

DOCTOR+ASE

Japan
Medical
Association



日本医師会

年4回発行
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]

No.20

Winter 2017

特集

新たな専門医の 仕組み（前編）

● 医師への軌跡 岡部 正隆

● 10年目のカルテ 公衆衛生医師・医系技官

医師の大先輩である大学教員の先生に、
医学生がインタビューしてきました。

自分の好きなことや 臨床実習で得た気づきを 大切にしてほしい

岡部 正隆

東京慈恵会医科大学 解剖学講座 教授

NPO法人カラーユニバーサルデザイン機構 副理事長

好きな分野を追いかけて

山田（以下、山）…先生は医学部卒業後、研究一筋でこられたそうですね。

岡部（以下、岡）…僕は子どもの頃から生き物が大好きだったんです。医学部で基礎医学に触れた時も「これはヒトの生物学だ！」と思って楽しくて仕方がなく、学部生のうちから解剖学教室に入り浸って実験していました。そんなある日、発生学の授業を受けて「臓器などの成り立ちがわかれば解剖学のすべてがわかるのでは」と思い至ったんです。大学院に進学してから9年間は、ショウジョウバエを使って、遺伝子から形態形成のメカニズムを解明する研究に没頭していました。

加藤（以下、加）…そこから、どうして教育に携わるようになったのでしょうか？

岡…ある時「せっかく医師免許を持っているのに、このままハエばかりやっているといいのか、せめて脊椎動物に戻ろう」と思ってた（笑）。それでイギリスに留学し、魚やニワトリ、マウスの発生を研究しました。帰国後の働き口を探している時にちょうど声をかけていただき、母校に戻ってきたんです。医師免許を保持した基礎医学の大学教員は少なくなっていますし、教員として基礎医学の分野で貢献するの

が、自分なりの医師免許の活かし方だろう、と。

「健康」は誰が決める？

加…先生はご自身が色覚異常をお持ちで、カラーユニバーサルデザインの普及にも携わっていらっしゃるんですよね。患者の立場で活動されて、感じたことなどはありますか？

岡…そもそも僕は、自分を患者だとは思っていません。色弱は疾病ではなく、血液型のような遺伝的多様性の一つだと考えています。たしかに今の社会では、色弱の人が生活や仕事に不便を感じる場面はあると思う。でもそれは、少し工夫すればなくせる不便さなんです。

色弱は、先天性の場合は治療法がないので、多くの医師は、色覚検査をして「色覚異常」と診断することしかしていないのが現状です。でも本当は、医師は行政にも多大な影響力があるのだから、色弱の人が困らない社会の仕組みづくりを担うこともできるはずですよ。

色弱に限らず、他人と違う部分があっても、日常生活に支障がなければ、それを病気と呼ぶ必要はないと思います。本人が困っていないのに病名をつけることは、時に差別や偏見を助長します。だから医師は、その人の身体状態だけでなく、精神的・社会的な側面まで慎重に診なけ

ればならない。そして、検査で病気の人を見つけることだけではなく、「病気」と呼ばれよう人でも不便なく暮らせるような世の中をつくることにも注力してほしいと思います。「病んでい」かどうかを決めるのは、医師ではなく、その人自身なんです。

「いついつの気づきを大切に

山…私はそろそろ進路を考える時期ですが、何が自分の強みなのかかわからず、迷っています。

岡…君たちは今、ポリクリで臨床の現場に出ているよね。日々色々な患者さんや症例を見てみると、ハッと何かに気付く瞬間が必ずあると思う。そうして気付いたことそれ自身が君たちの強みであり、個性なんです。

今は先の見えない時代で、将来に不安を抱くのもわかる。でもそんな時だからこそ、好きなことを伸ばして、自分をブランド化していけばいいんじゃないかな。これは、他人の評価を気にしろという意味ではないよ。身近なところでもいいから、自分が少しでも興味を持てたことについて突っ込んで考えるようになっていけば、評価は後から付いてきます。立派な気づきじゃなくたっていい。日々の一つひとつの刺激を大切に、自分が面白いと思える道を主体的に歩んでいってほしいと思います。



山田 麻綾

東京慈恵会医科大学 4年

私は以前から、自分の強みを見つけなければ、と悩んでいたのですが、慈恵の先輩である岡部先生の「好きなことを伸ばしていけばいい」という言葉に励まされました。

岡部 正隆

東京慈恵会医科大学 解剖学講座 教授

1993年、東京慈恵会医科大学卒業。1996年に医学博士を取得。1997年より、国立遺伝学研究所で助手を務める。イギリスに2年間留学し、2007年より現職。

加藤 千智

東京慈恵会医科大学 3年

「病気かどうかは、その人自身が困っているかどうかで決まる」というお話を聞いて、学理上の「疾患」をどう治そうかという発想に傾きがちだった自分に気づきました。

Information

Winter, 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い、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/>

『医師の職業倫理指針』(第3版)を刊行しました

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



本指針は、わが国の医師にとって重要と思われる数十項目の職業倫理上の課題を取り上げ、妥当と思われる倫理的見解を示したものです。

内容は、「医師の基本的責務」、「終末期医療」、「人を対象とする研究」など、大きく9つの項目に分かれており、現在関心を集めている、「遺伝子をめぐる課題」を新たな項目として追加したほか、改正個人情報保護法や医療事故調査制度関係の記載の追加等、一般的な見直しを行っています。

本指針は、毎年3月に医学部卒業生に贈呈していますが、日本医師会のホームページや日医Libにも掲載されており、医学生や会員以外の医師、一般の方も閲覧及びダウンロードが可能になっています。皆さんもぜひ一度ご覧ください。

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

ドクタ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!

2 医師への軌跡

岡部 正隆先生(東京慈恵会医科大学 解剖学講座 教授)

[特集]

6 新たな専門医の仕組み 前編

8 専門医になるまでの医師のキャリアのロードマップ

10 どうして専門医の仕組みを見直すことになったのですか?

12 今までの専門医制度と何が変わるのですか?

13 具体的にどのような研修を受けることになりますか?

14 まだまだ知りたい 専門医、どうなるの?

18 医科歯科連携がひらく、これからの「健康」②

口腔ケアの充実で合併症を減らす

20 同世代のリアリティー 番外編

1型糖尿病 前編

22 地域医療ルポ 18

神奈川県横浜市中区 ポーラのクリニック 山中 修先生

24 チーム医療のパートナー(事務職員)

26 10年目のカルテ(公衆衛生医師・医系技官)

高橋 千香医師(東京都北区保健所 保健予防課)

櫻本 恭司医師(厚生労働省 医政局 医事課)

30 医学教育の展望

学生と読むTomorrow's Doctors

32 医師会の取り組み

平成28年熊本地震におけるJMATの活動

34 大学紹介

北海道大学/慶應義塾大学/岡山大学/佐賀大学

38 日本医科学学生総合体育大会(東医体/西医体)

40 グローバルに活躍する若手医師たち

42 FACE to FACE 13

中尾 菜実×佐伯 尚美

新たな専門医の 仕組み

ここ数年、議論が紛糾している新たな専門医の仕組み。
皆さんの不安を解消すべく、現状を読み解きます。

新たな専門医の仕組みの概要が決まる


2017年4月から開始される予定だった新たな専門医の仕組みは、地域医療への影響などを考慮して先送りされました。医学生の方々の皆さんの中にも、いったいどうなるのかと不安や疑問を抱いた方は多いかもしれません。しかしその後、日本専門医機構では議論が重ねられ、2016年12月、新たな専門医の仕組みの基盤となる「専門医制度新整備指針」が公開されました。新たな仕組みについては、2018年度の一斉スタートを目指して整備が進められています。

現時点でも決まっていないことが多い新たな仕組みですが、皆さんに知っておいていただきたいのは、この仕組みは若い医師の可能性を狭めようとするものではないと決まっています。仕組みが確立すれば、むしろ皆さんは将来、より自由に進路を選択し、キャリアを形成することが可能になるはずです。

「専門医」が信頼を得るために


わが国ではこれまで、数多くの学会が独自に専門医資格を認定しており、統一的な認定基準はありませんでした。この問題に關しては数十年にわたって様々な議論が行われ、2014年には各領域の専門医の質を標準化するための第三者機関として、日本専門医機構が設立されました。

質の高い医療を提供しながら、同時に新たな信頼に足る専門医の仕組みを作っていくのは、簡単なことではありません。日本専門医機構が中心となり、医師会や各学会、病院団体、自治体、そして現場の医師などの声も踏まえつつ、少しずつ調整していくことになるでしょう。ドクターラーゼでは、この「新たな専門医の仕組み」について、2回にわたって特集していきます。今号では、新たな専門医の仕組みについての基本的な疑問にお答えし、次号では専門医取得までのキャリアに関する話題を中心に取り上げる予定です。



専門医なんて、
自分には
まだ先のことに
思えるのだけど…

P8



どうして新たな
仕組みを作らないと
いけないの？

P10



今までと何が違って
どんな仕組みになるの？

P12



もっと具体的なことを
教えてほしい！

P14

専門医になるまでの 医師のキャリアのロードマップ

医学部入学から、臨床研修を経て専門医資格を取得するまでのキャリアの全体像を見てみましょう。

医師国家試験

10月
臨床研修マッチング

診療参加型
臨床実習（2年）

CBT&OSCE

医師臨床研修マッチング

「マッチング」とは、医学部6年次の10月頃、臨床研修を受ける病院を決定する仕組みのことを言います。翌年度に臨床研修を受けることを希望する人は、マッチングに参加する病院の中から希望のプログラムを選び、希望順位を登録することになっています。研修病院側も様々な形で選考を行い、採用希望者の順位を登録します。これらを、一定の規則に従ってマッチングし、誰がどのプログラムで臨床研修を受けるかを決定していきます。複数の病院・プログラムを希望することはできませんが、最終的には希望順位をつけることになるため、見学や説明会に足を運ぶ必要もあります。5年次から6年次の前半にかけて、実習の合間に病院見学を行っている医学生も少なくありません。

教養・基礎医学・ 臨床医学など（4年）

共用試験（CBT・OSCE）までの 座学中心の学習

医学部に入ってから概ね4年間は、教養教育に加え、医学教育を受けるために必要な生物学・化学などの準備教育、解剖学や生理学などの基礎医学、そして臓器別の臨床医学などを「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に沿って学びます。医学の知識を体系的に学ぶのは、CBT・OSCE からなる共用試験までの4年間であり、共用試験では医師国家試験に準ずる内容が問われ、診療参加型実習に必要な知識・技能・態度が備わっているかどうかが評価されます。共用試験に合格することが、5～6年次に行われる診療参加型臨床実習の参加要件となります。

医師免許取得までの道のり

「専門医」と言われても、医学部で学ぶ皆さんにとっては遠い将来の話だと思えます。そこで、まずは医学部入学から専門医取得までの流れを整理してみます。

医学部入学後の約4年間は、教養課程および基礎・臨床分野の座学、解剖実習や基礎実験を中心に、まずは体系的な知識を獲得することに主眼が置かれます。座学が終わり、4年次の後半に行われる共用試験に合格すると、診療参加型臨床実習を受けることになります。近年、グローバルスタンダードに合わせて臨床実習の比重は拡大しつつあり、医学生の診療への参加の度合いも高まっています。患者の同意・指導医の指導監視などの条件のもとで、実習生に一定の医行為が許容されるようにもなりました。座学ではイメージしにくい各診療科の違いについても、実習を通じてだんだんと具体的なイメージを持てるようになっていきます。

臨床実習も後半に差し掛かってくると、臨床研修病院探しが本格化します。長期休みや実習の合間を利用して研修病院の見学に足を運び、自分の希望に合った研修先を探す人が多いようです。6年次の夏休み頃を中心に試験・面接が行われ、10月頃に行われる「医師臨床研修マッチング」によって臨床研修病院が決定します。

臨床研修を通して進路を考える

無事に医師国家試験に合格して臨床研修が始まると、研修医はプログラムの規定に沿って様々な診療科をローテートすることになります。平成28年度現在は、内科6か月・救急3か月・地域医療1か月が必須であり、加えて外科・麻酔科・小児科・

基礎研究、公衆衛生など
臨床以外の分野で働く選
択肢も

専門医取得

専門研修 (3年以上)

専門研修のポイント

- ・法令に規定はなく、医師のプロフェッショナル・オートノミー（専門家による自律性）により、学会と日本専門医機構のもとで行われます。
- ・専門研修プログラムで、3年以上の研修を受けることが求められます。
- ・これまでは、カリキュラムに定められた到達目標を達成した段階で専門医試験の受験資格が与えられる「カリキュラム制」も併存していましたが、新たな仕組みでは、到達目標を年次ごとに定められた研修プログラムに沿って修得する「プログラム制」に原則として統一されることになりました（サブスペシャリティ領域はこの限りではありません）。
- ・専攻医（専門研修を受ける医師）のアルバイトは禁止されています。
- ・専攻医の定員について、領域や地域などによって上限が定められることはありません。

臨床研修修了

夏～秋頃
専門研修
プログラムに応募

臨床研修 (2年)

臨床研修のポイント

- ・「診療に従事しようとする医師は、指定された病院で2年以上の臨床研修を受けなければならない」と医師法で定められています。
- ・臨床研修医は研修への専念義務があり、アルバイトは禁止されています。
- ・原則として、医師臨床研修マッチングによって研修先が決定します。
- ・内科6か月以上、救急3か月以上、および2年目の地域医療研修1か月が必須とされています。
- ・外科・麻酔科・小児科・産婦人科・精神科のうち2つ以上の診療科の研修が必須です。
- ・研修機関は、ルールの範囲内で、特色のある研修プログラムを作ることができます。

専門医資格取得に至るキャリアやワーク・ライフ・バランスについては次号で紹介します！

産婦人科・精神科の中から2科目以上を必ず選択することになっていますが、残りの期間は、ある程度希望に沿った診療科を回ることができます。また、協力機関での研修を選択できるプログラムも多く、様々な医療機関で働く経験を積むこともできます。

臨床研修のローテーションによって様々な分野・施設での診療を経験する中で、研修医の多くがその後のキャリアや専門分野について迷い悩むようです。実際に診療に携わってみると、学生時代は興味を持てなかった分野にも魅力を感じるようになりますし、もともとの志望分野とは別の進路を選択する人も少なくはありません。臨床研修の期間は、様々な先輩・指導医と出会う中で、自らの医師としての進路やあり方を深く考える時期でもあるのです。

専門研修プログラムを選ぶ

臨床研修の2年目になると、研修医はその後の進路を本格的に考える時期を迎えます。現在医学生の方々が臨床研修医になる頃には新たな専門医の仕組みが動いている予定であり、原則として19の基本領域のいずれかの専門研修プログラムに所属して研修を受けることになります。

専門研修からは、診療科のチームの一員として扱われるようになり、責任も重くなっています。ですから、診療内容に興味を持てるかどうかはもちろんですが、研修先の文化や雰囲気も自分に合っているかどうかでも選択基準になるでしょう。

