熊本大学病院リハビリテーション部における学生・初期研修医に対する教育・広報*

熊本大学医学部附属病院リハビリテーション部
大串 幹

はじめに

リハビリテーション（以下，リハ）講座が設置されていない国立大学のリハ部の立場から「学生・初期研修医に対する教育・広報」をいかに行うか，現状を報告し，今後の課題を検討したい．

熊本大学医学部教育ではリハ医学の系統講義はなく，大学病院では中央診療部門のリハ部が，リハ医療を提供している．

当部の沿革と講義形式の変化

当部は，1967年12月に整形外科教授により整形外科医2名と理学療法士2名による理学療法ならびに週2回の義肢装具クリニックを行う「機能訓練室」として開設された．開設当時から整形外科講義の一部としてリハ医学の講義が行われていた．1973年4月には中央診療部門「理学療法部」と名称変更され，1980年4月には作業療法が加わり，診療・教育におけるリハの基本体制が整い，リハ専門職種も増えていった．教育体制としては，講義に加え，1996年より医学部医学科1年時の必須科目の1つとしての早期社会体験学習が導入され，リハ部の医師（リハ科専門医）が担当指導教員として当初より関与している．

卒前（医学部学生）教育

卒前教育としては，1年，(3～)4年，5年，6年にリハ関連のカリキュラムがある．コア・カリキュラムとなっているため，重複はない．

1）1年時

早期社会体験学習（Early Social Exposure）を1週間に渡って実施（本年度は9月12日～16日）している．報告会（10月11日・18日）を含めて，専門教育委員（担当教員）として指導をしている．以前は同じ曜日で4週間（4日間）行われていたが，特定の曜日ではなく1週間連続のプログラムに変更したことで，実習効果が向上した．リハ部教員としては，全20施設のリハ部門と連携しているが，特に回復期リハ病院4病院と県のこども総合療育センター1の計5カ所については直接担当している．他の施設としては，特別養護老人ホームと，介護老人保健施設が4カ所，肢体不自由児施設2，旧結核療養所1，国立病院機構2，水俣病研究施設1，身体障害者福祉施設1となっている．これら施設選定の際，リハ機能が備わっていることを条件としており，その結果，実習先においてリハに関する講義・実習のプログラムが提供され，医学教育の初期でのリハ概論としての意義も高いと感じている．

2）3～(4)年時

整形外科の系統講義の中で，リハ関連の講義は1～2コマしかないため，主にリハ概論と運動器関連のリハについての講義を行っている．脳卒中をはじめ，個々のリハ疾患は組み込めないため，内容はできるだけ各論に結びつくような項目立てとなるように配慮をしている．特に脳卒中や神経筋疾患，脊髄損傷などの重要なリハ対象疾患については，他科の講義で取り上げられた際にリハと関連づけて記憶できるように，「試験に出る・国試に出る」頻出問題とからめてシラバスを作成している．しかしながら日常生活動作（ADL）や障害，評価（関節可動域テスト（ROM-T），徒手筋力テスト（MMT）など），理学療法・作業療法・言語聴覚療法（PT/OT/ST），廃用症候群といった，講座のある大学からみれば，実に初歩的な解説にとどまっている印象があり，到底リハ医学の面白さを伝えるまでには至っていない．またどうしてもこれだけは知っていてもらいたいという気持ちが先走り，ついつい内容を詰め込みすぎてし

* 本稿は第5回リハビリテーション科専門医会学術集会企画1「学生・初期研修医に対する教育・広報」（2010年11月20日，横浜）の講演をまとめたものである．

まう傾向にあり，授業後のアンケートに「盛りだくさんでポイントがつかみにくい」と書かれることもある．ただしアンケートや，確認小テストを出席表代わりとしているため，出席率は高く(90%以上)，クリニカル・クラークシップのリハ部選択に結びつくこともある．

