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
TAKE FREE

No.21
Spring 2017

特集

新たな専門医の仕組み（後編）

● 医師への軌跡
小林 弘幸

● FACE to FACE 14
守本 陽一 × 田邊 桃佳

医師の大先輩である大学教員の先生に、医学生がインタビューしてきました。

学生のうちこそ大学の外に目を向けてほしい

小林 弘幸

順天堂大学　総合診療科・病院管理学　教授
東京都医師会　理事

「当たり前」を疑う経験

可児（以下、可）：僕は学生のうちに医学部内外のいろんな世界を見たいと思って、学外の活動にも参加してきました。でも、学生なんだから本当は学業に集中すべきなのではないか、と不安になることもあります。

小林（以下、小）：そんなことを心配する必要はないよ。医学部にこもって6年間過ごすのはもったいない。医師は医療のことだけわかっていればいいという時代ではないから、政治や経済のことも含めて、広い視野がないとね。俺自身、3年半のイギリス留学で人生観が変わったなと思うから、若い人には留学をいつも勧めているんだ。

岡本（以下、岡）：留学先でどんな経験をされたんですか？

小：外国と日本では医療のあり方がこんなにも違うのかって驚かされた。医療のシステムも違えば、採血の仕方や抗生剤の投与の仕方も違う。俺が一番衝撃を受けたのは、働き方の違いだね。30日のうち15日が当直だったんだけど、当直じゃない日は17時に完全オフ。当然17時に仕事が終わっているわけはないんだけど、代わりの医師が引き継いでくれる。患者さんやその家族もそれを当然だと思っていて、重患の家族が"Have a nice weekend."って送り出してくれたりする。当時の日本では、医者は自分の生活なんて顧みずに働くのが当然だったから、信じられなかったね。

日本の外に出て働いてみると、自分の常識が打ち破られるようなできごとが必ずある。留学はしておいた方がいいと思うね。

ほっとしてもらえる医師に

岡：先生は、テレビの健康番組への出演や本の出版など、臨床以外でも活躍されていますよね。

小：本を出したりメディアに出たりするようになって、遠方の方から感謝の手紙をたくさん頂いて、患者さんと一対一で対応して治すだけが医療じゃないんだなって思うよ。

可：でも正直、医療情報を伝えるテレビ番組や雑誌って、医学的に正しいとはいえないようなものもありませんか…？

小：信憑性に欠ける情報を発信するメディアも確かにある。ただ、その怪しい情報を嘘と言い切ることは難しいということも知っていてほしい。どんな治療にも主作用と副作用があるように、医療には必ず両面があるし、研究が進んで、これまで正しいとされてきた常識が変わることもあるだろ？　だから、自分には疑わしく思える主張に出会っても、いきなり否定するのではなく、まずは「どうしてこんな風に考えるんだろう？」と考えてみたほうがいいと思う。

岡：なるほど。でも正直、患者さんが怪しい医療情報を信じて診察室に来るのは、ちょっと怖いなと思ってしまいます。

小：今は患者さんがたくさんの情報を得て病院に来る時代だよね。だからこそ、正確な知識を持っていることと同時に、「先生と会うとほっとする」と思ってもらえるような医師になることが大事なんじゃないかな。

岡：そういう医師になるためには、どうしたらいいでしょうか。

小：得意・不得意もあると思うけど、コミュニケーション能力ってやっぱり大事だよね。これは俺自身の経験なんだけど、部活のラグビーで大けがをした。もう元のように歩けないと言われるほどの重傷でね、目の前が真っ暗になった。でもその時、「よく見ると、ここの骨がちょっと治ってきてるんだよ」と声をかけてくれた先生がいたんだ。その一言には本当に救われた。自分にも知識があるから、信じちゃいけない、期待しちゃいけないって思ったけど、やっぱり嬉しかったよ。医師の何気ない一言で、同じ状況も、患者さんにとっては天国にも地獄にもなりうる。まずは実習や臨床研修の場で、「この先生いいな」と思える医師を見つけて、その人を真似ることから始めてみたらいいんじゃないかな。

岡本 賢

順天堂大学　医学部　2年

自由がある学生時代だからこそ様々な人と出会い、価値観に触れ、視野を広げることの大切さを再確認しました。新しい時代の医師のあり方を知り、その理想を目指したいです。

小林 弘幸

順天堂大学　総合診療科・病院管理学　教授
東京都医師会　理事

1987年、順天堂大学医学部卒業。1991年より、ロンドン大学付属英国王立小児病院に留学。現在、総合診療科・病院管理学教授のほか、漢方医学先端臨床センターの教授も務める。

可児 圭丞

順天堂大学　医学部　5年

キャリアに迷っていましたが、医学を究めた先生からの「今のうちに医学以外の分野をしっかり学ぶべきだ」というコメントを信じ、これからも興味のある分野を学んでいきます。

　※医学生の学年は取材当時のものです。

Information

Spring, 2017

電子書籍サービス「日医Lib」で、ドクタラーゼのバックナンバーが読めるようになりました！

●日医Libとは
日本医師会はその時々のスタンダードな医療情報を、会員を中心とする医師に提供しています。その取り組みの一環として、2014年12月、電子書籍サービス「日医Lib」（日本医師会e-Library）の提供を開始しました。
●日医Libの特徴
日医Libアプリ（iOS版・Android版・Windows版・Mac版）をスマートフォンやタブレット、PCにインストールすることで、日医が配信する電子書籍をダウンロードしてご覧いただけます。日医雑誌をはじめ、日本医師会が所有するコンテンツを中心に取り扱っており、今後も医学・医療に関するコンテンツを充実させていく予定です。
日医Libは医療従事者・学術研究者・医学生にとって便利な機能を数多く備えています。ハイライトやメモ、しおりをつけ、それらを日医Libに登録している3台の機器間で同期することが可能です。さらにiOS版には、TwitterやFacebookに投稿できるソーシャル機能、共有登録したメンバー間でハイライトやメモ等を共有できるグループ共有機能が備わっており、他の医師との情報共有や議論に活用できます。
このたび、日医Libにてドクタラーゼのバックナンバーがご覧いただけるようになりました！
ぜひ日医Libアプリをダウンロードし、読書や議論に活用してみてください。
WEB：http://jmalib.med.or.jp/

『医師の職業倫理指針』（第3版）を刊行しました

日本医師会では、欧米諸国の倫理指針などを参照し、全医師の医療の実践に当たっての規範となる具体的な医師の行動指針として平成16年に『医師の職業倫理指針』を作成し、今般第3版を刊行しました。会内の「会員の倫理・資質向上委員会」（委員長：森岡恭彦日赤医療センター名誉院長・日医参与）での検討を踏まえた8年ぶりの改訂となります。

本指針は、わが国の医師にとって重要と思われる数十項目の職業倫理上の課題を取り上げ、妥当と思われる倫理的見解を示したものです。
内容は、「医師の基本的責務」、「終末期医療」、「人を対象とする研究」など、大きく9つの項目に分かれており、現在関心を集めている、「遺伝子をめぐる課題」を新たな項目として追加したほか、改正個人情報保護法や医療事故調査制度関係の記載の追加等、全般的な見直しを行っています。
本指針は、毎年3月に医学部卒業生に贈呈していますが、日本医師会のホームページや日医Libにも掲載されており、医学生や会員以外の医師、一般の方も閲覧及びダウンロードが可能になっています。皆さんもぜひ一度ご覧ください。

WEB：http://www.med.or.jp/（日本医師会WEBページ）

ドクタラーゼの取材に参加してみませんか？

ドクタラーゼでは、取材に参加してくれる医学生を大募集しています。
「この先生にこんなお話を聞いてみたい！」「雑誌の取材やインタビューってどういうものなのか体験してみたい！」という方は、お気軽に編集部までご連絡ください。

Mail: edit@doctor-ase.med.or.jp
WEB: http://www.med.or.jp/doctor-ase/

誌面へのご意見・ご感想もお待ちしております。
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まで！

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 2017年4月25日
Printing 能登印刷株式会社

協賛会社
株式会社ロッテ（P20-21）
ルートインジャパン株式会社（P38-39）

2 医師への軌跡
小林 弘幸先生（順天堂大学　総合診療科・病院管理学　教授）

[特集]

6 新たな専門医の仕組み　後編
8 先輩インタビュー
内科　伊藤 貴康先生（三重大学医学部附属病院　腎臓内科）
外科　寺田 百合子先生（日本赤十字医療センター　呼吸器外科）
小児科　西村 玲先生（鳥取大学医学部　小児科）
14 医師のキャリアを考える　～専門医とライフイベントに着目して～
18 まだまだ知りたい　専門医、どうなるの？part2

20 医科歯科連携がひらく、これからの「健康」③
医科と歯科が気軽に相談しあう関係へ

22 同世代のリアリティー　番外編
1型糖尿病　後編

24 地域医療ルポ　19
京都府京都市南区　大森医院　大森 浩二先生

26 チーム医療のパートナー　特別編
はり師・きゅう師

28 日本医師会より
医師会役員になるということ

30 医師の働き方を考える
いち外科医として、地域の医療人の支援者として、故郷のために貢献したい
～乳腺外科医　溝尾 妙子先生～

32 医学教育の展望
順天堂大学医学部　医学教育研究室　教授　武田 裕子先生

34 大学紹介
秋田大学／東京大学／横浜市立大学／川崎医科大学

38 日本医科学生総合体育大会（東医体／西医体）

40 グローバルに活躍する若手医師たち

42 FACE to FACE　14
守本 陽一×田邊 桃佳

 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©2017　Japan Medical Association All rights reserved.

新たな専門医の仕組み

後編

現在進行形で議論が重ねられている、新たな専門医の仕組み。
今回は、キャリアの観点も取り入れながら、最新情報をお伝えします。

2018年度のスタートに向けて

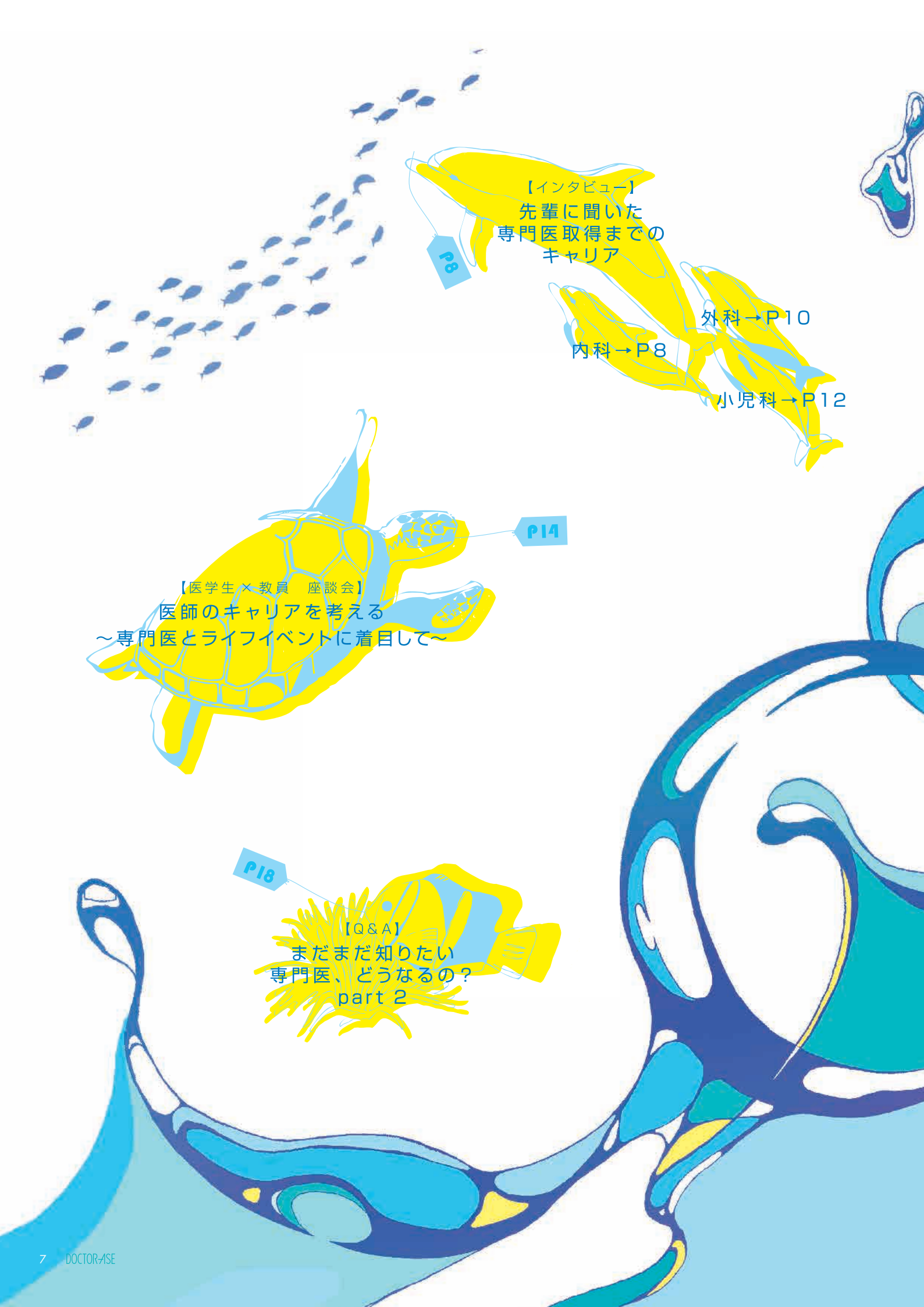
新たな専門医の仕組みは、当初予定より1年遅れの2018年度からスタートすることになりました。現在は、各基本領域の学会が「専門医制度新整備指針」に基づいて、それぞれの領域の専門研修プログラム整備基準やモデルプログラムを作成しています。今後、これらに基づいて研修プログラムの審査が行われ、2017年8月から専攻医の募集が開始される予定になっています（専門医機構の発表による）。

基本領域のうち総合診療領域のプログラムについては、2017年の3月末現在、まだ養成課程の詳細は決まっていません。総合診療に興味を持っている学生の皆さんは不安を感じるかもしれませんが、2018年度の開始に向けて、急ピッチで議論が行われています。日本専門医機構のホームページ等で発表される情報を、継続的にチェックしてください。

医療提供体制を担保しながら、同時に信頼に足る専門医養成のための新たな仕組みを作っていくのは、簡単なことではありません。まだ決まっていないこともありますが、日本専門医機構が中心となり、各学会や医師会、病院団体、自治体、そして現場の医師などの声も踏まえながら調整が進められています。医学生や研修医のみなさんの声も、このドクターゼ等を通じて、議論の場に出していく予定です。

＊＊＊

今号では、医師のキャリアにおける専門医の位置づけや、ライフイベントと専門研修の両立などについて、先輩医師の経験も紹介しながら情報提供していきます。


P8
【インタビュー】
先輩に聞いた
専門医取得までの
キャリア
外科→P10
内科→P8
小児科→P12
P14
【医学生×教員　座談会】
医師のキャリアを考える
～専門医とライフイベントに着目して～
P18
【Q&A】
まだまだ知りたい
専門医、どうなるの？
part 2

先輩インタビュー
内科

「次の専門医」を育てられる本物の専門医になりたい

専門医を取得した先輩に、これまでのキャリアのお話を伺いました。

伊藤 貴康

専門医に求められる能力

――先生は7年目に総合内科専門医を取得され、もうすぐ腎臓内科専門医を取得する予定だそうですね。総合内科専門医を取得しようとする医師には、どのような能力がどの程度求められているのでしょうか？

伊藤（以下、伊）：総合内科が扱う領域は幅広く、専門以外の分野も多く含まれます。自分の専門か否かに関わらず、コモンディジーズと呼ばれるような内科疾患は自力で診られること、これが専門医になるうえでの大前提だと思います。ずっと大学病院にいるならば、自分の専門領域だけ診ていればいいかもしれませんが、外の病院に出たらそうはいきませんからね。僕は去年まで半年ほど、へき地の病院で内科医として勤務していました。一般外来はもちろん、当直になれば24時間体制の救急外来にも一人で対応します。脳梗塞や肺炎、胆嚢炎などは退院まで自分一人で診ますし、外傷や小児も含めてすべて自分一人で初期対応しました。僕の専門の腎臓内科自体、幅広い領域にまたがる科でもあるので、ここで自分の診療の幅を広げられたことは非常に大きな経験でした。

――一通りのことが診られるようになっても、「これは自分では診られない」というケースが出てくることはありますか？

伊：当然そういうことはあります。総合内科専門医には、そのようなケースをきちんと見極め、専門の先生に適切に紹介できる能力も求められていると思います。専門医だからといって、なんでもわかるというわけではありませんからね。専門医というのは、あくまで「この人はこの科について最低限のことをやっていますよ」という担保だと考えています。名刺の肩書のようなものと言ってもいいかもしれませんね。

