

# INTERVIEW

洛和会音羽病院 院長  
松村理司先生



【プロフィール】 松村理司先生 1974年、京都大学医学部卒業。卒業後、京都大学結核胸部疾患研究所胸部外科に勤務する。1975年国立療養所岐阜病院勤務、1977年国立がんセンターにて研修、79年京都市立病院呼吸器科勤務。1983年沖縄県立中部病院、1983-84年米国バッドフォード総合病院、コロラド州立大病院にて研修。1984年市立舞鶴市民病院内科勤務。1991年同院副院長。2004年より現職。

# 地域でこそ育まれる ジェネラルマインド

聞き手：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

## 大リーガー医招聘の試み

山田隆司(聞き手) 今回は音羽病院院長の松村理司先生のお話を伺います。先生がかつて市立舞鶴市民病院で研修医を集めて地域の医療を守っておられた話は以前から私も耳にしていました。今は音羽病院で病院総合医を中心に若い先生たちに研修を提供されているということで、ぜひそのお話をお聞きしたいと思い、今日は音羽病

院を訪ねました。まずは、先生の経歴からお話しいただけますか。

松村理司 私は京都大学出身で、卒業して10年間ほどは呼吸器外科医をしていました。京都市立病院に卒後6～10年目までいましたが、そこでは呼吸器内科の先生方が休まれると外科医がお手伝いするというので、診療のスタイルが少し

広がりまして、そんなときに現在臨床研修病院群プロジェクト群島沖繩のプログラムディレクターをされている宮城征四郎先生が呼吸器内科を教えに全国を行脚しておられて、たまたま私の勤めている病院にも来られたのですね。宮城先生は当時沖繩県立中部病院の呼吸器内科の医長でしたから、アメリカ式の臨床教育に触れることになって非常にインパクトが強かった。それで中部病院に、呼吸器内科の研修に行きました。卒後9年目ぐらいです。呼吸器内科の研修に行ったのですが、救急がやはりすごくてびっくりしました。感染症の喜舎場朝和先生や外科の真栄城優夫先生という個性の強い実力派の先生も現役でいらっしゃったので、目を見張ることが多かったです。そこでかなりショックを受け、その後アメリカへ留学しました。

帰国後、大学のテニス部の先輩の瀬戸山元一先生が市立舞鶴市民病院の院長に就任されたところだったのでお誘いいただき、医局長というポジションで着任することになりました。沖繩にいた時に宮城先生から以前に5年間中部病院にいらしたウィリス先生という先生の存在を聞いていたのですが、この先生は今の言葉でいうと卓越した総合内科医でその先生はとにかく素晴らしいと宮城先生が言うので、アメリカへ行ったついでにカナダのモントリオール総合病院に会いに「舞鶴に指導医がいないのでぜひ来てほしい」と話しました。1986年から4年間、ウィリス先生が舞鶴に留まってくくださったので、初めは彼にマンツーマンのような形で学ぶことができ、徐々に教育のスタイルを確立し

ていったような形です。

**山田** その先生は指導医として赴任されたわけで、診療はされなかったのですか？

**松村** はい、基本的に教育のみでした。

ウィリス先生が60歳代後半になられてカナダに帰るといことになり、何とかそのプログラムを続けることはできないかと考え、アメリカ人のサバティカルを利用したのですね。それを大リーガー医招聘と呼んでいましたが。

**山田** それは総合内科医の先生ですか？

**松村** そうです。当時はジェネラル・インターナルメディスンという言い方をしていましたが。

**山田** アメリカ人の医師をどのように募集したのですか？

**松村** あとから考えると結構簡単でした。「The New England Journal of Medicine」や「Annals of Internal Medicine」などに広告を出したのです。当時、1990年で5万円ぐらいの広告料でしたね。京都大学の関連病院である舞鶴市民病院の募集ということで、実は関連病院というほどでもなかったのですが(笑)、何と100人ぐらいの応募があったのです。セレクションがとても大変でした。京大の関連病院と書いたので「京都」という文字が目にとまったのですね。舞鶴があんなに京都から離れているとは思わなかったのだと思います(笑)。われわれが想定したよりもよい教師が集まって地域医療の診療的土台ができ、1990年代の中頃には総合医になりたい、ジェネラリストになりたいという人がけっこう集まってくれるようになりました。

