

# メスを置き、リハ医として生きる

地域で生活するための医療がしたい

石川誠さん（医療法人社団輝生会 理事長）

脳メディウェル エピロギ 2015.07.07 より

<https://epilogi.dr-10.com/articles/480/>



「リハビリテーション医」がまだ一般的ではなかった 1970 年代に、脳神経外科からリハに転科し、以来日本のリハビリテーション医療の充実に尽力されてきた、医療法人社団輝生会の理事長、石川誠氏。

日本のリハビリテーション医療の確立とともに歩んできたこれまでのキャリアと、リハビリテーション医に求められる役割、これからのリハビリテーション医療の展望についてお話を伺います。

## 生活を診る、地域医療としてのリハビリテーション

病気が治らなくても、障害を持っていても、人間が人間らしく一生を終えるためにはどうしたらいいか。それを支援するのがリハビリテーション医療です。

私はもともと脳神経外科医でした。当時の脳神経外科は花形で、猫の手も借りたいくらい忙しくて、仕事に燃えてもいたんですがあまりよくならないんですね。手術で命は助かるんですが、障害が残って寝たきりになってしまったりあっけなく亡くなってしまう。でも、当時は脳神経外科としての処置は終わったからと、後は知らん顔です。これはちょっとおかしいんじゃないか、リハビリを知らなくてはどうしようもないと思いリハビリテーション医になろうと考えました。脳神経外科が臓器別疾患を診る「臓器別専門家」だとすると、そうではなく「生活も診る医療」がしたいと考えたんです。

生活は時代とともに変わります。それとともにリハビリテーションの対象疾患も変化してきました。昔は骨折の後療法やリウマチや脳性麻痺など、整形外科医の方々がやるようなリハビリテーション医療が主流でした。それが脊髄損傷や頭部外傷、脳卒中になり、高齢者を対象とするリハが増え、廃用症候群や難病、がんや認知症も加わりました。これからは精神障害も対象になっていくでしょう。どんな対象疾患が出てきても、人間が人間らしく一生を終えるためにはどうしたらいいか？ というリハビリテーション医学の根幹をなす理念に基づいて治療をします。だから「臓器別専門家」のように病気だけをみてもダメなんです。臓器別の医学が「自然科学的な医学」だとすると、リハビリテーション医学は「社会科学的な医学」といえるかもしれません。他科でいうと、公衆衛生や総合診療科も「社会科学的な医学」といえるでしょう。

外科系にはゴッドハンドと呼ばれるドクターたちがいます。脳神経外科出身なのでよく存じあげている先生も多いんですが、彼ら「臓器別専門家」にはリハ医の気持ちはなかなか分からないでしょうね。専門家としては彼らくらい磨きをかけないとダメだと思いますが、同じ医師とは名乗っていても、我々リハビリテーション医とは別の次元、別の医師です。



輝生会が船橋市の要望を受け開院した船橋市立リハビリテーション病院の一般病棟。ベッド脇には机や洋服ダンスを置くなど、家庭生活と同様の環境を用意している。患者は障害とと

もに生きるためのリハビリテーションの一環として、日中は普段着に着替え排泄はトイレで行うなど、入院中も日常生活を送っている。

## 患者、チームと共に治すのが、リハビリテーション医

もう一つ、リハビリテーション医療の大きな特徴が、患者本人がその気にならないと回復・改善が乏しいということです。

傷や肺炎は医師が縫ったり抗生物質を投与すれば、いくら本人が「俺は治りたくない」と思っても治ります。でも、リハ医療は本人がその気になってリハビリをしないと効果があがりません。本人にその気になってもらうためには、スタッフが一致団結して損得抜きに一所懸命アプローチする必要があります。一丸となってアプローチし本気で支えることで、患者の気持ちに変化が出るんです。



船橋市立リハビリテーション病院の作業室には和室や台所なども併設され、生活するためのリハビリテーション医療を受けることができる。

例えば、比較的若いアル中に近いような生活をしてきた人が脳卒中になってしまったケースがありました。本人は「ダメ人間になってしまった」と暴れる騒ぐで、暴力沙汰も起こす有

り様でした。でも、やる気がないには理由があって、なぜそうなってしまったのか、彼の人生を、どこで生まれてどんな学校を出てどんな仕事について、どんな人と恋に落ちて年を重ね、今どんな状態か、そのプロセスを理解し「この人の気持ち分かるな」という思いでスタッフみんなで治療に努めた結果、信頼してもらえたんでしょ。彼も真剣にいろんなこと考えだして、打って変わったように生真面目人生になりました。

