

## 総合医としての在り方

西伊豆健育会病院院長  
仲田 和正  
(静岡県1期)



当、西伊豆健育会病院は「僻地で世界最先端」を目標とし全国から多くの医師、研修医が集まるようになった。しかしここに至るまでの道は決して平坦ではなかった。ここまでの30年を振り返りまた自分なりの信条を述べたい。

### 1. 今後医療ニーズは後期高齢者に集中、専門医は都会に集約される。

最近、新潟県福祉保健部長松本晴樹先生の「地域医療構想と総合診療」と題しての講演を聞いた。内容は誠に驚くべきものだった。ポイントは次の4点である。

- ①今後74歳以下人口は減少、75歳以上のみ増加、入院患者の6割は後期高齢者となる。
- ②後期高齢者の医療ニーズ（肺炎、心不全、骨折等）以外は大幅に減少する。
- ③医師働き方改革により令和6年（2024）以後医師3人以下の診療科は救急体制が組めなくなる。
- ④専門医のニーズは減少、都会に集約され、都会以外では総合医のニーズが増加する。

この講演は札幌医科大学地域総合診療講座主催のプライマリー・ケア・レクチャー・シリーズで行われた。これは全国の病院、診療所を繋いで週2回、朝7時30分から30分間ネット開催される。これは自治医科大学1期生の山本和利先生が札幌医大教授だった時に構想、始められたもので、田舎の病院には誠に有難い情報源であり当、西伊豆健育会病院も過去10年以上お世話になっている。砂川市立病院副院長の木村眞司先生や松前町立病院の先生方が主体となり無償で毎週予行、本番と運営下さりその無私の努力には本当に頭が下がる。

西伊豆町の高齢化率は静岡県1位の50.9%（令和3年（2021）4月）であり、たまに妊婦を見るとパンダのような希少種を見るような気がする。毎年高齢者が200人以上亡くなり出生は約20人、小中学校は次々と統合されてきた。入院患者を見ても65歳以下の患者は稀有である。

総務省の人口統計予測によると今後、後期高齢者75歳以上の増加がひたすら続く一

方、0歳から74歳の人口は確実に減少する。そして入院ニーズの6割以上は後期高齢者となる。また後期高齢者の医療ニーズ（肺炎、心不全、骨折等）以外は大幅に減少し専門医の需要も減少する。

一方、現在、急性冠症候群の治療はインターベンションに絞られ、また平成28年（2016）頃から脳梗塞治療も血栓溶解療法（tPA）よりも血栓回収術が圧倒的に優れることが判り専門病院への集約化が必須となってきた。当院でも脳卒中患者はまず低血糖確認と単純CTで脳出血を否定したらそれ以上悠長にMRIを撮ったりはしない。tPAは4.5時間以内、血栓回収は6時間以内の時間枠がありtime sensitiveであるからNIHSSやASPECTS 6点以上を確認したら即座にヘリ等で専門病院へ転送している。そしてそれ以外の肺炎や心不全、大腿骨近位部骨折などは当院でしっかり治療しまた訪問診療、巡回診療も行っている。

## 2. 令和6年（2024）以後医師3人以下の診療科は休日・夜間診療体制が組めない。

また「医師働き方改革により令和6年（2024）以後医師3人以下の診療科は休日・夜間診療体制が組めなくなる」点も衝撃的であった。

これは今後、中小病院の救急は総合診療医でなければ回せないことを意味する。

新潟県内の手術統計によると、中小病院の外科医は虫垂切除や鼠経ヘルニアの手術位しかしていないところが多く、大きな手術はほとんど都市部で行われている。今後、地方の急性期病院は戦略変更を余儀なくされる。

医師働き方改革は待ったなしであり当院でも昨年からは医師もタイムカードを押すようになった。今まで私は研修医と朝6時半から回診を行ってきたし12～14時間勤務も普通であったが、これもできなくなる。無論、専門医は今後とも絶対に必要であるが都会の大病院に集約化されて需要は減り、中小病院では今後ますます総合診療医の需要が高まってくるのである。

またNEJM, April 4, 2019に「医学での機械学習（Machine Learning in Medicine）」というグーグル社の医師研究員達による総説があった。

この主著者ハーバード大Isaac KohaneのNEJM電子版インタビューによると今後、機械学習（machine learning）は医療の根本技術となり画像診断（放射線、病理、皮膚科）は5年以内に機械学習に取って代わると予測している。画像診断系の専門医も需要が減っていくのである。平成28年（2016）にはNatureに皮膚がんのAI診断も発表され、今後、発疹ができれば一般人もスマホで簡単に診断ができるようになる。

病院では診断はナースが行い医療相談、治療のみ医師が行う時代になっていくだろう。

conference\_2019\_08.pdf (nishiizu.gr.jp)

