

INTERVIEW

東京北社会保険病院 総合診療科 医長
南郷栄秀先生



【プロフィール】 南郷栄秀先生 平成10年東京医科歯科大学医学部卒業、虎の門病院にて研修後、東京医科歯科大学医学部附属病院呼吸器科、同大学感染分子制御学分野を経て、虎の門病院分院内科総合診療科に勤務。平成19年に東京北社会保険病院に赴任、東京医科歯科大学医学部臨床准教授、岡山大学医学部非常勤講師、医師国家試験試験委員を兼務、現在に至る。専門は総合診療、EBM、医学教育。日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医、日本プライマリ・ケア連合学会 研修指導医・評議員、日本旅行医学会 認定医。

地域医療全体の パフォーマンスを上げる —そんな研修を目指して

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

新しい総合診療科の立ち上げにかかわって

山田隆司(聞き手) 今日は東京北社会保険病院に南郷栄秀先生を訪ねました。先生には地域医療振興協会の中核的な病院で研修、教育を担当していただいておりますが、ここに至るまでの先生の経歴をまずはお話しいただけますか。

南郷栄秀 私は平成10年に東京医科歯科大学を卒業

し、はじめは研究者になりたいと思っていました。自分自身に喘息があったので、呼吸器内科専門医になって研究をしよう。喘息は当時、炎症が病態のメインらしいということが分かり、吸入ステロイド剤が発作予防の基幹薬として新しく使われるようになってきたころでしたから、

アレルギー関係の研究をしたり、喘息という病気の完治を目指すような研究ができたりしたらいいなと思ったのです。高校生の時から医学に限らず何らかの研究者になりたいと考えていたのですが、医学部に入ったからにはやはり、患者さんを実際に診て患者さんの問題を考え、そこから研究に発展させたいと思うようになっていました。それで、研究の道に進む前に、まずは一通り医者として仕事ができるように研修をしようと考えたのです。

当時はまだ9割以上が大学に残る時代でしたが、大学を飛び出して虎の門病院で3年間の研修を受けました。

山田 それは内科の研修ですか。

南郷 一部麻酔科があったり消化器外科があったりしましたけれど、ほぼ内科ですね。2年間の初期研修、プラス3年間の後期研修のうちの1年間だけそこで研修し、4年目に大学に戻りました。もともと呼吸器内科の医局に所属していて3年の研修終了後に戻る約束になっていたのですが、戻ってきたら、大学の組織改変があって半年で辞めざるを得ませんでした。4年目の残りの半年間は免疫学の教室に入りましたが、一人で試験管を振って黙々と作業するのは性に合いませんでした。やはり患者さんと話しているほうが楽しいですね。それで5年目はどうかと考えていたところ、虎の門病院の神奈川県川崎市にある分院で新たに総合診療科を立ち上げるので来ないかというお誘いをいただきました。卒後2年目の終わりごろにEBM(根拠に基づいた医療)と出会ってかなり衝撃を受けていたのですが、総合診療の分野というのはEBMと親和性が高いですよ。ですので面白そうだなと、それで5年目から虎の門病院分院に勤務しました。虎の門病院の本院は大学病院のようにすべての専門診療科が揃っていて、総合診療で診るべき対象となる患者があまりいません。一方分院は、慢性期の病棟という位置付けでした

が、地元の要請で外来を開くことになったという経緯があり、逆にすべての専門診療科を揃えることができないので、本院にはない総合診療科を新たに立ち上げることになったのです。

山田 分院は何床の病院ですか？

南郷 300床です。

赴任した総合診療科には、内分泌を専門にする部長と自分しかいませんでした。その部長と、循環器専門の次の部長から、それぞれの専門分野についてはよく教えていただきましたが、それ以外のことは独学で学ぶしかありませんでした。結局5年間いて、それほど忙しくなく体力的には楽でしたが、牛歩のような成長だったので同期の他の医師よりも能力的に劣っているのではないかと悩み、精神面ではずい分苦勞しました。このころ心の支えになってくれたのは、院外で一緒にEBMを学んだ薬剤師さんを中心とする仲間存在でした。

山田 その時はもう研究にはこだわってはいなかったのですか。

南郷 実験といった類の基礎研究へのこだわりは全然なかったですね。ただ、この5年間に、母校の医学教育の教室から呼んでいただいて学生教育に携わるようになったり、自分自身でも学生対象のEBM勉強会を立ち上げたりしました。それから、月1回診療所で診療をする機会がありました。そこで初めて往診も経験したのですが、訪問したお宅の床の間にたくさん薬が積んであるのを見て「こんなところで生活しているのか」と衝撃を受けたこともありました。学生時代に総合診療の講義がなく、家庭医という存在すら知らなかったのですが、往診を通じて地域医療への興味がわいたこともあり、虎の門分院のあとは父の診療所を継ごうかなと考えていました。

