

## 巻頭言

### 臨床医の素養

吉岡二郎

私は昭和49-59年の10年間大学医局に在籍したが、消化器内科学教室で少数グループの循環器診療班に属したことも一因で学術的業績は乏しい。その私が本誌の巻頭言を執筆するのは大いに憚られる。私は繁忙時でも執筆・講演依頼は断らないことにしているが、この依頼の受諾は流石に分不相応で判断を誤ったと後悔している。しかし、締切りは迫っており、浅学菲才な一臨床医の格調の低い拙文であることは御容赦いただきたい。

私は昭和59年長野赤十字病院に赴任して以来30年を越える勤務となった。この間、副院長として13年、院長として1年、病院の運営・管理に携わってきた。日々の業務のなかで、医療安全を含めた診療の質の向上、医師確保、診療環境の改善、苦情対応、経営の健全化等取組む課題は多い。これらの課題の改善には、院長が幹部と一体となって目標・運営方針を明示し指導力を発揮することは勿論のこと、職員取り分け各職場のチームリーダーである医師達の姿勢・能力が大きな鍵を握っている。「人は城、人は石垣、人は堀」の名言のように、医師達の姿勢・能力によって病院の命運は決まる。言い換えれば、資質・能力の優れた医師を集め、医師達に病院運営の現況を周知し意欲的に取組める目標を明示することが院長の重要な任務と云える。14年間の病院運営の経験で痛感した事柄は、1) 勤務医の不足と偏在、2) 医師の勤務評価の難しさ、3) 新臨床研修制度の功罪、4) 医師の常識は世間の非常識、等であるが、この四項目は密接にリンクしている。これらの項目について日頃感じていることの一部を述べて任を果たしたい。

1) 市中病院が抱える最も深刻な問題は勤務医不足であり、それは救急診療の質に直結する。当院は医師確保の面では比較的恵まれた状況にあるが、救急診療体制について医師達の不平不満が絶えない。当院の夜間・休日救急体制は、内科系・外科系・救急管理、EICUに循環器系、ICUに脳神経系、他に産科医・NICUに小児科医が勤務している。初期研修医は救急患者をファーストタッチし担当上級医の指導を受ける体制だが、研修医からは外科系担当医の指導不応需の不満が多い。新臨床研修制度開始から10年も経つが、救急診療に関わるのでは医師は派遣できないと苦言を呈される診療科は少なくない。2年間の臨床研修を経験したにも関わらず、専門研修では救急診療を避けたいとの思いが働くようだ。はたして初期臨床研修制度は成果を挙げているのだろうか？ 医師が集まる病院（マグネットホスピタル）での勤務は専門性を発揮でき、救急診療では多くの支援が期待できるので、勤務医のQOLは大規模病院に優位性がある。これが医師偏在の一因で医療較差は広がるばかりだ。地域医療提供体制の安定性を考えると、やはりマグネットホスピタルから中小規模病院への医師派遣制度を義務づける必要がある。しかし、この場合中小規模病院では医師に求められる専門外救急診療が大きな障壁となる。やはり専門研修とともにある程度の総合診療能力を継続的に維持していく教育システムは必要と考えられる。また、この問題は個別対応では限界があり、大学・マグネットホスピタル・中小規模病院・行政が一体となった協議の場が必要だろう。

2) 院長としては、診療の質が高く、患者・家族・他職種との対話能力に優れ、使命感に溢れた勤勉な医師に対しては大いに報いたい。しかし、現実には勤勉な医師もそうでない医師も待遇面での差がつかない。「悪貨が良貨を駆逐する」状況ではその病院に未来は無い。勤務医を適正に評価する方法はあるのだろうか？ 日本赤十字社では業務遂行能力・業務実績で勤務評定する制度がある。当院では医師について

