DOCTOR-ASE

医学生がこれからの医療を考えるための情報誌［ドクターゼ］

Japan Medical Association
日本医師会
年4回発行
TAKE FREE

No.22
Summer 2017

● 医師への軌跡
後藤 理英子

● 10年目のカルテ
皮膚科・形成外科・眼科

特集
看取りのあり方

医師の大先輩である大学教員の先生に、
医学生がインタビューします。

一人ひとりの医師の思いを尊重できる職場環境を

後藤 理英子

熊本大学医学部附属病院　糖尿病・代謝・内分泌内科
地域医療支援センター　特任助教

職場復帰しやすい環境を

河野（以下、河）：先生は、熊本県女性医師キャリア支援センターでのご活動をはじめ、男女共同参画に関する取り組みに積極的に関わっておられますよね。

後藤（以下、後）：はい。出産や育児で一度職場を離れた医師が、また働きたいと思った時に現場に戻れる環境を作りたいんです。もちろん、産後すぐに職場復帰する方もいますが、様々な事情でしばらく復帰が難しかったり、育児に追われるなかで働くことまで気が回らないこともあるでしょう。けれど、どこかのタイミングで「また働きたい、働ける」と思ったなら、それを尊重したい。やる気のある医師が働けないのは、本人にとっても、すごくもったいないことだと思うんです。

畑：「女性医師支援」とよく聞きますが、働きやすい環境づくりは、男性医師にも無関係な話ではありませんよね。

後：もちろんです。医師を対象とした調査でも、育児介護休暇を取得したいと答えている男性は5割弱いるのですが、実際に取れている人はほとんどいません。男女関係なく、上手に休暇を取り、家庭に関わる時間を持つことを、働くモチベーションにもつなげられるといいですよね。

自分の「好き」を大切に

畑：働き続けることをサポートしてくれるパートナーを見つけるのも大変そうです。

後：それを不安に思うのもわかります。でも、最初から「こういう相手じゃないと嫌だ」と決めつけない方がいいと思いますよ。大切なのは歩み寄りだと思います。好きな相手のためにお互いのキャリアを尊重し、助け合おうと思えるといいですよね。

河：診療科選びも、相手の事情に合わせるべきでしょうか？

後：そこは自分の「面白い」や「好き」を尊重してほしいです。仕事は一生ものですし、大変な時ほど、好きでないと続けられませんから。私の周りでも、活躍している人は「仕事が好き」というエネルギーにあふれています。周囲の事情に合わせて選択して、後悔するのも悲しいですしね。

畑：私は将来留学もしたいと思っているのですが、パートナーや子どもがいたら、難しくなってしまうことはないでしょうか。

後：いいえ、ご家族を連れて行かれる先生も多いですよ。お金がかかっても、家族全員の経験値を上げる方が大切だと思います。「いいのかな」と迷うよりも、「なんとかして行きたいんだ」という強い気持ちをちゃんと伝える方が、理解や協力も得られると思います。

成長し続けられる職業

河：最近は、「バリキャリ」「ゆるキャリ」などの言葉を聞くこともあります。私自身は、どちらかというと「卒業したら仕事に全力を注ぎたい」と考えてきたのですが、それだけが正解ではないですよね。

後：そう思います。皆さん一人ひとりに、「できること」「やるべきこと」「やりたいこと」があるはずです。その時々、自分にとって心地よいバランスをとっていけば良いのだと思います。

畑：ブランクがあくと、きちんと仕事を再開できるのかという不安もあるのですが…。

後：私は産休・育休を取りましたが、むしろ仕事から離れる期間があってよかったと思っています。休んで仕事ができない期間があったからこそ、働きたいという思いが強く湧いてくる。周りを見ていても、休む前より熱心に働いている医師が多いくらいです（笑）。

　私は早くに子供を産んで、周りに遅れをとった部分もあるけれど、今も少しずつ、確実に成長し続けていると思うんですね。医師って多分いくつになっても、常に学ぶべきことが目の前にある。こんなにやりがいのある職業はないんじゃないかな、と思います。

後藤 理英子
熊本大学医学部附属病院
糖尿病・代謝・内分泌内科

2001年、熊本大学医学部卒業。臨床研修期間中に第一子を出産。現在、糖尿病・代謝・内分泌内科で臨床・研究に携わるほか、同院の地域医療支援センターにて特任助教を務める。

畑 裕加里
熊本大学医学部５年

臨床・研究や留学と結婚・出産を両立できるのか不安に感じていたのですが、自分の思いを伝えれば、周りもきっとわかってくれる、と思えるようになりました。

河野 杏奈
熊本大学医学部６年

臨床研修先選びで悩んでいた時期に、先生のお話を伺うことができてよかったです。「好き」を大切にしてほしい、という言葉に励まされました。

DOCTOR-ASE

index

2 医師への軌跡
後藤 理英子先生（熊本大学医学部附属病院　糖尿病・代謝・内分泌内科／地域医療支援センター　特任助教）

[特集]

6 **看取りのあり方**
8 看取りの全体像　在宅の場合を例に
10 人生の最終段階の経過
12 病院で看取る
14 家で看取る
16 看取りを学ぶ

18 医科歯科連携がひらく、これからの「健康」④
これからの医科歯科連携を考える

20 同世代のリアリティー
大学職員編

22 地域医療ルポ　20
秋田県横手市　山内診療所・三又へき地診療所　下田 輝一先生

24 チーム医療のパートナー（看護師（手術室））

26 10年目のカルテ（皮膚科・形成外科・眼科）
飯沼 晋医師（旭川医科大学　皮膚科学講座）
佐野 仁美医師（日本医科大学　形成外科学教室）
浪口 孝治医師（愛媛大学医学部　眼科学教室）

32 日本医師会の取り組み

34 医師の働き方を考える
患者のため、そして医療従事者のためにより良い制度を作っていきたい
～医系技官　松永 夏来先生～

36 医学教育の展望
岐阜大学　医学教育開発研究センター　センター長・教授　藤崎 和彦先生

38 大学紹介
群馬大学／東京医科歯科大学／九州大学／和歌山県立医科大学

42 日本医科学生総合体育大会（東医体／西医体）

44 グローバルに活躍する若手医師たち

46 FACE to FACE　15
池尻 達紀×荘子 万能

Publisher　横倉 義武
Editor in chief　平林 慶史
Issue　公益社団法人日本医師会
〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
TEL:03-3946-2121(代表)
FAX:03-3946-6295
Production　有限会社ノトコード
Date of issue　2017年7月25日
Printing　能登印刷株式会社

協賛会社
株式会社ロッテ（P18-19）
東京海上日動火災保険株式会社（P44-45）

ドクターゼ 21 号（2017 年 4 月 25 日発行）に関するお詫び

ドクターゼ21号（2017年4月25日発行）の誌面において、編集上の問題により下記のページに誤植がありました。

P35　大学紹介（東京大学）Education 19行目
誤：2～4か月間
正：1～3か月間

読者及び関係者の皆さまにご迷惑をおかけしたことをお詫びして訂正いたします。

本誌掲載の写真・記事・デザイン等の無断転載、複製、転用を禁じます。Copyright©2017　Japan Medical Association All rights reserved.

Information

Summer, 2017

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

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

第1回「生命（いのち）を見つめるフォト＆エッセー」作品募集

日本医師会が実施している「生命（いのち）を見つめるフォト＆エッセー」では、人間や動植物のいのちの輝く一瞬をとらえた写真や、医療や介護に関するエピソードを募集しています。
【賞・応募規定】
●フォト部門
厚生労働大臣賞、日本医師会賞、読売新聞社賞（各1点：賞金10万円、賞状）など
・本人撮影の未発表の作品で、2014年6月1日以降に撮影したもの。
プリントサイズは、キャビネ判（2L）。1人3点まで。
●エッセー部門
厚生労働大臣賞、日本医師会賞、読売新聞社賞（各1点：賞金30万円、賞状）など
・2,000字（原稿用紙1～5枚）以内。パソコン、ワープロ使用の場合、1ページ400字（20字×20行）。
【応募締切】10月5日（木）（必着）
【応募方法】
郵送または公式ホームページから応募が可能です。
詳細につきましては、公式ホームページをご覧ください。
WEB：http://inochi-photo-essay.com

ドクターゼの取材に参加してみませんか？

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

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

誌面へのご意見・ご感想もお待ちしております。
イベント・勉強会等で日本医師会の協力を得たい場合もこちらまで！

看取りのあり方

近年、高齢者の過半数が「最期を自宅で過ごし限られていることから、患者さんが住み慣れた場「人を看取る」というのはどういうことなのか、想

たい」と望んでいること[*1]、医療費や医療資源が所での看取りが推進されつつあります。皆さんは像することができますか？

日本は現在、いわゆる「多死社会」を迎えつつあります。死亡数は毎年約2〜3万人ずつ増加しており、ピークを迎える2040年前後には、年間およそ167万人もの方々が亡くなると予測されて[*2]います。

さて、死因の中で最も大きい割合を占めるのはがんであり、2015年には28・7%の方ががんで亡くなって[*3]います。また、生涯でがんに罹患する確率は、男性63%・女性47%[*4]で、「2人に1人はがんになる時代」とも言われています。医学生のほとんどは、医師になって臨床に出た後、何らかの形でがん患者さんに関わることになるでしょう。

急性期病院で働く医師の仕事は、まずは疾患を治療することです。しかし、がんの患者さんの中には、ステージが進むにつれ、積極的治療が功を奏さなくなる人も少なくありません。そんな患者さんを看取っていくことは、これからの医師の大切な使命のひとつではないでしょうか。また、急性期の治療においても、医師が退院後の生活や看取りについて知っていることは、より良い医療の提供につながるはずです。

今回の特集では、主にがんの看取りにフォーカスし、積極的治療を中止した患者さんが、どのような経過をたどって亡くなることになるのかを、詳しく解説します。また、診療においてがんの看取りに力を入れている先生方へのインタビューも掲載しています。

この特集を通じて、急性期の病院を退院した患者さんが、その後の人生をどのように生き、そして亡くなっていくのか、イメージしていただければと思います。また、老老介護や独居の高齢者も多いなか、医療者がどのように看取りをサポートできるのかについても考えてみましょう。

*1　内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」（平成24年）
*2　国立社会保障・人口問題研究所　日本の将来推計人口（平成29年推計）
*3　厚生労働省　平成27年（2015）人口動態統計（確定数）の概況
*4　国立がん研究センターがん情報サービス　最新がん統計（2016年8月更新）

看取りの全体像

在宅の場合を例に

看取りまでの経過は疾患によって様々で、予後が予測できないことも少なくありません。ただし、がんに関しては知見も多く、看取りまでの経過をある程度予測できると言われています。このページでは参考書籍をもとに、がんの看取りについての主な流れを、順を追って見ていきます。

上の図にある四つの駅は、看取りまでの転換点を示したものです。「積極的治療の中止」は、急性期病院から退院し、生活の場を整える地点で、看取りの開始地点とも言えます。「体力低下」は、療養生活が落ち着いてきた頃に突然、病状が悪化する地点です。再度急性期での治療が必要かどうかの選択を迫られる時と言ってもいいでしょう。そして「亡くなる直前」が訪れます。意思疎通が不可能になり、いつ急変してもおかしくない数日間です。そして最後に「心停止」が起こります。この四つのポイントについては、次のページで詳しく説明します。

また、中央に書かれている①～⑦は、在宅で末期がんの患者さんを看取る際、患者さん本人や家族がどのような状況になり、医療者がどのような行動をすべきかを、箇条書きで示したものです。

積極的治療の中止

体力低下

亡くなる直前

心停止

詳しくは次のページで

①在宅医療準備期（～退院前日まで）

・退院カンファレンスを行う
・自宅や施設などで療養できる環境の整備を行う

②在宅医療開始期（退院当日～1週間後まで）

・自宅や施設で療養を開始する
・在宅医・訪問看護師・介護職などが関わり始める

③生活再建期（1週間～病状が変わるまで）

・患者は家で安定した生活が送れるようになる
・体調が回復する患者も多い
・医療者は患者の希望を聞き、サポートする

④病状変化期（病状が変化した日～残り3週間まで）

・突然患者の病状が変化し、体調が悪くなる
・在宅で過ごすか、病院で治療を行うかを判断する

⑤看取り前期（残り3週間～1週間）

・自力でトイレに行けなくなるなど、ADLが低下する
・せん妄が起こる
・家族の介護負担が増える
・疼痛コントロールなど、医療的処置が増える

⑥看取り後期（亡くなる1週間前～亡くなる日まで）

・患者はほぼ寝ている状態になり、意思疎通が難しくなる
・下顎呼吸が起こる
・家族は、親族などに連絡をしておく
・医療者は家族に何が起こるのかを伝え、心理的ケアを行う

⑦グリーフケア（亡くなった後）

・本人が亡くなった後の家族の悲しみをケアする
・悲しみを消化し、新たな生活を築いていく

・参考：市橋亮一・若林英樹・荒木篤『がん患者のケアマネジメント　在宅ターミナルをささえる7つのフェーズ・21の実践』（2015、中央法規出版）

人生の最終段階の経過

がん患者さんが、積極的治療を中止してから、亡くなるまでにどのような経過をたどるのでしょうか。終末期を専門とする先生方にお話を伺いました（P11の註 *を参照）。

急性期病院での積極的治療の中止

化学療法などのデメリットがメリットより大きくなってしまうため、積極的な治療を中止し、残された時間を過ごす準備を始める。

急性期病院での積極的治療が功を奏さなくなったとき、患者さん本人や家族は、まず残された時間をどこでどのように過ごすかを決めることになります。

療養生活を行う場としては、住み慣れた場所である自宅や施設のほか、緩和ケアを受けられる病院や、ホスピスという選択肢もあります。急性期病院の医療・ケアチーム（医師・看護師・ソーシャルワーカー・リハビリ職など）は、患者さんや家族の思いを引き出すとともに、適切な情報提供を行うことで、退院後にどのような生活をするのかを決めるための支援をします。また、退院後の患者さんを診ることになる医療・ケアチームと、引き継ぎのためのカンファレンスを行います。

自宅や施設で過ごすことを選択した場合には、医療・ケアチームが協力しながら、緩和ケアを行うための医療器具の準備や、患者さんが療養生活を送っていくための環境の整備（介護用ベッドの導入、車椅子の手配など）を行います。

体力低下

症状は落ち着いており、しばらくはある程度安定した生活を送ることができるが、徐々に体力が低下し、重篤な症状が出るようになる。

療養生活に慣れてくると、食事や睡眠、排泄などの生活に必要な行為が、可能な範囲で安定してできるようになります。特に、住み慣れた場所での療養を選択した患者さんの場合、好きなものを食べ、好きなことをし、好きなタイミングで眠る生活を送ることができるようになり、体調が一時的に良くなるケースもあります。患者さんにとっても家族にとっても、落ち着いた良い時間を過ごすことができます。

しかし、体力は徐々に低下していき、しばらくすると重篤な症状が出始め、日常生活に支障をきたすようになります。患者さんが呼吸困難感や激しい痛みを訴えることが多くなると、家族など介護者の負担も大きくなります。在宅で療養している場合は、主治医などと相談しながら、再び入院するかどうかなどについて意思決定することが必要になります。

亡くなる直前

食事や排泄などが自力でできなくなっていき、それまで以上に介助が必要になる。その後は意思疎通も難しくなり、いつ急変してもおかしくない。

病状が大きく変化する時期を越えると、今度はADLが低下していきます。特に、自力で排泄ができなくなると、そこから寝たきりになるまであまり時間はかかりません。寝たきりになった場合、おむつや尿道カテーテルを使用して排泄することになります。また痛みのコントロールのために麻薬性鎮痛薬を使用することが増え、副作用としてせん妄が現れるようになります。在宅療養の場合、家族の介護負担や不安が大きくなるため、訪問看護の回数を増やすのも一つの手段です。

寝ている時間が長くなる、食事や水分がほとんどとれなくなる、口が渇いて言葉が出にくくなる、といった症状が出てくると、いつ急変してもおかしくない状態といえます。患者さんに最後に会わせたい方のために、この時期にお見舞いの場を設けるよう、医療者から家族に促します。

心停止

全身状態が悪化し、最終的には呼吸と心拍が停止する。適切な緩和ケアが行われていれば、本人の苦痛は軽減されているが、家族はその死に直面することになる。

心停止までしばらくは、比較的穏やかな状態が続きます。一日中眠ったような状態になり、下顎呼吸という、下あごを上下させる呼吸が出始めますが、本人に苦しさはなく、死に至る自然な過程です。医療者が、心停止の前に起こるこのような経過を家族に丁寧に説明することで、家族の不安や戸惑いが和らぎ、穏やかに最期を迎えることができます。

また、まもなくお別れという際には、家族への精神的ケアも欠かせません。亡くなるまでのおおよその時間を予測して家族に伝え、大切な人が看取りに立ち会うことができるよう、サポートすることも必要です。

患者さんが亡くなっても、残された家族の人生は続きます。家族の喪失の悲しみを汲みとり、この先の生活へ導くためのグリーフケアも重要です。

*註…このページの内容は、P12〜15に登場する奥津先生・市橋先生に伺ったお話を、編集部がまとめたものです。がん終末期の患者さんの経過を一般化して記述していますが、一人ひとりの患者さんにはそれぞれの背景があり、全ての患者さんがこのように最期を迎えるわけではありません。

