



創立1963 日本リハビリテーション医学会

公益社団法人「日本リハビリテーション医学会

RJN リハビリテーション科女性医師ネットワーク

リハビリテーション科専門医 『**達人の流儀 この先生に聞きたい!**』

~リハビリテーション科専門医キャリアパス~

の発刊に寄せて

公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 RJN 担当理事

浅見 豊子



リハビリテーション科女性医師ネットワーク RJN (Rehabilitation Joy Network for Women physiatrists) は 2009 年 6 月にスタートしました日本リハビリテーション医学会の組織ですが、早いもので 5 年が経 過しようとしております。RJN は発足からこれまで、様々な活動を行ってまいりました。活動としまして は、RJN 間の親睦を深めますとともにリハ医療の情報交換の場ともなります RJN 懇親会や RJN ランチ会、 日本医師会との共催研修会の『医学生・研修医等をサポートするための会』などもありますが、2009 年 12 月より各施設リハビリテーション科トップをゲストとしてお迎えし若手リハ科女性医師 2 名(時に男 性医師も登場します)がインタビュアーを務めるインタビュー企画「この先生に聞きたい!」は、当初の 年1回開催が今では年に2回となり、これまでに9名のゲストと18名のインタビュアーの先生方にご協 力をいただきました RIN が力を入れております活動の一つになります。日本リハビリテーション医学会の リーダーでいらっしゃる先生方が若いリハ医に向けて語っていただく自らのご経験をふまえての多くの貴 重で素晴らしいお話は、若いインタビュアーのみならず、どの年代のどのような立場のリハ医にとりまし ても、リハ医としての新たな一歩を踏み出す勇気や振り返る機会を与えてくれるようなものであり、これ までも皆様より非常に好評を得てまいりました。この内容は、日本リハビリテーション医学会ホームペー ジの RJN 欄にその都度アップされてはおりますが、リハビリテーション科医を志している医師や志そうと している医学生あるいはリハビリテーション医として頑張っておられる若い医師の皆様の教本としてより 身近で有効利用をしていただければと考えまして、この度これまでの HP の内容をリハビリテーション科 専門医「達人の流儀」RJNインタビュー「この先生に聞きたい!」シリーズとして冊子にまとめることに なりました。第1集は、第1回目の才藤栄一 先生(藤田保健衛生大学医学部 リハビリテーション医学I 講座 教授)、第2回目の生駒一憲 先生(北海道大学病院 リハビリテーション科 教授)、第3回目の里宇 明元 先生(慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室 教授)、第 4 回目の上月正博 先生(東北大 学大学院 内部障害学分野 教授) のインタビュー内容が掲載されております。 多くの方々に手に取ってじっ くりお読みいただき、4名の先生方の達人の流儀に触れてそれをどこかに活かしていただければ何よりだ と感じます。そして、この冊子を通じましてリハビリテーション科の素晴らしさを多くの方々に伝えられ れば本当に嬉しいことだと思っております。

RJN はこれからもメンバーである全国の女性リハビリテーション科医師の力を結集させ、女性医師はもちろん全てのリハビリテーション科医師のために魅力的な組織活動ができるように努力していきたいと思っております。今後とも RJN の活動に期待していただきますとともに、なお一層のご指導ご支援を賜りますようお願い申し上げます。

なお、最後になりましたが、このインタビュー企画に関わっていただきましたゲストの先生方およびゲストの先生の医局関係者の皆様、インタビュアーの皆様、RJNメンバーの皆様、広告協賛をいただきました関係者の皆様、そしてデザインをご担当いただき素敵な冊子に仕上げていただきました佐々木信幸先生に深く感謝申し上げます。

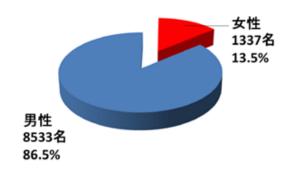


日本リハビリテーション医学会における 女性会員状況(2013年5月20日現在)



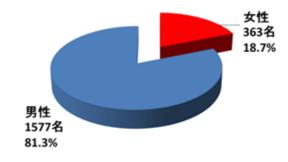
日本リハビリテーション医学会ホームページ http://www.jarm.or.jp/rjn/rjn_data/ より抜粋一部改変

1. リ八医学会会員 男女比



会員の内女性の比率は 13.5% です。2014 年医師国家試験合格者の内、女性は 31.7% でした。 医学会会員に限らず近年女性医師の比率は徐々に 増加しています。

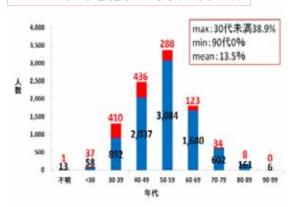
3. リハ科専門医 男女比



女性会員は 13%なのに、専門医における比率は 18.7%です。2011 年 17%、2012 年 18.1%でしたから、比率は増加しています。女性会員の方が、専門医取得率が高いということです。

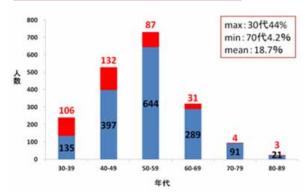
男性の医師会員は*8,533* 名中 *1,577* 名 *18.5* % が専門医、女性の医師会員は *1,337* 名中 *363* 名 *27.1* %が専門医です。

2. リ八医学会会員 年代別男女数



若い世代に女性の比率が高くなっています。 年代が高いと男性が多い傾向がうかがえます。 全体を見て重要なのは、会員数のピークが 50 代であ るという会員の高齢化です。特に男性にその傾向が強 くなっています。

4. リ八科専門医 年代別男女数



ここでも若い世代での女性率の高さが表れています。 男女あわせて、専門医は、会員全体と同様、50代に多く、 50歳以上が60%を占めています。特に男性でその傾向 が目立ちます。

昨年は 50 歳以上で 70%だったのですが、若い専門医は特に女性が増えています。

男女を問わず、若い専門医を養成しましょう。

リハビリテーション科専門医 「達人の流儀」

RJNインタビュー「この先生に聞きたい!」第1集

目次



才藤栄一 先生 第1回

藤田保健衛生大学医学部 リハビリテーション医学 [講座 教授



第2回 生駒一憲 先生

北海道大学病院 リハビリテーション科 教授



P 18

第3回 里宇明元 先生

慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室 教授



第4回 上月正博 先生

東北大学大学院 内部障害学分野 教授

インタビュー風景

第1回 2009.12.4





第2回 2010.6.11





インタビュー風景



第3回 2010.12.17





第4回 2011.6.24



リハビリテーション科専門医 「達人の流儀」第1集 RJNインタビュー「この先生に聞きたい!」第1回

才藤栄一 先生 ゲスト 藤田保健衛生大学医学部 リハビリテーション医学 [講座・教授

インタビュアー: 小金丸聡子 先生

(兵庫医科大学医学研究科高次神経制御系リハビリテーション科学 京都大学高次脳機能総合研究センター)

蜂須賀明子 先生 (産業医科大学リハビリテーション医学講座) (刈谷豊田総合病院リハビリテーション科) : 小口和代

会 オブザーバー: 菊地尚久 先生 (横浜市立大学・専門医会幹事長)

浅見豊子 先生 (佐賀大学・RJN 担当理事)

時 日 : 2009 年 12 月 4 日 15:30 ~ 17:30 場 : 愛知県豊明市・藤田保健衛生大学

Welcome to RJN!

司

司会:初めての RJN インタビューにようこそ。ま ず最初に参加者の皆さんに、今回のインタビューに 懸ける思いを語っていただきましょう。

才藤:第1回の対象者になったことを非常に光栄に 思っております。リハビリテーション医学会ができ て四十数年経ってもいまだに「新しい」と言われて います。で、中身はというと逆に高齢化が進んでい ます。専門医の高齢化も明らかです。新しくて年寄 り、というのは不都合です。昔をそのまま引きずっ ていてはいけない。

どこから変わっていくかというと、いろいろな変わ り方があると思いますが、ジェンダーの問題はとて も大切です。統計を見ても分かるように、若い医師 の中で女性の比率は全体に上がってきて、リハ医学 会でも上がってきています。特に専門医の数でいう と、女性の比率が平均よりも高い。いろいろな科の 中でも「リハ科は女性に親和性が高い」ということ が薄々、気づかれてきているのだと思います。

何でもそうですけれど、良いものが残るとは限らな い。少な過ぎると滅びるのですね。少ない集団が 行っている医療は滅びるのです。それが良いか悪い かとは別問題です。私たちリハ医がきちっと増え、 リハの科学を確立しない限り、近い将来なくなると 思っています。

今はもう最後のチャンスともいうべき時期なので、 リハ医学会でも、新しい人たちがどんどんとんでも ないことを言って、打って出てくれるようなシステ ムができるといいと心から思っています。その中 で、女性医師が大きな役割を果たしてくれて、その 展開がビビッドに広がっていくと嬉しいですね。

今年秋の専門医会では、女性が集まって盛り上がっ たみたいですけれども、あらゆる機会を利用して、 孤立している人たちが仲間として繋がっていって くれることを望んでいます。

小金丸:私は今、臨床もやってはいるんですけれ ども、外来という形で、どちらかというと研究を メインにしております。

私はリハビリ科に入りまして、特に男女の区別み たいなことを経験したことはないんですけれども、 やっぱりそれはリハビリ科の中に、女性医師が普 通に入っているという雰囲気があらかじめできて いたからかなという気はします。

ただ、妊娠とか出産、育児で、キャリアを離れる というのが、私の周りの女性医師にもありました し、それから復帰する先生と復帰されない先生と いうのがどうしてもおられて。復帰するための環 境はもう少し、改善する余地があるのかなと感じ ます。

蜂須賀:私は初期研修を出身大学とは別の民間病 院で2年間行って、その時に、多くの科があって いろいろと惹かれはしました。が、結局進路を決 める時、やっぱり自分は患者さんにすごく密着し た「治療はしたけど、その後家に帰ってどうなる んだろう。」というようなことに、とても興味があ るということが分かりまして、研修を終えるとき にはリハビリ科への入局を決めて、産業医科大学 に入りました。

現在は、リハビリに関連する科の基礎を少し勉強 したいと思って、1年間、神経内科で研修中です。 私はまだリハビリの現場にほとんど直接は触れて いないんですけれど、進路を決めるときに、とて も迷って。リハビリ科というのは、まだ多くの方 には十分理解されていない部分があると思います。 今回のインタビューが、これから進路を決める女

性の手助けになればと希望しています。

司会:ありがとうございました。実は、事前にインタビュアーの先生方から、才藤教授にこの機に 是非聞いてみたい、という質問事項をメールで送っていただきました。まとめると、大きくは二つ、一つ目はリハ医の仕事について、臨床・研究両面からお話を聞きたいと。二つ目として、キャリアアップ上での疑問です。これから進路選択する医学生、あるいは初期研修医の方々向けに語っていただきたいと思っているんですが、リハ医を目指す研修についての話題です。さらに女性特有のイベントということで、産休・育休等々の疑問について話していただければと思います。

リハはユニークで普遍的な医学

小金丸: リハ医療の現場の中で、リハ医不在の現場は数多くあります。リハ医の関わるリハと、療法士だけのリハとの違いは何でしょうか。

才藤:リハ医のいないリハ医療はないです、間違いなく。というのは、リハ患者さんの疾患の診断・治療には医学が必要だからです。孤立した療法士が隔離された場所で医療を提供できるほど、今の医療はのんびりしていません。だからこそ「チーム医療」という言葉が本当の意味で現実になってきました。

だから、他科とも平気でチームを組む必要があります、もしかしたら、整形外科の先生がリハ担当で、その人とチームを組むかもしれません。そういう意味では、リハ医が何者かというのはまた後でお話をしますが、いずれにしろ、もう医師と療法士が組んでいない医療形態はないのです。それは、看護師と医師のくっつく距離とはちょっと違うかも知れません。でも、療法士だけで孤立して別の科ということはあり得ません。

ある患者さんのニードには、全部まとめて対応し、その上で説明できないといけません。それで、初めて患者さんは納得します。こういうのをストーリーテリングといいます。この役割をPTはできない。OTもできない。STも。カンファレンスをやっても駄目。誰が偉いという話ではありません。

患者さんに説明する時に、医学的問題から説き起 こしながら、リハビリで何をやっているかを全体 を見通して説明しなくてはいけません。家を建て る例を考えてみましょう。例えば、大工さんがいて、 設計家がいて、外構屋さんがいて、それを全部まとめた上で、家の販売店の人が「才藤先生、ここはあと幾らかかるので、それだけやると駐車場の分が足りませんよ」と言うと、「仕方ない。こっち削るか」と言う話になります。そういう役割が、リハ医にあります。これがストーリーテラーです。

もちろんこれは「口がうまければよい」という喩えではなく、医学が分かっていて、リハの本質も分かっているという医師が必要、という話です。他科の先生は、リハの本質が分からないから療法士のしていることがブラックボックスになってしまうのです。

蜂須賀:でも、実際には、リハ医とかリハ医学のことをしっかり理解した医師がいない現場っていうのも多いと思うんです。そういうところで勉強してる研修医の先生とか、例えばリハビリ医学の講座がないような大学の学生さんが、リハに興味を持った時に、どういうアプローチをすればよいのでしょうか。

才藤: ここは難しいところです。リハは一言でいうと、「ユニークで普遍」です。僕らの前の世代の人たちの多くは、「ユニークで特殊」と思ってた。だから、少し暗い片隅にいていいと。だけど、今はそうじゃない。「ユニークで普遍」。

小金丸: 具体的に、どんな点がユニークなのでしょ

才藤:リハ医学のフォーカスが行動あるいは活動にあるという点です。病理じゃない。だけどもちろん病理を持っている人間に対応するわけです。

「障害の階層」は知っていますよね。Pathology(病理)、Impairment(機能障害)があって、Disability(能力低下)がある。Handicap(社会的不利)もある。Handicap 側に寄れば寄るほど社会的、Pathology側に寄れば寄るほど生物学的、あるいは物理学的になる。そして、それぞれの「階層」にとって両隣はとても重要ですが、1個離れるとあまり関係がなくなってくる。これはシステム論が教えてくれます。機能と活動はくっついている。活動と社会はくっついている。それで、どこに私たちの中心があるかと言うと?

