



## 医師の務めは患者さんに最適の 治療を施すこと

—— 鈴木章夫先生に聞く ②

ゲスト：鈴木章夫先生(東京医科歯科大学前学長)

ホスト：四津良平先生(慶應義塾大学医学部外科教授)

アメリカに渡られた鈴木章夫先生は、心臓手術の技術開発に多大なる功績を積んで教授となり、帰国されました。臨床の領域でこうした経験を持つ日本人は稀有であります。連載の後半は、米国の医師のエピソードから始まります。

さらに、鈴木先生が日本に戻られてから冠動脈バイパス手術を始め心臓外科治療技術の普及・発展に力を注がれた辺りのお話とともに、アメリカと日本の医療制度・医療に対する考え方の違いとアメリカの医療に見習う点などを伺いました。最後に医学生、若い医師に向けた教育者としてのメッセージをいただきました。



### もう1人の偉大な恩師，Hardy先生

**四津** その後、鈴木先生は1970年に、あの有名なMississippi大学の外科チェアマン、James D. Hardy先生のもとに心臓外科のチーフとして招かれました。

**鈴木** James D. Hardy先生は私が最も印象に残っている外科教授3人のなかの1人です。2人は先ほどお話したStewart Welch先生とEarle B. Kay先生です(前号参照)。

Hardy先生は、1962年にクリーブランドで開かれた大学外科医学会のサーチライトミーティングで私とKay先生が人工弁による大動脈弁置換術のデモンストラーションを行ったのを見ていた多数の外科教授の1人で、それがMississippi大学に行くきっかけとなりました。Hardy先生は1964年にチンパンジーの心臓を人間に移植し物議をかもしましたが、肺移植では世界で最初の成功例を出した偉大な先生で、

これも36歳くらいでMississippi大学の外科チェアマンになった方です。毎週日曜日の朝8時から、外科チェアマンとして管轄下の外科病棟、すなわち一般外科・消化器外科、胸部心臓外科、移植外科等すべての病棟回診を行い、症例を各科の教授やチーフレジデントとディスカッションするのですが、病態生理や、鑑別診断を立板に水を流すように喋り、博識には驚きしかありませんでした。正午までに回診を終え、皆でコーヒーを飲んでから教会に行くというのが日曜日の日課でした。この回診の良いところは各科の教授以下、レジデント、学生まで参加して、他科の症例を見て種々な意見を聞けることでした。

これらの偉大なる教授たちにも共通する泣き所がひとつありました。それは、手術が順調にいついときは非常にきれいな手技を行うのですが、一度、予想していない何かが起きると収拾がつかなくなり、私が呼ばれるのが常でした。「Dr. Suzuki call OR(手



術室)」とアナウンスされると、レジデントたちがニヤリとするのが常でした。しかし、これも患者には最高のことをするという発想の表れだったのでしょうか。困ったときに下を呼ぶのはなかなかできないことです。偉大さの表れかもしれません。ちなみにHardy先生は、当時の外科の名門Pennsylvania大学医学部の出身で、インターン、レジデントをそこでを行い、インターンのときは、あのJohn Kirklin先生と同室だったそうです。

Mississippi大学で心臓関係の忘れてならないもう1人は心臓生理学の第一人者Arthur Guyton教授です。Guyton先生はHarvard大学で脳神経外科のレジデントのとき小児麻痺にかかり、体が不自由になり、生理学に転向した方です。車いすで各研究室を回り、年間、多いときは10編以上の論文と2年に1度は単行本を出すといわれるくらい精力的に研究を行った方で「Cardiac Output and Its Regulation」という名著があります。私の人工心肺の動脈だけでなく中心静脈圧コントロールをほめてくれました。また、日本人の本当に優れた数人の弟子がおります。

### 人工心肺を使わない冠動脈バイパス手術

**四津** Beating heartの最初の冠動脈バイパス手術のお話を伺っていませんでした。それはMississippi大学にいらしたころ行われたのですか。

**鈴木** Mississippi大学でも、患者が緊急で入って来ることがありました。その当時はポンプテクニシャンが大学にいつもいるわけではなく、呼びだせばすぐ来ますが、間に合わないことがありました。閉塞部位がわかっているときは、ポンプが来るまで待たないから、1本目のバイパス手術を始めてしまい、2本目でポンプテクニシャンが間に合ったということがありました。つまり、1本はbeating heartで行ったのです。あとで冠動脈造影を見ますと、beating heartでやったほうもきちんと開存しているので、そんなに難しくないのでいいのではないかと思ったのです。それから症例を選んで、2本くらいはoff pump

でやりました。

もうひとつの理由は、人工心肺を使って手術すると、次の日、患者さんはげんなりしています。しかし、beating heartで手術すると次の日に患者さんの状態がものすごく良かったのです。

