

DOCTORASE

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. 27

Autumn 2018

● 医師への軌跡

山脇 正永

● レジデントロード

循環器内科

整形外科

眼科

特集

手術の安全を
担保する

周術期のチーム医療



医師の大先輩である大学教員の先生に、
医学生がインタビューします。

やりたいことを見つけ
チャンスをもものにする
実力をつける

山脇 正永

京都府立医科大学 総合医療・医学教育学教室 教授

神経内科と医学教育

稲葉（以下、稲）：山脇先生は、神経内科医として経験を積まれた後に、京都府立医科大学で総合医療・医学教育学の教授になられたと伺いました。神経内科と医学教育は僕からすると少し離れた分野のように思えるのですが、どうして医学教育に取り組みようになったのか、教えてください。

山脇（以下、山）：私の中では、神経内科をベースに医学教育も総合診療もつながっているんですよ。

神経内科医として勤務するなかで学んだのは、「神経だけを診ればいい」というわけではないということ。神経内科は高齢の患者さんも多く、褥瘡や肺炎の予防など、全身を診ることが大事です。また、私は神経内科の中でも嚥下障害を主に診ていました。そのなかで、飲み込むことや食べることは、ただ栄養の摂取という以上の意味があるのだと感じました。好きなものを食べたり、家族と一緒に食卓を囲む時間は、その人にとっての生きがいになる。そこで、患者さんの「生活を見る」「生活を支える」という視点や、医師だけではなく看護師・薬剤師・リハビリのスタッフ・介護士などの多職種との協働が必要であることを実感しました。

多職種連携は、各職種の養成課程での教育が重要と言われていて、そこから医学教育にも興味を持つようになったんです。

天野（以下、天）：先生は、実習の期間を伸ばすなど、京都府立医大のカリキュラムを大きく改革されましたよね。

山：はい。でも、本当に大事なのは実習期間の長さではなく、実習の質ですよ。これからの医療には、大病院から診療所・在宅、ひいては地域全体までを見通し、俯瞰する視点が必要だと考えています。私自身も、リハビリを専門とする病院での勤務を経験して視野が広がりました。急性期の医療を受けた後の患者さんがリハビリ病院に転院して、その後在宅医療に移行する……という流れを見られたことが、リハビリや介護に興味を持つきっかけになったのです。学外での実習は、大学の中では学べないことを学ぶ、またとない機会ですから、より充実したものにしていきたいですね。

将来に向けてできること

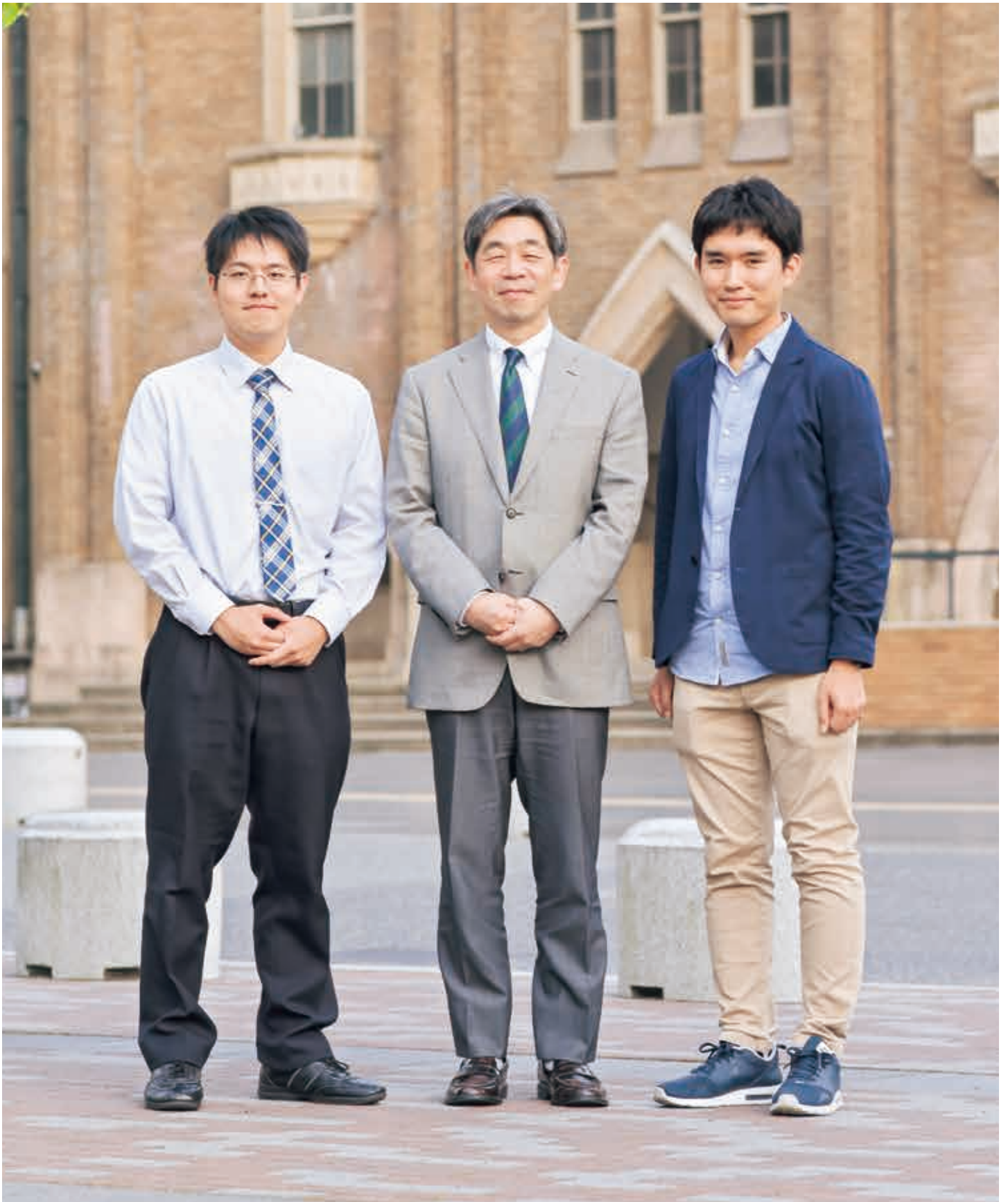
天：医学生という立場は、医師免許は持っていないけれど一般の方よりは医学の知識があるという特殊な立場なのではないかと思っています。何か医学生だからこそできることや、やるべきことがあればぜひ取り組んでみたいですね。

山：大切なのは、自分のできる範囲で、医療に貢献することだと思います。例えば、突然人が倒れた現場に居合わせたとして、救急車を呼ぶことは今の知識でもできることです。今後一次救命処置(BLS)などの勉強をすれば、できることは広がるはず。どんな状況でも、現在の知識と能力に応じてできることは必ずあります。知識や実力をつければつけるほど、できることの幅は広がっていきますよ。

稲：僕は、総合診療と神経内科に関心があります。できれば両方とも取り組んでいけたらいいなと思っていたので、先生のお話を聞いてよかったです。

山：ぜひ、両方に挑戦してほしいですね。専門を突き詰めてから総合診療に向かってもいいし、最初からジェネラルな力をつけて、途中で専門性を開拓することも可能だと思います。

もちろん、自分が思っている通りにキャリアが築けないこともあるでしょう。例えば大学で医学教育に携わりたと思っていても、そのときポストが空いていないということもあります。大切なのは、チャンスが訪れたときに挑戦できるような実力をつけて待つことです。学生の皆さんには、まずは自分がやりたいことを見つけて、そこに向かってしっかり勉強してもらいたいと思っています。



稲葉 哲士

京都府立医科大学 5年

大学の教授とじっくりお話をさせていただく貴重な機会になりました。先生と同じく総合診療や医学教育、神経に興味がある者として、キャリアの先輩としてのありがたいお言葉をたくさんかけていただき、これからは自信が持てました。

山脇 正永

京都府立医科大学
総合医療・医学教育学教室 教授

1988年東京医科歯科大学医学部卒業。同大学神経内科に入局。2003年東京医科歯科大学医学部准教授（臨床教育研修センター）に就任。2011年より現職。日本神経学会神経内科専門医、日本内科学会総合内科専門医。

天野 将明

京都府立医科大学 2年

医学生である今を、そして医師としてのこれからのどう過ごしていくかについて熟考するきっかけになりました。これを機に様々な分野にアンテナを張りながら、将来本気で取り組みたいことを確立していこうと思います。

Information

Autumn, 2018

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。

この日医Libでもドクターゼのバックナンバーがご覧いただけます！

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)』をホームページ等からご覧いただけます

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、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、全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いうものなのか体験してみたい!」という方は、お気軽に編集部までご連絡ください。

Mail: edit@doctor-ase.med.or.jp

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



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

2 医師への軌跡

山脇 正永先生 (京都府立医科大学 総合医療・医学教育学教室 教授)

[特集]

6 手術の安全を担保する 周術期のチーム医療

8 周術期の全体像

10 手術を安全に行うために

12 術後の早期回復をはかる

14 チームで周術期を支える①

16 チームで周術期を支える②

18 「食べる」×「健康」を考える④

20 同世代のリアリティー

農業に携わる 編

22 地域医療ルポ 24

佐賀県伊万里市 水上医院 水上 忠弘先生

24 チーム医療のパートナー

看護師 (皮膚・排泄ケア) 【後編】

26 レジデントロード 専門研修中の先輩に聴く (循環器内科／整形外科／眼科)

青野 智典先生 (山形大学医学部附属病院 第一内科)

斧出 大紀先生 (豊見城中央病院 整形外科)

古川 達也先生 (神戸掖済会病院 眼科)

32 医師の働き方を考える

病院長として医師の働き方改革に取り組む

～相原 道子先生～

34 日本医科学生総合体育大会 (東医体／西医体)

36 グローバルに活躍する若手医師たち

38 日本医師会の取り組み

今後の医師需給

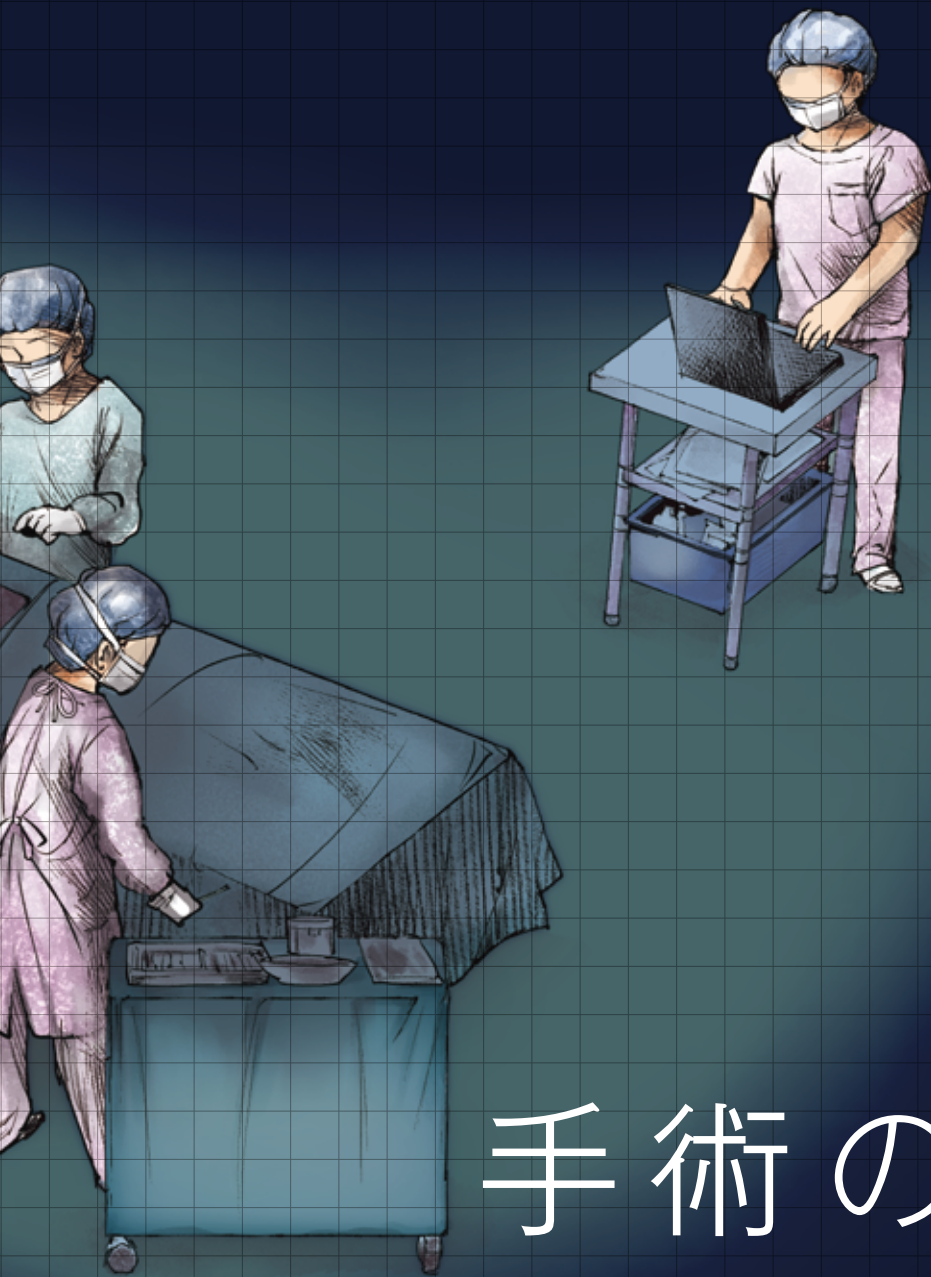
40 授業探訪 医学部の授業を見てみよう!

大分大学「サージカルラボ『SOLINE』での手術手技実習」

42 医学生交流ひろば

46 FACE to FACE 20

山田 達也×長嶋 友希

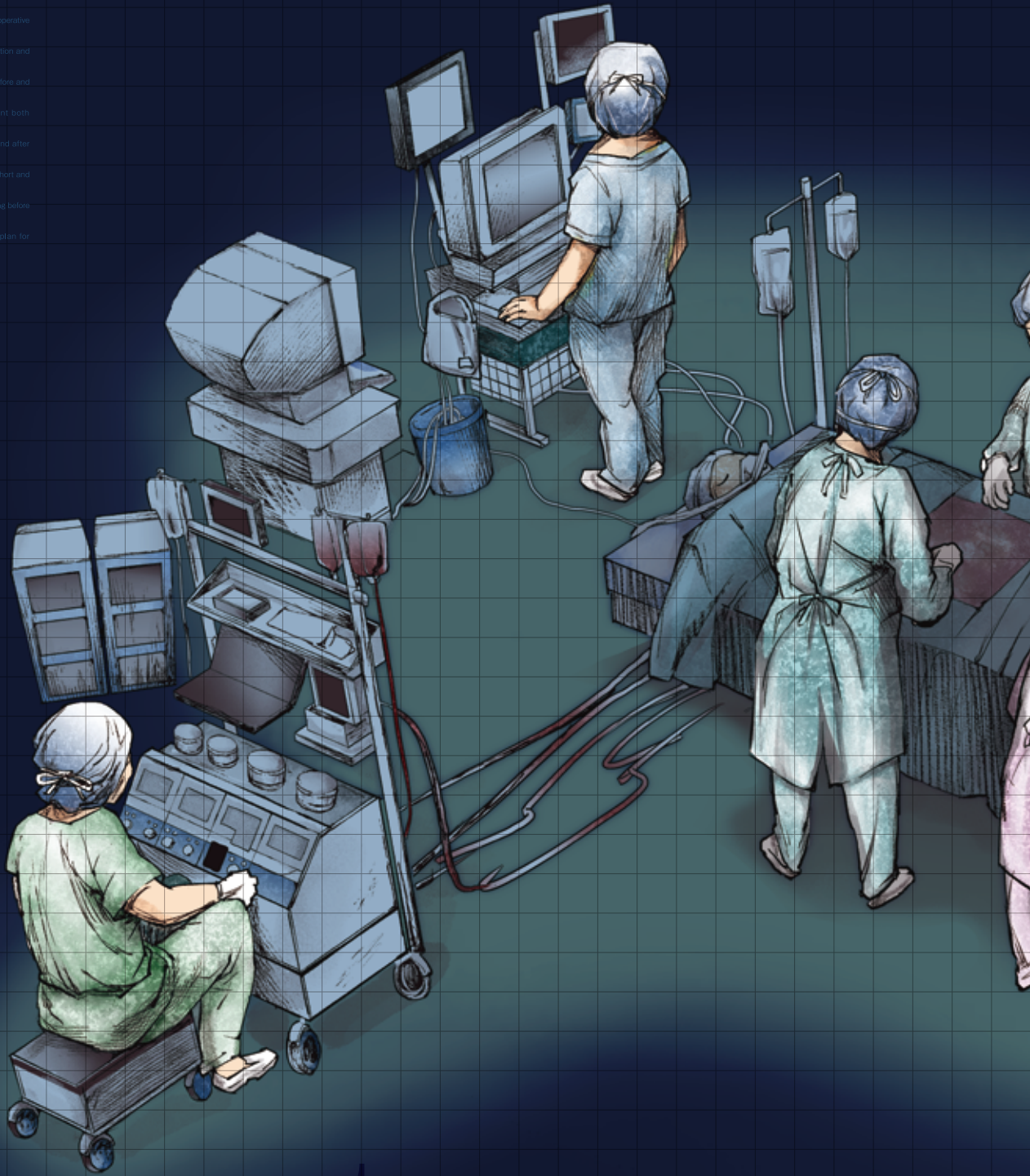


手術の安全を 担保する

周術期のチーム医療

「周術期」という言葉を、皆さんは聞いたことがありますか？
手術を安全に行い、患者さんがすみやかに元の生活に戻るためには、
術前から術後まで、様々な多職種がシームレスに連携して、慎重にリスクを管理することが重要です。
今回は、そんな多様で複雑な周術期管理のあり方を、詳しくひも解いていきましょう。

Perioperative period is the time period of a patient's surgical procedure. It commonly includes four periods: hospitalization, anesthesia, surgery, and recovery. Perioperative may refer to the three phases of surgery: preoperative, perioperative, and postoperative. The goal of perioperative care is to support better conditions for patients before operation and after operation. Perioperative care is the care that is given before and after surgery. This period is used to prepare the patient both psychologically and physically for the surgical procedure and after surgery. For emergency operations this period may become short and the patient may be unresponsive to this. Information obtained during before surgical operations assessment is used to create a care plan for patients.



