

リハビリテーション科専門医

達人の流儀 第2集

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



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～第2集の発刊に寄せて

公益社団法人
日本リハビリテーション医学会 RJP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、今年で6周年を迎えようとしております。この6年間、お互い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ランチ会を12回、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』を6回、他学会とのコラボ女子会を3回などのほか、インタビュー企画「この先生に聞きたい！」も11回開催いたしました。このインタビュー企画は皆様に大変好評であり、もともと年1回の開催でしたのに、すぐに年に2回開催となり、今年度からは年に3回開催することになっております。これまでのインタビュー内容につきましては、日本リハビリテーション医学会のホームページのRJNコーナーの『活動内容・報告』にも掲載しております。昨年4月にはこの内容をまとめまして、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～第1集として発刊し、すでに多くの場で活用していただいております。そこでこの度、第2集を発刊する運びとなりました。この第2集では、初めて女性ゲストをお招きし、男性ゲストとはまた違った視点でのお話をうかがうことができたことによりさらに充実した内容になっております。第2集の4人のゲストは、第5回が川平和美先生（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科リハビリテーション医学 教授）、第6回が椿原彰夫先生（川崎医科大学リハビリテーション医学教室 教授）、第7回が小池純子先生（横浜市総合リハビリテーションセンター センター長）、第8回が佐浦隆一先生（大阪医科大学総合医学講座 教授）の先生方です。ぜひ4人の達人のお話を楽しみながらお読みいただき、その流儀を少しでも会得していただければ何よりです。そして、この第2集の冊子が第1集に引き続き、多くの方々にリハビリテーション科の素晴らしいところを伝えることができるものとなりますことを願っております。

RJN世話人は、昨年1名増員され10名となり、これまでよりさらにパワーアップいたしました。今後さらに、全国の女性リハビリテーション科医師の先生方を中心に多くの皆様の力を結集させ、リハビリテーション科に関わっておられるあるいはリハビリテーション科を目指されている老若男女問わない全ての医師や学生の皆様のために、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。これから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世話人の皆様、広告協賛をいただきました関係者の皆様、そして今回も素敵なお表紙をご担当いただきました佐々木信幸先生に心より感謝申し上げます。

平成27年4月

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

目 次



P 6

第5回 川平和美 先生

鹿児島大学病院
霧島リハビリテーションセンター センター長



P 15

第6回 椿原彰夫 先生

川崎医科大学
リハビリテーション医学教室 教授



P 23

第7回 小池純子 先生

横浜市総合リハビリテーションセンター
センター長



P 30

第8回 佐浦隆一 先生

大阪医科大学総合医学講座
リハビリテーション医学教室 教授

インタビュー風景

第5回

2012.1.13



第6回

2012.6.15



インタビュー風景



第7回
2013.1.19



第8回
2013.7.19



ゲスト 川平和美 先生 鹿児島大学病院霧島リハビリテーションセンター センター長

インタビュアー：濱田 芙美 先生（藤田保健衛生大学）
上田 昌美 先生（近畿大学）
司 会：大串 幹 （熊本大学 RJN担当幹事）
オブザーバー：永田 智子 先生（島根県立中央病院）
菊地 尚久 先生（横浜市立大学 専門医会幹事長）
日 時：2012年1月13日(金) 15:00～17:00
場 所：鹿児島大学病院霧島リハビリテーションセンター

大串：本日は霧島リハセンターに鹿児島大学の川平和美先生をお訪ねしています。まず自己紹介をお願いします。

上田：近畿大学病院の上田です。平成12年に卒業し神経内科に入局して、神経内科専門医を取得しました。その後、リハ医学の重要性を痛感し、改めて勉強したいという強い気持ちでリハ科へ入局して現在研修を積んでいます。

濱田：私は高知大学出身です。高知大学にはリハ科はないんですが、整形外科の石田健司先生のリハ医学の講義が2コマあり、面白いなあとと思って、5年生と6年生の時に藤田保健衛生大学で開かれたリハ医学の夏期セミナーに参加してそのまま藤田保健衛生大学で研修して、リハ科に入局しました。

大串：それでは、上田先生より川平先生へお尋ねしたいことがあるそうですね。

上田：はい。リハビリテーション科医として仕事をする上で、女性医師であるということでのデメリットやメリットがあるのかどうか、先生のお考えを教えていただけないでしょうか。

川平：僕は基本的に女性は、リハ科医に向いていると考えています。なぜかというと、女性の脳は「優しい」、そして「しゃべることが好き」だからです。女性の脳はもともと育児をすることに一番適したようにつくられています。これらはリハ科医に不可欠のものです。「話すこと」が楽しい男性はそう多くないと思います。特に寡黙な僕は。

一同：(笑)。

川平：私見ですが、会話を楽しむこと、これは育児のときに一番大事なことです。それは人間関係の中でも同じで、患者さんや同僚としゃべってくれ、加えて優しい女性はありがたい存在です。デメリットとして、女性は結婚や出産、育児などで仕事の中斷

や制約を受けることが挙げられるますが、子育ての中でたくさんのこと学びますし、その期間をこれから生き方に有効に生かす努力をするので、本質的なデメリットにはならないと思います。逆に復職された際には、リハ科医として更に成長した形で小児や運動発達などに关心を広げていきます。仕事を中断するからデメリットがあるとは、僕はまったく思っていません。

上田：こちらの医局にもたくさん女性医師がいらっしゃるので、居心地がいいのではと思っていますが(笑)。

川平：女性医師はやさしく優秀で、きっと仕事をしてくれますから、居心地は良いですね。

リハビリテーション医学は フロンティア

濱田：リハ科は第一に「活動という視点」から物事を見るという特徴があって、外の診療科では行われていないので、リハ科は患者さんのためにできることがたくさんあるのではないかと思っています。

川平：おおざっぱな言い方ですが、他の科の研究は、遺伝子レベルの究極的なところに行き着いています。リハ科では、まだまだ遺伝子レベルの研究は少ないかもしれません、診断と治療での知識や経験を積み重ねて、開発すべき技術はたくさん残っています。言い換えると「リハビリテーション領域はフロンティアで、やり残していることがいっぱいある」と。そして僕らが本気になることでたくさんの人が救われる楽しい領域だと思っています。だって、遺伝子を調べて何か新しい知見が得られても、治療に直結することは少ない。しかし、僕らは新しい知見を得て、新しい治療法を工夫する、それによっ

て何千人、何万人という人の改善につながります。だから、僕は他の科に比べて、僕らのリハ科の研究の影響が少ないとは考えていません。特に今後の超高齢社会の中で、医療の発展はリハ科の発展なしにはありません。そうじゃなければ、国民がすごく損害を被るわけですよ。

また、リハ科医は患者さんの入院中の診断・治療だけでなく、家に帰ってから、社会に帰ってから、生じる問題を自分の責任の範囲として捉えています。職場に関しては、男性でも結構分かりますが、家庭に帰った際のいろんな問題は、やっぱり女性でないと伺い知ることができない。もちろん男性も家事・育児は担わなければならないので、男性と女性の役割という分け方は問題があります。しかし、男性と女性の脳ではちょっと視点あるいは感性が違います。女性の視点は、患者にとってすごく有り難い。医療者側から、家ではこうじゃないですかとちゃんと尋ねてくれて、適切な治療をきちんと提示してくれる。女性の感性は大事です。

大串：リハ科は非常に面白いたくさんの研究分野が残されていて、女性の感性が活かされているといえますね。

川平：女性医師がいると視野が広がりますね。僕ら男性が忘れていることを臨床現場で気づかせてくれます。

リハビリテーションの動機づけへ一役

大串：リハビリテーションでは、いかに患者さんにリハ意欲を持っていただくかが大切な要素だと思うのですが？

上田：そうですね。私はできるだけ笑顔でお話しすることで、患者さんにとっても安心感や信頼感を持っていたいけるようにしています。患者さんにとって病院というのは、閉塞感があって不安な方も多いと思います。そういうとき、患者さんに「・・・のためにリハをしていきましょう」という話をすると、前向きに喜ばれことが多いので。

濱田：私は以前から話下手で、取りあえず笑顔でお話しています。そのうちに患者さんとコミュニケーションが取れてきて、自分が自然に笑顔になって、患者さんから「先生が笑顔で話してくださるから、もうちょっと頑張ろうかなと思っちゃいます」とか言われると嬉しいです。相乗効果で仕事も楽しくな

ります。

川平：すごく大切なことですね。先生たち自然に笑えるんです。僕ら男性は笑顔を作ることで一生懸命(笑)。つまり、僕ら男性は患者さんと話さなきやいけないと思うから一生懸命話し、笑顔も見せます。しかし、女性は本能的な部分でそれが楽しい、それができることがやっぱり素晴らしいことです。

リハビリテーション科への進み方

大串：リハ科医が活躍することが強く求められており、それは社会にとって未来につながる夢があるのだということを多くの人に伝えていくためには、それに応えられる努力も求められていると思います。

川平：そうです。

大串：期待に応えられる専門医をつくっていかなければいけないと思いますが、それにはどのような進路がよいかは大きな課題ですね。

上田：私はリハ医学の授業を担当したり、ローテートの研修医の先生の指導をしていますが、その時に「リハ科医を目指しているんだけども、まずは整形外科であるとか、脳外科であるとかで、専門医レベルの研修を積んでからリハ科に進んだほうがいいのか、つまり私の専門は脳外科の領域が専門ですというようなリハ科医になるべきなのか、それともリハ科に初めから入局して、リハ医学を究めるというかたちのほうがいいのか、具体的にはどこに入局したらいいのか」というようなことを聞かれます。川平先生はどのようにお考えでしょうか。

川平：それについては一つの正答ではなく、置かれた状況によって変わらざるを得ないと思います。現在の研修制度が敷かれる前ですが、鹿児島リハ科では入局後の2年間のうち半年は手元で基本的な研修、後の1年半が急性期を扱う脳外科(血腫除去術など)や整形外科(骨折への手術など)、循環器内科(心筋梗塞など)に3~4カ月ずつ研修に出していました。現在の研修制度の状況では、リハをやりたいと思うことが一番重要だと思うので、まずはリハ科に入るこことを勧めます。リハ科に興味があっても、リハ科以外の科に入って専門医を取って、例えば整形外科医が整形外科の専門医を取る。そしてそこからリハ科に変わることができるかというと、なかなか変われません。当初はリハ科に行きたいと思っていても、人生の中で価値観というのは変わっていく、自分の覚えた手術のスキルを生かしたいという気持ち

に変わっていくわけですね。もちろん、いろんな体験を経る中で、リハ科を再度目指すこともあります。それ待っていたのでは、今のリハ科医不足の逼迫した状況に間に合わない。だから、まずはリハ科に入っていただきたい。具体的な順番としては、全身管理を学ぶという意味で、主治医として回復期リハ病棟で、高血圧とか、糖尿病などの生活習慣病の管理はもちろん急変もありますから、救急対応を含めてリハ科医に必要な全身管理ができるという基礎があったほうが良いと考えています。リハ科医を目指そうとしている若い先生は是非ダイレクトにリハ科に入ってもらって、まずは全身管理とリハ医療を勉強されて、そしてあるレベルになったらコンサルテーション主体のリハ科医もいいと思います。両方を経験すべきだと思いますね。

上田：神経内科の知識は役に立っているんですね。

川平：そう。神経内科に進まれたことで難病の診断方法とか、自然経過についての知識は役立っているんです。だから回り道したなどか、あるいは遠回りしたなどということは絶対ないです。リハ科の面白いところは、循環器専門科医がリハ科医となれば、もう循環器のリハが強くなりますし、整形外科の先生の場合は整形領域がずっとよくなります。でも今はリハ科医が徹底して足らない状況ですから、できるだけ早く増やしていくないと、リハ科医の都合ではなくて、国民がすごい損害を被ってしまうんです。そこを国民全体にわかつてもらわないといけませんね。

濱田：私も初期研修のカリキュラムでいろいろな科を回っていると、その科がすごく楽しくなってきて、リハ科に入ろうと思って入ったはずなのに、心が揺れたりもしました。結局、初志貫徹で行こうと思ってリハ科に入ったんですけども。私の性格上、「取りあえず、思い立ったが吉日」の感じがあったので(笑)。

リハ科はオールラウンダー

川平：いや、リハ科医というのは、もともとオールラウンダーなんです。だって全身管理ができないといけません。そういう意味では全て勉強せざるを得ないんですよね。リハ科医になって、主治医で自分が患者を持ったら全てを勉強しますからね。一人のドクターが何人の人生に影響を与えるかを考えたら、やっぱりリハ科しかないねと私はいつも言いうん

です。地域に一人のリハ科医がいることは、ほかの科と比較にならないくらい多くの人を救います。もうリハ科しかありませんよ。少し断定的かもしれないけど僕はそう思います。

大串：リハ科選択の希望があるても、卒前教育だけでなく初期研修でリハ科のカリキュラムが不足している状況ですので、リハ科医の役目や本質を見る十分な機会がないまま進路を決めなければならないことは不安ですね。現在の日本の医療の現状から、まずはリハ科を選んでいただくのが強く求められている状況であることを強調して、その後にリハ科専門医を目指すには、カリキュラムとしてはどういうところを選択したらいいという問題がありますね。

上田：そうですね。リハ科医として、専門医として独り立ちするためには、少なくともこういうことは知っておかないといけないとか、こういうことは研修しておかないといけないというようなことはありますか。

川平：難しいんですが、全ての障害に対応しなければならないので基準はないんです。しかし現実の問題としては、リハ科医がどのような患者さんをたくさん診ているかということに依存する、“疾病頻度依存的”にやって行かざるを得ない。基本的に脳卒中や脊髄損傷などの中枢神経、運動器を中心にして、あと循環器、呼吸器ですね。ただ、小児は数が少なくても先が長いですよね。その人たちの人生をどうするかに関わってきますから、小児は非常に大事で、一生懸命やらないといけないなと思っています。ですから、これはもう一定の順番を付けようがない、その置かれた環境の中で今できることを徹底してやって、次の領域に進む。足りなければ勉強する機会を作る。

上田：そうですね。小児やまれな疾患を扱う機会というのは少ないので、そういう患者さんがいきなり、ぽんと目の前に来られて、対応しなきゃいけないというときにどうしたらいいのかと考えたりもして。たぶん、ちゃんとした対応ができるのが専門医だと思うので。

川平：それは障害児施設に短期間でも行って、全身管理からきちんと勉強することしかないです。一般的な知識という意味では、研修会とかそういうのに参加されれば最低限の知識は得られると思います。しかし、一人の患者さんを本当に責任を持って診るという意味では、その知識のレベル

では間に合わない。実際に全身管理を行い、発達や長期的予後についても考える機会がないと習得できないと感じます。

大学の役割は

大串：どういう専門医を目指すかで、習得するカリキュラムは変わってくるような気がします。どちらの先生も現在大学病院で、専門医としていろいろな症例を診ておられることは、とてもいい経験なんじゃないかなと思います。

上田：はい。医師として一生に一回診るか診ないかというような稀な症例にどのようなリハビリをしていくか、どういう対応をしていくかという、一つ一つがもう難しいのですが、貴重な経験をしています。NICU（新生児集中治療室）もありますので、恵まれた環境でリハビリを今勉強させてもらっています。

川平：そういう頻度の少ない症例は、きちんと症例報告をするという気持ちでやって欲しいと思います。勉強というのは浅く広くという部分もありますが、経験として残すためには徹底して深く掘り下げた勉強をしないといけない。先生が一生懸命に診て、学会発表しただけでは、誰も先生の経験は受け継げません。しかし論文であれば、10年、100年たっても、みんなの財産になります。単なる実績づくりという考えではなく、みんなの財産を作る、みんなにいい情報を提供しているという考え方方が大切です。

濱田：専門医試験に合格するためにも大学でいろいろ学べますね（笑）。

リハ科医の仕事を伝えたい

濱田：私はリハ科医の仕事をもっと、みんなに知つてもらいたいと思っています。大学の同級生に「リハ科医って何やってるの？」って言われたのが最初ですが、両親からも「あなたの医者だけど、何やってるの？」って言われました。まだまだ世間一般にはリハ科医の仕事の内容が十分に浸透していない状態じゃないかと思います。もっと世間一般に、更に医学会全体に重要性を知ってもらうためには、何をしたらいいのでしょうか。

川平：学会は組織としてのアピールの努力を更にしなければなりませんが、一人一人のリハ科医もやるべきことがあると思います。まずは、他科の医師にリハ科医、あるいはPT・OT含めてリハ医療が科学

的かつ合理的で、本当に効果を上げていることを実感させる。つまり、科学的で効果的な良いリハ治療を見せるということですね。また、整形外科や脳外科などいつも協力して診療を行っている科で、治療に困っている症例がありますよね。手術の効果が出なかったり、麻痺が出たりという。それらの症例をリハ科に依頼すると最善の治療をしてくれる。もし障害が残っても、本人や家族が満足してくれる医療を本当に精いっぱいやってくれる科だという信頼関係をまず作ることでしょうね。さらに、患者さんと家族にはリハ科医が治療を処方し、PT、OTへの助言や指導を行っていることを見せる機会を作ることです。家族が見舞いに来て、訓練室をのぞいて訓練中のPTやOTがしていることをみますね。そこには全身管理、リスク管理しているリハ科医の仕事は見えませから、PTやOTに治療してもらったという意識が患者さんにも家族にも生じます。

