

この人に聞く

本院出身のOBのなかに、朽はずれた医師がいる。
その人はNPO法人卒後臨床研修評価機構専務理事の
岩崎 榮先生である。この先輩の「知」は、現職の医師
達にどのようなメッセージとしてそれぞれの心に響くの
だろうか？

(聞き手：国病久原会会長 廣田典祥)

はじめに長崎県の
離島医療を考え、
それをもとに、国
立病院の臨床研修
教育の方向性を考
え、同時に、病院
管理者としての在
り方を考え、中央
に躍り出てから
は、日本の医療機
能評価機構で、ま
た臨床研修病院を
どのように評価す
るかを考えてき
た、岩崎先生はそ
んな人です。
ここ長崎から、離
島という島だけで
なく、日本という
島の医療はどうあ
るべきかという、
壮大な視座を今な
お、拓き続けている
この人（先輩）
の言葉を聞こうで
はありませんか。

聞き手：国病久原会会長：廣田典祥)

ただいまより 岩崎 榮 先生へのインタビューを行います。
先生、お遊びのつもりでお願いします。

話し手：NPO法人卒後臨床研修評価機構専務理事：岩崎 榮先生)

ありがとうございます。

聞き手：廣田)

先生へインタビューすることになった事情については、お手紙を差し上げておりましたが、そのことを冒頭に述べさせてください。

国病久原会の会員数のことですが、発足当初は200名～300名ぐらい出席していたのが、年を重ねるにしたがって、だんだん減ってきております。

数年前の総会で、或る会員から「会員は、何故減るのだ？」と言うようなきつい質問を受けてしまいました。

話し手：岩崎先生)

まあ時代の変化、今の若い世代の意識の変化なのでしょうね。

聞き手：廣田)

皆な駆け足で異動するので、本院への帰属意識みたいなのが薄いのかなあとは思ったのですが…

従来のように、ただパーティーだけ開いて親睦を図るということは難しいと思うようになりました。会員数の減少傾向をどうやったら、食い止めることができるのだろうか。より一層、旧交を温められる良い方法があれば、何とか打開策となるかもしれないと思いました。

そこで、思いついたのが、本院には広報誌がございまして、さらに長崎医療センターホームページという情報発信の場を利用したらどうかと

ということです。会長から江崎院長さんをお願いして、ホームページの一角に、幸い「国病久原会ホームページ」を設けさせていただきました。これを用いて、OBと現職員間の知的交流の場としても役にたてることできないか、と考えたのです。つまり、新しい形の親睦の場の意味ですが・・・

話し手：岩崎先生)

まあそうですね。知的交流の場となるような企画プランにすべきかも知れませんね。知的になるかどうかのプランは難しいかも知れませんね。

聞き手：廣田・・・以下名前も省略、斜体の文章))

たしかに、知的交流とはいささか大げさかもしれません。これからは先輩諸氏が蓄えている経験「知」なるものを引き出して、若い世代に伝えながら、双方向に交流できたらという考えです。デジタルで情報発信して、OBと現役世代の間を繋げようという発想です。

そこで早速ではございますが、今回は岩崎先生のこれまでの足跡を辿りながら、後輩達へのメッセージをいただけたらと思います。

話し手：岩崎・・・以下名前も割愛、太字の文章)

光栄でございます。

先生が長崎大学医学部内科助教授から、何故、国立大村

病院(現長崎医療センター)に赴任して来られたのか、そして、いま、日本の医療界を動かす、重要な位置にまでに到達された、その足跡を辿ると～

て、いま、日本の医療界を動かす、重要な位置にまでに到達された、その足跡を辿ると～

達された、その足跡を辿ると～

岩崎先生を簡単に紹介しますと、1969年、昭和44年10月に国立大村病院にお見えになったのですね。その時は先生第二内科の講師をしておられたのですかね？

最後は助教授でした。

長崎大学医学部第二内科の助教授をされ、医局長も兼ねておられた、それから国立長崎中央病院、当時は国立大村病院の医長さんですね。そのあと国立長崎中央病院の副院長をされ、その後のご経歴が長崎県立成人病センター多良見病院長をされて、あと厚生省病院管理研究所の医療管理部長、それから日本医科大学医療管理学主任教授をされた。

当時の厚生省の諸委員会の委員として活躍されました。1990年には日本医療機能評価機構の立ち上げに努力し、同機構の執行理事として、またサベイヤヤーとしても、活躍されました。

臨床研修病院の機能評価に関する検討会の座長を務め、現在はNPO法人卒後臨床研修評価機構専務理事として、日本における地域医療学、病院管理学、病院機能評価、卒後臨床研修評価などの第一人者として、医療への貢献、業績は多方面に亘っておられます。

このことは長崎医療センターのOB会である国病久原会の誇りでもありませんし、現職員にとっても、こうした先輩達の足跡から、何らかの教訓を得るものがある筈です。

この記事は国病久原会のホームページの永久紙面としてあとあと残しておきたいと考えております。

今後もなにかと、よろしく申し上げます。

私が受けた岩崎先生の第一印象は

先生に対する私の第一印象ですが、私は先生よりちょっと先に、昭和44年の4月に大村病院の精神科医長として赴任しました。

その当時、岩崎先生がおみえになるよ、という噂をちらちらと聞いておりました。横内院長が盛んに要請されて、「来いよ」といわれたとかで、先生にアタックしておられたのだと思いますけど。

まだ先生をよく存じていなかった頃ですが、どこの新聞だったかな？長崎新聞だったかと思いますが、「りんごを食べて健康になろう」という講演の記事を読みました。先生、憶えてらっしゃいますか？

あ～憶えていますよ。

先生の写真が新聞紙面に載っていました。それで医者が、健康教育の話をするなんて当時は非常に珍しいというか、ユニークだなあっていう印象を持ちました。それが第一印象です。これで、先生は、おそらく講演が大変お上手な方が見える…と思ったのが私の第一印象でした。

そこで、大村病院に赴任を決断されるまで、ちょうどその頃インターン闘争が続いていましたし、その辺は横内先生のアプローチがどんな風で、先生がどうして行ってみようか…と思って…なられたのでしょうか？

先生の地域医療を目指す動機はこうして生まれた

そうですね。私は元々学生時代に当時の衛生とか公衆衛生の教室の先輩と一緒に社会医学研究会(社医研)というのがありましてね。その研究会に学生の頃から参加をして、我々学生と教官とが一緒になって夏休みを利用して離島健診に行く。そういうものに参加していたんですね。夏の一時期ですけども。

そういうことで、当時私は公衆衛生の人たちと、それから地域の

保健師(県の保健婦)さんや、放射線診療技師さん、保健所の職員の人たちと、一緒になって離島住民の健診活動に参加していました。今いう、IPW(Interprofessional Work)とか、IPE(Interprofessional Education)ですかね。