近い将来の「目標」を立てる

――専門医試験の対策はどのくらい行いましたか？

伊：僕の場合、あまり筆記試験の対策はしませんでした。仕事が忙しくて時間がとれ

伊藤 貴康先生
三重大学医学部附属病院　腎臓内科　助教
2007年　三重大学医学部卒業

なかったこともあって、国試の時の方がよっぽど勉強していたと思います。

臨床研修が大学だった僕は、6年目に市中病院から大学に戻り、翌年専門医を取ったのですが、当時は病棟の中で一番年次が下でした。入院患者はほとんどが自分の担当で、日付が変わるころにようやく全員の回診とカルテ記載が終わる。翌日も朝が早いから、そこから勉強するわけにもいきません。結果的に受かりましたが、試験には「落ちたら落ちたでまた来年」というつもりで臨みました。落ちても医師の仕事はできますから（笑）。

――机に向かって勉強しなくても、日常の診療の中で実力がついていくものですか？

伊：自分の専門領域の周辺は大丈夫ですが、普段診ない領域はやはり勉強しないと難しいです。逆に僕が腎臓分野の試験問題を見ても、「こんな問題、他科の先生にわかるのか？」と驚くものは多いですね。

――専門医を取る、というキャリアは若い頃から意識されていましたか？

伊：医学部を卒業するくらいの時期から、「専門医を最短で取得すること」と「学位を取ること」の二つを、自分の目標にしていました。医師として生きていくからには、誰の目にもわかる資格を最短期間で取ることが、対外的にも、自分の自信を深めるためにも大事だと思ったからです。ただ、当時は「早く一人前になりたい」という思いの方が強く、専門医を取ることの意味なんて、正直わかっていませんでしたけどね。「専門医とは何か」というイメージは、制度について調べたり、上級医の先生方のお話を聞いたりするなかで、徐々に自分の中で構築されていきました。

研修医や学生に伝えたいのは、「目標をしっかり決める」ということですね。5年先、10年先に自分がどうなっていたいかという長期的な目標をまず持つ。そこから、それを達成するために1年後・1か月後何をすべきか、という中期的・短期的な目標を立て、そこに向かって邁進することだと思います。そうしないと、ただ毎日漫然と過ごすだけで終わってしまいますから。

ジェネラルと専門性のバランス

――腎臓内科専門医を取得されたら、今後は内科全般を診るよりは、専門性を高めていくことがキャリアの中心になりますか？

伊：もちろん腎臓内科の専門性を磨いていくつもりではあります。ただ、医局が総合内科の病棟も含んでおり、僕はそこで若手を指導する立場なので、内科全般の知識もアップデートし続けられると思います。腎臓内科が扱う領域は幅広いですから、「腎臓だけ診ていればいいという意識ではだめだ」ということは、医局に入った時にもよく言われました。この考え方は、今の自分の姿勢にも色濃く影響していますね。僕は今、専門医として「専門領域以外も広く診ることが大事」と言いますが、腎臓内科専門医を取れば、極端な話、「これはうちの領域じゃないよ」と言うこともできてしまう。二つの立場にどう折り合いをつけるかという話になります。でも、僕の土台はあくまで「内科」であり、腎臓などの専門領域は、その上に2階建てのように乗っかっているという感覚なんです。腎臓内科専門医を取得してからも、内科の全ての領域を診るという考え方は、ずっと持ち続けるべきだと思っています。

専門医を育てられてこその専門医

――腎臓内科専門医を取得後、次の目標にはどのようなものを考えていますか？

伊：臨床研究をしっかりやることと、あとは人材育成に力を入れていきたいと思っています。僕の中には、「次の専門医を育てられてこそ、本物の専門医だ」という意識があるので。それに、他者を指導することは、講義を受けたり読書したりという受け身の行動よりもずっと、自分自身を伸ばす近道なんです。

僕は学生時代、「良い医療者を目指す学生研究会」という部活の初代部長を務めていました。単なる試験対策ではなく、「基礎医学を押さえたうえでの臨床問題の解決」と、「社会的な勉強」の二つを軸に、部の基礎を築いたんです。部長である間も、引退してからも、下級生にずっと講義していましたね。この経験は大きな転換点になりました。

医師になってからの転換点は、8年目に初めて後輩が入ってきた時です。今までは、自分一人でがむしゃらにやっていればよかった。でも後輩ができると、自分でやった方が早い仕事でもずっと見守って、後輩が帰った後に穴埋めをしなければならない。当時はジレンマを抱えましたが、これをやらないと後輩の成長はないんですよね。

専門医を取る時点で求められるのは、最低限患者さんが困らないように対応できる力です。そして、専門医になった後は、次の専門医を育てる役割を担っていく。これができて初めて、真の専門医と言えるのではないかと僕は思います。

先輩インタビュー
外科

専門医を取得した先輩に、これまでのキャリアのお話を伺いました。

外科専門医を取るまでは休まずに続けようと思っていました

寺田 百合子

呼吸器外科の魅力

――先生は、6年目になった今年度、外科専門医の資格を取得され、現在は呼吸器外科で働いているそうですね。いつごろから呼吸器外科を志していたのですか？

寺田（以下、寺）：医学生の頃からですね。子どもの頃から医師になりたくて、漠然と外科をイメージしていたのですが、医学部にいる間に、呼吸器外科を志すようになりました。左右の臓器が解剖学的に異なっていたり、様々な種類のがんの症例が見受けられたり、移植医療が盛んだったりと、多様な経験ができるところが、呼吸器外科の魅力だと感じています。

――外科の中では、比較的女性が働きやすい科だとも聞きます。

寺：そうですね。呼吸器外科の手術は、胸腔鏡手術がメインです。また、緊急性の高い手術はあまり多くありませんし、手術時間もそれほど長くないので、体力的に、女性にも働きやすい診療科なのかな、と思います。

外科専門医になるまで

――外科専門医の資格を取るまで、どのようなキャリアを経たのか教えてください。

寺：私は、卒業時点で外科という進路を意識していたので、外科系プログラムがあり、外科に強い当院を臨床研修病院に選びました。研修医時代は、専門医取得のための症例数を少しでも稼ごうと、2か月おきに全ての外科をローテーションしました。上級医の先生も非常に理解があり、私が外科志望だと知ると積極的に手術に入らせてくださいました。

――2年目くらいだと、どのような症例を経験できるものなのですか？

寺：結腸切除術や肺葉切除術については、2年目の最後にはメインの術者を担当させていただきました。ずっと助手でいると、モチベーションの維持が難しい部分もあると思うので、術者をさせてもらえたことは非常にありがたかったですね。

――3年目からは医局に入られたんですね。

↖

導したりすることもできるようになるのかなと考えています。

――つまり、外科専門医は、さらに専門である呼吸器外科や他の外科の専門医資格、いわゆるサブスペシャルティを取るまでに、その前提として通っておくべきところというような認識なのでしょうか。

寺：そうですね。むしろここからが大変で、要求される水準もかなり高くなります。呼吸器外科専門の手術の症例を、開胸・胸腔鏡・全摘出・部分切除…などの細分化された分類ごとに、決められた件数ずつ経験しなければならないですし、論文も3本以上は書かなければなりません。大変ですが、最短なら8年目で取れるので、今はそこを目標に日々修練しています。何も目指すものがないと気が緩んでしまうこともあると思うので、呼吸器外科医としての自覚をしっかり持って診療にあたるためにも、サブスペシャルティを身に付けたいと考えています。

通過点のひとつとして

ランクができてしまうと、どうしても知識が頭から抜けてしまいます。そのため、外科専門医を取るまでは何とか頑張りたいと思い、留学のお話も断って診療にあたってきました。私はまだ結婚はしていませんが、もしそうした機会があるとしたら、これから呼吸器外科専門医を目指すまでの期間なら、ブランクがあっても取り返しがつくのかな、と感じています。

――最短で専門医資格を取りたいと考える場合には、先生のように、臨床研修の時点で目指す診療科が決まっている方が有利なのでしょうか？

寺：そうかもしれません。臨床研修の時点から外科のコースを選ぶことで、関連の学会に行ったり、発表したりすることができたのは、3年目からの診療にとても役立ったと思います。ただ、3年目からのスタートであっても、もちろん遅くはないと思いますよ。今から私が他の診療科に転向することだって可能だと思うぐらいです。医師人生、長いですからね。

――医学生にメッセージをお願いします。

寺田 百合子先生

日本赤十字社医療センター　呼吸器外科
2011年　金沢大学医学部卒業

寺：はい。研修先に残ることも考えましたが、医局に入って様々な環境を経験した方が、自分の視野が広がるかなと考えました。実際、大学病院にいる期間は、珍しい症例を診られたり、様々な先輩医師の手術を見せていただけて、非常にためになったと感じています。一方、3年目の秋から2年間赴任した病院では、ほとんどずっと消化器外科の症例を診ていました。

――将来的に呼吸器外科を目指す場合でも、消化器外科の経験は役に立つものですか？

寺：そうですね、消化器であっても手術の基本技術は共通しているので、経験を積み重ねることは後々のためになると思います。また当直の際など、外科当直の担当として虫垂炎や腸穿孔などの緊急手術に入らなければならないこともありますから、幅広く知識や技術を持っておくことは良いことだと思います。もちろん専門医試験を受ける際にも、消化器外科で得た知識はとても役立ちました。

高まる要求水準

――外科専門医の資格を取ってみて、何か変化はありましたか？

寺：専門医資格を持っていること自体は、何でもないと思うんです。当直の時に緊急かどうかを判断するぐらいのことはできますが、それ以上何ができるというわけでもないですし。一人前の外科医としては、まだまだだと感じています。この後、呼吸器外科専門医の資格を取るレベルまで行けば、かなり多くのことができるようになって、一人でも科を回せたり、後輩を指

――特に女性の先生だと、専門医資格をとる時期とライフイベントが重なる場合が多いのではないかと思います。いつ結婚や出産をしたらいいのか…と悩む女子医学生も少なくないのですが、先生はどのようにお考えですか？

寺：私は、外科専門医を取得するまでは、できるだけキャリアのブランクは作りたくないと考えていました。というのも、外科専門医の資格を取るためには、消化器外科、心臓血管外科、乳腺外科など、本当に幅広い知識や技術が求められるからです。ブ

寺：学生の時は、私も数年後のことを考えて、気にしたり焦ったりしていましたが、いざ医師になってみると、何とでもなると思えてきますよ。医師国家試験を受けることも、専門医試験を受けることも、医師のキャリアの中の通過点ですから。私はこれから医局の人事で様々な病院で勤務しながら、呼吸器外科専門医を目指し、大学院で研究もし、さらにはその上も目指していくことになると思いますが、そういう大まかなビジョンさえあれば、マイペースに働いていけると思いますよ。

先輩インタビュー
小児科

専門医を取得した先輩に、これまでのキャリアのお話を伺いました。

専門医は、日常診療の積み重ねの延長線上にあるものだと思います

西村 玲

小児科専門医を取得するまで

――先生は、現在の臨床研修制度が始まる前の世代ですが、専門医を取るまでのキャリアはどのようなものでしたか。

西村（以下、西）：私は鳥取大を出て、そのまま小児科に入局しました。最初は大学の小児科病棟で、様々な分野を回りながら経験を積むのですが、私は2年目に結婚して出産したので、数か月のブランクがありました。

――今で言うと、研修医のうちに結婚・出産をされたという感じですね。

西：そうですね。同期もみんな頑張っているなかで、自分がいったん休むのには焦りもあって、産後2か月で復帰しました。幸い、私も夫も地元の出身で、それぞれの親に頼ることができたのは助かりました。

次の年、つまり3年目には市中病院に出ることになり、小児科医が上司と私しかいないという環境に移りました。重症患者さんが多い所ではありませんでしたが、当直は常に私、というような状況でした。4年目から勤務した米子医療センターは、医師数も症例も充実していて、ここで臨床医としてずっと働いても良いなと思ったりもしたのですが、大学で専門の勉強を深めることも必要ということで、第2子を妊娠した頃に大学に戻ったんです。

――先生は、卒後6年目に日本小児科学会の専門医を取得されていますね。

西：はい。小児科専門医の取得には、5年の臨床経験が必要なので、周囲の医師もその頃に取得していたと思います。小児科に入局後、自然と目標になるのが小児科専門医という感じでしたね。専門医を取得したのは、米子医療センターで働いていた2007年のことでした。小児科専門医の必須症例には、先天性疾患や代謝異常等の難しい病気も入っているので、大学病院等の大規模な病院で勤務する期間も必要です。私の場合は大学で1年強働き、その後市中病院で勤務し、必要な症例を揃えることができました。

――一般的には、小児科専門医の取得のために必要な症例数は、どうやって経験↖

先天性疾患や代謝異常等の難しい病気も必須症例に入っているので、大学病院での勤務は必要になると思います。私の場合、大学病院と関連病院、市中病院と、1年ごとぐらいのペースで異動がありました。

専門分野を選ぶ

――先生は最近、内分泌学会の小児内分泌専門医も取得されたとのことですが、小児科の中でのサブスペシャルティは、どのタイミングで、どのように決めたのでしょうか。

西：私の場合は、何かを専門で極めたいというよりは、必要とされる分野で患者さんの役に立ちたい、という思いでしたので、専門分野に関しては、勧められた分野を選んだという形です。結果的には、内分泌は長期入院になるような重症例が多くはないので、子育てをしながら大学での診療を続けるには良かったと思っています。

周囲を見ていると、最初から「自分はがんをやりたい、循環器をやりたい…」など、専門にしたい領域を決めている人もいますいと思っています。難しい病気でもコモンディジーズでも関係なく、患者さんや家族に「先生が担当で良かったです」と言ってもらえるような医師でありたいです。担当する患者さんや家族の求めがあったら、できるだけ自分でそれに応えたいんです。

――そのためには、周囲のサポートは重要になりますよね。

西：3人目を産んだ時には9か月ほど休みをいただいたのですが、私は仕事をしていないとダラダラ過ごしてしまうんです。家事も育児も自分中心で支えるのは大変でもありますが、仕事で必要としていただいている以上は、責務を果たしたいと思っています。しかし、結局どちらも中途半端になってしまい、もどかしく思うこともあります。夫の仕事が多忙なので、もう少し子育てのサポートを得られたらいいなと思うことが多々あります。

――先生は現在、卒後臨床研修センターで研修医の担当もされているそうですが、学生や研修医から、働き方やライフイベントの時期に関する相談をされた時には、どん

することになるのでしょうか。

西：専門医を取得するためには、その分野について広く診断から治療までできるところまでが求められるため、ある程度幅広い症例を診る必要があります。鳥取大学の場合だと、2年間の臨床研修を経て入局したら、まずは入院患者さんの受け持ちをして、診断・診察・検査・治療を指導医と一緒に行います。後期研修医になると、色々な医師と組んで、さらに幅広い症例を診ることになります。

が、実際の診療をやっていくうちに、興味がある分野が見えてくるという人も少なくない印象です。どちらにせよ市中病院では様々な分野の疾患を診ることになりますし、当直などで急性期を診ることもあるので、特に感染症や呼吸器疾患などは専門分野を問わず押さえておかないといけません。

——海外の学会で小児内分泌分野の発表もされていると伺いました。

西：教授が「海外で経験を積んだほうがいい」という方針で、私も2回ほどアメリカの内分泌学会で発表する機会を頂き、先天性の小児疾患の症例を報告しました。私は臨床志向で学位も取っていないのですが、研究を熱心にされている先輩が遺伝子や機能の解析を手伝ってくださり、教授にもご指導いただいたことで、貴重な経験ができました。

ずっと診療を続けていきたい

——3人目のお子さんは2012年生まれとのことで、子育てから手が離れるまでまだ時間がかかりそうですが、これからどのように働いていきたいか、長期的なビジョンはありますか？

西：とにかく、ずっと診療は続けていきたな風に答えられていますか？

西：学生や研修医に「いつ結婚したらいいですか」というような質問をされることはあります。けれど私自身も、学生の頃に考えていたような時期に結婚・出産をしたわけでもありません。あまり考えすぎなくて良いのではないか、というのが正直なところです。

新たな専門医の仕組みだと、6か月以上休むと最短の3年での専門医取得ができなくなるんですよね。だから、特に女子学生・研修医は、結婚や出産のタイミングが気になっているのだと思います。けれど個人的には、最短で専門医を取得することに、あまりこだわる必要はないんじゃないかなと思います。もしその間にライフイベントがあったのだったら、そのときに必要なだけ休んでしかるべき時に再開すればいいと思いますよ。

これは私の経験に基づくことですが、専門医を取得する前と後とで、何かが大きく変わるわけではありません。専門医の取得は、日常診療の積み重ねの延長線上にあるものだと思っています。学生の皆さんには、専門医は、そこを目指して何か特別に頑張らないといけないようなものではないですよ、とお伝えしたいですね。

西村 玲先生
鳥取大学医学部　小児科　助教
2002年　鳥取大学医学部卒業

ここまで2号にわたり、新たな専門医の仕組みの制度面、そして専門医を取得した先生方のキャリアを紹介してきました。新たな専門医の仕組みは、「各専門領域において、国民に標準的で適切な診断・治療を提供できる医師」であることを最低限担保するものであり、医師のキャリアにおける一つのマイルストーンであることを理解していただけたかと思います。

一方で、専門医資格を取得する時期は、多くの医師、特に女性医師にとって、結婚・出産・育児などのライフイベントが重なる時期でもあります。このことを踏まえたうえで、医師のキャリアやワーク・ライフ・バランスについて様々な活動を行っている、秋田大学の蓮沼直子先生と東京女子医科大学の立石実先生をお招きし、医学生4人との座談会を開催しました。今後のキャリアにおいて不安に思うことや、研修プログラムに求めることなどを率直に語り合いました。

サブスペシャルティを取るのが大変!?

