

INTERVIEW

ゆいまーるプロジェクト推進室長
崎原永作 先生



地域医療の仲間を増やすために。

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

沖縄県立中部病院の研修で学んだこと

山田隆司（聞き手） 今日にはゆいまーるプロジェクト推進室長の崎原永作先生にお話をうかがいます。まずゆいまーるプロジェクトに至るまでの先生の経歴をご紹介いただけますか。

崎原永作 自治医大を昭和56年に卒業して沖縄に戻り、沖縄県立中部病院で2年間の初期臨床研修を終えて、自治医大の義務年限の最初の赴任地、多良間診療所へ行きました。

多良間村というのは宮古島と石垣島のちょうど間にあって人口1,700人の島です。そこに3年いてまた中部病院に戻り、離島で全科を診ていたのでそれを続けたいと考えて救急室で1年間後期研修をしました。その後、渡嘉敷島で3年、そして最後の研修として中部病院の救急に戻り、義務が終わったあともそのままスタッフとして残りました。

山田 義務年限が終わる前の2年とそれから引き続き残って、中部病院の救急にいたのは何年間ですか？

崎原 12年ですね。

山田 沖縄出身の自治医大卒業生の研修は中部病院が中心ですよ。それ以外には行かなかったのですか？

崎原 行っていません。自治医大は全員中部病院で研修します。

山田 中部病院の救急はERというか、救急車とウォークインで来る人たちの両方を診ているのですよね？救急のスタッフだけではなくて、各診療科の人たちも対応しているのですか。

崎原 中部病院は言わば、550床のバックベッドを持つ巨大救急センターなんです。要するに玄関から入ってまず救急医が診る。そしてこれは何科ですと振り分

けている間にも各科の医師が下りてくる。その連携ができています。

山田 初診の段階で、循環器科医が加わることもあるわけですね。

崎原 あります。

山田 例えば発熱だけで、診断が見つからない場合は？

崎原 救急室で1日診て、熱なら感染症と考えてそちらに任せます。

山田 救急室は2日目にはもう振り分けるのですね。

崎原 2日目から病棟です。だから朝7時に救急室に行くと10人ぐらい入院の必要な患者さんがいつも待機していました。

山田 夜中に心筋梗塞の患者が来たりした場合は？

崎原 CCUにも当直がいるので直接CCUに運ぶことができます。ICU, CCU, 内科病棟, 外科病棟, 小児科病棟, 産婦人科病棟, それから麻酔科, それぞれスタッフ, レジデント, インターン(一年次研修医)の3人体制で, 合計20数人が当直しています。

山田 それはすごい。夜中の2時に行って20人以上の医者がある病院というのはないですね。本当に24時間体制ですね。診療科ごとの垣根というのがないところもすごいですね。

崎原 救急室で救急を叩き込まれるという同じ研修をした者たちが、それぞれの科に分かれているわけですから。

山田 初期研修は、救急が重点的なのですか。

崎原 専門科をスーパーローテートで回りながら1週間に

1度救急室担当があります。

山田 なるほど。救急が病院全体の要で、研修医がそこを中心に回ることによって各科の垣根が低くなっているわけですね。伝統的にそういう仕組みなのですか。

崎原 そうです。40年ぐらい前にハワイ大学から10人ぐらいのスタッフが来て、ハワイ大学方式が始まりました。当初は病棟も一般内科, 一般外科しかなかった。

山田 それが本来、医療の基本的な流れですね。

中部病院の救急室には離島支援室がありますが、離島のヘリ搬送体制はどうなっているのですか？

崎原 本土復帰の前までは米軍が急患搬送をやっていたので電話1本で軍用大型輸送ヘリがワーストと降りてきた。復帰の昭和47年から自衛隊に代わって、その後平成元年にヘリ添乗システムができて、各県立病院を中心に民間も含めて輪番制になりました。

