

INTERVIEW

福井大学附属病院総合診療部 教授
林 寛之先生



【プロフィール】 林 寛之先生 1986年自治医科大学卒業.1991年よりカナダ・トロント総合病院救急部にて臨床研修,1993年から福井県美浜にてへき地医療に携わる.1997年から福井県立病院救命救急センター勤務,現在は福井大学附属病院総合診療部教授で救急総合診療に当たっている.

教育の極意は、 めっちゃ楽しい姿を 見せること

聞き手：山田隆司 公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所所長

スタンダードを学ぶために海外へ

山田隆司(聞き手) 今日福井大学総合診療部教授の林先生にお話を伺います。今は総合診療部にいらっしゃるということですが、林先生といえば「救急」の代名詞とも言えますので救急のお話も含めて今日は伺いたいと思います。まずは自治医大を卒業されてこういった分野に入って行かれ

るまでの経緯についてお話しいただけますか。
林 寛之 卒業後、私は義務で福井県の織田病院に赴任し、3年目から5年目まで勤務しました。そこは院長先生が内科、私が外科で医師は2人でした。人口3,000人の町なのですが、救急車は3日に1回ぐらいは来ましたね。3年目なのに手

術もさせてもらいました。

山田 手術のパートナーはいたのですか？

林 いないですよ。1人ですよ。怖いもの知らずとか……。そういう状況の中で救急患者さんに対応していたのですが、自分の蘇生方法が正しいのかどうか、疑問に思うようになったのです。そのころ教えていただいていた福井県立病院の寺沢先生からアメリカに蘇生や外傷のスタンダードがあるのでそういうものを学んできたかどうかと言われ、面白そうだなと思いました。

ちょうどそんな時、妻が留学することになり、自分一人を取り残されるのが寂しくてあわてて勉強を始めました。

山田 それは卒後何年目ですか？

林 5年目です。

それで、外科医だったのでやはり外傷をやりたいと思いましたが、アメリカでは穿通性外傷が9割で日本では役に立たないので、カナダへ行くことにして、2年間勉強しました。

山田 カナダの2年間というのは、ほとんど救急ですか？

林 全部救急でした。外傷をやりたいかったので、外傷センターは北のはずれにある軍人病院で、私がいたところはダウタウンの真ん中のトロント病院で、一般的な救急患者が山ほど、大体1日600人来ました。それをやっているうちに鑑別診断と初期対応などが面白くなりました。それから北米の標準的教育コースを片っ端から受講して、これで助からなかったら仕方ないのだと、蘇生について自信のようなものをつけました。

山田 織田病院での現場体験から、ここまでして助けられないなら諦められるというところを見極めたいという気持ちを持ったのですね。それはとてもよく分かります。

林 それから向こうはティーチングの土壤ができていると感じたので、ぜひそういうのを持って帰りたいと思いました。システム的にもとてもきちんとしているのですね。まず人を集めて3

交代をきちんとしている。体力的にも人生を棒に振っているような救急ではなく、人生をエンジョイできるようなシフト制が組めて初めて教育ができる。教育がうまくいって臨床能力が上がるとそこで初めていい臨床研究ができる。このピラミッドがすごく大事だと思うのです。日本ではいろいろな臨床研究はされていても、人が集まっていない。疲弊している。教育がまともにできない。やはりきちんと人を集めて、教育をきちんとしていくことが大事だと思います。

山田 そのとおりだと思います。カナダでの2年間は、当初意図した外傷処置の手技を学ぶというより、科にとらわれず、まず飛び込んできた患者を自分でさばくというような実践的なトレーニングができたのですね。

林 そうですね。ERだったので非常にマイナーな例もたくさんありました。精神科の患者さんを診るのが一番つらくて「隣の庭に宇宙から電波がおりてきて…」という話を何回も聞き直すのですが、「おまえは本当に医者か？」と言われて、つらい思いをしました(笑)。

山田 ACLS、PTLSといったような標準化教育手法はそこで学んだのですか。

林 はい。そういうパンフレットが掲示されるのでそれを見てどんどん受講していきました。院内でも大体40ぐらいのいろいろなカンファランスをやっているの、自由に出ることができました。

