

INTERVIEW

トーマス・ジェファーソン大学医学部腫瘍学 教授
佐藤隆美 先生



【プロフィール】佐藤隆美 先生 1980年 自治医科大学卒業, 80~82年 大分県立病院にて研修, 82~84年 大分県立三重病院内科および小児科勤務, 84~85年 自治医科大学小児科学教室および地域医療学教室にて研修, 85~88年 大分県清川村診療所所長, 88~90年 大分県立三重病院小児科および内科副部長, 90~93年 自治医科大学小児科学教室および地域医療学教室助手, 91年~ Jefferson Medical College of Thomas Jefferson University, 現在 Professor of Medical Oncology, 野口医学研究所評議員.

ジェネラリスト育成の 新たな枠組みへの 取り組み

聞き手：吉新通康 公益社団法人地域医療振興協会 理事長
山田隆司 公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所所長

アメリカの専門医として

山田隆司(聞き手) 今日吉新通康理事長と一緒に、フィラデルフィアのトーマス・ジェファーソン大学に佐藤隆美先生を訪れました。佐藤先生は自治医大の卒業生で、協会がこれから研修プログラムの連携を検討している野口アラムナイの主要メンバーでもあり、今回の訪問が実現しました。まずは先生の経歴からお話いただけますか。

佐藤隆美 山田先生とは自治医大1980年卒業(3期生)の同期で、若かりし頃はお互いにいいこともあったし、言えないようなこともやっていたよ(笑)。

卒業後は出身が大分なので、大分県立病院で2年間ローテート研修をして、3年目から大分県立三重病院で研修をしました。そのあと小児科がやりたかったので、自治医大の小児科で後期研修を1年間

やり、その後大分の清川村に3年間行きました。

山田 それは小さい村なのですか？

佐藤 その当時は村民2,500～3,000人くらいの小さな村でしたが、交通の便がよかったですので近くの中核病院まではだいたい30分くらいで行けました。3年間、その村でお世話になって、地域のことをいろいろ勉強して、最後の2年間はまた三重病院に帰って小児科と内科の両方をやりました。

アメリカのことを考え始めたのは、清川村の診療所に行ってすぐのころですね。先生方もそうだったろうと思うのですが、自分はこれからどうなるのだろうと思って、将来再研修する時にやれることはないかと考えました。やはりアメリカのほうが実力勝負で、やりがいがあるのではないかという気持ちで、診療所にいる間に2年間かけてアメリカでの臨床研修を行うための資格(ECFMG)を取りました。義務年限終了後、大学に戻っている時に、当時の中尾喜久学長が浅倉稔生先生と東大の同門で、「浅倉先生が野口医学研究所を立ち上げて留学生の世話をしているから連絡をとってみなさい」と言われ、日本の野口の事務局で当時野口の専務理事をされていた浅野嘉久先生にお会いしたのです。

山田 それは、何年ごろですか？

佐藤 1990年です。野口医学研究所がそのころフィラデルフィアで日本人を対象にしたアメリカで最初の日本式の人間ドックとクリニックを始めました。私はちょうど留学資格を持っていたので、その手伝いをしながらトレーニングをさせてもらうということになりました。そこで初めはライセンスを持っている日本人の先生を手伝っていましたが、自分も半年ほどでライセンスをとったので、それからは自分で日本人の患者を診るようになりました。

トレーニングの場所を決めるという時に、当時野口の理事会のメンバーでトーマス・ジェファーソン大学の医学部長をしておられたゴネラ先生が面接してくれて「どこに行きたいのか？」と聞かれ、癌の免疫

療法をやりたいと思っていたので、面接の1、2週間前の「Cancer Research」でこの癌ワクチンのペーパーを見たのを思い出して「トーマス・ジェファーソン大学の腫瘍内科へ行きたいです」と言ったらすぐに電話してくれてここに来ることが決まりました。病院で患者を診ることのできる資格をそれから半年ぐらいの間でとって、主にラボで働いて研究をしながら、週2回、日本人の人間ドックを手伝って、病院ではアメリカ人の患者をどんどん診るようになりました。それからこちらの外来が忙しくなってきた、日本人のクリニックにはあまり行かなくなって、今は大体5割が大学病院での診療で、残りの5割はリサーチです。その結果として非常に狭い領域の患者を診ています。特に今の専門は、眼にできるメラノーマです。この腫瘍は肝臓に転移すると大体2～3ヵ月で亡くなるのですが、その肝臓転移に対する治療を開発しています。現在良い結果が出始めて、アメリカ全



