講座紹介　Vol.2

福島県立医科大学
神経精神医学講座

H19 年度　後期研修委員会

目次

医局紹介　・・・1

最近の丹羽先生　・・・3

1年目研修医より（勝見明彦　先生）　・・・4

先輩ドクターより（大里雅紀　先生）　・・・5

専門医の立場から（伊藤光宏　先生）　・・・7

渓流釣りをする精神科医（田子久夫　先生）　・・・9

ジアゼパム発見の歴史　・・・10
＜現在頻用されている向精神薬についてのコラムです。＞

特集：大学院のメリットって何？　・・・13

～医局紹介～

「オーソドックスかつ先進的な精神科医療・精神医学の習得と、オンリー1 研究を目指して」

1）講座名

公立大学法人福島県立医科大学
医学部　神経精神医学講座

2）医局の構成

教授名：丹羽真一、教授 1 名、
准教授 1　　名（併任准教授 1 名）、
講師 2 名、助教 5 名、診療医 5 名、
後期研修医 8 名、大学院生 5 名、
心理士 13 名・・・全体 35 名

3）医局の歴史

当講座は 1950 年の創設で、現在 57 年の歴史を有する。現在のところ同門会員数は 308 名、うち医師 223 名、心理士など 85 名である。男性 206 名、女性 102 名で、このうち他大学出身者は 128 名を数えた。現在は第 3 代教授として丹羽真一が指揮をとっている。

4）医局が目指している、目標、主な研究テーマ、臨床に対する内容など

講座の目標：福島県を精神科医療・精神医学のメッカに。
研究のスローガン「No.1 ではなく、オンリー1 の研究を」であり、常に新しい視点からテーマを模索しつつ、現在は以下のような研究に取り組んでいる。

・UBOM４/NIRS/血漿中モノアミン代謝産物濃度測定による客観的精神機能評価法の工夫、統合失調症の認知障害・生活障害治療とその基礎研究、精神疾患死後脳の分子病理・組織構築研究、感情調整薬の細胞内作用機序、てんかんの記憶障害予防、認知症の早期診断に基づく早期介入、成人 ADHD の治療研究と成人精神疾患の病因論に成人 ADHD が持つ意義の研究、障害を持った児童の療育における SST の有効性、などである。

5）後期研修として、当講座では 5 年間のプログラムを実施している

はじめの 2 年間は大学病院で研修し、3 年目で当講座と関連を持っていただいている病院にて院外研修、4 年目で大学に戻り 2 年間後輩の指導を行うことで終了するという内容である。また、この 5 年間の研修中に、日本精神神経学会の精神科専門医、厚生労働省管轄の精神保健指定医の資格取得が可能となる。また、3 年目以降はおのおの各研究グループに配属され、当講座と関連をもっていただいている病院にて院外研修している期間についても､週 1 日の研究日が確保され、大学にて研究活動を行う事が出来る。

当講座での研修の特徴を以下に挙げる。

①集中クルズス

入局後最初の 1 ヶ月間は、集中クルズスがプログラムされており、各分野の専門医による体系立てられた講義（1 日 90 分 4 コマ）が行われる。

これにより、「まずやれ」という無理やりな研修ではなく、ある程度予備知識を整理した状態で臨床研修をスタートできる。また、集中クルズス終了後も、後期研修の 2 年間は土曜セミナーという形で系統立てられた講義が継続される。これにより 2 年間の限られた期間で偏りのない膨大な知識を身につけることができる。

②教授による「脳波ゼミ」

土曜セミナーに加えて、脳波の添削セミナーも行われる。研究内容で取り上げたように、講座の方針として簡便で負担の少ない検査で臨床に役立つ客観的な情報をどれだけ多く引き出せるかを追求している。脳波検査もその中の一つにあげられる。近年画像検査の進歩によりあまり重視されなくなっている脳波検査だが、脳の機能情報を極めて多く与えてくれる。しかしその習得は平易ではなくマスターするには、「正しい判読技能をもつ専門家による手ほどき」と「数多くのトレーニング」が欠かせない。

