

DOCTOR+ASE

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+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」とどういふこと。

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。



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、ご自身の経歴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、参加者どうしで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、学生の思いのつまっ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、気軽に参加してみたいかでしょうか？
URL <http://www.izemi.com>

Network

随時

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？家庭医、総合医、プライマリ・ケア医が全国の医学部に出発。勉強会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
家庭医療学暑期セミナー

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

随時

本誌編集部と
交流しませんか？

本誌編集部は、「ドクターゼ」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？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。みなさんの声が、思いが、何気ない一言がこの冊子を育てるのです。よろしく願います。
voice@doctor-ase.med.or.jp までメール下さい！



告知 募集

いっしょにつくろう

次号掲載申込締め切り：2012年6月15日（金）

ドクターゼでは、医学生サークル・勉強会・交流会など、医学生の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。

DOCTOR-ASE

index

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 有限会社/トコード
Date of issue 2012年4月25日
Printing 能登印刷株式会社



日本医師会会長
横倉 義武

これから 医師になるひとへ

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『ドクターレーゼ』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JMATII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。

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っているとの声が聞こえてきます。そのため、日本医師会では、これからの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、現在の医療を巡る様々な課題を積極的に考えてもらおうとともに、医学・医療以外の分野についても幅広い視野を養ってもらえれば幸いです。

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に、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、様々な企画を練っていきたくと考えています。

本情報誌の創刊にあたり、31大医学120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と、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きますが、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いただきます。本情報誌の中でも適宜報告させていただきます。本情報誌の中でも適宜報告させていただきます。



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）

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、医学生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十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はです。

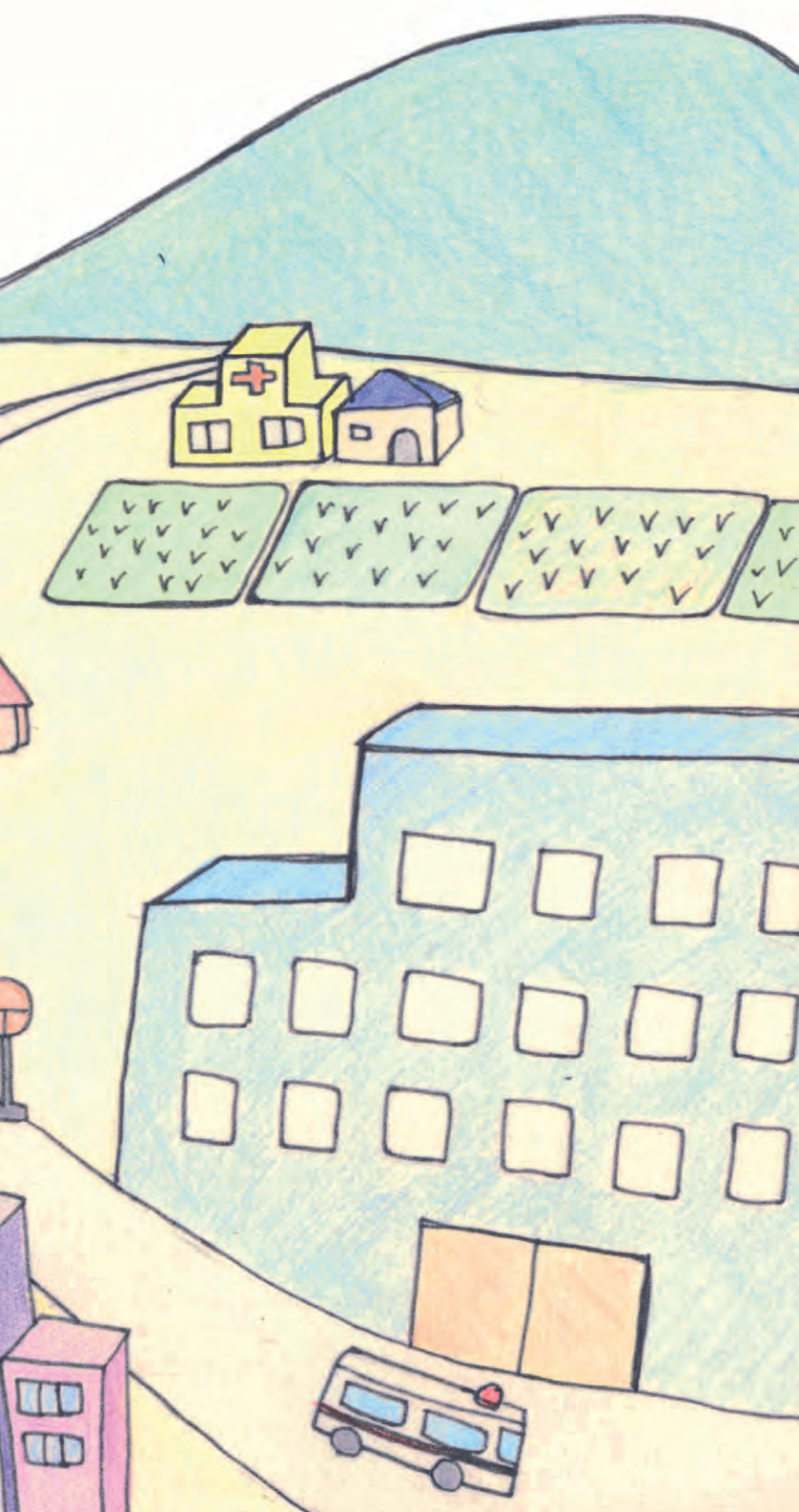
現在の卒前教育は毎年改良を重ね充実しております。皆さんは、6年間の一貫・統合型カリキュラムの中で、大学病院における診療参加型臨床実習などを通じて、基本的臨床判断能力を身につけます。また地域の病院、診療所、在宅での実習を組み合わせた地域基盤型教育を導入している大学もあります。医師としてのコミュニケーションスキルや人間力、モチベーションを高める不断の努力は極めて重要です。すなわち医療とは医師、看護師だけではなく、それ以外の数多くの職種の人たちが患者さんを中心に、チームを組んで行うものなのです。一緒に働くすべての人たちの思いを理解してこそ質の高いチーム医療の提供が可能になります。そして卒前のみでなく、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

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

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。みなさん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よう。

「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。

医学生のみならず「臨床研修」には関心があるでしょうが、「どの病院がよいか」を考えることはあっても、「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はありません。しかし今回の特集を通じて医学生のみならず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と信じています。

