

DOCTORASE

Japan
Medical
Association
日本医師会

医学生がこれからの医療を考えるための情報誌 [ドクターゼ]

No. 04

Winter 2013

●先輩医師インタビュー

田原 克志

●10年目のカルテ

糖尿病・代謝内科



特集

地域の救急医療を 支えるしくみ

石本崇胤 Takatsugu Ishimoto

熊本大学大学院生命科学研究部
消化器外科学 特任助教

2001年、熊本大学医学部卒業。熊本大学第二外科に入局後、2005年に同大学大学院医学教育部博士課程入学。2007年より、慶應義塾大学医学部先端医学研究所に国内留学し、共同研究員として研究を続ける。2009年博士課程修了、2011年より現職。2011年度、日本医師会医学研究奨励賞を受賞した。

外科医から基礎研究者へ

外科医である父の背中を見て育ったからか、5年生のころには外科に進もうと決めていた。卒業後は熊本大学第二外科に入局し、2年目から宮崎の県立病院に赴任。県北地域をカバーする基幹病院の外科医として、どんな患者でも診療した。臨床医としては充実し、成長を実感した数年だったが、同時に「わからないこと」も多いと気づかされる時期でもあった。

例えば、がん化学療法に携わったとき、同じ抗がん剤でも実際に使って治療すると、「なぜこの人にはこんなに効くの、効かない人もいるんだろう」という疑問がわいた。何十人もの患者を看取っているうち、抗がん剤への抵抗性ががんの浸潤・転移など、もっと細胞レベルのことについても考えてみたいと思うようになった。しかし多くの患者を診なければならぬ状況では、勉強は難しかった。

地道な実験が功を奏した

卒業後6年目の春、石本先生は意を決して大学院に進学し、基礎研究室に入った。CD44という分子を研究するグループに属したが、最初は実験のやり方もわからず、研究を始めてしばらくはまともなデータは出なかった。先輩に教わりながら、マウスの掛け合わせや細胞の実験を少しずつ進めた。

研究を始めて2年ほど経ったころ、期せずしてこのCD44という分子が、がん細胞組織の中でもがん幹細胞の集団に高発現しているという話が世界中の研究室から出始めた。「それまでががん幹細胞との関連性についてはあまり考えていなかったけれど、機能解析を続けていたら、その流れと波長が合ったんです」。石本先生はこのCD44が他の分子と相互作用し、抗がん剤への抵抗性を生じさせるメカニズムを見出した。新規治療法の開発にもつながる発見であった。

後悔しない道を歩みたい

現在は臨床に戻り、大学院生の指導もしている石本先生だが、今後は海外への留学を考えているそうだ。

「振り返ってみれば、常に『後悔したくない』という気持ちで動いてきたんです。外科を選んだときも、基礎研究室に入ったときも、そのときやりたいと思っただことをやってきた。今は専門医や技術認定医が重宝されるし、一流になるにはひとつのことに没頭するのもいいのかもしれないけれど、僕はそうじゃないかなと思います。実際に患者さんを診ているからこそ、また新しく研究をやりたいという気持ちが出てくるし、研究して得たことを臨床に活かしたいと思うんですよね。そういう風に臨床と研究を行ったり来たりしながら、新しい分野にも挑戦していきたい。学生時代に思い描いた医師像とは違うけれど、今はそう思います。」

臨床を研究に、研究を臨床に、
それぞれの経験を活かしたい —— 石本 崇胤



研究内容について

～ CD44とがん幹細胞の関係性のメカニズム～

細胞に酸化ストレスが与えられると、アポトーシスによって細胞死が起こり、異常な細胞は排除される。この仕組みが破綻することが、異常な細胞が増える“がん”のメカニズムの一つと考えられている。

石本先生らの研究グループは、がん幹細胞表面マーカーである接着分子CD44がシスチンランスポーターであるxCTと結合することで、がん細胞の中に抗酸化作用を持つグルタチオン量を上昇させることを見出した。グルタチオン量が増えると、その抗酸化作用によりがん細胞内の活性酸素（ROS）の蓄積が抑制され、その結果酸化ストレスが軽減し、腫瘍の増大と治療抵抗性が生じる。

それまで、がん幹細胞にCD44が高発現する現象は知られていたが、この研究で、CD44分子の高発現により酸化ストレスへの抵抗性が生じることが明らかにされた。今回の研究成果を基に、CD44への抗体やxCTへの阻害剤を用いることで、治療抵抗性を有するがん幹細胞をターゲットとした新たな治療法の開発が期待できる。この研究成果は「Cell」の姉妹誌である「Cancer Cell」に掲載された。

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。

告知募集

次号掲載申込締め切り：2013年3月9日(土)

※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。

Event

2/16
[Sat]

医療政策ゼミ 「みら医塾」

みら医塾では、シンガポールで麻酔科医をする傍ら東京医科歯科大学で政策博士号をお取りになった中田健夫先生をお招きし、医療政策について学んでいます。医療者・患者・政策立案者・メディアという様々な立場を踏まえた医療政策のあり方や、現状問題解決へのアプローチ方法について、

月に1回ディスカッション形式で行われています。現状の問題点把握の部分は様々なゼミが取り扱っているため、みら医塾では主に「その問題点の解決方法」に焦点を絞り、身近な話題や統計値を議題から、紐解いていきます。

次回日時：2013年2月16日(土) 16:00～19:00

会場：東京医科歯科大学7号館4階

今回の議論テーマは「評価機構について」

詳しい内容はfacebookにて「みら医塾」で検索して下さい。皆様の参加をお待ちしております！

Event

2/16
[Sat]

医師の ワークライフバランスを 考えるイベント

「出産や育児をしながらキャリアを積むためには、本当に行きたい科を諦めなくてはならないのかな?」「医師として多忙に働きながら、家庭と向き合う時間なんてとれるのかな?」そんなことを考えている人は多いのではないでしょうか?

この企画では、さまざまな悩みを乗り越えてきた、男女各3名の先輩医師をお呼びし、ご自身の経験談を交えながら、現場で働く医師の悩み・実際に行われている取り組みについて、お話しいただけます。その後行うグループワークでは、先輩医師のアドバイスを受けながら、今後起こりうる様々なケースについて自分ならどうするかを話し合っていきます。

日時：2013年2月16日(土)

14:00(開場)～17:00(終了予定)

場所：安与ホール(予定) 新宿駅徒歩1分

対象：医学生の男女 計100名

参加費：1000円

URL

<http://kokucheese.com/event/index/66686/>

Event

3/9
[Sat]

若手医師・医学生のための がん医療における 心の医学セミナー

日本サイコオンコロジー学会(JPOS)による「がん医療における心のケア」に関するセミナーが開催されます。今年で7回目を迎えこれまでにがん診療の担い手となる医師・医学生が多数参加しております。サイコオンコロジー総論、がん医療におけるコミュニケーション(ロールプレイ)等の

実践的内容が盛りだくさんのイベントです。是非ご参加下さい。

日時：2013年3月9日(土) 13:00～18:00

会場：東京大学 本郷キャンパス

対象・定員：若手医師・医学生 80名

参加費：医師2,000円 医学生1,000円

URL <http://www.jpos-society.org/>

※サイコオンコロジーとは「心」の研究をおこなうPsychologyと「がん」の研究をするOncologyとを組み合わせた言葉で「精神腫瘍学」と訳される分野です。

Network

随時

医療系イベント情報 まとめサービス “MediCale”

こんなこと、思ったことはありませんか?

★医療系の学生って学部の外や他大学のつながりが少ない。

★毎日、授業に部活といった、すごくクロースドな生活をしている。

★将来一緒に仕事をする、医・薬・看など様々な学部間の交流が少ない(お互いのことを良く知らない)。

★イベントに参加してみたいけどなかなか情報が手に入らない。

★いつもTwitterやFacebookで苦勞して情報を集めている。

そんな問題意識から生まれたのが、医療系イベント情報まとめサービス“MediCale”です! イベントを効率よくチェックしたい医療系学生のために、MediCaleでは医療系のイベントのみを集めて、カレンダー形式でまとめました! MediCaleを利用して様々なイベントに参加し、自分の視野とコミュニティを広げてみませんか?

URL <http://iryogakusei.com/medicale/>

Event

3/10
[Sun]

第5回 医学生・研修医・ 若手医師のための 緩和ケアセミナー

緩和ケアを目指す医学生・研修医・若手医師向けに、セミナーを開催します。緩和医療の教育研修体制の現状と展望を紹介し、緩和医療医のキャリアパスとロールモデルを示します。また、小グループに分かれて、事例検討も行います。

主催：日本緩和医療学会

日時：2013年3月10日(日) 10:00～16:00

会場：東京医科歯科大学(東京都文京区)

対象：将来、緩和ケアの実践・研究を目指す医学生、研修医、若手医師(卒後10年まで)

費用：医学生1,000円、

研修医・医師4,000円(昼食費含む)

募集人数：60名

問い合わせ先：日本緩和医療学会事務局

E-mail info@jspm.ne.jp

URL <http://www.jspm.ne.jp/>

Event

3/16~18
[Sat]-[Mon]

優勝賞金 30万円! 医療ビジネスコンテスト

優勝賞金30万円! Perry2013では2013年3月16～18日に2泊3日の合宿型の医療ビジネスコンテストを開催します! 医療系と文・理系で混合チームを作成し、共に議論して1つのビジネスプランを作成します。ビジネスに関するレクチャーや一流企業メンターによるアドバイスをはさみますの



で、医療×ビジネスに興味・関心のある方、奮ってご参加下さい! みなさんと日本の医療に新たな価値を創造しましょう!

URL <http://goo.gl/6HEor>

2 医師への軌跡

石本 崇胤医師(熊本大学大学院生命科学研究部 消化器外科学 特任助教)

4 お知らせ・イベント情報

[特集]

6 地域の救急医療を支えるしくみ

8 救急医療機関の役割分担と搬送手段

10 救急医療を支える様々な搬送手段

12 医学生が取材!救急医の役割とやりがい

16 同世代のリアリティー

職場の人間関係編

18 医療者のための情報リテラシー

19 チーム医療のパートナー(理学療法士)

20 地域医療ルポ 04

茨城県常陸太田市里美地区 大森医院 大森 英俊先生

22 先輩医師インタビュー No.4

田原 克志(医師×医系技官)

24 10年目のカルテ(糖尿病・代謝内科)

石澤 香野医師(東京女子医科大学糖尿病センター)

竹下 有美枝医師(金沢大学恒常性制御学【旧第一内科】内分泌代謝内科)

黒田 暁生医師(徳島大学糖尿病臨床・研究開発センター)

30 医師会の取り組み

医師会病院の運営～板橋区医師会病院～

32 日本医師会の取り組み

日本医師会医学図書館

34 医師の働き方を考える

子育て支援が医局を活性化する～名古屋大学小児科の子育て支援制度～

36 医学教育の展望

秋田大学 総合地域医療推進学講座 教授 長谷川 仁志先生

38 大学紹介

旭川医科大学/北里大学/大阪大学/久留米大学

42 日本医科学生総合体育大会

44 DOCTOR-ASE COMMUNITY サークル・医学生の活動紹介

46 Book

の救急医療を支えるしくみ

日本中どこにおいても救急医療を受けられるようにすることは、医療におけるミッションの1つです。

都市部はともかく、人口の少ない地域でもそれを実現するためにはどうしたらよいでしょうか。

そこで今回の特集では、特に医療過疎地域における救急医療はどのような仕組みによって支えられているのかを見ていきましょう。

【取材協力】

公立豊岡病院但馬救命救急センター／北海道医師会／北海道航空医療ネットワーク研究会（HAMN）／東海大学医学部付属病院高度救命救急センター（取材順）



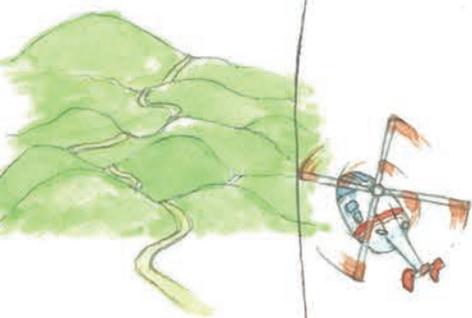


地域

山村に住む50代の女性。農作業中に、今まで経験したことのない激しい頭痛をおぼえた彼女は、夫の付き添いのもと、すぐに近くの診療所を受診した。話を聞いた診療所の医師は、くも膜下出血を疑った。詳しい検査をするため、救急車を要請し、地元の総合病院に搬送。

20分後、10 km離れた総合病院に到着した頃には、意識混濁の状態に。くも膜下出血が疑われるが、この病院には脳神経外科の専門医がいないため、手術が必要な場合は県庁所在地にある大学病院に搬送しなければならない。その距離は約50 km。山を越えなければならぬため、救急車では1時間半ぐらいかかってしまう。大学病院に連絡したところ、ドクターヘリで向かうとのこと。CTを撮り、ヘリの到着を待つ。

15分後、屋上のヘリポートにヘリが到着。フライトドクターが院内で合流し、患者は大学病院に搬送された。脳神経外科での手術により、一命をとりとめることができた。



救急医療機関の 役割分担と 搬送手段

人はいつ、どこで、どんな病気になるか、
どんな怪我をするかわかりません。
そこで「いつでも」、「どんな病気や怪我でも」、「どこでも」、
救急医療を受けられる仕組みが必要なのです。
現代の日本において、それがどのようにして
成り立っているのかを具体的に見ていきましょう。

24時間の救急医療体制を交代勤務で

まず、「いつでも」救急医療を受けられるようにするためには、24時間の救急医療体制を作らなければなりません。しかし、夜間でも常に医療を受けられる体制を維持するには、医師や看護師、検査技師などといった医療スタッフを、常に確保する必要があります。現状ではスタッフが交代で勤務にあたることで、休日や夜間でも救急医療を提供できる体制を築いていますが、そこにはコストがかかっているということを覚えておいて下さい。

救急医療機関の役割を分担する

次に、「どんな病気や怪我でも」対応できるという点について考えてみましょう。前のページの例をもう一度見てみると、救急医療には3つの段階があることがわかります。近所のかかりつけ医のもとへ向かい、その後地域の総合病院に運ばれ、さらにより高度な救急医療を提供する大学病院などに運ばれる、といった具合です。このように救急医療を提供している医療機関には段階があり、それぞれ初期救急医療機関、二次救急医療機関、三次救急医療機関と呼ばれます。

体調が悪い、怪我をした、といった場合それほど重症でなければ、近くの診療所や病院を訪れることが多いでしょう。このように外来で対応できるような救急医療にあたるのが、初期救急医療機関です。地域の診療所などが当番制で休日診療や夜間診療にあたります。市や医師会などが運営する休日夜間急患センターもあります。そして、入院や手術を要するような患者を受け入れるのが二次救急医療機関で

す。これは都道府県が定めた圏域単位で整備されています。ここでは様々な診療科の医師が交代で救急当直にあたっていますので、その日の当直の医師が担当できる病気や怪我ならすぐに対応できます。またその医師の専門外であっても、基本的な処置や検査を行うことはできます。

そして、二次救急医療機関では対応できないような高度な処置が必要な患者を受け入れるのが、三次救急医療機関です。救命救急センターは人口100万人を目処に1か所ずつ設置されましたが、そのうち高度救命救急センターは、特に高度な診療機能を有するものとして、厚生労働大臣が認めた施設です。

三次救急医療機関には、救急を専門とする医師が配置されています。救急専門医は各診療科の専門的な治療ができるわけではありませんが、様々な患者の救急治療を行うことができ、専門医にながまで間の処置を担います。この救急専門医が交代で勤務し、どんな患者でも生命の維持ができるように努めています。

このように、必要な医療のレベルに応じて、各医療機関が担う役割を分担することによって、無理のない救急医療体制を維持しているのです。

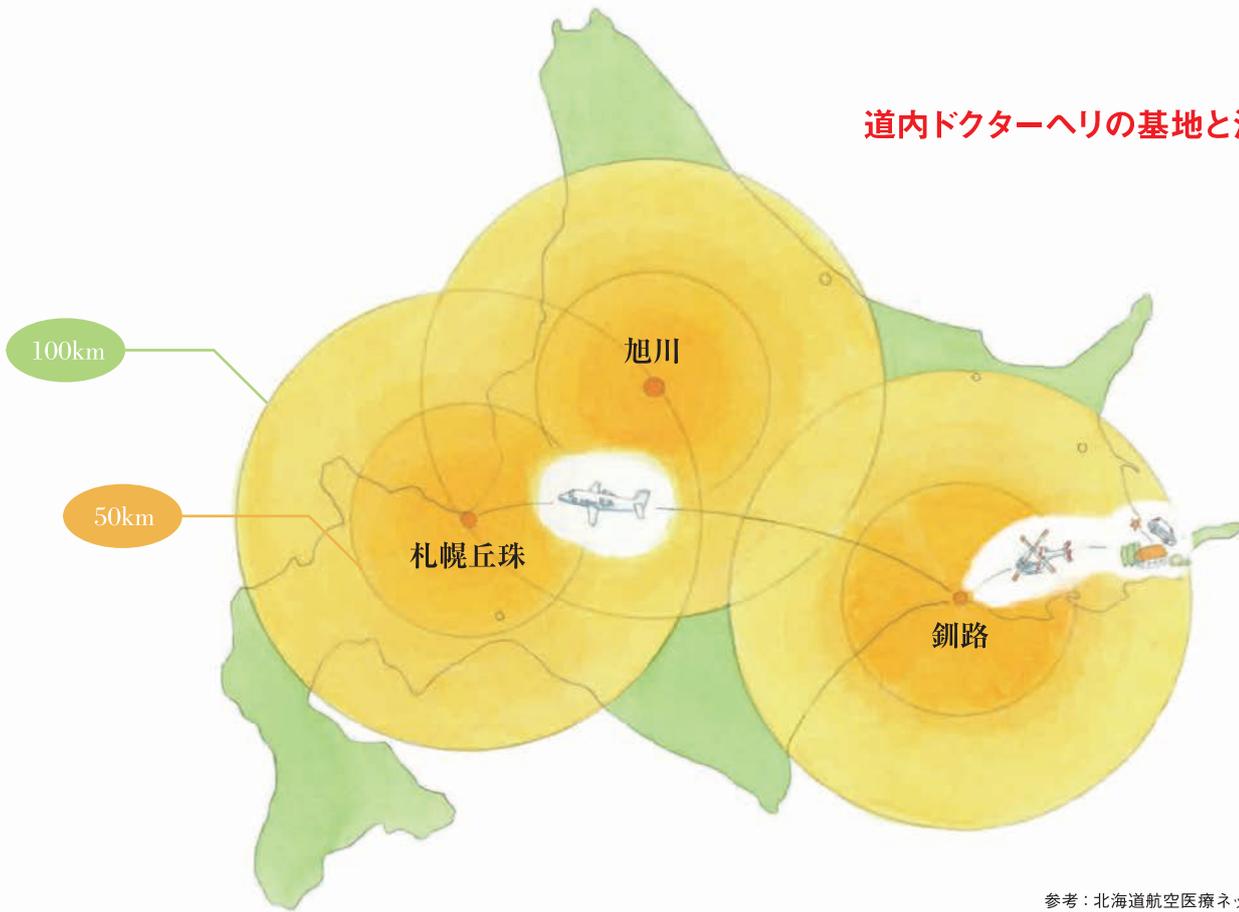
高度な救急医療を集約する

そして最後に、「どこでも」救急医療を受けられるという点について考えてみましょう。これまでの話を踏まえると、三次救急医療機関を全国各地にたくさん作ればそのような体制を築けるのではないかと思う方もいるかもしれませんが、話はそう単純ではありません。