病院で看取る

看取りと密接に関わるのが、終末期を迎えた患者さんを看る緩和ケア病棟です。神奈川県の鶴巻温泉病院緩和ケア病棟の奥津先生に、これからの緩和と看取りについてお話を伺いました。

麻酔科から緩和ケア病棟へ

――緩和ケア病棟で働くまで、どのようなキャリアを積んでいらしたのですか？

奥津（以下、奥）：卒後は麻酔科に入局し、しばらく手術麻酔や集中管理などを担当していたのですが、専門医資格を取った後に進路を変更することにし、ペインクリニックで研修していました。するとその研修先の先生が、「緩和ケアをやってみたら？」と勧めてくださったんです。当時は、がん対策基本法が施行され、緩和ケアの様々な取り組みが行われつつあった頃でした。私自身はその時初めて「緩和」という言葉を聞いたのですが、静岡がんセンターの緩和ケア病棟で、3年ほど研修させてもらうことにしました。その後、この病院の緩和ケア病棟の立ち上げに携わり、それから7年ほど、ここで主にがん末期の患者さんの診療に携わっています。

看取りの全容を学ぶ

――緩和ケア病棟で、亡くなることが前提の方に長期間にわたって関わるということは、それまでのご経験とは随分異なるお仕事ではありませんでしたか？

奥：そうですね。看取るケースを何例も何例も経験して、ようやく人が亡くなる経過というものがわかってきました。

――麻酔科時代、ICUで患者さんが亡くなる事例は経験なさってきたと思うのですが、それとはまた違うものですか？

奥：はい。ICUでは、できることは全てやりますし、亡くなり方も劇的ですから、がん末期の看取りとは全く違いますね。

看護師さんも、急性期病棟から緩和ケア病棟に異動してくると、数か月は戸惑うようです。どういう経過を辿ることになるのか、それぞれの段階で家族にどういう声かけをしたらいいのか、本人に対して必要なケア・不要なケアはどう見極めたらいいのか…。がんの種類によって経過も違いますし、合併症が起こることもありますし、患者さんの背景によって介入の仕方も変わります。かなりの数のケースを経験しないと、看取りの全容が見えるようになるのは難しいですね。ただ、誰かが看取りの全体像、ロードマップを提示してくれる環境なら、半年も働けば、チームの一員としてしっかり看取りに対応することができるようになってきますよ。

リハビリテーション的な関わり

――こちらの緩和ケア病棟の患者さんは、基本的には積極的治療は中止された方ですよね。

奥：はい。急性期病院から直接転院してくる方もいますし、急性期から在宅にシフトしたけれど、家で看るのが難しくなり、入院してくる方もいます。「最後は自宅で」という方針で在宅療養していた方が、「やはり病院に戻りたい」という場合でも、前向きに受け入れたいと考えています。がん末期の場合、他の疾患のように入退院を繰り返す方は少なく、家から戻ってきた方は、そのまま病院で看取るケースが多いですね。

――なぜもう一度家に帰るのが難しいのでしょうか？

奥：がんの末期の場合、亡くなるまで2か月程度になると、ADLが急降下します。特に排泄ができなくなると、患者さん本人もご家族も大きなショックを受けるようです。ゆっくり進行する疾患であれば受容するための時間もとれますが、進行の速いがんの場合は、「それならば病院で看取ってほしい」と希望される方も多いんです。

ADLが急激に落ちていくなかでも、緩和ケアチームのリハビリ専門職は大事な役割を果たします。末期や緩和の局面でリハビリというと違和感があるかもしれませんが、機能を元通りに回復させることは難しくても、QOLやADLの維持のためのリハビリならできますし、いいリフレッシュの機会にもなるんですよ。

最後の数日は、ほぼ看護の領域ですね。医師からは、せん妄や出血など、「これから起こりうること」をご家族に説明して、不安を取り除くことが大事だと思っています。実際に目の当たりにすると、やはりショックを受けられますので。

開かれた緩和ケア病棟に

――患者さんやご家族からすると、家で看取るのが難しいとき、いつでも受け入れてくれるのはとてもありがたいことだと思います。一方、医療機関としては、常にベッドを空けておくわけにもいかないという難しさもあるのではないかと思うのですが。

奥：そうですね、そこはバランスを取らなければなりません。そう考えた時、必要なのは院外との連携だと思います。私はこの緩和ケア病棟を、常に地域や院内の他部署に開かれたものにしたいと思いながらやってきました。病棟内で話し合うべきことは話し合いつつ、外にもしっかりとアプローチしていくことが大事だと思っています。

――具体的にどのようなアプローチを行っているのですか？

奥：緩和ケア病棟のスタッフが、積極的に地域に出ていくようにしています。例えば、ベッドが満床の時に入院希望があった場合、患者さんの家まで直接足を運んでみる。そこに訪問看護師さんがいればディスカッションもできますし、ご家族に「大丈夫、待ってるからね」「来週までがんばってね」と伝えるだけでも、心配や不安を取り除くことができ、その後がスムーズに進むんです。アウトリーチによって地道につながりを作り、少しずつでも顔が見える関係を築いていくところが肝なのかな、と考えています。

奥津 輝男先生
鶴巻温泉病院

家で看取る

環境さえ整えば、亡くなるその時を自宅で迎えることも可能です。
在宅看取りを手がける、岐阜県の「総合在宅医療クリニック」の
市橋先生に、終末期の在宅医療について伺いました。

「自宅が病室」の総合病院

――内閣府の調査では、「治る見込みがない病気になった場合、どこで過ごしたいか」という問いに対し、「自宅」と答えた人が過半数という結果が出ています。在宅医療の担い手として、それに応えていくことは可能だと思われますか？

市橋（以下、市）：ニーズに応えていくのは、決して難しいことではないと思っています。医療機器はコンパクトになり、病院の外でも十分使えるようになりました。電子カルテにより複数の医師で多数の患者さんを診ることができ、携帯電話でいつでも連絡がとれ、カーナビを使えば行ったことの↖

よって患者さんの健康状態には大きな差が出ます。例えば余分な薬が一つ減るだけで転倒がなくなり、患者さんのQOLは大きく改善します。こうした複雑さに対応するために、医師だけでなく、多職種も含めた様々な専門家による「チーム医療」が有効なのです。

過ごしたい場所で過ごせるように

――自宅で療養することは、患者さんにとってどんなメリットがあるのでしょうか。

市：病院は基本的には治療する場所であり、生活を目的とした場所ではありません。同室の人の歯ぎしりやいびきでよく眠れない、処置やモニターの音が気になるなど、ゆっくり過ごすのに適しているとは言えません。また、出歩く場所もない、身の回りのことをする必要もない、話す家族もいないといった状況では、昼間もベッドに横になっている時間が長くなってしまうでしょう。夜は睡眠薬で眠らされ、昼間もベッドで横になっているとなると、様々な機能が低下してしまいます。

時折、住み慣れた家に帰ることによって奇跡的に良くなる人がいます。これは「食べて、寝て、出す」という健康にとって基本的な要因が整えられたことで起こる、当たり前の現象なのかもしれません。人は自分が過ごしたい場所で過ごすときに、幸せを感じるものです。生きている時間とは、死んでいない時間ではなく、好きなことをしている時間のことだと思っています。

ご本人やご家族が「自宅でも看取れる」ということを知らなかったり、近くにそれを支えられる医療機関がなかったりすることで、残された大切な時間を望む形で過ごせないことは避けたい。そんな思いで、在宅医療の推進に取り組んでいます。

――確かに、様々な専門性を持つ人がチームを組むメリットは大きいですね。

市：在宅医療だからと言って、医学的判断が容易であるわけではありません。私は血液内科をベースにしていますが、他にも外科・泌尿器科・循環器内科・神経内科・緩和ケア・総合診療・精神科・皮膚科など、多様な専門性を持った医師が在籍しているので、難しい判断もチームで行うことができるのです。

――まるで総合病院のようですね。

市：在宅医療は、様々な制約があるなかで長期的に行う医療なので、介入の仕方に

市：これまでに関わったがん患者さん541名のうち、約8割の436名を自宅で看取りました。今は、他の疾患も合わせると年間100名以上の方を看取っています。

――週に2名以上も看取っているということは、いつ亡くなってもおかしくない方を常に診ているということですね。

市：そうですね。ですから、病院と変わらない体制が必要です。使う薬剤も医療機器も病院と同様で、例えば一般的に病院で使う麻薬持続皮下注射のポンプも8台用意しています。

看取りの経験を積むことでスタッフの知識や技術も向上し、緩和ケア病棟に匹敵するような疼痛コントロールも可能になってきました。制度上は、医師や看護師が毎日訪問することも可能ですし、看護師が1日3回訪問することもあります。ご家族の負担が問題になる場合には、ショートステイやホスピスへの入院を併用しつつ、自宅での療養をサポートしています。

――看取りの際、ご家族や周囲の方の戸惑いはどうしてもありますよね。

市：最近は、家で人が死ぬということを経験したことがない方が多いので、僕たちは、患者さんが今後どのような経過をたどり、ご家族はどのように対応したらいいのかを詳しく書いた冊子を作り、ご家族にお渡ししています。痛がったり苦しんだりせずに亡くなっていくんだとわかると、皆さんずいぶん安心されます。周囲が起こりうる事態を予測でき、対応可能な状態にしておけば、多くの方が自然にご希望に沿う形で、お家で過ごすことができるんです。

――準備さえ整えば、自宅でも病院と遜色なく看取れるということですね。

市：ええ。時代の変化で人の価値観も変わり、病院で長く生きているよりも、自分が生きていたい場所で、しておきたいことをしたいという人が増えています。今はまだ、在宅医療は普通の選択ではないように思えるかもしれませんが、当たり前と感じられる日も遠くないと思います。

家で「看取る」ための様々なアプローチ

――先生は実際、どのくらいの件数の看取りに関わってこられたのでしょうか？

市橋 亮一先生
総合在宅医療クリニック／医療法人 かがやき

看取りを学ぶ

医学生にとって、人が亡くなる過程を知っておくことは、どのように重要なのでしょうか。総合在宅医療クリニックで実習を受けた医学生・臨床研修期間中に2か月間研修を受けた若手医師・現在非常勤で働く医師、そして院長の市橋先生にお話を伺いました。

早期から看取りに関する教育を

西城 卓也先生
岐阜大学　医学教育開発研究センター／
総合在宅医療クリニック

私は、岐阜大学の医学教育開発研究センターの教員で、卒前・卒後教育に携わっています。総合診療医として、このクリニックの診療・当直も行っています。
これまで総合診療の世界に関わってきたものの、在宅で、ご家族も含めて患者さんを診るような機会はあまりありませんでした。こちらで勤務するようになって、ようやくそういった経験を積むことができるようになっています。
医学生の皆さんも、大学の授業で在宅医療や看取りに触れる機会は、あまり多くないのではないかと思います。「死の間際には下顎呼吸が起こる」といった医学的知識は学んでも、患者さんを看取るまでの経過をストーリーとして捉え、その中で医師は何ができるのかを学ぶ機会はほとんどないのが現状です。しかし、在宅医療のニーズが高まる現在、医師が若いうちから終末期医療や看取りに触れるのは、必須のことだと感じています。
もちろん、皆さんは実習や臨床研修の多くの時間を、大学病院で疾患や病態を体系的に学び、診療の基本を身につけるべく過ごすことになるでしょう。そういったトレーニングが医師にとって必要なのは、言うまでもありません。しかし、退院した後の生活、家で暮らしながらの医療、家族、そして最後の看取りのことまで学ぶことも、また重要なんです。
若くて感受性が豊かなうちに現場を見るだけで、ずいぶん視野を広げることができると思います。臓器や疾患だけ、入院している患者さんだけではなく、患者さんが退院した後の生活や家族のことまで、思いを馳せることのできる医師になってほしいです。

多くの医学生に看取りの現場を見てほしい

岐阜大学医学部6年 Aさん

私は岐阜大学の6年生です。現在選択実習の期間中で、たまたまこのクリニックに来る機会をいただきました。
病院実習では急性期の患者さんを診る機会が多いので、病院にいる患者さんに関して「そろそろ危ないのかな」などと感じることはあっても、看取りまで関わった経験はありませんでした。患者さんが退院して、在宅でどのように過ごし、亡くなっていくのかということも、学ぶ機会はありませんでした。
今日の実習では、COPD（慢性閉塞性肺疾患）で予後が長くない患者さんの訪問診療に同行させていただきました。ご家族が患者さんの周りに集まっていて、「とにかく最後まで一緒にいてあげたい」「安らかでいてもらいたい」と思っていらっしゃることが伝わってきて、とても印象的でした。
これからの時代、病院を退院した後の患者さんを診る医師は、今にもまして必要になると思います。私は偶然にも在宅医療の現場を見せていただくことができましたが、他の医学生にも、病院の外の医療について知ってほしいです。たとえ急性期を診る医師になるとしても、退院後の患者さんを診る医師や他職種の存在を知っていることは、必ず役に立つはずだと思います。できることなら全ての医学生が、在学中に在宅医療の現場や看取りの場面を見られるような仕組みになればいいな、と思いました。

「治す」と「看取る」は両立できる

竹之内 盛志先生
帝京大学ちば総合医療センター
血液・リウマチ内科

私は臨床研修中、地域医療研修の時期に、縁あってこちらのクリニックにお世話になり、2か月間しっかりと研修させていただきました。指導していただきながら診療にあたり、病気だけでなく患者さんその人、そしてご家族、さらに地域社会も全て含めて看取りまで診る、という経験をしました。今後の医療において必ず重要になる在宅医療のシステムを目の当たりにし、非常に心惹かれました。
在宅医療の世界にすぐに飛び込みたいとも思いましたが、まずは医師として正確に診断・治療するトレーニングを行わなければならないと思い、亀田総合病院の総合内科で後期研修を受けました。現在は大学病院のリウマチ内科医として、リウマチ・膠原病を専門に学んでいるところです。
医学生の皆さんの多くは、卒後すぐは、主に急性期で診断・治療を学ぶことになることでしょう。徐々にできることが増えていくと、「治すことが勝ち」という感覚になることもあるかもしれません。けれども、治すことが唯一のゴールではないことを覚えておいてほしいと思います。例えば、悪性腫瘍の患者さんに化学療法を行ったら、効果が出た。もちろんそれはすばらしいことです。けれど、どんな患者さんも、最後には亡くなります。患者さんがあとどのくらい、どんなふうに生きられるかをご本人やご家族とお話しし、患者さん・ご家族の希望を取り入れながら治療内容を決めていき、最後には様々な痛みや苦しみもケアしながら看取ることができたら、それはご本人やご家族にとって非常にかけがえのない時間になります。私はどんな治療を行うときも、患者さんやご家族がどうしたら幸せな最期を迎えることができるか、常にイメージしながら診療にあたっています。治ることのすばらしさだけでなく、最期の時間のかけがえのなさも感じられる医師になってほしいと思うのです。
これからの時代、終末期医療には、ほとんどの医師が関わることになるでしょう。患者さんを治すことと患者さんを幸せに看取ることは、矛盾せず、両立するんです。学生・研修医のうちに、在宅医療や看取りの現場を積極的に見に行って、慢性期や看取りの現実を肌で感じたうえで、急性期医療に関わってほしいな、と思います。

なぜ、まもなく死ぬ人に、時間とエネルギーを費やすのか？

「なぜ、まもなく死ぬ人に、時間とエネルギーを費やすのか？」
なぜなら、そこが一番　苦しいから。
希望もなく、死への恐れ、家族への迷惑など、
人生で体験する苦痛が集約されるから。
なぜなら、それが一番　足りないから。
こんなに多くの人が亡くなるのは、人類史上初めてで、
社会の準備が不十分だから。
なぜなら、そこが一番　かがやけるから。
限られた時間であることを実感して、
そこから人生を生きなおすことさえも、人間には可能だから。

市橋 亮一先生
総合在宅医療クリニック／
医療法人 かがやき

これは在宅医療を実践している医師への問いに対して、私が出した答えです。患者さんにとって最期の時間は一番苦しい時間になりえるものです。だからこそ、プロフェッショナルな助けが必要になるのです。
命に限りがあると思った時、そこにはドラマが起きる。私たちはそのことを目撃します。残りの時間が短くなるこの時こそ、しあわせを真に感じられる、かがやける時になるという現実に、私たちは感動させられます。だからこそ、在宅医療に魅力を感じてやまないのです。日々、医療者として、人間として、常に学び続ける存在でありたいと思っています。

Another Viewpoint　シリーズ連載

医科歯科連携がひらく、
これからの「健康」④

これからの医科歯科連携を考える

株式会社ロッテ・日本歯科医師会・日本医師会鼎談

この連載では、これまで3回にわたって、医科歯科連携の重要性や、病院や地域での連携の事例を紹介してきました。最終回である今回は、本企画の協力会社である株式会社ロッテ・佃孝之社長、日本歯科医師会・柳川忠廣副会長、日本医師会・今村聡副会長の三者による鼎談を行いました。

医科歯科連携の現状と課題

今村（以下、今）：歯や口腔の健康と全身の健康が大きく関連していることは、少しずつ知られてきているように感じます。今後は、ますます医科と歯科の連携に注目が集まるようになるでしょう。

