

働き方改革

鎌田英明



いつの頃からか、スポーツの中継をゲームセットまで見る事が無くなった。子どもの頃、巨人戦を楽しみにし、9回裏「試合の途中ですが……」と中継が終わってしまおうものなら、テレビ局を呪ったものだった。しかしスポーツ放送がサッカーJリーグ優勢になってきた頃からだろうか、じっくりスポーツ放送を見る事が無くなった。私自身の興味が薄らいだのかもしれないが、毎日仕事の他にもやる事が増え、じっくりと見る事は無くなった。

ところがこの冬、すっかりはまってしまったものがある、平昌オリンピックの女子カーリングである。前回の冬季オリンピックの頃からか、この聞きなれない競技が脚光を浴びるようになり、私もその一人だが、にわかファンも増えた。「チーム青森」という我が故郷の名前を冠したチームが存在したことに驚くと共に、ミーハーと言われそうだが、その中心にいたスキップの本橋麻里リンの存在も大きかった。その頃はルールも良く分からず、ニュースでダイジェストを見るのが精々だった。そのうちに麻里リンもチームを離れ、テレビで観ることも少なくなり、にわかファンである私の中でもカーリングは過去の存在になっていた。

ところがである、当初あまり盛り上がりがないと言われていた平昌オリンピックだったが、カー娘たちの快進撃が雰囲気を一変した。予選最後の韓国戦ではあと一歩というところで惜敗し、ここまでかと諦めかけたが、他国のチームが敗れるという運も味方に付けて決勝リーグにまで進んでしまった。こうなったら金メダルかと期待するのがファン心理ではあるが、それでも堂々の結果であった。

20kgほどのストーンを氷上で滑らせハウスの中に入れる。相手のストーンを弾き飛ばして最終的に

一番ハウスの中心に近いところに自分のストーンを置いたものに点数が入る。後攻の方が有利とされ、相手が置いたストーンを次から次と弾き飛ばすことの繰り返しである。この単調な作業をずーっと見ているなんてなんと暇な奴とお思いの御仁も多かろう。でもはまった。

経験者に聞いたところ、20kgのストーンを思ったところに滑らすこと自体が簡単なことではなく、まして相手のガードの間を数cmの精度で擦り抜け、更に中心に近づけるというのは、神業以外の何物でもないとのことだった。正に神業の応酬は見応えがあった。

彼女らがその神業に至るには、血の出るような毎日の練習の積み重ねがあったことは勿論、計り知れない努力があったはずだ。それをおくびにも出さずに「そだね〜！」と淡々とプレーを続ける姿に余計引き寄せられた。

巷間、働き方改革が声高に叫ばれている。背景に異常に過酷な勤務が原因の自殺者が増えたこともあり、超過勤務に対する風当たりが強い。労基署から当直医は寝るのが仕事だという不可解な見解を聞かされた時には、医療の現場にこの論理はなじまないと思った。厚労省や日本医師会も医師の特殊性を考慮した上での働き方を提案していく方向だと聞く。医者が9時5時で帰って良いなら、患者さんはどうなるのだろうか。今更昔話を持ち出して精神論を打つ気はさらさらないが、私が医者になった頃、むしろ5時からが耳学問も含めて知識、技能を増す時間であった。カー娘たちも鍛える時間があったからこそ花開いたのである。それだけでなくともコンピューター化、AI化が進む昨今、医者が患者を診なくなったら医者ではなくなる。

今後の病院における皮膚科研修を考える

木花いづみ



昨年9月に、26年半勤務した平塚市民病院を退職しました。臨床経験6年の半人前以下の状態で、しかも病院にとっては、はじめての皮膚科常勤医としての赴任で、最初は自分のことで精いっぱいでしたが、10年ぐらいうると多少余裕ができ、後輩の教育についても自分なりの考えを持つようになりました。そのころには、皮膚科の常勤医も4人になり、病床数も10床をこえ、皮膚科入局2年目の若い先生が、2～3年研修しては、大学に帰室していきます。ですから大学ではあまり経験できないcommon diseaseから入院を要する重症皮膚疾患・悪性腫瘍まで、一通り対応できる皮膚科医の研修機関を目指しました。外来初診で巡り合った患者さんの経過は、担当医が最後まで経過をみることを基本としました。病院ですから、悪性黒色腫や水疱症の患者さんの退院後の経過をみることも大切ですが、外来患者の多くを占める湿疹や足白癬も、そう簡単には治せないことを、一人の患者さんの経過をみることで、身をもって経験してほしいと考えました。ただステロイドの外用を処方しても、繰り返す異汗性湿疹の治療、接触皮膚炎から自家感作性皮膚炎を起こしてしまう足白癬の治療等々、たくさん患者さんを診ていかなければ、治療のノウハウを身につけることも、患者さんが納得・満足する説明もできるようになれません。術後も、ある程度の期間経過をみなければ、自分が縫合した傷が、どんな経過をたどっているのか、傷跡に患者さんが満足されているのかわからず、次の手術にfeed backできません。

自分の勤務医生活を振り返っても、10年以上経過を拝見した患者さんがたくさんいて、それぞれの患者さんの皮膚疾患の歴史にふれたことは、自分の財産だと思っています。しかし、昨今の病院、とくに急性期病院事情は、今までのような患者さんとのかわり方を許してくれない状況です。軽症の疾患、症状が安定している患者さんは、病診連携の名のも

と、とにかく開業医さんへ、入院患者さんの退院に際しても、なるべくはやく紹介医あるいは近隣の開業医に紹介することを、義務づけられます。患者単価についても、しきりに言及されるようになり、とにかく単価の低い外来患者の占める割合の多い科は、外来の縮小を求められます。

勤務医生活の最後の4年半は、副院長職を兼務していたので、病院の非常に苦しい財政事情もよくわかり、病院の幹部として、また病院のなかで皮膚科が生き残るために、大きな方向転換をせざるを得ませんでした。外来では、病気や治療の説明と同じくらい、「症状がよくなったら開業医さんに紹介させていただくことになります」、紹介を嫌がる患者さんに「これは、病院の方針、国の方針なんです」というような説明に時間を割いています。

幸い、平塚市内には医局の同窓の先輩も開業されており、病院での診断や治療に対する苦言を率直に伝えてくださいます。ときには、もう一度病院できちんと検査してもらいなさいと、患者さんを送り返してくださることもあります。これは医者同士の信頼関係がなければ、なかなかできないことで、本当にありがたいことだと、思っています。

外来縮小、救急や点数の高い手術患者、入院中心の急性期病院の目指す方向は今後も変わることはなさそうです。しかし病院の急激な変化の中、若手医師の教育・研修についての検討は、ほとんどなされていないと思います。今のままでは、悪性黒色腫や天疱瘡の治療はできても、湿疹や足白癬など、common diseaseの治療ができない、バランスの悪い皮膚科医が生まれてしまいます。

皮膚科医の力量をつけるためには、外来診療が非常に大切である皮膚科の研修を、今後どうしていくのか、大学や研修を担当する病院のみでなく、近隣の開業の先生方も巻き込んで、真剣に考えるべき時期にあると痛感します。