



中外医学社ホームページ

鼎談

感染症科と腫瘍内科から語る、 ここが**ヘン**だよ! **日本**の医療

岩岡秀明 先生(司会) 船橋市立医療センター代謝内科部長

出席

岩田健太郎 先生 神戸大学感染治療学分野教授

勝俣範之 先生 日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科教授

中外医学社

中外医学社
ホームページ

鼎談

感染症科と腫瘍内科から語る、 ここがヘンだよ！日本の医療

〔出席〕

岩岡秀明 先生（司会） 船橋市立医療センター代謝内科部長

岩田健太郎 先生 神戸大学感染治療学分野教授

勝俣範之 先生 日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科教授



Introduction

中外医学社ホームページリニューアルを記念して、このたび、弊社にご縁がある先生方に鼎談をお願いしました。

テーマは「**感染症科と腫瘍内科から語る、ここがヘンだよ！日本の医療**」です。

各分野のエキスパートである先生方が「米欧ではごく普通の感染症科医と腫瘍内科医が、日本ではなぜまだまだ少ないのか？」という切り口から、わが国医療の現況と展望について縦横無尽に語りあうという本企画。特に、歩むべき医師としてのキャリアについて、目下検討中の医学生・レジデントのみなさんを念頭にお話いただきました。

話題はわが国医学教育の在り方から、ジェネラリスト・スペシャリスト論、COI（利益相反）の問題など多岐にわたり、大変充実したものとなっています。

● 日本における感染症科の現況、米欧との違い

【岩岡】 どうぞきょうはよろしくお願ひいたします。それでは最初に、まず感染症科という観点から日本と欧米との違い、日本の問題点について、岩田健太郎先生からお話いただけますか。

【岩田】 はい。欧米と言っても、ヨーロッパとアメリカではずい分違いますし、またヨーロッパの中でも国によってずい分事情が違います。

私はアメリカに5年ぐらいいたので、たぶんアメリカの例を挙げるのがいちばん妥当ではないかと思うのですが、アメリカで使われている内科の教科書、いちばん有名なものはハリソンとセシルということになるわけですが、ハリソンの内科学の教科書を見ると、いちばんページを割いている項目は感染症なのです。それだけ知識ベースのリクワイヤメントの必要性が高いからなのです。

日本の内科学の教科書を開くと、大体感染症はいちばん最後にちょっとついでに載っているだけで、ページ数は非常に少ないし、いかにもどうでもいい分野という印象があります。

歴史的には、アメリカでもペニシリンが開発されて、感染症は抗生物質で治せばよいのだという流れが出たのですが、ベトナム戦争のころに耐性菌で治せない感染症、例えばベトナムに行った兵士たちが淋病になって、ペニシリンで治せないという現実を見て「ああ、どうも抗生物質を使えば感染症は大丈夫だというのは幻想に過ぎない



岩岡秀明 先生

船橋市立医療センター代謝内科部長

千葉大学医学部卒業後、同大学第二内科入局、国立佐倉病院内科等を経て現職。共編著に『ここが知りたい！糖尿病診療ハンドブック』（中外医学社）。

のだ」という反省が生まれました。それで IDSA、アメリカの感染症学会がそのころにできて、70年代にアメリカでは感染症の専門医制度ができて、現在では7,000～8,000人ぐらいの専門医がいます。感染症というのは重要なサブスペシャリティで、一生懸命立ち向かっていかなければいけないのだということになったわけです。

ところが日本では、耐性菌が出たら新しい抗生物質をつくって、広域抗菌薬で倒せばよいということで、抗菌薬をどんどん新しくバージョンアップしていくことで、人をバージョンアップするのではなくて薬をバージョンアップすることで対峙してきました。

80年代ぐらまでは、それでも何とかうまくいったのですが、そのころ MRSA という多剤耐性菌が出て、非常に苦境に陥りました。その後、現在もグラム陰性菌という

ものを中心に抗菌薬のバージョンアップでは追いつかないような多剤耐性菌が出てきて、感染症対策というのはそんなに簡単にはできないということがようやく認識され始めたばかりです。

ただ、日本では伝統的に自分の患者は自分の科だけでトータルで診るという縦割りで行われていて、したがって、例えば手術がうまい先生方でも、その周辺にあるもの、感染症や栄養といったものも全部自分で診るのだということがまだ伝統としてあって、ほかの専門家に意見を求めたり、アドバイスを求めたりするようなカルチャーがないわけです。

アメリカは、よくも悪くも分業主義で、自分の専門以外のことにはいっさいタッチしない、専門のことは専門家に任せるという文化がしっかりありますので、感染症のことは感染症の専門家に聞けばよいという発想で来ます。

しかし、日本の場合は「おれは感染症もたくさん診ているし」ということで、たくさん経験しているということが担保になって、見よう見まねで、あるいは適当に診療するのが伝統的なあり方です。

私はがんの患者さん、例えば血液関係の腫瘍等はしばしば感染症になりますので、がんの患者さんは非常にたくさん診ているのですが、私はがんのことは何も知りません。つまり、経験値があるということと、その病気を診られるということは全く別物なのです。ただ、たくさん診ているということが「診られるのだ」という誤謬に変わってしまうために、日本では感染症というのが非常にいいかげんに扱われているとい



岩田健太郎 先生

神戸大学感染治療学分野教授

島根医科大学卒業、沖縄県立中部病院等で研修後、ニューヨーク・北京の病院に勤務。亀田総合病院で感染症科の設立に携わり、2008年より現職。共著『抗菌薬の考え方、使い方 Ver.3』（中外医学社）ほか著書多数。

うことが最大の問題だと思っています。

【岩岡】もう10年位前に、岩田先生がちょうど米国感染症専門医を取られるためにアメリカへ留学されていて、一時帰国されたときに初めてお会いして、そのときに私がいちばん印象に残っているのは、日本の教育病院では、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、そういうメジャーの科は大抵どこにでもあって、感染症科というのは当時日本の一般病院にはほとんどなく、感染症が専門の医者はほとんどいないという話をしたら「アメリカの教育病院では、例えば心臓外科はないけれども、感染症というのはどこの科でも必要なので、当時でも教育病院だったら感染症科の医者は必ずいる」と。そういうことを10年前からおっしゃっていて、それはすごいと思いました。

日本でもいま、やっとそういう科が必要

ではないかということになってきたのですが、先生がおっしゃるように、例えば呼吸器感染症は呼吸器内科、外科では外科の先生が消化器感染症という感じであって、まだまだ感染症科というものが少なく、まだまだ教育病院に専門医がいるというところまでは行かないのがまさに日本の現状なのです。たとえば当院は450床で地域の中核病院ですが感染症科は無く、感染症が専門の医師もおりません。

【岩田】 数が少ない病気については、紹介というのが成り立つのです。例えば、大動脈の手術が必要な場合に、大動脈を専門とする外科医がすべての病院に必要なとは思いません。紹介して搬送すればよいだけです。しかし、非常にコモンな病気、例えば感染症というのは450床の病院では始終起きています。感染症が起きるたびに、紹介して患者を送るというわけには当然いかないわけです。したがって、何百床規模の病院であれば当然感染症のプロがいてしかるべき、感染症が存在しない病院というのは精神科病棟を含めてないわけですから、そこには当然専門性というものが求められるのです。

ですから、日本の場合は順序が逆で、非常にまれな病気を扱う先生が常駐しているにもかかわらず、しばしばあるものに対してはノーガード状態なのです。

【岩岡】 そうですね、例えば心臓血管外科に3人しか常勤医がいないのに、心臓外科を標榜している施設が日本にはありますが、そこは逆に心臓外科医を大きな施設に集中させて、そこに搬送すればよいと思うのですが、その辺はまさに逆ですね。



勝俣範之 先生

日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科教授
富山医科薬科大学卒業後、徳洲会病院での研修を経て国立がん研究センターで腫瘍内科に取り組む。2011年より現職。

【岩田】 兵庫県のすごい田舎に、ものすごく特殊な、マニアックな外科の先生がいらして、そうするとその人が手術をしなればいけないような状況はなかなかやってこないのです。それで、手術数が稼げなくて、大学の先生というのはほかの手術ができるかということ、それも「私の専門ではないからできない」とおっしゃるのです。こういうミスマッチはけっこう起きていると思います。

【岩岡】 まさにそうですね。

もう1つは、私は80年代卒なのですが、私の母校の大学でお聞きしても、そのころ感染症の先生というのはほとんど細菌学など、いわゆる基礎の先生がやっていて、臨床のことを教えてくれる先生はほとんどいなかったような状況でした。やはり日本の場合、大学などではそういう細菌学者のような人たちがやっていた歴史もあるのでしょうか。

【岩田】これはヨーロッパでもそうだったのですが、昔は肺炎球菌をどの薬で治すかとか、MRSAをどの薬で治すかとか、そういう菌に対して薬という直接のリンクがあったので、したがって微生物学者、つまり in-vitro で細菌を評価する方が治療方針を決めることができる程度できたのです。

ところが、現在ではそうではなくて、例えば同じ肺炎球菌の感染症でも、いまは肺炎の治療の仕方と髄膜炎の治療の仕方は違うのです。そうすると、髄膜炎と肺炎がどう違うのかということをベッドサイドで判断できないと、いくら肺炎球菌を見つけれても治療方針がかためられないのです。したがって、昔の感染症学のような微生物学ニアリーイコール感染症学だった時代はもう終わりになっていて、それが肺炎なのか、髄膜炎なのか、また肺炎でも軽症の肺炎なのか、重症の肺炎なのか、そういったいろいろな臨床的なパラメータを読み取ることができないと、もう対応できなくなっているのです。

【岩岡】それが時代の変化ということですね。やはり臨床感染症専門医というものが必要ということですね。

【岩田】はい、患者を診るということです。それから治療の目標も、微生物を殺すことが目標ではなくて、大事なのは患者が治ることなのです。昔は微生物を殺すことイコール患者が治ることと思っていたのですが、最近は微生物を殺さなくても患者が治る、あるいは微生物を殺しても患者が治らないというギャップが出てきました。したがって、微生物を殺すことはあくまでも手段であって目的ではないのですが、

それが手段になって、微生物を殺すことが目的化してしまうために、無駄な抗菌薬が使われて、その抗菌薬の副作用で患者が苦しむような本末転倒が起きてしまうのです。

●日本における腫瘍内科の現況、米欧との違い

【岩岡】本当にそうですね。どうもありがとうございます。

今度は勝俣先生にお伺いするのですが、今回のテーマで私が考えたのが、やはり感染症科、腫瘍内科、それから総合診療科、ERも含めてそういう部分の横断的な科というものが日本にはずっとほとんどないままにきました。

先生も腫瘍内科でずっとされているのですが、その辺の、特にアメリカ等との比較でもよいのですが、先生のお考えなり、日本の現状なり、問題点をぜひお話いただけますか。

【勝俣】ありがとうございます。私は腫瘍内科といっても、アメリカで臨床でやってきたわけではないのですが、一般病院で、徳州会の病院でスーパーローテーションをして、4年間総合内科医みたいなことをしたあとに、もう少し専門的な勉強をしたいということで国立がんセンターに行ってレジデントになりました。当時、国立がんセンターのレジデント制度も臓器別の科があって、消化器内科や血液内科、あとは乳腺内科という特殊な、乳がんの化学療法をやる科があって、その当時は国立がんセンターのレジデント制度もその1つの科に属して、ほかのがんは知らない、消化器内科に入っ

たら消化器しか勉強しかできないシステムだったのです。私はオンコロジーに興味があったので、自らローテーションをして、そういう人は当時は少なかったのですが。

【岩岡】なるほど、そのときは、普通は消化器内科に入るとか、そういう感じでしたよね。

【勝俣】私は自ら志願して、1年間ぐらいかけて全部の科を回って、一応そのあとは血液内科に所属して、移植などもやったり、オンコロジーをやるのだったら血液内科をベースにしようと思って、そういった感じで3年間のレジデントが終わったあとに、2年間のチーフレジデントに回りました。

そのときに、どうしようかと考えたのです。血液内科をやっても、この先飯が食べないというか、スペシャリストはたくさんいるので、もしも日本でやるのだったらどれもやっていないことをやりたいと思ったのです。

たとえば、婦人科の化学療法というのはその当時、国立がんセンターでも婦人科医がやっていたのです。つまり、外科医が化学療法をやっていたのです。

【岩岡】いまでもそういうところは多いですね。うちなどもそうかもしれません。

【勝俣】そうですね、その当時でも、国立がんセンターといっても臓器別に分かれていて、外科医が化学療法をやっている分野というのは婦人科とか、泌尿器科とか、皮膚科とか、脳腫瘍などもそうでした。私は、婦人科の化学療法を勉強したいと思って、自ら婦人科の先生に教を請いに行ったのです。手術室にも入って、手術なども見せてもらい、3カ月ぐらい婦人科の先生にベッ

タリついて、化学療法なども教えてもらいながらやっていったわけです。

でも、その当時、私が内科で化学療法を一通り勉強してきて、婦人科の先生もしっかり化学療法をやっているのだろうと思っていたわけですが、ご存じのようにいまは化学療法というのは大体標準レジメンが決まっていて、シスプラチン $50\text{mg}/\text{m}^2$ とかやりますよね、でも婦人科の先生は、3人ぐらいスタッフがいたのですが、3人ともやり方が違うというか、きちんと対表面積で計算しないで、患者さんの顔を見て「この人は大体シスプラチン 60mg ぐらいだな」とか、顔を見て決めるのです。「この人はちょっと体が大きいから、 70mg ぐらいでいいかな」とか。

