

前野先生と若き医師たちが描く

# 総合診療医の未来予想図 Part II

新専門医制度の柱の1つとして、19番目の基本領域の専門医に位置づけられた「総合診療専門医」。

2018年の設置に向け準備が進むなか、プログラム責任者の前野哲博先生と、  
文部科学省未来医療GP事業コーディネーターの吉本尚先生、そして7人の若き医師たちが、  
その将来像をめぐって熱く語り合いました。超高齢社会を迎えた日本の医療はどうなる？  
そこでの総合診療医の役割や求められるスキルとは？教育現場でのリアルな声をお伝えします。

総合診療医の  
未来の予想図



## 出席者

### プログラム責任者



前野 哲博

筑波大学医学医療系 地域医療教育学 教授  
筑波大学附属病院 総合診療グループ長  
筑波大学附属病院 総合臨床教育センター部長  
日本プライマリ・ケア連合学会 副理事長  
日本プライマリ・ケア連合学会認定 家庭医療専門医

### 事業コーディネーター



吉本 尚

筑波大学医学医療系 講師  
文部科学省未来医療GP  
「次世代の地域医療を担うリーダーの養成」  
事業コーディネーター  
日本プライマリ・ケア連合学会認定 家庭医療専門医

### レジデント(後期研修1年目)



中野 寛也



坂倉 明恵



竹内 優都

### レジデント(後期研修2年目)



劉 彦伯



福田 幸寛



佐久間 崇文



孫 瑜

# CONTENTS

- 1** 第1部  
日本の医療の将来像  
－総力戦で撤退戦に臨む－
- 6** 第2部  
総合診療医に求められる役割とスキル
- 10** 第3部  
総合診療医として目指すもの



## 第1部

# 日本の医療の将来像

## —総力戦で撤退戦に臨む—



**前野** 前回の「総合診療医の未来予想図」を作ったのが2014年のこと。それからたった2年のうちにも、医療を取り巻く状況は変化を続けています。私は最近、日本の医療の将来に大きな危機感を抱くと同時に、総合診療医への期待がますます高まってきているのを肌で感じています。そこで、このような時代において、我々総合診療医に求められる役割、必要なスキルなどを中心に、今後日本の医療の未来を担う皆さんと、改めて話し合っていきたいと思っています。

### どうなる？ 少子超高齢時代の医療

**前野** 我が国で急速に少子化・高齢化が進んでいることは、皆さんご存知だと思います。具体的には、今後10年の間に後期高齢者が500万人も増える一方で、若者は減っていく。今や右肩上がりの情勢は終わり、高齢者だけが確実に増えていくという世の中に突入しています。

そもそも医療にとって高齢化がなぜ問題かというと、高齢になるに従って一人あたりの医療費がどんどん増えていくことにあります。75歳以上の人には、なんと20代の7~8倍の医療費がかかるのです。それに伴い社会保障費も、このままいけば当然増加します。

そんな中で、今の日本の予算は歳入の1/3が借金という状態になっています。大まかに言う

と、収入の1/3を借りて、収入の1/4を返しているという状態。我々は今、収入よりも背伸びをして暮らしているということになりますが、では、その分を誰が払うのか。未来の子どもたちなんです。これからさらに負担が増える将来の世代に対して、本来なら貯金を残してあげないといけないのに、逆に借金をしている状態なんです。孫のクレジットカードで豪遊しているわけです。そして、孫たちは、否応なく借金を負わされた状態で生まれてくる…。

どうでしょうか。暗くなってきましたよね(笑)。

**竹内** こういった大きな数字の計算は、さんざんいろんなところで聞いた記憶がありますが、この見立ては本当に正しいのでしょうか？

**前野** 少なくとも人口動態に関していえばまづ外れません。今から20歳の人を増やすことはできないのですから、たとえ今出生率がいきなり2.1になったとしても、これから最低30年は人口が減り続けることは確実なんです。

**竹内** 外れようのない未来予測なんですね。多数の移民を受け入れない限りは。

### 日本の医療、国民の健康をどう守る？

**前野** そうなんです。だから、今後の少子化・高齢化は確実で、もはや逃げられないレールの上に乗っている状態です。その中で、どうやって日本の医療、国民の健康を守つたらいいですか？

**竹内** 割り算するしかないと思います。

**前野** みんながちよとずつ我慢する？

**竹内** はい。割り算してこまめでしか出せないということがわかっている中で、できる範囲でやれることをやっていくしかないと思います。ただ、医療を受ける側がそれを納得するのかわという問題はありますけど。

**前野** 納得しなくても、ないものはないですか



らね。ただ、今の日本には、その方向に進むことはわかっていても、医療がいきなり破綻しないように、少しでも軟着陸できるように、今、少しだけ我慢しようという発想は、あまり一般的になっていないように感じます。だから備えないままに過ごして、いきなり破綻の時が来るおそれも十分あると思っています。

福田先生は、どうしたらいいと思いますか？

**福田** 出るものが多く、入るものが少ないのなら、出るものを減らすしかない。若い人が少なくなり、保険の収入が増えないことが確定している状況ですから。また、高齢者ほど支出が多いというデータがあるのですから、高齢者への支出を抑制するしかないですね。



**前野** もちろん、もし使いすぎているところがあるのなら、それは抑制する必要がありますよね。

### これからの医療は撤退戦

**前野** では、使いすぎを減らせばそれで医療を守れるのか?ということですが、どう見てもそれでは足りないのです。そうすると、今は適正と思われている医療サービスにも切り込んでいかなければなりません。コンセンサスを得るのはかなり難しいですが、財布にお金がないのだからやるしかない。そういう時代が、確実に迫っているのです。