医学での機械学習（Review Article）, New England Journal of Medicine, April4, 2019

（西伊豆早朝カンファランス）

### 3. 最低4－5年、可能なら5－6年は臨床各科をローテートしてから専門を目指せ。

今後、専門医の需要が減り、総合診療医の需要が増加する。

後期高齢者の増加と医師働き方改革がそれを余儀なくするのである。

という訳で自治医科大学を目指す総合診療医は今後の日本の医療のトレンドとなりそうである。

しかし現在、全国の医学部では地域枠の入学も増え、自治医科大学との差別化が難しくなってきた。自治医科大学での、米国に倣った早期からのbed side learning (BSL) は非常に優れていると思う。1期生でもBSLは4年生から始めており（私達の頃はbed side teachingと言った）卒業時点での知識は他大学卒業医師を圧倒していた。

問題は卒業後の研修である。私の場合、卒後2年間、静岡県立中央病院（現、県立総合病院）で全科ローテートした後、天竜川上流の国保佐久間病院に4年間赴任した。学生時代ハリソンも原書で通読していたが赴任して思い知ったのは知識、技能の圧倒的不足であった。2年間の全科研修程度では全く足りないのである。

西伊豆健育会病院で勤務された先生の中に名古屋市立大学を出た医師がいて、そのローテーションの仕方が誠に理想的だと思った。まず2年間名古屋共立病院で初期臨床研修をした後、更に3年間内科各科を数ヶ月ずつローテートし、その後名古屋掖済会病院救急科に3年勤務した後、満を持して当院に赴任したのである。その知識技能の広く深いことに感嘆した。

私の長男が浜松医科大学を卒業した時、どんな専門科を選ぶにしても是非このようなローテーションをしろとアドバイスした。ところがなかなかこのようなローテートを許す病院がなかったのである。唯一、鹿児島のある病院でこれを許してくれたためそこに就職した。

どんな専門科を選ぶにしても最初の5、6年は臨床各科をローテートすべきだと思う。

専門科は一生やるのだから数年遅れたってどうってことはない。

どんな科に進んでも各科ローテート研修は決して無駄にならない。特に開業すれば、様々な疾患を診ることを余儀なくされるのである。

自治医大卒業生は総合診療を目指す場合は、最初の4－5年、可能なら5－6年は是非とも臨床各科をローテートしその後、僻地で実際の総合診療を実践するのが良い。義務年限が延びたって良いと思う。研修は広ければ広いほどよい。その後はひたすら一生勉強である。総合診療は誠に広く深い。どんな科にも暗黙知（言葉には出さないけど当然の常識）があり、それはローテートしないと判らないのである。

### 4. 医師を集めるには教育、看護師を集めるにはアメニティ。

当、西伊豆健育会病院では僻地にありながら現在、医師募集にあまり困らなくなった。

研修依頼も多く、断るに困るほどで随分贅沢な悩みとなった。20年前までは僻地病院の御多分に漏れず深刻な医師不足であった。平成11年（1999）にはついに内科医ゼロ、

医師3人（外科、泌尿器、整形）に減少した。毎月10日以上当直をこなし年末年始、地獄の4日間当直をこなしたこともあった。

西伊豆は僻地であり大病院までは峠を越えて1時間15分以上かかるから現場から直接のへり搬送を除き、全ての救急疾患がまず西伊豆健育会病院に集まる。

「救急は決して断らない」ことを病院の目標としていた。常勤医師は外科、泌尿器科、整形外科の3人しかいないのに内科疾患は当然診るし入院もさせなければならない。

地元の患者さんはわかってきているから良いのだが、やっかいなのは都会からの見舞客だった。不安な顔で、「あのう、先生は整形外科ですよ。うちの父は心不全ですよ。え？」と聞かれるのである。聞かれる側もつらい日々であった。

また病院で検診もしていたから胸部X線読影も整形外科の私が行う破目になった。とにかく見逃しが怖いから読影能力を高めなければならぬ。そこで胸部X線、CTの洋書、和書の単行本を30冊ほど（小さかった子供らの面倒を一切見ずに）通読し、ようやく多少の自信を得ることができた。

内科医がいないうち、常勤医3人で何とか内科の知識を得て共有する必要があった。

低い水準での満足は絶対にしたくない。開き直って「これは内科的知識を得る絶好のチャンス」と考えることにした。全科的かつ正しい知識を常にアップデートするには一体どうしたら良いのか色々考えた末、世界のトップジャーナルであるNew England Journal of Medicine、The Lancet、JAMAの3誌の総説（review article：疾患のその時点での世界の知識を総括的にまとめたもの）を定期的に読むことを思いついた。原著論文と違い総説は世界最新の実戦的知識を極めて効率的に教えてくれる。

これらの総説は全科をカバーしており世界一流の医師達が、最先端の知識を惜しげもなく披露してくれる。夜、ビール、ワインをチビチビやりながらこれらの総説をワクワクしながら読むのは至福の時である。同僚にもその知識を共有してもらおうと、プリントにまとめ医局勉強会で細々と続けた。このプリントは折に触れ自分自身で「怒涛の反復」を行った。

