

家庭医療学を学ぶということ

～ウエスタンオンタリオ大学の家庭医療学修士コース

草場 鉄周 北海道家庭医療学センター

西村 真紀 あさお診療所

【聞き手】

安来 志保 せいきょう診療所

森永 太輔 みなと診療所

家庭医療学マスターコースとは？

安来：今日は、先生方お二人がカナダの家庭医療学のマスターコースで今、勉強されているということで、どういうコースなのかまず簡単に説明いただけますか。

草場：このコースは、かなり昔だと思うのですが、立ち上がったのは何年でしたっけ。

西村：1977年です。

草場：もう30年前に設立されたコースなんですね。カナダのウエスタンオンタリオ大学という、カナダでも最初に家庭医療学講座ができた大学にイアン・マックウィニーという教授がイギリスから赴任し、先進的にカナダで家庭医療をずっとやってきていたのですが、実践のみならず、教育・研究・組織運営などを担っていくべき次の世代の人材を育てていきたいということで創設されました。ですので、カナダの中でも、草分け的なマスターコースであるし、世界的に見てもこの時期にこういうコースを作っているところはあまりなく、現在存在する世界のコースにも影響を与えた伝統があるマスターコースだと言われています。

安来：西村先生、補足はありますか。

西村：その通りです。イアン・マックウィニー先生は皆さん、ご存知ですか？今は名誉教授でして、

授業に時々現れて実際に教えてくれます。学生からだけでなく先生方からも非常に尊敬されています。とてもフレンドリーですが、やはりクラスのみんなの態度がちょっと変わりますね。食べながら参加していた人も食べるのをやめて背筋を伸ばして話を聞いています。

草場：コースの概要ですが、最初の頃は、大学院生として大学のあるカナダのロンドンという地に一年間いて、現地でいろんなレクチャーを受けたり、研究を実践したりといういわゆる普通の大学院のスタイルだったようです。ただ、運営していく中で実際に家庭医をやりながらこういうコースを取りたい、つまり1年間現場を完全に離れることが難しいけれど意欲がある人が結構いることがわかってきたため、全面的にシステムを変えて、キャンパスで学ぶオンサイトとインターネットを通じて学ぶオンラインを組み合わせた形でのマスターコースを設立したのですが、それは何年でしたっけ。

西村：1997年と記憶しています。

草場：そこから全面的に変えたんですね。

西村：インターナショナルに世界中から参加できるようになったということなんです。

草場：南アフリカとか、アメリカとかインドネシアとか、いろんな地域から入学されています。マルチカルチャーな感じはすごくありますね、この

対 談

コース自体は。

安来: カナダのロンドンってどんなところですか？

西村: トロントの西にあって田舎ですよ。北海道の田舎って感じ？

草場: 大学がたくさんある街で、学園都市みたいな感じですよ。

森永: 基本的な質問ですが、何年のコースなんですか？

西村: 一応、3年から4年のコースです。だけど、人それぞれ、取り方がいろいろあります。科目としては、4.5単位か4単位をとればいいんです。1単位が6ヶ月かかり、0.5単位は3ヶ月かかります。単位の取り方はA、B二つあって、論文を書くAだと科目は4単位、論文を書かないBだと4.5単位必要というわけなんです。その単位をいつまでに取るかという細かい決まりは実はないです。

草場: 一応、4年以内に終了するよという規定はあります。

西村: 今、草場先生は3年目に入っています。

草場: 単位は全て取得し、あとは論文を完成させるというところです。

西村: いいなあ(笑)

安来: 応募資格について教えてください。

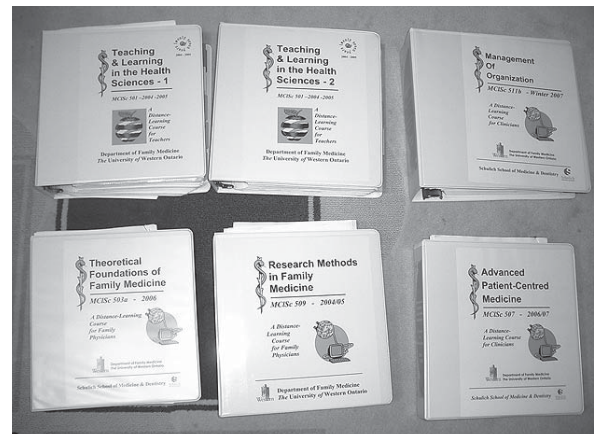
西村: 家庭医療のレジデンシーを終了したか、家庭医としての臨床経験5年です。

草場: 医学部の成績はB以上とされています。

西村: 英語についてはTOEFLですとiBTで86点以上です。

共同学習で医学教育を学ぶ

西村: わたしはまだ取っていないのですが、「teaching and learning in health science」、これ、すごく大変なんですよってね。



草場: だいたい、5センチぐらいの分厚さの、論文がつまっているバインダー2つを2タームで読み込んでいくという。実質6ヶ月ぐらいで、毎週、毎週、論文を読み込んでいく。毎週、だいたい、7~8本の論文を読み続けていくと。

