

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

最近注目を浴びている「総合診療医」。人びとの健康を支えるオールラウンダーを目指して日々奮闘している前野先生と若き医師たちが熱い思いを語り合いました。
プログラムに対する思い入れがそのまま伝わる熱い語り口。
笑いあり、ヒートアップあり！と教育現場でのリアルな声をお聞き下さい。

総合診療医の未来予想図



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

レジデント(後期研修1年目)



稲葉 崇



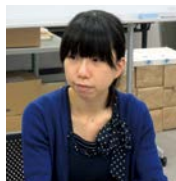
海老原 稔



高橋 弘樹



一ノ瀬 大地



久野 遥加



大澤 亮



富永 さやか

CONTENTS

- 1 第1部
総合診療医とは?
－「場を診る」「まるごと診る」「ずっと診る」－
- 4 第2部
総合診療医に集まる期待
－地域医療の切り札となる存在－
- 7 第3部
養成する医師像
－人びとの健康を支えるオールラウンダー－
- 10 第4部
後期研修プログラムの実際
－めざすなら、本気で－
- 14 第5部
筑波のプログラムはここが違う!
－大学であり、大学でない－
- 18 第6部
「なりたい医者になる」ために
－キャリアパスに関するメッセージ－



第1部

総合診療医とは？

－「場を診る」「まるごと診る」「ずっと診る」－

稲葉 総合診療医が注目されているようですが、人によってイメージが違うようで、混乱しています。

前野 総合診療っていうと鑑別診断をする人、振り分け外来と言うイメージで語られることが多いんですけども、それはごく一部で、我々の最終目標は、「場を診る」「ずっと診る」「まるごと診る」医者なんです。それがもとで総合診療医のアイデンティティであり、幅広く見る能力は、そういう医者になるために必要な能力なのです。

稲葉 それはどういう意味ですか？

前野 それではこの街のイラストをみて下さい（図1）。稲葉先生、この街はどんな街だと思いますか？

稲葉 心疾患ばかりですね。

前野 そうですね。こんなふうになんか心疾患しか発生しない街っていうのはありますか？



稲葉 ないです。

前野 そうですよね。あるとすればきっとそこは循環器病棟ですよ（笑）。

「場」を診る

前野 じゃ街ってどうなのかというと、実際にはこんな感じです（図2）。頭が痛い人もいれば、めまいがする人もいます。頭が痛いから神経内科とは限らないし、めまいがするから耳鼻科とも限らないですよね。総合診療は確かに鑑別診断のところで取り上げられることが多いですが、それはこの部分を使っているんですね。でも実際には、診療所にいくと、ほとんど高血圧、糖尿病の慢性期の患者ばかりで、鑑別どころか、初診の患者もあまりいないところがたくさんあります。

さて、じゃあ、このタバコをやめたいって言う人は何科に行けばいいですか？この人は介護が大変で倒れそう、でもまだ倒れてない。倒れないように働かせるのは何科の仕事ですか？ここで返事に困ってしまうのは、そもそも病院というのは基本的に病気になってから医者と患者さんが会おう所という位置づけになっているからです。だから病気になりそう、だけどまだ病気になっていない人が行くとこ



ろではないからなんですね。でも実際「この街の健康を守る」ということになれば、この人たちのケアも重要になってくる。つまり、病院の中の医療というだけではこの街の健康を守れないのです。

この図のように、子供だったり大人だったり、外科疾患だったり皮膚科疾患だったり、様々な病気が発生するのが街です。だから街を診る医者っていうのは、これらに対応できる医者ってことなんです。

つまり診る対象が「臓器」ではなく「場」であれば自動的に総合診療になるんですよ。例えば、大澤先生が豪華客船のオーナーだとして。その船は一度出航したら20日間寄港できない。で、医者を一人だけ連れて行くと言ったら、先生は何科の医者を連れて行きますか？

大澤 いろいろ診られる方ですね。

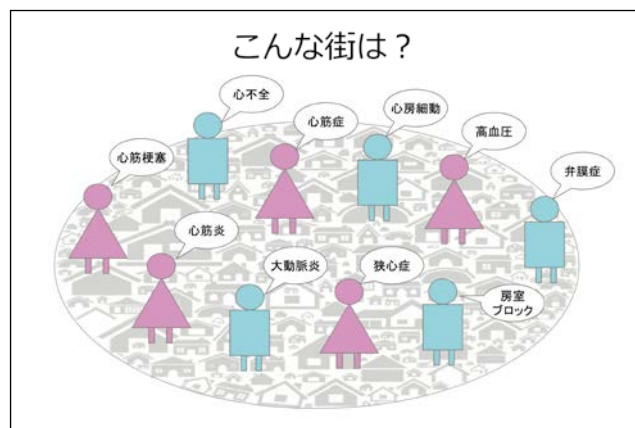


図1

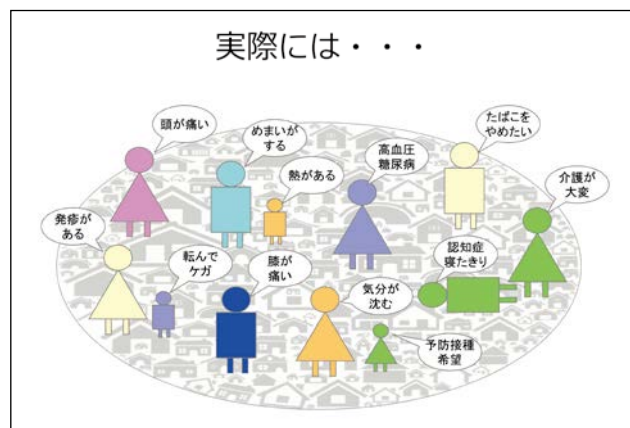
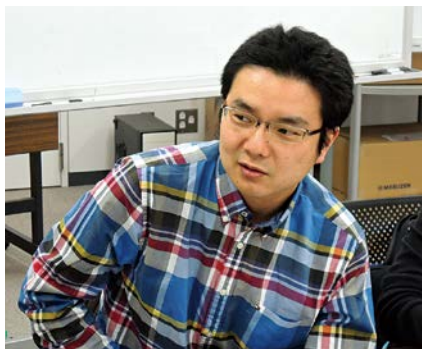


図2

前野 そうですね。総合診療科の先生です。要するに、「場」には、肝臓に病気がある人や、骨に病気がある人が選択的に集まっているわけではないから、「場」を診る医者イコール総合診療医なんです。実際、診療圏という言葉があります。自分の働く診療圏の人たちの健康を守る為には総合診療の力がないと守れないんですよ。



まるごと診る

前野 次に、こちらのイラスト(図3)を見てください。この人は足がかゆい、腰が痛い、精神的に落ち込んでいる、トイレが近いという問題を抱えている。こちらの人は膝が痛い、咳が出る、胸が苦しい、めまいがするという問題を抱えているわけですが、これを臓器別で診るとこうなります。

じゃあ高橋先生、この男の人はインフルエンザの予防接種を打ってほしいんですけど、誰に頼んだらいいですか?

高橋 ………?

前野 では何科に頼めばいいですか?

高橋 総合診療科です…
(全員笑い)

前野 この人が例えばお腹がいたくなったりして、消化器科を受診したとしても、実際には消化器疾患とは限らないですよね。このように、ひとりの人が複数の健康問題を抱える人は決して珍しくなく、極めて当たり前のことなんです。

なので、この図のように(図4)まず総合診療医がみて、手術のような高度医療が必要であれば、臓器専門医に紹介する、という枠組みが必要になってくる訳ですね。このように、1人の患者の持つ健康問題を全部マネジメントする、つまり「まるごと診る」医師になりたいと思ったら、どんな力が必要かというと、やはりこれは総合診療の力が必要になります。逆に、総合診療の力がないと、この人をまるごと診てあげられない、ということですね。

ずっと診る

前野 次に、こちらのイラスト(図5)を見てください。ある一家が引っ越して来ました。「私達が病気になったら診てもらえますか?」と聞かれました。

でも、父親は3年後に胃がんになるかもしれない、母親は来月風邪を引くかもしれない、子供は3ヶ月後に下痢をするかもしれない、こればかりはわからないですよ。『うーん、〇〇の病気になったら来なさい』これでは「かかりつけ医」とは言えないですよ。

かかりつけ医とは、「困ったことがあったら何



でも相談してください」と言ってくれる医師です。この先生がなぜそう言えるかというと、捻挫でも、うつ病でも、風邪でも、肺炎でも診る力を持っているからです。ということは、患者さんに「困ったことがあったら何でも相談してください」といえる医者になりたかったら、そのバックグラウンドには総合診療の力がないといけません。

総合診療医は患者さんのライフステージが変わっていく中で、ずっと一緒に診ていくことができる医者です。よく総合診療科は「振り分け外来」と言われるけれど、振り分けは「ある一点で出会い、振り分けて、離れていく」というイメージがあります。しかし、実は総合診療科って最も長くつき合える科なんです。認知症になっても、寝たきりになっても、がんになっても、肺炎になっても、それぞれに対応できる力があるから一番長く患者さんと一緒に走っていける科なんです。つまり、継続的に診るということは総合診療をやる、ということです。このように、になりたい医師像が「場を診る」、「まるごと診る」、「ずっと診る」医者であるならば、たしなみとして総合診療の能力を持っていなければならない、ということです。

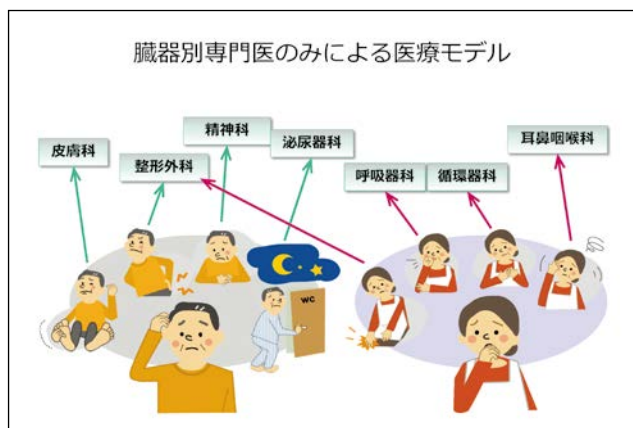


図3



図4



なぜ総合診療医になりたいか

前野 これを住民の視点にして反対から見てもみましょう(図6)。

「場を診る」、「まるごと診る」、「ずっと診る」医者は、住民の視点に置き換えると、「近くで」「何でも」「いつでも」診てくれる医者ということになります。

つまり我々は、患者さんにこう思ってもらえる医者になりたくて、総合診療医をやっているわけですね。これが我々の目指す総合診療医の最終的な目標なんです。幅広く診るのはそれ自体が目的ではなく、このような医師になるための手段である、ということを理解してほしいと思います。

ングは、診療所・小病院でも地域中核病院でもやらなければならないのです。

よく、病院総合医に診療所研修はいらないとか、将来診療所で働くので病院研修はいらないとか言われますが、皆さんの後期研修が終わった時点というのは、ゴールではなく専門医としてのスタートなんです。将来的には在宅に軸足を置いたキャリアでもいいし、病院に軸足を置いたキャリアでもいい。だけど、そのスタートラインに立つための総合診療専門医になるためのトレーニングでは両方やらないとだめなんです。急性期疾患が診れないと在宅は診れないし、「患者を帰した後のことがわからない」では病院総合医は務まらない



い。だから、両方のトレーニングを受けてしっかりとした基礎を作り、専門医を取ってから、どちらか自分が好きな方に軸足を置いた診療をやればいいと思います。

一ノ瀬 よくわかりました。

(次号に続く)