皆さんは、手術というどのようなシーンを思い浮かべますか？ 手術室の中で横たわる患者さんにライトが当たり、執刀医が助手のサポートのもとでメスを入れている光景でしょうか。こういったシーンは、医療ドラマなどで頻繁に取り上げられていることもあり、どなたでも、容易に思い浮かべることができるのではないかと思います。

それでは、そのときの患者さんの身体がどのような状態に置かれているか、さらには、執刀医や助手以外に、手術室にはどのような医療職がいて何をしているのか、具体的にイメージできますか？

そもそも手術というのは、患者さんの身体にメスを入れるという非常に侵襲的な行為であり、様々なリスクがあるものです。そのため、手術が安全に行われ、その後患者さんができるだけ早く回復し、元の生活に戻ることができるようにするために、術前から術中、術後にかけて、麻酔科医を中心とした多職種が協力し合い、様々なリスクに備えているのです。

近年では、術前から術後の期間を大きく「周術期」という一つの概念として捉え、多職種が周術期管理チームを組んでシームレスに連携しようという取り組みが、活発に行われています。周術期管理チームを活用することで、より安全で質の高い医療が実現されることが期待されます。そこで今回の特集では、周術期にどのようなリスク管理が行われており、そのなかで多職種がどのように関わっているのかを詳しく見ていきたいと思います。

周術期の全体像

まずは周術期医療の全体像について、順天堂大学の医学部麻酔科学教授であり、日本麻酔科学会理事長である稲田英一先生にお話を伺いました。

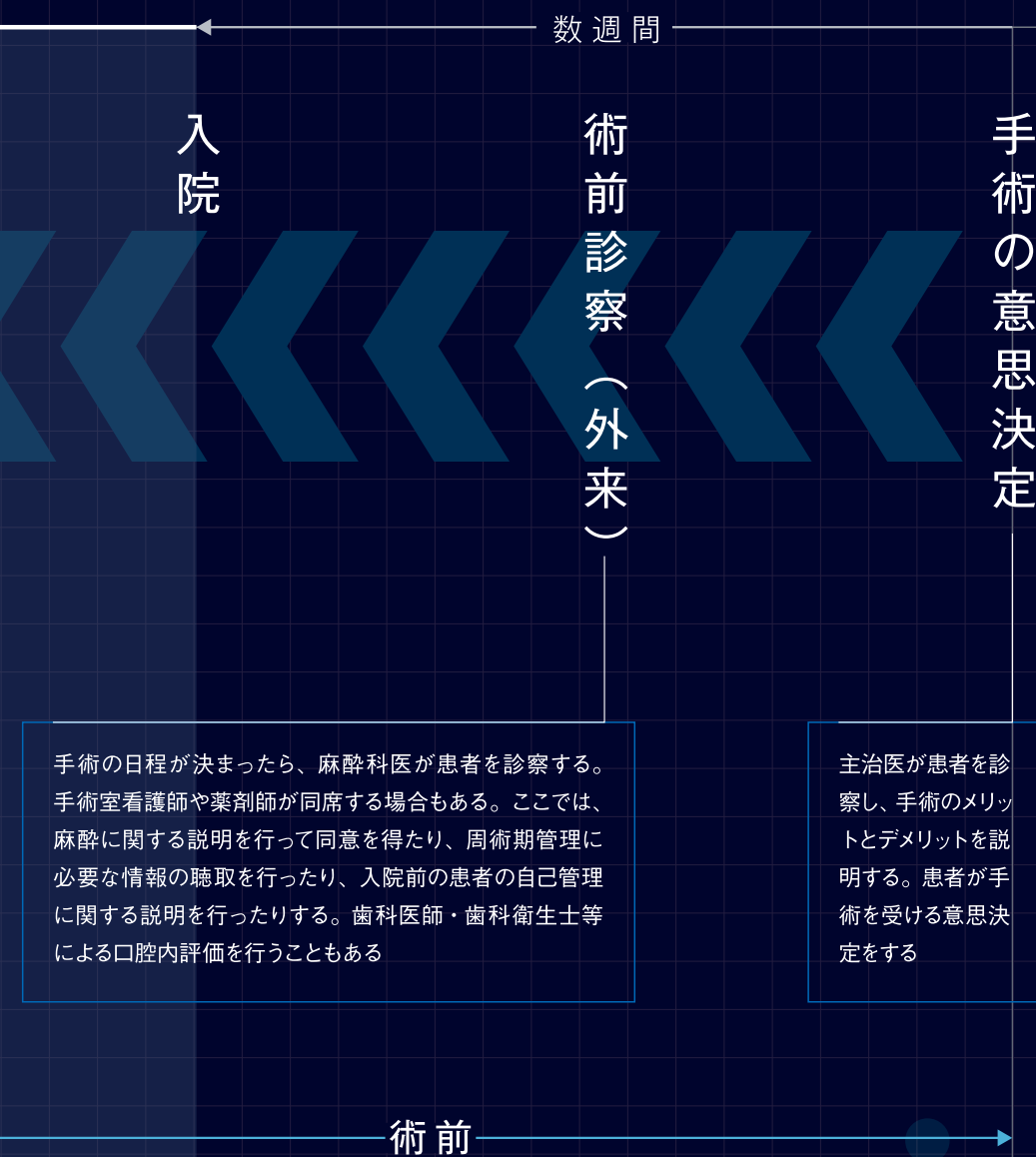
「周術期」の定義と、周術期管理の目的

まず、「周術期」とはいつからいつまでのことを指すのか、稲田先生に伺いました。

「一般的には、手術の前後で医療者が関与できる部分という意味で、外科医の診察に基づき手術が決定してから、手術を終えて退院するまでを周術期と呼ぶことが多いです。そして、手術が決まった段階から、麻酔科医をはじめ多職種が関わってリスクを管理していくのが、周術期管理の基本的な考え方です。」

手術関連死の多くは、もともとあった慢性疾患の増悪や、誤嚥性肺炎・敗血症などの感染によるものです。これらを防ぐためには、術前から手術や全身麻酔のストレスによってどんな問題が生じうるかをアセスメントし、多職種が連携して必要な対策をとることが重要なのです。例えば、患者さんが服用している薬が手術に影響を与えるものではないかということや、主治医のみならず麻酔科医や薬剤師も確認します。」

高齢化が進み、手術を受ける患者さんが複数の疾患を持つケースも増えています。



主治医が患者を診察し、手術のメリットとデメリットを説明する。患者が手術を受ける意思決定をする

手術の日程が決まったら、麻酔科医が患者を診察する。手術室看護師や薬剤師が同席する場合もある。ここでは、麻酔に関する説明を行って同意を得たり、周術期管理に必要な情報の聴取を行ったり、入院前の患者の自己管理に関する説明を行ったりする。歯科医師・歯科衛生士等による口腔内評価を行うこともある

稲田 英一先生



順天堂大学医学部
麻酔科学・ペインクリニック講座教授
日本麻酔科学会理事長

周術期医療

患者さんに安全に手術を受けていただくためにも、多職種が協力して患者さんの情報を把握し、術前から適切な管理を行うことが重要になってきているのです。

「術中の安全」と

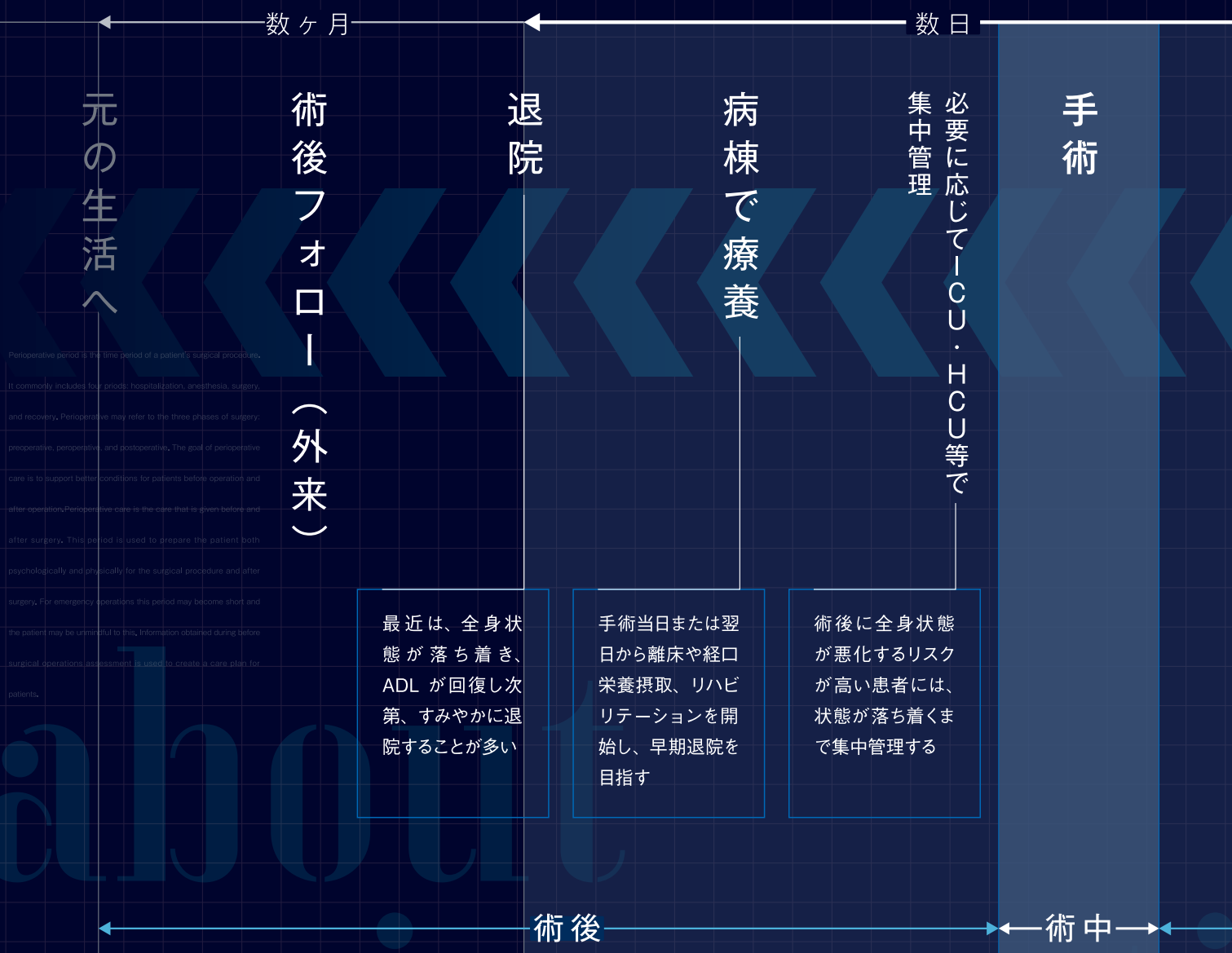
「術後の早期回復」を目指す

周術期管理の主な目的は大きく二つに分かれます。一つは「術中の安全」です。手術中、患者さんは麻酔によって呼吸と循環が不安定な状態になるうえ、身体にメスを入れるという非常に侵襲的な行為を受けます。そのような状況で患者さんが重大な不利益を被らないようにするためには、リスク管理を徹底しなければなりません。

もう一つは「術後の早期回復」です。患者さんができるだけ早く元の生活に戻るためには、無理なく動けて、食事ができるようにする必要があります。そのためには、痛みを取り除き、吐き気を少なくし、感染症を起こさないような対策が必要です。

「近年では、術後の早期回復を目的とした ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) と呼ばれるプロトコルを取り入れる病院も増えていきます。具体的には、術前術後の絶飲食期間を従来よりも短くする、下剤の使用や剃毛を控える、低体温になるのを予防するなど、エビデンスに基づいた管理を多職種で行います。」

これらをふまえて今回の特集では、「術中の安全」と「術後の早期回復」のそれぞれについて、それを妨げる要因と対策を見ていきます。さらに、多職種がどのように連携しているのかについて、周術期チームの先駆けでありモデルケースである東邦大学医療センター大森病院の例をご紹介します。



手術を安全に行うために

手術は非常に侵襲的な治療であり、様々なリスクと隣り合わせです。手術そのものによって、患者さんの心身に不利益が及ぶことがないようにするために、どのような管理が行われているのでしょうか。

循環と呼吸を 保持するために

手術のために全身麻酔をかけられたとき、患者さんの身体はどのような状態になるのでしょうか。ここでは、手術中の安全を保つ方法について見ていきましょう。

全身麻酔の三要素は、鎮静・鎮痛・筋弛緩です。患者さんの意識を消失させ、痛みを感じなくすることで、疼痛などのストレスから血圧が上昇してしまうことを防ぎます。また、筋弛緩させることで、筋肉がこわばって体にメスが入らなくなることを防ぐのです。

しかし、鎮静・鎮痛を行うと、自律神経が働かなくなり、血圧のコントロールがでさなくなり、さらに、出血によって血液循環量が減ったり、麻酔が深くなりすぎたりすると、患者さんは低血圧になってし

まいます。また逆に、麻酔が浅すぎたり、低酸素血症を起こしていたりすると、高血圧になってしまいます。そのため、手術中は循環管理が必要です。輸液をして血液の水分量を補いつつ、血圧や心拍数、脈拍、尿量、出血量などを常にモニタリングしま

す。もし異常が起こったら、その原因を考えて対処します。また、患者さんが服用している薬のなかには、血圧や麻酔のかわり具合に影響を及ぼすようなものがある可能性があります。例えば、もともと循環器疾患がある患者さんが抗血小板薬や抗凝固薬を服用していた場合、術中に血が止まりにくくなるリスクがあります。そのため、患者さんが服用している薬を事前にしっかりとチェックして、必要があれば一定期間休薬するよう、徹底しなければなりません。そのほか、手術中は患者さんは寝返りを打ったり体位を変えたりすることができ

ないため、深部静脈血栓症を生じるリスクも高まります。そこで、血栓を生じるリスクを術前に評価し、重点的にモニタリングを行います。

呼吸管理も重要です。全身麻酔がかかっている間は、呼吸に使う筋肉も弛緩して自発呼吸ができなくなってしまうため、気管挿管をし、人工呼吸器を装着します。また、パルスオキシメーター^{*1}やカブノメーター^{*2}を使って、体内のガス交換が正常に行われているかモニタリングを行います。

今回は、循環管理と呼吸管理の大きく二つの観点から、手術中の安全を保つ方法について概観しました。ただ、手術を行う際は、ここで述べた以外にも様々なリスクに備える必要があります。そのため、多職種で協働し、ダブルチェック・トリプルチェックを重ねて管理していくことが非常に重要なのです。

^{*1}パルスオキシメーター…皮膚を通して動脈血酸素飽和度と脈拍数を測定する装置。

^{*2}カブノメーター…呼気中の二酸化炭素濃度を測定する装置。

呼吸管理

Why なぜ呼吸管理が必要なのか

- 患者が自発呼吸できなくなる
 - 手術中は、筋弛緩させて体にメスを入れやすくすることが必要
 - 麻酔の筋弛緩作用により、呼吸に必要な筋肉も弛緩してしまう
 - 麻酔の鎮静作用や筋弛緩作用、仰臥位により、舌と顎の筋肉もゆるみ、舌根沈下が生じる

Then 対処

- 気管挿管して気道を確保し、人工呼吸器を装着する
- 患者の体内でガス交換が正常に行われているかモニタリングする
 - カプノメーターで、呼気中の二酸化炭素濃度を測定する
 - カプノグラムの波形などから、過換気や低換気、気道狭窄、肺塞栓症などを早期発見できる
 - パルスオキシメーターで、経皮的酸素飽和度を測定する
 - 吸入酸素濃度の低下、無気肺、気道トラブルなどを早期発見できる

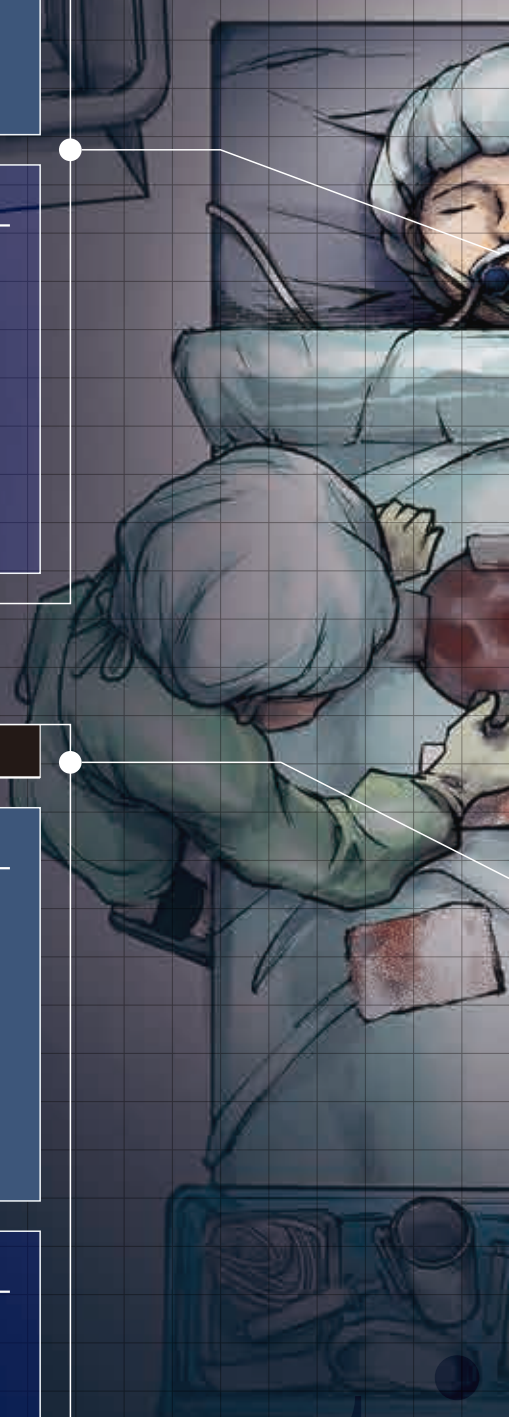
循環管理

Why なぜ循環管理が必要なのか

- 患者が血圧などを自力でコントロールできなくなる
 - 手術中は、患者の意識を消失させ、痛みを感じなくさせることが必要
 - 麻酔が中枢神経系に作用することで、交感神経が抑制され、患者が自力で血圧をコントロールすることができなくなる
 - 手術の出血によって、循環血液量が減少したり、心臓の動きが抑制されることで、低血圧が生じやすくなる
 - 麻酔が浅かった場合、痛みなどのストレスから高血圧を生じる

Then 対処

- 輸液をして循環血液量を調整する
- 血圧・心拍数・脈拍などをモニタリング
 - 低血圧や高血圧、頻脈や徐脈、末梢循環不良などを発見する
- 手術に影響を及ぼすような内服薬は、術前に休薬しておく



術後の早期回復をはかる

患者さんの回復を阻む要因を取り除くことで、早期離床・早期回復が見込めます。そのためには、多職種が術前から連携して、様々な観点からケアを行う必要があります。

早期回復を阻む三つの要因とその対応策

次に、術後の早期回復について見ていきましょう。患者さんの体力をなるべく落とさず、早く元の生活に戻れるようにすることが、周術期の医療の一つの目標です。そのためには、何が患者さんの回復を阻んでいるのかを洗い出し、それらの要因を取り除くことが必要です。早期回復を阻む要因として、主に以下の三つが挙げられます。

まず一つ目は痛みです。術後に痛みがあると、患者さんはなかなか体を動かすことができません。これに対しては、鎮痛剤などの薬剤による鎮痛が主な対策となります。従来は、「手術後は痛みがあるのが当たり前」と捉えられ、術後の疼痛管理は積極的にには行われておらず、結果として術後リハビリテーションの開始も遅れてしまっていました。しかし近年では、術前から術後にかけて、多職種で連携して、シム

レスな疼痛管理とリハビリテーションを行うことで、早期離床・早期回復を目指す方法が主流となりつつあります。

二つ目は吐き気です。一般に、全身麻酔後には吐き気や嘔吐といった症状が生じやすくなります。吐き気があると食物摂取が阻害され、回復が遅くなってしまう。そこで、手術の終わり頃に吐き気止めをあらかじめ投与したり、術前診察の時点で吐き気のリスクが高い患者さんをスクリーニングし、ハイリスクの患者さんに対しては術中に使用する麻薬の種類を変更したりするといった対策が行われています。