**四津** アメリカで最初に成功されたのは、1972年くらいですか。ずいぶん早かったですね。

**鈴木** すぐ論文にしておけば良かったと思います。

**四津** 私が思うに、いつも先生のやっていたらしゃることのレベルが高いから、これをやったからといって大したことないと思われるのではないですか。先生のなかの意識が高いから、すごいことでも普通かなと思われる。

**鈴木** レベルが高いというわけではありませんが、たしかに四津先生がおっしゃるように、画期的なこととは何か違うなと思いました。というのも、それより以前クリーブランド時代からKay先生が内胸動脈を前下行枝にバイパスすると、夜間にときどき私が呼ばれてbeating heartで止血したり、そのまま再吻合することがあったので、慣れていたことも事実です。

**四津** 少し方法をひねったくらいにしか考えられなかったのでしょうか。わざわざ書くほどのことでもない。ポンプを回す代わりにつないでみたらうまくいって、そうかというくらいで終わってしまったのでしょうか。でも今となっては、やはり書いておけば良かったですね。

**鈴木** そうです。そのとおりです。今から振り返ると、書いておけば良かったと思うものが山ほどあります。特に人工心肺や人工弁の初期の実験です。当時はすごく熾烈な競争でしたので、Kay先生は「実験の段階で書くとすぐ人にまねされる」といって、頭を縦に振らず、「HarvardのGross先生がPDAの手術に成功し、coactationの切除、吻合の実験をしているのを、Harvardを見学に来てたまたま見た有名な外科医が、1週間後、母国に帰って同じ手技を使って臨床例に成功して名を残した」という話をしてくれました。たしかに私も何回も人に盗まれたことがあります。同種大動脈弁を僧帽弁位に入れる実験などは、その典

型で、たまたら日本の「Jpn Circ J. 1966 Sep ; 30(9)」に遅ればせながら発表しました。

## 日本では、やさしい冠動脈バイパス手術を普及

**四津** 鈴木先生は、1974年にアメリカから帰国されて、順天堂大学の胸部外科教授に就任されました。そして、冠動脈バイパス手術の普及に尽力なされましたね。

**鈴木** 私が帰国した当時は、日本の冠動脈バイパス手術における死亡率は非常に高く、25～50%くらいといわれていました。一方、当時のアメリカでは3～4%でした。これは、もっといい成績を出す手術を普及させなかったら日本の患者さんが救われなと思いました。当時は今のようにバルーンもありませんでしたし、ステントもありませんでしたから、患者を救う道はバイパス手術しかなかったのです。35mmの冠動脈造影がまだ普及していないころですからね。

**四津** まだカットフィルムですね。私たちが外科に入ったころ、シネがやっと出てきました。

**鈴木** そうしたころですから、内胸動脈を使うバイパス手術を行うことは原理的には正しいのですが、この手術は内胸動脈を傷つけないように剝離しなければなりません。これはVineberg手術(内胸動脈心筋内埋没手術)を経験している人であればなんでもないことですが、慣れていない術者には難しいと思ったのです。それで静脈を使ったほうが多くの先生方が楽に手術でき多くの患者さんを救えるのではないかと考えました。また、割と短時間に大伏在静脈が取れますから、患者さんにも負担がかからないということもありました。また一方で、日本人の大伏在静脈は米国人に比べて細く、比較的、バイパスに適しているのではないかとの感もありました。そこで、帰国後の数年間はほとんど静脈を使ってバイパス手術を行いました。

**四津** 日本でACバイパス手術を普及させていくためのストラテジーだったのですね。

**鈴木** その点では、榊原<sup>しげる</sup>先生(東京女子医科大学日

本心臓血圧研究所の創設者)は先見の明のある立派な先生でした。以前、榊原先生がアメリカで私の弁形成術や弁置換術、心移植の実験などを見たときに「君の手術はすばらしい。しかし、君の手術は君だけにしかできないから、もっとやさしくしないとイケません」といわれたのです。

私もそのころは血気盛んでしたから、なぜ私だけができて他の人ができないのが悪いのか、みんなもやれるようにがんばったらいじゃないかと心のなかで思ったのです。しかし、それは間違いでした。なぜかといえば、私が手術をやって救える患者さんは数が知れています。私が卓越した外科医だとはいいませんが、術技をやさしくして平均的な外科医でもできるようにしたら、それだけ多くの患者さんが救えるわけです。緊急の場合などは特にそうです。

**四津** そして、先生も日本では比較的やさしい静脈グラフトを使った手術を普及させたのですね。

**鈴木** そうです。それが結果的にも良かったのです。私の帰国後1年目のバイパス術死亡率は4%、2年目以降は1～2%でした。それと呼応するかのようには、約5年後の日本全体のバイパス術死亡率が約25%から6～7%台まで下がりました。この間、私は北海道から九州までの各地で手術のデモンストレーションや講演を精力的に行いました。また、日本人の静脈の開存は良好で、手術がきちんとしていればアメリカ人よりもはるかに長く持つことがわかりました。しかし、理論的には動脈を使うに越したことはありません。アメリカ人も日本人もなるべく動脈を使った手術のほうがいいと思います。

ところで、今は何本くらいバイパスするのですか。

**四津** 徹底してたくさんすると、基本のところだけ3本くらいすると二極化していると思います。

**鈴木** 先生がおっしゃるように、多い人はバイパスをなるべくたくさん、5本も6本も作りますね。少ない人は2本か3本です。これは解析してみる必要があると思います。私は極端にいうと、前下行枝と左内胸動脈を1本きちんとつなげておいて、もうひとつくらいバイパスを作っておけば、バイパス手術の



