

# DOCTOR-AZE

Japan  
Medical  
Association  
  
TAKE FREE

医学生がこれからの医療を考えるための情報誌 [ドクターラーゼ]

Vol. 01

April 2012

特集

## 臨床研修制度を考える ～医師としての第一歩をよりよくするために～

先輩医師インタビュー | 海堂 尊

10年目のカルテ | 循環器内科

# 「医師になる」ということ

○

みなさんは、医師になるための学びの過程にいます。

分厚い教科書、毎週のように訪れる試験、厳しい実習。

それらを乗り越え、国試に受かれば、免許が与えられます。

しかし、それだけで「医師になる」のでしょうか。

医師は、多くのひとの人生の岐路に関わります。

自分よりずっと長く生きたひとに「先生」と呼ばれます。

多様な専門家から成る医療チームをまとめるリーダーです。

医師を見る目も、法律や制度も、時代と共に変わります。

良い医師になり、尊敬される医師であり続けるには、

「医師とは何か」「医師として何ができるか」を、

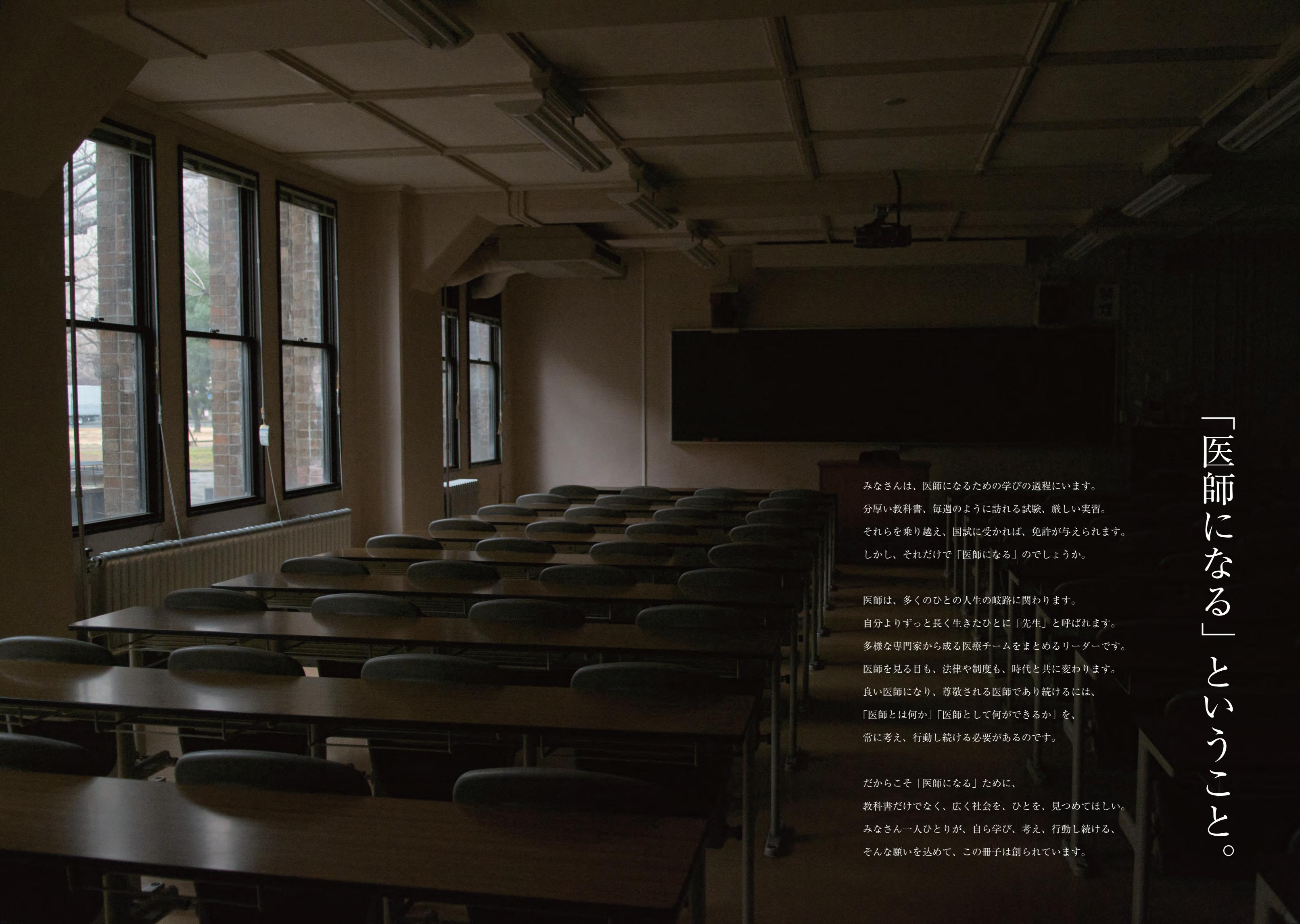
常に考え、行動し続ける必要があるのです。

だからこそ「医師になる」ために、

教科書だけでなく、広く社会を、ひとを、見つめてほしい。

みなさん一人ひとりが、自ら学び、考え、行動し続ける、

そんな願いを込めて、この冊子は創られています。



## 04 お知らせ・イベント情報

### 06 創刊にあたって

日本医師会会長 横倉 義武  
全国医学部長病院長会議会長 森山 寛

[特集]

### 08 臨床研修制度を考える

～医師としての第一歩をよりよくするために～

### 10 臨床研修病院選び～何を大事にしたらよい?～

14 医師はどう育てられてきたか

16 海外の医師養成

18 他の専門職の養成制度

20 座談会「これからの医師養成のあり方について」

今村副会長×医学生代表

[NEED TO KNOW]

### 22 医療者のための情報リテラシー

### 23 チーム医療のパートナー(臨床工学技士)

[連載]

### 24 地域医療 REPO 01

岩手県大槌町 植田医院 植田 俊郎先生

### 26 先輩医師インタビュー vol.1

海堂 尊

### 28 10年目のカルテ(循環器内科)

川崎 大輔医師(国立病院機構指宿病院)  
金子 伸吾医師(済生会西条病院)

### 32 医療業界ニュース

### 34 日本医師会の取り組み

勤務医の労働環境改善のための取り組み  
東日本大震災の際のJMATの活動報告

### 36 医師の働き方を考える

女性医師支援センター／男女共同参画委員会  
女子医学生のお悩み相談室

### 40 医学生対象のアンケート調査

### 42 Book

Publisher 横倉義武  
Editorial director 平林慶史  
Issue 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 有隣会社・トコード  
Date of issue 2012年4月25日  
Printing 能登印刷株式会社

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

## Event

5/12 [Sat]

医師のキャリアパスを考える医学生の会  
2012年度第1回講演会

医学生の会では、医学部低学年の方を対象に講演会を実施します。様々な分野でご活躍中の医師の先生方に、ご自身の経験についてお話しいただきます。皆様にとって今後のキャリアパスを考える契機になればと思いますので、奮ってご参加下さい。

また、続けて懇親会も実施します。  
【申込フォーム】 <http://p.tl/jABd->

医学生の会は、2008年10月に発足し、現在会員数1000人を超える団体です。医学生が授業だけでは得られない問題意識を主体的に獲得し、将来の医療を支える人材となるべく自らを磨いていく場として活動しています。当団体HPでは今後の様々なイベント告知を始めとしたML配信登録も行っています。  
URL <http://students.umin.jp/>

## Event

8/9-12 [Thu]-[Sun]

第55回全国医学生ゼミナール in 群馬をこの夏、開催します！



全国医学生ゼミナールは毎年8月に約300名の医療系学生が集まり、様々な地域・学部・専攻の学生と交流し、参加者どうしてよりよい医療者像を模索する学生の企画です。講演会・交流会・学生分科会など、学生の思いのつまつた楽しい企画になっています。今年は群馬大学を主管に、8月9~12日に開催します。また、夏の本番以外にも各地で関連企画を行います。学生なら誰でも参加OKですので、気軽に参加してみてはいかがでしょうか？  
URL <http://www.izemi.com>

## Network

隨時

日本プライマリ・ケア連合学会若手医師部会  
80大学行脚プロジェクト

ジェネラリストって何してる?楽しい?やりがいは?家庭医・総合医、プライマリ・ケア医が全国の医学部に派出。勉強会を開催を支援しています。勉強会は数人のグループからでもOK。詳しくは「80大学行脚」で検索!連絡待ってます!

## Event

8/4-6 [Sat]-[Mon]

第24回 学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー

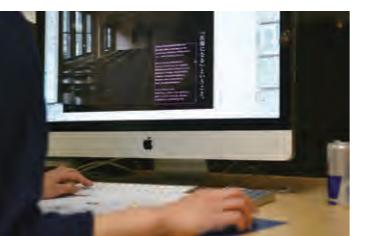
低学年から高学年の方まで参加できる「家庭医療について学び、気軽に情報交換でき、将来を考える場所」です。今年は熱海市で開催します。全国の先生方や学生のみなさんと学び、交流しましょう！URL <http://family-s.umin.ac.jp/kasemi/index.html>

## Network

随时

本誌編集部と交流しませんか？

本誌編集部は、「ドクターラーゼ」をより医学生に役立つ、身近なものにしていきたいと考えています。この冊子を使ってこんなことができるんじゃないかな?日本医師会にモノ申したい!日本の医療を本気で変えたいんだ!そんな熱い思いをお持ちの方も、そんな熱い思いはないけれどちょっと面白いことないかなと思っている方も、ぜひ一声かけて下さい。みんなの声が、思いが、何気ない一言がこの冊子を育てるのです。よろしくお願いします。  
[voice@doctor-ase.med.or.jp](mailto:voice@doctor-ase.med.or.jp)までメール下さい！



次号掲載申込締め切り：2012年6月15日（金）

ドクターラーゼでは、医学生サークル・勉強会・交流会など、医学生的活動全般に関する告知を募集しています。次号（2012年7月下旬発行予定）への掲載を希望される方は、お名前・メールアドレス・団体名・団体の紹介文などをご用意の上、2012年6月15日（金）までに <http://doctor-ase.med.or.jp> 内の掲載申込フォームからお申し込み下さい。追ってこちらからご連絡いたします。応募多数の場合、内容の公共性等を勘案の上、先着順で掲載となりますのでご了承下さい。

# 告知 募集

いっしょにつくろう



## 医学生に向けて

全国医学部長病院長会議会長

森山 寛（東京慈恵会医科大学附属病院 院長）



## これから 医師になるひとへ

日本医師会会長

横倉 義武

新年度のスタートにあたり、医師をめざす医学生の皆さんに『ドクターライゼ』の創刊号をお届けします。未曾有の東日本大震災から1年余経った今、被災地の一刻も早い復興と福島県原子力災害の収束という重大かつ喫緊の課題を前に、われわれ日本の医師は、世界に冠たる国民皆保険制度のもと、だれもがいつでもどこでも受けられる医療を、以前にも増して安全・安心なものに再生していくという大きな目標を共有しています。日本医師会は、わが国における医師の唯一の職能団体として、発災当初より、日本医師会災害医療チーム（JMAT）を派遣し、現在も中長期医療支援としてJMAT IIを派遣していますが、すべての医師が一丸となって被災地の医療に懸命に取り組むその姿に、医師としての誇りと気概を感じているところです。

医療の高度化、専門化が進むとともに医療現場は複雑化し、医学上時代に学ぶべき内容も、従来以上に幅広く膨大なものとなっています。超高齢化社会や情報化社会の到来によって国民の求める医療ニーズは多様化し、医療機関への依存度、需要、要求は年々高まり、震災と原発事故の影響がこれに拍車をかけています。大学附属病院では高度・先進医療の研究・開発・実践を、また一般病院や診療所においては地域に密着した形でそれぞれの機能・役割を果たし、相互に補完しあいながら医療ネットワークを構築することにより、国民の保健・医療・福祉へ貢献をしています。

医療や医学は単なる自然科学ではなく、人文科学や社会科学を包括した実践的総合科学です。医学の皆さんには偏差値だけを基準にして医学部を選択したのではなく、臨床や研究を通じて人の生命に深く関わり、人類の健康や福祉に貢

献するといった高い志を充分に自覚し医師を目指したと信じています。また医師は社会的財産であり、医療・医学の実践により公のために奉仕するという基本概念も認識されているはずです。

現在の卒前教育は毎年改良を重ね充実しております。皆さんは、6年間の一貫・統合型カリキュラムの中での、大学病院における診療参加型臨床実習などを通じて、基本的臨床判断能力を身につけます。また地域の病院、診療所、在宅での実習を組み合わせた地域基盤型教育を導入している大学もあります。医師としてのコミュニケーションスキルや人間力、モチベーションを高める不断の努力は極めて重要です。すなわち医療とは医師、看護師だけではなく、それ以外の数多くの職種の人たちが患者さんを中心、チームを組んで行うものなのです。一緒に働くすべての人たちの思いを理解してこそ質の

高いチーム医療の提供が可能になります。そして卒前のみでなく、初期臨床研修やその後の専門医教育など卒前・卒後の一貫したカリキュラムを通じて、総合的な診療能力を備えた専門医へと成長します。皆さんの卒業後の進路は多様です。病院勤務や診療所など臨床医として患者さんを診るほか、研究者として医学を探求していく道、また医療制度改革に携わるために医療行政へ進む道、臨床医にとっても大学病院において研究を続ける道など、そのキャリアパスは様々ですが、どのような道を歩もうとも、医療技術・技能向上のため日々研鑽を積むとともに大切なことは、人の生命を預かる責任の自覚と、病める人に対する医療者としての心を磨くことです。そして何よりも、世界に冠たる日本の医学・医療の将来を自ら背負っていく気概を生涯にわたり持ち続けてほしいと願っています。

2012・4

# 創刊

さて、日進月歩の医学・医療により医学生の学習量は年々増大し、皆さんが医学に関するカリキュラムや国家試験に向けた学習に偏った学生生活を送りがちになつているとの声が聞こえています。そのため、日本医師会では、これから医療の担い手となる皆さんに必要な、広い視野や教養を身につけることができる機会を持つてもらいたいと考え、この情報誌を創刊することとしました。本情報誌を通じて、わが国の医療制度やその問題点、あるいは、医療政策の動向などについても関心を持ち、昨今の医療を巡る様々な課題を積極的に考えてもらうとともに、医学・医療以外の分野についても幅広い視野を養つてもらえば幸いです。

また、本情報誌が、医学生と現役医師、医学生と他学部の学生、あるいは医学生どうしの繋がりを構築するきっかけになるように、そして、皆さんのが直面する進路の決定

等についても参考になるような誌面を提供できるよう、各方面からのご示唆、皆さんからのご意見に耳を傾けながら、様々な企画を練つていただきたいと考えています。本情報誌の創刊にあたり、31大學生20名の医学生を対象に日本医師会に対するイメージを聞くアンケートを行いました。その結果は、総じて好ましくない、必ずしも当を得ていないと思われるものでした。しかし、一方で、約7割の医学生が「日本医師会に期待する」と回答しました。日本医師会は、その期待に応えるべくさらなる取り組みを推進していくますが、その取り組みの状況については、本情報誌の中でも適宜報告させてもらいたいと思います。