三つ目は感染症です。特に術後の誤嚥性肺炎は、回復を遅らせるだけでなく、命に関わることもある重大な合併症です。これを防ぐためには、術前から口腔内を清潔に保つことが有効です。しかし、医師は口腔ケアに関する知識が乏しく、従来は十分なケアが行われてきませんでした。近年は、歯科医師や歯科衛生士と連携し、術前

から専門的な口腔ケアを行う施設も増えてきました。

早期回復を推進するには多職種との緊密な連携が不可欠

ここに挙げたような術後の早期回復に積極的に関わる考え方は、ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) というエビデンスに基づいたプログラムとして取りまとめられ、導入する医療機関も増えてきました。ERASには、上記のほかにも「術前の絶飲食の短縮」「術中の過剰輸液の制限」「術後の早期経口栄養摂取」など、様々な項目が挙げられています。これらを実行するには、主治医や麻酔科医はもちろん、リハビリテーション科医・理学療法士・看護師・薬剤師・管理栄養士・臨床工学技士などの多職種が関わり、患者さんの早期回復という目標を共有しながら、緊密に連携していくことが不可欠なのです。

ve perior

食べられない

Why なぜ？

- 全身麻酔後は吐き気や嘔吐が生じやすい
- 術後の吐き気・嘔吐は術後患者の30%に発症する
- 術後の吐き気・嘔吐のリスクが高くなる因子として、女性であること、乗り物酔いの既往、非喫煙者、若年者であることなどが挙げられる

Then 対処

- 全身麻酔時の工夫
 - あらかじめハイリスク患者をスクリーニングし、必要に応じて使用する麻薬の種類を変更する
 - 吐き気止めを投与する

感染症を発症する

Why なぜ？

- 重大な合併症として、誤嚥性肺炎がある
- 口腔ケアが不十分なまま気管挿管をすることで、口腔内の細菌が肺に入り誤嚥性肺炎を引き起こす
- 気管挿管によって動揺歯が脱落し、肺の中に落ちてしまうこともある

Then 対処

- 歯科医師・歯科衛生士と連携し、術前に十分な口腔ケアを行う
- 歯石や舌苔の除去
- 動揺歯がある場合は、マウスガードなどで歯を固定する

動けない

Why なぜ？

- 術後鎮痛が十分に行われなため、痛くて体を動かせない

Then 対処

- 多職種で連携して、術前から術後までシームレスな疼痛管理を行う
- リハビリテーションチームが早期から関わる

チームで周術期を支える①

手術の安全を守り、患者さんの早期回復を可能にするには、周術期に関わる多職種がチームとなり、連携しあうことが非常に大切です。日本でいち早く周術期チームを立ち上げた、東邦大学医療センター大森病院では、どのような連携が行われているのを見てください。

術前



周術期管理を多職種で担う

高齢社会の到来や医療技術の進歩とともに手術件数は増え、手術の安全性に対する国民の要求水準も、質の高い麻酔管理に対する要請も高まっています。しかし、周術期管理の中心的役割を果たしている麻酔科医の人的資源も不足するなか、多様な周術期のアプローチを維持するのは容易なことではありません。そこで日本麻酔科学会が中心となり、

周術期管理を担う多職種チームを作る取り組みが進められてきました。2014年度からは周術期管理チームの認定が始まり、2018年4月現在で1672名の看護師、113名の薬剤師、8名の臨床工学技士が認定を受けています。周術期管理に特化し、チームで協働する訓練を受けた多職種が関わることで、質の高い周術期医療の提供を目指します。ここからは、周術期管理チームの先駆者である、東邦大学医療センター大森病院の事例を紹介します。



東邦大学医療センター大森病院
周術期センター

2011年4月に発足。麻酔科医・中央手術部看護師・薬剤師・臨床工学技士・歯科医師・歯科衛生士に加え、事務部門のメンバーから構成されている。

Team Data

- 医師** — 医師
- 薬剤師** — 薬剤師
- 看護師** — 看護師
- 理学療** — 理学療法士
- 歯科医師** — 歯科医師
- 歯科衛** — 歯科衛生士
- 臨工技** — 臨床工学技士

術後

術中

医師と薬剤師と看護師とで相談しながら疼痛評価・副作用モニタリングをして、疼痛薬の調節や選択を行い、疼痛コントロールを行う

医師 薬剤師 看護師 臨工技

オピオイドの影響が疑われる悪心嘔吐を認める場合、鎮痛薬の投与方法や種類の変更を検討する

医師 薬剤師

麻酔科医が薬剤師に、術後持続鎮痛薬の調製指示

医師 薬剤師 臨工技

必要に応じて制吐薬を投与する

医師 薬剤師

麻酔科医と薬決める

麻酔科医と薬をスクリーニングについて相談する

薬剤師が、麻酔科医と相談し定し、患者さん

歯科衛生士がケアが必要なクリーニングや

看護師を中心に、安全な手術体位を維持する

医師 看護師

看護師が患者リハビリチーム

術後合併症の予防と早期の機能回復を目標としてチームでアプローチする。術式や術後経過に応じて、手術当日あるいは翌日に積極的にリハビリテーションを開始する

医師 薬剤師 看護師 理学療

担当医とリハ医因から、リハ専門前よりリハビ

疼痛管理や早期リハビリなどによって早期離床を促す。フットポンプにトラブルが起きたら、臨床工学技士が対応する

医師 薬剤師 看護師 理学療 臨工技

臨床工学技士がフットポンプを手術室へ払い出し、看護師が装着する

看護師 臨工技

医師が診察しんに弾性ストットポンプも装着

Perioperative period is the time period of a patient's surgical procedure.

It commonly includes four phases: hospitalization, anesthesia, surgery, and recovery. Perioperative may refer to the three phases of surgery.

care is to support better conditions for patients before operation and after operation. Perioperative care is the care that is given before and after surgery. This period is used to prepare the patient both

psychologically and physically for the surgical procedure and other surgery. For emergency operations, this period may become short and

the patient may be unwell. In this, information obtained during before

surgical operations, assessment is used to create a care plan for

patients.

チームで周術期を支える②

東邦大学医療センター大森病院の周術期チームの皆さんに、チーム発足の経緯や現在の取り組み、そして今後目指す目標についてお話を伺いました。

チームで取り組むきっかけ

——周術期管理にチームで取り組むようになったきっかけを教えてください。

落合：15年前、寺田と私の2名で当院の麻酔科の再建をすることになったのが発端でした。当面の課題は、麻酔科医が足りないなか、いかに手術の安全を担保するかということでした。私たちは、「もし自分がこの病院で手術を受ける立場になったら、どんな環境だったら安心できるか」と考えました。そして、多職種の間を借りることにしたのです。私たち麻酔科医は、麻酔に関することはすべて自分たちで責任をもってやらねば、と抱え込みがちです。でも、もともとチームとして協力してきた手術室看護師はもちろん、薬のことは薬剤師、口腔のことは歯科医師や歯科衛生士、医療機器のことは臨床工学技士など、麻酔科医とは違う視点と専門性を持つ多職種と共にチェックを重ねていけば、安全性はより確実なものになるはず。私たちは、多職種が各々自律的に専門性を発揮できるように、チームを組んで仕組みを整えてきました。

——安全を担保するための、各チームメンバーの取り組みを教えてください。

木村：例えば、術前に患者さんが服用している薬を一通り確認し、手術の前にやめなければならぬ薬や、逆に当日まで飲んでおくべき薬を、麻酔科医と共にチェックし

ます。市販薬やサプリメントの中にも、手術に影響を及ぼすものがあるので、それらを飲んでいないかどうか確認し、患者さんやご家族に説明しています。ほかにも薬のアレルギーマネジメントが、消毒薬でかぶれたことがないかなどを確認しています。

吉岡：私たち臨床工学技士は、手術中に使用する機器について、日頃から点検とチェックを行い、機械に不具合があった際にはバックアップを行っています。術中にはバックアップが止まってしまった場合のことも想定し、いつでも対処できるように準備をしています。

痛みを取るところから始めた

——チームで手術の安全を担保する仕組みが整っていきなから、次第に「術後の回復をいかに早めるか」というところが目標になっていったそうですね。

落合：はい。私たちチームの今のゴールは、「早期回復・早期退院」という、非常にシンプルなもの。そしてそれを阻む要因は、痛み・吐き気・術後感染です。自力で歩いて食事を摂れ、感染もない状態になれば、患者さんは退院できるのですから。

寺田：痛み・吐き気・感染のうち、最初にこのチームで取り組むことになったのは疼痛管理です。これまでは、患者さんが麻酔から覚め、痛みを訴えるようになってから鎮痛剤を投与していました。しかし、鎮痛

剤は痛みのピークの時に投与するより、痛み始めや痛み前から投与した方が、少ない量で高い効果を得られます。そこで、痛みを感じはじめたらすぐ、患者さん自身でPCAボタンを押して、痛みをコントロールするPCAポンプ^{*1}を用いて、術後の疼痛管理を行うAPS^{*2}を開始することにしました。APSでは、患者さん自身もチームの一員と考えます。鎮痛剤の効き方は人によって様々なので、患者さん自身が痛みをコントロールできることが重要なのです。

長谷川：私はそれまで、手術室の薬の調剤や管理などに携わっていましたが、患者さんを見て薬についてアクセスメントするということ、薬剤師本来の職能を活かされていないのではないかと感じていました。そこで私も寺田先生と共にAPSに関わらせていただくことにしました。そのなかで、早期回復を阻む要因は、もともと薬の副作用が強いとか、あるいは効果が不十分だったことなのか、あるいは何かと気が付いたんです。

疋田：外科医・麻酔科医と共に術後の薬の使い方を見直したことで、せん妄もかなり減らすことができました。それにより、病棟看護師も私たちの取り組みに積極的に協力してくれるようになりました。

疼痛管理と吐き気の予防

——それぞれの課題を解決するためのチームメンバーの取り組みを教えてください。

落合：まず、APSについてです。当院は年間1万件ほどの手術をしていますが、そのうち3000件ほどで、術後鎮痛に特化したPCAポンプを採用しています。

吉田：術後、私たち手術室看護師は、病棟看護師とも情報共有して患者さんをフォローします。PCAポンプをつけた患者さんでも、特に痛みが強く出そうな方のところには、麻酔科医・薬剤師と共に回ります。吉岡：PCAポンプの機器の管理は臨床工学技士が行います。当院にはポンプが全部で62台ありますが、一日あたり10〜15台が患者さんに装着されるので、不足することがないようできるだけすまやかに点検します。ポンプには、患者さんの体に入った薬剤の量などの情報が記録されているので、そのデータを取り出して皆さんに提供しています。

——薬の選択や調剤・調製はどのように行っているのですか？

長谷川：まず術前に患者さんの腎機能や肝機能、アレルギーマネジメント、副作用歴などを洗い出し、術式や麻酔法に応じた鎮痛薬を、麻酔科医や主治医、病棟看護師に提案します。

疋田：術後の吐き気を予防する対策も、術前に立てておきます。特に術中術後に麻酔薬を使用する場合、例えば「女性で非喫煙者、車酔いしやすい方は吐き気のリスクが高い」などと、事前にリスクを判断するこ

*1PCAポンプ…PCAは Patient Controlled Analgesia の略。持続的に一定量の鎮痛剤を投与でき、また患者が痛みを感じたときは、付属のボタンを押すと、追加で鎮痛剤が投与される。鎮痛剤の量は、医療者によってあらかじめ設定される。

*2APS…Acute Pain Service の略。

とができます。こうした患者さんの情報は薬剤師間で共有し、必要があれば麻酔科医と相談して、特定の麻薬を抜くようにしています。PCAポンプの処方・指示は手術前日までに頂き、当日は手術室の中のクリーンベンチで薬の調製を行います。術後は、患者さんのVASスケール*3での疼痛評価やPCA使用回数の情報、カルテ情報をもとに、麻酔科医と看護師と薬剤師とで各々の専門的観点から疼痛評価をし、必要に応じて薬の調節を検討しています。例えば看護師からの、「患者さんは痛みを訴えているけれど、実際はスムーズに離床できている」といった情報は非常に有益ですね。

感染予防のための口腔ケア

——感染予防については、どのような取り組みを行っていますか？

関谷：主なものとして、口腔ケアを徹底することによる、誤嚥性肺炎の防止に取り組んでいます。歯石や舌苔が多く、口腔内の細菌数が多いと、気管挿管の際の感染リスクを高め、動揺菌があると、気管挿管時に歯が抜けて肺に入ってしまうことも

あります。そこで、当院ではトリアージ方式を取り入れました。歯科衛生士が周術期センターに出向し、手術を受ける患者さん全員の口の中を見て、専門家によるケアが必要な人を洗い出すのです。対象者には、術前に口腔内のクリーニングをしたり、歯のガード装置を入れて動揺菌を固定したりします。これにより、術後の誤嚥性肺炎の発生率を通常2%程度のところ、当院では0・85%まで減らすことができています。山口：はじめのうちは私だけが術前のトリアージを担当していましたが、今ではこの方式も軌道に乗り、歯科衛生士数名が交代で担うようになりました。

褥瘡・せん妄を防ぎ、体力を回復する

——痛みと吐き気以外に、褥瘡やせん妄といった要素も、早期離床を阻みますよね。

吉田：はい。まずせん妄については、過去にせん妄の既往があるなどのリスクが高い方がいれば、あらかじめリエンチームに連絡し、術後すぐ対策をとれるようにします。また、背骨が痛い方や可動域制限のある方は、リハビリテーション科と共に術中の体位を検討し、褥瘡や神経障害などの二次的障害

が起きないように計画しています。大國：患者さんの回復には、早期リハビリも重要です。ハイリスクの患者さんには、リハビリ科医とリハビリ専門職が治療チームに加わり、術後合併症の予防と早期離床に向けて術前から積極的に関わっています。それ以外の場合も、手術当日または翌日からリハビリを開始します。

取り組みの効果

——このような取り組みを行ったことで、どのような効果がありましたか？

落合：取り組みの効果を測る一番の指標は、在院日数だと考えています。もちろんこの取り組みだけの効果とは断言できませんが、昨年の当院の平均在院日数は、周術期チームが発足する以前より2・5日短縮されました。高齢社会を迎え、いわゆるハイリスクに分類される患者さんが約3倍に増えているにも関わらず、入院期間を短縮できているということは、皆が分担してリスクに対応できている証左ではないかと思えます。在院日数を短縮することで、病院の経営にも貢献できています。

寺田：数字で結果が出ると、周術期チーム

以外のスタッフもますます力を貸してくれます。以前は、1日に約30名の患者に対し、主に吐き気の治療や鎮痛薬の追加といった何らかの介入を、APSチームが主導で行っていました。今では看護師・薬剤師・臨床工学技士・主治医が連携し、患者さん自身もチームの一員だと考えて率先して動いているので、APSチームが主導で動くことはほとんどなくなりました。

大國：ただ、さらなる早期回復を目指すには、まだ課題も多いと思います。リハビリ科も、本来なら術前から、すべての患者さんの活動量や活動範囲、筋力・体力を評価し、自宅の環境や社会背景などもふまえて計画を立てることが理想です。しかし現状では、主科からの依頼がないとリハ科が介入できないこと、理学療法士の人数不足などから、そうした関わりはできていません。

落合：周術期管理が最も進んでいるイギリスでは、膝の人工関節置換術を受けた患者さんが、手術直後に自分の足で立ち、人工関節の感触を確認できます。世界はそこまで進んでいるのですから、私たちもさらに高みを目指していきたいと思えます。

Character

落合 亮一先生
麻酔科 教授



寺田 享志先生
麻酔科 講師



関谷 秀樹先生
口腔外科 部長



大國 生幸先生
リハビリテーション科 講師



吉田 実知さん
手術室 看護師長



木村 伊都紀さん
薬剤部 室長



疋田 真理さん
薬剤部 室長



長谷川 哲也さん
薬剤部 主任



吉岡 裕滋さん
臨床工学部 副技師長



山口 祐佳さん
口腔外科 歯科衛生士



「食べる」×「健康」を考える④

今回は、「食べる」こと、「噛む」ことについて、多職種の学生たちの座談会の内容を振り返ります。

今回は、「食べる」こと、「噛む」ことの持つ意味と、多職種連携の必要性について、これまでの論点をまとめます。

私たちにとっての「食べる」

私たちにとって、「食べる」という行為はどのような意味を持つているでしょうか。友人との会話を楽しみながらランチを共にしたり、家族とその日一日の出来事を話しながら夕食を食べたりすることもあれば、手早く栄養を摂取して、時間を他のことに使いたいという日もあるかもしれません。自分へのご褒美やお祝いで、少し贅沢な食事をすることもあるでしょう。

このように、私たちが普段当たり前に行っている「食べる」ことには、健康を維持するために必要な栄養を摂取するというだけでなく、食事そのものの楽しみや、人とのコミュニケーション

の機会といった役割があります。私たちにとって食事とは、社会的なつながりという側面から見ても、とても重要なものなのです。

口腔機能と口腔衛生

「食べる」ことには、「咀嚼・嚥下」という口腔機能と、これらの機能が発揮される場の環境として「口腔衛生が保たれている」という要素が関わっています。

近年は、口腔内の状態悪化が社会生活の質の低下を招き、ひいてはサルコペニア（加齢性筋肉減弱症）や低栄養などによる身体機能の低下につながる危険性が指摘されています。むし歯（う蝕）や歯周病が治療されなままになっていたり、入れ歯（義歯）が合わなくなっているなど、様々な理由でうまく噛めない状況が続くと、噛む力は低下してしまいます。すると硬い物

が食べにくくなり、柔らかい物を好むようになり、ますます噛む力は下がってしまいます。また、うまく噛むことができないと、食べられない物が増え、それが食事量の減少や食欲の減退を引き起こし、栄養を摂取しづらくなります。そうして身体が弱ってしまうことで、食べること・噛むことがさらに難しくなる悪循環に陥ってしまうのです。

「食べる」を多職種で支える

さて、ここで「食べる」ということを要素に分解し、どの職種が関わるかを振り返ります。

- ① 食事を用意する
- ② 口まで食事を運ぶ
- ③ 咀嚼・嚥下する
- ④ 消化・吸収する

まず、①食事を用意する場面では、経済的・身体的な不自由がある人のために、福祉サービスの調整や食材の買い出し、調

理の支援が必要です。そこにはソーシャルワーカーやケアマネジャー、介護職が関わります。

食事を用意できても、食器から口まで運ぶことができなければ食べることはできません。②の口まで食事を運ぶことへの支援としては、理学療法士や作業療法士が、食べ物をこぼさず口に運ぶためのリハビリを行っています。食事を自力で口に運ぶのが難しい場合は、介護職が介助をします。

食事を口まで運ぶことができたら、食べ物③咀嚼し、飲み込む（嚥下する）必要があります。嚥下については耳鼻咽喉科医が深く関わっており、歯科医師や歯科衛生士は、できるだけ自分の歯で食べられるよう支援し、難しい場合には入れ歯を作り調整します。また、言語聴覚士は、飲み込む機能を主に支援するリハビリ専門職です。そう

して体内に入った食物が、④消化・吸収され、栄養として取り込まれているかを評価し、必要に応じてカロリーの調整を管理栄養士や薬剤師と行うのが、医師・看護師です。

これまで見てきたように、「食べる」こと「噛むこと」の支援には、多職種が関わるのが非常に重要となっています。

学生のうちから連携を意識

本企画では、「食べる」を支える多職種連携について、学生のうちにとどのようなことができるか、何を学びたいかということについて議論してきました。今後は、学生たちから出てきたアイデアや要望をもとに、「食べる」ことを支える多職種連携に関して、学生が地域での活動や学習などを行える取り組みについて、より具体的に紹介していきたいと考えています。

