

リハビリテーションの現場をたずねて歩いた!

検証 訪問リハと訪問看護



河本のぞみ 著



 三輪書店

京都の熱い人々―訪問看護ステーションすぎく 142〔資料・介護度別割合と疾患別割合〕 162

第四章 訪問リハ 165

思いを形にしていく―せんだんの丘 165／天然温泉の出る老人保健施設―げんきのでる里 182
生粋の訪問リハ―ゆきよしクリニック 197

自転車で走る言語聴覚士―在宅リハビリテーションセンター成城 214〔資料・介護度別割合と疾患別割合〕 241

第五章 スウエーデンへ 243

スウエーデンの事情 244／訪問の実際 254／変わり続けるスウエーデン 284
附 インタビュー スウエーデンの事情を、河本佳子氏に聞く 288

終章 取材を終えて 299

資源はすぐには整わない 300／医師アタマとコメアタマ 304／信念対立 306／リハは期間限定か 308
市場原理 316

あとがき 321

この軽い飛翔力が、若いセラピストを安心して在宅訪問に向かわせるのだと思う。

(取材二〇〇六年九月)



生粋の訪問リハ―ゆきよしクリニック

二〇〇六年六月、新潟市で全国訪問リハ研究会主催の研修会が開かれた。このときの実行委員長は、「ゆきよしクリニック」の作業療法士、大越満氏、研修会の教育講演のひとつを受け持ったのが、「ゆきよしクリニック」院長、荻荘則幸氏だった。

明快な荻荘氏の話のきわめつけは、「訪問リハステーションを作りなさいよ」というセラピストへのハツパがけであった。この一発で、私は一気に新潟へ引き寄せられたと言っている。

介護保険でも医療保険でも、訪問リハと名のつくものは病院、診療所、老人保健施設から出かけるサービスのことであり、そのサービス資源がいつまでも整わないのは、今まで見てきた通りだ。「ゆきよしクリニック」は、介護保険施行と同時に、つまり二〇〇〇年四月から訪問リハを始めた。リハビリテーションに関しては入院も外来もない、訪問リハオンリーなのだ。

さて、新潟まで足をのびさなくても、大越氏の書いたコラム「訪問リハの実情」の次の記述は、目を引く。⁶⁾「……当院のように入院設備のない診療所が、訪問リハを月々七〇〇件実施し、かつ訪問リハ利用者一六〇名のうちの八割は当院以外の主治医から毎月指示書をもらう……」、「当院での収支に占める支出の割合は、担当した療法士の給与が七五%、担当の事務職員と私の給与不



図1 ゆきよしクリニックのマーク

足分が一五%（私は給与分を稼いでいない！）差し引いた残り一〇%程度は、通信費をはじめとする諸経費に消えてしまう」、「当院の院長は開設当初『訪問リハで儲けが出なくていい。必要な人がいる以上、訪問リハを行う』と語って」いた。

経営面から見ると旨味のない訪問リハを、せつせとやっている「ゆきよしクリニック」とは、どんな所なのだろうか。荻荘氏、大越氏、そしてスタッフは、どんな人たちだろうか？

1. 太陽のマーク

以前は、田んぼだったというが、今は統合されて新潟市となった新興住宅地の中に、「ゆきよしクリニック」はある。最寄りの駅は「亀田」、あのあられやおせんべいで有名な地域を含む、その一帯は福祉ゾーンともいわれている。「ゆきよしクリニック」は、小ぢんまりとした診療所にすぎないが、太陽と燃える心をイメージしたというマーク、緑色の火の玉のようなものをしてその中をグルグルまわるエネルギーがまつたようなそんなマークが、こちらの心を促して離さない（図1）。

