



最近、内科医・感染症専門医である「岩田健太郎氏」の書いた「患者様が医療を壊す」(新潮選書)を面白く読ませてもらった。この本は、第一章「医者と患者はなぜ対立するか」、第二章「医療業界に見られる対立構造」、第三章「医療はなにを指すべきか」から構成されている。特に第二章は、医療界の対立構造を極めてユニークな切り口で分析している。その一つが「開業医vs勤務医(ベテラン医師vs若手医師)」であり、さらに「ジェネラリストvsスペシャリスト」という別の角度からの分析も行っている。

方内科領域での「専門医」、例えば「循環器医と消化器医」は「眼科医と耳鼻科医」ほどの距離があると多くの内科医は考えている。さまざまな診療科を持つ都会の大病院、特に大病院では「専門医」としての診療レベルが要求される。それはまた医療を受ける患者側の望みでもある。昔風の「何でも屋のお医者さん」では、大病院の診療は務まらないことが多い。一方、地域医療のセンター病院では、さまざまな患者・救急患者も多く、また各診療科の密な協働体制があり、若手医師にとつて「専門+総合医療」の研修ができることが魅力となっている。

医療…「立場の違い」からの考察

情報広報部副部長

前川 勲

立病院勤務を続け、血液・輸血・感染症の専門医として生活し、定年後は医療法人の一般勤務医として現在を過ごしている自分の経験から考えても「岩田氏」の問題設定には、うなずける点が多かった。

現在多くの勤務医とくに若手医師は、専門医(スペシャリスト)になることを当面の目的としている。この問題は、内科医の人生設計と深く関連した問題である。

異論があるかもしれないが産婦人科・耳鼻科・眼科などといった「臓器専門医」は、すでに「専門医・スペシャリスト」であり、一

専門医志向型の現実の中で「総合的な医療」をいかに修得させるべきか、その問題解決の一つの道が「二年間の初期研修制度」であったに違いない。新人医師は、専門医になる前に一般医としての基礎を身に付けるべきである、という考えは決して間違っていない。

初期研修医の大学離れが進んでいる理由の一つは、現在の専門・医療レベルを維持するためにあまりにも専門性に特化し、また各診療科の壁が高い大病院での研修では、自分の希望が叶わないと考えているためであると推定される。

もちろん、より専門的な診療能力を身に付けることも長い医師としての人生には必須な課題である。また、将来「臨床医」として生きてゆく場合でも「基礎的な研究」を人生の

一時期に学ぶことは重要である。このような「専門医研修の場」や「研究の場」を提供することが、これまでの、そして今後も大学の最大の役割ではないだろうか。

多くの若手専門医たちもやがては、ベテラン医師となり、そして半数の医師たちは、開業医の道を選ぶことになる。その現場は、自分の専門分野のみでは解決できないさまざまな患者を診療する立場になることを意味している。「胸が苦しい」といつて循環器クリニックを標榜する開業医を受診してきた患者が心筋梗塞であれば問題はない。しかし自然気胸かもしれないし、食道がんかもしれない。

初期診療で診断の糸口を見つけ、迅速な治療、時には専門医への紹介などの適切な対応が求められる。これがまさにベテラン医の仕事であり、ジェネラリスト医+総合医・開業内科医の仕事である。

日本医師会では医師の半数を占めている「勤務医」を積極的に医師会活動に参加して欲しいと考え、さまざまな取り組みを進めてきているが、なかなか勤務医、特に若手勤務医の賛意が得られていない。これらの医療者の関係を「岩田氏」の指摘するように対立と捉えたとしても、それはたかだかそれぞれの立場の違いにすぎない。

最近、関係者が一堂に会し「専門医・総合医」の検討が開始されたと報じられている。医療を担うもの同士として、お互いに胸襟を開き「新たなシステム制度」を設計・提案することは、決して不可能ではない。

今こそ「百の(議)論より一つの(政策)」が求められているのではないだろうか。