当講座では、後期研修の最初の 2 年間、研修医が持ち回りで受け持ち患者さんの脳波を判読しレポートを作成する。それを日本臨床神経生理学会（旧脳波・筋電図学会）理事長の教授より赤ペン添削と判読のポイントが講義される。また、疾患の診断にとどまらず、「この患者さんのこの脳波所見からは、○○な性格なのではないか？」というところまで議論に及ぶ。このゼミを 2 年間継続すると、「脳波なら任せろ！」と豪語できるだけの実力を自らのものと出来る。脳波ゼミのためだけにでも、福島医大神経精神医学講座を選択する価値は十分にある研修内容である、と自負している。

③研修医として勤務しながら、大学院入学、博士号取得が可能

福島医大では、「臨床に結びつく研究を目指す」という方針のもと、研修医として病院に勤務している身分で、大学院への入学を兼ねられるという制度を発足している。まだ全国でも珍しい試みである。これにより、大学院生で研究に携わりつつ、十分な臨床経験を積み、収入面でも保障された生活を送ることができる。

6）医局行事としては、年 1 回の医局スキー旅行、中国留学生による餃子パーティ、他院との野球交流戦などを行っている。

7）入局を希望される方へのメッセージ

当講座での研修は、常に取り組むべき課題が提示され、決して楽なものとは言えない。それだけにオーソドックスかつ先進的な精神科医療・精神医学の基本を身につけたいと願う者にとっては、この上なく恵まれた環境が整えられている。是非、迷わず門を叩いてほしい。

☆最近の丹羽先生☆

福島医大病院内に
スターバックスができました！

6 月 28 日（木曜日）

夜、盛岡市にて精神科医や薬剤師さんを対象にお話しをさせて頂きました。テーマは「福島医大版服薬自己管理モジュールについて」でした。精神疾患患者さんが、自分で自分の病気を治療する主人公になることが、これからの精神科治療のあり方で重要な点なのですが、そのためには患者さんが病気のこと、薬のことを良く理解して、正しい服薬が自発的にできるようになることが大切です。これを促進するために、私たちは DVD とワークブックで学べる「SST 方式で学ぶ福島医大版服薬自己管理モジュール」を作成・販売しています。幸い、好評を得ていますので、盛岡市でもこのモジュールを紹介して活用して頂けるように話をする機会ができたわけです。

翌日は札幌にてうつ病学会があり、ランチョンセミナーで司会者をすることになっていました。盛岡での話を終えた後、夜行列車の北斗星に乗り札幌へ移動しました。福島にて夜まで会合があったりして遅くまで福島にいなければならないけれども、次の日に朝から札幌で用があるということも時々あります。そんなときに便利なのが北斗星です。遅くまで福島にいても、翌日の午前中には札幌に到着できます。これまでも何回か利用しています。

6 月 29 日（金曜日）

朝 9 時過ぎに札幌に到着。お昼にランチョンセミナーの司会をする。演者は杏林大学の田島先生。テーマは「SSRI の光と陰」。今は抗うつ薬といえば SSRI ということになっています。一方、米国などで小児に SSRI を使用すると自殺率が上がると報じられたりしています。SSRI の効果と使用上の注意事項について、面白く聞かせて頂きました。田島先生の話で記憶に残ったのは、「私たちは『じゃまいか方式』を取り入れることが必要」ということでした。「じゃー、まー、いーか」と軽く考えることも必要だということです。これを聞いてから、患者さんにも「じゃまいか方式」のことを話すようにしています。このランチョンセミナーが終わった時に、会場で「実は御願いが・・・」と話しかけてきた人が居ました。7 月 11 日-13 日に同じ札幌の会場にて日本生物学的精神医学会が開催される予定になっています。13 日のランチョンセミナーで話す予定になっていた米国の先生が急病で来られなくなったので、変わりにランチョンセミナーで話をしてほしい、という依頼でした。「じゃまいか方式」を聞いた直後であったのがいけなかったのでしょうか。困ったその人の顔を見ている内に、「じゃ、やりましょうか」と答えてしまっていたのです。

それからが大変です。有名な米国の先生の、いってみればピンチヒッター。聞きに来た人が「話が違うぞ、この詐欺師め」と怒り出さないように、それなりの話をしなければなりません。突貫工事で話を準備しました。

