

会員のば

東日本大震災の 「当院こころのケアチーム」の 活動を通して感じたこと

旭川市医師会
旭川圭泉会病院

一ノ橋 英孝

われわれは、4月、5月、9月と3回、岩手県の山田町で「こころのケアチーム」として活動した。4月の活動内容については、医師会報に掲載させていただいた。5月については4月同様、各避難所でのミニレクチャーと支援者の支援（役場の方を主に、医師、一部臨床心理士が一人ずつ面談した）、アウトリーチによる啓発活動を行い、9月は山田町からの依頼で仮設住宅を回り、うつのスクリーニングとミニレクチャー、被災者の診察を行った。字数制限のため、9月の活動の一部とPTSDについて簡単に述べる。

9月の主な活動のひとつが、仮設住宅を回り「うつ」のスクリーニングを行うことであった。スクリーニングにはSQDという評価尺度が用いられたが、これは「うつ」と同時にPTSDを評価する項目が入っているため、被災者に質問するだけで涙を流されたり、あるいは震災にまつわるさまざまなことに触れたくないせいか、明らかにこころの問題を抱えていそうな人が「なんでもありません」と心を閉ざしてしまうこともあった。

一般的に、自然災害でのPTSDは、被災者の約10%に発生すると言われている。安克昌の著書では、阪神淡路大震災の際、神戸の仮設住宅では約50%の人がPTSDであったと記載されているが、震災後どの時点でのものかは、それには記載されていない。また、加藤寛は、同震災で、3年後に仮設住宅の817人を対象とした自己記入式調査では、約30%がPTSDと診断されたと報告している。

PTSDと診断されても、長期化する人は10%、部分PTSDを含めても20%前後、災害発生後数年で改善する人が多いと言われているが、今回の震災も同様なのだろうか。筆者は、被災者や支援者と接する中で、PTSDは10%よりも確実に多いと感じている。完全にPTSDの診断基準を満たさなくても、PTSDに準じた経過観察が必要な人はさらに多いと考える。震災を体験していないわれわれには、地震や津波、火

災、それらにより引き起こされた出来事は、想像を絶するものであろうし、それだけに被災者や支援者のこころの問題は深刻であると考える。PTSDやうつに限らず、不眠や不安ほか、こころの問題については、長期的なケアや経過観察が必要である。

最後に、被災された方には心よりお見舞い申し上げます。支援されている方には心より敬意を表します。そして、被災地が一日でも早く復興し、皆さんが早く笑顔になれるよう、心よりお祈りいたします。

アイデア閃くところ、とき

札幌医科大学医師会

浦澤 正三

普段意識にのぼることのなかったことを、ある時ふと思いつくことがある。といっても近頃は、し忘れていた雑事などの「思い出し」が大部分であるが、日々研究に明け暮れていた若い頃は、自分にとってもっと重要な「思いつき」が多かったように思う。中国では文章を練るのにいい場所として「三上」、すなわち馬上、枕上、廁上があるといわれていると新聞コラム欄で読んだことがある。実験機に向かって計画立案するのは当然として、ふと浮かぶアイデアは私の場合もこれに似て、多くは「廁上と枕上」であった。

廁はこの種の「アイデアの殿堂」であった。それも勤務先の大学の、しかも研究に明け暮れていた実験室近く、人の出入りの少ないトイレが最も効率的かつ生産性の高い場であった。その内容は、忘れていたことの思い出しもあったが、チョットした実験上の工夫、準備中の実験に必須であるのに欠けていたコントロール実験、今迄考え付かなかった研究方法上のアイデアであったりもした。

結婚前の26、7歳の頃、研究を共にしていたKTさん（現在の妻）が正月休みで暮れも押し詰まった28日頃に、東京郊外の実家に帰省することになった。札幌駅で彼女を見送っての帰り、用を足したくなかったが我慢してまだ仕事を残していた大学へ取って返し、研究室近くのいつものトイレに飛び込んだ。古い日本式トイレにまたがり用を足し、やれやれとホッと一息ついた瞬間、“ひらめいた”。今その内容の詳細は思い出せないが、当時ポリオと他の腸内ウイルス間の干渉についての学位論文を執筆中で、最後のインビトロ実験の方法に苦慮していた頃なので、その隘路を切り開くアイデアであったと思う。この時はわれながら、かなり独創性の高い部類のもので、トイレの中でヤッターッと小躍りする気分だったこ