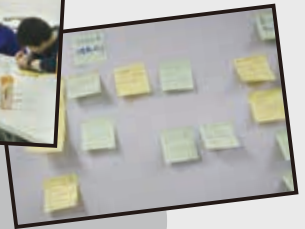
座談会に参加してくれた 学生チーム

Thank You

1ST MEMBERS

よりよい連携のために、他の
職種の観点がわかるような学
習の機会が欲しいです。

医療系に限らず、一
般企業や行政等幅
広い分野との連携が
必要だと思います。



第1回は、宮城県内の大学に通う、
医科・歯科・看護・管理栄養分野
の学生たちが座談会を行いました。

他の職種の学生との座談会を通
じて、自分の職種のやるべきこ
とがより明確になった気がします。

2ND MEMBERS



第2回は、首都圏の大学に通う、
医科・歯科・薬科・看護分野の学
生たちが座談会を行いました。



「食べたいときに、
食べたいものを食
べられる」ことは、
QOLに深く関わる
んですね。

学生のうちに他の職種の学生
と交流することが、将来の連
携につながると思います。

3RD MEMBERS

地域の健康のため
に、学生には何
ができるか議論し、
実践する機会を作
れないでしょうか。



第3回は、北海道の大学に通う、
医科・歯科・栄養科分野の学生
たちが座談会を行いました。

今回のテーマは 農業に携わる

皆さんが普段食べている農産物は、農業に携わる人たちが作ったものです。皆さんは、農業についてどのくらいイメージできますか？今回は、同世代で農業に携わる社会人にお話を伺いました。

農業に携わるようになったきっかけ

中島（以下、中）：お二人はどんなお仕事をしているんですか？

川名（以下、川）：私は東京でトマトの水耕栽培を行っています。実家は農家ではありませんが、知り合いの農家の方に従業員として雇ってもらい、農業を始めました。

大森（以下、大）：僕は農業団体の職員です。今は、農家の方の資産管理や土地の有効活用を支援する仕事をしています。

千田（以下、千）：なぜ、農業に携わる道を選んだのですか？川：農学部を卒業した後、初めは農産物の流通関係の会社に入社しました。そこでトマトを担当することになり、研修として1年間、地方の農家で働きました。それがきっかけで農業の面白さを知りましたし、高齢化が進む業界だからこそ、国の支援もあり、新しく始めることに

チャンスを感じたんです。

大：僕は、大学で農学を学んでから農業が大好きで、新しく農業を始めたい人を支援する仕事をしたいと思い、農業団体に就職しました。残念ながらその部署には配属されませんでした。土日にプライベートで新規で農業を始めた人のお手伝いに行ったりしています。

川：学生の皆さんは、農業団体って何をやっているところかイメージできますか？

伊藤（以下、伊）：うーん：野菜を売っている、直売所のイメージでしょうか。

大：それも正解ですね。

川：例えば、農業団体は私たち農家で作った農産物を一括で買い上げて、スーパーなどの販売店に卸してくれます。最近ではインターネットなどで、農業団

体を介さずに直販の形を取る人も増えていますが、その場合、相当量の梱包・発送を自分で行わなければならないので、とても大変です。ですから、ほとんどの農家が農業団体を通して販売を行っています。

千：農業団体には、他にはどのような仕事があるのですか？

大：川名さんが言ったような販売事業の他に、農家の方が使う資材を共同購入する事業や、農家の方に生活物資や石油・ガスなどを提供する事業などがあります。都会では想像しにくいかもしれませんが、地方の農村には商店などがない場合も多いので、農家の方の暮らし全般を支えているのが農業団体なんです。

農業のインフラを支える役割を農業団体が担っているとも言えますね。

「縁がないと始められない？ 新規参入の難しさ

中：新規で農業を始める方はどのぐらいいるんですか？

大：かなり少ないですね。農地や機械類を買うための初期投資には莫大な資金が必要だということもあり、ほとんどの農家は代々続く家族経営です。

川：農家に生まれるか農家の人と結婚するのが、農家になる一般的な道です。既に農業を始めている私でさえ、「農業をやりたいなら早く農家に嫁ぎなよ」と言われることがあるくらいです。それ以外は、私のように従業員を雇っている農家の方に出会うなどといった縁がないと、新規で始めるのは難しいですね。千：今話を聞いて、新規で農業を始めると、医師の開業は

似ているなと感じました。開業医になるには、患者さんを確保し、ある程度の施設や医療機器を揃える必要があるのですが、親が開業医の人がなることが多いです。これから人口が減っていくことも考えると、新規参入は今よりも難しくなるんじゃないかと思います。

大：確かにそういうところは似ているかもしれませんが、ただ、医師は人気の職業だけど、農業は人気がないのがつらいところです。僕たちの団体でも農業体験などのイベントを行っています。来てくれる人は多いですが、小さい子どもがいるファミリー層で、社会科見学程度に留まっている印象です。そういう場に積極的に訪れて、農業をやりたいと思ってくれるような若い人は、ほとんどいないんですよね。農家を継ぐ人も減っているんです。今では農家の平均年齢は70代とも言われています。僕としては、何とかして農業を憧れの職業にしたいですね。

作り方で味が変わる！ 農家のこだわり

川：私はトマトを作っていますが、甘いトマトを作るには高度な技術が必要なんです。水分率や養液の塩分濃度などによって、味がかなり変わってくるので、でも、だからこそトマトを作るのはすごく面白いんです。それぞ



伊藤 瑞也
埼玉医科大学 医学部 5年



千田 晋太郎
慶應義塾大学 医学部 5年



中島 伸
東海大学 医学部 3年

リアリティー

農業に携わる 編

交流が持てないと言われていました。そこでこのコーナーを、医学生たちが探ります。今回は、農を行いました。

れの農家の技術に対する考え方や工夫の仕方によって、できる物が全然違うので、芸術作品を作っているみたいなんですよ。大：それぞれこだわる部分も違って、面白いよね。

中：医師を目指す人も、研究熱心だったりこだわりの強い人が多いので、実は農業に向いているかもしれないですね(笑)。

伊：農産物を育てるノウハウなどは、どのようにして学んでいるのですか？

川：一応、育て方の教科書のようなものがありますが、実際には同じ農産物を育てている農家の方から、見よう見まねで学ぶことが多いです。よく言われるのは、「体で覚える」とか「植物の表情を読め」とか(笑)。長年やっている人には感覚でわかるのかもしれないですが、私のように新しく始めた人がすぐに習得するのは難しいと感じます。千：医師も診療科によっては職人気質で、「背中を見て学べ」という感じのところもあるみたいですよ。一人前になるのに時間がかかるのも共通していると思います。

川：今は言語化されていないノウハウを学ぶしかないけれど、これからは、技術をもっとわかりやすく数値化して伝えていったほうが良いと思います。というのも、その方が農業への参入障壁が下がるからです。農



大森 継之助
農業団体勤務



川名 桂
若手農家

医学生 × 農業

同世代の

医学部にいると、同世代の他分野の人たちとのナーでは、別の世界で生きる同世代との「リアリ業に携わる社会人2名と、医学生3名で座談会

大：確かに農業は、農産物をより良くするための工夫がしやすいかもしれないですね。たとえ失敗したとしても、自分に返ってくるだけですからね。

業という産業の発展を止めないためにも、農家が持っている知識を暗黙の職人技にするのではなく、誰にでもわかる形にしていくのが大事なんじゃないかと思っています。

トライアル・アンド・エラーを繰り返してより良いものに

伊：お話を聞いてみると、農産物の味を良くするために作り方を変えるなど、自分で考えてチャレンジすると、その成果や変化が目に見えるのが、農業の面白いところだなと感じました。

千：医師もトライアル・アンド・エラーを繰り返す仕事だと思えますが、目の前の患者さんにとって利益があってはいけないので、かなり慎重さが必要です。その点、農業はチャレンジしやすいところが魅力的ですね。

川：ただ、農家は医師と違って、自分の作ったものを実際に買ってくれた人がどんな反応をしているかを見ることは、なかなかできません。消費者の顔が見えるような工夫ができれば、よりモチベーションにつながると思えます。「あの人に喜んでもらうために、もっと良いものを」という気持ちが生まれますから。

何気なく食べている物が健康に直結している

伊：普段何気なく手にしている農産物ですが、どんな人たちがどんな工夫をして作っているのか、今までなかなか知るチャンスが

ありませんでした。今日の話を聞いて、スーパーに行けば当たり前にあると思っていた農産物に対する捉え方が変わりました。

大：それは良かったです。食事は毎日必ず摂りますから、少しでも意識して農産物を選ぶようにするだけで、結構人生が変わると僕は思います。また、おいしいものを食べることは、生き生きする気力にもつながります。「これを食べたいからもうちょっと頑張ろうかな」みたいな。中：そうですね。「旬の食べ物を食べる」と元気が出る」と言っていた患者さんもありました。食べ物には健康に欠かせないものですね。農産物や農業について医学生である今から理解を深めて、食の面でも助言ができるような医師になれたらと思います。

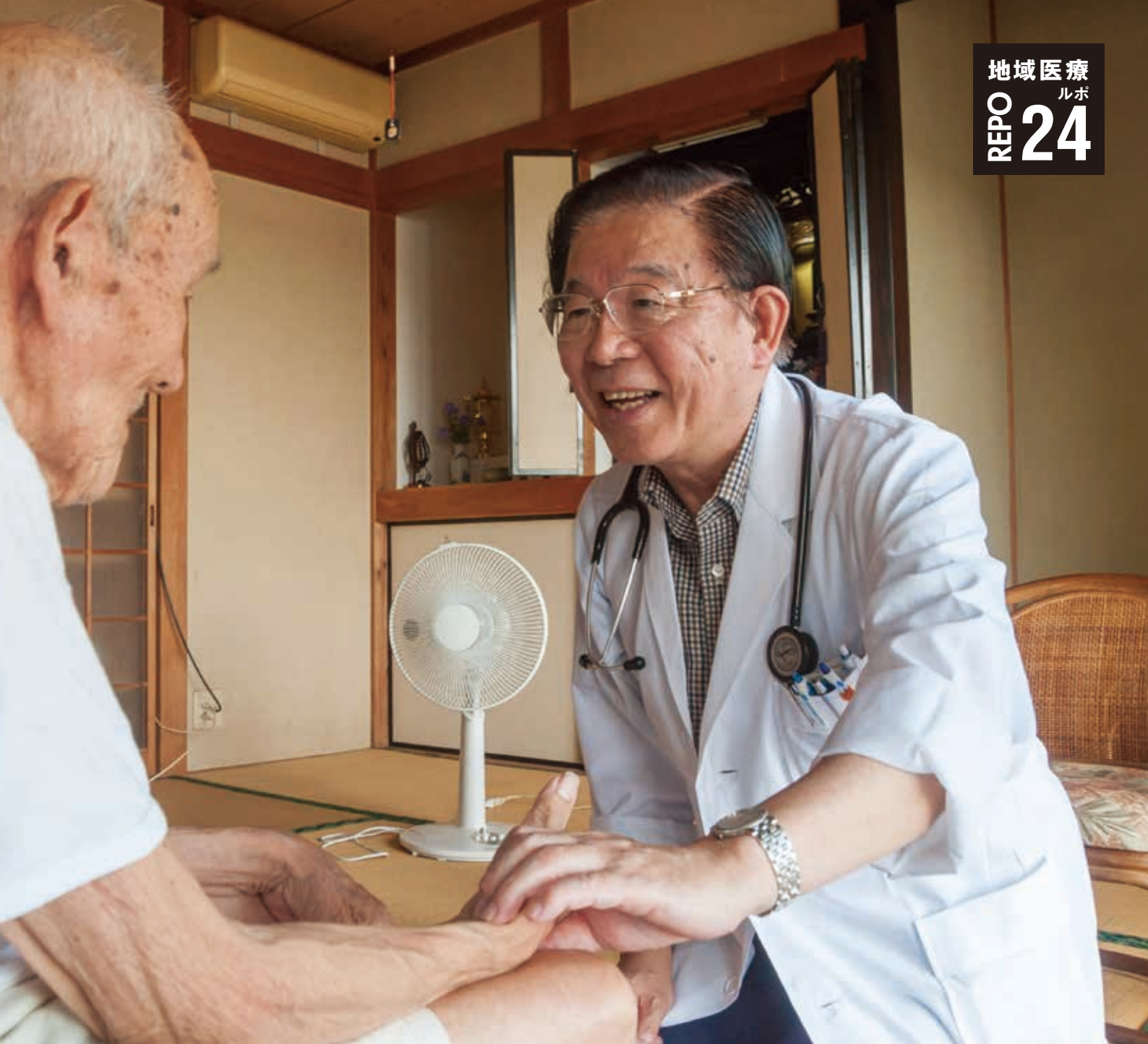
川：病院食も、患者さんの生き

る気力につながるようなおいしいものになったら良いですね。大：そうですね。例えば、新鮮な枝豆は塩なしでも本当においしいから、食事制限で塩分を控えなくてはいけない人にも喜んでもらえると思います。病院食は味付けを濃くできない分、新鮮な食材を使うのも一つのアイデアかなと思います。

千：病院と契約する農家がいっても面白いですね。病院の敷地内に畑を作って、採れたての農産物を病院食に取り入れたら、良いコラボレーションになるかもしれないですね。

大：病院に畑を作るなら、患者さんに農作業を体験してもらうこともできますね。「園芸療法」というリハビリテーションもあります。川：生活習慣の改善にも役立つと思います。私自身、農業を始めてからとても健康的な生活になりました。朝日と共に起き、日中は体を動かして汗をかくので、夜9時頃には眠くなります。また、屋外での作業は、開放的で前向きな気持ちになるのを助ける効果もあると思います。

大：「食は医なり」という言葉もあるくらいだし、これを機に医学生の方にも少しでも農業に興味を持ってもらえたらうれしいですね。ぜひ、まずはベランダ菜園から始めてみてください(笑)。



地元を愛し、ひとに愛されて

佐賀県伊万里市 水上医院 水上 忠弘先生

佐賀と長崎の県境にほど近い古くからの港町、伊万里。今は陶磁器や牛肉が有名だが、以前は造船と炭鉱で栄えた町だった。しかし若者の多くは町を離れ、水上医院のある地域の高齢化率は4割を超える。

人が集まる店も施設も少ないこの地域では、医院とその傍にあるデイサービス施設が地域の高齢者の憩いの場だ。外来の待合室で近所の人と語らい、医院の病床に入院している友人をお見舞いし、隣のデイサービス施設でリハビリをするという流れが、この地域で暮らす高齢者の生活の一部になっている。

「35年前に医院を継いで、ここが必要とされていることは何かということを考えて続けてきました。生活の質を上げるためにリハビリ室を作り、地域を離れたくないという方を看取れるよう療養病床を整え、小規模多機能の介護施設も作りました。施設を作る時は、非常時に避難の難しい方を受け入れることも念頭に入れました。健康に不安のある高齢者は、たとえ避難指示が出ても普通の避難所で過ごすのは難しいですから。」

少し俯瞰して見れば、医院を中心とした小規模できめ細かい地域包括ケアシステムができているとも言える。

「地域包括ケアシステムを構築しよう、と気負わなくても、地



デイサービスの利用者の皆さん、職員の皆さんと一緒に。



水上医院の外観。



訪問診療に赴く水上先生。



佐賀県伊万里市

佐賀県の西部、長崎県との県境に位置する港町。人口は約55,000人。伊万里港は、江戸時代には陶磁器、明治から昭和にかけては石炭の積出港として栄える。陶磁器生産のほか、温暖な気候を活かし、農業（巨峰・伊万里梨など）、畜産業（伊万里牛）も盛んに行われている。



域と人をちゃんと見て、必要とされることを一つひとつやっていけば、結果として包括的な仕組みができるんです。」

現在の水上先生がいるのは、周囲の期待や応援があつてのことだという。高校でバレーボールに出会い、熱い指導者のもとで練習に明け暮れ、佐賀市以外の高校では初めて県大会を制し九州大会に出場。卒業後は医学部を志すも、当初はなかなか勉強に身が入らなかった。

「バレーで仲間や先生と出会い、共にした経験はかけがえのないもので、その後の人生の基礎になりました。浪人時代も様々な人に出会い、本当によくしてもらいました。応援してくれる人の中には、親元で勉強している自分よりもずっと苦労している人もいて、これは頑張らなきゃならん！と思いました。その頃も今も、必要としてくれる人がいるから、努力して結果を出そうと思えるのでしよう。」

取材中、何度も「伊万里はいい所だろう」と繰り返す。校医を務める地元の小学校には毎年多くの本を寄贈し、子どもたちから届いたお礼の手紙に目を細める。職場や地域で出会う人たちからは、親しみのこもった挨拶をされる。地元を心から愛し、仲間やひとに愛されるからこそ、この「地域医療」の形があるのだろう。

連載

チーム医療のパートナー

看護師（皮膚・排泄ケア）【後編】

これから医師になる皆さんは、どの医療現場で働いても、チーム医療のパートナーとして看護師と関わることになるでしょう。本連載では、22号より、様々なチームで働く看護師の仕事をシリーズで紹介しています。今回は、東京通信病院の皮膚・排泄ケア認定看護師、宮本乃ぞみさんと嵯川恵子さんにお話を伺いました。



宮本 乃ぞみさん（写真右）

東京通信病院
皮膚・排泄ケア認定看護師

嵯川 恵子さん（写真左）

東京通信病院
皮膚・排泄ケア認定看護師

今回は、前号（26号）に引き続き、皮膚・排泄ケア認定看護師を紹介いたします。前号に掲載した前編では、皮膚・排泄ケア認定看護師の資格と業務内容について取り上げました。後編では、皮膚・排泄ケアの重要性や、患者さんとの関わりなどについてお話を伺います。

褥瘡のケアの仕方

——お二人は認定看護師として、院内の褥瘡の発生データなどをとって分析しているそうですね。嵯川（以下、嵯）…はい。褥瘡という点、高齢の方にできやすいという印象があるかもしれません。データをとって調べてみると、そうとも限らないことがわかります。褥瘡の原因は、圧迫や摩擦などの外力によって皮膚の血流が途切れることです。そのような状態になれば、高齢者に限らず、若い人や赤ちゃんにも褥瘡は生じます。手術時間が長かった場合、手術中に褥瘡ができてしまうこともあります。

宮本（以下、宮）…また、寝たきりの方にだけできるとも限りません。特に高齢者の場合は、独居の方も、家族と同居の方も、日中は一人で家にいることが多くなります。座りっぱなしでテレビを見たりして過ごしていると、座りだこが悪化して褥瘡になってしまうことがあります。寝たきりの場合、周囲も注意を払うのですが、このように少しは動ける方が褥瘡が気付かれにくく、悪化させてしまうリスクが高くなるんです。——褥瘡ができてしまった場合、どのようにケアするのですか？

嵯…褥瘡は、血流を阻害している原因を除いて環境を整えれば、皮膚が元々持つ自然治癒力で治っていくものです。ですから、まずは原因を探して取り除くことから始めます。例えば寝たきりの場合、体圧を分散できるマットレスに変えたり、体の向きを変える際、クッションの入れ方を変えたりします。原因を取り除いたら、次は環境を整えます。栄養状態が悪い方にはNSTチーム¹に、ADLが低下している方にはリハビリ科に介入してもらうなど、必要に応じて他職種の協力も仰ぎます。

