携をより深めていくためにも、私たちケアマネジャーのことをもっと知ってもらいたいですね。」

書類作成なども重要な業務です。

SCHEDULE BOARD
1か月の業務

月初め
- 短期入所サービスの予約調整
- 給付管理業務

月の中旬〜月末
- 利用者宅へのモニタリング訪問
- サービス担当者会議の開催
- 翌月の予定表の作成
- 翌月のサービス利用票と提供票の作成
- 要介護認定等の更新予定者の申請代行

※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。

患者本人が本当に希望することを、常に探しながら

岐阜県高山市丹生川（にゅうかわ）町　丹生川診療所　土川 権三郎先生

旧丹生川村は、北アルプスの西側に位置する風光明媚な山村である。東京23区の3分の1を超える広さに約4500人が暮らす。医師は土川先生ただ一人。村の開業医の三代目として生まれ、幼少時からこの地の医療に携わろうと思っていた。

地元の高校から名古屋大学に進み、市中病院の肝臓内科でキャリアを積んだ。学位に興味はなかったが、専門を決めたからには知識を深めようと、その道で有名な長崎の病院に研修にも行った。20年ほど勤務医として働き、診療所に医師がいなくなったのを機に丹生川に戻った。

今は在宅での看取りや緩和ケアを手がけており、毎日のように訪問診療に出る。

「午前は外来、午後は往診というスタイルは、以前からのものを踏襲しています。在宅医療に取り組むのは特別なことではなくて、家に居たい人が家で過ごせるようにしているだけですよ。緩和ケアは、常に痛みを取り、常に苦しみを取るということ。本来の医療のあり方です。病院にいると、どうしても検査や治療をしたくなりますが、その検査や治療は本人にとって本当に意味があるのかを常に考え、苦痛に寄り添って、楽に暮らせるように相談しながら徹底的にやる。当然のことです。」

今でこそ終末期を自宅で過ご

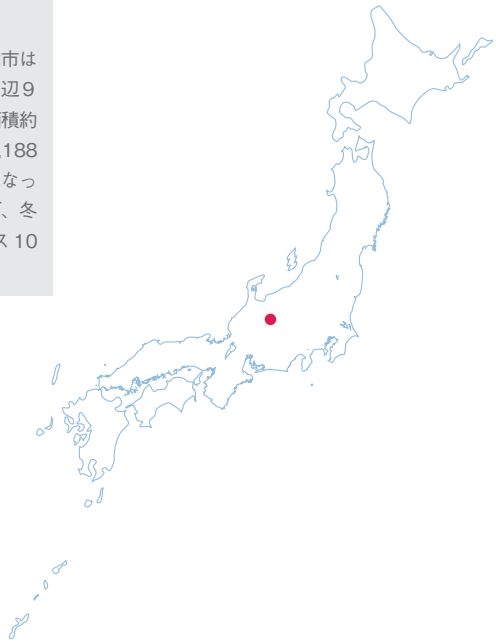
地域医療研修を受け入れ、後進の指導にも熱心に当たっている。

診療所の外観。

山林が市域の約92%を占める、自然豊かな土地。

高山市丹生川町

岐阜県の北東に位置する。高山市は2005年に旧丹生川村を含む周辺9町村を合併したことにより、面積約2,177㎢（東京都の面積は約2,188㎢）と、全国で最も広い市町村となった。盆地であるため夏は暑いが、冬は寒さが厳しく気温がマイナス10度を下回ることも少なくない。



すことが浸透してきているが、土川先生が戻ってきた頃は、調子を崩したら病院に行くのが当たり前という時代だった。

「家で看病していると『なぜ病院に入れないんだ』と言われる時代でした。癌だろうと何だろうと、希望すれば家で過ごせるという考え方を定着させるのに、10年ほどかかりましたね。家で看る覚悟をしてもらうために、家族全員に集まってもらい、話し合いをすることもあります。夜遅くになることもありますが、直接話して信頼関係を作る時間は大事にしています。」

いずれは在宅ホスピスや緩和ケアの知識を、周辺地域の医師たちと共有する場を作りたいと考える。また、地域医療を担う後進の指導にも力を入れている。

「臨床研修医の地域医療研修を受け入れています。研修医が地域の在宅医療に触れるのは、この2週間だけ。これが終わると、またしばらく急性期医療ばかりに携わることになる。だからこそ、ここに来ている間に地域の在宅医療をしっかり学べる機会を作り、丁寧に説明することを心掛けています。」

2年前に、公立だった診療所を買い取り、法人化した。いずれ地元出身の若手医師が戻ってきたらここで働けるようにとの思いを胸に、土川先生は今日も広い山村を回って診療を続ける。

経験10年前後の先輩に聴く「医師としてのキャリア」

兼子 義彦医師
（秋田県立リハビリテーション・精神医療センター）
Yoshihiko Kaneko

1992
秋田大学医学部入学
秋田県出身で、地元の大学に進学。

1998
1年目
秋田大学医学部附属病院精神科で臨床研修

1999
2年目
秋田大学医学部精神科
中通総合病院・中通リハビリテーション病院
精神科が併設のリハビリ科の回診を行う病院。リハビリ科の先生から障害受容の問題などを教えられ、リハビリ科と精神科の連携の重要性を学んだ。

2001
4年目
仙北市立角館総合病院
精神科の患者の社会復帰に関わりたいという思いがあり、入院病床が中心の病院で、慢性期の患者の社会復帰に取り組んだ。

2002
5年目
横手興生病院
社会復帰施設をたくさん持ち、地域連携にいち早く取り組んでいた病院。患者が地域に戻るためには、地域側にも病院側にも尽力する人が必要だということを知る。

2004
7年目
今村病院
急性期精神科医療から社会復帰・認知症の外来・入院治療など幅広く取り組んだ。

2006
9年目
秋田大学医学部附属病院
助教として大学に戻り、学生の指導を行いながら研究もしていた。

2008
11年目
秋田県立リハビリテーション・精神医療センター
大学で診療・教育・研究の生活を送るなかで、臨床をやりたいという気持ちが強くなり、現場に戻った。

1 day

- **5:30** 起床、犬の世話
- **7:00** 子どもを学校に送りつつ出勤
- **8:30** カンファレンス・抄読会など
- **9:30** 外来（週に3回。精神科の初診・再診、もの忘れ外来）
- **14:00** 病棟回診
- **19:00** 帰宅
- **20:00** 子どもを寝かしつける
- **21:00** 晩酌、時々勉強
- **24:00** 就寝

当直は月に3回、精神保健指定医待機が月5回程度

チーム制ではなく単独主治医制で入院治療を行っていますが、なるべく多くのカルテを読み、救急現場に立ち会う努力をしています。

子どもを送りながら早めに出勤。勤務開始前の時間を主に自分の勉強の時間にあてています。

兼子 義彦
1998年　秋田大学医学部卒業
2015年1月現在
秋田県立リハビリテーション・精神医療センター
精神科診療部 副部長

生まれ育った地で、地域に求められることをやっていく

卒後すぐ、精神科へ

――先生は医学部を出て、すぐに精神科の医局に入られたんですか？

兼子（以下、兼）：はい。私は秋田県出身で秋田大学を出て、そのまま秋田大学の精神科に進みました。研修の後に市中病院でローテート研修をさせていただこうと思っていたのですが、受け入れ先の都合でキャンセルになり、結局他の科を経験することなく今に至ります。

――大学病院での研修後、どのような経験をされましたか？

兼：最初に赴任した中通総合病院では主に外来を担当していました。また、他の診療科に入院されている患者さんの精神的なケアに関わることも多かったです。グループ病院である中通リハビリテーション病院への回診も行っていました。リハビリテーション科の先生方は、私たち精神科医の存在をとても大事に考えて下さって、胃ろうの造設や中心静脈栄養のカテーテル挿入なども「やってみるか」と声をかけて下さいました。ローテート研修ができなかった自分にとって、ここで基本的な手技を経験できたのは大きな経験だったと思います。

――リハビリテーション科の患者さんで精神科が関わるケースというのはどのような場合なのでしょうか。

兼：リハビリテーション病院に入院するのは主に神経内科・脳神経外科・整形外科の急性期から移ってきた患者さんなのですが、精神科は脳血管障害を経た患者さんに関わる場合が多いです。脳血管障害そのものが精神面に与える影響が少ない場合でも、後遺症を受け容れるのに苦労する方は多く、障害受容が大きな課題になります。抑うつ症状が出る場合もありますので、そうしたケースを精神科でカバーするという形です。

地域のジェネラリストとして

――一方で、次に赴任した角館総合病院では、主に入院治療に携わっていたのですね。

兼：はい。角館総合病院は総合病院ではありますが、精神科も地域にそこしかないという状況でしたので、自傷他害のおそれがある緊急度の高い方から、20～30年の入院歴のある方まで、100床の同じ病棟の中で全て診ていくという形でした。私はここに赴任する少し前から、精神疾患の患者さんが退院して地域で暮らしていくためにはどうしたらいいかということに興味がありました。こうした取り組みを精神科分野では「社会復帰」と呼ぶのですが、角館総合病院は古くから社会復帰の分野に力を入れている病院で、患者さんが地域で暮らすことができるよう様々な支援を昔から行っていたそうです。特に患者さんが自宅以外の場所に戻る際には、受け入れる施設を整備し、その地域の方々に理解していただく必要があります。そのために奔走し、苦労してきた精神科医や精神保健福祉士（PSW）がいたのだなということを学びました。この頃に、私は今後も精神科医として、地域でジェネラリストとして役割を果たしていきたいと思うようになりました。

――10年目の頃に、一度大学に戻られていますね。

兼：はい。医局の慣例もあり、10年目に差し掛かろうという時期に一度出身大学に戻りました。そのまま大学に残る医師もいますし、学位を取る医師もいますが、私は地域の病院で臨床をやりたいという気持ちがますます強くなっていました。そこで、当時の准教授にやや強く熱くお話しさせていただき、現在の病院に赴任する運びとなりました。

老年精神と精神科救急を学ぶ

――現在は、どのような業務を行っているのでしょうか。

兼：精神科の三次救急指定病院として、小学生から90代の方まで可能な限り受け入れています。特に措置入院については、秋田県内の半分以上を受け入れています。救急では警察や保健所が関わるようなケースの方がこちらに送られることが多いです。

また、この病院は秋田県唯一の認知症疾患医療センターでもあります。認知症の診断・治療はもちろんのこと、地域の一般開業医から認知症の相談を受けるのも役割のひとつです。検査もかなり充実しており、精神科単科の病院と比べて、より詳細な診断・治療ができるといえます。さらには、地域の教育・啓発活動を行うという役割も担っています。この病院では精神科がリハビリテーション科と常に協働しているので、認知症の方のリハビリテーションも行いやすい環境だと思います。

――今後、どのような医師になっていきたいと思いますか？

兼：私は医師17年目になりますが、この歳にして新しい専門を身につけようと奮闘しているところです。ひとつは日本老年精神医学会の専門医資格です。昨今、認知症の方を含め、高齢者の方を診る機会が増えていますので、時代が老年精神の専門家を求めていると考えています。もうひとつは精神科救急です。この分野はまだまだ新しく、専門医制度は立ち上がっていないのですが、新たに学会に加入して学んでいます。田舎の臨床医でも、できる限りの知識をつけて、何とか自分の力にしていけたらと思っています。

10年目のカルテ
■ 精神神経科

経験10年前後の先輩に聴く「医師としてのキャリア」

柳田 誠医師
（大阪市立総合医療センター）
Makoto Yanagida

1998
聖マリアンナ医科大学入学
他の大学で生物工学を学んでいたが、研究よりも直接人と接する仕事をしたいと思い、卒業後に医学部を受験した。

2004
1年目
国立精神・神経センター国府台病院（現・国立国際医療研究センター国府台病院）
新医師臨床研修制度の1年目。精神科に興味があり、精神科色の強い病院を選んだ。