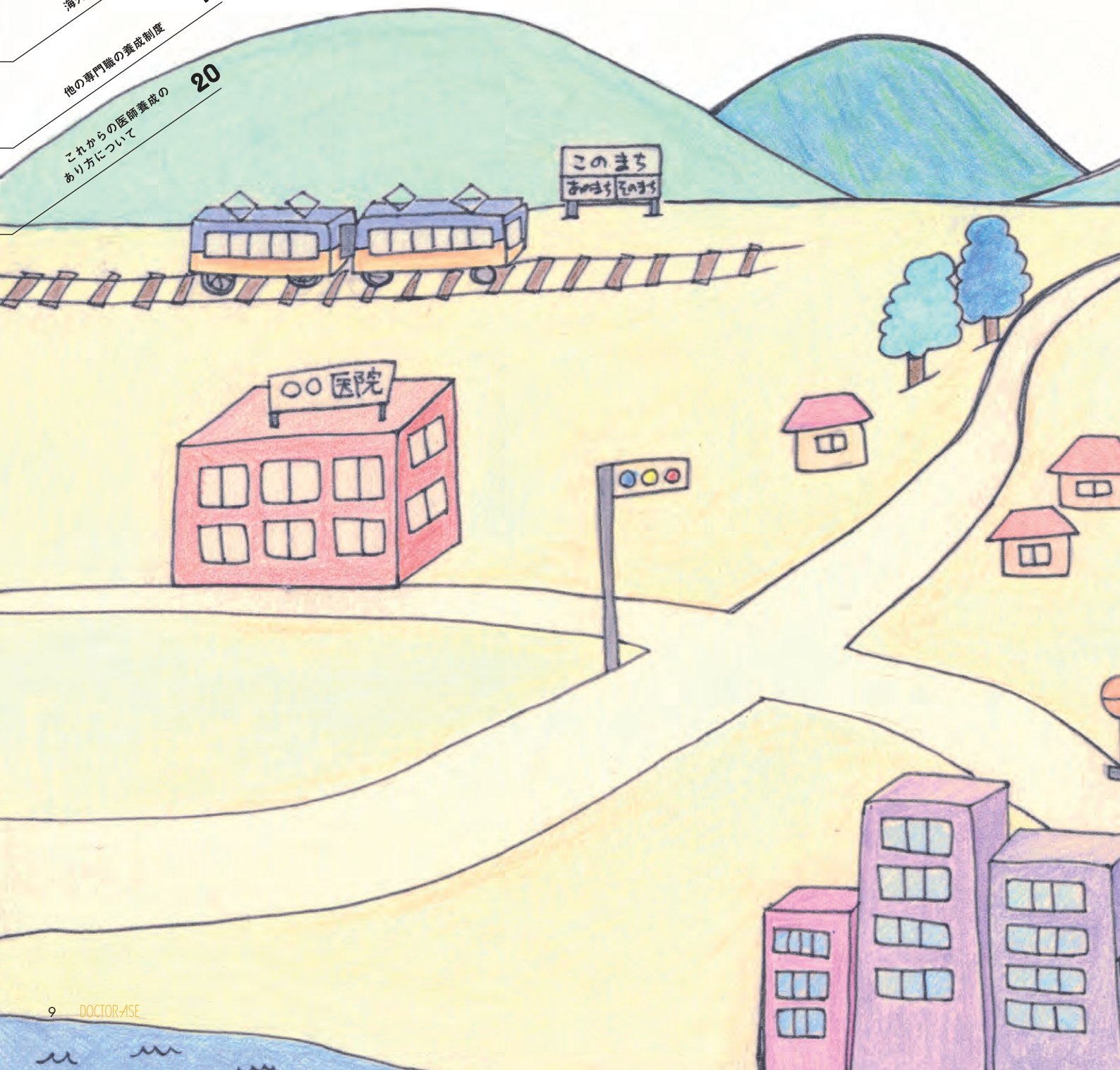
臨床研修病院選び
～何を大事にしたらよい?～ 10

医師はどう育てられてきたか 14

海外の医師養成 16

他の専門職の養成制度 18

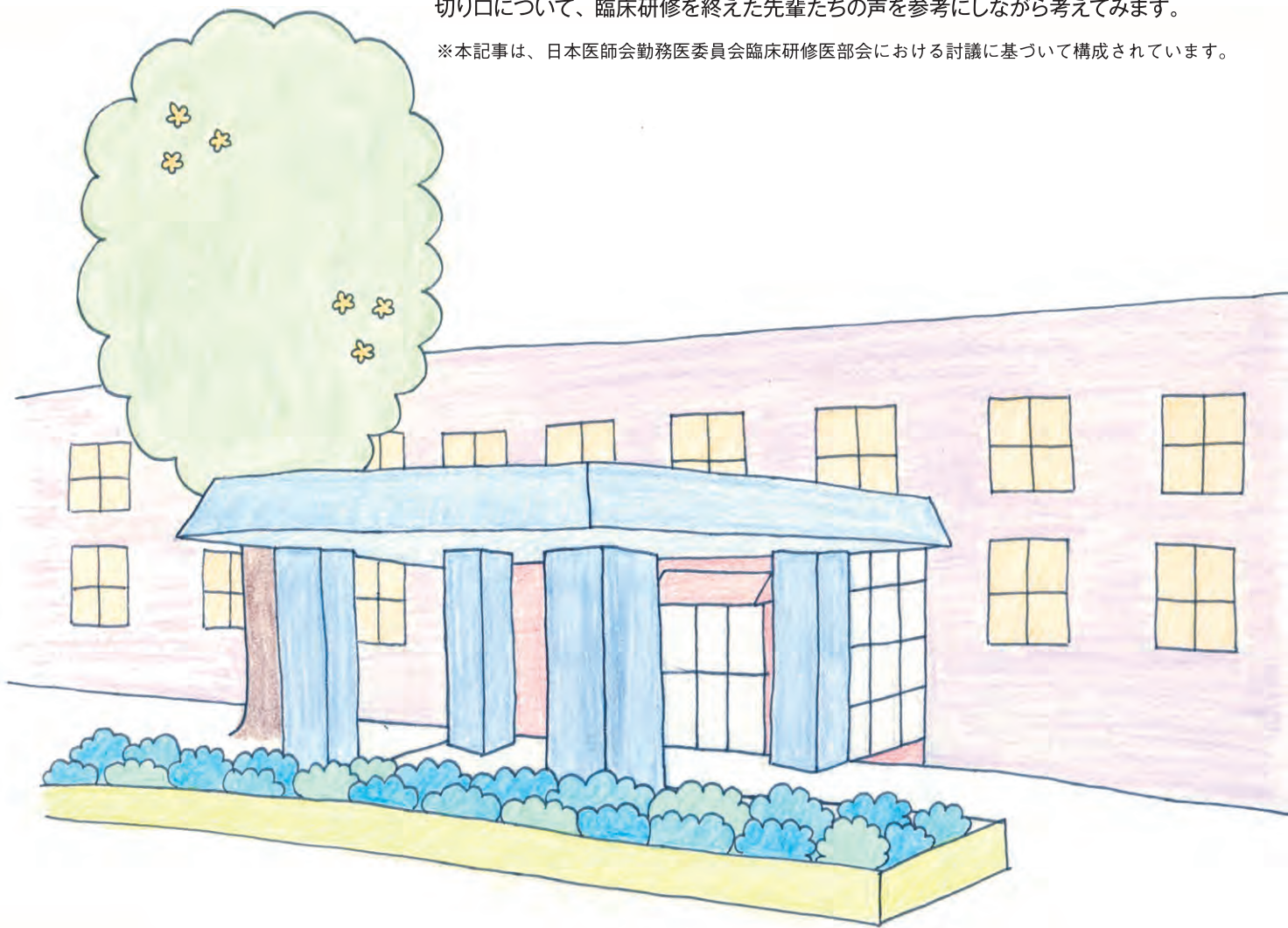
これからの医師養成の
あり方について 20



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のでしょうか。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に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か？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。



教育重視 vs. 実践重視

WHICH SUITS YOU BETTER?

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ので、自分の腕もだいふ磨くことができた」「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少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・サーベイとセカンダリ・サーベ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きれば、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が、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いないと不安です

「教えてもらい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った気もする」といった声もあるのです。たくさん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

ついて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ます。

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拓ける」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、重要になるのではないのでしょうか。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ようになりますから、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。



大学病院 vs. 市中病院

WHICH SUITS YOU BETTER?