濱田：ほかの内科や外科の先生だと、お薬を出しましようとか手術をしましょうとか、わかりやすいのですが。

川平：そうですね。けれど、内科医を例に挙げると、治療薬を処方するのは医師ですが、薬を出すのは薬剤師で注射は看護師がしています。しかし、患者さんや家族は、ちゃんと内科医が自分の治療をしてくれたというふうに感じています。それと同じで、リハ科医は患者・家族と話すときに、単に「リハを始めます」ではなく、「何と何のリハが必要で、PTには歩行訓練、OTには家事訓練を行なうように指示しましたから」と、具体的な話し方をするのも一つかもしません。一番いいのは、とにかくリハ科医が訓練室に出て、助言や指示しながら治療しているのを見せる。これで患者さん自身も家族も分かってくれます。リハ科医はどこも忙しいですから難しいことを承知していますが、僕はいつも教室員に言っていますよ。「暇があったら訓練室行け」ってね。

一同：（笑）。

川平：本当ですよ。だから、うちの患者さんはみんなよく知っていますよ。やはり、リハ科医の判断で治療を進めていることを周りにアピールする工夫が必要ですね。

濱田：もっとリハ科のイメージが、明確にみんなに分かってもらえるといいなと思うんですけど。

川平：そうですね。だけど、10年前と現在と比べると、まったく認識が違いますよね。すごく理解は進んでいます。今の医療の中で、どの診療科が足

らないとか話題になりますね。特に医療計画で、リハ科医不足が取り上げられる。リハ科医って何をしているんだ?、何でリハ科医がそんなに必要なんだ?、PTやOTはたくさんいるじゃないかと。リハ科医の重要性を皆さんに分かってもらえるような仕事をすることで、10年後にはぐっと変わることと思います。

濱田：今も長いスパンで認識としては変わってきていて、また今後、一気にとは行かないまでも、少しずつ広がってきている感じですので、今後に期待します。

一同：(笑)。

川平：ただ、爆発的に進めるにはマスコミにリハ科医がいかに素晴らしいか、というドラマをつくってもらわないといけませんね。だってリハ科医の知識、技術、すごいですよ。もっと自信を持ってみんなに伝えないといけないです。

時間を活かす意識

大串：川平先生は勿論、他の先生方もとてもお忙しいと思いますが、仕事とそれ以外の時間配分をどのようにされているのでしょうか。

川平：僕はもともと計画性がないんです。その時に出来ることをやるということです。今日は天気がよくて夕日がきれいだから、暗くなつてからでいい仕事は置いといて5時半には山に行くというやり方ですね。仕事の重要度からいうと、優先度が高くても夜11時からで構わない仕事もあるわけです。ところが、最近は山に行こうと誘っても、若い職員は仕事があるからって腰が重い。僕に言わせりや、山から帰つてからすればいいじゃないのと思う。その都度、自分で一番大事だと思うことを先にやって、後でもできることは後回しにするほうが実は利口で、結局あまり苦労しないで仕事もできると思う。いや、みんなはすごく真面目です。

濱田：どうしてもこれをやりたいと思って、天気がいいから外に行きたいと思っても、今後の仕事量を考えると、遊んだ後のことを考えてしまうので動けないというか。

川平：1時間でも30分でもずらせばいいわけで。

濱田：30分でも。

川平：うん。30分ちょっと気分転換かねて、好きなどこに行って、帰ってきてから仕事すればいいというのが僕のやり方ですが。

大串：先生方はできそうですか(笑)。

濱田：ふふふ(笑)。たぶん、30分じゃ収まらないので。

川平：いや、もちろん1時間でも2時間でも。仕事は際限なくあるんですよね。だから仕事を済ませてから何かしようというと、何もできないですね。以前、仕事が終わつてから山によく行ってました。初夏は黄イチゴ採り、夏は近くの滝からのミニ沢登り、今ごろはマムシもハチもいませんから、アケビ採りとか、みんなに声を掛けっていました。

大串：職場の環境が良いので、楽しんだほうがいいですね。

川平：仕事が終わつてから、霧島山の大浪池(おおなみのいけ)へ登山とか、雪が降つたら韓国岳(からくにだけ)の中腹まで登つて雪景色や樹氷を楽しむとか、他所では普通できませんよ。ここにいる僕らの特権ですけど、みんな真面目で仕事が忙しいというから、最近はできないんです。

時間の使い方という点では、学問においてもリハ科医としての幅を広げるという点でも、我々は大学院での基礎医学も大切にしています。基礎医学は悪い言い方をすると暇があるんです。20年前になりますが、僕が行った靈長類研究所では脳の記録を取る台は幾つもあるんですが、みんなでシェアするので、私が使えるのは2時間だけです。与えられた時間でサルの訓練やデータ取りをしますけど、他の時間は実験の準備やサルケージ室の掃除(当番制、ヒヒがケージから手を伸ばしてつかもうとするので神経を使う)などありますが、自由な時間があります。だから論文がいっぱい読めたんですね。とにかく一つのことについて徹底して論文を読んで、関連した研究の最先端のところ、過去に何をやってきたかということをきちんと学ぶ、これが一番大事だらうと思いますね。そういう期間が1年でもいいし半年でもいいから持てれば、すごくいい土台ができるという気がします。

震災でリハ医ができること

濱田：私たちは東日本大震災を経験しましたが、川平先生は何か活動をされたのか、またこういう事件や災害に関して、リハ科はどのように動けばよいのかなどを伺いしたいのですが。

川平：震災ではリハ医学会(前里宇明元理事長)が迅速に動かれました。リハ医の出番は早い段階では

少なかったと思います。早期にリハが必要な人に対応するため関連5団体、多職種が一緒になって連絡網を作り、できるだけのことはやったと思います。けれども、問題はやはり日時がたった後の廃用症候群でした。実はこの予防が一番大事です。これには地域にある程度、医療・福祉の連携の基盤とそこに人を張り付けて維持するだけの相当のパワーが必要で、ただ避難所や仮設住宅を転々と回るやり方では維持できないわけです。それができない以上、今回の対応はやむを得ないかなと思います。私が関与した九州地方会の活動は、被災地からのリハ希望者に対応できるように、九州の受け入れリハ病院のリストならびに紹介マニュアルの作成でした。しかし、その情報網を生かす機会はありませんでした。

大串：なぜでしょうか。

川平：被災地の実情を聞くと、当然ながら患者さんは知り合いもいない九州まで行きたくないわけです。現時点での感想ですが、やはり近隣でできるところまで頑張って、そこに応援の人材を入れて支えるというやり方でないと、難しいという気がします。現場では東北大の先生方などが、すごく苦労しておられました。それを支える活動を、僕らがもう少し早い段階でできればよかったとは思いますが。これまで用意していなかったので、何をしていいのか気付かないのですよね。震災者への義援金募集にはすぐに寄付しましたが、配分先が決まらなくてなかなか使われなかったのです。しかし、リハ学会は独自に義援金を集めて、リハ関連のところを少し支援できましたから、よかったです。

大串：今後も同じような災害が起きる可能性はありますね。その時、リハとして何ができるのでしょうか。

川平：結局、他の地域のリハ科医が災害地へ行って頑張ろうと思っても、そこの行政がやろうとしていることを邪魔してしまうとうまくいきません。その視点から考えると、日頃から地域の人の輪、特にリハと福祉に関係したネットワークにリハ科医がいて、リハ科医が司令塔的に、あるいは医学管理上、本当に必要な情報を提供できているというような基盤がないと難しい。ぱっと飛び込んで行くところからは善意で言っていることが、今まで活動しているPT・OT含めて福祉関係の人にとっては、自分の努力不足を指摘されたように感じてしまい、いきなり知らない人が来てなんかえらそうなことを言うとかの反発が生ずるなど、いろいろな問題が起こるので

ですね。日頃からの人間関係とかそういうものが大切ですね。

女性医師だけでなくすべての医師が働きやすい環境づくりの必要性

大串：先生の教室には女性医師がたくさん入っておられます。何か働きかけがあったのでしょうか？

川平：特別な働き掛けはありません。女性医師への対応について、鹿児島大学の各診療科にそういうアンケートを出したことがあります。女性医師への特別な対応として、就業時間を厳守して早く帰宅させる、当直免除などがありました。それらを行なったところ、その分をカバーする男性医師が疲弊してしまったという報告がありました。バランスの問題はありますが、基本的には男性だって家庭を持っていられるわけで、ある程度折り合いをつけた上で「どうぞ」と言う、ちょっと事前調整が必要ですね。基本的には女性医師の数はどんどん増えていくわけですから、その人たちにいかに長く働いて貰えるという見方をすれば、結婚することやあるいは出産することで医師を辞めるということを、とにかく避けないといけませんね。復職してもらえる環境をつくるのは、リハ科に限らずどの科も最優先でやるべきことです。リハ科は特に患者さんの急変とか少ないので、仕事の融通をつけやすい科です。ですから、この点では一番先頭切ってといいましょうか、一番工夫してとにかく女医さんが働きやすい科といえるものをつくりあげないといけない。

大串：どのような環境であれば女性リハ科医が働きやすいと思われますか。

川平：やはり、女性が育児や家事で決まった時間に帰ることを当たり前にしないといけませんね。20年前になりますが、アメリカではそれが当たり前でした。僕はNIHの動物実験用の研究所に留学していましたけども、そこはフレックス制で全員バラバラに出勤して、同様にいなくなります。5時になって見回すともう誰もいない、そういうやり方でもいけるんですよね。だから、5時が来たら何があっても帰ります。あとは当直がちゃんと引き継いでくれるという、そこの切り替えのシステムがきちんとできれば、ずいぶん違うと思います。

ただまだ日本の場合は主治医がより患者・家族と強い信頼関係を持っているから、何かあったら主治医じゃないと困るという意識が強いのですが、今後は

そこを時間優先で切り替えていくことだろうと思います。昔から僕は、若い女医さんには実験途中でももうデートだったら帰っていいけど、そうでなかつたらちゃんと最後まで手伝ってねと言っていました。

濱田：高知大では私の学年だけじゃなくて、女性がほとんど半分を占めていて、卒業するときに学長が女性に向かって、子どもを産んでもその後どんなかたちでもいいから、生涯医師として働いて欲しい。できるだけ復帰できるようなかたちを、これから頑張って整えていくからという話を切々とされました。

川平：個人的な努力じゃなくて、制度としてきちんと保証しないといけないですね。日本はとにかく医療・福祉に関係した業務上の困難を従事者の誠意や義務感で解決しようとする部分が多くあります。制度上もっと金をかけるべきところを、医療従事者が犠牲をはらって安い給料で長時間働く、それが当たり前になっている。そうじゃなくて、それは相応の給与があって時間もきっちり守られることを当たり前にすれば、今の問題もほとんど解決ですよ。

上田：私も当然のごとく研修時代は精神論をたたき込まれて、患者さんに何かあったら、主治医だったら、いつ何時も駆けつけて土曜日・日曜日も変化がないのを確認しに行くのが当然だと、正直、私自身もそういうふうに思い込んでいるところがある。それでは、子どもができたらワークライフバランスが取れなくなってしまうのではと不安な部分がありました。やっぱり社会制度として、安心できるシステムが欲しいと思います。医局によっては、女医さんに子どもが産まれたら特別枠みたいな形で用意している所もありますが、用意はされていても周りの視線が冷たいというか、利用しにくい部分があつて、結局利用できない。もちろん男性医師も、育児している期間とか親御さんを介護している場合とか、育児している女性医師に限らない誰もが使えるシステムにしていかないといけないのかなと思います。

川平：そうですね。多分、旧国立大学の中で男性OTが育児休暇を取ったのは、鹿児島大学が初めてだらうと思いますが、僕は申請の相談を受けた時に直ぐ了承しました。みんなに、それは当然の権利だという認識を持ってもらわないといけないです。

お互いさまだと思えば、ストレスはないのですけどね。

大串：リハ科からみんなが働きやすい環境を発信していくことができますか。

川平：女性であろうと男性であろうと、組織にいてくれることが最優先であり、有り難いわけです。産休などあっても、そこにいて働いてくれていることは組織としてすごい大きなメリットですからね。そこで生じるデメリットのことをごちゃごちゃ言うのは本当は間違いなんです。これはもうデメリットは帳消しで、ずいぶんおつりが出ていますよ。

リハ医になったきっかけ

大串：先生のリハ医になられたきっかけは？

川平：初期研修は血液内科からでしたが、昔の研修医は病棟に寝泊まりするのが当たり前という時代です。白血病の患者さんの主治医になって、感染症の治療とか全身管理の勉強をするわけですが、合併症などで亡くなることが多かった。僕が受け持った白血病の患者さんが無事に寛解に入って、すごく感謝してくれました。ああ、内科は面白いなと思いました。最終的には循環器内科を選びました。当時、高血圧の病因がまだよく分かっていない時代でした。霧島リハセンターの前身である霧島分院で、田中信行先生（後に教授）と新たな薬理学的自律神経試験法を開発し、それを用いて高血圧症の病因の検討を行って学位論文を書きたいと考えていました。ちょうどその時にリハ部の助手できたのですが、僕が2年間働きますと言ったので、卒業3年目の僕が助手になりました。その結果、リハ部は医師（助手）1名、OT1人、マッサージ師2人の4人で、50床のリハ治療を受け持つことになりました。ところが、僕が助手になった途端、OTが産休、マッサージ師1人が辞職し、2人で50床のリハをせざるを得なくなりました。とにかく前の晩PT、OTの本で学んだ手技を翌日は実施する形の「泥縄」でしたが、必死に頑張りましたから、3～4カ月後には自信を持って出来るようになりました。そうすると、結構面白いですね。当時、紹介されていたいろいろな神経筋促通法も試みました。

学位論文は高血圧でしたけど、脳卒中リハは長年取り組んでいましたが、なかなか思い通りの成果が挙がらず壁を感じた時に、田中信行教授から京都大学靈長類研究所の久保田競教授の下で、脳の基本的な

情報処理の勉強をしてみないかと留学の機会を与えられました。脳科学のサルの実験の経験や脳の可塑性の勉強の中で何とかなりそうだと感じました。それで、情報処理系としての神経路を見直し、片麻痺や高次脳機能障害へのリハ開発を徹底して本気でやろうと決意しました。

僕は高校と大学でラグビーをやっていましたから、本当に単純なんです。上から「やれ」って言われれば、「はい」でやります(笑)。

今なら50床のリハを2人でやれと言わされたらね、辞めますね(笑)。でも何でも本気でやれば面白い、楽しい、もっと深く勉強したいとなります。リハ科医になって貰うには、やっぱりリハ科で勉強して、楽しい、自分の努力があってこの患者がここまでよくなったりなど、いい経験をたくさんしてもらうことだと思います。

上田先生が神経内科からリハ科に進もうと思ったのは、たぶん本気でリハをやってよかったなと思う症例があったのではないかですか。

上田：そうですね。在宅の診療もしていますが、まったく同じ脳梗塞の部位で、ほとんど同じ年齢の男性でも、良くなる方と寝たきりの方といて、どういうことだろうと不思議に思ったのです。それでリハをやっぱりきちんとされている方と全然通所リハビリも在宅リハもしない方と、それで全然違うんだとわかりました。もうほんと痛感しました。全然違うと。寝たきりにするのも、歩けるようにするのもリハ科医のさじ加減というか、もう介入方法によるものだと思った。それが一番ですね。

川平：そうなんですよ。だから、すごい理念があってどうこうっていうのは、後付けの話なんですよ。リハ科医の存在が患者の人生を変えているとの実感のありなしだと思います。

上田：リハにうまく関わっていない患者さんでは、家族もあきらめてしまっている部分が多くて。でも、違うよもっとよくなるんですよって伝えたい。

川平：先生も単純なんです。

一同：(笑)。

川平：巡り合わせだったり、いろんなもので変わっていくんですね。多くの医師にいいリハの経験をしてもらうのが、いいリハ科医を増やしていくのに大切ですよ。だから、いいリハを見せないといけない。

濱田：私がリハビリって面白いなと思ったのは、整形のリハビリの授業です。頸髄損傷の患者さんがどうやって家に帰るかのかという講義でしたが、先生

がとても面白く分かりやすく動画を使って、こういうリハで、こういう方法で生活をしていくんだよということを教えてくれて。本当に全然動かないのに、生活がきちんとできているのがすごく面白くて衝撃を受けて、人間の体ってすごいっていうのが、リハに興味を持ったのがきっかけです。

川平：最初のきっかけなんですよね。たくさんの人には、そういうきっかけを持ってもらえば、リハ科医は増えていくし、それがないと難しい。

大串：オブザーバーとして参加いただいている横浜市立大学の菊地先生、いかがですか。

菊地：まず一つは専門性としてリハ科医をどうやって売っていくかという話になるのですが、川平先生がたぶん一番のロールモデルだと思っています。川平先生がテレビに出られて、電話がパンクするほどの問い合わせがあったと聞きましたし、そうやってマスコミにアピールすることはすごく大事なことだと思います。なぜならそれは一般の人だけじゃなくて、当然、医学生とか研修医も見ているわけだから、リハ科ってこういう先進的な治療をやっているのだと、絶対印象に残るはずです。ここ10年程、TMS(磁気刺激治療)とかCIセラピーとか、多様な先進的なリハ治療が進んできました。だから、今はリハ科医が少なくて非常に全国的に困っていますが、近い将来、期待を持てるかなと思っています。もう一つは稀な疾患でもリハ科のいいところは、障害評価というところから介入することができて、疾患を知らないなかったとしてもどういう障害か、どういうリハをやったらいいかというところでより早く進めることができる。それは他の科では絶対できないと思うんです。あと、リハ科への進み方という点では、専門医会では新たに専門医になった人の交流会というのをやっています。その時にもともと神経内科をやっていたとか、もともと心臓外科をやっていたという先生のお話を聞きましたが、ある専門領域での研修を進めた時、専門性もテクニックも十分学んだけれど、自分が医師として診られるところは患者さんの本当にわずかな部分で、自分が何故医師になつたかを思い返すと、病を治し元通りの生活に帰してあげることだと思っていたのに、そこまで全人的に治療していないと気づいた。そこで改めてリハ科を見直してみると、そういうことができる一番近い科はリハ科だった。だから、リハ科を選びましたって。すごく教えられた気がしています。今日は川平先生に貴重なお話を聞かせていただいて、本当によ

