

めてしまう医師もいます。ぎりぎりまで頑張っ、耐えきれなくなったら、厳しい職場から逃げるように去ってしまい、もう少し勤務条件のいい勤務先を求めるようになります。

【医師 B】

医師が1日をどのように過ごしているのかというのを、細かく書くと結構大変だということになりますが、他の職業、例えばサラリーマンもこたいへんだというのは同じではないでしょうか。

【会場 2】

不景気で、人員削減で人手不足で、どの業界でもサービス残業が日常化しています。

【医師 B】

医師もサラリーマンの方と同様に普通に働いているのですが、1日1-2時間より長く働いているだけで普通の生活を送りにくくなっている可能性があります。

【会場 1】

私の知り合いの医師が、夕方「ああ、ちょっとしんどいな」と言って帰って、家であんぱんの袋を開けたまま倒れてそのまま亡くなりました。次の日、同僚が、遅刻するような先生ではないかと、見に行ったらそのままのかたちで倒れておられたのです。女性医師の問題だけではなく、勤務医全体の問題というのはよくわかります。それで今回参加させてもらいました。

【医師 B】

私は最近まで医師として働いていたのですが、今は製薬会社に勤めています。製薬会社を見ていると女性はよい働き方をさせてもらっていると感ずます。どこの仕事でもめる程度は女性が働く上での共通した問題があるとは思いますが、それでも医療の世界は遅れていると感ずます。

【会場 1】

命を扱う仕事をしていたら、職場を放って先に帰るといふわけにはいかないですよね。

【医師 B】

外国ではどうしているかといふと、夕方5時、6時に次の医者がやってきてくれて仕事をバトンタッチします。

【会場 3】

私はガス関連の会社に務めていたことがあります。規模の大きな会社だと、女性が働きやすい環境が比較的整備されていますが、中小企業になるとなかなか難しいようです。大企業はある程度資金力があるのでそういうことが可能なのかもしれませんので、企業の規模といふのも考慮しなければならないと思ひます。

また、ガス関連の話をする、医師と同様に緊急の電話が入ったらすぐに対応しなければならぬこともあります。

【医師 B】

業種の特異性というものを考慮しなければならないということと、ちょっとした工夫で解決可能などころもあるのではないのでしょうか。

もともと我々の「京都の医療を考える若手医師の会」は、医師同士でこういう問題について話しあうことはあっても、内輪だけの話になってしまっていて何も解決しないところからはじめた会です。医療は一見特殊なようですが、医師と患者さん、あるいは患者になる前の一般の方々との話し合いによって微調整できるところがあるのではないかと考えています。

【会場 4】

私は古い建物の時代から、京大病院にかかっています。老人が診察室に入ってくどくどと枝葉の話をするので時間がかかることで先生方の負担が増えていると聞いたことがあります。私は、1カ月の間に何があったかということメモしておいて、余計なことを話さずに先生にお渡ししています。できるだけ先生の負担を軽くしたいと考えています。

【医師 A】

確かに、自分の状態を上手に伝えるのに慣れていない患者さんは多いです。

【会場 4】

気の毒なくらい先生は老人に対して説明しておられます。そのために、診察時間がずれてしまうことも多いと思います。

【医師 B】

例えば、午前中の外来の時間に患者さんが 30 人来られると、単純に割り算をするとひとり 5 分くらいの診察時間になってしまいます。患者さんひとりを 10 分、20 分診察しようとする外來の人数を制限しなければならなくなります。

外国ではどうしているかということ、実際にアクセスを制限しています。私はフィンランドに住んでいたことがあるのですが、フィンランドでは病院に行く前に、まず電話で予約を取らなければいけません。電話で「今日は風邪をひいていますので受診したい」と言うと、「予約が入るのは 3 日後です」と言われます。もちろん、3 日後には、風邪は治ってしまっていることもあります。フィンランドの人たちはそれで満足しているのです。日本式とフィンランド式のどちらが正しいのかというのはわかりませんが、議論する価値はあると思います。

【医師 A】

外来で患者さんひとりを 5 分では済ませるのは大変ですね。手術を前提にした初診には 1 時間ぐらいかかることもあります。

【会場 4】

時には、予約時間より何分遅れたと言って、診察中にもかかわらず診察室に入っていく方を見たことがあります。日本でもマナーの悪い人がいますね。診察される先生は本当に不愉快な思いをされていると思います。

【医師 A】

京都は全国平均からみると医師が多いという話をしましたが、京都大学と京都府立医大という大学に所属する医師も多いのだと思います。京都大学だけでも 630 人ぐらい医師がいるのですけれども、全員が診療をだけに携わっているわけではなくて、研究や教育に携わっている医師も多いことを念頭においておく必要があると思います。

【会場 1】

確かに診療以外の仕事もしているだけかもしれないけれども、人数が多いのに仕事がハードだというのはやはり人が少ないのでしょうか。経営上、もうちょっとお医者さんを雇えば状況は改善すると思うのですが、その経営母体の問題なのでしょうか。

【会場 4】

病院では勤務医の先生方はお忙しいということですが、教授くらいになりますと、外来でもそんなにたくさんの患者さんを診察しておられないように見えますが。

【医師 A】

研究会に行ったりとか、教授会があったりとか、学生の講義をしたりなど、診療以外にも教授としての仕事があるのです。

【医師 C】

私は患者さん側に立つ機会があまりないのでよくわからないのですが、患者さんは、自分がしんどくて入院しているときでも、必ず自分の主治医の先生に診てもらわないと満足できないのでしょうか。例えば、今日自分の主治医の先生は夕方 6 時で帰るとして、6 時以降に何か医師と話したいことがあるときに、同僚の医師や当直医が対応してくれば皆さんは満足されるのでしょうか。それとも、自分の先生はずっと自分のために診てくれていないと嫌だと思われるのでしょうか。

