

特集1

回復期リハビリテーション病棟

若手医師

新春座談会

2024年・きのえたつ甲辰。暦の上で新しい1年の幕が開きました。

本誌1月号「特集1」でお届けする記事は「回復期リハビリテーション病棟 若手医師座談会」です。会員病院に勤務しリハビリテーション科の専門医を目指し専攻医として研修中の若き医師4名を招き、毎日の仕事のこと、チームの多職種と一緒に働く中で感じること、医師として自身で大切にしていること、これから先やりたいこと……打ち解けた雰囲気の中、四氏に楽しく真摯に語っていただきました。司会は同じリハビリテーション科専門医の大先輩、橋本茂樹・札幌湊仁会リハビリテーション病院院長（当協会理事、編集広報委員会委員）。

回復期リハビリテーション病棟

若手医師新春座談会

司会	はしもと 橋本	しげき 茂樹	当協会理事	札幌湊仁会リハビリテーション病院	院長
出席者	じついき 日域	けい 佳		西広島リハビリテーション病院	医師
	しまもと 嶋本	けん 顕人		東京湾岸リハビリテーション病院	医師
	なかむら 中村	せりな 静里菜		浜松市リハビリテーション病院	医師
	とおやま 遠山	しんいちろう 晋一郎		初台リハビリテーション病院	医師

リハビリテーション科専門医を目指す
4名の若手専攻医を招いて



司会の
橋本 茂樹 当協会理事
(編集広報委員会委員)

司会の橋本茂樹氏(以下、橋本) 皆さん明けましておめでとうございます。

出席者 明けましておめでとうございます。

橋本 今日は機関誌『回復期リハビリテーション』の若手医師新春座談会ということで、会員病院にリハビリテーション科の専攻医として勤務されている4名のドクターにお集まりいただきました。司会の札幌湊仁会リハビリテーション病院の橋本です。よろしくお願いします。

出席者 よろしくお願ひします。

橋本 では始めましょう。まず、お一人ずつ簡単な自己紹介をお願いします。

日域 佳さん(以下、日域) 西広島リハビリテーション病院の日域 佳と申します。2013年卒で、8年ほど救急医をやっていました。その後リハビリテーション科に移り、2023年春から今の病院に入職して回りハ病棟を担当しています。専攻医1年目です。

橋本 リハビリテーション科を選んだのは？

日域 前の病院では外傷診療がメインでそこから集中治療にかかわる日々でした。患者さんがよくなる過程で私たちが手がけている治療の部分が本当に微々たるもので、そのあと自宅に帰るまでのプロセスでいちばん重要なところはどこなのだろうと考えたときに、「やっぱりリハビリテーションがかなり関連しているのかな」と、この数年思うようになってきてまして。患者さんが回復期を経て普段の生活に戻っていく様子を見た気持ちがあります。

中村 静里菜さん(以下、中村) 浜松市リハビリテーション病院の中村静里菜です。私は2020年卒で、2年間の初期研修を終えてストレートで現在の病院のリハビリテーション科に入りました。専攻医2年目で今は急性期をローテーション中で聖隷浜松病院にいます。

橋本 中村さんはなぜリハビリテーション科を？

中村 初期研修で急性期を回ったときに、もちろん



西広島リハビリテーション病院

医師 日域 佳 さん



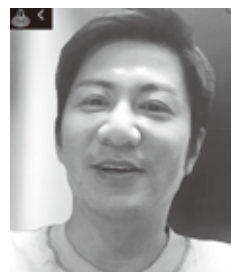
東京湾岸リハビリテーション病院

医師 嶋本 顕人 さん



浜松市リハビリテーション病院

医師 中村 静里菜 さん



初台リハビリテーション病院

医師 遠山 晋一郎 さん

治療が大事というのはわかったんですけど、治療が一段落してお家へ帰れるようになってもしっかり帰れないという方がいたり、脳卒中後の麻痺や誤嚥性肺炎などいろいろな合併症がある中で、受傷された人たちがどうしたらよりよく暮らせるかなとか、治療そのものよりもそちらのほうにだんだん視点が向いていて、それで選ばせてもらいました。

嶋本顕人さん（以下、嶋本） 東京湾岸リハビリテーション病院の嶋本顕人です。2019年卒で、その後、初期研修で2年間聖隷浜松病院に行ったので、浜リハにもお世話になりました。（笑）その後、大学の医局に戻って現在、専攻医3年目です。

橋本 リハビリテーション科を選んだきっかけは何だったの？

嶋本 大学にはリハビリテーション医学教室があり、学生時代のポリクリでリハビリテーション科を回れる環境はありました。ちょうどその頃、課外活動で東京芸大がやっている「福祉×アート」のプロジェクトにかかわっていて、医療がどれだけ患者さんに貢献できるのか悩ましいなと思っていて。その課外活動で障がいや福祉の領域には治療のできない患者さんが少なくないことも知りました。「治すことを主眼に置いた医療のアプローチだと限界があるな」と少しモヤモヤしていたんです。そんなときポリクリで回ったリハビリテーション科がすごく面白くて。今いる病院の回りハ病棟に須田先生という先生がいらして。「リハビリはワンダーランドだよ」とか「もう、ワクワクで、本当に何でも