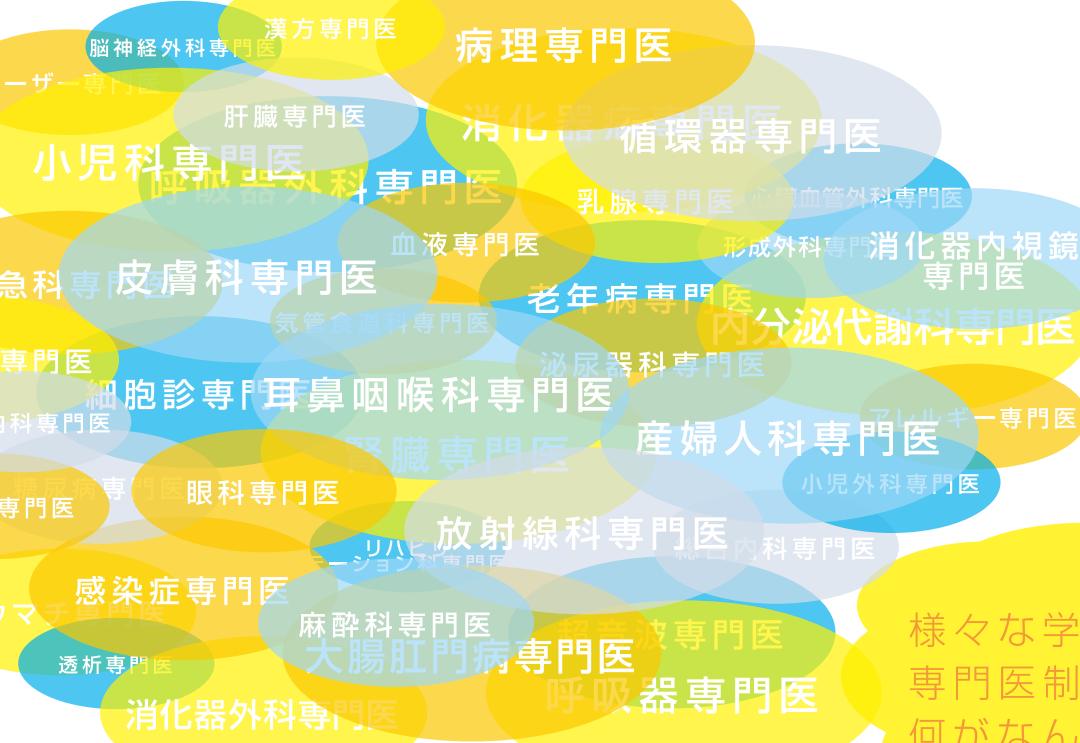
その後3年以上の専門研修を経て試験に受かると、ようやく専門医の資格を取得することができます。医学部入学から、最短期でも11年の長い道のりが待っているのです。

Q
uestion

どうして専門医の
仕組みを見直すこと
になったのですか？

A
nswer

今までは「専門医」と言っても、領域によって内実はばらばらでした。これでは、医師はどの専門医をいつばらばらでした。これでは、医師はどの専門医をいつ取得するのが自分のキャリアにとって有効なのか判断しづらく、医療を受ける国民は、どの医師がどんな専門性を持っているのかわからず、困ってしまいます。専門医の仕組みの見直しは、専門領域を整理し、専門医の質を標準化することを目指しています。これにより、医師にとっても国民にとっても、より有用な専門医の仕組みが作られていくはずですよ。



Before

point

様々な学会が独自に作った
専門医制度が乱立していて、
何がなんだかわからない…

専門医の質の標準化を目指して

突然ですが、日本に全部で何種類の専門医資格があるか、皆さんはご存知ですか？ 実は、平成28年現在、広告可能な専門医資格*1は全部で56種類あります。しかし、専門医資格を何年かけて取得するのか、どのような症例をいくつ経験すればいいのかなどといったことは定められておらず、56の専門医資格の中には、多くの症例・長い経験年数が必要なものと比較的容易に取得できるものが、混在しているのが現状です。

専門医資格は本来、医師の診断・治療能力が一定以上であることを、周りの医師や国民に対してわかりやすく示すためのものであるはずですが、しかし、今の状況では、ある専門医資格を持っている医師の能力がどの程度のものなのかは、本人やその学会の関係者しか把握できないでしょう。この状況を改善し、様々な領域における専門医の質を標準化するために、専門医の仕組みの見直しが始まったのです。

2段階にわたる認定の仕組み

専門医の仕組みの見直しに際し、最初に大きな議論が行われたのは、1985年のことでした。日本医学会の呼びかけで、日本医師会・日本医学会・学会認定医制協議会からなる三者懇談会が開かれたのです。ここで初めて大々的に、これからの専門医制度およびそれを包摂する仕組みはどのようなものになっていくべきか、話し合いが持たれました。懇談会は1986年の時点で、「各専門領域における専門医制度は、第三者機関の助言・評価を受けるべき」という表明を出しています。

その後、様々なフィールドで専門医の仕

*1 広告可能な専門医資格…2002年、厚生労働省告示により、厚生労働省が指定する基準を満たし、届出を行えば、専門医資格を広告することが可能になった。広告可能でないものも含めると、更に多くの資格が存在する。

point

基本領域とサブスペシャリティ領域を設定することで、一人ひとりの医師の専門性がわかりやすく！



After

基本領域（19領域）

- ・ 総合診療
- ・ リハビリテーション科
- ・ 形成外科
- ・ 救急科
- ・ 臨床検査
- ・ 病理
- ・ 麻酔科
- ・ 放射線科
- ・ 脳神経外科
- ・ 泌尿器科
- ・ 耳鼻咽喉科
- ・ 眼科
- ・ 産婦人科
- ・ 整形外科
- ・ 外科
- ・ 精神科
- ・ 皮膚科
- ・ 小児科
- ・ 内科

サブスペシャリティ領域

サブスペシャリティ領域については、特定の臓器・特定の対象・特定の診療技術などの分野で専門医制度を運用してきた学会が、基本領域学会と協同して、領域ごとの制度を作っていく予定です。

サブスペシャリティ領域専門医の名称や、どの基本領域と連携するかどうかについては、今後検討することとなっています。

厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」最終報告書・日本専門医機構「専門医制度新整備指針」より作成

組みについての議論が行われ、2011年には厚生労働省で、「専門医の在り方に関する検討会」が組織されました。医師という専門家集団によって始められた議論が、国の制度を動かすまでに発展したのです。2013年には検討会の最終報告書が公開されます。ここで、専門医は「患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義されました。「専門医」という言葉から人々が持ちうるイメージは様々ですが、「高度な技術」や「膨大な知識」ではなく、あくまで「標準的な医療」を提供するのが専門医である、と定めたのです。また、学会と連携して専門医の認定を行う第三者機関を速やかに設立するべきである旨が、ここでも明確に示されました。

これを受けて2014年に第三者機関として組織されたのが、日本専門医機構です。機構はまず専門医の仕組みを、基本領域・サブスペシャリティ領域の2段階階制にすることを決めました。基本領域とは、内科・外科・小児科など、ベーシックな19の領域です。医師は臨床研修後3年以上の研修でいずれかの基本領域学会の専門医資格を取得し、その後更なる専門性を身につける（サブスペシャリティ学会の専門医^{*2}を取得する）ことが規定されました。この仕組みは、2018年4月から施行されることになっています。

2016年12月16日には、「専門医制度新整備指針」が公開され、各学会が専門医制度を制定するための、より具体的な方針が示されました。この指針では、専門医資格が国民の医療機関受診に際して有用な指標となることや、地域医療体制を守るものになることなどが重視されています。詳しい内容については、次のページで説明していきます。

救急
臨床遺伝
神経内
核医学
リウ

Q
uestion

今までの 専門医制度と何が 変わるのですか？

A
nswer

これまでの専門医制度は、各学会により独自に運営されており、目指すところも様々でした。しかし、新たな専門医の仕組みによって、基本領域学会の専門医は、「国民に標準的で適切な診断・治療を提供できる」医師であるべきだと定められました。これからは、卒業後、臨床研修を修了した医師は、原則全員が基本19領域いずれかの専門医資格を取得すべく、最短3年間の研修を受けることになります。そうして、専門医資格を取得することは、標準的な医療を提供できると認定されることを意味するようになるのです。

point

全員がいずれかの
基本領域の専門医を
必ず取得することに！

+1年以上

3年以上

臨床研修
終了

サブスペシャルティ領域

基本領域 (19領域)

専門医資格を取得するまで

10〜11ページで見てきたように、これから医師になる皆さんは、基本領域とサブスペシャルティ領域の2段階で専門医資格を取得することになります。それでは各領域の専門医制度は具体的にどのようなものになるのか、専門医制度新整備指針（以下、指針）の内容を読み解いてみましょう。なお、サブスペシャルティ領域についてはまだ決まっていないことが多いため、ここでは主に基本領域学会の専門医制度について説明します。

指針によれば、専門医とは「各専門領域において、国民に標準的で適切な診断・治療を提供できる医師」と定義されます。これを受けて、各学会はまず、その領域において「国民に標準的で適切な診断・治療を提供できる医師」とはどんな存在なのか、あるべき医師像を設定しなければなりません。そして、そのような医師はどんな診療能力を持っているべきなのか、具体的な条件を設定していきます。

さて、皆さんがある基本領域の専門医資格を取得したいと思ったら、その領域の研修プログラムを持つ施設（基幹施設）に身を置き、研修に参加することになります。専門医資格取得の第一歩は、参加したいプログラムを選び、応募することです。応募の条件などはプログラムごとに様々ですが、原則としてどのプログラムも募集情報を公表し、公募するよう定められています。

さて、皆さんが研修を受ける先は基幹施設だけではありません。指針によれば、基幹施設は一つ以上の連携施設と「研修施設群」を構成し、その中でローテーション研修

Q
uestion

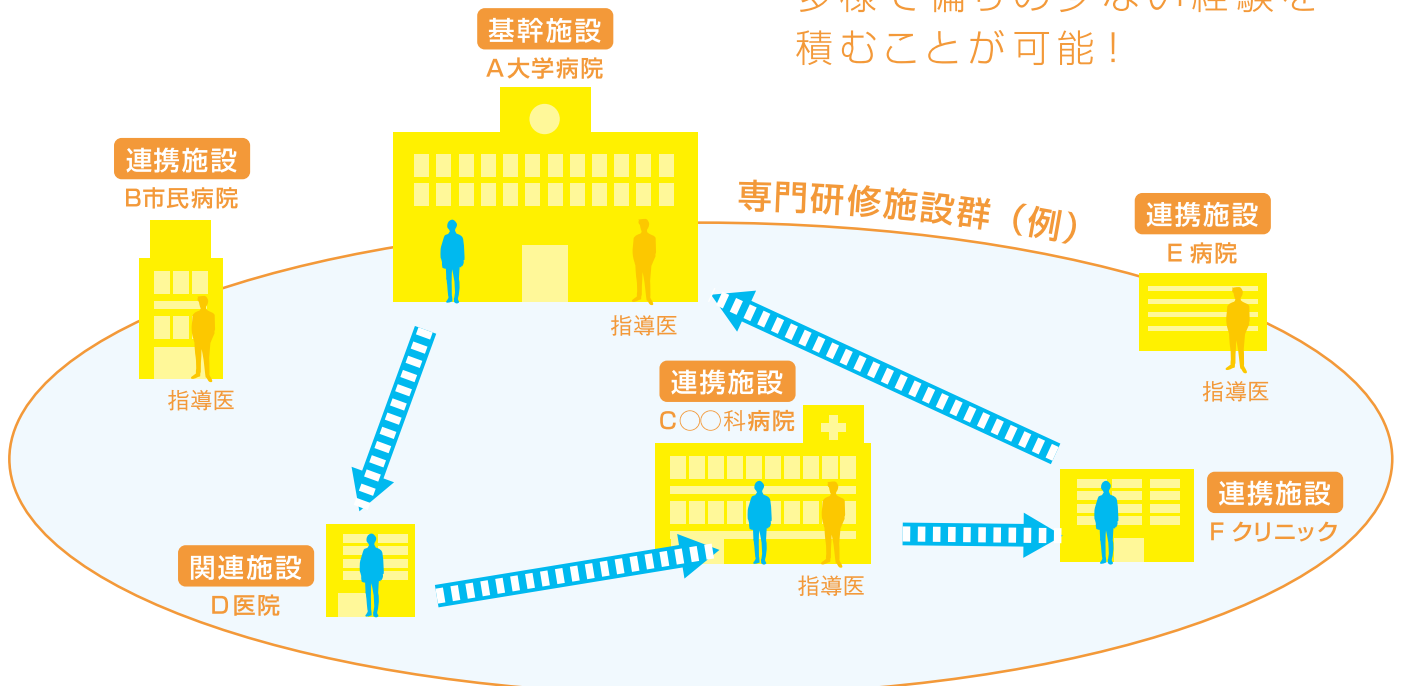
具体的にどのような
研修を受けること
になりますか？

A
nswer

志望する基本領域のプログラムがある基幹施設に所属し、専門研修施設群の中でローテート研修を行います。研修が一つの施設で完結しないので、幅広い経験を積むことが可能になります。また、結婚・出産や留学によって、研修の途中でキャリアを中断することも可能です。ワーク・ライフ・バランスも大切にしながら、国民に信頼される専門医資格を取得できるようになるのです。

point

施設群をローテートしながら
研修を受けることで、
多様で偏りの少ない経験を
積むことが可能！



を行うことになっていきます（病院の地域性や診療科の特徴などにより、研修内容に偏りが出ること防ぐため）。基幹施設や連携施設には学会に認定された指導医が所属しており、専攻医を教育・指導します。最短3年間の研修を終えると、専門医認定審査を受けることができます。審査は学会・日本専門医機構（以下、機構）の2段階で行われます。まずは書類審査で、研修修了証明・経験症例の記録・学術業績などの書類を学会に提出します。書類審査に通ると、学会による専門医認定試験が行われます。筆記試験・口頭試験・実技試験等などにより、研修の達成度を評価します。一次審査に合格すると、機構が二次審査を行います。二次審査に通ると、機構と学会の連名による認定証が手に入る、という流れです。

以上が、基本領域学会の専門医資格取得までの全体像です。サブスペシャルティ学会の専門医に関して、概ね同様のプロセスがとられますが、研修年限などはまだ確定していません。また、専門医制度の策定は、サブスペシャルティ学会が単独で行うのではなく、基本領域学会とサブスペシャルティ学会が協同して運営する、サブスペシャルティ学会専門医検討委員会（仮称）が担うこととなります。詳しいことは機構が中心となって、これから3年をめどに整備していきます。

なお、機構は、ある専門医資格を取得した医師が専門領域以外を診なくなることを危惧しています。指針には、どの領域の専門医制度も、領域別の専門性の前に、医師として共通の基本能力を修得できるようにするべく明記されていることも、知っておいていただきたいと思えます。

まだまだ知りたい 専門医、どうなるの？

医学生の素朴な疑問を、日本医師会常任理事で
日本専門医機構理事の羽鳥裕先生にぶつけてみました。

厚生労働省「専門医の在り方に関する

私も専門医資格を
取らなければ
ならないんですか？

どの領域の専門医にも共通して求められるのは、その診療領域における「標準的な医療」を提供できることです。極端に深い知識や卓越した技能がなければ専門医になれない、というわけではありません。また、特に基本領域の専門医資格を取得することは、専門性を支える、医師としての基本的な能力を修得することも意味します。新たな仕組みでは専門性だけでなく、ジェネラルな能力も重視されているのです。

専門医には、
どのくらいの専門性が
求められるの
でしょうか？

そんなことはありません。領域によっては、基幹施設の多くが大学病院になる可能性はありますが、それぞれの領域で定めた基準を満たせば市中病院が基幹施設になることもできます。基幹施設になるには、臨床研修指定病院として厚生労働大臣が指定している病院と同等の基準を満たすということになっていますが、単科病院でも各学会の条件さえ満たせば基幹施設になれるとされています。

もちろん学生のうちから診療科を決めなくても構いませんが、将来の進路については、簡単に決められない人も多いでしょう。学

専門研修は
大学病院でしか
受けられないのですか？

決めるわけではありません。あくまで医師の自己研鑽の一つの手段として捉えるべきだと私は思います。
なお、わが国では麻酔科以外の診療科については自由に標榜することができます。実際に多くのかかりつけ医が、その地域で求められる複数の診療分野を標榜しています。ですから、専門医資格の有無は、その分野の診療を行えるか否かに影響するわけではありません。むしろ専門医資格取得の中心なメリットは、患者や他の医療者からの一定の信頼を得られることであると言えるでしょう。

先に紹介したような特定の理由での中断の場合は、中断前の研修実績は復帰後に引き継げるとされています（中断が6か月以上に及んだ場合も同様です）。ですから、出産や留学の予定があるからといって専門研修を諦める必要はなく、指導者と相談しながら少しずつ経験を積むことで専門医への道が開けるでしょう。

自分の進む診療科は、
早い段階で決めて
おいたほうが
いいのでしょうか？

途中で長期の育休を
取ることになったら、
専門研修は
最初からやり直しに
なるのでしょうか？



羽鳥 裕先生

日本医師会 常任理事
日本専門医機構 理事

検討会」では、「医師は基本領域のいずれかの専門医を取得することを基本とする」ことが適当だとされました。

とはいえ専門医の仕組み・専門医制度は、法令として規定されているものではありません。なぜなら、議論の背景に、医師の専門性は法や制度に規定されるべきものではなく、プロフェッショナル・オートノミー（専門家による自律性）によって担保するべきものである、という考え方があからずです。新たな専門医の仕組みづくりは、専門医機構をはじめ、医師会、各学会、病院団体など、医師の専門職集団が協働して、自主的に専門医の質を向上していくというとする取り組みなのです。