まず、設備と体制の整った医療機関を



道内ドクターヘリの基地と活動範囲



参考：北海道航空医療ネットワーク研究会 (HAMN) の資料 (2012年10月25日)

たくさん作るには、多大なコストがかかります。人口の少ない地域では利用される機会も少ないでしょうし、医療資源の無駄遣いとなってしまふ可能性もありません。

また、医師の人数には限りがあります。救急専門医の数はまだまだ少ないため、各地の病院で24時間受け入れ態勢を維持しようとするれば、それぞれの病院に少数ずつしか救急医を配置できず、過酷な勤務になつてしまうことは容易に想像できると思います。常に受け入れ態勢を維持しておくためには、複数の救急専門医が交代で勤務できるよう、一つの病院に集まっているほうが効率がいいのです。

救急専門医が集まることの利点は他にもあります。それは、「ここに搬送すれば、どんな患者でも必ず診てもらえる」という安心感が生まれる点です。救急隊にとつても地域の医療機関にとつても、このことはとても心強く感じられると思います。

こう考えると、救急専門医が常駐するような高度な三次救急医療機関は、適切に集約したほうがいいと言えます。

ヘリ・飛行機など、搬送手段の拡充

では、「どこでも」医療を受けられる仕組みは、どのように実現していけばいいのでしょうか。三次救急医療機関を集約すれば、どこからでも簡単にアクセスするのが難しくなります。そこでキーとなるのが、搬送手段の拡充です。ここでは日本でもっとも面積が広く、また人口の偏在が顕著な北海道を例にとつて見てみましょう。

「どこでも」救急医療を受けられるようにするためには、初期救急医療機関・二次救急医療機関という分担を活用しつつ、重篤な患者を素早く確実に三次救急医療機

関に搬送する必要があります。そこで、ヘリコプターが搬送手段として活用されています。上記の地図に描いてある円は、ドクターヘリの拠点がある札幌・旭川・釧路から100 km圏を表したものです。ヘリを利用すれば、100 kmの距離を30分ほどで飛行することができ、また狭い場所でも離着陸が可能なため、新しい搬送手段としての活躍が期待されています。

また、患者を運ぶだけでなく、医師を現場に送り届けることができるのもヘリの大きな特徴です。救急車の救急救命士が行うことのできる救命処置には限りがあるため、医師が現場に向かいその場で初期治療を開始することが、その後の救命率にも大きく影響するのです。

ヘリを活用できる範囲は約100 km圏内となっています。けれども、地図を見てもわかるように、ドクターヘリの拠点から100 km以上離れた地域もたくさんあります。そこで北海道では、更に広域をカバーするため、飛行機での搬送も行われています。北海道航空医療ネットワーク研究会 (HAMN) がこれを主導しています。

様々な搬送手段で、命をつなぐ

以上のように、「どこでも」救急医療を受けられる体制を築くためには、いつでも出動できる救急車、より高速で現場に向かい、初期治療を行った上で患者を搬送できるドクターヘリ、そして救急車やヘリで空港に運んだ患者をさらに高度な医療機関がある都市まで運ぶ飛行機：こういった様々な搬送手段を活用することが求められます。それぞれの搬送手段の長所を活かし、命をつないでいくことが重要なのです。



救急医療を支える 様々な搬送手段

救急医療の資源を集約化し、地域の救急医療体制を維持するためには、患者・医療スタッフを搬送するための様々な手段が必要です。ここでは、現在日本で利用されている搬送手段の役割やメリット・デメリットを紹介します。

今回お話を伺った先生



ドクターヘリ・ドクターカー
公立豊岡病院
但馬救命救急センター
センター長
小林 誠人先生
(フライトドクター)



ドクタージェット
(メディカルウイング)
札幌医科大学救急医学講座 講師
森 和久先生
(フライトドクター)



ドクターヘリは比較的小型のヘリで、患者を乗せるストレッチャーをヘリのお尻の部分から出し入れする構造になっています。



乗員の出入り口付近から見たストレッチャー格納部。機内には心電図モニター・人工呼吸器・除細動器などの機器が効率良く格納されています。



ストレッチャーの横に若手医師が、頭の前に指導医が座り、その隣に看護師が座ります。機内は狭いですが、慣れれば必要な医療行為はなんでもできるとのこと。

ドクターヘリ

航空救急の主役であるドクターヘリは、阪神・淡路大震災の救助活動をきっかけとして導入が始まりました。ヘリの一番のメリットは、地上の地形や交通事情にかかわらず、飛行することができる点です。その時速は最大で約250kmにも達します。救急専門医と看護師がヘリに乗って現場に向かうことで、その場で素早く初期治療を施すことができ、患者を救急医療機関まで高速で搬送することができるのです。

けれど、ヘリにも様々な制約があります。例えば現在のところ、ドクターヘリは日中しか活動することができません。ヘリコプターが、万が一でも送電線や高いビルと衝突事故を起こすことがあってはならないからです。しかしそれが故に、医療体制が手薄になり救急医療の重要性が高まる夜間に活動できないという弱点があるのです。

Merit

着陸可能な
地点が多い

夜間飛行不可*
天候の影響を受けやすい

Demerit

* 現在、特別の実証実験が行われています





ドクタージェット (固定翼機)

固定翼機（飛行機）はヘリコプターに比べて非常に高速であり、航続距離も長いという長所があります。反面、空港にしか離着陸できないので、一刻を争う救急搬送では効率が良いとは言えない部分もあります。北海道が取り組んでいる試験運航では、救急搬送よりも施設間での重症患者の搬送のニーズが高かったとのことでした。例えば、新生児や重症の妊婦など、長距離をヘリコプターや救急車で運ぶのが難しい患者を専門病院に搬送する場合、重度の熱傷の患者を高度熱傷治療の専門機関に搬送する場合などに、真価を発揮していくのではないのでしょうか。



(左) フライトドクターと運航スタッフ。整備士も同乗します。
(右) 機内はヘリに比べて広く、長時間の搬送にも耐えられます。

Merit

高速で飛行時の安定性が高く、機内が広い

空港にしか離着陸できない

Demerit

救急車

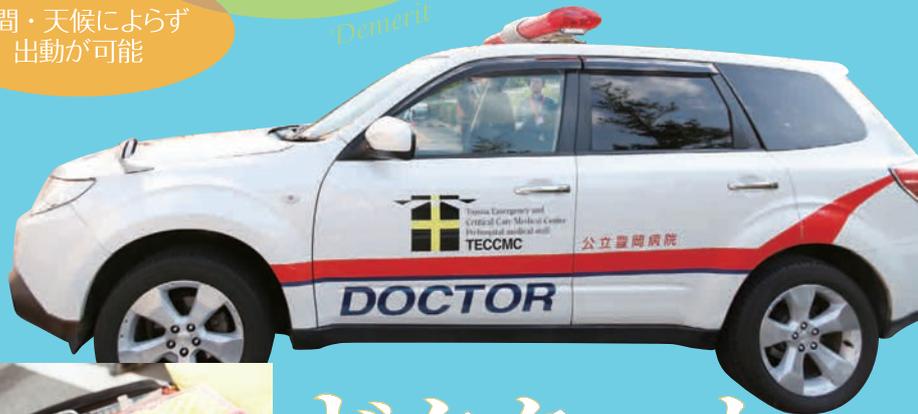
言わずと知れた、救急搬送の主力です。全国各地の消防署・病院などに配置されているためいつでも出動でき、地域の救急医療をきめ細やかにカバーする役割を担っています。救急車には救急隊員（救急救命士）が乗っており、重症の場合には医師と連絡を取り合って除細動などの処置を行います。迅速な治療が必要な時には、ドクターカーやドクターヘリで現場に駆けつけた医師が同乗して、搬送途中に初期治療を行うこともあります。

Merit

時間・天候によらず出動が可能

ヘリよりも速度が遅く、患者を搬送できない

Demerit



Merit

全国にこまかく配置されている

通常は医師・看護師が同乗していない、ヘリよりも速度が遅い

Demerit



ドクターカー・ヘリに積まれている「トーマスバッグ」と呼ばれる道具箱。現場処置に必要な物品・薬品が効率良く格納されています。但馬救命救急センターでは、麻酔代わりに現場処置で役立つ薬品として、厳重な管理の下に麻薬を携行しているそうです。

ドクターカー

ドクターカーは、ヘリと同様に、医師や看護師を運ぶ手段のひとつとして活用されています。ヘリよりも速度は遅いですが、また基本的には患者を搬送することはできませんが（医師が同乗し、患者を運ぶものもあります）、時間や天候によらず出動できるため、場合によっては最も早く現場に医師を送ることができるといえます。

例えば、ヘリが飛ぶことができない夜間や悪天候の時は、ドクターカーがその力を発揮します。救急医療においては、その時々に応じて最も早く医師が現場に行ける手段を使うことが重要なのです。



医学生が取材！



救急医の 役割とやりがい

東海大学医学部付属病院の高度救命救急センターに、救急医療の勉強会を中心とした活動を行っている医学生サークル「TESSO」のメンバーを中心とした医学生6名が取材に伺いました。

東海大学医学部専門診療学系
救命救急医学 准教授
中川 儀英先生

ヘリの歴史と意義

——まず、ドクターヘリはどういうときに必要なかを教えていただけますか？

中川（以下、中）…ドクターヘリの活用が注目された始めたのは、阪神・淡路大震災の後です。あのときは、「救急車があります」と言っても、地上は道路が崩壊していて走れない状態でした。それまでも、ヘリが救急搬送に利用された事例がなかったわけではなくけれど、このとき患者さんの搬送に空路はほとんど利用できなくて、搬送されずに亡くなってしまう人がとても多かった。そこで、いよいよドクターヘリを使おうって話が出てきたんです。

そして1999年に厚生省（当時）が、西は川崎医科大学、東は東海大学、二つの大病院でドクターヘリを運用するという試行的事業を始めました。そして、実際に搬送された患者さんがどうなったのか、その医学的効果について検証したんです。期間は1年半だったけれど、東海大はその1年半の間に485名を搬送しました。その中には、例えば救急車で30分かけて搬送したら亡くなっていただろうと思われる人や、バイタルサインが悪くて虫の息の状態で、放っておいたら亡くなってしまおうという人もたくさんいました。けれどヘリを利用すれば、救急車で30分の距離でも7分ぐらいで着くことができます。しかもその場で治療ができるので、血圧を上げることでもできるし、人工呼吸をすることもできる。そういう風にして、ヘリのおかげで助かったと言える人が約55名もいました。

この搬送時間の違いは大きいんじゃない

ドクターヘリが
注目されたのは
阪神・淡路大震災が
きっかけだった

かということ、ヘリを事業として導入しようという方針になってきています。現在では、ドクターヘリの基地病院は全国34道府県40病院にまで増えています。将来的にはそれらの病院でいろいろなデータを共有しながら医学的効果を検証しようという構想もあります。

ドクターヘリの実際の流れ

——実際にドクターヘリに乗って現場に行ったときの業務の流れを教えてください。

中…まず、ランデブーポイントという、救急車とドクターヘリが合流するポイントがあることは知っていますか？ 具体的に言うと、例えば市町村の中で、○○中学校とか、××グラウンドとか、ヘリが着陸できる場所が何か所かランデブーポイントに指定されています。消防隊はドクターヘリを要請するときに、あらかじめ現場に近いランデブーポイントを選定します。「○○中学校のグラウンドに来てください」とい



自己完結型のセンターで、あらゆる救急医療を担う

公立豊岡病院
但馬救命救急センター
センター長 小林 誠人先生

多くの救命救急センターは三次救急医療機関として、初期救急医療機関や二次救急医療機関で対応できないような重症患者を受け入れることが一般的です。けれど、この公立豊岡病院但馬救命救急センターでは、外来で訪れることのできる軽症の患者さんから、ドクターヘリで搬送される患者さんまで、幅広い段階の救急医療をセンターで一手に引き受けています。

「この但馬地方を含め、北近畿エリアは救急医療過疎地域と言われていました。私たちはまさに『最後の砦』として、あらゆる患者さんを受け入れています。患者さんにとっては、自分が救急だと思ったら救急なんです。極端な話かもしれませんが、患者さん自身に『あなたは三次救急ですか？二次救急ですか？』と聞いたところで、判断できないですからね。お腹が痛いのも救急だし、意識がないのも救急。だから、センターが窓口となって全てを受け入れる体制を築いています。」

また、一般的に救急医が担う範囲は、患者さんの初期治療を行い、各診療科に振り分けるところまでですが、このセンターでは診断や手術、術後の集中治療、一般病棟での入院治療、果ては外来通院まで、救急医が主治医として関わり続けます。このように、一診療科として、患者の受け入れから診断・根本的治療まで一貫した治療を行う機能を持っているセンターを「自己完結型センター」と呼びます。

「うちのセンターには13人の救急医がいるんですけど、13人でドクターヘリ・ドクターカー・初期治療・手術・ICU・血管造影・一般病棟・外来等を回しています。それぞれ内科系・外科系のサブスペシャリティを持っていて、シフト制で勤務にあたっているの、休みもしっかり取れる体制です。また豊岡病院には専門の診療科も併設されているのですが、24時間365日センターが窓口となって救急患者を受け入れているので、各科には救急当直がないんです。もちろん、必要な場合は各科の医師がオンコール体制で携わってくれます。」

う連絡が入ると、僕らはヘリで、患者さんは救急車でそのグラウンドに向かいます。そして、そこで救急車と落ち合い、救急車の中で医師による初期治療が開始されます。医師がその場に行けることがヘリの大きな利点です。そしてある程度運んでも大丈夫な状態にしてから、ヘリに乗せて運んでいくような流れになります。

——現場にはどういう機器を持っていくんですか？

よ。そういうことを全部現場でできる。ER(救急救命室)の室内でできる処置は、だいたい現場でもできるという感じですね。

救急医療機関の集約

——救急医療機関は生命を救う上でとても重要だと思うのですが、なぜ救急医療機関をたくさん作るのではなく、集約することが必要なんですか？

中：救急医療の専門医資格を取るためには、ある程度いろいろな病気や怪我を治療した経験が必要ですが、こういった医師はただ需要を満たせるほどたくさんいるわけではありません。だから、あちこちにある「救急指定病院」と呼ばれる病院には、外科系と内科系の医師が交代で当直にあたる場所が多いのです。けれど外科系と言っても幅は広く、整形外科も脳外科も泌尿器科も全部外科系にあたります。そうすると、「事故で骨折している患者さんがいます」という要請が来ても、「私は泌尿器科なので、私には対応できません」と断らざるを得ない状況があり得るのです。

複数の救急医がいたほうが効率的に救急医療ができる

このような事態を避けるため、ありとあらゆる重症患者に対応できる「救命救急センター」が設置され、そこに救急を専門とする医師が配置されています。救急医はどんな患者でも受け入れて、簡単な手術・処置をすることができます。しかし1人の救急医が24時間365日勤務し続けられるわけではないので、1つの病院には一定数以上の救急医が必要です。ですから救急医の数が不足している現状では、救急医療機関をたくさん作るのではなく、集約することで救急医療体制を維持して

いるのです。

しかしそうすると、救急の専門医がいる病院はまばらにしかない状況になります。そこでヘリが活躍します。救急車で1時間かかる場所でもヘリだと10分ちよつとで行けるので、より広域の患者さんを救命救急センターに集めることができ、効率よく救急医療を行うことができます。

とはいえ、まだまだ課題も少なくありません。例えば、ヘリは昼しか飛ばません。でも救急の患者さんは、夕方から寝るまでの時間が一番多いんです。ヘリが出動できない時間にどう対応するかは、大きな課題の一つですね。



現場は医師が裸にされる場所



フライトドクターとしての成長

——ドクターヘリに乗って現場で活動しているフライトドクターは、特別な訓練を積まれているんですか？

中：ヘリだからという特別なことはほとんどありません。病院の中でちゃんと平時のERの業務ができていくかが大事ですね。だけど現場に行くことには、かなりプレッシャーがかかります。患者さんを早く設備が整った病院に連れて行く必要があるから、現場に滞在する時間は短くしなければなりません。その短い時間の中で、患者さんに何が起きているのか、必要な情報を的確に選んで、要らない情報を捨てなければならぬ。そして、CTなどの高度な診断機器に頼れないから、身体所見である程度わからなければならぬ。処置も病院のようにコンディションが整ったところで行けるわけじゃない。時間がないし、最後のワンチャンスかもしれない。そういう意味で医師が裸にされる場所が、現場というところだと思います。

——とても緊迫感があるように感じます。だいたい何年目ぐらいの医師が、現場に行くんですか？

中：東海大のある神奈川県の場合は、医師2人、看護師1人がヘリに乗ります。医師が2人いれば、必要な処置が同時進行でできます。重症なときはベテラン2人でいきますが、だいたい先輩と後輩で一緒に行く場合が多いですね。5年目ぐらいの医師と研修医、とか。基本的には専門医の資格を持っている医師が上について指導に当たっています。

災害時の救急医の役割

——卒業したら救急をやってみたいと思っています。ただ、何年か経験して何でも診られるようになったら、地元に戻ろうと思うんです。東日本大震災のときには、救急の医師がすごく必要とされたし、今後もそういうことがあるかもしれないので……中：いい心がけですね。また災害が起きたら、救急の医師は絶対に必要になります。東海大も東日本大震災のとき、宮城県石巻市へ2か月ほどの間、様々な診療科の医師を交代で派遣しました。

最初のころに中心になったのは救急のメンバーでした。なぜなら、普段から現場に行っていることもあって、どんなことが起きても対応できるからです。けれど、ある程度時間が経つと、例えばパーキンソン病の患者さんならそれまでのパーキンソン病の治療についても考える必要が出てきます。僕ら救急医が、「今までこんな薬飲んできました」と言われても、その科の専門じゃないと、どれぐらいの量で薬を加減したらいいかはわからないんです。そうなるともう救急では対応しきれなくて、

互いの仕事を
リスペクトして
信頼関係を
築くことが大事

各科の専門の医師たちの出番になる。だから、災害時の医療提供体制にも、それぞれに役割があるんじゃないかなと思います。そういうところでは、救急はいちばん最初を担うのが役割。何が出てきても大丈夫ってというのが救急の強みですからね。

信頼関係を築くということ

——救急医療体制を築くには、やっぱり医師同士の信頼関係や消防との信頼関係が重要になってきますか？

中：そうですね。けれど、今でこそ消防との連携と当たり前のように言われているけれど、僕が救急に入った頃は、救急救命士の制度がまだなくて、消防と救急の連携も全然ありませんでした。コミュニケーションが全くなく、お互いがお互いに関心を持たなくて、引き継ぎもぶつ切り。それを僕はすごく「おかしい」と思っていた。

幸いこの地域では、同じように「おかしい」と思っていた人が消防署にもいました。そういう人がやがてここ伊勢原市の第1号の救急救命士になっていったんですよ。そんなこともあって、僕は1回ちゃんと消防の世界を覗いてみたいと思って、消防署の中に泊まり込みでドクターカーをやり始めました。週に1日。やってみると、やっぱり医師と消防のチームワークが全然なっていないということがわかりました。このままじゃまずいと思い、連絡の仕方も工夫するようにして、少しずつ信頼関係を築いてきました。

こうやってお互いに信頼を得ていったから、例えば1991年に救急救命士ができて、最初のドクターヘリをやるときも、ぼ

んぼんと話が進みました。そして阪神・淡路大震災を経て、厚生省のドクターヘリのトライアル事業へと続いていきました。僕らもその時点で既に連携に慣れていたから、東海大を指名してくればそれなりの成績は出るという確信がありました。

