

〈原 著〉 第50回 日本赤十字社医学会総会 優秀演題

## 国際活動参加にあたり、日本の理学療法士は何を準備しておくべきか

栗山赤十字病院リハビリテーション課

鈴木 聡子

What should Japanese physiotherapists prepare for to participate in international activities?

Satoko SUZUKI

Kuriyama Red Cross Hospital

**Key Words** : 理学療法士 国際活動 紛争犠牲者救援事業

### 【はじめに】

日本赤十字社（以下、日赤）の主たる活動の一つに国際活動があげられる。筆者は2010年から3回にわたり、理学療法士（以下、PT）として初めて日赤の国際活動に参加する機会を得た。内2回は、赤十字国際委員会（以下、ICRC）の紛争犠牲者救援事業における、ICRC 外科チーム PT としての活動であった。本稿ではICRC 外科チームでのPTの業務内容について報告し、日本のPTがしておくべき準備について提案する。

### 【参加事業】

南スーダン紛争犠牲者救援事業

2013年4月～10月

(Malakal Teaching Hospital, Malakal, South Sudan)

パキスタン北部紛争犠牲者救援事業

2011年7月～2012年2月

(Weapon Wound Hospital, Peshawar, Pakistan)

### 【業務内容】

ICRC 外科チームは、外科または整形外科

医、麻酔科医、術場看護師、病棟看護師、PTからなる多国籍チームで、主たる対象は銃撃、爆発などによる戦傷である。派遣先により若干の違いはあるようだが、筆者の赴任地での主なPT業務は、1) 理学療法、2) スタッフ教育、3) PT チームマネジメント、4) 義肢装具センターとの連絡調整の4点であった。以下それぞれについて述べる。

#### 1) 理学療法

対象疾患は骨折、切断、脊髄損傷、火傷、頭部外傷、術前後呼吸理学療法が多かった。パキスタンは戦傷外科病院勤務であり対象は戦傷のみであったが、南スーダンでは公立病院の支援であったため、脳血管障害、髄膜炎、結核や交通事故にも対応した。両者とも理学療法室はなく、ベッドサイドや屋外で実施した。

#### 2) スタッフ教育

パキスタンではPT2名、PT助手3名の現地スタッフチームで活動した。チーム内に若い理学療法士と海外支援団体での経験豊富な理学療法助手、経験の浅い助手が混在してお

り、同じスタッフ間でも仕事への取り組み方や考え方に差があった。

一方南スーダンはまだリハビリテーションの概念自体が薄く、国内に理学療法士養成校もない。看護師2名を理学療法スタッフとして養成することになったが、看護師といえども内戦の影響で基礎学力が不足しており、実用的な業務を共に行うことに終始した。



写真 南スーダンで牽引可動域運動をする理学療法スタッフ

### 3) PT チームマネジメント

患者担当割り振り、勤務表、勤務評定、現地スタッフの問題解決など。ICRCの要求と現地スタッフの感覚が一致しない場合は間を繋ぐポジションとして機能し、他部門現地スタッフとPT部門との間の問題解決にもあたった。

### 4) 義肢装具センターとの連絡調整

義肢・装具作成、患者のセンター送迎などの連絡調整や、杖その他の発注、受領管理など日々細かい業務は多い。早期に退院させたい病院と、断端の安定を待ちたい義肢装具センターとの調整は容易ではなかった。

南スーダンでは、劣悪な道路事情による交通事故や、蛇やカバの咬傷による切断が多く、また長く続いた内戦で義肢の更新が必要な元兵士も多数いるため、義肢の需要が非常に高い。義肢は基本的にICRCから無料で提供されるが、ICRCが支援している国立義肢装具センターはマラカルから500キロ以上離れた首都ジュバにあり、患者が自力で行ける場所ではない。ICRCは患者の送迎も行うため、多くの患者が自分をジュバに送るようアピー

ルに筆者の元を訪れ、一方義肢装具センターは国の給与遅配による実働職員数減で機能低下しており、待機患者の長いリストの責任を負わされている筆者は、患者対応と義肢装具センターとの頻回のやり取りに多くの時間と労力を割くこととなった。ICRCへ発注する杖などの備品は、政情や気候により納品まで長期間かかるため需要に追いつかず、現地の鉄工所に作成を依頼して間に合わせる時期もあった。