7 月 13 日（金曜日）

13 日の金曜日とは、とても良い日です。今度は飛行機で札幌へ行きました。突貫工事で準備した内容で「統合失調症の治療予後と認知機能障害」というテーマで話しました。幸い、そこそこの聴衆に来て頂くことができ、話の後に質問に来てくれる人も居て、ほっとしました。統合失調症の基本的な障害は認知機能の障害であることがわかってきました。　私は昔から自分の専門に「統合失調書など精神疾患の認知機能障害とその治療法の研究」を挙げてきましたので、「統合失調症の認知機能障害について話してほしい」と依頼されることが多くなりました。それにしても、このランチョンセミナーは珍しく緊張したセミナーでした。終わってみると、準備期間は長くても短くても同じで、かえって短い方が能率良く準備できると言うことでした。「果たして、いいことなのかどうか、トホホ」というところです。

最近の丹羽の仕事と生活でした。　次回もお楽しみに。

2年目研修医よりのメッセージ

勝見　明彦(かつみ　あきひこ)先生（医師　４年目）

■経歴

高校→新潟県立長岡高校　　大学→福島県立医科大学

初期研修→立川綜合病院

■趣味

テニス　ゴルフ　スキューバダイビング

■精神科を選んだ理由と、他に迷った診療科

独特の雰囲気を感じたから　　消化器内科と迷いました

■なぜ福島医大を選んだか

出身大学であり、丹羽先生がいらっしゃったから

■興味のある分野

統合失調症の認知矯正療法

■日々の生活

	月	火	水	木	金	土	日
午前	回診	病棟、外来	パート	病棟	病棟	講義	お休み
午後	回診	病棟	パート	病棟	病棟	お勉強	お休み
夜	講義	当直	自由	soso	Party time	squeeze	healing

■パート先での様子

午前中は外来。午後は病棟業務。

■収入

80万/月くらい

■精神科・福島医大を選んでよかったと思う点

・脳波の第一人者である丹羽先生から直接の講義を受けられる。

・詰問されることがなく、どんなことを質問してもしっかりとしたリアクションがある。

・診断のための補助ツールがあり、目に見えない精神疾患を他覚的に捉えようとしている。

・医局員のノリがいい。

・教授が日本のカリスマ。精神科界で知らない人はいない。そんなすごい人と仕事ができる。

・研究会が豊富で、自分から何もしなくてもいつの間にか知識がついてくる。（マジです）

先輩ドクターよりメッセージ

大里　雅紀（おおさと　まさのり）先生（医師　６年目）

■経歴：

城北埼玉高校→福島医大→福島医大（精神科）
→舞子浜病院（精神科）→長橋病院（精神科）
→高田厚生病院（精神科）→福島医大（精神科）
→県立会津総合病院（精神科）

■趣味

ドライブ。旅行。花火。

■精神科を選んだ理由・迷った診療科

・精神科を選んだ理由；
患者さんを通して自分自身も成長できる科だから

・迷った診療科；
整形外科や内科と迷いました。今から考えると整形外科にはならなくてよかったです。精神的・体力的に無理です。

■福島医大を選んだ理由

一番の理由は母校だからでしょう。なぜ福島医大に入学したかは受験の関係で・・・。

■日々の生活（大学病院のとき）

	月	火	水	木	金	土	日
午前	病棟	再来	物忘れ外来	済生会福島総合病院	外来当直		（外病院当直）
午後	病棟連絡会	再来	物忘れ外来	精神保健福祉センター	外来当直		（外病院当直）
夜	勉強会、医局会など	病棟（大学当直）	カンファランス病棟	外病院当直	病棟		（外病院当直）

大学にいた時は日中に外来を行い、夕方か夜になると病棟に入るようなパターンが多かったです。大学の当直は月に２回位です。その他、週末に月に２回位、研修医のバックアップとして自宅待機がありました。研修医が土日に当直する際に、研修医が困ったときに助言や実際を行ったり病院に出向いたりします。最初はコールも何度かありましたが、秋以降は研修医も当直に慣れてきてほとんどコールはなかったような気がします。金曜日の外来当直は、予約外の新患や急患、他科からの紹介患者（新患）の診察や他科回診などを行います。平均して 2～4 名の新患と、5～10 名の他科回診を行っていました。他科回診は大変なときもありますけど、いろいろなことがダイナミックに動いたり、他科の先生と、患者さんに対して違った角度から話し合い有機的な治療を行うことができ

てけっこう好きでした。木曜日の午前中は済生会福島病院にパートです。ここでは基本的に他科紹介や回診を行います。午後は精神保健福祉センターで、ひきこもり相談を行っていました。医療機関に来るかどうかの狭間のような人が多かったです。ひきこもりの治療は難しいです。長期的な戦略が必要となってくるでしょう。

