



## 特集「北海道医師会への提言」を 企画するにあたって

常任理事・情報広報部長

山科 賢 児

情報広報部は一昨年の北海道医報10月号より「熊通信」を設け、十分ではありませんが会員相互のコミュニケーションの場を多くする試みを始めています。

現在どの都道府県医師会、郡市医師会もさまざまな問題が山積しその解決に苦慮している状況です。北海道医師会も組織、財政的に大きい課題を抱え、その解決の糸口を模索し行動しています。また医師不足、医師の偏在も解決しなければならない重要な課題です。北海道医師会も大いに奮闘していますが、会員各位からさまざまな意見、提言をいただくのも解決への助けとなると思われます。

そこで会員目線の観点から、それも医師会活動がある程度している方々に北海道医師会の現在の問題点を指摘していただき今後への提言をしていただくのも有益と考え、特集「北海道医師会への提言」を企画しました。

北海道医師会には医療政策等検討委員会があります。各郡市医師会ブロックから選ばれた方々から構成されています。直江常任理事を委員長とし11名の委員が北海道医師会の政策についての議論を重ねて医師会活動に貢献していただいています。その面々をお願いするのが最適と考え依頼した次第です。

ただし今回の企画の趣旨は一会員からの自由闊達な提言をいただきたいのであり、各ブロック医師会で意志統一された提言が掲載されたのではないとお考えください。また執筆者は医療政策等検討委員会委員という立場にありますが、執筆をお願いした方がたまたま医療政策等検討委員会委員であったらご理解ください。ですから医療政策に興味があり、かつ詳しい北海道医師会の一會員の立場からの提言をいただいた形となります。

執筆者の方々にはあえて「北海道医師会の活性化につながる刺激的で挑発的な意見、提案を期待しております」とお願いしています。今回は4名、佐藤信清先生、男澤伸一先生、子野日政昭先生、木村輝男先生の方々からの寄稿を掲載します。次号には今回掲載できなかった方々の提言を掲載する予定です。

できれば北海道医師会執行部からも、提言に対して何らかの回答する機会を作りたいと考えております。



## 医師派遣機関としての 大学医局の復活を願う

函館市医師会 理事

佐藤耳鼻咽喉科医院 院長

佐藤 信 清

挑発的な原稿をとの依頼でもあり、半分洒落で書かせていただく。現在北海道では、大都市、中都市以外の地方の医師確保が喫緊の課題であるが、道医師会でもさまざまな試みを、行政、大学などと一緒に取り組んでいる。この医療政策等検討委員会でも、その検討課題は、崩壊しつつある地域医療をいかにしていく止めるかに尽きると言って過言ではない。

私の所属する函館市医師会は、大学病院をかかえる札幌、旭川に比べると厳しい状態にはあるが、それ以外の地方に比べるといろいろな点で恵まれているといった立ち位置であろう。しかしこのままの勢いで医師の都市集中化が進めば、遠からず危機的状況が訪れることも考えておかなければならない。

私見としては、こうした状況の原因はなんと言っても新医師臨床研修制度にあると考える。またこの新医師臨床研修制度は、地域医療の崩壊を招いただけでなく、医師の個人主義化ひいては医師会制度そのものの崩壊の萌芽を含んでいる可能性を危惧するものである。

今私自身は、開業医の身であり、勤務医の現場を離れて10年になり、研修の現場の詳細については断片的にしか知らないのではあるが、まず研修医を指導する立場から考えてみると、経験のない研修医を指導することは、すなわち自分でリスクを被ることにつながる。特にメス科では手術の技量習得にはどこまでやらせるかによって、その成果に大きな差が生じる。研修を終えた後、自分の所属する地域、大学医局で今後大きな戦力になってくれればこそリスクを背負えるのであって、研修を終えればサヨナラでは、当たり障りのない表面的な指導になってしまう危険性がある。損得で判断するわけではないが、果たして手間がかかり、多くのリスクを含んだ研修指導に見合った、指導医側のメリットは得られるのだろうか。

昨今増えている訳の分からない医療訴訟も、医師養成教育のより一層の萎縮を招くと思われる。研修を受ける側も、たった数ヶ月の研修でその科のエッセンスを学んだように勘違いされることも困ったことである。加えて、臨床研修を受けてからも、組織に属さずいろいろと渡り歩く医師は今後少なからず