皆さんのが若い力が日本の将来の医療を支えていくことになります。皆さんの無限の可能性に大きな期待を寄せながら、創刊のメッセージとさせていただきます。

# 臨床研修制度を考える

## 医師としての第一歩をよりよくするために

本誌最初の特集テーマは「臨床研修制度」。研修には様々な不安もつきまとうでしょうが、本来は医師としての基本を身につける自分づくりの期間です。みんなの医師としての第一歩をよりよいものにするため、「臨床研修」をとらえ直してみましょう。

「医師としての第一歩」となる臨床研修。学生時代から病院見学や情報収集をする人も少なくありません。その背景には、良い研修を受けて「良い医師」になりたいという思いがあるからでしょう。しかし、この病院で研修を受ければ「良い医師」になれるというような、明確な正解はありません。臨床研修は医師のキャリアの第一歩に過ぎず、また、時と場合、そして活動する地域や施設の特徴に応じて、多様な「良い医師」が必要とされるからです。

日本では1968年に初めて臨床研修制度が導入され、2004年に現行のマッチング・システムを伴う臨床研修制度が動き始めました。それによって、非常に安い給与水準で「研修」という名の過酷な労働を強いられる例もなくなり、指導体制の充実も図られました。しかし同時に、大学病院に残る研修医が減り、地方における医師不足を加速させたとの批判もあります。それらを受けて、臨床研修制度の見直しが行われ、2010年度から適用されています。

医学生のみなさんも「臨床研修」には関心があるでしょうが、「どの病院がよいか」を考えることはあつても、「制度」について知る機会は少ないと思います。そこで今回の特集では、臨床研修に対する医学生の声、そして臨床研修を終えた先輩方の声を切り口に、臨床研修と、その背景にある医師養成の制度について考えていきます。

多様な「良い医師」が必要とされる中、医学生や一般社会からの期待に応えられる「良い臨床研修制度」が簡単に作れるわけありません。しかし今回の特集を通じて医学生のみなさんが臨床研修制度について知り、よくして行こうと共に考えることは、臨床研修をよりよいものにしていく力になること信じています。





WHICH SUITS YOU BETTER?

## 教育重視 vs. 実践重視

多くの指導医が揃い教育体制も整っている研修病院と、多忙を極める中で様々な症例を経験できる実践重視の研修病院。どちらが成長につながるのでしょうか？



**忙しい病院でバリバリ実践経験を積んだ方が実力がつきますか？**

「地」方では医師の数が少なく、研修医も戦力として扱われる所以、自分の腕もだいぶ磨くことができた」「プレッシャーの中で頑張ることができれば得るものも多い」と、実践重視の研修のメリットを挙げる先輩は多いです。ある程度の医師が揃っている基幹病院であっても、周囲に中核的な病院がないような地域では、研修医も含めて「野戦病院のような動き」が求められます。

そんな中でも、夜間当直や救急での経験が自信を深めたという声が多いです。市中病院では、上級医の管理の下で少数の研修医が救急対応することが多く、「1年目は、プライマリ・サーバイとセカンダリ・サーバイが終わった時点でアセスメントし、どういう検査が必要か指導医にプレゼンする。ゴーサインが出たら検査を行い、

結果をもとに治療方針を含めてプレゼンを行う。それでゴーサインがでれば、治療も研修医が行うというのが当直の流れでした」と、救急での経験は診察・検査・診断・治療という診療の基本的な流れを学ぶよい機会になっているようです。また、「2年目になると、一般的な疾患に関しては最後の治療まで行い、結果だけを報告する形も多くなる」というように、研修医が主体的に診療を行う経験が実践力と自信を高めます。また、地域によっては、診療科の数は多いものの「どの科も1人部長のような状態」の病院もあるようです。心細いと感じるかもしれません、逆にベテランの医師にマンツーマンで教えてもらえる経験が貴重だったとの意見もあり、「教育プログラム」の外側にも学びの可能性があるのです。



**しっかり教えてくれる指導医がないと不安です**

「教えてもらひながらしっかり勉強できる病院で研修するか、自分でやっていかなければならない病院の方が実力がつくか、とても迷った」という声が複数の研修経験者から出ています。実践重視の病院には上に挙げたようなメリットが確かにあるものの、「忙しい病院に行ったら、受け持ちも多くて勉強している暇がない」「指導医の先生も忙しく、教えてもらえる雰囲気ではない」「仕事をこなすのに精一杯で、結局あまり身につかなかつた気もする」といった声もあります。たくさんの症例を経験するだけで実力がつくわけではなく、経験を咀嚼して自分のものにするプロセスも必要です。

また、自分が進みたい分野が決まっていない状態で研修をする場合、「忙しい環境で、自分がやりたいことに

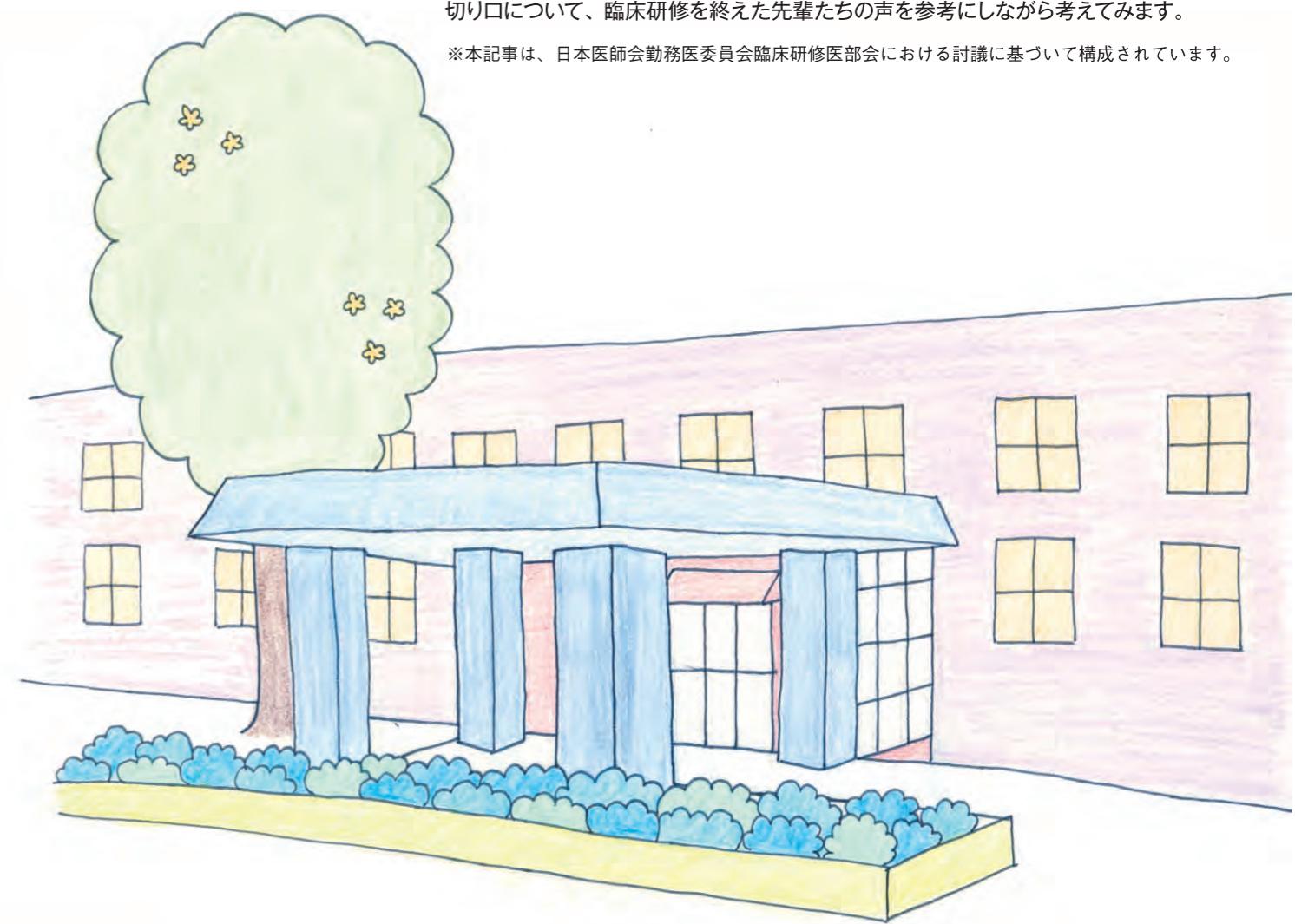
ついで考えるのは難しかった」という意見もあり、「じっくり教えてくれる、それなりに余裕のある病院で、3年目以降について考えながら研修を受けた」というような選択が向いている人もいるでしょう。

さらに、熱心な指導医がいても、その数が少なければ「多様な指導医に触れて、技術や診察方法の幅を広げる」ことは難しくなります。プログラムの充実だけでなく、研修に複数の医師が関わり「多くの医師と一緒に仕事ができる」ことも、重要な点ではないでしょうか。一人のスーパー指導医への憧れから選ぶことも悪くはないのですが、臨床研修を通して様々な医師に関わることになりますから、組織・チーム全体の指導力を見て判断することも大事だと考えられます。

# 臨床研修病院選び 何を大事にしたらよい？

「研修医は忙しくて大変」「研修先選びで失敗するとその後に響く」、本当とも嘘ともわからない様々な情報の中で、多くの医学生は「臨床研修」に対して漠然とした不安や迷いを抱えているのではないでしょうか。ここでは、臨床研修病院を選ぶ時のいくつかの切り口について、臨床研修を終えた先輩たちの声を参考しながら考えてみます。

※本記事は、日本医師会勤務医委員会臨床研修医部会における討議に基づいて構成されています。



医学生のみなさんは、「卒業したらどの分野を専門にしようか」、「どのような病院で臨床研修を受けようか」と、卒業後のことを考えることも多いでしょう。しかしどの分野に進むにせよ、まずは臨床研修医としてトレーニングを受けることになります。臨床研修は、医師としての基本を身につける「自己研鑽」の期間であり、同時に初めての「仕事」の機会でもあります。世の中には様々な研修病院があり、自分が学べる内容も、指導する体制も、経験できる症例も病院によって大きく異なっています。いったい自分はどこに行ったらよいのだろう?という疑問・不安を持つ人が多いのも無理はありません。そこで今回は、様々な観点の中から3つをとりあげて、先輩の声も参考にしながらまとめてみました。

① 教育重視 vs. 実践重視  
しっかりと学べる教育が充実した病院と、忙しくても多くの症例を経験できる実践重視の病院、それぞれのメリットは?

② 大学病院 vs. 市中病院  
高度で専門的な医療も行える大学病院と、一般的な疾患を診る機会も多い市中病院、それぞれの特徴や違いは何なのか?

③ ジェネラル志向 vs. 専門志向  
様々な分野を広く経験できるジェネラル志向の研修がよいのか、できるだけ早く専門にしたい分野に特化して経験を積んだ方がよいのか、それぞれのメリットは?

次頁からそれぞれ詳しく見ていきましょう。



WHICH SUITS YOU BETTER?

## [ ジェネラル志向 vs. 専門志向 ]

専門を決めると、他分野の診療に関わる機会は減ります。研修医のうちに広範な経験を積むか、専門を早く極めるか…。悩ましい選択です。



やはりいろいろな診療科を回るべきでしょうか？

**ブ** ライマリケア医を目指すなど、ジェネラルな志向性の高い先輩は臨床研修でも色々な科を回るようです。例えば、「皮膚科など内科以外を今のうちに勉強しておこうと思った」という先輩がいました。一方、将来専門にする分野を決めている場合、関連する科を集中的に回るか、いろいろな科を回るべきかについては意見が分かれています。「心臓外科志望だったが2年目

には循環器内科を含む内科や麻酔科などを回った」と専門に関係する科を回ることが多いようですが、「糖尿病内科を回った時よりも循環器内科で糖尿病の患者さんを糖尿病内科にコンサルトした時の方が勉強になった」と、多様な視点からその科を見ることによる発見もあるようです。また関係各科の雰囲気を知ることは円滑なチーム医療にも役立つかかもしれません。



WHICH SUITS YOU BETTER?

## [ 大学病院 vs. 市中病院 ]

診療はもちろん教育・研究の役割も担う大学病院と、医療実践を主目的とする市中病院では、患者層や疾病の種類が違うので、得られる経験も異なります。



大学病院はやはり雑用が多いんでしょうか？

**大** 学病院の特徴として、医師の数が多い点、そして高度で専門的な疾患の治療を担う点が挙げられます。医師の数が比較的多く、専門も細分化されているため、研修医がプライマリ・ケアを経験する機会が少ないことが問題と言われることもあります。そのぶん指導医や専門医は多く、教育体制や医療環境は整っており、研究はもちろん幅広い学習の機会が豊富というメリット

は大きいでしょう。もちろん、専門を深めるにも充実した環境と言えます。ただ、「入力作業や事務連絡などの雑用が多い」「本来は看護師がすべき仕事も命じられた」という声や、「学生の延長のような気分の人もいる」との意見もあり、「先輩医師の診療の補助、研究の手伝いや雑用からも学ぶことがある」といった気持ちで、前向きに取り組むことも大事かもしれません。



専門の科を集中して回るメリットは何ですか？

**専** 門分野の診療技術を少しでも早く極めたいという理由で、将来進む分野の研修に集中したいと考える人も多いでしょう。特に皮膚科や眼科といった特殊な分野では、他科との関連性が小さいと考えて、最初から専門を重点的に選択する先輩が多いようです。しかし例えば精神科志望の場合、向精神病薬により呼吸が止

まることがあるので、急変に対応できるよう救急をセットで回る方がよいとのこと。大学病院で集中的に回ると、早くから医局の先輩と仲良くなることや、「3年目からすぐに外勤ができる」という点を挙げている先輩もいました。志望分野やその後の働き方によっても、専門に特化すべきか、広範に見ておくべきかは異なるようです。



市中病院の教育体制はどうですか？

**市** 中病院といつても、大学病院に匹敵する規模の基幹病院から、地域医療を最前線で担っている病院まで様々な研修病院があります。しかし、大学病院に比べると医師の数は少ない傾向にあり、そのぶん症例・手技を多く経験したり、治療に主体的に関われたりしますし、その結果「自分の患者さん」という意識を持ちやすく責任をもって働くことができるようです。指導医の数は少ない場合もありますが、「市中病院でも規模は大

きめで、いろいろな先生がいて教えてもらえた」と指導医が豊富で教育体制が充実している市中病院もたくさんあります。ただ大学病院のように容易に書籍・文献が入手できない、という可能性はあるかもしれません。