ある時、もしかしてこの知識は全国の医師も知りたいことではと思い、その当時入会したばかりの総合診療のML（メーリングリスト）に総説のまとめを恐る恐るアップしてみた。

最初アップした時は、知識をひけらかすようで反感を買うのではと思っていたが予想外に好評だった。

最初は総合診療のML（TFC: Total Family CareまたはTasaka Family Clinic）、後には感染症（Idaten）、救急診療（EMA: Emergency Medical Alliance）からも依頼されこのまとめをアップするようになった。

数十年前の学生時代の授業で私が現在も覚えているのは教授の冗談、雑談だけである。

この冗談、雑談と覚えて頂きたい重要点を結び付けてみた。漫談風の解説を行い、最後に最重要点を箇条書きにしてある。時間がない方は箇条書きだけ読めばポイントは網羅できる。

思いがけなかったのは総説のまとめをMLに出すようになってから全国から優秀で勉強好き (best and brightest) の医師が当院に集まるようになったことである。僻地で医師を集めることはそれまで七転八倒、至難の業だった。医師紹介業者を通すと僻地ではトンデモ医師が来る。「勉強になりさえすれば僻地でも医師が集まる」ことは予期せぬ出来事だった。ただしナースは勉強会では集まらない。住環境、アメニティ (寮、保育所) の整備が必要である。

現在、優秀な常勤医に加え全国から多くの研修医も来てくれて日々わくわくと診療している。医療法人 (私立病院) でありながら平成31年 (2019) より静岡県から自治医大卒業生が派遣されるようになった。30年間待ち続けた瞬間であった。これらのことは「医師を集めるには教育病院とするしかない」という私の確信にもなった。現在、当院の医師募集費用は、NEJM、The Lancet、JAMA三誌の購読料年間約12万円のみである。

なおMLに出した情報は以下の本にまとめてある。

内容はほぼ全科にわたっており特に僻地、離島に赴任される方はこの本を1冊持っていけばほぼsolo practice (一人診療) が可能であると断言する。

「トップジャーナルから学ぶ総合診療アップデート 第3版 シービーアール 2020」

20年近くこの作業を続けてきたところ、最近はこの本だけで外来、病棟のほとんどの問題に自信を持って対処できるようになった。例えば病棟でのせん妄、転倒、重度認知症、褥瘡や外来にあっては高血圧、糖尿病、認知症、肺炎、敗血症、食物アレルギー、蜂窩織炎、また救急ではアナフィラキシー、小外傷の治療、蛇咬傷、低体温、熱中症、溺水、農薬中毒など扱われているテーマが極めて広汎であり、日常診療に役立つことばかりなのである。

以前、九州の離島診療所の先生が、私のMLの投稿を過去20年ずっとfollowしてきたと言って下さった。世界最先端の情報を知ることができ「へー、そうなんだ」と思っていると数年後に日本のガイドラインが改訂されることを何度も経験したとのことでとても嬉しかった。またこの本を教科書として採用して下さった大学もあった。

## 5. 英語で勉強しないと世界について行けない。

現在、外傷時の出血治療の要諦は「早期止血、血液製剤の早期投与、低血圧の容認 (permissive hypotension)」、「大量輸液はやるな!」、「3時間以内のトラネキサム投与」であり既に平成24年 (2012) 頃には世界の常識となっていたし戦場の標準治療である。平成27年 (2015) のパリ多発テロでも救急隊により輸液制限、トランサミン投与が行なわれていた。しかし国内では未だに十分に浸透していない。最新の医学情報は英語で発信される。日本語だけで医学を勉強していると5年から時には10年位遅れることになる。僻地にあっても是非、英語で勉強して頂きたい。

またMLにアップした内容は下記ホームページにも掲載しているので是非、ご覧頂きた

い。現在全国から月間、4000から5000件のアクセスがある。上記の本を通読した後、下記HPをフォローすれば世界最新の知識を常にアップデートできる。呆けるまで更新し続ける覚悟である。この頃この人、変だと思ったらご忠告いただきたい。30年前、西伊豆に赴任したときは「田舎で一隅を照らせればそれでよい」と思っていた。しかしMLに情報をアップすることで、「日本全体の臨床の底上げができるかもしれない」と大それた望みを抱くようになり日々更新を続けている。

<http://www.nishiizu.gr.jp/intro/conference.html>

(西伊豆健育会病院 早朝カンファランス)

最後に私が心から尊敬する元、福島県立医科大学学長、菊池臣一先生の言葉をここに記す。

プロフェッショナリズムとは

- 一. 目的に対する単純強固な意思。日々の愚直な継続。
- 二. 低い水準における満足感の拒否。
- 三. 栄光の影の骨身を削る努力。