増えていくと思われ、医師としての協調性、連帯感に欠ける個人主義的な医師が量産されていくのではないだろうか。

総合的な医療、知識のための新医師臨床研修制度と考えるが、本来一線で臨床経験を積んでいる医師は自ら総合的な医療知識を経験から多くを学んで行くものとする。対象とする疾患、臓器はそれぞれ単独で存在しているわけではなく、その経過、治療の上で他科的な知識、コンサルトが必要な場合は非常に多い。そしてその経験は責任が伴っているため、単なる研修で学んだことより、より真剣に吸収されると思われる。

いずれにせよ早急に、官僚、大学、医師会そして研修を受けた医師、指導した医師をまとめた新医師臨床研修制度の総括が必要だと思われる。

現状で日本の医療制度は多々の欠点を内包しているものの、その効率、成果から考えて世界に冠たるシステムと思われる。医師養成の教育システムにおいても、超一流の医師を生み出しにくいかもしれないが、少なくとも平均点においては世界一流ではないだろうか。国民皆保険制度と関連づけて考えれば、このシステムは十分納得のいくものであり、アメリカのような、医療を受ける側、医療を行う側ともに大きな格差を内包するシステムは、個々の点では優れた点は多々あるものの、全体としてみた場合、優れたものとは言いがたい。医療そのものはグローバルなものであるが、医療制度、医師の教育についてはその国の歴史・文化と密接に結びついており、他国のシステムの一部だけ導入しても、決して期待したような成果は得られないのではないだろうか。

確かに医局制度には多くの欠点はある。しかし白い巨塔的な旧態依然としたものは今現在では、消滅して久しいと思われる。権威主義的な医局運営は、すなわち勢力の減退と新入医局員の減少を招くのは明らかであり、優れた教育システムが、現在そしてこれからも一番のアピールポイントとなるのではないだろうか。私は大学医局で16年間を過ごしたが、その中でも一番の利点は、私のような怠け者にとって斯界の一流の先輩から学ぶ耳学問であった。日常の臨床、研究の何気ない会話、自分の専門以外の学会の予行などから努力せずに流入してくる情報の多くは、知らず知らずのうちに自分の実力アップにつながっていたと思う(と信じたい)。博士号なるものが医局勤めの免罪符であった時代はとうに過ぎているが、近年専門医制度が各科で進められ、かつての博士号にその位置を変えつつあるのかもしれない。

しかし、専門医研修病院といっても、その提供できる教育は、指導医の得意な専門領域が主体となり、

大学病院に比べると部分的なものにならざるを得ないだろう。医療がこれだけ細分化してくると、専門医といってもその科におけるより広く深い知識が求められるため、少人数の指導医が広く深い研修を実際に与えられるかどうか大きな疑問が残る。その意味において多くの指導医を擁する大学医局は、真の専門性を研修するのに適した場だと考える。

また、実際の医療現場では、自分の科内および他科の医師との、患者の診断治療に関するディスカッションが必要であり、そこで要求されるコミュニケーション能力は数多くのいろいろな医師とのかかわりの中で築かれていくものとする。今の私のように個人で開業していると、とかく医療が独善的で自己流なものに陥る危険性を孕んでいる。それを回避するためには広く、できるだけ多くの医師と意見を戦わせることが一番だと考えるが、その意味においても大学医局は研修システムとして優れているのではないだろうか。システムの中で医療に携わるという意識を持ち続けるためにも、広く大きな環境で研修をすることは、医師としてのいわゆる「刷り込み段階」における研修としてやはり適していると思われる。

さて医師派遣システムとしての大学医局であるが、派遣業者としても優れた点が多々ある。まず医師の教育に責任があるため、その医師の実力、研修到達度に応じた派遣を考慮できるだけでなく、家庭面、金銭面も含めた、さらには性格も考慮した派遣が可能である。もちろん、すべての医師が満足のできる派遣など無理であるが、少なくともその後の扱いについての条件闘争は十分可能である。かかる条件闘争の可能でない医局は、寂れていく運命にある。また派遣先のトラブルが生じた場合、返品医師の交代等もある程度対処可能である。