【岩岡】いわゆるアバウトというか、適当なですね。

【勝俣】「なぜそんなことをやるのですか」と聞いたら「まあ大体、ケモなんかどのぐらいでもいいんだよね」と言われるわけです。その当時は、そこで反発していたらコミュニケーションがとれなくなり、教えてもらえなくなるので、反発せずに「わかりました」と言って従っていました。

また、支持療法でも、シスプラチンなどはハイドレーションしなければいけません。そのハイドレーションの仕方も3人の先生で全く違うのです。1人の先生はずっと点滴を、1日3～5Lぐらい入れたり、1人の先生は夜中は点滴をしないと。吐き気どめの投与方法も全然違いました。1人の先生はセルシンを持続点滴にして、寝かせてしまうのです。その当時は、シスプラチンの吐き気というのは相当強かったのです。

【岩岡】 まだ制吐剤が出てくる前ですね。

【勝俣】 まだ制吐剤が発達していないころなので「寝かせてしまったほうがいいだろう」ということで、ずっとセルシンを持続点滴したり、というようなこともやっていて、やり方が全然違うのです。それはかなり衝撃的だったのですが、3カ月ぐらいて、やっと「任せる」ということになって、そのころからずっと私が1人で任せてもらって、臨床研究や治験などにも入らせてもらうことになりました。当時、パクリタキセルという薬がちょうど出始めたときなので、その治験もさせてもらって、ペーパーも書かせてもらったりして、だんだん「婦人科の化学療法は勝俣に任せよう」という感じになってきました。

そのあと、運よくスタッフの口があいていたので、スタッフにさせていただいて、それからずっと、婦人科がん関係や、あまり日本で内科医が手を出していない乳がんや肉腫、あとは原発不明がんなども手掛けることとなりました。原発不明がんは、転移がんで見つかるがんで、原発巣がないがんと定義されますが、日本の教科書にはほとんど書いていないので、原発不明がんというものを理解している医師がほとんどいません。日本の大学病院では教えられていないのです。原発不明がんは、臨床腫瘍学の中ではしっかり確立した疾患なのです。原発不明がんを理解していない医師は、原発巣探しをずっとしてしまうのです。東大でも、慶應大学でも、腫瘍学の講座がないので、原発巣を探すのに、内視鏡を2、3回やるとか、CTを2、3回やるとか、PETを2、3回やるとか、そのようなことをけっこう

されます。

原発不明がんは臨床的な疾患と定義され、一通り検査をして、原発不明がんと診断されるならば原発不明がんの治療体系のアルゴリズムがありますので、それに乗って早く治療をすべきなのです。

あとは、原発不明がんの中にも治りやすいがんと治らないがんがあるので、治りやすいものは早く治療を開始すべきです。例えば、いちばん顕著な例は腋窩リンパ節が腫れて、そこに腺癌が出たとしますね。それは、乳房に腫瘍がなくても乳がんと同じような治療をすればよいことがわかっています。ですが、それを知らないと、腋窩リンパ節が腫れました、原発巣が発見されないと、全身検査をしまくるのです。実際には、乳がんの治療に準じて、リンパ節を取る手術をして、化学療法をしたほうが治るわけです。そういうことを知らないと、全身を検索しまくって、原発がわからないと治療ができないみたいなことが、けっこう巷では起こっているのです。

【岩岡】 起こっていると思います。当院でもそういう専門の臨床腫瘍内科の先生がいなときは、それぞれの科が全部検査をして、みたいな感じですね。

【勝俣】 実は、国立がんセンターでもそういうことがありまして、各臓器別に診ているから、鼠径リンパ節が腫れて消化器内科へ行ってしまうと、原発不明がんを知らない先生が診ると全身検査をしまくられて、みたいなことがあって、私は「原発不明がんは自分がやりますから、全部紹介してください」と言って、やっとそのようになったのです。当時はもともと「乳腺内科」と言っ

ていたのですが、「乳腺・腫瘍内科」と名前を変えてもらったのです。ほかの科では診られないようながんを全部診ます、みたいな感じです。

そのあとから、私がスタッフになってからローテーション制度というものをつくって、やはり日本できちんとメディカルオンコロジーをしないと、この先はまずいと思ったので、ローテーション制度というものをレジデントプログラムの中につくって、メディカルオンコロジーを勉強できるような仕組みをつくりました。

【岩岡】そうすると、先生は国立がんセンターでも先生ご自身がほとんど腫瘍内科ということを経験されたということですね、実績で。

【勝俣】そうですね。

【岩岡】当時、血液内科はあったけれども、腫瘍内科医はほとんどいなかった。

【勝俣】そうですね、そういった意味では。

● 類似する感染症科と腫瘍内科の現況

【岩岡】それはアメリカなどだと、もう少し前からできていたのですよね。

【勝俣】そうですね、アメリカの話をすると、岩田先生が言われていたことと非常に似ていると思ったのですが、大体アメリカでオンコロジーが確立されたのは1970年代です。もともと、抗がん剤が最初に出たのはナイトロジェンマスタードという薬で、第二次世界大戦が終わったころにリンパ腫に効くということがわかって、それから抗がん剤の歴史が始まるのですが、70年代に

なってきたアドリマイシンという薬が出て、やっと固形がんにも少し応用されるようになりました。米国のオンコロジストに聞くと、最初のころは乳がんの化学療法は外科医がやっていたそうです。ただ、アドリマイシンが出てきてからはだいぶ進歩し、1970年代にASCOというアメリカの臨床腫瘍学会ができて、そのころに、専門医制度ができて、感染症学会と同じころですね、その専門医が確立したので、もう化学療法はオンコロジストにということになったのが1970年代ですね。

【岩岡】でも、70年代からというのはかなり早いですね。

【勝俣】そうですね、日本は2000年代です。から、ちょうど30年遅れているわけです。

【岩岡】2000年代になって、やっと日本にも腫瘍内科ができてきたと。でも、まだまだ少ないということですね。

【勝俣】アメリカがいま1万2,000人ぐらいいますから。

【岩岡】日本ではどのぐらいですか。

【勝俣】日本では、今年になってやっと867人になって、ですから大体1/10ですね。

【岩岡】感染症専門医がアメリカでは8,000人ぐらいということでしたが、日本ではどのぐらいですか。専門医の差ということは、あとでまた話しますけれども。

【岩田】1,000人ちょっとですね。

【岩岡】まだまだ感染症専門医もそんなものですか。

【岩田】専門医制度そのものが若干古いのですが、臨床研修、感染症の後期研修というのが義務づけられたのが2007年です。3年間の研修なので、最初に卒業した人は

2010年ですか。ということは、本当に臨床研修を受けて感染症の専門医になった日本国内のドメスティックな専門家は数年分、3年分ぐらいしかいないです。

それまでは、学会に所属して、いろいろなポイントを稼いで、学会に貢ぎのお金を払って、簡単なテストを受けると専門医になれるということで、その実態はたぶんオンコロジーと同じだと思いますが、バックグラウンドはほとんど何科の先生でもよいのです。例えば、耳鼻科の先生でも、眼科の先生でも、皮膚科の先生でも感染症の専門医になれるのですが、肺炎を診たことがない、髄膜炎も診たことがない、でも専門医になれるわけです。

そうすると、先ほどの原発不明がんではないですが、不明熱などには全く歯が立たないわけです。

【岩岡】 そうですね、不明熱というのはいちばんアプローチに困るところですね。私の病院も皆臓器別で、私なども糖尿病・内分泌内科ですけれども臓器別のところで育てられたので、皆自分の領域には強いのですが、内科の一般外来も週1回診ていていちばん困るのは、どこかわからない不明熱、がんであれば原発不明がん、そういう人が来たときにいちばん総合能力が試されるのですが、そこがいちばん難しくて大事なところだと思いますが、臓器別専門医しかないとなかなかきちんと対処できないという、弱いところですね。

【岩田】 そうですね。つまり、診断がついているもののアプローチというのは非常に得意で、例えば眼科の先生が、眼内炎を起こしていることがわかっていれば、その治

療はできます。耳鼻科の先生が、耳鼻科関係のヘッドアンドネックの感染症を起こしていればできる。ただ、多くの患者さんはそもそも何の感染症なのか、あるいは本当に感染症なのかすらわからないままで、発熱ということで来られるわけで、その逆のアプローチは非常に苦手なのです。

【岩岡】 それはまさにそうですね。勝俣先生が先ほどおっしゃったことと似ているところがありますね。

日本の腫瘍内科も、制度ができたのは2000年からということで。

【勝俣】 2005年です。まだ7～8年でしょうか。

【岩岡】 それはやはり、各科で個別にがんを診ているというところもまだまだありますね。

【勝俣】 まだまだというか、9割以上でしょうね。

【岩岡】 実際、よく外科医が手術もして、感染症も診て、抗がん剤もやっているのは大変だと言いますが、内科医だつて自分が内科医のせい、例えば呼吸器内科医が肺がんを診る、消化器内科は消化器がんを診る、そういう先生ならそのがんについては問題無いかと思ってしまいますが、やはりその辺はその分野の専門家が診るのと、腫瘍内科で全体を診ている先生が診るのでは、また全然違う面もあるのでしょうか。

【勝俣】 違いますね。

【岩岡】 その辺を教えてくださいませんか。

【勝俣】 内科の先生なので、外科の先生よりは確かにましかなと思う点はあるのですが、例えば呼吸器内科や消化器内科ももちろんしっかり頑張っていらっしゃる先生もたく



さんいるし、抗がん剤でも頑張っている先生もいますけれども、やはり腫瘍学という全体をまず勉強してもらわないと、抗がん剤の使い方の概念等を学んでくださっていない場合があるのです。

なぜかという、例えば肺がんや消化器もいまやっど補助療法の時代になっていまして、補助療法というのは術後に抗がん剤をやって再発を減らして、治癒を目指す治療なのです。再発転移がんの治療というのは、遠隔転移がありますから、目的は治癒ではなくて、がんと共存というか、延命ですね。なので、再発・転移した場合の抗がん剤の使い方と補助療法の使い方は全く違うのです。ただ、肺がんや消化器がんというのはもともと補助療法が発達していなくて、メタスタティックチューマー、再発がん、転移がんで抗がん剤をやってきて、やっとよい抗がん剤が出たので、今度は補助療法に行きましょうというところにやっといま入ってきたのですが、ただ、補助療法の概念がわかっていないというか、もともと治らない患者さんを相手にしてきたので、補助療法をやってもだめだろう、ぐらいの概

念が相当あって、補助療法には手を抜くのです。補助療法はあまりしっかりやらなくてもよいだろうという、ちょっとした固定概念があるのです。

【岩岡】 治癒を目指せる人でも、そこにはもう行かない場合があると。

【勝俣】 そうです。私などは血液がんをやったり、乳がんもやっていましたから、乳がんはどちらかというと補助療法がメインなのです。メタスタティックというのは、がんと共存を目指す、QOLを大切にしながら化学療法をやっていくという概念ですが、乳がんは補助化学療法ですね。補助化学療法は術前、術後もありますけれども、いかに補助療法をしっかりとやって治癒率を上げるかということにきています。呼吸器がん、肺がん、消化器がんはいまやっど補助療法の時代に入ってきて、われわれは全く抵抗はないのですが、どちらかというと肺がんをやっている呼吸器内科の先生や消化器内科をやっている先生方は、補助療法というものにすごく抵抗があるのです。手術をしたあとに、外科の先生から化学療法の患者さんを紹介してもらってやるのですが、

そこが本当はいちばん大事なところなのですが、実際には、呼吸器外科の先生がそのまま化学療法をやっていたり、消化器外科の先生がそのまま補助療法をやっていたり、私たちは転移再発したからいいですよ、みたいなところもけっこう多いのです。

【岩岡】そうですね、いまのお話のようなことは私もまさに聞いています。どちらがやるかは、きっとそれぞれの病院によって違うし、消化器外科の先生がやったり、それもバラバラだったり、その病院の力関係だったりしますね。

【勝俣】実はいちばん大事なのは、補助療法をしっかりとやるほうが患者さんにとってのベネフィットは大きいわけです。

【岩岡】まさに感染症科と似ているところは、例えば腫瘍内科医が、もちろん何人もいなくても、いまやっと基幹病院等に腫瘍内科ができていますが、1人なり、2人なり、コーディネーターがいて、全体を見てアドバイスしたり、そういう先生が絶対に必要ですね。

【勝俣】必要ですね。先ほど岩田先生も言われたように、そこがまだ、ジェネラルを見られる腫瘍内科医が少ないのです。そのトレーニングができる施設も少ないので、バックグラウンドが確かに肺がんの先生、呼吸器内科であったり、消化器内科であったりすると、例えば「婦人科のがんで肺転移があった人を診てくれ」と言っても「わからないから」という感じで返してしまったりしているのです。

せっかく 2007 年にがん対策基本法ができて、かなり日本は変わりました。日本人は年間 50 万人ががんで亡くなります。死

因のトップですから、がん対策を本気でやろうという法律が 2007 年にできたのです。そこで「抗がん剤もきちんとやりましょう、放射線治療も、補助治療も、緩和ケアもしっかりやりましょう」ということで、抗がん剤治療をやるということで、文科省からも相当お金が出たので、各大学に臨床腫瘍科や腫瘍内科をつくろうということで、補助金がたくさん出たのです。

【岩岡】いまやっとできてきてはいますよね。

【勝俣】できたけれども、ふたをあけてみると、では臨床腫瘍科、腫瘍内科としてきちんとやっているところがあるかというところ、ほんの限られたところだけです。どちらかというと、大体寄せ集めの科であったり、文科省から補助金をもらいたいからつくったようなところがある。