かったです。

川平：本当にみんなすごい仕事をしてるんですよ。ところが、第三者の評価があまり高くない、あるいは仕事を分かってもらえないとしげたり、本当に自分は大丈夫なんだろうかと、ちょっと疑心暗鬼になるときがあるのかもしれませんね。それはまったく間違いで、すごく自信を持っていいですよ。

大串：永田先生いかがでしょうか。

永田：先生のお話を聞いてとても心に残ったのが、先ほど菊地先生もおっしゃったんですけども、一人の医師が影響を与える患者さんの数というのは、段違いに多い診療科だということをあらためて実感しました。私は10年前に耳鼻咽喉科からリハに替わって、専門医を取つてしまふく経過してもなかなか自己価値観が低くって自信が持てなかつたんです。ただチーム医療やシステムを整えることを通して、すごく多くの人に支えられ、同時に自分が医療に影響を及ぼせるということで、最近いろんなことが楽しくなってきたという状況です。女性医師は家庭を持つと、家族や家事のコーディネートで折れることもあるのです。しかし折れることで、つまり子

育てや家庭運営など生活自体でトレーニングを積んでいるので、これがまた仕事にも生きるとも言えるので、ぜひぜひ女性医師にはもっともっとリハ科で活躍していただきたい、女性の脳を生かしたリハ科医がもっと増えて欲しいです。

川平：全く同感です。女性の脳はすごいんです。本日は先生方と色々お話することができて、再び実感しました。

大串：本日は皆様ありがとうございました。

●リハ医、リハスタッフの悩みがスッキリ晴れる！

こんなときどうする？

リハビリテーション 臨床現場のモヤモヤ解決！

◆上月正博（東北大学大学院医学系研究科機能医科学講座内部障害学分野教授）編著
◆A5判 336頁 定価(本体3,600円+税) ISBN978-4-263-21871-6

◀最新刊▶

- 月刊誌「臨床リハ」の好評連載コラムが書籍として登場！
- リハ現場ならではの悩みや問題、リハに関心ある他科医の疑問など、今さら聞けないモヤモヤの数々に第一線で活躍するリハ医やスタッフが、本音やユーモアを交えながらズバリ直球で答える。
- 読みやすい文章、ハンディなサイズ、各項目読み切りの構成となっており、忙しい臨床の合間でも手に取りやすい一冊。

■おもな目次■

- I章 リハビリテーション運営編／II章 他科・他院交渉編
III章 リハビリテーション形態変更編／IV章 スキルアップ編／コラム



ゲスト 椿原彰夫 先生 川崎医科大学 リハビリテーション医学教室 教授

インタビュー：細川賀乃子 先生
(秋田県立病院機構秋田県立リハビリテーション・精神医療センター)

堀江温子 先生(慶應義塾大学 リハビリテーション医学教室)

司会：永田智子(島根県立中央病院)

オブザーバー：大串幹 先生(熊本大学 RJN担当幹事)

菊地尚久 先生(横浜市立大学 専門医会幹事長)

日時：2012年6月15日(金) 15:30～17:00

場所：川崎医科大学

永田：「この先生に聞きたい！女性リハ専門医キャリアパス」、第6回のゲストは川崎医科大学リハビリテーション科（※以下・リハ科）教授の椿原彰夫先生です。椿原先生、本日は貴重なお時間をいただきありがとうございます。司会は私、島根県立中央病院の永田智子が務めさせていただきます。まず、インタビューの先生から自己紹介をお願いいたします。

細川：秋田県立リハビリテーション・精神医療センターのリハ科に勤務しております細川賀乃子と申します。15年目になりました。弘前大学の理学療法部とリハビリテーション部を10年ほど経験し、他施設を経て現在の職場に勤務しております。今日はお忙しいところありがとうございます。よろしくお願ひします。

堀江：慶應義塾大学リハビリテーション医学教室の堀江と申します。平成20年に鳥取大学卒業後、医師として5年目となります。初期臨床研修の中で離島の高齢者医療に携わる機会があり、そこでリハビリテーションの重要性に気づいたことがリハビリテーション科専門医（※以下・リハ科医）を志すきっかけとなりました。

また、3年目には後期研修医として国立病院機構東埼玉病院で内科とリハ科をローテートするという貴重な経験をしました。現在は大学病院という新たな場所で日々学ばせていただいております。本日は椿原先生の貴重なお話を楽しみにしてまいりました。よろしくお願ひします。

永田：では、椿原先生から開会のご挨拶をよろしくお願ひします。

椿原：皆さん、お忙しいところ遠くまでお越しいただきありがとうございます。RJNの先生方のご活動には日ごろから感銘を受けております。今日はイン

タビューということですね。実は、うちの医局員は全員教員となって理学療法士や作業療法士を目指す学生の口頭試問を担当しているのですが、今日は私のほうが試験を受けている気分です。緊張していますが、どうぞよろしくお願ひします。

永田：椿原先生から医局についてご紹介ください。何かアピール点はございますか。

椿原："明るい医局"をモットーにしています。医師自らが明るいと患者さんにいい治療を与えることができますし、自分たちも職業人として暗い職場よりは明るい職場で働きたいですから。それから"医師としての知識と技術"を絶対的に大切にしています。よく「リハ科医とは何か分からない」と言われますが、要するに、医師がリハ科の医師になるのであり、知識も技術もなく、何もできないリハ科の医師がこれから医療の道を勉強するのではありません。

まずは医師であるということ。それを忘れてしまうと、リハ科医は何をしているのかと聞かれたときに、口数が少なくなってしまうことが多いのではないでしょう。リハ科には脳卒中、高血圧、糖尿病、肺炎などの患者さんも来られますから、そういう通じの診断、治療がしっかりできるということ。その上で"リハビリテーション・マインド"を持った医師を育てていく。その辺りを非常に大事にしていますね。

永田：それでは、堀江先生、細川先生からご質問をお願いいたします。

リハ科を選択したきっかけ

堀江：椿原先生がリハ科を選ばれたころは、リハ科医が少なかった時期と伺いました。そんな中、なぜ

リハ科を選ばれたのですか。きっかけを教えてください。

椿原：難しい質問ですね。今人の役に立つかどうか分かりませんが…。私がリハ科を選んだ理由は一つではなく、いくつか積み重なっています。

最初は大学2年生の冬ごろ、自分が膝にけがをして手術をし、慶應のリハ科で訓練を受けたんですね。当時は理学療法士を見ても、「この方は誰だろう。訓練をするお医者さんかな」と思っていました。その方が「リハビリテーションの医師もいるよ」という話をされて初めて「この人は医師じゃないのか」と分かりました。これがリハ科を選んだきっかけの一つかもしれません、そのときはそれで終わりました。

同じ年の春、宮城まり子主演の初代24時間テレビに参加したんですね。学生でお金がなかったのですが、東京から京都まで夜行電車で行って、24時間寝ずに放送局に詰めた。そのときに、アテトーゼ型脳性麻痺の方もたくさん参加されていた。障害者という言葉あまり聞かなかった時代ですが、障害を持った人たちの存在を知り、彼らと深夜まで起きて話をするという経験をしました。

このこともきっかけの一つですが、「じゃありハ科にしよう」とすぐに決めたわけではありません。当時は1、2年生は専門科ではなく教養課程でしたので医学のことはまるで知らなかつたし、まだ何科を選んだらいいか考えていませんでした。

恩師の千野直一先生に会ったのは大学5年生のときです。公衆衛生学のレポートのヒントをもらいに行つたのがきっかけなのですが、「何を勉強したいのか下調べをしなかった者は帰ってくれ」と言われました。「ちくしょう」と思いましたね(笑)。それから自分で勉強しました。そのときから先生のおられたリハ科に興味を持ち、講義を聞きに行つたりしました。しかし、先生に誘われた覚えはないですよ。自分で勝手に押し掛けて行つたのです。

そのころは、リハ科の医師がいませんでした。千野先生の下に何人かいらっしゃったのですが専門医制度はもろんなかったので、日本中ほとんどリハ科医がいなかったのです。私の父親は耳鼻咽喉科医ですが、「耳鼻科医は多いから、ならなくていい」と言わせていて、内科か外科に行こうと思っていました。しかし、自分が内科や外科に行っても目立たないだろう、ではパイオニアになってやろうと。それでリハ科を志願したわけです。ちょっと目立ちたが

りだったのかもしれませんね。

このように、いろいろな出来事が積み重なってリハ科に至ったということです。今の人には全然役に立たないかもしれませんね。

永田：先生の学生時代を振り返っていただき、リハ科選択のきっかけをお話しいただきました。では、次の質問をお願いします。

印象に残るエピソード

細川：実際にリハ科でお仕事を始められて、研究をしてこられた中で印象に残っている出来事をお聞かせください。できれば新しい先生方に興味を持っていただけるような、あたたかいお話を願います。

椿原：たくさんありますね。その中から2、3のお話をしようと思います。

リハ科の治療をする中で「どうもおかしい。水頭症ではないか」と気付くことが結構あります。くも膜下出血で比較的早い時期に水頭症になる患者さんは脳外科の先生がすぐにシャントを入れると思いますが、くも膜下出血も含めた脳出血の患者さんや、比較的大きな脳梗塞の患者さんで、リハ科に来られたあとに水頭症と分かるケースです。

私が若いときにも「これは正常圧水頭症に違いない」という症例がありました。自分でくも膜下腔にチューブを入れ、持続的に髄液を抜くと1週間ほどで症状が改善することを確認し、脳外科の先生に診てもらって手術をしてもらいました。当時は動画もなく、映りのよくないビデオで撮って診てもらいましたね。そういう普通ではない経験がたくさんありました。それは結構覚えていています。

それから私は個人的に、患者さんからいただいた年賀状には全部お返事を差し上げています。20何年間ずっと年賀状をもらい続けている方も結構おられます、その中に2歳のとき脳性麻痺の診断を付けて、外来訓練をし、痙攣が上がって歩けるようになったが尖足になって…という子どもがいました。

当時はご両親から年賀状が送られてきましたが、ご本人が書けるようになってからももらい続けていました。私がこちらに来てしまったので外来で会うことなくなつたのですが、その子が「会いに来たい」と言ってくれて、6年ぐらい前に会つたのですよ。「大きくなつたね!」という感じでした。

歩いているのですが、尖足がすごく強くなっている。

昔、フェノールでブロックしたことも1回あったのですが、今は診てくれている先生があまりいないということでした。ボツリヌス毒素製剤がもう少し早く使えたならとも思いましたけれども…。でも、頭がいい子で「今度大学に行くのだ」と言う。その後「社会人になりました」という年賀状ももらいました。非常にうれしかったですね。

大学病院にいなくても、研究はできる

永田：続きまして、リハ医療の研究や研修体制について、ご質問をお願いします。

堀江：日本ではリハ科の医局のある大学が少ないのが現状です。一般病院でリハ科医として働いておられる方も大勢いらっしゃいますが、一般病院では医局と比べるとリハ研究に力を注ぐのが難しく、研修の場が少ないように感じます。この状況をどう思われますか。

椿原：少ないのでしょうか。私はここに来る前、大学病院の本院にいた経験は1年か2年で、ほとんどが関連病院です。主に筋肉の病理について研究をしていましたが、最初にそれを学びたいと思ったのは国立療養所村山病院、現在の村山医療センターに勤務していたときです。当時はそこで研究する材料もなかったので、紹介を受けて国立神経センターを週1回ぐらい見学させてもらっていました。

堀江：ご自分で積極的にアプローチしていったのですか。

椿原：もちろんいろいろ聞いて、紹介を受けて、千野先生にも許可を得ながらです。だから、決して大学病院でないと研究ができないということはないと思うのですけれども。

堀江：そういう姿勢であれば。

椿原：そうですね。もちろん、一人でリハ科医を目指して勉強し、急に研究をしたいと思っても何をしたらいいか分からぬし、難しいでしょう。だから、周りで研究をしている人たちに相談するといいのではないでしょうか。

例えば、専門医会 SIG(Special Interest Group)など何かの組織に入る。SIGというとできる人ばかりが集まっている感じがしますが、SIGの先生に「やってみたいのでお願いしたい」と相談したら、多分「こうしたらしいのでは」と教えてくれると思います。上手に利用されたらどうでしょうか。大学病院でなければ研究ができないということは、全く

ないと思います。

リハ科医同士の連携、PT、OT、STとのチームワークを大切に

堀江：リハ科の医局が少ないことは、つながりやすいというメリットになるかもしれませんね。

椿原：そうですね。医局ではないつながりも大事にしたほうがいいと思います。

永田：今は情報ネットワークの時代になり、専門医会SIGでも掲示板などでタイムリーに情報交換ができるようになりました。先生のころは創成期で、情報がつながらない、本を頼んでもなかなか来ないという時期で大変だったのではないかでしょうか。研究時間を捻出するために、どのような工夫をされましたか。

椿原：どちらにせよ研究をするのは夜か日曜です。私は月が瀬(慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター)にいたときに一番筋肉の研究をやっていたのですが、「日曜日に研究をしたいのですが」と言うと、検査室の方が「いいですよ。手伝います」と言ってくださいって、5~6人集まって一緒に実験をして、昼には一緒に楽しくお弁当を食べたりしました。お弁当を食べたかっただけかもしれません(笑)。

一人ではできないことがどうしてもあります。そうやっていろいろな人を集めて、人を巻き込んでいけばできるのではないか。今はどうなのでしょうか。他の職種の人が協力してくれるのかどうか、ちょっと分かりませんけれども。

永田：堀江先生のところではどういう雰囲気ですか。

堀江：他の業種というよりは、PT、OT、STの方と一緒に研究する雰囲気があります。上の先生を含めてディスカッションをしたりしています。

椿原：それは非常に大事なことだと思います。PTやOTの人たちにも研究をしたいと思っている人がいっぱいいます。リハ科医の研究を手伝ってもらうだけではなく、彼らの研究を自分が手伝うことを心掛けるといいと思います。そうすれば知識もたくさん入ってきます。われわれもPTやOTの人と「木曜日の夜に研究会をやろうか」という感じで集まって、「ここはこうしたほうが」などとディスカッションをすることがあります。

堀江：私はまだ3年目なので、逆にPTなどスタッフ

のほうが経験年数が高く、「こんな症例があるので」とアプローチしてくださり、すごく勉強になります。

椿原：年齢は関係ないと思うんですね。今は周りが自分よりも年下ばかりですが、見下すことは絶対に駄目です。若い人でも知識と経験がある人には「よく分からぬから教えてくれる?」と聞いています。聞かれた人もうれしいですし、一所懸命に丁寧に教えてくれますね。

やはり、リハビリテーションはチームですから、スタッフを専門家として重要視することが大切です。それが連携につながるのではないかとおもいます。

永田：チームワークの話でひと区切りつきました。では次に、連携についてのご質問をお願いします。

地域連携の重要性

～事業や症例検討会で横のつながりを～

細川：秋田県では、内科など他科の経験を積んだ上でリハ科医を目指すドクターが多いせいか、同じリハ科になってからも「連携を取りながら県内の医療をまとめ、共に研鑽していく」という形になかなかなりません。互いに興味は持っているのですが、積極的に横のつながりがつくれない。リハ科医全体のレベルアップを図りたいのですが、何かいい方法があるでしょうか。

椿原：確かに、若いときはどうしていいのか分からないことが多い多かったです。学会は「自分たちがこういうことをした」という発表の場ですが、そうではなく、地域の会など一つの県、市町村で集まる会はありませんか。

細川：年に1、2回、リハ科医や療法士などかなりの大人数で集まる会はありますが、各職種の発表会に近い形です。

椿原：倉敷市には倉敷臨床リハビリテーション医学懇話会という会があり、リハ科医だけでなく、内科の先生や、リハについて考えておられる病院長の先生などが一緒に話し合いをしています。研修会のように講演もありますが、当市では何が問題かというディスカッションを行う場もあります。

それから、私は県の事業も結構やっています。今はもうなくなってしまったのですが、県単位の地域リハ事業では理学療法士や作業療法士の人がディスカッションをしたり、あちこちの施設に行ったり、持ち回りで講習会、講演会もしましたね。

また、高次脳機能障害の支援普及事業、それから最近は、ロボットの"HAL"の事業も立ち上げています。実際にロボットを使う理学療法士同士の交流や症例検討会、講習会などをおこなっています。私は実際にHALを使わないので分からぬから、勉強させてもらうことが多いです。