## 病院総合医育成の先達として

山田 舞鶴市の市立病院ということで、地域のコモな問題を万遍なく学べる環境だったのですね。

松村 人口10万人都市でちょうどいい大きさだったと思います。京都まで2時間かかるので、京都の病院へはかかりにくいこともありました。

山田 大学では教育研修の環境が整っていますが、大学から遠い地域の病院では教育や研修という環境は恵まれておらず、医局からの派遣できた医師たちは苦勞して早く帰りたいと思うのが常だと思います。そういった地域でアメリカ人の医師まで呼んで質の高いトップクラスの研修を提供したということは、画期的なことだったのではないかと思います。

松村 レトロスペクティブに見るとそうだったかなと思いますが、人生ですから、プロスペクティブに行っているんで、自分としてもその中でどうなるか分からない、振り幅の中で一番いいものぐらいの感じでしたね。

山田 でも地域のニーズに応えようと考えたたわけですよ。

松村 それはすごくありました。しかし、一方で地域の行政としては10万都市であっても、二百数十床ぐらいの病院であっても、やはり大学から専門医に来てほしいというのがあるのですよね。

山田 そのとおりです。いまだにそういった傾向は強くて、専門性や先端医療の技術が高いことイコール質が高いと考えられがちです。

松村 住民サイドもそれを求めるところがありますからね。しかし舞鶴市民病院の規模で専門医を養成するのは無理なので、ウィリス先生、あるいは大リーガー医と称するアメリカの医師を招聘して地域のニーズに応え、ジェネラリストを養成しようというプログラムを考えたのです。

山田 ジェネラルな研修を提供するというのは、そういった医療の質というものを一般の人も理解

してくれないので、若い人たちが一所懸命頑張っても、あまり評価されないということでフラストレーションがあると思いますが。

松村 そうですね。

山田 そんな中で先生がその地域でアメリカ人の医師を招聘してそれを継続されたというのは本当にすごいと思います。

松村 大リーガー医がうまく続いてリピーターになってくれました。アソシエーション・オブ・プログラムディレクターズ・イン・インターナルメディスンというアメリカのプログラムディレクターの会で「いいところがある」と紹介してくれて、だから、来る人はみんなとても優秀でした。そうするとあそこに行ったら勉強になるぞということが若い医師たちの間で知られるようになって、後半は優秀な医者が集まりましたね。それがまたプログラムディレクターにとっても楽しいということになりました。

山田 そうでしょうね。アメリカ人の医師による研修はカンファランス中心という形でしたか？

松村 カンファランスと回診中心です。アメリカでもプログラムディレクターですから慣れていて上手でした。

山田 セッションは英語ですか。

松村 そうです。そういうことに興味のある人が集まったのだと思います。ですから、別に教育効果が高かったわけではなく、もともとそういうマインドをもった人たちが集まったのだと言う口の悪い人たちもいましたよ(笑)。

山田 でも、先生がやっていらっしゃったころは、病院総合医を育てるような病院は希少な例だったと思います。

松村 中小病院ではなかなか少なかったですね。当時有名なところが20～30ぐらいあったと思いますが、それらは大体400～500床規模でした。舞鶴は外科や産婦人科の症例にまで手を広げら

れなかったので内科系と救急に限られていました。そういう意味では、沖縄中部病院の研修を仰ぎ見ながらという感じではありました。

**山田** 今でも総合診療医の教育研修に関しては、比較的大きな病院のほうが元気がありますね。最近では、小さな病院でもカリスマ性を発揮するような指導医の先生が出てきていますが、われわれ地域医療振興協会は100～200床規模の地域病院が多く、できるだけ地域のニーズに沿った質の高い研修をしっかりと提供できるような手法を模索していますので、今の先生のお話はとてもヒントになりました。



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

## 専門医教育にこそ問題がある

**松村** 7年前に私はこの音羽病院へうつりましたが、ここはケアミックスなので一般病床は428床です。舞鶴の3倍ぐらいの規模なので標榜科もたくさんあります。当時総合内科には3人ほどの医者がいました。3年目以下の研修医5人を一緒に連れてきたのですが、若い人を連れて何ができるかなと考えました。私は総合内科というのは自由自在と思っていますので、何でもやっていったのです。それでかなり大きくなって、現在、後期研修医を入れると20人を超える大きさになりました。