※日本医師会では、臨床研修医支援ネットワーク（RSN）に登録した研修医が、日本医師会図書館を会員と同様に利用できるサービスを用意しています。

### まとめ

臨床研修を終えた研修医の先輩たちも、いろいろと悩みながら臨床研修病院選び、試行錯誤しながら研修を受けてきました。しかし最終的には、「どの病院で研修を受けても、研修の終わり頃にはその人がなるべき姿になっていく気がする」「研修医には任せてくれないと評判の病院でも、やる人は様々なことをやれると思うし、逆に自分でやらざるを得ない環境に置かれても、やる気がなければついていけない」と、研修医自身の取り組み姿勢に帰結するという意見が多く聞かれました。「良い臨床研修を受けたい」と受け身の姿勢で病院選びをしてしまいかがちですが、評判のいい病院に行けば無条件に「良い」研修が受けられる訳ではなく、結局、

自分自身が「良い臨床研修にしていく」という意識が必要なのです。また、医師の長いキャリアの中で、臨床研修はわずか2年です。自己の研修病院選びに右往左往するよりは、貴重な今の時間をもっと長い視点に立って、将来を考えることに使うのも大切ではないでしょうか。例えばiPS細胞で有名な山中伸弥先生が、若い頃は整形外科医として働いていたように、後に名医と呼ばれたり大きな研究業績を挙げた先生も、最初の頃はそんな将来を描いていなかつたかもしれません。いま目の前に与えられた環境でベストを尽くし、自分の可能性を切り拓いていく…そんな思いをもって、研修病院を選んでもよいのではないでしょうか。



入局先を選びたいから、大学病院で診療科の様子を見た方がいいですか？

**初** 期臨床研修後は、大学の医局に所属することで、キャリアを高めていきたいという人は多いでしょう。「大学が地方だったが、入局は出身地の大学でしたい」という声や、「まだ専門分野を決めていないで実際に働いた様子で入局先を考えたい」という理由で大学病院での臨床研修を選んだ先輩もいるようです。研修

中に自分に合った入局先を見つけた先輩もいれば、「結局、研修した大学とは違う大学に入局した」という先輩までその後の進路は様々なようです。また、臨床研修後も入局しないで市中病院で働きながら知識・技術をつけていくという先輩もいます。入局以外の道もあるということを知っておいた方がいいかもしれません。

# 医師はどう育てられてきたか



研修は、

① 医師としての人格の涵養

② プライマリ・ケアへの理解を深め患者を全人的に診ることができると基本的な診療能力を修得

③ アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備

を基本三原則とし、内科・外科に留まらず多くの診療科が必修となり、アルバイトも禁止となりました。

このような制度整備と同時に、専門分化が進んだ医療の中で「広く全般を診れるようになりたい」という考え方も普及していました。しかし同時に、地域の医療崩壊の危機につながったなどという批判もあり、臨床研修と医師不足の問題が関連してとりあげられるようになりました。

このような制度整備とともに、専門分野が進んだ医療の中で、「広く全般を診れるようになりたい」という考え方も普及していました。しかし同時に、地域の医療崩壊の危機につながったなどという批判もあり、臨床研修と医師不足の問題が関連してとりあげられるようになりました。

基幹病院などの医師不足があります。臨床研修が必修化される前は、多くの研修医が大学の医局に入り、関連病院で初期・後期と研修していくことを通して、地方にも医師が行き渡っていました。ところが臨床研修必修化に伴い、マッチングで市中の研修病院を選ぶ人が増えたことで、都市部や大気病院には研修医が集まる一方、一部の大学・地域では医師が不足する事態が生じたのです。初期研修医の減少は、後期研修医の減少にも繋がりました。

このような、地域による医師の偏在を防ぐため、都道府県別に研修医の募集定員の上限が設定されました。また、一律に多くの必修を課すことが意欲低下に繋がる場合もあつたことから、必修を減らす制度改正も行われました。病院ごとの臨床研修プログラムの自由度が増し、個々のニーズに応じた研修がしやすくなりました。

時代に応じて医師養成制度は変わってきた

臨床研修の変遷を見れば分かるように、今は当たり前と感じられる「医学部卒業時に国家試験を受けること」や「臨床研修を受けること」も、時代の要請や様々な先人たちの問題意識を踏まえて制度化してきたものなのです。10年前、臨床研修は必修化されていませんでしたが、今や臨床研修もマッチングも当たり前のものになり、すでに小規模な改正も行われています。

このようにめまぐるしく変化しているのは臨床研修制度だけではありません。数十年前には CT も MRI もエコーもなかったのに、

今ではヒトゲノムが解読され、疾患の病態の理解や治療技術もどんどん進んでいます。社会の情報化は急速に進展し、患者自身が膨大な医療情報・知識にアクセスできるようになりました。今後も社会は大きく変化し、求められる医療のあり方も変化し続けていくことでしょう。そして、その変化に応じて医療制度も改善される必要があります。だからこそ、医師自身が広い視野を持って、「どのような医療が必要なのか」「どのような医師が求められているのか」を考え続けることが期待されるのです。

みなさんは今の臨床研修制度をよいものだと感じていますか？「何で地域医療が必修なのか」、「早く専門を学びたい」、「研修医の給料で生活していくのか」といったいろいろな疑問を持つ人もいるでしょう。また、「今のやり方で良い医師を育てられるのか」という疑問を持つ人もいるでしょう。しかし、今の制度は以前に比べて悪くなつたのでしょうか。医師養成の歴史を紐解いてみましょう。

制度が数年ごとに変わり、研修病院選びに悩まされ、マッチングの結果に振り回される…。なぜこんな厄介な制度があるのか、と感じるかもしれません。しかし、1946年に導入された「インターン制度」に始まる戦後の医師養成は、今よりもずっと問題の多いものでした。この時代は、医学部卒業後に1年の「実地修練」を経なければ国家試験を受けられず、さらにインターンの間は「学生でも医師でもない」という中途半端な身分のまま、ほぼ無報酬で医療行為を行わされるのが常でした。インターンの間はのみならず患者をも危険にさらす状況に強い不満を持つた医学生が、当時隆盛だった学生運動の流れに乗り、大規模な国家試験のボイコットを行いました。これを契機として1968年に医師法が改正され、学部卒業時に医師国家試験を受けるという、今となつては当たり前の制度がスタートしたのです。

インターーン制度が廃止されると、卒業後2年間の臨床研修が努力規定として課されました。しかし実際には、卒業後大学の医局に入局する人が大多数でした。当時の内科や外科は「第一内科」「第二内科」などいわゆる「ナンバー制」が主流でした。一つの内科医局の中には、今までいう循環器内科や消化器内科といった臓器（疾病）との専門家が揃っていたため、一通り内科全般の研修はできたものの、その枠を超えた、例えば外科や精神科の研修を受ける機会は乏しかったのです。

そのような中、1985年には、臨床研修で幅広い分野を経験する「総合診療（スリーパー・ローテート）方式」が始まり、市中病院が臨床研修指定病院として医師養成に関われるようになりました。しかしその動きは一部にとどまり、多くの研修医は大学病院でそれまでと同様の研修を受ける時代が続きました。

市中病院が臨床研修を行う体制は拡がらず、多くの研修医が大学の医局に入る流れは続きました。そして臨床研修の内容の多くは、依然として専門の診療科に偏つたものでした。

自分の専門領域以外でも医師として最低限の診療ができるようになるには、臨床研修の中で内科・外科など基本的な科の診療を一通り経験することが必要だと考えられるようになりました。また、大学病院には研修医の給与水準が低い所もあり、研修への専念義務もなかつたために、当直などのアルバイトをする研修医が多く、研修に集中できないことも問題として指摘されました。

そのような流れを受けて、1994年に臨床研修の必修化に向けた提言がなされたのです。

# 1946年

## インターン制度開始 無給で働くされる時代

# 1968年

## 努力規定としての臨床研修 インターン制度廃止後の卒後教育

医師免許取得後、2年以上の臨床研修が努力規定として導入された。

- ・1980年 ローテート方式導入
- ・1985年 総合診療方式導入

この頃より、徐々に市中病院が臨床研修病院の指定を受けるようになった。

# 1994年

## 臨床研修必修化への動き 求められる幅広い診療能力

# 海外の医師養成

	日本	アメリカ	イギリス	韓国
<b>医学教育</b>	<p><b>大学医学部（6年制）</b> 高校卒業後に大学ごとの入学試験に合格すれば入学できる。 臨床教育は主に大学病院で診療・研究を行う医師により行われる。</p>	<p><b>メディカルスクール（4年制の専門職大学院）</b> 4年制大学学士号を取得し、共通試験（*1）に合格すると入学できる。ボランティア活動なども要求される。 医学教育の専門家が関わっている。</p>	<p><b>大学医学部（5年制）</b> 高校卒業後に、面接、筆記、書類審査などからなる共通試験に合格すると入学できる。 家庭医（*2）も積極的に大学での医学教育に関わっている。</p>	高校卒業後に <b>大学医学部（6年制）</b> に入学する方法と、他の大学学部を卒業した後に <b>メディカルスクール（4年制、2002年より創設）</b> に入学する方法がある。
<b>国家試験 医師免許</b>	<p>卒業後、医師国家試験に合格すると国により免許が交付される。 診療科ごとの試験ではなく、基本的にはどの診療科も標榜できる（麻酔科を除く）。</p>	<p>USMLE（*3）またはCOMLEX（*4）に合格後、州ごとに審査され医師免許が交付される。2～3年ごとに免許の更新が必要。診療科ごとに試験はない。</p>	<p>卒業することで、国から免許が与えられる（国家試験はない）。 診療科ごとに専門医資格が必要。家庭医と病院医（専門領域）の明確な区別がある。</p>	卒業後、第三者機関による医師国家試験を合格することで、国から免許が交付される。 どの診療科も標榜できる。
<b>臨床研修</b>	<p><b>(実質) 義務</b> 初期臨床研修：2年 2004年度より、診療に従事するためには2年間以上の臨床研修を行うことが必修化された。 臨床研修を終えていない医師は、病院・診療所の管理者となることができない。 医師免許取得後の臨床研修を経て、専門とする診療科を決定する。</p>	<p>レジデンシー後の<b>認定試験</b>（*5）の合格が必須 インターンシップ：1年。 主要診療科を一通り回る。 レジデンシー：3～6年 この後の認定試験に合格して初めて「総合内科医」「一般外科医」等の称号となり医師としての活動が可能となる。 フェローシップ：3～10年 その後の専門科認定試験（*6）に合格すると「循環器内科専門医」等の称号が与えられ、高度な医療行為を行なうことができる。</p>	<p><b>義務</b> ファウンデーションプログラム：2年 専門研修を選択する必要がある。専門研修は大きく「家庭医（プライマリ・ケア）」と「病院医（専門医療）」とに分かれ、さらに病院医は各診療科に分かれる。 研修終了の後にそれぞれ総合認定医、専門認定医の試験があり、合格して初めて「医師」としての独立した診療行為が許されている。</p>	医学部卒業と同時に開業が可能  臨床研修プログラムは整備されており、アメリカの制度に準じて、インターンシップ、レジデンシー、フェローシップと進む。  19～29歳の男性には2年強の兵役がある。レジデンシー修了後や、大学学部の3年時に兵役に就き、終了後に復帰する。

\*1 MCAT, Medical College Admission Test \*2 General Practitioner \*3 The United States Medical Licensing Examination \*4 The Comprehensive Osteopathic Medical Licensing Examination \*5 Board Certification Examination \*6 Subspecialty Board Certification Examination

**グローバルスタンダードを追う韓国**

韓国は、これまでの大学医学部での教育に加えて、アメリカ式メディカルスクールが2004年に創設されています。卒後の教育もアメリカの方式に準じています。また医療の質や患者安全を評価する国際病院評価機構JCI（Joint Commission International）の認定を取ろうという動きも盛んです。日本にJCI認定病院は数えるほどしかありませんが、韓国には20病院以上あります。

このように、韓国では、グローバル化に対応できる人材を育てる動きが、積極的に行われています。

もちろんアメリカ式に追従することが必ずしも正しいわけではありませんし、各國独自の医学・医療の発展が重要であることは言うまでもありません。

このように3か国と比較するだけでも、医師を養成する仕組みが多様であることがわかります。日本の制度が大前提としていることが、他の国では当たり前ではなかつたりします。

日本で当たり前とされていることを他国との比較で見ることも、みなさんこれから日本の臨床研修制度を考えいくうえで、ひとつの視座になるのではないでしょう。

## グローバルスタンダードを追う韓国

A hand-drawn illustration of a person from behind, wearing a light blue t-shirt. The person has dark brown, curly hair styled in dreadlocks. They are pointing their right index finger towards a circular globe mounted on a stand. The globe shows a map of the Northern Hemisphere with yellow landmasses and blue oceans. A small wooden block is attached to the stand below the globe.

ここでは、臨床研修制度をより深く考えるヒントとして、海外の医師養成との比較を行います。日本とアメリカ・イギリス・韓国の医師養成はどのように違うのか、詳しく見てていきましょう。

(取材協力: 東京大学医学教育国際協力研究センター専任講師 大西弘高先生)

医師養成の一過程である臨床研修制度の位置づけは、国によつて少しずつ違います。そこで海外との比較においては臨床研修だけでなく、少し範囲を広げて、医学教育から卒後教育までの医師養成の仕組みを比較してみましょう。

専門分化が進むアメリカ

これらの国々と日本の医学教育、国家試験・医師免許のあり方、卒後研修のあり方について表にまとめてみました。

**グローバルスタンダードを追う韓国**

韓国は、これまでの大学医学部での教育に加えて、アメリカ式メディカルスクールが2004年に創設されています。卒後の教育もアメリカの方式に準じています。また医療の質や患者安全を評価する国際病院評価機構JCI（Joint Commission International）の認定を取ろうという動きも盛んです。日本にJCI認定病院は数えるほどしかありませんが、韓国には20病院以上あります。

このように、韓国では、グローバル化に対応できる人材を育てる動きが、積極的に行われています。

もちろんアメリカ式に追従することが必ずしも正しいわけではありませんし、各國独自の医学・医療の発展が重要であることは言うまでもありません。

このように3か国と比較するだけでも、医師を養成する仕組みが多様であることがわかります。日本の制度が大前提としていることが、他の国では当たり前ではなかつたりします。

日本で当たり前とされていることを他国との比較で見ることも、みなさんこれから日本の臨床研修制度を考えいくうえで、ひとつの視座になるのではないでしょう。

**国家試験はないが、診療科ごとの免許が必要なイギリス**

イギリスも専門分化のはつきりした国ではありますが、アメリカとの違いもあります。例えば、アメリカでは総合診療科よりも専門医の人気が高いですが、イギリスでは総合診療科である家庭医（General Practitioner, GP）も注目される存在です。イギリスの医療供給は、患者はまず家庭医を受診し、必要があれば紹介状を得て専門医の診察を受けるという仕組みなので、家庭医の役割が大きいのです。このことは、医学部の教育過程において、家庭医と大学の連携が強いことからもうかがえます。実技試験に開業医が協力し、試験官になった事例もあります。