【会場 2】

それは人によって違うと思います。私の身内が京大病院でお世話になって入院していたことがあるのですが、大部屋だと同じ病室に 4 人ぐらい患者がいますよね。すごくわがままを通している人と、何も言わずにいて、先生もほとんど顔を出さないような状態になっている人もいました。病状にもよるのですが、患者のキャラクターによって先生の対応も違うように感じました。文句をよく言う患者には、十分すぎることをされているような印象を受けました。

【医師 B】

それは本当かもしれません。言わないと損みたいに思っている人はいると思います。

【会場 2】

代わりの先生でも、ちゃんと診てくださって 1 日 1 回でも来てくださると、本人は安心するんですね。忙しいときは、全然来てくださらなくても仕方がないのかもしれませんが、そういうときはどなたでもいいから来ていただきたいという気持ちはあるでしょ

う。それを言えない人もいれば、どんどん言ってしまう人もいます。

【医師 D】

患者さん側も、絶対自分の主治医が診てくれないと駄目だという方がいらっしゃる限り、いくら病院がたくさんのお医者さんを雇っても、医者個人の負担はやっぱり変わらないと思います。医者側の勤務態勢を変えていくということと同時に、患者さん側にも医者も1人の人間であるということ認識をいただいて、ある程度シフト制で働けるような態勢ができないと、医者の過労というのは変わらないと思います。

【医師 A】

2人体制にして、主に主治医が診察をして、副主治医もある程度患者さんのことを把握して主治医のフォローもできるようにしたらよいのでしょうか。

【医師 D】

大学病院では、上級医と研修医という組み合わせで患者さんの診療に当たっていることが多いのですが、研修医ではちょっと頼りないこともあります。副主治医が研修医では不十分だからといって、すべての患者さんにスタッフをふたり以上担当させるのは現状では難しいでしょう。

【会場 5】

主治医が1人の患者さんを担当するという方針は病院が決めているのですか。

【医師 B】

病院側が「主治医があなたを診ます」と示しているから、患者さんの方としてはそういうものかと思っただけなのかもしれません。

開業医さんの場合は、いつも診てもらっていても、夜間や休日は診てもらえないことがありますから、その時に診てもらいたいならば別の医療機関に見てもらおうことになります。つまり、医師の取り換えが可能なのです。そのときに診てもらえる病院に行けばいい。勤務医に関しても、その時診てくれる医師に診てもらえば良いということになればいいのでしょうか。

【医師 C】

たぶん、一般病院ではいろいろなパターンがあると思います。具体的にいうと、それぞれの診療科の部長の裁量である程度変えられる部分があるように思います。

私が以前に勤務していたところでは、部長の考えで、手術を担当する医師も途中で交代して食事を取るようにしていました。そのために常に複数で手術に入るようにしていました。皆で患者さんの情報を共有するために、回診も交代で患者さん全員を診察するようにしていました。だから週に1回ぐらいは必ず自分の科の患者さんを全員は診察してカルテも読むことを徹底していました。一応主治医は決められていましたが、主治医が休みのときでも他の医師が対応可能でした。そういう工夫が必要だと思います。

そのためには、コミュニケーションがよくないと難しいと思います。仲の悪い先生が同じ科に複数おられると難しいかもしれませんね。

【会場 6】

私は子どもを保育所に預けているのですが、そこで府立医大の医師と知り合ってお付き合いがありますので、お医者さんが不足しているとか、診療科が偏在の状況になっているような話を聞くことがあります。

短期的には、お医者さんが全体的に不足していて、偏在もしている。さらに女性医師が増えているという状況もあり、それをどういうふうに解決していくかということだと思います。国も自治体も、いろいろ対策を打ってはいるのだろうと思うのですが、決め手となる対策は、なかなか打ち出せてはいないのかなと思います。

一方で、中長期的にお医者さんはどうあるべきかというのは、また別の問題だと思います。これから人口がどんどん右肩下がり時代に入りますので、本当に増やしていくことが正しいのかどうかというのも、なかなか難しい問題なのかなと感じます。

それよりも介護など医療以外の分野と医療の、上手な連携で必ずしもお医者さんの負担ばかりが増えないようなシステムを作れたらいいのにと 생각합니다。

女性医師問題について

【会場 7】

私は女性研究者としてグループに入っているのですが、女性医師も自分たちと同じように働きづらい環境にあるのか、同じような境遇にいるのか、と感じていました。女性医師と女性研究者との連携というのはどこかに探れるのかなというところに興味があります。

【会場 8】

私は、今年京大病院で手術を受けました。私は、15 年前にも京大病院でお世話になりましたが、今回 15 年ぶりに入院して手術前に女性の先生が挨拶に来られて外科の女性のお医者さんということでびっくりしました。15 年前には女の先生自体が少なかったように思うんですけど、もう時代は変わったのだなと思いました。さらに、お子さんがふたりいてそれもまだ小さいというお話も聞いてさらにびっくりしまして、「子どもさんどうしてはるんですか」と聞いたぐらいなんです。

男性の先生の中で女の先生にはお話がすごくしやすく、術後に抗癌剤を飲むのか飲まないかという話とかもいろいろとうかがうことができました。

【医師 A】

外科の女性医師はまだまだ少ないです。最初に診療科を選択するときに、先輩に分野としては面白いけど、おすすめはしないと言われました。私も、後輩にはたぶんすすめられないなと思います。やはり長時間の仕事のため、家庭との両立が難しいです。