このように、何かの事業をつくるとあちこちの先生と話ができます。なので何かこう、立ち上げればどうでしょうか。

細川：何かを始めることからですね。

椿原：そうです。そうしたら集まってくると思います。5年目ぐらいだと自分からやるのはしんどいかもしれませんので、上の先生を「何かやってくださいよ」と引っ張ってくるのがいいのではないかと思いますけれども。

永田：事業などで、人と会う機会をつくる、つながりをつくるということですね。時間をかけてそういうことを根気強くやっていく。では、次のご質問をお願いします。

リハ科医としてのレベルアップ

～他施設と連携するために～

細川：リハ科医として一人前になるために、多数の症例を経験することが必要です。実際、私のところにも研修医を終えたばかりの先生が来られていますし、先のことも考えると、東北の地方会など、県内や県外の他施設との連携をもっと考えなければいけないのかと悩んでいます。

椿原：個人で連携組織をつくるのは多分難しいと思います。誰かが「研修ができる施設間連携を立ち上げました。私が会長です」と言えば、そこにくつついでいるのですが、現実的には難しいですよね。だから、大学の医局が一番手っ取り早く、やりやすいかなと思います。私も古いほうの人間なので、ここ川崎医大の医局に入って来てもらえば研究や研修を経験させてあげられるので入って来てくださいと言ってしまうことが多いです。

現在も1年契約で来ている方がいます。そういうのは大歓迎ですよ。昔の医局は「入局したら辞めてもいい」という雰囲気でしたが、そんなことを言っていたら全然うまくいかないですから。「どうぞ入って来て、勉強して、出て行ってください」ということをウエルカムにしています。大学はそういうことがしやすいですね。

ただ、自分から動くことが得意な先生もおられます
が、普通の方はゼロから動くのは難しい。悩んでい
る人は多いかもしれませんですね。誰を訪ねていけ
ばいいか分からないという状況かもしれない。「う
ちは一般病院だけれど、他と連携を取ろう」とリーダーシップを発揮し、引っ張っていく先生が地域に
いてくれるといいかもしれませんね。

永田：リハビリテーションは非常に長い期間を診て
いく診療科ですが、一つの施設で全部を診ることは
難しいと日々感じています。そういう中、地域間連
携が実現していくと素晴らしいのではないかと思いま
す。

椿原：大学の医局の人事だと、「A病院からB病院に
移り、さらにC病院に移る」と言っても、A病院を辞
めさせられたという感じはしないし、その人が仕事を
失うことはない。また、必ずA病院、B病院にも誰
か人を回しますし、どの病院にも損失はない。本人
も動きやすい。それが大学のメリットかもしれない
ですね。

でも、一般病院に所属している人が「勉強したいの
で、B病院に行きたい」という話をしたら「じゃあク
ビだね」という話になるかもしれません。病院長との
関係が難しいのではないでしょうか。

実際に、リハビリテーションはいろいろな施設で勉
強することが大事です。私も月が瀬にいたときは脳
卒中の勉強をし、村山病院にいたときは脊髄損傷の
勉強をして、国立塩原温泉病院にいたときはリウマ
チの勉強をしていました。その病院の特色がありま
すので、いろいろ回れたほうが有利だとは思います。
一人で勉強をしたい方がうちに相談に来られた場合
には、「いいですよ、うちの関連の病院に行ったら
どうですか」という紹介はします。しかしですね、
その方がうちに来たときや、うちの関連の病院に紹
介したときに、元の病院を何とかすることはできな
いのが現実ですね。医局の関連だったらできますけ
ど、関連ではない病院の先生が個人で相談に来られ
た場合、その病院に対してうちから何かすることは
できないと思います。

だから、五つぐらいの病院がローテーションを組め
るようなシステムがあれば一番いい。一つの病院か
らこっちに行ったら、別の病院から回ってくる。そ
んなシステムがあればいいのかもしれません、つ
くるのは簡単ではないかもしれませんですね。

永田：現実の難しさが浮き彫りになりました。

椿原：今、実際にある先生が一人、研修のためにう

ちに来ていますが、その先生がおられた病院に代わ
りの先生をうちから送っているわけではない。ただ、
いずれ必ず元の病院に戻ることにはなっているの
で、そちらの病院にはメリットがあると思います。

リハ科を目指す医師は、 他科で学ぶ必要があるのか

堀江：今のお話はリハ科同士のことだと思います
が、若い研修医には「リハ科には興味があるけれど、
もう少し内科を勉強したい」という方がいます。リ
ハ科を目指しているけれど初期研修の2年では足り
ない。また、内科の認定医を取るにはもう1年必要
という状況もあり、3年目ではなかなか決めきれ
ないという人が結構います。川崎医大附属病院の研修
医の先生が他科への研修を希望したときはどう対応
されていますか。

椿原：私としては、「ご本人がいろいろな技術を身
に付けたいならば、時間の許す範囲で認める」とい
う発言をずっとしています。しかし、科を選ぶこと
については、学生にも「早く選びなさい」と言って
います。それはなぜか。

例えば、卓球の愛ちゃんは2、3歳で卓球の世界に
入っている。プロ野球の松井選手も4、5歳で野球
のプロになると思っていた。スポーツ選手でも、科
学者でも、世界の一流の人たちは早くその道を究め
た人のほうが、優秀になれると思うのです。

医学生の場合、最初は診療科を知らないとはいえ、
5年生にもなれば分かるでしょう。また、他はどう
か分かりませんが、うちの学生は95%が両親のど
ちらかが医師であり、親の影響もある。学生の間に
科を選ぶことができるはずです。早く道を選び、そ
の道で頑張って行くことが優秀な医師になる一番の
近道だと私は思っています。

だから、研修医の2年間に決められない、3年目で
も何科に行けばいいか分からない、まだ決めかねて
いる、もうちょっと回りたい…。そういう研修医は、困っ
てしまいますが(笑)。

一同：(笑)。

椿原：「今までずっと内科でやってきたけれど、やっ
ぱりリハ科でやりたい」と変わるのはいい。変わ
るのはいつでもわれわれます。でも、「分からない」と
いうのは…。追い求めながら一生を終わってしまう
のはどうかと思います。だから、医学生には早く
決めなさいと言います。別にリハ科でなくてもいい

ですが、何をしたいかはっきりしなさいということです。

研修医にも「あなたは何科か」と聞きます。リハ科ではいろいろな疾患がありますから、例えば、糖尿病をしたい研修医には「脳卒中で糖尿病なら血糖値がコントロールできいても、リハ科で運動療法をしたらこんなに変わるんだよ」と教えることができる。でも、「何科に行くか分からぬいが、いっぱい勉強したいです」と言われると「つまり、何もしたくないのか」と思ってしまう。それはよくないのではないかと日々思っています。

ただ、リハ科に入局希望を表明した医師が「3年目に循環器内科の勉強がしたい」と言った場合、「いいよ。初期研修が終わった後に4ヶ月ほど回れるよう掛け合ってあげるから」と言いますが、初期研修が終わってリハ科に来てから前に希望した科を実際に回った人は少ないです。「3年目だからそろそろ行く?」と聞いても「もういいです」と言う。

多分、リハ科の医師をしていると他科の知識がえてくるからですね。当然、肺炎の治療もやるし、心筋梗塞かもしれないと思って心電図を取って循環器のほうに照会することもある。そのあとどうなったかも確認する。そういうことをしているうちに分かってくる。

それでも何かしたいと言われたらウエルカムです。例えば、胃の内視鏡をしたいと言って他科に勉強に行き、内視鏡、胃カメラやPEGができるようになった例もあります。

私の父親は耳鼻科医で、亡くなったときに喉頭ファイバーが出てきました。こんなものは要らないから捨てようかと思っていたのですが、新品だったので取っておいた。そうしたら、嚥下の検査として使えるのではないかと思うようになった。「使えるかな」と思って、うちにいた石井先生にちょっと勉強をしてきなさいと言いました。彼は今、VEの第一人者になっています。

堀江：リハ科は本当に幅広くて、診療の中で勉強していくことがいっぱいあります。

椿原：そうです。エコーも内視鏡も、うちの医局員は全員できますが、はっきり言って何もできないのは私だけです(笑)。若い医局員の先生方には「これがリハにとって必要かも」と思う知識や技術があれば勉強してもらいたい。やってはいけないということはない。この医師はできるが、こっちはできないということもあってもいい。どこまでがリハ科かと

いうのはありませんから。

さっきもちょっと触れましたが、"リハビリテーション・マインド"を持っているのがリハ科の医師であって、医師には違ひがないのですから、いろいろな医師がいていいのではないかと思いますね。

永田：目標設定は早めにというお話ではなかったかと思います。最後に女性リハ科医へのアドバイスをいただく前に、リハ科の今後について追加のお話をお願いします。

医師の3%をリハ科専門医に！

椿原：リハ科専門医は少ないですよね。今まで国立大学にリハビリテーションの講座をつくってほしいと言い続けてきましたが、なかなか実現ができそうないです。

新しい話題としては、日本専門医制評価・認定機構による専門医制度が2017年から始まる予定です。「リハ科が重要だ」ということが伝われば、リハ科医を希望する人が多くなると思います。

マスコミ等でも「需要に対する供給の率が最も低いのは救急や小児科ではなくリハ科である」と報道されていますし、機構にもリハ科の重要性は認識していただきつつあります。地道な努力が大事かなと思っています。余談で勝手なことを言いましたが。

永田：将来的な流れのお話をいただきました。リハ科がほぼなかった時代に創成された先生に接するせっかくの機会ですので、追加の質問はございませんか。

堀江：リハ科医が少ないとお話しがありましたら、学生や専門医に対するリハ科のアピールポイントは何がありますか。

椿原：いろいろな疾患ができるということですね。これから高齢化社会で3人に1人は高齢者という時代が来ます。リハ科の医師がいなければ、みんな寝たきりになってしまいます。腰が痛い人もいれば、麻痺がある人もいる。あるいは心臓が悪い人もいる。リハ科医ならば全部診ることができます。

女性リハ科医へのアドバイス

永田：では最後に、女性リハ科医へのアドバイスをお願いします。

椿原：育休などは当然尊重します。育休後も常勤は

難しいという相談は受けますし、いいと思いますが、そのままパート勤務でいいのかなという疑問も感じています。

ただ、女性がリハ科医に向いているのは事実だと思います。私は大学入試の面接もしますが、女性のほうが表情が豊かで圧倒的に印象がいい。研究者には男性のほうが向いているかもしれません、医師という立場、特にリハ科医は患者さんに対する印象がいいということ、スタッフに対して温かく話ができるということは大切です。男女問わず、コミュニケーション能力が高い医師はリハ科医に向いているのではないかでしょうか。

ただ、「女性だと早く帰れるし、救急がない。9時～5時でいい」などと勘違いしてもらっては困ります。うちの医局員はみんな夜遅くまで残っていますし、自分の患者さんが肺炎になることもあります。当然夜中に呼び出されることもあります。そこは女性も男性も差別はない。リハ科は内科とは違うという意識は持ってほしくないですね。

永田：ありがとうございました。では、本日ゲスト参加いただきました先生方に一言ずついただきたいと思います。

和田：近森リハビリテーション病院の和田恵美子です。今日は、椿原先生がリハ科医になるまでのお話を聞けて新鮮な気持ちになりました。ぜひ中四国のリハ科医をどんどん増やしていただきたいと思います。本日はありがとうございました。

菊地：今日はお忙しいところありがとうございます。大変貴重なお話を聞けて、私も勉強になりました。椿原先生にはこれまでご指導ご協力いただいておりますが、今後は日本リハビリテーション医学会の副理事長としても専門医会のお仕事をしていただくということになっております。これからもよろしくお願ひいたします。

新しい専門医制度をよい契機とし、諸先生方のお知恵をいただきながら、多くのリハ科医ができるシステムづくりをぜひ進めていっていただければと思います。そのためには、なるべく学生のときから「リハはこういうものだ」としっかりお教えいただき、「リハがいいな」という気持ちを持ってもらい、最初の2年の初期研修を終えた3年目の時にはリハ科を選択していただくような人が増えればよいと思います。先生方のお力によりぜひそうなるようにお願いしたいと思います。

大串：今日は参加できて本当によかったと思ってお

ります。女性医師の立場から考えますと、やはり皆悩んでいます。リハ科医として頑張るにはどの職場を選べばいいのか。大学がいいのか、一般病院がいいのか。研究をするにせよ、経験をするにせよ、それぞれにメリットやデメリットがありそうだ。何かもやもやした感じがあると思います。

しかし、椿原先生に「どこでも勉強ができる」というアドバイスをいただき、ちょっと視界が開けたのではないですか。連携のつくり方にもいろいろある。堅い会合ではなくて、むしろ飲み会ぐらいから始めてもいいのではないか。楽しんでやっていく中で、同じ悩みを持つ仲間ができるのではないかと思います。

地域リハに関しては、私も大学病院で頑張ってやっておりますが、国の補助金がどんどん減っていき、市町村の地域支援事業の中で何とかやっていかなくてはならないのが現状です。システムをつくっていくとリハ科の価値を見ていただくことができる。リハ科はただ訓練をしているのではないということを他の先生にも分かっていただくことは大事だと思います。

椿原：うちの大学病院では、他科の先生も、リハ科の医師が大事なことはよく知っています。でも、やっぱり自分の科にも来てほしいですから、学生が取り合いでしまうのは仕方がないですね(笑)。それから、近隣の大きな病院の院長先生は、リハ科の医師の存在が重要であることを実際にはよく知っています。

塙野：島根県立中央病院初期臨床研修医の塙野航介と申します。私の出身大学ではリハ科がありませんでしたので、研修医になって初めてリハ科医の重要性を知りました。多くの研修医は大学でリハビリテーションに触れる機会が全くないというのが現状だと思います。ぜひ啓発活動をしていただければと思います。

一同：(笑)。

永田：皆さんで頑張りましょう。

椿原：医師にしかできないこと、ほかの職種ではしだくてもできないことがあります。医師が何もしなかったら「先生は要らない」と言われてしましますので、PTやOTであるというプライド、医師であるというプライドを持って、できることを上手にやってくことが大事だと思います。

永田：本日、塙野先生が出張扱いにしてもらえたことで、当院でもリハ科の重要性を理解していただい

ているのではないかと感じた次第です。島根県の出雲部はご存じの木佐俊郎先生が草分けであり、地域の人口密度にしてはリハ専門医が比較的充足しております。私の勤務している病院は現在リハ科医が一人ではありますが、研修会を開催してはどうか等、非常に連携が取りやすい状況で周囲の方々に支えられてやっております。急性期病院の中でもリハ科は大切にしていただいているのではないかと思っています。

本日のような機会を生かし、山陰においても人材育成を含めて基礎をしっかりと固めていきたいと思います。声掛けをしながら周囲とつながっていくことを心掛けてやっていきたいと思います。

個人的な思いを最後にお話しさせていただきました。これで本日の座談会は終了させていただきます。ありがとうございました。

もう悩まない! 100症例から学ぶ リハビリテーション 評価のコツ

<編集企画>

里宇明元・辻川将弘・杉山 瑶・堀江温子(慶應義塾大学リハビリテーション医学)

主な目次

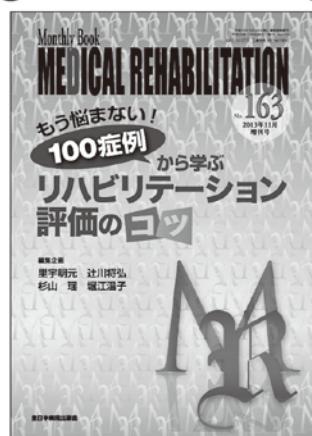
<総論>

評価のポイント/診察のポイント/処方のポイント/ADL・IADLの評価/QOLの評価

<各論>

I. 脳血管障害/II. 高次脳機能障害/III. 痙縮/IV. 嘔下障害/V. 脊髄損傷/
VI. 運動器疾患等/VII. 高齢者/VIII. 切断・義肢/IX. 装具/X. 呼吸/XI. 循環器/
XII. 顔面神経麻痺/XIII. 神経筋疾患/XIV. がん・リンパ浮腫/XV. 小児/XVI. 栄養/
XVII. 在宅・退院/XVIII. その他

大好評発売中



MB Med Reha No. 163

B5判 454頁

定価: 4,900円+税

リハ臨床において重要な位置を占める評価。膨大な評価項目の中からどの評価を、どの時点で、どのように活用するのか、少ない診療時間の中で、優先度をどこに置き、予後予測やリハ処方に結び付けていくのか、悩むところではないでしょうか。

本書では、実際の診療の流れに沿って、症例ごとに優先度がどこにあるのかが押さえられます。

評価の流れをマスターしたい初学者のみならず、セラピスト、他科の先生方にも是非とも読んで頂きたい1冊です！

(株)全日本病院出版会

おもとめはお近くの書店または弊社ホームページ(<http://www.zenniti.com>)まで！

〒113-0033 東京都文京区本郷3-16-4

TEL: 03-5689-5989 FAX: 03-5689-8030

ゲスト 小池純子 先生 横浜市総合リハビリテーションセンター センター長

インタビュアー：野本 規絵 先生（総合リハビリテーションセンターみどり病院）
外薗 昭彦 先生（鹿児島大学病院霧島リハビリテーションセンター）

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：大串 幹 先生（熊本大学 RJN担当幹事）

日 時：2013年1月19日（土）11:00～13:00

場 所：横浜市総合リハビリテーションセンター

藤谷：本日はまだ雪も残る新横浜に、新潟と九州からわざわざおいでいただきありがとうございます。それではまず、自己紹介をお願いします。

外薗：鹿児島大学霧島リハビリテーションセンターの外薗と申します。2013年の4月で医師になって5年目です。3年目からリハ科に入局しました。もともとは宮崎大学の出身なので、リハ科がありませんでしたが、自分の人生を賭けてやっていきたい領域かな、と研修時代に感じたところがありましたので、今やらせていただいている。よろしくお願いします。

