

地域医療の実践と総合診療専門医の誕生

小森耳鼻咽喉科医院長
元日本医師会常任理事
元石川県医師会長
小森 貴



1) 舢倉島を訪れるの記

昭和58年（1983）。ある暑い夏の日。

「舢倉島耳鼻咽喉科健診 医師来島せず！島民待ちぼうけ！」

石川県立中央病院（自治医科大学初期研修病院）に勤務していた私は、朝の地元新聞の見出しで吃驚した。耳鼻咽喉科なんて狭い世界。石川県全部併せてもたかだか百数十人。一体誰だろう？悪い奴だ！

その日の夕方、いつものように一日の診療を終えて、医局で新聞を読んでいたら「ピー、ピー、ピー」ポケットベルの音。

交換室に連絡すると舢倉島診療所長 伊藤英章医師（自治医科大学卒3期 故人）から電話だという。受話器を取ると「小森先生。どうして来てくれなかったのですか！島の人は期待して待っていたのですよ！」

おいおい、俺のことかよ、悪い奴って！

早速、事務局に乗り込みましたよ。だって、そうでしょう。純朴な青年医師の真っ白な経歴に泥を塗られたのですから。

「ちょっと、どうなってるんですか。この記事をご覧ください！」

病院事務局が調べてみても判らない。診療所長は県にきちんと連絡してあるという。県は聞いていないという。病院も知らない。私にはもちろん梨の礫。これでは島での耳鼻咽喉科健診に誰も赴くわけはありません。

そこにたまたま地元新聞の取材が・・・・

まあ、いろいろありまして。折角だから行ってみようか、舢倉島へ。

昭和58年（1983）9月17日。

「ウェー。ゲー。」折りしも近づく熱帯低気圧の影響で定期船は酷い揺れ。輪島から舢倉島までの二時間。地獄の苦しみです。無理と判っていても叫んでしまいます。

「降ろしてくれー。退きかえせー」

這々の体で島に着いた途端、ブーン、ブーン

「痒い！」

蚊です。それも、多勢。いや、図体も大きく、もはや蚊とは呼べない代物。
ジーンズの上から刺してくる。

「もう帰りたいよー」

その後、現在に至るまで39年間も毎年、舢倉島を訪れることになろうとは。
その時の私には知る由も無かったのである。

2) 舢倉島

舢倉島は能登半島の北端、輪島市の北約50kmの海上にある火山島である。周囲約5 km、標高12.4m。2千数百万年前（新第三期中新世前期）の火山活動により形成された。当時は日本列島と陸続きだったが、約1万6000年前に海水面の上昇によって能登半島から分離された。

日本海の孤島として渡り鳥にとっては絶好の休息地であり、平成20年（2008）の調査ではわが国で観察される野鳥の実に半数以上の361種類が観察されている。

縄文晩期の深湾洞遺跡が発掘されていることから、人が定住し始めたのは約3000年前と考えられている。

古くから漁労のために定住ないしは渡島したものが多く、天平20年（748）越中国司であった大伴家持が「沖つ島い行き渡りて潜くちふあわび珠もが包みて遣らむ」（沖つ島は舢倉島のことと考えられている）と詠んでいる。

輪島市海士町の伝承では、「永禄年間（1558－1570）筑前国鐘ヶ崎の海士又兵衛なるもの、漁船三隻に男女十二人を率い、能登国羽咋郡に漂着、赤崎千ノ浦海岸に小屋を作り、この所を根拠として同郡および鳳至、珠洲の沿岸、島にあわびを採る・・・」と記されている。

筆者は先年福岡県鐘崎（現在の現地名）宗像大社を参詣したが、本土の辺津宮、沖合11kmの大島に中津宮、玄界灘ただなかの沖の島に沖津宮を祀り宗像三女神としていることを目の当たりにして、輪島市、七ツ島、そして舢倉島に奥津比咩神社があることとの同一性に深い感慨を覚えた。

筆者が最初に渡島した昭和58年（1983）には夏の住民は500人程度であったが、漁労者の高齢化と社会構造の変化により人口は減少し、平成22年（2010）の国勢調査では110人、令和元年（2019）の総合診療時には60人であった。

3) 舢倉島の風景点描

以下の文章は昭和60年（1985）当時、輪島市立鳳至小学校舢倉島分校3年生のIさんが社会科「わたしたちのまち」で書かれた文章です。あまりに微笑ましく素晴らしいので許可を得て転載します。豊かな自然に育まれて育つこどもたちの生き生きとした表現が素敵です。

「舢倉島の八つの不思議」

1. 体長60cmのトビウオが島の上空を飛ぶ

6月中頃から夕方になると、みんな大きなタモを持って家の前に出て、島を飛び越えるトビウオを捕まえる。

島はいいところだ。

2. 毎日花火大会がある

一年中、毎日花火大会が見られます。

ただし、見る方角によって見えない場合もあります。

島はいいところだ。

3. オットセイがいる

〇〇の母ちゃん、何で今頃潜っとるのかと思ったら、なんとオットセイが泳いでいた。

島はいいところだ。

4. ワシやタカもビビル巨大トンビがいる

ワシやタカ、

その他たくさんの鳥がやって来るけど、

何と言っても島のトンビが一番大きい。

さらわれないようにしてください。

島は怖いところだ。

5. 月夜の晩に大きなミズダコが歩きまわる

月夜の晩になると、脚を広げると5mほどもある巨大ミズダコが海から上がって来て、島のネコや犬を捕まえて行く。

島は怖いところだ。

6. オニヤンマほどの蚊がいる

世界で一番大きな蚊が、ジェット機のように飛び回り人を襲う。

血を吸われると貧血になる。

島は怖いところだ。

7. 大人のこぶしほどのサザエは採らない決まりがある

島のサザエはとても大きく、バケツ程の大きさになる。

それで、大人のこぶしくらいのサザエは採ってはいけません。

島はすごいところだ。

8. 海上を跳ぶウサギ

陸地の少ない島で育ったウサギは、海の上でも跳び回れます。

特にシケの日はたくさん見られます。

島はすごいところだ。

4) 舢倉島総合診療前史

- 1 ・記録によれば、昭和30年（1955）ごろ舢倉診療所が開設され、常勤医が赴任されたようだが、昭和54年（1979）医師の死去により無医島になった。
- 2 ・昭和55年（1980）自治医科大学出身の医師が2年間の初期研修を終えた後診療所を運営することとなり、疋嶋一徳先生（自治医科大学卒1期 故人）が初代新生舢倉診療所長として赴任した。
- 3 ・昭和56年（1981）山村敏明診療所長（自治医科大学卒3期）は、厳しい漁労に従事する海女（島では海士と書く）に耳科的疾患が極めて多いことから、疋嶋一徳医師と語り、豊田文一元金沢大学学長（耳鼻咽喉科名誉教授）に相談された。豊田先生は当時富山県立中央病院耳鼻咽喉科部長であった古川仍金沢大学名誉教授に舢倉島での講演を依頼された。そうして8月1日舢倉島漁協出張所において勉強会が開催され、古川医師は「海女の耳について」との題で講演された。
- 4 ・昭和57年（1982）このような経過から7月31日、8月1日の二日間、豊田先生を団長とする医師9名、歯科医師2名が渡島して、初の総合診療が実施された。診療科は内科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科であった。

5) 舢倉島での耳鼻咽喉科診療に参加して

昭和58年（1983）9月17日、18日の診療の詳細については伊藤英章先生が地域医学Vo.5, No1, 1984に報告しておられるので参照願いたい、ここで心を打たれたのは、診療所長の活動であった。

診療2週間前から受診を呼びかけるチラシ作成、配布、診療用カルテ製作はもとより、当日の朝から、診療所の掃除、レントゲン検査用現像液の調整、生体検査における検査試薬の調整・管理、各戸をまわって診療への参加呼びかけ（当時島には電話が3台しかなかった）、保険診療が必要な方への投薬・指示、診療後のカルテ整備、夜にはふたたび各戸をまわって細部にわたっての指導や調剤した処方薬の配布、帰所後は使用したレントゲン機器・生体検査機器の保守・点検など。

それまで、金沢大学、県立福井病院、石川県立中央病院といずれも500床以上の大病院での勤務経験しかない私にとって大きな衝撃であった。

都市部の大病院ではレントゲン検査、エコー検査、血液検査などはそのほとんどがオーダー用紙にチェックを入れるだけである。時にレントゲン検査の位置決め、エコー検査（まだ導入されて日が浅かったので検査技師が行うことは少なかった）を行う程度。血液では血液薄層塗抹標本（ストリッヒ）をひくくらいでしかなかった。しかし本土から隔絶された離島においては他の専門職を頼ることができない。血液学的検査、生化学検査における試薬調整・管理、レントゲン検査においては現像液の調整・保守・管理まで行うことができる診療所長の力量に圧倒されたのである。

さらに前述したように、健康相談やイベントごとのチラシ作成と配布、定期的な訪問

や懇談、運動会や島での祭礼への参加などを実に丁寧に行っている。「あっちこっちへ行ってカラオケしたり、お酒を飲んで遊んでいるだけです」と屈託なく笑う診療所長の姿はまぶしく輝いていた。

医師は専門技術で社会に奉仕するのだと大学時代に学んだ。病を観ずに人を診るのだと恩師に教えられた。しかし、歴代診療所長の姿を見た私にとってはすべてがむなしく感じられた。彼らこそが真の医療を実践しているのだと強く感じたのである。

39年間、私が島での診療を続けることができているのは、歴代の所長、歴代の自治医科大学出身者からさまざまな教をいただいたからである。そして彼ら自治医科大学出身者の診療こそが未来の日本の医療の原点になることを、また彼らが具現している診療を専門診療として評価されることが必要であると確信したのである。

6) 総合診療専門医の誕生

平成18年（2006）から石川県医師会長を務めた後、平成24年（2012）日本医師会常任理事に就任した私の担当は、学術、生涯教育、倫理、予防接種・感染症危機管理であった。

厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」に委員として参画することになった私にとっての課題は、歴代の舳倉島診療所長が島において実践している総合的な診療を、専門診療として、古くから確立している内科、外科等の諸学会、医師会、国民にいかにして遍く認知されるかであった。

また、自治医大卒業生が総合診療専門医になる道だけでなく、地域医療を守るための総合性の高い医療を実践することから学びつつ、あらゆる分野の専門医への道も確保されなければならないことも重要な視点であった。

検討会は17回の審議を経て平成25年（2013）4月22日に報告書が公開された。以下は報告書での総合診療専門医に関する部分の抜粋である。

7) 「専門医の在り方に関する報告書（抜粋）」

4. 総合診療専門医について

(1) 総合的な診療能力を有する医師の必要性等について

○総合的な診療能力を有する医師（以下「総合診療医」という。）の必要性については、①特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い視野で患者を診る医師が必要であること、②複数の疾患等の問題を抱える患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師による診療の方が適切な場合もあること、③地域では、慢性疾患や心理社会的な問題に継続的なケアを必要としている患者が多いこと、④高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が今後も増えること、などの視点が挙げられる。

○総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わ

が国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。

(2) 総合診療専門医の位置づけについて

- 現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えている。今後の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、新たな専門医の仕組みに位置づけることが適当である。
- 総合診療医の専門医としての名称は、「総合診療専門医」とすることが適当である。
- 総合診療専門医は、領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えるべきである。
- 総合診療専門医には、地域によって異なるニーズに的確に対応できる「地域を診る医師」としての視点も重要であり、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待される。

(3) 総合診療専門医の養成について

- 多くの若い医師が従来の領域別専門医志向を持っている中で、総合診療専門医が、若い医師や国民に評価されるよう、養成プログラムの一層の充実と国民への周知が必要である。
- 他の基本領域の専門医と異なり、臨床研修修了直後の医師が進むコースに加えて、他の領域から総合診療専門医への移行や、総合診療専門医から他の領域の専門医への移行を可能とするプログラムについても別に用意する必要がある。移行にあたってどのような追加研修を受ける必要があるか等については、今後の新たな専門医の仕組みの構築の中で引き続き議論する必要がある。
- 総合診療専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準については、関連する諸学会や医師会等が協力して、第三者機関において作成すべきである。これらの基準は、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等への対応能力が修得できる内容であることを基本とし、日本医師会生涯教育カリキュラムの活用を考慮しつつ、第三者機関において引き続き検討することが必要である。
- 養成プログラムの基本的な枠組みとしては、診療所や、中小病院、地域の中核病院における内科、小児科、救急等を組み合わせ、外来医療、入院医療、救急医療、在宅医療等を研修することが考えられる。
- 総合診療専門医の養成には、幅広い臨床能力を有する指導者も必要であり、地域で中核となって指導ができる医師を養成することも重要である。また、大学病院や大病院のみならず、地域の中小病院や診療所も含めて総合診療専門医の養成に取り組むべきであり、地域医療を支えているかかりつけ医等が指導医として関与

することも必要であることから、医師会等の協力が必要である。

- 総合診療専門医を養成するためには、臨床実習などの卒前教育においても、それぞれの診療科を単にローテートするだけでなく、総合的な診療能力を養成するようにプログラムを構築し、地域の診療所や病院、介護福祉施設等の協力を得て実習を実施するとともに、頻度の高い疾病や全人的な医療の提供、患者の様々な訴えに向き合う姿勢などを学ぶ必要がある。
- 地域の病院では領域別専門医であっても総合的な診療が求められており、総合診療専門医と基本診療能力のある領域別専門医をバランス良く養成することが重要である。
- 総合診療専門医については、現段階で具体的に養成数を設定することは困難であるが、今後の高齢化や疾病構造の変化等を踏まえつつ、第三者機関において、今後、検討する必要がある。

8) 自治医科大学の建学の精神

初代学長中尾喜久先生は、自治医科大学は、医療に恵まれない地域の医療を確保し、地域住民の保健・福祉の増進を図るため、医の倫理に徹し、かつ高度な臨床的实力を有し、更に進んで地域の医療・福祉に貢献する気概ある医師を養成するとともに、併せて、医学の進歩を図りひろく人類の福祉にも貢献することが建学の精神である、と述べておられる。

9) 未来の医療を創る

本稿では、私自身が学んだ自治医大卒業生の方々の地域医療の実践、総合診療専門医の誕生について語った。

現在自治医科大学に学ぶ諸君、これから学ぼうとする諸君が、未来の医療の一画を担う欠くべからざる存在であること、そしてそれはこれまでの卒業生の方々の不断の努力の賜物であることを強調して稿を終える。

総合医としての在りかた

新潟県参与・新潟県地域医療推進機構理事長
荒川 正昭



私が自治医科大学と関連をもったきっかけは、昭和55年（1980）、8年間勤務し勉強させていただいた川崎医科大学から母校・母教室である新潟大学内科学第二講座（新大第二内科）に帰ってきたことであった。新潟県出身の自治医大卒業生は、昭和53年（1978）春卒業の1期生から郷里に帰ってきて、新大病院、県立新発田病院・中央病院、市立新潟市民病院などで初期研修を行って、次いで県内各地の地域の第一線病院で勤務してきた。卒業生と新潟大学の関係は、特に入局という形をとらず、病院に勤務しているのが多くの例であったが、外科系の診療科を選択した場合は、入局に準じたようであった。第二内科に入局したのは1期生の植木一弥先生ただ一人で、卒業後数年を経てからであった。私が直接臨床研修に関わったのは、昭和59年（1984）卒業・7期生の林浩司、布施克也の両先生が最初であり、義務年限内の勤務に関係なく、共に勉強する仲間として入局していただいた。以来、平成10年（1998）に学長職に転じるまで、多くの卒業生が入局して、新大病院第二内科、さらに地域の病院の研修の場で、お互いに切磋琢磨してきた。

私は、自治医大卒業生は、新潟大学の医局員（教員、研究生、大学院生など）とともに新潟の医療を支える同志である、可能な限り大学に来て検討会、セミナーなどに参加する、研究生、大学院生（社会人入学）となって研究にも挑戦してほしい、すなわち「入局して共に仲間として頑張ってもらいたい」と願っていたが、卒業生も期待に応えてくれたのである。当初は、多少の批判もあったが、多くの教室が卒業生を受け入れるようになった。義務年限が終わった後も、殆どの人が新潟県内とどまって活躍していることも、嬉しい現実である。現在、5県立病院、2公立病院、1民間病院で、8人が院長として活躍し、国、県、自治体などの行政の場でも4人が頑張っている。本県出身の卒業生は同じ釜の飯を食べた仲間であり、彼ら無くして、新潟県の医療は成り立たなかつたと実感している。

自治医科大学のホームページには、大学が医療に恵まれないへき地等における医療の確保及び向上と地域住民の福祉の増進を図るため、昭和47年（1972）に設立され、医の倫理に徹し、かつ、高度な臨床能力を有する医師並びに保健医療と福祉に貢献できる総合的な看護職を養成することを目的とし、併せて医学及び看護学の進歩と福祉の向上に資することを使命とすると明示している。さらに、教育のミッションとして、地域で求められる

総合的臨床力を有し、他職種と連携して地域の医療／保健／福祉の構築、実践、維持に必要な行動を取ることができる、あるいはそのために必要な能力の向上に生涯を通して努力する医療人を育成する、具体例の一つに、総合医、および総合的能力を持つ医療人に必要な基本的能力を獲得するとしている。ここに今回の主題である「総合医」が示されている。教育システムをみると、中心である内科学講座は8専門分野よりなり、診療連携部門として地域医療学センター総合診療部門が加わり、病院もそれに対応しており、体系は整備されている。

我国の大学の内科学教室は、明治の時代より「第一内科」、「第二内科」などと呼ばれるいわゆる「ナンバー内科」体制がとられ、現在まで多くの国立大学で脈々と受け継がれてきた。ナンバー内科は、基本的には内科医（一般内科医）を育成することが第一義であり、学位取得の研究のため専門分野を選択した（あるいは指導を受けた）のである。私自身も、昭和36年（1961）に新大第二内科に入局し、内科全般の教育を受け、診療に従事、多くの地域病院に出張した。同時に、大学院学生とし第4代教授木下康民先生より研究テーマ「腎球体の電子顕微鏡研究」をいただき、解剖学第三講座で水平敏知教授、山元寅男教授、藤田恒夫教授の御指導を受けた。一方、欧米の大学では、以前より臓器別・機能別専門内科が置かれ、夫々の専門内科が一つの内科学教室に統合され、教室全体を教授の一人（chairman）が統括している。我国でも、昭和30年代あたりから内科の分化がみられるようになり、現在では全ての私立大学、ほとんどの国公立大学が、専門内科に分化してきて、私の母校、新潟大学も例外ではなくなった。母教室、第二内科も腎・膠原病内科と呼吸器・感染症内科に二分されたが（第一・三内科も同様に分化）、統合された内科学教室は置かれていない。

