

INTERVIEW

佐賀大学医学部附属病院 総合診療部 教授
小泉俊三 先生



【プロフィール】 小泉俊三 先生 佐賀大学医学部附属病院 総合診療部 教授 1971年2月に京都大学医学部卒業。大和高田市立病院内科、大阪赤十字麻酔科等を経て、1975年米国オハイオ州で外科系インターン、1976～80年Yale大学関連教育病院St.Vincent's Medical Centerで一般外科レジデントおよびチーフレジデントを終了し帰国。米国外科認定専門医資格取得。米国外科学会正会員。京都大学第一外科医員を経て、1980年より天理よろづ相談所病院腹部一般外科、1984年より総合診療教育部副部長を兼任。1994年、佐賀医科大学附属病院総合診療部教授に就任。現在は病院長特別補佐も兼ね、多忙を極める。また、日本総合診療医学会では運営委員長を務める。

ジェネラリストの 価値の周知を！

聞き手：山田隆司 社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所所長

外科医から総合医へ

山田隆司（聞き手） 今日佐賀大学医学部附属病院総合診療科教授の小泉俊三先生にお話を伺います。小泉先生は日本総合診療医学会の運営委員長を務められていますので、現在議論されている総合医の認定についてもお聞きしたいと思います。まず、先生のご経歴を簡単に紹介していただけますか。

小泉俊三 昭和46年に京都大学の医学部を卒業し、はじめは比較的小さな病院の内科医として赴任し、透析を担当したりしましたが、友人が大和高田の市民病院内科に赴任するというので一緒に行きました。

そこに約2年弱勤めたあと、米国へ留学し、1年目がローテートのインターン、2年目から5年目が外科（ジェネラルサージャリー）のレジデントということで、幸い、最終年にチーフレジデントを終えて、帰国しました。

帰国後は、大和高田時代の恩師が天理よろづ相談所病院にいらっしゃったので、そこにお世話になりました。その後天理よろづ相談所病院が総合診療教育部を立ち上げたときに、今中孝信先生が部長、私が副部長を務めました。

歴史的にみると「総合診療」という名称を最初に

使ったのは、天理よろづ相談所病院の総合診療方式、すなわち、総合外来、総合病棟そしてレジデント制度においてです。

その後十数年、天理よろづ相談所病院で外科医の日々に加えてレジデント教育にかかわってきました。そういった経緯があって、当時の佐賀医科大学総合診療部の教授だった福井次矢先生が京大に移られるときに、私が佐賀医大の総合診療部教授として赴任しました。それが1994年です。

山田 福井先生とは一緒に働かれたわけではなく、交代というかたちなのですね。

小泉 福井先生は佐賀医大に助教授として着任され、京大に異動されたときは教授になられてまだ2年も経っていなかったと思うのですが、その当時、京大では医学教育に熱心な吉田修先生や、後に国立循環器病センターの総長に就任された菊池晴彦先生が総合診療部をつくろうと努力されていたので、結局、福井先生はすぐに京都へ異動になったのです。

今でもよく覚えているのは、最初に福井先生から電話があった時のことです。私は外科医なので、なぜ、外科医が総合診療部なのか、ということで、福井先生といろいろディスカッションをしました。外科医であっても私は、研修医教育や当時できつつあった総合診療研究会に関係していたので、一定期間、そういった方面に力を割いてもいいかなと思ったのです。その時は一定期間という気持ちでしたが、それ以来14年になります(笑)。

山田 外科というのが、比較的分化していない時代だったのですか？

小泉 米国はジェネラルサージャリーという言葉を使っていて、主に消化器外科と乳腺、内分泌、外傷外科が外科カリキュラムのコアになっていました。日本では一般外科というと、大体は消化器外科だけで、外傷はほとんどやりません。そこが米国の外科と日本の外科の違いですね。ジェネラルサージャリーのレジデントは、胸部、泌尿器、血管、心臓外科などもローテートします。

