



医師生活を終えるにあたっての雑感（〈特集〉メンタルヘルス）

鎮西, 忠信

(Citation)

神戸大学医学部神緑会学術誌, 31:66-68

(Issue Date)

2015-08

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCDOI)

<https://doi.org/10.24546/81009110>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/81009110>



医師の人生行路案内

—ライフサイクルとメンタルヘルスを巡って—

21世紀に入り、医学・医療の世界の状況変化に加え社会全体の価値観やライフスタイルが変化するなかで多くのアポリアを抱える医師。

かつては、良くも悪くも医局制度やその残滓があり、「医局」と呼ばれた空間は臨床や研究の合間に先輩から後輩への知識や技術の伝達の間であり、同時に仲間とのつながりを感じつつ相互に気持ちを伝え合う居場所になっていました。ここ20年ほどの間に、そうした場所が急速に失われ、つながりが希薄化しています。

孤立の深まる状況下で医療・研究現場の急速な変化が起こり、先行世代のモデルを微調整して自らの一生をイメージすることが困難になっています。私たち医師は、どのようなことを考え、何を試みているのか、さまざまな世代の会員に何回かにわたり書いていただくことにしました。

まず今回は、内科と耳鼻科の先生、お三方に書いていただきました。

臨床医になるのか教官への道を目指すのか。それとも研究医や行政官になるのか。どういう分野でどのような働き方をするのかという医師の選択には大きな幅があります。その際、医師自身の希望が優先されがちな現在の状況において、医師の社会的責務という非常に重要な事柄を自覚し、適切な自己評価を行うことで活躍できる場を見つけ、ネットワークを広げて充実した活動が行えること。そのことが医師として最後まで達成感のある生活を可能にするという実践的な知恵を鎮西先生、小川先生のお二方からお示しいただきました。

田淵先生からは、医療機関の継承という医師人生の最後の難関を乗り切る知恵を実際の経験に即して書いていただきました。何を諦め、何を残して締めくくるとか。それはすなわち、今何を目指して臨床や研究に励むのかという問いでもあります。忙しい生活のなかで、若い先生方も時には立ち止まって考えるべき課題です。そして人生の折り返し点を過ぎた同窓生にとっては、もっとも大切な課題。どうぞ心を開いてお読み下さい。

編集委員 松井 律子

医師生活を終えるにあたっての雑感

加古川西市民病院顧問

鎮西 忠信 (昭和43年卒)

病院勤務で医師生活を終えることに満足しております。でも、いろんなことがありました。

医学部で1年経過した秋の健康診断で空洞のある肺結核と診断されました。排菌もあり、服薬のみでは2年休学しても回復するかどうかかわからないと宣告されました。当時、大学に肺切除では日本一の実績のある助教授がおられました。進級が滞るのには抵抗がありましたので、手術を申し出ました。正解のはずでしたが、輸血が必要となり、術後血清肝炎に罹患しました。1年以上もの入院生活を余儀なくされ、医師へのスタートの出端を挫かれた感がありました。

復学したものの、病を背負いながらの学生生活でし

たので、講義やポリクリへの出席も不十分でした。その上に自分に甘え、医学の勉強もおろそかとなりました。将来のことなど考えたとき、研究者や医学者などはとても無理だと判断し、一介の医師がふさわしいだろうと、進路を定めました。

とりあえず、卒後の研修です。インターン闘争の真っ盛りでした。考えあぐねた末に琉球政府立(現在沖縄県立)中部病院でインターンをはじめました。米国の医者が指導スタッフとして加わり、我々は病院内の宿舎で住み込み「医師は患者のためにあり、医療は住民のためだ」と言う基本的な考え方をたたき込まれ、24時間の行動と実践を強いられました。この経験

が、現在に至るまでの私の医師としての原点だと考えます。

その後、いきさつがあり、母校の同級生などの動向を参考に、友人に相談しつつ兵庫県での医師生活を模索いたしました。そこで、内科の教授にお願いしたところ加古川市民病院への出張を命ぜられました。赴任してみると、楽な勤務内容でしたがあまりにも旧態依然としたところのある施設でした。まさか、終の棲家になろうとは思いませんでした。