医師と患者のコミュニケーションについて

【会場 4】

先生のほうにも患者の好き嫌いはあるのではないのでしょうか。

【医師 D】

私は医療におけるコミュニケーションの中でも、医師側の気持ちというものを研究したいと思っています。医師は患者の好き嫌いという感情を持ってはいけないと学生時代から強制的に考えさせられているのではないかと感じています。人間には必ず好き嫌いはあると思うんですけども、患者の好き嫌いを感じてしまうこと自体、医者として駄目だというふうに教えられているような気がするのです。

【会場 4】

でも、しんどいときにお医者さんにすがる気持ちで行くのに、「こいつは好かん」と思われたのではどうしたらいいのでしょうか。

【医師 A】

医師として、患者に対して好き嫌いを感じてしまっても、それを乗り越えて対応する訓練が必要だと思います。最低限のマナーというか、相手に不快な気持ちを抱かせない最低限の配慮というか、立ち居振る舞いを身につける必要はあるでしょうね。

【医師 B】

先ほどの患者と医師の相性の話に関して言うと、グループで診ることのメリットもそこにあるような気がします。人間なのでどうしても相性が悪いこともあるでしょうが、グループで診るようにすると、メンバーで補い合えそうです。私は、グループで診ることには結構メリットがあると思っています。

【会場 2】

ドクターとしては、患者さんを診るというのが一番大事な仕事ですよね。けれども、今では京大病院でもすべてがコンピューター入力になっていますね。データがぱっと出てくるのはいいと思いますが、科によってはちゃんと触って診察してくれる先生もいれば、別の科では顔も全然見ずにデータを見て、「はい、どうも。はい。じゃあ、また何曜日ね」。ほとんどこちらの顔を見ていなくて、それでいいのかと思います。

【医師 C】

実は、電子カルテの入力には時間がかかって面倒なんです。一方で、病院によってはほとんど医師がカルテを書かずに、助手が書いてくれるところもあります。そういう人にカルテ入力を全部やってもらって、医師は患者さんの診察に専念するわけです。補助者を一人雇って、その分医師にはたくさんの患者さんを診てもらった方が、経済的なのでしょう。

## 救急の問題

【会場 7】

私は自然環境の豊かな方が好きなので、京都から大阪のちょっと田舎の方に住移り住んだのですが、そうすると、子どもが夜中に熱を出すと、隣町まで行かないと小児科がないという医療環境になりました。都会からそう離れていないところなのに格差というのは存在するんだと、ちょっとびっくりしました。

【医師 B】

京都の救急に関しては、比較的充足されているようですが、その理由は、まさに医者が多いからなのです。

規模の小さい病院には医者も少ないので、夜はアルバイトで医者を雇って、当直時間帯の診察をしてもらうこととなります。京都は大学に所属する医者が多いので、生活費を稼ぐために当直のアルバイトに行くことが多いのです。あるいは大学院生なども、学費と生活費のために非常勤医師としてアルバイトに行っています。救急病院に行ったら、いつも若い医者ばかりだということを皆さんも経験するかもしれません。そういう意味で、救急を中心とする医療崩壊は、京都市内ではあまり目立たないのでしょう。

【会場 3】

先ほど南北問題の話がありましたが、京都府北部のほうはどうですか。

【医師 B】

それが大きな問題です。救急領域では、3 時間以内にとりか、30 分以内に処置を行わなければ救命できないとか重篤な後遺症を残すといった制限時間のある疾患があります。例えば、脳梗塞を例にとりますと、重い脳梗塞になると、30 分以内に病院に着いて、3 時間以内に薬を使わなければ予後が厳しいのです。そういう重い脳梗塞の患者さんが病院から遠いところでおられた場合、この患者さんを助けるためには、例えばヘリコプターを飛ばさなければなりません。

北部で、重症の脳梗塞の患者さんが出た場合、京都市までヘリコプターで搬送するよりも、隣接する他県でよりも近い病院に搬送したほうがいいでしょう。そういうネットワークが必要です。

病気にも、その時代その時代に重視される疾患があります。今までは脳梗塞を治療するための体制づくりを重点的に進めてきたわけですが、以前よりは脳梗塞もずいぶん治る病気になってきました。いつか治療法や診療体制も確立し、これ以上の治療成果の改善は望めないというようなプラトーに達する時代が来るのでしょうか。このように一刻を争うような病気が減っていく可能性もありますよね。そうすると、たくさんのお金をかけてヘリコプターを配置してそのわずかな患者さんを救うべきなのかという議論になると思います。

京都の南北問題は、縦貫道路や電車を使って京都市にアクセスする手段をもっと便利にすることが普通の患者さんにとって重要だと思います。ヘリコプターでの搬送というのは人目を引きますが、やはり日常的な医療へのアクセスも重要ですから。

北部にも、大きな医療機関がありますが、京大病院や府立医大病院でしか診ることが

できない疾患もあります。そういうときに、普通に車や電車でそれなりの時間で通院できるようにした方がいいと思います。定期的に診察を受けるためにはもっと交通の便がよくなってほしいですね。

【医師 A】

京都から丹後の方に行くのでも、今は不便ですよ。京都から北部の方に応援の医師が出向くとしても遠くて不便です。

例えば、徳島のある地域で、応援の医師の通勤の負担を軽くするために、住民の半分以上の署名を集めて、JR 四国の時刻表を改定したという話があります。

【会場 3】

すごいですね。

【医師 A】

JR の時刻表を改正させるような努力をして、医師を確保している地域もあるということです。京都から医者が医師の少ない地域に出向くという形にせよ、患者さんが京都の医療機関を利用するにせよ、今のままでは交通アクセスが悪いために、医師の偏在という南北問題をさらに増悪させていると思います。