専門医資格を
持っている、
どういう利点
があるのでしょうか？

「いずれかの基本領域の専門医資格を持っている」ということは、専門領域に進んだ医師として一定のレベルに達していることを意味するようになると思います。しかし、専門医資格の有無が、医師の優劣を

水準を満たすかどうかを学会および専門医機構が審査することになります。皆さんは、認定されたプログラムの中から、自分の希望する強みや特徴を持ったプログラムを選ぶことで、専門医へのキャリアを着実に歩むことができるでしょう。

専門研修中に
産休・育休を取ると、
専門医資格の取得が
遅くなりますか？

専門研修の時期が結婚・出産を考慮する時期と重なり、出産や育児によって一時的に専門研修を中断する方も少なくないでしょう。新整備指針では、全ての基本領域に共通して、海外留学、妊娠・出産・育児、介護、自身の病気療養などのために研修を続けることが困難な場合、申請により研修を中断できることになっています。

また、中断期間が6か月以内であれば、症例数などが揃うことを条件に、研修期間の延長をしなくても良いと定められました。ですから、産休や育休を取ったとしても、6か月以内であれば最短の期間で専門医資格を取得することができます。

生時代の志望があったとしても、臨床研修医として実際に患者さんに接するうちに、志望が変わる人もたくさんいます。早い段階で希望の診療科が決まっていなかったとしても、臨床研修や専門研修を行うにあたって不利になることはありません。

臨床研修病院を
選ぶ時点で、
考えておくべき
ことはありますか？

臨床研修の経験を通じてその後のキャリアに関する考え方も変化していくことが多いので、専門研修をことさらに意識して臨床研修病院を選ぶ必要はないのではないかと思います。

参考までに、新整備指針には「卒後臨床研修で修得した事項を、専門研修で修得すべき事項に含むことができる」と定められています。各領域の規定によりですが、卒後臨床研修で経験した症例を、専門研修の症例に含められる場合もあるのです。早めに専門研修を意識して経験を積みた場合は、志望分野の先生に相談してみるのが良いかもしれません。

まだまだ知りたい 専門医、どうなるの？

新たな専門医の仕組みでは、専攻医

専門医資格を取得するまでの道のりを思うと、一度領域を決めたらもう後戻りはできない気がして不安です。

領域によって到達基準やプログラム整備指針に若干の違いはありますが、分野を超えて専門医の質を標準化することが、新たな仕組みの考え方の核にあります。そして、それぞれの研修プログラムは学会および専門医機構の認定を受ける必要があるため、専門医資格の取りやすさに大きな違いはなくなってくるのではないのでしょうか。

領域によって専門医資格の取りやすさに違いはあるのですか？

複数の基本領域の専門医資格を取得することはできるのですか？

新整備指針には、ある基本領域の専門医となった医師が、その後別の基本領域学会の専門医資格を取得すること（ダブルボードと呼ばれる）は妨げない、と明記されています。つまり、同時に複数の領域の専門研修を受けることはできませんが、ある領域の専門医資格を取得した後に、別の基本領域の専門研修を受けることは問題ない、ということになります。

専門医資格は、医師免許のように一度取得すれば一生保たれるものですか？

総合診療領域については、領域を担当する学会がまだ決まらず、関係する団体で議論が進められています。詳しいことが決まったら、専門医機構のWEBサイトや、本誌でお伝えしていきます。

総合診療領域やサブスペシャリティ領域については、いつ詳細が決まるのでしょうか？

できると定められています。延長期間は原則1年ですが、事情によってはさらに1年単位で延長することも可能です。ですから、ある程度の期間のプランクが生じたとしても、復帰後に求められる診療実績が確保できれば、専門医資格を更新することができると考えられます。

サブスペシャリティ領域については、専門医機構が中心となってこれから3年をめどに調整し、基本領域学会とサブスペシャリティ学会が協働して制度を作ることになっています。内科・外科などサブスペシャリティの取得が前提になる分野を志望する方は、状況が見えず不安になるかもしれません。2018年度のプロگرام募集に向けて具体化されていくはずですので、もう少しお待ちいただければと思います。



皆さんの声、待ってます

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

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



募集は公募・公表が原則になるので、これまでよりは進路の変更もしやすくなるはず。ただし専門研修はプログラム制なので、別の領域に移る場合は1年目から再スタートすることになります。
専門医取得という観点では、進路変更をするとそれまでの経験がリセットされると感じられるかもしれません。しかし医師としての知識や経験は、どの分野に移ったとしても無駄になることはありません。出産・育児も、留学も、研究も、別の分野での経験も、全てが医師としての血肉となるでしょう。最短コースを歩むことだけがキャリアの正解ではないことを強調しておきたいと思います。

専門医資格取得後に
出産・育児・介護などで
ブランクが生じると、
専門医資格は維持
できないのでしょうか？

新整備指針では、妊娠・出産・育児、留学、病気療養などの特定の理由で専門医の更新が困難な場合、本来更新すべき年に申請することによって、更新延長することができます。

新整備指針では、原則として5年ごとに専門医資格の更新を行うことが定められています。更新の具体的な基準は各基本領域学会で決めることとなりますが、勤務実態や診療実績に加え、一定の講習会や学術活動への参加が必要になります。
また、連続して3回以上の更新を経た経験豊富な専門医については、診療実績の証明を免除することになっています。これは、管理業務や後進の指導にあたることで、専門医の資格を維持できなくなるのを防ぐためでもあります。

なぜ日本医師会は、
新たな専門医の
仕組みに対して
ストップを
かけたのですか？

専門医に限らず、私たちが医師養成のプロセスを考えるうえで大切にしているのは、「医療は医師のものではなく、国民のためのものである」ということです。国民に信頼される専門医を養成するために、地域の医療提供体制が崩壊するのは本末転倒です。新たな仕組みを導入するにあたっては地域医療に急激な影響が及ばないように配慮することが必要との考えから、このまま進めて良いのかという疑問を呈しました。
地域医療への影響ももちろんですが、今回の本誌の取材を通して、専門医機構における議論で現役医学生の意見を聞く場がなかったのも問題だと感じました。学会や団体のトップが集まって議論することも重要ですが、実際に研修を受ける人たちの生の声を聴くことも大切だと、改めて感じております。本誌などを通じて医学生の声を集め、専門医機構に伝えていくのも日本医師会の大事な役割です。ぜひ、皆さんの疑問や思いを寄せていただければと思います。

歯科医療は、歯の治療だけを扱うものではありません。口腔内の清潔を保ち、様々な合併症を予防する口腔ケアも、歯科医療が専門とする分野です。今回は、口腔ケアの分野で医科と歯科の連携に積極的に取り組んでいる足利赤十字病院の取り組みについて、院長の小松本悟先生にお話を伺います。

リハビリテーションと歯科

——足利赤十字病院では、どのような形で医科と歯科の連携が行われているか、お聞かせいただけますか？

小松本（以下、小）…まずは私たちの取り組みの経緯からご説明しましょう。医科と歯科の連携に取り組みきっかけになったのは、2011年の新病院開院の際に作った回復期リハビリテーション病棟に、咀嚼や嚥下を専門とする馬場尊先生が部長として赴任されたことです。

口腔ケアの充実で合併症を減らす

足利赤十字病院の医科歯科連携の取り組み



小…はい、リハビリテーション部門の歯科医師の数も増やしました。また、歯科衛生士も巻き込んで、馬場先生のもとで口腔ケアの指導の方法と、嚥下のグレードについての医学的なアドバイスを受けるようになりました。摂食・嚥下の分野は非常に複雑で、それを専門とする職種と連携しないとうまくいきません。そこで、リハビリや緩和ケア、がん化学療法のチームの中に、歯科を専門とするメンバーを入れるようになりました。

口腔ケアチームの動き

——口腔ケアを担当する人たちは、どのような形で活動しているのでしょうか。

小…口腔ケアチームが定期的に病棟を回ることで、医師が特に依頼しなくても、口腔ケアが必要な患者さんをピックアップしてケアできる仕組みになっています。歯科医師や歯科衛生士が病棟の看護師に口腔ケアの方法を指導して、軽症の患者さんについては看護師が口腔ケアを行うこともできる

います。エビデンスを提示しながら丁寧に伝えてきたことで、徐々にこの地区の開業医の先生方には口腔ケアの大切さをご理解いただけてきていると感じます。また、かかりつけの歯科医師がいない患者さんの場合、地域歯科医師会を通じて紹介するシステムも作られており、4年間で377人の患者さんを紹介してきました。

——今後、このような取り組みが広がっていくれば良いですね。

小…高齢の患者さんや、がんの患者さんが多い時代ですから、これからは、医科と歯科の連携はますます重要性を増していくと思います。とはいえ小規模な病院が始めるのはリソースの面から難しいところもあるでしょうから、最初に取り組んで、成果を発信していくのは我々のような中核病院の責務だと思っています。

医学生の方皆さんも、なかなか歯科医療や歯科の学生さんと関わる機会はないかもしれません。少しでも興味があれば、医科と歯科の連携の重要性を感じるためにも、見学に来ていただければ嬉しいです。



今回お話を伺った先生

小松本 悟先生

足利赤十字病院 院長

実は私も、昔は歯科との連携を意識してはいませんでした。ただ、神経内科として、脳卒中の患者さんが誤嚥性肺炎を起こして入院が長引くケースが多いことは以前から気になっていました。馬場先生は、脳卒中後の誤嚥性肺炎には、嚥下の問題が深く関わっており、適切な口腔ケアが必要だと指摘しました。もともと脳卒中中の患者さんは片麻痺から嚥下障害を起こしやすいのですが、それに加え、挿管していて口腔ケアが適切になされていないケースも多かった。結果、細菌が肺に流れ込み、誤嚥性肺炎が起きやすくなっているというのです。そこでまずは東京医科歯科大学から1名の歯科医師に来ていただき、脳卒中中の患者さんへの口腔ケアに取り組み始めました。

口腔ケアで誤嚥性肺炎が減少

——口腔ケアに力を入れたことで、どのような変化が起きましたか。

小…2011年には、脳卒中中の患者さんが誤嚥性肺炎を合併する割合は13%でした。しかし取り組みが始まると、その割合は10%、8%と減少していきました。この成果を得て、病院全体として口腔ケアに力を入れる価値があると実感しました。

今は、脳卒中に限らず入院患者の多くが高齢者です。高齢者は嚥下に問題があったり、ADL（日常生活動作）の低下によって口腔内の状態が良くない方が多く、肺炎を起しやすい。また、がんの化学療法や放射線療法はもちろん、緩和ケアを受けている患者さんなど、様々な疾患の患者さんの口腔ケアに取り組みことにしました。

——本格的に医科歯科連携に力を入れ始めたのですか。

Another Viewpoint

シリーズ連載

医科歯科連携がひろく、これからの「健康」②

ようになってきているため、現在は、処置が専門的で難しい患者さんだけ、歯科医師や歯科衛生士が関われば良いようになっていきました。また、緩和ケアチームのような、院内をラウンドするチームの中に歯科医師が入って一緒に回るという形が定着しています。このような取り組みの結果、脳卒中後の誤嚥性肺炎の発生率は2014年度には4.4%にまで低下し、大きな成果を得ることができました。

患者さんが喜んでくれる

——患者さんのQOLの向上にもつながっているそうですね。

小…口腔の機能が低下して口から食べるのができなくなった患者さんも、歯科が関わることで食えることができるようになり、ADLやQOLが改善した例が多くあります。最後まで自分の口から食えることを望まれている患者さんやご家族は多いですし、様々な病棟から喜びの声を頂いています。その声が担当医にも届くことで、院内全体で取り組みに対する肯定感が高まっています。やはり患者さんが喜んでくださることが、この仕組みが長続きしている理由の一つなのだろうと思います。

今後に向けて

——院内で口腔ケアを行うだけでなく、退院後のケアにつなげていく必要性もあるように感じます。

小…はい、院内の医科歯科連携を退院後につなげていくことが重要だと思います。現在は、開業医の先生方に向けて、地域の歯科の先生による講習会が定期的に行われて

お口の恋人
LOTTE



噛むチカラを、
みんなのチカラに。

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

研究室の
4つの
取り組み

運動

噛むことで
運動パフォーマンスを
引き上げる。

脳ココロ

噛むことで
脳を活性化させる。
認知症に貢献する。

美容

噛むことで
ポテリンや
フェイスマスクを
美しく。

口腔

噛むことで
口内を健康に。

噛むこと研究室 <http://kamukoto.jp>

ガムをかんだ後は包んですぐかごへ。

今回のテーマは 1型糖尿病

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

人それぞれ 突然の発症

中安（以下、中）…最初に、皆さんが1型糖尿病を発症した時のことを教えていただけますか？

能勢（以下、能）…僕が発症したのは29年前、高校3年生の時でした。体調が悪くて、風邪かと思って放っておいたら、体重が7キロくらい減ってしまつて。病院に行ったら、「糖尿病ですよ」と言われました。

藤田（以下、藤）…私の発症は14歳の時で、今年で22年目になります。6月に日本脳炎のワクチンを接種した後に41度くらいの高熱が出て、その後8月くらいから口渇と倦怠感が出てきました。風邪薬を飲んで寝ても一向に良くなりなくて、次第に階段が上れなくなり、寝たきりの状態になりました。近所の病院に行ったら、すぐに大きな病院に行くように言われて、そのまま高血糖で2日間意識がなくな

りました。その後、2か月くらい入院してコントロールしました。

秋永（以下、秋）…私は2016年の2月に診断が出たばかりです。症状が出始めたのは前年の12月で、同様に口渇や倦怠感です。最初は冬場の乾燥が単純な疲れかと思つたのですが、次第に「やつれたね」と言われるようになり、体重を量つてみたら4〜5キロも落ちていました。筋力も低下しすぎて階段を上げるのもやっとな。特に食後は仕事を手につかないほどのしんどさで、眠気を通り越して意識も朦朧としていました。今思えば明らかに高血糖症状なのですが、まさか1型糖尿病だとは思わず2か月も我慢をしてしまったのです。最後まで耐えかねて病院に行くと、進行が速く1型の疑いがあるか

ら明日すぐに行くようにと大学病院を紹介され、翌日即入院になりました。

岩住（以下、岩）…1型糖尿病は先天性の疾患で、子ども時代に発症するものだと思つていましたが、大人になって発症することもあるんですね。

能…遺伝的素因を持っていて、そこに何か引き金加わると発症する場合があります。一応、遺伝子解析をすると発症しやすい人はわかるんですが、それを持つているからといって必ず発症するわけでもないと言います。好発年齢は小学生から中学生ですが、中には70代になって発症する人もいます。

大場（以下、大）…藤田さんは歯科医師だと伺いましたが、医療系に進んだのは、糖尿病を発症されたからというのもあるんですか？

大場 俊輝
北里大学医学部
2年



岩住 衣里子
杏林大学医学部
3年

中安 優奈
横浜市立大学医学部
3年



番外編

リアリティー

1型糖尿病 前編

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

取れば大丈夫です。

岩…バランスを取るといふのは、具体的に何をすればいいですか？

能…皆さんの膵臓がやっけているのと同じことを、我々は手動でやっています。何かを食べて血糖が上がってくると、膵臓からインスリンが分泌されるわけですが、私たちはその機能がダウンしているので、摂取する糖質の量と消化のスピードを考えて、随時インスリンを打ちながら食べます。

大…注射は基本的にお腹に刺すんですか？

藤…特に決まっています。腕でも太ももでも大丈夫ですよ。大…そろそろ打つたほうがいいのか、長年の勘でわかるんですか？

能…これだけ食べたらこれくらい血糖値が上がるといふのは、ある程度経験でわかりますね。失敗するときもありますが、

岩…もし失敗したら…？

能…ひどい場合は意識を失うこともあります。我々はいつでも低血糖になる可能性があるのです。常にブドウ糖を持ち歩いています。あと、災害などに備えて、インスリンやアルコールも、家や職場に分散して備蓄するようにしています。