――まずは学生の皆さんから、新たな専門医の仕組みについて不安に思うことを挙げていただきましょう。

岩間（以下、岩）：私は、以前女性教授のお話を伺った時の「出産・育児を経てもキャリアを重ねていくためには、サブスペシャルティを持ったほうが良いよ」という言葉が印象に残っています。確かに専門性を身につけている方が復帰に有利だと思うのですが、新たな専門医の仕組みでは、サブスペシャルティの専門医資格を取得するのには今までよりも年月がかかると聞いています。結婚や出産のことも考えると、やはりサブスペシャルティの取得は大変になるのではないでしょうか？

蓮沼（以下、蓮）：確かに、基本領域の専門医を取ってからサブスペシャルティを取得という順になるので、資格を取るのに時間がかかる領域もあるかもしれません。ただ、新たな専門医の仕組みで言うところのサブスペシャルティは、内科の中の循環器分野といった、かなり大きな分野を指しています。おそらく、その先生が意図されていたのは「得意分野」の話だと思います。例えば、私は皮膚科医ですが、たまたま患者さんに巻き爪の患者さんが多かったので、色々と勉強して巻き爪に詳しくなりました。そうしたら、巻き爪の患者さんが私の所にたくさん紹介されてくるようになって、最終的には専門外来を開くまでになりました。私にとっての「巻き爪」のような、他の人にない強みを持っていれば、働き方に制約があったとしても、必要とされる人材になることはできると思うのです。

立石（以下、立）：自分の得意分野を持つことができれば、自信を持つことができますし、キャリアアップにもつながります。これからは男女問わず、最低限の能力は専門医資格で担保したうえで、さらに何か自分なりの得意分野を見つけていくことになるのかもしれません。

蓮：そう思います。得意分野やコミュニケーション能力など、医師として何をどう積み増していくかが問われるようになってくるでしょう。最初から興味がある分野があれば自分なりに勉強していってもいいと思いますし、私のように経験を積むなかで思わぬ出会いがある場合もあるでしょう。得意分野は複数あってもいいと思います。私もフットケアや漢方など、今も勉強を続けています。色んなことに前向きに取り組んでほしいですね。

リアを考える
イベントに着目して～

医学生×教員
座談会

医師のキャ
～専門医とライフ

出産・育児のタイミング、いつがいい？

――新たな専門医の仕組みでは、出産・育児・介護・自身の病気等の理由で研修を中断しても、中断期間が6か月までなら、症例数が揃えば最低年限で修了できます。特に学生さんの関心の高い出産・育児とキャリアの両立について、皆さんはどう考えていますか？

岩：私は出産後も仕事を続けたいと思っていますが、やはり出産前と同様に働くのは難しいのではないかと思っています。産休・育休はブランクにもなりますし、どこで休みを取るのがベストなのか迷っています。

蓮：出産や育児のタイミングは、学生時代、臨床研修の途中、専門医を取ってから…など人それぞれですが、どのタイミングにも良い面と悪い面があります。生物学的には若いうちに出産する方が良いとされていますが、卒後すぐに出産すると「親」と「医師」という二つの役割を同時にスタートすることになり、負担は大きくなります。逆に、医師としてキャリアを積んでからであれば、仕事には慣れていて両立しやすいかもしれませんが、年齢とともに周産期のリスクは増しますし、体力も落ちてくるでしょう。

立：ほかにも、若いうちに産むと自分の親も現役で子どもを見ている暇がないけれど、歳を取ってからだと親が引退していて、孫かわいさに親身に面倒を見てくれる…なんてこともありますしね。明確にこれがベストというタイミングはないですよね。

蓮：何年目で結婚する、何年目で子どもを産む…などと具体的な計画を立てる人もいますが、実際に計画通りになることはあまりないでしょう。ただ、色々な方の話を聞いていると、結果的に「自分のタイミングでよかった」とおっしゃる方が多いです。それぞれのタイミングでパートナーを見つけ、子どもを授かって、その後のあり方を柔軟に変化させているんだと思います。

――新たな専門医の仕組みも、ライフイベントが起きるタイミングによって、キャリア形成が行き詰まることがないように配慮されています。

山田（以下、山）：私は、中断期間があったら、その分だけ専門医の取得が遅くなると思っていました。そういう情報が、わかりやすく学生にも伝わると不安感も軽減されますね。

仕事にも子育てにも全力を注ぎたいけれど…

山：私は、最近は結婚や出産のことも気になるようになってきました。もちろん出産後も仕事を続けたいのですが、育児が疎かになってしまうのではないかと不安です。というのも、私の母は「仕事の代わりはいるけど、親の代わりはいないから」と、それまで続けていた仕事をセーブしたそうなのです。私はそうやって育ててもらったのに、「自分自身は子どもより仕事を取るのか」と考えると、罪悪感を覚えることがあります。

蓮：そう言う学生さんは多いですね。人は無意識に、自分の親のあり方をロールモデルにしてしまうところがあります。親御さんの働き方によっても印象が違うかもしれません。

岩：私は両親がずっと働いていて、母は私を産んだ時の2か月くらいしか休んでいません。そんな母が、子育ては手伝うからとにかく仕事は続けなさいと言ってくれるので、あまり不安に思ったことがないんです。

むしろ、「子どもが小さいうちから保育園等に預けて、奥さんも働く」ということに対して、男性が不安を持っているのかなと思うことがあります。実際に多くの先輩方が、様々なサポートを受けながら働き続けているのに、それが可能だということがなかなか伝わらないことが問題なのかもしれないですね。

秋山：僕の周囲では、まだ低学年だからかもしれませんが、男性が女性に対して出産・育児とキャリアの両立に関する話をするのはタブーという雰囲気があります。でも、真剣に考えようとしている男性も実は多いんです。僕は、女性ばかりがライフイベントにキャリアを左右されるのはおかしいと思っているので、人生の重大な場面での決断はパートナーと一緒にできるようになりたい。そのためには、「女性医師の先輩の話を聴く」ような機会に、男性も積極的に参加することが大事なのではないかと思います。

立：確かにその通りですね。男子学生の皆さんにも、ぜひキャリアやワーク・ライフ・バランスの体験談を聴く会に参加してほしいです。

蓮：ちなみに女性医師支援の会合では、「医学部生には専業主婦のお母さんに育てられた人が多いため、『医師として働いていることによって、自分が親からしてもらったことを、自分の子どもにはしてあげられない』と悩む人が少なくないのでは」という話も出ます。

立：医師としても100点、母としても100点を求めていると、正解が見つからないと感じてしまうでしょう。たとえ医師として60点、母として60点であっても、合計120点のことができているのに「自分はダメだ」と悲観的になってしまうのでしょうね。

――どんな働き方であっても、医師として100点を取るのは難しいですし、専業主婦だから母として100点になるわけでもありません。子育てに満点なんてないですしね。

岩：私なんて、0歳の時から保育園や祖母に育てられてきましたけど、一応ちゃんと育ってこられたのかな、とは思います。

立：立派に育ってますよ（笑）。

蓮：そうです。立石先生も子育てをしながら心臓外科医としても活躍しているし、私なんて一度は専業主婦になってブランクがあるけれど、その経験を踏まえて今ここに立っている。どの選択肢を選んだって、ちゃんと正解なんだと伝えたいですね。

龍田（以下、龍）：そう言っていただけると、本当に勇気づけられます。私は、ブランクを作るのも怖いけれど、ブランクを作らないようにするためだけに「働き方の融通が利く」と言われる診療科を選ぶのも気が進まないんです。ちゃんと仕事もしたい、研究もしたい、専門医も取りたい、家庭も欲しい、と言うのはわがままなのかなと思って気後れしてしまうこともあります。

蓮：いや、わがままを言っていいんです。もちろん、全部が思い通りにはなるとは限りませんが、実際に子育てしながら心臓外科医をやっている先生がここにいるように、頑張っていれば、意外となんとかなると思うんですよ。そういう「なんとかうまくやっている先輩」の姿を、一人でも多く見ておいてほしいと私は思います。たくさんのパターンを見ると、多様なあり方の可能性を感じ、きっと楽になるはずです。

医師たるもの、仕事を優先すべき？

龍：私は最近、医師は仕事が第一、その次に家庭という優先順位で生きていくのが当たり前だ、という価値観に違和感を覚えています。医師のワーク・ライフ・バランスについても、出産・育児・介護と仕事の両立の話題はあっても、趣味活動との両立の話を聞くことはほとんどありません。私は軽音楽のサークルに所属していて、働き始めてからも続けていきたい思っているのですが、育児のことなら理解を得られても、趣味活動の用事で早めに帰りますとか、休みをくださいとは言いにくい雰囲気だと感じるのです。

もちろん、私は良い医師になりたいし、そのための努力はしたいと思っています。「医師として最低限のことだけできれば良い」と割り切っているわけでは、決してありません。けれど、医師として成長するために、使える時間を全て注ぎ込めと言われるのは違う気がしてしまいます。

蓮：最近は、「ワーク・ライフ・バランス」という言葉から、徐々に「ワーク・ライフ・シナジー」という言葉にシフトしてきているようです。これは、仕事と生活が両方うまくいって、良い影響を及ぼし合うようなサイクルにしようという考え方のことで、ここで言う生活には子育てだけでなく、趣味や友達と過ごす時間も当然含まれます。これから管理職になっていく私たちぐらいの世代には、そうした価値観の多様性について肯定的にとらえようという機運もあると思います。

立：いまだに「24時間ずっと病院にいて、修練するべき」とおっしゃる先生も少なくはないですが、これからは自分たちの価値観だけでは通用しないということに、徐々に気付き始めていると私も感じています。ただ、そういう先生方は、どのように変わっていけば良いのかわからず、戸惑っているようです。私たちくらいの世代が、うまく間をつないでいければ良いのでしょうね。

蓮：医学生の皆さんは、古い考え方における「良い医師」像に縛られることなく、自分たちがどう生きていきたいのか、そのためにどんなシステムが必要なのかを考えて、発信していくことも大事なんじゃないかと思います。私たちも、それを支援していければ嬉しいですね。

本当に「良い医師」になるには どうしたらいい？

龍：ここまでの話を聞いてきて、新たな専門医の仕組みが始まることで、「専門医資

【写真上段左より】

蓮沼 直子先生
（秋田大学医学部 総合地域医療推進学講座 准教授／皮膚科専門医）

立石 実先生
（東京女子医科大学 心臓血管外科 助教／循環器専門医・心臓血管外科専門医）

【写真下段左より】

秋山 睦貴（東京大学理科三類　2年）

山田 麻綾（東京慈恵会医科大学医学部　5年）

岩間 優（東京医科大学医学科　5年）

龍田 ももこ（東京大学医学部　5年）

※学年は掲載時点

格の取得に必要なことはしっかりやって、ほかは自分の裁量で構わない」と考えられるようになれば、少し気持ちが楽になるかもしれないと思いました。

立：とはいえ、経験を積んだ医師から見ると、専門医資格を持っていたとしても「このくらいはやっていないと医師として信頼できないよね」というラインがあるのも事実です。多様な働き方を認めたうえでも、信頼できる医師としてしっかりやってほしいという思いはあります。

蓮：臨床能力の高い医師になりたいなら、専門医資格の要件以上のことも、たくさん経験しないといけないと思います。どんなに教科書で勉強しても追いつけないことがあるのは、ブランクを経験した私も強く実感しました。

――先生方のおっしゃることを聞いていると、新たな専門医の仕組みによってひとつのラインが示されたところで、「良い医師になるためには昼夜問わず研鑽を積むべき」という風潮は、これまでと変わらないような印象を受けてしまいます。そうした考えが根深く存在するのであれば、定時で帰る医師や、時短で働く医師が自信を失ったり、疎外感を味わったりする状況は変わらないのではないでしょうか。

山：私もそう感じます。男女関係なく、医師として責任を持ってしっかり働きたいという気持ちはみんな持っていると思うんです。だから、もし専門医がひとつのラインだというなら、それ以上の経験を積むうえでも、男女が等しく活躍できるような制度を整えてほしいです。私も、生活を大事にしたい気持ちは持っていますが、決して向上心がないわけではないし、仕事は仕事と割り切っているわけでもありません。

立：もっと研鑽して技術や診療能力を高めようと思えば、やれることが際限なくあるのは事実です。でも、寝る間もない、家にも帰れないという状況では破綻してしまいますから、働き方を変えなければならないこともまた事実です。専門医資格で担保するのは、患者さんに対して適切な医療を提供するうえでの最低限ですから、働き方の改革とは別の文脈で捉える必要があると思います。

蓮：専門医資格にしてもサブスペシャルティにしても、最短ルートで資格を取った医師が良い医師というものではありません。「良い医師になる」という強い思いがあるのであれば、回り道をした経験も後々活かすことができるはずです。医師人生は長いのですから、無理なく仕事を続け、時間をかけて資格を取ったっていい。様々なライフイベントがある人生を、どのように働いていくか考えることは、医師としてどう社会に貢献したいかを考えることにもつながります。みんなが、働き方に対する自分の価値観をしっかり持ち、その多様性を認め合えるような世の中にしていきたいなと私は考えています。

まだまだ知りたい 専門医、どうなるの？

part2

前号に引き続き、新たな専門医の仕組みに関する、医学生の様々な疑問・質問を、日本医師会常任理事で、日本専門医機構理事の羽鳥裕先生にぶつけてみました。

基本領域の専門医資格を取らないとサブスペシャルティは取れないのですか？

これまで、例えば内科領域では、臨床研修修了後に内科認定医を取得した後に、「循環器専門医」などの臓器別の専門医資格を取る人が多かったといえるでしょう。しかし循環器専門医であっても、中小規模の病院では「内科」の医師として、呼吸器や消化器の患者さんも診ることになります。また、「内科当直」という形で夜間に内科全般を診る機会もあるでしょう。そんなときに「専門外だからわかりません」という医師ばかりでは困ります。

そこで、内科全般に関して、初療対応が可能か、臓器別の専門医につなぐ必要があるか、などを判断する基本的な診療能力を身につけるために、基本領域を修めたのちにサブスペシャルティに取り組む、という仕組みになっているのです。

専門医の仕組みにおける「標準的な診療能力」はどの程度のレベルですか？

教科書で学ぶとき、臨床研修において指導医のもとで診るとき、専攻医となって担当医として診るときで、考えなければならない範囲・深さが全く異なります。

医師は、同じような疾患に出会い、同じような仕事を繰り返しながら、そこでいかに学んでいけるかが大事なのではないでしょうか。専門医資格を取る際にも、制度としては「症例数」をカウントしますが、医師としての成長を考えればその「内容」が重要なのです。一つひとつの症例に向き合うなかで、ちょっとした異常が気になって論文をいくつも読んで調べたこと、様々な先輩医師に質問したこと――それらの蓄積が、その医師の診療能力を下支えすることになります。そういう不断の努力は、経験症例数や筆記試験で測れるものではないでしょう。

医師である以上、自分の時間を削って勉強しなければならないのでしょうか？

医師一人ひとりの、勉強や医学の修練に対する思いや姿勢に差があるのは当然のことです。決められた勤務時間の中でも集中して診療にあたり、必要なことを調べることは可能ですから、定時を過ぎたら仕事のことは考えない、という働き方もあって良いでしょう。少なくとも専門医資格に関しては、決められた時間の仕事にきちん様々な分野の症例を一通りは診ておきたい」という気持ちを持って、専門研修に取り組んでいただければ嬉しいですね。

臨床研修医として経験した症例は専門医資格取得の際にカウントできますか？

臨床研修指定病院で、上級医の指導のもとで経験した症例については各領域学会の判断で、専門医取得の際にもカウントできることになっています。臨床研修の自由選択期間に、専門医取得を見据えて関連する診療科を重点的にローテートする方も多いと聞いています。

専門研修プログラムを進路変更や妊娠・出産等で、年度途中から開始することはできますか？

妊娠や出産などで専門研修プログラムを4月から開始できない場合や、一度入ったプログラムを年度途中で辞めて別のプロ

皆さんの声、待ってます

現役医学生の率直な意見を専門医機構に届けることは、私たちの責務です。皆さんが新たな専門医の仕組みに何を求めるのか、どのような不安を感じているのか、ぜひ教えてください。

ご意見はフォームよりお願いします。
「ドクタラーゼ　問い合わせ」で検索、
もしくは右の QR コードよりアクセス！

羽鳥 裕先生
日本医師会　常任理事
日本専門医機構　理事

結局のところいつになったら一人前の医師になれるんですか？

実際のところ、学会によって異なるイメージを持っているようです。例えば総合診療分野では、「最低限の診療がきちんとできれば専門医と言って良い」という意見もありますが、外科系の先生の中には、「外科を目指す医師のうち3分の1くらいが専門医と名乗るべきだという意見の方もいます。