私は、昭和47年（1972）春、恩師木下康民先生の御推挙により、新大第二内科を離れて、戦後初めて設立された川崎医科大学に勤務した。川崎医科大学は、理事長川崎祐宣先生（創立者）、内科chairman柴田進先生（のちに病院長・学長）が、米国の医学教育のシステムが優れているとの認識から、内科はナンバー内科の制度を採らず、専門領域別の内科を統合した一つの内科学教室を置いた。「狭い領域にのみ興味を持つ、偏った内科医でなく、人間全体を包括的に診ることが出来る内科医を育てる」、これが両先生の目指した教育であった。卒業研修では、学位、専門医に先立って、内科専門医を取得することが求められ、スタッフに昇任する必須条件であった。しかし、若い研修医は、ともすればスタッフまでが、専門志向に傾くことがまま見られ、教育診療の強化のためにはいわゆる「総合内科」が必要であると考え、昭和51年（1976）、総合臨床医学講座（病院では総合診療科）を設置した。

時は少し遡るが、昭和41-44年（1966-1969）、私は米国の州立オクラホマ大学（病理学教室腎臓部門）に留学する機会をいただいた。当時、オクラホマ大学内科学教室は8専門内科で構成されていたが、一般内科general internal medicineの部門はなく、各専門部門のスタッフ、fellowが内科全般の教育を行っていた。現在は、米国の全ての大学に一般内科（gerontology, geriatrics, palliative medicine, primary care medicine, hospital medicineな

どもある。family medicineは、内科と別に置かれている大学が多い。)があり、時代の流れを感じている。教育機関の専門内科医が一般内科の教育に興味を持たなくなったのか、専門分野の高度化によって出来なくなったのか、最近の事情に詳しい留学した方々に伺ってみたいと思っている。

厚生労働省は、平成23年(2011)から「専門医の在り方に関する検討会」(座長;高久史磨先生)が検討してきた「総合診療専門医」を、19番目の基本領域の専門医として位置づけ、平成29年(2017)、日本専門医機構が総合診療専門研修プログラムを示した。総合診療医には、「日常的に遭遇する頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等に適切な初期対応ができるとともに、必要に応じて各科専門医と連携して、包括的継続的医療を全人的に提供する」とともに、「地域における疾病予防・健康増進にも貢献できる知識と技能を持つ」ことが求められており、各科専門医の「深さ」に対して、「扱う問題の広さと多様性」が特徴であるとされている。これは、まさに自治医科大学が目指している教育そのものであり、見方を変えれば、1大学の歩みが国の歩みになったといえる。改めて、元祖「総合医」はいかにあるべきか、大学として真剣に考える時ではなかろうか。

総合医は、一般的には、第一線の小・中規模病院、診療所が活躍の場であると考えられているが、米国では専門内科を並べ備えた大規模総合病院、癌専門病院、大学病院においても活躍している(hospital medicine, hospitalistという考えが、我が国でもようやく広がりつつある)。日本専門医機構の研修プログラムは、到達目標として専門知識、専門技能、学問的態度、医師としての倫理性、社会性について、経験目標として経験すべき疾患・病態、診察・検査等、手術・処置等、地域医療の経験、学術活動について具体的に示している。我国の現状をみると、総合医が出産や外科手術を行う必要はなく(妊婦検診、小外科は別として)、求められるprimary care手技も地域の事情により多少異なると推測される。研修する診療科については、名指しで指摘していないが、内科、小児科、救急医学は必須であり、外科、整形外科、産婦人科、精神科だけでなく、全科に及ぶと思われる。今後の問題として、他の基本領域、とくに内科、小児科とのdouble licenceも議論されるであろう。

もっとも大切なことは、教育の場で診療にあたる専門医、とくに内科専門領域の専門医は、自らが専門分野の専門医である前に、(一般あるいは総合)内科医であることを自覚して、患者の診療にあたることである。近い将来、医療の第一線で働くことになる若者が、総合診療あるいは内科全般の知識と技能を学ぶとともに、地域の医療に奉仕する気概と使命感をもてるように、教えてほしい。内科の分化と統合は、これまでも語り盡されてきたテーマであるが、改めてその重要性を考えてほしい。統合なき分化は衰退するのである。個人、個人の努力も大切であるが、努力が実現する仕組み、システムの構築も必須である。

開校以来今日まで、自治医大卒業生は広く全国津々浦々で地域医療に貢献している、まさに「医療の谷間に灯をともし」を実践していることを、全ての国民が知ってほしい。崇高なる理念と目的を掲げ、半世紀にわたって我国の医学教育に大きく貢献してきた自治医科大学の更なる発展を心から願っている。

島根県で自治医大卒業生に望んできたこと

全国自治体病院協議会参与
中川 正久



(1) 自治医大卒業生との出会い（平成5年（1993））

島根県立中央病院（以下、中央病院）は平成4年（1992）に新たな病院長を迎えた。その新病院長は私と卒業大学が同じで、私の1学年先輩であった。私は当時、島根医科大学第一外科（現島根大学医学部消化器・総合外科）で講師として勤務していたが、その新病院長からぜひ中央病院に異動して、これから始まる新病院建設の計画策定と一緒に取り組んでほしいとの強い要請があった。立場としては外科のポストで迎えられるものだと思っていたが、実際には平成5年（1993）度に新設する地域医療科の部長を任せたいとのことであり、非常に悩んだが、新病院長が中央病院を名実ともに県の基幹病院にしていきたいという思いに押し切られる形になった。地域医療科とは自治医大卒業生を束ねる組織であり、それ以来今日まで長く、島根県の自治医大卒業生と深い関わりを持つことになった。

中央病院に行ってみると、自治医大卒業生は副院長が管轄する地域医療室という文字通り病院の離れのような一室を与えられていた。地域医療室はまさに院内では別組織で、ややもすると自治医大卒業生は疎外されている印象を持たざるを得ない状況にあった。中央病院での初期研修が終わると県の担当課（当時は医務課）から本人の状況や要望など聞かれることなく、地域医療機関への派遣辞令が出され、後期研修を受けることなど、ままならない状態であった。義務年限終了後の進路についても卒業生が相談する部署はなく、自らで再研修や勤務する病院を探すよりほかに術がなかった。地域医療室を地域医療科と改め、院内組織の一つとして医療局のなかに新設するなどの新病院長による組織改正は、県内の地域医療の状況や今後の中央病院の運営を考えたときに、自治医大卒業生が非常に貴重な若手医師であり、大事に育てなければいけないとの考えを持ってのことであった。地域医療科部長として自治医大卒業生から思いを十分に聴いた上で、院内での初期研修の調整のみならず、地域医療機関への派遣人事についても考えなければならない立場となった。私は大学在勤中に地域医療機関にはアルバイトとして赴いたことはあったが、地域医療機関の維持充実を組織的に支援するといったことは考えたことがなかった。まず手始めに病院長とともに島根県内の地域医療機関をくまなく視察して回り、自治医大卒業生はも

とより首長や院長などとも膝を交えて語り合った。私はその後、外科部長、副院長などを務めたが、その間も地域医療科部長は兼務していた。

平成6年（1994）度には島根県では初めて自治医大卒業生を中央病院に正規職員として2名採用した。そのうち1名は新たに設置した総合診療科に、もう1名は外科に配置した。

現在では、総合診療科は総合診療部に格上げされ、総合診療部長には自治医科大学義務年限終了後、長く中央病院で総合診療科部長などとして頑張ってきた16期卒業生の増野純二医師が務めており、中央病院には総合診療部に増野医師を含めて4名、その他の診療部に4名の自治医大卒業生が正規職員として勤務している。中央病院で総合診療医を目指す若手医師の指導体制がさらに充実したと言っても過言ではない。

（2）顧問指導者に就任（平成12年（2000））

平成11年（1999）8月に中央病院は新築移転し、私は翌平成12年（2000）4月に病院長に就任した。前病院長が務めていた自治医科大学顧問指導者も引き継ぐことになった。当時、各都道府県の顧問指導者を集めて行われていた会議で他県の状況を伺うたびにたいへん参考になることがあり、義務年限内はもとより義務年限終了後も責任を持って彼らを育てなければいけないという認識を強くした。彼らを大事に育てるという前病院長の考えと変わりにはなかったが、決して甘やかさないという方針を持って臨んだ。

中央病院に赴任して以来、島根県自治医大卒業生の集まりには参加し、自治医科大学からも島根県の卒後指導を担当されている教職員の方に来ていただき、地域医療に関して情報交換・意見交換をしてきた。平成16年（2004）度には「しまね地域医療の会」と名称を改め、自治医大卒業生だけでなく、島根県内の地域医療に熱心に取り組む先生方が会員になることができるよう規約を改正した。

ところで、平成16年（2004）に開始される臨床研修必修化に先駆け、すでに2年前から公募で臨床研修医を嘱託採用していた。新臨床研修でマッチングした研修医についても、嘱託採用とした。自治医大卒業生の臨床研修中の身分については、顧問指導者の連絡会で他県では嘱託採用に変更といった案が出ているという話を聞いていたが、まさに島根県においても県の担当課から同様のことを提案された。将来、県職員として地域医療を担う自治医大卒業生については、従来通り卒業時から県の正規職員として処遇すべきだと、県に主張した。また、ローテーションする診療科は地域で必要とされる領域を優先的に選択できるようにした。その分、明確でない臨床研修医のデューティーについては自治医大卒業生が率先して受けるよう指導した。自治医大卒業生は研修に対する意識が高く、他の臨床研修医から中央病院で臨床研修するメリットの一つとして、自治医大卒業生といっしょに研修できることと言われたときの喜びはひとかたならぬものであった。

（3）島根県へき地等医療支援機構の発足（平成14年（2002））

国において「第9次へき地保健医療計画（H13～17）」が策定され、それまでの二次医

療圏を単位としたへき地医療対策から、より広域的な都道府県単位のへき地医療対策を実施することとされた。

島根県においてはへき地における診療所医師の確保はより困難となり、また平成16年(2004)度の国立大学の独立行政法人化や臨床研修の必修化を控え、大学医局による関連病院からの医師の引き上げが始まり、地域の中核病院においても医師の確保難が顕在化してきた。

このような状況を踏まえ、島根県においては県全体を対象としたへき地医療対策の実施体制を構築するために、「へき地等医療支援機構」(以下、「支援機構」)が中央病院に置かれることとなった。その「支援機構」は私が代表を務め、専任担当者には自治医大卒業生(4期)で当時中央病院の総合診療科部長であった木村清志医師に就いてもらった。この「支援機構」は平成16年(2004)年には県健康福祉部内に移され、後に設置される医師確保対策室で医師を「呼ぶ」「育てる」「助ける」事業として展開し、大きな成果を上げることになる。木村医師は現在も専任担当者として島根県健康福祉部で活躍している。

(4) 隠岐病院の産婦人科常勤医師不在(平成18年(2006))

前述したように、平成16年(2004)度に開始された臨床研修の必修化などにより、全国的にも地方の病院の様々な診療科で医師不足が深刻となり、医療崩壊が叫ばれるようになった。

産婦人科、特に産科については、激務でハイリスクな仕事を続けるだけのインセンティブがなく、他科に比べて医療訴訟のリスクが高いなどの理由から、専門医を志す医学生・医師が減少し、経験を積んだ医師が現場から立ち去ってしまう状況になった。また、女性医師が著しく増加しているにもかかわらず、サポート体制が整っていないため、十分活躍できない状況もあった。加えて、新臨床研修制度が開始されて2年間は入局者がなく、産科医師不足が顕在化した。

島根県では全国的には割り方早期に、大学医局からの産婦人科医師派遣が従来通りできなくなり、平成16年(2004)年には離島にある隠岐病院への派遣が途絶えることとなった。

隠岐でお産ができなくなることは避けなければならないと考え、中央病院が中心となり、他の大規模病院から協力も得て、隠岐病院に常勤、非常勤で産婦人科医師派遣を行い、しばらくの間、支援を続けた。その間に、自治医科大学の義務年限内にあった21期卒業生、加藤一朗医師が数年間内科医師として勤務した後に、隠岐病院で産婦人科医師として頑張りたいと自ら進んで手を上げ、中央病院で産婦人科研修を開始していた。結局、隠岐病院は平成18年(2006)に4ヶ月だけ分娩取り扱いを中止したが、その後加藤医師が赴任し、制限をかけた中で分娩を再開し、平成23年(2011)には隠岐出身で中央病院産婦人科で長く勤務され、部長経験もある医師が地元に戻られ、現在では特に制限なく分娩が行われている。現在加藤医師は隠岐病院総合診療科統括部長となり、産婦人科診療ができる総合医として全国から注目されている。令和3年(2021)度には島根大学産婦人

科から常勤産婦人科医師派遣が再開し、自治医大卒業生が派遣された。

(5) 自治医大卒業生の研修機会の充実

隠岐でのお産が一時休止したことなどから、加藤医師の場合は本人の希望もあり、産婦人科に進む道をつけたが、今後も島根県内で医師の不足が予測される診療科で自治医科大学義務年限内医師が勤務できる体制を構築するべきという意見が聞かれるようになった。県や県内の自治医大卒業生とも十分な話し合いの機会を持ち、自治医科大学にも問い合わせ、今後も島根県内で医師不足診療科となりそうな産婦人科と外科についてはいくつかの条件を付した上で、希望者は専門研修を受け、専門医として地域勤務可能とするよう制度改正をおこなった。加藤医師の後に数名の医師が両診療科で研修を受け、地域での勤務義務も果たしている。その医師たちは全員、現在もその診療科の専門医として地域勤務中であったり、また再研修中である。話しは前後したが、令和3年(2021)度に隠岐病院産婦人科へ派遣された自治医大卒業生もこの時期に専門医の道に進んだ医師である。

自治医大卒業生が不足する専門診療科での医師となることを可能にしたものの、それまでの内科系総合医と専門診療科の医師とでは研修期間や地域勤務する病院の置かれた状況に明確な違いがある。具体的に言えば、専門診療科に進もうとする医師は専門研修する期間が担保されていて、派遣される病院もいわゆる総合病院的な施設であり、交通の便も良い。最初からわかっていたこととはいえ、新たな専門診療科の医師養成が動き出すと、義務年限内の医師派遣人事に不公平感が起こることとなり、島根県自治医大卒業生の和を崩してしまうことが懸念された。

再度時間をかけて関係者から意見を聴取し、それを元に自治医大卒業生の研修や勤務に関わる制度を大きく変更した。その時に、自治医大卒業生にとって原点とも言える「地域で総合医として活躍する医師」を念頭に置いたことは言うまでもない。具体的には、義務年限内は内科系総合医として勤務する、希望する診療科で後期研修できる期間を1年から2年に増やす、義務年限終了後も島根県での勤務を希望する医師には県内外で一定期間、研修を受けることができる、といったことである。

こういった制度改正により、義務年限終了後も地域医療機関で総合医として勤務する医師が増え、義務年限終了後の県内残留率が上昇する結果となった。

この制度改正を行うに当たっては、医師の不足が予測される診療科については大学からの派遣に頼らざるを得ず、大学との連携を一層深めたことは言うまでもない。

(6) 新たな地域医療機関への義務年限内自治医大卒業生の配置

平成30年(2018)度から新たな専門医制度が開始された。島根県自治医大卒業生についても臨床研修を終えるとほぼ全員が何らかの領域の専攻医となった。前述したように、義務年限終了後も総合診療の、また内科の指導医的立場で、地域医療機関で勤務する医師が増えてきたことにより、義務年限内医師の派遣をより円滑に行うことができるように

なった。また、平成20年（2008）度から始まった自治医科大学の入学定員の増加により、近年では鳥根県においても義務年限内医師が増加した。これまで派遣要望に応じることができなかった地域医療機関への新たな医師派遣も可能となった。

鳥根県においては自治医科大学義務年限内医師派遣は平成20年（2008）度以後、離島である隠岐圏域にある2つの病院と1つの診療所、中山間地域に所在する2つの病院に限られていた。それが、平成31年（2019）度に1カ所、令和3年（2021）度に1カ所、中山間地域の小規模自治体病院に新たな義務年限内医師の派遣を行うことができたと聞いている。それぞれの地域で義務年限終了後の医師が義務年限内医師を指導する体制が確立されつつあるものと喜んでいる。

自治医科大学の入学定員増がいつまで続くか明確にされていない状況において、今後、自治医科大学義務年限内医師の派遣医療機関を増やすことについては慎重にならざるを得ないと考える。

（7）鳥根県自治医大卒業生のこれから

自治医科大学が設立されて50年、鳥根県においても自治医大卒業生の貢献度は非常に大きいものと認識している。また、鳥根県内での自治医大卒業生に対する評価もかなり高い。それは、各地域でそれぞれの卒業生が置かれた状況の中で求められる医療に応えるべく、自問自答しながら頑張り続けてきた結果である。

さて鳥根大学では令和2年（2020）度、医学部附属病院内に総合診療医センターが設置された。これは県内の全ての総合診療専門研修プログラムと連携し、医学生、研修医に総合診療の魅力ややりがいを伝え、総合診療医を目指す若手医師を増やすための部門と聞く。そのセンター長には隠岐島前病院で院長として総合医として長い間、地域住民のために尽力してきた自治医大卒業生（15期）の白石吉彦医師が就任した。中央病院総合診療部とも強い絆のもと、各地域で総合診療を実践する医師たちと力を合わせて、自治医大卒業生のみならず、県内で総合診療医を目指す若手医師を指導する体制を確立してほしい。多くの総合診療医が活躍することにより、これからさらに高齢化の進む鳥根県で地域医療が一層充実するものとする。

これまでいくつかの明るい点であった鳥根県の地域医療が、面として光輝くものになることをこころから祈念して、この原稿を終える。

なんちゃって総合医の35年

岩手県立千厩病院
岩井 くに
(岩手県8期)