3) 4年時

2002年よりから2008年まで，OSCE前の実習講義として，主に移乗テクニックを講義と実習形式で指導し，本大学で企画編集した「クリクラナビ」という教科書の分担執筆を行った．本実習の当初の意義は，「体に何らかの障害のある患者の診察や処置をする際に，安全に診察台に移すことができるようにという，臨床講義前のセミナー」ということであったが，障害をキーワードとして，障害の再理解，離床・ADL拡大の実践方法という解釈もできると考えた．リハ室に各種車いすを用意し，主に対麻痺症例と脳卒中片麻痺症例における車いす⇔ベッドの移乗テクニックをリハ部の療法士（理学療法士PT・作業療法士OT・言語聴覚士ST）と医師（リハ科医）が指導者となって体験してもらい，同時に廃用予防や評価法についての説明も行った．この経験は，学生にとって実践的で新鮮な講義形式で，かつリハ関連職種に触れる機会ともなっていて，非常に評判が良かったが，2009年度にカリキュラムの変更があり，実習自体がなくなってしまった．

4) 5年時

臨床実習として，毎週4～5名で各科をローテーションする．以前は1週間のうち2日間（木・金）午前中のリハ部外来に，2～3名ずつ外来陪席として主にリハ診察・処方法の実習をしていたが，2010年度より木曜午後の1～2時間，リハ訓練の見学と変わった．医師になる学生であるため，訓練見学より，障害評価や処方を学ばせたかったが，「少ない講義・実習時間でいかに興味を引くか？」「講座のある大学の卒業生との差をどのようにして埋めていくのか」という観点から，短い時間ではあるが，リハの実際に触れる貴重な機会と考え，できるだけリハへの興味を高めるような工夫やテーマ選びを心がけている．具体的には，起立性低血圧予防としての弾力包帯の使用，各種短下肢装具の装着体験，心電図・SpO_2・呼気ガスモニター下での心肺負荷試験（CPX），筋電図によるバイオフィードバック，身体障害者診断書・意見書に必要な評価法，車いすトランスファーの体験実習，全身振動装置（ガリレオ）体験，水中トレッドミル訓練（図1）の見学，松葉杖・T杖の調整方法，コース立方体テストなどである．このような体験がリハと関連して記憶に残ることを期待している．

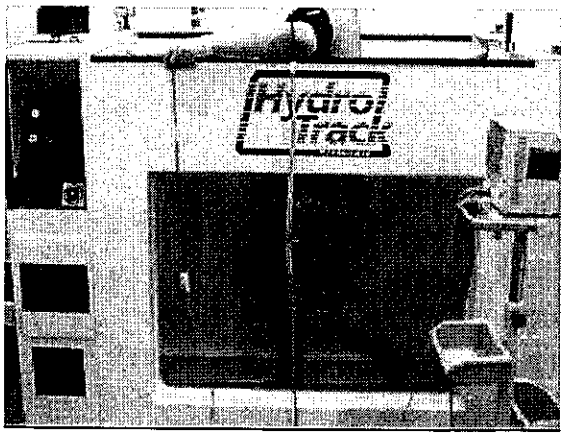


図1　水中トレッドミル

5) 6年時

クリニカル・クラークシップとして毎年数名の学生を1～3週間受け入れている．彼らの目的・動機を尋ねると，①整形外科のクラークシップの中でリハを見たい，経験したい，②国家試験前にリハ部であれば全科の患者を見ることができ，しかも時間的余裕がありそうな気がする，③他大学や他施設のマッチングを受けたい，リハをもっと知っておきたい等様々であるが，リハ部を選択する学生は総じて，整形外科，リハ科もしくは神経内科などリハに直接または関わりの深い診療科を志望していることが多く，目的志向性の高い学生が選択している印象を受ける．しかしながら，診療科としてリハ科を第一に選択したいという学生はこの時点ではおらず，最終的に選択してもらう診療科になるためには，もう一工夫が必要と感じている．6年時に総合講義の担当となることもあるが，その場合はBrain Machine Interfaceなどの