西村: それでディスカッションをするという感じですか。すごくみんなが恐れているコースですので、実はわたしはこれを最後に残してしまったんですよ。

草場: コースを取る順番も自由なんですね。

西村: このコース終わるとすごく達成感があり勉強になったなあと感じるらしいですね。指導者としての勉強になると聞いています。

草場: 教育者としての気づきや学びは大きく、現地でのオンサイトのレクチャーも非常に充実しています。模擬ティーチングということで、実際にミニレクチャーをするような機会もあったり。

西村: 先生もオンサイトの時にスライドを作ってティーチングしていましたね。

草場: 単に教育技法を学ぶだけでなく、教育者としてどういう教育理論に従って教育スタイルを選んでいくかという議論も多く、かなり深い内容が特徴かなと思います。例えば、アカデミックな組織に所属して教育が仕事の中心となった場合には、どのようにして最新の教育論文をフォローしていくべきかなど、教育者としての継続学習まで全部組み込まれている。そのコースの中で、自分で論

対談

文を探さないといけない。単に与えられたものを読むだけではなくて、自分で探してきて、それを1本必ず報告するとか。3週間に1回はまとめて報告して、グループでそれをシェアして、「あー、そうか、こんな論文もあるんだな」という感じで。でも、大変な分、楽しいですよ。僕のクラスは8人ぐらい同時にとっていたので実になぎやかでした。コースの内容は、現地での小グループ学習(オンサイト)が2週間あって、それが終わった後、1年間、インターネットで論文に基づいた議論(オンライン)を進めていきます。こういったグループ学習なんですね。

森永: 家庭医療ではカナダは日本よりすごく進んでいるんでしょうね。

草場: 家庭医療という分野が北米ではもう確立しているので最初はどういう議論になるのかなと不安はあるけれど、議論してみると「あ、同じなんだ」と。家庭医療ということでは、カナダもブラジルも中国も日本もやはり変わらないなということが分かって、この分野をきちんと専門としてやっていくことに関する自信にもつながりました。そして、同じレベルで話ができているので、ちゃんと家庭医をやれているのかなという、自分自身の確認にもなる部分がありますよね。

西村: しかもすごく歴史のあるカナダの学校で学んでいて、カナダでは医学生レベルで family medicine というのは普通に習っているわけだし

よう。私達は学部時代全く学べなかったし、すごく遅れていて知らないことがいっぱいあるのではないかと思っていました。もしかしてすごく違うことを私達はやっているんじゃないかとか。言い方が少し悪いかもしれませんが、(カナダの友達も)たいしたことないですよ。カナダの学生は家庭医療学を日本人より勉強しているんだけど、臨床でやっていることは日本と同じで悩みもおんなじです。特別なことはやっていません。世界中、家庭医の実践ってみんな同じなんだと気づきました。「患者はどこにいても人間だからね。私たちの行う医療もおんなじですよ。」と担当の先生が言っていました。difficult patientの話とかみんなが共感しますね。話がすごく深まります。

草場: 教育のコースでも、指導医として悩んでいる部分もそんなに日本とは変わりがないかと教えられて、変な気負いがなくなり、焦らずじっくりやっていこうという気持ちになることができました。

家庭医療の理論的基盤

安来: 家庭医療学を学ぶということで臨床に何か変化はありましたか？

西村: 私たちは実際に理論は知らずにこの世界に入ったけど、理論よりも現実に患者さんと接してやってきたことそのものの経験の方が一番大事で、経験が語られる中でなるほどこういう方法でやればもっとうまくいくのかもしれないな、と経験から学んでいます。みんなが口をそろえて言うのは、Advanced Patient Centered Medicine (APCM) コースは明日からの臨床に役立つということです。半年ちょっとでこのコースの前後で自分の診療が変わったと言っている人が多くて、私もその一人なんです。普段何気なくやっていることに理論的裏付けがされ、これでよかったんだという自信が付きます。コースにも仲間にも励まされますね。