山田 必ず受け入れ先があるというのはやはり離島の事情がよく理解されているということですね。例えば東京の離島の場合はヘリ搬送先を自分で探さなければならぬ。時間が切迫していて、病状に応じてどこが適切かを判断しにくいという時に、転送先の選別や、転送のタイミングを判断するのは二重三重のプレッシャーになります。初期診療は不安定さ、不確実さが伴う。病気の初期というのは、誰が見ても分かりにくい。病気がだんだん出来上がってくるわけだから、分かりやすい兆候を示すまで何時間もかかるということもあるわけです。だから転送にかかわるハードルが低ければ低いほど離島の医者としては助かると思います。

初期診療の精度を上げるために必要なこと

山田 本来は多くの臨床医が初期治療、ERに関与していないといけないと思うのです。臨床はそこから始まるわけですから。ともすると専門科の研修は画像診断や専門的治療に集中しがちですが、病気のヒストリーを踏まえた上で、離島など限られた環境で初診

の患者を診るということは、臨床医にとっては力になってくる。だから中部病院の救急研修は優れていると思うのです。

崎原 自分がまず診て、自分がこなせるならこなして帰す。自分の手に負えない時、診察室の後ろに海があ

るのが離島で、病室があるのが病院で、ICUがあるのが大学病院だというだけで、自分が診るのが最初であることは変わらないと思う。病気はだんだんに症状が出そろうていくわけだけど、経験や知識によって患者さんからのサインを見落とすことのないように重症度を判断する精度を上げることが重要だと思います。

山田 それは、崎原先生がER、あるいは中部病院で研修した経歴があるから言えることだと思う。一般的には研修病院でスーパーローテートをやっても各科の診療科では、例えば循環器なら心臓カテーテル検査がメインになったりする。大学病院では救命センターでの研修はあっても、発熱でウォークインで来院した患者を救急外来で診療する経験はほとんどない。つまり分化されたものの寄せ集めの研修になっている。

崎原 目の前に来た患者さんが喘息だとしても、ゼーゼー言いながら野球もできる喘息、治療が必要な喘息、入院しないとイケない喘息、ICUに入る喘息、呼吸が止まる喘息と、同じ病気でも幅がある。だから目の前に来た患者が、次にどうなるのかというのはたくさん

発熱、発熱、風邪、風邪、風邪、風邪、髄膜炎のこともあり、風邪、風邪、風邪、風邪、心内膜炎ということもある。ありふれた症状の裏に潜んでいるものはたくさん

山田 大学病院では、髄膜炎、肺炎、風邪、髄膜炎というぐらい、重症の方がセレクトされて送られてきて、病棟管理から始まってしまうから非常に限られた分野の臨床研修から始まってしまう。スーパーローテートになっても、初期診療から積み重ねたタイプの研修というのは、まだまだ難しいのではないかと思います。

崎原 現在のスーパーローテートに一番適応できていないのは指導医ではないかと思います。3年、5年あればいろいろなことを教えられるけれど、たった3ヵ月では何も教えられない。そう考える指導医が、スーパーローテートに適応していないのではないかと思います。

山田 たしかにそうですね。だから初期研修のスーパーローテートの質を上げていくためにはどうしたらいいかを考えなければいけないのに、それが医師不足、医療崩壊に拍車をかけたという議論だけが先走って、内容について十分な検討がされないまま、実質上スーパーローテートは1年間、2年目は選択という方向になってしまうのは残念な気がします。

仕組みを作る人間が必要

山田 先生は12年間中部病院の救急にいたあと、転身したのですよね？

崎原 平成13年に、医療現場と行政があまりにも離れすぎていたということで、県行政と医療現場で人事交流をやるということになりました。はじめに沖縄県公務員医師会会長が県庁に入り、次に私が行きました。ちょうど第9次へき地医療計画で支援機構を作ることになったので、1年間準備期間をもって平成14年から沖縄県のへき地医療支援機構の専任担当官になって、同時期にドクタープールも開始しました。