柳川（以下、柳）：近年では、歯周病の治療によって糖尿病の血糖コントロールがしやすくなることや、がん治療の前後の口腔ケアによって在院日数を短くできることなど、様々なエビデンスも出てきており、口腔機能を維持することや口腔内を清潔に保つことの重要性が医科の先生方にも理解していただけるようになってきたと感じています。この十数年間、病院内の歯科医療は減少傾向にあったのですが、近年は増えている地域も出てきました。

今：一般の方や医学生には、歯科医師は口と歯だけを診るのが仕事で、医師が診る全身の疾患とは関係がないと思われているかもしれません。しかし、一人の患者さんを診るとき、歯は歯、身体は身体と切り離して捉えることはできません。歯や口腔に関する疾患は全身の疾患に大きな影響を及ぼしているし、その逆も同様です。医学部の教育課程では、歯や口腔の機能と、それらの全身との関わりについて学ぶ機会がほとんどないのが課題です。今後は、例えば在宅療養中の患者さんにとって、食べることがどのように生活に影響しているのか…というようなことを学ぶ機会が必要ですね。

柳：歯学部でも、在宅医療について座学で学ぶことはありますが、実際の患者さんを前にして学ぶような機会は充分ではないですね。

今：医師は患者さんの状態を総合的に診るなかで、歯や口腔に関しておかしいなと思ったら、専門的な知識や技術を持っている歯科医師に積極的にコンサルトしていく必要がありますよね。今後、医師と歯科医師の相互の連携を深めていくためにも、医師会と歯科医師会が協力してネットワークづくりを進めていきたいと考えています。今後は予防や健康づくりの観点でも、医科と歯科の連携が重要になりますね。

柳：はい。歯科では近年「オーラルフレイル」の予防に力を入れています。オーラルフレイルの症状として、滑舌が悪くなる、軽いむせが起こる、食べこぼす、好んで食べる食品の数が減る、というものがあります。これらが進行しないようにすることで、その後に起こりうる全身の虚弱を予防できると考えられるのです。またオーラルフレイルの予防は、おしゃべりや外見にも関連するので、高齢者のメンタルヘルスの改善にもつながると考えられています。

今：フレイル対策は、私も医師として大きな課題だと考えています。というのも、生活習慣病予防のために「メタボリックシンドローム」という言葉が有名になった結果、痩せることばかりが重要視され、逆に高齢者の全身の虚弱が問題になっているのです。栄養状態を良くし、全身の虚弱を予防するためにも、オーラルフレイルについて知ってもらうことは重要です。今後は、医科と歯科の教育面での連携や、国民に向けたプロモーションが必要になるでしょう。

佃：健康に関するプロモーションとしては、当社でも「8020運動」を長年支援させていただいてきました。今後も、オーラルフレイルなどの分野で、新たな健康づくり運動に関わっていければ嬉しいです。

産業界における健康づくりの取り組み

今：現在もロッテさんは、歯の健康に関する様々な取り組みをされていますよね。

佃：はい。ロッテは、ガムのトップメーカーとして、歯を健康に保つことの大切さをずっと社会に訴えかけてきました。研究開発を重ね、歯ぐきを健康に保つガムなども商品化しています。しかし、ガムを噛む人は残念ながら減っています。その結果、噛む力を維持する機会も減ってきているのではないかという危惧を抱いています。そこで私たちは、噛むことが健康維持のために大事な要素だということを理解していただくための取り組みを行っています。

柳：どのような取り組みなのでしょうか？

佃：一例として、大手電子機器メーカーと共同で、噛む回数を計測するデバイスを開発しています。噛んだ回数をセンサーで計測して、スマートフォンにデータを送ることができます。これを使用して噛む回数を計測し、健康維持のためにどのくらい噛む必要があるかという指標を打ち出すことができれば、噛むことに対する意識がより高まるのではないかと考えています。

今：非常に面白い取り組みだと思います。計測が可能になることで、噛むことが健康にどう影響するのか、様々なエビデンスを出せる可能性が出てきますね。

柳：噛む回数を自身で計測できるとは画期的ですね。歯科領域にも今までなかった発想で、とても面白いと思います。

佃：私たちは菓子メーカーとして、普段から美味しく食べられるものが、健康の維持増進につながるような形が望ましいと考えています。食べて楽しい、感動できるという基軸を維持した上で、なおかつ社会の健康に役立つようなあり方を目指しています。

学生時代からの多職種連携の推進

今：ロッテさんの開発されている食品やデバイスを使用して、医学部や歯学部など様々な医療系学部の学生が、地域の健康づくりについて考える機会を設けたら面白いのではないでしょうか。地域の方々も、学生が健康づくりに関わってくれるとなれば歓迎してくださるでしょうし、学生の皆さんにとってもやりがいになるでしょう。

佃：とても面白いと思います。若い世代の学生さんならではの新鮮な発想で考えてもらえたら、多くのアイディアが出るでしょうね。

柳：様々な医療系職種を目指す学生たちがディスカッションする機会になるのも良いですね。実際に現場に出たら、患者さんの生活を良くするために、看護師や歯科衛生士・管理栄養士・言語聴覚士・薬剤師などといった多くの職種と意見を出し合って協働することになりますからね。

今：そうですね。学生のうちから医科・歯科に限らず医療系の学生が交流する機会があれば、連携のハードルも下がるでしょう。現在、日本医師会では、定期的に学生に集まってもらい、学生同士が交流したり、医師会役員と意見交換をしたりする機会を設けていますので、医科と歯科の連携についても、そのような機会が作れるといいかもしれません。

柳：歯科医師会もこれから、全国29の歯学部・歯科大学の学生へ働きかける機会を増やしていく予定です。歯科に留まらず、ぜひ他学部の学生とも交流できるような場を作っていきたいですね。

今：学生たちの様々な活動を通じて、健康づくりやプロモーションといった分野でも、さらに医科と歯科の連携が進んでいくことを期待します。本日はありがとうございました。

今村 聡
日本医師会
副会長

佃 孝之
株式会社ロッテ
代表取締役社長

柳川 忠廣
日本歯科医師会
副会長

今回のテーマは
大学職員

学生の皆さんが、履修登録などの時にお世話になる大学職員。普段どんな仕事をしているか、知っていますか？今回は、総合大学の事務職員3名を招いて、医学生がお話を伺いました。

医学生 × 大学職員
同世代の リアリティー
大学職員 編

医学部にいると、同世代の他分野の人たちとの交流が持てないと言われています。そこでこのコーナーでは、医学生が別の世界で生きる同世代のをテーマに大学職員3名（社A・B・C）と医学生3名の6名で座談会を行いました。「リアリティー」を探ります。今回は「大学職員」

渡邉 彩佳
獨協医科大学
3年

山村 啓眞
横浜市立大学医学部
4年

岩間 優
東京医科大学
5年

身近だけど意外と知らない大学職員のお仕事

渡邉（以下、渡）：皆さんは3人とも同じ大学で働いていらっしゃるんですよね。それぞれどういったお仕事をされているんですか？

社A：うちの大学は総合大学なのですが、事務職員の所属は、本部と部局に分かれています。大学全体の事務を取りまとめるのが本部で、学部ごとに設置されているのが部局です。入職してしばらくは、大抵2年ごとに、本部と部局を交互に異動します。

　私は入職後すぐは、本部で学生の就職支援を担当していました。今は法学部の大学院に所属していて、履修登録や授業科目表の作成、大学院入試などに携わっています。

社B：私は最初、本部の奨学金や授業料を扱う部署に配属されました。今も本部にいて、大学で行う様々な会議を扱う部署にんです。自分以外の人が何をしているのか全然把握できないので、自分は仕事に余裕があっても、忙しそうにしている人を手伝えないこともある。大きな組織で働くのは難しいですね。

「大学で働こう」と思った理由

山：皆さんはどうして大学職員になろうと思ったのですか？

社C：私は、大学で教育政策を研究していたんです。教育に関わりたいという思いをずっと持っていたのですが、教員として現場で働くことよりは、学ぶ環境や制度をつくることの方に興味がありました。就職活動の際は文部科学省など、公務員として働くことにも興味があったのですが、採用情報サイトで「大学職員」という職業を見つけて、学生や学習環境に近いところで働ける、という点に魅力を感じました。

社B：私は、大学では教育心理学を学んでいました。大学院に進学する人が多い学科で、自分も進学することも考えたのですが、大学院に進んでやっていけるのかな、という思いもあって。色々と悩んでいるうちに、「大学で働く」という発想に思い至りました。自分で研究ができなくても、職員として学生や先生方のサポートすることはできる。自分の経験を活かせるし、大学所属しています。会議にも、学部の会議、専攻単位の会議、全学の会議など、色々あるんです。それぞれの会議の議事録を作成したり、出欠の取りまとめをしたりしています。

社C：私は、初めは理学部の所属でした。先生たちの勤怠管理をしたり、入試の試験監督などイレギュラーな仕事があれば、それに応じた手当を出したり。今は本部で、大学の運営について評価する部署に所属しています。世界大学ランキングなどに提供する、学生人数や職員の人数のデータを取りまとめたりするんです。

山村（以下、山）：大学の職員って、窓口で学生の対応をしてくれる人、というイメージでしたが、そういう仕事ばかりではないんですね。

社C：そうなんです。私自身学生時代は、職員のことを「窓口にいる人たち」としか思ってなかったのですが、実際に働き出してからは、学生さんと接しない部署ばかり回っています。想像とは違いましたね。

岩間（以下、岩）：大学職員の人たちって、学生の休暇の時期は何をしているんですか？

社A：想像つかないですよね。私は、学生のときは正直、「大学職員になったら、夏休みは暇なんじゃない？」と思っていました（笑）。でも、そんなことないんですよ。例えば8月は、次年度のシラバス作りがある。もちろん部署によって繁忙期・閑散期はありますが、なんだかんだ一年中忙しいですね（笑）。

社C：どの部署でも共通しているのは、年度末と年度初めは業務量が増えることかもしれないです。あとは、入試・オープンキャンパスの前後が忙しいですね。イベントがあると、準備や運営は大変ですが、学生さんや受験生の役に立っている実感があって、とても楽しいです。

職員と学生の関係づくり

社C：働き始めたばかりの頃は、学生さん、特に大学院生の人などと接すると、自分よりもずっと年上だ、というようなこともありました。

社A：「職員だからって、年下相手に敬語を使わせてすみません」と思う時もあります（笑）。

　ただ、職員になってわかったこともあるんです。以前、奨学金関連の仕事をしていたのですが、ひとくちに奨学金と言っても、日本学生支援機構や民間の奨学金、大学が出している奨学金など種類がたくさんあって、担当者がはっきり分かれているんです。自分以外の人が何をしているのか全然把握できないので、自分は仕事に余裕があっても、忙しそうにしている人を手伝えないこともある。大きな組織で働くのは難しいですね。

大学で働くための研鑽

渡：研修などはありましたか？

社C：研修はとても充実していますよ。入職して最初の2か月は、同期全員で一斉に研修を行いました。仲の良いクラスのようで、楽しかったですね（笑）。

社A：研修が始まってしばらくは、講義が多かったです。後半になると、大学のマネジメントに関して、興味のある分野ごとにグループを作って、大学に提案する、といった課題もありましたね。放送大学でマネジメントに関する講義を受けたりもしました。単位をとるために、座学と期末試験とレポート提出が必要で、学生時代に戻ったようでした。

社B：附属病院にも見学に行きました。屋上のヘリポートを見せてもらったり、ALSシミュレータを見せてもらったりもしましたね。

山：事務職員の方もそんなことをされるんですね。

社C：はい。実は、大学職員として就職しても、病院配属になることもあるんです。彼らは、医療関係の調達や経理など、特殊性の高い仕事をしています。お医者さんと同じように、泊まりで当直もあるんです。

岩：確かに、医療者だけでなく、事務担当の方も病院にいないと困りますよね。

辛い仕事も乗り越えていくために

岩：働き始めて、大変なことはありましたか？

社A：私は、就職支援に携わっていた頃は、どこまで学生に関わるべきなのか、境目がわからなくなったり、そのことで混乱してしまうこともありました。一時は「私は職員に向いてないのかもしれない」と悩んでいたのですが、今の部署に異動してからは、そういうことはなくなりました。今の仕事は、規則に従って物事を忠実に実行する、という種類の仕事で、それが自分に合っていたんでしょうね。「仕事にも向き不向きがあるんだ、うまくいかなくても、自分ばかりが悪いんじゃないんだ」と思えたのはよかったです。

社C：私が就職して感じたのは、仕事がハードでも、自分が興味のあることだったら耐えられるということです。自分が取り組んでいる仕事が、直接ではなくても、どこかで自分の興味のあることにつながっていると思うと、踏ん張ることができました。

社B：私たちは大学の職員で、基本的に自分の大学の教員や学生という、限られた人にしか関わりませんが、お医者さんはもっと色々な人に接しますよね。自分と全然違う世界で生きている人を理解するのは大変だろうな、と思います。

岩：そうですね。医師は本来、幅広く様々な方と接するのに、医学部や医師の世界だけにこもっていると、世界が狭くなってしまうと思うんです。だから、いろんな社会を見て、様々な人の気持ちがわかるようにするのは大事だと思いますし、今日も勉強になりました。どうもありがとうございました。

この内容は、今回参加した大学職員のお話に基づくものです。

待合室は、地域の人たちの団欒の場でもある。

三又へき地診療所の外観。

終始和やかに診療が進む。

秋田県横手市

ご当地グルメ「横手やきそば」で有名な横手市は、2005年、旧横手市と周囲の町村が合併して発足。秋田の遺物「いぶりがっこ」発祥の地とされる横手市山内（旧山内村）は、点在する13の集落から構成される。三又はその一つ、人口230人、世帯数87世帯の小さな集落である。

山深い秋田の村の、ただ一人の医師として

秋田県横手市　山内（さんない）診療所・三又へき地診療所　下田 輝一先生

5月中旬、桜が散ったばかりの旧山内村には、畑仕事に出る人の姿がポツポツと見える。拠点とする山内診療所から、新緑の鮮やかな山道を車で15分ほど走ったところに、三又へき地診療所はあった。

週に1度の外来を楽しみにしていたかのように、既に10人ほどの患者が集まっていた。待合室は、馴染みの患者同士の他愛ない会話で賑やかだ。診察室は開け放たれていて風通しが良く、下田先生は皆の会話の流れに溶け込んでいくように順々に診察を進めていく。自分の番が終わった後、診療所が閉まるまでくつろぐ患者も少なくない。

横手で代々開業医を務めてきた家に育った下田先生だが、初めから地元に帰ろうと思っていたわけではないという。

「学生時代、静岡に下宿したことがあってね。冬でも暖かいし、下宿から見上げると富士山がきれいに見えた。それに比べて、ここは雪が2～3メートルも積もるわ、除雪された雪は黒くなって汚いわで、帰省のたびに幻滅しちゃってね。でも、だんだん親父の髪が白くなっていくのを見て、ぼちぼち帰ることも考え始めた。そんな時、医師不足で経営が傾いていた横手の市立病院から、来てくれないかと声がかかってね。それで戻ってきたんだ。」

下田先生が山内村に来たのは1990年。内科部長として市立病院の経営を立て直し、次世代につなぐ見通しが立った頃だ。

「当時の村長や村の重役は、『本当に来てくれるの？』という感じだったよ。それまで医師は週1度の派遣だったからね。電車は本数が少ないし、家族に送迎してもらえない人もいるから、患者さんたちにはありがたがってもらえたのかな。初めの頃は夜中の2～3時に往診することもあったけど、今では患者さんも私を気遣ってくれて、遅くに出向くことは少なくなったよ。」

こうした経験からか、下田先生は地域医療を担う人材を確保する難しさを人一倍知っている。自身の後継者探しも、地域の医師会を通じて行っているが、なかなか苦戦しているという。

「今は道路事情も除雪も、昔に比べればだいぶ良くなったんだよ。けれど、そう思えるのは、雪があるのが当たり前の地域で育ったからかもしれないね。最近は地域医療に興味をもってくれる若い人もいるようだけど、こういう地域は難しいのかな。まあ、私も目の前のできることをやってきただけだから、偉そうなことは言えないよな。」

はにかむ下田先生だが、笑顔の奥には、この地で診療を続け、信頼を積み重ねてきたことへの静かな誇りがうかがえた。

連載

チーム医療のパートナー

看護師（手術室）

これから医師になる皆さんは、どの医療現場で働いても、チーム医療のパートナーとして看護師と関わることになります。本連載では、今号より、様々なチームで働く看護師の仕事をシリーズで紹介していきます。今回は、日本大学医学部附属板橋病院の手術室に勤務する看護師の方々にお話を伺いました。

和田 恵さん
日本大学医学部附属板橋病院
手術室看護師　18年目

高橋 光さん
日本大学医学部附属板橋病院
手術室看護師　９年目

手術全体をコーディネート

――まず、手術室の看護師のお仕事について教えてください。

和田（以下、和）：手術看護の根幹は、手術に関わる一人ひとりの役割をうまくつなぎ、チーム全体のムードやコミュニケーションを整えるところにあると思います。患者さんをはじめ、執刀医・麻酔科医・臨床工学技士・他の看護スタッフ、また手術に必要な道具や器械など、手術室の環境や雰囲気全体に気を配るのが、私たちの仕事です。

高橋（以下、高）：手術室看護師の仕事は、大きく「器械出し」と「外回り」に分けられます。器械出しの仕事は、事前に術式や患者さんに合わせて手術で使用する器械を準備し、術中には医師の指示に応じて器械を手渡すというものです。医療ドラマの手術シーンでもよく出てくる仕事ですね。医師に指示されてから用意するのでは間に合わないので、手術の流れを見ながら、いかに術者の先生の手を止めずに、円滑に手術を進められるかに注意して仕事をしています。

