

INTERVIEW

日本医師会 会長
唐澤祥人 先生



【プロフィール】 唐澤祥人 先生 昭和43年、千葉大学医学部卒業。同愛記念病院にて研修。昭和44年、東京都墨田区に唐澤医院を開設。昭和49年、墨田区医師会理事。昭和54年、日本大学医学部兼任講師。平成4年、墨田区医師会会長。平成15年、東京都医師会会長。平成16年、日本医師会最高優功賞受賞。平成17年、厚生労働大臣功績賞（労働安全衛生）受賞。平成18年より第17代 日本医師会会長を務める。

地域に根差した医療こそが 日本の医療を救う

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

町の暮らしに役立つ存在

山田隆司（聞き手） 今日日本医師会 唐澤祥人会長をお訪ねしました。先生の医師としてのご経歴やへき地医療についての先生のお考え、また現在議論されている総合医や地域医療に関してご意見をいただきたいと思います。

唐澤祥人 私は町医者という言葉が大好きで…。町医者というのは、自分は医療提供者だというよりもその町の暮らしに役立つ立場の人間という視点が強くあ

ると思うのです。地域の現状は、社会経済、産業経済によって、本来あるべき姿を壊されてしまっていますが、地域の人たちとともに暮らしながら、そういうところに気がつく医療提供者であることが大事だと思います。

また、それを支えるために地域医療に力を尽くすのが、地域医療に参加する意義だと思います。行動力、地域医療参加力ですね。地域医療というのは、

生活の中に溶け込んでいる医療ですから、特色はこうだというものは取り出せない。

山田 生活の一部みたいなものですね。

唐澤 おっしゃるとおりです。「ここにいたんだね」というような感じで。しかし、やはり所在を示さなくてはならないので、昔の医者は医院の入口に赤い電気をつけていましたね。夜中でも日曜でもポツとつけておく。そうすると地域の人はその明かりを見て「あれがついているから先生はいるんだな」と思う。地域行政や地域文化と一体化した医療担当者という主張があったのだと思います。医療機関には診療時間が表示してありますが、昔はその診療時間以外は、往診応需、入院応需、時間外診療など、いつでも対応していました。ですから「本日休診」とあれば、今日は先生は暇だということで、いろいろな人が来て、いろいろな相談をしましたね。なんの相談かという、競馬で負けて困ったとか、娘の嫁ぎ先はないかなど、そういう相談があるのです。地域で一番信頼されている存在と言えたと思います。

山田 よろず相談所のようなものですね。

私たちの世代には大学を終えたころにはもうかなり医療の専門分化が進んでいて、自治医大を卒業してへき地へ赴任することに抵抗がありました。こんな所にずっといたら医者として使い物にならなくなってしまうという焦りのような気持ちだったのですが、実際に行ってみて、小さな地域社会の中で生きていくと、患者さんが野菜を持ってきてくれたり、休みの日には山芋掘りに連れてってくれたり…先生が言われたように医療を提供するだけの関係ではなくなる。そうしていろいろな相談にのっているうちに、医者としてかかわるときにも、実は…。

唐澤 冴えてくるのですよね。洞察力、観察力が研ぎ澄まされてくる。何気ない日常の会話の端々に、その人の健康に起こっている問題とか、あるいはその地域で気をつけなくてはいけない問題、そういったものが自然と浮かび上がってくるのです。だから未然に深刻な事態が起こるのを防ぐことができる。そこに専門

家としての役割があるかな、という気がします。

また、今言われたように、最近の医療は科学的に高度化しているので、自分の専門を地域の医療の中で生かしていくためには、医師同士のコミュニケーションや緊密な連携をとって研鑽することが大事だと思います。診療所、あるいは小規模な病院が基幹病院と連携を組むといった流れが活性化しないといけませんね。