できるよ」っておっしゃって。それがその時の自分にすごくフィットしたんですね。急性期も診られるし回復期も生活期も診られる。疾患も臓器ごとではなく患者さんの活動を軸に幅広く診られる。仮に治せないとしても、そのあとまだ何かいろいろアプローチできる。それでリハビリテーション科医になろうと思いつめた、という感じです。

遠山晋一郎さん（以下、遠山） 初台リハビリテーション病院の遠山晋一郎です。2011年卒で、初期研修後10年ほど主に内科の診療に従事していました。その後半、主に在宅診療をやるようになって訪問先で生活期の患者さんたちに触れ、生活機能維持のためのリハビリテーションがどれだけ大事かを肌で感じました。そこからリハビリテーションに興味をもって専門医を目指したいということで現在、専攻医2年目です。

橋本 皆さんそれぞれリハビリテーションの可能性を感じて中村さんと嶋本さんはまっすぐ、日域さんは救急医から、遠山さんは内科医からそれぞれリハビリテーション科を選択されて、今は専門医を目指して各病院で研修中ということですね。わかりました。

チームの多職種と共に ～毎日の仕事、自身の役割

橋本 毎日の仕事はどうか。日域さんは回復期に来てまだ1年足らずのようだけど、楽しくやれていますか？

日域 はい。以前はもうずっとほぼ意識のない人ばかりを相手にしていたので、患者さんと毎日話せること自体がすごく楽しくて。ふだんどういふところに変化を感じているとか、何をよくしたいのかを患者さん本人に直接訊けるっていうのが私としてはとても新しい出来事です。そこを毎日確認しながら「変化」を感じられることが楽しいです。

中村 私も患者さんとお話するの結構好きです。回復期はリハビリテーションの様子をじっくり観られるので、患者さんが頑張っている姿や、最初はなかなかできなかった動作が徐々にできるようになっていく過程を患者さん本人もですし、他の職種と共有しながらご家族にも見ていただけるのがとても楽しいです。いろいろな職種がかかわるので、医師以外の職種の視点から「こんな考え方もあったんだな」みたいな新たな発見がある点も楽しいと思います。

嶋本 皆さんのおっしゃっている患者さんと話せるっていうところもすごく面白いなと思っていますし、あとは復職支援などで会社先とうまく話を進めたり、チームをまとめながらどういう方向にもっていくのか―義足を作る／作らない、この人は歩行を目指すのか目指さないのか…、そういうことを議論していきながら普通なら「もうこのあたりまでいいよね」とか「こんなところで落ち着くんじゃない？」ってなっているだろうところより、もう少し“高み”を目指して取り組み、最終的によりよいゴールに到達できたときは、個人的にですが仕事として「うまくやれたかな」という感覚があります。

遠山 リハビリテーションの分野では他科より「チーム医療」の重要性が重要視されているのかなと思っています。私、最初は血液内科医だったんですが、血液内科は基本的にはもう医師がすべて方針を立てて進めていく感じでずっとやってきました。それがリハビリテーション科では、もちろん医師はチームのリーダー的役割を果たしますけれども、その中でいろいろな職種からいろいろな視点でアドバイスをいただけます。「みんなで一緒に診療している」という感じがあって、

わきあいあい
和気藹々としていてすごく楽しいです。

橋本 皆さんありがとう。それぞれの発言から楽しい職場、仕事の雰囲気を感じました。

遠山さんからチーム医療という言葉が出ました。ドクターというのはチーム医療の中のリーダー的な存在であり、他の職種のスタッフと話をしながら全体の目標や方向性を決めていくのがリハビリテーション科のチーム医療の特徴だと思うんだけど、皆さんは今専攻医でまだそんなに豊富に経験がない中で、立場・役割的には他職種から評価や判断を求められるわけでしょう？ そんな中、こんなことができたとか、こういうところがまだうまくできないとか、日頃感じていることを話してもらえますか。

遠山 初め内科医として長く勤務してきたので、全身管理に関してはある程度自信があるんですけど、肝腎のリハビリテーションに関する診断・治療に関して当院には熟練したセラピストさんたちがたくさんいて知識も経験も長けていますので、わからないことは逆に変なプライドは捨てて何でも訊くようにしていますね。チーム内では医師がリーダー的な立場でするので、本当は自分がいろいろアドバイスしていかなくちゃいけないんですけども。（笑）2年目だとまだそこまでできない部分もあるのでもう職種を問わず、多くの方からいろいろなことを教えてもらって今吸収しているところです。