野本：新潟市の総合リハビリテーションセンターみどり病院に勤務しております野本規絵です。今は回復期病棟を担当しています。卒後13年になりますが、産休、育休を経て、専門医に向けて勉強しています。新潟県内のリハビリについて考えるところもありますので、いろいろとお話を伺えたらと思います。よろしくお願いします。

藤谷：ありがとうございます。それでは小池先生のご経歴も含めて、質問させていただきたいと思います。

小児や地域といった分野を選択できる時代ではありません。リハビリテーション科というものがあるらしい・・・、私の認識はそんなレベルでした。RJNのインタビュー記事を拝見させていただくと、学生時代のボランティア活動などから障害児者に関心をもたれた方などいらっしゃって、すごいなと思いました。

私はベトナム戦争の世代です。自宅の近くに米軍の基地（病院）がありました。ベトナムからの負傷兵やご遺体（との噂でした）を運ぶヘリコプターが自宅の真上で旋回し基地に着陸するので、中学生時代は米軍のヘリコプターの爆音を聞きながら過ごしました。「戦争で負傷した人が頭の上を通っていく」日々、世界を平和にしなくちゃいけないというようなことを強く考えました。それに貢献する仕事が何かできればいいなというのがまず医師を選んだ理由です。

実は飢餓の地域でこどもたちにミルクを配りたかったです。（根がずぼらですから、調べることもせず）国連・ユニセフの職員になるにはどうしたらよいか分からぬが、取りあえず医学部に行けばなんとかなるんじゃないかな位な気持ちでした。

学年が上がっていくと、卒後の進路を考えますよね。実習で内科系、外科系を回るなか、どちらも人でなく「病」しかみていないと、モヤモヤしているときにリハ科に出会いました。当時、横浜市大には病院の診療科としてリハビリテーション科が独立しており、ベッドサイドも行われていました。そこで「これだ」と閃いたんですね。人間をトータルでみると、多様性を重んじることに共感し、「これは世界平和でしょ」と思いました。つまり、様々な人々が地域で仲よく過ごすのには役立つ考え方ということですかね。

藤谷：当時は大川先生ですね。専有ベッドをお持ち

世界平和から医師に、そしてリハ医に

外薗：自分は研修時代、地域医療とか、とにかくその方の人生にふれていけるような医療をやりたいという思いがありました。それが一番しっかり学べるのがリハ科かなと思い、選んだ経緯があります。そもそも先生方の世代となると、パイオニア世代と思われるんですが、どういったお考えでいつごろからリハ科を選ばれたのですか。

小池：そうですね。当時は（34年前）、リハビリテーションという言葉自体あまり一般的でなく、まして

だったのですか？

小池：はい。建て替え前の古い病院のときですが、リハ科は10床専用病床を持っていました。そのほかにPT室、OT室があり、リハ科に医師もPT、OTも属していたので、大川先生がPT、OTの科長でもありました。

野本：リハ医として診療をされていた大川先生のお考えに、強く共感する部分や尊敬する部分があったということでしょうか。

小池：そうですね。先ほども言いましたが、リハ科の選択はほとんど衝動的でしたので、実際はどんなことをやる科なのかあまりよく分かっていなかったのです。義足の山とかを見て、「うわあ、私、これ嫌いかも」と思った(笑)。

しかし、大川先生に接するほど「これでいいんだ」と、どんどん深みにはまってきました。彼は常に「人を見るように」と教えました。

野本：今やっていらっしゃるお仕事も本当に範囲が広く、小児からお年寄りまで診られているのですが、卒後はどのように研修されたのですか。

小池：リハ科入局後は、大学の人材育成のプランに従ってローテーションしました。大川先生は大学病院の医師であるにもかかわらず、と言ったら変ですが、病院だけではなく、横浜市の養護教育や福祉行政などにリハ医が関わる重要性を早くから指摘され、更生相談所の医学判定・巡回相談や、教育委員会の障害児の健診も、積極的にやっておられました。院内の文献抄読やカンファレンス、症例報告会などの研修はもちろんですが、私は院外で障害児者に出会う養護学校、更生相談所、療護施設、訓練会など様々な場に同行させてもらいました。常に現場の生々しい場面で行われるショートレクチャーと言ったところでしょうか？先輩リハ医も少なく彼らも忙しいですから、とにかく金魚のフンのように先輩の後ろについて歩いて歩いて覚えたというか勉強したというか……。

野本：医学的なことだけでなく、倫理的なことや様々なものの考え方まで教わったのですね。

小池：一日の終わり、研修医（横市大は当時から卒後2年間の研修医制度あり）も含め医局に戻ると、井戸端会議的な雰囲気でお互いに意見交換する。その中で「あの科でこういう治療しているけれど、これってちょっと患者さんの人生を考えたらどうだろう？」という倫理的な話、生活を考えたときに本当に利益になる治療法だろうかというようなことはよ

く話し合いました。

医局に戻って皆でわいわいやるのがすごく大事、医局には必ず寄るようにと言われていました。定例の勉強会以外に、狭い医局でビールとか出てくるんですよ(笑)、今は駄目ですけどね。おやつを食べながら、やり残した仕事を片付けながら、耳学問というのでしょうか、先輩たちのやりとりをよく聞いていました。教科書も読みますが、現実とのリンクがどう出来るかというのはそういう場面で一番養われたかなと思います。

外薦：当時、医局は何人位おられたんですか？

小池：3、4人、ほとんど家族みたいな感じです。

ひとりリハ医としての病院勤務

野本：大学にいらした時は先輩方に相談することができたということですが、それ以降はすぐにお一人で医長のような立場になったんですね。

小池：研修終了後3年間は大学病院。それから横浜市立病院のリハ科に1人勤務となりました。診療だけでなく、病院の経営会議にもリハ科代表として出ました。

外薦：全部お一人で行かれて。総合病院だと、整形も小児も全部相談がくるんですね？

小池：そう、全科から来ましたね。PT、OTが数人、マッサージ師さんが2人いるリハ訓練室があって、リハ科の外来と19床のベッドを担当していました。

野本：おひとりではなかなか大変だったのではと思うのですが。

小池：どう人の助けを借りるかがポイントですね。今でいえば病院内にある19床の回復期ベッドみたいなもので、脳卒中で内科に入院された方がちょっと経てばリハ科に移ってくるという流れでしたから、内科の先生とでも整形の先生とでも皆うまくやるようにしました。だから、私がいないときでも病棟を助けてくれるというか。

藤谷：そうですよね。お一人だとお留守のこともありますものね。

小池：はい。その代わり、向こうの病棟に往診に行くとか、リハ科に転科させるとか、そういうギブ・アンド・テークを心得ました。またMSWともしっかり連携しました。リハ科は小児科と同じフロアだったのですが、「子守り」もしました。ナースが巡回に行くときにギャアギャア泣いている赤ちゃんを置いていけないじゃないですか。それで当直の私の背

中に赤ちゃんをくくりつけて「先生、よろしく!」(笑)。だからその反対に、私がいなくても「Aさんのこと、内科の先生に相談して点滴してもらったから大丈夫」とかね。

相談したいのに誰もいないところでどうするか、悪知恵がつきました。カンファレンスの場では「明日もうちょっと話し合ってみない?調べておくから」と言って結論を先延ばしし、夕方大学に電話をかける。そうしたら、伊藤利之先生も若いときはカンファレンスの途中でトイレに立って、大川先生に電話をかけてどうしたらいいか聞いていたと(笑)。

藤谷: 病院で研修された後はいろいろ廻られて。更生相談所長でいらしたこともあるんですよね。

小池: はい。大学病院と、市立病院、行政機関である更生相談所と、あとはリハセンター、療育センター。今までいう介護保険制度の施設は経験したことがないですが、それ以外はほとんど経験したと思います。

リハ医としての夢

外菌: もともとの思いが世界的というか、おそらく先生の中でも、とにかくいろんな人を全体を見てみたいということなのかなという印象を受けました。実際、いろんなお仕事をされて今、夢がかたちになつておられるんでしょうか。

小池: 厳しい質問ですね。統計学的に有意な成果はありません。横浜市の障害者のQOLを向上させたなんて結果がでたら最高なんですが、まあ、無理。

リハ事業団(リハセンターの所属する法人)が設立20周年を迎えた時、記念に「経営理念」を新たにしたのですが、その理念が私がリハ科を選択した理由とほぼ一致していたのには、戦慄を覚えました。

別の見方ですが、まさにこの経営理念が私の目標なので、そういう理念を掲げる職場で働けていることで夢はまあかたちになったかなと思います。

藤谷: 経営理念、読んでおきます。「私たちは豊かな人間性と高い専門性を培い、地域で自分らしく生きることのできるリハビリテーションを推進し、すべての人が分け隔てなく暮らすことのできる社会の実現を目指します」

小池: 目標というのは、ここまで来たら次はと考えませんか?、だから決して達成しない・・・。多分、このことを継いでくれる次の世代の人がいれば私は満足かなと。

また脱線しますが、20世紀は戦争の世紀だった。21世紀に入って、これで人間も多少賢くなつて平和になるかなと思ったら、最初に起こつたのがニューヨークの9.11でしょう?

平和は常に意識していないと壊れやすく、人権もいつも意識を新たにしていかないと簡単に侵害されるものなので、やめないで淡々と続けていくというのも仕事の目標・・・成果なのかなと思うんです。またこのことを考え行動してくれる人が次の世代にいてくれればいいかなと。こういう経営理念に賛同して、就職して働いてくれる人がいればそれで目標達成かなという風に思っています。

外菌: 先生の夢は、「目標に向かって常に進んでいる」ということですね。

リハセンターでの 医師の仕事とリーダーシップ

外菌: 先ほど見学させていただきましたが、この横浜市総合リハビリテーションセンターのお仕事は実際に多岐にわたっておられますね。

小池: リハセンターは横浜市が設置し、社会福祉法人横浜市リハビリテーション事業団が指定管理者として運営しています。市における地域リハシステムの拠点施設であり、市民ニーズに応じたリハプログラムやシステムの開発、情報の収集・発信、最新技術の導入、研究、研修活動を行っています。また、こういった活動を通じた、関係機関への支援や人材育成、市の福祉施策への提言などの役割もあります。組織的には、地域リハビリテーション部、医療部、自立支援部、発達支援部、総務部の5つの部署から成っています。

この中には法定の事業として、有床診療所、障害者支援施設、就労支援施設、児童発達支援(旧知的障害児、肢体不自由児、難聴幼児通園施設、児童デイサービス)、補装具製作施設などが含まれています。障害者更生相談所を併設しているところもポイントでしょうか。

また、市独自でやっている事業として、地域・在宅巡回事業、障害者・高齢者住環境整備事業、企画開発研究事業、高次脳機能障害支援センター、職能評価開発事業などがあります。

野本: 自分が今やっている仕事は回復期の病院の中の患者さんが中心で、外来リハにも関わりますが、地域全体のことを考えるまでには至らないことが多い

いです。先生のお仕事ではリハシステムの開発や行政との関わりなど範囲が広いですが、どうすればそのような視点で考えられるのでしょうか。

小池：病院からリハセンターのようなところに来るとき、まず医師は縁の下の力持ちであるべきということに気づかれます。医師は病院だと主役ですから、この立ち位置に納得できないドクターもいます。でも、医療の重要性を否定している訳ではありません。医療が障害者の生活のベースになるところをきっちり押さえていかないと、地域生活を支える福祉サービスも不安定なものになります。地域や制度を踏まえ、評価し、ゴール設定をして医学的な問題を整理したうえで、サービスが始まるのです。

野本：現在の業務の割合としては診療よりも、行政に関わる仕事が多いですか。

小池：診療業務は時間的には多いです。でも、リハセンターの仕事として他職種との兼ね合いを考えると、医師はチームを組んだときに、そのチームでどう役割分担してすすめるか決めるところは率先してやらないと駄目ですかね。

野本：リーダーシップをとるというか……。

小池：そうですね。チームメンバーにゴーサインを出すことを求められるのも医師。「これで進めていいですよ」と医師が言うのは、やはりすごく大きな力があります。その役割は必ずしも医師でなくてもいいと思います。でも医師はそれを求められることが多く、求められた時は、是非、受けて立って下さい。それを繰り返していくうちに経験し学び、できるようなっています。

スタッフは新たなことに乗り出すとき不安に思うものです。そこで、先生が「大丈夫」と言ってくれると拠り所ができる。スタッフをバックアップするというのは大事な役割です。それを目立たずやるというのが心構えみたいなものですね。

藤谷：お仕事を拝見していると、既存のサービスにないものをリハセンターは仕事としてなさっていますね。常にニーズに合わせて新しいことに踏み込んでいくっておられますね。

小池：それはリハセンターに背負わされた使命の一つです。市民のニーズを把握して、必要な新しいサービスを開発して提供していくこと。

藤谷：そういうチャレンジ精神が25年間の歴史でしょうか。

小池：技術開発と中間ユーザー（関係機関）への支援、即ち中間ユーザーの技術力をアップすることが

私たちの仕事のひとつです。結果、中間ユーザーも力をつけてくるのでボヤボヤしていられません。

外園：せっかくそうやって作られたものは、我々も知らないといけないですよね。

小池：そうですね。地域によって特性があるので同じやり方では必ずしもうまくいかないと思いますが、我々の仕事をヒントにしていただいて、それぞれのご勤務地でアレンジしてやっていただければ。そしてまた、アレンジしたものを見せていただくと、我々にもよい刺激になります。

野本：日頃はどんなチームで動いておられるのですか？

小池：リハセンターは全員がリハスタッフですから全員がチームメンバーですが、医療部は医療部の中で動く単位のようなチームがあります。でも、そのチームだけでは最終的に利用者さんを在宅にもっていく上では不十分。他のチーム、生活支援チームや就労、在宅、相談などのチームとその患者さんのニーズに応じて……。

野本：コラボなさるんですね。

小池：そうです。チームは組織上の固定的なものではありません。各部署から必要な職種が集まって、利用者さんのニーズに即したチームをタイムリーに作ります。また、そうでないといけない。

藤谷：風通しのよさを維持するのは？

小池：部署を越えたコミュニケーションです。部内ではチームアプローチができるけど、部署間の連携は意外に難しい。

野本：部署によって問題点が違うからでしょうか。

小池：そう。Aさんが入院している間は入院のリハのチーム、医療の中だけでよいわけです。それで、退院で在宅に向けてアプローチするとなったら、別のチームを作らなくちゃならない。それがAさんやBさんやCさんで、ニーズが全然違ってくるじゃないですか。それを柔軟に対応するというのが難しくて、いつも私たちの研究会のテーマだったりします。

藤谷：大変というのは、もちろん時間を合わせるとか、やはりちょっと敷居が高い、そういうことに慣れていないメンバーはどうしても居てしまうということでしょうか。

小池：他部署のやっていることを知らないのです。仕事が固定化していますね。

藤谷：知らないという問題に関しては、どうやって解消しておられるんですか？

小池：研究発表会を年に一回はやります。また、職

場のネットに掲示板があり、各部署が情報発信をしています。広報委員会が情報交換のイベントを仕掛けたりしていますが。

藤谷：そうやってそれぞれの職員がたくさん引き出しを持たないと、患者さんのために思いつくことが出来ないですものね。

小池：思いついてくれればですね。相談・報告は必要ですが、隣の課とコラボするのに必ずしも文書は必要ありませんから、廊下で会って「ねえねえ」と言えばそれで話が始められます。

藤谷：そういう職場の雰囲気はすごく重要ですね。

小池：重要です。どんどん職員が増え、もうお互い顔と名前が一致しませんから。

外薦：情報交換してそういうのをちゃんと把握するのも医師の役目でしょうか。

小池：把握するのは管理職の役割です。医師は情報に接しやすい立場にあるので、その役割は積極的に取るようにと、若い医師には伝えています。

地域で長期間生活していくことへのリハ医の関わり

野本：例えば苦労されたような症例はありますか。障害が重たくて、家の状況がこうでというような。

小池：一番苦労する症例は、やはり家族機能が弱い症例ですね。

野本：そういう場合、どうしたら。

小池：地域で支援する態勢を組みます。また、当該患者さんのリハゴールを少し変えます。単純な例で言えば、手すりがあれば歩いてトイレに行ける、でも不注意で、見守りがないと転倒の危険があるケース。この家族で見守りは無理だよねとなれば、歩かないでトイレに行く方法を考える。安全に暮らせるようにとゴールを変えていきます。あと家族の方への支援も合わせて、トータルに検討します。

最終的には、1人への支援ではなくて家族総体、そしてその人が所属する地域への支援になるかなと思います。例えば、その人の暮らしは隣の八百屋さんやコンビニの人が見守ったり、受け入れてくれることで成り立つわけだから、最終的にコミュニティ作りにつながるのでしょうか。

困難なケースは誰が担当してもすぐに正解は出ません。で、どうするかというと、取りあえずのプランで行ってみようと、そこで解決するのは諦めます。ちょっとこれで様子見ようかと。で、時が経つと変