50周年と聞いて「ああ、自治医科大学が50年存続したんだ」と、感慨深いものがあった。私が学生だったころ、いずれ医師は過剰になる、とか、自治医科大学はいずれ潰れる、あるいは〇〇大学に買収される、などさんざん言われたものだった。存続したのみならず、新医師臨床研修制度や医学部の地域枠の創設の詳細を知って、日本の医療制度が自治医科大学を倣ったように感じたのは私だけだろうか。

この日を迎えることができたのは各々の学生と卒業生の日々の努力の積み重ねがあるのはもちろんだが、卒前卒後教育を直接・間接に支えてくださる教職員の方々、結婚や出産、赴任地での問題などを調整してくださる各都道府県の関係者の皆様、経験年数も少ない医師を温かく見守ってくださる地域の方々など、多くの関係者のご理解・ご協力なくして達成できなかったと思う。関係諸氏にはこの場をかりて深く感謝申し上げたい。卒業生の皆さん、義務年限中、いや今もかもしれない。あなたは気づかないかも知れないが、みんなから手厚いサポートを受けていたんですよ。

「総合医としてのあり方」について、迷った末に私の出した結論は「総合医として専門医と異なる普遍的なものはない」である。地域医療学部門の小谷和彦教授とお話しする機会があり、なるほど！とウロコが落ちる思いをしたのが次の一言であった。「自治医科大学では当たり前だと思うのですが、周囲に求められるものに合わせて自分の医師としての姿を変える自治医大卒業生は医師の中ではめずらしい存在なんですよ」。確かに、外科系を選んだ卒業生が診療所で内科医として勤務するのは普通だし、内科系の私でも必要なら皮膚縫合や手術助手をしてきた。しかし、そうしてきたのは岩手県では自治医大卒業生だけではない。周りがそうだったから同じようにしてきた。岩手県は特別なのだろうか？

自治医科大学の高い義務年限終了者の要因として、卒業生が他大学卒業生と同じ医師免許を取得できることが大きいと考える。大学設立の準備段階では沖縄県の介輔（医介輔）のような別資格も検討されていたが、最終的に私立の医学部が設立されたと聞いた。もし、自治医大卒業生の資格が介輔のようなものだったなら義務年限終了後の卒業生の進路はかなり違ったものになっていたはずだ。医師免許を持つことで得られる可能性の大きさを考えると、実に先見の明があったと思う。医学生の中には芸能界や芸術の世界など、他

の道に進みたかったと悩む学生も見受けられるが、そこで生き残れる人はごくわずかである。自分の職業として受け入れられれば、医師免許は取っておいて損はない。

医学部は受験生に人気が高いらしい。しかし希望に胸を膨らませて入学したはずなのに、入学後やる気をなくしたり、自分には合わない、と悩んでしまう人も見受けられる。私も医学部に入って病棟実習が始まってまず目の当たりにしたのは、排泄物と格闘するスタッフの姿だった。「こんなに汚い仕事だったのか！」と衝撃を受けた記憶がある。本来なら医学部進学前に自分の将来の仕事がどんなものかある程度想定してきてほしいが、偏差値が高いから、と希望する例もあるらしい。子弟の医学部進学が親や学校のステータスになっていて入学後の進路変更が紛糾した事例も聞いた。医師になって毎日目の前の業務を必死に片付け、気づけば35年経ってしまった。追われたなあ、と改めて思う。例えば医師の仕事は医療チームのコントロールセンター、入ってくる情報は膨大だ。スタッフや患者さんなど常に人に囲まれ、患者さんの容態は常に変化する。それをある程度の正確さを持って迅速に取捨選択しないと進まない。一人でじっくり物事に取り組み、きっちりした答えを出さないと気が済まない性格の人は疲弊してしまうか、とも思う。受験で必死に頑張っても、医学部に進学するともっと頑張れ、と尻を叩かれ、医師になったらなつたで、医学部時代は暇だったと思う。受験生は医師の仕事を実際に見て欲しい。医学部受験を勧める時に一度考えてみてほしい。この子が医学部に入学する、この子に将来、命を預けられるか？

参考までに、誰もが高く評価する某医師の仕事ぶりを紹介する。彼は、朝早くから夜遅くまで文献を小脇に抱えて病院を小走りに走っている。姿が見えないと思うとベッドサイドで患者さんや家族、スタッフと話している。仕事ぶりは一見するとやや荒っぽく雑に見えるたりもするが、決断がとにかく早い。相手の意図を瞬時に汲み取り、まあ、この辺か？と思われる回答を即時に出す。某医師はよく喋る、内容はほとんど患者さんのことで、聞かれない限り他の話はほとんど出ない。ミスしてもリカバリーが非常に早い。スタッフの信頼は厚く、他の担当医師の患者さんでも相談を受けることもしょっちゅうだ。先日、数年前の患者さんのことで電話相談した。「ああ、あのですね。あの人は…」診療録を見ていないのに正確な記憶で的確な助言をいただいた。某医師は総合診療と専門医のどちらに進むかかなり迷った末専門医に進み、日々研鑽を続けている。

誠に残念なことは、某医師が必要な資格を取るべく頑張れば頑張るほど、待遇に恵まれない職場で働く期間が長くなり、勤続年数が短くなってしまうことだ。生活していけるかとハラハラしてきていたこともあった。現行制度で医師の生涯賃金を最も高くするためには、初期研修後、なるべく資格をとらず給与の高い職場で働き続けるのがいいともいう。他方、医師を無給で働かせていた、とか時間外給与が支払われていない、とか法に抵触しかねない事例が後を絶たない。守秘義務や個人情報保持の制約もあって医療の現状が社会から見えにくいのは否めないが、努力した医師が報われる制度や経済的裏付けを強く望みたい。

開始時点ではとても長く思ったものだが、義務年限はあっという間に終了した。40年かそれ以上に渡る医師のキャリアの中で在学年数の1.5倍の義務年限はその一部でしかなかった。しかし、出産や育児を抱えた卒業生にとって、辛いことかもしれないと思う。私立大学医学部同窓会の会合に出たことがあった。他大学の男性先輩医師に子供を乳児院に預けてご夫婦で医師の仕事が続けた方がいた。子弟は皆立派な社会人となり、その方は「自分たちは間違っていなかった」と胸を張った。子供を産み、育てることは医師の仕事以上に未来にとって大切なことかもしれない。先輩ママに「どうしても忙しい時は、ぎゅっとハグしてやると子供は落ち着く」ベテラン看護師長さんには「子供がものごころつく前に復帰した方がそういうものだと子供は思う、ものごころ着いてから復職しようとして、子供が不安に陥り復職を断念する人も少なくない」と教わった。どうしても辛い時、私はスモーキーマウンテンのパライソを聴いたものだった。今夜、久しぶりに聴いてみようか。

もう一つ、外科系は医師のキャリアより手術のキャリアの方が短い人が多い。最終キャリアは内科医として働くことがある。診療所勤務は内科の実地トレーニングのチャンスでもある。

人間である以上、医師も過ちを犯すことも失敗もある。しかし、社会の期待は大きい。大きすぎる、と言えるかもしれない。社会経験が乏しくても「医者を目指すからには人間的にも優れているはず」と厳しい目を向けられる。医療者側から見て「これは仕方がない」と思われても、社会がそれを許してくれないことはよく経験する。「外科医なんてさあ、人殺しとか罵られながらの仕事だよなあ」、先輩医師がふと漏らした一言が忘れられない。現代は多様性の社会とも言われるが、色々な考え方や意見が出てくることは、自分の一挙一動に違う理念や認識を持った人が理解できる説明を求められることでもある。情報を記録する機器の発達が目覚ましく、誰がいつどこで何を記録されるかわからない上に、一度どこかに保存された記録は自分の記憶から消え去っても、後から誰かが掘り起こし、明るみに出してしまうとその記録が瞬時に世界に拡散してしまう。失敗をリカバリーしにくくなった。職業人生の終盤になって何もかも失ってしまう人も現実に存在する。我々も「自分の時代は大丈夫だったから」と不法行為を軽い気持ちでそそのかしたりできなくなった。時代が変わった。自戒を込めて思う。

医学教育で不足している部分は何か、と時々問われる。実際に、医師になってから知らずに往生したことは色々あった。私の卒業時はMRIも超音波検査も黎明期であり、それらは知っている人に教わりながら独学で習得せざるを得なかった。昔から卒業生の中で要望が多かったのは栄養と聞いている。確かに、この病気でこの食品やサプリメントを摂取していいかと聞かれることはしょっちゅうで、答えられなくて往生することも多い。医師に関連する法律の基礎的知識も大切だろう。偉そうに知っている私自身、恥ずかしながら、還暦を過ぎてから医師に2年に1度の届出義務があるのを知った（医師法第6条3項）。令和2年（2020）は届出の年であった。届出ないと50万円以下の罰金だそうだが、自ら

届出票を出したことがないという医師は少なくないだろう。今のところ、届出ないからといって罰金の対象になった事例は聞いていないが、法律は法律だ。ある日、請求書が送付されたら払う必要がある。私はあわてて届出た。

岩手県では後期研修の際の副業禁止規定への抵触が問題になったことがあった。後期研修は原則的に公務員の身分を残して研修するが、副業禁止の規定に対して地元医大の医局と卒業生双方の理解が不十分だったため、外勤要請が出た。県と大学の協議や地域卒の創設などを経て双方の理解も進み、そのような話は聞かれなくなったが、他にも医師が知っているべき、あるいは知っていた方が良い法律、規定は多い。検索をかければ出てくるが、現状では自ら調べない限り、卒後に系統だって知る機会はなかなかない。

他には、健康保険や介護保険の仕組みや手続きの流れの知識も臨床上必須となった。我が国は国民皆保険であり、ほとんどの患者が公的医療保険を使って診療を受ける。介護保険法が施行されたのは案外新しく平成12年（2000）であったが、高齢化の進行に伴い利用者は右肩あがりに増え、業務の中でも主治医意見書や訪問看護指示書作成の機会は非常に多い。仕組みや手続きの流れを知らなくても業務ができないわけではないが、患者・家族への説明や介護スタッフとの連携の時、知っているのと知らないでは大違いである。

医師免許という一枚の紙を得たからと言って不老不死になるわけでも、病気にかからなくなるわけでもない。不摂生を続けていると目の前の患者さんのように、あるいはそれ以上に自分の健康を害してしまうが、「医師の不養生」と古来から言われているように多忙の日常に流されて健康チェックの機会を逸する医師は少なくない。特に一人診療所に勤務するということは、医師にとっては無医村で働くことになる。陸続きであればハンディは少ないだろうが、離島で自分が重病や大怪我をすれば助かるものも助からないかもしれない。卒業生名簿に「逝去」の重い2文字が記された卒業生がおられるのはまことに残念だ。私自身も28歳で卵巣癌、43歳で胃癌、54歳で残胃癌…ハラキリ（手術）だけでも6回経験した。胃癌は同級生の清崎浩一先生に執刀していただき命拾いした。しかし手術のたびに癒着が増え最後の手術は清崎先生をして「もう、お前の手術はしたくない」と言わしめるほどご苦勞をかけた。卒業時には想像もしなかったが、医療に携わりながらも医療に助けられてここまで生きてきた。私をここまで生かしてくださった皆様には感謝の言葉しかないが、胃がないことと癒着は生活の上で支障がなくはない。食べ過ぎると吐く、前触れもなく低血糖症状が出て動けなくなる（ダンピング症候群）、低気圧が来ると腸管ガスが溜まって腹がパンパンに膨らむ…。仕事を継続できているのは家族と同僚、職場スタッフの皆さんのご協力と優しさのおかげである。感謝と共に1日も長く貢献できるよう自分の健康管理に努めたい。

私の医師人生を振り返って忘れられない出来事がある。私が学生だった時、女子学生の数は十数名だった。心配してくださった初代学長、中尾喜久先生と女子学生の懇談会があった。かんばんの中にもぼつんと建っていた大学、私はこう質問した。「先生、なぜ自治医科大学を東京のような文化の地に造って下さらなかったのですか？」すると中尾先生

はカラカラと笑い、こう答えたのだった。「岩井くん、『壺中天』という言葉を知っていますか？壺の中からでも世界を見ることはできるよ。ただ、そのためのアンテナは常に立てておきなさいよ」。当然のことながら私は『壺中天』など知らなかったが、この日以来、この言葉を心がけて暮らすようになった。結果、いろいろなことに首を突っ込み、中途半端に終わったことは数知れず、関わった方々には多大なご迷惑をかけてしまったが、最終的に今の場所に落ち着いて満足できているのは中尾先生のこの一言によるところが大きいと思っている。

私が駆け出した頃、僻地の医師は変わり者、とか、都落ち、とささやかれ、不安いっぱい赴任した。しかし、いざ着任してみて「あれ？案外フツーじゃん」といささか拍子抜けした。今まで色々な外国を訪問したが、僻地といってもさすが日本、電気が来ていないところはなく、ガスも水道（安全な水）も確保され、テレビも映る。救急隊も地域の隅々までストレッチャーと装備を担いで家の玄関まで来てくれる。宅配便も携帯電波もちゃんと届く。自然は素晴らしく、空気も美味しい、当然ながら食べ物は東京で新鮮と言われるようなものが、地元のスーパーで見切り品として値引きになっていたりする。自治医科大学の意義は何かと問われたら、普通の医師が僻地に赴任すること、と答えたい。地域住民と地域の医師の二足のわらじのバランスを取るのは時に難しいことがある。一朝一夕に解決しない問題だが職場を離れたら、一般住民に戻れる環境を望みたい。

私も間もなくリタイアし夫と二人暮らしの田舎の老婆になる日が来る。人生の最期に頼れるのは自分より若い世代の人々だ。若い世代が自分たちより働きやすい環境を作り、幸せな職業人生を送れるように心を砕くことは自分自身のためでもある。自治医科大学が100周年を迎える時、私は112歳、もう生きてはいない。その時に「昔あった自治医科大学」であってほしくはない。そして、1人でも多くの卒業生、関係者の方々に、その日の自治医科大学を見てほしい。

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が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、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。

内科医がいなくて、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践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。

総合医としての在り方

奈良県立医科大学附属病院副院長
奈良県立医科大学総合医療学講座教授
寄附講座 地域医療支援・教育学講座教授
西尾 健治
(奈良県5期)



<はじめに>

令和4年(2022)4月自治医科大学は創立50周年を迎える。私は5期生なので無医村で働きたいという漠然としたイメージを持って自治医科大学の門をくぐってから、46年もたつわけである。あつという間に感じるが、時の経つのは早すぎる。初代学長であられた中尾喜久先生の建学の精神を我々は全う出来たのだろうか？自治医科大学の我々卒業生はこの50年で何を日本の医療に残せたのであろうか。自分はどうか？自分としては中尾学長に謝りたい気がしてくるが、全国で働く自治医大卒業生5,000人全体に思いをはせると、地域医療振興協会(JADECOM)の活動といい、他大学とは異なったもの、何らかのものを残せているのではないだろうか…。

このたび「総合医としての在り方」というテーマで提言を書くようにと仰せつかり、あまりに大きなテーマで尻込みしている。そもそも総合医は地域の中で、患者や家族を含めた住民と多職種の中で育成され、在宅や看取り、保健や福祉まで目が届く医者であり、医者が考える医師像だけでは不十分なものになるのは明白である。しかしながら、今回は、そのような医療全体の調和の中での総合医の在り方ではなく、大学病院で総合医を養成するという観点から(地域の先生方からは大学病院なんてと不満をお持ちの方も多いかももしれないが)、新しく総合医を目指す者へ贈る言葉として、僭越ながら書き連ねてみた。

<私について>

まずは、私自身の現状と歴史をご紹介したい。私は奈良県出身の5期生であり、現在は奈良県立医科大学の総合医療学教室の教授と附属病院の副院長に任命されており、総合という名のためか、奈良医大の救急医療体制・災害医療体制・コロナ患者の診療体制などの構築を任されて、それぞれ新たなシステムを作り上げてきた。また奈良医大の関わる地域包括ケア・在宅診療(来年度奈良医大に在宅医療支援センターを作る予定である)の責任者も担っている。そして、認定医などの方もプライマリ・ケア連合学会認定医・指導医、病院総合診療医学会認定医、内科学会認定医、リウマチ学会専門医、救急科専門医、小児科専門医、血栓止血学会認定医などを有しており、インストラクターとしてはDMATのインストラクター(奈良県の災害医療の代表を務めている)からJATEC(外傷初期診療)、

PALS（小児二次救命処置法）などのインストラクター活動も行ってきた。研究としては現在6人の大学院生に対して、臨床研究ならびにマウス・血管内皮細胞を使った基礎研究の指導も行っている。また僻地医療としては義務年限中4年間住み込みで天川村村立診療所勤務を行い、その後は現在も週1回の当診療所での診療を25年ほど続けている。さらに重度心身障害者施設勤務や、まだ各大学がAIDS患者の受け入れを拒否していた頃、全国から集まるAIDS患者の診療をAIDS外来として2年間行なっていたなど、以上、肩書き上や仕事の内容上、ある意味の総合を地で行く状況ではある。これら医大附属病院の中で科が変わったりいろいろとやってきたというのは、総合診療専門医制度が出来るまでは、却って肩身も狭く、何が専門ですか？と聞かれるのがいつも嫌で、その時の気分で専門を答えたりしていた。しかし、今は総合診療が専門と胸を張って答えられている。各専門医取得に関しても、なにも自分から望んだものだけではなく、当初自治医大卒業生を排斥傾向にあった奈良医大の中で（奈良医大に自治医大生は義務年限内に来るなどと言われ、入局も中々認められず、教授の外来診療のカルテ書きを週1回2年間へき地診療所より通って、やっと入局を認められた）、言われるままに生きてきた結果である（卒後11年目の時、村とも相談の上、今後ずっと診療所に入る決心をしたが、奈良医大の救急で働く事を頼まれ、村了解の上2年間だけ働くことになったが、村長の交代があり人生が変わった）。各学会においても自分の診療主体が変わるに従い、点々と活動してきたことや自分の性格もあり、殆ど知り合いもなく全く無名で、総合診療領域においても全く知られていない。唯一の自慢は11年前常勤医自分一人だけの状況で任された奈良医大の総合医療学教室に、1年後より入局してくれるものが現れ、現在では入局者すなわち私にとって家族のような仲間を、34名まで得られたことである。そもそも大学の総合なんてと、総合医を目指す初期研修医は大学外の病院で研修を開始する者が多く、大学で初期研修を始める者に総合医を目指す者は少ない中、また先輩がいないため将来が見通せず、病棟もない状況で（当初、病棟も無かったが現在は16床を有している）、私の診療を受け入れ、賛同者として入局してくれたことはうれしい限りである。いくら体がしんどくとも家族のような医局員のために動くことは辛くなく、日々気持ちが楽にいられる根本となっている（総合医にとって楽な気持ちでいられることは重要と思われる）。

