

内科医と競いあう環境で心臓外科医の診断能力向上

対談者：高原 善治

船橋市立医療センター 病院長

聞き手：鈴木 信夫

みのはな同窓会広報担当常任理事



.....
鈴木：この4月、病院長へご就任されました高原善治先生ご自身の紹介と、当センターの紹介を、今日はお願いいたします。まず、高原先生の卒業後の経歴を含めまして、自己紹介をお願いしたいと思います。

高原：昭和49年に千葉大学医学部を卒業しました。当時、肺外科の香月秀雄教授の下に入局しました。千葉県立鶴舞病院（現在の千葉県立循環器病センター）で心臓外科の研修を受けたのですが、心臓外科の専門医として中村常太郎（昭32）先生の下で指導を受けました。千葉大学だけでは、将来覚えなければならない医療知識について不十分であると感じていた時、開院したばかりの国立循環器病センター（大阪府吹田市）でスタッフを募集していました。丁度、その時、大阪から千葉県の医師を探しに来た中島伸之（昭36・心臓血管外科）先生の紹介で就職しました。大阪から戻ってからは、県立鶴舞病院の心臓外科医として勤務し、中島伸之先生が教授になられた時に、千葉大学第1外科に助手、講師として3年間勤務しました。

このセンターには心臓外科はなかったのですが、救急をやるには心臓外科が必要ということで、前院長の小澤俊（昭43）先生から誘いを受けていたご縁もあり、平成6年、心臓血管外科部長として船橋医療センターへ移り、この4月から院長に就任しました。

鈴木：院長先生の立場から、当院の紹介をして下さい。

高原：昭和58年に船橋市立病院として206床でスタートしました。平成6年に426床に増床し、救命救急医療センターを設けた点が大きく変わりました。当時は、千葉県の2次医療圏（東葛南部）の第3次救急は当院だけでしたが、数年前から順天堂大学浦安病院も担うようになりました。3次救急の主なものは、循環器と脳神経関係が8割を占めています。循環器内科や脳外科の医師が一生懸命やっています。救急医はトリアージするだけです。阪大（大阪大学）方式は全部救急医が診ていますが、当院へ来た救急患者は、各科の専門医が治療をします。それを研修医に診せる方式を採っています。

救急の専門医と各科の専門医とはランクに差があると言われます。当院では各科の専門医は呼ばれた場合、夜中でも救急患者を診る支援をしていますので、かなりレベルの高い救急治療をしていると考えています。ICUが少ないので、満床になると十分な治療ができないという判断から急患を断る場合もあり、今度の課題です。

ICUの回転を良くしたり、SCUを新設したりして急患を受け入れ、皆で治療することを目指しています。救急以外にも、地域がん連携支援病院になっています。また、救急でも問題になっている産婦人科は24時間体制で待機しています。小児救急では、9名の小児科医が対応しています。他の病院で断られて当院へ来る場合もあります。小児科医は大変でしょうが、全部診てくれていますので、非常に有難い。救命救急センターだけで救急患者を処理するのではなく、バックボーンにある専門

医がそれを受け持っていることが当院の特徴でもあります。

鈴木：先生のご専門の循環器外科の立場からコメントをお願いします。千葉大の場合、近々循環器外科を新設し、その関連の医療充実を図る時期になっております。当院での循環器外科の内容も含めて、ご紹介して頂けると有難いと思います。

高原：当院の心臓血管外科は、平成6年から4人の医師で開設しました。診断までは循環器内科医が行い、手術日に外科医に転科します。内科とタイアップした医療をしていることが特徴です。30年前にスタンフォード大学を見学した時、内科のチーフリジデントに、日本では心臓外科医が外来を診て、診断し、手術をして退院させると、また外来を診ている当時の状況を説明したのですが、「それはハードワーク過ぎて、心臓外科医は皆居なくなるし、殆どが内科医の仕事である」と指摘されたのです。その意見を活かした運営方式ですね。勿論、手術直後は外科医の仕事ですが、退院後は元の循環器内科医に任せます。先天性の心臓外科疾患以外は殆ど高血圧や代謝性疾患をもっていますから、退院してから治療が必要な症例は少なくない。これらの病気は内科医が専門ですから「専門医に診て貰い、何かあったら何時でも私のところへ来て下さい」と患者へ説明しています。このシステムは外科医にとっても内科医にしても診断能力を高める結果をもたらしています。内科医は、患者を外科医に任せることで自分達の診断の正確さを問われますから、より真剣に診なければなりません。また、その逆に外科医は、より完全な治療を行い循環器内科医にバトンタッチをしなければなりませんから、患者に対してもメリットがあります。大学も臓器別講座が出来れば最適なのですが難しい。循環器内科と心臓血管外科がタイアップして、同じ土俵で1人の患者を診て、治療方針を立てて治療するやり方が良いと思います。放射線医、外科医、内科医、化学療法医などが協議して、入院した患者に最適な治療法を選択するカンサーボードの考え方があります。当院の循環器では、平成6年からこれと同じ考え方を継続して実施しています。従って、循環器内科も心臓血管外科も高いレベルにあります。大学も同じような方針ができれば良いと思います。

