

Visionary People

新たな価値をつくり出す人々 Fumiaki Ueno

科学に
愛を添えた医療を。

上野文昭

大船中央病院特別顧問／東海大学医学部非常勤教授



【プロローグ】

退路を断って米国留学

遡ること40年前、慶應義塾大学医学部を卒業後、母校の医局には残らず北米医療を学ぼうと、果敢にも米国空軍・立川病院にインターンとして入職した青年がいた。前ACP（米国内科学会）日本支部副支部長で、現在、大船中央病院特別顧問を務め、我が国のジェネラリスト育成に貢献している上野文昭氏である。

初期臨床研修の必修化を境に、今でこそ数ある選択肢の中から研修先を選べる時代となったが、当時は、卒業すぐに医局に入局するのが既定路線。医局に籍を置いてさえいれば、就職先など、いざというとき医局に頼れるからだ。しかし上野氏は、入局後に留学するとの道があったにもかかわらず、退路を断って自力で米国をめざした。「これぞ」と決意した際の、彼の一本気で気骨の強い部分が垣間見られる。

帰国後は若手育成も

立川病院で、さまざまな科をローテートした上野氏。臨床現場に即した米国式の実践的医学教育に身を投じるうちに、北米医療への思いは日ごとに募り、「やはり米国で武者修行を」との意を強くしたのはごく自然な流れだったに違いない。

ほどなくして「Tulane大学医学部への留学が決まるや否や、一路、ニューオーリンズへ飛んだ。

昼夜を問わず、多様な患者を教授の厳しい指導のもとに多数診療する内科のトレーニングは、予想以上のものであったが、それ故にこそ内科のfundamentalとも言えるジェネラルな内科医としての土

台を修得することができた。米国の教育も自由な風土も存分に満喫し、吸収した彼は、1977年に日本へ戻る。

帰国後は東海大学医学部第三内科、大船中央病院等で消化器内科医として活躍。現在の専門領域である炎症性腸疾患（IBD）では厚生労働省研究班の一員として難病治療に専心しつつ、若手育成に尽力する日々を送った。

軸足をジェネラリストに

上野氏の活躍の場は、専門分野にとどまらない。米国でジェネラルな内科医の必要性、能力の高さを目の当たりにした彼は、高名な消化器内科専門医でありながら軸足をジェネラリストに置き、ACPで積極的な活動を展開する。ACP日本支部が開設された2003年に副支部長に就任し、きわめて多忙な黒川清支部長の代わりとなつて八面六臂の活躍を見せ、毎年2回開催のACP支部長会議に日本代表として8年間にわたり出席しつづけた。

実は上野氏は、定年を待たずに55歳での退職を決めていた。体力があるうちに、医療以外のことにもチャレンジしてみたいと考えたからだという。しかし、実際は非常勤ではあるが、外来や検査を担当、ほかに教育に加えて病院経営、厚生労働省や学会の委員を務め「常勤時代よりはるかに多忙になってしまった」と笑う。

米国で内科医の神髄を学び、日本でもすぐれた内科医を育成したいと精力的な上野氏に、現在の日本の医療、医師はどのようになっているのか。「Visionary People」記念すべき第1回は、内科の本道をきわめたように見えるが、「今なお診療、研究、教育のバランスを模索している」と語る上野氏の肉声をお届けしたい。

Profile

うえの・ふみあき

1973年 慶應義塾大学医学部卒業
1977年 Tulane大学医学部内科臨床研修課程修了
東海大学医学部第三内科助手
1980年 茅ヶ崎徳洲会総合病院消化器内科部長
1984年 東海大学医学部第三内科講師
同付属大磯病院消化器内科医長／教育研修科長
1998年 大船中央病院赴任
2004年 現職

1973年康応義塾大学医学部卒業後、米国空軍立川病院インターンを経て、ジャズとクレオール料理の街ニューオーリンズにわたり遊学を目論んだ。しかしTulane大学の内科研修は予想以上に厳しく、肉体労働と勉強という文武両道の毎日ですごす。なんとか内科専門医資格を取得し1977年に帰国。大学と市中病院を行ったり来たりしながら、診療、研究、教育のバランスを模索しつづけ現在にいたる。「科学に愛を添えた医療」が永遠のテーマ

■「内科医の本質とは何か、から語っていただきたいと思います」。直球の質問を投げかけると、「少し時間を戻してお話ししてもいいですか？」と前置きしてから穏やかに話し出した。