その頃からいわゆる無医の離島に大変関心がありましてね。離島の医療を確保するということは非常に難しいということを経験して、昭和の30年代から40年代頃から認識しておりました。であるとすれば、島民の健康を如何にして維持するか。病気にならないようにね。医療に掛からないですむように。そのためには健康教育以外にはないんじゃないかなとその頃からそういう風に思ったんですね。だから地域にあるいろいろの医療資源といいますか、健康資源といいますか、そういうものを利用して住民が健康で生きるということを模索しておりました。当時島の人たちや公衆衛生に関係する多くの人たちから教えられました。

もともとそういう素地があられたのですね。

臨床医になったらそういうことをやってみたいなという思いは当時からあったんですけども、実際に臨床医になってみようと大学では

難しい相談でした。当時、島への派遣というのは医局中心で、それぞれの各医局が独立独歩で、どっちかと言えば医局本位の派遣じゃなかったかなと。離島の医師不足や地域医療をどうしなければならぬかという観点での派遣は少なくとも当時の大学には無かったのではないかと思いますね。

私が第二内科の医局長をした時に、いわゆる派遣という、当時は派遣という言葉あまり使ったことがなかったんですけども、出張みたいなことで「ちょっと〇〇先生、あそこ行ってくれよ。」というようなことでしたね。そういうことで、何の目的もなくね、どっちかと言えば義務的に医師がいないから、ちょっと穴埋めに行つてと言うような、そういうことで医局が派遣していたのですね。そこで私が医局長になったら「そういう派遣は止めましょう」と、宣言して医局長になりました。本当にその地域(島)に必要な医療を提供するために、医師を出すべきではないかと言っていたと思います。

そんな風に発想する医者は殆どいなかった。ただ義務的に、医局のルールに従って、ある意味、仕方なく行っているだけでした。

だからそういう無目的の医師派遣というのは止めましょうと。でも医局会では反対と賛成が半々くらいでしたね。

医局会というのは？

第二内科の医局会ですね。

その頃、盲目的という言葉はあまり使わなかったと思うんですけども、若い医師たちから「何故行かなければいけないのか？」とかね、そういう問題意識が芽生え始めると同時にインターン闘争が始まりました。

若い医師にとってはあまり研修にならんよ、勉強にもならんよという気持ちだったのでしょね。

そうですね。そういう中途半端に医師派遣をやっているのかというような。

そういう風な真面目な意見。でそういうものを当時医局会に取り上げられることもなく、若い時は外に行くものだよという、先輩たちが行ったところだから行ってこいよというね。しかも短期ですから地域にとっては半分迷惑だったという風に今考えたら思いますね。

短い期間で交代するわけですからね。で、代わる度にいろいろな要求を出すわけですよ。その病院には。何々を買って欲しいとかね。

医療機器を。相当な負担なのですね。そしたら医療機器が入ると、要求したドクターがすぐ引き揚げると。するとそれが不要になるわけですね。今度は別の器械を買ってくれというようにね。

そういう地域にとっては理不尽な要求を突きつけながら医師を出す。来てもらわないといけないから、それでもしょうがないから地域はそれに応じて、まあ整備と言えは整備かも知れませんがね。殆ど使い捨て。言葉が悪いですけども使い捨て器具を買って医師を要請をしたという、そういうのを私には理不尽に思えて、「そういうのを止めましょう」と。「本当に必要なところに必要な医師を出しましょう」と、と言ったわけです。

先生のお話を聞いていると、その視点ですね、ちょっと我々普通の医師が考える、命令されてからそれに従順に、何とか仕事をこなして、その日その日を何とかやっていこうと。

先生はちょっと最初から視点が広いですよ。

いやいや、今考えればそうですけれども、その当時はとにかくむやみやたらに若い人たちをあちこちにまだ経験が浅い人たちをね、地域に出すこと自体、「医局としては責任を負えないよ」という感じを私持ちましてね。

そういう社会的な目線で、医師の義憤みたいなものを感じておられたこと、そこが普通の医者と違うなど、お考えが、地域医療の視座に広がっていく。

やっぱり学生時代の社医研での経験で地域を見る目をね。その時に養われたのじゃないかなと感じがしますね。

医学教育と同時に早くから地域への思いを・・・

地域マインドのね。

あ～地域マインド～ですね。

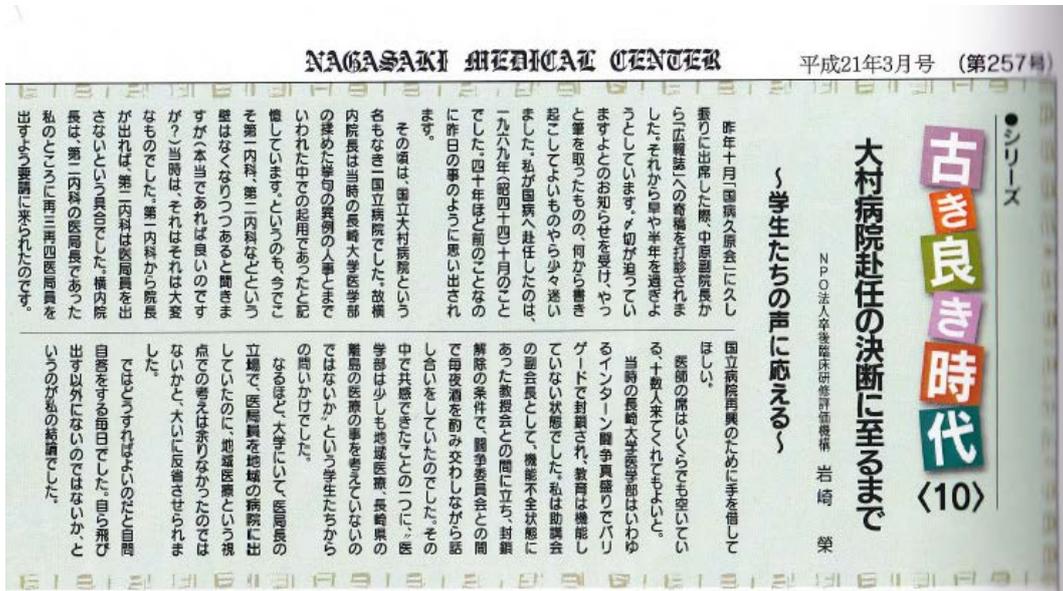
そういうことに気付かされたというのが学生時代からの想いがあったからですね。

本院の広報誌に連載された先生執筆の「古き良き時代」

から、先生の姿勢を知ることになったので

先生が本院の広報誌にお書きになった「古き良き時代」の「大村病院赴任の決断に至るまで」、このサブタイトルに「学生たちの声に応える」というコラムを読みました。今の話を聞いて、なるほどと…思ったのですが、医学部はその頃インターン闘争の最中でした。「医学部は少しも地域医療、長崎県の離島の医療のことを考えていないのではないか」

という、医学生たちからの問いかけに対し、これに先生がめざまれた、と私は思っていました…



そうじゃなくて、彼らが言うのは、ちょうど私が学生時代に感じたのと呼応したんですね。私はよくわかると。その当時、闘争委員長が何を言っても「私は学生時代からそういうことは考えていたのだよ」と。「わかるよ」と。

