



『総合診療』プレゼンツ「平静の心」塾

「こんなときオスラー」 ワークショップ③

テーマ **F** 患者に怒りや不安を覚えるとき

G 医師同士の人間関係で悩むとき

山中克郎・徳田安春・瀬戸雅美・平島 修・
坂本 壮・中野弘康・須藤 博・森川 暢(発言順)

2019年3月2日に開催された『総合診療』プレゼンツ「平静の心」塾「こんなときオスラー」にて、『総合診療』誌初の試みとなるワークショップが開催された。参加者は、新刊『こんなときオスラー——『平静の心』を求めて』¹⁾をテキストとし、その目次から7テーマが、各7グループ(A~G)に割り当てられた(表1)。前々回A、B、Cチーム(本誌29巻6号pp709-718)、前回はD、Eチーム(29巻7号pp852-860)に続いて、最終回となる今月はF、Gチームの「発表&全体ディスカッション」の模様をお届けする。

(編集部)



ワークショップの司会は、山中克郎先生（福島県立医科大学会津医療センター）（左）。平島修先生（徳洲会奄美ブロック総合診療研修センター）（中央）、徳田安春先生（右）もコメントします。

（前号からのつづき）

山中（司会） それではFチームの発表をお願いします。

Fチーム（医師メンバー）のテーマ

「患者に怒りや不安を覚えるとき」

発表者 F 基本的にどの医師も、患者を診ている限り不安感が根底にありますので、不安については議論になりませんでした。怒りに関してはかなり意見が出ましたので、そこを中心に発表させていただきます。

Fチームには医師になって10数年目～40年を超えるベテラン医師までいて、年齢が上がるにつれて成熟し、怒りの感情が下がっていくことが感じられました。年齢を重ねることで、人格的にも医療レベルでも mature（成熟）していくのだと思いますが、一方で mature されることに関して、「それは諦めではないか」「情熱の低下ではないか」という危惧もあります。

たとえば怒りで患者さんと喧嘩をしても、患者さんの行動変容や教育などがうまくいかないことに直結しますので、医師が怒っても仕方がないとも思いますが、たとえばアルコール依存やCOPDの方が、お酒やタバコをやめるというと

表1 | 各チームメンバー、ファシリテータ、テーマ一覧

	メンバー	ファシリテータ	テーマ
A	医学生	田村謙太郎先生 (ナショナルメディカルクリニック、内科)	「本を強力な武器にしたいとき」
B	医学生	森川暢先生 (市立奈良病院総合診療科)	「医師として進むべき道に迷ったとき」&「進路に悩むとき」
C	医学生 研修医	中野弘康先生 (大船中央病院内科)	「医師という職業に挫折しそうになったとき」
D	研修医	継 仁先生 (継醫院院長)	「経験の伴った叡智を身に着けたいとき」
E	医師	瀬戸雅美先生 (湘南鎌倉総合病院)	「病院の教育を変えたいとき」
F	医師	坂本壮先生 (国保旭中央病院救急救命科)	「患者に怒りや不安を覚えるとき」
G	医師	徳田安春先生 (臨床研修病院群プロジェクト群星沖縄)	「医師同士の人間関係で悩むとき」

きに、ある意味医師が「怒ったフリ」をすることも時に必要で、「テクニックとしての怒り」はありえます。しかしこのとき同時に、頭は cool であることが求められます。

あとは、患者さんに対して怒りや不安の感情を抱いたときに、いろいろな人がいるのだという「多様性」を思ったり、「寛容の心」を持つことが重要だと思います。許すのだけれども、無関心にはならないような、cool head だけれども、warm mind や warm heart であるべき、というところで、医療人として患者さんと向き合えたらいいなと思っております。以上です。（拍手）

