

序

◆ 私もリハは苦手でした……

私も、最初から家庭医療学やリハビリテーション（以下、本増刊全体を通して「リハ」とします）医学を学びたいという考えがあったわけではなく、「内科全般を広く診て身近な人の助けになりたい」という考えで医師としての研修をはじめました。

初期研修では総合内科医をめざし、救急外来や各科病棟で多彩な症状や疾患の診断学を重点的に学びました。また、「体だけでなく心も癒やしたい」と考え、リエゾンコンサルテーションを通して心理面の評価やケアを身につけ、心身一如モデルなども学びました。

後期研修に入り、主治医として多くの患者さんを診るようになると「診断だけついても適切な治療が導入できない、さまざまな事情を抱えた一人の人間」に対して、責任をもって対応しなければならない場面にたくさん遭遇しました。特に家族関係の評価や経済的・介護的問題の対応について学ぶ必要を痛感していた卒後4年目のとき、家庭医療をずっと学んでいる外部の家庭医療専攻医と一緒に病棟で働く機会に恵まれました。病棟患者さんに対して家庭医療を適用することで「これ以上は医師には何もできない。あとは家族の責任、日本社会の問題だ！」と諦めていた多くの問題が解決していく事例を目の当たりにし、自らも家庭医療学の教科書を読みはじめ、生物心理社会モデルの理解と実践応用が進みました。

後期研修後半では、地方中小病院や診療所、そして周辺地域での健康問題にも関心が広がりました。地方ではまだ珍しかった総合診療医として在宅・介護にかかわる他職種から相談を受けることも増え、実践を通して地域ケアや予防医療・介護学なども学ぶことができ、一定の対応ができるようになりました。また、加齢そのもののために余力が落ちてきた患者さんに対する老年医学や、死が避けられない人たちに対する緩和医学にも手を広げ、総合診療医特有の multimorbidity や polypharmacy の対応なども磨いてきました。

しかし、それでも「心身が言うことを聞かず自立した生活はできないが、まだ寿命までは遠い。かといって治療で元気になれるわけでもないため、亜急性期～療養病棟や在宅で長く停滞している人」に何もできないという無力感が残りました。いつかは急変などで状況が悪化するであろうことは明らかにわかっている人たちなのに、予防や緩和にいくら詳しくても何も提供できる対策がなく、「急変待ち」となってしまっていることへの罪悪感すら抱えながら日々淡々と回診をして、成立しないコミュニケーションに苦笑いをしていました。

そんな課題を抱えたままでもやがて後期研修は終わり、リハを含めたポートフォリオをまとめ、7年目には晴れて家庭医療専門医（総合診療医の専門医資格）に認定されました。しかし、「リハは学べてないな。苦手だな」という思いが強いままでした。どうやら、全国の家庭医療専攻医も、状況は似たようなものようです¹⁾。



◆ 重い腰を上げてリハを学んでみたら、すごいことに！

そこで、「後期研修後5年間の生涯学習目標」を立てたときに、「リハを重点的に学ぶ」ことを目標に入れました。ブログに公開した目標を見た函館のリハ指導医から声がかかり、一緒に「プライマリケア医のための北海道リハビリテーションフェローシップ」をつくることになり、自分が第1号フェローとして学ぶ環境ができました。自らが学ぶだけでなく、「北海道発総合診療医・プライマリケア医のためのリハビリテーション研究会」の立ち上げや日本リハビリテーション医学会学術集会における“総合診療医がリハフェローから学んだこと”の発表²⁾、日本プライマリ・ケア連合学会地方会での「総合医が教える、総合医のためのリハビリテーション」ワークショップ開催といった学会活動もはじめ、そしてついに、後期研修後5年目となる2015年度にはリハ認定医も取得しました。また、病棟の多職種飲み会で「うちの病棟から退院できない人たちに何かしたい」と提案したところ、全職種が乗ってきてくれ、持ち回りで自分の得意分野を教え合う「リハ栄養学習会」が立ち上がりました。看護師やヘルパーも嚥下評価や適切な食事介助を習得したことで1年後には入院中誤嚥性肺炎が激減しました。また、後輩研修医たちのリハ指導も地道に続け、今では当院出身専攻医の赴任した施設がGoogleハングアウトでつながる「多施設合同多職種リハカンファ」も定期開催されるようになり、北海道全土の多職種でリハを学び合う環境までつくることができました。

最低限のリハができるようになり、周りの人も少し巻き込んでみて、気がついてみたら普段行っている日常臨床の質がものすごく高まった！という体験は本当に鮮烈でした。卒後6年間である程度完成したと思っていたはずの総合診療が、リハを少し取り込んだだけで劇的に変化し、初期研修2年間＋後期研修4年間の成長幅を大きく超えるような伸びしろが自分にあったことは本当に驚きでした。リハを取り込んだ総合診療で、病棟にたくさんいる寝たきり患者さんや食べられない患者さんたちのADLやQOLがどんな状況からでも高まりました。病棟全体で統計をとっていても合併症発生率や死亡退院率が下がり、平均在院日数や自宅退院率も改善し、超高齢社会の終着駅（誤解を恐れずに言えば、姥捨て山）のような鬱屈とした現場が変わりました。同じ変化は外来でも、在宅でも出ました。

