

# INTERVIEW

NPO法人 卒後臨床研修評価機構 専務理事  
岩崎 榮 先生



【プロフィール】 岩崎 榮先生 1957年長崎大卒, 58年同大第2内科. 60年エヴァンジェリスト医科大留学. 69年長崎大助教授を経て, 82年に国立病院長崎医療センター副院長. 83年長崎県立成人病センター多良見病院長, 84年国立医療・病院管理研究所医療管理部長. 90年日本医科大学医療管理学教室主任教授. 98年日本医科大学常任理事, 99年より同大常務理事. 日本医療機能評価機構理事, 医療研修推進財団理事なども兼務し, 医師臨床研修の質評価に取り組む.

# 総合医が、 日本の医療崩壊を支え得る。

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

## 長崎県の取り組み

山田隆司(聞き手) 今日岩崎 榮先生にお話を伺います。まずは先生のご経歴をお聞かせいただき、卒後教育のこと、あるいは長崎の離島医療のことについてもお話しをお伺いできればと思います。

岩崎 榮 私が長崎大学医学部を卒業したのが昭和32年です。入学当時の昭和26年は、いまだ戦後色がわずかながら残ってはいたものの少しずつ落ち着きを見せ始めた時代です。学生時代に、私は社会

医学研究会というクラブ活動に参加していましたが、これは衛生学教室が中心になっていて、その研究会を通して地域医療に関心を持つようになりました。

卒業後は大学附属病院でそのままインターンをして、インターン修了後、医師国家試験を経て内科に入りましたが、臨床医は公衆衛生的な活動をする必要があるのではないかと感じていました。さら

には、長崎県は離島が多い県であり、医療機関や医師のいない島がたくさんあるということで、島の住民の健康管理をどうしたらよいかを考えさせられておりました。大学の近隣だけでなくもっと枠を広げて、離島という地域で研究的なことができないかと思ったのです。その当時、県の保健所が中心になって、夏休みを利用して医学生に参加を呼びかけて離島住民の健診をやっていたので、それに参加するかたちで地域保健医療を始めました。

**山田** では卒業されて、ずいぶん早いころから離島にかかわっていらしたのですか。

**岩崎** そうですね。ところが、実際に離島に行ってみると、健診という需要がまだまだ十分に発達していなかったのです。その当時、多分岡山の済生会病院だったと思いますが、その病院が中心となって、瀬戸内海を船で健診しているということを知ったので、長崎県でもそういうことが必要ではないかと考えました。県と話し合い、長崎県もやはり巡回船のようなものが必要ではないかということになりました。当時、県も積極的で巡回船をつくり、健診用具を積んで、島巡りを始めました。昭和40年ごろからだだったと思います。

**山田** 何日間かで何ヶ所かまわったのですか。

**岩崎** 1週間で、だいたい4島ぐらいまわりました。島といっても、そんなに大きな島ではなくて、人口1,000～3,000人程度の小離島です。いわゆる無医島ですね。

**山田** 普段は、保健師さんか看護師さんしかいないようなところですね。

**岩崎** そうです。当時は県の保健婦さんが巡回するだけです。

そこで、私は思ったのです。その当時、無医村はあっても無医療地区はないと。それは保健婦さんたちがちゃんと地域を守っているからです。さらに私がそこで気付いたのは、小学校はあるので、学校の先生がいるのではないかと。そこには、学校保健婦がいるのです。その人たちが、子どもたちをみているのだから、その人たちと一緒に巻き込んだらどうかと。そういう提案もしたりしました。

**山田** 巡回健診にかかわられたのは長かったのですか。

**岩崎** その後、昭和44年10月、国立大村病院(現独立行政法人国立長崎医療センター)へ赴任してからも続けました。国立病院へ行ってもっと自由に自分の考えることを実現しよう、本格的に腰を据えてやろうと思ったので、大学から国立病院に行ったというのが本音です。

## 離島医師を育てる仕組み

**山田** 国立病院では、どういう保健活動をされたのですか。

**岩崎** 本格的に県と契約を結び、国立病院が離島を中心にした地域保健医療を担っていくこと。

**山田** 当時も長崎の離島の医療環境というのは、やはり医師不足で厳しかったのですか。

**岩崎** 医師不足どころではなかったですよ。韓国や台湾

から日本のかつての医師免許を持っていた先生たちに援助をしていただいていた。

そういう状況の中で、自治医大が昭和47年に開学し、その前に長崎では、昭和45年に離島の医師不足を補うために医学修学資金貸与制度を作りました。その当時、新しく医学部を開設した北里大学が今の地域枠のような枠組みを作ったので、それ