山田 内科ですか？

南郷 父はもともとは産婦人科医だったのですが、今はもう産科はやっていませんし、婦人科もメインではなく、ほとんどが内科・小児科です。

診療所を継ぐ気持ちがあり、また上司の勧めもあったので、虎の門の最後のころは、内科学会の認定内科医、日本プライマリ・ケア学会の認定医、内科学会の総合内科専門医と順番に取っていきました。日本プライマリ・ケア学会の認定医のあと、Bコースで専門医を取得するのに8時間×5日間=40時間の専門研修が必要だったので、以前から存じ上げていた武蔵国分寺公園クリニックの名郷直樹先生(当時は横須賀市立うわまち病院に所属)に相談して湯沢町保健医療センターを紹介していただきました。湯沢には、以前にEBMワークショップでお世話になった浅井泰博先生が副センター長でいらっしゃったので、2006年に夏休みを使って、1週間そこにお

邪魔したのです。

山田 そうだったのですか。

南郷 湯沢では、センター長の井上陽介先生が、1週間でいろいろ見られるようにスケジュールを組んで下さったのですが、その時たまたま、現在県立志摩病院の管理者をなさっている片山繁先生が支援業務で整形外科の外来にいらしていたのですね。片山先生はとても面倒見のよい方で、お忙しい外来の中、初めて会った私にも、それまで経験したことなかった関節注射の方法を教えて下さったりしたのです。片山先生が普段は東京で仕事をなさっていると知り、この先生に付いて行こう!と思いました。

山田 まさに出会いですね。

研修医とともに自らも成長する研修

南郷 片山先生にお願いし、3年間くらい小児科と整形外科を研修させていただいた上で父の診療所を継ごうと考えて、2007年の3月に当院に異動しました。

その時に片山先生から、「小児科と整形外科と内視鏡の研修をしていいから、その代わりに研修医の教育を手伝ってほしい」と言われました。当院ではちょうど初期研修医の受け入れが始まっており、後期研修についても着手しようという時期だったのですね。研修医教育に力を注いでいるうちに、気付いたら、自分の研修はほとんどする暇がなく、指導医の役割ばかりになってしまっていました(笑)。でも、当院の研修医は真面目に食らいついてくるので、私自身も充実感があります。虎の門では独学で自分が成長するための5年間という感じでしたが、当院に来てからは、研修医に教えながら自分も育っていくというようなフェーズになって、はじめは3年のつもりが、あっという間にもう6年が過ぎていました(笑)。

山田 自分が研修医に教えることで成長していくというところが大きいのですね。特に地域医療やジェネラルの分野は、一つの専門分野と比べて、定型的なことを教えるというよりも、あくまで地域や臨床の場で目の前の患者さんに終始することが多いので、自分が考えてステップアップしていかなければならないわけですよ。

南郷 はい。問題があるところから何でも学ぶ、学ぶべきことは患者さんの中から生まれるのです。そして研修医の気付きが、私自身の学びにつながっていくことも日々実感しています。とても教えるなどと大それたものではないのです。

山田 地域医療振興協会の研修はもともとうわまち病院の名郷先生のもと、地域医療やへき地医療、医療の提供に困っている地域での医療に焦点を当てたものでした。そのため、初期にはへき地医療志向、地域医療志向の研修医がある程度の割合で集まっているのではないかと思います。

南郷 そうですね。私が当院に異動することが決まったあとに、名郷先生も1ヵ月遅れで当院に

赴任なさることになり、期せずして一緒に研修医を育てることになりました。

山田 先生は研修にかかわられて、ここの研修医についてどんな感じを持たれていますか。

南郷 当院の研修医は、誤解を恐れずに言えば、ずば抜けて学力が高い人はあまりいません。でも、人間性というのか—患者さんを診る上で最も大事だと思うのですが—患者さんを思う温かさがあって、自分が何とかしようという責任感があってといった特徴があるように思っています。

山田 私もそう思います。チームワーク、あるいは患者さんの目線、そういう臨床医として大切だと思われる感性を持った人たちが集まってくれているのではないかと思います。

南郷 名郷先生がいらっしゃったころは、研修医の教育は主に、名郷先生が外来教育を、私が病棟での教育を担当しており、EBMの考えを一貫して連続的に教えられるというメリットがあったと思います。そういう意味では、意図したわけではありませんでしたが、名郷先生と一緒に働いていた4年間は、研修医にとってうまく機能していたのではないかと思います。