草場: 更に、Theoretical foundation of family



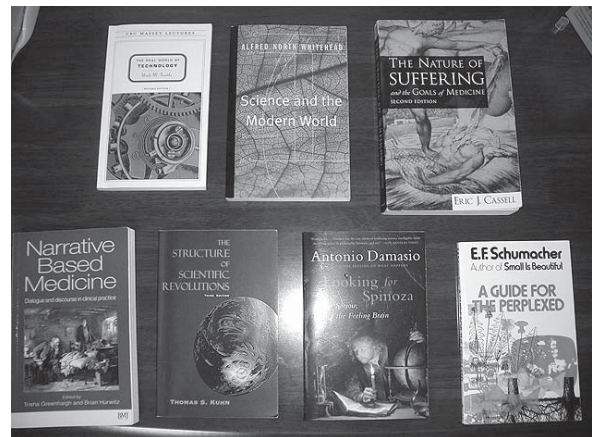
対 談

medicine (TF)、つまり「家庭医療の理論的基盤」というコースで、「A Textbook of family medicine」というテキストとそれに関連するたくさんの方の書籍を読み込んで議論していきます。毎日本を読み続けるかなりハードなコースではありますが、これもすごく良いコースで、家庭医療が医学の歴史の中でどのような位置づけにあるか、そして家庭医療が他の専門分野にはない独自性を持っている意味合い、つまり、僕らがやっていることの歴史的、社会的な役割を考えていきます。これはカナダの家庭医にとってもチャレンジングな内容のようで、熱い議論が続きましたね。

西村：システムセオリーとか今までの私の教育歴の中で始めて学びましたよ。

草場：僕の中では、このTFとAPCMを学んでいく中で、何かひとつ大きな土台が自分の中に来たという感じで、今までのような将来への不安もほとんどなくなりました。大きな錨がおりたような感じですかね。もちろん現場の中では色々な葛藤はありますが、いずれにしても家庭医療は日本にも絶対に必要な分野だし、歴史的な必然であるというのが確信できました。最初はあまり予想していなかったのですが、こういうことも理論的基盤を学ぶことのひとつのメリットだという気がしています。

西村：そうです。本当に。APCMは日々の患者さんとの関わりとか、現実にはいろいろ使えるツールみたいな部分もあって実際にたくさんの方の経験論に基づいているのに比べて、TFのほうはちょっと違っていました。最初はなんだか理屈ばかり言っているような感じがしてとっつきにくくて不安になりました。しかし学んでいくうちに草場先生がおっしゃったように、錨がおりたという感じがわかります。科学や文学など学問が発達してきた過程の中にしっかりとファミリーメディスンも位置づけられているというところなんです。だからなんか安心しましたね。必然だったという感じがしょうか。日本はものすごい勢いで欧米化してし



まったので自ら発していない輸入物のようですが。しかし他の分野もそうですけど、それぞれの文化の中でファミリーメディスンに相当する部分が自ずと発達してきていて今に至っていたということが分かったんですね。だから安心できたんです。揺るがないなという気がしています。今、日本でファミリーメディスンってトレンドじゃありませんか。ポンと現れて、この先、どうなるのみたいな、消えていくかもしれないという風にちょっと思った時期があったんですが、TFを学んでいると、大丈夫って思えました。(笑)

森永：そういう話を聞くと、読みたくなりますね。

日本の文脈

森永：いろんな文化圏の人たちとディスカッションして得るものってあるんでしょうね。

草場：議論しながら、それぞれの国の事情も書くことになります。日本の医療状況はこんな感じだと書くと、それに対して、実はカナダも同じような問題を持っているとか、日本と同じような時期がありましたとか、ブラジルはまだまだだとか。じゃあ、ブラジルと日本でがんばろうというような話で盛り上がりたりすることもありましたね。日本の家庭医という立場を世界の中から見渡す視点もてるのは新鮮な経験でした。

西村：19世紀、20世紀はじめ、Biomedicineが

対談

ものすごく発展したじゃないですか。それでやはり、欧米の人たちはこれじゃいけないと思った、（いわゆるパラダイムシフトですが）という話がよく出てくるんです。一方日本は知らず知らずちゃんと古い物を残して新しい物を取り入れてる。折衷文化なんですよ。欧米化が進んだとはいえ、やはり、針灸だとか漢方薬だとか代替医療が自然に受け入れられているでしょう。気孔や祈祷とかの話をお話しが紹介したら、みんなすごく興味を持ってくれたんですよ。患者のさまざまなコンテンツを重視するファミリーメディスンは日本では多分定着できるのではないかと私は思っているんです。私なんか、ファミリーメディスンを学ぶ前から、わたしの言わんとしていることを一番分かってくれたのは、やっぱり患者さんなんですよ。そう思いませんか？