山田 当時の日本では、米国でいうジェネラルサージャリーと同じような研修はなかったのですか？

小泉 当時、日本では外科系診療科をローテートさせる制度がなく、顕著なのははじめから心臓外科に進んでしまった人はお腹を診たこともないというようなことが起こりがちでした。その点、米国は、消化器を含む一般外科を4～5年経験しないと血管外科や心臓外科には進めないで、一般的な外科の素養は一般外科で学ぶ。日本はそれがないので、外科に限らずそうですが、最初から狭い領域に入ってしまうわけですね。

山田 そうですね。先生は、最初にアメリカに行かれたときになぜジェネラルサージャリーの研修をしようと思われたのですか。

小泉 これにもあまり深い理由はなく、せっかく外国へ行っているいろいろな体験をするなら、外科系にチャレンジして、スキルも幅広く身につけたいという感じでしたね。

日本における総合診療教育の先駆け

山田 天理よろづ相談所病院では、研修医の教育も担われたわけですね。

小泉 総大将は今中先生で鬼軍曹のように厳しく指導されていたので、私はなだめ役のようなことをしたり……(笑)。

山田 天理のレジデンシーというのは、当時からスーパーローテートだったのですか。

小泉 そうですね、初期研修は総合病棟で同時に多科の患者さんを診る。今でいう後期研修は3年間に6か月ごと、6つの専門診療科をまわるという形でした。

山田 その5年の研修で目指していたのは、かなり幅広い内科医ですね。

小泉 病棟管理や重症患者にも対応できる幅広い内科専門医という感じですね。当時、天理の研修を終えた研修医のほとんどは大学や大きな病院へ進んでいました。そういう意味ではジェネラルといいながら、天理の研修はどういう医者を目指していたのかということを考えてみると、いろいろな領域に対応するための基本的な診療能力の向上を目指していた、という感じですね。

山田 リーダーシップをとられた今中先生は、どういったお考えだったのですか。

小泉 当時から天理よろづ相談所病院は患者中心の医療をということを理念にしていたので、今中先生はそれを実践して患者さんととことん付き合うということ、ジュニアレジデントに強調しておられました。だからジュニアには基本的にローテートがありませんでした。ずっと総合病棟にいて、1人の入院患者を受け持つとかなり長い期間、同じ患者と付き合うことになります。

沖縄県立中部病院が対極的な形ですよ。中部

病院の初期研修では、救急を通じてできるだけ多くの患者さんを診て、診療の流れを体で覚える。それに対して天理では受け持った患者さんととことんじっくり付き合っ、必ず1日2回はベッドサイドへ行く。サイコソーシャルな部分も含めて、患者さんを全人的に把握する。そういうことを目指していました。総合病棟というのは、研修医への教育的配慮を加味して患者さんを入院させるところで、総合診療教育部スタッフが教育的な視点から患者さんを選んで、総合病棟へ入院していただいているという点がユニークでした。研修医はローテートをせずに、総合病棟という場所にいろいろな患者さんが入院してこられるというシステムだったのです。

山田 日本の中でまさに先駆けといえますね。

小泉 天理よろづ相談所病院では病院の機能として専門分化しすぎると弊害もあるぞ、ということで総合診療教育部ができました。大病院での総合診療です。そして象徴的なのは、総合診療教育部という名称で、教育的な機能がかなり大きかったのです。ですから、総合といっても、地域医療という意味での総合医というのとはちょっと違ったのかなと思います。

佐賀医大総合診療部の設立

山田 その後、先生は当時の佐賀医大に移られて、卒前教育に携わられたわけですが、医学生に関心、あるいは先生の大学病院での役割というのはいかがでしたか。

小泉 大学の教授というのは、基本的に講座があって講座の主任としての教授なのです。したがって講座のない病院部門担当の教授というのは、私と薬剤部長しかいなかったのです。ですから、本来は診療のみに専念して、教育・研究はしなくてもいいはずだったのですが、佐賀に赴任したその日に学長に呼ばれて、まず1年生の教育からやってくださいと言われて