若輩なうえ、多少生意気でしたが改革派気取りで勤務し、特技もありませんので患者や家族の希望に応えた医療をモットーに若い仲間と地域医療に取り組みました。

当時、日本で最先端を誇るITを用いた地域医療情報システムを活用し、病診連携にも力を注ぎました。無床の診療所の医師からの入院依頼なども引き受けるのが当然だと考え、「一度断ると、次は頼まれなくなる」と信頼関係の持続に腐心しました。頼られてそれに快く応えることが自信につながり、楽しみでもありました。

なんとなく、内科総合医としての道を歩んでおりましたら、プロモーションとかの話が出てまいりました。それまでは、ヒトの能力には限界があると認識し、無芸大食の凡人クラスの私如きには研究と臨床の二股かけるのは困難だからと、不遜にも「学位不要論」を力説しておりました。しかし、友人の勧めと現実の波に押し流され、研究もどきに手を染め、苦手の論文をまとめました。でも、今でもこれらの研究は探求心や向上心に繋がる良い面もありますが、無能な私には無理で無駄な時間だったかなとも振り返ります。豊かな才能に恵まれ多芸多才の一部の者を除くと卒後10年以上を報われないことに時間を費やすのはもったいない話です。臨床医を目指す者は、制度はまだ不完備ですが専門医のコースを選択するのがふさわしいと考えます。

ひたすら、周囲もよく見えないまま、限られた能力で臨床に没頭しておりましたら、いつの間にやら病院の管理職です。

病院の質や格（医療評価機構の認定や臨床研修病院の認証など）も問われる上に、経営の健全化が叫ばれ、責任が奇妙にのしかかり齷齪あくせくしながら仕事を続けました。知人より「燃え尽き症候群に気を付けろ」と言われたのもこの時期です。

そうこうするうちに、医師不足とそれが主因の地域の病院崩壊の時期に遭遇しました。この原因は新たな

卒後臨床研修制度だと吹聴されておりますが、どうでしょう。責任転嫁だと思います。私には、少子高齢化の予測と右肩上がりの経済状態の破綻の時期を、インテグリティのない官僚と政治家が読み違えたことによるものだと思います。目先のことにとらわれ、医療費の高騰を防ぐなどと言う途方もない見当違いを生じたことにあります。医療の急速な発展により、当然起こりうる医療の需要の高まりを無視し、増やすべき医学部の定員を減らしたことが地域医療崩壊の最大の要因です。加えて、古い体制にしがみつき、医局制度の改革に躊躇したことも人の偏りを生じた原因でしょう。物事を煽り立てるマスコミの悪影響による患者サイドの異様な要求と不当な医事紛争も病院勤務医の就労意欲をそぎました。

いずれにしましても、病院崩壊の憂き目に遭遇し、一部より「A級戦犯」の誹りを受けた私はいくらか自己反省もいたしました。時代の変遷と動向を無視し、若手医師の気持ちを忖度できず、遅刻したりカンファレンスで居眠りをする医師を万座で叱責しました。「できないことはない、努力が足りないからだ」と叱咤激励し、多大なストレスを与えた結果が、医師の逃散・退職や転勤に結びついたのも事実でしょう。自業自得と揶揄されました。

それでも、医師の欠員補充を目的に大学の医局へ御百度参りです。

ある日、とある医局長より連絡があり、女性医師を派遣したいかと打診されました。条件を提示されました。「常勤で結構だが、時間内の勤務で、重症患者は振り当てないでほしい」とのことでした。他の医師とのバランスを考え、即答できませんでした。そこで、話は前進なく終了です。今から考えますと未熟な判断ミスでした。よく考えてみますと、男性医師に比べて負担が多い割には、女性の医師は押しなべて誠意と熱意があり、しかも、面従腹背があるのかもしれませんが、従順で協力的でした。日本内科学会認定教育病院の資格を維持するために、剖検率を確保しなくてはなりません。女性医師はその面でも家族から受けがよく、剖検の承諾を得る率が高くて、サポートしてもらいました。優秀な方が多いのは事実ですが、仕事と家庭の両立など、なにかとハンデがあります。その点を理解し、保育園を完備するなり、ジョブシェアリングやフレックス制を導入するなど柔軟な対策が必要でした。女性の登用が叫ばれ、ガラスの天井を打ち破る機運が高まる昨今を思えば、もう少し早く目覚めるべきでした。