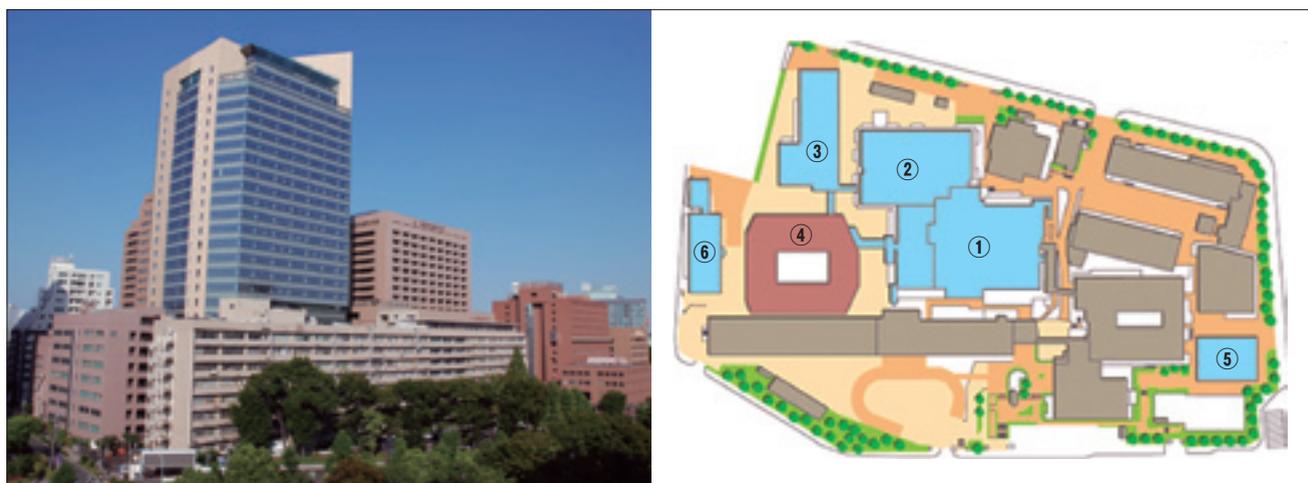


写真1 東京医科歯科大学湯島キャンパス

写真向かって左の高い棟が、建築中の総合教育研究棟Ⅱ期棟。

右図①～⑥は、鈴木章夫前学長による建造施設。①②医学部・医学部附属病院，③総合教育研究棟Ⅰ，④総合教育研究棟Ⅱ（建築中），⑤教育・研究棟，⑥共同研究棟（右図は、東京医科歯科大学ホームページより引用改編）

表1 日本の研究機関における論文の平均被引用度ランキングトップ10

	2004年4月		2005年4月		2007年4月
1	岡崎研究機構 13.60	JST	12.15	JST	15.32
2	理化学研究所 11.35	理化学研究所	11.82	理化学研究所	13.67
3	東京医科歯科大学 11.21	東京医科歯科大学	11.41	自然科学機構	12.65
4	東京大学 10.94	自然科学機構	11.27	東京医科歯科大学	12.51
5	大阪大学 10.79	東京大学	11.20	東京大学	12.41
6	京都大学 10.46	大阪大学	11.07	大阪大学	12.28
7	熊本大学 10.13	京都大学	10.68	京都大学	11.91
8	金沢大学 9.32	熊本大学	10.45	熊本大学	11.85
9	名古屋大学 9.01	金沢大学	9.52	名古屋大学	10.28
10	神戸大学 9.01	名古屋大学	9.35	千葉大学	9.85

機関全体の論文被引用数を論文数で割った平均引用数での比較(Thomson ISI Press Releaseより)

が3つ、京大、医科歯科大が2つ。その他の大学は1つかゼロです。また、Thomson ISIのデータでは、2004年から2007年は論文の平均被引用度は全国立大学中1位です(表1)。教育では、東大以外で唯一、教養部を残しました。MD, Ph.DコースやDDS, Ph.Dコースを作り、医学部卒業時、医学士、医学博士の両方を持つ卒業生も出ています。また世界最高水準を目指してHarvardやLondonのimperial collegeと学生交流を行っております。私なりに中身にも努力しました。

昔、Kay先生に「大学を良くするにはどうしたらいいか」という質問をしたことがあります。なぜそんな質問をしたのか今もってわかりませんが、それまで自分の在籍した大学とあまりに格差があったのが頭にこびりついていたのかもしれない。

Kay先生は「君が専攻するもので世界の第一人者になりなさい。それがひとつ。もうひとつは40年の歳月が必要だ」といったのです。「第一人者になりなさい」というのはよく理解できたけれど、「40年の歳月が必要だ」という意味は、当時はよくわかりませんでした。

た。しかし、今思えば理解できます。つまり、第1回の卒業生は、20年くらいたつと、かなりの人材になっています。もう20年たつと、その人たちがさらに次の世代を養成して、人材をもっと輩出します。これが40年の歳月を要する、ということです。極めて適切な答えだったと感嘆しています。