ました。

山田 当時、佐賀医大全体が、臨床教育や総合診療、あるいは地域医療に関心が深かったということですか。

小泉 田中角栄が総理大臣の時代に、1県1医科大学ということで、佐賀にも医大を作ることになりましたが、佐賀は比較的福岡にも近いし、同じような大学をもう一つ作っても仕方がない、せつかく作るなら新しい試みのできる大学にしよう、日野原重明先生と古川哲二先生が中心になって、海外のシステムを見学してマクマスター大学のシステムを取り入れようということになりました。マクマスターではPBL (problem-based

learning)を実践していましたが、当時の日本ではPBLはあまりにも現状と乖離していたので、代わりに楔型統合カリキュラムを導入しました。それは新しい臨床医を育てるためのユニークなカリキュラムだということで、かなり注目されました。

ところが新設医大として新しい教育システムを導入したと思っていたのに、その後、他の大学もどんどん医学教育改革を行った。自分たちはトップを走っていると思っていたら、いつの間にか1周遅れになっていたという感じで、これではいけないと当初から懸案であったマクマスターのPBLを本格導入しようということになりました。

山田 大学の中での総合診療部の立場というのは、大学ごとにずいぶん異なると思いますが、佐賀医大ではどういった役割を担っていたのですか。

小泉 総合診療を取り入れるという学長の強い意図がありましたので、病院開院時から総合外来がありました。でも総合診療科はなかったのです。だから総合外来は各科からの寄り合い所帯だったのですね。するとそれぞれの診療科でかなり上の先生が、総合外来担当の日には総合外来から専門科にお願いする立場になってしまって、専門科に若い医者がいると、

どうしてあんな若造にお願いしなくてはいけないんだ、とカルテを叩きつけられたり、ということがあったらしいです(笑)。

当初、そういう問題もあってきちんとした総合診療部門を確立しなくてはならないということで、昭和61年に文部省の認可で総合診療部が設立され、福井先生が教授になって、一つの診療科として歩み始めたという経緯があります。



聞き手：地域医療研究所所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

3学会の目指すもの

山田 現在、先生とは3学会のことで協議を進めているところですが、総合診療医学会は総合診療部の連絡会議から育っていったのですか？

小泉 いえ、違います。日本総合診療医学会は、研究会として最初のミーティングを佐賀で開催しています。そして第1回学術集会は当時の国立東京第二病院で開催されました。そのうちに総合診療研究会に、全国に続々とできた総合診療部で仕事をしている人たちが集まってくるようになったので、7、8年前に、学術集會に付随する形で全国総合診療部連絡協議会

の場を設けたのです。

山田 では研究会のほうが先なのですね。

小泉 そうです。とはいえ、日本プライマリ・ケア学会や日本家庭医療学会と比較して、総合診療医学会は相対的に病院の総合診療部をベースにしている人が多いというのが実際のところですよ。

山田 働く場所が違うということがいつも議論になりますよね。私も診療所にいた時期が長いのですが、この5、6年はずっと病院です。マインドは同じなのですが、やはり場所によって、自分に課せられる仕事が変わ

てくるわけです。病院にいれば紹介患者を受けなければいけないし、主な仕事は病棟管理になる。でも今の医療崩壊に対応するためには、病院においても総合医的な能力が、今、求められていると思うのです。

小泉 そうですね。病院もこれからの時代、生き抜くための要になるのは病院の総合医だと思います。ですから、そういうコンセプトもこれからきちんと確立していかなければいけないと思っていますが、現状ではその議論をすると「地域医療をどうするか」という議論と混線しそうな気がしています。

山田 複合的な疾患を持っていたり、各専門の狭間のような患者さんもいるので、医者への提供する医療が患者のニーズに合っていない場合があって、病院の中で各専門集団が機能しにくくなっているというところがありますね。病院のジェネラリストはその穴を埋めるように守備範囲を広くして対応する。一方地域の1次医療の現場では、地域ニーズの中心は日常的な疾患で、勢い守備範囲を広げないことには効率が悪い。必要とされるのは一つの専門的な知識技能より総合的な対応能力です。