2006
3年目
千里病院 千里救命救急センター／消化器内科
身体疾患の基本的な処置を学ぶために間口の広い病院を探して見学に行ったのがきっかけ。

2007
4年目
大阪府立急性期・総合医療センター　救急診療科
救急の処置をしたら終わりではなく、例えば患者が精神科やリハビリ科の病棟に移ってからも、退院まで回診するのが救急診療科の特徴で、他科との連携を学んだ。

2008
5年目
大阪府立急性期・総合医療センター　精神科
精神疾患について得体の知れなさを感じ、より知りたいと思い、精神科に異動。

2014
11年目
大阪市立総合医療センター　児童青年精神科

1 week

mon	tue	wed	thu	fri
病棟	外来	病棟（園芸療法）	発達初診外来（交代制）	外来

当直は月に4回くらい

何もなければ17時半頃に退勤ですが、お仕事をされている親御さんとの面談で遅くなることもあります。自分の気持ちを整えることも大事なので、自分の限界を考えて、あまり遅くならないように意識しています。

診断書や手帳が病院外の患者さんをサポートすることになるので、病棟や外来だけでなく、書類関係の業務も非常に重要です。

柳田 誠
2004年
聖マリアンナ医科大学医学部卒業
2015年1月現在
大阪市立総合医療センター
児童青年精神科　医長

救急科から精神科へ

――一般の大学を卒業後に医学部に入られたそうですね。

柳田（以下、柳）：はい。一般大学で中枢神経の発生について学ぶ機会を得ましたが、やはり直接人と関わる仕事がしたいと思い、医学部に入り直しました。

――臨床研修で、精神科医療に強い当時の国立精神・神経センター国府台病院を選んだのは、はじめから精神科を意識されていたからですか。

柳：はい。精神科医である兄の影響や、神経系への関心などもあり、精神科には興味を持っていました。しかし研修を進めるうちに、身体の合併症のない方は少ないのではないかと感じるようになりました。また、身体と精神の状態は互いに影響し合っているという心身相関の考えを心療内科の先生方に教えていただきました。国府台病院の精神科には、外科・救急科・消化器内科などの診療経験を持ち、精神科の治療をしながら身体疾患に対応される先生もいらしたのです。その中で、僕も身体疾患について勉強しなければと思うようになりました。

――それで、後期研修では救命救急センターに行ったのですね。

柳：はい。千里救命救急センターではドクターカーに乗るなど、貴重な体験をしました。その後、大阪府立急性期・総合医療センターの救急診療科で、1年と短い期間ですが手厚い指導をしていただきました。しかし、やはり精神疾患についてより深く知りたいと思い、同じ病院で精神科に異動させてもらったのです。

――それからはずっと急性期総合病院の精神科で経験を積んでこられたのですね。

柳：はい。精神科の急性期では、頭部外傷や代謝疾患、免疫疾患などの器質性精神障害を含めた診療をすることになります。精神科を受診する入口の患者さん・家族に出会うことも多いので、言うなれば精神科におけるプライマリ・ケアといった感じなのかなと思います。

頭部外傷などの後に高次脳機能障害を生じることは、本人にとってつらい経験なのはもちろん、家族にも負担がかかるので、家族へのサポートも重要です。ただ、急性期では長期の入院が難しいため、時間をかけて治療する必要がある患者さんは単科の精神科専門病院に紹介することになります。総合病院では長期間診ることができないからこそ、どこまで自分ができて、どこから単科の先生に頼らなければならないのかを見極めることが重要だと考えています。

自分が出来ることを見極め、周囲と協力しながら

児童精神分野を学ぶ

――現在の病院には、児童精神を勉強するために移られたのでしょうか。

柳：はい。それまでは小児科の先生や臨床心理士を含めたスタッフと相談しながらやってきたのですが、一度は専門の先生のもとでの勉強が必要だと感じて、現在の病院に来ました。

ここでは、発達障害や神経症性障害に加え、家庭や学校で問題を抱えた子どもの診療が多いです。子どもの場合は大人に比べて、学校や家庭など本人を取り巻く環境が影響しやすいと感じますね。当院の児童青年精神科では、高校卒業までの児童・思春期年代を主に診ますが、特に児童年代では、診ている間に身体も心も成長していくので、症状の出方も変化していきます。ですから、大人であればこの症状は病的であると捉えるけれど、児童の成長過程においては必ずしも病的とは言えないという場合もしばしばあり、そこが私にとっては難しく感じました。

――他の職種との関わりも重要になりそうですね。

柳：そうですね。臨床心理士や看護師といった院内の医療職だけでなく、学校や児童相談所などからの情報も重要です。いろいろな人の考えや意見を整理して、それをもとに関わり、うまくいかなかったらやり方を変えてみる…というように、泥臭い作業を延々とやっていく分野だと感じます。医師だけではわからないことも多く、様々な人の助けがないとうまくいかないと思います。

今後のキャリア

――今後のキャリアについては、どのように考えていますか？

柳：今はまだわからないですね。これまでも、自分に足りないものを見つけては、それを学ぶという形で進んできたものですから。今の自分の仕事をしっかりやるうちに、次に進む方向が見えてくるのではと思っています。

――医学生や若手医師に期待することはありますか？

柳：精神科はよくわからない存在と思われがちですが、他科との関わりも多いので、臨床研修の中で是非一度は経験してもらえればと思います。児童青年精神科については、精神科を考えている方だけでなく、小児科やプライマリ・ケアを進路として考えている方などにも経験してほしいですね。また、精神科を目指す人には、単科の精神病院だけでなく総合病院を経験することも勧めたいです。確かに精神科の主な診療の場は単科病院やクリニックですが、そこで働く場合も、患者さんが総合病院に運ばれた際の診療のイメージを持っていれば、普段の診察に活かせるのではないでしょうか。僕としても、関心を持った研修医や若手医師に気軽に来てもらえるよう、総合病院の精神科の敷居を下げていければと思っています。

大江 美佐里医師

（久留米大学医学部神経精神医学講座）

Misari Oe

1989
筑波大学医学専門学群（現・筑波大学医学群医学類）入学
卒業後基礎医学に進むが、実験が苦手だとわかり、臨床に転向したいと考える。

1997
1年目
久留米大学医学部神経精神医学講座入局
久留米大学病院で研修

1999
3年目
松ヶ丘病院

2001
5年目
松岡病院

2002
6年目
久留米大学病院精神科
病棟指導医・副デイケア医長等を務める。

2006
10年目
学位を取得
研究テーマは心的外傷後ストレス障害（PTSD）。

2009
13年目
チューリヒ大学病院精神科精神療法科に留学
PTSD に関する臨床研究に携わる。途中、東日本大震災の報に接して帰国を早めた。

2012
16年目
ふくしま心のケアセンター顧問に就任

2013
17年目
久留米大学保健管理室講師および久留米大学産業医および学校医
久留米大学病院精神神経科　カウンセリングセンター長
学生・教職員のメンタルヘルス担当として勤務している。

1 week

mon	午前	保健管理室打ち合わせ
	午後	相談室
tue	終日	外来（大学病院）
wed	午前	講義
	午後	相談室
thu	午前	外来（外部の病院）
	午後	研究
fri	午前	相談室
	午後	会議
sat	終日	外来・病棟（外部の病院）
		ふくしま心のケアセンターに2～3か月に一度出張

大学の文系キャンパスで授業を持っています。午後はそのキャンパスの相談室での勤務です。

大学の相談室の勤務です。産業医として、職員からの相談も受けています。休職していた職員の復職相談などが多いですね。

大江 美佐里
1995 年　筑波大学
医学専門学群（当時）　卒業
2015 年 1 月現在
久留米大学医学部
神経精神医学講座 講師

臨床・教育・研究に従事

――先生は大学病院で、臨床だけでなく後輩の指導や研究にも携わっているそうですね。

大江（以下、大）：はい。臨床・教育・研究の全てに携わっています。週に2・5日は患者さんの診療を行い、1・5日は大学の保健管理室で、学生と大学教職員のメンタルヘルスのケアを担っています。保健管理室では、主に大学病院で働く看護師の話を聞くことが多いですね。そして、その他の時間で大学の講義を担当したり、自身の研究を進めたりしています。カウンセリングセンター長も兼務しており、非常勤の臨床心理士20名の管理業務を行っています。

――かなり幅広い業務を行っているんですね。病棟で指導医も4年経験されているとのことですが、精神科の専門性とはどのようなもので、どうやって高めていくのでしょうか。

大：精神科の診療では、脳波や採血などの検査結果を参考にしながら、診察中の対話を通して疾患を診断し、治療の方針を立てられるようにならなければなりません。臨床研修では、研修医は患者さんに同意を得た上で指導医と一緒に面接に入り、指導医の対話を見てその方法論を学びます。面接が終わった後には控室で振り返りをします。最初はどうしても話す内容にばかり気を取られてしまいますが、患者さんの話や思考のパターンを考えながら話を聞くよう指導しています。患者さんに拒否感を与えず、自ら話したいと思えるような関係を築くことが大切です。難しいですが、そうした信頼関係の構築が精神科の診療の醍醐味でもありますね。

PTSDの研究に携わる

――先生は心的外傷後ストレス障害（PTSD）について研究をされていますが、どのような経緯でそのテーマを選ばれたのでしょうか？

大：児童相談所の嘱託医を経験したり、母子生活支援施設の顧問を務めたりしたことで、虐待や性被害、家庭内暴力などのケースに触れる機会が多かったのが、きっかけのひとつです。また、自傷や過量服薬の患者さんを診ることがあまり苦手ではなかったので、自然に私のところにそういう患者さんが集まってきたという経緯もあります。この分野に絞ろうと思ったというよりは、だんだんと絞られてきたというような形です。

――あまり専門の先生が多くない分野だと思うのですが。

大：そうですね。日本トラウマティック・ストレス学会という学会があり、会員も2千人ほどいるのですが、この分野を専門にやっているという医師は多くないですね。トラウマの概念は一様ではなく、単純な加害・被害では済まないところがありますので、難しい分野だと思います。ただ、阪神・淡路大震災後に設立された兵庫県こころのケアセンターがこの分野の研究と教育を担ってきたことで、日本独自の知見も蓄積されてきています。東日本大震災の後には岩手・宮城・福島に新しくセンターが設立され、私もふくしま心のケアセンターの顧問になりました。

――福島では主にどのような業務を担っているのですか？

大：主に支援者の支援というかたちで関わっています。センターの運営は、もともと福島にいた医療者や行政職の方々が中心となって行っているため、ご自身も被災者であるにもかかわらず、市民から非難や批判を受ける立場になり得るという難しさがあります。支援に携わっている方々のお話を伺い、その疲弊を緩和していくのが私の役割です。2～3か月に一度往訪し、支援者の方々の会合に出席したり、医師・保健師をはじめとする医療者にスーパーバイザーとして助言などをしています。

支援者を支援していきたい

――多くの医療者が、直接的に患者さんに働きかけたいという気持ちを持っていると思うのですが、先生はむしろ、ケアをする人たちに働きかけるという間接的な立場ですね。

大：そうですね。もちろん直接支援することも非常にやりがいがあると思います。ただ私は、間接的に支援をする方が、結果的に広い範囲の人を支えることになるのではないかと考えているんです。精神科は、患者さんを長期的に診ていくことが重要な分野です。しかしその間、医師が一人で診療することも多く、診療の内容がオープンになりにくいという側面があります。私は自らが得てきた知見をなるべくオープンにして多くの人に伝えていくことで、支援者の方々が実際に支援を行うためのヒントを提供できるのではないかと考えています。そうした知見を提供しながら支援者を支援し育成していくという仕事は、とても面白いと感じています。