**山田** すごいなあ。

**松村** そんな中で、あるとき170床のケアミックスの病院の内科の運営を実質的に引き受けることになったのです。実は系列の兄病院なのですが、京都市の真ん中であって京都府立医科大学に近いので、完全に府立医大からの人事で成立していた病院ですが、新臨床研修制度が始まって内科系は人は送れないということで内科の医師を3ヵ月ごとに2人ずつ交代で送ったのです。そうしたところ「面白いからもう少しいたい」と言い出す人が多かったのです。400～500床の専

門科がたくさんある病院の総合医の活躍はなかなか難しいものがありますが、そういう意味では、専門医が総合医のまわりにちらほら居るぐらいの規模の病院の総合医が、都会の中でも割合生き生きとやれるという現象を目の当たりにしました。

**山田** それは私もよく分かります。総合性が最も発揮できるのは、やはり家庭医のように診療所で外来機能だけで1つの家族や1つの地域を10年、20年診るといふ形だと思います。病院にはやはり総合性と専門性の両方が必要なわけですが、大きな病院であればあるほど総合医は肩身が狭いというところがあるのかもしれない。

**松村** そうですね。うまくいく場合というのは、よく頑張る内科系病院総合医とよく頑張っている専門医が競合しながらあるいは協力しながらやっているという感じだと思います。うまくいかないのは、総合医が頑張ったために専門医が手を抜く、つまり従来なら自分たちが診ていた患者さんを簡単に手渡してしまう。例えば、尿路感染症で閉塞性障害を含む場合は従来は泌尿器科が診ていたわけです。ところが総合医が頑張ると、

ステントを入れるぎりぎりのところにならないと専門医は担当しないのですね。やはり自分たちは癌診療に特化したいというようなこともあります。4～6, 7年目の専門医が9～5時でスッと帰り、総合医は毎日ドタバタ、ドタバタしながら午後9時、10時まで頑張っているという姿では握手がしにくいですね。

**山田** 専門医教育が少しいびつになってきていて、早いうちから専門的な技術を習得することのみを重視して、大きな病院の中での一定の役割を担えればいいというような傾向が強くなっているように思います。初めのうちは総合医の研修医も専門医の研修医も同じラウンドをして同じ研修をする、比較的ジェネラルな業務をお互いに持ちあうような形にしないと、足場の狭い専門医になってしまうのではないかという感じがします。地域で必要とされている病院の機能をしっかり発揮して、その中で専門性が育つというトレーニングをしていければ、地域ニーズに合わせた医師の育成が本来はできるはずなのです。ところが大学では教育研修に偏った部分があって、基本的に大学病院でこそ役に立つような医師が育成されている。そういう人たちがそ

のまま地域へ出たために地域のニーズとのアンバランスが生じているという感じがします。先生が著書の中で書かれている立ち去り型サボタージュのようなものは、大学で育った人たちが地域へ出てそのニーズに合わせられずストレスに耐えかねて辞めていってしまうということが多いのではないのでしょうか。最初から地域病院で育てる。地域を基盤にした研修ができるようになってくるとよいのではないかと思っています。

ここは医学生の実習も受け入れていますか？

**松村** もちろん、年間250人ぐらい来ます。総合診療の人たちが中心になって実習を提供していますよ。

**山田** そういう流れがどんどんできて、大学でも地域を基盤にした卒前教育ができるようになってくると、旧来の専門医たちとは違う見方ができる人たちが増えてくるのではないかなと期待しています。

**松村** その方向もありますよね。例えば京都府立医科大学も古いだけあってかなり保守的な傾向は強いのですが、最近総合診療部が開設されました。

## 総合医が力を発揮できる場所

**山田** 先ほどのお話ですが、170床の小さい病院へ行った人たちがそちらに興味を持ったというのは私にとってはよく分かることで、その規模の病院の方がジェネラルに幅広く診ることができる、長く継続してケアができる、あるいは患者さんにより身近な医療が提供できるといった豊かさが味わえるのだと思います。