でも、信頼関係が重要なのは、救急医療だけじゃなくて、どの分野でもどの職業でも同じだと思います。現場へ行ってみるとみんな全然分野が違うなと感じます。例えば交通事故現場に行つて、橋の上から患者さんを引っ張り上げるなんて、僕ら医師にはできません。そういうところは任せる代わりに、「後は任せろ」つて言えるような関係が大事なんです。だから僕は、野球のポジションみたいなものだと考えています。役割は違ってもみんなひとつのチームだから、お互いがお互いの仕事をリスペクトする必要があります。

——学生の勉強会でも、医学科の学生が主催する院内の勉強会に、救急救命士の専門学校の学生が参加したり、あるいは逆にプレホスピタルの勉強会に医学科の学生が参加したりすることが増えています。

中：違った世界を見るのはいいことですね。みんなはまだ学生で、感受性豊かな年頃ですし、いろいろな刺激を受けてほしいで

す。別に医学の分野に限らなくてもいいと思います。

救急医のやりがい

——救急医って忙しいイメージがあります。実際、「週10時間寝られたら良いほうだ」という話を聞いたことがあります。

中：今、東海大では24時間・3交代で勤務をしています。朝8時から、次の日の朝8時までが当番で、もちろん夜間に仮眠もできます。そして、勤務明けは昼の12時ぐらゐまで残ることが多いけれど、そこから翌々日の朝までは休みです。ちゃんと休養をとれる体制を築くようにしています。

実を言えば僕も若いころは、週10時間ぐらゐしか寝なかつた時期もありました。でも、不思議と全然疲れなかつたんです。若いときは、自分が好きなことをやっていると、時間なんて忘れてしまうものです。勤務が明けても、次の救急車が来ると「どんな患者さんだろう？」なんて勝手に体が動いたりしましたよ（笑）。そういう働き方をただ単に「つらい」と思うか、充実していると思うかだと思います。

——先生が救急医という道を選んだ理由は何ですか？

中：「医師」を自分の中でどう定義するか

患者を選ばない 医師になりたかつた

がキーになると思います。僕の場合、自分の前に患者さんが来たときに、患者さんは医師を選んでもいいけれど、医師が患者さんを選んでいいかと思つていました。だから、どんな患者さんが来ても診られるようになりたかつた。例えば、自分の親や兄弟が病氣や怪我をしたときに、自分の専門外で全く関わられなかつたら嫌だな、と。だから救急は、僕が描く「医師」のイメージに合つていたんです。

ありがとうございました！

- (後列左から)
- ・1年 浦 穂高
 - ・中川 儀英先生
 - ・3年 阿部 彩織
 - ・3年 日野 凜子
- (前列左から)
- ・3年 佐藤 瑠璃香
 - ・1年 瀬戸口 実玲
 - ・1年 山口 良友



今回のテーマは『職場の人間関係』
 医学生は卒業後、指導医の下で様々な経験を積んで一人前の医師になっていきますが、同様に一般の社会人も、先輩や上司に採られながら成長していきます。職場の人間関係が大事なものは、医師も一般の社会人も同じなのです。

先輩の背中を見て仕事を覚える

医D：社会人になると、まずは直属の先輩の仕事を見て仕事を覚えていくものなんですか？

社A：僕は保険会社の営業で基本的に一人で回ってますけど、仕事のやり方は先輩にアドバイスをもらいますし、大事な案件ではお願いして一緒に回ってもらいます。先輩も、20年上の上司も、入社した時にはみんな今の僕と同じ立場だった訳なので、困った時には頼りになります。

社B：僕は商社で働いています。僕の教育係の先輩は課のエースで、本当に何でもできちゃう人なんです。だから、先輩としてはプレッシャーですよね…。

社C：僕は電機メーカーです。うちの会社は研修が長くて、今週やっと配属なんで、直属の先輩というのはまだいいですね。

研修中に謝り方も教わる!?

医E：仕事をしていくなかで、叱られる場面もありますよね？

その時はどうするんですか？

社B：僕は研修中に、こういう風に謝ればお客さんが引き下がってくれるのかを習いました。

医F：えっ、どうやるんですか？

社B：声のトーンを落とし気味に「申し訳ありませんでした」と言いながら頭を下げて、相手が「もういいよ」と言っただけで頭を上げない。上司には「君には理由を説明せずに謝って、客を引き下げる才能がある。ただ、理由を説明できる語彙力も身に付けなさい」と言われます(笑)。

医D：上司に謝る時にもそのスキルを使うんですか？

社B：上司には口答えせずに、向こうが言いたいことを全部言わせて、その後で「以後気を付けます」で終わらせます。彼らは指摘したくて仕方がないので、

そういう時には「言われた者勝ち」なんです。全部言っちゃえば、向こうは満足するので。

仕事上がりの飲みは断れない?

医F：社会人になると仕事上がりに付き合いで飲みに行くってイメージがありますけど、みなさんはどうですか？

社A：出張に行った時には支店の一番偉い人が食事に誘ってくれるんですが、誘われたら絶対に断るなど研修中にも言われました。飲みに行つた先では、上司のコップが空いたらすぐお酒を注ぐ。上司が話してる時はずっと目を見ながら話を聞くと、

社B：付き合いはくはないですけど、うちの部署に限って言うところとあまりないですね。でも先輩が飲みに行きたいオーラを出してたら、「行きますか、今日？」みたいな感じでこちらから察して誘うようにしています。部署によるんですけど、多いところは本当に飲み会が多いですね。それを、飲みの少ない部署でよかつたなあって思います。直接お客さんに関わる部署はやっぱり、「飲むぞー」という雰囲気。社員の多いですね。

医E：飲み会でつぶれちゃうようなことはないんですか？

社A：それはいいですね。飲むことを強要されることはないです。仕事柄個人情報も多く扱っているんで、酔っ払って鞆をなくすと問題になりますしね。それは上司もよく分かっているのだから、飲ませ過ぎることはありません。

社C：医師の飲み会の雰囲気は、科によって違うんですか？医療

系は漫画を読んでも外科の飲み会は激しいって描いてあったので。あと、脱いでましたよ(笑)。

医D：やっぱり科によって雰囲気の違いはあると思います。たしかに外科の先生は、お酒の席で盛り上がるのが好きな人が多いイメージがありますね。

社B：うちの会社の飲み会でも脱ぐ人はいますよ。でも本当は脱いだら負けなんです。脱がずに場を盛り上げられる人が「本物」なんです。

休日に呼び出されて遊んだりする?

医D：休日は会社の上司や先輩と出かけたたり遊んだりするんですか？

社B：年に数回ゴルフコンペがあるくらいですね。参加は任意ということになってはいますけど、若手は任意という名の必須ですね。若手の仕事が多いんで、休んじやうと回らなくなっちゃうんです。そこで変に断って後々言われるのも嫌です。敵を作らないようにするイメージですよ。自分の居場所がなくなるのが一番辛いんで、その辺はしょうがないですね。

医E：仲良くもない上司から遊びや飲みを誘われて、何が楽しいんですか？

社B：別に楽しくはないんですけどね(苦笑)。仕方がないというか…。だからある程度割り切っ



リアリティー

職場の人間関係編

人たちとの交流が持てないと言われます。そ生きる同世代の「リアリティー」を探ります。度新入社員として入社した3名(社会人A・B・C)で座談会を行いました。

て仕事の延長の話とか、あとはサッカーや野球などスポーツの話をするようにしています。

社C：うちの会社はかなり自由な社風だから、会社は会社、プライベートはプライベートって感じで、忘年会以外はほとんど飲み会がないんです。ただ他の会社から出向してきた人は雰囲気が違うと感じます。全体的にふわふわした職場のなかで、一か所だけぴりぴりしたオーラが出てたりするので、そういう人には気を遣いますね。

社A：大きい会社ほど上に刃向かうことが難しいものなんです。中小企業やベンチャー企業ならばつきり言えるんだけど、大きい企業だと既存の仕事をこなすことが仕事の大部分を占めるので、上からその仕事の下りてこなくなると困るんです。

「お局さん」との上手い付き合い方

医F：「お局さん」みたいな人って、実際にいるんですか？

社B：いますねえ（苦笑）。なんて言うんですかね、この人に逆らったら生きていけないって言う雰囲気があって、そういう人には常に気を遣い続けなきゃいけない。それを失敗するとたぶん居場所がなくなるだろうなっていうオーラがあるんです。医D：そういう人と上手く付き合うためのコツは？

謝るときは声のトーンを落とすんだよ



医学生 × 社会人

同世代の

医学部にいると、なかなか同世代の他分野のこでこのコーナーでは、医学生が別の世界で今回は「職場の人間関係」をテーマに、今年C）と、医学生3名（医学生D・E・F）の6名

の妹は看護師です。

社C：うちの妹も看護師です。

社A：僕は母も妹も看護師です。

医E：みなさんご家族が看護師なんですか（笑）。

社B：うちの妹はお局ナースにならないといいなあ（笑）。

社A：お局さんからだけじゃなく、社会に出ると色々な人から理不尽なことを言われますよ。

医F：この前社会人の方とお話をする機会があったんですけど、その時になぜかすごく怒られて、「あなたみたいな人間は最悪な医者になるから、いますぐ医学部なんてやめてしまいなさい」なんて言われちゃいました。理不尽だなあって思いました。

社B：そういう人もいますよ。

理不尽なことを言われた時には

社A：お局さんからだけじゃなく、社会に出ると色々な人から理不尽なことを言われますよ。

医F：この前社会人の方とお話をする機会があったんですけど、その時になぜかすごく怒られて、「あなたみたいな人間は最悪な医者になるから、いますぐ医学部なんてやめてしまいなさい」なんて言われちゃいました。理不尽だなあって思いました。

社B：そういう人もいますよ。

社A：まあ、そういうことは言われてるうちが華だから。言ってくるってことは自分のことを見てくれてるってことだしね。

社C：まあ、僕らが子供の頃にも親から結構厳しいことを言われて理不尽だと感じたりもしたけど、ある程度大きくなってみるとこういうことだったんだって納得する場面もありますよね？ 厳しくされたからこそ今の自分があるんだなって、感謝の気持ちがあるんだなって。それと同じで、今は多少理不尽に感じられても、いつか成長した時に振り返ると「あの時に言われたことってこういうことだったんだな」って思える日が来るんじゃないかな。

社B：いい話だな（笑）。その繰り返して成長するってことだね。

社A：あとは上に言われたことなかで、自分のなかに取り込むべき部分とそうでない部分を見分けるのが大事なかな。納得のいく指摘は糧にすることです。次は自分が先輩の立場になっていくんじゃないでしょうか。

医E：職場の人間関係をどうやって上手く築くかというの、仕事の一部ですよ。私たちも医師になったら、チームのなかの様々な職種の人たちと一緒に医療を行わなければならないんですから。今日はありがとうございました。

社B：そうですね。ちなみに僕

社C：僕は研修で苦手な人との

社B：どうどろした、昼ドラの

社A：例えばその人のパソコンが新しくなったら、「パソコン新しくなつたんですか？」って話しかけます。そうすると「あ、分かるの？」みたいな会話が生まれるんで、そういう積み重ねで仲良くなって、いろいろ話すようになるんです。

社C：僕は研修で苦手な人との

社B：どうどろした、昼ドラの

情報化社会において、「情報」はますます価値を持ちつつあります。今回は、みなさんが正しい情報をわかりやすく伝えるために気をつけるべきことについて考えてみましょう。

情報化社会のシステムを知り、上手に活用するために

医療者のための 情報リテラシー



テレビ番組で納豆やバナナが取り上げられると全国各地で売り切れたり、雑誌で特集されたサプリメントが大人気になったり、なんてことがよくありますよね。

メディアではよく、こういった取っつきやすい情報が大きく取り上げられ、一般の人々に大きな影響を与えています。実はここには根深い問題があり、それは医師にとっても無関係ではありません。

正しさごわかりやすさ

そもそも実際の科学や医学の正しい知識は、画一的に「こうで

すよ」と言えるものではありません。その一方で、テレビや新聞の科学や医療についての情報は、一般の人々が知りたいと思うことを反映してわかりやすく単純化されています。「納豆が身体に良い」というように。こうしてほんとうは重要なことが取りこぼされることも多いのです。

他にも例えば、地震や放射能について、一般の人々が主に求めているのは「安全なのかそうでないのか?」という単純明快な答えです。しかし、科学的には安全か否かの線引きは簡単ではありません。放射能の影響がどの程度あるのかは確率的にし

か表現できない、といった事情があるからです。ところが、こういった詳細な背景は、報道されるときには無視されてしまうことがあります。

そのような性質をもつメディアに寄りかかってばかりではないけない、ということが、幸いにも少しずつ認知されはじめています。近年注目されている「患者学」もそのひとつです。患者が与えられる情報や医療行為をただ受け入れるだけでなく、積極的に情報収集をし、それを理解するためのリテラシーも高めていこう、というものです。

しかし、患者がよりよい情報を手に入れようとしても、今のところ日本語で手軽に閲覧できる良質な情報は多くはありません。

専門家による情報発信

そこで、医師側の「伝える」努力が必要となります。これまでに以上に積極的に、専門家のあいだで一致した意見、学会などによりオーソライズされた情報を、「わかりやすく」公開していくことが求められているのです。

しかし、正しさごわかりやすさのジレンマは根強く残っています。例えば、学会サイトの「一般の方へ」といったページを見てみてください。専門的な情報

を一般向けに公開する際の参考になることもあるでしょうし、これではわかりにくいな、と気づくこともあるでしょう。

わかりやすくするために単純化し過ぎるのも問題ですが、正しさを追求しすぎて難しくなると、そもそも読んでもらえない可能性があるとすることに注意が必要です。誰を対象にするのかということをきちんと分析した上で、情報を提供する必要があると思います。

医学生だからこでできること

みなさんは医学を勉強している途上にありますから、すでに医師になっている人たちよりも「わかりやすさ」に敏感だと思えます。習慣になってしまおうと自分も専門用語を使っていることにもなかなか気づけませんし、そういった表現は想像以上に一般に伝わりません。

まずは、患者さんなどにどう説明したら伝わるか、ということを意識しながら勉強してみてください。そしてなにより、今の「わかりにくい」という感覚を忘れないでください。みなさんが将来、一般向けの情報提供を行ったり講演をしたりするとき、その能力はきつと役に立つはずですから。

連載

チーム医療のパートナー

理学療法士

関東労災病院 若林 知恵子さん

チーム医療のリーダーシップをとる医師。円滑なコミュニケーションのためには、他職種について知ることが重要です。今回は、理学療法士の仕事を紹介します。

身体の動きを診るプロです

患者さんが無理のない生活を
取り戻すサポートをします



身体の運動機能と 動作能力を評価する

リハビリテーションに携わる職種は多くありますが、なかでも理学療法士がどんな仕事をしているか、具体的なイメージは湧きにくいのではないのでしょうか。そこで今回は理学療法士の仕事について、関東労災病院中央リハビリテーション部の若林知恵子さんにお話を伺いました。

「私たちの仕事は、まず患者さんの運動機能の評価から始まります。例えば関節の可動域や筋力、温痛覚・圧覚などの感覚を診て、患者さんの身体のどこに問題があるのかを評価します。関節に問題がある場合と筋肉に問題がある場合ではアプローチが異なるので、医師の診断も踏まえて原因まで評価する必要があります。」

機能の評価を行うと、次は「座る」「歩く」といった複合的な動作能力の評価が行われます。この機能と動作能力の評価に基づき、治療プログラムを作って実施していくのです。

生活に即した目標を立て 運動を進める

リハビリを始める時にはまず「立ち上がってバランスを取る」

「トイレまで歩いて行く」といった、日常生活に即した目標を立てます。自宅に復帰するためには必要な動作は患者さんによって異なりますし、「帰る」ための具体的な目標を設定することが、リハビリへの動機づけにもなります。

また理学療法士は、時として患者さんの自宅復帰後の生活スタイルを提案したり、あるいは手すりをつけたり段差をなくしたりといった家の間取りを決める際にアドバイスをしたりします。そのため、患者さんの家族とも積極的にコミュニケーションを取って、信頼関係を築いていく必要があります。

「今まで自立した生活をしてきた患者さんが突然自立できなくなると、大きな不安を抱えてしまいます。そうした患者さんが無理のない生活を取り戻すためには、ご家族の理解と協力が

必要なんです。」

画像や数値からは見えない 身体の情報を把握

理学療法士は身体の動きのエキスパートです。治療のなかで、レントゲンや検査の数値からは見えない患者さんの身体の特徴や状態を把握しています。手足が上がりにくい患者さんの画像診断をもらったところ、病気の再発が見つかったこともあったそうです。

「常に情報交換できる先生は信頼ができますし、リハビリの様子を見に来てくれる先生とは連携を取りやすいですね。こちらから手術の時の様子を聞けるので、そういう情報が交換できるのも有り難いです。ベッドで寝ている時とリハビリ室でリハビリをしている時では患者さんの顔も違うので、そういうところも見に来てもらいたいですね。」

1日に治療する
患者さんは
15~18名くらいです

SCHEDULE BOARD

1日のタイムスケジュール

8:15	出勤
8:20	ミーティング
8:30	リハビリ室で理学療法
12:00	昼休み
13:00	リハビリ室で理学療法
16:00	入院患者にベッドサイドリハ
16:30	各病棟で医師や看護師らとカンファレンス
18:00	退勤

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



複数人で継続的に地域医療に関わる体制を築きたい

茨城県常陸太田市里美地区 大森医院 大森 英俊先生

往診に行ってみると、脳梗塞で倒れたおばあちゃんがそのまま寝たきりになっていた。抑うつ状態で、筋力もひどく低下している。床擦れができているのを見て、離れたところに住む家族が連絡してきたのだ。こんなことが、今の時代に起こっているなんて——19年前、故郷である里美村（現・常陸太田市）の医院を継いだ大森先生は、想像以上の医療過疎に衝撃を受けた。

この地域には、電車やバスといった公共交通機関がない。つまり具合が悪くなればなるほど医療機関を受診するのが難しくなってしまうのだ。独り暮らしで家族の助けを得られず、満足に医療を受けられない高齢者も少なくない。こんな悲劇はできるだけ減らしたい——そう感じた大森先生は、基幹病院に行くことができない患者さんでも、せめて近くに入院したり在宅医療を受けたりすることで、最低限必要な医療を受けられるようにしていきたいと考えた。診療所に新たに入院施設を設け、訪問看護ステーションや特別養護老人ホームを設立し、患者さんがいつでもサービスを受けられるような施設を少しずつ作りながら、他病院や地域との連携にも力を入れてきた。

努力の成果が実感できたのは震災後だった。家屋の損壊や停電など生活環境が変わったスト



(上) 大森医院の外観。山に囲まれたのどかな場所だ。



(左) 大森医院の関連施設である共同生活介護施設、グループホームすぎの木。

茨城県常陸太田市里美地区

県北地域の中でも山間部にあたり、人口およそ3,500人のうち、約4割が65歳以上。地区内には2件しか医療機関がなく、無医地区向けの無料巡回バス「みどり号」が運営されるなど、行政による医療支援が進められている。



レスからか、周辺地域の救急搬送件数は3〜4倍に増えたが、里美地区だけは震災前後で件数が全く変わらなかった。もともと茨城県には、医療・保健・福祉の関係者と地域住民・ボランティア等がチームをつくり、高齢者の生活支援を行う『地域ケアシステム』という仕組みがあった。里美地区はコーディネーターが中心となってその仕組みを早くから取り入れていたこともあって、高齢者が不安を感じないようにサポートし合う体制ができていたのだ。

