

1.神経難病専門のリハビリテーション部門 におけるセラピスト教育の現状と展望

菊地 豊 (公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院 神経難病リハビリ
テーション科)

第3回神経難病リハビリテーション研究会(東京)
2013年11月23日

ワークショップ：療法士の難病リハ教育

神経難病専門のリハビリテーション部門に おけるセラピスト教育の現状と展望

公益財団法人 脳血管研究所 美原記念病院
神経難病リハビリテーション科
菊地 豊

Institute of Brain and Blood Vessels Mihara Memorial Hospital

菊地：よろしくお願い致します。

今日は当院の神経難病リハビリテーション
(リハ) 部門の教育の現状を基に、フロ
アーのみなさんと神経難病リハの教育につ
いてディスカッションできればと思います。

そもそも教育とは？

- 教えること
- ある人間を望ましい状態にさせるために、こころとからだの両面に、意図的に働きかけること
- 教育を受ける人の知識を増やしたり、技能を身につけさせたり、人間性を養ったりしつつ、その人が持つ能力を引き出そうとすること

(Wikipedia)

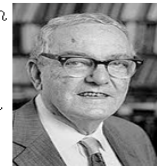
教育は使う人によって微妙に意味が異なる言葉ではないでしょうか。それはおそらく皆さんが保育園や幼稚園に始まり、小学校、中学校、高校、大学と、何かしらのかたちで教育を受けられてきたので、それぞれに教育のイメージをお持ちではないかと思えます。

ここで一度、教育という言葉について確認しておきたいと思えます。ウィキペディアで調べてみると「ある人間を望ましい状態にさせるために、こころとからだの両面に意図的に働きかけること。知識を増やしたり、技能を身につけさせたり、人間性を養ったりしつつ、その人がもつ能力を引き出そうとすること」とあります。スタッフに業務に必要な技能を身につけさせる、ス

タッフの能力を引き出す、というのが多くの方がイメージされる教育ではないかと思えます。

組織における教育の位置付け

- 機械や社会システムなど人為的に生み出された人工物は、外部環境が与えられることで内部構造が決まる(ハーバート・サイモン)
 - セラピスト集団で構成されるリハビリテーション(リハ)部門は社会的人工物
 - リハ部門がどのような外部環境下で組織としての機能を発揮するかにより内部構造が決定される
- 教育はリハ部門が外部環境に適応し組織目標を達成できるように、人材開発により組織を最適化していく手段



ハーバート・A・サイモン
(1916-2001)

では、組織において教育はどのように位置づけられるのでしょうか。ハーバート・サイモンは著書のシステムの科学¹⁾の中で「機械や社会など人為的に生み出された人工物は、外部環境が与えられることで内部構造が決まる」と述べています。このことから、セラピスト集団で作られるリハ部門は社会的な人工物と捉えられます。教育は組織の内部構造である構成員に働きかける活動ですから、外部環境が与えられ、必要な内部構造がわかることで内容が明らかにされるものと考えられます。このことから、教育はリハ部門が外部環境に適応し、組織目標を達成できるように人材開発を通して組織の内部構造を改変、最適化していくための手段と位置づけられます。

常温で作動するPCと-60度で作動するPC

適応しようとする外部環境下でどのような機能を発揮するかにより求められる構造が異なる



南極基地で寒さに耐えるPC

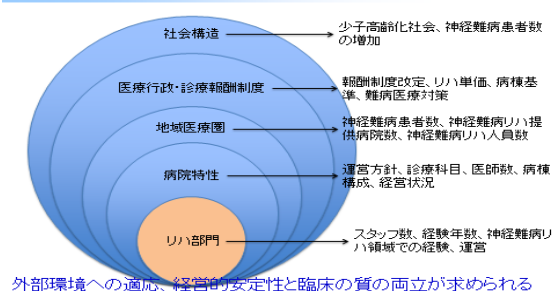


快適(?)な環境で頑張るMacBook

ここで外部環境と内部環境の例をお示します。このように南極基地で寒さに耐えて

動くパソコンと、僕のパソコンのように快適な室温で動くのとは、同じパソコンとして機能を発揮するために必要な内部構造が異なります。つまり、外部環境に適応できるためには、内部構造を変える必要があります。この内部構造を外部環境に適応できるように変えることが教育の役割になります。