山田 自治医大卒業生の中には医療行政に進んでいる人が多いですが、それまでへき地で目の前の患者を救うという仕事をしてきたのに、臨床から離れて行政の仕事に転身するときの気持ちの切り替えというのはどうなのだろうと私は常々思っていたのですが…

崎原 そういう役割がないとイケないとまず考えて、周囲を見渡しても、行政でうまくやっつけそうな人物がいない。それなら自分かなと考えたのですね。大きな決断というわけではなくて、たまたま自治医大で行政とよく接していたからな～という感じですね。

山田 その後行政で活躍中だったところを、東京北社会保険病院(北病院)の立ち上げの時に地域医療振興協会に来ていただいたのですよね。先生は実際に北病院で仕事をしてどうでしたか。

崎原 一番感じたのは、中部病院では救急室が受け入れた患者は無条件で病院が受け入れたわけですが、北病院では救急で受け入れても「こういう患者は診られません」と言われることがあって戸惑いました。ああ、そうなんだ、診られないということがあるんだと思いました。

山田 もちろん病院の診療能力にもよりますけどね。

崎原 それはそうだと思う。

山田 でも患者さんをセレクトしていると、10の病院があっても受け入れてもらえない患者さんは出てきます。だから単に専門病院が増えてもカバーできる率はあまり上がらない。それよりも中部病院のようなジェネラルに対応する病院、できる範囲で断らないで対応する病院が一つあったほうがいいのではないかと思う。診療科ごとに得意分野で垣根ができてしまうと、どれだけ大きい病院でも、救急車で入ったにもかかわらず、入院できないということになります。

崎原 でも北病院は頑張って、1~2年のうちに北区で一番救急を受け入れる病院として表彰されるほどになりました。

とはいえ、何が問題かという、例えば救急車を断ったあとに何があるかという、2時間の平和な時間がある。ところが受け入れてしまったら、診断して、治療して、入院ならベッドの交渉をしなければならない。もし自分たちで診られないほど重症だったら他の病院を探さなければいけない。そういう大変な2,3時間があって、翌日はまた辛い当直明けになる。現状は引き受けても断っても評価されるわけではない。だから、そういうことをきちっと評価できるようなシステムがあるといいと思うのです。

山田 以前の病院で酔っぱらっている患者が具合が悪くなり搬送され、頭痛も訴えないまま結局その後くも膜下出血だったということがありました。この事例は



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

残念ながら不幸な転帰をとったのですが、当直医の初期対応に関して家族から訴えられるという事態にまでなっていました。救急隊から「お酒を飲んでいて具合が悪くなった患者さんですが…」と言われたときに、ただでさえ扱いが厄介な酩酊患者を引き受けるのは相当なリスクがあります。そんな患者を誰も引き受けたくはありません。善意で引き受けても結果が上記のようなことになるのならやはり引き受けないほうが安全だと考えるのは無理のないことでしょう。だから今、東京都も整備しようとしているようですが、デューティーを公平に分担して当番制にして、この地域で発生したものは今日はまずここで診てください、重症だったら3次病院に送ってくださいというシステムにする。それに対して患者さん、あるいは住民も何でもかんでも小さな病院では駄目だ、大学病院に運んでほしいなどと言わない。病初期は不確実で未分化な時期なので、どんな病院にとっても診断、対応にはリスクがあるということを一般の人にも理解してもらおう。医師の方も最後に確定診断できたものが鬼の首を取ったかのように「こういった場合は一刻も早く専門病院にかかるべきだ」なんていうような短絡的な発言をしてはいけません。そんなことを積み重ねてい

かないと完璧な医療を求める住民とリスクを回避したいと防衛的になる医療者の間の溝は埋まらないと思う。

救急や地域医療のシステムを臨床現場に精通し

た者がその実情に沿った形で作り上げていかないと結局機能しないものになってしまうと思うのですね。だから沖縄での崎原先生のように医療行政に身を投じる医者も必要なのでしょうね。