大病院で総合診療科は成り立つの？

一ノ瀬 になりたい医者としてはそうなんですけど、大きい病院での総合診療科の立場が難しいかなと思うのですが？

前野 このスライド(図7)をみてください。総合診療医と臓器別専門医の関係とは、このように考えるといいと思います。この黄色で示したエリアが地域医療のフィールドなんですけど、実は地域医療は診療所だけじゃ成り立たないのです。

確かに高血圧・糖尿病は診療所でフォローできる疾患ですが、例えば虫垂炎とか肺炎、脱水などの入院は、地域ベースの入院施設が必要なんです。ですから、皆さんのトレーニングは、診療所・小病院でも地域中核病院でもやらなければならないのです。

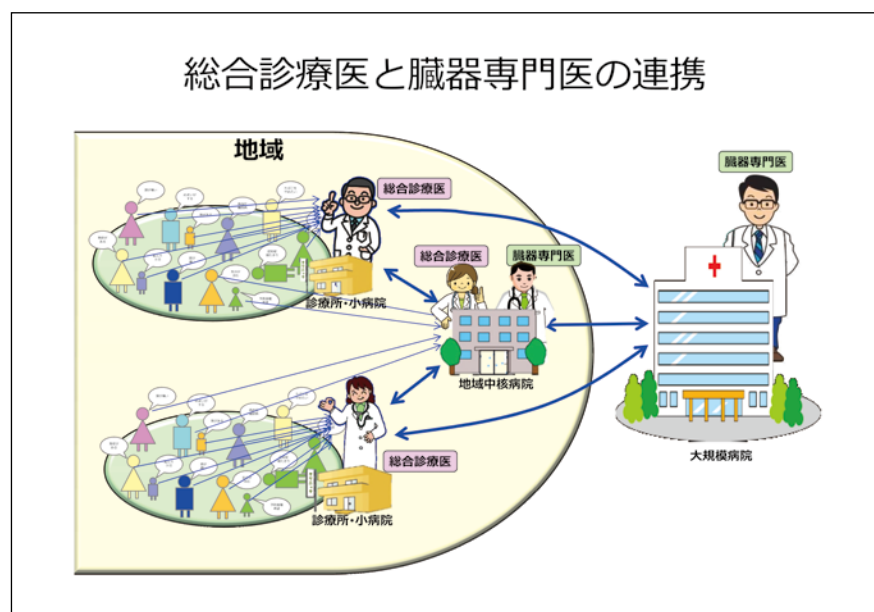


図7

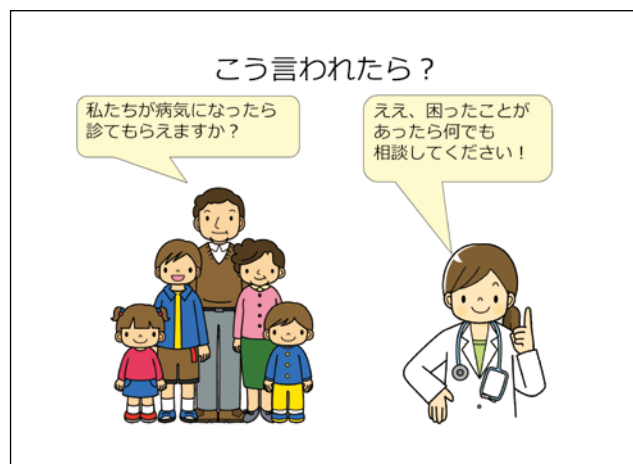


図5

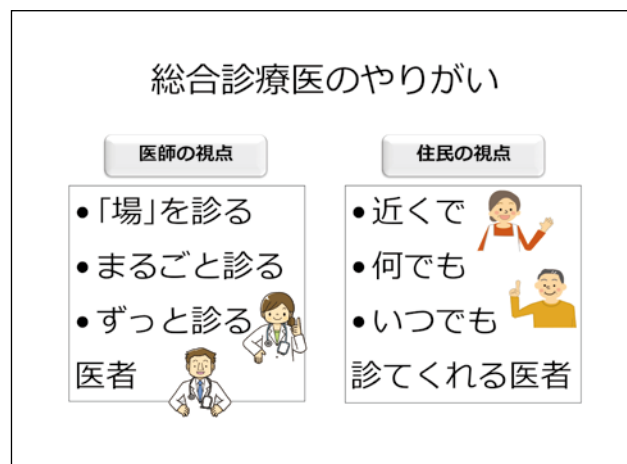


図6

第2部

総合診療医に集まる期待

ー地域医療の切り札となる存在ー

総合診療医は時代のニーズ!

大澤 総合診療科に進む人はまだ少ないと思うんですが、これから増えていくのでしょうか?

前野 ええ。総合診療医は今すごく注目されています。その理由をこれから少しお話ししようと思います。

まず、今は医師不足問題が顕著で、医療が逼迫していることは皆さんもよく知っていますよね。これは、言い換えると医療の需要と供給のバランスが崩れている、ということです。これをなんとかする方法には2つあります。富永先生、何ですか?

富永 需要を減らし供給を増やすことです。



前野 そうですね。ではどうするか。まず需要ですが、強制的な受診抑制をせずに需要を減らすためには、「できるだけ病気になるようにする」、「不必要な受診を控える」といった対策になります。こういう予防医学的なアプローチって、まさに総合診療科の仕事でしょう?

大澤 そうですね。

前野 次に供給を増やすことですが、絶対数を増やすことについては、国も医学部の定員を増やしたり、女性の復職支援を推進したりしていますが、効果が出るまで長い時間がかかります。目の前の患者をどうするかという課題解決には間に合わないですね。そこで発想を転換して、相対的に提供者を増やす、そして生産性を上げるという考え方があります。

例えば、人口1000人の街に、カテーテル治療しかやらない先生と外科手術しかやらない先生がいたとします。医師が2人いたとしても、それが役に立つ機会ってすごく少ないでしょう?

だから一人の医者がマルチユーティリティでいろんな役割を果たすことができれば、同じ医師数であっても、生産性がある、つまり相対的に供給が増えることになるわけですね。稲葉先生、そういう意味で一番何でもできる科って何科ですか?

稲葉 総合診療科です。

前野 その通りです(笑)。だから、総合診療科を増やすってことは、実は医師不足対策になる、つまり総合診療医を増やすことは時代のニーズである、ということです。

あと、医師の偏在って言葉があるけど、総合診療科にはそもそも診療科偏在が存在しないので、総合診療科の医者がいれば診療科偏在も解消されることになります。

代表選手の選考のカギは「ユーティリティプレイヤー」

前野 今、サッカーのワールドカップが開かれています(注:この座談会は2014年6月に収録)、ザッケローニ監督が日本代表メンバーを発表した時のコメントを紹介したいと思います。ところで、ワールドカップって23人しか連れて行けないんですよ。もし、100人連れていけるのであれば、右からのフリーキックだけ上手い人とか、そういう人でも連れて行けるのかもしれませんが、そういうわけにはいかないですね。そして世界の強豪と戦うという非常にタフな所で結果を出さなくちゃいけないわけですよ。で、監督はどうやって選手を選んだのか?監督のコメントによると、「代表になれる選手はたくさんいたけれど、『チームの

和』と、ユーティリティプレイヤー、つまり複数のポジションをこなせるということを選考の基準に入れた」そうです。これを医者に置き換えれば、ある街に一人しか医者がいなかったら、そこで働くべき医者は、チーム医療ができて、いろいろな人を診られる人、ということですよ。

総合診療医をめぐる国の動き

前野 これまで話してきたように、総合診療医は、社会的にみても重要な存在になっているわけです。実際、国策として総合診療医の養成に向けて動き始めているんですね。その例を3つ紹介したいと思います(表)。ひとつは社会保障改革国民会議。そこに、総合診療医は地域医療の核となり得る存在であること、「総合診療専門医」制度を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要、と書かれています。この国民会議は消費税の導入に伴って、内閣府に設置された日本の社会保障のあり方の基本方針を決めるもので、厚労省の審議会よりもずっと上のレベルの会議です。

つまりこれは、一つの診療科の話ではないのです。日本の地域医療、これからの超高齢社会の医療に対応していくために必要な存在として、総合診療医を増やしていくことは国の方針である、ということです。

総合診療専門医は地域の健康を守る専門医

前野 次にこれは昨年出た専門医のあり方検討会の報告書です。つまり国の全体の専門医のあり方に関する提言です。これまでは、専門医は何かひとつの領域を深めるものなのだから、「総合診療の専門医」とい



総合診療医に関する提言

社会保障制度改革国民会議報告書(2013.8.6)

- ・「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在であり、その専門性を評価する取組(「総合診療専門医」)を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要である。

専門医の在り方に関する検討会報告書(2013.4.22)

- ・総合診療専門医は、従来の領域別専門医が「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。
- ・総合診療専門医は日常的に頻度の高い疾病や傷害に対応出来る事に加えて、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応出来る「地域を診る医師」の視点が重要である。
- ・地域のニーズを基盤として、多職種と連携して、包括的且つ多様な医療サービス(在宅医療、緩和ケア、高齢者ケアなど)を柔軟に提供し、地域における予防医療・健康増進活動等を通して地域全体の健康向上に貢献出来る。

規制改革に関する第二次答申(2014.6.13)

- ・プライマリ・ケアを専門に担う医師が地域住民の身近な存在としての診療を担い、高度な医療を行う病院との適切な機能分化を進めるため、プライマリ・ケアを専門に担う医師の育成に向けて、当該専門性に係る卒後の教育・研修制度(疾病や傷害の予防、介護、保健、福祉等、地域医療に必要な知識を広く習得する仕組み)や、当該専門性に係る資格の更新制度、診療の質を維持するための継続的な研修の検討に対し、必要な支援を行う。

表

うのは矛盾している、という意見がありました。が、専門医制度に関する公式文書のなかで、「総合診療専門医は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」とはっきり位置づけられました。このインパクトは極めて大きいと思います。

そしてここでも、さっき話したように「地域を診る医師の視点が重要」と書かれています。総合診療医を「ドクターG」のように鑑別診断する医師だと思っていると、総合診療医に「地域を診る視点」が求められる意味がわからないと思うんですね。先ほどお話ししたように、総合診療医の最終目標の一つである「場を診る」をイメージしてもらえると、その意味がよくわかると思います。そしてさらに多職種連携、在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア、予防医療等を通して地域全体の健康向上に貢献できる、と書いてありますが、我々総合診療医に求められているのは、「病気を治す」という考え方をさらに広げて「地域の健康を守る」ということですので、そこまで含めた専門的な幅広さが要求されているのです。

総合診療医のニーズは 確実に高まる

前野 そして、これは規制改革会議第二次答申の資料です。これも内閣府に設置されているものなのですが、その中で、プライマリ・ケアを専門に担う医師の育成に向けて、研修制度、専門医制度について必要な支援を行う。と明確に書かれています。

ということで、情報はまだまだ医療界には十分に伝わっていないけれど、確実に国は動き始めています。そしてしばらく遅れて医療界は目に見えて変わっていくことは間違いありません。なので、まだ大きなムーブメントが起きる前に皆さんがここにいるということは、もの凄いい先見の明があるということになりますね(笑)。

総合診療医はどのくらい必要か?

前野 ちなみに総合診療医の数はどれ位が適当かといいますと、国によっては半分が総合診療医(家庭医)という所もあります。つまり医学生が1学年100人いればそのうち50人が卒業後に総合診療医になるということになります。それはさすがに無理でしょうし、

国によって事情も違いますから、我が国ではどうかと言うと、厚生労働省の資料によると、20%~30%程度とする意見があるようです。現在家庭医療専門医のプログラム登録者は年間約100名、つまり卒業生の1%くらいですから、仮に20%とすると今の20倍、かなり少なめに見積もって5%としても、今の5倍に増える、ということになります。近い将来、総合診療専門医を目指す後期研修医が急増する可能性が高い、ということがわかってもらえると思います。今、明らかに行政はこの流れで動き始めていますので、総合診療科には国レベルでこれから大きな追い風が吹くということは確実だと思います。

専門医は将来引っ張りだこ 間違いなし!