宮…ただ、患者さんによっては、「褥瘡が治っている」状態がゴールにならないこともあります。例えば緩和ケア病棟に入院されていて、腹水などでお腹の張りを訴えている患者さんは、血流を良くしようと体の向きを変えようと、お腹が苦しく感じしてしまうことがあります。このように、褥瘡の原因自体を取り除くことが難しい場合は、患者さんが安楽に過ごせて、かつ褥瘡を今より悪化させないようにすること

目指してケアをしていきます。——次に、ストーマ²ケアについて伺います。ストーマを持つ患者さんにはどのような関わり方をされているのですか？

嵯…ストーマは、がんや炎症性腸疾患といった病気を治すために造設するものです。ストーマを持つ患者さんには、日常生活のサポートはもちろん、精神面のケアも非常に重要です。——当院にはストーマ外来があり、私たちは医師と協力しながら、退院後の患者さんをフォローしています。退院直後は1か月に1回通院していただき、問題がないようなら、3か月に1回、半年に1回と、少しずつ間隔を空けていきます。

ただ、例えば化学療法を行っている患者さんでは、特に皮膚トラブルが出やすかったり、指先がしびれてしまったりして、セルフケアを負担に感じてしまう方も多いため、通院の頻度を上げてより細かくサポートします。また、セルフケアには問題がないけれど、月に1回外来に来られる方もいます。ただ世間話をしていただけなのですが、そうすることが安心につながっているようで、これも大事なケアの一環かなと感じています。

宮…実は私たちは、ストーマ造

¹ NSTチーム…栄養サポートチーム。

² ストーマ…手術などによって腹壁に作られた、便や尿の排泄口。患者自身の腸や尿管を腹部の外に出して作られ、ストーマ用の器具を貼って、排泄物を受け止める。

患者さんの日常生活だけでなく 精神面も細やかにケアする

設前の段階から患者さんに関わることも多いんです。例えば、ストーマについて一通り説明を受けたけれど、まだ意思決定に踏み切れないという方には、私たちが追加でご説明やご相談に伺ったりします。

秘…ストーマ造設手術の前には、マーキングといって、ストーマを作る位置を決めて印をつける作業があります。当院では、マーキングの時には、皮膚・排泄ケア認定看護師が必ず立ち会うようにしています。印をつけた場所は、患者さんが今後一生付き合っていくことになる大切な場所ですから。それにマーキングは、患者さんが「これからストーマを作るんだな」という意識づけにもつながります。

——患者さん自身が「ストーマを作る」という意識を持つことは、やはり重要なのですか？

秘…はい。一時的に造設する場合を除き、ストーマを造設すると、患者さんは永久的に排泄機能を失うこととなります。ただストーマの場合は、事故などで突然機能を失うのとは違い、術前に「これから排泄機能を失うんだ」と予測することができま

す。術後、社会復帰に前向きに取り組んでいくためには、事前に心の準備をして、ストーマの存在を受容する時間がとても大切なんです。

患者さんの気持ちに寄り添う

——ストーマケアで特に意識していることはありますか？

秘…ストーマを作った後も、それまでのQOLが維持できているかということ、一つの指標として意識しています。例えばよく旅行に行っていた人が、ストーマ造設後にあまり行けなくなってしまったとしたら、本来の生活とは言えませぬね。

元の生活がどうだったか、今後どんな風に生活したいかという希望は、患者さんによって全く異なります。私たちはじっくりお話を聴いて、その人にとって何が本当に大切なのか探り、支援するようにしています。

宮…長年ストーマを装着していて、ちゃんとセルフケアできていた方が、高齢になったりご病気をされたりして、一人でケアするのが難しくなることもあります。でも、そういった患者さんは「家族に迷惑をかけたくない」とおっしゃり、ご家族も「手助けすると本人が嫌だろ」とおっしゃるなど、お互いに遠慮しあってしまうことも多いんです。私たちは、ご本人の気持ちを尊重しつつ、時期や状況を見て、ご家族にお声がけすることがあります。するとご家族も、「実はずっと、手助けしたい」と思っていたんです」と言っ



てくださいたりするんです。

秘…ストーマで生活することを本当に受容できているか、という点にも気が留めています。受容できているか判断する目安として、セルフケアができていくかということが言われますが、手術から何年も経って、セルフケアも十分できている方が、「本当はこんな手術をしたくなかった。家族にもこんな気持ちは打ち明けられない」とこぼされることもあるんです。

宮…一方、「この方はストーマを受容できているようだ」と感じられる瞬間もあります。以前、若い女性の患者さんが数年ぶりに外来を訪れたことがあります。

その方は少し前、ストーマのことを気にかけて行動しなければならぬ状況があったそうです。でもご自身はそのことをすっかり忘れていて、ご主人に「ストーマのことは大丈夫なのか」と言われてやっと気がついたそうです。その方は、「私はストーマのことを忘れていられるくらい、今の生活に満足しているんだと思います」と話してくださいました。

私たちが一方的に「受容できているだろう」と判断するのはなく、こうした具体的なエピソードを通じて患者さんの本当の気持ちを汲み取り、ケアしていきたいですね。

Resident Road



◀ 医学部卒業

2014年
山形大学医学部 卒業

◀ 卒後1年目

山形大学医学部附属病院
臨床研修

循環器内科

レジデントロード 専門研修中の先輩に聴く

——青野先生はなぜ循環器内科を選ばれたのですか？

青野（以下、青）…心筋梗塞や脳卒中といった疾患を持つ人が周りに多かったこともあり、入学前から心臓の疾患や救急救命に関心は持っていました。その後、臨床実習で循環器内科を回った時に、一番印象深かったのがカテーテル治療だったんです。胸が苦しいと訴える救急の患者さんを、すぐに心電図を取ってカテーテル室に運び、たくさんのスタッフが急いで集まって命を救う、といった一連の流れに自分も加わりたいと感じました。

——臨床研修病院は、どのよう

に選ばれたのですか？
青…入学当初は出身地である茨城に戻るつもりでいました。けれど、6年間で山形大学で過ごすうち、部活の先輩をはじめ様々な人とのつながりができ、次第に土地にも愛着が湧いてきて、山形大学医学部附属病院に残ることにしました。1年目は大学を回り、2年目は酒田市の日本海総合病院へ赴任しました。ここでは3年目の先生について、

問診や検査のオーダーや病棟業務といった循環器内科の初期対応を学びました。

——専門研修の様子をお聞かせください。

青…山形大に入局し、引き続き日本海総合病院に勤務しました。ここでは新規の患者さんも訪れる外来をいきなり任せられたんです。患者さんが本当に循環器の疾患なのか、という鑑別から自分で行わなければならず、戸惑うばかりでした。外来の自分のブースから上級医の先生のブラスまで、一日に何度も往復しては指導を仰ぐので、時間もかかって非常に大変でした。でも

今思えば、かなり貴重な経験をさせていただいたと思います。

外来の他には、カテーテルの修練に励みました。カテーテルは検査と治療に分かれていて、まずカテーテル検査をし、異常が見つかればそのままカテーテルで治療を行うという流れです。新人は、検査から修練を積み始めます。検査が安全に行えるようになるのと、治療の部分も任せられるようになります。僕の場合、

まず検査だけを200件経験するようにと言われました。200件を終えてコツをつかんだ4年目の頃から、治療も任せてもらえるようになりました。

——日々の診療で、難しさを感じる場面はありますか？

青…手術するか否かの判断をする部分でしょうか。例えば山形県は高齢者が多く、持病の弁膜症から心不全を起こしてしまうケースがよくあります。心不全自体は薬で治療ができるのですが、手術して弁膜症を治さない限り、心不全が再発する可能性は高いです。入局当初は、このようなケースに出会った場合、「弁膜症を治さなければ」と考えてしまいがちです。でも上級医の先生からは、「高齢で体力がない人が、術後寝たきりになってしまいうりリスクを慎重に考えるように」とアドバイスを頂きました。手術しないと判断したら、そのことを患者さんやご家族に説明しなければなりません。すんなりと納得していただくためにはどうすればよいのか、ずいぶん悩みました。これまで、臨床

大学院では基礎研究をする予定です。基礎研究は、今まで触れてきたことのない分野なので、まずは「基礎研究とはどういうものなのか」というところからしっかり学んでいきたいと思っています。

入局後すぐ、日本海総合病院に赴任しました。この頃は、月曜日が救急対応、火曜日と水曜日が心臓カテーテル検査、木曜日が外来、金曜日がペースメーカー植え込み術、といった一週間を過ごしていました。

卒後5年目

山形大学医学部附属病院 第一内科
山形大学大学院医学系研究科 入学

卒後3年目

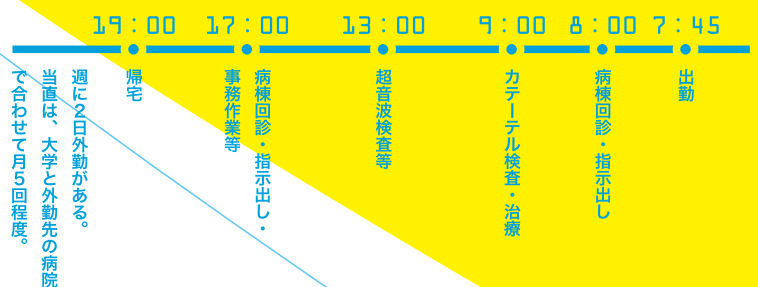
山形大学医学部附属病院
第一内科 専門研修
日本海総合病院 循環器内科



研修の時などでも、上級医の先生が患者さんに説明する場面に同席はしていましたが、いざ自分で説明するとなると、なかなかうまくできなかつたんです。年次が上がると、いつまでも上級医の先生方の指示を仰いではかりいるわけにもいかず、外来の隣のブースや病棟で先生方が説明されている時に、そっと聞き耳を立てることもありました。——今後の展望をお聞かせください。

研修の時などでも、上級医の先生が患者さんに説明する場面に同席はしていましたが、いざ自分で説明するとなると、なかなかうまくできなかつたんです。年次が上がると、いつまでも上級医の先生方の指示を仰いではかりいるわけにもいかず、外来の隣のブースや病棟で先生方が説明されている時に、そっと聞き耳を立てることもありました。——今後の展望をお聞かせください。

1day



青野 智典先生
2014年 山形大学医学部 卒業
2018年10月現在
山形大学医学部附属病院 第一内科

Resident Road



2年目には、福岡リハビリテーション病院で3か月間整形外科を回りました。毎日手術の助手に入り、手術の基本をしっかりと教えていただきました。

← 卒後1年目

福岡大学病院
臨床研修

← 医学部卒業

2015年
福岡大学医学部 卒業



整形外科

レジデントロード

専門研修中の先輩に聴く

——整形外科を選んだきっかけを教えてください。

斧出（以下、**斧**）：学生時代からとにかく外科系に興味がありました。手を動かすことと手術室にすることが好きで、大学でも座学より解剖や一次救命処置に興味がありましたし、臨床実習で手術室に入る機会があると、「帰っていいよ」と言われてもずっと残っていたくらいです。

手術室で働く科である麻酔科にも興味があり、研修医2年目で麻酔科と整形外科をじっくり回りました。そのうえで、やはり術中の全身管理よりも、手を動かして治す方が好きだと思い、整形外科を選びました。

——専門研修先はどのように選ばれましたか？

斧：地元の大阪に戻って働きたいという気持ちもありましたが、福岡大学に残ることにしました。福岡の、都会と田舎の良いところが合わさった感じが好きなんです。また福大の医局には、沖縄を含めた九州全域や全国にも関連病院があるため、様々な地域の患者さんに出会えると思

ました。

それに福大の整形の先生方は、学生にも熱心に医局のビジョンを伝え、巻き込んでいってくださいます。フォロワーが手厚く、若手が大事にされるので、入局者も多く、医局全体にも活気がありました。

——専門研修の1年目はどのような仕事をしていましたか？

斧：最初の3か月に勤務した福西会病院では、外傷患者さんの執刀医を任されることもありました。大腿骨頸部骨折や小さな骨折のピンニングといった手術を執刀していきました。臨床研修中にも手術の助手に入ること

はあったのですが、いざ自分で執刀するとなると大変さは全く違います。本を読んだりしてやり方を頭に入れたつもりでも、実際に手を動かしてみないとわからないことがたくさんありました。今振り返ってみると、上級医の先生方が非常に丁寧にフォローしてくださっていたんだなとつくづく感じますね。

7月からは大学に戻りました。福岡大学の整形外科は、股関節、

膝、足、脊椎、肩・ハンド・腫瘍の大きく5つのグループに分かれており、救命救急の外傷グループにもメンバーを出しています。レジデントは3か月ごとに各グループをローテーションしていくのが原則で、私は膝、救命救急、足の順番で回りました。大学では手術の助手と病棟管理を任せられ、基本的知識、治療の進め方、カンファレンスの仕方などを学んでいきました。

——専門研修2年目の今は沖縄の豊見城中央病院にいらっしやるんですね。

斧：はい。今は股関節チームに属しつつ、救急対応もしています。患者さんの初診から入院、執刀まで、できる限りらせていただいています。ここは琉球大学出身の先生や他大学の先生が多く、福大の医局とはまた違った感じがありますね。福大出身の先生だけがいる病院と比べて、手術の雰囲気も違いますし、全身管理の仕方にもそれぞれの医局のやり方があって、勉強になります。他の若手の医師も少ないため、かわいがっていただ

当院を含め、沖縄の病院は症例数が豊富で、非常に勉強になります。

◀ 卒後4年目

豊見城中央病院
整形外科

◀ 卒後3年目

福岡大学病院 整形外科
専門研修
福西会病院 整形外科



ています。

沖縄ならではの感じるのは、離島から紹介されて来る患者さんの対応です。朝一番の飛行機で来て、夕方に帰ってしまう方が多いので、当日すぐに検査ができるか、次に来院できるのはいつか、などを確認して調整します。個人の事情を汲みながら臨機応変に対応していくことは難しいですが面白いですね。

——整形外科の良さはどんなところですか？

斧：整形外科では、患者さんは術後すぐに自力でご飯を食べて、元気になって帰っていく方が多いです。患者さんの元気な姿を見られるのは嬉しいです。

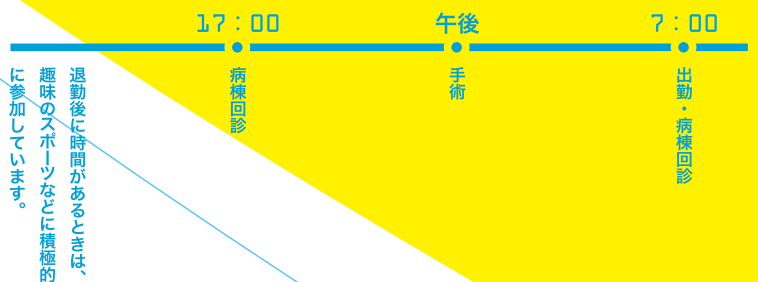
仕事とプライベートの区別をしっかりとつけるようにしている

先生も多いように思います。スポーツに打ち込んでいる先生も多いですよ。私もスキューバダイビングなどをしています。土日、朝に入院患者さんの様子を見に行つて、その後、海に行つたりしています。

——将来の展望をお聞かせください。

斧：大学院で研究する道もありますが、私としては、外来で患者さんと話をして、手術して治療して、というスタイルを基本にしたいです。福大の医局は、医局員の多様な目標をしっかりとサポートしてくださるので、非常にありがたいですね。どの専門分野に進むかはまだ決めていませんが、様々な地方で経験を積めたらと思っています。

1day



斧出 大紀先生
2015年 福岡大学医学部 卒業
2018年10月現在
豊見城中央病院 整形外科



川崎医科大学の臨床実習は、一から患者さんのカルテをつけたり、2週間に1回は口頭試問と発表が課されたりと、非常に厳しいものでした。大変でしたが、この時頑張ったおかげで今があるな、と感じます。

◀ 卒後1年目

兵庫医科大学病院
臨床実習

◀ 医学部卒業

2014年
川崎医科大学医学部 卒業



眼科

レジデントロード 専門研修中の先輩に聴く

——古川先生はなぜ眼科を選ばれたのですか？

古川（以下、古）…実家が眼科でしたから、もともと眼科は選択肢の一つでした。でも、眼科医を目指して医学部に入ったわけではないんです。僕は人と話すのが好きだったので、色々な人と話せる職業に就きたいなと思って。臨床実習などで色々な科を回り迷いましたが、卒業するころには、眼科に進むことを決めていました。

——卒業後、臨床研修はどちらへ行かれましたか？

古…兵庫医科大学です。眼科に入局した後は、全身を診る機会が減ってしまうので、臨床研修では他科をたくさん見ておこうと考えました。そこで、1年目は救急や一般外科など、2年目は眼科のほか、糖尿病内科や神経内科など、眼科に関わりの深い科を回りました。「目の症状で眼科を受診したけれど、実は他科の疾患が原因だった」ということもあり、研修の時に他科を経験しておいてよかったです。と思っています。

——2年目で眼科を回った際は、どのように過ごしましたか？

古…まず、外来を担当する上級医の先生にベシユライバー*として付いて、診察の様子を見て学びました。手術に関しては、上級医の先生方の質問に答えられたり、手術内容をつぶさに復習しました。その他、眼科でも一通り学びました。僕は、検査の方法や手順を、臨床検査技師さんの隣で見学させてもらうようにしていました。実際には、検査はすべて技師さんが行い、医師はデータを見て判断することがほとんどですが、どんな機械、どんな方法で検査しているかは、医師も熟知しておくべきだと考えたからです。

——臨床研修で眼科を回る際、大変だったことはありますか？

古…それまで学んできたことが、全く通用しなかったことです。眼科は非常に特殊な分野で、詳しく勉強する機会もなかったんです。国家試験でも眼科はほとんど出題されません。それに自分は昔から視力が良く、実家の

眼科にもほとんどかかったことがないので、眼科の雰囲気全然知らなくて。カルテを読むのも一苦労でしたね。英語の専門用語がわからないので、単語帳で地道に覚えていきました。大学受験も終わった後で、まさかまた単語帳を使うとは思いませんでした（笑）。眼科のカルテは説明がなく図示だけのことも多く、読み解くために、解剖も一から頭に叩き込んでいきました。

——眼科の専門研修ではどのようなことをするのですか？

古…臨床研修に引き続き、外来の見学や記録は続けつつ、病棟管理も任されます。5年目前後で関連病院に出るようになります。僕は昨年から神戸掖済会病院に出て、外来のほか、白内障の手術に取り組んでいます。

——古川先生にとつての、眼科の魅力を教えてください。

古…眼科の手術は劇的に効果が出ることも多く、患者さんに非常に喜ばれます。例えば、白内障で視力がかなり低下していた方が、1・0まで回復したりします。患者さんの喜ぶ姿を見ると、

*ベシユライバー…診察内容などを記録する役割のこと。ドイツ語で「記録係」「書記官」などを意味する。

再来年には専門医資格を取得する予定です。

最初の頃は、本当に眼科に進んでいいのかという迷いがありましたが、迷いはすぐに消えました。教授や上級医の先生方は、こちらの意見も汲んでいただきつつ、温かく細やかにご指導くださるので、非常に感謝しています。

