

リハビリテーション科専門医

# 達人の流儀

第3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」

RJNインタビュー 「この先生に聞きたい!」 第3集

## 目次



P 4

### 第9回 水間正澄 先生

昭和大学医学部教授  
日本リハビリテーション医学会理事長



P 10

### 第10回 朝貝芳美 先生

信濃医療福祉センター所長



P 18

### 第11回 浅見豊子 先生

佐賀大学医学部附属病院  
先進総合機能回復センター・  
リハビリテーション科 診療教授



P 31

### 第12回 出江紳一 先生

東北大学大学院医工学研究科 研究科長／  
リハビリテーション医工学分野 教授・  
東北大学大学院医学系研究科肢体不自由学分野 教授

---

---

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3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 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 psychiatrists) は2009年6月にスタートし、もうすぐ丸7年になります。この間、RJNはリハ科医の親睦やリハ医療情報交換の場として、益々活発な動きができております。これまで、RJN懇親会やRJNランチ会を14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7回、他学会とのコラボ女子会3回などのほか、今年度は、日本医師会主催の平成27年度「大学医学部・医学会女性医師支援担当者連絡会」で水間正澄理事長が、第56回日本神経学会学術集会「シンポジウム：他学会に学ぶ男女共同参画」で浅見が、RJNについての話をする機会を得、他学会等からも良い評価をいただいたことは嬉しいことでした。インタビュー企画「この先生に聞きたい!」も昨年度から年に3回となり、すでに14回が開催されました。インタビュー内容は、日本リハビリテーション医学会のホームページRJNコーナーの『活動内容・報告』に掲載しておりますが、この内容をまとめて冊子にしたものが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～になります。これまでに第1集と第2集が発刊され、研修会などといった場で活用されております。そしてこの度、第3集を発刊する運びとなりました。第3集の4人のゲストは、第9回が水間正澄先生(昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 教授)、第10回が朝貝芳美先生(信濃医療福祉センター 所長)、第11回が浅見豊子(佐賀大学医学部附属病院リハビリテーション科 診療教授)、第12回が出江紳一先生(東北大学大学院医学系研究科肢体不自由学分野 教授)です。今回私は、初めてゲストといういつもの立場で臨みましたが、若いインタビュアーの先生お二人をお迎えしてのインタビューはとても楽しく、インタビューをとおして私自身のリハビリテーション科医としてのこれまでの振り返ることもでき、個人的にもとても感謝しております。このように、リハビリテーション科医としての道を少し長く歩いてきた者と、リハビリテーション科医としての道に入って間もない若い方々とで、その道の歩み方について語り合うというのはとても貴重で良い時間だと思います。この冊子はその貴重で良い時間の内容が満載となっておりますので、ぜひ多くの方々に手に取っていただき、リハビリテーション科医の道を歩むためのコツやリハビリテーション科医の道を歩むことの素晴らしさを感じとっていただければ幸いです。

リハビリテーション医療に関わっているあるいはリハビリテーション科医を目指している老若男女を問わない全ての医師や学生の皆様が、リハビリテーション科領域で生き生きと活躍ができるように、RJNは今後も魅力ある組織活動を継続していきたいと思っておりますので、引き続きましてご指導ご支援を賜りますようお願い申し上げます。

最後になりましたが、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28年3月



# インタビュー風景

第9回  
2014.2.28



第10回  
2014.10.3







第11回  
2015.1.30



第12回  
2015.5.15





ゲスト **水間正澄 先生** 昭和大学医学部教授 日本リハビリテーション医学会理事長

インタビュアー：白井 幹子 先生（札幌西円山病院）

溝口 恵 先生（佐賀大学医学部附属病院）

司 会：藤谷 順子 （国立国際医療研究センター病院 RJN世話人長）

オブザーバー：大串 幹 先生（熊本大学 RJN担当幹事）

日 時：2014年2月28日（金） 16:00～18:30

場 所：昭和大学医学部リハビリテーション医学講座

**藤谷**：本日はお忙しいところ、水間理事長におかれましてはお時間をつくっていただきありがとうございます。まずは、インタビュアーの方に自己紹介をしていただきます。

**白井**：白井幹子と申します。札幌医大の卒業です。学生時代の授業のポリクリでリハ科医になろうと思いました。初期臨床研修は札幌医大で2年間、そちらでお世話になった横串先生に紹介していただき、3年目からは慶應大学に入局し、専門医を取るところまで勉強させていただきました。専門医を取り、「地元に戻りたい」という気持ちがありましたので、恩師の横串先生が働いておられる西円山病院に戻って現在に至ります。よろしくお願いします。

**溝口**：佐賀大学の溝口恵といいます。私は医師になって6年目で、はじめは産婦人科を目指すつもりだったのですが、初期研修の頃に、内科のローテーションをして神経内科にひかれました。それからジェネラルなことに興味が移り、初期研修2年プラス3年間、内科のローテーションをしていました。ローテーションの中で、聖マリア病院という福岡県の久留米市にある病院に行き、そこの回復期の病棟でトータル8カ月、井手睦先生の下で勉強をさせていただきました。そういうご縁もあって、今年は佐賀に戻ったのですが、大学のリハビリテーション科のほうで1年間さらに、急性期リハの研修をさせていただきます。よろしくお願いします。

**水間**：よろしくお願いします。

## リハビリの世界に入るきっかけ

**藤谷**：それでは、さっそくですが、御質問をどうぞ。

**溝口**：水間先生が、リハビリの世界に進まれたきっかけなどをお伺いしたいと思います。

**水間**：僕はもともと内科医になろうと思っており、呼吸器内科に興味がありました。ところが医学部5年生のポリクリで一番最初に廻った整形外科で、2週目の終わりの頃に養護学校（現在の特別支援学校）を見学する機会がありました。整形外科は手術中心だと思っていましたところ、当時の整形外科の助教授が校医として障がい児のお母さんや養護教諭の相談に応じたり、車椅子や装具の作製に立ち会って指導や指示をしているのを見て、このような領域があり、このような医師の関わり方もあるのかと思いました。

一番最初に廻った科でのその鮮烈な印象、新しい医師の世界があることを知り、その後に全部の科を廻ってもその印象が強く残っていて、整形外科の医局長に「整形外科といっても骨折や手術には興味があるわけではないのですが、自分はこういうこと（リハ）に興味を持っています」とお話しました。当時大学の整形外科は福島県の太田熱海病院（リハ中心の病院）に関連病院として医者を派遣していたことや、養護学校や近隣の施設などにも関わりを持っていたので「君の希望のことができるよ」といわれ、「それなら」と入局することに決めました。

入局してからはいくつかの病院で研修を受けました。整形外科医としての研修が中心ではありましたが、どこの病院でもリハを担当するのは整形外科医でした。それで脳卒中片麻痺患者も数多く診る機会を得ましたが、患者さんに対しても家族に対してもどのように対処したらよいのだろうということばかりでした。本格的にもっと勉強しなきゃ駄目だなと医師になって2年目の1979年にリハ医学会に入会しました。障がい児を診るということがスタート



でしたが、障害を対象とする医者というイメージは最初からあったように思います。

**溝口：**どんな研修をされましたか？

**水間：**入局してから間もなくして関連病院への研修に出ましたが、医局に戻ってからは大学のリハ診を担当している先生の下について指導を受けはじめました。ちょうど入会したところに中伊豆リハセンターで第一回研修会の案内があり、それに飛びつきました。3～4泊の泊まり込みの研修会でしたが大変刺激的であり、リハ科医の素晴らしさを改めて認識することができリハの道に進む決意を固める機会となりました。それからは、学会が全国各地で開催していた様々な領域の研修会に参加しました。最終日には試験もあって勉強になりました。このような研修会を通じて多くの先生方（講師や受講生）と巡り会ったことも大きな財産となっています。

## リハマインドとは

**白井：**先生が考えられるリハマインドというのはどういった事柄になるとお考えですか。

**水間：**リハというのは患者さんの「暮らし」を支えるということを基本に考えてゆく医療であると考えていますので、「暮らし」を考えること、理解することがリハマインドかなと思っています。ですから、より広く深く知るためには、医者1人ではなくたくさんの仲間と共にその患者さんや家族を、深く広く理解するという意識をもちたいと考えています。

**溝口：**暮らしを支えるというのがキーワードなのですね。

**水間：**障がい児たちの「暮らし」というのを知らずに、目の前にいるお子さんの強い痙縮を何とかしようということだけにとらわれては駄目だと思います。われわれは薬物療法をはじめとして、車椅子や臥位でのポジショニングなどでも緊張を軽減するとかリラックスさせるという方法を考えると思います。しかし、それぞれの「暮らし」の中ではご本人はもちろんのことですが痙縮に伴う疼痛のため夜も寝ることができないお子さんのために、お母さんは夜中でも何度も起きなければいけないようなことがあるわけです。当然ですがそのようなことも理解しておかなければなりません。

また、高齢者に対しても、「もうお年ですからね」というような考えを持っていたら駄目だと思います。やっぱりその方の人格、その人が家に帰ること

（元の暮らしに戻ること）の意義や価値、例えば家族やその地域にとって支えになっていることだってあるはずです。目の前の病気で衰えている方を見て、家族も面倒見るのは難しそうだと、90歳のお年寄りであればこの程度でもよいか、などと思い考えてしまうこともあると思います。それぞれの「暮らし」のなかで存在意義、役割を考えてみることもリハマインドといえるのではないかなと思います。

医学生に対してはこのようなお話を良くしますが、そういう話は他の科では聞いたことがないとよく言われるんです。学生実習で一番力を入れているのは、患者さんが戻って行くであろう「暮らし」の視点ですね。この病気になる前、けがをする前の患者さんの「暮らし」を本当にイメージできますか？ということです。このことは、リハ科だけではなくどの診療科の医師にも必要なことです（医療法という良質な医療の提供の一つの要素です）。

イメージできたとしたら今度は、今の状況でイメージしたその人の生活に戻すことはできるのか、元通りにできなくともどれだけ近づけることができるのか。かなり難しいとしたら、今度はその人の考えを理解しながら、できることを一つでも見出してあらたな役割、目標などを生み出すお手伝いをするとかですね。これがリハビリテーション医療の役割になるのではないかと思います。

「リハ科医は大きなお節介だと言われてることがいくらかもある」昔、石神先生にこのように言われたことがあります。基本的にはそうなのだろうと思います。でも、できることを一つでも増やしてあげるといえるのは、我々しかできないだろうなと思っています。

今、知的障害の子どもたちを診ていますが、学校の先生が「この子はこれしかできなくて…、卒業後は…ですね」といわれると、ときどき「うーん、そうかな」と思うことがありますね。障がい児のお母さんから時々聞くのですけれど、わが子を発達評価などの数字だけで判断されてしまっているようで…。この子はこのことはできそうだと、いうのを、何かヒントを与えて一緒にやってみましょうと進めると、良い結果が出てくることがあります。日常の観察などからその人の価値とか、可能性やできることを見出すといった視点もリハマインドなのかなと思っています。

## 卒後教育

**溝口：**大学ではどのようにリハ科医の教育をされていますか？

**水間：**先に、他科からリハに転科してくる人の話をしますね。そのような方には、在宅とか訪問診療を体験していただくことを必須にしています。入ってすぐの人は訪問リハなどの指示を出すことは難しいですから、リハ科医としてではなく、内科など元の科の経験を生かした訪問診療に行ってもらっています。今までは病院内での専門領域診療のみで、患者の自宅（暮らしの場）を見たことない人が多いですから。

**藤谷：**まず、暮らしを見せるという洗礼をする。

**水間：**そうそう、暮らしを見せる。独り暮らしの片麻痺の患者さんの部屋を訪れて、床から湯気が立っていて畳が湿っているの、なんだろうと思えば尿器のおしっこをこぼしちゃったとかですね。そういう所にも入っていきなさいいけないわけですよ。ちょっとしたことですが、それが患者の日常です、そのようなことを、実地教育での具体的なスタートにもしています。

例えば、皮膚科からの転向した女性医師がいらしますが、訪問診療で主に皮膚科診療を中心に廻らせてもらった。訪問してみると、治療すれば治る皮膚疾患でも身体的な状況で病院に来ることができずに治療の機会がない人が居るということが分かり驚いたといっていました。通院可能な状態にするといった面からもリハ科医が必要だし、我々がそういう所へ出ていくという意味もあるということです。そのような経験を重ねていって、住環境とかに理解ができてくると入院患者を診ても、どういう所に帰っていくんだろうとか、どういう人が一緒に住んでいるんだろうとか、そういうことも自然に考えるようになりますよね。

**藤谷：**訪問から帰ってきたときに、先生や笠井先生（昭和大学江東豊洲病院）みたいなリハ科専門医とお話するわけですね。

**水間：**そうそうこんな人がいましたよとか、脊損の人を診てきて、あの人の褥瘡は早く治ると思うので、在宅でなく入院で治療しましょうということになったりする。それが貴重な経験になるので、プログラムということであればスタートとして必須にしています。

**溝口：**面白いですね。私は、大学では、いろいろなりハの分野をそれぞれ学ぶようなプログラムがある

のかとばかり思っていました。

**水間：**もちろん勉強会はやっています。新人が入ると、日常診療の指導に加えて、月1回か2回程度、レクチャーとか、実技的な場を設けての指導も行っていますし、お互いを被験者にして神経心理テストなどもやったりするわけです。

あとは臨床経験ですね。指導医とのマンツーマンでのOJT(On the Job Training)を基本としますが、回診をしながらこの患者さんは〇〇先生に診てもらってくださいとか、まんべんなく症例を経験してもらえようことはやっています。リハ科医の研修手帳で1年次、2年次って書いてありますが、頻度の少ない症例などを経験する機会があるのだったら、すぐに経験してもらった方がいいなと思っています。重複障害の方などはちょっと応用編かなと思いがら、指導医にサポートしてもらいながら受け持って、退院しても、外来は診るようにするとかですね。

**溝口：**そこは先生が教育的にちょっとチャレンジな症例を当てているということですか？

**水間：**そうですね。それで、その症例に必要なことを勉強するのが大事です。また、暮らしに戻ってからの様子を見ることも大切にしたいと思っています。

## 卒後研修と地域の問題

**白井：**私は、北海道の大学を卒業して、卒業大学にもリハビリの医局がありますが、リハ科医として歩みだすに当たっては、大きなところに飛び込んで、勉強させて頂きたいと思って、私は関東で研修をしました。色々な病院を経験させて頂いて、行く先々で多くのリハ科医の先生方にお会いして勉強させて頂いたということが私にとっては大変大きかったですね。

**水間：**理事長の立場から言うと、中央ばかりではなく、地方における研修の充実を考えたいですね。もちろん東京に出てきてもらってもよろしいのですが、それを何とか地方でも施設間の壁を越えてできるようにしたいと思っています。僕自身、専門医の勉強は医局では難しかったので、さっきお話しした学会での研修会と、あとは慈恵医大の米本先生、防衛医大の石神先生が中心のリハビリテーション・ジョイント・カンファレンス(RJC)のご指導は大変勉強になりました。大学の壁を越えて、症例の相談にもものっていただきました。それにあたるような



ものが地方会にあるのかなと思います。地域内で人材を育成しようと努力されている県もありますよね。

**大串：**そうですね。

**水間：**地方会ってそれぞれ歴史がありますよね。北海道の地方会は学会誌まで持っていてすばらしいと思います。

**白井：**でも現段階では、関東で勉強させていただいたことを、地元へ持ち帰ることができ、本当に良かったなと思っています。

**水間：**そういう地域を越えた交流などもよいことだと思います。今度、新しい専門医制度では病院群になりますけど、その研修プログラムの中でも行われてもよいと思います。

**大串：**これまでの国内留学のようなことです。

**水間：**僕は地域で活躍するリハ科医が絶対に必要で大事だと思っています。学会としてもそういう取り組みを始めました。この間、徳島県で開催した一般医家向けの研修会が好評だったんです。終了後に講義をした先生と参加した先生が名刺交換をしながら、何かあったら先生の所に相談しますなどお互いに言えるのがいいですね。リハ科専門医とかかりつけ医との連携のきっかけづくりですね。

## サブスペシャリティとは

**溝口：**リハの中でも、神経内科疾患を主にするとか、切断とか、専門的にしていくことについてはどうお考えですか。

**水間：**サブスペシャリティのお話をすればいいのでしょうか？

**溝口：**はい。

**水間：**学会としては、リハが基本領域ですので、その中のサブスペシャリティ領域をどうするかはこれから検討してゆく段階です。

われわれの医局でいえば、たとえば在宅医療は1つのサブスペシャリティととらえています。だから在宅医学会とかそういった学会にも入る方もいるわけです。そこでリハの専門医として学会発表もしているんです。そうすると在宅医学会の中でリハの発表はほとんどないので、学会参加者への啓発的な意味も含めてすごく意味があると思っています。サブスペシャリティっていうと、どうも疾患別縦割りのイメージがありますが、そういうことではなくてもよいのではないのでしょうか。われわれは横断的に診療

することができるし、複数の病気が重なっても我々の視点での診療ができます。障害を持った方々の高齢化もこれからの課題となりますが、それは私たちにしかできないことなのです。

## 病院完結の時代のリハ科医

**溝口：**先生がリハ科医になられた頃と、今との違いはありますか？

**水間：**僕がリハ科医になったころは、病院完結型医療の時代です。つまり入院の後も外来で継続的に診ることができていた時代です。自宅での生活など退院後の様子もわかるから、新たな入院患者にもそれが生かせることがあるんですね。それが今は、地域完結型医療の時代となりましたから急性期病院から回復期リハ病棟に移って、そこで自分の手を離れてしまうんですね。もちろんこのシステムにも良い点はあるんですけど、リハ科医師が、自分の役割はここで終わったと割り切ってしまうと、リハの魅力とはなんだろうと感じてしまう可能性もありますね。

**大串：**回復期でのリハビリテーションは充実していますが、そこまで終わってしまい、在宅でもっと良くなっていくようすがわからないということがありますよね。

**水間：**去年カナダから失語症の診療をしている先生が大学にいらして話す機会があったんですが、僕が大体7、8年は継続して診ている方もいますってお話ししたら、私の所は10年以上診て、まだ良くなる方がいますと言われました。先生方もきっとやっておられるでしょうけれど、失語症の方って外来診療を続けていると日記を書いてきてもらったりして、それをネタにコミュニケーションすることもありますよね。それをひと月とか、ふた月に一回ということでも、変化してくる部分がありますよね。