■収入（１ヵ月）

大学病院から 30 万円位、パート・当直で 30～40 万円　⇒60～70 万円程度？

■取り組んでいる研究：老年期認知症

・メンバー：田子久夫先生、小林直人先生、井手基文先生

・どのような研究か：老年期認知症の診断・治療法に関する臨床的研究です。

・活動内容・頻度　：

主にもの忘れ外来の患者さんを通して認知症患者の診断や薬物療法とその臨床生理学的な効果判定についての研究を行っています。新しい検査方法や治験薬について検討しています。もの忘れ外来は水曜日に行っていますが、全ての患者さんが上記の対象となるわけではありません。専門外来として、地域の医療機関からの紹介も多く頂いています。

・おもしろいと感じる点：

認知症は多くの人達の重大な関心事だと思います。特にこの分野では診断や治療は発展途上であり、これからどのようにしてよりよい診断技術が出来てくるのか楽しみです。また、同じ認知症でもその症状の出方は、本人の性格や環境によって異なってきます。

限られた方法の中で、その人にとってどのようにすることがベターなのかを考え、達成していくこともおもしろさの一つです。

・この研究が進むと、どうなるのか：

認知症の早期診断と治療。治療はどこまで可能になるのでしょうか？？

■　精神科・福島医大を選んでよかったと思うこと

あと 10 年、20 年して考えたいと思います（笑）

専門医の立場から

伊藤　光宏（いとう　みつひろ)先生

■経歴：

宮城県角田高校を経て昭和 63 年福島県立医大医学部卒業
昭和 63 年福島県立医大神経精神医学講座入局
以後、同講座（４年間)、財団法人竹田綜合病院　精神科（２年間)、医療法人福島松ヶ丘病院　精神科（３年間)、福島県立矢吹病院　精神科（２年間）を経て、平成 11 年より医療法人一陽会病院の副院長。
兼務：福島刑務所非常勤医師、福島県国民健康保険審査会委員、福島県職員復職審査委員会委員、福島市介護保険審査会委員、福島県中央児童相談所嘱託医、知的障害者更生施設もちずりワーク嘱託医、NTT 東日本福島健康管理センタ嘱託医

■　精神科を選んだ理由：脳の不思議さに興味を持っていたから

■　福島医大の精神科を選んだ理由：精神科の臨床と研究の両面に力を入れていたから

■専門領域：

１．統合失調症の認知障害（丹羽教授の指導の下、この研究で学位をいただきました）
２．司法精神医学（現在、興味を持って勉強しています）

主な所属学会は、日本精神神経学会、日本心身医学会、日本司法精神医学会、日本犯罪心理学会です。医学博士、精神保健指定医、日本心身医学会認定医などの資格を持っています。

・専門を選んだ理由：患者さんや地域の役に立ちたいと考えて、その時々に求められた仕事をしています。優柔不断なのかもしれませんね。
・面白いと思うところ：最近、刑事事件の精神鑑定をする機会が何度かありました。精神鑑定では、本人の生活歴、病歴、犯行時の状況、周囲の証言などから、精神科的診断を下し、責任能力の有無を検証します。精神鑑定はとても責任が大きい仕事ですが、１つ１つ事実を積み重ね、そこに推察を加えて結論を導き出すという作業にやりがいを感じています。
・今後の展望、取り組んでいきたいこと：これまで同様に患者さんや地域のニーズに応えていきたいと考えています。精神鑑定医として法廷に呼ばれるようになり、我々精神科医と法曹関係者との認識のずれを強く感じるようになりました。２年後には裁判員制度が始まりますが、法曹関係者だけでなく、一般の方々にも、精神障害を正しく理解してもらう必要があると考えています。

■精神科を選んでよかったと思う点：

　新しい薬が開発され、また新しい治療法も考えられ、精神科を受診する患者さんが、どんどん良くなる時代になりました。私が入局した 20 年ほど前は、技術が未熟だったこともあるのですが、良い薬も少なく、受診した患者さんから「良くなりますか」と聞かれても「良くなりますよ」とは言えませんでした。今では、「良くなりますよ」と自信を持って言える時代になりました。初診の時に悲壮感に満ちていた患者さんが、本来の明るい笑顔を取り戻すのを見ると、精神科医になって本当に良かったと感じます。パーソナリティー障害の患者さんでは、治療に難渋する場合もありますが、10 年位付き合っていると、患者さんの成長を感じることがあります。そうした患者さんの成長を見守っていくのも精神科医ならではと思っています。