和：外回りの仕事の時は、術中には術野から少し離れて手術室全体に目を配ります。足りない器械や薬剤が発生した時は、その準備をしたり、手術の記録や不潔野でのサポート、緊急事態のときに人を呼び集めるなど、様々な役割があります。

高：術前に患者さんにお会いして、不安や要望を聴き取るのも外回りの重要な仕事です。手術の既往がある方であれば、以前の手術の際負担に感じたことなどもお聞きします。手術は、医療者にとっては毎日のように繰り返されるものですが、一人ひとりの患者さんにとってはとても大変なできごとですよね。事前の訪問でしっかりコミュニケーションをとっておくことは、術中の安全管理はもちろん、術後のケアにもつながります。

手術中の体位を考える

――術前の綿密な準備が、円滑な手術につながるんですね。

高：はい。術中の体位についても、事前に入念に検討します。患者さんの体型・皮膚の状態・可動域などによって、適切な体位は変わってきますから。うっ血や褥瘡など、手術の傷以外で痛みが出ることを防ぐため、患者さんへの聴き取りを含め、様々な評価を行います。執刀医の先生が手術しやすい体位と、患者さんの負担にならない体位が一致しないこともしばしばありますから、両者にうまく折り合いをつけて調整するのが、看護師の工夫のポイントです。

和：ロボット支援手術の担当になった時、医師の先生と体位についてやり取りしたことは、特に印象に残っています。当院では、約1年前に手術支援ロボットを導入したのですが、前立腺悪性腫瘍のロボット支援手術では、頭の位置を30度ほど下げる、非常に特殊な体位を取るんです。そのため看護師の間で、患者さんの体にできるだけ負担をかけないためにはどうしたら良いか、じっくり検討していました。すると泌尿器科の先生方も、実際に体位をとるなどしながら、私たちと一緒に考えてくださったんです。また、麻酔科の先生も麻酔域について色々と提案してくださり、非常に良い手術を提供することができました。みんなの知識や情報を合体させてチームで新しいことにチャレンジできたのは嬉しく、また自信にもつながっています。

一人前になるまで

――手術室看護師はどのくらい経験を積むと「一人前」と言えるのでしょうか？

和：どこまでできれば一人前と言えるかわかりませんが、一通りの手術看護ができるようになるのは、3年目くらいでしょうか。当院では、新人は器械出しのカリキュラムからスタートし、3つの科を約3か月ずつ回っていきます。半年ほど経つと外回りにも入り、さらにもう少ししたら、各診療科に分かれ、専門的な内容を学びます。2年目になると担当する診療科が決まってきて、3年目には当直ができるようになります。

高：診療科や先生によって手術の進め方は異なりますから、先生方一人ひとりの好みや癖まで含め、手術の流れを読むことが求められていると感じます。とにかく手術を何件も何件も見ているなかで、段々つかめてくる側面があります。

私は手術室で働いて9年になりますが、最近、今までにないくらい集中できたことがあったんです。長時間の手術で、普段なら集中力が切れてしまうような時間になっても、身体は動き、頭は冴えわたっていて。何も言われなくても、先生が次にどうしてほしいのかわかる気がする。今までにない感覚でした。

手術に関わる人と物すべてに気を配り円滑な手術をサポートします

手術はチームワーク

――手術においては、チームワークがとても大事なんですね。

和：はい。一人ひとりが、自分の目の前の作業にだけ集中していたら、手術はうまくいきません。周りをよく見てチームをフォローすることが大事ですね。数時間も緊張状態が続く手術では、先生方も集中力が切れてしまうことがあります。そんなときは、術者や麻酔科の先生が見落としていることはないか気をつけたり、先生がイライラしていたら適切に声をかけたりするよう心がけています。そうした小さなことの積み重ねで、手術が円滑に進むかどうかが変わってくるのかなと思います。

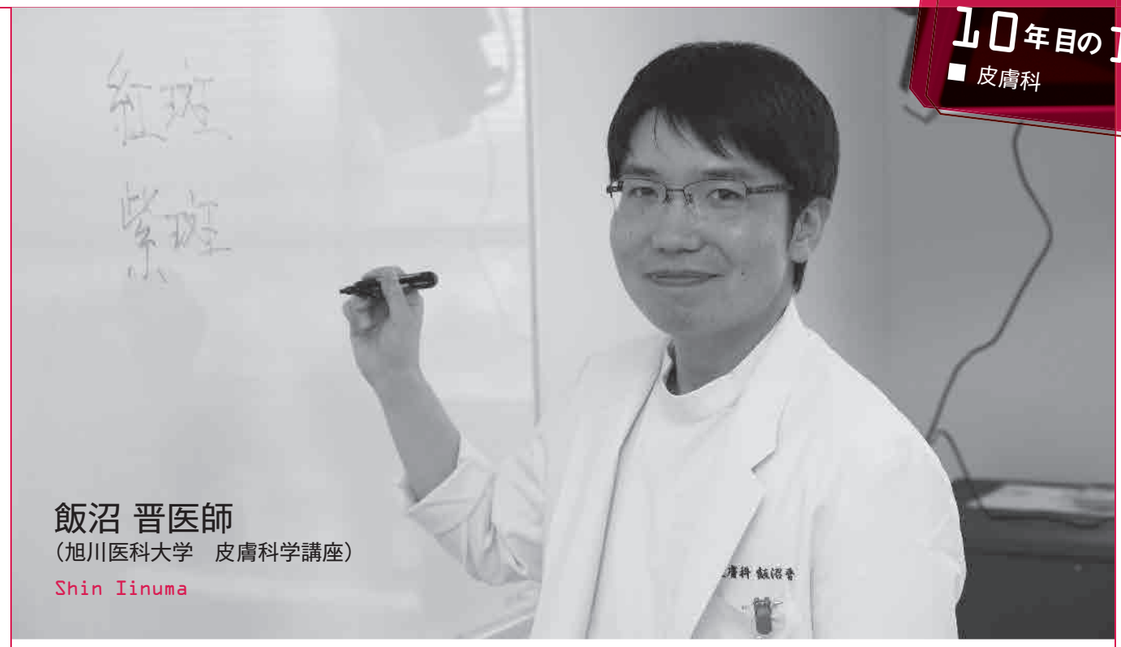
高：看護師同士でも、チームでやっていくという意識が強いですね。ちょっと失敗しそうになっても、外回りと器械出しが、先輩後輩関係なくお互いにカバーし合う。いい手術ができるかどうかは、やはりコミュニケーションにかかっていますね。

――読者の医学生は今後、実習や臨床研修で手術室に来る機会もあると思います。彼らに伝えたいことはありますか？

高：私たちはチームの一体感を大切に、真剣に手術に臨んでいます。時々、見学中に雑談をしている学生さんも見かけるのですが、それではチーム全体に影響が出てしまいます。学生さんはどうしても見ているだけの時間が長くなり、集中するのが難しいとは思いますが、せっかく来ているのなら、手術に関心を持ち、少しでも多くのことを学んでいってほしいですね。

和：患者さんの移動や、重いものを運ぶときなどは、学生さんに声をかけると皆さん快く手伝ってくれ、とても助かっています。手術室の看護師は「怖い」と言われることもありますが、真剣に仕事に取り組んでいるからなんですよね。同じ手術室にいるときには、互いに助け合って、一緒に気持ち良く手術に関われればいいなと思います。

手術支援ロボット「ダヴィンチ」の前で。



飯沼 晋医師

（旭川医科大学　皮膚科学講座）

Shin Iinuma

皮膚科医がまず学ぶこと

――先生は学生時代から皮膚科医を目指し、臨床研修でも大学病院を選んで、皮膚科をメインに回られたそうですね。皮膚科のトレーニングは、どんなところから始まるのですか？

飯沼（以下、飯）：皮膚科は、外科的な側面と内科的な側面を併せ持つ科で、どちらも少しずつ学んでいくことになります。外科的なところですと、まずは皮膚生検に始まり、良性の小さな腫瘍を取ったり、メラノーマなど悪性腫瘍の手術に助手として入って、手技を学びます。内科的なところでは、皮膚に使用する様々な外用薬の使用方法を学び、重症患者に対するステロイドの使い方や、副作用への対応などを身につけます。

――大学病院と市中病院とでは、診る症例も異なってくるのでしょうか？

飯：そうですね、ずいぶん異なります。大学病院では自己免疫性の水疱症・薬疹・悪性腫瘍などといった重症患者を診るのに対し、市中病院では褥瘡や蜂窩織炎・帯状疱疹などの一般的な疾患を診ることが多いです。一般的な疾患を中心に経験を積みたい人は、長期間市中病院に出ることもあります。

病理診断から治療まで手がける

――先生が皮膚科に惹かれたきっかけは何だったのですか？

飯：学生の頃に受けた皮膚科の講義が非常に面白かったことです。当時の教授は乾癬を専門にされていて、病理組織像を見せてくださったり、発症メカニズムなどを詳しく解説してくださいました。私は学生時代から基礎研究や病理にも関心があり、臨床も基礎研究もしっかりできるような科に行きたいと考えていたので、皮膚科に興味を持つようになりました。

――皮膚疾患は数も多いですし、その症状やメカニズムも様々で、一目見ただけでは診断がつかないことも多いですよね。

飯：そうですね。発疹などの肉眼で見える症状でも、皮膚生検を行ってみないと、何が起こっているのかわからない場合も多いです。ですから、まずは皮膚生検を行って正確な診断をつけ、それから治療をしていくというのが、一般的な診療の流れですね。

他科では病理診断を病理医に依頼することが多いと思いますが、当院の場合、皮膚科医自身が診断組織は全て皮膚科医自身が診断するようにしています。なぜなら、皮膚疾患は病理像が非常に多様で、発疹の形と病理像をセットで見て初めて理解できることも多いからです。病理の知識をしっかり学ぶため、当院の皮膚科では週1回、病理の勉強会を行っています。自分で組織を見て病理診断をし、治療まで一貫して行うことができるところには、非常に面白みを感じていきます。

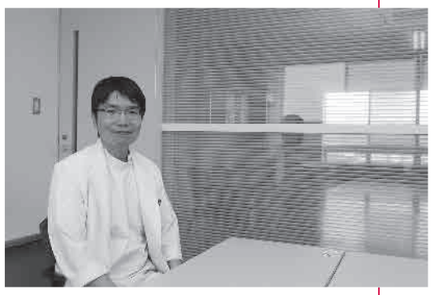
――皮膚科は他科に比べて外来が多く、4～5年目といった早い段階から一人で外来を回せるようにならなければいけないと聞きます。様々な病理像のある皮膚疾患に対して、その場で個別に対応していくのは、とても難易度が高いことのように思えるのですが。

飯：確かに、診断のついている入院患者さんをじっくり診ることと比べると、外来は短時間で診察・診断・治療まで行わなければなりません。とはいえ、いきなり「一人でやりなさい」と言われることはありません。ベテランの先生がいる病院に出張して手技の指導を受けたり、カンファレンスや勉強会で教わったりと、困ったら相談できる環境は用意されていますから、安心して臨床能力を身につけていくことができますよ。

臨床に結びついた基礎研究

――専門医資格を取得した後は、どのような進路がありますか？

飯：当院の医局では、専門としたい分野について国内留学で勉強してきたり、研究志望であれば大学院に進学したりと、各自の興味に合わせて様々な進路を選ぶことができます。私の場合は、当時の教授の勧めもあって大阪大学に国内留学し、基礎研究の考え方や手技、研究の進め方などを学びました。皮膚科領域は臨床と研究が比較的近く、基礎研究を通じて、なぜこの疾患が起こるのかといったメカニズムが日々明らかになっています。原因不明の皮膚疾患もまだまだ多いですが、基礎研究の成果が患者さんの治療に応用されていくのがわかるのは、皮膚科の大きな魅力だと思います。



――先生は今後、どのようなキャリアをお考えですか？

飯：私くらいの歳になると開業を目指す人も増えてきますが、私は長い間大学にいることですし、今後は医局の指導や教育の柱になっていけたらなと思っています。大学に集まってくる難しい症例を、しっかり診察できる後進を育てていきたいですね。

加えて、私たちは道北の地域医療を支える大学として、総合診療医を育成していくという使命を持っています。そこで、総合診療医を目指す医師たちが、皮膚をきちんと診られるよう指導することにも力を入れていきたいです。皮膚の症状をきっかけにかかりつけ医を受診する患者さんも少なくありませんから、皮膚を診る知識や技術は必ず役に立つと思います。

皮膚症状も診られる地域医療の担い手を育てていきたい

1999		旭川医科大学医学部入学
2005	1年目	旭川医科大学病院にて臨床研修
2007	3年目	旭川医科大学　皮膚科学講座　入局 学生時代から研究志望だったが、入局してしばらくは皮膚科医としての基礎を学ぶのに忙しく、研究にあまり時間は割いていなかった。
2009	5年目	大阪大学大学院　医学系研究科 当時の教授の勧めもあり、大阪大学大学院の再生誘導医学寄附講座へ国内留学。先天性の表皮水疱症という難治性疾患に対して、治療を見据えた基礎研究を行った。講座には海外から来た人や医師ではない研究者も多く、様々な考え方に触れて刺激を受けた。
2012	8年目	旭川医科大学　皮膚科学講座 大阪大学から帰ってきてからは、乾癬を主な専門とし、臨床と研究を両立させている。
2015	11年目	遠軽厚生病院 旭川から片道2時間程度かかるへき地に、一人医長として赴任。基本的には外来中心だが、褥瘡や帯状疱疹、蜂窩織炎などの一般的な疾患や、あまり複雑でない皮膚腫瘍などは入院で治療を行った。大学とは遠隔での指導体制が整っており、難しい症例については、大学に組織を送り、診断をつけてもらうことができた。組織と一緒に臨床情報や写真などを送って相談し、メールや電話でフィードバックを受けることもあった。
2016	12年目	旭川医科大学　皮膚科学講座　助教

1 week

mon	病棟
tue	午前 外来 午後 病棟
wed	外勤
thu	午前 外来 午後 カンファレンス・勉強会
fri	午前 病棟 午後 手術

週に1～2回、外の病院へ丸一日出張する。外勤先は固定されておらず、市内の厚生病院などへ行く日もあれば、富良野など旭川の市外へ出ることもある。月に1回程度、中標津などの遠方に飛行機で赴く。

大学にいる日は、手が空いたときに研究を進めている。皮膚科を回ってくる学生や研修医の指導も行っている。

佐野 仁美医師
（日本医科大学　形成外科学教室）
Hitomi Sano

1年目
東京大学医学部附属病院にて臨床研修
臨床研修中は形成外科を回ることはなかったが、麻酔科を回った際に形成外科の手術を目にしたことなどから、形成外科に興味を持つようになる。もともと、陶芸や絵画など、何かを細かく作り上げるのが趣味であるため、形成外科の「形を作る」「きれいに仕上げる」という部分や、自らのセンスが問われる部分に魅力を感じた。

5年目
福島県立医科大学　形成外科　後期研修医

10年目
日本医科大学　形成外科　入局
日本形成外科学会専門医　取得
創傷外科学会　編集委員
日本医科大学の小川教授がメカノバイオロジーや変形性爪疾患の研究を進めており、研究分野が非常に近かったことから、大学院卒業後に日本医科大学へと医局を移した。

12年目
日本医科大学　形成外科学教室　講師（10月～）
講師という立場になり、外来や手術、研究に加えて、大学院生や後輩の研究の指導、医学部生への指導や授業を行うようになった。若い医師から学ぶことも多く、指導することが自分自身の成長にもつながっていると感じている。

1999 筑波大学　医学専門学群（現・医学群）入学

3年目
2005 **東京大学　形成外科　入局**
埼玉医科大学病院　形成外科　助教
2007 筑波大学に残ることも考えたが、将来的にも東京で働きたいと考え、東京大学の形成外科に入局。埼玉医科大学病院などの関連病院や本院を回り、様々な症例の経験を積んだ。

6年目
2009 **東京大学大学院　医学系研究科　外科学専攻**
形成外科分野　入学
2010 大学院生活の前半の2年間は、埼玉医科大学病院時代からのテーマだった難治性創傷や慢性創傷に関する再生医療の研究を行った。後半の2年間は日本医科大学へ国内留学し、メカノバイオロジーの基礎研究や、それを応用した変形性爪疾患の研究を行った。

11年目
2014 **会津中央病院　形成外科部長**
2015 **日本形成外科学会　社会保険委員**
日本形成外科学会　女性評議員
2016 **日本創傷治癒学会　評議員**

1 day

9:00 出勤
8:30 手術
16:00 病棟業務
18:00 カンファレンス
20:00 退勤
20:30 夕食
帰宅後に書類作成や論文執筆を行っている。
22:00 入浴
24:00 就寝

週1日　形成外科外来を担当。
週に1日半は研究に充てている。
当直は週に1～2日。

自分のセンスを活かしながら機能を回復させより美しく治す

見た目と機能の回復を担う

――まずは、形成外科というのはどういう役割を担う診療科なのか、教えていただけますか？

佐野（以下、佐）：形成外科は、体表に関して、見た目と機能を回復させる専門家です。皮膚や骨、筋肉を扱うため、皮膚科や整形外科の領域と重複する部分もありますが、形成外科の特徴は、主に「見た目と機能を回復させる」ところにあります。