山中 ありがとうございます。今の発表について、ご意見ありますか？ 怒ってしまうとき、ありますよね。徳田先生、こういう場合にはどのように対処されていますか？

徳田 まさに『平静の心』²⁾ が大切だと思います。特に救急現場や、急変の場面、疲れているときなどに、難題が持ち込まれたりします。そういうときに、逆上や、怒りで震えるなど、人間の感情が限界を超えることがあります。医学書院でも『医師の感情』³⁾ という本がありましたが、このサブ

タイトルが『「平静の心」がゆれるとき』ですね。

『「平静の心」が自分にあるかどうか」、簡単にわかる方法があります。どうするか？ 自分で自分のバイタルサインを計るんです。自分の橈骨動脈を触診し、カウントする。実はこれ、常に日野原重明先生がやられていたことです。

有名な話ですが、日野原先生は1970年に起こった「よど号ハイジャック事件」の人質になりました。赤軍派を名乗る9人のグループに航空機が乗っ取られ、そのときたまたま日野原先生が乗られていた。そこでまず何をしたか？ 先生は自分の橈骨動脈の触診をし、バイタルサインを測定したというのです。それで心拍数が60台だった。普通人質になったら、「平静の心」どころではないじゃないですか！ところが、自分自身の心拍数が60台で正常だったということで、日野原先生曰く、「それを一番喜んだ」と（笑）。

自分がハイジャックの人質になった状態でも、「平静の心」でいられたという、オスラー先生の教えを守れたことが一番嬉しかったと。それと同時に、隣に座っていた女性のバイタルサインを取ったら、心拍数は130と高い。ハイジャックの人質になったとわかっているわけですから、当然です。このとき、日野原先生は席から立ち上がって、航空機内の乗客の人々に対して、「私は聖路加国際病院の医師です。私が犯人グループと話しますので安心するように」との優しい言葉をかけられたそうです。そして最後は皆、無事に解放されて、病人は1人も出なかったとのこと。

救急などのいろいろな現場、どういった場面でも、医師として「平静の心」を伝えていく。そういうことを皆さんにもぜひお願いしたいと思います。

山中 ありがとうございます。

フロア 質問があります。患者さんには優しくできますが、いわゆるモンスター患者や家族だったり、人間ドッグのお客さんに対して、ムカッとさ

たときに、どう対応したらよいのでしょうか？

周りも困っているなかで、なぜか優しくできない瞬間が僕のなかにあります。特に患者さんではなく人間ドックなどの利用客の場合、「これ、優しくしてあげる必要があるのかな？」と思ったり。クリニックはお金をもらっているけど、僕はそんなにもらってない、というときに（笑）、どうやって「平静の心」を保てばよいのでしょうか？

山中 僕も人間ドック外来をやっていますが、社会的身分の高い人、たとえば大会社の部長さんや社長さんだと、ちょっと対応が悪いものすごく怒られたり、待ち時間が長いだけで怒られたりしますね。皆さん、どんな工夫をされていますか？

フロア 僕も健診やドックを担当しています。やはり待ち時間には気をつけなければいけないです。待たせるとそれだけで怒られるので、待たせないように自分が早く出るとか工夫しています。

地方病院でも行っていますが、土曜日の午前中は都内のドックで勤務しているので、某官庁の方や有名金融機関、放送局の方がいらっしゃいます。そういう方は、医学に関してはわれわれを信じているようで、あまり私には厳しいことは言われられない。それぞれクリニック等によって違うと思いますね。

山中 ありがとうございます。他は、よろしいですか？ 瀬戸雅美先生お願いします。

瀬戸 「待っていて怒っている」という情報が入ったら、まずはひと言「大変お待たせして申し訳ございません」と穏やかな口調で言うと、その場の張りつめた雰囲気は良くなり、患者さんの気持ちも落ち着くのがわかります。一般的に「ここはマズイな」という状況に陥ったら、すぐに「申し訳ありませんでした」と申し訳ない気持ちが伝わると、解決の近道になることをよく経験します。

