

4 セミナー「リハビリテーションにおける
戦略としてのチームワーク」

**TRABAJO EN EQUIPO
UNA ESTRATEGIA PARA EL TRABAJO DE
REHABILITACIÓN”**

2002年6月17日～19日

(主催)

コスタリカ国家リハビリテーション・特殊教育審議会

コスタリカ リハビリテーション医学会

コスタリカ 理学療法士・作業療法士協会

国際協力事業団

4 セミナー

「リハビリテーションにおける戦略としてのチームワーク」

目的

コスタ・リカリハビリテーションサービスにおいて実施されるチームワークによるアクションを強化する

- ・日本のリハビリテーションにおけるチームワークの状況について知る
- ・コスタ・リカのリハビリテーションにおけるチームワークの状況について知る
- ・チームワークに関する新しい知識を共有する
- ・コスタ・リカにおけるリハビリテーションのチームワーク実施方法について分析する
- ・保健部門関係者に対し、チームワーク実施方法に関する提言を提示する

プログラム

6月17日（月）（第一日）

12:00-13:00 参加登録

12:30-13:00 開会式（順不明）

Mr. Jorge Plinaris（経済企画庁副大臣）

Ms. Barbara Holst（国家リハビリテーション・特殊教育審議会事務局長）

Dr. Federico Montero（コスタ・リカリハビリテーション医学会会長、
国家リハビリテーション・特殊教育審議会会長）

Ms. Juanita Fonseca（コスタ・リカ理学療法士・作業療法士協会会長）

猪又忠徳（特命全権日本大使）

大峯保広（国際協力事業団コスタ・リカ事務所長）

13:00-15:00

基調講演 上田敏（日本障害者リハビリテーション協会副会長）
「リハビリテーションの哲学とチームワーク」

15:00-15:30 休憩

15:30-17:00

パネルディスカッション

「リハビリテーションサービスにおけるチームワークの状況—コスタ・リカの経験」

Mr. Raul Cedeño（リハビリテーション養護学校）

Mr. Roosevelt Ugalde（プンタレーナス病院）

Ms. Maria Cecilia Arguedas（国立保障機構）

Ms. Roxana Meser（国立リハビリテーションセンター）

17:00-18:30

基調講演 Dr. Eldon Cadwell（コスタ・リカ大学工学部教授）
「チームワーク 論理的、方法的、概念的側面」

6月18日（水）（第二日）

8：00－10：00

基調講演 上田敏（日本障害者リハビリテーション協会副会長）

「目標指向的アプローチ」

10：00－10：30 休憩

10：30－12：00 分科会1

12：00－13：00 昼食

13：00－15：00 分科会2

15：00－15：30 休憩

15：30－17：30 分科会3

18：00－20：00

技術指導・交換会 田口順子（国際協力事業団青年海外協力隊技術顧問）

「腰椎及び頸椎における痛みの理学療法について」

6月19日（木）（第三日）

8：00－10：00

基調講演 上田敏（日本障害者リハビリテーション協会副会長）

「障害学、特に廃用症候群とその悪循環」

10：00－10：30 休憩

10：30－11：30

チームワークにおける効果及び効率に対する提言

11：30－12：30

総合セッション

12：30－13：00

閉会式

主催者挨拶

Ms. Juanita Fonseca (コスタ・リカ理学療法士・作業療法士協会会長)

今回のセミナーを通し、コスタ・リカにおいてチームワークが定着されることを祈っています。

Mr. Yasuhiro Omine (国際協力事業団コスタ・リカ事務所長)

昨年、日本の国際協力事業団本部より、リハビリテーション分野における青年海外協力隊活動評価のための調査団が当国を訪問しました。この調査において、青年海外協力隊の活動現場訪問及びコスタ・リカ関係機関との意見交換を実施し、コスタ・リカにおいて最初に協力隊が到着してから20年の間に、状況が変化していることを確認しました。

リハビリテーションに携わる様々な人々からの要望を調査した結果、国内における様々なリハビリテーション医療に従事している人々、そして、障害者に対するサービスを行っている人との意見交換を行うために、セミナーの開催が重要であるとの提言を残しました。

それが今回実現することとなり、この国そして他の国の関係者が参加することになりました。なかでも、リハビリテーション医学においては、日本の第一人者であり、非常に貴重な経験を積んでおられる上田敏先生をお迎えすることができたことは、大変光栄な話でした。このセミナーにおいて出される提言は、皆さんにとって重要なものとなるでしょうし、このセミナーの目的であるチームワークを達成するために、この国内のあらゆる地域に、そして障害者のために伝えていただきたいと考えています。

最後に、今回のセミナーを開催するにあたり、支援をいただいた全ての方に感謝の意を表したいと思います。

Ms. Barbara Holst (国家リハビリテーション特殊教育審議会事務局長)

去る2001年9月30日、国際協力事業団による調査団が当国を訪問し、国家リハビリテーション特殊教育審議会及び経済企画庁との協議の場において「リハビリテーションにおけるチームワーク」のためのセミナー開催に対する提言を受けました。

1979年にコスタ・リカにはじめての青年海外協力隊が派遣されて以来、コスタ・リカには22名の理学療法士、作業療法士が派遣されてきました。協力隊員

は、病院、リハビリテーションセンターにおける活動の必要性を感じ、当国のリハビリテーション分野向上のために直接働きかけてきました。これらの協力隊員が皆共通の問題点として掲げていたのが、リハビリテーションにおけるチームワークができていないという問題認識でした。この共通の課題の解決に向けて今回のセミナーを開催することを決めました。

当国におけるリハビリテーションを巡る問題は多く、1996年に法令第7600号が制定されましたが、各機関における人員配備、インフラ整備など様々な改善されるべき問題を認識しており、問題解決にむけ努力していくつもりであります。

コスタ・リカに対する協力隊による支援は我々にとっては非常に重要なものであり、中南米においてもこの分野における先駆者として貢献できるよう努力したいと感じております。

Dr. Federico Montero (コスタ・リカリハビリテーション医学会会長、国家リハビリテーション特殊教育審議会会長)

今回のセミナーの開催は非常に重要なものであり、仕事で当国を離れていましたが、セミナーが無事開催されるに至ったことを心より嬉しく感じております。また、今回のセミナーの開催においては、上田先生のように大変世界的にも有名な方の参加を得る事ができ、大変嬉しく感じております。

リハビリテーションを巡る状況は著しく変化しており、またチームワークは重要です。我々も日々カンファレンスの場にてチームワークを作ろうと試みておりますが、実際にそれを形成するのは大変難しいことです。チームワークを形成するには、人、家族、組織の全てがチームワークのメンバーに含まれなければなりません。それには我々を巡るパラダイムの変化が必要であり、障害者自身が発言する機会を増やさなければなりません。

コスタ・リカの状況は変化しつつあり、WHOによると、コスタ・リカ人の70%が慢性病に罹患しているとの結果がでています。この中には糖尿病、癌、エイズ、呼吸器系疾患等が含まれていますが、今後はこれらの慢性病対策に取り組む必要があります。しかしながら、これらの慢性病対策は通常の医療行為だけでは難しい状況です。2020年には国民の80%が慢性病疾患状況にあると言われることから、リハビリテーションは当国にとり重要な問題となります。また、治安悪化に伴う、暴力行為、交通事故による身体障害者も増えています。

WHOからの提言に基づき、現在コスタ・リカでは、障害者の様々なサービスへのアクセスの改善を掲げており、全てのコミュニティーにおけるアクセスを改善するためには、単なる行動だけではなく戦略が求められ、かつその戦略を促進しなければなりません。組織においては、参加が何よりも大切であり、我々は障害者の社会参加に取り組まなければならない課題と考えています。

今回のセミナーの開催にあたっては、日本の支援を得ることができ、大変感謝していると同時に、今回のセミナーで学んだことが、皆さんの日々の生活に反映されること願っています。

Mr. Jorge Polinaris (企画経済省副大臣)

コスタ・リカにおいては、貧困問題、生活条件の改善が課題として挙げられています。特に健康面における政策は、厚生省、コスタ・リカ社会保険公庫、教育省、国家リハビリテーション特殊教育審議会が管轄しており、各方面からダイレクトなアプローチを政府に対し働きかけています。

中米及びラテンアメリカにおいては全てのサービスへのアクセスが重要視されており、中でも障害を抱えた小さい子供、老人、貧しい人々のアクセスの改善は重要な課題です。

今回のセミナーの開催にあたっては、日本政府、国際協力事業団を始めとする皆様方の支援に感謝しております。

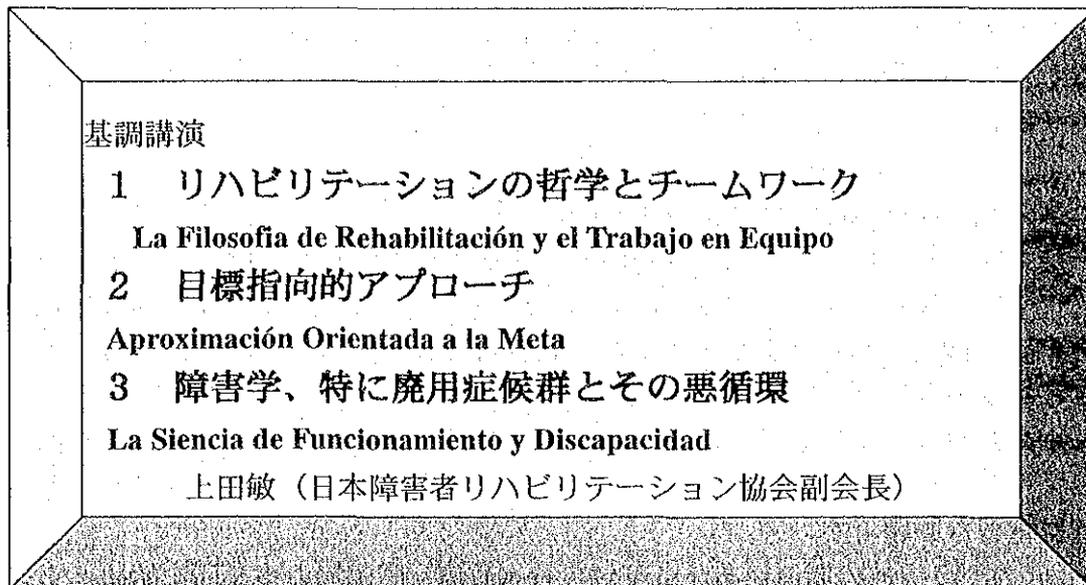
Mr. Tadanori Inomata (特命全権日本大使)