■研修医の皆さんへのメッセージ：精神科は知的好奇心をくすぐられる分野です。また精神科の領域は幅広く、精神科医の数もまだまだ不足しています。精神科医というのは、時には辛いことや大変なこともありますが、患者さんと喜びをわかちあえるすばらしい職業です。研修医の皆さん方が、一人でも多く福島医大神経精神医学講座に入局していただけることを心から待ち望んでいます。

渓流釣りをする精神科医　その②　－家族に迷惑をかけない方法－

神経精神医学講座准教授　田子久夫

家族にあまり迷惑をかけないで釣りをする方法についてですが、これは大変難しい課題です。休日などに家を留守にすると当然家族からはブーイングがきます。それでなくても、当直や学会や研究会、会議など休日に行われるものが多く、家を開けっ放しにするのに、たまの休日に釣りに行ったりすれば家族サービスはそれだけ少なくなるわけですから。目の前にいつも海や川があるなら問題は少ない（このほうが問題は多い？）かも知れませんが、釣りをするには遠くまでいちいち出かけなくてはいけません。それなりに時間が必要なのです。早朝に出かけても夕方になることが多いし。出発が前日の夜になることもあります。早起きが苦手な我が家では朝早くからのゴソゴソは迷惑千万。その上、日中に川に連れて行ってもえさとなる虫を恐がられるし、釣っている間は退屈この上ないものだし、山や海の近くにはコンビニなど気の利いたお店屋さんもないし、評判はさんざんです。家族全員（一名を除いて）が幸せになるには釣りをやめるほかありません。

ところが、ここに救世主現わるで、我が家の息子が釣りにことのほか興味を持ちだしたのです。近くの川で大きなイワナを釣り上げたのがきっかけで、大変な釣りキチ（精神医学的には不適切用語ですがエッセイですのでご容赦を）になってしまいました。その結果、子供の情操教育を名目に一緒に出かけることが多くなったのです。息子は朝寝坊のくせに、釣りとなると何があろうと起き出してきます。男の子というものはやたら父親と張り合うもので、最初の頃は私の方が圧倒的に上手だったのですが、１－２年ほどすると同じレベルになってしまいました。しかし、えさやポイントの選び方では私はまだ上のレベルでしたので、それを駆使して何とかリードしていました。しかしながらこんな努力も空しく、そのうち加齢による視力の低下や勘の鈍さが出始めたことも相まって逆転する羽目になりました。私がボウズでも息子は必ず何匹か釣りあげてきます。「僕はボウズでは家に帰らない」と豪語する始末です。それでも、たまに運が向いて私が多く釣ったり、大きかったりすると不機嫌この上ありません。全く口すら聞いてくれないこともあります。『釣りは男子の心理を映し出す』とは私の格言ですが結構当てはまるもので、自分も逃れられないことに思い当たります。

写真：荒川上流「地蔵が原堰堤」前で
釣りベテランの息子（左）と元ベテランの私（右）

このごろでは、腕ばかりでなく足腰も自信が無くなってきたこともあり、釣り堀にいくことが多くなりました。お金は払いますが、確実に釣れるのである程度の満足が得られます。時間も制限されていますので帰宅時間が予想でき、釣った魚が多い場合は近所に配ったりもしますので女房など家族の受けもあまり悪くありません。

このようにして、今のところ安上がりの娯楽にとどめておりますが、もし、時間があったなら、一度「鮎」に挑戦してみたいと野心を持っているところです。

①

②

③

大学院のメリットって何？

- 今回は大学院のメリットについてご報告いたします。

④

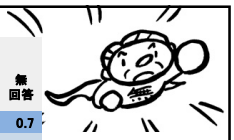
日経メディカル06年調査によると、医学博士については「取得予定」と「既に取得済み」を合わせても54％にとどまる一方、「取得予定なし」が42％に上ったという。