がんの患者さんも、在宅に帰った後に家へ訪問したことがあったのですが、とても良かったなと思います。在宅で看取りの方も、退院後に再び病院に戻ってくる方もいるわけですが、たとえ短期間でも自宅での生活の密度が濃くて、いかに早く生活の場に戻るか時間が勝負だというのがよく分かりました。どうせ病院に戻ってきてしまうからと思ったり、どうしようかなと迷っているよりも、思い切って進めることができる、またしなければならぬのがリハ科の医者だなと思っています。かなりの患者さん

に対して主治医にかわってそのようなICをして在宅退院を進めました。

僕がよく、学生の勧誘のときに話すのは、うちのリハ科はこんなことをする医者集まりですっていいです。そのような医者が他に居ますかという、そうはいないですよ。

## 学生の勧誘

**白井：**私は9年目ですが、私のあと、大学からリハを希望する学生がほとんど出ないんですね。転科してくださる先生はたくさんいらっしゃるのですが、学生のときからリハ科医を目指す人が少ないので、私のように医局に入っているわけではない人間が、学生のリクルートのために、どういう工夫ができるのかなと思います。

**水間：**そうですね。私たちの医局で意識しているのは臨床医としてのリハ科医の姿が本当に見えているか、見せることができているかということですね。

**藤谷：**白井先生は学生さんに会うチャンスはあるんですか。

**白井：**初期臨床研修の地域医療枠で、1年間に1人か2人、そういうペースですね。

**水間：**地域・訪問はいいですね。我々リハ科医はそういう人たちに対しての強みがありますから。在宅で、うちのおばあちゃんが起きられなくなっちゃった、立ち上がれなくなっちゃったといったとき解決することができるのはリハ科医ですよ。そんなとき、ちょっと座っているお尻を前に出して足を少し引いて、手の着く位置をく前方にして、前傾でお尻を持ち上げる動作から始めると、あら？って、立ててしまうわけですね。

**藤谷：**運動学ですね。

**水間：**そうそう。運動学だけがリハ科医じゃないですけど、少なくとも、そういうことを指導するお医者さんはいないですからね。

**大串：**関節リウマチの方のTHAやTKAといった手術前後のリハの際にお会いするんですけども、お話しをお聞きすると今まで一度もリウマチのリハというのを受けていないという患者さんも結構おられます。関節保護法や基本的な生活指導など、あらためて教えると、とても感動されることがあります。

**水間：**そうですよ。対応する人が居ない領域というのは本当にそれぞれの科にあるんですよ。以前ある先生がリハ医療は隙間産業だって言っていました。

隙間産業の隙間がどんどん増えちゃっているのかもしれないし、隙間ではなくなって主流になって・・・(笑)。

## 座右の銘・人生の目標

**溝口：**先生の座右の銘、というのはどんな言葉ですか？

**水間：**座右の銘？

難しいですね。座右の銘を言ってしまうと、その後の行動などに責任があるような気もするので。淡々とやっていくことで、自分らしさが出ることで良いんじゃないかと思っているんです。

**藤谷：**卒業生に色紙とかお書きになることはないんですか。

**水間：**滅多にありませんがそういうときは、僕は「あたたかな心」と書きます。

**溝口：**温かな心。

**水間：**言葉としてはそんな感じです。温かく接してあげることができればいいのかなと思います。

**白井：**先生の人生の目標についてお伺いしてもいいですか？

先生はお仕事もすごくたくさんされているし、お仕事以外のことで構わないのですけれども、今後の人生で何を目標とされているかというのをぜひお伺いしたいと思っていました。

**水間：**人生の目標とはちょっと違うんでしょうけど、医者としてとすると、医者になったときからずっと、これからもいつまでも変わらないでいたいと思っています。自分自身も変わらず、周りからも変わらず、おかしいことはおかしいよって指摘してほしいということですかね。それが望みなんです。

**溝口：**お仕事の内容としては？

**水間：**僕は医者になった頃は、平凡な勤務医でいたいと思っていたんです。ところが今は、開業医(地域のかかりつけ医)ってすごくやりがいがあるなと思いはじめたんです。今、土曜日に月1回くらい1日時間を取って、ずっと長く診ている患者さんを診療しているんです。一人ひとりの患者さんに時間をゆったり取って、装具士さんも来てくれて車椅子業者さんも来てくれる。それが充実しているから。

**藤谷：**基本的に患者さんを診るところに帰っていかれるんですね。

**水間：**ええ、今は時間がないのでそれが一番つらいんですけど。



## 息抜きは音楽

**白井：**先生はお忙しい中、どのようなことで息抜きをされていますか。

**水間：**結構、音楽を聴いたりしていますね。ジャンルなしでなんでも。インターネットで聞いたりもしていますが、選曲すると関連した曲がいろいろ表示されるでしょう。学生時代にはコンサートも聴きに行ったりしているので、いろいろ思い出しては聴いています。

**溝口：**楽器はされないのですか。

**水間：**子どもの頃はやっていたんですけど。そうそう、うちの笠井准教授はギター演奏が趣味で、そこからの発想で電子ギターを使っの音楽療法をしているんですよ。弦を上下にストロークするだけでコードが自動的に進行してくれる電子ギターを、脳卒中の患者さんに使ってもらっている。

**溝口：**麻痺側でそれをやるのですか？

**水間：**麻痺側ですが、それで緊張が緩和されてくるというのを、機能的音楽療法として取り組んでいます。それでまた、ドラムとかほかの楽器にも工業大学とのコラボで取り組んでいます、音楽や楽器を趣味としていたり、興味のある患者さんには面白い試みですよ。

## まとめ

**藤谷：**お話は尽きませんが、そろそろお時間です。最後に、インタビュアーの方の感想と、大串先生のコメントをお願いします。

**溝口：**私は今、急性期病院にいて、そこで働く中でもややもやしていたところがあったのです。今日、お話を伺って患者さんに本当にどういうことができるかというのを考えながら、これが正解というのが多分あるわけではないけれども、いろいろ1人で考えることもあれば、他のスタッフと一緒に考えていくこともあるということでもいいのかな、と思えて、肩の力が抜けました。それがすごく良かったなと思いました。本当にありがとうございました。

**白井：**ここに来ると決まった時からすごく緊張していたのですが、先生には大変貴重なお時間を頂き、実際に色々お話をお伺いすることができて良い経験をさせて頂くことができました。「お節介」という言葉も、実は私がお世話になった先生も「お節介かもしれないとわかっていて、それでもやるのがリハ科医だ」とおっしゃっていたんですね。この場でまた、「お節介」という言葉を伺って、すんと腑に落ちた感じです。

**大串：**きょうはリハ科医の在り方や長期展望を含めたリハの進め方など、そういうすごく応用の利く話を聞かせていただきました。どんな場所や立場に居ても私たちリハ科医は生活の場面で患者さんが何をしたいのかということ、教科書やデータがあるものということだけでなく、患者さんとの関わりの中で、ベストじゃないかもしれないけれどベターを見つけていける、ということでリハ科医のすばらしさを分かった気がします。本当に、いい経験をさせていただきました。ありがとうございました。

**藤谷：**みなさま、お疲れさまでございました。

### Column リハビリテーション科専門医 Data 2015 Part1

図1 性別構成

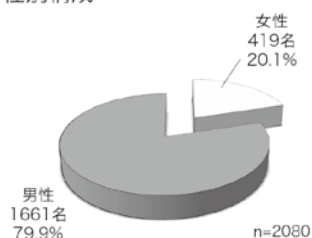
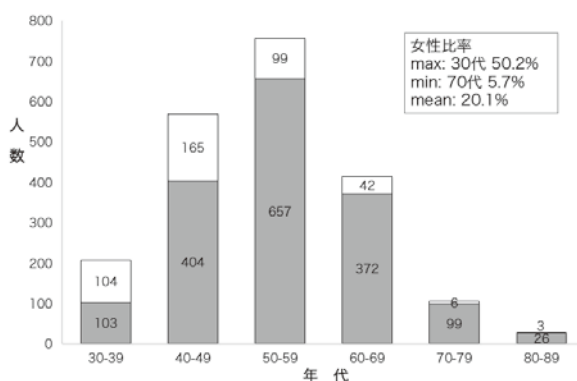


図2 年代別・性別人数



2015年5月時点のリハビリテーション科専門医は2080名で内419名、20%が女性です。年代別の女性比率は若い世代程多く、30代では50%を占めています。

ゲスト **朝貝芳美 先生** 信濃医療福祉センター所長

インタビュー：垣田 真里 先生（和歌山県立医科大学病院リハビリテーション科・那智勝浦町立温泉病院整形外科）

藤原 清香 先生（東京大学医学部附属病院リハビリテーション科）

司 会：小口 和代 （刈谷豊田総合病院 RJN世話人）

オブザーバー：大串 幹 先生（熊本大学 RJN担当幹事）

原薮晋太郎 先生（刈谷豊田総合病院初期研修医）

日 時：2014年10月3日(金) 15:45～17:15

場 所：長野県諏訪郡 信濃医療福祉センター

## 自己紹介

**小口**：今日は、信濃医療福祉センターの朝貝芳美先生をゲストにインタビューさせていただきます。インタビューの前に、センターと長野県立花田養護学校、医療と教育が一体化した環境を案内していただき、先生のお話がますます楽しみになってきました。まずはインタビューの先生方から、自己紹介をお願いします。

**垣田**：和歌山県立医科大学附属病院リハビリテーション科の垣田真里と申します。私はいま卒業9年目です。東京医科大学を卒業しその後、2年間、順天堂医院で初期研修をして、その後、小児の心臓外科に魅力を感じ、大阪医科大学の胸部外科に入りました。後期研修を経て5年おりましたが、私も家庭が欲しいなと思ったり、一生続けられる仕事を、と真剣に考え始めた時に、今の働き方だと無理だなと思ひまして。心臓血管外科は手術しなくて、患者さんはリハ科の先生が診て退院させて下さっていて。たまたま同じ医局の4年先輩もリハ科に転科されていて、私も転科という形で、2012年11月より和歌山県立医大の田島先生のところで一から勉強させていただいております。この機会をいただきまして本当にありがたく、勉強して帰りたいと思います。宜しくお願いします。

**藤原**：東京大学医学部附属病院リハビリテーション科の藤原清香と申します。私は卒業すぐ東京大学整形外科に入局しまして、10年あまり整形外科医として勤めて来たのですが、整形外科のローテーションの中で、心身障害児総合医療療育センターの君塚葵先生の下で研修をさせていただきました。小児の療育、小児整形外科、そしてリハビリテーションと、正にここのセンターとよく似た環境で研修しておりました。その際さっきお目にかかった患者さん(注：

インタビュー前の施設見学時、藤原先生の担当されていた患者さんに、病棟で再会するという偶然がありました)、3、4年前にあのお子さんを担当していた時に、こちらのセンターで行っているリハビリの話をお母様から聞きました。いつかどんなセンターなのか見に行きたいと、ずっと思っていました。療育センターを辞めた後、カナダに留学して小児リハビリテーションの病院で1年ちょっと、カナダの療育も見学してきて現在に至ります。今後小児を自分の専門としてやっていきたいと思っている中で、芳賀教授から朝貝先生へのインタビューをと言われ、それはもう是非行きますと。今日、ここに見学に来ることができ本当に嬉しく思っております。

**小口**：ありがとうございます。今日はオブザーバーとして、熊本大学の大串 幹先生と、刈谷豊田総合病院でリハ科をローテ中の2年目研修医の原薮晋太郎先生にご参加いただいております。

## 小児リハへの道程

**小口**：事前にお二人のインタビューの先生方から朝貝先生に、この機会に是非伺いたいということをご連絡いただいております。まずは、先生の小児リハへの道程について、そのきっかけと、なられてよかったこと、悪かったことをお話してください。

**朝貝**：私は東京医大を卒業し、東京医大の整形外科に入局して、その中で筋電図や歩行分析などの分野も担当していました。信濃医療福祉センターはローテーションで半年回ることになっていました。難しい領域で、半年で分かることはあまりないのですが、子どもの名前も覚えられないうちに帰っていいのかな、というのがあったり、運動会などで子どもたちの様子を見ているともう少しいたいなと思い、半年



が1年になり、1年が2年になった時に、教授から、もう駄目だ帰って来いと言われました。帰る時は非常に残念で、もっといたかったという気持ちで、帰りました。

ここにはもう戻って来ないのではないか、と思っていたのですが、たまたま私の先代の施設長井上雅夫先生が、私を呼んでくれて、副所長として戻って来ました。副所長といっても右も左も分からないし、2年ぐらいの任期で戻るつもりでしたが、その時に施設長が70歳近かったのですね。だから、副所長が所長にという話が出てきました。大学の教授と相談したら、やってみろということで始めたのですが、その時35歳ですよ。

**小口：**若いですね。

**朝貝：**本当に、何も分からずやらせてもらって。ただ、ここは伝統があったので、ずっとこの施設をやってこられた事務長とか職員とか、井上先生が残してくれた財産があったので、私は好きなことをやっていけばいいという感じでした。それこそ最初に来た時は、私は大学では脊椎班の班長だったのです。だから腰の手術とか、整形外科のことしかできないので人工関節など自分のできることから始めていきました。最初は、子どもたちを何とかしようという気があったのですが、だんだんにそうではなくて、子どもたちから励まされるようになって、元気をもらう立場になって続いてきた、というのがいきさつです。

**小口：**何か印象に残ったエピソードや、よろしかったお話などもご披露いただけると。

**朝貝：**いいことはたくさんあって、親御さんと子どもたちの成長を共有できて、喜べるというのはすごくやりがいがあったし、よかったことかなと思っています。それから子どもを泣かせないような治療とか、子どもの能力を最大限に伸ばすようなリハビリ・治療を目指してやってきて、幾つかいい感触があるのも出てきていますので、その辺がやりがいだったのではないかなと思います。悪かったことはあまり思い付かない。何でしょうね。私の後継者がいなくて、困っていることくらいかな。時代の流れで障害が重症化してきて、全国の障害児施設に整形外科の跡取りがいらないんですよ。どこもそうなんです。整形外科で障害児のことをやろうという先生がすごく貴重というか、変人というか…(笑)。いや、本当にそうなんです。そのぐらい貴重で、50年に1人出てくるかどうかというぐらいの人ですよ。整形外科は

そういう状況だから、やはりリハ科、特に女医さんにこういう仕事を頑張ってもらいたいです。運動機能はやはり大事なところなので、今まで我々の施設にリハ科の先生が入ってくることはなかったのですが、是非参入していただきたい、というのが希望です。

**垣田：**先生は長野県ご出身ではないのですか。

**朝貝：**違います。東京の立川市です。地元の間人ではないのですが、とてもこちらが気に入って、東京でさんざん遊んだので、ネオンは全然恋しくなくですよ。若い人が東京から来るとネオンが恋しくなるらしいですが、蛍が飛んでいたりとか、そういう方が私に合っているんです。東京はあまり行きたいとは思わないですね。

**垣田：**医局の人事でこちらに来られるまでは、こうなるとは思われてはいなかったのですか。

**朝貝：**全然思っていませんでした。最後に副所長で来た時も、帰るつもりで来ていました。

**藤原：**どこら辺で覚悟されたのですか。

**朝貝：**周りのスタッフに助けられたというところですね。そういう人たちがいなかったら、たぶん続けられなかったと思います。だから、いまだに、所長としての仕事はあまりしていなくて。所長といえば、経理から人事管理から全部をやらなくてはいけなんでしょう。皆さん、スタッフの人たちに頑張ってもらって、私は好きなことをやっているというので続いてきたのですね。よいか悪いかは分からないけれど。

**垣田：**お好きなことの中に、LEDやレーザーの治療があるということなんですね。

**朝貝：**そうです。

## 物理療法の実用

**藤原：**今まで小児リハビリテーションに関わっている医療関係者が思いつきもしなかった部分、例えば普通のLED電球を当てるとか、あるいはレーザーを当てるとか、あまり他の施設ではやっていない中で、これを子どもたちにやってみたらいいかもしれないと思いつく発想は、どういうところから出てくるのでしょうか。

**朝貝：**療育の父といわれる高木憲次先生がおっしゃるのは、時代の科学を総動員して、子どもの持っている能力を最大限に伸ばす。それを実践しているだけですね。子どもに害のないもので、子どもが泣か

ないようなものであれば試してみようと。昔はそれでよかったのですが、今はいろいろ難しいですが…

**垣田：**倫理とか、いろいろありますね。

**朝貝：**以前はお母さんさえ納得してくればいろいろできたので、試すことができました。鍼治療で脳性麻痺痙縮治療が行われており、レーザー鍼という考え方がありました。じゃあ、やってみよう。全く何の根拠もなくやったわけではなくて、やってみたらよかったので、低出力レーザーというのはどういうものなのかを勉強しました。これは害がないということで、何で効くのかとみてみると血流が良くなったり、いろいろな作用があるのですよ。それは後から考えると当然のことで、人体に光が当たれば、一つの組織だけが反応することはあり得ません。体全体がいろいろ反応してくる。自律神経が反応したり、ペルテス病だって血流が良くなれば早く治るのではないとか、先天股脱だって開排制限のあるものに、無理にリーメンビュゲルを着けるとペルテス様変形が生じるけれども、あれは股関節を柔らかくしておいて装具を着ければ生じないのではないとか、もしかすると白蓋形成がよくなるのではないとか、そういうことを試してみると、想像が想像以上になったりすることもあるわけです。いろいろやってみると、光治療は結構期待に込めてくれるので楽しいですよ。

**小口：**すごいですね。

**朝貝：**でも、一人の力で皆さんに納得してもらえるようなデータを出すというのは非常に難しいです。学会発表はたくさんやっているのですが、いまだにそんなに広まらないのです。レーザーをやっている所はほとんどない状況です。

**藤原：**そうですね。療育センターでもやっていません。先生がやっていらっしゃるというのは伺っていましたが。

**朝貝：**機器を購入するのも大変です。

**藤原：**予算の問題もありますしね。

**朝貝：**では、どのような論文が出ているのかと言っても、私の論文ぐらしか出ていない。あまり論文がないということで、なかなか機器を買ってもらえないのではないのでしょうか。先ほどのLEDだって、もともとは宇宙飛行士の骨粗鬆症にNASAが始めた仕事です。日本では、名古屋市立大学の研究でLEDを当てるとIGF-1が増えるという論文もあるのですよ。重症児はIGF-1が低いですよ。IGF-1は骨の成長に関わっていて、多くの重症児は背が低く身長