藤…私たちはインスリンを打たないと1週間くらいで死ぬので、岩…1週間ですか？

藤…1週間も持たないかもしれ

ないですね。

患者は一人ではない つながることの大切さ

大：皆さんが糖尿病だと診断された時に、ご家族や周囲の方はそのような反応をされましたか？

秋：私は診断が出る前に自分で色々調べていたから理解も早く、それほどショックはなかったんですが、親は病名すら初耳で、大変驚いたと思います。

藤：うちの母は「どうしてうちの子だけが」という思いからか、すごく過保護になりました。

能：1型糖尿病では、保護者に対するケアもすごく大切ですね。子どもとの距離の取り方を学ぶ機会はなかなかありません。患者会に入って、親同士で情報交換するしかないのが現状です。中：患者さん同士は、どうやって知り合われるのですか？

藤：子ども向けには、小学校の1年生から高校3年生まで参加できるキャンプが各地で開催されています。小さい子たちはまず、自己注射や血糖測定を自分一人で行えるようにトレーニングするんです。親がいないときも一人で過ごせるようになるのを目標にして、それを高校生がサポートするといった形で行われます。

中：同世代につながりができると、心強そうですね。

能勢 謙介
1型糖尿病歴
29年



藤田 菊子
1型糖尿病歴
21年

秋永 名美
1型糖尿病歴
1年弱



医学生 × 1型糖尿病の皆さん

同世代の

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

能：年代や発症年齢も近いと親しみを感じる、というのは明らかにあります。そういうこともあって、僕はTogobooに誰でも入れる実名登録のグループを作りました。今は400人くらいメンバーがいて、1型患者が8割くらい、他には医療者やご家族も参加されています。毎日、1型糖尿病に関する情報交換や意見交換を行っています。大：いつ頃から始められたんですか？

能：東日本大震災の直後からですね。最初は、震災後のインスリン供給に関する情報交換が目的でした。中：そのグループを作ったことで何か変化はありましたか。能：多くの情報に触れられるというメリットはもちろん、自分一人ではないと実感できるの

が大きいと思います。今日は低血糖だとか、高血糖が続いてるよという話を「あるある！」と言って共有できるので。藤：当事者同士、共感し合うことができるんです。能：身の周りに1型糖尿病の人がいなくても、毎日そういう話がどんどん流れてきて、同じ病気の人も頑張っているんだなとか、同じようにへこんでるなとかが伝わってきて、すごく気持ちよくなります。秋：私の場合は幸運にも、入院してすぐお医者さんの紹介で大病院の患者会みたいなものに参加できたんですけど。やっぱり最初に同じ病気の方にお会いした瞬間、涙が止まらなかったです。そこで同年代の方とも知り合えて。そのあとはこういうオンラインのグループにいくつ

か参加しているという形です。そのなかで、能勢さんのような病気に詳しい患者の方にも出会えて、様々な人から情報を得られるようになりました。能：私が発症した当時は、まだインターネットが普及していませんでした。発症して1年間で色々悩んでいたんですが、一人で色々悩んでいたんですが、調べたらどうも患者会があるらしいということがわかった。患者会に行ってみたら、自分が今まで一人で悩んでいたことが、一瞬で解決したんです。他の人には自分と同じ苦しみを味わってほしくなくて、ネットワーク作りを始めました。病気になるって得たプラス志向の考え方



かつての日雇い労働者の街へ、「医・衣・職・食・住」を

神奈川県横浜市中区 ポーラのクリニック 山中 修先生

横浜市中区寿地区。簡易宿泊所で暮らす生活保護受給者や、路上生活者が溢れる、いわゆる「ドヤ街」と呼ばれる街で活動する医師がいる。山中修先生は、ポーラのクリニック院長として、独居高齢者の訪問診療や看取りを行う傍ら、路上生活者の自立支援を行うNPO法人「さなぎ達」の代表を務めている。

「さなぎ達」が目指すのは、ホームレスの人たちの「医・衣・職・食・住」の改善だ。なかでも最初に考えるべきは「住」＝居場所であると山中先生は言う。

「ホームレスの人たちと話してみると、実に様々な人がいます。路上生活を心地よいという人もいれば、居心地悪いから抜け出したいって人もいます。じゃあ、抜け出して社会復帰したい人はどうしたらいいかというと、まず必要なのは居場所の確保。それで作ったのが『さなぎの家』です。行くとお茶やお菓子、生活用品があつて、誰かしら人がいる。気が向いたらおしゃべりしてもいいし、歯ブラシ1本もらつていくだけでもいい。そうして少しずつ、社会との関わりが生まれていくんです。」

その後「さなぎの食堂」が立ち上がり、「住」に続き「食」の支援も始まる。そして2004年、山中先生は勤めていた病院の循環器内科を離れ開業。寿地区の「医」を司る決意をした。



「口から食べられなくなってまで生きたくない。でも死は怖い。」患者にじっくり問いかけ、微かな反応から本音を読み取る。



「横浜は弱者を排除しない、懐の深い街」と山中先生。



毎日多くの外来患者を診つつ、週2回の訪問診療を行う。

神奈川県横浜市中区

県政・市政の中枢機関や、山下公園・横浜中華街などの観光地を擁する、横浜市の中心部。首都高を挟んでそれらと反対側に位置する寿地区は、かつては東京の山谷、大阪の釜ヶ崎と並ぶ日雇い労働者の街として知られた。現在は高齢化が進み、身寄りのない生活保護受給者が多く住む。



「ホームレスになるなんて自業自得だ、治療する必要はない、と言う医師もいます。ですが、親の顔も知らず、お墓のお供え物で食いつなぐしかなかったような人は『自業自得』で、恵まれた環境のもと、十分な教育を受け育った自分は『努力した立派な人』、そんな単純に線引きができませんか？ そんな判断をしている暇があるなら、医者はずっと仕事に専念すべきでしょう。」

では、医師がすべき仕事とは一体なんなのだろうか。

「世の中には思いもよらぬ事情を抱えた人がいますが、そういう事情や今の生活を全部引くため、鳥の目虫の目で患者を診ることです。僕も正直、勤務医の頃はそんなことを考えていませんでした。心臓だけ診ればよかった。でも寿には、死を目前にして自分の意思を示せず、家族の意向も確認できない人がいる。どう生きたいのか、どう死にたいのか。その人全体を見て、思いを汲み取るしかないんです。」

寿で色々な人の話を聞くようになって、僕の人生も変わりました。本当にエキサイティングですよ。医師は毎日多くの患者さんと出会います。その中で、人生の転機となる出会いが必ずあります。若い皆さんも、日々の出会いを自分なりに消化し、自分の人生をどう転じさせるか、よく考えていってください。」

のパートナー

円滑なコミュニケーションのためには他職
医療機関の「緑の下の力持ち」である事
をお伝えします。

事務職員 / アシスタントプロデューサー

医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック
海野 航平さん

診療報酬の計算・カルテ管理・
機関紙発行・地域活動の準備…

医療機関の円滑な運営を
支えています



クリニック事務の皆さんと。写真左端が海野さん。

クリニックの根幹を支える

医療の担い手は、患者に直接
処置を施す専門職だけではありません。
岐阜県の総合在宅医療
クリニックの海野航平さんは、
事務職員として、レセプト業務
カルテ作成からクリニック新聞
の発行まで様々な仕事を担当し
ています。また、台湾など海外
からの研修生を受け入れたり、
日本の医療制度・在宅医療に関
する質問に回答する「アシスタ
ントプロデューサー」としての
業務も行います。

海野さんの仕事のうち、大き
な比重を占めるものの一つはレ
セプト*業務です。その日の診
療が終わると、診療録から診療
報酬を算定してレセコン**に
入力しておき、それを1か月ご
とにまとめてレセプトとして出
力します。薬局から疑義照会が
あって処方内容を変えた場合な
ど、レセプトと実際の診療実績
の間にはズレが生じる可能性が
あるため、算定漏れや過剰請求
がないか慎重に確認します。ま
た、患者さんの保険証が更新さ
れているか、医療費助成の対象
となる疾患・障害があるかなど
を確かめ、自己負担が高くなる
ことを防ぐのも大切な仕事です。
「二見ルーティンワークのよ

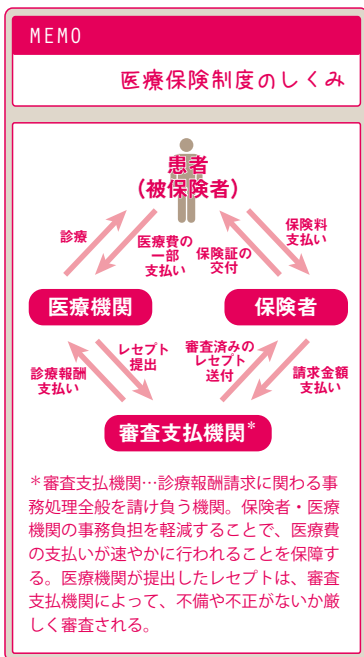
うですが、診療報酬は2年に1
回改定されますし、患者さんの
日々の状態によっても診療報酬
の算定要件などが変化するので、
注意が必要です。システムが複
雑で難しいことも多いですが、
そこがかえって面白いです。

医療機関の収入は診療報酬が
ほぼ100%ですから、それを
管理する医療事務の仕事は、医
療を提供する体制の根幹を支え
ていると自負しています。現場
で働く専門職は皆、プロとして
の矜持を持ち、懸命に働いてい
ます。皆さんの努力を無駄にし
ないよう、私も緊張感を持って
仕事に臨んでいます。」

地域医療の担い手として

町のお祭りへの出店など、地
域密着型のクリニックならではの
仕事もするという海野さん。
「当院は在宅医療専門ですが

ら、事務が患者さんと直接お会
いする機会は少ないですが、診
療録や看護師さんの話から、「こ
の人は良くなってきたな」と様
子がわかることもあります。顔
は見えなくても、患者さんの存
在をなんとなく感じ取れるのは
嬉しいことで、地域医療に関
わってよかったと思いますね。」
そんな海野さんに、医師・医
学生に期待することを尋ねると、
意外な答えが返ってきました。
「医師はご機嫌でいてくださ
ればそれでいいです。プロが気
持ちよく仕事をしてくださいば、
それで大抵のことは上手く回
ると思うんです。同時に、私たち
事務方も『ご機嫌でいる』こと
を心がけています。スタッフの
皆さんを毎日気持ちよく送り出
し、訪問先から帰ってきたとき
には暖かく出迎えるのも、私た
ちの仕事ですから。」



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

*1 レセプト…診療報酬請求明細書のこと。医療機関が医療費の保険負担分を保険者(医療保険事業の運営者)に請求するため発行する。月末締めで翌月10日までに提出する。

*2 レセコン…レセプトコンピュータの略。診療報酬点数を計算し、レセプトを作成するためのコンピュータのこと。

チーム医療のリーダーシップをとる医師。種について知ることが重要です。今回は、事務職員の皆さんの、様々な仕事の様子

事務職員

医療生協さいたま生活協同組合 さいたま総合診療医・家庭医センター
 芦野 朱さん



教育研修室の事務スタッフ、IPW研修のメンバーと。写真左から3番目が芦野さん。

医師や医学生のやりたいことを叶える伴走者です

患者さんと近い視点に立ちながら、多職種の間をつなぎます

医学生・研修医をサポート

医療生協さいたま生活協同組合は、総合病院である埼玉協同病院をはじめ、中小病院・診療所・介護施設など埼玉県内に多くの事業所を展開しています。さいたま総合診療医・家庭医センターは、それらの施設が連携しながら、埼玉県で働く総合診療医を育成することを目的に設立された研修機関です。芦野朱さんはこのセンターの事務職として、医学生や研修医向けの様々な教育プログラムの開発に携わっています。

「当センターでは、医学生や研修医の皆さんが、医療生協さいたまならではの、生活に根付いた医療を体験できるような実習を提供しています。例えば、訪問診療ではなく訪問看護に医学生が同行したり、MSW*と共にベッドサイドに行ったりと、他の職種から学ぶ実習が多いことが、当センターの特徴だと思います。実習を企画するときは、他の職種と直接顔を合わせて意見をもらうことも多いですね。プログラムは、医学生や研修医一人ひとりの希望を丁寧に聞き取り、様々な実習を組み合わせてオーダーメイドしています。医学生や研修医の皆さんが目指

す医師像に近付けるよう、私たち事務職は伴走者のような気持ちでお手伝いしています。」

医療機関の事務職員の専門性

芦野さんは他にも、院内外の職員が多職種連携について学び合う研修会を開催したり、医療事務の専門性に関する研究をして学会発表をしたりと、幅広い活動をしています。そんな芦野さんに、事務職員の専門性について詳しく聞いてみました。

「事務職員の専門性の一つとして、他の職種がより専門性を発揮できるように、場を整えることが挙げられると思います。例えば、カンファレンスであれば、会議の議事録やメモを取ったり、タイムキーパーを務めたりすることなどですね。これらのごく当たり前の、誰にでもできることかもしれません。です

が、一步引いたところからその場を俯瞰し、誰も手を付けていないところに気付いて補填することこそ、事務の大事な役割ではないかと思うんです。

また、医療の専門知識を多く持たないからこそ、患者さんに近い立場で関わることができるとも、事務の強みではないかと思えます。医師の前ではつい遠慮したり、見栄を張ってしまったりする患者さんが、事務には本音を言えるということもあります。長く勤める事務のパートナーが、地域のことを本当によく知っていて、患者さんとの関係もすごく良好…なんてこともよくあるんですよ。医学生の皆さんには是非、様々な多職種と話す機会をたくさん持ち、多職種が知っている細かな情報を引き出せるような医師になってほしいと思います。」

芦野さんの考える「事務職員の専門性」を教えてくださいました！

MEMO

診療所事務の役割・専門性

- 1. 患者さんとの信頼関係を築く**
患者さんと比較的近い背景を持つ事務員は医療者としてのバイアスを低くし、患者さんとのフラットな関係構築が可能
- 2. 多職種連携協働を実践する**
診療所で日常的に他職種と関わることで、他職種の背景を理解し、チームに貢献する
- 3. 診療所内を補填する**
医療者・患者間の関係や診療所の医療活動を中立的な立場で俯瞰し、質管理を行う
- 4. 適切な診療報酬の評価**
診療報酬を正しく評価し、医療活動における経営面のリーダーとなる
- 5. 組織の運営**
診療所が円滑に運営できるように外部との交渉、広報など、社会における診療所のポジショニングを分析し組織運営を担う

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

高橋 千香医師
(東京都北区保健所 保健予防課)
Chika Takahashi



1年目	19 96	東京女子医科大学医学部入学 学生時代は「地域保健研究会」という部活動に所属。医療過疎地域で合宿を行い、地元の人の家を訪問して健康について話を聞いたり、保健師さんにその地区の問題点などを聞いたりする活動を通して、地域保健に興味を持った。
東京医療センターにて臨床研修 この時点ではまだ公衆衛生分野へ進むことは考えておらず、地域で活躍できる臨床医を目指していた。	20 02	
5年目	20 04	3年目 東京女子医科大学吸器内科 入局 肺炎などの一般的な感染症から、喘息・COPD・肺がんなど、幅広い分野を学べることに魅力を感じ、呼吸器内科を選んだ。
東京女子医科大学大学院入学（公衆衛生分野）、結婚 臨床が予想以上に忙しく、結婚や出産をしても仕事を続けられるかどうか悩んだ。「地域のために働く医師になりたい」という学生時代の思いに立ち返り、地域保健を支えていく公衆衛生分野に進むことを決めた。	20 06	
11年目	20 10	9年目 大学院修了、学位取得（3月） 東京都入職（多摩小平保健所 感染症対策担当係長） インフルエンザなど、あらゆる感染症を扱う部署。なかでも結核対策が業務の中心を占めていた。
北区保健所 結核感染症係長	20 12	
14年目	20 13	12年目 第1子出産
北区保健所 保健予防課長 係長時代は患者や住民と直接会う機会が多かったが、課長になると、病院の管理者や医師会など関係機関との連絡・調整業務が多くなった。	20 15	