嶋本 回復期での勤務は2023年10月でちょうど1年経ったところです。最初は全然予後予測もよくわからないし知識も不足している中で、どこを目指すっていうことも言えないところがありました。各セラピストさん、ソーシャルワーカーさん…皆さんの助けを借りながら、全員の話を聞きながらそれをうまくまとめるぐらいにしかでできていなかったなと。ただ、チームのメンバーそれぞれの考え方や目標には違っている部分もあったりするので、それらある程度集約させることは重要だと思っています。初めは医師としてかかわれている、リハビリテーション科医としての専門性を活かしているなという感覚はあまりなかったですね。この頃

は少し経過がわかるようになってきて、「自宅に帰る方向で頑張ってみましょう」と方針を打ち出すとか、もう少し高いゴールを提示してみるとか、今どういう点が問題になっているのか、患者さん・ご家族に訊いたり説明したりできるようになってきて、だんだんとチームでの医療にかかわれるようになってきたかなと。

中村 できたことというよりは自分で意識していたことで、他職種の人から話しかけられやすい雰囲気というか、何か意見を言いやすい雰囲気を作ろうとはしていました。最初は当然、他職種の人のほうが経験も知識もある状態で、たとえば、「装具見てください」とか「義足見てください」と言われ、正直よくわかりませんでした。そういうときにはもう義肢装具士さんに“逆質問”をしていろいろ教えていただきました。あと、困ったのは医療保険制度や介護保険制度のことですね。医学部では全然習ってこないのでも何かわからなくて。そこはソーシャルワーカーさんにいろいろ質問して吸収するようにしました。

日域 私はまだ全然リーダーシップなんて発揮できないんですけど。こちらに来て思ったのが、患者さん皆さん、早く退院して帰りたいがるなという印象です。もう少し入院を続けてできることを増やしてから帰ったほうがいいんじゃないかと思っても、なかなかそこを譲ってくださらない方が結構いらっしゃいます。前の職場だったら私、たぶん一人で説得を試みていたと思うんですけど。こちらではそういうときに他職種が「ゴールを再設定しましょうか」とか「在宅サービスをいくつか追加して帰すほうにちょっとシフトチェンジしていきますか」と提案してくれたり、病棟での会話から耳寄りな情報（例 病前の具体的な生活状況や、「実は…ができるようになってから自宅に帰りたいと当初、希望されていた」等のカギとなる発言）を引き出して教えてくれたり。それによって、ただただ「もうちょっと頑張りましょう」というのではなく、具体的な目標を再設定できるようになったというか、そこは今までにはなかった大きなチーム力を感じます。

橋本 そうね。他職種の話を聞きながらみんなで相

談し合ってよりよいゴールに近づけていくプロセスがある。そこはリハビリテーション科ならではの面白いところかなと思います。

医師として 大切にしていることは？

橋本 僕が若かりし頃、当時のリハビリテーションは外来が今より長くやれたこともあって、通^{かよ}ってくる患者さんたちといろいろな交流ができました。患者会もしっかりしていて、その患者会に参加してリーダーたちと飲んだり、旅行に付き添いでついていったり。そうした患者さんたちとの人間同士のつきあいを通じて「障がい者とともに歩む」ということがとても大切だと感じて、今もそのことが僕自身の中で大きなウェイトを占めている気がしています。実は今日もね、つい先^{さつき}まで他所で講義を受け持^{よそ}っていて前半を途中まで話してあとの半分を友人に任せて病院に戻ってきたところで。その友人は脊損の僕の元患者さんで、もう20年来のつきあいになるんだけどね。

皆さんもそれぞれ医師として大切にしていることってあるんじゃないかと思います。あるいは「将来はこんなリハビリテーション科医になりたい」でもいいです。それをお一人ずつ話してくれますか。では、遠山さん。
遠山 今回復期で働いていてすごく大事だなと思うところが患者さんの障がいの受容のところですね。急性期で主に働いてきた期間が長いので、急性期だと障がいをまだ受け止め切れていないというか、実感できていない患者さんが多かったんですけど、今働いている回復期はそうした時期を脱した患者さんが、ご自分の障がいを目の当たりにする場なのかなと感じています。患者さんの反応もさまざまですけども、今まで心理的・精神的ケアの面に正直あまり注力してこなかった分、今は「病気」を診るのではなくて「その人」を診るということで、そこに重きを置いて意識的にかかわっています。

橋本 精神、心へのアプローチのところだね。大事だと思います。嶋本さんはどう？

嶋本 自分の中で「これだな」って思うことはまだ定まってはいないですけども、少なくとも臨床をやっている中で自分としては「可能性を潰さない」というか、できる限り患者さんの今後の回復や機能の可能性を潰さずにやれることをやる…当たり前のことなんですけど、自分の受け持ちの患者さんが自分が受け持ったことによって悪くならない、自分が持った以上はできる限りのことをやるということを自分の中では重視しています。

リハビリテーション治療の中だとどうしても歩行は「ここぐらいまでで仕方ないよね」とか、食事でも「これぐらいまでが限界だよな」というふうになりがちかなと。だけど、それらをそうしないことが重要なと思っているので、今現在僕の中ではその可能性を追求する、できる限りのことをやることを、回復期の医師として働いている中、患者さんと向き合う中では重視しています。