が伸びないとか、骨が太くならないとかありますよね。何とかIGF-1を高くできないかということ、今の治療でIGF-1が高くなる確立した治療はないのです。では、NASAの話とIGF-1の話とをくっつけてみれば、ヒットするのではないかと。そのときに市販されているブルーの波長にピークのあるLEDで一番エネルギー密度の高いものを使ってみました。半年使って結果が出なければやめようと思っていたのだけれども、驚く程の結果でした。

**垣田：**半年で結果が出たのですね。

**朝貝：**1カ月で骨代謝が変わる。それも薬を使うよりも変わっていました。大人に関してですが、薬でこれ以上変化すれば薬の効果があったという最小有意係数という指標があって、それをはるかに超えていましたね。それはホメオスタシスではないかと。低ければそれなりに上がる、正常まで上がるということですね。物理療法は面白いですよ。自分で国際光治療学会をつくって、第1回を諏訪で開催し、いま2年に1回、世界各国でやっています。去年はリトアニアに行ってきました。光で糖尿病を治すとか、いろいろありますよ。可能性はたくさんあるし、面白い領域だと思います。

**小口：**このようなことを知る機会が少ないのも現実です。この興味深いお話は、学会のホームページにアップされます。いずれは冊子でも紹介させていただくことになります。

**朝貝：**残念ながらエビデンスがないということもです。

## 療育の歴史

**小口：**続きまして、この30年余りの小児リハの歴史、特に脳性麻痺児の療育の変化についてのお話に進みます。

**朝貝：**私が来た30年ぐらい前は小児リハ、特に脳性麻痺のリハというのは科学として確立されていなかったですね。重症な人は何をやってもうまくいかない。軽症の人は地域にいてもいいのではないかと。では、施設は何をやるのかということがありました。当時は地域の学校では障害児は受けなかったですからね。当時は入所の子どもたちと野球をやったり、将棋をやったら負けてしまったり、そういう子どもたちが主に入所していました。また重症で自分では食事ができないと施設入所の適用にならず、車いすを使用する子どもはほとんどいませんでした。それ



は、地域で障害児を受けてもらえず、こういう施設で専門の治療、専門の教育を受けるというのがその当時の考え方だったからです。しかし、例えばここを卒業しても、傘のさし方がよく分からない、つまり、周りでみんながやってしまい、自分でやるということがほとんどないわけですよ。閉鎖社会で対人的にも未熟だし、そうなる施設に入所してリハビリするということは何なのか、というのが出てくるわけです。

痙直型で筋緊張が高い人をそのまま訓練してもよくならないですね。逆に緊張を高めるから、集中訓練は禁忌だとか、無理して歩かせてはいけないとか、そういう話がいまだにあります。その当時30年前も当然あって…。当センターの近くの子どもさんが学校に上がるのに杖で歩きたい、訓練をしてほしいと来たんです。訓練に回したら、いや、この子は地域の保育園に通っているから、訓練よりも社会性を伸ばした方がいい、訓練、訓練と言うなと言われました。結局その子は、大阪の病院に行って集中訓練をして歩けるようになって帰ってきました。

そういうことも、ここでできなくてはいけないと思いました。でも、その当時は例えば1カ月入所訓練して本当にその子の能力、機能を上げられるのかどうか、逆に下げてしまうのではないかと、そういう心配があってできなかったんです。だって1カ月入所させて全然変わらないとか、かえって悪くなったといわれたらどうしようもないですからね。それを打破したのは、母子入所でレーザーを使ったら、1カ月で歩く力が上がったことです。これはいけるのではないかと思います。

それまでは、ここの母子入所も、集中訓練という考え方はありませんでした。親御さんに扱い方、訓練の仕方を教えるということで、子どもの機能を上げるという考え方はありませんでした。そういうことが少しずつできるようになってきたのは、平成になってからだと思います。

## 運動機能予測

**朝貝：**しかし、脳性麻痺の子全部が集中訓練の適応なのかというと、そんなことはありません。では、どういう子が適応なのかということで、そのころGMFCSという重症度分類が出てきて、レベルⅢとかⅣは適応があるということが分かってきました。あと、カナダのマクマスター大学のGMFMの成長曲

線が出ました。あれを見ると、だいたい10歳で頭打ちになります。10歳ぐらいまでに伸ばさなくてはいけないということも客観的にも分かって、そうすると、運動機能を伸ばせるチャンスというのは年齢的に限られることになりますよね。でも、そこでその子の持っている能力を最大限に伸ばすためには、やはりプログラムを準備しないといけない。それには頻度の少ない通院だけではどうにもならない。私は通院では日常でやることを教えて1カ月なら1カ月、何週間なら何週間家庭で実施しそれをまた外来でチェックして、また次はこんなふうにやりましょうねと指導しますが、必ずしも機能が向上していくとは限りません。

一方、入所はマンツーマンで訓練士がついて、子どもの能力を1段階アップさせるということです。そうすれば親御さんも扱いやすくなって、家に帰ってからも反復できる。外来通院のみで頻度を増やせば何とかなるというのとはちょっと違う。お母さん方にも質問してみると、やはり、家に帰るとお母さんなんですよ。子どもにそんなにずっと関わっているわけにはいかないという家庭の事情があるので、親子入所をすると子どもにしっかり関わって、子どもの変化にも気が付きやすいという回答が返ってきます。能力を1段階アップして家に帰ってから繰り返し日常の生活の中で実施できることを広げるきっかけをつくるのに通院だけでは無理な場合もあり、親子入所も必要です。

痙直型だと、レーザーにしるボツリヌスにしる、一時的には効くけれども、結局は持続できません。筋解離手術をして訓練すれば機能が上がるので、いろいろ組み合わせて持っている能力を最大限伸ばすようにしています。アテトーゼと失調と筋緊張の低下したケースをどうやって機能をアップしていくかというのも課題としてありますが、緊張性アテトーゼはレーザーで緊張を緩めると、不随意運動も少し抑制されます。それから失調は磁気刺激、筋緊張の低い児は、低周波電気刺激で腹筋・背筋などを刺激しています。そういうことで機能をタイミングよく伸ばす必要があります。

日常でできるところまでレベルが上がれば、日常で実践することで機能は上がっていくし、逆に家に帰ると車いすになったりできることを実践できない人は機能が下がってしまいます。日常で使ってくれないと機能は維持できないということも分かってきました。親御さんが来たときに、こういう流れを説明

するわけです。それから運動機能予後予測については、だいたい3歳までにお座りができると歩ける可能性があるというのは、古くから言われていることです。それを根拠に親御さんに、この子は持っている能力があるのだから、何とかそれに向けてプログラムを立てましょうと説明をすると、納得されますね。

**一同：**(うなずく)

**朝貝：**そういった説明は、今まで聞いたことがないという人がほとんどです。機能の予後だとか、発達する時期というのを知らないお母さんがほとんどですね。日本でも近い将来、機能獲得の可能性の説明をしないと外国のように訴えられると思います。後からそんな話は聞いていなかった、歩ける可能性があれば、ぜひやらせたかったと。やはり医師は可能性について説明して、親御さんに選択してもらうということが、これからますます大事になってくると思います。

**藤原：**このような領域の専門家というと、整形外科、小児科がやはりメインだと思うのですが、その一方で、整形外科でも小児科でも埋めきれない部分があると言えるのでしょうか。言えるのであれば、そこにリハ科の医師が活躍する場があると考えられるのでしょうか。

**朝貝：**整形外科といっても、この領域の整形外科医は少ないですよ。

**藤原：**手術、メディケーションを決められるのは、やはりお子さんの発達をずっと長く診てきた先生、これまでやってこられた整形外科の先生方だと思います。けれども、そういう整形外科医が今とても減っているのですね。

**朝貝：**この領域に入って来ない。

**藤原：**ならばリハ科医が運動評価をしながら、小児整形外科の専門医に適時コンサルトするような連携が必要になってくるのでしょうか。

**朝貝：**それは絶対ですね。整形でやって欲しいと言われてもいないのですから。やはり子どもの領域はリハ科の女性医師に頑張ってもらいたいです。すごく働きやすいと思います、このような施設は。

**垣田：**それは急変が少ないとか、長い経過で予定を立てながら手術するとか、常勤で診ていくことのできる、勤めやすい職場であるということですか。

**朝貝：**それは間違いないと思います。急変がないわけではないけれど、例えば窒息とか。

**藤原：**痙攣もあります。

**朝貝：**是非、我々の後継として、リハ科の女医さんにこういう領域にどんどん入ってやってもらいたいです。

## 小児リハの地域連携

**藤原：**先生の先ほどのお話で、30年前は比較的レベルのよいお子さんが多かったけれども、最近どんどん重症化しているのですね。実際、重症のお子さんも、あるいは普通学校に行かれているお子さんも、受け入れるのは地域ですよ。地域の身近な場所で関わってくださる人たちがとても重要だと思うのですが、具体的に何が課題になっているのでしょうか。

**朝貝：**ここでいくら集中訓練してよくしても、地元へ帰ると継続しないということが一番の問題です。地元の環境調整がしっかりできないと、機能は維持できません。その時学校の先生や、一般の人たちは、われわれは訓練士ではないから訓練はしない、となってしまう。でも、この子たちは別に訓練のために歩いているわけではなく、日常生活で必要だから歩いているのです。安全だけ確保してもらえれば、やり方が悪いとか、そのようなことは一切問いません。もし変な歩行パターンになってくれば、また集中訓練で直します。使わないでdisuseになったものは戻らないが、変な格好で歩いているのは戻せますから。そのような言い方で、とにかく使ってもらおう方向で調整をしているのですが、なかなか難しいですね。

悪くなる時というのは、成長期に骨がグーッと伸びて変形・拘縮が強くなったり、大きくなって動かなくなった時です。今まで起立保持具で立っていた子が、何らかの原因で起立保持具を使えなくなる。1ヶ月、熱を出して寝込んだら、もう立てなくなってしまったとか、どこかが痛くなって、痛くなくなるまでちょっと休んでいたら、立てなくなってしまったとか。そのような時、チーム医療で皆できめ細かく対応するようにしていかないと、今までできていたことが、できなくなってしまうということはよくあります。絶対に環境調整は必要です。

**藤原：**その辺は、まさにリハ科医が貢献できる部分ですね。

**朝貝：**我々のできることは、集中訓練してリフレッシュして戻すことです。中学生、高校生でも機能のリフレッシュはできます。地域生活を支援するための我々だという立場が一番いいのではないでしょう



か。

**藤原：**お子さんの社会参加につながることで、障害者が隔離されずに一緒にやっていける雰囲気作りにつながるということですね。

**小口：**高齢者で介護と医療の連携が欠かせないように、お子さんにとっても、地域生活と医療の連携が外せませんね。

**藤原：**ただ、高齢者は数がとても多いです。脳性麻痺のお子さんは、高齢者に比べればずっと少ないので、地域で見たことがないからと、拒否感が前面に出てしまうこともしばしば見受けられます。

**朝貝：**知らないと怖いものです。特に学校の先生は病気のことは分からないので、最初は拒否感がどうしても出ます。それは仕方がありません。とにかく学校に入って、最初はお母さんが付いて、慣れたらだんだんお母さんは来なくてもよいと言ってもらえるようになることが多いと親御さんに話します。また、普通学校の特別支援学級なのか、特別支援学校なのかという話には、レベルを下げるのはいつでも下げられるので、とにかくやってみないと分からない、どちらがよいかは、担任の先生とか周りにどういいう子どもがいるかで全然違うので、一概には言えません。だから、上のレベルからやってみるのはどうですか、という説明になります。

**垣田：**お子さんのいる女医さんが、子どもが学校生活をしていく中での経験を踏まえると、障害を持つお子さん、お母さんにインフォメーションを提供する時の強みになりますか。

**朝貝：**子育ての先輩として、あるいは同年代としていろいろな力になれると思います。でも最近は、「母子入所」から「親子入所」と名前が変わりました。

**藤原：**お父さんが、イクメンと。

**朝貝：**そうなんです。おばあちゃんが来ることもあります。

## 評価・訓練と長期経過

**朝貝：**小児脳性麻痺のリハが科学として認められていないという中で、かつては共通の評価がありませんでした。何々法とか、何々法があって、効果について比較検討されておらず、自分がやっている方法が一番いいと思っています。

GMFM(Gross Motor Function Measure)が出て、これで多施設で比較できることになりました。全国の肢体不自由児施設で、私が責任者になり多施設研究

は絶対にやらなくては駄目だと思いました。そうしたら大御所の先生がそのようなことをして、ネガティブな結果が出たらどうする、やめろと言われました。もう一つは、訓練方法によって効果に差が出たらどうするかと。だから、そういうことはしない方がいいと言われたんですが、それをしなければ、我々の仕事の将来はないと思ってやりました。評価で訓練による変化を全部とらえられるわけではなく、一部分です。それでも、例えばうちよりも大阪の有名な施設の方が、変化が大きければ、どこが違うのかということを検討し、それに近づく努力をした方がいいと考えて、各施設からデータを取り寄せてみたのですが、実際にはあまり変わりませんでした。

全国の施設ではボバース法を中心とした訓練がやられていて、一部でボイタ法を実施していますが、それほど変わらないので、訓練方法というのは子どもが興味を持ってやるものなら、いいのではないかなと思いました。県外から子どもが入所しますが、立って歩く段階になっても歩行訓練をやっていない県もあります。起立保持具もほとんど作っていない。そういう人はここでやると伸びますよ。今までやっていないから。

今の日本の脳性麻痺訓練は、頻度の少ない通院が中心です。ケースによっては、集中訓練でもっと伸ばせるのではないかと考えています。親子入所も手術も、広域で役割分担することが必要です。これだけ子どもが少なくなり、しかも立ったり、歩いたりする可能性のあるケースはその中のごく一部ですから、その子たちをしっかりと診るシステムを作らないといけないと思っています。それには共通の評価が必要ですが、もう少し使いやすい評価が必要です。

**藤原：**GMFMの評価も大変です。

**朝貝：**GMFMを多くの例に使うのは難しいですね。それに、お母さんが抱きやすくなったとか、笑顔が増えたとか、そのような評価は何もないのです。そちらのほうが重症児や親にとって大事です。だから本当に、評価するということ自体が難しいのですよね。

**藤原：**小児のリハビリテーションは、小さいころにいろいろな介入をして、結果が出るのは成長が終わった時期ですよ。スタートから結果が出るまで10年、20年と長期にかかる中で、エビデンスを作るとなると…。

**朝貝：**そのためには、よりよい共通の評価と多施設研究ですよ。一施設だけでは駄目で、施設がネッ

トワークをつくってやっていかないと結果は出てきません。長期の経過を見るというのは非常に大事なことです。私がよかったと思うのは、ナチュラルヒストリーを相当見てきたことです。

**藤原：**30年間にわたってですね。

**朝貝：**足の変形は目立つから、尖足があったり、外反足があったりすると、いろいろ心配になりますが、最初は尖足のことが多い。だんだん体重を掛けられるようになって、外反足舟底変形になっていくんですね。成長して背が高くなって体重が増える時期に足変形はだんだん悪くなりますが、15～16歳になって骨格がしっかりしてくると、それ以上悪くならないし、かえってよくなるんですよ。だからそんなに焦る必要はなくて、何でもかんでも装具を履いていないと立たせてはいけないなんてことは、全然ありません。かえって本人が立ちやすい、歩きやすいようにやっていけばいいので、よく他のところから来たお母さんが靴型装具を履いて歩かせていますが、これはどうして履いているのと尋ねると、履いて歩かせてくださいと言われましたと。履かずに歩いてみたら、ずっと歩きやすい場合もあり、やはり子どもが歩きやすい方がいいから、履かなくてよいという話もします。かえって装具を装着すると歩行の際に足の出が悪くなる場合もありますね。

座面がついている歩行器だと、尖足で蹴ってスピードを楽しむでしょう。しっかり体重を掛けて歩くということにならないけれども、遊びとして本人が移動を楽しむにはそれもいい。一方で、しっかり起立保持具で足底に荷重するとか、お母さんが介助で立たせてゆっくり歩かせて、足底の荷重をしっかり覚えさせるとか、両方でやっていけばいいと説明します。脳性麻痺では、禁止するのが一番まずいですね。例えば、割り座は脱臼になるという迷信があって、でも禁止すると、その子が唯一できていた割り座ができなくなってしまうことがあります。割り座は、胡座の反対なので、両方やった方がいいですね、股関節の可動域を確保するには。割り座を1日中やっているわけではないですから、できることを禁止するのが一番まずいのです。

脳性麻痺というのはワンパターンになっていくので、一つできていたことから次のことを訓練して、一つが二つになれば、それはもうそれで十分。一つをゼロにしてから、増やすのはなかなか難しいと思っています。それと、楽しいことはどんどんやった方がいいですね。嫌なことを無理矢理やるのは難しい。

だから立つのも時間を制限せずに、本人が喜んで立ちたがっていれば、どんどんやってもいいじゃないかと思っています。あまりエビデンスはありませんが。

**小口：**小児リハのポイントがたくさん出てきました。刈谷豊田総合病院のリハ科研修では小児にここまで特化したことは見せられないので、原菌先生に参加してもらえてよかったです。今回の見学で学んだことは、来週の科内勉強会で発表してくださいね。

**原菌：**病院ではなかなか見えない、地域に根差した小児リハが見られてよかったです。話は変わりますが、リハ科医が足りないといつも言われていますが、リハ科に興味を持っている人に伝えたい、その魅力について教えて下さい。それから初期研修や後期研修の間に、やっておいた方がいいことはありますか。

**朝貝：**難しいね。後期研修はなかったですからね、我々の頃は。何でもやっておいた方がいいと思いますよ。

**原菌：**何でもですか。

**朝貝：**リハ科といっても、ジェネラリストとスペシャリストとがありますね。療育施設では、スペシャリストということになります。心臓とか成人は専門的には診られません。若い時はいろいろ勉強すると思いますが、好き嫌いはあります。やっぱり好きじゃないと続きません。

**藤原：**それが先生のモチベーションですね。

**朝貝：**そうですね。魅力は、やはり子どもが喜ぶ、親が喜ぶということですね。持っていない能力を伸ばすというのは、今後は再生医療でできるかもしれませんが、今はできないので、どのぐらいまでその子に能力があって、そこに至るにはどうすればいいかを検討して、それを提示するのがすごく大事だと思います。それを提示するには、長期的な経過も知らないといけないですし。