山田 病床を持たない診療所と、病床を持っている2次病院が協力して、一般的な病気の治療に責任を持つことが重要です。軽症の患者さんや慢性期の患者さんの安定期については診療所が時間外も含めて幅広く対応する。急性期の病状で入院治療が必要なとき、肺炎、喘息などの重症患者の入院治療や骨折手術、分娩など頻度の多いものは地域の2次病院で対応する。診療所と地域病院の連携がしっかりとしていれば地域の大方の医療、9割5分ぐらいの医療が、実は地域内で完結するのではないかと私は思っています。

唐澤 急性期が済んだら役割が終わったということではなくて、地域におかえして地元の先生に任せても、急性期の医療をやった延長として高度専門医療を提供している基幹病院の先生もずっと診ている。そういった支援体制が必要ですね。慢性期と急性期をはっきり区分けするのではなく、連携がないと駄目だと思います。

山田 そうですね。私自身は今、病院医療の立場にいますが、町医者が自分のライフワークだと思っていて、生涯町医者でいたいと思います。町医者として、自分がかかわった何百かの家族の人たちに関しては、大学病院へ行こうが、施設へ行こうが、ある程度ずっとカバーしていく。

唐澤 そういつながりに大きな意義があると思います。医療を受けるのは1人ですから、どこにあって常にも医療が周りを囲んでいるという状況がいいと思うのですね。

山田 現在の医療は機能的に分断されていますから、患

者さんにとっては入院していて2週間で退院させられて、次はどこに行ったらいいのか。在宅に帰ったら誰にケアしてもらえるのだろうか。障害が増えて介護が必要になったらどこに相談したらよいかと常に悩まなくてはなりません。その線のところにずっと町医者のような存在がかかわっていれば患者さんは安心だと思うのです。町医者こそが連携のキーパーソンだ



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

と思うのです。

ですから開業の先生たちが、自分の専門や診療時間内だけではなくて、できるだけ受け入れる方向でやっていくことが、町医者としての機能を復活させるのではないかなと思います。新しく開業に参入する若い人たちの中には、機能を分けて守備範囲を決めてしまって、仕事の場所と住居も分けて、地域の付き合いや医師会内の休日診療所に参加しない人も増えているようですが。

唐澤 ビジネス化してきてしまったんですね。

山田 しかし、1次医療、開業医療は何が命かという、やはり患者さんとの信頼関係、病院ではあり得ない長い付き合い、家族や地域との付き合いだと思います。患者に身近でいつでも「赤い電球」を灯して何でも相談にのるような医師こそが今求められているのではないのでしょうか。一方で専門科で開業しているような先生は、地域病院と一体となって2次医療を担当する。時には専門的な手術や検査などを病院を利用して行う。手術室を共用したり、術後患者を入院させたりして地域病院を活用する。そういった今ある資源で地域医療の再構築を考えることが必要ではないかなと思うのです。

1次医療の担い手の守備範囲

唐澤 単科で開業している先生方は相当な応対力があるので、得意な分野については任せてほしいと考えるのは、悪いことではありません。それにますます磨きをかけて、そのことがまた別の分野の入口にもなりますから。地域の中で、他の先生がその分野で分からないことがあれば、その先生に問い合わせて知識をもらえるようにする。でもそれを実際に手がけるのは、その先生にお願いします。そういった地域の達人になっていただければいいですよ。

山田 私は田舎にいたときに、自分の得意な分野、例え

ば内視鏡や消化管など、自分が好んで読むような領域のものは、快適に自己学習できたのですが、例えば私にとっては神経疾患、あるいは皮膚疾患、小児科の発疹など、経験不足な領域のものはとてもストレスでしたし、勉強するのも苦手でした。でもそういうときにそれを受け止めて、生涯学習の中で自分の不得意なところ、自分の専門ではないところを学んでいくという態度が、実は総合医にとってはより重要です。例えば診療所にいると、巻き爪や突き指、逆さまつ毛など日常的によく遭遇するのだけど、それについて