領域によって「専門医」のレベルが異なることは、国民の皆さんや、これから修練を積む学生や研修医の皆さんの混乱を招くことになりますが、領域によって認識が異なるのも事実です。実際に医療を提供し、医師を育成しながら仕組みを作っていかなければならないので、試行錯誤しながらより良いあり方を考えていくしかありません。できる限り皆さんの不安・不信を減らすべく、このような形で議論の過程をオープンにしていくことも重要だと思っています。

難しい質問ですが、医師という職業に「あがり」はありません。医学部で学ぶ疾患と、臨床研修で学ぶ疾患、そして専門研修で学ぶ疾患が大きく異なるわけではありませんが、その「深さ」には大きな差があります。同じ疾患であっても、学部生が

専門医資格は優れた医師であることを証明するわけではないのですか？

と取り組んでいれば取得できるのではないかと思います。

ただ、専門医資格は医師個人に与えられるものであり、その取得は自己研鑽の一環です。専攻医はプログラムを提供する医療機関で「仕事」として勤務するわけですが、そこで勉強して診療能力を身につけるのは自分自身のためです。ですから、論文作成などの学術活動、専門医試験のための勉強、担当患者について気になったことを調べるといった活動は、基本的に自分の時間を使って行うことになるでしょう。

はい。専門医資格は、医師に優劣をつけるものではありません。資格を持っていなくても、高いレベルの知識・技術を持つ医師はたくさんいます。TOEICや英検を受けたこともないけれど英語が堪能な人がいるように、専門医資格は医師としての資質向上の手段の一つであって、持っていなければならないものではないのです。

既に様々な所でも言われていますが、専門医資格は研鑽を積む過程で取得しうるものという認識で良いのではないかと思います。「内科専門医を取るために、関心のない分野の症例も診ておかなければならない」というよりは、「内科医になる以上は、

専門研修プログラムの内容や指導体制の審査はきちんとされるのでしょうか？

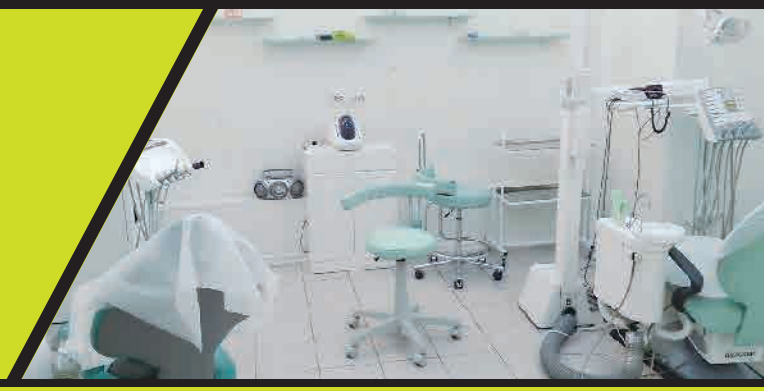
グラムに入りたい、といったケースもあると思います。そのような場合について、日本専門医機構の「専門医制度新設備指針」において、出産などの特定の理由がある場合の対応が示されています。少なくとも、次の年度まで待ちなさい、ということはないように対応することになるでしょう。

専攻医の先生方が、きちんとした指導を受けて研修ができるように、また不当な扱いを受けることがないよう、指導体制や診療体制を中心に、各基本領域の学会と日本専門医機構が審査することになっています。このプログラムでは勉強にならない、十分な経験を積めないのではないか、といった疑義も実際にあり、形だけの審査ではなく、プログラムによっては認可されないケースも出てくると思います。

また、医学生・研修医や専攻医からの様々な声を受け付けて、プログラムのあり方に反映させていく仕組みも必要だと考えています。動きながら体制を整えていく形にはなりますが、皆さんからの声を仕組みに反映させていくよう努力していますので、是非これからも様々な意見をお寄せください。

医科と歯科が気軽に相談しあう関係へ

仙台市における地域の医科歯科連携



歯科診療所は全国に約6万8000施設*があり、地域住民の健康を支えていますが、歯科医師と医師が地域で連携する場面はまだ多くはありません。しかし口腔ケアや摂食機能の維持など、特に高齢者のケアにおいて医科と歯科が連携する必要性は高まっています。今回は、仙台で診療を行っている医師の小野寺謙吾先生と歯科医師の吉中晋先生に、地域での医科歯科連携についてお話を伺います。

口腔内のことなら何でも相談してほしい

――小野寺先生は、主に訪問診療をされているとのことですが、実際にどんなケースで歯科と連携されているのでしょうか。

小野寺（以下、小）：口から食べられないなど摂食機能の問題や、歯がグラグラしている、口の中が荒れている、といった口腔内の問題があるケースでは、できるだけ歯科の先生に関わっていただきます。

吉中先生と連携したケースですが、高齢の女性患者さんで、もともとは別の病に根付いた「かかりつけ医」の重要性が注目されていますが、歯科でも同様に「歯」の治療だけではなく、その人の地域での「生活全体」を診る視点を持ち、かかりつけの歯科医師として診療活動を行っている歯科医師もいるのです。

医科歯科連携を進めるために

――「食べる」という行為には様々な専門職が関わります。そのなかで、どこまでが歯科医師の専門領域なのかがわからないことも、医科と歯科の連携を難しくしているように感じられるのですが。

吉：個々の歯科医師によっても専門性に違いがありますから、まずは声をかけていただければ、協働するなかで役割分担も見つかっていくと思います。医科と歯科の境目はどこか、などと考えるのではなく、例えば患者さんが口から食べるためにはどうしたらいいか、一緒に考えていくことが重要なのではないでしょうか。口腔内に異常があれば咀嚼はできませんし、胸郭の動きがおっしゃるような、密な「顔の見える関係」は、実際に連携して地域の患者さんに関わる際に絶対に欠かせないものですが、SNSで普段から気軽なつながりを作っておくことも有効だと感じています。

――医科歯科連携を医学生が学ぶためには、どうすれば良いでしょうか。

吉：まず歯科医療を見て、知ってほしいですね。医科と歯科の連携のために見学したいということであれば、きっと多くの歯科医師が協力してくれると思います。

小：医科と歯科の連携に限らず、多職種連携を学ぶときには、連携の現場を体験するとわかりやすいのではないかと思います。例えば、造影剤を使って嚥下機能を評価しているところを実際に見ると、誤嚥して食べ物が気管に入る瞬間がわかるのです。それを見れば、なんとかして誤嚥を防ぎ、ちゃんと食べられるように支援したい、という実感が湧いてくるのではないでしょうか。そんなときに、歯科の先生方は、私たちのアプローチとは異なる方策を持っていますから、協力しない手はないと思うのです。

今回お話を伺った先生

吉中 晋先生
吉中歯科医院

小野寺 謙吾先生
アイ往診クリニック

* 厚生労働省「平成27年（2015）医療施設（動態）調査」による

院に外来で通院していた方がいらっしゃいました。体力が落ちて通院が難しくなり、私が訪問診療の形で引き継ぐことになったのですが、詳しく伺うと、数か月で体重が10キロほど落ちてしまったそうなのです。きちんと食事をとれていない可能性があるので、吉中先生に患者さんの口腔機能を評価していただきました。また、言語聴覚士さんによる舌の動きの評価や、管理栄養士さんによる、旦那さんでも簡単に作れる料理のレシピの提案など、多方面からアプローチしました。すると次第に食事がとれるようになり、3か月くらいで体重が4～5キロ増え、見るからに顔色も良くなり、全身状態も改善しました。

吉中（以下、吉）：嚥下・咀嚼の機能が衰えると、十分な栄養が摂れなくなって全身状態が悪化してしまうこともあります。医科の先生の中には「全身が弱ってしまったら、歯を治療したところで、食べられるようにならないのでは」と思われる方もいらっしゃるようです。しかし、歯科医師や歯科衛生士に相談していただければ、口腔機能を評価し、適切な食事形態を選ぶといったアプローチができます。病院でも、在宅でも、チームの一員として歯科領域をうまく活用してほしいですね。

――医師からすると、「どんな状態であれば、歯科の先生に相談しても良いのだろうか」と迷うこともあると思います。

吉：私としては、口腔内の状態や食べる機能のことで何か気になることがあれば、すぐに呼んでいただきたいですね。歯科医師といえば「歯を削ったり、詰めたり、入れ歯を直す人」というイメージがあるかもしれませんが、口腔ケアや摂食機能を保つことも大きな役割です。最近は、医科で地域

Another Viewpoint　シリーズ連載　医科歯科連携がひらく、これからの「健康」③

悪ければスムーズな嚥下はできません。医科と歯科、どちらか一方だけではサポートしきれませんよね。地域の医療者たちが連携するのは、患者さんを中心に考えれば、自然にできるはずのことだと思います。

小：私が歯科との連携に抵抗感があまりないのは、救急医としての経験が大きいと思います。救急の現場では、顎口腔外傷の治療のために口腔外科の先生と関わることは多いですし、様々な職種が連携して治療することが日常的でした。

現在は、在宅療養を支える医師として、患者さんとご家族の不安をなるべく減らしたいと考えています。病気や怪我をすると、不安になるのが当たり前ですよね。不安はなかなかゼロにはなりませんが、なるべく減らすお手伝いをしたい。そのためには、医師としてのスキルや知識を高めることに加えて、地域での連携・顔の見える関係づくりも大事なのではないかと思っています。というのも、例えば「口の中を診てもらってください」と医師に言われたとして、知らない歯科医師のところにいきなり行くのは不安ですよね。そんなときに、在宅の主治医が「信頼できる、よく知っている先生だから」と紹介してくれたら、不安は軽減されるのではないでしょうか。そのためには、紹介する側の先生とされる側の先生の人柄や仕事の内容がある程度見える関係作りが大切なのではないかと思います。

吉：私は、仙台の方言で「食べましょう」という意味の『食べらいん』というグループをSNS上に作って、地域の多職種で情報交換を行っています。グループには、医師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師などが参加しています。小野寺先生の

お口の恋人 LOTTE

噛むチカラを、
みんなのチカラに。

いま、医学や科学の進歩によって“噛むこと”が持つ意外なチカラが明らかになってきています。1948年の創業以来ガムをつくり続け、“噛むこと”に取り組んできたロッテは、これまでに集積された“噛む”に関する知見をもとに、“噛むこと”で社会に貢献する取り組みや研究を行っていきます。

研究室の4つの取り組み
運動　噛むことで運動パフォーマンスを引き上げる。
脳ココロ　噛むことで脳を活性化させる。認知症に貢献する。
美容　噛むことでボディラインやフェイスラインを美しく。
口腔　噛むことで口内を健康に。

噛むこと研究室　http://kamukoto.jp

ガムをかんだ後は包んでくずかごへ。

番外編

リアリティー

1型糖尿病 後編

世代のリアリティーに触れる座談会を行ってきまきることのリアリティーを探るべく、1型糖尿病送りします。

今回のテーマは 1型糖尿病 後編

1型糖尿病は若年者の発症が多い疾患です。今回は、20代から40代までの1型糖尿病の皆さんと医学生が語り合いました。内容が盛りだくさんのため、2回シリーズでお伝えします。

大場 俊輝
北里大学　医学部
2年

岩住 衣里子
杏林大学　医学部
3年

中安 優奈
横浜市立大学
医学部　3年

医大生としてできること 研修医としてできること

中安（以下、中）：私たちはまだ実習が始まっていない学年なんです。疾患のことは一通り学ぶんですけど、どうしても教科書の中の話としてしか理解することができなくて。

岩住（以下、岩）：それに、実習が始まったとしても、医学生にできることは限られているんです。だから、どうやって患者さんと関わっていけばいいのか、想像がつかないというのが、今の率直な気持ちです。

藤田（以下、藤）：学生さんにしかできない、患者さんとの関わりもあると思いますよ。私は中学生の頃に発症したのですが、入院していた時、看護学生さんがついてくれていたんです。これからの私の生活がどうなるのかを解説した紙芝居みたいなものを作ってくれて、すごく感動しました。

岩：そういう風に、身近なお兄さんお姉さんみたいな関係を作れるのは、医学生のうちだからこそかもしれませんね。

大場（以下、大）：今回こうして患者さんご本人の体験談を伺えることを、私たちの今後の学びの糧にしていきたいです。

藤：私は歯科医師なのですが、大学に入ってすぐに教授から「自分と同じ業種じゃない友達をたくさん作ってください」と言われました。医療者として社会に出る前に、世界を広げてほしいという意味だったんだと思います。今回の対談がその機会になることを期待しています。

ときには「放任主義」医師と患者の多様な関係

岩：皆さんの主治医はどんな先生ですか？

能勢（以下、能）：私の主治医はちょっと特殊かもしれません。患者本人に任せるタイプの先生で、「私は患者じゃないから、患者さんのインスリンの単位数なんか決められませんよ」って言うんです。

秋永（以下、秋）：すごいことをおっしゃる先生ですね。

能：「あなたは自分の生活のなかで一番いいと思うインスリンの単位数を考えて決めて打ってください。それが患者の仕事です」みたいなことを言われます。でもそれはたぶん、29年という私の病歴や、これまでの付き合いのなかで見えてきた私の性格を考慮して言っていることで、患者さん全員に同じように接しているわけではないと思います。場合によっては手取り足取り、細かく指導なさっているんじゃないかと。

藤：私の先生も能勢さんの主治医の方と同様に放任主義で、3か月に一度くらいしか伺わなくても大丈夫なんです。それでも私の体調に合わせてちゃんとインスリンの調整をしてくださるので、とても信頼しています。

岩：普段はどのようなことを相談されているんですか。

藤：例えば女性の場合、月経周期が血糖値に深く関わってくるんですね。女性ホルモンは、インスリンの作用効果にも影響を与えています。エストロゲンはインスリンの効きを良くし、プロゲステロンは効きを悪くすると考えられています。そのため、個人差はありますが、月経の始まる2週間くらい前の週は血糖がどーんと上がるけれど、始まり出す2～3日前から急激に落ちる印象があります。他にも、休みの日と働いている日では、運動量もストレスがかかっている量も全く異なってきます。それに合わせてインスリンの量を調整しなさいと言われました。自分で自分の血糖を測っているんだから、それに合わせて量を調整しなさいと。大変そうに聞こえるかもしれませんが、私の場合はそういう方針に変えてから、検査の結果が一気によくなりました。

患者一人ひとりに合わせたコミュニケーションの方法

中：医師と話す時、心がけていることなどはありますか？

能：医師ってやっぱり科学者だからか、データに基づいた話をよく聞いてくださる印象があります。「大変なんです」とか「困ってるんです」という主観的な話も大事ですが、それに加えてデータがあると、自分の状態をより理解してもらいやすくなるはずです。そういう話し方の工夫を患者側も心がけた方が、コミュニケーションはうまくいくように感じます。ただ、患者の中にもそれが得意な人と不得意な人がいると思うので、難しいところですよね。

藤：発症当初の中学生の頃は、毎日データを書くのが面倒で、なかなか続きませんでした。血糖値が落ち着いている方がお医者さんによく思われると思って、

医学生 × 1型糖尿病の皆さん

同世代の

能勢 謙介
1型糖尿病歴
29年

藤田 菊子
1型糖尿病歴
21年

秋永 名美
1型糖尿病歴
1年弱

このコーナーでは医学生が、別の世界で生きる同
した。今回は番外編として、慢性疾患と共に生
の皆さん3名と医学生3名によるセッションをお

データを少し直して書いていたこともあります。すぐに嘘だとばれてしまうんですが（笑）。

大：糖尿病は、患者さんご自身の努力によって結果が左右される病気ですよね。自発的に治療に取り組んでもらえるよう、いかに支援できるかが大事になってくるのかな、と思いました。

秋：そこに配慮していただけると嬉しいです。例えば、私は機械やデータが好きなので、先生がデータを見ながら一緒に考えてくださるのが嬉しいんです。自分で血糖測定器を使えることも楽しくて、治療のモチベーションになっています。私は発症してまだ1年程度ですが、それまで病院に行ったことがあまりなかったんですね。定期的に通院するようになって初めて、「お医者さんに会うということは、データを見たりディスカッションしたりすることなんだ」と考えるようになりました。

中：皆さんは積極的に治療に取り組まれていると思うんですが、そうでない患者さんもいらっしゃいますよね。

能：なかなか治療に対するモチベーションを上げられないという方も多いと思いますよ。私たちは同じ患者グループに入っていて、患者同士で情報交換をするのが当たり前になっていますが、そういう活動に参加されない方もたくさんいらっしゃいます。本当は、そういう人たちにまでつながりを広げて、より多くの1型糖尿病患者が、治療に積極的に取り組めるようになればいいな、と思っています。

患者でないと分からない？医師の限界と挑戦

大：こうして患者さんご自身の体験談を聞いていると、究極的には医師自身もその病気にかかった方が患者さんの気持ちが分かるんじゃないかと思ってしまいます。

能：それはかなり極端な考え方ですが、たしかに、藤田さんのように自分が1型糖尿病になったから医療者を志したという方もいます。でも、患者でなければ優秀な医師になれない、なんてことはないですよ（笑）。