橋本 大切な姿勢だね。僕もそうだな。今入院の患者さんも外来の患者さんも診ているけど、他の病院で治療を終えた人がウチの外来に来たら、「来たときよりも（僕がかかわることで）生活機能の何かの点で絶対にもう1ランクよくしよう」って思うもん。（笑）これは僕自身の信念です。しつこいと言われるかもしれないけど。中村さんは？

中村 障がい受容の話にちょっと近いんですけども、患者さんお一人おひとり何か病気を発症してから回復期の病院に来るまでの期間もさまざまですし、それぞれの方で病気や障がいの受け止め方も違って、最初、入院時に面談をするんですけど、できるだけ患者さんに喋ってもらって、患者さんが今どういうふうにご自分のことを考えているのか、患者さんの話をたくさん引き出していけるような人になりたいなと思っています。

橋本 いいね。そうやって患者さんの心に寄り添うというのはリハビリテーション科医としての大切な姿勢だと思います。寄り添いながらその方の新しい一歩と一緒に見つけて差し上げることがとても大切だと思う

な。日域さんはどうですか？

日域 嶋本さんのお話に近いかもしれませんが、私たち医療者が考える現実的な目標と患者さんが思い描く目標って、違うときがあるかと思うんです。そういうときにもその患者さんが描いた希望や可能性を否定したり諦めるように仕向けないというか、どこをどう介入すればその患者さんの希望により近づけるのかというところはいちばん大事にしたいなと思っています。「自分の家に帰りたい」と願っている患者さんに退院後の施設入所を勧めてしまう…。そうしたことは本当はやってはいけないけれど、現実にはまああることなのではないかと思っています。そうした患者さん本人にとって望ましくない現実的な選択肢が最有力だったりする中で、チームのまとめ役として各職種の力をどう調整すれば一定の制限の下で最良に近いゴールにもっていけるか、私はそこが回りハ病棟の医師のいちばんの頑張りどころなのかなと思っています。まだまだ全然力不足で総合的に考えられないことが多いんですけども、なるべくそこに近づけるように頑張っていきたいです。

橋本 大切なのはそこだね。患者さんの思いを尊重し、寄り添いながら望ましい方向を探り、チームの回復期リハビリテーションのゴールを近づけられるか。当然、物理的な限界も時間的な制約もあるけれども、よりよいゴールを狙ってそこに限りなく近づけていこうとする“諦めない心”っていうかね、それが僕たちリハビリテーション科医には必要だと思っています。

病院の他職種の人たちとの交流は？ 勉強は今どんなふうにやっている？

橋本 それぞれ他の3人の同じ専攻医の人たちに訊いてみたいことは何かない？

遠山 いいですか？ まだ、なかなか…世の中的にも飲み会を開くとか難しいと思うんですけども、皆さんのところでは、病院の多職種同士の交流の場—飲み会じゃなくてもいいです—を作ったりされていますか？ 今はどんな感じで交流されていますか。



日域 ウチはまだちょっと公のそういうのはまだ一切禁止になっていまして、実は去年の春に入ってから職場の方と食事や飲み会に行ったことがないんです。なので、まだ全然仲よくななくて。(笑)

橋本 まだそんなに厳しいの？ ウチは以前に比べれば結構緩くなったけどね。スタッフ間とかで飲みに行ってもいいけど大人数だけは避けるようにっていうことで。

日域 飲み会はやりたいという方も多くて、たぶんそのほうがいろいろ深まるものもあると思うんですけど、どうしてもコロナがほぼゼロにまで収束しない情勢下では厳しいという判断だと思います。

橋本 そうだね。嶋本さんのところは？

嶋本 ずっと厳しかったんですけど今は細則はありますが一応8名まではOKって形になっているので、飲み会とかはたまに開いたりしている感じです。昔はそれこそ忘年会とかあったみたいですけど、そこら辺はやはりなくて軽く食事をとるとか。そんな感じでの交流がメインです。

橋本 まだまだ厳しいね。中村さんのところはどう？

中村 ウチも結構厳しくて、私もなかなか他の職種のスタッフと職場以外で会ったり会話するっていう機会がもてないですね。

橋本 厳しいねえ。初台はどう？

遠山 初台は嶋本さんのところと近いですかね。5、6人ぐらいまでならOKって言われてるんですけども、そうするとセラピストたちとかいろいろな職種の人を集めてやるのは難しいので、実際のところそんなにはできてないという感じです。