――具体的にはどのような疾患を対象としているのですか？

佐：形成外科で診ることが多いのは、顔面骨骨折などの外傷や熱傷、合指・多指症、唇裂・口蓋裂などの体表の先天異常、皮膚や軟部組織の腫瘍、リンパ浮腫などですね。それに、他科から依頼を受け、腫瘍切除後の再建手術を行うことも多いです。乳がんの切除に伴う乳房再建などがそれにあたります。

機能を回復させるために、私たちは皮膚だけでなく、骨や筋肉、神経ごと移植する技術を持っています。例えば顔面神経麻痺の患者さんには、神経や筋膜・筋肉を移植して、表情運動を回復させる治療を行います。

再生医療とメカノバイオロジー

――先生のこれまでの研究についてお聞かせください。

佐：私は、創傷治療と変形性爪疾患を専門にしています。東京大学の大学院で学んだ4年間のうち最初の2年は、再生医療の知見を創傷治療にどう活かすか、ということをテーマにしていました。後半2年間は日本医科大に国内留学し、メカノバイオロジーの研究を始めました。

――メカノバイオロジーとはどういったものですか？

佐：「細胞は、体の中で様々な物理的刺激の影響を受けることで、その機能を維持している」という考え方のことです。再生医療では、細胞・細胞が育つ「足場」・成長因子の3要素を組み合わせれば組織を再生できる、と考えます。ですが、例えばそうして膝の軟骨を再生させても、薄くて弱い軟骨しかできないんですね。実は、膝の軟骨は、膝にあることで、常に重力や気圧などの物理的刺激を受けて存在している。メカノバイオロジーではその刺激に着目しまして、膝にかかっている圧と同じくらいの圧をかけながら細胞を培養すると、ちゃんと密度の高い軟骨が再生されてくるんです。

――2014年からは、ご所属を日本医大に移されましたね。

佐：ええ。日本医大の小川教授の専門がメカノバイオロジーだったこともあり、大学院修了後にそのまま所属を移したんです。現在は、メカノバイオロジーを応用した変形性爪疾患の治療法を研究しています。爪は常に下から圧を受けた状態で存在していて、それでも反り返らないよう、もともと巻き込む力を持っているんです。ですから、歩き方が悪かったり、寝たきりになったりして力のバランスが崩れると、すぐに巻き爪になってしまいます。でも、下から力を加えたり、爪の巻く力を抑えたりすれば、治療・予防できる。そういう新しい治療法のデータを取り、学術的に検証しています。

「きれいに治す」にこだわる

――先生は、どのように進路を選ばれたのですか？

佐：私はもともと、「仕事一筋でやっていこう」というタイプではなく、仕事とプライベートを両立できるような科に進みたいと考えていました。臨床研修を始めると、頭で考えるより手を動かす方が自分に向いているのかな、と思うようになり、選択肢がマイナー外科系に絞られていきました。

――その中で、どうして形成外科を選ばれたのでしょうか。

佐：子供の頃から、美術がすごく好きなんです。昔は芸術の道に進むことも考えたくらいで。集中して何かを作ったり細かい作業をしたりできる点で、形成外科に惹かれましたね。

――入局後は、どのように技術を身に着けていくのですか？

佐：まずは、「きれいに治す」ことを厳しく指導されます。切り方・縫い方によって、術後の見た目が全く違ってきますから。

基本的な技術を身につけたら、1～2年のスパンで様々な病院を回ります。同じ形成外科でも、大学や病院によって「うちはケロイド」「うちは再建」と各々得意分野があるので、専門医資格取得に向け、様々な関連病院を回って症例を集めました。

――患者さんの生死に関わるというより、治療後のQOLを見据え、いかに美しく仕上げるかが重要になってきそうですね。

佐：はい。医師個人のセンスが問われるところでもあります。学会などで形成外科医が集まると、いつも数ミリ単位の縫い方で、「こう縫うのがいい」「いや、こっちの方がいい」と熱い議論が交わされます（笑）。

――昨年からは日本医大の講師になられたそうですね。

佐：はい。これまでは診療と研究を両立してきましたが、今は教育にも携わるようになりました。若い人の研究を指導していると、時に驚くほど良い結果を持ってくることがあったりして、私自身も非常に勉強になりますね。私がこの10年余りで学んできたことを、患者さんや次世代の医師、世の中にどうやってお返ししていくかが、私の次の課題だと思っています。

経験10年前後の先輩に聴く「医師としてのキャリア」

浪口 孝治医師

（愛媛大学医学部　眼科学教室）

Koji Namiguchi

2000 愛媛大学医学部入学

3年次の研究室配属で眼科に所属。医局の先生方が非常に熱心に教えてくれ、かわいがってくれたことなどがきっかけで、眼科に興味を持ち始めた。

2006 1年目

松山赤十字病院にて臨床研修

2007 2年目

愛媛大学医学部附属病院にて臨床研修

臨床研修中に様々な科を回り、どの診療科に進むか考えた。もともと細かな作業が好きで、マイクロサージャリーに憧れたことと、診断から治療、その後のフォローまで一貫して診られるマイナー科に魅力を感じたことで、眼科への入局を決めた。

2008 3年目

愛媛大学医学部　眼科学教室　入局

指導医の先生と二人一組で入院患者の管理の仕方を学びつつ、担当患者の手術に助手として入り、手技を学んだ。また、外来の検査の補助業務を行い、様々な機器を一通り使いこなせるようにした。

2009 4年目

住友別子病院　眼科

2010 5年目

愛媛大学医学部　眼科学教室　愛媛県立南宇和病院　眼科

この頃から緑内障を専門とし始める。南宇和病院には、一人医長として赴任したが、県立中央病院から他分野の先生に週1回来ていただいて指導を受けたり、大学病院から緑内障専門の先生に定期的に来ていただいたりと、充実した環境だった。

2012 7年目

住友別子病院　眼科

2014 9年目

愛媛大学医学部　眼科学教室　助教

大学病院に戻ってからは、専門である緑内障の手術と管理を主に行っている。その一方、緑内障以外の分野の学会や勉強会に積極的に参加し、知識を広げている。

1 day

7:30 起床

8:30 出勤

9:00 外来

13:30 手術

手術をするのは、月・水・金の週3日。

17:15 病棟回診

病棟回診後は学会発表準備や論文作成を行っている。

20:00 帰宅

QOLに直結する患者さんの“Quality of Vision”を守り、向上させる

Quality of Vision

――先生のご専門と現在のお仕事について教えてください。

浪口（以下、浪）：現在私は、大学病院で緑内障を主に診ています。緑内障を専門とする勤務医は県内では数少ないので、難しい手術が必要な緑内障の患者さんは大学病院に集中することになります。

若い方々には想像できないかもしれませんが、緑内障は今や日本における失明原因の第1位です。自覚症状に乏しく、気がついた時には深刻な状態になっていることも多いので、早期発見・早期治療を促す公衆衛生的な関わりも重要です。日本緑内障学会では、「緑内障週間」に建物を緑色にライトアップするなど、啓発活動にも力を入れているんですよ。

人間にとって眼から得る情報は、非常に大きなウェイトを占めており、重大な視力低下や視野狭窄は、ＱＯＬを著しく低下させます。私たちはよくＱＯＬをもじってＱＯＶ（Quality of Vision）というのですが、眼科では手術によって患者さんのＱＯＶ、そしてＱＯＬが劇的に向上することも多い。手術前は車椅子を使っていた患者さんが、手術後に自分の足で帰っていったり、次にお会いした時にお化粧をしていらしたりする姿を見ると、すごく嬉しいですね。

眼科医としての成長の過程

――眼科に入局後は、どのような経験を積んでいくのですか？

浪：まずは入院患者さんの担当から始めます。新しく患者さんが入院するための事前サマリーの準備や手術の申し込み、入院管理をします。例えば白内障の患者さんだと3～4日で退院になるので、入れ替わりが多くかなり忙しいです。また、外来の検査の補助も重要な仕事です。眼科では、視力検査・眼圧測定・眼底写真の撮影等、ほとんどの検査を自分たちで行います。機械の種類がとても多いので、覚えるまではなかなか大変です。

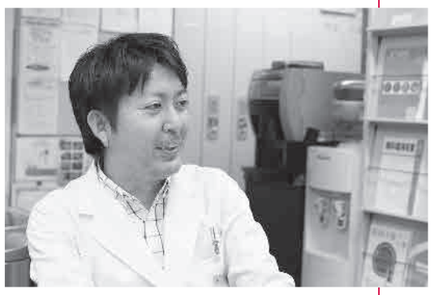
――手術の手技は、どのように身につけてこられましたか？

浪：眼科の手術は顕微鏡下で、執刀医が顕微鏡のメインカメラを使い、助手が側視鏡から止血等の補助に入るような形で行います。執刀医の視野はモニターに全て映っていますから、それを見て勉強させていただいたり、助手として手術に入ったりして、部分的な縫合から始めて、少しずつできる範囲を増やしていきます。私の場合、最初に執刀医として手術を行ったのは入局1年目、大学病院での手術でした。最初の数件は上司の管理下で手術に入りました。

――その後、中核病院に出られたんですね。

浪：はい。入局2年目から勤務していた住友別子病院では、外来で診た自分の患者さんの手術をするようになりました。かなり手術件数が多い病院だったので、そこで技術が身についたなという実感があります。

当院の医局では、入局後1～2年は大学で基礎的なことを学び、3年目ぐらいから地域の中核病院でたくさんの経験を積んで、技術を定着させることが多いです。そうして白内障などの一般的な症例・手術を外の病院で学んだ後、徐々に自分の専門を深めていくことになります。



色々な科を見て選択を

――「需要に対して、眼科医の数が多い」というような話を聞いたことがありますが、実際のところはどうなのでしょうか。

浪：そんなことはないと思いますよ。眼科の入局者数は減少傾向ですし、勤務医としてある程度難しい疾患を診る眼科医の数は、全国的にも不足しているように思います。高齢化によって眼科の患者さんも増えており、眼科の勤務医のニーズは増えているというのが、私の実感です。

――先生ご自身が眼科を意識したきっかけは何でしたか？

浪：学生時代の研究室配属で非常に熱心に教えていただいたことですね。もともと細かい作業が好きで、手術ができる科がいいなと思っていたんです。特にマイクロサージャリーには憧れがありました。また、眼科は診断から治療、その後のフォローも自分一人で行える点も魅力的でした。

でも、実際に眼科を選ぶまでには、葛藤もありました。医学部には「命に関わる仕事をするんだ」と意識して入ってくる人が多いのではないかと思いますが、眼科は人の命に直接関わる科ではありません。決断するぎりぎりまで同級生や他の先生とも色々話しましたね。最終的には、どの科であろうとスペシャリストになるという点では変わらない、という考え方のもとに眼科を選択しました。

――診療科選びに迷う学生には、どんな声をかけますか？

浪：眼科に限った話ではありませんが、色々な診療科を実際に見て、自分が良いと思うところを選べばいいと思いますよ。私はスーパーローテーションで様々な科を回ったので、納得して決めることができました。他科を回らずに眼科に入っていたら、もっと悩むことがあったかもしれませんね。どの科も患者さんのＱＯＬの向上を目指している点では同じですし、我々眼科医もそのために頑張っているということは、学生や研修生に必ず伝えるようにしています。

医賠責保険料を引き下げ 研修医・30歳以下の勤務医の 会費負担をできるだけ少なく

日本医師会の 医師賠償責任保険

日本医師会の医師賠償責任保険の特長や、日医入会のメリットについて、日本医師会常任理事の市川朝洋先生に伺いました。

医療事故や損害賠償への備え

夏休みのこの時期、医学部6年生の多くは研修先の希望を決め、国家試験に向けた勉強に拍車がかかってくる頃かと思います。そして、医師免許を取得すれば一人の医師として診療や診察に携わることになります。

実際の現場では、医師も医療機関もミスや事故を防ぐために様々な取り組みをしています。しかし、リスクをゼロにすることはできません。治療や検査のために行ったことが、思わぬ結果を引き起こしてしまうリスクは誰もが負っています。また、患者さんの期待が大きければ大きいほど、期待通りの結果にならなかったときに、医師や医療機関の診療や診察に問題があったのではないかと考えられ、損害賠償請求につながることもあります。

患者さんから見れば研修医であっても医師であることには変わりはなく、責任を負う事には違いはありません。実際に医療事故において、研修医の責任として高額の負担を負ったケースもあります。医師として診療にあたるうえで医師賠償責任保険（医賠責保険）への加入は必須のものと言えるのではないでしょうか。

日医医賠責保険の特長

日本医師会では、研修医や勤務医もA会員（表）になると、新たな手続きなしで医賠責保険の補償を受けられます。

医賠責保険は、様々な形で募集されていますが、日本医師会の医賠責保険（日医医賠責保険）には他にはない、事故に関する調査・相手との交渉・訴訟や示談まで含めた総合的なサポート体制を有するという特長があります。

事故が発生すると、通常は当事者や保険会社との交渉や弁護士の選定、訴訟になれば裁判所に行く必要も出てきます。その間、仕事は滞り勤務先や患者さんにも影響が生じてしまいます。

特に医療事故は他の事故と違い、専門性が高いため診療等に過失があったのかの判断が難しいという特徴があります。日医医賠責保険は都道府県医師会・日本医師会・保険会社が全面的にバックアップし、医療事故に詳しい弁護士への委嘱をはじめ調査から相手方との交渉・訴訟を全面的にサポートします。

「日医医賠責保険は、日常の診療が忙しい医師の心身の負担を極力減らせるようになっています。医師が安心して診療に従事できる環境を整えることは日本医師会の役割の一つです。

大きな病院では、医療事故が起きた際に担当医師個人に対しても損害賠償請求を行うケースも増えています。しかし、病院が加入している保険によっては勤務医個人の責任については補償の対象とならないこともあります。日医医賠責保険は医師個人が対象なので、勤務先がどのような保険に入っているかにかかわらず、医療事故に備えられます。日本医師会に報告される医療事故は年間300件ほどですが、その中には医療機関に責任はあっても担当医師個人の過失による事故とはいえないようなものもあります。開業医だけでなく勤務医・研修医も加入していると安心な制度です。」

勤務医・研修医の会費引き下げ

日本医師会の会員になると、医賠責保険による医療事故のサポートだけでなく、生涯教育制度・医師資格証の発行・医師年金など様々なサポートやサービスを受けることができますが、2018年4月より勤務医・研修医の医賠責保険料の引き下げに伴い、日本医師会の会費を引き下げることにしました（表）。特に30歳未満の勤務医や研修医に関してはできるだけ会費負担が少なくなるように、医賠責保険料の一部を日本医師会が負担し、非常にリーズナブルな水準になります。

「日本医師会の強みは豊富な情報量です。医療に関する新しい制度や法律ができたときには、講演会等を日医が開催していて、そこで色々な方が勉強しています。また、医師会は、現場の医師の声を集めて必要なところに届けることを目的とする団体です。医療制度に現場の声を反映させ、これからの医療をよくしていくためには、若手の皆さんに日本医師会に参画してもらうことが不可欠ですし、そのことが、現場で働く皆さん自身の働きやすさにつながっていきます。今回の会費改定を機に若い皆さんにも是非日本医師会に入会していただきたいです。」

市川 朝洋日本医師会常任理事

（表）研修医・勤務医の日本医師会費（2018年4月～）

会員区分	会費内訳
A②B会員 （勤務医で日医医賠責保険に加入）	68,000円 うち、40,000円は日医医賠責保険部分
30歳以下のA②B会員 （勤務医で日医医賠責保険に加入）	39,000円 うち、11,000円は日医医賠責保険部分
A②C会員（減免適用後） （研修医で日医医賠責保険に加入）	15,000円 うち、15,000円は日医医賠責保険部分

※現在、研修医については会費減免を適用しています。
B・C 会員は日医医賠責保険の対象外となります。

COLUMN 日本医師会医師賠償責任保険のメリット

専門家が調査・審査

日本医師会医師賠償責任保険には、大きなメリットが二つあります。
まず、日医医賠責保険には、各科の専門の医師・医療の知識を持った弁護士、保険者などで構成される、中立的な調査・審査機関がある事です。事故を一つひとつ調査し、賠償責任の有無や額を判断します。（民間の医賠責保険では保険会社が判断しています）専門家による調査・審査が行われることは、医師の安心につながります。

交渉や訴訟は医師会が全面的にサポート

また、医師ができるだけ矢面に立つことなく紛争を解決できるよう、交渉・訴訟には医師会が全面的にサポートする仕組みが整っています。
弁護士に委嘱する場合でも民間の医賠責保険では自ら弁護士の手配を行わなければなりませんが、医師会は医療を専門とする弁護士の手配から費用負担まで、当事者に代わって行います。解決までにかかった争訟費用も医賠責保険で補償されます。

勤務先にかかわらず補償

日医医賠責保険は会員個人を対象としているので、勤務先を変更した場合や複数の医療機関で診療を行う場合であっても1事故1億円まで補償の対象となります。
医療事故の被害者には充分な補償がなされるとともに、会員医師自身が安心して診療を行えるようにするための仕組みが整っています。