# 他の専門職の養成制度

	弁護士（法曹）	教師（教員）	医師
大学（学部）	<b>法学部</b> ただし、法学部以外からも法科大学院への入学は可能で、実際にかなり多い。また、難関法科大学に入るための予備校も存在する。	<b>教育学部・その他全ての学部</b> 学校種・教科によって、取れる大学・学部は異なるが、多くの大学・学部でいずれかの教員免許が取得可能。	<b>医学部（医学科）</b> 医学部を卒業しなければ、医師国家試験の受験資格が与えられない。近年は、学士入学や、他学部卒業後に医学部に入り直す学生もいる。
免許・資格	国が実施する司法試験に合格し、所定の司法修習を修了すれば法曹資格が得られる。一度取得すれば、原則として更新の必要はない。  <b>司法試験：23.5%（2011年度）</b> <b>司法修習生考試：97.3%（2011年度）</b>	大学等で単位を取得し、都道府県教育委員会に申請して免許が与えられる。近年、教員免許更新制が導入され、10年に1度、更新研修を受けるようになった。  <b>教員免許の取得要件は、規定の単位のみ。</b> <b>教員採用試験は、概ね2.5倍～30倍。</b> 小学校＜中学校＜高校の順に倍率が上がる傾向があり、社会や体育などの教科は高倍率となる。	医学部を卒業後、医師国家試験に合格すると医師免許が与えられる。更新の必要はない。  <b>医師国家試験：90.2%（第106回）</b>
合格率・取得率	<b>法科大学院（2～3年）</b> <b>司法修習（1年）</b> 法科大学院では、実務を意識した演習形式の授業が重視されている。司法修習生は、準公務員の身分で全国各地の裁判所に配属され、裁判・検察・弁護の実務を学ぶ。「労働力」とみなされることはなく、実務研修に集中できるが、給与は支給されない（貸与制）。	<b>教育実習（必須：2～4週間）</b> 大学在学中に、2～4週間の教育実習を課される。実習中は、普段の教師に代わって自分で授業をする機会も与えられる。実習生には指導教員が付き、授業準備の方法、教材解説、児童・生徒の理解、教室の掌握など様々な観点から指導する。	<b>臨床実習（学部教育のカリキュラム内）</b> <b>初期臨床研修（2年・必修）</b> 主に学部5～6年に行われる臨床実習、卒業後免許を取得してからの初期臨床研修、さらには後期臨床研修と、実習や研修の機会が多く設けられている。
実習・研修	<b>大学院以上</b> 現在は、法科大学院を修了することが、司法試験受験の要件である。	<b>大学（二種免許は短大）～大学院</b> 教職大学院も存在するが、行く人はあまり多くない。	<b>大学～大学院</b> 医学博士を取得するために、大学院の博士課程に進学する者もいる。
最終学歴	ここ20年で、司法試験合格者の人数は約4倍に増えた。そのため、法曹資格をとつても、満足な就職ができない弁護士が増えている。 日弁連は、司法試験合格者数の圧縮を訴えている。	医師とは異なり、都市部よりも地方部の方が、教員採用試験の倍率が高いことが多い。若手教師には「非常勤」や「臨時任用教員（1年契約）」の形で学校で働き続ける者も多い。	医師不足が深刻な地域では若手医師の需要は高く、高待遇も期待される。司法試験と異なり、急激な医学部生の増加策を取ってこなかったことで、仕事にあぶれる不安は感じなくてすんでいるようだ。
飽和度	このように他の専門職と比べると、医師は「大事に育てられている専門職」であると受け取れます。教育機関と臨床現場の連携が強く、次世代の医師を育てるために多くの資源が使われています。診療科や研修先の選択にも一定の自律性が確保され、養成期間中の生活も保証されています。	教員は、大学における「養成」と教育委員会における「採用」、そして所属校での「日々の実践」がバラバラになっています。そのための大学での学習には現役教師も教育委員会もあり関わりませんし、逆にいつたん教員になると大学と関わることはほぼありません。しかし医師養成においては、臨床医が教育に関わらない大学は無いため、研修医になってから大学や医局とかじらの関係を持つのも当たり前です。	このように他の専門職と比べると、医師は「大事に育てられている専門職」であると受け取れます。教育機関と臨床現場の連携が強く、次世代の医師を育てるために多くの資源が使われています。診療科や研修先の選択にも一定の自律性が確保され、養成期間中の生活も保証されています。



「医師をどう育てるか」を考えるために、制度の変遷、海外との比較を見てきました。次は、医師の養成システムを、代表的な専門職である弁護士（法曹）および教師（教員）と比較してみましょう。

高校を卒業する時には、目指す職業によって大きな違いを感じないでしょう。しかし大学での学習を経て実習や研修を受け、現場での経験を積むうちに、それぞれが異なる「専門職」になってしまいます。今回のテーマである臨床研修も、「ただの人」が「医師という専門職」になる過程における重要な二段階だと言えます。そんな医師という専門職を作る過程を考えるために、ここでは弁護士と教師の養成について、医師と比較しながら見ていきます。

## 弁護士（法曹）の養成過程

弁護士になるためにはまず「司法試験」に受からなければなりません。従来の試験は倍率が30～40倍の狭き門であり、受験生は大学の授業もそこそこに予備校で試験対策ばかりする…という状況が問題になっていました。そこで、実務を重視して法律を学ぶ「法科大学院」を修了した人が司法試験を受けるという形への制度改革が行われ、奇しくも2004年（現行の医師臨床研修制度がスタートした年）に法科大学院が開校しました。

この新しい司法試験、当初は50%以上の合格率が想定されていました。しかし制度設計時の予想以上に法科大学院ができたため、昨年度の合格率は23%台になります。4年間の大学生活の後、大学院に2～3年通つても、4人に1人しか法曹になれない、そんな厳しい業界なのです。

司法試験の合格者は「司法修習生」として採用され、全国51か所の地方裁判所に配属されています。その場所に赴任しなければなりません。また、一昨年までは初任給程度の給与が払われていましたが、昨年からは修習期間中の生活費も貸与制になりました。その代わり各地で行われる実務修習では、修習生が「労働力」として扱われることではなく、実際の裁判や業務を素材とした教育が重視されています。そんな実務修習を終えた修習生は、最後に2か月の集合研修を受け、修了試験にあたる「司法修習生試験」を経てやっと法曹資格を得られるのです。この最終試験でも、毎年数十人が不合格となつて法曹への道を断たれています。

法曹資格を得てから、執務地の弁護士会に登録すれば弁護士として活動できるようになりますが、既存事務所への就職活動も厳しさを増しています。平成元年に約500名だった司法試験合格者は、弁護士不足解消の名の下に増加の一途をたどり、現在は約2000名になっています。この急激な増加に需要が追いつかず、「弁護士余り」が生じているのです。

医師と比較されることも多い弁護士ですが、その養成システムは医師と異なり「ふるい落とし」によって成り立っていると言えるでしょう。医学部は最初の選抜こそ厳しいものの、一度入学した学生を、できるだけ落ちこぼれないよう手をかけて育てます。また、研修医は「労働を通して、臨床能力を身につける」という考え方のもので一定の給与が支給されますが、司法修習生は「訓練期間」という位置づけゆえに給

され、その養成システムは医師と異なり「ふるい落とし」によって成り立っていると言えるでしょう。医学部は最初の選抜こそ厳しいものの、一度入学した学生を、できるだけ落ちこぼれないよう手をかけて育てます。また、研修医は「労働を通して、臨床能力を身につける」という考え方のもので一定の給与が支給されますが、司法修習生は「訓練期間」という位置づけゆえに給

やはり高度な専門職である教師ですが、医師や法曹に比べると免許取得のハードルは低く、指定された科目を履修すれば、多くの大学で何かしらの教員免許を取得できます。そのため、教員志望でなくとも「いつか何かの役に立つかも」といった軽い気持ちで教員免許を取る人もいます。

教員免許を取るための実務研修に位置づけられる「教育実習」は、2～4週間にわたって実習カリキュラムは大学や受講地の希望は一応出しますが、指示された場所に赴任しなければなりません。また、一昨年までは初任給程度の給与が払われていましたが、昨年からは修習期間中の生活費も貸与制になりました。その代わり各地で行われる実務修習では、修習生が「労働力」として扱われることではなく、実際の裁判や業務を素材とした教育が重視されています。そんな実務修習を終った修習生は、最後に2か月の集合研修を受け、修了試験にあたる「司法修習生試験」を経てやっと法曹資格を得られるのです。この最終試験でも、毎年数十人が不合格となつて法曹への道を断たれています。

法曹資格を得てから、執務地の弁護士会に登録すれば弁護士として活動できるようになりますが、既存事務所への就職活動も厳しさを増しています。平成元年に約500名だった司法試験合格者は、弁護士不足解消の名の下に増加の一途をたどり、現在は約2000名になっています。この急激な増加に需要が追いつかず、「弁護士余り」が生じているのです。

医師と比較されることも多い弁護士ですが、その養成システムは医師と異なり「ふるい落とし」によって成り立っていると言えるでしょう。医学部は最初の選抜こそ厳しいものの、一度入学した学生を、できるだけ落ちこぼれないよう手をかけて育てます。また、研修医は「労働を通して、臨床能力を身につける」という考え方のもので一定の給与が支給されますが、司法修習生は「訓練期間」という位置づけゆえに給

やはり高度な専門職である教師ですが、医師や法曹に比べると免許取得のハードルは低く、指定された科目を履修すれば、多くの大学で何かしらの教員免許を取得できます。そのため、教員志望でなくとも「いつか何かの役に立つかも」といった軽い気持ちで教員免許を取る人もいます。

教員免許を取るための実務研修に位置づけられる「教育実習」は、2～4週間にわたって実習カリキュラムは大学や受講地の希望は一応出しますが、指示された場所に赴任しなければなりません。また、一昨年までは初任給程度の給与が払われていましたが、昨年からは修習期間中の生活費も貸与制になりました。その代わり各地で行われる実務修習では、修習生が「労働力」として扱われることではなく、実際の裁判や業務を素材とした教育が重視されています。そんな実務修習を終った修習生は、最後に2か月の集合研修を受け、修了試験にあたる「司法修習生試験」を経てやっと法曹資格を得られるのです。この最終試験でも、毎年数十人が不合格となつて法曹への道を断たれています。

法曹資格を得てから、執務地の弁護士会に登録すれば弁護士として活動できるようになりますが、既存事務所への就職活動も厳しさを増しています。平成元年に約500名だった司法試験合格者は、弁護士不足解消の名の下に増加の一途をたどり、現在は約2000名になっています。この急激な増加に需要が追いつかず、「弁護士余り」が生じているのです。

## 教師（教員）の養成過程

やはり高度な専門職である教師ですが、医師や法曹に比べると免許取得のハードルは低く、指定された科目を履修すれば、多くの大学で何かしらの教員免許を取得できます。そのため、教員志望でなくとも「いつか何かの役に立つかも」といった軽い気持ちで教員免許を取る人もいます。

教員免許を取るための実務研修に位置づけられる「教育実習」は、2～4週間にわたって実習カリキュラムは大学や受講地の希望は一応出しますが、指示された場所に赴任しなければなりません。また、一昨年までは初任給程度の給与が払われていましたが、昨年からは修習期間中の生活費も貸与制になりました。その代わり各地で行われる実務修習では、修習生が「労働力」として扱われることではなく、実際の裁判や業務を素材とした教育が重視されています。そんな実務修習を終った修習生は、最後に2か月の集合研修を受け、修了試験にあたる「司法修習生試験」を経てやっと法曹資格を得られるのです。この最終試験でも、毎年数十人が不合格となつて法曹への道を断たれています。

法曹資格を得てから、執務地の弁護士会に登録すれば弁護士として活動できるようになりますが、既存事務所への就職活動も厳しさを増しています。平成元年に約500名だった司法試験合格者は、弁護士不足解消の名の下に増加の一途をたどり、現在は約2000名になっています。この急激な増加に需要が追いつかず、「弁護士余り」が生じているのです。

医師と比較されることも多い弁護士ですが、その養成システムは医師と異なり「ふるい落とし」によって成り立っていると言えるでしょう。医学部は最初の選抜こそ厳しいものの、一度入学した学生を、できるだけ落ちこぼれないよう手をかけて育てます。また、研修医は「労働を通して、臨床能力を身につける」という考え方のもので一定の給与が支給されますが、司法修習生は「訓練期間」という位置づけゆえに給

今後もこの媒体を通して、医学生との意見交換を  
活発に行っていきたいですね

今村日本医師会副会長

日本医師会 臨床研修制度の基本的方向性

- 1 基本的なプライマリ・ケア能力を獲得し、地域医療を担うことができる医師を養成するため、地域社会で充実した研修体制を整備する。
- 2 研修希望者数と全国の臨床研修医の募集定員数を概ね一致させる。都道府県の募集定員は人口や地理的条件など地域の実情を踏まえて設定する。
- 3 臨床研修医が単なる労働力として位置付けられることなく研修に専念できる環境を整備する。
- 4 臨床研修医の研修先における給与水準を一定の範囲内にする。

**ポイント 1** 臨床研修の2年目では、将来専門としたい診療科についてある程度自立してプライマリ・ケアを行うことができることを目標とする。

**ポイント 2** 医師研修機構を各都道府県に設置する。各都道府県内の研修施設の登録や、地域独特の研修プログラムの検討・提案などを行う。

**ポイント 3** 臨床研修センターを各大学に設置する。研修希望者は、出身大学の臨床研修センターに登録し、臨床研修センターが研修先のアドバイス・選定・調整を行う。

座談会

# これからの医師養成の あり方について



今村副会長 ×  
医学生代表

「医師養成についての日本医師会の提案（第2版）」をベースに、今後の医師養成がどうあるべきかについて、日本医師会副会長の今村聰先生と医学生4名による座談会を開催しました。

これからの臨床研修制度に関する  
日本医師会の提言

回り道もすべて医師としての  
経験になる

患者さんのために働くことが  
学びにつながる

今村副会長（以下、今）：2004年にスタートした現行の臨床研修制度については、2015年度からの研修をめどに厚労省が改定を検討しているようです。そこで日本医師会も、現在の制度の利点や問題点を踏まえ、これからの医師養成のあり方について提言をしました。基本的方向性は左

頁に示した4箇条になりますが、特に3点のポイントに注目して見て下さい。

まずは、臨床研修の2年目に「将来専門としたい診療科についてある程度自立してプライマリ・ケアを行うことができる」という目標にした点です。その分、学部5～6年生での臨床実習をより実践に近い参加型のものにして、医師としての基本的な能力を身につけることも併せて提案しています。

2点目は、全国医師研修機構連絡協議会を設置し、研修希望者数と全国の募集定員数が概ね一致するよう設定します。各都道府県の医師研修機構は、地域で特色のある研修プログラムを検討・提案し、研修病院と研修医をサポートします。

3点目は、各大学に臨床研修センターを設置することです。研修希望者は、原則として出身大学の臨床研修センターに登録し、研修先のアドバイス・選定・調整を受けます。研修先を自由に選べる時代だからこそ、出身大学を核とした「人の繋がり」を作る必要があると考え、このように体制を提案しました。

