Health management

「麻放病」

久留米大学医学部
放射線医学講座　教授
安陪 等思

PROFILE

1984年久留米大学医学部卒業。91年医学博士、95年講師、スタンフォード大学留学、05年准教授、13年教授。日本医学放射線学会診断専門医、日本インターベンショナルラジオロジー専門医、日本脳神経血管内治療学会指導医、がん治療認定医

「麻放病（まほうびょう）」――この病気の名前をお聞きになったことがある人は少ないと思います。なぜならばこれは本当の病気の名前ではないからです。「麻放病」は麻酔科（医）、放射線診断科（医）、病理診断科（医）の三職種をあわせた造語です。私が初めてこの言葉を知ったのは邉見公雄先生（全国自治体病院協議会会長）のご講演でした。

Doctor's Doctor

この三つの診療科に共通することがあります。まず、第一に患者が直接診療を求める医師ではありません。病気で手術を受けるにしても外科の先生に頼みます。麻酔科の先生は術前に一度顔を合わせるくらいでしょう。放射線診断や病理診断で自分の病気について重要な診断をしてくれた人は知らないままでしょう。患者と直接対応する臨床医からの求めで診療を行うのでDoctor's Doctorとよばれ、専門的な技術や知識が求められます。その半面、患者との接触が希薄であるので若い学生や研修医にとって魅力に欠けることが否めません。テレビや映画の主人公になることもありません。第二に、病院のインフラであり適切な治療の選択肢を得るために必要です。特にがんの診療においては正しい診断に基づく、有効かつ安全な医療に重要な役割を果たします。縁の下の力持ちと言ったところでしょうか。最後に、病院の中央部門を支えて、病院全体の運営・管理に深くたずさわっています。

院内のインフラが真のチーム医療を支える

チーム医療と言えば医師、看護師を含めた臨床的なイメージが強く感じられます。病院では最前線のチームを中央部門が支えることで診療が成り立っています。その量が十分であるか、質が満たされているかによって病院の能力が規定されるのです。そして適切な診断によって臨床医と患者は病気をできる限り理解し合い、互いに信頼を得て、一生に関わる判断を行うのです。その時初めてチーム医療が完成するのだと思います。下支えをする「麻放病」が病気にかかると病院に大きなダメージを与えます。そして、「麻放病」には医師の地域偏在に加えて診療科偏在の問題が重くのしかかっています。

画像診断を応用して出血を止めたり、動脈瘤（りゅう）をつめたりする血管塞栓術や抗がん剤をがんに集中的に注入する体に優しく治療効果が得られるインターベンショナルラジオロジーや重粒子線治療を含む放射線治療が高度に発達して、放射線医学は多方面に広がり、さらに重要度が増しています。専門家集団である「麻放病」では、促成栽培はできません。中核病院が「麻放病」にならないことは地域医療の根幹の健康を保つことです。