この先の医療は、社会保障費の抑制が避けられない。と言うことは、将来の医療は、全体でみれば状況が悪くなることはあってもよくなることはない。要は撤退戦なんです。これからの日本はもう前進することではなく、いかに損害を最小限に食い止めながら、本質を損なわずに退くかを考えなくてはならないのです。どうしたらいいでしょうか?中野先生。

**中野** “損害”の定義を考える必要があります。平均寿命なのか、個人の幸せなのか、あるいは国民感情のようなものなのか。いろんなゴールがあっていいと思いますが、医療者として考えるなら、健康寿命であり、クオリティ・オブ・ライフということになるでしょう。

### 生産性の向上と効率化が不可欠

**前野** では、孫先生はどう思いますか?ヒントは、「実はそこにこそ総合診療医の存在価値がある」と言うことです。

**孫** 急性期の医療費が高いのですから、救急で病院を受診する前にうまく介入して、予防や早期発見ができれば、医療費の削減にはつながると思います。

**前野** 需要を発生させないということですね。



劉先生はどうですか?

**劉** 高齢者はいろんな複数疾患を持っていることが多く、その一つひとつをそれぞれの専門家に診てもらおうと受診費用がかさみます。そうだとすれば、複数疾患を一括して診ることができれば、効率化につながるのではないのでしょうか。



**前野** そうですね。つまり、需要と供給だけで考えるとトレードオフになってしまうところを、生産性や効率を上げることによって、それを両立できる部分があるかもしれないということですよ。

そこで、国が今考えているのが「地域包括ケアシステム」(図1)です。今までは「病気になったら病院、よくなれば地域に」という二者択一の構造でしたが、これからは“貴重な医療資源である病院をいかに効率的に使うか”ということが大事になってくる。

そのために、まず病院を機能分岐します。急性期を担う病院を絞り込み、そこに集約させることで効率を上げる。それからできるだけ早く、回復期や慢性期といった単価の低いところに移し、地域に帰していく。地域では、先ほど孫先生が言ったように、発生源を抑える。そもそも病院に行かなくて済むようにアプローチしていくのです。そして、病気を抱える人がすぐ病院に行くのではなく、できるだけ地域で暮らすことを推奨していくしかありません。これを効果的に進めるには、医療という枠内にとどまらず、住まいや生活支援、介護など、さまざまな領域を巻き込んだアプローチが必要です。そこにはたくさんの職種が関わることになりすよね。医師や看護師だけでなく、介護職、行政職、患者さん本人や、その家族まで含めた、みんなの総力戦で撤退戦に当たるというのが、これからの医療の姿なのです。

### 慢性期病棟の7割を在宅に移行!? 地域医療構想とは?

**前野** ここで少しだけ数字をお示します。国は今、各都道府県に「地域医療構想」というものを作成するよう要請していて、茨城県もすでにパブリックコメントを終え、最終案作

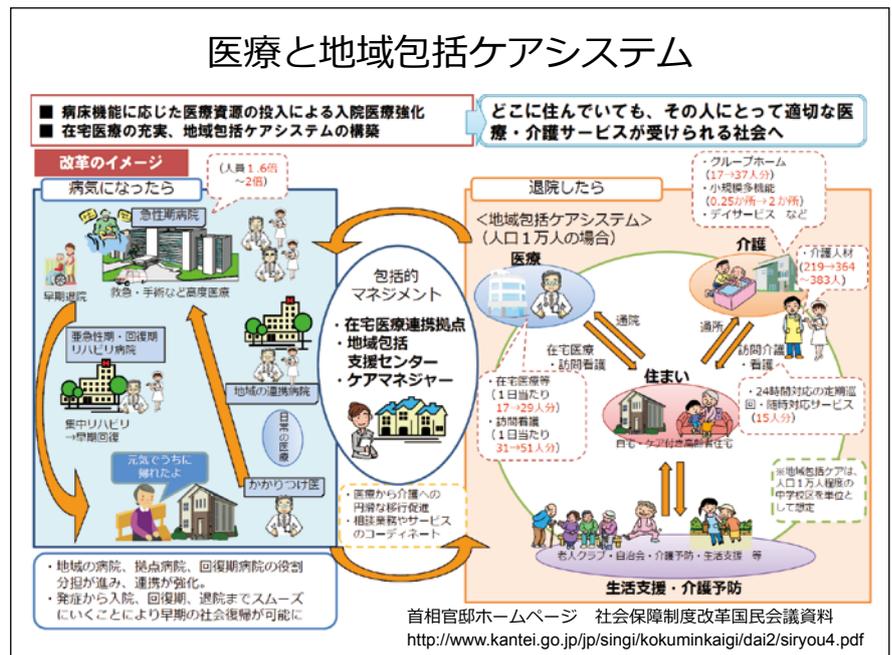


図1



りに入っています。実はこれ、厚生労働省が作った計算式に各都道府県がデータを当てはめて原案を作るのですが、それによると、こんな数字が出てきます。

まず、国全体として、病床数を132万床から119万床に、約1割減らします。このうち最も減るのは急性期病床で、40万床になります。ここで最も注目すべきは、そもそもこの計算式が「慢性期病床にいる人の70%が在宅に移行する」という前提で作られていることです。では茨城県ではどうなるか？ 2015年現在、茨城県内の病床数は2万4000床。これを先の計算式に当てはめると、2500床程度減らさなければならないこととなります(図2)。