トーマス・ジェファーソン大学にて



土から患者がここに治療を受けに来ます。

吉新通康(聞き手) 患者数は多いのですか？

佐藤 この癌はまれで数は少ないのですが、多くの患者が全米中から集まってきます。それで結果としては、ここで一応エスタブリッシュできたけど、日本にはない病気なので日本に帰れないですね(笑)。

山田 それでは、当初海外に来たのはいいけれど、研修医としてのトレーニングなどはできなかったわけですね？

佐藤 一切スキップしたのです。ですからいつの間にか下を教えるようになっていた感じですね。3年目ぐらいの時からレジデントを教えていました。今はオンコロジーのフェローを教えています。

吉新 スタッフはどのくらいいるのですか？メラノーマの関係は。

佐藤 メラノーマの専門医は、私も含めて2人です。固形腫瘍を専門にしている腫瘍内科のメンバーは12人。血液腫瘍内科があと5、6人いて、全部で20人ぐらいです。

山田 基本的には、ヘマトロジストも入っているのですね。

佐藤 はい、血液腫瘍は、腫瘍内科に属しています。一般の血液疾患は、内科に属していますが、フェローは固形腫瘍、血液腫瘍、一般の血液疾患のすべての部門をローテートします。

吉新 すべての腫瘍をやっているわけですね？

佐藤 そうです。ただ一応専門が分かれています。私はメラノーマと免疫治療が専門。フェローのトレーニングは全部ローテートしますが。

吉新 なるほど。非常にスペシャリティの高い分野ですね。

山田 基本的には、ここでの仕事というのは、外来診療が多いのですか。

佐藤 週に半日の外来が3コマです。外来は新患で1人に90分、再診で最低30分かかります。みんな、転移してから来られますからね。病棟では週に5～10人の患者が肝臓の治療を受けに来ますので、朝、晩、診ています。実際は患者さんを診て治療方針を決め



聞き手：公益社団法人地域医療振興協会 理事長 吉新通康

て、術後の管理をして送り返すといったマネージメントが私の主な仕事になっています。それから治験ですね。

山田 治験も多いのですね。ワクチンはできたのですか？

佐藤 私がやっていたワクチンはフェーズ3に入っているのでもうカンパニーに任せて、今はまた新しい治療の開発をやっています。

山田 教室には日本人はいないのですか。

佐藤 デパートメントには私だけです。大学全体の臨床のファカルティ300～500人のうち日本人のファカルティは2人しかいません。私のところのラボの研究員は2人とも日本人ですが、ここは全米でも一番コンペティティブなところですね。

吉新 レベルが高いわけですね。

佐藤 私もそういうふうに関係でここに来たので、来てしばらくしてから今度は来る人のお世話を始めて、野口とはずっと長い付き合いが続いています。

吉新 生みの親というか、育ててもらったというか…。

佐藤 はい、来た人の面倒をみて、それから単に短期研修させるだけでなく、本当に彼らがアメリカの研修プログラムに入れるようにリコメンデーションを書いたりなど、そういうことを縁の下でやっています。

吉新 先生が来てから、今までに何人くらいここを通って

いるのですか？

佐藤 ジェファーソンを通ったのは多分10人前後だと思います。かなり厳しい。

吉新 2年に1人いるかいなか。日本人が入るのは大

変なんですね。

佐藤 レジデントになるのが難しいのです。アメリカ人で数百倍です。だから外国人が入るのは非常に難しいのです。

アメリカと日本の研修の違い

山田 この研修医は、例えば3年間内科をベースにやったら、内科の専門医の資格とかボードを取れるのですか？

佐藤 3年間トレーニングをして、ボードの試験を受けるのです。さらに毎年いわゆるインサービスと呼ばれる、どのくらいの力がついているかを調べる内科のボードの模擬試験があって、それでいい点をとらないと上にあがれない。それから1年ごとに評価があります。

山田 1年ごとに評価があるのですね。3年間の間は病棟管理が中心ですか、それとも外来診療もですか。

佐藤 主に病棟です。基本的には、内科のチームの中のローテーションです。

山田 そうすると、内科系の人たちはオンコロジーに行くにしても消化器に行くにしても3年間はジェネラルということですね。

佐藤 そうです。ただローテーションの中でオンコロジーを中心に治療しているチームにも来ます。チームが4つか5つあって、チームごとに治療している疾患が大きく分けられています。レジデントは1ヵ月ごとに、それぞれのところに移動します。だからオンコロジーを中心に治療しているチームに来ている間の1ヵ月間は癌で非常に問題がある人ばかり診るということで、オンコロジーがどんなものかと分かるようになります。