――今後のキャリアについて、どのように考えていますか？

大：スイスに留学していた頃の研究チームと共に、日本とスイスで看護師のPTSDの調査を行って、データを国際比較するプロジェクトを計画中です。あとは後輩の指導に力を入れていきたいですね。自分を伸ばすためというよりも、他の人が伸びていくための手伝いができたらいいなと考えています。

間接的な支援で、より多くの人を助けたい

4年に一度の医学大会、8年ぶりの本格開催！

第29回 日本医学会総会 2015 関西

日本医学会総会は、4年に一度開催される国内最大規模の医学大会です。

医学会総会とは

日本医学会総会は1902年に始まり、以降4年に一度開催されている総会です。前回2011年の東京大会は東日本大震災の影響で縮小開催となり、今回は8年ぶりの本格開催。戦後のベビーブーム世代が65歳を超えて、超高齢社会〝本番〟となるタイミングで、注目が集まっています。取り上げるテーマも、iPS細胞に代表される再生医療・先制医療の取り組み・終末期医療・感染症のグローバル化など、喫緊の課題ばかりです。

今回は、総会初の試みとして学生だけによるセッションが行われます。いわゆる「2025年問題」を10年後に見据えて、学生たちにいち早くその課題を共有してもらおうという企画です。関西の医・薬・看3学部の学生たちがチームを組み、①医療技術の評価、②医療人養成制度、③医療とIT、④医療制度、⑤死生学、⑥在宅医療の6つの課題を討議して、最終的には今回の医学会総会で発表を行います。次世代を担う医療人の発表にご期待ください。

開会講演：山中伸弥先生（左）、記念講演：日野原重明先生（中央）、閉会講演：稲盛和夫先生（右）などによる特別講演も開催されます。詳しくはWEBサイトをご覧下さい。

20の柱

医学

1 トランスレーション科学の振興
2 臨床研究の推進
3 先制医療（個の視点からの予防医学）
4 再生医療
5 リハビリテーションのこれから
6 環境変化と健康
7 サイエンスからみた心の問題・心の発達
8 基礎医学からの提案

医療

9 日本の医療・介護制度を考える
10 医療技術の評価（ヘルステクノロジーアセスメント）と医療資源の配分
11 医療とIT（情報技術）
12 周産期・小児医療の課題
13 在宅医療を含んだ慢性期医療
14 グローバルヘルス

きずな

15 効率的な医療人養成制度
16 死生学（終末医療、臓器移植、緩和医療）
17 学生企画
18 震災に学ぶ
19 チーム医療の新しい展開
20 移行医療（transitional medicine）

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

◎**学術展示**　4月10日（金）～4月13日（月）
場所：国立京都国際会館、京都市勧業館「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

◎**医総会WEEK（市民企画）**　4月4日（土）～4月12日（日）
場所：京都劇場、メルパルク京都ほか

講演や展示の詳細は、WEBサイトをご覧下さい。
http://isoukai2015.jp/

医学会総会 2015 関西

※日本医学会は、122の主だった医学系学会を分科会に持つ、
わが国の学会活動の中心を担う学術団体であり、日本医師会に置かれています。

今回から学生企画が立ち上げられました！

柱17. 学生企画

医療チーム　学生フォーラム

2015/4/12（日）　第３会場（国立京都国際会館　アネックス１）

柱17-1
11:00
〜
12:30

企画１「医学教育のもう一つの主役：地域医療機関との連携」

座長：三ッ浪 健一（ヴォーリズ記念病院）
広常 真治（大阪市立大学医学部細胞機能制御学）

演者：今村 聡（日本医師会）
錦織 宏（京都大学医学教育推進センター）
吉村 学（揖斐郡北西部地域医療センター）
首藤 太一（大阪市立大学大学院医学研究科 総合医学教育学）

柱17-2
13:45
〜
15:15

企画２「医療技術の評価」

医薬品や医療機器などの分野で新しい医療技術が次々に開発されています。目覚ましい進歩を遂げる現代の医療において、医療技術の選択には適切な評価が必要となります。その技術の評価の一分野として「医療技術評価（HTA）」が近年大変注目されています。日本における未来の医療の問題点を見据え、HTAについての現状と課題を報告します。

企画２「医療人養成制度」

近年、医学部・薬学部・看護学部などの医療系学部の教育は大きな変革を迫られており、実際に少しずつ変わりつつあります。本企画では、医療系学部の学生が教育に対して持つ意識について、アンケートなどに基づき発表します。その後、発表に関連するテーマについて学生間でディスカッションを行う予定です。実際に教育を受けている学生の「生の声」をお聞きください。

柱17-3
15:25
〜
16:55

企画３「医療とIT」

2015年現在、医療の分野でもIT化は進んでいます。しかし、まだ医療従事者の膨大な仕事量がIT化により十分に軽減されているとは言えず、むしろ以前よりも仕事を増やしている側面もあるのではないでしょうか。
医療従事者の労働環境の改善という切り口で、今の学生が担うことになる2050年の医療を医学会総会で提案します。

企画３「医療制度」

医療制度分科会は医療制度の早期教育をテーマとしており、分科会メンバーである医学生・薬学生・看護学生が日本の国民皆保険制度の成り立ちや問題点などを高校生に教育することを活動内容としています。
医学会総会では、京都の花園高校で行った授業のまとめおよび集計したアンケートの考察を発表します。

柱17-4
17:05
〜
18:35

企画４「死生学」

現在、死は医療の面に限らずタブー視される傾向にあります。しかし、超高齢社会を迎えた今、死に関する問題は避けられません。さらに医療技術が発達したことで選択肢が多様化し、問題はますます複雑になってきています。これを踏まえ、死を目の前にしたときではなく、前もって「生」と「死」を考えることが必要であり、今回の発表では「先制死生学」を提言します。

企画４「在宅医療」

より良い在宅医療に貢献するために何か社会で取り組めることはないだろうかと考えて、私たちは介護休業制度に注目しました。この制度は、介護の世界において大きな可能性を秘めています。そこで、介護休業の現状の取得率を調査し、この制度の周知を社会に働きかけることによって、より良い在宅医療の基盤作りに貢献しようと試みました。

柱17-5
18:35
〜
19:00

企画５：まとめ

医師の働き方を考える

周囲の理解と支援があれば、医師・母・妻を両立できる

～小児科医　大津 定子先生～

今回は、自身も3人の子育てを経験された小児科医として、被災地の小児保健の再興に尽力され、地域の児童や親たちに温かいまなざしを向ける大津定子先生にお話を伺いました。

語り手　大津 定子先生
気仙医師会　参与
岩手県医師会　女性医部会　副部会長
岩手県大船渡市　大津医院　院長

聞き手　保坂 シゲリ先生
日本医師会　女性医師支援委員会　委員長
日本医師会　女性医師バンク　統括コーディネーター

医師会長代行として震災対応

保坂（以下、保）：大津先生は、先の東日本大震災において、気仙医師会の会長代行および岩手県医師会役員として、復興に尽力されました。

大津（以下、大）：実は私は発災時、骨折の治療中で、車椅子の生活を送っていました。あのときの私は医師というよりただの老婆で、何もできなかったんです。発災から2週間ぐらい経って、ようやく地域一帯の安否が確認できたのですが、会長・副会長は亡くなり、総務部長も自宅が全壊して仙台で療養中だとわかりました。混乱の中、同じく副会長だった私が会長代行を務めるしかなかったのです。事務的なことも全てやらなければならず、とにかく必死でした。

保：地域医療の再興を図る上では、DMATやJMATなどの支援団体、医師会や自治体など、それぞれができることをつないでいく必要があります。この「つなぐ」というのは機械的なシステムではなく、人と人との関係でできることですから、基点となった大津先生の存在は大きかったですね。

大：仮設診療所を建てる際も、プレハブが逼迫していました。保坂先生のご尽力で、避暑地の別荘などに使われるトレーラーハウスの寄付が実現したことは、

復興への大きな一歩になりました。トレーラーハウスは、今も高田診療所の心療内科・眼科として使われています。

保：また大津先生は小児科医として、被災地の小児保健の再興にも力を尽くされていますね。

大：ええ。震災のような緊急の場合、まずは命が優先されますから、乳幼児健診や学校健診はどうしても後回しになっていました。沿岸部ではこれまで学校医を担当していた医師が診療を再開できない状況だったため、陸前高田・大船渡地区に小児科医を派遣いただけないかとお願いしたところ、日本小児科学会と日本小児科医会という2つの団体が協力して、中長期的に医師を派遣して下さることになりました。息の長い支援をお願いできたのは有り難かったです。

医師・母・妻として…

保：先生が医師になられた経緯をお聞かせいただけますか？

大：高校の担任の先生に「医学部に行かないか」と薦められたのがきっかけでした。気仙大工だった父は私が医師になることに反対したのですが、当時私の家によく出入りしていた近所の「おんちゃん（お兄さん）」に後押しされて、岩手医大に入ることにしたんです。

保：その「おんちゃん」が今の旦那様なんですよね。

大：はい。大学3年生の時に結婚し、大学5年生の時に1人目、インターンの時に2人目を産みました。当時はまだ女性医師は珍しく、同じ年に岩手医大を卒業した75人のうち、女性は5人だけでした。当時はそれでも多い方でした。子どもは全部で3人で、3人目は開業前に県立大船渡病院で小児科長を務めているときに産みました。

保：ずっと仕事と育児を両立されてきたんですね。ご苦労も多かったのではないでしょうか。

大：大変でしたよ。母に頼りながらの育児でした。大学院にも入ったので、診療に加え、学位を取るために夜遅くまで実験をしたりもしていました。でも心強かったのは、医局の先生たちがみんなでカバーしてくれたことです。私のことを親しみを持って「おばちゃん」と呼んでくれて、「おばちゃん、子どもの運動会なんだろ？　休み、取りなよ！」「おばちゃん、日直は俺がやるからさ！」って。産休・育休のときも、医局から応援を送ってもらえました。そうしたサポートがなければ、ここまで続けられなかったんじゃないかなと思います。

　一度、本当に辛くて、先輩の先生に医師を辞めたいと相談したことがありました。そうしたら、医師として時間を割くのが3分の1、母親が3分の1、妻が3分の1。それでいいから働き続けなさいと諭されたんです。まあ、それならやってみるかと。でも今考えると、実際には医師に7割ぐらいのエネルギーを割いてきたと感じますね。娘たちにびっくりされましたよ、「お父さんのワイシャツのサイズも知らないの!?」って。首周りや袖丈なんて全然知らなかった。主人はずっと、自分のことは自分でしてくれていたんです。

保：そうしたご主人や周囲の理解があったからこそ、続けてこられたのですね。平成25年には、複数校での学校医を45年続けた実績から、瑞宝双光章を受章されていますね。

大：不思議なものです。軽い気持ちで医師になった私が、勲章まで頂いたなんて。だからこそ、本当に医師になりたいと思ってなった人には、やっぱり仕事を続けてほしいなと思います。ただ、まだまだ日本社会には「家のことは女性がやるべきだ」という風潮もあり、女性医師もそうしたあり方を求められる場合がありますから、周りのサポートがなければ難しいですよね。

保：これからの世代の女性たちが医師として働き続けることができるよう、私たちが環境を整えていかなければならないと思っています。そして、与えられた環境をどう捉えるかという本人の感性も大事。頑張りすぎてしまう人もいるし、逆にもっとできるのに一線を退いてしまう人もいますから、その人にとって好い加減、良い方向を示してあげるのが私たち先輩の役割ではないかなと思っています。また、自分だけではどうしようもないときに、人にやってもらう能力も必要だと感じますね。