化があり、また新たな手がかりも出てきますので、プランの再検討です。少しづつ解決へと近づきます。

結局、地域と一緒に過ごすということはその人と縁が切れないということです。よいこともあるし、悪いこともある。それに並走していくということですかね。

野本：それを受け入れるというところもありますよね。

小池：人口は多いし、リハセンターだけでは目配りできません。1次相談機関、2次相談機関と連携し、何かあったらリハセンターに繋いでくださいと、そういう仕組みをつくって間接的フォローをしています。

外薦：切れてしまわないのがいいですね。

小池：脳性まひは小児のリハに入れられていますが、高齢の脳性まひの方がいるわけです。早期療育をやって、特別支援教育を受けて、社会参加、それがリハゴールじゃないんですね。

藤谷：親御さんが歳をとるとか、亡くなるとか、いろいろありますね。

小池：ライフイベントごとに生活の再構築を目的としたリハ介入が必要です。特に加齢に伴う機能低下は深刻です。

加齢は避けられないことではありますが、機能低下イコール寝たきりってありえないじゃないですか。例えば、歩行できなくなっても車いすで活躍できるようにとか、自走が難しくなったら電動でとか。それも難しくなったら人的援助をとか、そういう組み立ては、やはりその時期、時期にリハ介入しないと無理です。ということが分かり、最近では短期入院で集中的にリハを行い生活の見なおしをしています。

藤谷：そのときは医療でなさっているのですか？

小池：医療です。さらに、入院リハの結果を持って在宅チームは自宅の環境を整備し、リハエンジニアは車いすやIT機器を、SWは地域のマンパワーを再編し、その結果、住み慣れた地域での生活が継続できれば…うれしいですよね。

在宅生活の維持こそ、リハの技術が役立つと思いま

女医の子育ては仕事に有利か？

外薦：自分も女医さんと一緒に働いていますけど、

あまり女医さんだからこそだな、というのは感じたことがないんです。ただ、小児を診る病院に行ったとき、やはり男では無理なのかなと感じる部分もあつたりしました。先生が子育てを実際に経験された中で、仕事に影響や何か変化があったのか、やはり女医さんらしさが出るところがありますでしょうか。

小池：うーん、PT、OTでも子どもの分野は女性が、と言われることがあります。お子さんをPTやOTに連れてくるのはお母さんが圧倒的に多いので、同じ性別の女性のセラピストのほうがお母さんは話しやすかったり。でも、子どもを育てたから小児リハがよく出来るかどうかということについては、私は違うと思います。

そもそも、男性でも女性でもリハに向いているか、医師に向いているかとかいうのがまずありますよね。性別より、本人の向き不向きのほうが大きいと思います。

妊娠、出産は女性しかできないという点、これはプラスでありマイナスです。お産のときの感じは男性がどんなに頑張っても、それは分からない。でも、私は私の子しか育てたことがないわけで、それだけの経験で人に何か押し付けないように、むしろ戒めています。

経験できることは限られています。自身の経験したこととも踏まえ、他者の生活をイメージできるか、という力が大事です。

私は一度RJNに言いたかった。子育てができるから女性はリハ医に向いているというのは誤解を招くよって(笑)。

藤谷：たしかに母ならリハ医ができるわけではないです(笑)。ただ、育児イコールキャリアに不利ではなく、そのことも医師として活かし得るということ(笑)。自分の経験だけでわかった気になってしまいけないし、経験していなくてもイメージしないといけないんですね。

外薦：男だからというのを言い訳にしちゃいけないんですね。

大事なのは経験と統合

野本：小池先生のように広い視野を持ちイマジネーションを働かせるためには、一つのことに凝り固まらないで、いろんな仕事の経験を増やすことが大事なんでしょうか。

小池：単純に経験するだけでなく、そこから何を抽出して生かすかということが大事ですかね。経験から共通項を導き出してこれる、経験から普遍的なものへと統合できないと難しい…。

藤谷：さっきの先生のお話だと、抽出するっていう作業の中では、やはりディスカッションが重要でしょうか。信頼できる人としゃべってみることが。

小池：私には医局の先輩がいましたが、そういったことを学ぶ上で、やはり仲間がいるというのは一つ大きいですね。セラピストさんとも結構そういう話が出来ると思います。

仲間と言語化してやり取りするというのは勉強する上で大事なことです。物事を見る「視点」は一つではありませんから、仲間のお陰で多様な視点に気づくことができます。

病院だけにとどまらないリハ医の仕事

大串：今まで行ったところは大学の施設で、人材をいかに育てるかというところがポイントだったんです。今日のお話は実際リハはどういうところで、どういう活躍をしているのかということが非常に明確に出された気がします。

今、リハの専門医のあり方というのは検討されています。やはり教育病院にリハ科という診療科があつて、直接入っていくというのは流れとして分かりやすいんですけども、ほかの科出身の方もいます。リハをやりたいという医師たちがその能力を最大に生かして働く環境を作る為には、こういう複合的な施設や連携を取る行政機関も大事で、そこにやはりリハ医がいることの必要性のアピール、特に先ほどの表に出なくともその人がいなければ成り立たないんだというリハ医もいるんだということを、きっちりアピールするのもリハの専門医として大事な仕事なのかなと感じました。

それと先生も今、子育てのことについては明言されましたけど、仕事も一生懸命されて家族の中でも役目を果たしてきたというところがあるので、それは子育てにかかわらず、家族のお世話とか介護とか、そういうのは社会生活、社会に目を向けることなんですね。

だから、病院の中で患者さんに向き合うだけじゃなくて社会に直接向き合う場、いろんなものを買い物に行ったりとか、いろいろな医療制度の中でいろんな仕事したりとか、そういうのってやはりリハ医

としては患者さんに向こう場面で、そういうノウハウを持っていることが、女性としては一つのメリットにはなるのかなと思うんです。障害があるとか、子育てがあるだけじゃなくて。だから、いろんなところに先生の知識、経験が生かされているのが本当によかったです。

小池：人と気持ちを共有するときには、男性か女性かではなく、生活者であるというのは大事かもしれないですね。

大串：だから、どうしてもそういう部分では病院から離れたところ、患者さんのニーズはありますから、介護とか福祉とかいうだけではなくて、生きていくということに関して少し何かアドバイスできたり、患者さんの障害や気持ちに応じたアドバイスができるということよりもハ医の一つの素質になるのかなと。

小池：こうやって働いてきてわかったことですが、結局人の人生って時間を他人とシェアすることなんだと思いました。医師は求められれば当直するのも当たり前、急患といえばもう何もはばかることなく急患の治療に専念できるじゃないですか。私は家庭を持って、それができない自分にイライラしましたが、でも医師が時間に対する免罪符を与えられているわけではないですね。医師が時間をすべて仕事に費やせるのはそのしわ寄せがどこかにいっているだけ。考えが足りなかつた自分にやっと気づきました。

自分の時間がないとよく言いますけど、自分の時

間って人とシェアするためにあるんですよね。

大串：すごくそれは大事ですよね。子育て中の若い先生におくりたいですね。

小池：もちろん、非常に狭い意味では、「ちょっと放っておいて。1人になりたいわ」みたいなときはあるだろうけど、それはそれとして、時間は人とシェアするためにある。嬉しいときは嬉しいし、悲しいのも、人といふと軽減するし。

藤谷：最後にひとこと、インタビュアーの方、お願いします。

野本：先生の「障害がある方とずっと寄り添っていく」という姿勢が印象的でした。自分の診療では一時期しか関わらないことも多いので、患者さんの人生をもう少し長く見届けたい思いが湧いてきました。

外薦：先生がこれまで取り組んできたことやご経験してきたことは、いずれ私も向き合っていかなければならぬ問題だと感じておりますので、お話を聞くことができ本当に勉強になりました。そしてその根底にある理念や愛を知り、大変貴重な気づきを頂きました。

野本：世界平和を目指す方はみなさん、こういう深い思いをお持ちなのではないでしょうか。

小池：そうですか？どうでしょう（笑）。

外薦：そういう志を忘れずこれからもやっていきたいなと思いました。

藤谷：みなさん、ありがとうございました。

公益社団法人 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>

The homepage includes several navigation links on the right side:

- 東日本大震災 リハ支援情報
- 日本リハビリテーション 医学会年次集会
- 新専門医制度について
- 地域別専門医 リスト
- 地域別認定臨床医 リスト
- 専門医会 Japan Society of Certified Physician Associations
- RJN リハビリテーション科 女性医師ネットワーク
- The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine
- 会員・非会員向け 研修会
- 医学生・研修医 の方へ
- 一般の方向け まな板裏のリハ医療や RJNの活動等

At the bottom left, there are two buttons: '入会申込' and 'もっと詳しく'.

本冊子のインタビュー、懇親会
やセミナー等、RJNの活動が
随時アップされています。
医学生・研修医向け情報もここ
からどうぞ。

RJNの活動内容はココ！

医学生・研修医向け情報！

ゲスト 佐浦隆一 先生 大阪医科大学総合医学講座リハビリテーション医学教室 教授

インタビュアー： 笹尾 ゆう 先生（独立行政法人病院機構東京医療センター）

土井 あかね 先生（国立病院機構鳥取医療センター）

司会： 中馬 孝容（滋賀県立成人病センター）

オブザーバー： 大串 幹 先生（熊本大学 RJN担当幹事）

日 時： 2013年7月19日(金) 14:00～17:00

場 所： 大阪医科大学 第7会議室

中馬：RJNインタビュー企画第8回「この先生に聞きたい！」女性リハ専門医キャリアパス、今回のインタビューのお客様は大阪医科大学総合医学講座リハビリテーション医学教室の教授でいらっしゃいます、佐浦隆一先生です。

佐浦先生、本当に今日はありがとうございます。

佐浦：いえ、どういたしまして。ようこそ、大阪高槻市にある大阪医大へお越しいただき、ありがとうございます。

また、RJNのインタビューの機会を与えていただきまして、ありがとうございます。多くの医師がリハに興味を持つてもらえるようになれば良いと思います。よろしくお願ひいたします。

中馬：ありがとうございます。

それでは、今回のインタビュアーはお二人、若手女医さんということで、笹尾ゆう先生と土井あかね先生にお願いしました。

笹尾：東京医療センターから参りました、笹尾ゆうと申します。専門医を最近取らせていただいております。本日は貴重な機会を与えていただきまして、本当にありがとうございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

土井：鳥取医療センターから参りました、土井あかねと言います。よろしくお願ひいたします。私は専門医を取ったばかりです。出身は鳥取大学で、大学にはリハビリ講座がなくて、私自身は平成21年から3年間、国立障害者リハビリテーションセンターで研修を受けて、それから鳥取に戻り勤務しております。

本日は貴重な機会をいただきまして、先生にいろいろとアドバイスをいただければと思っております。よろしくお願ひいたします。

中馬：ありがとうございます。

本日のインタビューは、お二人のインタビュアーの先生からの質問をベースに3部構成とさせてもらいました。

1部は佐浦先生のリハ医療への思い、2部はリハビリテーション科専門医へのアドバイス、3部は女性医師へのアドバイスや期待したこと等を伺いたいと考えております。

それでは、まず佐浦先生のリハとの出会いについて伺いたいと思います。

リハとの出会い

佐浦：そうですね、僕は元々整形外科医です。神戸大学出身です。神戸大学には中央診療施設としてのリハビリテーション部がありますが、組織としては整形外科の中に含まれています。卒後すぐの頃は、僕自身もリハビリテーション科の医者の存在であるとか、リハビリテーションに「医師がかかわっている」という意識は全くなく、リハビリテーションとは、リハビリテーション部で「セラピストがやっているものだろう」という意識でした。ですから、元々リハビリテーション科医になろうという意識は全くなかったです。

整形外科に入った理由は、肢体不自由の子供たちの手術をちゃんとあげたいと思って、神戸大学の整形外科へ入局したんです。しかし、大学では小児リハ、小児整形の臨床はなく、関節リウマチが中心でした。そのため大学院では関節リウマチの病理や病態の研究を行い、大学院卒業後から関節リウマチの臨床を始めました。当時は良い薬がなかったので、整形外科で行っていた関節リウマチの治療というのは、薬を飲んでもどんどん悪くなって、壊れてしまつた関節を修理、あるいは入替えること位でした。

大学院卒業後しばらくしてから、理学療法部(当時)に教員(当時は助手)のポストがあるので、そこへ行きなさいと言われて異動しました。理学療法部に移ってからも関節リウマチの治療を行っていましたが、作業療法士から聞いて広島で開催された日本リウマチ学会のリハビリ研究会に参加したのが、リハビリテーションとの出会いかもしれません。卒後10年目位です。

それまでは、関節リウマチの治療でも整形外科医として術後の後療法を処方していました。しかし、実際にやって話を聞くと、やっぱり手術だけでは関節リウマチの患者さんを支えきれへんなと思いましたね。そうこうしてリハビリテーションのことを勉強し始めた時に、今度は神戸大学保健学科の助教授の席があるから行かへんかという話になりました。助教授の席に目がくらんで保健学科に行きましたが、そこでは理学療法士と作業療法士を目指す学生に「リハビリテーション医学」の講義をしないといけなくなりました。講義スライドを作るのに本を読んで、初めてリハビリテーション医学というものを勉強しました。その途中で脳血管障害とか脊髄損傷等のリハビリテーションがあるというのを知りました。教科書にはリハビリテーションによって日常生活動作(ADL)がよくなるとか、できるADLの中で環境改善して社会へ戻っていくとか書いてあって、そういうのって当時非常に新鮮でしたね、僕にとっては。

しかも学生に教えるのは、自分がリハビリテーション医学を何年もやってきたベテランみたいな顔をして教えなあかんので、一所懸命勉強しました。そうこうする間にちょうど卒後20年目に、県立のリハビリテーション病院の立ち上げがあるから副院長で行きなさいと言われて単身赴任しました。そこには回復期病棟と障害者病棟がありましたが、本で読んでいた脳卒中や脊髄損傷のリハビリテーションが、実際そこで行われており、脳卒中や脊髄損傷の患者さんをリハビリテーション科医として受け持ち、リハビリテーションをしたら本当によくなるんやなって感動しました。

また、大学で診ていた関節リウマチの患者さんが車椅子レベルとなり、他の先生には「歩かれへん」と言われたんですけどとか言って頼ってくるので、「ほんなら、うちにおいで」と言って、車椅子で来た人を杖ついて歩くレベルにして退院させて、退院間際に「主治医にこんだけよくなりました」と自慢しと

いでとそそのかしたり。

元々リハビリテーション科医になりたくてなったというわけじゃなくて、自分がかかわった患者さんを良くするための方法として、あるいは整形外科から理学療法部、保健学科、県立リハビリテーション病院の環境の中でリハビリテーションというものに触れていいって、リハビリテーションはおもしろいと思ってここまで来たというのが、今リハビリテーションを一生懸命やっている理由かもしれません。

土井：最初に先生がおっしゃった小児整形とのかわりは、その後どうなったのでしょうか。

佐浦：僕が小児整形をしたいなと思ったのは大学ではなくて、学外の臨床実習として肢体不自由児施設でペルテス病の子供たちと出会ったのがきっかけです。ペルテス病の子供たちは免荷と股関節の運動制限が必要で、当時施設では子どもたちはペルテスカーという股関節を外転・内旋位とて扇形の板に座わる移動補助具を使って生活していました。船を漕ぐみたいに棒を使ってペルテスカーを操っていました。しかも10人位が廊下をペルテスカー連ねてぐうっと動いてるわけです。それを見て、この子達を何とかしてやりたいなと思ったのが学生の時でした。

小児整形をしたくて整形外科に入局したけど、結局小児整形はできなくて。当時小児科は新生児が専門で、大学では小児神経や脳性麻痺は診ていませんでした。小児の神経疾患は、大学外の専門施設で診療や療育を受けていたので。僕が神戸大学で小児リハに触れるることはなかったです。小児科は新生児の次は進行筋ジストロフィーが専門でしたので、進行筋ジストロフィーのリハビリテーションにはかかわりました。今でも進行筋ジストロフィーの子どもたちのお父さんお母さんの会とか、進行筋ジストロフィーの子供の会には、時々ですが行っています。

そのうち小児科の准教授が同級生だったんですが、神戸市内にある療育センターに整形外科がないので面倒見に行ってくれへんかと言われて。僕はそこへ行ったら小児リハの勉強がてきて、将来リハビリテーション科専門医を取るのに役に立つかなと思って行き始めたのが平成15年位です。それから今まで約10年間、はじめは毎週、今は事情があって月1回ですが診療に行きました。そこで初めて障害のある子供たちに触れることができました。卒後10年以上経ってましたけど、やっと小児リハビリテーションに触れることができるようになったわけで

す。今も月1回、にこにこハウス医療福祉センターに行って子供たちを診たり、お母さんやお父さんの相談にのっています。最近はボツリヌス毒素療法にも手を出しています。障害があっても一生懸命頑張っている子供たちに触れると、心が洗われます。

笹尾：整形外科の医師でいらっしゃったということは存じていましたが、リハの道に踏み込んだきっかけがリウマチの会に誘ったOTで、それから保健学科に行って患者さんをよくしようと行き着いたのがリハビリだったということ。私は東海大卒でリハビリの医局があり、直接入局しましたが、間違いじゃなかったのかなと感じました。