平島 相手の怒りに巻き込まれないことが大切ですよ。こちらもしらしているのに、相手からいきなり怒られたり、自分の予期しないことを

決めつけられたら、「逆切れ」みたいな感情が湧くでしょうけど、そこをいい具合にコントロールするために、あえてこちらから頭を下げていくことは有効ですね。

山中 福井大学救急部・総合診療部の寺澤秀一先生も、あるレクチャーでおっしゃっていました。わめき散らす患者さんは優先的に診察をするとうい。それは上級医の役割でしょうけど、要するに、そういう人は非常に危険な患者だという認識ですね。

僕はアドラー（Alfred Adler）の心理学が好きでよく読んでいますが⁴⁾、「怒りは捏造される」と書いてあるんですよ。例に挙げているのが、娘と母親が、家で大喧嘩をしている。そのとき学校の先生から電話がかかってくるわけです。すると、今までムチャクチャ怒っていた母親が、猫なで声になって、「あら、先生、こんにち。いつも娘がお世話になってます」と。しかし電話が終わるやいなや、またガーッと怒る。それで、「怒りはつくられている」と。つまり、怒りというのはコントロールできるので、なるべく感情的になることは避けて、人間関係をうまくしましょうと。

医学部の卒業式で、僕は医学部長が言われたことをたった1つだけ憶えています。「君たちは卒業してドクターになるけれど、このことだけ憶えておけば素晴らしい医者になれるぞ」と言ったんです。それまでポヤーンと聞いていたのですが、そのときに耳に飛び込んできたのは、「つらいこともいっぱいあると思う。同僚のみならず、いろいろな人に怒りを覚えるだろう。でも、“決して怒ってはいけない”。このことさえ守れば、君たちは素晴らしい医者になる」と。

そのことをすごく憶えていて、僕は医者続ける限り、これだけは守ろうと、そのとき思ったんですね。最近、研修医によく聞かれるんです。「先生、いつもニコニコされていますが、家でも

奥さんに怒らないんですか？」（笑）。「いやいや、いつも家で怒った後に後悔してるよ」と答えています（笑）。

では、Fチームのファシリテータ坂本先生、まとめていただいてよろしいですか。

Fチームのまとめ

坂本 昨日、京都の日本集中治療医学会で座長をやってきたんですね。僕の担当は敗血症の基礎研究の優秀演題の揃ったグループでした。自分にとって馴染みのない世界なので、これはもうストレスフルで怒りすら覚えて（笑）、始める前、僕のスマホが振動でブルッと鳴ったんです。なぜ鳴るかというと、心拍数が40以下か130以上で鳴るように設定しており、当然心拍数が上がっているわけです（笑）。座長として事前に調べ整理はしたものの、理解が難しい部分もありました。普段使い慣れない薬の投与量の議論が……。こういう「平静の心」が保てないときは「これは試練を与えてもらっている。これを乗り越えたら何かあるはずだ」と思い、そして何とか終えて、何かを得たのだと思います（笑）。そんなことがありました。

怒りを覚えたとき、それをどういうふうに変換させるか（コントロールするか）というのは非常に重要です。救急外来をやっているときなど、怒るときは、だいたい自分のコンディションが悪いときだけで、患者さん自身のことは影響してない。結局、自分自身がイライラしていた、失敗した、フライトで疲れた、飲みすぎた、眠い等々が原因であり、そういうことを認識するようになってから、自分の心持ちがだいぶ変わりました。

オスラー先生の言葉に、「穏やかな平静の心を得るために、第一に必要なものは、周囲の人たちに多くを期待しないことである」^{1,2)}があります。このフレーズを読んで、僕らのグループで話題になったのは、「よく愛情の反対は無関心という