前野 ここでちょっと考えてみてほしいのですけれども…久野先生が出身地の島根にプログラムを作りたいとして、さあ、作ろうと思ったとき誰が必要ですか?責任者がいるでしょう。

久野 はい。

前野 プログラム責任者ってどんな人じゃないといけないですか?

久野 それは…総合診療科の専門医、ですか?

前野 そうですね。総合診療の専門医になるのに何年かかるか、わかりますか?

久野 初期・後期合わせて5年ですね。

前野 ということは、5年前から始めていないと、そこにプログラム責任者を置けないわけですよ。

久野 そうなりますね。

前野 つまり、これから全国一斉にプログラ



ムを作ろうって動きが起きてても、5年前から始めていないと核となる指導医がいらない、ということなんです。わかりますか?すでに総合診療専門医のトレーニングを受けた医師は少なく、これから、うちでも総合診療医を養成したいという動きがどんどん加速して行くと、空前の指導医不足が起こるだろうと思います。そんな時皆さんが専門医を取ったら「先生は専門医をお持ちなんですか?それなら是非うちに来てください!」と引っ張りだこになること間違いなしですね(笑)。

総合診療医は、まさに時代のニーズにマッチしたキャリア!

前野 総合診療専門医(現在は家庭医療専門医)はまだ不足していて、県に一人しかいないところもあります。なので、皆さんが現在やろうとしていることは、それだけ社会から求められる、価値のあることで、貴重な存在になれる。そういうところに皆さんは今立っているわけですね。もちろん貴重な存在になるために総合診療医を目指したわけではないと思いますが、今皆さんは、それだけの価値のある、明るい未来のある、非常に時代のニーズにマッチした進路を選んだ、ということは自信を持っていいと思います。

専門医はどれ位いるの?

稲葉 今現在、総合診療の専門医を目指している人は増えているんですか?

前野 実際に研修プログラムに登録している後期研修医は、今のところ、あまり増えてないんですよ。現在、一学年100名弱ですね。プログラムの数は毎年着実に増えているんですけど、実は今の専門医プログラムは約半分は空席なんです。そういう現状にあります。

富永 そうなんですね。

一ノ瀬 さっきその、ある県では一人ということですが、総合診療医の偏在が起きているということですか?

前野 その通りなんです。なので、プライマリ・ケア連合学会としては現場で長くやっていた

人が筆記試験を受けて認定医を取得し、その後指導医講習会を受けてプログラム責任者になることを認めています。ただし、あくまでこれは過渡的な措置で、将来的には「専門医が専門医を育てる」という形になっていくだろうと思いますが、現時点でそうなっているプログラムはすごく少ないんです。

今後、総合診療専門医を目指す人が急増した場合、いわゆる初期研修のマッチングのようなことが起こるんじゃないかと思います。つまり、専門医もいて実績もあるプログラムとそうではないプログラムとでは、希望人数に大きく違いが出てくる可能性があります。ちなみに家庭医療専門医(総合診療専門医)は全国で384人しかいないんですが、筑波にはそのうち21人が在籍しているんですよ。これは全国有数の規模であり、大学でみれば間違いなくトップクラスです。だから筑波は、今後専門医を育てるのはもちろんのこと、全国的に活躍できる指導者を育てるという仕事もやっていかなければいけないと思っています。

標準的な能力を担保された総合診療専門医を増やす!

久野 総合診療医は未来が明るいということなんです、やっぱり「総合診療医って何?」って言う先生方も多くて、開業医の先生方とどう違うのか、という意見もあったり、病院の中で内科はすでにあって、さらに総合診療を新しくつくとやっぱり立場が難しい場合もあるので、そういう意識を変えていくのは難しいのではないのでしょうか?

前野 そうですね。手術と違って、総合診療は他科の先生でも経験的に手が出せますし、もちろん他科の先生の中には総合診療医としても素晴らしい先生もたくさんおられます。そういう先生方が日本のプライマリ・ケアを支えているんだけど、そのクオリティは個人の能力や努力に依存している部分が大いんですよ。だから、体系的な教育を受け、標準的な力を持っていることを担保された総合診療医を増やしていかなければいけない。



それが総合診療専門医制度、ということですね。

海老原 もともと他科の専門医の先生で、いま実際に総合診療を担っている先生方も、いずれ総合診療専門医を取るというような流れになって行くのですか?

前野 将来的にはそうなると思います。ただ、現時点では、まず新卒で研修を受ける後期研修医向けのプログラムを確立させる議論を優先させる、という方針で進んでいます。まずは皆さんが専門医になるうえで必要とされるコンピテンシーとプロセスを決めて、それから、それと同じ称号を使えるためにはどんな研修や資格の認定が必要かという議論が進められると思います。もちろん、専門医でないと総合診療ができない、ということにはすぐにはならないと思いますが、「運転ができる」ということと、「免許をもっている」ということは違うわけです。免許はそうそうとれるものではないから、きちんと品質保証されたライセンスを持っている、というのはすごく存在価値があると思うんですよ。

富永 総合診療を取る集団が増えてくると、大学の中でもそれに理解を示す人も増えていくのでしょうか?

前野 おそらく、だんだん増えていくと思います。特に19番目の基本領域の専門医になったことが大きいですね。最近になって、いろんな大学で、うちでも専門医を育てなければ、というところが増えてきています。それから、卒前教育のなかで地域医療の現場を診る機会がすごく増えている。それを低学年のうちから見て、最初からそれが当たり前として育てば、段々その辺の理解は進んでいくと思うんですね。

(次号に続く)



第3部

養成する医師像

—人びとの健康を支えるオールラウンダー—

地域医療は「暮らしの中の医療」

高橋 つくば家庭医・病院総合医プログラムで目指すゴールとはどんな医師なんですか？

前野 一言でいうと、「人びとの健康をささえるオールラウンダー」です(図1)。今まで話してきたように、地域に生きる、すこやかで豊かな生活を送るために貢献できる人ということです。「地域」って非常に曖昧な言葉で、地域医療って何ですか?と改まってきくと、答えは難しいですね。私は地域医療は「暮らしの中の医療」だと思っています。健康ということに関して安心して暮らしていけるようにサポートする。だから、病気になった後にそれを治すだけではなく、病気にならないお手伝いも、病気を抱えて暮らしていくお手伝いもす



る。病気に対する不安にも対応する、ということです。そして、もうひとつ大切なことは、マインドだけではなく確かな腕をもっているということです。つまり「親身に相談にはのるけど、診断能力が低い」とか「家族に配慮するけど、抗生剤の適応が誤っている」ということではなく、臨床医としての確かな腕を持ち、そしてプロフェッショナルとして地域の人々の健康に貢献できる人のことです。それを「人びとの健康を支えるオールラウンダー」という言葉で表現しています。

診断力・決断力・チーム力・人間力がある医師を!

稲葉 具体的にはどんな医師ですか？

前野 もちろん、医学知識や注射ができるという基本技術は身につけていなければいけません。だけれど一つとして同じ場面がない臨床において、問題の根源を見極めて素早く適切なタイミングで、皆と力を合わせて心の通った医療サービスが提供できる、ハイレベルなプロフェッショナルになってほしいと思っています。それを、短いキーワードでまとめたのが、「診断力」・「決断力」・「チーム力」・「人



間力」です(図2)。この診断力というのはいわゆる病気の診断だけじゃなくて、「この人には家族を含めた介入が必要だ」とか、「この人にはこういう心理社会的背景が潜んでいる」といったことを見極める力ですね。

そして決断力。適切なタイミングで、適切に判断し、方針を決めて行動に移す。そのためには、数多くの情報をきちんと処理し、さまざまな角度から解釈し、それを実行できる力が必要です。

それからチーム力。自分だけでなく他科の先生、他の職種を巻き込む。どんなスーパーマンでも複雑な医療をひとりで診ることは絶対にできないので、最終的に住民にいいサービスを提供できるということは、それを上手に使える力も含めての能力なんですよ。それから、チームの力を引き出す、つまり組織をマネジメントしていくためには、医学的

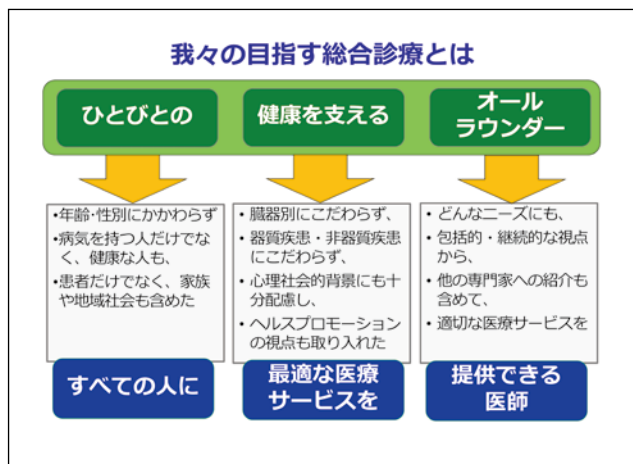


図1

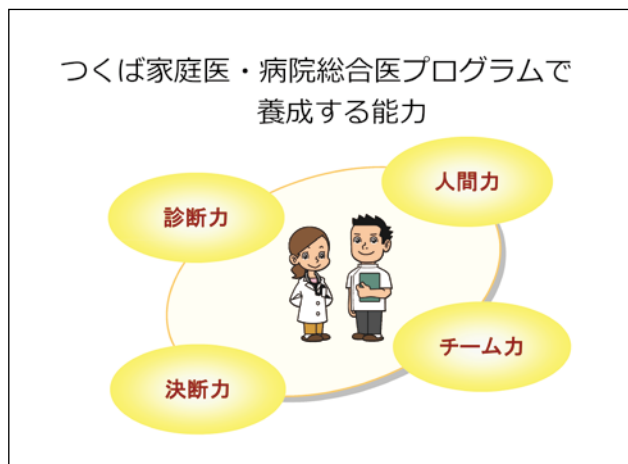


図2

な知識やトレーニングとは違う、組織人としてのスキル、我々はノンテクニカルスキルって呼んでますが、皆さんにはそういうところも是非勉強してほしいですね。

人間力というのは、人の悩み、苦しみを放っておけない気持ち、健康で幸せな生活を願い、サポートしたいという気持ち、「人のために役に立ちたい」という気持ちなど、総合診療医の基盤となる人間性のことです。

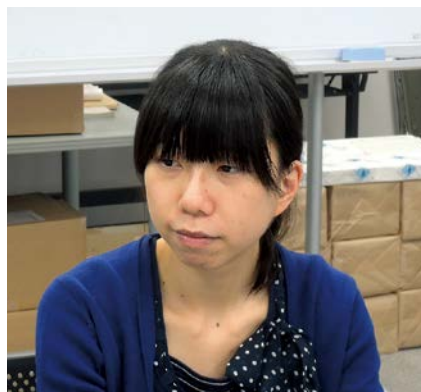
いつも、ずっと寄り添える医者には

前野 それから、この「オールラウンダー」については「いつもずっと寄り添える医者」をイメージしてほしいと思っています。

例えば、腹痛があって、消化器内科でも婦人科でも、どの科で調べても器質的な異常が見つからない患者さんがいたとします。すべての科で「これはウチの科ではありません」と言われたら、患者さんは途方にくらえてしまいます。だから、「すべてを引き受ける」「ずーっと寄り添っていく」そういう気概、プライドを持ってほしいですね。そういう気持ちを持って、いつでも、どんなことでも、選り好みせずに…選り好みしないのは我々総合診療医のアイデンティティともいえる特性なので、どんな健康問題にもじっくり引き受ける、そんな気持ちでいてほしいなと思います。

本当の総合診療医とは…

前野 この「選り好みしない」は、診療のセッティングにもあてはまります。たとえばICUがあって、すぐCTが撮れて、相談できる専門家も揃っている。そこなら普通にやればいい医療ができるでしょう。でも実際には、そうじゃない地域がたくさんあるんです。医師不足地域とか、地域の中に設備の整った病院がないところとか。そういう状況でも人が住んでいて、医療を必要とする患者がいる。その中で「あそこは指導医がいない、放射線科医がいない、夜間検査ができない、だから僕は総合診療医ができない」とか「私は総合診療は完璧にできるんだけど、それには条件があって



24時間CTが撮れる所じゃないとダメです」とか言う医者。そんな医者を久野先生どう思いますか?