山田 先生が得意とされているEBMというのは、研修医教育の中でやはり柱になっているのでしょうか。

南郷 そうですね。当院での研修を希望する研修医のニーズはやはり、家庭医療をやりたい、総合診療をやりたい、EBMをやりたいという3つに集



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

約されるようです。総合診療をやっている病院は全国的に増えてきていますが、ただ幅広く診られますというだけで、総合診療としての専門性が分かりにくいという悩みを、どこの施設でも抱えていると思います。でも当院では、最新のエビデンスを調べて、それを個々の患者さんにどのように使えばいいかというノウハウを身に付けることに力を入れています。おそらく、患者さんの受ける医療の質にこれほどまでこだわって教えているところはないと思うのです。患者さんを尊重するように、言葉遣いから指導していますからね(笑)。当院で研修したからにはEBMはきちんと使えるようになる、と保証できるところは、当院の特徴として特筆できると思います。

家庭医と病院の総合診療医

山田 EBMと総合診療というのは、重なりが大きいのですか。

南郷 そうですね。ほぼ重なっていると言っていいと思います。日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医の試験にもEBMに関する問題が入っていますし。臓器別専門医は、例えば内視鏡ができますとか、カテーテルができますというように

ウリが分かりやすい。一方で、総合診療医のウリは分かりづらいのです。私たちが「患者さんのことを一所懸命考えています」と言っても、臓器別専門医の先生も「いや、私たちも考えています」と言うわけです。では総合診療医や家庭医の一番のウリは何かと言うと、患者さんと距離が近い、患者さんの生活や社会的な背景も深く考えている、

ということだと思のです。まさにそのような意味で、EBMはとても親和性が高いのです。エビデンスをもとに目の前の患者さんにどう対応するかという場面で、患者さんのことを分かっていないとできませんから。ですから、臓器別専門医のウリと同じように、EBMを総合診療医のウリにできるのではないかと思います。

山田 そうですね。病気の初期の段階は臨床推論をもとに診断を組み立てていかざるを得ない。そういった診断の基本は総合診療医が得意とするスキルだと思います。

南郷 それだけではなく総合診療は、慢性疾患の継続的な治療もウリにできます。患者さんは治療を終えて退院した後も生活を続けるわけですから、人生の長いスパンの中での病気の位置付けや生活の中での病気をとらえていく必要があります。また患者さんの持つ多彩な疾患を横断的に考えるのが得意、ということもあるでしょうね。一つひとつの判断をEBMのステップに乗せると、そこからまた振り返りがある。こう判断したけれどそれでよかったのだろうか？と振り返ってまた次のことを考える。高齢者の複合的な状況についても同様で、一つひとつの判断から全体のバランスを考えるのはEBMや総合診療が得意とするところです。

山田 私はへき地の診療所にいた経験が長いので、一人の患者さんと長く継続して付き合うことで信頼感も生まれ、ジェネラリストの価値や豊かさを身をもって知ったような気がします。しかし一方で、病院のジェネラリストというのはその価値が認識されにくいような気がしますが、いかがですか？

南郷 そうですね。家庭医と病院の総合診療医は、トータルで診るという意味では同じで、診療所ベースなのか、病院ベースなのかという違いだと思います。医療はbiomedicalとpsychosocialがあって成り立つと思うのですが、臓器別専門医の診療というのは大部分がbiomedicalなのです。一方、家庭医はpsychosocialがメインだと思います。病院総合医はそれよりも少しbiomedicalの部分

が広く、わりとバランスがとれて半々ぐらいの判断になっているのではないかと思います。患者さんとの距離感はもちろん家庭医のほうがより密ですが、病院の総合診療は、患者さんが「今はつらいけれどここを乗り越ればまたもとの生活に戻れる」という時の「ここを乗り越る」という部分が仕事です。しかし、患者さんのそれ以前のストーリーがどうだったかや、この後どうなっていくのかにも関心があります。ですから特に都会では、普段は家庭医の先生に患者さんを守っていただいて、難しい状況の時には私たちが集中的に対応し、良くなったらまた家庭医の先生のところに戻ってもらう、という病診連携のサイクルが重要だと思っています。

山田 まさしくそのとおりだと思います。将来家庭医を目指そうとしている人たちが、診療所では経験できないようなタフな症例や急性期、今、先生がおっしゃったような「ここを乗り越らなければいけない」という経験をしないと、臨床医としての十分な力を身につけることは難しいと思うのです。だから専門医を含めて、総合医の研修も病院が中心になったほうがいいのではないかと私は考えています。

