

若手医師との意見交換から考える

これからの「医師の働き方」と「キャリア」

（後列左から）

百武美沙 医学教育統轄センター 助教

中道 蘭 内科学（腎臓内分泌代謝）教室 助教

津軽 開 内科学（消化器）教室 助教

（前列左から）

金子祐子 内科学（リウマチ・膠原病）教室 教授

門川俊明 医学教育統轄センター 教授

※所属・職名等は座談会実施時（2021 年 12 月時点）

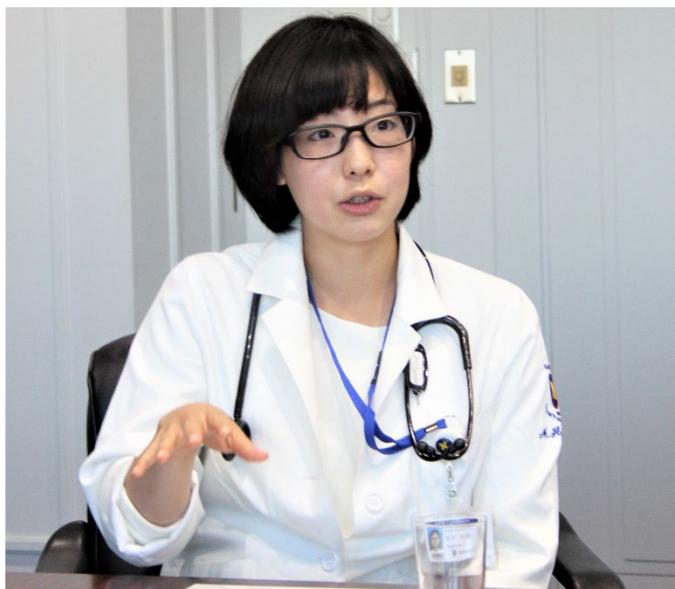


平成 16 年度から始まった医師臨床研修制度に加えて医局制度のあり方も変化するなど、医学部卒業後の医師のキャリアは以前とは同じではなくなってきています。社会全体における医療をとりまく環境も刻々と変化する中で、若手医師は従来とは異なる悩みを抱えているようです。そこで今回は、卒後 8 年目というキャリアの節目を迎えた若手医師たちに集ってもらい、キャリアや働き方について率直な意見を聞きました。ベテラン医師側には、内科学（リウマチ・膠原病）教室の金子祐子教授と医学教育統轄センターの門川俊明教授を迎え、世代や性別を超えた有意義な意見交換となりました。

卒後 8 年目の医師たちの多種多様なキャリア

門川 まずは 93 回生の皆さんがこれまでどのような進路を選んできたのか教えてください。

百武 私は同級生とは少し違う道を歩んできました。卒業後は聖路加国際病院で初期研修をし、その後すぐに渡米してニューヨークの病院で 3 年間の内科レジデンスを修了し、そのままニューヨークで、2 年間の老年内科と緩和ケアのフェローシップに進みました。2021 年 7 月に帰国して 8 月から慶應医学部の医学教育統轄センターで働いています。個人的には 3 年前に結婚、1 年半前に出産し、イヤイヤ期の子どもを育てながら日々をやりくりしています。



中道 私は都立多摩総合医療センターで研修後、1 年間の内科ローテを経て腎臓内科に進みましたが、臨床能力の伸びが頭打ちになってきたと感じ、3 年前から慶應大学の大学院生として研究に重きを置いた働き方をしています。学外で臨床を経験した上で研究をやるために母校に戻ったので、医局に入ったタイミングは遅めの 6 年目でした。私も 2 歳の子どもの育てています。



津軽 私は卒後、川崎市立川崎病院で研修を受け、そのまま総合内科医として2年間勤務しました。在宅医療にも興味があったので、途中の3カ月間は悠翔会で在宅診療医としても勤務しました。医局に入ったのは4年目のときで、内視鏡ができる消化器内科を選択。5年目で帰室してから1年間はオーベンとして病棟業務をやらせていただき、6年目からは大学院のがんプロフェッショナル養成プランの臨床腫瘍医養成コースに入りました。現在は外来病棟業務を行いつつ、臨床研究およびそれに関連する基礎研究を並行して行っています。プライベートでは、今年結婚しまして12月に挙式予定です。