【岩岡】腫瘍内科はつくったけど、どこか別の科の人が移ってなっている、みたいなところがある。まだまだ腫瘍内科としてジェネラルに診られる人は少ないということです。

【勝俣】非常に少ないですね。

●感染症科医は増えている？

【岩岡】感染症科というのは、大学病院だと科としてもだんだんできてきているのですか。先生は神戸大学に移られて何年目ですか。

【岩田】6 年目です。

【岩岡】どうですか、全国の大学では。

【岩田】感染症科と名前のついているところは、だんだん増えてきています。ただ、その実態は、まず半分ぐらいは臨床検査室

からばい菌、それからばい菌から感染制御、耐性菌制御、そして感染症科ということで、まず患者の診かたのトレーニングを受けていない科が多いということがあります。残りの半分は、ほかのメジャー科から流れてきて、例えば「自分は消化器が専門だけれども、今度感染症科の教授になった」みたいな感じで「感染症にはあまり詳しくないけれども、よろしくね」という感じでつくられるパターンが割と多いです。

【勝俣】感染制御部というのがけっこう多いですね。

●自分のボーダーライン（限界）を知ることの大切さ

【岩田】感染制御と感染症診療というのは、野球でいうところの守備と攻撃の関係にあって、密接に関係はしています。もちろん、お互いに大事なのですが、でも同じではありません。したがって、ピッチャーがいきなりホームランバッターにはなれないのと同じで、そこにはやはりきちんとしたプリンシプルというものが必要になります。

先ほど、勝俣先生のお話を伺っていて思ったのは、日本で感染症に強いと思われる診療科は、例えば呼吸器内科、泌尿器科、血液内科、小児科だと思います。この中で本当に感染症に強いのは、たぶん小児科は割と強いと思います。というのは、小児科というのはジェネラルなことが多いので、全身を診られるパターンが多いです。

問題としては、例えば呼吸器内科の先生で非常に感染症診療がうまい先生はいるのです。本当にその人は神様みたいに偉い先

生で、しかもがんも診ているし、結合組織病、膠原病のようなものの合併症としての呼吸器疾患も診ているし、間質性肺炎のような呼吸器プロパーな病気、COPDも診られるという、スーパードクターです。そういう人は、ごくごく少数派なのです。

多くの呼吸器内科の先生は、あるプライマリな専門領域があって、感染症は大体二の次、三の次。つまり、自分は間質性肺炎がメインだけれども、肺炎も診ますよ、という人が半分以上だと思います。プライマリではないので、どちらかというといつでにやるというか、2番目にやるというパターンが多いのです。

呼吸器内科の先生には感染症をプライマリにやっている先生もいるのですが、非常に残念なことに、日本ではそういう方のうち相当数は製薬メーカーとの結びつきが非常に強くて、ある特定の新しい抗菌薬をパンパン使うというほうへ流れていく、利益相反が非常に強い方が多いです。

そういったマジョリティを全部取り除いて、本当に呼吸器疾患を診るのが上手、肺炎を診るのが上手な先生もいるのですが、そういう先生で私がいちばん尊敬するのは「自分は肺炎は診られるけれども、ほかの感染症は診られない」という先生もいらっしゃるのです。私はそういう方を尊敬するのです。その方は、自分のボーダーラインというものをよくわかっていらっしゃるからよいのです。

困るのは「自分は肺炎を診られるから、ほかの感染症もできるよ」とおっしゃる先生、これは非常に危ないです。「自分は肺炎を診られるから、尿路感染もついでにできる

よ」とか「髄膜炎もいけますよ」とか、そのようにボーダーラインが見えなくなってしまうと、これは非常に危ないです。それはあたかも「自分は肺がんをたくさん診ているから、膀胱がんも診られます」と言うことと同じで、極めて危険ということになるわけです。

そういういろいろなパターンを全部取り除いて、残された、本当に感染症を診られる呼吸器内科の先生や泌尿器の先生もいらっしゃいます。いらっしゃいますが、そうするとそういうパターンを全部取り除くと、極めてまれということになってしまうのです。特に、ジェネライザビリティというのが非常に問題になります。

あと、血液内科の先生は非常に重症患者さんをたくさん診ていらっしゃるの、経験値は極めて高いのです。高いのですが、逆にいうと白血病の患者さんなどを非常にたくさん診ているので、自分の患者さんはイムノコンプロマイズドだということで、そこでバーンと行動に移ってしまうということがあるのです。



ところが、免疫抑制というのはいろいろなパターンがあって、例えば AIDS の患者さんや、固形がんの免疫抑制の方や、あるいは免疫抑制剤を使っているいろいろな自己免疫疾患の方や、あるいは先天性の免疫抑制の方など、いろいろなパターンの方がいらっしゃるのです。そういういろいろな免疫抑制の方を診て、相対的に血液がんの方はこのように免疫が抑制されているというような相対視をすれば、免疫抑制だからといって思考停止になるのではなくて、例えばこういう免疫抑制にはアスペルギルス症などを考えるという、ある程度抑制の利いた形の縮合ができるけれども、もう「免疫抑制は全部使っちゃえ」という感じでブラックアウトしてしまうということがままあるのです。

それを乗り越えるためには、ヘマトロジーを相当深く突っ込むことが大事になるのですが、しばしば見るのは「自分の患者は特別だから」といってバーッと薬をつぎ込んで、それでとまってしまうパターンなのです。この相対視ができるということ、つまりほかの領域をきちんと見ていることが非常に大事だと思います。

【岩岡】 これは医師として、臨床医として非常に大事なことです。先生がおっしゃる相対視できることや、自分の引き際というか、それはどの分野でも大事なことです。

【岩田】 自分のボーダーラインを知っていることは非常に大事です。ですから、もちろん私にもボーダーラインがあって、自分の診られないところはたくさんあるのです。ただ、その線が見えているというこ

とが極めて重要だと思います。

【岩岡】確かに大事ですね。きょうは、主に見ていただきたい方が若い研修医の先生や医学生で、これから専門を決める方々に特に見ていただきたいので、ジェネラリストというのが重要だということから始まっています。それはまさに腫瘍内科でも同じで、似ていると思ってきょうはお二人に来ていただいたわけですが。

【勝俣】肺がんの例でいいますと、「おれは肺がんがいちばんできる」みたいな人は国立がんセンターにはいたわけです。呼吸器内科では、実は肺転移した患者さんもコンサルトされたりするわけですね。胸水の患者さんとか。

私が国立がんセンターにいたときにあった例ですが、肺に腫瘍があったと。画像を見ると肺がんのようで、という診断をつけたわけですね。組織もおそらく、病理の第一報が「腺がんだろう」ということで、呼吸器内科の先生は、肺がんの治療を始めてしまったのです。病理の詳しい検査の最終結果が出る前に、もう画像診断で腺癌が出ているからと。

実は、肺がんの抗がん剤を始めたあとに、最終病理の結果が返ってきて、それは「ホルモン受容体が陽性だから、乳がんの可能性がないか探してください」という結果だったのです。呼吸器内科のレジデントがよくよく話を聞くと、20年前に乳がんの手術をしているというのです。それで私のところに「これは乳がんではないですか」というコンサルテーションがありました。病理結果は、ER、PGRというホルモン受容体が強陽性なのです。組織も、乳がんとしてもコ

ンパティブルという所見があったので、これは乳がんの再発でしょうと。

【岩岡】20年後でもあるわけですか。すみません、私は全然知らなくて。

【勝俣】あります。実は、乳がんというのは非常に息が長い病気で、前立腺がんと同じぐらい息が長くて、20年、30年後の再発はざらにあります。

【岩岡】普通、10年経てば安心というのは、すべてにおいてではないのですね。

【勝俣】乳がん以外にも、胃がんや肺がんでも、10年経ってからの再発はまれにはあります。しかし、乳がんは非常に多いですね。なので、そういうヒストリーをしっかりと取るということは内科の中では大事なことで、オンコロジーでも非常に大事なのです。

実はその患者さんは、ホルモン受容体が陽性なのです。ホルモン受容体陽性乳がんというのは、ホルモン療法が第1選択ですね。肺転移がマルチプルにあって、肺がんの先生は「ステージ4だから、もう予後は何カ月ですよ」ということを言いました。

実はそのあとに「乳がんだから、乳腺・腫瘍内科に転科しよう」という話になったのですが、乳がんの再発だということがわかって、肺がんの先生がその患者さんに、何と言ったかというところ「乳がんの再発転移だけれども、あなたはもう予後1年ぐらいでしょう」などということを勝手に言ってしまったのです。

【岩岡】全然違う、乳がんの再発なのに。

【勝俣】そうです。20年後の再発で、ホルモン受容体が強陽性だと、実はかなりコントロールできるのです。5年生存率でも3～4割ありますから、予後1年などという

ことはまるっきりないわけです。肺がんのことしか知らないから「がんというのはそのぐらいだろう」というような固定概念があって、肺がんを中心にがんの世界を考えているので、そんなものだろうと考えていたわけです。

【岩岡】 まさに先生のお話と同じように、ご自分の世界のことしか知らない、それから自分の経験値だけでやってしまう、まさにたこつぽと言っては何ですが、その分野だけということで、たまたまいまは呼吸器内科を例にしましたが、呼吸器と感染症、呼吸器とがんというのはすごくあるのですが、やはり呼吸器の先生といってもその分野だけで、ジェネラルに診られる感染症科なり腫瘍内科の先生がいるかどうかは非常に重要な、特に必要なことになるのですね。感染症科専門医、腫瘍内科専門医がいて、なんでも相談できるという意味でも。

【岩田】 自分の専門領域が限られていることは、私は決して悪いことではないと思っています。例えば肺がんの専門家という方がいらしてもよいのかもしれませんが、それを、例えば乳がんにアプライしたりすることが非常に危険だということが1つあります。

それと、先ほどお話を聞いていて、実は似たような話があって、肺がんがあって、反対側にメタ（転移）がありますという話を聞いていたら、実はそれが結核だったとか、あるいはアクチノマイコーシスといって、腫瘍と間違えられやすい感染症があるのですが、こういうものはままあるわけです。

逆に、私たちも「感染症ですか」と相談を受けたら、実は悪性疾患だったとか、あ

るいは膠原病だったということはあるので、自分の専門領域だけを診ていると診られなくなってしまう。ですから、自分の専門領域ミミック、自分の専門領域のように見えてもそれ以外のものも診られる、例えば膠原病、あるいは悪性疾患で熱を出すものとか、そういうものが鑑別に上げられるという、私はよく「のりしろ」と言うのですが、ちょっとのりしろがあるということが重要だと思います。

さらに重要なのは、そののりしろも大事なのですが、そこで「悪性疾患を見つけましたよ」「膠原病を見つけましたよ」といって、治療に踏み込まないということも大事なのです。つまり、のりしろはあくまでも診断プロセスまでののりしろだけれども、そこで「じゃあ、おれも治療を始めて」といって、思いつきでDMAT（関節リウマチ治療薬の一種）を使ってみたり、そのような「思いつきの医療」というのは非常に危険なので、そこは専門家の先生にサッとお任せして「あとはよろしくお願いします」という、この引くことと押すことと、両方が大事なのですが、どこで引くのか、どこで押すのかというのは極めてテクニカルな分野で、非常に大事です。

【岩岡】 大事ですね。

【勝俣】 専門性というのはオーバーラップしていますよね。「がんだけやる」という人も極めてまれで、やはりオーバーラップしていますからね。そこでしっかり専門家と一緒にディスカッションして、ということ是非常に大事だと思います。

腹膜に腫瘍がある、これはだれが見ても腹膜播種だろうという方がいたのです。生

検を何回もしたのですが、悪性腫瘍が出ないのです。だから「おかしいな」と思って、私も実はその患者さんには、「抗がん剤をしちゃえ」と思ったのですが、「いや、待てよ。ちゃんと組織を採って鑑別診断を考えて」ということで、鑑別診断を考えると、腹膜結核があって、最終病理は腹膜結核だったのです。

【岩岡】腹膜結核で、腹膜播種のような病変で見つかったのですか。そういうこともあるのですか。

【岩田】あります。「スキルス胃がんでしょ」と言われていて、「実は結核でした」ということはありますね。

これは福音でして、腹膜結核でしたら完治できますので「よかったですね」ということになるのですが、ただ、そのまま化学療法を始めてしまうと大変なことになりますので。

【勝俣】本当です。実は、もう一步で化学療法を始めるところだったのです。

【岩岡】これはやはり本当に専門の先生がそれぞれいないと危ないですね。

うちの病院でもかなり以前ですが、某科に入っていた患者さんが転移性の肺がんとして亡くなったのです。亡くなってなぜわかったかという、剖検させていただき、剖検時に一緒にいた先生が結核に感染してしまっ、実は肺結核だったということがありました。やはりうちも感染症の専門医がいまないので、おそらく全部先ほどの画像と原発巣で見ていて「そうだろう」と思ってしまったという。

【勝俣】オンコロジーの分野で危ないのは、組織診をとらずに化学療法を始める医者は

日本にけっこう多いのです。オンコロジーの原則は、組織は絶対にとらなければいけないのです。

【岩岡】やはり組織がなかなかとれない場合はあると思いますが、やはりどんなアプローチでも開腹なり開胸をしてでも何とか組織をとるということは大事なのですか。

【勝俣】はい。

【岩田】感染症でも同じです。Tissue is the Issue とよく言います。感染症も熱とCRPで治療を始めてしまうのは非常によくあるパターンなのですが、CRPは先ほどの原発巣で言うところの感染臓器も、それから原因微生物も教えてくれませんので、CRPは15でも、20でも、30でも、治療薬は何かとか、何日間治療するかということについては情報はゼロなわけです。だから、そこはきちんと「どこの」ということは見極めなくてはいけなくて、感染症の場合は必ずしも生検は必要ないですが、いずれにしてもTissue is the Issueで、どこの、何が起きている、どういう感染症かということをつきとめる、診断が大事ということは内科領域ではすべて同じだと思うのですが、感染症については極めて、診断という点ではないがしろにされ続けて、熱、CRP、じゃあきょうから抗生剤というパターンで。