先生は論客の人。

インターン闘争の学生達の論争に一步も退かない、負けない。

だから「立場が反対だったら君たちと一緒に闘争したいくらいだよ」と、言うようにね。「君たちの言うことは皆なよくわかる」と。「わかるんだったら先生自らやれよ」というような問答がありました。「そしてたら君たちも卒業したら医者になったら地域医療をやるか？」って、

そういう問答を毎晩していたのですよね。「そのためには、やっぱり卒業せんといかんだろう」と。「そのためにはずっとバリケード張って立て籠もるばかりでは、君たち知識も増えないよ」って、「解いて早く勉学に復帰せい！」と言いましたね。

その頃、教授の中でそういうことおっしゃる人はいましたか？

いや誰もいなかった。だから助講会のその当時、私は副会長をされていてね。助講会が教授会と学生の間に入って、教授会がどうにもならないような教授会でしたから、で前面に立って私が。学生と対峙したわけですよ。で、その中で地域医療の話が出たのでね、これはいい材料を彼らが提供したなということで、私は話し合いをしました。

そもそも先生がその社会医学研究会、これはたまたま入られたんですか？

先生は開業医のご息子さんでしょ？通常だったら開業医のご息子さんはまた親の跡を継ぐという風に考えますが？

社会医学に燃えたというのはね。非常にプライベートな話ですから。どっちかといえば、そういう風な革新的な考え方を持っていたという、ちょうど私が中学に入った時が敗戦つまり終戦ですから。そう

いろいろな新しいことに触れた時代が高校、大学でしたからね。
そういうのに憧れもあったというのがありますかね。

横内さんたちが実は僕らの学生時代にいろいろな活動をしていたんです。だから横内さんとは、その時にお付き合いがあったといえ
ばお付き合いがあったんですけどね。しかし、真正面から彼と学生
時代を通じて話をしたことはなかった。主にいろいろの刺激を与えて
くれたのが、その当時の闘争委員会の連中ですね。だからそのうち
の何人かはそういう考え方を持って医者になった連中もいるのです
ね。一部は長崎に残り一部は東京に出て行ったという経緯はありま
すが。じゃあその連中が今何をしているのかと僕にはわからないで
すけどね。だから大学では、そういう活動をしながら、医局長として
は権限を行使したというか、そういうことで医局の派遣制度というの
を少し変えようということで、しかし随分と反対を受けました。いちば
んの問題は金銭的な問題。そんな綺麗事で医者を派遣するの
かっ
ていう風にね、それから市内の病院へのハーフ派遣制度っていうの
がありましてね。先生ご存知ないかも知れませんが。午前中外来だ
け、そこの病院に行って、給料はフル、貰うっていうようなね、やるの
だったら徹底してそんな中途半端な派遣じゃなくて、ちゃんとした派

遣をしましょうと。で、昼からは大学に戻ってくるという制度だったの
ですね。それも病院にとっては非常にやっぱり大きな迷惑だろうと、
しかもその当時ですね私は、随分その若い人たちから嫌がられもし
たのいだろうと思いますけども、必ず 9 時になったらその病院に電
話をするんですよ。「うちの誰々先生は外来に出ていますか？」って
言って。「まだおいでになっていません。」って大半が。

大分わがままもしていたのでしょね。医者も。

そうです。そしたら 10 時になっても出て行かないんですね。そして
午前中済んだらさっと大学に戻って来るわけですよ。だから半日間
もいなくてね。そういう理不尽なことをやった。そういうことで私は医
師のそういう医療行動といいますかね、マネジメントを電話でしたけ
れども、いろいろとやってみました。

「君は午前中どこにおったの？」そういう風な厳しい対応をした時
代がありましたね。そういうのを僕は大村に出て行くまで非常に短
期間でしたけどもね、そういうことをやって不評をかいました。今だ
から話せることばかりですよ。そんな話を信じる人はいないかも知
れませんが。

何です？

大村に僕が出るにあたっては、医局長ですから、自らを岩崎に「行け行け行け」という風にね、命令をする立場ですよ、それを私は自分に命令をして「大村に異動せよ」と言う。

そして当時の教授にお願いをして「私はとにかく出ます」。ところが第二内科の医師が第一内科出身の院長の所に行くというのは、当時はタブーだったんですね。

この辺はオフレコでなくてもいいですか？ 替えていいですか？

そういういろいろの葛藤があったということですね。自らの葛藤と外部からのいろいろな軋轢がある中で、しかも当時私のとこの医局員だけじゃなくて、他の科、診療科にもね、話をしてね、横内院長の期待に応えようではないかと言うことで集めて 12 名当時、一緒に大村に出たんですよ。横内さんが「何人でもいいから連れてきていいよ」と、「10 も 20 も籍はあるから」とそういう話だったので、大村に行って大村病院の再建と再興と発展を願い第二の大学の拠点を作ろうではないかと言うことで出たんですよ。

一つは、一緒に行ってくれる人たちがいたというのが私の決断に繋がった。一人ではないということ。尤も、一人では私は再建できないだろうと思ったから。

それが大村での出発点であり私の出発点なのです。

それで、先生が赴任されてから横内先生をサポートしつつ、時には院長に厳しいことを言って。

まあねえ。ほんとにいろいろありました。

でしょうね。「古き良き時代」を読むと、紙面では、横内院長が外来の患者さんを大学の雰囲気そのままに長時間に渡って診察するとか、院長がそんなことをしたら管理が行き届きませんよというような議論をされたようで。

当時の病院が『下足禁止』だったのですね。これから病院を近代化するというのにね。

そういう今度は内部闘争。院長との闘争をね。横内さんも結構頑固でしたからね。彼もちゃんとしたマネジメントのノウハウを知っていましたから、まずは、僕は新しいところに行くと、おやと思うところを自分の目で見て、どうこれを変える必要があるのか、変えないといけないのかどうかということを見極めて、誰に呼びかければ変革に

応えてくれるのか。

なるほどイノベーションですね。

そういうことで、いくら院長が革新的で新しいことをやるっていても病院全体を眺めた時に、まずは病院の玄関が、あまりにもみすぼらしいじゃね。患者さん来ようがないじゃないかと思うんですよね。まずは入口からきちっとしないといけないだろうと。そういうことで、でも1年かかったですね。その当時横内さんから言われたことは「君は見た目だけでものを言う」と。

そうでしたか。

そうかもしれない。「だけど見た目は大事ですよ」と。「患者さんがどうみているか。ということを私は考えたい」と。彼は「職員のことを考えて」ということで下足のおじさんの就労の問題。あそこの地域の人を雇っていたんですね。そういうことで地域の人との関係性をよくしようということですね、それで正規の職員じゃなかったけれども。「その人が職をね、君、失うんだよな」と横内さん。「なるほどそれはわかります」と。

だから「それは別のところをお願いすればいいじゃないですか？」と僕が、「何故下足番じゃないといけないんですか？」と。そしたらね、彼は「下足番で近所の人を雇っているからね、近所の人顔を知ってるんだよ」と。うん、それも一理あるなと。そういう押し問答をしながらね。それともう一つは「どろどろの道を歩いてきてね。君の言う美しくはならないよ」と。「玄関が汚れるよ」と。「靴洗いをつければいいじゃないですか」。そういういろいろの提案をしながら、1年間もかけて、ようやく『下足禁止』を廃止したと。私も粘ったけれども横内さんも中々の粘りでしたね。