藤：私は医療者でもあるので、日々が勉強だと思って、患者としての自分が感じたことを大切にしています。例えば、医師に何か言われるとき、自分を肯定してくれる要素を一つでも盛り込んでもらえると、モチベーションの維持につながるんです。「前はこういうときに低血糖になってたのに、今回はならなかったね。何か努力したの？」みたいな問いかけがあると、患者の側も自分のことを医師に語りたくなる。そういうことを学べるのは、医療者の視点と患者の視点、両方を持っているからこそなのかな、と思います。

能：ときには、医師のアドバイス通りにいかないこともあると思うんです。そんなときに原因が何か一緒に考えてくれる姿勢で対応してもらえるとありがたいですね。いろんな患者から情報を得られて、医師自身の経験も豊富になり、双方にとってメリットがあると思います。

体験談から考える目指すべき医師の姿

秋：今の主治医に感謝しているのは、次の月にやるべきアクションを一つ決めてくださることです。例えば「同じ位置に注射しないようにしましょう」とか、そういう具体的な行動レベルで。あとは、「今月はどうですか？」「他に質問はないですか？」などの、オープンクエスチョンもとても助かりますね。

能：私は、治療のことはほとんど話さなくて大丈夫なので、大概世間話をしています。患者の状態や経験によって、理想の形も様々ですね。

診察室の中でできることってやっぱり限られているんですよ。医療機関に行くのは1か月に1回、時間で言えば5分とか10分じゃないですか。その時間内で、自分が診ていない時間の患者さんにいかに動機づけできるか、というのがポイントなんじゃないかな、と思いますね。

大：一人ひとりの患者さんがどういう性格で、どんなことが行動の引き金になるのか、思いを馳せるのが大事なんですね。

能：そうですね。患者が興味関心を持つことにフォーカスして、それに合わせてコミュニケーションを取ってもらえるとありがたいなと思います。すみません、大変ですね（笑）。

中：私は、大きな責任を伴う医師という職業に憧れて頑張っているので、おっしゃることはむしろ当然だと思います。

岩：最初にも話したように、学生の頃にいろいろな医療者以外の方のお話を伺って、視野を広げることが、患者さんの立場になって考えることにつながるのかな、と思いました。

能：急性疾患や感染症に罹患した場合は、専門知識を持っている医師にほとんどお任せすることになりますが、慢性疾患は患者自身でやらなければならないことも多いんですよね。お互い学び合う関係を作っていけばいいのかなと思います。

中：ありがとうございました。

この内容は、今回参加した糖尿病患者さんの体験に基づくものです。
医学生の学年は、取材当時のものです。

地域医療 REPO ルポ 19

「この街に住んでいてよかった」と思える地域に

京都府京都市南区　大森医院　大森 浩二先生

「私が生まれる前年、父が大森病院を開業しました。私は病院の中で育ったようなものなんです。両親の代わりに看護師さんが子守をしてくれて、患者さんにも『大きくなったらボクもお医者さんになるんやね』なんて言われたりしてね。」

患者に慕われる父が幼心に誇らしく、医学の道を志したのは自然なことだったと先生は語る。地元の京都府立医科大学医学部卒業後、父と同じ外科に入局。大学や出張先の病院で腕を磨きながら、大学の関連施設の一つである実家の大森病院にも出向き、父の診療を学んだ。

「病院は平成7年から無床診療所となりました。その翌年、父から連絡があり、慌てて帰省すると大病を患っていたんです。地域にかける父の思いを受けて、医院を継ぐことを決めました。」

継承後間もない頃は、以前から診ていた患者にがんが見つかると、紹介先の病院で自らメスをとることもあった。しかし徐々にその診療内容は変化してきた。

「お年を召されて通院が難しくなった患者さんに往診を頼まれることが多くなりましてね。このあたりは幸い専門医の数も多く、入院の紹介先には困りません。近所の病院には気心の知れた大学の先輩後輩もいる。それならば自分は、手術をするより、患者さんとそのご家族の思いに

医院周辺は都市部で医療機関にも恵まれているが、高齢のため医療機関に通えないという患者さんも多い。

副院長であり耳鼻咽喉科医の妻と協力して診療にあたる。

大森医院の外観。

京都府京都市南区

区の西側を桂川が流れ、東は鴨川を挟んで伏見区と接する。北側はかつての平安京の南端（八条大路～九条大路）にほぼ相当し、都の正門である羅城門と、王城鎮護のための東寺・西寺が建った。大森医院は京都駅からJR線で一駅、住宅地と商業・工業地域が入り混じった地域にある。

添いながら外来や在宅診療をすることに専念すべきだと思うようになりました。

看取りを始めたのも自然な流れでした。医院を継いだ直後、父の代から診ていた、ある患者さんの往診を頼まれたんです。その方はご高齢になられ、認知症が進んでいました。寝たきりになり、経口摂取が徐々に減っていくのを静かに見守ったら、最後は苦しまれることなく枯れ枝のように自然に亡くなり、ご家族にとても感謝されました。地域のかかりつけ医の仕事は、こうして患者さんや家族とじっくりお付き合いして寄り添ってゆくことなのではないか、と。」

24時間体制で看取りに対応するため、先生は訪問看護師などの他職種とも積極的に連携している。地域で切れ目のない医療を行うため、患者の診療情報を共有できる「連携カードシステム」の導入も進めた。

「患者さんが複数の医療機関を受診されていることもあるため、それぞれの重要な診療情報をカード1枚で参照でき、検査や投薬の重複を防ぐことができたら、どんなに便利かと思い、医師会の有志で開発しました。みんなが『ここに住んでいてよかったな』と思えるような地域にするため、地域の医療関係者同士で協力して、より良い地域医療を構築していきたいです。」

連載 チーム医療のパートナー 特別編

はり師・きゅう師

鍼灸と西洋医学は協働できるか

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、東洋医学の国家資格である、はり師・きゅう師を紹介します。日本でも数少ない鍼灸学部のある明治国際医療大学で、はり師・きゅう師の福田晋平助教と、学長であり医師の岩井直躬先生にお話を伺いました。

岩井 直躬先生

明治国際医療大学　教授・学長
京都府立医科大学　名誉教授
専門領域：小児外科学

福田 晋平先生

明治国際医療大学
はり・きゅう学講座　助教
鍼灸学博士

鍼灸とは何か

――まず、鍼灸とはどんなものかお教えいただけますか？

福田（以下、福）：鍼灸は、体表にある経穴（ツボ）に刺激を与える物理療法です。鍼（はり）は細い金属の針をツボに刺す方法で、灸（きゅう）はモグサに火を付けてツボに乗せる方法です。鍼灸の効果として、痛みや筋肉の緊張を緩和したり、血行を改善したり、自律神経を整えたりすることが挙げられます。副作用が少なく、服薬とも併用できるため、幅広い年齢層の方々に用いることができます。スポーツ障害などの運動器疾患、老年病、内科疾患など、様々な分野で応用可能です。

岩井（以下、岩）：「東洋医学においては、内科的アプローチとして漢方薬が、外科的アプローチとして鍼灸や按摩、マッサージがある」と捉えていただけたらわかりやすいかと思います。

――鍼灸を行うには、資格が必要なのでしょうか？

福：鍼灸にはそれぞれ「はり師」「きゅう師」という別々の国家資格があり、はり師・きゅう師と医師のみが施術を認められています。資格を取るためには、専門学校や大学の養成課程で3年以上学ぶ必要があります。多くの人は、はり師・きゅう師の両方の資格を取得しますね。資格取得後は、鍼灸院などに勤務して技術を学び、その後独立して開業するのが一般的です。

鍼灸における診断

――鍼灸では、どのようにして患者さんを診断するのですか？

福：多くの人は不調を訴えて来院されますので、その人の主訴をじっくり聞きながら診断を行います。東洋医学で用いられる「八綱弁証」という指標を用いてその人の体質を診断したり、舌診や脈診、腹診といった東洋医学的な診察技法によって、硬さや熱、冷えなどがある場所を確かめ、そこが五臓六腑のどこにつながる経路かを診断したりします。治療は、浅くて細い鍼から始め、効果を見ながら太い鍼に変えたり、灸を併用したりします。灸は温熱製品でもありますので、冷えが強い場合は灸を使用することが多いですね。感受性を見極めながら、その人に合った刺激を模索していきます。一人あたりの施術に、長い場合は1時間～1時間半ほどかけることもあります。

岩：鍼灸では、東洋医学固有の理論だけでなく、西洋医学の知識もかなり取り入れられています。例えば、筋肉や臓器の場所を知るために解剖学を、刺激による生体の変化を知るために生理学を応用していますし、病理や疾患の概要についてもしっかり学んでいます。切り口やアプローチは違うものの、患者さんに対する接し方は医師と似たところがあると感じますね。時間をかけて問診を行うのは、西洋医学で採血や心電図など多様な検査を行うのと同じような感覚なのかもしれません。

臨床研究も進んでいる

――明治国際医療大学では、鍼灸学の博士号を取得することができるそうですね。

岩：はい。3年制の養成課程も多いなか、本学は4年制の大学を経て、修士課程・博士課程へと進学することができます。

――福田先生も鍼灸学の博士号を取得されているそうですね。大学院ではどのような研究をなさったのですか？

運動器疾患や内科疾患緩和ケアなどの分野で応用が可能です。

福：「パーキンソン病の歩行障害に対する鍼治療」という研究です。パーキンソン病の症状の一つに「すくみ足」という、前に進めなくなる歩行障害があります。私は学部4年の頃から神経内科のゼミに所属し、パーキンソン病の患者さんに施術をしていたので、鍼でその症状が改善されるのではないかという仮説を持っていました。そこで大学院に進んでから、神経内科の医師や患者団体に協力していただきながら臨床研究を行い、客観的指標で効果を示すことに力を入れました。運動機能の改善を客観的なデータで示すことができたのは、大きな成果でした。

岩：このような研究ができる大学は日本では珍しいです。中国やアメリカなどに比べ、鍼灸の研究はまだまだ進んでいないのが現状ですね。エビデンスに基づいた治療を行い、信頼性を保つためにも、本学が先導して鍼灸分野全体の研究レベルを上げていきたいと考えています。

医師とのコラボレーション

――鍼灸は鍼灸院で施術されることがほとんどで、これまで西洋医学との協働の機会は少なかったと思います。今後、医療と鍼灸とは、どのような分野で連携の可能性があるでしょうか？

岩：鍼灸には痛みを緩和する作用があるので、緩和ケアなどの分野に鍼灸治療が入っていく可能性はあるでしょう。また、慢性疾患や、特定の薬が使用できない場合など、西洋医学を補完する形で鍼灸治療が行われるようになるかもしれません。

福：現在、五十肩・リウマチ・腰痛症・神経痛・頸腕症候群・頸椎捻挫後遺症の6疾患については、医師の診断と同意書があれば保険適用が可能で、それ以外は自由診療になっています。

鍼灸の学会でも、チーム医療・多職種連携の話は話題に上りますが、なかなか進んでいないのが現状です。本学の附属病院のように、病院の中での鍼灸治療がもっと増えていけば、連携も進むと思うのですが。

――医師や医学研究者が鍼灸の分野に参入することについては、どうお考えですか？

福：大歓迎です。私自身、大学院時代に指導教官から「鍼灸治療の効果は医学で用いられる評価のなかで示さなければならない」と言われたことが非常に心に残っており、今もその言葉を胸に研究を進めています。ただ、私の研究分野であるパーキンソン病もそうですが、はり師・きゅう師だけでできることは限られてきます。医師の先生と連携し、疾患への鍼灸の有効性の研究をともに進めていけたら嬉しいですね。海外では、医師が主導で鍼灸の研究を進めていることも多いです。ぜひ日本の医師の方々にも鍼灸に興味を持っていただけたらと考えています。

岩：本学には毎年、夏休み期間などに海外から見学者が来ます。医学生の皆さんも、鍼灸に興味があれば、京都観光も兼ねてぜひ見学に来てください。

INFORMATION　**見学を受け入れています**

西洋医学と東洋医学の協働を行っている明治国際医療大学附属病院・附属鍼灸センターでは、医学生等の見学を受け入れています。

窓口：入試事務室
Mail：admission@meiji-u.ac.jp ／ TEL: 0771-72-1188

日本医師会より

医師会役員になるということ

日本医師会で活躍する女性常任理事にお話を伺いました。

思い描いた通りでない人生も案外悪くありませんよ

「日本医師会より」のコーナーでは、不定期に日本医師会役員のキャリアや横顔を紹介していきます。今回は、女性常任理事の道永麻里先生と温泉川梅代先生に、学生時代からの軌跡を振り返っていただきました。

結婚・出産・勤務医時代

温泉川（以下、温）：まずは、学生時代から開業するまでのお話をしましょう。

道永（以下、道）：私が医学部に入った当時、女子学生は1割にも満たないくらいで、今から比べると随分少なかったです。そんな男社会で医師をやっていくには、よほど体力がないと無理かなと思っていました。私は外科系に興味がありましたが、当時は千葉大の小児外科に女性が入ったというだけでニュースになるような時代でした。最終的には皮膚科を選びました。

温：私は部活の先輩から、リハビリをやらないかと整形外科に誘われましたが、結婚が決まっていたこともあり、働き方を考えて産婦人科を選びました。産婦人科も体力が必要な科だったのですが。先生は、ご結婚は？

道：私は医学部を卒業してすぐ、5月に結婚しました。

温：私も卒業後すぐに結婚して、25歳で一人目の子どもを出産しました。28歳から31歳までは夫の職場に近い病院の産婦人科で一人医長として働きました。

道：私も産休後すぐに復帰しました。夫の実家で同居していたので、色々と助けられましたね。

温：家族に頼れるのは心強いですね。私は、子ども二人を連れて離婚したので広島市内の病院に戻りたかったのですが、当時は、子持ちの女性医師を歓迎するような雰囲気はなく、出身大学ではない岡山大学に入局してやっと市内に戻りました。

開業までの経緯

道：医局から市中病院に出て働いていた頃、内科を開業していた夫の父が急に亡くなってしまったんです。それで、私が医院を引き継ぐことになりました。市中病院を年度末で退職して、休みなしで4月1日には開業しました。卒業して丸5年が経ったところでしたね。

温：最近だと、そんなに若いうちに開業することは少ないですよね。私も33歳で開業しましたが、一人医長を経験していたので、開業のハードルはあまり高く感じませんでした。けれど勤務医時代は一人だったのでなかなか学会等に出ることはできず、日頃は自分で勉強して、時々近くで行われる勉強会に出るという感じでした。開業してから、よく本も読み、勉強会にも出ました。今の若い先生方は、娘を見てもですが、もっと長く医局

温泉川 梅代
日本医師会　常任理事

医師会役員になるなんて全く想像していませんでした

などで研修を積んでいますね。

道：開業してからの方が、子育ては楽になりました。自宅で9時から仕事を始めるので、子どもは保育園ではなく幼稚園に入れていました。昼は医師会の仕事が入り、夕方の診療もあるので義母やお手伝いさんにはお世話になりました。よく女子医学生には話しているのですが、家族や周囲を味方にすることは、女性医師が仕事を続けるうえで本当に大事なことだと思います。

医師会役員の仕事

温：道永先生は、いつ頃から医師会活動に積極的に参加するようになったのですか？

道：開業して3年ぐらい経った頃ですね。それまでも委員会活動には参加していましたが、ある日、地域の医師会長から「そろそろ子育ても落ち着いたでしょう、医師会の役員になりなさい」と電話があったんです。上の子が小学校に入る頃でした。

温：ずいぶん早かったんですね。私も開業してまもなく委員会活動に参加するようになりましたが、役員になったのは55歳のときです。広島市医師会では初の女性役員となりました。

道：当初は先輩に誘われて参加していた医師会の活動ですが、参加しているなかで、積極的に発言することが、現場でやりにくいと思ったことを少しずつ変えることにつながるかもしれない…と思えるようになりました。

温：医師会役員は、「なりたい」と思ってなるものではなく、医師会活動に参加するうちに、様々な問題意識を持つようになった人が自然と担うようになるものなんだなと、今となっては思います。そういう意味でも多くの人が委員会活動にぜひ参加していただきたいです。

道：そうですね。学生時代は、自分が医師会役員になるなんて思ってもみませんでしたが、目の前の仕事に一生懸命取り組んでいるうちに、いつの間にかこんな立場にたどり着きました。

温：せっかくチャンスを頂いたので、関心のある領域で意義ある仕事をしたいですね。日本医師会は法律や制度に対して発言できるので、今の課題である子どもの健康や保健を切れ目なく守るための「成育基本法」の成立に力を入れていきたいと思っています。

道：私も、学校保健の担当として文部科学省とやり取りをする機会が増え、ようやく教育に対して発言できている、という手応えを感じています。充実していて、今が一番楽しいですよ。

温：キャリアや結婚・出産など、女子学生は特に悩むことも多いと思いますが、その時その時の仕事や状況にちゃんと取り組んで、後悔のないように頑張ってほしいと思います。

道永 麻里
日本医師会　常任理事

医師の働き方を考える

いち外科医として、地域の医療人の支援者として、故郷のために貢献したい

～乳腺外科医　溝尾 妙子先生～

今回は、故郷の岡山県新見市で総合外科・乳腺外科の診療を行いつつ、新見市の医療人材を支援・育成する「PIONE（ピオーネ）プロジェクト」でも精力的に活動していらっしゃる、溝尾妙子先生にお話を伺いました。