「うまくいっているとはいえず、私一人ではここまでのサポートは難しかったと感じています。実は6年前から筑波大学の学生を地域医療実習で受け入れることになったのがきっかけで、週一回総合診療科の先生が来てくれていたんです。継続的に関わってくださっているのです。大森医院の顔として患者さんに親しみを持ってもらっています。」

今後ますます高齢化が進み、若い人は減っていくでしょう。後継者を育てたいという気持ちはあるけれど、自己犠牲の上になり立つような地域医療では絶対に続かない。無理にここに住んでもらうのではなく、市街地から通ってもらうかたちでもいいから、少しずつ複数人が継続的に関われる体制を築いていけたらと考えています。」

先輩医師インタビュー

田原克志

No. 4

医師



医系技官



PROFILE

田原 克志

1989年九州大学医学部卒業。医系技官として厚生省（当時）に入省後、福岡県衛生部医療指導課に赴任。2002年に厚生労働省医政局医事課に配属、臨床研修制度の設計に携わる。岡山県保健福祉部長、医政局医事課医師臨床研修推進室長を経て、現在、医政局医事課長。

臨床現場や「医師」という仕事の枠組を超えて、様々な分野で活躍する先輩医師から医学生へのメッセージを、インタビュー形式で紹介します。

公衆衛生との出会い 地域保健の最前線

大学在学中、公衆衛生の課題研究で成人T細胞白血病を扱った。この病気の原因となるのはHTLV-1というウイルスで、九州地方にキャリアが多い。このウイルスは母子感染が主な感染経路であり、感染を防ぐためには母乳でなくミルクで子どもを育てるように指導するなどの行政的な取り組みが必要だ。当時長崎県が対策に力を入れており、母子感染対策の取り組みを行っている行政の現場を訪れたら、長崎大学の衛生学の先生の話を聞いた。先生の話で、田原氏は行政による感染対策が大きな効果を発揮する疾患もあると実感した。臨床だけでなく、行政の立場から医師として多くの人の健康を支えるという仕事に

魅力を感じ、大学卒業後に厚生省(当時)に入省した。

「当時は医系技官として入省すると、まずは保健行政の現場を知るために地方の保健所に行くことになっていました。そこはまさに健康づくりや感染症対策の最前線。医師免許をもつ医系技官が大きな役割を担うことになりました。」

医療機関で一人ひとりの患者を診ることが重要なのは言うまでもない。しかし同様に、住民と接しながら地域全体の疾病予防や健康づくりに働きかける仕事も欠かすことはできない。地域の取り組みに関わることで、制度が市民の健康維持・増進にどうつながるのかを実感する機会にもなった。

「結核やO-157などの感染症が発生すると発生源を特定し対処します。さらに拡大防止のための検査をして、住民が不安を感じないようにしっかりと説明をしていく必要があります。地域の人口や疾病の構成を踏まえて対応を考えるなど、医学的な観点から公衆衛生に関わっていくのが私たち医系技官の役割です。」

制度の設計は連立方程式を解くようなもの

本省に戻ると、今度は国としての制度設計に関わるようになる。健康づくりや感染症対策と

は違い、対象や問題がはっきりとは見えない世界だ。制度という形のないものを作っていくのは、どのような営みなのだろう。

具体例を挙げると、田原氏は2004年に始まった医師臨床研修制度の設計に携わった。臨床研修の導入以前、研修医は給料が低かったためアルバイトをしなければならず、研修に専念できなかった。また卒業後すぐに医局に入ることが多かったため、研修中に幅広い診療科を経験することができず、基本的な診療能力を身に付けられないケースがあった。制度導入にあたっては、これらの問題を解消するように各方面からの要請があったという。

「臨床研修制度の検討にあたって、現場の医師や大学関係者、地域医療の従事者、さらには制度導入によって医師不足が起こるのではと懸念を持つ方にも議論に参加してもらいました。それぞれの立場によって意見が異なるような論点もあるなかで、ちょうど連立方程式を解くように、バランスを取りながら案を作っていくんです。骨の折れる仕事ではありますね。」

そうやって、今の20代から30代の若い医師たちが受ける臨床研修の制度作りは、主に50代から60代の医師たちによって行われた。若い人たちから見れば、ずっと上の世代が自分たちの育

成制度を作ることに違和感があるかもしれない。しかし、長期的なスパンで制度を考えていくことが重要だと田原氏は考えている。

「制度の構築に当たっては、全体を見渡す広い視野が必要であり、様々な経験を踏まえた視点が必要になります。若いうちには、



求められるのは バランス感覚と 長期的な視点

構築することが、次の世代の学生や若手が受ける教育を良くしていくことにつながるんです。」

医療に対する国民の 不信感を払拭したい

「近年、医師不足や医療ミス等の問題が数多く報道されており、我が国の医療に対する国民

いくことが重要なアプローチだ。既存の制度についても、より時代と国民の要請に合ったものにするために、継続的に検証を重ねることが求められる。臨床研修制度についても、2015年の臨床研修への適用に向けて改定の議論が大詰めを迎えている。

**制度の向こうに
国民を感じて**

ともすれば国民からの批判の矢面に立つ厚生労働省の職員としての役割を、時として重いと感じることはないのか。田原氏に仕事に臨む上での心の拠り所をたずねた。

「臨床の仕事はもちろん、保健所の仕事も制度作りも、国民の健康を守るという意味では同じです。私自身は医師として臨床に携わった経験はありませんが、医療への思いは臨床現場で頑張っておられる先生方と同じだと思っています。制度の向こう側に患者、そして国民がいる。制度を通じて国民に寄り添うというこの仕事に対しては、誇りを持っていきます。」

目の前の問題の解決にこだわりがちですが、20〜30年後には、制度全体や国民生活の中で問題解決を図る方法を考えるようになるでしょう。今、医学生の方々が、それぞれの立場で経験を積み、20〜30年後に制度の設計に関わることを期待します。様々な現場の視点を踏まえて制度を

の信頼が低下しているとも言われます。そうした不信感を払拭し、信頼を確保するのも厚生労働省の、そして医師としての課題だと思えます。」

医療への信頼を回復するためには、臨床研修制度はもろろん専門医などの制度を拡充することによって、医師の質を高めて

★医系技官募集

厚生労働省は医系技官を志す医学生向けに毎年業務説明会やインターンシップを行っています。医系技官に関心のある方は、<http://www.mhlw.go.jp/general/saiyo/ikei/index.html>にアクセスしてみてください。



石澤 香野医師

(東京女子医科大学糖尿病センター)

Kaya Ishizawa

	19 96	<	東京女子医科大学医学部入学 祖父が開業医で、小さい頃から祖父の仕事を見ていた。もともと小説を読んだり書いたりするのが好きで、文学部を目指した頃もあったが、祖父に勧められたこともあり、いろんな人の人生に向き合えるような医師になりたいと思って医学部に入学した。
1年目	20 02	>	東京女子医科大学糖尿病センター 糖尿病・代謝内科に入局
	20 04	<	3年目 東京女子医科大学大学院博士課程進学
4年目	20 05	>	東京大学大学院医学系研究科 心療内科の研究室に国内留学し、糖尿病治療への活用を踏まえて、認知行動療法について学んだ。
	20 08	<	7年目 東京女子医科大学大学院博士課程修了・ 助教として東京女子医科大学東医療センターに赴任
8年目	20 09	>	糖尿病専門医資格を取得
	20 10	<	9年目 東京女子医科大学糖尿病センターに戻る 専門医が取れ、周囲が育児と仕事を両立していることにも勇気づけられて出産を経験し、産休・育休に入る。
10年目	20 11	>	復職 周囲のサポートを得て、出産後6か月で復職。

Sat	fri	thu	wed	tue	mon
このほかに、月3回程度の 当直・日直があります。	午前 病棟もしくは外来 午後 病棟	午後 病棟長回診・神経回診 午前 病棟	午後 病棟 午前 病棟	午後 外来 午前 外来	午後 教授回診 午前 病棟・腎回診
当直のときにまとめて仕事を片付けるようにしています。				子どもの保育園が18時までなので、仕事が終わらないときは家族に迎えに行ってもらっています。	

1 week



石澤 香野
2002年
東京女子医科大学医学部卒業
2013年1月現在
東京女子医科大学
糖尿病センター 助教

糖尿病専門の センターで あらゆる合併症を 総合的に診ていく

患者さんとの対話を重視

——糖尿病センターの糖尿病・代謝内科を目指した経緯を教えてください。

石澤（以下、石）人と話をするのが好きだったので、生活習慣病を専門としている糖尿病・代謝内科か、精神科で迷いましたが、内科的なことを勉強したほうがいいかなと思って糖尿病・代謝内科を選びました。

——糖尿病・代謝内科は患者さんとのコミュニケーションが多いのでしょうか？

石：そうですね。薬やインスリンの量をこちらで調節するだけでなく、その人の生活や人生を理解しないと、生活習慣の改善やセルフケアへの適切な介入ができませんので、心配事などもしっかり聞き、相談しながら目標を決めています。

1〜2年目の頃は、「じゃあ食

事療法で1600キロカロリーにしましょう」というようなことをポンポン言っていたのですが、生活習慣の改善って患者さんにとってそんなに単純なことではないんですよね。「それってお茶碗何個分ですか」とか「どういう食事をすればいいんですか」とか「飲み会の時はインスリンはどうしたらいいですか」とか、一人ひとりの生活スタイルの中で具体的にどうすればいいのかを提示できないと、患者さんの信頼を得られません。だから、逆に患者さんから「こうしたらうまくいったよ」という経験談を聞いたりすることは非常に勉強になりました。そういう意味でも、患者さんとの対話がとても大事だと思います。

——心療内科に国内留学されていますが、糖尿病・代謝内科との接点はどうでしたか？

石：例えば患者さんの中には、しぶしぶ通院しているけれども実際には生活スタイルを変えたくないという方も多くいらっしゃいます。仕事の方が優先順位が高かったり、決まった生活様式を崩したくなかったり。そこで、認知行動療法的なアプローチが必要になることも多いんです。行動変容ができていますかどうかを確認するプロセスが治療の上で非常に重要になってく

るので、行動科学や心理学の知識が役立つんですね。国内外の臨床でもそういったアプローチがたくさんされています。

糖尿病センターの集約医療

——糖尿病センターの特徴を教えてください。

石：当センターは、あらゆる糖尿病患者さんのトータルケアを目指して設立されました。糖尿病は一生付き合っていくかなければならない病気ですから、罹病期間が20〜30年という患者さんも珍しくありません。血糖コントロールと合併症の予防を継続的に行っていく必要があります。かつ合併症の種類も腎症・網膜症・神経障害・感染症など多岐にわたるので、これらの治療を集約的に行うには、センターは優れたシステムだと感じます。

——合併症の治療にはどのような関わっているのでしょうか？

石：ほとんどの合併症を、糖尿病・代謝内科、糖尿病眼科、コメディカルスタッフと共同でチーム医療として診ています。腎症に関しては、透析室が一つ上のフロアにあり、透析導入にも関わります。網膜症や白内障の手術は糖尿病センターの糖尿病眼科医が行いますが、手術の際には糖尿病センターの糖尿病・代謝内科の主治医が必ずついて、

血糖値や血圧などの内科的な管理を行います。合併症が出ても主治医が継続して関わることが、患者さんの安心にもつながっていると思います。

子育てとの両立

——子育てと仕事の両立は、どのようにされていますか？

石：東京女子医科大学は、院内保育・病児保育・ファミリーサポートシステムといった子育て支援策が充実しているので、第一線で働きながらも子育てがしやすい環境だと感じます。とはいえ、もちろん家族のサポートは重要です。主人も医師なのですが、主人の仕事が早く終わったときは、子どものお迎え・ごはん・お風呂をお願いしています。実家の母の助けも大きいですね。家族それぞれが関わることができる日をカレンダーに書き込んで調整していますが、どうしても手が空いていないという日もあります。そういう時は、ベビシッターさんや

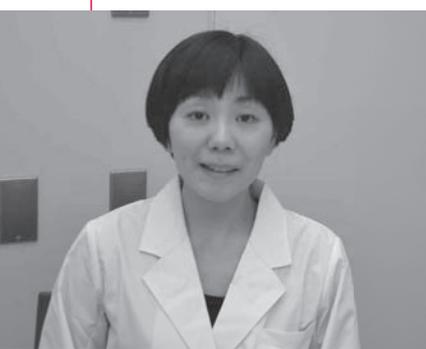
ファミリーサポートさんといったサービスをお願いしたりもしています。

——必要なときには外部の力を借りるのも大事ですよ。育休を6か月しかとらずに復帰したときは、不安はありませんでしたか？

石：同じように出産し、仕事に復帰した先輩たちに相談のしてもらったので、大丈夫だと思えました。医師としては後輩、母親としては先輩という同僚も多く、復帰の時期や保育園の入れ方など、具体的なこともたくさん教えてもらいました。「きつと大丈夫、みんなやってきたんだから」という安心感があったから、早く復帰できたんだと思います。

——子どもができてから、変わったことはありますか？

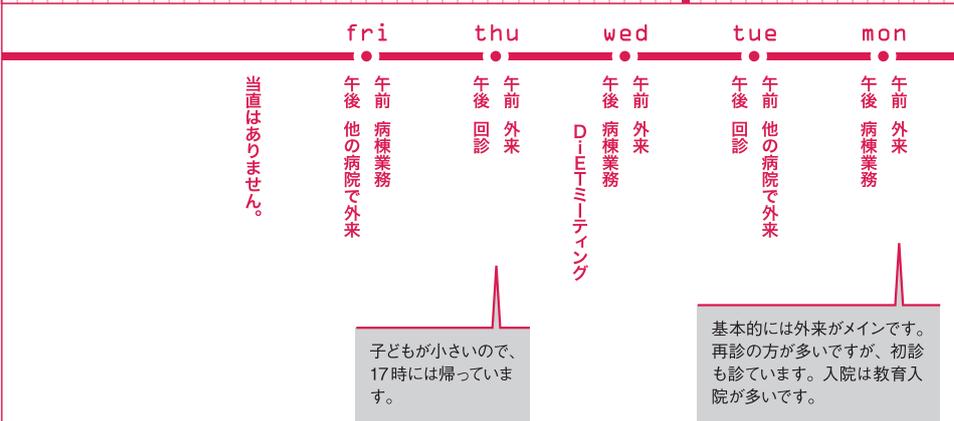
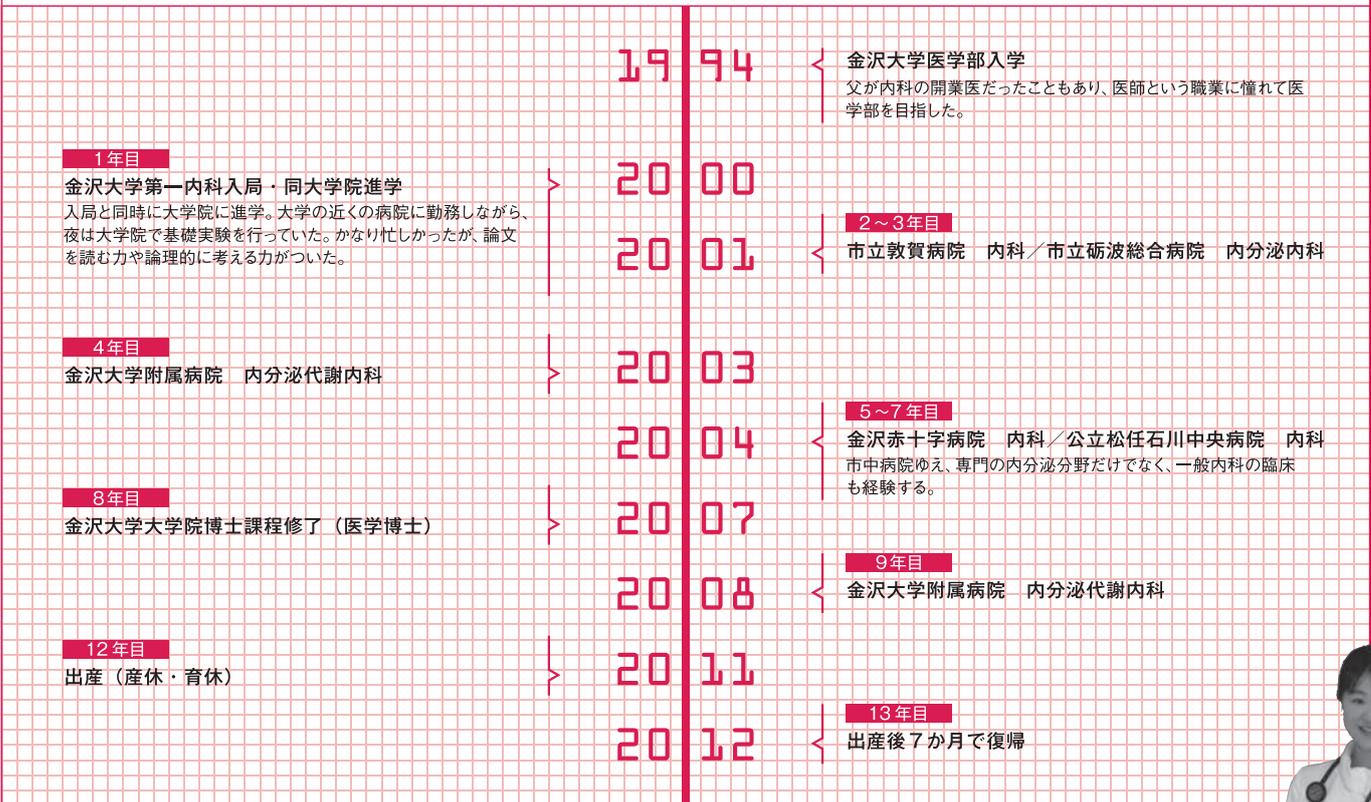
石：仕事の時間配分をものすごく考えるようになりました。子どもって片手間に相手をすることができないので、自分の時間をまとめてとることができなくなるんです。その分、細切れの時間をうまくやりくりして仕事を進めていくやり方に切り替えないとだめだな。30分の間にちょっとだけ文献を読んだり、当直中にまとめてデータを整理したりして、効率よく時間を使えるように気をつけています。



竹下 有美枝医師

(金沢大学恒常性制御学【旧第一内科】
内分泌代謝内科)

Yumie Takeshita



1 week

竹下 有美枝
2000年 金沢大学医学部卒業
2013年1月現在
金沢大学恒常性制御学 (旧第一内科)
内分泌代謝内科
助教



代謝内科を目指した経緯

——まず、代謝内科を目指したきっかけをお聞かせいただけませんか？

竹下（以下、竹）：父親が内科の開業医なんです。父が地域の人に信頼され、感謝されている姿を見てきて、医師の仕事は社会に貢献できる誇らしい仕事だなと感じ、私も内科医を目指しました。入局した第一内科は消化器が主で、私も最初は胃カメラや大腸カメラなどの検査をメインにやっていました。父のようにもっと患者さんと向き合っていて、長い付き合いができるようなところを専門にしたいなと思いついて、代謝内科を選びました。

——具体的にどのようなところで、患者さんと向き合う科だなと感じますか？

竹：代謝内科では血糖に関わる様々な臓器を診るため、結果的に全身を診ることになります。また仕事での異動やストレス、妊娠・出産など、生活のちょっとした変化が採血の数値に表れることもあるので、患者さんの暮らしにまで踏みこんで話を聞く必要があります。食事療法や運動療法をする際には、患者さんの生活リズムに合わせて一番いい方法を提案して、本人にも納得してもらうことが大切です