小金丸:活動ですね。

才藤: そう。でも、医学の本質は Pathology。これは間違いありません。けれども、病理ばかりやってきたら救えなかった。あるいは、生かしたけれどうまく生きられなかった。だからリハが生まれた。そ

うやって考えていくと、私たちは医学でありながら、 ずっと社会的な方角に立っているのです。こういう 視点は普通の医師から見ると常に「異質」です。

生かした患者がよりよく生きるために、医療として「生き方」を提供しなければならない。それがリハ 医療です。そうやって考えていくと、ものすごくユニークだけど、ものすごく普遍的です。いつも縦糸、横糸という喩えを使うのですが、臓器別が横糸であれば、リハはこうやって入ってくる縦糸になる。だからこそ面白い。もっと突き詰めると、まだまだ分からないことだらけ。とても面白い。ユニークだから新しい仕事の宝庫です。

女性もユニークな存在です、今まで男社会だったから。ということは、女性の視点で仕事をする人は少なかったということです。そうすると、女性であるというだけで新しい道を創れます。そして、その視点をうまく使えば、新しい価値が生まれるわけです。

基礎をリハ臨床に応用するには

小金丸: 脳科学を喩えにして話しますが、脳科学でいるんな基礎的成果が出ています。それを臨床に応用していく流れが、リハは結構まだ分断されていると感じています。

才藤: どうしたらよいでしょう? **小金丸**: 私が考えるんですか?

才藤: 僕がすぐ答えたら、つまらないですよね。

小金丸: 私としては、療法士の教育もそうだと思いますが、臨床に入ってからも、情報を提供していく環境と、みんなで一緒に勉強して、臨床現場で実際にやってみて、手応えを自分でつかむということがあればいいと思うんです。

できれば、本当に、脳科学だけじゃなくて、いろんな科学的、動物実験で得られたデータとかそういうのが、いっぱい出ているのが臨床に応用されるためにも、やはり基礎の人たちと臨床が同じ場でそれぞれ交流するとか、発表しあって、問題を話し合うとか。そういうのがあると、私はよいと思っています。才藤:それは実に重要です。そして、それは君が作ればいいのです。基礎の知識と臨床の知識にギャップがあるのは、常。リハだけじゃない、あらゆるところにあって、そこをうまく乗り切ると、新しい道がすっとできるのです。

もちろん基礎科学は重要です。だけど、僕らの側に フォーカスして考えると、行動をきちっと測るよう な臨床的方法が出てくると、リハだけでなく行動 に関わる医学がガラッと変わると思います。

運動は重力の中で遂行される。重力のなかで動いてるものをきちっと測って、例えば、薬が効いて手がスムーズになったら、その度合いをきちっとした単位で表して、この薬が効いたとか、この治療法が効いたとか、示せばよいのです。「視診」だけの世界に未来はありません。

小金丸: 今までなかったのですよね。ラットの行動評価すら。

才藤: 行動をきちんと定量的かつ客観的に見るようなカラクリが医学全般に乏しかったのです。だから、基礎科学と一緒にやるべきことは、そこからトランスレートして発生した知識を利用しながら、彼らがやっていることを臨床で使える「はっきりした言葉」にするために、こちら側の足場を作ることです。

小金丸: そうですね。そういう概念というのが、基礎にも臨床のほうにもなかった気がします。本当にないです。

蜂須賀:今のお話を伺っていて、定量化できれば、 リハ医が何をしているかというのも、他科の先生 にもしっかり認めてもらえる。そういう印象がし ました。

才藤: その通りです。行動を測る方法を精緻化しないと。

付け加えると、リハというのは基本的にニードから生まれたのです。さっき言ったように、僕らはADLを中心とした活動の領域に関わっているわけです。深く深く入っていくと病理まで行くっていう考え方とは、ちょっとスタンスが違うと思っています。

<u>仕事はオンザジョブ・</u> トレーニングで身につける

司会:では、次の話題に移りたいと思います。リハ医を目指す研修方法についてです。初期研修後にストレートか、それとも、関連各科である程度研修した後がよいのかという質問です。

才藤: もし、リハをやりたいなら早くからを薦めます。それは何故かというと、専門性とは何かということに繋がります。専門性というのは約5万の概念からできています。これは計算した人がたくさんいて、かなり勤勉でも合格レベルになるの

に約10年あるいは1万時間かかる量です。

ある専門性が発達し概念が増えると何が起こるかというと、ヒトがそれを極められなくなるので、分裂します。例えば、外科から脳外科が分かれたり、整形外科が分かれたり。つまり、ヒトの限界量課題、そこそこの人間が一生かかってやっと達成できる量の課題が専門性です。

ということは、時間が最も足りないアイテムになります。もちろん人生でも基本的に時間が最も足りない訳ですが。だから、スタートは早ければ早いほうが絶対に有利ですね。

人生の選択で大切なのは「捨てること」です。得ることじゃなくて捨てること。何を捨てれば一番いいか。そういう意味では、リハをやりたいならダイレクトに入れというのが、僕のお薦めです。

だけれど、ここで話をひと捻りしておきます。多様なあり方です。皆、それぞれいろいろな人生を送って、別にナンバー1になるのが重要だと思っていない人もたくさんいます。それでよいのです。また、いろいろ考えた上でリハに来たというのも十分納得できます。多様でよいのです。いずれにせよ重要なことは、自分がやる仕事を真剣に考えることでしょう。何科に行っても。

どの時期に入ってもいいけれど、合理的に考えたら、時間がないのだから早く入った方が得です。ちゃんと捨てた人が人生を楽しめるという話です。オンザジョブ・トレーニングという概念は知っていますか?

小金丸・蜂須賀:(うなずく)

才藤: 要するに、仕事しながらトレーニングする。 効率のよい方法です。どうしてもある分野がよく 分からなかったら、例えば週に1日、その科の外 来を見学したいと言えばいい。簡単です。そうやっ て、目の前で起きていることに触発されながら勉 強していく。だから、最初から入れというのが、 僕のお薦めなのです。なかなかそうじゃない人が たくさんいるけど。皆迷うのですね。寄り道だと 思うのですが。

蜂須賀:私はリハビリに入る方針を決めて、神経 内科を勉強しているのですが。

才藤:よいです。ただし「少年老い易く学成り難し」 ということは忘れないで下さい。

蜂須賀: 進路を決める2年目の研修の時に、いろいろな先生に相談したのですが、最初からリハビリに行くのは、「医者の生命を自分で断つ気か」と

言われるようなこともあって・・・

才藤:面白いですね、それは。リハビリが何かを知らないのと同じ意味ですね。

蜂須賀:はい。周りの理解もまだ十分でない面があるので、これから決める人に何か応援のメッセージをいただければ。

才藤: それはね、自分を信じることです。そして、 人がやっていないことをやるのが成功の近道とい うことを知るべきです。

とにかく、いい仕事には、それなりのちゃんとした 社会の評価があって、自分もまたそれに返すという 行き来があります。リハ医のいる現場では、そのよ うな価値の往来が確実に存在しています。このよう な風景を一目見れば、決断がつくでしょうね。そし て、ポイントはそれが日本中普遍的な光景ではない という点です。大きなばらつきがあります。でもだ から、お買い得なのですよ。

いろいろなモデルがあっていい。

司会:次に、女性特有のイベントとキャリアについて話題を進めましょう。女性のライフステージで経験する、産休・育休など、キャリアが中断するとスキルが落ちるのではという不安もあるようですが。

才藤: 僕のお薦めは、子ども産むなら、学生時代に産むか、卒業して5年目ぐらいに産むことです。 女性に対してこれ以外の注意点はありません。

まず、医者になった瞬間に大きく変わるのです。それまでは消費者で、それがあっという間に生産者(行為者 doer)になって。それもものすごい責任を担って、人の命を預かって。最初の2年ぐらいはそういう戸惑いの中、ものすごく複雑な課題を切羽詰まってやっている時期です。

二つの意味があります。一つはまだ自分が何者か全然分からないこと。もう一つ、周りがその時期にしか教えてくれないことがたくさんあるということ。研修医の2年というのは、本当にその時期しか習えない、そしてその時期にしか変身できないクリティカルピリオドです。すごくしごかれるけど。その洗礼を受けないで医者になったら、よほどの人しか成功しないでしょう。

それ以外は、いろんなモデルがあってよいと思います。本質だけ押さえてあれば。患者を治す、それからその科学をする。そこだけが本質で、その実行はどんなスタイルであってもいい。ずっと独身でがむしゃらにやってもいいし、子育てしながらある時間だけやってもいいし。その人が存在した時と、存在

しなかった時の差し引きで、存在した方が社会がよくなればよい。こういう考え方ができるのは、活動を理解しているリハ専門医だからかもしれませんが。

蜂須賀:産休育休で途中休むことでスキルが落ちる ことは考えられますか。

才藤:スキルは落ちません。最初の1、2年目で休むと、スキルが落ちるんじゃなくて、スキルを得るチャンスを失うので問題なのです。1回学習したものは覚えています。保持されますから、心配はありません。

<u>ライフステージ上の問題は、</u> 多様性が許容されれば解決できる

蜂須賀:女性がリハ科を専門にすることのメリットって、あるんでしょうか。

才藤: 医師という専門性について考えた場合、生物学的な男女差はほとんどありません。個人的な優秀さの違いのほうがずっと大きいものです。これは間違いありません。少なくともリハ医に関しては。

では差は何かというと、一つは先に説明したようにライフステージで生じる問題をどう乗り切るかという点ですね。その際、リハはかなり有利です。それは、多様な仕事の形態がありえるからです。リハ医の仕事の形態については、ざっと考えても5通りほどあります。回復期リハでの主治医としてのリハ医、急性期リハでの中央診療科のリハ医、大学兼務のリハ医、開業したリハ医、そして、医局を運営する教授としてのリハ医です。余談ですが、最後のは「奇形的モデル」でほとんどリファレンスになりません。

各形態とも独特の学ぶべき特徴があること、各形態によって仕事のスタイルに幅があること、そして、どの形態でもリハ医は引く手数多であることから、ライフステージを十分に考慮しながら専門性を追求できます。これはリハ医としての大きなメリットでしょう。多様な形態が許されているのは、社会がそれを必要とし、その恩恵を受けているからです。時に、医師のあるべき姿を単純化し、多様な仕事のあり方を非難する人がいます。けれどもそれは愚かだと思います。とやかく言うのは、その人の描く役割モデルが幼稚だからです。「役割」というのは結構受動的なものです。小さい頃から、教師はこうあるべきだ、医者はこうあるべきだという情報に触れ

ていて、気付かないうちにそれが刷り込まれている。だから、例えば、子どもがいるから5時に帰りたいと言うと、とんでもない、ということになる。けれども、とんでもないと言う人の思考がとんでもない。頭の中で、役割がすごくナイーブなまま整備されずにあって、その本質が何かを感じられないのです。それに対し、本質さえ押さえていれば多様がよい、というのが賢い考え方です。

役割の本質さえ押さえておけば、女性がリハ医を 専門にすることを社会が受け入れ、いろいろな形 態が取り得るという事実は、ものすごいメリット です。

その他の点としては、僕の医局のほとんどの女性 医師はチームワークがとてもうまい。特にリハの 場合、リーダーは協調型、誘導型です。この点 は、例えば外科チームで外科医がスーパースター といったものとは異なるかもしれません。生活に くっついてるという点も女性に有利かもしれませ ん。ただ個人的には、あまりこの点を強調したく ないなと思います。それは、生活感は皆それぞれ 違って結構偏りがあるので。

いずれにしろ、男女で生物学的な差はありません。 そして社会的には、今、女性にとってリハ科は他 の科よりかなり有利でしょう。

システムは、常に昔のものを引きずっています。 例えば、医者が男ばかりだった時代にできた科学 は、その「男」を引きずっているのです。でも、 不幸にしてリハは未だ不完全なので、案外、よい かもしれませんね。