南郷 医者の仕事は大部分がルーチンワークなので、医者になって数年はそれを集中的に学ぶことが必要です。そして8割から8割5分のマネジメントができるようになったら、家庭医の研修をするのがいいと思うのです。やはりそちらのほうが難しいですから、いきなり診療所に行ってbiomedicalとpsychosocialの両方を考えなければならないといっても、psychosocialの部分は、患者さん一人ひとりの顔が違うようにバリエーションが大きいので、経験を積んでいかないと分かりません。また、医師自身が人として成熟している必要もあり、理論的に勉強できるものではないと思うのです。ですから最初にbiomedicalの部分をしっかり学び、それからpsychosocialをじっくりゆっくり学んでいけばいいと思います。もち

ろんこれらが完全に分けられるわけではなく、どちらにより重点を置くか、ということです。そういう意味で協会のプログラムは、2年間は管理型病院で研修して3年目以降に地域に出るといった形になっているので、リーズナブルなシステムだと思います。

総合診療には、テレビに出るような有名な医者とか偉い医者とかいったスーパードクターはいらないのですよ。まずは数が必要です。日本全国どこへ行っても質の高い医療が受けられるようにすることが私たちにとって必要な条件で、そのためには前述のように、最低限のルーチンワークをこなせる若い医者を量産することが必要です。総合診療医は、基本的な診療能力を鍛えて、急性期診療と慢性疾患管理をこなして、ゲートキー

パーとしての役割を果たせば、まずは最低限クリアです。例えば、がんや治療が難しい病気になったといった場合には、これから専門医はセンター化されていくと思うので、そういうところを紹介して助けてもらえばいい。そうではない、ありふれた病気は私たちがカバーして、効率よく機能的に質の高い医療を受けられるようにする。臓器別専門医と総合診療医は対立するものでも、どちらが優れているか競うものでもありません。総合診療医は専門医の先生方に助けていただいていますし、専門医の先生方にとっても総合診療医がいることで役に立っている部分があると信じています。臓器別専門医と総合診療医がWin-Winの関係になる、私たちの教育はそういうところを目指しています。

「総合」の在り方を今一度考えたい

山田 先生のおっしゃるとおりだと思います。ジェネラリストを育てるというのはスーパードクターを育てることではなく、そのベースラインを引き上げることだと思います。私たちが旧家庭医療学会で家庭医を育成するプログラムを検討し始めたころは、北米型の家庭医の育成やスーパー家庭医を意識していました。でも今確実にやらなければならないのは、独特な家庭医や特異なジェネレーションを育てるということではなくて、ごく普通の、どこに行ってもコモンな問題に対応できるようなジェネラリストです。

日本専門医制評価・認定機構の検討会において、ジェネラリストの名称を「総合診療医」とし、基本領域に総合診療医もプラスして19の診療領域を基本領域専門医として認定しようということが議論されています。しかしこれはあくまで私見ですが、私はむしろ総合診療医と内科を最初から区別するのではなく、内科をベースにした総合診療医を育成するほうがいいと思っています。

ます。アメリカでも最初の内科のトレーニングはジェネラルにやって、それからステップアップするという形になっています。例えば、循環器専門医も早いうちから心カテなどの技術を学ぶのではなく、内科医として一定期間心不全や一般的な呼吸不全の入院管理をする中でいろいろな経験をし、その上で専門的な知識や技術を学ぶ。「総合」の在り方は、地域医療や家庭医療、病院総合医に限ったものではなく、ましてや「総合」は一つのスペシャリティでもなく、もっともっと足元を広げてスペシャリティの土台になる。それがジェネラルということのコンセプト、概念ではないかと思います。

南郷 確かにそうですね。当院では専門科と総合診療科の間にWin-Winな関係ができています。専門科の先生は大学病院のように数が多いわけではないので、それぞれの専門に特化した症例を診ていただいております。その分野のコモンな病気は私たちが診ます。例えば、肺炎の患者さんは私たち

が診て、肺がんの患者さんは呼吸器の先生が診る。垣根が低いので、専門科の研修医が最初の1年間に総合診療科をまわるのもありだし、逆に総合診療科の研修医にも、専門医を取るほどではないがその専門をもう少し深く学びたいというときに専門科へまわって研修してもらいたいです。

山田 この病院ではお互いの信頼関係と役割分担がある程度見えてきたわけですね。ぜひここがうまく母体となって協会全体として組織横断的な研修体制ができればいいと思います。