未来を担う子どもたちのため

大：少し前に主人が大きな病気をして、今は主人の介護をしながら仕事をしています。これまでで今が一番、医師を辞めたいと感じますね。ただ、これがなかなか辞められないんですよ。

保：今まで7割で医師をやってこられたんですものね。

大：ええ。私、結局のところ医師しかやれることがないんですよね。歳をとって、子どもたちも大人になって、余計にそう思います。今辞めたら、自分が自分でなくなってしまうような気がする。だから、いつ辞めようか、いつ辞めようかって考えながらも、毎日診察室の椅子に座ってしまうんです。

保：先生をつなぎとめているのは、やはり小児科医としての責任感なのでしょうね。

大：そうですね。抱っこのやり方や離乳食の作り方がわからないと言ってお母さんたちが来るたび、私のアドバイスが役に立ってほしいという思いが強くなります。震災を経験してからは特に、生活の知恵が本当に重要だと思うようになりました。例えば子どもが固いアイスノンを嫌がるなら、紙おむつに水を含ませて冷蔵庫に入れておけば、柔らかくて冷たい水枕ができる。そうした生活の工夫を、育児の様々な場面にも取り入れてほしいですね。また、2013年には、大船渡市教育委員会主催で2004年から続けていた小学5・6年生向けの「赤ちゃんふれあい体験学習」を、震災以来2年ぶりに再開しました。小児科医であり続ける限り、これからの社会を支える世代に、命の尊さを伝えていきたいなと思っています。

インタビュアーの保坂先生（右）

人生経験を医療・医学に活かせる仕組みを作る

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、シリーズで紹介します。

他者の人生に深く関わり、大きな影響を与える立場にある医師には、学力だけではなく幅広い視野が求められる。読者のみなさんの多くも、医学部入試において小論文や面接などで、学力以外の適性を問われた経験があるだろう。

閉じられたコミュニティで6年間を過ごすため視野が狭くなりがちと言われる医学部に、多様な人材を確保するべく実施されているのが学士編入学制度だ。

学士編入学制度は、一度大学を卒業し、学士号を取得した人が、試験に合格することで、他の大学の2年次・3年次に入学できる制度だ。現在、国立大学と私立大学を合わせて35を超える医学部がこの制度を実施している。

わが国において医学部学士編入学制度は1970年代に始まり、1990年代の後半から急速に広がってきた。その中で、東海大学医学部は比較的早い時期の1988年から学士編入学枠を設けている。

今回は、東海大学医学部長の今井裕先生に、東海大学医学部における学士編入学の歴史や、そのねらいを伺った。

アメリカのメディカルスクールを参考に

日本では、高校卒業後すぐに医学部に進学するのが一般的だが、アメリカでは4年制の大学で学士号を取得してからメディカルスクールに入学する。東海大学の学士編入学制度は、これを意識したものだという。

「東海大学医学部は、1988年にハーバード大学のメディカルスクールを参考にした独自のカリキュラムを作りました。その際に視察に行った先生方は、目的意識が強く、医学以外の分野の知識が豊富で、より人間的に成熟したアメリカの学生たちのレベルの高さに感銘を受けたそうです。

その経験から、様々な経歴を持った人の人生経験を医学・医療に活かせる仕組みを作ることで、日本全体の医学・医療がより良くなれば、と思うようになり、日本の教育制度に合わせた仕組みを作ったのが私たちの学士編入学制度の始まりです。」

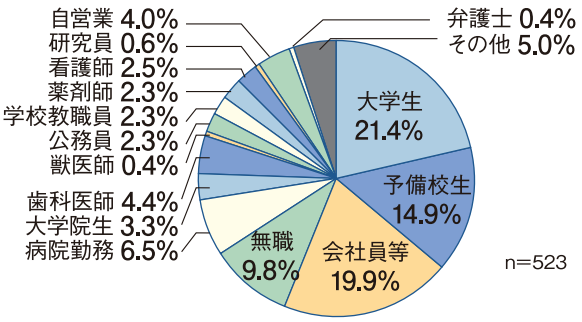
間口を広げて、多種多様な人材を獲得

2015年現在、東海大学医学部は他大学より比較的多い20人の学士編入学生を募集している。また、理系出身者に限らず、様々な経歴を持った学生に受験の機会を与えている（図）。

「学士はもちろん、大学在学中・短期大学卒業・高専修了者・専門学校修了者まで広く門戸を開いています。さらに、年齢制限の撤廃、文理系を問わない編入学試験（表）という新たな枠組みづくりにも積極的に取り組んできました。

医師の学びとは、いわゆる理系の分野の学問だけできれば良いというものではありません。総合的な学問として、人間性や人生経験などもやはり必要なのです。入試の際に問われる能力も、多様でいいのではないかと

図：2013年度志願者の略歴



今井 裕先生

（東海大学医学部長／専門診療学系 画像診断学　教授）
2001年東海大学医学部入職。2010年東海大学医学部長に就任。

考えています。例えば、第一次試験で課している適性試験では、数学的思考を問うような問題から倫理や社会問題など、幅広い分野を問うようにしています。」

多様な人材を混ぜて、学び合いの環境を作る

東海大学医学部では、2年次からは一般入試・付属高校からの進学・地域枠・学士編入という、異なる背景を持つ学生たちが共に学ぶことになる。実習などのグループ分けの際には、あえて彼らを混ぜたグループを形成することにしているという。

「ねらいは、学び合いの効果です。20歳前後の若い学生たちは、社会人経験者の物事の捉え方や勉強の方法など、様々な面から刺激を受けて成長していきます。化学や薬理学の専門知識を持った編入学生が講義をしてくれることもあります。教えるというのは非常に高度な学習ですから、教える側にとっても良いことですね。また、他の医療職出身の学生から『医師に聞きたかったこと』を聞く機会もあり、多職種連携という観点からも、得難い体験だと思います。

医学部に限らず、今の学生は同世代以外の人とコミュニケーションをとる機会が少ないですよね。でも、社会に出たら様々な世代の人と仕事をすることになりますし、医師は特に幅広い世代とのコミュニケーションが必要な職業です。様々な経歴の同級生たちと一緒に学ぶ中で、異なる背景や価値観を持った他者を理解するという、医師にとって必要な能力も身につけていってほしい。それは、編入学生にとっても同じだと思います。お互いから学び合って、自分を高めていってほしいですね。」

変化する時代の中でも、変わらない思いを持って

学士編入学制度は、実際には生徒たちにはどのように受け止められているのだろうか。また、東海大学における医学教育の今後の展望を最後に伺った。

「学生から、学士編入に対する不満などは聞いたことがありません。例えば試験勉強でも、年長の編入生がリーダーシップを発揮して『みんなで頑張ろう』という雰囲気を作っていて、一般入試で入ってきた学生たちも編入生を頼りにしています。そのことが、学士編入が上手くいっている何よりの証拠だと思いますし、実際これは『学力向上』、『医師国家試験合格率の向上』などの実績として現れています。だからこそ、25年以上学士編入を続けているんです。

医学教育をめぐる状況によって、今後も募集人数が増減する可能性はあります。しかし、私たちが『良医』の資質のひとつと考えている『広い視野と、様々な経験を生かす事のできる成熟した精神』を養う場をこれからも提供することで、日本の医療・医学がより良くなってほしいという思いは変わりません。」

（表）編入学試験の試験科目

	科目	配点
第一次試験	英語／90分	100点
	適性試験／60分	100点
第二次試験	個人面接／1人20分程度×2回	200点

学生たちが相互に学び合える環境を

グローバルに活躍する若手医師たち

日本医師会の若手医師支援

Junior Doctors Network（JDN）は、2011年4月の世界医師会（WMA）理事会で若手医師（卒後臨床研修医で専門医研修未修の医師）の国際的組織として承認されました。JDNは、世界中の若手医師が情報や経験を共有し、未来の医療を考えて行動するための画期的なプラットフォームとなりつつあります。日本医師会（JMA）は2012年10月に国際保健検討委員会の下にJMA-JDNを立ち上げました。これまで若手医師の集まりは学会や医局、地域、NGOなどの枠組みの中でつくられてきました。JMA-JDNは、多様な若手医師がそれらの枠組みを超えて、公衆衛生や医療分野において自由に自分たちのアイデアを議論し行動できる場を提供したいと考えています。関心のある方は検索サイトやFacebookで「JMA-JDN」と検索してみて下さい。

今回は、WMA総会やアジア大洋州医師会連合（CMAAO）総会に参加したJMA-JDNの3名から感想を寄せてもらいました。

若手医師が医療を強くする

日本医師会 JDN　代表　阿部 計大

阿部 計大
手稲渓仁会病院
手稲家庭医療クリニック
家庭医療科　後期研修医

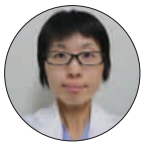
皆様の理想の医師像とは、どのようなものでしょうか？
私は学生時代に国際医学生連盟（IFMSA）を中心に世界中の医学生たちと仕事をする機会をもちました。その際に積んだ多くの貴重な経験から、自分は常に幅広い視野をもった医療人でありたいと願うようになりました。私の周りには同様の志向をもつ大学やIFMSAの友人も多くいました。おそらく皆様の中にも共感してくださる方もおられると思います。
しかし、大学を卒業して医師になると、多くの方は現実と理想のギャップに悩みます。臨床研修医は目の前の実務に追われ、自分が教わっていることが本当に正しいのかどうかを振り返る時間すらありません。また、後期研修医や指導医になっても、新たな仕事を任されて大忙しなのです。そうしている間に学生時代に描いていた理想は消え、現実一色に塗りつぶされてしまいます。
2007年に大阪で開かれたIFMSA Asia - Pacific Regional Meetingで、当時のIFMSA代表とニュージーランド代表が卒業後の進路について雑談をするなかで、医師になった後にグローバルな活動を支援する母体がほしいという、漠然としたアイデアが生まれました。それがJunior Doctors Networkというプラットフォーム創造につながっています。
医師になると確かに忙しいですが、Facebookに代表されるSNSのように、手軽に日本全国・世界中の若手医師とつながれる土台があればどうでしょう？何かができそうでワクワクしませんか？ボーダレスなこの時代に既存の学会や医局、専門科、国や地域などにとらわれることなく自由闊達にアイデアを出し合い、議論し、実行できる場がJDNです。グローバル化した世界では、日本の一地域で起きている問題は世界全体の問題でもあり、世界で起きている問題は地域の問題でもあります。すべてはリンクしているのです。
私は昨年10月に南アフリカ共和国で開かれた世界医師会総会で、JDN会議に参加しました。そこで世界医師会長のDr. Margaret Mungherera が、「若手医師はコミュニケーションやIT等の強みを駆使して、21世紀の新しい医療の形をリードしていくべく、力強くあらねばならない。」と仰っていたことが印象に残っています。またアメリカ医師会の次期会長には42歳の若いリーダーが選ばれました。
このような潮流の中で、学生時代に培った感覚を失わず、医師になってからも引き続きこのグローバル化した世界を楽しみながら、世界の若手医師と共により良い医療を創っていきたいと願っています。