リハ部門の外部環境と内部構造



では、リハ部門が適応すべき外部環境はどのようなになっているのでしょうか。リハ部門は病院の特性、地域の医療圏、医療行政や社会構造などの環境に取り囲まれており、様々な外部環境の中でリハ部門は何をするのかというのを考えていかなければなりません。当院は民間病院ですので、外部環境への適応においては、経営的な安定性と臨床的な質の両立が求められます。

適応課題1: 人口構造の変化

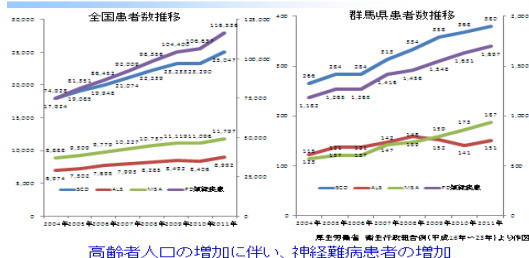
	2005年		2025年		2055年	
	人口(%)	人口(%)	伸び率	人口(%)	伸び率	人口(%)
総人口	12777万人 (100%)	11927万人 (100%)	93.3%	8993万人 (100%)	70.4%	
0-14歳	1759万人 (13.8%)	1196万人 (10.0%)	68.0%	752万人 (8.4%)	42.7%	
15-64歳	8442万人 (66.1%)	7996万人 (59.5%)	84.1%	4595万人 (51.1%)	54.4%	
65-74歳	1412万人 (11.1%)	1469万人 (12.3%)	104.0%	1260万人 (14.0%)	89.2%	
75歳以上	1164万人 (9.1%)	2167万人 (18.2%)	186.2%	2387万人 (26.5%)	205.0%	

65歳以上の人口が現在の2倍近くまで増加
 →神経難病患者も増加していく可能性が極めて高い

ここで、代表的な外部環境の一例を取り上げてみたいと思います。最も大きな影響となるのは社会構造の変化です。団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年問題で指摘

される様に高齢化率が急速に上昇しています。神経難病は高齢者に多い疾患ですので、高齢化率の上昇に伴い神経難病患者が増えていくことが予想されます。

適応課題2: 高まる神経難病医療のニーズ



これは厚生労働省の衛生行政報告例から作図した代表的な神経難病患者の推移をグラフ化したものです。パーキンソン病 (PD)、脊髄小脳変性症 (SCD)、多系統萎縮症 (MSA)、筋萎縮性側索硬化症 (ALS)、いずれも増加傾向にあります。人口 200 万人規模の群馬県においても同じようなトレンドを描いており、神経難病患者の増加に伴いリハニーズの増大が予想されます。

当院の特性

公益財団法人脳血管研究所附属美原記念病院

【開 院】昭和39年5月1日
 【所 属】文部科学省(昭和45年12月〜) 群馬県内閣府(平成24年4月〜)
 【主な診療科】神経内科・脳神経外科・循環器科・リハビリ科
 【病棟構成】4病棟189床
 急性期病棟(DPC対象) 1病棟45床
 回復期リハビリ病棟 2病棟99床
 療養病棟 1病棟45床
 【併設施設】介護老人保健施設アルベス 特別養護老人ホームアムール
 訪問看護ステーション 訪問リハビリ 居宅介護支援事業所
 【ミッション】脳・神経疾患の急性期からリハビリ・在宅まで一貫した医療の提供

入院患者疾患割合比較 (平成23年度)

【美原記念病院患者者別疾患】

- 脳神経疾患 25%
- 循環器疾患 20%
- がん 15%
- 呼吸器疾患 10%
- 消化器疾患 10%
- 泌尿器疾患 10%
- その他 10%

【全国平均】

- 脳神経疾患 7%
- がん 25%
- 循環器疾患 20%
- 呼吸器疾患 10%
- 消化器疾患 10%
- 泌尿器疾患 10%
- その他 10%

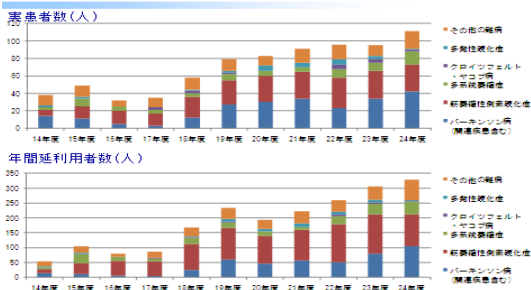
平均在院日数 35.4±3.7日 平均在院日数 3.05日
 全国平均に比べ難病患者割合が高く平均在院日数が短い