退院後、大手企業の障害者教育システムを経て正規職員になり、結婚して子どもも産まれました。家族旅行にいったりして、「僕は脳卒中になって変わった」「よかった」って言うんです。リハビリによって新しい人生が始まる、そういうことが沢山あるんですね。

スタッフが一致団結するためにはリーダーが必要です。そのリーダーがリハビリテーション医です。リハビリのプログラムを作って、他のスタッフと相談しながらチームのコントロールとメンテナンス、マネジメントをしていく。PT（理学療法士）、OT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）、看護師、介護スタッフ、MSW（医療ソーシャルワーカー）、管理栄養士といったいろいろなスタッフ全員を束ねて治療の方向性ややり方を示す。そのときに威張っているようでは、「この医者は何を言っているんだ」と逆にスタッフの力を半減させてしまいます。リハ医は、スタッフが「この医者と働きたい」と思えるような存在でないとダメなんです。



船橋市立リハビリテーション病院のスタッフルーム。医師や看護師、作業療法士やソーシャルワーカーなど、すべての職種スタッフ、チームメンバーが同じユニフォームを着て同じ部屋で業務を行うことで、職種の壁をなくす工夫がされている。

「自分が治している」のではなく、「スタッフと共に回復する支援をしていく」のですから、他科の医師がやっていることとはだいぶ違います。こうしたチームでアプローチするリハビリテーション医の取り組み方は、一部の大学以外では教えられません。私の場合は現場に出て「こういうことなんだ」と自分で学んでいかねばなりませんでした。私自身、脳神経外科から転科した当初はなかなか馴染めなくて、何度も辞めようと思いました。

医師になってリハビリテーション科に入ってくる人は、今の医療に対して「何か違うぞ」と疑問を感じて「チームでやらなくちゃいけないから気を遣うけど社会的に価値がありそうだ」と決断し、自分の意志で選んで来る人が多いですね。逆に、こうしたリハビリテーションの理念に共感できなかつたり核心を掴めなかった人は辞めていきます。

### 「リハビリ医師に求められる姿」とは

1. チームの一員として治療を進めることができる協調性がある。
2. チームを率いるリーダーとしての人間的魅力がある。
3. 患者家族からの信頼が厚い。
4. 優れた医学的管理能力がある。
5. リハビリテーションの知識が豊富である。

出所:回復期リハ病棟協会研修資料より

石川理事長自ら作成し、毎年、回復期リハ病棟協会の研修で使用しているプレゼン資料。リハビリテーション医に求めること5項目のうち3つがコミュニケーションに関する項目になっている。

## 自立支援のため、地域で重要性を増すリハビリテーション医療

今、国の医療政策は、入院医療の機能分化と地域包括ケア体制の整備という二本の柱を立てて、大改革路線を突っ走っています。

入院医療の機能分化については、急性期、回復期、維持期（生活期、慢性期とも言います）をきっちり分けて、急性期、回復期の在院日数を短くする。これが国家的なテーマです。入院が長引けば長引くほど医療費がかかってしまうためできる限り入院期間を短くする。そう

すると、どうしてもリハビリの重要性が増してきます。回復期リハについては体制がもう出ていますし、急性期についても、厚生労働省が充実させようということで、今回の診療報酬で新たな評価がなされました。これから点数はさらに上がっていきますよ。だからあまり心配していません。

問題は地域包括ケアに関わる在宅リハです。地域包括ケアとは、地域全体で医療も介護も一緒にやっていくんだ、という方針です。これまで医療と介護が明確に区別されていて、鉄のカーテンのような厚い壁がありました。この壁を壊して、医療スタッフも介護福祉スタッフも手を組んで取り組もうというものです。この中で重要になってくるのが、多職種で患者さんの自立を支援していくチームアプローチです。これもまさにリハビリが重要になるところです。だから、リハビリテーション医はこれからますます必要になっていくでしょう。



輝生会が元浅草で運営する在宅総合ケアセンター元浅草。今年4月には、維持期リハに力を入れるため、輝生会本部も初台リハビリテーション病院から元浅草に移された。

地域包括ケアの担い手として、私は総合診療医にも大きな期待をしています。総合診療科というのはプライマリケアとリハビリテーション、ターミナルケアが三本の柱だと思っています。総合診療科の先生方とタイアップしながら、地域のリハビリテーションの活性化をしていくのが、今後のリハビリテーション医にとっての大きなテーマだと考えています。