医師の働き方を考える

患者のため、そして医療従事者のために より良い制度を作っていきたい

～医系技官　松永 夏来先生～

今回は、臨床を経験した後に医系技官として厚生労働省に入省し、現在は地域医療に関する制度設計や医師の勤務環境改善に携わる、松永夏来先生にお話を伺いました。

語り手
松永 夏来先生
厚生労働省　医政局総務課　課長補佐
（地域医療計画課・勤務環境改善室併任）

聞き手
島崎 美奈子先生
東京都医師会　理事
大橋眼科クリニック　院長

医系技官を目指した理由

島崎（以下、島）：松永先生は、臨床を経験後、医系技官として厚生労働省に入省されています。近年では採用試験の実施回数も年2回に増え、医系技官を目指す方も増えているそうですが、先生が入省しようと思った理由を教えていただけますか？

松永（以下、松）：私は医系技官になる前、国立がん研究センター中央病院にレジデントとして勤務していました。そこで日々患者さんの診療を行ううち、がんについての教育や啓発を行うことで状況を改善できるのではないかと考えるようになったのです。また、一緒に働く医療従事者の方々が一日中職場にいるような状況を見て、このままでは自分自身も含め、医療提供体制が維持できないのではないかとも感じていました。そこで、制度を変えることで医療界全体を良くしたいと思い、医系技官になろうと決めました。

島：素晴らしい視点ですね。多忙な臨床の現場にいると、そうした客観的な視点はなかなか持ちにくいかと思うのですが、何かきっかけがあったのですか？

松：レジデント修了後の進路に迷いがあったこともあり、視野を広げるため、できるだけ患者さんや様々な職種の方とお話しする機会を作っていたことが大きかったように思います。また、多くの人と話すうち、自分はがん治療の専門的なことは語れても、医療提供体制に関する質問や、国民の医療への不安にはうまく答えられないことに気付いたのです。とても悔しくて、もっと医療の基本的なことを理解し、自分の言葉で説明したいと思うようになりました。その気持ちが、医療界全体を見渡すことのできる医系技官への関心につながったように思います。

医系技官になってからの仕事

島：医系技官になってからのお仕事についてお聞かせください。

松：最初に配属されたのは診療報酬の担当部署でした。平成26年度の診療報酬改定に携わり、1年目には、入院基本料や外来の診療料などの制度設計を行いました。この経験により、医療の動きの全体像を把握することができました。

インタビュアーの島崎先生。

2年目には、診療報酬に関して、医療技術面を評価する担当になりました。特に勉強になったのは、医療技術評価分科会での仕事です。そこは学会からの様々な提案を受け入れるところで、私が担当をしていた2年間だけで、900件ほど提案書が届いたんです。その提案書を全て読んだことで、今医療界で何が課題になっているのか、身をもって知ることができました。

島：その後は文科省に出向されていますね。

松：はい、学校教育の中の保健体育を担当する部署でした。私はもともと予防に関心があったので、ぴったりの仕事を頂けたなと思っています。この時は、がん教育において医師が外部講師として学校に入り、教科担任と一緒に授業をすることを提案し、授業のガイドラインの作成にも携わりました。現場を知る医師が、子どもたちに正しい知識と命の大切さを説明することで、より子どもたちの心に響く授業になるのではないか、また、教える医師自身も初心に立ち戻る良い機会になるのではないか、という思いで取り組みました。

現在は厚生労働省で医療法の改正等に関わっています。特定機能病院や地域医療支援病院といった分野が現在の主な担当です。

島：医師としての臨床経験は、今のお仕事に活かされていると感じますか？

松：はい。臨床を経験してから入省したことで、より現場の医師の感覚に近い立場から発言できることが、私の強みだと思っています。かつての私がそうだったように、多くの医師にとって、法律や制度は身近に感じられるものではないと思うんです。臨床で忙しいところに、「制度が改正されたので、今度からこれをやってください」と突然言われても、納得がいかないこともあるでしょう。ですから、なぜこの制度が必要で、どのように有効なのかわかりやすく説明することは非常に重要です。私は医療現場と制度設計の両方を知る立場として、現場の医師の方々に的確に情報を伝えられる存在でありたいと考えています。

これから取り組みたいこと

島：今後、どのようなことに取り組んでいきたいと考えていらっしゃいますか？

松：医師の働き方改革に力を入れていきたいです。この4月から勤務環境改善室の担当も併任し、取り組みを始めています。

島：「働き方改革」は今後の社会の大きなテーマですね。これまで改革の例外のようにされてきた医療界でも、長時間労働を是正する方向へ徐々に動いています。一方、例えば「若手医師が早く帰ると、学びの機会が失われるのではないか」などと危ぶむ声もあり、様々な意見のバランスを取っていくのは非常に難しいのではないでしょうか。

松：ええ。医師は応招義務があるなど、非常に特殊な職種ですから、改革も一筋縄ではいかないことが多いと思います。しかし、何も手を付けないままでは状況は変わりません。例えば、勤務終了後に一定以上の休息時間を設ける「勤務間インターバル」の導入を促すなど、様々な方法を視野に入れ、国民も医療従事者も、皆が納得し安心できる制度を設計していきたいと考えています。

島：最後に、医学生へのメッセージをお願いします。

松：医系技官は患者さんを直接診療する仕事ではありませんが、政策に関わることができるため、その影響力は非常に大きいです。医療界をこう変えたいというビジョンがあるのであれば、是非将来の選択肢の一つとして考えてほしいと思います。仕事の成果がすぐに返ってくるわけではなく、粘り強さは必要ですが、その分大きなやりがいにつながる仕事です。私も、患者さん、そして医療従事者の皆さんのために世の中を良くしたいと思いながら、いつも仕事をしています。

島：厚労省の方々も医師会も、一緒に医療をより良くしようとしていることを、若い方にも知っていただけると嬉しいですね。本日はありがとうございました。

学生の能動的な学びをサポートする

医学教育はいま、大きな変化の渦の中にあります。臨床研修必修化はもちろん、医学研究の成果や新しい技術の開発に伴い学習内容は増加し、新しい取り組みがどんどん進んでいます。そんな医学教育の展望を開く最前線の試みをシリーズで紹介します。

2023年より、米国医師免許試験（USMLE）を受験するためには、アメリカ医科大学協会か世界医学教育連盟の基準による認証を受けた医学部の卒業が条件になる（いわゆる「2023年問題」）。これを受けて、わが国の医学教育は大きな変革の時を迎えている。

今回は、日本の医学教育の現在のトレンドとそのねらい、今後の課題について、国内唯一の医学教育共同利用拠点である岐阜大学医学教育開発研究センターの藤崎和彦先生にお話を伺った。

「アウトカム基盤型教育」がトレンドに

医師に求められる医学的知識は増え続けており、医学部での卒前教育で必要な知識を網羅することはもはや現実的ではない。それゆえ、新しい知識や技術を能動的に吸収し、次々に現れる新しい問題を解決する能力と習慣を早くから身につけることが重要視されるようになってきた。こうした議論は20世紀後半から活発になされており、講義中心の受動的な学習を見直す動きが徐々に進んでいる。

その流れの中で、世界の医学教育のトレンドとなっているのが、アウトカム基盤型教育（Outcome-Based Education, OBE）だ。現在、日本の教育機関においても、国際基準に準拠するべくOBEの導入が進められている。

「日本の医学教育においては、コア・カリキュラム等の形で『何を教えるか』を設定し、定期試験等によって『何を覚えているか』を評価する教育が行われてきました。一方OBEでは、教育機関はまず『どういう医師を育てるか』というアウトカムを設定し、その目標を達成できるような教育を設計することになります。」

OBEの導入・実践のためには、教員・学生側双方が「目指す医師像」を意識する必要がある。しかし大学入試は「与えられた問題で高得点を取る」ことが目的とされており、それを突破するために受験勉強に邁進してきた学生が、医学部に入った途端に「目指す医師像」を意識し、主体的に学ぶように言われても、なかなか難しいかもしれない。学習に対する主体性は、言われればできるようなものではなく、学習者の動機に適切に働きかけることによって、徐々に高まっていくものではないだろうか。

「医学部の教育は、今後、学生のモチベーションを高め、『こんな医師になりたい』というアウトカムの達成を助けるものに変わっていく必要があります。

学生がアウトカムを意識するための手段の一つとして、Early Exposure が挙げられます。低学年のうちから、様々な形で医療の現場に出て、実際に働いている医師の姿を見たり、病院の外で、自分たちが将来医師としてかかわる患者さんたちが日ごろどのように暮らしているのかを知る。医療の現場で起きていることと、自分が医学部で学んでいることとの連続性を感じることが、学習者のモチベーションにつながるでしょう。」

学習者の動機に働きかける

能動的な学習のための手法としては、PBL（Problem Based Learning）チュートリアル教育も注目されており、導入している大学も多い。PBLチュートリアル教育では、提示された事例から問題を設定し、解決方法を探る問題発見・解決と、チューターの助言のもと少人数のグループ討論で学習を深めていく過程を同時に行う。岐阜大でも、1995年からこのシステムを導入してきたという。

「具体的には、毎週月・木曜日の1時間目のコアタイムで、症例シナリオを提示することからスタートします。コアタイムでは、各自がシナリオから疑問点を発見し、グループで議論し、学習課題を整理します。その後自己学習の時間で教科書や論文を読み、次回のコアタイムで学習成果を共有します。この繰り返しが岐阜大の『PBLチュートリアル・システム』（図）です。このとき教員は知識を直接与えるのではなく、学生が自分の力で必要な知識を獲得することができるように、問題解決のプロセスをサポートする黒子役に徹します。本学では、2～4年次に学ぶ全ての専門科目がこの形式になっており、学生の主体的な学びをサポートしています。」

講義と試験の繰り返しだった4年次までの学習プロセスにPBLを導入することは、一定の効果を生んでいるようだ。藤崎先生は、今後は臨床実習等においても、学生が使命と役割を持ち、主体的に参加できるような仕組みを作っていく必要があると指摘する。

「臨床実習は、科によっては見学が中心になってしまうのが現状ですが、指導者が使命や役割を伝え、学生の主体性を引き出すようなアプローチができるといいですよね。そのためには教員側の意識の変革も必要だと考えています。教育する側にも余裕がなかったり、動機づけがうまくいっていなかったりすることもあります。海外の臨床教育の現場を見学に行くと、教育者のモチベーションが上がるんですけどね。見学に行く時間を作るのも簡単ではありませんが、そうやって教育する側の動機づけをしていくことも、国内唯一の医学教育の共同利用施設としての使命かと思います。」

医学生も医学教育を自分ごととして考えよう

最後に、医学生へのメッセージをお願いした。

「私が大学院に入学した時に、医学教育学を学びたいと言ったら、変わり者扱いされました。しかし今は2023年問題もあり、医学教育の重要性の認識は深まりつつあると思います。

各大学で、医学教育のカリキュラム等について、学生と教員が意見交換する機会も設けられているはずです。そういう機会を活かし、自分たちの学習をよりモチベーションの高まるものにしてもらいたいと思います。医学教育学会等に足を運べば、様々な取り組みや実践の話も聞けます。関心がある方はぜひ参加してみてください。」

岐阜大学テュトーリアル・システムの5−STEP

①疑問点の発見	わからない点、学ぶべき点、興味
②疑問点の議論	現有知識で議論し、仮説を立てる ・**基礎**に立ち返る（解剖、生理、生化学など） ・**仮説**を立てる（病態、疾患、鑑別、臨床推論） ・**相互関係**を図示する
③学習課題の整理	次回までの学習目標を各自考える
④自己学習	講義、実習、図書館、コース担当教員に質問
⑤学習成果の共有	次回のコアタイムで振り返る

岐阜大学医学教育開発研究センターホームページをもとに作成

藤崎 和彦先生

（岐阜大学　医学教育開発研究センター　センター長・教授）

北海道大学医学部医学科卒業。大阪大学大学院医学系研究科博士課程単位取得退学。専門は医学教育・医療行動科学・医学概論。2005年より現職。

research

難病の病態解明から治療開発へ

東京医科歯科大学　発生発達病態学分野
教授／細胞治療センター長　森尾 友宏

東京医科歯科大学医学部は、難病診療の拠点機関であり、免疫疾患・消化管疾患・神経疾患・硬組織疾患など、様々な領域でトップレベルの診療を行っています。高度な医療を支えるのが、基礎研究です。学生数 5,000 名以下の small university では日本第1位、世界第 12 位の実績を誇り、医歯系総合大学として唯一「研究大学強化促進事業」に選ばれ、この規模ながら分子生物学や免疫学領域では高インパクト論文数で日本のベスト 10 にランクされています。医学部では特に、ゲノム医学・分子生物学・システム生物学・発生学・再生医学・工学などを融合した研究が進み、附設される難治疾患研究所、生体材料工学研究所や歯学部との密な連携から、独自の研究が行われています。再生医学分野では、国内トップを走る消化管再生・軟骨再生研究に加え、硬組織再生・毛根再生・心筋再生などの領域で独自の基礎研究が進展しています。臨床へ展開する細胞調製・検査施設も国内トップクラスです。免疫領域においては、基礎分野では好塩基球や単球・樹状細胞の分化や機能を、臨床分野で難治免疫疾患の原因を次々と明らかにし、それらを診断や治療の面で、免疫難病の診療現場につなげています。硬組織・運動器研究では、軟骨・腱・歯胚原基の発生・分化を多面的に解析し、歯学部との連携の中でも独自の研究を行っています。神経研究には長い伝統がありますが、最近では日本発の分子標的核酸医薬の基盤技術として「ヘテロ二本鎖核酸による治療」開発を先導しています。不整脈や腎臓などの領域でも飛び抜けた研究が行われています。オートファジーやゲノム解析の基礎学者は学外でも活躍し、医学部の研究者と連携を保ちながら、難病の病態解明に当たっています。本学医学部の特徴は、先端研究の学内連携・国内連携であり、難病診療拠点として基礎から患者さんの現場につなぎ、また患者さんの病気から基礎生命学を知る、真に両方向性の研究を実践していることにあります。その研究は疾患、特に難病を意識し、そして世界を意識したものであり、その精神は医学科学生にも浸透しています。

Education

研究マインドと国際人の育成

東京医科歯科大学　臨床解剖学分野
教授／医学科教育委員長　秋田 恵一

東京医科歯科大学医学部医学科では、「医学の発展を担う指導者を育成する」という教育理念のもと、「広い視野と高い倫理観」「自ら問題を提起して解決」「国際人としての意識」の醸成を教育目標としています。その目標達成のため、カリキュラムの中心に「研究マインドを育む」ことを据えています。本学では、基礎医学・臨床医学の座学が終わったあと、そして臨床実習の前に、第4学年の学生全員がプロジェクトセメスターと呼ばれる5か月間（夏休みを含むと6か月間）の研究実習を行っています。この実習は、基礎・臨床を問わず、自分の興味に合わせて学内の研究室に所属して行われるものです。この期間、2割程度の学生は海外の協定校の研究室で研究を行っております。また、第2学年から研究実践プログラムがあり、放課後の時間を使って、研究の体験を積むことができます。

また、本学では「国際人」を、常に「世界」という広い視点で考え行動する、生命科学研究、国際保健／医療政策、医療産業分野などのリーダーやフロントランナーと位置づけています。そのような人材を育成するために、Health Sciences Leadership Program (HSLP) という複数年にわたる完全英語履修のリーダー養成選抜プログラムなどを開講し、学生の「視野拡大」「資質獲得」「コミュニティ形成」「ネットワーク構築」のための効果的・効率的な機会を提供しています。この学習の成果をもって、多くの学生が海外の大学で臨床実習を行っています。

さらに、本学の教育資源・研究資源を最大限に活用し、歯学科の学生との医歯学融合教育の期間を設け、頭頸部に関することや、全人的医療について考え、学ぶ授業も取り入れております。

このような様々な経験を通じて、将来国際的に活躍する人材がたくさん育ってくれることを期待しています。

LIFE

学生の「やりたい」をサポートしてくれる環境

東京医科歯科大学　医学部　医学科　5年　八尾 健太

東京医科歯科大学の特色の一つは、医療系総合大学である点です。医科歯科大には医学科のほか保健衛生学科と歯学部もあり、1年次は全員同じ国府台キャンパスで学びます。全学科が混ざった少人数グループでディスカッションする、教養総合講座という授業が印象に残っています。

医科歯科大は小規模な大学で、1学年あたり医学科と歯学科で150名、全学科をあわせても300名ぐらいですし、部活動も合同のものが多いので、学年みんな顔なじみになりますよ。歯学科とは医歯学融合教育も行われていて、これも医科歯科大ならではだなと思います。

4年次にプロジェクトセメスターという最長6か月の研究実習期間があります。この期間は通常の講義がなく、自分が興味を持った分野の研究に専念できます。海外の研究室に行くこともできて、毎年2割程度の学生が海外で研究を行います。僕もこの期間にロンドンへ留学しました。日本とは全く違う環境で、言語も考え方も違う人たちと一緒に研究してみて、価値観が変わるような体験でした。その他にも、選考で選ばれた学生が6年次にハーバード大学医学部関連病院で臨床実習を受けることができるプログラムなどもあります。このように、留学に力を入れている点も医科歯科大の特徴だと思います。

