

対談

コンサルテーション・スキル



[ゲスト]

大曲貴夫 氏

静岡県立静岡がんセンター感染症科部長



[同会]

岩田健太郎

神戸大学感染症内科教授

●●● 対談前… ●●●

岩田 この間、この本の原稿をまとめて、重複しているところをちょっと省いたりしたんですけど、まあ大体こんな感じです。毎月の連載なので、昔のこととか忘れてるから、同じことばかり書いてるんじゃないかと思ってたんですけど、割に意外にまとまってい

てびっくりしましたね。

大曲 読んでいて、流れていました。

岩田 奇跡的なことで、結構同じ話を繰り返すくせがあるので、5回ぐらい同じギャグを使っていたらどうしようかと思ったり（笑）

大曲 いや、すごい流れていて、「ヘエッ」と思って読んでいました。

岩田 だって、1年ぐらいの予定ではじめた連載なのに、なんかズルズル続いて、意外に学

術振興会の偉い人とか、よくわからない人たちが読んでいてくれて、「内科」って結構偉い人が読む雑誌なんですよ。新型インフルエンザの総括会議をやっていたら、内科の大御所みたいな人からも結構おもしろいねとか言われて、あんなの読んでいたんだ、と思ってびっくりしました。あと3回でおしまいなんですよ。

大曲 そうなんですか。

岩田 はい。一応それで区切りということで単行本にします。そろそろ区切らないと、いつまで続けても……（笑）

大曲 幾らでもできそうなもの。

岩田 事例をやり出せば、たしかに幾らでも続きますね。神戸大学病院は事例の宝庫なんですよ。いろいろな人がいるなと思って。

大曲 大学というのはそうなのでしょうね。多分、自分が経験したことのないタイプの人があるんだろうなと思って。

岩田 いますね。しかし、思ったほど、あり得ないほど変な人は僕らの学生のころと比べて最近減りましたね。大学でも。僕が学生のころは、明らかにおかしい人がいたじゃないですか。

大曲 いました、いました。「エー」みたいなのがいましたよ。

岩田 いま、社会がそういうのを許容しないんですかね。

大曲 たしかにね、そうだよな。

岩田 対談ははじめちゃっていいんですか。

編集部 はい、ぜひよろしくお願いします。

岩田 僕が司会するんですよ。

編集部 ええ。先生に一応司会していただいて、お話ししていただいて。

岩田 自分で司会して自分で話して。

編集部 まあ、雑談ふうで。

岩田 はい、わかりました。

●●● これから対談 ●●●

〈コンサルタントの効果〉

岩田 静岡がんセンターは、感染症科はコンサルタント・オンリーでやっているんですか。

大曲 ほとんどすべての業務がコンサルテーションですね。患者さんを自分の科で入院させるのは月に1人いるかどうかです。でも外来は自分の科として診ている患者さんは結構いるんですよ。ほとんど抗酸菌症です。

岩田 がんの患者さんで抗酸菌症をフォローしている。

大曲 抗酸菌症とか、あとは肺がんの疑いで来たけど……。

岩田 実は抗酸菌だったと。なるほど。主科で診るのもがん疑いで紹介されて、実は感染症だったとか。

大曲 というのは何例かありましたね。あとは、がんは寛解して、年に1回ぐらいしか当院に通ってないけど、肺炎になってきちゃったとか、肺膿瘍になってきちゃったからどうしましょうか。担当の先生が「ちょっと自分じゃ自信がなくて」と言われて受けるのもありますね。

岩田 なるほど。そういう形なんですね。メインとしてはやっぱりコンサルタントとして、他の主治医の先生のお手伝いをする。もう7年ぐらいになりますか。

大曲 7年ですよ。2004年からだから。

岩田 長いですね。

大曲 長いですよ。

岩田 7年間やって、大分仲間も増えたと思うんですけど、最初に大曲先生が1人で入られたときに比べて、何か変わってきましたか、病院の雰囲気とか。

大曲 感染症の診療のやりやすさ、という観点からは大きく変わりましたよね。リコメンデーションを受け入れてくださるのが増えたのもありますが、新しく来る研修医たちと

か、あるいはうちをローテートした後の研修医たちが、勉強してそれなりに感染症を診れるようになって、自分で実践している。それが多分一番大きいかなと最近と思います。

岩田 それってコンサルタントの副次的な効果ですね。学会とかに行くと、コンサルト数年間何例の症例を受けています、そういう話に集約しがちなんですけど、そうじゃなくて、各科の先生が自立して診療できるようになる。そっちのほうが実はハードなアウトカムで、何件呼ばれているか、というのはもうちょっと副次的なものじゃないかなと思います。

大曲 たしかにそうですね。見てとれないから、そうした副次的な効果を計れないかな……と思ったりもするんですけども、測定にはなじまないのかもしれないですね。

岩田 結構幾つかのスタディーで、IDコンサルタントが入るようになってから、たとえば黄色ブドウ球菌の予後がいいとか。

大曲 ありますね。

岩田 そういう患者さんの予後というところがアウトカムとしていっているところがありますね。

大曲 そうか、そういう検討はたしかにありましたね。うちも、妥当かどうかさっぱりわからないですけど、菌血症のケースで、ディ・エスカレーションをどれぐらいやれていたかなどは検討しました。まあ、検討しているといってもその程度ですけどね。

岩田 ディ・エスカレーションの成功率みたいな。

大曲 それは劇的にじゃないですけど、良くなってきていて。ただ、それで現場の本当の真実を切り取れているかどうか、計り切れているかどうかというのは、正直全くわからないですね。

岩田 結構複雑ですものね。

〈失敗から学ぶ〉

岩田 いまは、フェロー、後期研修医が電話を受けて、最初にファーストタッチで診に行って、後で指導医とラウンドするという、そういうスタイルで？

大曲 そのスタイルでやっていますね。

岩田 フェローに対して、主科の先生とのコミュニケーションで、とくに大曲先生が注意している点とか、あるいは指導している点はあるんですか。

大曲 ありますよ。うまくまとめられないかもしれないですけども。思いつくところからいきましようか。まず彼らは電話を受けて、コンサルテーションが来たということで患者さんを診に行くんです。ただ、まじめ過ぎるといかか杓子定規な場合があって、注意しておかないと、「電話ではこういう話だったから患者さんのこの問題点を診てきました」というようなことを時に言いはじめるんですね。あれっと思って「先生はそう言うけど、具体的にはどういうことなの」と聞いてみると、実は電話で聞いたこと以上のことを担当の先生に聞いてなかったりするんですね。要は、担当医師が本当は内心何を求めているのか、上辺ではこう言っているけど、実は腹には別のことがあって、覆い隠そうとしてこれを言っているんじゃないとか、そこまで探るといのが最初はなかなかできないみたいです。実はそこが非常に重要なんですけどね。彼ら（コンサルティイ）が要するに何を求めているか、あるいは本当のところ彼らが心配しているのは何なのか、というのをとにかく聞いてこいとまずは指導しますね。この点を強調しておかないと、彼らが全部ノートを書き終わってから出てきたものを見たときに、「これずれているじゃん」ということが結構あって……。