小金丸: これからが本番ということですね。

ユニークさを生かして仕事しよう

司会:では、最後にまとめとして、これから専門を決める女子学生、女性医師に、教授からメッセージをお願いします。

才藤:マイノリティーは、マイノリティーのメリットを活用すべきです。女性はマイノリティーです、今のところ。これは日本の話ですが。

この現象そのものは社会的なものですから、ゆっくりとしか変わらないでしょう。僕らが自分たちの仕事など何かの有り様を考えるときには、常に眼前に、引きずってきた雰囲気や歴史が漂っています。そこから逃れるのはなかなか大変です。そういう意味で、男が作ってきた社会や医学という

のはずっと存在していて、常にその慣性を引きずっ ているわけです。それが、いろいろな役割の話に も繋がっています。

これを乗り切るだけの大胆さというか、頭の切り 替えができるようになってくると、皆さんもっと 幸せになれるでしょう。要は、ユニークなほうが 面白くなるよと伝えたいのです。女性は今のとこ ろ、医者社会ではまだユニークな存在ですので、 それを生かしたらどうでしょう。皆さんの幸せに つながるのではないかと思いますし、それを認め る人たちとチームを組んだらとても楽しいでしょ う。女性医師の活躍をとても期待しています。

司会を終えて

インタビュー当日はオブザーバーとして、専門医会幹事長菊地尚久先生とRJN担当幹事浅見豊子先生をお招きし、さらに藤田の女性医局員3名も飛び入り参加して、にぎやかに行われました。才藤教授の「仕事への構え」と「女性医師への期待」についてたっぷり聞けた、あっという間の2時間でした。お二人のインタビュアーの問いかけに、私も進路について考えた頃のことを思い出しました。臨床では、患者さんのニーズに応えるスタンスで学べば、全く問題なし。進路に迷える皆さんには、男女問わず、とにかく幅広く、奥の深いリハの世界に飛び込んで欲しいです。 (小口和代)

◇◇◇◇ RJN(リハビリテーション科女性医師ネットワーク)懇親会 ◇◇◇◇

RJN では全国の女性医師の交流の場として、年2回、日本リハビリテーション医学会学術集会と専門 医会学術集会時に懇親会を開催しています (2008 年 12 月~)。



リハ医学会時はランチ会として、専門医会では意見交 換会後の二次会として企画しています。

開催日時は日本リハビリテーション医学会 RJN のホームページでお知らせします。

http://www.jarm.or.jp/rjn/

女性医師だけでなく、男性、学生・研修医 も参加可能です。毎回趣向の違う会場でく つろぎながら、全国各地の仲間との会話が 楽しめます。診療・研究、進路相談から生活全般の情報交換まで、幅広い話題で盛り上がっています。是非、学会参加の楽しみの一つに加えて下さい。



ご当地グルメで懇親会@名古屋 2012





ミニコンサート付きのランチ会 @ 東京 2013

リハビリテーション科専門医「達人の流儀」第1集 RJNインタビュー「この先生に聞きたい!」 第2回

ゲスト 生駒一憲 先生

北海道大学病院リハビリテーション科 教授

インタビュアー: 坂田佳子 先生 (東北大学・東北厚生年金病院)

伊藤郁乃 先生 (国立病院機構東京病院)

司 会 : 中馬孝容 (滋賀県立成人病センター) **オブザーバー**: 菊地尚久 先生 (横浜市立大学・専門医会幹事長)

浅見豊子 先生 (佐賀大学・RJN 担当理事)

日 時: 2010年6月11日 15:00~17:00

場 所: 北海道大学 ファカルティハウス 「エンレイソウ」

司会:本日のゲストは北海道大学教授の生駒一憲先生です。よろしくお願いいたします。それでは、一言お願いいたします。

生駒:本日はお忙しいところ北海道大学までお越しいただきありがとうございます。お手柔らかにお願いします。

司会:それでは、本日のインタビュアーのお二人に、 自己紹介を兼ねて一言ずつお願いいたします。

坂田:東北厚生年金病院の坂田佳子と申します。平成16年に医学部を卒業し、初期研修を2年間行った後、1年間内科系をローテートした上で、平成19年に東北大学の内部障害学教室に入局しました。現在は東北厚生年金病院の回復期リハ病棟で、主に入院患者さんを受け持っています。かなり緊張していますが、生駒先生よりいろいろなことをお聞きできればと思っております。よろしくお願いいたします。

伊藤:私は国立病院機構東京病院に勤めています、 伊藤郁乃と申します。卒業後東京都内の研修病院で スーパーローテートの後、東京病院の亜急性期病棟 で主に脳卒中回復期のリハビリテーションを行っ ています。本日はよろしくお願いいたします。

司会: ありがとうございました。事前にお二人からいくつかの質問を伺っておりまして、今日は3つのテーマで話を進めたいと思っております。

<u>リハビリテーション医は</u> どのような場面で役に立てるのか?

司会:まず一つ目は、リハビリテーション科とは何かということについてです。リハ医の存在意義は?という質問もありましたので、本日は多少踏み込んでお話を伺うことができればと思っております。

では、普段の診察で大切なことは何でしょうか?

生駒:基本的なことですが、患者さんの障害を的確

に評価し、判断するということです。他の診療科と一番異なるところは、障害に対する視点を持って診療を行うことです。障害をどのように克服するかという視点を専門的な目でみるということです。

坂田: リハ科に入って間もない頃に、患者さんから「先生は何をしているのですか?」と聞かれたことがあります。実際、リハの訓練場面ではセラピストが行っていますが、この言葉はとても衝撃を受けました。自分がどういう役割であるかを、うまく患者さんに説明できなくて、ショックだったことを覚えています。他の診療科では、病気を治してくれるのが主治医と思いますが、リハ科、リハ医はこのような仕事をしているとうまく説明できなかったことがありました。

生駒:一般の人もリハ科専門医の仕事内容をまだ理解されていないところはあると思いますね。リハスタッフが訓練をしてくれているから、そのスタッフだけでいいという考えがまだあると思います。しかし、リハ医がかかわることで、医学的な側面で的確な判断をし、より適した方向に患者さんを導くことができる、そういうことも含め総合的に判断し、方針を立てていくことができます。まだ、一般の人たちにはなかなか解ってもらえないところもあるかと思いますが。

伊藤:私は、内科や外科を研修した時に、治療目標が分からなくなったことがあります。採血検査などのデータは改善したけど、動けない患者さんを経験した時に、目標はいったい何だったのだろうと思ってしまいました。リハ科の方が目標を立てやすいとは思っています。ただ、他の若い先生が必ず1度は質問されるので伺いたいのですが、例えば、救急科の目標は一言でいえば目の前の命を救うということになりますが、リハ科の場合は

一言でいうと目標は何ですか?

生駒: それは、障害を克服してその人がいかに充実した生活を送れるか、その人にとって快適な生活を送れるかということだと思います。それは、数値で測れるものではないです。患者さん・ご家族と接する時間はかなり必要です。何を求めておられるのか、どういうことをすれば最も良いのか、ということをお互いが理解し、同じ方向に向かってアプローチしていくことになります。そのためには、意思疎通を図ることはとても大切です。このようなことは、エビデンスもないことですし、リハ医の役割としては当然のことですが、一般の人からみると、リハ医がかかわっている時と、リハ医がいない時の差を実感することは難しい面があるかもしれませんね。

司会: それでは、私たちが身に着けておくべき、 リハ科特有のスキルはどのようなものがあります でしょうか?

生物:やはりその障害をちゃんと評価できる、患者さんが困っていることを感じ取ることができることが最も大切なスキルです。神経ブロック、嚥下造影検査、筋電図なども大切なスキルですが、勉強すれば知識や技術として得られるものと思います。ただ、患者さんの困っていることをくみ取るというのは、そういう意識を持って臨まないと身につかないものです。人としてどう理解するかということが、リハ医としては必要です。

司会:かなり深いお言葉だったのですが(笑)、ふだんの臨床では何か感じておられることはありますか?

坂田: 今、回復期リハ病棟で勤務していますが、 在宅復帰、社会復帰をめざしていると、患者さん、 ご家族の希望されている目標とこちらが考える目 標がかけ離れている時や、障害を受け入れること がなかなかできない患者さんや家族に出会う時が あり、コミュニケーションに難渋することがあり ます。

伊藤: 神経内科、整形外科、耳鼻咽喉科でも同じような電気生理学的検査や嚥下評価をしていることがありますが、リハ科は視点が異なって見ているということを意識しなくてはいけませんね。

司会:次に、チーム医療におけるリハ医の役割は何でしょうか?

生駒: 医学的な所見を私たちは持っていますので、 快適な生活をめざすということの中には、医学的 見地から危険でない生活をめざすことも含まれています。多くの合併症を抱えている患者さんも多いので、医学的なアドバイスは必要となります。総合的な医療の知識は必要ですね。

坂田:確かに総合的に医学的にその患者さんを診る ことのできるスキルは必要だと日々感じています。

伊藤: 患者さんが希望していることに重きを置いて 目標を設定するのが良いのか、結構厳しく目標設定 をすべきなのか、いつも迷うことがあります。

生駒:私も常に迷いながらやっているわけですが、これは絶対してはいけないことから、これは注意すれば行って良いとか、いろいろなランクがあるかと思います。どこで線引きをすれば良いのか、実際は、ケース・バイ・ケースです。ただ基本的なことは押さえつつ、患者さんに即して目標設定を修正していくこと。リハ医のセンスが必要になるかと思います。

司会:リハ医はどのような場面で役に立てるかというタイトルで話をすすめてきましたが、さらに追加して質問したいことはありますか?

坂田:リハはチーム医療ですが、多くの職種間でリハ医の手腕を発揮するためのコツは何かありますでしょうか?

生駒:コ・メディカルをうまくリードできると良いと思いますが、そのためには、はっきりとした方針を立てるということです。カンファレンスでは意思統一を図り、担当者間で同じ方針で取り組めるようにするということです。ただし、コ・メディカルの意見をよく聞いた上で、方針をまとめる必要があります。意見が分かれることも多々あると思いますが、そういった時ほどリハ医の出番です。

伊藤: セラピストと医師の間の関係は、看護師と医師との間とは異なり、独特だなと思うことがあります。 やはり、経験は必要でしょうか。

生駒:もちろん、経験はあるに越したことはありませんが、経験がなくてもどれだけ一生懸命に取り組むかということではないでしょうか。情熱をもって取り組むということです。

司会:情熱ですね。いいですねえ(笑)。

<u>研究テーマは</u> どういうものがあるのか?

司会: それでは、二つめのテーマに移りたいと思います。研究テーマとしては、どういうものがありますでしょうか。

生駒:北大での研究テーマをまずご紹介しますと、

一つは経頭蓋磁気刺激の治療的アプローチの検討があります。他に、嚥下時の脳の働きの解析、神経ブロック、ボツリヌス毒素注射などですね。

司会:ふだんの臨床の現場で疑問に感じたことなど はたくさんあるとは思いますが、研究テーマを見つ けるためにはどうすれば良いのでしょうか。

生駒:日常臨床の中にもいっぱい研究テーマはあります。やってみたけどうまくいかなかったとか、本当はどうすれば一番良いのかとか。例えば、脳卒中の片麻痺の回復に関して、もっと良くならないか、他に方法はあるのかと文献を調べたり、どの方法が良いのかと検討したりなど、研究テーマにつながっていくと思います。普段の臨床・診療の中でいるいろと疑問に持つことが一番大切なのではないでしょうか。

伊藤: ほとんど臨床で終わってしまっています。症 例報告はしていますが、何か研究したいと思い悩ん でいます。

司会:では、リハ医学の最近のトピックスをいくつかご紹介いただけますでしょうか。

生駒:私たちは、経頭蓋磁気刺激を連続して刺激を 繰り返すと、脳の興奮性を局所的に変化させるこ とができます。しかし、それだけでは機能は改善 しないのですね。訓練も併用させないとだめです。 他には経頭蓋電気刺激や CI 療法、鹿児島大学でさ れている川平法など、いろいろな方法があります。

坂田: 医学に限らず、工学領域など他の学問領域と のコラボレーションについてはいかがでしょうか?

生駒: 例えば、磁気刺激に関してですが、装置やコイルなど、もっと小型のものはできないかなど、工学部との共同研究は必要になってきています。また、筋電義手を作った工学部の先生と機能的脳画像を用いて研究をしています。

福祉関係の先生とも共同研究は必要と思っています。高次脳機能障害においては社会福祉的な面も検討課題ですので、大切な分野と思います。

伊藤:経頭蓋磁気刺激は、限られた施設にしかありませんが、近い将来、誰にでも治療を受ける日は来ますでしょうか。

生駒: そうなるためには、診療報酬も大切なファクターとなりますね。磁気刺激装置の治療機器として売り出すためには、何らかの報酬があれば、一般病院にも広がるかと思います。

司会:インタビュアーのお二人は、今、研究テーマはお持ちなのですか?