橋本 みんなの話を聞くと全面解禁はまだまだ遠そ

うだね。

昔はどこでもそうだったと思うんだけど、ウチの病院でもリハビリテーション科の連中ってみんな真面目で夜10時すぎぐらいまで残ってて症例発表の準備の勉強会やっていたり、論文いくつも読んだりしていたね。僕も自分の仕事と研究発表の準備が終わってそのぐらいの時間になって、帰ろうとして部屋覗くと連中まだ残ってやっているんだ。それで、「今から飲みに行くぞ」ってススキノへ繰り出して12時、1時まで飲んで別れて。で、翌日はみんな元気に出てきて普通に仕事していたからね。(笑)今はそんな時代じゃない気もするけれども、一方ではそういう仲間同士、仕事の面でお互いに刺激し合いながら打ち解けてワイワイ飲んで話をして過ごす場があったというのは飲み会のいいところかなと思います。嶋本さんからほかのみんなに訊きたいことは何かある？

嶋本 皆さん今どういうふう勉強されているのか、結構気になっています。リハビリテーションの領域ってやっぱり実際の場面でその動作なり活動なりを見てもらわないと…本だけ開けて勉強していても仕方ない部分がたくさんあると思うので。今自分のところはリハビリテーション科医が10人ぐらいいて専攻医の若手が4、5人、教育・指導してくれる人もいますので学べる環境だとは思いますが。ただよりよい勉強方法や指導体制があつたりするかなと…気になっています。皆さんどんな感じで日頃仲間と切磋琢磨しながら勉強されているんだろうというところを知りたいです。

橋本 中村さん、どうですか？

中村 おっしゃるように、なかなか座学だけでは学び切れないところはあるかなと思います。その点、幸い

当院にはドクターが15名ほどおり、特に中堅の指導医レベルの先生方が充実していてどなたに訊いても優しく教えてもらえる職場です。ふだんは基本的に指導医の先生にご指導いただきながら週に1回、その先生とペアを組む形で回診をしています。加えて、その上の先生方一元院長の藤島（一郎）先生か、副院長の高橋（博達）先生—ともう1回回診する機会が設けられているので、そのとき質問できるように日頃いろいろ書き留めておいて、先生方からご意見やアドバイスを伺いさらに勉強するという感じです。あとは珍しい症例があると「何時にデモやるから見において」と先生方から連絡してくださるのでその患者さんへの対応を見に出かけて勉強する感じです。

橋本 実臨床で回診を活用する、ペア回診の形で病棟を歩きながら話ができて質問や相談もできるという体制があるのはいいね。日域さんはどうですか？

日域 リハビリテーション科の専門医4名を含む11名で、若手は私を含めて2、3名という体制です。みんなと一緒に勉強したりディスカッションしたりという場は特にはないです。正直、私自身、今はまだ1人で座学やリハビリテーション室に患者さんの訓練を見に行ってもわからないところをセラピストの方に訊いて教えていただくことがメインになってしまっています。これから下に若手の新しい医師が入ってきたときに勉強する場や知識・技能を伝える場を作りたいという思いもあるんですけど…。

橋本 まだ半年強で日が浅いから手探り状態だろうと思います。遠山さんはどうですか？

遠山 医師は15名ぐらいいて半分が若手の専攻医、半分がリハビリテーション科の専門医の先生方です。実臨床に落とし込んだ勉強ということでは週に1回、昼の時間帯に1～2時間程度、若手が困っている症例などを上級医の側に相談し、上級医が若手に代わって実際に患者さんを診察する様子を若手側がみんなで見学という場があります。上級医が実際に患者さんを診る形でその方が困っていて若手が対応に難渋していることを解決できる場な

ので、すごく勉強になりますし、助かっていますね。

橋本 実際的でとてもいい教育の場だね。

「ここはまだ改善の余地あり」 病棟での多職種協働に課題は？

橋本 医師の側から回りハ病棟と一緒に働いている他職種への要望、「ここはもっとこうしてほしい」というような注文は何かありますか？

日域 看護師さんは皆さん^{きづか}気遣ってくださいますし、セラピストの皆さんも^{すき}隙を見て声をかけてくださいますが、こちらがちよっと何か作業していたりすると遠慮して声をかけないようにしてくれている方も多いかと。「まだうまくコミュニケーションとれてないのかな」とって…最近の悩みです。（笑）「何かあればいつでも声をかけてくださいね」「すぐ教えてください」と日頃から伝えてはいるんですけど…。

橋本 遠山さんはどうですか？

遠山 同じようなことになりますが、私…専攻医としても医師としては12年目になるので、若手のセラピストさんたちから見ると年も開いていることもあって、思っていることがあっても遠慮してなかなか言ってくるようなところはあると思います。ただ、当院は職種による垣根を作らないよう、開院時（2002年）から全員同じユニフォームを着て医師を「～先生」とは呼ばず「～さん」付けで呼び合う伝統が浸透していますので、「～さん」付けで呼んでくれる、そのことだけでもかなり同じ目線で話し合うことができている助かっていることが多い気はします。

橋本 中村さんはどうですか？

中村 不満は…今は特にはないですかね。他職種の皆さんは割と些細なことも結構逐次報告をしてくださるので助かっています。看護師さんも、こちらが質問したらすぐにほしい答えを返してくれますし、セラピストさんにはリハビリテーション治療のそれぞれの専門分野で何か訊けばすぐ教えてくれます。ソーシャルワーカーさんも患者さんやご家族との面談で何か発見があればすぐ伝えてくれるので、助かっています。