また、医師の少ない地域では、A病院には麻酔科医はいるが、産婦人科医がいない、B病院には産婦人科医はいるが常勤の麻酔科がいないというような状況もあります。妊婦さんが脳内出血を起こすと、脳外科と産婦人科と麻酔科が全部そろったところでないに対応できないのですが、患者さんを遠く離れたより大きな病院に搬送するのも搬送中のリスクがあります。そこで、必要な診療科の医師をひとつの医療機関に集めてチームを組んで対応してやりくりしている地域もあると聞きました。

【会場 3】

私の近所にはたくさん開業医の診療所があります。でも、私は 24、25 年前から京大病院でかかりつけの先生がひとりいます。ひとりの先生は 4、5 年したら出ていかれますが、引き継がれる先生もまたいい先生なので、ずっと診てもらっています。

でも、知り合いがかかりつけ医から離れて京大を受診したときに「かかりつけ医にかかってください」と言われて怒っていました。

遠方からお見えになっている方もおられますね。近くにお医者さんがおられないのかなと思って見ているのですが、お年寄りも含めて、京大へ行きたがるというのは、何か魅力があるんでしょうね。

【医師 C】

私も大学病院で外科系の科にいたことがあります。手術の後、経過がよくてあとはお薬を出すだけとか、1 年に 1 回定期的に CT を撮るくらいでよいという状態になったら、京大病院をかかりつけにする必要はないと思うんです。近くの便利なところで、検査の機器がそろった医療機関で診てもらおうほうが本人にとってもこちらにとっても良いと思うのですが、中にはやはり京大病院でなければ嫌だと言って京大病院にずっと通い続



ける方もおられます。やはり大病院志向でしょうか？

【医師 A】

京大ブランドということなんでしょうか？絶対京大でないと嫌だという人がおられて対応に困ることもあります。

【医師 C】

医療機関ごとにある程度分業しないと医療が成り立たないのは明らかなのですが、現状では来られるのを断ることはできないシステムになっていますよね。

京大でないと診られない病気で京大に来られた患者さんでも、例えば、ちょっとした皮膚の荒れについて皮膚科を受診したいと言われたらお断りできません。分業という点で見ると、こういう場合一番よいのは近所の皮膚科の開業医へ行くことだと思います。京大の皮膚科にも、京大でしか診られない患者さんがたくさんおられます。そういうところに行くことになるわけですから。でも、患者さんの立場だと、せっかく時間かけて京大病院に来たのだからついでに診てほしいというのもすごくよく分かります。

その辺、ルールがないのが問題なのではないでしょうか。患者さんにお問い合わせしたら医師も断れませんし、ますます外来が終わるのが遅くなってしまいます。京大病院に行ったら待たされるといわれる一因はこんなところにあるんじゃないでしょうか。一応予約はありますが、全然その通りに診察出来ていないので、患者さんにもまたご迷惑をおかけすることになります。

【医師 A】

基本的には京大や府立医大は高度医療を実施する病院だと思います。まず開業医さんにかかって、開業医では対応できない患者さんの場合には、そこで紹介状を書いてもらって大きな病院に行くという流れをさらに強化しなければならないと思います。

ただ、医師自身は自分が悪者になるのは嫌なんです。先ほども言いましたが、基本的にはお人よしですし、医師として患者さんにベストのことをしたいという気持ちはあるんですよ。一方で医療経済的な限界というのも日常感じていて、どんどん自分達の手で国の医療費を増大させているのもどうかなと考えてしまうのです。

【会場 4】

開業医と京大病院の連携なんかはどんな感じですか？患者が勝手に、自分の近所の開業医のところへ行くというかたちなのか、病院側から近所の開業医さんを紹介される形なのか、どちらなのでしょう？

【医師 B】

患者さんの数が多過ぎて、そこまでの連携は出来ていないと思います。京大病院側に負担がかかりすぎるのではないのでしょうか。そういう連携については京都市や京都府がイニシアチブを取ってくれるのがいいのではないかと思います。たとえば、この地域には、こういう救急病院がありますというお知らせをホームページなどにすでに掲載されているのではないですか。

さっきのプレゼンテーションを見ていて、患者さんがインターネットを使って調べて病院を探すというのは難しいのではないかと感じました。たとえば、京都市のホームページを見て、どこそこの病院が、どのような診療をやっている、というようなことをいちいち調べるなんてことはあまりされないのではないのでしょうか？インターネットは、使えば便利そうだけでも、情報や機能が多すぎて逆に分かりにくくなっているかもしれないと思います。

【医師C】

若い世代は、結構使いこなしているという印象はありますが、ある一定以上の年代の方には、難しいかもしれませんね。

【医師B】

東京では、コンビニ病院というのができています。東京にも、ある程度医者が多いので、夜間の診療も可能なのだと思います。いつ来てもらっても構わないですよというような病院がやっぱりあったほうがいいのでしょうか。

もう一つ、最近はコンビニでも薬が買えるようになりましたよね。セルフメディケーションということだと思いますが、風邪くらいの簡単な病気だったら、自分で薬を飲んで治してくださいと。

コンビニ病院をどんどん広めようとするれば医療費が高くなりますね。一方で、自分でコンビニで薬を買って簡単な病気は治してしましましょうという方針を進めれば医療費は抑制できる可能性はありますね、

