



普通の医療ができることの幸せ

南部徳洲会病院 高気圧酸素治療部長
NPO TMAT理事 清水 徹郎



いつか沖縄に住みたい・・・そんな想いを抱きつつ50歳をむかえ、今年やっと夢が叶いました。自分は北海道生まれの北海道育ちで、1986年に大学を卒業し、札幌の病院で臨床研修をスタートしました。当時の研修システムは大学医局に所属し、ストレート研修、専門医取得が普通でしたが、当時としてはめずらしく、自分の所属していた病院はローテート研修を行っていました。卒後4年目に愛知県がんセンターで後期研修を終え、消化器外科医として20代後半から40代前半までを過ごしました。

1995年、阪神淡路大震災がおこり、このときに神戸徳洲会病院に派遣され、災害医療を初体験しました。これを契機に翌年、ハワイのQueen's medicalが主催する災害医療セミナーに参加しました。これは米海軍やアメリカ連邦危機管理局FEMAのバックアップの下に行われたかなり本格的なものでした。そして自分が理事を務めるNPO TMATの発足に至ったのです。TMATはその後1999年の台湾大震災、スマトラ、ジャワ中部のインドネシアで相次いだ震災、近いところではハイチの震災における災害医療活動を展開し、そして国内では中越や今回の東日本大震災の活動に至ったわけです。

災害のみならず、2004年には2週間にわたってアフリカ諸国、バングラデシュ、ミャンマー、カンボジアの医療視察のチャンスを与えられました。

近年医療のグローバルスタンダード化が進ん

でいます。各領域での診療ガイドラインも世界のコンセンサスを意識しつつ作成されています。しかし、実際のところ世界中でこのスタンダードに乗った医療の恩恵を受けられる患者さんの数は限られていると言って良いでしょう。

震災の時、特に発展途上国での解放骨折の第1選択は創外固定です。ところがその後のメンテナンスが悪く、結局は感染を併発し、四肢の切断を余儀なくされるケースが少なくありません。災害以外の場面でも発展途上国では満足な医療が受けられないことは、いちいちこの紙面をお借りして述べる必要も無いでしょう。

自分にとって印象的であったのは、パリ・ダカールラリーで有名なセネガルの国立病院です。旧フランス統治下にあったセネガルには30年前に寄贈されたコバルト照射装置がありました。セネガル国内はもとより、隣国からも患者が殺到し、ボロボロのコバルト照射装置は一日中フル稼働状態でした。ところが、その病院にはCTが無かったのです。照射野の設定や、治療効果判定はどうやっていたのでしょうか？

世界遺産アンコールワットのあるカンボジアのシェムリアップ市内には、日本人フォトグラファーが立ち上げたアンコール小児病院があります。世界中からボランティアスタッフが集まり、かなり高度な医療を行っています。沖縄の比ではない炎天下に朝から晩まで患児をつれた母親が道ばたに長い長い行列を作っています。残念ながら、この病院にもCTはありません。

救急車を呼んで、到着した救急隊が最初に患者に尋ねる言葉が「あなたは保険に入っていますか？」である国は先進国にも途上国にもあります。南アフリカのプライベートホスピタルのICUは全員白人のGun shotの患者で埋まっています。一方保険に入っていないなくても診療が受けられるパブリックホスピタルの医療レベルは本当に最低限です。

MSF（国境なき医師団）やAMDAへの登録を目指す研修医の先生もいらっしゃるでしょう。アメリカの一流病院での留学を目指すのも大変結構なことだと思います。自分は医療のグローバルスタンダードは二本立てで良いと思うのです。医療先進国で先端医療の技術を競い合っているものがあるのは当然ですが、世界中で「最低限ここまで」・という担保があっても良いのではないのでしょうか。

自分は医師になって25年になりますが、偉そうに言う「時代は変わった」と思うのです。卒後1年目の時に「アッペは外科医の手（触診）で最終診断をするものだ。」と指導医に言われました。ところが今やmulti detector CTで前額断画像を作って正確な画像診断を行い、腹腔鏡下に虫垂切除を行うことは普通のことになっています。

今のレジデントの皆さんは「XXレジデントマニュアル」を沢山お持ちですね。自分もよくこれらの本にはお世話になっています。そして、問診、理学所見からの絞って検査に回して正確な診断治療を心がけるプロセスはもはや