門川 三人三様のキャリアですね。金子先生の卒後のキャリアはどうだったのですか。

金子 私が卒業した時期はまだ初期臨床研修制度がなかったもので、私は1年目から内科に進むと決めて2年目まで慶應病院内科全般の研修を受け、3、4年目は関連病院で働き、5年目から内科の中でリウマチ・膠原病内科に入局して現在に至ります。とにかく臨床が好きで、教授職としては珍しく大学院には進んでおらず、万年オーベンなんて呼ばれながら長い間主治医として病棟に出ていました。そして、今年4月からリウマチ・膠原病内科の教授に就任し、9月からは病院長補佐として男女共同参画と臨床研究を担当しています。

門川 金子先生は臨床研究推進センターにもいらっしゃいましたね。

金子 前身のクリニカルリサーチセンターが設立された2006年から2年ほど在籍して、臨床研究をイロハから教えていただき大変な糧になりました。門川先生は大学院に進まれたのですか？

門川 同級生には1年目から大学院という人もいましたが、自分は研究が好きかどうかもわからないので内科に進みました。でも、1年もすると研究欲が湧いてきたので腎臓内分泌代謝内科の大学院に入り、御子柴克彦先生のところまで3年間お世話になり、岡野栄之先

生などと一緒に研究をしていました。当時は基礎研究で生きていく気持ちでしたが、留学をきっかけに研究の才能のなさに気づき、帰国後は腎臓内科の臨床を8年ほど頑張っ、教育のポストを得てからはずっと教育をやっています。

留学や医局への意識とともにキャリア観も変化

門川 こうして若い世代の話を知っていると、私たちの世代とは色々と違うなと感じます。例えば、最近では医局に戻るタイミングにも違いがあり、以前なら3年目で医局に戻ってくる人が多かったですが、中道さんのようにその時期が少し遅くなっている傾向がありますね。

金子 大学病院より市中病院のほうが臨床能力を磨けるという感覚があったということでしょうか。

中道 外来の面でいえば、スタッフの先生がメインで行われる大学病院に比べれば、市中病院のほうが若いうちから自分の外来を持てる点で臨床に携わる機会が多いと感じたので、はじめはまず市中病院で臨床力を磨きたいと思っていました。

門川 一般的に市中病院のほうが扱える数が圧倒的に多いですから、臨床力ということでは有利な面もあるでしょうね。

中道 ただ、私のように初期研修からずっと同じ病院にいると慣れが出ますし、一つの病院しか知らないことも怖いと思ひました。それで新天地に移ることを考えたのですが、自分のスキルアップにつながる新しい分野として研究に従事してみたいと考え、母校である大学病院に戻ることにしたのです。

津軽 自分もずっと市中病院にいるよりは、大学病院に来て良かったと思っています。大学病院は研究と診療が密接に携わっているの、研究してきたことが臨床に結びつき、結果的に専門性が上がるきっかけにもなりました。また、今後研究をする上でのほかの施設とのつながりは大学病院やハイボリュームセンターでないと得られませんから、より大きな仕事をするきっかけになると思ひます。

門川 私たちの頃は学位を取得したら留学というパターンが一般的でしたが、留学を念頭に置いている人も少ない印象ですね。

百武 私の学年ではアメリカの医師国家試験を受けた人が10人以上いましたが、臨床で留学したのは私を含めて3人です。それでも近年では多いほうだと思ひます。

中道 学位取得後留学という道を選択せずに、ふたたび国内で臨床をメインに行う選択をする先生も増えてきているかもしれません。

金子 リウマチ・膠原病内科は30人くらいの小さな科ですが、比較的海外留学希望が多くて、現在3人海外留学中で、もうすぐ4人目が旅立とうとしています。彼らは8~10年目くらいで学位取得後にポスドクとして留学希望ですが、そうではない方も多いですね。

門川 留学については、コロナ禍とで海外に行きにくい影響もあるかもしれません。

金子 私の意見としては、3カ月くらいの短期間でもいいから海外留学はした方がいいと思っています。私自身、留学したいと思ったのが遅く、すでに様々な重要な案件を抱えていたので周りへの影響を考えて躊躇していましたが、当時の私の前任の教授の竹内勤先生がかなり強く背中を押してくれて決心して留学に行くことができました。文化の違い、言葉の違い、生活の違い、診療や研究スタイルの違い、すべての経験が自分の視野を広げてくれたと思っています。