お二方で丁々発止。

そうですね。殆ど他の職員とは話したことがなくて、二人で差しでの話でした。

そして一番最後に残ったのが外来での『院長の診察』という問題があって、これが、いわゆる大学における旧体制の、教授診察と同じ、ポリクリ・スタイルでおやりになるものだから医局員をはべらせながらね。問診をとらせながら、一人について1時間以上かかるという。そういうことだけじゃなくて、院長職ですからその間に緊急の電話が

かかる、その間患者さんを待たせている。それが時間に無頓着な待たせ方、いつまで待たせるかわからない。そうすると他の患者さんにも響いてくるわけですね。「そういう迷惑、先生わかりますか？」って僕は言ってね、「そんな迷惑かかってんの」って、そういう調子で、「それだけじゃないでしょ」と、「先生が遅れれば遅れるほど看護婦たちもそれにちゃんと応じないといけないし、それから先生が検査を遅く出せば、検査係が遅くまで残ってやらないといけないでしょ」と。先生一人のためにたくさんの人たちが時間的犠牲になっているんですよ。そこがわからないでは院長困るじゃないですか」って。それも1年間かかりましたよ。

凄いですねえ。しかし、ちょっと今の我々の感覚で言えば、院長に下の者が物申す、これは中々勇気のいる話ですよ。

まあ1つはね、僕に頭を下げて「君、来てくれ」と言われたということもあったんでね。

割と対等な関係でやれたわけですね。

そうです。それだけの言う権利があるかな。と、悪いけどそれを利用しました。

しかし、結果的にはそれでうまくいった。病院長さんも先生も。

それで「院長はやっぱり病院全体のマネージをきちっと専従でして欲しい」と、「それを一つの科の診療のためだけにあるのが院長ではないでしょ」と。他の科に目が配られない病棟やその他の所に目配りが無い院長としては、やっぱり院長職としては、欠けているんじゃないかなと、いう風なことでのやりとりをしました。

結局、病院長が組織の頂点で権威をふりかざすと、下部組織ではお互いに病院をよくしようという、そういうコミュニケーションが中々高まって来ない、これはよくあることですよね。

病院の全職員とね、コミュニケーションをよくしていくとか、その当時コミュニケーションという言葉はあまり使わなかったけれども。「そういう役割が院長さんにはあるんじゃないですか」と。「君が院長になってみればわかるよ」とかね、激しい言葉を何度も言われましたけど。

そうでしたか～。そこでいわゆる病院管理、…ですか、なんか院長とはどういうことかと言う事で先生は「古き良き時代」に書いてらっしゃいました。

当時の院長との問答のなかから、病院管理学への新たな

視座を開く



← 心電図電話伝送システムに取り組む

医療の原点は離島医療にありとして、1974年に離島医療医師センター（ドクターバンク）を開設し親元病院としての役割をになうことになった。心電図電話伝送システムを導入し、それに取り組む当時の岩崎先生の様子。

どっちかと言えば実践の中で学んだという。そういう横内さんとの問答をしながら。だから彼もそういう問答をしながら彼自身も楽しんだのじゃないかなと思いますけれどもね。

そうですね。

{古き良き時代}の先生は臨床研修病院として患者さんのための大村病院近代化に向かっていかれた。

そして、

院長は3つの顔、「医師」としての顔、「管理者」としての顔、「経営者」としての顔、このように3つの顔を持たんといけないよ。というエッセイをお書きになりました。

ここで病院管理学ということへの視界がもうこの辺にすでに芽生えてきたと。

それは大変役に立ちましたね。厚生省の病院管理研究所に行った時に。

全国の院長さんたちの研修をやらされましたので、それがもう、すぐ役に立ちました。

院長さんには3つの顔があると説きました*。

*(3つの顔とは、医師であり、管理者であり、経営者であること)

説得力がありますね。

先生はどのような顔を重視されますか？どのような顔を重視しながら病院をマネージしていますか？っていうようなね。で3つの顔というのはね。

大抵、病院長という医者は医師としての顔を立てるでしょうね。

そうです。もちろん規模にもよると思いますが。国立病院の院長さんの集まりでしたから。

そうですね。

もちろん臨床が強い医師というのは悪くはないと思うんですけどね。だから臨床をやりたいという院長はいますけどね。「じゃあ院長

辞めて臨床に専念された方がいいんじゃないですか」っていう問答をしたことがありますよ。「そんなに臨床がやりたかったら」「経営は私は素人だ」とおっしゃるから、「素人であっても院長になった以上はそういう経営マインドのことも必要でしょう」と。「そのためにはやっぱり医学の勉強をしたと同じように経営学の勉強をちゃんとしてくださいよ」。だから事務職を大事にしながら事務長あたりとそういう話をきちっとしていく。「そっちの方が面白くなり過ぎて、医師を忘れた時にはそれでもいいですよ」と。経営者の顔であっても。

かつての大学病院の話に及んで、自分が目標とする

ロールモデルを考えるようになった

あんな教授にはなりたくない。あんな管理者にはなりたくないかね。そういう評価の目といいますかね。よく自分のロールモデルを描きながらね、この教授のような医師になりたいという自分の目標となるようなロールモデルがやっぱり学生時代から見て行く必要があります。

そう言われると私も…古いモデルのまま。

しかし、今思い出すとですね、あまり良きモデルというのは、いなかったように感じますね。むしろ悪いモデルの方が、印象に残っていますね。だからそれが自分の進む道に、むしろ逆効果的になりました。

反面教師的にそれを。

そうです。反面教師的にこのような医師になってはいけないなっ
てというような教えですね。

そういうものだと思ったけれども、何か今よく若い人たちがパソコンの画面ばかりを見て患者さんの顔を見ないという、昔から患者さんの顔をみなかった先生はいたけれども。

なるほど、なるほど

まあ、そういう何ていうかなあ、少しはやっぱ反発があったのでし
ょうね、何となくね。

私の恩師箴島先生も寡黙でしたけどもね。しかし、きちんと体系

的に診察をされていましたがね。しかし、やっぱり寡黙過ぎましたね。

まあ昔の教授は皆なそうだったんでしょうねえ。

それから少しずつ変わってきたのは臨床研修制度。

そうですね。臨床研修制度もシステマティックになってきました。

医学教育の中で、教えるということはこういうことだと。それまでは、教授の背中、先輩の背中を見ればわかるっていうようなね、見よう見真似でしたよね。

そのあと、先生は厚生省病院管理研究所の医療管理部に行かれました。

長崎県での病院長を辞して、病院管理研究所へ転身

された動機は

病院管理研究所はどういうところかというのは全然私には情報もなく、当時の厚生省の局長のOBが「東京へ出てきてみない？」という一言で「まあいいですよ」って気軽に。

興味があられたのでしょうか？

どこに行くかは全然わからなかったですね。「いや東京来たらわかるよ。」っていうような調子で。病院管理研究所って言われたって僕にはわからなかったし、行ってみたら元局長が、所長だった。「何をやるんですか？」って言ったら「いや全国の国立病院の病院長や看護部長、副院長、事務部長、その辺りのマネジメント教育だよ」って。