今回はこのような者、奈良医大附属病院で総合医を育てている者から、総合医を目指している医師へ贈る言葉として読み流していただきたい。

<総合医にとって最も大切なこと>

この50年自治医科大学と時を同じく発展してきたものに、CTがある。コロナで世界が埋め尽くされ、医療にとって大きなインパクトを与えた令和3年（2021）が、CT開発後50年という節目の年である。昭和46年（1971）に開発されたのは頭部CTであり、当初はそのデータ解析に1日かかったようである。それが10年後には、私が初期研修を行った奈良県立奈良病院（現奈良県総合医療センター）でさえ、全身CTが入っていたというのは、脅威的なスピードで全世界に広がったことがうかがえる。しかしながら、8年前パブ

アニューギニアにて災害医療活動を行っていた時、CTは首都に1台しかないとのことであったのには本当に驚いた。世界における貧富の差、遠隔奴隷制度というか、発展途上国の人々から我々が搾取している現実を痛感した。このCTという機器が医療界で果たした役割は、単なる診療補助機器というものだけではなく、疾患というものは体内に存在する病変によって惹起されるものであるという“存在論”をさらに推し進めるのに十分なものであったと思われる。実際私たちは、血液検査やCTなどを用い、患者の症状の原因となる病変を探す努力を日々続けている。この探索行為は病変を求めて臓器から細胞、さらには分子領域や遺伝子領域へと進んで、病態を呈している原因を突き詰め、新たな病態理解や新たな治療薬開発へと医療を大きく進歩させてきた。この疾患の抽象化は、疾患の治療のみならず患者の未来を予測することも可能とし、患者に多くの恩恵をもたらしてきた。しかしながら、病変と症状の対比を突き進めていく医療は、患者というものは単なる臓器を収容する器とし、病変に対する人の反応は画一的なものであるとの考えを引き起こしてきた。実際、各個人を見つめることを避け、感情面では患者との距離を置いたほうがいいと考える医師も増え、がん治療などでも、高度な治療をエビデンスごとに並べて、患者に自由に選択させることがよりよい医療である、と主張する医師も多くなった。果たしてそれでいいのであろうか？もちろん最悪とは言えないが、ベストでないことは明らかで、value based medicineやshared decision makingの必要性が叫ばれている所以である。病変を有するのは人であり、同じ病変を有する人々であっても、その人の経験や感情、社会的な状況などによっては、全く気にしない人もいれば、大きな不安や恐怖に苛まれ精神的に破綻してしまう人もいるものである。このように病変の患者への肉体的、精神的、社会的影響は人によって異なり、これらをそれぞれの人の‘病い’としてとらえ、常に患者の気持ちに寄り添いながら、月並みではあるが、思いやって共感し、患者と共通認識の上、納得と癒やしをめざして共に進んでいくことが重要と考える。このように患者の‘病い’に注目する医療の方法は、専門性がすすむにつれ、その揺れ戻しとしてか、その重要性も増してきている。その方法には、患者中心の医療や患者のNarrative、全人的医療などの方法があり、総合医はこれらの手法に精通しておくべきである（患者中心の医療のFIFEやPIPCのMAPSO問診など）。そして、病変を見つけようとする行為が、人は感情を持っているということを忘れる方向に作用しがちである事を認識すべきである。何らかの病変が患者に見つかるたびに、取り巻く環境に影響を受けて揺らぐ感情を持った人体という器への影響を、想像力豊かにとらえ、気持ちを込めて共感する努力をするべきであり、これらの事は総合医であるための根幹をなす部分と考える。

<寄り添いの医療と全人的医療>

しかし、前述のように患者の‘病い’に対する癒やしを求めて診療をおこなっていけばいくほど、注意すべき点もある。というのは患者の癒やしを求めて、患者に寄り添えば寄り添うほど、特に患者がご高齢だと、「いい先生や」と、何でもこちらを受け入れてくれるようになる場合も多い。その場合、治癒に通じる疾病に対する適切な医学的医療を行なえ

ていなくても、患者に優しくケアすることでごまかす事が出来る点に注意が必要である。診療室は密室であるので、そうなりやすい傾向があると自分を厳しく見つめておくことが必要と考える。また、ごまかすつもりが無くても、いつも見えないところは全く見えないままなので、時間が経つとすべてが見えている気になりやすく、ごまかしているとも気付かなくなる可能性があり、かなりの注意が必要である。実際、私は卒後8年目の時に、その幻想の中に陥っていた。その時、人口2,700人ほどのへき地診療所に赴任していたが、患者数も多く1億円を超える売り上げがあり、だいたい何でも診ることができ信頼されているのだと思っていた（その後、これは大間違いで売り上げが少なくなることを目指すべきだと気づいたが…）。しかし、3年後奈良医大附属病院勤務となり各科の診療を見聞きして、自分のやってきた医療は浅はかで、ごまかしの医療、密室の医療をやっていたことに気づかされた。これはへき地診療所だけではない、現在の大学での診療でも同じことで、診療室は密室であるので、かなり謙虚に自己洞察し、密室の医療になっていないか自分自身に問いかけることが必要と考える。また、密室医療に陥らないようにするための一つの方法として、全科的な研修や診療を行なったあと（その後であることが肝心）、研究なり、診療なり、ある分野を深く学ぶ事も有用と考える。そうすると、その分野の感覚は鋭くなり、知識も深くなるので、他の分野に対する自分の浅さを認識できるようになる。「どの分野でもある程度は総合的に診ることができるようになった」という甘い幻想を打ち砕き、他の分野をさらに深く学ぶ原動力になると考えている。結局、「病い」の部分だけでは無く、当然のことながら生物学的な疾病に関しても、常に深く追求する姿勢を忘れてはならないということである。

全人的な医療も、努力はしてきたが未だにすべての人に対応出来る自信はない。単に患者に対するひとりよがりの医療とならないよう、常に気をつけることが肝心であり、その気持ちを持ち続けることが自分の暴走を防ぐと信じている。現在も院内で他職種のカンファレンスを毎週開いているが、自分の気づかなかった患者像を教えてもらえるときも多い。はっきり言うと、何よりも自分が全人的医療なんて出来ると考えないことが重要だと思っている。そんなことが出来る人間はいないと考えて、こうあるべきと医師が統括するものと考えず、周りの医師や、多職種の方々の意見を聞いて、自分の意見も述べて、皆で作上げるものが全人的医療と考えるべきである。実際、生活支援など福祉が重要となる時には、医師の考える医療よりも、介護や患者個人や家族の生き方が重要な時も多く、医師の医療を振りかざさないよう、注意すべきである。

以上、「寄り添いの医療」が「密室の医療」に、「全人的医療」が「ひとりよがりの医療」にかわってしまわないように注意する必要がある。

<患者医師関係>

次に私が総合医の在り方として注意している点は、これも月並みではあるが、信頼・納得を得て、良好な患者医師関係を確立する努力をすることである。患者に治療を与えられる場合は信頼を得やすいが、専門医と異なり、総合医の対象はエイジングが関わっている

ようなものや、複数疾患、諸検査で該当する異常が無く診断が困難なもの、痛みや倦怠感など、治癒が望めずケアが主体となるものなどが多いので、病いに対して寄り添いながら、信頼や納得を得るために、努力をし続けることが必要である。

まずは常に患者が我々をどのようにとらえているかを観察する必要がある。私などは顔が怖いので、真剣に話をしだすと怖がられたりするので、最後には必ず笑いを誘導するように話して、相手の緊張をといたり、相手の笑い顔などからも、相手の気持ちを推察したりしている。また、信頼を得るためには理学的所見や疾患の知識により、患者の過去の状況や症状を言い当てることが重要であると考えている。まずは過去をよくあてる占い師になろうという事である。実際胡散臭い占い師でも、知らせていない事実を2-3個続いて当てられると占い師を信じだすものである。医者も同様で、患者の言っていない、いろんな過去の状況や症状を言い当てて占い師のようになっていくと、患者から信頼を単純に得ることが出来る。実際不定愁訴もパターンがあるので症状もあてやすい。手足も丁寧に触っていると、痛みのある所がわかったり、どんな仕事や運動をしてきたかやペンの持ち方もわかるようになるものである。不安で軽度の過換気になって両手がしびれている場合も、どの指のどこがしびれているかわかったり、マッサージだけでしびれをとったり、どこのしびれが取れたのかも、手を触っているとわかったりする。実際に診療上「こんなこともあるでしょ？」などといいながら、これらの事をたたみかけて行なっていくと、「あ、そうです」「そうなんです」を連発され、想像以上に信頼してくれて、良好な患者医師関係ができあがるのを感じる。過去と同時に、現状を見つめていくと、取り巻く環境の中で、患者が今後感じる症状や抱くであろう未来の不安などが推定可能となる。それを事前に患者に言うことで、不安感を軽減するのにかなり有効であり、また予言が的中するとさらなる信頼を生むことになる。さらに、過去を見つめていくことを続けていけば、どんな病態も患者の納得する原因を見つけることが可能となる場合が多く、原因不明という言葉（ずっと患者のところに不安感を残す）や、わからないという言葉は使わずに説明することが重要と考える。これらは患者医師関係をより強固なものとし、治療もより効果的になるように思う。以上のように患者の過去・未来を予測して患者医師関係に思いをはせ、信頼と納得を得やすい説明や診療を心がけることが必要と考えている。

<今後の展望>

総合医は、医療を取り巻く環境が急速に変化する中で、高齢者医療、在宅医療、看取り医療、救急医療や災害医療などさまざまな医療に対応でき、自信とやりがいを持ち、患者のみならず、医師から「この先生に診てもらいたい」と思われる医師であって欲しいと思う。この10年間自分が育成・指導してきた、まだまだ若く技術や知識は未熟である総合医たちに、自分が何かの病気になれば診て欲しいと思える様になったことを考えると、総合医の教育や育成の中で一番大事なのは、技術や知識ではなく、患者への姿勢を伝えることなのかもしれない。この若き総合医達への看護師などからの評価は高いが、他の科の医師から評価されるにはまだまだ時間がかかりそうである。それは各臓器別専門医にとって、

自分の診ていない領域に関する総合医の評価はむずかしく、自分の専門分野でのみ評価するので、総合医に低い評価を与える傾向にあるものと思われる。しかし、多領域にまたがる領域を診る救急専門医や集中治療専門医も当初は同様な評価をされる傾向にあったが、今やしっかりとした評価を得ておられる。それゆえ、現在正当に各専門医より評価されていないことを気にされている若き研修医の方々、多くの総合診療専門医が地域に散らばり、住民に癒しを感じてもらえる医療をおこなっていくと、住民からも他の医師からも、総合診療専門医の評価は必ず高まってくるので安心していただけたらと思う。

総合医をやってきた自治医大卒業生は何を後進に残せばいいのだろうか？それぞれの現場で切磋琢磨し、地域医療で誇れるものを作り上げてきたのを感じるが、それは一子相伝のようなものになっていないだろうか。臓器別専門医からは、総合医は何をやっているのかわからない、臓器別専門医の診療と何が違うのか？ということもよく聞く。総合医は地域によって形が変わるからであろうか？我々が後進に伝えうる総合医たる体系立ったものを確立できていないからであろうか？しっかり次世代に伝えていくべく、米国でfamily medicineが体系化されたように、我々も日本の地域医療に応じた、次世代につなげる体系化したものを作り上げねばならないのではと感じる。体系化したものを自治医科大学の学生に伝えることが出来れば、自治医科大学は我々よりも理想的な総合医を生み出し、日本の医療に多大な貢献をしてくれることになると思える。我々の世代もまだまだ頑張らないと！と思うが、次世代の人たちにもお願いしたいところである。

また、総合医を中心とした地域医療には新たなシステムが有効であると思っている。実際、地域医療をやっておられる先生が、地域住民に慕われて、すごく良い先生であればあるほど、その先生が働けなくなるときには、その地域の保健医療は崩壊する可能性がある。一人が倒れても地域医療に変化が少なくなるように、地域医療は点で支えるのではなく、複数の医師による面で支えるシステムが必要であると考えている。これは一つの案であるが、私は大学を基点としたシステムを考えている。大学より地域中核病院に医師を派遣し、地域の在宅診療やへき地医療を複数の医師で支えるシステムを考えている。現在、大学から地域の中核病院に派遣し、その病院の業務と病院周辺の在宅診療およびへき地診療所診療も日々のローテートでカバーしてもらっているが（それぞれが良い医者であれば、在宅の患者も医者が交代する診療でも満足してくれないだろうか？）、そこでの数年間勤務後、必ず大学に帰って自己の修練と後進の指導にあたってもらおうというローテーションシステムを構築したいと考えている。そうすると、後進の指導にいずれ当たると思えば、地域での自分の日常診療をより客観的に見つめ、さらに頑張り、大学病院でも初期研修医の良いロールモデルになり、総合医を目指したいと考える医師が増えるのではと期待している。もちろん大学病院でなくとも、地域の医師の協力を得ながら、医師の集約化を図り、救急医療と同様、地域中核病院が在宅診療やへき地診療を支えるシステムで対応していくべきと考えている。奈良の南奈良医療センターでは自治医大卒業生を集め、地域を支えることに成功している一つの例である。

<最後に>

11年前、私が奈良医大の総合診療を常勤1人で任された時、JADECOMより多大の支援を受けたことは忘れられない。当時の奈良医大学長が吉新会長に私の支援をお願いしてくれたのだが（本当に身に余るありがたい話であった）、奈良医大学長がJADECOM会長の我々の先輩に頭を下げている姿にはいろんな思いがこみ上げて涙が出た。そして、市立奈良病院の中島管理者は現管理者の西尾先生を週に1回、うわまち病院の同級生の沼田院長は3年目の専攻医をひと月交代で、奈良医大総合診療科に派遣され、外来診療を手伝っていただいた。たった一人だったので、助けがなければ初期研修医の指導も毎日できなかつたし、入局者も現れなかつたと思われる。JADECOM、自治医大卒業生の結びつきには本当にお世話になりありがたかった（ありがとうございます）。現在も、JADECOMの青森の東通村医療センターで素晴らしい地域医療を行っている同級生の川原田先生には、当科の専攻医の指導をおこなってもらっている。

大学病院には総合医はいらないし、大学病院で総合医は育たないという感覚を持っておられる方も多いが、実は大学病院でこそ、総合医が必要であり、総合医の育成に適していると痛感している。最近ではそれぞれの科のはざまにある病態の患者や、多科にまたがる疾患を有する患者も大学病院には多く、これらの患者の‘病い’を癒すことは、総合医こそが適任と考えている。また、大学病院でまれな疾患や複雑な病態を持つ患者、各種検査で異常が出ないが症状が続く患者たちにどう対応するかや、打聴診・触診などの理学的所見の取り方（CTやエコーなどと一人一人対比しながら）など、時間をかけてしっかり学ぶことがまずは重要と考える。それから地域に出て、地域中核病院勤務・診療所勤務・在宅診療などをおこない、多職種の中で育成されていった方が、技術者としての総合医の幅が広がると考えている。

いずれにしても、総合医としてやりがいをもって日々を過ごし、患者の傍らに背筋を伸ばして力強くすくっと立ち、患者が寄りかかってきても微動だにしない力強さで受け止め、慈しみのところで接して共感し、癒しと納得を感じてもらえる医師になって欲しいし、そして私もその像を求め続けたい。

私に総合医の在り方について書く機会を与えていただき感謝申し上げます。

医師としての生き方が総合医を創る

山口県立総合医療センターへき地医療支援部診療部長
原田 昌範
(山口県23期)



母校自治医科大学が創立50周年を迎えたこと、心よりお祝い申し上げるとともに、これからの開学のミッションであるへき地医療に貢献し続ける母校であることを願っている。全国で多くの卒業生が活躍されるなか、記念事業の一環として発行される提言集に寄稿する機会をいただいたことに心より感謝申し上げますとともに、卒業生として光栄に思う。

このたび「総合医のあり方」という大切なテーマをいただいた。学会などでも度々議論されるが、中尾喜久初代学長が繰り返し卒業生に伝えたメッセージに「総合医」という言葉を用いたと教わった。「全人的で包括的な医療を実践するのが総合医」とのこと。

平成21年（2009）、尾身茂先生（東京都1期）を山口県の自治医大卒業生が集まる第30回鬼怒川勉強会の講師にお招きした。新型インフルエンザの流行直後だったが「総合医」について議論した。尾身先生は「患者さんの命に関わるのなら、自分の方法論の外にあって、問題を解決するのが総合医」と語られ、「医療界の平成維新を山口県から」とエールもいただいた。コロナ禍での尾身先生の勇姿は、ご自身が語る「総合医」そのままであり、誇りに思う。

平成23年（2011）、高久史磨前学長を座長に「専門医のあり方に関する検討会」が発足し、「総合医」のあり方や医師像が何度も議論され、最終的に「総合診療医」という名称で19番目の専門医に新たに加わった。そのロールモデルとして、全国で活躍する自治医大卒業生が注目された。それは長年へき地医療へ貢献してきた信頼の結果だと思う。新制度をきっかけに、医療者だけでなく、行政や地域住民と「総合医」について議論できるようになった意義も大きい。

平成25年（2013）、永井良三学長にご来県いただき、第48回鬼怒川勉強会で「総合診療医」もしくは「総合医+専門医」となり、医療を通じて地域社会のリーダーであれと今後の卒業生の方向性を示していただいた。