◀ 卒後5年目

神戸掖済会病院
眼科

◀ 卒後4年目

神戸掖済会病院
眼科

◀ 卒後3年目

兵庫医科大学病院
眼科 専門研修



非常にやり甲斐を感じますね。一方、手術だけでは治せない疾患もあります。その場合も、患者さんに長期的に関わるなかで人間関係を構築できるところには魅力を感じますね。

その他、目の症状の裏に隠れている内科や脳神経の疾患を発見し、他科につなぐのも、私たちの使命だと思っています。そのためにも他科に進んだ友人との情報交換は大切にしています。

——最後に、学生さんへのメッセージをお願いします。

古…眼科では、糖尿病網膜症などの慢性疾患を診る機会も多いです。患者さんとは長い付き合いになるので、信頼関係を築くことは重要です。それに、眼科医は比較的若いうちから外来を

持つ一方、眼科にかかる患者さんはご高齢の方が多く、「こんな若者で大丈夫なのか」と思われないうちから、しっかりと説明し、納得していただく力も必要です。学生のうちから、ぜひ色々な人と関わって、コミュニケーション能力を高めていきたいです。

また、「最終的にどんな医師になりたいのか」ということも、今のうちからじっくり考えてみてほしいです。例えば専門医資格の取得は一つの区切りだと思いますが、それだけを目標にしてしまうと、その後何をしていいかわからなくなってしまう。様々な経験を積むなかで、自分が目指す医師像を固めていってほしいと思います。

1day

午前

病棟回診
外来

午後

手術
手術がない日は
検査・手術前の説明

外来では初診を任せられており、毎日20人前後の患者さんを診ている。
手術日は月曜日と水曜日。
2週間に1回、大学病院に向いて指導を受けている。

古川 達也先生
2014年 川崎医科大学医学部 卒業
2018年10月現在
神戸掖済会病院 眼科

医師の働き方を
考える

病院長として医師の働き方改革に取り組む

（相原道子先生）

今回は、横浜市立大学附属病院の病院長であり皮膚科教授である相原先生に、これまでのキャリアや、医師の働き方改革についての病院管理者としてのお考えを伺いました。

男性と同等に活躍できる 仕事に就きたかった

篠原（以下、篠）：相原先生は、横浜市立大学の皮膚科でキャリアを積み、2004年に病院教授、2008年に主任教授に、2016年には横浜市立大学附属病院の病院長に就任されています。まず、先生が医師を志した理由を教えてください。

相原（以下、相）：男性と同等に活躍できる仕事に就きたいと思ったからです。人に感謝される仕事であることも魅力的でした。

篠：皮膚科を選ばれたのはなぜですか？

相：皮膚科と内科で悩みましたが、横浜市大は当時からローテーション研修があったので、各科を1年ずつ経験して皮膚科に決め

ました。その場で診断がつけられ、かつ治療の結果がすぐわかることに魅力を感じました。また私自身がアトピー性皮膚炎だったので、同じようにつらい思いをされている方の役に立ちたいと思いました。

篠：研修医の頃にご結婚されたのですか？

相：はい。臨床研修1年目の終わりに、同級生の夫と結婚しました。周囲の女性医師も、同じ時期に結婚する人が多かったですね。最近の研修医と比べると時間にゆとりがあり、じっくり勉強できたと感じます。

篠：その後、西ドイツ（当時）とアメリカへ留学されていますか？

相：はい。夫が大学院を卒業するタイミングで、西ドイツの免疫関係の研究所に一緒に留学しました。2年後に日本に帰って

語り手

相原 道子先生

横浜市立大学附属病院 病院長

聞き手

篠原 裕希先生

前日本医師会男女共同参画委員会委員、神奈川県医師会理事

きましたが、西ドイツの教授から「今度はアメリカに行かないか」と声をかけていただき、再び夫と一緒に留学しました。

篠：素晴らしいですね。帰国後、研究者や開業医などの選択肢があるなかで、先生は大学で教育に携わる道を選びました。その理由は何でしたか？

相：自分にとって刺激的な環境に身を置きたいと思ったからです。大学にいますと、常に最先端の情報に触れていることができますし、皮膚科だけでなく他科や他大学の先生とも頻りに情報交換をすることができます。また、学生や研修医から若いエネルギーをもらえるのも魅力的だと感じました。

篠：教職を続けられ、一昨年には病院長に就任されました。病院のトップという立場は、さぞお忙しいことと存じます。

相：そうですね。皮膚科教授としての仕事は2割程度になり、病院経営、医療安全など病院や大学全体を見る仕事や行政関連の会議等の仕事の比重が大きくなりました。毎日、刻みみのスケジュールで働いています（笑）。

男女問わず人を育てる 仕組みが必要

篠：そんな相原先生に、病院管理者の視点からいくつかご意見を頂きたいと思います。まず、



インタビュアーの篠原先生。

近年大きな話題になっている医師の働き方改革について、どのようにお考えでしょうか？ 特に、男女問わず働き続けられるような仕組みづくりがますます求められています。横浜市立大学附属病院ではどのような取り組みを行っていますか？

相：当院では、妊娠・出産などで一時的に休職した女性医師が、週1〜2日から勤務を再開できる「女性医師支援枠」を設けています。非常勤ではありませんが、この枠を利用して少しづつ現場の感覚を取り戻していただき、常勤に復帰できるような形を目指しています。また、病児保育も院内で体制を整えています。

課題だと感じているのは、お子さんが就学する際に離職してしまう女性医師が少なくないことです。小学校に入ると、保育園のように長時間子どもを預か

つてくれる場がなくなるためです。職員の居住地は様々ですから、病院で学童保育を担うのは難しいです。行政による学童保育が充実することを願います。

篠：政府が掲げる、「2020年までに管理職の30%を女性に」という「2020・30運動」についてはどうお考えですか？

相：例えば日本皮膚科学会では、管理職の女性枠が設けられたことで女性管理職が増えた経緯があります。医療界全体を見ても女性管理職はまだ少ないため、枠を設けること自体がもたらす効果はあるのかもしれない。しかし本来ならば、女性にだけフォーカスした数値目標を立てるのは不自然だと私は感じます。本当に必要なのは、管理職になれるような能力を持つ人を、男女問わず育てていく仕組みではないでしょうか。

医師の偏在解消は 魅力的な病院づくりから

篠：働き方改革に関連するテーマとして、医師確保の問題があります。地域・診療科による医師の偏在については、どのような考えをお持ちでしょうか？

相：私も大きな課題だと感じています。ただ、医師を制度で縛り付けようとするのではな

く、それぞれの医療機関が「残りたい」と思ってもらえるような組織づくりをすることが大切なのではないかと私は考えます。実際、教育体制が整っていたり、学ぶ機会が豊富に用意されている医療機関には、地域の中で人が集まっています。アピールポイントを設け、医学生や研修医にも広く知ってもらえるようにすることが重要だと思います。

また、診療科の偏在については、訴訟リスクや超過重労働などの負担をできる限りなく、本来の業務をまっとうできる仕組みを整えることも必要だと考えます。

互いに協力し合える パートナーを見つけよう

篠：最後に、医学生にメッセージをお願いします。

相：一日は24時間しかありませんし、体力には限界があります。だからこそ皆さんには、細切れの時間をうまく使ってほしいです。今の時代、タブレットで論文を読むなど、まとまった時間がなくても勉強する方法はあります。無駄なく時間を使うことが成長のコツだと私は思っています。

また、勤務時間外も仕事のことばかり考えているのは、息が詰まってしまいます。時には少し離れて気分転換をする方が、仕

事に集中できると私は思います。例えば、家事をする時間は結構な気分転換になりますよ。私も家にいるときは、できる限り夕食を作るようにしています。

そして、働き続けるためには配偶者の理解も欠かせません。仕事に対する熱意や意欲を理解し、それに協力してくれる人をパートナーに選べるよう、人を見る目を養っておくことをお勧めします。

篠：確かにそうですね。医師同士の夫婦で、交代で非常勤になつて専門医資格を取得したケースをいくつか知っています。それぞれの仕事への向き合い方を互いに理解し、ポジティブに協力し合えるカップルが増えていくことを期待します。本日はありがとうございました。



第61回 東日本医科学生総合体育大会 (夏季のみ) 総合得点順位

第1位

筑波大学

第2位

群馬大学・慶應義塾大学

第61回東日本医科学生総合体育大会 各競技結果一覧 (夏季のみ)

陸上	男子	女子
	1 東北 2 筑波 3 新潟 4 慶應義塾	1 秋田 2 筑波 3 東京 4 自治医科

テニス	男子	女子
	1 福島県立医科 2 筑波 3 慶應義塾 4 北里	1 横浜市立 2 群馬 3 慶應義塾 4 筑波

ソフト テニス	男子	女子
	1 秋田 2 信州 3 群馬 4 福島県立医科	1 旭川医科 2 山梨 3 東京医科 4 筑波

卓球	男子	女子
	1 昭和 2 東北 3 東京慈恵会医科 4 筑波	1 秋田 2 岩手医科 3 昭和 4 旭川医科

バレー ボール	男子	女子
	1 筑波 2 群馬 3 福島県立医科 4 東京慈恵会医科	1 東京女子医科 2 群馬 3 埼玉医科 4 自治医科

バドミ ントン	男子	女子
	1 旭川医科 2 筑波 3 信州 3 慶應義塾	1 秋田 2 旭川医科 3 群馬 3 筑波

バスケット ボール	男子	女子
	1 群馬 2 慶應義塾 3 秋田 4 自治医科	1 秋田 2 筑波 3 昭和 4 日本

水泳	男子	女子
	1 日本医科 2 慶應義塾 3 東北 4 獨協医科	1 慶應義塾 2 東京医科 3 自治医科 4 筑波

ゴルフ	男子	女子
	1 筑波 2 慶應義塾 3 群馬 4 東京慈恵会医科	1 慶應義塾 2 獨協医科 3 筑波 4 千葉

空手道	男子	女子
	1 山形 2 慶應義塾 3 札幌医科 4 埼玉医科 4 防衛医科	1 岩手医科 1 獨協医科 3 弘前 4 埼玉医科

硬式野球	男子
	1 信州 2 東京医科 3 獨協医科 4 千葉

準硬式 野球	男子
	1 東北 2 旭川医科 3 筑波 4 昭和

サッカー	男子
	1 千葉 2 群馬 3 新潟 4 山形

柔道	男子
	1 東海 2 岩手医科 3 東北 3 新潟

剣道	男子	女子
	1 自治医科 2 北海道 2 福島県立医科 3 秋田 3 東京女子医科	

弓道	男子	女子
	1 東京医科歯科 2 秋田 3 信州 4 岩手医科	

ヨット	男子	女子
	1 千葉 2 順天堂 3 慶應義塾 4 なし	

ボート	男子	女子
	1 東京 2 慶應義塾 3 山梨 4 なし	

馬術	男子	女子
	1 信州 2 日本医科 3 東京女子医科 4 山梨	

ハンド ボール	男子	女子
	1 順天堂 2 旭川医科 3 山形 4 福島県立医科	

ラグビー	男子	女子
	1 信州 2 弘前 3 獨協医科 4 なし	

第61回東医体アイスホッケー競技

山梨大学 医学部4年

アイスホッケー競技実行委員長 朝比奈 佳毅

東医体アイスホッケー競技



第61回東医体アイスホッケー競技実行委員長の朝比奈佳毅と申します。今年度のアイスホッケー競技は12月24～30日、山梨県の小瀬スポーツ公園アイスアリーナにて16の参加校により行われます。円滑な運営ができるように頑張りたいと思います。

第61回東医体スキー競技

秋田大学 医学部2年

スキー競技実行委員長 菅谷 真太郎

東医体スキー競技



第61回東医体スキー競技実行委員長の菅谷真太郎です。スキー競技ではスラロームやジャイアントスラロームといったアルペン競技、リレーを含めたクロスカントリー競技を行っています。主管として精一杯頑張りますのでよろしくお願い致します。

第70回 西日本医科学生総合体育大会 総合得点順位

第1位 三重大学

第2位 愛媛大学

第3位 長崎大学

第70回西日本医科学生総合体育大会 各競技結果一覧

テニス	男子	女子
	1 和歌山県立医科	1 高知
	2 愛媛	2 和歌山県立医科
	3 奈良県立医科	3 香川
	4 久留米	4 大阪

ソフトテニス	男子	女子
	1 長崎	1 愛媛
	2 愛媛	2 和歌山県立医科
	3 岐阜	3 長崎
	4 大阪	4 京都

バスケットボール	男子	女子
	1 名古屋	1 琉球
	2 鳥取	2 福岡
	3 鹿児島	3 三重
	4 和歌山県立医科	4 愛知医科

バレーボール	男子	女子
	1 広島	1 三重
	2 神戸	2 鳥取
	3 大阪	3 琉球
	4 奈良県立医科	4 長崎

バドミントン	男子	女子
	1 鳥根	1 佐賀
	2 岐阜	2 三重
	3 奈良県立医科	3 福井
	4 高知	4 鳥取

弓道	男子	女子
	1 長崎	1 岡山
	2 浜松医科	2 浜松医科
	3 三重	3 山口
	4 高知	4 高知

卓球	男子	女子
	1 宮崎	1 三重
	2 愛媛	2 名古屋
	3 岡山	3 大阪
	4 京都	4 滋賀医科

陸上	男子	女子
	1 鳥取	1 三重
	2 富山	2 福井
	3 三重	3 久留米
	4 愛媛	4 大分

水泳	男子	女子
	1 愛媛	1 福井
	2 鳥根	2 山口
	3 香川	3 高知
	4 岡山	4 鳥取

空手道	男子	女子
	1 久留米	1 三重
	2 奈良県立医科	2 宮崎
	3 岡山	3 広島
	4 九州	4 九州

剣道	男子	女子
	1 長崎	1 三重
	2 岐阜	2 高知
	3 岡山	3 岡山
	4 和歌山県立医科	4 関西医科

ゴルフ	男子	女子
	1 名古屋市立	1 名古屋
	2 愛知医科	2 名古屋市立
	3 名古屋	3 岐阜
	4 岐阜	4 岡山

スキー	男子	女子
	1 大阪医科	1 大阪医科
	2 京都	2 関西医科
	3 金沢	3 兵庫医科
	4 名古屋	4 福井

ボート	男子	女子
	1 熊本	1 岐阜
	2 京都	2 滋賀医科
	3 佐賀	3 和歌山県立医科
	4 岐阜	4 なし

柔道	男子	女子
	1 徳島	1 徳島
	2 金沢	2 金沢
	3 和歌山県立医科	3 和歌山県立医科
	4 久留米	4 久留米

サッカー	男子	女子
	1 広島	1 広島
	2 大阪	2 大阪
	3 川崎医科	3 川崎医科
	4 浜松医科	4 浜松医科

準硬式野球	男子	女子
	1 岡山	1 岡山
	2 長崎	2 長崎
	3 佐賀	3 佐賀
	4 鳥根	4 鳥根

ヨット	男子	女子
	1 京都府立医科	1 京都府立医科
	2 和歌山県立医科	2 和歌山県立医科
	3 広島	3 広島
	4 香川	4 香川

ハンドボール	男子	女子
	1 滋賀医科	1 滋賀医科
	2 福井	2 福井
	3 浜松医科	3 浜松医科
	4 琉球	4 琉球

ラグビー	男子	女子
	1 大阪医科	1 大阪医科
	2 大阪	2 大阪
	3 九州	3 九州
	4 鳥取	4 鳥取

合気道	男子	女子
	最優秀演技校 富山	最優秀演技校 富山
	優秀演技校 奈良県立医科	優秀演技校 奈良県立医科
	敢闘賞 神戸	敢闘賞 神戸



金沢医科大学
3年
北林 大輝

第71回冬季西医体運営委員長より

第71回冬季西医体の運営委員長を務めさせていただくことになりました、金沢医科大学の北林です。冬季西医体では毎年、雪も溶かすような熱い勝負が行われています。このような大会の運営に携われることをとても光栄に思います。円滑に大会を運営できるよう、委員一丸となって尽力したいと思います。



グローバルに活躍する 若手医師たち

日本医師会の若手医師支援

今回は、JMA-JDNの若手医師より、第3回JMA-JDN総会、その後に行われたワークショップおよび、北海道で行われた医学生・若手医師キャリア支援検討会の報告を寄せてもらいました。

JMA-JDNとは

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

Meeting

医学生から医師になったときにJMA-JDNに参加する意義

2018年7月21日に「若手医師と医学生のアツい夏!」と題したワークショップを行いました。JMA-JDNでは、2017年3月からJMA-JDN、医学生団体のIFMSA-Japan(国際医学生連盟 日本)、AMSA Japan(アジア医学生連絡協議会 日本支部)、jaih-s(日本国際保健医療学会 学生部会)の代表者と月1回のオンラインミーティングを行っています。2017年7月に行った「アドボカシースキルワークショップ」に引き続き、今年は各々のワークショップを開催しました。JMA-JDNからは、左記の鈴木航太先生のようにスライドデザインを学ぶワークショップを行いました。IFMSA-Japanとjaih-sは共同で「健康格差の改善を目指す国際保健医療活動の模索～公衆衛生、性と生殖の視点から考えるケニアの保健事情～」と題したワークショップを実施しました。地域データをもとに、ケニアのある地区で妊産婦死亡を減らすための方策を行政や医療

従事者等の役割に分かれてグループで話し合いました。AMSA Japanのワークショップは「夢を描こう&語ろう」と題して、参加者がA4用紙に自身の夢を描いたポスターを作成し、発表合いました。

今回のような若手医師と医学生の世代を超えた組織的交流は多くありません。医学生から医師になると、社会に少しだけ貢献しやすくなります。個人で仕事をするのも良いですが、一人で行うことには限りがあります。JDNは世界医師会で話し合われる様々な社会問題に関する政策提言作成の過程で発言したり、そのために普段から勉強会や地域でのイベントを実施したり、また調査や提言にも自主的に取り組んでいます。もし医師になって、病院や大学、学会では直接取り組むことが難しい社会課題にボランティアとして取り組みたいのであれば、JMA-JDNへの参加が選択肢の一つになるかもしれません。



阿部 計大
世界医師会 JDN 役員
JMA-JDN 前代表



手稲溪仁会病院で研修後、東京大学大学院公衆衛生学博士課程に在学中。家庭医療専門医。認定内科医。認定産業医。

message

ボランティアで直接社会課題に取り組みたいのであれば、JMA-JDNへの参加が選択肢の一つです。

information

JMA-JDNのメーリングリストに参加しよう！メーリングリストには、日本医師会WEBサイトにある、JMA-JDNのページから登録することができます。研修医・若手医師だけでなく、医学生の皆さんも大歓迎です。Facebookページでも情報を発信しています。「フォロー」や「いいね」をよろしく願います！



[Facebook]

Meeting

キャリア形成を考える北海道の若手世代 —北海道医師会医学生・若手医師キャリア支援検討会から—

皆さんは医師としてどのように働きたいですか。病院や診療所で働く以外の働き方、都市部と僻地という異なる環境、また出産や介護等のライフイベント等について考えることもあるかと思えます。キャリア形成には専門職として社会に負う使命と自己実現という側面があり、医学教育のなかでも近年少しずつ扱われるようになってきています。

2018年7月15日に北海道医師会主催の医学生・若手医師キャリア支援検討会が札幌で行われました。北海道医師会では、若手世代のキャリア形成を支援するセミナーを年に数回実施しており、JMA-JDNも企画協力をしています。今回の支援検討会では当事者である医学生や若手医師が今後のセミナーの内容を検討しました。前半では臨床心理士でもある小児科医の先生より、キャリアとは何かというテーマでお話いただき、キャリア形成は成人の発達課題として考え