山田 病院では先生は研修医という立場だったのですか？

林 ビジティング・フィジシャンプログラムです。レジデンシーには入らないのですが、MCCEE (Medical Council of Canada Evaluating Examination) という試験を受けて診療行為もさせてもらっていました。今はもうそのプログラムはなくなってしまったのですが、プレホスピタル・救急車同乗実習もできまして、当時はイタリアや香港、オランダからも医師が来ていました。

どんなセッティングも楽しい！

山田 帰って来てから、残りの4年間の義務を果たされたわけですね？

林 ぜひまた臨床をやりたかったのが本当は診療所に行きたかったのです。検査だけの成人病センターみたいなところだけは避けたかったのですが、結局成人病センターに入ることになり……(笑)。でも実はそれもやってみるとものすごく役に立ちました。その病院では内視鏡をやる人がいなくて、病院全体のポリペクが私の仕事になってしまいました。

山田 後期研修をやっているようなものですね。成人病センターも義務のうちに入っていたのですね。

林 はい、そうです。そこに1年間いて、やはり診療所に行きたいということで美浜の診療所に3年間行きました。そこで患者さんを継続的に包括的に診るといのが楽しいなと思うようになりました。無駄話ができるなんてこんなにいいことはない。救急では無駄話の時間はなかなかないのですが、家庭医にとっては無駄話は貴重な話なのです。

山田 そう。豊かさがありますよね。

林 そういう雑談力は必要だなと思いました。診療しながら1回ぐらいは笑わしてやろうと思いつながらやっていましたね。治してやろうではなくて笑わしてやろうと。

山田 美浜は1人だったのですか？ 人口はどのぐらい？

林 3,000人はいなかったと思います。外来は1日40～50人来ていました。美浜町の原発の近く

に1つ、丹生診療所というのがあってそこに後輩の藤野先生がいたので、学会に参加する時などはお互いに補完しながらやっていました。そういう意味ではとてもよかったですね。

その4年間で義務が終わり、それから県立病院の救急医が足りないというので赴任してどっぷり救急でした。

山田 初めは外科を志し、途中海外のERや診療所を経験して、それからずっとERに携わってこられたわけですが、教えるということについても、早い段階からかかわってきたのですか。

林 そうですね、それはずっとやっていました。実は「研修医当直御法度」という本は診療所にいた時に書いたのですよ。研修医に毎年同じことを教えるのは面倒くさい、本にしてしまえば来年からは教えるのが楽になるから作ろうということが始まりです。

山田 そのころからACLSやPTLSなどの標準化教育的なプログラムを、箕輪良行先生たちと一緒に始めたのですよね。

林 はい、箕輪先生から診療所にある日突然電話をいただいて「君はATLSを受けたのでしょうか？ ああいうのを日本でつくってみない？」と声をかけていただきました。

山田 ACLS、PTLSの延べ実施回数ほどのぐらいになりますか。

林 トータルで何百回はやっていますね。

山田 先生の教えを乞うた人は本当に何千人というわけですね。すごいですね。

林 ひとえに箕輪先生の力だと思っています。

現場のニーズを学ぶ

林 はじめの織田病院へ私は外科で行ったのですが、整形外科が8割の仕事だったのですね。整形外科の手技をそこでいっぱい勉強して、その後診療所へ行って整形と内科というのは診療所ではとても大事だとひしひしと感じました。だから研修医たちには、もちろん救急も大事だけれど内科と整形と小児科は絶対やっておけばどこに行っても役に立つと話しています。

山田 住民3,000人とか5,000人の規模の地域にどんなニーズがあって、そこでやるべきことは何か。先生は、そんな現場のニーズに合ったトレーニングしたわけですよ。小さな病院や診療所では整形外科が外科的診療の8割を占めるほど大事だというのは、体験したからこそ分かるのですよね。