坂田:私は内部障害学分野に所属していますが、 内科的な基礎的な研究をしたいと思っています。 基礎的なミクロな面を臨床でのマクロな面へつな げていきたいと思っています。

伊藤:一般臨床の中で何かできることはないかと 考えているのですが、難しくて。

生駒:最初からあまり大きな研究というのは難しいかもしれませんね。一般的に臨床研究は2~3年かけて研究することが多いと思います。一般病院では意識的にそれなりの心づもりをしないといけないでしょうね。

司会: 生駒先生が磁気刺激の研究を始められたきっかけは何だったのでしょうか?

生駒:やり始めたのは、北大の初代教授の真野行生先生と一緒に奈良県立医大にいた頃に、真野先生から「やれ」と言われて一緒にしたのですけどね(笑)。最初は何か考えを持ってやり始めたわけではないです。

ただ、やり始めると、非常に面白い。当時、そういうものは全然なくて、電気刺激はありましたが、かなり痛みを伴っていました。臨床応用で広く患者さんに適用するためには痛みはない方が良いです。当初は検査としての使用が多かったのですが、最近は治療的な応用へと移ってきています。皆さんにも研究のきっかけとなるものがあると良いですね。

坂田:お話を伺っていて、時間がないと言うばかりではなく、時間は作るものだと思いました。きっとリハ医としてのライフワークにつながることに出会えるのではないかと感じています。

生駒: 忙しい臨床においては観察研究という方法 もあります。今まで行ってきた臨床のデータを分 析して、そこから次の研究テーマが生まれてくる のではないでしょうか。忙しいとは思いますが、 臨床データを一度分析するのも一つの方法ですね。

伊藤: 臨床と研究の比率はどれくらいでなさって おられたのでしょうか。

生駒:私はずっと大学にいましたが、6:4ですね。 臨床の方に時間は取れられてしまいますね。

女性医師に期待すること

司会:それでは、最後のテーマです。生駒先生より女性医師へ期待することについてお聞かせください。

生駒:女性はリハ医に向いていると思います。男

性が向いていないというわけではないですが(笑)。 生活に密着した細かいところまで気が付くのは、 女性ならではの視点が多いに必要となることが多 いと思います。将来、リハビリを支えるのは女性 ではないかと思います(笑)。だから、われわれ男 性も頑張らないといけない(笑)。

坂田:北大では女性医師は多いのですか?

生駒: 今大学には2名います。あと外に出ておられる先生もいますけれども。

坂田:北大では女性の出産・育児に対するサポート体制はあるのでしょうか?

生駒:まだ人数が少ないのでそういう事例はあまりないのです。ただ、サポート体制は考えていかなくてはいけないことですね。

坂田: 東北大でも現在は私含めて3名です。後輩が今、出産後ですね。女性は今後増えてくると思いますが、もっとアピールしても良いのではと思います。

生駒:リハ科をめざす人が一人でも多くなることは大切なことです。人が多いとサポート体制も充実すると思います。

坂田: ただ、学生の頃は講義や臨床実習を全く受けたことがなくて、リハ科やリハ医の存在自体を知らない学生も結構多いと思います。学生や研修 医にどのようにアピールすればよいのか、何かアドバイスはありませんでしょうか?

生駒: それは、よく体を動かすというか、あるいは声を出すことで、病院の中で目立ってもらうのが重要ですね(笑)。いつもあの先生は病棟に来るけど、何をしているのかなと、最初は全く関心がなくても徐々に関心を持ってもらえると思います。

伊藤: 私は、前のリハ科の上司も、現在のリハ科の上司も女医さんで、子育てもしながら仕事を両立して元気に働いている先生方です。そういう上司のもとで仕事をすることができ、本当に良かったと思います。そういう先生がいらっしゃるだけで、本当に気持ちは変わりますね。

司会:学生さんや研修医の方たちとお話しする機会はありますか?

坂田:5~6年生の学生さんは外病院の実習がありますが、年に数人ですね。研修医の先生もこられるのですが、リハ科を選択してくれる研修医は少なくて。なかなかチャンスがない状況です。

生駒:われわれも同じような状況ではありますが、何とか宣伝活動をしようとしています。

坂田:来てくれるのを待つのではなく、こちらか

ら行かないとだめですね。

生駒:そうですね。心強いお言葉ですね(笑)。

司会:オブザーバーの先生方はいかがでしょうか?

浅見:佐賀大学では今年までは、中央診療部門としてリハを2日間全員が研修するシステムがありました。選択研修で、1~6か月のコースをとってくれる研修医もいます。最近は6年生の学生さんが2週間のコースを結構とってくれるようになりました。当科に入局してくれた男性医師がいるのですが、先ほどのお話でもあったように、あちらこちらの病棟に診療に行くものですから、病棟の看護師さんから何をしている人なのかと注目されるようになり、それが関心にも結びついてきたようですので、目立つことは大事かと思います。教育の面では、リハ医をアピールできるような講義の仕方を今一度考えてみたいと思っています。

生駒: 学生さんへのアプローチは大切ですね。こういう研究をしているなどを紹介すると、結構興味を持つようです。リハ科ってこんなに科学的に行っている科だと思ってくれるようですね。研究成果やエビデンスなども踏まえての講義内容は興味を持ってくれるかと思います。

菊地:先ほどの研究の件について、少し発言させてください。今、リハ医学会ではデータベースの構築を始めています。そういったデータを使用しながら、臨床研究ができるようにならないかと思っています。

また、専門医会では、研究費がもてない人たちに、 研究費を多少補助できないかと検討中です。

学生さんへの教育に力をいれていますが、自分の大学生ではなくて他大学の学生さんが見学にきて、リハ科に入局するケースは結構あります。

坂田:私はもともと身体運動科学の研究をしていましたが、それを医療に生かせる診療科として選択したのがリハ科です。また内科系の疾患のリハをやりたいと思っていたので、いろいろと見学した上で、東北大の内部障害学教室に入局しました。

浅見:研究の連携が大学間や病院間できれば良いですね。いろいろな分野への興味が、リハ科への興味にも繋がっていくのではないかと思います。

伊藤: 私は国際医療センターで研修をして、内科医になろうと思っていましたが、リハ科の藤谷先生のお仕事をみて、こんなに面白い分野があるかと思い、リハ医になりました。

学生のころはあまり授業もありませんでしたし、研

修もあまりなかったので、臨床の現場に来てからイメージが変わりましたね。

菊地: クリニカルクラークシップという制度で授業をすすめていますので、トータルマネジメント的な面も強調することも大切だと思っています。学生にリハ医学における研究などを講義するのも大切ですね。

専門医会の中でも impairment level において治療的アプローチをどんどん行っていることをアピールすることは専門医を増やす上でも役に立つと思います。

司会:女性医師を増やすだけでなく、リハ医全体を もっと増やすためにはどうすれば良いかという話 題になりました。どうしたら医学生に興味を持って もらえるのか、大学内の授業だけではなく大学間の つながりも大切というご提案もありました。

坂田先生はやりたいテーマがあり、どこでそれができるかということで現在のところに入局されています。伊藤先生は臨床の現場でいろいろな疑問を感じながら、リハ科、リハ医に出会うことができ、リハ医になられた。先日のアンケート調査でも、途中からリハ科に転向される女性医師は多いという結果がでています。臨床の現場で実際に出会うと魅力的な診療科であると思いますが、そこがもっとアピールできれば良いということですね。

生駒:本当は面白いのにうまくアピールできていない。

菊地: その通りですね。

司会:本日のインタビューは終わりに近づいていますが、最後に一言ずつインタビュアーの先生方からお願いします。

坂田: 今日はたくさんのメッセージをいただけたと 思います。今後、どういうスタンスで仕事に取り組 むか悩んでいたところもありましたが、解決の糸口 になるようなメッセージをいただけたように思っ ております。大変感謝しております。

伊藤: ふだんなかなかお話する機会のない先生方といろいろなお話をすることができ、本当にすばらしい企画だと思いました。

司会: ありがとうございます。生駒先生からも一言 お願いいたします。

生駒:若い先生方はいろいろな経験をすることがとても重要だと思います。いろいろな研修に参加されることも非常に良いことと思います。学会発表を聞いているだけではわからないようなことを、実際その施設に行って研修するときっといろいろなこと

を学べます。成功例はもちろん、うまくいかなかった症例からも学ぶことは多いです。

学会として研修システムを考えることは大切であると思いました。

司会: オブザーバーの先生方からも一言お願いいたします。

浅見:第2回目の企画でしたが、皆様方に協力していただき、とても良いインタビューになったと思います。私たちが今後とりくむべき課題を見出したように感じております。ありがとうございました。

菊地:インタビュアーのお二人がお話されたことは、若手の先生が共通して思っていることではないかと思います。是非他の多くの先生方が HP 上の今回の記事に目を通していただければと思います。ありがとうございました。

司会:長時間にわたりまして、ご協力いただきありがとうございました。これにて、本日のインタビューは終了にいたします。

司会を終えて

オブザーバーの先生方も言っておられましたが、 若手のお二人の意見は若手医師共通のコメントの ように思います。また、大学間・施設間での交流 が増えることで、リハ科に興味を持つ学生・研修 医・医師は増える可能性は高くなるかと思います。 全国レベルでは、まだまだリハ科、リハ医に接す る機会が圧倒的に少ない状況かもしれません。

坂田先生の「待っているのではなく、こちらから 出向く」とのお言葉は、実に頼もしく感じました。 若手の先生方のリハ科をもっと浸透させたいとい うお気持ちがよく伝わってきました。インタビュ アーのお二人だけでなく、企画側の私たちにとっ ても、今回、本当に良い刺激を得ることができた と思います。

生駒先生より、「人としてどう理解するのか」、「情熱をもって取り組む」とさらりとお話されましたが、その場にいた誰におきましても、深く響いた言葉だったと思います。ありがとうございました。最後の集合写真では、インタビューに参加された先生方以外に、スタッフとして手伝ってくれた北大医局員2名の(高橋先生、濱田先生)と見学にこられた旭川医大の学生さんもいっしょに記念撮影をしています。 (中馬孝容)

リハビリテーション科専門医「達人の流儀」第1集RJNインタビュー「この先生に聞きたい!」第3回

ゲスト 里宇明元 先生 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 教授

インタビュアー: 山口朋子 先生 (福井県こども療育センター)

和田恵美子 先生(社会医療法人近森会近森リハビリテーション病院)

司 **会** : 藤谷順子 (国立国際医療研究センター病院) オブザーバー: 菊地尚久 先生 (横浜市立大学・専門医会幹事長)

浅見豊子 先生 (佐賀大学・RJN 担当理事)

日 時: 2010年12月17日 16:00~18:00

場 所:慶應義塾大学会議室

司会:今回は慶應義塾大学の里宇明元教授にお話 を伺います。まず、インタビュアーの先生に自己 紹介をお願いいたします。

山口:福井の療育センターから来ました山口です。 よろしくお願いします。卒業が平成6年で、今ま でのインタビュアーよりは年がいっています。卒 業後は、研修制度が今と違いましたので、整形外 科に入り、早い時期に1年間留学させていただい て、戻って、大学で2年あまり研修したあと、ちょっ と結婚で退職しまして、市中病院に戻り、平均年 齢が85歳ぐらいの方を6、7年診ていました。そ の後、今の療育センターに移りまして、患者さん の平均年齢がぐーんと若返りました。療育センター に来て、4年目の後半です。

和田:私は高知県の近森リハビリテーション病院に直接就職組です。平成10年卒で、近森病院の急性期病院で内科研修をしたぐらいで、あとはもう、ずっと回復期リハ一筋です。病院は180床で、高知県は医師不足ですから、だいたい60人ぐらいが担当患者さんで、もう病院では中堅になりました。最近は肢体不自由の更生施設も系列ではじめましたので、そこの仕事もしています。中途障害の方に加えて、もともと障害のある方が中高年になってきつつあるところも一緒に見ているような感じですね。

リハビリテーション科選択の理由

司会:自己紹介ありがとうございます。今回は、インタビュアーの方々は地方の第一線の臨床医でいらっしゃいます。大学医局とは違う立地でいかにキャリアを磨いていくか、また周囲や後進を指導していくか、里宇先生にいろいろお話を伺いたいと思います。

まずは山口先生から質問をお願いいたします。

山口: 里宇先生は、リハ医をどうして選ばれたのでしょうか。

里宇:私がリハビリテーションに行こうかなと思ったのは、学部の5年生のときです。学生として、在宅の脳性麻痺とかポリオの方のボランティアで、お宅を訪ねたり、一緒に旅行に行ったりとか、そういうことをやっていたのですね。

あとは、その在宅の方の一人が、もう当時、40歳だったのですけれども、いわゆる就学免除といって、中学校を出ていなかったのですね。中学校ぐらいは出たいなということをおっしゃって、その検定試験のための家庭教師みたいなことをやっていました。そういう中で、もし、医療で何かそういう障害を持った人の役に立つことができたらすごくいいなと漠然と感じていたのです。

ところで、私はいろいろなことに興味を持ってしまうタイプなので、5年生、6年生の実習でいろいろな科を廻ると、みんな面白く思えるのですね。小児科も整形外科も神経内科も循環器も…。結局、それぞれに入っては駄目で、もっとやりたいことを全部、自由にできる科に入ったらいいだろうということで、リハビリテーション科に入りました。歴史のある科で、かたちがあって、学んでいく、というのもいいと思うのですけれども、私は、枠がないほうが嬉しかったのですね。自分で何かできるのではないかという、それが魅力でした。

印象の深かった職場

山口:実際にリハビリテーション科の医師になってからは、いかがでしたか?