言葉通りですね。

じゃあ私は教育は好きだから「いいですよ」と言って、1週間目からそれが始まって、プログラム立てて相談に行ったら、所長が「君のいいようにしてください」と言うんですよ。「そうですか。じゃあ講義はやめましょう」と言って今言うワークショップを。「こんな講義室でやらないで、広い部屋に集まってグループでやりましょうよ」と言って、やり始めたのが私のそこでの幹部講習会でした。

そうですかあ。それまで講義ばかりだったのですか？

そう講義ばかり。何とかの講義。何とかの…最後は組合との交

涉とかね。それは事務担当がやっていたけどもね。実際のだから「場面を設定して、シミュレーションでやればいいじゃないの」というわけですよ。

ロールプレイみたいな。先生、そういう発想は医学教育学会から受けられたのですか？

その通りです。

だから医学教育学会でのノウハウをそういう所で応用したというか。今でも思い出すんですけども、院長さん方に宿題を出したんですね、「先生の病院でのマネジメントに、ここで学んだ管理手法を是非先生の病院でやってくださって、その成果を報告してください」と。宿題を出したんです。「そういうことができそうもないんだったらお帰りの電車の中、飛行機の中で辞表書いたらどうですか」と。

そうですね。まだ私が50そこそこで、院長さん方が相当年上だったですからね。

それはびっくりされたでしょうね。

とにかく講習会の最後に言ったのはそういうことでしたね。

なるほど。それはインパクトがありますよね。

「こういうのができなければ院長を辞められて、臨床がお好きだったら臨床医に戻られたらどうですか」と。いろいろ後で手紙をもらって「あなたの話は衝撃的でした」とかね。

先生はやっぱりプレゼンの天才ですよ。

いやいや。その時 3 つの顔とかね(院長に必要な三つの顔:厚生福祉,第 3419 号,1985 年 9 月 21 日,時事通信)、そういう話もしたり。長崎での経験が随分役に立ちました。

ある国立病院の院長さんだったですけども、まじめだったんですよ。「帰りの電車の中で重々考えました」と。「ここは先生の言われるように院長に値しないと考えて、辞表を書こうと思ったけども 1 年間頑張ってみたいと思った。1 年間猶予をください」と僕に手紙をくださった。「1 年間でそれが達成できなかったら、その時は院長を辞めます」と、そういう手紙をくださった。ワークショップとかがなかった時代ですからびっくりされたんだと思いますよね。まさかグループワ

一クをしてプロダクトを作って発表をするというね、医学部を通して
今までそういうことをやったことがない人たちですからね。

そうですね。

確かに医学教育学会のあのワークショップに出て初めて、うあ〜こ
ういう教育があるのか〜と目覚めました。富士研に行って。

だから富士研のものそのままをやりました。副院長と看護部長さ
んたちは、一緒の合同研修なんですよ。

なるほど。そういう組み合わせいいですね。チーム医療のためにも。

しかし、そういう意味では講義するより大変でした。発表されるプ
ロダクトのひとつずつにコメントするとかしてですね。

評価をされて。

非常に皆なナイーブでしたね。参加をされる先生方がね。やっぱ
り皆な真面目な先生だったんですね。さすが院長さんたちだなあと
思いました。

そういう素質を持った方が多かったのですね。

一生懸命 positive feedback をして、後で negative feedback をするという具合にしました。それでもよく院長さん方に言ったことは、「病院が成り立っているんだからいいですよ、日本は」って。「経営のことをあまり考えんでいいような病院が国立病院ですからね」と。「そうでない時代が来るかもわかんないですよ」と言って。

まさに、その予言の通りになってきました。

先生は現長崎医療センターでは、1969年（昭44）10月から約13年間勤務され、4ヶ月の長崎県保健部を経て、1983年（昭58）4月に長崎県立成人病センター多良見病院（現長崎原爆諫早病院）院長を、1984年（昭59）9月厚生省医療管理部長を経て、1990年（平成2）4月日本医科大学医療管理学教室教授に就任されました。

そのきっかけは何だったのですか？

中央に躍り出てから、2度目の転身先に日本医科大学に

決められた経緯は

ある時、日本医科大学から学長さんと理事長さんがお見えになりましたね、「これからの大学には病院管理をきちっとやれるような人に来てもらって、学生時代からそういう管理的なマインドの教育も必

要だし、卒業後、日本医大の出身者は、開業医になる人が多いこと
もあり、経営マインドの教育も是非して欲しい」と、言われましてね。
最初来られた時に学長に申し上げたのは「私は医学部の教授だけ
はなりたくないと思っています」とお断りしました。

二度目のお誘いにもお断りしました。

「どうしても教授会でこういうのを作るという風に決まったので、そ
このポストに迎える人は先生しかいない」なんて言われて、それに
ほだされちゃって、三顧の礼を尽くされたんですよね。

しかし、教授になれる業績ないんですよ。病院管理に関しては雑
文を書いたぐらいで、少なくとも教授会に出せる物を書いたこともな
かったしですね。

学生の講義には先生自身がテキストをお作りになったわけですね。

そうです。それで病院管理研究所時代に作っていた病院管理私
用のテキスト。そういうものを一つの題材にして、教育の資料にすれ
ばいいかなと。

あと1冊本をお書きになったでしょ。「人間医療学」を。



人間医療学：岩崎 榮 高柳和江 編，
南山堂，東京 1997年

組織の原則を忘れた行動をしがちな専門職の典型は医師であるとよく言われる。チーム医療を壊しているのも医師だという声を聴く。まさに一人の医師のもつ知識、技術を遥かに超えた能力と仕事量が要求されているのが、現代の高度化、細分化、専門化された医療であるということになる。

それはね。教授になってからですけども。もっともその前に、私の臨床時代これを集大成して出版していたものがありました。

あ、「地域医療の基本的視座」ですね、これを作ってから教授になられたんですか。



地域医療の基本的視座：岩崎 榮，
ベクトル・コア,東京 1997年

離島では多くの人たちとのふれあいの中でたくさんのことを教えられ、ことに患者からの学びはよき臨床医への道を教えられることばかりでした。医療が医師一人ではできないこと、コ・メディカルスタッフの方々との協同でしか成立しないこと、終局的には地域住民や患者の協力が絶対に必要なことを痛いほど経験することができた・・・