門川 必ずしもポスドクでなくていいので、今後はサバティカル期間を利用して数カ月間海外に行く人が増えるかもしれませんね。

金子 私は留学先で臨床研究チームに入れてもらいましたが、日本だと患者さんの同意を取ってデータを集めて解析して論文を書くところまで全部医師がやらなければなりません。海外だとそれがきちんと分業化され、チームとして皆が効率よく動いていることに大きな衝撃を受けました。そのような仕組みを目の当たりにした意義はとても大きく、そういうシステムがあれば、医師も自分のやりたいことに集中できるとしています。



研究環境が変わり学位取得率も40%台まで低下

門川 もうひとつ気になっているのは、学位を取得する人が大幅に減っていること。私たちの学年は85%くらいが学位を取得しましたが、今は40%台まで落ち込んでいて、学位というものにあまり魅力を感じていないようなのです。

金子 私も大学院には進まなかったものの学位は取得したいと強く思っていたので、40%というのはかなり衝撃的な数字ですね。

百武 研究の成果の結晶・集大成として取得したり、将来のキャリアパスを考えて取得するという選択をされる人はいるかもしれませんが、学位そのものに対する夢や憧れなどはあまり無いと感じます。しかし、学位の問題以上に、臨床第一で、研究や教育にお金や時間を費やすことのできるシステムが大学に不十分なことのほうが問題だと思います。

門川 その点はその通りだと思います。私たちが若い頃も、夕方6時まで臨床をやってからやっと研究の時間なので、そこから夜中まで研究をして翌日の朝からまた臨床でした。当時は、「研究は好きでやっていることなのだから病棟業務は公平に担当」という考え方だったのです。

中道 私は子どもがいることもあって、色々やり過ぎて全てが中途半端になってしまわないように研究に割く時間を増やしていますが、同じように大学院に入って研究を行いながらも、臨床にもしっかり携わり臨床面においてもスキルアップしている先生が増えている気がしています。

津軽 自分はまさにそのような形を目指しています。

門川 昔の研究テーマはウェットな研究が中心でしたが、今はドライの研究や臨床研究という道もあるでしょうね。

津軽 確かに、自分の研究テーマであるがん領域はデータベースからの研究が多いです。私がいるのは臨床研究寄りの大学院プログラムなので、臨床に触れながら研究ができるのですが、臨床をする上で知りたいことのために大学院2年目から基礎研究もやり始めました。そのために臨床研究をやりながら、マウス実験もやりたいと思っていますところですよ。

金子 マウス実験も臨床研究もとても充実されると思いますが、一方で臨床業務にあてる時間はなくなりますね。

津軽 はい。それが今後のキャリアについてかなり大きな悩みです。

門川 その点、アメリカにはフェローの間にリサーチタームが設定されているプログラムがありますよね。

百武 プログラムによって異なりますが、私の場合は2年間のフェローのうち半年間が研究期間で、その間の臨床業務は週1の外来以外はゼロでした。そもそも基礎研究を臨床と一緒にやるということが求められていません。臨床と同時に教育や臨床研究をすることはありますが、基礎研究は専門の研究者がたくさんいるので。

津軽 MDとPh.Dが完全に分かれているということですよ。

百武 はい、Ph.Dを持つ研究者の方もたくさんいます。

門川 バイオ製剤が使われるようになってからは基礎研究と臨床研究との関わりが大きくなっていますし、データベースが充実してきてドライな研究で高い成果を出せるなど時代の変化を感じます。最近では学位志望者が減少している流れはあるとしても、慶應医学部の卒業生にどんな形であれ研究に携わる経験をして、短期間でも興味を持ったものの理解を深めてほしいと思っています。



若手に魅力ある大学病院であるための働き方改革

門川 最後には医師の働き方について。93 回生くらいまでの学年は 3 年目から 5 年目くらいで 80~85% くらいの方が戻ってきますが、下の学年ほどその割合が低くなっています。先ほど中道先生や津軽先生が話していたように大学病院だからできることを理解してくれる人ならいいのですが、そうでない若い世代には下働きばかりさせられる場所だと思われるのではないかと危惧しています。

津軽 私は臨床研究に携わるようになって日は浅いですが、医師がデータ集めから全部携わらなければいけないので、本当にやりたいことに割ける時間がなくなってしまうというジレンマが常にあります。来年出向予定の静岡がんセンターでは、細かい業務の一部は CRC（治験コーディネーター）がサポートしてくれるそうですが、そのように効率よくサポートできるシステムがあればと思っています。