岩田 ずれているってありますよね。患者さんを診てくださいというのが、実は指導医を牽

制して違う治療に変えたいみたいなメッセージだったり、単にCRPが高くて不安だったり、あるいは、実は主治医を代わってくれませんかの婉曲表現だったり。

大曲 そうそうそう。突き詰めると言葉少なくなっちゃって、「困っているんです……」みたいな話になって。

岩田 そうですよ。その隠れたニーズを聞き出す。あるいは、本人が本当に何で呼びたいのかよくわかってないこともありますよね。

大曲 たしかにありますよね。

岩田 アメリカに多いですね。アメリカはIDコンサルタントがすごいコモンなので、呼ばれても、結局私たちに何をしてほしいのか。とりあえずラウンドでIDコンサルタントという話になったから、みたいな。

大曲 トラブルというか、もめるというか、何か波風が立つときって、相手が何を求めているか、本当は何が心配なのかを、こちらが掴めてないことが原因なのが多いのかなという印象を持っています。そこで、感染症フェロー達には相手の思いや考えをとにかく聞き出してくれることをまずは教えますね。

岩田 直接そういうふうに教えると、大体わかる感じですか。

大曲 なかなかすぐには伝わりませんね。これは実際教育としていいかどうかわからないですけど、正直、やっぱり一度ヒヤリハットのなというか、ギリギリのちょっと傷の浅くないような体験をする必要があるのかもしれないですね。いきなりハードな体験をしちゃう子もいるんですけど……。多少なりとも経験がないとあまりピンとこないみたいですね。

岩田 たしかに。結構すれすれの線を通ってはじめて、どこから先が怖いみたいな境界線ができるから。

大曲 「意見を伝えたら、なんか向こうの先生がすごい顔色が変わって、怖い顔になっちゃったんですけど、僕、何か悪いことしたんでしょうか……」みたいな（笑）

岩田 ああ、してる、してる（笑）ありますね。

大曲 おかしいなと思って、担当の先生に電話してみると、「ああ、そこが心配だったんですか」みたいな話になって。

岩田 講演のときとかは笑いをとりに行くんですけど、ギリギリの線まで行きたくなるんですけど、ここから先はセクハラとか、ここから先はタブーみたいなものの一歩手前を目指したくなって、時々ちょっと踏み外して、ああ、いかんとか（笑）いまの話みたいな感じで、ギリギリを見ないと、無難なところばかりやっていると、その線がわからないというのはありますよ。そこを教えるのはたしかにむずかしい。

大曲 「真に迫る」、 「気持ち動く」ような話をするので伝えられればいいんですけどね。なかなかそれがうまくいかないみたいで。

岩田 僕は逆に、フェローの時代ってたくさん失敗ばかりしていたので、自分の失敗談で教えるというのはよくあります。フェローの1年目は、すごいガリガリのマテリアリストイックなアメリカ医学の信者だったので、与えられた仕事をこなして終わりみたいな、テキパキテキパキ仕事を片づけてみたいな感じで、「行間を読む」みたいなところが全然抜けていたので、2年目にそれを大分反省した時期があって、そのときの失敗というのがいまようやくじわじわ効きはじめているというか、やっぱり線を越えた経験というのはすごく大事ですよ。逆にいうと、いまのフェローはたまには失敗してもいいのかなと思う。

大曲 たしかに、深奥に迫ってというか、きちんと教えられるのって、自分の失敗した体験とか、痛い目に遭った体験ですよ。僕が覚えているのは、たしかデブリードメントが非常に必要な接合菌症のケースです。コントロールできているかどうかの確認のために毎日、手術と術創の観察をしなきゃいけないようなケースでしたが、その診療に僕は関わっていたんです。結局その患者さんは肩を

切り落としてなんとか助かりました。しかし当時の私の指導医の目からすれば、僕のコミットメントの仕方はちょっと引き気味である、傍観者的ではないかという話になりました。ふだん全く怒らないアテンディングが「患者さんを救うというところから考えたときに、その態度で良かったと思うか？」と強く言ってきたのです。

僕はアメリカにいたときって、感染コンサルタントとしてのあり方とか、コンサルタントとしてのプロフェッショナルイズムって、実はあまり意識してなかったんですよ。日々の診療でもう頭がいっぱいで、英語がしゃべれないし、知識もないし、経験もないから、いっぱいでした。感染コンサルタントとしてのあり方なんて、あまり考えてなかったんですよ。このように強く言われて、かなり衝撃を受けた記憶がありますよ。

岩田 へえ、大曲先生でもそういうことがあるんだ。

大曲 いや、ものすごくあったんですよ。

岩田 それを強調したらみんな喜びますよ。大体偉い人の失敗談って、みんな大喜びして聞きますよ。

大曲 本当に痛恨でしたね。これじゃ医者としてだめだと思って。

岩田 ああ、そういうのありますね。僕も研修医のときに、脳外科を回っていて、いまでも忘れないですけど、当時、脳外科は全然興味なくて、それで病棟をさらっと回診して、おごりな仕事をしていた。午前中だけテキパキ仕事して、午後はずっと図書館にこもって論文を読んでいたんですよ。それを見ていた外科の2年ぐらい先輩に、おまえはちゃんと病棟にいて患者さんを診なきゃだめだろうとかなり強く叱られて、いまでも覚えています。ああいうのって、強く言われると結構へこみますけど、忘れないですよ。