は受持ち患者数・救急入院受持ち数・退院サマリー作成率・委員会出席率等を業務実績評価の参考資料として添付している。院長が最終評価者として毎年実施しているが、この作業はかなりの時間を要するにも関わらず何とも虚しい。本社でも評価方法の改善は難しいらしく一向に評価法の改善がなされない。医学研究者の評価は主として impact factor・citation index でなされる。それが故に、某大規模臨床研究或いは STAP 細胞に関連して明らかとなったように、データの改竄・コピペが潜行するのだ。それでは臨床医の能力はどのように評価されるのか。impact factor・citation index が高い医師が臨床医として優れているとは云えない。それでは、マスコミが垂れ流すランキング本のように症例数を多く手掛ける医師が優れた臨床医と云えるか？ 以下のような指摘がある。——国民医療費のなかで医科診療医療費の主傷病による支出（平成22年度）では「循環器系疾患」が20.8%と最も多い。「心疾患」と「脳血管疾患」の医療費支出は死亡率ではるかに多い「悪性新生物」の医療費を上回っている。「心疾患」の支出が多いのは、高齢者に対して DES・pacemaker・生体弁・ステントグラフトなどの高額医療器具を惜しげもなく使っていることが一因で、また、そのような医療施設がマスコミの症例数ランキング本で称賛され患者が集まることになっている——（末田泰二郎，心臓，46：417，2014）。従来、医師は命に関わる仕事への誇りや達成感、患者からの感謝などの「やりがい」を支えとして診療に従事してきたが、最近では給与面でのインセンティブが議論されている。この議論は大変具体的であるが、根拠となる診療実績はどのように算出できるのか？ 手術数・手技数を根拠とすれば前述のような問題に直面する。先ず適正な適応決定が必要だ。また、診療稼働額・患者数などを評価根拠とすると、診療科によって診療材料費の価格や一人の患者に要する手間暇が異なり単純に比較できない。当院では各診療科の原価計算を行っていたが、二次配布が難しく評価の信憑性に疑問があり数年前に中止した。以上のように勤務医の数値に基づく客観的評価は難しい。結局、共に働く同僚や他職種・患者からの評価が最も的を得ているのだろうが、これを定量化することは難しい。私の在任中に妥当な評価法を採用したいと考えているが、適切な評価法があれば是非御教示いただきたい。

3) については、以下のような意見を記すに留めたい。——本制度の最たる問題点は、医師となる若い人々の一部の「モラルハザード」を起こしてしまったことである。その結果として、地方への医師の過疎化、困難科（ハイリスク、ローリターン）への希望者の減少が起きてしまった。このために医療崩壊が地方で顕在化したのである——（嘉山孝正，日本病院会ニュース，2014.4.10）

4) 院長の実務の一つとして、医師間のトラブルの仲裁という気苦労の多い仕事がある。トラブルの本質は他職種と同様だが、医師の場合は専門性が高いが故のプライドの高さと集団生活における作法の修練不足に由来する「社会人としての未熟さ」即ち「忍耐と寛容のレベルの低さ」・「謙虚さの不足」が背景として少なからず存在する。従来は大学医局の比較的濃密な人間関係の中である程度「社会人としての修練」がなされていたのだが、時に傲慢で自己中心的な医師に遭遇する。このような職員は他職種でも見かけるが、診療の現場では医師の影響は極めて大きい。大学医学部・臨床教室・研修病院での卒前一卒後教育のなかで一貫した社会人教育システムの必要性を痛感する。

以上、日頃感じていることを雑然と記した。平成26年4月1日「新任医師への院長講話」の中に「医療人の作法、覚悟、矜持」の項目を盛り込んだ。「皆さんは偏差値の高い方が多いと思うが、偏差値が高いからクリエイティブで聡明であるとは云えない。是非 EQ を高め、謙虚に患者さん・他職種と協働できるよう研鑽をつんでいただきたい」と希望を述べた。私の40年間に及ぶ臨床医としての経験から、臨床医の「懐の深さ」は乗り越えた修羅場や逆境の数とその時の学びの質と量に比例すると考えている。そのような「学び」ができる「臨床医の素養」を育む卒前一卒後教育の構築を期待している。

2014年5月25日記  
(長野赤十字病院長)