金子 臨床研究に前向きに取り組んでいるチームには CRC 補助があると、医師は医師ならではの業務に注力できますね。

中道 私も妊娠中はなかなか自分の存在意義が感じられなくて悩んだことがありました。復帰後は、研究をできる機会を与えていただき、大変充実した日々をすごすことができていること、周りの先生方のご協力に大変感謝しております。

門川 一定のルールでデューティーの公平さを保とうとすることが難しくなっているのしょうね。

百武 私はアメリカで妊娠出産をしましたが、コロナ禍で仲間がどんどん倒れている中で産休をとっていたので、何もできないことに無力感を感じていました。2 カ月の産休が明けて臨床に復帰しようと思ったものの、まだ危険だから戻らないほうがいいと言われてすぐには現場に戻ることができませんでした。ただ、アメリカは分業がしっかりしているので、自宅で患者や患者家族の電話対応し現場の仲間を支えるという仕事をオファーしてもらい、大変ながら自分の存在意義を確認できました。日米ではマンパワーの違いがあるのかもしれませんが、今後一層そういった業務形態の工夫の必要があるのではないかと思います。

金子 どんな仕事でも分担して頂ける方がいるのは、現場はとても助かると思います。日本の職場のほうが、仕事が画一的になる傾向がありますね。

門川 分業されていない問題は大きくて、病棟業務もアメリカでは申し送りをした時点で引き継がれますが、日本では担当医に戻ってきてしまうことが多いですか。

金子 患者さん側からなぜ担当医が来ないのかと問われたりして、チーム当番制を敷いても結局担当医が夜間休日に登院することも少なくありません。

門川 そういった文化も含めて変わっていく必要があるのかもしれませんが、個人的には、妊娠中の女性医師には必ず定時で帰れる教育に注力してもらうのも、いいのではないかと考えています。そうして頑張ってもらう分、ほかの医師は臨床業務に注力することができますよね。

中道 妊娠出産の期間は周りの先生に迷惑をかけてしまうことが多いので、なにかしら貢献できる役割が与えられることは、大変ありがたいことですし、また、教育というのは大変やりがいのある仕事ですので、とても素晴らしい案だと思います。

百武 しかし、今の大学病院には稼ぎ頭である臨床が一番上であるというヒエラルキーがあり、研究や教育は二の次に見られているように感じます。私は教育に携わることで学生に少しでも良い影響を与えられれば素晴らしいことだと思い、医学教育を主な仕事としていますが、多くの科では教育に関わることはほぼボランティアのようなもので、採算のとれない仕組みになっているのではないのでしょうか。

金子 システムの問題はおっしゃるとおりですね。臨床は絶対に手を抜いてはいけないため、研究や教育が手を抜いていいわけではないですが、どうしても順序として手薄になりがちです。そもそも臨床、研究、教育の全部を一人の医師がやろうとするから無理があって、分業や適材適所といったことを進めていかなければ解消できません。ただ、そうした仕組みがあったとしても、キャリア選択における葛藤はどんな方にもありますね。

百武 私もキャリアについてもライフプランについても、とても悩みました。アメリカに行くときも、妊娠出産のときも、夫が同意して応援してくれなければ辞めようと思っていました。

津軽 私が来年静岡に行くときにも、結婚相手は退職して一緒に行ってもらうことになります。

中道 慶應医学部には育児支援としての医学部助教という制度があって、育休中でも図書館のジャーナルなどは全てアクセスできて、学位を取るときや専門医を取るときの研究歴として加算してもらえます。

百武 若い世代の人たちが大学に戻りやすくする方法のひとつとして、分業化を進めるのもそうですが、育児助教のような制度のことを医学生や若手医師の先生方にもしっかりとアピールし、働きやすい環境を作っていくことが大切かと思います。

門川 今の医学部1年生は女子学生が40人もいるので、彼女たちが卒業する頃には大分世界が変わるでしょうし、誰もが活躍できるような体制を整えていかなければいけませんね。

金子 今日集まってくださった若手医師の世代は、私たちの時代と違って初期研修制度に引き続き、まだ固まりきっていない専門医制度などの中で揺れ動いていると思います。その中でどうやって臨床医として経験を積みつつ研究や教育のエッセンスを加えていくか、それぞれの先生方が模索されていることがとてもよくわかりました。私たちの時代との違いなど、診療科を統括する立場としてもとても参考になりました。本当にありがとうございました。病院としての喫緊の課題は医師全体の働き方改革ですが、男女共同参画の取り組みを含めて、今後活かしていきたいと思います。

門川 こちらこそ今日は有意義な議論をありがとうございました。