が、そもそも患者さんに興味がなかったら怒らないのではないかと、「それはそれでやはり期待しすぎないことが大切なんだろう」、という結論に至りました。

やはり20代、30代の医者が、70代、80代の患者さんのすべてを理解することはまず難しいし、患者さんにもいろいろな事情があり、いろいろな人生を経験してきたことを理解すること、まずそこが重要です。そこを認識したうえで、患者さんの話がよく聴けるようになるのだと思いました。

いまF先生の発表にもあったように、だんだん年齢が上がると、その分自ずと経験から得られるので、成熟して「平静の心」を保ちやすいのでしょう。そして一番怒りやすいのが、20代、30代の研修医後半から、調子に乗ってくる4〜5年目ぐらいですかね（笑）。「自分はできる！これで絶対間違いない！」という思い込みにもハマりやすい。そういったときに、先輩やメンターの先生から、もしくは医者だけでなく他領域の方々から、いかに人間的成長の素養を吸収するか。僕らの同世代というと、会社でも結構良いポジションについていて、「大変なことをやってます」なんて話を聴くと、謙虚な心持ちで「ああ、自分もまだまだだな」と思いながら、「平静の心」を持ち続けられるのではと思っています。以上です。

山中 ありがとうございます。Fチームに、大きな拍手をお願いします。（拍手）

そして、いよいよ最後のグループの発表です。Gグループの方、よろしくお願いします。

Gチーム(医師メンバー)のテーマ

「医師同士の人間関係で悩むとき」

発表者 G 私は埼玉県の病院で循環器を専門に



Gチームのファンレター、坂本壮先生のまとめ

やっております。60歳を超えており、おそらくここにいるなかで私が一番年上じゃないかと（笑）。インターベンションが専門で、今週もASO（閉塞性動脈硬化症）と冠動脈のインターベンションを1例ずつやって、こちらに来ました。

今回セミナーに参加した理由ですが、長く専門をやった後、高齢になってから総合診療的な視点をもって内科に移る医者が、これから増えるのではないかと思います。私もその1人で、今ここにいらっしゃる中堅でバリバリの先生方が、総合診療的な知識と技術で活躍されているのをよく存じ上げており、今日は非常に勉強になっております。高齢の医者が、これから総合診療科の専門に移っていくという視点も、今後取り入れていただきたいところ です。

さて、Gチームのテーマは、医師の人間関係の悩みです。グループ内で議論は3点ありました。

① 各専門科の谷間の患者さんをどうしていくか？

大病院には各専門科があります。たとえば心不全なのか、肺炎なのか、その中間ぐらいの症例が、毎日のようにあります。「これはBNPが上がっているから心不全ではないか。循環器科、お願いします」というと、循環器科の医者が、「これは肺に影があるし、メインの病気は肺炎だから、呼吸器科で診てください」というような谷間の患者さんをどうしていくか？ 「そういうときに、医者同士が話しても対立し、なかなかうまく解決策が見つけれず、患者さんは谷底に落ちて

いくことがある」という意見が出ました。確かにそういう患者さんは私たちの病院にもいます。たとえばうちでは内科医も少なく、循環器は2〜3人、呼吸器も2人しか医師がいません。そういうなかで、最終的には必ずどちらかが「引き取ります」となります。

Gグループで出た意見は、「たとえば呼吸器・循環器などの専門科にはっきり分けられない患者さんを、夜間の病院でどういう科が受けているのか?『総合診療科でみます』と総合診療が受け皿になるのはどうか?」という意見がありました。また、「専門外の患者さんを断れるような環境にある病院と、人員も少なく全部を診なければならないという病院がある。大学病院などは、意外と専門外は断れるのかもしれない」という意見もありました。さらに「研修医の教育のためにも、どこも受けない谷間の患者さんを積極的に受けるようにしなければいけないのではないか。教育の場としてうまく活用していきたい」という意見も出ました。