から、じっくり患者さんと向き合うことが求められるんです。

他科・他職種との連携

——今は糖尿病を専門とされていますが、一般内科も経験されたんですか？

竹：外來は糖尿病の患者さんをメインで診つつ、一般の内科も扱うという感じに対応してきました。市中病院のときは救急も担当しましたし、腰椎穿刺や骨髄穿刺など、様々な検査手技を経験してきました。糖尿病の患者さんは合併症が多いので、他科の先生と協力しながら患者さんを診ることが多いのですが、一般内科を経験したお陰で連携もスムーズにできるようになったように感じます。他科の先生に任せっきりにするのでもなく、けれど自分ですべて抱え込むのでもなく、必要などころはしっかりコンサルトしながら総合的に患者さんを診ていくのが大事ですね。

患者さんと一生懸命向き合い信頼関係を築く

——金沢大学には、医師をはじめ、看護師・栄養士・薬剤師・臨床検査技師・理学療法士などが連携し、糖尿病の患者さんの生活習慣改善にあたる医療チーム「Team DiET」があるそうですね。

竹：はい。金沢大学では、糖尿病療養指導士の資格を持った方をはじめ、様々な職種を巻き込んだチーム医療に特に力を入れています。その一環として、一週間に一回、いろんな立場から患者さんの情報を共有する「DiETミーティング」という打ち合わせを行っています。医師が診療時間で話せることは限られているので、患者さんとより長い時間一緒に過ごせる他のスタッフから情報を共有してもらうことが、患者さんの治療に非常に役立つんです。チームのみんなが患者さんに寄り添い、

患者さんの気持ちを受け止めてくれているから、私も医師としてより良い治療ができています。だなとつくづく思います。

患者さんとの信頼関係

——経過が長い疾患ほど患者さんとの信頼関係がとても大事だと思うのですが、信頼関係を築くコツは何ですか？

竹：患者さんの不満って、自分の話を聞いてくれないことにあると思います。やはりしっかりと話を聞くことは大事だと思います。面白いもので、私が「コミュニケーションが難しいな」と感じていた患者さんのほうが、後から感謝してくださったりするんですよ。難しいと感じていた分、私自身が何とかしようと一生懸命だったんだと思います。その一生懸命さが患者さんにも伝わって、逆に信頼を得ることができたんだろうな、と思いますね。

また、糖尿病は「患者さんが主治医」という言葉もあるくらい、患者さん本人が自身の血糖コントロールについて一番わかっているという場合が多いんです。若い頃は、患者さんに教わることがとても多かったです。このようにしてある患者さんから教わったことを、今度は他の患者さんに教えてあげたりして

いました。謙虚に、患者さんから学ぶという気持ちでいるのがいいんだと思います。

今後のキャリア

——仕事と子育てを両立されているんですね。

竹：はい。代謝内科は外來がメインになる場合が多いし、夜間の呼び出しなども少ないので、女性に合っている職場だと思いますよ。実は私、産休に入る前に、患者さんたちにとっても励まされたんです。「丈夫な子を産んでくださいね」「出産後は戻って来てくださいね」と、中には安産のお守りをくださる方までいらっしゃって……。待っていてくれる人がいるのは嬉しいもので、私は出産後7か月で職場に復帰できました。

——今後の目標を教えてください。
竹：今、北陸三県の関連病院と一緒に臨床研究を行っています。2型糖尿病では日本人の臨床研究が少なく、欧米の研究データを元に作られた薬を日本の臨床でも使用しているんですが、そもそも欧米人と日本人って体型もインスリン抵抗性も全く違います。欧米のデータをそのまま日本人に当てはめるのではなく、日本人にあった治療法を見つけて、北陸から発信していきたいなと考えています。



医師でもあり、1型糖尿病の患者でもある、17年目の先生です。

先輩に聴く「医師としてのキャリア」



黒田 暁生医師

(徳島大学糖尿病臨床・研究開発センター)

Akio Kuroda

	1982	<	1型糖尿病発症 12歳の時に発症。中学・高校で入院を2~3回繰り返し、勉強についていけない時期もあった。
東京医科歯科大学医学部に入学 一浪して医学部に入学。医師になったら糖尿病に関わっていきな いという漠然とした目標があった。	1989	>	
4年目 大阪大学大学院病態情報内科学（第一内科） 大学院入学・近畿臓移植適応検討委員会事務局 大学院時代は基礎研究に力を入れていた。インスリンの代謝や、 肝臓からの糖新生などといった内容について、動物実験を中心 に行っていた。	1995	<	1年目 大阪大学第一内科糖尿病研究室に入局 出身地に近い大阪大学に入局。最初の配属先となった関西労災 病院での勤務は多忙で、低血糖で倒れてしまうこともあった。
	1998	>	
10年目 ロサンゼルス City of Hope National Medical Center/ Beckman Research Institute Department に留学 膵臓移植で有名なラボに留学。3年間の留学中は、膵臓の再生 医療に関する研究や、膵β細胞におけるインスリン遺伝子のエピ ジェネティクス研究などを行っていた。	2003	<	9年目 関西労災病院内科医長に就任
	2004	>	
	2007	<	13年目 大阪大学医学部附属病院に戻る
	2011	>	
17年目 徳島大学糖尿病臨床・研究開発センター 助教			

1型糖尿病とは？

糖尿病は、血糖値を下げる作用を持つインスリンが適切に働いていないことによって起こる疾患です。その原因から大きく2つに分けられており、膵臓のβ細胞が破壊されてしまうことによりインスリン分泌がほとんどできなくなる自己免疫疾患を1型糖尿病、インスリン分泌が相対的に低下、あるいはインスリン感受性が低下することで高血糖を呈する疾患を2型糖尿病と呼んでいます。

1型糖尿病は20歳未満で発症することが多く、インスリン注射による適切な血糖コントロールができれば、健康な生活を送り、寿命を全うすることができます。



黒田 暁生

1995年

東京医科歯科大学医学部卒業

2013年1月現在 徳島大学

糖尿病臨床・研究開発センター

助教

一患者であることの強み

——ご自身が子どもの頃から1型糖尿病と付き合っていてこれらありますが、いつから先頭に立って1型糖尿病の臨床を変えていくかと思われたんですか？

黒田（以下、愚）：糖尿病に関わりたいと思って医師になったのですが、実際に臨床に出てから引っ張って行かなければという気持ちが出てきました。学生時代は、進路よりも自分の病状の方が心配でしたね。大学の授業で合併症について学んだこともあり、こんな状態で僕は50歳まで生きられるだろうか、と。

——どんなきっかけがあったのでしょうか？

黒：診療に携わるようになってみてわかったのは、まだまだ1型糖尿病の臨床をちゃんと診ら

患者である強みを活かし 1型糖尿病の診療を より良くしていきたい

れる先生が少ないということ。病態を研究している先生はいても、どのくらい食べないと低血糖で倒れるとか、インスリンをどれくらい打たないと高血糖になってしまおうとか、そういう血糖コントロールの方法に詳しい先生はほとんどいなかったんです。でも僕は自分が1型糖尿病だから経験で知っていることがたくさんあって、それを教えた

ん見えてきました。例えば、基礎インスリン療法を教科書通りの数値で行うと、患者さんは低血糖になってしまいます。臨床で患者さんの状態をしっかりと見ていけば、明らかに過剰な量だとわかるにもかかわらず、教科書には昔の論文のままの値が掲載されているんです。あまりにも現実とかけ離れた内容を見て、これはまずいと思いました。

研究に注力してきた

——ご自身のノウハウを広めるために、どのようなアプローチをされてきたのでしょうか。

黒：医師になって3年目ごろから1型糖尿病についての講演会などに出始めたのですが、僕の患者としての経験やノウハウは誰でも使えるものとは言いがたく、経験談を語るだけでは意味

がないなと感じるようになりました。そこで、様々な研究論文を読みあさり、自分の経験と擦り合わせることをしてきました。すると、「あれ、これは実際と違うぞ」と思うところがたくさ

つても、経験談だけでは聞いてもらえない。他の人に伝えていくためには、やっぱり研究をし、しっかりと症例を揃えて、権威ある雑誌に発表していかなければならない。医師であり患者でもある自分ならそれができると思いました。だから、臨床の現場に身をおきつつ、研究や論文の形で発信していくことにも力を入れていきます。

——基礎研究と臨床研究の両方に携わられていますか、具体的にはどんな研究をされてきたのですか？

黒：大学院時代や留学中は基礎研究をやりました。基礎研究を行うことで、糖代謝に関わる生化学や生理を理解した上で臨床的な議論もできるようにしましたね。留学中には、膵β細胞でインスリン遺伝子がメチル化により遺伝子発現を制御される



機構を明らかにしました。この研究結果には多くの研究者に興味を持ってもらえて、今でも実験手法を教えてくれといういろいろな先生が訪ねてきます。そういった実績を積み重ねたことは、今に生きていると感じます。

そして現在は、臨床応用力を注いでいます。例えば、日本では長らく食事療法に食品交換表が使われてきましたが、超速効型インスリンが臨床で使用されるようになったことで、それまでの栄養管理方法では対応できなくなりました。そこで、アメリカで使用されている、炭水化物量からインスリン量を計算するカーボカウントという方法を日本にも導入しようと考えました。しかし、新しい方法を普及させるためには、学会に認められ、かつ現場で使用する栄養士にも理解してもらう必要があります。そこで、様々なデータ

を元に食品交換表とカーボカウントを融合させるための計算法を開発し、2年前に学会に発表しました。

1型糖尿病の診療を本当に良くしていくためには、基礎研究と臨床研究の両方が必要だと感じます。

患者に近い視点で

——最後に、これから医師を目指す学生にメッセージをお願いします。

黒：病気がない人は、僕とは完全に立場が違うわけですから、困るところではあります。けれど、自分自身が当事者ではなくても、やっぱり患者に近い視点を持って診療してほしいです。

具体的には、学生時代から積極的に患者イベントに参加してみたいですね。糖尿病関連のものをいえば、小児糖尿病患者を対象としたサマーキャンプが全国各地で行われています。そういったボランティアは、どの大学でも積極的に募集しています。今サマーキャンプを率いてらっしゃる先生方には、学生時代に参加してみても、糖尿病の面白さに気づいたという方も多々います。教科書には絶対書いていない出来事を体験できるので、得るものはたくさんあると思いますよ。

医師会の 取り組み



医師会病院の運営 ～板橋区医師会病院～

医師会が運営する病院として、
様々な形で地域医療を支えています。

みなさんは、全国各地に「医師会病院」があるをご存知でしょうか？ 各地域の医師会が運営する病院であり、公立の急性期病院がなかったり、民間の大規模医療機関がないような地域では、この医師会病院が地域医療を支えている場合も多いのです。今回は、東京都唯一の医師会立病院である板橋区医師会病院の院長・泉裕之先生にお話を伺いました。

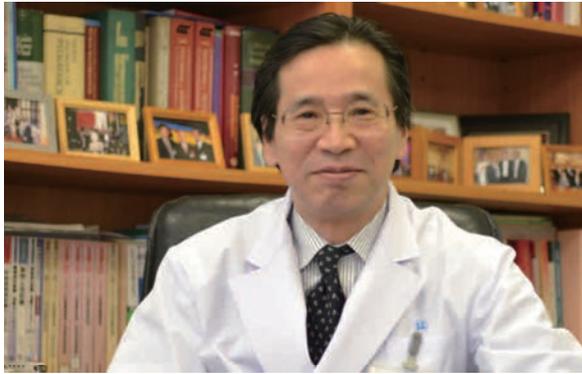
「共同利用施設」として 設備を開放

一般に医師会病院は、「共同利用施設」と言われます。例えば地域の診療所で入院や手術の設

備を整えたり、医療機器を揃えたりしようとする、高額な費用がかかります。そこで、医師会病院が持っている設備を診療所の医師にも自由に利用してもらおうというのが、「共同利用施設」という考え方です。患者さんが具合が悪くした時に入院施設を使用したり、CTやMRIを撮りたいという時にその機器を使用したりできるのです。入院中は医師会病院の医師に主治医を頼むこともできませんし、診療所の医師が引き続き主治医として病院で治療を続け、病院の担当医は副主治医としてサポートすることも可能です。

「地域の診療所の医師と、私たち医師会病院の医師が、共同で診療にあたっていくということで、私たちはよく『2人の主治医』という言葉を使っています。

板橋区内には39の病院があり、医療資源は豊富と言えます。その中で医師会が病院を運営する意義を考えると、やはり地域医療を支えることなのではないかと考えます。医師会が運営しているため、地域の診療所の先生たちが必要とすることを反映しやすいかもしれません。そしてそれに応えていく形で、患者さんを継続して診ていくことができるような仕組みを整えていくことが重要だと感じています。」



板橋区医師会病院の院長・泉 裕之先生

地域のかかりつけ医と連携し 切れ目のない医療を 提供していきます

診療所と高度医療の 間をつなぐ

そして、そうした地域の診療所と高度医療の間をつなぐのも、医師会病院の重要な役割のひとつです。

「診療所の先生たちも何かあったらまずはこちらに相談してきてくれますし、それを引き受けて診るのがこの病院の役割ではあるのですが、さらに重症度が高い患者さんに関しては、大学病院などの高度医療機関に送ることも必要になってきます。地域医療を支える立場として、切れ目のない医療を提供するために、ときには診療所と高度医療との間をつなぐコーディネート的な役割も担うことが大切だと思っています。」

病児・病後児保育などにも 取り組む

こうした考え方から、板橋区医師会病院では、少子高齢化時代の地域医療を支えるべく、在宅医療や周産期・小児医療に特に力を入れています。

特徴的な取り組みとして、病児・病後児保育室が挙げられます。これは板橋区からの委託で、病児により安静が必要で保育園・幼稚園などに通えない子どもを預かる事業です。入院を必要と

する子ども以外は誰でもみるという方針で、たとえ40度の熱があっても、お母さんが看護できる病状ならば預かっているそうです。板橋区在住の1歳から小学校入学前の子どもが利用でき、年間で延べ1300人を超える利用者があります。

「こういった取り組みは、一般の医療機関で行うにはなかなか採算の取れないものかもしれませんが、利益の追求を指すのではなく、地域医療を支えていくという使命を持った医師会病院だからこそ、引き受けていくべき役割なのではないかと考えています。」

地域の医療を担う 若手を育てる役割も

板橋区医師会病院は、臨床研修病院にも指定されています。かつ、近隣の大学病院の実習を受け入れたり、地域医療の教育機関としての役割も担っているとのこと。医学生のみならずにも遠い存在ではないのです。

「初期臨床研修の2年間は、一般的な病気、いわゆる Common Disease を診られるようになることが非常に大切です。重症の患者さんや特殊な病気ばかりを診るのではなく、『普通の診療』ができる技術を身につけてほしい。その意味で、当院は初期臨床研

修に適した病院だと思っています。

そして忘れないでほしいのは、そうした『普通の診療』から病気が見つかっていくんだということ。大学病院や専門病院では紹介されてくる患者さんを診るので、あらかじめ病気がわかることがわかっていくけれど、調子が悪いと思って病院に行ったら実は重症だったということも少なくはありません。つい最近も、風邪で来た子どもにもその場で先天性心疾患が見つかったという例があり、研修医が驚いていたのが印象的でした。そういうことにきちんと気がつくような医師を育てていくことも、私たち医師会病院の使命だと感じています。」



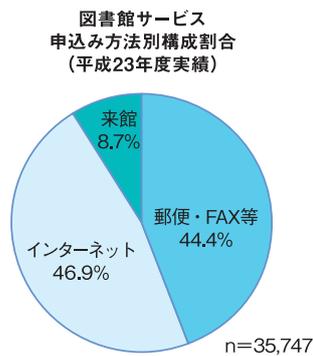
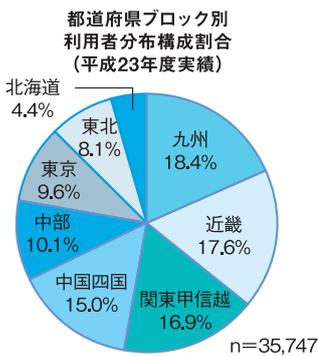
病児・病後児保育室の外観

日本医師会の 取り組み

遠隔地からでも
大学図書館と同等の情報を
入手できるサービスです

日本医師会 医学図書館

約 89,000 冊の蔵書、約 1,500 タイトルの
雑誌を利用できる図書館があります。



日本医師会ならではの 蔵書収集

日本医師会医学図書館は、東京都文京区にある日本医師会館にあります。地下1階と地下2階のフロアを使用したスペースで、約8万9千冊の蔵書、約1500タイトルの国内外の雑誌を取り揃えています。

創立は1949年、その後1969年に「医史学」「医政」「医療経済」の3テーマが蔵書収集方針として定められ、これらの書籍が特に充実している点が、

医師会の図書館ならではの特色と言えます。また雑誌については、多くの先生に幅広く利用していただきたいという考えのもと、特定の分野や診療科に特化したものというよりは、主にコアジャーナルを中心に収集しているそうです。1949年当初から雑誌のバックナンバーはすべて保存しており、厚生労働省の報告書や白書も充実しています。

郵送やインターネットで 利用申込ができる

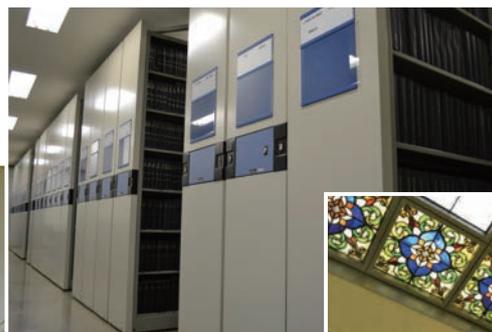
「図書館は利用したいけど、東京にあっても行けない」と思う方も少なくないかと思いますが、実はこの図書館、来館者はほとんどいません。というのも、図書館に足を運ばなくても、郵送やインターネットを通じたサービス申込ができるようになってきているからです。平成23年度の実績では、利用件数3万5千747件のうち、44.4%が郵送・ファックス等、46.9%がインターネットによる申込となっています。では、具体的にどのようなサービスが行われているのでしょうか。



(上) 館内にある検索システム。文献のデータベース検索ができます。
(左) 資料のコピーはこのように形で手元に届きます。

必要な資料のコピーが 郵送で自宅に届く

最も利用されているのが「文献複写サービス」です。これは、希望した雑誌や書籍のコピーを郵送してもらえらるサービスで、蔵書はもちろんのこと、図書館の相互利用ネットワークを通じて他の図書館からコピーの取り寄せも行えます。複写サービス利用者の89.6%が希望の資料を手に入れることができおり、「大学図書館で手に入らなかった資料が見つかった」という声も聞かれます。



館内は2フロア構造。20年前と比べて蔵書数は約2倍に増加したとのこと。

その他、希望した雑誌の最新号の目次コピーが定期的に届く「コンテンツ・サービス」、特定のテーマに沿った文献をリスト化してくれる「文献調査サービス」、検索などの利用相談に応じる「レファレンス・サービス」、宅配便での貸出も可能な「館外貸出サービス」があります。いずれも来館しなくても利用できるサービスなので、全国各地から申込が来ています。

若い方にも活用してほしい

この医学図書館のサービスについて、石井正三常任理事にお話を伺いました。

「大学にも図書館はありませんが、卒業した場合は使えないか、あるいは直接大学に足を運ばなければサービスを受けられない場合がほとんどです。当館を利用する方は、就職して大学が遠くなってしまった方や、大学から離れた場所で開業した方などが多いようですが、大学にいた頃と同等の情報を入手することができますと好評をいただいています。」