久野 本当の総合診療医ではないと思います。

前野 そう思うよね?つまり実際にそういう設備がない所で、敢然とそこに飛び込んで医療を提供している人がいるから、そこの医療は何とかなっているわけですよ。多忙をきわめる中では、時間もマンパワーも恵まれている環境と同じ診療ができないこともある。それを外から評論家的に、この時点で何でこの所見を取っていないんだとか、アニオンギャップ計算してない、とかいろいろ言うのはいくらでも言えるんです。でも、実際にそこで働き、地域の役に立っている、それに勝るものはないと思います。

「あの先生ならきつと何とかしてくれる」と信頼される医者には

前野 私が育てたいと思っているのは、十分に医療資源に恵まれているとはいえないタフな環境であっても、「あの先生なら何とかしてくれる」と周囲から信頼される医者です。元来、総合診療医は、そういう条件が悪いところでも「最も何とかできる」医者です。みんなが水戸協同病院でしっかりとした指導を受けて、力をつけているのは何故か、在宅もちゃんとやり、筑波メディカルセンター病院で救急でもちゃんと研修するのはなぜか。それは、そこで培った「何とかできる力」を身につけているからこそできる医療を、最も困っている所にいる人びとに届けてほしいからです。もちろん、

医療的にイケてないところで、イケているところと同じ医療はできないですよ。だけどその与えられた中で最善の医療を行う、条件は悪くても「あの先生ならきつと何とかしてくれる」と思ってもらえる、そういう応用力を身につけることをゴールにしてほしいなあと思っているのです。そもそも、選り好みしないのが総合診療医ですから、「この場でなら診療ができる」と選り好みしているようでは未だ一流ではないのです。だから、いまちゃんと教育設備が整っている所で働いているのは、将来一流の総合診療専門医となって社会に貢献するためである、そういう気持ちを持って下さい。

総合診療医と救急医の違いは?

大澤 臓器を選ばないという意味では、総合診療専門医と救急専門医は共通していると思いますが、具体的にはどこが違うのでしょうか?

前野 よく聞く質問です。何が違うかという、一番は時間の概念だと思います。救急では「明日まで待てるか」ということがトッププライオリティで、「この患者さんは10年後どうなるだろう」ということはあまり重視されませんよね。実際に、明日まで待っても問題ないならば昼間に専門外来で診てもらってください、というスタンスであることが多いですよ。

だから、救急には継続的な医療とか予防という要素に関するウエイトは高くありません。例えば救急外来で減塩指導をしたり、禁煙を支援したりすることはないでしょう?

大澤 先ほどの3つのキーワードでいうと、救





急医は「まるごと診る」はできるけれど、「ずっと診る」と「場を診る」のウエイトは高くない、ということですね。

前野 そうですね。

チーム力・人間力は修得できる？

高橋 チーム力、人間力についてですが、チームをマネジメントする力とか、人間を深める為のリーダーの力とかが重要ということですが…医学的な知識とかは勉強すれば何とかなるかなあとは思いますが、そういう力ってイメージとしては、勿論それをトレーニングすればできるようになる可能性はあると思うんですが、結構自分の性格とかパーソナリティの部分で苦手だなぁと思うところもあるんですよ。だからそういう力を自分が獲得できるのか不安がちょっとあるんですが…



前野 リーダーシップの本には、「リーダーシップは後天的なものである」とはっきり書いてあります。できないことはないと思いますよ。人にはそれぞれ強み弱みがあるので、その人の強みを活かすようなリーダーシップスタイルをとればいい。そして、自分の弱いところは人の助けを借りるとか、自分のことを認識していれば、それはできると思うんですね。それと、これは「否応なし」なんです。例えば、開業した途端、その人は経営のマネジメントをし、職員のいざこざも解決しなくちゃいけない。医療廃棄物をどこに捨てるかの心

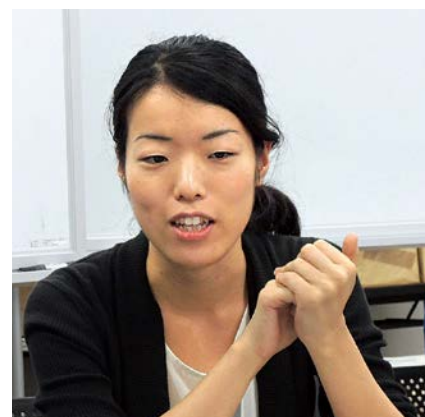
配、収入の心配もしなくちゃいけない。開業しなくても、学年が上がっていくと、「じゃあ医療安全対策委員長やって下さい」とか「研修管理委員長やって下さい」とか、そういう直接的な臨床以外の仕事がひとりについていきますね。実際、周りを見渡して50歳で診療しかやってない医者って、まずいないでしょ？それに総合診療医が一番総合診療医らしさを発揮するためには、みんなを巻き込むことがすごく大切で「巻き込める能力」を含めて総合診療医の力なんです。もちろん才能に恵まれた人、というのはいると思います。でもきちんとトレーニングすれば一定のレベルまではみんな行ける。だからそれはそう言う意識を持ってやってほしいと思います。大丈夫ですよ。

高橋 はい。

最後は総合診療医としてのプライドで…

富永 あの先生ならきっと何とかしてくれるという総合診療医に対する期待がすごく高まっているのはすごくわかるんですけど、その期待に答えられなかった時の落差が激しいなど逆に思ってしまう。その点、臓器専門医ですとある意味「ラク」って気がして…総合診療医はそういう仕事だということを、医療者以外の人も理解してくれないとやりづらいなと思うんですけど…

前野 そうですね。自分たちのやっていることもちゃんとアピールしていくし、足りない予算や資源も上手にやり繰りして持ってくる。それも含めて、マネジメントなんです。しかしそれでも、あまり良く見ていない人にはそれはわからないかもしれないし、文句も言われるかもしれない。時には損な役回りを引き受けることもある。結局そこを乗り越えるものが何かというと、私はそれは「プライド」だと思うんですよ。総合診療医としてこうあるべきというプライド。じゃあその見返りは何かというと、「やっぱり先生で良かった」とか、「先生なら何とかしてくれると思った」とか、「先生なら安心して何でも話せます」と言われること。それを燃料にしてプライドというエンジンを回す。勿論つら



い境遇にならなくてすみ環境整備も必要ですが、やはり、ここ筑波で育った人にはそういうプライドを持っていてほしいなと思います。

富永 （大きく頷き）わかりました。

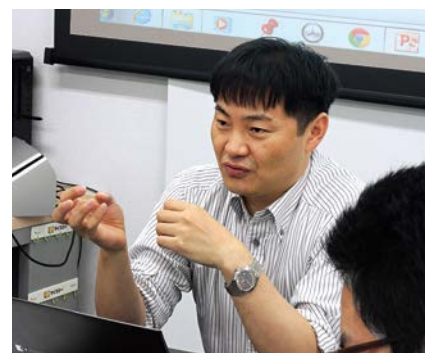
前野 最後は心ですよ。理屈じゃない。

富永 はい、そう思っていないと折れちゃうなと思います。

前野 だから、それをみんなで共有することはすごく大切です。去年、皆さんの先輩で県内でも一番医師が少ない地域の病院に行った先生がいましたが、私はその先生に会うたび、二言目には「偉い!」と言い続けてきました。そこでは、大学病院と同じ医療はできないかもしれない。でも、最も医師が求められている地域に自ら飛び込んで、実際にそこで困っている人に医療を提供しているんだから「偉い!」。行かないで外から文句言うことは誰にでもできるけれど、実際に行動を取ったあなたを上回るものはない。だから「偉い!」。皆さんも、そう言う気持ちは是非持ってほしいと思います。

富永 （何度も頷き）はい!

(次号に続く)



第4部

後期研修プログラムの実際

ーめざすなら、本気でー

めざすなら本気で
～ビリッケツではなくトップを!

海老原 筑波ではどんなポリシーを持ってプログラムを運営しているのでしょうか?

前野 すぐれた総合診療医を育てることに
関しては、「妥協しない」という気持ちを持って
臨んでいます。それが、うちのスローガンで
ある「めざすなら、本気で」ということですね。
プライマリ・ケア連合学会が定めた研修プロ
グラムの認定基準があるのですが、その最
低限をギリギリでクリアするのではなく、なる
からには立派な総合診療医になってほしい。
要するにビリッケツではなくトップを目指し
たいと思っています。そして筑波は、それだけの
ポテンシャルのあるところだと思っています。
なので、皆さんもそのつもりで研修に臨んでほ
しいし、我々もそのつもりで指導に当たりたい
と思っています。

優しいヤブ医者はいらない!

前野 さっき言った地域をまるごとみるという
マインドはとても重要ですが、マインドだけ
ではダメなんです。患者さんの訴えに耳を傾
けることができるけども、10年前の高血圧の
ガイドラインしか知らなかった、では困るわ
けです。つまり、優しいことは大切、だけどヤ
ブでは困る。よく、優しい医者と腕がいい医者、
どっちがいい?と聞かれることがありますが、
優しいことと腕がいいことは、右か左かのよ
うな二律背反ではないんですよ。両方とも大
事にできるんです。なので皆さんは「優しく
て腕のいい医者」になってください。患者さん
の話の聞いたり、家族背景にもきちんと考
慮する。そして、きちんとレントゲンが読
める、外傷処置もきちんとできる。そんな
医者になってほしいと思っています。

海老原 やっぱその道をめざすならヤブ
医者じゃだめだし、「めざすなら本気で」と
いうのはいいですね。

前野 ええ。みんなもそういう医者を目指
して



ほしいし、後輩が入ってきたらそういう態度で
指導してほしいと思います。

なりたい医者になんとな

前野 よくプログラムというと、現場に放り込
んで、あとは自分で覚えろ的なパターンが多
いですよね。それと、現場を大切にしろ、座学
だけではいい医者になれない、といわれます
けど、実は、現場だけではいい医者になれな
いのです。例えば、まずラーメン屋が毎回
毎回まずラーメンを作る。100杯作ってもま





ずかった、じゃああと100杯作ったらおいしくなると思いますか？

稲葉 ならないです。

前野 どうやったらおいしいラーメンが作れるようになると思いますか？

一ノ瀬 おいしいラーメンの作り方をまず学ぶことです。

前野 そうですね。例えば、風邪に抗生剤をルーチンで処方する医者がいたとしましょう。それを100人に繰り返し処方していたら、いつの間にか適切に使えるようになるとは限らないんです。つまり経験は大事だけれども、「なりたい医者にちゃんとなる」なら理論を学ぶことも大事。要は「理論を伴った実践」ということです。ついでに、理論は、教育するときにも役に立つんですよね。「こんな感じでこうやればいいんだよ」では教えられないですよ。皆さんはいずれ指導医になっていくわけですから、その意味でも大切なことだと思います。