**垣田：**何歳ぐらいまでフォローされるのでしょうか。

**朝貝：**整形外科だから赤ちゃんからお年寄りまで、ということですが、だんだん成人になってくると、われわれの手に負えないような二次障害が出てきます。でも、そういうことを知っておくことは非常に大事なので、来ていただければ、私のできることはやるというスタンスであります。

## まとめ

**小口：**朝貝先生にお尋ねしたいこと、一通り伺えたかと思います。先生が最先端の科学を小児リハの領域にどんどん取り込まれ、自ら学会を立ち上げられたり、やれることを全て力を出し切ってお仕事に向かわれているお姿に、とても感銘を受けました。女性医師への期待も非常に嬉しく感じましたが、リハ科医を目指す若い世代は、まだそれほど力強く広がっていないと認識しています。リハ科には小児という大変興味深い分野も含まれますし、小児・成人に関わらず、医療という枠にはまらず、ダイナミックにニーズに応えられる科だということを、もっと若い世代に伝えられたらと思いました。大串先生、いかがでしょうか。

**大串：**リハビリテーションという言葉や、小児の療育と聞くと、何か少し泥臭くて、何をやっているかわからないブラックボックスのように感じることがあります。テレビでやっているリハビリ、例えば筋力訓練とか歩く訓練とか、スポーツの後とか、手術の後の回復みたいなものは、イメージとして出てくるのですが…。私たちはリハ医として、最先端のエビデンスがあるものを本当に力を尽くしてやりたいという気持ちがあるのですが、一般の方にうまく伝わっていない感じがしています。それを伝えることを、学会としてプログラムを組んでやらないといけないと思います。多施設共同研究や、先生のノウハウを幾つかの施設でモデル的に展開するとか、システムを作っていくと広報できるのではないかと思います。特に手術以外に、非侵襲でしかもっと良い治療法があるということは、とても福音だと思うんです。

す。リハ医は身近なところで、お母さんに直接役立つようなものを提供できるということを、是非もっと広げていただければと思っています。市民公開講座や何かのセッション等で、世間にアピールしないと役割を認めてもらえません。整形外科や心臓外科だと名前が通っていますが、リハ科となると何をやるの、みたいな感じになることもいまだにありますから…。そうではなく、やはりすごく大事な領域だということを今回、先生から発信していただけました。

**朝貝：**お二人の話で、どんどんこういう施設を若い人に見せたいくなりました。来て見てもらえば、こんなことをやっているんだというのは分かるでしょうし、中にはこういうことをやってみようという気になる人もいるかもしれない。

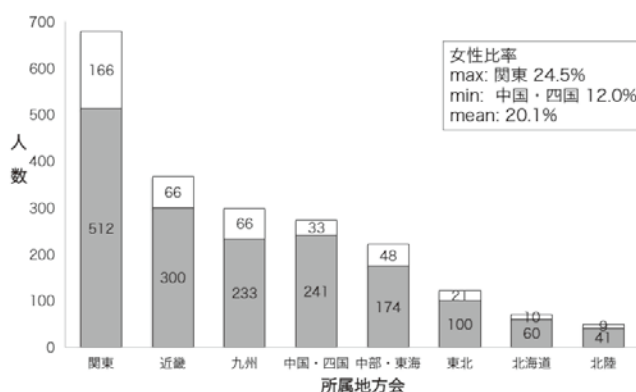
**小口：**小児リハのキーポイントから将来の課題まで大変幅広く、白熱したインタビューになりました。皆様、本日はどうもありがとうございました。

## 司会を終えて

インタビューの後、朝貝先生に下諏訪の観光案内をしていただきました。センターから程近い諏訪大社下社春宮へ。初秋の夕刻、鬱蒼とした木々に囲まれた参道は真っ暗で、スマホのLEDで足下を照らしながら歩きました。そして、旅館「奴」で温泉につかり、朝貝先生を囲んで夕食会…。いつまでも話は尽きません。おかげで一同、すっかり打ち解けることができました。企画に参加していただいた皆様と、インタビューのみならず思い出になるひとときを作っていただいた朝貝先生に、心より感謝申し上げます。

### Column リハビリテーション科専門医 Data 2015 Part2

図3 地方会別人数



2015年5月時点の地方会別のリハビリテーション科専門医数です。地方会別の女性比率は、関東が最多で25%、次いで九州と中部・東海が22%を占めています。



ゲスト 浅見豊子 先生

佐賀大学医学部附属病院 先進総合機能回復センター・  
リハビリテーション科 診療教授

インタビュアー：高橋 麻美 先生（聖隷三方原病院）

中波 暁 先生（市立砺波総合病院）

司 会：永吉美砂子（宗像水光会総合病院）

大串 幹（熊本大学 RJN担当幹事）

日 時：2015年1月30日（金） 15:00～17:30

場 所：佐賀県佐賀市 佐賀大学医学部附属病院

**大串**：それでは、皆さん今日はどうもありがとうございます。第11回になります「この先生に聞きたい！女性リハ専門医キャリアパス」ということで、今回は佐賀大学医学部附属病院リハビリテーション科の浅見豊子先生をゲストにお迎えして、佐賀大学医学部附属病院でインタビュー企画を行っています。本日のインタビュアーの先生は、富山の砺波市立の市立砺波総合病院の中波暁先生と聖隷三方原病院から高橋麻美先生に来ていただいています。司会は永吉美砂子先生と私、大串がサポートいたします。よろしくお願いします。

**永吉**：まずは、中波先生と高橋先生から、浅見豊子先生へのインタビューを開始したいと思います。

**大串**：それでは自己紹介を兼ねて、インタビュアーの先生に、どんなところで働いておられるか、仕事の内容、それから今疑問に思っていること、自分の展望、どんなリハ医になりたいと思っていられるかなどを、まずお話しいただいてよろしいでしょうか。

では最初に、高橋先生からお願いします。

**高橋**：高橋麻美と申します。こんにちは。私は今、卒後5年目になります。最初2年間研修医をした後、ポリクリの時点でリハビリテーション（リハ）に興味を持って、研修を終わった時点で浜松医科大学のリハ科に入局をしました。浜松医科大学で半年、その後は聖隷三方原病院で働いて今にいたっているところです。

私事ですけれど、今年、妊娠、出産をいたしまして、11月1日に赤ちゃんを産んで、今ちょうど産休中で、しばらく家族以外の人としゃべったことがないので、こういう機会に來させていただきまして、ほんとにちょっと緊張もしますし、うまくしゃべれるかどうかちょっと心配ですけれども、今日はいろいろお話

を聞けたらいいなと思っています。よろしくお願いします。

**中波**：中波といいます。市立砺波総合病院というのは、砺波市というのは人口5万人くらいの市で、その中核病院として救急医療もしている病院でリハビリテーション科医師（リハ医）としてやっています。昔は回復期リハ病棟もありましたが、医師の減少に伴って回復期リハ病棟がなくなり、だんだん急性期が中心になっている病院です。医療圏としては周りの市を加えて、15万人ぐらいです。もともと私は、高橋先生みたいに若手リハ科女性医師ということではなく、整形外科医として9年間、その間に結婚して、妊娠出産してお休みをいただいたりとかしています。2011年の4月からはリハ医としてやっていくということで、砺波総合病院で働いています。ちょっと年はいっていますけれど、よろしくお願いします。

**浅見**：とてもお若く見えますね（笑）。

**永吉**：では、中波先生のほうから、質問はいかがでしょうか。

**中波**：ありがとうございます。浅見先生の御経歴を見せていただいて、整形外科からリハ科にかわられたということのようですが、先生がリハ医を目指されたきっかけというのが何だったのか教えていただきたいと思います。

**浅見**：最初からリハ科の専門医になりたいと思っていたのですが、昔はリハ講座自体が多くなく、リハの勉強ができる教室というのは整形外科か神経内科か脳外科でした。そこで私は、私の恩師である渡邊英夫先生が教授であった地元の佐賀医科大学（佐賀医大）整形外科教室に入局しました。渡邊先生は整形外科医である一方で、リハ科専門医としてのお仕事も非常に多くされていたので、渡邊先生のもとでリハの勉強をしたいという気持ちでした。

なぜ、リハ医になりたかったかという点ですね。女性医師として仕事をするということは当時はもっと大変な状況でした。仕事と家庭を両立させるのに、外科医としてやっていくには、おそらく様々な困難な壁がたくさん生じるのではないかという感覚が直感的にありました。しかしせっかく医師となったわけですから、一生懸命やりさえすれば男性医師と同じように頑張れる診療科、診療科の内容にやりがいをもてる診療科、そして家庭をもったとしても両立できるような診療科というよくばった条件を並べた時に考えられたのがリハ医だったわけです。

また、亡くなった私の父親が整形外科開業医であったために、整形外科分野のリハを実際に身近に目にしていたことも大きかったと思います。しかし、何よりもリハ科が「人」をみるという診療科であることに魅力を感じたのだと思います。

**高橋：**研修というか、どんなふうにこれまで経験を積み重ねてこられたのか教えていただけますか。

**浅見：**そのような経緯で私は整形外科に入局しましたが、入局の年に結婚の予定があり、結婚というイベントが医局にも家人にも迷惑をかけにくい環境を作りたいと入局の際に考えました。当時新設医大であった佐賀医大の大学院は、医学部卒業と同時に大学院に進学はできるものの全員基礎研究をするようになっていました。しかし医師としての臨床研修もできるように、大学院の1年目は臨床もできる配慮がされていました。今でいう社会人枠大学院生のようなものでしょうか。

そこで、医学部卒後1年目は整形外科やリハ科の臨床からスタートし、臨床経験を積んだ後で生理学教室での研究を始めました。大学院での研究は温熱中枢である視床下部の研究で、具体的にはラットを用いたシバリングの研究をしました。当初は、その研究内容が整形外科やリハ科とは全く異なる分野のように感じ、この研究がリハ医を目指している私に役に立つのだろうかと不安に思ったこともありましたが、しかし今となってみれば、体温調節機構という内容は整形外科やリハ科にもつながっていましたし、何よりも基礎の研究室にいたことにより研究の基本というものに触れることができ、私にとっては大きな財産となりました。

また、大学院の研究が主体の生活は、自分自身の環境調整をするには多少は融通が利きやすかったかもしれません。しかし、入局した年に結婚をして翌年に出産をしましたので、仕事以外にも慣れない事

が一度に舞い込んできてしまい、実際のところは大変でした。とくに当時は、女性医師が産休や育休を取れるような状況にはありませんでしたからね。

**高橋：**全くなかったのですか。

**浅見：**産休制度は一応あるのですけれど、産休を取りたいことを気楽に言いだせる雰囲気は、当時はこの医局にもなかったと思います。ましてや育休などは全く無い状況でした。ですので、娘は6月21日生まれなのですが、6月10日までは大きいおなかでラットの脳切片を顕微鏡で見ながらの実験をしていました。おなかが大きくなっているのに、顕微鏡のレンズまでの距離がちょっと遠かったですね。

**高橋：**おなかがつつかえますね。

**浅見：**妊娠自体は病気ではないという感覚で私はいましたので、出産の10日前までは研究を続け、6月11日～8月31日まで夏休みをもらい、9月に復帰しました。早い復帰でしたが、私の実家が近かったことで育児は母に助けられました。お二人ともお分りのように、子育てって人手がいるものですからね。

**高橋：**本当にそうですね。

**浅見：**そして、実家も含めた家族の支援を受けながら大学院を修了しました。ただ大学院修了は論文のacceptの関係もあり少し遅れて、3月ではなく6月に修了となりました。

大学院修了後は、整形外科医員になり臨床が中心の生活になりました。リハ科の研修は、基本的には佐賀医大でしましたが、亡くなられた元北海道大学リハ医学講座の真野行生教授が奈良医大の神経内科の助教授でいらっしゃった頃に短期研修に行かせてもらい、神経内科的な臨床場면을勉強させていただきました。当時、真野先生は今では一般的になりました磁気刺激の動物実験をされていて、その時の実験風景は今でも懐かしく思い出されます。

さらにその後、主人がアメリカのKentakky州LouisvilleにあるHand Surgeryで有名なKleinert病院に留学をすることになり、私はそこでHand SurgeryのRehabilitaionなどを学びました。小学1年生の娘も含め一家で渡米しましたので、母親として現地の小学校で子供たちとランチを食べたり、YMCAや教会に行ったりといった医学以外のアメリカを知る経験もできたことはよかったと思っています。それから日本に戻り、リハ科専門医と整形外科専門医の資格を取りました。

**高橋：**並行で専門医を取って行かれたのですね。

**浅見：**リハ科専門医と整形外科専門医のあとにリウ

マチ科専門医まで取り、今に至っています。

**中波：**すごいですよね。ほんとに。

**高橋：**それ…考えられないです。

**永吉：**先ほどのお話の中で、子育てで理想と現実のギャップに苦しむという浅見先生のお話でしたが、中波先生はいかがですか？

**中波：**そうですね。私は今、3人子供がいるのですが、やはり実際には、なかなか子どもが離れてくれないようなときもあるし、思うように寝てくれないとか、一緒に寝ないと駄目とか言われると、つい一緒に寝かせているつもりが一緒に寝ちゃって、次の朝みたいになっていきます。だんだん体力的にも厳しくなっていて、昔まだ独身で子どもがいないときには無理がきいて、夜でも仕事のできたのですが、そういうことが年々できなくなってきました。

リハにかわってから、リハの範囲もすごく広いし、やらなければいけないことがいっぱいあるのに、それに応えられない思いというのがあります。ほんととは今年、専門医も受験しようと思っていたのですが、つわりとかがあり体調悪く、実際書類も間に合わなかったのも、あきらめました。浅見先生はそういうことは今までもあったのでしょうか？そういう時を乗り切るコツみたいなのがあったら教えていただきたいなと思います。

**浅見：**私は子供が小さい時に専門医を取ったので、学会などに行く時は小さい娘と一緒に連れて行くこともありました。連れて行くときは、お金のことは二の次として、ベビーシッタールームがあるようなちょっと高いホテルに泊まりそこを利用しました。そうすれば、娘を安心して預けたうえで、私は学会に参加することができました。女性医師としては、どうしたらやりたいことを実行できるのかを自分なりに考え、そういう環境を自分で作ることがとても大事な気がします。仕事や与えられた業務をうまく果たせるように身の周りの環境を自分で工夫して整えることが必要だと思うのです。いろいろと知恵をしばらく工夫すれば、何らかの解決策がでてくるものです。

**高橋：**そういうやり方があることは全く知らなかったです。

**中波：**学会では用意されていないのですよね。

**浅見：**昔ですので、学会による託児所はありませんでした。今は結構設置されていますよね。

**高橋：**学会のプログラムにも載っていますよね。

**浅見：**ベビーシッタールームの利用の他には、学会開催地に親戚がいる場合は、学会場に来てもらって子供をみてもらったこともありました。ちょっと図々しいですよね(笑)。日常的には、幼稚園が終わった後は実家の母親がみてくれました。しかし、頼りにしていた母が入院した時は、幼稚園がまだ開いていない早朝の時間帯のカンファレンスには、子連れで出たこともありました。

**高橋：**子連れ出勤ですか。

**浅見：**そうです。でも、他には方法はなく仕方なかったですね。

**中波：**保育所とかもやっていない時間帯であればもうそうするしかないですよ。

**浅見：**そうですね。しかし、そういう私を医局も大目に見てくれたわけで、やはり周りの理解があつてこそワークライフバランスは成り立つのだと思います。それ以外のことで、娘が幼稚園に行っていた頃は幼稚園の期間は長くて3年だったのですけれども、6月生まれの娘は3歳の4月から4年間行きました。ただその時間問題だったのが、幼稚園には夏休みがあることでした。

**高橋：**大変です、夏休みが。

**浅見：**そこで、夏休みの期間だけは保育園にやりました。よくいえば工夫していたわけですが、親のわがままな考えだったのかもしれないですね。近くに実家はありましたが、実家の母に全てを任せるわけにはいきませんでしたので、実家の母をはじめとした家族のほか、幼稚園や保育園などのいろいろなところにも協力をしてもらうことにより、何とか自分の環境を整えて乗り切ってきたように思います。第一に必要なのは自分なりの工夫ですが、その工夫は周囲の理解があつてはじめて成り立つわけで、周囲の理解を得ながら協力体制を整えるということは、とても大事なように思います。

**永吉：**素晴らしいですね。

**高橋：**すごい。

**中波：**すごいですね。今まだほんとに環境が整ってきたというか、学会に連れていったとして申し込んでおけばベビーシッターもあるし、保育所もわりと早いうちから遅い時間まで見てもらえるので。

**浅見：**そうですね。だから、今は女性医師たちが頑張れる時代になり、それはとてもうれしいことだなと私は思っているのです。しかし、それでもやはり女性医師には、男性医師にはなかなか理解してもらえない悩みなどいろいろな問題もあるので、そ



ういう問題解決の支援が少しでもできればということ  
で立ち上がったのが、リハ学会ではRJNになるの  
だと思っています。

**永吉：**子育てをしながら幅広い勉強もしなきゃい  
けないという悩みも先生方お持ちのようですけど。

**中波：**そうですね。何から手をつけていいのだろう  
という感じになっているときもあるのですけれど。

**浅見：**先生は今度、リハ専門医を受けようとされて  
いますが、整形外科の専門医は受けられたのですよ  
ね。

**中波：**整形は受けました。

**浅見：**試験を受けるということになると、その領域  
の全体をみて勉強するという時間を否が応でも作る  
ことになりますから、勉強をするよいきっかけにな  
ると思います。また、リハ学会や地方会、専門医会、  
リハ学会や関連学会主催の様々な研修会などに参加  
するのも、その領域をトータルで勉強する良い機会  
だと思います。一つの講演会では、一つのテーマだ  
けしか勉強できませんからね。ただ、子育て中であ  
まり時間がとれないときは、今はいろいろな学会関  
係のDVDなどもありますので、それらを利用して自  
分の時間がとれるときに勉強するのもいいと思いま  
す。

そして何よりも一番大事な勉強は、症例に関わるこ  
とだと思います。日々雑務に追われる中、一つの症  
例を大事にじっくりみようと考えるゆとりはないか  
もしれませんが、一つ一つの症例の積み重ねが臨床  
医としての力になるわけですから、その症例を通し  
てわからない点をコツコツ勉強して深めていくとい  
うことが大事だと思います。