また、医師会がこれまで出してきた『日医ニュース』『日本医師会雑誌』などの情報誌・機関誌などは、原本の紙が劣化しても内容を参照できるように、随



石井 正三常任理事

時マイクロフィルムに保存する事業も行っています。こういった過去のデータを保存していくのも、医師会の図書館である当館の使命のひとつだと思います。

今一般にもインターネットが普及し、自分で文献や情報を検索するという若い方も多いかもしれませんが、まとまった情報を得たいという場合には、当館はとても便利だと思います。いろいろな方に利用してもらいたいと思います。」

日本医師会医学図書館は、日本医師会の会員になれば誰でも利用できます。研修医の場合、日本医師会臨床研修医支援ネットワークに加入することで、会員と同じように利用することができます。医学生のみなさんも、今後ぜひ利用を検討してみてくださいいかがでしょうか。

医師の働き方を
考える

子育て支援が医局を活性化する

〈名古屋大学小児科の子育て支援制度〉

今回は、医局における子育て支援の実践事例として、名古屋大学小児科で子育て支援制度を立ち上げられた小島勢二先生にお話を伺いました。



語り手 小島 勢二先生

名古屋大学大学院医学研究科 健康社会医学専攻
発育・加齢医学講座
小児科学 教授

聞き手 伊藤 富士子先生

日本医師会男女共同参画委員会委員
愛知県医師会理事

この制度を立ち上げた
きっかけ

伊藤（以下、伊）…まず、この制度を立ち上げられた経緯を教えてくださいいただけますか？

小島（以下、小）…小児科の医師が不足する中で、いかに女性医師にキャリアを全うしていただくかというのは、私たちにとって切実な問題でした。昔から小児科は女性が多い診療科ですが、さらに急速に女性医師が増えており、現在名大の小児科は入局者のおよそ半数が女性です。大学あるいは関連病院で働いていた女性医師が結婚・出産を契機に離職することが多く、一旦職場を離れた人が、常勤として復帰することはほとんどないので、何か良い方法はないものか思っていました。

伊…女性医師が増えている現在、小児科だけでなくどこでも同じことが起こっているのではないかと思います。制度立ち上げのきっかけは何だったのですか？
小…契機となったのは、5年前に、関連病院の第一線ですと新生児医療に携わっていたある女性医師から離職の申し出があったことです。彼女は、小児科の中でも忙しい新生児医療を専門としながら二人のお子さんを育てていたのですが、三人目のお子さんを授かり、さすがに今

の働き方ではやっていけない」と彼女のように非常にやる気がある医師でも勤務を続けるのが厳しいというのは、個人の問題ではなく、仕組みを変えなければならぬと考えました。

そこで、「どういう条件なら働き続けられますか？」と聞いたのです。すると彼女が自主的に、小児科の女性医師にアンケートを取ってくれました。その結果、「週30時間」かつ「当直待機なし」という条件であれば、8割の女性医師は働ける、あるいは働きたいという結果が出たんです。

伊：行動力のある先生ですね。小…このアンケート調査のおかげで、女性医師のニーズがわかりましたので、今度は反対に関連病院の小児科の部長40人に、そのような条件で働くことを希望する女性医師の受け入れは可能なのかというアンケートを取ってみました。すると、答えてくれた部長の大半は、雇用できると回答したのです。

ただし条件としては、医局の人事とは別の形が望ましいとのことでした。つまり、常勤で当直もできるような方と同じ一人としてカウントするのは難しいけれど、あくまでも定員外という形であれば非常に歓迎する、と。そこで、21病院から実際に条件を出してもらい、対象となる

る女性医師の方とのマッチングを始めたいです。医局人事とは別口ということで、副医局長が担当する形にしました。

こうして2008年からスタートしたこの制度は、今までの4年間で14人の女性医師が利用しています。

プラスアルファとして病院の余裕にもなる

伊：資料を拝見したりお話を伺ったりしていて、ユニークだなと感じたところが二点あります。まず一点は、医局人事とは別枠という点です。病院に派遣する人数枠以外のプラスアルファにすることで、病院にとっても余裕ができるという考え方が非常に

図1 子育て支援制度アンケート (制度利用者の所属病院)



に面白いと思いました。実際に同僚や上司はどう捉えているのでしょうか。

小…同僚も上司も、概ねポジティブに捉えてくれているようです(図1)。「この制度で来ている方が外来をやってくれることで、自分の仕事が減って、楽になった」という声もあったので、勤務医の負担軽減という観点でも一定の効果はあるのかなと感じています。

医局員が増えることで研究も盛んになっている

伊：もう一つのユニークな点は、制度を利用するためには医局に入局してもらうという点ですね。実際、入局は増えましたか？

小…そうですね。増えているというデータも出ていますし(図2)、「女性医師支援制度があるから」という理由で入局したという方も5人ほどいました。

伊：医局員が増えて、様々な形で働く女性医師が増えれば、それだけ余裕も生まれますよね。

小…はい。実はこの10年間で日本の小児科全体の論文が減っていることが小児科学会で非常に問題になっているのですが、少なくとも名大小児科では英文の研究論文もだいぶ増えてきているんですよ(図3)。

伊：子育て支援制度によって、医局員が増え、業務負担が減っ

図2 入局者数の年次別推移

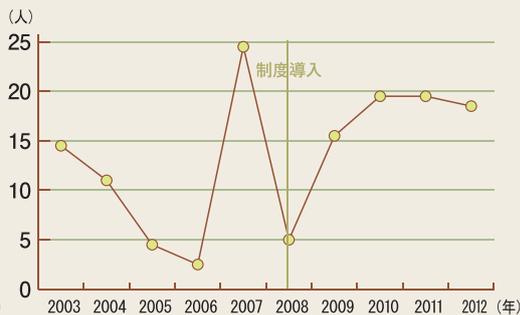
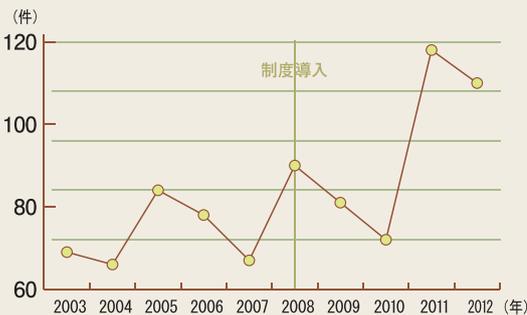


図3 英文論文数



度を使われるか考えてみると、いろいろな可能性があるのではないかと思います。

まず、若くてキャリアが浅い先生の場合、子どもを産んでも臨床経験を積むことができるので、小児科の専門医資格をとるための経験年数を満たすこともできます。これは女性のキャリア形成という点で非常に大きいかと思います。

また、逆に大学院などで専門性を高めた先生がこの制度を使って関連病院に出て、専門外来の担当として働く道も考えられるかと思いますが。小児科としては特に、サブスペシャリティとしてアレルギーや神経を専門的に学ばれた方は非常にニーズが高いので、この制度を利用してもらうと、病院側としてもメリットになりますね。

先ほど論文の数が増えているという話をしましたが、実はこの制度を導入してから、大学病院における小児科の病床稼働率や、入院収益も増えているんです。すべてがこの制度のおかげということではないのかもしれませんが、研究・診療・教育の三つに対して、いい方向に効果が出ているのかなと感じています。

伊：今後の益々のご発展を期待しております。ありがとうございました。

専門性の高い女性医師を育む

て研究が盛んになるという好循環が生まれているのですね。

伊：今後の展望について教えてください。

小…今後どういった方がこの制

1年生から症例に学ぶ

医学生皆さんが今まさに受けている「医学教育」は、近年大きな変化の渦の中にあります。2004年の臨床研修必修化はもちろんですが、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続け、ここ10年だけでも新しい取り組みがどんどん進んできています。そんな医学教育の今後の展望について、様々な実践・取り組みの最前線で活躍する先生を取り上げ、シリーズで紹介していきます。



長谷川 仁志先生

(秋田大学 総合地域医療推進学講座 教授)
1年生からの症例ベースの学習など、実践能力を高める教育に取り組んでいらっしゃいます。

1年生から症例を使った問題解決型の授業を行う

インタビュアー冒頭から、長谷川先生は熱く語り出した。

「循環器の臨床医だった私が、大学で医学教育に関わるようになった時、まずやろうと思ったのは『問題を解決する力』を高めることでした。今は昔と比べて各料で教える内容が数倍になりましたから、その中でどれが大事なのかを判断できず、学生がとにかく知識を詰め込んでいる状態なんです。だから医師免許を取って現場に出てきた時、知識は多いけれど、患者さんの問題をどう解決していくかはトレーニングしてきていない人が多い。『これじゃいけない!』と

いうのが出発点でした。」
しかし、ただでさえ学習内容が増加している医学部では、どの学年のカリキュラムにも余裕はなかった。そこで長谷川先生は、医学部に入ったばかりの1年生に「考え方の基本」を教える授業を始めた。基礎系の学習をする前から、臨床でよくある症例を使った、問題解決型の演習授業を取り入れたのだ。

「医学部に入ったばかりの1年生に、頭痛や胸痛といった、よくある患者の訴えを題材に*PBLを行うんです。胸痛といっても、狭心症や心筋梗塞、肺疾患から胃潰瘍、逆流性食道炎、肺炎など、いろいろな疾患があります。すると例えば、痛む場所が違う、痛みの種類が違うという場面が出てくるので、内臓痛の場所や感じ方の違いは神経の走行に関連していることも説明して、来年の解剖実習の時にはそういう問題意識を持って神経をみるように言っています。」

医師になる夢を抱いて入ってきた1年生の多くは、症例に接することで学習意欲が高まり、解剖や生理を学ぶ意義を見出すこともできる。実際、通年で開講されている1年生向けの実習は大人気で、欠席する学生も非常に少なく、導入教育として機能していることがうかがえる。

自分で決めて解決する「問題解決」の力を高める

「問題解決」の力を高める
とはいえ、今の医学教育はまだまだ疾患を先に学ぶことが多い。けれど、実際に臨床に出ると、患者さんは疾患(病名)がわからない状態でやってくる。だからこそ、症状や本人の訴えをもとに何をどうやって調べ、どういうプロセスで問題を解決していくかが大事になる。

「結局、臨床現場で求められる医師は、そうやって自分で問題を定めて解決していく能力が高い人なのです。それができないと、結局患者さんやスタッフを振り回してしまい、信頼されなくなってしまう。」

知識や経験はもちろん、時には先輩に聞く、インターネットで調べるといったことも含めて、自分でどんな検査をするか、何を調べるかを決めて実行する、

基本的な診療能力を育むのも大学教育の責任

「結局、臨床現場で求められる医師は、そうやって自分で問題を定めて解決していく能力が高い人なのです。それができないと、結局患者さんやスタッフを振り回してしまい、信頼されなくなってしまう。」

「臨床実習があっても、各科を回る2週間の中で、必ずしもその科の総合的なことを教わる

臨床現場で活躍できる 医師を育てる



とは限りません。2週間、ある特定の疾患についてとても詳しくなっても、頭痛やめまい、腹痛といったよくある訴えに対応する診療能力は身につかないんです。だから、各科が責任を持って、それぞれの分野の「よくある疾患」や「よくある症状」を学ぶ機会を作り、その後どんな分野に進んでも役立つ「基本的な診療能力」を育むよう意識を変えて行かないといけないんです。それが医師を育てる大学の責任ではないでしょうか。」

秋田大学でも、実践的な臨床技術を学ぶ機会を増やすためシミュレーション教育センターを設けたり、1年生からOSCEを積極的に導入するなどして、大学としての教育責任を果たそうとしている。最近では、各地でこのようなトレーニング施設の整備が進み、大学が中心となって基礎的な診療能力を身につけさせるという取り組みが浸透し始めている。

大学と地域の医療機関が タッグを組んで医師を育てる

長谷川先生は今後に向けて、大学だけでなく様々な役割を持つ地域の各種医療機関と連携した医学教育体制の構築にも取り組んでいる。

「日本では、専門分野で臨床

経験を積んだ医師が、開業や連携機関への勤務を契機に地域医療の担い手となることが多い、という独特の事情があります。基本的な診療能力は長年の臨床経験で培われるので、地域医療の担い手が専門性も持っているという状態であり、これまではうまく機能してきたと言えます。

しかし、各分野で学習しなければならぬ情報・知識が膨大になり、求められる医療のレベルも上がっている現在、学生や研修医の基本的な診療能力が『長年の臨床経験で培われる』のを待つ余裕はありません。研修医になれば、地域医療の担い手としての実践力が試されます。

ですから臨床実習も、医師として適切に対応できなければなら

らない、よくある病態や症状、検査所見に触れる機会を増やし、問題解決のプロセスを体験する場にしていかなければなりません。そこで、役割も患者層も異なる大学と地域の各種医療機関が連携し、それぞれの特徴を生かして、基本的な診療能力を高める機会を作る必要があるのです。そのためには、医学教育について地域の医療機関とビジョンや認識を共有し、タッグを組んで学生を育てていかなければならない。今度のシンポジウム(左枠内参照)は、そういう目的で行っているんですよ。」

- * PBL(Problem-based Learning)
- … 問題解決型学習
- ** TBL(Team-based Learning)
- … チーム基盤型学習



様々な立場の人たちがビジョンを共有

長谷川先生が教授を務める総合地域医療推進学講座の主催により、2012年11月17日に、「日本の国情・2次医療圏の実情を考慮して、理想的医師・医療者育成教育の展開を考える2012」というシンポジウムが開かれた。県内の主要な病院はもちろん、県の医師会長・薬剤師会長など、県内の医療に関わる人たちが集まって医学教育についての相互理解を深めた。このような機会を作り、医学教育に関わる様々な立場の人たちがビジョンを共有することで、「地域で医師を育てる」体制を作ることに取り組んでいる。

旭川医科大学

〒078-8510 旭川市緑が丘東2条1-1-1
0166-65-2111

地域に根差したアットホームな雰囲気

旭川医科大学医学科5年 早坂 太希、
同4年 福山 秀青、
同1年 フェアウェザー 未央 ジューン、
看護学科1年 遠藤 ゆきの

早坂：旭川医大は「地域医療を支える」という使命を負っていると感じます。僕は、「地域医療を考える会（CIK）」という勉強会に参加しており、いくつもの地域の病院に実習に行かせていただいたのですが、どこの病院も「地域の医学生を育てる」という意識があって、よく面倒を見て下さいました。

フェ：以前は北海道外からの学生が多く、卒業すると地域を離れる人も多かったと聞きますが、最近ではAO入試や地域枠の人数も増え、1年生は約7割が道内の出身者です。地域の高校との連携にも力を入れていて、私の出身校では、半年に一度くらい旭川医大の先生による授業や講演会が開催されていました。入学前から大学にはお世話になっており、卒業後も地域に残って恩返しする…そんなマインドの学生も多いです。

遠藤：私も高校生の時に旭川医大のイベントに参加し、そこで出会ったフェアウェザーさんと放送部つながりで盛り上がったんです。入学式の時に再会して、この大学には放送部が無いね…って話をしているうちに、じゃあ作るかってことで放送研究会を作りました。

福山：僕は今CIKの代表をしているんですが、地域医療に関して我々学生が発信していく必要性を感じています。うちの大学は学生支援課が学生の活動を応援してくれる雰囲気があり、こうやって放送研究会もできた。何か一緒に発信していければいいなと思って、今日も呼んでみたんです（笑）。

早坂：道内の出身者が多く、地域で医師を育てていくという文化、アットホームな雰囲気はとて素晴らしいと思います。けれど他の大学からも離れていて、交流する機会も少ないので、もっと他大学や他学部と交流するよう取り組んでいきたいですね。



Education

道北・道東の医療を担う人材の育成 教育センター長 教授 千石 一雄



本学では、グローバル化する医療に対応するため、国際的に貢献できる医療技術と知識を有し、その基盤に立脚し地域医療の核としても活躍できる医療人や研究者の育成を教育の目標としています。この目標を実現するためには、生涯に亘り学習する習慣を身につけることが必要です。

学びを動機づけ、自学自習の習慣形成を養うため、1年次より一般教養科目の課題に対し小グループによるチュートリアル教育を取り入れ、問題抽出、解決能力、自学自習の涵養を進めています。

医療人として重要である、高い生命倫理観、豊かな人間性を育成するためリベラルアート教育にも力を入れており、また、1,2年次には医学科・看護学科合同で「早期体験実習Ⅰ,Ⅱ」として介護や養護施設の体験実習を行い、病める人を思い遣る心の涵養、医学を学ぶモチベーションの向上、チーム医療の実践、コミュニケーション能力の向上を目指します。

また本学は北海道、特に道北・道東地域の医療の中核を担う人材の育成が使命の一つであり、初年次より地域医療を担っている現役の講師を招聘し「地域医療学」の実践講義を展開するとともに、地域に密着した医療の現場を学ぶ機会を用意しています。3年次後期より臨床・基礎の各講座に学生を配属し、実践的な医学英語教育や最先端の医学研究を体験し、国際的視野を持つ医療従事者の育成にも重点を置いています。4年次には臓器別講義と並行し、臨床症例課題に対する医学チュートリアルを開講し臨床推論の知識を養い、4年後期からは本学病院を中心にクリニカルワークショップを主体とする充実した臨床実習を行い、十分な医学知識と高い実践的臨床能力を身につけます。この臨床能力を担保するために、卒業時にアドバンスOSCEの導入を計画しており、現在トライアルを実施しています。

幅広い研究への門戸が開かれています

旭川医科大学教育研究推進センター長 教授 船越 洋

research

本学では教養・基礎・臨床共に活発に研究活動を行っており、そこに医学科の学生が学部生時代から参加することで、卒業までに研究の基礎を学ぶ機会があります。

臨床に即した研究としては、(1)次世代医療を担う高度情報通信機器を活用した遠隔医療実用化研究により、1997年には世界に先駆けて三元遠隔医療を旭川市立病院、本学眼科医局とハーバード大学間を結んで成功し、その成果は旭川医大方式(三次元(3D))による隣国、中国の4医療機関と本学を結ぶ「中日遠隔医療プロジェクト」として2011年に実りました(本学吉田学長が2011年9月文部科学大臣賞を受賞)。

さらに(2)文部科学省の橋渡し研究プロジェクトとして整形外科教室の「ゆるむことのない新規人工関節」、呼吸器センターの世界初の「フルカラー蛍光内視鏡」、寄生虫学講座による「エキノコックス症診断キット開発」等の臨床研究や、内科学講座血管再生チームによる心血管系の再生医療を目指した研究も進行中です。

基礎研究は、教養の生物学教室では生殖工学の先端研究を、生命科学科においてアルツハイマー病の研究が行われており(過去にNature誌に掲載)、基礎講座では生化学、解剖学、薬理学、病理学講座などで日本トップレベルの先端研究が進められています。

また、教育研究推進センターでは活発な神経再生研究が行われており、HGFのALSへの治療効果の基礎研究成果が東北大学病院で臨床相Ⅰ相の治験へと発展しています。さらに多くの神経難病への治療効果に対する神経再生研究が進行中で、プロジェクトには医学科の1~4年生9名が参加するなど、臨床から基礎の教室まで医学科学生や若い医師達に研究への門戸が開かれています。

本学では米国、ヨーロッパをはじめとした海外の先端研究室との研究交流も行われています。



research

学祖北里 柴三郎博士の精神を受け継いで 北里大学医学部衛生学 准教授 角田 正史

神奈川県相模原市にキャンパスがある北里大学医学部は、その名前からお分かりと思いますが、北里柴三郎博士が創設された北里研究所が1970年に設立した医学部です。北里博士を学祖と仰ぎ、その精神を継承し予防医学の推進を掲げ、研究・教育を盛んに行っています。今回は私が専門としている衛生学を例に北里大学医学部の研究を紹介します。