私は確かに米国で内科のトレーニングを受け、内科専門医として帰国しました。けれども、最初から今考えているような内科の重要性を認識していたわけではありません。

日本に帰って東海大学消化器内科に入職しました。

事実上、その時点が私の消化器内科医のスタートです。診療、研究ともに基本から学びました。私の頭はもう消化器一色になりましたね。

人間の頭脳のキャパシティは、ある程度決まっていますので新たに消化器内科の勉強を始めた人間が、同時に内科を広く意識するのは困難でしたし、専門分野を勉強している最中は、やはりその分野を集中的に勉強するのが効果的だと考えます。

ですから、帰国してから数年間、私は消化器内科一本やりの生活を送りました。ただ、消化器内科医の持つべき知識、技術が身につき、ゆとりができてくると、自然と内科の重要性がわかるようになってきました。

どういふことかと言うと、消化器内科を勉強していたときは病氣自身がタ

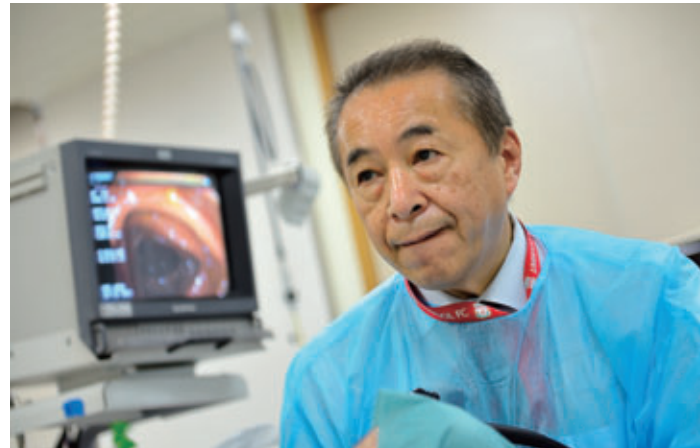
ーゲットだったと思います。消化器の病氣、患者の傷んでいる消化器の臓器、つまりパーツを修理しなければならぬとの意識が強かったわけです。

数々の新しい手技を学びました。内視鏡を使った手技や、放射線を使って画像診断をしながら患者の身体に針を刺したり、管を通したりする

ような新しい手技を学び、壊れた部分を治すことに集中しました。

けれど、一段落してゆとりが出てくると、パーツだけ治しては不十分だと気づいてきた。壊れたパーツを持っている患者という総体があり、パーツの治療によって患者の総体が良くなり、患者に満足してもらわねばならない。その域に到達するには、消化器内科の知識だけでなく、あらゆる臓器系統、あるいは患者の心まで踏み込んだ診療が必要——。そういうことを考え出しました。

そして、少し遅れて内科医に対する憧れを抱き始めたのです。やはり、いちばんすばらしい診療科ではないだろうか。



■ゆとりができたとき、患者の総体を考えねばならないとの気づきにいたった背景には、インパクトある内科医の存在があったそうだ。

私が内科医として内科の本道をきわめたいと思いついたのは、お手本となる先生に出会えたことが大きく影響していると感じます。

Tulane大学にはそのような先生が数多くいました。中でも、もっともインパクトが強かったのは、George E. Burch教授です。世界的に有名な循環器内科医で、教科書も書いていますし雑誌の編集長もしていました。

日本にいたとき私は彼を心臓内科の研究者だと思っていたのですが、実際に相対しますと全然違いました。心臓に関してはもちろん、内科全般にわたる基礎知識、臨床知識についても質問攻めにしていく。相手が完全に打ちのめされるほど質問攻めにする先生で、真の専門医とは、まずジェネラリストでなければならぬと痛感しました。正直申し上げると、彼に本当の意味でついてはいけなかった。何せ彼は、

私に、夜、レストランやバーで楽しむことすら否定したのです(笑)。「休日に行く暇があったら勉強しろ」と、医学の勉強以外のすべての行動を否定するタイプでした。

彼の臨床における行為、すなわち診断的な検査から治療まで、すべては患者のためのものでした。先に触れたように、彼の生活そのものが、患者のためにあると言っても過言ではありませんでした。

患者の利益以外考えていない。患者が良くなるため、患者が満足するため。どうしたらベストなのかを考えていないのです。非常にストイックな先生でしたが、魅力的で、厳しいけれどこれが理想の内科医かもしれないと思いました。

影響を受けた2番目の先生は、いまだに親友がある、George Meyer先生(カリフォルニア大学デービス校内科臨床教授)です。彼は私より数年先輩で、私が米軍の立川病院で研修していたとき内科の指導医でした。