橋本 うまく行っていると。嶋本さんはどうです？

嶋本 「こうしてほしい」と思うことは僕もそんなにはないです。確かに他職種が忙しそうなの医師への気遣いから報告しないでくれるようなことがときどきあって、それがあとあとちょっとした問題になったこともあったので、そこは気兼ねなく何でも話してほしいなと思っています。リハビリテーション室に訓練を見に行っているとき、実施している訓練の狙いや目的を深く説明してくれたりすると嬉しいですよ。

橋本 他職種への要望がそんなにはないんだね。それだけみんなしっかりチームに溶け込んでやれているんじゃないかな。僕たちの仕事場の回りハ病棟って、みんなすっかり慣れて当たり前になってしまっていると思うんだけど、チームでかかわるのが基本形だから、その中ではほぼ毎日カンファレンスがあるし、朝夕全員でミーティングと申し送りもある、病棟、病室、トイレや浴室でいろいろな評価をしたり、ステーションで他職種と言葉を交わす場面も結構多い。他科から見れば、僕らがチームで動きながらいろいろなことを話合うチャンスっていうのは全然量が違うのかな、断然多いんじゃないかな。時々回りハ病棟を当直してくれる他院他科の先生から「看護師さんがすぐ僕を呼びに来る」ってよく言われるんだけど、それぐらい、回りハ病棟には他科よりずっと言いやすい状況があるんじゃないか、そんな気持ちもちながら僕は働いています。

多職種チームで一緒に仕事をしていく中で職種間のコンビネーションというか、「ここはもう少し改善の余地あり」と感じている部分ってある？ 嶋本さん。

嶋本 チーム医療としての高み…漠然と思っているのは、たとえば内科だったら医局カンファレンスが毎日開かれて治療方針が決定し共有されて…みたいな感じかなと思います。一方、リハビリテーション科ではたとえば、2回目以降の定期カンファレンスの場合、各チームに1、2年目ぐらいのPT・OT・STがいてそのそれぞれに先輩がついてフォローしていると思うんですけど、カンファレンスに出てくるスタッフ自体は経験の浅い1、2年目の人たちです。かつ医師であ

る自分自身が未熟という状況があるときに、たぶん、1、2年目の人たちは事前に上長からいろいろ指導を受け、議論やディスカッションを経てその定期カンファレンスの場に出ているし、僕も上の先生からいろいろ助言を受けながら出ていますけれども、それらがうまく共有されていないと当座の議論がプアになったりカンファレンスが充実したものにならないことが時々あるのかなと。事前にその若手のバックアップに入っているPT・OTの上長と話をしていたら、より専門的見地から協議ができるし情報共有もより密になるんじゃないか、と思うことがあります。自分も未熟な部分があるので他者が悪いと言いたいわけではありませんが、よりよい情報共有の方法があればと思います。

橋本 なかなか難しいところだね。セラピストに関しては全国的にどこの病院も半数程度はキャリア3年目以下の若手が占めている状況に近いのかなと思います。遠山さんはどうですか？

遠山 セラピストと看護・介護スタッフの連携が取れていないところがあると感じています。リハビリテーション場面ではADL練習で更衣とかトイレ動作ができた患者さんも、病棟に戻って病棟の生活面でそれをやるかという、そこは介助依存的になってしまうとやらないという人も結構多くいらっしゃって。自分でやれることは看護・介護スタッフも促していきましょう、そうなったときに介助の仕方がわからないならナースもケアワーカーもリハビリテーション室で実際にセラピストから教えてもらって病棟でも繰り返し実践する、そうした点がまだ十分徹底されていない、緊密な連携が取れていないと、この2年働いてきて感じます。

橋本 初台はそういう情報交換、技能の移転・共有がとてもうまくできているイメージがあるんだけど、それでもときどき職種間で情報共有が十分とはいえない場面があると。

遠山 ええ。カンファレンスに出れば皆さん話題を提起するし議論も提案もするんですけど、日頃スタッフステーションのデスクの横同士でカルテを打っているのにそこではまったく話し合っていない。(笑) すごい

う場でもっとも話をし合ったらいいのと思います。

橋本 なるほど。そのあたり、西広島ではミニカンファレンス、軒下カンファレンスを使って情報共有をかなり深めていっているイメージだけど、どうですか。

日域 ミニカンファレンスは2週間ごとに主治医も含めて全職種で朝、病棟ごとに実施しているので、職種間の意見交換はすごくしやすいなと思います。軒下カンファレンスはミニカンファレンスに至るまでに医師を除く職種間で行う情報交換の場なので、本当はそこに私もちょっと入りたいと思っているんですけど、医師がいない場で言いたいこともあると思うのでそこはそこでお話をしてもらって、気になるところは各職種の役職者と話をして情報共有しています。