ることができることを知りました。

後半では北海道の医学生・若手医師に必要なスキルや学んでみたいことについて意見交換を行いました。コミュニケーションスキルや、地域での医療需要について、また多様性に対する寛容性、医療とAIの関連や国際的なキャリアなどに興味があるという意見が挙がりました。今回のキャリア支援検討会で挙げられた意見をもとに、次回のセミナーでは国際的なキャリア・臨床の現場以外の働き方について取り上げることになりました。2018年10月28日にセミナーが行われる予定です。北海道は首都圏と比べ多様な働き方をしていく医師と知り合うことのできる場は少なく、よい機会になることが期待されます。



佐藤 峰嘉 JMA-JDN 役員 (国際)



2012年北海道大学卒。砂川市立病院で臨床研修修了。北海道の地方中核病院で呼吸器・総合内科を研修後、北海道大学病院(内科I)勤務。

message

最近寒くなって風邪をひきました。皆様もお気をつけてください。

Meeting

第3回 JMA-JDN 総会、 スライドデザイン講座のご報告

2018年7月21日に、第3回 JMA-JDN 総会を開催いたしました。午前中は、新役員選出や内規修正といった、JMA-JDNの運営に関わる様々な決議を行いました。午後からは、「若手医師と医学生のアツイ夏!」と題し、JMA-JDN、医学生団体の IFMSA-Japan (国際医学生連盟 日本)、AMSA Japan (アジア医学生連絡協議会 日本支部)、jaih-s (日本国際保健医療学会 学生部会) がそれぞれ主催でワークショップを開催いたしました。若手医師団体と医学生団体が一緒にワークショップを作り上げるのは初の試みで、互いの団体の特徴を活かして学び合うというまたとない機会になったのではないかと思います。イギリスからの参加者を含め、合計30名ほどの若手医師と医学生が参加しました。

JMA-JDNからは、京都大学大学院精神科医小林啓先生に「伝わる!医療者のためのスライドデザイン講座」と題した講演をしていただきまし

た。「準備」「整理」「余白」の3つをキーワードに、伝わるスライドの作り方をわかりやすく教えていただきました。デザインというと、センスが求められるように思われがちですが、基本的なことを守るだけでもだいぶ印象は変わります。つい綺麗なスライドを作ることにとらわれがちですが、プレゼンテーションの主役は発表者であり、スライドはその補助であるということを改めて感じました。さらに、事前に参加者から募ったスライドをもとに、より見やすくするための実践的なアドバイスをいただき、大変勉強になりました。今回、若手医師と医学生のコラボワークショップを開催することができたのは、ひとえに、日本医師会国際課の皆様、JMA-JDN および各医学生団体の皆様、参加していただいた皆様のおかげと感謝しております。今後も各種ワークショップやイベントを開催してまいりますので、どうぞよろしくお願いいたします。



鈴木 航太 JMA-JDN 副代表 (外務)



川崎市立川崎病院で初期研修修了後、慶應義塾大学精神・神経科学教室へ入局。2016年4月より同大学大学院博士課程所属。

message

学生時代に IFMSA-Japan で忙しく活動していたことが、その後の医師人生でも役立っています。

日本医師会の 取り組み

今後の医師需給

医師の地域別・診療科別の偏在等について、
今村聡日本医師会副会長に聞きました。

皆が納得して進路選択できるような 情報提供や制度変更に努めたい

医師の地域別・診療科別偏在

皆さんは、医師不足が長年問題となっていることは既にご存知だと思えます。とはいえ、平成28年度に厚生労働省が発表した今後の医師需給推計^{*1}では、約10年後には日本の人口減少によって医師が供給過剰になると発表されているのです。ではどうして、医師不足が声高に叫ばれているのでしょうか。

医師不足の本質は、医師の絶対数ではなく、地域別・診療科別の偏在にあります。例えば、平成28年度の厚生労働省のデータ^{*2}によると、都道府県別に見た人口10万対医師数は、最も多い徳島県が315.9人であるのに対し、埼玉県では160.1人と、大きな差が見られます（ただし、徳島県の中でも都市部と郡部で偏在があり、埼玉県では東京都等への患者の移動もあるので、一概に人口比だけで判断できない部分もあります）。また診療科別の医師数の割合は、最も多い内科が20.0%なのに対し、産婦人科は3.6%となっています。

はじめ、日本医師会からも委員が参加しています。

納得できる制度変更を

ここで、地域別・診療科別の医師の偏在について、医学生はどのように考えているのか見ていきましょう。今年、医学生が医学生向けに行った調査によると、都会に医師が集中することや診療科の選択に偏りが出ることや問題だと感じている医学生は過半数にのぼり、地域枠制度については肯定的な意見が多く見られます。しかし、制度等の強制力によって自身の診療科・研修地域の選択肢が狭められることについては否定的な意見が多いという結果になりました（表）。

しかし検討会においては、「長年続く医師の偏在は強制的な方法で解消すべき」という意見も少なくありません。日本医師会は、プロフェッショナル・オートノミーに基づき、医師が自律的に進路選択できることを大前提として議論に臨んでいます。このことについて、今村副会長に聞きました。

「医師の偏在を解消するためには、もちろん何らかの手段を講

じる必要があります。しかし、混乱や不公平さを減らすためにも、急に強制的な手段を取るよりは段階的な方法を考えるべき



今村 聡日本医師会副会長

でしょう。私は、今の状況で医学生に調査をしたら、このような結果が出るのも当たり前だと思います。診療する地域や診療科を自由に選べると思っただけなのに、突然制度が変わってそれが制限されてしまったら、不公平感を覚えるのは当然のことだからです。日本医師会は、皆さんが自律的な進路選択ができるという前提を崩すことなく、そのうえで、マクロな視点から見たときに結果的に偏在がなくなるよう、情報提供や制度変更といったアプローチを必要に応じて取っていきたいと考えています。

大切なのは、入学前から制度を明示し、納得したうえで医学部に来ってもらうということではないでしょうか。実際、地域枠制度について肯定的な意見が多

*1…平成30年「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第3次中間取りまとめ」より
*2…平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」より

表：医学生による地域および診療科における医師の偏在についての意識調査（2018年）

Q 若い医師が地方を離れ、都会に集中することについて問題だと思いませんか？

【問題だと思う】

- ・地方での医師不足、都会での過剰供給につながるから。
- ・医療の質に地域格差が出るかもしれないから。
- ・地域によって医師不足が起こり、激務化によってさらに医師が少なくなるといふ悪循環に陥るから。

【問題だと思わない】

- ・それぞれ自分の好きに勤務場所を選びたいと思うのは当然だと思うため。

【調査概要】

実施期間：2018年8月／対象：医学部在学中の学生にWEBアンケートを実施し、無記名で回答／回収数：64

（自由記述より抜粋。詳しい数値データについては今後、他の企画で公開する予定。）

Q 地域や診療科を制度などで強制的に偏在がないように振り分けることをどう思いますか？

【肯定的意見】

- ・地域や診療科における医師の偏在を是正できるため、必要だと思う。ただし、そういった制度は医療者全員が認識したうえで、適切な形で変更される必要がある。

【否定的意見】

- ・偏在が出ないようにするのは大切だと思うが、自分の興味のある科を選べないのは嫌だ。
- ・強制的に振り分けたことで嫌々仕事をされても、患者にとって良いことではないと思う。
- ・医局の雰囲気や職場環境を改善する、給与を上げるなど、インセンティブを作るべきであり、強制的な必要はない。強制したところで余計な不満が溜まり、医師のQOLを下げるだけだと思う。

Q 地域枠によって地域医療の担い手を確保することをどう思いますか？

【肯定的意見】

- ・学生にも地域にも共に利益があり、共に責任を負っているため、良い。
- ・本人が望んで地域枠を受験しているのだから悪いことではないと思う。
- ・地域医療に興味がある人が集まり、学ぶことはとても良いことだと思う。しかし同時に、教育機関はそれに見合う教育を、医療機関はより地域医療の充実を図らなければならないと思う。

【否定的意見】

- ・地域枠によって、ある程度の年数は確保できるかもしれないが、一定期間を過ぎると他県に出てしまう人たちがいるかもしれないので、継続的な医師の確保になるのかは疑問がある。

若手医師の立場もふまえて

いのは、入学時点で示された条件に納得したうえで医学部に入る学生が多いからだとは考えられています。なお、地域枠制度を利用して医師になった人のその後を見ていくと、若干の例外はあるものの、地元に着着する人が多く、医師の地域偏在解消に効果があると言えます。

今後も、医学生を含む皆さんが納得したうえで進路を選択でき、地域・診療科の偏在解消に必要ではないでしょうか。

さて、今年3月、前述の検討会における議論の中間取りまとめを基に、「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」が国会に提出され、7月に成立・公布されました。医師の偏在のみならず、医師養成等にも関わる様々な内容が盛り込まれていますが、この法改正で特筆すべきこととして、「一人ひとりの医師のキャリア形成を支援する内容が明記されたこと」が挙げられます。内容について簡単に見ていきましょう。

この法改正では、地域枠の医師について、まず地域医療支援センターがその医師の中長期的なキャリア形成プログラムを作成すること、次に医療勤務環境改善

支援センターが勤務環境をきちんと整備すること、最後にこれらのセンターが相互連携して医師のキャリア形成を支援することの3点が明記されました。この連携によって、医師の少ない地域に派遣された医師が良好な勤務環境で働けることを担保できます。医師の少ない地域でも、医師が働きやすい環境を作るための土台が整えられたのです。

そして検討会は、今回の法改正にとどまらず、その効果を検証したうえでさらなる対策を検討すべく、議論を重ねています。このように、医師の偏在を解消するため着実かつ前向きに制度の改善が進められているのです。今後の展望について、今村副会長に聞きました。

「日本医師会は、日本全国どこでも国民が平等に医療を受けられるよう、医師の偏在の問題について引き続き国に様々な提言を行っていきます。これからも日本の人口構成は刻々と変化していきますから、それに伴って制度も変えていく必要が出てくるでしょう。時代の変化に合わせて、かつ現場が混乱しないように、医師の立場から発言するのが日本医師会の使命です。これからの医療を担う若い医師・医学生たちの立場も考えて、今後も改善を進めていきます。」



医学部の授業を見てみよう！

STUDY TOUR

授業探訪



この企画では、学生から「面白い」「興味深い」と推薦のあった授業を編集部が取材し、読者の皆さんに紹介します！

今回は

大分大学「サージカルラボ『SOLINE』での手術手技実習」

生きた動物での手術トレーニング！

この実習ではブタなどの動物に対し、内視鏡などを用いた手術トレーニングを行います。獣医師から倫理面の講義を受け、実際の手術と同じ設備で、生きた動物を執刀します。緊張感あふれる貴重な体験となるでしょう。



動物での手術トレーニングができるサージカルラボ「SOLINE」は、2015年に開設されました。



手術前の学生たちと先生方。

手術の一連の流れを体験できる！

麻酔を含め、一つの手術を最初から最後まで体験できる実習です。実際に手術を体験することで、講義や実習を実際の手術と結びつけて考えられるようになり、その後の深い学びにつながります。

交代で 執刀医や助手を務められる！

チームは3人一組で、執刀医と第一助手、第二助手を交代で担当します。全ての役割を経験するため、それぞれの立場で求められることが理解できます。この経験は研修医になって実際に助手を務める際にも役立ちます。



初めはごちないですが、徐々に様になってきます。

INTERVIEW

授業について
先生にインタビュー

学生のうちに「SOLINE」を体験しよう

大分大学医学部 消化器・小児外科学講座 教授 猪股 雅史先生



大分大学では、外科医に必要なものとして三つのS——知識 (Science)・技術 (Skill)・ハート (Spirit) を掲げており、これらを育めるよう、学生から研修医・専攻医・専門医のそれぞれを対象にしたシームレスな教育を行っています。シミュレーターのあるスキルラボや、サージカルラボ「SOLINE」(アニマルラボ)での手術手技実習もその一環です。

アニマルラボでの実習は世界的に導入されていますし、国内にアニマルラボを持つ大学は他にもありますが、医学生のうちからアニマルラボがカリキュラムに組み入れ

手術トレーニングを行える大学は、国内では大分大学だけです。私は、学生のうちから体験できる機会を設けることこそが大切なのではないかと考えています。

学生のうちに動物を用いたトレーニングをすることには多くの意義があります。まず、人の手術と同様に、生命と対峙する臨場感を味わうことができます。感受性の豊かな学生のうちに体験することで、その後の学びに深みももたらされるでしょう。また執刀医を経験することで、その後の学習を実際の手術と結びつけることができるので、学習がより効果的になります。

実際に、「学生時代にアニマルラボを経験した研修医は手術手技のレベルが高い」という評判も聞かれます。さらに大学としても、学生に実際に手術を体験してもらうことで、「外科は難しそう」というネガティブなイメージを払拭することができますと思っています。

2018年7月現在、「SOLINE」での実習を体験した学生は延べ70名程度ですが、今後もより多くの方に利用してもらいたいと思います。他大学にも門戸を開いていますので、卒前教育に利用したい大学があれば、ぜひ声をかけていただきたいです。

学生からの声

チームで取り組む大切さが
わかります



6年 照山 直樹

この実習では3人一組になって実際の手術を体験します。シミュレーターでの練習は一人ですが、この実習では小さなチームで手術に取り組むので、周りとう協力していくかを考えさせられる良い機会でした。この経験は、この先行うチーム医療にも活かせると思いました。

ポリクリで外科を回る
決め手になりました



6年 中溝 めぐみ

私が選択ポリクリで外科を選んだのは「SOLINE」での実習があったからです。この体験を通じて、外科に対する心理的ハードルは下がったと思います。生きていく動物は温かく、失敗できないという緊張感と臨場感がありました。実際に人を手術するときのことを想像できました。

シミュレーターより
多くの学びがあります



6年 首藤 広恵

今まで手術の助手を何度か経験しましたが、思うように動けないこともありました。この実習で執刀してみて、助手にどう動いてもらうと手術がやりやすいかが実感できました。研修医になる前に、力加減など、シミュレーターではわからないことを経験できて良かったです。

★ WANTED ★

面白い授業
募集中!

この企画では、各大学の医学生の皆さんから「面白い」「興味深い」と感じる授業・プログラムを募集しています。「印象に残る」「先生が魅力的」など、学生の皆さんならではの視点で、ぜひ授業を推薦してください。編集部が取材に伺います!

Mail: edit@doctor-ase.med.or.jp WEB: <http://doctor-ase.med.or.jp/index.html>



ご連絡はこちらから↑

医学生交流ひろば

医学生同士の交流のための情報を掲載していきます。

Report

「医」と「宇宙」の最前線を体験 M x Space Project

2018年8月21～23日、Bizjapan M x Space Project主催の「宇宙医学スタディツアー」が開催されました。JAXA 筑波宇宙センター・日本大学岩崎研究室・渋川医療センターの3か所を医学生6人が訪問しました。

今、官民による有人宇宙開発の熱が世界中で高まっています。トランプ政権は有人での月面探査を明言し、民間でもスペースXが2024年に火星に人を送る計画です。しかし、そこに必要な医学・医療のサポートは決して十分ではありません。宇宙医学の基礎領域でも多くが未開拓で、宇宙で医療を提供するための仕組みづくりは未着手です。

「宇宙での医療・医学」の知見が必要となる将来のために、より多くの医学生に「宇宙医学」という将来の選択肢を体感してもらおうと、3日間

のツアーが行われました。

<1日目>JAXA 筑波宇宙センターは、日本の有人宇宙開発の統括を行っています。訪問では、宇宙飛行士でもある古川聡氏と、フライトサーजन、生理的対策責任者(リハビリ士)からのレクチャーと医学生を交えてのワークショップが行われ、最後には筑波宇宙センターの閉鎖実験設備の見学を行いました。

<2日目>日本大学岩崎研究室は、重力が様々なに変化するなかでの循環器の反応を研究しています。訪問では岩崎賢一教授からのレクチャーの後、宇宙医学の将来やキャリアについてのディスカッションが活発になされました。後半には参加者全員が遠心加速器の試乗を行いました。

<3日目>渋川医療センターの石北直之先生は、小児科医として勤務する傍ら宇宙麻酔器の開発

を行っています。訪問では、宇宙麻酔器の実物に触れながらのレクチャーで、医学生は「臨床現場の問題意識が、宇宙にもつながる」ことを学びました。

今後もスタディツアーは継続的に開催予定です。



Event

inochi 学生・未来フォーラム2018のご案内 ～若者の力でできること～ inochi 学生プロジェクト

「inochi 学生プロジェクト」は、「若者の力でヘルスケアの課題を解決する」を理念とする医療系学生団体です。関西を拠点として、主に大阪大学と京都大学の医学部生から構成されています。

今回は弊団体が11月25日に主催するイベント「inochi 学生・未来フォーラム2018」の告知をさせていただきます！

弊団体は、「inochi 学生フォーラム」「inochi 独自プロジェクト」「WAKAZO」という三つの部門に分かれています。

「inochi 学生フォーラム」では、中高生や大学生を参加者として、毎年一つのテーマに関するヘルスケア課題解決コンペティションを実施しています。今年のテーマは『自殺』です。15～39歳までの死因第1位である自殺を減らすために、学生はチームを組み課題を見つけ、その解決に取り組みます。絶対的な答えのない問題の解決に向けて、若者のパワーを信じ、精力的に活動を続けています！

当日は、約100名から勝ち抜いた国内外合わせた6チームがプレゼンテーションを披露します。

「inochi 独自プロジェクト」では、大学生が自らの専門知識を活かして、実際に課題解決に取り組んでいます。今年は医療分野の大きな問題である「薬剤耐性菌の課題を解決する」というテーマで海外現地調査を行い、LINEbot作成などを行っています。参加者を募って課題解決コンペティションを行う「inochi 学生フォーラム」とは違い、大学生が自らプロジェクトを立てて行うこの事業では、より実践に近い形でのアウトプットを目指しています。

最後に「WAKAZO」では、2025年の大阪万博誘致を目指しています。大阪万博のテーマの一つはSDGs(国連が定めた2030年までの持続的な開発目標のこと)です。WAKAZOでは2025年に若者から課題解決が行われるようなプラットフォーム創造を目指して進んでいきます。当日は世界の課題を見て旅をしたバックパッカーや大阪万博で若者が活躍する場であるWAKAZO館の案がパネルディスカッションで語られます。また、弊団体は、一般社団法人「inochi 未来プロジェクト」と提携関係を結んでいます。「inochi 未来プロジェクト」は、inochiの大切さと未来について考え、行動するプロジェクトです。関西を医療拠点にすることをビジョンに掲げており、積極的にinochi 学生プロジェクトと交流をしています。

このようなプロジェクトの1年間の集大成「inochi 学生・未来フォーラム2018」が11月25日、大阪のグランフロントにて行われます！

優れた自殺対策のプランを考え、実行し、コンペティションを勝ち抜いたチームがプレゼンテーションし、「inochi 独自プロジェクト」の成果発表があります。そして11月23日に2025年万博開催国が決まってから2日後のこの日に「WAKAZO」が万博について語ります。必ず刺激満載の集いとなりますので、皆さん奮ってご参加ください！

主催：inochi 学生プロジェクト、一般社団法人 inochi 未来プロジェクト

日程：2018年11月25日(日) 12:00～18:45

対象：学生、一般市民、健康・医療関係者(企

業・団体・行政)、2025年大阪万博誘致関係者 700名(予定)