### 新しいことをやる外科医は孤独

**四津** 人材という点でも、先生は多くの優秀なお弟子さんを育てていらっしゃいますね。

**鈴木** 特に世話をしたということはないですけど、ただ、順天堂大学以来、私の医局に在籍した人達が12人教授になっています。そのほかMississippi大学で私のもとでレジデントをしたアメリカ人では3人います。1代で1人か多くて2人の教授を作るのが普通だとすれば、12人は、たしかに多いですね。私はものすごく厳しかったのではないのでしょうか。今でも「恐怖の10時」といわれ、語りぐさになっています。10時の報告というのをさせていたのです。

**四津** 朝の10時ですか。

**鈴木** 夜の10時です。どんな日でも、私がどこにしようと、外国にいても当直が患者さんの状態を私に報告することになっていました。必ず私に電話をかけてきて、そのときに、なぜ、なぜと追及されて、当直が思わず受話器を落としてしまったとか、いろいろな話があるのです。恐怖の10時(笑)。

それは患者さんの状態を聞くだけではなく、病態生理、手術方法、その理由等を、術後であれば検査の値はいくつだ、どれくらい出血があるかとか、すべて聞くわけです。だいたい私は出血が嫌いですからね。ところが、若い先生たちには、自分を守りたいという意識があるわけです。例えば私が「これはもう大丈夫だから、胸を閉めておいてください」といって手をおろし、若い先生が閉胸しますと、若い先生は自分が閉胸した患者さんを再開胸したくないという気持ちがあります。

四津先生もご存じのように、人工心肺を使ったあ

との患者さんは、出血があっても開けて洗うだけできれいになってしまうことがよくあります。ところが、大したことはなくても出血がジワジワと続いていると、心臓の周りに凝固ができて、それが原因でタンポナーデになったり、ならなくても後に癒着をします。それで私は、原則として夜10時までに800cc出血したら、必ず再開胸して止血するという鉄則を作りました。それでも医局員は自分がせっかく閉めさせてもらったのに開けたくないという心理が働くのですね。

報告の第2の効果は、医局員との会話が頻繁に行われることです。

**四津** わかりますね。

**鈴木** しかし、厳しいといっても、アメリカではもっと厳しかったですからね。帰国した当座はやさしくしてみました。結論的には、厳しく仕込んだほうが大成するようですね。

アメリカで私が驚いたことは、インターンの1年生が教授の手術に「こういうふうに行ったほうが良かったのではないかと問うことがあるのです。ところが立派な教授ほど、その愚問に対してきちんと説明をしてあげるのです。それは非常にいいことだと思います。私は学生たちに「学生の愚問に答えられないような教授は、アメリカでは教授の資格がないのだよ。だから、どんなことでも聞きなさい。聞いたことは案外忘れないものだよ」とよくいいます。でも、頻繁な教授と学生、あるいは研修医との対話は、日本ではなかなか普及しません。

ただ私のように、日本の外科の教育を受けずに、卒業してすぐ外国に行って教育を受けて、教授で帰ってきたというのは、臨床では日本の歴史始まって以来なのです。残念ながら、その後もあまりいません。

**四津** 日本という土壌では、医局に入って、ずっといて、外科医の場合は臨床成績を重視し、患者さんを治すことへの重きは今まであまりなかったですね。先生は、それを一番感じていらっしゃったと思います。

**鈴木** そうですね。日本の教授とはチェアマンですから、診療、教育、研究と三拍子そろっていません。これは四津先生は十分ご承知のこと





させられてきて、その前提で制度設計もなされてきた節がある。そうしたことの反動が、今出てきているのではないのでしょうか。

アメリカでは決してそんなことはありません。最初の出発点は「医者も人間だ。プロフェッショナルだからミスは少ないかもしれないけど、ミスを犯すことはある」と思っています。しかし「私はこのドクターを選び信用している。自分が選んで信用している以上、このドクターがたとえミスを犯しても、ベストを尽くしてそれを治してくれたらそれでいい」という考えですね。また、わが国では一般的に医師を選ぶことができませんね。例えば、紹介なしに大病院に行くと、外来にあたった医師が主治医になります。

先ほどの第2の盲信は、「医師は夜中でも手術してくれるし、夜を徹してでも治療してくれ、次の日も働ける」というものです。同様に医療制度にも交代員は必要ないという考えが反映されています。欧米では、教授クラスでも、同じくらいの力量のある人が2~3人は必ずいて、交代することができます。人間は24時間以上も最高の状態では働けないという前提です。わが国はそうではなく、交代する要員はいません。アメリカでは開業医でもグループ・プラクティスが主流で、交代で休みます。これは研究でも同じことです。最近では、研究費は以前に比べるとかなり潤沢になりました。大変有り難いことですが、一方、研究者の数は欧米に比べると、かなり少ない。では、質はどうかというと、トップレベルの数人は欧米に引けをとらないかもしれませんが、欧米、特にアメリカでは、そういう人が100~200人くらいいます。研究支援者の数は、欧米では研究者1人に対して1.0人であるのに対して、わが国では0.1人であり、最近ようやく0.5人になったと聞いています。これでは競争に勝てません。私は戦争末期に旧制中学の2~3年生でしたが、B29や大量の航空母艦、ついには原爆に代表される巨大な陸海空軍に対して匍匐前進をして、敵の戦車に手榴弾を投げよと練習させられました。この思想は今でも脈々と残っているような気がします(笑)。

