

自分の中でなにかが変わりました

理学療法士、ジャーナリズム分野 / 14S2045 根岸 康至

講義を録音し、何回も聞き返しました。太田先生のお話は、私にとってターニングポイントにもなり得る、心に深く残る内容となりました。

最も衝撃的だったのは、「リハビリテーションは、病院でやること自体おかしいと思わなくてはいけない」というお話でした。家に帰れば畳の生活・・・なぜ畳の家で暮らさせる訓練をしないのか。フルフラットの平行棒で歩けても家に帰れるわけがない。

私も在宅のリハビリを行っていて、こんなことを経験します。

病院から退院して自宅に戻られ、今まで布団で寝ていた和室にはベッドが置いてあります。訪問を重ねながら、私が「床に降りてみましょう」といって動作手順を説明すると、「やったことがありません。リハビリで習いませんでした・・・」と。

これは我々セラピストの責任なのです。

「術後間もなく、脱臼のリスクがあるから」「麻痺があって随意性が低いから」など、理由はいくらでもあります。けれど、「じゃあ、家に帰って転んだらどうするの」と言いたくなります。まだまだリハビリテーションは、「病院で白衣を着てプラットホームの上で行う」という概念が優勢です。病院のリハビリと在宅のリハビリは、大きな隔たりがあり、つながりません。

リハビリは身体的な評価だけでは不十分だと思っています。例えば・・・私の勤める病院にも併設のデイケアがあります。所狭しと長テーブルに50～60人の利用者が座らせられ、特に男性の利用者は他者との新しい関わりをつくるのが苦手なこともあり、テーブルにひれ伏している姿を目にします。入院中に患者さんの趣味などをリハビリに取り入れ、今の体でどうすれば趣味の継続が可能なのかという評価をしていない結果だと思っています。家に帰ると生きがいの存在は非常に重要です。新しい生き甲斐を見出すことは非常に難しいものです。だからこそ、病院にいるうちから、生きがいに対するアプローチも行う必要があるのだと思います。

「リハビリテーションは、技術ではなく思想である」というお話も心に響きました。何ができないかではなく、何ができるか。そこを支えて評価をする・・・。在宅医療とリハビリテーションは、同じなのですね。

リハビリも最近は、先生のおっしゃる「生物学」になりつつあり、木を見て森を見ず、病を見て人を見ずといった状況です。リハビリテーションは、地域に出てこそ輝ける分野だと思っています。医師や看護師にできなくても、セラピストにはできることがたくさんあります。リハビリテーションは、地域を元気にすることができる夢のあるものだと思います。

先生のお話を伺い、リハビリの役割や自分がすべきことって何だろう・・・と、もう一度考えてみたいと思いました。

自分の中で何かが変わったような気がします。貴重なお話をありがとうございました。