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、医師の数が多く、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ある」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。



市中病院の教育体制はどうですか？

市 中病院といっても、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。



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くて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も知っておいた方がいいかもしれません。



ジェネラル志向 vs. 専門志向

WHICH SUITS YOU BETTER?

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？

プ 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。

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を選び、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。目先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ったかもしれません。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こう…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のでしょうか。

医師はどう育てられてきたか

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けるのか」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ったのでしょうか。医師養成の歴史を紐解いてみましょう。

1946年

インターン制度開始 無給で働かされる時代

国家試験受験前に、卒後1年以上の診療を実地修練として行うことが必要とされた。無報酬の労働、医師免許を持たないままでの診療といった問題が、学生運動の流れとあいまって大規模な国家試験のボイコットに至った。

制度が数年ごとに変わり、研修病院選別に悩まされ、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。インターン生のみならず患者をも危険にさらす状況に強い不満を持った医学生が、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ふ、今となっては当たり前の制度がスタートしたのです。

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。

インタ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」などのいわゆる「ナンバー制」が主流でした。一つの内科医局の中には、今という循環器内科や消化器内科といった臓器（疾病）ご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。

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

総合診療方式導入後も、研修医の多くが、医局関連の単一診療科による専門重視の研修を受けていた。研修医の給料は安く、アルバイトをせざるを得ず、研修に専念できない状況であった。このような背景から臨床研修必修化の動きが本格化した。

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ったものでした。

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ったために、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。



2004年

臨床研修必修化 現在の臨床研修制度の確立

2000年に医師法が改正され、2004年より現行の臨床研修制度がスタートした。診療に従事しようとする医師は、2年以上の臨床研修を受けることが必須となった。プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得と、研修に専念できる環境の整備に主眼が置かれた。

医師法の改正により、2004年から現行のマッチングシステムを伴う新医師臨床研修制度がスタートしました。新医師臨床研修は、

- 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ともに、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きました。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。

2010年

臨床研修制度の見直し 一部地域で医師不足が深刻に

現行の臨床研修制度がスタートした後、一部地域で医師不足が深刻化した。これに対応するため、都道府県別の募集定員の上限が設定された。研修プログラムの自由度が増し、必修は内科・救急・地域医療のみに、外科・麻酔科・小児科・産婦人科・精神科から2科が選択必修となった。

「医療崩壊の危機」の背景には、地方の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、都市部や人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、後期研修以降の医師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ったことから、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。

時代に依り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され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。

海外の医師養成

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、国によっ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、医学教育から卒業教育までの医師養成の仕組みを比較してみましよう。

具体的には、アメリカ・イギリス・韓国の医師養成の制度を比較しながら考えていきます。アメリカは今や医学の中心地であり、いわゆるグローバルスタンダードとして比較する価値は高いでしょう。イギリスはアメリカと似ているような印象を受けるかもしれませんが、イギリスの医療制度はアメリカとはかなり違い、医師養成の仕組みも異なります。韓国は日本の医学教育の影響を受けながらも、戦後はアメリカの影響を強く受けた医師養成制度になっています。

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、卒業研修のあり方について表にまとめてみました。

専門分化が進むアメリカ





アメリカは、分業化・効率化・専門化による合理化を徹底する国だとよく言われます。アメリカの医師養成の制度においてもそれが垣間見えます。例えば、医師国家試験であるUSMLE (United States Medical Licensing Examination) はステップ1から3までの3段階に分かれ、それぞれの段階で目的が設定されています。日本のように「試験に合格したら免許がもらえる」というわけではなく、長い道のりの中で徐々に成長していく過程がきつちりと制度化されているのです。卒業教育においても細かな制度設計がされており、臨床研修も3段階に分かれます。インターシップ、レジデンシー、フェローシップ、と進む道筋が定められており、レジデンシー後に受ける認定試験「Board Certification Examination」に合格しなければ「総合内科医」「一般外科医」等の称号を得ることができず、医師としての活動を行うことができません。

また、フェローシップ後の「Subspecialty Board Certification Examination (専門科認定試験)」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うことができます。もちろんこれらに相当する研修内容は日本にも存在しますが、ここまで各診療科に渡って統一的に制度化されてはいません。

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っ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氣が高いですが、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。

イギリスでは大学の医学部を卒業すれば医師免許が取得でき、国家試験が不要ですが、診療科ごとの免許が必要です。最初の2年の研修 (ファウンデーションプログラム) の後は「家庭医 (家庭医療/総合医療: General practice)」と「病院医 (専門医療)」とに進路が分かれ、それぞれに研修が行われます。この2つ、すなわちジェネラリストになるかスペシャリストになるかは、研修の時点から明確に区分されています。このような免許制度のため、専門を一度決めたらなかなか変えにくいという不便な点があります。日本や韓国ではこのようなはっきりした区分けはなく、原則として自由に診療科を標榜でき、転科して様々な分野を経験することも可能です。これは効率よく専門家を育てる環

	日本 	アメリカ 	イギリス 	韓国 
医学教育	<p>大学医学部（6年制） 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>メディカルスクール（4年制の専門職大学院） 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>大学医学部（5年制） 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>	<p>高校卒業後に大学医学部（6年制）に入学する方法と、他の大学学部を卒業した後にメディカルスクール（4年制、2002年より創設）に入学する方法がある。</p>
国家試験 医師免許	<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>	<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。</p>
臨床研修	<p>（実質）義務 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>レジデンシー後の認定試験（*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うことができる。</p>	<p>義務 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>	<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。</p>

*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

境ではないかもしれませんが、多様な知識と観点を持って診療できる医師を生み出す土壌になるなど、メリットも大きいと言えるでしょう。

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。卒業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、各国独自の医学・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ますが、他の国では当たり前ではなかったりします。

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と、みなさんがこれからの日本の臨床研修制度を考えていくうえで、ひとつの視座になるのではないのでしょうか。

他の専門職の養成制度

「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は感じないでしょう。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」になっていきます。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、重要な一段階だと言えます。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%台になっています。4年間の大学生活の後、大学院に2～3年通っても、4人に1人しか法曹にならない、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1年間の実務修習を行います。配属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たが、昨年から修習期間中の生活費も貸与制になりました。その代わりに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るそうです。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「司法修習生考試」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るのですが、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」という考えのもと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

与も出なくなりまし。大学や研修病院によってバラツキのある研修体制、時に研修医が労働力として期待される矛盾……。もちろん、医師の養成システムにも課題はありますが、弁護士と比べると守られた環境で育てられているのではないのでしょうか。

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、教員志望でなくても「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週間と短いもので、実習カリキュラムは大学や受け入れ校によってまちまちです。また、正規の教員には必須である「年間計画立案」や、長い目で見た生徒指導を体験することもできません。どちらかと言えば、「授業実習」であり、即戦力を育てる実習とは言いがたいものです。実習中の指導や評価も、必ずしも厳しく行われるとは限りません。

免許取得が容易な代わりに、教員は採用試験のハードルが高くなっています。特に地方では採用倍率が10倍を超えることも多く、正規教員として就職するまでに何年もかかるのが一般的です。採用されるまでの間、非常勤講師などの不安定な身分で働きながら、少しずつ教師としてレベルアップしていくので、「経験豊富な新人教