地域と世界の医療をつなぐ

日本医師会 JDN　副代表　三島 千明

三島 千明
北海道家庭医療学センター
後期研修医

私は島根県の出身で、学生時代に地域医療に興味をもち、卒業後は島根県の山間部や離島などで研修しました。後期研修で北海道に渡り、様々な地域の医療と触れる中で、そこにいる人々の健康を考えるためには、その地域の文化や経済、政策など多様な背景の理解が重要であること、自分自身にそれらの学びが不足していることを感じていました。臨床業務に追われつつも、幅広い視野をもって、国際的な目線から日本と世界の医療を学びたいと考え、JDNの活動に参画しました。
JDNは世界医師会（WMA）内に設置されてまだ間もない組織であり、組織内での活動や構造の議論を行っています。WMA総会での会議の他に、世界各地からオンラインで定例ミーティングに参加し、各国の若手医師に関するトピックやJDNの活動がどうあるべきかの議論を行っています。
各国の若手組織の枠組みや、研修システム、労働・教育環境の違いを知る貴重な機会となっています。
昨年春に東京で行われたWMA理事会にあわせてJDNミーティングが開催され、各国の若手医師らが来日しました。その際、日本のJDNの主催により、都内の医療施設を訪問し、感染症対策について学ぶ機会を得ました。
それぞれの国での医療システムの違いを議論したり、アフリカの若手医師と自分たちのキャリアについて語り合ったり、隣国である韓国の医師たちと地域医療の現状を紹介し合うなど、世界と日本の医療についての理解を深めることができました。同時に、日本の医療が有する経験を海外へ発信していく必要性も感じる機会となりました。
これらの活動を通して、国や年齢、専門科を超えた、若手同士のネットワークを活かして、今後何らかの活動が生まれていく可能性を感じています。
今後のJMA-JDNの活動としては、プライマリ･ケアや医療政策についてのセミナー（JMA-JDNセミナー）、若手医師の教育・研修環境に対するサーベイ、日韓の若手医師による合同セミナー、留学プログラムの企画などを予定しています。
まだまだ始まったばかりの活動ですが、世界の医師とともに医療を考えることで、自分の足元である日本の医療を考えることは、とてもダイナミックな機会であり、私に大きな刺激を与えてくれます。臨床研修中であっても、日々のちょっとした時間の中で、日本と世界の医療について多くの若手が気軽に考える場になるように、今後も微力ながら取り組んでいきたいと思っています。



国際社会における日本を考える

日本医師会 JDN　柴田 綾子

柴田 綾子
淀川キリスト教病院　産婦人科
後期研修医

日本医師会JDNのメンバーとしてCMAAO(アジア大洋州医師会連合）の第29回マニラ総会に参加させていただきました。CMAAOは、アジア・オセアニアの18か国の医師会が加盟している団体で、感染症や自然災害援助などを多国間で話し合う場です。
第29回CMAAOのテーマは“情報化社会におけるヘルスデータベース”でした。データベースの商業利用活動が急増するなかで、患者情報の保護が第一であること、そしてデータベース利用は患者の利益が最優先されるという原則が守られるために、多国間でディスカッションをしながら枠組みを創っていく過程を垣間見ることができました。
学んだ中で一番印象的だったのは、「現代の医療は日本国内だけで完結していない。私たちの臨床現場は、究極的には世界各国、そしてアジアとの関係性の中で成り立ち、お互い影響し合っている」ということです。自国の中だけで議論していても、結局は現状の一部しか見えていない。世界そしてアジアの各国からの影響を日本の社会・医療システム・臨床現場が受けていることを忘れてはいけないということです。
日本は世界の中でも経済的にプレゼンスの大きな国の1つであり、国際社会でのリーダーシップも期待されています。将来的には、日本の若手医師の中に上記の内容を理解し、アジア・世界各国と実りある関係性を創っていく人材が必要となります。
今回、自分なりに私たちのような若手が国際会議の場に参加したときにできることを考えてみましたのでご紹介致します。
1．まずは挨拶をし、自分（自分たち）の存在について相手（国）に知ってもらう。
＊日本文化の紹介も兼ねて、漢字等を入れた日本風の名刺を作成すると良いです。
＊他国の方は自国のお土産などを会議の休憩時間に配って、交流のきっかけにされていました。シャイな方には、会話を始める取っ掛かりとしてオススメだと思いました。
2．各国の現状および国際会議の場で誰がキーパーソンになっているのかを知る。
3．WHOなどの国際機関が今何に重点的に取り組んでいるかを学ぶ。
4．国際会議での交流（挨拶の仕方・プレゼンの仕方・しゃべり方・立ち居振る舞い）を先輩の姿から学ぶ。
5．参加できなかった同世代の人たちに経験をシェアできるよう、言語化を行う。
このようなことを意識しながら参加すれば、たとえ初参加であっても何かを学んで持ち帰ることができると思います。
私は今回CMAAOに参加させていただいたことで、自分たちの臨床現場を支える土台を創っているのが、このような国際社会での地道な活動なのだと知ることができました。
日本の若い世代の方々に是非、このような場に積極的に参加し、国際社会における日本のあり方について考えてほしいと思います。
参考：CMAAOに関する日医NEWS ONLINE 第1275号（平成26年10月20日）
http://bit.ly/1ul2zJK

» 信州大学

〒390-8621 長野県松本市旭3-1-1
0263-37-2580

LIFE

信州の自然に囲まれ、仲間と医療を学ぶ

信州大学　医学部　学生代表

信州大学のカリキュラムに特徴的なのはTBL(Team Based Learning）と呼ばれる少人数チーム別学習です。学生は患者の症状などが書かれたA4の紙1枚を渡され、どんな疾患なのか、どういう治療方針が適切なのかなどについて、15週間にわたって3人の患者さんの初診から退院までを議論します。他大学にあるPBL（Problem Based Learning）型の学習と違う点は、チューターがおらず学生だけで一切の議論を進め、結論を出し、発表の形までまとめなければならないところです。その患者さんに対してどういう治療を施したかをみんなの前で発表するのですが、同じケースでも、チームごとに異なったアプローチを行っていたのが印象的でした。
僕は救急医療を学習するサークルSALTsの代表をしています。SALTsの主な活動は、救急医療に関する様々なワークショップです。学園祭などで学生や市民の方々を対象にしたBLS（Basic Life Support, 一次救命処置）の実技指導を行ったり、他大学の救急医療サークルと合同で救命救急の知識・技術を学んだりします。昨年の3月には第2回ALL信州ワークショップを開いて、北は札幌医科大学から南は大分大学まで、全国から学生が集まり、JPTECという、救急救命士が重症外傷の患者さんを搬送する際に用いる手技をみんなで学びました。
僕が信州大学を目指したのは、実は山が好きだという理由からでした。僕は受験の期間が長かったのですが、気分転換も兼ねて年に一度富士山へ登っていたんです。それがきっかけで北アルプスの山々に憧れるようになって、何としても信州大学へ入学したいと思うようになりました。山が好きな人間にとって、信州は聖地のような所ですからね。入学後には松本市内の社会人山岳会に入って、ロッククライミングを伴う登山に参加しました。長野には上高地などの豊かな自然があります。都会派の人は退屈だと思うかもしれませんが、自然が好きな人にとっては最高の環境だと思いますよ。

Education

グループ学習や地域医療を通して問題解決能力を養う医学教育

信州大学　医学部
医学教育センター長　多田 剛

信州大学は北杜夫の著書でも知られているように自由闊達な校風が伝統です。医学部の前身は旧制松本医専で、他学出身の医師と自学出身の医師を分け隔てることなく、その人が能力を最大限発揮できるようにお手伝いする校風が自慢です。
現在、信州大学は学生のアクティブラーニング化に取り組んでおり、医学科でも1年次から学生たちがグループ学習を通じて自学自習のできる学習態度の醸成に努めています。
さて、平成26年度より私たちは「150通りの選択肢からなる参加型臨床実習」という新しい臨床実習制度を開始しています。これまでの日本の医学教育には総合的な臨床研修が欠如していたために、学生には実践的鑑別診断や、治療方針を調整する能力が乏しいことが指摘されていました。私たちはこれを改善するために「1診療チームに1学生」の方針で県内を中心とした37病院に医学生を派遣する参加型臨床実習体制を構築しました。これは世界標準の医学教育を目指す文科省の公募事業にも選定されています。
信州はまた、住民1人当たりの医療費が少ない割に健康長寿であることが全国的に知られています。この医療環境を作り上げているのが県下の医療機関の医療人であり、本学はその唯一の医育機関です。本学で医学を勉強していただけることは日本の将来にとっても有益なことだと考えています。

research

信州らしさを追求し、世界へ羽ばたく研究

信州大学　医学系研究科　疾患予防医科学系専攻長　樋口 京一

信州大学医学系研究科では、1958年に大学院博士課程が設置され本格的な研究と研究者養成がスタートしました。本学大学院には、生体制御領域（循環・呼吸・免疫・消化・生殖機能を中心とした研究領域）、腫瘍領域（悪性新生物を中心とした領域）、再生・再建領域（ES／iPS細胞・組織再生・再建・移植を中心とした領域）、脳・感覚機能領域（中枢神経系や感覚器を中心とした領域）、健康・社会医学領域（個体レベルの健康障害や社会と医療の関わりを中心とした領域）が所属する医学系専攻、および分子細胞制御学領域・個体機能制御学領域・健康促進学領域が所属する疾患予防医科学系専攻が設置されており、基礎から臨床まで、分子から社会まで、広範囲な研究を推進しています。またヒト環境科学研究支援センターが、最新・最先端の研究支援を行っています。信州大学は自然環境に恵まれており、落ち着いた環境下で独自性・独創性に富む研究を行うには最適です。その恵まれた環境のもとで、私たちは信州らしさを追求し、世界へ羽ばたく研究を生み出しています。最近のトピックスとしては、信州大学に特徴的な先鋭領域研究の融合効果による発展を目指した「先鋭領域融合研究群」が発足しました。医学部は同研究群を構成する5研究所の一つである「バイオメディカル研究所」に、主に農学部と連携しながら、先端疾患予防学、神経難病学、バイオテクノロジー・生体医工学、代謝ゲノミクス部門を設置して重点的な発展を期しています。私が属しています「疾患予防医科学系専攻」は、長寿県長野の特性を活かし、予防医学と病態科学の融合によるイノベーションを目指して、優れた研究者を選りすぐって設置された専攻です。信州大学医学系研究科には国際的にも高く評価されている研究者・指導者が多数在籍しており、生涯の師に巡り会う機会が数多く存在すると信じています。

research

自由な雰囲気で独創的な研究をサポート

聖マリアンナ医科大学　難病治療研究センター
病因病態解析部門　部門長　山野 嘉久

当大学は、川崎市を中心とする第３次医療圏の特定機能病院として高度医療を実践する傍ら、１次から３次救急を担う救急病院としての機能を有しており、地域に密着した大学病院として多くの患者さんの診療にあたっております。それと同時に、がんや再生医療、難病治療、脳科学、医療機器開発、画像診断技術などの分野の研究により力を入れ、病気の診断・治療に直結した“患者さんにより良い治療をより早く届ける研究”をモットーに精力的に取り組んでいます。新薬や医療技術開発には、基礎研究で得られた結果を、さらに臨床研究を経て日常診療に応用する“トランスレーショナルリサーチ”が必須ですが、当大学は患者さんの臨床情報をより詳細に収集・データベース化し、また患者検体バンクを充実させることにより、解析した情報から治療のターゲットとなる新しい分子やバイオマーカーなどを見つけ出し、創薬・診断技術開発につなげる“リバーストランスレーショナルリサーチ”を推進し、成果を挙げています。これは研究室と大学病院の連携が非常にスムーズである当大学の特色であり、強みでもあります。また希少難病疾患に対する世界初の治療薬開発や、世界最先端のナノテクノロジー技術を応用した聖マリアンナブランドの化粧品開発など、非常にユニークな研究に対して強力にバックアップしてくれるような気風があります。さらにチームワークの良さは特筆すべき点であり、各診療科間の連携はもちろん、看護部・薬剤部･検査部･リハビリ部･事務部など、大学全体で迅速かつ円滑にプロジェクトを遂行しようとする体制が整っており、熱意にあふれています。大学病院や研究室はとかく古い体質だと思われがちですが、当大学は独創的かつ自由な研究をやってみたいと考えている若手研究者や、臨床に直結した研究を目指す医師にとっては、とてもやりがいがある魅力的な大学だと思います。