里宇: 当時のリハビリ科の先輩の先生方がそれぞれ、「何か輝くもの」を持っていました。また、基本的なことは教えてもらいましたけれど、かなり自由度があって、いろいろな角度から考えたり、見たりで

きたということは、貴重な経験でしたね。

司会:リハ医として特に印象の深かった経験をお話 しいただけますか?

里宇:3年目の終わりぐらいに、今度、リハビリテーション科をつくるから行ってこいと言われて、埼玉の国立病院にいったのです。

当時は療養所でしたので、ベッド数が 650 床で、脳卒中の患者さんが 200 人ぐらい、1 年ぐらいの入院がざらでした。最初はちょっと途方に暮れたのですが、まずどういう方が入院しているのかをちゃんと診てみようということで、毎日、10 人か 20 人ぐらい、順番に自分の持てる能力の範囲で評価をしていったのです。まず自分がそこで臨床をやるために現状の調査をしようという動機で始めたのですけれども、やってみると結構いろいろな面白いデータが出てきて、逆に何をターゲットにしていったら、病棟をリハビリテーションらしくできるのかということが見えてきました。それが 3 年目から4 年目に入るころですかね。その経験は非常にインパクトがありました。

私がしつこく、トイレはどうですか、とか、着替えはどうですか、とみんなに聞いてまわっていたら、看護師さんたちが興味を持ったらしく、見よう見まねでバーテルインデクスをつけてくれるようになったのですよ。そうすると、看護師さんの方からも、少しでも ADL を良くするようなアプローチもできないかと、聞いてくるようになりました。

その病院は、当時はPTが2人とOTが1人でした。だから、もう本当にナースが頼りと言っていいぐらいでした。私がADLのことを聞いたのをきっかけに、ナースが麻痺や嚥下、排尿のことなどにも興味を持って、一緒に勉強しましょう、とか、どうやったらアプローチできるか考えましょうということになり、半年ぐらいしたら、急にリハビリテーション病棟らしくなったのですよ。いろいろアクティブにやるようになり、患者さんが自宅に退院するようになったのですね。だから、1年後ぐらいには、在院日数がそれこそ3カ月ぐらいに短縮しました。家屋評価なども、多いときには本当に毎日のように行きましたね。

今で言うと、チームをどう作るかとか、限られた 資源の中でどうやったらいいかなど、こういう悩 みは誰でも持つと思うのですが、そういうことを、 もういきなりそこにほっぽり出されて体験したと いう意味では、すごくインパクトがありましたね。 山口: 先生、それは、今思われると3、4年目だったから、あの勢いがあった、みたいなことがありますでしょうか。それとも、そういう働き方は、どんな年数でも大事だな、みたいな。

里字:何歳になっても、面白さというか、関心を持って、これやってみたいな、こうなったらいいだろうということはあると思いますね。今は、残念ながら診療に割ける時間が短くなってきていますが、若い人たちがどんどんやって、自分が追い抜かれていって、また追いつこうという気持ちになるのは、すごく刺激があっていいですね。年はあまり関係ないと思います。特に医療は、30年前と今を比べても全然違うし、対象とする患者さんも広がっているし、過去の経験だけで今の患者さんに対してやっていこうとしたら、もう古いと思うのですよ。いつも、常にいろいろなことを感じて、これをやったらどうだとか、わくわくすることが必要だと思います。だから、逆に飽きなくて面白いのですね。

司会:よく学生さん対象の説明会などでも、まずは何か技術を身につけたいという志向が強いのですけれども、一つの科に入らないほうがかえっていいというのは、とても楽しい視点だと思います。 里字:リハビリテーションというのは、チャレンジの宝庫みたいなところだと思うのですよね。もちろん転科の人はそれなりにまた違った視点で、今までの蓄積をもとにまた新しいことができます。いくつになっても、いつになっても、どの科からでも、やって面白いのがリハビリテーションだと思いますね。

和田:自分としては、医学部の学生さんの心をぐっとつかむ言葉を教えていただきたいなと思ってここに来ました。当院にも研修医の先生や医学部の学生さんが研修に来られています。「リハビリテーションは何をするのですか」とよく聞かれていくつか技術的なことも言いつつも、それだけではないのだと思っています。でもうまく言えなくて。

里宇:それは難しいことではありますね。私などは、もうとにかく面白くて、いろいろなことができる、自分がその分野を引っ張っていける領域だと言っています。テクニックも、筋電とかエコーとか、いろいろ身につけないと、リハビリテーションはできない、と。スキルを身につけるという意味では、密度の濃いものだということは言いますね。

いっぽう、今話が出たように、どう自分が育って

いくか、スキルアップしていくかということが素 人目にも分かりやすく見えてこないと非常に不安 だという方も多いですよね。そういう方の場合に は、道筋がなるべく具体的に見えるようなものを お見せしたり、あるいはそういう現場、関連の施 設などで少しいろいろとアレンジしてもらってこ れぞテクニックなり、スキルを駆使してアクティ ブに臨床に取り組んでいる、攻めのリハビリをやっ ている姿だというのを見せたりとか。

山口:もう少し具体的に教えてください。

和田: どういうスキルをどう駆使したらいいかということでいいのでしょうか?

里字: それはもう、先生方はやられていると思いますけども、手技単独ではなくて、患者さんをどう見て、その手技なり評価なりを位置づけて、介入を行い、どういう結果を得るかという一連の流れを見てもらうのですよ。例えば、フェノールブロックでも、どこをターゲットとするかを動作の中で評価するところから、そしてブロックして痙縮が落ちたあとのプログラム。そういう一連のものをきちんと組み立てられて初めて手技が生きるものですよね。そういう流れの中で手技や評価を位置づけていく。そこにリハの専門医がアクティブに関わって、障害を予防し、機能を最大点に回復させ、そして生活を大きく変えるということを体験してもらうということですね。

司会:和田先生、回復期病院として、近森リハビリテーション病院でばっちり治すところを見ていただくというのはいかがでしょうか。

和田: そうしたいのはやまやまですが、高知県ではリハ医じゃない先生が診ている回復期も多くて、リハ医がいなくてもリハができる、と思われてしまっています。リハビリテーション専門医という存在意義をどうやって示せるのだろうかと悩んでます。

里字: そうですね。私は残念ながら、今のシステムの回復期病棟に勤めた経験がないので、想像になってしまいますが、やはりどう考えても、きちんと見て、方向性を決めて、タイムリーに必要な介入をやれる医師がいなければ、うまくいかないと思うのですね。非常に典型的な症例であれば、全体としてステレオタイプに流しても、自然回復みたいに良くなる人はもちろんいると思うのですけれども、やっぱり今は、複合障害がある方、合併症のある方が増えていますよね。そうなると、

やっぱりそこをきちんと見て方向性を立てられる 存在がないと、なかなかうまくいかないのではない かと思いますね。

司会:和田先生が診なきゃだめだった、和田先生でよかった、とか、みんなが思うような状況ですね。

和田:そうですね。そこを学生さんに見せないといけないわけですね。

里字: 医療ってうまくいくことばかりではないので、そう口で言うほどやさしくないと思うのです。でも、やっぱり、ここをちょっとこうやるとよくなる人というのは、その目で見ればたくさんいると思うのですよ。そこを目ざとく見抜いて、タイムリーに、というのがすごく大事なのですよね。あとに延ばさないですぐやる。そういうエマージェンシーの考えでやっていくと、そんなに難しくない人だったら、ぱっとよくなってしまうこともあります。そのあたりをまずターゲットにして、興味を持って来られる学生さんや研修医にも、デモンストラブルな症例をうまく提示していければ、それはすごくアピールするのではないですかね。

<u>一般病院勤務でできる</u> 研究活動とは

司会:本日は、インタビューに先立ち、病院および 研究室の見学をさせていただきました。ご感想はい かがですか。

山口:大学での研究を拝見して、今日はもう圧倒されてしまっているのですが、一般病院の臨床医はどうやって研究をしていくか、ということについて、何かアドバイスをお願いいたします。

里字:私は大学に戻ったのが2002年で、卒業したのは1979年です。20年ぐらい外の病院にいて、リハ科の立ち上げみたいな仕事が多かったです。そういうときに考えたのは、最初の病院の実態調査もそうなのですが、やっぱり何か医療をよくしていくために、どうしたらいいのだろう、それを見いだすことができないかなといつも考えています。

山口:病院のシステムとしてとか、治療のシステム として?

里字: そこにリハビリテーションの流れを作っていくためにはどうしたらいいかというのを考えるために、まずどういう状況になっているかという実態を知らなければならないというモチベーションで最初の調査をしましたね。それが一番、最初にやった臨床研究なのですよ。

臨床の現場では、何かをちょっと改善したいとか、こういう問題で困っているとか、それを少しゆっくりと考えてみる時間が30分でもあれば、そこからいろいろなテーマが生まれます。

対象はもう目の前にいるわけなので、アイデアがあって、かつデザインができれば、あとはちょっと頑張りがあれば、そこで臨床研究というのは成り立つと思うのですよね。

もちろん大変だと思います。私の場合、先ほどお話しした病院は、筋ジストロフィーのベッドが120床あって、世界で一番多く入っていました。もう最初はびっくりしていましたが、毎日じっといろいろな場面を見ているうちに、いろんなことが面白くなってきたんですね。残っている筋肉や拘縮と動作との関係とか。

たまたま非常に経験の深い PT がいて、彼にアドバ イスしてもらいながらいろいろなデータを採りま した。どこの筋肉がどの時期にどのように落ちてい くのかということがわかってくれば、リハプログラ ムにも役に立つので、いろいろ考えて、夜、CTの 部屋で技師さんと相談しながら、どうやったら筋肉 を断面の中で脂肪と分けて定量的に評価できるだ ろうかと考えました。それまで、定量的な評価と いうのはほとんど行われていなかったので、それ が学位研究になりました。80例ぐらいのデータで まとめて、今でも海外の radiology の教科書に筋ジ ストロフィーの筋障害ということで引用されてい ます。だから、臨床の観察、現場でのニーズで始 まった研究です。うちの若い人たちも忙しいと研 究が大変だとよく言います。それもわかりますが、 逆に忙しいから、ちょっと視点を変えて研究的な ことも考えるともっと楽しくなってくるし、あと、 臨床の質も変わるのではないですかね。

山口: そうですね。ある程度たくさん患者さんを見ていると、やっぱり臨床での患者さんのニーズというか、自分はここを知りたいというのが出てくるのですが、それが、デザインのところで困っています。私だけではなく、一般病院にいるドクターでは、ニーズはある、ここを乗り越えたいんだけど、うまいことデザインができないという悩みがある方が、ある程度の割合でいらっしゃると思うのです。そのあたりで何かアドバイスをいただけますか。

里宇: それこそ専門医会の役割とか、あるいは学会 の役割も大きいと思います。現場で忙しく頑張って いる、でも、研究にも興味がある、という方をサポー トする。例えば、テーマの立て方とか、そのテーマでデザインをしていくときどうしたらいいかとか、倫理委員会をどうクリアするか、とか。あと、研究資金もね。そういうコンサルテーションのシステムが、私はぜひ必要だと思うし、それがあると、リハビリテーション学会全体にとっても、もういろいろなフィールドでいろいろな研究が生まれるので、これはすごく大きなことだと思います。

和田: リハ医学の質が上がっていくことになりますね。

里字: そう思います。今日は専門医会幹事長の菊地先生がおられるので、システム作りを期待しましょう。大学の講座は少ないとはいえ、各地にありますから、サポートやコンサルテーションのサービスをしてもいいし、あるいは、今、各大学でクリニカルリサーチセンターとかの名称で、臨床研究のデザインや統計とかやってくれる専門スタッフがいますよね。そういうところに、その大学のスタッフを介して相談するということも、可能じゃないかと思います。そういう道筋や仕組みをつくっていけば、本当に一般の病院で忙しく働いている先生方も、研究して楽しいというか、何か物事を前に進めているような気持ちを持ちながらできるのではないかなと思いますね。

和田:学会の締め切り前に慌てるのではなく、普段から考える、というのが大事なのですね。

評価・記録・データの重要性

司会:お話をうかがっていると、BI でチェックなさるとか、CT で定量なさるとか、なにかの尺度で評価をされているというのが印象的です。日々の臨床でデータが採れるような仕組みにする、そういう習慣がとても大事だと、あらためて感じさせられました。

里宇:研究のためだけではなくて、臨床をきちんとやるためにもリハの尺度って重要ですよね。そのために使えるツールというのは、今すごく増えてきています。

私は、これは初期に、内科をまわっているときに 内科の先生から、カルテをしっかり書けというこ とをすごく教えられたんです。だから、それだけ はいつもものすごく心掛けていましたね。カルテ を書くときに、リハというのは、いろいろなこと が必要になりますよね。そのときに、いくつかの チャートがあったり、それをサマライズしたプロ ブレムリストがあったり、そういうのは大事だと思いますね。