吉新 研修医は病棟の管理を3年間みっちりやるということですね。

佐藤 はい。それに自分の外来が週1、2回あります。ウォーク・イン・クリニックで、予約のない人たちが来た時にレジデントが最初に診ます。そこで診たレジデントがずっとその患者を外来で診ていくということが多いですね。

山田 3年間の毎年の評価というのは誰がするのですか。

佐藤 それは病棟の指導医が、毎月点数をつけています。まわった病棟のイエローチームとかブルーチームの指導医が点数をつける。指導医の点数が1年間で集計されて、あまりにも平均値から外れていると指導が始まるのです。もちろん逆もあって、レジデントも指導医を評価しますが(笑)。

それからチーフレジデントというシステムがあって、内科のレジデントは本来3年ですが、レジデントのトップが4年目をオファーされてチーフレジデントとなり、研修プログラムの管理を補佐し、また、指導医を手伝ってうまくいかない下の人たちを助けています。

山田 決定的に日本の研修のスタイルと違うと感じるところはどんなところですか。

佐藤 一つはやはりペーシェントベースだということですね。一人ひとりの患者について、その患者が抱えるすべての問題を解決していくようなプロブレムリストをつくって、一つ一つ調べて勉強して討論する。トータルに患者を診ることが日本の研修と大きく異なります。その中で自分の好きなパート、例えば循環器とか腫瘍内科といった選択ローテーションをとれば、その外来を中心に患者を毎日診ることになり



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

ます。日本の場合はある程度臓器中心で縦割りですよね。さらに大きく違うところは、レジデントを終わったあとの試験がないですよね、日本はまだ。

山田 初期研修修了時の試験はないです。

佐藤 こちらはレジデントを修了できるかどうかという試験が毎年あって、それから内科専門医の試験を受けます。レジデント修了時の評価が、フェローになる面接の際に考慮されますので、ずっと頑張らないといけないシステムになっています。教育効果が高いところ、教育がきちんとしているところにいけば良いアテンディングに出会え、良いリコメンデーションをもらって上にあがるようなシステムなので、そういうところに人が集まります。

山田 日本では4年前から、一つの領域に偏った専門医研修の反省からスーパーローテートが必修になりました。すべての卒業生は、マッチングシステムのもと自分の希望する病院でスーパーローテート研修を修了して、それから後期研修に入ります。

佐藤 大きな違いは、おそらく研修の到達度を確認するボードの試験が日本にはないことで、その研修レベルの評価をフィードバックするようなシステムができていないから、必ずしもいい教員がいるところに人が集まらない。

吉新 リソースというか、医療という社会資源にかかるコストそのものもアメリカと日本では全然違いますよね。病院の職員数、医師数は全く違う、教員を賄えるような医療費のシステムにはなっていないし、医師は過剰な負担を強いられ病院から逃げている。協会には現在42の施設がありますが、今100を超える自治体から支援してほしいというオファーが来ている。どこも医師が不足しているのですね。医師不足解消のために数年前から各医科大学が1割程度の地域枠の学生を増やし始めたので、平成28年ぐらいから地域医療を担う自治医大的な奨学生が医師として出てきます。しかし、現状では彼らのための卒業後の研修システムは全くと言っていいほど考えられていません。その時のための受け皿も協会では作りたいと思っている。というのは、彼らも私たち自治医大卒業生と同じ悲哀を味わうと思うのです。しかも彼らには自治医大のようにずっと続く後ろ盾がない。われわれにとっては、あの大学がなくならない、後輩がいるということで、元気になれたのだと思うのです。

佐藤 卒業生はいろいろな分野に散らばっていますから、ある意味ではいろいろなことができますよね。

吉新 協会は、今まで地域医療研修センターで進めてきた2年間の初期研修と3年間の後期研修があって、地域医療、へき地医療を中心とした総合的な研修と、一部専門分野の研修を提供してきました。それで毎年20人ぐらいずつ仲間が増えているのだけれど、それだけでは100を超える自治体病院の要請には応えられない。それらの病院からは総合的な内科ばかりでなく小児科や産婦人科などある程度専門的な医師も求められているのです。協会はこのたび公益社団法人になり、さらに地域の支援の枠組みを広げることへの周囲からの期待が以前より一層高まっています。今回研修の枠組みを強化することで医師確保に困っている医療機関で活躍してくれるような医師育成に力を注ぎたいと思っています。