一般に外科医は手術ばかりやりたがりますが、それだけでは駄目です。難しい手術で患者を1人助けた場合、その経験を日本語の論文にすると日本中の医師がそれを読んで明日の診療に活かしてくれる。英語で書くと世界中の医師が読んでくれます。過去には、我々の論文に対してアルゼンチンやカザフスタンからも質問がくることもあり、英語論文は広い地域で役立っていると思われます。一人の患者を通して多くの人を助けられるような医師になるためには、論文に纏めて発表するようにならなければなりません。当院だけではなく、大学や大きな施設では、そういった癖を付けて、手術の考え方や研究の仕方を覚えていかなければならない。大学から当院へ派遣された人は、多くのことを経験して貰って大学へ戻って研鑽し、再度当院へ赴任する。そういうリレーションシップが出来るようになれば、最適だと思います。

鈴木：当院への勤務や研修を今年、来年、再来年に希望する医師に対して、待遇面や研修システム等を含めたアピールをお願いします。

高原：当院の後期研修システムは卒後3年目から5年目迄でなくなります。それ以降はスタッフになるか嘱託になるかです。心臓血管外科の場合、卒業してからの初期研修後、一般外科を2年間やって外科専門医の取得の目処がついてから最低3年で専門

医取得が可能になります。最短でも、当院の後期研修は最後の1年間だけになります。それを過ぎた研修医は、後期研修の枠では採用できませんから、千葉県のシステムとドッキングした対応をしています。千葉県循環器医療センター、こども病院や救急医療センター、旭中央病院の心臓血管外科の専門医レジデント・システムをつくっています。これは外科専門医を取得している、若しくは取得できる予定があれば心臓血管外科専門医の資格を取得するシステムです。当院には小児症例がないので他の病院で研修して貰って、3年間で資格取得が出来るようにしています。今秋、1人心臓血管外科専門医を受験する医師がおります。当院の定員外でも、年齢が後期研修医枠より上でも県から依頼された研修医師扱いになります。循環器内科は、後期研修の枠で初期研修が終わった時点からトレーニングを行っています。毎年、各学年1人か2人の研修医を受け入れていますし、来年も希望者がおります。3年間を通して6人の医師が研修可能な現況です。その後は、大学院へ戻って研究して貰うか、色んなところで勉強して貰うかです。当院に欠員があればスタッフになって貰います。

鈴木：全国の市立病院の情勢を鑑みながら、若い医師は病院選択をしたいと思います。新病院長に就任された抱負と、周囲の病院との連携、或いは、他の病院も含めた地域の特徴も活かしたコメント、若い医師に対する当院へいらして下さいというアピールをお願いします。

高原：ここは、地域的に恵まれた所にあります。千葉県でも一番東京に近い、船橋駅から東京へは快速で20分足らずですから、来院しやすい病院です。3次救急を担っている病院は少なく、当院は徹底して専門医がバックアップしているので、良い研修が出来ます。その後は、当院へ残って後期研修に進む道を作っています。どの科に行くのか、初期研修を終えてから各研修医が伸びられる方向を各科が真剣に考えています。例えば、小児科は大学とキャッチアップして1年交代で研修するようにしています。整形外科も同様に考えています。初期研修が終わってから新たに後期研修先を探すことも可能です。初期研修医から相談されると、当院の上級医師が持っている人脈は、希望に沿う高い可能性を持っています。地域病院の内科を希望した今年の卒業生は、船橋中央病院へ採用が決まった例もあります。地域病院であっても、研修生の希望に沿って各科が真剣に考えて探しています。研修の充実は勿論、オフ時間の息抜きには、東京へ遊びに出かけられます。研修が終わった後に研究したい人や色々なパターンで勤務したい人がいますが、そういう人達へのダイヤモンドに応じて各科が考慮しています。

鈴木：マグネット・ホスピタルとして今後も続けていき、千葉県内のレジデント・システムを活用し、県内の色々な病院と連携しながら、公的病院としての地位を確立するという見方で宜しいですね。

高原：そう言うことになります。

鈴木：今までにご紹介されたこと以外に一言ありましたら、どうぞ。

高原：やはり、若い先生達には、目の前の症例を判断することは大切ですが、より高度なところを考える医療、自分達で創る新たな医療には、研究しての勉強、そして研究が欠かせません。必要な論文を読んで研究して、自分達の研究成果を論文で発表していく。それが出来たら、自分達の仲間以外に、患者、看護師を含めて教育して

いく。勿論、後輩にも教えていく。昔から大学の使命は、臨床、研究と教育とされていますが、まさにその通りです。それを、しっかりやっていくこと。無論、人間性が必要です。最後に病院の経営になります。いくら格好の良いことを言っても、実行していても、出費がかさむだけでは公立機関は駄目になってしまいます。4月から、指導する立場の医師には経営面をもっとしっかり考えるように要求しています。職員を増員した場合のメリット、医療機器を導入する成果の説明に納得できなければ、見送るようにしています。

鈴木：今日は、お忙しい中、貴重な時間をインタビューに割いて頂き、有難う御座いました。