ルーチン化されていると言って良いでしょう。でも考えてみてください。停電が起こって（台風2号の直撃の時の那覇市内がそうでした）CTが撮れない！検査装置が故障して生化学検査が出ない！どうしますか？救急を断りますか？関東の計画停電の際に、多くの病院がこれを理由にERのドアを閉めました。

医学の先達がそうであったように、聴診器一本で肺炎を診断し、触診のみでアッペのオペに踏み切ることを強いられている医師は世界中にたくさんいるのです。オペができれば幸いかも知れません。スマトラ大地震のとき、小児のヘルニア嵌頓症例は「黒タッグ」がついていました。

最新の知識・技術を習得し、高度な医療機器を駆使して、最大限の医療をなし、また病のみでなくその患者の人生や家族まで思慮したうえで診療に当たることは医師としての理想像であり、自分もそうありたいと今はもっぱら救急医として努力しています。でもその一方で「CTがないと何もできない医師」にだけはなりたくないし、レジデントの先生にもそのことを機会あるごとに伝えていきたいと思っています。

様々な書籍やインターネットから最新の知識を得て、上級医のHands on trainingのもと、CT、MRI、血管造影などを駆使して、研修・診療ができること・これを当たり前のことととらえるのではなく、偶然にもこの国に生まれたために可能であると言うことを忘れずに研鑽していただきたいと思っています。



マッチング



南部徳洲会病院 初期研修医2年次 金城 泰幸

今回はこのような投稿機会を頂き、緊張しながら書き進めています。稚拙な文章ですが、批評批判などはどうぞお手柔らかにお願いします。

今回は若手医師による「若手コーナー」の記載依頼でした。「新たに入る後輩に対してメッセージを」と依頼文書には書かれていました。しかし私も現在研修医2年目で正確に進路を決定していない立場であり、そんな大層なことは書けません。そのため最近同期と話すことの多い「研修医が集まるためには？（＝フルマッチの病院とは？）」について個人的に思っていることを書かせてもらいます。

はじめに自分自身が研修先を選択する際、どのようなことを条件に考えたかを振り返ってみることにします。既知の病院か否か、手技や症例や手術件数が豊富であるか、指導医が十分に在籍しているか、実際に働いている研修医のやる気や雰囲気、給料面などなど。研修医になった今現在では病院の概要を聞いてイメージできますが、入職前の医学生でも考えたり感じたりできることは限られていると思います。やはり大部分の医学生は雰囲気や認知度、指導体制、お給料、症例数と言う具合に考えやすいものから優先順位を考慮し志望病院を決めていくでしょう。

大学における一般的な病院実習は、手術や外来・病棟診察の見学、講義、レポート作成であったと記憶しています。一方、市中病院における見学は病気についての知識を教え、手技や手術を見学させるといったポリクリの延長ではやはり研修医は入ってこないと気づかされます。実際に研修医が持つ医師としての自覚や、ネットワークを実際に見てもらふ必要があります。それを見て将来の目標と照らし合わせ納得してもらふ必要があります。例えば、研修医が指導

医からどれくらい自立して考えることが出来、検査や治療方針を決定し実行できるか。あるいはコメディカルの方々とどのような関係性を持って接し、協力体制を構築出来ているか。表現を変えれば、指導医からどれだけ自立して仕事が出来なのか。またはコメディカルの方々とどれだけ対等にディスカッションが出来なのか、とも言えましょうか。完全に指導医頼みの業務を行っていけば医学生の持つ理想像に対して不十分であり、反対に完全に放っておかれていけば指導体制の不備として医学生の目に映るのではないのでしょうか。状況に応じ患者さんの前では医師として振舞え、その他の場面では研修医としての役割をしっかりと行えることが大切だと考えています。

また医学生は研修医の業務だけではなく、院外の日常生活も含め興味を持っていることでしょう。「趣味」「恋愛」「結婚」「子育て」「初期研修後の進路」など業務外にどのような生活を送れているかが、現実問題として関心事項ではないかと思えます。このような話は医局内で話す内容としては非現実的なため、やはりお酒の席は大切です。個人的にお酒の席は2種類設けられたら理想的であると考えています。一つは院長や研修委員長も含めた病院全体で催す飲み会であり、医学生へ病院全体から歓迎の意を伝えるために必要です。もう一つは上述の日常生活も含めた分け隔てない会話が可能である研修医のみの飲み会です。この二種類を催すことで病院の理想的なアピールが可能ではないかと考えています。

最近当院でもマッチング前の医学生が多く訪れています。来年も県内の多くの病院のフルマッチを期待します。