この個人的な成長体験から、総合診療医はリハを学ぶべき、というよりも「リハを学ぶことでようやく総合診療が完成する」という考えに至りました。また、総合診療医が身につけるべきリハは、リハ専門医やセラピストのリハとは違うということも何となく実感するようになりました。「総合診療医が総合診療を完成させるためのリハ」をすべての総合診療医に身につけてほしい！と思う一方で、そういうリハ指導ができる指導医は残念ながらまだまだ少ない状況です。私個人の頑張りやで、当院の専攻医を育てたり、学会でワークショップを行ってもたかが知

れています。そんなときに声がかかったのが、全国の総合診療医が愛読するGノートからの、「総合診療医のためのリハ」企画の提案でした。

◆ 本書の狙いと構成

本書は、総合診療を勉強中の専攻医や、現場で日々実践に取り組む病院総合医・診療所家庭医のための、「現場で役立つ、総合診療医だからこそできる質の高いリハ！」を学ぶための企画です。本書でめざすところは、総合診療医のもつ能力を活かし、リハ関連職種も含めた多職種連携を適切に行い、疾患にとらわれず患者さんの生活や障害を的確にとらえ、どんな状態の患者さんでもQOLを高めるかわかりができるようになるための「真のリハ」を学ぶためのエッセンスを提供することです。

できるだけ、リハの多彩な側面を広く学ぶため、全体を5つの章に分けて構成しました。第1章「総合診療×リハビリテーション」では総合診療医が行うリハのイメージをもつための理論的補強、第2章「総合診療医のリハの実際（評価～指示～実施の注意点）」ではリハ評価や処方箋など具体的な方法論を説明しています。また、第3章「リハにかかわる専門職種たち」で多職種目線でのリハを熱く語ってもらうことで、連携相手のことがよくわかるよう配慮しました。各論はリハと総合診療の特性を考慮して2つに分け、第4章「現場で役立つ！診療科別（障害別）リハビリテーション」では代表的な疾患のリハを、第5章「現場で役立つ！診療場面別（病期別）リハビリテーション」ではセッティング別の考え方を具体的に解説しています。各章の扉で、章の目的・各項目の紹介・読後に得られる成果などをさらに詳しく解説していますのでご参照ください。

本書の読み方としては、全体を通読しなくても理解できるよう配慮しています。理論好き・具体策好きなど好みに合わせて好きな章から読み始めていただいても、今困っているセッティングや疾患の該当ページから読んでいただいても役に立つと思います。

特にGノートの特徴である「現場本位、実践で役立つ」ことを意識して、具体的なツールや、各施設・筆者が行っていることを記載していただいています。あくまでその医師、その施設での実践ではありますが、それをもとに「自分が今の施設で担当している患者さんたちにどのように対応すればいいか」を考えるうえでの参考にしていただければと思います。また、さらに総論的に学びたい方や、特定の領域を深く学びたい方に向けては、思う存分学習を追加できるよう参考文献・おすすめテキストをきちんと紹介いただいていますのでご参照ください。

内容は極力common diseaseに絞ってシンプルにしていますが、上記の通り多彩な視点から解説しているため、くり返しや重複はかなり多くあります。また、職種や経験年数、所属機関



や地域性の違いからくる、筆者による考え方や対応方法の違いが気になるという方もいるかと思いますが、しかし、リハの多様性を理解し、多職種連携・異文化交流を深めるためには、こういった「同じテーマだが職種によって異なる視点」を理解しておくことは必要だろうと考え、あえてその筆者らしい視点のズレは残すことにしました。原稿依頼をしたときには、それぞれがリハを学ぶなかで感じた「驚き」や「感動」、リハに詳しくなった自分からみて「総合診療医だったらここまではできた方が仕事の質が上がるのに」と思えるリハの奥義などを、これからリハを学ぼうと考えている後輩にわかりやすく伝えてほしいとお願いしました。その結果、私のなかにできつつあった「総合診療医のためのリハ観」を、さらに大きく覆すようないいものができたと思っています。筆者それぞれの背景や考えといった個性からも、多くのことを学びとってもらえればと思います。

もちろん、読みにくさにつながるような表記のズレや企画意図からの逸脱は最小限になるよう、編者校閲ではすべての筆者に大幅な改訂依頼をして調整しています（筆者の方々には、原稿提出後に多くの修正をお願いしてしまいお手数をおかけしました）。もし、本書をお使いいただいて気になる点がありましたら、積極的にフィードバックいただければ幸いです。

◆ おわりに

本書を通して、まずは全国の家庭医療専攻医が書くリハポートフォリオが、単に「回復期リハ病棟でたまたま担当した事例を内科レポート風にまとめただけ」から「総合診療医らしい幅広い視点とリハの深い機能評価と生活機能向上・支援の視点を融合させたもの」にレベルアップするきっかけを提供できればいいなと思っています。

また将来的には日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療後期研修プログラムを運営している全国各地の施設で、学術集会やセミナーで、そして学術誌や商業誌などでも「総合診療医のリハ」が深められ、共有され、発展していくことを期待しています。

2017年1月

北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター／勤医協札幌病院 内科・総合診療科
佐藤健太

◆ 文 献

- 1) 若林秀隆, 他: 若手家庭医はリハビリテーション領域の臨床能力獲得に関してどのように考えているか: 質的研究. 家庭医療, 15: 4-15, 2010
- 2) 佐藤健太: プライマリケア医・総合医のためのリハビリテーションフェローシップの研修内容・成果報告. 2014
<https://ja.scribd.com/document/228627663/>