は病院研修ではあまり経験していない部分です。でも5例、10例と実際に経験して、時々、専門の先生に教えてもらったりすると、結構何とか対応できるようになります。

唐澤 自ら身に付けていくということですね。臆せず、自ら学ぶことや、地域の先生方とのコミュニケーションに参加していく。参加しないと、不得手なものも前に進めません。

山田 大学病院にはあまり巻き爪や逆さまつ毛の患者さんは受診しないでしょうから、そういう頻度の高い軽症の疾患はむしろ一般の診療所の先生たちのほうが多く経験するのではないかと思います。例えば風邪にしても、大学病院よりも最初に受診するかかりつけの先生たちのほうが情報も多いし、まだ診断がついていない状況での対処の仕方や治療も上手だと思う。今回の新型インフルエンザでも神戸や大阪の先生方が奮闘されて、最初の報告をしたのも大学病院ではなくて、開業の先生なのですから。初診を診る、初期に対応するといった能力をさらにうまくトレーニングしていくことが、医師会の生涯教育としては、一番重要なことではないかなと思います。

唐澤 おっしゃるとおりですね。大学の先生は忙しいし、専門分野も広いし、深いから、機微に触れるというところへ手を差し伸べるよりは、持っている疾病の重大さがある程度判明しているのもっと細かい具体的なところに集中できるようにすることが大事ですね。また地域医療に修練した人に対して、最先端の医療もすべてこなすことは要求されないと思います。

山田 先生が地域医療学ということに言及されましたが、まさしく地域の診療活動の中での学びの体系が地域医療学そのものだと思うのです。専門医療、大学の医療の寄せ集めが、そのまま地域医療になるのではなくて、地域医療学というのは、患者さんの一番身近なところにあり、住民との関係、お付き合いだと思います。

唐澤 そうです。ある先生が25年と言っていますが、赤

ちゃんもそのくらい経てば立派な大人になるし、大人はもう前期、あるいは後期高齢者になってしまう。とても短いのですね。ですから地域で人の一生をずっと見ていて、どうやってかかわっていかうかという大体10年やれば分かるようになる。そしてジェネレーションを25年と考えても、その間に地域が変わっていくのです。自分の一生の最盛期をどこに位置づけるかわかりませんし、学会の権威となって国際学会で名を馳せるというのも一つかもしれませんが、町でみんなのためにやっていくという、そういう医者や、国も国民も必要としているのではないのでしょうか。

山田 そうですよ。私も自治医大のシステムの中で、2千人ぐらいの一つの地域に20年弱いたので、それが自分の医師としての一番の肉付けになっていると感じています。

唐澤 WHOから戻られた尾身 茂先生も自治医大を卒業して地域へ投入されて、それからWHOを目指された。現在自治医大教授に就任されていますが、実際には今回の新型インフルエンザの件に関する国際的な発言も含め、行政機関や国の機関で必要とされて、活躍されています。

今回、自治医大がどういう役割を果たしているかということがはっきりわかったのではないかと思います。新しい時代になっているのですよ、もう。ですから地域医療の中に、これから何を注力していくかということを明確にしていけないと、国民が医療というものを評価しなくなってしまいます。

山田 今は、医師と患者の信頼関係が希薄になってきて、病気だけを診て医療を提供する。それが問題を生んでいると思います。医者も専門分化し、患者さんも町医者に行くよりも大学病院へ行った方がいいと思うようになっている。

唐澤 マスコミに名の売れている私の知人が、「自分の身内がある地域で病気になって、経過も悪く亡くなってしまった。これが都会の大学病院にかかっていれば、そんなことはなかったのではないか」と言われたのです。そのような思いを抱かせないためにも、立派

な医療はどここの地域にもあるのだという理解を時間をかけて広めていかないといけないと思います。

山田 初診時の見積もりより病状が急速に悪化したような際には患者は医師に対して不信感を抱きがちです。診療所だったから誤診されたんじゃないかとか、病初期の症状の不安定性、不確実性、それに伴うリスクに関しては誰が扱っても厄介なものです。最初か