障害者に対する支援に対し大変感謝しております。また、今回のセミナーの開催にあたっての皆様方の支援に感謝しております。今回のセミナーの開催はラテンアメリカにおいては新しい試みと捉えております。

日本ではグローバル化の波の中、少子化、高齢化が進んでおります。日本における障害者支援は、当初は小児分野において開始しましたが、青年、高齢者へと対象が映りつつあります。

日本における経験をコスタ・リカに伝えるとともに、チームワークの重要性について再度コスタ・リカに知っていただきたいと考えております。また、日本としてもコスタ・リカの教育分野における経験から学ぶことがあるのではないかと考えております。

なお、日本政府は胃癌プロジェクトを現在実施しており、医療保健分野における多角的な支援を実施したいと考えております。



本日はお越しいただき誠にありがとうございます。

今回のセミナーのための資料として、皆さんにお配りしています資料 (Satoshi Ueda, *La Medicina de Rehabilitación Ilustrada*, JICA 2002) を用意しました。これは、私の本『目で見えるリハビリテーション医学 (第2版)』(東京大学出版会 1994年)の一部をスペイン語に翻訳したものです。この本は、リハビリテーションを普及させるために今から33年前に書いたものを8年前に改訂したものです。今回のセミナーにあたっては、WHOによる1980年の国際障害分類 (ICIDH) が、2001年に国際生活機能分類 (ICF) に改定されたことを受けて、それに関連する部分を改訂してあります。今回のセミナーではこの資料のうち一部しかお話しできませんが、関心を持たれた方は是非資料を全部読んでください。また、それ以上知りたい方は是非日本語を勉強して原本を読んで下さい。それでは始めたいと思います。

基調講演 1 リハビリテーションの理念とチームワーク

要旨

- リハビリテーションは機能回復訓練ではなく、「人間らしく生きる権利の回復」(「全人間的復権」)。
- リハビリテーションは以前の生活への復帰ではなく、新しい人生の創造。

- 大事なものは障害（マイナス）を減らすことよりもプラスを増やすこと。
- 障害者は障害というマイナス以上に多くの健常能力を潜在的にもっている。それを引き出して発展させることがリハビリテーションの技術である。
- ICF：国際生活機能分類（2001）はICIDH：国際障害分類（1980）と違い、障害（マイナス）よりも生活機能（プラス）に着目。リハビリテーションはもちろん、21世紀の医療と福祉に大きな影響をもたらすであろう。
- 総合的なリハビリテーションは次の4部門からなる。
 - 1) 医学的リハビリテーション
 - 2) 教育的リハビリテーション
 - 3) 職業リハビリテーション
 - 4) 社会リハビリテーション
- これらの4部門は歴史的には異なった起源をもち、別々に発達してきたが、ある時点で障害者に対する総合的な対策の基本理念として「リハビリテーション」（全人間的復権）が重要であることに気付き、次第に接近を始める（第1段階）、そして上記のように「〇〇リハビリテーション」と呼ばれるようになり、お互いの関連性を自覚するようになる（第2段階）。しかし、この段階ではまだ各部門間の壁は厚く、交流は乏しく、相互理解は不十分である。最後の第3段階は理想の状態であり、完全な形では世界のどこでも実現していないが、リハビリテーションが一つの「総合リハビリテーション」になり、各部門は融合して、各側面（総合リハビリテーションの医学的側面、教育的側面、職業的側面、社会的側面）となり、お互いの間は相互理解が深まる。これは大きな意味でのチームワークであり、障害者のすべてのニーズを満たすためにはこの意味での大きなスケールでのチームワークが確立していることが重要である。
- リハビリテーション医学とは障害者が潜在的にもつ能力を発見・開発することで「全人間的復権」の目的を達成する「プラスの医学」である。
- リハビリテーション医学のチームには医師（特にリハビリテーション医）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、看護師、保健師のような医学系職種だけでなく、ソーシャルワーカー、心理士、職業カウンセラー、その他の心理・社会系職種も加わっている。このような多くの職種が必要なのはリハビリテーションが、人間の生命・生活・人生の全体を対象とする総合科学・技術であるからである。

- さらに患者・障害者とその家族もチームのメンバーであるとの認識が重要である。
- チームワークの機能は①生活機能と障害の総合的認識（認識機能）、②その予後（リハビリテーションを行なった後の状態の予測）の認識（予測機能）、③主目標、副目標の設定（目標設定機能）、④プログラムと役割分担（計画機能）、⑤プログラムの実行（実行機能）、⑥結果の確認と反省（反省的認識機能）、という認識に始まって認識に終わるものである。
- 専門家のチームによる認識は患者・障害者のもつ多面的・構造的な諸問題を、異なった角度から把握し、それを総合することで、「人間にできるかぎり真実に近い」像を描き出すことができる。
- チームワークとは「縄張り」を作って、互いに相手の領域を侵さない、縦割りの「分立的分業」ではなく、ADL（社会生活行為）をはじめとする多くの領域で重複して働く「協業」である。それが専門性を否定するものと考えるのは誤りで、同じ領域で協力して仕事をしていても実は果たしている役割・機能はそれぞれの専門性に立っておのおの異なるのである。
- リハビリテーションにおける医師の処方①診断をはじめとする疾患に関する詳しい情報、②リハビリテーションで考えられるリスク（危険性）とそれを避けるための注意事項、③疾患・障害の予後（今後の予想）を含むべきである。
- チームのメンバーは遠慮なく医師に質問すべきであり、医師はそれに誠実に答えるべきである。
- チームメンバーは自分の得意とする分野のみをみるのではなく、患者・障害者の全体像を捉えるべく広い視野でみるように努めなければならない。

質疑応答

質問：チームで「目標」を設定する際にチームの構成員それぞれが目標を設定するのが普通だと思いますが、どうやってそれを一つにまとめるのでしょうか。

上田：職種別に目標があると考えるのは間違いです。「目標」はチーム全体に一つであり共通のものです。目標設定にする際には皆で集まって議論すること、チームワークの次元から問題をみる必要があります。理学療法士、作業療法士その他が一緒になり一つの事を行うことが大切です。

以前、脳卒中の右片マヒ患者を診察した事があります。この方は高校の先生でした。この人の場合、主目標は高校に復職する事、副目標は電車に乗って通勤できるようにすること（理学療法士）、左手で黒板に時が書けるようにすること（作業療法士）、復職できるよう教育委員会と交渉すること（ソーシャルワーカー）などでした。しかしながら、教育委員会は脳卒中の再発をおそれていたので、医師（私）が病状の説明を行いつつ、教育委員会と交渉しました。この場合、医師とソーシャルワーカーとが協力して教育委員会との交渉をやったわけです。この通り副目標であっても職種別ではないということです。たくさん職種が一緒になって考え、一緒になって働けるような場を作ることが大切です。また、一人一人の療法士が自分の得意な分野だけでなく、視野を広げることも大切です。

基調講演2 目標指向的アプローチ

要旨

- リハビリテーションは「新しい人生を創る」ものであるから「どのような人生を創るのか」がチーム全体にも患者・障害者とその家族にも共通の目標として共有されていなければならない。それが「参加」レベル（社会レベルの生活機能）の「主目標」であり、そこから（ふつうの考え方とは逆に）「活動」レベル（個人レベルの生活機能）の副目標、さらに「心身機能・構造」レベル（生物レベルの生活機能）の副目標が決まってくる。
- これらの目標はチーム全体に共通のものである。これを確立していく過程が、基調講演1で述べたチームワークの機能の①-③のプロセスである。
- ADL（日常生活行為）をはじめとする「活動」においては、「できる活動」と「している活動」とをはっきり分け、その両者を正しく評価することが重要である。その上に立って始めて、「する活動」（活動レベルの副目標である、将来の実生活における「している活動」）に向けて、その両者をいかに効率的に高めていくかというプログラムをたてることができる。これが目標指向的「活動」訓練プログラムである。
- 実際の訓練場面のスライドを多数用いて脳卒中片麻痺における目標指向的「活動」訓練プログラムを説明した。

- さらに患者・障害者とその家族もチームのメンバーであるとの認識が重要である。
- チームワークの機能は①生活機能と障害の総合的認識（認識機能）、②その予後（リハビリテーションを行なった後の状態の予測）の認識（予測機能）、③主目標、副目標の設定（目標設定機能）、④プログラムと役割分担（計画機能）、⑤プログラムの実行（実行機能）、⑥結果の確認と反省（反省的認識機能）、という認識に始まって認識に終わるものである。
- 専門家のチームによる認識は患者・障害者のもつ多面的・構造的な諸問題を、異なった角度から把握し、それを総合することで、「人間にできるかぎり真実に近い」像を描き出すことができる。
- チームワークとは「縄張り」を作って、互いに相手の領域を侵さない、縦割りの「分立的分業」ではなく、ADL（社会生活行為）をはじめとする多くの領域で重複して働く「協業」である。それが専門性を否定するものと考えるのは誤りで、同じ領域で協力して仕事をしていても実は果たしている役割・機能はそれぞれの専門性に立っておのおの異なるのである。
- リハビリテーションにおける医師の処方①診断をはじめとする疾患に関する詳しい情報、②リハビリテーションで考えられるリスク（危険性）とそれを避けるための注意事項、③疾患・障害の予後（今後の予想）を含むべきである。
- チームのメンバーは遠慮なく医師に質問すべきであり、医師はそれに誠実に答えるべきである。
- チームメンバーは自分の得意とする分野のみをみるのではなく、患者・障害者の全体像を捉えるべく広い視野でみるように努めなければならない。

質疑応答

質問：チームで「目標」を設定する際にチームの構成員それぞれが目標を設定するのが普通だと思いますが、どうやってそれを一つにまとめるのでしょうか。

上田：職種別に目標があると思うのは間違いです。「目標」はチーム全体に一つであり共通のものです。目標設定にする際には皆で集まって議論すること、チームワークの次元から問題をみる必要があります。理学療法士、作業療法士その他が一緒になり一つの事を行うことが大切です。

