



研修参加者インタビュー：リハビリ療法士

《研修参加者・プロフィール》

大森 政美 さん （社会医療法人 共愛会 戸畑共立病院 リハビリ科主任、言語聴覚士）

戸畑リハビリテーション病院で6年勤め、訪問リハビリや回復期のリハビリに携わりながら、介護施設でのリハビリも経験。現在は戸畑共立病院リハビリテーション科の主任を務める。勤務年数は11年。

2013年2月にミレニア社の米国医療研修に参加（研修を受けたグループ；戸畑共立病院、戸畑リハビリテーション病院、あやめの里からの医師、看護師、薬剤師、理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士、放射線技師、ソーシャルワーカーを含む多職種チーム）

《インタビュー内容》

- ✓ 日本と米国のリハビリにおける違い
- ✓ 患者と療法士の意識の違い
- ✓ 療法士としての今後の課題
- ✓ 研修で得たものを日本の現場に落とし込む



ミレニア社：研修を通して受けた米国医療制度への印象は？

日本と米国では医療の制度や社会的な面で違いを感じた。日本は国の制度として、入院日数が長い。また、日本では脳卒中に限っては6ヶ月で機能回復が認められるとのエビデンスがある為、6ヶ月間の入院が認められている。そして療法士は機能的に最大限に回復するまで患者に関わることが出来る。

しかし、米国では脳卒中でも一般的には平均2週間で退院と聞いた。後遺症が残っているまま退院していく患者に対して、訪問リハが充実している印象だった。建物もバリアフリーだったり、ボランティアによるサポートがあると聞いて、街全体が障害者が住みやすい作りになっていると思った。日本は道が狭いので、車椅子の方が動くって難しいですね。

ミレニア社：米国は在宅のリハビリも回数に限られているので、外来に通い続けていくのが主流ですが・・・

日本も昔は自宅で看るのが当たり前だったのですが、核家族化や女性の社会進出と共に、患者を看れなくなっている。退院後も家族が看れない為に、施設に入るケースも多いです。

ミレニア社：日本の患者の認識は、病院(医療スタッフ)が見てくれるというというものなのですか？
また医療チーム側の認識はどうですか。

日本は病院が見てくれると認識していて、病院にかなり依存してしまっているんです。療法士に対してもそうですね。米国の患者を見て治療・回復に対する意識の違いや能動的な姿勢を感じました。

米国の病院を視察した時、明確に目標が書いてあるボードがたくさんあったのが印象的でした。その掲示を見て、患者の入院時に具体的にどこまで良くなりたかという希望を医療チームと患者間で話し合われている事が分かった。患者自身にも、「こうなったら帰れるんだ」と明確な目標があるんだなと思いました。

ミレニア社：日本ではそういった話し合いがされていないということですか？アセスメントをしてゴールを立ててしまうと、達成できない場合問題になるからでしょうか？

日本でもカンファレンスは行われます。もちろん急性期病院においても、患者のニーズを聴取します。ゴールが達成されていない場合問題になるからということもありますが、病気をしすぐの状態では、具体的な予後の説明をさけて「とりあえず回復期に」となっている現状もあると思います。

また、「患者の希望や目標を聞いた上で治療ができてないな」って感じます。患者の方から目標がなかなか出てこないのも現実ですね。後遺症が残ってしまい、本人が自宅に帰りたくと望んでも家族が支援できない時もあるし。そのために、施設に期限いっぱいまでいる場合もあるのが現状です。目標をしっかり医師と話している患者の場合は治療もスムーズにいくし、「どこまで良くなりたか」と言ってもらえれば、目標達成と言えるんですが。目標を立てるところまで協議できていない現状にあると感じました。

専門性を考えても、治療期間が長くなるとただららとなってしまうので。長く十分な治療が出来る反面、自分にも甘くなってしまうところはあります。「いつまでに、ここまで良くさせるんだ」と明確な目標を立てて、自信を持って治療に当たっている米国の療法士の姿勢は非常に良いなと思いました。

今回の研修を通して自分自身の専門性を見直す必要があると感じました。認定士制度もあるので、とっていきたくと目標が明確になりました。

ミレニア社：専門性を高めて、認定をとっていきたくと思われたのはどうしてですか？

米国はきちっと分業されていてPTなら「下肢」、OTなら「手」、STなら「言葉」と分かれていて、そしてリハビリ全体の状況を医師と話し、退院コーディネートに向けて進めています。良いところではあるとは思いますが。