とを覚えている。と同時に、相手を気遣う心理状態ではよいアイデアは生まれにくいことを痛感した体験でもあった。

その後も、ポリオウイルスの抗原構造の研究に没頭していた30歳代前半の助教時代までは、あまり居心地がよいとはいえない大学のトイレが、玉石混交ではあったが、さまざまな研究上のアイデアやブレークスルーを生む豊かな泉であった。対して、ゆったり気分の自宅の廁上でもそれなりの収穫はあったものの、これぞという上質のものに巡り合った記憶がない。

さらに不思議なのは、思い出すのは天からこつぜんアイデアが降ってきた時の感激だけで、それがどんな内容であったか今ではほとんど記憶していないことである。思うに、アイデアの多くはその時々に行進中の実験研究と密接に関係しており、すぐさま実験計画に組み込まれ実行に移されたため、今となっては個別にとり出して思い出せないということかもしれない。

枕上、すなわち寢床は廁に次ぐひらめきの場である。私は若い頃から、寢床に入っても暗闇の中で5~10分間寢付けずに過ごすことが多かった。このような折に、何とはなしに多忙に過ごしたその日の実験研究のことが思い浮かび、日中の多忙に紛れて浮かばなかったアイデアをヒョイと思いついたりする。時には寢入りばなの、うとうと状態の中でハッと思い付き目覚めることもあった。真夜中の暗闇と静寂は、研究論文の構成と考察の論点整理を行ったり、仮説を着想しその証明の研究方法を考えたりなど、論理的思考には最適の環境であった。時には、ひらめくどころか考え込んでしまい寢付かれなくなることもあったが…。このようなわけで、思いついたことをメモするために、いつの頃からか枕元に筆記用具を置いて寝ることが習慣となった。

北大教養時代の化学の講義で、19世紀のドイツの化学者ケキュレは、ベンゼン (C₆H₆) の諸性質を説明するのにふさわしい構造を日夜考えあぐねていた頃、蛇が自分の尾を噛んで輪状になっている夢を見てハッと目が覚め、ベンゼン環の分子構造 (亀の甲) の発見に至ったと聞いたことがあるが、これも枕上の部類に入るだろう。

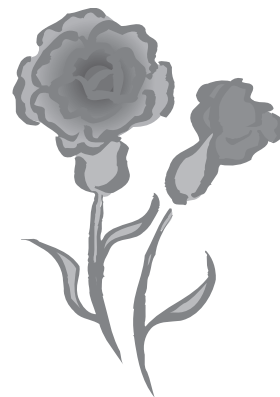
アイデアの出現には、廁、寢室などの場所に加えて、時 (またはその時の状況) も関係がありそうである。講師になって講義を担当するようになり、休暇前の学生への最後の講義を終えてトイレに入った時など、日常生活が講義から実験研究モードへと大きく切り替わった際に研究上のアイデアが浮かんだこともある。

こうして見ると、思いつきは「忙中の閑」といった状況下に生まれるのではないかと考えられる。パスツールは、幸運な大発見は「準備された心」にやってくる、といている。特定のことを常々考え、

意識を集中している心の状態にあることが大発見の前提条件だということだろう。一方で、人間は日々無数の思い (聞き、見、想う) を抱くが、その98%は嫌でも過去の記憶 (覚えこんだ概念、意味づけや価値づけ) に自動的に関連付けられてしまうものだ、ということも古藤は述べている (古藤哲明著 瞬間を生きる哲学 筑摩選書)。この意味では、創造的な「ひらめき」が舞い降りるには、一時的にせよ日常性を脱却したリラックス状態にあることが必要、といえるのではないか。すなわち、ひらめきは、持続的に一つのことに専心する中で、多忙な日常から離れポッカリ空いた時空 (廁上、枕上) において生まれるといえようか。

当然、これに関連して年齢も「ひらめき」の大きな要因になるはずである。若さは対象への強い感受性、集中力、好奇心、問題意識を生み、結果として「準備する心」を用意する。ノーベル賞級の研究の主要部分は多くは20~30歳代の仕事といわれる。自分の研究をこれに比べるのはおこがましいが、振り返って自らが独創性が高かったと評価している研究も20代から36、7歳までになされたものである。教授に就任し研究現場から遠ざかった40代以降は、若い研究者にこのようなまたとない研究の醍醐味を味わってもらうことを願っていた。