今から20年くらい前、1990年代の初め、当時の厚生省に医師需給の委員会がありました。そのころ、人口10万人に対して192人の医師数だったかと思います。当時のアメリカは10万人に対して240人いました。わが国ではあと15~20年たったら、人口10万人に対して医師数が215人くらいになるから、医師過剰になるということで、いろいろディスカッションが行われました。そこで、私だけが医師は若干過剰なくらいが良いといったのですが、医師の数は過剰にならないようにしなければならないというのが厚生省あるいは関係者の前提だったのです。

しかし、アメリカも朝鮮戦争のころにたくさん医師を養成して、その医師たちがみな戦争が終わって帰ってきて、専門医のプログラムに応募が殺到したことがありました。その結果、4~5年たって専門医が非常に増え、循環器なら循環器、一般消化器なら消化器だけをやっていただけでは飯が食えない時代が来たのです。1960年代の初めのことです。そこで、多くの専門医が、今度はgeneral practitioner(GP)という日本でいう開業医になったわけです。そうしますと一般の人は、この先生は診断・治療もいいし検査もきちんとやってくれるということで、みんながそちらに行くようになりました。その結果、それまでGP、家庭医だった人たちが、これはいけないということに気がついて、家庭医をきちんと養成するためのプログラムを新しく作ったのです。そこで、現在のファミリー・フィジシアン<sup>シ</sup>の専門医養成プログラムがきちんとできたために、アメリカの医師全体のレベルが上がったということを説明しました。

ですから、わが国でも若干医師が過剰なくらいのほうが、全体のレベルが上がる可能性があります。そのうえ先に申し上げたように、医師の交代要員も十分整備されていません。私がそう主張すると、「会社でいえば、今、部長クラスの給料を取っている医師が、あと15~20年たったときには平社員並みになる。だから医師を増やさないようにしていかなくてはいけない」と反論されました。しかし3時間待ちの3分診療が普通といわれていました。また当時の日

本の医療費はGDP比で6%台で、アメリカは13～14%でした。医療費を1%上げれば部長クラスの給料は、10年たっても15年たっても保障されることを計算して示しました。それでも、当時の日本医師会か厚生省かは医師数を減らしたほうが良いという前提ありきでしたので、私の主張は通りませんでした。以来、私のような人間は委員にしません(笑)。また現在、わが国ではあまりに専門が細分化され過ぎているのではないかと思います。専門医が自分の専門の患者さんしか診ないとすると、どこの病院でもほとんど専門医を用意しておかなければならず、大変な数の医師が必要になります。その一方、ある外科の専門領域では、専門医1人あたりの手術数が年間十数例余りしかなく、それは専門医としての技術を保持できないのみならず、経済効果的にもマイナスとなります。これでは患者さんのためにもならず、施設を集約したり専門医の数や養成にも配慮する必要があります。小規模病院と機関病院の関係を見直すべきです。医療と教育には金をかけるのが先進国です。

### チーフレジデント制の効果

鈴木 それは学問の研究にも医療人の養成にも通じると思っています。例えば今、文科省でも政府でも世界的な競争に勝てるようにしろといひます。しかし、アメリカとマンパワーを比べると、日本の平均的国立大学医学部のティーチングスタッフはアメリカの8分の1以下です。07年度のfaculty/student ratioを比べると、アメリカの医学部では最大15から最低1.2で、平均約4くらいですが、わが国の平均的国立大学では0.5です。つまり、アメリカは1人の学生を4人の先生が指導しますが、日本は1人の学生を0.5人の先生が指導することになります。

Harvard大学の4つある附属病院のひとつでMassachusetts General病院(MGH)があります。わが大学の附属病院が800床、MGHが893床で、少し向こうのほうが大きいけれど、医師数を比べると、わが大学の400人(医院、研修医も含む)に対してMGH

表2 東京医科歯科大学医学部附属病院とMassachusetts General病院(MGH)の比較(2005年4月1日調べ)

	東京医科歯科大学 医学部附属病院	Massachusetts General病院	比率
病床数	800	893	1.1
稼働率(%)	81.3	80.5	1.0
平均在院日数	17.1	5.83	0.3
入院患者数	12,491	44,518	3.6
外来患者数(年間)	451,707	1,485,608	3.3
救急患者数(年間)	10,237	74,905	7.3
手術件数(年間)	5,651	32,970	5.8
分娩数(年間)	182	3,604	19.8
全職員数	1,000	19,000	19.0
看護師数	500	2,900	5.8
医師数	400	3,600	9.0

(東京医科歯科大学・田中雄二郎教授作成)