**松村** そうですね。比較的小さな病院でも最近では医学生が来たり、ITの時代ですからネットワークを通じて発信することによっていろいろな人が来ますね。その病院は年に2人しか取れないの

ですが毎年フルマッチです。

**山田** 私は自治医大卒業なので初期研修終了後出身県の山村へき地の診療所に赴任しましたが、無床診療所で何でもやらなければならないということに当初は抵抗がありました。それでも同じ地域で2,000人ぐらいの人を、10年、20年継続して診ることの豊かさのようなものを感じるようになって、ジェネラリストの価値を自分なりに理解するようになりました。ところがこの10年病院にかかわるようになり、今、日本で一番危機に立たされているのはへき地の診療所ではなく

て中小病院、特に自治体病院だと感じています。私はかつて日本家庭医療学会の役員として家庭医の研修にかかわってきましたが、診療所の家庭医を目指す人たちこそ、研修では病院総合医としてこの病院でやっているような救急や病棟管理などの部分をよりしっかり担ってほしいと思っています。地域の中核的な病院や中小病院、そういったところにいる総合医のニーズが実は今最も重要で、合併した日本プライマリ・ケア連合学会でも診療所での研修を強調するよりは、むしろそこに一番力を入れるべきではないかと思うのです。

**松村** 大体うまくいっている200～300床ぐらいの病院はひとりアトラクティブな人がいてそういう人を中心に総合診療が光っているなと感じています。それが400～500床になると一つハードルが高くなる。800床、1,000床となるとかなり難しいですね。だからニーズはないのか？というところではなく、例えばアメリカは日本の800床、1,000床にあたるクラスの病院にホスピタリストが多数いてうまくいっています。われわれが招聘しているのもそういう人たちです。ですからそこが一つの課題だと思います。

それから100床前後の規模の病院は人数をたくさん集めるのは難しいところがあると思いますが、プライマリケアの原点のようなものを感じることができるので、ニーズはものすごくあります。

自分のキャリアパスの中で、いろいろな形があり得るのだと思います。ここでみてもいろいろな人がいます。往診が好きの人、小児科が好きの人、救急が好きの人、鑑別診断が好きの人等々…いろいろな形があるので、ジェネラリストとしてくくって、いろいろな道を見せていくことかなと思っています。

**山田** そのあたりを先生のお知恵をお借りしたいなと思っているのですが、3学会が合併したので、家庭医も病院総合医も同じ枠組みの中でどうい

う研修を義務付けて、どのように認定していったらよいか。また医師会や他の専門医の学会とどう協調できるか。医師不足に悩んでいるような病院でうまく研修の場所が提供できたり、そういった病院にこそ行ってくれるような医師を養成しなければ、やはり理念だけではジェネラリストは育てられないと思うのです。また長年地域で開業しているいらっしゃる先生たちにサポートしてもらえようような仕組みも大事だと思います。

**松村** 私が舞鶴で感じたのは、そもそも200床そこそこのサイズの病院は臨床教育指定病院になれず、当時は内科専門医制度の仲間入りもできなかったのです。専門医という勲章はとれないけれど、しかし地域のニーズに自分たちは応えている。ではそのアウトカムは何で評価するかと聞かれるのですが、ニーズにできていなかったら、5年、10年経ったら患者さんは来なくなっているでしょう。ところがこの10年を見てもうまくいっているということは、それが重要なアウトカムだと思っています。ですから私は、個人的には専門医などの資格を取ることに心からの重点はおいていません。

**山田** 確かにそれは重要なアウトカムですね。

先生が舞鶴でやってこられたことをここでまた発展させ、さらに小さな病院をサポートしたり、先生の門下生の先生たちが医療崩壊と言われるような地域で活躍し、そこに研修医が集まっている。地域医療再生の鍵は、実はその辺にあるのではないのでしょうか。