に長崎県が応募したのです。そのいわゆる1期生が8名、彼らが自治医大1期生3名よりも2期早く卒業することになります、長崎の医学修学資金貸与制度はこのようにして始まりました。

昭和45年に入学した1期生が卒業したときにどこで研修をさせるかということで、大学と県と国立病院の三者でかなり議論がありましたが、結局、国立病院で研修することで決着しました。

山田 研修はスーパーローテートのような形ですか。

岩崎 そうです。初めからスーパーローテートです。

山田 では自治医大の卒業生より2年遡って……。

岩崎 それに次いで自治医大の第1回卒業生を迎えたわけですね。最初から私たちはそういう人たちを迎えるための研修病院として整備し、離島医療を推進することに寄与する病院を目指したのです。そのためには臨床研修プログラムはスーパーローテートでないといけないということ、また離島に行く場合には、必ず指導医とともに行くことを原則としました。

山田 素晴らしいですね。2年間、スーパーローテートして、3年目からもう離島に行ったのですか。

岩崎 そうです。

山田 そのときに指導医がいるところ、あるいは指導医と一緒にということですね。

岩崎 指導医がいない病院では研修の継続(今でいう後期研修)ができないということです。離島に行きその後、再び国立病院で専門研修をするというシステムも構築しました。

山田 長崎は、離島医療に関して、ずいぶん先んじていたのですね。

岩崎 そうです。だから、今比較的他の地域より落ちています。医師不足であることには変わりありません。

山田 そうですね。今、こんなに医師不足だ、医療崩壊だと騒がれていても、長崎県の話は聞かないですよ。本当は、一番離島が多くて、一番厳しい環境、

地理的条件なのに。

岩崎 まあこういう言い方はおかしいけれども、悲しいかな、諦めにも似た医師不足に慣れているんですよ(笑)。こんなことを言うと現地の医師たちに怒られそうですね。医師不足解消は悲願です。よろしくお願いします。

山田 今のお話ですが、指導医が付いて行くということで、実は地域研修が長続きするということと言えるのではないのでしょうか。

岩崎 そうです。そういうことです。離脱しない。医師支援システムというの、私が国立病院にいた間に、システム的にはほぼ完成させました。今は、その延長線上にあります。

山田 離島の医療にかかわる医師のキャリアパスのようなものを先生の講演などで伺ったことがあります。そういう流れがあったのですか。

岩崎 そうです。そういうベース作りをしたにすぎませんが。

山田 長崎は、医学修学資金貸与制度を利用した卒業生と自治医大卒業生が「もくせい会」で協力していますよね。

岩崎 もくせい会も私の時代(昭和54年)に県の修学生らが結成しました。素晴らしい会です。

現在も継続していて毎年もくせい会と、県が主催する夏期ワークショップが開催されています。長崎県出身の自治医大や県修学生、在学学生、看護学生、地域の保健師も参加して、1年に1回はワークショップが行われています。もう昨年で33回。それはできるだけ離島でやろうということで、初めのころは、実は自治医大の教授たちにも来てもらいました。コンサルタントというかたちですが、当時の中尾喜久学長に「自治医大の教授は離島を知らない、へき地を知らない。そういう人たちが自治医大で教えていいのですか。離島でワークショップをするから、ぜひ派遣をしてほしい」と話して、最初に来

てくれたのが高久史磨先生です。2回目の対馬の時ですね。3回目が細田瑛一先生でした。

**山田** そうですか。高久先生も細田先生も、私たち卒業生の一番の理解者です。

地域医療振興協会では、地域医療の定義があります。「地域医療とは、地域住民と行政、医療人が三位一体となって、地域の限られた医療資源を最大限に活用しながら、計画、実行、評価する継続的、包括的な医療サービス」というものですが、その文句は吉新通康理事長が長崎離島のワークショップに参加された際に作られた定義だと聞いています。