医学における衛生という用語は予防医学、社会全体としての衛生を含めた概念です。明治に予防医学を日本に導入する礎を作られた長与専齋先生が、この「衛生」という用語を初めて使われました（長与先生は北里先生の先輩にあたります）。現在も衛生学は社会医学という位置づけで、産業の場、環境における予防医学を中心に研究を進めています。

かつて日本では公害が問題になり様々な化学物質の毒性が研究されました。排出規制等により公害は防げるようになりましたが、化学物質の慢性影響や世代を渡る曝露の影響、何らかの原因で化学物質に対する感受性が強く病気になるやすい集団における影響は解明されていません。またアスベスト代替物質のような新物質について、その使用前に毒性を評価しておかなくてはなりません。そこで当研究室では衛生学の基本理念である予防を目指し、化学物質の毒性を研究する毒性学をメインにしています。実際の研究は培養細胞を用いた実験や、動物に投与し、どのような影響が起こるかを観察する動物実験を用いて行っています。

研究で課題を解決し、予防医学の推進、医学の進歩に幾分なりとも寄与することを目指し、やりがいのある研究を行っているのが北里大学医学部の現在です。

社会に貢献する医師を育成します

医学部長 血液内科学教授 東原 正明



北里大学医学部の目標は、人間性豊かで確固たる倫理観を持つ優れた医師を育成する事です。患者さんにとって最善の医療を提供できる医師になる為に、6年間自己研鑽学習を心がけ、常に熱意と向上心を持って医学の習得に努めてほしいと思います。豊かな人間性とは自らを律すること、他人と協調すること、そして利他愛の心を持つことです。医学部での自己研鑽学習として、医学の知識習得と実習のみではなく、クラブ活動等に打ち込み、友人と共同行動をとり、また教員との密なコミュニケーションを図ることも、豊かな人間性や社会性を育む糧となります。医学部では、この自己研鑽学習が効率的に行われるように、また全人的医療を実践する能力を涵養できるようにカリキュラムの抜本的改定を行い、独自の教育体系の整備・運営を行っています。教員のファカルティ・ディベロップメント (FD) を実践し、より効果的な教育環境を整えています。医学部1年次は一般教養を、2年次は基礎医学・生物学を学びます。3~4年次は消化器、循環器、血液疾患など疾病について体系的に学ぶ「器官系別総合教育」を実践し、5~6年次はベッドサイド実習を重点的に教育しています。海外実習も可能です。自己研鑽学習による幅広い知識の修得に加え、学生の動線を円滑で機能的にする支援を行っています。学生が教員にライフプラン、キャリアプラン等について相談できる環境を整備しています。さらに少人数で学生自ら課題の解決方法を学ぶチュートリアル教育、医学研究の基本と面白さを体得する臨床研究入門など、教員と学生が交流する機会を多く設けています。学祖北里柴三郎先生の建学の精神の一つ「報恩」とは、自分を育ててくれた人と社会に感謝し社会に貢献することで、恩に報いる事です。多様化する生命科学・医学・医療のリーダーとして活躍し、人類の福祉に貢献する医師の育成に尽力致します。

医療系総合大学の強み チーム医療を学ぶ

北里大学医学部3年 坂部 勇太

北里大学には医学部の他にも医療系学部として薬学部・看護学部・医療衛生学部の3学部があり、将来チーム医療を共に担う他職種の学生と日頃から触れ合うことができます。特に、全学共通の「チーム医療教育」プログラムはそういう北里大学らしさがよく表れている授業だと思えます。これは北里大学の医療系学部と専修学校が合同で行う授業で、各職種が10名ほど集まってチームを作って「心筋梗塞患者の急性期治療」「食道がんに対する集学的治療」などのテーマについて各チームで理解を深めるものです。授業当日はそれぞれのチームに分かれて自己紹介をした後にチームでディスカッションをして各自の専門領域に応じたアイデアを出し合っ治療方針を計画し、最終的には全体で発表し、知識の習得を目指します。将来チーム医療を担う立場になった時に患者さんに適切な医療を提供できるように、学生の時から各職種の役割を体験し理解す

ることを目指した授業です。

僕は「北里キャンパスナビゲーター」という大学広報チームの代表をしています。これは北里大学を志望する高校生にキャンパスを案内したり大学を紹介する動画や冊子を作成したりする団体で、全学部から集まった学生が運営しています。ただ、現在のところキャンパスナビゲーターに所属する医学部生は代表の僕だけなので、直近の課題は医学部生のメンバーを集めることです。また僕は大学の陸上部にも所属しているのですが、こちらも現在は医学部の部員が僕だけの状況で、人数不足のため東医体に参加することができません。以前は医学部生も多く所属していたのですが、ここ数年は医学部に陸上経験者が少なく、入部希望者がなかなか集まりません。現在、北里キャンパスナビゲーターと北里陸上部は医学部生のメンバーを募集しています。あなたの参加を、お待ちしております！



» 北里大学

〒252-0374 神奈川県相模原市南区北里 1-15-1
042-778-8111



» 大阪大学

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 2-2
06-6879-5111

研究マインドと「ちょうどよさ」

大阪大学医学部4年 原田 昭利
同5年 長谷川 然

長谷川：私は慶應義塾大学の理工学部に入りましたが、阪大医学部に毎年10人前後の編入枠があることを知って、3年次に阪大医学部へ編入してきました。現役と浪人の比率は1：1くらい。女性は全体の2割くらいですかね。他の大学と比べるとちょっと少ないのかな、と思っています。

原田：「研究マインドを持った医師を育てる」ということを多くの先生が言っています。臨床をやる時も、常に研究の意識を持つことが大事なことだと思います。阪大には「MD研究者育成プログラム」というものがある僕も参加していますが、これは入学時から研究室に参加して基礎研究の手法や基本的な思考能力、医学英語などを習得するプログラムで、各学年で基礎研究に関心のある学生10人ほどが参加しています。

長谷川：早いうちから国試に向けて熱心に勉強する私大医学部と比べると、国試向けの勉強に対するコミットメントは強くないのかなと感じます。やりたいことをやりたい時にやる雰囲気があって、それが人によって国試の勉強であったり、部活であったり、恋愛であったりする。そういう、各々の主体性に任せるところが阪大の良さなのかな。

原田：阪大は教養の授業が難しいと言われてます。何と言っても教養の授業を受けるキャンパスが離れている関係で再履修が事実上不可能なので、単位を落とすと≒留年ということになってしまいます。5人以上の留年者を出す授業もちらほら…。

長谷川：京都大学と比べられることが多いですが、京大は先生も放任主義で学生も変わった人が多いというイメージ。阪大は真剣にやる学生には先生もしっかりサポートしてくれるし、学生の雰囲気も真面目過ぎず軽過ぎず、「ちょうどいい」感じなんです。

原田：阪大吹田キャンパスの周りには、飲めるお店が全くとっていいほどないんです。最寄り駅を利用するのは病院に来る患者さんが主なので、あまり飲食店ができないんですよ。飲む時には電車で30分以上をかけて梅田まで出て行くことがほとんどです。僕は京都の河原町あたりで遊んだりしています。



大阪大学医学部の卒前教育

医学部医学科教育センター 和佐 勝史



緒方洪庵が開いた適塾が大阪大学医学部の源です。われわれの使命は、高度な倫理観と探究心を持ち、世界の医学・医療をリードするスペシャリストを育成することであり、そのための最先端の基礎医学および臨床医学を習得できる教育体制が整っています。

1年次から名誉教授や臨床系教授による医学序説を開講し、歴史的な研究成果をあげた経緯や最先端の臨床医学の講義を聞くことができます。3年次では二つの特色あるプログラムを用意しています。選択必修科目では、ゲノム科学や高生物学など10の研究分野から一つを学生が選び、最先端の知識を身に付けます。また基礎医学講座配属では、4か月間希望する基礎医学講座に配属され研究に専念します。この期間に英文医学雑誌に掲載されるような研究成果を挙げる学生がたくさんいます。4年次から臨床医学の講義、実習が開始されます。臨床実習では附属病院と関連基幹病院において、先進医療と同時に臨床医として必要な態度、知識、技術を習得します。また、海外の提携校への短期臨床留学も可能です。将来、研究者を目指す学生に対しては、「MD研究者育成プログラム」を実施し、世界をリードする研究能力と国際的視野を備えた医学研究者を養成することを目指します。1・2年次は希望者全員が参加し、基礎医学系教室の研究紹介や教室体験などで、医学科で実施されている研究を実体験できます。3年次からは特定の基礎医学教室または附属研究施設に所属し本格的な研究を開始します。具体的には、研究手法・論理的思考力・情報収集能力・プレゼンテーションやディスカッション能力を養います。また、学会発表や海外留学も積極的にサポートし、奨学金制度も準備しています。

世界をリードするイノベーションの創出

大阪大学大学院医学系研究科長・医学部長 米田 悦啓

research

世界をリードする独創的な医学研究・生命科学研究を追求し、もって先進医療に貢献することを使命としている。「地域に生き世界に伸びる」をモットーとして、「世界に通じる」医学・生命科学研究の創造を推進するため、その基盤となる基礎医学研究の振興を図っている。特に、インターロイキン6研究や自然免疫研究に代表される免疫学、オルガネラネットワーク研究に代表される分子細胞生物学、iPS細胞、組織幹細胞の臨床応用を目指した再生医学、高次脳機能解明を目指した神経科学など、世界トップレベルを行く研究分野が数多くある。今後も、幅広い分野で世界トップレベルの基盤研究を継続的に推進していくことが最も重要であると考えており、その継続的な基盤研究推進のためには、基盤研究を革新的なイノベーション創出につなげ、社会に見える形で貢献することが重要である。つまり、革新的なイノベーション創出の努力は、必ず次の基盤研究推進の強力なエンジンになると考えている。このような観点から、1つのイノベーションとして「創薬」をテーマに掲げている。日本発の革新的な医薬品創出を目指した取り組みを開始しており、大阪大学の基盤研究の成果を難病治療薬の開発につなげ、臨床応用を可能にする拠点を学内に整備し、基盤研究成果がシームレスに臨床治験にまで進むことのできる体制を確立することができればと考えている。さらに、医学研究・医療上の種々の課題解決のため、医学と歯学・薬学・工学・理学・情報科学などの異分野融合による新しい学際的研究領域の創成とその医学研究・先進医療への応用展開を進めている。また、医学研究・生命科学研究のキーテクノロジーの一つである生体分子イメージングのための施設・組織の整備を進めており、学内の他の研究施設との緊密な連携を通して、国内唯一の生体分子イメージング研究拠点の構築を目指している。





research

肝炎、肝疾患の撲滅を目指して

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門 井出 達也

本学は九州のほぼ中央に位置し、筑後川沿いにあります。古くは日本住血吸虫症の研究が行われ、また肝疾患の多い地域として、その基礎から臨床まで幅広く研究されてきました。当消化器内科は肝胆膵・消化管すべての分野で基礎および臨床研究が行われていますが、今回は肝炎関連の研究について述べます。1970年代後半に小学校での大流行をはじめとするA型肝炎の流行がみられましたが、そのことを契機にウイルス肝炎の研究が活発に行われるようになりました。糞便中のウイルスの排泄状況が明らかにされ、分離したウイルスをもとにワクチンが作られました。またA型肝炎が貝などで濃縮されることも解明しました。B型肝炎では核酸アナログという経口抗ウイルス剤を用いた初めての治験で中心的な役割を担い、また核酸アナログの耐性ウイルスが治療前から微量に存在する事を初めて報告しました。B型肝炎ウイルスの遺伝子変異も治療効果に重要なことからその研究も行っています。一方、C型肝炎では1980年代後半からインターフェロン治療に取り組み、基礎及び臨床研究を行ってきました。いまではインターフェロン治療を受けた患者は2000名を超えています。1990年代からPCR (polymerase chain reaction) 法をいち早く取り入れ、患者血清中にあるC型肝炎ウイルスの遺伝子解析を行っています。とくにウイルスの複製に必要な遺伝子の変異が治療効果に関わる重要な因子であることを解明しつつあり、臨床への応用が期待されます。患者さんの臨床的データを解析する臨床研究も重要ですが、基礎研究によってさらに多くのことが明らかにされ、病態解明や治療への応用が進歩します。肝疾患も未だ不明なことが山ほどあり、その解明に向かって日々研究の毎日です。

Education

久留米大学のユニークな医学教育

医学教育学 教授 神代 龍吉



久留米大学ではコアカリキュラムのほかにユニークなものがあります。

1. 選択制セミナー (1~4年生)

医学部の各講座が用意するメニューから一つを選び、週1回放課後に半年間、講義や実習体験をします。学年の域を越えて自主学习にいきなり、学年間の交流も生まれます。「USMLE Step 1 Biochemistry」、「心電図セミナー」、「救急医療の実際」、「真の地域医療を求めて医学生は大学の外へ」など20のメニューがあります。「真の地域医療〜」は学生が一般家庭を訪問し、その家の健康や医療に関する問題や悩み取材する実習です。

2. 医療科学 (1~4年生)

様々な分野の講師が、医師となるうえで大切なことを話しに来ます。「JICAによる海外支援」、「献体」、「なぜ人に生まれてきたのか」(高僧による講話)、「医事紛争」、「遺伝カウンセリング」、「医療安全」、「医療経済」など多岐にわたっています。

3. 医師国家試験に対する手厚い指導 (6年生)

①卒前医学教育総括講義：6年生の9月から2か月間、国家試験を意識した総括講義を毎日5コマずつします。日本医師会長(本学出身の横倉義武氏)の講話もあります。毎週、確認テストが組まれています。②国試予備校指導の導入：予備校講師の個人指導と模擬試験受験料を大学が負担し、教材購入も援助しています。国試浪人者にも密に連絡をとり励進会を開催します。③成績低迷者学習会：6年次の12月からは成績が伸びない学生さんに教室を開放し自主勉強会をする場所を提供しています。久留米大学では、「良き臨床医を育てる」という理念の下、手厚く、親切な指導体制を取っています。

OB・OGとのつながりが強く、チームプレイが得意

久留米大学医学部医学科3年 二見 俊人

久留米大の特色は、なんと言っても長い大学の歴史に裏打ちされたOB・OGとのつながりの強さでしょうね。ほとんどの学生が何らかの部活に所属しており、病院実習に行った先でも「君は何部?ならいつは知ってる?」と聞かれるほど、縦のつながりが強いんです。僕も30~40歳の先輩の家に呼ばれてバーベキューをしたりします。キャンパスの隣を流れているのは久留米大生の心のオアシス、筑後川です。休日には自転車で筑後川沿いをサイクリングする学生も多いんですよ。自然に溢れたアットホームな雰囲気だから勉強に集中できますし、逆に買い物をしたい時なんかは電車で30分乗れば福岡市の天神まで行けるという利便性も久留米大の良い所だと思っています。僕自身はバスケットボール部の主将を務めています。久留米大バスケット部は西医体で7年連続1回戦負けという状況なので、全員が一丸となって1勝を目指しています。練習は3時間を週に3日です。自分が練習の

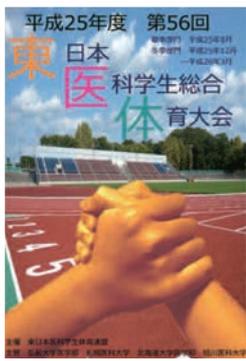
メニューを決めておきながら言うのも変ですが、はっきり言って練習はきついです。でも練習後のビールの味は格別ですよ(笑)。久留米大生が飲む時は歩いて20分くらいの距離にある文化街という歓楽街に行くことがほとんどです。昭和の雰囲気が残っている町並みはノスタルジックで、かなり気に入ってる場所の一つですね。久留米大の先生は意欲のある学生に対してはとても協力的なので、やる気のある学生は1年生の頃から研究室に出入りしています。試験期間になるとみんなの結束力が高まるので、学生同士で分からない内容を教え合ったりします。人によって得意な分野と不得意な分野があるので、それを補いながらみんなで勉強するんです。国試はチーム戦だと先輩からよく聞くんですが、久留米大生は低学年の時からチームプレイを大事にしているんだと感じます。そうやって日頃から培ったチームワークで国試を突破して、自分もOB・OGの仲間入りをしていくんですね。



» 久留米大学

〒830-0011 福岡県久留米市旭町 67
0942-31-7527





第56回東日本医
科学生総合体育
大会のポスターは
左のポスターに決
定しました。

新運営委員 各運営本部長・ 部長の意気込み!



弘前大学医学部運営本部長
高野 弘之

平成25年度第56回東医体は最北の1グループが主管を務めます。北海道・青森間は移動に時間も費用もかかります。だからこそ一度の会議にかける想いが前年度までの会議を遥かに凌駕します。運営役員が各大学約20名、全23競技に各3名、計約150名が手を取り合って参加者15,000人の東医体を成功に導こう! そういった熱い想いを湧き起こす力強いポスターも作成できました。今後東医体システムを大幅に改善していくと共に、西医体主管校の九州大学とも力を合わせ全医体も頑張っていきます。



旭川医科大学運営部長
石堂 敬太

旭川医大は運営本部の弘前からは遠く、主管競技も少ないこともあり負担はそこまで大きくはありません。地理的にも精神的にも距離があります。だからこそ、手伝えることは全力でサポートし、第56回東医体がスムーズにいくよう旭医一丸となってバックアップしていきます。



北海道大学医学部運営部長
岡崎 遼

こんにちは。第56回東医体北海道大学運営部の運営部長になりました岡崎遼です。運営部長になり、第54回や第55回の方々のもて仕事について教えてもらい始めるようになってから、東医体は本当に多くの人たちの協力があって成り立っている、ということを実感しました。ぼくも東医体を動かしていくためのひとつの歯車としてやっていこうと思います。



札幌医科大学運営部長
木村 明菜

右も左もわからず運営部長となってから約1年が経過し、ついに私たち第56回大会の仕事が本格的に始まります。運営部は運営本部に比べて仕事量は少ないですが、その分サポートに回って大いに盛り上げていきたいです。歴史と伝統のあるこの東医体をよりよいものにしていけるよう、運営本部長の高野くんを中心にみんなで協力して、仲良く運営していくのが目標です☆

アイスホッケー結果報告! 実行委員長 慶應義塾大学4年 —— 柚崎 一輝

毎年、医学部アイスホッケー部界は12/24-30になると、世間の恋人たちがやたらウキウキ始める例の聖なる季節...ではなく東医体を連想しますが、慶應は今年その東医体の主管を務めました。東医体という大会は、その伝統と歴史ゆえにとっても厳重に管理されています。今年も年末の忙しいなか毎日朝6:30から夜23:00過ぎまで慶應信濃町本部で連絡のため

に待機してくれた方や、同じ時間帯に会場の軽井沢に常駐して頂いた医師の方々など、様々な方のサポートにより無事開催することができました。今年の新たな取り組みとして、大会を盛り上げるため、TwitterおよびFacebookを活用して試合の実況や大会写真の共有を図りました。至らない点も多々ありましたが、東医体の歴史に貢献できて良かったと思います。



順位	大学名	成績
優勝	筑波	5勝
2位	昭和	3勝2敗
3位	札幌医科	2勝1分2敗
4位	埼玉医科	2勝1分2敗
5位	慶應義塾	1勝1分3敗
6位	山梨	0勝1分4敗