⑤

これに対して専門医に関しては93％の人が「特定診療分野の専門医の取得予定」もしくは「既に取得済み」であった。

現在の病院では医学博士よりも専門医を評価する動きにあるため、若手医師の専門医取得の意向は高いといえる。

⑥



医学博士の取得予定（%）

		取得予定	取得予定なし	既に取得済み	その他	無回答
全 体(n=407)		42.5	42.0	11.3	3.4	0.7
医師としての経験年数	卒後1～2年目(n=63)	54.0	39.7	0.0	3.2	3.2
	卒後3～5年目(n=163)	45.4	49.7	1.2	3.1	0.6
	卒後6～9年目(n=148)	42.5	35.6	17.8	4.1	0.0
	卒後10年以上(n=33)	8.6	37.1	51.4	2.9	0.0
年齢	20歳代(n=184)	52.2	42.9	0.5	2.7	1.6
	30歳代(n=223)	34.5	41.3	20.2	4.0	0.0
性別	男性(n=290)	44.5	37.9	14.1	2.4	1.0
	女性(n=114)	36.8	52.6	4.4	6.1	0.0
開業／勤務している医療機関	大学病院(本院or分院)(n=132)	61.4	22.0	11.4	4.5	0.8
	大学病院以外の市中病院(n=254)	35.4	50.4	11.0	2.4	0.8
	診療所(n=16)	0.0	81.3	18.8	0.0	0.0
	その他(n=2)	50.0	0.0	0.0	50.0	0.0

⑦

『医師の実力を判断する上で、
履歴書などで参考にするとすれば認定医や専門医の資格。
博士号の有無はまず関係ない』
というのは若手医師でもほぼ共通した認識。

⑧

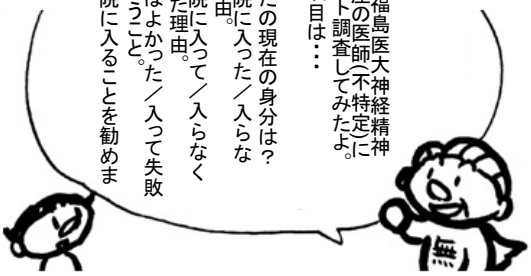
しかし『大学院博士課程には意味がある』と語る医師もまた多く、
実際には医学博士取得希望者も約半数いることは事実。

そこで、今回のテーマは『大学院のメリットって何？』。
特に今回は精神科医にとって大学院進学はその後の医師生活に有利か不利かを検討します。

⑨

あのぉ…。
僕にもお手伝いさせて頂いていいですか？

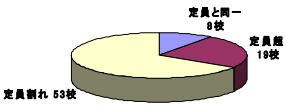
⑩



まずは福島医大神経精神医学講座の医師(不特定)にアンケート調査してみたよ。
調査項目は…
①あなたの現在の身分は？
②大学院に入った／入らなかった理由。
③大学院に入って／入らなくてよかった理由。
④入ればよかった／入って失敗したと思うこと。
⑤大学院に入ることを勧めますか？

⑫

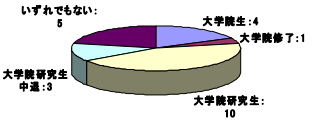
医学系大学院の定員の充足状況



これは全国80大学医学部の05年の大学院の状況だよ。
半数以上が定員割れで、
解剖学や生理学への入学者が特に減少しているとみられているんだ。

⑪

アンケート回答者の内訳(数値は人数)



⑬

大学院に入った理由
（院生の人で）

- 勤務先でのなりゆき。
- すでに研究するテーマがあったから。（他４名）
- いずれにしても研究はすることになるから。

大学院に入らなかった理由
（院生以外の人で）

- 入れると思わなかった。
- メリットが見出せなかった。
- 院に入らなくてもいずれ学位が取れるから。（他２名）
- 経済的理由。
- 大学院研究生が主流であったため。（他３名）
- 研究内容が決まったほうが充実すると思ったから。（他１名）
- 臨床を中心にしたかったから。（他４名）
- 臨床をやりながら大学院にいく余裕は持てないだろうと思ったから。（他２名）
- 入局当時は研究にほとんど興味がなかったため。

⑭

大学院に入ってよかったと思うこと
（院生の人で）

- 4年で学位が取れた。
- 院生中様々な研究機関、仕事、学会など見れた。
- 研究の機会がえられた。
- その後の就職、留学に多少とも役立った。
- 授業が受けられる。論文作成が学べる。
- 科学的な考え方が段々できてきて、基礎と臨床を統合して考えると視野が広くなってきた。
- 学生という身分なので学割などがある。（他２名）