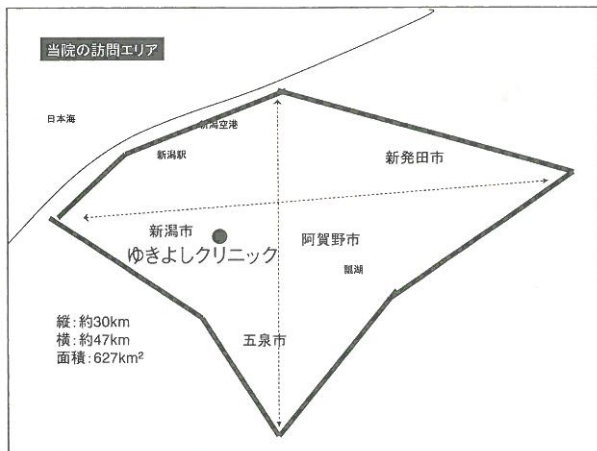


図2 ゆきよしクリニックの訪問エリア

「ゆきよしクリニック」院長の荻莊則幸氏は、整形外科医だ。外来診療と訪問診療の普通の開業医だ。だが、その活動は多岐にわたっている。クリニックの運営だけでなく、デイサービスと居宅介護支援事業の運営法人の理事長、自身もケアマネジャーの資格をもっている。さらに、新潟県が障害者リハセンターを県立から民間に移行する際に、それを引き受けるために社会福祉法人を立ち上げてしまった。名刺の裏にびっしり並んでいる肩書きには、リハ認定臨床医、スポーツ医、産業医などの他、ドーピングコントロール・オフィサー、トリアスロン連合理事、剣道連盟理事などなど、興味深いものがいくつもあつた。「自分を高めることによつて社会に還元できることが望み」と語る荻莊氏の燃える心は、しかし赤ではなく緑色なのだ。そこが、何とも言えず

さわやかだ。

「ゆきよしクリニック」のセラピストは、総勢十三人（理学療法士九人、作業療法士四人）（二〇〇六年九月現在）、ほぼ全員が訪問中心の勤務だが、「楽いちデイサービス」（通所介護）にも関わるスタッフや非常勤スタッフもおり、訪問スタッフとして常勤換算すると九・一人となる。

ちなみに「楽いちデイサービス」は、定員四十名で比較的介護度の低い人（要介護度4、5は十名に満たない）が利用しているが、毎日午後一時から三時の時間帯はセラピストを三人配置して、きっちり個別対応するというのが売りとなっている。

訪問をみっちりやっているセラピストは、午前中三件、午後三〜四件というペース、訪問エリアは新潟市、新発田市、阿賀野市、五泉市など面積にして六二七平方キロメートル、広範囲だ（図2）。

だから、セラピストはいわゆる直行直帰、自宅から直接利用者宅へ行くスタイル、時間的にもガソリン的にも無駄を省いている。

「ゆきよしクリニック」の二階が事務所になっているが、夕方になっても帰ってきたセラピストがワイワイ言っているという光景はない。基本的にセラピストがクリニックに立ち寄るのは週に一回、これは利用者の照会確認などのためで、訪問記録や報告書などはそれぞれ自宅でパソコンに打ち込み、実績管理はそれにより行われている。

ただ、セラピスト同志は週に一回、夜七時から九時まで、新潟県障害者リハセンターに集って、

顔を合わせる。ここで、ケース検討や抄読などの勉強会が開かれる。新潟県障害者リハセンターは、民営化されるときに荻荘氏が法人を立ち上げて、管理者の受託を受けた。その関係もあって、大越氏も、定期的によりハセンターのケースにも関わっている。

自宅を拠点にした仕事の仕方、パソコンが普及したらそれも夢ではないと、三十年位前だったら未来の合理的な職場イメージとして描かれたものだが、まさしく現実となった。ただし、大越氏自身は訪問のみならず、リハセンターやデイサービスのセラピストも含めたまとめ役として、クリニックを拠点として動いており、訪問の担当利用者数は他の常勤者の半分だ（それを、給与分を稼いでいない！」と表現している）。

昼食時や夕方に、ケースのことを理学療法士や看護師の同僚たちとワイワイしゃべりながら、それを一種の情報交換と促えていた私は、次の大越氏の言葉に襟を正してしまった。

「利用者を取り巻いてチームができるわけですから、別にゆきよしのチームじゃないわけですね。出先でケアマネに電話するなど、利用者を取り巻く人々がチームを作っていくわけでしょう」。まったく、その通りだ。彼は言う。

「この仕事の仕方が合っているというスタッフが集まっているんだと思います」。

「去年は、私が訪問利用の依頼すべて受けていたんですが、今は事務で受けつけて情報を聞いて、それで私と担当を決めています。事務が司令塔として大きな役割をとっています。トラブルに対しては、私が対処します。曜日変更のこととか、声のかけ方が悪いとかで苦情がくること

もありませんしね」。

別にクールという訳ではないが、「ゆきよしクリニック」の二階事務室は、司令塔の雰囲気がある。どうも、未来を先取りしているようだ。

2. セラピストの役割

介護保険と同時に開始した訪問リハだが、開始時は、非常勤の作業療法士、理学療法士各一名で、開始月（二〇〇〇年四月）は、利用者十名、訪問件数は十九回、それが少しずつ口コミで依頼が増え、それに応じてセラピストを増やし、二〇〇六年九月は利用者二〇三名、件数九四六件だ。今も毎日のように新規の依頼がある。