**岩崎** そのワークショップには、実際にへき地医療や離

島医療に従事している人たちを招いて、刺激を与えてくれました。沖縄の真栄城優夫先生や佐久総合病院の磯村孝二先生(故人)も来てくれました。

**山田** その財産は脈々と受け継がれていますね。長崎は離島に残って、従事している人が多いですよ。

**岩崎** 実は最初に指導医として行ってくれた先生がいまだに残っているのですよ。地元で開業をして、今でも病院を支援し一緒にやってくれています。第1期生に付いて行った指導医ですよ。島に残って島の医療を守ってくれています。北里の医学修学生の1期生も対馬に残って、活躍しています。強力な応援団ですよ。

## どうしたら地域医療のマインドを養えるか

**山田** そういう地域医療マインドを持った医師をキャリアとして系統的に育てていくというシステムが、現状は全体に広がっていないですよ。一部の人がだけが地域医療の責務を果たしていくということを、改めていく時期ではないでしょうか。先生は卒後臨床研修評価機構にかかわっていますが、医師の養成システムを変えていかなくてはいけないのではないかと思うのですが……。

**岩崎** そうですね。私にとって卒後臨床研修の原点は、やはり長崎にあると思うのです。離島で働く医師を育てる、そういうためにこそあるのだと。私の原点はいつもそこに戻るので。やはり幅広い研修をする。スーパーローテーションなくして医師は育たない。どういう専門医になろうとも、どういう研究者になろうとも、その2年間は必要ではないかと思うのです。だからその2年間を私は大切にしたいと思うし、もっと充実させたいと考えています。しかし、充実どころか、その2年にさえ反対する声があります。



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

いずれにしても今の日本では、プライマリケアの基本的診療能力を身につけるチャンスが不足しています。唯一のチャンスが卒後の2年間です。その2年間を卒前教育の中にもっていけるかどうかと考えてみると、やはりもっていけないのです。医学に限ら

ずすべての情報量がものすごく多い時代になっています。私たちが学んだときの100倍ぐらいある情報量を今の6年間の中で教えようと思っても教えられない。ですから、根本から卒前教育を変えないといけないですね。

山田 そうでしょうね。

岩崎 そうやって考えてくると、やはりメディカルスクール構想になるのです。大学に入学する18歳というのは未熟です。成熟してからを考えると4年制の大学を出てから、4年のメディカルスクールできちんと学ぶ。そうしないと日本の臨床レベルは世界からどんどん遅れていくと思います。

山田 たしかに欧米のように、ある程度成熟してからのポケーショナルトレーニングという形で入って行く方が目的もはっきりすると思います。

岩崎 今は成績さえよければ医学部に入れます。しかし、本当に医師になりたいと思うようになるのは、ある程度社会を経験してからではないかと思うのです。そういう意味では、いわゆる一般教養、リベラルアーツといった教育、人間性を身につける教育が欠如しています。そういう教育が必要です。

山田 そういった倫理観が育てられていないと、自分の生活を安定させるために医療職をやっているというような医者がどんどん多くなる気がします。そういう人がこの職業を選択するのは、あまり好ましくない。やはり人を助けようとか、社会貢献しようとか、そういうモチベーションのある人たちこそ医療

職を選択してほしい。また離島やへき地の、限られた状況で、自分がミッションを持ってかかわることが、医師としての資質を向上させる。そういう価値観、倫理観を培う教育が必要だと思うのです。

岩崎 プロフェッショナルリズムですね。それがなくなると自分に自分をプロフェッショナルとってしまうのは怖いですね。

山田 ですから、現状の医療崩壊、医師不足は、そういった倫理観、使命感を持たない医者が増えて、本当に貢献しようという人たちが少なくなっていることが原因かもしれませんね。

岩崎 そうです。そういう医師が増えてくれば増えてくるほど「医師不足」になります。本当の医師が不足しているという意味です。医師不足とは「本当の医師が不足している」ということです。

山田 全くそのとおりだと思います。

卒後研修については、すべての卒業生がスーパーローテート研修を経験することになったということは革命的な前進だと思います。もちろん先生がおっしゃるように卒前教育も変わっていかなければ駄目だと思いますが。私はもう一方で、スーパーローテートそのものよりも、へき地や離島などへ実際に行って学ぶ、限られた環境で対応することがさらに重要だという気がします。東京のど真ん中であつても、限られた環境に追い込まれる状況は多々あるわけで、そういったときに力を発揮できるのが臨床医の本当の実力だと思うのです。