大曲 うん、忘れないですよ。

岩田 僕も結構厳しい指導医なんですけど。いま主流の優しく褒めて育てるとかって、ふざ



けんな、ヘツとかと笑い飛ばします。

大曲 そうですね。僕も結局はそうなんだと思います。

岩田 それに耐えて、ちゃんと平凡で、もう一回戻ってこられるかどうか、多分その問題ですね。

大曲 うん、そうですね。たしかに、あれは絶対忘れないですね。

岩田 まあ、ネガティブな体験って、バネにすることはできますけど、どうやってそれをバネにするかはむずかしいと思うんです。再現性はないんだよな。いまのこの時点は2010年の7月でしょう。ワールドカップが終わったばかりですけど、ワールドカップがはじまる前って、日本代表は3戦3敗だと大体思っていたんですよ。絶対勝てないと思っていた。みんなが勝てないと言っていて、岡田監督はひどいやつだと言ってボコボコにたたいた。批判されて、それで一生懸命どうやったら勝てるんだろうと工夫して、それなりにチームとしてまとまって、団結して、ちょっと運も良かったりして、そこそこいいところに行けたと思うんですね。だから、あれ、たたかれてなかったら、あのままスルスル行ったら、もうボコボコにやられていたと思うんですよ。2006年がそうでし

たけど。

大曲 なるほど。

岩田 じゃあというんで、次の大会も、準備試合はみんな負けようかという、そういうわけにはいかないですからね。予定してできないので、計画的に失敗するってできないんですよ。失敗の体験は大事なんですけど、それを生かすやり方っていうのはむずかしいなと思うんです。失敗ってどうしても偶発的ですから。

大曲 そうですよ。狙って出るものでもないし。

岩田 狙ってやるとウソになっちゃうでしょう。

大曲 たしかにそうですね。

岩田 そうだなと思って、そんなことを見ながら……。いつも僕、サッカーに例えることにしているんです、伝わりやすいので。

大曲 これは脱線になるのかな。失敗に対して的確に指導を入れるって、むずかしいと思います。「教育的観点からここは一言強く言っておかなきゃいけない」というときはあると思うんですけど、一方で「ここで強く言うのは、自分がいらついているからかもしれない」と思うときもあるんですよ。本当にむずかしいなと思います。

岩田 判断できないですよ。

大曲 そうなんです。時々ふっと考えるときがありますね。「あのときの自分の指導はどうだったんだろう、実は」って、八つ当たりしただけだったかもしれないとか、傷つけただけで何も残らなかったのかなとか、時々すごく反省するときがあるんですよ。

岩田 ああ、ありますね。

大曲 あるんだよな。

岩田 そのときじゃないと言えないんですよ。

大曲 そうなんですよ。

岩田 ここはぐっところえて1週間推敲して、「あの1週間前のおまえは何だ」とか、そういうわけにはいかないですね。フィードバック

クって、そのとき、その場じゃないと言えないんですよ。だから、むずかしいですね。

大曲 むずかしいですよ。

岩田 しょうがないですよ。

大曲 はい（笑）

岩田 僕の先輩でもそうだけど、患者さんのことを思っていて、「何でおまえはそれができてないんだ」という怒りというのは、患者さんのためにという大義名分があるところでの怒りなので、僕はそれはしょうがないかなと思うときもありますけどね。「おまえ、何でお茶持ってこないんだ」とか、そういうのはだめだと思うんですよ（笑）。気がきかないみたいな。そういう私的な怒りじゃなくて、大義名分が常にあるってということであれば、でも、自分の怒りって、私的なものから切れないですよ。私憤と公憤というんですかね、切れないですよ。

まあ、怒れないのもだめだと思えるんですよ。アメリカのときの大曲先生のコミットメントが足りないじゃないか、みたいなときの指導医も、どうせこいつも2年でいなくなっちゃうし、いいか、とかという先生はだめじゃないですか。やっぱりそこでぐっと踏み込んで。そんなのは言わなくたって別にいいじゃないですか。ローテートで1ヵ月ぐらい我慢すれば、あとはいなくなっちゃうんだから。だから、そこで一言ぐっと踏み込むというのは、苦痛ですよ。後でそうやって逡巡するじゃないですか、やめときゃよかったのにな。

大曲 言ったほうがしんどいですよ。

岩田 そう、言うほうがしんどいんですよ。これは研修医にぜひ覚えておいてほしい。

大曲 そう、声を大にして言いたいですよ（笑）

岩田 声を大にして言いたい。言うほうがつらい。言われるほうは結構ケロッとしていたりするから。

大曲 そうなんですよ。

岩田 自分のところを回っている研修医でも、

たとえば他科をローテートしている初期研修医ぐらいだと結構言いますよね。

〈自信がついてきた研修医への教育〉

岩田 ちょっと上の、たとえば5年目、6年目ぐらいの医師が、がんセンターだと来るじゃないですか。で、ちょっと鼻っ柱が強くなって、自分に自信ができて、ああいう人たちのフィードバックってどんなふうにしていますか。

大曲 彼らはまず目の前の患者さんの診療について、自分はどうかということをきちんと考えなきゃいけないと思うんですね。ですので、緊急に対応しなければ生死に関わるような案件でなければ、まず彼らによく考えさせることを優先します。そのうえで彼らの持ってきた答えに対して検討をするということをしていますね。彼らは医師としてそれなりに経験も積んでいるし、知識も持っている。そしてもう初期研修医ではない。今後独立立ちした感染症医となるために、まずは自律性というのを必ず養ってほしい。ですので、まずは彼らが思案し立案することを優先して、持ってきた提案を一緒にじっくり検討し、そのうえでフィードバックをかけるという感じですね。彼らの立てるプランを重視しています。

ただ、時には一方的に、そして意識的に、彼らの鼻っ柱をポキッと折りにかかることもありますね。

岩田 というと？

大曲 ディスカッションを途中で遮って「そうしろっ！」みたいな感じで、めったにやらないんですけどね。このような行動に出るのは、彼らの判断なり思考なりにずれている面があって、しかも本人にその自覚がない場合ですね。臨床判断の仕方等、医師の技量として根本的に重要なところを、自らが全面的に振り返って反省するぐらい衝撃を与えなきゃいけないんじゃないかと感じるものが、ある

んですよ。このようなときは「自分は医者としてこれでいいんだろうか」と彼らが思うであろうところまで追い詰めることもあります。

先生の連載内容に「時間の感覚」の話があったじゃないですか。時間の感覚がすごく鈍い人っていうのはいますよね。急ぐべき状況かどうか、急ぐとして何をまずはやるべきかの判断がなかなかつかない。そのようなときには「これを聞いたのは朝の9時だよ。緊急に対応すべき状況だよ。いまはもうこの時間なんだけど、その間何をやったの？ これってどういうことかあなたはわかる？」と問い詰めます。時間の感覚がずれている、緊急性の判断ができない、それはやっぱり決定的な問題点ですよ。申し訳ないけど相手が泣くぐらいまで追い詰めて、そこで自分に何が必要かを考えてもらわねばならないし、気付いてもらわねばならない。私は基本的に彼らの立てる方針を最優先し、多くのことに裁量権を与えてやらせるほうなのですが、一方でそういうキツイフィードバックの仕方もしていますね。卒後5~6年目だったらまだ間に合うと思うもんですから。

