コアバリューは「ホスピタリティ」。来る夢を拒まず、良医の育成に尽くす。

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
腎・免疫・内分泌代謝内科学准教授

佐田 憲映

Visionary People
新たな価値をつくり出す人々

高知県出身。日本料理屋を営む家に生まれ、両親から自然に学んだホスピタリティを表現できる職業として医師を選択し、岡山大学医学部に進学。卒業後、母校の第三内科に入局、腎臓・透析医を経て、現在の専門は主にリウマチ・膠原病。臨床研究を学ぶ合宿に参加したのを機に、その魅力に目覚め、以降、臨床研究を軸とした若手医師の教育に情熱を注ぐ。2015年現職、腎・免疫・内分泌代謝内科学教室全体の運営にもたずさわることに。どんな環境にあってもホスピタリティがコアバリューである点に変わりはない。

取材／文：及川 佐知枝　撮影：林 渓泉

プロローグ――序章

人に喜んでもらえ満足を提供できる職業

「ホスピタリティ」とは、いったいなんぞや。そんな気持ちを抱いて臨んだ、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科腎・免疫・内分泌代謝内科学准教授を務める佐田憲映氏の取材であった。実は取材前にやり取りしたメールで、彼は医師をめざした動機を次のように書いていた。

「確固たるものはないのですが、強いて言えば、父や母から自然に学んだホスピタリティを表現できる職業のひとつであったからです」。

実際にお会いして佐田氏が何を言わんとしようとしていたのか、すぐにわかった。実家は、高知県の四万十川の近くで老舗の日本料理屋を営んでいるという。「母が女将で接客をし、父は料理をつくっていました。とにかく人を歓迎して喜んでもらうことが好きな両親で、その姿を幼いころから見ていて、僕も人を喜ばせる仕事がしたいと考えるようになり、医師という職業が浮かんだのです。

治療によって患者さんが良くなれば喜んでいただけますし、もちろん亡くなる患者さんもいますが、人事を尽くせば、患者さんやそのご家族に満足してもらえるに違いない。その意味で僕にとって医師は、人に喜んでもらえ、満足を提供できる職業のひとつでした」

共通点は「来る者は拒まず、去る者は追わず」

医療界では10数年ほど前、国民の医療不信を背景に、「患者」を「患者様」と呼ぶよう変更したり「ホスピタリティ」の姿勢をとり入れると宣言する医療機関が、あちこちで現れた時期があったと記憶している。ただ、医師の間では『患者様』と呼称だけ変えても無意味だ」、「ホスピタリティ?医療にそのような価値観が必要なのか」など賛否は分かれていたようだ。個人の価値観に左右されるテーマで意見が割れるのは当然、ここでどちらに軍配をあげるべきか言及するつもりはない。言いたかったのは、そのような議論が起こるずっと以前の1980年代に、佐田氏が医師を、ホスピタリティを表現できる職業だと認識していたという事実だ。きわめて稀な動機と言っていいだろう。

「医師と料理屋。意外にも、共通点がたくさんあります。基本的には、いずれも”客商売“なので、どんな人が来ても、こちらから断ったりはしない。医師は患者さんを選べず、来た方は全員診なくてはなりません。最初の段階で、垣根をつくらない、つくってはいけない点が同じです。

そして、どれだけ関係が深くなるかは、相手次第。父は、『来る者は拒まず、去る者は追わず』の姿勢で、自分を頼ってくる人に対しては、徹底的に尽くす一方で、いろいろな理由があって去っていく人たちを、無理に追ったりはしませんでした。自分より人の意思を尊重してあげたい人なのです。医師と患者さんとのかかわり方に、通じるところがあると思いました」

ここまで読んだ読者諸氏は、佐田氏の現在をすぐれた臨床医と思うかもしれない。もちろん否定はしないが、経歴を見れば、どこからどう見ても、医局に残り順調に職位を上げてきたいわゆる”大学人“だ。しかし、経歴やポジションなど関係ない。彼のこれまでも、そして、これからもホスピタリティに見事に貫かれていた。

「来る者は拒まず」の精神で一般内科をめざし、同じ姿勢からリウマチ・膠原病が今の専門となった。

岡山大学医学部に入ったとき、なんとなくイメージしていたのは、誰でも診られる一般内科医でした。ただ卒業後、母校の第三内科に入局し、5年間の関連病院での一般内科の研修を終えたあと、先輩医師から腎臓内科をすすめられ、大学に戻ってからは腎臓グループに所属しました。

通常であれば、研修修了後は出身地に近い病院で数年間、勤務医として派遣されるのが一般的なコースですが、ちょうど人手が足りなかったのでしょう、大学に残りリウマチ・膠原病のグループに入る運びに。「来る者は拒まず」の姿勢は、患者さんに限らず、大げさに言えば、すべてに対してのものでしたから、素直に受け入れました。