は3,600人と9倍です(表2)。Harvardはこのような附属病院がほかに3つあり、学生数は782で、教師と学生の比は10.1です。このことが、質の高い医学生、専門医の養成に大きな影響を与えます。つまり、アメリカでは極めて少人数教育で、教師と学生が対話して教育するのに対して、わが国では、いまだ多人数の学生に講義するという形が多い。この間、新聞に、ある国立大学教授の勇気ある告白が出ていました。その教授は大学を出てから3年間研修をして、アメリカに家庭医の資格を取りに行ったとき、運び込まれた昏睡の患者に対して医学部を出たばかりの同僚がテキパキと診断・治療するのに、自分は診断もできずショックだったといっています。そのくらい違うのです。

また、専門医の養成プログラム、例えば一般外科では、4年間の最初の2年くらいかけて脳外科、胸部外科、救急外科、形成外科、整形外科など外科系各科に麻酔科、なかには産婦人科までじっくり3ないし6カ月くらいかけて回らせます。したがって専門医養成も、いろいろ広い経験をするという点ではアメリカに分があります。このことが、わが国では、救急の場に専門医がいなくて診療を断ることにつながります。それは、一般外科、内科の専門医が、さ



らに細かく分かれた専門医が来るまでのつなぎができないからです。また患者さんのほうにも専門医でないと満足しないという、わが国独特の風土もあります。これでは医師がいくらいてもたまりません。

そして、アメリカでは専門医養成プログラムの最後の年、例えば一般外科だったら大学では5年目くらいにチーフレジデントになり、チーフレジデントは1年に大きな手術を少なくとも100例以上経験します。自ら外来で診察し検査を行い、診断をして、教授と検討して手術を行います。教授は監督で、問題があるというとき以外は、口や手を出しません。患者の術後もケアをして、元気に患者を帰してやるまでの一連の作業はすべてチーフレジデントの責任です。アメリカでは学生やレジデントは1年上は1年下を教えることができるのが特徴です。これができないと、特にレジデントは進級にかかわりますからチーフレジデントを終えるまでには相当な力をつけています。私はアメリカがなんでも良いと決めているわけではありませんが、医学生や専門医の養成には見習うべき点があると思います。

日本でも教授が指導・監督をしながら、専門医を目指す医師に段階的に責任を持たせることが必要です。それには教育専門のスタッフが必要です。できれば研究専門のスタッフも臨床に必要ですね。Mississippi大学では、外科に医師でないPh.Dの外科教授が2人いました。学生、レジデントの研究相談役です。アメリカの教授がいかに教育熱心か的一端を紹介しましょう。クリーブランド時代、私が循環器部長Henry Zimmermanの御宅に患者のことで電話したら奥様が出て、「Henryは先ほどまでチーフレジデントと2時間も患者のことでディスカッションをして、今スープを飲み始めたところだが急用ですか。そうでなかったら、Dr. Suzuki, せめて暖かいスープを飲む時間を与えてやってください」といわれたのが、今でも印象に残っています。つまりteaching stuffはあらゆる機会をとらえて対話で医師を指導するのがアメリカのやり方です。外科ではそれに技術を指導します。

日本に帰って来て家内がこういったことがありま

す。「あなたは日本に来てから電話で手術をしませんね」と。どういうことだと思いますか。

**四津** 電話でコンサルトですね。

**鈴木** そうですが、ニュアンスがちょっと違います。アメリカでは私が30分間も家に帰ると必ずといっていいほど、大学から電話が入りました。チーフレジデントが私に電話をかけてくるのです。アメリカでは、何事が起きてても上司に知らせたら、その個人の責任になることはありません。知らされた上司の責任になります。ですから「プロフェッサー、緊急の症例を開けたらこうだったけど、これからやると出血がたくさんになる。どうしたらいいか」と手術室から尋ねてきます。「では、反対側から剝離してやれ。それが難しかったら、今から5分以内に俺が行くから、それまで出血しそうなところを押さえている」とね。そうして実際に必ず行きます。知らされた以上は私の責任ですから。チーフレジデントに責任を持たせて、しかも教授は過ちがないように監督することが責任となります。このことが大切なのです。

つまり、アメリカでは教授は常に連絡が取れなくてははいけません。例えば、私が今Harvard大学の教授に電話をしようと思えば、いついかなる時間でも連絡が取れます。病院にいなくても、「ここにいるから、ここへかけてください」という返事があります。アメリカの医師は、5分でも病院の外に出るときは「誰が代わりをするから」と交換手に伝えて、交換手はそれをメモします。誰が代わりをするのかわかります。そのへんの責任の持ち方がずいぶん違うと思います。逆にアメリカから日本の大学病院の教授に電話をするとなかなかつかまりませんね(笑)。

交代では忘れられないことがあります。アメリカの病院では交代することを「誰々にsigned out」といいますが、あるとき外科チェアマンのHardy先生から「次の3日間をお前にsigned outしたから」と外出先から有無をいわせない電話がかかり、びっくりしました。全外科の責任者ですから、なんとか薄氷を踏む思いでしたが、無事務め終わると、次第に頻度と期間が長くなりました(笑)。5人ほどのチェアマンズ・