山口:初期に、ある程度押さえてちゃんと書かないと、あとから見てよくなったのか、いつよくなったのか、わからないですよね。

里宇: そうですよね。だから、こんなことに興味があるというのを出し合って、それを日常の中で見ていくにはどうしたらいいか。それを研究に発展させるにはどうしたらいいかとか、そういうことは、要するに、アイデアの段階から始まって研究に結び付けるまで、サポートするような体制があれば、できますよね。

あとは、皆さんもなさっていると思うのですけど、 アイデアノートというか、メモ帳というのか、そ ういうものがすごく大事ですよね。ほんのちょっ とした時間に、何か思い付いたこととか、1行で も書いておくと、それがあとですごく役に立ちま すね。

山口:書かなきゃ。さっそく書きましょう。

研究テーマの見つけ方・ 研究の実施の工夫

司会: 先生方、何か具体的にご意見を聞きたいテーマがありますか。

山口: 脳卒中の方を、よく診ていた頃から、脳卒中を発症する前のファーストプライマリープリベンションみたいなところも大事だなと考えるのですが、リハから外れているでしょうか。

里宇: そうですね。リハビリでは、障害の重度化の予防はよくいわれますが、本来的には、病気の予防にも、あるいは生命予後の改善にも、リハビリテーションは役立ちます。

例えば、心臓のリハとか、呼吸のリハとか、腎臓 もエビデンスが出ていますよね。脳卒中の発症予 防とか、健康増進の観点でも、リハビリテーショ ンは重要だと思います。リハビリテーションとい うと、後遺症の治療、という感じがあるのですけ れども、要するに、健康で動ける状態を長く維持 することと、リハビリテーションとは相反するも のはないと思います。

司会:生活習慣病を予防する、脳梗塞を予防する のは運動だし、運動というツールに詳しいのはリ ハ医だと。

里宇:運動そのものと、あと、教育的なアプローチ。 そういうことには非常に長けていますよね。いろ いろなところとの連携も。ですから、そういう分野 でどんどん活躍する人が出てくることはいいこと ですよね。

地方の医師不足の中で 臨床研究をするには

和田: やりたいことはたくさん出てくるのですけれども、本当に、病院に人がいません。高知県に残るお医者さん自体がいない時代に、リハ医をどうやって引っ張ってきたらいいのだろうということに、すごく悩んでいるのです。

里宇:難しい問題ですね。これはリハ医にかかわら

ず、医師の地域偏在には、いろいろな対策がとられていても、なかなかこれといったものがないのが現状ですよね。でも、やはり人というのは、そこではこんなことができる、とか、こんな面白いことがあるというと、どこにでも行くだろうと思います。人不足の解決になるかわからないですが、何かやりたい、でも人がいないというときに、いいテーマであれば、大学院生が来てくれるとか、そういうことはあり得ると思います。端的にいえば、修士論文なり博士論文が書けるテーマが提案できればということです。最先端のことではなくても、地域の大事なことで、マスデータで、きっちりといろいろな尺

司会: 例えば、近森方式だと患者がよくなる、というのを全国データと比較するというように、和田先生の考えたテーマを、どこかの大学院の学生さんが来て研究する、ということですね。

度で行った研究は、論文になります。おそらく、近

森病院は、システムができあがっていて、データが

そろっているでしょうから、研究の宝庫みたいなと

ころだと思うのですよ。ですから、切り口をうまく

考えるというのが先生の役割ではないでしょうか。

里宇:研究をやるときには、少しフリーの立場でやれる人がいると、すごく進みます。 その人をどうやって確保するか、大学との協力とか、そこに工夫がいりますね。PT、OTの方でも、ある期間、研究に従事してみたい、自分のキャリアアップで修士なり博士を取って次に行きたいという人が増えていますね。そういう方を公募して、研究員みたいな位置づけで来てもらうのはいかがでしょうか。

和田:そうですね。帰ったら副院長に提言してみます。

里宇:リハビリテーション全体で見ると、多数例でのエビデンスが少ないですよね。特に臨床のリアル

な場面でのデータです。RCTでなくても、きちんと、コホートとして、患者さんを同定して、ある地域の代表的な施設で、ある一定の間隔で一定のアウトカム尺度で追っていったマスデータ。それがあるとものすごく価値が高いですよね。

だから、そういうことを発想できて実現できるようなサポートシステムを 、今日お話を伺って、これはもうぜひ、菊地先生とご相談してつくらなければいけないなと思います。皆さんがそういうモチベーションを持たれているということがよくわかりましたので。その一歩を踏み出すためには、研究の相談相手と、それからまた、ちょっとめげたときに励ましてくれる仕組みがあればということですね。

司会:地域の石田先生(高知大学)とか、八幡先生(石川県・専門医会幹事)にもお手伝いいただいて、ですね。

山口:私、八幡先生に、こんなしようがないネタなのですけど、と言うと、いつも「迷わず出してください」と言われます(笑)。

スタッフへの研究指導

和田:自分でも相談をしたいくらいなのに、逆にナースとかリハスタッフの研究相談を受けなければいけなくて。それがなかなかたいへんです。

司会:どんな点がたいへんなのですか?

和田:もうちょっと先に相談してくれたらよかったな、というような発表が多くて。学術的な雰囲気がどうやったら病院内に育つのかなというのは、いつもすごく悩んでいます。

里宇:また、私が最初に行った病院の話に戻ってしまうのですけれども、そこでもデータがたまってくるとナースも、学会に出したくなってくるのですね。もちろんまだ研究としてどうかなというのもあるのですけれども、でも、比較的ハードルの低い学会であれば、やってしまえということも大事だと思いますよ。

バスをチャーターしてみんなでツアーを楽しみながら学会で発表したのですよ。そうすると、みんなのモチベーションが上がりますね。イベントというか、お祭り的に盛り上げながら研究もやっていくというようにすると。そういうことは、近森病院などは結構、得意そうな気がします。

和田:数が多いともうたいへんですね。

里宇: あとはやはり、各部門に指導できる人を育てていく。かならず、各部門に、有能な人はいます

から、そういう人を育てていくと、もうある程度、 自律的にまわっていきますね。

<u>育児と出産―</u> 自分の問題・スタッフの問題

司会:さっき学会発表の話が出ていましたけど、 それこそスタッフが学会発表するからついていっ てあげたいと思っても、母親業もしていたら、あ まりついて行けないとか、そういうストレスはど うしてもありませんか。

和田:そうですね。子どもが3人いるので、なかなかほっぽり出してもいけません。学会などに一緒に行って気分も盛り上がっているときにがんがん話をすれば、より良い指導チャンスというか、いいきっかけになるのだろうなと思うのですけど。

里宇: そういう大変さは女医さんには確かにありますね。何かいい案というのはあるのですか。保育所とか。

和田: そうですね。あまり仕事を持っていない男性と結婚されるのが一番いいのじゃないかなと思いますけど(笑)。

山口:うちも子どもが1人ですけど、でもやっぱり泊まりがけで出ることに関しては結構、たいへんです。

里宇: こういうところに参加するのもいろいろ苦労されるのですね。

和田:大学の教授としては、女性の医局員の産休 などはどうお考えですか。

里宇: それはもうそれで精一杯、対応しようと。 ただ、希望を言わせてもらえば、同時多発は避け てほしいなと思います。

和田:医局員の方は、育休をちゃんと1年取られたりされるのですか。

里宇:いろいろです。大学病院は、大学院も含めて、いろいろな選択肢が多いとは思います。

山口: 仕事を持つ女の人が増えてくるという中で、一般論として女性の仕事について先生はどのようにお考えですか。

里字:結婚なり出産、育児をやっても普通に仕事を続けられる、あるいは戻れるようになっていかなければいけないと思いますね。難しいですけど、柔軟な勤務が可能な体制を作る、男性にだってそのような選択肢が必要な時もあるので、できるだけバリエーションを作るのが必要だと思います。

親の介護

司会: 育児だけでなく、親の介護の問題もありますね。先生はそのあたりいかがでしたでしょうか。

里宇:私は結構忙しいときに両親が続けて脳卒中で、入院したり、在宅療養だったりしました。そういう意味では、妻にかかった負担は大きいと思うのですが、私も夜はできるだけやるようにしました。入院したときは、泊まって、翌日そのまま仕事に出たとか、そういうことも結構しましたね。もちろん、負担の度合いから言ったら、妻のほうがはるかに大きかったので、どう評価されているかわからないですけど(笑)。今は、妻の母と同居しています。介護保険のケアプランの会議にちょっと参加したりとかしていますね。

和田: リハの教授がケア会議にでるなんてケアマネさんにはすごいプレッシャーですね。

里字: いやいや。うちの奥さんのほうが地域で民生委員をやったりして顔が広いのでその旦那さんという感じです。はいはいと言って聞いています。でも、やっぱり仕事をしているときに呼ばれて、すぐに行けるかというと、皆さんもそうだと思いますけど、それは無理ですよね。だから、ある程度、社会的に支えて、家族も関われるような介護の仕組みが必要だと思いますね。介護保険の話は今日のテーマじゃないのですけど、やっぱり実際に使う立場になると、いろいろ面倒ですね。働く人を考慮した仕組みにもう少しなると、もっと使いやすいかなと思います。

山口:でも、それは大事ですよね。働く人が使い やすかったら、家にいる片方にだけ負担が寄らな いということですから。

司会: それを調べて臨床研究いたしますか (笑)。

地方の卒後教育支援

司会:石川県・高知県を代表して、リハ学会理事 長の里宇先生にご要望がありませんか?

和田: 地方だと新しい技術というのを知る場が少ないです。私も含めて実技講習には皆さん飢えているところがあります。

司会: 学会のときのハンズオンセミナーではまだまだでしょうか。

和田:なかなか難しいですね。学会場まで行けないということを、皆さんおっしゃっています。

司会: ハンズオンはもともと少人数でしかできないので、地方会単位はいかがでしょう。

菊地 (オブザーバー 専門医会幹事長):専門医会でも、 そのことは考えています。ハンズオンは定員が少な いので、全国ではすぐ一杯になるので、各地域で行 うことを考えています。また、地域の大学に何日か 通って、実際の患者さんを前に実習するようなこと も考えています。

やりたいことはやってしまおう

司会:最後に、人生の先輩として、ひとことお願いいたします。

里字:人それぞれだと思いますけども、私は、いくつになったから、とか、こういう状況だから手を出さないというよりは、やりたいと思ったらもうあまり考えないでやってしまう方ですね。あとで考えればいいや、とはじめると、意外と新展開が開けたりして、楽しいですよ。家族には、あきれられているかもしれないですけど。

和田: 具体的に聞かせていただけますか。

里宇: いろいろあって恥ずかしいのですけど、一つは、写真を撮るのが好きなのですよ。 それから、今、 野球を結構、一所懸命やっています。

山口:プレイするほうですか。

里字:軟式野球ですが、ここ2年ぐらい、自宅の庭に通販で買ったティーバッティング用のネットと、あとはピッチングができる、投げると返ってくるネットを置いて、休みのときとかに、ちょっと時間があると、練習しています。医局員やPT、OT たちとの試合もしていますよ。自分で言うのもなんですけど、結構いい線ですよ(笑)。

司会:いい線かどうかは医局の方の客観的な意見を うかがうことにして(笑)。全般的に、型にはまら ないでいいというのが今回、里宇先生とお話をし て、脈々と感じられました。

和田: やりたいと思ったことをやったほうがいいのかなという気持ちに、本当になりました。ありがとうございました。

司会:最後に、浅見理事から一言お願いします。

浅見:今日は、歴史ある慶應義塾大学リハビリテーション科をお訪ねでき、女性医師にご理解のある里宇教授のお考えのもとで頑張っておられる女性の先生方の姿も垣間見れましたし、インタビュアーのお二人からの素直で熱い思いもお聞きでき、私にとりましても、大変有意義なひとときでした。これからさらに、RJN 活動の輪を広げていければ嬉しく思います。

リハビリテーション科専門医「達人の流儀」第1集 RJNインタビュー「この先生に聞きたい!」 第4回

ゲスト 上月正博 先生

東北大学大学院内部障害学分野 教授

インタビュアー: 濱田有紀 先生 (北海道大学病院リハビリテーション部)

稲澤明香 先生 (横浜市総合リハビリテーションセンター)

司 会 : 豊岡志保 (国立病院機構山形病院)

オブザーバー: 菊地尚久 先生 (横浜市立大学・専門医会幹事長)

大串 幹 先生 (熊本大学・RJN 担当幹事) 2011年6月24日 15:00~17:00

日 時 : 2011 年 6 月 24 日 15 : 00 **場** 所 : 東北大学医学部附属病院

司会: 今回のゲストは東北大学内部障害学の教授の 上月正博先生です。インタビュアーは横浜市総合リ ハセンターに勤務している稲澤明香先生と、北海道 大学病院リハ科の濱田有紀先生です。よろしくお願 いします。それでは上月先生にまず、開会のごあい さつをお願いします。