場所：グランフロント北館B2F コングレコンベンションセンター

企画内容：

第一部 inochi 学生フォーラム2018

第二部 WAKAZO

第三部 inochi 未来フォーラム

参加費：

S席2,500円(一部のみ、または二、三部の場合2,000円)

A席社会人2,000円(一部のみ、または二、三部の場合1,000円)

A席学生1,000円(一部のみ、または二、三部の場合500円)

連絡先：info@inochi-gakusei.com

イベント特設ページ：

<http://inochi-gakusei.com/forum2018/>

応募登録：

<https://inochi-gakusei-mirai-2018.peatix.com>



Report

スタンフォード大学ヘルスハッカソン「health++」の活動 health++

医療や工学、ビジネス、デザインなど多様なバックグラウンドをもつ参加者が多国籍のチームを作り、医療・健康分野の課題を解決するための革新的な製品やサービスを競い合う——。米スタンフォード大学 (Stanford University) では、毎年秋にヘルスハッカソン「health++」が開催されています。

ハッカソン (Hackathon) とはハック (Hack) とマラソン (Marathon) からなる造語で、短期間でのプロダクトやサービスの開発イベントのことを指します。スタンフォード大学ヘルスハッカソン「health++」では、医療・健康における「Affordability (低価格化)」の実現の達成のため、医療従事者やエンジニア、デザイナーなど多分野の専門家が新しいアイデアを生み出していき、医療分野とその他の分野の垣根を越えた共創の場を作っていきます。

2018年秋は昨年に引き続き、医療分野のイノベーション促進を目的とする団体、MI3 Tokyo (<http://mi3.institute>) が少数精鋭の学生を選抜し日本から現地に派遣します。また、スポンサー企業には米Intel社や米Boston Scientific社などの大手企業も名を連ねます。

現地ではヘルスハッカソン開催に先立ち、スタ

ンフォード大学の教員やビジネスマン、弁護士、投資家などによる講義やワークショップなどが行われます。昨年の参加者は、4日間にわたりバイオデザインを始めとするヘルスケア領域におけるイノベーションの手法や、その過程で必要となる知的財産や資金調達について、第一線で活躍している講師から学びました。

ヘルスハッカソン本番は週末2日間にわたり約250名が参加して行われます。まず参加者が自分が感じている医療・健康分野の課題やニーズ、それに対する解決策に関する1分トークを行い、共感した他の参加者がチームに加わり4~5人のチームを作っていきます。専門分野、国籍、年齢など垣根を越えた参加者が協力し、健康や医療の課題解決に取り組み、最終日の夕方にプロジェクトの審査が行われます。昨年は33チームが48時間でプロダクトやサービス開発 (具体的な開発物一覧: <https://bit.ly/2oSvrPz>) を完成させ、MI3 Tokyo が選抜した日本人が所属するチームが「Grand Prize: 3rd Prize」、「Persistent-Neodesign \$1k prizes」、「Intel Nervana AI Cluster Grand Prize」を受賞しました。2018年秋も日本を代表してスタンフォード大学に派遣される最大10名の学生が選ばれます。現

地での模様は「health++」の日本版ウェブサイト (<http://mi3.institute/hackathon/>) で報告していく予定です。また来年以降、引き続き「health++」に日本から学生を派遣する予定です。医療とテクノロジーの最前線の場に挑戦したい学生を来年も募集します。ぜひご応募よろしく申し上げます。

2017年参加者の声

「世界という観点から自分や日本を見る機会にもなりました。途上国での経験を経験で終わらせることなく、その解決を目指したいと強く思いました。また世界の健康問題に挑戦し、貢献したいという意欲がさらに湧きました。」(医療系学生)
「ハッカソンで3位という結果を出すことができ、自分たちの実力が世界でも通用することを実感し、非常に自信になりました。ハッカソンや授業、スタンフォードでの1週間の生活を通じて、たくさんの魅力的な人と交流し、つながることができました。」(工学系学生)



Event

第6回西洋医学VS東洋医学遠隔鑑別診断 NPO法人KnotAsia×慶熙大学韓医学部 共催

～武見太郎先生の業績・漢方の保険適用の灯火を継いで～

「遠隔システムを使用した西洋医学と東洋医学の比較授業をやってみないか!」

KnotAsia代表の大村和弘医師(東京慈恵会医科大学助教)のこの一言をきっかけに、慶熙大学韓方病院の金奎錫医師と共に2013年から遠隔鑑別診断が始まりました。模擬患者(実際の患者情報を紙にまとめたもの)の診察を、西洋医学を学ぶ日本の医学生と、東洋医学を学ぶ韓国の医学生が、それぞれの診察アプローチや着眼点の違いを比較しながら、実際に医師が患者を診察するような形でディスカッションし合うという内容です。医学的知識の研鑽とともに、相互理解を深めるという目的があります。

【主なセッション】

- ①事前情報からの鑑別診断②問診③身体所見④検査所見⑤治療⑥韓医師・西洋医師から説明【過去に扱ったテーマ】

- 第1回:慢性副鼻腔炎、第2回:アトピー性皮膚炎、第3回:閉経期症候群、第4回:偏頭痛、

第5回:腰痛

第6回となる今年のテーマは当日まで秘密です。メイン会場となるソウルの慶熙大学韓医学部教室には、東洋医学を学んでいる韓国の医学生が集結し、西洋医学を学んでいる日本の医学生は東京・大阪・大分、それぞれの会場に集まります。わずか2時間の鑑別診断ではありますが、効果は絶大。例えば韓国の医学生と友人になれば、東洋医学の永遠の家庭教師を得たような効果も期待できます。回を増すごとに進化を続ける西洋医学生VS東洋医学生の遠隔鑑別診断に興味をお持ちの方はぜひご参加ください。

【開催概要】

日時:2018年11月17日(土)18:00~20:00
場所:ソウル(慶熙大学)、東京(YMS/代々木メディカル進学舎)、大阪(関西医科大学)、大分(大分大学)

対象:鑑別診断に興味があり、ディスカッションに参加できる方

定員:各会場3名まで(先着順) *見学はどなたでも可能。ただし各会場スペースに応じた人数

とさせていただきます。

参加費:無料

主催:NPO法人KnotAsia

共催:慶熙大学韓医学部

申込方法:

KnotAsia.musubi@gmail.com宛に、[件名] 遠隔鑑別診断、[本文] 1.氏名(ふりがな)、2.性別、3.学校名・学年、4.連絡の取れる電話番号を記入して送信してください。



統合医学概論
慶熙大学韓医学部
大学院教材



医学生の交流ひろば

医学生同士の交流のための情報を掲載していきます。

Group

ザンビア・ブリッジプロジェクト ～9,500人を救う診療所をザンビアに～ ザンビア・ブリッジ企画

IFMSA-Japan (国際医学生連盟 日本) に所属する Africa Village Project が 2017 年 4 月より取り組んでいるザンビア・ブリッジ企画。ザンビア共和国のマケニ村に診療所を建設するために、斬新な方法で挑戦を続けています。

マケニ村には診療所はありません。大きなお腹を抱えた妊婦さんは安全な出産を求めて「最寄り」の診療所まで4時間の距離を歩き、やけどを負った村人は布切れで患部を覆い痛々しい状態で治療を待っています。マラリアのように適切な処置によって治るような病気にも多くの人がもがき苦しんでいたのです。

同じ人間なのにどうして私たちとはこんなに違うのだろう。今の私たちに何かできるんじゃないか。そう思い、診療所の建設支援を決めました。これまで何の経験もない学生が、どうやって建設に必要な資金を集めていくのか。唯一のアイデアは、「ザンビアの良さを発信していく」ということでした。当初、たった数人だったメンバーは会う人会う人にこの想いを伝えていきました。これが奇跡のような出会いの数々を起こしていきます。

日本国内でザンビアの文化を様々な方法で発信している方とお会いし、彼の考えたザンビア風お好み焼きのレシピを頂き、そのお好み焼きを販売することにしました。やる事が決まってからは、ひたすら駆け抜けました。資格のない学生による飲食店出店のハードルは高かったのですが、想

いに共感してくれた方のご厚意により、なんとか秋田の小さな町で第1回出店を果たしました。その後は支援の輪が秋田から全国各地に広がり、これまでに2,000食以上のザンビア風お好み焼きを販売しました。

先日は、東北三大祭りの一つである秋田の竿灯祭りでもお好み焼き販売を行いました。

「かわいそうだから…という負の側面だけに目を向けるのではなく、この活動を通してザンビアの暮らしや文化、人々の温かさに魅力を感じてほしい。」そういった強い想いで活動してきました。

ザンビアの魅力は非常に多くの方々に届き、これまで活動の軸にしてきた“食”を超え、アフリカ人留学生とのコンサート企画やザンビアの布を使った手芸品作りなど幅広く取り組んでいます。これまでに集めた資金で、診療所で働く医療従事者のためのスタッフハウスの建設がスタートしています。

また、ザンビア・ブリッジ企画ではクラウドファンディングにも挑戦し、157名の支援者の方から168万3千円のご支援を頂きました。

今後の予定としては、10月13日の「スーリールファム秋フェス」と、11月11日「子育てメッセ」にてザンビアのチテンゲ雑貨販売を行う予定です。

現地の方とより密に連携を取りながら、持続可能性を意識した支援を続けたいです。そして、いつかこの診療所で日本の医療関係者が研修できるようにすることも夢見ています。

「学生中心で診療所建設に挑戦しています!」

ザンビア・ブリッジ企画は、全国各地の医療系学生を中心としたメンバーで診療所建設に取り組んでいます。私たちが目指している支援の形は、ザンビアの良さをザンビア風お好み焼き、アフリカ音楽ライブ、写真展などを通じて日本人に伝え、診療所を建設することです。現地の方とのやりとり、日本で支援をお願いするにあたっては、想像していたよりも多くの困難に直面しました。ですが、たくさんのかげがえのない出会いや様々な方々のご協力、ご支援により少しずつ建設が前に進んでいます。今年度は都内でイベントを開催し、クラウドファンディングにも挑戦するなど活動の幅がより広がりました。私たちの目標は、2020年までに必要な施設の建設が完了し診療所の運営が開始されることです。今後も一層精進して実現できるように活動していきます。私たちの活動に興味がある方は、ぜひ一度ご連絡をください。

ホームページ:

<https://zambiabridge2017.wixsite.com/zambiabridge-avp>

クラウドファンディングページ:

<https://readyfor.jp/projects/zambiabridge>

メールアドレス: zambiabridge2017@gmail.com



Q ドクターゼのバックナンバーを読みたい!

A ドクターゼのバックナンバーは、すべてドクターゼWEB上で公開されています。また、日本医師会の電子書籍サービス「日医Lib」でもバックナンバーをご覧いただけますので、ぜひご覧ください。

【ドクターゼ】

WEB: <http://www.med.or.jp/doctor-ase/backnumber.html>

【日医Lib】

WEB: <http://jmalib.med.or.jp/>



【ドクターゼ】



【日医Lib】

DOCTOR-ASE

よくあるご質問



Report

Team Medics Summer conference 2018 開催報告 Team Medics

Team Medicsは8月11～12日にかけて、SOLA Summer Conference 2018「理想の国際医療とは」を開催いたしました。

1日目は「国際大会と医療」をテーマに、医療・行政・通訳の立場から講師をお招きしご講演をいただき、2020年の東京オリンピック・パラリンピックに向けた取り組み、そして課題が残る現状について学ぶことができました。また2日目は「世界における臨床のリアル」をテーマに、海外で臨床経験のある方々や医学英語教育に関わっている方々をお招きし、参加者の質問をベースとした少人数制のセッションを開催しました。さらに2日間にわたりグループワークを実施し、5人程のチームで「国際大会における理想の医療システム」をテーマに、今の日本における課題分析と、その課題を解決できるようなアイデア出しを経て、最後にグループ間でのプレゼンテーショ

ンと質疑応答を行いました。

SOLAとはSchool Of Liberal Artsの略で、Team Medicsが3月から始めた新たなプログラムです。私たちは、医療系学生には「多様な価値観に触れる機会」「自ら考え、発信する機会」が必要だと考え、そういった「大学では経験できない多様な学び」の場としてSOLAを創設し、「医療×○○」という新たな可能性を模索してきました。今回のSOLA Summer Conference 2018も、参加者や講師の方々の交流や、正解のない問題に対して自分たちでどのように考えどのように他者に伝えられるか、といった点を意識した“Active”なイベントとなるよう企画いたしました。イベント当日は医学生だけでなく他の学部・学科の学生や社会人の方々にもご参加いただき、また皆様に非常に積極的にプログラムに取り組んでいただいたことで、とても有意義な2日間となりました。

Team Medicsは9月から引き続き月1回の勉強会、そして不定期ではありますがSOLAを開催してまいりますので、皆様のご参加を心よりお待ちしております。

最後になりますが、ご登壇いただいた先生方、企画段階から親身にご協力いただいたJIGHの皆様、ご顕彰および助成金をご提供いただいた東京都医師会の皆様など、今回のイベントは数多くの方々のご協力により開催することができました。このたびは誠にありがとうございました。



Report

～明日の医療を考える～ 日韓医学生交流プログラム in 大阪 若手開業医の会 (Young General Practitioner Association, YGPA)

2018年8月16～18日に、日韓の医学生と医師の交流を目的としたスタディツアーが開催されました。第2回となる今年は大阪で総勢約60名が集まりました。今回は「今日の小さな一歩が、明日の大きな飛躍につながる」という意味を込めて、“One small step, one giant leap”がメインテーマでした。

1日目は開会式が行われた後、水田隆俊先生(水田クリニック 院長)をお招きし、“20-year Commitment to Help Patients Stop Smoking”というテーマで講義をしていただきました。タバコの様々な問題を詳しく学び、講義後には学生たちでタバコに関するポスターを作り、発表しました。夕方からは、皆で大阪を観光しながら交流を深める時間をもちました。

2日目の午前、大阪府立体育会館にてスポーツ企画が行われました。スポーツによってより親睦を深めるとともに、健康における運動の意義についても考える時間になりました。午後は、垣渕洋一先生(成増厚生病院 東京アルコール医療総合センター センター長)をお招きし、“Stand Up Against Alcohol-Related Problems”というテーマで講義をしていただきました。アルコール依存症についての医学的な内容に加えて、人が依存症にどのように陥るのか、また医療者はこの問題にどのように向き合っていくのかなどを、実際の現場でのエピソード、先生の経験を交えながら学ばせていただきました。その後は、日韓の医学生が一人ずつ事前に準備したプレゼンを発表しました。そして、YGPAの医師たちから医

生学生たちへのメッセージをお聞きしました。医師がどのような信念を持ち働かれているのかを教えてください。貴重な時間でした。

3日目は、医学部の最新のニュースもふまえて医療の世界での問題についてのディスカッションをしました。そして、このツアーで学んだこと、感じたことを医学生一人ひとりが発表し、“One small step, one giant leap”というテーマのなかで得たものを互いに共有しました。

最後にFarewell Partyを執り行い、盛況のうちに3日間が締めくくられました。



「医学生の交流ひろば」に
イベント情報・団体紹介を載せたい!



「医学生の交流ひろば」では、医学生による様々な活動の紹介を行っています。掲載をご希望の方は、ドクターゼWEBのフォームもしくは下記のメールアドレスまでご応募ください。

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

Mail: edit@doctor-ase.med.or.jp



ドクターゼの企画に参加してみたい!



ドクターゼでは、「同世代のリアリティー」「医師への軌跡」「FACE to FACE」などの医学生が登場する企画に参加していただける医学生を募集しています。

興味のある方は、お名前・大学名・学年・参加希望の企画を添えて、下記のメールアドレスまでご連絡ください。

Mail: edit@doctor-ase.med.or.jp

FACE to FACE

No. 20

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

山田（以下、山）：僕たちは互いに知り合いではあったけれど、面と向かってしっかり話すのは初めてですよ。長嶋くんは先日まで、ケニアで臨床実習をしていたと聞いています。

長嶋（以下、長）：はい。外部実習に応募して、ケニアの公立病院に行っていました。医療以前にインフラが成り立っておらず、清潔な水もトイレもない、大変過酷な環境でした。

山：ベースとなっている衛生状態を改善しなければ、医師がどんなに頑張っても治療してもどうにもならないですよ。

長：そう思います。発展途上国のインフラ問題が一気に解決することはあり得ないので、長いスパンで考えていかなければなりません。しかしその変化を待つ間にも、誰かが患者さんを治療し続ける必要があります。目の前のニーズを満たすために臨床医が必要とされているのを痛

感した一方で、自分にできることの限界も感じました。そういう現実には直面するなかで、臨床医以外の働き方の可能性も見えてきたように感じます。山田くんは将来どんな働き方をしたいですか？

山：僕は、これからの医療者が目指すべき形は、市民に近い場所で、医療というよりヘルスケアという観点から価値を提供することではないかと思っています。というのも、現在日本においては糖尿病や生活習慣病、認知症など、病院の中だけではなく、その人の生活まで見なければ解決できない問題が増えていくからです。また、なかなか病院に来ないような人々の健康を守るためにも、医師や厚生労働省からの指導といったトップダウン型ではなく、地域住民によるボトムアップ型の医療が、これからますます求められると思います。そこで僕たち、nochi学

生プロジェクトでは、地域コミュニティの中にヘルスケアリーダーを一人置いて、周りを巻き込みながら行う医療を提唱しています。

長：そういう医療なら、住民のネットワークが強い地域の方がやりやすいかもしれないですね。

山：はい。そして、例えばAEDをタブレットと連動させ、心停止の方により素早く届けるシステムを作るなど、テクノロジを医療に応用し、地域社会に根付かせることが、今後ますます重要になってくると思います。また医師には、地域住民を説得し、アイデアを実行に移していく能力も必要になるでしょう。

長：興味深いですね。僕は高知での病院実習を通して、地域の様々な課題を見ています。少子高齢化が進化する高知にいて、東京や大阪の未来を一足先に体感しているような気分になります。また、昨年スタンフォード

大学のヘルスハッカソンに参加し、未来のヘルスケアテクノロジーを創造する現場を経験しました。このように、未来の医療の課題と解決策の双方に、学生のうちに触れる機会を持てたことは、将来の糧になる気がします。高知・シリコンバレー・アフリカという極端に異なる環境に飛び込んできた医学生は僕だけだと勝手に自負しています。

山：僕たちは団体や活動内容は違うけれど、現場の課題を解決することが大事だと思っているところは一緒ですね。僕は、課題解決に忠実でいたい。手段を問わず、課題に対して真摯に向き合っていくことが重要じゃないかと思っています。

長：僕と山田くんに通しているのは、臨床を基盤にしながら、現場の課題に価値があると信じる姿勢なのかもしれませんね。山：そうですね。現場に出て臨床研修をするのが楽しみです。

山田 達也

長嶋 友希



profile

長嶋 友希
(高知大学5年)

筑波大学体育専門学群を卒業後、ガーナのNGOに勤務し、高知大学に編入学。昨年スタンフォード大学ヘルスハッカソンhealth++ (P43参照)に参加。現在health++日本支部のリーダーとして運営に従事する。今夏にはケニアで臨床実習に参加。

profile

山田 達也
(大阪大学4年)

1995年生まれ。大学2年の時にinochi学生プロジェクトに参加。関西の中高生・高専生、そして全国の大学生と「認知症の社会課題の解決」に取り組むプロジェクトのリーダーを経て、現在はinochi学生プロジェクト2018 (P42参照)の代表を務める。

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 (2019年1月25日発行) の特集テーマは「『食べる』ということ」の予定です!