そうです。これは長崎時代(特に国病の)の物を凝集したものを、

教授になった年に出した本なんです。

この手の本は日本に無かったのではないのでしょうか？

はい。というより、臨床と医療管理を繋ぐようなものでした。出版に当たって、当時の聖路加看護大学長 日野原重明先生から「推薦のことば」をいただきました。

先生はその頃からプライマリヘルスケアをよくとりあげられましたね。

私のね。副題がね「実践・教育・研究の総合を求めて」ということで実践を通して、教育研究をしていったと、実践の中での、教育だと。

実践研究、実践教育だったと思うんですけどね、もう殆どはこれ長崎時代にやった WHO のいうプライマリヘルスケアなんですよ。

マーラーが我が国に訪れた時と、その辺のところも先生は。

だからそっちの方向に医学教育を進めていく、研究もその方向で

ということと、もう一つは今日普及している医療機能評価の実践につなげるような研究。この評価機構を立ち上げるために当時

JCAHO(現在 JC)というアメリカの医療機能評価機構に2週間ばかりサーベイヤートレーニングの研修に行きました。

研修に行かれたのですね。

「日本の医療に欠けているものは評価だ」と痛感されたあと

シカゴにあるJCAHOの本部に行って、そこで研修を受けて帰って来て、「日本に欠けているものは評価だ」と気づかされて、アメリカでやっているその評価機構を日本でも作る必要があるんじゃないかと言うことで帰って来てすぐに、そういう団体を作ったんですね。「医療の質に関する研究会」というのを作って、「質研」と称して、それが一つの基盤になって、日本医師会と厚生省と合同で委員会が作られ、後に厚生省がはずれて、日本医師会の中でそれを検討することになりました。

最初医師会の中にできたのですか？

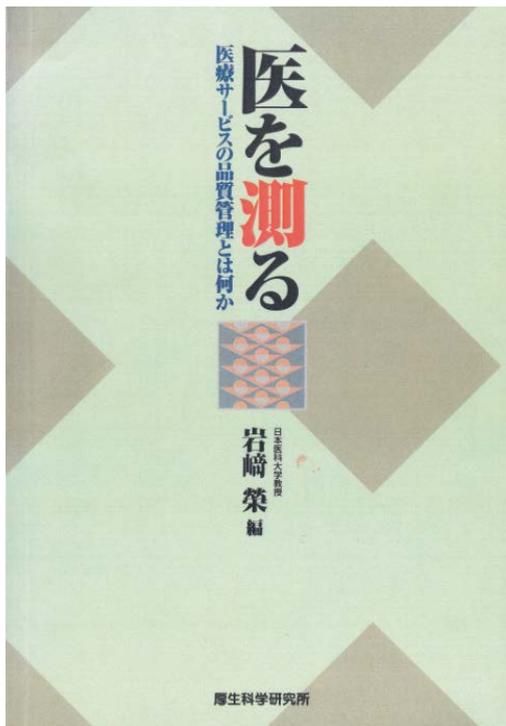
はい。日本医師会の中にです。その一方で先ほどの「医療の質に関する研究会」を発足させた。その当時約 60 病院の院長さん方が会員になってくださって、病院の相互評価から始まりました。お互いにサーベイヤーとして訪問し、相互評価をしたわけです。その一方で日本医師会ではそういう組織を作ろうという話で、できたのが今日の日本医療機能評価機構なのです。

ここで我が国における医療機能評価について、少しばかり振り返ってみましょう。1985 年(昭 60)日本医師会と厚生省とが合同で「病院機能評価に関する研究会」を設置し、この研究会の委員に私はなりましたが、その議論の中で、日本医師会が独自でやることになり、2 年後には「病院機能評価マニュアル」を作成し、全国の病院に自己評価の形で評価を行い、このようなマニュアルが使い物になることを証明しました。続いて、日本医師会は「病院機能評価検討委員会」を設置しました。

先にお話ししましたように 1990 年(平成 2)、私は評価のメッカである米国のシカゴにある JCAHO(現 The JC)の本部の研修に参加する機会を得まして、アメリカの評価の実際に触れ、それらを日本に

持ち帰り、直ちに「病院医療の質に関する研究会」を発足させました。

1995年(平成7)、現在の日本医療機能評価機構の設立に深く関与し、今日に至っているわけです。



医を測る～医療サービスの品質管理とは何か～; 岩崎 榮 編,
1998年3月14日, 厚生科学研究所

「医療の質とは何か。医療の質の評価とは何か」。本書はその問いに対して解の一端を示したものである。そして、ドナベディアンがいう「医療のあるべき姿 (norm) を追求することが医療の質を解明することになる。本邦で初めて医療評価について解説した本である。

医療機能評価は随分と定着しましたね。凄いことです。

こんどは臨床研修病院の評価へと移られましたが。

臨床研修の義務化に伴い、研修病院の評価事業を開始されたことについて

その間、臨床研修の義務化に伴い、研修病院の評価の重要性が

ら、2005年(平成17)「新医師臨床研修に関する研究会」を立ち上げ、翌年より評価事業を開始し、2007年(平成19)には、機構から独立しNPO法人化(JCEPと略)して今日に至っています。

今度は臨床研修病院の評価に専念することにしました。

日本医療機能評価機構を立ち上げて、強制ではなくて手上げで評価を受けてくれる病院がだんだんと増えていって、今全国の病院の3割強が受けていますけれどもですね。ほんとは全病院受けて欲しいのですがね。

3割強はやっぱり大きい、病院のあり方、患者をパートナーにする医療の展開、そういうパラダイムシフトといいますか、職員の意識を変えていくのにおおきな成果を上げてきたと思います。

そういうインセンティブはかなりあったと思いますね。

私も島原市の医療法人ウイング高城病院(精神科)で、3回経験しました。最初はマニュアル作りが大変でしたけれども今度はケアプロセスということで、応用編に変わってきました。

どこの国でも一般病院に対する評価、あの機構という他に教育病院に対する評価という別の団体が、必ずあるわけですね。

アメリカにも ACGME というのがあって、教育に関する教育病院の評価というのがあり、研修プログラムの内容にまで踏み込んだ評価があるわけですね。だからそれを日本でもやらないといけないということで医療機能評価機構をやりながらそれに気付いてそれを別立ててやろうと。

それも先生、率先されたのでしょ？ 凄いな。
時代を先取りして。

それをやり始めて、まだまだ伸びないんですけども。臨床研修を義務化している以上はちゃんとした評価をやる必要があると思い、やっているのです。

もう基幹型の臨床研修病院は全部、評価を受けているんですか？ 臨床研修病院は全部？ まだ？

まだまだ基幹型臨床研修病院の 170 病院くらいが受審していますので、全体の 2 割弱程度です。

国立大村病院（現病院の前身）に臨床研修を確立された歴史がちゃんと「古き良き時代」に載ってましたので、その辺からのスタートから始まったのでしょうけど。

アメリカに研修に行った時に教育病院は別にやっているんだ。と
いうことをその時に聞いたものですから将来的には教育病院は別に
作る必要があるかなあと思っていました。医療機能評価機構が、立
ち上がって順調に運び始めた時を狙って研修病院の評価を独立さ
せました。やっぱり教育機関の評価というのは一般病院とはちょっと
違った観点でやる必要があると、しかも研修医を教育しているので
すから研修医の教育目標であるとか教育の方略であるとか、プログ
ラム自体の評価とか、一般病院の評価以上に重要な視点があるん
で、そこをきちっと評価しましょうと、ということで始めたのが今の卒後
臨床研修評価機構での評価です。