ですから本来、3次病院のホスピタリストと1次医療を担うフィジシャンとを同じジェネラリストという土俵で議論することは難しいと思うのですが、でも現状では一緒に議論せざるを得ない。

小泉 3学会の合併について現在議論していますが、基本的にはジェネラルマインドを持った人たちが一つの大きな広い枠組みで集まれる学会を目指すのがいいと思うのですね。その中で、かつ、仕事をしている場によって異なる個別の事柄については、部会といったような形でディスカッションする場を保証するのが良いと思います。どこが違うかという話を強調するようになると、それなら別々の学会でいいのではないかというふうになりますし、すべて一緒にすると総論の話はあるけれども、各論の話ができないということになります。

3学会とも総論はかなりしっかり議論してきて、理念やフィロソフィについては十分語りあったと思うのです。でも各論になると、議論が足りず混乱しているよう

に思います。各論として、もう少し踏み込んだ議論をして、例えば家庭医なら家庭医像、病院総合医なら病院総合医像を一般社会に対して提示する必要があると思います。

山田 私のイメージとしては、将来家庭医を目指す人は若いうちは現在危機に瀕している地域病院のようなタフなところで病院総合医のような幅広い研修をして、その後と同じ地域の1次医療を受け持つというのがよいと思うのです。家庭医に特に重要なコミュニケーション能力はそう簡単につくとは思えません。40代、50代、60代と人生を経ながら総合力を身につけ厚みが出てくる、家庭医のキャリアパスを考えながら年代ごとの役割分担を考えることが適当だと思います。

小泉 若いときに専門をやって、ある程度人生の円熟期が近づくころに幅広いところに関心があって開業するというパターンがありますね。問題は、若いときに専門に特化して、守備範囲が狭い人が突然地域に行っても、地域住民のニーズにマッチした医療が提供できない場合があります。そういう方のための研修制度が必要ですね。

山田 まさしく総合医になるための研修ですよ。しばらくは経過的にも専門医の開業前の再研修、あるいは仕事をしながら続けていく生涯研修プログラムを3学会合同を機に作れたらよいと思っています。

小泉 そういう意味では、大学の総合診療部というのは途中からジェネラルな部分に参画されるような人も多いので、途中から総合に目覚めて頑張りたいという人たちが拠って立つ基盤を提供する意味で、資格のようなものを確立してほしいという意見があります。

山田 そうですね。私は今、家庭医療学会の代表を務めています。新世代の家庭医療を確立することに躍起になっているわけではなくて、むしろ、今一番重要なのは、関係する人たちがどうやって団結するかということです。

医師会の先生方も、これまで往診を含めて総合的に地域とかかわって来られた方が多いと思いますので、家庭医を育成するための研修制度に参加してい

ただいて、研修医を受け入れる。そうすれば研修医にとっても1次医療というものを知ることができる絶好の機会になります。あるいは今、専門医療に従事していて将来開業総合医を目指している人たちには、これからは開業する前のトレーニングを受けていただく。

小泉 そうですね。

山田 今の医師会の先生方にとっては、われわれが全く異なる勢力を創り出しているかのように感じられているというのが現状だと思うのですが、それはとても残念なことで、われわれ3学会のリソースを使ってもらって、一緒に時間をかけて日本の地域医療、1次医療の質を高めていけたらいいと考えています。

逆風をむしろ順風ととらえて

山田 3学会の代表が時々顔を合わせる中で、先生が最初に「合併したらどうだろうか」というような声をかけられたと思うのですが、自分もそういう気持ちはずっとありましたが、先生が声に出して言われたときに、「絶対そのほうがいい」と思いました。

小泉 総合診療医学会は比較的新しい団体で、理念的に集まっているので、理念に関してみんなが賛同すれば、動きやすいということがあります。

山田 家庭医療学会でも若手部会や学生部会が頑張っているのです、自分はそういう若い世代の人たちに夢をつなげるための橋渡し役だと思っています。

今、医療崩壊などと言われ、困っている地域の現状に対して、家庭医、総合医が一定の役割を担って力になれるということは、みんなが理解していることなので、うまく3学会の力を合わせられるように導いていけるといいと思うのですね。