当初週一日の非常勤で訪問に行き始めた大越氏は、そのときは作業療法士の養成校の教員をしていた（土井氏、曳地氏と共通している）。

「作業療法士になって十四年目です。学校を出てまずは精神科で三年仕事をしました。身障だったら理学療法士がやればいい、作業療法士がやれる分野は精神だろうと思つて。それからリハ専門病院に四年、それでもやはり身障は理学療法士の分野だと思ひました。ただそのときに老人保健法の訪問指導や通所に関わりました。それから、学校で五年教員をしました。すっかり腰を落ちつけて勉強しなかったからです。つまり、学生に教えるためには、自分が勉強しなければならぬです。実際に勉強になりましたよ。それから訪問を常勤でやるようになって二年、訪問は

作業療法士の分野だと思っています。

訪問頻度は、週一回という人が九割ですね。長い関わりの人が多いです。五年とかね。頻度は利用者の希望とケアマネと相談して決めていきます。毎日でも来てほしいという人はいますが、結局落ちつくところに落ちつくという感じです。多くても週に二回ですね。

担当制ですが、理学療法士が行くか作業療法士が行くかはまあ、まったくの整形疾患、変形性膝関節症とかは理学療法士、精神疾患がある場合は作業療法士とかはありますけどADLへの関わりは理学療法士、作業療法士の別なく担当します。言語聴覚士は欲しいですが、訪問リハだけではニーズが満たないんです……。

終了は難かしいです。何をもって終了とするか。目標を達成すると次の目標が出てきて、そのうちに維持ということになります。良い状態を保つためのアプローチですね。細かく具体的な目標をたてて、衣服を着られるようになり、外に出られるようになり、ひとつひとつ達成していつて、当初の目標を達成したけれどどうしようかと聞くと、頻度を減らしてもいいから来て下さいといわれる。続けることでよくなったから、維持するためにも続けたいと。そうすると、もうADLじゃなくて、機能維持のための体操とかになりますね。使うエネルギーは、体操とADLでは違いますから、コースによって料金を変えてもいいと思うんですよね。

例えば、〃二十分ROM（関節可動域運動）コース〃、〃四十分ADLコース〃、〃六十分必要なことをすべてばっちり〃、とかね。介護保険の訪問リハは二十分以上ときまっているだけですから。

でも、だいたい四十分くらいですね。これは医療保険だと二十分で一単位三〇〇点ですから、六〇〇点ですもんね。

訪問で大事なものは、専門職の前に人間として当たり前のことを、当たり前に気づくということだと思います。親戚付き合いのような感じがあります。お節介なくらい、その人の生活に入っていくところがあります。仏壇にどう手を合わせるのだろうか、仏壇の掃除、夜玄関の鍵をしめること、お坊さんへの対応、みんなADLの項目に収まりきらないことです。

家の中では、いろんなスキルが役割を形づくっています。専門職という関係じゃなくて、ふみ込んでいくことで、そういうスキルへの援助が見えてきます。専門職という立場からの越境です。そしてそこが、訪問の難かしいところでもあります。抱えすぎないように、ビジネスライクの付き合いもできないとね」。

終了は難しいというものの、二〇〇六年九月の実績でみると、九名が終了（中止）している。内訳は、入院三名、入所三名、他界一名、そして在宅のまま終了したのは二名だ。

大越氏は、「ゆきよしクリニック」に非常勤で関わり始めて二年后、丸二年間、ゆきよしから消えた。その後、今度はゆきよしの専従のスタッフになった。空白の二年間何をしていたかと言うと、大学院に行っていたのだ。そして書き上げた修士論文は、「作業療法士による訪問リハビリテーションの実情に関する研究⁷⁾」というものだった。訪問看護ステーションに所属する作業療法士五十八名から得られた質問への回答を緻密に分析し、次の三点を明らかにしている。

1. 回答者は五十三項目の介入内容を用いて訪問リハを実践しているものの、同時に、行いたいが行えない回答者自身の知識、技術不足からくる介入内容と、行いたくないが行っている職域を越えた介入内容があると感じていること。