② コミュニケーションの仕方

2点目は、コミュニケーションの問題です。「たとえば感染症の抗菌薬の使い方について、若手医師が意見を伝えたいときに、上のベテラン医師が『俺はこういうふうに使って来たんだよ』と主張され、なかなか言うことを聞いてくれない。コミュニケーションが取りづらいことが起こる」という意見が出ました。

③ 医師の虚栄心、嫉妬心、ライバル心

最後に、これはプライベートな視点となりますが、同じぐらいの立ち位置や技術力で、同じような難易度のある患者さんを診ていると、その医者同士の間に虚栄心やライバル心が生まれ、人間関係を悪くすることがあります。「アイツのほうがたくさんの症例に当たって、インターベンションのレベルが上だ」等々。これについては、尊敬心や、協調していく態度が大事だと思います。

オスラー先生のおっしゃる、「健全な人生観を持った高潔な天性の持ち主は、瞬時たりともそのような嫉妬心に襲われるようなことがあってはならない。ライバル校で教える者は努めて互いの交友を図り、学生や若い教師が親しく交わるよう奨励すべきである」^{1, 2)}という言葉は、本当にその通りだな、と思っております。今日は本当に勉強させていただいて、ありがとうございます。(拍手)

山中 ありがとうございます。各専門科の谷間の患者さんについて、皆さん、どうされているのでしょうか?

私が救急室を担当していたある日、肺炎と心不全で来院した患者さんの入院担当科をめぐり、救急室で循環器科と呼吸器科医師がケンカをはじめたんです。突然僕のほうを向いて「先生、決めてください」と。「エーッ、どっちでもいいから、早く入院させてあげてよ」って心では思ったのですが、あまりにもバトルが激しいので(笑)、「わかりました。今から私が胸水を抜きます。濁っていたら呼吸器、透明ならば循環器担当でお願いします」(笑)なんて、ぜんぜん患者さんのためにならないですね。

中野弘康先生のところでは、どうされていますか?

中野 私は今、大学付属病院に勤務しています(註:収録時)。病床数500床未満で、総合診療センターがあり、そこに総合診療医と、各科の臓器別の専門医が混じり合って「緩やかな内科」を展開しています。あまりそういったバトルはなくて、呼吸器の先生も、仮に心不全を合併していても、「循環器の先生が忙しければ、私どもが診ますよ」と、わりと良い関係性が保たれていると思います。

私は今、消化器をやりながらジェネラルな診療もやっていますが、専門医を名乗るからには、自分のテリトリーはもちろん、それプラスα、内科

医として、まず全身を管理できる部分があつての専門医ではないかと思っています。「私は〇〇しか診ません」では、臓器医、局所医になってしまふのではないかと（笑）。

たとえば消化器が専門でも、自分の患者さんが心不全になれば自分で管理するべきだし、腎機能が悪化しても自分で診る。そういうふうに、患者さんを自分1人でしっかり責任を持って診るのだという、その気持ちが一番大事なのではないかと思っています。なので専門医とか、総合内科医とかではなく、本当は皆が内科医としてのバックグラウンドを持たなくてはいけないのではというふうに考えています。

山中 ありがとうございます。須藤博先生（大船中央病院内科）、お願いします。

須藤 結構深い話ですよ。皆さんにお伝えしたい言葉があります。医学会に行ったら、嫉妬心とかあるじゃないですか。僕は、もう亡くなられましたが大瀧詠一さんというミュージシャンが大好きで、師匠と崇めています。大瀧さんはナイアガラ・レーベルを作っていて、ファンのことを“ナイアガラ”といいます。トーマス・エジソンは「必要は発明の母である」と言いましたが、ナイアガラの間でよく知られている大瀧さんの言葉に、「期待は失望の母である」というのがあります（笑）。また、「比較は不幸の始まり」だとも。