- 当院の特徴
- 1) 学術研究機関である
 - 2) 脳神経疾患を急性期から看取りまでみる
 - 3) 神経難病に特化した病棟を有している

次にリハ部門にとって身近な外部環境であり、大きな影響力をもつ病院の特性についてです。当院は総務省の管轄下の学術研究機関かつ、脳神経疾患の専門病院として、脳神経疾患を発症から亡くなるまで一貫して診ていくことをミッションとしています。さらに当院は神経難病に特化した

専用病棟を有しており、この中でどのようにリハを提供していくかが、リハ部門にとっての適応課題になります。

機能1: 多くの神経難病患者にリハを提供する

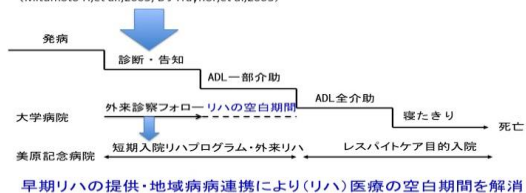


次に外部環境の中で当リハ部門に期待されている機能について考えたいと思います。機能は役割とも言い換えることができます。求められる第一の機能は、多種多様な多くの神経難病患者に質の高いリハを提供することです。スライドは当院障害者等一般病棟に入院患者の年度推移を示したものです。平成 24 年度で、実患者数にするとおよそ 110 名前後、レスパイトの入院が約 300 件、リハ入院を含めると全体で 350 件弱の入院件数があります。これだけ多くの神経難病患者に質の高いリハの提供が求められています。

機能2: 診断早期からのリハの提供

緩和ケア (palliative care) は診断告知の時点から開始されるべき (中島ら, 2009)

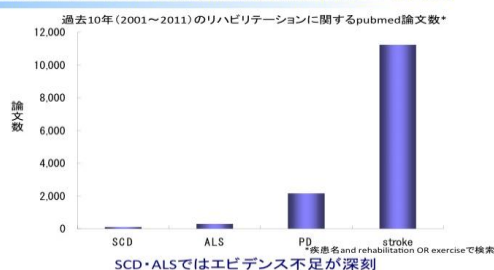
診断早期より多職種チームアプローチによりQOLが向上 (Mitumoto H, et al., 2003, B J Traynor, et al, 2003)



第二の機能は診断早期からのリハの提供です。国立病院機構新潟病院の中島先生は、緩和ケアは診断告知の段階から始まるべきであると述べています。実際に、診断早期から多専門職チームで関わることで良好なアウトカムが得られることが報告されて

います³⁾。しかしながら、日本の現状は、医療依存度が高くなった段階になって多専門職種で関わるという状態ではないかと思えます。大学病院で診断されてから、レスパイトケア目的の入院までの間にリハが継続して関わっている例はわずかで、多くの神経難病患者にリハの空白期間が生じています。私達は神経難病患者のリハの空白期間をなくし、診断早期から終末期までシームレスなリハの提供を目標としています。

機能3: セラピストの疑問に応える研究を生み出す



最後に第三の機能として、セラピストの疑問に応える研究を生み出すことを目標としています。スライドに示すように、神経難病のリハの研究は不足しており、中でもSCD、ALSのデータ不足が深刻な状況です。神経難病リハが発展していくためには、研究の蓄積は急務であり、微力ながら分野の発展に貢献していきたいと考えています。