**「良い研修」は人によって違う**

D：配属される研修先によつては「良い教育を受ける」機会を得られない地域があつたからこそ、研修を受ける際にも「拠り所」となることを期待しています。

**「良い研修」は人によって違う**

D：配属される研修先によつては「良い教育を受ける」機会を得られない地域があつたからこそ、研修を受ける際にも「拠り所」となることを期待しています。

A：臨床研修の2年目に「将来専門としたい診療科」を学ぶためには、学部5～6年生のうちから自分の専門を見定める必要があります。けれど何を専門にしたらよいのかを考える暇はなく、試験や勉強に追われる毎日が予想されます。どんなサポートや改善が行われるのでしょうか？

今、「将来専門としたい診療科」と言っていますが、決めたところに自分が今後ずっと携わっていかなければいけないということはありません。みなさんはこれから医師として、長いキャリアを積んでいきます。

医師には年齢制限もありませんし、臨床医だけでなく行政官や一般企業の研究者としても働ける、選択肢の広い資格です。働きながら転身を図ることも可能です。ですから、まず第一歩として何をやってみたいかを選ぶくらいの気持ちでいいと思いまます。多少の回り道もすべて医師としての経験になるのがこの資格の強みですからね。私自身、学生時代は外科系を志望していましたが、ちょっとしたきっかけで臨床研修では麻酔科を選び、しばらく勤めた後、現在はかかりつけ医として地域医療に取り組んでいますよ。

とはいえ、各科の試験・勉強に追われてしまふという現状については、日本医師会としても改善を提言しています。また、各

診療科の情報も、この媒体を通じてみなさんに提供していくつもりです。

出身大学を医師の  
コミュニケーションとして活用する

C：大学に臨床研修センターを設けることは、すなわち人事権を大学に持たせ、医局の権力が復活することとは違うのですか？ 今、臨床研修センターは大学の権力を行使するためではなく、大学をベースとした医師コミュニケーションを作ることで仕組みとして提案しています。教授がすべてを取り仕切るような封建的な医局があつたことも残念ながら事実ですから、大学に人事権を持たせることに疑念を持つのもわかります。しかし、医局にも良い面はあります。強みの一つとして、チームで物事を進められるという点が挙げられます。仲間どうしの共通の経験をシェアできますし、研究をするとなると一人ではできない実験もあ

るのではないかとも思いました。研究室にいる医師たちが、外科研修医たちは手術中に倒れるほど忙しかったそうです。そんな環境を「良い」と取る人もいれば「ひどい」と感じる人もいるでしょう。研修の良し悪しは一概には言えないものです。

つまり研修には合う・合わないがあります。自分にとつて適切な研修を自分で判断することが大事だと思います。

どんどん声を上げて  
意見を言つてほしい

B：臨床研修センターは、自分の大学に人を残そうとするのではないでしょうか？ 研修希望者や地域の市中病院が不利益を被らないよう、監視する仕組みも併せて必要なのではないですか？

今、「もし問い合わせをするような大学があれば、その話は自然に伝わっていくでしょう。話が広まれば大学自身の評判も悪くなり、不利益に繋がります。もし大学がそのようなことをしている場合は、みんなのようない上昇の仕組みを設けることはできませんか？」

D：医師研修機構に、臨床研修を終えたくらゐの若手医師や医学生などの意見を吸い上げる仕組みを設けることはできませんか？

今、今回のように若手医師や医学生の意見を聞けるのは大変参考になりますので、各都道府県に医師研修機構ができたら、そこに窓口を設置するのはいい案ですね。さらにこの情報誌を通して、積極的に意見をぶつけてほしいと思います。

チーム医療のリーダーシップを取る医師。円滑なコミュニケーションのために、他職種について知ることが重要です。初回は、臨床工学技士の仕事を紹介します。

連載

## チーム医療のパートナー

### 臨床工学技士

さいたま赤十字病院 鎌田晋治さん・齊藤達也さん

医療現場での  
「機械のプロ」です

機器に関して困った時は、  
ぜひ相談してほしいですね



院内の医療機器を操作・  
管理するプロフェッショナル

臨床工学技士 (Medical Engineer, ME) は、25年前にできた比較的新しい専門職です。左下図の履修科目一覧を見てもわかるように、医学系と工学系の両方の知識を求められる職種です。病院内では機械のプロとして活躍しており、実際MEを目指す人には「メカ好き」が多いそうです。そんなMEの仕事について、さいたま赤十字病院の鎌田さんと齊藤さんにお話を伺いました。

MEの仕事内容は3パターンに分かれます。

1つ目は、医療機器の操作業務です。医師の指示のもとに、人工心肺を使う手術や、心臓カテーテル検査・治療をする際に使用するような医療機器を操作する仕事です。その技術を習得するには、数か月のトレーニングを要するそうです。

2つ目は、機器の保守点検・安全管理です。院内で使用される人工呼吸器・補助循環装置などが正しく動いているかを随時点検し、看護師など他職種から質問があればそれに答えます。院内で機

半分以上が  
機械や工学の  
勉強なんです

医学系	工学系
公衆衛生学	応用数学
解剖学	医用工学概論
生理学	システム工学
病理学	情報処理工学
生化学	電気工学
免疫学	電子工学
看護学概論	物性工学
保健技術学	機械工学
臨床医学概論	材料工学
内科診断学	計測工学
	放射線工学概論

\*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。

院内の医療機器を操作・  
管理するプロフェッショナル

臨床工学技士 (Medical Engineer, ME) は、25年前にできた比較的新しい専門職です。左下図の履修科目一覧を見てもわかるように、医学系と工学系の両方の知識を求められる職種です。病院内では機械のプロとして活躍しており、実際MEを目指す人には「メカ好き」が多いそうです。そんなMEの仕事について、さいたま赤十字病院の鎌田さんと齊藤さんにお話を伺いました。

MEの仕事内容は3パターンに分かれます。

1つ目は、医療機器の操作業務です。医師の指示のもとに、人工心肺を使う手術や、心臓カテーテル検査・治療をする際に使用するような医療機器を操作する仕事です。その技術を習得するには、数か月のトレーニングを要するそうです。

2つ目は、機器の保守点検・安全管理です。院内で使用される人工呼吸器・補助循環装置などが正しく動いているかを随時点検し、看護師など他職種から質問があればそれに答えます。院内で機

器の操作について研修を行っているのもMEの仕事です。

3つ目は、透析室での臨床業務です。透析業務の経験を積むにつれて、患者さんの状態に応じた適切な速度がわかつてきたり、気分が悪くなるタイミングを見極めらるようになるといった「医療者の勘」も磨かれてくるそうです。機器を見るだけでなく、患者さんを見て機器を調整する場合もあるようです。

鎌田「当院ではME全員が医療技術部という部署に所属しており、曜日毎に担当が変わるローテーション制で業務を行っています。実際に働く場所はICU・手術室・透析室など様々なので、担当が変わつても業務情報をスムーズに引き継げるよう、毎朝ME全員でカンファレンスを行っています。」

医療機器の相談役としてぜひ頼つてほしい

情報化社会において、「情報」はますます価値を持つつあります。身の回りにはどんな情報があり、それらはどういった価値をもたらす可能性があるのかを考えてみましょう。

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**



みなさん、普段どのくらいネットを使っていますか？私はフェイスブックやツイッターを一日に何度もチェックしてしまいますし、方向音痴なのでよつちゅうグーグルマップのお世話になってしまっています。ネットのない生活はちょっと想像できない、というくらいです。そういう人、多いのではないかと思うのですが、あまり使わないという人も、ひとつくらいSNSに入っていたり、わからないことがあるとグーグル検索をしたりするのではないかと思います。

情報と便利さ

ネット上で私たちが得ているの入っていたり、わからないことがあるとグーグル検索をしたりするのではないかと思います。

職業などを登録しますよね。そういう情報の場合には、大半の人が慎重です。でも、私たちが提供している情報は、実は他にもたくさんあります。

SNSに投稿した文章や位置情報、グーグルなどで使った検索キーワードなど、名前やメールアドレス、

私たちの生きる「情報化社会」では、情報は大きな価値です。つまり、私たちは「自分に関する情報」という価値あるものを提供し、それを対して「便利さ」という利益を受け取っているわけです。

このような、「便利さ」の裏にあらわれる情報化社会のシステムを知っておくことは大切です。特に、これから医師になろうとしているみなさんは、「自分の情報」だけでなく「患者さんの情報」も扱うようになります。

情報と医療

医師に守秘義務があることはもちろんです。でも、患者さんの情報を見ると、患者さんは、「自分の情報」だけでなく「患者さんの情報」も扱うようになります。

情報と医療の関係性

医療機器の相談役としてぜひ頼つてほしい

医療の高度化に伴い、複雑な機器を扱うMEの重要性は高まってきます。そんなMEからの、将来の医師たちへのメッセージです。

齊藤「現場で医療機器に触れてみると、先端医療の要として働いている実感が持てます。私たちも現場のニーズに応えられるよう、医療機器メーカーや学会から常に最新の情報を得るように心がけています。ですので、MEをプロとして認め、私たちの知識や技術をうまく活用してくれる先生と一緒に仕事をできたら嬉しいですね。機器に関して困った時や新しい機器を導入する時は、ぜひ相談してもいいです。互いに信頼し合いながら仕事をしていきたいです。」

社会になるでしょう。

例えば、最近では電子カルテの情報技術が進んでいます。

優れた検索機能があります。そのため、埋っていた症例に気づいたり、今までにない着眼点から新しい治療法を見つたりする可能性があります。すごい利益ですね。

でも逆に、患者さんの個人情報が漏洩したり、悪用されたりするかもしれません。そのようなことが起つてしまつた場合、刑事罰が課せられることになります。

電子カルテには手書きにはない

もしくは、大規模に電子カルテの情報

を共有することになつたら?

社会になるでしょう。



#### 岩手県大槌町

東日本大震災による人的被害状況は、死者・行方不明者合計1,256人で町の人口の7.8%にものぼる。7つあった診療所はすべて被災し、うち4つか町に残って診療を再開している。



## 仮設診療所から、復興に向かう町を支える

岩手県大槌町 植田医院 植田 俊郎先生

た。日頃から開業医と病院はもちろん、歯科医や消防とも連携を取つて活動してきたため、必要な支援が互いにイメージできたからではないか、と植田先生は言う。「大槌はもともと医療過疎だったから、普段から病院と開業医の関係が深かった。昔から木曜の午後は医院を休診にして、県立病院の病棟回診を行い、夕方からはみんなで麻雀卓を開む……。そんな関係だから、こんなことがあっても協力しあえたんだと思う。」

仮設とはい詮療所を再開し、少しずつではあるが地域の復興も進み始めた。そんな現在の課題は、県立大槌病院の再建だ。

「大槌は医療拠点を失つてしまつた。今はCTや内視鏡を使うだけでも、救急車で30分かけて釜石病院に行かなきゃならない。だから再建する病院は、絶対安全な場所に作らないと。」

もともと連携していた病院と地元の開業医は、今回の震災を踏まえて「もつと良い連携の形」を模索し始めている。日常的な、病院と開業医の連携、そして他の機関との関係作りが大事だということを強く実感したからだ。復興への道のりは平坦ではないが、地域の医療を支える体制がしっかりと維持されていることは、この町の大生き支えになるだろう。」

バイパスのトンネルを抜けると、海側に灰色のがらんとした土地が目に入ってくる。ここ岩手県大槌町は、先の東日本大震災による津波で壊滅的な被害を受けた。植田俊郎先生もまた、被災者の一人だ。強い揺れの後、津警報を知らずに、近くに住む患者の様子を見に往診に出ていた。水が見えるから逃げましよう! という麗な街は跡形もなくなつた。

翌日、自衛隊のヘリコプターで救助された。透析患者に付き添つて八戸の病院に行き、避難所に戻つた翌日から診察にあつた。「診察つて言つても、器具も薬もないから血圧測つて話を聞くだけ。この震災は死ぬか助かるかで、重症者はほとんどいなかつたから、避難所で持病が悪化しないように診るぐらいしかすることもなかつたんだ。僕もこの町の一員だし、今まで食わせてもらってきたわけだから、医者としてできる当たり前のことをしただけだよ。」

そんな地元の医師、DMATやJMATなどの医療支援チームの活動、さらに搬送や輸送に関わった自衛隊や行政の力もあって、薬や診療が途絶えて慢性疾患で亡くなる患者さんはほとんど出なかつた。

# 海堂 尊

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。



PROFILE

## 海堂 尊

作家・医師。2005年の処女作『チーム・バチスタの榮光』(『チーム・バチスタの栄光』と改題)でこのミステリーがすごい!大賞を受賞した、言わずと知れた売れっ子作家だ。千葉大学卒業後外科医を経て病理医になるも、死亡時画像診断(Autopsy Imaging, Ai)の必要性を感じ、その導入に力を注いできた。現在は「医師」よりも「作家」の比重の方が大きいと語る海堂氏だが、医学への熱い思いは変わらないようだ。

外科医として働いた後、大学院で病理学を学んだ。分子生物学・実験病理学に興味を持ち、博士課程修了後は放射線医学総合研究所で病理医としてがん治療の効果判定に携わったが、そこで従来の病理学のやり方では適切な治療効果判定を行うことは不可能だと感じた。「病理診断では、病巣を摘出し標本にしてから診断します。しかし、治療が続いている間は主に画像で治療効果の判定を行いますから、亡くなつた際の病理診断の結果と正確な比較ができるないと感じたのです。当たり前のことで、がん治療期間と同じ手段で比較しなければなりません。それならば、死亡時にCTやMRIなどの画像を撮ればいいではありませんか、と気がつきました。これがAiの考え方の基となつたのです。」



## 医療への信頼を高める 死亡時画像診断 (Ai)

こうして海堂氏は2000年2月から、Aiに取り組み始めた。活動を進めるうちにAiが死因究明に大きく役立つことも分かつてきた。今まで解剖を行わなければ分からなかつた死因が、解剖をしてなくとも分かるようになる——これはやらない手はない、と海堂氏は思った。そこで患者の死亡時に、解剖の前段階としてCT・MRI等を使用した画像診断を取り入れるという流れを作ろうとしたのだ。

「遺族の多くは遺体を傷つけるのに抵抗があり、解剖率は2・7%

に留まっているので、多くの死体検査は体表からの診察となり、犯罪や虐待を見落とす可能性が残ります。しかし、Aiを行えば体表からは分からぬ異常を見つけることもでき、より多くの患者の死因を明らかにできるのです。」

またAiの導入は、医療訴訟の減少にも繋がると海堂氏は言う。

「ある病院で、胸骨穿刺の際に誤つて針で心臓を刺してしまったという事例がありました。Aiを行つたところ、確かに針が刺さつているのを確認できたため、医師はすぐ遺族に謝罪し、結果として裁判には至らなかつたのだそうですが、もちろん医療事故はあってはならないことですが、ちゃんと情報を出して謝罪すれば遺族にも伝わる。遺族に真実を示すことは、