岩田 あるときICUで、敗血症性ショックの患者さんがいて、月曜日の午前中にコールがかかって、ちょっと患者さんの病態が悪いので診てくださいと言われて、じゃあ行きますと行ったら、血圧が70ぐらいの患者さんで尿もあまり出てないという感じだった。「この人、ちょっと血圧が低いんですけど」と言ったら、「あ、朝、アルブミンを出しておきました」と言われた。いや、そうじゃなくて、いますぐ治さないといけない。「いつから血圧低いんですか」と言ったら、「週末ずっと低かったです」。「週末、ずっとこんな感じだったんですか。それなら呼んでくれたらいいのに」。「いや、週末呼ぶのは悪いなと思って」と。敗血症性は早く治さないと、ということで、とりあえず集めて、そのときには直接言わなかったんです。「とにかくアルブミ



ンが来るのを待っているとかじゃなくて、いますぐ助けてあげないとこの人は死んじゃうから」と言って、ワーッとやって、それで何となくそれではいけないんだな、みたいなところが伝わるかな、伝わらなかったらどうしようみたいな感じでやったことがあるんです。僕らが医者1年目ぐらいのときにたたき込まれた、そういう感覚みたいなのを教わっていない医者が結構いるんです。感覚的なものなんですけど、こういう患者さんを診たら背筋が凍るみたいなものがあるじゃないですか。

大曲 あります。

岩田 本当は医者1年目のときに、そういう感性に訴えるたたき込み方というのは必要なんですけど、運が良かったのか悪かったのか、何かのはずみでそういうのを逃げちゃっている人が割といるんです。それはいまの研修のなかなかつらいところなんですけど。

大曲 たしかにそうですね。

岩田 感性的なものというのを一回取り戻さないと。初期研修医のときにちゃんと教えたいんですね。初期研修医のときだったら、バカヤロウで終わりなんですけど、5年目とか7年目ぐらいの医者だと教えづらいですよ。

大曲 そうなんですよ。結構とどめを刺すよ

うなこと、怖いことを相手に言いかねないので。

岩田 身内だったら言っちゃうんですよ。「それは初期研修に教えることだろう。コラッ」と言って。外の先生だとそこまでは言えないので。目がマジに怒っているというところで大体伝わるといいな、みたいな感じですけど、「それが何か？」みたいにシレッとしている人もいます。

大曲 うん、いますね。

〈情報の複雑化がもたらした変化〉

岩田 がんセンターもそうだと思うんですけど、大学病院は結構人の入れかわりが激しいので、いろんなところにいろんなバックグラウンドの先生がいるので、なかなかむずかしいですよ。

大曲 そのところは本当に考えますね。

岩田 でも最近では、昔に比べると割と話しやすい先生が増えてきたんですかね。

大曲 たしかにそうですね。話しやすいんですよ。最近の先生方は、さっきも話に出ていたけど、うちに来ている先生がたまたまそうだということじゃないと思うんですけど、近隣の病院の初期研修医を見ていると、コミュニケーションに大分長けているというか人の言うことをちゃんと聞きますね。いわゆるわからず屋というか、頑固というか、人の言うことを聞けないという人は最近あまり見かけないですよ。

岩田 人間関係は大事という感覚というのが、僕らが学生のときとかよりはなんか……。多分聖路加がそうなのかな。沖縄中部とかも割と我が道を行くみたいな。

大曲 意識的に習った記憶はあまりないですね。

岩田 はねっ返りの人は結構いましたけど、最近そういう人は少なくなってきた。

大曲 少なくなりましたね。ローテートしてくる子たちも、どこでもまれたのかわからない

ですけど、うまくやっていますね。周りをよく見ているし、人の話もよく聞いているし、その場に沿うやり方って何なのかをよく考えていますよね。

岩田 政治的に正しい発言とかが多いですよ
ね。

大曲 そうなんですよ。「若いのにそれでいい
のか？」と思うときもちょっとあるんですけ
ど。

岩田 ただ合わせているだけだろうと。

大曲 そうそう。

岩田 それもありますよね。まあ、よくも悪く
も空気を読むというか、そういうのに長けて
いるのかな。やっぱり僕らより二世帯、三世
代上ぐらいの人は、空気読めない人が多いで
すよね。あれは単に年とってボケちゃって
いるせいなのか、もともとそういう人なのか
わからないところがありますけど（笑）あ
の人たちをどうするかというのが僕のいまの
大きなテーマです。年とっちゃっている人。

大曲 わかります。

岩田 最近すごく思うんですけど、彼らは年
とった子どもなんですよね。多分時代がそう
だと思うんですけど、昔はイデオロギーとか
の対立が結構激しくて、これが正しくておま
えは間違っているみたいな、そういう闘争が
多いじゃないですか。民主主義がどうだと
か、社会主義が正しいとか、あるいは資本主
義がどうだとか、そういうイデオロギー対立
もあるし、日本が正しくてアメリカが間違っ
ているとか、その逆とか。そういうふうにし
て正しい・間違っている的な、バシッと切っちゃ
うみたいなのが多いですよ。これは日本だ
けじゃなくて、多分アメリカもそうだと思う
んですけど。あと、おれは正しくておまえは
間違っているとか、うちの医局は正しくて周
りはすべて間違っているとか、教授は正しく
て、それだけでおしまいとか、そういう世界
なんですよ。そこで「はい」ということを
聞いて、話はおしまいという思考停止状態
ですよ。子どもっぽいと思うんです。要する

に子ども番組で、正義の味方と悪い組織みた
いな、そういう世界の切り方じゃないです
か。でも、医療の世界は、大体グレーゾーン
がほとんどで、正しい医療といっても、ど
こまで正しいかという、まあまあ正しいと
か、ほどほど正しいとか、多分正しいとか、
大体その辺のどこかじゃないですか。それも
来年ぐらいになったら、また新しいスタディ
が出てひっくり返っちゃうかもしれない。い
まの僕らが言っている、たとえばディ・エス
カレーションなんて、どこまで正しいかと言
われると、まあ微妙に正しい。