とくにリハは広い領域ですので、一つの症例からの  
広がりをもって勉強することが重要なことだと思い  
ます。一人の患者さんでもいろいろな疾患を持って  
おられますよね。主となる障害の原因疾患の他に、  
合併症として呼吸器疾患も心疾患も泌尿器系もあっ  
たりしますので、一人の患者さんが本当に多くのこ  
とを勉強させてくれると思うのです。他の診療科だ  
と、該当診療科の疾患を中心に治療し、その疾患の  
みにとどまることが多くなるかもしれませんが、リ  
ハ医は疾患と障害と生活をトータルで診る必要があ  
りますので、患者さんをもったときにその患者さん  
を一生懸命勉強するということがいろいろなことを  
勉強するきっかけにもなるのではないかと思います。

**高橋：**やっぱり症例大事だなんてすごく思います。  
それでは、浅見先生の心に残っていると、印象に

残っている症例というのは何かありますか。

**浅見：**印象に残っている症例ですね。私は筋電義手  
のリハも行っていますが、バレエの先生で悪性腫瘍  
のために上腕切断になられた方がおられました。切  
断後もバーレッスンだけでもしたいという希望を聞  
き、そういうときにやはりリハ医としては、少しで  
もどうにかしてあげたいという気持ちになるわけ  
です。RJNのメンバーの小口和代先生が考えられたリ  
ハ医学会のキャッチフレーズはご存じですか。

**大串：**「生きる時を、活かす力。」

**浅見：**そうです。「生きる時を、活かす力。リハビ  
リテーション医学」というのがリハ医学会のキャッ  
チフレーズ、それも女性医師の小口先生が考えた  
キャッチフレーズなのですが、まさしくそういうこ  
とがリハ医としてのやりがいですね。ただ生きて  
いるだけでは駄目なわけですよ。生死に関わる学  
問や診療科はありますし、延命に関わる診療科もあ  
りますが、生きている時にそれをよりよく生きる、よ  
り活かす方法を支援できる術をもっている診療科こ  
そリハ科になるのではないのでしょうか。その時、私  
もリハ医としてその患者さんのために何かしてあげ  
たいと考えました。

そこで考えたのが筋電義手の導入でした。上腕切断  
の筋電義手は難しいのですけれども、それにトライ  
して、最終的にはバーレッスンができるころまで  
たどりつきました。筋電義手がない時代ならば、全  
身を義手で支えて、バーレッスンをするのは難し  
かったはずですが、時代とともに進化するリハ技術  
の一つであった筋電義手により患者さんを活かすこ  
とができました。その方は亡くなりましたけれども、  
最後までご本人のやりたいことの手助けがリハ医と  
してでき、私にとって印象深い患者さんの一人と  
なっています。

もう一人あげるとすれば、下腿義足の男性です。一  
般的に義肢の患者さんとの関わりは義肢が完成した  
ら終わりではなくその後も長く診ることになります  
ので、お付き合いも長くなりより深いつながりにな  
ります。その患者さんは90歳をこしておられるおじ  
いさんで、私が入局したときからの関わりです。今  
も誰の付き添いもなく、一人で受診されています。  
サイム切断つまり足関節のところでの切断なんです  
が、加齢とともに断端も痩せてきて義足も緩くなっ  
てきますので、半年に1回は適合チェックや身体機  
能評価をしています。半年に1回なのですが、一度  
来られなかったときがあり「どうされたのだろう。病

気なのでは…」と心配になりました。診察予定を忘れておられただけだった、と後で聞いて安心しましたけれどもね。その元気な顔を見ると、逆に私もパワーをもらっています。患者さんにあまり思い入れをし過ぎるのはよくないかもしれませんが、リハ医はどうしても患者さんとの付き合いが長く深くなるので、どの患者さんに対してもいろいろな思いを持ってしまいますね。

**高橋**：「生きる時を、活かす力。」覚えておきます。

**浅見**：いい言葉ですね。

**高橋**：心にずどんと来ました。

**浅見**：知らなかったでしょう(笑)。

**高橋**：恥ずかしながら。

**浅見**：多くの方に宣伝しておいてくださいね。

**永吉**：高橋先生がおっしゃっていた、ロールモデルというのはいかがですか。

**高橋**：私たちは若手になります、女性リハビリ科医から見れば、浅見先生みたいに第一線で活躍されているような先生方を目標に、これから頑張りたいという気持ちはとてもあります。浅見先生が目標にしておられる人物とか、今まで出会ってきた中で、こういう先生になりたいというような、ロールモデルになる先生というのはいらっしゃるのでしょうか。

**浅見**：そうですね。私が医師になった時代は女性医師の数は少なかったですよ。でも、私の医局には幸いにも一人、私より10歳ぐらい離れた女の先生で、整形外科とリハ科の専門医の二つを持ちながら仕事をこなしておられる笠原とし子先生というがられました。笠原先生の環境自体は私とは違いましたからそのまま重ね合わせることはできなかったわけですが、女性医師として頑張っている素晴らしい仕事をし活躍されているという姿を近くでみることができたことは、私のその後の大きな原動力になったと思っています。

**高橋**：分かりました。ありがとうございます。

**永吉**：今、高橋先生からのご質問で、浅見先生が尊敬なさる先生のお話を伺ったのですが、浅見先生から若手の先生方に何かアドバイス、希望することなどありますでしょうか。

**浅見**：女性医師が仕事をする環境としては、私の若い時代よりも整ってきていますので、それは若い女性の先生たちにとってはとてもよいことだと思っています。しかし、そのような環境以外に、何か問題にぶつかったときに相談できる相手がいることがとても大事だと思います。家族の方が相談相手である

ということも欠かせないことだと思いますが、リハの仕事を理解できる仕事仲間の中に相談できる人をつくっておくというのはとても必要だと感じます。社会という大きな組織の中で仕事をしていると、壁にぶつかることってたくさんあるんですよね。思いがけないことも起きたりしますよね。そんな時に、相談したからといってその問題が解決するわけではなくても、トラブルや悩みを素直に話せて聞いてもらえる人、そして可能であればアドバイスをしてもらえる人、そういう人をつくるというのはとても大事なことだと思います。それは先輩でも同僚でも後輩でもよいと思うのですけれども、リハの仕事のことが分かる人、今のリハの世界を分かっている人たちの中に相談相手を1人でも2人でもつくっておくのはとても大事だと思いますね。

先生たちはそういう相談相手はおられますか？

**高橋**：そうですね。うちは主人がPTで、職場で出会って結婚して、私がまた違う病院で働いているので、仕事の話はすごく通じます。今、実際に働いている聖隷三方原病院にも、1歳年上でお子さんが二人いらっしゃる女性医師も働いていらっしゃるの、いろいろ参考にさせていただいています。中波先生はいかがですか。

**中波**：私はリハ医としてはちょっと先輩になる女性の先生が県は違いますけど北陸のリハ医の中にいらっしゃるって「何かあったらすぐに聞いてね」とか言ってくださいますし、男の先生も何を聞いても「きっと大丈夫だよ」とか、いろいろアドバイスいただけているのですごくありがたいなと思います。

**浅見**：解決しなくてもいいのですよね。聞いてもらえる人がいるということが、とても大事だと思います。

**高橋**：なるほど。

**中波**：そうですね。

**永吉**：ありがとうございます。これからはフリートークということで進めていきます。今日佐賀大学を見学されて、浅見先生にお聞きしたいことなど、何でもいいと思いますので、フリーでどうぞ。

**中波**：筋電義手をまだ自分で見たり担当したことがないのですが、筋電義手って調整とかも難しいって聞きます。浅見先生は何例も扱っておられるのですか。

**浅見**：そうですね。筋電義手を導入したのは2001年になります。

**中波**：そんなに早くから。

**浅見：**最近多くの取材をしていただき忙しくなっている当院のロボットリハは、もともとは2001年の筋電義手の導入より始まっています。この筋電義手のリハは、当時いた竹下淳子OTといっしょに始めたのですが、金銭的に高額な補装具である筋電義手への補助を佐賀県に認めてもらうことがまず必要な仕事でした。そこで、佐賀県に筋電義手の有用性を理解してもらうために、ご本人と担当義肢装具士と一緒に、補装具判定に医師の私も同伴しました。通常、医師は行かないのですけれどもね。さらに、ご本人がデモンストレーションの時に緊張して上手にできないと困ると思い、通常使用している様子を撮った動画も持ち込みました。

この筋電義手第1号の症例が承認されると、その後は佐賀県の理解も得やすくなりました。何でも最初は苦労があるものです。今、「ちょっと難しそう」って言われましたけど、そう難しいものではないのですよ。表面電極によりスイッチを操作しますので、伸筋と屈筋の筋収縮がうまくひろえればよいのです。筋収縮がうまくひろえる場所を探し、表面電極をソケット内にずれないように収めればよいわけです。ですから、まずはやってみたらよいと思いますよ。そしてあとは、補装具としてスムーズに支給できるように、富山県であれば富山県の県の方と前もってよく相談をするということが大事だと思います。

佐賀県はそういう経緯をとったおかげで理解が得られ、現在は申請したものは認可してもらっています。もちろん、筋電義手が操作できるように申請前にリハをしておくことが前提です。約150万円から200万円ぐらいする高価なものが有用に使用できる様子を判定のときに見せないと説得力はありませんからね。そのような過程をとれば、県による財政面などの違いはあっても、どの県でも認めてくれると思います。

たとえば、福岡県は佐賀県に比べると大きな県であり、人口が多いことが財政面に影響を与えるせいか、補装具の認可が非常に厳しいとされています。佐賀市に隣接している福岡県大川市の子どもさんが筋電義手を希望された時には認可がおりるかどうかととても心配しましたが、実際には大川市役所の担当者の方たちが非常に熱心で、病院にまで足を運んでいただき、筋電義手が機能的にも優れており、小児の成長や教育そして将来にも多くのメリットをもたらすことを説明する機会が得られたおかげで、筋電義手の認可がおりました。わざわざ役所の方が当院ま

で足を運んでくださったことには本当に感謝しています。その子は、現在、小学校でお友達と同じようにタンバリンをしたり、お掃除をしたり、鉄棒も縄跳びもしているのですよ。

**中波：**えっ、鉄棒も。

**高橋：**想像がつかないです。

**中波：**すごいですね。

**浅見：**私も鉄棒ができるとは思っていませんでした。でも、先天性上肢欠損の子供たちの希望には「鉄棒をしたい」という声がよく聞かれます。やはり、子供たちは両手で行う運動や遊びをしたいようですね。お母さまもそういうことをさせてあげたいみたいです。

最初に前腕筋電義手を導入した子供も縄跳びはできていたのですけれども、鉄棒ができたのは今回が初めてでした。そして、小学校にその子の様子を見に行った私がそれ以上に驚いたのは、筋電義手を使って掃除の時に雑巾絞りをしていたのです。筋電義手はもちろん機械ですので、水を扱うことはよくないのですよね。しかし、せっかく頑張っているその子に注意はできずに、その時は「頑張っているね」と言って帰ってきました(笑)。このことを聞かれた筋電義手の会社の方は渋い顔をされましたけれどもね。クラスの先生はじめお友達の理解もあり、その子が小学校で自然に筋電義手を使い小学校生活を楽しく活発に送ってくれているのは本当に嬉しく思っています。

このように筋電義手はとても有用なものですので、先生方もぜひ試してくださいね。そんなに難しくはないと思いますよ。しかし、繰り返しになりますが、各地区の筋電義手の支給体制を知ったうえで申請をしないと、せっかく練習しても無駄に終わりますので、そこは重要です。

**中波：**ありがとうございます。

**高橋：**今度は私からの質問です。今回、オブザーバーの先生方もたくさんいらっしゃるのですけれども、リハをやっている先生がかなりたくさんいらっしゃるという印象を持ちます。浅見先生もおっしゃっていましたが、全国的にもリハ医はまだまだ少なく、浜松市内もリハ医の先生は少ないと感じていて、どうしたらリハと一緒にやってくれる人が増えるのかと思っているわけです。だから、浅見先生のところに集まってこられているのがどうしてなのかを教えていただけますか。

**浅見：**いや、そんなに多くはないのですよ。だから、



当大学でもマンパワーの不足で困っています。しかし、少ないながらも、今日も声をかけるとこうして皆が集まって協力してくれるわけですから、当大学のリハ医は団結力があるのかもしれませんがね。そのことを私は幸せに感じています。リハ医になる人が少ないのは、リハのことをまだ皆さんに十分に知ってもらえていないからだと思います。中波先生と私は、最初は整形外科へ入局してからのスタートだったわけですが、それでも、転科組も多いのがリハ科の特徴でもあります。リハに関わっていると、リハの奥深さやリハのやりがい、他の診療科とは違った面白みがたくさんあることに気づき、そこに惹かれてリハ科に転科することになるのではないかと思います。しかし、高橋先生は、最初からリハ医を目指されたのですよね。初めからリハ医を希望された高橋先生のことを聞いてみたいですね。

**高橋：**私もリハ科をポリクリで見て、まずほかの科と違って、ほんとにジェネラルをみている様子に、この先生たちは違うぞって感じました。ほんとにただの印象なのですけれども…。他には、先生方がみなさん優しいと思います。

**浅見：**今日、オブザーバーとしてきてくれている先生たちも優しく見えますか(笑)。

**高橋：**はい、みえます。どこに行っても、リハの先生は優しいぞって感じがします。

**浅見：**その他にリハ科を選んだ理由はありますか。

**高橋：**好みで選んじやいました。でも、ほんとに選んでよかったなと今も思います。

**浅見：**医師としての義務や責任としては、命を救うところから始まり、病気を治すというところにつなげていくわけですが、そこで終わってしまっただけでは患者さんが幸せになれないこともあると思います。ただ生きているだけではだめであり、生を活かすことが大事であると思うのです。

しかし、その活かすところに関わっている医師というのはあまり多くないのではないのでしょうか。多くの医師は、治療をするところまでは一生懸命なわけですが、患者さんたちがさらに望んでいるその後の「生」を活かして、「生」の質を高め満足した生き方をする、というところへの関わりまでは手が及ばないように思います。その部分を医療に絡ませて実現できる医師がリハ科医師だと思っています。ですので、基本的医療をしながら、患者さんが最終的に求めているところにまで関われるリハ医としての仕事はとてもやりがいのあるものだと思います。

そのことを若い医師たちにもっと知ってもらえるように、私たちのような年輩の医師たちが努力をしないといけないのだと思います。先生方もぜひ周りの若い先生方に対して、リハ医としてのやりがいについての話をしてくださいね。とくに具体的な症例でもって、その症例がリハによりいかに生を活かした過ごししかたができているかというところを後輩に示してあげると、より興味を持ってくれるのではないかと思います。

**高橋：**わかりました。

**永吉：**リハ科は、やっぱり他科の先生との付き合いとか、急性期が終わってリハに来られる方が多くて、急性期でのリハ医の役割がどういうことかということと、急性期のときに診てくださった先生方との人間関係のコツなどについて、浅見先生からぜひアドバイスをいただけますか。

**浅見：**そうですね。急性期というのは病気のスタートになるわけですが、リハはそのスタートの時点からその後の生が継続される間まで切れ目なく重要であることを急性期の他の診療科の先生方にも理解してもらうことが必要です。つまり、急性期の時点から関連スタッフとのコミュニケーションを図ることがとても大事です。それにより、短縮されてきている在院日数の中でも効率的で有用なリハを行い、その後の回復期で生を活かすリハをできるように円滑につなげていくことができるのだと思います。これが急性期のリハ医の仕事だと思います。当院でも若い医師をはじめとしてリハスタッフはとても頑張っていて、他科とのコミュニケーションを深めてくれています。ただ最近、私が多忙を極めていることもあり、私自身とスタッフとの関わりが薄くなっている部分もあり反省しているところです。慌ただしい急性期に、どれだけ効果的なリハ力を発揮できるかということが急性期リハ医の課題だと考えています。

**永吉：**確かにそうですね。円滑にいくための工夫は、やはり必要だと思います。

**中波：**急性期の内科の先生とか、外科の先生とか、やっぱり病気が治っちゃうと帰っていいよってになってしまうのですけど、患者さんのほうは、まだほんとの自分じゃないみたいなどころがあるし、もうちょっと入院でリハビリできれば、変わってくるのになって思うときとかもあります。ただ、病院の患者さん全員にまでは目が行き届かないので、ほとんどそうやってばたばたしている中で主治医の退院指

示がでると、退院になってしまって、リハもそれきりになっちゃうというようなところもあったりして、なかなか難しいと思っています。

**浅見：**当院では今、ロボットを用いたリハを行っていますが、そこには生活期の患者さんで新しいリハを行いたいと思う方がたくさん来られています。そしてロボットリハにより、発症から期間が経過した患者さんでも機能が改善するという結果を得ています。このことは、ロボットの手段としての有用性とそれまでのリハ量不足を意味しているのではないかと考えています。

**中波：**そのまま生活に戻って生活の中で頑張れる人はいいのでしょうけれども・・・。

**浅見：**急性期でのリハが十分でない場合でも、その後の回復期病院での適切なアプローチによりADLが改善し、自宅退院後の生活を何とか過ごされている方も比較的多いと思います。しかし一方で、どうしても現状の生活状態に満足されず、より上のレベルを目指される方がロボットリハ外来にいられているように思います。先生方のところにも、周りはこの程度まで改善できれば合格点だと考えていても、ご本人にしてみればまだ納得できない問題点が多々あり、そこを解決するためにさらなるリハを望んでいる方はおられますよね。急性期病院のリハ医の場合、短い在院期間の中でできるリハはどうしても限られています。急性期病院のリハ医も生活期の場面においても継続してフォローできる機会をもち、リハ医が必要とされたときに求められたことに対して応えられる姿勢と術を持っていることが大事だと思っています。

**中波：**わかりました。ありがとうございます。

**永吉：**現場で直面する問題ですよね。リハは他科の先生と比較して、コメディカルとの人間関係も結構多くて、それと他科の先生、それから対外的なところのいろんな福祉関係も含めて、何か浅見先生が工夫されているようなことがございましたら。

**浅見：**リハは多くの職種が一つの音楽を奏でるオーケストラのようなもので、リハ医はそれぞれの音を一つの音楽にするために調和させる指揮者のような役割がありますから、指揮者としていかに美しい音楽にするかというところに苦勞する部分がありますよね。多くのリハスタッフの中には、リハ医と同じ方向性の人がいればそうじゃない人もいます。リハの職業につくまでに各人が学んできた過程が違うわけですから、用いる手技や治療方針が全て同じである