Msgr先生は消化器内科医です。今も米国学会などでよく顔を合わせますが、米国の消化器内科で毎年2〜3人しか選ばれないマスター(米国消化器病学会最高栄誉会員、M A C G)と呼ばれる称号を持っているにもかかわらず、「あなたの専門分野は？」と尋ね

られると必ず「Internal Medicine (内科)」と答える。「Gastroenterology (消化器内科)」とはおっしゃいません。

彼ほど著名な消化器内科医でも「内科」をすぐ意識しており、研修医の指導に際しても、「消化器内科的なことより、まず患者をよく診て考える、じっくり頭の中で考え、見えない病態を推測しながら治療する——この根本的な内科医の姿勢を絶対に崩してはならない」と教えるのです。

■日本の平均的な内科医は、上野氏の目にはどのように映っているのか、ぜひ聞きたくなかった。

例外はありますが、一般に日本の内科医は、専門医も含めて「広くて浅い」「狭くて深い」のいずれかだと感じます。米国以外の海外の医療に触れる機会がなかったため、米国の内科医と比較させていただきませんが、米国の内科医は「広くて深い」ですね。内科の各分野について非常に深く知っています。米国の循環器の専門医は、循環器疾患を持っている患者を、循環器の豊富な知識だけでなく、ほかの内科のいろいろな知識も持った的確に診療します。

日本で循環器の専門医というと、もしかすると心臓カテーテルしかできない可能性があります。それでも心カテ

が上手だと、日本中に名だたる循環器専門医としてマスコミに名前が出たりしているのが驚きます。

内視鏡を握らせると超一流の技術を持っているけれども、それ以外の消化器疾患を全然知らない医師が、週刊誌の「日本の名医100人」のようなコーナーに名前を掲載されています。

私の体験談をご紹介します。胸が苦しくて息切れがすると訴える患者が某病院に受診しました。そして受付で「それはたいへん」と循環器内科に連れていかれた。同院の循環器内科には心臓カテーテルで有名な先生がいました。

心カテでは「door to cath time」と言いまして、患者が病院に入ってから心臓カテーテルをするまでの時間が、予後を決めるクリティカル(critical)な時間です。そこで、胸が痛い、これは急性冠動脈疾患だと間髪入れずに心カテを行ったら何も異常がなかった。手技を行った先生は、「心臓の血管異常ではないので、内科で診てもらってください」と内科に患者を送ったそうです。

■循環器も内科のはずでは!? いわゆる内科の専門医は、自分を「内科医」とは思っていないのだろうか。

実はこの話には後日談があります。



内科医が一目見て、患者の顔色が真っ青なのに気づきました。話を聞いてみると5日前からタール便が出ていると言います。すぐに消化管出血による貧血だと考えて検査した結果、大きな胃潰瘍から出血し高度の貧血がありました。これ、ベテランの内科医でなくても、1年目の研修医でも診断できるレベルなのです。

私が気になるのは、日本の多くの医師が患者の話をもっと聞かず、自分の診療分野以外に興味を持たない点です。前述の心カテの先生は、患者が診療室に入ってきたら、患者の顔を見ているふりをして実は思い描いているのは患者の心臓の血管だけ。大腸の内視鏡の達人の先生は、患者の腸がどうなっているかばかりを思い描く傾向にあります。

日本の医師は、「どこに病変があるのか」「どこが壊れているのか」などの点にもすごく興味を持ち、しかも無意識のうちに自分の専門の視点で見えて壊れているパーツを探そうとしてしまう。そして、目で見てわかりにくい病態、たとえば代謝系、生理系の疾患や免疫異常などを見逃すケースを多々見かけます。

専門分野の技術、知識を修得するのが、いかに困難かは理解しています。専門に精通した医師の存在を私は否定するつもりはありません。ただ、患者

全体を診る能力がある内科医をバイパスして、いきなり専門医を受診するのは患者にとつて、とても不幸だと思っただけじゃなく心までも診られるような医師に受診し、その医師の判断により必要ならば専門医、あるいはスーパー専門医に受診するようなシステムがあれば、患者と医師の両者にとつてメリットは大きいでしょう。

■ところが現在、日本の医療界は望ましい状況にあるとはとても言えない。

社会と医師の双方に誤解があると感じます。社会は、専門医のほうがジェネラリストより偉いのではないかと、優秀な者が専門医になり、優秀じゃない落ちこぼれがジェネラリストになるのではないかと思っている。大学の研究室に残っているほうが開業しているより偉い。大学で落ちこぼれたので、仕方ないから開業しているというような誤解があると思います。