語り手
溝尾 妙子先生
医療法人思誠会　渡辺病院
新見公立大学　非常勤講師
岡山大学　非常勤講師
岡山大学医療人キャリアセンターMUSCAT（新見地区担当）

聞き手
神﨑 寛子先生
神崎皮膚科　院長
岡山県医師会　理事

地域の人のために働きたい

神﨑（以下、神）：溝尾先生は、岡山県新見市で総合診療医・乳腺外科医として働きながら、岡山大学と新見市が共同で地域の医療者を支援・育成する「PIONE（ピオーネ）プロジェクト」を推進していらっしゃいます。ご自身も新見市がご出身ということで、医師になられた時から、いずれは新見に帰りたいという思いをお持ちだったのですか？

溝尾（以下、溝）：そうですね。新見は高次医療機関まで1時間半以上もかかるへき地で、私が子どもの頃は、田舎というコンプレックスもあいまって、住民の医療に対する不信感が根強かったんです。「こんな土地に良い医者が来るわけない」「どうせ嫌々診ているんだろう」とい

うイメージがあったようですね。一方で医師の方も、「仕方なく田舎に来てやっているんだぞ」という雰囲気が出てしまっていたのかもしれません。子どもながらにそうした溝を感じていたのか、私は自然と、「新見のためを思って働ける医師になりたい」と思うようになりました。

神：乳腺外科を選んだのはどうしてですか？

溝：外科のスキルをしっかり持った総合診療医になりたいと考えたからです。新見には基幹となるような大きな病院がないため、小児から高齢者まで、内科的なことも外科的なことも幅広く診療できる医師が必要です。私も将来新見で働くことを見据え、まず外科の手技を身につけようと思ったのですが、当時は女性が一般外科に入るのは難しい時代でした。そこで、外科の中でも比較的女性が入りやすい乳腺外科を選びました。

インタビュアーの神﨑先生。

神：その後しばらくは、乳腺外科医としてキャリアを積まれたのですね。

溝：はい。臨床研修を終えていざ乳腺外科に入ると、手技の修練を積むのがとても面白かったんです。医局の人事に従って、香川や姫路など様々な場所でキャリアを積んできました。

結婚と、地元への足がかり

神：「PIONEプロジェクト」には、どのような経緯で携わることになったのですか？

溝：3年前、岡山大学医療人キャリアセンター「MUSCAT（マスカット）」のサテライトオフィスが新見公立病院に新設されることになり、担当者にならないか、と声をかけていただいたのです。ちょうど大学で研究をして学位を取ろうという時期でした。乳腺外科医として専門性を高めることに集中する一方、頭の片隅では新見のことを思い、「このままで良いのだろうか」とずっと葛藤していました。新見には医局の関連病院もなく、私の両親も医師ではないので、新見に帰る方法がわからなくて。このお話を頂けて、やっと新見への足がかりができたんです。

神：さらに時を同じくして、ご主人と出会ったのですね。

溝：はい。研究生活に入って少し余裕ができ、プライベートのことを考え始めたんです。年齢的にそろそろ出産したいな、と思い始めた時期に、新見出身の夫と出会えたことは幸運でした。夫も医局人事で異動があり、しばらくは別居婚でしたが、いずれ一緒に新見に帰ろうという話はしていました。

神：その後出産もされていますね。産後はどのような働き方をされていたのですか？

溝：「MUSCAT」の支援で、産後3か月で助教として復職することができました。新見の夫の実家で子どもをみてもらいながら、新見と岡山を行き来する生活を送っていましたね。昨年4月に夫が新見で働くことが決まり、私も新見に拠点を移して、家族3人が一緒に暮らせるようになりました。

医師が集まる地域にしたい

神：現在主に勤務されている病院では、乳腺外科の手術をされることはありますか？

溝：一応手術ができる環境はありますが、あくまでメインは総合診療的なアプローチであり、サブスペシャルティが乳腺外科という姿勢でいます。「新見のようなへき地で働くうえで、乳腺外科という専門性の高い領域の経験は活きるのだろうか…」と不安になったこともありましたが、抗がん剤治療や地域の検診の際など、乳腺外科で培った知識が役立つ場面が多々あって、良かったなと思っています。

神：「PIONEプロジェクト」では、現在どのような活動をされているのですか？

溝：新見をはじめ岡山県北の医療者が働きやすいよう、時短勤務などのキャリア支援制度の導入や、シミュレーショントレーニングやe-ラーニングを活用したキャリア形成支援を行っています。また、新見市と協力して、小中学生向けに出張授業や医療体験ツアーを開催するなど、次世代の医療者を育てる試みにも力を入れています。

神：今後は「PIONEプロジェクト」を通じて、緊急手術なども含め、新見の中である程度完結した医療体制を整えていくことが目標になりますか？

溝：そうなったら素敵だなと思っています。新見で初めて虫垂炎の手術ができた時も、本当に嬉しかったですから。でも現状は人手が足りず、大きな手術ができるような体制を整えるにはまだまだ道のりは遠いと感じます。最近は、新見で完結させることにこだわる必要もないかな、とも思い始めました。地域で働くいち外科医としても、責任を持って診断をつけたら、その先の手術は大病院にお任せするという気持ちでいます。

神：新見の医療の今後に対する、先生なりのお考えをお聞かせください。

溝：「PIONEプロジェクト」を起点として、新見を医療者が集まる地域にしていきたいです。医師が「この地域のために働きたい」と自ら集まってくれるような仕掛けを作ろうと思っています。また、新見市内の病院で連携して、新見の中で研修医を育てていけるような体制も整えていきたいですね。

神：先生や先生のご主人のように、「新見の医療に貢献したい」という強い意志を持っている方が一組いるだけで、地域の医療者も自ずと変わってくるのではないかと思います。本日はありがとうございました。ますますのご活躍を期待しています。

健康格差の時代に患者に寄り添える医師を育てる

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い学習内容は増加し、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シリーズで紹介します。

武田 裕子先生

（順天堂大学医学部　医学教育研究室　教授）

筑波大学卒。同大学大学院博士課程修了後、ハーバード大学に臨床留学。帰国後大学教員として地域医療教育に従事。2010年ロンドン大学留学。2014年より順天堂大学にて健康格差の現状に触れる体験教育を導入。

「健康格差時代」の医学教育

人は自分の生まれる国・時代・家庭を選べない。しかし、生育環境の違いは、教育水準や所得などの格差を生じうる。こうした、本人にはどうしようもない社会的要因が、健康状態に明らかに影響を与えるということが、研究によって次々と示されてきている。このような考え方は「健康の社会的決定要　因（Social Determinants of Health,SDH）」と呼ばれ、近年国際的に注目を集めている。今回は、日本では数少ない、医学生がSDHを学ぶための取り組みを行っている順天堂大学の武田裕子先生にお話を伺った。

「社会的に良好な状態」とは何か

WHO憲章の前文では、「健康」を以下のように定義している。「病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること*」。この定義は、医学生なら誰でも聞いたことがあるだろう。だが、意味を十分理解している、と言い切れる人は多くないかもしれない。武田先生自身も、「社会的に満たされた状態」とはどういうことか、長い間理解できなかったという。

「琉球大学病院の総合診療科で外来を担当していたある日、『こいつ、朝から仲間と酒を飲んで、子どももほったらかしで』と、家族に連れられてきた離島の男性がいました。妻を亡くして何年も抑うつ状態でした。朝から仲間とお酒と聞き、『皆さんお仕事は?』と尋ねると、これだから医者は…という風に『離島に仕事なんてないよ』と。仕事があり、決まった時間に通勤するといったことが、健康を保つうえでも大切であること、また、そんな生活が決して当たり前ではないことに、その時気付かされました。」

その後、武田先生は医学教育を通じた国際協力を行う仕事で、アフガニスタンを訪れた。

「病院には、交通事故の術後の患者さんがたくさんいました。最初は医療の出番と思いましたが、次第に、なぜこんなに交通事故が多いのか気になってきました。実は、アフガニスタンでは当時、電力の供給が不安定で信号が機能しておらず、横断歩道もなかった。必要なのは電気であり、安全な道路でした。

国内であれ海外であれ、その地域に特有の社会的な背景があり、そうした状況が健康に深く影響を及ぼしている、と知りました。

その後イギリスに留学したのですが、イギリスではこうした健康の社会的決定要因（SDH）への取り組みを医学部で教育していると知り、非常に驚きました。」

健康格差の実態を学生に伝える

帰国後、順天堂大学に赴任した武田先生は、学生たちがSDHを理解するための教育プログラムを開始。今年2月には、外国につながりをもつ困窮家庭の子どもを支援するNPO等と協力し、埼玉県三芳町で健康相談会を開いた。これには、順天堂大学の医学生や、医療通訳を目指す国際教養学部生も参加した。

埼玉県三芳町の外国人向け健康相談会では、学生もヒアリングに参加。

「海外にルーツのある方は、近年日本にも増えていますよね。経済的事情や言葉の壁は医療機関へ

* 世界保健機関憲章前文（日本WHO協会仮訳）より

様々な社会的な要因によって困難を抱える人がいることに気付かせる教育を

の受診を阻害します。また、適切な栄養教育を受けられなかったり、食習慣の違いから、成長途中の子どもが偏った食事で育つと、将来的にも健康が損なわれるリスクファクターとなります。今回は、健康相談希望者に対する事前ヒアリングと子ども向けの栄養教室を、学生が担当してくれました。

生活保護を受けながら食費も切り詰めなくてはならない家庭があることや、助けを必要とする子どもたちを支える活動の存在を知ることで、学生の意識はかなり変わります。ただ、こういう学習は大人数ではなかなか難しいですから、今後は日々の授業や実習の中で、学生の想像力を広げるアプローチが必要です。例えば糖尿病の授業で、病態生理や診断と治療に加え、『経済的に困窮すると、安価で高カロリーな食事を摂りやすく、糖尿病を発症しやすい』といったことまで教わると、より深い学びにつながります。臨床実習でも、患者に飲酒や喫煙の習慣を尋ねるだけでなく、SDHを意識して情報収集を行い、診療録に記載するような指導があれば、様々な側面から患者の必要を考えられると思うのです。」

健康格差時代に医師ができること

先進国の中では健康格差が小さいとされてきた日本でも、近年格差は徐々に広がっている。

「健康格差や貧困の問題に真正面から取り組もうとすると、問題があまりに山積していて、無力感におそわれてしまうかもしれません。たしかに、一人の医師が直接できることは少ないかもしれない。でも例えば、福祉系の専門職の方につないだり、地域の支援活動を紹介することならできますよね。

困窮している方の中には、制度の存在を知らなかったり、時間的・精神的に余裕がなかったりして手続きができず、本来受けられるはずの支援を受けていない方も多くおられます。辛い状態が当たり前になっていて、自分が困っていることを発信できない人もいます。でも、医師も限られた診療時間の中、患者さんに込み入ったことは聞きにくい。ですから、例えば受付や会計担当の方から『ソーシャルワーカーに相談してみませんか?』などの声かけがされるような仕組みが、医療機関には必要だと思います。

医師会として、こうした仕組みづくりに取り組みたいという地区はないでしょうか。ぜひ協力させていただきたいです。」

「学び足りない」からこそ教育によって次につなげる

今年3月に公開された医学教育モデル・コア・カリキュラムにて、学修目標の一つに「社会構造（家族、コミュニティ、地域社会、国際化）と健康・疾病との関係（健康の社会的決定要因）を概説できる」ことが加わった。医学部におけるSDHの教育は今後全国的に進んでいくだろう。最後に、先生の教育にかける思いを伺った。

「医学生の中には、格差や貧困の問題について考えたこともないという人もいます。でもそれは、恵まれた家庭で育ち、これまで身近に困っている人がいなかったためです。困窮している方々の生活の状況に実際に触れて自分の考え方を振り返り、再構築することで成長する。学生のそんな姿を見るのは、教員として本当に大きな喜びです。

その昔、米国の臨床留学から帰国する時、『学び足りないことがたくさんある、分身の術を使って自分を置いていきたい!』と仲間に言うと、『だから教育があるんじゃないの』といわれました。どういうことか尋ねると、『あなた一人で学べることには限りがある。でも、日本に帰って学生や研修医を教育したら、次はその人たちが、あなたが大事だと思うことを学んでくれるでしょう。それが教育の力じゃない?』と。本当にその通りです。これからの医療を担う医学生の教育に携わり、ともに成長できることに、心から感謝しています。この仕事は私にとって天職ですね。」

» 秋田大学

〒010-8543 秋田県秋田市本道1丁目1番1号
018-833-1166

LIFE

合理的で充実した学習の環境

秋田大学　医学部　5年　加藤 僚祐
同　5年　坂本 光　／　同　5年　田村 みなみ
同　5年　堤 俊太　／　同　5年　松岡 修平
同　5年　矢口 愛実

堤：私たちは今、この６人のチームで病院実習中です。秋田大では、一般的には病院実習に行く前の4年生が受ける客観的臨床能力試験（OSCE）を1年生の頃から受けます。入学したてで何も分からないなかで英語での医療面接等を行うのはとても大変でしたが、振り返ってみれば、1年生の頃から臨床を意識した教育を受けられたのはよかったな、と思います。
坂本：秋田大では、科目ごとの定期試験ではなく「統一試験」が行われるのも特徴だと思います。学年によって回数は違うのですが、年に1～2回、例えば２年前期に学んだ全科目を夏休み明けの２日間でまとめてテストするような感じです。
加藤：統一試験のいいところは、勉強に打ち込むときと、部活や遊びに力を入れるときのメリハリがつくことかなと思います。また、広い試験範囲・全問選択式での回答など、統一試験の形式はCBTや国試に似ているんです。そのためか、秋田大学はCBTや国試の合格率も高いんですよ。
松岡：実技の教育も充実していて、東北最大のシミュレーションセンター（秋田大学医学部附属病院シミュレーション教育センター）があります。様々な科の手技を自習したり、指導を受けながら学ぶことができ、とても恵まれた環境だと思います。
田村：県外出身者も多くいますが、臨床研修で秋田に残る人は結構多いと思います。県の医師不足もあってか、患者さんも先輩医師たちも、私たち学生を暖かく迎え入れてくれる雰囲気があって、とてもありがたいです。
矢口：秋田にはたくさんの温泉や、おいしい食べ物やお酒があります。みんなで山登りに行ったり、浜辺でバーベキューをしたり、自然が身近で、勉強以外の面でも充実した学生生活が送れますよ。

Education

地域医療と世界的研究の担い手を養成

秋田大学　医学部　細胞生理学講座
教授　尾野 恭一

秋田大学医学部医学科の第一目標は、地域医療を担い、世界を意識した探求や研鑽を行う医師・研究者の養成を積極的に推進することです。これは、かつて立ち遅れていた秋田の医療を憂いた県民の熱意に後押しされ、戦後初の医学部として創設されたという 医学部建学の理念そのものです。
医学科の専門科目は、グローバル医学教育に対応した変革の真っ最中です。診療参加型臨床実習が大幅に増え、医療従事者として必要な教養、患者や医療従事者とのコミュニケーション能力の育成、臨床技術や問題解決能力を重視した教育への転換を進めています。初年次からの外国人模擬患者への英語による医療面接実習や症候学など、新たな教育手法でコミュニケーション能力・語学力を育み、早期から医療・医学に触れられる工夫をしています。４年次後半からの臨床実習では、病院実習に加えてシミュレータでのトレーニングなど、知識だけではなく、医療人としての態度・技能に重点を置いています。臨床実習では県内各地の医療機関で学ぶことができ、オール秋田で医学教育を支援する体制が整っています。
選択科目や研究配属・臨床配属においては、学生が興味のある分野で深く学ぶことができます。研究配属期間中の研究成果を国内外の学会で発表し、学会賞を受賞する学生も毎年のように出てきています。海外短期留学にも力を入れており、毎年10名弱の学生を基礎医学研修や臨床実習を目的として海外へ派遣しています。
平成13年度からは卒業試験の一環としてadvanced OSCEを実施しています。全国最多規模の16ステーションが設けられ、実施に際しては医学部全体が関わり、医療人としての知識・技能・態度が備わった医学生を育てるという気概を示しています。地域医療を担い、世界を意識した探求や研鑽を行う医師・研究者を目指す皆さんの入学を心待ちにしています。

research

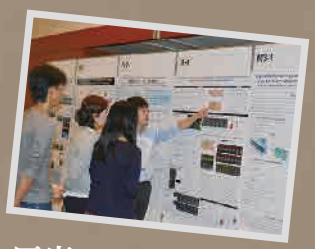
ピリッとスパイスの効いた、秋田産の研究

秋田大学　医学部　産婦人科学講座　教授　寺田 幸弘

秋田大学は医学部を含めても4学部のみで構成されており、大きな組織ではありません。研究面でも巨大な総合大学が掲げるような「ビッグプロジェクト」がひしめいているわけではありません。しかし、創立以来醸し出されてきた勤勉実直な秋田の土壌から生まれた「ピリッとスパイスの効いた秋田産の医学の真実」を多数世界に発信してまいりました。
秋田は寒冷な気候や伝統的な食習慣などの背景から、脳血管疾患や諸臓器のがんの罹患率が高い傾向にあります。また、日本最速の少子化、高齢化を示す当地は、本邦の少し先の姿を示している地域と認識されています。当科ではそれらの背景に基づき、高齢者医療、がん医療などに関連した、様々な基礎および臨床の研究が展開されています。
基礎研究の例をいくつか紹介すると、①生命を構成する最重要要素の一つである脂質の網羅的な解析（リピドミクス）、②肺感染症におけるウイルス、宿主の相互作用の体系的解析、③種々の発がん、がんの進展に関する基礎研究、などがあげられます。これらは、ますます高齢化が進む本県および本邦での医学の進歩に資する重要な研究であり、国際一流誌に精力的に成果が発表されています。
また、本学には豊富な地下資源を背景とした工学、資源工学の研究の伝統があり、本学部ではいくつかの「医学・工学連携の成果」が開花しております。例を挙げると、本学と秋田県産業技術センターで発明した「電界非接触撹拌型迅速免疫染色装置」は2014年に販売が始まり、今後、手術中の迅速免疫染色を可能とする大きな武器として、いずれ世界中の病理部に設置されることが期待されています。本学では定期的に「医理工連携“夢を語る会”」が開催され、学部の垣根を越えた討論が行われています。
「寒くても、交通アクセスが悪くても一流の医学研究は可能である」という気概をもって我々は日夜励んでいます。