またこのうち、茨城県では急性期病床として報告されている数が、約1万4000床ありますが、10年後の2025年には7200床とほぼ半減。代わりに回復期病床が増えますが、減った分、つまり2500床分は、在宅や施設で診ることになります。この受け皿をどう用意していくのがこれからの最も大きな課題になっているのです。

ところで、今を100%とすると、2025年の医療ニーズはどのくらいになると思いますか？ 人口はちょっとずつ減っている。でも高齢者は増えているという状況です。

**坂倉** 1.5倍ぐらいでしょうか？

**前野** いい線いってますね。実際には、130%と試算されています。つまり、今より3割医療

が忙しくなるということ。今の仕事から3割増(苦笑)。病棟患者が20人いたら、さらに6人増えて26人になります。なのにベッドは減るんです。いかに地域で診ていかなければならないか、ということがわかつて思います。

### これからの医療に求められるパラダイムシフト

**前野** ではこの撤退戦にどう臨んでいけばいいのか。結局、考え方のパラダイムシフトを図っていかなければなりません。これまで医師の仕事はすでに病気になった患者を治療することでした。そこから、普通に地域に住む人たちの暮らしを支え健康を守る……つまり病気になる前、健康なうちから関わって、いわゆる発生源にアプローチするという考え方もとり入れていかなければならない。これまであった枠を越え、暮らしの場に医療が飛び出していく。そして医療職以外の、介護職、行政職、患者さんや家族、その周りの住民も含めた多様な人たちと関わっていく。そんな風に変わっていかなければいけないのです。私がよく使う例えなのですが、サッカーグラウンドを地域だとして、ゴールを命のゴール(死)だとします。住民は普段、真ん中のハー

ラインのあたりで生活していますが、病気になると患者という敵となり、ゴールに向けて攻めてくる。そして、ペナルティエリアにあたるのが病院です。ここでは、医師をはじめとした医療職が一生懸命に命というゴールを守っています(図3)。ただ、これまでの「命を守る」という考え方では、プレイヤーは全員病院というペナルティエリアにいて、敵がそこまで攻めてきてからクリアするというものでした。

では佐久間先生、健康って何だと思いますか？

**佐久間** 本人の思い通りに過ごせること、でしょうか。

**前野** それは本当に健康で幸せなことですよね。要するに、医師がペナルティエリアだけにいる状態でできることは、ボールをクリアすることだけ。一番よくても、「病気でない」という状態までしか作ることができないんです。つまり、その人を「より幸せにする」ことはできません。先ほどの例で言うと、ハーフラインよりも手前側……健康になるということに関しては、アプローチできないんです。

これからの医療は、フィールドを全部使って戦う必要があります(図4)。病気という負の状態をニュートラルに戻すだけでなく、さらにフォワードとしてプラスの方向へ押し込む仕事も必要になってくるのです。そしてディフェン

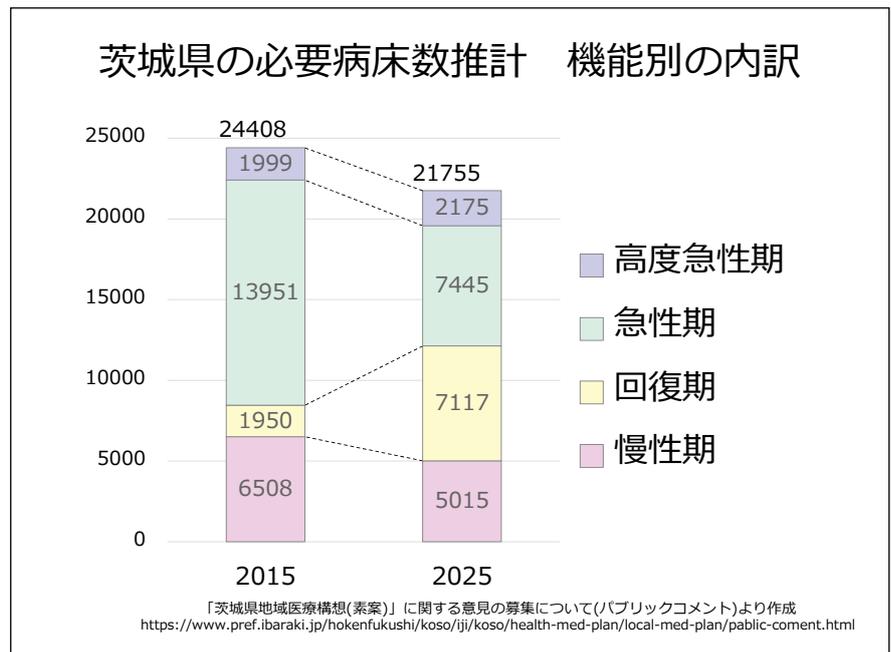


図2

ダーとして、敵に決定的なパスを出させない。早期発見、早期治療。手遅れになる前に食い止める仕事も必要です。また、ゴールキーパーとしては、右だけ守る、左だけ守るというわけにはいきませんから、全領域を守っていきます。このように、人々が暮らす地域にまで視点を広げて、より健康に生活できるようにアプローチしていくことが、これからの医療には必要になってきます。これが総合診療医の守備範囲です。