この2つは、人生訓なんです。本当に、期待は失望の母で、比較は不幸の始まり。オスラー先生もまったく同じことをおっしゃっているわけですよ。

あと、何か問題が出てもめるときに、私の同僚でも「若いやつがどうのこうの」と言う人がいますが、決して期待してはいけない。（前述の）福井大の寺澤秀一先生も同じことをおっしゃっていますが、「（医師として）教えているときには、自分の半分できたら上出来だと思え」です。それから、「よその科は、自分が診ているのと同じレベ



「期待は失望の母である」「比較は不幸の始まり」とコメントする須藤博先生

ルでできるとは決して思ふな」なのです。こうした心持ちが、“期待しないコツ”ではないかと思っています。

先程の「どちらの科で患者さんを引き取るか」問題ですが、私が東海大学総合内科を立ち上げた最初の頃、まだ病棟も決まっていな、外来も少ない、当直料も出ない中で、僕は自主的に救急外来に当直をしに行ったんです。そのとき救急外来の先生方が温かく迎え入れてくれて、最初の患者さんが、その循環器科と呼吸器科が「肺炎か心不全か」で押し合いへし合いやってるケースだった。で、「じゃ、診せてもらいます！」と、僕が総合内科として、その患者さんをもらって行ったんですね。それが最初でした。「誰も診ない患者は、自分たちが！」の心意気です。そのときは、「わあ、これ面白い！」って声を出しながら診るといいのですね。声に出すと、本当に面白くなるので。

最後に、先ほどの日野原先生の脈の話の関連で、サミュエル・シェムという人が書いた『The House of God』という有名な小説があります。1978年にアメリカで出た本で、インターンの1年間を描いたものです。東海大にいるときに、い

ろいろな国の留学生が来ましたが、皆この本を読んでいた。話をすると必ず知っていて、でも日本人はあまり知らないんです。なぜかという、日本語に翻訳されていないから。でも福井大学救急部・総合診療部の林寛之先生は、「GOMER (ゴーマー)」という言葉を使うわけです。GOMER とは、「Get Out of Our Emergency Room」の頭文字。要するに、「帰しても、帰しても、また来るような訳のわからない、診たくない患者」のことです。辞書にも載っています。その言葉は、その『The House of God』の本が由来で、その中に「Laws of the House of God」という13のインターンの心得が書かれています。その中のNo.3にはこうあります。「At a cardiac arrest, the first procedure is to take your own pulse. (心停止に出くわしたとき、まず最初にやることは、自分の脈をとれ)」と。

山中 ありがとうございます。須藤先生の知識の深さ、すごいですね！

平島 全国にテレビ中継して流したいくらいです。本当に、すべての医者に聞いてほしいです。

山中 皆さん、何かコメントありますか？ 森川暢先生、お願いします。

森川 自分も思い出深い症例があります。ある日、90歳男性が誤嚥性肺炎で1カ月絶飲食になりCV（中心静脈栄養）で来ました。家族はどうしても直接食べさせたいと言っていて、その家族は若干クレマーな感じの人でした。

その家族は患者さんの義理の子どもで、血縁ではなかったのですが、2〜3カ月病棟にいらして、最初は「なんて理解が悪いんだ」と思っていました。時間をかけていくうちに、なぜそのお嫁さんがそうなるのかがだんだんわかってきて、最期はご自宅でよい看取りを迎えることができたケースを経験しました。それは、プライマリ・ケア認定医の自分のレポートにさせてもらいましたが、わかったことは「病気じゃないという

ところも含めて、僕らが診ていく」ことが大事で、それを診ることで、患者さんやご家族の状況、考え方も含め、いろいろわかってくる。病気ではないところを診られると、結構、診療の的が絞れると思いました。