\*

脳神経外科から転科しリハビリテーション医として歩んできた石川氏に、リハビリテーション医療の考え方や、今後のリハビリテーションの展望についてお話しいただきました。

[後編](#)では、石川先生がリハビリテーション科へと転科された経緯や、近森リハビリテーション病院や初台リハビリテーション病院を立上げ、日本のリハビリテーション医療体制を築きあげてきた、これまでの取り組み、今後の輝生会の活動についてご紹介いただきます。

## 「この患者の人生はすべて君が責任を持つんだな」

私が脳神経外科医として働き始めた頃は交通戦争のまっただ中、バイクの運転者にヘルメットの着用が義務化される前で、頭部外傷が非常に多かったんです。脳出血や脳梗塞、クモ膜下出血といった脳血管障害も多く、それらは脳神経外科の対象疾患になっていたため、脳神経外科の医師は猫の手も借りたいという忙しさでした。

インタビューの始めにもお話ししましたが、脳神経外科としての仕事に熱意を燃やしていたんですが、手術をしても、どうにも患者さんがあんまりよくなりません。命は助かるけども、障害が残ってしまう。当時の脳神経外科医は、「脳神経外科的処置が終わったら患者さんとはさよなら」という考え方でした。例えば整形外科医は、骨折の手術の後のリハビリもちゃんと担当するのに、脳神経外科は手術したら、後は知らん顔するわけです。「果たしてこれでいいんだろうか」と疑問を持ったのが、後にリハ医に進むことになった最初のきっかけでした。

入局3年目に、長野県の厚生連佐久総合病院に赴任することになりました。佐久総合病院は農村医学のメッカで、地域を見、生活を見ながら、農民と一緒に健康管理や疾患の治療をしようという雰囲気になり、非常に地域を大事にするところだったんですね。そうした場所に、脳神経外科という臓器別のウルトラスペシャリストとして赴任した私は、自分だけ地域医療とは別のことをやっているような違和感がして仕方ありませんでした。当時は脳

神経外科で手術をした後、歩けなくなったり、寝たきりになってしまったりする人がたくさんいたもんですから、それを何とか地域に帰して生活できるようにするとすると、リハビリを知らなくてはしようもない。「地域医療とは何ぞや」という大テーマを突きつけられました。



浅間連峰を臨む佐久市は農村医学のメッカ。その浅間連峰で 1972 年に起きた浅間山荘事件時、連合赤軍に頭を打ち抜かれた機動隊が運び込まれたのをきっかけに、佐久総合病院に脳外科が設立された。

あるとき、40 代くらいの働きざかりの患者さんが入院されて、私が手術をしました。その方は歩いて入院されたんですが、術後に寝たきりになってしまったんです。そのとき、当時の院長である若月俊一先生が、私にこう仰いました。

「この患者を手術したのは君か。まったく動かないではないか。君はどうするつもりなんだ。君が手術したのだから、この患者の人生はすべて君が責任を持つんだな」

私も若かったものですから、頭の中が真っ白になり「そんなこと言ったって、わざとやったんじゃない。しょうがなかったんだ」って自己弁護的な発想をしてしまいました。でも、若月先生としては「手術をした医師がすべての責任を持って当たり前」ということを教えたかったのでしょう。私にそれくらいの覚悟があるのかを問いたかったのだと思います。

若月先生の言葉は、私がその後、一気にリハビリテーションの道へ進むきっかけになりました。佐久総合病院に行き、病気ばかり診る「臓器別専門家」に対して、生活も診る「地域医療」に触れたこと。これがなければ、リハに進むという決断はしませんでした。臓器別専門家は、完全に治る病気を診る分にはいいですけど、治らない病気や障害を抱えた人たちは問題が山積みです。この問題に対応するのがリハビリだと考えたわけです。

## 奇人変人扱いされたリハビリテーション医

私は佐久総合病院にいる間にリハビリを勉強しようと思っていました。ところが、そういう考え方が脳神経外科では危険分子とされてしまいました。脳神経外科は猫の手も借りたい忙しさですから、「こいつ脳神経外科を辞めて違うところに行っちゃいそうだな」と危険視されたんでしょう。それで大学に連れ戻されてしまったわけです。

大学に戻されて悶々としていたときに、東京の虎の門病院から、ぜひリハビリテーションを手伝ってくれと声がかかりました。私は渡りに船と考え、脳神経外科を辞める決意をして虎の門病院へ行き、リハビリの勉強を始めたんです。