ら専門医が診ていればと誰もが考えがちですが、病初期にはその専門領域こそが分からないことも多いのです。例えば腹痛で発症する心筋梗塞の患者は最初にどこへかかるべきでしょう？大学の専門医療だけが立派な医療とは限らないことを分かってほしいです。

日本には誇るべきジェネラリストの見本が存在する

山田 日本は、先進医学という面では世界に伍していますが、地域医療学といった分野の価値観が重視されていない。本来、地域医療学という価値観は、先端医療とは測る物差しが違っていて、さまざまな学問分野が関係し、人間や家族、地域社会を幅広い視点からとらえることが必要だと思うのです。

唐澤 それを担う人の人間性が関係している。診療能力があって高度な医療を身につけていれば、あるいは症例をたくさん重ねればそれでいいという分野ではなくて、基本的に人間性、人格、そういうものと一体化しているのが地域医療です。

山田 長く同じ地域で町医者をしてこられた先生たちには、侍のような潔さと、患者さんを守り通すのだという信念や気迫を感じます。「月刊地域医学」6月号(2009年 Vol.23 No.6)のインタビューでお話を伺った岐阜県恵那医師会長の古橋貞二先生は現在79歳ですが、町医者になってから今日まで未だに往診の依頼を断ったことがないと話しておられました。

唐澤 そういう先生は、昔はどこにでもいましたよね。

山田 そうですよ。

唐澤 私の父も信州の田舎から出てきて医者になったのですよ。

現在、私が住んでいる地域(東京・墨田区)は、関東大震災と昭和20年3月の東京大空襲で二度、大勢が亡くなりました。そういう地域ですから、病気で人

が死ぬということについてもとらえかたが違うような気がします。

山田 死を受容しやすい、身近なことだということでしょうか。

唐澤 運命に対するハードルが低いといえますか、多分、これも定めかと思えるのですね。インフォームド・コンセントをしても、私は治るのか、治らないのか、はっきり言ってほしいと言われます。

山田 先生はその地で2代目として開業されたのですか。

唐澤 父のあとを兄が継いだのですが、兄が37歳で亡くなってしまったのです。

山田 入院機能もあったのですか？

唐澤 7床ありました。入院患者も多く、地域医療の垣根でした。

山田 有床の診療所は24時間サービスを提供しているわけで、それは大変というか、すごさを感じます。しかし、そういうサービスを開業医みんなが別々に提供する必要はなく、でも何人かでグループになって24時間対応できる仕組みができていったらいいのではないかと思います。

唐澤 おっしゃるとおりです。ソプララクティス、グループプラクティスと言われますが、1人では無理なので連携する。しかし、そのためには情報交換を密にしなければなりません。

山田 私が現在勤めている区立台東病院でもそういう

ことにかかわっていきたいと思っています。開業の先生に病院と連携してもらって自分の患者の入院管理を一緒にしてもらい、在宅医療が厳しい状態になったときには病院がいつでも引き受ける。一般的なオープン病床ではなく、開業医の先生たちの使えるようなベッド、開業医の先生が管理するようなスタイルがあってもいいのではないかと考えています。

唐澤 家庭医機能・総合医機能を備えた医師を、日本の風土で作りに上げていかなければなりません。欧米風の形はビジネス的な要素が強いですね。

山田 欧米でも万人が満足する医療システムを享受できている国はないと思います。ただ医学教育や研修の仕組みは、学ぶべきところは多いと思うのですね。そういうことから、今の医学生や若い医師で家庭医療や総合医療に興味を持っている人たちの中には、日本では学ぶべきところは少なく、外国で学ばなければいけないと思い込んでいる人たちもいるくらい

です。でも日本の地域医療の現場にも、実は質が高く、継続性がある、世界に誇れるような英知が詰まっている先生方が多くいらっしゃる。しかし残念ながら、日本型の家庭医療、日本の地域医療学を、きちんと体系づけて分かりやすく説明するすべが足りないのではないのでしょうか。私はたまたま実地医家のための会や日本プライマリ・ケア学会に呼んでもらって、そういう先輩の先生たちと出会う機会がありましたが、