以前、脳卒中の右片マヒ患者を診察した事があります。この方は高校の先生でした。この人の場合、主目標は高校に復職する事、副目標は電車に乗って通勤できるようにすること（理学療法士）、左手で黒板に時が書けるようにすること（作業療法士）、復職できるよう教育委員会と交渉すること（ソーシャルワーカー）などでした。しかしながら、教育委員会は脳卒中の再発をおそれていたので、医師（私）が病状の説明を行いつつ、教育委員会と交渉しました。この場合、医師とソーシャルワーカーとが協力して教育委員会との交渉をやったわけです。この通り副目標であっても職種別ではないということです。たくさん職種が一緒になって考え、一緒になって働けるような場を作ることが大切です。また、一人一人の療法士が自分の得意な分野だけでなく、視野を広げることも大切です。

基調講演2 目標指向的アプローチ

要旨

- リハビリテーションは「新しい人生を創る」ものであるから「どのような人生を創るのか」がチーム全体にも患者・障害者とその家族にも共通の目標として共有されていなければならない。それが「参加」レベル（社会レベルの生活機能）の「主目標」であり、そこから（ふつうの考え方とは逆に）「活動」レベル（個人レベルの生活機能）の副目標、さらに「心身機能・構造」レベル（生物レベルの生活機能）の副目標が決まってくる。
- これらの目標はチーム全体に共通のものである。これを確立していく過程が、基調講演1で述べたチームワークの機能の①-③のプロセスである。
- ADL（日常生活行為）をはじめとする「活動」においては、「できる活動」と「している活動」とをはっきり分け、その両者を正しく評価することが重要である。その上に立って始めて、「する活動」（活動レベルの副目標である、将来の実生活における「している活動」）に向けて、その両者をいかに効率的に高めていくかというプログラムをたてることができる。これが目標指向的「活動」訓練プログラムである。
- 実際の訓練場面のスライドを多数用いて脳卒中片麻痺における目標指向的「活動」訓練プログラムを説明した。

- 1) 長下肢装具の早期装着
- 2) ウォーカーケインの早期使用
- 3) 病棟の実際の生活の場、実際の時間帯でのADLその他の「活動」訓練：整容行為、排泄行為（行為と歩行を一体とした）の早期自立、入浴訓練、更衣の自立、等。
- 4) 屋外歩行訓練（歩数の増加を重視）。特に雨天などでの実用屋外歩行の訓練。

以上によるまひの回復促進とそれに伴う長下肢装具の単下肢装具への切り下げ、ウォーカーケインの四脚杖、T字杖等への軽量化。

質疑応答

質問：上肢の機能回復訓練の話が出ませんでしたでしたが、いつ頃から始めるのでしょうか？

上田：下肢の機能回復に比べて上肢の機能回復は困難です。大きな関節（肩・肘など）の動きの回復は上肢も下肢も大差ありません。しかし、下肢は大きな関節の動きさえ回復すれば歩けるようになるのに、上肢は手指の細かな動きまで回復しなければ役にたちません。手の指の機能回復は大変です。マヒ側の手で字が書けるに至る人は10%以下で、しかも、もともと軽いマヒの人の話です。従いまして、マヒ側の手の機能を回復させるよりも、片手（健側の手）で何でもできるように訓練することが必要です。正しい指導をすれば、左手で字を書くことも可能になりますし、家事も日常生活の諸行為もできるようになります。マヒ側の手も見捨てるというのではなく、訓練することにより補助手として役立つようにすることをめざします。

質問：長下肢装具を使つての訓練はいつ頃から開始するのでしょうか？

上田：もちろん患者の状態によりますが、通常は発症後2～3週間くらいからです。廃用症候群により脚の筋力は2週間使わないと衰えます。従いまして悪い方の脚を装具で固定し、歩くことで両脚を使うということが重要です。

質問 : ADLにおいて、理学療法士と作業療法士の役割をどのように分け、計画をたてるのかでしょうか。

上田 : 上肢が作業療法士、下肢が理学療法士といわれますが、これは必ずしも正しくありません。例えば歩行でも理学療法士のみが担当するのではなく、作業療法士が病棟でトイレ、洗面訓練などをおこなう時に、自分のベッドからトイレ、洗面所まで歩く、またトイレの中、洗面台の前などで細かな位置移動をするなどの指導は作業療法士が行うことが多いものです。逆に炊事訓練は作業療法士のための仕事かというところではなく、調理台のところで、高いところの物を取る、かがんで下の物を取るなど、炊事に不可欠な動作の基礎訓練は理学療法士がやる人が多いのです。

基調講演 3 障害学、特に廃用症候群とその悪循環

要旨

「障害学」はリハビリテーション医学の科学的基礎をなす学問であり、その範囲は非常に広いが、今回はもっとも重要でありながら知られることの少ない廃用症候群を取り上げる。

● 廃用症候群は次のように分類される。

1) 局所性廃用症候

関節拘縮（筋性、関節周囲組織性）、廃用性筋萎縮、廃用性骨萎縮、じよくそう（床ずれ）、深部静脈血栓症、等

2) 全身性廃用症候

起立性低血圧、心肺機能低下（体力低下）、一回心拍出量低下、易疲労性、利尿・循環血液量減少（脱水）、便秘・食欲不振、等

3) 精神神経性廃用症候

うつ傾向、知的低下（仮性痴呆）、自律神経不安定、運動制御機能低下等

● 以上のうち重要なものについて、我々の経験例と研究データを紹介した。

質疑応答

上田 : いままで先ほどスライドでお見せしたような廃用症候群による重度な拘縮の例をみたことがある人はいますか？—（手が拳がる）—それではみたことがない人はいますか？—（いない）— 現在拘縮の患者は日本の病院では

殆どみられません。これは、40年に渡る医療の進歩であり、チームワークの成果です。リハビリテーションにおいては、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー、看護師等の連携が何より大切です。

上田：先ほどスライドでも紹介しました、起立性低血圧の話ですが、車椅子に乗った患者さんの具合が悪くなり、ベッドまで遠いときにどのように対応すれば良いか知っている人いますか？

解答：車椅子を倒します。

上田：そのとおりです。知らない人もいるのではないかと思いますので、やってお見せしましょう。(モデルを使ってやってみせる)

上田：実は私は過去に起立性低血圧で苦い経験があります。他の病院に頼まれて患者を見に行き、患者さんのマヒの程度を調べたところ、まだマヒは非常に軽かったので「これなら歩けますね」と平行棒に行ってもらったら、本当に歩けました。あ、歩けますねとは話をしていたらいきなりその患者さんは真っ青になり気分が悪くなって吐いてしまった。その時はじめて、あ、これが起立性低血圧なんだな、と気がつきました。今ならば、長く寝ていた人を起こす時には十分気をつけて、腺を触れたり、顔色と足の色を見比べたり、話しかけて気分が悪くないか確かめながら行ったはずですが、しかし一番大事なものは、そもそも長く寝かさなないという事です。

質問：脳卒中患者の場合、廃用症候群予防のために患者にどのように指導すれば良いのでしょうか？

上田：関節の拘縮を防ぐことは重要です。固まらないように動かしてあげる必要があります。しかし肩は損傷の危険があるので、前方・側方とも90度くらいまでにとどめるべきです。また、早期から座っている時間を増やすことが大切です。その際には、顔の色、手の色をみるのが重要です。本人や家族の人に関節を動かすように指導することも大事ですが、正しい指導をしないと、そればかりしていることもあります。やりすぎれば関節炎をおこすわけで、1日10回程度動かせばよいものです。また、拘縮の予防以外にもADLで早期からできることがたくさんありますから、それをよく指導し、生活全体を活性化していくことが廃用症候群予防のためには最も重要です。何をどれだけするの

かをきちんと指導することが重要です。

最後になりましたが、今回のセミナーが皆さんのお役に立てば有り難いと思います。今回のセミナーに先駆けコスタ・リカで4日間の調査を行いました。多くの可能性があると感じました。努力すれば短期間で良くなると信じましょう。できるのならば、来年も再来年も来て皆様とお話できればと思います。

「チームワーク。論理的、方法的、概念的側面」

Trabajo en Equipo Aspectos Teóricos, Metodológicos y Conceptuales

Eldon Cadwell (コスタ・リカ大学工学部教授)

いつもいつも同じ事を話し合っているのに関わらず、何故何も変わらないのでしょうか。小さいころからチームワークについて教わっています。特にコスタ・リカは個人主義です。チームワークに4つの要素があるとか、そんなものはありません。チームワークは皆で覚え、学ぶものです。どなたかチームワークの良い経験がある方はいらっしゃいますか？－（解答なし）－ と、いうことは、皆さんチームワークで仕事ができないのではないかと思っていちゃいますね。完璧な要素はないです。しかし、こうすればよいかも、とのアドバイスはあります。チームワークを大切なものと考えている人もいますが、皆が大切と思っていることをいまさらここでは話をしません。良いチームワークは日常生活の中で、いつもやっていることなのです。チームワークとは Gun-ho という戦いの掛け声なのです。

「リスの心」

リスが森の保全にどのように貢献をしているのか考えてみましょう。リスは皆一緒になって木の実を拾います。皆で拾うという目標があり、それに対して働きます。どうして拾うことにエネルギーをかけるのかというと、拾うことにより、食料を確保でき、冬を越すことができるからです。もし、仕事を給料のためにするのなら仕事に対しエネルギーは向けられないでしょう。なぜ仕事をするのか考えてみてください。先ほどお金も人もいないところで仕事をしている人の話がありましたが、なぜこれらの人々は仕事をしているのでしょうか？考え方の違いに気付き意見が合わなくなることがありますが、目標さえ同じであるならば、互いに共通の目標に向かい仕事をするのは、給料のためではありません。考えが違って、エゴがでてくるとチームはなりたちません。チームワークからエゴは外して下さい。そして自分の役割が何なのか考えてください。チームワークの団結は守らねばならず、チームワークのリアクションを意識しているのが分かります。