富永 今の先生の話聞いて、私も教育ができるようになるというのは大切だと思いました。現在、研修先で二人の研修医がついているのですが、自分が何となく理解しているんだけど、相手にわかる言葉で説明ができないので、今まで何となく過ごしてきたんだなということを感じました。理論も大事だし、実践も大事だし、これからはバランスをとりながらやりたいと思いました。

前野 実は我々も、あまり理論的なところはきちんと教えてこなかったところがあるんです



よ。今年からはその改善に力を入れていて、家庭医療学の基本的な考え方などについてのレクチャーシリーズを始めました。これからこういう機会を充実させて、レクチャーで理論を学び、その意識を持って現場に戻る。そして現場で、それをどう応用したかを持ち寄って共有する機会を計画的に設ける。この繰り返しを制度化して、理論と実践が皆さんの確かな血となり肉となって、「なりたい医者にちゃんとなる」仕組みを作り上げていきたいと思っています。

最適の場で最適の教育を

前野 もう一つ、我々が重視していることに、「最適の場で最適の教育をする」という方針があります。

例えば大学病院は特定機能病院なので、ここで風邪とか腹痛とかみることができない。市中病院ではcommon diseaseはたくさん診ることができるけれど、ひとつの症例に30分かかってじっくり話を聴くことができない。つまり、場によって研修できる内容が違ってくる。だから、バランス良く多様な研修をするためには、在宅を学ぶなら在宅の場で、救急を学ぶなら救急の場で、というふうに、研修目的に合わせて最適の場で最適の教育を受けられるようにしたい。我々は、ここにこだわっていきなりたいと思いますし、それが筑波の大きな特長の一つになっています。

総合診療だけじゃない キャリアがある

一ノ瀬 このプログラムで研修したらどんな医者になれますか？

前野 これもよく聞かれる質問なんですけど、総合診療医ってすごくたくさんキャリアがあるんです。代表的なのは診療所で働く、いわゆる家庭医と、地域ベースの病院で働く病院総合医ですが、実はね、これ以外にも総合診療の力があるからこそできる、総合診療医じゃないキャリアがあるんです。例えば、ジェネラルマインドを持った臓器専門医、地域医



療がわかる救急医、救急ができる在宅医、内科能力に長けた緩和ケア医、ケガ以外もトータルで診られるスポーツドクター、臨床のわかる行政職、臨床のわかる研究者、医療のあらゆるところに目配りができる管理職・経営者、地域包括ケアシステムのコーディネーターなどなど。それともう一つ、総合診療科の先生って医学教育のポジションについている人がたくさんいるんです。臓器別疾患以外に医学生が学ぶべき内容、たとえば医療面接を教える、身体診察を頭から足まで教える、臨床倫理を教える、となったときに、教えるのは総合診療医のバックグラウンドをもった医者が一番適しているんですね。このように、総合診療医は、そのまま真っ直ぐって道もあるけど、そこからキャリアはすごく広がるんです。今はまだイメージできなくていいんです。総合診療医としての基礎をしっかりと作ることが今の皆さんにとって一番大事なことです。ただその先にそういうキャリアもあるということを知っておいてほしいのです。筑波のプログラムは、大学が作っているプログラムなので、専門医を取った後にこういったさまざまな道に進む環境が整っていますし、そういったキャリアを精一杯応援したいと思っています。

オーダーメイド研修だから 一人ひとりにフィットしたものを！

前野 このように、同じ総合診療医であってもキャリアはさまざまですが、自分に一番ピッタリとフィットする研修は「オーダーメイド」に勝るものはありませんよね。ただし、このオーダーメイド研修が成功するには条件があって、それは選択肢があること、そしてコーディネート

力があること、この2つなんです。筑波は、これが両方とも揃っているのを、それを大いに活用してもらいたいと思っています。つまり、研修は病院中心にも、診療所中心にもできる。臓器別診療科にちょっと寄り道することもある。そしてそれでもバラバラにならないコーディネートができる。筑波はそういうところなんです。ですから、皆が金太郎飴みたいに同じことをやるんじゃなくて、しっかりとしたコア部分を持ちながら、自分の将来のキャリアや希望も考えて自分にとってベストフィットのプログラムを作り上げていく、そういう研修をしてほしいと思っています。

プログラムの構成について

一ノ瀬 プログラムの概要、プログラムの構成とそれぞれの位置づけを教えてください。

前野 プログラムは4年間です(図)。プログラムの構成は、最初は2年間の共通コースで、病院総合医にも家庭医にも必要な総合診療医としての共通の基盤を学びます。基本的には、我々の研修のコアユニットである大学病院、水戸協同病院、筑波メディカルセンター

病院、診療所を半年ずつ回ることを標準にしています。そして、後期の3年目4年目は家庭医コース、病院総合医コースに分かれて、それぞれにウエイトを置いた研修をします。もちろん、どちらで研修しても家庭医療専門医(総合診療専門医)は取得可能です。また、この両者をミックスしたような研修も可能です。それから、すでに他の専門医を持っている人が家庭医療専門医を取得するための3年間のプログラムもあります。

コアユニットごとに研修の特徴を紹介すると、大学病院では外来診療のプロセスを丹念に掘り下げる研修をします。たとえば、英語を勉強するときに、多少わからない単語があってもたくさん読む勉強と、文法や文型を考えながら一文ずつ読み解く勉強の両方が必要のように、力をつけるには単に量をこなすだけではなくて、じっくり掘り下げるトレーニングが必要です。それと同じように、大学病院ではどのように鑑別を考えるか、どのように治療方針を立てるのか、それを一例一例、指導医とマンツーマンで学びます。また、先ほどお話しした理論的背景に関するレクチャー・演習や、皮膚科研修、超音波研修など、他のブロック

ではなかなかできない研修もここで経験できます。それから、教育やリサーチに触れることができるのも大きな特徴です。

特徴ある2つの市中病院で研修

前野 水戸協同病院は、内科と総合診療科が一体になって診療している全国でも珍しいシステムなので、総合診療をベースとしながら、内科各分野のエキスパートから学ぶことができるのが大きな特徴です。

もうひとつの特徴は、後期研修医がチームリーダーとして、診療の大部分を任されることです。チームを担当することで、総合診療医に必要な決断やマネジメントを主体的に学ぶことができます。もちろん、内科・総合診療科の専門スタッフが後ろでしっかりとバックアップしてくれます。外国人指導医による回診やレクチャーも頻繁に行われています。

筑波メディカルセンター病院は、救急と総合診療が一つの部門になっている病院です。一次・二次救急はもちろん、救命救急センターがあるので三次救急まで幅広く経験できます。総合診療科の指導医と一緒にチームを作り、マンツーマンで濃厚な指導を受けることができることも大きな特徴です。

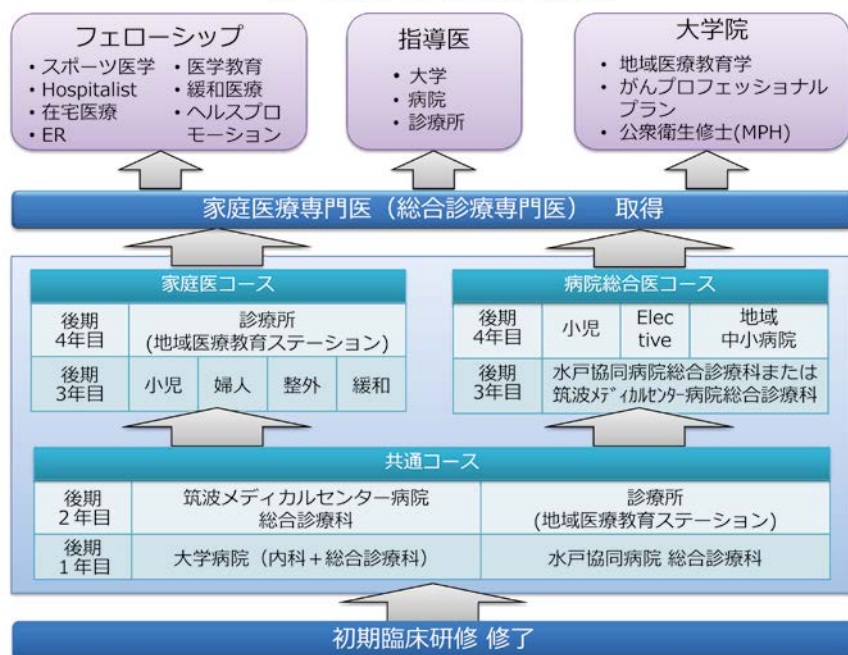
一ノ瀬先生は筑波メディカルセンター病院と水戸協同病院を両方研修しましたよね。いかがでしたか?

一ノ瀬 水戸協同病院でチームリーダーになったりするのは、自分で考えていろいろやれて、とてもやりがいがあり、屋根瓦式のチーム医療で鍛えられます。筑波メディカルセンター病院は、同じグループに指導医がいてしっかり教えてもらえる安心感があります。それぞれいいところがあって、両方で学べるのは確かにいいなあとは思います。

診療所で外来と在宅医療を

前野 そして4つめの柱が診療所です。ここでは、外来と在宅の研修が中心になります。筑波大学の特徴として大学から診療所に指導医を派遣する「地域医療教育ステー

プログラムの概要



図



ション」で研修するので、診療所でも同じグループの指導医から指導を受けられるところがメリットです。

緩和ケアをきちんと学べる

前野 後期研修の3年目からは、家庭医コースと病院総合医コースにわかれます。家庭医コースの方は、まず、我々が関連診療科研修のコアだと考えている小児科、整形外科、産婦人科、緩和ケアの4科を3か月ずつ研修します。この緩和ケアをきちんと学べるというのも筑波の非常に大きなメリットですね。筑波は緩和ケアから見ても日本で有数の拠点なので、教育システム也非常に充実しており、自信を持って研修をお勧めできます。

研修の仕上げは 医師不足地域での地域貢献

前野 病院総合医コースでは、水戸協同病院または筑波メディカルセンター病院で1年間、今度はチーフレジデントとして下を指導する立場で研修します。あとは小児科3か月。残りの時期は、自由選択と、研修の総仕上げとして、地域の中小病院で地域医療に貢献してほしいと思っています。ここでは、医療資源も十分とは言えず、常に指導医が後ろについているわけでもない。こういうところで力を発揮できてこそ真の総合診療医だと思えますし、最後はこういったところで働くということをイメージして、それまでの研修に臨んでほしいと思います。



しっかりと命綱を結んだ状態で 地域医療の第一線で活躍する

前野 医師不足地域の貢献は、家庭医コースでも同じです。研修施設となっている診療所の多くは医師不足地域にあり、そこで求められる地域包括ケアシステムのマネジメントをしっかりと経験してほしいと思っています。もちろん、命綱なしにただボツと放り込まれるようなことは決してありません。筑波総合診療グループの一員としてしっかりとつながりを保ち、困ったときはいつでも相談できる体制を担保できる施設で研修をします。たとえば、定期的に指導医が訪問し、そこで指導を受けられる環境と時間の確保、本格的なテレビ会議システムを設置していつでもこちらに相談できるようにするなど、しっかりした連携を行ったうえで派遣になります。まあ、茨城は地理的に隔絶された離島がないので、僻地と行っても30分以内にはある程度の規模の街にはたどりつける県ですし、研修期間としては半年間～1年間で何年か、というわけではありませんので（もちろん希望があればそれ以上の期間でも可）ぜひ総合診療医としての力をそこで発揮してほしいと思っています。1人1人の研修期間は短くても、代わる代わるみんなで医療をつないでいけば、地域医療に対するインパクトは大きいと思いますよ。