林 整形外科をやらなくて診療所へ行くと、高齢者の方の満足度は低いのですよね。膝痛、腰痛は

薬だけではやはり駄目で。

山田 基本的には何と何ができればいいということではなく、その地域のニーズにどれだけ効率よく応えられるかだと思うのです。必要に迫られて自分がいろいろなスキルを学べばそれが着実に層を重ねるように増えて自分の自信になり力になる。いろいろなことが専門家ほど完璧に実践できなかったとしても、そのコアコンテンツ、ここだけは押さえておかなければいけないという範囲で十分活用できます。

林 ですから私はやはり地域医療は地域でないとトレーニングできなくて、現場へ行って、患者さんのニーズに合わせることを学ばなければ駄目だと思っています。地域に出ると地域にとって本当に必要なことを学べます。逆に三次病院にいる医者が地域に行っても役に立たないのです。

ジェネラリストは患者を選ばない

山田 大学病院や県立病院の救命救急センターに入ってしまうと、その中で求められることに対応することになりだんだん限定化しがちになる。でも先生はずっと救急のセクションにしながら、そういうマインドを持ち続けられたのはどうしてなのでしょう？

林 どうしてでしょうね？ やはりはじめに行ったカナダの影響を受けたのだと思います。カナダの救急で働く人の半数は救急だけの医者で、残りの半数は家庭医あがりなのです。家庭医あがりの人たちはいろいろなものを診る。カナダの地域の病院はほとんど家庭医の先生が救急をまわしている。家庭医が救急を診るのはあたりまえだというベースがあります。

ジェネラルの専門性というのは、人を選ばな

い、患者を選ばない、病気を選ばないことで、それはERの基本でもあります。「ERと総合診療、家庭医療とは違うのですか？」と質問されますが、僕はどこか違うのか？と思っているんですね。患者さんの緊急度と病気が急性か慢性かということを考えて、急性で緊急度が低いものは家庭医であっても救急医であっても診なくてはいけません。でも緊急度が非常に高くして死にそうな例はもちろん救急で診ればいいし、慢性的な例は家庭医の得意とするところです。慢性で死にそうな病気、例えばがんの専門的な治療などはやはり専門医に行かないといけない。その4分割表みたいなのを考えると、絶対重なるはずですよ。これが私たちにとって患者さんを選ばないということであって「専門がどう違うの

ですか?」というのは医者論理なのです。「自分の専門はこれだ」というローカリストばかりつくろうとしている。でもジェネラリストというのは患者を選ばないので、絶対重なるはずなのです。

山田 われわれがジェネラリストを育てると言うと、今までの既成概念に強くとらわれている人たちは「それはどういう専門性なのですか?」「今までとどこが違うのですか?」ということ必ず聞かれるのですよね。

林 それは医者視点ですよ。患者視点ではない。自分の専門性を前面に出すのか、患者さんのニーズを前面に出すのかで全然違ってきます。

山田 これまでの各専門学会は、ここからここまできをやるという領域を決めることで基本的にその専門性を際立たせていたわけなので、ジェネラリズム、総合医というものを1つの専門性として表現するのは、非常にパラドキシカルな感じですよ。

林 患者さんを選ばない下地があって、例えば総合病院の中に患者さんを選ばないERがあってもいいですし、患者さんを選ばず入院も診る総合内科があってもいいと思います。中規模病院では総合的に診る、入院も診るという人が必要です。家庭医、クリニックであれば、科は関係なく来た人を全部診て、在宅もやる。それが全部ジェネラルなので、どこで働くかによってやる内容は変わってきて当然だと思います。

それなのに疾患で分類するから変なのですよ。患者さんは疾患名をぶらさげて来るわけではない。ですからその場所で必要なことを勉強すれば、その場所に一番必要な医者ができる。

山田 確かにそうですね。大きな病院であってもジェネラリストといった枠組みの人たちのニーズはあると思います。ただ先生も言うように、まずフィールドを実体験することがキーだと思う。自治医大の卒業生は、ある意味ではかなり乱暴な人たちで地域に出されたかもしれません