大曲 そう、微妙ですよ。

岩田 微妙に正しいけど、これでいきましょう
みたいなところのコンセンサス作りみたいな
ところがある中で、僕らって、ここ数年なん
ですけど、曖昧なものを曖昧なものに議論
するというのがだんだんできるようになって
きている。

大曲 そう思いますよ。

岩田 昔はそれを、お前は間違っている、おれ
は正しいと。学会とかで、そういう結構子ど
もっぽい議論が多いじゃないですか。最近、
そういうことを言う人がなくなってきたじ
ゃないですか。

大曲 いないですね。

岩田 学会のシンポジウムとかで、他人を罵倒
して終わりみたいな。

大曲 あまり見なくなりましたね。

岩田 昔はありましたよね、結構。

大曲 ありました。

岩田 そういうのがなくなってきて、だんだん
みんな大人になってきたというか、成熟度
が増してきたと思いますね。僕は、原因は
多分インターネットにあると思うんです。

大曲 なるほど。

岩田 情報が多層化されてきて、いろんな情
報、つまり、朝日新聞がこう言いましたと
か、NHKがこう言いました、という一面
的な報道で話が終わりじゃなくて、実はその裏
にこんなことがあったとか、そうはいつも

実はこれがという裏の情報がどんどんネットに流れるようになって、一時的に情報をパシッと受けとめて、はい終わりには……。何だっけ、大野事件。

大曲 はいはい、大野病院事件。

岩田 悪逆非道な産婦人科医がかわいそうな妊婦を殺した、はい終わりだったと思うんですね、10年前、20年前だと。そんなことはないという話がどんどん出てきて、多分複雑な話に僕らがついてこれるようになってきたんじゃないかなと思っています。

大曲 何か新しい情報が入ってきたときに、「ちょっと待てよ、本当のところはどうだ？」と思うくせがつきはじめましたものね。たしかにそうだと思います。

岩田 ひところはEBMも、EBMは正しいとか、EBMはおかしいとか。

大曲 ありましたね。

岩田 そういう不毛な二項対立で。でも最近、RCTでもそこまで強く言えないでしょうみたいな感じで、EBMをやっている人もちょっと控え目になってきましたね。EBMそのものを真っ向から否定する人もあまりいなくなってきたし。

大曲 そうですね。

岩田 いい兆候かなと思うんですけど。

大曲 ディスカッションもすごくしやすくなりましたしね。

岩田 そうですね。日本かアメリカかみたいな物言いも大分減ってきましたね。

大曲 減りましたね。

岩田 この間、そういえば呼吸器学会でPro&Conのセッションをやりましたね。

大曲 やりましたね。

岩田 主催者は残念がっているかもしれませんが、割とみんな仲よく終わりましたよね。

大曲 終わりましたよね。

岩田 だから、他人に意見を聞きやすくなったというところがある。そういう意味では、僕らみたいなコンサルタントという仕事もだんだんしやすくなった。

大曲 そうですよ。

岩田 結局コンサルタントが機能しないというのは、要するに、この世界は、私はこうやっているとって、あとの人は知らぬ、という感じだったんですよね。うちの医局はこうやっているという決まりで、他の人の意見は一切聞きませんとか、うちでやっていることはそれでおしまいだっけけど、いまみたいな情報公開の時代になって、セカンドオピニオンの何だのといっって、うちでやっている治療は本当に正しいんですか、と患者さんから聞いてくるじゃないですか。

大曲 聞いてきますよ。

岩田 そうすると、カルテも、いまでもカルテなんか書かなくていいという医者もいますけど、自分にしか読めないカルテとかじゃなくて、他人が読めるカルテを書かないといけな。アカウントビリティーみたいなのがすごく重要になってきていますよね。そういう外にも説明ができる自分の医療みたいなのが出てきたときに、外との交流がよりやりやすくなった。はっきり言って、昔の医局の医療だと、他人様にうちのカルテをお見せできないみたいなのが結構あったと思いますよ。

大曲 あったと思います。

岩田 それは見せられない、他科の医者に入ってもらっては困る、みたいな。だから、それがだんだんなくなってくるんじゃないかな。そうすると、僕らみたいな感染症とか、栄養とか、緩和ケアとか、ああいう横断的な仕事をしている先生方はだんだん仕事がしやすくなってくるし、逆に、彼らも僕らを呼んだほうが、実は自分の仕事が楽になる。外科の先生とかは、だからリピーターになりますよね、1回を占めると。

大曲 すぐ呼んできて。

岩田 お任せというので。絶対楽なんですよ、そのほうが。

大曲 絶対そうですね。最近、本当に先生がおっしゃるとおりで、コンサルテーションで得られる意見を意識的に求めるとか、あるい

は自分の患者さんの診療を他の医師が一部担うことを許容できる、といった人が増えましたよね。6~7年前、自分らが日本で仕事を始めたころは、裁量権だ何だとかと言われて、こんなことはまず無理だった。「そもそも何でおまえがカルテを見るんだ」とか言われて。

岩田 ありましたね。おれの患者をなぜおまえが診るとか。

大曲 そうそう。「俺のカルテにこんなのを書いて残して！」みたいに因縁つけられることがすごくあったのに、最近、そういうのが本当に減りました。まあ、ごくまれにありますけどね。

岩田 まだいますね。

大曲 最近、この人は意識的に人から意見を求めているんだ、「へエー」と思えるような人が出はじめましたよね。うまくいろんな人の意見を集めた中で、非常にしなやかにその場にそぐうような方針を立てて実行していく。すごくバランスがいい。そういう人が出はじめて、ホント変わったなと思いますね。

岩田 いろんな理由があるんでしょうけどね。医学知識が膨大に増えて、1人じゃ賅い切れなくなったのもありますよね。

大曲 たしかにそうですね。

岩田 僕なんかもそうですねですけど、外来で、たとえばたまたま関節リウマチの患者さんが来て、久しぶりに薬を出すというとき、関節リウマチの薬っていま何を使っているのか、だんだん自分の専門外のことはついていけなくなっている。抗不整脈薬、全部覚え切れないし。そうすると、その道の専門家の人のアドバイスをもらわないと、アップデートな医療を全部網羅するのは、どだい不可能です。抗菌薬だって、これはフェローに戒めなきゃいけないんですけど、あの先生はこんなことも知らない、あんなことも知らないとかって、よく他の先生をくさすじゃないですか。あれは、逆の立場になってみると、だっておまえ、メス一本握れないじゃないかという話