外部環境と機能からみた神経難病リハの人材像

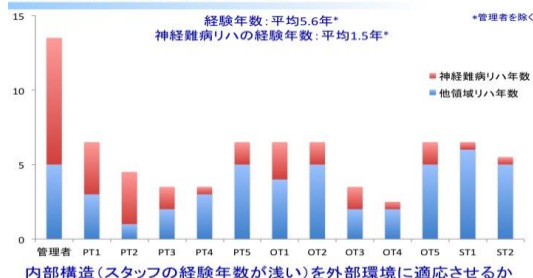
- 病早期から終末期に至るまで多様な神経難病患者にリハを提供できる人材
 - 疾患と病期の多様性に対応できる知識と技術
 - 病早期: 症候を軽減させる確かな運動療法技術
 - 進行期: 在宅生活との折り合いをつげながらリハを提供できる
 - 終末期: 緩和ケアの中でリハを提供、トータルペインの緩和
- 質の高い研究成果を生み出せる人材
 - 神経難病リハ領域において解決が求められる研究テーマがわかる
 - 質の高い臨床カルクエスション

これまで述べた外部環境と機能から、求められる人材像についてまとめた内容をスライドに示します。病早期から終末期に至るまで、多種多様な神経難病患者にリハを

提供できるには、疾患と病期の多様性に対応できる知識と技術を持っている人材が求められます。病早期は患者が呈する症候、障害を軽減できる確かな技術が求められ、進行期においてはレスパイトケア目的で入院する患者に対し在宅生活と折り合いを付けられるようにリハを展開していく事が求められます。終末期になれば、看取りや緩和ケアの中でどのようにリハを提供するか、トータルペインの緩和にリハとしてどのように貢献していくかがテーマになってくると思います。

また、質の高い研究成果を生み出せる人材としては、神経難病リハ領域で解決が求められる研究テーマを把握出来ること、普段の臨床の中から素朴な疑問や現象を発見しできることが大事になると考えています。

内部構造：スタッフのキャリア



スライドに内部構造であるスタッフの構成と経験年数を示します。管理者を除くと多くのスタッフは神経難病に携わった経験だけでなく、セラピストとしてのキャリアも浅い状態です。平均経験年数が 5.6 年、神経難病に携わった経験が 1.5 年ぐらいです。このように経験の浅いスタッフ達で何とか頑張って、外部環境に適応し、求められる機能を発揮出来るように教育を行っているという状況です。

行っている教育1

- On the Job training (OJT)
 - 入院患者総チェック: 全入院患者のリハの進捗状況を口頭で報告、上席者が指導 (頻度: 1/1週)
 - 外来患者総チェック: 全外来患者のリハの進捗状況を口頭で報告、上席者が指導 (頻度: 1/2週)
 - 入院カンファレンス: 入院3日目にレスパイト目的入院、リハ入院の方針を検討する (看護、リハ、栄養士が出席)
 - 神経内科カンファレンス: 医師、看護師、リハ、栄養士、音楽療法士が出席 (1回/週)
 - 神経内科回診: 神経内科医の回診に看護、リハ、音楽療法士が同行 (1回/週)
 - 上席者による臨床場面提示: リハの進捗が思わしくない患者に対し、上席者が介入を行い指導を行う (随時)

実際に私たちが行っている教育の内容です。直接業務に対応するものとして、神経難病病棟の全入院患者のリハの進捗状況をチェックする、私たちが「総流し」と呼んでいるものがあります。これは週 1 回の頻度で行っており、外来患者についても同様のものを 2 週に 1 回の頻度で実施しています。また、入院患者については、入院 3 日目に方針についてリハ職と看護で検討を行う入院時カンファレンス、医師も含めた全職種が集まり患者の問題点について対応を検討する神経内科カンファレンス、回診の帯同があります。その他のものとしては、普段みている患者を上席者が代わりに介入する場面を見学し、担当患者が治療前後で変化する体験を通して、技術指導を行っています。

入院患者総チェック

- 経験年数の浅いスタッフのリハの進捗が滞らないための工夫



これは入院患者総流しで使用するエクセルファイルと実際に行っている場面です。エクセルにシートにリハの進捗状況や問題

点を記入していきます。これは、経験年数の浅いスタッフが多いことを考慮して、進捗の停滞や重要な問題を見逃さないようにするために行っています。毎週木曜日と金曜日の朝の 30 分ぐらいの時間を使って行っています。