Education

生涯成長していく医師を目指して

聖マリアンナ医科大学　カリキュラム委員長
臨床検査医学講座　教授　信岡 祐彦

本学では2016年度からのカリキュラム改訂に向けて、新たなディプロマ･ポリシーを作成しました。ディプロマ・ポリシーとは「卒業認定・学位授与に関する方針」と訳されており、学生が卒業時点でどのような能力を身につけていればよいか、言い換えれば本学を卒業した学生はどのような能力が身についているかを示したものです。
新たに作成したディプロマ・ポリシーは、①正しく判断できる、②正しく行動できる、③生涯にわたって省察し実践する基礎ができる、の３つを柱としています。中でも③に示した「生涯にわたって省察し実践する」という項目をとくに重要視しています。省察とは、自分自身をかえりみて考えることを言います。医学部を卒業すれば医学教育は終了というわけではありません。その先も教育を受けつつ、かつ経験の中から学びながら、自らを成長させていかなければなりません。自分に起きた出来事を振り返りながら医師としても人間としても成長していく、常に成長を意識することの重要性を強調したいと考えています。そして本学を卒業した学生はそうであるべきとの思いを、「生涯にわたって省察し実践する基礎ができる」という項目に込めています。もちろんそのためには、医師の責務と態度、基礎的な知識とその応用力、さらには問題解決能力、基本的診療能力を身につけておくことが必須の要件です。これらの修得なくしては、有効な省察はありません。我々はこれを、正しく判断できる、正しく行動できるという２つのポリシーとして表しました。
本学のカリキュラムはこの３つのディプロマ・ポリシーを基軸として組み立てられています。今後も、自らの行動を振り返り修正し改善していくことができる医師、生涯にわたって成長していく医師の育成を目指した教育方針を堅持し、カリキュラムを展開していきます。

LIFE

将来を見据え、研究に励む

聖マリアンナ医科大学　医学部　５年　久保田 隆文

聖マリアンナ医科大学では学生５～６人につき１人の先生が担任につくのですが、研究に興味があると相談したところ、生理学研究室を紹介してもらい、出入りするようになりました。先生から助言をもらいながら実験を進めた結果、３年次に日本生理学会でポスター発表をして「Junior Investigator's Award」を受賞することができました。さらに４年次には、神経科学の分野で世界最大の学会である北米神経科学学会でも発表をしました。その時に初めて海外の学会を経験したのですが、開催地のサンディエゴ全体がお祭りのようで、居酒屋へ行ったら世界各国の研究者がビールを片手に研究の話をしているんです。そういうエキサイティングな雰囲気は、あまり日本の学会では見られないなと思いました。
将来的にはUSMLEを取ってアメリカで医師としての経験を積みたいと思っているのですが、アメリカには世界中から医師が集まるので、そのなかで一定の成果を出すためには自分自身に強みがないとだめだと考えています。僕はいま研究に力を入れているので、アメリカの大学院に進んでしっかり研究をして、それを強みに臨床へ進んでいけたらと思っています。
聖マリは、名前のイメージからか授業料が高いという印象をもたれることが多いのですが、私立の医学部のなかで中位なんです。学生も親切な人が多くて、例えばちょっと勉強が苦手な人がいてもみんなで支えるような、マリアンナ・スピリットがあるんじゃないかと思います。さらに、東京に近いためいろんなイベントなどに顔を出しやすいですし、大学の周りは落ち着いた住宅街なので、地方からの学生にも住みよい環境なのではないかと思います。

» 聖マリアンナ医科大学

〒216-8511　神奈川県川崎市宮前区菅生2-16-1
044-977-8111

» 兵庫医科大学

〒663-8501　兵庫県西宮市武庫川町1-1
0798-45-6111

LIFE

命を救うための災害医療実習

兵庫医科大学　医学部　５年　鈴木 智大
同　５年　三林 聡子

鈴木：兵庫県では、過去に阪神・淡路大震災やJR福知山線の脱線事故などが起こっていることから、兵庫医科大学は災害医療に力を入れています。４年次には大学病院の医師や他職種と共同でトリアージ訓練を行います。過去のテーマは「高速道路上で大型観光バスが横転し、多数の負傷者が発生した」「西宮市で震度5の直下型地震が発生した」などでした。
三林：学生は特殊メイクを施し、患者として病院へ搬送されます。救命を第一の目的にするため、たとえ事故で眼球が飛び出した患者であっても、直ちに生命に関わる状態でなければ処置が保留されます。災害時に可能な限り多くの患者の命を救うためには、適切な順番で処置をしていかなければならないということを学びました。
鈴木：学外の活動について、僕は以前医療ビジネスコンテストに参加したのですが、そこで大きな衝撃を受けました。もともと僻地の医療問題に関心があったのですが、それらをビジネスの枠組みで解決できるかもしれないというところに心惹かれました。僕は京都府立医科大・近畿大工学部・慶應大薬学部の学生とチームを組んで、医師の派遣と観光を組み合わせるビジネスプランを発表しました。
三林：兵庫医科大学はアメリカのワシントン大学と交流を進めていて、５年次の夏休みには学生派遣が行われます。私自身もワシントン大学へ行き、生命倫理について1週間の講義を受けてきました。「緩和医療における宗教者の役割」や「救急における緩和医療」などの興味深い講義がある中、救急搬送時の患者家族に対するコミュニケーションの度合いが、それ以降家族が抱えるPTSDの重症度に影響するという話が特に印象的でした。

Education

社会に貢献する医療人の育成を

兵庫医科大学　副学長（教育担当）
医学教育センター長　鈴木 敬一郎

兵庫医科大学は、「社会の福祉への奉仕」「人間への深い愛」「人間への幅の広い科学的理解」を建学の精神として1972年に開学しました。その精神に則り社会・倫理教育に力を入れ、1～3年次では医学へのモチベーションを上げるため多様な医療施設での実習から訪問看護まで体系的な早期臨床実習を実施しています。リベラルアーツ教育では多様な交流をめざして1年生全員が関西学院大学で人文社会系科目を履修します。チーム医療については、兄弟校の兵庫医療大学（看護・リハビリ・薬学）とチーム医療演習を行い、高学年では40以上の一般病院での学外臨床実習や海外派遣など、多様で自由度の高い臨床教育を実施しています。
医師は日進月歩の医学を生涯学び続ける必要がありますが、学生のみなさんは受験で培った学力はあるものの、能動的な学習の経験が少ないのも実情です。そこできめ細かい指導と学習支援を行うため、平成17年度に3名の専任教員と多数のスタッフからなる「医学教育センター」を設置しました。例えば、３・４年次では６名前後のグループに分かれて協調的に課題に取り組む仕掛けが工夫されたチーム基盤型学習を導入しています。これにより、症候から臨床医学を復習しながら能動的な学習姿勢と問題解決能力を涵養します。センターでは学習上の問題への対応や進路指導を行うだけでなく国試対策にも力を入れ、好成績をあげています。
もう1つ大学にとって重要なのは研究です。第3学年次から大半の科目を免除して在学中から研究の楽しさに触れ、留学もできる「研究医コース」を開設しました。奨学金などのサポートもありますので、ぜひ世界で活躍する一流の研究者・臨床家に育ってほしいと考えています。
このように、兵庫医科大学では学生の個性に合わせたサポートを行いながら、全員を「社会に貢献できる医師」に育てる教育を行っています。

research

世界レベルの基礎研究：その推進と臨床応用

兵庫医科大学　副学長（学術研究担当）　臨床研究支援センター長　西口 修平

兵庫医科大学は、建学の精神である「人間への幅の広い科学的理解」に基づいて、独創性の高い実用的な研究を行い、多くの分野で素晴らしい成果を上げてきました。たとえば、基礎研究では本学が発見したインターロイキン18などの研究で世界をリードしています。免疫学は多くの病気の原因に関わり、治療にも応用可能ですので、多数の臨床的成果が生まれています。一方、臨床からは、インターフェロンによる肝癌の抑制効果や、輸血や移植後の拒絶反応の基礎研究と治療応用などの成果を得ています。後者の研究で培われた細胞治療のノウハウは多くの疾患に応用可能ですので、本学では幹細胞を調整し培養するセンター（CPC※左写真）を設立し、輸血合併症・脳梗塞・癌などを対象に臨床研究を開始しています。
本学は、阪神間の人口密集地で交通至便な立地条件に恵まれ、多くの疾患で全国一の患者数を誇っています。たとえば、炎症性腸疾患は全国の患者の約1割が本学に通院中であり、アスベスト被害地域を近傍に抱えるため多数の中皮腫患者が受診されるので、「IBDセンター」や「中皮腫・アスベスト疾患センター」を設立し診療体制を整えています。さらに、この領域では診断や治療法の開発を目指した厚生労働省の研究班を主宰するなど、精力的な臨床研究を行ってきました。このような活発な研究活動が評価され、科研費など多額の公的資金を獲得しています。この潮流をさらに推し進めるために、学長主導で兄弟校の兵庫医療大学との共同研究支援センターや臨床研究支援センターを新たに設立致しました。みなさんが入学されると、まず基礎研究に直接参加する機会が設けられ、高学年では臨床研究の実際を肌で感じてもらいます。卒業後も、リサーチマインドを持った臨床医を育て、その研究を支援することで、兵庫医科大学は社会に貢献できる医師の育成を目指しています。

research

独創的な研究“希少糖”と地域連携医療

香川大学　医学部　先端医療・臨床検査医学講座
教授　村尾 孝児

香川大学医学部では、基礎研究から臨床研究まで幅広い研究が行われています。特に本学のミッションである希少糖研究と医療ICTである「かがわ遠隔医療ネットワーク」K-MIXを利用した地域特異的な疾患（糖尿病など）の克服事業があげられます。香川大学では、単糖（糖の機能的最小単位）である希少糖に着目し、それらの機能（生理活性）について研究を進めています。希少糖とは、自然界に微量にしか存在しない単糖と定義付けられています。単糖には非常に多くの種類があります。自然界に多量に存在する単糖はブドウ糖など7種類だけであり、残りのものは全て希少糖です。希少糖は自然界に微量にしか存在しないが、逆に、種類は非常に多い（約50種類）とされています。これらの希少糖は大変高価であるため、希少糖を自然界に多量に存在する単糖から生産し、その機能を解明し、その成果を事業に連結するプロジェクトが香川大学で進んでいます。一方、香川県は糖尿病受療率が全国第2位と全国平均を大きく上回っている状況にあり、地域レベルでの対策が急務となっています。香川大学は、香川県全域をカバーする医療ICTであるK-MIXを活用して「糖尿病地域連携クリティカルパス」を実行し、治療・予防活動をおこなってきました。現在は、これまでに構築した地域医療連携の基盤を活用して、重症化リスクの高い患者を専門的治療医療機関に集約し、多職種協働のチーム医療により糖尿病の重症化防止を実践する疾病管理体制（疾病管理マップ）の構築を進めています。我々は、電子化糖尿病地域連携パス・電子糖尿病手帳のプロジェクト開発の経緯もあり、政府の進める「シームレスな地域連携医療」構想と並行して、さらなる地域連携プロジェクトの普及を行っています。その他にも本学では多様な研究が行われており、“讃岐の丘から世界に発信”を合い言葉に研究に邁進しています。