※医学生の学年は取材当時のものです。

research



研究は楽しい！
発見の喜びから未来の医療へ

東京大学　医学部　MD研究者育成プログラム
室長　尾藤 晴彦

今日の医学において、診療と研究は表裏一体をなしています。すなわち、「目の前の患者における危機の解消」と、「現時点で解消できない疾患・健康医療問題の未来における解決」を同時に実行していかないと、超高齢社会における多様化する医療ニーズに応えられないことは明らかです。医学部とは、いわば車の両輪である医療と医学研究に従事する人材育成の場であるべきなのです。このような考え方のもとに、東京大学医学部ではMD研究者育成プログラム室を設置し、医学部在学中から「正規の課外活動」として、「未来の医療の礎を築くための研究」に医学部生が主体的に参加することを奨励しています。
実際に、医学研究は極めて学際的です。各々の疾患の病態解明と、合理的デザインに基づく根本治療薬創出のためには、数多くの研究者の好奇心に基づく幅広い基礎研究の背景がないと、全く歯が立たないのです。2016年ノーベル医学・生理学賞受賞に輝いた、大隅良典先生によるオートファジーのメカニズム発見は、好奇心に導かれた基礎研究こそが医学の先導となるのだという、わかりやすい一例と言えます。
研究のルールは明快です。丁寧に実験を行い、オリジナルのデータを発表すれば、世界中の研究者に認めてもらえます。「目の前の患者とその病から謙虚に学び、そこで得た着想を発端に研究を進め、医学・医療の向上に貢献したい」という気持ちから、プレッシャーを感じることもあるでしょう。しかし、「学び」から「貢献」までのプロセスには多くの「発見の喜び」があります。研究者同士の楽しい交流も豊富にあります。このことを医学部生として実感しておくと、その後いかなる医学研究上の難関に遭遇しても、きっと自信を持って、乗り越えられると信じています。勇気を持って、第一歩を踏み出しましょう！

Education

医学分野の国際的リーダーの育成

東京大学　医学部
教務委員会委員／疾患生命工学センター
講師　細谷 紀子

東京大学医学部は、安政5年（1858年）に神田のお玉ヶ池種痘所として発祥し、160年近い歴史と伝統を有しています。教育目的を「生命科学・医学・医療の分野の発展に寄与し、国際的指導者になる人材を育成することにある。すなわち、これらの分野における問題の的確な把握と解決のために創造的研究を遂行し、臨床においては、その成果に基づいた全人的医療を実践しうる能力の涵養を目指す。」と定めており、その目標を達成するために、独自の特色ある教育プログラムを推進しています。
本学では、大学入学後の約1年半は教養学部において幅広く一般教養科目を学びます。医学部では、医学を志す教養学部生を対象に、「Medical Biology入門」の講義、「医学に接する」ゼミナールなど、最先端の医学研究や医療に触れることのできる機会を提供しています。2年次の秋からは医学の専門科目の講義・実習が始まります。3年次までに基礎医学の科目を、4年次に臨床医学、社会医学、医学英語などの科目を履修します。そして、4年次の冬に行われる共用試験（CBT、OSCE）に合格後、6年次までクリニカルクラークシップ（参加型臨床実習）に参加します。
本学は研究マインドの涵養のための教育に力を入れており、カリキュラムの中に研究に集中できる期間を複数用意しているのが特徴です。例えば、2～4年次の「フリークオーター」や5～6年次の「エレクティブクラークシップ」では、1～3か月間、希望する研究室に出入りして研究に専念することができます。医療現場での実習も可能です。これらの機会を利用して、海外の研究室や医療機関で実習を受ける学生が毎年多数います。また、「Ph.D.-M.D.コース」「MD研究者育成プログラム」「臨床研究者育成プログラム」という3つの研究者育成プログラムも設置されており、多くの学生が自発的に参加し、日夜実験に励んでいます。

LIFE

アカデミックな環境で、自分の学びたいことを究める

東京大学　医学部　6年　後藤 愛佳　／　同　5年　秋山 果穂

後藤：私は昔から医学研究に興味があったので、研究に強いイメージがある東大を受験しました。東大にはMD研究者育成プログラムという、学部生の頃から基礎系の研究室に通うプログラムがあります。医学科の専門科目の履修開始に先がけて、1年生のうちからプログラム主催で分子生物学の教科書の輪読会などが開かれ、基礎医学に触れる機会が与えられます。通常の授業と並行しての研究は大変ではありましたが、以前から興味があったヒトの記憶についての研究に自ら長期的に挑戦することができ、とても充実していました。
秋山：私は今5年生で、病院実習がとても楽しいです。それぞれの科で、やってみたいことや知りたいことを、納得するまでとことん教えていただいています。東大では5～6年生の間に、エレクティブクラークシップという自由選択期間が与えられていて、最低2か月間、興味がある科や海外の病院を選んで実習することができます。私はこの期間のうち1か月を東大病院の救急部での実習に充てました。他の科では診断がついて治療方針も決まった患者さんを診ていましたが、救急ではどんな患者さんが来るか分かりませんし、私が患者さんから聞きとった内容がその後の検査や治療に結びつくこともあり、とても責任を感じる実習でした。
後藤：エレクティブクラークシップの期間は基礎医学の研修に充てることもできます。私は、ハーバード大学とマサチューセッツ工科大学の共同研究機関であるブロード研究所と、スタンフォード大学の基礎系の研究室に行き、iPS細胞やES細胞を神経細胞に分化させ、培養する手法等を学びました。最先端の研究や設備に触れ、世界各国から集まった熱意ある研究者たちが互いに切磋琢磨している環境に身を置くことができ、とても刺激を受けました。

» 東京大学

〒113-0033 東京都文京区本郷7丁目3番1号
03-5841-3303

 ※医学生の学年は取材当時のものです。

» 横浜市立大学

〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦３丁目９番
045-787-2511

少人数で、深く学ぶ

横浜市立大学　医学部　４年　飯尾 知輝
同　４年　山本 翔太

山本：横浜市立大学には、学生が使えるシミュレーションセンターがあります。センターにはベッドや様々な診察･処置のシミュレーター、医療機器があって、附属病院の医師・看護師だけでなく、医学生も予約をすれば使うことができます。外科寺子屋というトレーニング講習も開かれています。OSCEの準備のため、今日も採血の練習をしてきました。
飯尾：４年次の前期に、３か月間の研究実習がありました。自分の興味のある研究室を選べるのですが、僕は、学生の今のうちだからこそ、臨床以外の研究に取り組むチャンスなのかなと思い、医学教育学の研究室を選びました。３年次に医療倫理の授業を受けて関心を持っていた「医師とはどうあるべきか」といったテーマについて他学部の学生に討論してもらって、それを分析するという研究をしました。
山本：僕は再生医学の研究室で、肝臓の再生に関する研究をしました。研究室の先輩の手伝いという感じではなく、ラットを使った実験からデータの解析まで、色々自分でやらせていただけたので、とても勉強になりました。
飯尾：横浜市立大学の医学部は一学年が90人と小規模で、学年みんなと顔見知りになります。部活動も活発で、先輩後輩のつながりもたくさんできます。グラウンドも大学のすぐ近くにあって、広さも十分なので部活同士で場所を取り合うこともなく（笑）、部活の環境には恵まれていると思います。
山本：医学部キャンパスは海のすぐそばで、自然豊かな立地です。キャンパスと直結している市大医学部駅からは30分ぐらいで横浜に出られて便利です。

Education

横浜市立大学医学部医学科の教育の特徴

横浜市立大学　医学部　医学教育学
主任教授　稲森 正彦

横浜市立大学医学部のルーツは、丸善の創始者として有名な医師・実業家であった早矢仕有的が明治4年に長崎に次ぐ日本で2番目の洋式病院である横浜仮病院を開院したことにあります。その後十全医院と名を変え、昭和 19 年横浜市立医学専門学校が開校。昭和 22 年に横浜医科大学、昭和 27 年に横浜市立大学医学部（新制）となり、現在に至ります。“国際都市横浜における知識基盤社会の都市社会インフラとして教育研究・医療の拠点機能を担うことをその使命とし、社会の発展に寄与する市民の誇りとなる大学を目指す。”という使命のもと、教育重視・学生重視・地域貢献を三つのモットーとして運営されています。横浜市内の多くの病院が大学と関連し、距離的にも人的にも医学部との協働が容易である、という特徴を生かした「都市型の地域医療」を担う役割は大きい、と考えており、実際、卒業生の多くが横浜市をはじめとする神奈川県で奉職しています。
医学科では平成 24 年に医学教育センターが設置され、近年の医学教育改革の流れを汲みながら改革を進めてきました。平成 25 年 11 月には海外の評価機関である SGB consultants による外部評価を受審し、能動的学習の拡充、臨床実習 70 週化等のカリキュラム改革を図ってきました。また最近では世界医学教育連盟（WFME）グローバルスタンダードに基づいて改革を進め、平成 28 年5月に日本医学教育評価機構（JACME）による認証評価を受審しました。教育重視の観点からはシミュレーター教育の活用、4年次の 15 週に及ぶリサーチクラークシップの拡充、海外交流の拡充など、学生中心の観点からは新入生合宿の実施や担任制の導入などきめ細やかな相談体制の整備、地域貢献の観点からは福祉施設実習や地域保健医療学実習など、地域基盤型医療教育体制の整備に取り組んでいます。日本で最も少ない 90 名の定員で、家族的な雰囲気の医学科ですので、ぜひ進路としてご考慮いたければと思います。

research

組織横断的な最先端研究を展開

横浜市立大学　先端医科学研究センター長　折舘 伸彦

横浜市立大学は、学生数が 5000 人未満の「小規模大学ランキング 2016」で、日本2位、世界 16 位になりました。小規模ではあるものの、論文引用率や外部資金の獲得など、高い研究力を有していることが評価されたものです。特に「強み」である研究分野をみると、がん・再生医療・遺伝子・感染症・免疫・植物学などの領域であり、これらは既に世界レベルでの実績をあげています。こうした最先端の研究を行っている拠点として、先端医科学研究センターがあります。ここでは、がん、生活習慣病などの克服を目指した基礎研究と、その成果を臨床に応用する橋渡し研究を推進しています。平成 18 年のセンター開設より 10 年が経過し、この間に、ゲノム（遺伝子）・プロテオーム（タンパク質）・セローム（細胞）を中心に組織横断的に協力しながら、臨床・産業現場におけるニーズに応える実用化技術の開発を目指して、様々な「研究開発プロジェクト」を展開してきました。こうした取り組みに対する国からの期待も大きく、これまでに文部科学省の「イノベーションシステム整備事業」や、日本医療研究開発機構（AMED）の「難治性疾患実用化研究事業」「再生医療実現拠点ネットワークプログラム」「脳科学研究戦略推進プログラム」のような大規模プロジェクトに採択されています。「イノベーションシステム整備事業」では、最新のプロテオーム解析技術を用いて、疾患の原因タンパク質の解明や創薬を産学連携で進め、卵巣明細胞腺がんの診断マーカーや、脳卒中後のリハビリテーションの効果を高める薬の開発を進めています。「難治性疾患克服研究事業」では、遺伝子性難治疾患を対象に、変異から染色体微細欠失までゲノム上の変化を検出できる次世代シーケンス解析によって、多くの難病の責任遺伝子を解明し、「再生医療実現拠点ネットワークプログラム」では、世界で初めてヒト iPS 細胞から血管構造を持つ機能的なヒト臓器の作成に成功しました。今後も、最先端の医科学研究を進め、優れた研究成果を世界に発信していきます。

※医学生の学年は取材当時のものです。

research

川崎医科大学の研究環境の特色
―良医を育成するための卓越した研究環境―

川崎医科大学　副学長（大学院・研究・国際交流担当）
腎臓・高血圧内科学　教授　柏原 直樹

医師を目指すうえで、“研究”はどのような意味を持つのでしょうか。医学生にとっては、研究は縁遠い世界に見えるかもしれません。最終的に卓越した医師となるために、実は研究経験を持つことには、計り知れない価値があります。医学はいつの時代でも不完全であり、現時点の常識が10年後に覆ることも稀ではありません。ガイドラインやマニュアル類も、未知の事象に立ち向かう際には無力です。臨床現場では定型的な事象はむしろ少なく、不確実で不明瞭な情報から仮説をたてて、検証し結果を評価する、という行為の連続です。このような思考力こそが、研究によって最もよく育まれます。良き医師は優れた研究者であるのが通例です。Physician Scientistこそが我々が目指すべき医師像であろうと考えています。
良医育成をミッションとして創設された本学は、この思想のもとで、当初から先進的な研究環境が整備されていました。研究スペースは講座とは独立して、中央研究センターとして運営されています。センターは分子生物学・細胞培養・バイオイメージング等の機能別に5つのユニットに分かれています。このように中央に研究資源を集中することで、最新の大型研究機器を遅滞なく導入する事が可能になっています。多光子レーザー顕微鏡、動物用CT装置などは通常、講座単位では導入しにくいものです。更に各ユニットには、熟練した技術員、研究補助員が配属されており、機器の管理・技術指導・委託解析などの専門的研究支援を行います。初心者や研究経験の浅い研究者も、容易に新しい研究技術を活用できる環境が整っています。全学的な研究費としてプロジェクト研究費が用意されており、萌芽的な研究も支援を受けることができます。本学建学の理念である、「人間（ひと）をつくる」「体をつくる」「医学をきわめる」を実現するために、先端的な卓越した研究環境が整備されています。

Education

地域医療に貢献できる良医の育成

川崎医科大学　副学長（教務担当）
神経内科学　教授　砂田 芳秀

本学は「人間（ひと）をつくる」「体をつくる」「医学をきわめる」との教育理念を掲げ、人間性の涵養を最重要課題として、先進医学の修得と併せて全人的医療を実践できる医師の育成を目指しています。本学医学教育の特筆すべき点として、医師にふさわしいプロフェッショナリズムを身につける人間教育を行うため、1年次の全寮制（教育寮）と6年間を通した小グループ制度があります。学生と教員の距離が近く、きめ細やかな指導が行われており、ロビーで学生が直接教授に質問している光景もよく見られます。また、医師に必要な基本的資質として1年次から語学力やコミュニケーション能力を高めるカリキュラムが取り入れられています。準備教育と医学専門教育は学年ごとの学修到達度を考慮し、6年一貫教育として順序よく配置され体系化されています。
本学では1年次2学期から解剖実習が始まりますが、午前中に解剖学と生理学を統合した講義があり、午後からその部分の解剖実習を行うといったように、臓器別に基礎医学と臨床医学を統合し相互に関連をもたせたカリキュラムが組まれています。先進的な医学を探究する研究マインドを涵養するため、2年次後半に「医学研究への扉」という5週間の研究室配属プログラムを行っています。全員がポスター発表を行い、教員と先輩学生による審査も行っています。3年次で主要な臨床科目を学び、4年次では免疫疾患など臓器横断的・統合的な臨床科目と社会医学を学び共用試験を終えると、1月からクリニカルクラークシップを中心とした臨床実習が始まります。学外医療機関における地域医療実習のプログラムも取り入れられ、医学だけではなく医療を学ぶ実習を行っています。このように本学ではグローバルな視点を持ちながら地域医療に貢献できる良医の育成に取り組んでいます。