【会場4】

私のように年金生活をしていて、少ない手元の中で、急に診てほしいようなときにあまり高額ではなく、夜間や休日にも診てもらえるような、老人を主な対象にしたような施設があったらいいなと思います。

【医師A】

医師会に休日診療所というのがありますよね。夜間と休日にも診てもらえるはずですよ。

【会場4】

そこは遠過ぎて不便です。

それに、私は介護保険に申請して腰が痛いのでちょっとマッサージなどしてほしいと言っても、対応してもらえないままです。それなのに介護保険料だけは上がっていくというようなことを新聞で見ますと、これは不公平ではないかと感じます。体と心を診るのはやっぱりお医者さんでしょう。

【医師B】

それは違うと思います。心を診るなんていうのは、医者ではなくてもよいのではないのでしょうか。実際、医者にも心を診てもらいたいというところが、もしかしたら医者に無理を強いているかもしれないんですよ。医者がほかの人たちと優れているところといえば病気を診ることであって、それ以外は普通の人間なんです。心を診るトレーニング

を受けているわけでもなく、そういうところまでカバーできないと思います。

【医師 D】

今のお話に根本的にギャップがあると感じたのは、患者さんは自分がどんな症状を医者に訴えても、どういう病気かとか、自分がどういう気持ちになっているかをすぐに医者はわかってくれると思っておられるのではないかという点です。

ただ、医学部で6年間勉強して普通に研修をしても、腰痛ひとつとってもそう簡単には直せない医者がほとんどだと思います。その理由のひとつは、いくら医学部の定員が増えても医学教育も臨床研修のシステムも変わっていないことです。そんなに能力の高い医師がたくさんいるとは思えません。

【会場 4】

昔のお医者さんには、手を切ったのを診てもらって、赤チンかヨーチンを塗ってもらってました。

【医師 B】

今は赤チンを塗っただけでは医療をやったことにならないということになってしまっているのですね。医療は確実に進歩していますから。

【会場 4】

あまりにも細分化、専門的に分野が細かくなりすぎていているということですが、それでも以前に勉強されたことを頭に入れて、患者の話を聞いてくださると良いのですが。

【医師 B】

昔のお医者さんたちというのは、今ほどの技術はなかったから心でカバーしていたというところもあると思うんですね。

【医師 A】

実際、昔に比べると勉強しなければならないことがものすごく増えています。単純に医学部の教科書も明治時代からすれば今は何十倍にも増えて、身につけなければならない技術も増えて、トレーニングに時間がかかるようになったと思います。すべての分野をできるようにしようと思ったら、全逆に何もできない医者になってしまうのではないかと思います。

【医師 B】

例えば、単純に考えても循環器疾患で心臓カテーテルをするのだったら、そればかり毎日毎日やっている医者の方が上達するでしょう。

【医師 C】

患者さんの要求も、昔に比べるとやっぱり上がっているのだと思います。昔は治らない病気がほとんどでしたから、これでお医者にかかっても駄目だったら、しょうがないと諦めてもらっていた部分があったと思うんです。今だったら、例えば、ある総合内科で、何でも診られる先生が診察してもうまくいかなかったときに、特定の分野の専門の医師が新しい技術で治してしまうという可能性を求めてしまうと思います。そして、最

初に診てくれたお医者さんに対してやっぱり恨みを持ってしまうと思います。

初めから専門医に診てもらっていたら治ったかもしれないと思って納得できないし、後悔されるんじゃないでしょうか。

【会場5】

私の知り合いで、ご自身もお医者さんなのですが、あちこちの診療科にかかっても「様子を見ましょう」「データでは問題がありません」といわれても症状はよくなりなると愚痴を言っておられる方がいます。何か各科でのミーティングというか、カンファレンスというか、情報をつなぐ場があるといいのではないかとおっしゃっておられます。

【会場4】

診療科を超えた横のつながりですね。

【会場5】

人数とか時間的に、忙しいというのはよくわかりますが、そのへんの環境がもうちょっと改善されると同時に、患者さんの一つ一つの症状を、もっと丁寧に診ていく必要があるのではないのでしょうか。

【医師A】

外科系は手術という目標があるので、手術前に手術に関する診療科が集まって、画像を見ます。放射線科が来て、内視鏡をしてくれた内科の医者が来てという感じで集まって、治療方針の最終確認をします。内科系の方が診療科を超えた連携は難しいのではないのでしょうか。いろいろな不定愁訴があつて、はっきりとした疾患名を当てはめにくい症例も多そうですし。

【医師D】

それは偏見ですね。

【医師A】

偏見ですか。外科が手術するためのカンファレンスというのは、目的が手術とはっきりしているのです。

【医師B】

整形外科の医者が外科のカンファレンスに集まるわけでもないでしょう。おなかが痛いと思っていたら、実は骨格系の疾患だったというようなこともないとは限らない。

【医師D】

医師個人の良心にもよると思います。自分の担当の患者さんが自分にはよくわからないけれどもすごく苦しんでいるような場合、他の科の医師に電話して、細かく相談するようなことをするかどうか、その一步を踏み出すかどうかだと思います。

【会場5】

でも、そこまで抱え込めますか。いまの労働環境はとても厳しいんですよ。

【医師D】

そうです。医師にとってはなかなか難しいところなんですけど、患者さんはそこまで求

められているわけです。そういうところが患者さんの満足度につながっているんだと思います。ただ、医師が、たくさんの科に関わられている患者さんの全ての問題をひとりで解決しようと思うと、かなりの手間をかけて色々中のドクターに相談しないと全体像を把握できないと思います。実際にそこまでやっている医師は精神的には持ちこたえられないと思うんです。