草場：その通りです。

西村：だから日本人は、受け入れる側としては、すごく、そういう基盤は持っている気がします。臓器別ではなく診るという話もすごく分かってくれるし、望んでいるし。面白いですね。議論しているうちに、日本っていいなあとおわたしは思ってしまったんですよ、実は。

安来：自分の国の文化も見直す機会になったという感じですね。

西村：そうです。カナダで進んでいるファミリーメディスンを学んで、日本に取り入れようと最初は思ったんですが、日本独自のものが作れるなどという気がしてきますよ。

仕事との両立

森永：働きながらの両立とか。例えば、西村先生だったら、ご家庭との両立というか、3両立というか、そこらへんのアドバイスとかお願いします。

西村：わたしは、仕事をやっている時間にはコースのことは全くやっていません。子どもとの時間が終わった9時～9時半ぐらいになると自分の時

間です。オンラインに突入し3時間～4時間かかっています。あるクラスは、先生を入れて9人です。ファシリテーターがスレッドを5から6個たてるんです。このスレッドに対して、全員が答えると、だいたい1日30通以上投稿されます。同時に2つのコースを取っていると、あわせて40～50通は投稿されます。時差の関係で、日本の月曜日はほとんど（投稿が）来ないんですが、火、水、木あたりに殺到しますね。私がカナダの時間にあわせてやっていると、土曜の夜までひたすら読んで投稿してになってしまいます。次の週の課題もあるので、土日はそれなりに自分も時間を取りたいし、金曜の夜には、Thank you, nice facilitating! See you next week. そんな感じでわりきってます。土日もしゃあれば少し楽なんだろうけど、土日はオフと決めてます。日曜の夜あたりからちょっと焦ってテキストを読み始めるぐらいな感じです。昼間もコースが気になって、仕事の合間に読んだりとかそういうことはしていません。草場先生は？

草場：僕は、お昼休みとかもちょっとやっていますね。発言が24時間休みなくどんどん来ますし。しかも時差があるので、カナダで夜に書くと、日本は昼の時間になり、どっとポストイングがきた場合に議論についていけなくなってしまう。コメントを書きたいけれど、どんどん議論が先に進んでしまうと、タイミングを逃してしまうこともある。だから、ちょっと昼にもちょこちょこ見て、ちょっと一言コメントいれて議論に加わっていることをアピールする。

西村：ちょこっと I agree とかね。

草場：何か寂しくなるんですよ。せっかくみんな議論しているのに、まったくノーコメントだと。書いた人も反応がないと不安になりますし。夜はやはり2～3時間はかけて、準備と発言をしましたね。丁寧に英文を書いて返信するというのはそれなりに時間がかかりました。それと、日曜日はリーディングに使っていたかなと思います。

対 談

腑に落ちる体験

安来：ところでお二人はなぜこのコースを始めようと思ったんですか？

草場：循環器や呼吸器などの臓器別専門領域では臨床の背景に大学院と研究コースがあるのは普通です。でも、家庭医療については、まだそこまでのシステムは日本には整備されていない。いくつかの大学総合診療部が努力しているに過ぎないでしょう。臨床のトレーニング（レジデンシー）は、文化や地域性、医療制度が家庭医療の実践と不可分のものであることを考えると、海外に行かないと学べないものではあるべきでないと思っているのですが、そういう大学院のレベルの学びに関しては、以前から興味があって海外で勉強したほうがいだろうなという思いがありました。世界にいくつか類似のコースはありますが、このコースはイアン・マックウィニー、モイラ・スチュアートという、書籍を通じて敬愛する先生が運営しているということもあり迷わず選びました。今振り返っても、それは間違っていなかったかなと思っています。日本でも現場で一生懸命家庭医療を実践して、全国にレジデンシーがたくさん創設される所々ようやく到達しましたし、西村先生のおっしゃるように家庭医療そのものが日本に根付くということは、だいたい分かってきましたから、あとは現場での実践をまとめて研究としてアウトプットしたり、学問体系としてまとめていくことが必要でしょう。一般の人にもわかるようにすることももちろんですが、他の専門医の先生にきちんとした裏付けがあってやっているのだと説明していくこともそれに劣らず大事なかなと。多くの専門医は、家庭医療は現場の実践であり、まさか大学院で学



左から森永、草場、西村、安来

んだり、研究を展開していく対象とは思っていないでしょうから。

西村：私は国産家庭医です。家庭医療学についてはあれこれ聞きかじりながら読みながら、実践の場で藤沼先生に学びながらやってきたんですが、本当のところ理論を学んでいないという気持ちが強かったです。一番の理由は、後輩を育てるためです。理論を学び伝えたいと。やるならイアン・マックウィニーのもとでと。間違えてなかったと思います。実際に自分たちのやっていることを理論づけしてもらえたという部分がありますね。新しい、知らなかったということよりも、そうだ、そうだ、その通りということが多いです。