山中 ありがとうございます。

それでは最後にファシリテータの徳田先生、まとめをお願いします。

G チームのまとめ

徳田 『こんなときオスラー』¹⁾の108ページにある**CASE 1 (資料1)**¹⁾は実話です。私が厚労省の某ワーキンググループに所属したとき、そのメンバーと一緒に居酒屋で飲んでいました。私の目の前に当時の厚労大臣が座り、周りは皆、官僚の方でしたが、その大臣が、そのなかで臨床をやっているドクターは私だけだったので、私に言われたんですね。「どうして医師の間では非難や誹謗中傷が多いのか？」と（註：いろいろな大臣がいるなかで、当時の厚労大臣は受動喫煙規制を本気で進めようとして、本当に日本の医療を良くしたいと頑張っておられた）。

私はそれが非常に衝撃的だったのでここに書きましたが、実は『平静の心』²⁾を読み直したら、100年前に既にオスラー先生によっても同様のことが書かれていました（笑）（資料2）^{1), 2)}。ですので、本当にわれわれ医師としてのプロフェッショナルリズムを問われるのは、まさにここ、「医師同士の人間関係」ではないかと思います。

特に大学は“白い巨塔”として語られています。これは日本だけのことかと思いきや、実はオスラー先生の『平静の心』²⁾を読むと、米国ジョーンズ・ホプキンス大学病院でも起こっている（笑）。だから、“白い巨塔”は世界中にあるわけです。

資料 1 | 医師同士の人間関係で悩むとき「CASE 1」¹⁾

厚生労働大臣の A 氏は、医療システムを改善するための政策導入を日々行っている。

A 氏は、専門医の質を向上させるための制度を導入するための専門家委員会を、省内で開催することにした。参加した委員の多くは、大学の教員であり、医師である。しかし、委員会内での討論では、委員同士だけでなく、参加していない医師に対する非難や誹謗中傷などがかなりあった。大臣である議長の A 氏は困惑した。

◎ 領域の谷間で、どうすればよいか？

さて、G チームの振り返りですが、発表に出ている「肺炎が心不全か」、あるいはそれ以外の病気についても、ものすごいディスカッションがありました。この領域の谷間で大事なことは、医師同士でも「相手の心を診断する」「相手に対する共感 (empathy) をもつこと」です。われわれの医療面接というのは、患者相手とっていますが、私は医師同士でもやるべきと思います。医師同士でも医療面接をして、ある程度、医師の心も診断しなければいけない。相手の医師がどういう気持ちでマネジメントし、診療をしているか、相手の立場、相手の忙しさを推し量っていく。そういうことを、われわれはやっていないのではな

いか？
その他にも、「コミュニケーションを取ること、相手の忙しさや相手の立場がわかってくる。それで、お互いの協力関係をつくることができた」という意見がありました。

さらに、どの科も引き取ってくれない患者さんを引き受ける科がないと、日本の医療は成立しません。それを、「教育の場として活用するのは非常に良いのではないか」という意見がありました。大変素晴らしいかったです。

そのときに大事なのは、教育の場にして、研修医と医学生の目の前で、指導医は喜んで診察をし、しかもそのなかでたくさんのフィジカルを実践していこうと。実は高齢の患者さんでは必ずフィジカルがあります。そういういろいろな学びが 1 人ひとりの患者さんにあるので、それを楽

資料 2 | 医師同士の争いは医学の進歩を阻む^{1, 2)}

医師間の争いは一般人に非常に悪い印象を与え、往々にして医学の進歩にとって由々しい「さまたげの石」となる。つい先日、私はある聡明で物わかりの良い人から手紙をもらった。その人は医学の専門外の方で、大病院の計画に関心があり、私もそのことで相談を受けたことがあった。手紙の中から次の言葉を引用してみよう。専門外の人とはいえ、医学の強力な支持者であり、かつ、長年様々な経験を共にしてきた人物によってこういう手紙が書かれなければならなかったことは、悲しむべきことである。

「専門外の人間である私は、大病院の計画実現のみを望んでいますが、その私が心を痛めていると同時に驚きあきれることの一つは、大学人と学外の人達の間ばかりか、大学人同士の間に見られる異常なまでの職業的嫉妬心であり、また、同じ大学に所属する者同士が互いに浴びせかける非難のすさまじさです。こういった内輪もめの事態からどういふ解決の道が拓かれるのか、私のような門外漢は全く理解に苦しむところです。」