大学院にとって入って失敗したと思うこと
（院生の人で）

- 落ち着きの無い職歴となった。
- お金がかかる。
- ない。

⑮

大学院に入れればよかったと思うこと
（院生の人以外で）

- 博士号の分類が論文博士だと『乙』という表記になる（大学院では『甲』）。
- より早く学位取得ができたと思われる 。（他３名）
- 勉強・研究する機会が増えたと思う。（他１名）
- 今ように後期研修制度が整備されたシステムであれば入っていた。４年で卒業できるのならば早く学位をとれて、経済的な損失も少なくてよい。（他１名）
- 学歴にハクがつく。
- 今はわからない。（他６名）
- 特にない。

大学院に入らなくて良かったと思うこと
（院生以外の人で）

- 余分な費用がかからない。（他３名）
- 自分である程度やりたいことが明確になってきてから研究を開始できた。（他１名）
- 臨床に関わる時間が多い。（他３名）
- 今はわからない。（他１名）
- 特にない。（他３名）

⑯

「前項と同じ(大学院をすすめるか)質問」
『いいえ』の人

- すすめる理由が無い。
- よほど研究したいというモチベーションが強くなければムダな気がする。
- まずは臨床を中心に、指定医が優先。（他１名）

「前項と同じ(大学院をすすめるか)質問」
『その他』の人

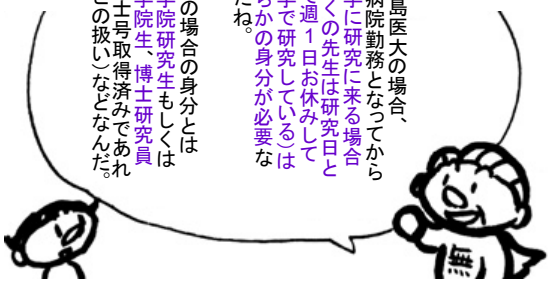
- どちらでもよいと思う。
- 入っても入らなくても医師として、また研究者としての能力に差がつくものではない。
- 将来像が明確で博士号が欲しいと思えばとるべき。じゃなければ入らなくてよい。（他４名）
- 自分の考え・目的次第。

⑱

大学院に入ることをお勧めしますか？
『はい』の人

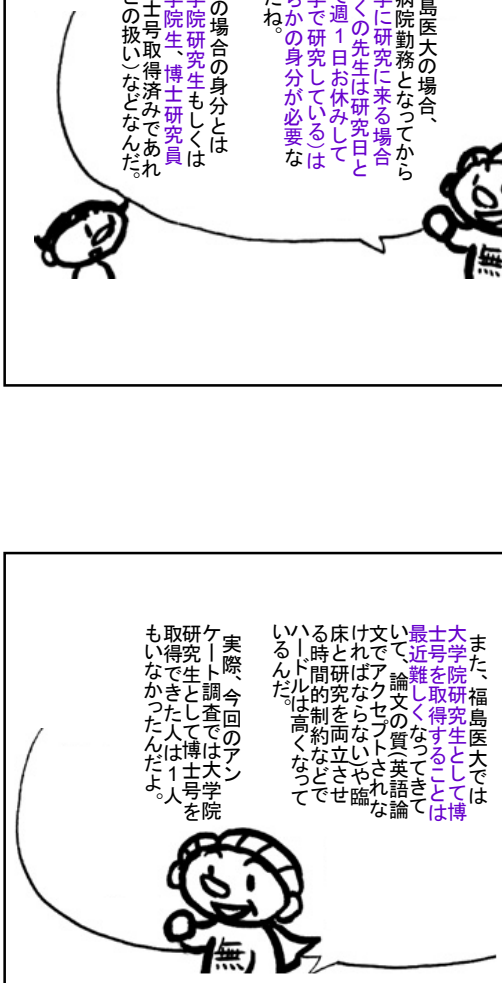
- 研究に興味がわいたら入っても良いと思う。
- 系統的に研究ができて、論文書きに専念できる。
- 今は大学院のほうが学位をとりやすい。（他２名）
- よりスペシャリストを目指す場合、一度論文をきちんとまとめ上げるという作業は経験しておいて損はない。
- 今の福島医大は大学院に入りながら後期研修をできるプログラムなので入ったほうが良いと思う。（他１名）
- 大学院研究生として大学に納める学費と博士研究員として納める費用には大きな差がある。
- 病院によっては博士のあるなし、また博士であっても甲・乙で給料やつける職種が変わってくる。大学院卒の博士は甲、そうでない場合は乙。
- 公的な研究費への応募も博士研究員ならできて大学院研究生はできないといった違いが福島医大ではある。
- 大学院研究生として学位をとる場合、ある規定の年数以上在籍しなければならず、大学院のように３年や４年で学位が取れるようなことはない。