	弁護士(法曹)	教師(教員)	医師
大学(学部)	法学部 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、難関法科大学院に入るための予備校も存在する。	教育学部・その他全ての学部 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。	医学部(医学科) 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。	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。	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。
合格率 取得率	司法試験：23.5% (2011年度) 司法修習生考試：97.3% (2011年度)	教員免許の取得要件は、規定の単位のみ。 教員採用試験は、概ね2.5倍～30倍。 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。	医師国家試験：90.2% (第106回)
実習・研修	法科大学院(2～3年) 司法修習(1年) 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)。	教育実習(必須：2～4週間) 大学在学中に、2～4週間の教育実習を課される。実習中は、普通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、教材解釈、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。	臨床実習(学部教育のカリキュラム内) 初期臨床研修(2年・必修) 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。
最終学歴	大学院以上 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。	大学(二種免許は短大)～大学院 教職大学院も存在するが、行く人はあまり多くない。	大学～大学院 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。
飽和度	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、法曹資格をとっても、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「臨時的任用教員(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」も存在します。しかし、比較的競争が緩い都市部の小学校教員の場合は、2～4週間の教育実習しか現場経験のない大学新卒者も多く採用されます。小学校では担任になったクラスの教育活動は基本的に一人で行いますから、医師で言えば「1年目の初期研修医が、いきなり一人で外来診療する」ようなものです。実際に問題が起こることも多く、新人教員のドロップアウトも増加していると言われています。

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るという問題を抱えています。教員免許を取るための大学での学習には現役教師も教育委員会もあまり関わりませんし、逆にいっ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ですし、研修医になつてから大学や医局と何かし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。一般社会は他の職業と比較しながら「医師」を見ています。この記事が、みなさんが様々な問題や不満に直面した時、「他の職業ではどうなんだろう」と考えるきっかけになれば幸いです。

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。一般社会は他の職業と比較しながら「医師」を見ています。この記事が、みなさんが様々な問題や不満に直面した時、「他の職業ではどうなんだろう」と考えるきっかけになれば幸いです。

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聡先生と医学生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

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こと」を目標にした点です。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』を作る必要があると考え、このような体制を提案しました。

回り道もすべて医師としての 経験になる

A…臨床研修の2年目に「将来専門とした診療科」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ではありません。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う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。

患者さんのために働くことが 学びにつながる

B…研修医が労働力とみなされることに抵抗を感じます。研修に専念できる環境をぜひとも希望します。

今…ここで言う「研修に専念できる環境」とは、患者さんのために働くことを通して、つまり労働力でありながら学ぶことができる環境のことだと私は考えています。労働力として期待されることを、もっとポジティブに考えていいと思います。実際に患者さんと向き合っただけで多くのことを学べるのですから。臨床研修においては、期待されることは大きな力になるはずですよ。

出身大学を医師の 「コミュニティ」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ティを作るための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っ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せん。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

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。

ります。先輩にアドバイスをもらえ、仲間の頑張りに鼓舞されることもあると思います。この大学や医局の持つコミュニティ機能を臨床研修センターに持たせ、大学を離れて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っては「良い教育を受ける」機会を得られない地域があ

るのではないのでしょうか？医師研修機構は、どれだけ教育の質の保証にコミットしてくれるのですか？

今：そもそも「良い教育」とはどういうものでしょうか？確かに地方の病院では、首都圏の大病院のような最先端の医療は経験できないかもしれません。けれど、どの地域においても様々な症例を診ることができるのは変わらないはずで

私に研修医として働いていた病院は外科のハイレベルな研修を受けられることで

有名でしたが、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」と感じる人もいます。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。自分にとっ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ってみよう

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のでしょうか？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：もし困り込み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体の評判も悪くなり、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、みなさんのような若手が「この大学はおかしいぞ」と声を上げていいと思います。

D：医師研修機構に、臨床研修を終えたい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なら、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じても、積極的に意見をぶつけてほしいと思います。

情報化社会において、「情報」はますます価値を持ちつつあります。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



みなさんは、普段どのくらいネットを使っていきますか？私はフェイ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、方向音痴なのでしょっちゅうグーグルマップのお世話になってます。ネットのない生活はちよっと想像できない、というくらいです。そういう人、多いのではないのでしょうか？あまり使わないという人でも、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

は「情報」です。様々な情報がネット上には溢れていて、私たちはそれらを簡単に得ることができるとても便利です。

その「便利さ」のために、私たちの情報を提供しなければならぬということもあります。例えば、メールやSNSのアカウントをつくる時や、ネットショッピングのときなどに、名前やメールアドレス、職業などを登録します。

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、メールの内容などからは、みなさんがどんな生活をし、どんな好みをもっているかといったことがよくわかります。私たちは公開したつもりがなくても、SNSやグーグル側はそういった情報を得て、分析して、みなさん個人に合った広告を出したり、検索結果を出したりしているのです。

情報の価値

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、それに対して「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」も扱うようになるからです。

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、患者さんの情報をうまく使うことができれば、医療は進歩し、さらに「便利」な

社会になるでしょう。

例えば、最近では電子カルテのような情報技術が進んでいます。もし、大規模に電子カルテの情報共有することになったら？

電子カルテには手書きにはない優れた検索機能があります。そのため、埋れていた症例に気づいたり、今までにない着点から新しい治療法を発見し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いっぺんに漏洩したり、悪用されたりするかもしれません。そのようなことが起こってしまった場合、刑事罰が課せられることになります。

これから医師になろうとしているみなさんは、患者さんの情報という極めて機微性の高い情報を扱うということをしつかりと理解しておく必要があります。

情報を提供することの利益とリスク。これらのバランスをどうとるか……。これからの情報化社会で医療に携わるみなさんにとって、とても大きな問題です。

情報についてよく知り、意識をもって接して下さい。

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 鏑田晋治さん・齊藤達也さん

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は、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。

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鏑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。院内で使用されている人工呼吸器・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うのも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ってきたり、気分が悪くなるタイミングを見極められ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。

鏑田「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、担当が変わっ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ってほしい

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います。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いる実感を持てます。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、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が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、ぜひ相談してもらいたい。互いに信頼し合いながら仕事をしたいです。」

半分以上が機械や工学の勉強なんです

履修科目

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。



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

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、津波警報を知らずに、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ょう！という周りの声で、なんとか自宅兼診療所の屋上に逃げた。一瞬のうちに眼前は荒れた海のようになり、綺麗な街は跡形もなくなった。

翌日、自衛隊のヘリコプターで救助された。透析患者に付き添って八戸の病院に行き、避難所に戻った翌日から診察にあたった。

「診察って言っても、器具も薬もないから血圧測って話を聴くだけ。この震災は死ぬか助かるかで、重症者はほとんどいなかったから、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ったんだ。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



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%にもものぼる。7つあった診療所はすべて被災し、うち4つが町に残って診療を再開している。



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っ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病院を休診にして、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囲む……。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。」

仮設とはいえ診療所を再開し、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ってしまった。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「もっと良い連携の形」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、この町の大きな支えになるだろう。



PROFILE

海堂 尊

作家・医師。2005年の処女作『チーム・バチスタの崩壊』（『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。

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。

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、病巣を抽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、亡くなった際の病理診断の結果と正確な比較ができないと感じたのです。当たり前のことですが、治療の効果を亡くなった際に最終判定するためには、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のではないかと気がつきました。これがAiの考え方の基となったのです。」