専門分野の一分野を勉強するよりも全分野を勉強するほうがずっと難しいですよ。例を挙げますとね、有名な受験校があると思います。その高校生はみんな優秀で有名大学にほとんど合格する。そこで教えている先生、たとえば物理の先生は、物理を生徒たちに教えることができます。しかし、その先

生が、生徒たちより頭が良いかということ、そうとは限りません。生徒たちのほうが優秀な頭脳を持っている可能性が高い。

物理の先生は、物理だけ学べばいいのです。一方、受験生は物理も生物も化学も数学も英語も現代文も古文も漢文も、全部を勉強しなければならなりません。一分野だけなら、実はいくらでも教えられる人はいます。限られた分野の専門家には、誰でもなれるのです。

■ある意味、専門医には誰でもなれるということなのかもしれない。しかしどうして今のような風潮が生まれてしまったのか。

内科全般、医学全般の知識以前に、患者をどう診なければならぬか、医師としての基本姿勢に対する教育が欠けている。米国では、いわゆる医療面接、病歴聴取の中から問題点を探る基本臨床技能や診察によって病気を探る身体診察の2つが教育の中で重視されています。

かつて日本でも病歴や診察が大事だとする時代がありました。私は1973年卒ですが、当時の教授たちから強く病歴や身体所見の重要性を聞かされた記憶があります。それが見る見るうちに変わっていった。大学に残るには

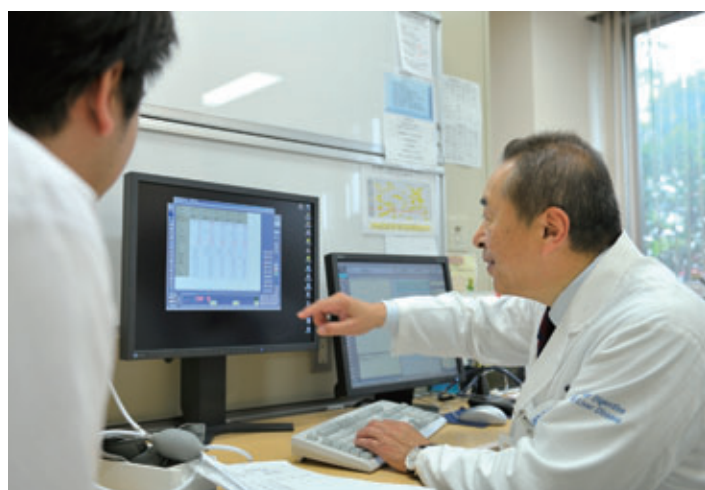
研究しなければならぬ、論文を書かなければならぬ。論文の量と質がステップアップに重要になり、医学教育はステップアップに貢献しなくなりました。大学は研究所ではなく教育の場なので本来いけばん大事にすべきは教育のほうなのに嘆かわしい事態です。

さらに大学では、独法化により大学の黒字化を迫られ、ジェネラルな臨床医が低く評価される一方で、患者を集められる「ゴッドハンド」や内視鏡の達人など看板医師を招聘するのにしがが削られています。臨床で評価される医師は、手術や特定の手術のできる医師です。

大学がそういう状況ですから、患者の話をよく聞いて良い治療をする——本当の意味で良い医師は、ほとんど教育現場に集まらなくなっています。教える人間がいけないのですから、患者の身体と心を全体的に診られる医師が育つはずありません。

■現状を打破する方法は？

ひとつの方法は組織的に活動することだと思います。同じ経験を積み、同じ志を持つ、本来正しいと考えられる理念を持つ医師が、集団となって若い医師たちを啓発する場づくりが大事です。集団でなく、個人の声だと医療界ではノイズと片づけられてしまいがち



です。

その場としてACP日本支部（本誌16ページ参照）などは良い場ではないかと考えます。米国の内科医療、診療や教育の経験者あるいは経験がなくとも賛同する人たちの集まりですから。

優秀な人たちが集まるのが、まず大事。優秀な人たちがインスパイアされると彼らが元の活動場所に戻ったときに、彼らに近い層にはかなり影響を与えられるのではないのでしょうか。

オセロゲームのように、一挙に真つ黒だった石を真つ白にするのは無理かもしれませんが、少しずつ広がっていく

くでしょう。一人ひとりが単独で行動するのではなく、ひとつのグループをつくって活動するのはたいへん有意義だと思います。

また、新医師臨床研修制度のスタートによって教育現場は大きく変わりました。多くの優秀なモチベーションの高い医学生たちが、最初の2年間の研修先に市中病院を希望しています。市中病院で臨床研修病院として有名ところで働く志ある臨床医に影響される若い医師が増えれば、日本の医療は変わっていくのではないかと期待しています。

【エピローグ】——20年後の日本の医療

手本は米国ではなくU.K.