私からも1つ質問していいですか？

橋本 どうぞ、どうぞ。

日域 今頸損の患者さんを担当していて、チームのSTさんが「お楽しみ程度の食事ができるようにする」という目標を掲げて取り組んでくれているんですが、呼吸器感染症を毎週起こしていて「いつまで続けるべきなのか」をSTさんにどのタイミングで言おうか悩んでいます。頑張ってもらっている気持ちにブレーキをかけてしまうんじゃないか。「言いたい」気持ちはあるんですけどタイミングが難しくて。

橋本 「食べる」こと、摂食嚥下に関して浜リハには「えんげセンター」(リハビリテーション科専門外来の嚥下外来)もあってきめ細かな対応に定評があるけれど、中村さん、日域さんの今のお悩みのようなときはどう対処していますか？

中村 VF、VEで条件の再設定を行って、より安全に食べられる条件がないか、もう1回探るかなと思います。

日域 検査を入れ込むタイミングは医師の側から提案されることが多いですか、セラピスト側からの提案が多いですか？

中村 割とたぶん、セラピストさんのほうから言うことが多いかなと思います。

橋本 初台ではどうですか？

遠山 半々ぐらいですかね、私から提案することも半分ぐらいはある気がします。

橋本 湾岸では？

嶋本 一般的な症例では主にSTさんが提案することが多いですね。ワレンブルグ症候群(延髄外側梗塞)による嚥下障がいでの入念な治療が必要であるとか、一般的ではない症例等の場合は医師の側から「こういうペースで行きましょう」という感じでの提案が多いです。

橋本 今はSTさんが「何とか口から食べさせたい」という点にフォーカスしているところだと思うから、「一度検査をして評価し直してみようか」と日域さんのほうからSTさんに提案してみるのもありだと思います。

日域 ありがとうございます。今度折りを見て話します。

退院後の生活期フォロー 地域リハビリテーションへの参画

橋本 皆さんは「地域リハビリテーション」の領域への興味はありますか？ 地域や「まち」に目を向けて病院として地域の会合に出るとか、個人ボランティアとして「まち」の活動に参加するとか。まだみんなそこまでいってない感じかな？ 遠山さんはどうですか。

遠山 法人として地域の祭りに参加したり、脳卒中などの病気をテーマにした市民向けの講演などには医師の輪番で出たりしています。

橋本 医師会の健康講座みたいなイベントもあるよね。嶋本さんはどうですか？

嶋本 今は病棟専従ではないので外来を週1回、あとは通所リハビリテーションなど附属部門でリハビリテーションしているところを診たり、退院後の患者さんをフォローしたりと、生活期に近い位置で患者さんを診る場面はありますけれども、まだ自分から地域に出ていって活動に参加して…という感じではないです。

中村 私も今は急性期病院の勤務なので回りハ病棟退院患者さんの生活期のフォローがなかなかできていません。来年あたりは訪問診療をしている近くの

クリニックに見学に出ようかと考えています。

日域 私もまだ全然ないです。セラピストさんが定期的に市民公開講座などに出ているので機会があれば、病院外の地域活動にも参加してみたいです。

橋本 西広島では入院中の最終のカンファレンスで退院後の生活期のイメージをかなり具体的に見える化している印象をもっているんだけど、退院後のフォローアップにはどんなふうにかかわっていますか？

日域 私自身は毎回行っているわけではなく看護師さんやセラピストさんが行くことが多いんですけど、退院時訪問や退院後訪問を実施して自宅の様子を見に行き生活期サービス機関に渡す情報をサマリにまとめ、「回りハ病棟を自宅退院後はこんなご自宅の環境下で過ごされています」と、生活の評価を渡す形でつないでいます。

橋本 初台では退院1か月後と3か月後だったかな、「フォローアップ外来」として退院後法人のサービス利用のない患者さんに無償で外来に来てもらって、医師の診察を含め各スタッフがそれぞれ評価し患者さんと家族に現況を説明・助言するシステムがあったと思うんだけど。

遠山 定かではないのですが、ちょうどコロナ禍の最中に入職しましたのでコロナ禍以降休止中の可能性があります。マストでは実施していない気がします。

橋本 退院後のフォローを今はどんな形でやっていきますか？

遠山 当院を退院後も引き続き生活期リハビリテーションを続けていきたい方は外来に通われたり、法人の訪問リハビリテーションにたくさんの方が移行されるのでそうした形でのフォローがメインです。

橋本 浜リハではどうですか？

中村 気になる患者さんは看護師さんが退院後訪問に行き経過報告してくださるのでそれで把握をする、訪問リハビリテーションの報告書を読ませてもらっています。外来でも嚥下や高次脳のフォローをします。

橋本 湾岸ではどうです？

嶋本 感染症対策の兼ね合いかもしれませんが現

在、退院後訪問は実施していません。自分の受け持ち患者さんで気になった方は外来でフォローしますし訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションを利用される方は少なくとも3か月に1回、当院来院時に装具なども含め一通りフォローする感じの対応です。