たとえミスをしていても医師の信頼を増すことに繋がるのです。」一般的に医療事故の被害者は、「原状回復」「真実を知ること」「迅速な謝罪」の3つを望むと言われる。亡くなつた場合「原状回復」は不可能だが、「真実を知ること」のための情報を開示し、それにに基づいて「迅速な謝罪」をすることはできる。けれど、真実を知るための手段である司法解剖が行われた場合、その詳細は「捜査情報」として扱われ警察が開示しないため、その結果は医師も遺族も知ることができない。最終的に開示されることは稀ではない。裁判になれば裁判が開くこと、それはやるべきだと言うことで、すぐに委員会を作つて3年にわたり検討会を開いてくれたなんですね。」

このような働きかけが実を結び、費用を予算化する必要があるへ

これだけ聞くと良いことづくめのA-iだが、死亡後の検査には健康保険が適用されない。

「病院も経営が厳しいですから、検査料が出なければ、わざわざ亡くなつた人の画像を撮るという

ことにはなりません。だからAiを広めていくためには、検査にかかる費用を予算化する必要があるへ

と考へ、Aiに関する学会を立ち上げることにしたのです。」

「死後CT検査における死因究明率は約3割。解剖に比べれば低めですが、それで十分なのです。仮にAiで死因が分からなくなつても、実際に撮影した画像を遺族に見せ上げることにしたのです。」

「これでは死因は分かりませんでしたが、解剖をやりましょうか」と提案することもできます。それ

だけでも遺族の納得、医師への信頼はぐっと高まるのです。」

つまりAiは、遺族と医師が実を共有するためのコミュニケーションツールとも言えるのだ。

「医療防衛」(共著・角川新書)

「開業医の利益団体と批判される医師会だけど、もっと広い視野で日本の医療を良くしていくことを考えている団体だとわかりました。医学生時代にこの本と出会っていたら、間違なく日本医師会に入会していました(笑)。先輩医師からの忠告ですね」(海堂氏)

A-iの重要性を感じた大学病院などが自主的に取り組む形で、全国に20ヶ所のAiセンターができた。

そして、日本国内には全世界の半数近くのCTやMRIが存在し、Aiを行うためのインフラは整つているのだ。あとは検査料さえつけばすぐに動き出せる。Aiに正

当な対価が払われる体制が整えば、



★海堂尊氏の近著

「医療防衛」(共著・角川新書)  
「開業医の利益団体と批判される医師会だけど、もっと広い視野で日本の医療を良くしていくことを考えている団体だとわかりました。医学生時代にこの本と出会ってたら、間違なく日本医師会に入会していました(笑)。先輩医師からの忠告ですね」(海堂氏)



川崎 大輔医師  
(取材時：国立病院機構指宿病院 循環器科)  
Daisuke Kawasaki

### 循環器科を選んだ経緯

— 早速ですが、今の専門（循環器科）を選んだのはなぜですか？

川崎（以下、川）…僕は最初から循環器に決めていたわけではなくて、消化器か循環器のどちらかだらうな…くらいに漠然と考えていたんです。だから、消化器と循環器のどちらも揃っている第二内科（当時）に入りました。そこで、内科全般を経験してから、4年目に鹿児島医療センターに行つたんです。以前は九州循環器病センターと呼ばれていた循環器の専門病院で、心臓カテーテルも年間数百件は行っています。心カテでは、心筋梗塞や心臓が止まりかけている人の生命をダイレクトに助けることができるんですね。これはすごいと思い、専門にしようと決めました。

ちなみに、いろいろ見てから専門を決めたのはよかつたのですが、専門医を見るにはその分野の学会に入つてから一定の経験が必要なので、僕は今やつと専門医を取れると専門医を取るもの遅くなるので、早くバリバリやりたい人は早めに学会に入つた方がよいでしょう。

### 10年間の軌跡

— 循環器を専門に決めてからの

ことを教えて下さい。

川…鹿児島医療センターでは、カテーテル治療が中心でした。週に2～3件は関わるでの、年間で150例くらい。最初の半年は助手としてつくだけですが、だんだんと自分が主治医の場合はオペレーターもやらせてもらえるようになります。この病院は指導医も専門医も充実していたので、メインでやる時も上の先生が見えていて、いろいろと指導されるんです。厳しいけれど、ここで循環器やカテーテルの基礎が身につきました。

— その後、7年目には奄美大島の病院に異動していますね。

川…その大島に行く頃には、医療センターで鍛えられたおかげで一人で大体できるだろうという自信がついていました。

— 今勤務先（指宿病院）での仕事について教えて下さい。

川…うちは循環器チームは、鹿児島医療センターで修行してある程度の力がつくと、地域の関連病院に

任せた」というノリですが、上も心配しているから夜中に電話で相談してもらちゃんと対応してくれます。

— ちょっと機嫌悪そうだったりはしまずですね（笑）。

— 今勤務先（指宿病院）での仕事について教えて下さい。

川…ここは指宿地区の中核病院で、周辺で急性期を扱えるところはうちしかありません。循環器科としては、エコーやペースメーカーはやっているんですが、カテーテルに関しては機器がないので鹿児島市内の病院に送るしかないですね。（今年度にはカテーテル機器を導入予定のこと）

— ですから、今は内科全般の医療に携わっているという感じです。この地域は高齢者も多く、患者さんも平均して80歳くらい。メインの疾患以外にも合併症や他の病気も持つている人が多く、肺炎をこじらせて来る人もいます。専門外であつても、この地域にはうちしか頼れる病院がない以上、合併症・感染症・救急処置まで僕たちが診ないといけないんです。

— 循環器の医師として、その状況をどう思っていますか？

川…そもそもジエネラル志向はあるし、ここでの働き方にやりがいを感じています。もちろん、もっと循環器らしい仕事もしたいですが、次の勤務先は循環器の専門病院で、カテーテル治療も多く手がけられます。それに今も週に1日は鹿児島医療センターでの勤務があり、カテーテル治療の最前線にも触れて安心です。ずっと離れていくのを忘れてしますからね。

### 医局に所属するメリット

—

— 先生のように医局に所属しては、工コーやペースメーカーはセントラルで鍛えられたおかげで一人で大体できるだろうという自信がついていました。

— 今勤務先（指宿病院）での仕事について教えて下さい。

川…ここは指宿地区の中核病院で、周辺で急性期を扱えるところはうちしかありません。循環器科としては、エコーやペースメーカーはやっているんですが、カテーテルに関しては機器がないので鹿児島市内の病院に送るしかないですね。（今年度にはカテーテル機器を導入予定のこと）

— ですから、今は内科全般の医療に携わっているという感じです。この地域は高齢者が多く、患者さんも平均して80歳くらい。メインの疾患以外にも合併症や他の病気も持つている人が多く、肺炎をこじらせて来る人もいます。専門外であつても、この地域にはうちしか頼れる病院がない以上、合併症・感染症・救急処置まで僕たちが診ないといけないんです。

— 循環器の医師として、その状況をどう思っていますか？

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

—

— 先生のように医局に所属しては、工コーやペースメーカーはセントラルで鍛えられたおかげで一人で大体できるだろうという自信がついていました。

— 今勤務先（指宿病院）での仕事について教えて下さい。

川…ここは指宿地区の中核病院で、周辺で急性期を扱えるところはうちしかありません。循環器科としては、エコーやペースメーカーはやっているんですが、カテーテルに関しては機器がないので鹿児島市内の病院に送るしかないですね。（今年度にはカテーテル機器を導入予定のこと）

— ですから、今は内科全般の医療に携わっているという感じです。この地域は高齢者が多く、患者さんも平均して80歳くらい。メインの疾患以外にも合併症や他の病気も持つている人が多く、肺炎をこじらせて来る人もいます。専門外であつても、この地域にはうちしか頼れる病院がない以上、合併症・感染症・救急処置まで僕たちが診ないといけないんです。

— 循環器の医師として、その状況をどう思っていますか？

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

—

— 医者は「自分の腕」ももちろん大事ですが、実際にやってみて感じるのは「ネットワークが大事」ということ。先輩や他科の専門家に相談しながらないとやれないことがあります。たくさんある。だから医局のよう

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。

— 月に2回程度の循環器科会議で、1週間のスケジュールを紹介しています。



## 総合診療（科）について思うこと

大阪市立総合医療センター医務監  
今西政仁

医療がめざましく進歩し高度に専門化している一方で、総合診療（科）の必要性・重要性が盛んに論じられ、それを担う医師の育成や体制づくりが行われている。

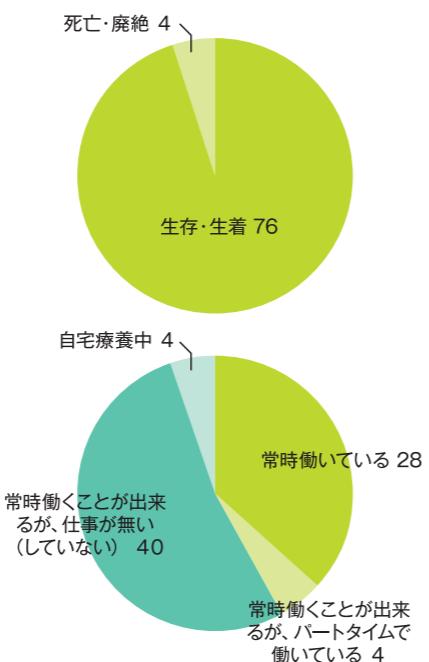
しかし、「総合診療」は特別なものではなく、医師たる者、いわゆる総合診療の能力と姿勢は本来持っているはずである。その上で、得意とする専門分野を持つのが理想、いやむしろ当たり前の姿である。とは言っても、得意分野が高度に専門化すればするほど、それに深く専念したくなるのは自然である。それゆえ仕事の分担とも言うべき視点から総合診療（科）を担う者が必要になるのだと考えたい。

その総合診療（科）の役割や体制については、医療機関の目的や規模・立地する場所などで異なるであろうし、既に多くの記事や学会などで発表され、討論も行われている。紹介による高度専門医療を目指し救急医療をしないところは、「科」としての総合診療を必要としないかも知れない。

しかし、社会の高齢化とともに患者一人における疾患や問題点が複数多岐にわたり、それぞれが重症化し長期化するケースが多い。このような患者を誰がどのように診療するのか、問題はこれだけではないが、解決するための一つの方策として総合診療科をセットしただけでは、うまくいかず長続きもしない。

前述したように総合診療科は病院や施設によって役割や体制が異なるであろうが、まず、(1) 医師全員が総合診療のマインドを持つ (2) 総合医も専門医もお互いが必要として尊敬し合える (3) 患者の視点から診療に当たることが、基本でなければならぬ。そして、規模の異なる病院・施設間での連携と役割分担がスムーズに機能することが根本と考える。これら当然のことは、「言うは易く行うは難し」。しかし、実現するにはどうすれば良いか試行しながらコツコツ歩んでいるところである。

日医ニュース 第1213号（平成24年3月20日）  
「勤務医のひろば」より

心臓移植成績と社会復帰状況  
(80例 平成23年末現在)

## 心臓移植受けた人95%が生存、40%が社会復帰

かどうかを事後検証する厚生労働省

脳死移植102例検証・厚生労働省

24年1月末までに検証が終了した102例の検証結果について公表された。これによると、心臓移植を受けた80人（心肺同時移植1件を含む）中76人が生存しており、そのうち32人が社会復帰していることが明らかになった。臓器の定着率が比較的低い肺移植においても、移植を受けた79人中58人が生存、うち29人が移植前と同等の社会復帰を果たしている。検証会議座長の藤原研司・横浜労災病院名誉院長は「移植を待つ人の希望になる」と話した。

臓器提供者は男性57人、女性45人であり、平均年齢は44歳。器質的の脳障害の原因となる疾患（原疾

患）は、くも膜下出血が最も多く

42例で、脳出血・脳梗塞と合わせると脳血管障害が60例と半数以上

であった。年齢が上昇するにつれ

て脳血管障害を原疾患とする割合が高かつた。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）は3月26日、WEBシステム上で患者・家族が副作用の情報を報告するシステムの試行を開始した。

患者からの情報を安全対策に活かす仕組みの創設については、厚生労働省の検討委員会が平成22年4月に最終提言で指摘しており、別の有識者会議でも患者からの副

作用情報を活用すべきとの報告が出ていた。

登録項目は、医薬品の情報、患者の性別・年齢・身長・体重などの情報、患者の氏名・連絡先など約40項目。PMDAは試行期間中にインターネットを通じて登録されたこれらの情報を、安全対策に役立てることを目標としている。（http://www.info-pmda.go.jp/）

## 精神疾患や自殺予防に関する教育システムを整備すべき

### 日本医師会精神保健委員会が答申

### 日本医師会に反映すべき

### 日本医師会勤務医委員会が要望

日本医師会の精神保健委員会は、2012年3月1日に会長諮問「うつ・自殺対策における具体的な対応の提示」に対する答申を提出した。

その要旨は、「うつ病などの精神疾患に罹患した患者の多くは、さまざまな身体症状を訴えて、初診の段階では地域のかかりつけ医のもとを受診していることを各種の調査が明らかにしている。したがって、かかりつけ医は精神疾患

を早期の段階で診断し、適切な治療に導入するという重要な役割を果たすことが期待されている。そのためには、地域においてかかりつけ医と精神科医の間で円滑な連携システムを築く必要がある。単にシステムを構築するだけでなく、両者の間に顔の見える関係作りをしておく必要がある。なお、うつ病に関する一般的の認識は徐々に高まっているが、今後はさら

にアルコール依存症に関する認識についても高めていくべきである。精神疾患や自殺予防に関する教育は、医学部における卒前教育、卒後教育、生涯教育の場で一貫した教育システムを整備すべきである」となつており、かかりつけ医と精神科医の連携システムや、学部教育から生涯教育までの一貫した教育システムにも言及している。

これから医師として活躍する医学生も、専門を問わず身体症状の訴えに隠れた精神疾患を的確に診断していく力が求められている。

### 被災者への心的影響を考え、津波の映像等への配慮を要望

#### 日本医師会設けられている勤務医委員会では、会長諮問「すべての医師の協働に果たす勤務医の役割」について2年間の検討を行ない、医師会活動に勤務医が積極的に参加することが重要であるとの意見で一致した。特に、日本医師会への勤務医の参加を進めるためにも、日本医師会理事に「勤務医枠」を創設することを要望した。要望書では、勤務医が多

く日本医師会に設けられている勤務医委員会では、会長諮問「すべての医師の協働に果たす勤務医の役割」について2年間の検討を行ない、医師会活動に勤務医が積極的に参加することが重要であるとの意見で一致した。特に、日本医師会への勤務医の参加を進め、その意見が反映される体制を作るためにも、日本医師会理事に「勤務医枠」を創設することを要望した。要望書では、勤務医が多