入学時に英語が得意でなくとも、英語のスキルアップのためのプログラムが色々と用意されているので、本人の意欲があれば、力をつけていけますよ。

» 東京医科歯科大学

〒113-8510 東京都文京区湯島1丁目5番45
03-3813-6111

» 群馬大学

〒371-8511 群馬県前橋市昭和町３丁目39番22号
027-220-7111

LIFE

多様なバックグラウンドの仲間たちと切磋琢磨

群馬大学　医学部　医学科　5年　安部 遥香

群馬大学の医学部の特徴の一つとして、1学年の人数が比較的多く、様々な背景の学生がいることが挙げられます。1学年約 130 名のうち、他の大学・学部からの編入学が 15 名程度、推薦入試や地域枠等もあり、多様なバックグラウンドを持った仲間たちと学ぶことができます。また、群馬大学には保健学科もあり、希望すれば「多職種コミュニケーション」という保健学科と合同の授業にも参加できます。この授業では、医学科と保健学科合同の少人数グループでロールプレイを行います。このように、一緒に勉強する仲間から様々な刺激を得られるのは群馬大学の大きな魅力ですね。

群馬大学には、学生3〜4人に対して先生が1人ついてくれるチューター制度があって、普段の勉強や生活について相談できるようになっています。気にかけてくれる人がいると、「格好悪いとこ見せられないから頑張ろう」という気になるんですよ（笑）。テストも工夫されていて、実際のご献体を前に、実地で行う解剖学のテストや、「○○について知っていることを書きなさい」と、A３の真っ白な紙に4時間かけて解答した細菌学のテストが印象に残っています。大変でしたが、普通のペーパーテストよりも学んだことが頭に残りますし、先生方が工夫してくださってるんだなと感じます。図書館は 24 時間使えて、みんなで協力して勉強できるグループ学習室もあります。色々 な形で、学習のモチベーションを高める工夫をしてくれているなと感じます。

Education

アウトカムを基盤とした教育

群馬大学　医学部　教務委員会
医学科部会長　松崎 利行

群馬大学医学部医学科では、卒業時に目指す学生の姿として「SES について生涯自己研鑽を続けることができる学生」を掲げています。SES は Science、Ethics、Skill の頭文字で、それぞれ「科学的知、倫理、技能」をあらわしています。医学・医療は自然科学の上に成り立ち、かつ社会の中で人を対象として行われるものであり、医師を目指す者は SES すべてをバランスよく修得する必要があります。具体的には本学では初年度の教養教育から基礎医学・臨床医学を学ぶ６年間で、医師として重要な以下の８つの力（アウトカム）を身につけます。①自己省察力、②知識の獲得と知識を応用する力、③コミュニケーション能力、④チーム医療の中で協働する力、⑤基本的な総合診察能力、⑥地域医療の向上に貢献する能力、⑦医学研究を遂行する能力、⑧自己研鑽。これらのアウトカムを基盤としたカリキュラムの中で、本学に特徴的なカリキュラムとして、（1）医療安全・医療倫理教育の充実、（2）多職種連携を学ぶ実習の充実、（3）参加型臨床実習の充実、（4）シミュレーション教育の充実が挙げられます。（1）では低学年からケーススタディやグループ学習を取り入れて医療安全・医療倫理を段階的に学びます。（2）では低学年から附属病院、地域の介護老人保健施設、医学部保健学科との合同実習等で多職種連携を学びます。（3）の参加型臨床実習では附属病院のみならず、群馬県内および近県の病院や診療所と連携を図り、一次医療から三次医療までを学びます。（4）の附属病院のスキルラボセンターは国内屈指のシミュレーター設備を有します。低学年から高学年まで様々な実習で活用し、医療技術の習得が可能です。このように恵まれた設備と環境と人に支えられながら、世界でも地域でも活躍することのできる医師を輩出すべく、学修をサポートしています。

research

研究者とPhysician Scientistの育成

群馬大学大学院　医学系研究科長／医学部長　石崎 泰樹

群馬大学医学部では MD-PhD コースを設定し、医学部2年生から研究室で研究指導を受けることが可能です。もともと基礎研究医養成のために基礎系の研究室で指導を受けるシステムでしたが、臨床系の研究室で指導を受けることも認め、より広くリサーチマインドを持つ臨床医の育成も図っています。このコースに登録すると、大学院の共通科目（「基礎連続講義」という特定の領域の基礎的知識から臨床応用までシームレスに学ぶことができる講義と「医学基礎技術実習」という将来どの分野に進んでも役立つ基礎技術を習得できる実習）を先取り履修することができます。大学院の講義は社会人大学院生用に夜間や夏期休暇中にも開講されているので、医学部生は放課後あるいは夏期休暇中にこれらの科目を履修することが可能です。また MD-PhD コースの履修者の中で特に基礎研究医志望の学生対象に卒前・卒後一貫 MD-PhD コースが設定されています。このコースの履修を希望する者は選抜試験を受験し、合格するとコースプレ履修者となり、大学院の共通科目のみならず専門科目（専門講義・専門演習・専門実習）も受講することが可能になります。プレ履修者が学部卒業後直ちに基礎系の大学院に進むとコース履修者となり、初期臨床研修をしながら同時に大学院での研究指導を受けることになります。

このように群馬大学大学院医学系研究科・医学部では基礎研究医とリサーチマインドを持つ臨床医の両者を育成しています。その成果として、重粒子線を主軸とするがんの治療戦略開発を目的とする統合腫瘍学、生活習慣病の病態解明およびそれに基づく治療戦略開発を目的とする内分泌代謝・シグナル学、神経・精神疾患に対する治療戦略開発を目的とする神経再生医学、寄生虫病などの感染症の病態解明とそれに基づく治療戦略開発を目的とする感染症学などで画期的な成果を挙げています。

» 九州大学

〒812-8582 福岡県福岡市東区馬出3丁目1番1
092-641-1151

LIFE

学生の自主性に任せる校風

九州大学　医学部　医学科
5年　秋山 元太／同　5年　山崎 陽平

山崎：僕たちは現在、病院実習中です。診療科によって参加型の場合も見学型の場合もありますが、学生が「やりたい」と言えばどんどん参加させてくれる雰囲気があります。
秋山：講義の出欠がすごく厳しいということもなく、先生たちが学生の自主性に任せてくれているのかな、と思います。もちろん試験など、やるべきことはやっていることが前提なのですが。全体的な雰囲気としては、まじめにコツコツやるタイプの学生が多いと思います。
山崎：九大全体の特徴なのですが、アジアとのつながりが深く、アジアからの留学生も多いです。授業中に韓国の大学のオペ室と回線を繋いで、手術の生中継をしたこともありました。
秋山：九大は総合大学で、1年生の時は伊都キャンパスで他学部生と一緒に授業を受けます。全学の部活やサークルに入る学生も多いですね。僕は医学部のフットサル部に入っているのですが、フットサルの部活は医学部にしかないので、逆に全学の人が参加しているんですよ。
山崎：僕は全学のオーケストラに所属していました。医学部以外にも友人がたくさんできてよかったです。
秋山：九大の学生は、九州出身者が多いです。みんな地元愛が強く、九大病院には九大が好きで帰ってくるOBもたくさんいますね。福岡は、食べ物がおいしくて住みやすい場所です。博多駅周辺、天神周辺に出れば何でもあります。アルバイト先も色々あるので、家庭教師や塾講師以外のことをやっている人も多いです。みんな思い思いの学生生活を送っているので、誰に聞いてもやっていることが違っていて面白いですよ。

Education

先端の医療と研究を担える医師へ

九州大学大学院医学研究院
副研究院長（教育）　康 東天

九州大学医学部のキャンパスは福岡県庁の真向かいにあり、福岡市内の交通至便な場所に位置しています。本部がある伊都地区から遠く離れていることから、入学後1年間は基幹教育と称する昔の一般教養に当たる科目を伊都地区で、2年次からの専門教育は医学部キャンパスと、ほぼ完全に分離しています。広い視野をしっかりと養って、医師・医学研究者への道を歩んでほしいとの私たちの願いも込められています。専門課程にあっても、同窓会の協力などもあり知識偏重な学生とならないように課外活動の支援にも力を入れています。約1年半ずつの基礎医学・臨床医学講義を経て、5年次からは1年かけて全臨床科を回る臨床実習Ⅰと、6年次からは5つの希望科を1か月間ずつ勉強するクリニカルクラークシップと、2種類の臨床実習を用意しており、幅広く必要な知識と医療技術を獲得するとともに、自主的で能動的な選択肢を用意することで本人の興味ある分野を深く学べるよう工夫しています。また研究への興味を涵養するために、3年次の1か月間の基礎研究室配属だけでなく、おそらくは他大学で例がないと思いますが6年次4月にも研究室配属期間を設けています。また5年次からMD-PhDコースもあり、本格的な基礎医学研究を経て医学博士号を得て、医学部5年次に復帰する学生が毎年1〜2名います。海外交流も充実しており、毎年、韓国の釜山、仁済、慶尚大学医学部の学生計9名が臨床実習を、タイのマヒドン大学医学部の2名の学生が基礎医学研究体験を1か月間しています。九大の学生も計7〜8名程度が韓国の3大学で、また合わせて10名前後がドイツのグーテンベルク大学と米国のクリーブランドクリニックで臨床実習を行っています。厳しい勉学ですが自主性を重んじ、課外活動、国際交流と豊かな経験を積むことができる九州大学医学部です。

research

幅広い分野で世界最先端の研究

九州大学大学院医学研究院　副研究院長　北園 孝成

九州大学大学院医学研究院では、基礎医学・社会医学・臨床医学の各分野が独自性を持った世界最先端の医学研究を推進するとともに、分野間の有機的統合によって優れた研究者ならびに医療人の育成を行っています。
代表的な研究の一つがゲノム研究です。DNAのメチル化によってゲノム情報が変化することで様々な細胞の個性や働き方が決まります。この分子修飾をゲノム全領域にわたって解明する方法がエピゲノム解析です。我々は、世界最高感度のエピゲノム解析技術を開発し、細胞の機能を解明しています。さらに細菌や真菌など微生物のゲノム解析も進めています。微生物の集団が持つ遺伝子群を網羅的に調べるメタゲノム解析を用いて、細菌の進化や病気との関連について研究しています。
また、幹細胞に関する研究も盛んに行っています。再生医療に向けて神経幹細胞の分化をコントロールする手法の開発、造血幹細胞と周囲環境との相互作用に関する研究、生殖系幹細胞の多能性のメカニズムの解明などを行っており、さらに、がん幹細胞に関する研究では、急性骨髄性白血病のがん幹細胞の存在を証明し、新たな分子標的薬の開発に向けた研究を行っています。
一方で、半世紀以上にわたって、大規模なコホート研究（集団を長期間追跡して病気の原因や治療法を探求する疫学の方法）を展開してきました。その中心となるのが1961年にスタートした久山町研究です。福岡県久山町の一般住民を対象にして、脳卒中をはじめとする生活習慣病の疫学研究を行ってきました。最近、糖尿病が認知症の危険因子であることをつきとめ、その対策のための全国研究を主導しています。2014年に総合コホートセンターを開設しました。多彩なコホート研究を行うとともに研究者の育成を行っています。
九州大学大学院医学研究院では、次世代の医学・医療を担う若い皆さんを歓迎します。

research

医療系総合大学としての独創的・先進的な研究

和歌山県立医科大学　副医学部長
内科学第三講座（呼吸器内科・腫瘍内科）教授　山本 信之

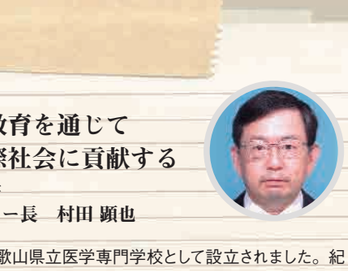
本学は、2015年に創立70周年を迎えた歴史ある大学ですが、2004年に保健看護学部を併設し、2021年には薬学部を開設する予定で、単科大学から医療系総合大学に大きく発展を遂げる途上にあります。今後、3学部共同の研究施設を設置予定であり、医薬保の連携による新たな独創的な研究シーズ開発を行っていきます。
現在、医学部には、教養・基礎・臨床合わせて39講座があり、先端医学研究所では、時代のトレンドとなる研究を柔軟に実施しています。また、2013年にM.D-Ph.Dコース（大学院準備課程）を開設し、早期から研究者の育成に取り組むとともに、優れた研究を行い将来リーダーとしての活躍が期待できる若手研究者の顕彰を行っており、受賞者の中から多くの本学・他学の教授を輩出しています。さらに、本学では、がん・救急・先端医学等の分野についての重点的な研究体制の強化を目標として掲げ、これらの研究を推進するために、基礎・臨床の垣根を取り払い、複数の講座がまとまって行う研究を資金面で支援しています。2015年には臨床研究センターを開設し、臨床研究・治験を支援する体制を整えました。その結果、昨年には、日本で初めての膵臓がんに対する樹状細胞ワクチン療法の医師主導治験の開始、樹状細胞が腸管の免疫系を維持することによる腸炎病態制御の新たなメカニズムの発見、筋萎縮性側索硬化症（ALS）の神経変性メカニズムの解明などの研究成果が生み出されています。
本学は、規模が小さく、地の利もよくないと感じるかもしれません。今まさに、それを長所に変えて（意思決定が早く世の中の動きに柔軟に対処できる。県内唯一の医科系大学であるため、県内のほぼ全ての患者情報にアクセスできる）、多くの新しいプロジェクトが進行しています。我々と一緒に、面白い、わくわくする研究を行いましょう。

Education

シームレスな教育を通じて地域医療と国際社会に貢献する

和歌山県立医科大学
教育研究開発センター長　村田 顕也

本学は、1945年に和歌山県立医学専門学校として設立されました。紀州が生んだ医聖華岡青洲の「内外合一・活物窮理」の考えを「医の心」のルーツとし、専門的な学術を教授研究するとともに、豊かな人間性と高邁な倫理観に富む資質の高い人材育成を教育理念として掲げています。
1年次教育は、リベラルアーツに加え、多職種連携教育の一貫として保健看護学部との共通講義や地域病院での早期臨床体験実習などのケア・マインド教育を開講しています。また、老人福祉施設・障害者福祉施設・保育園などで実習し、地域の実情を体験します。2年次から基礎医学科目を学び、3年次には学生を基礎医学の各研究室に配置し、本人の興味があるテーマで実際の研究に触れる基礎配属を行います。3年次の後半から4年次にかけての系統講義を通して臨床医学を総合的に学びます。
CBT・OSCEの共用試験に合格した学生はStudent Doctorとして、5年次から少人数に分かれて附属病院の全ての診療科で診療参加型臨床実習を行います。医療の現場を体験しながら知識のみならず、医師としての技能や態度（倫理観）を学びます。6年次には、選択制臨床実習として学外の病院で約6週間地域医療の実情を学びます。そして臨床実習後OSCEにて臨床技能の最終評価を行います。2013年には医学部在学中から大学院博士課程の一部が履修できるM.D-Ph.Dコース（大学院準備課程）を開設しました。この制度により、学生時代から研究の基礎が学べるほか、大学院の履修期間の短縮が可能となりました。このように、本学は知識に偏重した従来型の教育ではなくGlobal Standardの医学教育に対応し、地域医療や国際社会に貢献できる医学者の育成を目指し、6年間一貫の成果基盤型医学教育を行っています。2017年には医学教育分野別認証を取得し、本学が国際標準の教育を実施していることが証明されました。



LIFE

面倒見の良い環境の中で、主体性を育む

和歌山県立医科大学　医学部　5年　高尾 美穂／同　5年　渡部 博明

高尾：私は軽音楽部に所属しています。他大学の学生と練習をすることもあるのですが、和医大のキャンパスはきれいだと言われます。建物もですが、周りに海も山もあって、景色がいいんです。
渡部：大阪に出やすい立地なので、大阪に遊びに行くことも多いですね。県内だと白浜へちょっとした旅行に行ったり、ロードバイクで和歌山ラーメンを食べに行ったりすることもあります。
高尾：和医大は、県内唯一の医学・医療系の大学です。保健看護学部もあって、1年生は同じ（三葛）キャンパスで授業を受けます。保健看護学部と合同の授業で、ケア・マインドに関するグループディスカッションを行ったことが印象に残っています。
渡部：和医大の附属病院は臨床研修先としても人気があり、海外から勉強に来る先生もいらっしゃいます。病院実習で整形外科を回っていた時に、ミャンマーから先生が来ていて、カンファを全て英語で行うことになりました。僕たち学生も英語で発表することになって、準備は大変でしたが、とても勉強になりました。
高尾：和医大は、面倒見が良くて卒業後も残りやすい大学です。その分、自分から外との交流を心がけたり、行動したりするようにしないといけない部分もあるのかな、と思います。
渡部：僕は留学を経験したのですが、留学先で先輩の話を聞いたり、海外で頑張っている日本人について知ることができて、すごく刺激を受けました。和医大内だけでも充実した環境で学べますが、自ら外に出ることで、また見えてくるものがあるのではないかなと思います。

» 和歌山県立医科大学

〒641-8509 和歌山県和歌山市紀三井寺811番地1
073-447-2300

西医体 WEST

日本医科学生 総合体育大会

西医維新 ～おいでませ山口～

第69回西医体の主幹校は山口大学。
観光地や名物を紹介します。

おいでませ山口！
山口県は綺麗な海に囲まれ、
海産物など食べ物も美味しいです。
大会で汗を流した後はのんびりと
観光もおすすめです！

山口大学　医学部
広報賞品委員長
清山 遥加

瓦そば

豊浦町の郷土料理で、熱した瓦の上に茶そばと具を乗せ、温かいめんつゆで食べます。ドラマ『逃げるは恥だが役に立つ』にも登場し、話題になりました。瓦そば発祥の店「たかせ」では、守り続けた伝統の味、「元祖 瓦そば」が味わえます。