聞き手：地域医療研究所所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

が、先生のように出された場所でニーズに応じて実力を磨いていった。だからジェネラリストの教育、ジェネラルマインドを培うためには、へき地、あるいはリソースが限られたところを体験することが力になると思うのです。

でもそれが難しいところですよ。みんなが嫌がる場所での体験というより研修というよりもむしろ……。

林 労働力のようにになってしまう。

山田 労働力になるし、あるいは必ずしも成功せず、トラウマだけを味わっても二度と行きたくないということもある。教育的環境からすると、自治医大のように一人診療所や、医師が2人しかない病院に送られるというのはどうなのか？一方で地域を体験するのが大事で、そういったシビアな限られた環境でこそ学べることもある。それが難しいですね。

林 先生がおっしゃるとおりで、一人で行くことはみんな不安なんです。でも私たちの時代ではできませんでしたが、今はネットがあるので、勉強したい人たちはどんな田舎でも勉強できるはずなんです。困った時には親病院とのテレビ会議でいつでも聞けるというようにしておけば、たぶんそれほど怖くないと思うのです。

山田 確かにそうですね。ERは24時間誰かが対応しているのです。離島で困った時にテレビ電話を通じ

で「今こういう状態なんですけど、先生はどう思いますか？」と相談できれば心強いですね。制限された状況であっても、リスクを少しでも請け負っ

てあげるシステムができればいいわけですね。

林 絶対できますよ。

何を教えるか

林 リスクを負うのと同時に、地域は良い教育の場なので勉強できる環境を整えれば、若い人たちははすごく力が付くと思います。今、ブイブイ言わせている人たちは、みんな地域で頑張った人ですよ。リソースがないからと適当に流した人ほど伸びていないと思います。先輩の今 明秀先生(八戸市立市民病院)も若いころはへき地で随分新しいことにチャレンジしたそうです。

私は今、大学で教えていますし、福井県立病院では後期研修医を教えていましたが、そんな短期間でいっばしの専門医ができるかといったら、できるわけではないのですよね。将来、プライマリケア医やER医になった時に、自分で情報を得る力と情報を発信する力をきちんと付けてもらうことを教えなければならぬ。情報を得る力というのは文献の読み捨て方、文献の集め方。アウトプットは患者さんであったり、看護師さんであったり、研修医であったり、そういう人たちにどう魅力的に教えるかです。相手が聞いてくれる内容を、量を限って、笑いを取りながら、感動を与えてというような教え方です。

山田 なるほど。

林 コーチングも併せて、相手の性格を考えて「こう言ったほうが聞いてくれるよ」といったアウトプットは地域では絶対必要なのです。イン

プットとアウトプットをきちんと教える。インプットというのは知識、技術なわけですが、現在多くの人がインプットの方に傾倒しすぎていると思います。

山田 先生がアウトプットというように、人に教えるということが臨床医にとっては非常にバイタルなことで、年上の人が下の人に教えるというのは実は自分の生涯学習にもなっていると思うのです。そこが基本的に日本の研修スタイルには抜けてしまっている。欧米系の何がいいかという、たとえジュニアであっても屋根瓦的に必ず下の学年に教える環境があります。これまで日本ではオーソライズされた人たちが、「自分たちのやっていることを見ていればいい」ということで、診療の中での教育的側面を重視してこなかったという気がします。

林 おっしゃるとおりです。今、研修病院をいろいろ見てみると、ティーチングがしっかりしているところに人が集まっています。実は医者というのは毎日ティーチングをしていると思うのですね。患者さんに対して、この患者さんならこういうアプローチを、別の患者さんなら違ったアプローチを、というようなことを考えながらやっているのだと思います。

Win-winとなるために

林 私は初期研修の4月の一番初めの日にシュプレヒコールをあげるのですね。何を教えるかという「なべおたま！ なべおたま！」と繰り返させるのです。これは上級医を気持ちよくさせるキーワードです。「な：なるほど」「べ：勉強になります」「お：おっしゃるとおりです」「た：たしかに」「ま：またご指導お願いします」。患者さんに気を遣うだけでなく、上級医にも気を遣ってくださいということ。そうすると気持ちよく教えてもらえると思うのです。