もちろん、リウマチ・膠原病が、まだまだ解決しなければならない問題が多い全身の疾患である点に興味を掻き立てられたのも確かです。

振り返ってみると、ターニングポイントが2つあったと言う。しかも、両者は絶秒のタイミングで訪れた。そのひとつが、2007年に、6泊7日で行われた臨床研究を勉強する合宿への参加だ。

大学医学部での研究というと基礎研究が浮かぶでしょうが、当時は、臨床研究にスポットライトがあたり始めた時期で、僕は主に先輩医師の臨床研究のお手伝いをしていました。ただ、新しい領域で方法論をしっかり理解している者がおらず、自分自身も参考文献を見ながら半信半疑なわけです。研究計画書を書くなどの事務作業自体は苦ではありませんでしたが、少なくとも自分が何をしているかぐらいはわかっていたかった。おそらく、そんな姿を見て、腎・免疫・内分泌代謝内科学（第三内科より名称変更）の教室を率いていた槇野博史教授（現・岡山大学学長）が、腎臓・透析医を集めた臨床研究の合宿に放り込んでくださったのでしょう。

月並みな表現ですが、初めて勉強が楽しいと思えた。講義を受けるたびに、「あ、これはこういう意味だったんだ」と、手がけていた諸事について次々に思い当たりました。そして、臨床と臨床研究がいかに密接な関係にあるかを痛感。たいへん大きな転機になりました。

臨床研究の知見を体得したばかりの佐田氏を待っていたのは、その成果を大きく花開かせられる、厚生労働省難治性疾患克服研究事業「難治性血管炎に関する調査研究」と称するビッグなフィールドだった。なんと幸運なめぐり合わせか。

2008年度から2013年度まで同研究事業の研究代表者となった槇野先生から事務局の責任者を仰せつかり、主要大学病院の教授や准教授の方々とともに研究計画を立て、基礎・臨床研究を行いました。非常にエキサイティングな経験でしたね。

それにしても、日本全国のトップレベルの研究者たちを相手に、よくマネジメントの重責を担えたものだ。佐田氏からは「苦労」の言葉は出ず、実に楽しそうに語る。

繰り返しになりますが、僕には人に喜んでもらえる仕事がしたいとのベースがある。幼いころから染みついた気性なのでどうしようもありません（笑）。それが功を奏したのか、研究班の皆さんと親交を持て、6年間で大きな成果を収められました。

ありがたくも、槇野先生が退かれたあとも研究班に名を連ねさせていただいています。

Visionary People
新たな価値をつくり出す人々

大学に残って着実にステップアップしている人が、「人に喜んでもらうのが自分の喜び」と繰り返す。偏見に満ちあふれた発言とわかっていながらも「先生は〝大学人〟らしくない方ですね」と言ってしまった。失礼なもの言いにも笑いながら、しかし率直に対してくれる。

僕は、ただいるだけで今のポジションに就いています。誰と闘ってきたわけじゃなく、自然と上の人がいなくなって、穴埋めに指名されてきたにすぎないのです。だから、〝大学人〟らしい威厳がないのかもしれません。

でも僕だって人に、いわゆる「雑用」と呼ばれる仕事を頼む場合も多々ありますよ。ただ、お願いしている分、別の何かで満足してもらうか、プラスアルファをつけます。だって、仕事を依頼したら普通は、そこに対価が発生するのが当たり前。ですから、対価に代わるものを付加しようと心がけています。

やはり、一般的な医局のトップに近い人のイメージとは、かけ離れているが、話をつづけて聞いていくと、「らしい」、「らしくない」で言えば、佐田氏は十分に〝大学人〟であった。まずは、臨床研究。

臨床の現場では日々、処理しきれないぐらいたくさんの疑問が生じます。それらを自分だけでなんとかしようとするのは非効率、チームをつくってどんどん臨床研究を行い、解決していくべきです。大学は研究を行い、その成果を発信していくこともたいへん重要な役割ですので常にメンバーからクリニカル・クエスチョンを募り臨床研究にチームで取り組んでいます。

そして、教育。

今、かなりの時間を個別のメンタリングに割いています。リウマチ・膠原病のグループのメンバーは11名、研究の進捗状況やプライベートの悩みも含め、1回に1時間ほど話すのですが、だいたい各人と1週間ないし2週間に一度は面談をしています。

「『誰がやっても、人が集まり、育ち、発展するシステム』の構築です」。今、もっとも力を入れて取り組んでいることを尋ねると、佐田氏は間髪入れず答えてくれた。どちらかというと受け身の歩みをしてきたように感じられた彼だが、この問いに対する回答は実にアグレッシブ。具体的にはどのようなシステムなのか。