LIFE

アットホームな環境で学ぶ

川崎医科大学　医学部　5年　牧野 莉央　／　同　5年　真嶋 美穂

牧野：川崎医科大学には、医科大学としては全国で唯一の附属高校があります。附属高校からは毎年20人程が大学に進学します。大学1年生は全員が寮に入ることになっているので、外部から入学した人とも一緒にご飯を食べたり勉強したりしていくうちに仲良くなります。また、縦割りでグループを作る「小グループ制度」があり、勉強や研修など、大学生活について何でも先輩と話すことができます。各グループには先生も2人ずつ付いてくださるので、先生とも仲良くなれます。優しい先生が多い印象です。
真嶋：大学のラウンジでは、「メディカルカフェ」という女性医師を応援するイベントも開かれていて、多くの人が参加します。学年ごとに勉強する「ブース」という部屋もあります。そこに行くと、みんないるのでなんとなく安心するんですよね（笑）。テスト期間中は、わからないことをお互いに聞きあったりしています。先生とも先輩とも距離が近い、とにかくアットホームな雰囲気が、川崎医科大学の魅力だと思います。
牧野：これまで学んできたことの中で一番印象に残っているのは、救急と麻酔科の実習です。救急は様々な患者さんの最初の対応を行う科、麻酔科は患者さんの全体を診ながら処置をする科で、どちらもすごく勉強になりました。
真嶋：川崎医科大学附属病院は全国に先駆けてドクターヘリの運用を始めた大学病院なんです。救急の実習では、ドクターヘリで運ばれてきた患者さんを診ることもありました。実習の最後には、地上でではありますが、ドクターヘリに乗って写真撮影をしました。ドクターヘリに乗る医師が必ず着る青いつなぎも着られて、かなりのモチベーションアップになりました。この体験をきっかけに、大学に残ろうと決意する人もいるようです。

» 川崎医科大学

〒701-0192 岡山県倉敷市松島577
086-462-1111

　※医学生の学年は取材当時のものです。

運動部へこそ

活動も頑張る医学生！

ましたか？「医学部は勉強が大変だと聞活動をしているのだろう」と思った方も医学部の部活動で活躍されている先輩

Q. 東医体4連覇に向けた思いは？

東医体のラグビー競技は毎年北海道で開催されます。チームにとっても一大イベントです。今年は特に信州大学が主幹校となっていますから、何としても勝つ！と一層気合いが入っています。私がキャプテンとして臨む最後の大会であるのと同時に、東医体をもって引退する6年生にとっては、6年間の集大成となる大会です。体づくりを徹底して、体格から圧倒できるよう頑張っていきます。

信州大学
医学部ラグビー部　新4年
吉村 宗士

Q. 部活の良い点を教えてください！

私がバドミントンを始めたのは約3年前です。部活の特徴は原則全出席であり、上下や横の深いつながりを持てる点に良さがあります。昨年の東医体では自身の課題を痛感し、他の人の熱い試合を観戦したこともまたモチベーションとなりました。

横浜市立大学
医学部バドミントン部
新2年
星 美希

Q. 東医体の思い出はありますか？

高校での部活はコンピューター部で運動経験はゼロでしたが、大学に入って1年目の寮で、同室のハンドボール経験者に誘われたのがきっかけでハンドボール部に入りました。東医体の思い出は決勝の前日に夜中の2時までミーティングがあってとにかくキツかったことです（笑）。

順天堂大学
医学部ハンドボール部　新4年
藤崎 隆

東医体エントリーについて

- **エントリー期間**
  東医体エントリー期間：平成29年5月11日（木）～5月31日（水）
  冬季競技追加エントリー期間：平成29年10月1日（日）～10月21日（土）
- **エントリーフォーム　WEB：http://www.touitai.jp（東医体ホームページ）**

東医体に出場する人は、必ず東医体エントリー期間にエントリーを完了するようにしてください。冬季競技についても、少なくとも一人が東医体エントリー期間に登録していないと、追加エントリー期間に選手情報を追加することができません。また、選手情報の追加、削除はエントリー期間中以外には一切認められません。必ず、期間内にエントリーするようにしてください。

公式twitter

冬季競技結果

アイスホッケー	1	筑波	
	2	山梨	
	3	獨協医科	
スキー		男子	女子
	1	北海道	弘前
	2	旭川医科	北海道
	3	東北	東北

ROUTE INN HOTELS　www.route-inn.co.jp
ホテル ルートイン　ルートイン グランティア　グランヴィリオホテル　アークホテル

西医体 WEST

日本医科学生 総合体育大会

ご入学おめでとうございます！

医学部よう

勉強だけじゃない！部

新入生の皆さんは、入る部活はもう決めくのに、なんでみんなこんなに熱心に部いるかもしれません。今回は、実際に方に話を伺ってみました！

Q. あなたにとって西医体とは？

勝負に燃える自分を抑えきれずに吠えたこと。あふれる想いを言葉にできず、涙を流したこと。仲間を想い、何が何でも自分が勝つと覚悟を決めて戦ったこと。そんなことが人生で何度あるでしょうか？そんな自分に出会うことは簡単なことではなく、日々の練習の積み重ねがあってこそ辿り着けるのだと思います。それこそが本当の青春であり、それを気付かせてくれるものが部活動です。西医体は1年間の部活動の集大成であり、医学生一人ひとりにとっての晴れ舞台であります。今年も西医体で最高に熱く燃え上がりましょう！！

山口大学
医学部空手道部　新6年
鈴木 有十夢

Q. 部活では何を学びましたか？

私がサッカー部に入部した理由は単にサッカーが好きだからでした。部活に入ってからは主体的に考えてサッカーをするようになったり、様々な場面での基本的なマナーを学んだりしました。西医体に参加した時には、先輩方の熱い思いを感じました。

山口大学
医学部サッカー部
新2年
吉行 謙

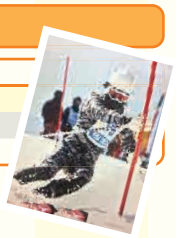
Q. 今の部活に入った決め手は？

私は勧誘での雰囲気の良さと、陸上をしていた兄の影響で陸上部に決めました。練習では学年関係なく互いに切磋琢磨しており、きつい練習でもマネの掛け声や仲間の頑張っている姿が励みになっています。西医体では全力を尽くしたいです！

山口大学
医学部陸上競技部　新5年
橋本 千明

冬季競技結果

	男子	女子
スキー	❶ 大阪医科	大阪医科
	2 金沢	京都
	3 京都	兵庫医科



西医体エントリーについて

- **エントリー期間**
  サークルエントリー期間：平成29年1月23日(月)～2月15日(水)※終了
  一次選手エントリー期間：平成29年4月3日(月)～4月28日(金)
  二次選手エントリー期間：平成29年5月15日(月)～6月2日(金)
- **エントリーフォーム**
  WEB：http://plaza.umin.ac.jp/~nisiitai/69th/entry.html
  名前や学年の間違いに気を付けて、締め切りに余裕を持ったエントリーをよろしくお願いします！

エントリーフォーム

国内外に352施設のホテル&リゾート

※2017.3 現在開業予定含む

- 無料駐車場、大浴場などを備えたホテルが多い！
- 遠征・大会時の宿泊や、学会、病院見学などで是非ご利用下さい。

ルに活躍する若手医師たち

日本医師会の若手医師支援

今回は、JMA-JDNの若手医師より、JMA-JDNの活動の全体像の紹介および、各種セミナーの活動報告を寄せてもらいました。

Junior Doctors Network について

三島 千明
JMA-JDN　代表、WMA-JDN　国際役員

島根大学医学部卒業。北海道家庭医療学センターで後期研修修了。家庭医療専門医。現在、プラタナス青葉アーバンクリニック、みいクリニック代々木にて都市部のかかりつけ医を目指して勤務中。

JDNは、卒後10年目以内の若手医師のネットワークです。世界医師会 (WMA)において設立され、日本で日本医師会ジュニアドクターズネットワーク(JMA-JDN)として2012年から活動しています。2017年3月現在、運営メンバーが約20名、メーリングリストには約160名が参加しています。JMA-JDNは、若手医師が、国際的な視野をもち、専門科を超えたネットワークを通してつながり、学び、地域の医療に貢献することを目的にしています。これまで、下記のような活動の場を提供してきました。

【国際的な活動】WMAやアジア太洋州医師会連合の国際会議や、世界の若手医師が集まるJDNミーティングに参加しています。世界の若手とそれぞれの国の医療課題、若手医師を取り巻く課題について経験の共有と議論をし、政策提言を行います。欧州日本人医師会などのネットワークに参加しており、今後はそれらを活かした活動の展開を検討しています。

【専門の科を超えて学ぶ】専門科を超えた学びあいを目的に、保健医療2035*・国際保健・ソーシャルマーケティング・健康の社会的決定要因・メンタルヘルス・キャリアプランニング等のセミナーを開催し、学びを深めてきました。今年度もヘルスコミュニケーション・英語論文の書き方等のセミナーを検討中です。

【地域社会への貢献】地域医師会と協力し、北海道・石川県・徳島県・高知県で若手医師向けのセミナーや勉強会の企画のお手伝いをしてきました。

【若手のネットワークを活かした調査・提言】リサーチチームを開設し、若手医師ならではの調査研究を目指しています。現場の課題を若手医師の視点から記述し、アカデミックな考察を加えて発信することに取り組んでおり、例えばJMAジャーナルで地域での臨床経験をもとに現状を記述し、発表しています。

ホームページやFacebook、Instagramで活動の紹介、各種お知らせを掲載していますので、ぜひご覧ください。

JMA-JDN とは

Junior Doctors Network (JDN) は、2011年4月の世界医師会 (WMA) 理事会で若手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です。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。

*保健医療2035…2015年に厚生労働省が発表した、20年後の日本の保健医療政策のビジョン。

グローバ

医学生とキャリア形成を考える

佐藤 峰嘉
JMA-JDN　役員（国際担当）
2012 年北海道大学医学部卒業。北海道の砂川市立病院で臨床研修後、他院を経て現在同院内科で勤務中。

医学教育の中でキャリア教育が十分になされていないということはかねてより言われてきたことですが、卒後臨床研修制度の導入等を契機とし、働き方の選択についての関心が近年高まっています。
2017年2月26日に、北海道医師会主催で医学生・若手医師キャリアデザインセミナーが開催されました。これまでも同医師会では医学生・研修医と語る会として、若い世代の将来の糧になるような会を開催されてきましたが、今年度よりJMA-JDNから数名が若手医師の立場で企画に参画してきました。
今回は「これからのキャリアを考える」をテーマに、北海道大学病院女性医師等就労支援室特任助教の清水薫子先生に、北海道大学医学部でのキャリア教育の現状や、北海道大学病院での取り組みをご講演いただきました。私が大学を卒業したのは5年前で、それほど昔ではありませんが、在学中にキャリアについての教育を受けたことはありませんでした。現在はキャリア教育がカリキュラムに含まれていると聞き、変化を感じました。また、男女を問わず、仕事と家庭を両立したいと考えている医学生が大半であるということを知りました。
その後3人の現役医師から、自らの歩んできたキャリアパスの中で重要と感じたこと、研究等臨床以外との両立、診療科選択等についてお話をしていただきました。
会の後半では、医師会役員の先生も参加し、医学生と小グループにわかれて、キャリア形成について話し合いました。若い世代は今後のキャリアについての興味や懸念について、上の世代の先生方は、それに対して病院を管理する側はどう応えていくことができるのかという視点でお話をされていました。
異なる世代がそれぞれ互いの考えを知ることのできる貴重な機会となったと考えております。今後、若い世代の参加がより増えることを期待しております。

医療から社会的課題へアプローチする

柴田 綾子
JMA-JDN　役員（セミナー担当）
2011 年群馬大学医学部卒業。沖縄にて臨床研修を修了し、現在、大阪府の淀川キリスト教病院で産婦人科医として勤務中。

私達は医師として医療を取り巻く社会的課題へどのようにアプローチできるのでしょうか？ JMA-JDNでは、2017年2月に日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療学冬期セミナーにおいて「医療を取り巻く社会的課題を知り、若手医師が出来る事を考える」ことを目標に、健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health,SDH）のワークショップを開催しました。
2008年にWHOからSDH最終報告が提出され、2015年には当時の世界医師会のマイケル・マーモット会長が、医師は積極的にSDHへ対応すべきと提言しています。
例えば心筋梗塞の患者さんがいた場合、その疾患を治療するだけでなく、なぜその人が心筋梗塞になってしまったのか、生まれ育った家庭環境、食生活、職場でのストレス、喫煙や暴食をやめられない背景など、疾患の裏にある要因（SDH）を考えることで、医師としてより包括的な支援ができるのではないでしょうか。
ワークショップでは、NPO法人として障害者と健常者の溝を埋める活動をしている上島実佳子氏から社会活動のコツを伺いました。「社会的課題へ取り組もうとすると、どうしても難しくなりがちだが、『自分達が楽しんで活動すること』『ワクワク・ドキドキ』を作って伝えることが、活動を広めるうえで重要である」とアドバイスを頂きました。
5月13～14日に高松で開催される第8回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会では、SDH検討委員会がワークショップを開催予定です。JDNも、13日の夕方にヘルスコミュニケーションのワークショップを企画しています。学生は当日参加費3,000円とお得なので、ぜひ参加してみてください。詳細は、第8回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会WEBページをご確認ください。
WEB:http://www2.c-linkage.co.jp/jpca2017/

　※先生方の所属は 2017 年3月現在のものです。

FACE to FACE

No.14

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。

interviewee
守本 陽一

×

interviewer
田邊 桃佳

profile

守本 陽一（自治医科大学　5年）

1993年生まれ。兵庫県出身。大学進学後、“地域医療、地域医療”と言われるが、大学に地域を学ぶための環境がないと気付き、自ら学生コミュニティ、但馬ゆかりの医療系学生の集いを設立。地域の医療者と住民が手を取り合い、地域の健康を考えるまちづくりを目指し、兵庫県豊岡市などで活動している。今年、一緒に地域を探る仲間を絶賛募集中。

田邊（以下、田）：守本さんは、地元の兵庫県豊岡市で有志を募って地域診断をしたり、医療者や医療系学生が移動式屋台を使って地域住民と触れ合う「健康カフェ」を主催したりと、地域医療系の活動にとても積極的ですよね。でも、数年前に初めて出会った時は、守本さんは「救急医療が大好きな人」という印象が強かったです。守本さんの中で二つの分野がどうつながっているのか、ずっと聞いてみたいなと思っていました。

守本（以下、守）：僕はもともと救急医療に憧れて医師を目指したんです。僕の地元の兵庫県但馬地域は、ドクターヘリの出動数が全国トップで、高校のすぐ近くにヘリの基地があったりして。今でも、ヘリの近づく音を聞けば何の機種かがわかるくらいの救急オタクです（笑）。

地域医療について考え始めたのは大学3年生の頃かな。自治医科大に入ってからも、しばらくは心肺蘇生の資格を取るなど、救急分野の活動ばかりやっていた。だけど、卒後9年間の大学の義務年限の間は自分の故郷で地域医療に従事する、という将来をだんだん真剣に考えるようになって、その9年間を有意義に過ごすために、今できることは何だろうと思って。それで始めたのが、地域診断の活動です。まずは街を実際に歩き、地理的な環境や社会資源を調べたり、住民や地域の専門職の方とお話ししたりして情報収集します。すると、「この地域は、地理的に在宅医療を行うのが難しそうだ」といった特徴が見えてくる。そこから具体的な地域の課題を洗い出し、住民と共に解決策などを話し合うんです。ただ、「地域診断」という名目だと、どうしても観察者の立場に立ってしまう。「健康カフェ」を始めたのは、もっと近い距離で地域に溶け込みたいと思ったのがきっかけでした。

田：守本さんは地域医療系の活動を始めてたった数年なのに、活動をしっかり形にしていて、本当にすごいですよね。一人でゼロから立ち上げるのって、大変ではないですか？

守：僕は、全部ゼロから作ったつもりはないんです。地域診断や健康カフェも、周りの人の活動を真似たものですから。面白い活動があったらとりあえず真似してみて、そこから少しずつ自分なりに改良していけばいいかな、というスタンスでいます。

田：今、将来についてどんなビジョンを持っていますか？

守：興味のあることがたくさんあって、正直、具体的なキャリアイメージは描けていません。でも最近は、今無理に進路を決める必要はないかな、とも思っています。とにかく9年間は義務年限があるし、その後も地域にはずっと関わっていくだろう。だったら、救急、総合診療、あるいは行政、どんな立場から地域に働きかけるかは、10年目までに考えればいいのかなって。

田：それを聞いて少し安心しました。私は大学の法医学教室で子どもの予防可能な死亡について研究していて、将来は子どもの死亡を減らすことに貢献したいと思っています。でもそれには、法医学・小児科・児童精神科・行政など様々な分野からのアプローチが考えられて。守本さんと分野は違うけれど、「立場は後から考えればいい」という姿勢は非常に参考になります。

守：何科を選び、何年目までに専門医を、という積み上げ型のキャリアにとらわれるのは、ちょっと息苦しいなと思うんです。僕らは幸い、「これがやりたい」というものが先に見つかった。今後もその思いを大切に、柔軟に活動していきたいですね。

profile

田邊 桃佳（横浜市立大学 4年）

私も故郷新潟の地域医療の現状から、より良い地域医療について考えを巡らせてきました。守本さんは積極的に地域と関わりながら、様々な分野をつなげ、また医療にとどまらない活動をされていて、とても関心を寄せています。この先、医師としてどこでどのように活躍されていくのか、ますます注目しています！

 ※医学生の学年は取材当時のものです。

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

2017年4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。
全国の大学医学部・医科大学にご協力いただき、医学生の皆さんのもとにお届けしています。

Japan Medical Association

次号（2017年７月25日発行）の特集テーマは「看取りのあり方」の予定です！