「ビーバーのスタイル」

個人と組織との関係を考えてみましょう。ビーバーがダムを作るためにある場

所に枝をおくと、他のビーバーはそれをそのままにしておきます。互いを尊重しあうわけですから。それぞれが役割を持っていて、役割分担をきちんとし、邪魔をしていません。皆さんにとって価値観とは何ですか？－（解答なし）－皆さんは考えすぎではないでしょうか。共存のための規則でしょうか？正直であることでしょうか？文化により規則は異なります。価値観の規則は皆で一緒に決めることですが、それでは効果はありません。それを守るためにも、目標をどのように決めるのが重要です。何かを管理しようとするのは難しく、そうしようとすると今までしてきた事が台無しになります。自分の仕事から分らないのも、人に仕事をさせないのも問題です。チームにおいては、独立性と自律性が必要です。ビーバーは他の人に見えないように良い木を隠したりしません。一つの枝がおいてあったとしてもそれを動かすことをしません。自分一人が全てを知っていると思うべきではありません。そのためにコミュニケーションは重要です。チームのメンバーの互いを尊重する必要があります。

「雁のスタイル」

雁は毎年何百キロも飛びます。1日に100キロをも移動します。互いに励ましつつ旅をします。先頭の雁だけではなく、全ての雁が大きな声で互いを励ましあいます。先頭の雁が疲れた時は他の雁が変わり、あらゆるV字の形態を取って飛びます。即座にそれに変わるものを助けるわけですから。皆が目的地に到着する方法を知っているのです。ここからの教訓は、リーダーシップは皆で経験するものということです。いつも同じ役割を担当しなくてもよいということです。いつも課長がするのではなく役割を変えたり、仕事を変えたりすることは重要です。また、お茶を飲みながら気分を変えることも良いですし、仕事だけでなく良い環境を作ることも大切です。仕事以外のところでも疑問は出てくるはずですから。職場で、いつもコーヒーを飲んでいるとします。でも、コーヒーがなければスナックやお菓子を食べることにします。すぐそういう機転はききますよね。仕事もそうです。大切なことと意識していないのではないのでしょうか。また、4ヶ月のプロジェクトを作るとします。3ヶ月間話し合いをしていると、4ヶ月目にはまだ何もできていません。早めに終わる気持ちでやらなければいけません。機転をきかせ色々な改善方法を用いることが必要です。

「ゴール」

ゴールとは明確で、実現可能で、意欲がでるものです。結果が目に見えるものです。何でも具体的な結果は見えますか？人を愛しても見えますか？生活水準は見えますか？見えないものをどうやってはかるのでしょうか？はかれないものは改善できません。最初に予め決めておいた方法で解決することはできません。スケジュールを作り解決することが必要です。口頭で解決できないとき

は、書面で解決します。E-mail だけでは気持ちは伝わりません。会話が必要です。それぞれのゴールが一つもしくは色々な成果と関係しています。成果を考える指標ですが、現状はゴールに向けて 80% の状況にあるとして、望ましいのは 100% 達成することでしょうが、望ましくないのはいつか 100% になるだろう、ということです。

「再評価と再認識」

私たちは、自分の職場が自分の努力を感謝し、評価して欲しいと感じます。そうでなければ不満が生じます。評価されたい、知って欲しいという意識は、本来の人として備わっている当然の意識です。コスタ・リカの 97% の会社員は不満を抱えています。不安をモチベーションとして、上司が認めるのを待たず、自分で認め前進してください。私は皆さんを認めます。私の母親は交通事故で片足を切断しましたが、理学療法士をはじめ皆さんのような仕事に従事する方のお陰で、現在は洋裁をしながら生活をすることができます。あなた方の仕事が人間的に社会福祉にどのように貢献しているのか、考えた事がありますか？

しかしながら、チームとしてのまとまりは重要です。それには調整する人、評価する人、ファシリテーター、メンバー、コンパスと記録が必要です。会話及びディスカッションにより刺激されることで、チームとして物事を考えることができます。ワーキングセッションにおいて、時間を調整するには、中断したり、焦点のズレを直したり修正したり、時間通りに、責任感と業務をバランス良く行うことが重要です。

技術指導・交換会

「腰椎及び頸椎における痛みの理学療法について」

Manejo Fisioterapeutico
en Lumbargias y Cervicalgias

田口順子

(国際協力事業団青年海外協力隊技術顧問リハビリテーション担当)

夜遅く開催されます講習会にこんなに大勢の方々に参加して頂いて心から感謝いたします。また、このように素晴らしい会を準備して下さったコスタ・リカの関係の皆様は厚くお礼を申し上げます。コスタ・リカと日本の人々のチームワークでこのような素晴らしいセミナーや講習会が開催されたことによって両国のリハビリテーションの交流が益々深まることを望みます。

さて、本日のテーマは首と腰の痛みを取る方法です。残念ながら私はスペイン語ができませんので、通訳の時間がありますから正味1時間ということになります。時間さえあれば、私はこのテーマについて3日でも10日でも方法を紹介し、皆様とディスカッションしますが、今日は前半少しお話をし、後半は誰でもできて簡単で効果のある方法をひとつだけデモンストレーションして、そのあと皆さん2人1組になって同じことをして頂きます。おそくとも8時30分までには全部終了させたいと思います。

私はこれまでに何冊かの本を書いてきました。日本の150校ある理学療法士の学校のうち75%つまり125校が私のこの本を指定教科書として使っています。ひとつは物理療法の教科書でもう一つは運動療法の教科書です。皆様に本日お渡しした部分は運動療法の本の首と腰痛のところから抜粋してスペイン語に訳したものです。この資料にそってお話は進めませんが、ぜひ一度目を通して下さい。最後のページは腰痛のための徒手療法です。最後のページから2枚目は自宅で奨励する腰痛のための運動です。最後のページから3枚目の絵は首のための運動療法です。患者さんの痛みの程度によってホームプログラムとして皆さん是非すすめるようにして下さい。

コスタ・リカでも首と腰の痛みは多いと聞きます。特にコーヒー豆を摘む人に多いようです。理由はいくつか考えられます。日本のお茶に比べてコーヒーの豆は重いこと。かごを体の前で抱えること。そのため、かごの幅の分だけコーヒーの木と体に距離があくこと。豆を摘む時その分余計に腕を伸ばさなければ

ばならないこと。かごを支えるベルトでいつも腰は過度な前弯が生じていること。そして、豆を摘む動作は動かしている体の部分はいつもしばしば同じ繰り返し動作であることなどが、痛みの原因と考えられます。

頰椎の問題が発生する原因としては次のようなことが考えられます。

1. 首は頭蓋骨を支えていること。重い腕をぶら下げて懸垂しています。
2. 頭蓋には感覚器が集中しています。そして絶えず動かしているために、使いすぎの現象が起こり、劣化してきます。
3. また、重い頭を支え、常に腕をぶら下げているにもかかわらず、首の部分は骨組みが細くて傷つきやすくできています。
4. しかも、この細くてもろい部分に気管、食道、血管、内分泌線など生命維持に重要な部分が集まっています。

以上のことが重なりあって、主観的には後頭部、頰部、肩甲帯、上腕、前腕、手、および指のどこかの部分、または全体にわたって「こわばり」「しびれ」「いたみ」等の不快感を覚えます。客観的には緊張や硬結、時には神経を通しての頭部、頰部、背部、上肢における異常感、脱力、血行不全などの症状が見られます。

このような症状を日本では「頰、肩、腕症候群」と呼んでいます。コスタ・リカでも首の痛みを訴える人の多くには、以上のような症状が見られるのではないのでしょうか？こういった多彩な症状の発現機序として、骨棘や椎間板ヘルニアなどの原因によって起こる圧迫が必ずしも一致するわけではありません。首の骨の器質的疾患ではなく、動かすことによるメカニカルな動的因子が関係していること、そのために痛みが起こる悪循環による二次的障害を私たちは重視しています。このように「動き」によって起きる痛みに対して理学療法士としてアプローチを行います。

まず、理学療法士は簡単なチェックを行います。体型、姿勢、痛みの部分、痛みの種類、程度、感覚、自律神経症状、腱反射、筋力テスト、関節の動き、神経、血管の圧迫テスト、そして日常生活にどのように困っているか等です。

以上のような検査は5分から10分で行います。学生の実習ではありませんから全部の項目を自覚症状もないのに時間をかけて行う必要はありません。まず、問診で症状をきいて、立ってもらって姿勢をみて、歩いてもらって椅子に座ってもらい徒手で触診します。そして、理学療法のメニューを作ります。同じ症状の患者さんが来ても、理学療法士の好みや考え方によって治療の方法は変わります。理学療法の中のどのような手段を選択するかは医師ではなく理学療法士です。

まず、どのような患者にも検査、評価はします。そして、マッサージを行ったり、牽引、レーザー療法、超音波などの物理的療法をします。物理療法は理学療法の主たる治療方法ではありません。あくまで、運動療法がスムーズに行

えるようにするための「前処置」でしかありません。ですから、「物理療法」だけをして患者の治療を済ませて帰すことはしません。

これは、理学療法士の治療代金を全部とって3分の1しかしてあげない一種のサギ行為です。ちなみに、理学療法の治療代は病院によって異なります。日本ではホテルのように5つ星、3つ星、1つ星といったランク付けがあって、理学療法士が多いところ、病院が大きいこと、あらゆる科が揃っていることが5つ星の条件です。5つ星のところでは、一人の患者に30分から45分の治療を1対1で実施すると、15,000コロンくらい、3つ星では12,000コロンくらい、1つ星ですと3,000コロンくらいです。1つ星のところは、開業している小さなクリニックで医者一人いて、理学療法士一人いるところです。理学療法士の学校は150校ほどあって、3年制の大学から4年制の大学、大学院も10校程できました。以前は、修士、博士号はアメリカやオーストラリアに行かなければ取れなくて、私もPh.Dはアメリカでとりましたが、今は、日本でも充分取得することができます。毎年150校の養成校から4000人ほどの理学療法士が卒業していきますが、今、3万人の理学療法士がいます。日本の政府は6万人欲しいと予測していますから、あと10年くらいは理学療法士の就職先も安泰でしょう。現在は、病院よりも老人のための施設で理学療法士を強く求められています。ご存知のように日本の老人の数は、世界一で、寿命は女性が83歳、男性が79歳です。年をとるというだけで、多くのトラブルがでてきます。放っておけばどのような障害が出てくるかは誰もがわかっているのです。老人に対する予防的リハビリテーションは大変重要です。ですから、日本の政策は、老人が病気になるって治療費をかけるよりも元気なうちに予防のためにお金をかけようとしています。「予防にまさる治療なし」といいますが、中国では「名医は病気にかからないようにしてくれる」といっています。理学療法士も病気にかからないようにするステージにいて、継続的なりハビリテーションサービスをするべきだと思います。ついでに、理学療法士の初任給はおよそ1月60万コロンで、給料はスイスやアメリカより世界一高いと言われますが、物価も世界一高いので、私たちはそれほど高い給料をもらっているとは思っていません。工学関係のエンジニア、コンピューター技師、一般の事務から比べると少し高いところにランク付けされています。