佐浦：全然間違いじゃないと思うよ。

笹尾：良くしようと思った末に行き着いた先が、リハというのはすごくうれしく思います。

は大切だと思うのですが。

佐浦：そう、運動学は重要やね。運動学の講義って僕ら学生の時はなかったしね。余談だけど、神戸大学はリハビリテーション医学の講義は6年間で1コマ(60分)ですよ、今でも。

笹尾：私の時もなかったです。

佐浦：運動学とか栄養学とかね、必要だろうと思うし装具学も必要やろね。

あと、別に整形外科医になるわけじゃないから手術できんでもええし、さっきの脳の機能回復にしても本を読んで勉強したら済むことなんやけど、なかなか頭入らへんし。リハビリテーション医学に限らず、本を読んで実際、患者さんを診てこうなんか、また本を読んで患者さんを診てという勉強を繰り返してやっていかないとダメなんじゃないかなと思います。

リハの勉強って・・・

中馬：これからリハ科医になりたいとか、リハ医学に興味を持たれたらこの勉強をしたほうがよい等、ありますでしょうか？

佐浦：それは難しい質問ですね。僕は整形外科出身だから、今でも整形・運動器のことは結構突っ込んでいろいろ言えるし、レントゲン写真を見たらこれはどこが悪いとか、骨折後の荷重はどれ位にするとか、リハビリテーションプログラムの進行について助言することができる。でも、脳についてはよくわからない。画像を見て、出血があるとか梗塞があるとか位はわかる。でも、脳外科出身で大阪医大のリハビリテーション医学教室の非常勤講師を頼んでいる同級生は、MRIの画像を見て患者の障害像や機能予後まで関連づけてわかってるみたい。元々リハビリテーション科にストレートで入るとそういう所は弱くなるかもしれないね。どうかな。

笹尾：はい、スペシャルみたいなのはないですね。他の診療科で仕事をされていた先生と比べるとその診療での知識とか、実際の手術の状態、術後の管理から想定されること等、やはり視点が全然違うように思います。

中馬：ただ先ほど佐浦先生おっしゃったように、その患者さんをよくするためににはどういうことをもっと知らなくてはいけないかというのはいかがでしょうか。

私たちの治療手段は薬の処方だけでなく、PT、OT、STの処方、装具もあります。根本的に運動学

今でも心がけていること

中馬：ありがとうございます。

佐浦先生は大阪医大の教授になられたのが2008年でいらっしゃいますが、大阪医大の特色について教えてください。

佐浦：大阪医大の特色は、リハビリテーションに対して非常に先進的というか、先見の明があったということです。ここリハビリテーション室は1,200平米あって、療法士も50人近くいます。

中馬：すごいですね。

佐浦：整形外科の4代前の教授、小野村先生が理学診療部の部長を兼務していましたが、今後はリハビリテーションが必要になるということで、病棟新築時にこれだけ大きな面積をとって、その後も療法士をどんどん雇い入れました。その後、リハビリテーションセンターを経て、リハビリテーション科を独立させたことは先見の明があったと思いますし、今回のリハビリテーション医学教室の創設に繋がったと思います。また、装具の開発も有名で、側弯用のOMCプレースとか片麻痺の患者さんによく処方されるオルトトップとかがありますね。

中馬：ありがとうございます。

歴史があって初代のリハの教授になられているのですが、今でも継続して心がけておられることはありますでしょうか。

佐浦：かっこいい言い方したら、まず患者さんを診に行くということやろね。研修医のころに整形外科の

教授から、「君たちの教科書は何だ、患者だろ！」と言われていましたね。要するに、とりあえずベッドサイド行けと言われていました。別の先生からは「病棟からの電話が鳴ったら、まず行きますって応えろ」とかね。そんな風に躊躇ってきたから、まず患者さんを診に行かなあかんなと思っています。前任地である県立のリハビリテーション病院の頃から始めましたが、今でも朝7時頃から病棟を回ってます。朝行って「おはよう」って言って回るだけやけど、患者さんも気分ええやろうし、患者さんのその日の体調もわかるし。リハビリテーション科医の仕事の1つは患者さんをベッドから離すことやろなと思うので、前任地に勤めていた時には暇があったらベッドサイドに行ってました。昼間に寝とったら「何で寝てんの？」って言ってましたね。

中馬：患者さんは何かおっしゃっていましたか。

佐浦：結構文句も言うてたよ。しかし、主治医が言うならしゃあないなみたいな感じでした。心がけてすることは「時間ができれば常にベッドサイドに行こう」という感じかな。

中馬：良いお話ですね。忘れちゃいけないなと思つてもついつい、いろんなことが入っちゃうと忘れがちになっちゃうことでもあります。

笹尾：私の所はコンサルテーションが主になっています。処方した患者さんを再診に全て回るということができなくて、カルテのチェックでどういう状況かということで判断をすることも多くなりがちです。佐浦先生からベッドに行くことが大事と言われると、やっぱり考え方を直さなきゃなど改めて思います。でも、先輩の先生方が経験を積まれた今でもそう思うということは、それだけの情報がわかるということでしょうか。

佐浦：そういう偉そうなことじゃなくて、僕は患者さんとしゃべるの好きだし、行って患者さんがっこりしてくれたらうれしいし、それだけです。患者さんを診察しようとかでなくて、行って「元気？」とか尋ねて、患者さんが「元気になりましたよ」と言うてくれた、それだけで僕はうれしい。「毎日診察しますよ」とかじゃなくて、「行って話しそうかな」「顔だけでも見ようかな」とそういう軽い気持ちです。

笹尾：会って挨拶をすることですね。

佐浦：それと僕がもう一つ心がけていることは、療法士が知る前に患者さんの状態を自分が知って、それを療法士に言うたろということかな。体調の変化

でリハビリテーションが中止になる場合でも、療法士から言われるのは悔しいから、できるだけ朝診に行って、今日はこういう状況だからリハビリテーションは中止と電子カルテの伝言板に書き込むほうが良いなと思つたりしていましたね。

土井：そうですね、私は所属が神経内科です。脳卒中の回復期と神経系疾患を主に担当していますが、ベッドにやっぱりおられる方は多く、できるだけ見に行こうと努めています。佐浦先生がおっしゃる通り大事だと思います。

佐浦：訓練室へ見に行ったら患者さんって喜ぶし、リハビリテーションも張り切ってくれますよ。

土井：そうですね。私もできるだけ時間がある時にはふらっと行くんですけど。

中馬：佐浦先生のお話は常に患者さんありきですね。患者さんをよくするためにどうしたら良いんだろうってリハと出会った。

佐浦：そうそう、その通りです。

中馬：患者さんのことを念頭においておられることは、きっと御教室の方たちもそれを感じながら日々研鑽されているのかと思いました。

佐浦：研修医はよくベッドサイドや訓練室に行ってますね。

研修医：おもしろいっていうのがあるんです。

中馬：まずは何かおもしろいなって興味を持つのはすごく大切ですね。

これから勉強するDrへのアドバイス

中馬：それでは、ドクター向けにこういう視点でもっとリハ医療のことを考えては？等教えていただけますでしょうか。

佐浦：そうやね、何でも興味を持つということかな。わからんことはすぐに調べたらええやろうし。最近すぐにインターネットで調べられる。例えば他の診療科の略語や手術名等を調べて電子カルテに貼りつけたりとか、あるいはリハビリテーション処方箋にこの手術はこれこれやとかいうてちょっと解説をコピーして貼ったりして。僕は好きです。常に自分が知らんことを知りたいなと思うのが大事じゃないかと思います。別に尋ねることは恥ずかしいことじゃないし、どんどん尋ねたら良いんじゃないかなと思う。

中馬：先生方の1日の流れはどういうものでしょうか。

佐浦：他診療科からのコンサルテーションが中心です。前日に診察の依頼が出てリハビリテーション処方箋を作成した新患者を、次の日の朝に簡単にレビュー、つまり依頼内容、障害と処方について毎日、前日の診察医が朝の20～30分の間に報告します。療法士を混ぜての全体のカンファレンスは、週2回月曜日と水曜日に開催しています。これはどちらかというと、療法士の経過報告を聞いてるような会になっているので、何とかしたいと思っていますが…。

中馬：ここは回復期もある病院ですか。

佐浦：大阪医大には回復期病棟はありません。脳卒中は急性期の治療の後、ほとんど転院します。整形外科の術後患者さんは、退院後に外来でしばらくリハビリテーションを行うことが多いですね。人工関節置換術後が多いです。心臓血管外科は結構、術後のリハビリテーション依頼をきっちりと出してくるし、外来での心臓リハビリテーションに繋がっています。消化器外科の術後は落ちついたら退院です。結構、退院時にリハビリテーションが終了することが多いので、退院後もリハビリテーションが必要な患者さんを全体で見ると転院と外来で同じ位かも知れません。

中馬：脳卒中は回復期への流れがあるかもしれないけど、それ以外は結構直接帰られるようですね。

佐浦：術後離床・回復を目的としたリハビリテーションが多いので、退院前の訪問はないです。術後早期からかかわっているので、余りトラブルなくスムーズに退院できる患者さんが多いかな。

中馬：では、リハの先生方が各主治医の先生方とディスカッション等はされるのですか？

佐浦：連絡表とかでやりとりしていますよ。

中馬：評価や歩行解析等はどうされていますか。

佐浦：主には担当療法士が実施しています。医師が行なうのは筋電図です。侵襲的な検査は医師が行ないますが、動作解析、重心動搖検査等も療法士がやってます。

中馬：先程PT、OTの教育と言っておられましたよね。50人弱位いらっしゃったら、教育については工夫されたりしておられるのですか。

佐浦：療法士の教育に医者が直接かかわることは余りありません。大阪医大の新規採用は、常勤職員ではなくて3年雇用の期限付き雇用です。毎年2～3名程度、新規職員枠が増え、期限が来て退職する療法士もいますから、毎年4～6名程度の新人が入ってきます。常勤職員や経験のある療法士が新人を教

育するっていうシステムはでき上がっています。例えば、運動器グループ、がんのグループ、心・血管呼吸器のグループとかに別れていて、新入職員や経験の浅い療法士はグループを回りながら教育を受けています。

笹尾：教育がしっかりしていて、すごいです。

土井：臨床研究とか、何か学会発表の進め方について知りたいです。やはり大学の場合は、もう少し研究をしやすい環境だと思うんですけど。

佐浦：まずは徹底的に症例報告することだろうと思います。特に臨床研究は。症例報告をするということは、その患者さんについての疑問点を明らかにすることやろうし、何でこんなことになるんやろうと思ったことが研究につながるんやろうなと思います。疑問を解明しようとすると患者さんをたくさん集める、つまり臨床研究になってくるからね。

土井：今ちょうど私が持っている患者さんで、絶対どこかで症例報告したいケースがあります。そういうことをきちんとまとめるということですね。

佐浦：いろんな先生が同じこと言うんやろうと思うけど、自分が受け持った患者さん1例1例大事にレポートすることが大切です。それはリハビリテーション科専門医試験の時のレポートにつながるだろうし、レポートを書くことは自分がどれだけいいかけんな評価や治療、処方をしていたかということがよくわかって…。あの時もっとこんな評価するべきやったとか、この評価が足りへんかったとか、もっと別の治療法があったかも?ってことがよくわかるでしょう。同じような患者さんを診ることになった時にこの評価をしてみようとか、あるいはこの治療法してみようかということになるので。だから症例報告は大切です。レポートを書くのは大事だと思っています。

臨床研究はその積み重ねかなと思います。何でこんなことが起こるんやろとか、こんなしたら患者さんもっと良くなるんと違うかなと考えることが、臨床研究の第一歩なんやろなと思います。

中馬：論文作成でのアドバイスもお願いします。

佐浦：論文作成は、はじめはとにかく誰かの論文をまねることだと思いますね、文体をまねるんです。患者さんにも言うけど、野球うまくなりたかったら野球の練習しなしようがないやろ、歩きたいんやったら歩く練習やでと。論文を上手く書きたいんなら、論文を沢山書かんとしようがないと思います。

それともう一つは、とにかく人の論文を沢山読むこ

とと思います。昔、僕らが英文論文を書く時に指導医の先生に言わされたんは、初めは「英借文」でええんや言うて、英作文やなくて英借、借りてくる。とにかく英文論文を沢山読んで、幾つかの決まり切ったフレーズが出てくるから、それを借りてきて論文を書く。とにかく論文を読んで、気に入った文書をまねる。そのうち自分も何か書けるようになってくる。とにかく読んで書いてを繰り返していたら、論文作成もうまくなると思うよ。リハビリテーションと一緒にです。ひたすら練習。

土井：はい。

佐浦：とにかく繰り返しと僕は思います、学会発表も。

笹尾：今、ちょうど論文を添削してもらっていて、文体をまねてとにかく書くというのも、まさに実践的なアドバイスありがとうございました。

佐浦：結局、自分が書こうと思う論文ってそれこそ最先端の論文じゃなかったら、何処かに似たような論文って結構あるもんです。そんな論文をさっと斜め読みして、「なるほどこんな書き方したらええんか」みたいな感じで、そのまま文体を持ってきて論文を書く練習をしていると、段々と自分の文章にななってきますよ。それと僕はPCで打った論文は、必ずプリントアウトして読みます。でないと前後で全然違うことを書いていたりすることがあるからね。とにかくプリントアウトして、自分で斜め読みして中身を確認しています。

中馬：たくさんのアドバイスをいただきました。ありがとうございました。

周りの人たちへ リハのことを伝えるには

中馬：次に土井先生から質問がありましたね。

土井：私が勤めている鳥取県自体は人口が一番少ない県で、しかも私のいる鳥取市のあたりは人口20万人位の規模です。当然の事ながら医師自体も少ないです。リハ科医はさらに少ないですし、私自身もリハ科の専門医は取ったのですが、神経内科も兼務しています。患者さん、ドクター、地域の人たちもリハビリは怪我した時にするやつねみたいになっているので、どういうふうに伝えていたら良いかなと普段考えています。

佐浦：どういうふうに伝えていたら良いか？

土井：はい。医師もそうですが、機能訓練ばか

りが仕事のようなイメージがあって。

佐浦：まさにその通りですよ、機能訓練だけとは違いますよ。

土井：機能訓練だけだというふうな狭いイメージを持たれている場合が多いので、それでどうやって伝えていったら良いのかと。

佐浦：僕は前の病院では回復期病棟を退院した後も、それで診療は終わりにせずに外来には呼んでました。外来で様子を見ながら、ちょっと歩き方が悪くなってきたら再入院するか？みたいなことを言いながら診察していましたね。

土井：ブラッシュアップのようなことができたんですね。

佐浦：そうそう。再教育入院やとか何とかいろいろな言い方で入院させてました。回復期病棟は退院後、殆ど生活する地域に戻ってあとは地域で経過を診てもらってくださいという場合が多いと思うけど、僕は結構自分で抱え込んでましたね。だから僕の外来は脊損患者あり、脳卒中患者あり、いろんな患者さんが混在していました。リウマチ患者さんには入院で生物学的製剤を点滴して、合間にリハビリテーションを行ってました。

地域にわざわざ売り込まなくても自分が患者さんにずっとかかわって、何かあったら面倒を見たろみたいな感じで診療していたら、患者さんもりハビリテーション科医ってこんなことしてくれるねんなってわかるやろうし、リハビリテーション科ってそういう所なんやなどわかってくれると思うけど。

土井：そうですね、長期にかかわったほうが良いだろうと思われる患者さんには、退院後もちゃんと診ますよとは言ってます。

佐浦：神経内科やたら脳卒中みたいに急激に発症し悪くなるけど、あとはぐっとよくなって、しかし退院後は廃用が進んで悪くなるような患者さんとか、神経難病のように少しづつ悪化するような患者さんを外来で診て、時々ブラッシュアップ入院させるとかですね。

土井：そうですね。やはりパーキンソン病等もちょっと気になってきたら、声をかけるようにします。回復期じゃなくて神経内科の病棟で。

笹尾：開業医の先生たちとのかかわり方についてですが、リハでも診ていて、地域の開業医の先生が内科的なことを主体に診ている時、主治医意見書の記載はどういうふうにされていますでしょうか。

佐浦：僕は結構自分で書いてます。訪問看護ステー

ションのスタッフともいろいろと電話やファクスでやりとりしています。

笹尾：リハビリに結構かかわる患者さんは、リハビリが必要な人ですから。

佐浦：僕は開業医の先生でも勤務医でも、どっちが書いてもええと思うけど。僕は自分で書きたいほうやし、自分で書いてケアマネージャーや訪問看護師さんに注文をつけたいほうやから。訪問看護のスタッフは、まじめにレポート書いてくれるので、読んだらためになるし。

関節リウマチの患者さんで、手が不自由で家の人も注射できない場合、生物学的製剤の自己注射を訪問看護師さんに打ってもらったりとか。

中馬：先生、いろいろなことを具体的になさっていますね。

佐浦：しますよ。もっと話しましょうか。

中馬：はい、お願ひします。

佐浦：大学病院では地域連携の部署にいました。患者支援センターの副センター長として、患者さんを回復期か、療養型か、在宅かを考える役割でしたね。仕事のひとつは他院向けの大学病院の医師からの紹介状の翻訳でした。大学病院の主治医が書く紹介状は自分の手柄しか書いてないわけです。急性期でどんなに苦労して治療してこうなってということは詳しく書いてあったけど、最後に一行「あとはリハビリテーションをお願いします」としか書いてなくて。今どういう状態で、今後患者さんはどういう方向で治療を受けるのか?、家族はどう思っているのか?ということを診療科主治医や患者さん本人、家族から聞いて、その内容を僕は診療情報提供書に書き足して先方の病院に送っていました。家族は患者さんを連れて帰る気があるのか、ないのか?、一生入院で面倒見てほしいと希望しているとか。紹介先の医師や相談員にこちらの主治医や患者さん本人、家族がどんなことをして欲しいのかが、わかるように診療情報提供書を書き直していました。