【元祖瓦そばたかせ　川棚本館】
下関市豊浦町大字川棚5437
営業時間：11:00～20:00
（最終受付19:30）
定休日：毎週木曜日・金曜日
（祝日の場合は営業）

国宝 瑠璃光寺五重塔

日本三名塔の一つとして有名な、歴史ある塔です。室町中期における最も秀でた建造物と評されています。夜間はライトアップされ、幻想的な姿も楽しめます。

山口市香山町7-1
拝観料：無料

錦帯橋

錦川にかかる木造の橋です。五連の太鼓橋がアーチ状に組まれた構造は、世界的にも珍しいものです。夏には錦川水の祭典花火大会があるほか、遊覧船から鵜飼の様子を楽しめます。

岩国市
営業時間：8:00～19:00（夏季）
入橋券：大人300円
【鵜飼遊覧】（原則予約制）
乗り場：岩国市岩国1丁目
運行時間：19:00～21:00
料金：大人2,000円

島根県

山口県

山口大学

山口七夕 ちょうちんまつり

約600年前、大内盛見が先祖の冥福を祈るために、お盆の夜に高燈籠に火を灯したのが始まりと伝えられています。夕方から夜にかけて、約10万個の紅ちょうちんが街中を幻想的な光で包みます。

山口市中心商店街・パークロード
開催時期：8月6日（日）～8月7日（月）

オススメ！

ういろう

山口のういろうは、わらび粉を原料としたぷるっと柔らかいもので、お土産にも人気です。「豆子郎」はその上品な味から、県民からも愛されています。

【豆子郎の里　茶蔵庵（さくらあん）「本店」】
山口市大内御堀33／営業時間：7:00～19:00

毒があるけど美味しいふぐ！

その毒性のため、かつてふぐ食は禁じられていましたが、魚がとれない日に仕方なく女将が出したふぐを食べた伊藤博文が、あまりの美味しさにふぐ食を解禁させたそうです。
新鮮で安全な山口のふぐを、ぜひ食べてみてください！

【ふぐの市場として有名な「唐戸市場」】下関市唐戸町5-50
営業時間：月～土曜日　5:00～15:00、日曜日・祝日　8:00～15:00

※答えはページ左下に！

東医体 EAST

日本医科学生 総合体育大会

長野の見どころ ～おいでなんし！長野～

第60回東医体を引っ張っていくのは信州大学。
長野県の見どころを紹介します。

大自然に触れたり、
温泉で癒されてはいかがですか？
信州そばやおやきといった
長野グルメもおすすめです！
ぜひ長野の魅力を体感して
くださいね。

信州大学　医学部
運営本部
広報局局長
青井 裕一郎

大王わさび農場

今年で開場100年を迎える、日本一広大なわさび農場です。場内では、本わさびソフトクリームや本わさび丼といった名物料理を楽しんだり、わさびの加工の様子を見学できます。クリアボートに乗れば、川底まで見えるほど澄んだ水をはじめとする美しい自然を間近で感じることができます。

安曇野市穂高3640
営業時間：9:00～17:20（3月から10月）／入場料：無料

上田城

真田信繁（幸村）の父、真田昌幸によって築城されました。二度にわたって徳川の大軍を退けたことで知られているほか、昨年の大河ドラマ『真田丸』の舞台としても有名です。江戸時代から残っている西櫓や眞田神社など、たくさんの見どころがあります。

上田市二の丸6263番地イ／入城料：無料

上高地

飛騨山脈南部に位置する、国の文化財に指定された景勝地です。上高地のシンボル的存在である河童橋の上からは、梓川の水面や穂高連峰を望むことができます。8月でも朝晩は10℃を下回ることもあるため、防寒着を一枚用意しておくことをおすすめします。

松本市安曇上高地

信州大学

長野県

山梨県

諏訪湖祭湖上花火大会

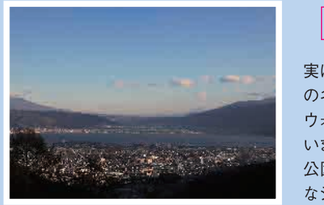
日本最大規模の打ち上げ数を誇る花火大会として有名で、今年も約4万発の花火を打ち上げる予定です。毎年約50万人が見物に訪れます。混雑が苦手な方には、サマーナイトファイヤーフェスティバルがおすすめ。期間中は毎晩800発の花火を、ゆっくりと鑑賞することができます。

諏訪市湖畔前諏訪湖上
【諏訪湖祭湖上花火大会】開催日時：8月15日（火）19:00～
【サマーナイトファイヤーフェスティバル】
開催期日：7月23日（日）～8月27日（日）（8月15日を除く）
時間：20:30～（約15分）

国宝 松本城

信州大学医学部がある松本キャンパスと同じ、松本市にあるお城です。現存する五重六階の天守の中では日本最古のものであり、その歴史的価値と美しさから、松本市の観光を代表するシンボルとなっています。

松本市丸の内4番1号
開場時間：8:30～17:00（8月5日～8月16日までは8:00～18:00）
観覧料：大人610円



『聖地巡礼』もおすすめ！

実は長野には、アニメなどで有名な『聖地』がたくさんあります。『君の名は。』には、立石公園から望んだ諏訪湖が出ています。『サマーウォーズ』の陣内家の門は、上田城の東虎口櫓門がモデルになっています。一昨年に実写化された『orange』の背景には、あがたの森公園が使われています。他にもたくさんの『聖地』があるので、好きなシーンを真似して写真を撮ってみてはいかが？

グローバルに活躍する若手医師たち

日本医師会の若手医師支援

今回は、JMA-JDNの若手医師より、JMA-JDNのさまざまな活動の報告を寄せてもらいました。

JMA-JDN とは

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

視野を広げて ―若手医師の国際ネットワークから―

佐藤 峰嘉
JMA-JDN　役員（国際担当）
2012年北海道大学卒。砂川市立病院で臨床研修修了。呼吸器・総合内科を研修し、現在王子総合病院に勤務。

私は現在、北海道の地方都市の病院で呼吸器内科に勤務しています。
呼吸器疾患を診療していることもあり、喫煙歴、職業上の吸引歴や居住環境についてなど、患者さんの生活背景について細かくお話を伺うことが多くあります。
また、慢性的な呼吸器疾患で増悪と寛解を繰り返し、在宅酸素療法を必要とする患者さんも多く見られます。そのような疾患で生活の範囲が制限されたり、何度も入院が必要になったりする患者さんに対して急性期には病因に応じた治療をし、安定期にはワクチン接種を勧めるなどの増悪予防策を講じるのです。
しかしながら、例えば特に喫煙等の生活様式の選択が疾患の原因になっている場合、その方にそもそもそういう選択をさせないという方法はなかったのでしょうか。
急性期病院で働く医師として、患者さんにいわば事後的にしか携われないことに不十分さを感じることが私にはあります。私たちには他にできることはないのでしょうか。今ここに挙げたのはほんの一例ですが、多忙な日常診療のなかで、私たち医師の視野が狭くなっているということはないのでしょうか。
JMA-JDNは、国際的なつながりの中で若手医師によるプラットフォームを形成し、公衆衛生や保健医療政策分野の幅広い活動を展開することを理念としています。
設立から日も浅く、メンバーの多くは臨床医であり、当然のことながら、本業として公衆衛生や保健医療政策に携わっている方々と比べて、何かを達成できているわけではないと言わざるを得ません。
しかしながら、実際に目の前のひとりの患者さんを治療する私たちだからこそ、現在起こっている問題として、保健医療について考え、方策を講じていくことができると考えています。
JMA-JDNはこれまで、世界医師会JDNのネットワークを活かした各国の若手医師との人的交流を通じて、抗菌薬適正使用の啓発活動や保健医療政策・卒後教育の課題の共有などを行ってきました。今後、より活動の内容を広げて深めていく所存です。

英国 NHS を覗く ―自己負担０割の意味―

林 伸彦
JMA-JDN　役員（国際担当）
千葉県で臨床研修・産婦人科後期研修修了。NPO法人親子の未来を支える会代表。英国NHSの胎児科で臨床研修中。

2016年より、英国のNational Health Service（NHS）にて臨床研修中です。今回は、内部から見た英国医療の特徴を紹介します。
英国の病院は、公的医療機関（NHS病院）と私的医療機関（私立病院）の二つに分かれています。NHSは税収などの一般財源によって賄われており、原則無料で提供されています。無料ゆえに患者数は多く、受診までの時間が長かったり、必要最低限の医療しか受けられないという評判もよく耳にします。しかし、勤務する側になって良い面も見えてきました。
第一に、予防医療が推進されている点です。NHSの場合、病院の医療内容や医療圏の大きさで予算が決められており、市民が健康でいるほど経営がうまくいきます。疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な保健医療サービスが発達してきたのは、このおかげでもあると考えられます。次に、臨床研究を推進する土壌がある点です。公的病院はいわばNHSの管理下にあり、病院間での治療方針の違いも少なく、他施設と共同での臨床研究が盛んです。医療者のワーク・ライフ・バランスが比較的保たれていることも実感します。医療機関受診の際のトリアージを徹底した結果、社会保障としての医療はNHSで、サービスとしての医療は私立病院で、という構図になっており、それぞれ医療リソースに応じた患者数になっていると感じました。最後に、患者主体の医療になっている点も特徴的です。英国の医療は、まずGeneral Practitionerを受診し、必要があれば大きな病院を紹介する仕組みです。この紹介の際や、病院を変えたいときなどは、患者自身が状況を把握して主体的に医療機関を選びます。患者に関する全ての情報を本人に渡すため、インフォームド・コンセントも、「説明と同意」という本来あるべき形になっていると感じました。
総じて言えば、英国の医療は国民からの評判が悪いのは否めません。それでもその背景にある考え方から学ぶことは多数あります。誰もが納得する医療制度を作れた国は未だ無いように思います。変わりゆく社会の中で、最適な医療を模索するのも面白いと感じる留学生活です。

第２回 欧州日本人医師会青年部会との交流会 in ミュンヘン

鈴木 航太
JMA-JDN　副代表（外務）
川崎市立川崎病院で臨床研修修了後、慶應義塾大学病院精神・神経科学教室へ入局。2016年４月より同大学大学院博士課程所属。精神科専門医・精神保健指定医。

昨年のハンガリーに引き続き、2017年４月29～30日にドイツのミュンヘンにて開催された、第２回欧州日本人医師会（JMAE）青年部会とJMA-JDNとの交流会に参加してきました。JMAE青年部会とは、欧州での医師免許取得・就職・専門医取得といった過程をサポートすることを目的としている組織で、主に欧州の医師免許を持ち勤務している医師、または欧州の医学部に在籍している医学生で構成されています。今回の交流会にも、スロバキア・ブルガリア・ルーマニアなど欧州各地からメンバーが集まりました。まずは、JMAE青年部会とJMA-JDNそれぞれから活動の現況について報告があり、その後、参加者各々が自身のキャリア、各国の医療や生活の様子、今後の方向性といった内容についてプレゼンテーションを行いました。日本で医学を学んだ我々とは違い、文化・言語が異なる環境で医師として勤務する、あるいは医師を目指すのは想像以上の困難があることを感じつつも、その中で日々頑張られている皆様の姿に感銘を受けました。そして、ともすれば孤立しがちな環境で生活している日本人が、このようにface-to-faceで情報交換や相談をできる場があるというのは、非常に心強いだろうと実感しました。更に、地域の基幹病院であるKlinikum Harlaching病院の見学も行うことができ、腎臓内科のCohen教授に直々に病棟・放射線科・救急外来といった院内の様子を案内していただきました。
夜は皆でソーセージや白アスパラガスといったドイツ料理を楽しんだり、翌日にはレジデンツなどの観光名所やビアガーデンにも連れて行っていただくなど、ドイツの食や文化も満喫することができました。
今回、JMAE青年部会の方々と情報交換ができたことは、自分にとって非常に有意義な経験であり、将来についても改めて考えさせられるきっかけとなりました。開催に際してご尽力いただきましたJMAE青年部会の皆様に心より感謝申し上げます。

挑戦の数だけ、保険がある。
To Be a Good Company
TOKIO MARINE NICHIDO 東京海上日動

FACE to FACE

No.15

池尻 達紀 × 荘子 万能

各方面で活躍する医学生の素顔を、同じ医学生が描き出すこの企画。今回は対談形式でお送りします。

profile

池尻 達紀（京都大学６年）

1992年生まれ。「医療」「健康」「病」とは何かを社会的な視点から考えることに関心を持ち、「グローバルヘルス」「地域医療」「医学教育」に関連する様々な勉強会や学会活動への参加、WHO本部や厚生労働省でのインターンシップを経験する。将来の夢は、外科医と社会医学研究者の両方の視点を持った医師になること。

profile

荘子 万能（大阪医科大学６年）

1992年生まれ。「学びながら社会貢献」をキーワードに、医学生だからこそ社会に提供できる価値を模索し、活動中。一人で１万の能力を持つのではなく、一つの能力を持つ１万人と仕事ができる人でありたい。30年後、月面でも仕事することが目標。総合診療医・徳田安春氏とのポッドキャスト「徳田闘魂道場にようこそ」にてMCを務める。

――お二人は2015年の日本医学会総会の学生フォーラム*1の運営委員をはじめ、現在に至るまで様々な活動をしてきていますよね。根底にはどんな思いがあるのでしょうか？

荘子（以下、荘）：医学生には、患者さんと医療者との間にいる存在として、両者の架け橋になれる可能性があると考えています。「医師にとって当たり前のことが、患者さんにとってはそうではない」という状況はよくありますが、学生はちょうどその「当たり前」を学んでいる途上にいるんですよね。学びの新鮮な驚きを伝えることで、一般の方が新たな知識を得やすくなればいいな、と思っています。

池尻（以下、池）：僕は、学生という視点を活かして、時代の変化に対応したこれからの「医療のあり方」を考えたいという思いがあります。現在の医療界で主流とされる活動だけでなく、例えばTD会*2のように、今は十分に注目されていない分野について価値観を形成していく、地道な活動にも取り組んでいきたい。また、立ち上げた活動を、後輩にうまく引き継いでいくことも大切だと思っています。

――活動のなかで、学んだことは何ですか？

荘：自分の価値観を押し付けるだけの、一方通行のコミュニケーションではだめだということ。対話の重要性と言ってもいいかもしれません。自分と異なる価値観に出会ったとき、対立するのでなく、互いに相手の考えを知って変容することによってこそ、価値が生まれると思います。

池：そうですね。医学生の団体やコミュニティでも、多様な価値観がうまく調和しているところの方が、大きな力を発揮しているように感じます。

荘：池尻と話していて楽しいのは、意見が異なるときにも、目的を共有しながら議論することができるから。僕たちは車のアクセルとブレーキみたいだとよく思うんです。視点が違ったり、スタンスが違ったり、違う方向の力を持っているけれど、同じ車に乗っていて、同じ目的地を目指しているなって。

――将来の進路については、どう考えていますか。

池：医学知識そのものよりも社会的な活動に関心があるように見えるからか、周囲から「本当に医師になるの？」と言われることもあります。でも、僕は幼い頃から臨床医になりたいと思ってきたので、まずは臨床に十分に関わりたい。そのうえで、どうすれば社会により幅広く貢献できるか考えたいです。

荘：僕もまずは臨床医になるつもりです。そのうえで将来は、臨床に関わる／関わらないの二択ではなく、医療と他分野をつなぎつつ、それをどう臨床に活かせるか、考えていきたいです。

――後輩に伝えたいことはありますか。

池：学生の間は、簡単に選べる選択肢が、次々と目の前に現れてくると思います。だからこそ主体性を大切に、周りに流されないようにしてほしいです。僕自身も、本当に自分の価値観に合致するのは何か、立ち止まりつつ考えるようにしてきました。

荘：医学生一人ひとりに、自分にしかできない、その時にしかできないことがある。それを見つけてほしいです。自分にはそんなものないと思っていたら見つからないけど、あると思えば必ず見つかりますから。

池：学年や経験を気にしすぎる必要はありません。１回生の視点と６回生の視点は違うからこそ、後輩から学ぶこともたくさんあると常々思っています。もし関心分野が重なれば、一緒に活動できたら嬉しいですね。

*1 学生フォーラム…医学会総会に合わせて開催された学生のセッション。関西の医療系学生が集まり、3年間の準備期間を経て医学会総会で発表を行った。
*2 TD会…2014年に発足した勉強会、「学生と読むTomorrow's Doctors」。詳細は、ドクタラーゼ第20号「医学教育の展望」参照。

DOCTOR-ASE

【ドクタラーゼ】

医学生を「医師にするための酵素」を意味する造語。

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

発行元　日本医師会

www.med.or.jp

DOCTOR-ASE（ドクタラーゼ）は、日本医師会が年４回発行する医学生向け無料情報誌です。
全国の大学医学部・医科大学にご協力いただき、医学生の皆さんのもとにお届けしています。

ドクタラーゼ
2017年7月25日発行　発行人：横倉義武　編集人：平林慶史
発行：公益社団法人日本医師会　〒113−8621 東京都文京区本駒込 2-28-16　TEL 03-3946-2121（代表）　URL http://www.med.or.jp/doctor-ase
Japan Medical Association

次号（2017年10月25日発行）の特集テーマは「医学教育への学生の参画」の予定です！