逆に教える側というのは絶対に忍耐が必要です。忍耐をしないと人が育たない。人が育って初めて自分たちが楽になります。その関係がうまくいけばお互いに気持ちがいいはずです。

山田 そうするとFaculty Developmentというよりは、いかに学生や研修医を受け入れていくかという気持ちの方が案外大事だったりしますね。

林 視点さえ変えれば彼らは戦力になりますから。私はそれをアユの友釣り作戦とっているのですが、つらくても元気のあるアユのふりをするんですね。そうするとパクッと食いつくんです。研修医にもいつも言っているのですが、つらくても「わあ、忙しくて楽しい！」と言えば学生が食いついてくる。そうすると自分たちが楽になるのだから、つらくても「めっちゃ楽しい、めっちゃ楽しい」と言っていた方がいい。

山田 なるほど。先生の教育の極意を教えてください。先生は言葉は元気があって、みんなが集まるんですね。

林 みんなが救急に研修に来るわけです。でも救急医がそんなに増えるわけではない。卒業生が100人いても、救急医になる人が1人か2人いればいいと思っています。では、なぜ救急にまわってきた人たちを一所懸命教えるのかというと、ジェネラルマインドを持って患者さんに対応できる医者がいろいろな科の医者になってくれた

ほうが、私たちは得なのです。「この患者さんをお願いします」と言った時に「いいですよ。あの時世話になりましたから」という関係ができる。そうなるまでに県立病院では10年かかりましたが、そうすると、患者さんの流れがすごくよくなって自分たちが楽になります。

山田 病院の管理側からするとまさしくそのとおりですね。優秀な救急医をリクルートしてきてその人が救急を全部診たとしても、いざ入院させようとした時に壁ができてしまったら……。

林 駄目ですよ。

山田 先生がおっしゃるとおり北米などでは救急やICUを経験した上でスペシャリティを取っているの、みんなが同じマインドを持っている。沖縄県立中部病院なども全員が救急を経験してから専門に行っているから、救急から患者がまわってくるということに理解がありますね。

林 外科の専門医にしる、内科の専門医にしる、救急をデューティとしてローテーションに入れるのはいいことだと思います。

山田 未分化な問題や非常に不安定な状態を診るというのは、誰にとってもリスクです。まだ症状が起こったばかりで、病気が定まっていない状態の患者を引き受けて主治医になるというのは、誰にとってもつらいことです。ですからそれを通らないと総合医になれない、あるいは臨床医になれないというようなパスのところに、そういう厳しいものを入れたほうがいいと思うのです。さらにリソースの限られているへき地・離島の医療などもみんなが経験する。それを臨床医を育成するためのコアにするようなプログラムにしないといけないのではないかと、今、先生の話聞いて思いました。

林 若い人って、意外に少しつらいぐらいの方が頑張ってるようにやっていると。思っている。「暇」とか「楽」ではない医者はできないとみんな

分かっているのですね。「楽」という漢字は「らく」と読むといい医者にはできなくて、「たのしい」といい医者ができるんです。また「たのしい」のキーワードは「チョイつら」だと思うんです。「つら楽しい」が一番いいと思います。

山田 あえてつらいことをすることで、喜ばれて、豊かになれる。先生の言う「つら楽しい」というのはそういうことですね。そういう心意気がないならやはり臨床医を選ぶべきではないと私は思います。

林 そのとおりですね。

山田 どちらかというと楽に流れがちなのが現状ですよね。でも患者を選ばない、それこそがまさに

臨床なんでしょうね。

最後に、今、へき地で頑張っている後輩や若い先生方に一言メッセージをお願いします。

林 自分の働いている地域で必要なことをとにかくすべて受け入れて頑張った人は、必ず伸びると思います。それはどんな論文をたくさん書くよりも大事なことです。現場に必要なことは現場でしか得られないし、現場で頑張った人はどんな道に進んでも必ずやれる。ですからとにかく現場で頑張ってください。

山田 本当にそうですね。林先生、お忙しい中、今日はありがとうございました。