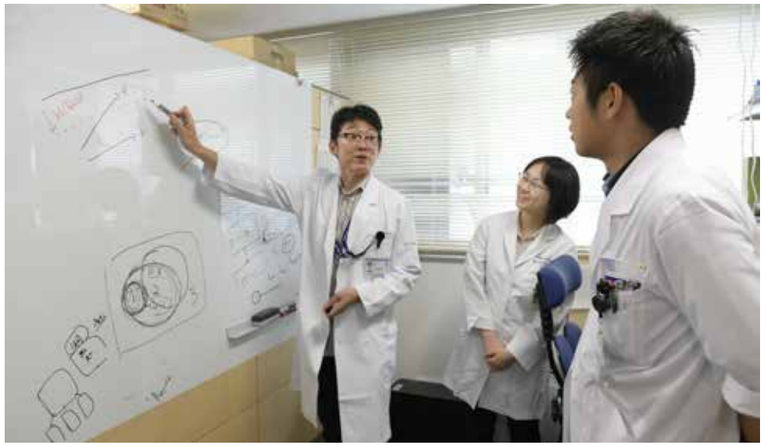
——簡単に言えば、良医を輩出するシステムです。

めざすシステムについて聞くうちに、臨床研究の学びと実践が佐田氏にとって文字どおりターニングポイントだったのだとうなずかされた。

腎・免疫・内分泌代謝内科での実際の活動を例にフェーズを追ってご説明しましょう。

フェーズ1：医学部4年生を対象に2日間のセミナーを開催。5、6年生になると臨床実習が始まるので、あえて臨床未経験の4年生を対象に臨床に触れる機会をセミナー形式で提供するのです。臨床に強い興味があれば、少しでも早く勉強をしたいと思うはず。そうした高いモチベーションを持つ人材を発掘します。

フェーズ2：5年生は2週間、必修で腎・免疫・内分泌代謝内科にまわってきます。濃厚な実習を用意していますが、4年生時にセミナーに参加してくれた学生には、希望があれば、より一歩踏み込んだ実習を行ってもらいます。



フェーズ3：6年生でまわってくる学生は、当科を選択してくれた学生です。専門の話ももちろんですが、臨床研究や一般内科など、良医になるためのステップの話をします。うれしいことにセミナーに参加してくれた方が、かなりの確率で当科を選んでくれます。

フェーズ4：卒業後の医師には、初期・後期研修の5年間は一般内科の経験を積ませます。一般内科のベースがないと、臨床的な疑問を汲みとれないと考えるからです。

フェーズ5：研修を終えて大学に戻ってきたら、専門科の診療の方法や、臨床的な疑問をどうやって解決するかを指導します。そして、できるなら自分のクリニカル・クエスチョンからデザインした臨床研究で、学位をとるよう導く。自分の疑問を解決するための研究で学位をとった経験をすれば、研究がグッと身近になります。

フェーズ6：臨床で困ったテーマで研究を行い、論文にして発表、その成果を臨床に生かす。その繰り返しにより、臨床と研究の両方の能力が高くなる好循環が生まれ、良医が育っていきます。

フェーズ7：大学から離れ、全国に散らばった良医たちが、身近な医師たちに刺激を与え、さらなる良医が生まれれば、良い臨床が広まっていくでしょう。

医学部4年生からを視野に入れての周到な良医をつくるシステム。誌幅の関係で書ききれなかったが、そこは人を喜ばせることを最重要視する佐田氏、各フェーズで一度かかわってしまったら、惹きつけられ、離れがたくなるさまざまな仕かけを用意している。さて、良医輩出のシステムづくりに注力する45歳の准教授。これから先の展望はいかに。

徐々にシステムはでき上がりつつありますが、「誰がやっても、人が集まり、育ち、発展するシステム」の「誰がやっても」の部分が、まだ弱い。逆に言えば、自分がいなくても順調に稼働するようになれば、大学にいる必要性はなくなるかな。

ズバリ、聞いてみた。「教授職に就きたいと思っているか?」。

正直、興味はありません。教授になっても、おそらくやる仕事は変わらないので。ただ、教授になって多くの人が喜んでくれれば、自分のコアバリューであるホスピタリティ冥利に尽きますが――。

身近な人の喜ぶ顔が見られるなら教授職にも価値がある。「何を、きれいごとを」と思う読者もいるだろう。しかし、意外と的を射ているのではないか。自身の虚栄心を満たせても、誰も喜んでくれなければ、地位の獲得が孤独を思い知るきっかけにすぎなくなるかもしれない。ここで佐田氏は、別の方向性でホスピタリティを具現化する道として、「故郷に帰るタイミングは常にうかがっていましたし、今もうかがっています」と打ち明けてくれた。