「結束、平和、ならびに協調」の章より

しようにやる。それをつらそうにやったり、電子カルテや、レントゲンだけ見てやると、おそらくその科には研修医も医学生も入って来ないわけです。そのような総合内科は崩壊すると思いますし、楽しくやるのが、よい教育のレッスンとなるのです。

◎ “スーパーコンバート医師” が仲間に

さて、今回 G チームの発表者は、インターベンションをされている先生でした。将来的には総合診療もやりたいということで、大変貴重なお気持ちだと思います。われわれにはこれから、どんなそういう仲間が増えてきます。

私は“スーパーコンバート医師”と呼んでいますが、野球でいえば二刀流の大谷翔平選手です。彼は肘や肩をケガしましたが、投手だけでなくバッターとしても通用する。自分で分野をうまくスイッチすればよいのです。また、王貞治はもともと巨人軍にピッチャーで入ったのですが、ピッチャーができないということでバッターをやらせたら結構イケて、最終的には世界のホームラン王になった。ということで、これからコンバートは野球界だけではない。医学界でもインターベンション、あるいは手術などもできる経験豊富なス

ペシャリストが、ジェネラリストとしての守備範囲をさらに広げる。そういうドクターを患者さんは待っています。これからの時代のハイパーエijingを支えていける人材となることでしょう。

去年の12月に、公益財団法人 日米医学医療交流財団が「日本版ホスピタリスト宣言」をしました。そのなかで、「スーパーコンバートドクターを求める」というディスカッションがありました。ぜひ長い医師人生、そのように自分で興味を広げ、守備範囲を広げていただきたいです。

◎ 後進に役割を引き継ぐ

最後に、実はオスラー先生ほど、自分の病院、大学の施設を変えた人はいないと思います。だってカナダ、アメリカ、最後はイギリスと、「3か国」ですよ！ あの当時、このように国境を超えて動けた人は、なかなかいなかったかもしれない。今のわれわれも、1つの施設だけにこだわるのではなく、自分の役目を終えれば後進に渡していくのもよいのではないのでしょうか。

実は『平静の心』²⁾にジョンズ・ホプキンス大学病院を退官するときのオスラー先生の講演「定年の時期」が掲載されていますが、そのなかで「役割を終えたドクターたちは、すぐに辞めるべき」という、恐ろしいことをおっしゃった（笑）。しかも講演会の一番前に座っているのは皆、オスラー先生よりも偉い年上の教授たちだったのに、その場でそのことを言ったのです！ 私はこの話を、日野原先生から聞きました。

自分は、この病院での役割は終えた。そうしたら後進に渡して、自分はまた新たな施設で活躍する。できることを、やる。むしろ、どんどん若手に引き渡していく。こうした役割のバトンの引き継ぎが、われわれに求められているのではないかな。そういうメッセージがあるのではないかと思います。以上です。どうもありがとうございました。（拍手）



Fチームのファシリテータ、徳田安春先生のまとめ

山中 徳田先生、最後に素晴らしいまとめをしていただき本当にありがとうございました。それではこれでワークショップを終了します。（拍手！）
(了)

文献

- 1) 平島修, 徳田安春, 山中克郎: こんなときオスラー—『平静の心』を求めて, 医学書院, 2019.
- 2) William Osler (著), 日野原重明他 (訳): 平静の心—オスラー博士講演集 (新訂増補版), 医学書院, 2003.
- 3) Danielle Ofri (著), 堀内志奈 (訳): 医師の感情—「平静の心」がゆれるとき, 医学書院, 2016.
- 4) 岸見一郎, 他: 嫌われる勇気—自己啓発の源流「アドラー」の教え, ダイアモンド社, 2013.