当院ではOTが足を診る事もあるし、言語のゴール達成間近の患者はSTが歩かせながら言葉の訓練をすることもあるんですね。患者を全身的に診てゴール達成に努める当院の環境も残しな

がら、でもそれをする事で自分の治療が疎かになるのは良くないなど。専門性があるからこそ全身的に診れると思うので、それができるよう知識を身につけないとと再認識しました。

ミレニア社：リハビリの患者セッションを実際に見られて、どう思われましたか？日本との違いはありましたか？

基本的な流れは同じという印象でした。アセスメントに関しては、日本の方が内容が細かいですね。時間があるからというのもあると思います。ゆったりとしっかりと出来るところはあります。アセスメント技術は日本の方が長けてそうな感じでした。

治療に関しては電気刺激を用いた嚥下訓練を見る事ができました。これから自分でも研究していこうと思っていたエリアだったので、同じように治療で使って効果のエビデンスを出して行きたいです。日本ではこの療法はまだエビデンスが無いのですが、米国では一般的に使われていると聞きました。嚥下の治療法が少ないので、率先してアクションをかけていきたいです。なので米国のほうが治療技術は長けている印象です。医師が病院に常在していないこともあり、権限の幅も広く技術が伸びていくのではないかと思います。

ミレニア社：この研修を通して認定を取るなどの課題の他に感じられたことは？

自分の勤務している所は高齢者が多い地域で、認知症の患者だとこちらの指示が通りにくくてリハビリの効果を得ることが難しいんですが、そういう場合はもっと積極的に家族に関わってもらうことで克服できると思います。その為にはアセスメントもそうですが、家族を含めた患者教育を早い段階から始める必要があると思いました。米国では退院直前にではなく、入院初期から積極的にしていたのが印象的でした。

日本の患者は長く治療が受けられるからだらけてしまうことがあるので、早くから具体的で明確な目標を建てて、率先して動く必要があると思います。ただ、アメリカの患者はリハビリに対してポジティブな感じがするんですけど、日本人だと具体的な後遺症の話をしてしまうとネガティブになってリハビリを受けにくくなってしまうケースもあるんです。患者の精神面に気をつけながら、早期に目標を建てて治療にあたらなくてはと思いました。

ミレニア社：こちらに来て認識が変わったとのことですが、実際にここは変えてみたいと思われたことは？

見せてもらった病院が自分たちの標準より高かったので、刺激になりました。実際に研修後の現在、具体的にリハビリ現場で二つの点を変える方向で動いています。

一つ目は多職種チームの連携です。米国では入院して24時間以内に多職種チームのアセスメントをすると聞きました。日本では医師のオーダーが無いとリハが動かない傾向がまだ強く、リハのアセスメントが遅くなってしまいます。それを、早く多職種でアセスメントして評価結果を医師に返し、それに基づいて患者家族としっかり話してもらって家族の希望を聞き、「いつまでにここまでの機能回復を」という話をチームで話せる流れを組むのが一つです。家族との話し合いにも、療法士の専門知識が求められるケースには療法士も参加していきたいです。

二つ目は専門性ですね。米国は組織での勉強会は無く、みんな免許更新の為に個人で学会に参加していました。折角PT、OT、STとそれぞれ専門性があるので自分の専門性に関わる技術を上げていきたいですね。今認定を取っている療法士が居ないので、自分が先駆者となって認定をとっていきたいと思います。リハビリ部門の教育担当をしているので、講習会も開いていきたいです。

研修が実際に役立ったポイントのまとめ；

- 自分の専門性を失わず患者を全体的に診れるように専門認定をとっていく必要性を再認識できた。アメリカでは医師が居ない環境での治療を求められる療法士の治療術の高さと治療に対する自信に刺激を受けた。まずは自身が率先し認定を取ったり治療効果のエビデンスを出し、組織の向上心を高めるために訴えていきたい。
- 米国では、アセスメントを早い段階で実施して医療チームのゴール設定をし、治療に取り組んでいるのが印象的だった。とりあえずの治療ではなく後遺症に対する適応にも目を向けて治療する必要があると認識させられた。
- 家族や患者の希望を聞きながら明確なゴール設定を立て、患者教育も最初から積極的にしていく必要性を強く認識した。