行っている教育2

Off JT

- 症例検討会(1回/1〜3ヶ月)
- テーマ別勉強会(1〜2回/月)
 - ・ガイドライン勉強会
 - ALS(日本神経学会、AAN)、PD(日本神経学会)、呼吸器「重症障害者用意思伝達装置」導入ガイドライン、終末期医療に関するガイドラインなど
 - ・疾患についての勉強会(ALS、PD、SCD)
- 伝達講習会(出張時随時)
- 研究: 予演会(学会発表時随時)



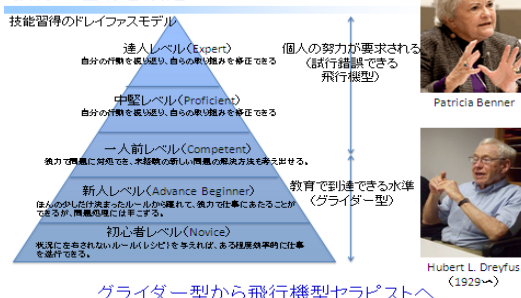
続いて、off-JT です。症例検討会は 1 ヶ月から 3 ヶ月に 1 回の頻度で行っています。この症例検討の特徴は PT、OT、ST の 3 職種合同で開催し、フレームワークとして臨床倫理の 4 分除法⁴⁾を用いて患者の問題点を多面的に捉えるように配慮しています。また、ディスカッションでは必ず生活の質の向上に繋げるアプローチを提案するようにしています。テーマ別の勉強会は、テーマを設定して資料にまとめて発表する座学形式の勉強会です。今年度から行っている取り組みとしては標準的な神経難病医療を理解することを目的に各種ガイドラインについての勉強会を行っています。取り上げているガイドラインはアメリカ神経学会の ALS ガイドライン、日本神経学会の ALS ガイドラインと PD ガイドライン、その他、班研究などで作成されたガイドラインです。

研究に関しては学会発表の予演会を通して、当リハ部門で行っている研究内容の共有、発表に必要なプレゼンの到達水準について理解を促しています。

ここで提示した教育内容は、現在の当部

門におけるもので、部門を取り巻く外部環境や求められる機能、内部構造が変化すれば当然変化していくものと考えます。

教育の目標と段階



教育は組織が外部環境に適応し、機能発揮出来るレベルを目標に行いますが、個々のセラピストでみた場合の目標はどのように設定されるのでしょうか。知識を詰め込むことでスタッフのスキルが伸びるのであれば苦労はしませんが、対人援助職の教育はそのようにはなっておらず個々セラピストの技術段階を考慮する必要があると思われまます。技術を習得し向上させていく過程に 5 つの技術習得レベルがあることをドレイファスがモデル化し⁵⁾、このモデルを看護教育に応用したのが、ベナー⁶⁾です。ドレイファスモデルでは初心者から新人、一人前、中堅、達人という段階を経ていくとしており、ベナーは教育により一人前レベルまでは誰もが到達可能であるとしています。

当リハ部門は経験年数の浅いスタッフが多いことから、初心者レベルから独力で問題解決出来る一人前レベルに引き上げることを目標に教育を行っており、基本的な内容に重点を置いているのもこのためです。

人材育成の最終段階は周囲からの後押しが無くとも自己駆動で自らを高められる飛行機型⁷⁾、ドレイファスモデルでいう中堅レベル以上のセラピストを輩出することが

目標になると考えています。

スタッフが育つ環境とは？

- 教育で行えるのは中級者を作るところまで？
 - スタッフが自分で伸びていける環境をつくる
- 許される範囲で試行錯誤をさせる
 - 小さな試行錯誤をすることで、患者の問題に対する精度を高める
- リハビリテーションの思想と組織運営の一体化
 - 患者の多様性に応えられる組織、多様性をもった組織へ
 - 多様性を認める組織文化をどうやって作るか
- やりたいことを後押しする
 - モチベーションを上げるのは難しいが、モチベーションを下げることが回避できる
- リーダーの背中中で語る？

ベナーは、多くの初心者が一人前レベルまでは体系的なプログラムで到達可能であるとしたのに対し、誰も一人前から中堅、達人レベルになれる訳ではないことを指摘しており、能力開発を支援する環境の重要性を指摘しています。では、セラピストの成長を促せる環境とはどのようなものでしょうか。