20年後の日本の医療のあるべき姿を問うと、意外にも上野氏は長い間米国でトレーニングを受けてきたにもかかわらず、「見習うべきはU.K.、つまりイギリス」と言い切った。

日本と米国では、資源の豊富さ、国土の広さ、何を比較してもスケールが違う。ここまで条件が違うのだから、いくら米国の医師教育制度がすぐれていても、それを持ち込むには無理があると話す。

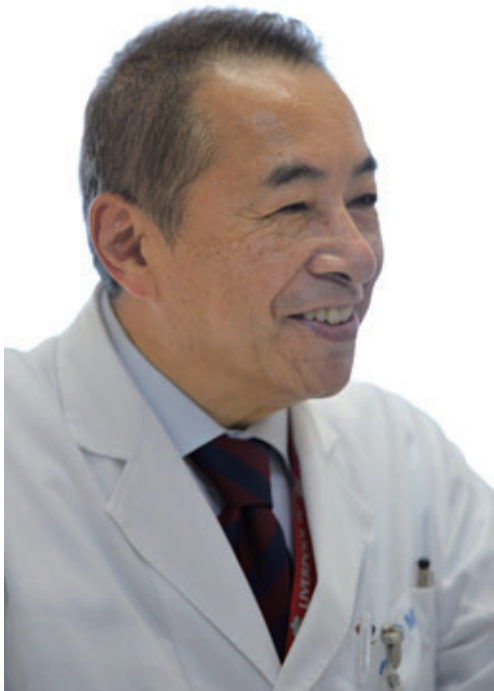
それに、教育制度、専門医制度はうまく機能しているが、国民があまり満足した医療を受けているかというと、決してそうではない。同国民の医療に関する満足度はきわめて低いのが現状だ。

一方イギリスは島国で、スケールのにも日本とかなり近い。すでに医療崩壊を経験し、そこからの脱却を、国を挙げて挑んでいる。医療費の高騰により、医療崩壊まっしぐらとされる日本が学ぶ点は多いだろう。

「イギリスは、一時あらゆる分野で完全に斜陽国とみなされていましたが、現在、ものすごいパワーを持っている。音楽やスポーツ、文化でも、世界をリードしています。あんな小さい、それほど資源もない、人口も多くない、古い国が、再生の道をしつかりと歩み始めている。私は、社会全般のこと、医療についてもイギリスを見習うのが良いのではないかと感じています」

内科医の中の内科医

ところで、上野氏が55歳で退職しようとしていたのは前述したとおり。



なんとも潔くて驚くが、本当に大船中央病院に辞職を願いだしたという。だが、年齢的にも実力的にも脂の乗り切っている人材を誰かに転じた。「退職後、非常勤で手伝ってくれませんか」。

現在、上野氏は特別顧問として診療にたずさわるとともに、同院を運営する社会医療法人財団互恵会の理事長も務めてきた。

2007年、前理事長が病床から彼に言ったそうだ。「これからがんで亡くなる方を悲しませてはいけない。どうか後継者に」心に迫る言葉。おそらく前理事長には、「科学に愛を添えた医療」が見えていたのだろう。以来、上野氏は第一線の臨床医と病院経営者の二役を担ってきた。悠々自適の生活を樂しむどころか以前にも増して忙しくなり、自分、悠々自適の日々はおあずけになりそう。仕方あるまい。内科医の中の内科医の宿命だろう。



- 患者が何に悩み、何を望み、そして提供される医療に満足しているかどうかは検査で探ることはできない。患者との対話を通じて医師の頭脳によって得られる情報である。
- 多くの医師が患者を診るより検査に興味を持ち、しかも無意識のうちに自分の専門の視点で目に見えて壊れているパーツを探そうとしている。パーツだけの診断や治療では不十分。
- 日本の内科医の多くは、専門医も含めて「広くて浅い」か、「狭くて深い」のいずれか。米国の内科医のアイデンティティは、「広さと深さ」。
- 同じ志を持つ医師が、集団となって若い医師たちを啓発する場づくりが大事。その場としてACP日本支部などを活用したい。