【勝俣】CRP信仰というのは本当に根強いですよ。CRPのことを炎症反応と言っていますね。炎症反応と教えられてしまっているのですよね。だから、炎症反応が強いから抗生剤をやりますとか。

【岩岡】というか、私なども指導医などに教えられたりして、指導医が研修医に言ったりしているのは「CRPが25もあるから、

これは入院だ」と。でも、必ずしも患者さんの状態等で判断していなくて、岩田先生がいつもおっしゃっているように、CRPが高いから入院というのはやはり……。

【岩田】 CRPが25でも入院させない人はたくさんいますし、逆にCRPというのは肝臓からつくられるタンパクなのですが、超重症の感染症、敗血症性ショックの方などだと、多臓器不全が起きていて、肝臓がCRPをつくれなくなっていて、CRPが1とかでも、もう死にそうな人などもいるので、そういう人は「CRPが1だから帰そう」などということはありません。

私は別にCRPを測ってもよいと思っているのですが、負の側面でいちばんいけないのは、CRPで全部を見た気になってしまって、患者さんを見なくなってしまうのです。つまり、CRPが15というところまでとまってしまって、ベッドサイドで患者さんがどれぐらい冷や汗を流しているか、痛みでのたうち回っているか、血圧が下がっているか、本当はいろいろな情報を総合的に受けとめて、初めて患者さんを見ることがことになるのですが、CRPを見ただけで全部を見たような気になってしまって、それで判断してしまうのです。そうすると、ベッドサイドで患者さんを診察しなくても「きょうはCRPが8だから」みたいな判断をしまうことは極めて危険です。

【岩岡】 そうですね。それはまさに腫瘍マーカーだけを見ている、みたいなことと同じですね。

【勝俣】 日本の医者は腫瘍マーカーが大好きですが、腫瘍マーカーもエビデンスを見ると相当限られているのです。海外のガイ



ラインも「腫瘍マーカーをあまり信じるな」というものがあるのですが、それでも腫瘍マーカーだけで判断してしまう人がいます。最悪なのは「腫瘍マーカーが上がってきたから、再発だ」と診断して、画像を撮ってもがんも何もなくても、腫瘍マーカーが上がっただけで抗がん剤を使ってしまうなどということも現実にあるのです。信じられません。

【岩岡】 そんなこともあるのですか、確認しないで、まさにCRPが高いだけで抗生剤を使えということがあるのと同じで、培養はさすがにいまはきちんと検査するようになっていますが……。

【岩田】 感染症で腫瘍マーカーも上がりますからね。前立腺炎や腹膜炎などでPSAやCEAなどが上がることもままありますから。

【岩岡】 あと、血糖値が高い患者さんではCEAは上がりますからね。それから、たばこを吸っているとか、そういう他の原因もあるのですよね、そういうことも知らないと、危険なのです。

【岩田】 マーカーを使うことは全くかまわ

ないのですが、いろいろな検査値というのはワンオブゼムに過ぎなくて、患者さん全体の中の情報の一部に過ぎないということ、多角的に患者さんを見るということは極めて大事なのですが、その辺は数字化してしまう、デジタルな情報に飛びついてしまうのは、たぶん日本のドクターの非常に悪いくせだと思います。

【岩岡】 要注意の大事なところですね。ありがとうございます。

● 臨床研修制度と医局制度について

【岩岡】 それでは、また引き続きお話を伺います。

まず、総合診療科、感染症科、腫瘍内科といった横断的なものを診る科が日本ではほとんど無く、最近やっとできてきたけれども、アメリカに比べて全然育ってきていない。

これは、日本の大学の医局講座制、大学を卒業して、それぞれ講座制があって、昔は第一内科、第二内科、第三内科、いまは例えば呼吸器内科、循環器内科、そういうところで教育されてきました。

岩田先生の場合は沖縄県立中部病院に行かれて、そこからアメリカへ行かれた。勝俣先生は徳州会病院でジェネラリストをやって、それからがんセンターへ行かれた。いまの新しい臨床研修制度ができるまでの、80年代、90年代卒の私たちは、まず大学の医局に研修で入ってしまう人が9割方いたと。そういう面から来たところがあって、やはりそれがアメリカと日本の制度も違って、ジェネラリストが出てこなかったと。そ

の辺についての問題点なりを、今度は岩田先生のほうからまたお願いしたいのですが。

【岩田】 そうですね、横断的などということも1つですが、きのうちょうど研修医のレクチャーをしていて、意識消失発作の患者さん、英語ではシンコピーといいます、シンコピーの患者さんがいて、という話をして「シンコピーの患者さんを診たことがある人」と聞いたら、その会場にいっぱい研修医がいたのですが、2人しかいなかったのです。大学病院では、圧倒的にいろいろな主訴を経験するのが難しいのです。

私はやはり、医者になって最初の数年というのはとにかくいろいろな患者さんのいろいろな主訴を診て、その患者さんが結局どういう病気を持っていたかをたくさん経験して、病気というのはいろいろな様相を見せるということ、つまり初診で主訴を持ってやって来た患者さんというのは、何科に属する患者さんかというのは基本的にはわからないわけです。その患者さんが実際にどういう病気を持っていたかという事例をたくさん経験する、いわば、例えば救急外来のようなところで、いわゆるER型の外来でたくさん経験することは非常に大事だと思います。

私は沖縄中部病院で1年目のときに、大体1,200人ぐらいの初診の患者さんをファーストタッチで診させていただきました。

【岩岡】 1年間でですか。すごいですね。

【岩田】 そうです。救急車で来る方、子供、大人、心臓のとまっている方、いろいろな方が来ましたが、とにかくいろいろな主訴を診て、それがどうなるかを見るということは非常に大事だと思っています。

そうすると、例えば息切れで来る患者さんでも、最初から専門が決まっていって、その疾患ばかりを見ていると、例えば心臓の先生だと心不全ばかりになるし、呼吸器の先生だと肺の病気のどれかということになるし、血液内科の先生だと貧血ばかり、精神科の先生だと精神疾患、パニック発作だけということになるわけです。でも、息切れという主訴でも実は甲状腺の疾患でも、精神科の疾患でも、貧血でも、呼吸器でも、心臓でも、いろいろな病気で息切れという主訴になるのだということを、まずワンセットで学んでおいて、それから専門科に進むと。

私はジェネラリストになるか、専門家になるかはどちらでもかまわないと思うのですが、少なくとも患者さんがある訴えを持っているときに、ある特定の領域しか思いつかないということは非常に危険だと思うのです。だって、これは大学病院で当直をしていたって、自分の科の患者さんが自分の科の病気にしかならないという保証

はどこにもないわけですから、やはり主訴からアプローチする教育をもっとやるべき、あるいはたくさん患者さんを診るべきだと思います。

【岩岡】 そうですね。そうすると、新臨床研修制度になって、いま私どものような市中のER型のような病院で研修がだんだん増えてきているのは、方向としてはよい形になってきているのでしょうか。

【岩田】 私は市中病院か大学病院かという二極対立というのはあまり好ましくないと思っています。よく厚労省がスライドを見せて「今年はどちらが多かった」とかやっていますけれども、あれはばかばかしいと思っています。要は、先ほども言ったように、いろいろな主訴からアプローチすることと……。

【岩岡】 そのようなアプローチをすれば、大学病院で研修をしても、市中であっても、それはどちらでもよいと。確かにそうですね。

【岩田】 そうです、どこで研修するかとい



うのは本質的な問題ではなくて、どういうメンタリティで患者さんを診るかということが大事だと思います。

【岩岡】それが大事ですね。ありがとうございます。

勝俣先生、いかがですか。

【勝俣】そうですね、岩田先生とほとんど同じです。私はオンコロジストですが、もともとジェネラルでやるのが好きで、徳州会でやっていたのですが、私はシンコピーが大好きで、シンコピーばかり診ていたぐらいです。

どんな専門科へ行くにも、やはりジェネラルで診られないと、専門家としても能力を発揮できないと思います。オンコロジーをやっている、結局脳転移や中枢神経転移などもたくさんあるわけです。神経所見もとらなければ、どこのメタかということもわからないで、たぶん何もわからずにCTを撮ったり、神経内科にコンサルトへ行ってもだめなので、まずは自分でしっかり神経所見をとれるぐらいでないとだめだと、レジデントには言っているのです。

ただ、やはりどこの専門科に行くにしても、ベースはジェネラルをしっかり診られるところからやってきてほしいと思いますし、将来的に腫瘍内科になりたいという人にも、きちんとジェネラルを診られるようにしてから来てくださいと指導しています。

【岩岡】先生も初期研修を選ばれたときは、まだジェネラルに診ているところは大学病院等ではあまりやっていなくて、徳州会病院に行ったらジェネラルに診たいということで行かれたということですね。

【勝俣】そうですね、私などは先生と同じ、



ちょっと若いぐらいですけども、ほとんど医局に大体……。

【岩岡】先生は80年代卒ですね。

【勝俣】そうです、88年卒で、100人卒業して、外に出たのは3人だけでした。大学医局以外に出たのは。

【岩田】私も同じでした、2人だけでした。

【岩岡】私よりもずっとお若い学年ですけども、先生は……。

【岩田】私は97年卒ですが、私が沖縄中部へ行ったら、もう1人が民医連系の病院へ行ったら、残りは全員医局に入りました。

【岩岡】そうですね。先生の世代だとだいぶ違うのかと思ったら、やはり私も120人いましたけれども、90%以上は大学に残りました。では、世代が違ってもまだまだそうなのですね。

【岩田】それが常識で、かなり非常識でした。

【岩岡】いやいや、でもそれが、いまのお二人のポジションというのはそこから出たものだろうと思います。しかも、徳州会というのは研修がとてつもないところで、沖縄県立もそうでしょうけれども、そこをあえて選んで行かれたと。茅ヶ崎徳州会ですか。

【勝俣】そうです。

【岩岡】 いちばん大変なところですね。

ちょっと話はそれますが、岩田先生の本をいろいろ読ませていただいて、最初は基礎の学者になろうと思って、とにかく数年間で臨床を早く全部診たい、それならばいちばん大変なところがよいだろうということで沖縄県立中部病院を選ばれたとご著書に書いてありましたが、それもまたすごいと思いました。

【岩田】 お恥ずかしい話ですが、若気の至りでして。

【岩岡】 いやいや、そこで臨床にはまられたということ。

【岩田】 臨床を数年頑張れば、何かできるようになるだろうなどとばかなことを考えていて、そんなに臨床医学は甘くなかったのですが、でも当時は、やはり基礎医学こそが大事で、臨床系の講座もやはり基礎医学で業績を上げた方が教授になられるというのが割と常識的で、いまでもその流れは強いのです。やはり基礎医学はすごくて、臨床というのはちょっとやればできるようになるだろう、みたいな空気はあったのです。私もそれにだまされて、臨床などというのは患者をたくさん数年診ればできるようになるだろうと思っていたのです。

それはもう、とんでもない間違いで、そんなに甘い世界ではないということはすぐ思いました。だから私はいま基礎研究をやらないのですけれども、それは、基礎研究をないがしろにしているとか、基礎医学者を軽蔑しているということではなくて、ある領域というのは、片足を突っ込んだぐらいでできるようになるなどということはあるけど、それが身にしみてわかったのです。

だから、私が臨床をどっぷり浸かってやらざるを得ないのと同じように、おそらく基礎医学というものもちょっとついでにやるなどという甘いことは許されないだろうと思っているのです。だから基礎医学者の先生方に深い敬意を持つという意味において、自分は手を出さないということなのです。

【岩岡】 まさに勝俣先生も臨床、腫瘍内科としてやられていますけれども、いま基礎と臨床というお話が出たのですが、やはりいまでも大学病院の教授というのは、臨床の教授であってもまだまだ基礎研究でまず学位を取って、基礎研究の論文をたくさん書いて、インパクトファクターなりで教授になってみると、実は臨床的にはほとんどできないような先生が、つい最近も私のよく知っている大学病院にもいましたが、その辺がやはり基礎と臨床というのは全く別で、よく岩田先生が本で「いくらフェラリがすごく速くても、空を飛べといっても無理だ、基礎と臨床を一人で同時にやるのはその位無理なこと」と書かれています。やはりそれぞれの分野のトップを一人でやることはとてもではないけれども難しいというか、至難のわざというのか、よほどでなければできないですね。

【岩田】 それは、たぶん超天才中の天才でなければ無理ですね。山中伸弥先生ですら、臨床は苦手だとおっしゃっているわけです。それはアメリカでもヨーロッパでもそうなのですが、ある領域で世界的なオーソリティになることは、基礎医学で優れた方というのは臨床には手を出さないですね。逆に、MD-PhD というのはたぶん日本独特の文化なのですが、アメリカの MD という

のは PhD を持っていない人がほとんどで、しかも臨床医でもリサーチを一生懸命やっている人は臨床にはあまり手を出さないですし、両方やるというのは極めてずば抜けた、特別な存在の人で、一般の、少なくとも私のような人間にはとてもとても無理な話だと思います。