私が昨年と今回、コスタ・リカの病院や施設を見させていただいた限りでは、養護施設を除いて理学療法士の業務内容は日本とはまるで逆でした。つまり、物理療法が80%、運動療法が10%という印象を受けました。間違っているでしょうか？物理療法の機会はどこでもオランダのエンラーフ製でした。とてもコンパクトでコンピューター制御されているから、安全で何も考えないで操作できます。とても優れていて便利でてっとり早い製品です。だから恐いのです。

皆さんは理学療法士という専門の技術をもっている専門職ですから「機械に使われる」のではなく、「機械を使って」下さい。日本の患者さんは物理療法を嫌います。特に慢性的に痛みを抱えている患者さんは殆ど自宅に治療器をもっていますので、何も物理療法だけならわざわざ病院に行く必要はないのです。コンパクトで使い方の簡単な低周波治療器、超音波の出るフットケア器、ホットパックなどです。

患者さんが本当に望んでいるのは理学療法士の手による直接指導です。そしてこの理学療法士の徒手によるハンドリングは上手か下手か、患者さんはすぐに見破ることができます。私たち理学療法士の手は私たちのもつ唯一の宝であり、武器です。ですから、私たちは日本の政府に私たちの技術料を上げてくれといつも訴えています。機械ばかりを求めるのではなく、自分のもっている腕を絶えずみがきましょう。日本の現状はまだまだ充分ではありませんが、しかし、コスタ・リカの理学療法業務の内容が、運動療法 80%、物理療法 10%になったとき、何よりも先ず、今以上に患者さんからの信頼度はまし、医師も「手で治す医者」として理学療法にもっと近づいてくれるようになるでしょう。

さて、首の痛みについて、どこまでお話したでしょうか。日本の物理療法は理学療法業務全体の 10%で運動療法中心です。しかし、物理療法は行っています。スライドで少しご紹介しましょう。

- (1) 日本で初めて行われた寒冷療法で 38 年前の貴重な歴史的なスライドで、古いスライドですからカビが生えています。氷のかたまりで首から肩にかけてマッサージをして痛みを和らげています。治療しているのは 38 年前の私です
- (2) 時間がないので次にいきます。首の牽引で首を前方に 15 度曲げて 8 キロの重さで 15 秒引っ張って 5 秒休み自動的に牽引する機械で行います。
- (3) 同じように腰を牽引しています。30 k g の力で 15 秒引っ張って 5 秒休み 20 分行います。
- (4) マイナス 270 度の液体窒素を使った超低温療法の機械です。
- (5) 痛いところ、けい性の強いところにマイナス 270 度の空気を噴射します。湿度は 0% に近いので凍傷を起こすことはありません。リウマチの痛みには大変よく効き、痛みが鎮まっている期間も長いです。
- (6) 同じ寒冷と低周波治療器も見えます。日本の理学療法士は男性が 60%、女性が 40% 位ですから、男性は機械が好きです。
- (7) 低周波治療器です。低周波刺激と同時に吸引と吸引に銀のハリがついていて刺激を行います。低周波、ハリ、吸引 3 つの治療を一度に行っています。どれが効いたのか分かりません。一度に 3 つの物理療法を行っても治療代金は同じです。

- (8) 寝て腰に行っています。刺激をしている間に親切にホットパックもしてあげます。
- (9) 首の痛みをとるレーザー療法です。レーザーには主に半導体レーザーとヘリウムネオンレーザーがありますが、これはヘリウムネオンレーザーです。
- (10) これもレーザーを腕の切断部位に照射しているところです。切断した後、ものすごい痛みを訴えたり、幻視痛がある場合、レーザー照射はたった3分の照射で痛みが消えます。レーザーが「痛みの消しゴム」といわれるところです。レーザーがあらゆる痛みに効くわけではありませんが、私はこの切断後の神経腫による痛みには100%の効果があると経験上信じています。私は5年間の間に7000件のレーザー治療を行いました。7000人ではなく、7000件です。
- (11) 同じく前腕切断の痛みに対するレーザーです。私はレーザー療法の効果について4年前アメリカで行われた世界レーザー学会で論文を発表しました。

東洋医学も痛みには有効です。一時はその効果を認めなかった代替療法はいまやアメリカの医学会でも認めています。皆さん、顔なじみだと思いますが日本のボランティアとしてコスタ・リカが大好きで二度もやってきた辻本（神田）佳代さんを紹介します。彼女はコスタ・リカから帰国して鍼灸の4年制の大学に入りなおし、鍼灸士としての資格も取りました。ここでは、首と腰の鍼をみせてもらいたいと思います。鍼を受けたいという希望者はいらっしゃいますか？では、神田さん、お願いします。

（頸椎痛、腰痛の2名の参加者の申し出によりデモンストレーションを実施）

さて、次に腰痛の話ですが、時間がありません。首も腰も治療をするときの姿勢の取り方が重要です。お渡しした教材を参考にしてください。家で行ってもらう運動についても参考にしてください。

さて、首と腰の療法のひとつをここでみんなでやってみましょう。まず、私が皆さんにやっていただきたいことをデモンストレーションしますので、そのとおりやってみてください。首から始めましょう。

パネルディスカッション

リハビリテーションサービスにおけるチームワークの状況

—コスタ・リカの経験—

1 パネリストの発表

(1) Mr. Raul Cedeño (脳性マヒ児リハビリテーション養護学校)

脳性マヒ児リハビリテーション養護学校は、1973年に設立されたコスタ・リカ国内における唯一のリハビリテーション養護学校であり、モデル校でもあります。現在0歳～18歳の脳性マヒ児300名が就学しています。理学療法士とのチームワークを重視しており、機能訓練を理学療法士が教師とともに行っていきます。また、両親との共同作業を重視しており、児童の受け入れ時には臨床心理士が支援をしています。水療法を導入したり、食事及びコミュニケーションにおいては言語療法を行ったりしています。

専門分野の支援委員会があり、診断やプログラム作りの支援をしていただいています。この支援委員会には、神経科医がボランティアで参加しています。経済的にも職業的、人道的にも様々な形での支援が行われています。

(2) Dr. Roosevelt Ugalde (プンタレーナス病院)

プンタレーナス病院には、リハビリテーション医と理学療法士しかいません。管轄する地域が広く、資金が限られているなか、島を含む広範な地域を巡回しなければならぬ状況です。チームワークのための人員も、交通手段も欠く状態なのです。それでリハビリテーションチームを作ることができるのでしょうか？

(3) Ms. Maria Cecilia Arguedas (国立保険機構INS: Instituto Nacional de Seguro)

国立保険機構は、労務災害、自動車保険等を管理している機関です(社会保障公庫CCSSとは別組織であり、国立保険機構の保険の範囲で治療が行えない患者は社会保障公庫が有する病院にて治療を行う)。国立保険機構に隣接し、病院があり保険でカバーする範囲のサービスを提供しています。

資金的には豊かですが「顧問医」と「契約医」という方式をとっていますので、常時同じ医師が勤務していないため、チームワークを作ることは難しい状況です。

しかしながら、チームとして診断し、長期及び短期間の目標を設定しての治療を行い、目標実施状況を患者及び家族の状況を考慮しながら管理しようとはしています。患者は、リハビリテーション過程と目標を考える際に積極的に参加しています。

(4) Ms. Roxana Meser (国立リハビリテーションセンター)

チームにはリハビリテーション医、理学療法士、作業療法士、心理学者がいます。これら皆で診断を行い、リハビリテーションプログラムを作り、それに基づいて診断を行っています。

リハビリテーションは病院内及び家庭訪問によって行われます。また、外来患者も受け入れています。

2 参加者からのコメント

(1) コト・ブルス郡のリハビリテーション医

サン・ピト(コト・ブルス郡の中心地)は貧しい人が多いところです。病院には医師と理学療法士(青年海外協力隊)がいるだけです。プンタレーナス郡の理学療法士と同様、人がいないのに、チームワークにて活動しなければならない状況です。コスタ・リカのリハビリテーション状況は公平さを欠いています。予算も人員もありません。サービスを分散化させ、資金の流れを変える必要があるのではないのでしょうか。もっと地方をみてください。

(2) サン・カルロス郡のリハビリテーション医

ニカラグァ国境近くの僻地で働いています。リハビリテーション医療においてチームワークを作るのは不可能な状況です。地域で活用できるものは全て活用しています。一人では何もできないので、理学療法士及び養護教諭と一緒に NGO を作りました。サン・カルロス病院にてケアできる患者は限られていますので、この NGO を活用してリハビリテーションを巡る状況を改善しようとしています。成人の障害にはサン・カルロス病院が、また、18 歳以下の障害児に対しては養護学校がありますが、これら機関間の関係を地域社会の支援を受けつつ改善したいと考えています。人材もお金もない状況です。政府はお金も人材も与えてくれません。障害者支援は愛を持って対応しなければなりません。

(3) アコスタ郡から参加者

壮年期の障害者を支援する NGO にて勤務しています。障害児はそれなりの恩恵を受けています。しかし、壮年期の人や高齢者に対する支援は行われていません。他の政府機関の人たちと共同してチームを作っています。このチームに

は、養護学校教諭、理学療法士、家庭科教員、作業療法士、地域の人々が参加しています。

(4) Dr. Federico Montero (国家リハビリテーション審議会会長、リハビリテーション医学会会長)

障害のある人や病気である人を区別して考えるはいけません。人間として考えてほしいです。障害をもつ人を病人としてではなく社会人として扱ってほしいです。理学療法士は身体障害しか見ませんが、もっと人間の人格を見なければなりません。貧困とか雇用とかよりも、障害者そのものの存在を認め社会的に受け入れてくれることが先です。チームワークについて考える時にそのことを考えてください。