2. 回答者は訪問リハにおいてクライエントとよく話し合った介入内容を実践し、クライエントに介入効果を実感していたこと。

3. 訪問リハにおいて、包括的理論と、還元主義的理論の両方を使用している回答者が、クライエントへ多くの介入効果を実感していた。

さらに、この調査から、訪問リハに携わる作業療法士は、作業療法の専門性を守ろうとしている一方、作業療法の専門性を広げようともしている、とし、クライエントの生活の場を舞台としている訪問リハでは、伝統的に行われてきた医療中心の介入だけでは、効果が得られにくいことを示唆している。

それは、そのまま理学療法士の介入にも言えることのようにだ。介護保険スタート二カ月後から非常勤、週一回で入り、程なく常勤となつて一番長く「ゆきよしクリニック」の訪問リハを担っている理学療法士島田悟氏の話を聞こう。

「訪問の仕事は、以前病院に務めていたころ、少しだけしたことがありました。まあそれは、私が出たくて出たというわけでもなく、上の人が一生懸命だったので、それにつられてという感じ



理学療法士の島田 悟氏

で。『ゆきよし』に来る前は老健にいましたが、入所者を見ていても在宅への中間施設というより、うちでは面倒見れないからここにいれるという感じで入っている人が多くて、在宅に戻る見込みはなく、あまりリハをやっても……、という感じで……。やり甲斐を感じなかつたんですね。そのときに、『ゆきよし』が訪問リハをどんどんやっていきたいという話を聞いて、こつちに来ました。施設のリハよりはやり甲斐を感じるけど……、在宅は在宅で……。教科書的には目標をもつて、期限をきって、デイにつなげて、といわれてますが、実際に利用者と関わって、目標とか思うけど、やっぱり、何と何か……。理学療法士とか職種は何でもいいんだけど、障害をもつた人に寄り添っていくという事は、必要なんじゃないかと……。

何だかんだ言っても、脳卒中になった人、麻痺治りたいんですよね。その中で、治らないジレンマになって、話を聞くことに意味があると思う……。けど、そんな中でマンネリ化してしまうということもあって……。やはり悩みますね。精

神的なケアは遅れているのだな、と。

理学療法士も作業療法士も、精神的なケアの部分が大きいと思います。

退院してすぐに関わった人は、目標を立てやすいが、在宅で何年も過ごしてきて訪問の依頼がきたケースは、現状維持で、終了は難しいです。終了に関しては、それぞれのセラピスト、十人十色のような気がします。

訪問に必要なスキルは、在宅生活をきちつと続けていけるかの、健康管理ですね、水分をとっているかとか、痛みの訴えに対してとか、訪問看護が入っていないケースも多いので、いつもとちよつと違うような場合の判断ですね。あと、環境を見ますね。

今後訪問を続けたいと思っています。病院には戻れない気がするなあ。自分の中では、在宅を知っているから病院でそれを生かすといい、一番いいのは、訪問の経験を積んでから病院という思いもあるけど……。

『ゆきよし』に來た理由のひとつは、退院してからの患者さんの生活はどうなんだろう、というのがありました。退院のときは大丈夫かと思っけていても、意外と本人なりにやれていたりして、家でのことが見たいということがあって、訪問リハに関わりました。装具なんかつけない人も多いですね。つけないなりに生活していたりするから……。本当にそれが危険であるなら言いますが、基本的には患者さんの人生ですから」。

理学療法士になつて十五年という島田氏は、無防備なまでに正直に、言葉を探すようにして心



訪問中の大越 満氏

情を語る。運動、基本動作、歩行、痛み、理学療法士の守備範囲は、そのまま一般にいわれるリハビリの同義語でもあり、利用者の求めるものに合致しやすいように見える。だが、実際の生活の多様性や大変さを目の前にすると、理学療法士も伝統的な技術だけではやっていけないことに、直面する。

3. 訪問同行

大越氏の訪問に同行した。利用者はP氏、六十一歳。二十五年前に発病した強直性筋ジストロフィーで、妻と二人暮らしだ。週二回の訪問で、理学療法士と作業療法士が一回ずつ、理学療法士は下肢を中心にした機能訓練で、作業療法士は生活全般への助言、援助とパソコン操作への働きかけを行っている。他のサービスタとしては、週一回の訪問看護師の入浴介助と、定期的なショートステイがはいっている。

P氏と妻は、大越氏の訪問を待ちわびているようだった。ショートステイから帰ってきて、立ち上りにくくなり、トイレへの移乗の際、「今朝、転んだ」という。大越氏は、P氏の