こうして海堂氏は2000年2月から、A iに取り組み始めた。活動を進めるうちにA iが死因究明に大きく役立つことも分かってきた。今まで解剖を行わなければ分からなかった死因が、解剖をしなくて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、多くの死体検案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、A iを行えば体表からは分からない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A i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、胸骨穿刺の際に誤って針で心臓を刺してしまったという事例がありました。A iを行ったところ、確かに針が刺さっ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ったのだそうです。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。亡くなった場合「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はできない。最終的に開示されないわけではないが、裁判になれば開示まで2〜3年かかってしまうことも稀ではない。真実を共有するためには、司法解剖に至る前に死因究明をする必要がある。そこでA iが役に立つというわけだ。

「死後のCT検査における死因究明率は約3割。解剖に比べれば低いです。それが十分なのです。仮にA iで死因が分からなくても、実際に撮影した画像を遺族に見せて、『これでは死因は分かりませんか』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A iは、遺族と医師が真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。

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、わざわざ亡くなった人の画像を撮ろうということにはなりません。だからA i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。」

このような働きかけが実を結び、

「ム・バチスタの栄光」の映画化が決まった2007年のことだ。

「正直もうダメかな、と思っていた時でした。医師会にA iについて話したところ、それはやるべきだと言うことで、すぐに委員会を作って3年にわたり検討会を開いてくれたんです。」

医療への信頼を高める 死亡時画像診断 (A i)

設備を持つ医療機関もA iに取り組み始めるに違いない。

日本医師会の委員会は、まず小児死亡例については全てA iを行っている。小児死亡例は年間5千人、1件約5万円の検査料がかかるので全例を検査すると年間2億5千万円の予算が必要だ。しかし、この額で日本の幼児の死因の一部が究明され、幼児虐待の発見や医療訴訟の減少に繋がる可能性があるならば、決して高い金額ではないのではないかと海堂氏はそう訴える。

「医療において、ニュートラルな真実を明らかにし、それを医師自身と患者が共有することの大切さ、そしてそれが社会に与えるメリットについて、A iを通じて是非考えてみてほしいですね。」

★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こうと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、間違い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）



10年目のカルテ

■ 循環器内科

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



経験10年前後の先輩に聴く「医師としてのキャリア」

19 97

鹿兒島大学医学部に入学

東京の私立高校を卒業後、両親の出身地である鹿兒島の大学に入学。

1年目

鹿兒島大学第二内科に、研修医として入局

漠然と消化器か循環器で内科をやりたいと思い、その両方に強みを持っている第二内科を選んだ。神経内科以外のほとんど全ての分野を持ち、内科全般の病棟業務に関わる。

20 03

2年目

霧島市立医師会医療センター：内科

糖尿病・血液内科・肝臓や消化器、そして循環器など内科の全般に渡る患者の診療に関わった。

20 04

3年目

鹿兒島大学第二内科に戻る

内科全般の病棟診療や、研修医の指導にあたった。

20 05

4年目

国立病院機構鹿兒島医療センター：第二循環器科

循環器に強いこの病院に1年勤め、5年目に入る時に専門を循環器内科に絞ることにした。非常に忙しかったが、循環器内科医としての基礎を鍛えられた。

20 06

7年目

鹿兒島県立大島病院：循環器科

単独で循環器の診療に携わるようになる。エコーやカテーテルも一人でやるような環境だった。

20 09

9年目

国立病院機構指宿病院：循環器科（内科）

循環器科だが、内科全般の診療も救急対応も求められる、いわゆる地域医療のとりでとしての役割。

20 11

10年目

新杏病院：循環器科

循環器専門の民間病院であり、心臓カテーテルをどんどんやる予定。

20 12

fri thu wed tue mon

1 week

これ以外に、
月に1〜2回の病院当直
月に2回程度の循環器当直
※鹿兒島医療センター時代の1週間のスケジュールを紹介しています

午後 病棟業務
午前 心カテ処置
午後 心カテ処置
夕刻にカンファレンス

午後 病棟業務
午前 心カテ処置

午後 病棟業務
午前 心カテ処置

午後 病棟業務
午前 心カテ処置

午後 心カテ処置
午前 心カテ処置

午後 心カテ処置
午前 心カテ処置

川崎 大輔
2003年鹿兒島大学医学部卒
2012年4月現在
医療法人社団新杏会新杏病院
循環器科医師



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科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ろうな…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にも揃っている第二内科（当時）の医局に入りました。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ったんです。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、心筋梗塞で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ます。これはすごいと思います、専門にしようと思いました。

ちなみに、いろいろ見てから専門を決めたのはよかったです。専門医を取るにはその分野の学会に入ってから一定の経験が必要なので、僕は今やっと専門医を取れるんです。学会に入るのが遅れると専門医を取るのも遅くなるので、早くバリバリやりたい人は早めに学会に入っ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件は関わるので、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…うちの循環器チームは、鹿児島医療センターで修行してある程度の力がつくと、地域の関連病院に出して実践経験を積ませるんです。県立大島病院では、病棟を事実上2人で診ていたので、基本的には自分の責任で診療していました。外来にも出るし、技師がいないのでエコーも自分でやり、心臓カテーテルもやりました。

——地方の病院だと、一人でやることが多くて、プレッシャーも強くなかったですか？

川…最初に地方の病院に出た2〜3年目の時は、当直の時も心細くて上にならず相談していましたね。地方だと、3年目でも「朝まで救急は

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ちゃんと対応してくれます。ちよつと機嫌悪そうだったりはしますが、どね（笑）。

けれど大島に行く頃には、医療センターで鍛えられたおかげで二人で大体できるだろうという自信がついていました。

——今の勤務先（指宿病院）での仕事について教えて下さい。

自分の腕も大事だが 共に学び、 相談しあえる ネットワークが重要。

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ありません。（今年度にはカテーテル機器を導入予定とのこと）

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っている人が多く、肺炎をこじらせて来る人もいます。専門外であっても、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…もともとジェネラル志向はあったし、ここでの働き方にやりがいを感じています。もちろん、もつ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いるので安心です。ずっと離れていると忘れてしまいますからね。

医局に所属するメリット

——先生のように医局に所属していると、上の指示で数年ごとに異動することになります。医局に所属して、どう感じますか？

川…僕は医局にはメリットも多いたと感じています。最初に話したように、一つの医局の中にいろんな臓器の専門家がいるので、育てられる過程で様々な科の先生と関わります。専門ごとにチームが分かれてはいますが、医局全体が一体感を持っているので、他科の先生でも気軽に聞くことができます。

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でないとやれないことがたくさんある。だから医局のような、ある程度の繋がりの中で育った方が、結果的に患者さんにとつての「良い医者」になれるのではないかと僕は思います。

それこそ、鹿児島県内の病院なら「お前に内科を任せろ」と言われてもなんとかなる気がしますが、ネットワークのない他県では無理です。やっぱり10年目とはいえ、指導してもらえると、相談できるという体制の中にあるから、安心して仕事ができるんです。



10年目のカルテ

■ 循環器内科

経験10年前後の先輩に聴く「医師としてのキャリア」



金子 伸吾医師

(済生会西条病院 循環器科)

Shingo Kaneko

	19 96	愛媛大学医学部に入学 愛媛県西条市で生まれ育ち、地元で貢献したいと思って医師を志した。東京で自分を高めたいという思いはあったが、大学は地元に行った方がいいと考え、愛媛大学に進学した。
1年目 東京都立墨東病院に研修医として入る 様々な患者さんが来るニュートラルな病院ということで、公立病院から探した。また、自分なりに「2年間で何を身につけたいか」をイメージしていたので、そのプランに合った教育プログラムを持っている病院を選ぶことを意識した。	20 02	
4年目 診断カテーテルの助手につくようになった	20 04	3年目 主に病棟を担当し 心不全の患者さんを診ていた いわゆる「下積み」の時期であり、カテーテル関連の手技をすることはなかった。
6年目 PCIの術者としての経験を積む	20 05	5年目 PCIの第一助手につくようになり 指導医のもとで多くの手技を経験するようになる
10年目 墨東病院を退職 数カ月の準備期間の間に、全国の様々な病院を見学する。10月より、済生会西条病院循環器科医長として診療にあたる。	20 06	7年目 年間400例近くのPCIを経験し 術者としてある程度の自信を持てるようになる
	20 07	
	20 08	
	20 11	