く日本医師会に入会することにより、すべての医師の協働が進むようとしている。これに対して日本医師会の三上裕司常任理事は、「役員の中に占める勤務医の割合は各医師会の事情によって異なるが、都道府県医師会の中には役員の半数以上が勤務医というところもある。勤務医からの強い要望もあるので、勤務医枠の創設に向けて執行部内で検討していきたい」と記者会見で述べた。

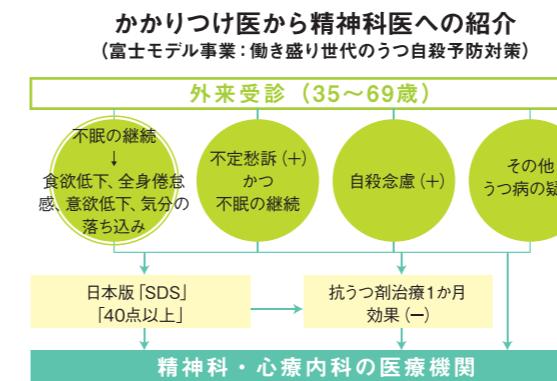
日本医師会は、東日本大震災から1年を迎えるのを前に各報道機関に対し、「今回の震災を風化してはならぬ」という思いは、皆同じであると思いますが、津波の映像等は、当時の場面を想起するなど、精神衛生的に好ましくない影響があるとの指摘が、精神科の医師等あるとの指摘が、精神科の医師等

より出されています。震災関連の番組を放送する際には、これらを可能な限り自粛頂く等、大きなトラブルをお持ちの被災者の方々、特に小さなお子さんやそのご家族に対する格段の配慮を求めます」との内容を含んだ会長名の申入書を送付した。



## 医療業界ニュース

NEWS on Healthcare Community



# 日本医師会の取り組み

**DMATとJMATの役割分担（概念図）**

**地域医療の再生を支援**

日本医師会災害医療チーム（JMAT）は、2010年3月に提言された新しい取り組みです。阪神淡路大震災の教訓をもとに創設されたDMATと呼ばれる災害派遣医療チームが災害時の超急性期医療を担うのに対し、JMATはその後を引き継ぎ、急性期以降の地域医療の再生まで長いスパンで支援することを目指したものとして提案されました。

東日本大震災が発生し、日本医師会はJMATの派遣を決定しました。日本医師会は各都道府県医師会との繋がりを活かして、被災県で必要な医療支援をコーディネートしたのです。避難生活が長引いた今回の震災では、避難所・救護所等が支援の主な目的で、医師や看護職員などの医療従事者からなる多くの医療従事者が参加したことはあります。医療従事者が一定の人数、絶えることなく継続的に派遣されたことに大きな意義がありました。一つひとつチームの滞在期間はおおむね3日～1週間でしたが、栄養状態や飲

**東日本大震災の際のJMATの活動報告**

た。日本医師会は各都道府県医師会との繋がりを活かして、被災県で必要な医療支援をコーディネートしたのです。避難生活が長引いた今回の震災では、避難所・救護所等が支援の主な目的で、医師や看護職員などの医療従事者からなる多くの医療従事者が参加したことはあります。医療従事者が一定の人数、絶えることなく継続的に派遣されたことに大きな意義がありました。一つひとつチームの滞在期間はおおむね3日～1週間でしたが、栄養状態や飲

み水の管理・感染症の問題など多様なニーズがある被災地へ様々な分野の専門医を継続的に派遣することで、JMATは被災地の多様なニーズに応えていくことができたのです。

復興のためには、地域医療の再生が欠かせません。被災地の今後の医療を支えていくのは、地元の医療機関であり医師たちであるからです。そこでJMATは被災県医師会に働きための「7カ条」を提案しました。内容を見ると「睡眠時間を充分確保しよう」「週に1日は休日の要請によって出勤する」という形をとりました。全国横断的な「コードネート」を担うのは日本医師会、被災県の医療を統括するのは県医師会、医療ニーズを見極めて現場の指揮をとるのは郡市區医師会と、それぞの機能を明確に分けたことが、災害医疗からのスマーブな移行に大きいに有用だったと考えています。

被災地の都道府県医師会・都市区医師会が徐々に地元での医療を担えるようになった2011年7月15日、JMAT派遣は終了しました。JMAT派遣が終了した後も、各都道府県医師会で改善のための研修プログラムがスタートするなど、それぞれの地域医療を守りながら災害時にも対応できるようになります。そのための取り組みが、引き続き日本医師会によって行われています。

目的としたJMAT IIの派遣が始まり、2012年3月現在も活動を続けています。

JMAT派遣が終了した後も、東日本大震災での実践を検証し、各都道府県医師会で改善のための研修プログラムがスタートするなど、それぞれの地域医療を守りながら災害時にも対応できるようになります。そのための取り組みが、引き続き日本医師会によって行われています。

JMAT活動に関する取り組みとして、日本医師会は米軍・自衛隊・警察・製薬団体等と協力し、被災地に8.5トンもの医薬品の輸送を行いました。日本医師会館での搬出作業の際には、何か力になりたいと申し出てくれた医学生のみなさんにもボランティアとして協力してもらいました。

**勤務医の健康状態に着目**

A医師は担当患者Xから暴言を吐かれる、金品を要求されるなどの言葉の暴力を受けていた。「診療を拒否することはできないのか」と周囲に不満を漏らしていたが、組織としての対応ではなく、体調を崩してしまったA医師は退職を申し出た。もしあなたがA医師の上司だったら、どういった対応をするのが適切だっただろうか。

これは、「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」が病院管理者や産業医・人事責任のある医師等を対象に行っている、「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」は、実際に現場で起こりそうな事例をテーマにしたグループワークとディスカッション、さらに参加者が自分の病院でのアクションプランを立てるという内容で行っています。この取り組みは都道府県医師会や、麻酔科や精神科等の学会の協力もあり、既に17回開催しています。勤務医を常勤で雇つて、規模の病院は全国で約3千ほどと考えられますので、今後も47都道府県で継続的にワークショップを開催していく、数年でそれらの病院を網羅可能です。

このように、日本医師会は勤務医の労働環境についても支援を行っています。これから勤務医として働くかもしれないみなさんに身近な存在であることがおわりいいただけたら幸いです。

**勤務医の労働環境改善のための取り組み**

修会」のグループワーク課題の概要です。医師不足、医療ニーズの増大、モンスター、ペイシェントなどに代表される患者の権利意識の肥大――県医師会や各学会等で行われてきた調査により、過重労働の実態が次々に明らかになってきています。医療財源が減り、医療従事者に支払われる対価も充分ではない。昨今、被雇用者である勤務医は特に、身体的にも精神的にも非常に厳しい労働環境にあると言えます。今後学生のみなさんが、「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」は、そんな勤務医の健康を守りたいという思いで集結した医師たちが、日本医師会の協力を得て立ち上げました。まず実態を把握するため、日本医師会会員1万人の「勤務医」に対してストレス状況や健康状態についてのアンケート調査を行いました。調査の結果、特に精神面に大きな問題が見られ、約12人に1人の医師が「うつ状態」であることが判明しました（図1、11点以上）。また、医師は自身の健康について自分で解決すべきだと考えており、他の医師に話さない傾向が強いこと、医師に話さない傾向が強いこと、責任感やプライドから不調を訴えずに無理をしてしまうことなどが明らかになりました（図2）。

委員会は調査結果をもとに、病院側が医師の健康を守るために必要な「勤務医の健康を守る病院7カ条」と、医師が自らの健康を守るために意識すべき「医師が元気にな働くための7カ条」を提案しました。内容を見ると「睡眠時間を充分確保しよう」「週に1日は休日の要請によって出勤する」という形をとりました。全国横断的な「コードネート」を担うのは日本医師会、被災県の医療を統括るのは県医師会、医療ニーズを見極めて現場の指揮をとるのは郡市區医師会と、それぞの機能を明確に分けたことが、災害医疗からのスマーブな移行に大きなに有用だったと考えています。

JMAT派遣が終了した後も、各都道府県医師会で改善のための研修プログラムがスタートするなど、それぞれの地域医療を守りながら災害時にも対応できるようになります。そのための取り組みが、引き続き日本医師会によって行われています。

このように、日本医師会は勤務医の労働環境についても支援を行っています。これから勤務医として働くかもしれないみなさんに身近な存在であることがおわりいいただけたら幸いです。

「笑顔で働き続けるために」…日本医師会女性医師支援センターのホームページをご覧ください。  
 「先輩医師の話を聞きたい」…女性医師の紹介コーナーや、「結婚・出産後も働き続けたい」…各種制度の紹介コーナーなど、女性医師支援についての様々な情報を掲載しています。  
 (http://www.med.or.jp/joseiishi/ または「日本医師会女性医師支援センター」で検索)

「笑顔で働き続けるために」…日本医師会女性医師支援センターのホームページをご覧ください。  
 「先輩医師の話を聞きたい」…女性医師の紹介コーナーや、「結婚・出産後も働き続けたい」…各種制度の紹介コーナーなど、女性医師支援についての様々な情報を掲載しています。  
 (http://www.med.or.jp/joseiishi/ または「日本医師会女性医師支援センター」で検索)

**執筆者：鹿島 直子**  
 (耳鼻咽喉科・頭頸部外科)  
 1963年 鹿児島大学医学部卒業  
 日本医師会女性医師支援委員会委員\*

\*2012年3月31日現在

## 医療現場の 男女共同参画をめざして 男女共同参画委員会の取り組み

**小笠原 真澄** (日本医師会男女共同参画委員会委員長\*)

**女性医師が働き続けられる  
環境を考える**

全国の医師数は平成22年12月31日現在で29万5049人、そのうち女性医師は5万5897人であり、その比率は18・9%とほぼ2割程度です。しかし、平成12年に医師国家試験合格者に占める女性の割合は30%を超え、以後30%で推移しています。また、近

## 女子医学生 ～それぞれの新しい出発の時に～ 女性医師支援センターの取り組み

**鹿島 直子** (日本医師会女性医師支援委員会委員\*)

**女医になつた少女**

高村光太郎

おぞろしい世情の四年をのりきつて  
少女はことし女子医専を卒業した。  
まだあどけない女医の雛は背広を着て  
とほく岩手の山を訪ねてきた。

私の贈ったキュリイ夫人に読みふけつて  
知性の夢を青々と方眼紙に組みたてた  
けなげな少女は昔のままの顔をして  
やつぱり小さなシンデレラの靴をはいて  
山口山のいろりに来て笑った。

私は人生の奥に居る。

いつのまにか女医になつた少女の眼が  
爛るやうなその奥の老いたる人を検診する。

少女はいふ、

町のお医者もいけれど

人の世の不思議な理法がなほ知りたい、

人の世の体温呼吸になほ触れたいと。

狂瀾怒濤の世情の中で

いま美しい女医になった少女を見て

私が触れたのはその真珠いろの体温呼吸だ。

性医師の就業、再研修を実現して

たセントーの主事業である女性医

師パンクは5年間で300件の女

性医師の就業、再研修を実現して

きました。

私の尊敬する8代にして凛とし

た内科医A先生は「私共のころは

中途で辞めるという選択肢は頭に

なかつた」と。みなさまも「仕事

も育児でも楽しむ」余裕、強さと

しなやかさを身につけた一人の医

師となられる日をお待ちしていま

す。

私たち日本医師会女性医師支援

センターは、女子医学生、女性医

師のプロフェッショナリズム確立

の道程をその努力をこれからも支

え、応援しつづけます。

これは高村光太郎の詩です。時代は昭和20年代、終戦直後のよう

です。

私がこの詩を読んだのは医学部入学の頃でした。それから折に触れて、詩の中の少女の澄んだ眼が思い出されました。女性の参政権獲得は昭和21年でした。「職業女性」の地位も低かった時代です。そのような時代にあっても女性医師は理想と夢を持って真っ直ぐ前を向いていました。なんと清々しく強

いことでしょう。

春、学生の方々にはそれぞれに新たな出発があつたことでしょう。

特に新1年生は、どんな思いを胸に医学の道をしてきたのでしょうか。

各学年のみなさまに申しあげます。みなさまは大学では一定のカリキュラムの流れにそつて学び、研鑽を積み、それ数年後には、「医師としての責任と使命」を両手に握りしめて、果立つていかれることでしょう。

その時、あなた方の道しるべは、学校のカリキュラムでも臨床教育実習でもありません。それこそあなた自身の手の中にあるのです。

入学時の志と、教育で培われた叡智を礎にして何事も自らの決断で、その「責任と使命」を果たすべく

社会へでていくことになるのです。今日、医学部におけるプロフェッショナリズム教育(Stern DT 2006)の必要性が強く求められています。実践的なことについては、このたび私たちが作成したDV-D「女性医師のキャリア支援」のなかに、鹿児島大学大学院教授／田川まさみ先生のご説明がありましたが、医学におけるプロフェッショナリズムとは、医学的知識、医療の現場で必要となる知識、コミュニケーション技能、さらには医療の制度や倫理規範の理解等を理解した①卓越した能力、②人間性③責任、④利他的な(自分だけでなく他人をも思いやる)力の総合的な能力であるとされています。しかもそれは生涯にわたって、男女を問わず継続して培われるべきものであると謳われています。

人の命に向きあう医師とはそうぞくではなくてはならないのだと思ひます。医科大学で学ばれていた時代、医学部で学ばれていた女子学生のみなさまは、これまで腕力以外は男女の能力差や男女差別を感じることはなかったと思ひます。しかしながら将来、多くの方が子供を育てるという母性と向き合う時が来ます。しかもその

年医学部入学者に占める女性の割合も3割を超えて、大学によつては40~50%が女子医学生となつており、やがては女性医師4割時代が到来するとも言われています。一方で、女性医師の就業率を見ますと、医学部卒業当初は男性とほぼ同率ですが、卒業後11年で76・0%に減少します。その後再び上昇し、いわゆるM字カーブを示すのですが、当初の就業率にまでは回復しません。卒業後の10年は医師としてのキャリア形成の時期ですが、多くの女性医師は結婚・出産・育児期と重なります。女性医師にとって、この時期の保育や育児の環境が整えば、選択肢が広がり、自らの意思で勤務を継続していくことが可能となります。日本医師会では、女性医師の就労継続のための支援として、何が求められているのかという事を明らかにするために調査を行いました。これは、男女共同参画委員会が女性医師支援センターとともに実施し、「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」として平成21年3月に報告されていますが、国内の全病院8800施設に調査票を配布し、有効回答数7467、有効回答率49・7%を得た大規模調査です。

# 女子医学生のお悩み相談室

女性医師が後輩たちにアドバイス！



女性医師としてのキャリアや実際の職場のこと、出産・子育て・プライベートなど、学生のいろいろな質問に対して先輩医師がお答えします。

Q 女性特有の身体不調に対し、周囲の理解は得られますか？

A 医師は代わりがきかない仕事なので、男女ともに体調の自己管理が求められることは言うまでもありません。一方で、妊娠中の女性に対する理解・気遣いなどは深いと私は感じています。もちろん、忙しい職場なので甘いことばかりは言えませんが…。(30代・呼吸器内科)

Q 市中病院と大学病院で、女性医師として働きやすさに差はありますか？

A 病院の種類や設置主体で一概に言うことはできないと感じます。「働きやすさ」も人によって感じ方が違いますから、納得行くまで先輩などに聞くことが大事です。(20代・循環器内科)

Q 診療科を選択する上で、女性であることはどの程度影響しましたか？  
(多忙な科や、病棟を持つ科は選択が難しい etc.)