JADECOMの研修の新たな方向性

山田 今、理事長から協会の実情をお話したわけですが、基本的には協会はへき地支援、地域支援を行っているのですが、現在、日本では地域医療崩壊と言われているように、市中病院の医者が足りない。そういった地域の病院を協会は今、主に運営しているわけですが、そういった病院では内科医といっても内科全般、全身にかかわるような症例が多く、外科も一般的な疾病に対するニーズが高い、救急もER的に何でも診られるような救急が求められているのです。だからいろいろな地域からの要請に公益法人として応えていくためには、そういった今困っている医療ニーズに応えられる能力を持った医師の確保、そういった医師の養成の仕組みを作っていく必要があるのです。これまで名郷直樹先生を中心に、離島やへき地で1人で診療所のマネジメントができることを目指すような地域医療研修を主体にしてきて、医学生の中にも、そういったジェネラリスト、家庭医に興味を示す人たちがいるので、特徴のある研修が提供できたと思っています。研修終了後のリソースとしても、自治医大の卒業生が行っているような山間へき地や、あるいは協会が運営する診療所や複合施設があるので、1年間で20人くらいのシニアを育て、一定の成果を挙げてきました。ところが現在の協会全体の状況を考えると…。

佐藤 いわゆるジェネラリストを育て、病院レベルでバンバンやる人がやはり必要ですよ。

山田 そうなのです。これまでも地域を志して入ってきた研修医たちが主に研修するのは、実は診療所や離島というよりはそういった地域病院だったのです。地域の病院は研修医が研修に来てくれることで救われていた側面も大きかったのです。そういった病院の現場で実際に求められる知識や技能というのは、1人で病院の全科当直ができる、あるいは入院患者の病棟管理がしっかりとできるといった病院のニーズに

即したものであって、診療所のそれとは少し違います。その地域病院での研修の指導体制がこれまで少し弱かったのかなと思っています。

だから今回の研修のキーワードとしては、今最も敬遠されている地域病院で質の高い研修を提供することで地域病院のパワーをつけ、地域病院を魅力あるものにしたい。JADECOMの地域病院では質の高い総合的な研修が提供され、そういった病院研修を売りにしていきたいと思います。

それは、へき地・離島医療をやりたいという人と、決してコンペティティブになるわけではなくて、非常に親和性の高い分野だと思うのです。例えば家庭医を志す人にとってコアとなる内科研修は、消化器や循環器といった専門研修の寄せ集めではなくて、アメリカでされているような内科全般、総合診療的な病棟管理を屋根瓦方式で行うような研修システムです。

佐藤 協会に来て研修したらのれん分けではないけれど、自分の地元に戻って、同じものをつくる、そういう人たちを育てられるといいですね。そういう人たちが研修センターで育て、地元に戻ってまた同じようなことを広めていく。トレーニングが終わった人は、次は何をしようかではなくて、今度は自分がやる番だという形で、地域に戻って下を育てる。そういう人たちを育てられるといいと思います。

山田 協会にとって一番重要なのは地域ニーズに応えるということなのです。困っている地域、あるいは求められる地域ニーズに応じて、医者がそれにしっかり応えながら成長していくということがとても大事なところです。医者はそういうニーズに対応するのは当たり前だし、だからニーズに応えながら学習するというのも大切なのではないかなと感じています。

吉新 昔、中尾学長の「リンゴの木理論」というのがありました。各都道府県は自治医大にリンゴの木を植え

たわけで、でもリンゴがちょっと実をつけると、まだ青くて不味いのに出してしまう県もある。そうではなくて、リンゴをみんなでいくら食べても大丈夫なようにしないと。

佐藤 リンゴの苗木を育ててから各地に送るという考えもこれからは重要ですね。各地に協会の病院があれば、例えば協会のシニアレジデントが研修センターでのジェネラリストを養成するプログラムを修了し、3年間で一人前になって、北海道とか青森とか九州へ指導医としていく。そこで彼らが同じ気持ちで自分たちの経験したジェネラリスト養成プログラムを再生する。そうすると、わざわざ皆が中央の研修センターに来なくても、ネットワークさえあればやっていける。

吉新 世の中にどんどん広がっていくね。

佐藤 どんどん広がっていきます。そういう構想を持たないといけませんね。人格的に優れた、やる気のある研修医を3～5年で一応一人前にする。それから彼らを地域に送って、のれんをどんどん増やす。そうすると同じプログラムのネットワークができる。そこにさらに教育プログラムやバックアップのコンサルタントシステムをつくって、相互に助け合えるシステムにする。