ことのほうが稀であり、それはしかたのないことだと思います。もちろん、大学病院がリハの学校を併設していて、そこで教育を受けた人たちが一緒にその大学病院で仕事をするのであれば、方向性が異なることは少ないのでしょうけれどもね。しかし、佐賀大学はそうではないので、様々なリハの教育機関で学んだ人たちが一緒に仕事をするとなると、リハの方向性にずれが生じてしまうことはあるわけです。それをひとつにまとめていく作業においては苦勞があります。一方的な意見でまとめようとしても、納得していない人がいるとうまくいかないものです。そこには何が必要かとなると、やはりコミュニケーションということになるのだと思います。ですから、リハ医として自分の考え方をアピールしながらも、相手の話もよく聞く場をもつことが必要なのでしょうね。ただその時に、リハ医として間違っていることは間違っていると言える強さも持っていないといかないのかなとは思っています。ただ、その「言える強さ」と「言いまわしの強さ」の違いが難しいところではありますよね。

**永吉：**いかがですか、今のご自分の状況をふりかえって。

**中波：**自分より年配の療法士の人のほうが多いので。でも、自分としてはもうちょっとこうしてほしいとか思う場面もあるんですけど、それを伝えるのに、相手が気分を害さないように言うのが難しいとかがあります。結局、患者さんと毎日1対1でリハをしているのは療法士の人たちなので、やっぱり任せないと全員に張り付いて見ているわけにもいかないし、管理できるものでもないので、任せないといけなそうと思いつつ、本当にこの人に任せていて大丈夫だろうかと思う人も中にはいたりして困ることがありますけど。

**浅見：**カンファレンスのようなスタッフと話をする場はあるのですか。

**中波：**カンファレンスは特別設けてはいませんが、病棟でカンファレンス、看護師さんと療法士がしているものはあります。ただ、私がいつもそこにいるわけではありません。他にはスタッフのミーティングみたいなものがあります。でもそれは、全体と私みたいな感じになってしまいます。また、全体的にはうまくいっているけれども、この数人に何とかアプローチしたいなと思うときに、療法士のことは療法士の技師長さんとかにほとんどお任せしてやっている中で、私が個別で呼び出して説明してもよい

のだろうか、この人のことだけ特別やっぱり口を出していいものだろうかと、すごく迷う場面が今まで何度もありました。こういう場合には口出ししてもいいものなのですか。どうしても目に余るときがあり困ってはいます。

**浅見：**私の場合は、以前は、私の意見を直接スタッフに話したこともありました。しかし、スタッフの中に若い世代が増え、スタッフ数も多くなった今、昔以上に様々な考え方の人がいますので、最近は直接指摘するのではなく、ワンクッションおいた対応をしたほうがよいように感じています。ですので、まずは療法士長のようなスタッフの責任者と先生とがよく話をし、その中で解決策を見つけるというのがよいと思います。その結果、やはり個別に話をしたほうがよいということになれば、1対1という話しですと今の時代さらなるトラブルをおこしやすいので、話をする際には必ず療法士長などの第三者に入ってもらって円滑に進めることができるように思います。それぞれ、間違っていることを言っているのではなく考え方の違いなのですから。しかしそうは言っても、組織は司令塔が一人のほうが統率はとれるわけです。ですので、先生がリハの部門のトップであるのであれば、先生の考えをリハの全てのスタッフがよく理解する機会を設けるのがいいと思います。そして、リハスタッフの中で先生の考え方を支持する人を一人でも増やすことが大事です。

**永吉：**高橋先生はいかがですか。

**高橋：**私は医大と聖隷と2カ所、病院に行っているのですが、例えば医大は急性期なのでどんどん離床させるのですが、聖隷に行ったらリハビリの時間、とくにROM(Range of motion)とかリラクゼーションの時間がとても長く、なかなか離床させられません。両者の雰囲気の違いにまずは驚き、医大のやり方からみれば、聖隷の患者さんはもっと早く離床させればいいのか、活動の面でも歩ける人はもっと歩かせればいいのかなど思ったりしています。ただ、スタッフとのコミュニケーションについてはまだ何も改善しないまま今に至っていますので、それぞれの考え方もあるという浅見先生のお話を聞いて、何とかしなければと思いました。

**浅見：**コミュニケーションを改善する方法の一つとしてはカンファレンスは大事だと感じます。

**中波：**カンファレンスにおける症例を通じて、リハ部としての方向性を見出していけばよいのでしょうか。

**浅見：**そうですね。一つの症例に対する考え方について、様々な意見を出しやすい雰囲気を作りながらも、その様々な意見の中で先生の意見を少しずつ話していけば、症例検討の中における先生の意見や考え方が、リハスタッフに徐々に伝わっていくのかもしれないですね。

**中波：**今、疾患別というか、担当病棟ごとのカンファレンスになっているので、全体でのカンファレンスとくに症例のカンファレンスというのはしていないので、今後機会を設けるようにしてみます。

**浅見：**そうですね。そのカンファレンスを通じて、どんな症例でもいいですので、先生のリハの考え方というのをリハスタッフに最後にまとめて話をすると思います。例えば、先生が早期離床を目指していることを何かの症例のときに、「ほかの病院だとこのくらいで離床になっているのでこの病院でももう少し早いほうがいいと思います」とか、「私としてはこれまでの経験からこのくらいで離床するのがよいと思います」というような発言をすればよいのではないのでしょうか。先生の考えをあらたまった場と言うと角が立ちますよね。

**高橋：**分かりました。

**永吉：**コミュニケーションの奥義を教えて戴きましたね…。

**中波：**取り入れたいと思います。

**永吉：**お二人とも今から子育てをしながら活躍されていくのだと思いますが、妊娠、出産、子育ての最中に、最低このぐらゐの論文は読んでいたほうがいいとか、こういう勉強していたほうがいいとか、何かその辺りのアドバイスがありましたら、浅見先生のご経験から教えて戴けますか。

**浅見：**このぐらゐの論文を読んでいたほうがよいというより、上司や先輩の先生たちから、発表や原稿、あるいは研究をするように勧められた時に、大変だとは思いますがなるべく断らずに時間がかかってもトライするということだと思います。なぜなら、その発表や原稿、研究をするためには必然的に多くの論文を読まないといけなくなるからです。つまり、一つの仕事を進めていくことで、そこから関連するほかの勉強にもつながっていくことになります。依頼された仕事をもとに勉強し、自分の世界をひろげていくというやりかたですね。ただ若い時には、例えば学会発表のために長い時間をかけてとても頑張った勉強したわりには、発表自体は5分か10分で終わるし、質問に満足に答えられないこともあるし、



アウトカムが自分の思い描いていたより少なく、気持ち的には達成感を得られないこともありますよね。でも、そういうことを積み重ねていくうちに、自分自身の知識の広がりや深まりを得ることになるのだと思います。

**永吉：**先生方がいいですか。

**中波：**書くように言われている論文があるので、やはりちゃんとまとめないと駄目だとは思っているのですが、大変だなというところでちょっと引いてしまって、なかなか始められないでいました。

**浅見：**それは私も同じです。いつも仕事を始めるときには、ちょっと大変だなという気持ちが先にきます。そして大変な仕事ほど余計にスタートできないというところがあります。でも、仕事を受けたら、受けてしまったら(笑)、理想的には、期限を決めてそれに向かって計画を立てることが大事でしょうね。リハと同じで、仕事のゴールにもロングゴールとショートゴールを決め、それに合わせて進めていく必要があるように思います。

**永吉：**リハ医として、この分野をやっていききたいという思いがおありでしたら、ぜひ浅見先生にアドバイスを戴いたらいかがでしょう。こんなリハ医になりたいとか、勉強を含めてですね、夢を語って戴けますか。

**中波：**今は目の前のことでさえこなしかれてないというか、目の前のことをやっていくのでいっぱいになっています。

**浅見：**そうですね。いろいろなことに工夫をすることは大事でしょうね。1日は24時間しかないので、24時間の中で自分なりの仕事や家事をこなせる方法を考えないといけなと思います。そこには全てを「要領よく」行う術と協力してくれる人の存在がとても大事なように思います。ただ、「要領よく」という言葉は大人に対しては使えても、子供に対してはなかなか使えないところが難しいところです。子供に対しての対応は、子供に合わせることが必要で、要領ではないですものね。それでも、生活の中のどこかには利用できる時間があるはずで、その時間を有効に利用できるように工夫することは大事でしょうね。協力してくれる人としては、パートナーの存在は重要です。以前は家事や育児を手伝う男の人はいませんでした。今の若い方は手伝うことに昔ほど抵抗感はないと思いますので、ぜひパートナーがよき協力者となってくれるように教育されてはと思います。子供だけではなく、パートナー

の教育も欠かせません(笑)。

**永吉：**先生方、何か工夫されていることはありますか。

**高橋：**今、だんなさんを鍛えています。育児を手伝ってもらうことで、私がちゃんと働けるように。

**浅見：**それは大事なことだと思います。

**高橋：**それぐらいでしょうか。

**浅見：**ただ、日本の世の中においては、以前とは変わってきているとはいえ、まだまだ家のことをするのは女性であるという固定概念が残っています。でするので、そういう中でお手伝いをしてくれるということに対しては感謝をする気持ちや態度は必要でしょうね。この感謝の気持ちや態度は、職業人としての自分が成り立つために協力してくれているパートナー以外の全ての人に持つべきことだと思います。つまり、職場内で便宜を図ってくれる同僚や上司に対しても「ありがたい」と思っている気持ちを直接言葉には出さなくても態度で表すあるいは雰囲気や漂わせる(笑)ということはとても大事だと思います。そうすることで、周囲の理解や協力がより得られやすくなると思いますし、皆も協力することがとても心地よくできるはずですよ。

**高橋：**ありがとうございます。

**永吉：**何か他にご質問はないですか、浅見先生に。

**中波：**伺いたいことは、だいたい伺ったような気がしています。

**高橋：**いろいろお話しいただきました。

**大串：**それでは、私からですが、浅見先生は今後はどうしたいと思っておられますか。

**浅見：**私？

**大串：**はい。今後、先生はどんなふうに関心をもちたいですか。今、本当にお忙しいと思いますが、今の仕事の中でさらに新たに何かやりたいこととかありますか。あるいは、将来的に何かしたいとかありますか。

**浅見：**そちらに(佐賀大学の)先生たちが座ってくれていますけれども、私が今一番やりたいこと、向かっていることは、リハ医を育てることです。リハ専門医を佐賀県にもたくさん増やすということが私のライフワークになっています。睡眠時間が少なくなっていたとしても、忙しすぎて何をしているかわからない生活でも、リハ医が増えることにつながる仕事をしていることは生き甲斐になっています。リハ医が増えていき、そしてその若いリハ医がまたさらに後輩を育ててくれるようになったら、私は

本当に満足という感じです。

さらにその後何をしたかということですか。そうですね。私の子どもは娘一人なのですが、子育ての時代も忙しかったのでなかなか子供の相手をしてあげられなかったと反省しています。私の理想的なお母さんというのは、子供と共有する時間を持つ、例えば優しく子供に絵本などの読み聞かせをしてあげ子供とともに感動の時間を持つことができるようなお母さんなのですが、私の場合全く読み聞かせなどをしてあげる暇はありませんでした。ですので、娘に子どもが生まれたら私の住いの近くの市立図書館に行って、娘にできなかった読み聞かせを孫にするのが夢です。そういうゆっくりとした時間も持てればいいなと思っています。

今現在したいことであれば、結局リハの仕事に関わっていることを幸せに感じますね。そのリハの仕事の中でも、講演をしたり原稿を書いたりなどより、患者さんとともに一喜一憂しながらリハ的支援をしているときが一番好きです。それとリハ医を育てることですね。2015年度の卒業生を対象として、2017年度から新しい新専門医制度の研修プログラムが始まり、2020年度に新専門医制度における第1回目の試験があります。私はその専門医制度にも日本専門医機構の委員として今関わっている立場なので、新しい専門医制度でたくさんのリハ専門医が生まれるためのお手伝いができればいいなと思いながら、新専門医制度の仕事にも尽力しています。そして、佐賀に限らず全国に多くのリハ医が誕生すると本当に嬉しく思います。そういうことが好きだから、今のところこんな忙しい生活でも苦にならずにやっているのでしょうね(笑)。

**高橋：**すごいです。

**大串：**きっと皆今は目の前のことだけでいっぱいだと思いますけれども、いろいろな仕事がかさねるようになってくると、浅見先生みたいに全体を見るようなことができるようになるのでしょうか。それでは、オブザーバーの先生方にお一人ずつコメントをお願いいたします。

**山之内：**山之内直也です。佐賀県医療センター好生館で、リハ科部長として勤務しております。専門医になって2年目です。医者になってからは8年目になります。佐賀大学で浅見先生の下に入局し、リハ専門医を取りました。浅見先生は僕が目から見ると、体が壊れるんじゃないかなというぐらい働いていらっしゃるんで、女性医師として浅見先生を目標に

するのは難しいのではと思います。ただ、ほかの女性の医師も、悩みを持ちながらも皆さんできる範囲内でとにかく一生懸命されています。結局は、みんなそれぞれのできることを一生懸命することが大事だと感じています。

**南里：**南里です。僕は2001年にドクターになった後に内科に入局して、3年目で唐津日赤病院、4年目で当院神経内科、2005年に国立神経センターで多発性硬化症の臨床研究、2006年から再度当院神経内科で脳卒中などを中心に、そして2011年からリハ科に所属し、浅見先生の下でリハの勉強をさせてもらっています。脳卒中の治療としてt-PAとかもしていましたが、その中でもリハの魅了を感じるが多かったわけですが、今全診療科からリハ依頼を受けていますとさらにリハの重要性や魅力を感じています。また、さっき浅見先生も言われていたように、リハ科は急性期、回復期、生活期と様々な時期に関わるわけですが、人生の中で長い時期となる生活期に関わりながら、少しずつ患者さんがステップアップできる場所も見えていけるというのは非常にいいところだなということを実感しながら仕事をしています。女性医師とリハ科とについては、リハはフレックスタイムなどを導入しやすい診療科だと思いますので、子育てとかされている女性医師でも時間の調整をすることにより、幼稚園や習い事の送迎などもできるのではないかと思います。もっともっと女性が非常にアクティブに仕事と家庭とを両立できる環境が作ればと思います。

**伊藤：**からつ医療福祉センターで、脳性マヒや発達障害といった小児リハを中心の仕事をしています伊藤といいます。浅見先生と同じで佐賀医大の整形外科に入局して、整形とリハの専門医を取り18年ぐらいたちました。今日は、浅見先生みたいに第一線で活躍されている先生の話であらためて聞くことができてよかったと思っています。ただ、浅見先生はあまりにもすごすぎるので、同じようにしようとかそういうふうになろうとするととても大変なので、それぞれの環境の中で自分のできることをしていくのではないかと思います。今、専門医を勉強されているということですが、子どもさんもおられるとのことなので大変だろうと思います。私も子どもがいたときに勉強して大変だったことを思い出しました。今私は、今のライフスタイルにとても満足しているのですが、それはやはり専門医を取っていたので今の自分の居場所を築けたように思います。ですの

で、何年かかってもいいので、頑張って専門医を取ることが大事だと思います。

**秋山：**秋山といいます。私は佐賀大学を卒業して、すぐにリハ科に入って、今年専門医を取ろうと勉強中です。去年も受験資格はあったのですが、つわりもあったりして受験申請書類が提出期限に間に合いませんでした。浅見先生とは今までもたくさん話をしてきたのですが、今日話を聞いて浅見先生ってすごいなとつくづく思います。私は、3人目の子供が生まれましたが、浅見先生の下でというか浅見先生が上にいらっしゃるから今まで続けてこれたと思っています。今も育休中で、1年の育休を取ってから復帰する予定です。専門医も今年こそ頑張って取り、その後は子供を保育園へ預けてまた頑張らなきゃいけないなと思っています。産休・育休中も、浅見先生と周りの先生たちがフォローをたくさんしてくださっていて、ほんとに感謝しています。

**伊集院：**伊集院といいます。僕は医師になって6年目になります。佐賀大学医学部の地域医療支援学講座に所属し県内の地域の内科の病院を回っていましたが、今年の10月から半年間ということで、浅見先生のところで勉強をさせてもらっています。地域医療がやりたくて医者になり、これまでは内科をずっと回らせてもらっていましたが、呼吸器や脳卒中など、リハの先生方と関わることも多いと感じていました。さっき話に出ていましたが、担当の患者さんのその後という継続性という点ではリハ同様、地域医療も共通する部分があるので、そういうところで勉強させてもらいたいと思っています。ただ、大学病院は急性期なので、継続性という部分にはなかなか関われないでいます。しかし、内科だけではなく、外科とか、PTなどのリハスタッフとか、多くの診療科や多くの職種に関われる点では、とてもいい勉強をさせてもらっていると思います。あっという間にもう4カ月近くたち残り2カ月になってしまいました。今度の4月からはまた地域の病院に戻りますので、そこでリハ科での経験をいかせたらなと思っています。

**大串：**本日は遠方の静岡と富山からインタビューの先生方に来ていただき、本当にありがとうございました。

九州はリハの先進地ではありますが、中央からは離れていることもあって、いいことがたくさんあっても目立たないところがあります。しかし、浅見先生が突出していろいろアピールしてくださっているの

で、九州のリハのレベルを引き上げてくださっていると思っています。今日は浅見先生のすごさをまた感じたわけですが、おそらく浅見先生も若いときは、やはり目の前のことであるご家族のお世話やお仕事が大変でそれなりにストレスも感じながらされていたと思います。ですので、そういう時期があるのは誰でも一緒ですよ。

ちょっと時間がたって思い起こしてみてもはじめて、これがよかった、これがよくなかった、もっとこうしたほうがよかったというのがでてくるわけでしょうね。ですから、今できることをしっかり考えてやるのが大事ですよ。そして先生方の考えは自信を持ってちゃんと言え、セラピストの人たちも徐々に先生方を頼ってきてくれるはずだと思います。ですので、先生方はリハ医のリハ医たることを発揮してもらえればいいなと思います。専門医の試験も受けて、ちゃんと公にも「私はリハ専門医よ」って言えるといいと思います。ぜひ頑張ってぜひ赤ちゃんを産んだら、その後専門医試験を受けてください。よろしくお願いします。