⑰



⑲

⑳



21

22

ヘッジある分、基礎研究は有利

- 「基礎研究をするなら卒後早いうちが良い」との意見もある。一般にライフサイエンスなどの基礎研究分野では、若手研究者の就職先やポストの不足が大きな問題となっている。その点、医師ならば基礎研究で身を立てることをあきらめたとして、スタートは遅くなるものの、臨床医への転身は可能。リスクヘッジがあることで誰もやらない斬新な研究テーマにもチャレンジしやすい。

23

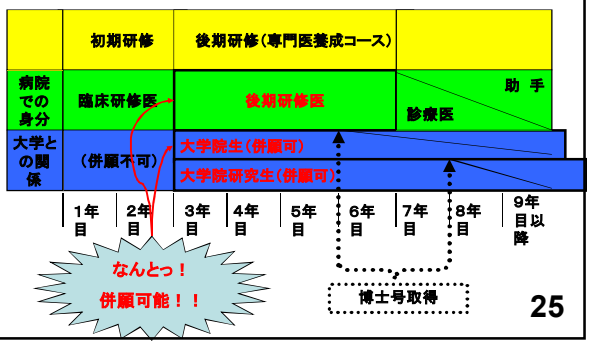
大学院生の収入は？

- 教室によっては大学院のアルバイトを制限しているところもあり、どんな生活を送れるかは入学前の確認が必要だ。

※現在の福島県立医科大学の後期研修制度は大学院・大学院研究生との併願が可能で、安定した身分・処遇で働きながら博士号・専門医(精神科であれば精神保健指定医も含むであろう)の取得が可能である。

24

臨床研修制度の全体像



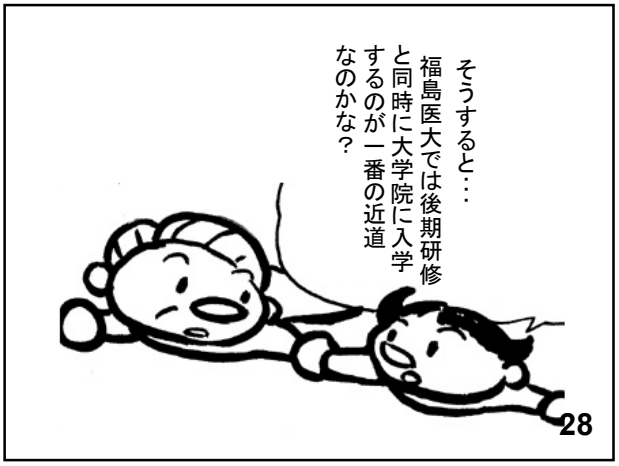
25

精神科大学院はいつがいい？

- 精神科専門医制度がいよいよスタートした。精神科専門医取得のためには5年の臨床経験(初期研修期間を含める)とそのうち3年の精神科臨床経験を有して最後にレポートを提出しなければならない。この3年の精神科臨床においては原則で大学院在学期間を認めないとしている。
- ただし、大学院在学中に臨床研究をしていたと講座の教授が認めた場合は精神科経験としてカウントされる。一方、基礎系で研究している間は専門医の取得はできない。
- 精神科医としては精神保健指定医の取得が必須となっているので（指定医も5年以上の臨床経験と3年以上の精神科臨床経験、レポート提出が必要で専門医とほぼ同時期に取得できると思われる）指定医レポートと専門医レポートを一緒に製作してしまうのが良いと思われる。

26

27



28

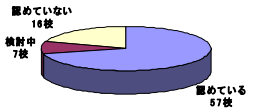
29

30

31

- 大学院の定員割れが続いているため、市中病院で勤務しながら博士号を取得できる社会人コースを採用する大学も増えてきている。

大学院に社会人入学を認めているか？



※社会人入学者数も増加傾向で、このうち9校は全入学者の50%を超える。(わが国の大学医学部『白書2005年の」検証と提言』より引用)

32

要するに･･･

選択肢はいろいろあって人それぞれ。
以上の情報を参考にして大学院進学を考えてほしい。

33