1 day

21:30 19:00 18:30 17:15 12:00 8:30 5:30

起床、家事
出勤
昼休憩
退勤
保育園へお迎え、帰宅
夕食
子どもと就寝

感染症に関する業務では、勤務時間外に電話対応することもありますが、基本的にはオンとオフを分けやすい職場です。

子どもが寝た後の時間を、文献検索や資料確認などに充てることもあります。

夜間に開催される会議や勉強会も多く、家族の理解と協力を得ながら対応しています。

普段の業務は、会議や資料作成など、デスクワークが中心です。感染症発生時には病院や施設へ調査に行くこともあります。

高橋 千香
2002年
東京女子医科大学医学部卒業
2017年1月現在
東京都北区保健所 保健予防課長

地域の保健を守るため 多職種や関係機関を コーディネートする

地域医療・地域保健への関心

——医学生にとって、保健所のお仕事というのはなかなかイメージが湧きにくいものだと思います。まずは、先生が公衆衛生医師として働くに至った経緯を教えてくださいませんか？

高橋（以下、高）…私は学生時代には地域保健に関心があり、地域保健研究会という部活に所属していました。医療過疎の地域に泊まり込んで地域の方へ健康教育を行うなどの活動を通じ、地域住民の方にじっくり関われる仕事に惹かれていきました。卒業後すぐは、一般的な肺炎などから専門的な疾患まで幅広く学びたいと、大病院の呼吸器内科に進みました。しかし、医

局には育児をしながら仕事を続けている女性の先輩はほとんどいませんでした。私は結婚も出産もしたかったので、大病院以外の道も考えるようになりました。

臨床への気持ちが強かった卒業直後に比べ、その頃には地域で臨床医として活動するよりも、在宅医療の仕組みづくりなど、制度に関わりたいという思いが大きくなっていました。学生時代にお世話になっていた公衆衛生学の教授にもご相談して、結婚と同時期に母校の公衆衛生学の大学院生となり、4年間の研究生生活を始めました。

感染症対策の取り組み

——博士課程修了後、すぐに公衆衛生医師になられたんですね。**高**…はい。研究生生活を続けるなかで「やっぱり人と会って話すことが好きだな」と思うようになり、大学には残らず、平成22年に東京都に就職しました。

——これまで、どのようなお仕事をされてこられたのですか？

高…入職後は、多摩小平保健所の感染症対策担当係長に任命されました。保健師5名と私の6名体制で、初めの頃は保健師さんたちから手取り足取り教えていただきながら仕事をしていました。

その部署では基本的にあらゆる感染症を扱うのですが、特に多かったのは結核関係の業務です。患者数は以前に比べ減少していますが、保健所の感染症業務の中では未だに大部分を占めています。印象に残っているのは、ある学校で、先生が結核になってしまった事例です。子どもたちの接触者健診のため、地域の病院の小児科の先生方にご協力をお願いしたり、保護者の方への説明会を行ったりと、休む暇もない日々でした。事例を綿密に調査し、専門家を集めて委員会を開き、対策の計画を立て実行するという一連の流れを経験したことは非常に勉強になりました。

視野が広がっていく喜び

——先生は今、北区保健所の保健予防課長として働かれていますね。課長という立場になり、業務内容は変わりましたか？

高…そうですね。それまでは患者さんや現場の医師と直接やりとりすることが多かったのですが、課長になると、普段接するのは病院の管理者や医師会の理事といった方々です。同じ感染症対策でも、先程の結核の事例のように緊急時に現場に向向くというよりは、関係機関の間で普段から連携体制を作っておく

ための方策などを話し合うようになります。

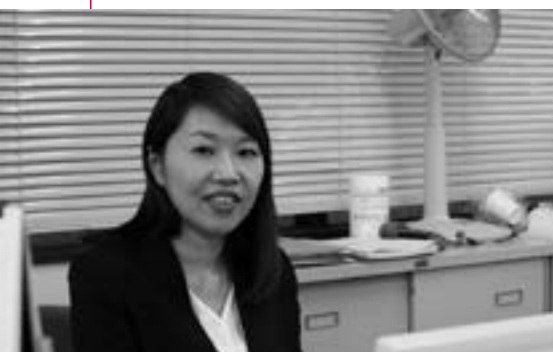
——現場から離れてしまった、といった感覚はありませんか？**高**…確かに地域住民の方と接する機会は減ったのですが、地域保健の向上のため関係機関を調整し、事業を進めることにも、また違った面白さがあります。関わっている事業の存続が決まったとき、新事業の予算が取れたときはやりがいを感じます。

現場から離れても、医師としての職能を活かせる場面は色々あります。保健所には、保健師や精神保健福祉士など、様々な職種の職員がいます。また、所外では、医療系の職種の方はもちろん、区議会議員など、医療職以外の方とお話する機会も多いです。専門家ではない人に医学的な内容をいかにわかりやすく伝えられるかというのは、医

師の腕の見せどころですね。様々な職種が活躍するなかで、医師は多職種のまとめ役としての役割を求められているのかなと感じます。医療職に留まらない多職種間をコーディネートできるのが、この仕事の醍醐味だと思います。

——公衆衛生医師になる前に臨床経験を積んでおくことは重要なのでしょうか？**高**…臨床や研究の経験を経たことで、広い視野が持てるようになったなとは感じています。でも、必ずしも臨床経験がなければできない仕事だとは思いません。最近は臨床研修後すぐ入職する職員も増えていきます。この場合はもちろんすぐに高い役割を任せられることはなく、様々な研修を受けながらキャリアアップしていくことができます。どんな人も受け入れてくれる、懐の深い職場だと思います。

——職場や役職によって色々な種類の仕事を体験できるというのは、面白そうですね。**高**…はい。若いうちは制度や仕組みに縛られてもかしい思いをすることもありますが、職階が上がると、仕組みそのものに働きかけられるようになる。私自身、見える世界もできることと思うと、すごく楽しみです。



櫻本 恭司医師
 (厚生労働省 医政局 医事課)
 Yasushi Sakuramoto



20 01

順天堂大学医学部入学

国境なき医師団を目指し医学部入学。在学中はピアノ演奏や読書に没頭した。6年生の時、カナダのマギル大学へ短期留学。日本にはない医療制度を学んだことなどを通じ、医療制度に携わる医系技官の仕事に興味を持った。

1年目

東京大学医学部附属病院にて臨床研修

臨床研修の経験とその時培った人脈は医系技官の仕事に必ず役に立つと考え、指導医や研修医の人数の多い東大病院を選び、診療科をまんべんなくローテーションした。

20 07

3年目

厚生労働省入省

健康局へ配属。入省してすぐ、新型インフルエンザのパンデミックが発生。対策推進本部にて、データ分析・政策立案・ワクチン対策・情報収集などに携わる。

4年目

健康局 結核感染症課 (9月)

予防接種制度改革推進室にて、Hibワクチン・肺炎球菌ワクチンなどの公費助成制度の導入に携わる。

20 09

20 10

5年目

保険局 医療課 (1月)

診療報酬改定(平成24年改定・平成26年改定)に携わる。主に入院、外来、在宅等の制度的内容を担当した。具体的には、地域包括診療料の新設・地域に応じた診療報酬の新設・糖尿病透析予防指導管理料の新設・在宅医療の推進・緩和ケアの充実など。

8年目

カリフォルニア大学バークレー校 留学 (7月)

公衆衛生学修士(MPH: Master of Public Health)。疫学・統計・感染症学・医療政策を中心に、公衆衛生学全般を学ぶ。

20 11

20 14

9年目

シラキュース大学マクスウェル行政大学院 留学 (7月)

行政学修士(EMPA: Executive Master of Public Administration)。行政学分野では全米屈指の名門校にて、主に経済学・リーダーシップ・民主主義と官僚制・官民協力・行政学・医療政策を重点に、行政学全般を学ぶ。

10年目

**医政局医事課 医師臨床研修推進室
 医師臨床研修専門官 (7月)**

現在の担当業務は、医師臨床研修制度(臨床研修の到達目標見直し)・新たな専門医の仕組みの構築・医師偏在対策・女性医師支援・英語による医師国家試験*1など。

20 15

20 16



1 day



櫻本 恭司
 2007年 順天堂大学医学部卒業
 2017年1月現在
 厚生労働省 医政局 医事課

医系技官の仕事

——櫻本先生の現在のお仕事について教えてください。

櫻本（以下、櫻）…私たち厚生労働省の医系技官の主な仕事は、医療制度に関する政策を立案・改正・維持することです。現状と課題を分析し、最新の知見や学術論文などの資料を基に政策の草案を考え、国会や他の省庁、医療従事者、患者団体、企業といった関係者に働きかけます。

政策のビジョンを描くところから、具体的な法律へと落とし込むところまで、法律や制度のスペシャリストである国家総合職の職員と対等な立場で仕事をしています。

私の今の担当分野は、医師臨床研修・専門医・医師の偏在対

制度に働きかけることで日本の医療を守りより良くしていきたい

策・女性医師支援・英語による医師国家試験*1などです。

——入省してから今まで、どんなお仕事をされましたか？

櫻…医系技官は数年単位で異動があるため、とても幅広い業務を経験してきました。最初の業務は新型インフルエンザ対策でした。入省して業務が始まったちょうどその日に新型インフルエンザ発生の一報が入り、24時間体制の勤務が始まりました。WHOからの情報や関連する学術論文を読み込みつつ、日々変化する状況に対応するのは、やりがいがあると同時にとても大変でした。ワクチンの量が限られるなか、学会と連携しながら接種の優先順位を決める業務は、とりわけ緊迫感がありました。

その後は、Hibワクチンや肺炎球菌ワクチンなどに公費助成を導入するための制度改正に携わりました。新型インフルエンザの流行などで、他の先進国との「ワクチン・ギャップ」に世間の注目が集まったことが、改正への追い風となりました。

また、診療報酬の改定にも2度関わりました。医療費40兆円の配分を決める仕事であり、医療体制と密接に関わるため、影響の大きさを実感するとともに達成感のある業務でした。

——2年間のアメリカ留学も経

験されていますね。

櫻…ええ。1年目で公衆衛生学修士の学位を取り、2年目には統治方法などを扱う行政学を本格的に学びました。行政学による現実的な視点を知って「なぜ医学的には最善と思われる策があるのか」といった疑問の背景が見えてくるようになり、留学は大きな転換期となりました。

医系技官を目指したきっかけ

——医系技官になろうと思ったきっかけを教えてください。

櫻…医学部6年生の頃、海外の腫瘍内科（オンコロジー）の存在を知ったのがきっかけです。日本ではがんは臓器別に診療されることが多いですが、海外ではがんの化学療法のプロである腫瘍内科が、外科や放射線科などと連携し、集学的治療を行う仕組みが広く普及しています。

こうした日本と海外の医療の制度上の違いに興味を持ち始めた頃、カナダへ短期留学する機会があり、オンコロジーで実習することができました。感銘を受けた私は、帰国後公衆衛生学教室へ行き、「どうしたら制度を変えられる仕事ができますか？」と尋ねました。すると先生が「厚生労働省に行きなさい」と勧め



櫻…この仕事をしていると、多くの難題にぶつかります。例えば、エビデンスに基づけば、たばこは全面的に禁止した方がいい。けれど愛煙家やたばこ農家・企業など、反対する関係者は必ず出てきます。医学的にどんなに正しいと思われる政策も、そのまま現実社会でうまく運用できるわけではないのです。

民主主義の日本で世の中を動かすには、全ての関係者の納得を得る必要があります。私たちは、医学・公衆衛生学・行政学の知見を総動員して、なんとか現実的な落としどころを見つけてべく奔走しています。とても難しい仕事ですが、うまくいけば、日本の医療全体を大きく良い方向へ導ける。そこがこの仕事の魅力だと思います。

——医系技官に向いている人はどんな人だと思いますか？

櫻…特定の分野ではなく、医療制度全般に興味を持っている人ですね。どんな分野であっても、多くの人たちが真剣に悩み考えられているところには、必ず面白さがあると私は思っています。あらゆる分野にまたがって全力を発揮し、目の前の難題を解決しながら10年後の未来を創造する。そういうことに魅力を感じる人は、ぜひ将来、私たちと一緒に仕事をしてみませんか。

医系技官の適性

——医系技官ならではの難しさや面白さを教えてください。

医学生と教員が対話し、 医学教育の未来を考える

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。

医学生の皆さんは、日々膨大な量の知識を学習し、多くの試験をこなしていると思います。しかし、昨今の医学研究や技術の発展の速さを考えれば、皆さんは将来、大学時代にはなかった新しい知識や技術を使ったり、考えもしなかった倫理的課題に直面するかもしれません。しかし、いかに医学の常識が変化しようとも、医師に普遍的に求められるものがあります。それは、変化に対応して新しい考えを取り込もうとするマインドや、職業人生を通して学習し続ける姿勢を持つことではないでしょうか。

医学教育は今後、高度な医学的知識・技術だけでなく、こうした学習姿勢を医学生が身につけられるものに変わっていかなくてはなりません。そのためには医学生も、講義を受けて試験をこなすだけの受動的な存在から脱し、医学教育に関する議論に主体的に参加する存在となる必要があるかもしれません。そしてその議論の場には、「未来の医師」の診察を受けることになる市民も当事者として参加していることが望ましいでしょう。

「学生と読む Tomorrow's Doctors」は、こうした医学教育界の状況を受け、京都大学大学院医学研究科医学教育推進センターの柴原真知子先生と、関西の大学で学ぶ医学生が集まり2014年12月に発足しました。「Tomorrow's Doctors」(以下、TD)は、イギリスの卒前医学教育認証評価基準です。医学教育認証評価基準は世界中にたくさん存在しますが、1993年に発表された第1版TDには、「現代の医学教育にはどのような改革がなぜ必要なのか」が丁寧に述べられており、今日の日本の医学教育に通じる内容も多く含まれています。

「学生と読むTD」の目的は、第一に、日本の医学教育が直面する課題やその解決策を、当事者自身の手で明らかにすること。第二に、当事者同士で医学教育について議論するプラットフォームを作ること。イギリスの方針をそのまま輸入するのではなく、TDに書かれた論点をもとに日本の医学教育を相対化し、現状と課題をあぶりだそう

という発想の下、毎回活発な議論が交わされています。医学部教員を中心に、患者体験のある市民や障害を持った市民との対話も進んでいます。今回は、そんな議論の様子を少し覗いてみましょう。

詰め込み教育で
試験は受けっぱなし



庄子 万能
大阪医科大学
医学部 5年生

池尻(以下、池)：医学生の中には、知識を詰め込んで試験を終わり、とちがちな現在の教育に疑問や違和感を抱いている人も多いのではないかと思います。

柴原(以下、柴)：TDには、大量の情報を教えこんだり、試験によって学習の必要性を感じさせるようなシステムの下では、知の探究を求めるような学びの姿勢は弱まってしまっている。