あらためて「総合医」とは、私は「医師としての生き方」と思う。

総合医として育てられた自治医大卒業生一人ひとりが、ミッションとするへき地医療を中心に医療の谷間に真摯に向き合った「生き方」そのものが、「総合医のあり方」であり、その「あり方」の積み重ねが、自治医科大学の次の時代を創っていくと考える。

つまり、私の考える「総合医のあり方」の一例は、私自身の「医師としての生き方」そのものであり、これまでの自身を振り返り、これからの「総合医のあり方」を考えてみたい。

○へき地出身の父

私の父は、山口県旧鹿野町、へき地の出身である。若くして街で洋品店を開業し、長男である私は商店街で生まれ育った。祖父母はバスで1時間のへき地に暮らしていた。家業を継ぐことも考えたが、父は自治医科大学の合格を「運命だ」と喜んだ。

学生時代ラグビー部に所属し、4年時、網膜剥離を患った。退部せずマネージャー役で残り、仲間を支え、幹部のとき東医体優勝を経験した。仲間を支える喜びは、今の仕事に結びつく。地域医療学実習では選択も含め梶井英治先生（鳥取県1期）に学び、院外では石岡第一病院（地域医療振興協会の第1号病院）や山口県のへき地で計2ヶ月お世話になった。吉野浄先生（神奈川県1期）、茶川治樹先生（山口県1期）をはじめ、先輩方から受けた「地域医療」や「総合医」についての熱い語りは、現在の進路選択に大きく影響している。

○総合医としてへき地へ

平成12年(2000)に卒業し、初期研修時代、外科で1年間お世話になった中安清先生(長崎大卒)は今でも私の「総合医」としてのロールモデルである。中安先生は、あらゆる臓器、大人も子供も、外傷も緩和ケアも、幅広く何でも対応された。特に一度メスを握った患者は、どんな訴えでも診療科に関係なく「まず診る」ということを大切にされた。

山口県の人口は約135万人(全国27位)。高齢化率は約34%(全国4位)で、全国より約10年進んでいる。21の有人離島を含む山口県のへき地(過疎地域自立促進特別措置法、離島振興法、山村振興法で指定された県土の約6割)の高齢化率は、市町村合併後にさらに進み、多くの場所で50%を越えた。これは将来の日本の姿かもしれない。若手医師はなかなか県内に留まらず、ついに医師の平均年齢は53歳(全国1位)となった。自治医大卒業生は、当院で初期・後期研修(計3年間)を行い、「総合医」として計6年間へき地に派遣されるが、未だへき地は深刻な医師不足が続く。

私が初めて勤務したへき地は、島根県と広島県の県境に位置する錦中央病院(50床)だった。外来、入院、救急、巡回診療、内視鏡検査、手術、訪問診療、緩和ケア、健診、学校医、介護保険審査会など幅広い対応を求められた。卒後5年目、開学以来毎年続く学生夏期実習を引き受け、次世代に何を伝えるべきかを考える機会となった。へき地にはどんなニーズがあるのか、先輩からだけでなく、スタッフや地域住民も学生と直接対話し、将来へき地医療を担うために必要な知識と技術、そして覚悟(あり方)を感じてもらった。母校地域医療学センターのゲノムバンク事業にも参加し、保健師さんと一緒に地域をまわり生活習慣病関連遺伝子を集めた。梶井先生や岡山雅信先生(兵庫県10期)をはじめ多くの先輩から「研究」を通じて「地域医療」を学ぶことができ、1,000km離れた母校を近

くに感じた。

卒後7年目から2年間、鹿野診療所（無床）に派遣された。そう、父親のふるさとである。私の祖父母の主治医を先輩から引き継いだ。祖母と二人暮らしの祖父は、すでに脳梗塞を2度起こし、左片麻痺、構音障害を認め、ほぼ寝たきりの状態（要介護4）のため、定期的に訪問診療を受けていた。誤嚥性肺炎で入退院を繰り返し、そのたびに弱り、常に酸素を必要とする状態となった。祖父は自宅を強く希望し、酸素投与のまま退院した。退院後、私は主治医であり、患者家族でもあり、想像以上に大変だったが、訪問看護師やヘルパーのおかげで再入院することなく自宅療養を継続できた。赴任して1年後、退院から2ヶ月後、祖父は住み慣れた自宅で家族みんなに囲まれて私の目の前で息を引き取った。祖父は最期に自身の死を通して、私に総合医としてのあり方を伝えた。へき地で独りになった祖母に1年間毎日会えた。お互いが癒やされるための時間でもあり、自分のルーツを祖母から教わる時間にもなった。あらためて自治医科大学に入学できたこと、総合医として育てていただいたこと、へき地に暮らす祖父を自ら看取ることができたこと、これまでの運命に祖母と一緒に感謝した。同時に、義務明けを前に「へき地医療」や「総合医」について立ち止まってゆっくり考える機会となった。なぜ、へき地で祖父は希望する自宅で最期を迎えることができたのだろうか。

義務年限最後の年は、萩市大島診療所に派遣された。本土から25分、900人の離島である。赴任の日、大島港に紅白の横断幕が用意され、島民の多くが、私たち家族5人を出迎えた。OTV（大島テレビ）で1週間にわたりこの様子が繰り返し放送された。どの医師も同じ扱いである。これほどまでに歓迎されるのは、大島がかつて医師確保に難渋した歴史があったからである。常勤医が見つからず、韓国や台湾の医師を招聘したこともあった。その状況を変えたのが、自治医科大学の制度であり、昭和57年（1982）から現在まで継続的に医師が確保されている。私が10代目、今は17代目である。島は医師ひとりであり、基本的に断らず何でも相談にのる。定期外来、訪問診療、救急搬送、予防接種、学校医だけでなく、島の行事や行政担当者との調整など、所長は診療所の運営全般の責任者でもあり、ストレスも多いが、その分やりがいも大きい。同じくへき地で頑張る卒業生、いつでも相談できる地域医療部（現：へき地医療支援部）の存在は心強かった。

離島を含む9年間の義務年限は、先輩からの手厚いサポートと様々な仕組みのおかげで、無事終えることができた。医師として人間として大きく成長できた。そして奥野正孝先生（三重県1期）のメッセージ「へき地は医師をステキにする」がよく理解できる。祖父の看取りや離島の経験からへき地医療を持続的に確保するためには、先輩が築いた仕組みを受け継ぎ、次世代につなぐことが必要だと感じた。では、それは一体どうしたらよいのだろうか。あらためてへき地医療をミッションとする自治医科大学の存在を大きく感じ、母校で「地域医療」や「総合医」について勉強したくなった。

○母校での学び直し

義務が明ける際、山口県からドクタープール制度を提案された。県職員としてへき地勤務を継続し、1年間県外研修ができる。外科医になることも最後まで悩んだが、最終的にはへき地医療を続ける道を選んだ。自治医科大学地域医療学センターのアドバンスコース（2年間）にエントリーし、離島勤務を1年延長し、翌年10年ぶりに母校に戻った。

1年間で大学病院の総合診療部の外来・入院診療、救急、緩和ケア、臨床検査を研修し、同時にゲノムバンク研究をまとめ論文化し、全国の地域医療の先進地を10箇所以上、米国オレゴン州の家庭医療学も視察できた。また「地域医療」「へき地医療」「総合診療」などの言葉の意味を改めて考えることができたことは収穫だった。自治医大卒業生の多くは「地域医療」を「へき地医療」の意味で用いるが、「地域医療」という言葉は使うひとによって全く意味が異なった。以後、地域医療とへき地医療を区別して使うようになった。また、離島の直後に大学病院の総合診療を経験し、同じ「総合診療」でも場所によって求められる診療内容が全く異なることを体感できた。母校での研修のおかげで、ふるさとを離れ「山口県の現状と課題」を客観的に整理でき、山口県に戻り何をすべきかが見えてきた。「総合医の育成や仕組みづくり」は手段のひとつであり、真の目的は自治医科大学のミッションと同じ「へき地医療のため」と定まり、自分のなかで軸がぶれなくなった。

平成23年（2011）、義務明け後も総合医として、山口県立総合医療センターへき地医療支援部／へき地医療支援センター（以下、SCRUM：Support Center for Rural Medicine）に戻った。

○義務後は総合医としてへき地医療を支援する

SCRUMは「山口県のへき地に医療と安心を届け、ふるさとの地域社会を守ること」をミッションに、3つの軸（①診療支援、②仕組みづくり、③次世代の育成）を基本として取り組んでいる。昭和57年（1982）から常勤医が確保できない離島（萩市相島）と山間部（山口市柚木）の「巡回診療」を継続し、へき地診療所の医師の研修や病休時の「代診」も担う。平成25年（2013）からへき地（萩市・長門市）の休日夜間診療所を支援し、その負担金で義務明けの卒業生をSCRUMにプールできるようになった。平成26年（2014）へき地の無床診療所で入院を要する急患に対応できる「へき地医療支援ベッド機能」を始めた。その機能を「総合内科診療センター」に発展させ、さらに仲間が増えた。平成28年（2016）鹿野診療所（周南市）、令和3年（2021）とくち地域医療センター（中国地方初の地域医療振興協会直営へき地診療所）に「医師派遣」を始めた。

SCRUMは義務明けの自治医大卒業生を中心に構成され、へき地診療支援と合わせて、当院の医師不足の診療科も積極的に支援することで、10年で2名から13名に増えた。義務後も、へき地経験を活かし総合医としてへき地医療支援を続けながら、当院で再研修を行い、各科専門医を取得する道もできた。また、救急、災害、感染症、緩和ケア、栄養サ

ポート、人間ドックなど、当院の医師不足領域も支えている。まるでカメレオンのように、院内外の求めに応じ自分たちを変化させ、お世話になったへき地にも当院にも幅広く貢献している。そしてそんなSCRUMメンバーに心より感謝している。

○へき地医療に貢献する総合医をへき地で育てる

平成23年（2011）、後輩から「離島経験から総合診療をきちんと勉強して専門医資格を取得したい」と嬉しい相談があった。県内にプログラムがなかったが、高久先生が座長の「専門医のあり方に関する検討会」は心強かった。新制度を見据え、県やへき地医療機関と連携し、平成24年（2012）県内初となるプログラムを設置した。すべての公的なへき地医療機関に学会指導医が揃い、自治医大卒業生は希望すれば義務内に「家庭医療専門医」の取得が可能となった。指導医も増え、毎年専攻医を迎え、プログラムは充実してきた。県外から自治医大卒業生以外の専攻医も加わり、山口県のへき地医療を支える仲間も増えた。平成30年（2018）の新制度の開始に合わせ、県は自治医科大学派遣要綱を変更した。総合診療専門医の取得を希望する場合、当院での研修期間を1年増やし、義務年限の前半に専門医資格を取得し、義務の後半は「総合診療専門医」としてへき地に貢献する。ダブルボードが認められたため、総合診療専門医を取得後、義務明け後を視野に別の基本領域のプログラムも選択し、従来通り1年間希望する診療科を研修できる。専門医を取得後もへき地で学び続けられる「フェローコース」も設置した。令和3年（2021）、ついに新専門医制度による「総合診療専門医」が2名誕生し、二人とも総合診療専門医として離島を守る。

SCRUMは、医師の卒前、卒後の育成過程において、へき地との関わりを重視している。へき地は地域医療や総合診療を学ぶにふさわしいフィールドである。医療資源が不足しているほど、幅広い視野と総合的な臨床能力と行動力が問われる。へき地では様々な課題に直面するが、一緒に取り組む指導医の存在があれば、へき地は教育の場が変わり、医師を大きく成長させる。次世代を担う医師が、安心して飛び込める受け皿、ネットワークづくりがこれからのへき地医療を守る鍵である。長州総合診療プログラムで育った総合診療専門医がへき地への貢献を積み重ね、地域住民の信頼を得ることで、総合診療専門医がこれからの地域社会に必要な医師像となると確信している。

○総合医の育成、へき地医療がミッションの組織

公益社団法人地域医療振興協会は、創立35年、自治医科大学同様「へき地医療がミッション」の組織である。総合医の育成やへき地医療に貢献し続けるための工夫が詰まっている。平成30年（2018）、吉新通康先生（栃木県1期）に声をかけていただき、理事を拝命し、様々な経験・チャンスをいただいている。全国47都道府県および世界ともつながるネットワークを活かし、へき地におけるオンライン診療の研究(厚労省科研費)を行い、ポストコロナのへき地でのICT活用に備える。また、令和3年（2021）県内にとくち地域

医療センターを開設し、5,000人のへき地を守る取り組みも始まった。いずれも総合医がその成功の鍵を握る。

○総合医として国難を支える

コロナ禍、令和3年（2021）4月から県庁コロナ対策室も兼務している。山口県は行政医師も不足し、県庁コロナ対策室の調整業務、宿泊療養所の運営、クラスター対策など、求められたところを支援している。これまでのへき地医療の経験やつながりが想像以上に役立つ。茶川治樹先生（1期）、石丸泰隆先生（15期）をはじめ、SCRUMメンバーなど、気づいたら多くの自治医大卒業生が、県内のコロナ対策の要所で活躍している。コロナ禍という国難、尾身先生をはじめ、全国でコロナ診療にあたる卒業生はまさに総合医だと思う。

○最後に

このたび自治医大卒業生としての「総合医のあり方」を考えるために、私自身が歩んだ道「医師としての生き方」を振り返った。悩んだときや新たに仕組みを創るとき、「へき地医療のために」と選択してきた。それは卒業した自治医科大学を誇りに思うからであろう。

へき地で独居となった祖母が3年前にがんで亡くなった。自治医科大学を卒業し、20年以上へき地医療を軸に取り組んできたが、医師不足のため鹿野診療所は非常勤体制となり、祖母の最期は離れた病院だった。医療技術はこれだけ進歩しているのに、山口県のへき地では、まだ住み慣れた地域で最期を迎えることができない人が身近にいる。自治医科大学が開学し50年、山口県のへき地はまだ医療の谷間のままなのか。全国のへき地はどうだろうか。もし全国が同じ状況であれば、それはコロナ禍同様、国難ではないだろうか。祖父母の看取りや離島での経験から、へき地の医療を確保し続けるためには、やはり自治医科大学の存在が大きい。それは1期生からバトンをつなぎ全国のへき地で総合医として貢献してきた証である。卒業生の生き方がいまの総合医像を創ってきた。へき地は未来の日本の姿かもしれない。へき地に貢献できる「総合医」こそ、これからもあらゆる医療の谷間を明るく灯す地域社会のリーダーになると確信している。全国のへき地医療を明るく灯し続けられるように、次の50年も「総合医」を育て続ける母校のままであって欲しい。目の前の患者の声にまず耳を傾ける、そして国難にも勇敢に立ち向かう「総合医」こそ、これからますます必要とされる生き方である。

有資格のディアドクターのような誰かをめざして

医療法人楠風会 小出医院院長
小出（泉）佳代子
（佐賀県17期）



平成28年(2016)に宮城県北部の登米(とめ)市登米(とよま)町でちいさな医院を開いた。前任の公立診療所から当地での勤務は9年目になり人生で最も長い勤務地になった。元々何のゆかりもなかったこの場所で個人開業するとはちょっと前までは全く思いつきもしていなかったので人生は不思議だと思う。

この原稿を書いている令和3年(2021)5月に放送開始となったNHK連続テレビ小説の前半期ドラマ「おかえりモネ」では主人公が青春期を送る「森の町」として登米が舞台となり、町の能舞台や武家屋敷の通り、夏にラジオ体操した北上川の堤防、私の自宅のある森林や空が美しい映像として毎朝届けられ、地元の人々の心を潤している。卒業生の高橋裕一先生の大事な故郷でもある人口5000に満たないちいさなふるい城下町で暮らしてきた人々にとって、私も含め、画面に映される町の風景は思いがけなく美しかった。地産のきゅうりは味が濃くて品質が高く、同期卒業の佐々木直英先生が学生寮への差し入れをした際に喜ばれたと聞き、自分は何もしていないのに嬉しくなった。他にも名産は多くあるが、これを機会に他県の学生さんたちも登米の地名と場所ときゅうりの味を覚えてくださるとありがたい。

今回卒業生として「総合医としての在り方」というテーマを頂いた。私自身が総合医であるのか、そのことで発言してよい者なのか、実は非常に悩ましいのだが、これまで育てていただいた関係者のみなさまへ謝意をお伝えできる機会となればと思い、言葉を選んで

いる。

内科・小児科の一般診療・在宅での訪問診療、を出来る範囲ですこしずつ行う日々を過ごす。小学校中学校高校、保育園幼稚園託児所、と町内の校医もやらせてもらっている。来院する患者さんは0歳の赤ちゃんから10歳の高齢者までにおよび、その生活の傍らにいて人生の時間に関わらせてもらう仕事は、思えばやりたいと思ってきたことである。それを生業として生活できている今をただありがたいと思う。

赴任当初ちいさかったこども達が大きくなっていく姿も見られるようになってきた。同時に、元気良く通院していた方が徐々に動けなくなってきて訪問診療に切り替え、看取ることもすこしずつ増えてきた。

今、外来や訪問で診る高齢の患者さんの多くは大正末期から昭和初期生まれの人々で、それはそのまま自分の両親の年齢にあてはまる。徴兵されシベリア抑留を経て帰還し、炭鉱の最盛期に胃潰瘍の治療をしつつ細い身体で働き続けた大正生まれの父と、長年公務員の仕事をこなしながら遅く生まれた私を育てた理屈っぽい昭和一桁生まれの母に、目の前の患者さんたちはいつも重なる。家族の歴史も色々あり、直接できなかった親孝行らしいことを、私は仕事で人様に還元して帳尻をあわせているのかもしれないと思うこともあるが、それはそれである。ここで私が出来ることは限られているが、その中で出来ることをこれからも続けていきたいと思っている。

私にとっての訪問診療と看取りは、一般診療の延長にある。社会における医療事情の変遷やそれぞれの医療者にとってその位置づけは変わってくるのであろうと思うし色々なやり方があるほうがよい。だが、「ずっと診てきたから、来られなくなったらお家へ診に行くし、ずっと診てきたから、できれば最期まで診たい」という尊敬する登米の先輩・木村康一先生の言葉があり、つまるところは私にとってもそれが実践したいことであり、それをやっている日々でしかない。高齢者の患者さんがご自宅での急変で救急・警察が出動する状況になり、その後私のところへ確認が来ることもある。できれば検案書ではなくて診断書を書かせてほしいというこちらの希望が、必要条件を満たせば理解してもらったうえで連携が徐々に可能になってきた。ありがたいことである。