### より幅広く、複雑化する医師の仕事

**前野** ここで「病気を治す」「健康を守る」という2つのモデルを比べてみましょう(図5)。これまでのような、大学で医学を学んで病院で働く医師になるというのは「病気を治す」ことが中心のモデルです。対象は患者、取り組む課題はdisease(疾患)です。関わるのは病気の治療中のみ、関わる場所は医療機関の中のみ。目的は病気を治療することで、チームを組むメンバーも、主に医療職のみです。視点は患者さんという個人。あるいは臓器と言ってもいいかもしれない。それに対して、「健康を守る」というモデルの対象者は生活者全般。病院のIDを持っている患者さんだけではなく、取り組む課題も疾患だけでなく、幅広い健康問題に及びます。治療中はもちろん、病気になる前や治ったあとも関わっていきますし、関わる場所は医療機関だけでなく、暮らしの場すべて。

その目的は、疾患の治療はもちろん、生活の質を上げることも加わり、関係する職種も保健や福祉など多岐に渡ります。ここで大切なことは、家族や社会も視野に入れたケアであるということです。

ただ、誤解しないで欲しいのは、病院で「病気を治す」人がいないと言っているわけではありません。当然、命を守る人は必要ですし、高いスキルを持って、他の人には治せない病気を治してくれるエキスパートは重要です。しかし、今の医師はほとんどがペナルティアエリアの中だけに固まっている状態。医療の目的が「病気の治療」であればそれでもよかったですかもしれませんが、暮らしを守り、健康に貢献するためにはペナルティアエリア外も含めたすべてのフィールドを守らなければならない。医療が撤退戦になっていく時代では、なおさらのことです。人々の幸せを維持しながらも、貴重な医療資源を節約する、そのような関わりが求められるようになってくるのです。

### 危機感を持つことの重要性

**中野** 先生のご意見の通りだとは思いますが、費用を削減する、効率的にまわす、といった部分だけで総合診療を語られることには、すごく違和感があります。後半のお話の、健康を守る、人を幸せにするなどの意識を持っていることが大事なのではないでしょうか。

**前野** もちろんその通りです。ただ、今回なぜ医療費の話から入ったかという点、ここに



いる皆さんはそういうマインドをすでに持った人たちだから。人々を幸せにする仕事をしたいと考えているのは当然だと思うので、そういう社会の追い風があるということを認識してもらいたかったのです。一般に人間の行動を動かす力の強さは「ルール」「お金」「モラル」の順番だと言われています。「こうあるべき」という思いだけではうまく動かないことも、医療経済が関係してくれば、一気に動く可能性があります。お金はモラルよりも上ですから。と言うことは、我々がつねづね「こういう医療を提供したい」と思っているものの実現に向けて、いろんな人に応援してもらえる大きなチャンスになるのです。

**福田** 私が気になったのは、地域に出るとは言うものの、その地域に受け皿があるのか、そもそも地域って誰なのか? 実際には、いったい誰がどうするのか? という点。またある程度犠牲にしなければならないことも起こるのではないかと感じました。

**前野** まさに福田先生の言う通りで、だからこそ危機感を持って今から取り組まなければいけないと思います。そして、今、私たちが、



図3



図4



そのためにできることは何か?を、このあとで話していきたいと思います。まずは、そういう時代が近づいているということを、皆さんには認識してほしいと思います。

### 街全体が病院である、という考え方

**中野** 現在、在宅医療の対象は、移動の足のないお年寄りなど、比較的限られています。ですが、病床数が減り、これまで病棟で診ていたケースが在宅に移行していくことを踏まえると、在宅医療の範囲や対象を今よりもっと拡大すべきだと思うのです。また、医師の側も、街全体を病院と捉え、街で病気を抱えながら暮らしている人はうちの入院患者だ、ぐらいの意識が必要なのかも、そのぐらいドラスティックな形に変えていかなければいけないのかな、と感じました。

**前野** まさにその通り。地域が病棟であり、

病室である。そういう流れになってきます。であるならば今、診療所に求められている機能にもすべて説明がつかますよね。夕方5時で閉めないでもう少し1次救急を担ってください。グループ診療にして24時間対応で在宅を診てください。いずれも今までなら病院に行っていた人を、地域でちゃんと診てほしいということなのです。

### 制限と選択・集中の時代へ

**前野** 一方でフリーアクセスというのも、これからある程度制限せざるを得ない状況になっていきます。フリーアクセスは日本が世界に誇るいい点ではありますが、今後医療をめぐる環境が厳しくなっていく中では、一定の制約やルールを設けて、限られた医療資源をみんなで大切に使いこななければ崩壊してしまいます。

だからといって必要な医療が受けられないようなことがあってはなりませんから、必要な医療が必要な時に決められた場所で計画的に受けられるようにしていくことが大事。そのためには、ファーストタッチをする医師のクオリティが、今まで以上にとても重要になってきます。また、どこまで医療でカバーするのか、ということもこれから考えていかなければならない問

題です。100歳の方が100歳3ヶ月まで長生きするために1000万円かかるとしたら、国はそれを公的医療で負担すべきなのか?こういったことにはいろんな価値観があり、難しい問題ではありますが、リソースが少なくなっていく時代には、このような数々の厳しい選択を迫られることになるでしょう。

そこで、もうひとつ解決策として考えられるのが「生産性の向上」です。生産性が向上すれば、少ないリソースでもたくさんのサービスが提供できるからです。

例えば心筋梗塞なら、CCUというスペシャルな部門を作り、そこに患者を集めます。そこにエキスパートチームがいて、手際よく専門性の高い医療を提供できるなら、非常に効率がいいですよ。