### 【日本との違い】

ICRCチームは多国籍であり、様々な国からの要員が活動する。すなわち、同じ資格であっても、それぞれの国で理学療法士観や活動内容が微妙に違い、それが派遣地でのそれぞれの活動に違いを与えている。またICRCプロトコルや紛争地の少人数活動ならではの要請もあり、自分の立ち位置を理解するまで混乱した。

その混乱の要因を、以下に、筆者にとって印象深い言葉でまとめる。

#### 1) 「それは、君が決めるんだ！」

##### 裁量範囲の違い

ICRCで、PTは医師の指示だけに依らず、自ら判断・実施することが多い点が日本との大きな違いである。日本とは治療方法もPT業務の範囲も違い、医師の要求に戸惑うことも多かった。例えばPTが医師より先に患者に会った場合、骨折を疑えば簡易固定をして医師の診察を待つ、開腹手術を予想すれば呼吸練習を開始する、など、医師の指示を待たずに理学療法を開始する。骨折や脊髄損傷に関しては退院時期の決定も任された。

#### 2) 「君はなぜ注射をしないんだい？」

##### 業務範囲の違い

少人数活動のため、薬の配布や直達牽引のピン抜去など、自国ではPTに許されない業務も期待される。救急場面での点滴持ちや止血補助、術場内でのギプス巻き、処置中の照明持ちなど、日本では関わらない場所での仕事も多く、感染に関する知識の薄い筆者は、

見様見真似の感染管理で実施してしまった。理学療法前の鎮痛剤注射をPTが行っても良いと言われたが、日本で経験がないため毎回看護師に依頼した。骨折管理のギプスや牽引に関しては巻き直しやアライメント調整など一切を任されており、PTのレントゲンオーダーも許されていた。

### 3) 「入院した瞬間から、全部の患者さんがリハビリ対象だよ」

#### 業務分量の違い

パキスタンでは7つの病棟すべてが担当患者である。現地スタッフが一人1~2病棟を担当し、筆者が巡回しながら理学療法についてスタッフと話し合い決定していく。誰を、いつ、誰が見るかを決めるのは筆者の役割であったが、筆者の現地スタッフへの要求は、おそらく前任PTより治療時間や治療回数が多く、逆に医師との意思疎通が少なかったようである。これは基本的に医師の指示を待つリハ室や病棟で理学療法を実施するという日本PTの方法を踏襲したためであり、結果が伴えばどのような方法でも良いと考えていたが、医師からはもっと積極的な発言を期待されていたかもしれない。

南スーダンではICRCは4病棟を担当していたが、PTチームは現地医師の依頼にも応じていた。これは、新参のPTチームはまず院内で信頼を得るべしという前任PTの方針によるもので、業務量は多かったが、患者を区別せずに見るといのは現地スタッフにとっても受け入れやすく、また現地医師からも信頼されたのは嬉しいことであった。

パキスタン、南スーダンともADL改善は看護業務の範疇になく、特に南スーダンは看護師不在の日があるほどの看護師不足のため、協力を得るのは困難であった。両国とも患者家族や患者同士の協力を頼んで、離床や歩行などを指導した。



写真 南スーダンで母親に子供の抱き方を指導する筆者

### 4) 「君はなぜ叩かないんだい？」

#### テクニックの違い

開腹術後の排痰に叩打法の指示など、日本では行われぬ手技を要求されることもあり、それに同意しかねる場合は、自分の方法で結果を出して示すほかはない。現地スタッフにも同様の手技を徹底し、看護スタッフにも体位変換を協力してもらうなどの働きかけを行った。限定された資機材で安全かつ効果的に医療を行うためのICRCプロトコルの中には日本の理学療法と違うものもあるが、その場合はプロトコルに従った。

### 5) 「僕たちはオーダーするだけさ」

#### PTの立場の違い

パキスタンはPTの社会的地位が日本より高く、病院や自分のクリニックで助手を使う立場であるため、自分の手で患者を治療するという意識が低く、学術的な評価をしてそれで終わってしまうことが多かった。結果、勤務評定は、PTより治療を率先して行う助手の方が高い評価となり、お互いにストレスの多い作業であった。「ここはスイスの機関だからスイス人PTのように仕事をするように」と自分の手で結果を出すように求め続けたが、意識を変えるのは難しいことであった。