になるわけですね。糸結びひとつできないやつが、何を偉そうにということになる。外科系の先生に対して多いんですけど、よく内科のことを知らないとかと感染症の後期研修医がくさすわけですよ。それは全くの見間違いで、単に職分と役割分担が違うだけで、自分の持っている知識の量とあまり変わらないんですね。もっともっと高度に専門化が進んでいくと、これがもっとひどくなっていく。ひどくというのはおかしいな、もっと先鋭になっていくので、ちょっと話がずれちゃいましたけど、そういうことはよく後期研修で教えるんです。そういうように役割分担していかないと、今後はもうやっていけない。

大曲 やっていけないですね。

岩田 抗菌薬という1つのカテゴリーの薬ですが、これだけ複雑化してしまっただけ。

大曲 そうなんですよ。

岩田 カビの薬なんて昔はアムホテリシンだけだったんですけどね。

大曲 ファンギゾンだけだったですね。

岩田 だから、別に何も考えなくてよかったんですけど。

大曲 たしかに。

岩田 むずかしいですよ。

〈プロフェッショナリズムの本当の意味〉

岩田 この連載原稿を読んでみて、ここはという何かはありますか。これは違うとか。

大曲 僕自身、自分の中で考えがまとまり切れてないんですが、でも記載されていた内容の中で自分も問題意識はある、というのがありましたね。たとえば、先生が最初に取り上げられたプロフェッショナリズムの話。いま、米国でプロフェッショナリズム憲章が改訂された。だから、日本でもやるんだという話があって。でも、「何で？」と思っちゃうんですよ。

岩田 そうですね。

大曲 たとえば感染症なら感染症のコンサル

テーションをする、あるいは1人の医師として自分が主治医として診療していく中で、やっぱり迷うとき・困るときというのはあるはずですよ。あるいは本来自分たちがそもそもどうあるべきか、といったことを考えることはあるはず。そのときに考える基点となるようなもの、行動の規範はやっぱり要ると思うんですね。迷わないように、あるいは方向を見失わないように、それがたとえば「プロフェッショナルリズム」という名前で自分たちの中で積み上がっていくというのは、ありだと思います。プロフェッショナルリズムの必要性というのは、本来そうやって現場から生まれてくるべきものだと思うんです。

でも、なんだか上から突然降ってくる。しかも、アメリカはこうこう、ヨーロッパではこうである。欧米でこうだから、これがプロフェッショナルリズムというものである。よってこれを日本でも取り入れよう。同じような文化を持っている国なんだから、それでやるんだ。でもやはり欧米と日本で事情の違うところはあるから、日本流に味つけを変えてやろう。こういう論法で来られると、ちょっとかみ合わないものを感じるんですよ。

岩田 もともとプロフェッショナルリズムというのは自律的なものだと思うので、自分からそうありたいと思ってやるので、他人にやりなさいと言われてやるのは、そもそもプロフェッショナルリズムに反していると思うんですね。アメリカでは、社会契約論で患者さんとの契約をしっかりと守るというのがプロフェッショナルリズムだ、そう解釈される先生もいるみたいですけど、僕はそれはちょっと浅いと思うんです。そんなことを言ったら、マクドナルドの店員、そういうとマクドナルドに悪いですけど、コンビニのバイトとか、みんなルールを守ってればみんなプロフェッショナルリズムなのかというと、多分それはちょっと違うと思うんですよ。よく金銭の受け取りとか、そういう瑣末な事例に落とし込まれちゃうんですけど、プロフェッ

ショナルリズムというのはプロの矜持のことなわけ（矜持と言うんですね、日本語で言う）なので、もうちょっと崇高なものを目指さないといけない。しかも、自分自身が目指さないといけない。他人にやってくださいと言われて、リストをして、これだけやったらプロフェッショナルリズムですよ、みたいなことを示されても意味がない。だから、一番大事な本質的なところが抜け落ちている。画竜点睛を欠く議論じゃないかなと個人的には思っています。

大曲 スタートはどこなんだろう、と思っちゃうんですよ（笑）

岩田 最初からそもそもおかしいかと。アメリカがプロフェッショナルリズム、プロフェッショナルリズムとみんなが言っているから、うちでも言おうかという、そんな感じですよ。

アメリカでプロフェッショナルリズム、プロフェッショナルリズムと言うのはなぜかという、アメリカでそれができてないからみんなが言うわけで、できていれば誰も何も言わないですよ。みんなが自律的にちゃんとやっていたら、誰も一言も言わずに、そのまま粛々とやっていくはずなんだけど、プロフェッショナルリズムとアメリカがあれだけ騒ぐということは、いかにアメリカの医療がプロフェッショナルリズムから外れた状態になっているかという証左なんです。騒ぐことというのはできてないことなんです。なのに、「アメリカではいまプロフェッショナルリズムが注目されている」なんて騒ぐのは、なんかすごい見当違いな議論のされ方です。

大曲 そのとおり！（笑）それがすっごく嫌で。「プロフェッショナルリズムの観点からすれば」のような形で話を持ってこられて、上から目線で言われるとちょっと……。プロフェッショナルリズムはそもそもこういうもので、ということで「まずはプロフェッショナルリズムありき」という前提で話が進む。最近プロフェッショナルリズムについて文章になっ

ているものを見ると、「ここでコンサルタントはどうあるべきか」などの記載はありますが、「医師としてどう判断すべきか」とか、それこそ現場で死ぬほど悩んでいる立場からすれば、「全然違う」と思っちゃうんですよね。だから、すごくこの連載の内容に共感しちゃったんです。

〈状況に応じたコンサルタント〉

岩田 さっき大曲先生がおっしゃったように、最終的には自分で考えて納得しないとだめなんです。プロフェッショナルリズムだけでなく、医療すべて。だから、この「コンサルテーション・スキル」って、最後まで原稿を読んで、そのまま真似してもだめで、結局は自分で考えて納得して、自分の言葉にしたうえでやらないといけない。岩田がこう書いているからといって、そのままコピーしてもコンサルテーション・スキルとして生きないと思うんですね。結局は自分の頭で考えて、工夫して納得して現場で生かしていくしかない。これはあくまでも表現形のひとつにすぎないと思うんですね。だから、研修医によく言うんですけど、僕がこうしようと言ったときに、「はいはい」ということを聞くのはだめなんです。何でそういうことをするんですか、よくわかりません」と言ってくる研修医のほうが優秀です。それを、岩田先生がそう言っているからゾシン使って、次の症例も、「あ、この前、岩田先生がゾシンを使っていたのでゾシンを使いましょう」と。そういう問題じゃない。