ただ、すべての街にCCUを作るわけにはいきませんから、拠点を集約することになります。同じように、がん治療、脳卒中(急性期)……と疾患ごとに集約化されていったら、多くの人にとって地理的には遠くなる。すると、そこに住む人たちの健康を守るために、それぞれの地域では、今度は逆にマルチタスクをこなせる部門や人材が求められてきます。エキスパートとマルチタスク、その両方が必要になってくるのです。

ここまでのことをまとめてみましょう。これからの医療は、身の丈を意識して最大限効率化を図り、可能な範囲でサービスを提供すること。そういう撤退戦の中で、最低限守るべきものは何かを明確にし、使える資源はすべて投入して総力戦で臨むというのが、今後10年間の医療の大きなトレンドになると私は思っています。

## 病気を治す⇔健康を守る

	病気を治す	健康を守る
対象者	患者	生活者
取り組む課題	疾患	健康問題
関わる時期	病気の治療中	病気になる前・治療中・なった後
関わる場所	医療機関	地域(暮らしの場)+医療機関
目的	疾患を治療する	生活の質を上げる
関係する職種	おもに医療職	保健・医療・福祉職等
視点	個人	個人・家族・社会

図5

## 第2部

# 総合診療医に求められる 役割とスキル

### 「チームをまとめる力」の重要性

**前野** ここまでの話から、今後総合診療医にはどんなものが求められると思いますか？

**坂倉** 地域で働く医療者のひとつの役割は、医療と在宅の間のつなぎ役ではないかと思います。在宅医療と言っても、家族だけでなくたくさんの人が関わります。例えば、リハビリをしてくれる訪問リハさんや薬剤師さん、そういった方々とのつなぎ役になることは、医療者の大事な役割だと思います。

**前野** では、つなぐためにはどんな力が必要ですか？

**坂倉** コミュニケーション能力。そして、医療

だけでなくサービスに関する知識も必要だと思います。

**前野** そうですね。これからは、例えば抗生剤の選択ができる、レントゲンが読める、といった医学的な技術だけでなく、周りと上手くやっていく能力が必要になりますよね。患者や家族が抱える問題は複雑で絶対にひとりでは解決できません。みんなで解決していかなければならない。チームをまとめる力というのが、これからすごく重要になってきます。

### 人々が求めているのは「安心」である。

**佐久間** 第1部の最後で、フリーアクセスにもある程度制限がかかるという話がありました。患者さんや家族がフリーアクセスでこちらに何を求めているかを考えると、安心や安全だと思うんです。患者さんからすれば、大きな病院に行きたいのは設備が整っていて安心だから。だからこそ、患者さんを地域で診るとなった時には「普段は地域で診るけれど、も



し何かあった時にはすぐに大きな病院に行く」ことを地域レベルでしっかりと示し、浸透させなければいけないと思います。また、その人の家族や親戚関係なども把握していなければ、どのぐらいのサポートが必要なのかを判断できません。こういうところまで地域の総合診療医が知っていないと、実際に地域の現場で仕事ができないのではないのでしょうか。

**前野** その通りですね。今の佐久間先生の話聞いてひとつ思ったことがあります。よく、世の中は専門医を求めている、と言われますよね。必要なのは総合診療医ではない、と。でも、私が思うに、患者さんが求めているのは、今まさに佐久間先生が言った「安心」なんで





すよね。どうしたら安心が得られるかを患者さんは一生懸命に考えて、その結果、自分が心配している病気の専門家なら安心を与えてくれるだろうと思って専門性を求めているのです。

その証拠に、安心できるかかりつけ医がいる人は、あまり専門志向にはならないんです。何かあったら信頼できるかかりつけの先生に相談すればいい。そういう安心できる存在が身近にいる人は、医師の専門性にはあまり関心を持たないことが多いのではないかと思います。吉本先生、どうでしょうか？

### かかりつけ医のあり方とは？

**吉本** 自分の症状に対してどの科にかかるかというのは、基本的には今、患者さんや家族が判断していますよね。それは、自分が総合診療医になって診断しているようなもので、本来は難しいこと。適切ではない診療科にかかって医療者も患者さんも不満を抱えるという事例も時々見られます。

だから、何でも相談できる窓口があり、必要な時に必要な科に送ってくれたり、日々、かかりつけの先生が適切なアドバイスをしてくれたり、安心を提供してくれたりすることが大事なことです。

こういったことが上手くできれば、専門医ばか



りを求めるような気持ちにはなりにくいのかと思います。

**前野** 裏を返せば、そこがしっかりしていないから専門医に患者が殺到しているのではないかと思うのです。信頼関係をきちんと作っていくためには、幅広い臨床能力はもちろん、周りを巻き込む力、吉本先生が言ったような病院のリソースをきちんと使える力、というものが非常に大事になってくるわけです。

一方で、これまではフリーアクセスが許されていたからこそ、かかりつけ医の機能がしっかりしていない地域であっても、不安を感じた患者は他の医療機関を気軽に受診できるので、最低限の医療が守られていた部分があったのだと思います。でも、これからはそういうことがしにくくなる。地域を守るかかりつけ医や、総合診療医の役割や能力が非常に重要になります。加えて、今まで病院で診ていた人を地域で診なければならなくなることで、求められるスキルのレベルも今までより確実に上がります。