Education

体験重視とICT支援の医学教育

香川大学　医学部　医学教育学講座　教授　岡田 宏基

香川大学医学部医学科では、一方的な講義（座学）に偏らず、できるだけ体験的な授業を行うことを心がけています。低学年では、1年次からチュートリアルを取り入れ、課題発見・解決方法の基礎を学びます。また、開業医を主とした地域の医療機関と、介護老人福祉施設とで学外実習を行い、その先、医学・医療を学ぶモチベーションを高めてもらいます。2年次では、コミュニケーションスキルを高める実習を継続しており、平成27年度からは放送局の現役アナウンサーにも協力していただく予定です。また、自分を表現するパフォーマンスの実習も予定しています。3・4年次では、これまでのチュートリアル教育に加えて、スキルスラボ実習として、縫合や静脈採血など様々な医療手技の習得を目指しています。5・6年次の臨床実習では、いち早く地域医療実習を開始し、都市周辺部・山間部や島しょ部での医療も経験してもらっています。
また医学部内のIT環境も非常に整っています。看護学科棟のマルチメディア実習室には140台のPCを備え、1年次の情報リテラシー教育に用いるほか、共用試験CBTにも利用しています。学生会館や図書館には学生が自由に使用できるPCが設置され、多くの学生たちが日々利用しています。また、5年前から講義収録システムを全ての講義室に設置し、教員の承諾が得られた授業を収録し、学生は学内で視聴することができます。これは特に基礎医学の試験前に繰り返し視聴されており、授業の「生きた復習」に役立っています。さらに医学部教育センターでは動画配信システムを独自に導入し、医学教育に有用そうな種々の動画を配信しています。またこのシステムでは配信用の動画コンテンツを容易に作成できるため、昨今のe-learningにも即応できます。医学部ではこれらの取り組みを更に発展させていきたいと考えています。

LIFE

独自のプログラムを通じて医師の道を歩む

香川大学　医学部　5年　木村 なちの

香川大のカリキュラムの特徴的な点は、2年後期と3年前期のそれぞれに解剖実習があることです。2年次には人体の立体的な構造を学び、3年次の実習では臓器や神経の発生などをより詳しく学びます。この授業の評価は英語の口頭試問で行われるのですが、実際の筋肉や内臓を見て、部位の名前や機能を1分くらいで次々に答えていかなければならず、一発勝負なのでかなり緊張しますね。
「医動物学」という授業でアニサキスやマラリア原虫などの寄生虫と、有毒であったり感染症を媒介したりする衛生動物について学びます。担当の先生が虫を過剰に愛していて（笑）、スケッチを提出したら「この寄生虫の姿は格好良くない」とダメ出しされました。
私は国際交流会という部活に所属していて、3年次の夏休みに5週間、東南アジアのブルネイへ留学をしました。留学先のブルネイ・ダルサラーム大学（UBD）は、ブルネイ唯一の国立大学です。医学部の学生は学年に10人程しかおらず、手厚い教育が施されています。日本の大学では座学の授業が主ですが、UBDの授業はすべて学生との対話を通じて進められるチュートリアル形式です。「Clinical and Communication Skills」という授業では、先生が付きっきりで手技を教えてくれました。イスラム圏ということもあるのか、学生一人ひとりが非常に真摯で主体的なのが印象的でした。
休日は車で遊びに出ることが多いです。香川といえばうどんが有名ですが、四国の中であればだいたい日帰りで行けるので、高知のひろめ市場に美味しい鰹を食べに行ったり、小豆島のサイクリングコースへ行ったりと色々と楽しめます。充実した学生生活をのんびりと送りたい人には、香川はおすすめです。

» 香川大学

〒761-0793　香川県木田郡三木町池戸1750-1
087-898-5111

第58回新運営委員始動！
運営本部長・運営部長の意気込み

距離に負けず、
頑張ります！

自治医科大学
運営本部
運営本部長
中谷 優

第58回東医体は栃木県・宮城県・東京都にある離れた大学が協力して大会運営を行っています。運営委員会が発足して約1年が過ぎましたが、距離に負けることなく互いに連携しながら、着々と準備を進めています。先代の方々が私たちのために様々な運営システムの改善をして下さっているので、その恩を返すためにも大会を成功させ、次の第59回大会へいい形でバトンを渡していければと思います。

帝京大学医学部
運営部
運営部長
植木 理子

運営部発足から1年が経ちました。毎年東医体の運営は学生主体で行っていますが、これまでの先輩方が行ってきた組織構成や会議様式の質は非常に高く、大変感銘を受けてきました。このような歴史ある大会の運営に携われることを光栄に思います。東医体は医学生にとって一大イベントです。多くの人の思い出のためにも、第58回大会を無事成功させられるよう尽力いたします。

第58回東医体獨協医科大学運営部長になりました、上田裕です。会議に参加するようになり、これまで自分が参加していた東医体がいろんな人の協力や努力によって成り立っていたことを知りました。私たち獨協医科大学は運営本部の自治医科大学と同じ栃木県にあるということもあり、これからより密にサポートしていきたいと思います。

獨協医科大学
運営部
運営部長
上田 裕

運営部長になって1年余りが過ぎ、いよいよ第58回の仕事が本格的に始まります。まだまだ不安でいっぱいですが、とにかくまずは自大学主管競技10競技を無事に開催できるよう、協力し合い準備を進めていきます。また第58回の仲の良さを活かして、運営部みんなで運営本部をサポートできるよう頑張ります。

東北大学医学部
運営部
運営部長
中尾 茉実

アイスホッケー競技紹介

アイスホッケー競技実行委員長
札幌医科大学　アイスホッケー部
麥倉 慎

ほとばしるスピードと迫力！

アイスホッケーの魅力はスピードと迫力です。地上最速の球技と呼ばれるほどのスピード、体と体がぶつかり合う迫力。一度試合を見てもらえれば、夢中になること間違いなしです。東医体のアイスホッケー競技の特徴は、選手のほとんどが未経験者であることです。スケート靴も履いたことがない人間が、数年後には優勝チームの選手になっている…。そんなことも珍しくはありません。

運営側としては、大きな事故なく大会を終えることが最大の目標です。選手同士の接触が多いため怪我の可能性も低くはありませんが、ルールの整備や怪我の場合の迅速な対応など、大事に至らぬよう努力します。
「アイスホッケーを見たことがない。」そんな人にこそ、アイスホッケーの魅力と素晴らしさを、試合を通して伝えたいと思います。

第57回東医体
アイスホッケー競技結果報告！

SCORE	
1位	ダミ筑波大学医学群
2位	ダミ埼玉医科大学
3位	ダミ山梨大学医学部
4位	慶應義塾大学医学部
5位	札幌医科大学

1月開催の
結果待ち

西医体 WEST
日本医科学生 総合体育大会

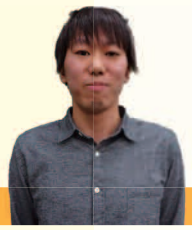
第67回西医体新運営委員メンバー紹介！

今までで最高の西医体にしてみせます！

広報賞品委員長　辰田 佳奈美

私たち第67回西医体運営委員会は、運営委員長の太田拓を中心として委員長・副委員長合わせて28人で構成されており2013年春に発足しました。第65・66回西医体の運営委員会の方々から様々な仕事内容を引き継ぎ、一昨年末から本格的に動き始めました。私たちの仕事は多岐に渡り、予算編成や会計管理、競技場の確保はもちろん宿泊施設の確保や選手の安全対策まで、膨大な量になります。また今回の西医体が開催される大阪では、夏のインターハイなどの大きな大会と時期が重なってしまい、競技場の確保が非常に困難になっております。
私たち運営委員会は、慣れない仕事に戸惑うことも多いと思いますが、一致団結することで幾多の困難をくぐり抜け、必ずや第67回西医体を今までで最高の西医体にしてみせます！1年間どうぞよろしくお願いいたします。

運営委員長・運営副委員長　挨拶



大阪市立大学
医学部医学科３年
運営委員長
太田 拓

第67回西医体運営委員長を務めさせていただきます、大阪市立大学医学部医学科の太田と申します。西医体は来年度で第67回を迎える伝統のある大会で、参加人数は15,000名を超え、国体に次ぐ規模を誇ります。大会運営の代表を務めることが決定したときは、正直実感が湧きませんでしたが、大会の詳細や仕事の内容を理解し多くの会議に出席するにつれて、不安でいっぱいになりました。しかし、支えてくれる運営委員会のメンバーや指導してくださる先生方、大学職員の方々の協力をいただき、今までになく立派で、安全な大会を開催したいと思うようになりました。第67回大会においては、特に安全面を今まで以上に高めて、「安心、安全な西医体だった」と言ってもらえるような大会を目指しています。至らぬ点も多々あるかと思いますが、関係各位の皆様、約1年間よろしくお願いいたします。

こんにちは。この度第67回西医体運営副委員長を務めさせていただきます、大阪市立大学医学部医学科3回生の小松慶也です。西医体は、西日本の多くの医学生がこの大会のために練習しているといっても過言ではないほど大きな大会です。そのような大会の運営に携わることができ、不安も少なからずありますが、大変嬉しく感じております。これまでの活動は競技場の確保などが中心でしたが、昨年度の金沢大学からの引き継ぎも終わり、いよいよ本格的な運営が始まろうとしています。学生中心の運営ですので、様々な壁にぶち当たることもあると思いますが、運営委員長の太田を精いっぱいサポートし、必ずや第67回西医体運営を成功させたいと思っております。至らぬ点も多くあるかと思いますが、これから1年間よろしくお願いいたします。

大阪市立大学
医学部医学科３年
運営副委員長
小松 慶也

今後のスケジュール

西医体

- 西医体エントリー開始
  2月（予定）
- 第2回理事会、開会式@都ホテル
  8月1日（土）

東医体

- 東医体エントリー期間
  5月11日（月）～5月31日（日）
- 第58回東医体開会式@宇都宮グランドホテル
  7月18日（土）

医学生の交流ひろば

Group

英語のディベートなどを通じて優秀な医療従事者を目指す

JIMSA（日本国際医学ESS学生連盟）

私たち日本国際医学ESS学生連盟(Japan International Medical-ESS Students' Association：通称JIMSA)は、高い英語力と国際的な視野をもった医療従事者になるための研鑽を積む場所を、全国の医学生に提供する団体です。現在は12大学から400人を超える学生が加盟しています。

医療の現場では英語が必要となる場面が多くありますが、医療系の大学のカリキュラムには英語の授業が少ないというのが現状です。そこで私たちは、「一般英語部門」、「基礎医学部門」、「臨床医学部門」の3つの部門を用意し、医療に関する研究発表やディベートなどを英語で行う機会を提供しています。

「一般英語部門」では、毎年6月頃に九州と関東でSpeech Contestを、12月には医療に関するテーマでDebate Matchを開催しています。今年度のテーマは「日本政府は国民皆保険制度を廃止すべきである。」(The Japanese government should abolish the public health insurance.）でした。

「基礎医学部門」では、BMC大会(基礎医学研究発表会)を開催しています。これはチームごとに実験やデータ解析を行い、その成果を学会形式で発表する大会です。今年度の大会は「内分泌・代謝学」のテーマのもと、9月に聖マリアンナ医科大学にて行われました。来年度のテーマは「免疫学」(Immunology)です。

「臨床医学部門」で開催しているCPC大会(臨床病理症例検討会）は、実際の症例に対し臨床と病理の両側面から診断や治療が適切であったかをディスカッションする大会です。

これらの大会を通して英語力はもちろん、医学知識やプレゼンテーション能力など、医療人が身につけておくべきスキルの向上も図ることができます。また、臓器別勉強会を今年度より定期開催しています。