大曲 それ、すごいわかりますよ。

岩田 表面じゃなくて、なぜゾシンに至ったのか、プロセスを見てほしいんですよね。できるだけそれを開示するようにしていますけど、伝わる時と伝わらない時がありますね。で、ゾシンを使ったという表現形だけが残っちゃうと、この前、ある先生はチエナム使って、岩田先生はゾシン使っておかし

いじゃないかとか、なんかわけのわからないことを言い出す。「そこは問題じゃないから(笑)」とよく言うんですけどね。

大曲 その話、すごくわかるんですよ。最近感じているのは、これはまだ自分の中で言語化もできてないし、もやもやしているところなんですけど、自分の判断の根拠というか、よりどころみたいなものがあるじゃないですか。それを説明するのがすごくむずかしい。ちょっと不安な面もある。こここそプロフェッショナルリズムの観点からどう考えればいいのかということにかかってくるのかな。それともプロとしての技量という話なのかな。

岩田 不安？

大曲 判断の根拠を、自分なりに説明しますよね。でも「これに依って立った自分の判断は、これでいいんだろうか。」と、ふっと不安を感じる時があるんですよ。それは多分倫理的な観点から自分の判断が妥当であったかとか、そのあたりが不安なんだと思うんですけどね。たとえば、うちの病院であると、緩和医療科のコンサルテーションってすごく多いですね。もちろん、多くの患者さんは原病の問題があって、人生のゴールがそれなりに見えていて、その中で感染症になってしまうことがある。もちろんコンサルテーションしてくださるということは、担当の先生は何とかしたいと思っておられるんですよ。一方でその患者さんの置かれた場であるとか、あるいは患者さんの持っている思いつきとかというのがある。その中でどうすべきか。科学的に見たら極めて真つ当な妥当な感染症の診療プランも、場によっては明らかに歪いびつなときってありますよね。

岩田 ありますね。

大曲 科学的に妥当なプランと、緩和医療を受けているコンサルテーションの患者さん個人が有する「場がある」中で、この両者の中でどう折り合いをつけていくか……。我々の持っている知識であるとかスキルをどう適応していくかを考える場合に、それなりの判断

の基準はありますよね。たとえば緩和医療を受けている患者さんにおける検査がそうです。患者さんが安らかにこの後の時間を過ごすということが優先である、その状況での侵襲的な検査をやること自体がそれにつながるのかどうか、という判断をしなきゃいけない。この場合は「患者さんが安らかにこの後の時間を過ごしていく」というのが判断基準なんですけど、そもそもその基準が妥当かどうか、そのあたりが不安になるときはありますね。すみません、なんか漠然とした話で申しわけないんですけど。

岩田 いえ、よくある話ですよ。

大曲 自分なりの価値判断の基準も、本当に妥当かどうかは自分でも正直わかってない面があります。ならば妥当かどうかは周りの人々が結果を見て、あとから振り返って判断してもらうのが大事だろうと思って、判断の流れは包み隠さず言うようにしています。やっぱり自分の判断の根拠としたものの妥当性はどうか、これに答えがあるものだとは思ってないんですけど、常に考えますよね。

岩田 考えますね。

大曲 そのこのところが最近、ふっと考え込んだところですかね。やっぱりプロフェッショナルリズムなのかな……。そこは、あるいは倫理ということなのかな。その辺がまだ頭の中で整理できてないんですよ。自分は何に依って立って考えているんだろう、判断しているんだろうって、ふと考えることがあるんですね。

岩田 依って立つというか、基準が一義的にこれとこれとかじゃなくて、こういうのと、こういうのと、こういうのと、こういうのがあって、さあどうしましょう。絡んだ糸みたいなところがあるので、簡単には……。でも、多分そういうのは簡単に結論を出しちゃいけないと思いますね。こういうときはこうですみたいな、診療のアルゴリズムみたいなものがありますね。アルブミンが1だとどうだとか、そういう一意的なことをやっちゃだ

めだと思うんですよ。だから、複雑なものは、やっぱり複雑なままで悩むしかないし、研修医に大曲先生が悩んでいる姿を見てもらうということ自体に、教育的な意味とか意義はあると思うんですけど。何ですかね、結果としてどんなかってわからないでしょう。

大曲 わかりませんよね。

岩田 はっきり言って、そのとき次第ですね。

大曲 そうなんですよ。

岩田 似たようなケースでも全然違うことが起きることもあるし、むずかしいですよ。終末期医療の感染症診療って、本当にむずかしいですよ。

大曲 自分にできることはとにかく、正確に言語化ができていくかどうかはともかくとして、自分がどのように考え判断しどう行動したかというのを包み隠さず伝えることですね。これしか、彼らに伝えられない。教育になっていけばいいな……と思うんですけどね。

岩田 ゴールはどこかというところで、ゴールはここだというのがはっきりしていればそこに向かってまっしぐらなんですけど、結構コンサルティーというか主治医自身が揺れていたりして。

大曲 揺れているんですよ。

岩田 もう末期だからお見送りなんだけど、この熱は下げたいけど、うーんみたいな感じで。

大曲 実際ありますよね。

岩田 よくありますよね。揺れている主治医にどうこっちが合わせていくかというのはむずかしいですよ。

大曲 最近わかるようになりましたね、そういう問題があるんだというのは。

岩田 いろんなオプションがあるんですよ。僕はわざとそういうときに、緑膿菌のカバーを外して、これはユナシンを入れておきましょうみたいな。主治医の背中を押す目的じゃないんです、このユナシンは、アンピシリン・スルバクタム。ここは主治医をドンと押

したということが残りましたと、結果的に治るか治らないかはやってみないとわからないし、あとよくあるのは、デキサメタゾンをかますかどうか。

大曲 ありますね。

岩田 そういふのになると思いますけど、ここでなぜユナシンに至ったかとか、研修医に説明しづらいんですよね。

大曲 わかりますよ。

岩田 すごい観念的な話なんですけど。

大曲 わかります。そうなんですよね。

岩田 何にもしないというわけにもいかないと、きもよくあるんですよ。それなりのことはしないと、結構、だんだん求道的になってきますね、こういう話をする。

大曲 そうそう、僕、この連載原稿を読んでいてすごく思ったんですよ。これ、根本的なところまで突き詰めれば、どうなんだろうと思っちゃうんですよ。考え込んでしまう。

岩田 そうなんですよね。最近、よくないなと思っているんですけど、瑣末なマニアックな感染症の知識が、だんだんどうでもいいやと思いだして……。

大曲 それ、すっごいわかります。下からは、すごい「エーッ」て言われちゃうんですけど、そうなんですよね。

岩田 ありますよね。MICの見方のどうのこの、本当に重箱の隅をつつくようなことで、あれでなんか鬼の首でも取ったように、「先生、これ知ってますか？」みたいな、でも、実はあまりそういうのって重要じゃないことが多くて、まあそれは知っててもいいんだけど、イミペネムとメロペネムの違いとか。