A 私の場合は、30歳までは医師としてのキャリアの基礎をしっかり築こうと思っていたので、忙しさなどは考えませんでした。(40代・小児科)  
部活の先輩が「子どもを産んでも外で働くし、女性医師が多くてやりやすいよ」と説いて下さいました。  
私は卒業後すぐに結婚する予定だったので、意識したと思います。(30代・皮膚科)  
女性が多い診療科や医局では、産休・育休などの時期が重なると調整が必要になることもあります。必ずしも女性が多い所が「女性にやさしい」とは限りませんね。(30代・神経内科)



その結果からは、女性医師の勤務環境改善のために、基本的に必要な事として①医師全体の勤務環境の改善、②医療への適正な投資、③意思決定機関への女性の参画、などが指摘されました。②や③に関する内容は、別の機会に紹介したいと思いますが、①は、女性医師が勤務を続けていくことこそが勤務医を含む医師全体の就労環境の改善につながり、ひいてはより良い医療提供体制の実現につながっていくという視点からとても大切なことです。

## 男女共同参画フォーラム

日本医師会男女共同参画委員会では、このような支援策を実効あるものにするために、平成17年から毎年、日本各地で「男女共同参画フォーラム」を企画し、男女共同参画の視点を取り入れた医師の働き方、医療現場における意識改革などを提言してきました。今年は第8回フォーラムが、富山市で予定されています。これまでの7回振り返りつつ、第8回フォーラムについてご案内しましょう。

第1回から第3回までは、それぞれ東京、大阪、横浜で開催され、さらに先の調査によれば、女性医師が勤務を継続するために必要とされる支援策とは、①柔軟かつ多様な保育システム（24時間保育を含む院内保育、病児保育、学童保育の整備、それらの情報提供など）②就労形態の多様化（フレックスタイム制や短時間正社員制度、複数主導医制やチーム医療体制の確立）③再教育、復職支援システム、口の設置、などでした。

（現在は女性医師支援センター事業として実施）勤務環境の整備に関する病院長や管理者等への講習会などについて報告し、保育システム相談員についての提案をしました。これは、現在女性医師等相談窓口事業として実施されています。第4回以降は、順次福岡、札幌、鹿児島、秋田で開催されています。メインテーマは、それぞれ「医療崩壊をくいとめるために、今何ができるか、何をなすべきか」「医師の働き方を変える」「男女共同参画のための意識改革」と続き、昨年の秋田大会では、「育てる」「男女共同参画のための意識改革から実践へ」と題してシンポジウムが行われました。基調講演は村木厚子内閣府政策統括官からお話をいただきましたが、シンポジウムの後に「その時々の状況によって、できること、やらなければならぬこと、やりたいことは変わつて

執筆者：小笠原 真澄

(リハビリテーション医学)  
1982年 獨協医科大学医学部卒業  
大湯リハビリ温泉病院院長  
秋田県医師会理事  
日本医師会男女共同参画委員会委員長\*

\*2012年3月31日現在

パラシスを取り、それを周囲がサポートしていくことによって「男性も女性も育ち伸びていく」というコメントを残されました。

今年は7月28日（土）午後1時より富山第一ホテルにおいて、「変わら「男女共同参画が啓くワークショップ」をメインテーマとして開催されます。プログラムの詳細は、日本医師会企画課

（TEL 03・3946・2121（代））にお問い合わせの上、お申し込み下さい。

この夏、富山でお会いしましょう。

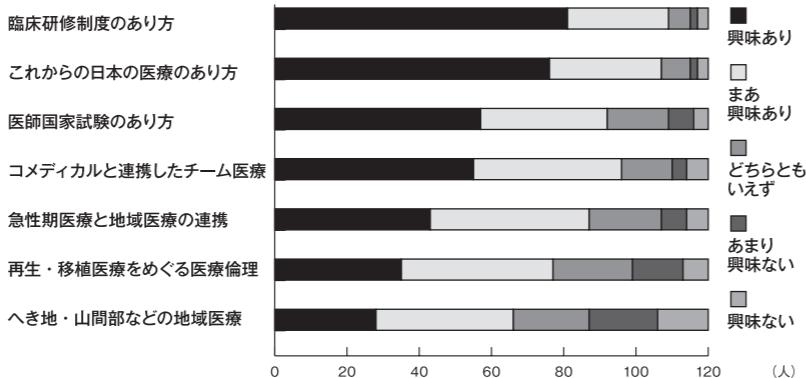
# 医学生対象のアンケート調査

ドクターラーゼを創刊するにあたり、医学生のみなさんがどんなことを知りたいのか、そして医師会に対してどんなイメージを持っているのか、率直な意見を聞いてみました。

## 国家試験や臨床研修だけでなく、今後の医療のあり方にも関心が高い

今の学生は、自分に直接関係のある国家試験や臨床研修はもちろん、今後の日本の医療にも強い関心を持っているようですね。素晴らしいことだと思います。医学生のための学会・イベント情報を取りまとめて届けることはもちろん、みなさんの関心に応えられる情報提供を行い、一緒にからの日本の医療について考えていくたいと思います。

### 興味関心の所在



### 医学生が求める情報

- 1位 医学生のための学会・イベント情報**
- 2位 様々な診療科の仕事紹介**
- 3位 臨床研修を終えた医師のホンネ**

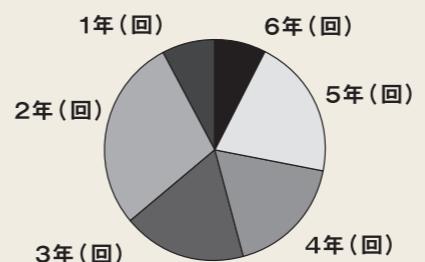
- 4位 女性医師の仕事と生活の両立
- 5位 様々な分野で活躍する医学生
- 6位 基礎学習が臨床でどう活きるか
- 7位 救急医療の実態とその改善

## 回答者のプロフィール 医学生 120名が回答

### 回答者の性別

75 : 45  
男 : 女

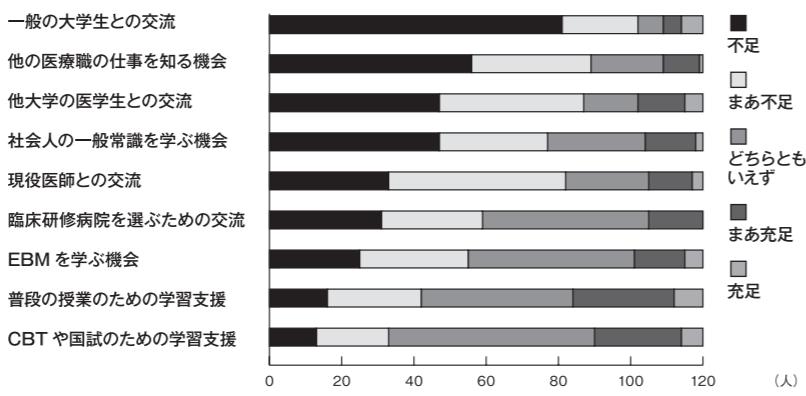
### 回答者の学年分布



## 視野やネットワークを広げる支援が欲しい

自由記述の中には、「医師として働くことへの漠然とした期待や不安」を感じられるものが多くありました。そんな中で、学生と医師会が交流していくべきだ、という声もありました。日本医師会としても、学生や若手医師との交流には力を入れていきたいと思います。また、都道府県医師会と医学生との交流も積極的に支援していきたいと思います。

### 不足している支援や機会



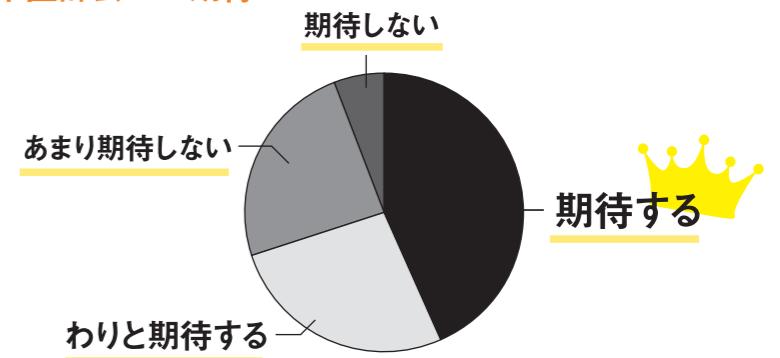
### ドクターラーゼに期待すること

- これからどう医療に関わるか、社会貢献するかについて漠然とした不安がある。何かヒントとなる情報がほしい。
- 学生主催の勉強会などの情報を共有し、勉強の場、交流の場をすべての学生に提供してほしい。
- 「先輩」として、勉強に限らず学生のうちにすべきこと、身につけるべきことを現場目線で教えてほしい。
- 「自分はまだ医師会とは関係ない」と思っていたので、情報発信してほしい。

## 医師会へのマイナスイメージもあるが、期待する学生も多い

医師会のイメージは、マスメディアによって作られた部分もあるので、「開業医の圧力団体」などと考える学生も多いようですが、一方では、7割の医学生が日本医師会に期待していると回答しています。その期待に応えるべく、日本医師会は、「全ての医師のための、そして日本の医療のための団体」として、鋭意取り組んでいきます。

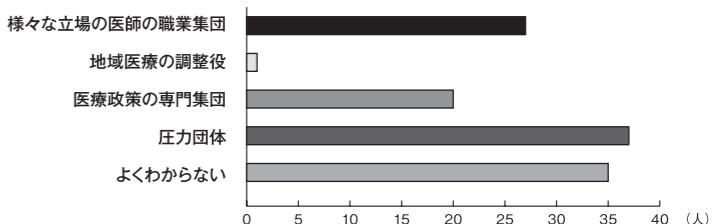
### 日本医師会への期待



### 医学生の医師会へのイメージ（自由記述）

- 実際に何をしているのかイメージがわからない。
- 医学生にはあまり関わりがないと思っていた。
- 圧力団体、開業医の集団。
- 地域医療にとって欠かせない存在。

### 医学生の医師会へのイメージ



第46回  
全日本医科学生体育大会

王座決定戦

開催競技  
弓道・硬式テニス・軟式テニス・バドミントン・壁球式野球・サッカー・バスケットボール  
柔道・卓球・剣道・英語・リーボルトの全11競技

主催：筑波大学・東邦大学・主催：全日本医科学生体育連盟・協賛：全日本医科学生体育連盟

<http://www.zenitai.sakura.ne.jp/top.htm>

# 第46回 全日本医科学生体育大会 王座決定戦

上位チームが 8~9月に結集！

西医体と東医体の上位チームが対戦します。  
東西の交流はもちろん、普段から切磋琢磨している強豪チームどうしが  
ぶつかり合うレベルの高い大会であり、日々の活動の目標になる存在です。

医学生の部活動を盛り上げるため、各競技の上位チームはぜひご参加願います！

詳しくは『全医体』で検索して下さい。

携帯は右記の  
QRコードを  
ご利用下さい。

# 第46回 全日本医科学生体育大会 王座決定戦

# 上位チームが 8~9月に結集！

西医体と東医体の上位チームが対戦します。

東西の交流はもちろん、普段から切磋琢磨している強豪チームどうしがぶつかり合うレベルの高い大会であり、日々の活動の目標になる存在です。

医学生の部活動を盛り上げるため、各競技の上位チームはぜひご参加願います！

詳しくは『**全医体**』で検索して下さい。

携帯は右  
QRコー  
ご利用下



「医師会」って、遠いですよね？

確かに、これまで医学生には遠い存在だったかもしれません。

けれど日本医師会は、未来の医療を担うみなさんと一緒に考えることをとても大切だと考えているんです。

そこで、本誌では、みなさんの声を聴くためのアンケートを設置しました。

この冊子を良いもの、役に立つものにするために、建設的な意見をお寄せ下さい。お待ちしています。

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

# BOOK

著者は現役の精神科医であり、この度の第1回\*医療小説大賞の受賞作家でもある。

科でも「患者」を「病名」で一括りにしてしまいがちだ。しかしこの作品では、「一人ひとりの「患者」が、それぞれの「症状」を抱えながらも活き活きと日常を生きている姿が描かれる。その描写は「精神科の患者」への見方や理解を変えるものだった。また、読後感も爽やかで、気楽に手に取れる、読みやすい小説もある。

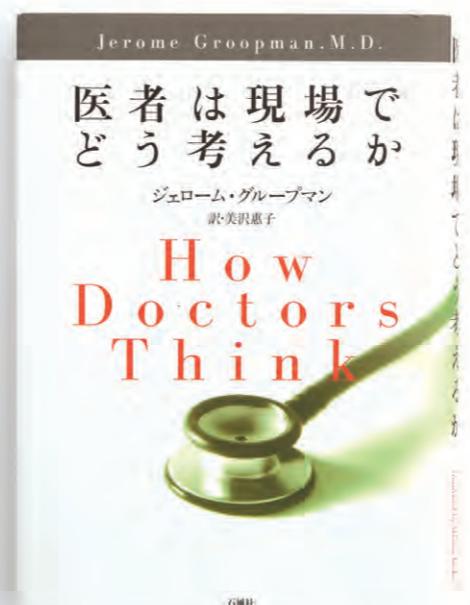
\* 2012年に日本医師会主催で創設された、国民の医療や医療制度に対する興味を喚起する小説を顕彰する賞。

\*\* 本作執筆時は、統合失調症は「精神分裂病」と呼ばれていました。

閉鎖病棟  
蓬生／新潮文庫／590円

本書は、ハーバード大学で指導医を務める著者・グループマン医師の憂慮に端を発したものだ。「優秀な」研修医たちは、臨床アルゴリズムやエビデンスについては豊富な知識を持っているが、注意深く話を聞いたり患者を観察したりすることについては、あまり興味がないようであった。患者の抱える問題の本質について深く考えようとしたい研修医たちを見ている中で、ふと彼は思った。「医師はどうのように考えるべきか?」と。生身の患者と向き合い、患者に

とつて最も効果的な治療法を選択する——その過程においては、どんな医師でも間違った診断をしてしまう可能性がある。そしてその大半は医師の知識不足ではなく、思考法の欠陥によるものであるといふ。そこで本書では、様々な「誤診」を通して医師の思考を探つていく。「どうやつてよりよく思考できるかを理解すれば、間違いの頻度と重度を軽減することは可能だ」と彼は語る。これから臨床に出ていく医学生にぜひ読んでほしい一冊だ。



## 医者は現場でどう考えるか

ジエローム・グループマン(著)／美沢 豊子(翻訳)／石風社／2,940円

# DOCTOR-ASE

【ドクターラーゼ】

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「これから日本の医療」を考え、よりよくしていくことが期待される。