研究環境から去って10余年の年月が過ぎた。近頃は時折ヒョイと出てくるものにも「思いつき」はほとんどなく (研究以外のことで稀にはあるが)、忘れていたことを「思い出す」ことが増えるばかりである。大学も自宅もトイレは座り心地のよい洋式便座となり、自宅トイレの棚には漫画や面白辞典などが並び、「忙中の閑」ならぬ「常時閑」を楽しむくつろぎの場となった。枕元に睡眠剤代わりの3、4冊の読み掛けの本と共に置かれた白紙も、今では思いつきではなく、もっぱら思い出したことを忘れぬよう書き留めるためのメモ用紙となっている。



大学時代の思い出

札幌市医師会
西家内科

西家 極仙

はじめまして、札幌市医師会の西家極仙です。この春、医師となって13年目の春を迎えました。私は道外の大学を卒業し、札幌医科大学内科学第四講座に入局、附属病院や関連病院などで研修を受け、現在は、父が30年あまり前に開設した小さな有床診療所で勤務しています。いまだに慣れないことが多く、手探りしながらの毎日でございますが、一日でも早く地域の皆様のお役に立てるようになりたいと思っておりますので、今後とも何とぞよろしくお願い申し上げます。

私は、小学校から大学の4年生ぐらいまで、冬は、ほぼ毎週のようにスキーに出かけておりました。ただ、これも最初の内は、好んでやっていた、という訳ではなく、むしろやらされていた、と言ったほうがいような感じでございます。以前親に、その理由を聞いたことがあります。そうしますと、親は、北海道で生活しているのだから、スキーぐらいできなかったら困る、とのことございました。まあそのおかげで、学校の体育の授業では、ほかの競技は散々な成績でありましたが、スキーだけはいつもいい成績をいただいております。今は親に感謝しております。

大学4年生の時、それも5年生への進級がかかった学年末試験の数週間前に、スキーで怪我をしてしまい、なんと、手術まで受けることになってしまいました。普段から勉強をしていれば良かったのですが、あの時は直前に徹夜をしながら試験に臨んでいることが多かったので、試験の準備はほとんどしていませんでした。当然、本試験には間に合わず、追試験を受けなければいけない状況でした。そんな時、私を励ましてくれたのは、当時100人あまりいた同期の皆でした。

大学卒業後、私のように出身地へと戻った者、そのまま大学に残った者、他大学へ移った者、皆それぞれ、自分の思う道を歩み出しました。あの時の試験だけでなく、臨床実習の時、そして、国家試験の時、皆で互いに励まし合えたからこそ、乗り越えられたような気がします。

今ここで、お礼を言います。あの時は本当にありがとう、と。

帰宅ウォーキング

札幌市医師会
手稲溪仁会病院

浅野 嘉一

東日本大震災直後の帰宅難民の映像を見て、いざという時に自分も実行可能か確かめてみたくなり、昨春の職場の歓送迎会の帰りに酔い覚ましも兼ねて、終電が出た後の手稲から自宅のある琴似まで実際に歩いて帰ってみた。JRの営業距離で手稲・琴似間は6.8km、線路に並走するまっすぐな夜道をオヤジ狩りに遭わないかちょっぴりびくびくしながら、1時間10分少々かかって無事帰り着いた。やってみると意外と大したことでもなかったもので、それからは日頃の運動不足の解消も兼ねて、時間が許す範囲で帰宅ウォーキングを始めてみた。

元々スポーツの類いは概して苦手で、これまでジョギングしたりジムで汗を流したりというのは性に合わない決め付けて取り組んだこともなかったのだが、このウォーキングという運動様式は自分と波長が合ったらしく、適度の疲労の中にも爽快感を見いだすことができた。途中に稲積公園（手稲から1.3km）・発寒（同3.5km）・発寒中央（同5.3km）と程よい間隔で駅があり、時間に余裕がない時はそこで打ち切って電車帰宅に鞍替えできる気軽さにも支えられて、回数はさほどにもならなかったが、沿道の季節の移ろいを肌で感じ取りながら雪が降る11月末頃まで思いのほか地道に継続できた。

歩いて帰ってきた後のビールと晩飯が格別においしいのは自分への何よりのご褒美だったが、日頃患者さん相手に「有酸素運動を1日30分以上、週3日以上」などと指導していることが、実際にやってみると時間の工面だけでも口で言うほど簡単ではないと身をもって理解できたことなども収穫だった。一方で秋の職員検診に向けて9～10月あたりは短期集中で取り組んだにもかかわらず、残念ながら腹囲に対してはその順調な「成長」に歯止めをかけることはできなかった。