● 医学教育について

【岩岡】 岩田先生が神戸大学の教授になられたのはすばらしいと思うのですが、でもまだまだ少ないというか、研究でやっている人も多いのですが、でも 100 人の医者がいたら、臨床になる人が 8～9 割になるわけですが、臨床医を育てるということでの大学病院の教育も非常に大事になってきますね。

【岩田】 もちろん、学生教育は非常に大事ですから。

【岩岡】 先生は教育も熱心にされていて。

【岩田】 やはり臨床について言うと、学部学生の能力は日本は極めつけに低いです。これは絶望的に低いです。

【岩岡】 そうおっしゃっていますね、ハワイ大学の学生との比較を最近書いていらっしゃいましたね。

【岩田】 ほとんど同じインテリジェンスの持ち主なのです。つまり、これは頭のよい、悪いの問題ではなくて、教え方が悪いのです。私も含めて、神戸大学の教員がきちんと臨床医学を教えていないからできないので、学生のせいではありません。

同じように、たぶん神戸大学だけではなく、ほとんどの日本の医学部は臨床医学ということについてきちんと教えていないと思

います。だからアメリカやほかの国の医学生と天と地ほどの差がついてしまうのです。もう、余りにも露骨な差が出ています。

【岩岡】 それはやはり、教育ということも大事だということですね。

【岩田】 はい、反省ですけれども、学生さんには申しわけないですけれども。

【岩岡】 それはきっと、どこの大学でもそうなのでしょうね。

最初からそれだけ差がついているということは、研修医の段階になったらそれはもうすぐく……。

【岩田】 どちらかという、日本は医者になってから臨床を学べ、みたいな雰囲気があるでしょう。国家試験に受かるための方便として勉強をして、学生のときは部活動を生懸命やって、医者になって免許を取ってからベッドサイドで頑張るなさい、みたいなところがあるので。

【岩岡】 皆、イヤートートで頑張って勉強しなさい、みたいにしてくるのですが。

そうすると、また話はそれますが、最近メディカルスクール構想とか、医学部を増やそうという話があって、アメリカのように 4 年制の大学を出た人が医学部へ行くようにして、最初から 4 年にして、臨床のみに特化して、卒業したら MD だ、そんな意見もあるのですが、その辺についてはどうですか。

【岩田】 個人的には、私はメディカルスクールには反対なのです。反対なのですが、そういうのが日本に 1 つや 2 つはあってもよいと思います。

【岩岡】 というのは、多様性という意味で、少しはあってもよいということですか。

【岩田】いろいろなバリエーションがあってもかまわないので、例えば聖路加や亀田がメディカルスクールをつくろうと言っていますけれども、そういうものが1個や2個あってもよいと思います。

【岩岡】1個や2個はあってもよいけれども、それが全部になってしまうと、それはまた……。

【岩田】というのは、イギリスなどは5年制や6年制の医学部、高校を卒業してすぐ医学部へ行く国もたくさんあるので、決して日本の医学生が臨床医学ができないのは、メディカルスクールかそうではないかの差という制度問題ではなくて、別の部分……。

【岩岡】教育の問題ですね。

【岩田】そうです、教育の有無の問題だと思っています。

【岩岡】イギリスは日本と同じような感じなのですね。

【岩田】そうです、高校を卒業するとすぐに医学部に行きますから。

【岩岡】でも、イギリスも臨床ができる人はたくさんいますね。

【岩田】イギリスは、50%以上がGP、ジェネラリストで、私は臨床能力は割と高いと思います。

【岩岡】そうですね。

勝俣先生、どうですか。医学教育なり、医学生なり、研修医の教育について。

●企業との付き合い方・COIについて

【勝俣】そうですね、教育の問題というのは非常に大事な問題ですね。アメリカの医

学教育と比べると、50年も遅れているように言われていますからね。そのところはやはり、これからの課題だと思います。

臨床教育の中の、やはり臨床医学を軽視しているということもありますけれども、よくCOIとか、企業とのつき合い方みたいなところ、先生、アメリカの研修ではそんなことを、どのようにつき合うかななどを教えてもらうことはあるのですか。

【岩田】それは私が研修医をやっていたころは全然なくて、それは割と最近アメリカで言われるようになっていたのですが、実はアメリカは企業とのつき合い方がけっこうズルズルベッタリだと私は思っています。最近、よく「ボールペンをもらわないようにしましょう」とか、かなり厳しく言われていますけれども、それはどちらかというと、全然なっていないから厳しく言われるようになったという逆説で、きちんとできていれば……。

【勝俣】それは研修医でも、レジデントでもですか。

【岩田】私がレジデントをやっていたころは、例えば企業の人がレクチャーをやって、ご飯をおごってもらったり、学会などへ行くといろいろなものをもらったり、あるいは感染症のフェローなどはけっこう保養地等へ、旅費まで出してもらって数日間のセミナーを、のんびり遊んで、みたいなこともありました。

いまはそれが非常に厳しくなっているのですが、例えばNew England Journal of Medicineなどは、日本に配られてくるのは非常に薄っぺらい雑誌ですが、アメリカであれを取ると半分ぐらいが広告

で、すごく分厚い雑誌なのです。だから、New Englandの編集長のマーシャ何とかという人が「アメリカは薬漬けになっている、ビッグファーマーだ」と批判していますけれども、そのNew Englandにしても実は製薬メーカーのスポンサーシップなしには存在できないという。だから、New Englandのホームページはすごく立派なものができているのですが、あの金はどこから来たのだ、という話になるわけです。

だから、COIやプロフェッショナリズムという点においては、私はアメリカはそれほどロールモデルでもないし、むしろ、例えば日本の病院の先生のほうがストイックに、お金ももらわずに夜遅くまで当直して、患者さんを診てという、プロとしては尊敬すべき人がむしろ多いのではないかとすら思っています。

【勝俣】そうですね、やはり研修医時代は企業とのつき合い方を制限すべきだと、私は思うのですが、幸いにして徳州会病院は全くそれが禁止なのです。

【岩岡】全くそういうことがなかったのですか。

【勝俣】はい、全くないので、接触があったら首、ぐらいに言われていますから、私が徳州会にいた間、ずっと4年間は全く接触がないので、勉強は自分でやるしかありませんでした。企業から情報をもらうということはまずないので。

【岩岡】MRさんとはまさに接点がなかった。

【勝俣】そうです、MRと接触がないので、自分で何とかして。当時は本当にインターネットがない時代ですから。

【岩岡】ネットが始まる前ぐらいのころで。

【勝俣】はい、CD-ROMぐらいしかなかったので、図書館にこもって文献検索をするとか、そのぐらい必死にやっていました。

【岩岡】それでがんセンターに行かれたら、だいぶ状況は違っていたのでは。

【勝俣】だいぶ変わりましたけれども、でも国立病院なのでだいぶ制限はありました。でも、周りの話を聞くととんでもない世界があると聞きましたけれども。そういった意味でも、やはり自分で勉強するということが非常に大事ではないかと、個人的には思っています。若いうちからそういう変な習慣を覚えると、ずっとそのようになってしまうかな、と思います。

【岩岡】確かに、研修医のうちの経験は大事かもしれませんね。COIも含めて、勉強会でも、いわゆる大きな学会でのランチョンセミナーなりイブニングセミナー、全部スポンサードになっているので。

【岩田】セミナーなどは、薬の名前を露骨に出して「何とかマイシンを中心に」みたいなものをやっていますから。

【勝俣】ランチョンセミナーといえば、海外の学会と日本の学会の違うところは、アメリカの学会にランチョンセミナーというものはないですよ。ありますか。

【岩田】参加者全員に簡単なサンドイッチみたいなランチを地下のフロアーで配っているだけで、企業スポンサーの豪華なランチョンセミナーというものはたぶん日本だけのものだと思います。

【岩岡】あれは日本だけなのですか。いつの間にか日本で始まって、いまや多くの学会でありますね。

【勝俣】私はオンコロジー学会をアメリカ

とヨーロッパで見ましたけれども、ランチョンセミナーというものはないので、企業がプログラムを組んだものを、学会の中に入れないです。学会会場以外で、夕方に行って、ということになるのです。

【岩田】そうですね、独立したプログラムとしてやることはあります。

【岩岡】日本の学会はいつの間にかやり始めてしまって、いつの間にか大抵の大きな学会には全部あって。

【岩田】そうですね、私も最初、呼ばれてランチョンセミナーのスピーカーでしゃべったりしていたのですが、いまはほとんどランチョンセミナーには参加しないです。

【岩岡】断るようになっておられる。

【岩田】非常にそれは問題……、あるいはランチョンセミナーに出ても、その薬とは何の関係もない話をするという条件つきでやるのがほとんどです。

日本のドクターって、恐ろしいほど教科書を読まない人が多いのです。これは前に

調査したことがあるのですが、医療情報をどこから入れているかというと、けっこうMRさんから入れているというパターンが多くて、MRさんって、日本の薬の使われ方がすごくいびつじゃないですか。診療ガイドラインに書いてある推奨薬と、実際に使われている薬の差がものすごく大きい、糖尿病しかり、高血圧しかり、それから日本の抗菌薬しかりで、マーケットで売られているランキングと、推奨薬の差が激しい。なぜそうなるのかということは、すごく興味深いですね。

【岩岡】なるほど。確かに先生がおっしゃったように、糖尿病なら DPP-4 阻害薬、高血圧なら ARB が圧倒的に日本では使われているけれども、実際のエビデンスからいえば、メトホルミンが第1選択であるし、それから ARB ではなくて、サイアザイド系が安い価格でしっかり最初に使うというようになっている。それが全然違うというのは、非常にメーカーバイアスなりがあるし。



【岩田】メーカーバイアスは非常に大きいですね。しかも、メーカーというのは非常にうまいので、上手に情報を出すので、本人はバイアスがかかっているとは思っていないのです。自分は中立公正に出していると思っているけれども、それは皆だまされていて、バイアスというのはまさにそういうもので、自分が気がついていないからこそバイアスなわけです。

【岩岡】確かにそうですね。ありがとうございます。

【勝俣】学会などでも、ランチョンセミナーが正規のプログラムのように組まれていると、聞いているほうはわからないですよ。ランチョンセミナーだと思っても、やはり飯を食いながら聞きますから。

【岩岡】午前中のセッションがあって、昼のランチョンセミナーがあって、そこにも同じような先生が出てきてやるから、皆同じだと思っている。

例えば時々あるのは、いろいろな医学分野の名医紹介本というのがあって、それをたまたま見ていると、いろいろな病院に取材して先生方が載っているページに、シームレスで広告ページが入っていて、そこは2ページで医師が200万円も出している。広告とは小さくしか書いていなくて、読んでいる人は「これは名医の先生だ」と思ってしまう。そんなものと同じような、広告と本当の紹介が全部一緒になっている。その辺がシームレスになっているところが非常にうまくなってきていますね。

【勝俣】若い人たちはだまされてしましますね。

● 総合診療科について

【岩岡】若い人たちがだまされてはいけないということで、しっかりそういうところを教育というか、指導していかなければいけないですね。

きょうの話ともつながるのですが、今後総合診療科というものが非常に大事になって、総合診療科という新しい専門医が日本でもできることになります。それがもうすぐ、2～3年後のことで、専門医制度もいま日本の場合には各学会で認定して、更新しています。これからは認定、更新をする第三者機関をつくろうと、やっとよい話になってきました。その辺について、今後の、まさに総合診療科、それから新しい専門医制度ができることで、いままでの流れ、例えばプライマリケア連合学会の先生方に何人も話を聞くと、その学会にはいっさいランチョンセミナーもないし、メーカーのスポンサーは何もないようにしてやっているのですが、プライマリケア学会の先生方は、自分たちで意識してCOIからきっちり離れているから、そういう先生方がだんだん増えていくと、変わっていくと思って期待しているのですが、新しい専門医制度な



り総合診療科についての日本における期待なり、問題点なり、その辺についての話題はどうでしょうか。

【岩田】 まず専門医制度についてですが、完全に学会から切り離すべきだと思います。もちろん、制度そのものをつくるときに学会のメンバーが作業するのは、専門性を担保する上で当然ですが、組織として学会とくっついて、学会にお金を払ったり、長い間学会にご奉公することのごほうびとしての専門医認定がもらえるというのは、癒着の原因になりますので、断固として切り離すべきですし、それが常識だと思います。

そうすることによって、学会は学会としてのアカデミズムの独立性が保てるし、専門医は専門医としての独立性が保てて、質を担保する上でも非常に重要なことだと思います。それから、各科間の専門医のクオリティを均質に保つ、つまりある学会はめちゃくちゃ楽に専門医が取れるけれども、こちらはめちゃくちゃ厳しいみたいな……。

【岩岡】 日本の場合はそれがすごくバラバラですものね。

【岩田】 そうです。そうすると、各専門科間でのルサンチマンみたいなものが生じるし、「あれは専門医といっても本当は違うのだ」みたいな、わけのわからないことが出てきますので、こちらに返ってくるのであまり言えないですが。

【岩岡】 その辺は、アメリカの場合はボードというものがきちんとできていることで、それは独立しているわけですね。

【岩田】 そうです。アメリカは、例えば内科であれば ABIM というものが統括しているので、内科系に関していうと、すべてのサブ

スペシャリティはここが一括して管理していますから、ここは高くてここは低いというようなことはそれほどないわけです。ちょっとの差はあるかもしれませんが、専門医については、それでよいと思います。

あと、専門医のクオリティを担保するという意味で、クオリティ担保の基準というものをしっかりとしてほしいと思います。それはやはり、臨床能力ということになりますので、当然訓練がどれだけされているかとか、どういう経験をしたとか、どういう知的能力があるかとか。

【勝俣】 どこまでやるかですね。私もいま、オンコロジーのプログラムをつくっているのですが、アメリカの ACGME が定期的に監査をして、きちんとやっているかを実地調査するのです。