大学の人事は〝水物〟で、いつなんどき何が起こるかわかりません。親孝行もしたいし、商売をしていますから、地元には両親や兄弟がお世話になっている人たちがたくさんいます。そうした方々の役に立ちたい気持ちはいつも持っていて故郷に恩返しをするタイミングをうかがっていたわけです（笑）。

ただ、戻るときの自分の状況で恩返しの仕方は違ってきます。若いうちなら開業もあったかもしれませんが、ずいぶん長い間、マネジメントが仕事のメインになり、臨床から少し離れてしまっているので、今、戻るとしたら、どういうかたちで役立てるかは模索が必要でしょう。

欲を言えば、良医を輩出するシステムは、若干のバージョン変更で、どこででも構築可能なので、故郷でそれができれば最高です。

Profile

さだ・けんえい

1997年　岡山大学医学部医学科卒業
　　岡山大学医学部第三内科入局
　　町立宇和病院
1999年　財団法人永頼会松山市民病院
2000年　高知県立中央病院
2002年　岡山大学医学部第三内科研究生
2005年　岡山大学医学部総合診療内科医員
2006年　岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
　　腎・免疫・内分泌代謝内科学助教
2011年　岡山大学病院リウマチ・膠原病内科講師
2015年　岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
　　腎・免疫・内分泌代謝内科学准教授

エピローグ――20年後の日本の医療

人工知能との サバイバルの時代に突入

20年後の医療に関し、佐田氏は人工知能（AI）が医療の世界にも進出し、一般的な症例に関する診断や治療方針の決定のかなりの部分をAIが行うようになっていると予想する。

「そこで、今後の医師にとっては、AIが不得意な点、たとえば、手技など技術的なパート、新たな発見をする探求心、自己研鑽する力を磨くことが重要になります。また、医療の曖昧な部分、患者さんとの信頼関係にもとづいた治療などもAIにはまだ無理。リウマチ・膠原病領域では、なかなか診断がつかないケースも少なくないのですが、治療はしなければなりません。我々は、患者さんと信頼関係をつくって、答えが出ていない問題を患者さんと共有し、ともに解決への道を探ります。AIには、明らかに苦手とするところでしょう」

もうひとつ重視すべきは、研究の種を見つけることだと話す。

「AIは、既存の症例や疑問を論理的に解決する点で長けていますが、次のステップ、つまりそこから新しいテーマや疑問を見出す行為は医師にしかできない。研究の種、臨床的な疑問を生み出せるのは、今のところ医師のみです。自分で問題を見つけて研究を行い、臨床に反映させる。40年後にはAIが担っているかもしれませんが（笑）、少なくても20年後ぐらいまでは医師の仕事のはずです」

面白く生きるために 行き着くのは研究

「大学それぞれで、状況は違うでしょうが、ひと昔前にくらべれば明らかに大学医学部では独自の教育コンテンツ、熟練した教育スキルを持つ先生が増えています。研究も基礎研究が幅を利かせていましたが、臨床研究が推奨されるようになり、臨床の教育・研究スキルのある先生の活躍が見られるようになりました。

臨床を学び、実践し、教える立場になる。そこにプラスして問題解決能力を身につけていくと、仕事がさらに面白くなる。医師が仕事を楽しくするために何をすべきか考えたときに行き着くのは物事を解決していくこと、つまり臨床研究、基礎研究なのです。僕はこの先どんな医師人生を歩むのか見当もつきませんが、若い人が問題解決能力を身につけモチベーションを高めて喜びに満ちた表情を見せてくれるために働ければ本望です」

わかったつもりで書いてきたが、確認せずにはいられなくなった、ホスピタリティの定義を。パソコンの検索画面に言葉を入力してみた。いくつか見た中でいちばん詳しそうだったのがNPO法人日本ホスピタリティ推進協会のウェブサイト。そこには、「ホスピタリティとは接客・接遇の場面だけで発揮されるものではなく、人と人、人とモノ、人と社会、人と自然などのかかわりにおいて具現化されるものである」とあった。

なるほど今の彼があるのは、本人は流れに身を任せていただけと謙遜するが、まごうことなくホスピタリティの賜物であると確信できた。「来る者は拒まず。そして、来た者には徹底的に尽くす」。ご両親から自然と受け継いだ生き様。たくさんの良医を育て、日本にもっと良い医療を――。壮大な夢も、おそらく選んで彼を訪れたのだ。

- 臨床で困ったテーマで研究を行い、論文にして発表、その成果を臨床に生かす。その繰り返しにより臨床と研究の両方の能力が高くなる好循環が生まれ良医が育つ。
- 大学では、臨床の現場で日々生じた疑問について、チームをつくってどんどん臨床研究を行い解決していくべき。
- AIは、既存の症例や疑問を論理的に解決する点で長けているが、新たな研究の種、臨床的な疑問を生み出せるのは、今のところ医師のみ。