でも、今までの自分の医師生活を後悔はいたしておりません。その時節に見合った私なりの判断だったと信じております。ただし、矛盾するかもしれませんが、引き際は肝要です。思考停止する前に、晩節を汚すことなく、次の世代にバトンタッチすべきだと考えます。

医師はやりがいのある仕事ですが、一人前になるのに時間がかかります。進路についても選択肢の多い職種ですので、自分の能力に合った最善の道を早めに定め、信念をもって、汗水流して邁進するなら、必ず報われると思います。

医師となって、医院継承まで

田 渕 哲（昭和48年卒）

I. いくつかの転機

48年卒ですから医師になって42年が経ちます。入学時の面接で医師になろうと思った理由を問われテレビでベンケーシーという外科医の番組を見たと答え笑われたのを覚えています。五年生の終わりごろに左の聴力低下を自覚し耳鼻科を受診したら小さな聴神経腫瘍が見つかり、神大耳鼻科での症例第一号として手術を受け、学会でも何度か発表されました。そのためポリクリの参加が何日か遅れ、脳外科の指導の先生に補習講義をして頂きました。無事卒業ということになるわけですが、恩を忘れ精神科？放射線科？と考えていましたら主治医だった井ノ口先生から今年は入局者がないからといわれ「しゃあないな」と思いながら入局することになりました。しばらく大学で服部教授の下で指導を受けた後、神戸中央市民病院で研修を受けることになりました。中央市民病院で研修を受けていたときにも多くの先生から薫陶を受け、自分ながらも少しずつでも成長していたのかなと思います。しかしこの時はまだ通常の耳鼻科医として研修していました。研修が終わりある程度耳鼻科医として「やれるかな」と思いかけた時に今度は脳外科で再手術を受けることになり、左完全聾と顔面神経麻痺が残り、第一線で医師としてやっていけるのかと悩んでいました。中央市民病院の部長であった谷口先生やかつて主治医であった井ノ口先生の「耳鼻科の専門分野も広いよ」とのアドバイスがあり聴神経腫瘍になったことをきっかけに聴覚・平衡神経学を専門として勉強することに決めました。服部教授は心の広い先生で、君のやりたいことをすればいいとの言葉をいただき、独学で始めました。日本平衡神経学会での発表を繰り返すうち、初めての平衡神経科を埼玉医大で立ち上げられた坂田教授

との交流が叶い、僕の平衡神経学もやっと認めてもらえるようになってきました。そのころ神戸中央市民病院では、谷口先生の退職や服部教授の後任人事をきっかけに学閥間のトラブルが持ち上がり、僕たち神大系の医師は退職をすることになりました（当時マスコミの格好の話題でした）。その後、新須磨病院に就職しましたが、理事長が僕の仕事を認めてくれたため、耳鼻科とは別に「神経耳科」を独立させて頂き、めまい診療に専念できたことで私のめまい診療能力を更に高めることができました。まさに万事塞翁が馬ということでしょうか。阪神・淡路大震災がきっかけとなり、一年半後まだまだ地震の爪痕が残る新長田駅の近くで開業をすることにしました。

II. 開業その後

めまい、耳鳴り、難聴を中心に診察するようなことで成り立っていくのか？多くの先生方にご心配いただきましたが、親友であり同僚であり、開業医としての先輩である先生や、調剤薬局をしている古くからの親友に後押しをされ不安な気持ちでスタートしました。全国的に極めて稀な開業であったことで多くの先生方にめまいの診察に興味を持っていただき、患者さんを紹介して頂いたり、数多くの講演をさせて頂いたりしたことや患者さんの口コミで多くの方に来て頂けるようになりました。しかし、多忙な日々を過ごすうち僕自身体調不良になってしまいました。到底一人では患者さんの期待に応えることができなくなってきたため、クリニックの継続のためには後継者が必要と考えようになりました。偶然にも一回り年下の坂田先生の教え子の一人が関西に帰ってきていることを知りました。彼はめまいの専門医の資格を習得していました