動きを丁寧に観察し、次のように結論づけた「Pさん、ショート先では、ベッドが家のと違うし、トイレも違う。それで家でできていることが、できなかったんですね。今の動き方なら、大丈夫。別に機能が落ちたわけではないですよ」。

P氏も妻も、ホッとしたようだ。それでも「声が出にくくなってきた、痰がからみやすくなった、手が上がりにくくスイッチに届かない」と、少しずつ進行する病状を語る。在宅の仕事は、病気や障害のために起こる生活上の不具合を、そのつど解決の糸口を探し出すことに尽きる。それをわれわれはリハビリと呼んでいる。あるいは、それが訪問のセラピストの仕事だ。

「大越さんには、何でも頼むんだわ」とニコニコ話す妻は、その日は、筋ジストロフィー協会からのアンケートへの回答書き込みを、大越氏に相談しながら行っていた。この協会が行う療養キャンプに、去年から大越氏もP氏と一緒に参加している。

ところで、大越氏の服装だが、黒のポロシャツに折り目の入ったズボン、きちんとした皮靴と、医療職らしからぬいでたちだった。とても、素敵だ。何かポリシーがあるのだろうか？

「こだわりとして、ジャージーで『いかに』という格好はしたくない、という考えがあります。近所の人に『あの家にこんな人が出入りしている』というのを格好から勝手に想像されるのは、嫌です。具体的には、『上衣は襟付きのもの』と決めています。これは私個人の考えです。他のスタッフに強要はしていませんし、『ゆきよしルール』ではありません」。



「ゆきよしクリニック」院長荻莊則幸氏

4・院長はどんな人？

荻莊則幸氏は、病院勤務をいくつか続けた後、新潟県身体障害者更生相談所、更生指導所、県中央福祉相談センターなど行政での経験を積み、一九九七年、医師になって十三年目に「ゆきよしクリニック」を開業した。

「平成三年二月、県の更生相談所の判定の仕事で、在宅の重度の人の所を車で回り始めたんですね。一・二市町村ですよ。落武者部落のような所に、老父母が床ずれ作ってたれ流しで寝ているとか、佐渡の開拓村のような所で、こたつに入ったままの足の形に固まったおじいちゃんとか、もう、そのときから在宅医療だなと思っていました。」

その当時、リハがこういう形になるとは思わなかったけれど、十二、三年前、訪問介護のヘルパー養成事業で、リハ講義を担当してまして、ヘルパーさんには熱心にリハの話をしましたね。

医療過疎地が新潟は多いんですよ。県立病院はほとんど閉鎖されていますし、少し離れた所はもう医師が足りない。プ

ライマリケアは、リハから看取りまで必要ですよ。

僕にとつて、在宅診療の一番の契機は、母を在宅でみていたことですね。昭和六十三年九月に五十六歳で亡くなったんですが、四十二歳で乳ガンになってオペをしてから、四年後に骨転移、背骨への転移で痛みと下肢麻痺と膀胱直腸麻痺との闘い、それを在宅で、家族で介護しました。ストレッチャーで乗れる車を買つてね。そのときから、在宅で看取るのが基本と思っています。ばあちゃんも家へつれて帰つて看取つたし。やつぱり、日本人は畳の上なんです。整形で開業しても、七人くらいは看取っています。

だから、最初から訪問診療だな、訪問リハだな、と思つてましたから、二〇〇〇年三月、介護保険と同時にやるつもりでいてね。やろうと言つていた理学療法士の人がやめてしまったので、急遽大越さんの学校にお願いに行つて、やつと、週に二回、確保したんですよ。

新潟では多分、訪問リハはうちが初めてだと思いますよ。あの頃訪問看護ステーションにも、まだ、理学療法士、作業療法士はいなかっただろうと思います。

訪問診療をやっていたから、リハのニーズはわかっていました。最初は自分の患者で必要な人からやつてましたが、宣伝はしていないけど、利用者は増えています。最初のころは、うちから訪問看護も外来の合間に出たので、リハと一緒に看護もついでに行つたりしていましたが、今は看護の必要な利用者は他の訪問看護ステーションにまわしています。

うちは、給料は一件いくらが出来高払いの人と、ベースを決めてやる人の二種類の給与体制で

す。一日六〜七件で一カ月いくら稼げるかわかりますが、トータルして少し黒字ぐらいかな。利用者だけでなく満足しているか、どれくらい満足させられるか。福祉と言っても利用者が幸福になれる、同時にスタッフも家族も幸せでないと。だから、ぎりぎりまで還元しています。