大曲 「こだわるのはわからないでもないけどね……」っていうことですよ。

岩田 若い人はそういうのが好きですからね。

大曲 そうなんですよね。先生の仰ってること、よくわかりますよ。科学的な知見として得られる事実って当然ありますよね。それらの事実を僕は参考にして診療しているのが

現実です。その1つ1つの事実が大事だというのはすごくわかるんです。ただ、1個RCTが出たからといって、これで全部診療のあり方が決まったみたいなことを言われはじめると、「何だよ、たかが1個の事実だろ……」と思っちゃうんですよ。

岩田 そうなんですよね。いま主治医が揺れているところで、さあ後押しというときに、イミペネムとメロペネムのグラム陽性菌の感受性の違いがどうのこのとか、そこはあまり重要なところじゃないので、サッと流そうとか思っているんですけど、なかなかむずかしいと思うことは多いですよ。エビデンスといっても、RCTって、結局のところパッと見よくわからないものを何百人も集めてチマチマ検証しましょうということなので、大ざっぱに言うとそんなに大差ないですよ。だから、そこで統計的有意差が出たみたいなのところよりも、いまはもうちょっと別のところで考えたいなと思うこともあるんですよ。

大曲 あるある。

岩田 もうちょっと一歩引いた形でケースを見るというか、多分研修医って、こんな感じだろう……。あまり近づき過ぎていて、木を見て森を見なくなっちゃうようなことがある。本当は離れて見たり、近づいて見たり、行ったり来たりするのが一番いいと思うんですけど。

大曲 多少年をとったせいか、そういう判断ができるようになったというか、する勇気ができたというか。たとえば外来ではやりの治療をしているとかというときも、たとえば耐性菌のことを言い出すと切りがないですよ。市中肺炎の耐性菌、でも、まあ軽症だし、間合いをとって外来で経過観察しながらマメに診れるというオプションが僕らはあるんだから、アモキシシリン単剤でもどうとかと言うと、結構ストリクトに物事を考えてしまう若い世代の先生から、「それは適切なんですよか」みたいなことを言われるんですよ。



なんか自分がすごくだめなユレイ人みたいに思われているのではないかと考えてしまうこともありますけど、一応自分の中では、患者さんの行ってほしい方向を見ているうえでの総合的な判断としてこうするんだから、これでいいんだと思うし。結局、患者さんがいい方向に行くように仕向けるのが僕らの使命なので、その方向で考えるんだよというのを伝えようとはしているんです。でも、なかなか感情的にはすぐにはわかってもらえないみたいで。

岩田 そうですね。いま話を聞いてよくわかりました。結論として僕らは年をとったんですよ（笑）

大曲 すぐそう思っちゃうんですよ。そういうことかなって、何となく……。

岩田 老けました、多分（笑）

●●● 対談が終わって… ●●●

編集部 結論が出たというような感じ（笑）

岩田 結論というか、よくわからないという、こんな感じでどうですかね。多分おもしろがってもらえるんじゃないですかね。

編集部 最後にケーキでも召し上がってください。

大曲 ありがとうございます。いただきちゃおう。

いや、そうだよな、全部わかってますというのは不安ではないのかな。

岩田 ああ、時々いますよね。

大曲 だから、おもしろかったですよ、この連載原稿をもとに考えられるんですよ、ずっと。

岩田 反感も買うと思いますけどね（笑）それはそれでいいと思います。結構、メインに立っている人からは嫌な顔をされると思います。

大曲 ああ、なるほど。

●●● 続・対談が終わって… ●●●

岩田 さっきも話していたんですけど、人と会うと、とにかく会話が「暑いですね」しか出てこないんです（笑）コミュニケーションがすごい貧弱になっちゃって、それ以外話題がない。

大曲 みんな言いますよね。タクシーの運転ちゃんから誰から（笑）

岩田 とりあえず、「暑いですね」と。

大曲 たしかにそうですね。

岩田 言ったから涼しくなるわけでも何でもな

いのに。まあ、日本は平和だという話だと思うんですけどね、多分。最近、何のニュースもないですよ、暑い以外は。時候のあいさつって、一番問題ないですよ。暑いですねと言って、ムカつく人はいない、これぐらい露骨に暑いと。微妙だと、28度ぐらいだと、暑くなりましたねと言ったら、いや、そうでもないですって（笑）37度だと、さすがに誰でも暑いですよ。疑問の余地のない暑さ。たしかに反応が出にくいな、これだと。岐阜なんか39度7分ですよ。熱発してますよ、もうすでに。

大曲 岐阜は暑いですね。

岩田 何なんだそれはって。

大曲 いやあ、たまんない。

岩田 街を血培とらないといけない。

大曲 そうだよ、ね。

岩田 本当に。どうなっちゃっているんだ。でも、来週はちょっと涼しくなるんですよ。

大曲 そうなってほしい。

岩田 先生、本当になんか時間使って……。

大曲 いえいえ、ありがとうございます。本当におもしろかったです。

岩田 （本書に）華がついていいです。

大曲 指導医の抱える悩み、もやもやみたいなものも見えてくるからいいですよ、ね。

岩田 いままでの指導医の教科書がすごい嫌いで、なんかすごい聖人君子みたいなことばかり言っているじゃないですか。

大曲 ありますね。

岩田 研修医には叱らずに褒めてあげなければいけませんとか。評価表のことについてですけど、連載原稿にも書きましたけど、時間がないからできるわけないんだよみたいところが、多分、ああいうのって、指導医をやっていない人が書いているんですよ。机上の空論なんですよ、ね。

そうそう、思い出したんですけど、これって結構南江堂の人が読んでくれていて、編集員の間で役に立っているといううわさを聞いて（笑）

大曲 おかしい（笑）

編集部 どうもきょうはありがとうございました。

2010年7月24日

ホテルオークラ神戸（^{すなれ}董の間）にて