一人前レベル以前では理論に学ぶ比重が大きいのにに対し、一人前レベル以後は経験に学ぶ比重が大きくなるとしており、セラピストが試行錯誤しながら経験を積める環境が重要になると考えられます。

また、スタッフの試行錯誤できる環境には、スタッフの多様性を認め、取り組みを認め承認する組織風土の形成が必要と考えられます。リハは「人らしく生きる」という言葉を語源に持っており、患者がその人らしく生きることを支援する、多様性を認めるということを根源的な思想として持っています。であれば、そこに属している人間たちのいろいろな「やりたい」といった多様性を認めること、つまりリハの思想を組織運営として体現化していくことが、セラピストの成長を促す環境になるのではないのでしょうか。

リーダーはスタッフにとって大きな環境要因となるため、立ち振る舞いにも注意を

払う必要があります。スタッフのモチベーションへの対応として、モチベーションを下げるのは簡単ですが、上げるのは非常に難しいため、下げるようなことは出来るだけ避け、スタッフが何かやりたいといったときには、それが神経難病リハに貢献出来るものであれば後押しすることを心掛けています。

また、リーダー自身がセラピストとしての成長を強く望み自己研鑽していく姿勢を示すことも大事な事ではないかと考えています。ベナーは、達人レベルにある看護師の臨床指導が一人前レベルの看護師に新たな臨床の可能性を拓き、中堅レベルへ進む手助けになると述べています。リーダーとしてスタッフの可能性を拓く存在に近づきたいと思います。

セラピスト以外に対する教育

- 教育 ⇨ 周囲に良い影響を与える
 - 医師から依頼が出なければリハは始まらない
 - 良いリハを提供するには医師(神経内科医)の理解が必須
 - 教育機会となるもの
 - 実際の症例を通じたディスカッション、カンファレンス
 - 学会発表の抄録、論文を医師にみてもらう
 - 学会発表の予演会
 - 医師との関わりで得られるセラピストへの教育効果
 - 医師の考え方を知る機会
- 医師相手でも臆せず！
 - 医師との共通言語は現場での結果とデータ！

あとはセラピスト以外の他職種に対する教育も大事な問題です。教育をもう少し広く解釈して、周囲に良い影響を与えること考えれば、もっといろいろなことをやるのではないかと思います。

その一つが医師への教育、つまり医師に良い影響を及ぼすことです。セラピストは医師からの依頼がなければ神経難病患者にリハを提供することができません。つまり、多くの患者によりリハを提供するには、医師、特に神経難病の場合は、神経内科医の理解を得ることが大切になってきます。医

師に対して、よい影響を与えられる機会となるのは、実際の患者を通してセラピストが関わることの違いを示す、つまり、リハの効果を示すことです。あとはセラピストの学会発表の抄録や予演会、論文の査読に協力してもらうことがセラピストのことを知ってもらう機会になります。当院の場合は幸いにも神経内科医の病院長が研究所長を兼務しているため、全ての学会発表、論文に目を通してもらっています。このような機会を通して神経難病に対するリハの事を知って頂いています。

医師と関わることで得られるセラピストへの教育効果は、医師の症例に対する見立て、診断のプロセス、その他医学的知見など、医学的な考え方を知ることが出来ることです。神経難病では疾患の理解は必須のものです。医師とのディスカッションは疾患について生きた知識を得る機会として大変有用です。セラピストは医師とのコミュニケーションに躊躇してしまいがちですが、医師との共通言語である現場の結果とデータを提示することが関係づくりのヒントになるのではないかと思います。

当院における課題と展望

- 臨床と研究のリンク
 - 多くのセラピストはPT、OT、STとして養成されており、研究の素地を持たない
 - 神経難病リハが進展していくためには研究活動が必須
 - 臨床活動の延長線上に研究活動を位置づける工夫
 - 質の高い研究を生み出す教育
 - 演者の大学院での学びを敷衍(文献の抄読会、研究ペア制度)
- コアになる人材の育成確保
 - 多くのセラピストは脳卒中の回復期リハを志望
 - 神経難病リハの魅力をどのように伝えていくか
 - 若いスタッフが多く、臨床に順応していくのに時間が必要
- 教育の見直し
 - 成果の測定、組織の運営方針との整合性
- 自組織だけの教育から、他職種、地域の教育へ発展