こういった総合診療医たちが地域をきちんと守ることができてはじめて、地域の医療を守りながら、高次医療を集約化して機能を高めていくことができるのです。

### 総合診療専門医誕生の背景

**孫** 確かに、患者さんが安心を求めて専門医志向になるというのは、なるほどだと思います。何でも相談できるかかりつけ医がいる患者さんは少ないし、普段は開業医にかかっているけど、いざ新たな症状が起こると行ったこともない大きな病院に行く、という患者さんも多いです。地域にいる医師が上手く患者さんと信頼関係を築いて、何でも相談できる立場にいることは大切ですが、現状はまだ全然足りていないと感じました。

**前野** 実は専門医も開業医を信頼していないところがあるんです。テレビ番組などで何かの病気を取りあげて、専門医が登場すると、「心配な症状がある時は、かかりつけ医に相談しましょう。確実に必要な人を必要な科に送ってくれますよ」とは言わない。必ず最



後は「心配な時は専門医へ」で終わるんです。やはりそれは、総合診療が、ひとつの専門領域として確立していなかったから。

そういった中で今回、政策決定で基本領域の専門医に「総合診療専門医」が位置づけられた意味は、非常に大きい。このタイミングでこういう形で導入された背景には、今始めないとこれから急速に進む少子超高齢社会に対応できない、という理由もあると思います。

### 10年後に求められる力とは？

**前野** 団塊の世代が後期高齢者になる2025年まであと10年足らず。その時に求められるのは、フォワードからゴールキーパーまで合わせたような幅広い能力を備えた医師ではないかと思っています。それはつまり、健康問題を総合的に、確実に万遍なく診ることができること。今、プライマリケアをやっている先生も、もちろん幅広く診ているのですが、体系的なトレーニングを受けていないと、どうしても苦手な領域ができてしまう。

そういった中で、専門医としての総合診療医



のひとつのウリは、穴がないということ。専門医ほど高度でなく、いわゆるガイドラインレベルだけれども、とにかく穴がなく漏れがない。でも実はそれって、そんなに易しいことではありません。仮に内科だけでなく小児や外傷まで含めて最新として覚えておくべきガイドラインが48個あったとします。その48個のガイドラインが4年ごとに改訂されるとしたら、どのぐらいの頻度でガイドラインが変わる計算になりますか？

中野 月イチ……。



前野 そうですね。月に1回ガイドラインが変わる。幅広い領域のガイドラインを維持していくのは、実際にはけっこう大変なことです。臓器専門の医師にとっては4年に1回のことを知らないの？となりますが、我々にとっては毎月やっていかなければならないこと。

それから、発生源にアプローチすることも大切です。例えば、竹内先生が自宅の玄関を開けたら家中が水浸しになっていたとします。そのとき、まず床を拭きますか？それとも水道の元栓を止めますか？

竹内 もちろん、元栓ですね(笑)

前野 そうですよ。ところが今、救急搬送の件数が増えているのに、救急車を呼ばないようにすることに医療業界はあまり関心がない。もちろん水浸しと命は違いますし、人を救うことはとても重要なことです。ですが、救急車を呼ぶような事態になる前に受診すれば治療も早く始められるし、それで救える命があるかもしれない。もっと早く、病気になる前に病気の元を止めることができれば、本人もつらい思いをしなくてすみますし、救急車も医療も使わなくてすみます。



### チームとしてのパフォーマンスを上げられる力

前野 病院にだけでなく暮らしに寄り添うという視点に立つと、医師にもコミュニケーション能力やマネジメント能力の有無が問われます。また、チームをまとめて総力戦で臨むためのコーディネート能力も必要ですよ。つまり、チームとしてのパフォーマンスを最大化するスキルが、皆さんには求められているのです。もちろん職種に高低はありませんが、医師がリーダーシップを担うシチュエーションは多いと思います。そこで、リーダーシップ、マネジメント、人を育てる能力といったノンテクニカルスキルが必要になってくる。

医師というのは、専門知識や医療技術などの、いわゆるテクニカルスキルに焦点が当たりがちですが、これからはそれだけでなく、チームとしてのパフォーマンスを上げていく力が欠かせません。凄腕営業マンが営業部長になったとき、そこで求められるのは、部長ががむしゃらに営業することではなく、部全体をまとめて「営業部」としての成果を出していく力ですよ。同じようなスキルが、これからは医師にも求められていくのです。

### 境界を越える力

前野 そのために必要な力は、「境界を越えて統合する力」だと思います。すなわち、臓器によらず、年齢によらず、性別によらず、急性期も慢性期も終末期も、予防も福祉も日常の暮らしも、非日常である医療も越えて統合する力、医師同士だけでなく、ほかの職種とも順応する力です。

これまで以上に多職種連携が重要になってくるということです。今までの多職種連携は、「仲良くしましょう」でよかった。これからは、それに加え、「お互いのスキルを重ねていきましょう」という新しいタイプの連携が必要になってきます。

例えば、今度導入されたかかりつけ薬剤師の仕事って何だと思いますか？病気の発見、健康に関するあらゆる相談への対応も含まれています。単に薬を出すだけではなく、症状などの相談に乗るという仕事なのです。看護師の特定行為研修という制度も始まりました。これからは、今まで医師がやっていた仕事の一部を看護師が担うようになります。

つまり、既存の役割分担にとらわれず、チームの数少ない人数でこの難局をどう乗り切るか、ということ。資源の限られた場面では、特に重要な課題です。そして、医師の中でこの課題に向き合うのが、総合診療医。さまざまな職種と関わるからこそ、彼ら全体の力を伸ばし、組織を上手くまわす力も必要になってくる。だから我々は、ノンテクニカルスキル教育に、今とても力を入れているのです(図6)。