1 week

	sat	fri	thu	wed	tue	mon
対応	これ以外に、月に3〜4回の当直・救急	緊急オペ (隔週) 教育・成果のまとめ	午前 外来 午後 カンファレンス	午後 シンチグラフィ 午後 術後病状説明 心カテ処置	午前 心カテ処置 午後 心カテ処置	午前 病棟業務 午後 病棟業務 午後 外来

金子 伸吾

2002年愛媛大学医学部卒

2012年4月現在

恩賜財団済生会西条病院 循環器科医長

金子先生のブログ

<http://mrintervention.blogspot.jp/>

10年目を見据えて

——初めから地元に戻ってくる予定だったのでしょうか？

金子(以下、金)・・・学部時代から、卒業後しばらくは東京で修行をしようと思っていました。全国で通用するレベルの知識や技術を身につけて、地元に戻ろうと。

ちようど4年くらい前に、この病院の循環器科が閉じてしまい、地元の方からも「戻ってこないか」という話があったんです。カテーターに関しても、術者としてある程度自信がついてきた頃で、その頃からこちらに戻る準備を少しずつしてきました。

——平坦な道ではなかったんですね。

金・・・そうですね。墨東病院に入って1年目は内科やER(救急診療科)を中心としたジェネラルローテーション、2年目に心臓血管外科、救命センターで研修をしました。3年

地元の循環器医療を背負っていく覚悟で。

目によりやく循環器に関わるようになりませんが、1年間は病棟、CCU、救急対応業務が中心で、カテ室では外からの見学のみでした。

4年目でやっと診断カテーターに関わるようになり、術者になれたのは5年目です。それからは毎年400例くらいは手がけ、倒れそうなほどに忙しい時もありましたが、その経験が今に繋がっています。

例えば、初期研修がとても役立っていますし、下積みがあったから技術がちゃんと身についたと感じますね。若手が「早く自分でやりたい」と感じるのはわかるのですが、指導する立場になり、「助手として、術者の考えをすべて理解できるまで経験して、ようやく術者ができる」と考えるようになりました。

環境は自分で作るしかない

——カテーター治療の設備なども充実しているようですが。

金・・・僕がこちらに来るにあたって、病院側もカテーター治療に力を入れようということ、立派な設備を整えて下さいました。墨東病院でも設計に携わった経験を踏まえ、全国の病院のカテ室も見学させてもらって、自分なりに充実した治療環境を作ったという自負はあります。声をかけていたから3年が経ち、「10年目には地元の医

療に貢献できるようにしたい」という夢に、やっと辿り着いたという感じですね。

——医師の世界ではまだ若手と言われそうな年齢ですが、自分で環境を切り拓くのはすごいですね。

金・・・ここの愛媛県の東予地区は、隠れた医療過疎地域なんです。救急はもとより、医療機関にかかるという住民意識も不足しています。PCIやPPPI、つまり自分の技術で救える命、QOLがあるなら、その環境を作るしかないということ、取り組んできました。

また、当院は循環器科がしばらく閉じており、治療をサポートできるスタッフもいなかったため、CEや看護師も自分で育てる必要がありました。幸い院内から精鋭メンバーが集まってくれたので、赴任後3か月でコアスタッフは軌道にのりました。心電図もスタッフが自分で読んで、僕に情報提供してくれるんですよ。

——そういう環境作りなども、墨東病院で学んできたんですか？

金・・・もちろん、自分が上の先生から学んだこと、そこで培われたシステムなどを参考にしています。けれど、教えられたわけではなく、自分なりに考えたり、他の病院や他の先生からも学んできました。以前、先輩たちを教えていて感



じることも多かったのですが、大事なことを「教えてもらえる」と思ったら大間違いです。自分から学び取っていくくらいの気持ちでいなければ、主体的に動ける医者になれませんから。

今後目指していく姿

——西条病院に循環器科を立ち上げて半年ですが、今後はどんな医師になつていきたいですか？

金・・・夢を語るようですが、ここにちゃんとした循環器病センターを作りたいです。今は一人でやっていますが、一緒にやっていける若い医師にも来て欲しい。カテーターの施術を動画で継ぎたい。カテーターを作ったり、定期的に東京などからエキスパートに来てもらって勉強会も開いています。レベルの高いものに触れられる環

境を作り、それを発信していくことで、やる気ある若い先生にとって魅力ある病院にしていかなんと、と思います。今は、夢を語る若い医師があまり多くないので、僕はどんな夢を語ることにしているんです(笑)。

医学生へのメッセージ

——最後に、医学生へのメッセージをいただければと思います。

金・・・循環器科の医者としては、やっぱり学生さんに、いわゆる「メジャー科」に来てほしいと思います。大変な部分もありますが、「大変そうだから」と避けることなく、一度は内科や外科で患者さんの命・人生と向き合うという道も考えてほしいと思います。

あとは、市中病院で指導医をした僕自身の経験から言うと、自分から学ぶ姿勢のない研修医は成長しません。大学病院や医局には、全員をある程度のレベルまで育てる仕組みがあるのでしようが、市中病院は違います。その代わり、やる気さえあれば、僕のように膨大な症例を経験することもできます。一概には言えないかもしれませんが、市中病院で研修を受ける方は、明確な目標、より強い目的意識と主体的に学ぶ姿勢を持って臨んでほしいですね。



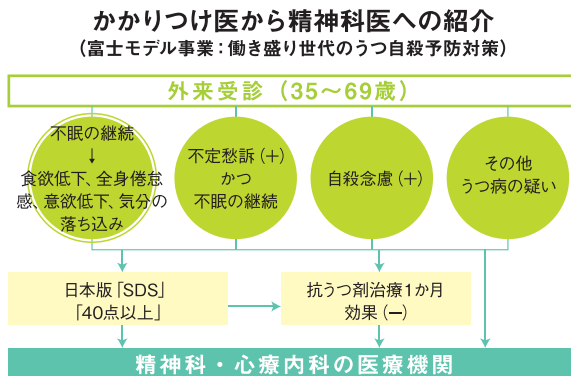
医療業界ニュース

NEWS on Healthcare Community

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いく必要がある。なお、うつ病に関する一般の認識は徐々に高まってきているが、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。」となっており、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。

より多くの勤務医の意見を 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年間の検討を行い、医師会活動に勤務医が積極的・主体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だろうとしている。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。

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

～医療関係者を代表して報道機関等に申し入れ～

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

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、大きなトラウマ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。