### 6) 「たぶん結核だと思うよ」

#### 衛生環境の違い

レントゲンや検査結果のない中で、医師も看護師も手探りの対応である。日本で結核患者に対応した経験のなかった筆者は、感染対策の知識も薄く、自分の身を守るための対策

が十分であるか自信のないまま対応していた。

基本的にすべての治療はプラスチック手袋をつけて行うことになっていたが、PTは指先の感覚で判断することが多いため、どうしても素手で接触することが多くなり、感染予防としては良くなかったと思っている。逆に、マスクは感染予防に役立たないから、と術場以外で使用しているスタッフは見られず、日本で常用している筆者としては、それほど役立たないとわかっていても、不安であった。



写真 パキスタンのPTチームと筆者

### 【結果を出すため／自分の身を守るため…準備についての提案】

ICRCは紛争地という特殊な環境下の業務であり、通常とは違う幅広い知識が要求される。慣れない環境の中、派遣初日から日本で見ることのない症例と対面し、経験したことのない治療を期待される。レントゲンや検査結果が不十分な患者も多く、手洗い用の水さえ十分ではない。

その中で結果を残し自分の安全を確保するために、1)骨折管理の具体的方法(特に牽引とギプス法)、2)術前術後の呼吸管理、3)基本的清潔管理、4)風土病・感染性疾患への対策、の4点の知識と技術が有用であると考える。また、教育やチームマネジメントの経験、英語での高いコミュニケーション能力が望まれる。

### 【他国のPT】

ICRCでは世界各国の派遣要員が活動している。赴任病院にPTは一人であるが、義肢

装具センター勤務者や、自分の前任・後任者とは情報交換が可能であった。

今回本稿執筆にあたり、ICRC勤務経験者を含む9名(9か国)のPTに、各国のPT業務について、1)診断することを許されているか、2)注射は許されているか、3)サクシヨンの使用は許されているか、4)退院の決定は誰が行うか、5)医師のいないPTクリニックの個人開業は許されているか、という5点を質問し、7名(イラク、タイ、フィリピン、ケニア、パキスタン、インドネシア、ノルウェイ)から回答を得た。

7ヶ国とも、1)診断は許されておらず(ノルウェイでは運動機能面だけ許されている)、2)注射は許されておらず、3)サクシヨンは許されており、4)退院はPTに照会はあるも基本的に医師が決定する、というところまでは日本と同様であった。最後の5)開業権については、日本以外は個人のクリニックを開業することができるが、治療において医師の紹介が必要であるとの返答であった。ノルウェイは患者が直接受診できる特別な資格PTが存在し、またイランもより独立性の高いPTの新しい資格制度が間もなくできる予定とのことである。

多国籍のICRCで仕事を得るのは、世界各国のPTとの競争である。2回の派遣で、PTを取り巻く日本の環境がかなり特殊なのかと感じていたが、予想に反してその違いはさほどではなかった。最も大きな違いは、他国では独立開業できるという、資格に伴う責任の重さであろう。特殊な手技や知識の問題ではなく、日本での日々の臨床を大切にすることが、とりもなおさず派遣準備につながるということである。

### 【終わりに】

赴任病院では目の前の患者に理学療法を提供することしかできず、紛争という大きな問題の前のあまりに小さな自分に無力感を持つことも多い活動であったが、帰国後数年たった現在、パキスタンで同僚だった現地PTが海外の研修に応募したり、呼吸理学療法を専門に学んでいたりして、筆者がそこに存

在していたことは、なにがしかの影響を与えたかもしれないとも感じている。

今回の質問への返信で、ICRCにおけるPT界の大ベテランであるケニアのPTからこんなノートがついてきた。「ICRC活動の環境では、PTは病院で何がなされるかについて幅広い知識が要求される。緊急の場合に手伝えるように看護についても知っておくべきである。PTは救命場面ではIVラインを調節することさえできる。救急救命の手順も知るべきだし、傷の簡単なドレッシングもできる。手術中の無菌テクニックも手術室の中で働く以上知っておくべきである。日本のPTがミッ

ションに参加するために、すべての分野の十分なオリエンテーションを受けることをお勧めする」

PTとしても、人としての能力においても、自分の未熟さを思い知らされた派遣であったが、実に挑戦しがいのある任務であった。今後国際活動への参加を希望するPTの皆さんに、少しでも筆者の経験が参考になることを願っている。

なお、本稿の要旨は、第50回日本赤十字社医学会総会で発表した。