【医師 B】

患者力という点で見れば、いくら言ってもこの医者には私の病気は治せないのではありませんかというのは、第一印象でわかるのではないのでしょうか。原因が何かというのをすぐに調べて欲しいのではなくて、とにかく今痛いのを何とかしてくれないような医者はあまり良い医者ではないのではないかと。

【会場 4】

患者もお医者さんを見えています。

【医師 B】

このへんは好き嫌いとか相性もあると思いますね。

【会場 5】

総合診療というのは意味があるのでしょうか。

【医師 B】

京都大学からはなくなりました。

【医師 D】

2000 年ぐらいにできたところで、いまも残っているところは少ないと思います。実際は、大学病院がそのような医者を育てられないので。

【医師 A】

家庭医とか、総合医を作っていこうという動きはあると思うんですよ。

【医師 D】

アメリカのものをそのまま直接輸入してできるというものではないと思います。アメリカには上級医の下に必ず二人以上の医師がいて、さらにその下に医学生が何人かいてというピラミッド型のチームがあります。日本では個人が別々に走り回っていますから、背景が全然違います。

【医師 A】

日本とアメリカではバックグラウンドが全然違うんですよね。文化が違うところに、システムだけをぽんと持ってきても、たぶん全然根付かないと思います。

## 一般人の救急参加

【会場 4】

ずいぶん前に京大病院の救急の入り口のあたりを通りかかったときに、出産前の若い

奥さんがうずくまっているのを見かけたことがあります。そばにいたご主人が、ぼうっと立っているだけなので、どうされたんですかと、私は尋ねました。すると、もう動けなくて、お腹が張って、破水しかけているとおっしゃったんですね。その横を人がたくさん歩いているのに誰も声をかけようとしません。私は守衛室に入って、早く看護婦さんと呼んでくださいと声をかけて産婦人科へ連絡してもらいました。なかなかお迎えが来なくて、しばらく待っていたら慌ただしく看護婦さんが来られました。

【医師 A】

そういう場合、通りかかっても関わらない人が多いですよ。そもそも、日本には、「善きサマリア人の法」がありません。災難に遭ったり急病になったりした人を救うために無償で善意の行動をとった場合、たとえ失敗してもその結果につき責任を問われないという保証がないんですね。例えば、私が新幹線の中とか、飛行機の中で、誰か急病人が出て、何か診察して、治療して、うまくいかなかったときに、訴えられたら、たぶん負けるんですよ。それなら敢えて医師であることを名乗り出ないほうが良いのではないかということになってしまいます。

【医師 B】

医者が普通の人よりできることといえば、誰かが何かの病気のとときに何をすべきかを一応心得ているところです。おなかを抱えて痛がっているとか倒れている人がいても、他の方々が見て見ぬふりをする理由は、怖いからです。何も手だてがないからなんです。血を見たらびっくりするとかいうのと比べると、われわれ医師は一応そういう状況に慣れているといえるでしょう。

【医師 A】

自分が何も手立てがなくて何もできそうになかったとしても、人を呼ぶというのが大事ですよ。われわれ医師でも、たぶん一人ではなかなか倒れている人を助けることは難しいので、まず人を呼ぶということが大事だと思います。

【会場 3】

私は CPR とか、ファーストエイドを一般の方々に教える仕事もしているのですが、倒れている人を見掛けたときに、通り過ぎてしまうというのには、意識の問題もあると思いますが、義務教育の中でも教えられることが無くなっていると思います。

【医師 A】

もっと積極的に関われというふうに教育していくべきでしょうね。教育という点にはわれわれもすごく注目していて、義務教育の時点で、そういう心肺蘇生も大事だし、いろいろ健康に関すること、生活習慣病に関する情報を教えていった方が、効果的だと思います。心肺蘇生も、子どものうちからするのが当たり前になっている方がその場に遭遇したときに自然に体が動くと思います。あるいは、生活習慣病に関しても 40 歳過ぎておなかが出てきてから生活を改善するより小さいうちからそういう生活習慣を避けるような教育をした方がいいのではないかと思います。

【会場 7】

私は田舎に住んでいて、すごく高齢化が進んでいるのですけれども、二人の老人が私の目の前で倒れたという経験をしたことがあります。

私は大学院まで卒業したんですけれども、医療に関する知識はほとんどありません。そういう誰かが倒れた場面に遭遇したときに普通に対処できるような教育を受けたかったと思います。また、自分の子どもにも、そういった場合にどういう対応をすればいいのかという基本的な情報を与えられるような教育が必要だと感じました。

代替医療と医師

【会場 9】

私はアロマセラピーとつぼ押しの仕事をしているのですけれども、心の面と体の面というのが両方必要だと考えています。体だけほぐそうとしてもほぐれないところも出てきます。

【会場 8】

今年手術を受けた後、抗癌剤を飲むか飲まないかという選択をしなければならなかったのですが、先生のお話では飲んででも飲まなくてもいいという状況だったので非常に悩みました。結局副作用があつて3日でやめてしまったのですが、でも何か飲みたいなど思っていました。何も飲まないというのは正直なところ、何かすごく不安だったんです。

それで、府立医大病院に漢方外来というのがありまして、初めに行きますと、4時間待ちの、ものすごい人気なんです。

【医師 A】

京大にも漢方外来がありますよ。

【会場 8】

後で聞きました。それでも処方していただいた薬が体質にぴたっと合いまして、今こうやって元気に過ごしています。

【医師 B】

われわれの会では、漢方はこれから重要だと考えています。僕も実を言うと、最初は漢方は嫌いな方でした。漢方も代替医療のひとつなので。代替医療の領域にはお金もうけをする人が多いので、基本的には嫌いなんです。けれども、本当に効く代替医療というものを見つけていこうとは思っています。