【岩岡】 いわゆるサイトビジットですね。

【勝俣】 そうです。日本は、そこまでやっている学会は皆無です。そこまでクオリティを保つためにやるかどうかです。

日本は、評価ということが非常に苦手なのです。政治もそうですね、ばらまきといって金だけばらまくけれども、それがきちんと使われているかを評価しない国なのです。

【岩岡】 日本の学会も専門医制度をつくるけれども、そのあとの評価というのがないということですね。

【勝俣】 きちんと評価も、サイトビジットもやらないと、私は結局だめだと思います。ペーパーだけ出して「これをやってますよ」というやり方では、だれもそれが本当かどうか分からないですね。そこまで踏み込んでやるべきだと、まあ一応そこまで

考えているようなのですが。

【岩岡】この間、内科学会の教育病院連絡会議に行ってみたときは、内科学会もそういうこともこれからはやるとは言っていました。

● 社会が医師にいただく幻想

【勝俣】でも、たぶんそれは現場から相当反対されるのです。来てもらっては困るから。そこを本当にやらなければいけないし、社会全体で「このようにするのだ、日本の専門医制度はここがひどいのだ」ということをもっとオープンにしてやらないと、いちばん悪いのは、日本の国民たちは「お医者さんたちは頭がよいから、きちんとやっているだろう」という幻想があると私は思うのです。そうではないということをオープンにして、きちんと社会全体で見張ってもらえるようにしなければいけません。

メディアなども、お医者さんたちの言うとおりのところがありますからね、日本のメディアは批判ができないのです。

【岩田】それが逆に、不祥事があるとぼろくそにたたくことになって、医者は完璧でなければいけないという変な風潮がありますね。あれは裏返しなのです。

【岩岡】なるほど。そうすると、先ほど岩田先生も少しおっしゃったのですが、専門医制度で質の担保ということだと、いままで日本の専門医だと、まず学会ごとに専門医の数が全然違うし、自己増殖型だからどんどん認定する、例えば心臓血管外科学会はこんなに日本にはいないのではないかといい、更新できない人もいる。アメリカだと、人口との比較で必要数がある程度

決めて、その数だけしか認定しないようにしているのですが、その辺のコントロールについてはどうですか、日本はどうすべきかについて。

【岩田】これはなかなか難しいところがあって、たぶんそれは職能団体としての自立性と、全体のバランスとの問題になると思います。

私は必ずしもアメリカのようにやる必要はないと思っているので、アメリカはよくも悪くも何かにつけて極端なので、やり過ぎなところも若干あって、無駄というものも多くて、アメリカの医療費が非常に多いのも、例えばサイトビジットもよいけれども、それに余りにもエネルギーを使い過ぎて医療費がふくれ上がるという、ちょっと極論があるのです。日本はそこまでやる必要はないと思います。

ただ、少なくともいまの日本の制度は、海外の人に「これが日本の制度です」といって自信を持って見せられるほどのことはない。ですから、アメリカと違っていても全くかまわないけれども、少なくとも「日本はこうやっていますよ」と堂々とヨーロッパやアメリカやほかのアジアの国の人に紹介して、胸を張って「これが日本のやり方だ」と言えるものであるべきだと思います。

【岩岡】そのような、トランスペアレンシーとアカウンタビリティの……。

【岩田】で、いまは言えません。「こんなものです、すみません」という感じです。

【岩岡】アメリカほど極端にいくことはないけれども、やはり改善しなければならぬ点はいろいろあるだろうと。

●ジェネラリストとスペシャリスト

【岩田】 ええ、数のバランスというのは大事ですが、そこもあまりリジッドにやってしまうと、よくあるのは格差社会ができてしまって、アメリカなどがそうなのですが、アメリカは明らかに先ほど出てきたジェネラリストとスペシャリストの格差が生まれているのです。つまり、お給料はよいし、ステータスは高いし、いわゆるジェネラリストは下に見られているところがあります。もちろん「そんなことはない」と公の場では皆さんおっしゃるし、すべての団体は「ジェネラリストが下だなどとは思っていない」と言うと思いますが、それは「私は黒人差別などしません」と公には言うけれども差別が存在するのと同じで、明らかにアメリカにはスペシャリストとジェネラリストの格差は存在するし、スペシャリスト間でもできるだけ細かいことができる人ほど偉いという格差は存在します。

それは、日本ではやはりなじまないもので、日本ではとにかくジェネラリストは普及すべきですけども、私はジェネラリストと言われている人たちとスペシャリストのコミュニケーションを非常に密にやって、アメリカのような二元論、それから格差というものができないように工夫すべきだと思っています。それから、これは最近医学書院で連載しているのですが、「ジェネシャリスト宣言」といって、どちらかというピュージェネラリストとピュアスペシャリストでブチッと分けるというよりは、勝俣先生や私たちが希求しているように、スペシャリストもある程度ジェネラルができ

る、ジェネシャリストと呼ばれている人たち。何か得意分野があって、自分のアイデンティティクライシスに陥らないようにする。それが、例えば医学教育でも、EBMでも、漢方薬でも、何でもよいのですが、何か得意な領域があるという軸を持ったジェネラリストになる。そうすると、両者の差が比較的緩やかになって、シームレスになっていくのです。

そうすることによって、アメリカやヨーロッパの国が陥ったジェネラリスト・スペシャリスト・ダイコトミー、お互いの対立やルサンチマンみたいなものが生じないようにするべきだと私は思っています。

【岩岡】 ありがとうございます。そうですね、勝俣先生もそういうお考えですね。

【勝俣】 そう思いますね。岩田先生の二元論のお話はいつも楽しく読ませていただいています。

【岩岡】 そうですね、私もです。どうしても二元論に陥ってしまうと。確かにいまの話と関連して、総合診療科というものも実は15年以前に厚労省が指導して、いったんいろいろな大学に総合診療科なり総合内科ができたのですが、それが結局いったん衰退してしまったのは、そこへ行った先生にいろいろ聞くと、各科からスペシャリストが「おれたちはこの病気が専門だから」ということで、わからないものがウェイストバスケットの投げられて、疲弊したと。まさに先ほどのスペシャリスト・ジェネラリストが構造的に対立してしまったことからいったん衰退したと聞いているのですが、やはりそういう問題があったということなのでしょうね。

【岩田】私の理解だと、スペシャリストからのジェネラリストへの無理解、それからジェネラリストのそれに対する反発、いわゆる私の大嫌いな言葉に「臓器を診て人を診ない」という言葉があるのですが、実際にはスペシャリストも臓器だけ診て人を診ていないということはないのですが、そのようなやり方でスペシャリストを揶揄して「あの人たちは本当の医者じゃない」みたいな言い方をするジェネラリストもいたわけです。それでは向こうも怒るわけで、やはりああいう「おれとあいつは違う」みたいなのはお互いのためによくありません。

【岩岡】そうですね。そうすると、いまの30歳代ぐらいから40歳代のジェネラリストの先生を見ていても、もちろんきちんと臨床をやり、スペシャリストはスペシャリストで必要だし、スペシャリストもジェネラリストがあつてこそ、まさにお互い持ちつ持たれつで、感染症科でいえば、先生がおっしゃるように感染症専門医がいれば、外科の先生はそのときの感染症はお願いすればよいから、オペに専念する。例えばがんでも、原発不明がんだったら腫瘍内科の先生に頼む。そういう意味で、両方一緒にコワーキングというか、コーディネートできるという意味で、そういう形で考えていけば、お互いに発展するし、お互いを尊敬すると。そういう方向へ行けば、今度の総合診療科というものはうまくいってほしいというか……。

【岩田】結局、一緒にいてくれて自分が楽になる存在というのがすごく大事なのです。だから、感染症でもオンコロジーでもそうなのですが、外科の先生がいちばん大事にしているのはやはり自分のオペに専念でき

るということなのです。そうすると、実は化学療法はオンコロジストにお任せして、合併症で感染症が起きたら感染症の先生を呼んでお任せすればいいやということになると、だれがいちばん得をするかということ、外科の先生なのです。でも、これになれてしまうと、神戸大学病院などはまさにそうなのですが、コンサルトにひっきりなしに來るのです。この味をしめてしまったら、いちいち感染症を自分で、新しい抗菌薬が出たら勉強して、検査して、マネージして、おっかなびっくりでやって、なおかつオペの力も伸ばすなんて面倒くさいことはできるわけがないです。そうしたら「あれは先生にお任せします」と言ったほうが、本人がいちばん得をするのです。

このように、ジェネラリスト・スペシャリストの間でもお互いが仲よくやりながら、尊重し合いながらやっていくと、僕らがいちばん楽なのだという、お互いが楽になるというような形になってやっていくと。それがチーム医療の真の姿だと思います。

【岩岡】そうですね。患者さんにとっても、それがいちばんよいことですね。

●コミュニケーションの大切さ

【岩田】そうです。そのためには、やはりコミュニケーションというものがいちばん大事で、異なるスペシャリティの人たちが1人の患者さん、複合的な患者さんに対していろいろな側面からコミュニケーションをとる。ただカルテに「私はこうやりました。検査しておきました」とボンと書いて終わりといういままでの対診のやり方ではなく

て「この患者さんについてはこのように考えているのだ」というお互いの意見と見解をぶつけ合うことが、先ほど休憩時間に出てきた本当の意味での弁証法、異なる意見をぶつけ合うことによって価値を高めていくというやり方だと思います。

【勝俣】私もコミュニケーションがいちばん大事だと思っています。ほかの科とのコミュニケーションがなさすぎだと思います。例えば、オンコロジーなどはコミュニケーションがないとできないので、ただ紙ベースでコンサルテーションしました、ではなくて、顔を突き合わせて、同じ場でディスカッションするというのが、日本の医学の文化にはあまりないのです。

【岩岡】そうですね、そういうコンサルテーション依頼も、大抵は依頼用紙に書いて、それをカルテに「こうしました」と書くだけだったりして、お互いに会ってやるということはあまりないのですが、アメリカなどだとそういうコンサルテーションを受けた科と、主治医なりがディスカッションを……。

【岩田】アメリカも、コミュニケーションはあまりうまくいっていないのです。アメリカはどちらかというと分業主義なので、「感染症、よろしく」という感じでノートを書いて、「それじゃあ」というので、お互いがとにかく不干渉主義というか、あれはあれでコミュニケーションがとれていないのです。

つまり、日本は自分で全部抱え込もうとする、アメリカは全部お任せすると、両極端なのです。私は、どちらもコミュニケーションとしては不十分だと思っています、い

まアメリカはとにかくどんどん忙しくなっていて、クオリティアシュアランスという名の下にいろいろなコンプライアンスの問題が出てきて、たくさんのをやらなければいけないのです。ドクターは皆忙しいのです。

昔の話を聞くと、昔は看護師さんと一緒に回診して、患者さんについていろいろ話し合っ、コミュニケーションの時間がたくさんあったのに、いまはペーパーワークが多すぎてそんなことをやっている暇はないので、看護師さんは看護師さんで勝手に患者さんを見て、ドクターはドクターで回診するから、お互いに会って一緒に話をするなんて、そんなことは忙しくて無理ですという感じです。それはやはり日本に持ち込むべきではなくて。

【勝俣】確かにね。それは日本が今後そうなってほしくない例ですね。

【岩岡】そうですね。だから、常にアメリカの例でもよいところはもちろん学ぶべきことはあるけれども、そういう問題なところはしっかり認識している先生から聞いて、そこは学ばないようにしなければいけませんね。

時々、実際アメリカなどへ行くと、おそらくよく短期見学なり短期留学などをした先生は、よいところしか見せられていないと、どうしてもそのすぐくよいところだけを言ってくる先生がいたりして、すぐくそれを持ち込もうとされてしまうので、実際に何年も働いた先生と数カ月の人とは全然違うと思うので、その辺もありますね。

【岩田】私がアメリカにいたときに、日本から見学集団が来て、私が通訳させられたのです。病院を回って「アメリカではこう

なっている」と言って、組織図をつくって、こういうチームができて、例えばアメリカでは医療訴訟対策でこういう専門家を雇って、こんなチームがあって、電話連絡をこのようにして、ピシッとシステムをつくっています、みたいなプレをして、日本のドクターが「ふーん、すごいな。アメリカはこんなに進んでいるんだ」と言うわけです。私は「ちゃんと質問をすればいいのに」と思うのですが、日本のドクターって質問をしないのです。

「そんなにすごい堅牢なシステムをつくって、本当に訴訟は減りましたか」と私が聞いたら「いや、それは減っていないんだけど」みたいな、要するにシステムをつくりました、アメリカはこうなっています、そこで日本の見学者たちはとまってしまうのですが、アメリカはよくも悪くも実験国家なので、新しいことをどんどんやるのです。中にはうまくいくこともあるし、大失敗に終わることもあるのです。だから大事なのは「アメリカではこうなっています」ということではなくて、それでアメリカがうまくいったのか、失敗に終わったのか、むしろ日本はそれをジッと見ていて「ああ、これはまねするべきだ」とか「これはまねしてはいけないな」と判断すればよいだけの話だと思っています。

【岩岡】そういうところまできちんと見た上で、ということですね。

● インフォームドコンセントの弊害

【勝俣】ついからです、インフォームド・コンセントというものがアメリカから入っ

てきましたけれども、いま日本では同意書がどんどん増えていますね。あれは、アメリカのインフォームド・コンセントをそっだけ見て日本に導入した弊害だと思うのです。あれをやることによって、逆に患者さんとのコミュニケーションがなくなってきて、ただ紙を渡してサインすればいいだろう、みたいなところがありますね。

