組織的な若手研究者等海外派遣事業報告書

筑波大学医学専門学群医学類6年　藏田泉

訪問先：Klinik für Rheumatologie Fachkrankenhaus Vogelsang-Gommern (der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg), EULAR 2011 London

訪問期間：2011年5月2日～6月5日

研究目的：１．膠原病内科、特にリウマチ学における日独の相違の考察

２．日本の医学教育における問題点および改善方法についての考察

研究内容：

**１．膠原病内科、特にリウマチ学における日独の相違の考察**

　ドイツでは膠原病内科医が痛風や線維性筋痛症等、整形外科領域を除く全ての関節痛に対応しており、日本の膠原病内科医と比較し診療範囲が広い。最も多い疾患は関節リウマチであったが、日本人には副作用（間質性肺炎）のためほとんど使用されていないleflunomideで加療されている患者が多かった。ドイツでは肝障害等の可逆的副作用は生じるが、間質性肺炎はほとんど生じない。Leflunomideの他、MTXやアザルフィジンのdoseも多く、日本より容易にdose upを行っている印象であった。こういったDMARDSは欧米で開発されたものが多く、東洋人は過敏性が高いためと思われる。しかし、日本の膠原病診療では間質性肺炎が大きな問題となっているが、欧米では原病由来の間質性肺炎は低頻度である。このことから、薬剤に対する過敏性以外に、人種差がもたらす疾患の違いが治療における差異につながっている可能性がある。

　ドイツでは日本ほどCT、MRIが普及しておらず、診断や手技もやや異なっていた。関節評価においては関節エコーが盛んに行われていた。また、capillary microscopy（指の毛細血管を顕微鏡下で観察することで、血管の蛇行・拡張・出血像等から血管炎やその他の膠原病を診断する手技）も行われていた。どちらの手技も、病変の有無についての早期からの評価は可能であるが、疾患の進展の判断には客観性のある評価方法が確立していない点が問題であると感じたが、簡便かつ低侵襲である点に魅力を感じた。

　また、疾患特性上鬱病を合併している患者も多く、2名の臨床心理士が常駐し診療にあたっていた。同臨床心理士はスタッフカンファレンスにも出席し、精神面の変化に伴う治療法の選択などについてのディスカッションを行っていた。このように他職種混合でカンファランスを行うことは、患者を包括的にとらえる上で大変重要である。日本でも取り入れるべき診療体制である。

　最後に、ドイツの医療制度についてである。ドイツにはGeneral Practitioner（GP）という家庭医制度がある。GPが専門治療が必要であると診断してはじめて患者が専門病院に紹介されるが、緊急性が高くないと判断された場合半年ほど待つこともある（平均1～2ヵ月）。国民全体の意識として、「専門医の診察を待つことに不満がないわけではないが、医師もプライベートを充実させるべきでありある程度仕方のないことである」という認識である。日本では医療崩壊が叫ばれて久しいが、やはり国全体の意識を変えていくことも必要であると感じた。

**２．日本の医学教育における問題点および改善方法についての考察**

　ドイツでは、日本同様医学部生は高校卒業後に6年間の医学教育を受ける。しかし実際にはストレートで大学入学する学生はあまり多くない。男子学生は兵役ないしボランティア活動が最低1年間義務付けられていた（今年度より変更され、義務ではなくなった）。女子学生も別の職業についたりボランティアをした後に大学に入学することが多い。大学受験の有無が日本との差異に大きく影響しているが、医師という職業が様々な立場、考えの人間と関わっていくことを基礎としている以上、ドイツの学生の社会経験の豊富さは日本の医学生に一歩先んじている。

また、ドイツでは6年生はpractice yearと呼ばれ、1年間病院で働く。立場としては日本の初期研修医と医学生の中間にあたり、単独で診察、採血、点滴等は行えるが処方の決定やサマリの作成には携われない。基本的には医師とは別個に行動し、入院時診察や入院患者の診察、病棟でのカルテ作成などを行い、その後に医師によるチェックが行われている。少額ながらも給料が支払われる。このようなシステムは自ら考え動く能力を養う意味で大変重要であり、医学生にとって有用であると感じた。また、医学生が初期研修医の職務を一部負担するこのシステムを取り入れれば、医療者の疲弊を緩和出来るのではないだろうか。

写真：病院外観