分科会

1 分科会Ⅰ

講演にて説明のあった理論や方法に基づきコスタ・リカにおけるチームワークの状況について、以下の点から考え、分析しなさい。

- ・ チームワークを過程として捉えていますか？それとも目標と捉えていますか？
- ・ チームワークを本当に役立つものと考えていますか？
- ・ 我々は互いにはっきりとした明確な目標を持っていますか？
- ・ 管理は必要最低限のものですか？
- ・ 一人一人がイニシアティブを持っており、リーダーに依存しすぎていませんか？
- ・ リーダーシップは共有されていますか？
- ・ 我々は互いに意欲を与えあっていますか？
- ・ チームのほかのメンバーを認識し、やる気を与えていますか？

グループA

各職場（病院・養護学校）においてリハビリテーションに関わる職種の人がどれだけいるのか紹介しながらの自己紹介。上田先生による講演をもとに、チームで働くために各職種が確認しなくてはいけない概念をそれぞれが挙げ、現状（コスタ・リカ）ではどうかを報告しあった。

- ・ チームで働くということは、それぞれの専門を生かして治療することで、チーム全体が共通のひとつのゴールを目指してアプローチをする。
- ・ 各職種が共通のゴールを立ててアプローチを始めたあとはそのゴール、それぞれのアプローチが適切であるかどうかを確認する必要がある。やりっ放しではいけない。
- ・ 誰がイニシアティブをとるのか？
→医師がとるのが理想だが、行われていない。「肩書き」が重んじられ、学歴の高い人は低い人を低く見る傾向があるので、同じ職場でも学歴が異なる人々が対等に話しあうことは難しい。
- ・ ある職種のアプローチが他の職種のアプローチを促すことができるのか
→学歴の高い人は低い人を低く見る傾向があり、興味すらもたれないこともある。（例：医師と理学療法士・作業療法士との関係）

2 分科会Ⅱ

チームが目標を達成できるように話を進めることのできる司会を一人決めて下さい。以下のワークショップにおいて書記を決めて下さい。各事例において、講演にて説明のあった「目標指向的アプローチ」に基づき「診断」→「予後」→「目標設定」から考えてください。

事例1：先天性股関節脱臼 手術後の患者の事例

股関節の手術を受けた小児が理学療法科へリハビリのために送られた。医師の処方箋には「下肢の筋力強化と動作訓練」とのみ書かれていた。理学療法士は患者をうつ伏せにさせ、股関節を伸ばそうとした。しかし治療後、大腿骨が後方にずれているのに気がついた。

Aグループ

1 医師の診断

- ・ 詳しい治療（手術）内容が書かれていない
- ・ 検査結果が書かれていない
- ・ 合併症の有無が分からない
- ・ 禁忌事項が記載されていない

→これら情報を得るために処方箋を書いた医師と直接連絡をとる必要があった（本来であれば医師から直接情報が出されるべきであるがなかった）

2 予後について

- ・ 見解が各職種に伝えられていない
→間違った予後についての情報が本人・家族に伝えられる可能性がある。
- ・ 患者が理解するまでインフォームド・コンセントが必要
→何が起こったのか、リハビリテーションでどのような可能性があるのか。

3 目標設定

目標：「自立歩行」→「高校へ通学すること」→「自立」

（途中、協力隊員のコメントにより目標設定がゆらぐが再度「自立」となった）

副目標：「自立歩行」

4 目標達成のために何をするのか

プランをたてる（これ以上の具体的な解答はでなかった）

Bグループ

1 医師の診断

- ・ 医師の診断が的確でないことがある。

例）診察時に「運動発達遅滞」と診断され、理学療法に来てみたら重度の脳性マヒだったことがある。でもその後の診察で新たに脳性マヒとの診断を下されることがなく、母親がずっと正常な子になると信じていた事例があった。

2 予後について

- ・ 医師が予後診断することは見たことがない・・・
- ・ その場の症状に対する診察・診断のみ

3 職種間で情報交換を行うにはどうすると良いのか

- ・ 電話する、忙しい時は紙に書いて直接送る
- ・ 問題は地方。理学療法士、作業療法士、医師全ての人手がないためカンファレンスは行うことができない。

4 情報不足でアプローチできない時に禁忌事項を知るにはどうすればよいか。

- ・ 電話にて直接医師に確認する。
- ・ 患者に他の医師の診察を促し、しっかりした診断と禁忌事項の確認を得る。

5 チームアプローチによるメリットは

メリットは大きいですが地方にはリハビリテーションに関わる職種が少ない(医師と理学療法士のみのものである)。だが、例え二人だけでも互いの情報を提供しつつ、相手のアプローチの目的を確認し、自分のアプローチを立てるなどして共通のゴールをもち、患者の社会復帰につなげることができる。

事例 2

運動障害のある小児の母親が車椅子を欲しがっていた。母親は養護学校の理学療法士に車椅子が欲しいのだけれどもどうしたら入手できるか質問した。しかし、理学療法士はどうすればよいか分からなかったため、車椅子を持っている他の母親に聞くようにと解答した。

- ・ 子供が本当に何を必要としているのか知る必要はないのだろうか？
- ・ 子供の生活の質を高めるために、社会的・経済的にも支援する必要はないのだろうか？

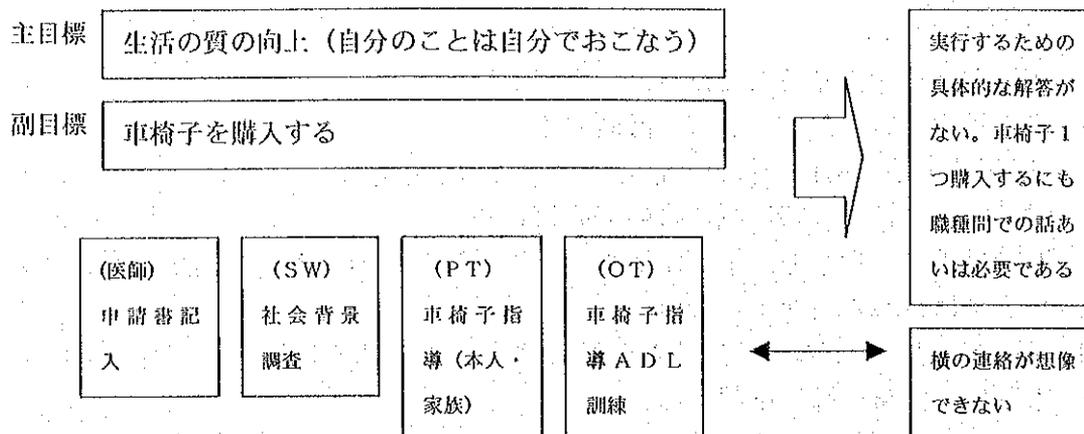
○グループ

主目標：「車椅子を購入すること」

「車椅子を購入したいのは何のため？」という聞き方を協力隊員がすると「学校に行く」「自分のことを自分でできるようにする」との解答が出された。

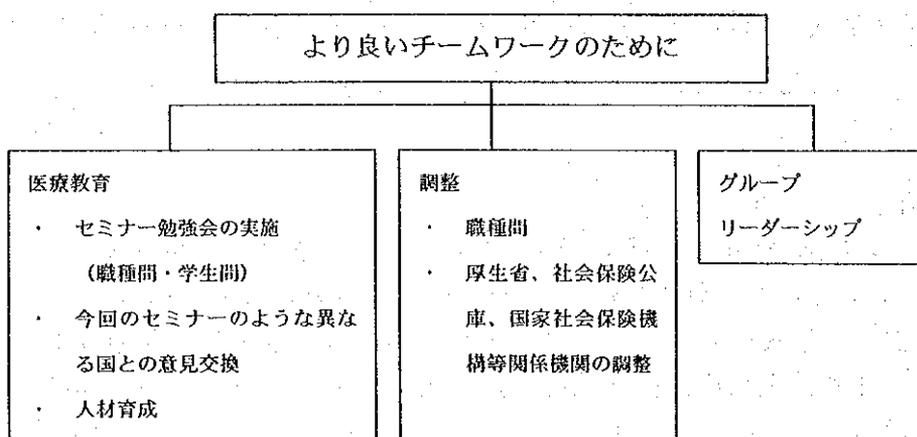
なかなか、診察→予後→目標設定→方針設定の流れは参加者になじみのないものであった。また、主目標は概念的に理解していても、ケースから具体的に設定することは難しかった。「主目標」という大きな柱を立てることの大切さは理解できたようであった。

次に方針の設定や処方等具体的な計画の作成をしようとしたが、どうしても現状のような縦割り計画しかでなかった



まとめ

概念では理解できていても、それをケースで実践しようとするとき「何故必要か?」「何が必要か?」「そのためにはどうするのか?」というような5W1H的な発想がなかなか浮かんでこないようだった。そこで、プランの作成は中断し、「主目標の大切さ」各職種の「連携」に話の焦点を絞って話し合った。時間的制限もあり、中途半端に終わった感があるものの、日本とコスタ・リカのシステムや意識の違い等は意見交換ができた。また、今後の可能性（必要性）として症例検討会等の継続実施によりリハビリテーションプランの作成練習があげられた。



総合セッション

1 各分科会からの報告

グループ A

チームワークに関する話し合いを通し、チームワークにはリーダーが重要だと気がつきました。そして、チームワークにおいてどのように話し合えばよいのかを考えました。チームワークが成立している機関もありますが、作られていない機関もあります。チームワークのプロセスをたどり、何のためにチームワークが作られるのか、どのようにチームワークを開始すればよいのか考えてみました。

<提言>

- ・もっとこのようなセミナーを開催して欲しい
- ・リハビリテーション関係諸機関の間の交流は必要である
- ・地域における障害児・者に関する教育
- ・基本的知識を得るためのセミナーの開催
- ・もっとチームワークを知ることが重要
- ・訪問、巡回をチームとして行い地域にネットワークを作る
- ・国家リハビリテーション・特殊教育審議会が監督を強化する必要性。

グループ B

チームワークは目標ではなく過程であることを認識しました。また、チームワークに患者とその家族を巻き込む必要性を感じました。ただし、チームワークを作るためには資金的、人材的にも不足している状況です。中心的役割を担う拠点病院には必ずチームワークを作る必要があります。

グループ C

チームワークの重要性を再認識しました。共通の目標を持ち努力する事が大切です。また、自分の仕事をするだけでなく、他の専門職の人とのコミュニケーションが必要です。また、互いの仕事の限界を知ることが重要です。チームワークにおいては、患者の社会状況、病気の状態、患者の状態をみて考える