【医師 A】

代替医療にも怪しいのがありますよね。ついこの前もホメオパシーは効果がないということで問題になって報道されていました。

私も報道されたところしか知りませんが、報道によると、助産師がビタミンKを新生児に飲ませないで、ホメオパシーといって砂糖玉みたいなのを飲ませただけだったので

す。頭蓋内出血が起こって赤ちゃんが亡くなってしまったそうです。代替療法の中にもまったく効果のないとか、むしろ害をなすようなものもあるので注意してみなければならぬと考えています。

【会場 9】

人によりますよね、やっぱり。どういう目的でやっているのか私の業種の中でも疑問に思うこともあります。

【医師 A】

商売第一の人もいますよね？

【会場 9】

商売だけでなく、体をよくしていきたいと考えている人も多いです。

【医師 A】

一応私達は医学教育の中でエビデンスを重視するように教えられています。漢方は、疾患は同じでも患者さんの状態に応じて処方を変えるオーダーメイドのようなどころがあるので、西洋式の科学論文にはなりにくく、経験論的に使われているところがあります。西洋的な科学的根拠をどこまで漢方に対して求めなければならないかというのも、難しい問題です。

エビデンスがないと言って医者の中でも漢方が嫌いな人も結構います。われわれ医師の中でも、意見の相違があります。

【医師 B】 アメリカのようにエビデンスを求めすぎてしまうと、漢方も飲めないということになってしまいます。

【会場 10】

私は、もともとアロマセラピーとか、ボディワークとか、精神的なサポートというのを一般のお店で仕事としてやっていたことがあって、お医者さんは嫌いでした。風邪ぐらいでお医者さんに行くのはもったいないと思うような人でした。

その後、大きな病気をしてそんなことも言っていられない状況になって、すごくお医者さんにお世話になったときに、本当にお医者さんや看護師さんたちが一生懸命やってくくださる姿を見て、すごくありがたいと思いました。

その体験から、普段お医者さんはどんなことを考えて、患者さんたちのことを思ってくくださっているのかな、お仕事をされているのかなという興味もありました。また、医師不足の問題をどうしたらもっとお互いが気持ちよく医療を受けられる環境ができるんだろうと前から思っていたので、今回のイベントに参加しました。

私自身は、コンビニ診療所も、コンビニでお薬が買えるという状況も望んでいません。そういうところに財政がむけられるのだったら、もう少し、代替医療の方にも力が入ればいいなと思っているんです。

というのは、私が入院して退院するとき、先生に「これから私はどんなことに気を付けたらいいんですか」と聞いたら、「何もありません。好きなものを食べて、好きなよ



うに、普通の生活をしてください」と言われたんですけども、私の病気は、生活習慣病のひとつだったので、何もしなくてもいいということに疑問を感じました。生活習慣病であるならば、今までの生活を変える必要があるのに、何もアドバイスがないということは、どういうことなんだろうと思ったのです。自分で、自分の病気に関する情報を、インターネットや本で調べたり、人から話を聞いたりしてかき集めました。その中で、これはよさそうかなと思うことを実践してみました。

お医者さんの治療が終わった後、どんなふうに住生活をしていけば、自分の健康を保ったり、向上させたりすることができるのかというところに力を入れていただければ、患者の不安は解消されて、ちょっとしたことでお医者さんのお世話にならずに済むと思います。病気になる前や、病気が終わった後にも相談できるところが充実してくればいいなと思いました。

【医師 B】

今のご意見には実に賛成です。医者はこちらかという、「〇〇をしてはいけない」ということが多いですね。一方で最近では、テレビやインターネットで、「これを食べたらいいですよ」、「〇〇をしたらいいですよ」、というような情報が流れてきます。そういう方法論のほうが受けるようです。医者はまだ、その点に関して無頓着だと思います。われわれ医師も代替医療に無頓着だったのでしょうが、本当に使えるものを試していこうと自分では思っています。

漢方は、自分で使ってみてよく効いたし、大丈夫だったから、みんなに薦めるようになっていきます。肩凝りに効くというバンドも今自分で試しているところですが、実を言うと、効果を理論的に説明できないので、とりあえず試すしかないんですが。

【医師 A】

代替医療をどこまで許容するかについては議論が分かれるところじゃないでしょうか。

【医師 B】

いや、医者は「してはいけない」とは結構言うのに、では、「こういうことがいいですよ」というのに答えるだけの能力がないので、そのへんが患者さんや一般の人たちの気持ちと乖離しているところじゃないでしょうか

【医師 A】

みんな、何かしたいんですね。何かしていないと安心出来ないんですね。

【医師 B】

やっぱりみんな健康になりたいと思っているんだと思う。

【医師 C】

疑問に思ったんですけども、医学も科学の一分野なので、根拠のないことは言わないということはあるのではないのでしょうか。科学者としての医者に期待するのか、あるいは、医者として経験を積んできて、多少、不確かでもいいから何か言ってほしいとい

うことを期待されるのかというのか、といえば、両方を同時に求められてしまっていると思います。

【医師 B】

我々医師というものは、その一方をまったく見逃していたわけです。

【医師 C】

そうですね。でも、分かりにくくないですか。

【医師 B】

でも、さっきおっしゃったように、生活習慣病の治療で入院していたのに、生活に関しての注意やコメントがないというのは、やっぱり駄目じゃないでしょうか。

【医師 C】

生活習慣病といわれる病気でも、それがどうして起こるのかというのは、実は分かっていない部分がたくさんありますよね。だから、あまりにいろいろと気を使い過ぎて生活するのも、どうかと思うところもあります。