上月:東北大学病院の上月です。皆さん、よくいらっしゃいました。東日本大震災が起きたのが3月11日ですので、もう丸3カ月たちました。仙台の街や東北大学病院もだいぶ落ち着きました。東北大学でもリハ科の女性医師が頑張っているということを全国の皆さんにデモンストレーションするのに非常に良い機会だと思います。このような機会を与えていただいてどうもありがとうございます。よろしくお願いします。

東日本大震災を経験して

司会:上月先生は3月11日の大震災では避難所生活を経験なさったとうかがいました。その時のご苦労を伺えればと思います。

上月:私は震災の当日は、たまたま福島県会津若松市の病院にいました。会津若松市は震源からかなり離れていたので震度5強ですみましたので、病院も崩れず、停電は少しあったものの、水道も止まりませんでした。ただ、携帯電話が全く通じなくなりました。

私は、翌日、リハ医学会の役員会に行く必要があったので、とにかく郡山市まで病院車で送ってもらいました。しかし、郡山では長距離タクシーはつかまらず、南にも北にも行けないという状況だったので、結局3日間の避難所暮らしを余儀なくされました。

避難所では食べ物も足りない、寒く、眠れず、疲れ

ました。避難所で廃用症候群になるのはこういう 気持ちなのかということがよくわかりました。ま あ、3日だから廃用症候群にならなかったのです が、被災地では避難所暮らしの長い人も多いわけ ですが、そこで簡単に「運動しましょう」と言っ ても反発されたりするわけで、正しいことを伝え ても、それが必ずしも受け入れられるものではな いというのが実感でした。

大震災の時には宮城県内はもとより、東日本の広 範囲で、一時的にライフラインが同時に断たれた 状況になりました。今は、大震災から3ヶ月余り 経過したので、皆さんご覧になったように、仙台 市内は大分回復しました。しかし、被災地の中の 格差が表面に出てしまったのです。大きな傷を心 に負った人を、どういうふうにリハという技術を 使って負担を軽くしてあげるかというのが今の課 題ですね。

司会: そういった面で、若い女性医師や若いドクターに期待することは何かありますか。

上月: リハ医師としてではなくてもいいですから、できればやはり現場を、石巻や気仙沼あたりをご覧になると、その被害の状況がわかるので見て欲しいです。またこのような状況下では、理想的なことと、現実的にやれることが同じではないということもわかると思います。被災者にリハが必要だから「病院に来たらどうですか」と誘っても、経済的な問題や家族と離れたくないなどの様々な理由で来たくないという被災者の気持ちもわかってくるのですね。

女性のリハ科医師に望むこと

司会: それでは、濱田先生から最初の質問をお願いします。

濱田:はい。よろしくお願いします。女性リハ科 医師が、最も期待されていることがなんなのかと いうのが、なかなか自分たちではわかりにくいと ころがありまして、上月先生のお考えになってい ることをお話しいただけましたら・・・よろしく お願いします。

上月: はい。私自身は男性医師・女性医師に対して、特別に区別した考え方を持っているわけではありません。女性のほうがどちらかというと具体的な日常の物事をよく知っているというか、リハは実学ですから、そういう意味でも女性医師が十分活躍できる領域であると思っております。

濱田:子育てをされつつ臨床に参加されている先生もいらっしゃると伺ったのですが、時間が制限されることで、実際臨床の場面でほかの先生にご迷惑を掛けたり、キャリア自体に影響が出たりということは、あるのでしょうか。

上月:一般的には他の先生が働く時間と同じだけ 仕事ができなければ、仕事の密度が同じであれば キャリアとしては少し遅れる可能性はあるかもし れません。ただ、リハ科ではあまり長時間労働や 力仕事といったものがありませんし、子育てもキャ リアとして大事な体験の一つなので、リハ科では それほどマイナス要因にはならない、あるいはむ しろ逆に役に立つのではないかなと思います。た だ、出産前にある程度、一緒に仕事をすることで 組織内での信頼を勝ち得るといいますか、そうい うふうな前提が必要になるかとは思います。

濱田:はい。ありがとうございます。

司会: 稲澤先生、今のようなことで、実際にお仕事をしていていかがですか。

稲澤:はい。そうですね。女性医師として初期研修終了して、これからいろいろ自分がしたいことでてきた時に、出産や子育てと時期が重なるようなこともあって、自分でもどのように考えていったらよいか悩んでいます。

上月:人生を振り返ったときに自分にはそうだったとしても、これから歩もうとする若い相手に対して、これが正しい道だとか、これが一番の近道だということはなかなか言うことはできないだろうと思います。

時間の使い方は、結婚、家事、妊娠、出産、育児など多くのことをこなしていくうちに、一部を他の人に委託したり、能率を上げたり、ちょっとした隙間の時間の効率的な利用など、工夫を凝らす

ことによりうまくこなしていけるようになるではないかと。女性医師のほうがその辺の時間の使い方は上手にこなしていけるのではないかなという気がします。そうすると絶対量としての診療時間や研究時間は男性医師より短かったとしても、それほどキャリアには大きな差はつかないだろうと思いますね。

リハの専門医になるというのは非常に大事なことですね。でも、皆が金太郎飴のように同じような 医師になってはつまらないし、学問も発展しません。やはり特徴のあるリハ医になってほしいと思います、リハ医は一人一人みんな違って良いのだと思います。恐らく自分がこうありたいという理想像がしっかりしていれば、結構仕事や生活は能率よくこなせるのではないかなという気がします。結論を先に言ってしまいました(笑)。

司会:実際に、稲澤先生は結婚の予定はいかがですか?

稲澤:まだ、これからというところです。ただ、そういったことを考えつつ今仕事をしていて、いろいろ考えると...

上月:私のところには東北大学の女子医学生が臨床実習で回ってきます。彼女たちに冗談めかして言うのですが、「女性医師としてのキャリアを全うするためには、結婚相手をよく考えなくてはいけない」と。「"俺についてこい"というような男性が相手の場合は、家事や子育てをあまり手伝ってくれないかもしれない。そうすると相手の男性はキャリアを全うできても、あなたは医師としてのキャリアを積むときに障害になるかもしれない。だから、どういう人と一緒に人生を築いていくかはよく考えたほうが良い。」と言うんです。ただ、そうすると決まって女子学生たちに言われるのは、「頼りない男性医師は、私たちは好きになれない」と(笑)。

やはりお相手との話し合いが一番だと思います。私 の妻も皮膚科医ですが、私が豪州に留学した時に彼 女も一緒に行って同じ病院で皮膚科の研修をして、 そう意味ではお互いに良い体験をすることができ ました。

濱田:上月先生は具体的に何かルールを作られたとか、そういうことはその都度話し合われたのですか。

上月:私の場合は、留学中はまだ子供がなかったので、私は研究をしていましたし、妻は臨床で、それぞれある程度自由なことをやったので、特に衝突す

ることはなかったです。日本に帰って子供が生まれてからは、時間で区切って分担してやっていました。私は夕食を自宅に帰って食べて、その後少し子供の面倒を見て風呂に入れて、それから大学に戻ったりしました・・・

濱田:今、めいが身近にいるのですが、全介助と言ったらおかしいのですが何もかもしてあげなければいけないということで、一つのことをするのでも、すごく時間が取られてしまって、子育てというのはイメージしたよりも体力の要ることなのだなと思います。

上月: そうですね。体力と気力が必要です。ただ、子育でも80点ぐらいをめざすので良いのではないですかね。初期研修期間はとても大事ですが、初期研修期間だけが勉強する時期ではく、医師は一生勉強していかなくてはなりません。一度にいろいろなものを抱え込んでしまったからといって、あまり焦って、全てに対して100点をとろうと頑張らなくても良いと思います。

研修と患者の内科的管理について

司会:東北大学でのほかのリハ科の先生方との連携について教えてください。

上月:東北大学病院には現在3つのリハ科があって、内部障害リハ科のほかに、出江教授の肢体不自由リハ科、森教授の高次脳機能障害科の3科の医師が一緒になって総回診していた時期がありました。現在では入院患者さんの数が多くなり、各リハ科独自に回診しています。しかし、毎週1回のミーティングは今も合同で行なっており、入退院患者の説明などの情報を共有しています。また、研究や新しい診療の話題のようなレクチャーを持ち回りで行なっています。また、患者さんを持っている医師たちは、毎日病棟で3科の先生と一緒にいますから、そこで例えば MRI の読影や機能評価をし合うなどいろいろな交流があります。広い視野でバランスのとれた診療や知識の獲得ができ、リハ医養成にはとても有利であると思います。

司会:ほかの大学ではない、複数のリハ科があるメリットですね。

上月:また、大学病院でのリハ経験だけでは一般的なリハ医としてはまだ足りないところが出てきます。そこで、私の教室では、大学病院で3つのリハ科を回る他に、1年くらい市中病院のリハセンター

でゼネラルなリハも見てもらうようにしています。このようにしてリハ医療をオールラウンドに見られるようなシステムにしています。

司会:インタビュアーの先生方は初期研修をどこでなさったのですか?

稲澤:自治医科大学で初期研修を受けました。内 科系のリハに興味があったので、内科系を中心に ローテートして、初期研修の2年の後のもう1年 内科をローテーションして、その後、どうしよう かなと決めていた時にリハ科という存在を知って、 横浜市立大学のリハ科に入りました。

濱田:私は、初期研修は北大のプログラムに沿って、循環器内科、一般内科、外科、救急を回って、2年目は小児精神科、地域医療を回らせていただいて、その後脳外科と内科をもう少し勉強したいと思って研修して、2年間を修了したのです。2年目の研修医の終わる2カ月前にリハ科に行こうと決めて、3年目で入局しました。

司会: リハ科医を希望する時は初期研修での他の 科の選択をどういうふうしたら良いでしょうか?

上月:初期研修が義務化されていて、2年間はいろいろな科を回ることになっていますので、私の教室では、「内部障害のリハをするなら、内科認定医は取ったほうがいいよ。」と指導しています。つまり、初期研修の義務化で2年の研修を行うのであと1年間私のところか研修病院で内科の後期研修をすれば、内科認定医の受験資格を得るわけです。試験に合格する力があれば、どんな良いことがあるかというと、病気の診断、検査の仕方、薬の処方、生活指導など、診断から治療まで一通りのことができるのです。私の教室では、その上リハのことをガッチリやるので、医師としても自信も持って患者さんを診られるし、その後は研究に集中する心理的余裕も出てきます。

リハ医になるとして内科で必要なのは、運動できるのか、運動させていいのかといった呼吸循環ですね。あとは摂食嚥下、栄養補給、排泄などで重要になる内分泌代謝、腎臓でしょうね。

結局は、あるリハ医が大学にいる時は少し特化した形で、突出した専門性を持つリハ医として働き、そのリハ医が一般病院に行ったら少しゼネラルにまた復習をしてといった繰り返しで、バランスの取れたリハ医になってくるのだと思います。

司会: 濱田先生は専門医を今年取られたそうですが、どういうお勉強を・・・

上月: その情報は読者にはとても大事ですね (笑)。 **濱田**: リハの専門医を受けるに際して、30 症例の レポートを提出するのですが、どうしても項目の 中で手薄になってしまう項目がありまして。

司会: 具体的には。

濱田: 具体的には小児科と熱傷ですね。短期間で転院してしまうため、なかなかリハ科としてしっかりと介入することが難しいところがありました。試験の勉強に関しては、以前出ていた問題を見てどういった問題が出されるのかを確認しながら、周辺知識を固めていくという勉強方法でした。一つ上の先輩が、面接の練習をしてくださったり、一緒に勉強会を開いてくださったりという形で勉強は進めていきました。

稲澤:総合リハセンターという所は、今常勤の内 科医の先生がいないので、入院の慢性的な患者さ まの全身的な管理は私のようなリハ科医がおこな います。内科の勉強が足りないと、私自身感じて いるところがあります。研修でいらっしゃる先生 方も、内科の勉強はどのくらいしたらいいですか と私に聞いてくることが結構多くて、どういうア ドバイスをしてあげたらいいかというところを・・・ **上月:**私自身は東北大学を卒業してから出身大学 の内科の医局に入るまで、3年間外部の病院にい ました。当時はローテーションといっても外科を 回らないで、内科、麻酔科、救急ぐらいしか回り ませんでしたが、3年やればだいたいのことはで きるようになりました。要するに、初期研修病院 でどれだけ濃密にやるかというところが大事です ね。私の教室員は、内科専門医あるいは内科認定 医をほとんどの皆さん持っているのです。リハ科 に来てからも、身近にそういう人がいるというの は結構大事ですね。内科医のいないリハセンター でリハ医が内科の処方までやるというのは、これ はこれで、責任を伴いますからよく勉強せざるを 得ないのでとても良いことと思います。一方、内 科の先生がリハ患者の再発予防をガッチリやって いる病院は、その先生に再発予防の処方のやり方 をしっかり聞けば、非常に勉強になるはずです。 要するにどんな環境でも工夫次第で自己研鑽を行 うことは可能だと思います。