当時は脳神経外科の仲間や先輩から「リハビリなんかで飯が食えるわけがないし、あんなもの医者がやる仕事じゃない」とぼろくそに言われました。奇人変人扱いです。その頃、リハビリテーション部門は非採算部門の代表格で、「リハを充実させると病院は経営難になる」とまで言われていました。

虎の門病院に入っても、リハビリテーションを専門にしようとする医師は私だけで、そこでまた奇人変人扱い。PT や OT、ST は何人かいましたが、「変わった医者が来た」くらいに思っていたみたいです。

ただ、看護師の反応は良好でした。「これまでリハのことを考える医者はいなかったけど、一生懸命考えてくれる医者が来た」ということで、好感を持ってくれたようです。

## 現場とアカデミックの両面で学ぶ

日本の病床数は他の先進国の何倍も多いのです。私は、リハビリテーション医療が発展しなかったことと、付き添い看護制度があったことが、日本の病床数を増やしたと思っています。リハビリテーション医になった頃から「看護とリハがしっかりすれば、少ない病床数でやりくりできる」と考えていました。

付き添い看護制度が当たり前の当時、虎の門病院の看護は別格と言ってもいい程進んでいたんです。どんなに手のかかる患者でも家族に頼ることはなく、すべて看護師が対応していて、患者が自立できるように徹底的に支援していました。寝たきりにするとか、褥瘡ができるなんていうことは考えられない。ベッドサイドで看護師がやっていることを見て学ぶのは、一番勉強になりました。

それに上乘せして、PT、OT、STと一緒に訓練室に入って、教わりながら実際に訓練をやりました。PTと一緒に海水パンツ一つでプールに入って患者さんを動かしたりと、できることはもう何でもやったわけですよ。そうしてやったことは全部、自分の糧になりました。



「現場のやり方を見るのが一番勉強になった」と石川氏。写真は、千葉県船橋市の要望を受け開院した船橋市立リハビリテーション病院の作業室。

それとは別に、当時、府中にあった神経科学総合研究所のリハビリ研究部門に毎週通って、アカデミックの最先端のところも勉強しました。また東大病院リハビリテーション部にも通って、教授の上田敏先生からも学びました。どこか一つのリハビリテーション学教室に入ったのではなくて、まったく違うところで少しずつ勉強したんです。そのため時間はかかりましたが、おかげで何とかリハ医として格好がつくようになりました。

それでも、リハの専門医を取るのにはずいぶん苦労しましたね。全国で66番目だったので、私より先に取得した先輩は60数人ぐらいしかいないわけです。リハの専門医ができて3～

4年ぐらいだったので、毎年20人ぐらいしか取得しないんですから、かなり少なかったみたいです。

## 付き添い看護の撤廃——近森病院の改革

リハビリテーションの体制づくりを学ぶために、いろいろな病院を見学したり、いろいろな人に相談したりしましたが、これだと思えるような、そのままモデルにできるようなやり方は見つかりませんでした。そうしているうちに、自分なりに理想のリハビリ体制を立ち上げたいと思うようになっていたんです。

私の考えるリハビリテーション医療には二つの大きなテーマがありました。一つは地域と密接に関われる所でリハをやりたい、もう一つは救急医療を行っている所でリハをやりたいということです。虎の門病院は、都会の病院に多い、地域密着とはあまり関わりのない病院でした。

そうしたときに、高知の近森病院にスカウトされてそちらへ移ることになります。1986年のことです。

当時の近森病院は、救急は頑張っているものの、全館付き添い看護で寝たきりの患者ばかりベッドに寝ていて、「寝たきり製造機」のような病院でした。ベッドが足りないとベッドを増やすか、患者をよそへ転院させるかで、一生懸命よくして家に帰そうなんて雰囲気はほとんどなかったんです。

でも、そういう病院だから仕事になるわけです。既に完成されたところへ行ったら面白くないですよ。

行った当初はもうめちゃくちゃ、四面楚歌でした。付き添い看護を撤廃しようとしたんですが、誰も賛成する人はいませんでした。そこで、虎の門病院から看護師さんを6人ぐらい引き抜いて、その人たちと協力しながら少しずつ取り組んでいきました。みなさん「リハビリ」というと、今でもPT、OT、STがやるものだと思っているかもしれませんが、要になるのは看護なんです。

少しずつ結果が出はじめると、徐々に周りの反応も変わってきて、3年半後には基準看護とチームアプローチの近森リハビリテーション病院を開設しました。この病院のやり方が厚生労働省に注目されて、回復期リハビリテーション病棟の制度ができたんです。