リハのことは、ケアマネジャー、ヘルパー、県立病院、もういろんな人の所に講義に行き伝えていきます。狭義の身体がよくなるということと、広義の生活全体をみるという意味と。だけど、あの短期集中の説明はしにくくてしょうがない。今回の改定は、ヘンなことだらけです。厚労省は、施策誘導において、皆がそれをやると、はしごをはずすというやり方ね。

訪問看護ステーションの指示は、有効期間が一カ月から六カ月でしょ。診療所からの訪問リハは、毎月ですよ。これはもう、医師会が、手枷足枷を作業療法士、理学療法士にかけてるんですよ。医師会が自由にさせないのね。

僕は、今後の展開としては、セラピストに独立してほしい。あなたたちは一度、厚労省と腹つき合わせて話す必要があるな。ああ、作業療法士、理学療法士は、政治献金してないからねえ。ロビイスト活動が大事なんだから。やっぱり、あなたたちの中から、代議士を立てる必要があるなあ。

風向きは、だんだんわれわれセラピストの政治的な無能力さに方向が変わってきた。何人も議員に人材を送り込んでいる看護業界と比べると、力の差は歴然としている。

訪問リハの契約には荻莊氏自身が行く。つまりそういう形で一回は往診する。訪問リハの指示

は、サービス利用者のかかりつけ医が直接理学療法士、作業療法士に出せないのだ。かかりつけ医は、診療情報提供書を訪問リハ事業所に出し、その事業所の管理者である医師が、訪問リハ指示書をセラピストに出す（八一頁、図4参照）。自分が関与していない患者に、リハの指示を出すジレンマは、「げんきのでる里」の佐藤医師も述べていた。指示書を出す立場上、診療情報提供書だけで本人を見もしないで、ということとはできるだけはしたくない。だが、利用者にはすでにかかりつけ医がおり、訪問リハの指示を出すためだけに自分のところに受診させるということも、利用者の負担を増すことになる。

診療情報提供書と訪問リハ指示書という二つの系統の指示を必要とする訪問リハは、制度上の決定的な欠陥と言えるだろう。セラピスト自身が訪問リハ事業所を開業し、利用者は自分のかかりつけ医から直接訪問リハ事業所に指示書を出してもらったら、どんなにすつきりとするだろう。

全国PT・OT・ST民間事業者連絡協議会理事の二神雅一氏（作業療法士）は、「医療機関からの訪問リハが普及しない本当の理由」として、このかかりつけ医とリハ指示医の二重の負担の問題を挙げ、訪問看護ステーションからの訪問リハ（訪問看護⁷）は「かかりつけ医は自らが医学的管理を行いながら指示書を発行すれば訪問リハサービスの提供が可能になり、理学療法士などを雇用する必要もなければ、患者の取り込みを心配する必要もない」優れた仕組み、と述べている⁸⁾。そして、訪問看護⁷を制限するのであれば、訪問看護ステーションと似た仕組み、すなわち訪問リハステーションを創設する必要があると提言している。

「ゆきよしクリニック」の訪問リハ利用者の八割は、「ゆきよしクリニック」以外の医療機関にかかりつけ医がいる。荻荘氏がセラピストの独立、つまり訪問リハステーションの創設を口にするのは、地域の実情、訪問リハのニーズを身をもって知っているからだ。

訪問リハステーションを独立の事業体として運営するということは、実質上セラピストの開業を意味する。セラピストの開業について、理学療法士の高橋哲也氏は世界理学療法連盟（WCP T）の資料から次のように述べている。「驚くべきことに個人クリニックを開業できる国々 WCP T加盟国九二か国中七九か国八五・九%にも及び、primary contact^{***}が可能な国々の割合も四一・三%と増加の一途を辿っている。（中略）世界全体から見ると開業およびprimary contactについては、（わが国は）後進国であるといえよう」⁹⁾。

もう一度、「ゆきよしクリニック」のマークを眺めてみてほしい。何か力が漲ってこないか？

（取材二〇〇六年九月）

自転車で走る言語聴覚士—在宅リハビリテーションセンター成城

介護保険での訪問リハ、あるいは訪問看護7で、言語聴覚士の訪問も算定されるようになったのは、二〇〇六年四月、訪問看護7に制限がかかった、あの同じ改定のとぎだ。もちろん、こち

*** primary contactとは、国や州によって必ずしも同じではないが、医師の診察前に理学療法士による評価や治療が可能であることを意味している。