司会:逆に元整形外科の先生が総合リハセンターで、内科がわからなくて困るわというようなことがあれば教えてください(笑)。

稲澤: そうですね。実は昨日も整形手術目的の入

院の方がマイコプラズマ肺炎で、急きょ対応してきたということがあって。やはり内科的知識が必要だなと感じます。

上月:ただ、内科を知っていればそれで良いというわけでもありません。私が内科からリハ科に移った理由というのは、内科の先生は頭のてっぺんから足の先まで診察や診断はできるけれども、治療手段はほとんど薬しかない。薬を出しても患者さんはある程度しか良くなりません。ましてや、運動機能やQOLに関して内科はかなり手薄なわけで、そこを補おうということでリハ科に入りました。

一方、リハ科以外の診療科で少しリハがわかる先生と、われわれリハ医との決定的な違いは、やはり重複障害をどのように評価し、扱えるかだと思います。神経内科の先生は心臓が悪いとか、肺が悪い患者さん、あるいは整形疾患の患者さんのリハはかなり難しいと思います。それはやはりわれわれリハ医のように、いろいろな重複障害を診た医師でなければ、適切なリハ処方ができないと思います。そうすると今後を考えた場合に、日本のような超高齢社会で単一疾患・単一障害の患者さんは稀になる時代でしょ。そのためにはやはりリハ専門医として、ゼネラルに最低限の知識を身につけるということはとても大事ですね。

濱田:そのために、研修として初期研修とは別に研修科を選択したほうがいいということはありますか。

上月:そこは難しいですね。確かにいろいろ選択し たほうは経験としては良いと思うのですが、私は内 科からリハ科に来て、比較的短い時間でリハ科の教 授になったのですが、なぜ、短い期間で内部障害リ ハをある程度自分でマスターすることができたか というと、それはやっぱり東北大学病院にいたから だと思います。東北大学病院では臓器移植が必要な 患者さん、いわゆる心不全、呼吸不全、肝不全、腎 不全や神経難病の方のリハを担当するチャンスが あったのです。一度重症の方のリハをやると、もっ と軽症の人のリハは簡単なわけですよ。一般の病院 にいると、重症の患者さんを大学病院やそういう症 例を得意とするセンターに送りますよね。そうする と、一般の病院では中等、軽等症の患者さんはたく さん診る機会があるのですが、重症を診ないという ことがあるのです。

私はたまたま大学で、重度の内部障害リハ患者を診るチャンスがあったので、内部障害リハを早くマス

ターできたということです。だから、大学病院に 勤務している場合はそのチャンスを活かすべき重 症例、複雑例、特殊例がありますね。どれだけ深く、 難しい複雑な症例を診たか、どれだけ一生懸命それ を診たかです。それで、良い臨床医、リハ医になれ るわけで、リハ専門医試験申請のときの自験例 30 例は非常に大事に書いてほしいと思いますね。

濱田: 重症の症例で、できるだけ考察を加えて突き 詰めて・・・

上月: そうそう。重症例を積極的に体験することです。ただ、リハの方法を自分の頭で考えただけではもちろん足りないですよ。周囲の先輩によく相談したり、症例報告、原著論文やテキストにあたったりして、さらに自分で考えるのです。重症例がなかなか自分に順番が回ってこない時には、オーベンの先生が診ている重症例を一緒に見せてもらう。そうするとオーベンの先生がどういう指示を出して、その結果患者さんの機能の帰結がどうなるかというのを見られますよね。

やはり同じような症例ではなくて、いろいろな程度 の症例を、特に重症の人を診るというのはとても大 事なのだと思いますね。

濱田:はい。わかりました。ありがとうございます。

リハ分野での研究について

濱田: 先ほど教室に伺った時に、本当に多職種の方が勉強しに教室に集まっていらっしゃるのですが、どうやったら学生さんや見学に来てくださる人にリハの魅力を伝えやすいのだろうと、何か工夫されていることがあるのですか。

上月: そうですね。nonMD を入れますと大学院生はお陰様で20人います。内部障害リハは寿命も延ばしQOL もよくするしADL もよくします。生命予後の改善や、再発予防や動脈硬化疾患の初発予防まで関係してくるわけですから、内部障害リハは医学・医療の「王道」だよということを伝えます。

臓器別医療が「縦糸」でリハ医療が「横糸」と言われます。それはそうなのですが、「縦糸」と「横糸」は交わるとはいえ、すきまの残った布(医療)ができるきらいがあることは否定できないと思います。それなら、すきまをできるだけ減らすために、僕は「斜めの糸」があっても良いと思うのです。つまり、リハ専門医を目指す人がリハ専門医を取った後は、なるべくそれと違う仕事、基礎医学などもどんどん

経験してもらって、穴が多くてボロボロ抜け落ちる布の隙間を、「斜め糸」でふさぐような役割のリハ医もどんどん増えてきてほしいと思いますね。

司会: そういうことを、どういう機会に学生さん たちや若いリハ医に伝えられるのでしょうか?

上月: 医学生のときに講義したり実習させたりすると、リハの重要性はかなりわかってはくれるのです。ただ、研修中にリハやリハ医のことを忘れてしまうのではないでしょうか。当面は、リハ専門医をなるべくたくさん養成して、多くの初期臨床研修病院にリハ医を張り付けるということが、リハ医を増やす一番の近道かなという気がします。リハ医にお願いしたいことは、そのような病院で明るく、バリバリ、仕事をしてもらいたいということですね。

濱田、稲澤:ありがとうございます。

上月:先週プエルトリコで開催された ISPRM(国際リハ医学会議) に参加しました。そこでは、エビデンスに根差した研究をどう持っていくかという教育セッションがあったのです。菊地先生もご一緒でしたね、そこで驚いたのですが、日本のリハに関する進行中の RCT(ランダム化比較試験)が今、中国、韓国より一けた少ないのです。

リハはなかなかエビデンスができないのだと、よく言われてきたけれども、海外でこれだけ RCT が行われているわけですから、リハ医療を特別扱いすることはもう許されない時期にきているのだろうと思います。

本当に学問的に納得させられるような臨床研究を やっていかなくてはいけないだろうと思います。 データベース化を本学会では昨年度から本格的に 始めていますので、多施設 RCT が始まる土壌はで きてきたものと期待します。

また、リハ専門医になるということは本学会員の一つの到達点として当然ながら重要です。ただ、それが終着点ではいけない。リハの分野は実に広範ですから、その中での得意分野をどんどん伸ばして、リハ医学・医療を進歩させる志を持つべきだし、他の関連学会に顔を出して、リハ医はこんなことをしているのだということをアピールすることがとても大事です。本学会会員9,700人各自がやっていけば、医学界や国民におけるリハ医の認知度があっという間にものすごく上がると思います。特に、若い先生方にはほかの学会でもぜひリハの重要性をアピールしてほしいと思います。

司会: ありがとうございます。オブザーバーの先生方どうでしょうか。

菊地:今の上月先生のお話の中で心に残ったのは、「リハ医である前に臨床医であれ」という、アメリカのリハ医はもっと内科医的な仕事をやっていて、僕は、患者さんをパッと前にした時に、入院であれ外来であれ、ちゃんと基本的な医療ができるというのは、それは医者としての前提なので、それはすごく大事なことだなと思いました。

リハ医学の発展に対しても、いわゆる医学の中の 一つがリハ医学であるという概念で研究を進めて いくべきだなと思っています。

大事:外に向けてリハ医がいかに大事な存在だということを知らせていくことで、やはり新しい先生ももっと意欲を持って仕事しやすくなると思います。RCTを行うのが難しいところがあるのですが、リハデータベースに参加していますと、よりエビデンスレベルの高い分析方ができるなど、研究の質を底上げするようなシステムを、本学会全体で行っていることをアピールするのが、これからのポイントではないかと感じました。

上月:最後にリハ医としてのメリット、デメリットをそれぞれ一つずつ言わせてください。

まず、リハ医の数が少ないことでおきるデメリットです。先輩リハ医は一人きりとか、あるいはあなた一人しかいなくて、整形外科の先生や神経内科の先生からちょっと聞きながら、なんとなくやっているようなところもあると思うのです。そうするといわゆるリハ医としての良きロールモデルになるような人に会うチャンスが少ないですね。これはデメリットだと思います。リハでは先輩医師の数をすぐに増やすことなどできませんね。このような不利な状況を打開するためには、いろいろな学会で外部のいろいろな先生の発表を聞くとか、いろいろな病院を短期間でも見てくるとかをすることが重要ではないでしょうか、もちろん、今回のような訪問インタビューでももちろん良いですしね。

また、リハの領域以外の先生でも、在宅医療や老年医学をやっている人などでは、リハの考え方や技術を知らない間に身につけている人もいるのです。ですからいろいろな先生の良いところを盗んでくるためには、やはり自分があちこち動いて情報を仕入れるということがとても大事です。

一方、大きなメリットを1つあげます。リハ医の

数が少ないことでおきるメリットです。私は以前内科にいたから良くわかるのですが、リハでは少し努力するだけで、世界の第一線、あるいは世界のトップに躍り出ることは可能です。リハを研究している人は幸い、世界で少ないですね。ですからリハ医はどんどん自分のやりたいリハ研究をやれるし、論文も発表できるし、科研費などの外部競争的資金を獲得しやすいのです。今の「リハ医学、福祉工学」という科研費の項目は、米本恭三先生や私の恩師の佐藤徳太郎先生などが文科省にかけ合って作ってくれたのですが、皆さんもぜひ果敢に獲得していっていただきたいと思います。

司会を終えて

まさかこのような自然災害が起こるとは思わず、九 州から北海道までオブザーバー、インタビュアーの 先生方に集まっていただくことになりました。交通 手段など参加の皆様にはご心配をおかけしました。 しかし、偶然ながら、大震災から3ヶ月という復 興半ばのこの時期に仙台でインタビューを行った ことが意義深いと思っています。二人の若手医師は 過去の私と同じことを悩んでいます。仕事も面白い けど大事な人との時間も大切にしたい、選ぶに選べ ないせっぱ詰まった気持ちを思い出しました。イン タビューのなかで等身大の先輩の姿に魅力を感じ て、リハ医を目指してくださる方が増えてくだされ ば、嬉しいと思います。オブザーバーの先生方はじ め、東北大学内部障害分野の皆様ご協力ありがとう ございました。 (豊岡志保)

編集 後記

本誌本文はリハ学会ホームペー ジ・RJN コーナーに掲載中です。想 定読者は果たしてここにたどり着け ているのか。ネットの海で検索もま まならず、さまよってはいないか。 あらためてインタビュー4回分4万 文字を読み返してみると、毎回仕事 あるいは人生の示唆に富む、フレー ズがいくつも光っています。ホーム ページだけではもったいない。見つ けられるのを待つだけでなく、もっ と積極的に見せなければ…今どき、 情報発信はネットが主流でしょう。 しかし、紙媒体も捨てがたいもので す。冊子なら、たとえばスマートに プレゼントできます。目を止め手に 取りたくなる表紙とタイトルなら、 リハ科の入り口になるかもしれな

い。読みものするにはどうしても、端末より紙の方が好きという人もいます(ここに)。冊子化を実現して、ここからです。

2014 年春、日本の未来のリハ科専門医が、桜の扉を開くでしょう。そしてその指導医も。進路に迷う人には本シリーズが明るい灯台となりますように。対象は年齢・性別関係なく、リハを思うすべての人です。リハ学会史上初、女性医師による紙上 meet the mentor をどうぞご活用ください。 (小口)

本企画は、普通だったら接点のない、他地方のすごい先生に、若手がお話できる機会を作るというものです。お話を聞けてためにもなるし、知己も増え、このあと学会に参加し

たときにも楽しい、ゲストの先生も、 自分の医局の宣伝もできるという企 画です。そしてこの冊子が勧誘に役 立てば、三方よし、となるわけです が、さて、どうなることやら。

実はRJN委員長を拝命したときにはちょっと複雑な気持ちでした。女性であることを前面に出すことに抵抗感があったのです。でも、RJNを通して知りあった方々に学ぶこと、楽しいことはたいへん多く、本企画も含めて、豊かな経験をさせていただいています。出身大学、研修病院、同じ職場だった知人、のような輪の一つとして、RJNがある、と今は考えています。どうぞ皆様もお気軽に、企画にご参加下さいませ。

(藤谷)

リハビリテーション科専門医 「達人の流儀」 RJN インタビュー「この先生に聞きたい!」第1集

編集・発行 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会

佐々木信幸

300円 (税込)

リハビリテーション科女性医師ネットワーク(R J N)世話人会 浅見豊子(担当理事)、大串幹、藤谷順子、小口和代、中馬孝容、

豊岡志保、土岐めぐみ、永田智子、山口朋子 〒 162-0825 東京都新宿区神楽坂 6-32-3 TEL 03-5206-6011 FAX 03-5206-6012

ホームページ www.jarm.or.jp

表紙・口絵デザイン

発行年月日2014 年 4 月 15 日印刷・製本第一資料印刷株式会社

定 価