あと嬉しいことに、私が始めたささやかな健康増進への取り組みに妻と小学2年の娘も少し理解と共感を示してくれるようになり、家族ぐるみでJR北海道主催の「ヘルシーウォーキング」なる健康増進イベントにも2回ほど一緒に参加してくれるようになった。冬の間は遭難や事故の危険から帰宅ウォーキングは一時休止としていたが、今年も雪解けを待ってまた歩くことにしよう。

自己紹介

旭川市医師会
サンビレッジクリニック

古川 倫也

せっかくの機会をいただきましたので、自己紹介させていただきます。

私は現在、旭川市のクリニックで勤務医として勤務しております。主な仕事は訪問診療、外来になります。また、週に半日は緩和ケアチームの非常勤スタッフとして、総合病院へ出張しております。ここ旭川では在宅医療を担う医療機関も少なく、依頼があれば市内全域から隣接町村まで訪問診療に伺っております。

私と訪問診療の出合いは、医学生時代にある医療機関の見学研修に参加した際に、自宅への往診に行く医師に同行したときになります。私にはその姿が、家族同然に患者を見守る理想の医療に見えました。

その後、そのような医師を目指したいと研修先を選んだのが、北海道家庭医療学センターであり、当時は4年間のプログラムで道内の地域や沖縄の家庭医療診療所、岐阜の山村のへき地診療所などの研修で、小児から終末期まで幅広く診る家庭医としての知識、技能、態度を学びました。卒業後は、研修中に出合った現在のクリニックへ受け入れていただきました。途中、家庭の事情で三重県の精神科病院に3年超勤務し、学生時代に興味があった精神科医療に携わる機会もありましたが、やはり訪問診療が好きで、現在のクリニックに戻って参りました。

訪問診療では、寝たきり高齢者、癌終末期医療が多く、お看取りをする機会も多くあり、常に死を意識させられる立場にいるものとして、自らの人生も一瞬もおろそかにできないと思い、一期一会の信条で日々の勤務や生活を送っております。

私生活では、5歳と2歳の2児の父親として子育ての真っ最中で、毎日の弁当作りや本の読み聞かせなど、子ども達の心身の成長にできるだけかかわれるように努力しているところで、その分仕事の付き合いや残業などは、なるべく遠慮させていただいております。

中高生の頃から、将来は森の中に家を建て、森の手入れをしながら田舎暮らしをするのが夢でしたが、もうすぐその夢も叶いそうです。

他愛もない文章でしたが、お付き合いいただきありがとうございました。

なやみ

旭川市医師会
豊岡中央病院

浜口 英寿

卒後21年の整形外科医です。当院は常勤整形外科医が6人おりますが、「個人商店の集まり」でそれぞれが専門分野を担当しており、私は膝を一人で担当しております。外来から入院、手術、術後管理、回診、退院、術後フォローとすべて一人です。年間150件の膝の人工関節と、その他100件ほどの手術を執刀しています。当院の専門性を頼って患者さんが来院されますので、自然と手術適応の方の絶対数が多くなります。頑張っってやりくりしていますが、現在の私の手術待ち期間は半年以上です。

人工関節執刀医の仕事は、手術適応の患者さんを手術まで計画性を持って準備していくことと、手術をしっかりと行うことが9割と思っています。ですから入院後2～3日までで私の任務は終了します。その後の1ヵ月間の入院は異常が起きていないか注意をしているだけで、ナースや理学療法士さんたちの活躍を応援することが私の仕事となります。

何事もそうだと思いますが、手術の成否は入院前に決まります。見落としや手違いがあってはいけませんので外来には大変気を使いますし、時間と体力も使います。流してこなせるような患者さんはあまりおられません。

集中力や体力をそのような患者さんに回すために、投薬や関節注射で維持できる患者さんは私が信頼するクリニックにご紹介させていただくことがあります。ご紹介するときは、患者さんにも紹介先のクリニックの先生（多くは先輩）にも「申し訳ありません」という気持ちでお話しを切り出したり、紹介状を書いたりしています。心が痛みます。楽をしようという訳ではありませんし、偉そうに患者さんを押しつけているつもりもないのですが、病院を変えられる患者さんのストレスや一方的に引き受けを依頼される先生のストレスを想像してしまいます。どこも医師不足で大変なときに、「患者さんが増えてよかった」と単純に喜び医師はいないでしょう。手術待機期間の関節注射や処方の継続を、遠くの地元の先生にお願いすることもあります。