事が重要です。そして主目標、副目標を設定し、そしてチームとして取り組むこと。また、その過程においてスケジュールを管理することも重要と考えます。

いままで我々は、チームワークにおいて専門職個別の役割を重視してきました。今後は、チームワークを一層強化するために互いの専門分野の知識を得ることが必要だと思います。また、医師の診断書には患者の社会的、心理的側面についても含まれているとなお良いと思います。

グループD

チームワークについての考え方が不足していた事を感じました。意見交換においては、実際にチームワークで仕事を行っている国立リハビリテーションセンターに勤務している人の事例が参考になりました。しかしながら、現在の仕事の状況ではまだまだ情報不足であると感じました。特に医師、理学療法士の話は印象的でした。今後情報交換を一層密にすること、情報を共有することが必要だと感じました。また、チームワークは例え人員が限られた状況であっても、意志があればどこからでも始めることができるものです。

<提言>

- ・リハビリテーション従事者に対する再研修があれば有効である。
- ・経済企画庁は国内の障害者の状況をよりよく把握し、それを政策に反映させる必要がある。
- ・チームワークにおいては異なるレベルの人々の協力が必要であり、そのためにはリーダーは何より必要である。
- ・処方箋の活用を広めると同時に処方箋に社会的状況を含める必要がある。

グループE

チームワークをそのプロセスから考えてみました。リハビリテーションを巡る首都と地方との格差を感じました。また、チームワークを作る際には障害者、そして、その家族を含める重要性を認識しました。我々は患者及び家族をチームの外にいと捉えていました。

チームワークを日常業務においてどのように位置づけるかについては、現在のチームにおいては共通の目標は設定されておらず、参加も統合的ではありません。チーム・アクションのモデルを設け、互いに規律を持ちつつ、評価し異なる意見をだしつつ目標達成を目指す必要があると思います。

2 上田敏先生からのコメント

皆さんの話はそれぞれ非常に大切な事だと思います。なかでも特に次の5つのことが大切だと感じました

- (1) チームワークについて：チームワークを作るのに必要な専門職の人や人材がいないため、チームワークができないとのコメントがありましたが、自分のいるところでの最小限のチームを作ることが必要です。例えば、病院なら医師と看護師は必ずいるはずですから、それに理学療法士が加わっただけでも3人のチームができるわけです。また、養護学校なら、教師と理学療法士の2人だけでもチームワークは作れます。
- (2) 障害者、家族やコミュニティーをチームに入れる事は非常に重要です
- (3) 医師に対する批判がありました。私も医師ですので、医師の立場からお話しますと、皆さんは最低二つのことについて医師に情報を要求してよいと思います。まず、第一には病気の診断です。単に骨折と診断がある場合、どのような手術をしたのか、どのような予後が考えられるのか質問して下さい。医師が診断名しか書いてこないのは、皆さんがそれ以上のことに興味をもたないと誤解しているためかもしれません。医師は自分の患者の病気のことならばどんな些細な事柄にも関心をもっています。どんどん質問すれば喜んで答えてくれると思います。また第二には、疾患の予後について質問すべきです。医師はこの点についてはよく知っています。それが生命にかかわる病気かどうか。何年生きることができるか。生命に問題ないか。このような予後は医師に聞くべきですし、医師は答える義務があります。このように医師は病気に関する知識はありますが、今の医学教育では障害に関する知識は乏しいと思われます。医学教育に障害学を含めることが大切です。しかし、障害に関する教育がないという現状において医師を批判することには無理があります。障害については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の方がよく知っている面があります。また、社会的障害についてはソーシャルワーカーが良く知っています。障害を医師が認識するよう伝える必要があります。もちろん医師にもプライドがあり、学ぶ気持ちにならなかもしれません。しかしすべては患者の利益のためなのですから、医師に働きかけ理解を得てください。
- (4) 疾患だけではなく障害が分かり、リハビリテーション全体を把握できる

リハビリテーション医が増えることが大切です。

- (5) そのためには制度や政策の改革が必要です。理学療法士や作業療法士を増やすことに国全体として取り組む必要があります。また、大学の医学教育にリハビリテーション医学を取り入れる必要があります。

これらのことは、皆さんの努力にかかっています。私も必要でしたら是非協力していきたいと思えます。

5 バックアッププログラム支援要員報告書

5 バックアッププログラム支援要員からの報告

1 神田佳代隊員 OG (コスタ・リカ・平成5年度1次隊・理学療法士、 平成8年度一般短期・理学療法士)

現職：永寿ケアセンター勤務(理学療法士)

バックアップ支援期間：6月12日～6月22日

(1) コスタ・リカのリハビリテーション状況 (隊員時代との相違)

- ・改善点：理学療法士、作業療法士、言語療法士の養成校が開講しており、療法士の数が増えている。教育省に療法士の定員が拡大している。協力隊の存在を知っている療法士や養護教員等のコスタリカ人医療福祉関係者が増え、理解が得られやすくなって来ている。コスタリカにおいてリハビリテーションの必要性が強まっており、法律的にも力を入れている状態である。
- ・改善していない点：理学療法士、作業療法士協会が機能しておらず、療法士の人数でさえ認知していないため、療法士への連絡がとれない。(特に地方) 各職種間の連携がとれておらず、施設間の連携もとれていない。

(2) セミナーについて

1) 良かった点

- ・多職種が集まってディスカッション出来た (今までにない集まりだった)
- ・隊員にとっても日頃の疑問点を明らかに出来た。
- ・地方での現状を首都の人々に伝える事が出来た。
- ・隊員がより多くの同職種関連職種に就く現地の人と関係を持つ事が出来た
- ・国家リハビリテーション・特殊教育審議会の準備がよく修了証を発行する事でモチベーションをあげ、3日間と言う長いセミナーを無事開催する事が出来た。

2) 反省すべき点

- ・準備不足、内容把握が不十分であった。
- ・対象となる人材全員にセミナー開催のお知らせが行き渡っていない (各専門職種が登録者名簿を持っていない)

- ・ 参加人数に制限があり、来たくても来れない人がいた。
 - ・ 市立病院に対しセミナーの案内がなかった。
- 3) 問題点：知識として“チームリハ”の必要性は分かっている。しかし、実行に移せていない。職種間、施設間の連携がとれていない。
- 4) 課題：継続する事が重要と考える。これは、今回医療福祉関連隊員が途切れなく来る事によって、現状理解が出来やすく、配属先同志、隊員同志で意見交換しやすくなっているのと同じ事ではないかと考える。今回のセミナーの内容を実際に実行した結果を報告できる場がある事で、モチベーションを継続させる事ができるのではないかと考える。

(3) 所感

バックアッププログラムという企画については、過去に隊員として活動していた人やコスタ・リカ側で企画に協賛している配属先で活動していた隊員であれば活躍しやすかったと思う。私自身としてはコスタ・リカ側の主催者が配属先で、9年前、4年前と現在の変化を目の当たりにでき、一緒に働いた事のある人たちと再会できて嬉しく思うし、再度コスタ・リカの発展について話し合う事が出来て良かったと思う。その反面、4年もコスタ・リカを離れていたため、語学力に限界を再三感じていたにもかかわらず専門用語の翻訳、チェック、分科会での意見交換、田口先生の技術指導講習会のなかでの鍼のデモンストレーション等の仕事が振り分けられており、満足のいく活動とならなかったのが残念である。

スケジュール的にきつかったが、隊員と話し合う時間が持てた事は良かった。コスタ・リカに到着するまでに何をどうすれば良いのか分からず、事前準備が出来ないままの出発となり不安が大きかった。また、コスタ・リカに到着してもスケジュールの変更や当日になって急ぎよ仕事が舞い込んだり、その場その場で臨機応変に対応する事が多かった。忙しすぎて十分な打ち合わせが出来なかったが、初めての試みとしてはセミナーは成功に終わったと感じる。

自分が隊員時代にしてきたことがようやく芽が出て来て、こんな風に発展して欲しいと願う道に向かって来ている事を嬉しく思う。バックアッププログラムに参加して、苦しかったけれどまた新しい種をまけて、今後どう育つかが愉しみである。ここ10年でかなりの変化を遂げているコスタ・リカをこ

れからも見続けて行きたいと思う。参加させてくださってありがとうございました。

2 宮本謙司 OB (コスタ・リカ・平成11年度1次隊・理学療法士)

現職 : 箱根仙石原病院勤務(理学療法士)

バックアップ支援期間 : 6月12日～6月22日

バックアッププログラム支援事項及びそれに対する所感

- 1) 任国着後より調査団への任国の事情、任期中の活動の様子など、セミナーの参考となることを説明 : 任国について、赴任時の事等を聞かれた時に、経験を伝えることができたのは良かったと思う。これに関しては調査団プラスバックアッププログラムでOB/OGが参加した意味は大きい。
- 2) セミナーに参加し参加者として現地の人達との意見交換を実施 : 帰国から約一年経過した時点でのプログラム参加だったが、意見交換の場になると多人数が同時に発言したりする為、スペイン語を理解するのにかなり苦勞し、理解できないところもあった。OB/OGの語学力にも個人差があるため、参加して意見を言うことは難しいと痛感し、参加してよかったものの、辛い面もあった。語学力に関して即戦力と期待されるのは問題がある。
- 3) 現隊員、現地運営スタッフと分業のもとセミナー運営の補助(担当 : 音声・映像) : 事前に打ち合わせが殆ど行えなかったが、連絡所を中心に派遣中隊員と密に連絡を取り合うことができ、スムーズに業務分担が行えた。運営の補助としてのみにOB/OGを呼ぶのならば疑問があるが、今回のようなケースではOB/OGであるからこそ、現隊員も気軽に業務分担等ができたのではないかと思われる。結果的に上手く行えたと思う。
- 4) 調査団、現隊員との意見交換の実施 : 現隊員が着任して間もない状態である場合など、OB/OGの方が多くの情報をもっている可能性がある。過去と現在の状況の変化を知ることができる貴重な時間であり、非常に有意義であった。
- 5) バックアッププログラムにおいてOB/OG全員に完璧な語学力を求めるのは難しいと思われる。もし、本当に通訳が必要ならば、それなりの人を