全部繋がっていますね、離島で先生が地域医療のワークショップやられ
たことが。

そうですね。教育には評価が必要です。そういう意味では継続性、
連続性があります。

地域医療研修ですか、ワークショップをやって、そこから医者とはどう
あるべきかという教育を。

あらゆることは教育が基本にあるという風に私は思いますね。教育のないところに何も無いんじゃないかっていうような。

教育があるからどんどん発展していくんだと思いますね。だから私は医療人だけじゃなくてあらゆる人たちがやはり、この教育マインドというのはね。教育は大事だなあと今更ながらそう思っています。

しかもそれは共に学ぶ。

そうですね。まさに共育(協育)ですね。今日的には、IPEとかIPWということです。

これから先の長崎医療センターの臨床研修教育は？
どこの臨床研修病院も非常に頑張ってマッチングでの成果をあげようと。これまで本院の研修教育は評価されていたと思います。

これからの臨床研修病院の方向性については如何でしょうか？

臨床研修に対する反省といいますかね、もう義務化されて 10 年

以上経っていますからね。ようやく落ち着いてきたのかな？厚労省は5年毎に見直しをしています。最初始まった平成14年から5年目の見直しで、それまでは、ほぼスーパーローテーションに近い研修だったんですけども、7科目あった必修の科目が3科目に減らされたんですよ。現行の必修科目は内科と救急と地域医療です。

内科と救急と地域医療ですか？

あとの科は選択必修という名目になってしまいました。国病は最初からスーパーローテート方式をやりました。全国的には専門特化していくような傾向ですね、そういう風潮になっていったことに対し、私は絶対反対しています。

その背景は何ですか？

幅広い研修をね、これからの臨床医は、最初の2年間の臨床研修は幅広い研修をすべきではないかということで、臨床研修は始まったわけですから、その原点に戻らないと。今のように初めからストレートに近い研修をやって、狭い狭い領域の研修で、さらにそれが

専門に繋がっていくということで狭い領域の医師になって、その上にまたスーパーな専門医を作ってしまうというのは本当にそれで臨床医として務まるのかどうかですよね。他の分野のことも知った上で、そのために2年間の研修の中で幅広い研修をして、他の診療科もちゃんとした研修をする。2年間の研修で幅広い研修をしたのと、してないのでは将来の自分のキャリアパスの中で必ず活かされてくると思いますので。

ある程度、例えばもう60近くになって外科やれないですよ。その時になって内科に代わるとかね、他の科に代わる。それでいいんですか？そうやっていく運命にある医師が、最初の2年間でもいい、経験するのと、しないのでは随分違ってくると思います。だから私は2年間くらいはスーパーローテーションをやって、それをやった上で専門医のコースに移っていけば、いいでしょうと。そうすると例えば循環器の患者さんがきたら循環器で受け止めるんじゃなくて普通の病気で受け止めた形で診て、その上で必要があれば専門医にコンサルをやっていけばと、そういう医師の研修態度が必要じゃないかと、そのためにもわずか臨床研修2年間だけでもローテーションをやるというのは私は医師としてのキャリアパスの中の最初のスタートはそ

うあるべきじゃないかと思っています。

それを強く意識できるか、できないかによって違いますね。

もう随分違うと。

医師のライフサイクルで見ると、若い青年期から壮年期、老年期になるまで、様々な病気を持つ人たちとの関りが必ず出てきますね。

おそらく 60 過ぎてからいろいろの患者さんに出会うことの方が多
いんじゃないかと思えますね。患者さんも年を取っているし、いろい
ろと複数の病気を持っている。1つの科だけの病気を持っているとい
う患者さんは珍しいでしょう。

もちろん先生の専門の精神的な問題を抱えた患者さんもいらっし
やる。そういう人たちに出会った時、自分はどこまで診れてどこまで
は診れないとかね、そういう判断ができるような、どの科に行っても
そういう判断ができる、少なくとも治療はできなくても判断ができるよ
うな医師を 2 年間で作っておかなくちゃいけない。

そういう基礎的な経験を積んでおかないと。若い時はどうしてもメディ

スンという知識に傾いちゃう、それとテクニックに追われる。

知識偏重はまだいいけども技術偏重がいますよね。それがいちばん怖いですよ。

あまり技術に走り過ぎるといろんな倫理的な問題も出てくる。医師も年取ってくると病人の気持ちがわかってくる。

私の時代はインターンでしたから 1 年間の中で全科周りしましたもんね、たった 1 週間であっても。精神科もちゃんと行きましたしね、

私の時も保健所研修にも行きました。

だからやっぱりその当時の精神科を見せてもらった、という記憶がありますよね。

時代と共に病院も変わっていきますしね。医療も変わっていく。

そして精神病棟を先生が国立病院で一生懸命作られましたね、私が副院長をしていて、先生は医長をしていて、精神科はこんな風に近代的な精神病棟を作らないといけないのだということを先生か

ら教わったんですよ。

そうでしたか。あんな立派な病棟はもう出来ませんよ。

ええ、そうですね。

だからその当時見せられ、また、先生からいろいろなアドバイスを
受けました。それが私の頭の中には、精神病棟というのはああいう
もんだと、ああいうオープンなね、病院作りは必要なんだという風に
思って、閉鎖病棟をできるだけ作らないような。もうあの当時から先
生には地域で治療するとかね、そういうことを言っておられたんです
ね。

いろいろの病院建築の話なんか病院管理だから、そういう話を持
ってこられると、「いや～これからの精神病棟のあり方は開放性です
よ。」と言うこともできたんですよ。

だから幅広くやっておく必要があるのかなと。

新たな専門医コースの構想が始まっていることに関して

今の時代に非常に残念なのは、専門医になるための専門医コー

スが今準備されてますけどもね、今若い人たちが専門制度に動かされすぎて、臨床研修を飛ばして何か専門医になることばかり考えて、臨床研修が疎かになっていってるんじゃないかなとそういう気がしてならないのです。

新しい動きが始まっているのですね。

卒業の頃から自分はこういう専門家になりたいんだ、だからできるだけ、easy にそういう方向にいけるような病院を選ぶと。この 1、2 年、非常に学生たちが動揺しているんですよ。だからいい研修病院を選ぶということよりも、その病院が果たして専門医研修に容易にいけるような連続性を持った研修病院かどうかで選択する傾向にあります。

それって少し大学回帰が始まったでしょ。

そうです。

卒前の大学教育も変わってくるし、それから研修病院も変わろうとしている。更に専門医の研修病院はどういう病院がふさわしいのかということが議論されています。どうもその内容が、読めば読むほ

ど大学病院じゃないと研修ができないんじゃないかと？そういう風に
思い込んだ人たちが大変多くて、特に大学の先生方は大学にいな
いと君たち専門医になれないよと。そういったアドバイスをしてる極
端な人もいと聞きます。