後期研修後にElectiveで さらに研修を深める

一ノ瀬 後期研修終了後はどんなキャリアになるのでしょうか。

前野 後期研修終了後には、Electiveと、フェロープログラム、大学院、といった選択肢を用意しています。このフェロープログラムについては、さっき話したように総合診療にはそこから発展するたくさんのキャリアがあるので、総合診療のベースの中で自分の強みにしていく領域をちゃんと学べるプログラムを作りたいなと思っています。例えば今メニューとして考えているのは、スポーツ医学とか、ホスピタリスト、在宅、緩和、それから教育者、ヘル



スプロモーションなどです。まだ内容はかっちりとは固まっていないのですが、今年度中には詳細なコースを決める予定ですので楽しみにして下さい。それから、大学院に進学して、研究をしっかりと学ぶ進路も用意されています。

研修後も自分を磨くことはできる

前野 キャリア形成に関しては、医者キャリアって後期で終わりじゃないんですよ。普通にやれば、その後30年位あるわけですね。だから後期4年だけではなく、その後も含めてキャリアプランを考えてほしいと思っています。筑波では、後期研修が終わっても、そういうキャリアアップのためのElective研修は一定期間確保するようにしています。例えば、ある先生は卒後10年目位で他の大学の老年内科で研修したし、いま都内の有名な病院で、ある専門領域の内科で1年研修している人もいます。そこで自分を磨いて、それをまたこちらの総合診療にフィードバックしてほしいと思っているので、長いキャリアの中でどんどん積極的にチャレンジしてほしいですね。研修先は、もちろん筑波大学の各専門診療科であればどこでも可能ですし、他県でも、海外でも全然構いません。自分の興味があることを、きちんと勉強して来てほしいと思います。

(次号に続く)

第5部

筑波のプログラムはここが違う!

—大学であり、大学でない—

大学であり、大学でない

大澤 筑波のプログラムで、他にはない特徴は何でしょうか。

前野 うちの特徴は一言でいうと「大学であり、大学でない」ということです。「大学である」ことのメリットは教育が充実しているということ。なんといっても大学は教育機関ですから、教育設備が揃っています。テレビ会議、シミュレーター、電子ジャーナルなど、いろんなものが整っているということです。そして、教員がたくさんいます。当たり前ですが、教員というのは教えるのが仕事なんですよ。そういった教員はグループの中にたくさんいるので、教育のスキルもマインドも持っている人が多いんです。だから、忙しい仕事のなかでも、充実した指導が受けられる。それはひとつ大きなメリットになると思います。

あと大学であることのもう一つの特徴はコーディネート体制が充実していることです。例えば、県立病院が組むプログラムって県立としか組めない、私立だと同じ法人の施設としか組めないところが多いんですよ。でも、大学だと私立だろうが、県立だろうが、どこでも組めるんです。こんな病院群ができるのは大学だけですよ。つまり、設立母体という、研修内容とは関係のないものに縛られない。なので、大学病院という医療機関そのものは特定機能病院なので総合診療にあまり向いているとは言えないけれども、大学がコーディネートすることによって、研修のフィールドはいろんなバリエーションができる。それから皆さんがこれからいろんな所に行ったら感じると思うんですけど、大学からの派遣、というのは、身元保証という意味も大きいんです。だから、関連病院に研修をお願いした場合、これまでその施設で働いたことがない人であっても、信用して採用してくれるんで

すね。もともと大学の医局っていうのは生涯にわたりキャリアコーディネートする機能を備えているものでした。筑波大学は厳密な意味では医局がない大学なので少し事情が違いますが、そこはありますが、それを差し引いても、医療関係者の中にはそういう文化という慣習が残っているので、そういう意味で「大学である」というメリットは大きいと思います。

リサーチの教育指導が充実

前野 そして、大学のもうひとつのメリットはリサーチができるということですね。まだ皆さんの学年だとピンとこないかもしれませんが、いい臨床家になるためにも、研究に携わることは大きなプラスになります。それを本格的に学べるのは大学しかない。研究をやり遂げるまでには指導者の存在はすごく大事で、ちゃんと指導してもらわないと、なかなかゴールにたどり着けないんですね。そういう意味で大学はリサーチの実践だけではなく、それができるようになるための教育も受けられると言う意味で非常に大きな存在です。大学によっては大学院はあってもあまり指導が受けられないところもあるようですが、うちは担任制を置いて、本当にしっかり指導しています。

それから大学に県からの寄附講座がありますが、これは大学だから受けられるのであって、これが個人病院だったら、県からの補助金っていうのは、なかなか受けにくい。なので、こういう形で診療報酬でペイしない教育の指導が充実し易いってところがあります。文部科学省のGPがあるのもその公的サポートのひとつですね。

文部科学省の補助事業(GP)
「リサーチマインドを持った
総合診療医の養成」に採択

前野 現在筑波大学がもらっているGPについて少し説明したいと思います。

GPは、文科省がいい提案をした大学を選んで重点的に予算をつける仕組みです。テーマは毎年変わり、「今度こういうテーマで予算を付けますよ」って募集すると、全国の大学が応募するわけです。それで、昨年のテーマの一つが「リサーチマインドを持った総合診療医の養成」でした。つまり文科省が総合診療が大事だと思っているからそれがテーマとして選ばれた訳なんですね。このとき59大学が応募して、15大学が採用され、筑波大学もその一つとして選ばれました。

GPの目的は
全国モデルになるため

前野 今回のGPの予算額は、5年間で総額3億5千万円(予定)です。これが純粋に教育のためだけに使えるわけですから、教育環境は飛躍的に充実します。ちなみに、なぜ税金でそんなに予算がつくかというと、新しい事業の立ち上げには結構お金がかかりますよね。だからその費用を国が補助するかわり、こうすれば総合診療医がちゃんと育つ、というプ



プログラムを確立して、それを社会に還元してほしい、ということなんです。だから我々は、予算を貰った貰ったって、ただ筑波のためだけに使っちゃいけないんです。

テーマは「次世代の地域医療を担うリーダーの養成」

前野 そのGPで筑波大学が選ばれたのは「筑波大学ならちゃんとやってくれるだろう」と評価されたからなんです。だから、我々はその期待に応えなければいけない。「やっぱり筑波大学に予算をつけて良かった」と思ってもらえるように、選ばれたことに使命感とプライドを持って、総合診療医の養成をしっかりやり遂げて、そしてその成果を社会に還元していかないとはいけません。ちなみに、筑波大学のテーマは「次世代の地域医療を担うリーダーの養成」です。高い臨床能力を身につけること、ノンテクニカルスキルをしっかり身につけること、総合診療をベースにした幅広いキャリアパスを確立すること。総合診療・地域医療教育のリサーチを充実させること。そして、教育者を育てて、全国各地で総合診療専門医を養成できる人材を輩出すること。そういうことをこの事業の目的にしたいと思っています。

市中病院プログラムより 良い市中病院研修ができる

前野 次に、「大学でない」ということなんですけど、筑波はよく「ああ筑波って大学でしょ。大学病院の総合診療はイケてないじゃ

ん〜だから筑波はイケてないじゃないの?」みたいに思われることが多いんですが、さっき話したように、うちは大学病院の中だけで研修しているのではなく、大学がコーディネートするからこそできる市中病院を巻き込んだプログラムですから、へたな市中病院プログラムより良い市中病院研修ができるプログラムなんです。

先ほどお話ししたように、設立母体をまたいで、教育という視点で病院群が組める、というのが非常にいいのです。ちなみに筑波のプログラムは4年間ですが、大学の研修は半年だけです。つまり、8分の7、8割以上は大学病院以外での研修ですよ。そして、大病院も診療所も、都市部も地方も、救急も在宅も緩和ケアも研修できる、Electiveを使えば循環器や放射線科などいろんな科をまわれる、というように、きわめて豊富なバリエーションを持っているんですね。これが「大学でない」ということなんです。つまり、筑波では大学、市中病院それぞれの「いいとこ取り」ができる。これが、「大学であり、大学でない」という言葉の意味なんですよ。

win-winの関係を 地域医療機関とつくる

久野 市中病院よりいいプログラムができるということですが、実際どうやってこのようなプログラムを作ったんですか?

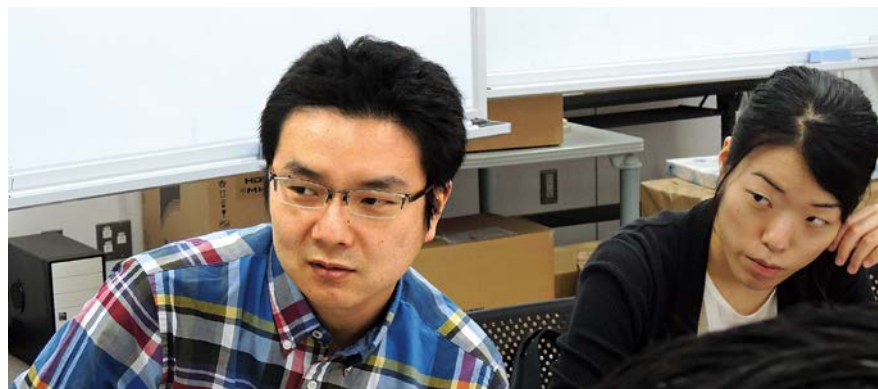
前野 最初は、やっぱり「ミッションの共有」ですね。つまり我々はこういう理由でこういう教育がしたい、そのためにフィールドを探している、ということを自治体や病院に理解しても



らったんです。それともう一つ大切なことですが、実際、皆さんは派遣された水戸協同病院や筑波メディカルセンター病院などで立派に戦力になっているでしょう?つまり、両方のニーズを満たす関係が成り立っているから、このプログラムはうまく回っているんです。病院から「ただ戦力となる医者を派遣して下さい」という依頼があっても我々は乗れないし、向こうも教育は直接的に病院収入を増やすわけではないから、そう簡単に教育のためだけにお金は出せない。そこで、両者にとってメリットのある形を考えたわけです。

茨城県は人口あたりの医師数が全国ワースト2位の圧倒的な医師不足県ですから、どこも医者はほしがっているわけです。でも、このご時世ですから、給料を上げても医者は来ないし、医師派遣会社に頼むとどんな医者も来るかわからない。そこで、我々は地域医療機関に「いい医者を最も効率よく、かつ継続的に確保するための一番確実な方法は教育を充実させることです。我々がその教育資源とノウハウを提供するので、一緒にやりませんか」と持ちかけたわけです。このモデルが実現することによって、我々は地域医療教育の最適なフィールドと教育拠点を確保することができるし、地域医療機関の方は筑波大学のサテライトというブランドと教育のノウハウ、そして医師の安定確保を手に入れることができるんです。こういうwin-winの関係を上げたことが大事なポイントですね。

そして、いばらき地域医療教育ステーション(2006年)、水戸協同病院(2009年)で成功した。きちんと実績を示すことができたことが大きいんですね。そうすると、それが前例となって、県内各地に拡がり、現在では、総合診療科以



外のすべての診療科を合わせると60人以上の医師が提携した地域医療機関で大学教員として働いています(図)。ちなみに、この取り組みは全国的にも注目されていて、視察に来られる方も多いんですよ。

筑波ではちゃんと学べる

前野 先ほど「ちゃんと学べる」という話をしましたが、筑波はさまざまなシチュエーションの施設において、同じ志を持つ指導医から指導を受けられるので、ローテーション先でも総合診療医の養成という同一の目的に沿った研修を受けることができます。だから、例えば病棟診療をちゃんと学んだ開業医、救急がしっかりできる在宅医、質の高い緩和ケアができる病院総合医、リサーチができる臨床医、教育手法をちゃんと身につけた指導医、といった医者に「ちゃんとなれる」んですね。これも筑波の大きな特徴です。