山田 研修事業というのは、研修医を育てるということだけでなく、病院全体のレベルを上げたり、協会全体の地域医療の理念を築きあげたり、そういうことで非常に大切だと思うのです。新しい研修システムが結果として地域の医療崩壊を救うことにつながればなあと思いますが。

医者になった意味を患者から学ぶ

山田 われわれからすると先生は言ってみればジェネラリストとは対極的な極めてスペシャリティの高い専門医になったわけですが、先生のキャリアにとって、自治医大、あるいは卒後の9年間はどういう意味がありましたか？

佐藤 とてもプラスだったと思っています。

山田 どういう意味で？

佐藤 何が大事かというのを知った。治療、臨床というのはやはり患者なのですよね。言葉は通じなくても、とにかく誠意を尽くして、その人を一生懸命診て、治していく。それはどこでも同じなのです。それを私は若いころに30代で診療所長になって学んだ。診療所長になって村の三役とお酒を飲んだり、患者さんたちに夜討ち朝駆けを受けて家内に文句を言われたり、いろいろなことで、いわゆる地域医療の厳しさと楽しさを味わって、地域づくりにかかわって、それが

全部、今の私の医師としての基盤を築いています。

こちらでもそれは同じことです。言葉は通じない、文化も違うけれど、その人たちをきちんと診られるかどうかということが、最も大切なことであるというのは、日本にいた時と同じなのです。

山田 なるほど。今、先生が世界的にも活躍されていて、なおかつへき地での経験を忘れないどころか大切になさっているということをおうかがいして大変感銘を受けました。これからの協会の研修プログラムをつくる時に、ぜひその力を貸してほしいと思います。

佐藤 力、足りませんけれど(笑)。

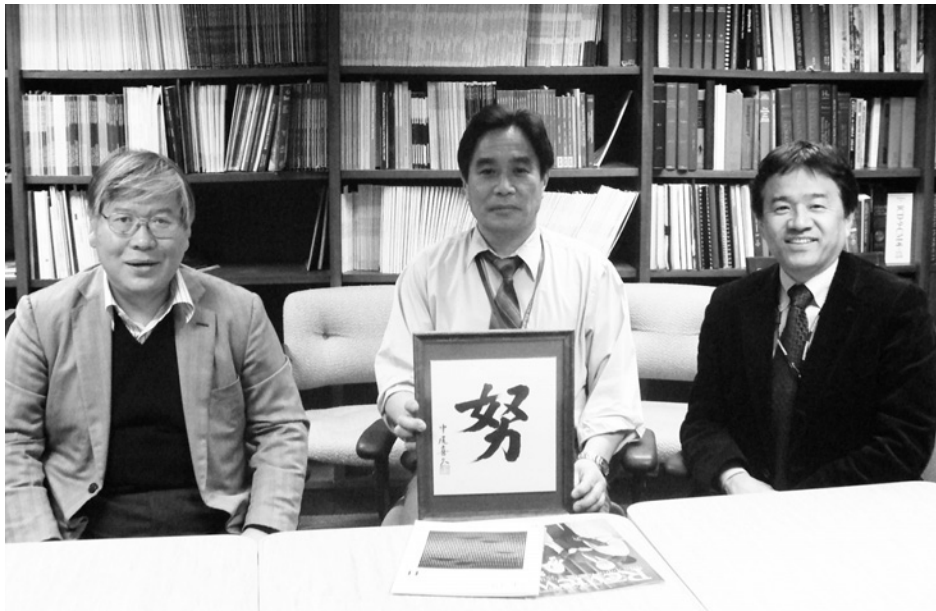
山田 とんでもありません。それから最後に、「月刊地域医学」の読者である卒業生や地域で頑張っている医者に一言メッセージをお願いしたいと思います。

佐藤 夢は必ずかないますから。ショートタームゴールと、ロングタームゴールを決めて、それに向かっていった

ら、必ずたどり着きます。最も大事なのは、医者になったということはどういうことなのかということを患者から学ぶことだと思います。すべてが患者から学べます。そうすればどこに行っても医者としてやってい

けると思います。

山田 佐藤先生、素晴らしいまとめをありがとうございます。また今日はお忙しい中ありがとうございました。



自治医大初代学長の故 中尾喜久先生より3期生に贈られた書、「努」が佐藤先生を支えてきた。