橋本 皆さんありがとうございます。

何でこんなことを訊いたかというと、僕たちが目指すところは「退院」ではなくて退院してから3か月後、半年後、1年後…にその人が地域社会の中でいかにいきいきと生活してくれているかということだから。その人自身の生活をいかにもう1回作っていくか、自ら「生きよう」とされている部分をいかに支えるか、これらは僕たちにとって興味・関心の中心領域なのかなと思います。

今僕がやっている院外の仕事は、認知症の人たちが地域でいきいきと暮らせる「まちづくり」です。病院がある札幌市中央区に「桑園地区^{そうえん}」という人口3万ぐらいのエリアがあるんだけど、そこを認知症の人に優しい「まち」にすることを目指していて、多くの仲間―地域に住んでいる人たちをはじめ、まちづくりセンターや地域包括支援センターの所長さん、大学の先生たち、リハビリテーション専門学校の先生たち…いっぱい仲間を集めて地域づくり、「まちづくり」をしています。

認知症っていうのは認知症そのものが「障がい」なんだよね。“認知症”という名前自体にすでに高次脳機能障がいベースとした生活障がい内包されている。だから、その人たちが生活しやすい「まち」や地域なら脳卒中の人たちにも優しい「まち」になっていくだろうし、高齢者や子どもたちにも優しい「まち」になっていくんじゃないか。そのとっかかりとして“認知症の人に優しい「まち」”というコンセプトはとてもいいのかなと感じながら、今、僕の毎週末土・日の時間をそこに使っています。皆さんにもぜひ、同じ思いを共有できる仲間を増やし、理想を一步步づつ形にしていっていただけたらと思います。

「こんな人になりたい」 ～それぞれが目指す医師・人間像

橋本 最後に…これ初めのほうでも訊いたんだけど、改めて皆さんが目指すリハビリテーション科医師像を、それぞれの言葉でもう1回聞きたいと思います。では、中村さんから。

中村 まだあまり具体的ではありませんけど、リハビリテーションって疾患も結構多岐にわたりますし患者さん一人ひとり状態が違っていて診る対象がバリエーションに富んでいるので、私もできるだけ広く診られるリハビリテーション科医、患者さん・ご家族に「この先生に任せたらよくなる」、そうした信頼を寄せてもらえる人になりたいです。

橋本 ありがとう。では、日域さん。

日域 リハビリテーション科医って、「日常生活を送るために必要なサポートができる」というところが医師ではあるけど医師らしくないというか、ちょっと不思議な職種だなんて感じています。毎日の生活のために何ができるかを医療の側面だけでなく、患者さんと一緒に考えられる人でありたいと思っています。すごいほわほわした話で申し訳ありません。

橋本 ありがとう。では、嶋本さん。

嶋本 自分自身、将来的には臨床医、リハビリテーション科の専門医もそうですが、厚労省の役人とか、そういう道も考えています。いずれにしても、患者さん・家族がいきいきと生活できること、治せないかもしれないけれどもより能力を高める、能力としてはもう上がらないかもしれないけれども日々の生活が楽しいと思える…。何かそういう…たぶん QOL だとは思いますが、その向上を提供できる能力をもてるといいます。そういう医師としてあり続けていきたいと思っています。

橋本 いいですね。少しでも可能性を追求していく嶋本流の締めの一と言で。では、遠山さん。

遠山 回復期の座談会でこういうことを話していいのかちょっと迷いますが、私は在宅診療からリハビリテーションに興味をもった者なので、最終的に

は生活期の患者さん、特に介護期、終末期の患者さんを診たいと思っています。これから日本が高齢社会から多死社会に突き進んでいって在宅で看取る人がどんどん増えていく中、そこでどう人間らしく最期を迎えることができるか。

リハビリテーションに関しては「終末期リハビリテーション」のあり方が依然、確立されていないと思いますので、それを確立化していきたいのが1つ。また、今後は緩和ケア専門医の資格等も取り、いろいろな知識、技術を得て人間の最期の場面で多方面からアプローチのできるリハビリテーション科医…というより「医師」になりたいと思っています。

橋本 リハビリテーションの知識や技術はそういう場面ですごく活きると思うんだよね。僕も総合内科の医師たちと議論する機会が結構あるんだけど、総合内科医の人たちがリハビリテーション科医の研修で学ぶと患者さんを診る力が1ランクも2ランクも上がると思います。将来、遠山さんがそういうリハビリテーション科医、総合内科医の力を兼ね備えて生活期のフィールド、在宅で暮らす人たちの最期を看取る医師になっていくのは、希望としてすごく大きな、いい希望だね。

皆さんからいろいろな話を聞くことができてとても楽しい時間でした。本当にみんなの心から出る言葉をいっぱい聞くことができたと思います。将来楽しみな4人です。これからも注目していきたいと思います。それぞれのご活躍を応援しています。

ありがとうございました。

出席者 ありがとうございました。