夢のあるトピックスを取り上げている．

卒後（初期研修医）教育

例年初期研修としては，隔年に1名程度，1カ月選択する程度であったが，2011年度は4名がリハ部を選択した．今後も選択者増加を期待している．プログラムは，日本リハ医学会の卒後研修プログラムに準じて設定している．卒後研修としては，整形外科研修プログラムのなかでリハ科研修が行われていた．熊本県では，県内にリハ科専門医の勤務する回復期リハ病棟を持った整形外科医局の関連病院が多く（人口10万人あたりのリハ科専門医数は全国3位），整形外科入局後6年間の研修プログラムのうち1年間を，リハ科研修として，これらリハ病院で行っていた．しかしながら初期研修制度開始後，いわゆる入局者減少により，研修は整形外科主体となり，リハ科研修が卒後研修としてできなくなっている．大学では，週1日であるが，整形外科をローテート中の研修医と専門修練医が外来診察医として，リハ科専門医の下各科からのリハ対象患者について診察・リハ処方を行っている．ここではリハの基本的診察手技や処方の基本スキル習得を目標としているが，リハ科に進みたいという希望があれば，動機づけとして国内留学の機会等も提供しており，その中から最終的にリハ科医師となることもある．

そ の 他

初期研修医，若手医師（専門修練医：後期研修医）を対象とした臨床カンファレンスにリハ部を取り上げてもらい，チーム医療の観点から，各科から参加発表いただいた．120名の参加者があり，リハ医療の実際を紹介することができた．またリハ部ではスタッフ対象のリハセミナーを年3～4回開催しており，案内を，院内のメーリングリストで，研修医フォルダにも送っている．内容としては，呼吸リハ，心臓リハ，糖尿病の運動療法，トランスファーテクニック，動作解析装置説明会，車いす整備などである．

考　　察

5年生のリハ部に臨床実習で来る学生に，リハのイメージを訊ねると，「歩行訓練」「筋トレ」「スポーツ選手が怪我した後のリハビリ」などマスコミやリハ手技・ツールの一部についての答えが返ってくる．しかし1年生の早期体験実習後の発表会では，「全人間的復権」や「多専門職種によるチーム医療」「ADLやQOL（quality of life）」というキーワードが返ってきていた．リハ医学の講座がなく，ベッドも持っていないため，リハは残念ながら学生にとって身近な診療科ではないようである．仮に一時的に集中的な講義や実習をしても，いつも接しないとなれば忘却されてしまう．近年は講座や講義がないのを逆手にとって，1～2コマの講義のなかで，リハ医学・医療を知らないことは医師としてhandicapになることを伝え，臨床実習では興味をもってもらい，記憶に残るような体験型としているが，6年生の中には，リハ科に興味がある，熊本に残れないが，リハ科講座を紹介して欲しいと訪ねてくる学生もおり，僅かでも効果はあるものと思っている．

リハ教育は，リハ科医とはという概念から，診断技術や各種治療などのスキル提示，そして研究対象の多さや，リハ科の存在意義の強調といっ



図2　教育・広報のストラテジー

た，大学内での教育だけでなく，リハ科医を目指すというとのメリットや，実際に活躍している「かっこいいリハ科医」を社会的にアピールするなどの新しい戦略が必要ではないかと感じている(図2)．

ま と め

当部の「学生・初期研修医に対する教育・広報」の現状と課題をまとめてみた．今取り組んでいることの明確な効果はわからない．リハ医学・医療の重要性を，「国も重視している」「介護にもリハは大事」「高齢者が増えており大切」等々，教官が説明するよりは，実際に症例に触れてまたは学生が自ら体験する方がより染み込んでいく印象がある．

系統講義のない大学の立場であり甚だ恐縮ではあるが，このような発表の機会をいただいた専門医会に感謝する．