雇った方がいいのではないか。語学については、事前に簡単なテスト、または、どれくらいのレベルの会話が可能かなどアンケートを行った方が良かった。OB/OGにとっては第二第三の故郷となるその国に戻り、変化を感じたり、その国に再び協力できる事は本当に素晴らしい事だと思います。しかしながら、OB/OGは仕事を持っていて忙しい人も事もあるはずである。バックアッププログラムのような話があるのならば、早期にどのような形での協力であるのか知ることができればもっと良かったのではないかと感た。

(2) セミナーについて

- 1) 今まで、各職種（PT/OT/ST/ソーシャルワーカー/医者/心理士/等）が一度に同じ場所に集まり話し合いを持つ機会は無かったと思われることから、コスタ・リカにおけるリハビリテーションの意識付けに協力できたと思われる。リハビリテーションは一人で行うものではないという認識が共通し持てたのではないかと感じた。もう少し多職種・多人数（特に地方や現場の位置職員として働く人）の参加が可能であれば、違った観点での話し合いがもてたかも。しかし、第一回目にしてはよい話し合いができたと思う。
- 2) 運営側が遠隔地に住む人への配慮を考えるべきであった。
- 3) セミナー参加費は無料であったが、講演が好評でありテキストも配られるなど内容の濃いものであったことから、参加者からも参加費を少しだけ徴収し、運営費に宛てても良いのではないか。（あまり高額を徴収すると参加費が減少する恐れがあるが）今回の運営に関しては、コスタリカのリハビリテーション・特殊教育審議会が主体となり、半分以上の運営がコスタリカ側で行われたことは大変評価されることであった。また、これが5年計画で行われるようであれば、少しずつ日本の援助が軽減し、最終的には、コスタリカ主体のセミナーが開催され、隊員を初めとする日本人スタッフが招待されるという形になれば素晴らしいことだと思う。
- 4) セミナー討論会の参加者は非常に積極的な人が多く、討論が盛り上がった、働いている場所や職種により、問題とすることが様々である事が共通認識として持てたようで有意義であった。
- 5) 今まで、どこの病院や施設にどのような人が働いているかも知らなかつ

た人達が、今回のセミナーを通じ知り合いになり、色々な人との情報交換が今まで以上にできるようになるのではないかと思う。色々な参加者と知り合いになれた事は、参加者にとっても非常に有益であったのではないか。

6) セミナー参加者の意見

- ・ 地方と都市部での仕事状況が異なる。
- ・ 医師の指示箋には診断名はあるが、その患者さんの状態や病状予後についての説明が少ない。
- ・ チーム医療を行うにはスタッフが揃っていない (PT・Dr・Nrs だけでもチームとして成り立つと上田先生より指摘あり)
- ・ 理学療法・作業療法の養成校を卒業しても現段階では就職先が少ない。
- ・ リハビリテーションに関しては、教育省と厚生省の間でリハビリテーションの位置付けを擦り付け合いにしている状況があり、リハビリテーションの普及の歯止めになっていることも考えられる。互いに、リハビリは相手の省の管轄だと言っている。また、厚生省の内部機関でも、小児のリハビリに関しては「小児なんだから国立子供病院が責任を持ってリハビリするべきだ」という人もあれば「リハビリは国立リハビリテーションで行ってくれ」と、言い分がそれぞれ違っており、サービスを受ける側は困ってしまうようである。
- ・ 会議や勉強会、講習等は首都近郊に住む者だけが口コミ等で情報を伝えている為、首都から離れれば離れるほど情報不足になると考えられます。

(3) 所感

今回のセミナーの計画が実施され無事に終了した事は、協力隊員にとってもコスタ・リカ人にとっても非常に大きな成果だと思う。ただ、日本での考え方を全く同じようにコスタ・リカでも取り入れてはいけない。日本と違い、多くの病院が国立病院であり、病院入院患者のリハビリテーション適応患者が少ない状況である。今回の上田先生の講演では主に病院内でのリハビリテーションの話が多く、コスタ・リカの人達が働いている環境とは少し違っていたのかなと、感じた。しかしながら、このようなセミナーや会議が何回か

行われることにより、医療従事者の中にリハビリテーションの意識が高まるのは間違い無い。政治的に国のシステムを変えることは難しいことかもしれませんが、より多くの人々が共通の問題を抱えることができれば本当に良いと思いました。

理学療法士の学会・総会・雑誌が存在しない今、このようなセミナーなどの機会を存続させ、ますます、コスタ・リカの医療の中でのリハビリテーションの位置付けが向上すればと思う。コスタ・リカで働いていた一理学療法士として、リハビリテーションに対する人々の考えが以前より良い方向に変化しつつあるのではないかと感じる事ができました。これからさらに、今回のセミナーで出てきた問題点が改善されることを期待しています。今回、このようなセミナーに参加させていただける機会を与えて頂いた、リハビリテーション・特殊教育審議会、コスタ・リカ医療部会隊員、現地事務所、また、格別の配慮を頂いた箱根仙石原温泉病院のスタッフに心から御礼申し上げます。また、今回同行させていただいき、貴重な講演をされた上田先生、素晴らしい技術を披露して頂いた田口先生、現隊員と話を煮詰め運営を成功させた神田、上田、コスタリカ OG 隊員、現地で地道に活動をされている現コスタ・リカ隊員、孤軍奮闘された綿引ボランティア調整員、大峰所長、又、黒子役に徹し一番苦勞された事務局海外二課の坂本さんに心より感謝しております。すべての人の協力があってこそ成し得たセミナーであったと痛感しております。今回のセミナーを終えて、また協力できることがあればどのような形でも協力したいと考えております。最後に、今後のコスタ・リカでの経験が無駄にさせないためにも、現隊員の僅かでも力に成る事ができればと考え、コスタ・リカ医療部会のメーリングリストを作成することになりました。

コスタリカ医療部会

- 投稿アドレス: cr_iryoubukai@egroups.co.jp
- グループへの参加(自動処理): cr_iryoubukai-subscribe@egroups.co.jp
- グループからの退会(自動処理): cr_iryoubukai-unsubscribe@egroups.co.jp
- グループオーナーの連絡先: cr_iryoubukai-owner@egroups.co.jp
- グループの URL: http://www.egroups.co.jp/group/cr_iryoubukai

3 上田由美子 OG(コスタ・リカ・平成11年度2次隊・ソーシャル
ワーカー)

現職 : 国際協力事業団国際北陸支部国内協力員

バックアップ支援期間 : 6月14日～6月22日

(1) バックアッププログラム支援事項及びそれに対する所感

- 1) ロス・サントス老人ホーム(隊員時配属先)視察同行: コスタ・リカの
主交通網から少し外れた地方の高齢者施設視察により、比較的進んでい
る医療・教育分野に対して、高齢者対策は一步出遅れているという現状
を見ることができたのではないかと。
- 2) セミナー分科会に対する参加: 分科会に参加し下記について話し合った。
 - ① コスタ・リカにおけるチームリハビリの現状(90分)
 - ② チーム医療の流れに沿った事例検討(120分)
 - ③ まとめ(120分)
- 3) セミナー補助業務

(2) セミナーについて

今回のセミナーの意義のひとつは、リハビリに係る多種多様な職種が一
同に会したことにある。コスタ・リカでは、普段からさまざまな講習会が
企画されており、今回のテーマである「チーム医療の大切さ」も既に唱え
られていた。しかし、それはあくまで概念にすぎず、各個人、各職種また
は各地域で解釈の仕方がバラバラで、実に抽象的なものだったように思う。
しかし、今回の上田敏の講演と分科会(事例検討)で、その概念もより具
体化したことを実感できた。

また、3日間を通してコスタリカの医療福祉支援体制等について意見を
出し合い、「今後、自分達でどうして行くのか」という問題提起の場にもな
った。

田口順子技術顧問の講義と徒手療法実技も、物理療法に頼りがちな理学
療法士職への意識改革(刺激)につながったのではないだろうか。

最後に、もうひとつの意義は、JICA(JOCV)とコスタ・リカの障害者支援
に携わる各審議会が今まで以上に歩み寄れたことにあると思う。そして、
ひそかに根付いているJICA=カルタゴの胃がんプロジェクト支援(経済的

援助) という偏ったイメージを変えることができたと思う。

今までの隊員の多くは、各配属先での活動にとどまることが多かったが、「青年海外協力隊」という専門性を持ち、コスタ・リカの人々と共に活動する存在として広く認知されるきっかけになったと思う。異文化・異なる制度で、お互いの存在と知識を認め合い、共有してゆくことにつながる。今回のセミナーの開催は、今後の隊員活動になんらかの良い影響をもたらすものと期待する。

(3) 今後の展望

今回のセミナーのみに終わらせず、この余韻とさらなる効果を次につなげるため定期的なコンタクトを取ってゆくことが大切であると思う(継続性)

上田先生・田口技術顧問をはじめとする事務局側からのスーパービジョンを得ながら、現地隊員で構成している医療部会が主となって働きかけていくのが一番具体的かもしれない。(具体性)

(例) 定期的にセミナー資料を活用しながら、合同事例研究会を開く

今回の参加者からなるチームリハ審議会なるものの結成など)

また、今回の参加者の多くから提言された、厚生省・社会保険公庫等との連携のあり方(組織化)や、各職種への理解、また今後必然的課題となる高齢者対策等も含め、コスタリカ側と共に考えていけたらよい。

そして、コスタリカと同じような現状を抱える近隣諸国とも共有できる場として広がるとよい。

課題は多くあるが、少しずつの歩みでいい、コスタリカ風チーム医療のあり方が具現化できるよう心から願っている。(柔軟性)

(4) 所感

「コスタリカ医療福祉の現状についての情報共有と相談会」という目的で始めた医療部会の初めての大きな活動に、バックアッププログラム支援要員として参加させていただく機会を得た事を感謝しています。

このセミナーを開催するにあたって、協力隊事務局、JICA コスタ・リカ駐在員事務所、コスタ・リカ国家リハビリテーション・特殊教育審議会との調整にあたった関係者の方々の努力に敬服します。

また、コスタ・リカ側との実際の窓口となった現役隊員の底力と柔軟性を

強く感じました。そこに協力隊員の輝きがあるのだと、羨ましく思いました。できることなら、現役隊員として、あの場にいたかったと思ひもしました。

最後に、バックアップ隊員としての役割を十分遂行できたか不安ではありますが、現役時代に抱いていた「帰国後の自分（進路）」へのモチベーションを取り戻すきっかけを与えてくれた、JICA 阪本職員とキラキラした現役隊員に感謝しながら報告を終えることにします。