ミーティングに出席して、先ほどのGuyton先生と親しくできたのもこのおかげでした。

### 救急医療施設は研修医や学生の勉強の場

**鈴木** 今、医療制度の視点は、医療を受ける側にはあまり置いていないのではないかと思います。例えば研修医は労働基準法に沿って研修するようになっていますが、それでは勤務医はどうなるのでしょうか。

**四津** アメリカでも研修医はエレベーターに乗りながらお昼を食べて、すごい生活で、そこで勝ち残っていくわけですね。日本の研修医は5時になったら拘束してはいけないというのはおかしいですね。

**鈴木** 今、研修医は週40時間労働ですね。私は労働時間を無視してはいますが、研修医は勉強するというもうひとつの目的があるわけです。40時間というきれいな事をいって、本当に勉強ができるのかなと思います。例えば救急がある場合、それを経験しなかったら、どんなに頭が良くても、次に自分が直面したときにいい治療ができるはずはないのです。

専門外であろうとなかろうときちんと診なくてはいいけない。自分の専門外の患者さんであれば専門医が来るまでの応急処置ができないといけなと考えます。先にお話ししたようにアメリカでは自分の専門に特化するまでに関係各科を回って、広い視野を持った医師になります。私は滞米中に救急室で患者さんが断られたなんて見たことも聞いたこともありません。満床であれば廊下にベッドを並べてでも診ます。そんなことはわが国ではきっと違法でしょうし、患者さんも満足しませんね。この経験が念頭にあったためか、私は本学医学部附属病院の廊下を普通の2倍の広さに設計しました。もうひとつの理由は、緊急で患者さんを病棟から手術室に運ぶときなど、楽に2台のベッドがすれ違えるためです。現時点では廊下に患者さんを並べて診ることはできなくても、災害のときには役立つかもしれません。

ふだん大学病院に送られて来る患者さんは、すでにほぼ診断はついていて、大学で治療したほうが良



写真2 東京医科歯科大学救命救急センター

いということ送られてきます。しかし、救急にやって来るのは、まだ病気がわからない重症患者たちです。研修医や若い医師、また学生は、こうした患者さんを診て診断し、専門医とともに治療しながら勉強することが必要です。ですから、私はどうしても立派な救急施設が必要だと思い、当大学でも医学と歯学を一緒にして、医系はもちろん歯系でも、救急の患者さんはすべて診ることができる救急施設をつくりました。国立大学では日本で初めてです(写真2)。今は1日に40~50台の救急車が来ているのではないですか。そうしたトレーニングの場がないと、いい医者は育たないと思います。新幹線などで病人が出て「お医者さんはいませんか」とアナウンスされても、手をあげない医師がいるとか聞きますが、きちんとトレーニングをしていないからか。あるいは専門に細分化され過ぎているからではないでしょうか。

**四津** アメリカは研修医のなかで競争していますが、日本はなるべく競争させないような環境を作っていますね。

### 3つのゆとりと5つの顔

**四津** 最後に、これから医療を目指す若者へメッセージをいただけますか。

**鈴木** 私は13年前に学長になったとき、教育理念として、第1に、幅広い教養を持った感性豊かな人材

の養成，第2に，自己問題提起自己解決型の創造的人材の養成，第3に，国際性豊かな人材の養成をあげました。第1はどんなバックグラウンドの患者さんをも理解し全身でとらえ，痛みがわかる人，第2は最も私が強調したいのですが，何事も鵜のみにしないで，常に「なぜ」と疑問を持ち，自分で解析・解決する能力を持った日本人に少ないといわれる創造的人材です。第3は読んで字のとおりですが，この3つが今や本学の教育理念になっています。

学生教育で具体的なことをあげると，まず，日本とアメリカでは，学生のころから違いがあります。アメリカの学生は臨床に回ってきたときに，1人ひとりがいろいろなことを書き込んだノートを持っています。ノートには教授の癖まで書き込んであって，いつどの病棟に必ず来る，そのときどういうことを質問する，などと克明に書かれています。良い悪いの問題ではなく熱心さの違いの一端です。

日本の学生には，そういう雰囲気あまりありません。胸部外科の実習に行けといわれたから来たという感じです。私は最初にWelch教授にアップercットを食らいましたから(前号参照)，同じように，いかに患者を知らなければいけないかを伝えようとします。ところが，回診中，学生に「この患者はどういう患者か」と尋ねても「知らない」といわれるだけです。時代の違いかと思って，アメリカにいる娘に聞いてみましたら，メディカルスクールでは今でもそうだと。ノートに教授の癖まで書いてあって，患者のこともすべて学生は覚えているということでした。日本の学生はもう少ししっかりと臨床実習をやらなければいけないのではないかと思います。

**四津** 先生のおっしゃるとおりで，私の大学でもそうです。受身というか，機械的ですね。アメリカの学生はもっと貪欲で，少なくとも自分が時間を費やした分だけは元を取ろうという意欲がありますね。

**鈴木** 私は入学式の式辞で，学生時代を漫然と過ごすのではなく，卒業までに，医学のなかで自分の進むべき道，あるいは自分が何に適しているかということをしっかり見極めてくださいという話をします。

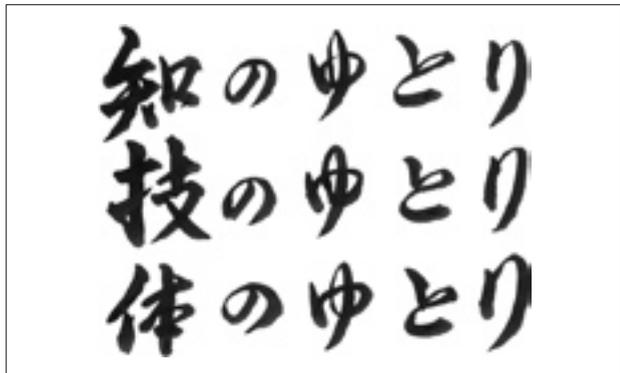


写真3 逆説的3つのゆとり(鈴木章夫先生揮毫)