## 総合医の必要性を改めて強調したい

山田 現在の医師不足といわれる状況においては、必要とされているところに医者が行かない、あるいは偏っているということを何とか打開していかなければ

ならないと思います。

岩崎 診療科偏在という言葉がありますよね。産婦人科や小児科が挙げられますが、それよりも何よりも

総合医がまず不足しているということを私は強調したいです。真の総合医が日本に育ってこなかったということが問題なのです。実は、私はかつての家庭医懇談会のメンバーだったのですが……。あの時の議論がきちんと進んでいけば、日本にいわゆる家庭医ができていたと思います。

**山田** そうですね。当時の議論は主に開業医の問題だったと思うのですが、病院においても総合医を育ててこなかったことが、今の病院の医師不足にもつながっていると思います。

**岩崎** そのとおりです。自分の専門以外は診ないという専門医がたくさんいる限りは、偏在も起こるし、医師不足も起こってくるわけですね。今の医師の少なくとも半分は総合医であることが必要だと思います。または専門医であっても総合医の素養のある専門医であってほしいと思います。というのがその家庭医懇談会以来の私の主張です。

**山田** ありがとうございます。それを聞くと私も自信が持てます。私も総合医だけが必要だと言っているのではなく、これまでのように専門医だけでなく、総合医を目指すシステムも作っていかないと、両者が動かないと思うのです。

**岩崎** そうです。両方が必要です。

私は最近、老健施設の施設長を対象に1年に1回ワークショップを開催していますが、「もっと幅広く勉強しておけばよかった。老人を診て思うようになりました」という意見が必ず出ます。今からでも遅くないから総合的な勉強をしたらどうですかと、お話ししていますが。

**山田** 私も、今、高齢者医療が中心の病院にいますが、複合的な問題が多かったり、あるいは看取りの段階という場面が多くあります。そういう場合、1つの病気に詳しいことはあまり役に立ちません。どういうふうに最期まで生を全うするお手伝いをしようかと考えると、やはり、へき地や地域で行ってきた医療と共

通すると思うのです。私たちも総合的な医療を学んだわけではなく、ただ離島やへき地で仕事をしてきて……。

**岩崎** そうです、へき地で学んでいると総合医になるのですよ。

**山田** 今、自治医大の卒業生は高い評価を受けていると感じていますが、それは自治医大の教育がとてもよかったというよりは、離島やへき地へ行って、ある程度限られた状況で、それでもやり抜いたからだと思うのです。

**岩崎** 地域住民の人たちとお付き合いする中で人間性も育ってきますし、限られた資源でいろいろなことに対応するという術も身に付いてくるでしょうね。やはり自然と幅広い教育研修になっていたのだと思います。

**山田** そう言っていただけると心強いです。ただ、30年近く経ったとはいえ、後輩たちもいまだにわれわれが経験したのと同じような研修になってしまっているところもありますし、長崎のように指導医と一体になったシステムがまだまだできていなかったりしますので、もう少し研修として成立するように働きかけをしたいと思っています。

われわれが経験してきたような困っている地域での仕事と、医学教育・卒後研修がうまくミックスされるといいような気がします。

**岩崎** やはり地域医療研修というのは学生時代に経験させるのがいいと思いますね。医師になってから地域を知るのでは遅い。

**山田** 医学教育ではまだまだ座学のボリュームが多くて、ようやく大学病院の中での実習や患者さんに触れる機会が増えてきたと思いますが、さらに進んで地域社会と交わっていくような機会を医学生のうちから持ってもらおうというのは、とても大事だと私も思います。

最後になりましたが、現在、へき地、地域医療に

従事している若い先生方に, 先生からメッセージを  
いただければと思います.

**岩崎** 離島やへき地でやっている医療というのは世界  
に通用する医療だと思います. 自分たちは今, 国際  
医療をやっているのだというくらいの意気込みで,

経験をして, 学習をしてほしいと思います. そういう  
自負心を持ってください.

**山田** 自信の持てるお話をいただきました.

岩崎先生, お忙しい中, 本当にありがとうございました.