ます。いわゆる詰め込み教育について、TDでも「記憶力に負荷をかけるものではない」と書かれてはいますね。

外山(以下、外)：試験前の数日で過去問を暗記して、もはや記憶力テストをしているのではないかって人も見かけます。

庄子(以下、荘)：学生側にも改めるべき部分はあると思うけど、問題の本質は、過去問を暗記すれば何とかなってしまう評価システム自体にありそうだね。

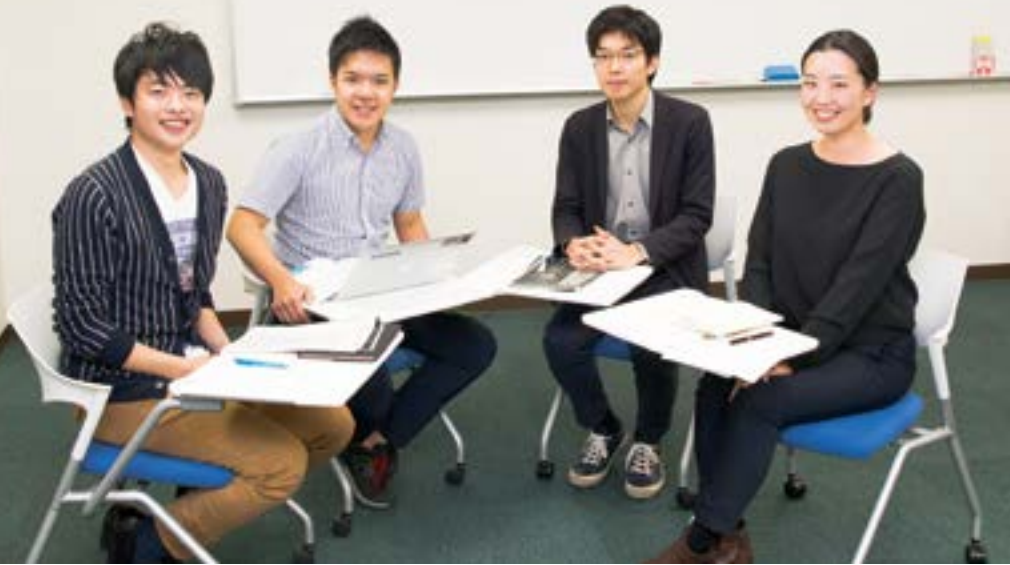


学生と読む Tomorrow's Doctors

教育学の専門家である柴原先生と、医学生数名で結成。

Mail : tomorrow.doctors.japan@gmail.com

医学生・医師・市民、みんなで 医学教育について話し合ってみましょう！



ます。
荘：臨床との関連や、科目同士の横のつながりが明示されれば、今よりずっと興味を持って勉強できるのではないのでしょうか。例えば研究に関する授業でも、実際に臨床の場に出ると、

研究の重要性がよくわかり、授業も俄然面白くなってくるんですが、低学年のうちにはなかなかピンとこないんですよ。
柴：私の医学部の授業では、授業に対する学生の意見はオープンに受け入れる旨を伝えていま

すが、直接意見を言ってくれる医学生はほとんどいません。あの時「合格してさえいれば、点数や授業方針に興味はない」という意見を聞いて、これは多くの試験をこなさなければならぬ医学生に特有の考え方もしかないと感じました。医学生側から教員側への働きかけを促進する制度も、これから開発していく余地があると思います。



池尻 達紀
 京都大学 医学部 5年生

「医学部は「職業訓練校」?!」

外：医学部は他学部と違い、卒業するとほぼ全員が医師になります。そういう面を指し、「医学部は職業訓練校」と言う人もいます。僕も実際そうじゃないかと思うことはあるんですが、皆さんはどう思いますか？
「大学で学ぶ」ってどういうことなのでしょうか。
柴：「訓練」と「教育」の違いを考えると、ヒントになるかもしれません。第1版TDのもとで英国の医学教育改革に携わったPlaidon & Goodismanによると、あらかじめ決められた答えにたどり着くことを目指して暗記・反復を繰り返すものが「Training」（訓練）であるのに対

し、「Education」（教育）は、答えがあらかじめ自明視できない課題に取り組みめるようになることを目指したものだそうです。
荘：医学教育にEducationの要素がなければ、個々の患者さんに合わせて柔軟に対応したり、日々の臨床から新たな知見を見出したりする医師を育てるのは難しいように思います。
池：TrainingとEducationのバランスが取れていることが大事なんです。



外山 尚吾
 京都大学 医学部 2年生

「医師を育てる」ことにもプレッシャーがあるんですね

柴：教員側にも、「医師を育てる」ことへの社会的な責任から「卒前教育ですべて教えなければ」というプレッシャーがあるように思えます。そうなると学習内容は網羅的にせざるを得ず、医学の進歩とともに、教える分量も年々増えていきます。
外：医学部に入った時、「君たちはこれから、国に多額の借金をするんだ」なんて言われたりもしましたけど、先生方もプレッシャーを感じているんですね。
柴：医学教育全体を統括する教員と、現場の教員との意識の乖離については、以前、和歌山

県立医科大学の羽野卓三先生をお招きしてお話を伺いましたね。専門家はついつい、自分の専門領域を全部教え込みたくなくなってしまふ。しかしそうして分量を増やしていくにも限界がありますから、どこかで内容をスリム化する必要がある。そのためには、自分の専門領域と他の領域を横断的に捉えたり、卒前だけでなく卒後教育や生涯学習まで俯瞰する視点が必要だとおっしゃっていました。しかし現状、こうした視点を持つ教員は決して多くないのかもしれない。
外：確かに、これからの医学教育のあり方を考えるためには、卒前から卒後まで、全体を見据える視点が大切だと思います。
池：そのためには学生・教員双方の歩み寄りが必要ですね。また、医学生の臨床実習や卒後教育には、病院を利用する市民の皆さんの協力も欠かせませんね。
荘：医療者・医学生・市民が、それぞれ当事者意識を持って医学教育について語り合う場を、今後さらに拡げていきたいです。



柴原 真知子先生
 京都大学大学院医学研究科 医学教育推進センター 特定助教

この活動に興味のある方は
 P30右下のメールアドレスまで！

医師会の 取り組み

現場での意思決定を担う 統括 JMAT

「今回の地震では、医療チームを統括する役割を担う地元の医療機関が被災してしまったこともあり、当初は指揮系統がかなり混乱していました。しかし、このような状態が続くと、現場は疲弊してしまいます。情報を取りまとめ、現場で求められる

意思決定をするマネジメント機能が早急に必要でした。既に混乱が生じていたこともあり、その場で私が判断して統括 JMAT を組織し、地域ごとにマネジメントにあたってもらいました。」

の情報収集や、他のチームとの連携・調整、現場での問題解決のためのミーティングを担当していただいたほか、次々に入れ替わるチームをまとめていただきました。また、ある程度の期間各地域に腰を据えて担当してもらいました。災害時には、土地勘のある方が頼りになるんです。全国の JMAT が次から次へと来たり帰ったりする中で、長期間同じ場所を担当し、現地のことを深く知っている人がいると、とても助かるんですよ。統括 JMAT を設置してからは、比較的スムーズに各チームが活動できていたと思います。

現場だけでは対応できないような情報や問題は、すべて熊本県医師会に報告され、県への意見は県医師会が行いました。

平成28年熊本地震に おける JMAT の活動

震災発生当時の JMAT の活動について、熊本県医師会の西芳徳先生にお話を伺いました。

平成28年熊本地震

最大で震度7を観測した前震と本震、その後も長く続いた余震によって大きな被害が発生した平成28年熊本地震。前号では、JMAT（日本医師会災害医療チーム）が行った、避難所の運営や環境整備などの災害医療活動を紹介した。

今回は、JMAT の活動を円滑に進めるために設置した「統括 JMAT」の働きについて、熊本県医師会で防災・救急災害担当理事を務める西芳徳先生に、前号に引き続きお話を伺う。

現場の混乱

地震発生後、ピーク時には避難所が855か所、避難者数は約18万人にのぼっていた。避難所では猫の手も借りたいような状況だったが、同じ現場に重複して医療チームが赴くケースが続出するなど、限られたチームを適切に振り分けることができずにいた。

統括 JMAT の設置

統括 JMAT は、被災地を大きく4つの地域に分けたうえで、それぞれの中で被害の大きい地域に設置された。震源に近く大きな被害のあった益城町を

阪神・淡路大震災の経験がある兵庫県のチームが担当したほか、阿蘇は東京都、熊本市南部は沖縄県、宇土は鹿児島県と、それぞれ中心になるチームを決め、現場監督の役割を担った。



統括 JMAT が設置された4地域

平成28年熊本地震では、4月14日の前震と同16日の本震が県北部を襲った。前震で持ちこたえた建物が本震やその後相次ぐ余震で倒壊する状況が見られた。そのため避難所への避難や車中泊を余儀なくされた住民が多く、エコノミクス症候群の予防などが大きな問題となった。

西先生は、①震源地に近く最多の死傷者を出した益城町、②2番目の被害を出した南阿蘇村に隣接する阿蘇市、③県内最大の自治体である熊本市、④臨海部、県中部に近い宇土市の4か所に統括 JMAT を設置した。



地震によって倒壊した家屋。



西 芳徳先生
熊本県医師会
防災・救急災害
担当理事

今後医学生がボランティアとしてJMATの活動に関わる可能性について伺った。
「若い人はパソコンも得意な方が多いでしょうし、ロジスティックの部分で活躍していただけではないかと考えています。今はまだ仕組みができていませんが、今後、医学生がJMATで活動できるような仕組みを作っていきたいですね。」

医学生とJMAT

また、JMATチームの派遣日程や受け入れの調整、宿泊できるホテルの確保も県医師会が行いました。
混乱が生じやすい災害時には、連絡・調整などを専門的に担う役割を置き、組織の連絡体制を一本化することが非常に重要なのだな、ということを感じましたね。」

COLUMN 医療チームの支援体制

今回の熊本地震では、医師・看護師・薬剤師・事務員等で編成された延べ568チーム、2556名がJMATとして活動しました。

ある程度の期間、継続して被災地での医療活動にあたるためには、医療チームの宿泊場所や移動手段の確保も重要です。

今回の地震でも、全国からJMATチームが熊本に集まるうえで滞在場所の確保が問題になりました。取材に来るマスコミが多くのホテルを押さえたほか、自宅が被災した方々がホテルを利用するケースもありました。

このような事態に備えて日本医師会は、ホテルルートイン等の宿泊施設を全国展開しているルートインジャパン株式会社と、「災害時の医療救護活動等における関係者の宿泊に関する協定」を平成24年から締結しています。

今回の地震でも、本震発生直後から日本医師会の担当者



ホテルの外観

とルートインジャパンの担当者が連絡を取り合い、現地のホテルも被災して大変な状況下で、医療チーム用の部屋を確保するために奔走。JMATが活動した約2か月の間に延べ1124泊の客室が提供されました。

「他の宿泊施設は一部を除いて予約が取りにくい状況でした。そんな中で、ルートイングループにJMATの宿泊を優先して確保していただき、とても助かりました。」(西先生)

» 北海道大学

〒060-8638 北海道札幌市北区北15条西7丁目
011-716-2111

歴史あるキャンパスと 自由な文化の中で学ぶ

北海道大学 医学部 5年 田中翔
同 5年 鳴海茜

鳴海：北海道大学のキャンパスはとても綺麗で、近所の子どもたちが遊びに来たりもします。実習の合間に散歩すると、いい気分転換になります。札幌は街並みが素敵で、食べ物もおいしくて、本当に良いところだと思います。

田中：夏にはキャンパス内でジンギスカンパーティー、通称ジンパが毎日のように開かれています。大学生協でもジンパセットを安く売っているんですよ。秋にはキャンパス内の銀杏並木をライトアップする金葉祭があって、冬はスキーに行けて、四季それぞれの楽しみがあります。医学展など市民の皆さんがいらっしゃるイベントもありますし、勉強以外の部分もとても充実しています。

鳴海：私たちは、毎年1回『フラテ』という学内誌を発行する、フラテ編集部という部活に所属しています。フラテ編集部は、大正14年から続く歴史ある学生主体の団体です。新任教授や退任教授にインタビューしたり、全国各地のOBの先生方との座談会を毎年開いています。去年の座談会は静岡で行いました。学生主体で行っているフラテ編集部の活動は、社会勉強にもなりますし、大先輩の先生から期の近い先生まで、全国各地にいらっしゃる色々な先生とお話できるのは、自分の将来を考えるうえでもいい刺激になっています。

田中：医局の説明会に行ったときにも感じるのですが、北大ってすごく自由な雰囲気があるんです。選択肢の一つとして情報をくれるけど、決して強制はされない。広い視野を与えてくれる先輩方がいて、色々な選択肢の中から自分の行きたい道を選ぶことができる。そういう自由な雰囲気も、北大の魅力だなと思っています。



充実した全学教育と医学教育

北海道大学大学院 医学研究科
副研究科長 吉岡 充弘



札幌市の中心部にありながら、広大で自然豊かなキャンパスに恵まれ、充実した6年間を過ごすことで、フロンティア精神・国際性の涵養・全人教育・実学の重視という大学が掲げる四つの基本理念を理解し、生涯にわたって自己成長し続けることのできる教育が用意されている。

北海道大学は1918年に北海道帝国大学として創設され、その翌年医学部が設置された。間もなく100周年を迎える歴史ある医学部は、総合大学としての特色を存分に活かし、医学に関係する科目以外にも、学部の域を超えた北海道大学の全教員による全学教育科目や、国際的に活躍するために必要な幅広い外国語科目など、多種多様な教養科目を用意している。

1年次の医学教養コースでは他学部の学生と共にクラスを編成し、幅広い教養科目（全学教育科目）を履修できる。2年次の基礎医学コースでは、人体の正常な構造と機能、正常から病気に至るプロセスを理解し、3年次の臨床医学コースでは疾病について多面的に学び、診断・治療の基本を身につける。4年次2学期から6年次までは臨床実習コースで、全診療科を回った後、1診療科で長期の診療参加型臨床実習を行う。実習可能な病院数も多く、また、基礎・臨床いずれでも海外での短期留学が行える機会が用意されている。医学研究を志向する学生には、早期に研究の機会にふれ、医学・医療の急速な進歩と社会情勢の変化に対応できる研究者を養成することを目的としたプログラム（MD-PhDプログラム）も用意されている。また、最近本学が重視しているのは、医学教育の国際化である。四季折々の自然が楽しめる地の利と、教員が個別に指導を行えるきめ細やかな指導体制を生かして、世界各国の大学と協定を締結し、年間40人近い数の留学生を受け入れている。多様な留学生と共に学び、国内にいながら国際色豊かな医学教育環境を体感できることも、大きな特色である。

research

北海道大学大学院での研究

北海道大学大学院 医学研究科 副研究科長 渥美 達也



北海道大学大学院医学研究科（医学研究院）では、基礎医学、社会医学、臨床医学のいずれの領域においても非常に幅広く研究が行われています。特に、放射線医学分野の最先端研究開発支援プログラムを推進した「分子追跡陽子線治療装置」の開発、解剖発生学分野では脳機能発現の舞台となる興奮性シナプス伝達系の分子解剖学的研究など、世界を牽引するトップレベルの研究は枚挙に暇がありません。また、革新的イノベーション創出プログラムに採択された北海道大学の『「食と健康の達人」拠点』と関連する研究の一環として、公衆衛生学のチームが北海道内の市町村を舞台に健康政策の基礎資料となる「食習慣と健康状態の疫学調査」を行うなど、地元文化と密着する研究も広く展開しています。

私自身が責任者を務める免疫・代謝内科学分野は、膠原病・臨床免疫学、内分泌・代謝内科学、腎臓内科学の3領域をカバーしており、もともと人数の多い教室のひとつです。診療を行いながら、臨床に密接に関わる研究や将来臨床に役立つ基礎研究を広く展開しています。医学生さんの多くは、将来は臨床医に、と考えて勉学に励んでいることでしょう。研究者を目指す人は言うまでもありませんが、臨床医を目指す場合も大学院で研究を行う意義は大きいと思います。優れた指導員になるためにはEBM（Evidence Based Medicine：根拠に基づく医療）を理解し実践できる医師にならなければなりません。論文を読み込み、どういう背景で研究が行われ、その結果がどのようにまとめられているかを理解するには、自らが実際に研究を経験することが重要です。自分自身が研究に携わらなければ本当の意味での専門医にはなれないと確信しています。そのためにも、一定の期間、大学院に在籍し研究に従事することは非常に重要であると思います。

research

実証的に真理を 解明する精神

慶應義塾大学 医学部 機能形態学講座
教授 久保田 義顕

慶應義塾大学は約160年前、福沢諭吉によって設立されました。その当時、福沢諭吉が門下生に対しその志を託した、いわゆる『建学の精神』が今でも脈々と受け継がれております。『独立自尊』『半学半教』などは、塾外の方でも耳にしたことがあるかもしれません。それらと並んで重んじられるものに『実学の精神』があります。多くの方が「実学」と聞いて、おそらく「実際に役に立つ学問」という印象をもたれるかと思えます。近年、医学・生物学を含めた自然科学研究において、研究成果の実用化、産業化の必要性が声高に叫ばれ、国家的な方針として、実用化に近い研究に対して重点的に公的資金が配分されるという傾向が日に日に強まっております。実のところ、福沢諭吉の言うところの『実学の精神』はある意味、その真逆の精神を意味しております。この理念においては、科学（サイエンス）とは、実証的に真理を解明する科学的な姿勢、つまり実用性や利潤性を度外視し、物事の真実を徹底的に追究する姿勢を指します。これは昨今の応用研究に偏りがちな風潮、世論に対して、160年前にそれを予知し、警鐘を鳴らしていたのかもしれませんが。本年度の慶應医学賞受賞者である、京都大学本庶佑名誉教授のスピーチにおける、「医療、医学におけるイノベーションは、偶然の発見に幾多の幸運が重なって達成される」「人間の脳で予知可能なものに大きなブレークスルーは無い」などの名言は、因らざる福沢諭吉の『実学の精神』とマージするものです。ともあれ、本学基礎・臨床医学分野においては、再生・発生・免疫・がん・神経・代謝・老化・疫学など多様な部門が、個々の領域における世界トップレベルの研究者たちとの協力を削り、同時に、同じく建学の精神である『社中一丸』の理念のもと、『基礎・臨床一体型医学・医療の実現』に向け、一丸となって、日々研究活動に動いております。