【岩岡】その紙もどんどん増えていますね。

【岩田】あれで医者と患者さんのコミュニケーションが円滑になったなどという話は1度も聞かないし、どちらかというとむしろ険悪になっていますよね。

【岩岡】そうですね。まず、ベッドに抑制してもよいかどうかとか、人工呼吸器をつけるかどうか、全部その紙でやって、まだ初めて会ったばかりの主治医と家族なり患者さんが最初からそんなふうになってしまっで、確かにそういうことはありますね。

訴訟対策なり、アメリカのシステム、確かに形や文書をつくって、アメリカの本などを見ると非常にきちんと書いてあるのですが、逆に岩田先生がおっしゃったように、きちんとできないからこそつくる、みたいなところもありますよね。

【岩田】そうです。よくアメリカでは「ドキュメンテーションが大事だ」と言うのですが、それは医療訴訟が余りにも多いので、証拠保全のためにということで、本末転倒なのです。

【勝俣】インフォームド・コンセントも、同意書を書いたからといって訴訟が減ったわけでもなくて、向こうはかえって増えていますからね。

【岩岡】そうですね、やはりコミュニケー

ションなのですね。それは各チームの中でもそうだし、患者さんとも話すということが大事ですね。

【岩田】きちんと対話ができていると、驚くほど訴訟というのは起きないのです。要するに、お互い信頼関係ができていると、治療がうまくいっても、残念ながらうまくいなくても、少なくともいきなり訴訟に飛びつくということはあまりなくて、それはいろいろな怒りや悲しみの感情は当然生じますけれども、いきなり弁護士を呼んで、みたいな話には絶対になりません。それはお互いの人間関係ができているからなのです。

【岩岡】そうですね。それは医療安全をやっている専門の先生に聞いても、医療訴訟になるほとんどはコミュニケーションエラーなり、患者医師関係がうまくいっていないことでなると言っています。私の友達で自治医大の長谷川剛先生という呼吸器外科医でかつ医療安全が専門の先生もいつもおっしゃっています。

●日本の医療の良い点について

【岩岡】ではいままで日本の医療の問題点をいろいろ言ってきましたが、日本の医療のよい点、優れた点もあると思うのですが、その辺について、今度は勝俣先生から。何かよい点というのはありますか。全体的に見ていただいて。

【勝俣】そうですね、日本のお医者さんはやはりよい先生が多くて、個人的な能力は相当優れていると思うのです。向こうのドクターと話していても、日本のドクターは勤勉だし、まじめだし、個人的な能力もけっ



こうあると思うのです。ですから、日本のよいところを生かしていかにかこれから発展するかということなのですが、私はこれからのキーワードは、やはりチーム医療をうまく成功させることと、もっとコミュニケーションをとるということでしょうか。

個人的な能力はそれほど変わらないところもあるというか、むしろ日本の先生には個人的なスーパードクターみたいな方が確かにいるので、そここのところをもう少し、底辺のボトムアップも大事なので、そここのところではチーム医療も大事ですし、あとはやはり教育のレベルを上げないと、単にスーパードクターだけに頼ってでは医療は成り立ちませんので、教育のボトムアップは必要ではないかと思います。

成功すれば、たぶん世界に誇れる日本の医療になる可能性はあると思います。

【岩岡】岩田先生はいかがですか。

【岩田】私も先ほどご指摘があったように、日本のドクターは非常に勤勉ですし、ストイックですし、無欲ですし、よい意味での

和を重んじるという、もともと基底の文化というものを持っているので、上手にそれを誘導してやれば、非常によいものができると思います。特に、チーム医療には非常に親和性が高いともともと思っているのです。たぶんあれは80年代の終わりから90年代にかけて、ノーと言えるとか、自己主張しなければいけないとか、アイデンティティを求めなければいけないとか、自分探しをするとか、それこそアメリカの悪いところを全部導入して、これからはいろいろなものを言わなければだめだみたいな風潮がありました。ものを言うのはかまわないけれども、ただ主張するだけで相手の言うことを聞かないみたいな変な文化みたいなものがだんだん増えてきて、いま非常に問題になってきて、むしろまず皆で仲よくするというのを土台にして、そこから話し始めましょうという、昔から日本が持っていた空気をつくるといいますか、場の空気をつくるということを大事にするみたいなことは、もともと日本人の得意わざだったのです。

それからコミュニケーションについても、これはおもしろくて、私はコーチングというアメリカのコンセプトを勉強したことがあるのですが、コーチングで大事なものは繰り返しだと。オウム返しでやらなければだめだ、みたいなことを教わるわけです。それは、相手の言っていることをそのまま、例えば「先生、私、つらいんですよ」と言われたら「ああそうか、つらいんですね」と言う、こういうスキルなのですが、これは日本の落語や漫才で毎日のようにやっているのです。「先日おもしろいことがあった」「ほう、そうか。おもしろいことがあっ

たんか」みたいな。あれはだから、日本では最初からビルドインされているやり方なので、わざわざアメリカから持ってこなくとも、普通にできるのです。

そういった、日本がもともと持っているよさみたいなものを、案外日本というのは認識していないところがあるので、持っているよさをどんどん出していくと、私は日本の医療というのはチーム医療に非常に親和性が高いし、コミュニケーションもとれるチャンスはあると思います。

ただ、いろいろなことがあっていまはなかなかとれていないのですが、そういうところをうまく生かすことによってグッとよくなる可能性はあると思います。

【岩岡】ありがとうございます。

【勝俣】漫才というのはおもしろいですね、漫才を生かせ、みたいな。

【岩岡】確かに漫才はそうですね、まさにボケとツッコミといって、それぞれ繰り返す。確かにそれは傾聴なり、繰り返しなさいと言われている、まさにそういうところがあるかもしれませんね。



【岩田】あと、軽くどつくみたいなのが非常によくて、いまは人間関係がすぐギスギスしてしまっていて、ちょっとでも何か言うとなすぐに「ハラスメントだ」とか言うじゃないですか。あれもアメリカからの悪い例なのですが、本当に仲がよい友達というのは、ちょっとぐらい悪口を言っても人間関係は崩れないのです。だけど、こんなことを言ったら「それはハラスメントですよ」と言って人の揚げ足を取るようなことは、人間関係的には完全に破綻していますよね。

【岩岡】確かにそれはそうですね。ある程度のコミュニケーションがうまくとれている間だったら、多少そういうことを言ったりしてもよいのですが、それがあまり厳しくしてしまうとかえってよくない。確かにそうですね。

医療全体の話になると難しいのですが、例えば、きょうは主にアメリカと比較してきたのですが、ドイツの医療というのを私の知り合いの先生がよく勉強されていて、日本とドイツはかなり似ているので、アメリカはまず国民皆保険ではないし、ものすごくマネーオリエンテッドな社会だから、医学教育などのよいところはまねるけれども、制度的には同じようにはいかない。例えば、ドイツは国民皆保険で、あそこの場合はほとんど全医師が医師会に属しているのですね。一次医療はすべての開業医がまず地元で参加する。自分が病気のときと妊娠しているときは免除される。開業医の先生が一次で診た上で、二次なり専門医を紹介する。専門医制度もきちんと、内科系、外科系の免許を1つ取って、それプラスもう

1つと決まっていて、それを全部取らないとその科を標榜できない。ダイレクトに専門病院にかかりたい患者さんは、エクストラフィーを払えば行ける。うまくその制度のまねとか、学ぶべきところはけっこうあると思うのですが、ヨーロッパでもイギリスはけっこう伝わっているのですが、ドイツやフランスというのは言葉が違うせいとか、なかなか日本ではわかっていないのです。

ヨーロッパの医療というのは、アメリカとはまただいぶ違うので、岩田先生はイギリスなどにもお詳しいと思いますが、そういうほかのいろいろな国をもっと見て、学ぶべきところは学ぶべきだと思うのですが、その辺はどうですか、アメリカ以外の医療についてのことは。

【岩田】アメリカは、たぶん医療においても、ほかのことにしても、世界の中では超特殊なのです。よくグローバルスタンダードと言いますが、少なくともアメリカはスタンダードではないです。アメリカは、よくも悪くも超特殊です。だから、スタンダードとかアベレージで言うならば、むしろほかの国のほうが見られると思います。

でも、たぶん医療において「この国は理想郷だ」という完璧型というものはないのです。例えば、感染症の世界ではオランダの医療がすごくよいとよく言いますが、でも向こうに住んでいる日本人などに言わせると「オランダは病院にかかるのにいろいろ制限があって、すぐにかかれないうし、日本のほうがよい」と言う患者さんも多いです。日本は、アクセスのよさでは圧倒的に世界一、よくも悪くもアクセスがよいですから。だから、長所が欠点になるところも

ありますね。

なので、あまり隣の芝は青いといって、外国を理想化するのではなく、かといって「ここは日本だ」と言って鎖国的になるのではなく、よいところと悪いところを冷静に見る、鳥の目というのですか、上から俯瞰して見るようにして、そこで価値中立的であること、つまり日本がよいとか、アメリカがよいとか、あるいは逆、アメリカが悪いとか、日本が悪いとか、まずそういうイデオロギーをつくってものを見るのではなくて、よいとか悪いを抜きにして、上から見て、つまみ食いしてよいところを取って、悪いところはまねしないようにするという、究極的にはもっとよくなればそれでよいわけですから。

日本の医療は、もちろんよいところはたくさんあるけれども、少なくともいまは100点満点ではなくて、もっともっとよくしなければいけないことはたくさんあるわけです。だから「日本はだめだ」とたたき落とすのではなく、「日本はこれでよいのだ」と満足してしまうのではなく、「日本はよいところもあるけれども、もっとよくしよう」という、もっとポジティブな、前向きな姿勢が必要だと思っています。

【岩岡】確におっしゃるとおりです。勝俣先生はいかがですか。

【勝俣】岩田先生がほとんど言ってくれたので、同じでしょうか。グローバルな視点を持って、アメリカだけを見るのではなくて、ヨーロッパも見て、よいところがあればまねすればよいですし。

●アクセスの良すぎる日本の医療

【岩岡】そうですね。先ほど岩田先生がちょっとおっしゃった、医療というとアクセス、コスト、クオリティという3つがよく言われているのですが、確かに日本は本当にアクセスに関してはよすぎるというか、先生も書かれているように、かぜをひいて、3日熱が下がらなかったらすぐに大きな病院へ行ってしまうのですが、2回目もかかりつけ医に行きましようという、それはそのとおりで、ある程度総合病院で、うちも三次救急もやっていますが、地域の中核病院の一般外来では多くの方は「熱が出て3日目、開業医さんに行って下がりません」というような方で、でもその方たちは自然によくなる人がほとんどなのです。アクセスがよすぎるのが問題点の1つになっているところもあると思います。

コストはある程度抑えられているので、クオリティを上げるために、李先生が「3つとも上げるのは難しい」とおっしゃっていますが、アクセスをある程度コントロールしてでも、コストを抑えながらクオリティを上げたいと思うのです。

フリーアクセスということを経科玉条のごとく言う人がいますが、アクセスを制限するのではなくて、アクセスをコントロールすることもある程度必要だと私などは思うのです。その辺についてはいかがでしょうか。非常に難しいでしょうか。

【岩田】これもダイコトミーではなくて、オーディオの微調整のように、音が高い、低いとか、大きい、小さいではなくて、連続変数なので、どの辺で抑えるかというのは

微調整だと思うのです。もちろん、アクセスが悪いというのはよくないですが、かといって、いまのようにちょっと何かあれば大学病院とか、極端にアクセスがよいのも考え物で、やはりそこはほどというか、ほどほどにというよい日本語がありますので、やはりどの辺がよい落としどころか、落としどころというのもよい日本語だと思えますが……。

【岩岡】確かにそういう意味ではよいですね、いわゆるうまく調整して、アジャストメントする、そういう言葉として落としどころなり、ほどほどというのは。

【岩田】実は、兵庫県はそういう典型例があって、小児科の先生のところにもものすごくアクセスがよくて、お母さんたちがちょっとしたことですぐに小児科の先生のところに行くので、小児科の先生が疲弊してやめてしまう。やめてしまうとだれがいちばん困るかという、お母さんがいちばん困るわけですね。だから、お母さんたちが「小児科の先生が疲弊しないようにしましょう」ということをやるというモデルをつくったわけです。

今度はコミュニケーションという意味では、患者さんとわれわれとのコミュニケーションが大事で、たぶん患者さんはわれわれのことをあまりよく知らないと思うのです。極端なことを言うと、病院の院長などはちょっと朝病院に行って、あと午後はゴルフをしている、夜は銀座で飲み歩いているなどという小説かドキュメンタリーを読んだことがあります。けっこうそういうものだと思っている方もいるわけです。「先生はきょう外来はやっていません」と言う

と「じゃあ遊んでいるのか」と思っている患者さんはすごく多いです。週1とか週2で外来をやっていると「じゃあ、残りの日は遊んでいるのか」とか。その辺のコミュニケーションが、われわれもどちらかという患者さんに寄りしめないというか、象牙の塔みたいなのところがあったので、コミュニケーション失調に陥っていたのですが、やはりもっともっとカミングアウトして、われわれも一個の人間で、普通の人で、けっこういろいろ大変なんですよということを、これは小松先生が「医療崩壊」等を出して、ようやく患者さんに伝わり始めたと思うのです。20年前に比べると、だいぶ医療が悲惨だということが伝わってきていると思うので、このコミュニケーションが大切だと思っています。

【勝俣】社会ともしっかりコミュニケーションしなければいけないですね。社会、市民とコミュニケーションして、われわれがどうあるべきかということはわれわれだけで考えるのではなくて、皆で考えてどのようにしていくかということですね。