近森病院を変えていくのはとても大変でしたけど、今になって考えると楽しかったですね。

またその頃には、当時の厚生省に何回も足を運び、日本のリハビリテーション医療がいかに未熟で、危機的な状態にあるかを、データを示して訴え続けました。経済的にも、人間的に

も、さらなるバックアップが必要だと説いて、診療報酬の向上を目指したんです。非採算部門のままでは、改革なんてできませんから。

現在では、リハビリテーションに関する診療報酬が以前とは比べものにならないくらいアップしました。ただその分、今は質が厳しく問われる時代になっています。

## 東京でのリハビリテーション病院設立

高知で近森リハビリテーション病院が軌道に乗ったあと、1996年には在宅総合ケアセンターを作り、翌年には近森病院本院に急性期リハを整備しました。これにより、急性期、回復期、維持期の三つのリハが揃いました。ただ、すべてが整ってしまうと、私のやる事がなくなってしまったんです。そのままいてもよかったんですが、つまんなくなっちゃったんですね。



そこで、出身地である東京に目を向けてみたところ、リハ提供体制が1980年代からあまり進展していなかった。「これは東京でもう一仕事できるな」と思って、東京に戻ったんです。

東京に戻るにあたりお金もなく、スタッフも大勢いるわけではなかったため、台東区にたいとう診療所を立ち上げて、まず在宅から細々とやり始めました。

そうしたら、どんどん仕事が増えていったんです。在宅に取り組むほどに、東京にはまともなリハビリテーション病院がないことが分かってきました。「それじゃあ、まともなリハ病院を東京のど真ん中に作ろう」と考えて、2002年にできたのが初台リハビリテーション病院です。近森でやっていたことをバージョンアップしたものを東京でやり始めたわけ

ですが、キャピタルコストが全然違いますからね。東京ではなかなか大変でした。



2002年には初台リハビリテーション病院（写真上）を、2008年には千葉県船橋市の要望を受け船橋市立リハビリテーション病院（写真下）を開院した。

## 在宅の包括的なケア体制の普遍化を目指して

地域包括ケアの整備の中で、在宅の包括的なケア体制をどのように確立していくかというテーマがあるとお話ししました。輝生会では今、元浅草と成城、そして船橋の3つの拠点で、このテーマに取り組んでいます。

元浅草のケアセンターは、今、8床しかありませんが、在宅の診療で常勤医が5人、スタッフ数は常勤で100人います。100人いれば病院を作れますが、その人数で在宅患者を診ているわけです。私は在宅診療にはこれだけの体制が必要な時代だと思っています。こうしたケアセンターが各地域に1カ所ずつあれば、その地域で寝たきりの人がいないという状態を実現できると確信しています。

こうしたケアセンターのやり方を普遍化する、経営的にももっと研ぎすまして地域にも受け入れてもらえるようにして、全国展開というか、全国で真似してもらうことで普及させたい。それが今の私の仕事ですね。

## リハビリテーション医を目指す医師に向けて

日本は少子高齢化まっしぐらで、将来は高齢化率 40%の時代が来そうな状況です。そんな中で、医療や介護に対する要望も非常に厳しいものがあり、従来のやり方をしているだけではうまくいきません。

医療スタッフをチームとしてまとめて医療や介護のサービスを作っていくのは、苦勞が多いかもしれませんが、大変やりがいのある仕事です。リハビリテーション医は「人がその人らしく生きること」をサポートできる仕事であり、人間が好きな人に向いています。そして、ただ単に“よくする”のではなく、リハビリを通し、その人の人生を前向きに変えられる医療でもあるのです。

ぜひ、この魅力的な仕事に一生懸命に取り組んでもらえればと思います。

(聞き手・エピロギ編集部)

石川誠 (いしかわ・まこと) さん

医療法人輝生会理事長。回復期リハビリテーション病棟協会常任理事(元会長)、日本リハビリテーション病院・施設協会顧問(元副会長)、日本訪問リハビリテーション協会初代会長。日本リハビリテーション医学会専門医・代議員・理事。

1973年に群馬大学医学部を卒業後、同年5月より同大学医学部脳神経外科研修医。

1975年に佐久総合病院脳神経外科医員、1978年に虎の門病院の脳神経外科医員

となる。1986年4月より医療法人社団近森会近森病院リハビリテーション科長、

1989年12月より近森リハビリテーション病院院長に就任。2000年4月より医療法人新誠会理事長を務める。2004年4月より医療法人輝生会理事長。

<http://www.kiseikai-reha.com/>