松田：これまでの授業の中で特に面白かったなど記憶に残っているのが、教室で整形外科の手術をライブ中継で見た授業です。4年生でまだ病院実習が始まっていなかったため、初めて見た手術として印象に残っています。
松井：新しい技術を活用した、最先端の授業が多いのが慶應の特徴だと思います。2年生になると、全員にiPadが配付されます。例えば組織の授業では、そのiPadを使って標本画像を共有したりします。顕微鏡では一つの標本をグループで一緒に見ることはできないので、とても便利です。解剖の授業では、3D眼鏡を使って、先生が行った解剖を画面越しに見たりしています。解剖では三次元的な構造把握が大事と言われるのですが、より感覚で掴みやすいなと思いました。

» 慶應義塾大学

〒160-8582 東京都新宿区信濃町35
03-3353-1211

次世代を先導する「一身独立」の Physician Scientistの育成

慶應義塾大学 医学部
医学教育統轄センター長 平形 道人



2017年に創設100周年を迎える慶應義塾大学医学部は、塾祖福沢諭吉に報恩の念を抱く世界的細菌学者北里柴三郎を初代医学部長として誕生し、多くの医学界のリーダーを輩出し、その中心的な役割を果たしてきました。福沢の「贈医（患者のために全身全霊を尽くす医師のあり方）」の精神、北里の理念「基礎・臨床一体型医学・医療の実践」を継承し、教育目標として「豊かな人間性と深い知性を有し、確固たる倫理観に基づく総合的判断力を持ち、生涯にわたって研鑽を続け、医学・医療を通して人類の福祉に貢献する人材の育成」を定めています。その達成のために、以下の独自教育プログラムを推進しています。

1) Medical Professionalism: 医師の責務・医療倫理の理解、医師としての行動規範の修得、ヒューマンイズムの実践、コミュニケーション能力の向上、生涯学習の姿勢の確立など、良き臨床医、優れた医学研究者となるために最も大切な医療プロフェッショナリズムを入学から6年間一貫して学びます。2) 「自主学习」(全学生必修の研究プログラム): 1989年に、わが国で初めて設置された研究実習で、学生が研究、臨床の第一線で活躍する教員の研究室に加わり、自分で選んだテーマの研究に挑戦し、創造的な問題解決能力を涵養します。また、医学研究のリーダーの育成を図り、「研究医養成プログラム (MD-PhD コース)」も設置しています。3) 医療系三学部合同教育プログラム: 医学部、看護医療学部、薬学部の学生が交流し、「グループアプローチによる患者中心の医療実践」をテーマとして共同作業を行い、チーム医療に貢献する視野の広い医療人を目指しています。4) 地域基盤型臨床実習: 地域医療を担う教育関連病院に長期滞在し、大学病院とは異なる地域医療(プライマリ・ケア、健康・予防医療など)を学び、わが国の今後の医療を支える能力を身につけます。5) 国際交流プログラム: 1984年に始まった「短期海外留学プログラム(欧米を中心とする20以上の交流医学部・病院での1か月以上の臨床実習。2015年度実績34名)」、「ラオス・プライマリヘルスケア保健医療チーム活動プロジェクト」などの教育プログラム、「国際医学研究会(南アメリカ)」、「日韓医学生学術交流会」、「日中医学生交流協会」、「アフリカ医療研究会」などの学生団体活動により、国際医療人としての資質を修得しています。本学は21世紀の医療・医学研究を担うリーダーを引き続き育成するために、慶應義塾の「半学半教」の精神に基づき、「教員/指導医・学生」、「専門分野・研究領域」「職種」の境界を超え、お互いに学び、教え合う教育システムの更なる充実に取り組んでいます。

時間をうまく使って個性を伸ばす

慶應義塾大学 医学部 5年 松井 友哉 / 同 5年 松田 理沙

松田：慶應の雰囲気を一言で表すなら、「自由な大学」です。カリキュラムに比較的余裕があるので、各自やりたいことをやって個性を伸ばす、という感じです。部活やアルバイトを頑張りながら、要領よく勉強も両立している人が多い印象です。
松井：僕はヨット部の活動に時間を充てています。ヨットは戦略要素が強く、すぐ頭を使う競技で楽しいですね。部活の縦のつながりも学年内の横のつながりも強いので、試験対策・国試対策も協力して取り組んでいます。
松田：私は馬術部に入っています。馬術は人間の技術だけじゃなくて、馬の能力や性格の要素も影響するのが面白いんです。大学の横に厩舎があるので、毎朝通って馬の世話をしています。



» 岡山大学

〒700-8558 岡山県岡山市北区鹿田町2丁目5番1号
086-223-7151

充実した実習で、 高い実践力を身につける

岡山大学 医学部 5年 大塚 勇輝
同 5年 日高 啓介

日高:岡大医学部はもうすぐ創立150周年を迎える、歴史ある大学です。長い歴史を持ちつつ、新しいことにも積極的なところが、岡大の魅力です。

大塚:岡大は学生の意見を大切にしてくれる大学だと思います。僕たちは、「医学教育学生会」の代表を務めています。毎月、先生方や事務の方と、カリキュラムの方針や内容に関する意見交換会を行っています。学生が医学教育の改革に直接関わることができる点に、岡大の先進性を感じます。

日高:医学教育学生会の取り組みの一つとして、先生方のご協力のもと、留学を経験された先輩方の体験談をまとめた冊子を作りました。忙しい医学部生の留学を促すことが目的です。

大塚:いま、岡大では「脱ガラバコス!」を目標にかかげ、国際的な基準で評価される、高い臨床能力を持った医師の育成を目的とする医学教育改革に取り組んでいます。そのため、例えば実習では、診療参加型が徹底されています。病院実習で学生はチームの一員として扱われ、カンファでのプレゼンや患者さんの病態把握を多くの科で任せてもらいます。かなり大変なのですが、やりがいも感じます。外科的手技を経験させてもらえるチャンスも多く、そのぶん岡大の卒業生は実技のレベルが高く評価してもらうことも多いと聞きます。

日高:その他にも、教職員と学生へのインフルエンザとB型肝炎の予防接種を、5年次の全学生が指導医同席で実施する実習も行っています。これは日本初、かつ唯一の取り組みだそうです。学生の時から色々なことを経験させてもらえて、素晴らしい機会が与えられていると日々感じています。



Education

医師としての

プロフェッショナルリズム

岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科
細胞組織学分野 教授
医学部医学科 教務委員長 大内 淑代



岡山大学医学部は明治3年(1870年)、岡山藩医学館に始まり、今日までに1万3千人以上の卒業生を輩出しています。本学の教育理念は、「一視同仁の医の理念を貫き、思いやりの心を持った謙虚な医師となり、すぐれた医療、創造性の高い研究活動を通じて、国際的にも貢献できる医師・医学研究者となるよう忍苦精進する人物を育成する」ことです。本学では、地域医療に貢献すると共に、国際的な視野をもった実践者を育成することに取り組んでおり、以下のような特色ある6年一貫教育を行っています。1年次では、導入教育として教養科目に加え、専門基礎科目、養護施設訪問などの早期体験実習があります。また、本年度より新しくプロフェッショナルリズム教育を創設し、医師としての職業観の涵養を早期から行っています。1年次後半からは、基礎医学必修科目の履修が細胞組織学から始まります。2年次では、肉眼解剖学実習(解剖体慰霊式を含む)、免疫学など専門基礎医学の履修を重ねます。3年次では、1~2年で学んだ基礎医学の知識を基に、問題解決型グループ学習である「基礎病態演習」を履修します。この演習は留学生と共に、一部は英語で行われます。5月からは、3か月間、医学研究インターンシップにより国内外の基礎・社会・臨床医学系の研究室に派遣され、医師にとって必要不可欠な研究マインドを育てます。4年次では、法医学など社会医学を学ぶとともに、CBT(医学知識の試験)およびOSCE(臨床技能試験)という大学間共用試験を受け、Student Doctor 認定式を経て臨床実習(全72週間;6年次まで)が始まります。現在、医学教育は大きく変わりつつあります。医師としてのプロフェッショナルリズムを在学中に、十分に育むことが重要です。その基本は、冒頭に述べた思いやりと謙虚な心であり、病める人を救いたいという気持ちです。それと共に、自己実現のために挑戦を惜しまない若人の皆さんを本学に歓迎いたします。

research

これからの医療を目指して

岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 眼科学分野 准教授 松尾 俊彦

医学部で学ぶことは医師への道筋ですが、必ずしも臨床医にならないといけない道ではありません。行政職に就いたり、研究に邁進する選択もあります。では、医師でなければできない研究とは何でしょう。それが臨床研究であり、法律に基づく臨床試験(治験)です。今、医学研究を取り巻く環境は大きく変化しています。2013年に再生医療関連法が成立、2016年には臨床研究法案が国会提出され、今後は臨床研究も法律の中で実施することになるでしょう。岡山大学では、臨床研究、動物実験、遺伝子組換え実験に関する教育セミナーを毎月開催し、研究の「作法」ともいべき事項を学ぶ機会を共有しています。現在、岡山大学病院では、中四国の多くの関連病院と連携し、特定の遺伝子変異がある肺がんの患者集団に分子標的薬を使ってその適応を広げるための大規模臨床研究を行っています。心疾患の細胞治療、難治性がんの治療を目指す遺伝子治療、安全性が分かっている既存薬を別の用途で使う薬の再評価(repositioning)の医師主導治験も進行中です。手術で切除したがん組織などを保存して活用する岡山大学病院バイオバンクの存在も、創薬を視野に入れた今後の展開の基盤となります。次世代シーケンサによるがんの網羅的遺伝子変異検索によって薬を決めるがん治療も進んでいます。総合大学の利点を生かし、医工連携によって生まれた新たな医療機器の治験を行う予定もあります。治験や臨床研究を取りまとめる新医療研究開発センターでは、医療職だけでなく、多彩な人材が協働しています。研究の種を育てて臨床現場に届ける仕組み(橋渡し)を整えた全国9か所の「革新的医療技術創出拠点」の1つとして、岡山大学は動いています。

美しいキャンパスで、未来を担う若い人々を育てることに力を入れている岡山大学。私たちと一緒に、日本のそして世界の患者さんに、よりよい治療法を届ける研究をしませんか。



research



地域包括医療向上への研究に重点

佐賀大学 医学部 副医学部長（総務・研究担当）横山 正俊

本医学部の理念は、教育・研究・診療の三つの使命を一体として推進することです。医学部の教育と研究は、附属病院の臨床活動と深く連携しており、基礎医学と臨床医学が講座などの垣根を越えて相互に協力しながら研究を行い、医療の発展に寄与できる環境をつくるよう心がけています。さらに、医学・医療の発展と地域包括医療（地域社会及び各種の医療関係者が連携し、一丸となって実践する医療）の向上に寄与する研究（地域連携・生活習慣病・アレルギー・悪性腫瘍・難治性疾患など）に重点をおいています。地域に根ざした研究の例としては、肝臓がん死亡率15年連続全国1位の状況をふまえ、その改善のための多職種協働啓発モデルの構築を行い、全国規模での肝疾患啓発・医療連携推進のモデル構築を進めています。また、佐賀市民約1万2千人を20年間にわたって追跡し、環境要因と遺伝的素因が相互的にがんなどの生活習慣病の発生に与える影響を検討しています。さらに、バイオ3Dプリンターを用いた人工血管の開発やロボットを使ったリハビリテーションの新たな試みなどが成果をあげています。また、全国規模での医師主導型臨床試験による慢性骨髄性白血病に対する新規治療法の開発、全身性自己免疫疾患に対する新規B細胞標的療法の開発、間質性肺炎の診断マーカーの開発、低用量アスピリンによって発症する胃・十二指腸潰瘍に対するプロトンポンプ阻害薬の再発抑制効果、分子生物学的手法による胃がんに対する腹腔鏡ロボット支援手術の有用性の検討など難治性疾患や悪性疾患臨床に関する研究成果もあがっています。ゲノムインプリンティング疾患、糖尿病、非アルコール性脂肪性肝疾患、アレルギー疾患などの発生機序の解明などの基礎的研究も行われています。その他も基礎医学と臨床医学の融合を図りつつ、地域包括医療の向上にむけ、様々な研究が行われています。



良き医療人を育てる

佐賀大学 医学部 副医学部長（教育担当）倉岡 晃夫



佐賀大学医学部の前身となる佐賀医科大学は、「地域医療に貢献できる、良き医療人の育成」を基本理念に掲げ、当時としては先進的な医学教育カリキュラムを擁する「教育先導大学」として昭和51年に開学しました。平成14年には、臨床推論を重視したハワイ大学方式のPBL（問題解決型学習）教育を3・4年次の臨床医学教育に全面的に導入し、現在はこれにTBL（チーム基盤型学習）を組み合わせることで、学生主体の自己学習効果をさらに高める工夫がなされています。また、医師が有すべき人間性を培う目的で低学年から体験実習が実施され、最近では地域枠入学生を対象とした特別プログラムも導入されました。研究に対する興味など、学生のニーズに対応した分野を自主的に発展させていける選択制の研究室配属コースや海外研修コースも開講されています。パソコンや電子白板、プロジェクター等が設置されたグループ学習用の26室は、午前0時まで1年中開放されており、多くの学生たちが休日・深夜を問わず熱心に勉学に励んでいます。開学当初から続くチューター制度では、全教員が一丸となって学生のサポートに携わっており、きめ細やかな指導・支援がなされています。カウンセラーが学内に常駐するなど、学生のメンタルヘルス対策に一歩進んだ取り組みを行っているのも特色です。以上のような良医育成のための充実したカリキュラムと学習環境、そして盛んな部活動で心身共に鍛え上げられた学生は、2016年の医師国家試験で国立大学法人中トップの合格率を達成しました。開学から40年を経て老朽化が進んでいた建物も、改修工事が完了してピカピカに生まれ変わりました。有名なバルーンフェスタの季節には、佐賀平野の秋空に色とりどりの熱気球が浮かび、見る者の心まで舞い上がりそうです。この佐賀の地で皆さんとお会いできれば幸いです。

LIFE

「みんなで楽しく」相互に学びあう環境

佐賀大学 医学部 6年 松尾 和紀
同 5年 大武 瑞樹

大武：佐賀大の医学部は、男女比が半々なんです。高校時代は女子の少ない理数科だったので、入ったときは「味方がいっぱい！」って感じて嬉しかったです（笑）。

松尾：「佐賀大は教育が手厚い」と高校の頃に先輩に聞いて、佐賀大を選びました。1・2年生の時に、実習で患者さんとお話したのがとても印象に残っています。今自分が学んでいることは将来につながるのだなと感じられて、モチベーションが上がりました。

大武：実習の後には、実習内容の反省点や良かった点について発表を行います。PBLなども「やって終わり」ではなく、必ず振り返りやフィードバックの時間が設けられているのがいいと思います。

松尾：私は、学年の枠を超えてみんなで勉強をする「勉部（BENBU）」を立ち上げました。医学部の勉強は、本来は面白いはずだけど、一

人でやっていると思うと苦しくなってしまうこともある。なので、1. 勉強を楽しむこと、2. 勉強の楽しさを共有すること、3. そしてそれを発信すること、という3つをコンセプトに、活動を始めました。

大武：勉部では、例えば「睡眠障害」のようなテーマを決めて、担当者がプレゼンをします。プレゼン後のディスカッションで、1年生ならではの視点からの鋭い質問が出てくることもありますし、後輩に教えることで自分の復習にもなるので、とてもいい仕組みだなと思います。プレゼンの手法についてのフィードバックもあって、すごく勉強になります。

松尾：勉部の活動を通じて、学生のうちは後輩に、医師になったときには患者さんに、医学部で学んだ知識を還元していきたいな、と思っています。



» 佐賀大学

〒849-8501 佐賀県佐賀市鍋島5丁目1番1号
0952-31-6511



第60回東医体新運営委員会始動!!