OPINION

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る。

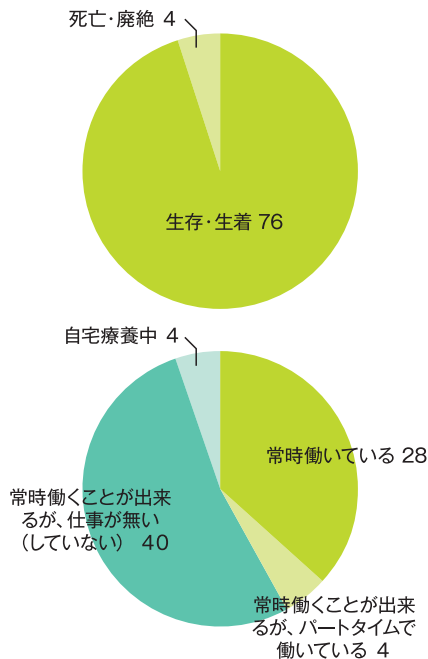
その総合診療（科）の役割や体制については、医療機関の目的や規模・立地する場所などで異なるであろうし、既に多くの記事や学会などで発表され、議論も行われている。紹介による高度専門医療を目指し救急医療をしないところは、「科」としての総合診療を必要としないかも知れない。

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一ことが、基本でなければならない。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)



脳死での臓器移植が適正だったかどうかを事後検証する厚生労働

省の「脳死下での臓器提供事例に係る検証会議」は3月29日、平成

脳死移植102例検証・厚生労働省

心臓移植を受けた人95%が生存、40%が社会復帰

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した。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

インターネットで副作用情報を登録

医薬品の安全対策

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/>)

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

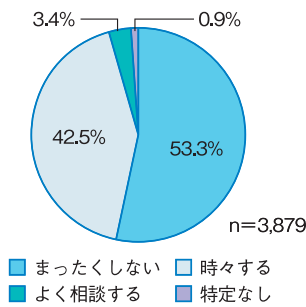
勤務医の健康状態に着目

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、どういった対応をとるのが適切だっただろうか。

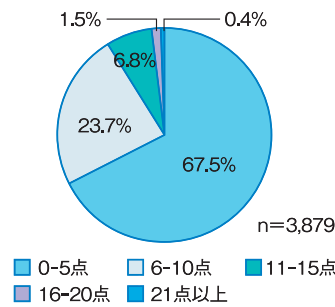
これは、「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」が病院管理者や産業医・人事責任のある医師等を対象に行っている、「医師の職場環境改善ワークショップ

研究会」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・ペイシエ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。今後学生のみならず、

自身の体調不良について他の医師に相談するか (図2)



簡易抑うつ症状尺度 QIDSの点数 (図1)



研修医やレジデント等の勤務医として働くことになったとき、このような問題にさらされる可能性も少なくないのです。

「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る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、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

をとろう」など、当たり前のことばかりだと思われるかもしれませんが、しかしこの「当たり前」が今まで意識されてこなかったことが、医師の健康維持を難しくしていたのです。病院・医師の双方がこの7カ条の内容をしっかり認識することが、労働環境改善への一つのステップとなると考えます。

また、冒頭で紹介した「医師の職場環境改善ワークショップ研究会」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った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。勤務医を常勤で雇っている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けば、数年でそれらの病院を網羅可能です。

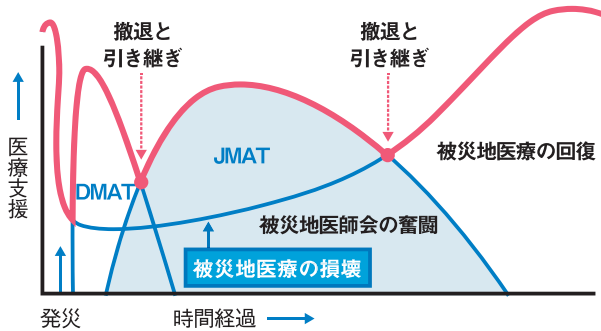
このように、日本医師会は勤務医の労働環境についても支援を行っています。これから勤務医として働くかもしれないみなさんにも身近な存在であることがおわかりいただけたら幸いです。

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を長いスパンで支援することを目指したものと提案されました。

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

DMATとJMATの役割分担（概念図）



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・救護所等での医療・健康管理、公衆衛生対策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1395チーム・延べ6378名が被災地に派遣されました。もちろん多くの医療従事者が参加したことも価値はありますが、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。一つひとつの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。全国横断的なコーディ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区医師会と、それぞれの機能を明確に分けたことが、災害医療からのスムーズな移行に大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・郡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。地域医療へのスムーズな引き継ぎのため、そして被災者の不安をできるだけ軽減するため、段階的な撤退を行ったことも特筆すべき点に挙げられます。撤退後は中長期医療支援として、今後の被災地での災害関連死を未然に防ぐことを

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するための取り組みが、引き続き日本医師会によって行われています。



JMAT活動に関連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。

医師の働き方を
考える

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*）

女医になった少女

高村光太郎

おそろしい世情の四年をのりきって
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。

私の贈ったキュリー夫人に読みふけて
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
やっ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った少女の眼が
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。

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、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つ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か。

春、学生の方々にはそれぞれに新たな出発があったことでしょう。特に新1年生は、どんな思いを胸に医学の道を志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って学び、研鑽を積み、それぞれ数年後には、「医師としての責任と使命」を両手に握りしめて、巣立っていかれることでしょうか。

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ルリズム教育（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DVD「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すが、医学におけるプロフェッショナルリズムとは、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基盤にした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ではなくてはならないのだと思います。何故いま、私たちからみなさまにメッセージを送るのでしょうか。この時代、医学部で学ばれている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います。しかしながら将来、多くの方が子供を育てるといふ母性と向き合う時が来ます。しかもその

「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。
「先輩医師の話を知りたい」…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/joseishi/> または「日本医師会女性医師支援センター」で検索)

時期が医師として、あるいは研究者としても大きく育つ20代後半～30代にかけて重なると思います。子育ては何よりも大きな喜びではありますが、社会通念上も育児がまだ大部分女性に委ねられている日本では、キャリア継続との両立が大変困難を伴うこととなります。能力の差ではなく、医師としてはある意味ハンデを背負うことになるのです。一方、現場では医師不足による医師の疲弊が問題になっています。子育て中の女性医師が、長期間現場に復帰しないことも大きな原因です。人が足りなければ、働きやすい環境整備や勤務時間の調整もできません。深刻な悪循環です。その打開策の一つとしても、女性医師が、家庭と仕事を両立させ、自らの社会的な「使命と責任」を果たしてほしいと願うのです（学生の方々にはまだイメージできないかもしれませんが）。もちろん近年の急速な医学の進歩に戸惑わないように継続的にキャリアアップしていただきたいからです。

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

ました。地方の医師不足改善に向けて、各都道府県医師会が取り組んでいる女性医師就業支援事業のサポートも行なってきました。またセンターの主事業である女性医師バンクは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80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ふ選択肢は頭になかった」と。みなさまも「仕事も子育ても楽しむ」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ル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。

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

年の医学部入学者に占める女性の割合も3割を超え、大学によっては40～50%が女子医学生となり、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を整えば、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、女性医師の就業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。

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、別の機会にご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。



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（フレックスクス制や短時間正社員制度、複数主治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、④周囲を含む意識改革、⑤相談窓口の設置、などでした。

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回を振り返りつつ、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、

女性医師の勤務の現況と課題、女性医師バンクをめぐる諸問題、医師の勤務環境の改善などを取り上げました。そのなかで、男女共同参画委員会の活動としての女子医学生や研修医等へのサポート事業（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、

「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しいただきましたが、シンポジウムの後に「その時々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って