新しい臨床研修医制度になって、リハに接する機会がほとんどなくなってしまったこともあり、学生さんがリハ科を知らないと思います。リハの講義も少なく、私の講義も1コマか2コマしかありません。それでもリハの講義は面白いとは思ってくれる学生さんもいます。しかし、リハを勉強するととなると慶應大学に行く人がいたりします。高橋先生が最初からリハ科を目指してくださったということで、リハ科のいいところを学生のときから感じてくださったことはすごくうれしいです。先生はどうしてリハ科を面白いと思ったのですか。そこが学生さんに私たちがアピールできることかと思います。リハ医は優しいだけでなく、どこが違っていましたか。

**高橋：**そうですね。病気のその後がみれたりとか、ほかの診療科の先生とは目の付けどころが違うように思います。他科では疾患しかみないこともありますが、リハ科では横で見るように思います。例えば聖隷などでは、家に帰るにあたっての家屋評価、家族環境を調べ、ご家族の支援の方法や建物についてアドバイスをします。お薬だけじゃなくて、リハの手技やリハ支援を行います。例えば介護保険のこと、身体障害者手帳のことなどいろいろな武器がリハには使えます。もちろん、その分勉強するところもたくさんあるわけですが、それが面白いと思っています。



**大串：**ありがとうございます。リハ医がほかの診療科とは違うところやリハ科の必要性を学生のときにしっかり伝えられれば、もっとたくさんリハ科を選んでくれるように思います。ほんとは医学部のリハ科の講義が充実することが理想なので、そういう必要性についてもアピールできたらいいと思っています。

**永吉：**今日は、慣れない司会でしたが、皆様ほんとにありがとうございました。私自身もほんとに勉強になりました。この時はこうだったのかなと自分のことを振り返りました。また明日からもう一度頭をリセットして頑張っていきたいと思いました。ありがとうございました。

**大串：**それでは、第11回のインタビュー企画をこれで終了いたします。皆さま本当にありがとうございました。

**一同：**ありがとうございました。

(終了)

### Column リハビリテーション科専門医 Data 2015 Part3

図4 専門医数の変化

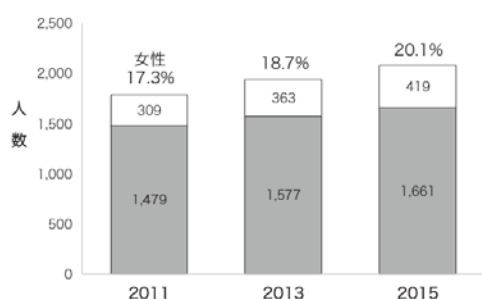
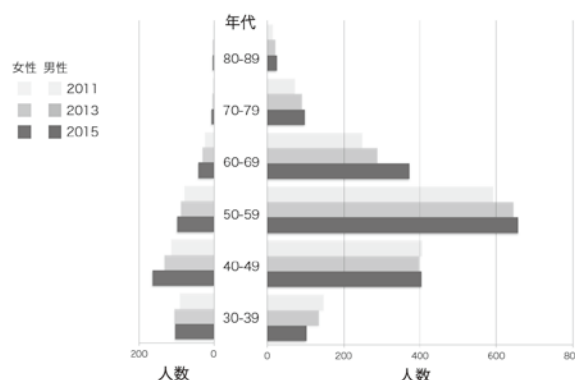


図5 年代別・性別専門医数の変化



2011年～2015年までのリハビリテーション科専門医数の変化です。女性比率は年々上がっています。年代別・性別に見ると、男性では50代、女性では40代が最多の年代です。経年増加率が高いのは、男性では60代、女性では40代です。リハビリテーション科専門医への扉は、幅広い年代に開かれています。超高齢社会では男女問わず、ひとりでも多くのリハビリテーション科専門医の誕生が待ち望まれています。

ゲスト 出江紳一 先生

東北大学大学院医工学研究科 研究科長／  
リハビリテーション医工学分野 教授・  
東北大学大学院医学系研究科肢体不自由学分野 教授

インタビュアー：知念亜紀子 先生（埼玉医科大学）

富口（砥上）若菜 先生（熊本大学医学部附属病院）

司 会：豊岡 志保 （国立病院機構山形病院 RJN世話人）

日 時：2015年5月15日（金） 14:30～17:00

場 所：宮城県仙台市 東北大学医学部6号館4階

## 総合大学の中でリハ科医師の仕事

**豊岡**：今日はRJN、リハビリテーション科女性医師ネットワークのインタビュー企画です。今回はゲストを東北大学 出江紳一先生にお願いしました。そして、インタビュアーは埼玉から知念亜紀子先生と熊本から富口（砥上）若菜先生をお招きました。どうぞよろしくお願いします。

**出江、知念、富口（砥上）**：よろしくお願いします。

**豊岡**：それではインタビュアーの自己紹介からお願いします。

**知念**：初めまして、埼玉医科大学病院リハビリテーション科助教の知念亜紀子と申します。私は山形県出身で現在勤務中の埼玉医科大学の医学部を2003年に卒業しました。臨床研修制度が開始される前の年度に卒業しましたので、卒後すぐ、埼玉医科大学病院のリハ科に入局し、2009年にリハ専門医を取得いたしました。専門医を取った年に結婚して、いま5歳と3歳の男の子の母としても奮闘中です。出産後、育児休暇は1年ずつ取り、その後大学病院へ復帰し、現在に至ります。

**出江**：最短の時間で専門医まで取得してますね。

**知念**：いま専門医を取ってから7年目、医師としては13年目になります。

**豊岡**：続いて富口（砥上）若菜先生の自己紹介をお願いします。

**富口（砥上）**：熊本大学医学部附属病院リハ科助教の富口（砥上）若菜と申します。医師としては12年目になります。卒後、私の学年から臨床研修制度が始まりまして2年間は熊本大及び熊本大関連病院の様々な科で研修した後、3年目で整形外科に入局しました。変性疾患及び外傷を中心に勉強した後、熊本大大学院に進み整形外科学分野の基礎研究を行っておりました。大学院卒業後1年間は熊本大救急で

勤務させて頂いておりましたが、平成26年度から大串幹先生のもとでリハ科専門医を目指して日々勉強させて頂いております。

**豊岡**：では出江先生に今の役職や仕事の内容を教えてくださいたいと思います。

**出江**：大学院重点化というのがありまして、大学の組織としては1つの部局というのは研究科が単位になりました。従来は医学部の上に大学院が乗っかっているというイメージだったと思うんですけども、僕の理解では大学としては大学院が1つの単位で、その下に学部があるということですね。研究科によっては、独立研究科というものがあって、学部を持っていないんですね。私が担当している医工学研究科も独立研究科です。学生の多くは工学部から来ます。私の職務は医工学研究科という独立研究科の科長が本務で医学系研究科教授を兼担し、大学病院を兼務しているということになります。大学病院では肢体不自由診療科のリハ科の科長で、加えて医学部の教員として学生の教育をやっています。

**豊岡**：富口（砥上）先生、同じように大学にいる医師として仕組みはいかがですか。

**富口（砥上）**：熊本大とは少し違うなと思います。さっき見学させて頂きましたが、東北大は想像以上に素晴らしい実験用の機械設備の数々が整っており、とても驚きました。また、熊本大学ですと医学部と工学部は少し離れた別々の敷地に立地している為、工学部と共同研究を行わせて頂いている際にコンタクトが取りにくい時もあります。

**出江**：東北大学の工学部出身者は本当に頭がよくて、その人たちに医学の基礎からちゃんと教えています。分子生物学、それから基礎の生物学、細胞の話を教えて、それから臓器とか器官とか病気の話の話を教えてということで、医学部の授業をギュッと濃縮して1年

間で教えています。

**富口(砥上)：**1年間ですか。工学部の方が医学の基礎から病気の事まで膨大な量を1年間という短期間で学ばれているというのは凄いですね。

**豊岡：**その中での先生のリハ医としての立場というのはどういう感じなのでしょう。

**出江：**それは肢体不自由リハ科の科長の仕事で、患者さんを診ること、それから医局員もいまして、うちは准教授が3人いますが、医師は一人で、ほかに臨床疫学の専門家ともう1人はリハ工学が専門です。講師は脳外科出身の医師です。それから助教が4人、2人は医師です。1人はリハ科専門医、1人は神経内科出身です。心理系の脳科学者と音楽療法を専門にしている看護師もいます。医員の1人は、脳外科から来たばかりです。また、大学院生と埼玉医大から来た後期研修医がいます。今、医者の仕事の部分としては病院のマネジメントをして、新しく来た人たちを専門医になるまで教育をするということです。

**豊岡：**出江先生がインタビュアーの先生のころはどのような仕事をなさっていたのですか。

**出江：**経歴を少し説明すると2年間は研修ですね。慶応を出てすぐに入局して、千野先生はその時はまだ講師でしたけれども、2年間は外が多くて、8カ月が整形外科で、8カ月が内科で、8カ月がリハビリ。内科は4カ月が呼吸循環器で、4カ月が神経内科。リハビリは4カ月が大学病院で、4カ月が月ヶ瀬リハビリセンターですね。こういう研修を終えて3年目から国立療養所村山病院に行き、脊髄損傷の病棟でリハビリと尿路管理を担当しました。

そこで2年間やって、5年目が藤田保健衛生大学の七栗サナトリウムが第四病院として開院して、そこで1年間やって、その後3年間月ヶ瀬リハビリセンターにいました。そこで動物実験をやって学位論文を書いて、静岡市立病院へ移動して心臓リハを担当しました。そのあと、アメリカに留学しました。ケスラーリハビリテーション研究所というところで、ニュージャージー医科歯科大学の附属のリハビリ施設です。デリッサ教授がトップでした。その時に准教授でフィンドレーという先生がいて、経頭蓋刺激をそこで研究しました。ケスラーとNIHとが共同で、その当時切断の患者さんの運動をマッピングする研究もしていたので研究設備が整っていました。1年間そこにいて戻ってきて、12年目で慶應大学病院に助手で戻って、13年目に東海大学に赴任しました。その頃

は専門医資格があり、学位の仕事も終わっていて、大学での教員として仕事をしていたということです。

**豊岡：**学生を教えたりとか、臨床をやりながら…。

**出江：**そうですね。東北大学に来て、今13年目ですから、富口(砥上)先生方が医者になった時にはこっちにいたわけです。

## リハビリテーション科医師を目指す

**豊岡：**少しプライベートなことも聞いてもいいですか。富口(砥上)先生は結婚の予定はありますか？

**富口(砥上)：**いま婚約中です。

**豊岡：**どうしてリハ科を選択したのですか？

**富口(砥上)：**整形外科ではどうしても手術中心となり、リハも急性期の運動器中心となってしまう、その後のリハ経過も見る機会が少なく心残りだったのですが、リハ科では疾患のみならず障害とそれに関係する環境を考慮し、将来の生活を見据えて取り組む事ができ、幅広い視野・視点で勉強できる事からリハ科を選択しました。

**豊岡：**出江先生のように本当に分刻みのスケジュールみたいな感じだと、結婚後に時間が取れるのか不安はないですか。

**出江：**生活面は、一緒に家族旅行とかいうのはないんですよ。この間、娘がもう就職してますけれども、彼と、まだ結婚してませんが、彼とホームセンターかなんかに買い物に行くと違和感があると感じたんです。それはどうしてかと言うと、うちはこういうのは無かったというんですね。ああ、そうかと思ったんですけど、でもまあ留学してた時の1年間は家族で行きましたので、一番下の娘だけまだ生まれていませんけど、夫婦と上の女の子と下の男の子の4人で行きましたから、ここはずっと一緒に買い物も旅行もよくしたんですけど、多分そこは記憶にないんですね残念ながら(笑)そういうことですね。こっちに来てしまうともう全部別のことになってしまうので、入学式とか卒業式とか、学校行事なんかはそれぞれの子で、中高で1回という感じですかね。

**知念：**私の場合は、主人も大学病院の内科勤務のため、当直が入って、休みが合わないということがしばしばありました。しかし、お互いに相手の仕事を理解し、尊重していましたので、不満はなかったです。妊娠・育児に関しては、主人も私も実家が遠方なため、両親の助けはあてにならない状況で、子供



が急に熱をだしたりすると、担当外来が変わってもらったりと、周りの先生方のおかげで、育児中の現在も仕事を続けることができています。子供達と接する時間は専業主婦の方々よりも少ないと思いますが、時間が少ない分、接することができる時間は集中して、子供達と向き合う「量よりも質」を心がけて育児をしています。子供達にはさみしい思いをさせることもあります、私自身、子供達に力をもらっていますし、とても感謝しています。

**豊岡：**東北大学には病院の職員のための保育園があるんですよね。

**出江：**星の子保育園と言っています。

**知念：**埼玉医大にも併設されておりますが、定員はいつも満員状態です。

**富口(砥上)：**知念先生は現在、当直業務はされておられますか。

**知念：**今は当直を免除していただいています。夫も忙しい科ですし、実家も遠方ですので。しかし、学会発表などで出張する際には、主人や実家の両親にスケジュールを合わせてもらい、助けてもらっています。

**豊岡：**肢体不自由分野への女性医師の入局希望があったら、どうなりますか。

**出江：**今までは奥さんも医者で夫の方が家庭をやる医局員がいたので、子供がちょっと調子悪い時はうちの医局員の方が休んでやりました。

**知念、富口(砥上)：**おー！

**出江：**それから後期研修医が結婚したばかりです。いまちょっと前にいた人は旦那さんの仕事の関係で、ちょっと遠い郡山にお住まいがあったので、こちらの当直勤務とか勤務時間帯を少し配慮していました。

**豊岡：**郡山ですと通勤時間は40分ぐらいですね。

**出江：**ですので医員のポストであればかなり上がカバーしますので、大丈夫だと思います。大学としては女性教員を増やさなければいけないということがありますが、今後助教の医師で結婚されている方をどう任用するかは仕事の分担をどう振り分けるかが課題ですね。臨床業務だけではなくて助教になるとかなり教育研究が入ってきますので、そこをカバーすることは多分難しいですけど、考えないといけない。仕組みを作らないと女性教員が増えないですから。

**知念：**国立大学の場合は教員の採用人数が決まっているということですよ。埼玉医大は育児中の女性

教員に対しては、勤務時間や待遇が優遇される勤務制度があり、とても助かっています。

**出江：**教授が自分の診療科の中でマネジメントを無理して多分それぞれやっていると思うんですよ。

## リハビリテーション科の魅力

**豊岡：**リハ科の魅力について話しましょう。

**知念：**リハ科の講義というのは何コマぐらいあるのですか。

**出江：**全体で前は12コマあったんですけど、今は10ぐらいじゃないですかね。ぐらいと言った理由は、前はリハビリとして1つあったんですけど、今は私たちが担当するところが4コマあって、それ以外に内部障害系のものがあったり、個人機能障害系のものがあったりして、ブロックに分かれたんですね教育を。科で分けるのではなくて内容で分けるようにしたので。それで私たちが担当する部分は4コマ、その中でやってきているのが脳卒中はもちろん教えて、脳外傷を教えて、脳性麻痺、義肢装具、それから地域医療、地域リハ、こんなところですよ。

**知念：**私が医学生の時リハ科が担当する講義が少なかったんで、たくさんの講義があるというのはいくらやましいですね。ですから医学部3年生の時にリハ科に入局という発想はなかったと思います。

**富口(砥上)：**そうですね。私も医学部生の時にリハ科の授業数が本当に少なかったということもあるのですが。

**出江：**でもやっぱり研修の2年間があるので、その間に変わりますよね。授業はあるんですけども、実習も1週間できますが、それでリハ科は重要だし、面白いと思う人も多いと思いますけれども、そこで入局するかどうかはちょっとまた違いますね。

**豊岡：**入局となるとどういうところが決め手になるんでしょうかね。

**出江：**そこはよく分からなくてですね。僕は自分で決めて入局してますけれども、むしろ周りが反対しましたので。

**豊岡：**どうしてでしょう。

**出江：**個人名は出せないですけど、先輩に、リハ科の医局にいる先輩ですよ、「行きたいんですけど」と言ったら、僕は楽しいけど人には勧めないと言われました。ちょっと上の先輩に、「えー、来るの？辞めた方がいいよ」と医局の人が言うわけですよ。こういう風に医者として働くか分からないから両親も

反対して。それでも面白いかなと思って入局していますので、自分で決めるもの、そういうふうに関心を持ったら決めるものだと思っていますから、なんか飲ませて入局させるとか(笑)、そこはちょっとよく分からないです。

**豊岡**：それはあまりよくないと思いますよね。

**知念**：臨床実習中の医学生さんやリハに興味がある研修医を学会と一緒に連れていくことはリハ医学の魅力伝えるためには有効な手段だと思い、試みています。

**豊岡**：やっぱり働くのをみて、仕事が面白いからリハ科に進みたいと思ってくれるのが一番いいような気がします。

**出江**：この領域が面白いと思うからであって、その医局が居心地がいいとかね、なんか人がいいとか、そういうことでは決めてないので、自分がね。

**豊岡**：先生はどういうところが一番いいと思ってリハ科を志したのでしょうか。

**出江**：まあ自分でやれるというところ。自分で創り上げて行けると思ったからです。

**豊岡**：パイオニアですね。

**出江**：パイオニアは千野先生(慶応義塾大学名誉教授)だし、それを越えるのは恐れ多いですけど、千野先生も自分で切り開いてきたので、あんなふうになりたいなと思ったんですね。

**豊岡**：今もまだそういうふうにして入局できる時代でしょうか。少し心配です。現在医学生たちがまだと言うのは変ですけども、出来上がった中に入っていくという感じではないですよ。

**出江**：学問としては全然まだ未開拓です。よく見てほしいのは、あらゆる学問と産業がリハビリテーションの方に押し寄せてきているのが分かりますかね。それに対して僕たちは何もしないとは言いませんけれども、ちょうど開国した日本のような状況だと思います。智慧を絞ってその人たちと渡り合って、全部持って行かれないようにしながら、でも利用すると。得られるものは取り入れて行く。そういう開国の時代だと思います。リハビリテーションが鎖国して、他の国からの関心を持たれなかった、学問としてもね。でも非常に大きな金鉱が埋まってる、資源がたくさんある、そういう肥沃な土地だと言うか、未開拓であらゆる学問がそこに集中してきていますよね。産業も注目している。そういう状況です。そこにおずおずと、「いいんですかね…」みたいな話でやって来ると、蹴飛ばされると思いますよ。ものす