地域のこどもたちが赤ちゃんの時代からおおきくなっていく成長も見せてもらいながら、予防接種をし、学校健診に出向き、風邪や感染症やアレルギーの治療をする。ここには後期研修から数年にわたり仕事させてもらった小児科医としての数年間が確実に役立っている。こどもたちも含めた4世代にわたる家族ごとの関わりの中で、それぞれのご家庭の事情も踏まえつつ、使いたい福祉制度の利用や受けたい医療の方向や範囲の相談に乗り、選択のお手伝いをする。育てる親世代、祖父母世代の1次診療とスクリーニング機能も持ちたいと思い、通常よりやや広めの診療範囲を決めている。時により、事例の相談を専門医の同窓生にすると、「それは一般医がやることとしては、専門医である自分は『医害』だと考えている」という言葉を貰うこともあるがそのような真摯なやりとりをもらえることに感謝し、肝に銘じていたいと常に思う。地域により受けられる医療は現実的には残念ながら差があり、その現状と2次・3次施設との立地や関係性も踏まえたうえで、なおかつスタンダードを維持できるかどうか、毎日自分に問いかけながら、自分が取れる責任の範囲を最終的には自分で決めていくしかないのだと思う。

当地は機動力が高い地域病院の歴史がいくつもありながら、色々な事情が重なり、開業までの数年間は1次と2次診療との連携が必ずしも機能していない医療圏であった。それも覚悟の上で、できることをしようと決めて始めたのは事実である。いざとなればスタッフとゼロから受け入れ先を探した時期もある。しかし幸運なことに、この数年でその状況はしずかに確実に激変し、2次病院は訪問診療患者さんの後方支援体制まで含めたバックアップが期待できるまでに変わった。がんばってればいいことがあると思う。ほんとう

にありがたい。2次、3次の医療に関わる自治医大卒業生も多いと思うが、その医療に常に敬意を払いながら日々の1次診療に携わることを、スタッフともども忘れないでいたい。

NHKの連続ドラマの中で主人公が知り合いの若い医師に「先生はどうしてお医者さんになったのですか」と尋ねるシーンがある。私を含め、職場体験の中学生やその親御さん、一般の患者さんからも挨拶のようにこの質問をされる機会は度々あると思う。18歳の佐賀の郡部（今は統合され市になった）の高校生だった私は、離島での医師の仕事がしくて自治医科大学に進学した。しかし元をたどれば、壺井栄さん原作の「二十四の瞳」のアニメをTVで見て離島の分校の教師になりたいと思い込んだのが始まりだった。調べてみると昭和55年（1980）10月に1日だけ特番のアニメとして放送されているこのお話は（主人公の小学校教諭・大石先生の声は倍賞千恵子さんである）、昭和29年（1954）に映画化されてから幾度となく映画にもドラマにもなっているが、私のなかではこのアニメのなかで薄いブルーのスーツを着て自転車で通勤する大石先生が原型で、島でこどもたちと本気で過ごす大人になりたい、と何故か強く思ったのであった。中学時代に教師には向かない自分を分析していったん途絶えた離島の仕事という選択肢が再び現実味を帯びるのは高校に入学して最初にできた友人に自治医科大学の存在を知らされてからである。卒業後県内の離島診療所勤務が義務としてあることはもちろんであるが、両親から早く離れて自立した生活を手に入れたかった私には、学費と生活費を親に頼らず済むことも大きな動機となり、より受験に立ち向えた。高校で1学年上の江口和男先生から詳細な情報を貰えた幸運もあり無事に入学を果たすのだが、入学後は勉強にあまりエネルギーを注げず、成績はずっと低空で卒業も危ぶまれて多くの人に心配をかけた。

平成6年（1994）に卒業し、県立病院でのローテート研修、佐賀県北部玄界灘にある加唐島診療所に3年の勤務後、佐賀大学小児科医局にお世話になり大学病院や九州病院で後期研修しその後地域公立病院小児科勤務、などを経て、今後は模索していたとき、同期の友人が勤務していた鹿児島県種子島の病院勤務を選んで平成22年（2010）に赴任した。小児科医としての毎日とその地域と育っていくやりがいのある仕事であったが、こどもたち「だけ」ではない人々を診たいと思った。外来、入院、内科の検査、救急外来での小外科治療、訪問診療。多忙だったがどれも充実していて、ここが自分のHomeだという思いもあり、一緒に来て島で入学したこどもが高校を卒業するまで12年くらいは勤務しようと考えていたのだが、残念ながら1年半で出ることになる。周辺事情で居たくても島を出なければならないことを図らずも経験した。島の勤務を始めて1年が経とうという3月に東日本大震災が発災し、その際に応援に入ったことがきっかけで現在に至る。同窓会のプロジェクトが立ち上がったとき、まだ安否がわからない同級生を案じながら（無事であった）、当時一緒に仕事をしていた同期の伊瀬知敦先生と「ここで参加しないのは今までとこれからの自分たちの人生に矛盾するよね」と話してエントリーし、岩手県の県立釜石病院への応援派遣で発災3週間後の現場に入らせてもらった。その後、宮城県の拠点も見て

おきたいと思って訪れたのが、南三陸町のバックアップ医療圏であった登米である。その時はまさか10年後に自分の拠点を作ってここで診療しているとは思わない。宮城に来たのは数年以上かかると思われた震災からの経過を自分で見ておこう、もとよりの医療過疎には自分の特性に合うニーズがあるだろう、と思ったからである。内科医でも小児科医でもない怪しげなよそ者の医者である私に対して厳しい意見を持つ人も当然だが一定数いた。きれいごとでは済まないことはどこにいても何をしていても同じであろう。それでも黙って日々のことをしていれば理解者は自然と増えていき、そんな人たちと今は一緒に毎日の仕事が出来ている。

毎日ただ日々の仕事をごんぱろうというだけで数年間を過ごしていた令和2年(2020)、世界を新興ウイルスが席卷し、予想不可能な毎日に診療現場の人々が追われる中、私は家族が稀少疾患を発症した為に、出産以来の長い休暇を取った。感染症の前線で友人たちが身体を張って働いているのを知りながら自分はあまり役に立てない申し訳なさも、稀少疾患であるため情報が少なくなかなか終わらない治療に叫びたくなる患者家族としての恐怖や憤りも、初めて味わった。そしてそんな状況を助けてくれた中には、不在のバックアップを黙って引き受けてくれた先輩、真摯に相談に乗って諦めずに治療をしてくれる同期や先輩、と自治医大卒業生が何人もいて、また、地元医師会の先生方や訪問看護ステーションや福祉関係者、何より不在の業務を支えてくれた医院スタッフ、と多くの支えがあり、今私は少しずつ通常の業務の毎日へと復帰しつつある。自宅にいる時間が多かった昨夏、部屋で家族と映画をたくさん観た。その中にずっと見逃していた西川美和監督・笑福亭鶴瓶さん主演の「ディア・ドクター」がある。僻地の山村の診療所で信頼されていた中年の男性医師が、実はニセモノだった物語である。多くのことを含みながら重過ぎない仕上がりの作品に唸りながら観たが、実は私自身もニセモノみたいなものかもしれないとずっと思っている。ニセモノは法に触れるのでよくない。有資格で法務的な安全を期して、日々変わる標準の医療を維持する義務は最低限必要なことなのは言うまでも無い。だが人間というものはそもそもあいまいで、生活に安心を与える重要な物事にはあいまいなものが多くあり、やさしい嘘が時には必要であることも事実である。有資格で標準であることを土台に維持できるよう努めながら、地域のひとの生活のニーズにはいつでも応えられる医療者でありたい。

提言でもなくただ日々を綴る散文になってしまった。多くの先達が実践されてきたことであり現在精力的に地域で活動している先生方を差し置いて恐縮至極であるが、若い学生さんや先生でそんな現場を覗いて見たいと思う人がひとりでも居てくれたら、いっしょに森と川と歴史の町を往診に行ってみたくてと夢想しながら上梓することにした。

ホンモノかニセモノかわからないくらい生活の傍らでいつの間にかここにおいて、目の前の人を診ること、人々とその生活に相對する日々を続けていくことが、自分出来る医療だと思っている。そしてそれはひとりきりでは決して出来ない。それが総合医かと問われれば、私にとってはそうである。



令和3年（2021）5月：101歳直前の正夫さん（シベリアから帰還したスポーツ好き・現在の趣味はジグソーパズルと通所リハでの懸垂）と

総合医は自治医科大学オリジナル

みさと健和病院救急総合診療研修顧問
箕輪 良行
 (東京都2期)



今では一人歩きしている「総合医」だが誕生したのは本学である。開学50周年という記念すべき節目を迎え半世紀の歩みに相応しい沢山の成果、誇り、誉れ、伝統が生まれた。素晴らしい仲間、恩師に出会い6年間薬師寺の地で切磋琢磨して育てられ卒業してから東京都に帰って医者として働いたことを私は心から感謝している。多くの教職員が長く卒業生と伴走してくれたおかげで行政が追い風になったことも今さらながら有難いことだった。本学は百年、150年と刻んでいくことになるので私見を述べる。総合医はオリジナルな象徴、世のため人のための大学であれ、家族、地域の主治医となるのが原点といった3点である。

1. 総合医は自治医科大学オリジナル

本学に地域医療学講座が誕生した昭和56年(1981)頃には英国GPやアメリカ家庭医といったジェネラリストのモデルが語られていた。日本と同じような先進国で実際に活動しているモデルを研究する目的でNIRA (Nippon Institute for Research Advancement) から助成を受けて吉新通康先生(現地域医療振興協会理事長)を団長とする英国GPの訪問、報告書作成がおこなわれた。当時の循環器教授、細田瑛一卒後指導委員長が研究代表者となって昭和61年-昭和63年(1986-1988)頃に厚生科学研究(細田教授責任者、分担研究)「総合医に関する研究」が始まり診療内容、養成課程・教育研修、得意とする疾病・病気、他の専門医との関係、外国語テキストの翻訳・紹介といった仕事を私たちは重ねた。この頃には狭い栃木の学内では「総合医」は既にイメージとして存在していた。

吉新先生を会長とした同窓会でも同時に「総合医」を念頭に置いた会報発行を始めた。昭和61年(1986)に創設された地域医療振興協会で吉新先生のもと「総合医の確立」に係わる作業を続けた。中尾喜久初代学長も血液内科教授高久史磨卒後指導委員長も当初から「総合医」の命名に賛意を表明された。講演で本学を訪れた大熊由紀子氏(当時、朝日新聞論説委員)は総合医の言葉は専門医概念への対抗したものとして、「雑誌にも専門誌に対して総合誌があるんだしいんじゃない」とジャーナリスティックに好意を示してくれた。総合医は自治医科大学の中から生まれた言葉だが世間にも通用するようになった。

「発明品」であったのだ。

発明直後、実体がないので悩ましい時が長く続いた。家庭医なのかプライマリケア医なのか同窓の先人がいないのでほとんど妄想の世界だ。分り易く内科、外科の学会認定医を両方とも取得したらどうかという意見があった。するとそれはただの「集合医にすぎない」という異論もでる。日本プライマリケア学会や日本家庭医療学会、更には総合診療医学会、国保医療学会、農村医学会と関連すると思われる学会にも参加した。医界の雑誌や同窓会誌「地域医学」でも喧々諤々で語られた。そもそも「これが総合医だ」という自分たちの生き様を象徴するような歴史と伝統がないその頃は混迷だけだ。いま振り返れば命名はオリジナルであるという事実は誇るに値する。

この半世紀の間に地域に根を張って素晴らしい実績を上げている多くの卒業生がいる。同期の佐藤元美先生はじめ名前を挙げたら限がない。誰もが「総合医」という言葉を自然なものに感じているのではないだろうか。「かかりつけ医」はこの国の自由開業医制のもとで生まれたジェネラリストで地域に密着した医療ニーズに応じてきた医療施設を担う医師たちをイメージできる。自治医大卒業生の場合、都市部で競合的環境ではたらく開業医とは全く違うがへき地、地域でその医療ニーズに合わせて診療、保健活動を担っているのが実際である。所属の専門学会は内科、外科、小児科、整形外科、脳外科、救急科といったように幅広いはずだ。多くの卒業医は「超音波が得意」「内視鏡が得意」「糖尿病が大好き」「心臓大好き」といった志向性があっても必ずしもそれらの専門医でないだろう。

メディアで流行っている「スーパードクター」や臨床推論名人の「ドクターG」のようなイメージとも違う。子どもの急患も頭をうって開放創のある老人も、特養と診療所を毎日のように行き来する発熱、体動困難の要介護5寝たきりの診療も、COVID19ワクチン集団接種の責任者も、病院間ヘリコプター搬送の患者で専門医との情報交換もみなカバーする。

平成25年（2013）4月、高久前学長を委員長とする「専門医の在り方に関する検討会」で報告書が出された。基本専門医分野を14領域として「総合診療医」をその一つとして新たに創設したが、高久先生は最後まで名称を「総合医」とするかどうかで議論された。

2. 「世のため人のため」の大学であれ

2期生として入学した昭和48年（1973）当時新設医大のメリットは「夢」を語る仲間、教員が多かったこと、特に教員の教育への熱意、熱気が凄かったことがあげられる。中尾学長の机には6学年全員の顔写真が下敷きにあり各学生の成績表も一緒に付いているという噂だった。実際に卒業を控えた6年生の夏、学長から「もう半年は勉強だけしなさい」と諭された時、本当に試験の点数を記憶しておられると私は知った。

片や新設のビハインドは目的別医科大学3つのひとつと纏められて医療ジャーナリズムに叩かれた事実、先輩がいないので将来の進路が全く見えなかった不安、伝統がない寂しさ（同期の寺門君が作曲した校歌が発表された時の嬉しさはいつまでも忘れられない!!）

といったことが思い出されるが、半世紀が過ぎてこれらの長短はどう変化したのだろうか。今の在学生たちには50年前の私たちが味わったことのない長所、欠点があるのだろうか。

私が昭和44年（1969）に入学した都立立川高校では1年生の10月21日、国際反戦デーというベトナム戦争反対の運動を盛り上げる日に教室が数名の生徒によってバリケード封鎖された。昭和45年（1970）の日米安保条約延長に反対して前年には東大闘争による入学試験中止の大事件があった影響が高校にも及んだ。高校は臨時休校となり連日、全クラス討論会が学外で開かれた。再開された短縮授業は詰め込みで生徒も身がはいらない。1年生の私たち400名ほどは卒業に至るまで「基礎学力の足りない学年」と言われた。東大合格も相当数いたので私もまねて受験したが昭和47年（1972）に理一不合格で受験浪人した。身の丈に合っていないというか「灯台下暗し」で基礎的な力不足の結果であった。

左翼の言説が飛び交っていた高校、浪人時代に「人の役に立つ科学技術者」になるのが目標となった。京都大学理学部に合格して「吉田寮」へ憧れて入寮手続きも済ませたところ、補欠で合格通知のきた自治医科大学は都の離島医療へ貢献する医師を養成して学費がかからない。親孝行だし念願の寮生活もできる。高校の恩師、梅木松助先生に電話で相談した。「とりあえず医者をやってからその後で生化学を学べばいいんじゃないか」と入学を勧められた。東京から同期入学した松原茂樹先生（本学産婦人科前教授）は高校同窓で現役入学だった。入学直後に入試面接でお世話になった香川靖雄生化学教授、倉科周介公衆衛生助教授ら3先生にご挨拶に伺い学生時代、卒業後に長く面倒を見て頂くことになった。

在学中に自主講座「住民医療」で公害の水俣病を学んだ。成人病研究会で活動して農村の地域医療を新潟県浦佐町の「ゆきぐに大和病院」で合宿しながら学んだ。この頃は厚生省のへき地医療失策を自治医科大学が免罪することになるのではと私は考えた。昭和52年（1977）4月23日に学内でシンポジウム「これからの医療・医学のあり方を考える」を開催した。若月俊一、関悌四郎、上村聖恵ほかの先生に来ていただき報告書に纏めて出版した。

昭和54年（1979）に卒業してから都立豊島病院に研修医第1号として2年間勤務し日本医大救命センターに1年間国内留学した。その後3年間三宅島阿古診療所・伊ヶ谷兼務、昭和60年－昭和63年（1985-1988）の墨東病院救命救急センター創設に加わった。平成元年（1989）からは義務年限を修了した卒業医のなかから「総合医」を養成してプールするために全国の20名ほどの卒業医達に声を掛けて自治医科大学附属大宮医療センター（当時）の創設スタッフになった。本学地域医療学在籍中に学位を賜った。再び平成4年－平成7年（1992-1995）に三宅島へ中央診療所所長として派遣された。平成7年（1995）に三宅島が伊豆諸島で最初となるCT検査装置を導入することができた。前後6年間の東京都の離島、三宅島でのへき地医療の経験は私の医療観の核となり以降38年間継続して三宅島の保健医療に67歳の今でも島へ通いながら非常勤医師として参加できることに感謝している。

この間に自治医科大学卒業医の初期臨床研修に関する経年的な調査を地域医療振興協会と大学卒業指導課との協力の下で重ねて発表報告して医学教育学会懸田賞を賜った。平成

16年（2004）から必修化された臨床研修に先立って昭和53年（1978）からローテイト型研修を各地の基幹研修病院で卒業医全員が継続的に修了して地域医療に貢献する臨床医を育ててきた自治医科大学が生んだ成果が国内で学問的にも評価されたといえる。

大学から機会を頂きデンバー市立病院ER外傷センターへ短期留学させてもらい平成10年－平成16年（1998-2004）に船橋市立医療センター救命センター部長として附属大宮医療センターから異動した。平成10年（1998）から船橋のドクターカー添乗医にACLSと外傷初期診療のPTLSといった標準化されたシミュレーション教育コースをわが国で最初に普及させて救命率の向上を実証した。日本外傷学会でJATECという外傷診療の標準と教育普及をするシステム創設に係わった。