閉会式

第64回 西医体

10月13日(土)、岡山大学構内に第64回西医体閉会式が執り行われました。今大会の総合順位は、総合優勝校 浜松医科大学、準優勝 岐阜大学、第3位 広島大学という結果になり、三大学には優勝旗をはじめとして杯、盾、表彰状が吉野大会長、山田連盟理事長より授与されました。

また、同日行われました第4回評議会にて各大学の評議員が次代へ引き継がれ、11月3日に行われた引き継ぎ式にて運営委員会の仕事が第64回西医体運営委員会から第65回西医体運営委員会に代替わりしました。いよいよ第65回西医体に向けて本格的な準備が始まりました。



閉会式を終えて、次期運営委員長へエール

第64回西医体運営委員長を務めさせていただきました、岡山大学医学部4年の高橋政史です。閉会式、引き継ぎ式をもって、第64回西医体運営委員会の仕事は完了しました。西医体は64年の歴史の中で改善を繰り返され、エントリーのオンライン化など時代に合わせた変化を遂げてきました。我々第64回西医体運営委員会も歴代の先輩方に倣い、選手たちの加入する保険内容の変更の議論をするなどして西医体がより良い大会になるように努力

してまいりました。今大会の運営に携わったことで見つけた課題を次年度運営委員会に伝え、さらなる改善ができるように微力ながらもこれからも協力していきたいと思えます。九州大学の運営委員の皆さんはこれから一年間忙しくなりますが頑張ってください。西医体がより安全に行われ、より実りある大会になることを心より願っています。

第64回西医体運営委員長
医学部4年 高橋 政史

新運営委員
メンバー紹介

大会運営は九大に任せなさい☆

第65回西日本医科学生総合体育大会は九州大学14人の精鋭たちが責任をもって運営していきます。大会運営の仕事は多岐に渡ります。予算編成・管理や会場の確保はもちろん、宿泊施設の確保から選手の弁当手配に至るまで膨大な量の仕事があります。しかも今回の福岡で開催される西医体は国体・インターハイの時期と重なるため、会場確保などが非常に困難になることが予想されます。しかしそんな困難も九大の精鋭の手にかかれれば問題ではありません。大胆な行動力と細やかな心遣いで難くこなしてみせましょう! 西日本の医学生たちが熱い戦いを繰り広げる裏で、運営委員の冷静沈着な青い炎が静かに燃えているはずですよ。

運営委員長・副運営委員長 挨拶

運営委員長 医学部3年

渡部 健二



すごくやりがいがあるだろうと思い、運営委員長という仕事に飛びつきましたが、当初はインターハイや国体予選の存在を知らず、まさかここまで大変な仕事になるとは思ってもみませんでした。いまだかつてないような困難な状況ですが、運営委員会一同、力を振り絞って運営させていただき、必ずや西医体を成功させてみせます。皆さんも応援よろしくをお願いします。

副運営委員長 医学部3年

合屋 琴美



参加者として3年間関わってきた熱い熱い西医体、今年は主催者の立場として関わらせていただくことになりました。いまだかつてない大仕事ではありますが、運営委員全員で一致団結して、例年より更に熱く、参加者全員の心に鮮やかに残る大会になるよう、奮闘していきたいと思えます。また、福岡は自然豊かで、おいしいものも沢山あります。是非一度、お越し下さい!

心に笑顔が生まれる、未来が始まる。

Japan Heart

◆Japan Heartとは

Japan Heartは2004年、国際医療ボランティア組織として設立されました。代表である吉岡秀人医師は、自身の長年の海外医療の経験をもとに、医療活動の質のさらなる向上を目指して活動をスタートさせました。その活動はミャンマーから始まり、現在はカンボジアにも広がっています。日本から医師や看護師をはじめとする多くの医療者やボランティアを派遣し、実際の医療活動を展開している他、保健活動、人材育成活動、小中学校での保健室の整備、災害やエイズなど疾病による孤児たちの施設運営、視覚障害者自立支援活動など、活動内容は多岐にわたります。さらに海外だけでなく国内の医療者不足が深刻な離島や僻地に看護師などを派遣しています。また、国内外でがんや戦う子どもや家族に旅行や夢の実現をお手伝い、プレゼントするスマイルスマイル事業も行っています。これらの活動は全て「未来の閉ざされた人たちに、明るい未来を取り戻す」ことを目的としています。今後、さらに多くの日本の医療者と海外をつなぎ、海外、国内、たとえ人のところの中であっても、できる限り医療を届けていきます。

◆基本理念

Japan Heartの基本理念は、「医療の届かないところに医療を届けること」です。それが海外であれ、国内であれ、人の心の中であれ、できるだけ届けていきたいと考えています。この理念は、長年国内外で実際に患者を治すという医療に従事してきた吉岡代表をはじめ、多くのスタッフがその経験を通して造り上げたものであり、決して観念的なものではありません。範囲は、海外医療に留まらず、国内僻地・

離島や病に冒された子どもや患者たちのこころも含めて関わっていきたく考えています。またスタッフ達は自らも真のボランティア精神を学ぶため、1～2年間は無償・無給で働きます。

◆学生チーム・ニーニーちゃんプロジェクト

そんなJapan Heartの理念に共感した学生が集まってできたのが、私たちJapan Heart学生チームです。Japan Heart学生チームは現在、大学生6名、うち医学生3名で活動しています。昨年学生チームのなかで、ミャンマーのワッチェにあるJapan Heartの関連病院を受診した総排泄腔外反症の6才の女の子を募金により来日させ、手術してあげようというプロジェクトが立ち上がりました。クラウドファンディングを使って募金を集めた結果、600名を超える方々から300万円以上が集まり、ニーニーちゃんの来日を実現することになりました。2012年5月に来日したニーニーちゃんは国立病院機構岡山医療センターに入院し、手術は無事に成功。7月、ミャンマーへ元気に帰国していきました。ニーニーちゃんプロジェクトは、あくまで私たち学生チームの活動の始まりに過ぎません。より大きく、わくわくする形でJapan Heartを支援したい。メンバー一同はそう考えて、既に次のプロジェクトに向かって走り出しています。まだ活動を始めたばかりのチームなので、これから多くの方に参加してほしいと思っています。関心を持たれた方はぜひ下記連絡先までご連絡ください！

◆各種情報

URL <http://www.japanheart.org/>

E-mail japanheart0121@gmail.com

Twitter [@japanheart0121](https://twitter.com/japanheart0121)

DOCTOR-ASE COMMUNITY

サークル・医学生の活動紹介

『塔～pile up～』第10回 日本総会

IFMSA-Japan

ドクターゼをご覧の皆様、こんにちは。IFMSA-Japan(国際医学生連盟 日本)副代表外務担当の亀谷智子と申します。

今回は11月23～25日に東京の国立オリンピック記念青少年総合センターにおいて開催されたIFMSA-Japan第10回日本総会のご報告をさせていただきます。私達IFMSA-Japanは世界107カ国、100万人の医学生によるWHO公認の医学生団体IFMSAの日本支部として活動しています。

日本総会は年に一度全国の医療系学生が集まるIFMSA-Japan最大のイベントで、今年度は参加申し込み者が400人を超える大規模な会となりました。今回は日本人で初めてハーバードでMBAを取得された山本雄士先生を基調講演にお呼びしたほか、オープニングセレモニーでは元バーレーン王国厚生労働大臣、医師会長を歴任された同王国大使のDr.Hassanに現在世界が直面しているGlobal healthに関する問題についてのスピーチをして頂きました。

基調講演では「医療の全体像を俯瞰できる人間が少ない」という山本先生のメッセージが非常に印象深く、私達が将来どのような形で医療に関わるにせよ、自分の見ているものが医療の中でどこの位置にあるのかを意識した上でよりよい医療の実現に向けて議論していかなければならないと感じました。

また、この総会では例年IFMSA-Japanで活動する6つの委員会(基礎研究交換留学、臨床交換留学、公衆衛生、性と生殖・エイズ、人権と平和、医学教育)によるセッションの時間を設けています。

このセッションでは例年スタッフが普段の活動に絡めたテーマでワークショップを提供していますが、今回は皆この日本総会に向けて半年

前から企画を始め、各々趣向を凝らしたワークショップを準備しました。交換留学の委員会では医学英語やプレゼンテーションについてのトレーニング、公衆衛生の委員会は世界の健康問題を俯瞰できるようなゲーム形式のワークショップと各プロジェクトによるワークショップ、人権と平和の委員会は在日外国人の医療問題からSocial determinants of healthを考えるワークショップ、性と生殖・エイズに関する委員会は恋愛に関するワークショップと当事者の方をお呼びしたセクシャルマイノリティについての講演会、医学教育の委員会は人生ゲーム形式で様々な状況下における新生児のカンガルーケアについて、親の立場からディスカッションをするワークショップとコミュニケーションのトレーニングなどを用意し、どのセッションでも参加者による積極的なディスカッションが交わされていたのが印象的でした。

日本総会ではこの他にも医療接遇やクリニックラウン、鍼灸、医学英語、疫学調査、ファシリテーションなど様々な分野の先生をお呼びしたマスターレクチャーや学生トレーナーによるコミュニケーションスキル、リーダーシップなどのTraining、IFMSA-JapanのOB・OGをお呼びしたテーマイベントなど多彩な企画が盛りだくさんです。夕方までみっちり議論、勉強した後はパーティーで全国の仲間と飲み明かし、非常に濃い3日間となりました。日本総会以外にもIFMSA-Japanの活動やイベントはまだありますので、今回参加できなかった皆さんもぜひ、WEBページ(ifmsa.jp)にアクセスして頂けると幸いです。



Internationally & Locally Oriented Health Association : ILOHA

国際医療勉強会 いろは (岡山大学)

◆国際医療勉強会「いろは」とは
私たち「いろは」は、岡山大学医・歯・薬学部の学生を中心に「国際医療を学びたい」「日本や世界のこともっと知りたい」「自分たちで問題解決に向けて、アクションを起こしたい」という熱い思いを持った仲間が集まり、2012年2月に結成したばかりのサークルです。大学では教えてくれない海外や日本の社会問題を自分たちで学び、この目で確かめ、その経験から得たものを将来に少しでも活かせるようにと、日々活動をしています。また、国内及び世界各国の医学生と共に保健医療の向上を目指し、岡山をベースに医学に限らず幅広いヒューマンネットワークを創り上げていくことを目的としています。

◆活動内容
週1回の勉強会を中心とし、勉強会で学んだことを深めるためのフィールドワークや部員の想いを形にするプロジェクト、またそれらの活動の報告会を行っています。

勉強会では、現代社会を取りまく医療状況及び国際情勢とその課題についてグループ学習を通して学び、議論しています。現在、法学部・教育学部の仲間も増え、同じテーマであっても様々な切り口があり、幅広い視点から考えることが大切だと実感しています。

昨年3月には、いろは初のフィールドワークとしてカンボジア研修を行いました。研修先の決定から現地での見学内容、様々な団体への依頼、交渉まで全て自分たちで行い、帰国後は報告会や報告書の作成を行いました。また、私たちは海外だけでなく、まずは自分たちの身近なところに目を向けることを大切にしています。貧困と聞くと途上国を思い浮かべる人が多いと思いますが、日本にも「貧困」はあります。

8月には、国内フィールドトリップとして大阪釜ヶ崎に行き、今まで目を向けてこられなかった日本の貧困について考える機会を持ちました。

10月には中国地方5大学の国際医療に興味のある学生を集めて、「第1回中国地方国際医療系サークル交流会」を企画しました。先ほどの企画と同様、まずは身近なところからという考えから、岡山大学に身近な中国地方5大学の仲間とともに岡山の長島にあるハンセン病療養所を訪れました。一度の訪問では学びきれなかったことも多く、自分たちのできることをもっと考えたいと、新たなプロジェクトとして療養所への訪問を継続することが決まっています。

その他、IFMSA、AMSA、jaih-sの活動への参加を通して海外の学生との交流の機会も持っています。

これらの活動を、岡山の高校生や県民のみなさんに還元する報告の機会も頂き、少しずつ岡山に還元しています。

◆これから
設立して1年の「いろは」ですが、岡山で活動する意味を考え、都会ではできない地方・岡山ならではの活動にこれからも精力的に取り組んでいこうと思っています。普段は勉強会で知識を蓄え、一歩踏み出し無限の出会いと学びを得て、それを持ち帰り岡山に還元する、「岡山で学び、岡山に還す」そんなサークルでありたいと思っています。



山口から、世界を見据えて

国際医療研究会 (山口大学)

◆国際医療研究会とは
通称:「国医研コクイケン」。部員は医学科、保健学科合わせて約80名。海外志向のある人が医療について学んでいる?という印象を持たれがちですが、国医研はそれだけではありません。

- ◆国医研全体の行事
- ・年数回の茶話会(部員の活動報告会、ワークショップ)
 - ・タイからの留学生の受け入れ
 - ・他大学との交流会(特に九州地方):各大学の報告会、山口・九重合宿など
 - ・発展途上国へのStudy Tour

◆どんな人達?

フットワークが軽く、色々な事に興味を持つ、活動的な人の集まりです。途上国は勿論、研究や最先端の医療に興味ある人、また学外の団体に所属している人もいます。部員はそれぞれ自分が興味ある事に対し、茶話会や飲み会(重要です笑)などで情報共有し、仲間を募って活動をしたり、議論を通して考えを深めたりします。皆の活動は、ファシリテーション、地域医療、東北復興支援、海外研修、講演会の参加...多岐に渡ります。真面目そう、硬そう、と思ったあなた!部員は飲み会大好き、楽しいこと大好き、個性あふれるメンバーです!学生のうちから幅広い考えを持ち、多くの経験を積む。全ては、より良い日本、世界のために。山口から、世界を見据えて。



地域に貢献することを目指して

島根大学医学部地域医療研究会

島根医科大学時代の農山村医学研究会を前身として、日本の地域医療について勉強をしているサークルです。部員数は40人程度で様々な部活と兼部している部員が多く、活動回数は少ないものの、各自でテーマを決めて事前に資料を集めて発表したり、合宿の報告会を開いたり内容の濃いものとなるよう部員一丸となって取り組んでいます。

日本の地域医療の崩壊は現実味を帯び、何かと「マイナスの」イメージを抱きがちな昨今。「地域医療を志す学生はどのような形で地域に貢献できるか」を常に考えて、地医研は行動しています。地域を知り人々を知るために、「実際に外へ出て活動する」というのが地医研の一つの目標です。毎年夏に島根県浜田市において中山間地域の医療について学ぶ合宿を行っており、実際に地域住民を訪問してお話を伺い、公民館で講演会を開くなどの活動を行ってきました。

少しでも住民の方々に還元できるように、活動の前には勉強会を開いて各自調べてきたことを発表しています。この「事前に調べて全員で考える」というスタイルも地医研が重視していることです。新入部員も増え、今後は夏合宿だけでなく春季にも県内の地域医療について学びに行く計画を立てております。ますます活発に活動できるようなサークルへと発展していくために、部員全員が熱意を持って日々取り組んでおります。



BOOK



紅梅

津村 節子／文藝春秋／1,200円

夫の死から5年、妻が最後の時間を見つめ直した記録

作者の夫であり著名な歴史小説家である吉村昭の、癌を発病してから亡くなるまでの経過を淡々と叙述した手記的な小説。

「夫」に早期の舌がんが見つかる所から話は始まる。放射線治療を受けるが、1年後に今度は膀胱がんが発覚。手術するも進行は予想以上で、膀胱のみならず十二指腸も全摘せざるをえなかった。

次第に死を強く意識し始める夫と、強い不安を感じながらも仕事に追われ、夫の死が迫ることを受け止めきれない妻。共に

小説家として生きた「戦友」としての絆は描かれるが、作者はどこか、夫が妻としての自分に心を開いてくれないように感じてしまい、「小説を書く女なんて最低だ」と自らを責め、後悔する場面も見受けられる。

同じ小説家を生業とし、互いを応援しつつツライバル意識も持っている作者夫婦の関係は、医師同士の夫婦のそれにも通じるものがあるかもしれない。そんな複雑な夫婦の最後の時間を、静かに余韻まで味わって欲しい作品である。

医師は強くなるとはいけないのか？

10歳の時に母が統合失調症を発症し、両親の離婚などの苦勞を経て医学部に入った著者。しかし、精神科の授業では病気に ついて遺伝性などの残酷なまでの事実を知ることになる。在学中に精神的に不安定になった著者は摂食障害やリストカット、自殺未遂を経験しながらもなんとか卒業し、「拾われた子犬」のような形で精神科の医師になった。

根強い偏見のため、母が統合失調症であることや、自分の生い立ちは隠しながら「心を閉ざ

し、何も考えずに淡々と」診療していた。そのような著者が人々との出会いや関わりあいの中で時間をかけて自身や母に向き合い、それまで隠し続けていた経緯を出版するに至る「回復への道のり」が語られる。

上司に「医者の弱さを患者さんに見せる行為を私は許さない」と言われながらも母や自身の自殺未遂を公表し、同じ人間として患者さんと関わろうとする著者の、凛とした医療者としての姿勢には考えさせられるものがある。



心病む母が遺してくれたもの
精神科医の回復への道のり

夏苺 郁子／日本評論社／1,365円

来年度から初期臨床研修医になる予定ですが、医師会には入れますか？

もちろん研修医も日本医師会に入会することができます。まずは、地元の医師会（各大学医師会や各郡市区医師会）と各都道府県医師会に入会していただき、そのときに併せて日本医師会への入会手続きをすることができます。ただし、日本医師会だけに入会するということはできません。

大学医師会は、全国80校の大学医学部および医科大学のうち、約60校にあります。大学にはたくさん医師がいるので、郡市区医師会とは別に設けられているのです。

けれども、初期臨床研修医の段階で、日本医師会の会員になっている人は実際にはあまり多くないのが現状です。登録料・利用料無料で、研修医でも会員サービスの一部を受けられる「臨床研修医支援ネットワーク（RSN）」というサービスもありますので（下記参照）、活用していただけたらと思います。

医師会に入ることによって、どんなメリットがあるのでしょうか？

日本医師会は、生涯教育プログラムを提供したり、医師会雑誌などの媒体で情報を提供したりしています。また入会すると、医師年金、医師賠償責任保険といった制度に加入することもできます。このようなサービスは医学生のみなさんにとって、すぐに必要だ、役に立つと感じられるものではないかもしれませんが。

ですが、そもそも日本医師会は、医師の職能的学術団体として立ち上げられたものであり、「医道の高揚、医学及び医術の発達並びに公衆衛生の向上を図り、もって社会福祉を増進すること」を主な目的としています。メリットのために医師会に入るかどうかを考えるのではなく、医師という公共性の強い職業についてという自覚をもって、国民に医療を届ける一端を担ってほしいと考えています。

例えば、地域の休日診療を担当したり、インフルエンザワクチンの振り分けをしたりといった活動は、各地区医師会が指揮をとって行っています。実は医師会活動って、ボランティアのようなものなんです。

日本医師会臨床研修医支援ネットワーク（RSN）とは

日本医師会では、臨床研修医を支援するため、日本医師会の事業のうち広く利用できるサービスを無償提供しています。登録料・利用料とも無料ですので、ぜひご活用下さい。

【サービス】日本医師会会員専用ページの閲覧／日医医学図書館の利活用／日本医師会雑誌のPDF閲覧／生涯教育 on-line の利活用／日医白クマ通信の配信／日医会員特別割引ホテルオンラインサービスの利用／その他情報（武見フェロー等）の配信 など

日本医師会ホームページ 臨床研修医支援ネットワーク ▶▶▶ <http://www.med.or.jp/rsn/>

DOCTOR-ASE

【ドクターゼ】

医学生を「医師にするための酵素」を意味する造語。

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

発行元 日本医師会

www.med.or.jp