当院の教育の課題としてまず挙げられるのは経験年数の浅いスタッフが多い中で臨床と研究をどのようにつなげていくかです。多くのセラピストは研究者ではなくセラピストとして養成されているため、研究の素

地を持ちあわせていません。その中で質の高い研究を積み上げていくためには、研究成果を生み出しやすい環境づくりとセラピストへのトレーニングが必要になります。

具体的には、臨床活動の延長線上に研究活動に位置づけられるような業務体制の工夫(臨床データをデータベース化することで臨床研究を行いやすくする環境づくり)、研究データの臨床へのフィードバックによる業務改善が挙げられます。また、個々のセラピストに対するトレーニングとしては演者の大学院進学の実験を活かし、論文の批判的吟味を通して研究的視点を涵養しています。

次に挙げられるのはコアになる人材の育成と確保です。当院は脳卒中の専門病院でもあるため、多くのセラピストは脳卒中の回復期リハに従事することを志望してきます。神経難病リハはその特殊性故に若いセラピストが臨床業務に順応していくのに時間を必要とするため、長期的視野に立って育成が求められます。長期にわたり神経難病リハに従事するには、この分野へのやりがいを感じられる事が大事な要因になるため、スタッフがやりがいを見いだせるように魅力を伝えていくことも重要な仕事になってきます。

3つ目の課題として教育の見直しが挙げられます。教育は外部環境、機能、内部構造に合わせて変化が求められます。現在行っている教育が外部環境に適応し求められる機能の発揮に繋がっているのかを点検し修正していく必要があります。しかし、どのように教育を評価するのか、十分な道具立てなく、手探り状態で行っているのが現状です。

最後の課題は自分達以外への教育です。神経難病患者へのリハはセラピストだけで完結するものではありません。よりよいリハを神経難病患者に提供するには、自院の他職種への教育にとどまらず、地域の同職種、他職種への教育も必要と考えられます。

神経難病リハ教育の特殊性と課題

- 何を教育すべきかが定まっていない
 - 神経難病リハ自体の領域形成が不十分
 - 神経難病領域に特有の技術は何か
 - 何をゴールにリハを提供するのか
 - 脳卒中の回復期リハ: 自宅復帰
 - 神経難病リハ: qoL?
 - 卒前教育で触れる機会が少ない
 - 神経系リハでは脳卒中に多くの時間が割かれている
 - 神経難病リハの教育実態が不明
- ▶ 当研究会で取り組んでいく課題の一つ

最後に神経難病リハ教育の特殊性と課題について述べたいと思います。大きな課題としては、神経難病リハを教育するにあたって何を教育するべきなのかが明らかではないことが挙げられます。これは、神経難病リハの領域自体が十分ではないために、コアになる学問が定まっていないことが原因だと思います。例えば、脳卒中の回復期リハでは臨床の質の指標の一つに自宅復帰が設定されていますが、神経難病では何を目標にリハを提供すべきか、十分なコンセンサスは得られていないと思われます。進行性の神経疾患にリハを提供すれば、それが即ち神経難病リハと呼べるものではなく、領域特有の考え方や技術について整理していくことが今後必要になってくると思います。

セラピストの卒前教育にも課題があります。養成校における神経疾患のリハの授業ではそのほとんどが脳卒中に時間が割かれていると思われますが、実態は不明です。神経難病リハについてどの様な卒前教育が

行われているかについての実態が把握されておらず、問題点を掴めていないのが現状です。これらの課題について、神経難病リハ研究会で取り組んでいく必要があると思われれます。

まとめ

- 美原記念病院における神経難病リハ部門の教育の取組みについて現状と今後の課題について述べた
- 神経難病リハの教育は部門の置かれている環境に依存することから、病院特性に応じて教育内容を吟味する事が求められる
- 一方、神経難病リハ領域特有の教育の課題があり、内容を整備していくことが今後の課題である