手術を決意する（させる）だけでも大変だった患者さん（医師）を長期間お待たせしてしまうことにも申し訳なさを感じます。こちらで診ていくのも申し訳なく思い、他院で診ていただくのも申し訳なく思い、どう割り切ったら良いのか悩み続けながら仕事をしています。皆さん、本当にすみません。

ウーマノミクス (Womanomics)

札幌市医師会

門脇 純一

上記のことは、人によっては目・耳に新しいものなのかもしれない。最近、特に注目されている女性の社会進出、経済力を指していることはすぐに分かるが、この合成語、辞書にも見当たらないことから、一般用語の地位を獲得してないと思われる。

有能な女性が社会で力を発揮し経済力を高めることを狙った動き、と理解したい。女性の社会における能力発揮の必要性は以前から認められていたものの、実際に表面化して法制化までされてきたのは、ごく最近のことのようである。

最初に目、耳にした法案はノルウェーからのもので、女性役員が全役員の40%とする法案が2002年に可決され、しかも移行期間は1年という短期間のものである。現在、役員女性の率は驚くことに46%という。ちなみに、この国の女性の大学進学率は60%と記されている。

このようなことがフランスでも起こって、2015年以降、役員女性の率を50%とすることが制度化され、スペインも同様な法案が通ったそうである。今後はEU諸国もこのような方向に動くだろうと、予測されている。

わが国の男女雇用機会均等法は、1986年施行され、その後修正、補正はされているものの、その実情はというと、能力発揮の姿からは縁遠い存在としかいえない。それには、多くの困難な問題が介在しているからである。しかしこの問題のいくつかは解決してゆかねば、この少子高齢化の壁は厚く経済力低下を回避することは容易でない。

ジャパン・アズ・ナンバーワン（エズラ・ヴォーゲン、1979）が著せられて、有頂天になっている暇もないといえるくらい、短期間に猛スピードで日本の少子高齢化は進行し、上記の難所に遭遇している。このような難所を海外のエコノミストはジャパン・シンドロームと称して、調査員を日本に派遣している姿が最近テレビでよく見られるようになり、ふと他人事でないことを知らされている。

高かった経済力は生産年齢人口の減少に伴って、労働者の生産性の低下が予想されるからである。ある著者によると、2050年までの日本の生産者人口は5,200万までに落ち込むと予想されている。この縮小していく労働力を、どのようにかして活性化しない限り、明るい未来の保証はない。

女性には男性と異なる生活軌道がある。このことを、生産年齢と合わせてみると、M字型になると述

べている人がいる。すなわち、この字の中央の凹みは、生活環境中の女性特有の妊娠、出産、育児などによる労働が不可能か、抑制を受ける時期にあたる。この時期にどのような対応をするかが、国によって大きな差となって現れてくる。

有能なわが国の女性の世界における評価は非常に高い（クローズアップ現代、Wisdom NHK TV）。このことを、活性化しないことは残念なことで、男性も一肌脱いで協力すべき時期でもある。すでに、この好機に動き出した女性のグループもある。ゼネラルモーターズの取締役の4人は女性だという。日本でも、キリンビール、日産自動車、資生堂、川上産業、大和証券などで、活躍されている女性が現れてきている。

熟成期を目標に、改めて生活の質、労働の質と時間に対する工夫、幸福などを考えてみる曲がり角でもありそうだ。自信をもって、真剣に考えてみる価値がある。

「地域医療」の研修期間延長を — 地域医療再生の切り札 —

余市医師会

北海道社会事業協会余市病院

吉田 秀明

わが国の非都市部では地域医療の危機は明らかです。北海道でも数年前に、江別や北見でベッド数300床以上の地域基幹病院が、医師不足から診療の制限、とくに救急体制の大幅な縮小を余儀なくされたことは衝撃的な出来事でした。生活圏における医療の衰退は、つまりその地域の社会インフラの崩壊を意味するため、じつは地域社会そのものが危機に瀕していると認識されます。

さて、北海道における地方への医師派遣役についてですが、これまで誰も行きたがらないような病院や診療所に医師を派遣してきたのは、いわゆる大学医局でした。しかし、新医師臨床研修制度が施行されてからは、新卒の医師は市中病院に相当数が流れるようになり、大学の新入局者が激減したため、次々と地方から医師が引き揚げられる状況に陥っています。