## ノンテクニカルスキル研修プログラムの概要

自分を知る		人と関わる		人を育てる	
MBTI (Myers-Briggs Type Indicator)		コンフリクトマネジメント & 交渉術		人材育成&コーチング	
TEAMS-BI (仕事の教え方)		チーム医療における意見の葛藤 や対立を「チャンス」ととらえ、 うまく扱うためのアプローチを 学びます。また、協調的アプ ローチで合意形成していくため の交渉術の基本概念を用いて学 習することで、医療現場でコン フリクトを冷静に扱い合意形成 を導くことを目指します。		部下の成長を促し積極性を引き 出す、聴き方/質問/承認など、 現場ですぐに活用できるコーチ ングスキルをロールプレイ中心 に学びます。基本的なエンパワ メントの方法を知ることにより、 後輩や部下の自発的な成長を促 し教育効果を高める能力を身に 付けます。	
ユングのタイプ論をもとにして 開発されたMBTI (Myers- Briggs Type Indicator) の自己 分析メソッドを活用。自分に対 する理解を客観的に深めていき ながら、自分の強みや弱みを認 識し、自分の持ち味を組織で発 揮していくヒントを得ます。		正確・安全・良心的に仕事をで きるように速く覚えさせるため に、業務内容を言語化し決まっ たメソッドに従った合理的な手 順で教えることを学びます。後 進や医療チームのメンバーの 日々の指導に生かすことを目指 します。			
チームを作る			チームを動かす		
チームマネジメント		ミーティング ファシリテーション		TEAMS-BP (業務の改善の仕方)	
問題解決カトレーニング		自己理解を深め、自分の強み・ 魅力をベースとしたリーダー シップスタイルを見出します。 チームの成り立ちについて理解 を深め、効果的なチームマネジ メントをしていくためのポイント を体感的に理解します。		医療チームにおけるミーティ ングを活性化させ、医療の質と効 率を向上させるための、会議 ファシリテーションの実践的ス キルを学びます。	
業務内容を細分化・簡素化し、 順序を変えたり、組合せを工夫 したりして、効率的・効果的に 改善する方法を修得します。作 業分解シートを用いて日常の業 務をふりかえり改善する演習を 通して、チームで協力して行う 業務改善も体験します。		問題解決の基本ステップを学び、 それを丁寧に踏むことを体験す るとともに、「システム思考」 の考え方をを用いて、実際に現場 で起きている問題の解決に取り 組みます。状況を俯瞰的・長期 的視野で把握し、問題の種類に より解決への基本戦略を立て、 使い分けることを学びます。			

図6



第3部

# 総合診療医として目指すもの



## 医療を通じて街作りに関わる

**前野** 最初、暗い話から始めましたが、逆に言えば総合診療医の存在が、これから非常に大きく重要になり、かつ高いレベルが求められていく、ということを感じていただけだと思います。社会に求められるということは、たくさんの人を幸せにできるということ。とてもやりがいがある仕事ですね。

また、私は今後、医療を通じて街作りに関わってみたいとも思っています。約10年後に迫った2025年に向けて、街としての取り組みに医療の専門家としてコミットし、意見を出す。実際に汗もかき、人も育てる。そんな形で加わってみたら、地域が幸せになるんじゃないか?、と思うのです。

そして今、実際に北茨城市と一緒に街作り全体に関わるプロジェクトを進めようとしています。2025年になったとき、北茨城を安心して暮らせる街にするためにさまざまな取り組みを始めたところです。診療はもちろん、リサーチや教育など、いろんな面で期待されています。

このように、これからの総合診療医にできること、求められることは本当に幅広い。こういった時代の要請に応えられる人材を、ここ筑波で育てていきたいと思っています。では最後に皆さんからひと言ずつ、今日の感想をいただきたいと思います。

**中野** 改めて自分がどういう医療をやりたいのかを見つめる機会になりました。将来的にはリサーチの方向に進みたいと思っていますが、医療の中だけではなく世の中に出て、みんなの健康を底上げするということをゴールにしたい。そのゴールと、自分が突き詰めたい専門性が、かなりの部分で重なることがわかりました。



**劉** 全体を診るという考え方の重要性を、改



めて認識しました。以前から、診療所から病院にローテートできるようなシステムが必要なのではない

かと感じていましたが、その思いがより強くなりました。

**福田** いよいよ実際に社会が変わっていくことを実感しました。今までは「そうならいいいな」だったことが、



「そうならざるを得ない」になっていく。そのことを前野先生は以前から危機感を持って話されていましたが、それが現実味を帯びてきている。時代が追いついてきた、というのでしょうか。

それは私にとって楽しみでもあり、怖くもある。そういうところで自分が活躍できるのかな、と思えば楽しみですが、知識なりスキルなりそのために身につけること、やるべきことは多い。これまで以上にしっかりやっつけようという思いになりました。

**坂倉** 地域をフィールドにした医療をやりたいと思ってこの道に進みました。今の社会の





状況と確実にやってくる少子超高齢社会などのさまざまな問題。それらと、自分が提供したいと思う

医療との折り合いをつけていく。取捨選択しなければならないこと、お金のことで考えなければならないこともたくさんあります。

自分がやりたいと思うことだけでなく、たくさんのかを学び、考えていかなければならないと、改めて感じることができました。

**竹内** 境界を越えて統合する力というものを、医学的な面だけでなく、人とのつきあい方やコミュニケーション



にまで広げて学ぶという視点はもちろん耳にしていたのですが、今回のお話で

より明確になりました。今、私たちが一番先頭に立って学んでいることを、さらに後輩たちにも教えることができるように、「伝える」というスキルも学んでいく必要があると感じ、身が引き締まりました。