【医師 B】

普通にしていればいいって言われても、どういうことなのかよく分からないですよね。何を食べて、どうやって仕事をして、どの程度活動するのが普通なのかというのは具体的に示さないと患者さんには多分分からないでしょう。

【会場 4】

個人差もありますからね。

【会場 10】

私が思っているのは、代替医療についてお医者さんがこれがいい、これはダメと言うにはお医者さんの専門知識の幅が増え過ぎてしまって、大きな負担だと思うんですね。そうではなくて、お医者さんの手が離れたら次はこの機関に行ってくださいというような行き先があればいいと思います。

【医師 C】

そうですね。

【医師 B】

それは面白いですね。

【会場 10】

そのやっていることを、お医者さんがあまりにも否定し過ぎてしまうところもあると思います。例えば、運動がいいと聞いたから、患者さんが一生懸命運動をしようと思っているのに、「そんな運動をしても意味がない」とお医者さんに言われたら、患者としては、困ってしまいますよね。

【医師 C】

そうですね。でも、何かそこで、不安に付け込んで、悪い商売をする人が多過ぎるんですよ。

## 医療コミュニケーション～医療情報をわかりやすく伝える

【会場 11】

私は、個人的に、医療情報を、どのように一般の人に伝えればいいのかというのを、ちよつと模索しています。

【医師 B】

なるほど。素晴らしい試みだと思います。

【会場 11】

家族がひとり今年の夏に大腸癌になって、今も治療を受けている最中です。そこで初めて、一般の人が医療情報を収集するのも結構大変だと気づきました。インターネットも私は使えるにしても、親の世代になるとなかなか難しいようです。

医療情報も、すごく氾濫していると思いますし、必要としている人たちに正確で分かりやすい医療情報をどういうふうに伝えればいいのかというのを、今考えています。

例えば病院の受付や待合室に、いろいろな冊子が並んでいるのをよく見かけますが、そういうわかりやすい冊子病院が作って患者さんが見るというスタイルがいいのか、他にもなにか方法があるのか考えているところです。

この京都の医療を考える若手医師の会のホームページを見たときに、子どもへの教育とか、情報の伝え方というものを書かれていたので、その辺りのお話も聞ければと思ひまして、今日は参加させていただきました。

【医師 A】

なるほど。大腸癌など、診療に関するガイドラインというのが、研究会レベルで決められていまして、それを患者さん向けに書き下ろした書籍が市販されています。

ただ、それが本当に分かりやすいものであるかどうかという点は一度検証しなければいけないと思いますが、そういうものが市販されているので一読の価値はあるでしょう。さらに、病院独自の説明書や冊子などもたくさんあります。そういうものが何種類もたくさんあった方がいいのか、あるいは、ある程度お墨付きの付いたものが基本的に一つだけあればいいのか、どちらがいいのかはわかりませんが。

【医師 B】

私が大腸癌のガイドラインを勉強し直さなければいけないときにインターネットで調べたら、本になっているから買えと書いてあって、困ったことがあります。

【医師 A】

私が聞いた話では、治療前の患者さんに、病院の売店に患者さん向けの診療ガイドラインを買ってもらっているところもあるそうです。

【医師 D】

DIPEX（注：健康と病の語り <http://www.dipex-j.org/>）は、ご覧になりましたか。

大腸癌ではありませんが、乳癌と前立腺がんに関して患者さんが自分の体験や気持ちを語っている動画をインターネット上に「患者の語り」として公開しています。もともと、イギリスで始まったもので、あちらでは様々な癌を扱っています。いろいろなことに関して、専門家がきっちり監修して公開可能なもののみをアップしてあります。

また、きっちりと検証された情報が無料で手に入るというのはまだまだ日本には少ないと思いますが、英語が読めるなら、アメリカのガイドラインはすべて、無料で見られるようになっていきます。

## 新しい臨床研修制度について

### 【会場 6】

新聞紙上で、医師不足になっている原因として、平成 16 年に始まった臨床研修制度が目の敵にされていますが、若いお医者さんは、あの制度を実際にどう思っておられるのでしょうか。昔の医局制度に戻るのが、本当に正しいと思っておられるのでしょうか。

### 【医師 B】

簡単に言うと制度自身はもしかしたら理想的かもしれませんが、しかしながら、制度というのは、理想的な制度に必ずしも実効性が伴わないこともあるわけですね。医者同士で懸念をしているのは、モラトリアムの時間になってしまっているのではないかということです。研修医の 2 年間というのは、昔は一生懸命働かされることによって研修を積むという制度だったのですが、それは医局制度のストレスがあつたことだったと思います。

### 【会場 6】

低いところへ、やっぱり流れていくのかもしれないということですね。簡症例数が多いところで経験を簡単に積みたいとかいうことで、若い医師が都市部の病院に流れていると考えて良いのでしょうか。

### 【医師 D】

ただ、医局制度に戻った方がいいとは誰も思っていないでしょう。

### 【医師 B】

医局制度がいいわけではないと思います。新しい臨床研修制度はゆとり教育と似ていると思います。ゆとり教育というのは理想的な教育です。実効力がないという意味で駄目だったと思います。同じように、今の臨床研修制度というのは全ての科を診られるようになることを目標にしている、それは皆が求めている理想ではありますが、実効性が乏しいと思います。

### 【会場 6】

昔の医局制度に比べたら、今の制度のほうが若いお医者さんにとってはいいのでしょうか。