草場：僕も全くその通りです。全く新しいことをどんどん教えてもらったというよりも、西村先生が言うとおりの、「やっぱりそうなんだ」という感じですね。

西村：だから、さっきの話に戻りますけど、錨をおろした感じです。自分のやってきたことがしっくりとはまりますよ。

草場：研修医と一緒に textbook of family medicine を読む抄読会を以前からやっていますが、このコースをとるまでは何か違う世界のことを読んでいるような感覚も否めませんでした。しかし、マスターコースの中で自分の実践と理論的な背景

対談

がかなり融合してきて、自分の言葉で話せるようになってきた気がします。自分のリアルな経験から、「その辛さは実はこういうことだよ」、「家庭医として成長するということはこういうことですよ」と。そういったことを単に経験ベースで話すだけではなくて、ある程度理論的なものと融合して、きちんと説明する能力ですね。今までは研修医が悩んでいたりと、これでいいのかなといったときに、自分自身も「うーん」という感じで悩む部分もありましたが、ちょっと楽になってきた感じですね

西村：今草場先生がおっしゃっていたことを、まさに一緒に今コースをやっているカナダのクラスメイトが言ってますよ。

森永：臨床をある程度やった人の方がコースには向いているってことでしょうか？

草場：やはり、そういう段階の人がこのコースを取ると本当にいいなと思いますね

西村：臨床をやっていないと、結構厳しいと思います。ディスカッションについていけないとか、別世界の気がするかもしれませんね。

草場：僕のイメージでは、臨床もやっていて、研修医の指導にも携わった経験があるほうがいいと思います。

西村：20年目の先生でもいいと思います。

草場：あまり早くやると、多分消化しきれないと思います。臨床経験を積んでいって、家庭医療ってなんだろうとちょっと迷ったり、自分のやっていることは果たして良いのかなと、家庭医としてのキャリアに悩んだ頃にとるのも良いでしょうね。

安来：お二人がすごく楽しんでやってらっしゃるのは、わかりました。

森永：楽しいし、ところどころに見える自信というかね。そういうのも垣間見ることができて、これはすごいプログラムなんだろうなあと。錨の話じゃないですけど。

英語力と家庭医の仲間

草場：英語力はつきますね。このコースをとることによって、必死でリスニングとスピーキングをするし。そして、オンラインではたくさん書くし読みます。総合的に英語力がつきます。

西村：英語の勉強のために参加してくださいとは思わないけど（笑）。

草場：それぐらい、やりながら英語ができるようになるって言いたいですね。今できないから諦めるということではなくて、必死でやっていけば、英語力はだんだんついて、もっとやれるようになる。読むのもどんどん早くなる。

西村：この私ですらさらさら読めるようになりました。

草場：流し読みまではいかないけど、目がすーっと動くぐらいまでにはなります。まずはざっと読もうということができるようになってきます。最初はどうしても細かく一字一句にこだわって読んでいく感じだけど、単語がだんだん見えてくるとそんなに恐れることはない。

西村：オンサイトでは英語ができないからと言っても、先生やクラスメイトはそのことを理解してくれています。ちゃんとディスカッションの中でもわたしに発言をする時間を与えてくれるんです。みんな、ちょっと待って。Makiの話の聞こえようみたいな。やさしいです。アメリカの大学では英語が話せない人はバカだと思われていると聞いたことがあるけれど、そういうことはなくてホッとしています。みんな、ファミリーメディスンをやっている人たちだから英語を母国語としない人とのコミュニケーションには長けてます。

草場：そうそう、このコースの良さはそこなんですよね。他にも色々なマスターコースはありますが、これは家庭医による家庭医のためのコースということで、そういう安心感がないですか？

西村：あるある。基本的に同類の人たちだものね。

対 談

草場：このプログラムの責任者の Judith Bell Brown 先生もどんどん日本から来てくださいますとおっしゃっていましたね。

西村：彼女は京都 WONCA のときに来日しています。日本、大好きです。「神社と寺はどう違うのか、説明して」と、ある時言われてそれに答えるために調べちゃいましたよ。

草場：一人でも多くの日本の家庭医がこのコースを選んでくれれば嬉しいです。ホームページをぜひ覗いてみてください。

<http://www.uwa.ca/fammed/grad/index.html>

一同：じゃあ、今日はありがとうございました。