**松村** 困っている地域に入っていく時にその院長や医者たちに「頑張ってくれてありがとう」といわれるのは、若い人にとっては嬉しいし、やる気につながりますからね。

**山田** 本当にそうですね。先生が言われることは得心できるところで、先生が言われるようにタイトルにこだわらなくても、若い人たちがむしろそういう豊かさを肌で感じるのが大事なのかもしれません。

## どんな場合にもジェネラルマインドは生きる

**山田** 先生の方から若い先生方へアドバイスはありますか。

**松村** 一つは、総合医のマインドというのはいろいろなところにあって、後期研修医にはどんな専門を目指そうが、総合診療的マインド、ジェネラルマインドというのを失ってもらいたくないと思います。せっかく初期研修で幅広く学ぼうという傾向になっているのでそれを経験した後期研修医のジェネラルマインドを大事にしてほしい、生かしてほしいですね。

それから還暦前後の勤務医というのは、そのままその道をずっと続けていくのは難しい。そうすると管理職になるか、しかし、みんなが管理職になれるわけではないので健診担当などとそ野を広げることになると思うのですね。そしてこの超高齢社会の中で、勤務医は何歳まで働くべきかというときに、やはり75歳ぐらいまでは週の半分ぐらいは働いたほうがよい。そうすると超専門だった人も、ジェネラルでしかやっていけないのです。ですからジェネラルマインドが必要なところはたくさんあるということ、今、強調したいと思っています。

それからもう一つ、最後に、これは『JAMA版論理的診察の技術』という大著を一人で訳された竹本毅先生がちょっとした研修医向け雑誌に書かれていることなのですが…。

**山田** ドクターですか？

**松村** そうです、北里大学のまだ10年そこそこの若いドクターです。彼が専門諸科との齟齬として次のように書いています。「1つの検査所見にこだわって介入の時期を逸する。すばやく生検すべきなのに行わない。画像検査よりも外科的手技が必要な事態なのに石橋をたたき割るように画像診断を行って患者を失う。その一方で、診断や専門科への紹介の遅れをなじる。当該専門科が診療するレベルではないと突っぱ

ねる。『当科的には問題がない』などとのたまう」と(笑)。まさにそれが最大の問題だと書いているのです。

**山田** よく分かりますね(笑)。

**松村** ではアメリカのホスピタリストとアメリカの専門医との間にこの問題がどれぐらいあるかというと、私は日本よりも少ないように思うのです。そういう意味では日本の専門医が木を見て森を見ないというのはジェネラルの訓練が足りないのだと思います。これは総合医の問題よりも専門医の問題だと思います。

**山田** そうですね、専門医のジェネラルマインドの問題ですね。

**松村** ジェネラルマインドがあまりにもなさすぎる。ない人にはその問題点が見えないわけです。それはやはり次の世代が越えていくべきだと思います。

**山田** 自治医大の卒業生は2年間、あるいは3年間のスーパーローテーションを終えただけでへき地へ赴任します。それはやはりとても不安なのですね。一方で専門医のトレーニングを傍目で見ながら「自分は何をやっているんだろう？こんなことをしていていいのだろうか？」と思う。現地でも、現に先生が今行われているようなニーズに沿った研修や勉強ができるはずですが、実際には義務年限の9年の間にはなかなか価値観を見出すことができず、地域医療や総合医のマイナスのイメージだけを持ってしまふ卒業生も多いことも事実です。ですからジェネラリストの本当の価値を、今、そういった厳しい環境にいる人たちにこそ伝えたいという気持ちがございます。

現在へき地や離島で頑張っているそういう後輩たちに対して、先生から一言エールをいただけますか。

**松村** 私は現在でこそある程度大きい病院にいます

が、先述のとおり卒業して25年は大体200床前後の病院にいたので、小さいところから大きなものを見るということに慣れているのですね。あるいは違う言い方をすると、暗いところから明るいとされているものを見てきた。暗いものからは明るいものが見えますが、明るいところからは暗いところのものは見えないのだと若き日の自分をなぐさめていた。ですから小さい手作りのよさは本当によく分かっています。また私の恩師であるウィリス先生は、実はボルネオに8年間いらしたジャングルメディスンの

権威なのです。

**山田** そうなのですか。

**松村** その権威から、4年間、ヒストリーとフィジカルと簡単な検査で相当なことができるのだということを習いました。そのマインドはどんな大きなところにおいても安易に検査に頼るなということだと個人的には思っています。

**山田** 本当にそうですね。

松村先生、今日はお忙しい中貴重なお話を聞かせていただき、本当にありがとうございました。