【岩岡】先ほどのアクセスの話もそうですね、それから先ほど岩田先生がおっしゃったコミュニケーション、医師が当直をやって、ほとんど眠れないような当直をして、翌日もずっと働いているということがやっといま少しずつわかってきて、いままではそういうことを普通の人は思っていないくて、ちゃんと全部交代しているのだろう、みたいに思っていて。

【岩田】何でこの先生は目の前で寝ているんだ、みたいな。

【岩岡】そう、38時間やっているとか、そ

ということがわからなかったということはありますよね。本当はきちんと交代制にできればよいのだけれども、なかなかそうはいかない。日本ではほとんどの場合それができていなくて、

【岩田】でも、私はそれはできていると思っています。できるというよりは、やっていないのが現状で、日本の場合、プロセスでできる、できないを語ってしまうので、まずゴールをしっかり持たないのです。ゴールを最初に決めてから、そのためにはどうすればよいかを逆算すればよいのに、最初から調整や問題点をゴチャッと出してしまうので、できない理由ばかりが積み重なってしまっていてできなくなってしまうのです。

【岩岡】まさに先生がおっしゃるとおりで、私が知っている、それこそ東京の大学、よいことだから名前を出してもよいと思いますが、慶應大学に入った若い研修医が、慶應大学に進んでいて、初期研修で入ったら、若い先生の当直明けは9時で申し送りをしたら帰ってよいという制度に数年前にしたらしいのですが、実際はまだできていなかったの、つい数年前に研修医で行った私の友達、早速それを実践して、本当に申し送りをしたら明けて帰るようにしていると言っていました。だから、そのように研修医から始まって、うちの病院なども当直明けは12時半で帰ってよいという規定にはなっているのですが、実際はほとんど誰も帰ってなくて、いちばん忙しい心臓血管外科の部長がきちんと12時半まで仕事をして「当直明けだから帰るよ」と、自分から帰って、ほかの人も帰らせる。やはり、そのように設定してやっていけばいく

らでもできる。最初から「それは無理だ」とやってしまっている部分があって、きちんと帰られるように……。

【岩田】うちはそうしています。亀田のときもそうでしたし、というか、沖縄中部の小児科がそうだったのです。沖縄中部は、すごく忙しい小児科がサインアウト制というのをきちんとつくって、そのかわり当直の医師が全部ビーパーを持つと。なので、主治医が呼ばれて家からやって来る、みたいなことをしないというルールをつくったのです。

【岩岡】では、かなり早くからやっていたのですね。

【岩田】そうです。私は最初からそれで育って、亀田にいたときも、神戸大に移ったときも、当直明けのドクターはとにかく帰ると。それは権利ではなくて義務であると。それは飛行機のパイロットがそうであるように、あるいは軍人さんがそうであるように、眠たくてボーッとした頭では、患者さんを診る資格があなたにはありませんというルールを決めて、だから破った人がバイオレーションでしかられる、というようにしたのです。

【岩岡】すばらしいですね。そうやって帰すと。そうなのですね、あと日本の場合は文化的に「おれは30何時間も連続で働いているんだぞ」みたいなことを誇るようなところが昔はありましたよね。

【岩田】いまでもあります。

【岩岡】いまでもあって、だからそうではなくて、きちんと患者さんのためには帰らなければいけないのだと。まさに以前のアメリカの論文で、30何時間ずっと働いている

医者の集中力、コンセンレーションを調べた研究があって、そうするとかなり酒気帯びに近いぐらい判断力が落ちているという研究も実際にありましたので、やはり帰すようにしています。

でも、なかなかそれは全病院というわけにはいかない。まだ特定の科ということですね。

【岩田】そうです。だから、ルール化してしまえば、実は手段というのはあとから出てくるので、そのためにはどうすればよいかという考えが出てくるのですが、最初に結論を決めないで「どうしよう」となると、できない理由が山のように出てくるのですよ。

【岩岡】まさにそうですね。ゴールを設定して、それに向けて努力なり改善をしていく。それはすばらしいですね。

勝俣先生の大学や、前の国立がんセンターはそのようにされていますか。まだまだこれからですか。先生のところは新しい、できたばかりで大変だと思いますが、ほかの科などでもまだまだ連続勤務なのでしょうか。

【勝俣】全然ですね。

【岩岡】でも、これからはそういう方向にしていくことになるでしょうね。

【勝俣】そうですね、そうしなければと思います。

【岩田】アメリカでも、ベルコミッションという労働基準をきっちり決めたのは、ジョン事件とって、寝不足の研修医が薬の投与を間違えたのかな。

【岩岡】たしかニューヨーク州で、有名な事件がありましたね。

【岩田】そうです、ニューヨークで患者さんが亡くなって、そのお父さんが「医者がこんな睡眠不足のままで勤務するのはおかしいのではないか」という裁判を起こしたのです。あれで流れが変わったのです。

【岩岡】そうですね、あれで週何十時間とか決まって。

【岩田】日本もいまのままでやっていると、昔は日本では医者がある程度むちゃをやってエラーがあっても、訴訟にはならなかったのですが、いまはそんな保証はどこにも



ないですから、このままほうっておくと必ず事故が起きます。福島ではないですが、事故が起きてから反省するのではなくて、事故が起きる前にポテンシャルのあるエラーを直しておく。われわれのエラーというのはすぐに人命にかかわるもので、医療の世界というのは怖いので、われわれのちょっとしたエラーで、ボタンの押し間違えなどがすぐに人の生死につながっているということにもっと自覚的であるべきだと思います。

【岩岡】本当にそうですね。だから、本当に当直明けのときは帰すということをしきりと義務としてやっていくと。

【岩田】私は当直明けに大エラーをしたことがあって、時効だからしゃべっていますが、高カリウムの患者さんが外来にいて、カリウムが6ぐらいで来ていて、その人に当直明けで、何を思ったか、カリウムを出してしまったのです。1～2時間経って「あれ、おれは何をやっていたんだ」と思って、慌てて患者さんに電話連絡しました。それでことなきを得たのですが、カリウムが高い患者さんにカリウムを出してしまうなんて、それは常識的にあり得ないし、知識とかそういう問題ではなくて、とにかくボーッとしているから……。

【岩岡】もう判断力がね。

【岩田】鈍っていたのです。それは私の友達にもいて、血小板が下がっている人にFFPを出してしまったり、輸血を間違えたり、とにかく判断力が狂っているときには理性も知性も関係ないのです。間違えてしまうのです。

そういう冷や汗をかくようなことをやっ

て、もう絶対にこれはやってはいけないと。それが実は当直明けは義務として、つまり「あなたは働く権利がない」というルールをつくったきっかけだったのですが、「こんなことをやっていたら、おれはいつか患者を殺すぞ」と思ったのです。

【岩岡】本当にそれは大事なことです。そういう判断。特に、外科医が当直をやったあとにそのまま翌朝のオペに入っている病院がまだまだたくさんあるので、それこそ本当にいちばん大変なところで、でも確かに「外科医が少ないから仕方がないのだ」といってやってきてしまっているのでしょうけれども、でも先にルールなりを決めてから外科医を何とか集めるなり、それこそ少なかったらオペの数をある程度制限するなり、そのようにしていかないといつまで経っても変わりませんよね。目標を、ゴールを設定しないと。

【岩田】ハザードが起きる前に変えるということですね。

【岩岡】ハザードが起きてからでは本当に大変ですからね。この辺はぜひ……。

【勝俣】大抵、私のクラスになるともう当直をしないので、部長になるとですね。そうすると「もう下の者に任せておけばいいや」となるので、本当にそれは日本の喫緊の問題点としなければいけないですね。

【岩岡】そうですね。確かに院長、教授、部長は当直をやらないですからね。

【勝俣】院長は当直をしませんけれども。

【岩岡】その辺も実は科によってバラバラで、うちぐらいの病院だと医者は全部で常勤が120人位いるのですが、科によってバラバラで、やはり何歳では切れなくて、私

がいま56歳で、去年からやっと当直が免除になったのですが、科によっては、脳外など忙しいところだと部長や副院長でもやっていたりします。そこはまた難しく、でもやはりある程度年齢というのも大事だと思います。年齢がある程度になると、判断も鈍るし、当直もきついということがあります。これも日本的で、病院によっては年齢ではなくて卒後年数で決めていたりして、それをやられると、大卒の先生などは大変なのです。40歳で研修医もいたりするので。そうすると、年齢で決めてあげたいけれども「君はまだ10年目でしょう」みたいなところもあって。

【岩田】卒後年数を聞かれるのは日本だけですからね。この間、病院のパンフレットに「卒後何年目」と書いてあって、びっくりしたことがあります。

【岩岡】外国では卒後何年とかいうことは聞かれないですか。

【岩田】絶対に聞かれないです、卒後何年目なんて。PGY3とか、最初の研修のときはありますが、そこから先は皆同じです。

【岩岡】あとは持っている専門医の資格は何かとか、そのぐらいで。

【岩田】要するに、1年目と2年目、2年目と3年目は違うでしょう。でも、10年目と12年目はどう違うのかわからないです。あるいは、15年目と30年目がどう違うのかも微妙ですよ。

先ほどの研修なども、病院長が率先して当直しているというのは実は裏腹で、いじめと一緒に、「おれでも当直しているんだか

ら、何でおまえも当直しないんだ」みたいなじめの構造になってしまうので、逆に危険なところもあります。

【岩岡】それも危険なところがありますね。院長が自らやってしまうと、みたいな。

【岩田】それはある意味怖いです。

●その他の横断的な診療科について

【岩岡】確かにそうですね。

あとは、横断的な科についてのことで補足ですが、やはり感染症科、腫瘍内科、総合診療科というところ、ERも含めてですが、もう1つ、日本でもずっと少ないと言われている病理、それから放射線診断、その辺も非常に大事なのですが、病理なり放射線診断医、治療医が全然足りないのですが、増えてこない。その辺について、何かお考えなり問題点なりはありますか。

【岩田】あまりこれは、という考えはないのですが、私はどちらかというと多様性があつたほうがよいと思っているので、選択肢は少ないよりも多いほうがよいと思います。医者への適性っていろいろじゃないですか。知識であり、技術であり、パーソナリティであり、対人関係能力であり、あるいは根性であり、体力であり、いろいろなのですが、たぶん科によって求められる度合いというものが違うと思うのです。例えば、外科の先生はやはり体力がたくさんないとだめだし、手の器用さも必要ですね。

(了)

鼎談を終えて

【岩田先生からのメッセージ】

メッセージということで、私はあまり他人にどうこうしろということはないのですが、最近思っているのは、楽しく生きるということとはすごく大事だと思います。

楽しいときはもちろん楽しく、つらいときも楽しいふりをすると、仲間を増やすときも「ここは本当にひどくて、つらいところで」と言っているところに仲間は集まりませんので、うそでもよいから楽しそうに過

ぎしているところに人は集まってきます。

人が集まってくれば、もっと楽しくなる。そういう相乗効果がありますので、若い先生方も自分の生きているところをつらい、汚い、しんどいと言っていると、だんだん仲間は逃げていきますから、うそでもよいから楽しそうに過ごす。そうすると、楽しい世界が本当にやって来ると思っています。

【勝俣先生からのメッセージ】

腫瘍内科はまだ認知度が少ないですが、単に抗がん剤だけを使う医者というわけではなくて、がんを総合的にアプローチする内科医が腫瘍内科医なのです。

治療方針に関して、抗がん剤・外科手術・放射線治療・緩和ケアまでコーディネート

するのも腫瘍内科医の仕事です。

是非、腫瘍内科医を知っていただきたいです。これから需要がある学問ですので、若い先生方にも知っていただいて、勉強していただければと思います。よろしくお願いします。

【岩岡先生からのメッセージ】

本日は岩田健太郎先生と勝俣範之先生をお招きして、感染症内科と腫瘍内科から見た日本の医療について、とても示唆に富む有意義なお話をさせていただきました。

若い先生方へのメッセージとしては、やはりきょう何度も出ましたように、多様性ということをぜひ強調したいと思います。どうしても、いまは初期研修で回る必修科がかなり限られています。きょうのお話にもあったように、ジェネラルに診られる、かつ何かサブスペシャリティも持つということで、非常にこれからの皆さんの医師としての幅が広がると思います。

私は医師になってもう30年が過ぎましたが、その私から見ても、感染症科、総合

診療科、腫瘍内科は幅広く患者さんを診られる、なおかつコミュニケーションが非常に大事な分野だと思いますので、これから非常に期待される分野でもありますし、まだまだ日本でお医者さんの数が必要だし、患者さんにとっても非常に重要な分野だと思います。

臓器別に、それぞれ皆専門分科はあるのですが、やはりこれからはジェネラルに診られる科にもっと進んでほしいと思いますので、若い先生方にはぜひきょうのお二人の先生の対談を参考にいただき、幅広く進路を考えて決めていただきたいと思います。きょうはどうもありがとうございました。

ちゅうが い がくしゃ ていだん
〈中外医学社ホームページ鼎談〉

かんせんしょう か しゅようない か かた
感染症科と腫瘍内科から語る,
ここがヘンだよ! 日本の医療

©

発 行 2013 年 12 月 25 日 1 版 1 刷

いわおか ひであき
岩岡 秀明

著 者 いわた けん たろう
岩田 健太郎

かつまた のりゆき
勝俣 範之

発行者 株式会社 中外医学社
代表取締役 青木 滋

〒162-0805 東京都新宿区矢来町 62
電 話 (03) 3268-2701 (代)
振替口座 00190-1-98814 番

Published in Japan