第60回東医体に向けて活動している運営本部長・運営部長をご紹介します!

初めまして!第60回東医体運営委員会です。私たちは信州大学・東京慈恵会医科大学・東京女子医科大学・横浜市立大学の4校で組織されており、2016年4月から本格的に活動しています。第60回大会は東北医科薬科大学を新たに迎え、37校で開催することが決まりました。60回目という節目の大会を成功させるため、運営委員一丸となって頑張ります!





運営本部長として運営を引っ張り、陸上競技に参加する一選手として全力で走り続けます。




第60回東医体は長野・東京・神奈川にある4大学で協力して大会運営を行っております。運営委員会が発足して1年、先輩方から受け取ったバトンを第61回に渡せるよう、大会成功のため準備を進めてまいります。

信州大学 運営本部長 澤崎 恵末




東医体成功のために精一杯頑張ります!




東医体は非常に大きな大会で、一つひとつ会議を重ねながら本番に向けて運営を行っております。多くの医学部生をつなぐ、思い出になる大会ですので、選手の皆様に力を発揮していただけるよう、運営部として頑張っていきたいと思っています。

横浜市立大学 運営部長 市川 宗近




メンバーと協力し楽しく東医体のお手伝いができるよう頑張ります!




女子医大の運営部はアットホームでとても仲が良かったです!来年の東医体に向けて、理事の先生方や運営部のみんなと協力し、無事東医体が開催できるよう、全力で活動していきたいと思っているので応援よろしくお願ひします!

東京女子医科大学 運営部長 熱田 佳奈美



東医体の成功を続けていくための布石となる一歩を仲間と共に大切に歩ませていただきます。



東医体の成功とより良い運営のために信州大学の運営部の人たちと協力してこれからも仕事を続けていきたいと思ひます。現在は先輩方の監修のもと、本格的に運営を始めたところですので、来年度の成功に向け、ここからさらに気を引き締めて邁進してまいります。

東京慈恵会医科大学 運営部長 松浦 史和

第69回西医体新運営委員会始動!!

第69回西医体を運営する山口大学の
運営委員長・副委員長、そして今年度優勝
した3つの部の主将たちをご紹介します!

私たち第69回西医体運営委員会は、運営委員長の原口大希を中心に、28人で構成されています。仕事内容は、予算策定や会計管理、競技場・宿泊施設の確保や選手の安全対策など多岐にわたります。第69回西医体の成功に向け力を合わせて精一杯頑張りますので、応援よろしくお願いいたします!



山口大学
運営委員長
原口 大希

第69回西医体運営委員長の原口大希と申します。2017年度の西医体開催に向け、日々少しずつではありますが準備に勤んでおります。第69回大会の大きなテーマは、安全に配慮して、この大会を大学生活における大切な記憶の一つにすることです。熱中症や重大事故の発生を防ぐために最善の準備をするのはもちろん、参加される方々にとって何年にもわたり、ほろ苦く甘酸っぱい記憶であり続けるような大会にできるように尽力いたします。



山口大学
運営副委員長
新村 和也

第69回西医体副運営委員長の新村和也です。第69回大会は、12競技を山口県内で、9競技を県外で開催する予定です。参加される方が全力を尽くせるような、滞りのない大会運営を目指しております。西医体には長い歴史があり、学生主体の運営でここまで継続されてきました。私たちも過去の運営委員の方の英知を引き継ぎ、さらにより良い形にそれを昇華させ、この大会がこれからも長く続くようなお手伝いのでできれば幸いです。

代表主幹校の前優勝団体に、意気込みを聞いてみました!



山口大学医学部
空手道部
主将
佐藤 佑城

来年度の西医体は、個人戦もちろんですが、特に団体戦で男子は2連覇を、女子は優勝を目指して日々の練習に励んでいきたいです。個々の力もそうですが、チーム全体としてレベルアップができればと思っています。



山口大学医学部
男子バスケットボール部
主将
明石 智樹

自分が主将の時に山口で西医体を開催できることを非常に光栄に思います。主管校の主将としてあらゆる面で尽力し西医体を成功に導きたいです。バスケットボール部にとっては西医体4連覇のかかった大会ですが、気負わず全力で楽しみたいです!



山口大学医学部
剣道部
女子主将
倉田 こなつ

第69回目の西医体は山口で開催されますので、前回の徳島での優勝に引き続き山口での西医体でも良い結果が残せるように部員一同、お互いに切磋琢磨しながら1年間稽古に励んでいきたいと考えております。



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、2016年10月に台湾で開催された世界医師会（WMA）総会および、それに先立って開催されたRegional Meeting、WMA-JDN Meetingの参加報告を寄せてもらいました。



世界医師会台北総会
～ Regional Meeting ～

加藤 大祐
JMA-JDN 役員（研究担当）

筑波大学で臨床研修、名古屋大学附属病院総合診療科で後期研修修了。三重大学大学院家庭医療学分野博士課程所属。家庭医療専門医・指導医。認定内科医。

世界医師会台北総会（2016年10月19～22日）開催に際し、10月17・18日に行われたWMA-JDN Meetingに先立つ16日、初の試みとして、WMA-JDNの中のアジア・太平洋地域の若手医師が一堂に会し、互いに自国の医療について発表・議論するRegional Meetingが開催されました。本稿では、Regional Meetingについて報告します。

今回のテーマは若手医師の労働条件で、私も若手医師の労働条件とwell-beingについて発表する機会を頂きました。

医師の過重労働は、あらゆる国々で問題となっています。今回参加した多くの国で、週当たりの平均労働時間が80～100時間にのぼるというデータがあります。この問題を考えるとき、労働時間の定義と、医師不足の地域で大きくならざるを得ない医師の負担を労働条件とどのように両立するかということが大きなテーマになります。

また、研修において研修医が期待する教育と、病院経営者が期待する労働を、労働条件の面からどのように統合することも重要です。米国卒業医学教育認定評議会（ACGME）は、Nurse Practitioner（NP）、Physician Assistant（PA）が、若手医師をアシストし、彼らの教育の機会を妨げないように定めており、現在、米国の大学病院の62%がNPとPAを雇用しているそうです。

労働条件の適正化によって、質の高い教育・医師の保護・ストレスの軽減・労働への高い満足度が期待できます。その意味でも、世界中の多くの若手医師が直面しているという意味でも、労働条件は個人の問題ではなく、みんなで取り組むべき大切な問題であると感じました。

現在、JMA-JDNリサーチチームでは、月1回リサーチミーティングを開催し、議論を重ねています。今回の会議期間中に、複数の国の若手医師が私たちの取り組みに興味を示してくれたことは、大きな喜びであり、今後への強い励みになりました。日本は、来年のアジア大洋州医師会連合（CMAAO）の開催国です。今回実感した合理的な組織のシステムをできるだけ取り入れ、たくさん気づき、学び、そしてつながりを活かして、この取り組みを一層洗練・加速できるよう励んでいきたいと思っています。

JMA-JDN とは

Junior Doctors Network（JDN）は、若手医師の国際的組織として、2011年4月の世界医師会（WMA）理事会にて設置が承認されました。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。これを受けて日本医師会（JMA）も、2012年10月に国際保健検討委員会の下、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作られてきました。JMA-JDNは、様々な分野で活躍する若手医師たち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分たちのアイデアを自由に議論し行動できる場に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」と検索してみてください。



世界医師会台北総会 ～本会議参加報告～

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・神経科学講座へ入局。2016年4月より同大学大学院博士課程所属。精神科専門医。

2016年10月19～22日にかけてグランドハイアット台北で開催された世界医師会(WMA)台北総会に3名の日本医師会JDNメンバーと共に参加しました。今回のWMA総会には、WMAの役員をはじめ、世界各国の加盟国医師会やJDNのメンバーなど、58か国から約300名の医師が参加し、会場は熱気に包まれていました。WMA総会はWMAの最高意思決定機関で、これまでも「ヘルシンキ宣言」、「ジュネーブ宣言」、「患者の権利に関するリスボン宣言」などの重要な文書の採択をしてきました。WMA総会中は、財務企画・社会医学・医の倫理の各委員会からの報告・議論や、ヘルスケア制度の持続可能性をテーマにした学術集会、WMA次期会長選挙などが行われました。学術集会は、台湾の保健大臣、研究者、臨床家など様々な専門家による講演とパネルディスカッションで構成されており、日本からは東京大学の渋谷健司教授から、「高齢化社会でのヘルスケアの持続可能性、世界的観点から」と題して講演がありました。

WMA次期会長選挙には日本医師会の横倉義武会長の他3か国からの立候補があり、結果、横倉先生が選出されました。会期中には、台湾の蔡英文総統、陳建仁副総統からのスピーチもあり、国を挙げてWMA総会を支援している様子がうかがえました。今回のWMA総会に参加できたことは、私にとってまたとない貴重な機会であり、大変勉強になりました。普段はなかなかこのような重要な意志決定を行う会議に参加する機会は少なく、国際保健の最近の潮流を学ぶことが出来たのみならず、国際会議の一連の流れを見ることも大変勉強になりました。また、会期中に各国のJDNのメンバーとの交流の機会を沢山得られたことは、今後の活動にもつながるきっかけとなりそうです。WMA総会で色々と学んだことを、今後、日本のJDNでの活動にも還元していきたいと思います。



世界医師会台北総会 ～JDN Meeting 参加報告～

岡本 真希
JMA-JDN 副代表（内務）

洛和会音羽病院にて臨床研修・後期研修を修了。現在、同病院にて循環器内科医として勤務中。認定内科医。

台湾でのWMA総会に先立ち、2016年10月17・18日の2日間、世界各国の若手医師が集まり様々なことを議論するWMA-JDN Meetingが行われました。

今回、私はJMA-JDNメンバーとして初めての国際会議参加でしたが、普段それぞれの国で若手医師を盛り上げている中心メンバーがオンラインではなく実際に顔を合わせて議論、交流し、時間を共有できたのは、皆の熱意を直に感じるまたとない素敵な機会でした。

会議の中ではNational Taiwan University Hospitalの見学や、WMA-JDN役員の選出、各国代表からの活動状況報告等が行われました。Country Presentationでは、一口に若手医師といっても国ごとに特色があり、アジア諸国は長時間労働が多く、ギリシャやアフリカの国々は医師の労働・教育環境に国の経済破綻や過酷な気候・貧困などが色濃く影響するなど、置かれている状況や立場が異なるのが印象的でした。よりよい環境を求めて政府に働きかけ、法律や医療制度の作成に関わるなど大きなアクションを起こしているメンバーもいました。会議2日目はEnd-of-life Careをテーマとしたパネルディスカッションが行われました。質問があとを絶たない白熱した議論は、自分の考えをもつこと、そしてそれを表現し、共有し、吟味することの楽しさを再確認させてくれました。JDNの皆からは各国若手医師の思いを代弁して、よりよい労働環境、そしてよりよい医療の実現を目指していく姿勢と強い意志が感じられ、非常に感銘を受けましたし、このような熱い仲間たちと今後の世界の医療を担っていけることを大変頼もしく感じました。日本のJDNとしても今後の活動において視野を世界に広くもちつつ、各地域や各個人の思いを反映できるような活動を心がけていければと思います。



FACE to FACE

interviewee
中尾 菜実

interviewer
佐伯 尚美

No.13

各方面で活躍する医学生の素顔を、
同じ医学生のインタビュアーが描き出します。

profile

中尾 菜実（東北大学医学部5年）

1993年東京都生まれ。私立桜蔭高等学校を卒業後、東北大学医学部医学科に進学。第58回東医体では、東北大学医学部運営部運営部長を務め、主管校として円滑な大会開催に尽力。5年次には、女性として初めて東北大学医学祭の実行委員長を務め、成功に導いた。尊敬する人物はミュージシャンの甲本ヒロトさん。

佐伯（以下、佐）…中尾さんが実行委員長を務めた2016年10月の東北大学医学祭に、私もいち実行委員として参加しました。医学祭はおよそ3年に一度の開催ですが、私は次回も実行委員として関わりたいと思っています。今日は、医学祭を振り返ってのお話を色々伺いたいです。まず、今回の医学祭のテーマである「医親伝心」に込めた思いについて教えてください。

中尾（以下、中）…医学祭は、市民と医学部生の交流の場だよ。今年も、地域の皆さんがより医療に親しんでもらえて（医親）、医学部生とコミュニケーションをとって心を通わせられるように（伝心）ということを目指してテーマを決めました。

個人的に意識したのは、大人だけではなく子どもにも楽しんでもらえるようにということ。前回の医学祭では、小さいお子さんがたくさん来てくれたのに

子ども向けの企画が少なかったという反省があった。だから今回は、人体模型組み立て競争をはじめ、ぬいぐるみを患者さんに見立てた「お医者さんごっこ」を通じて体や健康に興味を持ってもらおうという「ぬいぐるみびょういん」を新たに企画するなど、工夫を凝らしました。

佐…前回の医学祭での経験が活かしているんですね。

中…そうだね。前回は、医学部の中でも医学科主体の企画ばかりになってしまったという反省もあったんだ。今回、保健学科を中心に、産道通過体験や妊婦体験ができる「出産と子供の発達」という企画ができたのはすごくよかったなと思うよ。

佐…私は次回の医学祭で広報を担当したいと考えているのですが、広報は実行委員長と同じように、全企画を見渡しているといけない仕事だと思うんです。中尾さんは全体を見渡しつ

つ、細かい所まで気を配っていらして、すごいなと思っていて。ご自分では、もともとリーダーに向いていたと思いますか？

中…いや、そんなにリーダー適性があったとは思わないよ。人に頼むより、自分でやってしまった方が早いんじゃないかっていうタイプだったし（笑）。ただ、以前東医体で主管を務めさせてもらったときに、一人で全部やるんじゃないって、周りをお願いした方が良い結果に結びついて学んだんだよね。大変さもあるけど、一人でやるよりみんなで作った方が楽しいし、より大きなことを達成できるから。

佐…実行委員が70人もいれば、コミットメントが高い人も低い人もいたと思うのですが、全員に協力してもらうために心がけていたことはありますか。

中…とにかくみんなと仲良く、いい関係を築こうということかな。普段からうまくコミュニ

ケーションをとれていると、不安なことがあったときにも、お互いに相談しやすくなるからね。そのために意識していたのは、感謝の気持ちを大げさなくらい伝えるようにすること。思っているだけじゃ伝わらないから、できるだけ「ありがとう」と口に出すようにしていました。

佐…今回が大盛況だったので、次回の医学祭を担うのはちょっとプレッシャーです（笑）。

中…過去を意識しすぎなくていいと思うよ。今回のコンセプトを引き継いでもらっても、全然別の方向に進んでもいい。みんなで作ってくれたら嬉しいな。

佐…そうですね。個人的には、保健学科はもちろん、同じキャンパスにある歯学部なども巻き込んでいけたらいいな、と思っています。今日はたくさんお話を聞かせていただき、ありがとうございました。

profile

佐伯 尚美（東北大学医学部2年）

医学祭の成功は、間口を広げようとアクティブに活動された委員長なしにはなしえなかったことだと実感しました。コミュニケーションを大切にする姿勢は、上に立つ者として必要だと思いますが、自分にできるかと言われると不安です（笑）。次回の医学祭実行委員にとって、中尾さんは間違いなく追いかける背中ですし、積極的に新企画へチャレンジして先輩を追い越せたらと思います。



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で医学生のアンテナ・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。

次号 (2017年4月25日発行) の特集テーマは「新たな専門医の仕組み (後編)」の予定です!