**佐久間** 総合診療医って漠然としていて、横も縦も無限大、求められるものも大きいとい



うイメージがありました。もちろんすべてできればいいのですが、どちらかというと強みは横の広がりな

のでしょうか。縦については、ガイドラインなど総合診療医が何を求められているかがより明確になってくると、これから目指しやすい分野になっていくのかなと思いました。

**前野** 先ほども言いましたが、基本領域の専門医として位置づけられることは非常に大きなチャンスです。これまで決まった形なかった総合診療というものが、専門医の制度ができることで、コンペテンシーやプログラム、指導医の基準が決まってくる。どんな試験を受けて、どのぐらいの成績評価をクリアすれば専門医とっていいかが決まる。これまで人によって異なる概念の世界だったものが、実体化するわけです。

まさに今佐久間先生が言ったようなこともかなり明瞭になります。しかもそれが基本領域の一つとして公的に位置づけられる。目指すべきものがはっきり見えるという意味において、とてもいい機会だと思います。

**孫** 今はまだ臨床や疾患メインで考えることが多いですが、これからももっともっと幅広い視点でいろんなことを考え、ノンテクニカルも含めて学ぶことは多い。やりがいを感じています。



**吉本** 私は指導に携わる立場ですが、総合診療医って社会のパッファのようなものだと感じています。いろんな社会構造や、さまざまに変わっていく課題に即して機能を変えられる。社会資源にも近い存在で、国の問題を解決するのも使われやすい存在だと思います。それは悪いことではないと思うし、そういうつもりで自分たちを高めることができる方がよいと感じています。



今回19番目の基本領域の専門医に位置づけられるにあたって、専門性を高める方に行くのか、横断的に診るのかで大きく入り口が分かれていましたが、最終的には横断的に診るという方向で設置されました。全体を見て、社会全体、地域全体をよくするために、自分たちはどういうことをすべきなのか。全体を見る。それ故に漠然としているとも言えますが、それこそが総合診療医の専門性だと私は考えてい

ます。壁にぶつかることもあると思いますが、これからの社会に役立てる分野だと思います。



**前野** 最後に。我々が目指す総合診療の「総」の字を使って、こんな標語を作ったのでご紹介します。

地域に暮らす総ての人々の健康に関する総ての悩みに医療に携わる総ての人々と最善の支援に総てを尽くす

この言葉に、これから求められる総合診療医の位置づけを込めたつもりです。こういうイメージで、これからも一生懸命研修に取り組んでいただけると嬉しいなと思います！今日はお忙しいなか、お集まりいただきありがとうございます。



書：谷 啓子(総合診療グループ秘書)

# めざすなら、

# 本気で。

私たちがめざす医師像は「ひとびとの健康を支えるオールラウンダー」であり、これは他の診療科や多職種と連携しつつ、最終的に「すべての人に最適な医療サービスを提供できる医師」と考えています。つくば家庭医・病院総合医プログラムは、このような医療を実践できる専門的な能力を備えた総合診療専門医を養成する後期研修プログラムです。一緒になりませんか？あなたのなりたい医師に。



## つくば家庭医・病院総合医 プログラム

■ 「当たり前のことを当たり前」にできる  
確かな臨床能力の重視

家庭医・病院総合医の基盤となるのは、まず「いい医者になる」こと。われわれは、臨床医としての基盤となる臨床能力と、幅広い診療技能を高いレベルで修得することを特に重視しています。



■ Common disease/problem についての  
数多くの症例経験

大病院のプログラムですが、実際の研修は80%以上が市中病院、診療所で行われるので、さまざまなシチュエーションで数多くの経験を積むことができます。



■ 充実した指導体制

「どこで研修していてもきちんと指導が受けられる」指導体制を実現するため、20名以上の指導医が在籍して、各研修施設にて直接指導を行っています。



■ 豊富な選択肢と強力なコーディネート体制を  
生かしたオーダーメイドの研修プログラム

レジデントの目指す「医師像」は、一人一人違います。「オーダーメイド」にまさる研修プログラムはない」とのコンセプトのもと、大学ならではの豊富な選択肢とコーディネート体制を生かして、研修中のライフスタイルの変化にも対応できるベストの研修プログラムを提供しています。



■ 家庭医・病院総合医どちらにも対応



家庭医コースと病院総合医コースの両方を用意しており、レジデントの希望に合わせて選択できます。いずれも充実した研修環境のもとで専門医を取得できます。

■ さまざまな  
キャリアパス

研修修了後に、フェロロシッ、大学院をはじめ、豊富なキャリアパスを用意しています。女性医師への支援も積極的にしています。

問い合わせ先  
〒305-8576  
茨城県つくば市天久保2-1-1  
筑波大学附属病院総合診療グループ  
TEL/FAX : 029-853-3189



筑波大学附属病院 総合診療グループ 〒305-8576 茨城県つくば市天久保2-1-1  
TEL / FAX 029-853-3189 E-mail soshin@md.tsukuba.ac.jp

筑波総合診療グループ  検索 

<http://soshin.pcmed-tsukuba.jp/>

発行日 2017年2月1日