初のへき地医療支援機構自体の受託

山田 東京北社会保険病院にいたときにまた沖縄の話が起こったのですよね？

崎原 北病院に行って2年半経ったところに、沖縄県の離島支援の機能が落ちたということでへき地医療支援機構を地域医療振興協会に委託したいという話が県からあって、沖縄に帰ってゆいまーるプロジェクトを立ち上げることになりました。

山田 沖縄県の支援機構そのものの委託を受けたのですよね。そういう意味では全国的にも、協会にとっても第1号で、画期的なことですね。実際にはどのような活動をしているのですか？

崎原 今は代診支援が中心ですが、仕組みを作ろうとしているところです。これまでの沖縄県の支援というのは県立病院が県立診療所を支援するという県-県という感じでしたが、それにプラス民間の力を集めようというのがゆいまーるプロジェクトです。

山田 ゆいまーるの登録医は現在何人ぐらいになりましたか。

崎原 50人ぐらいです。

山田 マッチングがうまくいってゆいまーる登録医が実際に支援に行った例はどのくらいありますか？

崎原 10人ぐらいかな。

山田 先生はほとんどの離島に代診に行っていると思いますが、診療所の医師やスタッフから相談を受けたり、行政からの要望を聞いたりすることはあるのですか？

崎原 あります。だから話を聞くようにしています。診療所内だけのことではなく、例えば親病院に対して言えない話など、大きな仕組みの中で、診療所からでは遠慮

して言えないことなどを聞いたらすぐに県庁に話しに行きます。

山田 フィードバックできるというのがとても重要ですよ。

崎原 いつも見ている人がいると思ってもらえる。何か問題があったら電話をくれるという存在でいらればいいと思っています。

山田 振り返ってみると、自治医大の義務年限というのはいい研修の期間だったと思うのだけど、義務という側面があって、不安だったり不満を抱えていたり、いろいろな問題も多かったと思う。そこを精神的にサポートできれば、義務的な診療というのではなく、学びの場所、研修ととらえることもできるのではないかと。そのためにはゆいまーるを通じて先生がネットワークの要になっていければいいのではないかと思います。

崎原 個人の成長に合わせたストーリーもなければいけないと思っています。もちろん地域のニーズというのがあって、それが大きな比重で動くのだけど、しかしそれとは別に医者としての成長のストーリーも書いてあげないと。

山田 義務年限9年間を含めたキャリアパスが設計できるといいと思う。支援機構の機能を協会が全面的にやらせてもらえるのは沖縄が初めてなので、協会が担ったから、あるいは卒業生が関与したから、離島勤務が豊かなものになったというようにしたいですね。

崎原 それが私の目標です。

自治医大生が先達としてすべきこと

山田 ところで、先生はこの4月から琉球大学の客員教授も兼務しているのですよね？

崎原 琉球大学医学部が地域枠の学生を7名受け入れて、全員に県が奨学金を出して、自治医大と同様9年間の義務年限で、4年間は指定するところへ派遣するというシステムができました。彼らをきちんと育てる手伝いをするのが私の役割ですね。今は週に1回大学へ行って琉大のカリキュラムに地域医療を入れていくために、カリキュラム作成に関与しています。これまで琉大としては県立宮古病院や県立八重山病院などに産婦人科医や整形外科医などの専門医を派遣していましたが、今後は地域医療というものを正面から見据えて、地域医療、あるいは離島医療といったものを専門科と対等に据える必要があるというふうに大学の価値観が変わってきているように感じます。

山田 そういう流れで、各県で地域枠募集が始まって、地域志向の人たちにとって自治医大以外にも門戸が広がったのはとてもいいことだと思う。だから何もしないでいると自治医大は危機的な状況にならないとも限らないと思っています。また各県の大学も地域枠を作っても地域医療魂を伝えられる人がいないと、地域に人を残すための修学資金制度を作っただけになってしまって、うまく行かない気がします。

崎原 自治医大はへき地に医者がいなかったからできた大学で、地元で医者が充足するようになれば、いなくなる大学です。では自治医大はこれからどこに向かうべきかと改めて問い直してみれば、自治医大には30年の歴史があるわけだから、今の地域枠をきちんと育てるために、その柱にならないと駄目だと思う。