家庭医のモデル診療所を作る

久野 今後どういうことをすればより良いプログラムになるか、考えていることはあるんですか？

前野 今構想が進行中なのは、家庭医のモデル診療所です。もちろん、今の診療所で家庭医療の研修はできている訳なんですが、もう少し公的な部分、学校医とか、地域での健康教室とか、そういう部分を強化したいと思っています。なので、できれば公立のモデル診療所に指導医を複数置いて、レジデントと合わせて5人くらいの規模で、地域の病院と連携しながら在宅ケアを含むグループ診療や地域包括ケアをしっかりとやるようなところを作りたいと思っています。実はそれがね、県内の医師不足地域のある市で、来年度から実現する見通しが立ちそうなんです。

久野 市と連携して作るんですか？

前野 そうです。それも全く新しい診療所を新築する方向で今話が進んでいて、そうすると設計段階から教育機能をビルトインできますから、それはいい施設ができると思います。私も今から楽しみです。

ごちゃ混ぜ内科で総合診療を展開する

前野 もうひとつは、いわゆる「ごちゃ混ぜ内科」のある病院です。200床くらいの病院で、



内科が臓器別に分かれておらず、内科医や総合診療医が一手に引き受ける。実際、派遣するだけならそういった病院はたくさんあるけれども、いい教育環境を確保しつつ、それを医師不足地域で展開する、というのがもう一つ残っている課題なんです。そうすれば、大学病院、中核病院、中小病院、診療所と、総合診療医の活躍が期待されるすべてのフィールドが揃います。これはあと数年かかるとは思いますが、近いうちに実現したいなと思っています。

高橋 それは水戸協同とどう違うんですか？

前野 水戸協同は、後ろに全部エキスパートがいるじゃないですか。それはいい診療ができ、重症度が高い患者さんを診られる一方で、「自分が何とかするしかない」という状況にはなりにくいんですよね。

高橋 では水戸協同でやっている専門的な手技とか診療はどうするんですか？

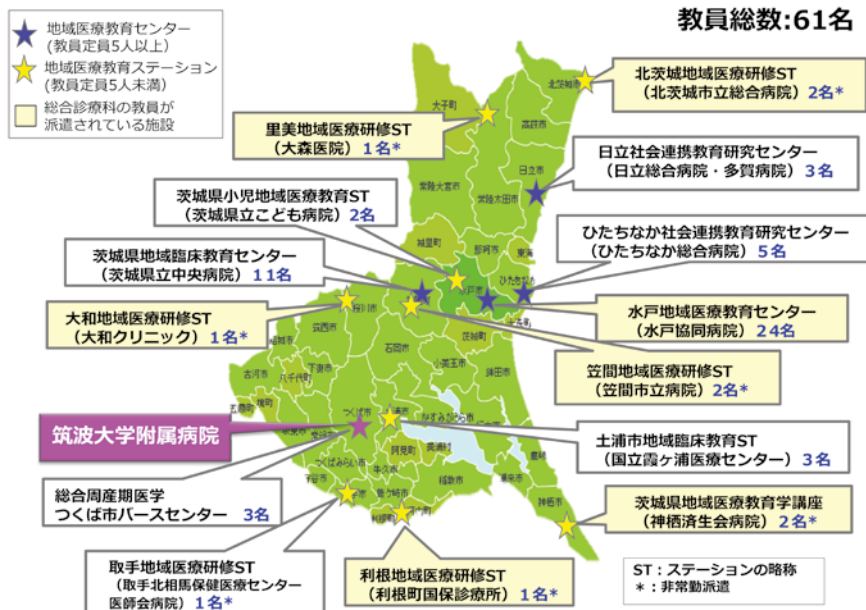
前野 それは水戸協同で学んでほしいんです。つまり、どちらか選べというのではなく、両方研修できるようにしたいのですよ。

医療の手を出せる範囲は「場」で決まる

前野 現在、水戸協同病院には専門家がいるでしょう。だから、重症度の高い患者さんは集まってくるし、しっかりとトレーニングが受けられる。けれども、自分が医療で手を出せる範囲というのは「場」で決まるんですね。例えば私は同じ病院に整形外科の先生がい

地域医療教育センター・ステーション配置図

教員総数:61名



図



たら捻挫に手を出さないけれども、在宅だったら、捻挫はまず自分が診ますよね。シチュエーションを変えれば守備範囲も当然変わるわけで、そういった地域の病院では、大きな病院では学べないことが学べる部分もあるので、経験する意義は大きいんですよ。

高橋 じゃあ例えば、心カテが必要な患者さんがいたら、それを診るのですか？

前野 それを自分で診断して、適切にその患者さんを送る、というシチュエーションを経験する、ということです。

高橋 じゃ無理だったら、例えば手術が必要と判断したら送るということですか？

前野 その判断が大事なんです。貴重な経験になると思うし、将来どこで働いても役に立つと思いますよ。

大学—地域循環型の キャリアアップを目指す

前野 今までお話ししてきたとおり、筑波でのキャリアアップのコンセプトは「大学—地域循環型」です。総合診療医の専門性は幅が広いこと、つまり「多様性」があることから、多様であればあるほど良いプログラム、ということになりますね。筑波では大学病院から診療所まで全部回れますから、これは総合診療医としての非常に大きな財産になります。それから、大学に所属するという、その所属感は意外と大事なんです。皆さん、こういう話を聞いたことはありますか…「旅行はなぜ楽しいか？それは、帰る家があるからである」もし、帰る家がなかったら、それは旅行ではなく

て放浪ですよ。

旅行中、この山の景色はきれいだなあ、と思っている時は家のことは意識していないけど、もし帰る家がなかったら、景色の良さを味わうところではないですよ。これと同じように、いろんなところで研修していても、常に帰るところがある、迎えてくれる仲間たちがいる、というのは大切なんです。要するに、戻るところがあるから、遠くまで行けるんですね。

それと、これは特に他科研修で言えることですが、研修を引き受けてくれる病院も後ろに大学があるから受けてくれる要素も大きいんですよ。だから、皆さんにはこの環境を生かして、筑波の強みである多様性を身につけてほしいと思うんです。これは専門医取得後のキャリアでも同じことが言えます。将来、在宅、救急、緩和ケア、スポーツ医学など、どこにいてもずーっと同じ総合診療という共通のグループに所属していただけますし、そこでキャリアの幅を広げた人がグループ内で後輩にそれを教えることで、グループ全体の多様性もどんどん広がります。そういう形でグループとしても成長していきたいと思っています。

筑波は教育！教育！教育！

前野 それから、筑波のもう一つの特徴として、教育重視、というところがあります。筑波大学は東京教育大学を前身としており、医学部を作るときに全国で初めて問題解決型統合カリキュラムを導入するなど、他に例を見ない先進的なものを作ったんです。その時以来、医学教育の領域では筑波大学はずっと全国のトップランナーの一つであり、そういう意味では筑波は一つの「ブランド」なんです。この「教育の筑波」という意識は、筑波大の伝統であり、1人1人にしみ込んだDNAと言っていいと思います。なので、教育優先ということに関して、文句を言う人はほとんどいません。そういう文化が筑波大学にはあるんです。これはもちろん、総合診療科でも同じです。いや、総合診療科には医学教育のポジションについている教員も多いので、それ以上、と言ってもいいかもしれません。それに、「教

えることは学ぶこと」でもあります。人に教えられてこそ、初めて本物であり、その過程で自分も深く学べるんです。なので、皆さんもぜひ「実践できる専門医」よりも上のレベルである「教えられる専門医」を目指してほしいんです。

理解ある環境の中で、 たくさんの仲間と学ぶ

前野 そして、もう1つ筑波の特徴として、その志を同じくする大勢の仲間がいること。今、筑波大学総合診療科には、関連施設のスタッフ、レジデントを合わせて約60人います。これは、大学としてはおそらく全国でも最大規模の拠点の一つではないかと思います。そして先程お話ししたように、全国で384人しかいない家庭医療専門医のうち21名が現在勤務していて、今年も3人が専門医試験を受験します。その中に、大学の教員から僻地医療に行っている人まで、多くのバリエーションがあります。

ちなみに、我々のこの取り組みは、実は筑波大学の中でも注目されているんですよ。文科省が出している「大学の医学系分野のミッションの再定義」というのがあるんだけど、そこで筑波大学医学分野の「強みや特色などの役割」が全体で4つ挙げられています。そのうちの1つとして「地域と連携した総合診療」が挙げられているんですね。このように、フィールドもある、指導医もいる、大学の理解もある、そういう意味では、自分で言うのもなんですが、我々はとても恵まれたところにいる。だからそれをさらに発展させたい。総合診療・地域医療の分野では日本の大学の中でもトップランナーで居続けたいし、そうならなければいけないと思っています。研修プログラムも、皆さんが将来どこかで働くときに「ああ、先生は筑波大学でトレーニングを受けたんですか、じゃあ先生はできるお医者さんなんですね」と言ってもらえるようなプログラムにしたいし、是非、皆さんにもそうなってほしいなあと思います。

(次号に続く)



第6部

「なりたい医者になる」ために ーキャリアパスに関するメッセージー

キャリアは彫刻のように…

大澤 総合診療医はまだマイナーで新しい分野なので、今後どのように研修を積んでいけばいいのか、今ひとつはっきりしないのですが…キャリアパスについてどのように考えておけばいいでしょうか?

前野 ここからは、少し総合診療、筑波大学から離れた話をしますが、キャリアプランって「切り取る」ことなんです。例えば、眼の手術も、大腸の手術も、心臓カテーテルもすべてできる医者はいないわけですよ。ということは、膨大な医学分野の中から、自分のキャパシティの範囲内で、何かをあきらめ、何かを切り出して、自分のキャリアを作っていくことになります。いわば、木や石から削り出して彫刻を作るみたいなものですね。

切り出すには「切り口」があって、縦に切るか、横に切るか、それはさまざまです。その切り口は、「心臓」のように臓器というのが一般的ですが、「救急」のように急性期という切り口もありますね。その切り口の1つに総合診療があると思ってほしいですね。そして、自分のキャリアとして切り取ったところは自分がしっかり診なければいけないし、切り落としたところはそれを専門とする医者にしっかり繋いであげなければいけない。これはすべての医者に言えることで、だから、自分がやらな

いと決めたところ、例えば外科手術などができないことにガッカリすることはない。一方で、自分のキャリアとして選んだならそこにはこだわって、しっかり極めてほしいと思います。

総合診療という「切り口」に 自信と誇りを持つ

前野 総合診療という切り口はさっき話したように「場を診る」「まるごと診る」「ずっと診る」医者です。ただ誤解しないでほしいのは、我々は「オールラウンダー」ではあるが、何でもできる「オールマイティ」ではないのですね。だから全部できないことに罪悪感を持つ必要はないし、その幻想からくる過度の期待や、違う切り口を極めた人の価値判断から来るnegativeなコメントに、必要以上にめげることもないのです。ところで、高橋先生、リングとバナナ、どちらが偉いですか?