私としてはまずこの東京北社会保険病院に、協

会の研修についてみんなで議論できる仕組みを作りたいと思っています。先生が今ここで研修医に教えているEBMやその他のことが、総合診療科研修医に対してではなく、他の専門医になろうとしている人たちも含めてここに来た若い研修医すべてに教えてほしい。その後他科の専門研修に進んだけれど最初の1年目の研修時に南郷先生に教えてもらったEBMがずっと役に立っているというように、研修医みんなにうまく分配されるようにできればと先生のお話を伺っていて感じました。

教育を不採算部門から収益ベースに

山田 先生は今までのキャリアを生かして今後どんなことをやりたいと思っていますか。

南郷 難しい質問ですね。私は前述のように小さいころから研究をやりたいと思っていて、でも教えるのも好きというところがありました。大学の際は卒業したら呼吸器内科の専門に進もうと思っていましたが、医局を辞めて以降はそういう気持ちはなくなったと感じています。振り返ってみるとこの10年くらいは、自分が何かをしたいというのではなく、今の立場で自分に何が求められているかを考えながら仕事をしてきたと思うのです。こちらが何かをしたいと思っても、それが周りの人には迷惑なこともありますから。ついつい、相手がどうかということを考えてしまうのも、EBMをやっている副作用のようなものです。でも、相手が満足するかを第一に考えることは、要するに家庭医療とか総合診療そのものですよ。

山田 まさしくそうだと思います。

南郷 そう思うと、やはりそういうのに向いているのかなと思います。医療を学びたい、総合診療を学びたいという人がいて、そういう人たちが成長して「先生に教えてもらってできるようになりました」「分かるようになりました」と言ってくれるの

が嬉しいことで、そういう人を1人でも増やしたい。今はどこでも医者が足りず、でも医者を増やすのは時間がかかるので、それなら1人でも多くの患者さんがハッピーになることをしたいという人を増やせば、自分が役に立っているのかなという気がします。

山田 自分が求められるニーズにどれだけ対応していくかということがジェネラリストの真理のようなものですよ。私は自治医大のミッションとしてへき地医療の道に入って、個人的にはごく普通の地域の家庭医が自分にとっていちばん親和性があると思っています。でも今は協会という枠組みの中でいろいろなチャンスをもたらしている。みんなで力を合わせてやっていくことで、日本の地域医療の問題の解決に向けて少しは貢献できるのではないかと考えています。

南郷 市中病院にとって教育部門は基本的には不採算部門です。私の今の仕事の9割が研修医教育ですが、それは上の先生方の理解がないとできないことです。この環境は非常に有り難いと思っていますが、いつまでも不採算部門のままで甘んじるわけにはいきません。幸いなことに、2023年問題で大学は実習を増やす必要があり、2学年の実習

の多くの部分は市中病院で行われるようになると予想されます。その時が私たちの出番です。研修医についても、文部科学省が22億円の予算を計上し、総合診療の教育のモデル授業も始まったので、どんどんニーズが増えてくると思います。私たちとしては大学と連携して学生や研修医に充実した教育を提供し、総合診療や家庭医に興味を

持つ人を増やしていきたいですね。

山田 ぜひそう願っています。

南郷 実習が増えれば、多少は教育部門としての収益も出せるようになるのではないかと思います。

山田 協会内のリソースをうまく使っていかに効率的にできるかということ、われわれは考えていけないといけませんね。

地域医療全体のパフォーマンスを上げる

山田 最後になりましたが、「月刊地域医学」の読者である、今、へき地や離島で頑張っている先生方にメッセージをお願いします。

南郷 現在、日本全国どこも医者が足りません。偏在と言われていますが、たぶん田舎でも都会でも足りているところはほとんどないと思うんですね。そういう中で一人ひとりを丁寧に育てることが、全体の数を増やすことと並行して大事です。そうすることで地域医療全体のパフォーマンスが上がるのだと思います。戦力となる若い人たちを早く育て上げ、皆さんの役に立ってもらえるように送り出していくことを、これからも続けていくつ

もりです。へき地で頑張っている先生方には、決して体を壊さないようにしていただきたいと思います。倒れてしまうとその地域の住民の方々は大変ですから。私たちの仕事は、最終的には患者さんがハッピーにならないと意味がないので、これからも一緒に頑張っていきたいと思います。

山田 今は協会の枠組みでの研修医指導を先生にお願いしていますが、将来的には自治医大の義務年限で現地にいる人たちの研修や、義務後の再研修などにも力を貸していただけると有り難いと思います。

南郷先生、今日はありがとうございました。