沖縄の県立病院も同じ問題に直面しているように思える。沖縄に総合病院と呼べるものが他になかった時代に中部病院は自分の病院レベルを引き上げること全力を尽くした。中部病院のレベルが上がる

ことが沖縄の医療レベルが上がることだった。そしてそれと並行して優れた医師を必死で育てていった。それこそが中部病院の大きな業績です。しかし、中部病院が育てた医師を中心に立派な医療機関がたくさん育った現在、中部病院は一つの病院という枠を超えて、沖縄の医療全体の連携を考えなくてはいけない時期に来ている。同様に自治医大も一つの大学というのではなく、それを超えて本当の意味での日本の地域医療の柱になることを本気で考えるかどうかだと思う。

山田 専門を限って診る医者ではなく、とにかく患者を診る、総合的に診ようという医者を生み出すシステムとして自治医大がまずできた。そして地域の大学も今、地域医療的な教育システムを培おうとしている。そういう意味では、今までの教育の中で本当はコアであるべきなのにながしにされてきた、ジェネラルな医師、あるいは総合的な医師、あるいは地域医療的な見方をもった医師を育てる枠組みが、今できつつあると思う。これまで運良く経済破綻もなく、長寿社会を享受してきたから省みられなかったけれど、ここへきて地域崩壊、へき地医療の問題が出てきて、カタストロフィに至るところまで行きついて、やっとそうやってきたのだと思う。これから全国に種をまいて大きくなって、沖縄には崎原先生がいる、高知には阿波谷敏英先生がいる、あるいは熊本に黒田 豊先生がいる。そういう各地区の卒業生が地元の大学との架け橋になって、地域医療的な教育システムができていくというのは、とても良い方向に進んでいると思う。

崎原 医療というのは、本来全体で一つの形だし、公なものだと思う。医療が公共財なら「この地域に医者がいません」という状況を医療界が許すわけがないのに、現状は許している。それはどうしてかという、医療界が医療をそれほど公のものだと思っていないからだと思う。自分のものになってしまっている。なんと

か大学,なんとか病院, なんとか科, そんな枠を取っ払って, 公共財として医療をとらえて, それに対して自分は何ができるかということみんなで考える必要がある. だから地域枠の学生には「医療界全体を見渡せる視野の広い医者となることが地域医療マインドだと思う. そして君たちはウイルスのように, 同級生にそういうマインドを伝染させてほしい. 君らが新しい医療界の核になるべきだ」という話をしています.

山田 今後それをどのように協会の仕事として生かしていきますか?

崎原 仲間を増やすことだと思う. 地域医療というのは数が必要なので, 仲間づくりをしています. そういう意味で大学というのは毎年100人新しい医者を育てている, ものすごくエネルギーのある場所だから, その中であって地域医療マインドを広めるというのは, 協会にとって, 未来の仲間づくりだと思っています.

山田 協会はへき地の医療の確保をするための, 唯一の公益法人になるであろうと思うので, へき地を支援する, あるいはへき地医療に従事する, あるいはへき

地に限らず医療資源の不足している地域の医療確保に努める, それが使命です. それにはやはり人材がとても大事です. そのためには支部会を通して卒業生のネットワークを強固にし, 卒業生の英知をうまく生み出していく. その装置として協会の役割は重要なものだと思う.

では最後に, 離島やへき地で働く卒業生にメッセージをお願いします.

崎原 今私が一番大事に思っているのは, 医者として, 社会全体に何が求められているかを感じることができ, 視野の広い医者に自分もなりたいと思うし, そういう視野の広い仲間をたくさん増やしていきたい. それが今の私の活動の目標です. そして, それぞれどんな科へ進んでも, 医療という一つのことをみんなが思いやれるような, そういう医者集団になっていったらいいのではないかと考えています.

山田 崎原先生, 今日はありがとうございました.

崎原 こちらこそ, ありがとうございました.