平成16年－平成26年（2004-2014）に聖マリアンナ医大救急医学教授・臨床研修センター長として働いた。リタイア後はJCHO高輪病院、みさと健和病院で救急総合診療領域で研修医指導の機会を頂いた。日本救急医学会ER特別委員会委員となり救急医が常駐で研修医を指導するER方式の救急総合診療研修を大学病院、民間病院に普及する活動を推進してきた。同学会から功労会員賞を令和元年（2019）に賜った。

60歳で早期退職することを決めて福島県南会津で開業している後輩5期生の中谷武先生のところにも報告にうかがった。聖マリ医大の研修医の地域実習で長い間お世話になったお礼を兼ねていた。その時、地域のお目付け役で後援会長の方から諭された。「あなたは東京都に選ばれて自治医科大学に入学した。税金で医者になったのだからその事に感謝して忘れてはいけない。自分のための退職ではいけない。」生涯忘れてはいけない忠言として心している。

3. 家族、地域住民の主治医であり続けるのが総合医の原点

在学時代からゆきぐに大和病院副院長の権平達二郎先生が私のロールモデルだった。両津市で開業していた先生は院長の黒岩卓夫先生に呼応して浦佐町にご家族で移り農村研修センター長として巡回診療、往診、検診、健康教育に従事していた。妻の康子さんは管理栄養士として勤務し5人のお子さんたちも浦佐で大きくなり成人していった。その姿を身近で見続けてきた。私は三宅島に平成6年（1994）家族6人で暮らした。中学教員の妻と4人の子ども達が中学、小学、保育園で育った。祭りに参加したり地域の友人家族と正月、盆休みをともにしたりした。浦佐から権平先生ご家族が来てくださった。

家族の病気は何でも自分で見ると決めた。きつといい迷惑だったろう。長男力志が彫刻刀で自分の指を削った切傷を自宅で局麻なしで縫合した。次男啓太が喘息発作をキャンプ場のロッジで発症したのを深夜背負って帰宅した。長女茉海が中学校で転倒して腰部打撲で急患となった時、救急車が私の働く救命センターへ直ちに搬送してくれた。3男竜が運動誘発性アレルギーの時も救急隊は連れて来てくれた。また24分の1の貢献と考えて毎日家族全員の朝食作成と洗濯、雨戸空けを365日25年間続けている。地域で信頼してもらえる医者となって働くことが素敵な仕事であると確信できた。

伊豆諸島のへき地医療と都会の救命救急医療で第一線の仕事を続けてこれたのは自治医科大学で受けた医学教育のおかげである。同じ志を夢物語で語った高校、大学時代の友人、仲間とともに悔いのない医者人生を送ることができた。期待に十分に応えたとは言えないが地域で信頼されるような科学技術者として生きる目標に即して活動できた。

自治医科大学オリジナルの総合医に即して言うならば、40年間臨床で働いてきた私はへき地と大都市とで働くことができる救急科専門医・指導医、総合診療医という資格を授与されたジェネラリストで得意分野は外傷診療の医者という結果となった。

関連文献

平山ゆきお 十七文字の風景 丸井工文社 平成9年7月1日

わが国の医療におけるプライマリケアの研究 へき地振興財団 昭和59年10月

松村理司、伊藤澄信、箕輪良行、徳田安春 “病院総合医”の来た道、行く道 総合診療
2017：27；34-46

猪飼周平 病院の世紀の理論 2010. 3.31 有斐閣

箕輪良行：新しい専門医制度の意義と予想される影響 病院 2015；74：134-138

寺門道之 私の青春白書 幻の女子学生 医燈会会報 2021. 4.19：No19；16-20

自主講座「住民医療」 第一線医療の探求 現代ジャーナリズム出版会 1978年4月30日

箕輪良行；懸田賞授賞リレーエッセイ：平成9年度（第3号）地域医療実践をめざした臨床研修の実態把握と改善への限定的試み、医学教育2019, 50（2）：181-186



ロールモデルの権平達二郎ご夫妻と夫婦で記念写真
令和元年（2019）11月10日、湯沢温泉旅館にて

今を生き、明日へとつなごう：自己実現と忘己利他のあいだで

東北大学病院総合地域医療教育支援部（消化器内科兼務）
宮城県保健福祉部参与（医師確保対策担当）

菅野 武
(宮城県28期)



はじめに

今回、自治医科大学が開学50周年を迎えるにあたって、「総合医としての在り方」についての意見を本稿として依頼されたときに、どのような構成にするか、何を伝えるか、とても悩んだ。おそらく私にとって医学論文やブログ、メディア対応などと比べてもこれまでで一番悩んだのではないだろうか。理由は2つ、まず私自身はこの文章を書いている時点で卒後17年目であり、医師のキャリアとしてはまだまだ中堅といったところで、人様に「こうあるべし」などと高説を垂れる立場ではないこと。そして、専門医制度のひとつの診療科としての総合診療医ではなく、自治医大卒業生が生きてゆく中で形成する「総合医としての在り方」について思うところを問われているのだとすると、各卒業生の歩むキャリア形成はかなり個別化していると思ったからだ。

私はいま、地元宮城県にある東北大学において卒前卒後の医学教育に携わると共に、自治医科大学卒業という背景のおかげで、宮城県保健福祉部において自治医大生を含む修学資金を受ける医学生・医師たちのキャリア形成支援に関わっている。また、平成23年(2011)3月の東日本大震災の被災と災害医療の経験も大きな変曲点となった。医療者としての活動に加えて、災害医療領域の中でこれまで重視されてこなかった支援を受け止める「受援」の在り方を提言し、さらに被災した人間として困難に向き合うレジリエントな社会を目指し国内外で経験と知見を共有する講演活動といのちの教育を子供たちや一般市民へ継続している。私のキャリアを一言でいうとパッチワークだろう。いろいろな布が継ぎ足されながら広がってゆく。油絵のように初めに理想や下書きとしてのデッサンがあって上に色が乗っていく作品とは全く違う。私の悩んだことや感じたことを通して、私たち卒業生が「総合医」としてどのように輝いていくのか、本原稿の中で読者の皆さんと一緒に論考できればと思う。つらつらとまとまりのないものとなるだろうが、そのゆらぎこそが自治医大卒業生の良さであり強さ、そして特徴だと思う。一貫している必要などないのだ。多くの求められることに向き合う苦労を経て、私たちはいつも成長し、その先に自分で選び取る分岐点がある。

・若くして地域医療に飛び込むということ：今昔物語？

自治医大卒業生は、どこにあってもマイノリティ感がある。各県毎年2～3人という数的に少数派だけでなく、起源が「医療の谷間に灯をともし」アドミッションポリシーにあることが関係すると推測する。困っている地域にごく少数で赴き（赴かされ）、地元大学の医局人事や自治体の医療計画の狭間で取り残された現場に直面した同窓生は多いだろう。しかしこうした構造はこの10年で大きく変わってきたことも、多くの卒業生は感じていると思う。開学当初のマスコミによる不要論を払拭するように、自治医大卒業生が活躍し大変有用であると認められ、それに倣い全国各地で医学部定員における地域枠*が平成20年（2008）から増加した（平成19年（2007）度183人（医学部定員に占める割合2.4%）→平成29年（2017）度1674人（17.8%）¹）。

地域枠*：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠で、奨学金の有無を問わない

いまや実に新卒医師の6人に一人は地域枠である。そして平成16年（2004）からローテート初期研修が必修化され、実力はさておき広く浅く学ぶようになり、義務年限だけでなく何でも診るトレーニングも自治医大卒業生だけの特性ではなくなった。では、多数の若手医師がローテーション研修を経て政策的医師配置として都市部以外に就業することが増えることで、自治医大卒業生のマイノリティ感はなくなったのだろうか。むしろ地元大学の地域枠が増えると人数差から疎外感を感じ、ややステレオタイプだったドクターコト的な卒業生のセルフイメージが揺らぎ、依然としてマイノリティ感を抱えている若手卒業生もいるように思う。その一方で他大学から見られる自治医科大学のイメージは、開学当初の黎明期にまばゆく活躍した先輩たちによって築かれた「忘己利他（もうこりた：己を忘れて他を利するは慈悲の極なり）の地域医療の守り人、スーパーマン」にまだまだ近いように思う。一人で根を張りいつでも何でも診る、イギリスのGeneral practitioner（GP）どころではないスーパーマン型（あるいはウルトラマン型）医療は、英雄的な一方で特定の自己犠牲の上に成立し燃え尽きがちである。たしかに今でもそういう側面もあるかもしれないが、多くの配置先は数世代にわたって先輩から後輩へ引き継がれることによって、顔が変わっても持続可能で平時も声をかけやすいアンパンマン型医療*を進めていると思う。

アンパンマン型医療*：高知県13期 高知大学医学部教授 阿波谷 敏英 先生のお話より

・求められる地域で活躍しながら、自分に言い訳しない医療をしたい：義務年限の苦悩

「医療の谷間に灯をともし」の他にも、自治医科大学のポリシーには「地域のリーダーであれ」とある。しかし新卒の医師がすぐにリーダーになることは考えられないだろう。地理的なへき地の問題というよりも、若くして一人で抱え込む問題（指導者の不在、金銭や社会的問題を抱えた患者対応、配置先や同僚を選ぶことはできない 等々）の大きさから、義務年限は控えめに言って不安や窮屈に感じるものが少なくない。しかし、その不自由さや年代不相応ともいえる課題と向き合う経験が、その後の私たちの人生を豊かにし、

活躍する原動力になっているのだと思う。実際に卒業生を見てゆくと、多くの場合は義務年限を経て、患者や地域との向き合い方を学び、それぞれのあるべき姿を目指して羽ばたいてゆく。つまり、医療の谷間に灯をともし経験を経て、地域で求められる医療を知り、リーダーとして立つ者がいるのではないだろうか。そうしたことから自治医大卒業生は、早熟であり晩成でもあるといえる。卒後早い時期からへき地を中心とした地域医療の第一線に飛び込むために、学生時代から諸先輩方や自治体にプレッシャーをかけられ焦りの中で一人前を目指す。一方で義務年限を明けて初めて、新しいスタートをどう切るか悩んだ卒業生も多いのではないだろうか。卒後10年目以降で悩みリスタートして何かに挑む姿は、外からすると晩成にみえる。私自身、義務明け後に大学院を修め災害時ストレスと消化性潰瘍に関する研究で博士を取り、ご縁を得てカナダMcMaster大学消化器内科へ平成29年（2017）半ばから2年間海外留学を経験できた。学位も留学もいずれも同年代のまっすぐ進学した方よりは遅めだったが、その分私には自分の足場としての地域医療に基づいた、学びたい情熱があった。次項ではその時々々の悩みを元に、主に後輩へ向けたメッセージとして振り返ってみたい。

・時期ごとに学ぶべきことがある（私見）：後輩たちへ 一人前とはなんだろう

【不安と焦燥の学生～初期研修時代】「ひとりで患者と向き合った時に、患者・家族や他の職員と協力して、診断・説明、治療ができるレベルを目指す。」

当たり前のことだが、医療は医者だけではできない。相手の求めるところを見て、聞いて、知らなくては独りよがりのものとなる。医学部教育において診断学は今も昔も重要な立ち位置を占めており、疾患概念や診断に至る考え方はもちろん大切である。しかし実際の医療の現場において診断とは入り口に過ぎない。侵襲的な基本手技やCommon diseaseの学習は当然として、患者との向き合い方とくに患者にとって喜ばしくない内容を含むBad news tellingやInformed consentは、上手い人を真似てロールプレイを重ねる必要がある。そして医師と事務職を含むメディカルスタッフの関係作りも、上手い先輩をとにかく真似る時期だ。初めは一言一句同じでもいい。使いまわすうちに自分にじっくりく言い回しへと昇華できると思う。飲みニケーションは楽しいが、アルコールを飲めない人もいたので強制しない（過去の自分への自戒を込めて）。

【年限内 地域医療の現場で学ぶ】「一人きりでは解決できないという意識をもち、置かれた場所で咲きなさい²。あなたが忙しいことは、目の前の患者や住民が悪いわけではない。」

へき地だからといって遅れた診療をしない。そのためにはガイドライン等へのキャッチアップに加えて、自分にできること、周りの人に頼ること、転送しなくてはいけないことの判断が重要である。患者は地元で完結できるのであれば、望ましいと思っていることも多い。

(私見) 後方医療機関にお願いしなければならない状況とは…

- ①(重症度だけではなく) 集学的治療が必要なとき
※重症でも自分ができ、患者が同意するならば地域でも診られる
- ②専門治療が必要で、自分がそれに精通していないとき
- ③診断がつけられず、経過観察を行うことも難しいとき
- ④治療方針や中止基準が難しいとき (セカンドオピニオンを含む)

【義務年限を終えて…地域医療を経験した医者としての出発】「長いあなたの人生の一部として、いろんな場所を見てみよう。いろんな人と出会ってみよう。」

いろんな生き方がある。経験は無駄にはならない。特に助けられた経験は大きな糧となる。臨床医として地域にとどまり活躍／開業して地域のかかりつけ医／都市部における地域医療や病院医療／研究者として過ごし地域で感じた疑問を解決する／海外留学だって人とのつながりがあればできる／産業医／行政職 (保健所・役場)／製薬会社／コンサルタント／メディア／家庭に生きる／医者以外の仕事へ変わる／政治の世界、などなど。どんな形になったとしても、地域で求められることに応えようと努力した先に得た次のステップなのだから、道はつながっている。

・大規模災害で見えた自治医大卒業生の特性：つなげる力、ニーズを想像する力

平成23年 (2011) 3月11日に起こった東日本大震災で、当時義務内の医師6年目として働いていた宮城県南三陸町公立志津川病院は、揺れから40分後に15mを超える大津波に襲われ、同僚・患者の3分の2が流され吞まれ行方不明になった。私自身も院内で被災し4階天井を超えて5階の足元まで死の水が迫るも、九死に一生を得て3日間に渡り生き残った人たちと閉じ込められながら救助・搬送活動を行った。3月16日に内陸部の実家で生き延びた妻の出産に立ち会い無事な姿に背中を押され、5日後の21日に自治医大同窓会支援チームの第1陣に帯同する形で再び南三陸町に戻った。町は壮絶な被害を受け、人口約1万7000人のうち1000人弱が死に最大時1万人 (2人に1人以上!) が避難所あるいは民家避難になり住む場所を失っていた。私自身も当時の住まいも車も流され、町内最大の避難所となったベイサイドアリーナに寝袋で生活しながら、地元の医療者として「交通整理」が自分にできる最大の役割だと痛感し、当直明けで被災時に町内にある高台の家におられて生き延びた同僚の西澤先生 (宮城県20期) と、一緒に南三陸町に来てくれた自治医大同窓生チームメンバーとで医療統括本部という名のマネジメント部署を立ち上げた。平成23年 (2011) に出版した当時の記録、『寄り添い支える』³から医療統括本部を立ち上げた経緯を引用する。

『どんどん集結してくる各医療支援チームの派遣先避難所の割り振りやニーズの掘り起こし、新たな支援申し出への対応、行政との情報共有などは地元を知り行政とも顔が通じている現地スタッフでなければ困難であった。』

『支援チームと協力して南三陸町全体の医療をマネジメントしてゆく中で心がけたことは「みんなで仕事を分担する」「誰でも引き継げるように業務のマニュアル化を進める」の2点であった。特定の人が頑張り続けなければならないシステムではいずれ破綻する可能性がある。そして何より震災後の対応は長期戦となることが必至であったので、負荷をうまく分散させることが必要だと思った。一人のスーパーマンに頼ることは、かっこよく聞こえるが非常に脆く危険なシステムだと思う。』

『以降は仕事を分担し、交代で休むことも可能となった。地元の医師が各チームの派遣や意見調整の中心となり、各避難所でも病院のスタッフをはじめとした地元の間が派遣された医療支援チームと避難者の間をつなぐ基点となるこのシステムは、震災後の不安な避難生活の中でも安心感を持って医療を受けられる一助となったと思う。震災以前から培われていたface to faceの地域医療、コミュニティの力が発揮され、支援を受け止めることが出来た。』³。

絶え間なく続く自治医大同窓会支援チームの面々は、この役割を十二分に果たしたが、これが自治医大卒ではない他の医療支援者には出来ないものであった。今でこそ、DMAT内に統括DMATという調整役や本部組織を安定的に回す役割が多数育ってきた。それでも地域の中における医療と個人の限界を知り、人と人、支援と地元ニーズをつなげること、「受援」で被災地域に安心を提供できるのは、若くして地域に飛び込み苦勞した自治医大卒業生に結果として与えられた素晴らしい力なのだと思う。医者にして治療のみに囚われず、地域に求められることを常に想像し、手応え・反応に対して高いアンテナを持ちフィードバックを受け、すぐに修正してゆくことは、まさに地域医療の現場で鍛えられたことであった。そしてスーパーマン型（ウルトラマン型）災害医療から、アンパンマン型へ移行させることの重要性を、強調せずとも皆が理解していた。これらの能力は、たとえ博士を持ってようが年長者であろうが、経験していなければ容易にはできないことだ。

そして私個人にとって、この自治医大卒業生支援チームの中に、同期の小橋孝介君（千葉県28期）と才川大介君（北海道28期）が南三陸町に飛び込んできてくれたことはとても大きかった。医療支援者は当たり前だが「すべての被災者のために」支援に訪れているのだが、彼らはそれに加えて「菅野武のために」と立ち上がってくれた。避難所の中で寝泊まりしながら擦り切れるように私の心のエネルギーが消耗しずっと活動していたところで、彼らの支援は一際胸を打った。その後ろにいる一見表面には見えないたくさんの仲間も、現場をしっかりと守ることで支援派遣に飛び出す同窓生を支援していたと聞き、また心温められた経験を忘れることは無い。

人の悩み・苦しみに寄り添うことは、言葉ほど容易なことではない。安易な「分かります」のような共感ばかりはむしろ傷ついた者を追い込む。東日本大震災のような本当に困難な時にこそ、元々抱いていた地域医療への熱意や平素からの人間関係が受難を乗り越える力として結実する。自治医大卒業生には、疾病治療の枠を超えて地域へ寄り添い癒しをもたらす「総合医」としての素地が、同窓のつながりや地域医療の現場に育ててもらった中で備わっている。