唐澤 門を叩かないと出てこないような医療ではなくて、叩かなくてもすぐ手に入るという医療が大事ですね。入口は小さくても継続性がある、どこまでいっても近くの先生がきちんと診ていてくれる。そういう先生の足腰が元気なうちは、80歳になっても、90歳になっても診てくれる。そういうシステムは作っていくべきだと思っています。

医師全体がひとつのテーブルで議論すべき

山田 私は地域医療の中で往診するということが一つの重要な要素だと思っています。往診では学ぶことが多い。往診で患者さんを初めてよく知って、あるいは患者さんが住む家を初めて見て、患者さんが慰労してくれたり、家庭でお茶をもてなしてくれたり。そういったときに普通ではできないような話ができたりする。診察室は自分の懐で話しているわけですが、往診先は患者さんにとって生活している場所ですから。

唐澤 往診には笑いがある。往診の看取りは明るいのです。これはやはり広めるべきだし、先輩医師がもっと往診を伝えないとイケませんね。私たちより上の年代は、先輩に仕込まれたのです。座布団が出て座るなどか、仏壇の前は軽く一礼して歩くとか。それから診察は右、左ありますが、指導医が対診した場合には指導医が患者さんの右側に座るので、主治医

は左側に座って教わる。そんなことを聞いたことがあります。

山田 往診先で起こったことに関しては恨まれるようなことはないですね。自分たちが生きている、生活がそこで営まれているから、それを現場で学べるというのはとても尊いことです。そういう生活に密着した医療が盛んだったころに育った先生方が、それをしっかり伝えていってほしいと思います。

ですから1次医療の専門家を育てる仕組みを持たないと、国民に対してもなかなかその価値が浸透していかないという気がします。

唐澤 国民からもそういう医療に対する期待は大きいと思います。現在では医療の話となると、すぐに保険料といったことになるのがおかしい。

山田 そうですよ。私も、医療の話をするときにコストと

いったことが先になって、コストのためにそういうことをするのではないかという議論になってしまうのは残念だと思います。今回の総合医や家庭医についても、フリーアクセスを制限をするのではないか、あるいは包括支払い方式になるのではないかという話が出てくる。正直言ってそんなことを話してつもりは全くなくて、本当に身近にいて信頼関係が育まれるような質の高い医療はどういうふうにして培えるのか。中身の議論をまずすべきだと思っています。医師会というのは医師の専門職の最強の集団だと思うので、医師会が中心となって、専門医も病院の勤務医も、あるいは開業している医師も、地域の総合医も、すべての医師が今の医療の枠組みについて議論ができないものかなと。問題は少し切り離して。

家庭医や総合医の話をする時、そういう立派な医師はどこにいるのかという質問をよく受けます。私はやはり自分が住んでいるところに一番近い開業の先生に1回会って、その先生と話してみたらどうですか、と患者さんの側に強調したいです。「私と家族のこと

は是非先生にお任せしたい」と言われれば医師も意気に感じる。メディアの情報をもとに自分でいろいろなところを探しまわるのは必ずしも有効ではなくて、実は自分の近いところの先生をまず受診してみて、信用して、その先生と個人的に付き合ってみる。初対面で多少違和感があってもゆっくり何回も時間をかけて付き合っていく。それが医師を育てることにもなるし、信頼関係を培っていくことになると思うのですね。

1次医療のレベルでしっかりとした信頼関係が構築されれば、今の医療の軋み、歪みをずいぶん改善してくれるのではないのでしょうか。その基本はいつでも何でも相談にのろうとする医師の姿勢だと思うのです。

唐澤 求められれば、臆せず、逃げないで、積極的に留まって、そして伝えていくということが大事ですね。

山田 町医者が地域の中にあって住民を守るという姿勢がやはり医療の原点なんですね。今日は、先生のお話を聞くことができて心強い気持ちになりました。

お忙しい中どうもありがとうございました。