ごい勢いで世の中が動いているので。幕末の志士はテレビのイメージしかありませんけど、あんな感じで切り開いて行くという姿勢でないと、なんか弾き飛ばされると思います。リハビリテーション以外から来た人たちに。

**富口(砥上)**：確かに、まだ1年数ヶ月で恐縮ですが、実際にリハで働いてみると、整形外科側から見ていたリハビリテーションのイメージとは良い意味で違いました。臨床だけでなく研究分野に関しても、リハ科は全科に関係するので、幅広い疾患や障害に対応した視野・視点で勉強する事ができ、本当にリハ科に進んで良かったな、と思っております。学ぶべき分野、範囲が広すぎて1日24時間でも足りない、と思う時もしばしばありますが、リハ科の中での専門を絞る際には選択肢が広くてとても良いのではないかと、とも思います。これらの事が医学部生に伝わっていくと良いな、と思います。

**出江**：どう伝えるかが難しいんですよ。分かりにくいですよ。神の手みたいな話ではないので。

**豊岡**：そうですね。

**出江**：進歩したからこそ出来ることというのは選択肢がぐっと広がって、ますます富口(砥上)先生がおっしゃるように広いんですよ。ある程度整形外科でしっかりやった人だからこそ多分それがよく見えてると思うんですよ。面白いというのはね。こういうことを学生に伝えるのが難しい。何も知らないのです。整形外科とかいろいろな循環器内科とかもカテーテル入れたりするのも飽きたでしょうという感じの人に见せると、なんでこんなに残ってるんだと思いますね。脳外科医とか、神経内科とか。何よりもリハビリテーション学会が世界のニューロリハがここまで大きくなっているというのは、別にリハビリ科の医者が頑張ってるんじゃなくて神経領域の人がどっと押し寄せているんですよ。ラストフロンティア、眠れる獅子と書いてあったかな、ネイチャーかなんかに。

**知念**：私もリハビリテーション自体が医学の進歩のみならず、科学、工学等の進歩に伴い、ますます拡大していく可能性に満ちており、さらに現時点においても未開拓の部分が多い分野だと思います。その分野を開拓し続け、研鑽をつまれてきた出江先生にお聞きしたいのですが、若い時にこれをやっておいの方がよいということはあるですか？

**出江**：まず、20代できちんと目標を定めるべきです。東海大学の創始者の松前重義さんが教育熱心な方で、言葉を残していますが、若い時にちゃんと勉強し

ると。知識を蓄えろと。それから勉強するだけ、知識を蓄えるだけじゃなくて思想を持てと。何のためにそれを使うのかという思想を持ちなさいと。それから体力を鍛えよ。身体をちゃんと鍛えよと。そして4つ目が「若いうちに汝の希望を星につなげ」という言葉を残していて、若い時にちゃんと自分の目標というものに合致することにつながる感じですね。20代の時にもう自分が30年後に何をしたいのかということを目標として定めるべきですね。

**知念：**なるほど。私の恩師である埼玉医大リハ科教授の間嶋満先生も若い時に定めた目標・ライフワークを現在も突き進めており、軸がぶれないお姿と先生の今のお言葉は重なる部分が多いなぁと思いました。私はもう30代後半の年齢ですが、確固とした目標が定まっていません。出江先生はどのような目標をお持ちでいらっしゃるか教えてください。

**出江：**30年後も新しいことを見つけて行く姿というのを設定したわけです。今やろうとしていることは、脳科学者とそれからシステム工学者と、それからリハビリテーション医学との三者で新しい学問領域を作ろうとしています。脳科学の知見はもちろんいっぱいたまってきたんですけども、それを単純にリハビリテーションには使えないですね。その間を結ぶものとしてシステム工学者に入ってもらって、脳科学の知見からリハビリテーションにつながる治療の、あるいは障害のモデルというものを作って、それに基づいた、モデルに基づいたリハビリテーションを作るということです。その切り口として考えているのが脳内身体表現です。

**知念：**脳内身体表現という言葉は初めて聞きました。

**出江：**脳の中にある中枢神経系の中にある身体の仕組み、この一次運動野のホモンクルスがあるのはご存じでしょうけれど、自分の手を自分の手という所有感を持てるという、身体所有感とか、それから確かに自分の手がこれを動かしたという運動主体感ですね。これを生んでいる脳内の神経基盤を明らかにすることが出来れば、その回復をリハビリテーションのターゲットにできる。今はただ単に動かないからよく動くようにということですけど、でも中枢神経系の障害は先生方ご存じの通りそういうものではないですね。動かせる感じというのは患者さんが本当に自分の手をどう動かしているか分からなかったのが、その繋がりのような感じを持てる回復の過程の瞬間があって、その実態が何なのかということをも明らかにしたい。そのためには外から呼んで来なければ

駄目です。リハビリテーション医学だけで鎖国のようにしては駄目で、外からなおかつ対等にやって行く。

**知念：**先生のお話を伺って、改めてリハビリテーションは多様性、柔軟性に富んでいて、面白い・新しいと思えることがたくさんある分野だと再認識しました。でも、一緒にこの分野を掘り下げる仲間が少ないという現実があり、悩みでもあります。

**豊岡：**今まで授業として臓器別に分かれている授業のスタイルから言うと、ちょっと分かりにくいのでしょうか。

**知念：**仲間をふやすため、少しでもリハビリに興味のある若い医師を探した方がよいのか、あるいは興味を植え付けるように学生のうちから指導していくのがよいのか…。

**富口(砥上)：**出江先生のように整形外科や神経内科、脳外科等のリハビリに近い分野で活躍されてきた方でリハビリに少しでも興味を持っている方を積極的に勧誘する方法もリハ医を増やすためによい方法だと思います。

**出江：**それはひとつの大事な道筋ですよ。あとこれだけ回復期病棟がたくさんあってもリハ科の医師が充足しないで不十分な状態になっているということを目の当たりにすると、ちゃんとお医者さんをそこに配置しないと患者さんがよくならないし、もうちょっと言うと回復期病棟とか大学病院でよくした患者さんが地域に戻って行くわけですから、地域にいい先生がいなければ、せっかくの治療、リハビリテーションが活きないですよ。ですからやっぱり他人事ではなくて、勧誘しなければという問題意識は理解できるんですよ。その時に一方でちょっとこうリハ科医として、なんかりハビリテーション科の仲間を増やしたいという感じだけだと、つまらないと思うんですよ。自分の仲間を増やして利益をリハビリテーション医学会の方へ誘導するためというのは。

**豊岡：**言葉は悪いですけど権力を拡大するためにリハ科医を増やすという感じですか。

**出江：**それを拡大して行きたいという発想は副理事長としてはそう言っちゃいけないんですけど、つまらないなという感じはしますね。学会の執行部としては圏域を増やさなければいけない、拡大しなければいけない、多分自分の仕事だと分かってますけれども、一方でどうして若い人を勧誘するのかという時に、そこから自分の中であまりモチベーションが



湧いてこない。リハビリテーションは素晴らしいから神経内科医にも分かってほしいし、医工学分野の人にも分かってほしいというモチベーションはすごくあるんですよね。だから教育をやるわけですよ。でも、なんとか医局員を増やしたいというようなモチベーションがあまり…。

**豊岡：**今のリハビリテーションの素晴らしさを理解してほしいということと、リハ科医師を、医局員を増やすというのは次元が違うという感じがしますが。

**出江：**それもね、診療科の科長としてやっぱり言うてはいけないことで、医局の中の会議の中ではこれを僕の任期のあと残りの中の最大のミッションは、東北大学の医学部出身者を入局させることだというふうに言明しました。医局の中の会議で。それはやっぱりやらなければならない仕事なんでね。さっきのリハビリテーション科の圏域拡大も執行理事としての仕事なのでやらなければいけない。でも自分が若い時に描いた30年後の自分がやってきた仕事とはちょっと違うわけです。仕事と労働と活動の違いってわかります？

**豊岡：**仕事と労働と活動ですか。

**出江：**これも多分正解ということではなくて、受け売りですけどハンナ・アレントという政治哲学者がいて、本を読むとそういうことが書いてあって、僕の本を読んだ理解は労働というのはお金の対価ですね。仕事というのは簡単に言うと職人仕事で自分の技術を磨いて行って世の中で使えるような道具を作っていくようなもの、それが仕事。活動はもうちょっと自由で簡単に言うと芸術に近いものですね。だから自分が今やってることが労働なのか仕事なのか活動なのか、ちょっと切り分けて考えると、少し気が楽になったかなと思うんですよ。これは自分の労働、あるいは仕事としてやらなければいけないんだなと思っていることと、自分の人生としてやって行かなければいけないことが一致しないとちょっと苦しいというふうに思っていた時期があったんですけど、違うのでいいのかと。これは仕事だと、労働だというふうに切り分けてやると少し気が楽になる。

**富口(砥上)：**先生方のお話をお聞きしていて思ったのですが、これまで私も医学生や他科の医師に直接アピールしなければならない、と考えていました。しかし改めて考えてみると、リハ科はどうしてもありとあらゆる全ての診療科と切り離せないところに存在しており、我々が診療を行っていく中でリハ科

だけでは済まされない。もちろん、他科が主治医の場合も多いと思いますが、目の前の患者さんのADLを向上させる為には、他科の医師と関わり合いながら、共に相談、介入していく必要があると思います。その中で、リハ科医と他科医師がお互いの専門分野の知識を出し合い、協力しながら一丸となって患者さんに向き合っている姿を、他科をローテーション中の研修医や実習に来ている医学部生に見てもらう事で、間接的にリハ科をアピールできるのではないかと、思いました。うまく言葉にして言えないのですが、それにより、研修医や医学部生に間接的にリハ医の存在・意義を認識・理解して頂く、というアピールの仕方もあるのではないかと考え直しながらお話を伺っておりました。

**出江：**今の仕事の仕方がありますからね。

**富口(砥上)：**研究も含めリハ医の仕事ぶりを、間接的に研修医や医学部生はきっと見てくれていると思います。その中で、「リハビリテーション科っていいな!」と思ってくれて、リハ科を目指してくれる人が出てきてくれたら嬉しいな、と思います。

## コーチングとリハビリテーション

**豊岡：**RJNの他の世話人の先生からコーチングのことを聞いてくださいと言われまして、にわか勉強して来ました。リハビリテーションとコーチングをどういうふうに捉えたらいいのか教えてください。

**出江：**コーチングは特別な、それほどものではなくて、非常にマネジメントに長けた人材育成能力の高いマネジャーとか上司とか社長とかがいて、その人たちの取っているコミュニケーションのスタイルというのがあって、それを体系化したものだとは僕は理解しています。もともとはスポーツの領域でコーチがいたり、それはどちらかというと教えるコーチだったりしますよね。

ビジネスのコーチってアメリカが初めの頃で、90年代の多分前半ぐらいだと思うんですけど、企業のトップがコーチを付け始めたんですね。スポーツのコーチでもそうなんですけど、このあいだ聞いた話では吉井投手が大リーグに行ってしばらくコーチが何も教えてくれないので、なんでコーチしてくれないんですかと聞いたら、コーチというのは教えるんじゃないんだよ。君のことを一番よく知ってるのは君なんだから、君がまず僕に君のことを話してくれよと言ったんですって。ですからコーチは教え

るんじゃないくて聞くのが仕事なんですね。聞いて、その人が持っているものを引き出してくれるのがコーチということになります。

この手法は非常に有効で、人材育成にももちろん使えますよね。僕はここでは研究室のマネジメントにも使いますし、それから学生教育にも使います。ただ学生教育がちょっと難しいのは、初期段階は教えてあげなければいけないので、教え込むわけですね。そこを過ぎて自立してくる段階、つまり博士の後期課程ぐらいになると自分で問いを探さないといけないので、その人たちに教えてもしようがないとか、あまり意味がない。引き出さないといけなから、あなたが持つてゐる問いは何ですかということを引き出すのが教授の仕事ですね。テーマを自分で決めるので博士課程は。そこでコーチングを使う。ただ前期課程は研究の仕方を教えなければいけないので、どちらかと言うとティーチングになると思いますね。

あとは病院もチーム医療ですね。こちらの方には使えていて、研究として医療安全にも影響するだろうということまではわかって来ました。だから最初は医療面接で使うということを研究としてやっていて、医療従事者にコーチングを教えてアウトカムにどう影響するかという研究をして、次に病院組織の中にコーチングのコミュニケーションを導入して組織の活性化と医療安全にどれくらい影響を及ぼすかと、ここまで研究してやってきました。やはりいいだろうなというふうに思ったので、医工学研究科の方では医工コーチング概論、医工を付けなくてもいいんですけど、コーチング概論を2単位分ですから15コマ教えています。学生から大変好評で人生の目標をちゃんと設定できたとか、そういうことで前期課程、つまり修士課程の学生にコーチングを教えています。

**豊岡：**他学部の卒業生ですね。

**出江：**今も覚えています。リハビリテーション科への必須の技能の1つだというふうに僕は認識しているので、年に1回2日間かけて実習研修会を開催しています。

**知念：**研修会カレンダーでお見かけしました。

**出江：**もし興味があれば1月終わり頃にやりますので、ご参加ください。毎年やっています。

**富口(砥上)：**具体的にどういう事が学べるのかな、と私も興味を持って見ていました。

**出江：**実習担当者としてどうかという言い方ですけ

れども、2日間でコーチングをできるようにはならないです。研修で身につけるものではなくて自分で使ってみて身につけるものなので、学生に教えている15コマの講義は教えて次の週まで実践して、また教えて実践。それを繰り返して15コマですね。2日間教えても使わなければ意味がないです。

## **今日のインタビューを振り返って**

**豊岡：**そうですね。そろそろ時間ですので、先生方からひとことずつお願いします。

**富口(砥上)：**今日はリハビリテーションの基礎から臨床、コーチングのことまで幅広く伺えて非常に勉強になりました。今日の貴重な体験(施設見学など)や学んだ事を今後の糧に、更に深くリハビリテーションを学んでいきたいと思います。これからもよろしくをお願いします。

**出江：**はい、聞いてくださってありがとうございます。

**知念：**今日はどうもありがとうございました。出江先生に「カツ」を入れていただいた感じです。リハ医を続けるにあたって、目標を持ってやって行くということがすごく大事であることを痛感しました。本当にありがとうございました。

**豊岡：**出江先生、最後にこのインタビューを読む学生と若い医師へのエールをお願いします。

**出江：**私は恩師に恵まれ、よき先輩に恵まれ、同僚、後輩にも恵まれ、これは医局の中でも、病院の中でも、スタッフの人たちも含めてそうでした。今、自分のやりたいことをやってきて、よかったな。リハ領域の開国の状態ということを感じていて、すごく面白いと思います。やったことが早いうちに形になって世の中に還元できる、このタイミングを逃すと、世の中の状態が固まってしまうと思うんです。制度や学問の領域も流動的になっている中で、時間が経たずに実現できる時代なので、あまり狭いところでうまく利益を得ようとか、おいしいことをしようとか思わないで、自分が本当に生き生きとしてやれることは何なのかということに入って行くと、非常に面白い領域だと思いますね。

**知念、富口(砥上)：**今日はありがとうございました。

## 司会を終えて

---

インタビュー前に東北大学内を出江先生のご案内で廻りました。新しい校舎はスタイリッシュでオープンスペースがとりいれられていますし、動物実験用のMRI、手術室など新しい試みに目を見張りました。3.11からすでに4年がたちました。杜の都仙台は復興というより、新生という言葉がふさわしいように姿を変えています。障害を得た患者に対して新しい価値を見出すリハビリテーションと一緒に考えていきませんか。現役リハ科医師の発言から医学生や研修医の皆さんにもリハビリ科の魅力を知っていただきたいと思います。



# 編集後記

患者さんが、その人らしくいきいきと暮らせるように、医療者側は柔軟な考え方を要求される場面は多いかと思います。最先端医療やエビデンスのある治療法等も把握しながら、発想の転換や新たな視点に立って物事を考えることは必要で、リハ科は、柔軟な発想で、医療現場を開拓していく診療科とも感じます。RJNの基本方針は、「意欲ある女性医師の多くがリハ科医として、定着して活躍できるよう支援を行う」ですが、もちろん、誰もがやりがいを感じる職場環境が大切です。この「達人の流儀」は、リハ医学に興味を持ったきっかけ、進路や研究方法、臨床診療に関すること、その他リハ医学に関することや関係ないことも、

若手医師ならではの視点で達人たちへ質問を行っています。いずれの先生方もリハ医学の魅力について大いに語っておられ、医学生や若手医師へ伝えたいことがある時、発想の転換のきっかけがほしい時など、様々な場面でこの冊子を活用できるのではと考えております。是非、手に取っていただき、一読いただけますと幸いに存じます。

(中馬)

RJNの設立時に、「達人の流儀第3集」まで続くと予想したでしょうか？それもこんなに洗練された表紙の冊子になるなんて。リハ医学会でのランチ会、専門医会での医学生研修医向けのセミナーについては、当初、人集めに苦労したのがウソのように定着して参加者が

増えました。そこに参加できない医学生、研修医そして、リハ科専門医を目指す医師のためにこの「達人の流儀」があります。特にインタビュアーとして参加してくださった若手医師の目覚ましい成長、学会に参加する側から創る側へ移行はダイナミックで、花が咲いていくのを見るようです。インタビューに参加して勉強になったとか楽しかったといわれると、原稿づくりは本当に大変なのですが、その場に居合わせた幸運を感じます。リハ科医師として働くことの素晴らしさをこの第3集を読んで知っていただけたらうれしいと思っています。(豊岡)

# 表紙ひとこと

創刊時より表紙デザインをさせていただいております。私の勤める病院から望む駿河湾、全て和紙で色付けしました。寝たきりで胃瘻造設・療養型転院予定でしたがrTMSで覚醒させ全量自己摂取、歩行可能となり自宅退院した患者がモデルです。認知症だけど先生のことは絶対に忘れないと言ってくれた言葉を、私は一生忘れません。

国際医療福祉大学熱海病院リハビリテーション科 佐々木信幸

## 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3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](http://www.jarm.or.jp)

### 表紙・口絵デザイン

佐々木信幸

### 発行年月日

2016年5月25日

### 印刷・製本

株式会社 田中写真印刷

### 定価

300円(税込)

# 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。