おわりに

私たち自治医大卒業生が形成する総合医とは、つまり「求めに応える者」ではないだろうか。初代学長中尾喜久先生が自治医大生に託した忘己利他は、私が思うに少し崇高すぎて眩しく感じる。各人の自己実現を目指しつつも、私たち自身のためだけでなく、患者・仲間・地域・社会といった私たちが包み支えあう者への貢献を果たすことが、実現可能な本質だと信じる。『小品方』という5世紀の中国の書に「上医は国を治し、中医は民を治し、下医は病を治す」とあるそうだ。私たち自治医大卒業生の総合医としての在り方は、若いうちから必死に患者と求めに向きあい、やがてその先にある、地域や国まで癒してしまうエバンジェリストとなることだ。決して大きなスケールにいったものだけが尊いのではない。

Think globally. Act locally in each situation. That is a “Glocal” hero as JMU alumna/alumnus. 大局を見ながら自分にできることを果たして活躍する、すべての卒業生の仲間たちが、一つのかたまりとして財産であり上医であろう。皆がそうした誇りを胸に、それぞれに活躍してほしい。

参考文献

1. 厚生労働省. 令和元年7月3日 第2回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会参考資料2. <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000525287.pdf> last access2021.6.30
2. 渡辺和子. 置かれた場所で咲きなさい. 幻冬舎文庫, 2017年
3. 菅野武. 寄り添い支える—公立志津川病院若き内科医の3・11. 河北新報社, 2011年

「地域医療を行う総合医のあり方」について考える



山梨市立牧丘病院
古屋 聡
(山梨県10期)

すでに昨年のごこと、母校の創立50周年にあたり表記に関わる提言の原稿依頼をいただき、たいへん光栄に思った。

筆が遅れがちでご迷惑をおかけしたと思うが、記してみる。

本学の開学からのミッションは「地域医療を行う総合医の育成」であることは自明である。

「地域医療を行う総合医」で10期生の僕が知っている最も優れた3人といえば以下の方々である。

- ・佐藤元美先生（岩手県2期）
- ・雨森正記先生（滋賀県8期）
- ・白石吉彦先生（徳島県15期）

いずれの先生も「地域の総合医」としての次の3点において傑出した実力と実績がある。

- 1) 豊かな識見と確かなスキルでどのような健康問題に対しても高い臨床能力を発揮すること。
- 2) 医療界においても地域社会においても信頼され、地域を越えた日本あるいは国際社会に向けても確かな発信と働きかけがあること。
- 3) 医学生に限らず、関わる若い人たち全ての教育に熱心であり、次の世代に大きなインパクトを与えていること。

非常に幸いなことに、この3人の先生方はそれぞれこの50周年の提言集や記念誌に執筆をされている。

（編集委員の先生方におかれましては、僕のノミネートはともかくも素晴らしい人選をされている、と思います）

先生がたの見識については先生がたの文章を読まれるのが良いと思う。すなわちそれが「総合医の在り方」の本道である。

僕自身はここで、自らの経験に基づき、少し違うことをお話したいと思う。

それは「地域医療現場で、僕たち医師に出会わないかもしれない人たちについて」である。

平成23年（2011）の東日本大震災の折、僕は先行した上記白石先生の後を追って栃木入りし、3月14日月曜日の朝には僕たちは自治医科大学にいた。

紆余曲折があったものの（ここ割愛）、尾身茂先生（東京都1期）のリーダーシップのもと、梶井英治先生（鳥取県1期）はじめ地域医療学教室の全面バックアップを得て、自治医科大学同窓会で震災支援チームを立ち上げることになり、僕たちは先遣隊として16日に宮城に入った。宮城での拠点は、これも上記佐藤元美先生がいらっしゃる一関市藤沢病院におかせていただいた。同窓会震災支援チームの初期の活動は、佐藤先生と藤沢病院のみなさまの全面的協力があったからこそ成り立ったものである。

以後の同窓会の震災支援チームの活動は以下で読むことができる。

<https://www.jichi.ac.jp/DOUSOU/pdf/311project02.pdf>

僕は3月に同窓会チームとして活動した後、4月から9月までは気仙沼市において主に在宅医療をサポートする気仙沼巡回療養支援隊というチームで間欠的に活動、その中であるいはそれと並行して、以前から在宅医療とともに地元で取り組んできた口腔ケアとか食支援に関わる気仙沼エリアへの支援活動もマネジメントした。また平成23年（2011）10月からコロナ禍となる令和2年（2020）2月までは気仙沼市の南にある市立本吉病院（その後自治医大卒業生も義務年限内で赴任している）で、非常勤医師として外来や訪問診療を行った。最大2万人が避難したと言われる気仙沼市において、被災者の方々は避難所から仮設住宅に移られていったが、平成24年（2012）になり仮設住宅への（医療的）支援が非常に少ないということを知り、僕は平成24年（2012）4月ごろから健康相談や訪問診療、あるいは予防注射などで仮設住宅に伺うようになった。その後、予定よりだいぶ遅れながら平成27年（2015）2月から気仙沼でもようやく仮設住宅から災害公営住宅へ入居できるようになって、僕はその災害公営住宅でも訪問や健康相談を行うようになった。気仙沼の仮設住宅は、震災の約1年半後平成24年（2012）11月には3,500戸ほどつくられていて、約8,000人が暮らしていたという。その他に地方公共団体がアパートなどを借り上げて、仮設住宅と同じ扱いにしたみなし仮設があったので、その頃には1万人以上が自宅以外のところで暮らしていたということになる。

以下はある仮設住宅で平成24年（2012）に出会ったAさんの話である。

東日本大震災の海岸沿いの被災地では、津波があったところに建てるわけにいかないため、市内でも結構な高地であったり交通が不便なちょっとした平地に仮設住宅が作られていた。そういうある仮設住宅に僕は月に1、2回訪問していた。

元船乗りのAさんは、糖尿病をもたれていたし股関節が傷んでいて上手に歩けない状態

だったが、結構お酒やたばこも飲んでた。公的サービスがたくさんは使えない状況だったが、同じ仮設住宅に住む親切な民生委員や、仮設住宅にきてくれるボランティアに支えられながら暮らしていた。ただ、その頃の気仙沼は、定期的に訪問して状況を聞いてくれるサポートセンターなどの見守りのサービスは稼働していたが、もう少し健康問題が明らかタイプの方について、病院での診療との間をつなぐような保健サービスは不足していた（震災前から保健医療介護専門職の深刻な不足がある）。自分でインスリンを打たなければならぬし、自力で病院受診もしなければならぬし、もちろん自分の衣食住も自分でやらなければいけなかったAさんは、酒も飲みすぎて、ご飯も食べない、インスリンも打たなくなったりして、しばしば生活の危機に瀕した。生活が破綻して一時入院するも、精神的に落ち着かなくて急遽退院になったりしたこともある。アルコールについて地域の精神科のサポートを受けたことも何度もある。やがて生活保護を受けることができて、介護保険も（要支援なので少しだけ）使うようになり、病院からの訪問診療の費用負担も心配しなくてもよくなって、少し生活は安定した。僕はボランティア訪問医師から訪問診療医（つまり主治医）として関わることになったのである。

やがてAさんは年金受給開始年齢に到達し、生活保護は外れることになってまた自力で療養生活を送ることになった。そして平成28年（2016）に災害公営住宅に転居する。気仙沼市においては、元々の津波の被害が大きかった所で高くかさ上げされた土地にマンションのような災害公営住宅がいくつも建設され、その中の一つの棟にAさんは入居した。なんと9階建ての最上階に入居されたが、当初はここには巡回バスも来ず、移動支援もなく、外に出るのがすごく困難だった。徐々に病状もすすみ肺気腫により酸素も使うようになった彼は、ようやく身体障害による医療費扶助を受けられるようになり、訪問診療・訪問看護を軸とする療養生活も改めて安定に向かうことになった。介護保険も、これまで要支援だった彼の介護度も上がって、ようやくケアマネジャーもつくことになった（これまでは地域包括支援センターの職員がマネジメントを担当していた）。

初めての自宅（災害公営住宅）でのカンファランスの日はすごく寒い日だった。平成30年（2018）頃の僕は月に1回数日間、本吉病院の外来と摂食支援・口腔ケアのサポート活動と災害公営住宅などへの訪問・健康相談のために気仙沼に行っていたのだが、僕の都合に合わせてもらってカンファランスは設定されたのだった。しかし、開催時刻になって皆が災害公営住宅の共有スペースに集まって、Aさんのベルを鳴らしても彼は出て来なかった。電話をかけてもだめで、ご兄弟に連絡をした。めぐさんがお部屋の鍵を持って来てくれて、僕もともに中に入ったが、果たしてAさんはトイレのそばに倒れて絶命されていたのだった。

実は、数カ月前にすぐ近くによくコンビニができて、彼はそこまでは電動車椅子で行けた。その日は、アイスを買いに行くとどなたかに電話をしたとかいう話もあったが、一応暖房と家の中の酸素も切ってウォーカーにかえて、暖かい格好で倒れていたのだった。トイレを済ませたあとだったようで、汚れてもなくて、そのまま静かに眠るような姿

で亡くなっていたのだ。もちろん警察にも連絡して来てもらったが、僕らの救いはこの方の最期の姿が苦しそうではなく穏やかだったことだった。ボランティア訪問に始まり、本吉病院からの訪問診療に切り替えて付き合ってきた6年間、僕が最期を看取らせてもらったことを、ご家族の方は「良かったです」と言ってくださった。

もう一つはコロナ禍のはざまの令和3年（2021）12月に会ったBさんの話である。が、その前に気仙沼の災害公営住宅の状況について説明させていただく。

気仙沼市では平成27年（2015）2月に災害公営住宅の入居が始まった。はじめは特に高齢でお一人暮らしとか生活の厳しい方から移られていて、気仙沼市最初の災害公営住宅である南郷住宅の高齢化率は60パーセントだった。その後続々と住宅が建って住民が仮設住宅から転居されていくのだが、その災害公営住宅にはそれぞれ担当の高齢者相談室が設置されていて生活支援員（LSA）事業というのが展開されている（気仙沼で7カ所の設置）。月曜から金曜の昼間に見守り訪問をされたり、相談を受けたりしている。ただ直接支援についても限りはあり、またもともと医療については基本的に個人の問題であり、しかし通院などの足については不便な点があるので、僕たちは平成27年（2015）には4回ほどいろいろな保健医療関係のボランティアを募って、南郷住宅において集団での健康相談を行った。

しかし、よくある健康相談には残念ながら「来る人しか来ない」。病院に行きたがらない人、サポートセンターの相談員やLSAの方と話すのを好まない人、必要なところにもなかなか行けずに引きこもってしまう人は数多くいるし、そういう方々がしばしば近隣の方ともうまくいかなかったり、はっきりトラブルになってしまうこともある。「社会的孤立が健康を阻害する」ことはすでに分かっている（参考文献1）ので、集団での健康相談よりもっと進んだ工夫をする必要があった。僕は、愛知県の管理栄養士奥村圭子さんが取り組んできた「栄養パトロール」に着目し、気仙沼の災害公営住宅においてもそれを取り入れられないかと相談、もともと奥村さんは平成23年（2011）の夏から何度にもわたって気仙沼に来てくれて、食支援活動や災害公営住宅の健康相談活動にも参加してくれていた。その必要性をよく分かっていたので、平成30年（2018）から気仙沼でも栄養パトロールを開始することができた。栄養パトロールとは、望む暮らしについて、食や栄養を切り口に専門職（栄養パトローラー）が訪問して支援する仕組みである。「医療の皮をかぶっていない」訪問スタイルが「病院に行きたがらない人」の門前払いを受けないで、お話を聞いていくことにつながる場合も多く、そういう「食」をめぐる話のなかから健康問題が抽出されていき、必要な医療や公的サービスにつなげられていくこともしばしばあった。

気仙沼での栄養パトローラーは現地気仙沼の管理栄養士・歯科衛生士・作業療法士・ケアマネジャーなど多職種で構成され、これに奥村さんを代表とする外部支援の栄養パトロール先行地域（愛知や三重）からの管理栄養士、そしてサポート医師（の僕）を加えて

成り立っている。栄養パトローラーが一人一人と社会的背景等を考慮して対話することで課題を抽出し、必要な時には地域包括支援センター等と協働し支援ができるまでになってきていた。しかし令和2年（2020）以降この栄養パトロールもコロナ禍の影響を大きく受ける。僕の気仙沼行きは令和2年（2020）2月を最後に自粛していたし、災害公営住宅でのイベント開催や外部からの出入りも控えるように言われていたので、栄養パトロールもリモートでのアンケート送付や回収、これまで関係ができた方への電話聞き取りやサポートがメインになっていた。

そうしながらも気仙沼保健福祉事務所に強力に後押ししていただき、令和3年（2021）この「気仙沼栄養パトロール」の「栄養パトローラーによる食を切り口にしたフレイル重症化予防」という事業は厚労省の「第10回健康寿命をのぼそう！アワード（介護予防・高齢者生活支援分野）厚生労働省老健局長 優良賞」という賞を受賞することができた（参考文献2）。

望外の喜びであったが、実は立派な賞をいただいても課題は課題である。それが例えばBさんである。

平成30年（2018）その災害公営住宅で栄養パトロールをはじめ、月に一度複数のメンバーで訪問に回っている中で、通路などで時々彼を見かけてきた。アンケートをお願いしたものの提出していただかず、少し話しかけても「健康に関わる話は興味がない」といった風で相手にしてもらえなかった方であった。

令和3年（2021）の秋、日本のコロナ禍は意外なほど穏やかになった。

ちょうど表彰を受けたタイミングでもあり、令和3年（2021）12月、僕は1年10ヶ月ぶりに気仙沼に訪れることができた。保健福祉事務所において、気仙沼市の地域包括支援センターの担当の方も交えて、表彰の報告・お礼とともに、今後の打ち合わせを行った。また活動していた災害公営住宅の高齢者相談室に久しぶりに赴き、栄養パトロール関連の入居者さんの情報交換を行った。

実はその席上で最後に生活相談員の方にBさんについて相談を受けたのだ。

独居でご飯も食べられなくなってきて痩せて動きがとれなくなっていたが、病院にはいかないと言い張っていたBさん、生活支援員の方には打つ手がなかった。地域包括支援センターの職員も入ってくれる形で本人の受診への説得がうまくいかない時、気仙沼に滞在していた僕がお話を聞いてくれて受診につなげられないかというものだった。翌朝、生活相談員がBさん本人に改めて希望を聞いてみたところ、医師の僕の訪問を承諾してくれたというので、居室に赴くことになった。実はすでに酸素飽和度も下がってきていたがあいかわらず「病院に行かない」と言い張っていたのだ。

しかし、僕が訪問して相談員の人と居室に入って、本人に「どこか痛いですか」とか聞

いて、お腹を見せてもらって「一緒に病院に行きますか？」と言ったら、なんとも素直に病院に行ってくれることになった。

救急車が手配され、僕は救急隊員とともに病院に連絡した上で別の車で帯同、市役所関連の人たちと一緒に救急外来の待合で待ってやがて病院の担当医に状況を説明、無事Bさんを預けることができた。Bさんが病院に行きたがらなかったのも、深いさまざまな事情があったのだが、僕が訪問したタイミングはBさんが住宅にひとりで居続けることをいったんあきらめた時とつまり同刻だったのだった。

Aさん、Bさんともに、被災地ならずとも、全国どんな地域にもこういう方々はいる。僕たちは病院にだけ居続ける限り、彼らとこういう形では出会っていないかもしれないし、またそれまで知らないでいて病院でこういう患者を引き受けた時の対応や様相は、上記と異なるものになっていただろうと思う。

住民がどこかで「患者」になった時、僕たち医師はどこまでその人の「本当の望みや生き方」に迫れるのだろうか？

僕はそのために必要なことは「生活を知ることによる想像力」だと思っている。

そしてその想像力は「ともに楽しみや悲しみをもって地域で暮らすこと」によってこそ育まれると思っている。

自分を振り返って、30年以上地域で診療をしてきたわけだが、自分としては総括できているわけではない。

EBMの洗礼があり、東日本大震災や他の災害があって、そして今のコロナ禍を体験しながら、「医師としての仕事というのはどれだけの意味があるのだろうか？」と常に考えてきた。

そういう中で、宇都宮の筋ジス患者菊池洋勝くんを通じて、とか、災害支援活動を通じて、とか、口腔ケアとか食支援活動とかを通じて、とか、白石先生のお手伝いで赴いた各地のプライマリケアエコーの普及活動を通じて、とかで、素晴らしい若い後輩たちに会うことができている。例えば、植村和乎くん(北海道40期)であり、山下匠くん(東京都34期)であり、菅谷涼くん(栃木県37期)であり、松井亮太くん(石川県32期)であり、多田明良くん(長野県33期)であり、内川宗大くん(和歌山県36期)であり、才津旭弘くん(熊本県36期)である(それぞれの方を細かく紹介したいところであるがここでは割愛)。

僕はFacebookをやっているが、ここしばらくの間にすごく感じ入った投稿があり、それを引用させていただいて自分の文章の最後にしたい。

令和3年(2021)12月28日、上記和歌山の内川くんのFacebookへの投稿より

「一人一人に長い時間思いを馳せることができ、その地域で生活しその方々の生活背景も感じることができて、5年間良い地域医療を経験させてもらったな。『なんもない

けど年末年始になるから診察してもらいに来た』、なんてほのぼのした嬉しい言葉なんやろ。あくまで自己満足にはなるけども、その地域を好きになってその地域に何かプラスを残そうと考えることがもう地域医療実践しましたと言って良いと思いたい。」

地域の生活を味わう中で医療をしていく醍醐味についてまっすぐな言葉で伝えてもらった。

これがすなわち「地域医療を行う総合医のあり方」だと僕は思う。

こういう若い後輩がいることで、僕は自治医科大学がこれからも「医療の谷間に灯をともす」と信じられる。

参考文献

1) 高齢者の生活に満足した社会的孤立と健康寿命喪失との関連

－AGES プロジェクト4年間コホート研究より－

齊藤雅茂ほか

老年社会学 第35巻第3号 2013.10

https://www.jages.net/kenkyuseika/paper_ja/?action=common_download_main&upload_id=8396

2) 第10回健康寿命をのばそう！アワード（介護予防・高齢者生活支援分野）表彰事例一覧

<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000858254.pdf>