その理由は，わが国の医学部卒業生の大半が漫然と大学病院や有名病院を志すのに対して私がアメリカで教えた学生は，医学部卒業時点で，自分は「研究が好きだから基礎医学をやりたい」「自分は診療が好きだから，第一線の病院に行きたい」「自分は教えることが好きだし研究も診療も好きだ。だから大学に残る」などなど，明確な意志をもって行動していました。少なくとも4年のカレッジを，なかには修士も経て4年のメディカルスクールに来て，学問や人生経験を積んでいるアメリカの卒業生との違いかもしれません。私の大学の学生がHarvardに臨床実習に行き帰って来ると，異口同音にHarvardの先生はなぜあんなに教えることが好きなのかといいます。逆になると，先ほど指摘したように，教えることが好きでない人は大学に残らないからです。

もうひとつは，今，「ゆとり教育」が問題になっていますが，私はそれとは逆説的なゆとり教育を勧めます。本当のゆとり教育というのは，知のゆとり，技のゆとり，体力のゆとりという，この3つを身につけることだと話します(写真3)。

知のゆとりというのは，知識をたくさん持ち，それを適所で使えるゆとりです。例えば外交官であれば，相手の言葉が自由に操れるのは当たり前であり，相手国の古典の一節ぐらいスラスラいえて，相手国の外交官があまり知らないような自分の国の古典を解説されてびっくりするような知識まで持っていたら，これこそ本当の知のゆとりだろうと。だから，そ



ういうふうになりなさい。

技のゆとりは、例えば人が診断実習で心臓の聴診を10回くらいするのであれば、君らは50回も100回もやりなさい。そうして患者に奉仕するのが本当の技のゆとりであると。

体力のゆとりは、患者を手術したり、徹夜で治療したり、あるいは研究するときがあるから、普通の人の2倍も3倍も体力をつけることがゆとりにつながるのだと。この3つのゆとりを身につけていたら、きっといい医学研究者や医者になれるだろう。そういうことを在学中にやりなさいと話します。

**四津** いいお話ですね。

**鈴木** 卒業生には、5つの顔を持った医者になりなさいという話をします。

1つ目は科学者の顔。自分がやる医療行為に対して、しっかりとした科学的な根拠を持つこと。

2つ目が芸術家の顔。診断技術なり治療技術を芸術の域にまで高めて患者に奉仕すること。

3つ目は聖職者の顔。医師はなんといっても患者に奉仕するのが本務だから、そのために自分の生活や自分を多少とも犠牲にすることができなくてはならない。特に臨床家は然りであり、その覚悟がなければ、本当に医師の道に行くべきかどうかを考えなければならぬ。医者はあくまでも患者に奉仕する

職業だということ。

4つ目は役者の顔。患者が落ち込んでいるときには冗談のひとつもいって、患者を笑わすことができるくらいの力がなければ本当の医者とはいえません。

最後の5つめは易者の顔。患者に、自分と一緒に治療したらここまでは良くなるから一緒にがんばろうよと信じさせる易者の顔です。患者さんの罹患している臓器はともかく、他の臓器が良かったらそれをいってあげる。患者さんはそれだけでも大変元気づけられるものです。この5つの顔を持ったら、ある意味では立派な医者になれるでしょうと。

**四津** 私も肝に銘じます。

**鈴木** 私の滞米中には日本の大先輩や先輩のほとんどの教授、また同世代や後輩の諸兄がお見えになり、何も知らない私に日本の学界の情勢等をご教示いただき感謝申し上げます。一人ひとりご紹介すべきですが誌面の都合上、割愛させていただきました。本日はまた、日本の心臓外科の第一人者、四津良平教授と対談でき、教授が私の考えに近いことを知り、大変光栄に存じます。

**四津** ご多忙の鈴木章夫先生のインタビューも複数回になってしまいました。その理由は先生が生きてこられた、心臓外科医としての軌跡は、どこも省略することができなかつたからです。先生が医学の道に進まれて、渡米して、黎明期の心臓外科において人工心肺、人工弁そして多くの手術術式を自分で開発・改良して、それを苦しむ患者さんに移植するなどしてすばらしい成績をあげられました。まさしく今日の近代心臓外科を築いた数少ない日本人であります。同じ日本人として先生を大変誇りに感じます。そのような先生に直接お話が聞けた僕は幸せな心臓外科医とあらためて思いました。深く感謝いたします。先生にあたられては、お身体を十分大切にしてください。これからも私たちをご指導ください。有り難うございました。

(了)

2007年7月 東京医科歯科大学学長室にて