また、主治医に代わって僕から家族や患者さんと話をして「療養型病棟へ行かなあかんねんで」とか言いました。「療養型行ったら何かいいことあるの?」って聞かれても「何もない」って。「じゃ、何で行かなあかんの?」「ここは急性期病院でベッドが詰まってるやろ。次の患者さんが治療を受けるためにベッドを譲って欲しいんや」とか言って。そういう辛い仕事をしてました。

一番入院期間の長い人では、20年入院していた患

者さんを転院させました。僕が研修医の頃に入院した人です。ぜんそく発作で入院、挿管管理中に自己抜管して低酸素脳症なって。ずっと先送りで大学病院に20年間入院していた人です。転院の話がでてから1年半位かかったと思います。

苦労したのは、入院時は歩いてたけど術後寝たきりになってしまった小脳橋角部腫瘍の患者さんの転院支援です。結局2年間入院し、その後転院まで1年必要でした。初めご主人に面談にいったら完全無視。毎週ベッドサイドに行っているうちに、半年かかってご主人が心を開いてくれて。いろいろ話しをしながら転院の話を切り出し、「もし病院変わるとしたら、どんな希望がある?」というと、「あるわ」と10個位の希望がでたので「10個は難しいからベスト5を教えて」「ベスト5から3つ選んで」と言いながら、こちらの対応可能な条件に絞り込ませて「ほんならこれでいこう」と病院を探して転院にこぎつけたり。本当に苦労しました。僕が病棟に行って患者さんの肩をぽんと叩くと、その患者さんは2週間程度で院内からいなくなるという、あまり嬉しくない噂も流れたようです。

土井：先生が引導を渡していると。

佐浦：そうです。引導を渡してました。神戸市内の療養型病院はほとんど挨拶回りをしました。挨拶に行って入院を決めている病院内のキーパーソンは誰で、実は院長より看護部長が力を持っているという情報を入手し、看護部長宛てに診療情報提供書を作成したり。

訪問看護ステーション看護師さんも知っています。在宅療養となった時は、まず訪問看護ステーションを決めて、そこのステーションの看護師さんにどこのが開業医の先生が一番ええと思うか?とか尋ねて。普通は在宅の主治医を決めて、それから訪問看護ステーションという順番だと思うけど、訪問看護ステーションから信頼できる開業医の先生に依頼するという逆方向の段取り等いろいろしてました。

僕は、はじめは急性期、その後、退院支援ということで下流を…。前任地が回復期病棟でしたから、上流から下流までうまくつながって、なるほどこうして患者さんが流れていくんだなということがわかりました。

中馬：その挨拶回りはすごく大切かと思いました。

佐浦：挨拶回りも院長先生の所、看護部長の所と、先方の地域連携部門の医療ソーシャル・ワーカーからいろいろ情報を聞いて、考えて挨拶に行きました

ね。転院支援はつらいけど、一遍は経験すべきと思いますよ。そのノウハウはリハビリテーション科医としての業務に絶対に役に立つと思う。

中馬：おっしゃる通りですね。

佐浦：転院を受け入れてくれる病院が3つ位あるときは、まず患者さんには1番条件の悪い所から紹介する。患者さんや家族が「えっ！こんな所ですか？」と言えば、「僕もそう思う。それならこれはどうや？」と次の病院を紹介する。また「えっこですか？」って。「わかった、もうこれしかないで」ってぱんと最後に本命の病院を紹介すると「それなら、ここが良いです」みたいな感じで転院先を紹介していました。初めから条件の良い所を紹介したら、もっと良い条件の所はないんですかってことになるのは目に見えているので。

中馬：そういうコミュニケーションが軽快に進むのは、それまでにいろいろとお話をされて、患者さんとご家族の気持ちをぐっと掴んでおられるのでは。

佐浦：そうですね。初対面では絶対無理ですね。

土井：やはり患者さんを見に行くって最初におっしゃった事とつながっているように思います。

中馬：そうですね。患者さんとの会話は大切ですね。

ど、自分の生活のことは全くほったらかし。その点女性医師であれば、生活という視点でものを見れるんやろなと思います。

中馬：何か女性が仕事するということで良い面もあるかもしれないけれども、逆にそうでない面もあるのかなという御質問ありませんでしたっけ。

笹尾：そうですね、はい。

佐浦：ちょっと話戻すけど、女性医師がリハビリテーション医療に向いている面についてです。リハビリテーション医療はコンサルテーションが中心なことが多いので、麻酔科とかと同じように、ある程度時間を切って仕事ができると思う。べったり病院にいる必要はないので、そういう意味では女性医師が関わりやすいかなと思います。

でもそれは男性医師の目から見た、いかに仕事に女性医師ををはめ込むか？みたいな所がありますね。リハビリテーション科は急変が少ないだろうから、ある程度予定も立てやすいし、当直でも呼ばれることは少ないし。女性医師が患者を持っても、そんなに負担にはならないのでは。だからリハビリテーション医療に女性医師が向いてるのでは？みたいな言い方になっている所もありますね。

笹尾：時間的なことですよね。

佐浦：そうそう。でも最初に言ったように、やっぱり女性には女性の視点というか女性の目線があって、リハビリテーションはそういう所が必要だから、リハビリテーション医療に女性医師が向いているだろうなと思います。

僕は女性と一緒に働くことに対して抵抗はないです。女医さんが子供が熱出たからちょっと休みますとか、早く帰らせて下さいというのは、こちらが忙しい時や仕事が詰まっている時は「うーん」とか思うことはあるけど、その女医さんのパートナーがちゃんと子どもの面倒を見たら、その女医さんが別に熱出たから早退して帰らんでもええんやろなと思いますよ。「うーん」とか思うのは、やっぱり男性目線なのでしょうね。

土井：病院によっては託児所がある所もありますね。

中馬：フォローできる所はお互いフォローするような職場の環境があればと思います。

佐浦：女性が安心して働ける環境ができていったら良いんやろうね。でも人が少ないので、現実厳しいものはあるけどね。

中馬：じゃあ、やっぱりリハ科医を増やさなきゃいけないということですね。

女性医師に対して

中馬：それでは第3部ですけど、女性医師は最近、リハビリテーションの医療に向いているというふうに言ってくださる先生も増えてはきていますが、先生のご意見としてはいかがですか。

佐浦：難しいですね。患者さんからしたら、どんな医者がええんかなと思うことは時々あります。余り若い医者が来ても…。女性だったらソフトムードでええんかな、と思うこともあります。女性医師はリハビリテーション医療に向いていると思いますが、患者さんからしたら、別に女性でも男性でもええやろうし。

中馬：もちろんそうですね。男女差で言うというよりは、きっと女性の場合、自宅退院をすすめる時、生活するというイメージがぱっと広がるというか。

佐浦：それはあると思います。生活を見るということで言えば、僕は自慢できないけど、自分の家族の生活は見てないよ。嫁が寝てる間に家を出て、寝てから帰るみたいな生活を続けているので…。子どものことも嫁に任せきり。患者の生活は見に行くけ

佐浦：そうそう、リハビリテーション科医を増やすことが大切です。

中馬：笹尾先生の所はどうでしょうか。

笹尾：託児所があって、ちょうど私の今働いている所に2歳のお子さんをお持ちの女性医師が託児所を利用していますが、熱発すると早く迎えに来てほしいとかで、ベビーシッターを電話で探したり、調整しなければいけない状態でしたね。夜の7時、8時まで見てもらえるというわけではないですし、5時頃になると引き取りに行かなきゃいけないです。

中馬：大串先生、何か一言いかがですか。

大串：先ほどのお話で、他の診療科の先生方とディスカッションするためのツールをリハ科医がちゃんと持っていることは大事だと思います。例えばリハ科医の見る筋電図は、神経内科が見る筋電図とはちょっと違ってこういう点があるとか、装具も整形外科がつくる装具とは違ってこういうものであるといういうのを、もっとリハ科でアピールできたらといつも感じています。

それから私も教員になって学生に教えると、いろいろと知識の整理ができるんですよね。だから女性は子育ての時等、大学や専門学校などの教育現場で仕事をして自分の知識の整理をするというのもいいかなと思いました。

佐浦先生は大学病院から退院される患者さんの紹介状に追記されて、かかりつけ医にわかりやすく説明されていましたが、現場をよく御存じだと本当に勉強になりました。

佐浦：いえいえ。他愛もない自慢話で申し訳ない。

若い先生へ

中馬：それでは若い先生に対して期待することや、助言等お願いします。

佐浦：時代遅れと言われそうやけど、若い時しか働かれへんてと思う。20代の大学院生の頃なんか力任せに仕事しどたし、3日位徹夜しても全然平気やったような気がする。30代になったらちょっと体力が落ちて、40代、50代になって最近では徹夜したら次の日はものになります。

鉄は熱いうちに打てっていうのか、とにかく若い時にがむしゃらに働いたら、きっと良いことあるん違うかなと思っています。骨粗鬆症の予防みたいなもんで、若い時に骨密度上げといたら、後々減っても大丈夫みたいな感じと違うかな。

若い頃は何でも吸収しようという気持ちがあるので、とにかく頑張ったらええんと違うかな。体力あるから頑張れるよ。若い時は一人持ちの上級医の先生にお願いして、隠れ主治医にしてもらったり、関節造影とかミエログラムとか、検査はとにかくやらしてくれ、やらしてくれと言うてました。若い時の苦労は全部自分の身につくと思う。若い時って失敗してもあまり怒られへんし。あれしたい、これしたい、何でもやりたいみたいな感じで貪欲に研修したええと思います。

中馬：そうですね。最近は専門医なんてもう要らないとか、学位もいらないとか言っている若い医者も増えてきたと問題になっていると思いますが、その点についてはいかがでしょうか。

佐浦：今後、専門医制度が変わるでしょう。ちゃんと専門医を目指す、つまり自分が専門医になるという過程が自分にとって良いことなので、やっぱり専門医を目指すことは必要やと思う。

僕は学位が欲しくて研究しとったんと違う。研究をしたくて研究して、でもこんだけ研究したんやから学位位もうともええやろと思ってた。神戸大学は基礎配属があって、学部4年生の時に病理学教室に2ヶ月位放り込まれて、ちょうど外科から大学院生が来ていて、徹底的にうさぎの手術を仕込まれたからね。もう朝から晩まで手術して、組織標本の切片切って、その切片を染めてました。そして研究っておもしろいなと思ったのよ。僕は研修医だった9月から動物舎に行って研究を始めました。日中はずっと患者さんを診て、消灯後、動物舎に行って手術をしてました。当時リウマチの病態解明のために血管新生の研究をするというので、動物で血管新生モデルをつくろうという話になって、熱中してやってました。

中馬：すごいですね。

佐浦：研究と臨床に明け暮れてました。どっぷり何年か研究ばかりするのも悪くないと思いますよ。

また、大串先生が言わされたように、女性医師に限らず時間が許せばどこか専門学校とかの講師を引き受けるべきだと思います。毎週毎週、講義せなあかん思ったら勉強するし、人に理解させることは自分が理解していないとできないし。

土井：以前、私、介護福祉士の養成学校に教えに行っていたことがありますので、確かに勉強にはなりました。大変でしたけどね。

中馬：笹尾先生は他に何かありますでしょうか。

笹尾：そうですね。佐浦先生のご教室で女性医師が

勤務する上で工夫されているもの等、もしございましたら教えてください。

佐浦：工夫…。とても気を遣ってます。当科には女性部屋があります。女性部屋って女性用のロッカールームのようなものですけど。元々部屋があつて、そこを女性ばかりの専用部屋にしようということです。

研修医：更衣室兼研究室みたいなものです。

中馬：良いですね。そういうのがあるだけでも助かっているのでは。ロッカーが並んでいるだけで、仕方がないからその都度トイレに行って着替えているという人はいますよ。

他にもいろいろと気遣っておられるのでしょうか。

佐浦：僕な、結構自分を抑えてます。女性だから、男性だからというのではありません。

県立リハビリテーション西播磨病院では副院長やつたから、むっちゃくちゃ怒ってたけど、ここでは余り怒らんようにしてるつもりです。

研修医：指導はしていただきますけど、怒られたことは記憶ないです。まだ来て3ヶ月強ってこともありますけど。

中馬：じゃあ、本当に。

研修医：喜々として教えてくれたり。

佐浦：ぶちぶちと独り言のように文句ばっかり言つてるかもしれませんけどね。

研修医：でも楽しいです。自由にさせてもらっています。

中馬：すごく良いことですね。本日は楽しく先生のお話を伺うことができて、本当に楽しい会になりました。

佐浦：ありがとうございました。

中馬：本当にありがとうございました。

最後に

佐浦先生と本音トークができたようで、本当に楽しいひと時でした。興味をもった事をとことんやる、若い時はがむしゃらにやる、クールに見えて実は熱い先生です。どのような質問をしても全て答えてくださり、直球の意見という印象でした。きっと時間が許せばもっといろいろな方面のお話を伺えたかもしれません。笹尾先生、土井先生にとって良い機会になったと信じています。

当日は教室の先生方も来てくださっており、本当はもっとご紹介したいこともあったのですが、字数の都合で割愛させていただきました。申し訳ありません。

佐浦先生、ご多忙の中、本当にありがとうございました。

(中馬 孝容)

医学生、研修医等をサポートするための会 RJN(リハビリテーション科女性医師ネットワーク)企画セミナー

医学生、研修医等に向けてリハ科専門医について紹介するセミナーです。日本医師会との共催で2009年第4回リハビリテーション科専門医会学術集会時から、毎年専門医会学術集会と同時開催しています。

地域で活躍するリハ科専門医の先生に、ご自分の仕事を通じてリハ医学・医療の幅広さ、奥深さを語つていただき、その魅力を紹介していただいている。

あまり堅苦しいものではなく、軽食を食べながらのリラックスしたものです。毎回医学生・研修医のみならず、若い世代を指導する医師も参加しており、セミナー後にも会場では参加者同士の新しい交流が生まれています。アンケートからは、「学生にも分かりやすい内容だった」、「女性医師がたくさんいて驚いた」、「リハの多様性を学べた」などの感想を頂いています。セミナー参加者から、後にリハ科専門医になった先生もおられます。

これからも企画を通じベテランと若い世代、全国各地のリハ医同士の交流をサポートします。多くの皆様のご参加をお待ちしております。



編集 後記

リハ医学は面白い。けれど中に踏み込まないとなかなか分からぬ。医学生に踏み込むことを躊躇させているものは何でしょうか?大問題です。リハ科やリハ科医の素晴らしいところをもっと知ってもらいたい。達人の流儀はこの謎を解き明かす秘伝の書であり啓蒙書です。第2集では4名の達人より門外不出の秘儀を口伝していただけました。本当にありがとうございます。達人の経験談や知恵が盛り込まれた本冊子は、リハ科の初心者に進むべき道標を示し、仕事に疲れ気味のリハ科医には生命力を与え、達人は自分以外の達人の意外と知らないかったライフワークを知り

「ほう…」となれるという多面的で優れた作用を持っています。RJN世話人により纏められ、リハ科医に装丁されたこの麗しい冊子は、これから全国各地へ旅に出ます。手に取られた皆様には、その効能を実感していただけだと思います。活用していただければ幸甚です。 (大串)

RJN世話人が、若手リハ医と共に現代リハビリテーション医学・達人の“城”を訪ね、『達人の流儀』を習い伝える作業がここに綴られたRJNインタビュー企画です。達人が語る若き頃の体験、本音に皆の心が動きます。若きインタビュアーは、達人と

の時間空間を経てリハ医としてより適した状態へ進化します。RJN世話人も流儀に触れて成熟します。企画を通し、人の輪が拡がります。ホームページだけでは勿体ない、この体験を活字にして多くの人に伝えたいという思いから、第1集が世に出、此の度第2集発刊となりました。企画準備・調整、原稿化・編集までRJN世話人による手仕事、しなやかな表紙画は佐々木信幸氏からの贈り物です。本誌が、『達人の流儀』と企画参加メンバーの感動・RJN世話人の熱い思いを伝え、リハを志すすべての方のMentorとなること思います。

(永田)

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2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

リハビリテーション科女性医師ネットワーク(RJN)世話人会

浅見豊子(担当理事)、大串幹、藤谷順子、浅野由美、小口和代、

中馬孝容、土岐めぐみ、豊岡志保、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

佐々木信幸

2015年5月15日

株式会社 田中写真印刷

300円(税込)

表紙・口絵デザイン

発行年月日

印刷・製本

定 價



生きる時を、活かす力。 リハビリテーション医学。

この先生に聞いてみよう！

「リハビリテーション科専門医」が気になるすべての人に

若手女性医師が全国のプロフェッショナルにインタビュー！進路のこと、臨床・研究のこと…

リハビリテーション科の使命と魅力が全編満載です。

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)が
未来の専門医と、その指導医に贈ります。

本冊子は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>)でもダウンロードできます。