*確かに専門医を取るためには大学医局に所属しとった方が有利なんじ
ゃないか〜っていうそういう噂も。*

風評ですね

風評ですか。

それが今度は各研修病院にも響いてきている。今年から少しず
つその風評による影響が出てきています。

*しからばですよ。長崎医療センターの臨床研修病院の、これからの方向
性といいますか。*

問題は長崎医療センターはどうあるべきかを真剣に考える必要
があります。

そこは岩崎先生に聞きたいポイントの一つです。

しかし、それがいちばん難しい問題だと感じています。

ある臨床研修医に聞きましたら、長崎医療センターの救急医療は非常にいいと。ヘリコプターに乗って。そういうことを言っていました。

長崎医療センターの臨床研修としての魅力は何なのか？確かに救急医療はいい。その他のところは？

それはね。私は長崎医療センターに限らず、全国の臨床研修病院、いわゆる基幹型臨床研修病院と言われる所が、おそらく32年度から始まる専門医の研修の施設病院として指定されるでしょう。そのためには、現状の臨床研修をしっかりとやっておいてもらわないとそういう専門研修の研修施設になり得ないかもしれません。その勝負はこの5～6年にあると思いますね。というのは救急はいいでしょうとなると、救急としての専門医を養成する施設にはなり得るかもわからない。それから総合診療専門医研修もしっかりしているとなれば総合診療専門医研修施設にはなり得るかもわからない。19ある基本診療科といわれる専門医の領域というのは、その領域がどれくらいその病院で専門研修ができるか、そして適切な研修プログラムを作成するかによって、専門医の養成施設になることができるという

ことなんですよね。ということは現在ある臨床研修病院がちゃんときちっとあらゆる部門がそういう研修施設にふさわしくなっているかどうかによりけりで、その研修病院が専門医研修の施設として生き残ることができるかどうかです。

そうですか。そこが一番肝腎なところですね。しかし、でこぼこがあるとすればどうなりますか？

でこぼこある。ただ、でこぼこを作らないような全部がレベルを上げておく必要もある。

それにはどうしたらいいですか？
どうすべきですか？

それには人材を集めて教育システムをきちっと、少なくとも臨床研修は日本一ですよといえるくらい、その中でも救急と総合診療は優れていますよ、という特徴を出すということでしょう。すべてということは難しいでしょう、おそらく19基本診療科が総てできるような病院にはなりえないでしょう。逆に言えばですね。例えば大学病院が総合診療専門医の研修施設になり得るかと言うと、一般論的にはそれはなり得ないんですよ。総合診療専門医の場合は長崎医療センター

が基幹病院になる可能性の方が高いんですね。そういう風にどこから見ても見劣りのしないレベルにある診療科っていうのが、なくてはならない。

それは大きな目標であることがはっきりしてきました。

だから今ある研修病院をしっかりとものにしていかないと、その基盤が臨床研修病院の良し悪しによって決まるんじゃないかなと私は思っています。だから今の研修病院が浮き足立って、専門研修できないかどうかということじゃなくて、現状の研修病院をしっかりと欲しい。それで私は院長に第三者評価機構を受けてくださいと勧めました。

かつて米倉院長時代には、全国の国立病院の中では比較的早く、臨床研修病院としての評価を受けました。途中、継続しなかったのが中断して、今回初回という形で受審ということになりました。その間、長崎大学病院の方が、先を越した感があります。もっとも医療センターにいた浜田先生が大学で頑張っていることによるのかも知れません。

講座の垣根を越えて全科をコントロールできるようにされたとか。

全科をあげて、全職員で研修医を育てるという気概がないと評価
機構の受審はうまく行かないですよ。

その気概が必要ということですね。

長崎大学は随分よくなりましたね。

長崎大学がよくなったと聞きました。

そうです。長崎大学が臨床研修問題ではかなりよくなりました。

しかも地域医療もしっかりやるようになったという。

そうですね。

地域医療枠を設けたりして・・・。

かつて長崎医療センターが、かつての国立大村病院、国立長崎中央病院
が、取り組んできた県の地域医療を大学が、替わるようになったのです
か？

長崎医療センターを、モデルにしてそのままを大学がやっているよ

うに見えますが、そうじゃないですか？

だからちょっと長崎医療センターが後退したのかなあっていうよう感じがしますね。大学がちゃんとやるようになったということはいいことなんですけどね。

横内院長時代の最初の頃は、大学に追いつき追い越せだったですからね。あの頃やっぱり大学が一つの目標だったと思うんですよ。少なくとも、臨床研修に関しては大学を抜いたと思いました。

もう立派にねえ。その頃は、大学を逆転していました。臨床研修計画に関しては。

だから私もいる必要ないのかなと。

終りに、岩崎先生が強調されたいことは

そして、長崎の離島の方も落ち着いてきたし、だから長崎県にいる必要ないのかなと。

当時の厚生省の局長がね、殺し文句を言ったんですよ、電話してね。「厚生省に来てね。日本はね、世界から見れば、島国ですよ」と。「あなたね、長崎の島ばかりを見るんじゃなくて日本という島をみ

ませんか」。これでいちころですよ。その言葉に。いいことを言ったもんだと。「日本という島をね。アメリカ、ヨーロッパから見ればね。離島も離島だよ」と、「長崎県の島々を見るのじゃなくて、日本という離島をね、どうすればいいかというのを考えたらどう？」って、言ったから。

いや～わかりました。そこが。

そういう観点からやっぱり見ていって、日本全体で長崎というのは、最初私らがおった頃には臨床研修のメッカをね、何とかして作りたいたと、そのためには離島を活用しながら、離島での研修を入れながら。最近離島での研修にも力が入ってないようで危惧しています。だから大学はいろいろし始めた。じゃあ大学でやれないのは何かってということで考え直さないと。大学と同じことしたって仕方ないですよ。

去年の夏、向原先生から呼ばれて、壱岐での研修会に参加しました。

それから大学の調先生と中桶先生がやっている離島医療の拠点病院、平戸を拠点病院とした、平戸市民病院の中に長崎大学出張

所があるんですよ。そこにも呼ばれて、大学の構想を見て長崎医療センターは陰が薄くなったな～ってような感じがしました。

わかりました。現職の皆さんへのアドバイスですね。

チャレンジする必要がある。

何も大学と競争する必要はありませんね。大学とはやっぱり異な
ったね、必ず何かがあるはずです。離島医療の支援にしてもね。

本院でも、それでいろいろと考えておられるのではと。

何かそういうね。やっぱり知恵を出してね、ひとりで悩むのではな
くて、OBを利用して欲しいなと思います。

なるほど。

この話は私よりはむしろ、現職の先生方に一緒に聞いて頂きたいですね。

日本という島の離れ島である長崎での医療はどうあるべきかとい
うことを。どうしていくかというね。日本の中における位置づけを。で
すよね。

離れ島である長崎での医療をどうするか、日本の中における位置づけを

どうするか。というのが先生の結論ですね。

そういう視点、視座を持つ必要があるよということですね。

そろそろ時間とさせていただいてよろしいでしょうか…。

はい。

先生のお考えの広さ、深さに大きな感銘を受けました。

今日は貴重なお話を長時間にわたってして頂き、誠にありがとうございました。