いずれ医師数自体が充足して、地方にも医師がまわるようになって考えている方もおられるようですが、当院で研修された80名超の研修医のうち、総合医や家庭医を目指す方々のインタビューでも、勤務地は都市のイメージしかありませんでした。医師の勤務先を強制できる法はありませんので、今後も地方の医師不足が劇的に回復する見込みはありません。

そこで地域医療を再生させるために、ある程度強制力のある「医師臨床研修制度」の効果的な改定を提案します。医師臨床研修制度は「専門分野に関わらず基本的な診療能力を身につけること」を主眼として、平成16年度から開始され、5年後の平成21年に見直しがなされました。それを受けて、平成22年度から必修科目は、内科（6ヵ月以上）、救急（3ヵ月以上）、地域医療・保健（2年目に1ヵ月以上）の3つに簡略化され、自由度が大幅に増えたことによってプログラムの弾力化がなされました。

さきに述べたように、余市病院は地域医療の研修協力病院として、延べ80名以上の研修医を指導してきましたが、選択された（期間の決定権は研修基幹病院にあります）研修期間の多くは1ヵ月でした。残念ながら1ヵ月間では「やっと慣れた頃に終了」で、研修医・指導医双方にとって極めて不十分な結果をもたらすものでした。一方、2ヵ月間研修を行った医師が数名いましたが、2ヵ月目には習得する知識や技術、診療の内容などにおいて飛躍的な進歩が見られました。

たとえば、過疎地でも活躍できる消化器内科医を目指していた2年目研修医は、胃内視鏡検査を大病院（500床以上）の研修21ヵ月間で25件ほど経験してきましたが、余市での1ヵ月目に18件、単独でも行えるようになった2ヵ月目には58件を経験し、ある程度の自信と今後の具体的な目標をもって戻って行きました。

また、2年目研修医に余市に来て初めて経験したことを列挙してもらおうと、外来診療、入院適否の判断、主治医（検査・治療方針の決定など）、患者・家族への説明、お看取り、一人当直（バックアップあり）など、一人前の臨床医には欠かせないことがとても多いことに驚きました。超音波検査、中心静脈ルート確保など、日常臨床でほぼ必須と思われる手技も身に付いていないのが実情でした。

つまり、都会の大病院では、見学やカンファレンスは充実していますが、責任と緊張を伴った臨床の実務はほとんど体験されておらず、本研修制度の効果は現状では不十分といえます。大多数の研修医はそれに気づき「余市に半年や1年いても損はしない、かえって臨床の実力がつく」と、地域における研修の有用性を高く評価してくれました。

こういった地域での現場における経験から、地方で数ヵ月間研修をすることによって、研修医には本制度の主目的「基本的な診療能力を身につけること」が、今まで以上確実に達成されるというメリットが生じ、同時に地域医療の現場を助けることを通して、社会の期待に大きく応えることができると確信しています。

あらためて地域医療研修期間を延長した場合に見込まれる効果は、

①研修医の基本的な診療能力が大幅に向上する。

②2ヵ月目以降は大きな戦力になり、地域医療の一翼を担う。

③上記②により（地域医療を現実に支えている）指導医の負担がある程度軽減される。

④上記②+③によって、地域医療を実践している医療者のモチベーションの維持・向上が期待される。

⑤地域医療が重視されていることが医師全員に実感される。

などが挙げられると思います。

そこで具体的に、たとえば研修期間を6ヵ月とした場合、昨年度の新規研修医数=7,900名をもとに概算すると、運用開始2年目からは、通年3,900名強の医師が地域医療の現場に投入されることとなります。

この数が十分とは言えないかもしれませんが、医師不足であえぐ地方には大きな助けとなることは間違いありません。研修施設の選定などに検証と調整が必要ではありますが、わが国を支える臨床医を育てるために、研修制度の積極的な改定・運用を強く求めたいと思います。

表 研修医の感想・意見

大規模病院での研修より有益と感じたこと

- ・初診から入院の判断、治療内容、退院の判断まで一連の診療にかかわれる
- ・一人当直（緊迫感がまったく違う）
- ・重症者の救急搬送側になる
- ・「説明と同意」を初めて経験
- ・自分で判断することが多い
- ・検査、処置に参加することが多い
- ・科にかかわらず多様な症例を経験できる
- ・単一の疾患ではなく、人を総合的に診ることができる
- ・診断書を初めて作成
- ・コメディカルとの敷居が低い
- ・訪問診療（在宅IVH、お看取りを含む）ができる
- ・都市専門病院から治療を引き継いだ症例の様子が分かる
- ・はじめて「臨床医」になったと実感できた