医師の派遣システムとして、いくつかの例を考えてみると、業者が派遣する形は、純粋に商売であり、責任の所在、公共性の有無、基本的に営利を目的としている点等まず疑問が浮かぶ。基本的に、仕入れの段階で協調性のある優秀な医師が数多く集まってくるとはとても考えられず、売りさばく商品(医師)もどうやって保証書をつけるのであろうか。教育を兼ね備えた機関でなければ実際の商品の特性は見抜けないであろうし、適材適所などとても無理な話であろう。このことは行政が主体となって派遣するシステムについても、同様のことが考えられる。先日の北海道医師会医政講演会の後、演者の民主党議員梅村医師も言っていたが、大阪府で医師派遣の取り組みとして、一般から派遣に応じてくれる医師を募集したところ、募集に応じた医師は実際にはろくなものがいなかったと語っていた。まともな医師は、



そんな募集に応じることはまれであり、協調性のないあぶれものしか集まらないのではないだろうか。

自分がこのような医局擁護の論陣を張るのは、16年間の医局生活で医師としての基本から始まり、なんとか真人間として今があるのは、良き指導者、良き同僚に恵まれたおかげだと確信しているからである。メジャーな科と異なり、専門が耳鼻咽喉科であることから、医局運営は民主的にならざるを得ない。意にそぐわない処遇を続けていると、市中病院への流出、開業という医師の逃散が始まってしまう。それを防ぐために、医局そのものの民主的運営が必要であるし、何より魅力的な研修を責任を持って遂行する責務がある。しかし、大学病院を取り巻く環境は年々悪化の一途をたどっており、このままその地位の低下をくい止めることができなければ、日本の医療そのものの崩壊につながるような気がしてならない。

ただ医局の復活を願う上で、ぜひ実現してもらいたいのは、まず医局員の地位向上である。まず、ギャラはその仕事の内容から考えて不当に低すぎるし、ギャラアップが難しいのであれば、もっとパイトのしほりを緩めてほしいし、最低限の身分保障は必須である。そのためなら開業医全体のギャラの圧縮も個人的には賛成である。

大学医局は、研究、臨床、教育が三本柱であると古くから言われてきた。しかし、今現在もう一つの大きな柱は雑用である。自分が大学勤務時代にも、雑用は徐々に増えつつあったが、昨今後輩の医局員から聞けばその量は膨大なものであり、医局員の疲弊は年々増加しているのが現状のようである。雑用が増えているのは、大学に限らず一般市中病院でも同様であるが、純粋に医師でしかできない雑用以外は、他の職員にまわして行かなければ、日々の臨床にも悪影響を及ぼすであろうし、この雑用の軽減については、より良い解決策を一組織だけでなく医療界全体で考えて行く必要があると思われる。

さらに三本柱の一つである研究であるが、より先鋭化が進んでおり、実際の臨床との乖離が進んでいると思われる。臨床、教育をこなし先端の研究を進めていくことは至難の業であり、日本のようなシステムではどうしても主体をどちらかにシフトせざるを得ない。しかし優れた基礎研究も実際の臨床上の疑問点、必要性が基本になければ研究のための研究となってしまう、臨床の知識経験を持った医師が研究をすることはそれなりに意義のあることだと思われる。先端の研究知識、研究成果は臨床の実力とはあまり関係はないように思えるが、何よりも研究を通じて学ぶべきは、科学する姿勢であり、単なる経験や思い込みで診断治療を行わないようにするた

めにも、研究という柱は必要なのではないだろうか。

とかく勤務医時代は、自分の周りのことで一杯で、医療全体を真剣に考える機会も少なければ、それを語り合う機会も少なかった。たとえ大学勤務、一般病院勤務であれ社会の医療システムにおける一部分を担っているのは間違いなく、自分の専門性のみを追求しておれば良いというほど、今の医療を取り巻く環境は甘くはないことは明らかである。昨今は、年収の差をはじめとして、勤務医と開業医の間の対立をあおるような報道も散見され、勤務医の医師会入会率はいまだ満足に行くものではないだろう。都会になればなるほど医師会の加入率は低下する傾向にあり、ネット上でも医師会加入否定論者が大勢を占めているのが現状である。さらに今後、新医師臨床研修制度によって生み出された個人主義的な医師が増加してくれば、都会地方を問わず医師会加入率のさらなる減少を招き、医師会そのものの存在意義が薄れてしまうのではないだろうか。

最後に、先の参議院選における医師会推薦議員の得票のあまりの少なさに驚いたのは私だけではないだろう。