当院の神経難病リハ部門で行っている教育の現状と課題について述べさせていただきました。教育内容はリハ部門が置かれている環境に依存することから、適応する外部環境と発揮したい機能に応じて内容を吟味する必要があると思います。また、神経難病リハ分野に特有の教育の課題をどのように整備をしていくが、神経難病リハ研究会としても課題になると考えています。

中馬：ありがとうございます。質問等、ありませんか。お願いします。

質疑 E：国立精神・神経医療研究センターの寄本です。貴重なお話をありがとうございました。一つ、どうしても聞きたいことというか、やはり新人の方にもものを教えるに至っては、各病院のマニュアルというものがあると思います。ただ、今の昨今の時代というか、医療安全という意味のマニュアルというのがすごく怖くて、初め指南書という意味なのに、そのうち誓約書、このマニュアルに従わなければ何か罰せられ

るまでにいきませんが、そのぐらい何か強い力がマニュアルには実際にあります。神経難病の患者を見ていくと、なかなかマニュアルでは対応できないことが多々あり、そこでリハビリのスタッフは結構ジレンマで、どうすればいいのかなと迷ってしまうことが多々あるのですが、先生のところではそういうマニュアルはそもそもあるのかを含めて、またそういうジレンマというか、そういうところの問題というのはどのように考えているかと思いました。

菊地： 当院も業務マニュアルを作成しております。例えば、患者の単位算定などの事務処理の様に標準化可能な作業に対して作成しています。個々の神経難病患者さんのリハ内容をマニュアル化することはできませんので、その類のマニュアルはありません。マニュアルの持つ拘束力は、それによってコントロールする人数の多さに依存するのではないかと思います。また、マニュアルは業務効率化の手段であって目的ではないと思います。臨床現場と則さないものであれば随時書き換えを行い、ジレンマを解消していく手続きが必要なのではないでしょうか。

質疑 E： ありがとうございます。あとは新人教育をどうやってポジティブフィードバックしていくかというのは、上に立つ人はすごく気を付けないといけないことかと思しますので、ぜひ今後相談させていただきながら。

小森： 一つ質問、よろしいでしょうか。スタッフの選び方というのを決めているのでしょうか。特殊な領域なので、みんながみんな、これをやりたいかという、そうで

もなかったりするわけですが、その辺はどのように。

菊地： 私自身に人事権がありませんので、マッチアップに直接は携わっておりません。当院では毎年12月ぐらいに、次年度の配属希望を取ります。当院のケアミックス型の体制に対応するため、リハ科には急性期リハ、回復期リハ、神経難病リハ、訪問リハ、老人保健施設リハと6つの部門があります。約100人いるスタッフに配属希望アンケートを行い、マッチアップを行います。また、当院は病床の3/4は脳卒中を対象としている脳卒中の専門病院でもありますので、脳卒中の回復期リハビリをやりたいというセラピストが集まりやすい状況にあり、リクルートの段階で、神経難病リハを志向するセラピストを集めるのに苦労していました。最近になって、当院の神経難病の取り組みが知られるにつれて、神経難病に興味を持つセラピストが配属や就職を希望するようになり以前に比べて状況が改善されつつあります。希望と実際の配属のマッチングはなかなか難しい場合が少なくなく、頭を悩ませる部分でもあります。

小森： ありがとうございます。

参考文献

- 1) ハーバート・サイモン. システムの科学. 稲葉元吉他訳, パーソナルメディア社 (1999).
- 2) 中島孝. 難病におけるQOL研究の展開 -QOL班の活動史とその意義-. 保健の科学 51.2 (2009) :83-92
- 3) Traynor, B. J., et al. "Effect of a multidisciplinary amyotrophic lateral sclerosis (ALS) clinic on ALS survival:

a population based study, 1996–2000." *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 74.9 (2003): 1258-1261.

- 4) アルバート R. ジョンセン. 臨床倫理学—臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ. 赤林朗他監訳, 新興医学出版社 (2006).
- 5) ヒューバート・L. ドレイファス. 純粋人工知能批判—コンピューターは知能を獲得できるか—. 椋田直子監訳, アスキー (1987)
- 6) パトリシア・ベナー. ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ. 井部俊子監訳, 医学書院 (2006) .
- 7) 外山滋比古. 思考の整理学. 筑摩書房 (1986).