高橋 僕は青森に住んでいたんで、その質問はやっぱり…リングですね。

前野 しまった、先生に聞くんじゃなかった!?(全員笑い)

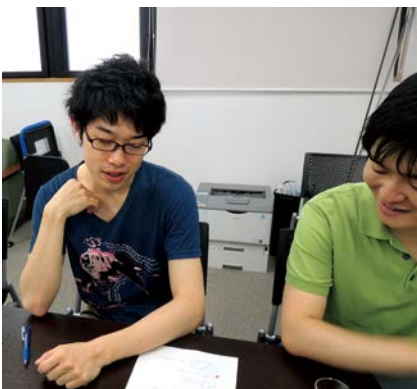
この質問で言いたかったのは、両者は「違う」のであって、どちらが「偉い」というものではないですね。これからそういう場面に遭遇することもあるかもしれませんが、そんなにめげないように。残念ながら「総合診療」という切り口はあんまりまだメジャーではないですけど、グループの中で、それを共有しながら、アイデンティティーを確立していったほしいと思います。困ったときは、ぜひ相談してください。私を含めて、うちの指導医の先生もだいたいそういう経験を持っていますから、きっと、親身にサポートしてくれると思いますよ。

一人前とは

「自分が総合診療医部門を持つ」 イメージで

前野 そして、キャリアの考え方ですが、一人前になるには医者になってから約10年かかると思ってください。ここで言う「一人前」というのは、自分が責任者として総合診療医部門を運営できる、診療所なら院長として開業できるというイメージで考えるとわかりやすいと思います。これは総合診療科に限らず、多分他の診療科でも、また他の職業でもだいたい同じなのではないかと思います。以前、大工さんも一人前になるのに10年かかる、と聞いたことがあります、それと一緒に。おおざっぱに言うと、専門医をとった後、自分の得意分野を見つけ、総合診療の能力を「教えられるレベル」まで磨いて、さらに人材育成や組織運営などを経験して、それでトータル10年くらいで「一本立ち」というイメージを持っていればよいと思います。

よく、研修説明会で「一度筑波に入局したらずっと茨城にいななければいけないんですか?」と聞かれることがあるんですが、そんなことはありません。私は、「一人前になるまでここでトレーニングして、その後は地元に戻ることは喜んで応援しますよ」と話しています。勿論いろいろと個人的な事情があることもありますが、10年間は途中で帰ったら許さんというわけではないですけど、せっかく筑波で研修するのなら、一人前の総合診療専門医として、いわゆる「のれん分け」ができるような力をつけてから地元に戻った方が、最終的に地域の地域医療に貢献できるんじゃないかなと思います。特に、地元にしかりとした総合診療部門がない所ならなおさらですよ。





部品を集める研修と 組み立てる研修

前野 研修プログラムでもう1つ考えておいてほしいことは、「部品を集める研修」と「組み立てる研修」の両方が必要ということです。どうということかという、車を考えてください。タイヤ、ドア、エンジン、などなど、ただ部品をそこに並べても、組み立てないと車は走らないですね。つまり、「部分の集合は全体ではない」ということなんですね。同じように、内科回った、外科回った、小児科回った、じゃそれで総合診療医ができるかと言うと、そういう訳じゃないのです。この「組み立てる研修」に当たるのが、総合診療科での研修です。数ある健康問題に、どこから、どのように、どう優先順位をつけてアプローチするのか。解決策はどう組み合わせればいいのか。といった能力は、総合診療を専門とする部門でないとなかなか学べません。とはいつてもタイヤなどの部品がないと車は走らないでしょう?だから部品をそろえる研修と、それと組み立てる研修、両方大事です。

安心できるブレーキがあるから アクセルを踏める

前野 それともう一つ。ターボエンジンを積んでいて200キロ出せる車があったとします。でもブレーキが60キロで止まる力しかなかったら、結局60キロまでしかスピードを出せないですね。つまり、重症度の高い慢性期に手を出せるのは、いざという時に急性期を診る自信があるからなんですね。同じように、医療資源が十分ではない地域でも何とかやっていくためにも、急性期をきちんと診ることのできる力が必要です。研修は長いスパンで考える必要があります。最終的にやりたい現場だけに目を向けるのではなくて、若いうちにしっかりと急性期ケアを学ぶことは、将来自分の活動を広げる上で、非常に大切なことです。

研究を通して臨床力を磨く

前野 もうひとつ皆さんに考えておいてほしいことに研究があります。実は私、研修医の頃は研究をやるヤツは臨床医の敵だと思っていました。でも、今になって非常によくわかるのですが、研究をやることで身につく、目の前のことを科学的に判断して、それを論理的に考える、そしてそれを人に伝えるという力は、臨床でもすごく大事なことなんです。もうひとつはEBM。その実践に欠かせない「エビデンスを入手してその意義を解釈する」というスキルを身につける最もいいトレーニング方法は、自分自身が研究をやることなんです。つまり、研究を経験することは、自分の臨床能力を磨くうえでも大いに役に立っています。それができるのはやはり大学ならではだと思います。

何と言っても大学院をもっていて、学位が取得できる。もちろん、大学院に入らなくても研究はできますが、例えば試験がないのに勉強しろって言うても、徹夜で勉強しないじゃないですか?でも留年がかかった試験なら必死で勉強するでしょ?それと同じように、「学位をとる」という明確な目標があった方が、忙しい臨床の中でもしっかり時間を割いて研究に取り組むきっかけになるんですね。すでに取得した先輩もいますし、皆さんも是非チャレンジしてほしいと思います。もう一つ、筑波ではMPH(公衆衛生修士)も取得できます。MPHは公衆衛生、医療政策、行政の分野では非常に価値のある資格で、全国でもとれる大学は少ないんですよ。

総合診療医の「心意気」とは Noblesse oblige

前野 そして、具体的な研修とは関係ないのですが、大事な心構えとして、ノブレス・オブリージュNoblesse obligeという言葉について少しお話ししたいと思います。もともとは「(貴族などの)高貴な者の義務」という意味ですが、現在は「期待される者がその立場に伴う責務を果たすこと」という意味で使

われています。世の中には、医者になりたくてもなれない人がたくさんいる中で、皆さんは幸運にも医者になれた。そういう意味で、皆さんは「選ばれし者」なんです。これは、決して上から目線で言っているのではなくて、「医者になれた人は、なれた人にしかできないことをして社会に還元する」責務がある。皆さんには、そのことをいつも意識して、医師としての高い能力は、自分のためだけではなく、できるだけ社会に貢献するために使ってほしいと思っています。

先ほど、総合診療医というのは「理想的とは言えないタフな医療現場において、最も何とかできる医者」という話をしましたよね。ですから、今の考え方を当てはめると、最も何とかできる医者だからこそできる、「ああ先生で良かった」「さすが総合診療医」と思われるような社会貢献をしてほしいと思います。打算とか駆け引きとかではなくて、総合診療医に与えられた使命として、ぜひ、そういう心意気を持って、社会に貢献してほしいんですね。そして将来は、筑波で学んだことを生かして、日本の地域医療はもちろんのこと、教育、研究、行政などのさまざまなフィールドでリーダーとして活躍してほしいと思います。

レジデントは私の受け持ち患者!

前野 最後に、プログラム責任者である私のモットーというか、大事にしていることを少しお話ししておきたいと思います。実は私が医者になった時に、自分がこういう仕事をやると思ってなかったんですよ。ずーっと患者さんのために診療をやる姿しか頭にありませんでした。でも今は大学で臨床以外の仕事をしている時間のほうがずっと長くなってしまって、昔の自分からすれば想像もつかないような仕事をしているんですが、それでもずっと変わらない共通点があります。それは、「人を幸せにする仕事をしたい」ということなんです。で、その対象が、昔は受け持ち患者、それが今は皆さんに変わったんだと思っています。ということで、私は皆さんのことを受け持ち患者だと思っています。(全員笑い)

どうということかという、臨床医は、受け持ち患者が急変したら夜中だろうと疲れているとすぐに病棟に駆けつけるじゃないですか?それと同じように、皆さんが困っていること、悩んでいること、納得がいけないと思っていること、相談したいこと、そう言ったことがあったら、遠慮なく連絡してください。どんなに忙しくても必ずトッププライオリティで対応します。今の私の今の仕事も、まさに先ほどお話しした「総合診療医じゃないとできない臨床だけではない仕事」の一つだと思っているので、誠心誠意、みんなと一生懸命やっていきたいと思っています。そしてこの筑波の総合診療グループが日本一の総合診療科になるように、そして、診療はもちろんのこと、人材養成とか研究とか、これから総合診療科を立ち上げるところへの支援とか、そういうことに取り組んでいきたいと思っています。そして、皆さんもそういうところにいるという意識とプライドを持って、みんなで盛り上げていってほしいなあと思うんです。

最後に一言ずつコメント

前野 今日はいろいろとお話してきましたが、最後に一言ずつみなさんにコメントをもらって終わりにしたいと思います。

稲葉 今日はありがとうございました。プログラムのことは入る前も聞いたし、わかっている



つもりでいたんですが、あらためて聞くと、忘れていたこともあって、自分の中で整理できて良かった

なあと思います。自分の進路についてまだ悩んでいる部分もあって、こういうふうに変更してサポートしてもらって、いろいろな進路があるということで、ますます悩んでしまっ…でも、まだ入って2ヶ月なんで、今後また研修して、また前野先生にも相談して、そのような良い総合診療医になれたらいいなと改めて思います。

高橋 今日聞いていて、改めて筑波に来てよかったなと思っていました。僕が初期研修を

受けたところにはあんまり自分が好きな研修先がなく、いろいろ探してここに行き着いたんですけ

ど…ここに来て本当によかったと思うし、その分これだけ揃っている場所に来たので言い訳できないなっていうことと、自覚を持ってやらなきゃいけないなと思います。これまでお世話になったところにいる人にも恥ずかしくないようにしたいと思いました。

海老原 僕は筑波で初期研修の時にここをローテート研修した時に、総合診療の面白



さ、やりがいというのをすごく感じて、こちらに入ったんですが、改めてこうやって話を聞くと恵まれ

た環境にいるんだなあと思う感じがしました。その中でプログラムも充実していて、その中でいろいろ細かくオーダーメイドのプログラムがあったり、その中で自分を伸ばすような教育的環境が整っているんだなあと感じました。これからも頑張っていきたいと思っています。

一ノ瀬 僕は学生の時から総合診療医になりたいと思っていたんですが、その時の周りの友達の反応が

「なんだそれ?」っていうのが印象だったんです。それが、今は政府も含めて総



合診療医を育てようという環境の変化がすごくあるなって感じました。その中でその最先端の総合診療科の教育をやっている筑波大でできるってことで昔よりさらにワクワクしてこれから研修ができるなと思っています。これから頑張っていきたいと思っています。

大澤 先生のお話の中で印象に残った言葉の中に、キャリアプランについて彫刻のようだとおっしゃっていた



のがありますが、筑波大学には人と環境が揃っている中で、自分のキャリア

でどう彫刻を作っていこうか、どこを削ってどこを残していくかをちょっと楽しみながら、やっていきたいなあって思っています。それと同時に水戸協同で今やって、なかなか自分のやらなければいけない範囲が、できないところが、たくさん見えてくる中で、難しいところもあるんです。でも先生が「最後は気持ちだ!」とおっしゃっていましたので、その気持ち頑張っていきたいなと思っています。

冨永 今日先生の話聞いていて、こう何となく霧が晴れるというか、もやもやしていたの



がスーッとなくなる感じがして、将来頑張るぞって気持ちになって、今日はすごく楽しかったです。確かに

にまだ自分のやりたいこととか、こっつていうのはまだ決まってはいるんですけど、この恵まれた環境の中で頑張っていきながら見据えていくことができたらいいなと思っています。

久野 私も学生時代の実習や研修の時の印象から、総合診療医や家庭医が一番患者さんのそばにいる

医師だなあ、というイメージで、この研修を始めたんですが、今日も先生の話



聞いて、専門医をとって、どういう医師になりたいかというところ、教えられる専門医を目指す、というところがすごく印象に残って、それを目指していきたいなあと感じました。

前野 今日はじっくり皆さんとお話できてよかったです。これからも、一緒に頑張っていきましょうね!



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 2014年8月2日