このように、JIMSAではアカデミックなイベントが盛りだくさんですが、8月にはSummer Campという JIMSAの夏最大のイベントがあり、勉強会のみならず、BBQや花火、観光など遊びも存分に楽しむことができます。様々な大会やイベントを通して、他大学の学生とも仲良くなることができます。英語力に自信がなくても、医療英語に興味のある学生は歓迎です！詳細はWEBページやFacebookで配信しております。ご質問などございましたら、WEBページのお問い合わせフォームから、遠慮なくご連絡下さい。

WEB：http://www.jimsa.org/

Report

川原 尚行×葉田 甲太　講演会　～途上国支援の先に～

熊本大学国際社会医療研究会

「国際社会医療研究会（以下、国医研)」は、講演会の開催や、ボランティア･スタディツアーへの参加などを通して、国際医療や地域医療を学ぶことを目的とした部活です。

2014年10月25日、国医研は「川原尚行×葉田甲太講演会～途上国支援の先に～」という講演会を主催しました。葉田甲太氏は映画にもなった『僕たちは世界を変えることができない』の著者、川原尚行氏はスーダン・東北で活動を行っている認定NPO法人ロシナンテスの理事長です。講演会は両氏の講演と、お二人によるパネルディスカッションの三部構成で行いました。

第一部、葉田甲太氏の講演では、学生時代にカンボジアに小学校を建てたことやカンボジアエイズドキュメンタリー映画制作などの活動、それらを通じて考えてきたことから、これからの活動についてお話しいただきました。一度しかない人生、自分の欲望のために生きるのではなく、“人のために”命を使い切りたい、と力強く語られました。

第二部、川原尚行氏の講演では、スーダンでNGOを立ち上げたきっかけやロシナンテスのその後の活動、現在計画中の病院建設のお話をしていただきました。多岐にわたる活動において、常に「つながり」を意識しておられるという姿勢が印象に残りました。

第三部、パネルディスカッションではお二人の掛け合いが光り、大変な盛り上がりを見せました。お二人に共通していたのは、「何事にも挑戦すること」「出会いを大事にすること」「家族を大切にすること」でした。

最後には若者へのメッセージとして、葉田氏からは「自己嫌悪をしないこと。自分に自信をもって踏み出した何気ない一歩によって、出会いが生まれ、おのずと自分の目指す場所が見えてくる。」という言葉を、川原氏からは「その場を楽しむこと。できるだろうという可能思考を持つこと。一歩踏み出してみることが大事。」という言葉をいただきました。どの世代の出席者にとっても、心に響くメッセージが散りばめられた講演会でした。200名近くの方に参加していただけたこと、パネルディスカッションでは様々な世代の方からたくさんの質問があったこと、終了後、「素晴らしい講演会だった。」「来て良かった。」という声を多数いただけたことなど大変嬉しく感じております。今回の経験を糧に、国医研は今後も様々な活動を行っていく予定です。ぜひご期待下さい。

WEB：http://tinyurl.com/omms6gg

文責：井上 陽美、森 康孝

告知募集

次号掲載申込締め切り：2015年3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。

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。

Report

大阪大学医学部中之島祭 2014 ～そういえば、医だった。～

中之島祭実行委員会

2014年11月16日に、大阪大学吹田キャンパスにて、中之島祭を開催いたしました。当日は秋晴れの空のもと、近隣住民や大学生、家族連れなど多くの方々にご来場いただき、学祭は大盛況のうちに終わりました。今年度は医学部だけでなく歯学部・薬学部などとも協力し、実行委員も150名を超えました。模擬店や展示・企画なども昨年度より規模を拡大し、多くの方に楽しんでいただける学祭になるように半年以上前から準備をしてきました。
毎年人気の吉本お笑いライブには矢野・兵動、銀シャリ、和牛の3組にご出演いただき、有名なお笑い芸人のライブを間近で無料で見られるということで、今年度も非常に盛り上がりました。また講演会には医師であり、かつ有名作家でもある宋美玄先生と久坂部羊先生をお招きしました。宋先生には「間違いだらけのオンナの常識」を、久坂部先生には「医師が筆を執るとき」をテーマに、医療現場での経験を踏まえたお話をしていただきました。どちらの講演も、普段大学の講義ではなかなか聞けないような興味深い内容で、多くの方に楽しんでいただきました。他にも、特に近隣のご年配の方にご好評いただいている無料健康度チェック、家族連れに人気の医療機器体験やお化け屋敷など様々な企画がありましたが、いずれも大成功に終わりました。
来年度の中之島祭も11月中旬に大阪大学吹田キャンパスにて開催予定です。医学部主催の学祭として今年度以上に盛り上がり、多くの方に楽しんでいただけるものになることと思います。来年度の中之島祭にもぜひお越し下さい。

Group

「良い医師」になろう

埼玉医科大学　SAT　Saitama Academic Team

私たち埼玉医科大学SATは今年で発足4年目、まだまだ発展途上の部活です。「各々が“良い医師”を目指す」というモットーのもと、医学を中心に学びを深める活動は広範囲に及び、今までに家庭医療・救急医療・東洋医学と様々な分野を学んできました。「良い医師とは何か」という問いは、6年かけても解くことのできない奥深いものです。仮に解けたとしても理想と現実のギャップに悩むことでしょう。しかし、この課題に対して学生のうちから向き合うことは、患者さんへの誠実さに通じるはずだと我々は考えています。
勉強会で蓄積した学びの成果は、毎年度末に開催される学術大会で発表をします。授業の枠に囚われない各々の発想力がここで発揮されます。今年度は多職種連携・症候診断学・コーチングに関してのセッションを催しました。本年度も来る3月に大会を開催する運びとなりましたことをこの場を借りてご報告いたします。
埼玉の西部に位置する我々の大学は他学からは地理的に孤立していますが、自然に囲まれた環境だからこそ想像力の翼を広げ皆で学んでいくという埼玉医科スタイルがここにはあります。学生のうちにしかできないこと、学生だからできる自由な発想を大切に、これからも我々の探訪は止まるところを知りません。
SATの活動に興味のある方は、以下のメールアドレスにお気軽にご連絡下さい。部員一同心よりお待ちしております。
E-mail：moshinoadress@yahoo.co.jp（鳥越）

Group

友情の輪を世界へ

福岡大学医学部英語研究会　ESS

福岡大学医学部英語研究会（以下ESS）は、1976年に創設されて以来、これまで100名以上のOB・OGを輩出している歴史ある愛好会です。私たちは“楽しみながら英語を学ぶ”をモットーに、毎週ネイティブの講師を活動に招き、春は久留米大学との合同スピーチコンテスト、秋は関東圏の大学も参加するBMC（基礎医学研究発表会）への参加を見据えて活動しています。さらに昨年度からは、英語での問診練習を取り入れ、医学生として英語での表現力を高めることにも力を入れています。
もちろんESSの活動は国内だけにとどまりません。交換留学の受け入れや海外への留学によって、世界中の医学生との言葉や文化を越えた交流も行っています。海外からの留学生との交流のなかで、彼らが日本人にはない強い個性を持ち、医師という職業や自分の国に対する強い誇りを抱いていることに気づかされます。世界中の、志を同じくする友人たちとのかけがえのない出会いこそ、私たちESSの最大の魅力です。
私たちが現在このような経験ができるのは、これまで愛好会を支えてきた多くの先輩方や周りの方々の支援・協力のおかげです。先輩方が築いてきたこの場所と、世界中に広がる友人たちとの縁を大切にしながら、今後もより学びの多い環境を築いていくことができればと思います。
Friendship is a miraculous thing and is the key to world peace.
文責：ESS部長　3年　小田 直樹

FACE to FACE

No.5

interviewee
古川 祐太朗

interviewer
古賀 俊介

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。

profile

古川 祐太朗（佐賀大学４年）

1991 年生まれ、幼少期をイギリス、中学・高校時代をアメリカで過ごす。佐賀大学学生団体 SCS（学生地域交流の会）代表。第 35 回佐賀大学医学部学園祭実行委員長。「医療にとどまらず様々な分野に興味があります！ SCS の活動に興味を持たれた方は Facebook（Yutaro Furukawa）にご連絡下さい！」

古賀（以下、賀）：古川さんは、医学生と高齢者の交流の場をつくり、高齢者の健康増進を支援する学生団体、SCS（学生地域交流の会）の代表をしていますよね。この活動を始めたきっかけを教えていただけますか。

古川（以下、川）：僕は熊本で生まれ東京と海外で育ったのですが、本籍は高齢化が進む宮崎県串間市という所なんです。超高齢社会を迎える今後、リタイア後の両親が田舎で安心して暮らすために、自分は何ができるだろうかと考えていました。そんな大学3年生の頃、高齢者が茶話会や軽スポーツなどを行うイベントに参加する機会があったんです。イベントを通じて高齢者と交流していると、孤独死を防止したり認知症患者と共生するためには、こうした生活の場に医療者自身が入り込んでいく必要があると考えるようになりました。その足がかりとしてまずは医学生が高齢者と交流する場を設けようと思い、SCSを立ち上げました。しかし、見ず知らずの学生がいきなり話をさせていただくのは難しいので、僕たちは社会福祉協議会の協力を得ながら、高齢者との信頼関係を築いていくことにしました。現在は「高齢者ふれあいサロン」という集会で健康講座をやったり、医師には相談できない悩みを聞いたりしています。

賀：地域で暮らす高齢者の健康を守るためには、どうすればいいのでしょうか。

川：高齢者を、その地域全体で「見守る」ことでしょうか。例えば認知症についても、徘徊があったら、「ここのおばあちゃん戻らんね。」というように、身近な人が気にかけられるのがベストです。またサロンに来なくなった高齢者は、認知症の症状が進行してしまうことが多いようです。外に出たがらない高齢者にサロンへ参加してもらうためには、近所の人に声をかけてもらうのが一番なんです。今後は、自分たちの住む地域の健康は自分たちで守っていくスタンスが必要だと思います。

賀：活動をしていく際に気をつけていることはありますか？

川：学生主催のイベントって、「打ち上げ花火型」で、最初は派手にいろんな活動をするけれど持続していかないことが多いと思うんです。でも、去年は学生が来てくれたけど今年は来ない…となると、高齢者もがっかりしてしまいます。ですから、まずは関心のある学生を継続的に呼び込む仕組みをつくり、活動を持続可能な形までもっていく必要があると思っています。

賀：今年度からSCSの活動が大学に認められて1年生の実習プログラムに取り入れられたことで、今後より多くの学生に活動を知ってもらえそうですね。

川：そうですね。今後は佐賀市内にある約200か所のサロンに、佐賀大学の1年生が参加することになります。こういう活動を自分たちだけで持続させていくのは非常に難しいことなので、大学の協力が得られたのは大きな成果だと思います。

賀：今後の活動の展開について教えて下さい。

川：いわゆる限界集落で、医学生と農家の高齢者との交流を計画しています。農家の方は高齢になっても現役で忙しく、サロンに参加されないんです。そこで、水路の掃除や草刈りをするときに、お手伝いという形で学生が交わってみてはどうかと考えています。自由な立場の学生が集落へ入っていって、そこで何が必要とされているのかを調べ、もし自分たちができないことであれば行政へ働きかけるのが、今後の活動モデルになるんじゃないかと考えています。

profile

古賀 俊介（佐賀大学１年）

尊敬する先輩から話を聞かせていただき、嬉しかったです。幅広い人間関係から導き出した深い考え方、地域社会への貢献に目を向けるうえでの視野の広さに感銘を受けました。今回お話しいただいたことを、今後に活かしていきたいと思います。（古賀）

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

2015年1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

DOCTOR-ASE（ドクタラーゼ）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。

Japan Medical Association

次号（2015年４月25日発行）の特集テーマは「地域包括ケア」の予定です！