いくと思うが、その時期に応じてバランスを取り、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7月28日（土）午後1時より富山第一ホテルにおいて、「変わる」男女共同参画が啓くワークライフバランス」をメインテーマとして開催されました。プログラムの詳細は、日本医師会ホームページにも掲載されていますので、参加ご希望の方は日本医師会企画課（TEL03・3946・2121（代））にお問い合わせの上、申し込み下さい。

この夏、富山でお会いしましょう。

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

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
ん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
に聴くことが大事です。(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と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来で働けるし、女性医師が多くてやりやすいよ」と誘って下さいました。

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、女性医
師どうしの確執が生じたり、希望が通りにくくなる場合もあるようです。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)

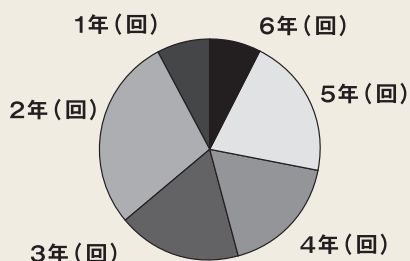
回答者のプロフィール 医学生120名が回答

回答者の性別

75 : 45



回答者の学年分布



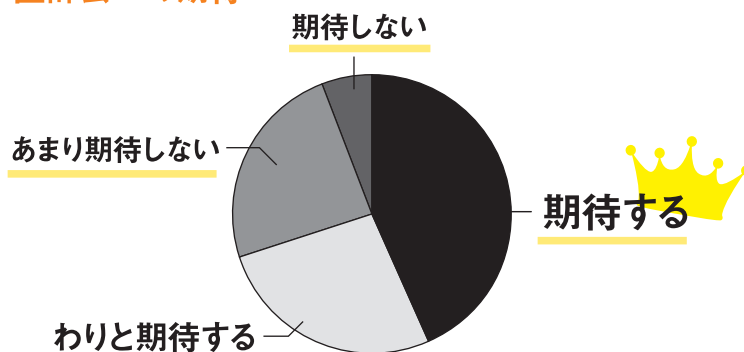
医学生対象の アンケート調査

ドクタ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。

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）

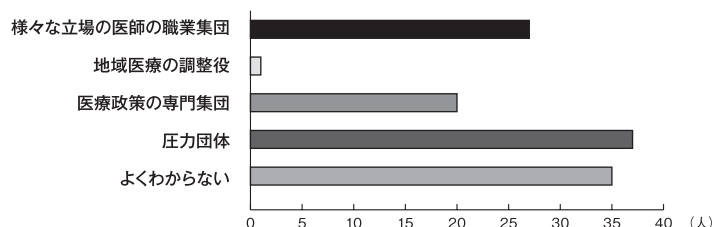
実際に何をしているのかイメージがわからない。

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。

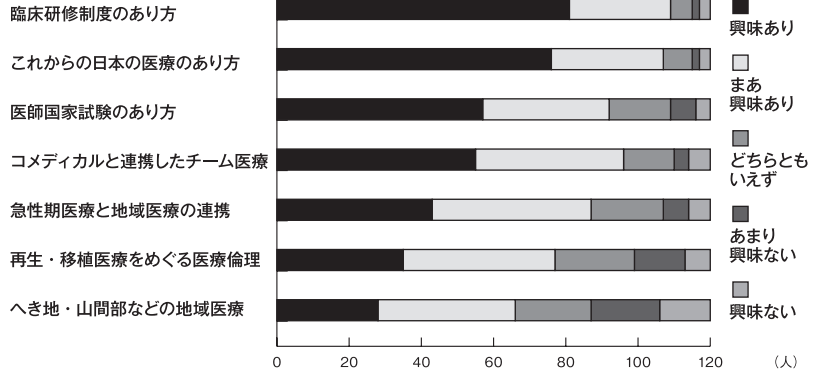
医学生の医師会へのイメージ



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。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届けるとはもちろん、みなさんの関心に応えられる情報提供を行い、一緒にこれからの日本の医療について考えていきたいと思います。

興味関心の所在



医学生が求める情報

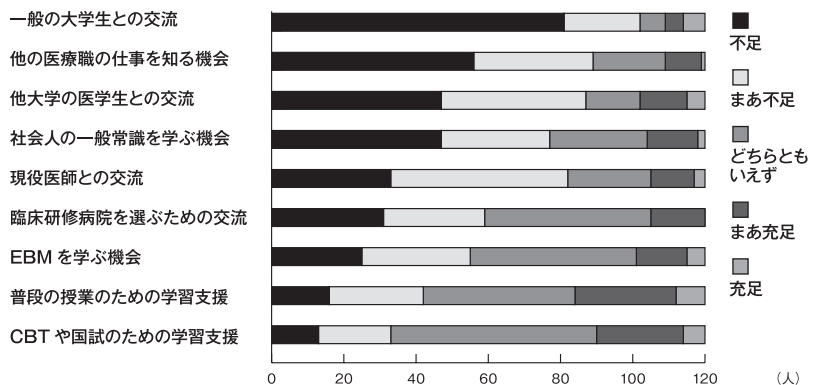
- 1位 医学生のための学会・イベント情報
- 2位 様々な診療科の仕事紹介
- 3位 臨床研修を終えた医師のホンネ

- 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

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。

BOOK



閉鎖病棟

常木 蓬生 / 新潮文庫 / 590円

「精神科の患者」の見方を変えてくれる一冊

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。

著者の出世作である本作は、タイトル通り精神病院が舞台であり、入院する登場人物たちの一人ひとりが丁寧に描かれている。作中に「**精神分裂病」という病名は、人間を白人や黒人と呼ぶのと大して変わらないのではないだろうか。(中略)そんな風に考えてから、チュウさんは自分の病名をとんと気にしなくなった。」という箇所があるが、私たちは精神科はもちろん他

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

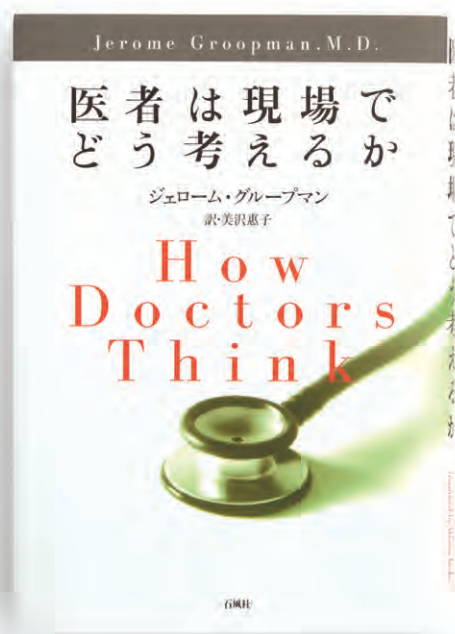
の作品では、一人ひとりの「患者」が、それぞれの「症状」を抱えながらも活き活きと日常を生きている姿が描かれる。その描写は「精神科の患者」への見方や理解を変えるものだった。また、読後感も爽やかで、気楽に手に取れる、読みやすい小説でもある。

* 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。

様々な「誤診」を通して医師の思考を探る

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ない研修医たちを見ている中で、ふと彼は思った。「医師はどのように考えるべきか?」と。生身の患者と向き合い、患者に

とっ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う。そこで本書では、様々な「誤診」を通して医師の思考を探っていく。「どうやっ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。



医者現場でどう考えるか

ジェローム・グループマン(著) / 美沢 恵子(翻訳) / 石風社 / 2,940円



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。



「医師会」って、遠いですよね?

確かに、これまでは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。お待ちしております。

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

DOCTOR-ASE

【ドクターゼ】

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