小泉 ジェネラリストの価値観を国民がサポートしてくれないと厳しいと思うのです。今起こっている問題は、これまでの医療界が技術を肥大化させるような医療へどんどん偏って、それがたくさんの専門科を生んだことに由来していると思うのです。その中であって、国民もそういう考えの枠内で医療をとらえていて、医師不足だと言いながらも多くの国民は専門医志向です。ジェネラルなスタンスの医者にかかってよかった。そういう医者を国民は求めているのだと国民の側からの援護射撃がないと難しいという気がしています。

最近、NHKや全国紙でも、ときどき総合医の活躍ぶりを好意的に報道してくれるようになりましたが、もう少し一般国民の間の大きな声にならないと、ところがCTやMRをすぐ撮ってくれる医者、すぐに薬を処方してくれる医者がいい医者だというような声がいまだに大きい。医師不足と言われていることの中には、一部でこういうことがあるような気がするのですね。医療を受ける側にも、ジェネラルなアプローチが自分たちの健康や生活の安心に寄与しているということを、じっくり感じてもらえればいいのですが……。

山田 われわれの目指すところを分かりやすく発信できればいいのでしょうね。

小泉 かつては、メディカル・テクノロジー・アセスメントというきちんとした理念に基づいて、医療技術が社会的にいかにも有用かということの評価した上で技術の普及を進めるという考えがあったと思うのです。今、それがなくなってしまった。

山田 本当にそうですね。医療でもテクノロジー万能といった面があまりにも強調されすぎて、それでは解決できない問題に目がいかなくなってしまっています。バベルの塔ではありませんが、医療技術を高めようとどこまでも登りつめていって神に近づこうとしている、後期高齢者医療の問題などでも診療に一定の制限をつけることは即、質の低下という懸念ばかりが大きくなる。最終的にはみんな死んでいくという運命の中で、医療ができることというのはごく限られているとい

う前提をまず認識する必要がある。その上で豊かな人生を送るために医療をどう利用できるか、限られた資源をいかに世代間で融通し合って活用するかといった考え方をしていかななくてはいけないのではないかと思います。

小泉 そうですね。それなりの工夫を重ねてきた制度案に対して、「年寄り死ねと言うのか」といった発言が政治的に行われるのは残念です。

山田 先生は「医療の質と安全学会」にもかかわっていらっしゃるんですが、最近増えている訴訟についても、起こったこと以上に医療者に対する過大な期待からくる不信感が問題を増幅させているように思います。

小泉 コミュニケーションを重視した、“ジェネラル”とわれわれが表現している医療の価値を強調すると、安上がりの医療なのではないかととらえられることもあって難しいですね。

山田 1次医療の現場で質の保証についてどういう形で担保していくか、私も悩むところですが……。とはいえ、活発に在宅医療が行われているような先進地域など、一定の患者さんたちが信頼に基づく質の高い1次医療を享受してその価値を肌で感じているという

地域が全国で増えています。そういったところがモデルケースとなって広がっていくのではないのでしょうか。

小泉 これまでは病院に対する過度な要求もありがちでしたが、今や医者が不足し、病院もつぶれるかもしれない、医療そのものが受けられなくなるかもしれないという危機感を社会が抱くようになると、きちんと対応してくれるドクターに対して、社会も評価してくれるようになるのではないかと期待しています。

医療崩壊が起こって地域の医療が実際になくなってしまった地域もあるという現実を突きつけられて、今後社会の考え方も変化していくかも知れません。

山田 そうですね。このクライシスは、実は日本の社会全体が医療に対する考え方を変化させるために必然的な出来事かもしれません。逆風のようにあっても、実は次代を展開するための順風となっているのかも知れませんね。

小泉 新しい地域の医療のあり方を、これからみんなで確立していかないとはいけませんね。

山田 そのためにも、これからもよろしくお願いします。今日はお忙しい中、ありがとうございました。

